



ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ



ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΗΘΙΚΗ ΣΤΙΣ ΒΙΟΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΠΙΣΤΗΜΕΣ

Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία

**Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΣΥΜΒΟΥΛΙΩΝ ΣΤΗ ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΙΑΤΡΙΚΗ
ΠΡΑΚΤΙΚΗ**

υπό

ΜΑΡΙΑΝΝΑΣ Κ. ΠΙΣΠΙΡΙΓΚΟΥ

Παθολόγου Ογκολόγου

Υπεβλήθη για την εκπλήρωση μέρους των

απαιτήσεων για την απόκτηση του

Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης

«Δεοντολογία και Ηθική στις Βιοϊατρικές Επιστήμες»

Λάρισα 2022

Επιβλέπων: Αθανάσιος Γιαννούκας, Καθηγητής Αγγειοχειρουργικής, Τμήμα Ιατρικής,
Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

Τριμελής Συμβουλευτική Επιτροπή: 1. Αθανάσιος Γιαννούκας, Καθηγητής
Αγγειοχειρουργικής, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας- (Επιβλέπων)

2. Άννα Μαυροφόρου, Καθηγήτρια Δεοντολογίας-Βιοηθικής, Τμήμα Νοσηλευτικής,
Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

3. Γεώργιος Κούβελος, Επ. Καθηγητής Αγγειοχειρουργικής-Ενδοαγγειακής Χειρουργικής,
Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

“THE ROLE OF MEDICAL COUNCILS-CONSULTATIONS AT THE MODERN
MEDICAL PRACTICE”

Πίνακας Περιεχομένων

Κεφάλαιο 1 Εισαγωγή

1.1 Ιστορική αναδρομή.....	10
1.2 Ορισμός Ιατρικών Συμβουλίων.....	12
1.3 Νομοθετική Κατοχύρωση στην Ελλάδα και στα ευρωπαϊκά δεδομένα.....	13
1.4 Προϋποθέσεις συμμετοχής στα ιατρικά συμβούλια.....	13
1.5 Κριτήρια αποκλεισμού από τα ιατρικά συμβούλια.....	13
1.6 Η σύγκλιση των ογκολογικών συμβουλίων.....	14

Κεφάλαιο 2 Σκοπός

2.1 Στόχοι της μελέτης.....	16
-----------------------------	----

Κεφάλαιο 3 Μεθοδολογία

3.1 Είδος μελέτης.....	17
3.2 Κριτήρια επιλογής.....	17
3.3 Ερωτηματολόγιο.....	18
3.4 Στάδια και ενότητες υλοποίησης.....	19
3.5 Βιβλιογραφική αναζήτηση.....	19
3.6 Σχεδιασμός μελέτης.....	19
3.7 Δημιουργία πρωτοκόλλου.....	20
3.8 Ερευνητικά ερωτήματα.....	20
3.9 Διεξαγωγή συνεντεύξεων και συλλογή στοιχείων.....	20

3.10 Προστασία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα.....	20
3.11 Αδυναμίες και προβληματισμοί στην έρευνα.....	21
Κεφάλαιο 4 Αποτελέσματα	
4.1 Περιγραφή δείγματος.....	22
4.2 Κατανομή δείγματος.....	23
4.3 Απεικόνιση τομέων και ειδικοτήτων.....	26
4.4 Διαγράμματα απαντήσεων των βαθμονομημένων ερωτήσεων.....	28
Κεφάλαιο 5 Συζήτηση	
5.1 Συμβολή των Ιατρικών Συμβουλίων στη σύγχρονη ιατρική πρακτική.....	34
5.2 Η τηλεϊατρική στα Ιατρικά Συμβούλια.....	34
5.3 Εξοικονόμηση πόρων των Εθνικών Συστημάτων Υγείας και βελτιστοποίηση ποιότητας υπηρεσιών	35
5.4 Ενδυνάμωση της ιατρικής άποψης στη θεραπεία του ασθενούς.....	35
5.5 Ταχύτερη και πιο έγκυρη λήψη απόφασης με γνώμονα την υγεία του ασθενούς.....	36
5.6 Ο αντίλογος στα Ιατρικά Συμβούλια.....	37
5.7 Συμπεράσματα.....	38
Κεφάλαιο 6 Βιβλιογραφία	
6.1 Ελληνόγλωσση Βιβλιογραφία.....	39
6.2 Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία.....	40
6.3 Παράρτημα.....	41

Πρόλογος-ευχαριστίες

Ευχαριστώ θερμά τον καθηγητή, κύριο Αθανάσιο Δ. Γιαννούκα και την Καθηγήτρια κυρία Άννα Μαυροφόρου για την εμπιστοσύνη τους και τη διαρκή τους αρωγή στην προσπάθεια αυτή.

Περίληψη

Εισαγωγή

Ανέκαθεν υπήρχαν ιατρικά συμβούλια, τα οποία ελάμβαναν χώρα στις κλινικές και στα τμήματα των νοσηλευτικών ιδρυμάτων της χώρας μας. Πρώτος ο Ιπποκράτης, στην Αρχαία Ελλάδα, έθεσε τις βάσεις του συλλογικού ιατρικού λειτουργήματος στο έργο του με τίτλο “Παραγγελία”. Το ιατρικό συμβούλιο είναι ένα σύνολο ιατρών, οι οποίοι καλούνται, να συναποφασίσουν σχετικά με τη λήψη της βέλτιστης για τον ασθενή θεραπείας.

Σκοπός

Η παρούσα έρευνα στοχεύει στη διερεύνηση του ρόλου των Ιατρικών Συμβουλίων στη σύγχρονη ιατρική πρακτική. Στην περίοδο της πανδημίας ολοένα και αυξάνονται τα σύνθετα ιατρικά περιστατικά, που χρήζουν άμεσης αντιμετώπισης, μέσα από την άρτια συνεργασία και συναπόφαση περισσότερων ιατρικών ειδικοτήτων και τομέων.

Μεθοδολογία

Πρόκειται για κλειστή μελέτη ποιοτικού τύπου, χρησιμοποιήθηκε ως εργαλείο η μέθοδος της συνέντευξης με ερωτηματολόγιο, με δώδεκα βαθμονομημένες ερωτήσεις και επιλέχθηκε ως πληθυσμός, το σύνολο των εργαζόμενων κλινικών ιατρών, ειδικευόμενων και ειδικευμένων του τριτοβάθμιου νοσοκομείου στην Πάτρα, του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Πατρών ‘Παναγία η Βοήθεια’ με έδρα το Ρίο Πατρών.

Αποτελέσματα

Στην έρευνα συμμετείχαν γυναίκες και άνδρες, 25 – 67 ετών από 13 ιατρικές ειδικότητες, οι οποίοι ανέδειξαν την υψηλή σημασία των Ιατρικών Συμβουλίων με ποσοστό 74% να δηλώνει ότι έχει συμμετάσχει σε αυτά, ενώ ποσοστό 45% αγνοεί τον ορισμό τους. Οι ερωτηθέντες κατά 91% έδειξαν ότι οι αποφάσεις των ιατρικών συμβουλίων γίνονται αποδεκτές από τους ασθενείς και ποσοστό 93% κατέδειξε τη θετική έκβαση στην πορεία της υγείας των ασθενών.

Συζήτηση

Σήμερα περισσότερο από οποτεδήποτε άλλοτε, τα Ιατρικά Συμβούλια λαμβάνουν χώρα σε όλες σχεδόν τις κλινικές και τα τμήματα των νοσοκομείων της χώρας. Ακόμη κι όταν δεν έχουν την κλασική μορφή της σύγκλησης των ιατρών προς συνεδρίαση, διεξάγονται με τη μορφή των σημειώσεων και κατευθυντήριων οδηγιών επί χάρτου. Η επιστήμη της ιατρικής και η αξία του γιατρού δεν μειώνεται με τη σύγκληση ιατρικού συμβουλίου. Αντίθετα, τούτο χρειάζεται θάρρος και αναδεικνύει την υψηλή ηθική του αξία και την προτεραιότητα, που δίνει στη θεραπεία του ασθενούς.

Λέξεις-κλειδιά: Ιατρικά Συμβούλια, σύγχρονη κλινική πρακτική, ιατρικά περιστατικά, κρίσιμες αποφάσεις, Ιπποκράτης, θεραπεία ασθενών.

Abstract

Introduction

There have always been medical councils, which take place in the clinics and departments of the health care units of Greece. Hippocrates was the first in Ancient Greece to lay the foundations of the collective medical function in his work entitled "Orders". The medical council is a set of physicians, who are called upon to decide together on receiving the best treatment for the patient.

Aim

The present research aims to investigate the role of Medical Councils in modern medical practice. In the period of the pandemic, there are more and more medical complex medical cases that need immediate treatment through the perfect cooperation and co-decision of more medical specialties and fields.

Methods

This is a closed quality study, the interview method was used as a tool with a questionnaire, with twelve calibrated questions and was selected as a population, the working clinicians, physicians, and specialists of the tertiary hospital in Patras, the University General Hospital of Patras based in Rio Patras Greece.

Results

Doctors of both genders across 13 medical specialties participated in this research, highlighting the importance of medical councils. The majority of them (74%) replied that they have been in a medical council but, almost half of them (45%) seems not to know the definition of a medical council. The vast majority of them (91%) replied that the decisions made by a medical council were accepted by the patient in need and 93% replied that these decisions helped patient's condition in the best possible way.

Discussion

Today more than ever, Medical Councils take place in almost all clinics and hospital divisions of the country. Even when they do not have the classic form of organized meetings of doctors, they are conducted in the form of notes and guidelines on paper. The science of medicine and

the value of the doctor is not diminished by the convening of a medical council. Instead, it reveals courage and highlights high moral value and priority on patient's treatment.

Key Words: medical councils, modern day clinical practice, patients, physician's decision, Hippocrates.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Ιστορική αναδρομή

Ανέκαθεν υπήρχαν ιατρικά συμβούλια, τα οποία λάμβαναν χώρα στις κλινικές και στα τμήματα των νοσηλευτικών ιδρυμάτων της χώρας μας. Πρώτος ο Ιπποκράτης, στην Αρχαία Ελλάδα, έθεσε τις βάσεις του συλλογικού ιατρικού λειτουργήματος στο έργο του με τίτλο “Παραγγελίαι”. Στην παράγραφο 8 αναφέρει: “οὐκ ἀσχήμων δέ, οὐδ’ ἦν τις ἰητρὸς στενοχωρέων τῷ παρεόντι ἐπὶ τινι νοσέοντι καὶ ἐπισκοτεόμενος τῇ ἀπειρίῃ κελεύῃ καὶ ἐτέρους ἐσάγειν, εἵνεκα τοῦ ἐκ κοινολογίης ἱστορήσαι τὰ περὶ τὸν νοσέοντα, καὶ συνεργοὺς γενέσθαι ἐς εὐπορίην βοηθήσιος. ἐν γὰρ κακοπαθείης παρεδρὴ ἐπιτείνοντος τοῦ πάθεος, δι’ ἀπορίην τὰ πλεῖστα ἐκκλίνουσι τῷ παρεόντι· θαρρητέον οὖν ἐν καιρῷ τοιοῦτῳ· οὐδέποτε γὰρ ἐγὼ τὸ τοιοῦτο ὀριεῦμαι, ὅτι ἡ τέχνη κέκριται περὶ τούτου. μηδέποτε φιλονεικεῖν προσκυρόντας ἐωτοῖσι καὶ κατασιλλαίνειν· ὁ γὰρ ἂν μεθ’ ὄρκου ἐρέω, οὐδέποτε ἰητροῦ λογισμὸς φθονήσειεν ἂν ἐτέρῳ· ἀκιδνὸς γὰρ ἂν φανείη· ἀλλὰ μᾶλλον οἱ ἀγχιστεύοντες ἀγοραίης ἐργασίης πρήσσουσι ταῦτα εὐμαρέως. καίτοι γε οὐδὲ ψευδέως κατα νενόηται· πάση γὰρ εὐπορίῃ ἀπορίῃ ἔνεστι’”.

