

Ιατρικά Θέματα

ΤΡΙΜΗΝΙΑΙΑ ΕΚΔΟΣΗ ΤΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΣΥΛΛΟΓΟΥ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

ΤΕΥΧΟΣ 65 • 2014

περιεχόμενα

- 39 Εθελοντισμός – Αιμοδοσία – Πραγματικότητα
Γεώργιος Η. Τάλλαρως

ΙΣΤΟΡΙΑ ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

- 43 Ευλογία: ένας λησμονημένος ιατρικός θρίαμβος
μετάφραση: *Αντώνης Παπαγιάννης*

ΕΠΙΣΤΟΛΕΣ

- 46 Η τιμή των γενοσήμων φαρμάκων
Αναστάσιος Β. Κοβάτσης

ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ

ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΕΝΑ ΣΑΣ

- 50 Αλέξανδρος ιαματικός
Ν.Δ. Τριανταφυλλόπουλος
- 53 Νικηφόρος Βρεττάκος – Συμπληρώθηκαν 100 χρόνια
από τη γέννηση του ποιητή
Αγγελική Λαμπροπούλου-Οικονόμου
- 59 Αμφισφύριο κάταγμα
Λουκία Καλοβούλου
- 64 Ψυχογραφήματα
Δέσποινα Χίντζογλου-Αμασλίδου

ΝΕΚΡΟΛΟΓΙΕΣ

ΕΚΘΕΣΗ ΒΙΒΛΙΟΥ

Αποστέλλεται ταχυδρομικά στα ταμειακώς τακτοποιημένα μέλη.
Διατίθεται ηλεκτρονικά (pdf) στην ιστοσελίδα του Ιατρικού Συλλόγου
(www.isth.gr/?page=2693)



Φιλοσοφία του περιοδικού

Τα **Ιατρικά Θέματα** είναι το τριμηνιαίο περιοδικό του Ιατρικού Συλλόγου Θεσσαλονίκης. Εκτός από την επιστήμη και την ενημέρωση, στόχο έχει να προβάλλει την τέχνη, την ιστορία, τη δεοντολογία και φιλοσοφία της ιατρικής, την εκπαίδευση και την πρακτική της. Η οπτική γωνία με την οποία εξετάζονται τα θέματα αυτά (σοβαρή, ανάλαφρη, ακόμη και σκωπτική) αφήνεται στην κρίση και το γούστο του κάθε συνεργάτη (εξαιρείται η εξύβριση και η συκοφαντία). Ελπίδα και φιλοδοξία του περιοδικού είναι να έχει, κατά το δυνατόν, όχι εφήμερο, αλλά διαχρονικό χαρακτήρα.

Η ποιότητα του περιοδικού καθορίζεται από το σύνολο των συνεργασιών που το απαρτίζουν. Η συντακτική επιτροπή καλεί τους αναγνώστες να γίνουν «ποιηταί λόγου» και να προσφέρουν τα κείμενά τους για δημοσίευση, που πρέπει να ακολουθούν τις οδηγίες (βλ. **Πρόσκληση προς τους αναγνώστες**). Οι παρεμβάσεις των συντακτών περιορίζονται στο ελάχιστο, όπως την ταξινόμηση των κειμένων κατά ενότητες και τη διάταξη της ύλης στο κάθε τεύχος. Ελπίζουμε, με τη βοήθεια όλων, η μέχρι τώρα ανοδική πορεία του περιοδικού να συνεχισθεί και στο μέλλον.

Αν και το ιδανικό θα ήταν να κυκλοφορεί το περιοδικό σε καθορισμένες και τακτικές ημερομηνίες, αυτό συχνά δεν είναι δυνατό για τεχνικούς λόγους. Αν κάποιο δημοσίευμα (π.χ. αναγγελία συνεδρίου) έχει χρονικό περιθώριο που δεν μπορεί να εξυπηρετηθεί από μια τριμηνιαία έκδοση, είναι καλύτερο να αποστέλλεται για ανάρτηση στην ιστοσελίδα του Συλλόγου και όχι για δημοσίευση. Τα τεύχη θα κυκλοφορούν κατά εποχή, ενώ στη δημοσίευση της ύλης θα τηρείται, κατά το δυνατόν, η χρονολογική σειρά υποβολής των κειμένων. Αν κάτι πρέπει να δημοσιευθεί κατά προτεραιότητα, παρακαλούμε να επικοινωνείτε με τη διεύθυνση σύνταξης στην ηλεκτρονική διεύθυνση **antpap56@otenet.gr**. Η συντακτική επιτροπή διατηρεί το δικαίωμα κατανομής της ύλης κατά την κρίση της, εφόσον υπάρχει πλεόνασμα προφοράς.

Οι **κανόνες συγγραφής** είναι απλοί. Θέλουμε κείμενα δακτυλογραφημένα στη μια όψη του χαρτιού, μήκους 500-2.000 λέξεων (μέχρι 4 σελίδες Α4 με μονό διάστημα και με στοιχεία Times μέγεθος 12), που μπορούν να αποστέλλονται με ηλεκτρονικό ταχυδρομείο ως προσαρτημένα αρχεία Word (attached files) στην παραπάνω διεύθυνση, ή να κατατίθενται προσωπικά ή ταχυδρομικά στα γραφεία του ΙΣΘ, Πλ. Αριστοτέλους 4. Ανώνυμα άρθρα δεν μπορούν να δημοσιευθούν. Οι συγγραφείς κειμένων πάνω σε επιστημονικά θέματα πρέπει να λαμβάνουν υπόψη το γενικό αναγνωστικό κοινό και να προσφέρουν γνώσεις προσιτές σε όλους τους γιατρούς, αποφεύγοντας τις πολύ εξειδικευμένες πληροφορίες και τη μακροσκελή βιβλιογραφία.



Η Υγεία σε τέλμα

Δημήτρης Τσάμης

Πρόεδρος ΙΣΘ

Η κρίση αποκαλύπτει καθημερινώς με τις ρίζες της. Η πολιτική και κοινωνική πραγματικότητα εκτροχιάσθηκαν, αποσυνδέθηκαν από την κοινή λογική και υποτάχθηκαν στα ψέματα και την ακόρεστη ιδιοτέλεια, οι θεσμοί καταρρακώθηκαν, με αντάλλαγμα μικροεξυπηρετήσεις – χάντρες, προς τους ιθαγενείς πολίτες. Οι υπόλογοι ενδύονται τον μανδύα του σωτήρα. Στον κατήφορο τώρα και η υγεία, με τίμημα βαρύτατο για τους πολίτες και τους ιατρούς. Καθηλωμένοι. Το τέλμα που βιώνουμε είναι αποτέλεσμα της ακολουθούμενης κυβερνητικής πολιτικής των αντιφάσεων, των αυθαιρεσιών και των αμελέτητων λογιστικών προσεγγίσεων που βαφτίζει την υποβάθμιση μεταρρύθμιση, που δεν προνοεί αλλά τιμωρεί, που δεν συζητά αλλά επιβάλλει μέτρα ιατροκτόνα και καταστροφικά για τους πολίτες.

Ο Ιατρικός Σύλλογος Θεσσαλονίκης συνεχίζει να δρα με προτάσεις και τεκμηρίωση που στηρίζονται στην επιστημονική γνώση, την κοινή λογική και την ευρωπαϊκή εμπειρία. Επίμονα, ενωτικά και μεθοδικά όπως έχει καθήκον έναντι των ιατρών και της κοινωνίας.

Επιστολή του ΔΣ του ΙΣΘ προς τον Υπουργό Υγείας

Θεσσαλονίκη, 17 Ιανουαρίου 2014

Αρ. Πρωτ.: 520/Γ

Προς Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής
Αλληλεγγύης κ. Α. Γεωργιάδη

Κύριε υπουργέ,

Οι τελευταίες παρεμβάσεις σας σχετικά με την αναδιοργάνωση της πρωτοβάθμιας υγείας, τα όρια της συνταγογράφησης και τις ελεγκτικές εταιρείες είναι ακατανόητες, άδι-

κες και δεν εξυπηρετούν τους στόχους τους οποίους υποτίθεται ότι επιδιώκουν.

Όσο καλόπιστοι και καλοπροαίρετοι κι αν είμαστε, αδυνατούμε να αντιληφθούμε την πολιτική και κοινωνική σκοπιμότητά τους αλλά μόνο τις οικονομικές επιπτώσεις για πολλούς αλλά και ωφέλειες για λίγους.

Α. Η θέσπιση ατομικών περιορισμών στη συνταγογράφηση δεν αντέχει στην κοινή λογική ούτε στην απλή αριθμητική. Δημιουργεί τεράστια προβλήματα, αγνοεί την πραγματι-

κότητα και ουσιαστικά απαγορεύει την ελεύθερη άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος.

Τα παραδείγματα που τεκμηριώνουν τα παραπάνω είναι πολλά και πιστεύουμε ότι έχετε ήδη ενημερωθεί.

Ενδεικτικά σας παραθέτουμε:

- το παράδειγμα ιατρού που άνοιξε πρώτη φορά το ιατρείο του το 2013 και έχει πλάφον μικρότερο από τον ιατρό της ίδιας ειδικότητας που αρχίζει φέτος τη λειτουργία του ιατρείου του,
- τα προβλήματα που προκαλούνται στη λειτουργία νοσοκομείων, κέντρων υγείας και αγροτικών ιατρείων,
- τα προβλήματα που προκαλούνται σε περιοχές με λίγους ιατρούς.

Ο Ιατρικός Σύλλογος Θεσσαλονίκης έχει προτείνει την υιοθέτηση αυτούσιου του σουηδικού προτύπου συνταγογράφησης ώστε η δαπάνη να μειωθεί με επιστημονικό, ορθολογικό τρόπο και επιτυχώς εφαρμοζόμενο από ετών. Μόνη «παρενέργεια» βέβαια, η διακοπή ροής μαύρου χρήματος προς κάθε κατεύθυνση.

Μόνος δρόμος αντιμετώπισης των προβλημάτων που δημιουργούνται είναι η άμεση απόσυρση της σχετικής απόφασης.

Β. Ποία σκοπιμότητα ή ιδιοτέλεια επέβαλε τη θέσπιση του υποχρεωτικού ελέγχου από τις ιδιωτικές ελεγκτικές εταιρείες με δαπάνες των ιατρών, με αποτέλεσμα να κατευθύνετε το 1-2% του προϋπολογισμού του ΕΟΠΥΥ σε 4 εταιρείες;

Όταν ο προϋπολογισμός του ΕΟΠΥΥ περικόπτεται και οι παροχές προς τους ασφαλισμένους περικόπτονται, η ρύθμιση αυτή ε-

ξασφαλίζει 45-80.000,000 ευρώ για 4 ελεγκτικές εταιρείες. Ποια «υποβρύχια» σκοπιμότητα θα «αναδυθεί» εν καιρώ;

Εάν ο ΕΟΠΥΥ είναι ανίκανος να ελέγξει, ζητούμε να νομοθετήσετε όρους και προϋποθέσεις ώστε οι ιατρικοί σύλλογοι, που είναι ΝΠΔΔ, να αναλάβουν αυτό το ελεγκτικό έργο χωρίς επιβάρυνση των ιατρών, με διαφάνεια και αξιοπιστία. Άλλωστε ελεγχόμαστε από το ελεγκτικό συνέδριο και δεν δυνάμεθα να προβαίνουμε σε βολικές πτωχεύσεις.

Γ. Το νομοσχέδιο για το ΠΕΔΥ, το οποίο πρέπει να αποσυρθεί, βρίθκει ρουσφετολογικών ρυθμίσεων και ιατροκτόνων διατάξεων και οδηγεί με μαθηματική ακρίβεια στην υποβάθμιση των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας υγείας. Επίσης, αντί να έχετε ήδη φροντίσει για την ενεργοποίηση των Μονάδων Ημερήσιας Νοσηλείας με έκδοση Προεδρικού Διατάγματος, 2,5 χρόνια μετά ξανανομοθετείτε τα νομοθετημένα.

Τέλος, σας υπενθυμίζουμε ότι ακόμη αναμένουμε την απάντησή σας για την επιλεκτική υποχρηματοδότηση των νοσοκομείων της Θεσσαλονίκης όπως υποσχεθήκατε προ τετραμήνου.

Φυσικά παραμένουμε στη διάθεσή σας για τυχόν διευκρινίσεις.

Αναμένουμε την άμεση θετική σας ανταπόκριση για την εξυπηρέτηση της δημόσιας υγείας και του δημοσίου συμφέροντος.

Με τιμή

Ο Πρόεδρος
Δημήτρης Τσάμης

Ο Γεν. Γραμματέας
Νικόλαος Νίτσας

Πρόσκληση προς τους αναγνώστες

Τα **Ιατρικά Θέματα** δέχονται για δημοσίευση, πάντα μετά από έγκριση της συντακτικής επιτροπής, κείμενα που να ενδιαφέρουν το ευρύ ιατρικό κοινό, και που μπορεί να είναι:

Βραχείες παρουσιάσεις ιατρικών θεμάτων γενικού ενδιαφέροντος.

Δεν θα πρέπει να είναι ούτε εξαντλητικές από βιβλιογραφική πλευρά, ούτε πολύ εξειδικευμένες. Η απλή γραφή και η ευχάριστη ανάγνωση είναι κριτήρια πιο σημαντικά από την «τελευταία λέξη» της ερευνητικής δραστηριότητας πάνω στα θέματα αυτά. Οποσδήποτε όμως οι παρεχόμενες πληροφορίες θα πρέπει να είναι επιστημονικά ορθές.

Προσωπικές εμπειρίες είτε από τον επαγγελματικό χώρο της ιατρικής (δημόσιο και ιδιωτικό), είτε από βιώματα ιατρών ως ασθενών (για να γνωρίζουμε και την «άλλη πλευρά του νομίσματος»). Ακόμη και παράπονα ή κριτικές είναι αποδεκτά, αρκεί να μην έχουν χαρακτήρα ονομαστικής προσβολής ή εξύβρισης προσώπων ή ιδρυμάτων. Τέτοια κείμενα μπορούν να γραφούν και από μη ιατρούς. Θα πρέπει πάντοτε να υποβάλλονται επώνυμα, ωστόσο μπορεί να δημοσιεύονται και ανώνυμα, εφόσον ο συντάκτης τους το επιθυμεί.

Σκέψεις και προβληματισμοί πάνω στη φύση, την τέχνη, την αποστολή, την εκπαίδευση και την άσκηση της ιατρικής.

Ιστορικά και λογοτεχνικά κείμενα που αναφέρονται στον ιατρικό χώρο, την υγεία και την αρρώστια.

Όλα τα κείμενα πρέπει να είναι πρωτότυπα και να μην παραβιάζουν πνευματικά δικαιώματα άλλων συγγραφέων ή εκδοτών (copyright).

Τα **Ιατρικά Θέματα** δεν δημοσιεύουν παρουσιάσεις περιστατικών, πρωτότυπες ερευνητικές μελέτες ή πρακτικά συνεδρίων, ούτε κείμενα που να έχουν διαφημιστικό χαρακτήρα. Σκοπός του περιοδικού είναι να αποτελεί ένα βήμα έκφρασης και διαλόγου των γιατρών πάνω στα θέματα που τους απασχολούν στην καθημερινή τους εργασία. Για την προβολή του αμιγώς επιστημονικού έργου υπάρχουν πολλά και πιο κατάλληλα έντυπα. Ελπίζουμε στην κατανόηση των συναδέλφων, ώστε να μην βρισκόμαστε στη δυσάρεστη θέση να απορρίπτουμε κείμενα που μπορεί να έχουν επιστημονική αξία, δεν ανήκουν όμως στα πλαίσια της φιλοσοφίας των **Ιατρικών Θεμάτων**.



Είπαν

«Όσο περισσότερο διαβάζεις χωρίς να σκέφτεσαι, τόσο γρηγορότερα αρχίζεις να πιστεύεις ότι ξέρεις πάρα πολλά, αλλά όσο περισσότερο σκέφτεσαι διαβάζοντας, τόσο καθαρότερα βλέπεις ότι ξέρεις πολύ λίγα»

[Βολταίρος]



Αδιέξοδη ιατρική

Δρ Αντώνης Παπαγιάννης

Πνευμονολόγος

Πριν από λίγο καιρό το *New England Journal of Medicine* δημοσίευσε ένα άρθρο με τίτλο “Dead man walking” (Ζωντανός νεκρός)¹. Οι δυο γιατροί συγγραφείς του, M. Stillman και M. Taylor, περιγράφουν έναν ασθενή τους που διαγνώστηκε με γενικευμένο καρκίνο αλλά δεν μπορούσε να κάνει καμιά θεραπεία διότι δεν είχε ασφαλιστική κάλυψη. Παραθέτω σε μετάφραση την περιγραφή τους:

«Συναντήσαμε τον Τόμι Ντέιβις [ψευδώνυμο] στο ιατρείο απόρων του νοσοκομείου μας τον Μάρτιο 2013. Αυτός και η γυναίκα του ήταν χρόνια ανασφάλιστοι παρ’ όλο που εργάζονταν με πλήρες ωράριο, και τώρα αντιμετώπιζαν καταστροφικές συνέπειες.

Μια εβδομάδα νωρίτερα, ο κ. Ντέιβις είχε έρθει στο τμήμα επειγόντων με κοιλιακό άλγος και δυσκοιλιότητα. Η κλινική εξέταση, τα εργαστηριακά και η αξονική τομογραφία που είχε κάνει εκείνη τη μέρα του είχαν κοστίσει 10.000 δολάρια (όλες τις οικονομίες μιας ζωής), και τελικά το βράδυ τον είχαν στείλει στο σπίτι με διάγνωση καρκίνου παχέος εντέρου με γενικευμένες μεταστάσεις.

Πριν ένα έτος, είχε παρόμοια συμπτώματα και επισκέφθηκε έναν γιατρό πρωτοβάθμιας

φροντίδας, που πήρε ένα πρόχειρο ιστορικό, είπε στον κ. Ντέιβις ότι θα χρειαζόταν ασφάλιση για να ερευνηθεί πλήρως, και του χρέωσε 200 δολάρια για την επίσκεψη. Ωστόσο επειδή ο κ. Ντέιβις ήταν φτωχός και δεν δικαιούνταν κάλυψη από το Medicaid του Κεντάκι, είχε κάνει μόνο ενέματα μέχρις ότου έφθασε να μην μπορεί να ενεργηθεί. Όταν εκτιμήθηκε στα επείγοντα, είχε πλήρη απόφραξη του παχέος εντέρου και γενικευμένη νόσο, και επέλεξε να μην κάνει θεραπεία.

Ο κ. Ντέιβις είχε μια ανησυχία ότι κάτι δεν πήγαινε καλά, αλλά αδυνατούσε να πληρώσει για εξετάσεις. Ενώ η γυναίκα του έκλαιγε μέσα στο γραφείο, διηγήθηκε τους μήνες που έχανε βάρος, τους αφόρητους πόνους με τις κενώσεις του, και τη βασανιστική υποψία ότι είχε καρκίνο. “Αν τον είχαμε βρει νωρίτερα”, έλεγε, “θα είχε διαφορά. Τώρα όμως είμαι απλώς ένας ζωντανός νεκρός”».

Οι συγγραφείς χρησιμοποιούν το περιστατικό αυτό και άλλα παρόμοια για να καταδείξουν το μέγεθος του προβλήματος της έλλειψης ασφάλισης υγείας στις ΗΠΑ. Σύμφωνα με μελέτες, κάπου 45.000 αμερικανοί ενήλικες πεθαίνουν κάθε χρόνο διότι δεν έχουν ιατρική

κάλυψη². Διαμαρτύρονται για την έλλειψη στήριξης τόσο από τους πολιτικούς όσο και από τον ιατρικό κόσμο σε μια νομοθετική μεταρρύθμιση που θα καλύψει το σύνολο των πολιτών, και προτρέπουν σε μεγαλύτερη ευαισθησία των γιατρών στο καθήκον της φροντίδας για όλους.

Μας ενδιαφέρει η τύχη των εκατομμυρίων ανασφάλιστων ασθενών στις ΗΠΑ; Νομίζω πως ναι, διότι δεν διαφέρει και πολύ η δική μας κατάσταση στον χώρο της υγειονομικής κάλυψης. Όλοι όσοι βλέπουμε ασθενείς έχουμε καθημερινές εμπειρίες στο θέμα αυτό. Όλοι γνωρίζουμε περιπτώσεις ανθρώπων που δεν μπορούν να πληρώσουν ούτε τη συμμετοχή τους στα φάρμακα, που δεν μπορούν να καλύψουν το κόστος μιας στοιχειώδους νοσηλείας για αναγκαίες εξετάσεις ή επεμβάσεις, στα πλαίσια ενός γενικότερου δύσκολου οικονομικού κλίματος που επιβάλλει μεγάλες «αφαιμάξεις» του εισοδήματος και υποβάθμιση της ποιότητας ζωής. Οι υπάρχουσες ασφαλιστικές δομές μπορεί ακόμη να καλύπτουν συγκριτικά μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού απ' ό,τι το Medicaid στις ΗΠΑ, αλλά η καταβράθρωση των αποθεματικών τους από κακές διαχειριστικές πολιτικές και αλόγιστες σπατάλες στο παρελθόν οδηγεί σε δυσοίωνες προβλέψεις για τη μελλοντική τους δυνατότητα να ανταποκριθούν στις ανάγκες. Χρειάζεται μεγάλη προσοχή και γενναίες αλλά συνετές κινήσεις τόσο από τους πολιτικούς όσο και από τους γιατρούς για να μην φθάσουμε σε τραγικές

καταστάσεις, που δεν θα μπορούν να τις «μπαλώνουν» επ' αόριστον το φιλότιμο των Ελλήνων και η στέρηση άλλων αναγκών προκειμένου να τύχουν καλής περίθαλψης.

Μου γεννήθηκε και μια ακόμη σκέψη με την ανάγνωση του άρθρου. Σε μεγάλο βαθμό η ιατρική μας παιδεία και ενημέρωση στηρίζεται σε έρευνα, βιβλιογραφία, οδηγίες και θέσεις ομοφωνίας που προέρχονται από τις Ηνωμένες Πολιτείες. Χωρίς να περιφρονεί κανείς την τεράστια επιστημονική πρόοδο που σημειώνεται στη χώρα αυτή, θα πρέπει να την αντιδιαστέλλει με το δυσθεώρητο κόστος της υγείας που έχει δημιουργήσει. Ακριβές εξετάσεις, πολυδάπανες θεραπείες, αστρονομικές ιατρικές αμοιβές και τεράστιο κόστος ασφάλισης για τον φόβο των μηνύσεων, όλα αυτά με ποιο αποτέλεσμα; Καλή η επιστήμη, αλλά θα πρέπει να εφαρμόζεται με κριτήρια ανθρώπινα, με κοινό νου και με τρόπο που να μην εξανεμίζει όλες τις οικονομίες μιας ζωής σε μια επίσκεψη σε εξωτερικό ιατρείο. Όσοι βλέπουμε την αμερικανική ιατρική ως ένα «είδωλο» που πρέπει ευλαβικά να λατρεύουμε, ας ξανασκεφθούμε το θέμα με το πρίσμα αυτό. Εδώ η ευθύνη ανήκει αποκλειστικά σε μας τους γιατρούς.

Παραπομπές

1. Stillman M, Tailor M. Dead man walking. *N Engl J Med* 2013; 369:1880-1881.
2. Wilper AP, Woolhandler S, Lasser KE, McCormick D, Bor DH, Himmelstein DU. Health insurance and mortality in US adults. *Am J Public Health* 2009; 99:2289-2295.



2014 Υπάρχει κι άλλος τρόπος

Δρ Αθανάσιος Εξαδάκτυλος

Πλαστικός χειρουργός – τ. Πρόεδρος ΙΣΘ

Μετά από 4 χρόνια στον πυρήνα της κρίσης, το 2014 ξεκίνησε με ποικίλα συναισθήματα και αντιδιαμετρικές σκέψεις. Η τεχνητή αισιοδοξία συχνά επιστρατεύεται για να κρύψει το φόβο, ενώ η οργή φαντάζει ως η πιθανότερη απάντηση στα αδιέξοδα της πολιτικής που δημιούργησε και διαχειρίζεται την κρίση. Όλοι στην πολιτική κονίστρα εκτός από τους υπουργούς οικονομικών και υγείας, δείχνουν να αντιλαμβάνονται την επερχόμενη συντριβή των κομμάτων της συγκυβέρνησης με απόλυτη αμνηχανία και αν οι επόμενοι μήνες κυλήσουν στον ίδιο ρυθμό, στις 26/5/2014 οι φιλελεύθερες ιδέες της προόδου του δυτικού κόσμου, θα αποτελούν αδίκως το απόλυτο ανάθεμα και η χώρα μας θα ξαναζήσει δεκαετίες αριστερής ιδεολογικής κυριαρχίας με όλα τα επακόλουθα (ας θυμηθούμε ότι την ευδαίμονα πολιτική του '80 πληρώνουμε το 2009). Με δεδομένη την αγριότητα και τη βαρβαρότητα της κρίσης, εύκολα θα μπορούσαμε να δεχτούμε μια τέτοια εξέλιξη ως δικαιολογημένη και αναπόφευκτη. Δυστυχώς όμως, δεν είναι τίποτα από τα δύο. Διότι μια άλλη πραγματικά φιλελεύθερη πολιτική θα μπορούσε να απαντά στα προβλήματα της κρίσης με προοπτική για το αύριο.

Μια τέτοια πολιτική στο χώρο της υγείας θα μπορούσε να είναι η παρακάτω:

1. Ιατρικό δυναμικό – Εκπαίδευση

Στην Ελλάδα υπάρχει υπερδιπλάσιος αριθμός ιατρών για τις ανάγκες του πληθυσμού της με γνωστές αρνητικές επιδράσεις στο επίπεδο των υπηρεσιών της υγείας. Ο αριθμός προκύπτει από τη συστηματική εισαγωγή φοιτητών που οι ιατρικές σχολές αδυνατούν να εκπαιδεύσουν (*lege artis*) δημιουργώντας στρατιές πτυχιούχων. Οι σχολές για να ανταποκριθούν ζητούν προσωπικό του οποίου οι αμοιβές είναι υποτιμητικές κλπ κλπ. Μετά το πτυχίο όλοι συνωστίζονται σε ουρές αναμονής για την ειδικότητα.

Ο αριθμός των φοιτητών και ειδικευομένων ορίζεται κατά τα σοβιετικά πρότυπα με υπουργική απόφαση και το αποτέλεσμα είναι πολλοί γιατροί να φεύγουν από το σύστημα ανεξαρτήτως ηλικίας ενώ ο ιδιωτικός τομέας τρέχει έναντι του έρποντος δημόσιου.

Πρόταση:

- α) Ο αριθμός των εισακτέων να ορίζεται από τις ιατρικές σχολές, όχι από τον Υπουργό
- β) Ο αριθμός των ειδικευομένων να προκύπτει

από τον καταμετρημένο όγκο των υπηρεσιών προς ασθενείς που παρέχει κάθε εκπαιδευτική μονάδα και εκπαίδευση να μπορούν να παρέχουν και ιδιωτικές μονάδες υπό ελεγχόμενους όρους και προϋποθέσεις.

- γ) Οι ιατροί να εισάγονται στην ειδικότητα με βάση τους βαθμούς τους σε 4 προκλινικά και 4 κλινικά μαθήματα, τα οποία θα εξετάζονται κατά τη διάρκεια των σπουδών τους με τη μορφή και το αδιάβλητο πανελληνίων. Οι πτυχιούχοι ξένων πανεπιστημίων για να εισαχθούν στο σύστημα, να δίνουν τις ίδιες εξετάσεις με τους έλληνες φοιτητές. Με την εφαρμογή ενός τέτοιου συστήματος, το αμαρτωλό πρώην ΔΙΚΑΤΣΑ σε ότι αφορά τους γιατρούς μπορεί να κλείσει άμεσα και η δικαιοδοσία του για τους πτυχιούχους χωρών της ΕΕ να ανατεθεί στον ΠΙΣ. Για όλους τους άλλους πτυχιούχους ιατρικής ο δρόμος να είναι ανοιχτός εφόσον περάσουν τις παραπάνω εξετάσεις.

Αυτές τις απλές και τίμιες ρυθμίσεις που έχουν λιγότερο κράτος και περισσότερη δικαιοσύνη και οικονομία, θα μπορούσαν με αφορμή την κρίση να δώσουν μια προοπτική στο χώρο μας. Αντιθέτως όμως, ο κ. Αρβανιτόπουλος το 2013 εισήγαγε στην Ιατρική Θεσσαλονίκης 290 φοιτητές έναντι 100 που η σχολή ενημέρωνε ότι μπορεί να σπουδάσει και έναντι 200 που εισήγαγαν οι προκάτοχοι του. Κατά συνέπεια, ούτε η ιδεολογία φταίει, ούτε η κρίση για τη χρεοκοπία στον παραπάνω τομέα, φταίνει οι υπουργοί και όσοι τους ανεχόμαστε λένε, άλλα να υπόσχονται προεκλογικά και άλλα να πράττουν στη συνέχεια.

2. Δαπάνες υγείας

α. Φάρμακο – Υλικά

Στον αμαρτωλό αυτό τομέα η δαπάνη της χώρας μας ήταν πάντα υπερβολική. Άλλωστε, για μακρύ χρονικό διάστημα οι τιμές καθορί-

ζονταν με ΦΕΚ τα οποία θα έπρεπε να εξετάσει η δικαιοσύνη μόλις ξεμπερδέψει από τα σκάνδαλα στο ΥΠ.ΑΜ. Για τον περιορισμό της δαπάνης του φαρμάκου αρκεί να περιοριστεί η πολυφαρμακία και η χορήγηση ορισμένων πολυτελών θεραπειών, δηλαδή η κάλυψη των περιττά συνταγογραφούμενων φαρμάκων. Αυτό θα μπορούσε να γίνει με την υιοθέτηση θεραπευτικών πρωτοκόλλων. Για το λόγο αυτό ο ΙΣΘ από το καλοκαίρι του 2012 πρότεινε στο ΥΠ.ΥΓ. να θεσμοθετήσει τα σουηδικά πρωτόκολλα (σοφή λίστα Στοκχόλμης), τα οποία ευχαρίστως θα μεταφράζαμε για το υπουργείο αν είχε τη διάθεση να χρησιμοποιήσει (άλλωστε μιλάμε για ένα εγχειρίδιο 20 σελίδων). Τυχόν υιοθέτηση της πρότασης θα μείωνε τη δημόσια δαπάνη κατά 40-50% εκμηδενίζοντας ταυτόχρονα το μαύρο χρήμα των φαρμάκων προς κάθε κατεύθυνση (δηλαδή και προς τους πολιτικούς). Η πρόταση απερρίφθη μετ'επαίνων κι έκτοτε ζούμε όλη την κωμωδία των γενοσήμενων με κορύφωση την τραγική γελοιότητα του πλαφόν. Φυσικά δεν είναι φιλελεύθερο να παζαρεύει ο υπουργός ποιος, τι και πόσο θα πουλάει το φάρμακο. Και είναι λογικά ανεξήγητο γιατί εν καιρώ κρίσης να επιλέξει κανείς αυτό το δρόμο. Τα ίδια λίγο πολύ ισχύουν και τα υλικά.

β. Διοικητικό κόστος – Παρασιτικά επαγγέλματα

Το διοικητικό κόστος στο ΥΠ.ΥΓ. θα μπορούσε να μειωθεί από την κατάργηση περιττών δομών που ιδρύθηκαν από το 2001 και μετά που έχουν αλληλοκαλυπτόμενα αντικείμενα (ΔΥΠΕ, ΕΚΕΠΥ, ΚΕΛΠΝΟ, ΚΕΣΥ κλπ) Αυτό θα απάλλαζε τον προϋπολογισμό από αμοιβές στελεχών που παραδοσιακά διορίζουν τα κόμματα που καταλαμβάνουν την εξουσία και των οποίων η πολυετής δραστηριότητα αποδεδειγμένα δεν έχει συμβάλει στη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας, κρίνοντας πάντα μέχρι το 2009. Εν μέσω κρίσης λοιπόν, το υπουργείο

επιλέγει να συνεχίζει με το ίδιο διοικητικό μοντέλο, επιλέγει διοικητές που χρειάζεται να επιμορφώσει για να ανταποκριθούν στα καθήκοντα τους και αντί να περικόψει άχρηστες γραφειοκρατικές δομές, περικόπτει μισθούς γιατρών και νοσηλευτών και παροχές προς τους ασφαλισμένους. Επιπλέον, ξοδεύει δεκάδες εκατομμύρια για τη δημιουργία υπηρεσιών όπως η ΗΔΙΚΑ οι οποίες διαχειρίζονται ευαίσθητα προσωπικά δεδομένα με τρόπο επιπόλαιο, εκθέτοντάς τα (κατά λάθος;) σε κάθε επιτήδαιο ενδιαφερόμενο. Παράλληλα, ενισχύει τη δημιουργία παρασιτικών επαγγελμάτων τα οποία επιβάλλει επικαλούμενο την αδυναμία του σε όλους τους υπολοίπους (ελεγκτικές εταιρίες, ISO, τεχνικοί ασφαλείας κλπ). Για όποιον γνωρίζει στοιχειωδώς τι σημαίνει ιατρική, από ποιους ασκείται, πώς έχουν εκπαιδευτεί, και πώς κρίνονται από τους ασθενείς, η ύπαρξη αυτών των «προδιαγραφών» είναι απολύτως περιττή. Τα χρήματα όμως που σε ετήσια βάση θα κατευθυνθούν εκεί, π.χ. για τις ελεγκτικές εταιρίες περί τα 40-100.000.000€ ετησίως, καθιστούν αυτομάτως τις προθέσεις όσων τις επιβάλλουν ύποπτες.

Με παρόμοια προσέγγιση μπορούν να αναλυθούν όλα τα προβλήματα του χώρου της υγείας και αυτό θα γίνει σε επόμενο άρθρο για οικονομία χώρου.

Συμπερασματικά, η κρίση μεγέθυσε τα προβλήματα της πολιτικής μας ζωής δείχνοντας ότι τα δεινά μας προέρχονται από το γεγονός ότι οι πολιτικοί μας δεν επιλέγουν με βάση το συμφέρον των πολλών, αλλά αντίθετα επιλέγουν το βόλεμα των λίγων και κυρίως την εξυπηρέτηση των ιδίων. Στο χώρο της υγείας είχαμε την ατυχία να τοποθετηθούν άνθρωποι ακατάλληλοι από άποψη προσωπικότητας, γνώσεων, αντίληψης για τη ζωή, εμπειριών και ιδεολογικής τοποθέτησης. Ακράιοι και άσχετοι, υπηρέτες συμφερόντων οδήγησαν την υγεία στο βάραθρο και τους πολίτες στα άκρα. Ότι εισπράξουν τον Μάιο δε θα είναι η χρεοκοπία μιας ιδεολογίας στην οποία στηρίχθηκε η πρόοδος της Ελλάδας μετά τη λήξη του εμφυλίου, θα είναι η δίκαιη πληρωμή τους για τον ευτελισμό των αξιών και των εννοιών και την κατ'εξακολούθηση εξαπάτηση όσων επί δεκαετίες τους στηρίξαμε.





Ένας χρόνος ως ιατρός συμβεβλημένος με τον ΕΟΠΥΥ

Γιάννης Κωνσταντινίδης

Ορθοπεδικός, μέλος ΔΣ ΕΝΙ-ΕΟΠΥΥ

Έχει συμπληρωθεί ένας χρόνος από τη δημιουργία του ΕΟΠΥΥ, ενός μονοπωλιακού οργανισμού, όσο αφορά την αγορά υπηρεσιών υγείας. Φυσικά δεν χρειάζονται συστάσεις και αναφορές για τον ΕΟΠΥΥ, καθώς όλοι οι ιατροί γνωρίζουμε πολύ καλά τα πάντα γύρω από τον οργανισμό αυτόν.

Ως νέος ιδιώτης ιατρός, στάθμισα τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα που θα μου παρείχε η υπογραφή εκ μέρους μου σύμβασης, ως συμβεβλημένου ιατρού, με τον ΕΟΠΥΥ, και τελικά αποφάσισα να προχωρήσω στην υπογραφή της. Τώρα, έναν χρόνο μετά, κάθομαι και σκέφτομαι αν η υπογραφή της σύμβασης ήταν η πιο σωστή απόφαση για μένα, και αν μου απέφερε κέρδη ή ζημιές. Τελικά ήταν σωστή η απόφαση για υπογραφή της σύμβασης ή είχαν δίκιο όσοι μιλούσαν για άρνηση συμμετοχής στον ΕΟΠΥΥ; Έναν χρόνο μετά, όσοι υπογράψαμε αισθανόμαστε προδομένοι από τους ιατρικούς συλλόγους ή νιώθουμε πως προδώσαμε το ιατρικό σώμα; Και τελικά, ο ΕΟΠΥΥ πληρώνει ή όχι;

Πριν έναν χρόνο όλοι μιλούσαν για τον

οργανισμό που θα έρθει για να καταστρέψει το μικρό ιδιωτικό ιατρείο και θα φέρει τα «σούπερ μάρκετ υγείας». Για τον οργανισμό που θα πληρώνει 450 ευρώ τον μήνα τον ιατρό, για να εξετάζει 600 ασθενείς τον μήνα, δουλεύοντας 4 ώρες την ημέρα, 5 μέρες την εβδομάδα, δηλαδή με όρους αντιμισθίας. Ήταν πολλοί εκείνοι οι ιατροί που σχεδόν απαιτούσαν να μην «μπει» κανείς στον ΕΟΠΥΥ αλλά συγχρόνως δεν συζητούσαν καν την «έξοδο» όσων είχαν δηλώσει πως δεν θα παραιτηθούν από τη σχέση εργασίας που στις 31-12-2011 είχαν με το ΙΚΑ και οι οποίοι θα συνέχιζαν από 1-1-2012 να προσφέρουν τις υπηρεσίες τους στον ΕΟΠΥΥ. Εκείνη την εποχή οι ιδιώτες ιατροί έπρεπε να αποφασίσουμε για το μέλλον μας και γνωρίζαμε πως η απόφαση που θα λαμβάναμε, θα είχε τεράστιο αντίκτυπο στη βιωσιμότητα των ιατρείων μας. Προσωπικά, αφού πρώτα «ζύγισα» τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα, και βιώνοντας ως νέος ιατρός την οικονομική κρίση, αποφάσισα να παραβλέψω τις αντιρρήσεις άλλων συναδέλφων και υπέγραψα τη νέα σύμβαση.

