

Μεγαλώνει η κρίση εργαζομένων-Διοίκησης στο Γ. Νοσοκομείο Χανίων

το απροχώρητο έφτασαν το τελευταίο διάστημα οι σχέσεις εργαζομένων-διοίκησης του Γ.Ν. Χανίων. Πρίν ακόμα ξεθυμάνει η κρίση που δημιουργήθηκε από την άρνηση καθυστέρηση πληρωμής των εφημεριών των γιατρών, η διοίκηση άρχισε να «σφυροκοπείται» από δύο ακόμα μέτωπα.

Από τη μια, ο τρόμος για την ανικανότητα πανδημίας, λόγω της κάλυψης της γρίπης των πτηνών ανέφερε τη συζήτηση για το αν τελικά η συν-απόφαση των Οργανισμών Νοσοκομείου και ΘΥΠΧ καταργήσουν το Τμήμα Λοιμωδών και να φιλοξενήσουν στη θέση του το Εργαστήριο Λοιμωδών και Παρασιτολογίας. Η απόφαση αυτή, καθώς στις συζητήσεις του Υπουργείου Υγείας και της Ένωσης Γιατρών ΕΣΥ ν. Χανίων, όπως να δικαιώνεται, έχοντας ήδη πριν από λίγους μήνες κυρήξει την αντίθεσή της στην απόφαση αυτή, καθώς στις συζητήσεις του Υπουργείου Υγείας και της Ένωσης Γιατρών ΕΣΥ ν. Χανίων, όπως να δικαιώνεται, έχοντας ήδη πριν αναδιαμορφωθεί για τη λειτουργία της ψυχιατρικής πτέρυγας. Σύμφωνα με τους γιατρούς, η κύκλιος αναφερόταν σε: α) την απουσία σε θαλάμους μονωμένους/αρνητικής πίεσης, β) προθάλαμο/ατομικά WC, γ) 6-12 ώρες την ημέρα ανανέωση του καθαρισμού με απομάκρυνση κατ' ευθείαν από το κτίριο ή επανακυκλοφορία καθαρισμού μετά τη δίοδο του από φίλτρα, δ) αν δεν υπάρχει η δυνατότητα νοσηλείας με αυτές τις συνθήκες τότε η νοσηλεία μπορεί να γίνει σε δωμάτιο απομόνωσης (κι μέσα σε κλινικές) κ.ο.κ. Οι προδιαγραφές αυτές υπήρχαν στο Γ.Ν. Χανίων πριν καταστραφεί,

ήνε οι γιατροί και ζητούν άμεση αποκατάσταση του τμήματος...

Ο Διοικητής του Νοσοκομείου Μάρκος Καραβιτάκης απάντησε σ' αυτά με συνέντευξή του σε τοπική εφημερίδα, λέγοντας ότι η Μονάδα δεν καταργήθηκε, «δεν καταργήσαμε τίποτα, γιατί δεν λειτουργούσε τίποτα» κι ότι μπορεί να λειτουργήσει ανά πάσα στιγμή, ενώ για την περίπτωση της επιδημίας αναφέρει ότι θα χρησιμοποιηθούν οι 32 θάλαμοι μόνωσης που διαθέτει το Νοσοκομείο.

Από την άλλη, ο κ. Καραβιτάκης υπέστη το ίδιο διάστημα μεγάλη πίεση και επιθέσεις από τη Νοσηλευτική Ομάδα των Χανίων που συνδέεται άμεσα με συγκεκριμένα πολιτικο-οικονομικά συμφέροντα.. Σε πολιτικούς και δημοσιογραφικούς κύκλους συζητήθηκε έντονα το ενδεχόμενο, μετά την απομάκρυνση του βουλευτή Χρήστου Μαρκογιαννάκη από το Υφυπουργείο Δημ. Τάξης να ακολουθήσει και η απομάκρυνση του κ. Καραβιτάκη από τη Διοίκηση, κάτι που όμως δεν επιβεβαιώθηκε από τα γεγονότα. Αποκορύφωμα της όλης κατάστασης ήταν, η καταγγελία της Δ/ντριας της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας Σοφίας Τριανταφυλλίδου για το απογύμνωμα της νοσηλευτικής υπηρεσίας από τον ίδιο τον Πρόεδρο, με εσωτερικές μετακινήσεις προσωπικού που αποφάσισε ο ίδιος, χωρίς τη σύμφωνη γνώμη της αρμόδιας υπηρεσίας. Η κ. Τριανταφυλλίδου **επέλεξε αυτό το διάστημα για να δώσει στη δημοσιότητα έγγραφο που είχε υποβάλει από το καλοκαίρι του 2005 στη διοίκηση**, σύμφωνα με τα οποία «το μεγάλο πρόβλημα που αντιμετωπίζουμε καθημερινά λόγω της μεγάλης έλλειψης προσωπικού, το οποίο καθημερινά εντείνεται με τις συνεχείς μετακινήσεις του νοσηλευτικού προσωπικού σε αλλότρια καθήκοντα. Είμαστε καθημερινά δέκτες, δικαίως, παραπόνων και απειλών, από το



ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

Είναι γεγονός ότι ένα πρωτοβάθμιο σύστημα υγείας θεωρείται απαραίτητο σε μια εποχή που η ζήτηση των υπηρεσιών υγείας συνεχώς αυξάνει και οι δαπάνες για την υγεία έχουν εκτοξευθεί στα ύψη. Ένα οργανωμένο σύστημα πρωτοβάθμιας υγείας συμβάλλει σημαντικά 1)στην καλύτερη αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας σε ατομικό αθλή και σε ευρύτερα κοινωνικά επίπεδα.2)θα συμβάλει στην διαμόρφωση ενός πλαισίου αγωγής υγείας στην κοινότητα,3)θα αναδείξει τα πραγματικά προβλήματα υγείας ανά περιφέρεια,4)θα συντελέσει στην περιστολή των αλόγιστων δαπανών στον ευρύτερο χώρο της υγείας, και τέλος θα συμβάλει στην καλύτερη λειτουργία της δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας υγείας(Νομαρχιακά, Πανεπιστημιακά νοσοκομεία, ιδιωτικά θεραπευτήρια). Ένα σύστημα πρωτοβάθμιας υγείας καλά δομημένο θα είναι σε θέση να στηρίξει και τις νέες δομές της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης συμβάλλοντας ουσιαστικά στην νέα αντίληψη αντιμετώπισης της ψυχικής νόσου.