Αποδίδεται αυτό το τμήμα της παραγράφου 8 ως εξής: “Αν ο γιατρός, σε κάποια περίπτωση ασθενούς, βρεθεί σε δύσκολη θέση και εξαιτίας της απειρίας του δεν βλέπει καθαρά την κατάσταση, δεν είναι κακό, να καλεῖ άλλους γιατρούς, ώστε να εξετάσουν από κοινού τον ασθενή και να συνεργαστούν στον προσδιορισμό της κατάλληλης θεραπείας. Στην εμφάνιση σοβαρής πάθησης και όταν αυτή επιδεινώνεται, εκείνη τη στιγμή, λόγω αμηχανίας, διαφεύγουν τα περισσότερα πράγματα. Πρέπει τότε, λοιπόν, να έχουν θάρρος. Γιατί εγώ ποτέ δεν θα ορίσω, ότι η ιατρική επιστήμη κρίνεται από αυτό. Ούτε και οι θεράποντες γιατροί πρέπει, να φιλονικούν μεταξύ τους και να ειρωνεύονται ο ένας τον άλλο, γιατί – αυτό το βεβαιώνω με ὄρκο – η σκέψη του γιατροῦ δεν θα μπορούσε να τον οδηγήσει, να φθονήσει άλλον γιατρό, επειδή κάτι τέτοιο θα πρόδιδε αδυναμία. Με αυτό τον τρόπο συμπεριφέρονται εύκολα μόνο όσοι έχουν επαγγέλματα παραπλήσια της αγοράς. Το θέμα όμως δεν έχει κατανοηθεί καθόλου λανθασμένα. Γιατί σε κάθε αφθονία συνυπάρχει και η ἔλλειψη”. (Οδυσσεῆς Χατζόπουλος, *Ιπποκράτης, Παραγγελίαι, Γενική Ιατρική, Άπαντα 1, Αρχαία Ελληνική Γραμματεία, Οἱ Ἕλληνες, εκδόσεις Κάκτος, 1993, σ. 204 – 207.*)

Στο έργο αυτό, ο Ιπποκράτης, εγκαθιδρύει την ιατρική συνεργασία συναδέλφων με γνώμονα τις επιταγές της Ιατρικής Ηθικής, όπως άλλωστε σε άλλο του βιβλίο αλλά και στον

παγκοσμίως γνωστό του όρκο, επιτάσσει. Συγκεκριμένα, βλέποντας ως άριστο και βέλτιστο στόχο τα αγαθά της ζωής και της υγείας του ασθενούς, απαγορεύει στους ιατρούς, να λειτουργούν με οιονδήποτε τρόπο, που να βλάπτει τον ασθενή. Ειδικότερα, επιβάλλει την αгаστή σύμπνοια και συνεργασία με την αποφυγή συναδελφικών συγκρούσεων, φιλονικιών και αλληλοχλευασμών. Πιστεύει βαθιά, ότι αν χρειάζεται, να συνεργαστούν περισσότεροι ιατροί λόγω σύνθετης νόσου, τότε αυτοί πρέπει, να συμφωνήσουν τόσο ως προς την κοινή εξεύρεση της καλύτερης θεραπείας προς την ίαση του ασθενούς, όσο και ως προς τη μεταξύ τους πορεία, στην οποία δεν πρέπει, να ελλοχεύουν κίνδυνοι τιθέμενοι εκατέρωθεν των συναδέλφων. Αυτό φαίνεται σημαντικό, διότι κανένας ιατρός δεν πρέπει, να τυγχάνει εμπαιγμού, αν εμφανίζεται αγχώδης ή αμήχανος εμπρός στη θέα ενός δύσκολου περιστατικού. Επιπροσθέτως, η έλλειψη πείρας δημιουργεί την άμεση ανάγκη αναζήτησης επιστημονικής συνδρομής, ακόμη και σε όχι τόσο σύνθετα περιστατικά.

Όλα αυτά, έχουν ιδιαίτερη σημασία για τον Ιπποκράτη, καθότι στην παράγραφο 9 του ίδιου έργου, θεωρεί, ότι τέτοιες αξίες ενυπάρχουν στην ουσία της ιατρικής τέχνης, ώστε να αποτελούν αναπόσπαστο εφόδιο οποιουδήποτε αισιόδοξου επιστήμονα αποφασίσει, να ακολουθήσει τις δύσβατες ατραπούς του ιατρικού λειτουργήματος. Οι αξίες και τα ιδανικά της Αρχαίας Ελλάδας και της ιατρικής παρακαταθήκης διατηρήθηκαν στο πέρας των αιώνων με τα σύγχρονα ελληνικά νομοθετήματα, να τυποποιούν εκ νέου τους κανόνες και τις μεθόδους. (W. H. S. Jones. *Hippocrates Collected Works I. Hippocrates. Cambridge. Harvard University Press. 1868.*)

Ορισμός Ιατρικών Συμβουλίων

Δεν υφίσταται ένας συγκεκριμένος ορισμός, που να αφορά στα Ιατρικά Συμβούλια, παρά μόνο ότι αυτά εγκαθιδρύονται και λειτουργούν στα νοσοκομεία με την κατάλληλη σύνθεση. Αν κάποιος επιθυμούσε, να δώσει έναν σύντομο μη περιγραφικό ορισμό, θα έπρεπε, να ανατρέξει στη διδασκαλία του Ιπποκράτη και να διερευνήσει τις βασικές αρχές της ιατρικής επιστήμης. Παρά ταύτα, με μία σύντομη προσέγγιση θα ήταν αποδεκτό, να ειπωθεί, ότι το ιατρικό συμβούλιο είναι ένα σύνολο ιατρών, οι οποίοι καλούνται, να συναποφασίσουν σχετικά με τη λήψη της βέλτιστης για τον ασθενή θεραπείας, το συντομότερο δυνατόν, πάντα σύμφωνα με τις αρχές της ιατρικής ηθικής και της νομοθεσίας. Όσο εύκολα μπορεί κανείς, να ορίσει μία τόσο σύνθετη διαδικασία, τόσο δύσκολη καθίσταται η σύμπτωση όλων αυτών των

παραγόντων και προϋποθέσεων στην σύγχρονη καθημερινή ιατρική πρακτική. Το εγχείρημα ξεκινά από τον Ιπποκράτη, ο οποίος διδάσκει, ότι ο ασθενής πρέπει, να εμπιστευτεί τυφλά τον ιατρό του και να ακολουθήσει ακριβώς ό,τι του προτείνει, ενώ ο ιατρός πρέπει, να συμβουλευτεί τον πιο έμπειρο ή και πιο καταρτισμένο συνάδελφό του, όπου αυτό απαιτείται, προς αποφυγήν μη αναστρέψιμου σφάλματος. (Κ. Κρεμαλής, Το Δίκαιο της Υγείας (2), Νομική Βιβλιοθήκη, 2011)

Εννοιολογική προσέγγιση των Ιατρικών Συμβουλίων

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας ιδρύθηκε στις 7 Οκτωβρίου του 1983 με το νόμο 1397/83, αλλά συμβούλια σε επίπεδο ιατρικών ειδικοτήτων υπήρχαν πολλές δεκαετίες νωρίτερα. Σε αυτό το νομοθέτημα, συναντάμε τα πρώτα περιφερειακά συμβούλια υγείας (ΠΕ.Σ.Υ.), καθώς και το κεντρικό συμβούλιο υγείας (ΚΕ.Σ.Υ.), όπως και την Επιστημονική Επιτροπή. Ωστόσο, λειτουργούν σε περιφερειακό και εθνικό επίπεδο και η σύνθεσή τους είναι ευρύτερη της ιατρικής ειδικότητας, ξεπερνώντας τις ανάγκες των κατά τόπους κλινικών και νοσοκομείων.

Η δε επιστημονική επιτροπή του νοσοκομείου επιλαμβάνεται θεμάτων κυρίως διοικητικών και επιστημονικών αλλά όχι ενδοκλινικών περιστατικών. Κάθε φορά που προέκυπτε κάποιο επιστημονικά ενδιαφέρον περιστατικό ασθενούς, οι ιατροί συναποφάσιζαν ποια εκ των κατάλληλων θεραπειών θα έπρεπε, να εφαρμοστεί με τις λιγότερες κατά το δυνατόν παρενέργειες για τη ζωή και την υγεία του πάσχοντος.

Επιπροσθέτως, ιατρικά συμβούλια καλούνται και τα ανώτερα διοικητικά συμβούλια των κατά τόπους ιατρικών συλλόγων, καθώς επίσης και τα πειθαρχικά συμβούλια, που εξετάζουν ιατρικές αμέλειες των ιατρών κατά την άσκηση των καθηκόντων τους, Άτυπα, λοιπόν, συμβούλια πραγματοποιούνται διαχρονικά και είναι πολλές φορές κρίσιμα ως προς το παραγόμενο συμπέρασμα και τη σημασία του για ασθενείς, συνοδούς και ειδικευόμενους ιατρούς.

Πολλές φορές, η συζήτηση μεταξύ τριών επιμελητών παθολόγων στο διάδρομο της κλινικής, μπορεί, να έχει καίρια σημασία και το συμπέρασμα, να διαδραματίσει καταλυτικό ρόλο για την πορεία ενός ασθενή.

Η τυποποίηση, όμως και η αποκρυστάλλωση του επιστημονικού όρου "Ιατρικά Συμβούλια" θα γίνει μόλις στις αρχές του 21^{ου} αιώνα, με το νόμο 3418/2005, ο οποίος τυποποιεί τη στενή έννοια του όρου στο χώρο της κλινικής. (Ν. 1397/83)

Η εγκαθίδρυση των Ιατρικών Συμβουλίων στην ελληνική έννομη τάξη

Κατά το άρθρο 8 παρ. 7 Ν. 3418/2005, εισάγεται για πρώτη φορά στην ελληνική έννομη τάξη η έννοια των ιατρικών συμβουλίων ως δικαίωμα του ασθενούς. Περιλαμβάνεται στο τρίτο κεφάλαιο του κώδικα ιατρικής δεοντολογίας, που φέρει τον τίτλο "σχέσεις ιατρού και ασθενή". Το άρθρο έχει ως τίτλο: "η ιατρική ως σχέση εμπιστοσύνης και σεβασμού". Στην παράγραφο 7 ορίζεται, ότι: "ο ιατρός είναι υποχρεωμένος, να διευκολύνει τη συγκρότηση ιατρικού συμβουλίου, όταν το ζητούν ο ασθενής ή οι οικείοι του".

Στο πλαίσιο αυτό αποτυπώνονται έμπρακτα και οι δύο αρχές του τίτλου του άρθρου, αφού ο ασθενής εμπιστεύεται την υγεία του σε μία ομάδα εξειδικευμένων ιατρών και ταυτόχρονα ο ιατρός σέβεται το αίτημα του ασθενή για σύγκληση ιατρικού συμβουλίου, με γνώμονα το βέλτιστο αποτέλεσμα.

Στο άρθρο 22 του ίδιου νόμου που φέρει τίτλο, Ιατρικά Συμβούλια, προσδιορίζεται με λεπτομέρεια η συγκρότησή τους και η λειτουργία τους. Αναλυτικά:

1. Αν ο ιατρός, ο ασθενής ή οι οικείοι του κρίνουν σκόπιμη τη συγκρότηση ιατρικού συμβουλίου, ο θεράπων ιατρός μπορεί, να υποδείξει σύμβουλο της επιλογής του. Είναι όμως υποχρεωμένος, να αφήσει στην οικογένεια ελευθερία επιλογής με βάση το συμφέρον του αρρώστου και τις μεταξύ τους σχέσεις εμπιστοσύνης.
2. Εάν ο ασθενής ή οι οικείοι του επιλέξουν ως σύμβουλο, ιατρό με τον οποίο ο θεράπων ιατρός δεν διατηρεί αγαθές επαγγελματικές σχέσεις, ο τελευταίος μπορεί, να αποσύρεται χωρίς δικαιολογία. Το ίδιο ισχύει προκειμένου για την εκλογή ειδικού ιατρού, εργαστηριακού ή κλινικού.
3. Ο θεράπων ιατρός οφείλει, να πληροφορεί τον ασθενή ή τους οικείους του για κάθε λεπτομέρεια, που αφορά στο ιατρικό συμβούλιο, καθώς και για την οφειλόμενη αμοιβή.
4. Ο θεράπων ιατρός καλεί το σύμβουλο ιατρό, ορίζει την ημέρα, την ώρα και το χώρο, που θα συνέλθει το συμβούλιο και συντονίζει τη διαδικασία.

Κατά την περίοδο της πανδημίας, τα Ιατρικά Συμβούλια έχουν έρθει αντιμέτωπα με την σθεναρή άρνηση ασθενών με covid, να διασωληνωθούν, αν και αποτελούν επείγοντα περιστατικά και δεν είναι δυνατόν, να διατηρηθούν στη ζωή με άλλον τρόπο. Ακόμη κι αν οι ασθενείς ή οι συνοδοί ασθενών διατυπώνουν άρνηση στην παροχή ιατρικής φροντίδας, τα Ιατρικά Συμβούλια θα πρέπει, να διατυπώνουν ομόφωνες έγγραφες αποφάσεις με συστάσεις προς αποφυγή ιατρικών ευθυνών, σε περιπτώσεις όπου τελικά ο ασθενής καταλήξει.

(Ν. 3418/2005)

Η διεξαγωγή του ιατρικού συμβουλίου περιλαμβάνει:

- α) σύντομη προ-εισηγητική διάσκεψη κατά την οποία την εισήγηση διατυπώνει ο θεράπων ιατρός,
- β) εξέταση του ασθενή από καθέναν από τους συμβούλους,
- γ) ιδιαίτερη σύσκεψη των ιατρών η οποία ακολουθεί την εξέταση και
- δ) ανακοίνωση προς την οικογένεια του πορίσματος του συμβουλίου από εκείνον, που το διηύθυνε.

Εάν προκύψει διαφορά γνώμων, ο θεράπων ιατρός μπορεί, είτε να αποδεχθεί τη γνώμη του συμβούλου ιατρού είτε, εφόσον την κρίνει άστοχη ή επιζήμια, να αποποιηθεί την ευθύνη. Στην περίπτωση αυτή γνωστοποιεί τη διαφωνία του στον ασθενή ή στην οικογένειά του και ζητά τη συγκρότηση άλλου συμβουλίου, εάν το κρίνει σκόπιμο και προς το συμφέρον του ασθενή. Εφόσον η οικογένεια προτιμήσει τη γνώμη του συμβούλου ή αποκρούσει τη σύσταση νέου συμβουλίου, ο θεράπων ιατρός δικαιούται, να αποσυρθεί.