Το 2012 ξεκίνησε και οι πρώτοι μήνες μπορώ να πω πως ήταν δύσκολοι, καθώς κάθε μέρα έπρεπε να κοιτάω την ιστοσελίδα του ΕΟΠΥΥ για να μαθαίνω νέα. Σχεδόν κάθε εβδομάδα ο οργανισμός άλλαζε τον τρόπο που ήθελε να λειτουργούμε, τα δικαιολογητικά που ήθελε να υποβάλλουμε, και κανείς μας δεν ήξερε τι θα ξημερώσει την επομένη μέρα. Συγχρόνως, εκείνους τους πρώτους μήνες διαπίστωσα πως εκείνοι που φώναζαν να μην «μπει» κανείς στον ΕΟΠΥΥ, είτε ήταν από τους πρώτους που υπέγραψαν, είτε είχαν παραμείνει στις μονάδες υγείας του πρώην ΙΚΑ και άρα πλέον ανήκαν στη δύναμη του οργανισμού που... μισούσαν. Εκείνους τους πρώτους μήνες τα προβλήματα του συστήματος καταγραφής παρακλινικών εξετάσεων και συνταγογράφησης ήταν πολλά και ταλαιπωρούσαν ιατρούς και ασθενείς. Επιπρόσθετα, όλοι όσοι δεν είχαν υπογράψει την περιβόητη σύμβαση, σχολίαζαν αρνητικά τους συμβεβλημένους ιατρούς και έριχναν την ευθύνη για τη μείωση των αποδοχών τους και την απαξίωση του ιατρικού σώματος από την πλευρά της πολιτείας και των ασθενών, όχι στην οικονομική κρίση και στην ανεπάρκεια των παλαιότερων, αλλά στους συμβεβλημένους ιατρούς.

Οι πρώτοι μήνες ήταν δύσκολοι. Τα έσοδα ελάχιστα, τα έξοδα στον ίδιο σταθερό ρυθμό. Η αβεβαιότητα παρέμενε, η αισιοδοξία έλειπε. Έπρεπε να περάσουν 4 μήνες για να πληρωθούμε τα δεδουλευμένα του Ιανουαρίου και η αλήθεια είναι πως έπρεπε να περάσουν άλλοι 3-4 μήνες και να παγιωθεί ο ρυθμός, ο τρόπος και το ποσό πληρωμής μας για να μπορέσω να αρχίσω να βλέπω με αισιοδοξία το μέλλον μου. Όσο περνούσαν οι μήνες, όλο και περισσότεροι συνάδελφοι με ρωτούσαν αν πληρώνομαι ή όχι, πόσα λεφτά παίρνω και αν υπάρχει η δυνατότητα για έναν νέο ιατρό να υπογράψει μέσα στο έτος, σύμβαση με τον ΕΟΠΥΥ. Η ανάγκη για επικοινωνία, ενημέρωση και ενότητα ήταν τα στοιχεία εκείνα

που τελικά με οδήγησαν, μαζί με άλλους συναδέλφους, να δημιουργήσουμε μία ομάδα συμβεβλημένων ιατρών στο facebook, όπου όλοι οι συμβεβλημένοι ιατροί γίναμε φίλοι, ανταλλάξαμε απόψεις και βοηθήσαμε ο ένας τον άλλον. Οι ίδιες αυτές ανάγκες, στη συνέχεια, μας οδήγησαν και στη δημιουργία της μοναδικής ένωσης ιατρών, που σ' αυτή βρίσκουν καταφύγιο όλοι οι ιατροί που έχουν σύμβαση με τον οργανισμό, την ENI-ΕΟΠΥΥ.

Την πρώτη αυτή περίοδο, οι ασφαλισμένοι δεν γνώριζαν παρά ελάχιστα πράγματα σε σχέση με τον ΕΟΠΥΥ και οι συγκρούσεις στα ιατρεία μας δεν ήταν σπάνιο φαινόμενο. Έπρεπε να δείξουμε μεγάλη υπομονή και ακόμα μεγαλύτερη κατανόηση, καθώς ο ασφαλισμένος νομίζει πως έχει πάντα δίκιο.

Μετά το πρώτο εξάμηνο του 2012, οι συνθήκες βελτιώθηκαν. Επιτέλους το σύστημα ηλεκτρονικής συνταγογράφησης δούλεψε! Οι ασφαλισμένοι γνώριζαν τα δικαιώματα, αλλά και τις υποχρεώσεις τους και οι πληρωμές ερχόντουσαν σε τακτά χρονικά διαστήματα. Πλέον ήμουν σίγουρος πως η απόφασή μου για υπογραφή της σύμβασης ήταν η σωστή.

Το 2013 ήρθε και τον Φεβρουάριο είχαμε την ετήσια γενική συνέλευση του Πανελλήνιου Ιατρικού Συλλόγου. Ως ένας από τους εκλεγμένους εκπροσώπους του ΙΣΘ, είχα την τύχη ή μάλλον την ατυχία, αλλά πάνω απ' όλα την υποχρέωση, να παραβρεθώ. Οι προσδοκίες μου για μία γενική συνέλευση όπου θα κυριαρχούσαν τα δίκαια αιτήματα των ιατρών, όπως η αλλαγή της πολιτικής στον χώρο της υγείας, η μη πώληση φαρμάκων χωρίς ιατρική συνταγή και η επιβολή σκληρών κυρώσεων σε όσους μη ιατρούς εκτελούν ιατρικές πράξεις, έπεσαν στο κενό... Το μεγαλύτερο μέρος των συμμετεχόντων έδειξε να έχει ένα και μόνο πρόβλημα: την ύπαρξη των συμβεβλημένων ιατρών. Το μόνο αίτημά τους αφορούσε την προσπάθεια που θα έπρεπε να καταβληθεί από τον ΠΙΣ για να παραιτηθούν οι συμβε-

βλημένοι ιατροί. Τελικά στο τέλος της γενικής συνέλευσης με συντριπτική πλειοψηφία αποφασίστηκε πως όλοι οι συμβεβλημένοι ιατροί θα έπρεπε να παραιτηθούν και σε περίπτωση μη παραίτησής τους, θα περνούσαν από το πειθαρχικό του συλλόγου τους. Θεωρώ πως αυτή η απόφαση-ντροπή το μόνο που κατάφερε ήταν να κάνει όλους τους ιατρούς να συσπειρωθούν και να καταλάβουν πως η ηγεσία του ΠΙΣ δεν τους εκφράζει. Σε αυτό το σημείο πρέπει να ευχαριστήσω τον ΙΣΘ και τον πρώην πρόεδρό του κ. Εξαδάκτυλο καθώς και τον νυν πρόεδρο κ. Τσάμη για τη στήριξή τους προς τους νέους ιατρούς κατά τη διάρκεια της θητείας τους και τη δίκαιη στάση που κράτησαν, όσο αφορά την απόφασή μας για σύμβαση με τον ΕΟΠΥΥ. Ήταν από τους λίγους ιατρικούς συλλόγους, μαζί με εκείνους της Πάτρας, Ηρακλείου και Λάρισας (συγγνώμη αν ξεχνάω κάποιους), που κατάλαβαν από την αρχή πως οι νέοι ιατροί έχουμε πρόβλημα επιβίωσης και η υπογραφή ή όχι της νέας σύμβασης αποτελεί δικαίωμά μας, αλλά και μονόδρομο για πολλούς από εμάς.

Πλέον, έχουν συμπληρωθεί πάνω από 17 μήνες λειτουργίας του ΕΟΠΥΥ και ως συμβεβλημένος ιατρός μπορώ να δηλώσω πως μπορεί να μην είμαι απόλυτα ευχαριστημένος με τον οργανισμό, όσο αφορά τις πληρωμές, καθώς έχω πληρωθεί μέχρι και τον Δεκέμβριο του 2012 και μάλιστα έχω λάβει μόνο το 90% του συνολικού ποσού για όλο το 2012, αλλά η σύμβαση μαζί του για μένα που είμαι νέος ιατρός αποτέλεσε και αποτελεί μονόδρομο. Αλήθεια, έχει αναλογιστεί κανείς από τους παλιότερους ιατρούς πώς μπορεί ένας νέος ιατρός να επιβιώσει, δίχως σύμβαση με κάποιο ασφαλιστικό ταμείο, όταν στη δύσκολη αρένα του ιδιωτικού τομέα έχει να αντιμετωπίσει παλιότερους καταξιωμένους συναδέλφους, που ασκούν το ελεύθερο επάγγελμα, στρα-

τιωτικούς που έχουν μισθό από τον στρατό αλλά και ιδιωτικό ιατρείο, ιατρούς των μονάδων υγείας του ΕΟΠΥΥ που έχουν και ιδιωτικό ιατρείο και πανεπιστημιακούς που δουλεύουν και σε κάποιο νοσοκομείο, αλλά έχουν και ιδιωτικό ιατρείο; Με λίγα λόγια η σύμβαση με τον ΕΟΠΥΥ αποτελεί «αναγκαίο κακό» για τους νέους ιατρούς. Επίσης θεωρώ πως δεν υπάρχει λόγος να πολεμήσουμε ως ιατρικό σώμα τον οργανισμό, αλλά να προσπαθήσουμε να αλλάξουμε τα όποια κακώς κείμενα. Οι εποχές όπου ο ασφαλισμένος ήταν «στο μαντρί» πέρασαν και ήρθε η ώρα και στη χώρα μας να επικρατήσει το ίδιο μοντέλο πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας που υπάρχει εδώ και δεκάδες χρόνια στην ανεπτυγμένη Ευρώπη. Σε κανένα κράτος δεν υπάρχουν δομές τύπου μονάδων υγείας, αλλά παντού οι ασφαλισμένοι εξυπηρετούνται στα ιδιωτικά ιατρεία συμβεβλημένων ιατρών. Από την πλευρά των ασφαλισμένων έχω την εντύπωση ότι η πλειοψηφία θεωρεί μεγάλη επιτυχία την ενοποίηση των ασφαλιστικών ταμείων και θεωρεί πως αυτή τη στιγμή οι υπηρεσίες που μπορεί να έχει είναι υψηλότερου επιπέδου. Ταυτόχρονα διαπιστώνω δυσaréσκεια για τη δυσκολία να κλείσουν ραντεβού εξαιτίας του περιορισμένου αριθμού συμβεβλημένων σε ορισμένες ειδικότητες.

Ήρθε η ώρα που οι ιατροί ενωμένοι θα πρέπει να κοιτάσουμε το μέλλον κατάματα και να προσπαθήσουμε να πετύχουμε την επιβίωσή μας. Αν καταφέρουμε τη μη πώληση φαρμάκων χωρίς ιατρική συνταγή και τη μη παροχή ιατρικών υπηρεσιών από μη ιατρούς (π.χ. φαρμακοποιούς, φυσικοθεραπευτές) θα έχουμε πετύχει πολλά. Πάγια άποψή μου αποτελεί η διαπίστωση πως το πρόβλημά μας δεν είναι μόνο η ύπαρξη πολλών ιατρών στη χώρα μας, αλλά κυρίως η ύπαρξη πολλών μη ιατρών που ασκούν την ιατρική...



Ανακοίνωση – Καταγγελία για τις εξελίξεις στο Δημόσιο Σύστημα Υγείας

Κοινωνικό Ιατρείο Αλληλεγγύης Θεσσαλονίκης

Αισώπου 24, 1^{ος} όροφος (περιοχή Βαρδάρη)

Τηλ. 2310 520386

koinwniko.iatreio@gmail.com



Το Κοινωνικό Ιατρείο Αλληλεγγύης Θεσ/νίκης καταγγέλλει τη συνεχιζόμενη βάρβαρη πολιτική της συγκυβέρνησης στην υγεία. Ιδιαίτερα, επισημαίνουμε την επιμονή στον εγκληματικό αποκλεισμό των

ανασφάλιστων από δωρεάν υπηρεσίες περίθαλψης, πρωτοβάθμιας και νοσοκομειακής, που κοστίζει καθημερινά αναπηρίες και θανάτους σε χιλιάδες συμπολίτες μας, καθώς αυτοί από αδυναμία να αντεπεξέλθουν στο κόστος της περίθαλψης είτε δεν τη λαμβάνουν καθόλου είτε προσέρχονται για νοσηλεία πολύ καθυστερημένα, όταν πια το πρόβλημα έχει επιδεινωθεί.

Το ΚΙΑ καταγγέλλει το κλείσιμο των 8 νοσοκομείων σε Αθήνα και Θεσσαλονίκη, καθώς και την προετοιμασία για την κατάργηση ακόμη περισσότερων τμημάτων και κρεβατιών στην επαρχία, ως αποτέλεσμα της πιστής τήρησης από το Υπουργείο Υγείας των μνημονιακών δεσμεύσεων. Καταγγέλλουμε επίσης

τη διαθεσιμότητα – κινητικότητα – απολύσεις χιλιάδων υγειονομικών, την ώρα που είναι αναγκαίες όσο ποτέ οι μαζικές προσλήψεις προσωπικού όλων των βαθμίδων. Τα νοσοκομεία που κλείνουν, ανεξάρτητα από τις πολλές λειτουργικές αδυναμίες τους, που οφείλονται ακριβώς σε αυτή την έλλειψη προσωπικού και σημαντικών τμημάτων τους, σήκωναν μεγάλο βάρος της αναγκαίας Δημόσιας Περίθαλψης και η κατάργησή τους αποτελεί ακόμη ένα σημαντικό χτύπημα στη Δημόσια Υγεία. Ειδικότερα στη Θεσσαλονίκη, τα Νοσοκομεία Ειδικών Παθήσεων (Λοιμωδών) και Δερματολογικό αποτελούσαν και από επιστημονικής άποψης μοναδικά νοσοκομεία, που η απώλειά τους σε συνθήκες μνημονιακής κατεδάφισης της Δημόσιας Περίθαλψης θα σημαίνει και ένα τεράστιο κενό στο πεδίο της ιατρικής τεχνογνωσίας, πέρα από την απώλεια των δημόσιων κρεβατιών. Από την άλλη, το Νοσοκομείο «Παναγία» συμβάλλει στη γενική εφημερία πόλης σταθερά κάθε τέταρτη ημέρα μαζί με το Ιπποκράτειο εδώ και πάρα πολλά χρόνια, προσφέροντας σημαντικότερες υπη-

ρεσίες στους κατοίκους της ανατολικής Θεσσαλονίκης. Θέλουμε όμως να τονίσουμε και πάλι ότι το μέγιστο πρόβλημα σήμερα παραμένει πως για το 30% και πλέον του πληθυσμού που είναι χωρίς ασφάλιση, τα Δημόσια Νοσοκομεία είναι όλα κλειστά εδώ και τρία χρόνια. Καθώς για να νοσηλευτεί σε αυτά ο ανασφάλιστος (δηλαδή ο άνεργος, ο φτωχός, ο μετανάστης χωρίς χαρτιά, ο μικρομαγαζάτορας που δεν μπορεί να πληρώσει τα 450 ευρώ τον μήνα στον ΟΑΕΕ, όλος ο κόσμος της γκρίζας ζώνης της μαύρης και ανασφάλιστης εργασίας) πρέπει να πληρώσει το σύνολο του κόστους νοσηλείας και το σύνολο της φαρμακευτικής αγωγής, που στη συντριπτική πλειοψηφία των περιπτώσεων αφορά ποσά της τάξεως εκατοντάδων και χιλιάδων ευρώ.

Ο αποκλεισμός των ανασφάλιστων, η ολόένα και μεγαλύτερη συμμετοχή στο κόστος περίθαλψης και από τους ασφαλισμένους, το κλείσιμο των νοσοκομείων και η κατάργηση τμημάτων και κρεβατιών (που προκλητικά βαφτίζεται «αλλαγή χαρακτήρα»), η διαθεσιμότητα-απολύσεις των εργαζομένων και η λειτουργική κατάρρευση των υπόλοιπων νοσοκομείων λόγω υποχρηματοδότησης και αναστολής των προσλήψεων είναι μια ενιαία πολιτική στα πλαίσια της μνημονιακής δέσμευσης της κυβέρνησης για κατάργηση του δικαιώματος στην υγεία ως δωρεάν και αναφαίρετου. Για το ακραία νεοφιλελεύθερο μπλοκ εξουσίας κυβέρνησης-Τρόικας η υγεία αποτελεί διαχειρίσιμο εμπόρευμα, που ως τέτοιο καλείται να το αναλάβει εξολοκλήρου ο επιχειρηματικός ιδιωτικός τομέας με τραγικά ήδη αποτελέσματα στη ζωή και τη σωματική ακεραιότητα χιλιάδων συμπολιτών μας.

Αποτελέσματα στη ζωή και τη σωματική ακεραιότητα χιλιάδων συμπολιτών μας

Η προκλητική τοποθέτηση στην ηγεσία του Υπουργείου Υγείας του Άδωνι Γεωργιάδη, γνωστού για τις φασιστικές και ακροδεξιές θέσεις του και το έλλειμμα σοβαρότητας, αλλά ωστό-

σο τόσο ταιριαστή για το έργο που καλείται εσπευσμένα να ολοκληρώσει, αποτελεί το τελικό στάδιο μιας δολοφονικής για τη δημόσια και δωρεάν περίθαλψη πολιτικής και ενός επίσημου θεσμικού ρατσισμού, που ξεκίνησε από την εποχή Α. Λοβέρδου (εισαγωγή πληρωμής ανασφάλιστων, καθιέρωση πεντάευρου, διαπόμπευση και φυλάκιση ασθενών οροθετικών γυναικών, τρομακτική αύξηση νοσηλείων, συκοφάντηση των μεταναστών για την ανεπάρκεια του ΕΣΥ κ.λπ. κ.λπ.).

Χρέος και ανάγκη όλων εμάς που αποτελούμε θύματα αυτής της πολιτικής είναι να αγωνιστούμε ενωμένοι και αποφασισμένοι για την ανατροπή της το συντομότερο δυνατό και να επιβάλλουμε ξανά τη δημόσια περίθαλψη ως πρώτιστο και μη διαπραγματεύσιμο δικαίωμα και αγαθό, που θα προσφέρεται δωρεάν και καθολικά ανεξάρτητα από οικονομική και εργασιακή κατάσταση, νομιμοποιητικά έγγραφα, θρήσκευμα, ιθαγένεια, σεξουαλική προτίμηση, φύλο και ηλικία. Σήμερα πια, οποιαδήποτε ολιγωρία και ατολμία στη λήψη πρωτοβουλιών αλληλεγγύης, οποιαδήποτε συντεχνιακή προσέγγιση ή κοινωνικός αυτοματισμός, οποιαδήποτε επιχειρηματολογία για διασπαστικές πρακτικές και υποτίμηση των ζωών που χάνονται καθημερινά, διευκολύνουν την άσκηση αυτής της εγκληματικής πολιτικής και την εγκαθίδρυση αυτής της βαρβαρότητας, όπου η ανθρώπινη ζωή αξίζει λιγότερο από ένα αντίτιμο εισιτηρίου.

Το Κοινωνικό Ιατρείο Αλληλεγγύης, που εδώ και μια διετία με την καθημερινή του λειτουργία προσπαθεί να κρατήσει ζωντανή την έννοια της δωρεάν περίθαλψης, να στηρίξει τα θύματα αυτής της πολιτικής και να καταγγείλει τον αποκλεισμό των ανασφάλιστων ασθενών και τη διάλυση και εμπορευματοποίηση του ΕΣΥ, καλεί σε έναν διαρκή και ενωτικό αγώνα, ώστε να υπάρξει ξανά ένα δημόσιο και δωρεάν Σύστημα Υγείας και Πρόνοιας για όλους τους κατοίκους αυτής της επικράτειας χωρίς αποκλεισμούς.



Μικρή ιστορία του συνδρόμου Charles Bonnet

Θεοχάρης Χ. Κυζιρίδης

Ειδικός Νοσηλευτής Ψυχικής Υγείας – Ιατρός,
Ειδικευόμενος ιατρός Γ΄ Ψυχιατρικής Κλινικής ΑΠΘ, ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ

Το σύνδρομο Charles Bonnet χαρακτηρίζεται από την ύπαρξη οπτικών ψευδαισθήσεων σε ηλικιωμένα συνήθως άτομα που παρουσιάζουν προβλήματα στην όραση λόγω οφθαλμικής νόσου. Οι ψευδαισθήσεις είναι χαρακτηριστικά ζωηρές εικόνες από ζώσες μορφές, ενώ ο ασθενής διατηρεί επίγνωση του ότι δεν είναι πραγματικές. Άλλη ψυχοπαθολογία δεν διαπιστώνεται, ενώ η θεραπεία που στοχεύει στην αντιμετώπιση των ψευδαισθήσεων συνήθως είναι αναποτελεσματική¹.

Τα κριτήρια για τη διάγνωση του συνδρόμου περιλαμβάνουν την ύπαρξη οπτικών ψευδαισθήσεων που είναι σχηματισμένες, σύνθετες, επίμονες ή επαναλαμβανόμενες και στερεότυπες, την ύπαρξη πλήρους ή μερικής εναισθησίας, την απουσία παραληρητικών ιδεών και ψευδαισθήσεων από άλλες αισθητηριακές οδούς. Το σύνδρομο μπορεί να προκληθεί τόσο από οφθαλμικές όσο και από εγκεφαλικές

διαταραχές, αν και οι περισσότεροι ασθενείς φαίνεται πως πάσχουν από τις πρώτες. Γνωστικές αλλαγές ή συναισθηματικές διαταραχές απουσιάζουν συνήθως². Το 1990 προτάθηκε ένας λειτουργικός ορισμός που απαιτεί την παρουσία οπτικών ψευδαισθήσεων χωρίς διαταραχή στο επίπεδο συνείδησης και χωρίς να υπάρχει παθολογία του εγκεφάλου ή ψυχωτική διαταραχή. Διαταραχή της όρασης δεν θεωρείται αναγκαία, αν και συνήθως υπάρχει³.

Ο Fish περιγράφει χαρακτηριστικά ότι στο σύνδρομο Charles Bonnet σύνθετες οπτικές ψευδαισθήσεις λαμβάνουν χώρα σε απουσία άλλης ψυχοπαθολογίας και με καλό επίπεδο συνείδησης, υπάρχει συσχέτιση με κεντρική ή περιφερική ελάττωση στην όραση, είναι συνηθέστερο στους ηλικιωμένους αν και μπορεί να συμβεί και σε νεότερα άτομα, τα επεισόδια των ψευδαισθήσεων έχουν ποικίλη διάρκεια και μπορούν να διαρκέσουν και για

χρόνια, και οι εικόνες μπορεί να είναι στατικές ή εν κινήσει⁴. Άλλοι συγγραφείς αναφέρουν ότι οι οπτικές ψευδαισθήσεις ξεκινούν ξαφνικά, διαρκούν μόνο δευτερόλεπτα ή λεπτά, είναι ζωντανές, συνηθέστερες το βράδυ και τη νύχτα, και κατά τα 2/3 σύνθετες όπου οι ανθρώπινες μορφές κυριαρχούν. Η εναισθησία διατηρείται⁵.

Η συχνότητα του συνδρόμου υπολογίζεται σε 1-2% σε εξωτερικούς ψυχογριατρικούς ασθενείς^{3,6} και σε 10-30% των ηλικιωμένων με προβλήματα όρασης⁷.

Τον όρο πρωτοχορησιμοποίησε ο Ελβετός νευρολόγος Georges de Morsier (1894-1982) το 1936⁸ για να υποδηλώσει ένα σύνδρομο με οπτικές ψευδαισθήσεις που συνέβαινε σε ηλικιωμένους με οφθαλμικές βλάβες, ή, όπως ο ίδιος το παρέφρασε το 1938⁹, σε ηλικιωμένους χωρίς προβλήματα γνωστικών λειτουργιών και χωρίς αιτιολογική συσχέτιση με προβλήματα περιφερικής όρασης. Αργότερα δημοσίευσε μια μελέτη με 18 περιπτώσεις (11 άνδρες και 7 γυναίκες) από τη βιβλιογραφία με μέσο όρο ηλικίας τα 81 έτη⁷.

Ο de Morsier έδωσε σε αυτό το σύνδρομο το όνομα του συμπατριώτη του, Ελβετού φυσιοδίφη και φιλοσόφου Charles Bonnet (1720-1793) (Εικόνα), ο οποίος ακολουθούσε τη θεωρία του David Hartley για τη σύνδεση των ιδεών⁷. Ο Bonnet είχε πρωτοπεριγράψει αυτή τη συνδρομή σε ηλικία 40 ετών, το 1760^{10,11}, έχοντάς την παρατηρήσει στον υπερήλικα παππού του. Ο παππούς του, Charles Lullin, 89 χρονών από τη Γένοβα, τον οποίο ο Bonnet περιέγραφε ως υγιή, ευαίσθητο και χωρίς κανένα απολύτως πρόβλημα μνήμης, έπασχε από αυτές τις ψευδαισθήσεις σε έδαφος απώλειας της όρασης λόγω αμφοτερόπλευρου καταρράκτη. Οκτώ χρόνια μετά από μια 1^η και έναν χρόνο μετά από μια 2^η επέμβαση, που επιδείνωσε ακόμη περισσότερο την όρασή του, ο παππούς ανέφερε ότι έβλεπε ζωντανές εικόνες με ανθρώπους (άντρες και γυναίκες),

πουλιά, κτίρια και άλλα αντικείμενα που άλλαζαν μέγεθος και σχήμα, χωρίς να υπάρχουν αντίστοιχα εξωτερικά ερεθίσματα, χωρίς να υπάρχουν ψευδαισθήσεις από άλλες αισθητηριακές οδούς ή διαταραχή των γνωστικών λειτουργιών. Ο ίδιος καταλάβαινε ότι αυτά ήταν δημιουργήματα του μυαλού του και έμοιαζε να το διασκεδάσει. Το 1758 είχε οπτικές ψευδαισθήσεις διάρκειας 3 μηνών. Δεν είναι ξεκάθαρο αν οι επεμβάσεις έγιναν πριν από τα επεισόδια των ψευδαισθήσεων. Ο Bonnet συμπέρανε ότι αυτές οι ψευδαισθήσεις εντοπίζονταν στο μέρος του εγκεφάλου που βρισκόταν το όργανο της όρασης. Προς το τέλος της ζωής του και ο ίδιος ο Bonnet υπέφερε από επιδείνωση της ήδη κακής οπτικής του οξύτητας και βίωνε οπτικές ψευδαισθήσεις^{7,12,13}.

Στις αρχές του 20^{ου} αιώνα ανακαλύφθηκε ένα χειρόγραφο του Lullin με περιγραφή του για τις εμπειρίες τις οποίες είχε βιώσει. Ανέφερε ότι είχε τις οπτικές ψευδαισθήσεις μόνο όταν στεκόταν ή καθόταν, αλλά ποτέ όταν ξάπλωνε,



Ο Charles Bonnet από χαρακτηριστικό του Ambroise Tardieu το 1827⁷

και ότι ήταν πιο καθαρές στο αριστερό οπτικό πεδίο ενώ εξαφανίζονταν στα δεξιά^{12,14}.

Οι ψευδαισθήσεις στο σύνδρομο Charles Bonnet έχουν κατά καιρούς λάβει ονόματα όπως οφθαλμοπαθητικές ψευδαισθήσεις και θετικά αυτόματα οπτικά φαινόμενα. Το 1953 ο W.J. Freeman (1895-1972), Αμερικανός νευρολόγος-ψυχίατρος, και ο συνεργάτης του, J.M. Williams, περιέγραψαν μια παραλλαγή του συνδρόμου Charles Bonnet με οπτικές ψευδαισθήσεις σε μια σχεδόν τυφλή γυναίκα, ενώ τα άτομα που ασχολούνται με αποκρυφισμό και μυστικισμό, και πάσχουν από αυτό το σύνδρομο, αποκαλούνται μερικές φορές άνθρωποι Bonnet, η δε ικανότητά τους να βιώνουν ψευδαισθήσεις θεωρείται σαν μια δίοδος για μια παράλληλη πραγματικότητα⁷.

Μερικοί συγγραφείς έχουν επιχειρήσει να διευρύνουν τα όρια του συνδρόμου ώστε να περιλάβουν άτομα που τελικά αναπτύσσουν παθολογία του εγκεφαλικού φλοιού¹⁵. Έτσι κάθε οπτική ψευδαισθηση σε ηλικιωμένους, ανεξαρτήτως της συνυπάρχουσας ψυχοπαθολογίας, θα μπορούσε να ενταχθεί διαγνωστικά στα πλαίσια του συνδρόμου Charles Bonnet, σε καταστάσεις όπως άνοια, οφθαλμική επέμβαση, ελαττωμένη οπτική οξύτητα. Δυστυχώς φαίνεται το σύνδρομο Charles Bonnet να έχει μεταβληθεί σε ένα κάλαθο των αχρήστων για όλου του είδους τις ψευδαισθητικές καταστάσεις στους ηλικιωμένους¹².

Βιβλιογραφικές πηγές

1. Ovsiew F. The neuropsychiatric approach to the patient. In: Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P (eds). Caplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, 9th edition, Lipincott Williams and Wilkins, 2009.
2. Cummings JL, Mega MS. Neuropsychiatry and Behavioral Neuroscience, 1st edition, Oxford University Press, Oxford, 2003.
3. Podoll K, Schwan M, Noth J. Charles Bonnet syndrome bei einem Parkinson – patienten mit bideitigem visusverlust. Nervenarzt 1990; 61: 52-6.
4. Casey P, Kelly B. Fish's Clinical Psychopathology, 3rd edition.
5. Fuchs T, Lauter H. Charles Bonnet syndrome and musical hallucinations in the elderly. In: Katona C, Levy R (eds). Delusions and Hallucinations in Old Age. London: Gaskell, 1992, pp. 187-98.
6. Berrios GE, Brook P. Visual hallucinations and sensory delusions in the elderly. Br J Psychiatry 1984; 144: 662-4.
7. Blom JD. A dictionary of hallucinations. Springer, New York, 2010.
8. De Morsier G. Les automatismes visuels (Hallucinations visuelles rétrochiasmiques). Schweizerische Medizinische Wochenschrift, 1936; 66: 700-703.
9. De Morsier G. Les hallucinations, etude oto-neuroophthalmologique. Rev Otoneuroophthalmol 1938; 16: 244-352.
10. Bonnet Ch. Essai analytique sur les facultés de l'âme. Copenhagen: Frères Cl. & Ant. Philibert, 1760.
11. Bonnet Ch. Essai Analytique sur les Facultés de l'âme, 2nd edn., Vol. 14, Neuchatel, Fauche, 1769.
12. Berrios GE. The history of mental symptoms. Descriptive psychopathology since the nineteenth century. Cambridge University Press, Cambridge, 2002.
13. Berrios GE. Phenomenology, psychopathology and Jaspers: a conceptual history. History of Psychiatry, 1992; 3: 303-27.
14. Flournoy Th. Le cas de Charles Bonnet. Hallucinations visuelles chez un vieillard opere de la cataracte. Archives de Psychologie, 1902 (Geneva) 1: 1-23.
15. Murray RM, Kendler KS, McGuffin P, Wessely S, Castle DJ. Essential Psychiatry, 4th edition, Cambridge University Press, Cambridge, 2008.

Είπαν

«Αν αρχίσουμε να τσακωνόμαστε για το παρελθόν και το παρόν, θα ανακαλύψουμε ότι χάνουμε το μέλλον»

[Ουίνστον Τσώρτσιλ]



Υπερθερμία

Ένα νέο όπλο στη μάχη κατά του καρκίνου

Μιχαήλ Μαραγκός¹, Άλφρεντ Μπάριτς²

¹ Ακτινοθεραπευτής-Ογκολόγος,
Στρατιωτικός Ιατρός,

² Χειρουργός Ογκολόγος,
Μέλος Ευρωπαϊκής Εταιρείας Μελέτης του Καρκίνου

Η Υπερθερμία (Υ/Θ) είναι μία ειδική θεραπευτική τεχνική στη μάχη κατά του καρκίνου που βασίζεται σε διαδικασίες ανύψωσης της θερμοκρασίας του σώματος ή τοπικά σε διάφορες πάσχουσες περιοχές του στους 41-43°C περίπου, μέσω εφαρμογής ηλεκτρομαγνητικής ακτινοβολίας (ή ενέργειας μέσω υπερήχων) για μια συγκεκριμένη χρονική περίοδο. Στόχο έχει είτε την εξουδετέρωση, είτε ευαισθητοποίηση των καρκινικών κυττάρων του όγκου, ώστε αυτά να καταστούν ευάλωτα σε επιπρόσθετες θεραπείες με ακτινοβολίες ή με χημειοθεραπείες αντικαρκινικών φαρμάκων, βοηθώντας έτσι τη δράση τους με τρόπο άμεσο αλλά κυρίως συνεργιστικό¹.

Στην πραγματικότητα είναι μια πανάρχαια τεχνική αντιμετώπισης του καρκίνου, η αρχή της οποίας ανακαλύφθηκε σε αιγυπτιακούς παπύρους. Στις μέρες μας, η εισαγωγή της στην κλινική πράξη ξεκίνησε με δειλά αλλά σταθερά βήματα, ενώ επιστρατεύτηκε με το σκεπτικό του εκσυγχρονισμού της αρχικής της ιδέας και ήδη εφαρμόζεται εδώ και μερικές

δεκαετίες με πολλά ενθαρρυντικά κλινικά αποτελέσματα².

Η πρώτη ανακοίνωση για την Υ/Θ έγινε το 1886 από τον W. Busch, ενώ στο τέλος του 19^{ου} αιώνα ο William Coley έκανε χρήση Υ/Θ προκαλώντας τεχνητό πυρετό σε ασθενείς που έπασχαν από σάρκωμα μαλακών μορίων με ενέσεις που περιείχαν εκχυλίσματα από βακτηριδιακό υλικό γνωστά μέχρι σήμερα ως «τοξίνη του Coley» με αρκετά θεαματικά αποτελέσματα.

Το αυξημένο ενδιαφέρον για τη χρήση της Υ/Θ στη θεραπεία του καρκίνου αναπτύχθηκε στη δεκαετία του 1960, όταν έκαναν την εμφάνισή τους διάφορες συσκευές παραγωγής είτε συστηματικής είτε τοπικής Υ/Θ που θα εξελίσσονταν αργότερα παράλληλα με τις νέες τεχνολογίες⁸. Όμως, μόλις τα τελευταία 15 χρόνια αυτές οι νέες ανακαλύψεις και τεχνολογίες έχουν μετατρέψει την Υ/Θ σε μια πολύτιμη θεραπευτική τεχνική για συγκεκριμένους τύπους καρκίνου. Ωστόσο, η Υ/Θ δεν είναι ευρέως διαδεδομένη και οι τρεις

συμβατικές τεχνικές (χειρουργική, χημειοθεραπεία και ακτινοθεραπεία, όπως και η ορμονοθεραπεία) ακόμα δεσπόζουν ως θεραπείες στη μάχη κατά του καρκίνου χαρακτηριζόμενες μάλιστα σήμερα ως τα “golden standards” της ογκολογίας.

Η Υ/Θ, ωστόσο, μπορεί υπό προϋποθέσεις να επενεργήσει ευεργετικά με συνεργικό τρόπο στις παραπάνω μεθόδους, είτε με το να θανατώσει άμεσα είτε με το να αποδυναμώσει τα καρκινικά κύτταρα, χωρίς καθόλου αυτό να επηρεάζει σημαντικά τα φυσιολογικά κύτταρα.

Υπάρχουν πολλές βιοχημικές αλλαγές ως συνέπεια του θερμικού σοκ που προκαλεί η Υ/Θ εντός του κυττάρου, μέσα από μοριακούς μηχανισμούς, και σε αυτή αναλογεί το μοντέλο των **5R** της κυτταροκινητικής των όγκων που παρατηρείται στην ακτινοθεραπεία με ιοντίζουσες ακτινοβολίες με παραλλαγές, δηλαδή (**Repopulation, Repair, Redistribution, Re-oxygenation, Radioresistance**). Ο συμπαγής όγκος με τη хаοτική αγγειακή δομή του με δυσκολία επιτρέπει τη διάχυση της θερμότητας. Παράλληλα, το όξινο pH και τα πιο ανθεκτικά κακοήγη κλωνογενή κύτταρα στο κέντρο του τον καθιστούν δύσκολα προσπελάσιμο στην χημειο- και ακτινοθεραπεία. Η Υ/Θ αυξάνει τη ροή του αίματος στην περιοχή του όγκου-στόχου, μέσω αγγειοδιαστολής και διευκολύνει την αιμάτωση και την οξυγόνωση (**Reoxygenation**) της περιοχής. Αυτό υπό προϋποθέσεις μπορεί να ενισχύσει την αποδοτικότητα των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων αλλά και των ακτινοβολιών στην περιοχή, αλλά και τον μεταβολισμό των επιδιορθωτικών μηχανισμών που συμβάλλουν στην αποκατάσταση των ζημιών που προκαλούνται στους ιστούς κατά τη διάρκεια τέτοιων εφαρμογών (**Repair**)⁷.

Η Υ/Θ μπορεί να επαγάγει την έναρξη της διαδικασίας απόπτωσης των καρκινικών κυττάρων του (έναντι της οποίας αυτά έχουν αναπτύξει μηχανισμούς άμυνας) λόγω της άμεσης

ανταπόκρισης στην εφαρμοζόμενη θερμότητα. Η ήπια θερμидική επέμβαση στον όγκο μπορεί να προκαλέσει ανεπαίσθητες αλλαγές που όμως, σε συνδυασμό με άλλους χειρισμούς, μπορεί να επάγουν τον θάνατο του κυττάρου προκαλώντας απόπτωση. Σε υψηλές θερμοκρασίες προκαλείται άμεσος κατακερματισμός των αλυσίδων του DNA και ταχεία νέκρωση των κυττάρων εντός του όγκου⁵ (μιτωτική καταστροφή και απώλεια κλωνογενούς ικανότητας). Ταυτόχρονα, οι φυσιολογικοί ιστοί δεν υφίστανται ιδιαίτερες βλάβες λόγω των αργότερων επιδιορθωτικών μηχανισμών που διαθέτουν τα κύτταρά τους (**Repopulation**).