Ποιος, όμως, είναι ο τρόπος που θα μας οδηγήσει στην δημιουργία ενός τέτοιου συστήματος πρωτοβάθμιας υγείας που θα έχει την δυνατότητα ουσιαστικής παρέμβασης ξεκινώντας από τις κοινωνικές δομές και τελειώνοντας στην παροχή οργανωμένης υγειονομικής φροντίδας. Κάτι τέτοιο απαιτεί μία νέα επαναστατική κίνηση στο χώρο της υγείας που θα έχει σαν στόχο την δημιουργία ενός νέου Εθνικού συστήματος πρωτοβάθμιας υγείας αποσυνδεδεμένου από το υπάρχον Εθνικό Σύστημα Υγείας με το οποίο θα υπάρχει μόνο λειτουργική σχέση. Το νέο αυτό σύστημα θα μπορέσει να ανάπτυξη δομές και λειτουργίες που να σχεδιάζουν και να αντιμετωπίζουν όλα τα προβλήματα της καθημερινότητας της υγείας αξιοποιώντας τις υπάρχουσες υποδομές πρωτοβάθμιας φροντίδας που ανήκουν στο ΙΚΑ, τα κέντρα υγείας και τις Νομαρχίες.

Ο λόγος που το νέο αυτό σύστημα θα πρέπει να είναι ανεξάρτητο και αυτόνομο από το υπάρχον Εθνικό Σύστημα Υγείας είναι ότι θα αποφυλάξει και κληρονομήσει της αδυναμίες του υπάρχοντος συστήματος και θα μπορέσει να συμβάλει στην ανάπτυξη ενός νέου πολιτισμού υγείας αναδεικνύοντας την πρωτοβάθμια υγεία σε βασική και αυτόνομη συνιστώσα του ολόου οικοδομήματος της υγείας.

Πέρα όμως από τα παραπάνω ένα ανεξάρτητο και αυτόνομο σύστημα πρωτοβάθμιας υγείας θα μπορέσει να αξιοποιήσει περισσότερα αποτελεσματικά τις δομές, το ανθρώπινο δυναμικό και τα μέσα που ήδη διαθέτει το ΙΚΑ και οι άλλοι φορείς που καλύπτουν τους τομείς της πρωτοβάθμιας, προληπτικής και αγωγής υγείας.

ΜΠΑΤΑΚΗΣ ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΣ
ΜΑΙΕΥΤΡΑΣ - ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΟΣ
ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ ΚΡΗΤΗΣ

υπόλοιπο νοσηλευτικό προσωπικό για καθαροσφραγισμένους λόγους».

.....Παρακαλούμε να καταλάβετε ότι το ήδη υπάρχον προσωπικό είναι προσωπικό ασφαλείας σε αρκετές άνω σε όλες τις μέρες και βάρδιες. Θα πρέπει να σταματήσει η διαρροή του νοσηλευτικού προσωπικού για οποιοδήποτε λόγο σε άλλα καθήκοντα». Και καταλήγει η κ. Τριανταφυλλίδου: «παρακαλούμε να λαμβάνεται υπόψη η γνώμη της νοσηλευτικής υπηρεσίας μια που είναι άμεσα υπεύθυνη για την λειτουργία των τμημάτων και γνωρίζει καλύτερα τα προβλήματα και τις ιδιαιτερότητες κάθε χώρου». Στα έγγραφα που επανηλλειμένα υπέβαλε η Διευθύνουσα στη Διοίκηση με παρεμφερές περιεχόμενο, ήρθε τέλος να προστεθεί ένα ακόμα του εμβληματικού εργαζομένου του προσωπικού για καθαροσφραγισμένους λόγους».

Την ίδια περίοδο συνέπεσε (και η κ. Καραβιτάκης να «μοιράσει» κάποιες πειθαρχικές ποινές (στέρξη μισθολογική) σε στελέχη του Νοσοκομείου μεταξύ αυτών και στην κ. Τριανταφυλλίδου, που αφορούσαν συγκεκριμένα υπηρεσιακά παραπτώματα, τα οποία όμως δικαιολογούσαν ποινές, σύμφωνα με δικές μας πληροφορίες. Ετσι, αν αυτή ήταν η αντίδραση του κ. Καραβιτάκη στις επιθέσεις που υπέστη, δύσκολα θα μπορούσε κανείς να επιβεβαιώσει.

Γεγονός είναι πάντως, ότι το Γ.Ν. Χανίων «βράζει» και καθώς η κατάσταση δεν εκτονώθηκε, θα πρέπει να περιμένουμε κι άλλες εξελίξεις...