5. Ο σύμβουλος ιατρός δεν μπορεί, να γίνει θεράπων ιατρός του ασθενή, παρά μόνον στην περίπτωση, που ο θεράπων ιατρός, ο οποίος τον κάλεσε, τον εξουσιοδοτεί ρητά ως προς αυτό ή εάν διαφωνήσει και αποχωρήσει, εφόσον ληφθεί πάντοτε υπόψη η προτίμηση του ασθενή.

6. Όταν παρουσιάζεται ανάγκη πρόσκλησης ειδικού ιατρού ή χειρουργού, ο θεράπων ιατρός μπορεί, να υποδείξει τους καταλληλότερους κατά την κρίση του, δεν επιτρέπεται όμως, να παραβλέψει τις προτιμήσεις του ασθενή, παρά μόνον σε περίπτωση προσωπικής διάστασης ή αδυναμίας, να συνεργασθεί με τον ειδικό ιατρό ή τον χειρουργό, που προτιμά ο ασθενής. Το ίδιο ισχύει και προκειμένου για την εκλογή θεραπευτηρίου, εργαστηρίου και νοσηλευτικού ιδρύματος.

7. Οι χειρουργοί, οι ειδικοί ιατροί και οι εργαστηριακοί ιατροί, προς τους οποίους παραπέμπεται ο ασθενής από τον θεράποντα ιατρό του, είναι υποχρεωμένοι να γνωστοποιούν στον τελευταίο το πόρισμα της εξέτασης. Αφού εκπληρώσουν αυτήν την εντολή, δεν

επιτρέπεται να διατηρούν περαιτέρω σχέσεις ιατρικής φύσεως με τον ασθενή και ιδιαίτερα για θέματα εκτός της ειδικότητάς τους. (Ν. 3418/2005)

Η ιδιάζουσα περίπτωση των **ογκολογικών συμβουλίων**

Σε όσα νοσοκομεία καθίσταται εφικτό, συστήνονται Ογκολογικά Συμβούλια, με αποστολή:

A. την παρακολούθηση της εφαρμογής του πλάνου θεραπείας του ασθενούς,

B. την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων αυτής και της συνολικής πορείας της νόσου,

Γ. την εκτίμηση των αναγκών του ασθενούς ανάλογα με την ανταπόκριση τους στις διάφορες θεραπευτικές μεθόδους,

Δ. την τροποποίηση ή τη διακοπή του πλάνου θεραπείας, όπου αυτό κρίνεται αναγκαίο. Σκοπός των ογκολογικών συμβουλίων είναι η εξασφάλιση της εφαρμογής των ενιαίων και αποδεκτών ιατρικών πρωτοκόλλων και κατευθυντήριων οδηγιών, η διασφάλιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών στους ασθενείς, η αποφυγή της υπό-θεραπείας ή το αντίστροφο των μη ωφέλιμων διαγνωστικών πράξεων και επεμβάσεων, η επιλογή της οικονομικότερης θεραπείας μεταξύ περισσότερων εξίσου ωφέλιμων, η ενθάρρυνση και ενίσχυση της συνεργασίας των ιατρικών ειδικοτήτων στην πολύπλευρη αντιμετώπιση των κακοηθών νεοπλασιών, καθώς και η προαγωγή της ιατρικής εκπαίδευσης.

α. Με απόφαση του Διοικητή του νοσοκομείου, η οποία εκδίδεται μετά από γνωμοδότηση του επιστημονικού συμβουλίου και της ογκολογικής επιτροπής συντάσσεται Εσωτερικός Κανονισμός σύστασης και λειτουργίας των Ογκολογικών Συμβουλίων.

β. Τα Ογκολογικά Συμβούλια συστήνονται ανάλογα με το όργανο του σώματος, που προσβάλλει η νόσος, σε ενότητες, οι οποίες προβλέπονται στον Εσωτερικό Κανονισμό.

γ. Αποτελούνται από μόνιμα και μη μόνιμα μέλη. Οι ιατροί μόνιμα μέλη μπορεί, να είναι Συντονιστές Διευθυντές ή Διευθυντές ή Επιμελητές και συγκεκριμένα ένας παθολόγος-ογκολόγος, ένας ακτινοθεραπευτής-ογκολόγος, ένας χειρουργός-ογκολόγος, ένας παθολογοανατόμος. Τα μόνιμα μέλη επιλέγονται από το Διευθυντή της Ιατρικής Υπηρεσίας για συγκεκριμένο χρονικό διάστημα κατ' έτος, που μπορεί, να ανανεωθεί μία φορά, έτσι ώστε να εναλλάσσονται κυκλικά περισσότεροι ιατροί των κλινικών του νοσοκομείου.

Επίσης, συμμετέχει ο θεράπων ιατρός, ο οποίος εισάγει τον ιατρικό φάκελο του ασθενούς προς συζήτηση. Ως μη μόνιμα μέλη μπορεί, να προσκληθούν από τα μόνιμα μέλη ή τον θεράποντα ιατρό ιατροί άλλων ειδικοτήτων, όπως ψυχίατρος, ακτινοδιαγνώστης, πυρηνικός ιατρός. Σε κάθε Ογκολογικό Συμβούλιο συμμετέχει, επίσης, ως μόνιμο μέλος κι ένας νοσηλευτής.

Ακόμα μπορούν, να προσκληθούν από τα μόνιμα μέλη ή τον θεράποντα ιατρό ο κλινικός φαρμακοποιός, ο διαιτολόγος ή διοικητικός υπάλληλος. Ειδικευόμενοι ιατροί των συναφών ειδικοτήτων παρακολουθούν υποχρεωτικά τα Ογκολογικά Συμβούλια. Εάν δεν απασχολούνται σε κάποιο νοσοκομείο ιατροί των απαιτούμενων ειδικοτήτων, επιδιώκεται συνεργασία με το πλησιέστερο νοσοκομείο, η οποία μπορεί, να διευκολύνεται με ηλεκτρονικά μέσα επικοινωνίας και τηλεδιάσκεψης. (Νόμος 4052/2012 - Άρθρο 135 παρ. 1)

δ. Με συμφωνία των μόνιμων μελών ορίζεται εξ αυτών εκ περιτροπής ένας συντονιστής, ο οποίος αναλαμβάνει τη συλλογή των περιστατικών, που πρόκειται, να συζητηθούν στο Ογκολογικό Συμβούλιο από τους ιατρούς και εξετάζει την πληρότητα του ιατρικού φακέλου. Στον Εσωτερικό Κανονισμό προβλέπονται τα απαιτούμενα έγγραφα και πληροφορίες, ώστε ο φάκελος να είναι πλήρης.

Ο Διοικητής και ο Αναπληρωτής Διοικητής του Νοσοκομείου, ο Διευθυντής της Ιατρικής Υπηρεσίας, ο εκπρόσωπος των ιατρών στο Διοικητικό Συμβούλιο, η Ογκολογική Επιτροπή και το Επιστημονικό Συμβούλιο του νοσοκομείου μπορούν, να ζητήσουν από το συντονιστή την κατά προτεραιότητα εξέταση κάποιων περιστατικών από το Ογκολογικό Συμβούλιο ή αντίστροφα μπορούν, να ζητήσουν την απόφαση των Ογκολογικών Συμβουλίων για ένα ή περισσότερα περιστατικά. Επίσης, ο συντονιστής συγκεντρώνει τα περιστατικά, που παραπέμπονται από την ιατρική ομάδα, σύμφωνα με τα οριζόμενα στην παράγραφο 1 του παρόντος.

ε. Στα Ογκολογικά Συμβούλια παραπέμπονται όλα τα περιστατικά κακοηθών νεοπλασιών, που αντιμετωπίζονται στο νοσοκομείο. Στον Εσωτερικό Κανονισμό προβλέπεται η συχνότητα και ο τόπος συνεδρίασης των Ογκολογικών Συμβουλίων, όπως και η γραμματειακή τους υποστήριξη, εάν αυτό είναι εφικτό.

στ. Οι εισηγήσεις των μελών καταγράφονται υποχρεωτικά στον ιατρικό φάκελο, όπως και η απόφαση του Ογκολογικού Συμβουλίου. Την ευθύνη υλοποίησής της έχει ο θεράπων ιατρός.

Ο ασθενής δικαιούται να λάβει γνώση των εισηγήσεων και της απόφασης και να ζητήσει αναλυτική ενημέρωση από τον θεράποντα ιατρό και οποιοδήποτε μέλος του Ογκολογικού Συμβουλίου.

(Νόμος 4052/2012 - Άρθρο 135 παρ. 1)

Κατά κανόνα τα ιατρικά συμβούλια απαρτίζονται από περισσότερες ειδικότητες και εξειδικευμένους ιατρούς, ιδιαίτερα όταν ένα περιστατικό χρήζει άμεσης απόφασης. Ωστόσο, εξαίρεση αποτελεί ο θεσμός του ογκολογικού συμβουλίου, όπου οι συμμετέχοντες είναι ογκολόγοι του ίδιου τμήματος ή κλινικής.

Πολλές φορές, ο ασθενής παρουσιάζει πολλαπλές μεταστάσεις και η ενδεδειγμένη θεραπεία ελλοχεύει κινδύνους με κόστος τη ζωή του πάσχοντος. Συχνά απαιτείται συνεργασία ακτινοθεραπευτικής ογκολογίας, παθολογικής ογκολογίας, παθολογο-ανατομικής και χειρουργικής ογκολογίας προκειμένου, να πετύχει η δέουσα θεραπευτική απόφαση του συμβουλίου. Κατά τον ίδιο τρόπο, χρήζει συζήτησης η σειρά των θεραπευτικών επεμβάσεων κατά το μέτρο, που ο ασθενής θα αντέξει καλύτερα τις όποιες παρενέργειες, (δεν προηγείται πάντα η ακτινοθεραπεία έναντι της χειρουργικής αφαίρεσης ενός κακοήθους όγκου).

Εξαιτίας του πολύ υψηλού κόστους των φαρμάκων στους ογκολογικούς ασθενείς, συστήνεται οι αποφάσεις των ογκολογικών συμβουλίων, να περνούν στους αρμόδιους διοικητές των νοσηλευτικών ιδρυμάτων, με στόχο την κατά το δυνατόν εξοικονόμηση πολύτιμων πόρων, για άμεση επένδυση σε μελλοντικά και πιο αποτελεσματικά σχήματα, καθόσον η ογκολογία είναι εξαιρετικά δυναμικό μέγεθος και οι εργαστηριακές εξελίξεις και ανακαλύψεις δίνουν συνεχώς νέα ελπιδοφόρα δεδομένα για πιο επιτυχημένες θεραπείες ασθενών.

Με τον τρόπο αυτόν ξεκινά και η πιο ενεργή συμμετοχή των Ιατρικών Συμβουλίων στο διοικητικό σύστημα, με προτάσεις για ορθότερη κρίση και λήψη αποφάσεων από τα διοικητικά στελέχη, που επιφορτίζονται με τον ρόλο αυτό.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΣΚΟΠΟΣ

Η παρούσα έρευνα στοχεύει στη διερεύνηση της κατανόησης από μέρος των ιατρών του ρόλου των Ιατρικών Συμβουλίων και ποια είναι η γνώμη τους για το επίπεδο αποδοχής αυτών από τους ασθενείς.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Η ποιοτική έρευνα όπως η συγκεκριμένη μελέτη, βασίζεται κυρίως σε συνεντεύξεις, που αποσκοπούν στην άμεση λήψη πληροφοριών από τους ερωτώμενους και χρησιμοποιούνται συνηθέστερα στις κοινωνικές επιστήμες για την περιγραφή, κατανόηση και ανάλυση κοινωνικών φαινομένων και σχέσεων μεταξύ διαφορετικών ομάδων (Weinreich, 2008).

Στόχος της, είναι η ολική κατανόηση του υπό διερεύνηση θέματος και συνήθως το δείγμα της έρευνας είναι μικρό, ενώ εξετάζονται κυρίως τα ερωτήματα «πώς» και «γιατί» σε αντίθεση με την ποσοτική, η οποία εξετάζει τα ερωτήματα «πόσο» και «ποιός». Τα συμπεράσματα, που προκύπτουν, αφορούν τα μέλη του δείγματος που εξετάστηκε, δεν αντανακλούν απαραίτητα τις απόψεις του γενικού πληθυσμού. (Ιωσηφίδης, 2003).

Για την εκπόνηση της παρούσας διπλωματικής εργασίας, επιλέχθηκε ως πληθυσμός, το σύνολο των εργαζόμενων κλινικών ιατρών του τριτοβάθμιου νοσοκομείου στην Πάτρα, του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Πατρών 'Παναγία η Βοήθεια' με έδρα το Ρίο Πατρών. Οι λόγοι που επηρέασαν την επιλογή αυτή είναι αρκετοί:

1. Το μεγαλύτερο δυνατό νοσηλευτικό ίδρυμα με την απαραίτητη εγγύτητα και προσβασιμότητα.
2. Την προσβασιμότητα σε κατά το δυνατόν περισσότερες κλινικές και τμήματα.
3. Την πληρότητα του εγχειρήματος με τη δυνατότητα συμμετοχής όσο το δυνατόν περισσότερων ειδικοτήτων και υποειδικοτήτων.
4. Τη δυνατότητα ολοκλήρωσης των συνεντεύξεων στον ιδιαίτερα περιορισμένο χρόνο για την καταγραφή της παρούσας αλλά και τα στενά χρονικά περιθώρια, που απομένουν στους ιατρούς λόγω της πανδημίας.

