

**Η ΣΥΝΕΧΙΖΟΜΕΝΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΩΣ ΘΕΣΜΟΣ
ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΤΗΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ:**

Ανάδειξη αναγκών και πρόταση σχεδίου μεθόδων σε σχέση με συστήματα
ΣΙΕ σε άλλες χώρες της Ευρώπης.

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

Μέλη Εξεταστικής Επιτροπής :

ΣΟΥΛΙΩΤΗΣ ΚΥΡΙΑΚΟΣ (Επιβλέπων)	Επίκουρος Καθηγητής
ΚΟΝΤΙΑΔΗΣ ΞΕΝΟΦΩΝ	Καθηγητής
ΚΟΥΛΑΪΔΗΣ ΒΑΣΙΛΗΣ	Καθηγητής
ΚΟΝΤΟΥΛΗ-ΓΕΙΤΟΝΑ ΜΑΙΡΗ	Αναπληρώτρια Καθηγήτρια
ΤΣΙΡΩΝΗ ΜΑΡΙΑ	Αναπληρώτρια Καθηγήτρια
ΤΟΥΝΤΑΣ ΙΩΑΝΝΗΣ	Καθηγητής
ΤΖΙΜΟΓΙΑΝΝΗΣ ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ	Καθηγητής

Copyright © Ελένη Πολίτη, 2015.

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Απαγορεύεται η αντιγραφή, αποθήκευση και διανομή της παρούσας διατριβής, εξ ολοκλήρου ή τμήματος αυτής, για εμπορικό σκοπό. Επιτρέπεται η ανατύπωση, αποθήκευση και διανομή για σκοπό μη κερδοσκοπικό, εκπαιδευτικής ή ερευνητικής φύσης, υπό την προϋπόθεση να αναφέρεται η πηγή προέλευσης και να διατηρείται το παρόν μήνυμα. Ερωτήματα που αφορούν τη χρήση της διατριβής για κερδοσκοπικό σκοπό πρέπει να απευθύνονται προς τον συγγραφέα.

Η έγκριση διδακτορικής διατριβής από το Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου, δεν δηλώνει αποδοχή των απόψεων του συγγραφέα.

*«...η δουλειά αυτή είναι αφιερωμένη
στη μνήμη του πατέρα μου».*

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Συντομογραφίες.....	11
Κατάλογος Διαγραμμάτων & Πινάκων.....	13
Ευχαριστίες.....	15
Εισαγωγή.....	17
Περίληψη.....	21
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ :	
ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΘΕΣΜΙΚΟΥ ΚΑΙ ΚΑΝΟΝΙΣΤΙΚΟΥ ΠΛΑΙΣΙΟΥ.....	31
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 : Ιστορική αναδρομή περί της διά βίου εκπαίδευσης ενηλίκων και το τρέχον ευρωπαϊκό και εθνικό θεσμικό πλαίσιο	
1.1. Η Πλατωνική θεώρηση περί της δια βίου εκπαίδευσης.....	32
1.2. Γενικές συστηματοποιημένες θεωρήσεις περί την εκπαίδευση ενηλίκων.....	35
1.3. Ο ρόλος της UNESCO στη διά βίου εκπαίδευση ενηλίκων.....	39
1.4. Σημερινές θεωρήσεις για τη σημασία της διά βίου μάθησης.....	40
1.5. Οι στόχοι της Ευρωπαϊκής Ένωσης για τη διά βίου μάθηση.....	41
1.6. Η εναρμόνιση της Ελλάδας με τις Ευρωπαϊκές κατευθύνσεις.....	43
Σύνοψη κεφαλαίου.....	51
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 : Ιστορική αναδρομή και διεθνές θεσμικό και κανονιστικό πλαίσιο για τη συνεχιζόμενη ιατρική εκπαίδευση και ανάπτυξη	
2.1. Η Συνθήκη της Ρώμης του 1957.....	55
2.2. Η Κοινοτική Οδηγία 93/16/EEC του 1993.....	56
2.2.1 Τροποποιήσεις στην Κοινοτική Οδηγία 93/16/EEC	59
2.3. Η Κοινοτική Οδηγία 2005/36/EC του 2005.....	60

2.4. Τα Συνέδρια της Οττάβα από το 1985 ως θεσμός αξιολόγησης της ιατρικής επαγγελματικής επάρκειας.....	65
2.5. Η Διακήρυξη του Εδιμβούργου του 1988 ως πηγή αναφοράς για τις βασικές αρχές στην ιατρική εκπαίδευση.....	66
2.6. Η Σύνοδος Κορυφής της Παγκόσμιας Ομοσπονδίας για την Ιατρική Εκπαίδευση του 1993.....	68
2.7. Ο ρόλος της Ευρωπαϊκής Ένωσης των Ιατρικών Ειδικοτήτων στην εκπαίδευση των ιατρών στην Ευρώπη.....	70
2.8. Το ελληνικό Νομικό πλαίσιο για την Ιατρική μετεκπαίδευση και τη Δια Βίου εκπαίδευση των Ιατρών	
2.8.1.Νόμος 1397 για τη Διά βίου εκπαίδευση των ιατρών, Φύλλο Εφημερίδας της Κυβερνήσεως υπ’ αριθμόν 143, 7 Οκτωβρίου του 1983.....	74
2.8.2.Νόμος 2194 για τη μετεκπαίδευση των ιατρών, Φύλλο Εφημερίδας της Κυβερνήσεως υπ’αριθμόν 34Α, 16 Μαρτίου 1994.....	76
2.8.3.Προεδρικό Διάταγμα 415 για τις ιατρικές ειδικότητες, Φύλλο Εφημερίδας της Κυβερνήσεως υπ’αριθμόν 236, 29 Δεκεμβρίου του 1994.....	77
2.9. Η Διακήρυξη του Δουβλίνου του 1993 ως πηγή αναφοράς για τις βασικές αρχές στη διά βίου ιατρική εκπαίδευση.....	78
2.10. Ο Καταστατικός Χάρτης της Ευρωπαϊκής Ένωσης Ιατρικών Ειδικοτήτων για τη συνεχιζόμενη ιατρική εκπαίδευση.....	81
2.11. Γενικές αρχές περί διασφάλισης της ποιότητας στην ιατρική.....	82
2.11.1. Καταστατικός Χάρτης της Ευρωπαϊκής Ένωσης τω Ιατρικών Ειδικοτήτων για τη διασφάλιση της ποιότητας στη ιατρική πρακτική των ειδικευμένων ιατρών.....	83

2.11.2. Καταστατικός Χάρτης της Ευρωπαϊκής Ένωσης Ιατρικών Ειδικοτήτων για την αξιολόγηση των εκπαιδευτικών κέντρων.....	86
2.11.3. Διεθνής Κατάλογος Ιατρικών Σχολών του κόσμου	86
2.11.4. Κατευθυντήριες Οδηγίες για την ποιότητα στην ανώτερη εκπαίδευση.....	88
2.11.5. Αρχές αξιολόγησης στην ιατρική μετεκπαίδευση της Ευρωπαϊκής Ένωσης Ιατρικών Ειδικοτήτων	89
2.11.6. Η Διακήρυξη της Βουδαπέστης για την Ποιότητα στη Φροντίδα Υγείας	89
2.11.7. Το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο Πιστοποίησης Προσόντων των ειδικευμένων ιατρών.....	90
2.12. Θέσπιση κριτηρίων διεθνούς πιστοποίησης και μοριοδότησης των εκπαιδευτικών δράσεων.....	91
2.13. Η Διακήρυξη της Βασιλείας για τη Συνεχιζόμενη Επαγγελματική Ανάπτυξη.....	93
2.14. Τα παγκόσμια κριτήρια για τη Συνεχιζόμενη Επαγγελματική Ανάπτυξης της Παγκόσμιας Ομοσπονδίας Ιατρικής Εκπαίδευσης.....	95
2.15. Η έννοια του «Παγκόσμιου Ιατρού» για τις επιδιωκόμενες δεξιότητες στα πλαίσια της διά βίου εκπαίδευσης.....	103
2.16. Τα συστήματα Συνεχιζόμενης Ιατρικής Εκπαίδευσης και Επαγγελματικής Ανάπτυξης ανά τις χώρες.....	104
2.16.1. Νέες ανασκοπήσεις των συστημάτων ΣΕΑ, 2011-2014.....	108
2.17. Η Στρατηγική Συντονισμού της Ευρωπαϊκής Εταιρείας Ιατρικών Ειδικοτήτων.....	113
2.18. Η εθνική πρόταση νομοθετικής μεταρρύθμισης του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας το 2011.....	115

2.19. Ζητήματα περί της επιχορήγησης της δια βίου εκπαίδευσης των ιατρών	
από φαρμακευτικές εταιρείες	120
Σύνοψη Κεφαλαίου.....	122
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ Ι :	
ΜΕΛΕΤΗ ΠΡΟΣΦΑΤΟΥ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΤΙΚΟΥ ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑΤΟΣ ΣΕ ΕΘΝΙΚΟ	
ΣΥΣΤΗΜΑ ΔΙΑ ΒΙΟΥ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΙΑΤΡΩΝ.....	
	126
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Πρόσφατες μεταρρυθμίσεις του συστήματος διά βίου εκπαίδευσης και	
ανάπτυξης του ανθρώπινου δυναμικού στην υγεία στο Ηνωμένο Βασίλειο	
3.1. Στρατηγικές προτεραιότητες του Εθνικού Συστήματος Υγείας του Ηνωμένου	
Βασιλείου.....	127
3.2. Οι φάσεις της πρόσφατης μεταρρύθμισης	128
3.2.1.Οι εισηγήσεις της Επιτροπής «Συνάντηση για το Μέλλον του Αγγλικού	
Συστήματος Υγείας»	128
3.2.2. Το εθνικό πρόγραμμα αποτύπωσης της ανομοιομορφίας.....	133
3.2.3.Η νέα κυβερνητική πολιτική «Απελευθερώνοντας το Εθνικό Σύστημα	
Υγείας».....	134
3.2.4.Η αναδιαμόρφωση των κυβερνητικών τμημάτων διαχείρισης της υγείας στην	
Αγγλία.....	135
3.2.5.Οι επακόλουθες νομοθετικές μεταρρυθμίσεις.....	136
3.3. Ο στρατηγικός σχεδιασμός της νέας Ειδικής Αρχής για την «Εκπαίδευση στην	
Υγεία στην Αγγλία»	137
3.3.1. Τοπικά Συμβούλια για την Εκπαίδευση και Επιμόρφωση	139
3.3.2.Συμπεράσματα από ένα «ανοικτό διάλογο» την περίοδο «Φεβρουάριος 2013 -	
Μαΐος 2013».....	140

3.3.3. Ο τελικός εθνικός ρόλος της ΕΥΑ	141
3.3.4. Το «Εθνικό Πλαίσιο για τα Αποτελέσματα της Εκπαίδευσης».....	142
3.3.5. Ο σχεδιασμός για το ανθρώπινο δυναμικό.....	143
3.3.6. Οι προσπάθειες ενίσχυσης της κουλτούρας διαφύλαξης της ασφάλειας των ασθενών.....	145
3.4. Οι «Εντολές» του Κυβερνητικού Τμήματος για την Υγεία.....	149
3.5. Ο συνολικός τρόπος λειτουργίας της Αρχής «Εκπαίδευση για την Υγεία στην Αγγλία» και οι στόχοι της μεταρρύθμισης που ικανοποιεί.....	150
3.6. Άλλες παράμετροι που ελήφθησαν υπ' όψιν κατά την ανάπτυξη ενός νέου μοντέλου εκπαίδευσης των ιατρών στα πλαίσια της Αγγλικής μεταρρύθμισης....	152
3.7. Οι εφαρμοζόμενες μέθοδοι Αξιολόγησης και Πιστοποίησης των Ιατρών.....	153
Σύνοψη Κεφαλαίου.....	157
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ II :	
ΕΓΧΩΡΙΑ ΕΡΕΥΝΑ ΚΑΙ ΤΕΛΙΚΕΣ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	160
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 : Έρευνα τεκμηρίωσης της ανάγκης για μεταρρύθμιση στο σημερινό σύστημα διά βίου επαγγελματικής ανάπτυξης των Ελλήνων ιατρών	
4.1. Η οργάνωση της έρευνας	161
4.2. Τα χαρακτηριστικά του δείγματος των συμμετεχόντων ιατρών.....	162
4.3. Πεποιθήσεις για τη σημασία της Συνεχιζόμενης Ιατρικής Εκπαίδευσης	167
4.4. Η συχνότητα επιδίωξης της Συνεχιζόμενης Ιατρικής Εκπαίδευσης.....	171
4.5. Η ενημέρωση περί της υποχρέωσης για Συνεχιζόμενη Ιατρική Εκπαίδευση.....	176
4.6. Η ικανοποίηση των αναγκών των ιατρών από το ελληνικό σύστημα ΣΙΕ.....	179
4.7. Η ικανότητα των συνεδρίων να ικανοποιούν ανάγκες εκπαίδευσης.....	183
4.8. Η προτίμηση στις μεθόδους της εκπαίδευσης.....	186

4.9. Η πιστοποίηση της επάρκειας των ιατρών στο ελληνικό σύστημα μοριοδότησης.....	190
4.10. Οι ανισότητες στην πρόσβαση σε ευκαιρίες εκπαίδευσης.....	194
4.11. Προτάσεις περί των απαιτούμενων ωρών ΣΙΕ και της ανάγκης κεντρικού εθνικού συντονισμού.....	198
Σύνοψη κεφαλαίου & Συμπεράσματα.....	200
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 : Τελική σύνοψη των συμπερασμάτων και μεθόδευση των προτάσεων προτεραιότητας για ένα σχέδιο βελτίωσης της διά βίου εκπαίδευσης των ιατρών στην Ελλάδα	
Τελικά συμπεράσματα & Προτάσεις.....	202
Βιβλιογραφία.....	209
Παραρτήματα.....	226
Παράρτημα 1 : Ερωτηματολόγιο της έρευνας περί συνεχιζόμενης ιατρικής εκπαίδευσης.....	227
Παράρτημα 2 : Αναλογία ιατρικών ειδικοτήτων του δείγματος.....	231
Παράρτημα 3 : Ελεύθερες απόψεις των ιατρών.....	232

Συντομογραφίες

Εκπαίδευση στην Υγεία στην Αγγλία (ΕΥΑ)

Ευρωπαϊκή Οικονομική Κοινότητα (ΕΟΚ)

Ευρωπαϊκή Κοινότητα Ατομικής Ενέργειας (ΕΥΡΑΤΟΜ)

Τοπικά Συμβούλια για την Εκπαίδευση και Επιμόρφωση (ΤΣΕΕ)

Εθνικό Πλαίσιο Αποτελεσμάτων της Εκπαίδευσης (ΕΠΑΕ)

Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ)

Φύλλο Εφημερίδας της Κυβερνήσεως (ΦΕΚ)

Συνεχιζόμενη Επαγγελματική Ανάπτυξη (ΣΕΑ)

Συνεχιζόμενη Ιατρική Εκπαίδευση (ΣΙΑ)

Γενικό Ιατρικό Συμβούλιο (ΓΙΑ)

Προσωπικό Πλάνο Ανάπτυξης (ΠΠΑ)

Εταιρεία για την Ιατρική Εκπαίδευση στην Ευρώπη (ΕΙΕΕ)

Παγκόσμια Ομοσπονδία για την Ιατρική Εκπαίδευση (ΠΟΙΕ)

Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ)

Ευρωπαϊκή Ένωση Ιατρικών Ειδικοτήτων (ΕΕΙΕ)

Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας (ΚΕΣΥ)

Οργανισμού για την Οικονομική Συνεργασία και Ανάπτυξη (ΟΟΣΑ)

Ευρωπαϊκό Συμβούλιο Πιστοποίησης για τη Συνεχιζόμενη Ιατρική Εκπαίδευση (ΕΣΠΣΙΕ)

Ίδρυση Επιστημονικών Εταιρειών των Ιατρικών Ειδικοτήτων (ΕπΕΙΕ)

Στρατηγικοί Στόχοι (ΣΣ)

Σχολεία Δεύτερης Ευκαιρίας (ΣΔΕ)

Κέντρα Εκπαίδευσης Ενηλίκων (ΚΕΕ)

Σχολές Γονέων (Σ.Γ.)

Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο (ΕΑΠ)

Ειδική Υπηρεσία Διαχείρισης (ΕΥΔ)

Εθνικό Στρατηγικό Πλαίσιο Αναφοράς (Ε.Σ.Π.Α.)

Γενική Γραμματεία Δια Βίου Μάθησης (Γ.Γ.Δ.Β.Μ.)

Ίδρυμα Νεολαίας και Διά βίου μάθησης» (Ι.ΝΕ.ΔΙ.ΒΙ.Μ.)

Individualized Learning Account, ILA

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ & ΠΙΝΑΚΩΝ

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΑ

Διάγραμμα 4.1 Σύνθεση δείγματος ιατρών της έρευνας ως προς τον τομέα ειδικότητας που εκπροσωπούν

Διάγραμμα 4.2 Ποσοστιαία αναλογία κατανομής του μελετούμενου δείγματος σε ηλικιακές κατηγορίες

Διάγραμμα 4.3 Η αναλογία ειδικών και ειδικευμένων ιατρών στο μελετούμενο δείγμα

Διάγραμμα 4.4 Χαρακτηριστικά του δείγματος ως προς τις βασικές σπουδές στην ιατρική

Διάγραμμα 4.5 Η αναλογία των απόψεων που εκφράστηκαν σχετικά με τη σημασία της ΣΙΕ και το ρόλο της στη Διαφύλαξη της Ασφάλειας των ασθενών και την Ορθή Άσκηση της Ιατρικής

Διάγραμμα 4.6 Σχηματική απεικόνιση των απαντήσεων των ιατρών του δείγματος περί της σημασίας της ΣΙΕ σε μια κλίμακα βαθμονόμησης από το 1 έως το 10

Διάγραμμα 4.7 Οι τακτικές επιδίωξης της ΣΙΕ του δείγματος των ιατρών

Διάγραμμα 4.8 Όλοι οι ιατροί του δείγματος απαντούν ότι το Σύστημα μοριοδότησης και υποχρέωσης στη ΣΙΕ δεν είναι ξεκάθαρο

Διάγραμμα 4.9 Η δήλωση ικανοποίησης από το Ελληνικό σύστημα ΣΙΕ στο μελετούμενο δείγμα

Διάγραμμα 4.10 Οι απόψεις των ιατρών για την ικανότητα των συνεδρίων να εξυπηρετούν εκπαιδευτικές ανάγκες

Διάγραμμα 4.11 Οι αναλογίες της προτίμησης ως προς τη μέθοδο της προσφερόμενης ΣΙΕ

Διάγραμμα 4.12 Το ποσοστό των ιατρών που πιστεύει ή δεν πιστεύει ότι το σύστημα μορίων όπως εφαρμόζει στο Ελληνικό Σύστημα αντικατοπτρίζει επάρκεια στην ιατρική

Διάγραμμα 4.13 Οι αναλογίες των ιατρών που υποστηρίζουν ή όχι την παρουσία ανισοτήτων στην ελεύθερη πρόσβαση σε ΣΙΕ

Διάγραμμα 4.14 Οι δυσκολίες στην ενημέρωση των ιατρών του δείγματος για τις υπάρχουσες ευκαιρίες ΣΙΕ

Διάγραμμα 4.15 Η κατανομή της ανασταλτικής επίδρασης των δυσκολιών σε μία επιτυχή ολοκλήρωση της ΣΙΕ στο δείγμα των ιατρών

Διάγραμμα 4.16 Η διαβάθμιση των απαντήσεων περί της χρησιμότητας ίδρυσης μιας Εθνικής Συντονιστικής Αρχής της ΣΙΕ

ΠΙΝΑΚΕΣ

Πίνακας 1.1: Ενίσχυση της διά βίου εκπαίδευσης ενηλίκων

Πίνακας 1.2: Εθνικό Δίκτυο Διά Βίου Μάθησης

Πίνακας 2.1 : Τομείς Ειδικοτήτων της Ευρωπαϊκής Εταιρείας Ιατρικών Ειδικοτήτων

Πίνακας 2.2.: Ανασκόπηση ΣΕΑ 2011

Πίνακας 2.3: Λίστα ιατρικών ειδικοτήτων ΚΕΣΥ

Πίνακας 4.1: Οι ειδικότητες που εκπροσωπούνται στο μελετούμενο δείγμα

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θερμές ευχαριστίες οφείλω στον Επιβλέποντα Καθηγητή της Διδακτορικής μου Διατριβής κ.κ. Κυριάκο Σουλιώτη, Επίκουρο Καθηγητή του Τμήματος Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου, για την τιμητική ενθάρρυνση σε όλη τη διάρκεια αυτής της ερευνητικής διαδρομής και τα μέλη της Τριμελούς Συμβουλευτικής μου Επιτροπής κ.κ Ξενοφών Κοντιάδη, Καθηγητή Δημοσίου Δικαίου και Δικαίου Κοινωνικής Ασφάλειας του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου και κ.κ. Βασίλη Κουλαϊδή, Καθηγητή Παιδαγωγικής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου για την πολύτιμη καθοδήγηση στην εκπόνηση αυτού του έργου.

Ευχαριστίες οφείλω, επίσης, στους εκπροσώπους της Ομοσπονδίας των Βασιλικών Κολλεγίων Ιατρών του Ηνωμένου Βασιλείου, στους εκπροσώπους του Εθνικού Κέντρου Κατευθυντήριων Οδηγιών Αγγλίας και στους εκπροσώπους της Ευρωπαϊκής Ένωσης Ιατρικών Ειδικοτήτων για την πολύτιμη και τιμητική υποστήριξη τους, αλλά και τον αείμνηστο Καθηγητή Χειρουργικής κ.κ. Χρήστο Πισιώτη, Αντιπρόεδρο στη Μόνιμη Επιτροπή Ιατρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης σε θέματα Εκπαίδευσης, για την ιδιαίτερη ευγένεια και υποστήριξη.

Ευχαριστώ, ακόμα, τα μέλη της Ομάδας Εργασίας για την Εκπαίδευση της WONCA για τις δημιουργικές αλληλεπιδράσεις μας.

Ευχαριστίες οφείλω επίσης στις Επιστημονικές Επιτροπές των Πανελληνίων Συνεδρίων της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας και του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου, αλλά και την Επιστημονική Επιτροπή του Περιοδικού “Problems of Education in the 21st Century”, που δημοσίευσαν μέρη της παρούσας Διατριβής.

Επίσης ευχαριστώ την Οργανωτική Ομάδα του Συνδέσμου Βιομηχανιών Ελλάδος για την πρόσκληση συμμετοχής μου στις συναντήσεις εργασιών για την «Ανάπτυξη του Ανθρώπινου Δυναμικού στο χώρο της Υγείας» στην Ελλάδα.

Ευχαριστώ, επίσης, το Διευθυντή ΕΣΥ κ.κ. Ιωάννη Ιωαννίδη, Παθολόγο με εξειδίκευση στο Σακχαρώδη Διαβήτη, Υπεύθυνο Διαβητολογικού Ιατρείου και Ιατρείου Παχυσαρκίας Γενικού Νοσοκομείου Ν. Ιωνίας, Πρόεδρο της Ελληνικής Διαβητολογικής Εταιρείας, για την ενθάρρυνση και συνεργασία στην υλοποίηση στοχευμένων εκπαιδευτικών δράσεων για ιατρούς, μέσω διαδικτύου.

Ένα μεγάλο ευχαριστώ οφείλω επίσης στη Δρ Στατιστικής κ.κ. Αναστασία Πολίτη για τη συμμετοχή της στην ανάλυση των δεδομένων της έρευνας.

Δεν θα μπορούσα παρά να ευχαριστήσω πολύ, επίσης, όλους του ιατρούς συναδέλφους, που πρόθυμα συμμετείχαν στην έρευνα, αλλά και όποιον άλλον συζήτησε μαζί μου τους προβληματισμούς μου επί της διά βίου εκπαίδευσης των ιατρών, συμπεριλαμβανομένων μελετητών της αρχαίας ελληνικής φιλοσοφίας και της παιδαγωγικής, ιατρούς συναδέλφους σε Ελλάδα και εξωτερικό και εκπροσώπους διαφόρων άλλων φορέων με τους οποίους αντάλλαξα, επίσης, σχετική αλληλογραφία.

Τέλος, το παρόν πόνημα θα ήταν αδύνατον να δημιουργηθεί χωρίς την ενθάρρυνση φίλων και ειδικά την αέναη συμπαράσταση της μητέρας μου και γι' αυτό ευχαριστώ όλους αυτούς ειδικά.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η Συνεχιζόμενη Ιατρική Εκπαίδευση (ή η Συνεχιζόμενη Επαγγελματική Ανάπτυξη, ως νεώτερος όρος) έχει αποκτήσει εξαιρετική σημασία παγκοσμίως, τα τελευταία χρόνια. Η ηθική ευθύνη του ιατρού για διά βίου εκπαίδευση θεωρείται βέβαια, ανέκαθεν, αξίωμα. Ωστόσο, οι ραγδαίες εξελίξεις των πρόσφατων ετών στην τεχνολογία, την παγκόσμια οικονομία, τις περιβαλλοντικές συνθήκες και την κοινωνική οργάνωση έχουν αναδείξει την ανάγκη για μια αναδιαμόρφωση του επιδιωκόμενου ρόλου του ιατρού, για μία αυστηρότερα ελεγχόμενη και τεκμηριωμένη συστηματοποίηση των γνώσεων και των πράξεών του και για μία ενδυνάμωσή του, ώστε να μπορεί να στοχεύει και να προγραμματίζει την εναρμόνισή του με τις εξελίξεις αυτές, έγκαιρα και με μετρήσιμη επιτυχία.

Το γνωστικό αντικείμενο της ιατρικής αναπτύσσεται ταχύτατα σε όλες τις ειδικότητες και εξειδικεύσεις. Μεγάλο μέρος των γνώσεων που αποκτώνται κατά τη διάρκεια των βασικών σπουδών αναιρείται σύντομα μετά την αποφοίτηση, βάσει των νέων δεδομένων. Η δια βίου ενημέρωση για νέες προσεγγίσεις στις διαγνωστικές, προγνωστικές και θεραπευτικές ιατρικές μεθόδους θεωρείται αναγκαία.

Ωστόσο, οι προκλήσεις των σύγχρονων εξελίξεων είναι πιο πολύπλοκες από την απλή διεύρυνση του γνωστικού αντικειμένου της θεωρίας στην ιατρική επιστήμη. Καταρχήν, οι νέες τεχνολογικές μέθοδοι πληροφορικής και επικοινωνίας που υπηρετούνται στην καθημερινή κλινική πράξη απαιτούν και τη διαρκή απόκτηση νέων δεξιοτήτων.

Ειδικά για το αντικείμενο της χειρουργικής, οι εξελίξεις στις επιστήμες νέων υλικών και ρομποτικής μηχανολογίας διευρύνουν, με μεγάλες ταχύτητες, τα όρια παρέμβασης στο ανθρώπινο σώμα και δημιουργούν την ανάγκη διαρκούς εκπαίδευσης των χειρουργών σε νέες τεχνικές και αντανακλαστικά. Οι εργαστηριακές ειδικότητες διαγνωστικής, από την άλλη πλευρά, υιοθετούν συνεχώς νέες βελτιούμενες μεθόδους ψηφιακής απεικόνισης, που απαιτούν συστηματοποιημένη εκπαίδευση στον ορθό χειρισμό τους, αλλά και οι παθολογικές ειδικότητες υιοθετούν νέες μεθόδους νανοτεχνολογίας στη διάγνωση και τη θεραπευτική.

Η εξέλιξη της τεχνολογίας έχει επηρεάσει και τη σχέση ιατρού - ασθενούς, καθώς οι ασθενείς είναι πλέον πιο ενημερωμένοι. Άλλωστε, η ποικιλία των εναλλακτικών επιλογών που διατίθενται, αλλά και η ενίσχυση της ιδέας περί της «αυτοδιάθεσης του ασθενούς» έχουν αλλάξει σήμερα το επικοινωνιακό πλαίσιο και τη δομή της ιατρικής συμβουλευτικής, σε σχέση με τα προηγούμενα χρόνια, διαμορφώνοντας ένα νέο μοντέλο

λήψης κλινικών αποφάσεων, στο οποίο οι νέοι ιατροί πρέπει στοχευμένα να εκπαιδευτούν.

Εξάλλου, η προστασία των δικαιωμάτων των ασθενών έχει εξελιχθεί, διαμορφώνοντας τις ανάγκες για διαρκή εκπαίδευση των ιατρών σε αντίστοιχα θέματα. Η αστική επαγγελματική ευθύνη, το δικαίωμα στην ευθανασία, η αντίδραση στο ακαταλόγιστο, η άσκηση δικαιωμάτων της διεθνούς αμνηστίας, η διαχείριση των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα και του ιατρικού απορρήτου σε συνεργασία με τις δικαστικές αρχές κ.α. εμφανίζονται πολύ συχνότερα στην καθημερινή ιατρική πρακτική στις μέρες μας και μέριμα για αντίστοιχη εκπαίδευση των ιατρών ολοένα και περισσότερο λαμβάνεται.

Άλλες αλλαγές, επίσης, στη δημογραφική πυραμίδα και το φυσικό περιβάλλον διαρκώς τροποποιούν το επιδημιολογικό προφίλ των νοσημάτων, δημιουργώντας ανάγκες έκτακτης εκπαίδευσης των ιατρών σε καταστροφές, επιδημίες και άλλες κρίσεις ή ανάγκες ειδικής εκπαίδευσης για τη διαχείριση συγκεκριμένων υποπληθυσμών, όπως οι ηλικιωμένοι πληθυσμοί με άνοια.

Άλλωστε, οι παγκόσμιες οικονομικές αλλαγές έχουν περισσότερο από ποτέ απαιτήσει από τους ιατρούς δεξιότητες οικονομικής και διοικητικής σκέψης, ικανότητες διαχείρισης πόρων και ικανότητες αξιολόγησης κόστους-οφέλους και προφανώς απαιτείται στοχευμένη εκπαίδευση για αυτό.

Τέλος, ανάλογα με το περιβάλλον άσκησης της ιατρικής διαμορφώνονται άλλες πιο ειδικές ανάγκες εκπαίδευσης και δεξιοτήτων κατά περίπτωση, όπως περί της προστασίας της ασφάλειας των ασθενών, αλλά και των ιατρών, την εργασία σε διατομεακή ομάδα και την ηγετική συμπεριφορά κ.α. που ειδικά ισχύουν για τους νοσοκομειακούς χώρους εργασίας. Βέβαια, κανείς δε θα μπορούσε να μη συνυπολογίσει στους νοσοκομειακούς ρόλους και την ανάγκη διαρκούς ανάπτυξης των ικανοτήτων διαχείρισης του στρες και της διατήρησης ισορροπίας επαγγελματικής και προσωπικής ζωής, δεδομένων των εργασιακών απαιτήσεων του νοσοκομειακού περιβάλλοντος, που ολοένα και αυξάνονται, υπό το πρίσμα της αύξησης της ζήτησης και της ανεπάρκειας στη στελέχωση.

Συνεπώς, η "λίστα" των απαιτούμενων προσόντων για τον σύγχρονο ιατρό περιλαμβάνει πολλές και ποικίλες γνώσεις και δεξιότητες. Στις αντίστοιχες μελέτες για τη δια βίου εκπαίδευση των ιατρών, που έχουν κατά καιρούς γίνει και περιλαμβάνονται στην παρούσα διατριβή, γίνεται αναφορά στο πλήθος των προσόντων αυτών και πως εξελίσσεται η διαχείριση των απαιτήσεων για αυτά με το πέρασμα των χρόνων.

Κανείς, επίσης, δεν θα μπορούσε να αρνηθεί τη ανάγκη «ικανοποίησης» αυτής της λίστας, στο όνομα της βελτίωσης στη φροντίδα των ασθενών από ορθά και πλήρως

εκπαιδευμένους ιατρούς. Κάτι τέτοιο θα εξυπηρετούσε, προφανώς, ως προς την ευρύτερη προστασία της Δημόσιας Υγείας, λόγω της ταχύτερης υιοθέτησης καινοτόμων μεθόδων που έχουν υψηλότερο συντελεστή ασφάλειας-αποτελεσματικότητας, της βελτίωσης της ποιότητας της ζωής και της ικανοποίησης των ασθενών, της βελτιστοποίησης της διαχείρισης των πόρων για την υγεία και της ολιστικής βελτίωσης της οργάνωσης των υπηρεσιών υγείας και των επιδημιολογικών δεικτών.

Αυτά ακριβώς αποτέλεσαν και το κίνητρο εκπόνησης της παρούσας διατριβής. Έχοντας αντιληφθεί ότι ίσως η ελληνική πολιτεία να μην προλάβει να ανταποκριθεί θεσμικά στις νέες αυτές συνθήκες υψηλών απαιτήσεων για τη συνεχιζόμενη ιατρική εκπαίδευση - που έχουν, άλλωστε, προκαλέσει παγκοσμίως αντίστοιχη ανησυχία - θεωρήθηκε σκόπιμη η μελέτη σχετικών εννοιών περί τη διά βίου εκπαίδευση των ιατρών και της εξέλιξής τους ανά τα έτη. Απώτερος σκοπός ήταν η δομημένη τελική σύσταση προτάσεων βελτιωτικής αναδιαμόρφωσης του ελληνικού συστήματος διά βίου εκπαίδευσης ιατρών, όπως σε πολλές άλλες χώρες φάνηκε την ίδια περίοδο ότι γίνεται, ώστε να ανταποκρίνεται καλύτερα στις σύγχρονες απαιτήσεις.

Έτσι, στο πλαίσιο του γενικού μέρους της διατριβής, έγινε αρχικά μία βιβλιογραφική ανασκόπηση αρχών περί της διά βίου εκπαίδευσης των ενηλίκων μέχρι και σήμερα, κατόπιν η έρευνα επικεντρώθηκε στην ανασκόπηση των αρχών δια βίου εκπαίδευσης των ιατρών ειδικότερα και τέλος, ακολούθησε μια εκτενής και σε βάθος μελέτη της πρόσφατης ιστορίας μεταρρύθμισης του αντίστοιχου συστήματος συνεχιζόμενης ιατρικής εκπαίδευσης στο Ηνωμένο Βασίλειο.

Η έρευνα, έτσι, εμβάθυνε περαιτέρω στις μεθόδους που ακολουθούνται για τη διαμόρφωση ενός τεκμηριωμένου, συστηματοποιημένου, στοχευμένου, ελεγχόμενου και αποτελεσματικού συστήματος διά βίου ανάπτυξης ιατρών, που υπάγεται στις αντίστοιχες νομοθετικές ρυθμίσεις ενός κράτους, έτσι ώστε να συνδέεται με την άδεια των ιατρών για εργασία, την προστασία της ασφάλειας και των δικαιωμάτων των ασθενών, την επίτευξη των επιδημιολογικών εθνικών στόχων, τον ορθολογισμό των δαπανών για την υγεία, το σχεδιασμό για τα μεγέθη και την κατανομή στο ανθρώπινο δυναμικό και την αλληλεπίδραση των διαφόρων φορέων πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας, κεντρικών μονάδων και περιφέρειας, αλλά και τα πανεπιστήμια.

Κατά την ανωτέρω συνολική ανασκόπηση, πραγματοποιήθηκε εκτενής επικοινωνία με πληθώρα εκπροσώπων του ευρύτερου αντικειμένου σε Ελλάδα και εξωτερικό και μελετήθηκε το ισχύον θεσμικό πλαίσιο συνεχιζόμενης ιατρικής εκπαίδευσης διαφόρων άλλων χωρών. Επίσης μελετήθηκε η βιβλιογραφία ακαδημαϊκής έρευνας στη θεματική

περιοχή της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης των ιατρών. Ακόμα, πραγματοποιήθηκε επίσκεψη συνάντησης και εκπαίδευσης σε αντίστοιχα κέντρα στο Ηνωμένο Βασίλειο, ενώ επίσης διαμορφώθηκαν και ομάδες συνεργασίας με εκπροσώπους από άλλες χώρες.

Παράλληλα με τη μελέτη του ευρωπαϊκού, κυρίως, θεσμικού πλαισίου και της ακαδημαϊκής έρευνας στη συνεχιζόμενη ιατρική εκπαίδευση και με απώτερο στόχο τη διαμόρφωση προτάσεων βελτίωσης για το ελληνικό σύστημα, σχεδιάστηκε, διεξήχθη, αναλύθηκε και ανακοινώθηκε μελέτη διερεύνησης των αναγκών, αλλά και των γενικότερων απόψεων, ενός δείγματος ελλήνων ιατρών. Έτσι, συνελέχθησαν πληροφορίες για τις ανάγκες, τις προτάσεις και τη γενική γνώμη για το υπάρχον σύστημα συνεχιζόμενης ιατρικής εκπαίδευσης και το θεσμό γενικότερα, στην Ελλάδα σήμερα.

Οι παρατηρήσεις που προέκυψαν από την ως άνω ανάλυση εκτιμήθηκαν σε βάθος, τόσο υπό το πρίσμα των διεθνών προβληματισμών και των ανάλογων εξελίξεων στα συστήματα συνεχιζόμενης ιατρικής εκπαίδευσης αλλαχού στον κόσμο, όσο και υπό το πρίσμα των ενδείξεων που προκύπτουν από ακαδημαϊκές έρευνες στην αντίστοιχη θεματική περιοχή και προέκυψαν κάποια συμπεράσματα.

Συνολικά, η εκπόνηση της προαναφερθείσας μελέτης και δράσης οδήγησε στη σύσταση των τελικών προτάσεων προτεραιότητας για ένα σχέδιο αναδιαμόρφωσης του ελληνικού συστήματος ΣΙΕ, τόσο ώστε να ικανοποιήσει εγχώριες, συγκεκριμένα, ανάγκες, όσο και για να εναρμονιστεί καλύτερα με διεθνείς εξελίξεις.

Συνοπτικά, θεωρείται ότι η υποχρέωση του ιατρού να είναι επαρκής στο ρόλο του θα πρέπει να υποστηρίζεται από την πολιτεία και να ισορροπεί με μία ευρύτερη θεώρηση αναγνώρισης και προστασίας των δικαιωμάτων του και όλη αυτή η πολιτειακή μέριμνα θα πρέπει να ενσωματώνεται ενιαία σε όλες τις επιμέρους μεταρρυθμίσεις που επισυμβαίνουν στο ελληνικό σύστημα υγείας, για μεγιστοποίηση του αποτελέσματος ως προς την προστασία της δημόσιας υγείας.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Στο κεφάλαιο 1 της παρούσας διατριβής γίνεται μια ιστορική αναδρομή περί της διά βίου εκπαίδευσης των ενηλίκων ατόμων και καταλήγει στο σημερινό ευρωπαϊκό και ελληνικό θεσμικό πλαίσιο.

Ήδη από την αρχαία ελληνική φιλοσοφία αναφέρεται η σημασία της διά βίου εκπαίδευσης για τη μόρφωση της ψυχής του ανθρώπου, αλλά και για την οργάνωση της κοινωνίας. Οι ενήλικες πολίτες της Αθήνας θα πρέπει, ανάλογα με τους ρόλους τους στην κοινωνική ζωή της πόλης, να υπόκεινται και στην αντίστοιχη εκπαίδευση, σε όλη τη διάρκεια της ζωής τους, ανάλογα με την ηλικιακή τους φάση, όπως ο Πλάτων μας διδάσκει.

Έτσι, ετέθησαν ουσιαστικά ήδη από την εποχή του Πλάτωνα, οι αρχές της εκπαίδευσης των ενηλίκων, ως διαφορετικές, τελικά, από αυτές των παιδιών. Η αξιοποίηση των εμπειριών και ο προσανατολισμός στην καθημερινή ζωή και τα προσωπικά ενδιαφέροντα του ενήλικα εκπαιδευόμενου είναι, δηλαδή, αυτά που θεωρήθηκε ότι κυρίως χαρακτηρίζουν τη διά βίου εκπαίδευση των ενηλίκων, διαφορετικά από ό,τι ισχύει για αυτή των παιδιών. Επιπλέον, τα όρια αυτής της εκπαίδευσης θεωρήθηκε ότι είναι ίδια με τα όρια της ζωής και ότι έχει αναπόσπαστο χαρακτήρα από την ίδια τη ζωή, όπως η τροφή ή η άσκηση.

Αν και η «ανδραγωγία», λοιπόν, ο πλατωνικός όρος για την εκπαίδευση των ενηλίκων, εμφανίστηκε, αλλά και εξαφανίστηκε πολλές φορές κατά τη διάρκεια της μετέπειτα ιστορίας, τελικά είναι πρόσφατη η εκρηκτική εμφάνιση του επιστημονικού ενδιαφέροντος γύρω από την εκπαίδευση των ενηλίκων, αλλά και την οργάνωση των κοινωνιών γύρω από αυτή. Με τη βοήθεια και άλλων επιστημών, το επιστημονικό πεδίο της εκπαίδευσης ενηλίκων προσεγγίστηκε πιο συστηματικά και έγιναν αποδεκτές οι διαφορετικές θεωρήσεις για την εκπαίδευση στις «αυτο-οριζόμενες» πλέον προσωπικότητες, όπως θεωρούνται ότι είναι οι ενήλικες.

