

Λειτουργία Αναισθησιολογικού Τμήματος σε Τριτοβάθμιο Νοσοκομείο

ΕΛΕΝΗ ΠΛΕΣΙΑ

Πριν από 10 χρόνια, στην Α΄ Πανελλήνια Συνδιάσκεψη των Αναισθησιολόγων, είχαμε καταλήξει σε ωρισμένα συμπεράσματα σχετικά με την υπάρχουσα κατάσταση στο χώρο μας. Είχαμε τότε επισημάνει ότι η ανάπτυξη της ειδικότητας και των αναισθησιολογικών τμημάτων έγινε χωρίς κανένα προγραμματισμό. Από την αρχή δεν τέθηκαν οι βάσεις και οι προϋποθέσεις εκείνες, που θα διασφαλίζουν την ποιοτική και αριθμητική εξέλιξη.

Η έλλειψη αυτή προγραμματισμού και ενδιαφέροντος από την πολιτεία, είχε τα γνωστά σε όλους μας αποτελέσματα όπως:

- την απουσία έδρας στο αρχαιότερο πανεπιστήμιο της χώρας
- την εξάρτηση της ειδικότητας και κατά συνέπεια του αναισθησιολόγου από τις χειρουργικές ειδικότητες,
- την κάτω από πίεση και ιδεολογικό εξαναγκασμό επικράτηση της νοοτροπίας ότι ο αναισθησιολόγος μπορεί να χορηγεί αναισθησία σε 2 ή 3 ταυτόχρονα ασθενείς και
- τον κάτω από την πίεση των διοικήσεων των Νοσοκομείων εξαναγκασμό των αναισθησιολόγων να παράγουν όσο το δυνατόν περισσότερα χειρουργεία, μεταβάλλοντας τους έτσι σε μηχανές παραγωγής χειρουργείων.

Τότε προσδιορίσαμε, εν όψει της εφαρμογής του ΕΣΥ, το οργανωμένο αναισθησιολογικό τμήμα με όρους και προϋποθέσεις που θα εξασφαλίζουν την ανάπτυξη και εξέλιξη της ειδικότητας.

ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

1. ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΑ
2. ΑΝΑΝΗΨΗ
3. ΜΑΦ
4. ΤΕΠ

5. ΤΑΚΤΙΚΟ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ
6. ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΟΝΟΥ
7. ΑΙΘΟΥΣΕΣ ΤΟΚΕΤΩΝ - ΜΙΚΡΟΕΠΙΜΒΑΣΕΩΝ
8. ΚΑΛΥΨΗ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΩΝ - ΠΑΡΕΜΒΑΤΙΚΩΝ ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ
9. ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΩΝ - ΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΩΝ
10. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ - ΠΕΙΡΑΜΑΤΙΚΟ ΕΡΓΟ.

Γιατί οργανωμένη λειτουργία αναισθησιολογικού τμήματος σημαίνει:

- Άνοδο της ποιότητας της παρεχόμενης περίθαλψης
- Μείωση των ημερών νοσηλείας των αρρώστων
- Οικονομία στο κόστος λειτουργίας των νοσοκομείων
- Άνοδο της ποιότητας εκπαίδευσης και έρευνας.

Σήμερα, 9 χρόνια μετά την εφαρμογή του ΕΣΥ, παρά τα γενναία βήματα που έγιναν στην αρχή, η λειτουργία των αναισθησιολογικών τμημάτων παρουσιάζει πολλά προβλήματα.

Βεβαίως υπήρξε σημαντική πρόοδος στην υποδομή και τη στελέχωση των αναισθησιολογικών τμημάτων, η πρόοδος όμως δεν ήταν τέτοια που να είναι ικανή, αφ' ενός μεν να καλύψει την προϋπάρχουσα υστέρηση και αφετέρου να παρακολουθήσει τις εξελίξεις.

Όπως όλοι μας ξέρουμε, υπάρχουν ακόμα αναισθησιολογικά τμήματα μεγάλων νοσοκομείων που δεν διαθέτουν χώρους ανάληψης, όσο κι αν αυτό φαίνεται όχι μόνο αντιεπιστημονικό αλλά και απάνθρωπο.