Ερωτηματολόγιο

Για την παρούσα κλειστή μελέτη ποιοτικού τύπου, χρησιμοποιήθηκε ως εργαλείο η μέθοδος της συνέντευξης με ερωτηματολόγιο, του οποίου οι ερωτήσεις ήταν οι ακόλουθες:

1. Φύλο: Άνδρας ____ Γυναίκα ____
2. Ηλικία: **25 – 40** ____ **41 – 55** ____ **56 – 67** ____ετών
3. Ειδικότητα:
4. Τομέας απασχόλησης: **Παθολογικός** ____ **Χειρουργικός** ____
5. Γνωρίζετε τον ορισμό των ιατρικών συμβουλίων; **Ναι** ____ **Όχι** ____
6. Έχετε συμμετάσχει ιατρικά συμβούλια; **Ναι** ____ **Όχι** ____
7. Πόσο συχνά συγκαλούνται ιατρικά συμβούλια στην κλινική σας;
Σπάνια ____ **Συχνά** ____
8. Πώς λαμβάνονται οι αποφάσεις στα ιατρικά συμβούλια;
Ομόφωνα ____ **Πλειοψηφία** ____
9. Αποδέχονται οι ασθενείς τις αποφάσεις των ιατρικών συμβουλίων;
Ναι ____ **Όχι** ____
10. Πόσο θετική έκβαση έχουν οι αποφάσεις των ιατρικών συμβουλίων στην πορεία του ασθενούς; **Θετική** ____ **Αρνητική** ____
11. Είναι όλες οι αποφάσεις σύμφωνες με τη νομοθεσία και την ιατρική ηθική; **Ναι** ____
Όχι ____
12. Πιστεύετε, ότι τα ιατρικά συμβούλια πρέπει, να καταστούν υποχρεωτικά;
Ναι ____ **Όχι** ____

Η εγκυρότητα διασφαλίστηκε με τη μέθοδο test – retest group, όπου αρχικά ελήφθησαν δέκα σύνολα απαντήσεων από κλινικούς ιατρούς και εν συνεχεία επαναδιατυπώθηκαν οι ερωτήσεις και επαναστάλθηκαν στην ίδια ομάδα συναδέλφων.

Στάδια και ενότητες υλοποίησης

E-1: Προετοιμασία και αναζήτηση κατάλληλων εργασιών για την βιβλιογραφική ανασκόπηση.

E-2: Ανάπτυξη ερωτηματολογίου-επιλογή δείγματος.

E-3: Χορήγηση ερωτηματολογίων.

E-4: Στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων (περιγραφική στατιστική και ανάλυση παραγόντων).

E-5: Συγγραφή της διπλωματικής εργασίας.

Στάδια- Ενότητες	ΙΟΥΛ	ΙΟΥΛ	ΑΥΓ	ΣΕΠΤΕΜ	ΟΚΤΩΒ	ΝΟΕΜΒ	ΔΕΚΕΜ	ΙΑΝ
E-1								
E-2								
E-3								
E-4								
E-5								

Βιβλιογραφική αναζήτηση

Έγινε επισκόπηση σε τρεις σημαντικές φάσεις, ώστε να αποτυπωθεί, κατά το δυνατόν η διαθέσιμη βιβλιογραφία. Πρώτα, αναζητήθηκε το υλικό, που αφορά στα Ιατρικά Συμβούλια στην Αρχαία Ελλάδα και κυρίως στον Ιπποκράτη και στο Γαληνό. Ύστερα, ερευνήθηκε η ευρωπαϊκή και αμερικάνικη οπτική των Ιατρικών Συμβουλίων και κατόπιν, συμπεριλήφθηκε το σύγχρονο ελληνικό νομοθετικό και ιστορικό σύνολο δεδομένων. Σημαντική πηγή πληροφοριών αποτέλεσαν, επίσης, οι βάσεις δεδομένων google scholar PubMed & Scopus.

Σχεδιασμός Μελέτης

Η παρούσα έρευνα αποτελεί προσπάθεια, να αποκρυσταλλωθεί η συμβολή των Ιατρικών Συμβουλίων στην κλινική πράξη, με τρόπο που να δίνει τη δυνατότητα στους κλινικούς ιατρούς, να συμμετέχουν ενεργά με απαντήσεις σε κρίσιμα ερωτήματα. Το εγχείρημα αυτό ολοκληρώθηκε κάτω από ιδιαίτερα δύσκολες συνθήκες λόγω πανδημίας,

αλλά με πολύ προσοχή και σεβασμό στις ανάγκες και στο βαρύ πρόγραμμα του νοσοκομείου και των στελεχών του.

Δημιουργία Πρωτοκόλλου

Επιλέχθηκε το Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών για την έρευνα, λόγω πλήθους κλινικών, τμημάτων και πληρότητας ειδικοτήτων. Όλοι οι κλινικοί ιατροί μπορούσαν, να λάβουν μέρος με τις εξής βαθμίδες: ειδικευόμενοι, επικουρικοί, ακαδημαϊκοί υπότροφοι πανεπιστημιακών κλινικών, ειδικευμένοι επί θητεία, επιμελητές Α, Β και διευθυντές. Στη μελέτη περιλαμβάνονται και οι αναπληρωτές διευθυντές, λαμβάνοντας υπόψη την κατάργηση της συγκεκριμένης βαθμίδας από τη νομοθεσία.

Δόθηκε βάρος στις εργάσιμες ώρες του νοσοκομείου για τις διά ζώσης συνεντεύξεις, ενώ η ηλεκτρονική αποστολή ερωτηματολογίου πραγματοποιήθηκε εκτός ωραρίου εργασίας, προκειμένου να γίνει αντιληπτό το αίτημα και να μην παραγκωνιστεί από το πλήθος των μηνυμάτων, που λαμβάνουν καθημερινά οι ιατροί. Δεν απεστάλη στον οικείο ιατρικό σύλλογο, διότι δεν υπήρχε η δυνατότητα της αποστολής μόνο στους κλινικούς ιατρούς, με δεδομένη την μη επαρκή επικαιροποίηση στοιχείων ανάμεσα σε όσους ιατρούς ήταν ακόμη στο Ε.Σ.Υ., είχαν λάβει ειδικότητα και δεν είχαν συνταξιοδοτηθεί. (Π. Καλαμπούκα-Γιαννοπούλου, Η προστασία του ασθενούς ως καταναλωτή, 2011).

Ερευνητικά Ερωτήματα

Με βασικό στόχο τη διερεύνηση του ρόλου των Ιατρικών Συμβουλίων στην καθημερινή κλινική πρακτική, συσσωρεύτηκαν κάποια βασικά κατευθυντήρια ερωτηματικά όπως:

1. Τι ορίζουμε ως Ιατρικό Συμβούλιο;
2. Ποιοί συμμετέχουν σε ένα Ιατρικό Συμβούλιο;
3. Πότε συγκαλείται ένα Ιατρικό Συμβούλιο και γιατί;
4. Πώς αποφασίζει ένα Ιατρικό Συμβούλιο;
5. Πόσο καθοριστικές είναι οι αποφάσεις των Ιατρικών Συμβουλίων;
6. Πώς επηρεάζουν τα Ιατρικά Συμβούλια την πορεία της υγείας των ασθενών;

Διεξαγωγή συνεντεύξεων και συλλογή στοιχείων

Οι συνεντεύξεις έλαβαν χώρα από τις 15 Σεπτεμβρίου του 2021, με γνώμονα την πλήρη επιστροφή όλων των αδειούχων και ολοκληρώθηκαν στις 31 Οκτωβρίου 2021, με την ταυτόχρονη συλλογή τόσο των έντυπων συνεντεύξεων, όσο και των ηλεκτρονικών συμμετοχών.

Η διαδικασία test retest group, έλαβε χώρα μεταξύ 15 και 22 Σεπτεμβρίου, με την πρώτη αποστολή, να γίνεται στις 15/9/21 και την επαναποστολή στην 21/9/21. Κατά το ιδιαίτερα σύντομο αυτό χρονικό διάστημα, δεν υπήρξαν παρατηρήσεις επί των ειδικών στοιχείων των ερωτήσεων και συνεπώς όλος ο μήνας Οκτώβριος καθώς και η τελευταία εβδομάδα του Σεπτεμβρίου αξιοποιήθηκαν στην καθ' εαυτό έρευνα.

Προστασία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα

Κατά τη διεξαγωγή των συνεντεύξεων αλλά και την ηλεκτρονική επικοινωνία των συμμετοχών, δόθηκε ιδιαίτερη προσοχή στην αποστολή και κατανόηση του ακόλουθου κειμένου, που υποχρεωτικά πλέον συνοδεύει κάθε επιστημονική δραστηριότητα, που αφορά στην επεξεργασία και διαχείριση ευαίσθητων προσωπικών δεδομένων και που οι συμμετέχοντες, πρέπει οπωσδήποτε, να συγκατατίθενται προ οποιασδήποτε ενέργειας.

Διαδικασία ενημέρωσης για την επεξεργασία προσωπικών δεδομένων εκ μέρους των ερευνητών της παρούσας μελέτης σύμφωνα με τον κανονισμό (ΕΕ) 2016/679 και τη σχετική ελληνική και Ευρωπαϊκή κοινοτική νομοθεσία. (ΕΕ 2016/679, τον Ν.4624/2019)

Η υπεύθυνη διενέργειας της παρούσας μελέτης σας ενημερώνει, σύμφωνα με τον Κανονισμό (ΕΕ) 2016/679, τον Ν.4624/2019 και τις λοιπές διατάξεις της σχετικής κείμενης ελληνικής και Ευρωπαϊκής νομοθεσίας περί προστασίας δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα, υπό την ιδιότητά της ως υπευθύνου επεξεργασίας, καθόσον επεξεργάζεται προσωπικά σας δεδομένα, που συλλέγονται είτε με την υποβολή αποτελεσμάτων συνέντευξης, είτε μεταγενέστερα, περιλαμβανομένων αυτών, που θα προκύψουν από τη συλλογή των δεδομένων.

Ειδικότερα, η παρούσα ενημέρωση αφορά, ενδεικτικά πρόσωπα, που έχουν παράσχει πληροφορίες σχετικά με την οικογενειακή και επαγγελματική τους κατάσταση και σφαίρα. Η

παρούσα ενημέρωση ενδέχεται, να συμπληρώνεται με ειδικότερες κατά περίπτωση ενημερώσεις (ενδεικτικά: σε περιπτώσεις επεξεργασίας ειδικών κατηγοριών δεδομένων – υποειδικότητες με ειδικό καθεστώς εργασίας). (**Regulation (EU) 2016/679 of the European Parliament and of the Council of 27 April 2016, General Data Protection Regulation**).