Παρόλα ταύτα, δεν έχουν λείψει κατά τη διάρκεια της ιστορίας και οι αντιμαχίες σχετικά με το κατά πόσο πράγματι η εκπαίδευση των ενηλίκων πρέπει να υπακούει σε εντελώς διαφορετικές αρχές από αυτές της εκπαίδευσης σε παιδιά, ενώ μέθοδοι εκπαίδευσης σχεδιασμένες ειδικά για την κάθε ηλικιακή κατηγορία, θεωρήθηκε ότι μπορούν, κατά περιπτώσεις, να εφαρμοστούν άριστα και σε άλλη ηλικία.

Άλλωστε, η ανάγκη εξατομίκευσης, κατά περίπτωση, θεωρήθηκε επίσης απαραίτητη, αφού, για παράδειγμα, δεν είναι ανεξαιρέτως όλοι οι ενήλικες ικανοί να αυτό-

προσδιορίζονται στην εκπαίδευσή τους και σε κάποιες περιπτώσεις ο εκπαιδευτής παίζει πράγματι απαραίτητο ρόλο «υποκινητή».

Από το τέλος, κυρίως, του προηγούμενου αιώνα πάντως, ξεκίνησε μια σειρά έντονων συγκριτικών μελετών για την εκπαίδευση των ενηλίκων, με ποικίλες θεωρήσεις και αναλύσεις να καταγράφονται, τόσο στην Αμερική και την Αυστραλία, όσο και την Ευρώπη, δεν έλειψαν, δε, και προτάσεις αντικατάστασης πλέον του ευρέως χρησιμοποιούμενου όρου «ανδραγωγία» από όρους πιο σύγχρονους και «ικανούς», όπως «ανθρωποπαιδεία» και άλλους.

Ένα ορόσημο, πλέον, για την ιστορία της διά βίου εκπαίδευσης ενηλίκων αποτελεί η αποδοχή της από την UNESCO το 1970 ως «οργανωτικής των κοινωνιών ιδέας». Σήμερα, το παγκόσμιας εμβέλειας Ινστιτούτο Διά βίου Μάθησης Ενηλίκων της UNESCO συνεχίζει να μελετά το αντικείμενο αυτό, ενώ ήδη από νωρίς προτάθηκε ο όρος «διά βίου εκπαίδευση» ενηλίκων να χρησιμοποιείται όλο και λιγότερο, θεωρώντας ως ορθότερο τον όρο «διά βίου μάθηση», ο οποίος και επικράτησε.

Στις μέρες μας, η «διά βίου μάθηση» θεωρείται ότι έχει πολύ μεγάλη σημασία, τόσο για την οργάνωση των κοινωνιών, όσο και για τη ζωή του κάθε ατόμου. Πράγματι, η Ευρωπαϊκή Επιτροπή, με το Μνημόνιο της Λισαβόνας το 2000 αποφάσισε και δέσμευσε όλα τα κράτη-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης σε ένα κοινό στρατηγικό στόχο για τη διά βίου εκπαίδευση και επιμόρφωση, ώστε σε βάθος χρόνου δεκαετίας να έχει αυξηθεί ουσιαστικά το ποσοστό των ευρωπαίων πολιτών που θα είχε συμμετοχή σε προγράμματα δια βίου εκπαίδευσης και να μην είναι λιγότερο του 15% των εργαζομένων.

Έτσι, η διά βίου εκπαίδευση και επιμόρφωση θεωρείται στις μέρες μας ως παράμετρος της οικονομικής ανάπτυξης της Ευρωπαϊκής Ένωσης, αλλά και εξασφάλισης της κοινωνικής συνοχής, καθώς προσπάθειες εξάλειψης των ανισοτήτων στην πρόσβαση σε ευκαιρίες εκπαίδευσης χαρακτήρισαν την ανάπτυξη των σύγχρονων, πιστοποιημένων εκπαιδευτικών συστημάτων στις διάφορες χώρες της Ευρώπης τα τελευταία χρόνια.

Στο πλαίσιο της «ατζέντας» της Λισαβόνας επισυνέβησαν νομοθετικές μεταρρυθμίσεις και στην Ελλάδα, που τροποποίησαν την εκπαιδευτική μας πολιτική, ιδίως ως προς την ενίσχυση της διά βίου εκπαίδευσης των ενηλίκων, μέσα από ομώνυμα εθνικά στρατηγικά πλαίσια αναφοράς των τελευταίων περιόδων. Έτσι, διαμορφώθηκαν διάφοροι φορείς και κέντρα παροχής εκπαίδευσης σε ενήλικες στην Ελλάδα, που εφαρμόζαν ευέλικτα προγράμματα μάθησης, σε ένα ευρύτατο φάσμα θεματικών πεδίων, εναρμονισμένων με τις σύγχρονες ανάγκες της αγοράς εργασίας και τους κεντρικούς αναπτυξιακούς στόχους της χώρας, καθώς υπήρξαν και οι προσπάθειες για την παροχή

όσο το δυνατόν ίσων εκπαιδευτικών ευκαιριών, σε όλη τη διάρκεια της ζωής των ατόμων, σε όλη την επικράτεια.

Η τεχνολογική και επιστημονική υποστήριξη των προγραμμάτων αυτών ανήκε αρχικά στην Γενική Γραμματεία Διά Βίου Μάθησης του Υπουργείου Παιδείας με κύριο διαχειριστή το Ινστιτούτο Διαρκούς Εκπαίδευσης Ενηλίκων, ενώ τελικά με πρόσφατες μεταρρυθμίσεις το διαχειριστικό ρόλο έχει μια νέα, εκ συγχωνεύσεως, αρχή που φέρει τον τίτλο Ίδρυμα Νεολαίας και Διά Βίου Μάθησης.

Καθοριστικό στάδιο στις μεταρρυθμίσεις των ημερών μας, πάντως, για τη διά βίου μάθηση των ενηλίκων θεωρήθηκε η ίδρυση «εθνικών συστημάτων σύνδεσης της εργασίας με την εκπαίδευση», ώστε τα προγράμματα διά βίου εκπαίδευσης να συνδέονται στρατηγικά με τις αναγκαίες κατευθύνσεις ανάπτυξης του ανθρώπινου δυναμικού στη χώρα.

Κατά την πορεία του χρόνου έχουν διαμορφωθεί διάφορες πρωτοβουλίες της Ευρωπαϊκής Ένωσης για την ενίσχυση της συνεργασίας των κρατών-μελών στη διαμόρφωση ποιοτικών και διαφανών εθνικών προγραμμάτων εκπαίδευσης ενηλίκων, τα οποία έχουν έρθει και στη χώρα μας

Πάντως στη χώρα μας η 1^η Σύνοδος «Διά Βίου Μάθησης και Σύνδεσης με την Απασχόληση» πραγματοποιήθηκε δέκα χρόνια μετά από τη Συμφωνία της Λισαβόνας, οπότε και μόλις τότε εκδόθηκε αντίστοιχος νόμος που να περιγράφει ενιαία ένα εθνικό σχέδιο προγράμματος για τη διά βίου μάθηση.

Έτσι, κανείς μπορεί να προβληματιστεί σχετικά με τον τρόπο που οργανώθηκε η διά βίου εκπαίδευση στη χώρα μας, τη βάση της τεκμηρίωσης που χρησιμοποιήθηκε για τη λήψη σχετικών αποφάσεων και για το χρονικό συντονισμό μας με την υπόλοιπη Ευρωπαϊκή Ένωση, ενώ σήμερα πάντως το ευρωπαϊκό αυτό όραμα εξακολουθεί να επεκτείνεται και στο χρονικό ορίζοντα 2014-2020, μέσω διάφορων ευρωπαϊκών προγραμμάτων.

Στο κεφάλαιο 2 η ιστορική αναδρομή της μελέτης επικεντρώνεται πιο συγκεκριμένα στο διεθνές θεσμικό και κανονιστικό πλαίσιο για τη συνεχιζόμενη ιατρική εκπαίδευση και ανάπτυξη.

Το όραμα της Ευρωπαϊκής Ένωσης περιελάμβανε από την απαρχή του την ελεύθερη μετακίνηση των ευρωπαίων λαών. Βασικό μέλημα των συμφωνιών που διακυβερνούν την Ευρωπαϊκή Ένωση είναι η διευκόλυνση της αμοιβαίας αναγνώρισης επίσημων εγγράφων και άλλων προϋποθέσεων, ώστε να είναι δυνατή η ελεύθερη μετακίνηση των ευρωπαίων πολιτών διαμέσου των ευρωπαϊκών συνόρων για την άσκηση των

επαγγελματικών τους δικαιωμάτων. Στο πλαίσιο αυτού του οράματος, έχουν διενεργηθεί πληθώρα «συμφωνιών» και «συνθηκών» που μεριμνούν για τη διευκόλυνση της αναγνώρισης των επαγγελματικών προσόντων και την αποσαφήνιση και γεφύρωση των όποιων διαφορών, ώστε να είναι δυνατή η ελεύθερη μετακίνηση των επαγγελματιών, ισότιμα σε όλες τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Ειδικά για το ιατρικό επάγγελμα, έχουν γίνει εκτενείς προσπάθειες να εναρμονιστούν οι προπτυχιακές σπουδές στην ιατρική, αλλά και οι μεταπτυχιακοί τίτλοι και οι τίτλοι ειδικότητας, ώστε να εξασφαλίζεται ισοτιμία των πτυχιούχων ιατρών διασυνοριακά. Η Ευρωπαϊκή Ένωση των Ιατρικών Ειδικοτήτων μεριμνά για την εκπροσώπηση των δικαιωμάτων των ευρωπαίων ιατρών στο Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο και εισηγείται τις ενιαίες βασικές αρχές που πρέπει να διέπουν την εκπαίδευση στην ειδικότητα και τις ιατρικές εξειδικεύσεις, ώστε να διευκολύνεται η εναρμόνιση.

Στα πλαίσια των προσπαθειών της εναρμόνισης, έγινε από νωρίς σαφές ότι υπήρχαν διαφορές μεταξύ των επαγγελματικών τίτλων και των εξειδικεύσεων στα διάφορα κράτη-μέλη και τη σχετική εθνική νομοθεσία. Παρά το όραμα, ωστόσο, της Ευρωπαϊκής Ένωσης για τη διευκόλυνση της διασυνοριακής μετακίνησης των ανθρώπων, των αγαθών, των υπηρεσιών και των κεφαλαίων, σε καμία περίπτωση δεν επιβάλλεται η ταύτιση των επιμέρους χωρών σε θέματα εγχώριας πολιτικής και νομοθετικών διατάξεων.

Άλλωστε, ενώ υπάρχουν μεν οι Ευρωπαϊκοί Κανονισμοί (European Regulations) που «επιβάλλονται» ουσιαστικά στην εγχώρια νομοθεσία κάθε κράτους-μέλους, στην πλειοψηφία των ευρωπαϊκών κοινών αποφάσεων πρόκειται για Ευρωπαϊκές Οδηγίες (European Directives) η οποίες ευέλικτα εφαρμόζουν. Οι διαφορές αυτές, δηλαδή, μεταξύ των κρατών είναι αποδεκτές, με την προοδευτική σύγκλιση να αποτελεί μία απώτερη επιδίωξη, για την ευελιξία στη διασυνοριακή μετακίνηση, χωρίς όμως να πιέζεται ο ρυθμός των εξελίξεων.

Σήμερα λοιπόν, στις πιο πρόσφατες Ευρωπαϊκές Οδηγίες αποτυπώνεται έντονα η ελευθερία κάθε κράτους-μέλους να εντοπίζει διαφορές σε σχέση με άλλα κράτη-μέλη ως προς την πιστοποίηση των προσόντων των ευρωπαίων επαγγελματιών που εισέρχονται εντός των συνόρων του και αιτούνται την ισότιμη έκδοση άδειας άσκησης επαγγέλματος ενώ έχουν εκπαιδευτεί αλλαχού και ανάλογα να επιβάλλει συμπληρωματικά μέτρα εκπαίδευσης όπου κρίνει απαραίτητο, προτού πράγματι εκδώσει την αιτούμενη άδεια στον ελεύθερα μετακινούμενο επαγγελματία.

Ειδικά, όμως, για το ιατρικό επάγγελμα ισχύει, γενικά, ότι το περιεχόμενο της κάθε ειδικότητας επηρεάζεται από το ρόλο της μέσα στο Εθνικό Σύστημα Υγείας σε κάθε χώρα και αυτός προφανώς μπορεί να διαφοροποιείται εν μέρει. Αν και οι αποκλίσεις, όπως προαναφέρθηκε, δεν μπορεί να απαιτηθεί να εξαλειφτούν, έχουν ωστόσο εισαχθεί τα απαραίτητα ελάχιστα ποιοτικά κριτήρια στην εκπαίδευση που πρέπει να ικανοποιούνται, προκειμένου να διασφαλίζεται μια βάση, τουλάχιστον, στην επιδίωξη της ισοτιμίας στην ιατρική εκπαίδευση.

Για το προπτυχιακό επίπεδο έχουν πράγματι πραγματοποιηθεί πολλές διεθνείς και ευρωπαϊκές συμφωνίες, οπότε η εναρμόνιση του εκπαιδευτικού περιεχομένου των ιατρικών σχολών έχει σε πολλές περιπτώσεις επιτευχθεί, ώστε να πληρούνται τα βασικά, τουλάχιστον, κριτήρια εκπαίδευσης.

Για τη μεταπτυχιακή εκπαίδευση, όμως, στην ιατρική και ακόμα περισσότερο για τα συστήματα δια βίου εκπαίδευσης υπάρχει ακόμα μια σημαντική απόκλιση μεταξύ των χωρών, καθώς ούτε καν στο ενιαίο σύστημα ανώτερης διακρατικής εκπαίδευσης έχει απόλυτα αποφασιστεί αν η ιατρική επιστήμη θα ανήκει.

Ειδικά για τη διά βίου εκπαίδευση, δε, ξεκάθαρα θεωρείται ότι είναι ευθύνη κάθε χώρας ξεχωριστά να τη διαμορφώνει ελεύθερα μεν, κατά τρόπο, ωστόσο, που θα διασφαλίζει την επάρκεια των επαγγελματιών ιατρών.

Προσπάθειες, πάντως, έχουν γίνει για τη θέσπιση κριτηρίων ποιότητας που πρέπει να πληρούνται στη δια βίου εκπαίδευση των ιατρών και περιλαμβάνουν, μεταξύ άλλων, κριτήρια πιστοποίησης των εκπαιδευτικών κέντρων, των εκπαιδευτών, των εκπαιδευτικών δράσεων κ.α.

Από την άλλη πλευρά, οι Ευρωπαϊκοί Οργανισμοί έχουν κατά περιόδους προσπαθήσει να αποτυπώσουν και να μελετήσουν τις διαφορές στα εθνικά συστήματα δια βίου εκπαίδευσης των ιατρών στα διάφορα κράτη-μέλη της Ευρώπης. Η έκταση της διαπιστούμενης διαφοροποίησης έχει πλέον απασχολήσει εκτενώς, καθώς φαίνεται να εγείρεται πράγματι ερώτημα ισοτιμίας της εκπαίδευσης των μετακινούμενων επαγγελματιών υγείας, όσον αφορά στην πιστοποίηση της δια βίου κατάρτισής τους.

Στην Ελλάδα, βάσει νόμου προβλέπεται ότι οι έλληνες ιατροί υποχρεωτικά εκπαιδεύονται διά βίου, συμπληρώνοντας συγκεκριμένο αριθμό ωρών εκπαίδευσης ανά πενταετία και ότι υποβάλλονται σε έλεγχο επανέκδοσης της άδειας άσκησης του επαγγέλματός τους, μόνο όταν ικανοποιούν τις απαιτήσεις της εκπαίδευσης αυτής. Ωστόσο, στην πράξη αυτό το μέτρο δεν εφαρμόζει επιτυχώς.

Είναι άξιο επισημάνσης, επίσης, ότι οι βασικές θεμελιώδεις αρχές που έχουν πανευρωπαϊκά και διεθνώς κατά καιρούς θεσπιστεί και που αφορούν στα απαραίτητα στοιχεία που πρέπει να περιλαμβάνει η διά βίου εκπαίδευση των ιατρών, επαναδιατυπώνονται με τον ίδιο ουσιαστικά τρόπο σε νεώτερες εισηγήσεις, ενώ διαπιστώνεται ότι αρετές που έχει ήδη επισημανθεί από παλαιότερα ότι πρέπει να καλλιεργούνται στον ιατρό - όπως για παράδειγμα η κουλτούρα της ασφάλειας του ασθενούς - έτη μετά επισημαίνεται ξανά ότι η παρουσία τους στα συστήματα εκπαίδευσης υπολείπεται του επιδιωκόμενου επιπέδου και έτσι αυτά αναδιαμορφώνονται ξανά, με τους ίδιους, ωστόσο, επιδιωκόμενους στόχους, ως ανέκαθεν.

Η διά βίου εκπαίδευση των ιατρών έχει μελετηθεί εκτενώς από ποικίλες παγκόσμιες επιτροπές ως προς τις μεθόδους που πρέπει να περιλαμβάνει, τον υποχρεωτικό ή μη χαρακτήρα που πρέπει να έχει και την ικανοποίηση συγκεκριμένων και ευρέων αναγκών που πρέπει να ικανοποιεί, ενώ έχουν διατυπωθεί αντίστοιχες θεωρίες για το πόσο σημαντικό είναι να αντανακλά σε ένα μετρήσιμο αποτέλεσμα στη φροντίδα του ασθενή, για το οποίο ο ιατρός θα πρέπει διαρκώς να αξιολογείται, βάσει προκαθορισμένων πλάνων ανάπτυξης του και κριτηρίων επιτυχίας.

Παράλληλα, έχει ειδικά επισημανθεί ότι η διά βίου εκπαίδευση του ιατρού δεν περιλαμβάνει μόνο τα στοιχεία της ιατρικής επιστήμης και τεχνολογίας αυτής καθαυτής, αλλά και άλλες αρετές και δεξιότητες, στα πλαίσια επαναπροσδιορισμών του επαγγελματικού ρόλου του ιατρού και της κοινωνικής του οντότητας, που κατά καιρούς έχουν γίνει. Έχει, έτσι, αναπτυχθεί ο όρος της «Συνεχιζόμενης Επαγγελματικής Ανάπτυξης» στην ιατρική, ο οποίος και τείνει να αντικαταστήσει ουσιαστικά τον όρο «Συνεχιζόμενη Ιατρική Εκπαίδευση».

Επί του παρόντος πάντως, τα πιο πρόσφατα, μείζονα ευρωπαϊκά θέματα στη διά βίου εκπαίδευση των ιατρών είναι η ετήσια καταγραφή των εξελίξεων στα αντίστοιχα εθνικά συστήματα της κάθε χώρας, αλλά και εκτός Ευρώπης, η κατανόηση της υποχρεωτικής τους διάστασης και των μεθόδων μέτρησης της αποτελεσματικότητας τους, η διαφύλαξη της ποιότητας και της διαφάνειας - με αποσαφήνιση του ρόλου των χορηγών φαρμακευτικών εταιρειών - ο προσδιορισμός και η ιεραρχία των αναγκών και η αντιμετώπιση των ανισοτήτων στην πρόσβαση.

Στη χώρα μας έχει γίνει πρόσφατα μια προσπάθεια αναδιαμόρφωσης του εθνικού πλαισίου οργάνωσης της δια βίου εκπαίδευσης των ιατρών, ωστόσο οι αλλαγές επέρχονται με εξαιρετικά αργό τρόπο και έτσι αυτή τελικά είναι η θεσμική

πραγματικότητα σήμερα, σε ευρωπαϊκό και εθνικό επίπεδο, για τη διά βίου εκπαίδευση των ιατρών.

Στο τρίτο κεφάλαιο της διατριβής γίνεται μία εκτενής ανασκόπηση στις πρόσφατες μεταρρυθμίσεις του συστήματος διά βίου εκπαίδευσης και ανάπτυξης του ανθρώπινου δυναμικού στην υγεία στο Ηνωμένο Βασίλειο.

Τα τελευταία χρόνια πραγματοποιήθηκε στο Ηνωμένο Βασίλειο μια σειρά σημαντικών μεταρρυθμίσεων στο Εθνικό Σύστημα Υγείας και το σύστημα διά βίου εκπαίδευσης των ιατρών. Μια ριζική στροφή επιδιώχθηκε, σε όλες τις λειτουργίες του συστήματος, προς μία βασική προτεραιότητα: την προστασία της ασφάλειας των ασθενών.

Το «ασθενοκεντρικό» μεταρρυθμιστικό αυτό έργο επηρέασε πολλά επίπεδα του συστήματος, τόσο όσον αφορά στη δημιουργία νέων δομών και στην ανακατανομή των ρόλων, όσο και στη συνεργασία της κεντρικής διακυβέρνησης της χώρας με την περιφέρεια. Οι αλλαγές πλαισιώθηκαν από ένα εκτενέστατο πρόγραμμα ανοικτής διαβούλευσης και μια αλληπάλλληλη σύσταση και συνεδρίαση επιτροπών, με ανάληψη έργων μελέτης συγκεκριμένα προσδιορισμένων, σε επιμέρους ζητήματα της μεταρρύθμισης. Έτσι, οι αποφάσεις λαμβάνονταν και οι νομοθετικές μεταρρυθμίσεις γίνονταν πάνω σε βάσεις πλήρους διαφάνειας και επαρκούς τεκμηρίωσης.

Παρότι θεσμοθετήθηκαν, ωστόσο, στα πλαίσια αυτής της μεταρρύθμισης, νέες κρατικές αρχές διοίκησης στο χώρο της υγείας, όπως η Αρχή για την Εκπαίδευση στην Υγεία στην Αγγλία (Health Education England) και τα Τοπικά Συμβούλια για την Εκπαίδευση και Επιμόρφωση (Local Educational and Training Boards), στο πλαίσιο της διοικητικά αποκεντρωμένης διάρθρωσης των νέων Κλινικών Επιτροπών (Clinical Commissioning Groups, CCGs) της χώρας και ενώ συστάθηκαν νέα γνωμοδοτικά και επιθεωρητικά σώματα, εντούτοις οι απλές, θεμελιώδεις και αρχέγονες αρχές του Εθνικού Συστήματος Υγείας της Αγγλίας, όπως περιγράφονται στο καταστατικό του, ήταν αυτές που διαρκώς κατηύθυναν τις επιδιώξεις.

Έτσι, η επικέντρωση της προσοχής αποφασίστηκε ότι θα αφορούσε στο ανθρώπινο δυναμικό για την υγεία. Τόσο η επαρκής στελέχωση σε αριθμούς, όσο και η επαρκής κατάρτιση των επαγγελματιών υγείας θεωρήθηκαν οι απόλυτες παράμετροι μιας επιτυχούς μεταρρύθμισης. Η χώρα πλέον διαμορφώνει λεπτομερείς οδικούς χάρτες στελέχωσης και ανάπτυξης του ανθρώπινου δυναμικού στην υγεία, τουλάχιστον για βάθος δεκαετίας, στα πλαίσια άλλων εξωγενών αλλαγών που παράλληλα μελετούνται, όπως είναι η εφαρμογή νέων ευρωπαϊκών οδηγιών για την εργασία γενικότερα, αλλά και

στα πλαίσια διαρκών λεπτομερών μελετών για την καλύτερα δυνατή διαχείριση του δημόσιου χρήματος. Την απόλυτη κεντρική ευθύνη ενός ασφαλούς σχεδιασμού, πλέον, για το μέλλον στο ανθρώπινο δυναμικό και την κατάρτισή του έχει μια κρατική αρχή και μόνο, που δρα ως εκτελεστικό όργανο του ανώτατου κυβερνητικού τμήματος για την υγεία στη χώρα, η Αρχή για την Εκπαίδευση στην Υγεία στην Αγγλία (Health Education England, HEE).

Σημαντικές επίσης παράμετροι εργασιών της μεταρρύθμισης θεωρήθηκαν η μείωση των ανισοτήτων στη λήψη υπηρεσιών υγείας και τη φροντίδα υγείας και η κατανόηση και εξάλειψη της ανομοιομορφίας απόδοσης που εμφάνιζε η χώρα.

Έτσι, έχει αποφασιστεί διαρκής αξιολόγηση της επάρκειας των ιατρών σήμερα στην Αγγλία που είναι πλέον αυστηρότερα συστηματοποιημένη και διενεργείται σε ετήσιους κύκλους και πενταετής πιστοποιήσεις, βάσει προσωπικών πλάνων ανάπτυξης, είναι δε, παράλληλα, ιδιαίτερα ενεργά τα συστήματα αμοιβής της επίδοσης για την ενίσχυση του κινήτρου σε αποτελεσματική διά βίου μάθηση.

Το νέο αυτό σύστημα ανάπτυξης των ιατρών διαρκώς αναδιαμορφώνεται βάσει των αποτελεσμάτων των μελετών που γίνονται πάνω στις αλληλεπιδράσεις των ανθρωπίνων παραγόντων με τα αποτελέσματα της εκπαίδευσης. Οι προσφερόμενες εκπαιδευτικές παρεμβάσεις, πάντως, συνδέονται με προσυμφωνημένους στόχους εκπαίδευσης και ο ιατρός καλείται να καθιστά απόλυτα σαφές πως η κάθε παρέμβαση αντανακλάται σε βελτίωση στην κλινική του πράξη. Οι διάφορες επιστημονικές εταιρείες έχουν αναπτύξει και προσφέρουν μεγάλου εύρους προγράμματα εκπαίδευσης, ενώ ειδικές κανονιστικές αρχές, από την άλλη πλευρά, ελέγχουν για την ποιοτική ακεραιότητά τους.

Επιπλέον, σαφή κριτήρια για τον ποιοτικό έλεγχο της καθημερινής προσφερόμενης κλινικής υπηρεσίας έχουν αποφασιστεί και δεν είναι αποδεκτή καμία απόκλιση από θεμελιώδη προσυμφωνημένα κριτήρια, στο πλαίσιο ενός εκτενούς εθνικού συστήματος ελέγχου. Οι στόχοι αυτοί για την απόδοση έχουν θεσπιστεί μέσα από τη συνεργασία πολλών διαφορετικών φορέων της δημόσιας διοίκησης, των επιστημονικών ιατρικών εταιριών, των επαγγελματικών ιατρικών οργανισμών, αλλά και των σωματείων των ασθενών.

Μεγάλο μερτικό, πλέον, στην ευθύνη εφαρμογής αυτής της νέας κουλτούρας δια βίου μάθησης - και των επικεντρωμένων στις ανάγκες των ασθενών συμπεριφορών και πολιτικών διακυβέρνησης, που προέκυψαν από αυτή τη μεταρρύθμιση - έχουν οι εργοδότες.

Από την άλλη πλευρά, οι στόχοι προτεραιότητας για την ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού αποσαφηνίστηκαν με μία προσέγγιση διπλής εστίασης: τόσο όσον αφορά στις εθνικές στρατηγικές προτεραιότητες που αποφασίζονται, όσο και στις τοπικές ανάγκες που αναδύονται.

Έτσι, έχει αποφασιστεί ότι η υλοποίηση του απώτερου στόχου αυτής της μεταρρύθμισης - που είναι η βελτίωση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας υγείας στο Ηνωμένο Βασίλειο - τελικά θα επιτυγχάνεται με την ανάπτυξη ενός ανθρώπινου δυναμικού για την υγεία ικανού σε αριθμούς και σε δεξιότητες, ευέλικτου στην διά βίου μάθηση και την υιοθέτηση της καινοτομίας, εστιασμένου σε σαφείς και συμφωνημένους κατά τόπους στόχους προτεραιότητας για την υγεία, με απόδοση που εκτιμάται με σαφώς προσδιορισμένα και συμφωνημένα κριτήρια και το οποίο αποδέχεται να υπόκειται σε ετήσια αξιολόγηση και όλα αυτά μέσα σε ένα θεσμικό πλαίσιο οργάνωσης ενός Εθνικού Συστήματος Υγείας που έχει πρόσφατα λεπτομερώς επανελέγξει όλες τις εκφάνσεις του ως προς την συμμόρφωσή του με τις θεμελιώδεις αρχές της ίδρυσής του, έχει ισχυροποιήσει τις συνεργασίες των επιμέρους φορέων του και έχει δεσμευτεί για μία αποδοτική αξιοποίηση των δημόσιων πόρων, με απόλυτη διαφάνεια και τεκμηρίωση στις αποφάσεις.

Πάντως, η ανάδειξη των αναγκών και η κατανόηση των προβλημάτων στα σύγχρονα συστήματα ΣΙΕ που επιδιώκει η παρούσα διατριβή θα θεωρούνταν πλήρης μόνο εφόσον υπήρχε και μια μικρή εκπροσώπηση δεδομένων που αφορούν ειδικά στη χώρα μας. Έτσι, εφόσον δεν υπάρχει ικανοποιητική θεωρητική βάση τεκμηρίωσης από τα παρελθόντα έτη, διεξήχθη έρευνα σε δείγμα των ελλήνων ιατρών, προκειμένου να διαφωτιστεί η θεώρηση των σχετικών αναγκών και προβλημάτων στη ΣΙΕ που ανέδειξε η ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας, από μία ελληνική όψη. Τα αποτελέσματα της μελέτης αυτής παρουσιάζονται στο κεφάλαιο 4.

Το μελετούμενο δείγμα αφορούσε τελικά σε ένα σύνολο 100 νέων ελλήνων ιατρών, που βρίσκεται, ως επί το πλείστον, στις αρχές της εξειδίκευσής του στην άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος, που εργάζεται σε τριτοβάθμιο νοσοκομείο και που κατά τα δύο, περίπου, τρίτα του είναι άρρενος φύλου και έχει ελληνική βασική εκπαίδευση στην ιατρική.

Οι ιατροί του δείγματος απάντησαν σε ένα ερωτηματολόγιο, συμπληρώνοντας, επίσης, ελεύθερα την άποψή τους, αν το επιθυμούσαν, στην τελευταία σελίδα του. Από τις απαντήσεις που αναλύθηκαν προέκυψαν οι εξής διαπιστώσεις:

- ✓ Όλοι οι ιατροί φαίνεται να αναγνωρίζουν σαφώς τη σημασία της ΣΙΕ/ΣΕΑ.
- ✓ Δεν φαίνεται να επιδιώκουν τη ΣΙΕ/ΣΕΑ όλοι οι τομείς των ειδικοτήτων το ίδιο τακτικά.
- ✓ Οι ιατροί δεν έχουν ξεκάθαρη πληροφόρηση για τη νομική υποχρέωσή τους για ΣΙΕ/ΣΕΑ.
- ✓ Οι ανάγκες των ιατρών δε φαίνεται να ικανοποιούνται από τη διαθέσιμη ΣΙΕ/ΣΕΑ στην Ελλάδα.
- ✓ Τα συνέδρια δε φαίνεται να ικανοποιούν ως μέσον εκπαίδευσης.
- ✓ Δεν φαίνεται να προτιμούν όλοι οι ιατροί τις ίδιες μεθόδους εκπαίδευσης.
- ✓ Η ιατρική επάρκεια κρίνεται «ανεπαρκώς» στην Ελλάδα.
- ✓ Υπάρχουν ανισότητες πρόσβασης στη ΣΙΕ/ΣΕΑ.

Είναι φανερό, ότι η ανάγκη αντιμετώπισης αυτών των προβλημάτων αφορά τόσο στους παρόχους εκπαίδευσης και τους φορείς διαμόρφωσης αντίστοιχων θεσμών και πολιτικών στην υγεία, όσο, όμως, και στη θεώρηση της προσωπικής ευθύνης των ίδιων των ιατρών.

Έτσι τελικά, στο πέμπτο κεφάλαιο της παρούσας διατριβής γίνεται μια προσπάθεια ενσωμάτωσης των τελικών συμπερασμάτων που προκύπτουν από το σύνολο της προαναφερθείσας μελέτης στο πλαίσιο των 5 Αξόνων-Προτάσεων της πρόσφατης ανασκόπησης στα συστήματα ΣΕΑ της Ευρωπαϊκής Επιτροπής, τους οποίους και εμπλουτίζουν.

Έτσι, διαμορφώνεται ένα τεκμηριωμένο σχέδιο προτάσεων προτεραιότητας για την αναδιαμόρφωση του συστήματος ΣΙΕ/ΣΕΑ στην Ελλάδα.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΘΕΣΜΙΚΟΥ & ΚΑΝΟΝΙΣΤΙΚΟΥ ΠΛΑΙΣΙΟΥ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Ιστορική αναδρομή περί της δια βίου εκπαίδευσης ενηλίκων και το τρέχον ευρωπαϊκό και εθνικό θεσμικό πλαίσιο

*«Γηράσκω δ' αει πολλά
διδασκόμενος».*
Σόλων

1.1. Η πλατωνική θεώρηση περί της δια βίου εκπαίδευσης

Η ιδέα της συνεχιζόμενης, δια βίου εκπαίδευσης συναντάται ως σύλληψη στα έργα «Νόμοι» και «Πολιτεία» του έλληνα φιλοσόφου Πλάτωνα (427 π.Χ.-347 π.Χ.). Στα εν λόγω έργα, ο φιλόσοφος πραγματεύεται τη μορφή μιας ιδανικής πολιτείας και παραθέτει, μεταξύ άλλων, τη μορφή και το περιεχόμενο ενός δια βίου προγράμματος εκπαίδευσης των πολιτών της (Αθηνά Σιπητάνου, 2011). Το σύνολο του έργου του Πλάτωνα συχνά τον κατατάσσει «μεταξύ των κορυφαίων παγκοσμίων προσωπικοτήτων όλων των εποχών, με τη μεγαλύτερη επιρροή», μαζί με τον δάσκαλο του, το Σωκράτη (το 470 π.Χ. ή 469 π.Χ. - 399 π.Χ.) και τον μαθητή του, τον Αριστοτέλη (384-322 π.Χ.), ενώ θεωρείται εμπνευστής, άμεσα ή έμμεσα, των σπουδαιότερων κοινωνικοπολιτικών οραματισμών (Βικιπαίδεια, Πλάτων, <http://el.wikipedia.org>).

Πράγματι, εκείνο που θεωρείται ότι προσδίδει κοσμοϊστορική σημασία στην πλατωνική φιλοσοφία είναι ακριβώς η ιδέα της δια βίου παιδείας, καθώς θεωρείται ότι ήταν ο πρώτος που την κατέστησε ως αντικείμενο συστηματικής διερεύνησης και τη συνέδεσε με τη φιλοσοφία. Σε αντίθεση με τους σοφιστές¹, που η παιδεία που δίδασκαν αφορούσε κυρίως στην ανάπτυξη της ικανότητας να χειρίζεται κανείς σωστά το λόγο και τον αντίλογο, τη ρητορική και να λαμβάνει γρήγορα αποφάσεις, ο Πλάτων έδωσε σημαντική ώθηση στην έννοια της παιδείας, εμβαθύνοντας στον ουσιαστικό χαρακτήρα της για τη δια βίου ανάπτυξη του ανθρώπου μέσα στην κοινωνία και υποστήριξε ότι

¹ Με τον όρο «σοφιστές» εννοούνται οι εκπρόσωποι της σοφιστικής κίνησης στην αρχαιότητα, δηλαδή οι επ' αμοιβή διδάσκαλοι της ρητορικής, της εριστικής και της πολιτικής τέχνης, καθώς επίσης της φιλοσοφίας, της λογικής και των επιστημών. Εισήγαγαν στη φιλοσοφία τον ανθρωποκεντρισμό και τη γνωσιολογία, εκφράζοντας με αυτόν τον τρόπο «τη δυνατότητα του ανθρώπου να γνωρίσει τον υλικό κόσμο μέσω της σύγκρισης, της παρατήρησης και της επαγωγής, απαλλαγμένο από την επέμβαση υπερφυσικών παραγόντων» (Βικιπαίδεια, Σοφιστές, <http://el.wikipedia.org>).

σκοπός της παιδευτικής διαδικασίας είναι η μόρφωση της ανθρώπινης ψυχής, σε όλη τη διάρκεια της ζωής (Αθηνά Σιπητάνου, 2011).

Άλλωστε, στο έβδομο βιβλίο της «Πολιτείας» παρατίθεται η περίφημη «Αλληγορία των δεσμοτών του σπηλαίου» σύμφωνα με την οποία «...οι άνθρωποι είναι δεσμώτες, αλυσοδεμένοι μέσα σε ένα σπήλαιο, καταδικασμένοι να βλέπουν μόνο τις σκιές που απεικονίζονται στον τοίχο του σπηλαίου, προς τον οποίο είναι στραμμένα τα βλέμματά τους. Η παιδεία συμβάλλει ακριβώς στην απελευθέρωση από τα δεσμά αυτά, είναι η στροφή των ματιών της ψυχής προς το νοητό ήλιο, προς την ιδέα του αγαθού και η άνοδος της στον κόσμο της ζωής και του φωτός» (Αθηνά Σιπητάνου, 2011).

Στο εν λόγω έργο, επίσης, παρουσιάζονται διάφορες συγκεκριμένες εκπαιδευτικές ανάγκες των Αθηναίων πολιτών ανάλογα με τα στάδια της ηλικίας τους, μέσα στα πλαίσια ενός ευρύτερου στόχου παράλληλης ανάπτυξης πνεύματος και σώματος, καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής τους, αλλά και βάσει των ρόλων τους που έχουν μέσα στην κοινωνία (Κέλλυ Ζέππου, 2006).

Πιο συγκεκριμένα, ο απώτερος στόχος αυτού του μοντέλου δια βίου εκπαίδευσης, είναι η καλλιέργεια των απαιτούμενων ψυχικών χαρακτηριστικών στους πολίτες, ώστε να είναι ικανοί στο τέλος να αναλάβουν την διακυβέρνηση της πολιτείας σε ώριμη ηλικία. Οι πολίτες που πράγματι θα ανταποκριθούν στις απαιτήσεις αυτής της εκπαίδευσης συγκροτούν μια (κοινωνική) τάξη που λέγεται «τάξη των φυλάκων». Μέσα από αυτή αναδεικνύονται οι μελλοντικοί ηγέτες και κυβερνήτες, με διά βίου δοκιμασίες στη μνήμη, την ευστροφία, τη γενναιότητα, την αυτοσυγκράτηση, την αφοβία και το σωματικό και ψυχικό σθένος. Η εκπαίδευση τους θα πρέπει να είναι συνεχής, σε όλη τη διάρκεια της ζωής τους, ώστε να ανταποκρίνονται στις συνεχείς προκλήσεις και τις αυξημένες ευθύνες τους.

Το μοντέλο της διά βίου εκπαίδευσης του Πλάτωνα, ως φαίνεται δηλαδή, επιδιώκει τον εντοπισμό και τη στοχευμένη μόρφωση των «άριστων» της πόλης, για να καταλάβουν τα ανώτερα αξιώματα και να αποτελούν πρότυπο για τους υπολοίπους. Κατά τον Πλάτωνα, όμως, για να κρατηθούν οι ισορροπίες μεταξύ των τάξεων σε μια ιδανική πολιτεία, θα πρέπει η κατώτερη τάξη των εμπόρων, τεχνιτών και γεωργών να είναι ελεύθερη να έχει όσο πλούτο θέλει, αρκεί, όμως, να μην διαταράσσεται η κοινωνική ειρήνη και τάξη, που ελέγχεται από τους φύλακες, κάτω από τις οδηγίες των αρχόντων².

² Η βασική υπόθεση στην κατηγοριοποίηση των πολιτών κατά των Πλάτωνα είναι το μοντέλο της τριμερούς διαίρεσης της ψυχής (λογιστικών, θυμοειδές και επιθυμητικών) δηλαδή λογική, συναίσθημα και

Για το λόγο αυτό, λοιπόν, την ισχύ των όπλων την έχουν οι φύλακες και τις εντολές τις δίνουν οι άρχοντες, οι οποίοι, όμως, δεν πρέπει να έχουν περιουσία και ζουν μόνο με τα απαραίτητα. Έτσι, δεν εκφυλίζονται ποτέ σε απόλυτους μονάρχες που αποσπών πλούτο από την κατώτερη τάξη, γιατί ιδανικά εκπαιδεύονται να μην το έχουν ανάγκη. Δηλαδή το μοντέλο της διά βίου εκπαίδευσής τους τους ενισχύει την κυριαρχία του «λογικού» στοιχείου και όχι των «επιθυμιών», όπως ισχύει για τις κατώτερες τάξεις. Αυτοί, όμως, που κυριαρχούνται από επιθυμίες και που είναι συντριπτικά οι περισσότεροι, ελέγχονται από τους πρώτους, γιατί δεν έχουν όπλα και πολιτικά δικαιώματα και ούτε εκπαιδεύονται σε αυτά, αλλά έχουν μόνο ελευθερία (και αντίστοιχη εκπαίδευση) για την απόκτηση πλούτου (μέσα από την τέχνη τους), αλλά και ούτε μπορούν ποτέ να διαβρώσουν τα θεμέλια της πόλης τελικά, γιατί, όπως προαναφέρθηκε, οι ανώτερες τάξεις δεν εκπαιδεύονται να ενδιαφέρονται για το χρήμα (δωροδοκίες).

Αυτή φαίνεται να είναι η δομή και οι στόχοι του φιλόδοξου μοντέλου ιδανικής πολιτείας του Πλάτωνα, που συνδέεται με αντίστοιχα στοχευμένη οργάνωση της διά βίου εκπαίδευσης των τριών τάξεων των πολιτών της.