Η Υ/Θ παρακάμπτοντας τους περιορισμούς της αιμάτωσης και της οξυγόνωσης, που αφορούν τη χημειοθεραπεία και την ακτινοθεραπεία επενεργεί άμεσα στα πιο ανθεκτικά κλωνογενή κύτταρα του κέντρου του όγκου με άμεση μετουσίωση ή τήξη των κυτταρικών πρωτεϊνών τους, αφήνοντας ζωντανά τα λιγότερο κακοήγη της περιφέρειας (**Redistribution**) στη δράση της χημειοθεραπείας και της ακτινοθεραπείας^{5,6}. Έτσι, ακόμα κι αν τα καρκινικά κύτταρα δεν πεθάνουν τελείως, γίνονται πιο ευάλωτα στην ιονίζουσα ακτινοβολία (**Radioresistance**) ή σε ορισμένες θεραπείες με χημειοθεραπευτικά φάρμακα, τα οποία για τον λόγο αυτό θα μπορούσαν υπό προϋποθέσεις να χορηγούνται σε μικρότερες δόσεις (Χημειο-Ακτινοευαίσθητοποίηση).

Στην ογκοϋπερθερμία γίνεται και χρήση τεχνικών Υ/Θ ολόκληρου του σώματος, χωρίς δηλαδή να στοχεύουν αυτές στην επιλεκτική τοπική θέρμανση του όγκου. Σε αυτές επιδιώκεται κάτω από ασφαλείς συνθήκες η ομογενής θέρμανση όλου του σώματος σε θερμοκρασίες από 39,5°C για 4-8 ώρες και έως 42°C για 1-2 ώρες (Jia & Liu, 2010), θέτοντας τον ασθενή σε ένα μηχάνημα που παράγει θερμότητα όλου του σώματος και περιτυλίγοντάς τον με ειδικές κουβέρτες θέρμανσης⁸. Οι τεχνικές είναι κυρίως δύο, με παραλλαγές:

α) Η ενδιάμεση ή ήπια ολοσωματική Υ/Θ, η οποία κάνει χρήση υπέρυθρης ακτινοβολίας και η οποία φτάνει σε θερμοκρασίες ίσες με αυτές ενός μέσου ή υψηλού πυρετού 38,5°C και μπορεί να διεγείρει τη φυσιολογική ανοσολογική ανταπόκριση (άμεση και έμμεση) έναντι του όγκου⁷⁻⁸.

β) Η ακραία ολοσωματική Υ/Θ η οποία γίνεται υπό αναισθησία, γιατί φτάνει σε θερμοκρασίες άνω των 42,5°C μέσω υπερύθρων ακτίνων, και χρησιμοποιείται για την εκτομή (άμεση καταστροφή) κάποιων όγκων κυρίως σε συνδυασμό με χημειοθεραπεία και για τη θεραπεία προχωρημένων (μεταστατικών) καρκίνων⁸.

Στις παραπάνω τεχνικές, επιδιώκεται ώστε οι θερμοκρασίες να διατηρούνται υψηλές σε οριακώς ανεκτά επίπεδα τεχνητού πυρετού για μεγάλα χρονικά διαστήματα. Σπάνια, λόγω της έκκρισης κυτταροκινών και ανάλογα με το είδος της τεχνικής, μπορεί να παρουσιαστούν σε αυτές παρενέργειες στον ασθενή, από ήπιες έως πολύ σοβαρές, ανάλογα με την τεχνική, που ξεκινούν από μια απλή διάρροια, μια ήπια ναυτία και τάση για έμετο, μια μέτρια κόπωση και γενικότερα συμπτώματα μέτριας ηλίαςσης, ενώ για την ακραία ολοσωματική επειδή γενικά η θερμοκρασία 42°C είναι στο οριακό σημείο το συμβατό με τη ζωή, οι πιθανές παρενέργειες μπορεί να είναι και σοβαρότερες.

Για να ελεγχθούν αυτές οι παρενέργειες και να ελαχιστοποιηθεί η βλάβη σε υγείες ιστούς οι γιατροί της ογκολογικής ομάδας με επικεφαλής τον αναισθησιολόγο και τον ακτινοθεραπευτή-ογκολόγο θα πρέπει να παρακολουθούν προσεκτικά ανά πάσα στιγμή τις ζωτικές λειτουργίες του ασθενούς μέσω των μηχανημάτων και του monitor ελέγχου θερμοκρασίας-χρόνου τα οποία και συμπεριλαμβάνονται στον εξοπλισμό του μηχανήματος της ολοσωματικής Υ/Θ. Ταυτόχρονα, η ολοσωματική Υ/Θ επιδιώκεται να συνδυάζεται

με θεραπείες έγχυσης βιταμίνης C, σεληνίου και ίσως και άλλων σκευασμάτων ή μεθόδων, π.χ., δενδριτικών κυττάρων, που όμως έχουν εξατομικευμένη χρήση σε κάθε ασθενή, γιατί όλα αυτά έχουν βρεθεί ότι έχουν καλύτερα θεραπευτικά αποτελέσματα¹⁰. Η ολοσωματική Υ/Θ κάτω από αυτές τις συνθήκες αν χρησιμοποιηθεί συνειδητά έχει ελάχιστες παρενέργειες και μεγάλο όφελος.

Η Υ/Θ τείνει να ξεπεράσει την αναμενόμενη αρχική και εύλογη δυσπιστία της ιατρικής κοινότητας λόγω ενθαρρυντικών αποτελεσμάτων σε τρέχουσες μελέτες φάσεων II και III, που παρέχουν πολυάριθμες αξιόπιστες ενδείξεις για τα πολύ σοβαρά θετικά της οφέλη. Ήδη, στην κλινική πράξη φαίνεται ότι τέτοια οφέλη προκύπτουν τόσο κατά την εφαρμογή της ως μονοθεραπείας, όσο και στον συνδυασμό της με τις άλλες θεραπείες. Για παράδειγμα, έχει βρεθεί ότι όταν η Υ/Θ εφαρμοστεί ταυτόχρονα ή εντός ολίγης ώρας μετά από ακτινοβολία, ενώ η ακτινοβολήση μόνη της δίνει πλήρη ανταπόκριση σε περίπου 30% των ασθενών, ο συνδυασμός και των δύο μεθόδων αυξάνει το ποσοστό της ανταπόκρισης στο 70% των ασθενών. Στο παρελθόν θεραπείες υπερθερμίας σε συνδυασμό με ακτινοβολία έχουν χρησιμοποιηθεί σε ασθενείς με πρώιμους καρκίνους σταδίου του μαστού, της κεφαλής και του λαιμού, καθώς και προστάτη. Στις παρατηρήσεις του, ο James Bicher καταγράφει ποσοστά πλήρους ανταπόκρισης 82% για τους ασθενείς με Ca μαστού, 88% για καρκίνους κεφαλής και τραχήλου και 93% για τους ασθενείς με Ca προστάτη. Αντιστοίχως τα ποσοστά 5ετούς επιβίωσης ήταν 80% για τους ασθενείς με Ca μαστού, 88% για αυτούς με καρκίνους κεφαλής και τραχήλου και 87% για τους ασθενείς με Ca προστάτη^{7,9}.

Γενικά, η Υ/Θ είναι τόσο ακίνδυνη, ώστε μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε οποιοδήποτε στάδιο του καρκίνου, αν και μέχρι τώρα η κύρια χρήση της περιοριζόταν σε προχωρημέ-

νους συμπαγείς όγκους, που δύσκολα θα μπορούσαν να χειρουργηθούν ή που ήταν ακόμα και ανεγχείρητοι, καθώς και σε περιπτώσεις υποτροπών και μεταστάσεων μετά από θεραπεία³⁻⁴.

Ωστόσο, η Υ/Θ ποτέ δεν υπήρξε ευρέως διαδεδομένη όπως η χειρουργική, η ακτινοθεραπεία και η χημειοθεραπεία, παρά μόνο σε ερευνητικά κέντρα και ιδιωτικές κλινικές. Ποιοι ήταν οι λόγοι: Ίσως οι μη κατάλληλες τεχνικές εφαρμογής της Υ/Θ, που δεν επέτρεπαν την επαναληψιμότητα της θεραπείας, οι τεχνικές δυσκολίες στη διανομή και στην κατανομή της θερμοκρασίας στον όγκο-στόχο, η, παρά την απλότητα στην αρχή της λειτουργίας, περίπλοκη κατασκευή που απαιτούσε, καθώς και οι απαιτήσεις της σε εξειδικευμένο προσωπικό και σε προσωπικό εντατικής φροντίδας για τους βαρέως πάσχοντες ασθενείς. Όλες αυτές οι απαιτήσεις ήταν πάρα πολλές σε σύγκριση με τις αντίστοιχες στην ακτινοχημειοθεραπεία³.

Αν και η Υ/Θ στερείται πολυετών κλινικών δεδομένων και στατιστικών ερευνών, εντούτοις η μακροχρόνια εμπειρία μαζί με τα πολύ θετικά αποτελέσματα των πολλών κλινικών ενδείξεων δημιουργούν έναν διαρκώς ανανεούμενο ενθουσιασμό στην επιστημονική κοινότητα για τη μέθοδο. Αυτός ο ενθουσιασμός αντανakλάται στον αυξανόμενο αριθμό θεραπευτικών κέντρων που ενδιαφέρονται να την ενσωματώσουν στην καθημερινή κλινική τους πράξη πρωτοπορώντας έτσι στη μάχη κατά του καρκίνου⁶.

Διεθνώς, υπάρχει πληθώρα δημοσιεύσεων σε περιοδικά αλλά και στο διαδίκτυο στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων Medline, Embase, Cochrane Library, CancerLit και Clinical Trials.gov όπου παρέχονται χρήσιμες πληροφορίες προς αξιοποίηση για τη βάσιμη χρήση της Υ/Θ στον καρκίνο, ενώ το ενδιαφέρον για μελέτες φάσεων II και III εστιάζεται κυρίως σε περιπτώσεις καρκίνων ουροδόχου κύστεως,

υποτροπών μαστού, οισοφάγου, ωοθηκών, μήτρας, κόλπου, κεφαλής-τραχήλου, μη-μικροκυτταρικού πνεύμονα, προστάτη, παχέος εντέρου, ορθού, πρωτοπαθών δερματικών καρκίνων και δερματικών μεταστατικών εστιών αλλά και σε σαρκώματα όπου οι συμβατικές μέθοδοι δεν φαίνεται να έχουν την προσδοκώμενη αποτελεσματικότητα. Στις παραπάνω περιπτώσεις έχει βρεθεί ότι προσφέρει σημαντικό θεραπευτικό όφελος⁹.

Σήμερα, η Υ/Θ εφαρμόζεται παγκοσμίως σε κέντρα κλινικών ερευνών και σε ιδιωτικές κλινικές σποραδικά σε Καναδά, Ιαπωνία, Αυστρία, Κίνα, Γερμανία, Ιταλία, Ισπανία, Βόρεια Αμερική, Ελβετία και στην Ολλανδία όπου έχει καθιερωθεί και ως υποειδίκευση στην ειδικότητα της Ακτινοθεραπευτικής-Ογκολογίας. Στην Ελλάδα έχει αναγνωριστεί επίσημα ως ακτινοθεραπευτική πράξη από την πολιτεία με το ΦΕΚ 2408 και έχει κοστολογηθεί προκειμένου να αναγνωριστεί ως δαπάνη από τα ασφαλιστικά ταμεία. Αναμένονται στο μέλλον διευκρινιστικές εγκύκλιοι. Στην Ελλάδα η Υ/Θ προς το παρόν μπορεί να γίνει μόνο σε ιδιωτικά ιατρεία και κλινικές¹.

Κατά συμπέρασμα, η Υ/Θ προκύπτει ως ένας νέος αναδυόμενος κλάδος Ακτινοθεραπείας στην Ογκολογία. Η εμπειρία, οι κλινικές μελέτες υψηλής εξειδίκευσης, η βελτιωμένη τεχνολογία και οι καλύτερες δεξιότητες στη χρήση της θα συμβάλλουν στην καλύτερη κατανόηση αυτής της πολλά υποσχόμενης τεχνικής που έρχεται δυναμικά να προστεθεί στη θεραπευτική φαρέτρα της μάχης κατά του καρκίνου.

Βιβλιογραφία

1. Ahmed Bettaieb, Paulina K. Wrzal and Diana A. Averill-Bates. «Hyperthermia: Cancer Treatment and Beyond». INTECH. Chapter 12.
2. Bryan CP. Ancient Egyptian medicine: the Papyrus Ebers. Chicago: Ares Publishers 1974.
3. Stewart JR. Prospects for hyperthermia in cancer treatment. In: Urano M. and Duple E. (eds.). Hyperthermia and Oncology. Vol.1. Utrecht: VSP. 1988. p.1-12.
4. Falk MH, Issels RD. Hyperthermia in oncology. Int J

Hyperthermia 2001; 17: 1-18.

5. Kaminga HH. Cell biological effects of hyperthermia alone or combined with radiation or drugs: A short introduction to newcomers in the field. *Int J Hyperthermia* 2006; 20: 191-196.

6. Overgaard J. The current and potential role of hyperthermia in radiotherapy. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1989; 16: 535-549.

7. Bicher HI, Mitagvaria NP, Bruley DF. Changes in tumor tissue oxygenation during microwave hyperthermia:

clinical relevance. *Adv Exp Med Biol* 1984; 180:901-905.

8. Jia D, Liu J. Current devices for high-performance whole-body hyperthermia therapy. *Expert Rev Med Devices* 2010; 7: 407-23.

9. van der Zee J et al. The Kadota Fund International Forum 2004-clinical group consensus. *Int J Hyperthermia* 2008; 24: 111-22

10. L.J. Hoffer , M. Levine, S. Assouline, D. Melnychuk, et al. Phase I clinical trial of i.v. ascorbic acid in advanced malignancy. *Ann Oncol* 2008; 19: 1969-1974.



Είπαν

«Η αδυναμία της δύναμης είναι ότι πιστεύει
μόνο στη δύναμη»

[Paul Valery]



Ηλεκτρονική συνταγογράφηση: σκέψεις και προτάσεις

Δρ Αντώνης Παπαγιάννης

Πνευμονολόγος

Στις 9/11/2013 η Γενική Γραμματεία Κοινωνικών Ασφαλίσεων οργάνωσε στη Θεσσαλονίκη μια ημερίδα για την ηλεκτρονική συνταγογράφηση (για συντομία ΗΣ). Σ' αυτήν ακούσθηκαν πολλά και ενδιαφέροντα πράγματα, για το πώς «στήθηκε» η ΗΣ και ποιες είναι οι δυνατότητες και οι προοπτικές της, καθώς και κρίσεις και προτάσεις από τους προέδρους του Ιατρικού, Φαρμακευτικού και Οδοντιατρικού Συλλόγου. Είναι κρίμα που το ακροατήριο αριθμητικά ήταν πολύ λιγότερο από τριψήφιο. Από την άλλη όμως, η «οικογενειακή» αυτή ατμόσφαιρα έδωσε τη δυνατότητα να γίνει ένας αξιοπρεπής και —πιστεύω— εποικοδομητικός διάλογος, να αναδειχθούν προβλήματα και να κατατεθούν κάποιες προτάσεις για περαιτέρω βελτίωση του συστήματος.

Είναι γεγονός ότι, όπως είπε ο πρόεδρος της εταιρείας ΗΔΙΚΑ ΑΕ κ. Γ. Πάγκαλος, η ΗΣ επεβλήθη κατ' αρχήν ως μνημονιακή υποχρέωση και επομένως ξεκίνησε εσπευσμένα και υπό χρονική πίεση. Δεν είμαι υπέρμαχος του μνημονίου, ωστόσο σκέπτομαι ότι στα δημόσια πράγματα η αναμονή για να ολοκληρωθεί η διαβούλευση με όλους τους εμπλεκόμενους

και να προβλεφθούν όλες οι ενδεχόμενες ατέλειες ενός συστήματος είναι ο καλύτερος τρόπος ώστε αυτό να μην ξεκινήσει ποτέ. Από τη στιγμή όμως που αυτό θα υλοποιηθεί, είναι υποχρέωση των χρηστών του συστήματος να εισηγηθούν τροποποιήσεις και βελτιώσεις που θα το κάνουν πιο φιλικό, λειτουργικά εύκολο και αποδοτικό ως προς τους στόχους του. Με το πνεύμα αυτό, χωρίς καμία διάθεση στείρας πολεμικής, και ως χρήστης της ΗΣ από την πρώτη μέρα της εφαρμογής της, καταγράφω κάποιες παρατηρήσεις που έχω υποβάλει και γραπτά στον αρμόδιο φορέα, με την ελπίδα ότι θα συμβάλουν στη βελτίωση αυτή.

1. Ας αρχίσω με ένα ζήτημα δεοντολογίας. Η ιατρική δεν ασκείται δι' αντιπροσώπου. Κάθε γιατρός έχει προσωπική ευθύνη για τα φάρμακα και τις εξετάσεις που αναγράφει. Συνεπώς κάθε γιατρός που κατέχει νόμιμη άδεια άσκησης επαγγέλματος θα πρέπει αυτόματα να αποκτά πιστοποίηση για χρήση της ΗΣ, ανεξάρτητα από συμβάσεις με ασφαλιστικά ταμεία ή άλλους φορείς, και να μην εξαρτάται από την καλή θέληση κάποιου

άλλου «πιστοποιημένου» συναδέλφου για την εξυπηρέτηση του αρρώστου. Ένα ενιαίο σύστημα ασφάλισης υγείας πρέπει να εξασφαλίζει αυτού του είδους την ισοτιμία σε όλους τους λειτουργούς του, για την καλύτερη εξυπηρέτηση των ασθενών.

2. Ένα βασικό πρόβλημα της ΗΣ είναι οι παρακλινικές εξετάσεις. Η απλή ανάγνωση των σχετικών «μενού» σε πολλές περιπτώσεις προκαλεί θυμηδία όταν δεν δημιουργεί σύγχυση. Ουσιαστικά πρόκειται για μια σειρά πινάκων που συντάχθηκαν αρχικά εδώ και πολλές δεκαετίες και απλώς συμπληρώνονταν κατά καιρούς με νεότερες εξετάσεις και πράξεις, χωρίς καμία εκκαθάριση των παλαιότερων. Έτσι περιλαμβάνουν ακόμη πράξεις που ανήκουν στην ιατρική αρχαιολογία (π.χ. «τεχνητός πνευμοθώρακας», «πνευμοπεριτόναιο» και «σπηλαιοστομία» για φυματίωση, «ηπατικές δοκιμασίες θυμόλης, κολλοειδούς χρυσού και Tacata-Aga», «πειραματική σακχαρουρία», «ραδιοηλεκτροκαρδιογράφημα», «δοκιμασία κοπώσεως κατ' οίκον», «βαλλιστοκαρδιογράφημα», «κορυφοκαρδιογράφημα» «αεροεγκεφαλογραφία», «γυναικογραφία», «ακτινογραφία διά φορητού μηχανήματος κατ' οίκον» κ.λπ.), και άλλες που απαγορεύονται όπως η «ακτινογραφία εγκύμονος μήτρας» (!). Αντίθετα, δεν περιλαμβάνουν, π.χ., τις απλές ακτινογραφίες ιγμορείων. Τέλος, υπάρχουν εξετάσεις εσφαλμένα καταχωρισμένες σε άσχετους πίνακες (π.χ. κυτταρολογική εξέταση στις ακτινογραφίες).

Επιπλέον, οι αιματολογικές εξετάσεις είναι ταξινομημένες με τελείως ανορθολογικό τρόπο, με αποτέλεσμα η ανεύρεσή τους συχνά να αποτελεί άθλο και όχι σπάνια να αποβαίνει άκαρπη. Έτσι, άλλες εμφανίζονται με τα ονόματά τους, άλλες ως «Προσδιορισμός», άλλες ως «Επίπεδα», άλλες ως «Τιμές» και άλλες ως «Στάθμη», ενώ άλλες περιγράφονται με ατελείς περιφραστικές εκφράσεις όπως, π.χ., «Για τα αμινοξέα του ορού του αίματος» (sic). Τα παραδείγματα είναι ενδεικτικά, αλλά δυστυχώς

όχι τα μόνα. Αποτέλεσμα είναι μια χρονοβόρα αναζήτηση, που θα ήταν διασκεδαστική αν δεν είχε τελείως ψυχοφθόρες συνέπειες.

Μια απλή μέθοδος για το ξεκαθάρισμα των περιπτώσεων εξετάσεων είναι να ελεγχθεί ποιες εξετάσεις ΔΕΝ έχουν ζητηθεί καθόλου από την πρώτη μέρα της εφαρμογής της ΗΣ. Αυτό μπορεί να γίνει πολύ εύκολα σε ένα ηλεκτρονικό σύστημα. Οι αζητήτες εξετάσεις μπορούν να δοθούν στις αντίστοιχες επιστημονικές εταιρείες κατά ειδικότητα, που θα επιβεβαιώσουν ότι όντως είναι άχρηστες, οπότε οι προγραμματιστές της ΗΣ μπορούν να τις αφαιρέσουν οριστικά από τα σχετικά μενού. Οι χρήσιμες εξετάσεις θα πρέπει να ταξινομηθούν με ορθή ονοματολογία κατά κατηγορία και να ομαδοποιηθούν με πιο λειτουργικό τρόπο. Έτσι π.χ. η ποσοτική εκτίμηση της CRP δεν μπορεί να βρίσκεται σε διαφορετικό μενού από τις άλλες αιματολογικές εξετάσεις και να απαιτεί χωριστό παραπεμπτικό, όταν οι δυο προσδιορισμοί γίνονται στο ίδιο εργαστήριο και με την ίδια αιμοληψία. Η ομαδοποίηση θα πρέπει να λαμβάνει υπόψη τον τρόπο και τον χώρο εκτέλεσης: ένα παραπεμπτικό ανά εργαστήριο θα πρέπει να είναι ο λογικός κανόνας. Τέλος, η επικαιροποίηση αυτή θα πρέπει να συνοδεύεται από ριζική αναθεώρηση του κόστους των εξετάσεων, πολλές από τις οποίες τιμολογούνται με ποσά που δεν έχουν καμία σχέση με την πραγματικότητα.

3. Συχνά οι ασθενείς προσέρχονται στον γιατρό χωρίς να φέρνουν μαζί τους ή να θυμούνται όλα τα φάρμακα που παίρνουν. Όταν ανοίγουμε νέα επίσκεψη σε έναν ασθενή, θα είναι πολύ χρήσιμο να εμφανίζονται στην αρχική καρτέλα, αυτόματα και χωρίς ειδική εντολή, τα φάρμακα που αυτός έλαβε, π.χ., τους τελευταίους 2 μήνες από οποιονδήποτε γιατρό (με τις σημερινές συνθήκες, η ανάκληση του ιστορικού και η εμφάνιση κάθε προηγούμενης συνταγής χωριστά απαιτεί πολλές κινήσεις και

χρόνο που συχνά δεν υπάρχει). Με τον τρόπο αυτό θα μπορούμε να έχουμε μια άμεση εικόνα της συνήθους αγωγής του, καθώς επίσης και αν έχει λάβει πρόσφατα άλλη συνταγή για τα φάρμακα που πρόκειται να του χορηγήσουμε ή άλλα παρόμοια, ώστε να αποφεύγουμε την ακούσια υπερσυνταγογράφηση. Αυτό επίσης θα μας κινήσει την προσοχή για τυχόν παρενέργειες και αλληλεπιδράσεις φαρμάκων.

4. Στην ΗΣ είναι περιττός ο περιορισμός της κάθε συνταγής σε τρία φάρμακα, όταν το χαρτί μεγέθους A4 που χρησιμοποιείται στους εκτυπωτές έχει πολύ μεγαλύτερη χωρητικότητα ανά σελίδα από το παραδοσιακό έντυπο συνταγολόγιο. Οι χρόνιοι ασθενείς χρησιμοποιούν πολλά σκευάσματα, τα οποία μπορούν να αναγράφονται σε μία και μόνη συνταγή, χωρίς πρόσθετη σπατάλη του ιατρικού χρόνου (και του αντίστοιχου χαρτιού).

Με την ευκαιρία αυτή, μια και μιλάμε για τα φάρμακα, ας προχωρήσουμε επιτέλους στην κατάργηση των περιπτών «ειδικών» συνταγών για αντιβιοτικά (κινολόνες, κεφαλοσπορίνες). Δεν εξυπηρετούν κανένα πρακτικό σκοπό (αφού δεν πρόκειται να ελεγχθούν ποτέ), απλώς συσσωρεύουν στοίβες από χαρτί στα φαρμακεία και ανεβάζουν την πίεση γιατρών και φαρμακοποιών. Αν το κράτος θέλει να περιορίσει τη χρήση αντιβιοτικών, ας το επιδιώξει μέσα από τη διδασκαλία στις σχολές και τη διά βίου καλλιέργεια μιας σωστής ιατρικής πρακτικής ως προς την αναγραφή τους.

5. Μια ιδιαίτερη κατηγορία φαρμακευτικών σκευασμάτων είναι τα διάφορα σκιαγραφικά που χρησιμοποιούνται στις ειδικές απεικονιστικές εξετάσεις (αξονικές και μαγνητικές τομογραφίες). Με την τρέχουσα πρακτική τα σκευάσματα αυτά αναγράφονται από τον κλινικό γιατρό που ζητάει την εξέταση, γεγονός που υποχρεώνει τους ασθενείς να επιστρέφουν για νέα συνταγή εφόσον χορηγηθεί σκιαγραφικό στην εξέταση, κάτι που ο κλινικός συχνά δεν γνώριζε εκ των προτέρων. Επίσης, οι πο-

σότητες και οι περιεκτικότητες των σκευασμάτων αυτών είναι ποικίλες και η ανάγκη για διορθώσεις και επαναλήψεις συνταγών σχεδόν καθημερινή. Η μόνη σωστή τακτική είναι να αναγράφονται τα σκευάσματα αυτά αποκλειστικά από τους ακτινολόγους γιατρούς που τα χρησιμοποιούν: εξάλλου αυτοί έχουν και την ευθύνη της χρήσης τους (βλ. 1 παραπάνω). Αν αυτό σημαίνει πρόσθετη απασχόληση, ας σκεφθούμε ότι οι ακτινολόγοι δεν γράφουν γενικά άλλες συνταγές φαρμάκων, κάτι που κατά κόρον κάνουν οι κλινικοί γιατροί κάθε μέρα.

6. Τέλος, δεν μπορεί να μείνει ασχολίαστο και το πιο πρόσφατο «απόκτημα» της ΗΣ, η απαίτηση για υποχρεωτική επιλογή διάγνωσης από τη Διεθνή Ταξινόμηση Νόσων ICD-10 σε κάθε συνταγή, που προσθέτει ένα ακόμη πρόβλημα στα ήδη υπάρχοντα. Λοιπόν, το σύστημα ICD-10 δημιουργήθηκε πρωτίστως ως στατιστικό και επιδημιολογικό εργαλείο, και όχι ως βοήθημα της καθημερινής ιατρικής. Στην πράξη γράφουμε ως διάγνωση π.χ. «Ρινοφαρυγγίτιδα» και όχι «Οξείες λοιμώξεις του ανώτερου αναπνευστικού συστήματος με διάφορες πολυλαπλές εντοπίσεις». Γράφουμε «Ατυπη πνευμονία» και όχι «Πνευμονία από διάφορους μικροοργανισμούς». Δεν αποτελεί κλινική διάγνωση η περίφραση «Άλλες καταστάσεις του υπεζωκότος» ή «Βρογχίτιδα που δεν χαρακτηρίζεται ως οξεία ή χρόνια». Τα παραδείγματα μπορούν να συνεχισθούν επ' αόριστον και δείχνουν περίτρανα το άκομψο αποτέλεσμα που δημιουργεί η χρήση του ICD-10. Πέραν τούτου, στην πράξη πολύ συχνά δεν έχουμε επαρκή στοιχεία για να ικανοποιούμε τις απαιτήσεις του συστήματος για συγκεκριμένες ειδικές διαγνώσεις. Αυτό έχει ως συνέπεια την επιλογή κυρίως γενικών όρων, κάτι που βέβαια δεν εξυπηρετεί ιδιαίτερα τη στατιστική ακρίβεια (το αντίστροφο, δηλ. το κυνήγι ειδικών διαγνώσεων σε κάθε περίπτωση θα αύξανε δυσανάλογα το κόστος με τη διενέργεια πο-

λυάριθμων περιπτώσεων εξετάσεων).

Δεν είμαι κατά της ταξινόμησης. Ωστόσο, οι χώρες που την εφαρμόζουν χρησιμοποιούν ειδικευμένους υπαλλήλους (coding clerks) που δεν κάνουν άλλη δουλειά. Οι υπάλληλοι βέβαια χρειάζονται εκπαίδευση και μισθούς, δηλ. χρήματα: με «αέρα φρέσκο» τέτοιες δουλειές δεν γίνονται. Πιστεύω ότι δεν είναι μέρος της εργασίας του γιατρού να ικανοποιεί τις γραφειοκρατικές απαιτήσεις του συστήματος ταξινόμησης. Δεν προσφέρει χρήσιμη υπηρεσία ούτε στους ασθενείς του (που τον περιμένουν να βρει την πιο πρόσφορη διάγνωση για να μπορέσει να τους γράψει τα φάρμακά τους) ούτε στο σύστημα υγείας εν γένει.

Η εφαρμογή του ICD-10 με τον τρόπο που επιχειρείται θυμίζει προσπάθεια να κρεμάσουμε πανάκριβο πίνακα μεγάλου ζωγράφου στους ετοιμόρροπους τοίχους του σπιτιού μας. Το δημόσιο σύστημα υγείας στην Ελλάδα αντιμετωπίζει τόσα προβλήματα στελέχωσης, χρηματοδότησης και συνολικής επιβίωσης:

το ICD-10 του έλειπε; Στην προσπάθεια της τυποποίησης των διαγνώσεων, ουσιαστικά ενθαρρύνει την ασάφεια, την αοριστία και την ανοησία. Προάγει μια γλώσσα που θυμίζει management και όχι ιατρική. Και σίγουρα, με τον τρόπο που προωθείται, δεν πρόκειται να μειώσει το κόστος της φροντίδας υγείας. Εδώ είμαστε και θα το δούμε.

Όπως δήλωσα από την αρχή, το σημείωμα αυτό δεν έχει σκοπό να ασκήσει άγωνα κριτική, αλλά να αναδείξει θέματα προς επίλυση. Η πρόοδος δεν μπορεί να αναστραφεί και η εξέλιξη της τεχνολογίας είναι αναπόφευκτη. Στη δουλειά μας θα πρέπει να τη βλέπουμε ως σύμμαχο και όχι ως αντίπαλο. Για τον λόγο αυτό θα πρέπει η δομή της να απαλλαγεί από περιττά στοιχεία, να δίνει τις αναγκαίες πληροφορίες με τον πιο εξυπηρετικό τρόπο, και να είναι όσο γίνεται πιο εύχρηστη, ώστε να μην απωθεί, αλλά να προσελκύει και να διευκολύνει την καθημερινή ιατρική εργασία, προς όφελος τελικά του αρρώστου.





Νομικές πτυχές των επιπλοκών της Μαιευτικής Αναισθησίας

Σταμάτης Πετούσης

Ιατρός, Φοιτητής Μεταπτυχιακού Κύκλου Σπουδών
Ιατρικής Σχολής ΑΠΘ

■ Εισαγωγή

Η Μαιευτική-Γυναικολογία και η Αναισθησιολογία κατέχουν υψηλές θέσεις στην κατάταξη των ειδικοτήτων με τις περισσότερες αγωγές εναντίον των ιατρών που τις ασκούν. Μελέτη του συνόλου των δικαστικών αγωγών εναντίον ιατρών του Εθνικού Συστήματος Υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου κατά την περίοδο 1995-2007 κατέδειξε ότι οι συγκεκριμένες ειδικότητες καταλαμβάνουν αντίστοιχα την 1^η και την 5^η θέση στη σχετική κατάταξη, με το μέσο επιδικαζόμενο κόστος να ανέρχεται σε ιδιαίτερα υψηλά ποσά¹.

Η μαιευτική αναισθησία, ένα κατεξοχήν σημείο κλινικής τομής των δύο ειδικοτήτων, αφορά συνολικά στο 29,0% των περιπτώσεων επί του συνόλου των αγωγών που αφορούν στην ειδικότητα της Αναισθησιολογίας. Στην αντίστοιχη μελέτη του Εθνικού Συστήματος Υγείας καταδείχτηκε ότι οι συνολικές αποζημιώσεις μόνο για περιπτώσεις σχετιζόμενες με μαιευτική αναισθησία ανήλθαν συνολικά,

για το διάστημα της μελέτης, σε 7,5 εκατομμύρια στερλίνες. Ανάλογα αποτελέσματα σε ό,τι αφορά στο υψηλό ποσοστό μηνύσεων, καταδίκης και επιδικαζόμενης αποζημίωσης προκύπτουν από ιατρονομικές μελέτες στις ΗΠΑ, ενώ ακόμα και σε χώρες του Αραβικού Κόσμου, όπως τα Ηνωμένα Αραβικά Εμιράτα, η κατάσταση δεν παρουσιάζει διαφοροποιήσεις²⁻³.

■ Η συγκατάθεση στη μαιευτική αναισθησία και οι επιμέρους ιδιαιτερότητες

Η χορήγηση μαιευτικής αναισθησίας αποτελεί μια διαδικασία άρρηκτα συνδεδεμένη με τη λήψη της συγκατάθεσης εκ μέρους της εγκύου. Η σύγχρονη τάση της ιατρικής δεοντολογίας για σεβασμό στην προσωπικότητα του ασθενούς και την ωφελιμότητα της παρεχόμενης θεραπείας καθίσταται επιβεβλημένη περισσότερο από οπουδήποτε κατά τη λήψη της συγκατάθεσης πριν τη χορήγηση μαιευτικής αναισθησίας⁴.

Σύμφωνα με τους Beauchamp and Childress, η διαδικασία της έγγραφης συγκατάθεσης πρέπει να πληροί τις εξής επτά συγκεκριμένες προϋποθέσεις:

1. Τη φυσική και από άποψη υγείας δυνατότητα λήψης απόφασης ή έστω ενεργού συναπόφασης από την πλευρά του ασθενούς
2. Την απόλυτη ελευθερία επιλογής μακριά από περιορισμούς που υπόκεινται σε νομικά ζητήματα
3. Την επαρκή παροχή ιατρικής πληροφορίας
4. Την κατάλληλη παροχή ιατρικών συστάσεων
5. Την κατανόηση των ανωτέρω διαδικασιών
6. Τη λήψη της τελικής απόφασης
7. Την παροχή έγγραφης συγκατάθεσης και εξουσιοδότησης

Η ιδιαιτερότητα της μαιευτικής αναισθησίας καθότι σχετίζεται τόσο με την υγεία της εγκύου, όσο και του εμβρύου, δημιουργεί συχνά προβλήματα στην απρόσκοπτη τήρηση όλων των προηγούμενων προϋποθέσεων. Το πρωταρχικό ερώτημα, το οποίο συχνά τίθεται, είναι κατά πόσον η επίτοκος είναι πράγματι σε θέση να παρέχει συγκατάθεση. Κατά καιρούς έχει υποστηριχθεί η άποψη ότι ο πόνος και το στρες του τοκετού επηρεάζουν δυσμενώς την αντίληψη της επίτοκου. Ωστόσο, σύμφωνα με έρευνα των Grice et al⁵, η πλειοψηφία των επιτόκων θεωρούνται πνευματικά και σωματικά επαρκείς. Μάλιστα, οι Lexis et al⁶ σε μελέτη σειράς νομικών υποθέσεων κατέδειξαν ότι ο βαθμός αντίληψης των ιατρικών πληροφοριών δεν επηρεάζεται από την ύπαρξη πόνου και άγχους. Αντίθετα, μάλιστα, όπως τονίζουν οι Post et al⁷, το αίσθημα του μαιευτικού πόνου λειτουργεί ενδεχομένως ευεργετικά ως προς την όλη διαδικασία, αυξάνοντας το βαθμό εγρήγορσης και κινητοποιώντας πνευματικά την επίτοκο για τη λήψη της βέλτιστης απόφασης.

Ένα δεύτερο σημαντικό ζήτημα ανακύπτει σχετικά με περιπτώσεις επιτόκων οι οποίες έλαβαν, στα πλαίσια αναλγησίας, μεγάλες δόσεις οπιοειδών ή ακόμη και βενζοδιαζεπινών, οπότε τίθεται το ερώτημα αν οι επίτοκες πληρούν την προϋπόθεση της αντικειμενικής δυνατότητας διαμόρφωσης απόφασης (decision-making). Μελέτη των Gerancher et al⁸ κατέδειξε ότι ο βαθμός ικανοποίησης σχετικά με τη διαδικασία που ακολουθήθηκε από τον αναισθησιολόγο κατά τη λήψη συγκατάθεσης ήταν συγκρίσιμος στις επίτοκες μετά λήψη οπιοειδών σε σχέση με όσες δεν είχαν λάβει οπιοειδή. Παρότι το επίπεδο ικανοποίησης της ασθενούς από τη διαδικασία συγκατάθεσης δεν αποτελεί κατ' ανάγκη τον αντιπροσωπευτικότερο δείκτη αξιοπιστίας της διαδικασίας, αντανakλά ενδεχομένως το γεγονός ότι η χορήγηση οπιοειδών δεν επηρέασε την ασθενοκεντρική αντιμετώπιση της διαδικασίας και άρα και την τελική επιλογή του είδους της αναισθησίας. Σε κάθε περίπτωση, από νομικής πλευράς, η χορήγηση οπιοειδών ή κατασταλτικών δεν θεωρείται ότι επηρεάζει τη διαδικασία συγκατάθεσης, με εξαίρεση περιπτώσεις όπου υπάρχει σημαντική αλλοίωση του επιπέδου συνείδησης και εγρήγορσης της επιτόκου⁹.