Αδυναμίες και προβληματισμοί στην έρευνα

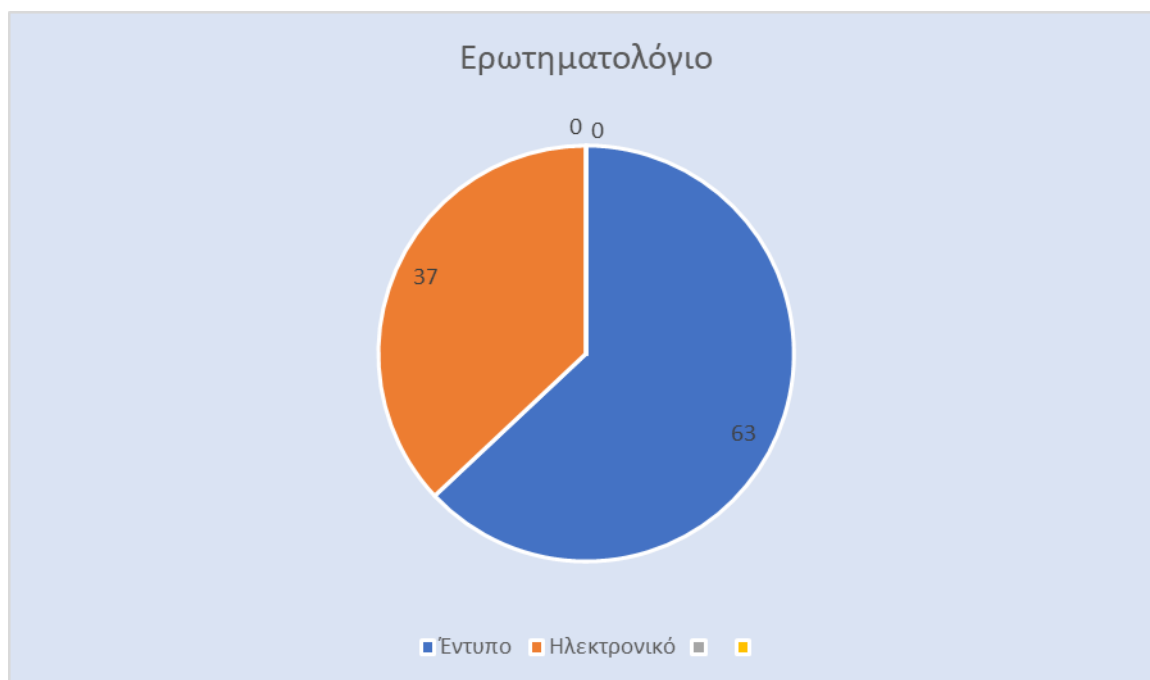
Αδυναμίες και προβληματισμοί της έρευνας αυτής εντοπίζονται σε επίπεδο πανδημίας. Πολλοί ιατροί βρίσκονται σε αναγκαστική αναστολή, αναρρωτική άδεια ή απόσπαση, λόγω αυξημένων αναγκών στις κατά τόπους μονάδες εντατικής θεραπείας. Χαρακτηριστικό στοιχείο αποτελεί το γεγονός, ότι άλλος αριθμός κλινικών ιατρών υπηρετούσε στο ΠΓΝΠ στα τέλη Αυγούστου 2021, ενώ σημαντικά μειωμένος αριθμός προέκυψε περί τις αρχές Οκτωβρίου, καθιστώντας τη διεξαγωγή της παρούσας έρευνας εξαιρετικά δυσχερή και συνεχώς μεταβαλλόμενη χρονικά και ποιοτικά. Να σημειωθεί, ότι συνολικά, το μήνα Οκτώβριο απουσίαζε από το ΠΓΝΠ προσωπικό 74 ατόμων, εξαιτίας την θέση τους σε αναγκαστική αναστολή λόγω μη εμβολιασμού.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Το δείγμα αποτέλεσαν οι ειδικευόμενοι και ειδικευμένοι ιατροί του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Πατρών “Παναγία η Βοήθεια” στην περιοχή του Ρίου. Στο νοσοκομείο, στο χρονικό σημείο έναρξης (όπου νοείται το πλήθος σε μία δεδομένη χρονική στιγμή), υπήρχε εγγεγραμμένη δύναμη 648 επί του συνόλου των τριών οκτάωρων προγραμμάτων εφημεριών και παρουσιών στο ΠΓΝΠ. Εξ’ αυτών, 191αποτελέσαν το σύνολο από το οποίο αντλήθηκε το υπό διερεύνηση δείγμα, δηλαδή το 29,47% όλου του συνόλου. Συμμετείχαν ιατροί από δεκατρείς βασικές κλινικές/τομείς του παθολογικού και του χειρουργικού τομέα στις βαθμίδες του ειδικευόμενου, επικουρικού, ειδικευμένου επί θητεία, ακαδημαϊκού υποτρόφου σε πανεπιστημιακή κλινική, επιμελητή Β, Α, υποδιευθυντή και διευθυντή Ε.Σ.Υ. συμπεριλαμβανομένων και των επίκουρων, αναπληρωτών και καθηγητών που εργάζονται στο νοσοκομείο. Οι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν είτε διά ζώσης με συνέντευξη, είτε ηλεκτρονικά, κλειστό ερωτηματολόγιο δώδεκα ερωτήσεων βαθμονομημένων, με διπλή μορφή δυνητικών απαντήσεων του τύπου: ναι/όχι, θετικό/αρνητικό, σπάνια/συχνά, ομοφωνία/πλειοψηφία.

Για λόγους προστασίας των συμμετοχών, οι απαντήσεις τέθηκαν απευθείας στην εφαρμογή του word και τα διαγράμματα αποτελούν πρωτότυπα συγκεντρωτικά απεικονιστικά. Το δείγμα ανήλθε σε 102 σύνολα απαντήσεων εκ των οποίων περίπου τα 2/3 ήταν έντυπα μέσω διά ζώσης συνεντεύξεων.

Κατανομή

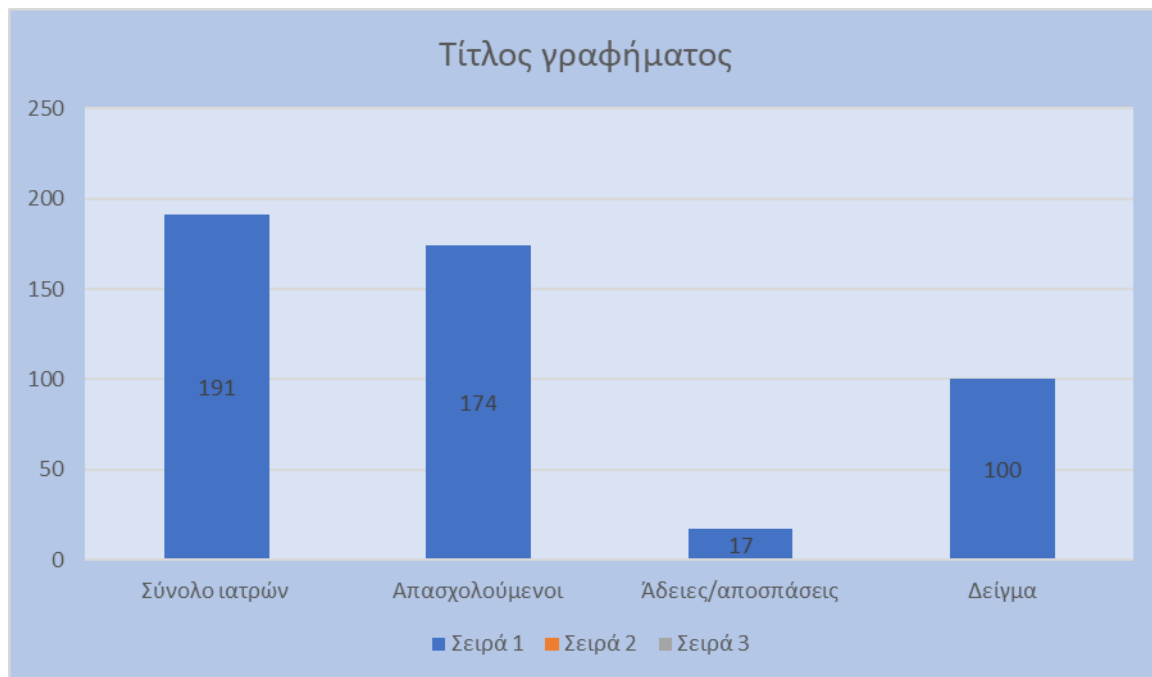


(Διάγραμμα Α)

Το 63% του δείγματος απάντησε με τη μέθοδο της διά ζώσης συνέντευξης, όπου η ερευνήτρια αποτύπωσε τις απόψεις των ερωτηθέντων κατευθείαν σε συμβατική - έγγραφη μορφή προς διευκόλυνση του ιατρικού λειτουργήματος και εξοικονόμηση πολύτιμου χρόνου. Ωστόσο, ποσοστό 37% επέλεξε την ηλεκτρονική αποστολή των απαντήσεων. Οι δύο αυτές μέθοδοι διασφάλισαν τόσο τα προσωπικά δεδομένα του δείγματος, όσο και την συμμετοχή των κατάλληλων προσώπων. Απάντηση έδωσε το 53,40% του συνόλου, 102/191.

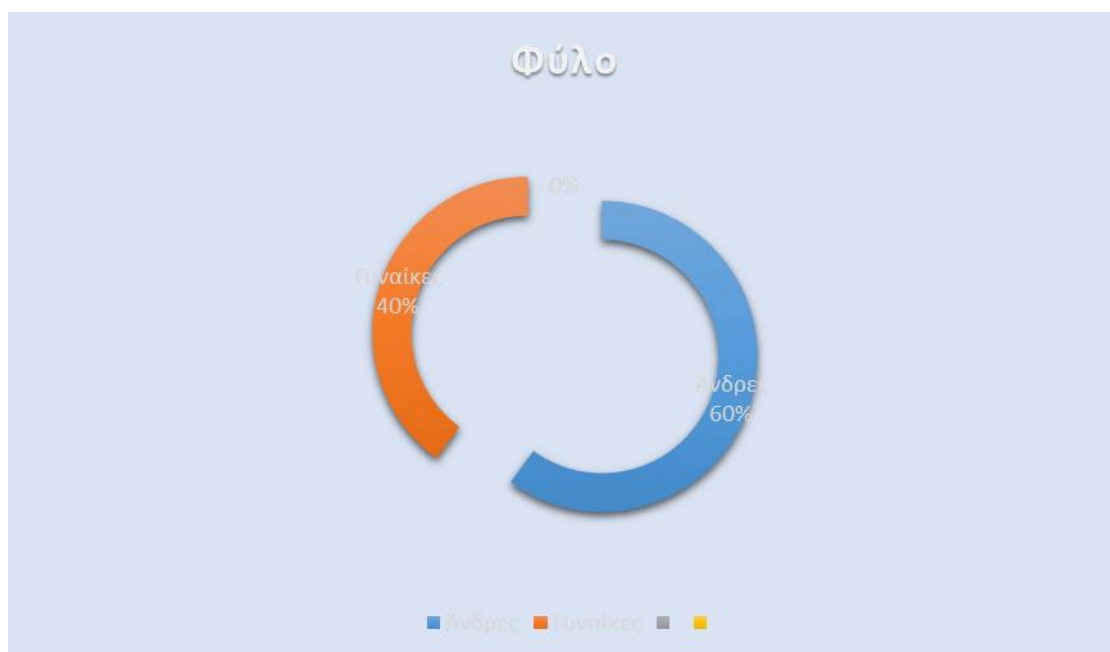
Συμμετοχή κλινικών ιατρών

Σύνολο ιατρών	Απασχολούμενοι	Άδειες/αποσπάσεις	Δείγμα
191	174	17	102



(Διάγραμμα Β)

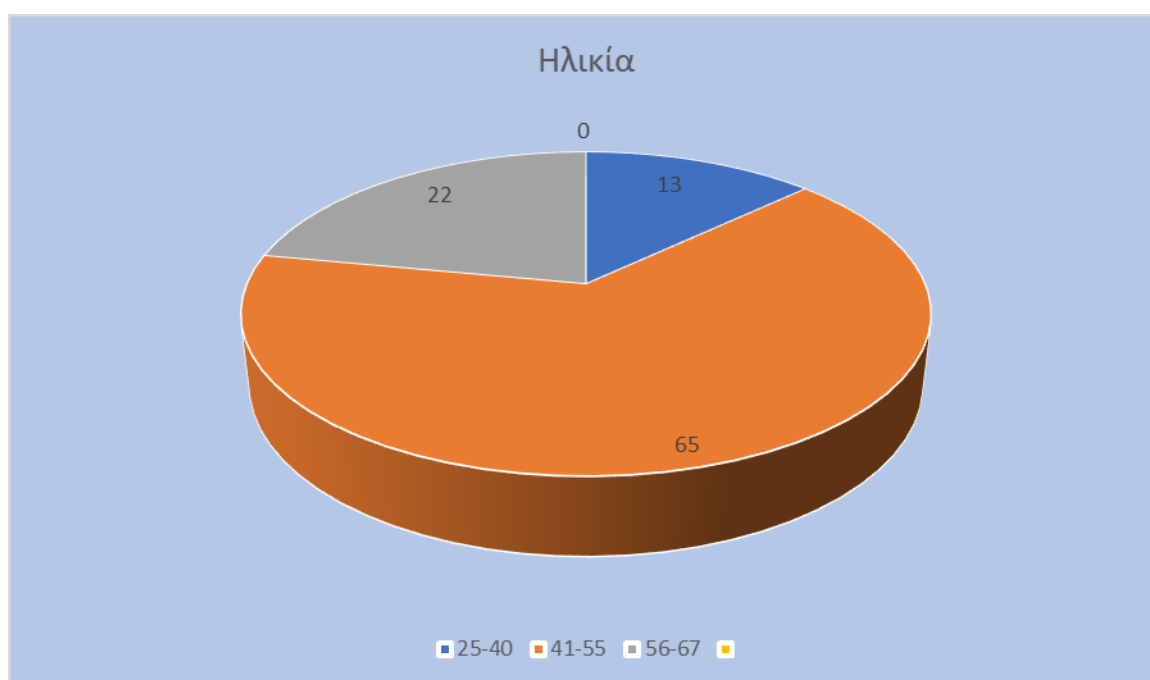
Κατανομή του δείγματος με βάση το φύλο



(Διάγραμμα 1)

Κατανομή του δείγματος με βάση την ηλικία.