Στους Φιλοσοφικούς Διαλόγους «Πολιτεία» αναλύθηκε, επίσης, η βασική σειρά στην εκπαίδευση, η οποία θα πρέπει να ξεκινά πρώτα με παιχνίδι, μετά με μουσική και ποίηση, κατόπιν με χορό και γυμναστική, ύστερα με διδασκαλία των επιστημών και αριθμητική, μεταγενέστερα με διαλεκτική και φιλοσοφία κ.ο.κ.

Οι εκπαιδευτικοί αναφέρονται ακόμα και σήμερα στις αρχές που ο Πλάτωνας παρουσίασε στα έργα του, σχετικά τόσο με τις αρχές ηθικής γύρω από την εκπαίδευση, όσο και σχετικά με ζητήματα αναζήτησης της αλήθειας μέσα από τη γνώση, αλλά και της ηθικής ευθύνης του εκπαιδευτή για τη διαρκή βελτίωση της γνώσης του εκπαιδευόμενου. Ο όρος «ανδραγωγία», δε, αποδίδεται στο πρόγραμμα διά βίου μάθησης ενηλίκων που πρώτος ο Πλάτων προσέγγισε (Αθηνά Σιπητάνου, 2011).

ένστικτο. Η ιδανική πολιτεία πρέπει να χωρίζεται σε τάξεις που αντανakλούν ποιο ψυχικό χαρακτηριστικό είναι κυρίαρχο. Έτσι, στους άρχοντες πρέπει να κυριαρχεί η λογική, στους φύλακες το θυμικό συναίσθημα της ανδρείας και στους τεχνίτες, εμπόρους και γεωργούς η επιθυμία για την απόκτηση πλούτου. Οι άρχοντες πρέπει να ελέγχουν τους φύλακες και οι φύλακες τους εμπόρους, όπως στον άνθρωπο η αρμονία επιτυγχάνεται όταν η λογική κατευθύνει το συναίσθημα και οι επιθυμίες και τα ένστικτα υποτάσσονται στα όρια του συναίσθηματος. Τότε υπάρχει κατ' αναλογία και η αρμονία της πόλης, αφού τα μέλη της στις αντίστοιχες τάξεις ευημερούν. Η πόλη λειτουργεί σαν ένας μεγάλος ανθρώπινος οργανισμός.

1.2. Γενικές συστηματοποιημένες θεωρήσεις περί την εκπαίδευση ενηλίκων

Στη νεότερη βιβλιογραφία εκτενώς περιγράφεται ότι οι ενήλικες διδάσκονται, εν γένει, με διαφορετικούς τρόπους από τα παιδιά, καθώς θεωρείται δεδομένο ότι πολλά χαρακτηριστικά τους διαφέρουν.

Αν και η ηλικία θεωρείται το βασικό κριτήριο αναφοράς για μια διαφοροποίηση μεταξύ του ενήλικα και ανήλικου εκπαιδευόμενου, ωστόσο οι διαφορές επεκτείνονται περαιτέρω. Αν κανείς άλλωστε κοιτάξει σε λεξικό τη βιολογική, φυσιολογική, νομική, κοινωνική και ψυχολογική έννοια του ενήλικα, θα βρει ποικίλους προσδιορισμούς, σχετικά με αυτή, δηλαδή, αυτός που είναι πλήρως ανεπτυγμένος και ώριμος, που μπορεί να αναπαράγεται, που είναι υπεύθυνος των πράξεών του, που μπορεί να ψηφίζει, που καταλαβαίνει τι είναι σωστό και τι λάθος κλπ. (Geraldine Holmes et al, 2000).

Περί το 1920, όταν άρχισε να οργανώνεται συστηματικά η εκπαίδευση των ενηλίκων, φάνηκε έντονα η δυσκολία εφαρμογής του κλασσικού, παιδαγωγικού μοντέλου, τόσο ως προς τις θεωρήσεις που χρησιμοποιεί για τα χαρακτηριστικά των εκπαιδευόμενων, όσο και ως προς τις εφαρμοζόμενες μεθόδους. Τότε επανεμφανίστηκε και ο όρος «ανδραγωγία» του Πλάτωνα, που είχε χρησιμοποιηθεί ξανά σχεδόν έναν αιώνα πρωτότερα από το γερμανό παιδαγωγό Alexander Kapp (1833), αλλά δεν είχε γίνει αποδεκτός τότε και για περίπου έναν ολόκληρο αιώνα ξανά εξαφανίστηκε (Joseph Davenport et al, 1985).

Έτσι, τις πρώτες, ουσιαστικά, συστηματοποιημένες θεωρήσεις για την εκπαίδευση των ενηλίκων εισήγαγε τελικά ο Eduard Linderman³ (1926), κάνοντας τις εξής υποθέσεις για τον ενήλικα εκπαιδευόμενο (Βικιπαίδεια Eduard C. Lindeman, <https://en.wikipedia.org>) :

- Οι ενήλικες έχουν κίνητρο να μάθουν εφόσον οι ανάγκες και τα ενδιαφέροντά τους θα ικανοποιούνται από τη μάθηση,
- Ο προσανατολισμός των ενηλίκων στη μάθηση είναι επικεντρωμένος στην πραγματική ζωή,
- Η εμπειρία είναι η πλουσιότερη πηγή για την μάθηση των ενηλίκων,
- Οι ενήλικες έχουν μία βαθύτατη ανάγκη αυτοπροσδιορισμού,
- Οι διαφορές μεταξύ των ανθρώπων αυξάνουν με την ηλικία.

Επίσης, ο Linderman πρέσβευε έντονα ότι η εκπαίδευση έχει τα ίδια όρια με τα όρια που έχει η ζωή.

³ Ο Eduard C. Lindeman (1885 - 1953) ήταν ένας Αμερικάνος Εκπαιδευτής, ευρέως γνωστός για την πρωτοπόρα συνδρομή του στην Εκπαίδευση Ενηλίκων, που έχει συγγράψει βιβλίο αναφοράς για το αντικείμενο, φέρον τον τίτλο : «*The Meaning of Adult Education*».

Κατόπιν, φαίνεται ο Basil Yeaxlee (1929) να είναι αυτός που πιο αναλυτικά πραγματεύτηκε την ιδέα της δια βίου εκπαίδευσης ενηλίκων. Βασισμένος στις εργασίες του Eduard Lindeman που είχαν προηγηθεί, ο Yeaxlee κατέληξε στην ολιστική θεώρηση της εκπαίδευσης ως μία διαρκή και συνεχιζόμενη παράμετρο της καθημερινότητας των πολιτών και ότι, ως εκ τούτου, η δια βίου εκπαίδευση είναι ένα αναπόσπαστο κομμάτι της ζωής, όπως είναι το φαγητό και η άσκηση.

Έτσι, οι αρχές που παρουσιάστηκαν από τον Yeaxlee σχετικά με τη δια βίου εκπαίδευση ενηλίκων είναι, μεταξύ άλλων (Smith M.K., 1996, 2001):

1. Η εκπαίδευση είναι η ζωή: σε όλη τη ζωή του ο άνθρωπος μαθαίνει. Κατά συνέπεια η μάθηση δεν μπορεί να έχει όρια, άλλα από αυτά του βίου και δη, άλλωστε, του επαγγελματικού. Η εκπαίδευση δεν είναι μόνο η προετοιμασία ενός ανθρώπου για ένα αβέβαιο είδος μελλοντικής επαγγελματικής ζωής. Οι εκπαιδευτικές ανάγκες είναι διαρκείς και η έννοια του όρου «εκπαίδευση ενηλίκων» σημαίνει ακριβώς ότι τα όρια αυτής της εκπαίδευσης είναι ισοδύναμα των ορίων μιας διαρκούς κοινωνικής και επαγγελματικής “ενηλικίωσης” και ωρίμανσης.
2. Η εκπαίδευση των ενηλίκων δεν πρέπει να περιορίζεται μόνο στο συγκεκριμένο ασκούμενο επάγγελμα: οι ανάγκες για διαρκή εκπαίδευση εκτείνονται και πέραν των ορίων που θέτει η άσκηση ενός συγκεκριμένου, εξειδικευμένου επαγγέλματος. Υπάρχει η θεώρηση ότι οι ανάγκες για συνεχιζόμενη εκπαίδευση ενηλίκων ξεκινούν ιδίως όταν η πρώτη επαγγελματική εξειδίκευση έχει ολοκληρωθεί.
3. Το εκπαιδευτικό πρόγραμμα ενηλίκων θα πρέπει να βασίζεται σε ανάγκες: η δια βίου εκπαίδευση ενηλίκων δεν είναι ένα πρόγραμμα σπουδών στον οποίο το άτομο θα πρέπει να προσαρμόζεται – όπως ισχύει στη βασική και πανεπιστημιακή εκπαίδευση. Αντιθέτως, το εκπαιδευτικό πρόγραμμα ενηλίκων θα πρέπει αυτό να προσαρμόζεται στο άτομο, ανάλογα με τις ανάγκες και τα ενδιαφέροντα του καθενός.
4. Η εμπειρία των εκπαιδευόμενων: η εμπειρία των εκπαιδευόμενων είναι πολύ σημαντική παράμετρος διαμόρφωσης και εξέλιξης των προγραμμάτων συνεχιζόμενης εκπαίδευσης ενηλίκων και θα πρέπει να χρησιμοποιείται αναδραστικά, προς όφελος και των εκπαιδευτών.

Πέρασαν αρκετά χρόνια τελικά, για να μελετηθεί ξανά ο ρόλος της «ανδραγωγίας» και των αναγκών της εκπαίδευσης των ενηλίκων, με κάποιες μικρές αναφορές να ξαναεμφανίζονται στη Μεγάλη Βρετανία περί το 1965 (John A. Henschke, 2010).

Έτσι, το 1970, εμφανίζεται ο Malcolm Shepherd Knowles για να δώσει στην «ανδραγωγία» πλέον έναν ορισμό: «*Ανδραγωγία η τέχνη και η επιστήμη της βοήθειας στους ενήλικες να μαθαίνουν*», ενώ κατά τη δική του θεώρηση ο εκπαιδευτής ενηλίκων πρέπει να είναι ο βασικός υποκινητής που θα βοηθά τους ενήλικες εκπαιδευόμενους να γίνουν αυτό-οριζόμενοι μαθητές (The Adult Learning theory, Andragogy of Malcolm Knowles, <http://elearningindustry.com>).

Αν και η θεώρηση του Knowles' για την «ανδραγωγία» εστίαζε κυρίως στον εκπαιδευτή, ωστόσο και αυτός διατύπωσε σημαντικές θεωρήσεις για τα «ειδικά» χαρακτηριστικά του ενήλικα εκπαιδευόμενου, τα οποία αναλύονται στις πέντε κάτωθι αρχές:

1. Αντίληψη εαυτού: όσο μεγαλώνουν οι άνθρωποι, η αντίληψη εαυτού μετακινείται από μία εξαρτημένη προσωπικότητα, σε μία ανάγκη αυτό-ορισμού,
2. Συλλογή εμπειριών: οι εμπειρίες που έχουν συλλέξει οι ενήλικες αποτελούν τόσο πηγή γνώσης, αλλά και τη βάση για τη στήριξη της νέας γνώσης που μαθαίνουν,
3. Ετοιμότητα για μάθηση: Η προθυμία των ενηλίκων για μάθηση κατευθύνεται από τις ανάγκες των κοινωνικών τους ρόλων,
4. Προσανατολισμός στη μάθηση: Η θεώρησή τους για τη γνώση δεν αφορά σε μία μελλοντική εφαρμογή της, αλλά σε μία άμεση εφαρμογή στην πράξη, οπότε προτιμούν τη μάθηση που είναι βασισμένη όχι σε θεωρητικά αντικείμενα, αλλά σε επίλυση πραγματικών προβλημάτων,
5. Κίνητρο για μάθηση: το κίνητρο για μάθηση έρχεται εκ των έσω, όσο μεγαλώνεις.

Έτσι, κατά τον Knowles στην εκπαιδευτική διαδικασία των ενηλίκων θα πρέπει να χρησιμοποιούνται οι εμπειρίες - περιλαμβανομένων και των λαθών - και θα πρέπει να μπορούν οι ενήλικες εκπαιδευόμενοι να προγραμματίζουν την εκπαίδευσή τους αυτόβουλα, αλλά και να την αξιολογούν, όπως προκύπτει από βασικές θεωρητικές αρχές που ανέλυσε στο έργο του.

Αν και η εκπαίδευση των ενηλίκων, πλέον, είχε αρχίσει να προσεγγίζεται πιο συστηματικά, ωστόσο υπήρξε διαρκώς μια αντιμαχία μεταξύ των μεγάλων μελετητών της εκπαίδευσης ως προς την πραγματική και αναγκαία διαφορετική θεώρηση του παιδιού από τον ενήλικα, όσον αφορά στη μάθηση («παιδαγωγία» έναντι «ανδραγωγίας»). Πάντως ο Knowles περί το 1980 εξέφρασε την άποψη τελικά ότι και οι δύο προσεγγίσεις

θα πρέπει να λαμβάνονται υπ' όψιν κατά περίπτωση, ως προς την καταλληλότητά τους να εφαρμοστούν, ως άκρες ενός ίδιου φάσματος, καθώς θα μπορούσε κάλλιστα η «ανδραγωγία» σε κάποιες περιπτώσεις να χρησιμοποιηθεί σε παιδιά και αντίστοιχα η «παιδαγωγία» σε ενήλικες (Geraldine Holmes et al, 2000).⁴

Στο ίδιο συμπέρασμα, άλλωστε, κατέληξε και μετά από εκτενή ανασκόπηση της βιβλιογραφίας ο Rachal Jones, ο οποίος και διαπίστωσε ότι τα αποτελέσματα και των δύο μεθόδων φάνηκε τελικά να είναι τα ίδια στους ενήλικες και έτσι πρότεινε την ελεύθερη επιλογή μεταξύ τους, κατά την κρίση του εκπαιδευτή (Rachal Jones, 1994).

Μια πληθώρα θεωριών και φιλοσοφιών για την «ανδραγωγία» ακολούθησαν, οπότε το 1983 ο Lorraine Marie Zinn ανέπτυξε ένα εργαλείο, το Μητρώο Φιλοσοφιών για την εκπαίδευση των ενηλίκων, το οποίο μπορούσε να χρησιμοποιήσει ο κάθε εκπαιδευτής για να ανακαλύψει ποια από τις φιλοσοφίες περί της εκπαίδευσης ενηλίκων τελικά τον εκπροσωπεί και να μπορέσει, με αυτό το δεδομένο, να επιλέξει τα κατάλληλα μέσα για την εκπαίδευση που παρέχει, να βελτιώσει την επικοινωνία του με τους εκπαιδευόμενους του και να αξιολογήσει τα αποτελέσματα της. Πάνω σε αυτό το μοντέλο στηρίχτηκαν πολλές μετέπειτα μελέτες περί της φιλοσοφίας της εκπαίδευσης ενηλίκων (Gary J. Conti, 2007)

Γενικά πάντως, ακολούθησαν διάφορες κριτικές – όπως, για παράδειγμα, η πρόταση αντικατάστασης και των δύο όρων, ως ακατάλληλων, από τον όρο «ανθρωποπαιδεία» (*«humanagogy»*), ώστε έτσι να εκπροσωπηθούν και οι ομοιότητες και οι διαφορές παιδιών και ενηλίκων ως προς τη μάθηση, ενιαία, ως «ανθρώπινα όντα που μαθαίνουν», αλλά και η πρόταση να λαμβάνονται υπ' όψιν οι διαφορετικές διαβαθμίσεις περί προσωπικής ευθύνης και κινήτρου για διά βίου εκπαίδευση που μπορεί κάθε ενήλικας να έχει, οπότε αναλόγως να εφαρμόζονται και τα παραδοσιακά μοντέλα της «κατευθυνόμενης από τον εκπαιδευτή» εκπαίδευσης, έναντι των πιο ελεύθερων μοντέλων της «αυτό-κατευθυνόμενης» εκπαίδευσης ενηλίκων κ.ο.κ. (Geraldine Holmes, 2000).

Το τέλος του προηγούμενου αιώνα χαρακτηρίστηκε έντονα από μια σειρά θεωρήσεων και αναλύσεων για την εκπαίδευση των ενηλίκων, με ποικίλες συγκριτικές μελέτες και απόψεις να καταγράφονται στο επιστημονικό πεδίο της ευρύτερης «παιδαγωγικής», τόσο στην Αμερική και την Αυστραλία, όσο και στην Ευρώπη (John A. Henschke, 2010) και

⁴ Η κλασική παιδαγωγική εστιάζει στη μετάδοση προαποφασισμένων γνώσεων ή δεξιοτήτων, μέσω κλασικών μέσων μετάδοσης και οργανώνοντας το περιεχόμενο της «παράδοσης» σε μία λογική σειρά, σε αντίθεση με τον αυτοπροσδιοριζόμενο, βασισμένο στις εμπειρίες της ζωής και των ρόλων, τρόπο μάθησης που χαρακτήριζε την «ανδραγωγία».

με συνεχή ερευνητικό έργο γύρω από το εν λόγω αντικείμενο, που συνεχίζεται μέχρι σήμερα, καθώς δεν έλειψαν και οι αντιμαχίες διαφορετικών «σχολών».

1.3. Ο ρόλος της UNESCO στη διά βίου εκπαίδευση ενηλίκων

Περί το 1970, η «δια βίου εκπαίδευση» υιοθετήθηκε από την UNESCO ως μία κεντρική, «οργανωτική των κοινωνιών», ιδέα (UNESCO Life Long Learning History, <http://uil.unesco.org>).

Πιο συγκεκριμένα, το 1950, μετά το 2^ο Παγκόσμιο Πόλεμο, ιδρύθηκε το Ινστιτούτο για την Εκπαίδευση (UNESCO, Institute for Education, UIE), που είχε ως στόχο την προώθηση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων στο χώρο της εκπαίδευσης. Το πρώτο συνέδριο του Ινστιτούτου πραγματοποιήθηκε στη Γερμανία το 1951 και έθεσε ως επικεφαλής τον Καθηγητή Συγκριτικής Εκπαίδευσης του Πανεπιστήμιου του Αμβούργου, Walter Merck.

Στα ακόλουθα χρόνια, το Ινστιτούτο εργάστηκε για θέματα που άπτονταν τόσο της επίσημης εκπαίδευσης, όσο και της ανεπίσημης, τόσο της προσχολικής εκπαίδευσης, όσο και της εκπαίδευσης ενηλίκων, γρήγορα, ωστόσο, επικεντρώθηκε στην τελευταία.

Από την άλλη πλευρά, ενώ στα πρώτα 13 έτη του Ινστιτούτου, οι εργασίες ήταν επικεντρωμένες στην Ευρώπη, το 1965 αποφασίστηκε η επέκταση της επέκτασης του σε παγκόσμια κλίμακα. Έτσι, το 1972 η έκδοση που έφερε τον τίτλο «Learning to be» αποτέλεσε το ορόσημο για να γίνει πλέον η δια βίου μάθηση ενηλίκων το επίκεντρο των εργασιών του Ινστιτούτου. Έκτοτε οι ιδέες γύρω από τη διά βίου μάθηση περιοδικά εκδίδονταν στη σειρά εκδόσεων «Advances in Lifelong Education».

Περαιτέρω σταθμός ορόσημο στις εργασίες του Ινστιτούτου ήταν το 5^ο Παγκόσμιο Συνέδριο του 1997, όπου αναγνωρίστηκε ο παγκόσμιος ρόλος του στη δια βίου εκπαίδευση των ενηλίκων, ενώ το 2009, στο 6^ο Παγκόσμιο Συνέδριο αναλύθηκαν περαιτέρω έννοιες της δια βίου μη επίσημης και εκτός σχολείου εκπαίδευσης των ενηλίκων, ενώ συμφωνήθηκε η δέσμευση να υλοποιηθούν στην πραγματικότητα οι θεωρήσεις αυτές.

Έτσι, το 2007 το Ινστιτούτο για την Εκπαίδευση της UNESCO είχε ήδη μετονομαστεί σε Ινστιτούτο Διά Βίου Μάθησης (UNESCO Institute for Lifelong Learning, <http://www.uil.unesco.org>).

Είναι εμφανές ότι κατά την πορεία των ετών έγινε μία μετάβαση από τον όρο «δια βίου εκπαίδευση» στον όρο «δια βίου μάθηση». Επειδή η «δια βίου μάθηση» θεωρείται μια ενδογενής γνωστική διαδικασία που μπορεί να συμβεί τόσο σε τυχαίες αφορμές, όσο

και σε προγραμματισμένες εκπαιδευτικές δραστηριότητες - ενώ η «δια βίου εκπαίδευση» ως όρος παραπέμπει μόνο σε προγραμματισμένες δραστηριότητες - και επειδή, εν τω μεταξύ είχε συμφωνηθεί ότι τα ενήλικα άτομα πρέπει να γίνουν αυτόβουλα στη διά βίου αναζήτηση της γνώσης και να βλέπουν μόνο τους την αξία μιας τέτοιας πρακτικής, η διαρκής «δια βίου μάθηση» ως όρος κρίθηκε τελικά αντιπροσωπευτικότερος, στα πλαίσια υιοθέτησης και της ευρύτερης έννοιας της «Μαθητευόμενης Κοινωνίας» (Smith, M. K., 1996, 2001).

1.4. Σημερινές θεωρήσεις για τη σημασία της διά βίου μάθησης

Καθώς οι ανωτέρω έννοιες εφαρμόζονταν στην πράξη, διαπιστώθηκαν προβλήματα σχετικά με την ικανότητα και δυνατότητα του ατόμου να αυτοπροσδιορίζεται στην αναζήτηση της εκπαίδευσής του. Συνήθως, δηλαδή, κατέληγε η «διά βίου μάθησή» του να είναι προσδιοριζόμενη μόνο από τις επιθυμίες των εργοδοτών ή μονομερούς ουσιαστικά, ανάλογα με τις ανάγκες της σύγχρονης καταναλωτικής κοινωνίας, παρά ελεύθερη και αυτοπροσδιοριζόμενη.

Έτσι, δόθηκε προσοχή για τη διαμόρφωση προγραμμάτων εκπαίδευσης που παρέχουν ευρύτερη παιδεία και ελεύθερες δυνατότητες δια βίου εκπαίδευσης πάνω σε ποικίλα γνωστικά αντικείμενα. Το 1999, για παράδειγμα, η Αγγλική κυβέρνηση πήρε μια σημαντική πρωτοβουλία και εισήγαγε ένα κοινωνικό σύστημα εκπαίδευσης, τον «εξατομικευμένο λογαριασμό μάθησης» (Individualized Learning Account, ILA), όπου κάθε άτομο μπορούσε να εγγραφεί έναντι 25 λιρών και κατόπιν η κυβέρνηση να πληρώσει για τη δια βίου μάθησή του 150 λίρες ετησίως σε ένα λογαριασμό ο οποίος μπορούσε να χρησιμοποιηθεί από το άτομο μόνο για τα κόστη ελεύθερης εκπαίδευσης (Smith, M. K., 1996, 2001).

Εντούτοις, στις αρχές του αιώνα μας και αυτό το κοινωνικό σύστημα πρόνοιας θεωρήθηκε ότι χρησιμοποιήθηκε τελικά περισσότερο για να καλύψει ανάγκες πάλι βασικής εκπαίδευσης ή ανάγκες εξειδίκευσης κατευθυνόμενης από την αγορά και τους εργοδότες, παρά ως αληθινή ευκαιρία δια βίου εκπαίδευσης ενηλίκων, ανάλογα με τις ελεύθερες προτιμήσεις για διάφορα γνωστικά αντικείμενα (Smith, M. K. 1996, 2001).

Πάντως, όποια και αν υπήρξε η θεωρία ή η κριτική σχετικά με την επιτυχία της δια βίου εκπαίδευσης των ενηλίκων ως προς την εφαρμογή της στην πράξη, υπάρχει κοινή συμφωνία σχετικά με το ότι (Smith, M. K. 1996, 2001):

1. Η δια βίου μάθηση είναι ζωτικής σημασίας αν επιθυμούμε να κάνουμε πληροφορημένες και ορθές επιλογές για τη ζωή μας και για την κοινωνία.
2. Παρά τη σύγχυση και τις αδυναμίες που υπάρχουν στις έννοιες και τα σημερινά πολιτικά προγράμματα δια βίου εκπαίδευσης, κάτι καινούριο συμβαίνει και διαρκώς υπάρχουν μεγάλες πολιτικές εξελίξεις σχετικά με τον τρόπο που προσεγγίζουμε τη μάθηση σήμερα, ειδικά σε ένα κόσμο ταχύτατα εξελισσόμενης γνώσης.
3. Η δια βίου εκπαίδευση είναι σήμερα ένα νέος μηχανισμός δημιουργίας ταξικών και άλλων κοινωνικών ανισοτήτων και ένα σημαντικό πολιτειακό ζήτημα. Η κοινωνική τάξη που έχει τη χαμηλότερη δυνατότητα συνεχούς πρόσβασης σε νέα γνώση, αλλά και διαρκούς επικύρωσης των προσόντων τους έχουν και τη μικρότερη προσβασιμότητα σε εργασία και εξέλιξη.
4. Δεδομένης της ανάγκης διαμόρφωσης της εκπαίδευσης ενηλίκων ανάλογα με τα ενδιαφέροντα του κάθε ατόμου, προβλέπεται ότι οι μέχρι σήμερα υπάρχοντες μηχανισμοί κοινωνικής στήριξης της εκπαίδευσης ενηλίκων τελικά δεν επαρκούν για να καλύψουν εξειδικευμένες ανάγκες. Έτσι, μόνο το ιδιωτικό κεφάλαιο φαίνεται να είναι ακόμα αυτό που βοηθά ώστε να εξυπηρετούνται εξατομικευμένες ανάγκες δια βίου εκπαίδευσης και επαγγελματικής ανάπτυξης, δημιουργώντας κενά στην ενιαία κοινωνική σχετική στήριξη όλων των πολιτών και τη συνοχή.

1.5. Οι στόχοι της Ευρωπαϊκής Ένωσης για τη δια βίου μάθηση

Σύμφωνα με το ευρωπαϊκό Μνημόνιο της Λισαβόνας για τη δια βίου μάθηση, (Commission Memorandum on lifelong learning, 2000, <http://eur-lex.europa.eu>), κύριος στόχος της Ευρωπαϊκής Επιτροπής το 2000 ήταν η σύγκλιση των διαφόρων επιμέρους εθνικών συστημάτων δια βίου εκπαίδευσης και κατάρτισης ενηλίκων στις χώρες της Ένωσης. Προβλήθηκε, δηλαδή, η ανάγκη δημιουργίας ενός ολοκληρωμένου ενιαίου ευρωπαϊκού εκπαιδευτικού συστήματος, που θα επέτρεπε:

- α) την πραγματική συνεχιζόμενη εκπαίδευση και κατάρτιση των ενηλίκων ευρωπαίων πολιτών, ώστε να διασφαλίζεται η διαρκής επικαιροποίηση των γνώσεων και των δεξιοτήτων τους, όπως υπαγορεύεται από τις σύγχρονες, μεταβαλλόμενες εργασιακές απαιτήσεις,

- β) τη σύνδεση της παροχής της ανωτέρω υπηρεσίας με επίσημα εκπαιδευτικά συστήματα και τη διαμόρφωση ενιαία αποδεκτών αρχών πιστοποίησης των δεξιοτήτων,
- γ) τη δυνατότητα συγκρισιμότητας των μεθόδων πιστοποίησης των δεξιοτήτων μεταξύ των διαφορετικών ανεξάρτητων εθνικών συστημάτων, έτσι ώστε να επιτρέπεται η ελεύθερη μετακίνησή των ευρωπαϊών πολιτών εντός των διευρυμένων ευρωπαϊκών συνόρων,
- δ) τη διασφάλιση διαφανούς αξιολόγησης σχετικά με τη διάθεση των ευρωπαϊκών οικονομικών πόρων για τα εθνικά συστήματα δια βίου εκπαίδευσης.

Ένα τέτοιο ευρωπαϊκό εκπαιδευτικό σύστημα θεωρήθηκε ότι θα προσφέρει ισότιμες ευκαιρίες σε όλους τους ευρωπαίους πολίτες για ελεύθερη πρόσβαση σε ποιοτική εκπαίδευση, σε όλη τη διάρκεια της ζωής τους, αλλά και την δυνατότητα ισότιμης μετακίνησης στα κράτη-μέλη.

Βασικός απώτερος στρατηγικός στόχος ήταν να καταστεί η Ευρώπη η «ανταγωνιστικότερη και δυναμικότερη, βασισμένη στη γνώση, οικονομία στον κόσμο», ικανή για «βιώσιμη οικονομική ανάπτυξη», με «ανταγωνιστικότερη απασχόληση» και «μεγαλύτερη κοινωνική συνοχή» (The Lisbon Special European Council: Towards a Europe of Innovation and Knowledge, 2000, <http://eur-lex.europa.eu>).

Το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο, στα συμπεράσματά του στη Λισαβόνα, υπογράμμισε τον κεντρικό ρόλο που μπορούν να διαδραματίσουν στην επίτευξη των ανωτέρων στόχων συγκεκριμένα η διά βίου εκπαίδευση και επιμόρφωση. Αποφασίστηκε, έτσι, μέχρι το 2010 το μέσο ποσοστό ευρωπαίων που θα είχαν συμμετοχή σε προγράμματα δια βίου εκπαίδευσης να είναι τουλάχιστον το 15% των εργαζόμενων ενηλίκων (25 - 64 ετών) και σε καμία χώρα το ποσοστό αυτό να μην είναι μικρότερο του 12,5% (European benchmarks in education and training, 2000, <http://eur-lex.europa.eu>).

Έτσι, το 2000 η διά βίου μάθηση έγινε η πρώτη προτεραιότητα για την Ευρωπαϊκή Ένωση. Ήταν εμφανές ότι η ανάπτυξη δεξιοτήτων πρόσβασης στην πληροφορία και σε νέες γνώσεις και η καλλιέργεια της διά βίου προθυμίας για αυτό ήταν σημαντικά όσο ποτέ για την προσαρμοστικότητα του ανθρώπινου δυναμικού στις σύγχρονες απαιτήσεις (Commission of the European Communities, A Memorandum on Lifelong Learning, 2000).

Σε εκτίμηση που έγινε το 2002, ωστόσο, η Ελλάδα ήταν η τελευταία, μεταξύ των 15 χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, στο ποσοστό εργαζόμενων ενηλίκων (25 - 64 ετών) που έχουν συμμετοχή στα προγράμματα διαρκούς εκπαίδευσης και επιμόρφωσης - (1,1%)

έναντι 22,9% αντίστοιχο μέγιστο ποσοστό στο Ηνωμένο Βασίλειο και μέσο όρο 8,5% στις χώρες της Ε.Ε. συνολικά (European benchmarks in education and training, 2002, <http://eur-lex.europa.eu>). Ο στόχος για 15% έως το 2010 έμοιαζε πράγματι άφταστος.

1.6. Η εναρμόνιση της Ελλάδας με τις ευρωπαϊκές κατευθύνσεις

Στο πλαίσιο της «ατζέντας» της Λισαβόνας ακολούθησαν μια σειρά νομοθετικές μεταρρυθμίσεις στην Ελλάδα στα επόμενα έτη, που τροποποίησαν την εκπαιδευτική της πολιτική, ιδίως προς την ενίσχυση της διά βίου εκπαίδευσης των ενηλίκων.

Πιο συγκεκριμένα, μέσα από το Εθνικό Στρατηγικό Πλαίσιο Αναφοράς (Ε.Σ.Π.Α.), της προγραμματική περιόδου 2007-2013 εφαρμόστηκε επιχειρησιακό πρόγραμμα που έφερε τον τίτλο «Εκπαίδευση και Δια Βίου Μάθηση», σε συνέχεια του προηγούμενου 2000-2006 που είχε τίτλο «Ανάπτυξη Ανθρώπινου Δυναμικού». Το πρόγραμμα είχε ως σκοπό τον εκσυγχρονισμό του εκπαιδευτικού συστήματος της χώρας μας και την αναβάθμιση της ποιότητας της εκπαίδευσης σε όλα τα επίπεδα, μέσα σε ένα πλαίσιο στρατηγικού σχεδιασμού που αφορούσε στο τετράπτυχο «Ανάπτυξη - Ανταγωνιστικότητα - Εκπαίδευση - Απασχόληση».

Έτσι, οι γενικοί στόχοι του προγράμματος ήταν (Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Εκπαίδευση και Δια Βίου Μάθηση», 2011)⁵:

- Η αναβάθμιση της ποιότητας της εκπαίδευσης και η προώθηση της κοινωνικής συνοχής (1ος Στρατηγικός Στόχος),

⁵ Το πρόγραμμα «Εκπαίδευση και Δια Βίου Μάθηση» ουσιαστικά περιγράφεται ως έχον τέσσερις Στρατηγικούς Στόχους (ΣΣ), εκ των οποίων ο τρίτος (ΣΣ3) αφορά στην «Ενίσχυση της Δια Βίου Εκπαίδευσης Ενηλίκων». Ο κάθε Στρατηγικός Στόχος αντιστοιχεί σε τρεις θεματικούς Άξονες Προτεραιότητας, καθένας εκ των οποίων αντιστοιχεί σε μια κατηγορία περιφερειών (Σύγκλισης, Σταδιακής Εξόδου και Σταδιακής Εισόδου). Για τον 3^ο Στρατηγικό Στόχο «Ενίσχυση της Διά Βίου Εκπαίδευσης Ενηλίκων» επιδιώχθηκε ειδικά «η διεύρυνση της συμμετοχής του ανθρώπινου δυναμικού σε δράσεις διά βίου εκπαίδευσης, για την απόκτηση γνώσεων, δεξιοτήτων και ικανοτήτων που θα προωθήσουν την προσωπική ανάπτυξη, θα αυξήσουν την ενεργό συμμετοχή στην αγορά εργασίας - ιδιαίτερα των γυναικών - και θα συμβάλουν στην ενίσχυση της κοινωνικής συνοχής, μειώνοντας τον κοινωνικό αποκλεισμό και διευκολύνοντας την πρόσβαση στην εκπαίδευση». Προς την κατεύθυνση αυτή εδόθη ιδιαίτερη έμφαση στη συμμετοχή των ευάλωτων κοινωνικά ομάδων, των ατόμων με αναπηρία και των γυναικών.

- Η αναβάθμιση των συστημάτων αρχικής επαγγελματικής κατάρτισης και επαγγελματικής εκπαίδευσης και η σύνδεση της εκπαίδευσης με την αγορά εργασίας (2ος Στρατηγικός Στόχος),
- Οι μεταρρυθμίσεις στο εκπαιδευτικό σύστημα, ώστε η δια βίου μάθηση ενηλίκων να καταστεί πραγματικότητα για όλους (3ος Στρατηγικός Στόχος),
- Η ενίσχυση του ανθρώπινου δυναμικού για την προαγωγή της έρευνας και της καινοτομίας (4ος Στρατηγικός Στόχος),
- Η αναδιαμόρφωση των προγραμμάτων σπουδών, η επιτάχυνση του ρυθμού ένταξης νέων τεχνολογιών, η αναδόμηση της απαραίτητης επαγγελματικής κατάρτισης σε διάφορους τομείς,
- Η επέκταση των Σχολείων Δεύτερης Ευκαιρίας, των Κέντρων Εκπαίδευσης Ενηλίκων και του Ανοικτού Πανεπιστημίου και η ενίσχυση των Ινστιτούτων Δια Βίου Εκπαίδευσης,
- Η επιμόρφωση των εκπαιδευτών και η ενισχυμένη διδασκαλία μειονοτήτων.

Ειδικοί στόχοι του Προγράμματος υπήρξαν η ενίσχυση του συστήματος των υπηρεσιών της διά βίου εκπαίδευσης και της ίσης πρόσβασης σε αυτό, η αύξηση της συμμετοχής, μέσω παροχής ειδικών κινήτρων, καθώς επίσης και η ανάπτυξη της εξ' αποστάσεως εκπαίδευσης. Έτσι, οι δράσεις εξειδίκευσης του ΣΣ3 για τη διά βίου μάθηση συγκεκριμένα είχαν τους εξής τίτλους :

Πίνακας 1.1 : ΕΝΙΣΧΥΣΗ ΤΗΣ ΔΙΑ ΒΙΟΥ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΕΝΗΛΙΚΩΝ	
A/A	ΔΡΑΣΕΙΣ – ΤΙΤΛΟΣ
1	Σχολεία Δεύτερης Ευκαιρίας (ΣΔΕ)
2	Κέντρα Εκπαίδευσης Ενηλίκων (ΚΕΕ)
3	Εκπαίδευση Ενηλίκων στην απόκτηση βασικών δεξιοτήτων στις νέες τεχνολογίες
4	Εκπαίδευση μεταναστών στην Ελληνική γλώσσα
5	Προγράμματα Διά Βίου Εκπαίδευσης
6	Λοιποί Φορείς Διά Βίου Εκπαίδευσης

7	Προγράμματα Διά Βίου με έμφαση στον Πολιτισμό
8	Ειδικά Προγράμματα Διά Βίου Εκπαίδευσης
9	Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο (ΕΑΠ)
10	Σχολές γονέων και της τοπικής κοινωνίας
11	Εξ αποστάσεως εκπαίδευση

Κύριοι φορείς που διαμορφώθηκαν για να υποστηρίξουν την υλοποίηση αυτών των στόχων είναι:

- ✓ Το Ινστιτούτο Διαρκούς Εκπαίδευσης Ενηλίκων (Ι.Δ.ΕΚ.Ε.) (www.ideke.edu.gr). Το Ι.Δ.ΕΚ.Ε. ιδρύθηκε με βάση το Νόμο 2327/1995, προσδιορίστηκε εκ νέου με βάση το Νόμο 2909/2001 και κατόπιν από το Προεδρικό διάταγμα 142/2002, για να διαχειρίζεται προγράμματα όπως τα:
 - Κέντρα Εκπαίδευσης Ενηλίκων (Κ.Ε.Ε.)
 - Σχολεία Δεύτερης Ευκαιρίας (Σ.Δ.Ε.)
 - Σχολές Γονέων (Σ.Γ.)
 - Εκπαίδευση Ενηλίκων στην απόκτηση βασικών δεξιοτήτων στις νέες τεχνολογίες κ.α.

- ✓ Το Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο⁶ (Ε.Α.Π.) (www.eap.gr).

Ωστόσο, σύμφωνα με το μεταγενέστερο Νόμο 3369/2005, που είχε ως σκοπό να συστηματοποιήσει τη διά βίου μάθηση και να ενοποιήσει τους ρόλους των διάφορων εθνικών φορέων για τη διά βίου εκπαίδευση ενηλίκων, εδόθη η δυνατότητα σε κάθε Ίδρυμα Ανώτατης Εκπαίδευσης, Πανεπιστήμιο ή Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα να ιδρύσει Ινστιτούτο Δια Βίου Εκπαίδευσης για την οργάνωση και λειτουργία προγραμμάτων δια βίου εκπαίδευσης.

Επίσης, οι τριτοβάθμιες συνδικαλιστικές οργανώσεις εργαζομένων και εργοδοτών, που συνυπογράφουν Εθνικές Συλλογικές Συμβάσεις Εργασίας, αλλά και όποιος άλλος

⁶ Στους σκοπούς του Ε.Α.Π. μεταξύ άλλων εντάσσεται η προσφορά δυνατότητας σπουδών σε ομάδες πληθυσμού που δεν είχαν την ευκαιρία πρόσβασης στην ανώτατη εκπαίδευση ή επιθυμούν να ενισχύσουν τα προσόντα τους σε συγκεκριμένα θεματικά πεδία. Το Ε.Α.Π. μπορεί επίσης να οργανώνει αυτόνομα και να υλοποιεί προγράμματα δια βίου εκπαίδευσης, όπως και άλλοι φορείς, κατά τις διατάξεις του μεταγενέστερου Νόμου 3369/2005.

φορέας οριστεί κατόπιν απόφασης του Υπουργού Παιδείας, Δια Βίου Μάθησης και Θρησκευμάτων μπορούν, επίσης πλέον, να ιδρύσουν φορέα παροχής δια βίου εκπαίδευσης, ο οποίος και θα διέπεται από τις διατάξεις του νόμου αυτού.

Το Ι.Δ.ΕΚ.Ε., ωστόσο, υπήρξε και παρέμεινε ο βασικός δικαιούχος υλοποίησης δράσεων στον τομέα της διά βίου μάθησης, αλλά και για το σχεδιασμό και την εφαρμογή των πολιτικών για την εκπαίδευση των ενηλίκων στην Ελλάδα.⁷

Έτσι, το Ι.Δ.ΕΚ.Ε. έχει ως στόχο να εφαρμόζει ευέλικτα προγραμμάτων μάθησης σε ένα ευρύτατο φάσμα θεματικών πεδίων, ικανών να ανταποκριθούν στις σύγχρονες απαιτήσεις της αγοράς εργασίας. Με την εφαρμογή των προγραμμάτων αυτών, επίσης, διευρύνεται η μαθησιακή διαδικασία και η παροχή εκπαιδευτικών ευκαιριών σε όλη τη διάρκεια της ζωής των ατόμων.

Κεντρικός στόχος των προγραμμάτων διά βίου μάθησης που παρέχονται υπήρξε η σύνδεση τους με την απασχόληση και ειδικά με κεντρικούς αναπτυξιακούς στόχους της ίδιας περιόδου, όπως είναι η πράσινη ανάπτυξη, ο τουρισμός, τα ποιοτικά προϊόντα και υπηρεσίες, καθώς και η ενίσχυση της νεανικής επιχειρηματικότητας.