ΤΡΙΜΗΝΙΑΙΑ ΕΦΗΜΕΡΙΔΑ
«ΙΑΤΡΙΚΑ ΧΡΟΝΙΚΑ της Κρήτης»
ΚΩΔΙΚΟΣ: 5684

ΙΔΙΟΚΤΗΣΙΑ: Εταιρεία Ιατρικών Μελετών Κρήτης
ΕΚΔΟΤΗΣ: Χαράλαμπος Μπατάκης, e mail: batakis@otenet.gr
ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΕΚΔΟΣΗΣ: GYPAKIS PUBLICATIONS
Γιώργος Γυπάκης, e mail: ggygakis@yahoo.com
ΤΗΛ. 28210 56790, 28210 69162, ΦΑΞ: 28210 52577
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ: 8ης ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΥ 37, ΧΑΝΙΑ Τ.Κ. 73132

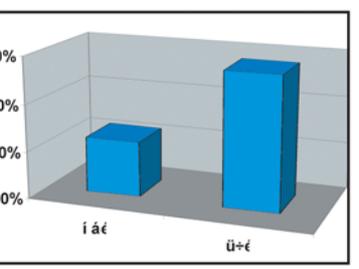
ιατρικά Χρονικά διανέμονται δωρεάν σε όλους τους Γιατρούς της Κρήτης. Εάν δεν τα λαμβάνετε, παρακαλούμε, αποστείλτε μας την πλήρη διεύθυνσή σας (με Τ.Κ.) στα e-mail της εφημερίδας μας, ή ταχυδρομικά.

τροφή του κοινού προς τον ιδιωτικό τομέα Υγείας

Εξέλιξη από την 1η σελίδα

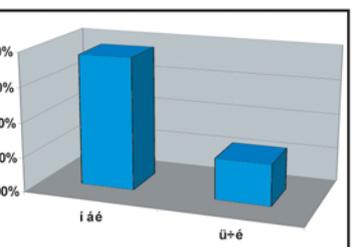
χειρουργικές επεμβάσεις κάθε είδους, φαρμακευτικές, κλπ. οπότε μπορεί να διαβαστεί κανείς τη σημασία του θέματος. Το 17.4% των ερωτηθέντων περιμένει από μια έως τρεις μέρες και αυτό αφορά συνήθως εξετάσεις ρουτίνας. Το 23.9% περιμένει από 16 έως 30 μέρες και τέλος, το 8.3% των όσων ερωτήθηκαν, περιμένει περισσότερο από 30 μέρες, δηλαδή περισσότερο από 1 μήνα. Να τονιστεί εδώ το γεγονός ότι για σοβαρά θέματα υγείας οι χειρουργικές επεμβάσεις σε κρίσιμες καταστάσεις είναι χειρότερη από κάθε άλλη περίπτωση. Επομένως, το θέμα της αναμονής αποτελεί σοβαρό πρόβλημα στην παροχή των υπηρεσιών υγείας.

Εξέλιξη από την 1η σελίδα: Ευγένεια διοικητικών υπαλλήλων



Είναι ευγενικοί οι διοικητικοί υπάλληλοι; Το 65.1% του δείγματος απαντάει γενικά ευγενικοί. Να διευκρινιστεί ότι οι διοικητικοί υπάλληλοι είναι αυτοί που βρίσκονται στο γραφείο κίνησης, δηλαδή όσοι ασχολούνται με τις διαδικασίες διαχείρισης κάθε ασθενούς με το ασφαλιστικό ταμείο του. Διοικητικοί υπάλληλοι είναι και εκείνοι που εργάζονται στο νοσοκομείο, όμως δεν έρχονται σε άμεση επαφή με τους ασθενείς.

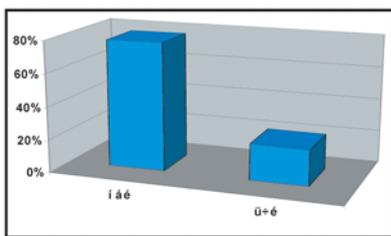
Εξέλιξη από την 1η σελίδα: Ευγένεια ιατρικού προσωπικού



Είναι ευγενικό το ιατρικό προσωπικό; Το 65.1% πιστεύει ότι το ιατρικό προσωπικό, αντίθεση με τους διοικητικούς υπαλλήλους, είναι ευγενικό. Ιστόγραμμα επίσης είναι ευγενική και μια άλλη κατηγορία προσωπικού, το νοσηλευτικό προσωπικό. Είναι πολύ ευχάριστο το γεγονός ότι το 67.9% των ερωτηθέντων γενικά θεωρεί ευγενικό το νοσηλευτικό προσωπικό (ιστόγραμμα 2). Πάντως, το ποσοστό της τάξης του 32.1% απάντησε αρνητικά στο αν είναι καλή η συμπεριφορά του νοσηλευτικού προσωπικού.

Είναι πολύ βασικό και σύνθημα θέμα είναι η γνώση του φιλοδωρήματος. Τίθεται το ερώτημα: Ξαφρτώνται οι παρεχόμενες υπηρεσίες

προσφερόμενης υπηρεσίας.



Λυπηρή αν και αναμενόμενη είναι η απάντηση των ασθενών στο συγκεκριμένο ερώτημα (ιστόγραμμα 3). Το 78% ισχυρίζεται την ύπαρξη ανάλογης σχέσης μεταξύ του φιλοδωρήματος και των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας στο δημόσιο τομέα. Το "κοινό μυστικό" που αφορά τα γνωστά σε όλους μας "φακελάκια", μεταφράζεται σε ποσοστό 78% των ερωτηθέντων!

Ε. Το λεγόμενο "μέσον", υφίσταται στο χώρο της υγείας;

Το "μέσον" αποτελεί πλέον αναπόσπαστο κομμάτι της κοινωνίας μας και του τρόπου που αυτή λειτουργεί. Ο τομέας της υγείας, ως ο πιο ευαίσθητος ίσως, μένει ανεπηρέαστος από αυτό το θεσμό; Τα αποτελέσματα δεν αφήνουν περιθώρια αναρρήσεων. Το 86.2% θεωρεί βάσει των δικών τους εμπειριών ότι το "μέσον" και εδώ κρίνεται απαραίτητο. Όπως ισχυρίστηκαν οι ερωτώμενοι, και στο δημόσιο, αλλά και στον ιδιωτικό τομέα, οι έχοντες κάποιο "γνωστό" τυχάνουν καλύτερης και γρηγορότερης εξυπηρέτησης.