25-40 έτη	41-55 έτη	56-67 έτη
22%	65%	13%



(Διάγραμμα 2)

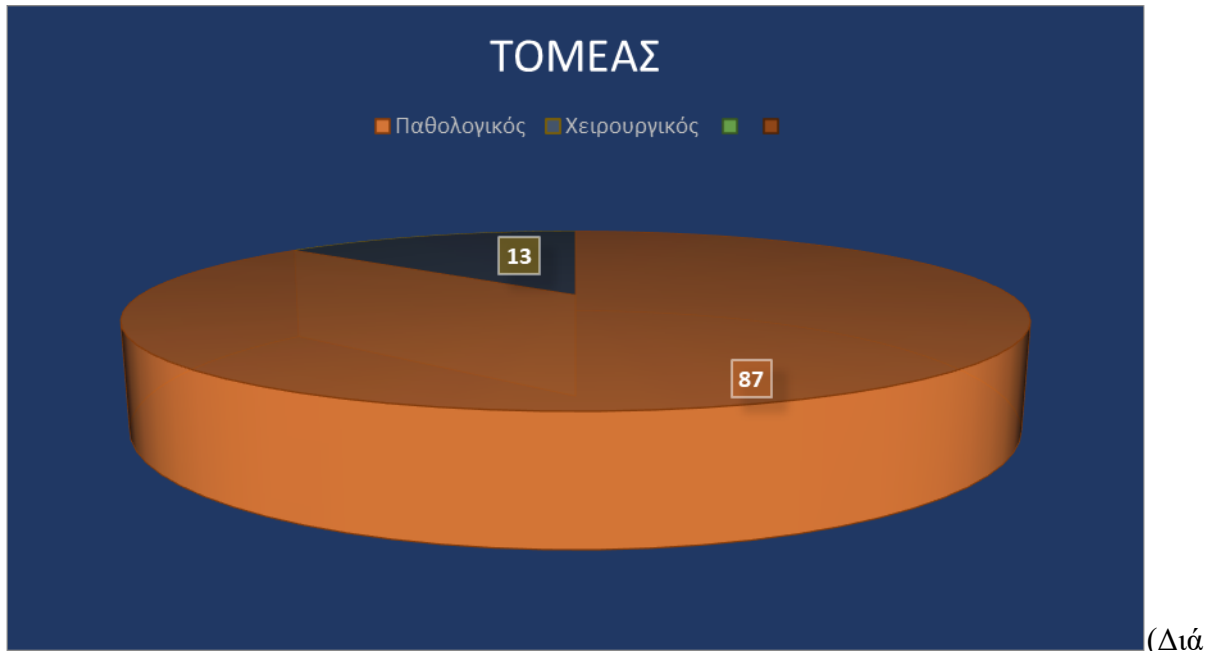
Σύμφωνα με τα στοιχεία του διαγράμματος 2, το 65% των συμμετεχόντων στην έρευνα είχαν ηλικία από 41 έως και 55 έτη. Σύμφωνα με την εξέλιξη των κλινικών ιατρών στη χώρα μας, στο ηλικιακό αυτό διάστημα, περιλαμβάνονται ειδικευμένοι ιατροί, οι οποίοι μπορεί, να έχουν λάβει θέσεις επιμελητών Β & Α καθώς επίσης και διευθυντή Ε.Σ.Υ. Επιπρόσθετα, αποτελούν πανελλαδικά τον κύριο άξονα ευθύνης στα νοσοκομειακά τμήματα, που συνεπάγεται τη διαρκή παρουσία τους στους τομείς απασχόλησής τους.



(Διάγραμμα 3)

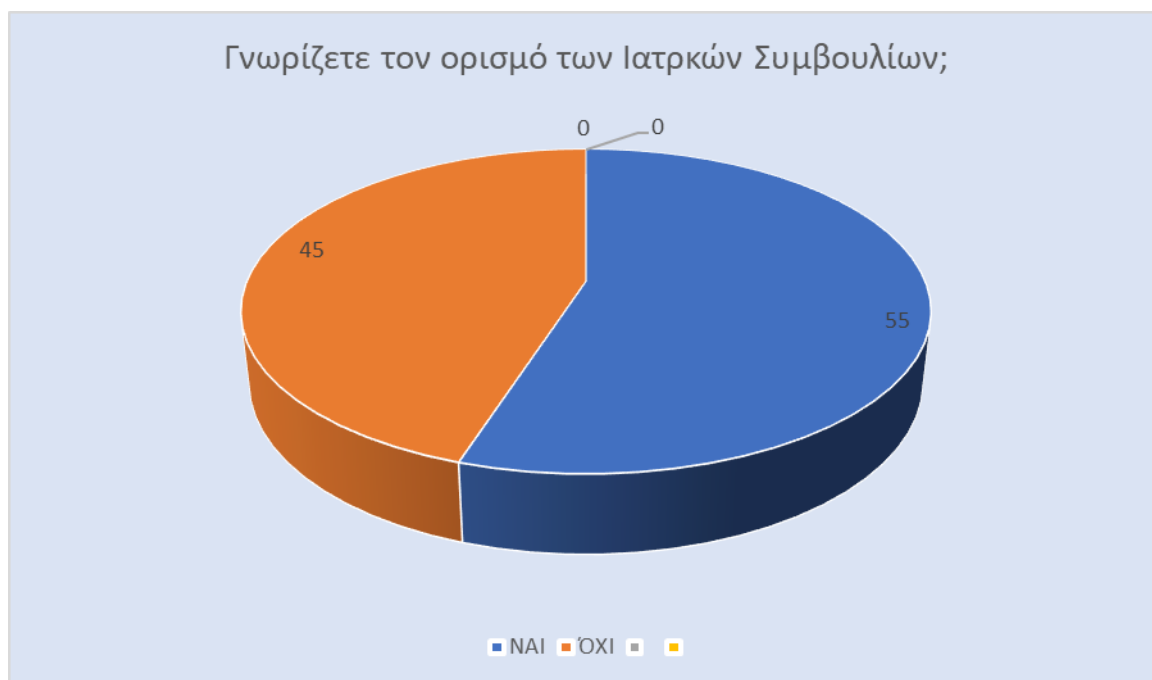
Παρατηρείται ότι λόγω υποστελέχωσης και πανδημίας, απάντησαν μόνο οι 13 από τις 28 βασικές ειδικότητες του ΠΓΝΠ, ενώ σημαντική μερίδα της κατανομής απέσπασαν οι παθολόγοι και οι ογκολόγοι με 19% και 9% αντίστοιχα. Να σημειωθεί, ότι η χειρουργική ειδικότητα με 13 συμμετοχές λαμβάνεται ως όλον για λόγους GDPR και διατήρησης της ανωνυμίας των ερωτηθέντων, δοθέντος, ότι οι χειρουργικές υποειδικότητες, όπως για παράδειγμα η καρδιοθωρακοχειρουργική ή η χειρουργική ογκολογία έχουν σοβαρό πρόβλημα κάλυψης των αναγκών του νοσοκομείου λόγω υποστελέχωσης.

Κατανομή του δείγματος με βάση τον ιατρικό τομέα ειδίκευσης



(Διάγραμμα 4)

Ποσοστά 87% & 13% αφορούν στην κατανομή των συμμετεχόντων ιατρών σε παθολογικό και χειρουργικό τομέα αντίστοιχα. Πέραν της σοβαρής υποστελέχωσης των νοσοκομείων, η πανδημία επέβαλε τη μετατροπή πολλών τμημάτων σε κλινικές covid, καθώς και την αραίωση του πλήθους των χειρουργικών επεμβάσεων για λόγους αποφυγής διασποράς του κορωνοϊού. Δυστυχώς αυτό έχει άμεσες επιπτώσεις και στην κατανομή του δείγματος στους δύο τομείς και δικαιολογεί σε μεγάλο βαθμό το χαμηλό ποσοστό συμμετοχής του χειρουργικού τομέα.



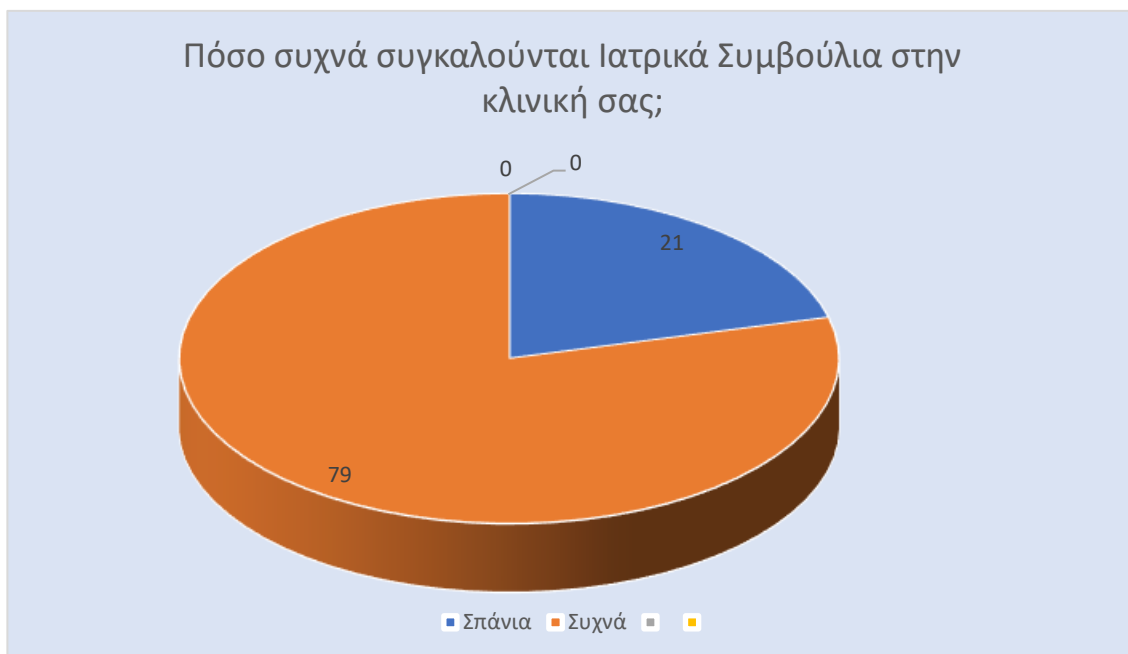
(Διάγραμμα 5)



(Διάγραμμα 6)

Από το συνδυασμό των διαγραμμάτων 2, 5 & 6 προκύπτει, ότι αν και το 74% των ερωτηθέντων συμμετέχει σε ιατρικά συμβούλια, μόνο το 55% εξ αυτών γνωρίζει τον ορισμό

τους. Αυτή η απόκλιση δικαιολογείται καθώς ποσοστό 22% των ερωτηθέντων δήλωσαν ηλικία από 25 – 40 έτη και είναι η πλειοψηφία των ιατρών, που λόγω ηλικίας δεν συμμετέχουν σε ιατρικά συμβούλια συχνά ή και καθόλου, για παράδειγμα, αν είναι ακόμη ειδικευόμενοι.



(Διάγραμμα 7)

Το 21% του δείγματος απάντησε, ότι σπάνια διεξάγονται Ιατρικά Συμβούλια στην κλινική, που απασχολούνται κι αυτό δικαιολογείται από τη φύση των τμημάτων και τις ανάγκες των νοσηλευόμενων ασθενών. Οι ογκολογικές και οι παθολογικές κλινικές έχουν πολύ πιο συχνή σύγκληση συμβουλίων, όπως και οι καρδιολογικές και πνευμονολογικές κλινικές. Δεν συμβαίνει το ίδιο όμως με τα αιματολογικά ή τα ορθοπεδικά τμήματα.



(Διάγραμμα 8)

Η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτηθέντων, απάντησε σε ποσοστό 89% ότι στα Ιατρικά Συμβούλια επικρατεί ομοφωνία στη λήψη των αποφάσεων. Μερικές φορές οι αποφάσεις λαμβάνονται με πλειοψηφία, ιδιαίτερα όταν η νόσος είναι βαριά και έχει πλήξει περισσότερα όργανα ή συστήματα, για παράδειγμα ογκολογικοί ασθενείς με πολλαπλές μεταστάσεις. Σε τέτοιες περιπτώσεις, είναι δύσκολη η ομοφωνία τόσο ως προς την αλληλουχία των θεραπευτικών μονοπατιών, όσο κι ως προς τον τρόπο εφαρμογής και τη δοσολογία. Άλλοτε, δεν υπάρχει κάποια εγγυημένη διαδρομή ούτε είναι σίγουρη η επιτυχία, αν προηγηθεί χειρουργική αφαίρεση τμήματος του όγκου και ακολουθήσει ακτινο-χημειο-θεραπευτικό σχήμα.



(Διάγραμμα 9)



(Διάγραμμα 10)

Από τον συνδυασμό των διαγραμμάτων 9 & 10, όπου θετικές απαντήσεις έδωσε το δείγμα σε ποσοστά 91% και 93% αντίστοιχα, συνάγεται ότι οι ασθενείς εμπιστεύονται σε μεγάλο βαθμό τις αποφάσεις των Ιατρικών Συμβουλίων, των οποίων τα αποτελέσματα έχουν

θετική έκβαση στην πορεία των ασθενών. Ως προς το βαρυσήμαντο αυτό θέμα, έχει τοποθετηθεί στην αρχαιότητα ο Ιπποκράτης, όπου αναφέρει χαρακτηριστικά στην παράγραφο 9 του βιβλίου του "Παραγγελία", ότι "εμείς οι γιατροί κρίνουμε τί πρέπει να γίνει για την αποκατάσταση της υγείας του αρρώστου, αλλά και εκείνος, αν εκτελέσει ακριβώς τις ιατρικές εντολές, δεν θα κάνει λάθος. Γιατί οι ίδιοι οι ασθενείς εξαντλημένοι από την οδυνηρή τους κατάσταση, εγκαταλείπονται να πεθάνουν".



(Διάγραμμα 11)

Πολύ ισχυρό ποσοστό των ερωτηθέντων, 89% απάντησε ότι τα Ιατρικά Συμβούλια αποφαινόμενα με γνώμονα τις επιταγές της νομοθεσίας και της ιατρικής ηθικής. Την ανάγκη αυτή προσδιόρισε και αιτιολόγησε ο Ιπποκράτης, τονίζοντας τη σημασία της συνεργασίας των ιατρών για τη θεραπεία του ασθενούς, πάντα με βάση το νόμο και την ευσημότητα.