Μια περίπτωση κατά την οποία η συνηθισμένη διαδικασία πληροφόρησης και συγκατάθεσης δεν δύναται πρακτικά να ακολουθηθεί, είναι εκείνη της επείγουσας χορήγησης μαιευτικής αναισθησίας. Στις περιπτώσεις αυτές, οι αναισθησιολόγοι και κατ' αναλογία όλοι οι ιατροί οφείλουν να δράσουν με την παραδοχή ότι κάθε ασθενής επιθυμεί τη θεραπεία που μεγιστοποιεί την πιθανότητα επιβίωσης. Έτσι, όταν ο ασθενής αδυνατεί να δώσει συγκατάθεση, ο ιατρός έχει έννομο δικαίωμα να προχωρήσει χωρίς αυτήν¹⁰. Από την άλλη, σε περιπτώσεις όπως η διενέργεια επείγουσας καισαρικής τομής λόγω εμβρυϊκής δυσπραγίας, ο ιατρός έχει έννομη υποχρέωση να δώσει στον ελάχιστο χρόνο τον μέγιστο δυνατό

αριθμό των πλέον απαραίτητων πληροφοριών, παρότι η επίτοκος δεν έχει τον χρόνο να υποβάλει ερωτήσεις και να ζητήσει περαιτέρω πληροφορίες, όπως θεωρητικά πρέπει να συμβαίνει στη lege artis διαδικασία έγγραφης συγκατάθεσης.

Τέλος, μια ιδιαίτερη περίπτωση όπου η έγγραφη συγκατάθεση του ασθενούς είναι δυνατό να καταστρατηγηθεί χωρίς πιθανές έννομες συνέπειες για τον ιατρό είναι εκείνη κατά την οποία οι ενστάσεις του ασθενούς μπορούν να αποβούν απειλητικές για τη ζωή του. Συγκεκριμένα, αναφέρεται η περίπτωση μιας μάρτυρος του Ιεχωβά, η οποία, λόγω των θρησκευτικών της πεποιθήσεων, είχε αρνηθεί ενυπογράφως τη μετάγγιση αίματος σε οποιαδήποτε περίπτωση¹¹. Η ασθενής είχε προδρομικό πλακούντα σε δίδυμο κύηση και κατά την περάτωση του τοκετού προέκυψε ακατάσχετη αιμορραγία, η οποία θα οδηγούσε σε θάνατο με πιθανότητα 99% για το νεογνό και 50% για την έγκυο¹². Ο αναισθησιολόγος προέβη σε μετάγγιση αίματος, διασώζοντας τελικά τόσο την έγκυο όσο και το νεογνό. Τελικώς, το δικαστήριο δικαίωσε τον αναισθησιολόγο με το αιτιολογικό ότι η γυναίκα είχε αρνηθεί την συγκατάθεση για μετάγγιση όταν δεν βρισκόταν σε κατάσταση κινδύνου, γεγονός το οποίο πιθανά επηρέασε τη δυνατότητα αντικειμενικής κρίσης της περί της σο-

βαρότητας της κατάστασης. Ωστόσο, η εν λόγω ιατρική απόφαση αμφισβητήθηκε έντονα από επόμενα δικαστήρια σε ανάλογες περιπτώσεις, τα οποία θεώρησαν ως δικαίωμα της γυναίκας τη δυνατότητα αυτοδιαχείρισης της υγείας της, χαρακτηρίζοντας κάθε παραβίαση αυτού του δικαιώματος ως παράνομη¹³.

Σε κάθε περίπτωση, όπως γίνεται αντιληπτό, η λήψη συγκατάθεσης πριν από τη χορήγηση μαιευτικής αναισθησίας απαιτεί καλή γνώση της νομολογίας περί του θέματος, δεδομένου ότι η εμφάνιση επιπλοκών είτε στη μητέρα είτε στο νεογνό μπορεί να αποδοθεί σε παραλείψεις κατά τη διαδικασία έγγραφης συγκατάθεσης¹⁰.

■ Κύριες επιπλοκές μαιευτικής αναισθησίας και επίπεδο ενημέρωσης περί αυτής

Οι Lanigan and Reynolds¹⁴ σε μελέτη με χρήση ερωτηματολογίου σε 523 αναισθησιολόγους καταδεικνύουν τις συχνότερα αναφερόμενες επιπλοκές τόσο για τη γενική, όσο και για την επισκληρίδιο αναισθησία και εξάγουν έναν σταθμισμένο δείκτη ομοφωνίας (consensus) των αναισθησιολόγων σχετικά με την αναγκαιότητα ή μη ενημέρωσης περί των αντίστοιχων επιπλοκών. Οι επιπλοκές αυτές και ο αντίστοιχος βαθμός ομοφωνίας παρουσιάζονται στους πίνακες 1 και 2.

Η ανωτέρω ιατροκεντρική προσέγγιση

Πίνακας 1. Επιπλοκές και βαθμός ομοφωνίας της επισκληριδίου αναισθησίας.

Επιπλοκές επισκληριδίου αναισθησίας	Βαθμός ομοφωνίας
Περιεχειρητική δυσφορία (discomfort)	84%
Ανάγκη χορήγησης γενικής αναισθησίας	83%
Μερική ή ολική αποτυχία αναισθησίας	81%
Προσωρινή αδυναμία άκρων	78%
Τρώση σκληράς μήνιγγας	71%
Υπόταση	68%
Παραπληγία	67%
Ραχιαλγία	63%
Κατακράτηση ούρων	60%

Πίνακας 2. Επιπλοκές και βαθμός ομοφωνίας της γενικής αναισθησίας.

Επιπλοκές γενικής αναισθησίας	Βαθμός ομοφωνίας
Μετεγχειρητικός πόνος	78%
Διαταραχές αερισμού	76%
Ραχιαλγία	69%
Κεφαλαλγία	69%
Υπόταση-υπέρταση	60%
Εν τω βάθει φλεβοθρόμβωση	55%
Εισρόφηση	55%
Υποξία	49%

περί των επιπλοκών, που κρίνονται άξιες αναφοράς κατά τη διαδικασία συγκατάθεσης, δεν έρχεται απαραίτητα σε σύμπλευση με την επιθυμία των επιτόκων. Το γεγονός αυτό αναδεικνύεται χαρακτηριστικά από την έρευνα των Pattee et al¹⁵, οι οποίοι κατέγραψαν τη γνώμη λεχωίδων σχετικά με τη διαδικασία ενημέρωσης που ακολουθήθηκε δύο μήνες μετά την αποπεράτωση τοκετού. Το πρωταρχικό συμπέρασμα ήταν ότι οι επίτοκες θεωρούσαν σημαντική την απαρίθμηση όλων ανεξαιρέτως των επιπλοκών της επισκληριδίου αναισθησίας, ανεξαρτήτως της πιθανότητας εμφάνισης και της σοβαρότητάς τους. Ιδιαίτερη μάλιστα σημασία απέδιδαν σε επιπλοκές, όπως η υπόταση και η πιθανότητα λοίμωξης, οι οποίες σε ιατροκεντρικές έρευνες δεν κατείχαν υψηλό βαθμό ομοφωνίας. Επίσης, ιδιαίτερες σημαντικές θεωρούνταν οι επιπλοκές για το νεογνό. Ακόμη, οι επίτοκες κατέδειξαν την προτίμησή τους στην επισκληριδίου αναισθησία όταν δινόταν έμφαση σε ελάσσονες επιπλοκές, ενώ σε περίπτωση όπου υπήρχε εκτενής ενημέρωση περί σοβαρών επιπλοκών όπως ο θάνατος και η παράλυση άκρων, παρά την αναφερόμενη από αναισθησιολόγους χαμηλή συχνότητα εμφάνισης (<1/10.000), οι επίτοκες προτιμούσαν σε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό τη γενική αναισθησία.

Μια ιδιαίτερα αντιπροσωπευτική έρευνα,

σχετικά με τις κυριότερες κατά την κρίση αναισθησιολόγων και των επιτόκων επιπλοκές, διενεργήθηκε από τους Broaddus and Chandrasekhar¹⁶. Από την ανασκοπική αυτή μελέτη προκύπτουν συγκεντρωτικά τα εξής συμπεράσματα, όπως φαίνονται στον πίνακα 3.

Όπως γίνεται αντιληπτό από τη σύγκριση ιατροκεντρικών και ασθενοκεντρικών μελετών, η προσέγγιση σχετικά με το ποιες επιπλοκές πρέπει να αναφέρονται στη διαδικασία συγκατάθεσης, διαφέρει μεταξύ ιατρών και ασθενών. Τίθεται επομένως ξανά το ζήτημα ποιες επιπλοκές θα πρέπει να αναφέρονται και σε ποιο βαθμό να τονίζονται από τον αναισθησιολόγο, ώστε να αποφευχθούν ιατρονομικά ζητήματα ως προς τη συγκατάθεση. Την πρότασή του στο θέμα αυτό καταθέτει ο Dornette²⁶ ο οποίος προτείνει να αναφέρονται ελάσσονες επιπλοκές με συχνότητα εμφάνισης άνω του 10,0% και σοβαρές επιπλοκές με συχνότητα εμφάνισης άνω του 0,5%. Στο πλαίσιο αυτό, ο Knapp⁶ αναφέρει ότι στην πλειονότητα των περιπτώσεων όπου κατηγορήθηκε νομικά ο αναισθησιολόγος περί μη ενημέρωσης σχετικά με πολύ σπάνιες επιπλοκές, η στάση των δικαστηρίων ήταν κατά το μάλλον ή ήττον με το μέρος του αναισθησιολόγου, με εξαίρεση περιπτώσεις όπου υπήρχε αντικειμενική παράλειψη αναφοράς συχνών και σοβαρών επιπλοκών.

Πίνακας 3. Συμπεράσματα μελέτης των Broaddus και Chandrasekhar.

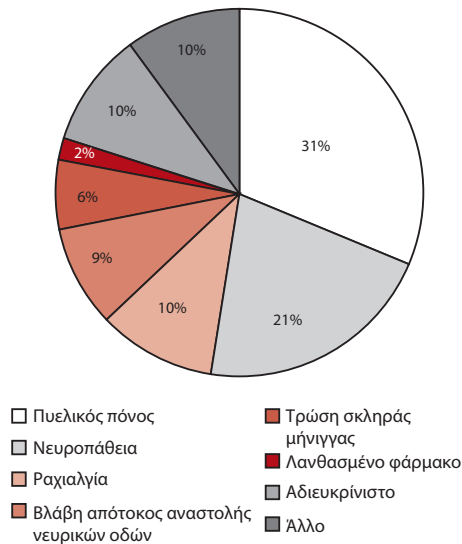
Μελέτη	Πληθυσμός	Τύπος	Κυριότερες επιπλοκές
Bethune et al ¹⁷	200	Ασθενοκεντρική	Επιπλοκές με συχνότητα >1/10.000
Affek et al ¹⁸	101	Ασθενοκεντρική	Κεφαλαλγία, νευροπάθεια, μόλυνση
Cheng et al ¹⁹	150	Ασθενοκεντρική	Ανεπαρκής αναισθησία, νευροπάθεια, παράλυση, κεφαλαλγία, αίσθημα βαρέων άκρων
Jackson et al ²⁰	60	Ασθενοκεντρική	Επιπλοκές στο νεογνό, θάνατος, παράλυση, ναυτία, μόλυνση
Pattee et al ²¹	60	Ασθενοκεντρική	Όλες οι πιθανές επιπλοκές
Black and Cyna ²²	291	Ιατροκεντρική	Κεφαλαλγία, ανεπαρκής αναισθησία, νευρολογικός τραυματισμός, αδυναμία άκρων, υπόταση, λοίμωξη, αιμάτωμα, ραχιαλγία
Middle and Wee ²³	161	Ιατροκεντρική	Ανεπαρκής αναισθησία, κεφαλαλγία, υπόταση, νευροπάθεια, ραχιαλγία
Bush ²⁴	91	Ιατροκεντρική	Κεφαλαλγία, ακινησία, νευρολογική παράλυση, επεμβατικός τοκετός, ραχιαλγία, ναυτία
Brull et al ²⁵	79	Ιατροκεντρική	Κεφαλαλγία, λοίμωξη, τοπικός πόνος, νευροπάθεια

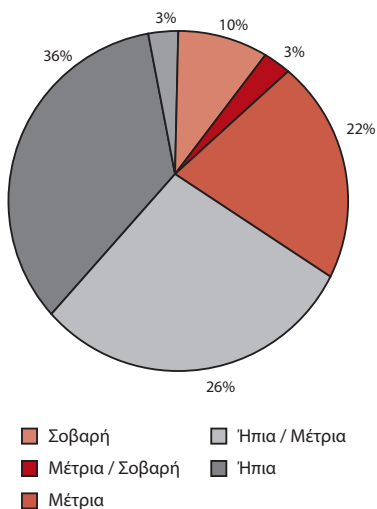
■ Κύριες αιτίες καταδίκης αναισθησιολόγων σχετιζόμενες με χορήγηση μαιευτικής αναισθησίας

Χρήσιμα συμπεράσματα σε σχέση με τη φύση των επιπλοκών οι οποίες αποτελούν αιτία μήνυσης εις βάρος αναισθησιολόγων και σχετίζονται με τη μαιευτική αναισθησία εξάγονται από τη μελέτη των Szyroula et al²⁷. Σε ό,τι αφορά στις περιπτώσεις επιπλοκών σχετιζόμενων με τη μαιευτική αναισθησία αυτές απεικονίζονται στο σχήμα 1.

Αξιοσημείωτο σε κάθε περίπτωση είναι το γεγονός ότι περίπου το 65,0% των περιπτώσεων μηνύσεων αφορούσαν σε επιπλοκές μαιευτικής αναισθησίας, οι οποίες χαρακτηρίστηκαν ως ήπιες ή ήπιες / μέτριες, ενώ μόλις το 10,0% των μηνύσεων αφορούσε σε περιπτώσεις σοβαρών επιπλοκών.

Συγκεκριμένα, η κατανομή των περιπτώ-

**Σχήμα 1.** Αιτίες μηνύσεων σχετιζόμενες με επιπλοκές μαιευτικής αναισθησίας.



Σχήμα 2. Βαρύτητα επιπλοκών Μαιευτικής Αναισθησίας σχετιζομένων με μηνύσεις κατά αναισθησιολόγων.

σεων μηνύσεων με βάση τη βαρύτητα της επιπλοκής φαίνεται στο σχήμα 2.

Ιδιαίτερα σημαντική επίσης, στο πλαίσιο της ανάλυσης των κυριότερων επιπλοκών που επισύρουν αγωγές κατά αναισθησιολόγων που χορηγούν μαιευτική αναισθησία, είναι η μελέτη της διαχρονικής τάσης μεταβολής των αιτιών. Χαρακτηριστική είναι η μελέτη των Daviet et al²⁸, η οποία δημοσιεύτηκε το 2009 και συγκρίνει τις αιτίες καταδίκης αναισθησιολόγων σχετικά με χορήγηση μαιευτικής αναισθησίας, πριν και μετά το 1990. Την πρώτη σημαντική παρατήρηση αποτελεί το γεγονός ότι μετά το 1990 αυξήθηκε σημαντικά ο αριθμός των περιπτώσεων αγωγών (claims) ως αποτέλεσμα χορήγησης περιοχικής αναισθησίας (80,0% έναντι 65,0% πριν το 1990) και αντίστοιχα μειώθηκε ο αριθμός των μηνύσεων, που σχετιζόνταν με χορήγηση γενικής αναισθησίας (17,0% έναντι 33,0%). Δεύτερον, παρατηρήθηκε στατιστικώς σημαντική μείωση των αγωγών λόγω μητρικού και νεογνικού θανάτου, ενώ αντίστοιχα αυξήθηκε το ποσοστό

αγωγών για αιτίες, όπως η νευροπάθεια και η ραχιαλγία. Τέλος, το μέσο επιδικαζόμενο ποσό ως αποζημίωση μειώθηκε σημαντικά από τα 455.000 στα 222.000 δολάρια.

Προκύπτει τελικά το συμπέρασμα ότι παρατηρείται διαχρονική μεταβολή των επιπλοκών της μαιευτικής αναισθησίας που αποτελούν αιτίες μηνύσεων, με σταδιακή μετατόπιση σε ηπιότερες επιπλοκές, οι οποίες συχνά δεν κρίνονται άξιες αναφοράς από τους ειδικούς κατά τη διαδικασία παροχής έγγραφης συγκατάθεσης, με ό,τι αυτό συνεπάγεται τόσο από πλευράς συνθηκών άσκησης της ιατρικής πράξης, όσο και από πλευράς παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, με τη στροφή προς την «αμυντικού» τύπου ιατρική να είναι περισσότερη εμφανής από ποτέ.

■ Σχόλιο

Τόσο η Αναισθησιολογία, όσο και η Μαιευτική Γυναικολογία κατέχουν υψηλές θέσεις στην κατάταξη των ειδικοτήτων με βάση τον αριθμό των δικαστικών αγωγών σε όλες σχεδόν τις χώρες του κόσμου. Οι επιπλοκές της μαιευτικής αναισθησίας, καθώς και των διαφόρων μαιευτικών-γυναικολογικών πράξεων συνιστούν μια από τις κυριότερες αιτίες για την κατάθεση μηνύσεων. Η συγκατάθεση του ασθενούς πρέπει να αποτελεί υπεύθυνη και επιστημονικά δομημένη διαδικασία με σεβασμό στην αυτονομία, την ελευθερία και τη σωστή ενημέρωση του ασθενούς. Ο ιατρός οφείλει να προσεγγίζει τη διαδικασία αυτή με υπευθυνότητα και έχοντας πάντα επίγνωση των κινδύνων που ελλοχεύουν σε περίπτωση ανεπαρκούς συγκατάθεσης. Τελικά, η στοχευμένη και η επιστημονική διαδικασία του "informed consent" και η εκπαίδευση σε αυτή δύναται να μειώσει σημαντικά τόσο τον αριθμό των αγωγών, όσο και το ποσοστό καταδίκης των ιατρών, αποτρέποντας φαινόμενα άσκησης «αμυντικού τύπου» ιατρικής με τις προφανείς συνέπειες να επιστρέφουν στον ίδιο τον ασθενή.

■ Βιβλιογραφία

1. Cook TM, Bland L, Mihai R, Scott S. Litigation related to anaesthesia: an analysis of claims against the NHS in England 1995-2007. *Anaesthesia* 2009; 64: 706-18.
2. Cass NM. Medicolegal claims against anaesthetists: a 20 year study. *Anaesth Intensive Care*. 2004 Feb; 32(1): 47-58.
3. Samarkandi A. Medico-legal liabilities of anesthesia practice in Saudi Arabia. *Middle East J Anesthesiol* 2006; 18: 693-706.
4. Beauchamp TL, Childress JF: Principles of Biomedical Ethics. New York: Oxford University Press, 1994.
5. Grice SC, Eisenach JC, Dewan DM, Robinson ML: Evaluation of informed consent for anesthesia for labor and delivery. *Anesthesiology* 1988; 69: 664.
6. Knapp RM: Legal view of informed consent for anesthesia during labor. *Anesthesiology* 1990; 72: 211.
7. Post LF, Blustein J, Gordon E, Dubler NN: Pain: ethics, culture, and informed consent to relief. *J Law Med Ethics* 1996; 24: 348-59.
8. Gerancher JC, Grice SC, Dewan DM, Eisenach J: An evaluation of informed consent prior to epidural analgesia for labor and delivery. *Int J Obstetrical Anesthesia* 2000; 9: 168-73.
9. Toulmin SE: The Uses of Argument. Cambridge: Cambridge University Press, 1983.
10. Hoehner P. Ethical aspects of Informed Consent on Obstetric Anesthesia – New Challenges and Solutions. *Journal of Clinical Anesthesia* 2003; 15: 587-600.
11. Roe v. Wade, 410 U. S. 113(1973).
12. Jefferson v. Griffin Spalding County Hospital Authority, 247 Ga. 86, 274 S. S. 2d 457(1981).
13. In re Madyun. 114 Daily Wash L Rptr 2233 (DC Super Ct 1986).
14. Lanigan C, Reynolds F: Risk information supplied by obstetric anaesthetists in Britain and Ireland to mothers awaiting elective caesarean section. *Int J Obstetric Anesthesia* 1995; 4: 7-13.
15. Pattee C, Ballantyne M, Milne B: Epidural analgesia for labour and delivery: Informed consent issues. *Can J Anaesth* 1997; 44: 918-23.
16. Broaddus BM, Chandrasekhar S. Informed consent in obstetric anesthesia. *Anesth Analg* 2011; 112: 912-5.
17. Rolbin S, Unger R, Hew E, Radhakrishnan S. Obstetric anaesthesia: informed consent. *Can J Anaesth* 1989; 36: 253.
18. Affleck PJ, Waisel DB, Cusick JM, Van Decar T. Recall of risks following labor analgesia. *J Clin Anesth* 1998;10:141-4.
19. Cheng WYC, Cyna AM, Osborn KD. Risks of regional anaesthesia for caesarean section: women's recall and information sources. *Anaesth Intensive Care* 2007; 35: 68-73.
20. Jackson A, Henry R, Avery N, VanDenKerkhof E, Milne B. Informed consent for labour epidurals: what labouring women want to know. *Can J Anaesth* 2000; 47: 1068-73.
21. Egbert LD, Battit GE, Turndorf H, Beecher HK. The value of the preoperative visit by an anesthetist. *JAMA* 1963; 185: 553-5.
22. Bethune L, Harper N, Lucas DN, Robinson NP, Cox M, Lilley A, Yentis SM. Complications of obstetric regional analgesia: how much information is enough? *Int J Obstet Anesth* 2004; 13: 30-4.
23. Middle JV, Wee MYK. Informed consent for epidural analgesia in labour: a survey of UK practice. *Anaesthesia* 2009; 64: 161-4.
24. Bush DJ. A comparison of informed consent for obstetric anaesthesia in the USA and the UK. *Int J Obstet Anesth* 1995; 4: 1-6.
25. Brull R, McCartney CJ, Chan VW, Liguori GA, Hargett MJ, Xu D, Abbas S, El-Beheiry H. Disclosure of risks associated with regional anesthesia: a survey of academic regional anesthesiologists. *Reg Anesth Pain Med* 2007; 32: 7-11.
26. Dornette WH: Informed consent and anesthesia. *Anesth Analg* 1974; 53: 832-7.
27. Szypula K, Ashpole KJ, Bogod D, Yentis SM, Mihai R, Scott S, Cook TM. Litigation related to regional anaesthesia: an analysis of claims against the NHS in England 1995-2007. *Anaesthesia* 2010; 65: 443-52.
28. Davies JM, Posner KL, Lee LA, Cheney FW, Domino KB. Liability associated with obstetric anesthesia: a closed claims analysis. *Anesthesiology* 2009; 110: 131-9.

Είπαν

«Αν δεν ειπωθούν οι αντίθετες γνώμες,
τότε πώς θα διαλέξετε την καλύτερη;»

[Ηράκλειτος]



Αντιμετώπιση των ψυχοκοινωνικών προβλημάτων του ογκολογικού ασθενούς

Στυλιανή Στυλιανίδου

Ακτινοθεραπεύτρια-Ογκολόγος, Επιμελήτρια Β',
Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ Θεσσαλονίκης

Ο καρκίνος είναι μια αρρώστια που φέρνει τον ασθενή αντιμέτωπο με ποικίλα προβλήματα, ήδη από την ώρα της αρχικής διάγνωσης προκαλεί οδυνηρούς συνειρμούς και ψυχοκοινωνικά προβλήματα. Τα προβλήματα αυτά σχετίζονται με την ίδια την ασθένεια, τις παρενέργειες της θεραπείας (χειρουργικής, χημειοθεραπείας, ακτινοθεραπείας), την απειλή του θανάτου και την αλλαγή της εικόνας και της λειτουργικότητας του σώματος. Ακόμη, δημιουργούνται προβλήματα και στο οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον του ογκολογικού ασθενούς.

Τόσο ο παθολόγος ογκολόγος όσο και ο ακτινοθεραπευτής ογκολόγος στο τέλος της εκπαίδευσής του στην ογκολογία πρέπει να είναι ικανός να γνωρίζει, να ενημερώνει και να καθοδηγεί τον ασθενή και το περιβάλλον του για τις δυνατότητες της ψυχοκοινωνικής του αποκατάστασης.

Η εκπαίδευση των ακτινοθεραπευτών ογκολόγων στη χώρα μας, τόσο σε επίπεδο

ακτινοθεραπευτικών ογκολογικών τμημάτων όσο και επιστημονικών εταιρειών (Εταιρεία Ακτινοθεραπευτικής Ογκολογίας Ελλάδος, Ελληνική Ογκολογική Εταιρεία κ.ά.), περιλαμβάνει κάθε χρόνο σημαντικό αριθμό επιστημονικών μετεκπαιδευτικών δραστηριοτήτων. Δυστυχώς όμως σε κανένα από τα υπάρχοντα προγράμματα δεν συμπεριλαμβάνεται ο τομέας της ψυχοκοινωνικής ογκολογίας.

Σημαντικό θέμα της εκπαίδευσης αποτελεί η ολιστική αντιμετώπιση του αρρώστου όχι μόνο για τη συγκεκριμένη νόσο αλλά και για το σύνολο των προβλημάτων που δημιουργούνται από αυτή, δηλαδή από ψυχικής, κοινωνικής, οικογενειακής και εργασιακής πλευράς. Η εκπαίδευση αυτή πρέπει να αφορά και τους τρόπους επικοινωνίας και επαφής με τον άρρωστο.

Οι στόχοι των ιατρικών παρεμβάσεων σε ψυχοκοινωνικό επίπεδο είναι:

- Η συμβολή στη θεραπευτική προοπτική.

- Η αντιμετώπιση των ψυχικών κρίσεων.
- Η βελτίωση της ποιότητας ζωής.
- Η στήριξη της θεραπευτικής ομάδας.
- Η μείωση της συναισθηματικής εξουθένωσης του επαγγελματία υγείας (burn out).

Η ανάγκη για εκπαίδευση των ιατρών με σεμινάρια ψυχοκοινωνικής ογκολογίας γίνεται πιο επιτακτική στα πλαίσια βελτίωσης της ποιότητας φροντίδας του ασθενούς. Τα θέματα των σεμιναρίων πρέπει να οριστούν με βάση τις διαστάσεις των προβλημάτων που υπάρχουν στους ογκολογικούς ασθενείς, όπως:

1. Σχέση νου και σώματος: Ο ασθενής και ο ιατρός πρέπει να σκεφτούν όχι μόνο τι συμβαίνει σε καθαρά σωματικό επίπεδο, αλλά και ό,τι συμβαίνει γενικά στη ζωή του ασθενούς υπό την επίδραση του όγκου.
2. Η έρευνα για τα αίτια του καρκίνου: Οι περισσότεροι ασθενείς έρχονται μπερδεμένοι σχετικά με το τι είναι ο καρκίνος και τι τον προκαλεί. Σήμερα όλοι γνωρίζουν ότι ο καρκίνος είναι πολυπαραγοντική νόσος και ότι κανένας παράγοντας από μόνος του δεν αποτελεί επαρκή εξήγηση για το ποιος παθαίνει καρκίνο και ποιος όχι.
3. Η σχέση άγχους και ασθένειας: Τον 2^ο αιώνα μ.Χ. ο Γαληνός παρατήρησε ότι οι χαρούμενες γυναίκες ήταν λιγότερο επιρρεπείς στον καρκίνο από ό,τι ήταν οι ψυχολογικά καταπονημένες. Πρόσφατες έρευνες που έγιναν σε πειραματόζωα και σε ανθρώπους, άρχισαν να αποκαλύπτουν τη φυσιολογική διαδικασία με την οποία οι συναισθηματικές αντιδράσεις στο στρες μπορούν να δημιουργήσουν ευαισθησία του ατόμου στην ασθένεια αυτή.
4. Οι προσδοκίες για τον καρκίνο και η επίδρασή τους στην ανάρρωση: Η ελπίδα είναι σημαντικό στοιχείο επιβίωσης του καρκινοπαθούς. Η ελπίδα που προσπαθεί ο ιατρός να μεταδώσει είναι μια στάση απέναντι στη ζωή.
5. Έλεγχος του πόνου: Για ν' αντιμετωπιστεί πρέπει να ληφθεί υπόψη τόσο η σωματική όσο και η συναισθηματική κατάσταση του ασθενούς.
6. Ο ρόλος της σωματικής άσκησης στη θεραπεία του καρκίνου: Οι καρκινοπαθείς είναι ικανοί για πολύ μεγαλύτερη σωματική δραστηριότητα απ' ό,τι υποθέτουν οι περισσότεροι άνθρωποι. Η σωματική άσκηση βελτιώνει την υγεία και βοηθά να ξεπεραστεί ο πόνος.
7. Αντιμετώπιση του φόβου της υποτροπής και του θανάτου: Όλοι οι καρκινοπαθείς φοβούνται την υποτροπή. Πρέπει να ισορροπούμε τις ελπίδες των ασθενών μας για ανάρρωση με μια ανοιχτή συζήτηση πάνω στην αντιμετώπιση του φόβου της υποτροπής και του θανάτου.
8. Εξατομικευμένη και προσαρμοσμένη στις ανάγκες αντιμετώπιση: γιατί κάθε άρρωστος με καρκίνο είναι μια ξεχωριστή οντότητα.

Ο ακτινοθεραπευτής ογκολόγος αλλά και κάθε γιατρός που ασχολείται με τον καρκίνο, θα πρέπει να αποτελεί σύνδεσμο με τον ασθενή και με τα μέλη της οικογένειας. Για να είναι εφικτό αυτό θα πρέπει οι θεράποντες ιατροί να παρέχουν:

- Οδηγίες για τον έλεγχο του πόνου και των συμπτωμάτων.
- Ενθάρρυνση του ασθενούς και της οικογένειας.
- Αναγνώριση και άμεση αντιμετώπιση συμπτωμάτων κατάθλιψης, άγχους και έντονης σωματικής κόπωσης στα άτομα που φροντίζουν τον καρκινοπαθή.

Επίσης, παροχή βοήθειας του ασθενούς μπορεί να γίνει μέσω ατόμων ή ομάδων που μπορούν να τον βοηθήσουν. Μέσα από τη θεραπευτική ομάδα το προσωπικό μπορεί να προσφέρει αποτελεσματική και ποιοτική

νοσηλεία στους καρκινοπαθείς. Η ύπαρξη ομάδων κατά κλινικές και η κατάλληλη εκπαίδευσή τους θα μπορούσε να βοηθήσει στην καλύτερη συνεργασία μεταξύ των ογκολόγων, των ιατρών άλλων ειδικοτήτων, των νοσηλευτών, ψυχολόγων, κοινωνικών λειτουργών. Έτσι, τα αποτελέσματα θα είναι περισσότερο ικανοποιητικά και ευεργετικά για τον ογκολογικό ασθενή και το κοινωνικό του περιβάλλον.

Είναι κατανοητό ότι ο ακτινοθεραπευτής ογκολόγος εκτός από τις επιστημονικές του γνώσεις πρέπει να έχει εκπαιδευτεί στην ιατρική συμπαράσταση, στην ανθρώπινη φροντίδα και την ψυχολογική υποστήριξη. Για να

είναι εφικτό αυτό, απαιτείται η ανάπτυξη εκπαιδευτικών προγραμμάτων, για τη στελέχωση και οργάνωση των οποίων είναι απαραίτητη η ύπαρξη δυναμικού, ιατρικού και παραϊατρικού προσωπικού, η εύρεση χώρων που θα γίνει η εκπαίδευση της θεραπευτικής ομάδας και κυρίως των ογκολόγων.

Έτσι, θα υπάρχει η δυνατότητα να παρέχεται στον ογκολογικό ασθενή συνολική φροντίδα και καλύτερης ποιότητας θεραπεία που αφορά την επικοινωνία, την αναγνώριση και ικανοποίηση των αναγκών του ασθενούς, επιτρέποντας στον ογκολογικό ασθενή να θεραπευθεί και να ζήσει ποιοτικά μέχρι το τέλος της ζωής του.





Εθελοντισμός – Αιμοδοσία – Πραγματικότητα*

Γεώργιος Η. Τάλλαρως

Ιατρός-Χειρουργός Ωτορινολαρυγγολόγος,
πρ. πρόεδρος Ιατρικού Συλλόγου Κω

Από τα βάθη των αιώνων έως και σήμερα, στους μύθους αλλά και τα ιστορικά γεγονότα, υπήρξαν παραδείγματα εθελοντικής προσφοράς που καθόρισαν το μέλλον της ανθρωπότητας και εν γένει επηρέασαν τη συμπεριφορά του ανθρώπινου γένους. Ως ο πρώτος μυθικός Εθελοντής θεωρήθηκε ο Τιτάνας Προμηθέας, που αφού πήρε τη φωτιά από τους θεούς, τη δώρισε στους ανθρώπους. Αυτή ήταν και η αρχή της Τέχνης και της Γνώσης. Κατά τον Αισχύλο, εθελοντικά και ο Ηρακλής απελευθέρωσε τον Προμηθέα από τον Καύκασο όταν ήταν αλυσοδεμένος και τιμωρημένος σε καθημερινό μαρτύριο. Στους νεότερους χρόνους κατά τα χριστιανικά ιδεώδη, πρώτος εθελοντής αιμοδότης υπήρξε και συνεχίζει να δίνει το αίμα Του για τις αμαρτίες των ανθρώπων ο Ιησούς Χριστός προκειμένου να σώσει τον κόσμο.

Λίγες είναι οι δράσεις που η αξία τους δεν είναι εύκολο να προσμετρηθεί αφού ως έννοιες έχουν δυναμική και ερμηνεία με επίκεντρο την ανθρωπιστική προσφορά. Ο εθελοντισμός αποτελεί φαινόμενο κοινωνικό που μπορεί

να αλλάζει περιεχόμενο, όψη, μέθοδο και εφαρμογή ακολουθώντας τις ανάγκες και τις απαιτήσεις της κοινωνίας. Είναι πλέον υπαρκτή οντότητα και αποτελεί παγκόσμιο δυναμικό παρόν που δεν έχει σύνορα ούτε πάτρωνες. Ως έκφραση αυθόρμητη του ανθρώπου αποδίδεται γνήσια ή τροποποιημένη για το όφελος του συνόλου ή του αποδέκτη της προσφοράς. Όλα εξαρτώνται ως ωφέλιμο αποτέλεσμα από την έμφυτη ψυχική καταβολή και τα αποθέματα ηθικών αξιών και συναισθημάτων που διαθέτει ο εθελοντής που προσφέρει.

Ο εθελοντισμός είναι η ανώτερη κοινωνική δραστηριότητα που σκοπό έχει την προσφορά χωρίς ιδιοτελές συμφέρον ή όφελος. Μπορεί αυτή η προσφορά να εφαρμοστεί στα πεδία της πρόνοιας, υγείας, περιβάλλοντος, πολιτισμού, εκπαίδευσης, αθλητισμού. Κατά βάση στον τομέα της παροχής υπηρεσιών εμφανίζει και την ανώτερη μορφή ανάπτυξής του, την ΕΘΕΛΟΝΤΙΚΗ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑ. Σε άλλα κράτη όπως στο Βέλγιο, το Ηνωμένο Βασίλειο, την Ιρλανδία, τον Καναδά, τις ΗΠΑ, την Αυστραλία,

*Γράφτηκε με αφορμή την εβδομάδα πανελλήνιας κινητοποίησης – εθελοντικής αιμοδοσίας 7-14 Ιουνίου 2013.

αυτή η μορφή εθελοντικής προσφοράς αφορά μεγάλο μέρος του πληθυσμού με εβδομαδιαία απασχόληση. Τα εθελοντικά κινήματα αποτελούν παγκόσμια δύναμη και συμβαδίζουν με την ανάπτυξη των κρατών όπου δραστηριοποιούνται. Το όφελος ή η στήριξη για τη δράση αυτών των ομάδων δεν θεωρείται αμοιβή (δηλαδή, η διατροφή, ο εργαστηριακός έλεγχος υγείας, οι επιχορηγήσεις, η μεταφορά τους κ.λπ.). Αυτή η προσφορά έχει επίσημο χαρακτήρα μέσα από μη κυβερνητικές οργανώσεις ή ανεπίσημο ιδιωτικά ως μεμονωμένη προσφορά ατόμων.

Κορωνίδα αυτής της προσφοράς αλληλεγγύης, αγάπης και αλtruισμού, αποτελεί η εθελοντική αιμοδοσία και μάλιστα η μη αμειβόμενη που επιτελείται μέσα από οργανώσεις και συλλόγους που δραστηριοποιούνται τόσο εντός Ελλάδας όσο και στο εξωτερικό. Ως προσφορά από την πλευρά του εθελοντή, αποτελεί το τρίτο πόδι στήριξης των κοινωνικών ομάδων μεταξύ της κρατικής μέριμνας και της ελεύθερης αγοράς. Γι' αυτό και δικαίως αποτελεί την ελπίδα του μέλλοντος. Αυτή η ανιδιοτελής προσφορά που σεμνά καλύπτει τις αδυναμίες της πολιτείας, αποτελεί και την πλέον υγιή μορφή κοινωνικής προσφοράς. Είναι παράλληλα ιερή η φιланθρωπική πράξη αγάπης που χωρίς καθυστέρηση την αντιλαμβάνεται και ο αποδέκτης-ασθενής. Ως η ανώτερη μορφή εθελοντισμού, η αιμοδοσία αποτελεί την καταξίωση του αιμοδότη στην κοινωνία αναγνωρίζοντάς του τι έχει πράξει για τους άλλους καθημερινά και ανώνυμα.

Αυτή η προσφορά ζωής από μόνη της υποκαθιστά το πρόσωπο της ελεύθερης αγοράς και συμπληρώνει τα κενά της κρατικής δομής πρόνοιας. Ταυτόχρονα δίνει χρώμα στην αίσθηση παρουσίας κοντά στον συνάνθρωπο και αφαιρεί τη μοναξιά μέσα στον κόσμο την ώρα της ανάγκης για βοήθεια. Παράλληλα, προλαβαίνει η εθελοντική αιμοδοσία τις ανάγκες πριν γίνουν νόσος και πόνος ή φόβος θανάτου και ασθένεια βαρύτατη για

το φθαρτό σώμα μας. Προστατεύει επίσης τον αιμοδότη, την οικογένειά του, τους φίλους και συνεργάτες, αφού τη δύσκολη στιγμή έως και 11% όλοι μας θα μεταγγιστούμε επειγόντως ή προγραμματισμένα σε κάποιο νοσοκομείο εντός ή εκτός Ελλάδος.