Ο τεχνολογικός εξοπλισμός δεν παρακολουθεί την πρόοδο και σε αρκετές περιπτώσεις υπολείπεται και των ελάχιστων standards ασφαλείας.

Τα τακτικά εξωτερικά ιατρεία σπανίζουν οι δε κλινικές πόνο μικρή μόνο αύξηση έχουν να επιδείξουν.

Οι ΜΑΦ είναι σχεδόν ανύπαρκτες, αλλά και όπου υπάρχουν δεν ανήκουν πάντα στα αναισθησιολογικά τμήματα.

Οι συνθήκες εργασίας των αναισθησιολόγων έχουν σχετικά βελτιωθεί, απέχουν όμως από το να θεωρούνται ικανοποιητικές. Ιδιαίτερα αν συνυπολογίσουμε τα προβλήματα εκπαίδευσης και συνεχιζόμενης επανεκπαίδευσης.

Τα νοσηλευτικά αναισθησιολογικά τμήματα υποφέρουν από έλλειψη προσωπικού και η τεχνική και γραμματειακή υποστήριξη των αναισθησιολογικών τμημάτων είναι πρακτικά ανύπαρκτη.

Όλα αυτά δεν φαίνονται και τόσο παράδοξα, τουλάχιστον για όποιον γνωρίζει το νομοθετικό και διοικητικό πλαίσιο στο οποίο στηρίχθηκε η οργάνωση όχι μόνο των αναισθησιολογικών τμημάτων αλλά και των νοσοκομείων του ΕΣΥ, γενικότερα.

Τα νοσοκομεία του ΕΣΥ διακρίνονται σύμφωνα με το νόμο σε Περιφερειακά και Νομαρχιακά, όροι μάλλον γεωγραφικής διάκρισης και όχι δηλωτικοί της λειτουργίας τους.

Ο όρος τριτοβάθμιο νοσοκομείο δεν αναφέρεται πουθενά στη νομοθεσία ούτε στους οργανισμούς ακόμα και των μεγαλύτερων νοσοκομείων της χώρας.

Η διαίρεση της Ιατρικής Υπηρεσίας σε Τομείς εξέπεσε σχεδόν αμέσως σε γραφειοκρατική διαδικασία που δεν άλλαξε καθόλου τις παλαιές σχέσεις ανάμεσα στις κλινικές και τα τμήματα.

Στο σημείο αυτό είναι χρήσιμη μια επισήμανση: στο νόμο 2071/92 στο άρθρο 58, που δεν τροποποιήθηκε ούτε καταργήθηκε από τον πρόσφατο νόμο 2194/94, προβλέπονται δύο αλλαγές.

Τα εξωτερικά Ιατρεία των Νοσοκομείων μετονομάζονται σε Συγκρότημα Εξωτερικών Ασθενών (ΣΕΑ) και αποτελούνται:

1. Από το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ)
2. Τμήμα Ημερήσιας Παρακολούθησης και
3. Τμήμα Εξωτερικών Ιατρείων.

Ακόμη προστίθεται ένας νέος Τομέας, ο Τομέας Επείγουσας και Εντατικής Ιατρικής χωρίς όμως να προσδιορίζεται από ποια τμήματα θα αποτελείται.

Αν ποτε αυτά εφαρμοστούν θα πρέπει να είμαστε έτοιμοι για τη συμμετοχή μας στα ΤΕΠ και τον Τομέα, ώστε τα αναισθησιολογικά τμήματα να μη μείνουν έξω από την οργάνωση της Επείγουσας - Νοσοκομειακής Ιατρικής, όπως έμειναν εκτός ΜΕΘ.

Το μεγαλύτερο όμως πρόβλημα, νομίζω, που δεν άφσε πολλά περιθώρια σωστής ανάπτυξης όχι μόνο

των Αναισθησιολογικών Τμημάτων αλλά των νοσοκομείων γενικότερα είναι η ανυπαρξία Εσωτερικού Κανονισμού Λειτουργίας ή όπως αλλιώς θα ήθελε να ονομάσει κανείς, το ολοκληρωμένο εκείνο πλαίσιο που καθορίζει το ρόλο, τους όρους και προϋποθέσεις της λειτουργίας κάθε τμήματος, το εύρος των ευθυνών και δικαιωμάτων κάθε βαθμίδας αλλά και τους τρόπους ελέγχου και αξιολόγησης της συνολικής λειτουργίας και του καθενός χωριστά.