Στ. Πως χαρακτηρίζετε τις ικανότητες, γνώσεις και την εμπειρία των ιατρών στο δημόσιο και ιδιωτικό τομέα;

Σε γενικές γραμμές, οι πολίτες λαμβάνουν καλύτερες υπηρεσίες από τους ιατρούς και εκδηλώνουν την ικανοποίησή τους. Ειδικότερα, μέτριοι έως καλοί χαρακτηρίζονται οι ιατροί του δημοσίου και καλοί έως πολύ καλοί χαρακτηρίζονται οι ιατροί του ιδιωτικού τομέα.

Ζ. Τομέας της καθαριότητας στους δημόσιους και ιδιωτικούς χώρους υγείας

Όσον αφορά τον τομέα της καθαριότητας τα αποτελέσματα φαίνονται στους πίνακες 2 και 3. Οι διαφορές που παρατηρούνται στους πίνακες 2 και 3, είναι εμφανείς. Η καθαριότητα στους ιδιωτικούς χώρους

παροχής υπηρεσιών υγείας είναι πολύ καλύτερη σε σύγκριση με αυτή που επικρατεί στους αντίστοιχους δημόσιους χώρους.

Ο λόγος στον οποίο οφείλεται αυτή η διαφορά είναι στο ότι απώτερος στόχος της ιδιωτικής επιχείρησης είναι το κέρδος. Επομένως, θα πρέπει να προσεχθούν πελάτες προσφέροντας ότι καλύτερο μπορούν και καλύπτοντας ανάγκες που η δημόσια υγεία αδυνατεί να καλύψει. Το 21% των ερωτηθέντων χαρακτηρίζει πολύ κακή έως κακή την καθαριότητα στους δημόσιους χώρους παροχής υπηρεσιών υγείας και το 88.1% θεωρεί την καθαριότητα στους αντίστοιχους ιδιωτικούς χώρους από καλή έως πολύ καλή.

Η. Πως χαρακτηρίζετε τις γενικότερες υπηρεσίες που προσφέρει η ιδιωτική και η δημόσια υγεία;

Το 51% του δείγματος θεωρεί μέτρια την εξυπηρέτηση από τις δημόσιες μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας. Ακολουθεί το 35% που χαρακτηρίζει την εξυπηρέτηση αυτή απλά καλή. Τέλος, το 22% θα τη χαρακτήριζε πολύ κακή έως κακή. Συνεπακόλουθα, επικρατεί μια γενικότερη δυσαρέσκεια, καθώς επίσης και το ποσοστό των όσων είναι πολύ δυσαρεστημένοι είναι πολύ υψηλό. Όσον αφορά τον ιδιωτικό τομέα, το 58% των ερωτηθέντων χαρακτηρίζουν καλή τη γενικότερη εξυπηρέτηση, το 37% τη θεωρεί πολύ καλή και μόλις το 1% τη βαθμολογεί ως κακή. Συμπερασματικά παρατηρείται πως το γενικότερο πακέτο υπηρεσιών που προσφέρει ο ιδιωτικός τομέας υγείας είναι πολύ καλύτερο και ευχαριστεί τους λαμβάνοντες τις υπηρεσίες αυτές.

Θ. Οι λόγοι που οδηγούν τους πολίτες στην ιδιωτική υγεία

Η έντονη τάση των πολιτών να προτιμούν τα τελευταία χρόνια όλο και περισσότερο την ιδιωτική περίθαλψη, κάνει όλο και πιο αναγκαία την ανασυγκρότηση της δημόσιας υγείας. Στη συνέχεια εξετάζονται οι λόγοι εκείνοι που θα έκαναν τους ασθενείς να επιλέξουν τις ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας, παρά το τίμημα του υψηλού κόστους που θα συναντήσουν εκεί. Ένας από τους λόγους που οδηγούν έναν ασθενή στον ιδιωτικό τομέα είναι η δραστηριοποίηση κάποιου ιδιαίτερα καταξιωμένου ιατρού σε αυτό τον τομέα. Στην προκειμένη περίπτωση είναι

διατεθειμένοι να δαπανήσουν τεράστια ποσά προκειμένου να προσκομίσουν καλές υπηρεσίες. Δεύτερον, οι ασθενείς δηλώνουν ότι αισθάνονται πιο ασφαλείς σε έναν ιδιωτικό χώρο παροχής υπηρεσιών υγείας και υπογραμμίζουν το γεγονός τυχάνουν καλύτερης περιποίησης. Τρίτο λόγο αποτελεί η ύπαρξη καθαρότερων και ευχάριστων χώρων, καθώς και γρήγορη εξυπηρέτηση. Εξίσου σημαντικό ρόλο παίζουν και ο σύγχρονος τεχνολογικός εξοπλισμός, καθώς επίσης και το γεγονός ότι στο δημόσιο τομέα γίνονται πολλή λάθη όσων αφορά την ενημέρωση των ασθενειών σύμφωνα με τα λεγόμενα των ερωτηθέντων. Αξιοσημείωτο είναι και το γεγονός ότι το 76.1% του δείγματος πιστεύει πως και στον τομέα της υγείας ισχύει η αρχή "ότι πληρώνεις, παίρνεις". Αυτό σημαίνει πως για καλές υπηρεσίες υγείας πρέπει είτε να ανατρέξουν στον ιδιωτικό τομέα ή να δώσουν "φακελάκι" στο δημόσιο τομέα.