Δίνοντας το αίμα του ο εθελοντής (μη αμειβόμενος) γεμίζει τα χέρια του βοηθούμενου και πλημμυρίζει η ψυχή του με αγαλλίαση και χαρά γιατί κατάφερε να σώσει έως και τρεις ψυχές με τη μια φιάλη αίμα που δώρισε από το περίσσειμά του. Κανείς ακόμα και σήμερα επιστημονικός τομέας τεχνικά δεν μπόρεσε να αντικαταστήσει το αίμα, μιας και μόνο ο άνθρωπος το φτιάχνει αλλά και το καταστρέφει ανανεώνοντάς το κάθε μήνα. Πώς λοιπόν αυτός ο μοναδικός πολίτης αρωγός των συμπολιτών του να μην αισθάνεται υπερήφανος για το έργο του που αποδίδεται στους έχοντες ανάγκη, το φιλί της ζωής; Παγκόσμια πλέον το αίμα λογίζεται ως αγαθό ή φάρμακο αναντικατάστατο και απαραίτητο για να επιβιώσει το σώμα μας. Κατά μια έννοια λοιπόν, ο εθελοντής αιμοδότης αποτελεί τον σύγχρονο εθνικό ή κοινωνικό ευεργέτη και χορηγό στη διαιώνιση του είδους μας καθημερινά. Αυτή η συμπεριφορά του εθελοντή αιμοδότη να δίνει από τη ζωή του ζωή στον συνάνθρωπο με σεμνό και ανιδιοτελή τρόπο, καθορίζει και την ανώτερη αυτή μορφή εθελοντισμού.

Αναγνωρίζεται απ' όλους τους διεθνείς οργανισμούς ως η ευγενέστερη και η πολυτιμότερη ανθρώπινη καταξίωση. Αυτός λοιπόν ο άνθρωπος ο γεμάτος υγεία, δυναμισμό ψυχής, γεμάτος με ανθρωπιστικά αισθήματα, αποτελεί και το παράδειγμα που καλούμαστε να ακολουθήσουμε και να κάνουμε γνωστό, χωρίς ονοματεπώνυμο στην κοινωνία μας αυτή την εβδομάδα της ενημέρωσης και της πανελλήνιας κινητοποίησης προσέλευσης νέων εθελοντών αιμοδοτών. Η εθελοντική αιμοδοσία είναι στάση ζωής και αντίδοτο στον ατομικισμό, την εγωστρέφεια και την κοινωνική αδιαφορία. Ο εθελοντής είναι άτομο με σε-

βασμό στη διαφορετικότητα, αφού βοηθάει όλους ΧΩΡΙΣ ΕΞΑΙΡΕΣΕΙΣ ΧΡΩΜΑΤΟΣ, ΓΕΝΟΥΣ, ΦΥΛΗΣ ή ΘΡΗΣΚΕΙΑΣ. Ο εθελοντής αιμοδότης έχει κατοχυρωθεί από όλες τις παγκόσμιες οργανώσεις και την Ευρωπαϊκή Ένωση και θεωρείται απαραίτητη προϋπόθεση της καλής κοινωνικής λειτουργίας. Προσφέρει οικειοθελώς το αίμα του χωρίς καταναγκασμό. Αποτελεί ανεκτίμητο κεφάλαιο για μια αναβαθμισμένη ποιότητα ζωής. Έπαψε πλέον να είναι αμειβόμενος και αυτό έχει κατοχυρωθεί και νομοθετικά και στην Ελλάδα (ν. του 1959 και ν. του Δοξιάδη το 1979, για τις ιδιωτικές τράπεζες αίματος). Το ποσοστό του πληθυσμού παγκόσμια που είναι εθελοντές αιμοδότες είναι περίπου το 4% και, όπως λέει στο σποτάκι των ΜΜΕ, φροντίζει το υπόλοιπο 96% του πληθυσμού μας. Να γιατί λέγεται, και βέβαια το πιστεύουν πλέον και οι εχθροί του αιμοδοτικού κινήματος, πως ο εθελοντής είναι ο πλέον ευαίσθητοποιημένος πολίτης σήμερα και φύλακας άγγελος όχι μόνο του εαυτού του αλλά του κοινωνικού συνόλου και στυλοβάτης των κοινωνικών δομών πρόληψης της πολιτείας.

Συνοψίζοντας τα χαρακτηριστικά του αιμοδότη, θα μπορούσε να λεχθεί πως προσφέρει συστηματικά ως επαγγελματίας, αθόρυβα, με έρωτα για τον άγνωστο, αγαπά τη ζωή και το αποδεικνύει περίτρανα. Συμμετέχει ενεργά στην κοινωνική πραγματικότητα και ολοκλήρωση. Συμβάλλει στην εθνική προσπάθεια για αυτάρκεια αίματος στη χώρα μας, προσφέροντας και οικονομικά πέραν των άλλων, περιορίζοντας τις δαπάνες του κράτους. Στο τέλος, αυτή η προσφορά του δικαιώνεται. Να γιατί έχει καθιερωθεί παγκόσμια ο όρος «Αιμοδοτική Παιδεία» που απασχολεί όλους όσοι επαγγελματικά έχουν εμπλακεί με την αύξηση του αποθέματος των αιμοδοτών και του προσφερόμενου αίματος. Όλα τα προηγούμενα πασχίζει η πολιτεία και οι οργανώσεις να αποτελέσουν την αιτία να προσελκυστούν νέοι εθελοντές και να πάψει το φαινόμενο της ανεπάρκειας να παρουσιάζεται καθημερινά στην Ελλάδα.

Τα τελευταία ελληνικά και παγκόσμια δεδομένα δεν είναι ικανοποιητικά. Εδώ πρέπει ομολογώντας να αναφέρουμε πως για την Ελλάδα χρειάζονται καθημερινά 2.000 περίπου φιάλες αίμα, η προσφορά μας όμως το 2011 ήταν μόνο 586.000 φιάλες, και όπως κάθε χρόνο αγοράσαμε 60.000 φιάλες από την ελβετική υπηρεσία αιμοδοσίας, κάτι που γίνεται κάθε χρόνο με ρυθμούς αύξησης λόγω της μεγαλύτερης κατανάλωσης ετησίως περίπου 6%, λόγω των ατυχημάτων, ασθενειών, αύξησης του προσδόκιμου επιβίωσης, και δυστυχώς με πολλές απώλειες μονάδων αίματος που καταστρέφονται. Μόνο το 37% της προσφοράς προέρχεται από τους εθελοντές αιμοδότες με τη συστηματική τους αιμοδοσία. Πέραν του 52% προσφέρονται από την επείγουσα αιμοδοσία (αναγκαστικοί αιμοδότες) προκειμένου να καλυφθούν οι ανάγκες των έκτακτων περιστατικών σε όλα τα νοσοκομεία μας. Για τις μεγάλες επεμβάσεις πάντα χρειάζονται τουλάχιστον 7-10 φιάλες αίμα. Για έναν ασθενή με νοσήματα του αίματος που θα αντιμετωπιστεί συνολικά, μπορεί να χρειαστούν 20-30 μονάδες αίμα. Κανένα χειρουργείο δεν μπορεί να προγραμματιστεί παγκοσμίως πλέον χωρίς αίμα, για λόγους ασφαλείας. Για τα πολύ άσχημα τροχαία είναι σύνηθες να δίνονται 15 φιάλες αίμα. Ένα πρόσθετο πρόβλημα για τη χώρα μας είναι οι πάσχοντες από μεσογειακή αναιμία (4.500 ασθενείς) που μεταγγίζονται δύο φορές τον μήνα και χρειάζονται πάνω από 100.000 μονάδες ετησίως, και βέβαια σε χρόνια βάση.

Επίσης, ένα 5% του συνολικού αίματος προσφέρεται από τον στρατό, που πάντα αποτελούσε την αιμοδοτική εφεδρεία. Το υπόλοιπο που χρειαζόμαστε κάθε χρόνο το αγοράζει (έναντι 150 ευρώ τη μονάδα συν έξοδα διαχείρισης) το ελληνικό κράτος από την Ελβετία. Με βάση τη συμφωνία που υπογράφηκε, η ποσότητα εισαγωγής έπρεπε να έχει φθίνουσα πορεία, ώστε το 2020 να πέσει στο μισό η προσφορά από τον ελβετικό Ερυθρό Σταυρό. Βλέπετε, και εδώ δεν καταφέραμε να αυξη-

σουμε τους εθελοντές παρ' όλες τις συμφωνίες που είχαν υπογραφεί. Δεν είναι λύση ο «αναγκαστικός αιμοδότης» της τελευταίας στιγμής που πολλές φορές δεν είναι κατάλληλος δότης ούτε λέει πάντα την αλήθεια όσον αφορά τη συμπλήρωση του δελτίου, μιας και ο έλεγχος ακολουθεί πάντα την αιμοδοσία.

Εκτός όμως από τη μη ευαισθητοποίηση της κοινής γνώμης στα θέματα αιμοδοσίας, άλλος παράγοντας αρνητικός για την αύξηση των εφεδρειών στην Ελλάδα είναι οι απώλειες που έχουμε λόγω πολλών προβλημάτων (συντήρησης, μεταφοράς, διανομής, φύλαξης, λήξης, ακαταλληλότητας), που υπολογίζονται περίπου στις 40-50.000 μονάδες ετήσια.

Επιδημιολογικά στον πληθυσμό μας οι γυναίκες λαμβάνουν το 53% του αίματος, όμως αιμοδοτικά υπολείπονται για πολλούς λόγους, αφού στην περιφέρεια το ποσοστό των αιμοδοτριών γυναικών είναι κάτω από το 16%. Όσον αφορά το κόστος για την Ελλάδα για κάθε μονάδα αίματος που διατίθεται προς χρήση, είναι πολύ υψηλό και πάνω από 420 ευρώ για κάθε μονάδα αίματος. Εδώ γίνεται προσπάθεια ορθολογικής συνολικής διαχείρισης πλέον από το Υπουργείο Υγείας ώστε έως το 2014 η δαπάνη να κατέβει κατά 100 ευρώ για κάθε φιάλη με νεότερη προσπάθεια ανασυνγκρότησης και οργάνωσης που έχει ξεκινήσει η ελληνική πολιτεία για τα κέντρα αιμοδοσίας πανελλαδικά.

Για να καταστούμε αυτόρκετοι, πρέπει το ποσοστό των αιμοδοτών σε κάθε ανεπτυγμένο κράτος να ανέβει πάνω από το 6% και να πλησιάσει το 10%, κάτι που μοιάζει εύκολο, αρκεί να γίνει. Κάποια κράτη αυτό το έχουν πετύχει. Να σημειωθεί πως οι ΗΠΑ και ο Καναδάς έχουν ετήσια παραγωγή 14,5 εκατομμύρια μονάδες και ημερήσιες ανάγκες 38.000 μονάδες, με ποσοστό εθελοντών αιμοδοτών μεγαλύτερο των αναγκαστικών αιμοδοτών. Οι παγκόσμιες ανάγκες ετήσια είναι περίπου 75.000.000 φιάλες αίμα, και βέβαια στις ανα-

πτυσσόμενες χώρες οι θάνατοι από έλλειψη αίματος είναι απίστευτα υψηλοί. Μόνο ως επιπλοκές κατά την εγκυμοσύνη είναι 500.000 και από αιμορραγίες 150.000 γυναίκες πεθαίνουν. Όσο δηλαδή όλος ο νομός Δωδεκανήσου κάθε χρόνο, και πάντα η έλλειψη αίματος είναι ο καθοριστικός παράγοντας του θανάτου.

Βέβαια αυτό δεν ισχύει για το νησί του Ιπποκράτη. Από το 1974 οι συμπατριώτες μας άρχισαν να αιμοδοτούν στο Γενικό Νοσοκομείο Κω με ρυθμούς που τους ζηλεύουν πανελλαδικά όλες οι υπηρεσίες, φορείς, σύλλογοι. Έχουμε αιμοδοσία και τράπεζα αίματος τα τελευταία σχεδόν 40 έτη, από τους πρώτους πανελλαδικά. Ποτέ δεν χρειαστήκαμε αίμα εκτός εξαιρέσεων (π.χ. τα τελευταία 15 τουλάχιστον έτη, ίσως 2-3 φορές). Παράγουμε περίπου 3.000 φιάλες αίμα και είμαστε αυτόρκετοι. Το περίσσευμα πηγαίνει κεντρικά στα μεγάλα νοσοκομεία κάθε εβδομάδα, έως 2.000 φιάλες ετησίως. Ο σύλλογος εθελοντών αιμοδοτών έχει σχεδόν 400 μέλη και υπάρχουν μέλη με δεκάδες έως και 120 αιμοδοσίες στο ενεργητικό τους, κάτι πολύ σπάνιο για τα ελληνικά δεδομένα. Βέβαια, όλα αυτά οφείλονται στα δραστήρια και κοινωνικά ευαίσθητα μέλη του και στα διοικητικά συμβούλια με προεδρεία που άφησαν εποχή (Α. Κουλιανός, Ευάγγ. Τζόγιας, Κ. Κανάρης) αφού δεν έχουν να παρουσιάσουν μόνο την εθελοντική αιμοδοσία. Είναι πανταχού παρόντες σε θέματα περιβάλλοντος, παιδείας, πρόληψης ατυχημάτων, ιατρικής μέριμνας και πρόληψης με τις αντίστοιχες συνεργασίες φορέων, υπηρεσιών, δήμων, περιφέρειας. Έχουν να παρουσιάσουν έργο ενημέρωσης και πληροφόρησης που σίγουρα καταγράφεται ως ιδιαίτερα παραγωγικό. Δικαιούνται τον έπαινο και την επιβράβευση και της πολιτείας, μα πάνω απ' όλα τη συστράτευση και άλλων εθελοντών για να συνεχιστεί το δύσκολο αλλά εφικτό όνειρο της επάρκειας.



Ευλογία: ένας λησμονημένος ιατρικός θρίαμβος

Μετάφραση: Αντώνης Παπαγιάννης

Σ.τ.Μ.: Η ιστορία της Ιατρικής έχει πολλά πασίγνωστα επεισόδια, αλλά και πολλά άλλα σχεδόν τελείως άγνωστα, όχι όμως λιγότερο εντυπωσιακά και ηρωικά. Ως νόσος η ευλογία δεν σημαίνει τίποτε για τους σημερινούς γιατρούς, ενώ κι εμείς οι κάπως παλαιότεροι τη διδαχθήκαμε στοιχειωδώς μόνο ως ιστορικό παράδειγμα μιας νόσου υπό εξάλειψη: κηρύχθηκε επίσημα εξαφανισμένη από την υδρόγειο το έτος 1977, στα μισά των σπουδών μας. Η εξαφάνιση αυτή δεν έγινε βέβαια μέσα σε μια νύχτα. Από την πρώτη απόπειρα δαμαλισμού από τον Έντουαρντ Τζέννερ (1796) μέχρι την επιτυχημένη παγκόσμια εφαρμογή του αντιευλογιακού εμβολιασμού μεσολάβησαν τρεις αιώνες, και πολλές και μεγάλες προσπάθειες κάποιων «φανατικών» αγνώστων ηρώων. Η παρακάτω αφήγηση, παρμένη από το βιβλίο των Paul Brand και Philip Yancey *"In His Image"* [Zondervan Publishing House, Michigan 1984, σσ. 88-91], περιγράφει μια δραματική πτυχή της τιπάνιας προσπάθειας που απαιτήθηκε για να συμβεί το υγειονομικό αυτό θαύμα, που δεν έχει επαναληφθεί για καμιά άλλη αρρώστια. Οι εικόνες είναι παρμένες από το διαδίκτυο και έχουν άδεια ελεύθερης χρήσης.

Το έτος 1802 ξέσπασε επιδημία ευλογιάς ανάμεσα στους Ινδιάνους και τους Ισπανούς αποίκους στην Μπογκοτά της Κολομβίας. Γνωρίζοντας ότι η νόσος μπορεί πολύ εύκολα να αποδεκατίσει έναν απροστάτευτο πληθυσμό, το κυβερνητικό συμβούλιο της Μπογκοτά ζήτησε βοήθεια από τον Ισπανό βασιλιά Κάρολο. Στο γράμμα τους περιέγραφαν μια πόλη παραλυμένη από τον φόβο της αρρώστιας που εξαπλωνόταν στις γειτονίες της.

Ο βασιλιάς Κάρολος είχε ενεργό ενδιαφέρον για τη νέα τεχνική του εμβολιασμού. Τα τρία παιδιά του είχαν εμβολιασθεί, και ο βασιλιάς είχε ασπασθεί τις μέχρι τότε αμφισβητούμενες θεωρίες του Τζέννερ (που είχε για πρώτη φορά δοκιμάσει με επιτυχία τον εμβολιασμό με λέμφο δαμαλίτιδας [cowpox] το έτος 1796). Πώς μπορούσε όμως το εμβόλιο της δαμαλίτιδας να μεταφερθεί στον Νέο Κόσμο; Στην Ευρώπη οι «εμβολιαστές» περνούσαν νήματα ή κούφιας πένες από φτερό μέσα από τις φλύκταινες της δαμαλίτιδας και μάζευαν τη λέμφο σε γυάλινα φιαλίδια που τα μετέφεραν σε άλλες χώρες. Ο ιός όμως θα ξεραινόταν οριστικά πολύ πριν ένα πλοίο διασχίσει τον Ατλαντικό.

Τελικά ένας σύμβουλος του βασιλιά πρότεινε ένα τολμηρό και πρωτοπόρο σχέδιο. Γιατί να μην οργανώσουν μια αποστολή με αρκετούς εθελοντές ώστε να εξασφαλίσουν τη συνεχιζόμενη επώαση του ιού κατά το υπερατλαντικό ταξίδι; Ο βασιλιάς στην αρχή αντέδρασε στο κόστος ενός τέτοιου σχεδίου, μέχρι που ο σύμβουλος του υπενθύμισε τις δυνητικά καταστροφικές οικονομικές συνέπειες μιας επιδημίας στις αποικίες.

Έτσι γεννήθηκε μια αποστολή με τον επιβλητικό τίτλο *Real Expedicion Maritima de la Vacuna* (Βασιλική Ναυτική Αποστολή Εμβολιασμού), με επικεφαλής τον γιατρό Φρανθίσκο ντε Μπάλμις (Εικ. 1). Σύντομα το ισπανικό πλοίο «Μαρία Πίτα» σάλπαρε με ένα ανθρώπινο φορτίο είκοσι δύο αγοριών, τριών ως εννέα ετών, από ένα κοντινό πτωχοκομείο, καθώς και με μερικές αγελάδες που θα χρησιμοποιούνταν ως εφεδρική αποθήκη του ιού. Ο ντε Μπάλμις εμβολίασε πέντε αγόρια πριν από την αναχώρηση, ενώ τα άλλα θα σχημάτιζαν μια ανθρώπινη

αλυσίδα για να διατηρήσουν τον ιό ζωντανό.

Την πέμπτη ημέρα του ταξιδιού, μικρές φλύκταινες εμφανίσθηκαν στα μπράτσα των εμβολιασμένων αγοριών. Την όγδοη μέρα οι φλύκταινες έφθασαν στο μέγιστο μέγεθος: ήταν στρογγυλές και φουσκωμένες, ηφαίστεια με λέμφο έτοιμα να εκραγούν. Τη δέκατη μέρα η λέμφος έρρεε ελεύθερα από τις φλύκταινες και ήταν έτοιμη για συγκομιδή. Ο ντε Μπάλμις προσεκτικά εμβολίασε τη λέμφο στα σκαριφισμένα μπράτσα δυο αγοριών που δεν είχαν μολυνθεί. Κάθε δέκα μέρες, δυο νέα αγόρια εμβολιάζονταν με τον ζωντανό ιό και απομωώνονταν μέχρι τον χρόνο της συλλογής.

Όταν το πλοίο επιτέλους έφθασε στο λιμάνι Πουέρτο Καβέγιο της Βενεζουέλας, ο ιός διατηρούνταν ζωντανός στο τελευταίο αγόρι. Ήταν η μοναδική ελπίδα για να αποτραπεί η περαιτέρω εξάπλωση της επιδημίας. Ο ντε Μπάλμις διάλεξε άλλα είκοσι οκτώ αγόρια από τον τοπικό πληθυσμό και έμεινε εκεί όσο χρόνο χρειαζόταν για να εμβολιάσει δώδεκα χιλιάδες ανθρώπους. Από εκεί, η αποστολή χωρίσθηκε. Ο βοηθός του ντε Μπάλμις κατευθύνθηκε προς τον αρχικό προορισμό, την Μπογκοτά, που βρισκόταν σε απελπιστική κατάσταση λόγω της μεγάλης αργοπορίας. Υπήρξε μια φάση πανικού όταν το πλοίο του ναυάγησε καθ' οδόν, αλλά οι φορείς του ζωντανού ιού διασώθηκαν. Τελικά όλος ο κόσμος στην Μπογκοτά εμβολιάσθηκε, η ευλογία σύντομα έσβησε και ο βοηθός συνέχισε το ταξίδι του εμβολιασμού στο Περού και την Αργεντινή.

Στο μεταξύ ο ίδιος ο ντε Μπάλμις ταξίδεψε στο Μεξικό, όπου ξεκίνησε μια πυρετώδη εκστρατεία εμβολιασμού. Αφού όργωσε ολόκληρη τη χώρα, οργάνωσε μια καινούρια καραβιά από εθελοντές για το επικίνδυνο ταξίδι προς τις Φιλιππίνες. Τελικά και τα νησιά εκείνα έλαβαν προστασία από την ίδια αδιάσπαστη αλυσίδα που ξεκίνησε από το ορφανοτροφείο της Λα Κορούνια στην Ισπανία (Εικ. 2). Εκατο-



Εικ. 1. Προτομή του Φρανθίσκο ντε Μπάλμις στο Πανεπιστήμιο του Σαν Χουάν ντε Αλικάντε (Ισπανία).

ντάδες χιλιάδες άνθρωποι επέζησαν χάρη στα πρώτα εκείνα είκοσι δύο ορφανά.

Είχα την ευκαιρία να σταθώ στα πόδια του μεγάλου μπρούτζινου μνημείου που υπάρχει στη σύγχρονη Μπογκοτά για τα νεαρά εκείνα αγόρια και να αναλογισθώ τη συγκινητική θυσία τους. Τα βιβλία της ιστορίας αφιερώνουν σελίδες ολόκληρες σε παιδαριώδεις πολέμους της εποχής εκείνης που κατέστρεψαν πάμπολλες ανθρώπινες ζωές, αλλά σπάνια μνημονεύουν εκείνα τα είκοσι δύο παιδιά ή τις εκατοντάδες χιλιάδες ανθρώπους που βοήθησαν να σωθούν. Κι ωστόσο, η Αποστολή Εμβολιασμού συμβολίζει με εντυπωσιακό τρόπο τη μεγαλύτερη πρόοδο της ιατρικής: τη δυνατότητα επιστράτευσης των αμυντικών ιδιοτήτων στο αίμα ενός ανθρώπου για να προστατευθεί ένας άλλος άνθρωπος.

Ο Έντουαρντ Τζέννερ έλαβε την ύψιστη αναγνώριση στον εικοστό αιώνα, όταν ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας αποφάσισε να χρησιμοποιήσει μια παραλλαγή της τεχνικής του σε μια εκστρατεία για την εξάλειψη της ευλογιάς από τον κόσμο. Αντίθετα με άλλα νοσήματα, η ευλογία δεν προσβάλλει άλλα ζώα: η μόλυνση γίνεται υποχρεωτικά από άνθρωπο σε άνθρωπο. Συνεπώς, συμπέραναν οι ερευνητές του ΠΟΥ, αν εμβολιαζόταν καθένας που βρισκόταν κοντά σ' ένα μολυσμένο άτομο, η ευλογία θα εξαφανιζόταν.

Σε μια προσπάθεια είκοσι ετών οι εργάτες του ΠΟΥ σάρωσαν τα χωριά της Ινδίας και επισκέφθηκαν μεμονωμένους οικισμούς σε ζούγκλες της Νότιας Αμερικής και της Ασίας, με μια λέξη διεξήγαγαν την πιο εκτεταμένη καμπάνια δημόσιας υγιεινής που είχε γίνει ποτέ. Η αφρικανική χώρα της Σομαλίας είχε το τελευταίο επιβεβαιωμένο κρούσμα το 1977 και οι ειδικοί χρειάστηκε να διακόψουν έναν τοπικό πόλεμο για να εντοπίσουν τον ασθενή.

Επίσημα, η ευλογία έχει εξαφανισθεί. Κάποτε ήταν ο πιο επίφοβος φονιάς, ενώ σήμερα είναι η μόνη νόσος στην καταγεγραμμένη



Εικ. 2. Το μνημείο των ορφανών στη Λα Κορούνια της Ισπανίας.

ιστορία που εξαλείφθηκε. Αυτό που πρέπει κάθε μεμονωμένο άτομο να κάνει για να υπερνικήσει την αρρώστια —να καταστρέψει κάθε μικρόβιο που εισβάλλει μέσα του— έχει επιτευχθεί σε παγκόσμια κλίμακα. Η ιστορία της πάλης κατά της ευλογιάς κατέληξε σε θρίαμβο, όχι χάρη σε φάρμακα ή σε προηγμένη τεχνολογία, αλλά με τη σωστή αξιοποίηση των ικανοτήτων των ανθρωπίνων κυττάρων. Άνθρωποι από κάθε φυλή έμαθαν να μοιράζονται τις αμυντικές τους δυνάμεις εναντίον της.



Η τιμή των γενοσήμων φαρμάκων

Αγαπητέ κ. Πρόεδρε-Συνάδελφε,

Το τελευταίο δεκαήμερο τα ΜΜΕ ασχολήθηκαν και πάλι διεξοδικά και αναλυτικά με τα γενόσημα φάρμακα. Επειδή επί πολλά χρόνια δίδαξα την τοξικολογία, φαρμακολογία και βιοχημεία των φαρμάκων-γενοσήμων, μπορώ να διατυπώσω τη γνώμη μου. Τα γενόσημα, όπως ξέρουμε, είναι εξίσου βιολογικά και ιατρικά δραστικά και αβλαβή με τα πρωτότυπα, μόνο που στερήθηκαν της ισχύος της πατέντας. Εμάς και το κράτος δεν μας ενδιαφέρει αυτό, παρά μόνο τους φαρμακοβιομηχάνους. Τον υπουργό Υγείας αξιότιμο κ. Άδωνι Γεωργιάδη ενδιαφέρει, σωστά, η νόμιμη μείωση της τιμής των γενοσήμων φαρμάκων. Προ 10ημέρου προτάθηκε να μειωθεί η τιμή των γενοσήμων από 80% του πρωτοτύπου (που είναι σήμερα) στο 65%. Πού το βρήκαν οι σύμβουλοί του το 65%, αφού μπορούμε να το κατεβάσουμε στο 15%, δηλ. όσο κοστίζουν τα γενόσημα στο εξωτερικό έναντι των πρωτοτύπων; Η διαφορά 65% μείον 15% είναι πολλά εκατομμύρια και θα περιορίσει τη σπατάλη φαρμάκων.

Καταλαβαίνετε ποιοι αντιδρούν και ποιοι προτείνουν στον κο υπουργό Υγείας το 65%. Συνημμένα σας αποστέλλω από το ίντερνετ

ενδεικτικές συγκρίσεις τιμών γενοσήμων φαρμάκων μεταξύ Ελλάδος και Σουηδίας. Το ίδιο συμβαίνει και μεταξύ πρωτοτύπων και γενοσήμων, όπου τα γενόσημα πωλούνται στο εξωτερικό στο 15-20% της τιμής των πρωτοτύπων. Γιατί εδώ προτείνεται να πωλούνται στο 65% και όχι στο 15-20%; Ποιοι θα ωφεληθούν;

Πρόθυμος για κάθε πρόσθετη πληροφορία.

Με φιλικούς και συναδελφικούς χαιρετισμούς,

Αναστάσιος Β. Κοβάτσης, καθηγητής
Δρ Χημικός-Υγιεινολόγος-Βιοχημικός
Δρ Ιατρός Τοξικολόγος

Υ.Γ.: Τα παραπάνω κοινοποίησα σε πολλά ΜΜΕ και υπουργεία.

Παράρτημα

Στις 4 Σεπτεμβρίου 2013 έκανα μια σύγκριση τιμών γενοσήμων φαρμάκων στην Ελλάδα και τη Σουηδία. Τις λιανικές τιμές των σουηδικών γενοσήμων (σε σουηδικές κορόνες) τις πήρα από το online Εθνικό Συνταγολόγιο της Σουηδίας (www.fass.se), ενώ τις ελληνικές λιανικές τιμές από το www.galinos.gr. Η ισοτιμία των νομισμάτων στις 4/9/2013 ήταν 100 σουηδικές κορόνες = 11,5 ευρώ.

Ενδεικτικά παραδείγματα:

- Στη Σουηδία η Omeprazole Teva 20 mg (98 κάψουλες) κοστίζει 70 σουηδικές κορόνες = 8,05 ευρώ.
- Στην Ελλάδα η ομεπραζόλη Efrozin 20 mg (28 κάψουλες) κοστίζει 15,3 ευρώ.

Δηλαδή η γενόσημη ομεπραζόλη είναι **565% πιο ακριβή στην Ελλάδα** απ' ό,τι στη Σουηδία.

- Στη Σουηδία η Simvastatin Orion 40 mg (98 δισκία) κοστίζει 61,5 σουηδικές κορόνες = 7,07 ευρώ.
- Στην Ελλάδα η σιμβαστατίνη Pravostin 40 mg (28 δισκία) κοστίζει 19,81 ευρώ.

Δηλαδή η γενόσημη σιμβαστατίνη είναι **880% πιο ακριβή στην Ελλάδα** απ' ό,τι στη Σουηδία.





Τοκετός στο σπίτι

Απόφαση του ΔΣ του Ιατρικού Συλλόγου Θεσσαλονίκης

Ο τοκετός αποτελεί μοναδική διαδικασία ζωής, την ακεραιότητα και την ιερότητα της οποίας οφείλουμε να σεβόμαστε και να προστατεύουμε ως ιατροί. Η ασφαλής διενέργειά του είναι ευθύνη των γονέων, των ιατρών και της πολιτείας. Η ιατρική επιστήμη έχει από χρόνια τώρα αποδείξει και αναγνωρίζει τα πλεονεκτήματα του φυσιολογικού τοκετού σε οργανωμένα μαιευτήρια, όπως αυτά που λειτουργούν στη χώρα μας με εξαιρετικά αποτελέσματα. Αντιθέτως ο τοκετός στο σπίτι είναι κατά τεκμήριο πιο επικίνδυνος αφού με βάση τα επιστημονικά δεδομένα συνδυάζεται με αυξημένη περιγεννητική θνησιμότητα.

Οι γονείς έχουν όμως το δικαίωμα να επιλέξουν ως χώρο πραγμάτωσης του τοκετού το σπίτι τους αφού ενημερωθούν και εφόσον κριθεί από εξειδικευμένο μαιευτήρα ιατρό ότι ο τοκετός είναι χαμηλής επικινδυνότητας. Έχουν την υποχρέωση να φροντίσουν για τις καλύτερες δυνατές προϋποθέσεις ασφάλειας τόσο για τη μητέρα όσο και για το νεογνό. Μια τέτοια επιλογή δεν απαγορεύεται ούτε δίδεται αλλά πρέπει να στηρίζεται και να υποβοηθείται από εξειδικευμένους ιατρούς

και μαίες αλλά και από εξειδικευμένες δομές υποστήριξης ταχείας αντιμετώπισης ανεπιθύμητου συμβάματος κατά τον τοκετό.

Στην Ελλάδα δεν υφίσταται ακόμη ούτε το θεσμικό πλαίσιο για τις προϋποθέσεις αυτές ούτε οι απαραίτητες δομές ανάλογες με εκείνες που υπάρχουν σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες με σχετική παράδοση.

Ο ΕΟΠΥΥ και το Υπουργείο Υγείας αποφασίζοντας να καταβάλλεται το επίδομα τοκετού αποκλειστικά και μόνο όταν αυτός πραγματοποιείται στο σπίτι, αντικειμενικά τον προωθούν και τον «επιδοτούν» χωρίς στάθμιση κινδύνου και χωρίς να έχουν θεσμοθετήσει τους όρους και τις προϋποθέσεις ασφαλούς διενέργειάς του. Η αβλεψία αυτή ενισχύει όσους επιχειρούν να εκμεταλλευθούν τις ευαισθησίες ή τις οικονομικές δυσχέρειες των γονέων με αποτέλεσμα να καλλιεργείται σύγχυση.

Είναι αδιανόητο και επικίνδυνο να πραγματοποιούνται τοκετοί χωρίς την παρουσία ιατρού μαιευτήρα στο όνομα μιας ρηξικέλευθης αντίληψης για τη διάκριση φυσιολογικού και παθολογικού.

ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗ

Θεσσαλονίκη, 13 Νοεμβρίου 2013

Αρ. Πρωτ. : 5823/Γ

Προς τον Υπουργό Υγείας, κ. Άδωνι Γεωργιάδη.

Αξιότιμε κύριε Υπουργέ,

Επανερχόμαστε εκ νέου στο θέμα της προκλητικής και ιδιαίτερης υποχρηματοδότησης των νοσοκομείων της Θεσσαλονίκης καθώς έχουν περάσει 2 μήνες από τη συνάντησή μας με τον κύριο πρωθυπουργό στις 7/9/13 και με εσάς στις 11/9 και δεν έχουμε απάντηση στο θέμα παρά τις προφορικές και γραπτές υποσχέσεις σας.

Με την ευκαιρία αυτή επιθυμούμε ακόμη να σας υπενθυμίσουμε ότι έχουν περάσει 2 χρόνια από τη νομοθέτηση για τις ΜΗΝ χωρίς να έχουν εκδοθεί τα σχετικά προεδρικά διατάγματα για την ίδρυσή τους. Η καθυστέρηση είναι αδικαιολόγητη σε μια εποχή που η Ελλάδα αναζητά απεγνωσμένα επενδύσεις και που η γειτονική Τουρκία αναπτύσσει στα σύνορα ολόκληρες περιοχές αφορολόγητης δραστηριότητας στον χώρο της υγείας.

Πιστεύουμε ότι κι εσείς συμφωνείτε ότι ο χώρος της υγείας δεν προσφέρεται για επικοινωνιακή διαχείριση και βιαστικές λύσεις αλλά απαιτεί σοβαρότητα, νηφαλιότητα, καλή εκτίμηση των δεδομένων και των εξαιρετικά δύσκολων συνθηκών, μακρόπνοο και ρεαλιστικό σχεδιασμό.

Για τον λόγο αυτό επιτρέψτε μας ορισμένες επισημάνσεις:

Με δεδομένη την παρουσιαζόμενη έλλειψη επαρκών πόρων για την περίθαλψη ασθενών και τις αμοιβές των λειτουργών της υγείας, θα πρέπει να περιοριστούν άμεσα οι δαπάνες της γραφειοκρατίας που συστηματικά συντηρείται από την κομματοκρατία του συστήματος.

Η ΠΦΥ είναι φαιδρό να σχεδιάζεται χωρίς πόρους. Πόροι που σήμερα μπορούν να προέλθουν μόνο αν κόψετε τις χρηματοδοτήσεις

άμεσες και έμμεσες, επιτροπών, της Task Force και από την απλοποίηση του διοικητικού συστήματος του ΕΟΠΥΥ. Οι διατιθέμενοι πόροι πρέπει ακολούθως να προσδιορισθούν με ακρίβεια και ειλικρίνεια σύμφωνα με τα διεθνώς παραδεκτά. Στην αντίθετη περίπτωση όση λογοτεχνία και να χρησιμοποιηθεί για να παρουσιαστεί το μαύρο-άσπρο, μόνο τυφλοί ίσως πεισθούν. Σήμερα, η μόνη εφικτή λύση για βιώσιμη ΠΦΥ είναι **η συνέργεια και η ενίσχυση όλων των υπαρχουσών δομών δημόσιων (ΙΚΑ-ΕΣΥ) και ιδιωτικών (ιατρεία), οι οποίες πρέπει να διαχωριστούν πλήρως από τη ΔΦΥ (δημόσια και ιδιωτικά νοσοκομεία)**. Αναγκαία είναι η δυνατότητα διασύνδεσης όλων των ιατρών στο σύστημα και η ελεύθερη επιλογή για τους ασθενείς ιατρού.

Είμαστε στη διάθεσή σας για τυχόν διευκρινίσεις.

Ο Πρόεδρος
Τσάμης Δημήτρης

Ο Γεν. Γραμματέας
Νίτσας Νικόλαος

ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗ

Στη χθεσινή του συνεδρίαση στις 18 Νοεμβρίου 2013 το Δημοτικό Συμβούλιο Θεσσαλονίκης εξέδωσε το παρακάτω ομόφωνο ψήφισμα:

«Το Δημοτικό Συμβούλιο Θεσσαλονίκης καταδικάζει τις δηλώσεις και την πολιτική του Υπουργού Υγείας Σπυρίδωνα Α. Γεωργιάδη που σπιλώνει συνολικά τους γιατρούς του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. με τις πρόσφατες δηλώσεις του. Επίσης καταγγέλλει τη νέα κυοφορούμενη σύσταση του φορέα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας σε αντικατάσταση του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. που υποβαθμίζει αντί να αναβαθμίζει τις παρεχόμενες υπηρεσίες και μετακυλίζει συνολικά τις δαπάνες στους ασθενείς και μάλιστα σε περίοδο ύφεσης και κρίσης κοινωνικής και οικονομικής.»

Ο Πρόεδρος
Τσάμης Δημήτρης

Ο Γεν. Γραμματέας
Νίτσας Νικόλαος



Αλέξανδρος ιαματικός

Ν.Δ. Τριανταφυλλόπουλος

Επιμελητής της κριτικής έκδοσης
των Απάντων του Αλ. Παπαδιαμάντη (εκδ. Δοκός)

Η πρώτη φορά ήταν τότε που, δίπλα στη γενέθλιά μου θάλασσα, στη Λίμνη του Βόρειου Ευβοϊκού, ο Ευθύμης Χατζής, που λαμπρά εξεικόνισε «Τα ρόδινα ακρογιάλια», έσκυψε και με ψίθυρον φωνήν είπε: «Ο Παπαδιαμάντης είναι ιαματικός». «Για δες», συλλογίστηκα έκπληκτος, «για δες που, ενώ με θεραπεύει από λογής λογής έλκη, ποτέ δεν μου πέρασε από το νου αυτή η λέξη, μου έβαλε τα γυαλιά αυτό το παιδί το γεννημένο και μεγαλωμένο στην Αμερική!».