Έτσι, πιο συγκεκριμένα, δράσεις στις οποίες έχει κυρίως επενδύσει το Ι.Δ.ΕΚ.Ε. είναι:

1. «Αγωγή του Καταναλωτή»,
2. «Σχολεία Δεύτερης Ευκαιρίας»,
3. «Κέντρα Εκπαίδευσης Ενηλίκων»,
4. «Συμβουλευτική Γονέων»,
5. Πιλοτικό Πρόγραμμα «Εκπαίδευσης Γονέων»,
6. Πρόγραμμα Εθελοντικής Δράσης «Προστατεύω τον εαυτό μου και τους άλλους»,
7. «Εκπαίδευση Ενηλίκων στην Απόκτηση Βασικών Δεξιοτήτων στις Νέες Τεχνολογίες»,
8. «Εκμάθηση της Ελληνικής Γλώσσας σε Εργαζόμενους Μετανάστες»,
9. «Αγωγή Υγείας»,

⁷ Το Ι.Δ.ΕΚ.Ε. είναι νομικό πρόσωπο ιδιωτικού δικαίου και ιδρύθηκε με τη διάταξη της παρ.5 του άρθρου 4 του Ν. 2327/1995. Σύμφωνα με την τροποποίηση που προέκυψε από το άρθρο 3 του Ν. 2909/2001, υπάγεται στη Γενική Γραμματεία Δια Βίου Μάθησης (Γ.Γ.Δ.Β.Μ.) του Υπουργείου Παιδείας, Δια Βίου Μάθησης και Θρησκευμάτων και σύμφωνα με το Προεδρικό Διάταγμα 142 της 31/5/02 ως βασικός του σκοπός ορίστηκε: «*Η τεχνολογική και επιστημονική υποστήριξη των προγραμμάτων της Γ.Γ.Δ.Β.Μ. και η υλοποίηση ενεργειών που αφορούν στη Δια Βίου Μάθηση*».

10. «Εκπαίδευση Αγροτών για την Ανάλυση Δράσεων στο Δευτερογενή και Τριτογενή Τομέα της Οικονομίας»,
11. «Προγράμματα Δια Βίου Εκπαίδευσης στα Κέντρα Εκπαίδευσης Ενηλίκων και στο Κέντρο Εκπαίδευσης Επιμόρφωσης Ενηλίκων από Απόσταση».

Ειδικά τα Κέντρα Εκπαίδευσης Ενηλίκων (ΚΕΕ), όπως ιδρύθηκαν από τη Γενική Γραμματεία Εκπαίδευσης Ενηλίκων (ΓΓΕΕ) και υπάγονται στο Ίνστιτούτο Διαρκούς Εκπαίδευσης Ενηλίκων (ΙΔΕΚΕ) και το ευρύτερο Ευρωπαϊκό Δίκτυο Εκπαίδευσης Ενηλίκων, υλοποιούν προγράμματα Εκπαίδευσης Ενηλίκων στην Ελλάδα. Σε όλη τη χώρα δραστηριοποιούνται πάνω από 56 ΚΕΕ, που προσφέρουν πάνω από 3.000 προγράμματα, και πάνω από 90.000 θέσεις εκπαίδευσης (Κέντρα Εκπαίδευσης Ενηλίκων, <http://kee.ideke.edu.gr/>).

Φαίνεται, λοιπόν ότι πολλές πρωτοβουλίες και νομοθετικές ρυθμίσεις εφαρμόστηκαν στη χώρα για να την εναρμονίσουν με την υπόλοιπη Ευρωπαϊκή Ένωση σε θέματα δια βίου εκπαίδευσης ενηλίκων, στα πλαίσια των απαιτήσεων του Μνημονίου της Λισαβόνας. Η ολική διαχείριση του προγράμματος ανατέθηκε στην Ειδική Υπηρεσία Διαχείρισης (ΕΥΔ) η οποία ασκεί καθήκοντα Στρατηγικού Σχεδιασμού και συντονισμού της εφαρμογής των πράξεων του Τομέα Παιδείας των Επιχειρησιακών Προγραμμάτων του ΕΣΠΑ (Νόμος 3614/2007).

Ωστόσο, ουσιαστική νομοθετική μεταρρύθμιση που βοήθησε στην υιοθέτηση της «ατζέντας» της Λισαβόνας θεωρήθηκε η ίδρυση των «Εθνικών Συστημάτων Σύνδεσης της Εργασίας με την Εκπαίδευση» οπότε και τα προγράμματα διά βίου εκπαίδευσης συνδέονταν πλέον με τις αναγκαίες κατευθύνσεις ανάπτυξης του ανθρώπινου δυναμικού (Νόμος 3191/2003)(Eugenia Panitsidou et al, 2009).

Το 2006, τελικά, η Ευρωπαϊκή Επιτροπή, σε συμφωνία με το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο, ίδρυσαν ένα πρόγραμμα δια βίου μάθησης για την περίοδο 2007-2013 που ονομάστηκε «Lifelong Learning Programme» και το οποίο είχε σα σκοπό να ενισχυθεί η συνεργασία και ανταλλαγή απόψεων και ανθρώπων μεταξύ των διαφόρων κρατών, για την ενίσχυση της ανάπτυξης των εθνικών συστημάτων διά βίου μάθησης, αλλά και για τη βελτίωση της ποιότητά τους (Official Journal of the European Union, Decision No 1720/2006/EC).

Το πρόγραμμα αυτό είχε 6 άξονες που επεκτείνονταν σε όλες τις φάσεις της εκπαίδευσης και τη διαχείρισή του στην Ελλάδα ανέλαβε ειδικό σώμα που υπαγόταν στο Υπουργείο Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων και έφερε το όνομα «Σόλων» (Νόμος

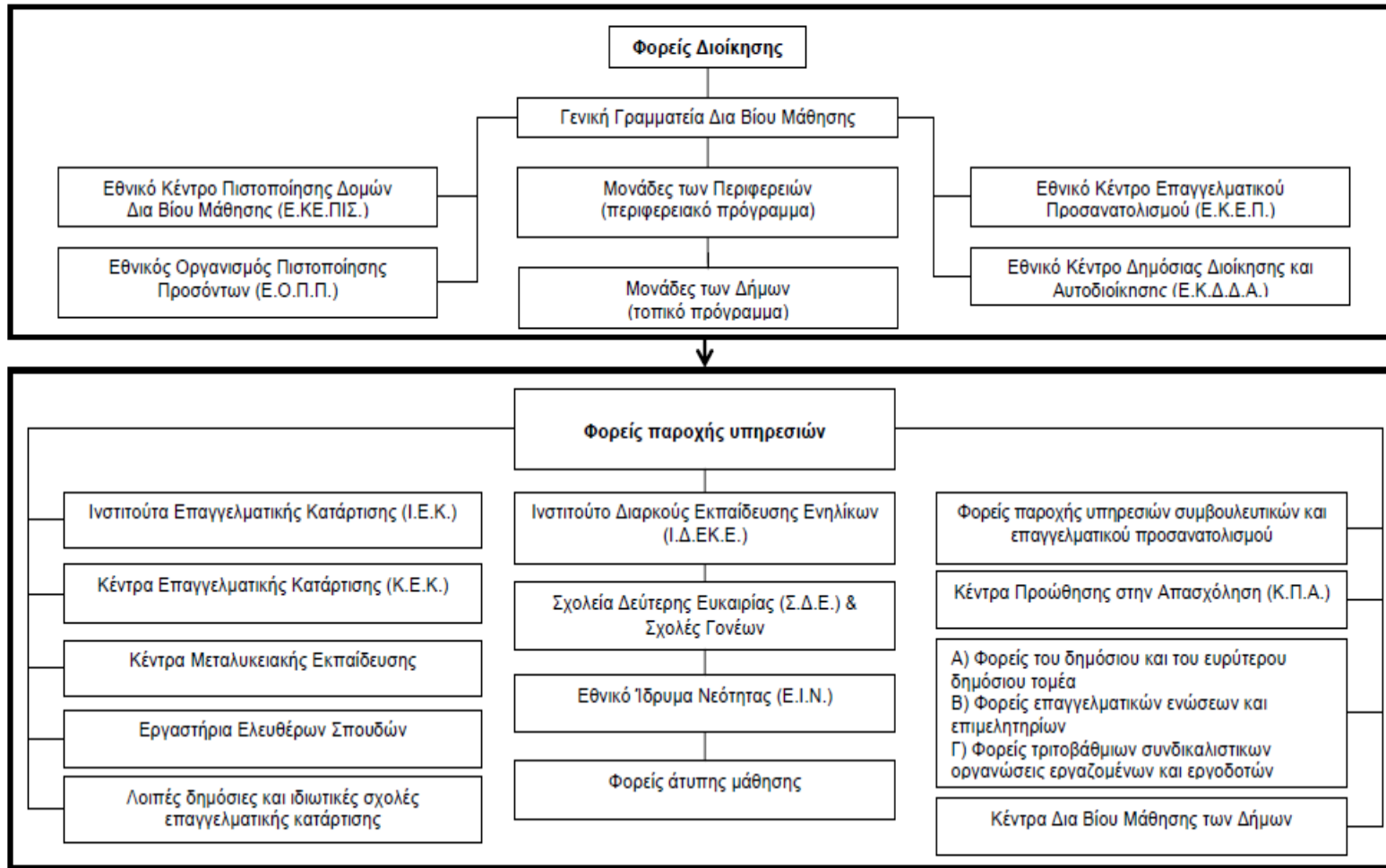
3577/2007). Διάδοχος, δε, του προγράμματος αυτού συνεχίζει για την περίοδο 2014-2020 το Πρόγραμμα Erasmus Plus (<http://ec.europa.eu/programmes>).

Το 2008 πάντως, στα πλαίσια ευρωπαϊκών διατάξεων που επισήμαναν την αναγκαιότητα διασφάλισης ποιότητας στα συστήματα διά βίου μάθησης και ιδίως κατόπιν έκδοσης σχετικής επιστολής της Ευρωπαϊκής Επιτροπής υπ' όψιν του Κοινοβουλίου, όπου επισήμανε τη σημασία της ποιότητας των Εκπαιδευτών (Commission of the European Communities, 2007b), η ελληνική κυβέρνηση ίδρυσε ελεγχόμενο Μητρώο Εκπαιδευτών (Νόμος 3687/2008).

Πάντως, η 1^η «Σύνοδος Διά Βίου Μάθησης και Σύνδεσης με την Απασχόληση» στη χώρα μας έγινε τελικά στις 20 Δεκεμβρίου του 2010. Κατά τη διάρκεια της προτάθηκε το Εθνικό Σχέδιο Προγράμματος της Διά Βίου Μάθησης, το οποίο και βασίστηκε και στον πρόσφατο Νόμο 3879/2010.

Έτσι, το νέο σύστημα διά βίου μάθησης της χώρας προτείνεται να έχει την μορφή που φαίνεται στο κάτωθι Πίνακα (Πίνακας 1.2, Εθνικό Δίκτυο Διά Βίου Μάθησης).

**ΕΘΝΙΚΟ ΔΙΚΤΥΟ ΔΙΑ ΒΙΟΥ ΜΑΘΗΣΗΣ
(ν.3879/2010)**



Εν τέλει, το 2011 αποφασίζεται η συγχώνευση του Ι.Δ.ΕΚ.Ε. και του Ινστιτούτου Νεολαίας, διά απορρόφησης, από το Εθνικό Ίδρυμα Νεότητας, οπότε και προκύπτει ενιαίος φορέας που μετονομάζεται σε «Ίδρυμα Νεολαίας και Διά βίου Μάθησης» (I.NE.ΔΙ.ΒΙ.Μ.)⁸ και που εποπτεύεται από τον Υπουργό Παιδείας και Θρησκευμάτων (Απόφαση ΦΕΚ Β΄ 2508/04.11.2011).

Οι σκοποί και οι αρμοδιότητες του I.NE.ΔΙ.ΒΙ.Μ. συμπορεύονται με το σκοπό του Νόμου 3879/2010, που είναι «η ανάπτυξη της διά βίου μάθησης μέσω της αναγνώρισης εναλλακτικών εκπαιδευτικών διαδρομών, της δικτύωσης των φορέων διά βίου μάθησης και της διασφάλισης της διαφάνειας και της ποιότητας, έτσι ώστε να επιτυγχάνεται η διασύνδεση της διά βίου μάθησης με την απασχόληση, η διαμόρφωση μίας ολοκληρωμένης προσωπικότητας των ατόμων και γενικότερα η κοινωνική και οικονομική ανάπτυξη» (Ίδρυμα Νεολαίας και Διά βίου μάθησης, ΕΣΠΑ, http://www.edulll.gr/?page_id=217).

Πιο ειδικά, οι αρμοδιότητες του I.NE.ΔΙ.ΒΙ.Μ. είναι:

- Η υλοποίηση έργων και δράσεων που αφορούν την προώθηση της νεανικής καινοτομίας,
- Η τεχνολογική, επιστημονική, διαχειριστική και λογιστική υποστήριξη των δράσεων, προγραμμάτων και έργων που υλοποιεί η Γενική Γραμματεία Νέας Γενιάς,
- Η μελέτη, έρευνα, παροχή πληροφοριών και ανάπτυξη δραστηριοτήτων σε θέματα που αφορούν την εκπαίδευση ενηλίκων και τη λαϊκή επιμόρφωση,
- Η τεχνολογική, επιστημονική, διαχειριστική και λογιστική υποστήριξη των δράσεων, προγραμμάτων και έργων που υλοποιεί η Γενική Γραμματεία Δια Βίου Μάθησης,
- Ο προγραμματισμός, παρακολούθηση και αποτύπωση της, σε κάθε στιγμή, υφιστάμενης νομικής και πραγματικής κατάστασης των κτιριακών υποδομών που αφορούν στη μαθητική και φοιτητική στέγαση,

⁸ Το Ίδρυμα Νεολαίας και Διά βίου μάθησης, I.NE.ΔΙ.ΒΙ.Μ. αποτελεί νομικό πρόσωπο ιδιωτικού δικαίου που ανήκει στον ευρύτερο δημόσιο τομέα, διαθέτει οικονομική και λειτουργική αυτοτέλεια, έχει κοινωφελή και μη κερδοσκοπικό χαρακτήρα, λειτουργεί προς εξυπηρέτηση του δημοσίου συμφέροντος έχει ως σκοπό του την υλοποίηση δράσεων, προγραμμάτων και έργων για: (α) τη δια βίου μάθηση, (β) τη νέα γενιά, με έμφαση τη στήριξη των νέων στη σταδιοδρομία τους, την ανάδειξη και τη στήριξη της νεανικής καινοτομίας και (γ) τη διαχείριση των θεμάτων που σχετίζονται με οποιονδήποτε τρόπο με τη μαθητική και φοιτητική μέριμνα (I.NE.ΔΙ.ΒΙ.Μ., Ιστορικό).

- Η δημιουργία των κατάλληλων προδιαγραφών για τη φοιτητική και μαθητική στέγαση.

Γενικά, πάντως έχει υπάρξει κριτική για τον καθυστερημένο χρονικό συντονισμό μας με την υπόλοιπη ΕΕ, ενώ θεωρείται ότι για την «καλύτερη αποτύπωση της μέχρι τώρα λειτουργίας, εξέλιξης και προοπτικής του θεσμού των ΚΕΕ απαιτείται να γίνει μια εμπειριστατωμένη μελέτη και έρευνα» (Social Activism Αθηνών, www.socialactivism.gr). Μελέτες έχουν γίνει, πάντως ήδη, στα πλαίσια επιχορηγούμενων προγραμμάτων, για να διερευνηθούν τα αίτια χαμηλής συμμετοχής σε προγράμματα διά βίου μάθησης (Κουρουτός Μιχάλης, 2008).

Το Ευρωπαϊκό, πάντως, όραμα ανάπτυξης Ποιοτικών Εθνικών Συστημάτων Δια βίου Μάθησης Ενηλίκων ισότιμης πρόσβασης εξακολουθεί να επεκτείνεται και στο χρονικό ορίζοντα 2014-2020, μέσω διάφορων αντίστοιχων Ευρωπαϊκών προγραμμάτων που προσφέρονται και στη χώρα μας.

Σύνοψη Κεφαλαίου

Ήδη από την αρχαία ελληνική φιλοσοφία αναφέρεται η σημασία της διά βίου εκπαίδευσης για τη μόρφωση της ψυχής του ανθρώπου, αλλά και για την οργάνωση της κοινωνίας. Οι ενήλικες πολίτες της Αθήνας θα πρέπει, ανάλογα με τους ρόλους τους στην κοινωνική ζωή της πόλης, να υπόκεινται και στην αντίστοιχη εκπαίδευση, σε όλη τη διάρκεια της ζωής τους, ανάλογα με την ηλικιακή τους φάση, όπως ο Πλάτων μας διδάσκει.

Έτσι, ετέθησαν ουσιαστικά ήδη από την εποχή του Πλάτωνα, οι αρχές της εκπαίδευσης των ενηλίκων, ως διαφορετικές, τελικά, από αυτές των παιδιών. Η αξιοποίηση των εμπειριών και ο προσανατολισμός στην καθημερινή ζωή και τα προσωπικά ενδιαφέροντα του ενήλικα εκπαιδευόμενου είναι, δηλαδή, αυτά που θεωρήθηκε ότι κυρίως χαρακτηρίζουν τη διά βίου εκπαίδευση των ενηλίκων, διαφορετικά από ό,τι ισχύει για αυτή των παιδιών. Επιπλέον, τα όρια αυτής της εκπαίδευσης θεωρήθηκε ότι είναι ίδια με τα όρια της ζωής και ότι έχει αναπόσπαστο χαρακτήρα από την ίδια τη ζωή, όπως η τροφή ή η άσκηση.

Αν και η «ανδραγωγία», λοιπόν, ο πλατωνικός όρος για την εκπαίδευση των ενηλίκων, εμφανίστηκε, αλλά και εξαφανίστηκε πολλές φορές κατά τη διάρκεια της μετέπειτα ιστορίας, τελικά είναι πρόσφατη η εκρηκτική εμφάνιση του επιστημονικού ενδιαφέροντος γύρω από την εκπαίδευση των ενηλίκων, αλλά και την οργάνωση των

κοινωνιών γύρω από αυτή. Με τη βοήθεια και άλλων επιστημών, το επιστημονικό πεδίο της εκπαίδευσης ενηλίκων προσεγγίστηκε πιο συστηματικά και έγιναν αποδεκτές οι διαφορετικές θεωρήσεις για την εκπαίδευση στις αυτο-οριζόμενες πλέον προσωπικότητες, όπως θεωρούνται ότι είναι οι ενήλικες.

Παρόλα ταύτα, δεν έχουν λείψει κατά τη διάρκεια της ιστορίας και οι αντιμαχίες σχετικά με το κατά πόσο πράγματι η εκπαίδευση των ενηλίκων πρέπει να υπακούει σε εντελώς διαφορετικές αρχές από αυτές της εκπαίδευσης σε παιδιά, ενώ μέθοδοι εκπαίδευσης σχεδιασμένες ειδικά για την κάθε ηλικιακή κατηγορία, θεωρήθηκε ότι μπορούν, κατά περιπτώσεις, να εφαρμοστούν άριστα και σε άλλη ηλικία.

Άλλωστε, η ανάγκη εξατομίκευσης, κατά περίπτωση, θεωρήθηκε επίσης απαραίτητη, αφού, για παράδειγμα, δεν είναι ανεξαιρέτως όλοι οι ενήλικες ικανοί να αυτό-προσδιορίζονται στην εκπαίδευσή τους και σε κάποιες περιπτώσεις ο εκπαιδευτής παίζει πράγματι απαραίτητο ρόλο «υποκινητή».

Από το τέλος, κυρίως, του προηγούμενου αιώνα πάντως, ξεκίνησε μια σειρά έντονων συγκριτικών μελετών για την εκπαίδευση των ενηλίκων, με ποικίλες θεωρήσεις και αναλύσεις να καταγράφονται, τόσο στην Αμερική και την Αυστραλία, όσο και στην Ευρώπη, δεν έλειψαν, δε, και προτάσεις αντικατάστασης πλέον του ευρέως χρησιμοποιούμενου όρου «ανδραγωγία» από όρους πιο σύγχρονους και «ικανούς», όπως «ανθρωποπαιδεία» και άλλους.

Ένα ορόσημο, πλέον, για την ιστορία της διά βίου εκπαίδευσης ενηλίκων αποτελεί η αποδοχή της από την UNESCO το 1970 ως «οργανωτικής των κοινωνιών ιδέας». Σήμερα, το παγκόσμιας εμβέλειας Ινστιτούτο Διά βίου Μάθησης Ενηλίκων της UNESCO συνεχίζει να μελετά το αντικείμενο αυτό, ενώ ήδη από νωρίς προτάθηκε ο όρος «διά βίου εκπαίδευση» ενηλίκων να χρησιμοποιείται όλο και λιγότερο, θεωρώντας ως ορθότερο τον όρο «διά βίου μάθηση», ο οποίος και επικράτησε.

Στις μέρες μας, η «διά βίου μάθηση» θεωρείται ότι έχει πολύ μεγάλη σημασία, τόσο για την οργάνωση των κοινωνιών, όσο και για τη ζωή του κάθε ατόμου. Πράγματι, η Ευρωπαϊκή Επιτροπή, με το Μνημόνιο της Λισαβόνας το 2000 αποφάσισε και δέσμευσε όλα τα κράτη-μέλη της Ένωσης σε ένα κοινό στρατηγικό στόχο για τη διά βίου εκπαίδευση και επιμόρφωση, ώστε σε βάθος χρόνου δεκαετίας να έχει αυξηθεί ουσιαστικά το ποσοστό των ευρωπαίων πολιτών που θα είχε συμμετοχή σε προγράμματα δια βίου εκπαίδευσης και να μην είναι λιγότερο του 15% των εργαζομένων.

Έτσι, η διά βίου εκπαίδευση και επιμόρφωση θεωρείται στις μέρες μας ως παράμετρος της οικονομικής ανάπτυξης της Ευρωπαϊκής Ένωσης, αλλά και εξασφάλισης της

κοινωνικής συνοχής, καθώς προσπάθειες εξάλειψης των ανισοτήτων στην πρόσβαση σε ευκαιρίες εκπαίδευσης χαρακτήρισαν την ανάπτυξη των σύγχρονων, πιστοποιημένων εκπαιδευτικών συστημάτων στις διάφορες χώρες της Ευρώπης τα τελευταία χρόνια.

Στα πλαίσια της «ατζέντας» της Λισαβόνας επισυνέβησαν νομοθετικές μεταρρυθμίσεις και στην Ελλάδα, που τροποποίησαν την εκπαιδευτική μας πολιτική ιδίως προς την ενίσχυση της διά βίου εκπαίδευσης των ενηλίκων, μέσα από ομώνυμα Εθνικά Στρατηγικά Πλαίσια Αναφοράς (ΕΣΠΑ) των τελευταίων περιόδων. Έτσι, διαμορφώθηκαν διάφοροι φορείς και κέντρα παροχής εκπαίδευσης σε ενήλικες στην Ελλάδα τα τελευταία χρόνια, που εφάρμοζαν ευέλικτα προγράμματα μάθησης, σε ένα ευρύτατο φάσμα θεματικών πεδίων, εναρμονισμένων με τις σύγχρονες ανάγκες της αγοράς εργασίας και τους κεντρικούς αναπτυξιακούς στόχους της χώρας, καθώς υπήρξαν και οι προσπάθειες για την παροχή όσο το δυνατόν ίσων εκπαιδευτικών ευκαιριών, σε όλη τη διάρκεια της ζωής των ατόμων, σε όλη την επικράτεια.

Η τεχνολογική και επιστημονική υποστήριξη των προγραμμάτων αυτών ανήκε αρχικά στην Γενική Γραμματεία Διά Βίου Μάθησης του Υπουργείου Παιδείας με κύριο διαχειριστή το Ινστιτούτο Διαρκούς Εκπαίδευσης Ενηλίκων, ενώ τελικά με πρόσφατες μεταρρυθμίσεις το διαχειριστικό ρόλο έχει μια νέα, εξ συγχωνεύσεως, αρχή, το Ίδρυμα Νεολαίας και Διά βίου μάθησης.

Καθοριστικό στάδιο στις μεταρρυθμίσεις των ημερών μας πάντως για τη διά βίου μάθηση των ενηλίκων θεωρήθηκε η ίδρυση «Εθνικών Συστημάτων Σύνδεσης της Εργασίας με την Εκπαίδευση», ώστε τα προγράμματα διά βίου εκπαίδευσης να συνδέονται στρατηγικά με τις αναγκαίες κατευθύνσεις ανάπτυξης του ανθρώπινου δυναμικού στη χώρα.

Κατά την πορεία του χρόνου έχουν διαμορφωθεί διάφορες πρωτοβουλίες της Ευρωπαϊκής Ένωσης για την ενίσχυση της συνεργασίας των κρατών-μελών στη διαμόρφωση ποιοτικών και διαφανών εθνικών προγραμμάτων εκπαίδευσης ενηλίκων, τα οποία έχουν έρθει και στη χώρα μας

Πάντως στη χώρα μας η 1^η Σύνοδος «Διά Βίου Μάθησης και Σύνδεσης με την Απασχόληση» πραγματοποιήθηκε δέκα χρόνια μετά από τη Συμφωνία της Λισαβόνας οπότε και μόλις τότε εκδόθηκε αντίστοιχος νόμος που να περιγράφει ενιαία ένα εθνικό σχέδιο προγράμματος για τη διά βίου μάθηση.

Έτσι, κανείς μπορεί να κρίνει σχετικά με τον τρόπο που οργανώθηκε η δια βίου εκπαίδευση στη χώρα μας, τη βάση της τεκμηρίωσης που χρησιμοποιήθηκε για τη λήψη σχετικών αποφάσεων και για το χρονικό συντονισμό μας με την υπόλοιπη ΕΕ, ενώ

σήμερα πάντως το Ευρωπαϊκό αυτό όραμα εξακολουθεί να επεκτείνεται και στο χρονικό ορίζοντα 2014-2020, μέσω διάφορων ευρωπαϊκών προγραμμάτων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Ιστορική αναδρομή και διεθνές θεσμικό και κανονιστικό πλαίσιο για τη συνεχιζόμενη ιατρική εκπαίδευση και ανάπτυξη

“Training is patient safety for the next 30 years”.

Prof Sir John Temple

2.1. Η Συνθήκη της Ρώμης του 1957

Η Συνθήκη της Ρώμης του 1957 (The Treaty of Rome, <http://www.eurotreaties.com>) είναι η διεθνής Συνθήκη με την οποία ιδρύθηκε η Ευρωπαϊκή Οικονομική Κοινότητα (ΕΟΚ) και η Ευρωπαϊκή Κοινότητα Ατομικής Ενέργειας (ΕΥΡΑΤΟΜ), από τις οποίες και προήλθε η Ευρωπαϊκή Ένωση (ΕΕ). Υπεγράφη από εκπροσώπους του Βελγίου, της Δυτικής Γερμανίας, της Γαλλίας, της Ιταλίας, του Λουξεμβούργου και της Ολλανδίας στις 25 Μαρτίου 1957. Η ημερομηνία υπογραφής της θεωρείται η επίσημη ημερομηνία γέννησης της ΕΕ.

Η Συνθήκη της Ρώμης επιδιώκει, αλλά και επιβάλλει την ελεύθερη διακίνηση ανθρώπων, υπηρεσιών, αγαθών και κεφαλαίων στην επικράτεια της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Άρθρα 48-84) και το κείμενό της θεωρείται από τα βασικά "συνταγματικά" κείμενα της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ο πρώτος Καταστατικός Χάρτης).

Η επίτευξη των στόχων της Συνθήκης της Ρώμης για την ενοποίηση της Ευρώπης, όπως αρχικά ορίστηκαν, περιγράφονται σε έξι μέρη :

Μέρος I: Αρχές (Principles)

Μέρος II: Θεμέλια της Κοινότητας (Foundation Of the Community)

Μέρος III: Πολιτική της Κοινότητας (Policy of the Community)

Μέρος IV: Σχέσεις με άλλες χώρες εκτός ΕΕ (Association of the Overseas countries and Territories)

Μέρος V: Θεσμοί της Κοινότητας (Institutions of the Community)

Μέρος VI: Γενικοί και Τελικοί όροι (General and Final provisions)

Η υλοποίηση των θεμελιωδών αυτών στόχων επιδιώκεται αρχικά σε τρεις φάσεις τετραετίας, συνολικά δηλαδή σε 12 χρόνια από την ημερομηνία υπογραφής της Συνθήκης.

2.2. Η Κοινοτική Οδηγία 93/16/EEC του 1993

Η ελεύθερη διακίνηση προσώπων και υπηρεσιών στον ιατρικό τομέα προσδιορίστηκε ειδικότερα από τις αρχές που ετέθησαν για την αμοιβαία αναγνώριση των ελαχίστων προϋποθέσεων στη βασική ιατρική εκπαίδευση και την εκπαίδευση στις ειδικότητες, που αρχικά ορίστηκαν από Κοινοτική Πράξη του 1975 και ενσωματώθηκαν τελικά στην Κοινοτική Οδηγία 93/16/EEC τον Απρίλιο του 1993 (Council Directive 93/16/EEC).

Η Οδηγία αυτή καθορίζει στα επιμέρους άρθρα της τις υποχρεώσεις που προβλέπονται, όσον αφορά στα διπλώματα, πιστοποιητικά και τυπικά προσόντα που απαιτούνται στις ιατρικές ειδικότητες, περιγράφονται δε αναλυτικά οι φορείς και τα στοιχεία της πιστοποίησης των βασικών ιατρικών σπουδών και της ιατρικής ειδίκευσης ανά χώρα.

Είναι αξιοσημείωτο ότι ενώ διαπιστώθηκε ότι υπήρχαν διαφορές μεταξύ των κρατών-μελών όσον αφορά στις επιμέρους διαδικασίες, αλλά και στα προσόντα για την πιστοποίησης κάθε ειδίκευσης - για την ειδικότητα της Γενικής Ιατρικής μάλιστα έγινε ειδική μνεία - και ενώ στην εν λόγω Οδηγία έγινε η σχετική εισήγηση για την ανάγκη σταδιακής εναρμόνισης, δεν αποσαφηνίστηκε, ούτε προβλέφτηκε σαφώς με ποιο μηχανισμό θα εξασφαλιζόταν μια διαρκής και διηνεκής εναρμόνιση και πως ακριβώς τα κράτη-μέλη θα συνεργάζονται για αυτό ή/και θα υποχρεούνται σε συμφωνία.

Ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα που μπορεί κανείς να αναφέρει είναι ότι προβλέπονται ειδικές διατάξεις για τη «μερικής απασχόλησης» ιατρική εκπαίδευση, βασική ή σε ειδικότητες, που δεν έχουν συζητηθεί ποτέ επίσημα αν και πως προβλέπεται να εναρμονιστεί η εφαρμογή τέτοιων σχετικών προγραμμάτων στις χώρες ή πως αμοιβαία θα αναγνωρίζονται - στην Ελλάδα, δε μάλιστα, δεν έχει τεθεί, τουλάχιστον όσον είναι γνωστό, η ανάγκη ίδρυσης τέτοιων προγραμμάτων, στα πλαίσια τουλάχιστον εναρμόνισης και διευκόλυνσης της μετακίνησης των ευρωπαϊκών ιατρών.

Από την πρώτη αυτή Οδηγία του 1993 ακολούθησαν πολλές τροποποιήσεις, όπως αναλύεται παρακάτω. Στην ουσία πάντως διαφαίνεται ότι η ύπαρξη διαφορετικών εθνικών συστημάτων υγείας και παιδείας ανά κράτος-μέλος και η με το πέρασ του χρόνου αυτόνομη αναδιάρθρωση και εξέλιξη τους προς διαφορετικές κατευθύνσεις, (Dr.med. Elke Jakubowski, 1998) πάντα θα δημιουργούσε κάποια «κενά» στην αβίαστη εναρμόνιση όλων των μερών της εκπαίδευσης και των προ-απαιτούμενων σταδίων, επιπέδων και ειδών μετεκπαίδευσης και ειδικοτήτων των ιατρών ανά χώρα, αλλά και του θεσμικού τρόπου που η εκπαίδευση τους τελικά γίνεται και πιστοποιείται. Έχει θεωρηθεί

σαφώς, δηλαδή, ότι οι εξελίξεις στο εκπαιδευτικό περιεχόμενο και τα είδη στις ειδικότητες ακολουθούν τις εξελίξεις στα εθνικά συστήματα υγείας, αν και τα τελευταία, όμως, δεν είναι «υποχρεωμένα» σε εναρμόνιση.

Χαρακτηριστικές αναφορές ανάγκης για σύγκλιση σε συγκεκριμένες περιπτώσεις γίνονται για την ειδικότητα της Γενικής Ιατρικής, όπως σαφώς αποτυπώνεται στις κάτωθι αυτούσιες προτάσεις της Οδηγίας : « .. ωστόσο, η τάση αυτή που φαίνεται αδύνατο να αποκοπεί, εξελίσσεται με διαφορετικούς ρυθμούς στα κράτη μέλη .. πρέπει, χωρίς να επισπευστεί άκαιρα ο ρυθμός των εξελίξεων, να διασφαλιστεί η σταδιακή σύγκλιση με τελικό σκοπό την κατάλληλη εκπαίδευση κάθε γενικού ιατρού που πληροί τις ειδικές προϋποθέσεις άσκησης της γενικής ιατρικής .. για να εξασφαλιστεί η προοδευτική εφαρμογή αυτής της μεταρρύθμισης, πρέπει, σε πρώτη φάση, να καθιερωθεί σε κάθε κράτος μέλος, μια γενική εκπαίδευση στη γενική ιατρική που να ανταποκρίνεται στις ελάχιστες ποιοτικές και ποσοτικές ανάγκες και να συμπληρώνει τη στοιχειώδη βασική εκπαίδευση την οποία πρέπει να έχει ο ιατρός βάσει της παρούσας οδηγίας .. ότι πρέπει επιπλέον να προβλεφθεί ότι η άσκηση των δραστηριοτήτων του ιατρού ως γενικού ιατρού στο πλαίσιο του συστήματος κοινωνικών ασφαλίσεων πρέπει να εξαρτάται από την κατοχή ειδικής εκπαίδευσης στη γενική ιατρική .. ότι τέλος, στο μέλλον πρέπει να υποβληθούν νέες προτάσεις για να τελειοποιηθεί η μεταρρύθμιση».

Η θέση, ωστόσο, για παράδειγμα, του Γενικού Ιατρού στα συστήματα υγείας ανά την Ευρώπη διαφέρει (Dr.med. Elke Jakubowski, 1998). Μπορεί, λοιπόν, σε θεωρητικό επίπεδο να ήταν εφικτή η σύγκλιση και η ενιαία διαμόρφωση του προγράμματος σπουδών γενικής ιατρικής στις διάφορες χώρες της Ευρώπης, βάσει των επιταγών της Οδηγίας 93/16/EEC και των τροποποιήσεών της που ακολούθησαν, το γεγονός όμως ότι ο θεσμικός ρόλος και η θέση του Γενικού Ιατρού μέσα στο σύστημα υγείας διαφέρει μεταξύ των χωρών, καθιστά αδύνατη και την πραγματική εναρμόνιση του πλαισίου που διαμορφώνει τις ακριβείς ανάγκες και τους στόχους στην εκπαίδευσή του, στις διάφορες ευρωπαϊκές χώρες.

Στην Ελλάδα, για παράδειγμα, ο Γενικός Ιατρός δεν έχει θέση υποχρεωτικής «πρώτης επαφής» του ασθενούς με το σύστημα υγείας. Επίσης, έχουν κατά καιρούς υπάρξει αμφισβητήσεις ακόμα και για το καθήκοντολόγιο του⁹.

⁹ Για παράδειγμα, δεν προβλέπεται στην Ελλάδα ξεκάθαρα η έννοια του «Γενικού Ιατρού με ειδικό ενδιαφέρον σε γνωστικό αντικείμενο» (General Practitioner with special interest) και αν και προβλέπεται νομοθετικά η μετεκπαίδευση σε επιμέρους αντικείμενα π.χ. σακχαρώδης διαβήτης, επείγουσα ιατρική, κοινωνική ιατρική και άλλα (ΦΕΚ 613 Β της 23^{ης} Αυγούστου του 1989), ακόμα και σήμερα δεν είναι

Αυτή η πραγματικότητα παραπλανά το ξεκαθάρισμα των στόχων της εκπαίδευσης στη γενική ιατρική. Έτσι, το όποιο προκύπτει πλαίσιο εκπαίδευσης και πιστοποίησης της επάρκειας ενός Γενικού Ιατρού στην Ελλάδα δεν μπορεί να αποδείξει εύκολα την ισότιμη εναρμόνισή του με τα αντίστοιχα των άλλων χωρών, όπου τόσο ο ρόλος του Γενικού Ιατρού μέσα στο σύστημα υγείας, όσο και το ακριβές καθηκοντολόγιο του είναι ενιαία αποδεκτά, σταθερά και θεσμοθετημένα, χωρίς νομική αμφισβήτηση ή ασάφεια, και με αυτό το σταθερό τρόπο διηλεκώς πλαισιώνουν τη βασική και τη διά βίου εκπαίδευσή του, κάτι που δυστυχώς ακόμα αντιμετωπίζει δυσκολίες για την επίτευξή του στην Ελλάδα και κατά συνέπεια για την εναρμόνιση με τα άλλα κράτη-μέλη.

Έτσι, τα μέρη των κλινικών ρόλων στην βασική εκπαίδευση των Γενικών Ιατρών, για παράδειγμα, στην Ελλάδα μπορεί να ομοιάζουν αρκετά με αυτά άλλων ευρωπαϊκών χωρών, αλλά και να υπερκαλύπτουν. Ωστόσο, ο επαγγελματικός ρόλος και οι ανάγκες της καθημερινής πράξης είναι αυτά που τελικά διαμορφώνουν την απαιτούμενη εκπαίδευση των ιατρών (Διακήρυξη του Εδιμβούργου) και αυτός δυστυχώς διαφέρει ακόμα μεταξύ των κρατών-μελών, όπως άλλωστε και η Οδηγία 93/16/EEC επισημαίνει.

Ειδικά ζητήματα για την εναρμόνιση στη δια βίου εκπαίδευση των ιατρών στην Οδηγία 93/16/EEC, ωστόσο, δεν αναλύθηκαν.

ενιαία αποδεκτό τελικά το καθηκοντολόγιο και οι επιτρεπτές διαγνωστικές και θεραπευτικές πράξεις του Γενικού Ιατρού, ενώ συχνά ανακύπτει αμφισβήτηση για τις επιτρεπτές ιατρικές του πράξεις, αλλά και για το επιτρεπτό εύρος της συνταγογράφησης του (“Επιστολή ΕΛΕΓΕΙΑ 2012,” προς το Υπουργό Υγείας, Δελτίο Τύπου, Μαΐος 2015), μια εποχή μάλιστα που η ανάγκη οργάνωσης της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας με επίκεντρο την ειδικότητα της Γενικής Ιατρικής είναι πιο έντονη από ποτέ. Στην Ελλάδα το εύρος συνταγογράφησης από Γενικούς Ιατρούς καθορίζεται από την υπ’ αριθμόν 677/14/06/2001 γνωμοδότηση της εκτελεστικής επιτροπής του ΚΕΣΥ, όπως τελικά επικυρώθηκε από την Υπουργική Απόφαση Υ7/3409/30.07.2001 (“Επιστολή ΕΛΕΓΕΙΑ 2012,” προς το Υπουργό Υγείας, Δελτίο Τύπου, Μαΐος 2015). Σύμφωνα με αυτή, η Γενική Ιατρική καλύπτει τις βασικές ιατρικές ειδικότητες και άρα οι Γενικοί Ιατροί δύνανται να συνταγογραφούν φάρμακα που εμπίπτουν στο γνωστικό τους αντικείμενο, με εξαίρεση τη Νευρολογία και την Ουρολογία, μια και δεν περιλαμβάνονται στην εκπαίδευση της Γενικής Ιατρικής στην Ελλάδα. Ωστόσο, υπάρχουν κατά καιρούς κυρώσεις σε Γενικούς Ιατρούς με την κατηγορία της συνταγογράφησης εκτός ειδικότητας. Άλλωστε τόσο η Ουρολογία και η Νευρολογία, αλλά και άλλες ειδικότητες αποτελούν μέρος της καθημερινής πρακτικής στην ΠΦΥ, χωρίς όμως επίσημα να αποτελούν μέρος της εκπαίδευσης στην ειδικότητα. Είναι, λοιπόν, εμφανές ότι εξαιτίας διαφορετικής «θέσης» του Γενικού Ιατρού μέσα στο ΕΣΥ σε σχέση με τις άλλες χώρες της Ευρώπης είναι διαφορετική και η βασική του εκπαίδευση που ήδη διαμορφώθηκε, αλλά και που δικαιολογείται να μπορεί να διαμορφωθεί, με τον ίδιο, δε, τρόπο επηρεάζεται και η διαμόρφωση των προγραμμάτων της διά βίου εκπαίδευσής του.