(Διάγραμμα 12)

Το σημαντικά μεγάλο ποσοστό των ερωτηθέντων, 92% θεωρεί, ότι δεν πρέπει, να καταστούν υποχρεωτικά τα Ιατρικά Συμβούλια. Ο νομοθέτης προσδιόρισε την υποχρεωτική σύγκληση του Ιατρικού Συμβουλίου μόνο όταν το ζητήσει ο ασθενής, αφού κατοχύρωσε το δικαίωμά του αυτό και προέβλεψε πειθαρχική ευθύνη των ιατρών, που θα αρνηθούν, να το πράξουν.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Συμβολή των Ιατρικών Συμβουλίων στη σύγχρονη ιατρική πρακτική

Σήμερα περισσότερο από οποτεδήποτε άλλοτε, τα Ιατρικά Συμβούλια λαμβάνουν χώρα σε όλες σχεδόν τις κλινικές και τα τμήματα των νοσοκομείων της χώρας. Ακόμη κι όταν δεν έχουν την κλασική μορφή της σύγκλησης των ιατρών προς συνεδρίαση, διεξάγονται με τη μορφή των σημειώσεων και κατευθυντήριων οδηγιών επί χάρτου. Πάντως, αποτελούν αναπόσπαστο κομμάτι της κλινικής καθημερινότητας, με ορισμένες κλινικές να συγκαλούν Ιατρικά Συμβούλια κάθε εβδομάδα ή και πολλές ημέρες στην ίδια εβδομάδα, λόγω αυξημένων αναγκών των ασθενών εν μέσω πανδημίας.

Η τηλεϊατρική στα Ιατρικά Συμβούλια

Τα τελευταία χρόνια η τεχνολογία έχει βοηθήσει πολύ τον τομέα της ιατρικής, με καινοτομίες και δυνατότητες, που επιτρέπουν στους ιατρούς, να επεξεργάζονται δεδομένα και πληροφορίες ασθενών απομακρυσμένα. Στην τηλεϊατρική εντάσσονται ειδικότερα: η τηλε-εξέταση, τηλε-βοήθεια, η τηλε-ακτινολογία, η τηλε-παθολογία και η ιατρική τηλεδιάσκεψη.

Πλέον, μπορούν να διεξάγονται Ιατρικά Συμβούλια από απόσταση, με τη χρήση των σύγχρονων μέσων επικοινωνίας και τηλεδιάσκεψης. Πρόκειται για διεξαγωγή Ιατρικών Συμβουλίων με τη στενή έννοια, αν και δεν λαμβάνει χώρα στα πλαίσια μίας κλινικής νοσοκομείου αλλά έχει ευρύτερο γεωγραφικό αποτύπωμα. Αυτό το δεδομένο έχει εξέχουσα σημασία στη χώρα μας, όπου επικρατούν οικισμοί σε ορεινούς όγκους και διάσπαρτα νησιά.

Η σύνδεση και μεταφορά είναι δύσκολη, αλλά πολλές ιατρικές ομάδες πλέον πραγματοποιούν Ιατρικά Συμβούλια μέσω τηλεδιάσκεψης, ώστε να παρέχουν καλύτερη και ποιοτικότερη αρωγή στους ασθενείς. Το απομακρυσμένο αγροτικό ιατρείο μπορεί, να ζητήσει τη συνδρομή του Κέντρου Υγείας ή κι ενός τριτοβάθμιου νοσοκομείου της υγειονομικής περιφέρειας στην οποία υπάγεται. Έτσι, για παράδειγμα, η διάγνωση γίνεται ταχύτερα και η ενδεχόμενη αεροδιακομιδή του ασθενούς από νησί άγονης ακτοπλοϊκής γραμμής, σε οργανωμένο κέντρο υγείας, να ακολουθεί την πραγματική ανάγκη του ασθενούς.

Προς το σκοπό αυτό, έχουν δημιουργηθεί στις ευρωπαϊκές χώρες τα Ειδικά Κέντρα (experts centers). Αποτελούν ειδικά ιατρικά κέντρα, τα οποία εξειδικεύουν τα ιατρικά τους

στελέχη σε συστήματα και υποσυστήματα του οργανισμού, παρέχοντας μέσω τηλεδιάσκεψης, τις υπηρεσίες τους σε συναδέλφους ιατρούς, όποτε το έχουν ανάγκη. (Κ. Κηπουρίδου, Μ Μηλαπίδου, Νέες Τεχνολογίες στην Υγεία, Ιατρικά, Νομικά και Ηθικά ζητήματα, Νομική Βιβλιοθήκη, 2021)

Εξοικονόμηση πόρων των Εθνικών Συστημάτων Υγείας και βελτιστοποίηση ποιότητας υπηρεσιών.

Τα Ιατρικά Συμβούλια επεμβαίνουν στην πορεία της υγείας του ασθενούς, διαδραματίζοντας ταυτόχρονα, καταλυτικό ρόλο στην εξοικονόμηση πόρων του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Χαρακτηριστικό στην εποχή της πανδημίας, είναι το παράδειγμα της Ιντιανάπολης των Η.Π.Α. όπου σύμφωνα με τα επίσημα στοιχεία, που δημοσίευσε η Ιατρική Υπηρεσία, η συμβολή των Ιατρικών Συμβουλίων στην κλινική πράξη βοήθησε στο να εξοικονομηθούν επτά εκατομμύρια δολάρια και να μειωθεί το ποσοστό των εξερχόμενων ασθενών από τις Μ.Ε.Θ με κάποια φαρμακευτική αγωγή από το 14,5% στο 8,3%.

Στην Ουάσινγκτον, το Συμβούλιο Επείγουσας Φροντίδας Παιδιατρικής (Pediatric Emergency Care - PECC), διατυπώνει συστάσεις σχετικά με ειδικές ιατρικές υπηρεσίες έκτακτης ανάγκης για παιδιά. Το συμβούλιο διατηρεί ένα όραμα για τη βελτίωση των αποτελεσμάτων υγείας για τα παιδιά, προωθώντας ένα σύστημα επείγουσας ιατρικής περίθαλψης, που αντιμετωπίζει τις μοναδικές ανάγκες των παιδιών.

Βελτιώνει τη φροντίδα των παιδιών χρησιμοποιώντας δεδομένα βάσει αποτελεσμάτων, εκπαίδευση με επίκεντρο την παιδιατρική, υποστηρίζοντας καινοτόμα προγράμματα, καθώς και ενθαρρύνει την ανάλυση του συστήματος EMS για τη διασφάλιση ποιοτικής φροντίδας έκτακτης ανάγκης, μειώνοντας και το κόστος περίθαλψης. (Rachael Alter, Pediatric Emergency Care. Nasemso.org, Washington, 2021).

Στην Αυστραλία, ο θεσμός των Ιατρικών Συμβουλίων επιλαμβάνεται πολλών θεμάτων, που αφορούν στην κλινική και όχι μόνο αποφάσεις για την καλύτερη θεραπεία των ασθενών. Ο όρος χρησιμοποιείται με ευρύτερο χαρακτήρα από τα στενά όρια της ιατρικής πρακτικής και περιλαμβάνει τόσο τις σχέσεις ιατρών – ασθενών, όσων και τις διοικητικές και λοιπές αρμοδιότητες.

Αυτό συμβαίνει κατά κύριο λόγο, επειδή ένα ιατρικό συμβούλιο χαρακτηρίζεται ως τέτοιο, επειδή συμμετέχουν σε αυτό κατά κύριο λόγο ιατροί και όχι λόγω του ρόλου, που

διαδραματίζει κάθε φορά. Σε αντίθεση με την παρατήρηση αυτή, στη χώρα μας, λειτουργεί ως συμβούλιο το ΚΕΠΑ, στο οποίο συμμετέχουν ιατροί αλλά θεωρείται επιτροπή και όχι ιατρικό συμβούλιο. Στην Αυστραλία, η ανάλογη επιτροπή με τον ίδιο ρόλο χαρακτηρίζεται ως ιατρικό συμβούλιο και σε αυτό συμμετέχει και διοικητικό προσωπικό με βοηθητικά καθήκοντα.

Πολλές επείγουσες εισαγωγές στο νοσοκομείο μπορούν, να αποφευχθούν και πολλοί ασθενείς παραμένουν στο νοσοκομείο περισσότερο από όσο χρειάζεται. Αυτό ασκεί πρόσθετη οικονομική πίεση στο NHS (National Health System), καθώς το κόστος νοσηλείας είναι υψηλό. Η αύξηση των εισαγωγών έκτακτης ανάγκης είναι ένα σημάδι, ότι το υπόλοιπο σύστημα υγείας μπορεί, να μη λειτουργεί σωστά. Η διασφάλιση της θεραπείας των ασθενών στο καταλληλότερο περιβάλλον και έγκαιρα είναι απαραίτητη για την απομάκρυνση της πίεσης από τις επείγουσες εισαγωγές στο νοσοκομείο.

Στο Ηνωμένο Βασίλειο τα ιατρικά συμβούλια επεμβαίνουν σε προκλινικό στάδιο ώστε να εξασφαλίσουν ότι μόνο όσοι το έχουν πραγματικά ανάγκη θα εισέλθουν στα νοσοκομεία. Επί παραδείγματι, συνολικός αριθμός των ηλικιωμένων (65 και άνω) κατοίκων του Ντέρμπι της Μεγάλης Βρετανίας, που εισήχθησαν στο νοσοκομείο το 2012/13 ήταν 11.904, συγκεντρώνοντας 24.129 εισαγωγές. Από αυτούς, το 86% πέρασε λιγότερο από 3 ημέρες στο νοσοκομείο, το 7% πέρασε 3-6 ημέρες και το 7% πέρασε 6 ημέρες ή περισσότερες. Ο εγγεγραμμένος πληθυσμός των ιατρών της Ομάδας Κλινικής Ανάθεσης του NHS του Southern Derbyshire (CCG) κάνει χρήση της τοπικής παροχής επείγουσας φροντίδας σε επίπεδα, που αναμένονται για το δημογραφικό πληθυσμό. Ωστόσο, πολλά περισσότερα άτομα τηλεφωνούν για ασθενοφόρο από τη διεύθυνση του σπιτιού, με αποτέλεσμα αναλογικά να υπάρχουν περισσότερες αφίξεις ασθενοφόρων στο Royal Derby Hospital (RDH) σε σύγκριση με τον εθνικό μέσο όρο – 1 στα 3 άτομα να είναι παραϊατρικό προσωπικό. Επιτυγχάνεται λοιπόν καλύτερη αξιοποίηση του συστήματος υγείας και αυτό φαίνεται και παρακάτω.

Οι «Μεγάλες» κατηγορίες προσέλευσης στο τμήμα επειγόντων περιστατικών αυξάνονται τα τελευταία χρόνια, ενώ η τάση των μη προαιρετικών (έκτακτων) εισαγωγών στα νοσοκομεία μειώνεται σταθερά. Συνολικά 146.047 συμμετοχές πραγματοποιήθηκαν από ασθενείς του Southern Derbyshire CCG το 2012/13, 10.000 εκ των οποίων είχαν παραληφθεί από διεύθυνση κατοικίας.

Η κατανόηση της επιδημιολογίας των περιστατικών, μπορεί, να χρησιμοποιηθεί ως προγνωστικός παράγοντας δραστηριότητας κάθε χρόνο. Για παράδειγμα, στην εποχική παραλλαγή διαγνώσεων, όπως αναπνευστικές διαταραχές το χειμώνα και γαστρεντερικές διαταραχές την άνοιξη. Τα ιατρικά συμβούλια, μέσα από τη μελέτη των φακέλων των ασθενών, μπορούν να δημιουργούν συγκεντρωτικές καταστάσεις παθήσεων ανάλογα με την εποχή και να βοηθούν στο δύσκολο έργο της κατανομής των κλινών σε περιόδους αυξημένου επιδημιολογικού φορτίου. **(Amyas Morse, National Audit Office Urgent Care, Derby City Council, October 2013).**

Στην Ιρλανδία, η αρμόδια υπηρεσία του Υπουργείου Υγείας, έχει εγκαθιδρύσει το θεσμό του προ-νοσοκομειακού ιατρικού συμβουλίου (Pre-Hospital Emergency Care Council (PHECC)). Συγκαλείται ιατρικό συμβούλιο, τη σύνθεση του οποίου αποφασίζει και δημοσιεύει η υπουργός υγείας, με σκοπό την εξέταση του ασθενούς προ της εισόδου του σε νοσηλευτική μονάδα φροντίδας.

Με το μέτρο αυτό, επιτυγχάνεται ο καλύτερος έλεγχος των αναγκών των ασθενών, αποτρέποντας τις μαζικές εισαγωγές στο σύστημα υγείας, που λόγω πανδημίας δοκιμάζεται καθημερινά στα όριά του. Αυτή η περίπτωση ιατρικού συμβουλίου, θα μπορούσε, να καταταχθεί στη στενή έννοια του όρου, καθόσον η σύνθεση και ο ρόλος του είναι όμοια και στοχεύει στον ίδιο σκοπό. **(Stephen Donnelly, Appointments to the Pre-Hospital Emergency Care Council, Ministry of Health, Government of Ireland, September 2021).**

Επομένως, στην προσπάθεια του ορισμού της έννοιας «Ιατρικό Συμβούλιο» με τα στενά όρια, θα πρέπει κάποιος να λάβει υπόψη του ως κριτήρια τόσο τη σύνθεση όσο και το έργο, που καλείται κάθε φορά, να φέρει εις πέρας το Ιατρικό Συμβούλιο. Στο πλαίσιο αυτό, γίνεται αντιληπτό ότι ωφελημένος θα πρέπει, πάντα να είναι ο ασθενής, ενώ θα πρέπει να υπάρχει ισορροπία και στη σχέση του ιατρού με το συνάδελφό του.