Η δεύτερη φορά τρία περίπου χρόνια αργότερα, στην Παλαιά Βουλή. Μιλούσε για τον Παπαδιαμάντη ένας παπάς ερωτευμένος με τον Ρωμανό, από εκείνους που έχουν αποβάλει κάθε παπαδίστικο και μεταβληθεί σε «πυρός φλόγα». Έλεγε, λοιπόν, αυτός ο παραμυθητής των Εξαρχείων ότι η θάλασσα ξέβρασε μια μέρα στην πόρτα του έναν άνθρωπο που ήθελε να πεθάνει. Εντελώς απεγνωσμένος και απόλυτα κουφός, αδιάβροχος από κάθε λόγο. «Απελπίστηκα, τίποτε δεν γινόταν και πάνω στην απελπισία μου», διηγούνταν ο παπάς,

«πιάνω έναν τόμο με πασχαλινά παπαδιαματικά διηγήματα και τον παρακαλώ, επειδή ήμουν πολύ κουρασμένος, να μου κάνει τη χάρη να διαβάσει λίγες σελίδες από τον “Λαμπριάτικο ψάλτη”. Σάστισε εκείνος, σε τρελό παπά έπεσα, θα σκέφτηκε, εγώ κατεβαίνω στο λάκκο κι αυτός μου λέει να του διαβάσω διηγήματα, στο τέλος έκανε υπακοή κι άρχισε να διαβάζει. Και γραμμή τη γραμμή πήρε πάλι ν’ ανασαίνει, σελίδα τη σελίδα το αίμα ξαναγύριζε στις φλέβες του, στο τέλος κραύγαζε “Μα τι σπουδαία λόγια είναι τούτα!”, ύστερα έφυγε για να ζήσει», μας βεβαίωσε ο παπά-Α..., βγαλμένος ο ίδιος από τις σελίδες του Παπαδιαμάντη.

Οι οιωνοί, λοιπόν —αλλά και οι τάξεις μου τόσα χρόνια—, είχαν φροντίσει να με προετοιμάσουν, όμως εγώ, αγκαλιά και τον συναστροφόμουν χρόνους και καιρούς, ήμουν βραδύς τη καρδιά. Για τούτο και ξαφνιαστήκα πάρα πολύ, όταν έλαβα την προανηγγελημένη επιστολή του Ηλία Χ. Παπαδημητρακόπου-

* Το κείμενο πρωτοδημοσιεύθηκε στην *Καθημερινή* (4/11/2001) και αναδημοσιεύεται με την ευγενή παραχώρηση του συγγραφέα.

λου, γιατρού και πεζογράφου, συγγραφέα διηγήματος με τον τίτλο «Όνειρο στο κύμα», «Ααα!», έκανα όταν τη διάβασα, «να 'χεις καλό, τι δροσιά ήταν αυτή, μωρέ Ηλία!»

Τεράστια πράγματα μου εξιστορούσε το γράμμα. Αναρωτιόμουν αν ο Ηλίας δεν μου παίζει κάποιο παιχνίδι. Όταν βεβαιώθηκα πως όλα ήταν αληθινά, μου ήρθε να πάρω το γράμμα και να βγω στους δρόμους, κι όπου συναντώ γνωστό μου να του το διαβάζω και να επισημαίνω με πολλή έμφαση πόσο ευεργετική αποβαίνει η μελέτη του πέννητος Αλεξάνδρου. «Και πρόσεξε!» θα πρόσθετα εμφαντικότερα, «όσα άκουσες δεν είναι καμώματα τίποτε κουνημένων φιλολόγων, για νοσοκομειακούς γιατρούς πρόκειται, και μάλιστα», θα καμπάνιζα τις λέξεις, «Ναυ-τι-κού Νο-σο-κο-μεί-ου, το καταλαβαίνεις; Είναι από τ' ανήκουστα!»

Όχι, δεν πήρα τους δρόμους. Έχει πια περάσει ο καιρός της ναυτικής μου τόλμης —ή μην προπέτειας—, εκείνης που μ' έσπρωξε να προσβάλω τον πλοίαρχο ιατρό Αγγελίδη, διευθυντή του νοσοκομείου Στελεχών Βασιλικού Ναυτικού. Με είχε στο χειρουργείο, θα μου αφαιρούσε ένα τμήμα του θυρεοειδούς και με ρώτησε ο καλός άνθρωπος αν θέλω κάτι να του ζητήσω. Λησμονώντας πόσα μας χώριζαν, τον παρακάλεσα να μη μου πειράξει τους παρθυρεοειδείς! Επικούρου Σημαιοφόρου αίτημα προς Πλοίαρχο χειρούργο! Ω, της παραβόλου θρασύτητας! θα έλεγεν ο γέρων της Σκιάθου. Εντούτοις ο Πλοίαρχος μαλακά με ρώτησε τι είχα σπουδάσει, «φιλολογία» απάντησα, και τότε μειλίχια με ξαναρώτησε πώς θα μου φαινόταν αν μου υποδείκνυε ποιος ήταν ο σωστός τρόπος να διδάξω γραμματική.

Πολλαπλά, λοιπόν, ευεργετημένος από τα Ναυτικά Νοσοκομεία, και η επιστολή του Ηλία μου θύμιζε τις ανεξόφλητες ευεργεσίες. Πολλαπλά, γιατί δεν ήταν μόνο το ΝΣΒΝ, όπου έλαβα σπουδαίο μάθημα διάκρισης και συνάμα θεραπεύτηκα από τον υπερθυρεοειδισμό που με αφάνιζε στην πείνα. Ήταν και το νοσο-

κομείο του Ναυστάθμου Σαλαμίνος, όπου πήγα με σπασμένη την κλείδα του ώμου από γλίστρημα στο αρματαγωγό «Αξιός», και με φρόντισε ο πλωτάρχης Καποδίστριας και ύστερα πήρα 40 μέρες αναρρωτική άδεια, και έτσι ερρύσθην από παγίδος θηρευτών, ήγουν από τη χρηματική διαχείριση πλοίων αποβάσεως, που θα με οδηγούσε, άπραγο φιλόλογο, ίσια στις ναυτικές φυλακές με ισόβια.

Και τώρα ερχόταν το γράμμα του Ηλία Χ. Παπαδημητρακόπουλου και ο κύκλος των νοσοκομειακών ευεργεσιών έκλεινε θαυμαστά. Με τη γνωστή του βραχυλογία ο επιστολογράφος, που γνωρίζει τα αδιάβλητα, ελπίζω, πάθη μου —τον Αλέξανδρο, τη σχολική τάξη και το Ναυτικό— με πληροφορούσε πως τον είχε καλέσει ένα ναυτικό νοσοκομείο για να συντονίσει μια ιατρική συζήτηση. Ο διευθυντής, γνώστης των φιλοπαπαδιαμαντικών του αισθημάτων, του αποκάλυψε πως είχαν αποφασίσει, αυτός και όλο το προσωπικό του νοσοκομείου, να ξαναβαφτίσουν τα ελληνικά τους σε παλαιά νάματα. Έτσι, λοιπόν, μου έγραφε, συναθροίζονται σε τακτή ώρα, προβάλλουν με επιδιασκόπιο μια σελίδα του Παπαδιαμάντη και κάποιοι ή κάποια αναλαμβάνει χρέη αναγνώστη. Η επιστολή τελείωνε λακωνικά με τούτη την καταπληκτική είδηση: η ώρα της ανάγνωσης έχει καταστεί η προσδοκία όλων —έχω λόγους να πιστεύω πως δεν εξαιρείται— και τα αποτελέσματα αυτού του γλωσσικού αναβαπτισμού είναι πλέον ορατά.

Θεέ μου και Κύριέ μου! Οι ναυτικοί ιατροί διάβάζαν Παπαδιαμάντη για να φρεσκάρουν την ελληνική λαλιά τους! Ως τότε θα ευδοκείς να μου καταπέμψεις ναυτικά νοσοκομεία προς ίασιν του σώματος και παραμυθίαν της ψυχής;

Έφεδρος Σημαιοφόρος (Ο), τυπικά διαγεγραμμένος λόγω ηλικίας από τα στελέχη του Π.Ν., ουσιαστικά όμως υπηρετώντας συνεχώς στα καράβια του, κάθομαι τώρα και φαντάζομαι τον πλοίαρχο ιατρό και διευθυντή του

Ναυτικού Νοσοκομείου Αλέξανδρο Κοκκινίδη να σχολιάζει τη διαβασμένη σελίδα του συνονόματου θεραπευτή. Γύρω του όλο το πλήρωμα —από κελουστή ως αντιπλοίαρχο: γιατροί, νοσηλευτές, μαζί και ο οπλονόμος— να συζητάει τον ημερήσιο Παπαδιαμάντη.

Ααα! αναστενάζω πάλι μαγεμένος. Όσα κάποτε ονειρεύτηκα φιλόλογος εικοσιτριώ χρονώ στα ναυτικά ντυμένος, να με στέλναν δηλαδή να διδάξω 'Θαλασσινά Ειδύλλια' στους ναυτόπαιδες του Πόρου, όλα εκείνα λοιπόν —ο Αλέξανδρος, το Ναυτικό, η σχολική τάξη— πραγματωμένα στον Ναύσταθμο

της Σούδας! Πώς το λένε αυτό, Ηλία; Θάμα και αντίθαμα ή όνειρο στο κύμα;

Συνέδρια για τον Παπαδιαμάντη στην Αθήνα, στη Θεσσαλονίκη, στην Κρήτη, στην Κύπρο. Ημερίδες και διημερίδες εδώ και εκεί. Ομιλίες σε κάθε πόλη. Αφιερώματα περιοδικών και εφημερίδων. Εκδόσεις, εκδόσεις, εκδόσεις.

Όλα καλά ή καλοπροαίρετα – μερικά ίσως και άγια. Ωστόσο το σημαντικότερο γεγονός του παπαδιαμαντικού 2001 είναι η μαθητεία των γιατρών του Ναυτικού Νοσοκομείου Κρήτης στα ιαματικά γραφτά του.



Είπαν

*«Αν ο κροκόδειλος έφαγε τον εχθρό σου,
αυτό δεν σημαίνει πως έγινε και φίλος σου»*

[Γκαίτε]



Νικηφόρος Βρεττάκος

Συμπληρώθηκαν 100 χρόνια
από τη γέννηση του ποιητή

Αγγελική Λαμπροπούλου-Οικονόμου

*Το τέλειο θαύμα θα το βρεις
μοναχά μες στον άνθρωπο:
λευκές εκτάσεις που ακτινοβολούν αληθινά
στο σύμπαν και υπερέχουν.
Το πιο καθαρό πράγμα λοιπόν
της δημιουργίας δεν είναι το λυκόφως,
ούτε ο ουρανός που καθρεφτίζεται
μες στο ποτάμι,
ούτε ο ήλιος πάνω στης μηλιάς τ' άνθη.
Είναι η αγάπη.*

Ο Νικηφόρος Βρεττάκος γεννήθηκε την Πρωτοχρονιά του 1912 σ' ένα μικρό χωριό της Λακωνίας, την Πλούμιτσα, κοντά στις Κροκεές. Εκεί πέρασε τα πρώτα του χρόνια και όταν ήρθε η ώρα να πάει στο δημοτικό τον πήγαν στις Κροκεές, επειδή στο χωριό του δεν λειτουργούσε σχολείο. Ο μικρός Νικηφόρος μεγάλωσε στις Κροκεές και εκεί τελείωσε το δημοτικό σχολείο. Έμεινε στο σπίτι του αδερφού της μητέρας του, Νίκου Παντελεάκη, ο οποίος δεν είχε παιδιά. Μόλις τελείωσε το δημοτικό πήγε στο γυμνάσιο, στο Γύθειο, πάντα με τη βοήθεια του θείου του Νίκου, μιας και ο πα-

τέρας του είχε χάσει πλέον την περιουσία του και δεν είχε την οικονομική δυνατότητα να τον βοηθήσει. Εκεί γνώρισε τον άλλον Λάκωνα ποιητή, τον Γιάννη Ρίτσο, που ήταν τρία χρόνια μεγαλύτερος και φοιτούσε κι αυτός στο ίδιο γυμνάσιο.

Μετά το γυμνάσιο έφυγε για την Αθήνα για σπουδές, που όμως δεν μπόρεσε να τις πραγματοποιήσει. Αναγκάστηκε να εργαστεί για να ζήσει, κυρίως σε χειρονακτικά επαγγέλματα. Σπάνια πλέον γύριζε στο χωριό του, κι όταν πήγαινε, το έκανε για να δει τη μητέρα του Ευγενία, την οποία υπεραγαπούσε. Ακολούθησαν χρόνια πικρά και δύσκολα. Ο πατέρας του πέθανε και η μητέρα του άφησε πια την Πλούμιτσα και εγκαταστάθηκε μόνιμα στις Κροκεές μαζί με τα αδέρφια του, Σοφία και Μιχάλη.

Ο Νικηφόρος Βρεττάκος παντρεύτηκε το 1934 την Πίτσα Αποστολίδου, με την οποία απέκτησαν δύο παιδιά, τον Κώστα και την Τζένη. Στον πόλεμο του '40 πολέμησε στην Αλβανία και το 1942 έλαβε μέρος στην εθνική αντίσταση.

Ο Λάκωνας ποιητής, κατά τη διάρκεια της δικτατορίας το 1967 αυτοεξορίστηκε στο εξωτερικό. Όταν, με τη Μεταπολίτευση, γύρισε από το εξωτερικό —θαρρείς και ανακάλυψε τη γενέθλια γη— εγκαταστάθηκε σχεδόν μόλις στις Κροκεές. Στις αρχές του 1980 έφτιαξε ένα μικρό σπιτάκι δίπλα στα χαλάσματα της Πλούμιτσας, όπου και έγραψε πολλά από τα έργα του αγναντεύοντας «το φίλο του», τον Ταΰγετο. Στις μεταγενέστερες συλλογές του, είναι εμφανής μια επιστροφή στη φύση και στη γενέθλια γη, που του ανοίγει δρόμους επαφής με τη δημοτική παράδοση. Έγραψε μια μεγάλη συλλογή ποιημάτων καθώς και το ορατόριο «Λειτουργία κάτω από την Ακρόπολη», το οποίο αποτελεί μια προσφορά στον ελληνισμό της διασποράς.

Ο Νικηφόρος Βρεττάκος εμφανίστηκε στα γράμματα το 1929 με την ποιητική του συλλογή: «Κάτω από σκιές και φώτα».

Μέσα από την ποίησή του, η οποία δεν υποτάχθηκε ποτέ σε καμιά κομματική σκοπιμότητα, με όποιο κόστος είχε αυτό, γίνεται ο απόστολος της αγάπης μέσα σε μια ανθρωπότητα βασανισμένη και ο ειρηνιστής που προσπαθεί να παρηγορήσει τους συνανθρώπους του.

Όπως είπαμε, γεννήθηκε και μεγάλωσε στη γη της Λακωνίας, μέσα σε ένα επιβλητικό και συνάμα υποβλητικό φυσικό περιβάλλον. Από τη μια η πεδιάδα του Ευρώτα, με τις ελιές, τα κυπαρίσσια και προπάντων τις πορτοκαλιές και από την άλλη «ο γέρων» Ταΰγετος. Στα ποιήματά του συνδυάζει την ομορφιά με την αγάπη, τον πόνο με τον έρωτα. Μέσα σε δυο γραμμές καταφέρνει να ενσαρκώσει την αγάπη και τον έρωτα.

*Της Σπάρτης οι πορτοκαλιές, χιόνι, λουλούδια του έρωτα,
άσπρισαν απ' τα λόγια σου, γείρανε τα κλαδιά τους
γιόμισα το μικρό μου κόρφο, πήγα και στη μάνα μου.*

Κάθονταν κάτω απ' το φεγγάρι και με νοιάζονταν,

*κάθονταν κάτω απ' το φεγγάρι και με μάλωνε:
Χτες σ' έλουσα, χτες σ' άλλαξα, που γύριζες –
ποιος γιόμισε τα ρούχα σου δάκρυα και νερα-
ντζάνθια;*

Τα δέντρα είναι κομμάτι αναπόσπαστο της ποίησης του Βρεττάκου. Αποτελούν σύμβολα της ποίησής του, αλλά και ζωντανές εικόνες, οι οποίες στολίζουν την γκρίζα βαρυχειμωνιά της ζωής του.

*Μια μυγδαλιά και δίπλα της,
εσύ. Μα πότε ανθίσατε;
Στέκομαι στο παράθυρο
και σας κοιτώ και κλαίω.*

*Τόση χαρά δεν την μπορούν τα μάτια
Δος μου, Θεέ μου, όλες τις στέρνες τ' ουρανού
να στις γιομίσω.*

Ο Νικηφόρος Βρεττάκος μόλις πρωτάνοιξε τα μάτια του, το πρώτο πράγμα που αντίκρισε ήταν ο Ταΰγετος. Το «όρος Σινά» όπως το χαρακτήρισε ο Καζαντζάκης. Σε όλη του την ποίηση κυριαρχεί η μορφή του βουνού, άλλοτε με απευθείας αναφορές και άλλοτε με έμμεσες. Με τον Ταΰγετο συνομιλεί και αισθάνεται ότι ακουμπά πάνω του, νιώθει ότι γίνεται ένα με αυτόν:

*Όταν ήρθα στον κόσμο κ' είδα
τον ήλιο, είπα: Θα πρέπει κάτι
ν' αφήσω πίσω μου φεύγοντας.
Και το βρήκα αρκετό. Ν' ανεβώ
στην κορφή σου, να πετάξω
στη γης ένα λουλούδι.*

Ο Ταΰγετος είναι συνυφασμένος με τον ποιητή έτσι που δεν μπορείς αυτά τα δυο να τα ξεχωρίσεις.

*Έτσι μου στάθηκε ο Ταΰγετος,
όπως ο κόρφος της μητέρας μου.*

.....

*Έτσι μου στάθηκε ο Ταΰγετος όσο να γεννη-
θούνε*

τα δυο παιδιά του Θεού μέσα μου:
η ποίηση και η αγάπη.

Πέρα από τον Ταϋγκετο ο ποιητής αγάπησε και τον τόπο που γεννήθηκε, το χωριό του, την Πλούμιτσα, το οποίο στην ουσία ήταν μερικά σπίτια, μέρος άγνωστο στον πολύ κόσμο. Ο ίδιος το νιώθει σαν έναν βράχο, αλλά για τον βράχο αυτόν νιώθει ευγνωμοσύνη γιατί του έδωσε τόπο να πατήσει, τόπο να σταθεί, τόπο να κάνει τα πρώτα του βήματα. Γι' αυτόν τον τόπο νιώθει πως έχει χρέος να κάνει κάτι. Γράφει:

*Θα τον ψηλώσω αυτό το βράχο
να τον κάνω ορατό απ' όλες
τις αποστάσεις, στήνοντας
πάνω στην κορφή μια λευκή
λαμπάδα από ποίηση.*

Και τα κατάφερε! Σήμερα, αν κάποιος γνωρίζει αυτόν τον «βράχο», αυτόν τον τόπο, την Πλούμιτσα, τη γνωρίζει χάρη στον ποιητή Νικηφόρο Βρεττάκο. Τη γνωρίζει χάρη στα ποιήματα που έγραψε ο ποιητής σε μια γλώσσα που λες και είναι φτιαγμένη για την ποίηση, σε μια γλώσσα που θαρρείς κι έχει μέσα της την ποίηση και τη μουσική.

*Όταν κάποτε φύγω από τούτο το φως
θα ελιχθώ προς τα πάνω όπως ένα
ρυακάκι που μουρμουρίζει.
Κι αν τυχόν κάπου ανάμεσα
στους γαλάζιους διαδρόμους
συναντήσω αγγέλους, θα τους
μιλήσω ελληνικά, επειδή
δεν ξέρουνε γλώσσες. Μιλάνε
μεταξύ τους με μουσική.*

Ο Βρεττάκος δεν μένει όμως στα στενά όρια του τόπου του. Κοιτάζει ψηλά ή μάλλον κοιτάζει από ψηλά και κλείνει μέσα του όλη τη γη. Γράφει στο μακροσκελές ποίημά του «Γράμμα στον Ρόμπερτ Οπενχάιμερ»:

*Έχω μέσα μου την πατρίδα μου.
Κι έχω μες στην καρδιά μου τους ανθρώπους
απ' όλα τα έθνη της γης.*

Και κάπου αλλού:

*Κι η πατρίδα σου όταν την έχεις
κλεισμένη μέσα σου, είναι
παντού. Ο αστερισμός σου δεν βλέπει
από τόσο ψηλά τον Ταϋγκετο.
Βλέπει τη Γη.*

Στην ποίηση του Βρεττάκου συναντάμε ακόμη στοιχεία από τη θρησκεία μας και σκηνές από τη ζωή του Χριστού ζωσμένες με μια αγάπη πιο ανθρώπινη, πιο χειροπιαστή, όχι θυσιαστική και εξιδανικευμένη. Ο ποιητής επικαλείται πολλές φορές το όνομα του Χριστού.

*Αν δε μου 'δινες την ποίηση, Κύριε,
δε θα 'χα τίποτα για να ζήσω.
Αυτά τα χωράφια δε θα 'ταν δικά μου.
Ενώ τώρα ευτύχησα να 'χω μηλιές,
να πετάξουνε κλώνους οι πέτρες μου,
να γιομίσουν οι φούχτες μου ήλιο,
η έρημός μου λαό,
τα περιβόλια μου αηδόνια.*

Ο Βρεττάκος χρησιμοποιεί ακόμη λέξεις και φράσεις από την εκκλησιαστική ορολογία και υμνογραφία, με διαφορετικό τρόπο απ' ό,τι το κάνει ο Ελύτης. Είναι πιο συγκεκριμένος και δεν ξεφεύγει από τον άνθρωπο, δεν τον απομονώνει από τη φύση, αλλά τον ενσωματώνει και τον κάνει ένα με αυτή με κυρίαρχο επιστέγασμα την αγάπη. Πολλά από τα στοιχεία της φύσης που χρησιμοποιεί ο ποιητής εμφανίζονται προσωποποιημένα, χαρακτηριστικό που —εκτός των άλλων— υπογραμμίζει την απaráμιλλη δεξιότητα και την εκφραστική του δεινότητα.

*Τ' όνομά σου: ψωμί στο τραπέζι.
Τ' όνομά σου: νερό στην πηγή.*

Τ' όνομά σου: αγιόκλημα αναρριχώμενων
άστρων.

Τ' όνομά σου: παράθυρο ανοιγμένο τη νύχτα
στην πρώτη του Μάη.

.....
Τ' όνομά σου: Ειρήνη στα κλωνάρια του δά-
σους.

Τ' όνομά σου: Ειρήνη στους δρόμους των πό-
λεων.

Τ' όνομά σου: Ειρήνη στις ρότες των πλοίων.

Τ' όνομά σου: ένας άρτος, βαλμένος στην
άκρη της γης που περίσσεψε.

Τ' όνομά σου: αέτωμα περιστεριών στον ορί-
ζοντα.

Τ' όνομά σου: αλληλούια πάνω στο Έβερεστ.

Η αγάπη του για τον συνάνθρωπο είναι
αυτή που τον κάνει να βλέπει το θείο πιο κο-
ντά του, να συνδιαλέγεται μαζί του και να του
προσδίδει ανθρώπινα χαρακτηριστικά. Δεν
μπορεί να αποδεχθεί και να συμβιβαστεί με
τον ανθρώπινο πόνο, την πείνα και την τα-
λαιπωρία των παιδιών. Περιγράφει την αν-
θρώπινη δυστυχία σαν να τη βιώνει ο ίδιος
εκείνη τη στιγμή.

Στο ποίημα «Τα δεκατέσσερα παιδιά» απο-
καλύπτει την αγωνία της δασκάλας (με το τσα-
κισμένο χέρι) για το δράμα, τη φτώχεια και
την αθλιότητα των μαθητών της. Προσπαθεί
με την αγάπη να αναπληρώσει την αδυναμία
της να ανταποκριθεί στις ανάγκες των παιδιών,
και μολονότι γνωρίζει πως «ό,τι θέλει κανείς
μπορεί να φτιάξει με την αγάπη. Ήλιους κι αστέρια,
ροδώνες και κλήματα», εντούτοις καταλαβαίνει
ότι, στην προκειμένη περίπτωση, η αγάπη δεν
μπορεί να αναπληρώσει το ψωμί, τα ρούχα,
τη ζεστασιά. Ευλογημένη είναι η αγάπη όταν
μπορεί να γίνει ψωμί, φαί, ζεστασιά.

«...Εν αρχή ην η αγάπη...» μελωδούσε γιομίζοντας
το γυμνό σου δωμάτιο μια παράξενη άρπα
καθώς σ' έπαιρνε ο ύπνος και το χέρι σου,
κρύο,
σαν κλωνί λεμονιάς σε νεκρό, αναπαύονταν

πάνω στο στήθος σου. Κ' έβλεπες
πως άνοιγε τάχα μια πόρτα στον ύπνο σου.
Πως μπαίνουν τα δεκατέσσερα παιδιά λυπημένα
και στεκόντουσαν γύρω σου. Τα μάτια τους θύ-
μιζαν

σταγόνες σε τζάμια: «Έλεος! Έλεος! Έλεος!...»
Τινάζοντας τη βροχή και το χιόνι από πάνω τους,
τα ζύγιαζες με το βλέμμα σου σα νάθελες να
τους κόψεις

την ευτυχία στα μέτρα τους, ενώ η άρπα συνέ-
χιζεν

απαλά μες στον ύπνο σου: «Ό,τι θέλει κανείς
μπορεί να φτιάξει με την αγάπη. Ήλιους κι
αστέρια,

ροδώνες και κλήματα...» Αλλά εσύ προτιμούσες
μποτιτίσες φοδραρισμένες με μάλλινο,
πουκάμισα κλειστά στο λαιμό –
γιατί φουσάει πολύ στο Καλέντζι!
Έβλεπες πως ράβεις με τα δυο σου χέρια,
έβλεπες πως ζυμώνεις με τα δυο σου χέρια
κι ονειρευόσουν πως μπαίνεις στην τάξη
με δεκατέσσερεις φορεσιές,
με δεκατέσσερα χριστόψωμα στην αγκαλιά σου.

Αλλά ξύπναγες το πρωί κι άκουγες που έβρεχε.
Σε δίπλωνε σα μια λύπη τ' αδιάβροχό σου
κι ο δρόμος για το σχολείο γινόταν πιο δύσκολος.
Βάδιζες κ' είχες σκυμμένο το πρόσωπο
σα νάταν κάποιος απάνω σου και να σ' έκρινε
για τ' άδεια σου χέρια. Σα νάφταιγες μάλιστα,
σ' όλη τη διαδρομή σε μπάτσιζε το χιονόνερο.

.....
Από την ποίηση του Βρεττάκου δεν θα
μπορούσε να λείπει η μάνα. Η μάνα της νιότης
του αλλά και η γριά μάνα. Η μάνα που τον
νοιάζεται, που τον μαλώνει, που τον αγαπά,
που τον αναζητά. Η μάνα που τρέχει στα χω-
ράφια να μαζέψει τις ελιές, που έχει γίνει ένα
με τη γη, που δεν μπορεί να την αποχωριστεί
ούτε και πεθαμένη.

Με τη σκάλα στον ώμο, ανάμεσα στις ελιές,
επέρασε

το φάντασμά της. Ήταν η μάνα μου, τη γνώρισα
απ' το τσεμπέρι της που σάλευε λυμένο, από τα
χέρια
κι από τη δέσμη του φωτός που απόπνεε το χα-
μόγελό της.

Η ώρα, το χρώμα, ο γνώριμος κυματισμός του
εδάφους

ταίριαζαν με την παρουσία της. Τη φώναξα
χωρίς αμφιβολία καμιά· εκείνη με χαιρέτισε
μ' ένα νόημα αέρινο. Πάτησε έπειτα στα νύχια,
πήρε ν' ανυψώνεται. Διάσχιζε τον αέρα
προς τον ουρανό, όπως ήταν, με τη σκάλα της.

Τη θυμάται γριά μέσα στα μαύρα της, να
κατεβαίνει την παλιά πέτρινη σκάλα για να
πάει στην εκκλησία. Φαντάζεται τη διαδρομή
που έκανε και τότε που είχε μαζί της τον γιο
της μικρό παιδί, τότε που τον κρατούσε από
το χέρι να τον πάει στην εκκλησία.

Η μάνα για τον Βρεττάκο είναι ένα πρό-
σωπο εξιδανικευμένο, ηρωικό, μυθικό. Ένα
πρόσωπο-σκιά του παιδιού της. Προσωπο-
ποίηση της προσφοράς, της υπομονής, της
ανιδιοτέλειας, της θυσίας.

Στης ιστορίας το διάσελο όρθιος ο γιος πολέ-
μαγε
κι η μάνα κράταε τα βουνά, όρθιος να στέκει ο
γιος της,
μπρούτζος, χιόνι και σύννεφο. Κι αχολόγαγε η
Πίνδος
σα να 'χε ο Διόνυσος γιοιότη. Τα φαράγγια κα-
τέβαζαν
τραγούδια κι αναπήδαγαν τα έλατα και χορεύαν
οι πέτρες. Κι όλα φώναζαν: «Ήτε παίδες Ελλήνων ...»
Φωτεινές σπάθες οι ψυχές σταύρωναν στον
ορίζοντα,
ποτάμια πισωδρόμιζαν, τάφοι μετακινιόνταν.

Κι οι μάνες τα κοφτά γκρεμνά σαν Παναγιές τ'
ανέβαιναν

Με την ευκή στον ώμο τους κατά το γιο πηγαίναν
και τις αεροτραμπάλιζε ο άνεμος φορτωμένες
κι' έλυνε τα τσεμπέρια τους κι έπαιρνε τα μαλ-
λιά τους

κι' έδερνε τα φουστάνια τους και τις σπαθοκο-
πούσε,
μ' αυτές αντροπατάγανε, ψηλά, πέτρα την πέτρα,
κι ανηφορίζαν στη γραμμή, όσο που μες στα
σύννεφα
χάνονταν ορθομέτωπες η μια πίσω απ' την άλλη.

Από την ποίηση του Βρεττάκου δεν λείπει
ούτε ο έρωτας, ένας έρωτας που δίνει ζωή
και δύναμη ακόμη και στο πιο ταπεινό πλάσμα
της δημιουργίας, ένας έρωτας φτιαγμένος
στα ανθρώπινα μέτρα. Δεν τον βλέπει σαν
κάποια εξιδανικευμένη κατάσταση αλλά τον
αντιλαμβάνεται μέρος της ζωής, των αισθή-
σεων, του κόσμου ολόκληρου.

Μαζεύω τα πεσμένα στάχια να σου στείλω λίγο
ψωμί,
μαζεύω με το σπασμένο χέρι μου ό,τι έμεινε απ'
τον ήλιο
να σου το στείλω να ντυθείς. Έμαθα πως κρυώνεις.

Την πράσινή σου φορεσιά να την φορέσεις την
Λαμπρή!
Θα τρέξουν μ' άνθη τα παιδιά. Θα βγουν τα πε-
ριστέρια,
κ' η μάνα σου με μια ποδιά, πλατιά, γεμάτη αγάπη!

Πάρε όποιο δρόμο, όποια κορφή, ρώτα όποιο
δένδρο θέλεις
Μ' ακούς; Οι δρόμοι όλης της γης βγαίνουνε
στην καρδιά μου!
Μην ξεχαστείς κοιτάζοντας το φως. Τ' ακούς: ...
Να 'ρθείς!

Στον έρωτα βλέπει την ομορφιά της ζωής.
Για να εκφράσει τον έρωτά του αντλεί πάλι ει-
κόνες και στοιχεία από τη φύση. Του αρκούν
λίγες λέξεις για να μεταμορφώσει τον κόσμο.

Όταν κόβω ένα άνθος
και το βάζω στο στήθος σου ή
στα μαλλιά σου
νομίζω
πως στολίζω τον κόσμο.

Την ομορφιά του σύμπαντος, του κόσμου, ο Βρεττάκος την αναζητά μέσα στον ίδιο τον άνθρωπο. Παίρνει στοιχεία του κόσμου για να κοσμήσει τον άνθρωπο και στοιχεία του ανθρώπου για να περιγράψει τη φύση. Μεταφέρει τα μεγέθη του κόσμου στον άνθρωπο όταν θέλει να περιγράψει τα απερίγραπτα.

Έχω τρεις κόσμους. Μια θάλασσα, έναν ουρανό κι έναν πράσινο κήπο: τα μάτια σου. Θα μπορούσα αν τους διάβαينا και τους τρεις, να σας έλεγα πού φτάνει ο καθένας τους. Η θάλασσα, ξέρω. Ο ουρανός, υποψιάζομαι. Για τον πράσινο κήπο μου, μη με ρωτήσετε.

Ο Βρεττάκος γεννήθηκε κι έζησε σε έναν αιώνα στον οποίο οι πόλεμοι, οι διώξεις, η φτώχεια και οι εξορίες αποτελούν κύρια χαρακτηριστικά του. Τα στοιχεία αυτά επηρέασαν τον χαρακτήρα και την ποίησή του, αλλά όχι μόνο αυτά. Ο τόπος που γεννήθηκε, η φύση, ο Ταϋγέτος, τα πρόσωπα γύρω του σημάδεψαν βαθιά μέσα του την ύπαρξή τους. Τα ύμνησε και τα ανέδειξε και τα έστησε πάνω στη βάση της αγάπης και της ειρήνης και πάντα με κύριο γνώμονα τα ανθρώπινα μέτρα. Λάτρευε την ελευθερία και τη δικαιοσύνη. Αν και ο ίδιος στρατεύτηκε κομματικά, η ποίησή του δεν ήταν ποτέ στρατευμένη, διακρινόταν πάντα για τη γνησιότητα και την αυθεντικότητα. Υπηρέτησε τον άνθρωπο τον οποίο έθεσε στο κέντρο της θεματολογίας του. Η ποίησή του διαπνέεται από έναν σπάνιο ουμανισμό

και χαρακτηρίζεται από μια ποιότητα ευαισθησίας και μια δύναμη στην έκφραση. Τη θλίψη των νεανικών του χρόνων κατάφερε να τη μεταστρέψει σε αισιοδοξία και ελπίδα για το μέλλον αλλά πάντα με μια έρπουσα απογοήτευση.

Τιμήθηκε με το Πρώτο Κρατικό Βραβείο Ποίησης (1940, 1965, 1982), το βραβείο Ουράνης της Ακαδημίας Αθηνών (1974), το βραβείο Knocken και το βραβείο της Εταιρείας Σικελικών Γραμμάτων και Τεχνών (1980), το Αριστείο Γραμμάτων από την Ακαδημία Αθηνών (1982), το βραβείο του Τιμίου Σταυρού του Αποστόλου Ευαγγελιστού Μάρκου από το Πατριαρχείο Αλεξανδρείας και πάσης Αφρικής (1984), το μετάλλιο Χρυσός Πήγασος της Πανελληνίας Ένωσης Λογοτεχνών (1989). Κορυφαία αναγνώριση για τον Βρεττάκο, όπως και για όλους τους ποιητές της γενιάς του, ήταν η είσοδός του το 1987 στην Ακαδημία Αθηνών.

Βιβλιογραφία

- Μπαρδάνη-Σημαντήρη, Σοφία Ν. (1993). *Το παιδί στην ποίηση του Νικηφόρου Βρεττάκου*, Βιβλ. Γρηγόρης.
- Βρεττάκος, Νικηφόρος Κ. (1981). *Τα ποιήματα*, Τρία Φύλλα, 1981.
- Γκότοβος, Αθανάσιος Ν. (1995). *Για το Νικηφόρο Βρεττάκο: έξι μελετήματα και το «Κατά Νικηφόρον ευαγγέλιον»*, Σόκολη.
- Αδαμόπουλος, Χρίστος Ι. (1986). *Ένας διάλογος για τον άνθρωπο: δέκα αναφορές στον ψυχισμό και στα οράματα του ποιητή Νικηφόρου Βρεττάκου*, Οι Εκδόσεις των φίλων.
- Βρεττάκος, Νικηφόρος Κ. (1961). *Αυτοβιογραφία*, Φέξης.
- Γκότοβος, Αθανάσιος Ν. (1989). *Το μυθικό και ιδεολογικό σύμπαν της ποίησης του Νικηφόρου Βρεττάκου*, Φιλιππότης.
- Σταφυλάς, Μιχάλης (1983). *Νικηφόρος Βρεττάκος: ο ποιητής που μάχεται για την ομορφιά και την ειρήνη του κόσμου*, Φιλιππότης.
- Βρεττάκος, Νικηφόρος Κ. (1990). *Η φθορά της γλώσσας φθορά του έθνους*, Φιλιππότης.

Είπαν

*«Ο θυμός έχει πάντα μια αιτία,
αλλά σπάνια αυτή είναι καλή»*

[Μαχάτμα Γκάντι]



Αμφισφύριο κάταγμα

Λουκία Καλοβούλου

Βιοπαθολόγος

Η Ελένη επί αρκετά λεπτά προσπαθεί να βρει μια ανταλγική θέση για το ταλαιπωρημένο της πόδι και όταν επιτέλους το πετυχαίνει νιώθει μεταξύ των ευτυχέστερων ανθρώπων του κόσμου. Γνωρίζει πολύ καλά ότι η διάρκεια της παρούσας ευτυχίας θα κυμανθεί από ένα-δυο λεπτά έως δέκα το πολύ. Θα το εκμεταλλευτεί! Καιρός να αρχίσει να καταγράφει μια πληθώρα καταστάσεων και συναισθημάτων μετά τη μοιραία εκείνη στιγμή.

Λένε ότι η κούραση είναι κακός σύμβουλος. Η κούραση όμως συνοδεύόμενη από τη θλίψη της απώλειας σε αποδιοργανώνει. Και τότε δεν αργεί να συμβεί το κακό. Ένα στραβοπάτημα, και το αμφισφύριο κάταγμα αριστερού κάτω άκρου είναι η διάγνωση που με τίποτε δεν θα ήθελε να ακούσει από τα χείλη του ακτινολόγου. Άμεσες είναι οι ενδόμυχες ευχές της, έως και προσευχές, για μη μετατόπιση οστού, για ανέπαφη ποδοκνημική άρθρωση και τα σχετικά.