2.1.1. Τροποποιήσεις στην Κοινοτική Οδηγία 93/16/EEC

Μετά το 1993 ακολούθησαν ποικίλες τροποποιήσεις στην Κοινοτική Οδηγία 93/16/EEC. Τόσο εγχώριες αλλαγές, όσο και εισηγήσεις των κρατών - αλλά και ανεξάρτητων επιτροπών - για αλλαγές που θεωρούσαν απαραίτητες ήταν συνολικά οι αιτίες του κινητοποιούσαν τις τροποποιήσεις αυτές. Κύριοι σταθμοί ήταν οι εξής (Medicine: mutual recognition of qualifications, Amending Acts, http://europa.eu/legislation_summaries) :

- ✓ Κοινοτική Οδηγία 97/50/EC που ενσωματώνει ποικίλες τροποποιήσεις κατόπιν εισηγήσεων κρατών-μελών, αλλά και διαφόρων επιτροπών (Committee of Senior Officials on Public Health Advisory Committee on Medical Training κ.α.),
- ✓ Κοινοτική Οδηγία 98/21/EC που ενσωματώνει, μετά από αίτημα κρατών-μελών, σχετικούς προσδιορισμούς ειδικά για την ειδικότητα της Ιατρικής της Εργασίας,
- ✓ Κοινοτική Οδηγία 98/63/EC που τροποποιεί, μετά από αίτημα κρατών-μελών, τους σχετικούς προσδιορισμούς για κάποιες ειδικότητες κοινές στα κράτη-μέλη,
- ✓ Κοινοτική Οδηγία 99/46/EC που τροποποιεί μετά από αίτημα της Ιταλίας και της Ισπανίας, τους σχετικούς προσδιορισμούς για κάποιες ειδικότητες τους,
- ✓ Κοινοτική Οδηγία 2001/19/EC στην οποία ενσωματώθηκαν αρχές αναγνώρισης επαγγελματικής προϋπηρεσίας και απλοποιήθηκε ακόμα περισσότερο η διαδικασία της αναγνώρισης διπλωμάτων, αφού πλέον οι Ευρωπαϊκή Επιτροπή αποφασίστηκε να προεκδίδει περιοδικά τη λίστα των διπλωμάτων με ευρωπαϊκή αναγνώριση,
- ✓ άλλες τροποποιήσεις μετά από ένταξη του κάθε νέου κράτους-μέλους και επιμέρους εισηγήσεις στην Ευρωπαϊκή Επιτροπή.

2.3. Η Κοινοτική Οδηγία 2005/36/EC του 2005

Στις 20 Οκτωβρίου 2007 η Κοινοτική Οδηγία 93/16/EEC αντικαταστάθηκε πλέον πλήρως από την Κοινοτική Οδηγία 2005/36/EC (Directive 2005/36/EC of the European Parliament and of the Council).

Η Οδηγία 2005/36/EC προέκυψε μετά από σχετική σύσταση του Ευρωπαϊκού Συμβουλίου (European Council) στην Ευρωπαϊκή Επιτροπή (European Commission) στη Συνάντηση της Στοκχόλμης το 2001 (European Council Stockholm, 2001), όπου και διαπιστώθηκε η πραγματική, τελικά, ανάγκη να σχεδιαστεί ένα πιο ενιαίο, διαφανές και ευέλικτο σύστημα κίνησης των επαγγελματιών στην Ευρώπη, που θα ικανοποιεί πληρέστερα τους στόχους της Στρατηγικής της Λισαβόνας (Lisbon European Council, Presidency Conclusions, 2000).

Η Κοινοτική Οδηγία 2005/36/EC θεωρείται ως η τελική Οδηγία ενοποίησης όλων των 15 προγενέστερων Οδηγιών¹⁰ που είχαν εισηγηθεί από το 1975 και που είχαν ως απώτερο σκοπό την θεσμοθέτηση για μια ελεύθερη μετακίνηση των επαγγελματιών στην Ε.Ε., των μισθωτών, αλλά και των ελεύθερων επαγγελματιών, συμπεριλαμβανομένων φυσικά και των ιατρών. Η Οδηγία αυτή συμπληρώνεται από την έκδοση της Κοινοτικής Οδηγίας 2006/100/EC, μετά και από την πρόσφατη είσοδο στην Ε.Ε. των Βουλγαρία και Ρουμανία.

Στην Οδηγία 2005/36/EC προβλέπεται «αυτοματοποιημένη» αναγνώριση διπλωμάτων, πιστοποιητικών και άλλων εγγράφων τεκμηρίων εκπαίδευσης, βάσει ελαχίστων απαιτήσεων και δίνονται βασικές οδηγίες για τη «γεφύρωση» των διαφορών, όπως για παράδειγμα τις περιπτώσεις όπου ο διεκδικούμενος τίτλος εκπαίδευσης σε μια χώρα υποδοχής δεν υπάρχει στη χώρα προέλευσης - υπήρξε ωστόσο και τεκμηριώνεται η συμμετοχή σε κάποιο ανάλογο πρόγραμμα εκπαίδευσης - οπότε και δικαιωματικά

¹⁰ Θεωρήθηκε ότι αν και πρέπει να διατηρηθούν οι τοπικές αρχές αναγνώρισης διπλωμάτων, ωστόσο οι κανόνες και οι διαδικασίες τους πρέπει να βελτιωθούν και να εξαπλουστευτούν, όπως έδειχνε η μέχρι τότε εμπειρία. Οι διάφορες Οδηγίες είχαν κατά καιρούς ήδη αναθεωρηθεί πολλές φορές και διαφαινόταν ότι οι όροι τους έπρεπε να αναδιοργανωθούν και εκλογικευτούν με κάποιας μορφής ενιαία παγίωση των θεμελιωδών αρχών. Αυτό πρακτικά σήμαινε αντικατάσταση όλων των σχετικών οδηγιών: Council Directives 89/48/EEC και 92/51/EEC, Directive 1999/42/EC of the European Parliament and of the Council (για τα συστήματα αναγνώρισης επαγγελματικών προσόντων γενικά) και Council Directives 77/452/EEC, 77/453/EEC, 78/686/EEC, 78/687/EEC, 78/1026/EEC, 78/1027/EEC, 80/154/EEC, 80/155/EEC, 85/384/EEC, 85/432/EEC, 85/433/EEC και 93/16/EEC (που αφορούν στα επαγγέλματα υγείας και στους αρχιτέκτονες ειδικότερα), από ένα ενιαίο κείμενο, την Οδηγία 2005/36/EC.

εξατομικεύεται η αναγνώριση ή όχι, καθώς και άλλες αντίστοιχες περιπτώσεις. Επίσης προσδιορίζονται οι ελάχιστες απαιτήσεις για βασική και εξειδικευμένη εκπαίδευση, για συγκεκριμένα επαγγέλματα.

Σύμφωνα με την παράγραφο 11 της εν λόγω Οδηγίας εξηγείται ότι τα κράτη-μέλη διατηρούν το δικαίωμα να εκδίδουν ελάχιστα κριτήρια πιστοποίησης προσόντων, που διασφαλίζουν την ποιότητα στην προσφερόμενη υπηρεσία. Έτσι, θεωρείται ότι κάθε κράτος-μέλος θα εκτιμά αν τα προσόντα που έχουν αποκτηθεί σε άλλη χώρα ικανοποιούν τις εγχώριες απαιτήσεις του και ειδικά προβλέπεται ότι δεν εμποδίζεται ένα κράτος-μέλος να αξιολογήσει κατά βούληση όποιον αιτείται εργασίας στη γεωγραφική περιοχή του, εφαρμόζοντας κανόνες που εκφράζουν το δημόσιο συμφέρον στη χώρα¹¹. Τέτοιοι κανόνες θεωρείται ότι είναι κανόνες οργάνωσης του επαγγέλματος και των επαγγελματικών βασικών κριτηρίων (standards) στη χώρα προέλευσης, περιλαμβανομένων αρχών ηθικής, επίβλεψης και νομικής ευθύνης.

Με την δημιουργία της Οδηγίας αυτής επιδιώκεται η καλύτερη επίτευξη των στόχων μιας ενοποιημένης Ευρώπης, με εξαπλούστευση στις διαδικασίες αμοιβαίας αναγνώρισης των προσόντων, ώστε να διευκολύνεται πράγματι η ελεύθερη κίνηση των ευρωπαϊών πολιτών.

Έτσι, σύμφωνα με την Οδηγία 2005/36/EC, κάθε κράτος-μέλος υποδοχής δικαιούται να απαιτήσει, όταν το θεωρεί σκόπιμο, από κάθε αιτούντα εργασία υπό συγκεκριμένο επαγγελματικό τίτλο στη γεωγραφική ζώνη του, ένα μέτρο συμπληρωματικής εκπαίδευσης. Αυτό μπορεί να είναι επιπλέον πρακτική άσκηση υπό επίβλεψη μέχρι και για τρία χρόνια ή ένα τεστ γνώσεων, όταν κατά την κρίση του κράτους-υποδοχής χρειάζονται να ληφθούν κάποια «αντισταθμιστικά» μέτρα (compensation measures) πριν από μία τελική αναγνώριση των προσόντων και τίτλων, υπό το πρίσμα του γενικού συμφέροντος, όπως αναφέρεται.

Αυτό θεωρείται κατά βάσει ότι μπορεί να γίνει στις περιπτώσεις που:

- Το αντίστοιχο πρόγραμμα εκπαίδευσης στη χώρα προέλευσης υπολείπεται χρονικά π.χ. είναι κατά ένα έτος μικρότερης διάρκειας.
- Το περιεχόμενο της βασικής εκπαίδευσης διαφέρει σημαντικά στη χώρα προέλευσης.

¹¹ «...making any person pursuing a profession on its territory subject to specific requirements due to the application of professional rules justified by the general public interest.»

- Το επάγγελμα, όπως ορίζεται στη χώρα υποδοχής, περιλαμβάνει μία ή περισσότερες επαγγελματικές υποχρεώσεις που δεν περιλαμβάνονται στο αντίστοιχο επάγγελμα στη χώρα προέλευσης και απαιτείται ειδική εκπαίδευση που δεν καλύπτεται από την εκπαίδευση που ήδη έχει ο αιτών.

Οι «σημαντικές διαφορές» μεταξύ εκπαιδευτικών προγραμμάτων, (όπως εξηγείται στο άρθρο 14 της Οδηγίας), αφορούν κυρίως σε διαφορές στη διάρκεια ή στο περιεχόμενο της εκπαίδευσης, ωστόσο θεωρείται ότι μπορεί να προκύπτουν και από διαφορετικούς στόχους του επαγγέλματος ανά χώρα. Ειδική, δε μνεία γίνεται στην ειδικότητα της Γενικής ιατρικής ξανά και τους όρους για την αμοιβαία αναγνώριση, θέτοντας τα κατώτερα απαιτούμενα προσόντα, σε συνέχεια των σχετικών συμπερασμάτων που είχαν αναφερθεί στην Οδηγία 93/16/EC .

Τέλος, σύμφωνα με την Οδηγία 2005/36/EC, προτείνεται εκπρόσωποι από Επαγγελματικές Ενώσεις, τόσο σε εθνικό, όσο και ευρωπαϊκό επίπεδο, να φτιάξουν πλατφόρμες όπου θα έχουν ταυτοποιηθεί συνολικά και θα αναφέρονται οι σημαντικές διαφορές στην εκπαίδευση και στα διάφορα επαγγέλματα ανά τα κράτη-μέλη και η πλατφόρμα αυτή να ανανεώνεται διαρκώς. Μέσω αυτής της πλατφόρμας αναμένεται μια αποσαφήνιση και χαρτογράφηση των διαφορών, οπότε και πιο καθαρά θα προσδιορίζονται τα μέτρα συμπληρωματικής εκπαίδευσης που απαιτούνται για τη διακρατική αναγνώριση και τη διευκόλυνση της μετακίνησης των επαγγελματιών στις χώρες της Ε.Ε.

Τέλος, το 2007, βάσει απόφασης της Ευρωπαϊκής Επιτροπής (Commission Decision 2007/172/EC) συνεστήθη Ομάδα Συντονισμού για την αναγνώριση των επαγγελματικών προσόντων, με ρόλο να διευκολυνθεί η εφαρμογή της Κοινοτικής Οδηγίας και να δίνονται εξειδικευμένες εισηγήσεις στην Ευρωπαϊκή Επιτροπή, στην Ομάδα δε αυτή συμμετέχουν εθνικοί εκπρόσωποι.

Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή πρόκειται να αναθεωρεί αναλόγως την Οδηγία 2005/36/EC κάθε πέντε έτη. Στην τρέχουσα έκδοση πάντως δεν υπάρχει εκτενής εκπροσώπηση της Ελλάδας, τουλάχιστον στα πεδία ειδικής επεξήγησης και περιγραφής πολλών επαγγελμάτων και εξειδικεύσεων.

Έτσι, είναι εμφανές ότι και στην τελευταία αυτή Ευρωπαϊκή Οδηγία έχει γίνει μία εκτενής προσπάθεια αναλυτικής προσέγγισης της αναγνώρισης των βασικών προσόντων και των διπλωμάτων στις διαφορετικές χώρες-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης, μέσω εναρμόνισης των προγραμμάτων εκπαίδευσης και διαπίστωσης των διαφορών. Ωστόσο,

δεν έχουν καθόλου θεσμοθετηθεί εξίσου τα ελάχιστα κριτήρια αναγνώρισης της δια βίου εκπαίδευσης. Αντί αυτού, έχει αποδοθεί αυτονομία στα κράτη-μέλη για την ελεύθερη εγχώρια διαμόρφωση των συστημάτων δια βίου εκπαίδευσης. Δεν είναι σαφές ωστόσο αν υπονοείται η εξορισμού η ανάγκη για εναρμόνιση στα ελάχιστα ποιοτικά κριτήρια της δια βίου εκπαίδευσης, εφόσον για παράδειγμα προβλέπεται η λήψη «αντισταθμιστικών» συμπληρωματικών μέτρων όταν εντοπίζονται διακρατικές διαφορές στις «επαγγελματικές υποχρεώσεις» και την «επαγγελματική εκπαίδευση».

Στα επαγγέλματα υγείας, ειδικότερα λοιπόν, η διά βίου εκπαίδευση είναι θεσμοθετημένη ως υποχρεωτική σε πολλά κράτη-μέλη, ενώ σε άλλα όχι - όπως εκτενώς αναλύεται σε επόμενη παράγραφο. Έτσι εύλογα αναμένεται να προκύπτει αναντιστοιχία όταν για παράδειγμα ιατροί προερχόμενοι από χώρες όπου η συνεχιζόμενη ιατρική εκπαίδευση και ανάπτυξη δεν υπάγεται σε ένα αυστηρά ελεγχόμενο θεσμικό πλαίσιο επαγγελματικής υποχρέωσης, ζητούν εργασία σε χώρες όπου η υποχρέωση αυτή είναι ισχυρά θεσμοθετημένη και ελεγχόμενη, αλλά και συνδεδεμένη με την άδεια άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος ή την ασφάλιση για αστική ευθύνη.

Έτσι, αν και δεν γίνεται ειδική μνεία στην δια βίου εκπαίδευση και τις προϋποθέσεις αναγνώρισης αυτής διακρατικά στην εν λόγω Ευρωπαϊκή Οδηγία, ωστόσο από τις προβλέψεις της Οδηγίας 2005/36/EC, συνολικά, γίνεται σαφές ότι τα κράτη-μέλη μπορούν να διαμορφώνουν το δικό τους πλαίσιο αναγνώρισης «επάρκειας» των ξένων επαγγελματιών και να λαμβάνουν επιμέρους συμπληρωματικά μέτρα - όπως για παράδειγμα μπορεί να θεωρηθεί ότι έμμεσα θίγεται και στην παράγραφο 10.

Σύμφωνα με την παράγραφο 39, άλλωστε, της Οδηγίας, πράγματι αναφέρεται ότι εφόσον η δια βίου εκπαίδευση είναι πολύ σημαντική στην εποχή της ταχείας εξέλιξης στις επιστήμες και την τεχνολογία, αναμένεται από τα κράτη-μέλη να υιοθετήσουν λεπτομερείς κανονισμούς υπό τους οποίους οι επαγγελματίες θα διατηρούν δεξιότητες εναρμονισμένες με τις εξελίξεις, μέσω κατάλληλων εγχώριων συστημάτων συνεχούς εκπαίδευσης.

Ωστόσο, όπως στην παράγραφο αυτή επίσης ρητά αναφέρεται, η εν λόγω Οδηγία σε καμία περίπτωση δεν προτίθεται να επηρεάσει οποιαδήποτε εθνικά μέτρα αποφασίζονται για να εξασφαλίζουν υψηλό επίπεδο στην προστασία της υγείας και των καταναλωτών και γενικά η ανεξάρτητη και αυτόνομη διαμόρφωση σχετικής εγχώριας νομοθεσίας περί των ανωτέρω αγαθών θεωρείται βασική αρχή στην οργάνωση της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Έτσι, όπως αναφέρεται, επίσης, στο άρθρο 22 περί γενικών όρων στην εκπαίδευση, θεωρείται ότι εναποτίθεται στο εκάστοτε κράτος-μέλος να έχει ενεργείς διαδικασίες που

διασφαλίζουν ότι η συνεχιζόμενη εκπαίδευση και επιμόρφωση καθιστούν τους επαγγελματίες επιγνώστες των εξελίξεων, ώστε να ασκούν το επάγγελμά τους αποτελεσματικά και με ασφάλεια.

Άρα, λοιπόν, το ευρωπαϊκό ρυθμιστικό πλαίσιο έχει σαφώς θεσμοθετήσει τα κριτήρια για τη διακρατική εναρμόνιση και αμοιβαία αναγνώριση των βασικών πτυχίων και ειδικοτήτων στα επαγγέλματα υγείας, όχι όμως και κριτήρια εναρμόνισης της δια βίου εκπαίδευσης και συνεχούς διασφάλισης της επάρκειας στα επαγγέλματα αυτά.

Η ευθύνη διαμόρφωσης σχετικής πολιτικής έχει εναποτεθεί στο κάθε κράτος-μέλος κατά περίπτωση, βάσει των δικών του εγχώριων θεσμικών και πολιτικών αναγκών και αποφάσεων. Αυτό άλλωστε ρητά αναφέρεται και στην Οδηγία 2013/55/EU, που αντικατέστησε μέρη της 2005/36/EC, ότι τα κράτη-μέλη θα διασφαλίζουν, δηλαδή, μέσω ενθάρρυνσης της συνεχιζόμενης επαγγελματικής ανάπτυξης ότι οι επαγγελματίες υγείας θα είναι σε θέση να ανανεώνουν τις γνώσεις του «...για να διατηρούν ασφαλή και αποτελεσματική πρακτική ικανότητα».

Η εναρμόνιση, πάντως, στο επίπεδο των δια βίου εξελισσόμενων γνώσεων και δεξιοτήτων στην ιατρική φαίνεται να έχει εξαιρετικά μεγάλη σημασία στις μέρες μας, αφού η ευρωπαϊκή μετανάστευση ιατρών από χώρα σε χώρα γίνεται σε όλες τις φάσεις της επαγγελματικής τους ζωής πλέον, σε μια προσπάθεια διαχείρισης των αδιεξόδων που προκαλεί η δυσκολία εύρεσης εργασίας.

Όπως φαίνεται, πάντως, η εφαρμογή των ανωτέρων ευρωπαϊκών διατάξεων εξασφαλίζει εναρμόνιση των βασικών πτυχίων, δεν εξασφαλίζει όμως ευρωπαϊκή εναρμόνιση στη μεταγενέστερη δια βίου εκπαίδευση και επαγγελματική ανάπτυξη, αφού η κάθε ευρωπαϊκή χώρα μπορεί να ακολουθεί διαφορετικούς κανόνες και να έχει διαφορετικά συστήματα για τη δια βίου εκπαίδευση των ιατρών.

Εγείρεται ενδεχομένως, λοιπόν, το ερώτημα αν θα πρέπει να εναρμονιστούν τα εθνικά ευρωπαϊκά συστήματα διά βίου εκπαίδευσης των ιατρών, για να είναι έγκυρη, πράγματι, η ισοτιμία των προσόντων συνολικά στην άσκηση της ιατρικής και σχετικές οι προσπάθειες για την ελεύθερη μετακίνηση ιατρών στην Ευρώπη, σε όλες τις φάσεις της καριέρας τους.

2.4. Τα Συνέδρια της Οττάβα από το 1985 ως θεσμός αξιολόγησης της ιατρικής επαγγελματικής επάρκειας

Τα Συνέδρια της Οττάβα (The Ottawa Conferences, <http://www.ottawa-conference.org/>) αφορούν σε αρχές αξιολόγησης της επάρκειας στην ιατρική και τα επαγγέλματα υγείας. Ιδρύθηκαν το 1985 και οργανώνονται κάθε δύο χρόνια, βοηθούν δε στη διεθνή δικτύωση των εκπαιδευτών ιατρών και άλλων επαγγελματιών υγείας και στην ανταλλαγή απόψεων σε θέματα επάρκειας σε κλινικές, αλλά και σε μη κλινικές δεξιότητες.

Πρόκειται για ένα σημαντικό θεσμό στην ιατρική εκπαίδευση και μετεκπαίδευση και από το 2010 η Εταιρεία για την Ιατρική Εκπαίδευση στην Ευρώπη, EIEE (Association for Medical Education in Europe, AMEE) συνεργάζεται με την ευρωπαϊκή ομάδα Ottawa για την διοργάνωση των συνεδρίων, ώστε να διατηρηθεί ενεργός ο ρόλος αυτού του θεσμού, που εστιάζει ειδικά στις μεθόδους αξιολόγησης της επάρκειας και θεωρείται πηγή αναφοράς ως προς αυτό.

Από το 1985 μέχρι και σήμερα, πολλοί παγκόσμιοι φορείς που πραγματεύονται ζητήματα της ιατρικής εκπαίδευσης και μετεκπαίδευσης, μεταξύ των οποίων και η Παγκόσμια Ομοσπονδία για την Ιατρική Εκπαίδευση (World Federation Of Medical Education, WFME) συναντιούνται στα πλαίσια των εργασιών των Συνεδρίων της Οττάβα για να ανταλλάξουν απόψεις, με απώτερο στόχο «...μέσω βελτίωσης των μεθόδων της εκπαίδευσης και της αξιολόγησης των ιατρών να βελτιωθεί η παροχή φροντίδας υγείας στους ασθενείς σε όλο τον κόσμο». Ειδικά στο επόμενο Συνέδριο της Οττάβα, το 2016, οι θεματικές περιοχές που αναλύονται είναι:

- ✓ Ποιότητα: αν τα συστήματα διά βίου εκπαίδευσης δίνουν τη δυνατότητα στους ιατρούς να εκφράζουν το μέγιστο των ικανοτήτων τους,
- ✓ Μέθοδοι και πρακτικές: στη διδασκαλία και στην εκπαίδευση,
- ✓ Υποστήριξη στην παροχή φροντίδας υγείας: επάρκεια επαγγελματισμού και «ασθενοκεντρικής» προσέγγισης,
- ✓ Δεξιότητες στην έρευνα: εφαρμογή τους στη διδασκαλία και στην κλινική πράξη,
- ✓ Αριστεία : στις επιστήμες υγείας και στην κλινική πράξη.

2.5. Η Διακήρυξη του Εδιμβούργου του 1988 ως πηγή αναφοράς για τις βασικές αρχές στην ιατρική εκπαίδευση

Η Παγκόσμια Ομοσπονδία για την Ιατρική Εκπαίδευση, ΠΟΙΕ (World Federation of Medical Education, WFME) διαμόρφωσε το 1988 τη Διακήρυξη του Εδιμβούργου που αποτέλεσε ονομαστό κείμενο αναφοράς στην ιστορία της ιατρικής εκπαίδευσης (The World Federation of Medical Education, History 1972-2012).

Από το 1984 είχε ήδη ξεκινήσει μία παγκόσμια προσπάθεια αναδιαμόρφωσης της ιατρικής εκπαίδευσης. Στα πλαίσια αυτών των προσπαθειών διαμορφώθηκε αρχικά ένα ερωτηματολόγιο 32 ερωτήσεων που αφορούσαν σε βασικά ζητήματα της ιατρικής εκπαίδευσης, το οποίο διανεμήθηκε σε όλες τις Ιατρικές Σχολές παγκοσμίως. Το ερωτηματολόγιο αυτό χρησιμοποιήθηκε ως πλατφόρμα για την παγκόσμια συζήτηση προβλημάτων στην εκπαίδευση και ακολούθησαν εθνικά συνέδρια μέχρι το 1986, όπου και με οδηγό τις απαντήσεις στο εν λόγω ερωτηματολόγιο γίνονταν αντίστοιχες συζητήσεις.

Τελικά, τα εθνικά «ευρήματα» συζητήθηκαν περαιτέρω σε επίπεδο περιφέρειας (region) για να διαμορφωθούν έξι αναφορές ανά περιφέρεια (The Six Regional Reports), ήτοι Αμερικής, Ευρώπης, Ανατολικής Μεσογείου, Αφρικής, Νοτιοανατολικής Ασίας και Δυτικού Ειρηνικού Ωκεανού, που συγκεντρωτικά και ομαδοποιημένα περιελάμβαναν τα αποτελέσματα όλης αυτής της έρευνας που είχε προηγηθεί.

Το 1988, στο ομώνυμο Συνέδριο της ΠΟΙΕ διαμορφώθηκε η Διακήρυξη του Εδιμβούργου, ως προϊόν όλης αυτής της προηγηθείσας διαδικασίας πολύχρονης παγκόσμιας διαβούλευσης για την ιατρική εκπαίδευση, που είχε «παράλληλο και απώτερο στόχο τη βελτίωση της φροντίδας υγείας όλων των πληθυσμών», μέσω εναρμόνισης βασικών κριτηρίων.

Στη Διακήρυξη του Εδιμβούργου (Edinburgh Declaration, 1988) αναφέρονται ομοφωνίες στις βασικές θεωρήσεις περί τον ιατρικό εκπαιδευτή, τον ιατρικό φοιτητή, τον ασκούντα ιατρό και τη γενική κοινότητα ανά τον κόσμο. Το περιεχόμενο της Διακήρυξης αυτής έχει γίνει ευρύτατα αποδεκτό, δεδομένου άλλωστε του τρόπου που προέκυψε ως προϊόν σταδιακής, παγκόσμιας διαβούλευσης, έχει δε χρησιμοποιηθεί ως βάση για τη διαμόρφωση και αναδιαμόρφωση πολλών Ιατρικών Σχολών ανά τον κόσμο.

Οι βασικές αρχές-συμπεράσματα της Διακήρυξης του Εδιμβούργου, όπως διατυπώθηκε το 1988, είναι:

Για τις Ιατρικές Σχολές:

1. Απαιτούνται ευρύτερα πεδία εκπαίδευσης.
2. Οι εθνικές ανάγκες για την υγεία πρέπει να είναι αυτές που σαφώς διαμορφώνουν τα προγράμματα των σπουδών.
3. Απαιτούνται ενεργείς μέθοδοι διδασκαλίας (διαλέξεις, αυτοκατευθυνόμενες, ανεξάρτητες) που διασφαλίζουν μια συνέχεια και στη δια βίου εκπαίδευση.
4. Απαιτείται επάρκεια στον επαγγελματισμό (όχι μόνο στην απόκτηση θεωρητικής γνώσης).
5. Οι Καθηγητές θα πρέπει να εκπαιδεύονται ως «εκπαιδευτές».
6. Θα πρέπει να προωθείται η έννοια της πρόληψης της ασθένειας και της προαγωγής της υγείας.
7. Να ενσωματώνεται η επιστήμη στην κλινική πράξη.
8. Η επιλογή των σπουδαστών να γίνεται βάσει γνωστικών (intellectual attributes), αλλά και μη γνωστικών ικανοτήτων.

Ευρύτερα μέτρα στο σύστημα:

1. Συντονισμός της ιατρικής εκπαίδευσης με το Εθνικό Σύστημα Υγείας.
2. Ισορροπία στη δημιουργία κατηγοριών ιατρικού προσωπικού και λοιπού ανθρώπινου δυναμικού υγείας.
3. Διατμηματική εκπαίδευση και εργασία σε ομάδα.
4. Παροχή δια βίου εκπαίδευσης.

Σε αυτές τις αρχές που αφορούσαν σε βασικές αρχές για την ιατρική εκπαίδευση, τονίστηκε και η ανάγκη «εφαρμογής συνέχειας», οπότε θεωρήθηκε ότι αυτούσιες επεκτείνονται και στη δια βίου εκπαίδευση και τα μεταπτυχιακά προγράμματα των ιατρικών σπουδών.

Προκαλεί έκπληξη ότι ήδη από το 1988 τονίστηκαν έννοιες που ακόμα και σήμερα συζητούνται εξίσου έντονα για τη σημασία της επιδίωξής τους, όπως για παράδειγμα : ο συντονισμός της ιατρικής εκπαίδευσης με τις εντοπισμένες ανάγκες, η οργάνωση των προγραμμάτων σπουδών με βάση τα χαρακτηριστικά του συστήματος υγείας και τις ανάγκες στο ανθρώπινο δυναμικό, η σημασία της εφαρμογής ορθών μεθόδων και η παρουσία κατάλληλων εκπαιδευτών και η απαίτηση για ευρύτητα στα πεδία της ιατρικής εκπαίδευσης, πέραν της ιατρικής θεωρίας, όπως π.χ. η ενίσχυση του επαγγελματισμού.

Γενικά, η Παγκόσμια Ομοσπονδία για την Ιατρική Εκπαίδευση συνεργάζεται με Πρακτορεία των Ηνωμένων Εθνών που αποφασίζουν για θέματα αφορούντα στην υγεία, όπως είναι η UNESCO (United Nations Educational, Scientific and Cultural

Organization), η UNICEF (United Nations Children's Fund), το UNDP (United Nations Development Programme), η Παγκόσμια Τράπεζα κ.α. Έτσι τελικά η Διακήρυξη του Εδιμβούργου υιοθετήθηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, ΠΟΥ το 1989 (World Health Assembly Resolution 42.38, 19 May 1989), και ανανεώθηκε το 1995 (WHA Resolution 48.8, 12 May 1995), όταν διαμορφώθηκε και η πολιτική του ΠΟΥ για την ιατρική εκπαίδευση, που έφερε τον τίτλο «Επαναπροσδιορίζοντας την Ιατρική Εκπαίδευση και Πράξη» (Reorienting Medical Education and Medical Practice, World Health Assembly Official Records, WHA48.8), στην οποία και τονίστηκε ακόμη περισσότερο η ανάγκη τα συστήματα ιατρικής εκπαίδευσης να υποστηρίζουν τα εγχώρια εθνικά συστήματα υγείας και να υπάρχει στενή συνεργασία μεταξύ τους.

Η «πράξη υιοθέτησης» από τον ΠΟΥ πρακτικά συνεπάγεται «υποχρέωση» των κρατών να εφαρμόζουν αυτές τις αρχές.

2.6. Η Σύνοδος Κορυφής της Παγκόσμιας Ομοσπονδίας για την Ιατρική Εκπαίδευση του 1993

Μετά τη Διακήρυξη του Εδιμβούργου, ένα επόμενο σημαντικό έργο της Παγκόσμιας Ομοσπονδίας για την Ιατρική Εκπαίδευση, ΠΟΙΕ αφορά στη Σύνοδο Κορυφής για την ιατρική εκπαίδευση του 1993, που έφερε τον τίτλο «Το ιατρικό επάγγελμα που αλλάζει» (The World Federation of Medical Education, History 1972-2012) και που πράγματι προσδιόρισε σημαντικές αλλαγές στους ρόλους και τις απαιτούμενες δεξιότητες στην άσκηση της σύγχρονης ιατρικής.

Έτσι, σε αυτή τη συνάντηση της ΠΟΙΕ συζητήθηκαν εκτενώς οι σημειούμενες αλλαγές στην παροχή υπηρεσιών υγείας διεθνώς και οι προκύπτουσες ανάγκες επαναπροσδιορισμού του ρόλου του γιατρού π.χ. προέκυπτε πια ότι, πλην άλλων, έπρεπε να έχουν ηγετικές-διευθυντικές πρωτοβουλίες, να διαχειρίζονται το κόστος για την υγεία, να έχουν επιχειρησιακές γνώσεις και γνώσεις τεχνολογίας κ.α.

Έτσι, το 1993 οι διεθνείς αποφάσεις σχετικά με την εκπαίδευση στην ιατρική τόνισαν 22 σημεία, ομαδοποιημένα σε 5 κατηγορίες:

1. Πρακτική και πολιτικές:
 - ✓ Συνένωση θεωρίας σε πράξη.
 - ✓ Προγραμματισμός των αναγκών στο ιατρικό δυναμικό.
 - ✓ Συμμετοχή των Ιατρικών Σχολών στον προγραμματισμό και στην παροχή υπηρεσιών στο ευρύτερο Εθνικό Σύστημα Υγείας.

- ✓ Ισορροπία μεταξύ ειδικών και γενικών ιατρών.
 - ✓ Προσδιορισμός των προφίλ υγείας των πληθυσμών.
2. Η εκπαιδευτική ανταπόκριση:
- ✓ Θεσμοί, πολιτικές και διακυβέρνηση.
 - ✓ Διαδικασίες στην επιλογή.
 - ✓ Ανάπτυξη του ιατρικού εκπαιδευτή.
 - ✓ Η συμμετοχή του φοιτητή στον προγραμματισμό και την αξιολόγηση.
 - ✓ Η θέση της επιστήμης σε σχέση με την ιατρική.
 - ✓ Η ηθική βάση της ιατρικής εκπαίδευσης.
 - ✓ Οι εκπαιδευτικές μέθοδοι και στρατηγικές.
 - ✓ Διαχείριση της υπερπληροφόρησης.
3. Η έννοια της συνέχειας:
- ✓ Μετεκπαίδευση βάσει των αναγκών για το ανθρώπινο δυναμικό.
 - ✓ Συνεχής εκπαίδευση βάσει των αναγκών της καθημερινής πράξης.
4. Η συμμετοχή στην εκμάθηση:
- ✓ Ομάδες εργασίας και διατμηματική εκπαίδευση.
 - ✓ Συμμετοχή της κοινότητας.
 - ✓ Επικοινωνία με τους ασθενείς και την κοινωνία.
 - ✓ Συμμετοχή της κοινωνίας στη λήψη αποφάσεων.
5. Περιβάλλοντα εκμάθησης:
- ✓ Αληθινά περιβάλλοντα, τόσο ιατρικά, όσο και μη ιατρικά.
 - ✓ Ιατρική εκπαίδευση στην υγεία των πληθυσμών.

Τα ανωτέρω σημεία μελετούνται διαρκώς για τη βέλτιστη εφαρμογή τους στην πράξη, κατά τη διεξαγωγή των Συνεδρίων της Οττάβα και μέσω της συμμετοχής της ΠΟΙΕ σε άλλα διεθνή συνέδρια που αφορούν στη συνεχιζόμενη ιατρική εκπαίδευση και στη διαμόρφωση του ανθρώπινου δυναμικού στην ιατρική.

Πρόκειται, πάντως, για αρχές εκπαίδευσης του ιατρού που εμφανίζονται ακόμα ως προτεραιότητες σε πολύ νεότερα κείμενα και αποφάσεις σχετικά με τη βελτίωση της εκπαίδευσης και μετεκπαίδευσης στην ιατρική.

2.7. Ο ρόλος της Ευρωπαϊκής Ένωσης των Ιατρικών Ειδικοτήτων στην εκπαίδευση των ιατρών στην Ευρώπη

Η Ευρωπαϊκή Ένωση Ιατρικών Ειδικοτήτων, EEIE (European Union of Medical Specialists, UEMS, www.uems.eu) είναι ο επίσημος οργανισμός εκπροσώπησης όλων των ιατρικών ειδικοτήτων στην Ευρωπαϊκή Ένωση και τις χώρες της ΕΕΑ (European Economic Area). Ιδρύθηκε πριν από 56 χρόνια και αποτελεί την αρχαιότερη και μεγαλύτερη ιατρική ευρωπαϊκή οργάνωση, ιδρύθηκε δε για να εξυπηρετήσει ως προς τα εξής:

- Διεθνής εκπροσώπηση των εθνικών Εταιρειών Ιατρικών Ειδικοτήτων, με ισχυρότερη, ενοποιημένη «φωνή» αμοιβαίας συνεργασίας στην Ευρώπη.
- Διεθνής αριστεία σε θέματα αιχμής που αφορούν στο ιατρικό επάγγελμα.
- Κεντρικές συναντήσεις συνεργασίας με τις επιμέρους εθνικές αρχές για τις ειδικότητες.
- Διεκπεραίωση θεμάτων που αφορούν στην αλληλεπικαλυπτόμενη εξέλιξη των εξειδικεύσεων στις ιατρικές ειδικότητες.
- Διαμόρφωση της βάσης για την πιστοποίηση των εκπαιδευτικών δράσεων που παρακολουθούν οι ιατροί στην Ε.Ε.
- Ανάπτυξη νέων μοντέλων εκπαίδευσης και διασφάλισης υψηλής ποιότητας στην παροχή ιατρικής υπηρεσίας και φροντίδας των ασθενών στην ΕΕ.

Η αρχική Κοινοτική Οδηγία 93/16/EEC ουσιαστικά συνεστήθη μετά από εισήγηση της EEIE μέσω του κειμένου που κατέθεσε τον Οκτώβριο του 1993 με τίτλο «Καταστατικός Χάρτης Εκπαίδευσης στις Ιατρικές Ειδικότητες στην Ε.Ε.» (Charter on Training of Medical Specialists in the European Community, 1993) το οποίο και υιοθέτησε η Ευρωπαϊκή Επιτροπή.

Έτσι, πιο συγκεκριμένα και σύμφωνα με το σημερινό Καταστατικό της EEIE, διεθνείς και μη-κερδοσκοπικοί στόχοι της (άρθρο III) είναι (UEMS Statutes and Rules of Procedures, 2010):

- Η μελέτη, προώθηση και εναρμόνιση υψηλότερου επιπέδου εκπαίδευσης στις ιατρικές ειδικότητες και γενικά την άσκηση της ιατρικής και τη φροντίδα υγείας στην ΕΕ.
- Η μελέτη και προώθηση της δυνατότητας ελεύθερης διακίνησης ειδικών ιατρών στην ΕΕ.

- Η εκπροσώπηση σε θέματα ιατρικών ειδικοτήτων της ΕΕ ενώπιον αρχών της Ευρώπης ή άλλους οργανισμούς και η συμμετοχή στη λήψη σχετικών αποφάσεων.
- Η υπεράσπιση των επαγγελματικών δικαιωμάτων των ειδικών Ιατρών στην ΕΕ.

Οι αποφάσεις που λαμβάνονται από τις επιτροπές της UEMS αφορούν κυρίως στα κριτήρια που απαιτούνται για υψηλού επιπέδου ιατρική πρακτική και μεταβιβάζονται σε όλες τις ευρωπαϊκές σχετικές Αρχές, ενθαρρύνοντας τους να τις εφαρμόσουν.

Κατά βάση η ΕΕΙΕ επιτυγχάνει τους ανωτέρω στόχους της ως εξής :

- ✓ Δημιουργώντας ειδικό τμήμα και επιτροπές για κάθε ειδικότητα και θέτοντας τα βασικά κριτήρια εκπαίδευσης.
- ✓ Δημιουργώντας ειδικό σύστημα μοριοδότησης και πιστοποίησης της συνεχιζόμενης (δια βίου) ιατρικής εκπαίδευσης και επαγγελματικής ανάπτυξης, της μεταπτυχιακής εκπαίδευσης και της διασφάλισης ποιότητας στην εκπαίδευση στην Ε.Ε.
- ✓ Δημιουργώντας ειδικές ομάδες εργασίας (ad hoc working groups) για τρέχοντα θέματα ενδιαφέροντος των ιατρικών ειδικοτήτων στην Ε.Ε. και κατάλληλη πολιτική εκπροσώπηση (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο κλπ).
- ✓ Διοργανώνοντας σεμινάρια και μελέτες ενδιαφέροντος στα πεδία των ειδικοτήτων.

Η οργάνωση της ΕΕΙΕ υποδιαιρείται σε τμήματα και κάθε τμήμα αντιστοιχεί σε μια ιατρική ειδικότητα. Η δομή της ΕΕΙΕ συνολικά περιγράφεται ως εξής (Explanatory Notes on UEMS Structures, 2013):

- ένα Ευρωπαϊκό Συμβούλιο (UEMS Council) που αποτελεί τη Γενική Συνέλευση του Οργανισμού και προέρχεται από τις εθνικές Ιατρικές Εταιρείες που συμμετέχουν (34 το σύνολο),
- επιμέρους Τμήματα Επιτροπών Ειδικοτήτων και τα Συμβούλια τους (Specialist Sections & Boards), που πραγματεύονται τα αντίστοιχα θέματα της εκάστοτε ειδικότητας και συνεργάζονται με τον ακαδημαϊκό χώρο (ανέρχονται σε 29 Specialist Sections, 10 Multidisciplinary Joint Committees και πάνω από 20 σχετικά Divisions),
- ένα Διοικητικό Συμβούλιο (UEMS Executive Board), αποτελούμενο από Πρόεδρο, Γενικό Γραμματέα, Διοικητικό εκπρόσωπο και Ταμιά και είναι υπεύθυνο για τη λειτουργία του Οργανισμού.

Συνολικά το έργο της ΕΕΙΕ υποστηρίζεται και από επιπλέον επιμέρους, ειδικές επιτροπές (Standing Committees) για τη συνεχιζόμενη ιατρική εκπαίδευση και ανάπτυξη, τη μεταπτυχιακή εκπαίδευση και τη διαχείριση της ποιότητας.