Συμπεράσματα

Επειδή στην Ελλάδα δεν είναι ακριβώς ανεπτυγμένες οι επιστημικές ποσοτικές μετρήσεις των υπηρεσιών και κυρίως των υπηρεσιών υγείας, οι "πελάτες" που αποτελούν δέκτες των υπηρεσιών υγείας, δηλαδή οι ασθενείς, είναι το καλύτερο εργαλείο μέτρησης των όσων προσφέρει το σύστημα υγείας. Παρατηρείται η έντονη τάση προς τις ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας. Εύφορο έδαφος αποτέλεσε η έντονη δυσαρέσκεια των πολιτών, καθώς επίσης και η συνειδητή και οργανωμένη προσπάθεια των ιδιωτικών μονάδων υγείας να συμπληρώσουν τα κενά που αφήνει το δημόσιο. Η δυσαρέσκεια εστιάζεται στον μη ικανοποιητικό τρόπο συμπεριφοράς του νοσηλευτικού και διοικητικού προσωπικού, καθώς επίσης και του ιατρικού προσωπικού, αλλά και του πολύ μικρότερου βαθμού του "μέσου" πλήττει και το χώρο υγείας και τα πολυσυζητούμενα "φακελάκια" κρίνονται απαραίτητα για τη σωστή εξυπηρέτηση σε δύσκολες υποθέσεις υγείας. Να σημειωθεί πως η καθαριότητα θεωρείται βασικό στοιχείο στο σύνολο των υπηρεσιών υγείας και η καλύτερη εξυπηρέτηση ως σύνολο υπηρεσιών προσφέρεται από τις ιδιωτικές μονάδες υγείας. Από την άλλη πιστεύεται ότι το δημόσιο έχει καλύτερους ιατρούς αλλά μεγαλύτερη ασφάλεια εμπνέουν οι ιδιωτικές μονάδες υγείας. Όσο για τη συνεργασία που υπάρχει με τον ιατρό με την περάτωση της επίσκεψης, αυτή είναι καλύτερη στον ιδιωτικό τομέα. Ο ιδιωτικός τομέας υπερτερεί και στο θέμα της καθαριότητας. Αν και είναι πολύ καλή η συνολική εικόνα που έχουν οι ασθενείς για τις μονάδες ιδιωτικής υγείας, οι περισσότερες επισκέψεις που πραγματοποιούνται σε δημόσιες μονάδες υγείας.

Τα προβλήματα που αντιμετωπίζονται από χρησιμοποίηση της δημόσιας περίθαλψης, γίνονται αντικείμενο έρευνας για τις ιδιωτικές μονάδες υγείας οι οποίες σπεύδουν να προσφέρουν αυτό που αδυνατεί να προσφέρει ο δημόσιος τομέας.

Όσοι είναι υπεύθυνοι να υπηρετήσουν τον τομέα της υγείας προσφέροντας τις υπηρεσίες τους, πρέπει να μάθουν να αφουγκράζονται τα "θέλω" των ασθενών. Τα σημειώματα παραπόνων πρέπει να μην αποτελούν πια άψυχα χαρτιά, αλλά πολύτιμη πληροφορία που θα οδηγήσει σε μια επαναστασιακή βελτίωση της κατάστασης που επικρατεί

Πίνακας 2: Καθαριότητα στους δημόσιους χώρους υγείας

Χαρακτηρισμός	Συχνότητα	Ποσοστό	Συσσωρευμένο ποσοστό
πολύ κακή	3	2.8	2.8
κακή	20	18.3	21.1
μέτρια	47	43.1	64.2
καλή	33	30.3	94.5
πολύ καλή	6	5.5	100
Σύνολο	109	100	

Πίνακας 3: Καθαριότητα στους ιδιωτικούς χώρους υγείας

Χαρακτηρισμός	Συχνότητα	Ποσοστό	Συσσωρευμένο ποσοστό
πολύ κακή			
κακή	2	1.8	1.8
μέτρια	11	10.1	11.9
καλή	52	47.7	59.6

ΑΝΤΙΑΙΜΟΠΕΤΑΛΙΑΚΑ ΦΑΡΜΑΚΑ

- ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ

Αίλη Κατερίνα,
Αιματολόγος - Επιμελήτρια
Αιματολογικού Τμήματος
Κεντρικού Νοσοκομείου Χανίων

Τα αντιαιμοπεταλιακά φάρμακα προλαμβάνουν την ενεργοποίηση και συσσώρευση των αιμοπεταλίων χαρακτηρίζονται από ισχυρή αντιθρομβωτική δράση. Κάθε ένα από τα βήματα της ενεργοποίησης των αιμοπεταλίων (ΑΜΠ), αποτελούν στόχο για την ανάπτυξη και την αναστολή των αντιαιμοπεταλιακών φαρμάκων τα οποία, συχνά, προκαλούν σοβαρές και κλινικά σημαντικές ανεπιθύμητες ενέργειες. Οι αιμορραγικά συμβλήματα, γαστρεντερικές διαταραχές, ουδετεροπενία, θρομβοπενία, και διαταραχές του νευρικού συστήματος, είναι μερικές από τις παρενέργειες των αντιαιμοπεταλιακών φαρμάκων που περιγράφονται.

Η αντιαιμοπεταλιακή θεραπεία αντιστάται, σαν θεραπεία εκλογής, στους όλους τους ασθενείς των οποίων υπάρχει ιστορικό υποδηλώνει σημαντικό κίνδυνο αρτηριακής θρόμβωσης. Τα αποτελέσματα των μελετών επιβεβαιώνουν ότι τα οφέλη από την αντιαιμοπεταλιακή θεραπεία, υπερβάνε τον κίνδυνο, εκτός αν υπάρχει απόλυτος κίνδυνος αιμορραγίας και υψηλός ή ο απόλυτος κίνδυνος καρδιαγγειακής νόσου και χαμηλός.