Για ατελείωτα χρόνια, πάνω από 20, εργάζεται στο μικρό επαρχιακό νοσοκομείο που αυτή τη στιγμή επισκέπτεται ως ασθενής και όχι ως γιατρός.

Η είσοδος στα «Επείγοντα» γίνεται με ελα-

στικό επίδεσμο και πατερίτσες. Ο ειδικευόμενος, ενώπιον όλων, κάνει την τυπική ερώτηση: «Και η ηλικία σας;». Τίποτε το ιδιαίτερο αν σκεφθεί κανείς ότι είναι από τις συνηθέστερες ερωτήσεις κατά την προσέλευση του ασθενούς, καθώς και το ότι ένας «αδιάκριτος» αριθμός, ο ΑΜΚΑ, συνοδεύει πλέον όλους τους ασφαλισμένους σε κάθε δοσοληψία με το υγειονομικό μας σύστημα. Διακωμωδεί την κατάσταση και προχωρεί μέχρι το ακτινολογικό.

Η απόσταση που διανύει είναι δεν είναι 10 μέτρα, και κάθε δύο μέτρα όλο και κάποιος εργαζόμενος γιατρός ή νοσηλευτής ρωτάει: «Κυρία Ελένη εσείς; Μα καλά, πώς το πάθατε;». Ο πόνος αφόρητος και η απάντηση σύντομη. Ίσα-ίσα να μην φανεί αγενής.

Δύο-τρεις συνάδελφοι, όχι ορθοπεδικοί, συνοδεύουν τη γιατρό μέχρι το ακτινολογικό. Θεωρούν υποχρέωσή τους να εκφέρουν τη γνώμη τους σχετικά με τις λήψεις που πρέπει να παρθούν, παρ' ότι γνωρίζουν ότι στο παραπεμπτικό τηρήθηκαν απόλυτα οι απαιτήσεις της βιβλιογραφίας για τη συγκεκριμένη κάκωση. Η παρέμβασή τους δεν σταματάει στο διαγνωστικό επίπεδο. Σύντομα θα επιχειρήσουν να παρέμβουν και στο θεραπευτικό, ευτυχώς

όμως μόνο συμβουλευτικά. Προφανώς το γεγονός ότι η ασθενής είναι συνεργάτιδά τους τους δίνει κάθε δικαίωμα να δώσουν τη γνώμη τους. Αρκεί να μην την εκφράσουν ενώπιον των ειδικών του κατάγματος. Δεν χρειάζεται και πολύ για να γίνει παρεξήγηση...

Λένε πως οι περισσότερες επιπλοκές τυχαίνουν σε γιατρούς ή και σε συγγενείς τους. Και οι λόγοι; Πολλοί. Πρώτα απ' όλα, ο θεράπων γιατρός οφείλει να διατηρήσει την ψυχραιμία του, να αποβάλει το συναίσθημα ότι βρίσκεται υπό συνεχή έλεγχο για κάθε του ενέργεια και ουδόλως να επηρεαστεί από συνήθως καλοπροαίρετες... συναδελφικές υποδείξεις. Στη συνέχεια οφείλει να συνειδητοποιήσει και να καταπολεμήσει στο μέτρο του δυνατού το γεγονός ότι ο ασθενής-γιατρός και το περιβάλλον του δύσκολα συμμορφώνονται πραγματικά στις υποδείξεις του θεράποντος, διότι το: «Τι μου λέει τώρα αυτός! Ξέρω εγώ!» είναι σχεδόν πάντα μία από τις πρώτες τους αντιδράσεις. Ως επιστέγασμα έρχεται η επιθυμία του θεράποντος να ταλαιπωρήσει όσο το δυνατόν λιγότερο τον ασθενή του. Οι σκέψεις αυτές τριβέλιζαν το μυαλό της Ελένης όταν εξετάστηκε πρώτα από τον επιμελητή και στη συνέχεια από τον ίδιο τον διευθυντή ορθοπαιδικό. Τους παρατηρούσε που κοίταζαν τις ακτινογραφίες της στο διαφανοσκόπιο και είπε σιγανά: «Θεωρείστε ότι κρατάτε τις ακτινογραφίες οιασδήποτε ασθενούς και όχι τις δικές μου. Σε καμία περίπτωση δεν θέλω να αλλάξετε τη θεραπευτική σας τακτική, επειδή τυχαίνει να είμαστε συνάδελφοι...».

Αυτό τους έλυσε τα χέρια. Πάρθηκε η απόφαση για επεμβατική αντιμετώπιση του κατάγματος την επομένη το πρωί. Τη συντηρητική θεραπεία την απέρριψαν, όπως ακριβώς θα έκαναν και για οιονδήποτε άλλον ασθενή. Η Ελένη δεν ενθουσιάστηκε, αλλά δεν το έδειξε. Τους γνώριζε χρόνια τους ορθοπαιδικούς. Ήταν σοβαροί και αποτελεσματικοί στη δουλειά τους. Το μόνο που ήθελε ήταν η απόφασή

τους να είναι πλήρως αιτιολογημένη.

Αυτό επιβεβαιώθηκε την επομένη στο χειρουργείο. Στο ανοιχτό πεδίο διαπιστώθηκε η σοβαρότητα του κατάγματος, ιδίως στο σημείο που η ακτινογραφική απεικόνιση άφηνε απλώς υπόνοιες για μετατόπιση και ζητούσε από τη φαντασία του θεράποντος γιατρού να συμπληρώσει την εικόνα. Το έμπειρο μάτι του ορθοπαιδικού είχε προσθέσει το κομμάτι του παζλ που έλειπε.

Δόξα τω Θεώ, η επέμβαση πήγε καλά και η ασθενής βρέθηκε στο κρεβάτι του πόνου.

Την ίδια εκείνη μέρα ξεκίνησαν οι επισκέψεις του προσωπικού στον θάλαμο. Ένα θαμπό πέπλο καλύπτει εκείνες τις πρώτες επισκέψεις. Λίγο η επίδραση της γενικής αναισθησίας, λίγο τα ισχυρά αναλγητικά, και ο νους δεν συγκράτησε και πολλά. Τις επόμενες μέρες παρέλασε σχεδόν όλο το προσωπικό. Μικρό το νοσοκομείο και μετρημένοι στα δάχτυλα οι εργαζόμενοι. Διάβαζαν το ονοματεπώνυμο της Ελένης στη διοίκηση στον πίνακα των εισαγωγών, στα παραπεμπτικά για παρακλινικές εξετάσεις, στον κατάλογο για την τραπεζαρία και πάει λέγοντας. Και δεν ήταν συνηθισμένο το επώνυμο της Ελένης, μια και δεν ήταν ντόπιο.

Το έργο που επιτελείται σε μια υγειονομική μονάδα είναι ομαδικό. Χρειάζεται την υποστήριξη και τη συμπαράσταση όλων, ακόμη και αν δεν μας είναι εύκολο να το παραδεχθούμε. Επί είκοσι χρόνια η Ελένη εργάζεται στον περιορισμένο χώρο του εργαστηρίου. Στα όποια προβλήματα προέκυψαν, και δεν ήταν και λίγα, επεχείρησε να δώσει λύση με τη βοήθεια του παραϊατρικού προσωπικού και όχι αυταρχικά.

Τα προβλήματα όμως που υπάρχουν στις κλινικές τα είχε μόνον ακουστά. Ουδέποτε τα είχε βιώσει από πρώτο χέρι. Απ' ό,τι φαίνεται, ήρθε η ώρα και γι' αυτό. Μερικά της ειπώθηκαν, άλλα απλά αφέθηκαν να εννοηθούν. Κάποια, προερχόμενα από παλαιότερες εμπειρίες σε

μεγαλύτερα δημόσια νοσοκομεία και ιδιωτικές κλινικές, τα επανέφερε η ίδια στη μνήμη της.

Ποτέ δεν θα πίστευε ότι τα λόγια γνωστού άσματος αποκαλύπτουν την αλήθεια σε όλο της το μεγαλείο: «Μια καλημέρα είναι αυτή, πες την κι ας πέσει χάμω...». Ποιος θα το έλεγε ότι συνεργάτες στον ίδιο χώρο αποφεύγουν να απευθύνουν την καλημέρα του Θεού ο ένας στον άλλο, είτε επειδή βρίσκονται σε διαφορετική βαθμίδα της ιεραρχίας, είτε επειδή ανήκουν σε διαφορετική υπηρεσία; Εξυπακούεται βέβαια ότι κάποια υπηρεσία έχει αυτοχρισθεί ανώτερη της άλλης.

Ευτυχώς το συγκεκριμένο παράπονο δεν εκφράστηκε από χείλη του προσωπικού στην Ελένη. Η ίδια βέβαια δεν απέκλεισε το ενδεχόμενο, σε πιθανή πλέον μακρόχρονη νοσηλεία της, να το αποκάλυπτε, παρ' όλο που ειλικρινά δεν το επιθυμούσε.

Το πρώτο που κατέγραψε είναι ότι ο εργαζόμενος έχει απόλυτη ανάγκη από έναν καλό λόγο. Ένα «ευχαριστώ», και βλέπεις το πρόσωπό του να φωτίζεται. Ένα «ευχαριστώ», και υπομένει ευκολότερα τις δυσκολίες της εργασίας του. Κι αυτές δεν είναι λίγες για τον επαγγελματία υπηρεσιών υγείας. Οι νοσηλεύτές, οι βοηθοί θαλάμου και οι τραυματιοφορείς γίνονται πάρα πολύ συχνά αποδέκτες επιθέσεων δυσaráσκειας κατά την εργασία τους. Στη νοσηλεύτρια θα ξεσπάσει ο συγγενής, ο συνοδός καθώς και ο ίδιος ο ασθενής, αν και στον τελευταίο θα έδινε πάντα δίκιο η Ελένη γιατί είναι ο πάσχων. Τη νοσηλεύτρια θα παρατηρήσει και θα τιμωρήσει η προϊστάμενη, η διευθύνουσα. Και πάλι η νοσηλεύτρια θα ακούσει τα εξ αμάξης από τον γιατρό κατά την επίσκεψη στους θαλάμους, δίκαια ή και άδικα.

Εκείνο το κουδούνι δίνει τόση εξουσία. Και αν δεν προλάβει η νοσηλεύτρια της βάρδιας να ικανοποιήσει έγκαιρα τα δύο ή και περισσότερα χτυπήματα που γίνονται συγχρόνως από διαφορετικούς θαλάμους, σε απόσταση δεκάδων μέτρων μεταξύ τους, εκτός από τις

παρατηρήσεις σε έντονο ύφος που θα υποστεί, υπάρχει και το όπλο της αναφοράς στη διοίκηση του ιδρύματος την επομένη το πρωί. Και τρίτο και καλύτερο το όπλο της διαπόμευσης. Ο Τύπος, έντυπος και ηλεκτρονικός. Απ' όπου όμως πληροφορείται ο καθένας μας τη μια μόνον όψη του... νομίσματος.

Ο λαός μας λέει πως κάθε νόμισμα έχει δύο όψεις. Νόμισμα που φέρει την ίδια παράσταση και στις δυο του πλευρές είναι κίβδηλο. Το χρησιμοποιούν ταχυδακτυλουργοί και... παπατζήδες. Λίγη υπομονή και καλή θέληση όμως αρκούν για να κοιτάξουμε και την άλλη του όψη.

Εκείνο το κουδούνι λοιπόν. Εκείνο το κορόνι που δίνει στον νοσηλευόμενο την αίσθηση της εξουσίας έστω και για λίγο. Πόση κατάχρηση γίνεται μερικές φορές!

Σπάνια ή και ανύπαρκτα είναι τα νοσοκομεία με επαρκές προσωπικό σε κάθε υπηρεσία και βαθμίδα. Αναπόφευκτα, οι δραστηριότητες κάθε κλάδου και ομάδας εργαζομένων επικαλύπτονται ή απλά δεν διαχωρίζονται με ευδιάκριτο τρόπο. Και όταν πρωτοακουστεί το: «Αυτό δεν είναι δική μου δουλειά» έπεται και η εσφαλμένη διάκριση σε δουλειές κατώτερου και ανώτερου προσωπικού, σε καθαρές και βρόμικες δουλειές...

Η Ελένη μετά τις παυσίπονες ενέσεις διέθεσε αρκετή ώρα για περισυλλογή. Από μικρή απέφυγε να αφήνει σε άλλους να της κάνουν δουλειές που μπορούσε να διεκπεραιώσει μόνη της. Τώρα βρισκόταν στη δυσάρεστη θέση του ανήμπορου ανθρώπου, του ανθρώπου που έχει απόλυτη ανάγκη τον συνάνθρωπο. Αυτό την έκανε ακόμη πιο ευάλωτη ψυχικά.

Κάτι εμπόδισε τους νοσηλεύτές και την παρασκευάστρια, που επιφορτίστηκαν με την αιμοληψία της και την τοποθέτηση φλεβοκαθετήρα, να φερθούν με τη συνηθισμένη τους τυπικότητα. Λίγο η συγκίνηση, λίγο ο φόβος της αστοχίας και χρειάστηκε εκ νέου προσπάθεια. Τα ενθαρρυντικά λόγια της Ελένης απο-

δείχθηκαν αρκετά και όλα πήγαν κατ' ευχήν.

Σε δύο μέρες ήρθε η ώρα της αλλαγής του τραύματος. Η ίδια πάντα διαδικασία όσο και να διαφέρει η σύνθεση της ομάδας που θα την κάνει. Στο πανεπιστημιακό πρωτοστατεί ο καθηγητής. Στο επαρχιακό ηγείται ο διευθυντής ή πολύ συχνά ο ανώτερος σε βαθμό επιμελητής. Ακολουθούν οι διάφορες βαθμίδες γιατρών από ειδικευόμενους μέχρι και φοιτητές ιατρικής. Συμπαρίστανται η προϊσταμένη ή όποια εκτελεί χρέη προϊσταμένης, εκπαιδευόμενες νοσηλεύτριες και ίσως κάποιες αδελφές της Σχολής.

Όλοι θέλουν να μάθουν. Όλοι πρέπει να μάθουν. Ο άρρωστος όμως είναι ο άμεσος ενδιαφερόμενος την ώρα της επίσκεψης. Και η Ελένη το κατάλαβε καλά αυτό. Συνειδητοποίησε το πόσο ένιωθε την ανάγκη για μια ενθαρρυντική πληροφορία. Και την άκουσε. Την άκουσε στα λόγια του διευθυντή, ενώ εξέταζε το τραύμα της: *«Για να δω το τραύμα. Είναι πολύ καλό! Το δέρμα είναι πολύ καλό!»*. Αυτή η πληροφορία θα της έδινε δύναμη να αντέξει πιο στωικά τον λίγο πόνο της αλλαγής. Και στην αντίθετη περίπτωση όμως, που τα πράγματα είναι λιγότερο αισιόδοξα, ο ασθενής έχει ανάγκη να πληροφορηθεί κάτι για την κατάστασή του, προτού το ιατρονοσηλευτικό πλήθος αφήσει το δικό του κρεβάτι για να επισκεφθεί τον επόμενο νοσηλευόμενο.

Βράδυ. Τρίωρη θερμομέτρηση. Πόση διαφορά μεταξύ των εργαζομένων σε κάθε βάρδια. Ο τρόπος που θα βάλει ή απλά θα δώσει ο καθένας το θερμόμετρο. Η ελάχιστη ώρα που θα διαθέσει για να ενημερώσει τον ασθενή, αφού διαβάσει την ένδειξη.

Αχ αυτή η ενημέρωση! Συνήθως όλοι βιάζονται. Ο ασθενής όμως, όπως και ο συγγενής του, την έχουν τόσο ανάγκη. Και ποιον να πρωτορωτήσουν ανάμεσα στις τόσες άσπρες μπλούζες που κυκλοφορούν στους διαδρόμους; Τι να κάνουν; Να παρατηρήσουν τα πρόσωπα και να επιλέξουν τον πιο πράο, τον

πιο ευγενικό γιατρό; Ίσως παλαιότερα η ηλικία να ήταν ένα κριτήριο. Αλλά όποιος είναι γνώστης των της ιατρικής εκπαίδευσης και ειδικότητας, γνωρίζει ότι εδώ και δεκαετίες, σε ελάχιστες πλέον ειδικότητες οι ειδικευόμενοι χαρακτηρίζονται ηλικιακά πολύ νέοι. Κάποια προσπάθεια για να εκλείψει η ανωνυμία του πλήθους έγινε με την επιβολή κονκάρδας, όπου αναγράφεται ονοματεπώνυμο, ειδικότητα και βαθμός του φέροντος. Όλα αυτά όμως έχουν αξία μόνον όταν υπάρχει επάρκεια προσωπικού σε κάθε βαθμίδα και διάκριση καθηκόντων.

Η Ελένη συλλογίστηκε ως πιο πιθανά εφικτή λύση, την καταβολή προσπάθειας εκ μέρους του θεράποντος ιατρού για ενημέρωση ασθενών και συνοδών, σε τακτική όμως βάση. Γιατί χρειάζεται πραγματικά καταβολή προσπάθειας, με τόσα αλλότρια καθήκοντα που είναι επιφορτισμένος ο γιατρός στα σημερινά μας νοσοκομεία.

Ποτέ δεν ξέχασε την εντύπωση που της είχε κάνει η τάξη σε ιδιωτική κλινική, όπου η μητέρα της είχε υποβληθεί σε σοβαρή καρδιολογική επέμβαση, και ας έχουν περάσει πάνω από δεκαπέντε χρόνια. Η άφιξη στην κλινική είχε γίνει στις 8 το πρωί και η μητέρα τελικά μπήκε στον θάλαμό της κατά τη 1 το μεσημέρι. Πέντε ολόκληρες ώρες γεμάτες από κάθε είδους εξέταση και αναμονή. Αναμονή όμως, από την οποία δεν κράτησαν άσχημη ανάμνηση, καθόσον ανά πάσα στιγμή όλο και κάποιος από το προσωπικό της κλινικής τους ενημέρωνε αναλυτικά για τον χώρο και τον λόγο της εξέτασής τους στα διάφορα εργαστήρια. Επίσης, μόλις παρουσιάστηκαν στο γραφείο κίνησης ασθενών, τους παραδόθηκε έντυπο με τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις ασθενών και συνοδών. Έτσι ενημερώθηκαν, χωρίς επιπλέον ταλαιπωρία, για το ωράριο του επισκεπτηρίου, για την ανάγκη ή όχι αποκλειστικής, για τη δυνατότητα γεύματος στον συνοδό και πολλά άλλα. Το ίδιο έγινε και όταν

η ασθενής χρειάστηκε νοσηλεία στη ΜΕΘ, όπου τους δόθηκε τηλεφωνικός αριθμός επικοινωνίας για τακτική ενημέρωση. Πράγματα τόσο απλά. Συμβάλλουν όμως στο να αντεπεξέλθουμε ευκολότερα στις δύσκολες αυτές καταστάσεις που με τον έναν ή τον άλλο τρόπο έχουμε βρεθεί οι περισσότεροι από εμάς.

Στο δημόσιο νοσοκομείο δυστυχώς, το πρόβλημα αρχίζει με την προσέλευση του ασθενούς στα επείγοντα, όπου συχνά έχουμε κάνει την τόσο αυτονόητη ερώτηση: «Και τώρα πού απευθυνόμαστε;». Και ψάχνουμε απεγνωσμένα κάποιον για να ζητήσουμε πληροφορίες. Δεν είναι μόνον οι ατελείωτες ουρές και η έλλειψη ενημέρωσης. Είναι και η ελλιπής ενημέρωση. Ο συνοδός ή και, ελλείψει αυτού, ο ίδιος ο ασθενής, σπάνια γνωρίζει σε ποια θυρίδα να περιμένει, πού να παραδώσει το βιβλιάριο ασθενείας του ή τι απαιτείται για να πάρει ένα χαρτάκι προτεραιότητας. Ακόμη και στην περίπτωση που έχει ξαναέρθει σε επαφή με το σύστημα, όλο και κάποιο επιπλέον καινούριο έγγραφο θα έχει κυκλοφορήσει έκτοτε, βάσει της τελευταίας εκδοθείσης εγκυκλίου που οφείλει ως Έλληνας πολίτης να γνωρίζει. Έτσι απλά....

Το νοσοκομείο της Ελένης μικρό, σχεδόν οικογενειακό. Το χαρακτηρίζουν πολλά από τα θετικά τόσο της ιδιωτικής πρωτοβουλίας όσο και του δημόσιου τομέα. Γιατί δεν έχει μόνον αρνητικά ο δημόσιος τομέας. Σε κάποια θέματα υπερτερεί του ιδιωτικού. Η γραφειοκρατία του όμως ευθύνεται για την ακύρωση πολλών από τις θετικές προσπάθειες που κάνει το συχνά άρτια καταρτισμένο επιστημονικό προσωπικό του. Η Ελένη σταμάτησε. Διέκοψε

για λίγο τις σκέψεις της. Η σύγκριση ιδιωτικού και δημόσιου τομέα δεν είναι του παρόντος. Είναι σοβαρή υπόθεση. Ίσως κάποια άλλη φορά, μιας άλλης ευκαιρίας δοθείσης. Και φυσικά, όχι απαραίτητα παρόμοιας της τωρινής...

Η ευγένεια και η ευσυνειδησία των υπαλλήλων των τριών υπηρεσιών, διοικητικής, νοσηλευτικής και ιατρικής, αρκούν να καλύψουν μέχρι έναν βαθμό τις αριθμητικές ελλείψεις σε προσωπικό σε ένα μικρό νοσοκομείο. Ένα νοσοκομείο, όπου όλοι γνωρίζονται μεταξύ τους και, όπως ήδη είπαμε, υπάρχει επικάλυψη καθηκόντων. Τούτο συνήθως γίνεται προς όφελος του ασθενούς. Εξυπακούεται ότι σε ένα τέτοιο επαρχιακό νοσοκομείο, ο χειρουργός ή ο ακτινολόγος μπορεί κάποια στιγμή να ασκήσουν και χρέη τραυματιοφορέα. Το αντίστροφο όμως μάλλον θα απέβαινε... καταστροφικό, σκέφτηκε η Ελένη και χαμογέλασε για να μετατρέψει μια γκριμάτσα πόνου σε κάτι πιο ευχάριστο. Δεν της άρεζε να τη συμπονούν.

Η Ελένη ξύπνησε στο σπίτι. Χρειάστηκε η συνδρομή πολλών γι' αυτήν την... επιχείρηση. Σκέφτηκε πόσους αληθινούς φίλους έχει και χάρηκε. Πώς θα τους το ξεχρεώσει; Σε καμία περίπτωση βέβαια ευχόμενη να τους ανταποδώσει τα ίδια... Την υγεία τους να έχουν. Όλο και θα βρεθεί κάποιος τρόπος.

Ο σύζυγος άνοιξε το παράθυρο. Έξω όλα χιονισμένα. Υπήρχαν και εξωτερικές δουλειές να γίνουν. Η Ελένη, που δεν της λείπει το χιούμορ, του δήλωσε τη λύπη της που δεν μπορούσε να τις κάνει εκείνη. «Αν δεν χιόνιζε, αγάπη μου, θα πήγαινα εγώ!» είπε, και γέλασαν με την ψυχή τους...

Είπαν

«Τελικά, στη ζωή βρίσκουμε
μόνο όσα επενδύσαμε σ' αυτήν»

[Ralph Waldo Emerson]



Ψυχογραφήματα

Δέσποινα Χίντζογλου-Αμασλίδου

ΜΙΑ ΠΑΛΙΑ ΠΡΩΤΟΧΡΟΝΙΑ...

Το σπίτι απ' το πρωί ετοιμαζόταν.

Γιόρταζε, ντυνόταν με χαλιά ή κιλίμια, αρωματιζόταν με μαχλέπι και καουλέ και ζεσταινόταν με την ξυλόσομπα, που καταβρόχθιζε αχόρταγα τα ξερά ελιόξυλα, τα φυλαγμένα απ' το καλοκαίρι στην αποθήκη. Από νωρίς ετοιμαζόταν και η κοτόσουπα, που αυγοκομμένη, χυλωμένη και ζεστή περίμενε πάνω στην γκαζιέρα...

Σταυροκοπιόμασταν και δίναμε ευχή, του χρόνου τέτοια μέρα, χαρούμενοι και γεροί να απολαύσουμε πάλι τη σούπα της μαμάς...

Στο τραπέζι στρώνονταν η τόμπολα, τα χαρτιά, το φιδάκι με τα ζάρια του και το «πάρ' τα όλα», που ήταν και το αγαπημένο μας. Παίζαμε σε στραγάλια και στο τέλος ο νικητής θα έπαιρνε απ' όλους κανένα πενηντάλεπτο ή καμιά δραχμή, από... τα πρωινά κάλαντα.

Γύριζε σαν τρελή η πολυγωνική σβούρα και έδενε πάνω της το παιδικό μας βλέμμα, σαν ανέμη μαγική, φορτωμένη ξόρκια και ευχές για... «πάρ' τα όλα». Κι όταν αυτό ερχόταν, οι ξαφνικές φωνές του νικητή τρόμαζαν τον μπαμπά και τη μαμά, που συζητούσαν ήσυχα και χαλαρά και τότε τα γέλια γίνονταν διπλά

και παθιασμένα.

Σε λίγο στρώνονταν κι οι ξηροί καρποί στο πλάι. Ο μπαμπάς έσπαζε τα αμύγδαλα, τα καρύδια και τα αράπικα φιστίκια και τα αράδιαζε καθαρισμένα μπροστά μας ανακατωμένα με σταφίδες, σύκα και χουρμάδες. Έβγαине... κι από ένα μικρό ποτηράκι κόκκινο κρασί, να πιούμε όλοι, ακόμη κι εμείς τα παιδιά, γιατί η μέρα το ζητούσε... Και μας ζάλιζε γλυκά, ίσα ίσα να χασκογελάμε με το τίποτα, να χαιρόμαστε τότε και να θυμόμαστε μετά...

Και η ώρα περνούσε και πλησίαζαν μεσάνυχτα. Ανοίγαμε τότε πιο δυνατά το ραδιόφωνο, μην χάσουμε τη στιγμή της αλλαγής του χρόνου. Στις 12 ακριβώς σβήνανε τα φώτα για μισό λεπτό και τα πλοία σφύριζαν με μελαγχολικό μπάσο ήχο, ν' αποχαιρετήσουν τον παλιό τον χρόνο.

Και εκεί μες στο απόλυτο σκοτάδι, νιώθαμε και ακούγαμε πολλά και ωραία. Και το φως ερχόταν μαζί με τις ευχές του εκφωνητή και τις φωνές τις δικές μας. Φιλιά κι αγκαλιές, πλούσια και δικά μας όλα, άναβαν τη χαρά μας και γαλήνευαν την ψυχή μας.

Τελευταία φανερωνόταν κι η βασιλόπιτα,

με τη μαμά να διαμαρτύρεται γιατί δεν φούσκωσε πολύ, και τον μπαμπά να την κόβει με γεωμετρική ακρίβεια, ώστε να 'χουν όλοι το κομμάτι τους, ο Χριστός, το σπίτι, το μαγαζί... εμείς, όλοι! Το πεννηνταράκι, τυλιγμένο σε λαδόκολλα, θα 'σκανε μύτη στο κομμάτι του τυχερού και θα 'δινε μια ακόμη χαρά κι αυτό θα ήταν το τέλος...

Μ' αυτό το πεννηνταράκι κάτω απ' το μαξι-

λάρι θα μας έβρισκε ο γλυκός εκείνος ύπνος, ο γεμάτος χρωματιστά κι αρωματισμένα όνειρα, που θα μας ξημέρωνε την Πρωτοχρονιά, πλημμυρισμένους από χαρά, αισιοδοξία και προοπτική.

Εκείνη τη γλυκιά και μοναδική προοπτική της παιδικής ηλικίας, που τη χάσαμε πριν από πολλά χρόνια, και τη νοσταλγούμε τώρα πικραμένοι...

ΟΝΕΙΡΟ ΣΤΗ ΝΑΖΙΑΝΖΟ

Χθες ονειρεύτηκα το Γκέλβερι.

Ήταν, λέει, ανοιξιάτικο δειλινό, που με τα χρώματά του κατάφερε να κοκκινίσει απαλά τις προσόψεις των γκριζων σπιτιών και να κάνει την παλιά πολιτεία εξωτικά όμορφη, μες στην αρμονία του κόκκινου και του γκρι...

Περπάτησα μέσα στο μεγάλο φαράγγι των μοναχών, το Μοναστήρ Ντερεσί, και δεν βρήκα ούτε καλόγερο ούτε κερί αναμμένο... Χάθηκα μες στις συνοικίες και τις πλατείες του χωριού και δεν είδα ψυχή... Τα σπίτια κλειστά, βουβά και παρατημένα με πλήγωνα! Από μian αυλή μόνο άκουσα γέλια κι έτρεξα να δω. Σηκώθηκα στις μύτες των ποδιών μου, γαντζώθηκα στη σιδεριά της πόρτας και κοίταξα μέσα. Ένα κοριτσάκι ίσαμε 10 χρονών έπαιζε ξένοιαστα μ' ένα σκυλάκι. Του πετούσε ένα πάνινο τόπι κι εκείνο έτρεχε και το 'πιανε, γαβγίζοντας παιχνιδιάρικα.

Με ένωσε που την κοιτούσα, τίναξε πίσω τις βαριές πλεξούδες και πλησίασε στην πόρτα. Με κοίταξε με τα γαλάζια μάτια της για λίγο, χαμογέλασε αμυδρά και μου είπε:

«Με λένε Μαρία, εσένα».

«Εμένα Δέσποινα».

«Και τη μαμά μου την έλεγαν Δέσποινα», είπε. Άπλωσα το χέρι να χαϊδέψω το τρυφερό μάγουλο και το σημάδι στο πάνω χέιλι, αλλά δεν πρόλαβα, μπήκε βιαστικά στο σκοτεινό σπίτι, κι έμεινα με τη λαχτάρα.

Το 'νιωθα ότι ονειρευόμουν, τ' ξερα ότι έβλεπα τη μαμά μου μικρή στο σπίτι της το πατρικό, μπορούσα και ήθελα να κλάψω, όχι όμως να ξυπνήσω.

Και συνέχισα. Πήρα τρέχοντας την κατηφόρα για το φαράγγι με την εκκλησία του Αγίου Γρηγορίου. Ήταν φωτισμένη, μόνη αυτή μέσα στο σκοτεινό χωριό, γεμάτη κόσμο ευλαβή και χαρούμενο. Χιλιάδες τα κεριά, σύννεφα τα θυμιάματα. Μανουάλια και πολυέλαιοι, σε χρυσαφένιο μπρούντζο, άστραφταν απ' το δικό τους φως, κι απ' το φως της άγιας εκείνης ώρας. Καλόγεροι και καλογριές από τα μοναστήρια και τις τρώγλες, Έλληνες αλλά και Τούρκοι κρυφοχριστιανοί, στρατιώτες του κάποτε, φυλές άγνωστες και παλιές, φτωχοί και πλούσιοι, με ρούχα παράξενα άλλων εποχών, ψυχές μιας άγραφης ιστορίας, έψελναν χειρουργικά σε διάφορες γλώσσες και γιόρταζαν αδελφωμένοι τη μεγάλη γιορτή.

Και εκεί μπροστά στο μεγάλο ξυλόγλυπτο τέμπλο, στην ωραία πύλη, βγήκε με το ευαγγέλιο στα χέρια ο Ναζιανζηνός επίσκοπος με τα καλά του τα άμφια και τη μίτρα στο κεφάλι και τους ευλόγησε όλους, ακόμη και μένα.

Ξύπνησα. Ένωσα την ευλογία να με πλημμυρίζει, γέμισε το μέσα μου «πατρίδα» και Ορθοδοξία, δε μου 'λειπε τίποτε...

Ή μήπως... να πήγαινα μια φορά ακόμη να τη δω...

ΣΤΟ ΕΚΤΕΛΕΣΤΙΚΟ ΑΠΟΣΠΑΣΜΑ...

Πώς βρεθήκαμε με την πλάτη στον τοίχο, τα χέρια δεμένα και τα μάτια κλειστά, μπροστά στο εκτελεστικό απόσπασμα, δεν κατάλαβα...

Οι κυβερνήσεις μας... έκλεψαν, έφαγαν, έσκασαν και μετά πιάστηκαν στα πράσα, ρεζίλευτηκαν και μας ρεζίλεψαν. Οι εκτελεστές μας απ' την άλλη, ψυχροί και ρεαλιστές, στημένοι απέναντί μας, στοχεύουν εκτός απ' το πορτοφόλι μας, την εθνική μας συνείδηση και την ατομική μας αξιοπρέπεια, δυο άτομα οξυγόνου ενωμένα, που μ' αυτά ζούμε κι αναπνέουμε, αιώνες τώρα!

Στηθήκαμε και περιμένουμε με δεμένα τα μάτια, κι αναρωτιόμαστε με οργή και παράπονο.

Γιατί οι υπεύθυνοι δεν είναι δίπλα μας, ή καλύτερα στη θέση μας; Γιατί συνεχίζουν να καμαρώνουν την Ακρόπολη, από το παράθυρό τους το φτωχικό, ή ν' απολαμβάνουν την ταπεινή τους έπαυλη στα βόρεια προάστια, χωρίς σταλιά ντροπής;

«Αρχαίο πνεύμα αθάνατο» και βαρύ παρελθόν, πάνε πια, δεν υπάρχουν. Ο σύγχρονος Έλληνας ξέχασε τους φιλοσόφους του (τους ξέχασε, ευτυχώς δεν τους έχασε) κι έπιασε το ρουσφέτι, την προμήθεια και τη μαϊμουνιά... και τα 'κανε μαντάρα. Χάλασε τ' όνομά του και τη φήμη του, και αγωνίζεται να τα διορ-

θώσει. Γι' αυτό φυσικά και τα υπομένει τώρα, όλα στωικά...

Δυο πράγματα δεν κατάλαβα, κι ας με βοηθήσει κάποιος που ξέρει περισσότερα να τα καταλάβω.

Το ένα είναι, πώς αφήνει τους κλέφτες ατιμώρητους να κυκλοφορούν ελεύθερα. Ή μήπως κάτι ετοιμάζεται και δεν το ξέρω;

Και το άλλο, ποιο είναι το μερίδιο ευθύνης της κατά τα άλλα σεβαστής Δύσης σε όλη αυτή την εξέλιξη. Πόσα θα μπορούσαν να σωθούν από μια πιο έγκαιρη παρέμβαση. Ποιος άργησε, ή ποιος την εμπόδισε, ή ποιος δεν ήξερε; Μήπως υπάρχουν ανάμεσα σ' όλους αυτούς τους άτρωτους και δυνατούς που μας κουνάνε το δάκτυλο και μας ειρωνεύονται, και κάποιοι που πρέπει επίσης να δώσουν λόγο ή να απολογηθούν για πράξεις ή παραλείψεις; Μήπως μας χρειάζεται ένα είδος Νυρεμβέργης για να μάθουμε τελικά;

Και τότε, ας στηθούν κι αυτοί δίπλα μας, στον τοίχο, με δεμένα μάτια και χέρια κι ας ιδρώσουν, κι ας πληρώσουν... Έτσι δεν είναι το δίκαιο;

Αλλά ποιος δυνατός έχασε το δίκιο του και θα το βρούμε εμείς;

Κανείς και ποτέ!

Είπαν

«Τέχνη δεν είναι να απεικονίζουμε τα ωραία πράγματα, αλλά να απεικονίζουμε ωραία τα πράγματα»

[Καντ]



Μνήμη Αρίστιππου Μηνά

Το καλοκαίρι που μας πέρασε έφυγε από κοντά μας ο καθηγητής Δερματολογίας Αρίστιππος Μηνάς. Μία εμβληματική προσωπικότητα για τη Σχολή μας, ένας άνθρωπος που σφράγισε με το έργο του μία ολόκληρη εποχή. Αντιπρόεδρος αρχικά (1999-2001) και πρόεδρος στη συνέχεια (2001-2003) επέφερε μία πραγματική επανάσταση στη λειτουργία της Ιατρικής. Παρέλαβε μία Σχολή που χειμαζόταν από όλες τις παθογένειες της ελληνικής κοινωνίας: αδιαφορία, ωχαδερφισμό, αδιαφάνεια, κομματικοποίηση. Και τα άλλαξε όλα.

Ρηξικέλευθος στις αποφάσεις του, με μια απέραντη αγάπη για τους φοιτητές, με μια απέραντη αγάπη όχι μόνο για την εκπαίδευση, αλλά για την παιδεία γενικότερα. Οι συχνές αναφορές του στον Αλέξανδρο Δελμούζο ήταν εξάλλου ενδεικτικές.

Η όσο το δυνατόν μεγαλύτερη αξιοκρατία στις κρίσεις μελών ΔΕΠ, το Γραφείο Εκπαίδευσης της Ιατρικής Σχολής, η εκπαίδευση εκπαιδευτών, ένα νέο μεταπτυχιακό, και τόσα άλλα ήταν ορισμένα από τα οράματά του που άρχισαν να γίνονται πραγματικότητα κατά τη διάρκεια της θητείας του.

Αυτό που τον χαρακτήριζε ήταν η εκπληκτική ικανότητά του να συνενώνει σε δημι-

ουργική εργασία ανθρώπους με διαφορετικές πεποιθήσεις, που όλοι τους ωστόσο είχαν ένα κοινό όραμα, έναν κοινό στόχο: την ανάκτηση της αξιοπρέπειας της Σχολής και τον μετασχηματισμό της σε μία Σχολή πιο σύγχρονη, με ορίζοντες πιο ανοιχτούς.

Με τη δημιουργία πολλών επιτροπών, προσπάθησε να εμπλέξει στις ακαδημαϊκές διαδικασίες όσο το δυνατόν περισσότερα μέλη ΔΕΠ, κυρίως από τις νεότερες βαθμίδες. Κατάφερε να μας πείσει ότι η λειτουργία της Σχολής δεν είναι κάτι που αφορά μόνο στα όργανα διοίκησης, αλλά πως είναι υπόθεση όλων μας.