Στην ΕΕΙΕ εκπροσωπούνται πάνω από 50 ιατρικές θεματικές περιοχές. Οι κυριότερες είναι οι 41 Τομείς Ειδικοτήτων (Specialist Sections), που εκπροσωπούν αναγνωρισμένες ανεξάρτητες ιατρικές ειδικότητες, όπως φαίνεται στον κατωτέρω Πίνακα (Πίνακας 2.1, Τομείς Ειδικοτήτων της Ευρωπαϊκής Εταιρείας Ιατρικών Ειδικοτήτων) :

Πίνακας 2.1 : Τομείς Ειδικοτήτων ΕΕΙΕ

Αλλεργιολογία	Επείγουσα Ιατρική
Αναισθησιολογία	Ενδοκρινολογία
Καρδιολογία (<i>Cardiology foundation</i>)	Γηριατρική
Καρδιοθωρακική Χειρουργική	Γαστρεντερολογία
Ψυχιατρική και Ψυχοθεραπεία Παιδιών και Εφήβων	Γυναικολογία και Μαιευτική
Κλινική Γενετική	Εσωτερική Παθολογία
Κλινική Νευροφυσιολογία	Εργαστηριακή Ιατρική/Ιατρική Βιοπαθολογία
Δερματολογία και Αφροδισιολογία	Ιατρική Μικροβιολογία
Νεφρολογία	Παιδιατρική Χειρουργική
Νευρολογία	Παιδιατρική
Νευροχειρουργική	Παθολογοανατομία

Πυρηνική Ιατρική	Φυσική Ιατρική και Αποκατάσταση
Ιατρική της Εργασίας	Πλαστική Χειρουργική
Οφθαλμολογία	Πνευμονολογία
Ωτορινολαρυγγολογία	Ψυχιατρική
Ορθοπαιδική	Ιατρική της Δημόσιας Υγείας
Γναθοπροσωπική Χειρουργική	Ακτινολογία
Γενική Χειρουργική	Ακτινοθεραπευτική
Θωρακοχειρουργική	Ρευματολογία
Ουρολογία	Παιδιατρική Χειρουργική
Αγγειοχειρουργική	Παιδιατρική

Ειδικές Διευθύνσεις Ειδικοτήτων ΕΕΙΕ

- Αγγειολογίας (Εσωτερικής Παθολογίας)
- Νευροακτινολογίας (Ακτινολογίας)
- Χειρουργικής Εντέρου (Χειρουργικής)
- Ενδοκρινολογικής Χειρουργικής (Χειρουργικής)
- Χειρουργικής ήπατος-παγκρέατος-χοληφόρων (Χειρουργική)
- Χειρουργικής Ογκολογίας (Χειρουργικής)
- Θωρακοχειρουργικής (Χειρουργικής)
- Μεταμοσχεύσεων (Χειρουργικής)
- Χειρουργικής Τραύματος (Χειρουργικής)

Διατμηματικές Επιτροπές ΕΕΙΕ

- Χειρουργική χειρός
- Ανοσολογίας
- Εντατικής Θεραπείας
- Χειροπρακτικής Ιατρικής (Βιομηχανική κλπ)
- Ογκολογίας
- Ιατρικής Πόνου
- Παιδιατρικής Ουρολογίας
- Σεξολογίας
- Χειρουργικής Σπονδυλικής Στήλης
- Αθλητικής Ιατρικής

Ομοσπονδία ειδικού θέματος

- Ιατροδικαστική και Νομική Ιατρική

Έτσι, μέσω της ΕΕΙΕ και με αυτή την κατηγοριοποίηση εκπροσωπούνται επαγγελματικά πάνω από 1.6 εκατομμύρια ειδικοί ευρωπαίοι ιατροί, ενώ καθορίζονται οι βασικές αρχές εναρμόνισης της εκπαίδευσής τους.

2.8. Το ελληνικό νομικό πλαίσιο για την ιατρική μετεκπαίδευση και τη δια βίου εκπαίδευση των ιατρών

2.8.1. Νόμος 1397 για τη Διά βίου εκπαίδευση των ιατρών, Φύλλο Εφημερίδας της Κυβερνήσεως υπ' αριθμόν 143, 7 Οκτωβρίου του 1983.

Σύμφωνα με το άρθρο 41, του Νόμου 1397/1983, η συνεχιζόμενη (δια βίου) εκπαίδευση των ιατρών στη χώρα μας ορίζεται ως εξής:

Για την άσκηση του ιατρικού και οδοντιατρικού επαγγέλματος απαιτείται η συμπλήρωση κάθε 5 έτη, 80 ωρών παρακολούθησης μετεκπαιδευτικών μαθημάτων. Το περιεχόμενο και η χρονική κατανομή αυτής της μετεκπαίδευσης θεωρείται ότι καθορίζεται από την Επιτροπή Εκπαίδευσης-Μετεκπαίδευσης του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας (ΚΕΣΥ)¹², όπως περιγράφεται στο Άρθρο 31 του ίδιου Νόμου.

Έτσι, μετά από εισήγηση αυτής της Επιτροπής, το ΚΕΣΥ:

¹² Η ίδρυση της Επιτροπής Εκπαίδευσης-Μετεκπαίδευσης του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας (ΚΕΣΥ), περιγράφεται από τις διατάξεις της παραγράφου 4 του άρθρου 4 του Νόμου 1278/1982.

✓ Καταρτίζει ενιαίο πρόγραμμα ΣΙΕ των ιατρών, αλλά και των άλλων επιστημόνων της ιατρικής υπηρεσίας, των νοσηλευτών και των λοιπών επαγγελματιών υγείας και η εφαρμογή του προγράμματος αυτού συντονίζεται κατά Υγειονομική Περιφέρεια από την Περιφερειακή Επιτροπή Εκπαίδευσης που υφίσταται σε κάθε ΠεΣΥ. (άρθρο 4, παρ. 9). Το πρόγραμμα υλοποιείται από την Επιστημονική Επιτροπή κάθε νοσοκομείου.

✓ Δέχεται προτάσεις και εγκρίνει τη λειτουργία προαιρετικών και υποχρεωτικών εκπαιδευτικών προγραμμάτων και ιεραρχεί, εποπτεύει, συντονίζει και αξιοποιεί την εκτέλεση και την απόδοσή τους.

✓ Επίσης έχει ρόλο για τον προσδιορισμό των ειδικοτήτων σε αριθμό και περιεχόμενο, τον απαιτούμενο αριθμό ειδικευόμενων ανά ειδικότητα και νοσοκομείο στη χώρα, τη θέσπιση κριτηρίων για την αναγνώριση εκπαιδευτικών κέντρων και την απονομή τίτλου ειδικότητας.

✓ Εκτός από τις 80 ώρες εντός 5ετίας όπως ως άνω προβλέπεται, θεωρούνται επίσης υποχρεωτικές 20 ώρες μετεκπαίδευσης βάσει ελεύθερης επιλογής του ιατρού ή οδοντιάτρου.

✓ Σύμφωνα με αυτό το νομικό πλαίσιο προβλέπεται επίσης άρση της άδειας άσκησης του ιατρικού και οδοντιατρικού επαγγέλματος, με απόφαση του Υπουργού Υγείας, αν δεν προσκομίζεται μέσα σε 2 μήνες από τη συμπλήρωση κάθε πενταετίας επίσημη βεβαίωση για την παρακολούθηση αυτών των μαθημάτων. Η άδεια δίνεται να επαναχορηγηθεί όταν υποβληθεί η βεβαίωση.

Οι ανωτέρω νομικές προβλέψεις και διατάξεις είναι αρκετά οργανωτικές για το εθνικό σύστημα ΣΙΕ-ΣΕΑ για την εποχή που δημιουργήθηκαν, ωστόσο χρήζουν κάποιας ασάφειας, ενός συγκεντρωτισμού και ακόμα περισσότερο είναι αμφίβολη η έως σήμερα επιτυχής εφαρμογή τους στην πράξη:

✓ Καταρχήν δεν υπάρχει καμία αναφερόμενη πρόβλεψη για την οργάνωση της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης των ιδιωτών ιατρών, καθώς το άρθρο 41 φαίνεται να έχει συγγραφεί προβλέποντας μόνο ιατρούς και οδοντιάτρους ΕΣΥ.

✓ Επίσης, ενώ αναφέρεται ότι η Επιτροπή του ΚΕΣΥ έχει ευθύνη για τη ΣΙΕ και άλλων επαγγελματιών υγείας, δεν υπάρχει απολύτως κανένας επεξηγηματικός προσδιορισμός για τις υποχρεώσεις και αυτών π.χ. για τις ώρες μετεκπαίδευσης τους και τα λοιπά.

✓ Η έκδοση βεβαίωσης δεν διευκρίνεται από πού παραδίδεται και πού κατατίθεται και πως κατανέμονται οι ρόλοι της ευθύνης για αυτό, ενώ το πρόγραμμα ΣΙΕ των ειδικοτήτων αναφέρεται ως ενιαίο, άρα υποθέτει κανείς ότι δεν υπάρχει πρόβλεψη για τις

μετεκπαιδευτικές ανάγκες των επιμέρους ειδικοτήτων, αλλά μόνο για κάποια ενιαία βασική μετεκπαίδευση, η οποία και πάλι όμως δεν διευκρίνεται τι σκοπεύει να καλύπτει.

✓ Τέλος, η επαναχορήγηση της άδειας άσκησης του επαγγέλματος μπορεί να γίνει έως σε 12 μήνες, αλλιώς πλήρως ανακαλείται, καμία πρόβλεψη ειδικών καταστάσεων και περιπτώσεων όμως αναφέρεται.

Αν και στην παράγραφο 3 αναφέρεται ότι με κοινή απόφαση του Υπουργού Υγείας και ύστερα από γνώμη του ΚΕΣΥ καθορίζεται κάθε σχετική λεπτομέρεια για την εφαρμογή αυτών των διατάξεων, δεν είναι όμως γνωστό αν πράγματι ποτέ προσδιορίστηκαν οι αναγκαίες «λεπτομέρειες» και εφαρμόστηκε όποια οδηγία στην πράξη, θεωρείται δε εξαιρετικά ατελής ειδικά ο προσδιορισμός του πως θα υλοποιηθεί η «ιεράρχηση», η «εποπτεία», ο «συντονισμός» και η «αξιοποίηση της εκτέλεση και της απόδοσης» των μετεκπαιδευτικών μαθημάτων, όπως τελικά η μέχρι σήμερα εμπειρία έχει δείξει.

2.8.2. Νόμος 2194 για τη μετεκπαίδευση των ιατρών, Φύλλο Εφημερίδας της Κυβερνήσεως υπ' αριθμόν 34Α, 16 Μαρτίου 1994.

Σύμφωνα με το άρθρο 2 του Νόμου 2194/1994 προβλέπεται μετεκπαίδευση με απόσπαση των ιατρών, των οδοντογιατρών του Ε.Σ.Υ., αλλά και των φαρμακοποιών, καθώς και των λειτουργών των άλλων επαγγελματιών υγείας από τα Κέντρα Υγείας προς τα Νομαρχιακά Νοσοκομεία και από τα Νομαρχιακά Νοσοκομεία προς τα αντίστοιχα Περιφερειακά και η απόσπαση αυτή είναι υποχρεωτική σε μόνιμη και συνεχή βάση. Η σκοπιμότητα και εφαρμοσιμότητα αυτού του μέτρου, όμως, δεν είναι σαφείς, ούτε εξηγούνται.

Επίσης προβλέπεται ότι στο Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών ασφαλίσεων συνιστάται Διεύθυνση Μετεκπαίδευσης που έχει την ευθύνη για το συντονισμό των συγκεκριμένων μετεκπαιδευτικών προγραμμάτων¹³.

¹³ Με Προεδρικό Διάταγμα, που εκδίδεται με πρόταση των Υπουργών Προεδρίας και Κοινωνικών ασφαλίσεων, σύμφωνα με το άρθρο 24 παρ. 5 του Ν. 1558/1985, ρυθμίζονται όλα τα σχετικά θέματα που αφορούν την οργάνωση, στελέχωση και λειτουργία της παραπάνω διεύθυνσης. Επίσης, ο Διευθυντής κάθε τμήματος, μονάδας και εργαστηρίου των νοσοκομείων καταρτίζει ετήσιο εκπαιδευτικό πρόγραμμα που πραγματοποιείται τις τελευταίες ώρες του ωραρίου των ιατρών και η τήρησή του εποπτεύεται από το Διευθυντή του Τομέα και την Επιστημονική Επιτροπή του νοσοκομείου. Ο Διευθυντής του Τομέα και η Επιστημονική Επιτροπή υποχρεούνται να υποβάλουν στη Διεύθυνση Μετεκπαίδευσης του Υπουργείου

Τα προγράμματα μετεκπαίδευσης προβλέπεται ότι θα εισηγείται ενδεκαμελής επιτροπή μετεκπαίδευσης που αποτελείται από διευθυντές του Ε.Σ.Υ. εκ των οποίων ένας είναι εκπρόσωπος των νοσοκομειακών ιατρών, που ορίζεται από τη διοίκηση της κορυφαίας ενιαίας συνδικαλιστικής οργάνωσης των νοσοκομειακών ιατρών και ένας είναι εκπρόσωπος που ορίζεται από το Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο και από Πανεπιστημιακούς Καθηγητές όλων των βαθμίδων. Η επιτροπή αυτή συγκροτείται με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων με πενταετή θητεία.

Συμβουλευτικά όργανα της επιτροπής μετεκπαίδευσης ορίζονται οι Επιστημονικές Ιατρικές Εταιρείες και με τελική απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων καταρτίζεται το μετεκπαιδευτικό πρόγραμμα.

2.8.3. Προεδρικό Διάταγμα 415 για τις ιατρικές ειδικότητες, Φύλλο Εφημερίδας της Κυβερνήσεως υπ' αριθμόν 236, 29 Δεκεμβρίου του 1994.

Στην Ελλάδα, το λεπτομερές γνωστικό αντικείμενο και η διάρκεια εκπαίδευσης στις ιατρικές ειδικότητες ανακοινώθηκαν στο Φύλλο Εφημερίδας της Κυβερνήσεως (ΦΕΚ) υπ' αριθμόν 236 της 29^{ης} Δεκεμβρίου του 1994, το οποίο και ισχύει μέχρι σήμερα.

Σε αυτό περιγράφονται 37 Ειδικότητες, ο χρόνος και το περιεχόμενο της εκπαίδευσης, καθώς και κάποιες ειδικές εξηγήσεις π.χ. ως προς την απαιτούμενη χρονική σειρά των μερών της εκπαίδευσης.

Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων ετήσια έκθεση επί του συντελεσθέντος εκπαιδευτικού και μετεκπαιδευτικού έργου.

2.9. Η Διακήρυξη του Δουβλίνου του 1993 ως πηγή αναφοράς για τις βασικές αρχές στην διά βίου ιατρική εκπαίδευση

Είναι εμφανές ότι έχει υπάρξει μια διακρατική προσπάθεια διαμόρφωσης της εκπαίδευσης στην ιατρική με τέτοιο τρόπο ώστε να ικανοποιούνται οι απαιτήσεις για την παροχή φροντίδας υγείας υψηλής ποιότητας. Όπως αναφέρθηκε, η Ευρωπαϊκή Εταιρεία Ιατρικών Ειδικοτήτων (ΕΕΙΕ) προωθεί την έννοια της ποιοτικής φροντίδας των ασθενών, ενθαρρύνοντας τη συνεχιζόμενη ιατρική εκπαίδευση (ΣΙΕ) και διασφαλίζοντας την πλήρωση προσυμφωνημένων κριτηρίων (standards) ποιότητας.

Έτσι, εκτός από την εναρμόνιση της βασικής ιατρικής εκπαίδευσης και της εκπαίδευσης κατά το χρόνο της ειδικότητας, όπως εξηγήθηκε στις προηγούμενες παραγράφους, δίνεται εξαιρετικό βάρος στις μέρες μας ειδικά στη συνεχιζόμενη, διά βίου ιατρική εκπαίδευση και ανάπτυξη του ιατρικού δυναμικού, ως τελικά ένα βασικό μέτρο προστασίας της δημόσιας υγείας, της παροχής υπηρεσιών υγείας υψηλού ποιοτικού επιπέδου και της εξασφάλισης ισοτιμίας ως προς τις δεξιότητες των ελεύθερα διακινούμενων ειδικευμένων κλινικών ιατρών στην Ευρώπη.

Ειδικά για τη συνεχιζόμενη ιατρική εκπαίδευση οι δράσεις και θέσεις της ΕΕΙΕ είναι ιδιαίτερα έντονες, ενώ αναγνωρίζει ότι ήδη από τον Όρκο του Ιπποκράτη, οι ιατροί υπόσχονται να βελτιώνουν διαρκώς τις γνώσεις τους και τις δεξιότητές τους.

Κατά την ΕΕΙΕ, η ΣΙΕ πρακτικά ξεκινά από την πρώτη ημέρα στην Ιατρική Σχολή, ωστόσο η ουσιαστική σημασία της ΣΙΕ αφορά στο χρόνο μετά την ειδίκευση, που μπορεί να είναι 35 χρόνια διάρκειας. Στους καιρούς μας δε, η ταχύτητα εξέλιξης των επιστημών και της τεχνολογίας επιβάλλουν ακόμα περισσότερο μια μεθοδική, διαρκή εξέλιξη στη δια βίου κατάρτιση των ιατρών.

Γενικά, εκτιμάται ότι περί το ήμισυ της ιατρικής γνώσης είναι ήδη παρωχημένο εντός πενταετίας (Lindsay et al, 1974). Έτσι, γίνεται πιο σύγχρονη από ποτέ η ρήση του αρχαίου έλληνα φιλοσόφου Σωκράτη:

«Αν θεωρεί κάποιος ότι η εκπαίδευση κοστίζει θα πρέπει να σκεφτεί το κόστος της άγνοιας»,

την οποία έχει υιοθετήσει αυτούσια, μάλιστα, η ΕΕΙΕ, η οποία και θεωρεί ότι η συνεχιζόμενη ιατρική εκπαίδευση (ΣΙΕ) και συνεχιζόμενη επαγγελματική ανάπτυξη (ΣΕΑ) είναι ηθική («moral and ethical») υποχρέωση των ιατρών. Οι ίδιοι οι ιατροί

πράγματι φαίνεται να αναγνωρίζουν και να αντιλαμβάνονται την αναγκαιότητα για διαρκή ενημέρωση και ανάπτυξη και να την επιδιώκουν.

Βασικές αρχές και έννοιες της συνεχιζόμενης ιατρικής εκπαίδευσης περιγράφονται στη Διακήρυξη του Δουβλίνου (Declaration of Dublin On Continuing Medical Education, 1993), η οποία πρωτοδιατυπώθηκε ήδη από το 1982, αναθεωρήθηκε το 1993 και, μεταξύ άλλων, περιελάμβανε τα εξής:

1. Η συνεχιζόμενη ιατρική εκπαίδευση είναι ένα ηθικό καθήκον και αποτελεί προσωπική ευθύνη του κάθε εν ενεργεία ιατρού, σε όλη τη διάρκεια της άσκησης του ιατρικού λειτουργήματος.
2. Ο απώτερος στόχος της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης είναι να εξασφαλίσει το συνεχώς αυξανόμενο επίπεδο ιατρικών υπηρεσιών που ζητείται να παρέχεται στους πληθυσμούς.
3. Σαν έννοια, περιλαμβάνει τη συνεχή ανανέωση, επέκταση και ενημέρωση στην επιστημονική γνώση και στις δεξιότητες που είναι απαραίτητες, για να διατηρηθούν, διά βίου, υψηλά επίπεδα επιστημονικής και επαγγελματικής επάρκειας.
4. Επειδή το αποτέλεσμα της ΣΙΕ είναι η καλύτερη παροχή ιατρικών υπηρεσιών στον ασθενή, κάθε ιατρός πρέπει να έχει το δικαίωμα στη συνεχιζόμενη εκπαίδευση και πρέπει να ενθαρρύνεται και να στηρίζεται στην προσπάθειά του να το επιτύχει.
5. Δεν πρόκειται για μία πρωτοπαρουσιαζόμενη άποψη, αλλά για μια παράδοση αιώνων που άνθισε ήδη από τα χρόνια του Ιπποκράτη.
6. Πολλές από τις μεθόδους επίτευξης της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης είναι ήδη γνωστές, όπως π.χ. τα βιβλία, τα ιατρικά περιοδικά, τα ιατρικά συνέδρια κ.λπ. Νέες μέθοδοι πρέπει να περιληφθούν, όπως είναι η αξιολόγηση της ποιότητας των επιστημονικών συναντήσεων, η αυτόνομη εκπαίδευση με οπτικο-ακουστικά μέσα, άλλες μέθοδοι και προγράμματα αυτοεκπαίδευσης, διαδικτυακές επιστημονικές επαφές κ.α.
7. Τα ερεθίσματα που επιβεβαιώνουν την ανάγκη για συνεχιζόμενη εκπαίδευση είναι καθημερινά και ορατά στη συνήθη ιατρική πράξη και είναι αυτά που πρέπει να καθορίζουν και το περιεχόμενο της εκπαίδευσης.
8. Τόσο το γενικό, όσο και το ειδικό περιεχόμενο της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης πρέπει να ανταποκρίνονται στις πραγματικές ανάγκες και να προσδιορίζονται από το πεδίο της εφαρμοσμένης ιατρικής επιστήμης.

9. Στο ήδη υψηλό επίπεδο εξειδίκευσης που έχει φθάσει ένας ειδικός ιατρός, η επιπλέον γνώση συνήθως προκύπτει από την ανταλλαγή απόψεων μεταξύ ιατρών. Οι κλασσικές διαλέξεις και τα μαθήματα σε τάξη έχουν περιορισμένη θέση. Συζητήσεις μεταξύ συναδέλφων σε μικρές ομάδες, με ή χωρίς την παρουσία ειδημόνων, αλλά και οι καθιερωμένες επιστημονικές συναντήσεις τύπου συμποσίων, ημερίδων, σεμιναρίων είναι οι κύριες πηγές απόκτησης νέων γνώσεων.
10. Η αποδοχή της ηθικής αναγκαιότητας για συνεχιζόμενη εκπαίδευση και η επιθυμία για την πραγμάτωσή της, πρέπει να περιλαμβάνονται σε κάθε πρόγραμμα προπτυχιακής εκπαίδευσης στην ιατρική και μάλιστα από τα πρώτα έτη.
11. Η επιλογή της μεθόδου και το περιεχόμενο της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης πρέπει να προσδιορίζονται ελεύθερα από τον κάθε αποδέκτη ιατρό.
12. Η ανάγκη συμμετοχής στη διδασκαλία είναι ένα ισχυρό κίνητρο απόκτησης γνώσης. Όσο περισσότερο αυξηθούν οι ευκαιρίες για να διδάξει κάποιος φοιτητές ή ειδικευόμενους, τόσο θα μεταδοθεί ο ενθουσιασμός για τη συνεχιζόμενη εκπαίδευση.
13. Σε όλους τους ιατρούς πρέπει να παρέχονται φορολογικές ελαφρύνσεις για τα έξοδά τους στον τομέα της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης και οι μισθωτοί ιατροί πρέπει να δικαιούνται εκπαιδευτική άδεια και κάλυψη των εξόδων τους για το σκοπό αυτό.
14. Σε πολλές χώρες ήδη έχουν νομοθετηθεί ικανοποιητικά τα παραπάνω. Πρέπει, όμως, να επεκταθούν ακόμη περισσότερο και πάντοτε με γνώμονα την πρακτική εφαρμογή των γνώσεων και την ελευθερία της επιλογής μέρους του περιεχομένου, της μεθόδου και του χρόνου.
15. Η ιατρική κοινότητα πρέπει να είναι η ίδια υπεύθυνη για το συντονισμό των δραστηριοτήτων στον τομέα της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης και για τη θέσπιση των κανόνων αξιολόγησης της εκπαιδευτικής διαδικασίας.

2.10. Ο Καταστατικός Χάρτης της Ευρωπαϊκής Ένωσης Ιατρικών Ειδικοτήτων για τη συνεχιζόμενη ιατρική εκπαίδευση

Το 1994 θεσπίστηκε ο Καταστατικός Χάρτης της ΕΕΙΕ για τη συνεχιζόμενη ιατρική εκπαίδευση (UEMS, Charter in Continuing Medical Education of Medical Specialists in the European Union, 1994) που αποτελούντο από 8 Κεφάλαια, στα οποία επιγραμματικά προσδιορίστηκαν αρχές για την οργάνωση της ΣΙΕ πανευρωπαϊκά :

Κεφάλαιο 1: Επαγγελματική Συντονιστική Αρχή για τη ΣΙΕ

Η ΣΙΕ όπως είναι δομημένη στις περισσότερες χώρες δεν μπορεί να οργανωθεί ή/και χρηματοδοτηθεί αποκλειστικά από τους επαγγελματίες, αν και πρέπει να είναι ικανοί να διατηρούν την ανεξαρτησία τους στη ΣΙΕ. Θα πρέπει έτσι να υπάρχει μια ανεξάρτητη επαγγελματική Αρχή σε κάθε εθνικό επίπεδο, που θα έχει την ευθύνη να εκτιμά και να διασφαλίζει την ποιότητα και την ανεξαρτησία της ΣΙΕ. Αυτή μπορεί να είναι η εκάστοτε εθνική Αρχή που ελέγχει την μετεκπαίδευση των ιατρών. Αυτή η Αρχή θα έχει επίσης την ισχύ να ελέγχει την τακτική συμμετοχή των ιατρών σε προγράμματα ΣΙΕ.

Κεφάλαιο 2: Δομή της ΣΙΕ

Οι εκπαιδευτικές δράσεις ΣΙΕ που είναι διαθέσιμες διεθνώς, αλλά και σε κάθε κράτος-μέλος θα πρέπει να καλύπτουν, με ικανοποιητική χρονική κατανομή, όλα τα επίκαιρα και σημαντικά επιμέρους θέματα της κάθε ειδικότητας. Μόνο έτσι θα μπορεί ο κάθε ενδιαφερόμενος ειδικός ιατρός να επιλέξει θέματα ΣΙΕ που καλύπτουν πράγματι τις ανάγκες του, ώστε να μπορεί να ασκεί την ιατρική στο βέλτιστο επίπεδο. Η εθνική σχετική συντονιστική Αρχή θα πρέπει να έχει τη δύναμη να ελέγχει τη σύνθεση των διαθέσιμων δράσεων ΣΙΕ.

Κεφάλαιο 3: Διαθεσιμότητα δράσεων ΣΙΕ

Η ΣΙΕ θα πρέπει να είναι ηθική και πειθαρχική επαγγελματική υποχρέωση, τόσο ατομική, όσο και συλλογική. Έτσι, για να γίνει αποτελεσματική θα πρέπει κάθε κράτος-μέλος να λάβει μέτρα ώστε να είναι διαθέσιμη σε όλους τους ιατρούς.

Κεφάλαιο 4: Αξιολόγηση και μοριοδότηση δράσεων ΣΙΕ

Γενικές αρχές που τίθενται και πρέπει να ακολουθούνται στη διαδικασία της αξιολόγησης και για την ανάλυση των αποτελεσμάτων είναι :

- Να είναι ερμηνεύσιμα τα αποτελέσματα.
- Να είναι αξιόπιστα.
- Να είναι έγκυρα.

- Να εφαρμόζουν ευρέως.
- Να είναι συγκρίσιμα.

Κεφάλαιο 5: Διασφάλιση ποιότητας στη ΣΙΕ

Η ποιότητα στη ΣΙΕ θα πρέπει να ελέγχεται περιοδικά και αντικειμενικά. Η εθνική συντονιστική Αρχή θα πρέπει να ελέγχει τόσο το διοργανωτή, όσο και τον συμμετέχοντα, ώστε να παρακολουθείται η αποτελεσματικότητα των δομών και να ελέγχεται η ποιότητα των προγραμμάτων, μέσω εκτίμησης της τελικής αποτελεσματικότητας των παρεμβάσεων.

Κεφάλαιο 6: Ευρωπαϊκός συντονισμός της ΣΙΕ

Η διασφάλιση της ποιότητας στην ιατρική εκπαίδευση αποτελούσε κεντρικό αντικείμενο συζήτησης των Επιτροπών της ΕΕΙΕ ήδη από το 1990. Το 1992 αποφασίστηκε η ΕΕΙΕ με κεντρικό μηχανισμό να ελέγχει την ποιότητα της ΣΙΕ πανευρωπαϊκά.

Κεφάλαιο 7: Μετανάστευση ειδικευμένων ιατρών στην ΕΕ

Υπάρχει ανάγκη βελτίωσης των υπηρεσιών ενημέρωσης για τους μετανάστες ιατρούς στην ΕΕ, παρότι θεωρητικά είχα προταθεί σχετικά μέτρα ήδη και αντίστοιχες ευρωπαϊκές διατάξεις είχαν προτείνει την ίδρυση σχετικών κέντρων ενημέρωσης στην ΕΕ. Ακόμα, ωστόσο, η αδειοδότηση και έναρξη επαγγέλματος στη χώρα υποδοχής είναι πολύπλοκη και δυσνόητη για τους ευρωπαίους μετακινούμενους ιατρούς.

Κεφάλαιο 8: Χρηματοδότηση της ΣΙΕ

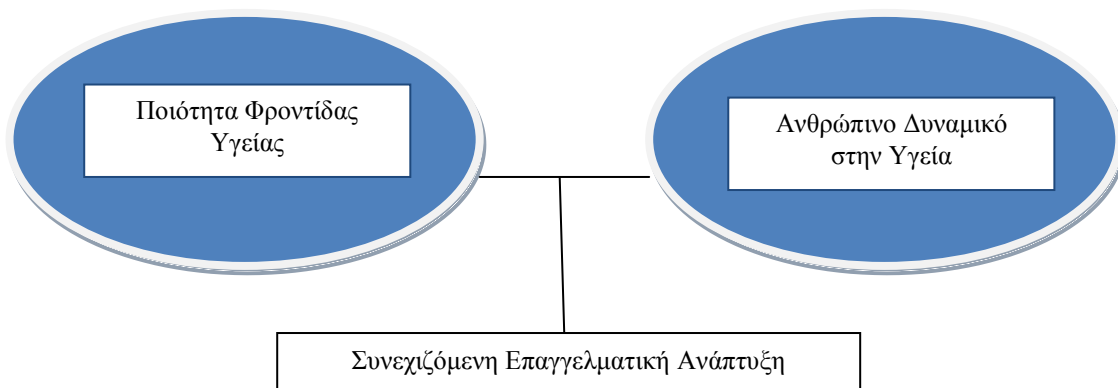
Με δεδομένο ότι η ΣΙΕ αποτελεί απαραίτητο συστατικό μιας ιδανικής κλινικής πρακτικής, τα έξοδα της θα πρέπει να αποτελούν μέρος των γενικών εθνικών εξόδων για την υγεία.

2.11. Γενικές αρχές περί διασφάλισης της ποιότητας στην ιατρική

Η ΕΕΙΕ, στα πλαίσια των σχετικών πολιτικών που έχει εκδώσει για την οργάνωση της ιατρικής εκπαίδευσης και μετεκπαίδευσης στην Ευρώπη, έχει σαφώς αναφερθεί και στην ανάγκη διαμόρφωσης εγχώριας πολιτικής σε κάθε κράτος-μέλος για το προγραμματισμό του ανθρώπινου δυναμικού (Manpower planning policies) και εγχώριας πολιτικής για τη διαφύλαξη της ποιότητας στην εκπαίδευση (Policies for quality control in training), βασισμένες στην κοινοτική νομοθεσία, την εθνική νομοθεσία και τις γνωμοδοτήσεις των αντίστοιχων επιτροπών της ΕΕΙΕ. Η διαμόρφωση και αναδιαμόρφωση των πολιτικών αυτών θεωρείται ότι είναι ευθύνη των εθνικών Αρχών των υπευθύνων για την ιατρική

εκπαίδευση ανά χώρα, καθώς και τα δύο αυτά μέτρα είναι άρρηκτα συνδεδεμένα με την εκπαίδευση των ιατρών συνολικά.

Η γενική αρχή που εφαρμόζεται αφορά στην ιδέα ότι η ΣΕΑ είναι συνδεδεμένη με τους στόχους στην ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού και τους στόχους στη βελτίωση της ποιότητας της φροντίδας υγείας, όπως φαίνεται και στις παραγράφους που ακολουθούν:



2.11.1. Καταστατικός Χάρτης της Ευρωπαϊκής Ένωσης τω Ιατρικών Ειδικοτήτων για τη διασφάλιση της ποιότητας στη ιατρική πρακτική των ειδικευμένων ιατρών

Ο προσδιορισμός των αναγκών και προτεραιοτήτων στη δια βίου εκπαίδευση των ιατρών προκύπτει από την εφαρμογή μεθόδων ελέγχου της ποιότητας στην ιατρική πράξη και τα αποτελέσματα, οπότε εντοπίζονται οι περιοχές που χρήζουν βελτίωσης και διαμορφώνονται έτσι τελικά και οι προτεινόμενες εκπαιδευτικές παρεμβάσεις.

Σύμφωνα με τον Καταστατικό Χάρτη Διασφάλισης της Ποιότητας στη Ιατρική πρακτική της ΕΕΙΕ (UEMS, Charter on Quality Assurance in Medical Specialist Practice in the European Union, Adopted by the Management Council, 1996), η γενική αρχή που διαπνέει τη Διασφάλιση της Ποιότητας (ή αλλιώς Βελτίωση της Ποιότητας ή Διαχείριση της Ποιότητας) στην ιατρική είναι ότι η εκπαίδευση και η κλινική πράξη των ιατρών ικανοποιεί αυστηρά προσδιορισμένα κριτήρια, στα πλαίσια μιας συστηματοποιημένης εργασίας και μιας διαρκούς καταγραφής και αξιολόγησης των αποτελεσμάτων της. Αυτές οι διαδικασίες ελέγχου θεωρείται ότι αποτελούν μία ηθική δέσμευση και υποχρέωση για κάθε ιατρό σε όλη τη διάρκεια της καριέρας του.

Τα εγχειρήματα Διασφάλισης της Ποιότητας, κατά την ΕΕΙΕ, θα πρέπει να ξεκινούν τόσο «από κάτω προς τα πάνω», από τον ίδιο τον ιατρό, όσο και «από πάνω προς τα

κάτω», από τους επαγγελματικούς θεσμούς. Η ποιότητα στην ιατρική πρακτική ουσιαστικά είναι ο βαθμός στον οποίο τα χαρακτηριστικά της τελικά προσφερόμενης φροντίδας υγείας ικανοποιούν τις τρέχουσες απαιτήσεις και τα σχετικά θεσπισμένα κριτήρια που πλαισιώνουν την άσκηση της ιατρικής.

Σύμφωνα, λοιπόν, με τον εν λόγω Καταστατικό Χάρτη, για τα κριτήρια ποιότητας γενικά ισχύει ότι:

- Τα ποιοτικά κριτήρια για την άσκηση της ιατρικής βασίζονται σε ειλημμένες αποφάσεις και αφορούν στις εφαρμοζόμενες μεθόδους και στα επιδιωκόμενα αποτελέσματα.
- Η διαδικασία αξιολόγησης αφορά στο επίπεδο των υπηρεσιών που παρέχονται έναντι συγκεκριμένων στόχων.
- Αντικατοπτρίζεται ένα ενιαίο αποδεκτό επίπεδο ιατρικής υπηρεσίας που είναι επιτεύξιμο.
- Η θέσπιση των κριτηρίων, εν γένει, βασίζεται στην επί ενδείξεων βασισμένη ιατρική.
- Τα κριτήρια έχουν στόχο τη βελτίωση της φροντίδας υγείας.
- Τα θεσπισμένα κριτήρια δεν επιδιώκουν στη μείωση του κόστους, ωστόσο μπορεί να συνεισφέρουν σε αυτό.

Έτσι, λοιπόν, η Διασφάλιση Ποιότητας είναι η διαδικασία που εφαρμόζεται για να αξιολογείται, αλλά και για να εμπνέεται η ποιότητα στην ιατρική πρακτική, μέσω μέτρησης του αποτελέσματος και σύγκρισής του με συμφωνημένα κριτήρια και απαιτήσεις. Η διαδικασία ελέγχου της ποιότητας θα πρέπει να εφαρμόζει σε όλα τα επίπεδα ιατρικής πράξης και για να επιτευχθεί αυτό θα πρέπει οι γιατροί να αποδέχονται ότι θα υποβάλλονται σε αξιολόγηση και η ιατρική πρακτική να είναι συστηματοποιημένη και ελεγχόμενη.

Πρόκειται, λοιπόν, τελικά για μία ηθική υποχρέωση των ιατρών, αλλά πρακτικά είναι μια εθελοντική ανάληψη της ευθύνης. Ο ιατρός, δηλαδή, που δεν αποδέχεται αυτή τη διαδικασία και τις αξιολογήσεις θα πρέπει, σύμφωνα με την ΕΕΙΕ, να υποβάλλεται σε νουθέτηση από τα επαγγελματικά όργανα, αλλά όχι και σε πειθαρχική τιμωρία.

Η διαδικασία για τη Διασφάλιση Ποιότητας μπορεί να είναι «εσωτερική» (ένα γιατρός ή μια ομάδα γιατρών ανασκοπούν τα αποτελέσματά τους) ή «εξωτερική», όπου μια εξωτερική ομάδα ανασκοπούν τα δεδομένα της πρακτικής άλλων.

Τα στάδια ενός ελέγχου για την ποιότητα θεωρείται, δε, ότι πρέπει να έχουν την εξής σειρά:

- Ταυτοποίηση ενός ποιοτικού προβλήματος.
- Ταυτοποίηση των προσδιοριστών του.
- Διαμόρφωση κριτηρίων αξιολόγησης.
- Ανάπτυξη μεθόδων για την καταγραφή στοιχείων.
- Καταγραφή των στοιχείων.
- Ανάλυση των καταγεγραμμένων δεδομένων.
- Σύγκριση των αποτελεσμάτων με τα θεσπισμένα κριτήρια.
- Λήψη μέτρων για τη βελτίωση της ποιότητας, βάσει της προκύπτουσας αξιολόγησης.
- Έλεγχος της αποτελεσματικότητας των μέτρων που ελήφθησαν για τη βελτίωση της ποιότητας και προσδιορισμός εκ νέου άλλου ενδεχόμενου ποιοτικού προβλήματος, μετά την εφαρμογή των επιλεγμένων μέτρων.

Βασικό, λοιπόν, στοιχείο στη Διασφάλιση της Ποιότητας στην ιατρική πρακτική είναι η θέσπιση των κριτηρίων βάσει των οποίων γίνεται η σύγκριση, η οποία, σύμφωνα με την ΕΕΙΕ, θα πρέπει να γίνεται από τις Επαγγελματικές και Επιστημονικές ενώσεις για την κάθε ειδικότητα, τα συμπεράσματα, δε, μιας τέτοιας αξιολόγησης θα πρέπει να είναι και αυτά που θα καθοδηγούν τα προγράμματα για την εκπαίδευση.

Επιπλέον, απαραίτητο για τη διαδικασία που περιγράφηκε παραπάνω είναι η συλλογή στοιχείων για τη διάγνωση, τη θεραπεία και την παρακολούθηση των ασθενών και η συλλογή αυτή να γίνεται με ένα μεθοδικό τρόπο. Έτσι, στις απαραίτητες βασικές δεξιότητες των επαγγελματιών υγείας θεωρείται ότι πρέπει απαραίτητα να περιλαμβάνονται και οι γνώσεις συλλογής, διαχείρισης και ανάλυσης δεδομένων, αλλά και η εξάσκηση σε πρωτόκολλα διασφάλισης της ποιότητας.

Για την ΕΕΙΕ είναι σημαντική η εφαρμογή των διαδικασιών της Διασφάλισης Ποιότητας σε όλα τα επίπεδα των ιατρικών πράξεων, σε ατομικό επίπεδο, επίπεδο τμήματος, νοσοκομείου, έθνους κλπ. Θα πρέπει τόσο ο ίδιος ιατρός ατομικά, όσο και οι ευρύτεροι φορείς για την υγεία να επισκοπούν διαρκώς την απόδοσή, οργανώνοντας την ιατρική πρακτική βάσει ενδείξεων και συστηματοποιώντας την με τέτοιο τρόπο ώστε να προκύπτουν προσδιοριστικά στοιχεία για την ανάλυση.

Για να επιτευχθούν τα ανωτέρω είναι σαφές ότι απαιτείται σχετική θεσμοθέτηση σε εθνικό επίπεδο. Σε επίπεδο ομάδας, π.χ. νοσοκομείου, θα πρέπει να έχουν θεσπιστεί

Κατευθυντήριες Οδηγίες και Διαγνωστικά και Θεραπευτικά Πρωτόκολλα, χρησιμεύοντα για τη διαμόρφωση των συγκριτικών κριτηρίων (explicit criteria) στις διαδικασίες ελέγχου της ποιότητας και τα ευρήματα της διαδικασίας θα πρέπει υποχρεωτικά να δημοσιεύονται, με μία συνέχεια επανελέγχου, ώστε να διαγράφονται και οι τάσεις.