Ασπιρίνη (Ασπιρίνη)

Αποτελεί και σήμερα την βασική αντιαιμοπεταλιακή αγωγή στην κλινική πράξη, έχοντας διαλύσει την ιστορία ενός αιώνα. Η ασπιρίνη είναι αποτελεσματικό φάρμακο, χαμηλού κόστους, προκαλεί όμως, ενίοτε, σοβαρές παρενέργειες όπως, δυσανεξία και αιμορραγία (με κύρια εκδήλωση το γαστρεντερικό ή ουρογεννητικό αίμα), ενεργό αιμορραγία από το γαστρεντερικό ή ουρογεννητικό σύστημα, ενεργό αμφιβληστροειδική αιμορραγία, καθώς και μη-ελεγχόμενη υπέρταση. Οι αιμορραγικές επιπλοκές της είναι ποσοστιαία αυξημένες. Η πιθανότητα σοβαρών αιμορραγικών επεισοδίων αντιστοιχεί το 1 έως 2%. Σε κλινικές μελέτες έχει βρεθεί ότι η τακτική χρήση ασπιρίνης, (σε δόση μικρότερη ή ίση με 300 mg ημερησίως), σχετίζεται με διπλάσιο κίνδυνο αιμορραγίας από το ανώτερο

αγγειακών βλαβών έχουν καταγράψει μικρή αύξηση των επεισοδίων εγκεφαλικής αιμορραγίας. Από την ανασκόπηση μετα-ανάλυσης, (Antithrombotic Trialists' Collaboration -ATC), προέκυψε ότι οι μικρές δόσεις ασπιρίνης, 75-150 mg ημερησίως, έχουν μικρότερη γαστρεντερική τοξικότητα.

Η ασπιρίνη συγχρησιμοποιείται με τους αναστολείς των Υποδοχέων Διφωσφορικής Αδενοσίνης (ADP). Η προσθήκη τικλοπιδίνης στην αγωγή με ασπιρίνη συσχετίστηκε με 2,8% αύξηση των μείζονων εξωκρανιακών αιμορραγιών, έναντι 1,4% με μόνη χορήγηση ασπιρίνης. Ο συνδυασμός ασπιρίνης-κλιπιδογρέλης έχει ευρύτερη εφαρμογή, λόγω της μεγαλύτερης αποτελεσματικότητας και της καλύτερης ανοχής της κλιπιδογρέλης.

ΑΝΑΣΤΟΛΕΙΣ ΤΩΝ ΥΠΟΔΟΧΕΩΝ ΔΙΦΩΣΦΟΡΙΚΗΣ ΑΔΕΝΟΣΙΝΗΣ (ADP)

Η τικλοπιδίνη (ticlopidine) και το ανάλογό της η κλιπιδογρέλη (clopidogrel) είναι παράγωγα των θειενοπυριδινών. Η δράση τους στα αιμοπεταλία είναι μη αναστρέψιμη και διαρκεί 4-8 ημέρες μετά την διακοπή χορήγησης.

Τικλοπιδίνη

Οι ανεπιθύμητες ενέργειες της τικλοπιδίνης, οι οποίες περιορίζουν τη χρησιμότητά της, είναι: γαστρεντερικές διαταραχές (διάρροια, κοιλιακός πόνος, ναυτία, έμετος), ουδετεροπενία (2,4% των ασθενών), βαρεία ουδετεροπενία (0,8% των ασθενών), θρομβωτική θρομβοπενική πορφύρα (σπάνια) και απλασία του μυελού των οστών (σπάνια). Η ουδετεροπενία συνήθως υφίσταται εντός 1 έως 3 εβδομάδων από την διακοπή του φαρμάκου, αλλά πολύ σπάνια μπορεί να είναι θανατηφόρα.

Σε ανασκόπηση στο JAMA (1996) εκτιμάται ότι σε 10 περίπου εκατομμύρια ασθενείς το χρόνο που λαμβάνουν τικλοπιδίνη καταγράφηκαν 645 περιπτώσεις απλαστικής αναιμίας, καταστολής του μυελού των οστών, πανκυταροπενίας και ουδετεροπενίας, από τα οποία 102 (16%) ήταν θανατηφόρα. Δεδομένου ότι οι αιματολογικές παρενέργειες της τικλοπιδίνης συμβαίνουν πάντοτε κατά τους 3 πρώτους μήνες της θεραπείας, η Υπηρεσία Τροφίμων και Φαρμάκων των Ηνωμένων Πολιτειών (US FDA), εξέδωσε οδηγίες

για διάρκεια 12 εβδομάδων. Οι ασθενείς που επιλέγονται να λάβουν τικλοπιδίνη πρέπει να είναι ενήμεροι για την σοβαρή αιματολογική τοξικότητα που μπορεί να εκδηλωθεί από τις πρώτες εβδομάδες θεραπείας.

Πειραματικές και κλινικές μελέτες έδειξαν ότι ο συνδυασμός ασπιρίνης και τικλοπιδίνης έχει αθροιστική δράση και η πιθανότητα να εμφανισθούν σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες, όπως γαστρεντερική δυσφορία και αιμορραγία με την ασπιρίνη, ή κα-ταστολή του μυελού των οστών, εξάνθημα και διάρροια με την τικλοπιδίνη, είναι με-γάλη.

Κλιπιδογρέλη

Η κλιπιδογρέλη διαφέρει από την τικλοπιδίνη στη χημική δομή κατά μια επιπρόσθετη μεθυλομάδα. Η θεραπεία με κλιπιδογρέλη προκάλεσε μικρή αύξηση στην συχνότητα εμφάνισης εξανθήματος και διάρροιας. Γαστρεντερικές διαταραχές, δυσπεψία, ναυτία, έμετοι, διάρροιας, αιμορραγικές επιπλοκές αναφέρθηκαν συχνά. Η θεραπεία με κλιπιδογρέλη δεν συνοδεύτηκε από αυξημένη εμφάνιση ουδετεροπενίας ή θρομβοπενίας. Η κλιπιδογρέλη είναι τουλάχιστον εξίσου αποτελεσματική με την ασπιρίνη και ενδεχομένως ελαφρώς αποτελεσματικότερη.