Όταν αποχώρησε από την προεδρία άφησε πίσω του μία άλλη Ιατρική Σχολή, μία Ιατρική Σχολή καλύτερη. Συχνά επαναλάμβανε ότι ο υψηλότερος στόχος μας, ως μέλη ΔΕΠ, αυτό για το οποίο όλοι μας θα πρέπει να μοχθούμε, είναι το πώς θα πετύχουμε οι φοιτητές του αύριο να είναι καλύτεροι από τους φοιτητές του χθες.

Γι' αυτό και το παράδειγμα του Αρίστιππου Μηνά παραμένει και σήμερα επίκαιρο όσο ποτέ.

Αλέξανδρος-Αναστάσιος Γαρούφαλλος
Καθηγητής Παθολογίας & Κλινικής Ανοσολογίας
Πρόεδρος του Ιατρικού Τμήματος ΑΠΘ

Για τον Αρίστιππο Μηνά

Σε μένα έλαχε ο κλήρος να σε αποχαιρετίσω, Αρίστιππε.

Και τούτη τη στερνή ώρα αισθάνομαι πίκρα και θυμό γιατί δεν μπόρεσα να σταθώ δίπλα στο φέρετρό σου, ως έπρεπε. Όμως δεν πρέπει τα συναισθήματα να νοθεύσουν τη σκέψη για να μιλήσω αντάξια για σένα, πολύτιμε φίλε.

Και θα σε αποχαιρετίσω με τους λόγους σου. Λόγους σοφούς, που είχαμε την τύχη να ακούσουμε στις ομιλίες, στις παραινέσεις σου, στα μαθήματά σου και στις κατ' ιδίαν συζητήσεις μας, όταν ξεδίπλωνες τη μοναδική σου σκέψη με πραότητα, με διάκριση και με αγάπη. Στεκόσουν δίπλα μας σε κάθε περίπτωση αρωγός, πάντα με κατανόηση, με κείνο το ζεστό χαμόγελο της συμπαράστασης.

Είχες δημιουργήσει μια ομάδα αφιερωμένων ανθρώπων. Ήμασταν οι «συνωμότες» της φιλίας, της τιμής και της ευθύνης. Αποφασισμένοι να σε στηρίξουμε στην επίτευξη των οραμάτων σου, των προσδοκιών σου, των στόχων μας. Ξέραμε το πείσμα σου! Μας καθοδηγούσε η μεθοδικότητά σου, μας συνέπαιρνε η ορμή σου. Τέτοια ψυχή σ' ένα μικροκαμωμένο δέμας. Αλλά «η αντρείοσύνη δεν μετρίεται με το στρέμμα, με της καρδιάς το πύρωμα μετρίεται και το αίμα».

Στην απολογία σου στο τμήμα, στο πέρας της θητείας σου είπες:

«Έδωσα το μεγαλύτερο μέρος του χρόνου μου στο τμήμα με σχεδόν ολοκληρωτική άρνηση της προσωπικής μου ζωής, έως βαθμού παρεξήγησης.

Και βέβαια δεν μιλώ για εργασιοθεραπεία, όπως θα μπορούσαν κακοπροαίρετοι να χαρακτηρίσουν την εργατικότητα μου, αλλά για διεκπεραίωση έργου που λίμναζε αρκετά χρόνια, για την προώθηση ζητημάτων που είχαν τον χαρακτήρα του καθημερινού ή του επείγοντος και, τέλος, για υλοποίηση μακρόπνοων σχεδια-

σμών, που απαιτούσαν πολλή μελέτη, πολλή ανάλυση, πολλή υπομονή αλλά και πολλή τέχνη στην εφαρμογή τους.

Ο τρόπος που προσέγγισα όλα τα θέματα ήταν διαλεκτικός. Ήξερα ότι το μεγαλύτερο εμπόδιο στην παραγωγή έργου είναι ο αρνητισμός που διακατέχει μια ισχυρή ομάδα με διαφορετική αντίληψη, άλλη νοοτροπία και ίσως ενάντια συμφέροντα. Έπρεπε λοιπόν να πείσω. Μπορούσα να επιβάλλω, όπως οι προνομίες του προέδρου επιτρέπουν και όπως πολύ συχνά και από πολλούς στο παρελθόν εγένετο.

Δεν το έκανα. Προτίμησα να αμφισβητήσω την επικυριαρχία του προεδρικού μου θώκου, προτίμησα να αμφισβητηθώ προσωπικά παρά να ενδώσω. Ήξερα ότι έχω να αντιπαρατεθώ με ομάδες που διακατέχονται από το σύνδρομο της παρεοκρατίας, με δοτούς ρόλους και δοτές εξουσίες. Δεν μπήκα στον πειρασμό του προσεταιρισμού τους, για να ενδυναμώσω την θέση μου.

Προτίμησα τους πολλούς αγνούς, ανιδιοτελείς αλλ' αδύναμους "πληβείους" του τμήματος απ' τους λίγους, ελάχιστους δυνατούς, "πατρικίους", "τιμαριούχους" του τμήματος που είχαν μάθει να παραχωρούν στους κόλακές τους και να αρνούνται σ' όλους τους άλλους, ενίοτε και τα αυτοδίκαια».

Υπήρξες πάντα στρατιωτικός. Ακόμα και όταν η Ιατρική Σχολή του ΑΠΘ σε τίμησε με την εκλογή σου στην προεδρία της. Θυμάμαι ότι μου είχες πει τότε: «Θα βάλω ένα ράντζο για να κοιμάμαι καμιά φορά στη Σχολή όταν οι περιστάσεις το απαιτούν. Με εμπιστευόσουν κι εγώ τόλμησα να σου πω ότι οι περιστάσεις επιβάλλουν ο ηγέτης της σχολής να κοιμάται σπíti του και να σπεύδουν οι άλλοι εκεί όταν χρειάζεται. Κι αυτό έγινε. Το σπíti σου, τα τηλεφώνά σου, η ίδια σου η ζωή δόθηκε σ' αυτό και σ' αυτούς που υπηρετούσες.

Είχες βαθιά ταπεινοφροσύνη, όχι ψευδοταπείνωση. Και το βράδυ του 1^{ου} Ιατρικού Συνεδρίου που έζησες μια μοναδική καταξίωση

δέχθηκες την πληροφορία για ένα σοβαρό και μοιραίο γεγονός στην οικογένειά σου. Και τότε πάλι μου είπες: «Ο Θεός δεν θέλει να υψήλοφρονούμε, γι' αυτό μου έστειλε το μήνυμά του...».

Για μας ήσουν ο ηγέτης που έβαλε τα στέρεα θεμέλια της μεταρρύθμισης στη σχολή.

Ακόμη και σήμερα το στρατηγικό σου σχέδιο εφαρμόζεται. Οι φοιτητές τιμούσαν την προεδρία σου ανεξαρτήτως πολιτικών προελεύσεων. Και συ τιμούσες τους φοιτητές με τη μοναδική σου αδέκαστη και απροσωπώληπτη σχέση.

Αυτός ήσουν, Αρίστιππε, αιώνιος φίλος που θυσιάζει τη ζωή του για τους φίλους του, όπως ο ευαγγελικός λόγος τονίζει.

Δεν θα ξεχάσω ποτέ τα παρακάτω λόγια, που βαθιά χαραχτήκαν μες στην καρδιά μου και που απηχούσαν το «πιστεύω» σου. Ήταν ο χαιρετισμός σου στους διδάκτορες της Σχολής την επόμενη μέρα της κηδείας της Μάρως, της αγαπημένης σου αδερφής:

«[...] Η ψυχή και το πνεύμα του ομιλούντος, φύσει αισιοδόξου και γαλήνιου ανθρώπου, είναι αυτές τις ημέρες πλημμυρισμένα από το φαινόμενο του θανάτου. Προσπάθησα να ξεπεράσω με καρτερία το τελευταίο συμβάν, αλλά η γραφίδα μου εμποτιζόταν από σκέψεις γύρω από το ζήτημα του θανάτου. Έτσι, αποφάσισα να σας μεταφέρω αυτές τις σκέψεις και να σας καταστήσω κοινωνούς των προβληματισμών μου, με την ελπίδα ότι εσείς που αξιωθήκατε τέτοιες τιμές απ' την σχολή να αναγορευτείτε διδάκτορές της, να κατανοήσετε το μεγαλείο του ανθρώπου, που μόνον αυτός μέσα στα θνητά μέλη της φύσεως έχει το προνόμιο της αθανασίας.

Ως ιατροί είμεθα ταγμένοι στην προστασία του "δερματίνου χιτώνα" της ψυχής, του σώματος δηλαδή, με όλες τις ανάγκες του. Έχουμε φθάσει σε επίζητες ανακαλύψεις, που υπόσχονται σχεδόν την αφθαρσία. Και λέω εγώ ότι όλη μας η δυστυχία πηγάζει απ' την γνωστή διαχρονική πλάνη να προσπαθούμε εμείς οι άνθρωποι να μείνουμε

μόνιμα αρπαγμένοι στην φαινομενικότητα της γήινης στιγμής μας. Αυτό δεν έχει επιτευχθεί μέχρι σήμερα, παρά τις μάταιες υποσχέσεις που μας αφήνουν να πιστεύουμε σαν αληθινές οι επιτήδριοι φαύλοι που ύπουλα εκτρέπουν τον άνθρωπο από τον ύπατο σκοπό της ύπαρξής του, την ένωση δηλαδή με το θείο.

[...] Είναι τα «μικροπράγματα» της ζωής — το κυνηγητό της δόξας, η κτητική βουλιμία, η ωραιοπάθεια— βωμοί στους οποίους θυσιάζουμε καθημερινά. Η παράδοση σ' αυτά τα «μικροπράγματα» οδηγεί στην αδράνεια. Σε μια νάρκη που σιγά σιγά φθάνει στην δυσπιστία ή ακόμη χειρότερα, στην απόλυτη απιστία.

Ο άνθρωπος μόνος του δεν μπορεί να βγει απ' αυτό το τέλμα κι αν δεν βρει την πραγματική βοήθεια απ' την απέραντη αγάπη του Θεού δεν μπορεί να αντέξει την κυριαρχία των επιτήδειων και των φαύλων και μένει κατατρεγμένος, περιφρονημένος μέσα στην ανυπόφορη σύνθλιψη που δημιουργούν οι πλαστογράφοι της επιστήμης. Αν ο άνθρωπος δει τον θάνατο σαν το μεγάλο μηδέν τότε εκμηδενίζεται εκούσια και ο ίδιος. Αν προτιμήσει σαν καταφύγιο την φιλοσοφική εγκάρτηση και με την γήινη λογική του σαν εργαλείο χαράζει τους στοχασμούς του σ' ένα χαρτί που ίσως μείνει μετά απ' αυτόν, για να υπογραμμίζει την υστεροφημία του. Αν όμως βρει το δρόμο της πίστεως τότε διαπιστώνει ότι δεν υπάρχει θάνατος αλλά ζωή ατελεύτητος.

Άντεξα πολλούς θανάτους στη ζωή μου κι έμαθα ότι ο θάνατος οδηγεί στη ζωή. Είδα ξεκάθαρα μέσα απ' την γήινη φθορά του "δερματίνου χιτώνα" να ξεπροβάλλουν ψυχές όμορφες, πράες, έτοιμες να πέσουν στην αγκαλιά του Θεού [...]

Σας εύχομαι να μην εκχωρήσετε σε κανένα την αξιοπρέπεια της εργασίας, την χαρά της δημιουργίας και την ευχαρίστηση της συμπόνιας».

Αείμνηστε φίλε, καλό ταξίδι. «Ο Μολυβιάτης σου».

Παν. Ν. Καρ.

Σεπτέμβριος 2013



Δημήτρης Ρίγγος Δάσκαλος, Διευθυντής, Φίλος



Έφυγε μια Κυριακή του Μάη στην Α' ΜΕΘ του Νοσοκομείου Γ. Παπανικολάου. Θα 'λεγε κανείς πως εκείνος διάλεξε τον χώρο. Πως θέλησε να αφήσει την τελευταία του πνοή στο δημιουργημά του και να

κλείσει έτσι τον κύκλο μιας λαμπρής πορείας ως γιατρός, ως δάσκαλος, ως διευθυντής, ως φίλος.

Ο Δημήτρης Ρίγγος ήταν καθηγητής της Πνευμονολογίας, όμως πάνω απ' όλα ήταν ένας γιατρός που ήξερε να ονειρεύεται. Δεν ονειρεύτηκε ποτέ να πλουτίσει από την ιατρική και δεν πλούτισε. Ονειρεύτηκε να κάνει την πρώτη Γενική Μονάδα Εντατικής Θεραπείας στη Β. Ελλάδα, σε μια εποχή που ο όρος Εντατική Ιατρική ήταν σχεδόν άγνωστος στον ελληνικό χώρο. Ήταν πρωτοπόρος. Με πείσμα, επιμονή, προσήλωση, κόπο και πολύ προσωπικό κόστος, αυτός, ένα ορφανό παιδί από ένα χωριό των Γρεβενών, τα κατάφερε. Τον Μάιο του 1987 είχε την ευτυχία να δει το όνειρό του να γίνεται πραγματικότητα. Η ΜΟΧΑΑ άρχισε

να λειτουργεί και να καλύπτει τα οξέα και βαριά περιστατικά μιας περιοχής, που τότε εκτεινόταν από τη Θεσσαλία μέχρι την Ήπειρο και τον Έβρο, δίνοντας έτσι την ευκαιρία σε χιλιάδες ασθενείς μέχρι σήμερα να επιβιώσουν. Ο ενθουσιασμός και το πάθος του για το εγχείρημα αυτό ήταν μεταδοτικά. Ενέπνευσε νέους γιατρούς να ασχοληθούν με το αντικείμενο της Εντατικής Ιατρικής, αλλά και καταξιωμένους συναδέλφους να στηρίξουν την προσπάθεια. Δημιούργησε μια ΜΕΘ, η οποία αποτέλεσε σημείο αναφοράς για τις άλλες που ακολούθησαν. Ο ίδιος ήταν ένας από αυτούς που επιδίωξαν και τελικά κατάφεραν να θεσμοθετηθεί η διετής εξειδίκευση στο αντικείμενο της Εντατικής Ιατρικής, θέτοντας έτσι τις βάσεις για την επιστημονική ανάπτυξη του αντικείμενου στην Ελλάδα, αλλά και την ποιοτική αναβάθμιση της προσφερόμενης θεραπείας από ειδικά καταρτισμένους γιατρούς. Η ΜΟΧΑΑ αποτέλεσε ένα από τα πρώτα κέντρα εξειδίκευσης στην Εντατική Ιατρική εκπαιδεύοντας μέχρι σήμερα δεκάδες εντατικολόγους, οι οποίοι με τη σειρά τους έχουν στελεχώσει ΜΕΘ σε όλη την Ελλάδα.

Οι διοικητικές του ικανότητες ήταν παροιμιώδεις. Μαχητικός αλλά και διαλλακτικός

όπου χρειαζόταν, αλλά πάντα δίκαιος και αντικειμενικός. Ήταν προοδευτικός και καινοτόμος. Δεν δίσταζε να κάνει υπερβάσεις. Ο τρόπος με τον οποίο χειριζόταν τις δύσκολες καταστάσεις ήταν από μόνος του ένα σεμινάριο διαχείρισης κρίσης.

Τους συνεργάτες του τους διάλεγε με μοναδικό γνώμονα το καλό του τμήματος. Ποτέ δεν στάθηκε ανταγωνιστικά απέναντι σε κάποιον. Αντίθετα, τους στηρίζει να βελτιωθούν, τους βοηθούσε να πάρουν εκπαιδευτικές άδειες και χαιρόταν πραγματικά να τους βλέπει να εξελίσσονται ιεραρχικά, έστω και αν αυτό σήμαινε την αποχώρησή τους από το τμήμα. Θυμάμαι με πόση υπερηφάνεια και χαρά διηγιόταν πόσοι από τους γιατρούς της ΜΟΧΑΑ είχαν γίνει διευθυντές και καθηγητές. Αγαπούσε τους συνεργάτες του και τους νοιαζόταν ακόμα και στην προσωπική τους ζωή, με έναν μοναδικά δικό του διακριτικό τρόπο. Τους στηρίζει με σθένος όταν βρίσκονταν σε δυσχερή θέση, έστω και αν στη σχέση τους είχαν υπάρξει και εντάσεις. Υπερίσχυε πάντα το γεγονός ότι είχαν υπάρξει συνεργάτες.

Ως δάσκαλος ήταν εξαιρετος. Μας έδειξε ό,τι ήξερε και μας άνοιξε τις πόρτες για να προχωρήσουμε πιο πέρα. Κυρίως μας δίδαξε ήθος και δεοντολογία. Μας έδειξε με το παράδειγμά του πώς να είμαστε «καλοί» γιατροί, με εντιμότητα, ανιδιοτέλεια, αξιοπρέπεια και ουσιαστικό ενδιαφέρον για τον άρρωστο.

Σε όλη του τη ζωή ήταν ένας άνθρωπος **ΕΥΓΕΝΗΣ**, με όλη τη σημασία της λέξης. Κατά τη μακρά πορεία της περιπέτειάς του παρέμεινε γλυκομίλητος και επαινετικός γι' αυτούς που τον φρόντιζαν. Τα πρώτα λόγια που είπε όταν

μπόρεσε να μιλήσει ήταν «*Συγχαρητήρια για το έργο σας, σας αγαπώ όλους*». Πώς να μην αγγίξει τις καρδιές όλων γύρω του ένας τέτοιος άνθρωπος; Εισέπραξε πολύ ενδιαφέρον και αγάπη από τους παλιούς του συνεργάτες που τον επισκέπτονταν συχνά, ακόμη και από άλλες πόλεις, ή τηλεφωνούσαν για να μάθουν την πορεία της υγείας του και αυτό του πρόσφερε μεγάλη χαρά.

Ο Δημήτρης Ρίγγος δεν ήταν μόνο γιατρός, ήταν ένας άνθρωπος πολυδιάστατος. Έκανε μια υπέροχη οικογένεια. Ήταν πιστός και αφοσιωμένος φίλος. Λάτρευε την ιδιαίτερη πατρίδα του τα Γρεβενά, πράγμα που τον ώθησε να ασχοληθεί με τα κοινά ενώ παράλληλα, η αγάπη του για την ελληνική παράδοση οδήγησε σ' ένα πλούσιο και σημαντικό λαογραφικό έργο, αποτυπωμένο σε βιβλία και μαγνητοφωνημένες συνεντεύξεις.

Θα ήθελα, εκ μέρους όλων αυτών που είχαμε την τύχη να συνεργασθούμε μαζί του, να του απευθύνω ένα μεγάλο Ευχαριστώ για όλα τα μαθήματα ζωής και όλες τις ευκαιρίες που μας έδωσε, για όλες τις πόρτες που μας άνοιξε, κυρίως όμως για την αγάπη που μας έδειξε. Ελπίζω να του την έχουμε ανταποδώσει, έστω στο ελάχιστο.

Στο μυαλό μας παραμένει η εικόνα ενός ανθρώπου βράχου, που ευθυτενής και αγέρωχος, αλλά ποτέ αλαζών, περιφέρεται στον χώρο της μονάδας πάντα έτοιμος να απλώσει το χέρι και να στηρίξει όποιον το χρειάζεται.

Οι αρχές που μας δίδαξε είναι ο οδηγός μας. Εκ μέρους των συνεργατών του

Μίλλυ Μ.

Είπαν

«Ο κάθε άνθρωπος με ξεπέρασε σε κάτι, κι αυτό σημαίνει ότι έχω να μάθω κάτι από τον καθένα»

[Ralph Waldo Emerson]



Αθανάσιος Δανιήλ (1944-2013)

Στις 20-9-2013 ο ιατρικός κόσμος της Θεσσαλονίκης αποχαιρέτησε τον παιδίατρο Αθανάσιο Δανιήλ. Ο Σάκης ήταν ιδιαίτερα αγαπητός και στη διάρκεια της εξοδίου ακολουθίας που πραγματοποιήθηκε στην Ιερά Μητρόπολη Θεσσαλονίκης δημιουργήθηκε το αδιαχώρητο.

Απόφοιτος του Β' Γυμνασίου Θεσσαλονίκης διακρίθηκε στη δεκαετία του 1960 στους φοιτητικούς αγώνες στο ΑΠΘ. Τη θητεία του ως σπλίτης ιατρός την ολοκλήρωσε με υπηρεσία σε δυσπρόσιτες μονάδες στα ελληνοβουλγαρικά σύνορα. Η τοποθέτησή του στο Νοσοκομείο Γουμένισσας Κιλκίς, για εκτέλεση υπηρεσίας υπαίθρου, στάθηκε αφορμή να δημιουργηθούν στενοί δεσμοί φιλίας με τους κατοίκους της περιοχής, που έμειναν δυνατοί μέχρι την ημέρα του θανάτου του. Μετά τη λήψη της ειδικότητας του παιδιάτρου και μέχρι τη συνταξιοδότησή του άσκησε ιδιωτική ιατρική με τη λειτουργία του ιδιωτικού του ιατρείου.

Επί σειρά ετών η πολιτεία τον τίμησε με την ανάδειξή του σε διοικητή των Νοσοκο-

μείων «Δερματολογικό Γ. Γεννηματάς» και «Παπανικολάου», όπου διακρίθηκε ιδιαίτερα.

Πνεύμα ανήσυχο και με συνεχή διάθεση προσφοράς, τιμήθηκε επί σειρά ετών με την ψήφο των συναδέλφων του και εκλέχθηκε στο Διοικητικό Συμβούλιο του Ιατρικού Συλλόγου Θεσσαλονίκης καθώς και ως εκπρόσωπος του Ιατρικού Συλλόγου Θεσσαλονίκης στον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο.

Όλοι εμείς που ζούσαμε κοντά στον Σάκη μας, αιφνιδιαστήκαμε από την πρόωρη φυγή του... Του ευχόμαστε καλό ταξίδι... Μοναδική παρηγοριά είναι η πίστη μας ότι τώρα είναι κοντά στην αγαπημένη του σύζυγο Στέλλα, η οποία έφυγε το ίδιο πρόωρα...

Αυτή ας είναι και η παρηγοριά στον μονάκριβο υιό του, Δημήτρη, ειδικευόμενο Ψυχιατρικής σήμερα, ο οποίος καλείται να συνεχίσει την οικογενειακή παράδοση της προσφοράς στον πάσχοντα...

Χρήστος Ρογκότης



Έκθεση βιβλίου

Αρχές Ακτινοθεραπευτικής Ογκολογίας (Β' έκδοση), Κυριακή Πιστεύου-Γομπάκη, Σχήμα 17×24 εκ., σελ. 436, University Studio Press 2013



Από την προηγούμενη έκδοση (2008) του βιβλίου Αρχές Ακτινοθεραπευτικής Ογκολογίας μέχρι σήμερα υπήρξαν πολλές εξελίξεις, γενικότερα στον χώρο της Ακτινοθεραπείας, από πλευράς τεχνολογικών εξελίξεων στα πλάνα

θεραπείας και στη μετάβαση από το δισδιάστατο (2-D) πλάνο ακτινοθεραπείας στο τρισδιάστατο (3-D), και στην απεικόνιση, δηλαδή στην αξονική τομογραφία (CT), στη μαγνητική τομογραφία (MRI) και στο PET (Positron Emission Tomography).

Για όλους τους παραπάνω λόγους αποφασίστηκε να γίνει η νέα έκδοση του παρόντος πονήματος, με συγγραφείς από τους καλύτερους πανεπιστημιακούς και νοσοκομειακούς ακτινοθεραπευτές ογκολόγους του ελληνικού χώρου. Στόχος ήταν να γίνουν κατονητά από τους φοιτητές της Ιατρικής και

τους ειδικευόμενους της Ακτινοθεραπευτικής Ογκολογίας τα κλασικά και νεότερα δεδομένα στην αντιμετώπιση των όγκων, κυρίως από πλευράς ακτινοθεραπείας.

Οι δύο συγγραφείς της προηγούμενης έκδοσης, Κυριακή Πιστεύου-Γομπάκη, καθηγήτρια Ιατρικής ΑΠΘ, & Ιωάννης Τζιτζίκας, επίκ. καθηγητής Ιατρικής ΑΠΘ, συνεργάστηκαν με όλους τους ειδικούς που συνέγραψαν τα κεφάλαια του παρόντος βιβλίου, με στόχο να χρησιμοποιηθούν τεκμηριωμένες πηγές πληροφοριών.

Νευροανατομία (Β' έκδοση), **Κεντρικό νευρικό σύστημα**, Γεώργιος Κ. Παρασκευάς, Σχήμα 21×29 εκ., σελ. 702, University Studio Press 2013



Πρόκειται για την αναθεωρημένη έκδοση του βιβλίου με τον ίδιο τίτλο που πρωτοκυκλοφόρησε το 1999 με συγγραφείς τον ομότιμο πλέον καθηγητή κ. Π. Γιγή και τον παρόντα συγγραφέα Γ. Παρασκευά.

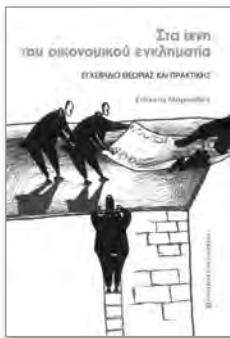
Η καινοτομία του βιβλίου αυτού έγκειται στο ότι παραθέτει σε αντικρουστές σελίδες το ανατομικό κείμενο και το αντίστοιχο ανατομικό σχηματογράφημα που σχεδιάστηκε από τον συγγραφέα.

Το κείμενο διαρθρώνεται σε τρεις επιμέρους ενότητες: α) Στο κυρίως κείμενο, που αποτελείται από στοιχεία που αφορούν στην περιγραφή των δομικών χαρακτηριστικών των ανατομικών στοιχείων που παρουσιάζονται κάθε φορά. β) Στις παρατηρήσεις, όπου επιχειρείται να αναδειχθεί ο κεντρικός ρόλος της ανατομικής επιστήμης στην κλινική πρακτική, και γ) Στις παραπομπές στο τέλος του κειμένου, όπου παρουσιάζονται οι διεθνώς αποδεκτοί επιστημονικοί όροι του κεντρικού νευρικού συστήματος, όπως διατυπώθηκαν από τη Διεθνή Επιτροπή Ανατομικής Ορολογίας, στην τελευταία έκδοση της Nomina Anatomica, το 1998.

Στις τελευταίες σελίδες του παρατίθεται μια σειρά κλινικών προβλημάτων νευροανατομίας τροποποιημένων και εμπλουτισμένων σε σχέση με την προηγούμενη έκδοση, μαζί με τις απαντήσεις τους, που βοηθούν τον αναγνώστη να αυτοελέγξει τις αποκτηθείσες νευροανατομικές γνώσεις.

Το βιβλίο περιέχει 540 σχήματα και καλύπτει 120 κλινικά προβλήματα νευροανατομίας.

Στα ίχνη του οικονομικού εγκληματία – Εγχειρίδιο θεωρίας και πρακτικής, Γιάννης Μάρκοβιτς, Σχήμα 17×24 εκ., σελ. 236, University Studio Press 2013



Το βιβλίο χωρίζεται σε έξι κεφάλαια, που διαβάζονται ως ανεξάρτητα κείμενα. Στην αρχή κάθε κεφαλαίου υπάρχει μια «ψηφίδα»-διήγημα, που προσφέρει «μια γεύση» για το τι θα επακολουθήσει στο συ-

γκεκριμένο κεφάλαιο και ποια ζητήματα πραγματεύεται αυτό. Συμπληρωματικά υπάρχουν οι «παρεκβάσεις», οι οποίες αποτελούν αυτοδύναμες ενότητες και επεξηγούν, αναλύουν και επεκτείνουν έννοιες και όρους που απαντώνται στο βασικό κείμενο. Επίσης υπάρχουν παραρτήματα που αναλύουν την ένορκη διοικητική εξέταση για τη διακρίβωση τέλεσης πειθαρχικού παραπτώματος, την έρευνα για παρεμπόριο και παραποιημένα προϊόντα και παρουσιάζουν μια πρακτική μέθοδο ανακρίσεων. Όλα αυτά συνοδεύονται από υποδείγματα εντύπων και οδηγίες συμπλήρωσης.

Η ανάδυση της σύγχρονης Θεσσαλονίκης – Ιστορίες, πρόσωπα, τοπία, Α. Καραδήμου-Γερόλυμπου, Σχήμα 21×26 εκ., σελ. 232, University Studio Press 2013



Ο χώρος της πόλης και η μορφή του αστικού τοπίου — δημόσιοι χώροι, χαράξεις, μνημεία, αρχιτεκτονικές— διηγούνται ιστορίες για τις μεγάλες και βαθιές μεταμορφώσεις που γνώρισε η Θεσσαλονίκη στο διά-

στημα των τελευταίων 150 χρόνων. Χάρη στην πολυδιάστατη φυσιογνωμία της, η πόλη δεν μπορούσε παρά να είναι ευαίσθητη στην πολυπλοκότητα των ιστορικών διεργασιών. Κι όπως η πόλη είναι καμωμένη από σχέσεις ανάμεσα στα μέτρα του χώρου της, τις ομάδες των κατοίκων της και τα γεγονότα των καιρών, το αστικό τοπίο της παρουσιάζει μια γοητευτική, σύνθετη μορφή που προσελκύει το ενδιαφέρον των μελετητών.

Τα 12 κείμενα του βιβλίου παρακολουθούν επιλεκτικά τις μεγάλες αλλαγές από το 1870 [που οριοθετείται ως η απαρχή της σύγχρονης περιόδου] μέχρι την έλευση του 21ου αιώνα. Οι αλλαγές ιστορούνται επίσης με εικόνες —

παλιούς χάρτες, σχέδια και φωτογραφίες—, ενώ το σημερινό αστικό τοπίο δείχνουν και σχολιάζουν σύγχρονα σχέδια και φωτογραφίες, που υπενθυμίζουν με την οικεία μορφή τους, τις συνέχειες, τις ρήξεις ή τις αποκλίσεις στην εξέλιξη του χώρου της πόλης ως προς παλαιότερες απεικονίσεις.

Το άνοιγμα προς τη θάλασσα και η απαρχή των επεκτάσεων της Θεσσαλονίκης εκτός των τειχών, γειτονιές πλουσιών και φτωχών, ανα-σχεδιασμοί, εξωραϊσμοί και αντιδράσεις, ουτοπικά όνειρα και ρεαλιστικές τοποθετήσεις, δημόσια κτίρια και αρχιτεκτονικές, ξένοι και έλληνες εκσυγχρονιστές, αρχιτέκτονες και διανοούμενοι της πόλης, παρελαύνουν στις προσεκτικά και καλαισθητά σχεδιασμένες σελίδες. Ο τρόπος γραφής φιλοδοξεί να προσφέρει μια εύκολη ανάγνωση, όσο κι αν τα κείμενα έχουν προκύψει μετά από λεπτομερή έρευνα και τεκμηρίωση.

Η Πόλις. Ο αστικός χώρος στον Κ.Π. Καβάφη, Βασίλης Κολώνας, Σχήμα 14×21 εκ., σελ. 60, University Studio Press 2013



Ο Καβάφης είναι ο ποιητής της πόλης: η φύση ελάχιστα τον εμπνέει και τον απασχολεί. Ο αστικός χώρος ορίζει την τοπογραφία και την εικονογραφία της ποίησής του.

Μια περαιτέρω διάκριση της σύγχρονης πόλης από την ιστορική πόλη παρέχει σημεία εκκίνησης σε δύο διαφορετικές προσεγγίσεις του αστικού χώρου.

Για την ιστορική πόλη οι προσεγγίσεις είναι πολλαπλές. Ο αστικός χώρος παρουσιάζεται σε όλες τις δυνατές μορφές του: Δρόμοι, πλατείες, αγορές, δημόσια κτίρια, χώροι κοινωνικών συναθροίσεων, έντονη παρουσία της οικονομικής λειτουργίας της πόλης.

Στη σύγχρονη, τη συγκεκριμένη πόλη, αντίθετα, το βάρος δίνεται στις ανώνυμες συνοικίες, στη μικρή κλίμακα, στον ιδιωτικό χώρο, στον εξοπλισμό του και την ατμόσφαιρα που επικρατεί μέσα σ' αυτόν... Για τον λόγο αυτό δεν προτιμήθηκαν όψεις ή καρτ ποστάλ της επώδυνης Αλεξάνδρειας, ούτε καν φωτογραφίες του «οικείου» χώρου του ποιητή. Στόχος μας δεν ήταν η νοσταλγία για ό,τι χάθηκε, αλλά η ανάδυση της Πόλης, μέσα από εικόνες-σύμβολα ενός αστικού χώρου υπό δοκιμασία...

Πολιτισμός της αυτοκίνησης. Design & Styling, Γιώργος Λιαμάδης, Σχήμα 21×26 εκ., σελ. 360, University Studio Press 2013



Κύριο αντικείμενό του είναι η διερεύνηση της κοινωνικής και πολιτισμικής διάστασης της αυτοκίνησης και του τρόπου με τον οποίο αυτή αποτυπώνεται στη μορφολογία και την τυπολογία των οχημάτων. Αποτελεί

μία προσπάθεια καταγραφής των κυριότερων τάσεων στον σχεδιασμό αυτοκινήτων από το 1970 μέχρι σήμερα, υπό το πρίσμα της σημειολογίας και της κοινωνικής ανθρωπολογίας.

Το κεντρικό ερώτημα γύρω από το οποίο διαρθρώνεται το περιεχόμενό του αφορά στο δίπολο των εννοιών design και styling, όπως αυτές περιγράφουν τη δημιουργική υλοποίηση ιδεών μέσω της ολιστικής πράξης του σχεδιασμού στην πρώτη περίπτωση και της διαμόρφωσης του αισθητικού κώδικα του κελύφους στη δεύτερη. Ο συγγραφέας επιχειρεί να αποσαφηνίσει τις δύο έννοιες και τη μεταξύ τους διαχωριστική γραμμή, διερευνώντας τον ρόλο της καθεμιάς χωριστά στο πολύπλοκο φαινόμενο της αγοράς και κατανάλωσης βιομηχανικών προϊόντων στη σύγχρονη κοινωνία της μετανεωτερικότητας.

Κοινωνικό Φύλο και Έθνος, Nira Yuval-Davis (μτφρ. Σοφία Τρομάρα, επιμ. Λεωνίδας Τρομάρας), Σχήμα 14×21 εκ., σελ. 316, University Studio Press 2013



Στο Κοινωνικό Φύλο και Έθνος Nira Yuval-Davis προσφέρει μια πρωτότυπη ανάλυση των τρόπων με τους οποίους οι σχέσεις του κοινωνικού φύλου επηρεάζουν και επηρεάζονται από τα οργανωμένα σχέδια και τις διαδικασίες του

έθνους. Πραγματεύεται συγχρόνως θεωρητικά και εμπειρικά ζητήματα. Έχοντας ως αφετηρία τη θεωρητική ανάλυση θεμελιωδών όρων, όπως το κοινωνικό φύλο, το γυναικείο φύλο, ο εθνισμός και το έθνος, προχωρά σε μια εις βάθος ανάλυση του τρόπου, με τον οποίο οι παραπάνω έννοιες επηρεάζουν τις γυναίκες.

Η συγγραφέας υποστηρίζει ότι η κατασκευή του έθνους περιλαμβάνει συγκεκριμένες έννοιες/διαστάσεις τόσο του ανδρικού όσο και του γυναικείου φύλου. Εξετάζει τη συμβολή των σχέσεων του κοινωνικού φύλου σε διαστάσεις-κλειδιά των εθνικιστικών σχεδίων – αναπαραγωγή του έθνους, κουλτούρα, πολιτότητα – καθώς και τη συμβολή τους στις εθνικές συρράξεις και τους πολέμους, διερευνώντας τις αμφισβητούμενες σχέσεις ανάμεσα στον φεμινισμό και στο φαινόμενο του εθνικισμού.

Το Κοινωνικό Φύλο και Έθνος αποτελεί μια σημαντική συμβολή στον διάλογο σχετικά με την πολιτότητα, το κοινωνικό φύλο και το φαινόμενο του έθνους. Αποτελεί απαραίτητο εγχειρίδιο τόσο για ακαδημαϊκούς όσο και για φοιτητές των Γυναικείων Σπουδών, των Φυλετικών και Εθνοτικών σχέσεων, και γενικότερα των Κοινωνιολογικών και Πολιτικών Επιστημών.

Χρήσεις και καταχρήσεις του πολιτισμού. Ελλάδα 1974-2010, Βίκυ Καραϊσκού, Σχήμα 17×24 εκ., σελ. 312, University Studio Press 2013



Οι «χρήσεις και καταχρήσεις» του πολιτισμού εστιάζουν στην εποχή που άρχισε μετά την πτώση της δικτατορίας (1974) και συνέπεσε με τον εκδημοκρατισμό της ζωής και της τέχνης στη χώρα. Ως καταληκτικό τους σημείο

έχουν το 2010. Στοχεύουν στην επισήμανση των παθολογιών της ελληνικής κοινωνίας και ειδικά στους τρόπους με τους οποίους αυτές επέδρασαν στην πρόσληψη του πολιτισμού και στην εμπλοκή των πολιτών με αυτόν. Στο βιβλίο διερευνώνται οι αντιλήψεις που επικρατούν γενικότερα για τον πολιτισμό στην Ελλάδα των τελευταίων χρόνων και τη διαχείριση της καλλιτεχνικής παραγωγής, τόσο από την πλευρά του κράτους όσο και των ιδιωτών.

Στις τέσσερις δεκαετίες, από το 1974 έως σήμερα, συμπυκνώθηκαν ραγδαίες πολιτικές, οικονομικές, κοινωνικές και, αναπόφευκτα, πολιτισμικές εξελίξεις, τις οποίες η ελληνική κοινωνία δεν κατόρθωσε να απορροφήσει ομαλά, όπως αποδεικνύει η σημερινή κρίση.

Έναυσμα της έρευνας της συγγραφέως υπήρξαν οι τελετές έναρξης και λήξης των Ολυμπιακών Αγώνων της Αθήνας το 2004, όπου η πυκνή διαδοχή εικόνας και λόγου του πολιτισμικού παρελθόντος αναμετρήθηκε με το κενό των τελευταίων δεκαετιών.