Οι διαδικασίες Διασφάλισης της Ποιότητας, λοιπόν, είναι αναπόσπαστα συνδεδεμένες με τον προσδιορισμό των στοχευμένων αναγκών σε εκπαίδευση και η αλληλεπίδραση και αλληλοσυμπλήρωσή τους εξασφαλίζουν τη βελτίωση της παρεχόμενης φροντίδας υγείας. Σύμφωνα με την ΕΕΙΕ, οι διαδικασίες αυτές θα πρέπει να οργανώνονται και να βρίσκονται υπό την ευθύνη των εθνικών Ιατρικών Επαγγελματικών Ενώσεων, τόσο σε επίπεδο ειδικότητας, αλλά και πέρα από αυτό και οι σχετικές επιτροπές λήψης των αποφάσεων να καταρτίζονται από ειδικούς γνώστες του αντικειμένου, τα δε σχετικά κόστη να ανήκουν στα γενικά έξοδα για την υγεία ή/και να προκύπτουν από έμμεσες εισφορές των ασφαλισμένων.

2.11.2. Καταστατικός Χάρτης της Ευρωπαϊκής Ένωσης Ιατρικών Ειδικοτήτων για την αξιολόγηση των εκπαιδευτικών κέντρων

Σύμφωνα με τον Καταστατικό της Χάρτη για την Αξιολόγηση των Εκπαιδευτικών Κέντρων, που εξέδωσε η ΕΕΙΕ το 1997 (UEMS, Charter on Visitation of Training Centers, 1997), τα κράτη-μέλη της Ε.Ε. θα πρέπει μεν να εφαρμόζουν μεθόδους αξιολόγησης, βελτίωσης και ελέγχου της εκπαίδευσης στις ειδικότητες μέσω κατάλληλων μηχανισμών συλλογής πληροφορίας και ανατροφοδότησης, αλλά και να πιστοποιούν τα κέντρα και τους εκπαιδευτές.

Είχε γίνει από νωρίς σαφές ότι υπήρχε η ανάγκη εναρμόνισης στις χώρες καθώς οι μέθοδοι αξιολόγησης Εκπαιδευτικών Κέντρων έμοιαζε να διαφέρουν αρκετά. Έτσι, εξέδωσαν μία προτεινόμενη περιγραφή ενός εθνικού προγράμματος αξιολόγησης των κέντρων εκπαίδευσης, παρέχοντας πρακτικά το περιεχόμενο προτεινόμενων ερωτηματολογίων για μια ενιαία σχετική πιστοποίηση.

2.11.3. Διεθνής Κατάλογος Ιατρικών Σχολών

Το 2007 η Παγκόσμια Ομοσπονδία για την Ιατρική Εκπαίδευση, ΠΟΙΕ, σε συνεργασία με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, ΠΟΥ και το Πανεπιστήμιο της Κοπενγχάγης, δημιούργησαν τον «Κατάλογο του Avicenna» - σε συνέχεια της πρότερης βάσης δεδομένων του ΠΟΥ «World Directory of Medical Schools» του 1953 - μια

παγκόσμια λίστα των ιατρικών σχολών και των προγραμμάτων σπουδών τους, αλλά και αδρών λοιπών χαρακτηριστικών, με στόχο να διευκολύνουν τη διαφάνεια στην παγκόσμια διαθεσιμότητα του ιατρικού δυναμικού και στην ποιότητα στην εκπαίδευσή τους (World Health Organization, Avicenna Directories, last updated 2015).

Απώτερος σκοπός αυτού του εγχειρήματος ήταν η γενικότερη παγκόσμια προσπάθεια βελτίωσης και διασφάλισης της ποιότητας στην ιατρική εκπαίδευση, αλλά και η χρήση του από τα γραφεία εργασίας ως πηγή αναφοράς για την αδειοδότηση των ιατρών ανά τον κόσμο, ως μία πλατφόρμα διεθνούς συνεργασίας και φυσικά για τη χρήση όποιου άλλου πολίτη χρειάζεται σχετικές πληροφορίες για την εκπαίδευση στις ιατρικές σχολές του κόσμου.

Από το 2010, την ευθύνη της βάσης την έχει πλέον η ΠΟΙΕ αποκλειστικά και η πληροφορία που επιδιώκεται να συλλεχθεί επιπλέον στον Κατάλογο του Avicenna περιλαμβάνει τώρα και τα συστήματα Διασφάλισης της Ποιότητας στην ιατρική εκπαίδευση που εφαρμόζει κάθε κράτος, αλλά και να επεκταθεί και σε άλλα επαγγέλματα υγείας.

Με τον σκοπό αυτό, το 2010 η ΠΟΙΕ συνεργάστηκε με την Παγκόσμια Ομοσπονδία για τη Βελτίωση της Ποιότητας στην Ιατρική Εκπαίδευση και Έρευνα (Foundation for the Advancement of International Medical Education and Research) και συνένωσαν τους καταλόγους που μέχρι τότε η καθεμία τους διατηρούσε, δημιουργώντας έτσι το νέο Παγκόσμιο Κατάλογο Ιατρικών Σχολών, με επίσημη ημερομηνία ίδρυσης το 2014 (The World Directory of Medical Schools, 2014).

Το όραμα του Παγκόσμιου Καταλόγου Ιατρικών Σχολών είναι να δημιουργήσει μια λίστα όλων των Ιατρικών Σχολών διεθνώς, με ακριβή, έγκυρη και σαφή πληροφορία για την καθεμία από αυτές, το περιεχόμενο σπουδών και την ποιότητα. Πρέπει να υπάρχει διαφάνεια ως προς τις συνθήκες αδειοδότησης των ιατρών παγκοσμίως π.χ. αν έχουν παρακολουθήσει μια σχολή πράγματι «επαρκών» ποιοτικών κριτηρίων και έχουν επιδείξει τις απαιτούμενες δεξιότητες που προβλέπονται για να γίνει κάποιος ιατρός κ.ο.κ Η βασική επιδίωξη είναι η διαφύλαξη της Δημόσιας Υγείας και η ικανοποίηση των αναγκών των ασθενών και των απαιτήσεων της κοινωνίας. Προφανώς αυτό το εγχείρημα διευκολύνει και την παγκόσμια επαγγελματική μετακίνηση των ιατρών.

2.11.4. Κατευθυντήριες Οδηγίες για την ποιότητα στην ανώτερη εκπαίδευση

Το 1999, Υπουργοί Εκπαίδευσης και οι Διοικητές Πανεπιστημίων από 29 χώρες εξέδωσαν την «Διαδικασία της Μπολόνιας» (Bologna Declaration and Process for Higher Education in Europe, 199) που είχε ως σκοπό να δημιουργηθεί μέχρι το 2010 μια ενιαία Ευρωπαϊκή Ζώνη Ανώτερης Εκπαίδευσης, χωρίς απαραίτητα να επιδιώκεται η εναρμόνιση των εθνικών εκπαιδευτικών συστημάτων, αλλά η διευκόλυνση της σύνδεσής τους, ήτοι η διευκόλυνση της αναγνώρισης πτυχίων και ακαδημαϊκών τίτλων, η κινητικότητα των αποφοίτων και η ανταλλαγή. Αν και η συμμετοχή των χωρών ήταν εθελοντική τελικά κατέληξαν 46 να συμμετέχουν. Έχουν θεσπιστεί δέκα βασικοί στόχοι προς εφαρμογή, ενώ κατά βάση έχουν ομόφωνα συμφωνηθεί οι τρεις κύκλοι της ανώτερης εκπαίδευσης σε ενιαία αγγλική γλώσσα: «Bachelor degree», «Master degree» και «PhD degree».

Τα προγράμματα σπουδών, ωστόσο, των Ιατρικών Σχολών είναι υπό επίσκεψη αν υποχρεούνται τελικά να ενταχθούν στην κατηγοριοποίηση της Διακήρυξης της Μπολόνιας, όπως διαμορφώθηκε από την Ευρωπαϊκή Ένωση Πανεπιστημίων (European University Association) ή αν θα ανεξαρτητοποιηθούν.

Ωστόσο, το 2006 εκδόθηκαν Κατευθυντήριες Οδηγίες για τους όρους της Ποιότητας στην Διακρατική Ανώτερη Εκπαίδευση (Guidelines on Quality Provision in Cross-border Higher Education, 2005) που ήταν αποτέλεσμα μια εργασίας για τη διασυνοριακή ανώτερη εκπαίδευση (UNESCO, OECD Guidelines for Quality Provision in Cross-Border Higher Education, 2005) μεταξύ του Οργανισμού για την Οικονομική Συνεργασία και Ανάπτυξη, ΟΟΣΑ (Organisation for Economic Co-operation and Development, OECD), του Οργανισμού Εκπαίδευσης, Επιστήμης και Πολιτισμού των Ηνωμένων Εθνών (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization, UNESCO), αλλά και της Παγκόσμιας Ομοσπονδίας για την Ιατρική Εκπαίδευση (World Federation of Medical Education).

Στόχος ήταν η διασφάλιση της ισοτιμίας και της διαφάνειας στην ανώτερη εκπαίδευση και στους στόχους αυτούς περιελήφθησαν γενικά και οι ιατρικές σχολές και αναπτύχθηκαν οδηγίες που απευθύνθηκαν προς:

- Τις κυβερνήσεις,
- Τα ακαδημαϊκά κέντρα,
- Τα σωματεία των φοιτητών,
- Τις υπεύθυνες εθνικές Αρχές για τη Διασφάλιση της Ποιότητας και Πιστοποίησης,

- Τις εθνικές Αρχές αναγνώρισης ακαδημαϊκών προσόντων,
- Τις Επαγγελματικές Ενώσεις,

για αντίστοιχη εφαρμογή. Ωστόσο, διαφαίνεται να παραμένει ακόμα ανοικτός ο διάλογος για μια ανεξάρτητη διαμόρφωση των κύκλων των ανώτερων σπουδών στην ιατρική.

2.11.5. Αρχές αξιολόγησης στην ιατρική μετεκπαίδευση της Ευρωπαϊκής Ένωσης Ιατρικών Ειδικοτήτων

Το 2006 η ΕΕΙΕ διαμόρφωσε μια Πολιτική για τις αρχές της αξιολόγησης κατά την ιατρική μετεκπαίδευση (UEMS, Policy Statement on Assessments during Postgraduate Medical Training, 2006). Στο εν λόγω κείμενο παρατίθενται θέσεις για το ρόλο της αξιολόγησης στην ιατρική μετεκπαίδευση, η οποία θεωρήθηκε αναπόσπαστο κομμάτι της ποιότητας στην εκπαίδευση των ιατρών, καθώς:

- βοηθά στη διαρκή βελτίωση της ποιότητας των εκπαιδευτικών δράσεων,
- βοηθά στη διαμόρφωση αποδοτικότερων μεθόδων,
- βοηθά στην διαμόρφωση στόχων εκπαίδευσης,
- επιβεβαιώνει ή όχι την επίτευξη των επιδιωκόμενων αποτελεσμάτων,
- διερευνά τις ειδικές και γενικές δεξιότητες του ιατρού.

Οι εν λόγω αρχές διαφοροποιούνται από την «Αξιολόγηση κατά τη λήψη της ειδικότητας», όπου εκεί η σχετική Επιτροπή της ΕΕΙΕ είναι το «Συμβούλιο για τις Αξιολογήσεις στις Ευρωπαϊκές Ειδικότητες» (Council for European Specialty Medical Assessments, CESMA) και οι αποφάσεις είναι ξεχωριστές για κάθε ειδικότητα.

2.11.6. Η Διακήρυξη της Βουδαπέστης για την ποιότητα στη φροντίδα υγείας

Το 2006 η ΕΕΙΕ διαμόρφωσε τη «Διακήρυξη της Βουδαπέστης» (UEMS, Budapest Declaration on Ensuring the Quality of Medical Care, 2006) μια Πολιτική για τη Διασφάλιση της Ποιότητας στην ιατρική πρακτική, όπου παρουσίασε τους βασικούς κανονισμούς του ιατρικού επαγγέλματος, ώστε να υπάρχει ασφάλεια και ποιότητα στην παρεχόμενη φροντίδα υγείας.

Βασικά σημεία της Διακήρυξης περιλαμβάνουν τις εξής αρχές:

- Πρέπει να θέτονται, διασφαλίζονται και ελέγχονται ποιοτικά κριτήρια στη φροντίδα υγείας.
- Το κανονιστικό πλαίσιο θα πρέπει να αφορά στο άτομο, την ομάδα, το χώρο εργασίας, τις εθνικές αρχές και τους διεθνείς κανονισμούς.

- Ένα μοντέρνο Κανονιστικό πλαίσιο στην ιατρική πρακτική πρέπει να περιλαμβάνει: κριτήρια & ηθικές αρχές, εκπαίδευση, πιστοποίηση και αδειοδότηση, διαρκής έλεγχος της επάρκειας.
- Είναι ευθύνη του ιατρού να ασκεί την ιατρική βάσει των κανονισμών και του ήθους.
- Είναι ευθύνη της ομάδας παροχής φροντίδας υγείας να παρέχει υψηλής ποιότητας υπηρεσίες σαν ομάδα, αλλά και το κάθε μέλος της ξεχωριστά.
- Εκτός από τις ηθικές υποχρεώσεις απέναντι στους ασθενείς, υπάρχει και η έννοια της επαγγελματικής υποχρέωσης απέναντι στον εργοδότη.
- Οι Κανονιστικές Αρχές θα πρέπει να διαμορφώνουν τα κριτήρια (standards) που απαιτούν από τους ιατρούς, ώστε να ξέρουν πως πρέπει και πως δεν πρέπει να ασκούν την ιατρική.

Ωστόσο, αναγνωρίζεται ότι το κανονιστικό πλαίσιο στην άσκηση της ιατρικής γενικά καθορίζεται από το περιβάλλον άσκησής της, τις διαθέσιμες πηγές και τις απαιτήσεις της κοινωνίας, οπότε και μπορεί να ποικίλει από τόπο σε τόπο.

2.11.7. Το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο Πιστοποίησης Προσόντων των ειδικευμένων ιατρών

Το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο Πιστοποίησης Προσόντων των ειδικευμένων ιατρών (The European Council for Accreditation of Medical Specialist Qualifications, ECAMSQ) συστάθηκε το 2009 από μέλη της ΕΕΙΕ και ο στόχος του είναι η διαμόρφωση προγραμμάτων περιοδικής αξιολόγησης της γνώσης, των δεξιοτήτων και της επάρκειας των ιατρών, κυρίως μέσω ερωτηματολογίων πολλαπλής επιλογής και άμεσης επισκόπησης των πρακτικών δεξιοτήτων. Απώτερος στόχος του είναι η δημιουργία ενός ευέλικτου και εύχρηστου ηλεκτρονικού εργαλείου αξιολόγησης της ιατρικής επάρκειας, που θα αξιολογεί τις γνώσεις, τις πρακτικές δεξιότητες και τον επαγγελματισμό, διαφυλάσσοντας διεθνή κριτήρια ποιότητας.

2.12. Θέσπιση κριτηρίων διεθνούς πιστοποίησης και μοριοδότησης των εκπαιδευτικών δράσεων

Η ΕΕΙΕ το 2000 ίδρυσε το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο Πιστοποίησης για τη Συνεχιζόμενη Ιατρική Εκπαίδευση, ΕΣΠΣΙΕ (European Accreditation Council for Continuing Medical Education, EACCME).

Ο ρόλος του ΕΣΠΣΙΕ είναι :

- Η εναρμόνιση και βελτίωση της ποιότητας της ΣΙΕ στην επικράτεια της ΕΕ,
- Η παροχή ανεξάρτητης μετεκπαίδευσης στους ιατρούς βάσει αμοιβαίως αναγνωρισμένων κριτηρίων ποιότητας,
- Η διασφάλιση του κύρους των αντίστοιχων εθνικών Κανονιστικών Αρχών ΣΙΕ,
- Η διασύνδεση των εθνικών Κανονιστικών Αρχών ΣΙΕ σε ένα σύστημα αμοιβαίας αναγνώρισης των δράσεων ΣΙΕ,
- Η παροχή ενός συστήματος όπου τα μόρια που αποκτούνται στο εξωτερικό αναγνωρίζονται από τις κατά τόπους εθνικές Αρχές,
- Η διαμόρφωση ανάλογων διασυνδέσεων εκτός Ευρώπης.

Το ΕΣΠΣΙΕ έχει ως απώτερο στόχο να βελτιωθεί η πρόσβαση των ιατρών στη ΣΙΕ και να διευκολυνθεί η ανταλλαγή της γνώσης και των δεξιοτήτων σε διεθνές επίπεδο. Μέσω των αρχών μοριοδότησης και πιστοποίησης της ΣΙΕ που εφαρμόζει το ΕΣΠΣΙΕ εξασφαλίζεται η αμοιβαία αναγνώριση ΣΙΕ :

- Μεταξύ διαφορετικών ευρωπαϊκών κρατών,
- μεταξύ διαφορετικών ειδικοτήτων,
- σε περίπτωση μετανάστευσης από χώρα σε χώρα,
- μεταξύ άλλων κρατών εκτός Ευρώπης.

Έτσι, γενικές αρχές του ΕΣΠΣΙΕ που ισχύουν για τη μοριοδότηση είναι (Criteria for international accreditation of CME, 2000/ rev 2007) :

- ✓ Το μόριο είναι η μονάδα της ΣΙΕ και συνήθως αντιπροσωπεύει μία ώρα εκπαίδευσης.
- ✓ Οι οργανωτές μιας επιστημονικής συνάντησης θα απευθύνονται στο Εθνικό Συμβούλιο ΣΙΕ και θα καταθέτουν το πρόγραμμα της συνάντησης. Θα πρέπει να καθορίζονται οι εκπαιδευτικοί στόχοι, το επιστημονικό περιεχόμενο και οι μέθοδοι εκπαίδευσης. Να διευκρινίζονται, επίσης, οι πιθανοί αποδέκτες της εκπαιδευτικής διαδικασίας.

- ✓ Λαμβάνοντας υπόψη το εκπαιδευτικό περιεχόμενο, η εθνική αντίστοιχη Επιτροπή χορηγεί τα αντίστοιχα μόρια στην επιστημονική συνάντηση.
- ✓ Τα μόρια πρέπει να φαίνονται στο πρόγραμμα της συνάντησης.
- ✓ Η Εθνική Επιτροπή ΣΙΕ κρατά αρχείο με τα μόρια των επιστημονικών συναντήσεων που έχει χορηγήσει, ώστε να τα παρουσιάσει στην Ευρωπαϊκή Επιτροπή, όταν της ζητηθεί για έλεγχο.
- ✓ Ο κάθε ιατρός συγκεντρώνει τα μόρια από τα πιστοποιητικά παρακολούθησης. Φυσικά, λαμβάνονται υπόψη και τα μόρια από διεθνείς επιστημονικές συναντήσεις, αλλά και από παρακολούθηση επιστημονικών συναντήσεων άλλων συγγενών ειδικοτήτων.

Μόρια από άλλες εκπαιδευτικές δραστηριότητες γενικά:

Άλλες δραστηριότητες που δυνητικά μπορούν επίσης να μοριοδοτούνται είναι:

- ✓ Τοπικές εκπαιδευτικές συναντήσεις σε νοσοκομεία, π.χ. επίσκεψη ασθενών, βιβλιογραφική ενημέρωση κ.λπ. - παίρνουν ένα μόριο ανά συνάντηση με χορήγηση ανάλογου πιστοποιητικού.
- ✓ Αυτοεκπαίδευση από βιβλία, περιοδικά, διαδίκτυο - μπορεί να ζητηθεί να αξιολογηθούν από Επιτροπή. Μέγιστος αριθμός τέτοιων μορίων θεωρούνται τα 10 ανά έτος.
- ✓ Μόρια χορηγούνται για ομιλία, παρουσίαση εργασίας, δημοσίευση σε περιοδικό, κεφάλαιο βιβλίου κ.ο.κ.
- ✓ Απόκτηση κλινικής εμπειρίας ή δεξιοτήτων επίσης παίρνουν 1 μόριο ανά ημέρα.
- ✓ Επισκέψεις εργασίας -1 μόριο ανά ημέρα.
- ✓ Εκπαίδευση σε νοσοκομεία της χώρας ή του εξωτερικού -1 μόριο ανά ημέρα και έως 50 μόρια ανά 5 έτη.
- ✓ Μοριοδότηση επίσης υπάρχει για απόκτηση τίτλου Μεταπτυχιακού, Διδακτορικού, υποειδίκευσης, ή απόκτηση κάποιας ειδικής δεξιότητας σε ένα τομέα - δίνονται 25 μόρια για Μεταπτυχιακό και 50 μόρια για Διατριβή ή υποειδίκευση.
- ✓ Τέλος, μοριοδοτούνται οι παρουσιάσεις εργασιών, οι ομιλίες, οι δημοσιεύσεις σε περιοδικά ή βιβλία κ.λπ. Μέγιστος αριθμός μορίων είναι τα 5 ανά δραστηριότητα.
- ✓ Επίσης μοριοδοτούνται ερευνητικές δραστηριότητες, επιμορφωτικές ή πολιτιστικές δραστηριότητες που άπτονται των ανθρωπιστικών και κοινωνικών επιστημών, οργάνωση επιστημονικών εκδηλώσεων, συμμετοχή σε επιστημονικές Επιτροπές και Συμβούλια, με την προϋπόθεση ότι σχετίζονται με τους στόχους

της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης, ότι υπάρχει έγγραφη απόδειξη συμμετοχής και ότι καταγράφεται ο φορέας και ο χρόνος στη διάρκεια του οποίου αποκτήθηκε η εμπειρία αυτή - μέγιστος αριθμός μορίων: 10 ανά συμμετοχή.

Γενικά, για να πιστοποιηθεί ότι μία εκπαιδευτική διαδικασία ανήκει στις άνωθεν κατηγορίες θα πρέπει να οργανώνεται από Ιατρικό Τμήμα, Επιστημονική Εταιρεία ή Πανεπιστημιακή Κλινική και πρέπει να πληροί τους παρακάτω όρους :

- να τηρεί τα κριτήρια της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης,
- να καταγράφει σαφώς τον εκπαιδευτικό στόχο,
- να καλύπτει μία αναγνωρισμένη αναγκαιότητα στα επιστημονικά πεδία,
- να περιλαμβάνει θεματολογία που ανταποκρίνεται σε αυτή την αναγκαιότητα,
- να χρησιμοποιεί τις σύγχρονες μεθόδους διδασκαλίας και μάθησης,
- να χορηγεί Πιστοποιητικό παρακολούθησης,
- να έχει ζητηθεί έγκαιρα η αξιολόγηση της επιστημονικής συνάντησης, ώστε να τις απονεμηθούν ανάλογα μόρια,
- να έχει διδάσκοντες ή ομιλητές που να είναι υψηλού επιπέδου και να γράφεται στο πρόγραμμα ο τίτλος και η θέση που κατέχουν.

Προκύπτει, λοιπόν, εύλογα ότι η ΕΕΙΕ προβλέπει πολλά διαφορετικά μέσα για τη ΣΙΕ, πρέπει, ωστόσο, οι εκάστοτε υπεύθυνες εγχώριες Εθνικές Αρχές για τη διαμόρφωση προγραμμάτων ΣΙΕ να επεξηγούν αντίστοιχα τις δικές του θεωρήσεις ως προς τι τελικά περιλαμβάνεται μέσα στην αναγκαία ΣΙΕ, τι στην προαιρετική, ποιες οι επιλεγόμενες μέθοδοι, ποιες οι εγχώριες ανάγκες που ικανοποιούνται και ποια η έκταση της εκπαίδευσης ανά κατηγορία. Πολλά πάντως από τα κριτήρια μοριοδότησης της ΕΕΙΕ έχουν υιοθετηθεί σε εθνικό επίπεδο και στην Ελλάδα.

Είναι εμφανές ότι με την πάροδο των ετών η ανάγκη για αυστηρή πιστοποίηση και διαφάνεια στη συνεχιζόμενη εκπαίδευση των ιατρών αναδύθηκε όλο και περισσότερο, οπότε θεσπίστηκαν και αντίστοιχα κριτήρια ελέγχου, ενώ παράλληλα προσπάθειες για την ανάπτυξη όλο και πιο αποτελεσματικών μεθόδων εκπαίδευσης έλαβαν χώρα.

2.13. Η Διακήρυξη της Βασιλείας για τη Συνεχιζόμενη Επαγγελματική Ανάπτυξη

Το 2001 προτάθηκε μια νέα έννοια, η έννοια της Συνεχιζόμενης Επαγγελματικής Ανάπτυξης, ΣΕΑ (Continuous Professional Development, CPD), η οποία θεωρήθηκε ότι πρέπει να αντικαταστήσει ως όρος την έννοια της Συνεχιζόμενης Ιατρικής Εκπαίδευσης

(UEMS, Basel Declaration, Policy on Continuing Professional Development, 2001) και έτσι χρησιμοποιείται ως σήμερα.

Η ΣΕΑ ορίστηκε ως:

«τα εκπαιδευτικά μέσα που εξασφαλίζουν την ενημέρωση, ανάπτυξη και ενδυνάμωση του τρόπου που οι ιατροί εφαρμόζουν τις γνώσεις, τις δεξιότητες και τις τακτικές τους στην καθημερινή επαγγελματική τους πρακτική».

Όπως ήδη έχει αναφερθεί, διαφάνηκε ότι η επαγγελματική ανάπτυξη του ιατρού επεκτείνεται και πέραν των ορίων της ιατρικής επιστήμης, σε τομείς των ανθρωπιστικών και κοινωνικών επιστημών, αλλά και των πολιτικών, οικονομικών και τεχνολογικών επιστημών. Έτσι, διαμορφώθηκε μια πολιτική της ΕΕΙΕ που παρέθετε προτάσεις για τη δημιουργία ενός νέου συστήματος εκπαίδευσης σε κάθε κράτος-μέλος που θα εξυπηρετούσε τη ΣΕΑ, κάνοντας ουσιαστικά τις κάτωθι «υποδείξεις»:

- Η ΣΕΑ περιλαμβάνει τη ΣΙΕ και επεκτείνεται πέραν αυτής ως έννοια, οπότε πρέπει να προτιμάται ως όρος.
- Η ΣΕΑ συμπληρώνει την παράδοση περί «δια βίου» μάθησης του ιατρικού επαγγέλματος και είναι μέρος της ηθικής υποχρέωσης κάθε ιατρού.
- Πρέπει να υπάρξει μεγαλύτερη αναγνώριση των νομικών ουσιαστικά ενδιαφερόντων που άπτονται της ΣΕΑ από όλους όσους εμπλέκονται σε θέματα που αφορούν στην ποιότητα της ιατρικής πρακτικής: ασθενείς, εργοδότες, Επαγγελματικές Ενώσεις, Πολιτεία.
- Τελικός αποδέκτης, ως καταναλωτής υπηρεσιών υγείας, είναι ο ασθενής και άρα αυτός πρέπει να πληρώνει για τη ΣΕΑ, καθώς απολαμβάνει τη βελτίωση στην παρεχόμενη φροντίδα που προκύπτει από αυτή.
- Για να διαμορφωθεί ένα ιδανικό σύστημα ΣΕΑ είναι απαραίτητο να καθοριστούν τα επιθυμητά αποτελέσματα, να εκτιμηθούν οι διαδικασίες και να συμφωνηθούν οι δομές που θα επιτύχουν να το παράσχουν.
- Η ΣΕΑ θα πρέπει να υποστηρίζεται από κάθε ιατρό και να αναγνωρίζει την ευθύνη του για την εφαρμογή, αλλά και για την αποτελεσματικότητά της.
- Η ΣΕΑ είναι απαραίτητη παράμετρος για τη βελτίωση της ποιότητας και της ασφάλειας στην κλινική πράξη.
- Οι εκπαιδευτικές παρεμβάσεις ΣΕΑ πρέπει να ελέγχονται αυστηρά και πιο αυστηρά κριτήρια πρέπει να αναπτυχθούν.
- Η ΣΕΑ είναι μια διαδικασία επαγγελματικής ανάπτυξης που υπηρετεί διαφορετικό σκοπό και διαφοροποιείται από διαδικασίες εξέτασης της

αδειοδότησης για άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος και της διαχείρισης ειδικών προβλημάτων επάρκειας στην άσκηση.

- Κάθε γιατρός θα πρέπει να επιβεβαιώνει ότι ενασχολείται με τη ΣΕΑ και να ελέγχει ο ίδιος τα αποτελέσματα της εκπαίδευσής του.
- Διαφορετικές μέθοδοι εκμάθησης και τεχνολογίες πληροφορικής πρέπει να λαμβάνονται υπ' όψιν όταν αναπτύσσονται εκπαιδευτικές δράσεις, ανάλογα και κατά περίπτωση.
- Όταν προσδιορίζονται οι εκπαιδευτικές ανάγκες, θα πρέπει να γίνεται διαφοροποίηση μεταξύ βασικών και ειδικών αναγκών ΣΕΑ.
- Όταν πρόκειται να γίνει εφαρμογή της ΣΕΑ θα πρέπει να συνεκτιμούνται οι παράμετροι «ιατρός», «εκπαιδευτικό περιβάλλον», «περιβάλλον εργασίας».
- Η ενεργός εκμάθηση έχει μεγαλύτερη επίδραση στην ποιότητα της πράξης.
- Κατάλογοι ενημέρωσης για τις διαθέσιμες εκπαιδευτικές δράσεις πρέπει να είναι πάντα εύκολα διαθέσιμοι.
- Ποιος είναι υπεύθυνος ή/και επιχορηγεί τη ΣΕΑ και ποιες είναι οι δομές εκπαίδευσης αναμένονται πράγματι να διαφέρουν από χώρα σε χώρα.
- Χρόνος, χρήμα, υποστήριξη και εκπαιδευτικές ευκαιρίες πρέπει να είναι διαθέσιμα όμως πάντα για τη ΣΕΑ.
- Ένα ξεχωριστό ποσό χρηματοδότησης για ΣΕΑ πρέπει πάντα να είναι διαθέσιμο.

Οι εν λόγω προτάσεις πράγματι έχουν υιοθετηθεί από τα Συστήματα ΣΕΑ πολλών κρατών.

2.14. Τα παγκόσμια κριτήρια για τη Συνεχιζόμενη Επαγγελματική Ανάπτυξη της Παγκόσμιας Ομοσπονδίας Ιατρικής Εκπαίδευσης

Η Παγκόσμια Ομοσπονδία για την Ιατρική Εκπαίδευση, ΠΟΙΕ (World Federation of Medical Education WFME), από το 1998, έθετε τα κριτήρια και τις μεθόδους για την παγκόσμια εναρμόνιση και πιστοποίηση των σπουδών στην ιατρική, χωρίζοντας τα κριτήρια ποιότητας πάντα σε δύο επίπεδα : τα «βασικά κριτήρια ποιότητας» και τα «κριτήρια αναβάθμισης της ποιότητας».

Το 2003 εξέδωσε τα παγκόσμια κριτήρια για τη Συνεχιζόμενη Επαγγελματική Ανάπτυξη (World Federation of Medical Education, Global Standards for Quality Improvement, Continuing Professional Development of Medical Doctors, 2003). Όπως με

τα κριτήρια για τη βασική εκπαίδευση στην ιατρική, ο στόχος ήταν να τεθούν τα βασικά κριτήρια για τη ΣΕΑ, που η κάθε χώρα μετά θα μπορούσε να χρησιμοποιήσει ως βάση για να διαμορφώσει τα δικά της εγχώρια κριτήρια, βάσει των δικών της κοινωνικοοικονομικών, εκπαιδευτικών και πολιτισμικών χαρακτηριστικών και αναγκών.

Η γενική αρχή που αποσαφηνίστηκε ήταν ότι «δεν υπάρχει όφελος από την «πίεση ομογενοποίησης» των διάφορων μεθόδων και προγραμμάτων ΣΕΑ που μπορεί να υπάρχουν στις διάφορες χώρες παγκοσμίως,» αλλά συνεστήθη, ωστόσο, να υπάρξει ενιαία μία παγκόσμια έμφαση στην προσπάθεια για τη βελτίωση τους και μία διαμόρφωση στρατηγικών για την εξέλιξή τους (World Federation of Medical Education, International Standards in Medical Education, WFME Executive Council, 1998).

Η Ομοσπονδία όρισε 3 διεθνής Ομάδες Εργασίας, για τις τρεις φάσεις της εκπαίδευσης : τη βασική (προπτυχιακή) εκπαίδευση, τη μεταπτυχιακή εκπαίδευση και τη διά βίου εκπαίδευση και ανάπτυξη. Τα μέλη αυτών των Ομάδων ανέρχονται συνολικά στα 76, προέρχονται δε από όλο τον κόσμο και είχαν ειδικές γνώσεις σε θέματα ιατρικής εκπαίδευσης.

Έτσι, κατά τη διαδικασία μελέτης για την έκδοση των κριτηρίων για τη ΣΕΑ έγιναν δύο βασικές διαπιστώσεις από την Ομάδα Εργασίας:

- Όταν ορίζονται τα κριτήρια Συνεχιζόμενης Επαγγελματικής Ανάπτυξης (ΣΕΑ) δεν μπορεί να γίνει αναφορά σε συγκεκριμένες πηγές, όπως για παράδειγμα όταν πρόκειται για τα κριτήρια της βασικής ιατρικής εκπαίδευσης, όπου οι Ιατρικές Σχολές είναι υπεύθυνες και τα διαμορφώνουν.
- Η παροχή μέσων και δράσεων ΣΕΑ γίνεται από ποικίλους φορείς ανά τον κόσμο, των οποίων οι ευθυνότητες και οι αλληλεπιδράσεις ποικίλουν και η καταλληλότητά τους και οι ρόλοι τους δεν είναι καλά αποσαφηνισμένοι.

Έτσι, η ΠΟΙΕ θεώρησε καταρχήν ότι οι Ιατρικές Επαγγελματικές Εταιρείες είναι οι υπεύθυνες για το σχεδιασμό και συντονισμό της υλοποίησης της ΣΕΑ σε εθνικό επίπεδο, όπως επίσης και για τη δημιουργία των σχετικών Αρχείων καταχώρησης και πιστοποίησης των εκπαιδευτικών δράσεων.

Σύμφωνα, λοιπόν, με τη ΠΟΙΕ οι βασικές αρχές και ο ορισμός της ΣΕΑ έχουν ως εξής:

- Η ΣΕΑ αφορά στην περίοδο εκπαίδευσης και επιμόρφωσης που αρχίζει μετά τη συμπλήρωση των βασικών και μεταπτυχιακών σπουδών και επεκτείνεται καθ' όλη τη διάρκεια της επαγγελματικής ζωής του ιατρού,

- εκτείνεται πέρα της ιατρικής εκπαίδευσης αυτής καθαυτής, αποτελώντας τόσο ένα ανώτερο και απαραίτητο συστατικό της επαγγελματικής εξέλιξης του, αλλά και έμμεσα ένα απαραίτητο στοιχείο στη διασφάλιση καλής ποιότητας στη φροντίδα υγείας,
- διαφέρει ως προς τη διαδικασία από τις προηγούμενες φάσεις της ιατρικής εκπαίδευσης, την προπτυχιακή και τη μεταπτυχιακή, καθώς αυτές υπάγονται σε αυστηρούς κανονισμούς και αρχές, ενώ η ΣΕΑ περιλαμβάνει κυρίως μια αυτοκατευθυνόμενη εκπαίδευση και είναι βασισμένη στην καθημερινή πρακτική και τις ανάγκες της,
- στόχος της ΣΕΑ εκτός από την προαγωγή της επαγγελματικής ανάπτυξης είναι η διατήρηση και ανάπτυξη της επάρκειας του ιατρού - γνώσεις, δεξιότητες, στάσεις - όπως υπαγορεύεται από τις εξελισσόμενες ανάγκες των ασθενών και των συστημάτων υπηρεσιών υγείας, τις προκλήσεις της επιστημονικής εξέλιξης στην ιατρική και τις γενικά αυξανόμενες απαιτήσεις ως προς την επάρκεια στην άσκηση της ιατρικής, τόσο από τις Αρχές Αδειοδότησης ανά τον κόσμο, όσο και από την κοινωνία,
- ο παλαιότερος όρος Συνεχιζόμενη Ιατρική Εκπαίδευση πρακτικά αντικαθίσταται πλήρως από τον όρο ΣΕΑ,
- η ευθύνη για τη ΣΕΑ αφορά στον ίδιο τον ιατρό (και το επάγγελμα), καθώς οι νόμοι σπάνια διέπουν τη ΣΕΑ και όπου υπάρχουν κανονισμοί για αυτή, είναι ευέλικτοι, ακόμα και στις χώρες που απαιτείται για την επανέκδοση της άδειας άσκηση τους επαγγέλματος.

Για την ορθή άσκηση της ιατρικής θα πρέπει ο ασκούν ιατρός να λαμβάνει μία συνεχιζόμενη εκπαίδευση στη νεότερη γνώση και τα νεότερα δεδομένα για την ορθή ιατρική πρακτική και την επί ενδείξεων βασισμένη ιατρική. Ωστόσο, για την επίτευξη παροχής υγείας υψηλής ποιότητας, πάντα σύμφωνα με τη ΠΟΙΕ, το περιεχόμενο της ΣΕΑ θα πρέπει να προσανατολίζεται όχι μόνο προς τη θεωρητική γνώση, αλλά και ως προς την ενίσχυση της επάρκειας σε κλινικές δεξιότητες και γενικές δεξιότητες οργάνωσης της εργασίας και ήθους, όπως π.χ. η δόμηση ομάδας και η ηγετική συμπεριφορά, οι ικανότητες επικοινωνίας, η ικανότητα διδασκαλίας και εκπαίδευσης τρίτων, η ιατρική ηθική, αλλά και οι δεξιότητες διοικητικών και γραμματειακών ρόλων.

Η νέα γνώση στην ιατρική αλλάζει συνεχώς τις θεωρήσεις και τις μεθόδους προσέγγισης των ασθενών. Το ιατρικό επάγγελμα θα πρέπει με τη βοήθεια της ΣΕΑ να

μπορεί να συγχρονίζεται και να ενσωματώνει τη νέα γνώση και τις νέες θεωρήσεις, όπως για παράδειγμα φιλοσοφικά ζητήματα βιοηθικής, διαχείρισης του κόστους και της παρηγορητικής φροντίδας τελικού σταδίου κ.α. Είναι προφανές δηλαδή ότι η ανάγκη για διά βίου εκπαίδευση επεκτείνεται αρκετά πέραν της εκπαίδευσης στην ιατρική γνώση.

Άλλωστε, διάφορες κοινωνικοοικονομικές εξελίξεις απαιτούν από τον ιατρό την ταχεία διαρκή υιοθέτηση νέων ρόλων και δεξιοτήτων και έτσι ο ρόλος της ΣΕΑ στη διασφάλιση της ποιότητας στην παροχή φροντίδας υγείας είναι όλο και σημαντικότερος.

Σύμφωνα με τη ΠΟΙΕ, θα πρέπει να υπάρχει κίνητρο για ΣΕΑ από την πλευρά του ιατρού και θα πρέπει αυτό να καθορίζεται από τρεις παραμέτρους:

- την επαγγελματική συνείδηση να προσφέρεται η βέλτιστη δυνατή φροντίδα υγείας στον κάθε ασθενή,
- την υποχρέωση να υπακούουν στις απαιτήσεις των εργοδοτών και της κοινωνίας, όπως αυτές κατά καιρούς διαμορφώνονται,
- την ανάγκη να διατηρήσουν την ικανοποίησή τους από το επάγγελμα και να αποφύγουν την εξουθένωση.

Τέτοια δε εγγενή κίνητρα θα πρέπει να θεωρούνται προϋπόθεση για την εισαγωγή στις Ιατρικές Σχολές.

Σε κάθε περίπτωση, λοιπόν, θεωρείται ότι η δια βίου εκπαίδευση του κάθε γιατρού θα πρέπει, σύμφωνα πάντα με την ΠΟΙΕ, να ελέγχεται μέσω ενός προσωπικού αρχείου (log-book) και να ακολουθείται ένα συγκεκριμένο προσωπικό πλάνο επαγγελματικής ανάπτυξης, καθώς ο γιατρός οφείλει να έχει ένα τρόπο να μπορεί να αποδεικνύει ότι επιδιώκει να είναι επαρκής.

Για να επιτευχθούν, δε, οι στόχοι της ΣΕΑ και να είναι τελικά αποτελεσματική θα πρέπει να πληρούνται, κατά της ΠΟΙΕ, τα εξής 3 χαρακτηριστικά:

- να είναι ξεκάθαρος ο λόγος ή η ανάγκη να παρακολουθηθεί ένα συγκεκριμένο πρόγραμμα ΣΕΑ,
- η εκμάθηση να βασίζεται απολύτως και ακριβώς στην προσδιορισμένη αυτή ανάγκη ή λόγο,
- να παρακολουθείται το αποτέλεσμα, ώστε να επιβεβαιωθεί και να ενισχυθεί η εκμάθηση εκ νέου.

Ο ξεκάθαρος προσδιορισμός των αναγκών και η στοχευμένη εκπαίδευση είναι, εμφανώς, λοιπόν, το θεμέλιο συστατικό της επιτυχούς Συνεχιζόμενης Επαγγελματικής

Ανάπτυξης και ξεχωρίζει ανάμεσα στα βασικά κριτήρια που υποδεικνύει η ΠΟΙΕ. Για τον προσδιορισμό, δε, των αναγκών θεωρούνται διάφοροι τρόποι αποδεκτοί, όπως:

- Επίσημες αξιολογήσεις μέσω τεστ γνώσεων, δεξιοτήτων και συμπεριφορών, εκτιμήσεις επιτροπών, ανασκοπήσεις της αποτελεσματικότητας της πρακτικής (audits), μηχανισμοί ελέγχου σημαντικών συμβάντων κ.ο.κ.
- Κοινές, εξίσου αποτελεσματικές τακτικές που αποτελούν μέρος της καθημερινής κοινής πρακτικής, όπως διατμηματική συζήτηση επί των λαθών, ανάκλαση στην πράξη, συζήτηση παραπόνων, στοιχεία αλληλεπίδρασης και αποδοτικότητας της ομάδας κ.ο.κ.