Η μεγαλύτερη κλινική εμπειρία προέρχεται από τη μελέτη CAPRIE (Clopidogrel ver-sus Aspirin in Patients at Risk of Ischaemic Events), που σχεδιάστηκε για την αξιολόγηση της σχετικής αποτελεσματικότητας του clopidogrel και της ασπιρίνης. Σοβαρή αιμορραγία αναφέρθηκε συχνότερα με την ασπιρίνη. Η μη θανατηφόρος ενδο-κράνια αιμορραγία και οι αιμορραγικοί θάνατοι ήταν συχνότεροι στην ομάδα της α-σπιρίνης (0,53%) από την ομάδα της κλιπιδογρέλης (0,39%). Η συχνότητα ουδετεροπενίας που παρατηρήθηκε, ήταν 0,10% με την κλιπιδογρέλη και 0,17% με την α-σπιρίνη. Για σοβαρή ουδετεροπενία, τα αντίστοιχα ποσοστά ήταν 0,05% και 0,04%. Τα ποσοστά ασθενών με σοβαρό εξάνθημα και διάρροια, που ελάμβαναν κλιπιδογρέλη, ήταν μικρότερα από εκείνα που αναφέρθηκαν με την τικλοπιδίνη, αλλά δύο φορές υψηλότερα από εκείνα της ασπιρίνης.

Από την ανασκόπηση των μελετών CURE (Clopidogrel in Unstable angina to prevent Recurrent

tion- Clopidogrel in Unstable angina to prevent Recurrent ischaemic Events) προέκυψε ότι, η χορήγηση κλιπιδογρέλης συνοδεύτηκε από αύξηση των μικρών, και των σοβαρών, αιμορραγιών, αλλά όχι απειλητικών για τη ζωή αιμορραγιών. Επιπλέον η προσθήκη κλιπιδογρέλης σε ασθενείς που ήδη λαμβάνουν ασπιρίνη, αυξάνει τον κίνδυνο αιμορραγίας στη διάρκεια χειρουργικής επέμβασης, και η χορήγηση της πρέπει να διακόπτεται στους ασθενείς, τουλάχιστον 5 έως 7 ημέρες πριν το χειρουργείο.

ΑΝΤΑΓΩΝΙΣΤΕΣ ΤΩΝ ΑΙΜΟΠΕΤΑΛΙΑΚΩΝ ΥΠΟΔΟΧΕΩΝ GPIIb/IIIa

Οι ανταγωνιστές των GPIIb/IIIa αναστέλλουν την τελική κοινή οδό της συσσώρευσης των αιμοπεταλίων (πρόσδεση του ινωδογόνου ή της παράγοντα vWF στο σύμπλεγμα των γλυκοπρωτεϊνών). Δρουν άμεσα μέσω της αναστολής της δημιουργίας θρομβίνης αφ'ετέρου μέσω αναστολής της προπηκτικής ικανότητας των ΑΜΠ. Οι ανταγωνιστές των GPIIb/IIIa διακρίνονται σε: **Μονοκλωνικό αντίσωμα εναντίον της GPIIb/IIIa**

Το abciximab είναι ένα ανθρωποποιημένο χιμαϊρικό αντίσωμα (c-7E3 Fab), όπου οι σταθεροί περιοχές του είναι ανθρωπίνες προέλευσης, ενώ οι μετα-βλητές προέρχονται από ποντικό.

Ουσίες που περιέχουν φυσικά RGD πεπτίδια

Στην κατηγορία αυτή ανήκουν φυσικά πολυπεπτίδια που έχουν απομονωθεί από δηλητήρια ερπετών (barbourin). **Συνθετικά RGD ή KGD πεπτίδια (μιμητικά των πεπτιδίων)**

Σε αυτή την κατηγορία ανήκουν Eptifibatide, Tirofiban και Lamifiban. **Από του στόματος ενεργά αναστολείς των GPIIb/IIIa**

Σε αυτή την κατηγορία ανήκουν συνθετικά πεπτίδια όπως Xemilofiban, το Orbofiban, και Sibrofiban. Δεν χρησιμοποιούνται ευρέως σήμερα διότι η παρουσία τους σε χαμηλά επίπεδα στο πλάσμα μπορεί να οδηγήσει σε ανεπιθύμητη ενεργοποίηση υποδοχέων αιμοπεταλίων, και άρα σε συσσώρευση τους.

Το Abciximab πρέπει να χρησιμοποιείται ως επικουρικό σκεύασμα στη θεραπεία με ασπιρίνη και ηπαρίνη. Οι συχνότερες ανεπιθύμητες ενέργειες είναι πόνο στην πλάτη, θωρακαλγία, υπόταση

αίο της ένεσης και θρομβοπενία. Ο οξυγονοδοσιακός επιπωματισμός και ο δρομο αναπνευστικής δυσχέρειας κλινικών έχουν αναφερθεί σπάνια, ως επίσης και αντι-δράσεις ερευαισθησίας ή αλλεργικές ιδράσεις. Σε περιπτώσεις πνίσης ο-ξιών αλλεργικών ιδράσεων, θρομβοπενίας ή μη εγχόμενης αιμορραγίας, δια-πεται αμέσως το φάρμακο και σιτάται μετάγγιση αιμοπεταλίων. Μέχρι τώρα αυξημένα ποσοστά ζονος αιμορραγίας μετά από ρήση ανταγωνιστών αφέρονται μόνο στην κλινική έτη EPIC (Evaluation of c7E3 for Pre-vention of Ischemic mplications). Σε νεότερες μελέτες αναφέρεται σημαντική αύξηση κινδύνου της αιμορραγίας μετά χορήγηση των ανταγωνιστών ρώς λόγω της ελάττωσης της χορηγούμενης ηπαρίνης και της οσαρμογής της στο βάρος του θενούς. Η χορήγηση των ανταγωνιστών αύξησε το ποσοστό ενδοκράνιας ορραγίας. Έχει παρατηρηθεί ορραγία σε ασθενείς που βάνουν τους ανταγωνιστές σε μη ογραμματισμένη διαδερμική ειοπληστική και οι οποίοι είχαν