Παρ' όλο που είχε θεσμοθετηθεί από τον ιδρυτικό νόμο του ΕΣΥ, του 1397/83 και παρά την ρητή επαναφορά του από τον νόμο 2071/94, Κανονισμός Λειτουργίας ουδέποτε εφαρμόστηκε.

Υπήρξε ένα σχέδιο Κανονισμού από το ΚΕΣΥ το 1984, έγινε ένας περιορισμένος διάλογος και έκτοτε δεν καταβλήθηκε καμιά προσπάθεια σύνταξης και εφαρμογής οποιουδήποτε Κανονισμού Λειτουργίας.

Ότι, ό,τι αφορά στην λειτουργία των τμημάτων των νοσοκομείων παραμένει σε τρομακτική ασάφεια, υποκείμενο στις όποιες αυθαιρεσίες των ανωτέρων οργάνων, ή στις ρυθμίσεις που προβλέπονται από τον Δημοσιούπαλληλικό Κώδικα και ορισμένα άρθρα της νομοθεσίας για το ΕΣΥ, που αφορούν σε εργασιακά θέματα όπως ωράριο, εφημερίες, άδειες καθώς και πειθαρχικές ποινές για ωρισμένα αδικήματα.

Για να είμαστε όμως δίκαιοι, πρέπει να αναγνωρίσουμε ότι η για 9 χρόνια μη εφαρμογή οποιουδήποτε κανονισμού λειτουργίας δεν εφεύεται μόνο στην αδιαφορία ή ολιγωρία της πολιτείας. Υπήρξε σαφής απροθυμία εκ μέρους των γιατρών να ασχοληθούν με το θέμα και να διεκδικήσουν κανόνες λειτουργίας.

Αυτό γίνεται κατανοητό αν σκεφτούμε ότι χωρίς προδιαγραφές λειτουργίας μπορεί να υποβαθμίζεται ένα τμήμα ή να περιορίζονται οι δυνατότητες ανάπτυξής του, από την άλλη όμως μεριά, η έλλειψη αυτή προσφέρει τη δυνατότητα άλλοι μεν να αυθαιρετούν χωρίς κυρώσεις, άλλοι να επιβιώνουν σε θέσεις που δεν θα μπορούσαν αν ίσχυαν κάποια κριτήρια και γενικά δίνεται η δυνατότητα σε όλους να επιβιώνουν σε ένα σύστημα που έτσι όπως εξελίχθηκε, δεν προσφέρει ιδιαίτερες επιστημονικές συγκινήσεις ούτε χρηματικές απολαβές, και αντίθετα παρέχει μεγάλες δυνατότητες χρηματισμού ή ανέλιξης σε λίγους.

Αυτό όμως είναι ένα ολέθριο σφάλμα που, παράλληλα με την οικονομική λιτότητα, συνέβαλε τα μέγιστα ώστε να οδηγηθεί το σύστημα υγείας στο τέλμα που βρίσκεται σήμερα και μαζί μ' αυτό κι εμείς.

Μια από τις σοβαρότερες παρενέργειες από την

έλλειψη στοιχειωδών κανόνων λειτουργίας είναι και η αριθμητική καθήλωση των αναισθησιολόγων στο ΕΣΥ.

Όπως φαίνεται στον Πίνακα 1, στη πρώτη φάση της προκήρυξης των θέσεων των αναισθησιολόγων στο ΕΣΥ, το 1985, ο συνολικός αριθμός των θέσεων ήταν 515. Το 1990 ήταν 635 και το 1993 ήταν 655, σύμφωνα με τα στοιχεία του ΥΠΚΑ, όπως φαίνεται στον πίνακα 2.

ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΟΙ ΕΣΥ 1985

	ΑΤΤΙΚΗ	ΘΕΣ/ΝΙΚΗ	ΠΕΡΙΦ	ΣΥΝ	%
ΔΙ	36	12	58	106	20.6
ΕΑ	87	23	46	156	30.4
ΕΒ	144	36	73	253	49
ΣΥΝ	267	71	177	515	

Πίνακας 1

Η μικρή αύξηση της τάξης του 27% που παρατηρείται μετά το 1985, δεν είναι στην πραγματικότητα τόση, γιατί στα μεταγενέστερα στοιχεία περιλαμβάνονται και οι αναισθησιολόγοι που υπηρετούν στις ΜΕΘ.