Επιπροσθέτως, το Ιατρικό Συμβούλιο με την στενή έννοια τοποθετείται στο φυσικό του χώρο, που δεν είναι άλλος από την κλινική, το τμήμα ή τον τομέα του νοσηλευτικού ιδρύματος, ανεξάρτητα από το αν αυτό είναι πρωτοβάθμιο ή τριτοβάθμιο, απομακρυσμένο ή κεντρικό ως προς ένα αστικό κέντρο. **(Christopher Cheney. 5 steps to launch clinical councils and boost physician engagement, Health Leaders magazine, January/February 2019)**

Προτάσεις για την καλύτερη και αποτελεσματικότερη σύνθεση και λειτουργία των Ιατρικών Συμβουλίων

Τα Ιατρικά Συμβούλια δεν προσπαθούν, να υποκαταστήσουν τις Επιστημονικές Επιτροπές στο έργο και στο ρόλο, που αυτές επιτελούν. Ωστόσο, η αμεσότητα με τους ασθενείς και τις ανάγκες τους, δίνει τη δυνατότητα για πολλές χρήσιμες τομές όπως:

1. Εφαρμογή στοιχείων και τεχνικών από παρόμοια συστήματα υγείας με χρήσιμα αποτελέσματα.
2. Στρατηγική εγκαθίδρυση και οργάνωση των Ιατρικών Συμβουλίων ανάλογα με τη σημασία και τις ανάγκες του συστήματος υγείας.
2^α Έλεγχος των κλινικών περιπτώσεων, όπου υπάρχει πολυγνωμία σχετικά με την αντιμετώπιση των περιστατικών και πολυπλοκότητα ως προς την φαρμακευτική κάλυψη του ασθενούς (μεγάλες αποκλίσεις στις τιμές των φαρμάκων ανά προμηθευτή).
2β Χρήση εξωτερικών εταιρειών – συνεργατών προς διερεύνηση των αποτελεσματικότερων φαρμακευτικών επιλογών με το χαμηλότερο δυνατό κόστος για το σύστημα υγείας.
2γ Περιορισμός των πιέσεων για αγορά περισσότερων φαρμακευτικών αγαθών από τις φαρμακευτικές εταιρείες με την εφαρμογή της άποψης του ιατρικού συμβουλίου σχετικά με το πραγματικά αναγκαίο μέτρο αναφορικά με το κρινόμενο περιστατικό.
3. Μετατόπιση της λήψης μίας κρίσιμης απόφασης στο Ιατρικό Συμβούλιο.
4. Λήψη αποφάσεων επί σφαιρικής απόψεως για τις ανάγκες του ασθενούς και όχι μόνο για τη βέλτιστη θεραπευτική αντιμετώπιση.

Ενδυνάμωση της ιατρικής άποψης στη θεραπεία του ασθενούς

i. Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται απομάκρυνση από τον ιατρικό πατερναλισμό με γνώμονα τη λήψη υπόψη της άποψης του ασθενούς για την επιλογή ή όχι της προτεινόμενης κατάλληλης θεραπευτικής μεθόδου. Πολλές φορές, οι συνοδοί ασθενών αναζητούν τη σύγκληση ιατρικού συμβουλίου, προκειμένου να υπερκεράσουν την άποψη του θεράποντος ιατρού με την οποία διαφωνούν. Το ιατρικό συμβούλιο όμως, δύναται να δώσει λύση μέσω μίας συλλογικής απάντησης, η οποία

θα υπερβαίνει τον αρνητισμό ενός συνοδού ή ασθενούς και θα καλύπτει και τους συναδέλφους ιατρούς από ενδεχόμενο σφάλμα.

ii. Η Παγκόσμια Ιατρική Ένωση στο δημοσιευμένο με πολλές αναθεωρήσεις Medical Ethics Manual, τοποθετεί τη χρησιμότητα του ιατρικού συμβουλίου προς τη βελτίωση τόσο των σχέσεων μεταξύ ιατρών και ασθενών, όσο και μεταξύ ιατρών σε μία θεραπευτική ομάδα περισσότερων ειδικοτήτων, όπου ο ασθενής δεν "ανήκει" σε έναν ιατρό αλλά πρέπει, όλοι να προσπαθήσουν για το βέλτιστο, παρακάμπτοντας προσωπικές κρίσεις προς όφελος του ασθενούς.

(World Medical Association, Medical Ethics manual 3rd edition, November 2015)

Ταχύτερη και πιο έγκυρη λήψη απόφασης με γνώμονα την υγεία του ασθενούς

Στην εποχή της πανδημίας, περισσότερο από ποτέ, δημιουργήθηκε η ανάγκη για τη λήψη μίας γρήγορης και σωστής απόφασης προς αντιμετώπιση των έκτακτων περιστατικών, που συρρέουν κατά χιλιάδες πλέον στις μονάδες εντατικής θεραπείας. Η μέθοδος των τηλεδιασκέψεων και της ηλεκτρονικής επικοινωνίας μεταξύ απομακρυσμένων ιατρών για λόγους προστασίας της υγείας τους, αποδείχτηκε πολλές φορές καθοριστική στη διάσωση της ανθρώπινης ζωής.

Ο αντίλογος, ωστόσο στα Ιατρικά Συμβούλια προέρχεται από μία μακρά παράδοση στην Ελλάδα, η οποία τυγχάνει γνωστή σε κάθε οικογένεια. Καθόσον ο οικογενειακός ιατρός, έχει μεν τυποποιηθεί στην ελληνική νομοθεσία, αλλά δεν έχει καθιερωθεί στη συνείδηση των ληπτών υπηρεσιών υγείας, υπάρχουν ιατροί στα νοσοκομεία με μακρά πορεία και πλούσιο κατάλογο ασθενών.

Αυτοί οι λειτουργοί χαίρουν γνήσιας εκτίμησης και σεβασμού διαχρονικά, ώστε αν ένα περιστατικό σύνθετου ιατρικού ενδιαφέροντος, χρειαστεί, να ανέλθει σε επίπεδο Ιατρικού Συμβουλίου, ώστε να ληφθεί συλλογική απόφαση, ίσως αυτή να μην ταυτίζεται με την άποψη του ενός, Δημιουργείται διχοστασία στη συνείδηση του ασθενούς, ως προς το "ποιά είναι τελικά η καλύτερη οδός θεραπείας".

Εδώ βρίσκεται ο ιατρός σε μία δύσκολη θέση: αν επιμένει στην άποψή του ενώπιον του ασθενούς, τότε ακυρώνει το συλλογικό όργανο και θέτει υπό αμφισβήτηση τόσο τους συναδέλφους όσο και την υγεία του ασθενούς του. Αν αποδεχθεί τη θέση του συμβουλίου, τότε πέφτει στα μάτια του ασθενούς του και κλονίζεται η εσωτερική σχέση εμπιστοσύνης

ιατρού – ασθενούς. Τέτοιες για παράδειγμα συγκρούσεις είναι υπαρκτές και παρουσιάζονται κυρίως στους τομείς, όπου η τεχνολογική πρόοδος έχει αλλάξει την ιατρική πρακτική, ώστε το άγνωστο να τρομάζει πολλές φορές τους ασθενείς και να τους καθιστά διστακτικούς.

Συμπερασματικά, οι κλινικοί ιατροί εμπιστεύονται γενικά, τα Ιατρικά Συμβούλια, όταν κάποιο ιατρικό περιστατικό είναι σύνθετο και απαιτεί συλλογική αντιμετώπιση. Τα Ιατρικά Συμβούλια των σημερινών νοσοκομείων καλούνται, να επιτελέσουν πολλαπλό ρόλο, καθότι πρέπει ταυτόχρονα, να περιφρουρήσουν τόσο την υγεία των ασθενών, όσο και την ευθύνη των κλινικών ιατρών και λοιπών στελεχών, που συνδράμουν το έργο τους.

Στην Ελλάδα, ο θεσμός τυποποιήθηκε και ενισχύθηκε νομοθετικά, στο βαθμό που ο ασθενής να μπορεί, να ζητήσει τη σύγκληση ιατρικού συμβουλίου ως ρητό και αναφαίρετο δικαίωμά του. Ο ακριβής ορισμός των Ιατρικών Συμβουλίων δεν αποτελεί εκ των προτέρων γνωστικό εφόδιο των κλινικών ιατρών. Ωστόσο, διαδραματίζει καταλυτικό ρόλο στην καθ' ημέρα κλινική πρακτική και παρατηρείται ότι τις περισσότερες φορές επικρατεί σύμπνοια μεταξύ των συμμετεχόντων ως προς την τελική απόφαση που είναι και καθοριστικής σημασίας.

Ως νεότερο θεσπισμένο όπλο στη φαρέτρα του ιατρού, το ογκολογικό συμβούλιο, αποτελεί αναγκαίο καθημερινό εφόδιο λόγω της ιδιαίτερα επιθετικής νόσου του καρκίνου, που απαντάται σε όλα τα συστήματα του ανθρώπινου οργανισμού. Ομοίως, στον χειρουργικό τομέα και στα επείγοντα καρδιολογικά περιστατικά. Στη χώρα μας, δεν έχει ενισχυθεί ο ρόλος του ιατρικού συμβουλίου σε διοικητικές αρμοδιότητες, ιδιαίτερα όσον αφορά στην καλύτερη κατανομή των διαθέσιμων πόρων του Ε.Σ.Υ. εμπρός στις ολοένα και αυξανόμενες ανάγκες των ασθενών στην εποχή της πανδημίας.

Ολοκληρώνοντας την παρούσα μελέτη, παρατίθεται επεξηγηματικό στοιχείο από το δεύτερο μισό της παραγράφου 8 του έργου ‘‘Παραγγελίαι’’ του Ιπποκράτη: ‘‘Η επιστήμη της ιατρικής και η αξία του γιατρού δεν μειώνεται με τη σύγκληση ιατρικού συμβουλίου. Αντίθετα, τούτο χρειάζεται θάρρος και αναδεικνύει την υψηλή ηθική του αξία και την προτεραιότητα που δίνει στη θεραπεία του ασθενούς’’.

Βιβλιογραφία

Ελληνόγλωσση

- [1] Κ. Κηπουρίδου, Μ Μηλαπίδου, Νέες Τεχνολογίες στην Υγεία, Ιατρικά, Νομική και Ηθικά ζητήματα, Νομική Βιβλιοθήκη, 2021.
- [2] Κ. Κρεμαλής, Το Δίκαιο της Υγεία (2), Νομική Βιβλιοθήκη, 2011.
- [3] Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας – Ν3418/2015.
- [4] Λασκαρίδης Ε., Ερμηνεία Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας Ν. 3418/2005, 2012.
- [5] Οδυσσέας Χατζόπουλος, Ιπποκράτης, Παραγγελίαι, Γενική Ιατρική, Άπαντα 1, Αρχαία Ελληνική Γραμματεία, Οι Έλληνες, εκδόσεις Κάκτος, 1993, σ. 204 – 207.
- [6] Οδηγία 2016/1148/ΕΕ του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου.
- [7] Π. Καλαμπούκα-Γιαννοπούλου, Η προστασία του ασθενούς ως καταναλωτή, 2011.
- [8] Σιώμκος Γ. Έρευνα Αγοράς, 2008.
- [9] Σπυροπούλου Ελίνα, Ιατρική Ευθύνη και Δίκαιο-Medical Support, 2015.
- [10] Σωτηρόπουλος Βασίλης, Υπεύθυνος προστασίας δεδομένων-Εργαλειοθήκη για τον νέο θεσμό σε δημόσιο και ιδιωτικό τομέα, 2017.
- [11] Νόμος 4052/2012 - Άρθρο 135 παρ. 1.

Ξενόγλωσση

- [1] Amyas Morse, National Audit Office Urgent Care, Derby City Council, October 2013.
- [2] Christopher Cheney. 5 steps to launch clinical councils and boost physician engagement, Health Leaders magazine, January/February 2019.
- [3] Deborah Volosin, Emergency department advisory council charter, Kaweah Health, 2021.
- [4] Edelstein L., ed. The Hippocratic oath: text, translation, and interpretation. Baltimore: Johns Hopkins Press, 1943.
- [5] Mason and McCall Smith's Law and Medical Ethics– OUP Oxford; 10th edition - April 2016.

[6] Rachael Alter, Pediatric Emergency Care. Nasemso.org, Washington, 2021.

[7] Regulation (EU) 2016/679 of the European Parliament and of the Council of 27 April 2016, General Data Protection Regulation.

[8] Stephen Donnelly, Appointments to the Pre-Hospital Emergency Care Council, Ministry of Health, Government of Ireland, September 2021.

[9] Weinreich N. Integrating quantitative and qualitative methods in social marketing research, 2008.

[10] World Medical Association, chapter 4: physicians and colleagues. Medical Ethics Manual, 3rd edition 2015, (p. 88 – 97).

[11] W. H. S. Jones. Hippocrates Collected Works I. Hippocrates. Cambridge. Harvard University Press. 1868.

Παράρτημα

Ελληνική Νομοθεσία

Ευρωπαϊκός Κανονισμός