υποβλήθει σε προηγούμενη θρομβολυτική θεραπεία για οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου. Αυτός εί-ναι ο λόγος για τον οποίο σε αυτούς τους ασθενείς η θεραπεία με ανταγωνιστές θα πρέπει να αναβάλλεται για 15-18 ώρες ώστε να έχει περάσει η δράση της θρομβολυ-τικής θεραπείας.

Με τους ταχέως καθαιρόμενους παράγοντες Ertifibatide, και Tirofiban σπάνια χρειάζονται μεταγγίσεις ΑΜΠ οι οποίες μπορεί να μην είναι καν αποτελεσματικές κατά τις 2 πρώτες ώρες, που απαιτούνται για την κάθαρση των παραγόντων αυτών στο πλάσμα. Σε επείγουσες καταστάσεις αποτυχημένης διαδερμικής αγγειοπλαστικής ο κίνδυνος διεχειρητικής αιμορραγίας και θνητότητας είναι μεγάλος. Στις περιπτώ-σεις αυτές συνιστάται η διακοπή χορήγησης του ανταγωνιστή και η καθυστέρηση της επέμβασης, 12-24 ώρες για το abciximab και 4-6 ώρες για τα Ertifibatide και Tirofiban.

Στην διάρκεια της χορήγησης GPIIb/IIIa αναστολέων θα πρέπει να εξετάζεται ο α-σθενής καθημερινά για την ανεύρεση ενδεχόμενης εστίας αιμορραγίας και να παρα-κολληθούν οι αιματοκρίτης και ο

αριθμός των αιμοπεταλίων. Η θρομβοπενία είναι μια σπάνια επιπλοκή των φαρμάκων αυτών. Ο μηχανισμός είναι άγνωστος, αλλά μπορεί να οφείλεται είτε σε ταχεία κάθαρση των αιμοπεταλίων ή σε προυπάρχοντα αντισώματα για το φάρμακο. Θρομβοπενία με αριθμό αιμοπεταλίων κάτω από 50.000/mL παρατηρείται στο 0,5% των ασθενών, ενώ θρομβοπενία, με αριθμό αιμοπεταλίων κάτω από 20.000/mL παρατηρείται σε 0,2% των ασθενών. Η θρομβοπενία είναι αναστρέψιμη και σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο αιμορραγίας.

Μερικές φορές παρατηρείται ψευδοθρομβοπενία που προκαλείται από το EDTA για αυτό πριν από την διακοπή του φαρμάκου θα πρέπει να γίνεται μικροσκοπική εκτί-μηση του αριθμού των αιμοπεταλίων. Κατά τον πρώτο μήνα χορήγησης Abciximab, 5.0% των ασθενών αναπτύσσουν αντι-χμιαρικό αντίσωμα. Ανάλογα αντισώματα δεν έχουν παρατηρηθεί μετά από χορήγη-ση Ertifibatide και Tirofiban. Σε περίπτωση επαναχορήγησης δεν έχουν παρατηρηθεί περιπτώσεις υπερευαισθησίας ή αναφυλακτοειδούς αντίδρασης.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η ασπιρίνη λόγω της αποτελεσματικότητας, της ασφάλειας και του χαμηλού κόστους ενδείκνυται παντού όπου είναι ανεκτή. Η κλοπιδογρέλη είναι ασφαλέστερη καλύτερα ανεκτή με πρακτικότερο δοσολογικό σχήμα και φθηνότερη της τικλοπιδίνης

Το συγκριτικά ευνοϊκότερο αιματολογικό προφίλ της κλοπιδογρέλης καθιστά πιο πιθανή την δική της εκλογή. Η μακροπρόθεσμη χρήση σε δευτερογενή πρόληψη σε σχέση με την τικλοπιδίνη. Αποτελεί εναλλακτικό φάρμακο όπου η ασπιρίνη αντε-δείκνυται.

Η εφαρμογή των ανταγωνιστών υποδοχέα GPIIb/IIIa αποτελεί πρόκληση για το μέλλον. Η από το στόματος χορήγηση των παραγόντων αυτών δεν έδειξε οφέλη.

Περαιτέρω μελέτες ανακαθορίσουν το ιδανικό αντιαιμοπεταλιακό σχήμα με λιγότερες παρενέργειες, πιθανώς μελλοντικά θα συνδυασθεί και γενετική καθοδήγηση.

ΑΣΦΑΛΕΙΑ
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ
ΚΛΙΝΙΚΗ ΤΕΚΜΗΡΙΩΣΗ
ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ

ΕΜΠΙΣΤΟΣΥΝΗ
...σε αξίες ανεκτίμητες

Legofer®
 Πρωτεύον ηλεκτρικός σπινθηροειδής
 ΔΙΚΑΙΩΝΕΙ ΤΗΝ ΕΠΙΛΟΓΗ ΣΑΣ

ELPEN
 ELPEN A.E. ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ
 Σπυριδίου 11 - 11526 Αθήνα, Τηλ: (01) 7480711, Fax: 7480731
 Δ/νση: Αριστοτέλους 114 - 11524 Πλατεία Κηφισού, Τηλ: (021) 4500991, Fax: 4500990