Η παρατηρούμενη αύξηση των θέσεων των Διευθυντών και Επιμελητών Α', σε βάρος ενίοτε των Επιμελητών Β, χρησιμοποιήθηκε σαν κίνητρο για την προσέλκυση αναισθησιολόγων στο ΕΣΥ, δεδομένου ότι μετά την πρώτη προκήρυξη είχαν μείνει 45 θέσεις κενές, δηλαδή το 9% του συνόλου.

Σήμερα, όλοι ξέρουμε ότι υπάρχουν άνεργοι ή υπο-

ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΟΙ ΕΣΥ 1993

	ΑΤΤΙΚΗ	ΘΕΣ/ΝΙΚΗ	ΠΕΡΙΦ	ΣΥΝ	%	ΜΕΤΑ ΒΟΛΗ
ΔΙ	52	15	78	145	22	+ 36.8%
ΕΑ	130	50	66	246	37.56	+ 57.7%
ΕΒ	146	62	56	264	40.3	+ 4.35%
ΣΥΝ	328	127	200	655		+ 27%

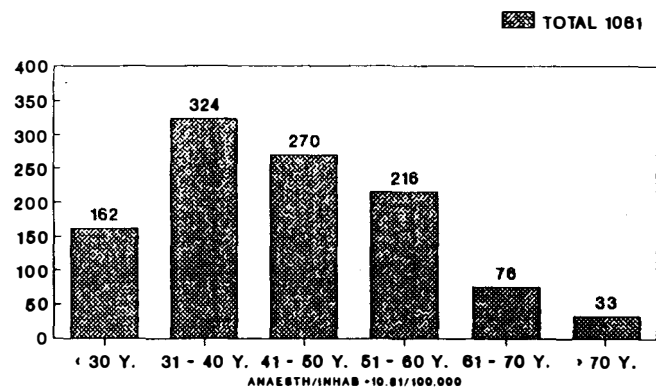
Πίνακας 2

απασχολούμενοι αναισθησιολόγοι, ιδίως οι νεότεροι. Θα μπορούσε κανείς να υποθέσει ότι αυτό είναι "φυσιολογικό" και ότι η αναισθησιολογία ακολούθησε τη μοίρα των άλλων ειδικοτήτων με την αλόγιστη υπερπαραγωγή γιατρών.

Νομίζω όμως ότι στους αναισθησιολόγους, ακόμα, αυτή η ανεργία είναι πλασματική και οφείλεται κυρίως στην ελλειπή οργάνωση, στην στενή αντίληψη που επικρατεί ακόμα για τον ρόλο του αναισθησιολόγου αλλά και πολλές φορές στην κακοδιοίκηση των αναισθησιολογικών τμημάτων.

Σύμφωνα με στοιχεία από την UEMS ο συνολικός αριθμός των αναισθησιολόγων το 1993 ήταν 1081 σε σύνολο ιατρικού πληθυσμού 37.600, δηλαδή οι αναισθησιολόγοι ήταν το 2.87% του ιατρικού πληθυσμού (Πίνακας 3).

ANAESTHESIOLOGISTS - GREECE 1993



Πίνακας 3

Σήμερα, οι γιατροί ξεπερνούν τις 40.000 και οι αναισθησιολόγοι είναι περίπου 1160 δηλαδή το 2.90% του συνόλου. Παραμένει μια σταθερή αναλογία που σημαίνει ίσως ότι οι αναισθησιολόγοι δεν αυξάνονται ανεξέλεγκτα όπως συμβαίνει με άλλες ειδικότητες.

Οι αναισθησιολόγοι στο ΕΣΥ είναι 655 δηλαδή το 61% του συνόλου των αναισθησιολόγων. Το υπόλοιπο 39% φαίνεται ότι δεν μπορεί να απορροφηθεί από άλλους τομείς όπως ιδιωτική πρωτοβουλία, Πανεπιστήμιο και Ταμεία (ΙΚΑ κ.λ.π.) αν και είναι συζητήσιμο γιατί συμβαίνει αυτό.

Είναι όμως μόνο 655 οι αναισθησιολόγοι που χρειάζονται για να λειτουργήσουν σωστά τα αναισθησιολογικά τμήματα των νοσοκομείων;

Αν εξετάσουμε πως πρέπει να είναι η λειτουργία ενός ολοκληρωμένου αναισθησιολογικού τμήματος και μάλιστα των μεγάλων νοσοκομείων με τις πολλές δραστηριότητες, παράλληλα με ανθρώπινες συνθήκες δουλειάς και εκπαίδευσης, θέσουμε δε και τους κατάλληλους δίκτες στελέχωσης που θα λαμβάνουν υπ' όψη τους:

Την υψηλού βαθμού λειτουργία και την ανάγκη μελλοντικής ανάπτυξης, τότε νομίζω ότι γίνεται προφανές ότι ο σημερινός αριθμός των αναισθησιολόγων στο ΕΣΥ είναι ανεπαρκής.

Αν μάλιστα προσθέσουμε και την ιδιομορφία της πλειοψηφίας του γυναικείου πληθυσμού στην ειδικό-

ετών) που εξακολουθούν να εργάζονται είναι 3%, το υψηλότερο των χωρών της Ευρώπης, με εξαίρεση το Βέλγιο που είναι 5.4%.

Αλλως τε η γήρανση του ιατρικού πληθυσμού στο ΕΣΥ και ειδικά στις μάχιμες ειδικότητες όπως η αναισθησιολογία, που έχει προκύψει από την καθήλωση των γιατρών στην ίδια θέση για πολλά χρόνια λόγω της ανυπαρξίας νέων θέσεων και παραπέρα ανάπτυξης των τμημάτων, έχει δυσμενέστερες επιπτώσεις στη συνολική λειτουργία ενός τμήματος αλλά και ολοκλήρου του νοσοκομείου και του συστήματος γενικότερα.

Αν λοιπόν ο αριθμός των αναισθησιολόγων δεν αυξηθεί στο ΕΣΥ, τότε είναι σίγουρο πως όχι μόνο τα αρμόδια όργανα, αλλά ούτε οι ίδιοι οι αναισθησιολόγοι δεν θα θελήσουν την επέκταση των δραστηριοτήτων τους.

Ότι όμως θα διαιωνίζεται ο φαύλος κύκλος της μιζέριας των αναισθησιολόγων στο ΕΣΥ, οι στρατιές των ανέργων θα πυκνώνουν και η εξέλιξη της ειδικότητας θα οπισθοχωρήσει.

Τελειώνοντας, θα ήθελα να πω ότι θεώρησα σκόπιμο να μην επεκταθώ στο "δια ταύτα", τι να κάνουμε δηλαδή. Αυτό θα ευχόμουν να βγει από τη συζήτηση που ελπίζω ότι θα ακολουθήσει.

Επιχειρήματα γι' αυτά που προτείνουμε ή θα προτείνουμε για την σωστή λειτουργία των αναισθησιολογικών τμημάτων έχουμε άφθονα, πολύ ισχυρά και επιστημονικά τεκμηριωμένα.

Εκείνο που απομένει είναι να βρούμε τη διάθεση, το κουράγιο, τους τρόπους και τα μέσα για να επιβάλλουμε την εφαρμογή τους.

ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΟΙ ΕΣΥ

	ΘΕΣ/ΝΙΚΗ		ΑΤΤΙΚΗ		ΠΑΝΕΛΛ	
ΑΝΔΡ	60	47.25%	76	23.17%	236	36%
ΓΥΝΑΙΚ	67	52.75%	252	76.83%	419	64%
ΣΥΝ	127		328		655	

Πίνακας 4

τητά μας (Πίνακας 4), με τις περισσότερες άδειες για μακρά χρονιά διαστήματα, τότε ο αναγκαίος αριθμός γίνεται ακόμη μεγαλύτερος.

Ακόμα, σύμφωνα πάλι με τα στοιχεία της UEMS, το ποσοστό των αναισθησιολόγων μεγάλης ηλικίας (>70