Έτσι, η καρδιά της ΣΕΑ πρέπει να περιλαμβάνει πάντα συγκεκριμένα προσδιορισμένες ανάγκες. Βέβαια, δε θα πρέπει να βασίζεται μόνο στις ανάγκες που προκύπτουν από τα κενά και τις εκτιμώμενες ελλείψεις του παρελθόντος, αλλά να υπάρχει και ο μηχανισμός εκτίμησης αναγκών με προοπτικό χαρακτήρα, με σκοπό να προετοιμάσουν τον ιατρό να υιοθετήσει επερχόμενες εξελίξεις, τόσο τις προβλέψιμες, όσο και τις μη προβλέψιμες, στα πλαίσια μίας θεμιτής διερεύνησης νέων κατευθύνσεων εξειδίκευσης ενδιαφέροντος και θα πρέπει να υπάρχει και μια μέριμνα για δίκαιη και λογική ισοκατανομή της ΣΕΑ στο σύνολο των προσδιορισμένων αναγκών.

Ο εκπαιδευτικός στόχος και η εκμάθηση, επίσης, σύμφωνα με τη ΠΟΙΕ, θα πρέπει να είναι συνδεδεμένος με την προσδιορισμένη ανάγκη και να υπάρχει μια εκτίμηση έκβασης αν επετεύχθη. Αυτό, η ακολουθία, δηλαδή, του αποτελέσματος και η αξιολόγησή του είναι, κατά τη ΠΟΙΕ, το πιο σημαντικό στοιχείο στην οργάνωση της ΣΕΑ.

Εξάλλου, η ΠΟΙΕ θεωρεί ότι η νέα γνώση δεν εφαρμόζει πάντα άμεσα στην πράξη και ότι ο καλύτερος τρόπος για να εξελιχθούν προς αυτή την κατεύθυνση οι γιατροί είναι να αλληλεπιδρούν και να ανταλλάσσουν απόψεις με συναδέλφους. Αυτή τη μορφή «ανεπίσημης» ΣΕΑ θεωρείται εξαιρετικά σημαντική και είναι εφικτή σε κάθε επίπεδο άσκησης της ιατρικής, ακόμη και στις περιπτώσεις που δεν υπάρχουν οι δυνατότητες πρόσβασης σε οργανωμένες εκπαιδευτικές δράσεις αστικών κέντρων.

Από την άλλη πλευρά η ΠΟΙΕ αναγνωρίζει τις μεγάλες διαφορές που υπάρχουν από χώρα σε χώρα όσον αφορά στην οργάνωση της ΣΕΑ, τους υπεύθυνους φορείς, τους διοργανωτές και χορηγούς, την οικονομική υποστήριξη για τη συμμετοχή, τις τακτικές υποστήριξης της συμμετοχής κλπ. Η γενική θέση της πάντως είναι ότι ανεξαρτήτως διαφορών, τα έξοδα για τη ΣΕΑ θα πρέπει να αποτελούν μέρος των εξόδων για τον τομέα υγείας και των σχετικών προϋπολογισμών.

Θέτοντας, έτσι, παγκόσμια κριτήρια, η ΠΟΙΕ θεωρεί ότι θα μπορέσει να προσφέρει έναν συγκριτικό μέτρο και μοντέλο αναφοράς για αυτούς που είναι υπεύθυνοι διαμόρφωσης και αναδιαμόρφωσης των εθνικών σχεδίων ΣΕΑ, αλλά και για να βοηθηθεί ο εκάστοτε ιατρός στο να προσδιορίσει τους δικούς του ατομικούς στόχους.

Συνολικά, τα διεθνή κριτήρια στη δόμηση της Συνεχιζόμενης Επαγγελματικής Ανάπτυξης των ιατρών που εξέδωσε η ΠΟΙΕ είναι εννέα και είναι δομημένα στους δύο άξονες, των «βασικών» κριτηρίων και των κριτηρίων μιας «ποιοτικής αναβάθμισης»:

1. Βασικές έννοιες για το όραμα και το επιδιωκόμενο αποτέλεσμα

Είναι αξιοσημείωτο ότι επισημαίνονται οι γενικές δεξιότητες επαγγελματισμού ως απώτερος στόχος της ΣΕΑ, αλλά και άλλα πεδία που δεν άπτονται άμεσα της κάθε ειδικότητας ξεχωριστά και του συγκεκριμένου ιατρικού γνωστικού αντικειμένου μόνο, αλλά που είναι γενικότερης γνώσης στην ιατρική, όπως γνώσεις δημόσιας υγείας, οργάνωσης υπηρεσιών υγείας, αλλά και άλλες γενικές δεξιότητες, όπως επικοινωνίας και διαπροσωπικών σχέσεων κ.λπ.

2. Μεθοδολογία της εκμάθησης

Αναφέρεται η σημασία της εξατομίκευσης της μεθόδου στις ανάγκες του εκπαιδευόμενου, η σημασία του συνδυασμού θεωρητικής κατάρτισης με πρακτική εξάσκηση και η σημασία της δημιουργίας δικτύων συνεργασίας και αλληλεπίδρασης των ιατρών μεταξύ τους, για τη ανταλλαγή γνώσεων και απόψεων. Επίσης, επισημαίνεται ότι το περιεχόμενο πρέπει να μπορεί να προσδιορίζεται ελεύθερα από τον ιατρό, αλλά να είναι σχετικό με τον επαγγελματικό του ρόλο.

3. Σχεδιασμός και τεκμηρίωση

Θα πρέπει να προσδιορίζονται οι ανάγκες βάσει των αναγκών στην ιατρική καθημερινή πράξη, των αναγκών δημόσιας υγείας και των ειδικών αναγκών που αναδεικνύονται από τα συστήματα που διερευνούν την αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών υγείας. Επίσης θα πρέπει να υπάρχει βάση δεδομένων όπου περιλαμβάνονται οι εκπαιδευτικές δράσεις και οι εκπαιδευόμενοι γιατροί να διατηρούν αρχείο εκπαίδευσης που να μπορούν ανά πάσα στιγμή να διαθέσουν για αξιολόγηση συνάφειας του με τους εκπαιδευτικούς στόχους.

4. Ο ίδιος ο εκπαιδευόμενος ιατρός

Ο ιατρός θα πρέπει να στοχεύει στη βέλτιστη φροντίδα υγείας για τον ασθενή του και να διαλέγει τις εκπαιδευτικές δράσεις υψηλής ποιότητας που συγκεκριμένα τον βοηθούν να εκπληρώσει το στόχο αυτό. Οι εκπαιδευτικές μέθοδοι πρέπει να

περιλαμβάνουν και πρακτική εξάσκηση, ενώ ερωτηματολόγια και εργαλεία αξιολόγησης των «κενών» και των εκπαιδευτικών αναγκών θα πρέπει να αναπτυχθούν, οι δυνατότητες, δε, για ελεύθερη πρόσβαση στη δια βίου μάθηση θα πρέπει να δίνονται. Ο ιατρός θα πρέπει να έχει τη δυνατότητα τόσο να πει τη γνώμη του για το υπάρχον σύστημα ΣΕΑ, αλλά και να διαμορφώνει το δικό του εξατομικευμένο πλάνο μάθησης.

5. Φορείς εκπαίδευσης

Οι πάροχοι εκπαιδευτικών δράσεων θα πρέπει να αναφέρουν τη σύγκρουση συμφερόντων, να μπορούν να αποδείξουν την εφαρμογή μέτρων εξασφάλισης της ποιότητας στην εκπαίδευση, να χρησιμοποιούν τις κατάλληλες μεθόδους εκπαίδευσης και τεχνολογίας και να εφαρμόζουν μεθόδους διερεύνησης της αποτελεσματικότητας, να λαμβάνουν αξιολόγηση και να είναι επίσημα εγκεκριμένοι. Οι ιατρικές σχολές θα πρέπει ήδη από νωρίς να ενισχύουν τις ικανότητες και το κίνητρο για δια βίου μάθηση στους σπουδαστές, αλλά και να διεξάγουν έρευνα στα πεδία της ΣΕΑ.

6. Το πλαίσιο της εκπαίδευσης και οι διαθέσιμες πηγές

Το περιβάλλον στο οποίο πραγματοποιείται η ΣΕΑ θα πρέπει να είναι κατάλληλο, να υφίσταται αξιολόγηση και να διαθέτει κατάλληλα μέσα. Θα πρέπει να υπάρχει πρόσβαση στη τρέχουσα βιβλιογραφία και τα πλαίσια για την ενθάρρυνση και εξυπηρέτηση της ΣΕΑ θα πρέπει διαρκώς να αξιολογούνται. Οι γιατροί θα πρέπει να έχουν πρόσβαση, αλλά και να έχουν δεξιότητες χρήσης της σύγχρονης τεχνολογίας, για την επιμόρφωσή τους, την επικοινωνία με συναδέλφους, την έρευνα της βιβλιογραφίας, τη διαχείριση των ασθενών τους και την οργάνωση της καθημερινής πρακτικής τους. Θα πρέπει να μπορούν να συμμετέχουν σε διεθνείς εκπαιδευτικές δράσεις, αλλά και να επισκέπτονται εκπαιδευτικά κέντρα του εξωτερικού, στα πλαίσια διεθνούς συνεργασίας για τη ΣΕΑ.

7. Αξιολόγηση των μεθόδων και των προσόντων

Θα πρέπει να συμμετέχουν ειδικοί ιατρικής εκπαίδευσης και να χρησιμοποιούνται έγκυρες και αξιόπιστες μέθοδοι στη δομή και την εκτίμηση της αποτελεσματικότητας της εκπαιδευτικής διαδικασίας. Οι γιατροί θα πρέπει να αξιολογούν τα προγράμματα σε σχέση με τις ανάγκες τους και να παράσχουν σχετική ανατροφοδότηση στους παρόχους. Θα πρέπει να είναι συμφωνημένο το πλαίσιο της απαιτούμενης εκπαίδευσης και να χρησιμοποιείται η εφαρμογή του στην πράξη ως μέτρο εκτίμησης της επάρκειας του γιατρού, ανεξάρτητα

ξεχωριστών μέτρων που μπορεί να υπάρχουν για την ανανέωση της άδειας άσκησης του επαγγέλματος.

8. Οργάνωση

Πρέπει να θεσπίζονται κριτήρια έγκρισης των δράσεων ΣΕΑ και να έχουν διεθνή ισχύ. Οι Επαγγελματικές Ενώσεις και Εταιρείες θεωρείται ότι έχουν την ευθύνη της διαμόρφωσης των αντίστοιχων πολιτικών και της οργάνωσης της ΣΕΑ. Επίσης, θα πρέπει να υπάρχει περιοδική αξιολόγηση αν επιτυγχάνονται οι στόχοι και ποια είναι τα αποτελέσματα. Τα έξοδα για ΣΕΑ θα πρέπει να ανήκουν στα γενικότερα κεφάλαια επένδυσης για την υγεία και θα πρέπει να δίνεται ο χρόνος και η ελευθερία στους γιατρούς για την επιδιώκουν. Θα πρέπει να εφαρμόζονται αρχές ποιοτικής εξασφάλισης και βελτίωσης.

9. Συνεχής ανανέωση

Στο ιατρικό επάγγελμα θα πρέπει να υπάρχουν διαδικασίες για διαρκή ανασκόπηση και εκσυγχρονισμό της δομής, της λειτουργίας και της ποιότητας της ΣΕΑ και να αντιμετωπίζονται οι εντοπιζόμενες ανεπάρκειες. Η διαδικασία της ανανέωσης θα πρέπει να βασίζεται σε έρευνα. Βασικές αρχές που πρέπει να ικανοποιούνται είναι να ενσωματώνονται οι βασικές αρχές της ΣΕΑ και οι στόχοι της στη γενικότερη κοινωνικοοικονομική, επιστημονική και πολιτισμική πολιτική ανάπτυξης της κοινωνίας, να αναθεωρούνται διαρκώς οι δεξιότητες που απαιτούνται για την υιοθέτηση της νέας επιστημονικής γνώσης και για την ικανοποίηση των μεταβαλλόμενων αναγκών των ασθενών, να εκτιμάται η συνάφεια και καταλληλότητα των εφαρμοζόμενων μεθόδων και προσεγγίσεων ΣΕΑ και να υπάρχει διαρκής βελτίωση του περιεχομένου και της καταλληλότητας. Να υπάρχουν, επίσης, εργαλεία (αυτό)αξιολόγησης και πρακτικής εφαρμογής της αποκτούμενης γνώσης.

Τέλος, προτείνεται από την ΠΟΙΕ η εγγενής αξία αυτών των κριτηρίων να ελέγχονται ως προς την εγκυρότητα και αξιοπιστία τους με κατάλληλες μελέτες τεκμηρίωσης στις διάφορες περιοχές του κόσμου, ώστε αντίστοιχα να ανανεώνονται, όπως προκύπτει ότι χρειάζεται.

2.15. Η έννοια του «Παγκόσμιου Ιατρού» για τις επιδιωκόμενες δεξιότητες στο πλαίσιο της διά βίου εκπαίδευσης

Το 2010 η ΠΟΙΕ δημιούργησε μια Διεθνή Επιτροπή που είχε ως σκοπό τον εκ νέου προσδιορισμό των δεξιοτήτων του σύγχρονου παγκόσμιου ιατρού, σε μια εποχή που οι προκλήσεις για την υγεία, αλλά και οι απαιτήσεις της κοινωνίας αλλάζουν.

Τα βασικά συμπεράσματα της Επιτροπής ήταν ότι ο σύγχρονος γιατρός πρέπει να έχει τις εξής δεξιότητες (World Federation of Medical Education, The Global Role Of the Doctor in Healthcare, 2010):

- Επαγγελματισμού
- Επικοινωνίας
- Εκπαιδευτή
- Ερευνητή
- Διευθυντή
- Γνώστη των δημογραφικών αλλαγών και της μετανάστευσης
- Με αίσθημα κοινωνικής ευθύνης
- Με ικανότητες εργασίας σε ομάδα και ηγετικής συμπεριφοράς

Ανάλογες διαπιστώσεις, πάντως, είχαν ήδη γίνει από τις εργασίες του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας ήδη από το 1995, όπως συγκεντρωτικά αναφέρεται στο Κείμενο «Ο Ιατρός των 5 Αστέρων» (World Health Organization, The Five-Star Doctor, 1995), οπότε και υπογραμμιζόταν ότι η εκπαίδευση του ιατρού στις νέες συνθήκες επιβάλλει τη διαμόρφωση των εξής δεξιοτήτων:

- Παρόχου φροντίδας
- Λήπτη αποφάσεων
- Ηγέτη της κοινότητας
- Επικοινωνίας
- Διευθυντή

Αυτές οι διαπιστώσεις περί των θεματικών περιοχών αναγκαίας εκπαίδευσης των σύγχρονων ιατρών κερδίζουν όλο και περισσότερο έδαφος τελευταία και εφαρμόζονται.

2.16. Τα συστήματα Συνεχιζόμενης Ιατρικής Εκπαίδευσης και Επαγγελματικής Ανάπτυξης ανά τις χώρες

Δεδομένης της αυτονομίας που έχει δοθεί στις χώρες του κόσμου να αποφασίζουν για την τελική διαμόρφωση του εθνικού πλαισίου δια βίου εκπαίδευσης των ιατρών που εφαρμόζουν, προκύπτει τελικά ότι έχουν αρκετές διαφορές μεταξύ τους. Στις παρακάτω παραγράφους παρατίθενται τα αποτελέσματα μιας ανασκόπησης που διεξήγαγε η ΕΕΙΕ το 2003 προκειμένου να αποτυπώσει κατά το δυνατόν κάποιες από τις διαφορές αυτές (UEMS, Development and Structure of National CME/CPD, 2003).

Έτσι προέκυψε ότι:

Αυστρία: Το 2001, το μέχρι πρότινος εθελοντικό σχήμα ΣΕΑ αντικαταστάθηκε από υποχρεωτικό εθνικό σύστημα ΣΕΑ. Το σχετικό πιστοποιητικό δίνεται στους ιατρούς ανά τριετία, αφορά δε στη συμπλήρωση συγκεκριμένου αριθμού και είδους μορίων, ενώ δημιουργήθηκε στα πλαίσια του συστήματος αυτού και ένας διαδικτυακός χώρος εκπαίδευσης.

Βέλγιο: Το σύστημα ΣΕΑ είναι εθελοντικό στο Βέλγιο, περιλαμβάνει όμως πριμ αύξησης τους μισθού του ιατρού και τελικά το 80% περίπου των ιατρών συμμετέχουν σε αυτό. Στο σχήμα εκπαίδευσης περιλαμβάνονται υποχρεωτικά μαθήματα ηθικής, καθώς επίσης συμμετοχής σε ομάδες ανταλλαγής απόψεων με άλλους ιατρούς.

Δανία: Το σύστημα των Δανών παραμένει εθελοντικό, μετά και από πρόσφατη επανεξέταση το 2002. Δίνουν όμως ιδιαίτερη έμφαση στο προσδιορισμό των αναγκών και στο προσχεδιασμό ενός πλάνου εκπαίδευσης που ανταποκρίνεται στις ανάγκες. Η καταγραφή των μορίων γίνεται σε συγκεντρωτική βάση δεδομένων, όπου έχει καθολική πρόσβαση ο κάθε γιατρός και μπορεί έτσι να συγκρίνει τον εαυτό του με άλλους συναδέλφους. Επίσης, σκοπεύουν να δημιουργήσουν το θεσμό του Προσωπικού Πλάνου Εκπαίδευσης ιατρού (Personal Development Plan), δεν προτίθενται, ωστόσο, να θέσουν ζήτημα άρσης της αδειοδότησης για την άσκηση του επαγγέλματος. Στις γενικές τους μέριμνες και προτεραιότητες περιλαμβάνονται η δημόσια χρηματοδότηση για τη ΣΕΑ, η διαφανής αξιολόγηση, η ευρεία επαγγελματική ανάπτυξη του ιατρού και η χρήση της τεχνολογίας.

Φινλανδία: Είναι εθελοντικό το σύστημά τους και χρηματοδοτείται εν μέρει από δημόσια έξοδα. Δεν εμπλέκεται ζήτημα επαναδειοδότησης και πρόσφατα δημιουργήθηκε ηλεκτρονική βάση προσωπικής καταχώρησης της εκπαίδευσης. Έντονη προσπάθεια εστιάζει στη διαμόρφωση αυστηρών κριτηρίων Διασφάλισης της Ποιότητας.

Γαλλία: Σε επαναθεώρηση του 2001 αποφασίστηκε το σύστημα ΣΕΑ στη Γαλλία να είναι υποχρεωτικό.

Γερμανία: Στη Γερμανία υπάρχει ένας «διχασμός», καθώς οι Ιατρικές Εταιρείες επιθυμούν το σύστημα να είναι εθελοντικό, ενώ η κυβέρνηση και οι ασφαλιστικές εταιρείες πιέζουν να γίνει υποχρεωτικό. Η πιστοποίηση έχει ένα κύκλο τριετίας. Αναγνωρίζονται εκπαιδευτικές δράσεις που εμπίπτουν σε 7 προσδιορισμένες κατηγορίες, ωστόσο στη Γερμανία χαρακτηριστικό είναι ότι οι χώρα χωρίζεται σε ζώνες, ακόμα και ως προς την αξιολόγηση και πιστοποίηση των εκπαιδευτικών δράσεων, που τελικά δεν είναι ενιαία.

Ελλάδα: Για την Ελλάδα καταγράφεται ότι το σύστημά μας αφορά σε «μια ηθική υποχρέωση» χωρίς ζήτημα επαναδειοδότησης, αν και το επίσημο νομικό μας πλαίσιο διαφέρει. Δεν φαίνεται επίσημα καταγεγραμμένο ότι εφαρμόζουμε διασφάλισης της ποιότητας και εθνικού συντονισμού και καταγράφεται έντονα το πρόβλημα μας για τη χρηματοδότηση.

Ιρλανδία: Το 2001-2003 στην Ιρλανδία βρίσκονταν σε εξέλιξη αποφάσεις που επρόκειτο να θεσμοθετήσουν τη ΣΕΑ ως υποχρεωτική, στο όνομα του κοινού συμφέροντος, αλλά και ως επίσημο κανονισμό που θα επιτρέπει ή όχι την άσκηση της ιατρικής. Έχουν οριστεί τα είδη της ΣΕΑ και οι ώρες κατανομής της, ενώ επίσης προσδιορίζονται και ξεχωριστές κατηγορίες «ιατρών σε ρίσκο», όπως αυτοί που είναι άνω των 50 ετών ή άλλες περιπτώσεις όπου οι απαιτήσεις εξατομικεύονται. Επίσης, έχουν εισαγάγει συστήματα ελέγχου και εκτίμησης της απόδοσης. Ειδικά για τη ΣΕΑ των Γενικών Ιατρών οργανώνονται ετησίως ομάδες συνάντησης και εκπαίδευσης βάσει αναγκών ανά περιοχή, όχι όμως βάσει προσωπικών αναγκών και ο χρόνος παρακολούθησης συνήθως θεωρείται ότι είναι εκτός ωρών εργασίας. Αν και προστατεύονται και χρηματοδοτούνται 10 μέρες το χρόνο για ΣΕΑ, μόνο το 60% κάνει χρήση του δικαιώματος αυτού. Οι ειδικοί νοσοκομειακοί ιατροί παίρνουν και ένα επίδομα 1270 ευρώ το χρόνο για τη συμμετοχή τους σε ΣΕΑ, οι ιδιώτες όμως ιατροί δεν χρηματοδοτούνται. Οι Ιατρικές Εταιρείες σκοπεύουν να διαμορφώσουν διαδικτυακούς τόπους εκπαίδευσης, όπου η συμμετοχή θα είναι υποχρεωτική. Έχει γενικά διαπιστωθεί στην Ιρλανδία μεγάλη διαφορά στη συμμετοχή σε ΣΕΑ μεταξύ των ειδικοτήτων.

Ιταλία: Το 1998, βάσει Νόμου, η ΣΕΑ έγινε υποχρεωτική στην Ιταλία για όλους τους ιατρούς. Όλες οι εκπαιδευτικές δράσεις εισάγονται στο αντίστοιχο ηλεκτρονικό αρχείο του Υπουργείου Υγείας. Η κυβέρνηση έχει θεσπίσει τρεις επιτροπές για τη διερεύνηση:

- ο Των φορέων εκπαίδευσης.
- ο Της εκπαίδευσης από απόσταση.
- ο Της οικονομικής επιχορήγησης της ΣΕΑ.

Θεωρούν ότι το μεγαλύτερο πρόβλημά τους είναι τα συστήματα Διασφάλισης της Ποιότητας και το ότι η οικονομική ενίσχυση της ΣΕΑ προέρχεται αποκλειστικά από τη φαρμακευτική βιομηχανία.

Ισλανδία & Λουξεμβούργο: Τα συστήματα ΣΕΑ ελέγχονται μόνο από τις Επαγγελματικές Ενώσεις.

Ολλανδία: Η Ολλανδία εφαρμόζει ένα σύστημα αξιολόγησης της επάρκειας των ιατρών που βασίζεται στην «ποσοτική» άσκηση της ιατρικής και έχει ένα όριο κάτω του οποίου ο ιατρός διαγράφεται. Το σύστημα αυτό συμπληρώνεται από δράσεις ΣΕΑ. Η κάθε Επιστημονική Εταιρεία των ειδικοτήτων έχει τα δικά της κριτήρια.

Νορβηγία: Στη Νορβηγία, αν και υπάρχει υποχρεωτικό νομικό πλαίσιο, η συμμετοχή στη ΣΕΑ είναι εθελοντική, εκτός από του Γενικούς Ιατρούς που είναι υποχρεωτική. Το εφαρμοζόμενο μοντέλο ενισχύει και οικονομικά τη συμμετοχή στη ΣΕΑ, με συμφωνία απόδοσης του 20% των εξόδων, εφόσον συμπληρωθούν επιτυχώς οι απαιτούμενες ώρες της εκπαίδευσης, όπως προβλέπονται. Συμμετέχουν το 90% των ιατρών που ασκούν τη Γενική Ιατρική σε αυτό το μοντέλο ΣΕΑ, έχει διαπιστωθεί ωστόσο ότι δεν είναι τελικά για όλους υποχρεωτική αυτή η εκπαίδευση, αφού πολλοί γιατροί στη Νορβηγία που ασκούν τη Γενική Ιατρική δεν είναι «Γενικοί Ιατροί» και έτσι ουσιαστικά δεν τους αφορά η συγκεκριμένη υποχρέωση στη ΣΕΑ.

Πορτογαλία: Στην Πορτογαλία είναι εντελώς εθελοντική η συμμετοχή στη ΣΕΑ, χωρίς σχέδιο να γίνει υποχρεωτική, υπάρχει, ωστόσο, ένα εκπαιδευτικό κανάλι τηλεόρασης διαθέσιμο για τη δωρεάν εκπαίδευση των ιατρών.

Ισπανία: Η περιφέρεια, χωρισμένη σε 17 ζώνες, είναι υπεύθυνη για τη ΣΕΑ και όχι το Υπουργείο Υγείας. Το μεγαλύτερο μέλημα της Ισπανίας είναι να διαμορφώσει το ρόλο των φορέων εκπαίδευσης, ενώ το σύστημα της δεν είναι υποχρεωτικό.

Σουηδία: Η Σουηδία θεωρεί ότι η ΣΕΑ είναι εθελοντική και το ζήτημα «υποχρέωσης» αφορά καθαρά και μόνο στη σχέση εργαζόμενο-εργοδότη. Ωστόσο, το 90% των ιατρών στη Σουηδία εργάζεται σε δημόσιες υπηρεσίες υγείας και έτσι υπάρχει πρόβλημα στη χρηματοδότηση της ΣΕΑ, καθώς η ζήτηση είναι μεγάλη. Έχει ιδρυθεί υπεύθυνη Αρχή για τη ΣΕΑ ("Institute for Professional Development of Physicians - IPUS ") και ενθαρρύνεται η διατήρηση προσωπικού αρχείου, χωρίς όμως να δίνεται έμφαση στη συμπλήρωση μορίων, όπως στις άλλες χώρες.

Ελβετία: Είναι υποχρεωτική. Αν ο ιατρός δεν ικανοποιήσει τις απαιτήσεις για ΣΕΑ, δεν μπορεί να έχει ασφάλιση αστικής ευθύνης για την άσκηση της ιατρικής.

Ηνωμένο Βασίλειο: Στο Ηνωμένο Βασίλειο έχει δοθεί τα τελευταία χρόνια εξαιρετική προσοχή στη ΣΕΑ, η οποία δε θεωρείται εθελοντική. Όλες οι Επαγγελματικές Ενώσεις ιατρών είναι υπεύθυνες για τη συμμόρφωση των μελών τους. Η συμμόρφωση εκτιμάται σε μόρια (250 /5ετία) και μπορεί να περιλαμβάνει συνέδρια ή τοπικές και αυτοκατευθυνόμενες δράσεις. Μεγάλο βάρος έχει δοθεί και στην αξιολόγηση των δράσεων. Επιπλέον μέτρο στο Ηνωμένο Βασίλειο είναι η ίδρυση τμήματος Κλινικής Διακυβέρνησης στα Νοσοκομεία, όπου εκτιμάται ετησίως εξατομικευμένα ο κάθε γιατρός, τόσο για τη συμμετοχή του σε ΣΕΑ, αλλά και συνολικά για το προφίλ του και τις επιδόσεις του στην άσκηση της ιατρικής, αλλά και για την υπηρεσία του σε συγκεκριμένα προσδιορισμένες ανάγκες του εκάστοτε νοσοκομείου, όπως προκύπτουν από τις ανασκοπήσεις ελέγχου. Το σύστημα αυτό διαμορφώθηκε στα πλαίσια των μέτρων Διασφάλισης της Ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας στους ασθενείς και η συμμετοχή του γιατρού σε αυτό είναι βάσει συμβολαίου. Οι πρόσφατες μεταρρυθμίσεις στο σύστημα ΣΕΑ του Ηνωμένου Βασιλείου αναφέρονται ξεχωριστά στο επόμενο κεφάλαιο.

Κροατία: Υπάρχει σύστημα υποχρεωτικής ΣΕΑ ανά 6 ετία και όποιος ιατρός δεν το ικανοποιεί πρέπει να περάσει εξέταση για να μπορεί να διατηρήσει την άδεια άσκησης επαγγέλματός του. Οι μέθοδοι ΣΕΑ που αναγνωρίζονται είναι ποικίλες π.χ. συμμετοχή σε συνέδρια, μεταπτυχιακοί τίτλοι σπουδών κ.α., όμως προβλέπεται ότι δεν πρέπει πάνω από τις μισές να είναι οι ίδιες.

Τσεχία: Το 2001 ιδρύθηκε Εθνική Αρχή οργάνωσης της ΣΕΑ, η οποία είναι υποχρεωτική.

Κύπρος: Στην Κύπρο η ΣΕΑ είναι εθελοντική, έχει όμως καλά οργανωθεί το 2001 σε τριετή βάση γενικής επιτήρησης και με συνεργασία διαφόρων φορέων.

Ουγγαρία: Υπάρχει σύστημα υποχρεωτικής εκπαίδευσης για τους Γενικούς Ιατρούς στο οποίο για να συμμετάσχουν οι ιατροί πληρώνουν συνδρομή και το οποίο είναι συνδεδεμένο με τη βιομηχανία. Πρέπει να συμπληρώνονται 250/5ετία και αν δεν πληρείται αυτό, ο ιατρός υποβάλλεται σε εξετάσεις.

Ρουμανία: Η ΣΕΑ είναι υποχρεωτική, με 200 μόρια/5ετία, απαιτείται, όμως, να μην υπάρχει σύνδεση με τη βιομηχανία. Η μη συμμόρφωση συνεπάγεται διαγραφή από την Επαγγελματική Ένωση για 6 μήνες.

Σλοβενία: Η ΣΕΑ είναι υποχρεωτική από το 1992 και εν μέρει επιχορηγείται από την κυβέρνηση. Αν και απόλυτα αυστηρή η ανανέωση της άδειας ανά 7ετία, ωστόσο

απαιτείται ένας σχετικά μικρός αριθμός μορίων (75) σε σχέση με άλλες χώρες και έτσι το εφαρμοζόμενο μέτρο στη Σλοβενία θεωρείται ως μία ενδιάμεση «λύση» μεταξύ αυστηρών απαιτήσεων για την ανανέωση της άδειας, αλλά και απόλυτα εθελοντικής συμμετοχής σε ΣΕΑ. Επίσης, στη Σλοβενία εφαρμόζονται προγράμματα επιτήρησης της ποιότητας στην ιατρική πρακτική, με στόχο τη συλλογή πληροφοριών που θα ανατροφοδοτήσουν τη βελτίωση του συστήματος ΣΕΑ.

Τουρκία: Η ΣΕΑ είναι εθελοντική, ενώ βασική πηγή είναι τα ιατρικά συνέδρια, για τα οποία έχουν θεσπιστεί «Κανόνες Ηθικής», που αφορούν τόσο στους φορείς της εκπαίδευσης, όσο και στους συμμετέχοντες.

2.16.1. Νέες ανασκοπήσεις των εθνικών συστημάτων ΣΕΑ, 2009-2014

Όπως ήδη αναφέρθηκε, οι επιμέρους χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης έχουν νομοθετήσει και εφαρμόζουν σε εθνικό επίπεδο τη διά βίου ανάπτυξη των ιατρών, με αρκετές, μεταξύ τους, διαφορές.

Σε μερικές χώρες, η υπεύθυνη αρχή είναι το Εθνικό Συμβούλιο Υγείας, το οποίο ασχολείται και με την εκπαίδευση στη διάρκεια της ειδικότητας, σε άλλες όμως χώρες, την ευθύνη έχουν τα Πανεπιστήμια ή οι Ιατρικοί Σύλλογοι, οι Επιστημονικές Εταιρείες ή οι Επαγγελματικές Ενώσεις.

Σε κάποιες χώρες, άλλωστε, η ΣΙΕ/ΣΕΑ απαιτείται υποχρεωτικά διά βίου από τους εργοδότες, τους Επιστημονικούς Συλλόγους ή/και τις Ασφαλιστικές Εταιρείες, ενώ σε άλλες ακολουθείται λιγότερο, ίσως, «αυστηρή» και πιο εθελοντική συμπεριφορά.

Η ΕΕΙΕ, πάντως, θεωρεί ότι το κάθε κράτος μπορεί να ακολουθεί τη δική του πολιτική στην υποχρέωση για ΣΕΑ. Άλλωστε, δεν υπάρχει νομοθετική ρύθμιση σε επίπεδο ευρωπαϊκής νομοθεσίας που να απαιτεί η Συνεχιζόμενη Ιατρική Εκπαίδευση και Επαγγελματική Ανάπτυξη να είναι υποχρεωτική ή περί του ακριβούς τρόπου εφαρμογής της σε κάθε σύστημα.

Έτσι, όπως φάνηκε πιο πάνω, οι διαφορές το 2003 καταγράφονταν ποικίλες, π.χ.:

- Στην Ιταλία, ζητείται από τους ιατρούς να συγκεντρώνουν 150 μόρια ανά πενταετία, ενώ στη Μεγάλη Βρετανία 250.
- Στο Βέλγιο, ο ιατρός που έχει συγκεντρώσει τα απαιτούμενα από το νόμο μόρια δικαιούται να λάβει αύξηση του μισθού του ή να αυξήσει την αμοιβή του για κάθε ιατρική πράξη, ενώ στην Ιρλανδία, οι ιατροί του Εθνικού Συστήματος Υγείας παίρνουν 10 επιπλέον ημέρες άδειας με σκοπό να

μετέχουν σε διαδικασίες συνεχιζόμενης εκπαίδευσης και λαμβάνουν ετησίως το ποσό των 1.270 ευρώ για να καλύψουν τα έξοδά τους.

- Στην Ολλανδία και την Ελβετία, ο ιατρός που δεν αποδεικνύει την επάρκεια της συνεχόμενης εκπαίδευσης δεν μπορεί να ανανεώσει το συμβόλαιό του με ασφαλιστικές εταιρείες, ή ακόμα, χάνει και την άδεια άσκησης επαγγέλματος.

Μετά την ανασκόπηση του 2003, το Γενικό Ιατρικό Συμβούλιο του Ηνωμένου Βασιλείου, επίσης, περιοδικά επιμελήθηκε καταγραφές των διαφορών στα Συστήματα ΣΕΑ διακρατικά, με μία ενδελεχή ανάλυση δέκα διαφορετικών χωρών το 2009 (RAND Report, International Comparison of Ten Medical Regulatory Systems, 2009) και κατόπιν μία πιο επεκταμένη, το 2011 (General Medical Council, Continuous Professional Development, The International Perspective, 2011).

Η πιο πρόσφατη έρευνα του Γενικού Ιατρικού Συμβουλίου του Ηνωμένου Βασιλείου πραγματοποιήθηκε γιατί πράγματι μέχρι τότε η ανασκόπηση των συστημάτων ΣΕΑ ήταν αποσπασματική και συνήθως αφορούσε σε μικρή ομάδα χωρών, ενώ ταυτόχρονα είχε γίνει αντιληπτό ότι τα τελευταία χρόνια γίνονταν αλλαγές στα εθνικά συστήματα ΣΕΑ και το ένα κράτος μετά το άλλο υιοθετούσε υποχρεωτικό ή/και αυστηρότερο χαρακτήρα στο θεσμό, αντικαθιστώντας τα πρότερα εθελοντικά συστήματα. Επίσης, υπήρχαν διαφορές στις ταχύτητες ανάπτυξης των σχετικών εγχώριων οδηγιών για τη ΣΕΑ και διαμορφώθηκε έτσι οι ανάγκη ενιαίας καταγραφής αυτών των τάσεων.

Βασικά ευρήματα της ανασκόπησης του 2011 παρουσιάζονται στον κάτωθι Πίνακα 2.2 :

Στήλη1	Στήλη2	Στήλη3	Στήλη4	Στήλη5
Πίνακας 5				
Χώρα	Υποχρέωση σε ΣΕΑ	Μόρια/έτος	Πάροχος εκπαίδευσης	Πιστοποίηση εκπαίδευσης
ΕΥΡΩΠΗ				
Αυστρία	Εθελοντική		50 Κανονιστική Αρχή	Κανονιστική Αρχή
Βέλγιο	Εθελοντική	20+2 προσ. διαβ.	Πιστοποιημένοι πάροχοι	Κανονιστική Αρχή
Γαλλία	Καμία	-	-	-
Γερμανία	Υποχρεωτική		202 Πιστοποιημένοι πάροχοι	Κανονιστική Αρχή (τοπικοί)
Ελλάδα	Υποχρεωτική		50 Πιστοποιημένοι πάροχοι/Ιατρικές Εταιρείες	Ιατρικός Σύλλογος
Ουγγαρία	Υποχρεωτική		50 Πιστοποιημένοι πάροχοι	Ιατρικές Ενώσεις
Ιταλία	Υποχρεωτική		50 Πιστοποιημένοι πάροχοι	Κανονιστική Αρχή (τοπικοί)
Ολλανδία	Υποχρεωτική	40 με προσ. διαβ.	Επαγγελματικές Ενώσεις + Πάροχοι	Επαγγελματικές Ενώσεις
Νορβηγία	Υποχρεωτική		40 Πανεπιστήμια + Ενώσεις	Ιατρικός Σύλλογος
Πολωνία	Υποχρεωτική		40 Κανονιστική Αρχή (τοπικοί)	Κανονιστική Αρχή (τοπικοί)
Σλοβακία	Υποχρεωτική		50 Πιστοποιημένοι πάροχοι + Συμβούλιο	Κανονιστική Αρχή
Σλοβενία	Υποχρεωτική		15 Πιστοποιημένοι πάροχοι	Κανονιστική Αρχή
Ισπανία	Εθελοντική	-	-	-
Σουηδία	Εθελοντική	~50(10 μέρες)	Πιστοποιημένοι πάροχοι	Επαγγελματικές Ενώσεις
ΑΥΣΤΡΑΛΙΑ				
Αυστραλία	Υποχρεωτική		40 Ενώσεις Ειδικοτήτων	Ενώσεις ή Κανονιστική Αρχή
Νέα Ζηλανδία	Υποχρεωτική		50 Κανονιστική Αρχή ή Ενώσεις Ειδικοτήτων	Ενώσεις Ειδικοτήτων
ΒΟΡΕΙΑ ΑΜΕΡΙΚΗ				
Καναδάς	Υποχρεωτική		80 Κολλέγια Ειδικοτήτων	Κολλέγια Ειδικοτήτων
Τζαμάικα	Υποχρεωτική		10 Πιστοποιημένοι πάροχοι	Κανονιστική Αρχή
ΗΠΑ	Υποχρεωτική		Δεκ-50 Πιστοποιημένοι πάροχοι/Ενώσεις Ειδικοτήτων	Ιατρικές Ενώσεις/ ειδική επιτροπή
ΑΦΡΙΚΗ				
Κένυα	Υποχρεωτική		5 Πιστοποιημένοι πάροχοι	-
Νότια Αφρική	Υποχρεωτική		30 Πανεπιστήμια, Ενώσεις Ειδικοτήτων	Κανονιστική Αρχή
ΑΣΙΑ				
Ιαπωνία	Εθελοντική		- Ιατρικές Εταιρείες	Ιατρικός Σύλλογος
Μαλαισία	Εθελοντική	-	-	-
Πακιστάν	Εθελοντική	-	-	-
Σιγκαπούρη	Υποχρεωτική		25 Πιστοποιημένοι πάροχοι	Κανονιστική Αρχή

Όπως είναι εμφανές, το 2011 υπήρχαν ακόμα διαφορές στον αριθμό των απαιτούμενων μορίων, στην υποχρέωση, στην πιστοποίηση, στους φορείς, αλλά και στις κυρώσεις σε μη συμμόρφωση. Επίσης, διαφορές υπήρχαν στο περιεχόμενο της εκπαίδευσης καθώς, όχι μόνο η μοριοδότηση διέφερε (για παράδειγμα διαφορετικά μόρια αντιστοιχούσαν για μία επιστημονική δημοσίευση σε κάθε χώρα), αλλά υπήρχαν και ειδικές απαιτήσεις, (για παράδειγμα στην Νότια Αφρική ένα ποσοστιαίο μέρος της εκπαίδευσης έπρεπε να αφορά ειδικά στην ηθική, τα ανθρώπινα δικαιώματα και την νομική (General Medical Council, Continuous Professional Development, The International Perspective, 2011)).

Στην ανασκόπηση αυτή η Ελλάδα, επίσης, φαίνεται να έχει μεν νομικό πλαίσιο ανάκλησης άδειας άσκησης του επαγγέλματος σε περίπτωση μη συμμόρφωσης με τις εθνικές απαιτήσεις, επειδή, όμως, δε θεωρήθηκε ότι υπάρχει επίσημο εθνικό πλαίσιο καταγραφής της ΣΕΑ κάθε έλληνα ιατρού, γι αυτό και τελικά δε θεωρήθηκε ότι είναι μία χώρα όπου η μη συμμόρφωση με ΣΕΑ έχει κυρώσεις.

Επίσης, η ανάκληση της άδειας, ως κύρωση, είχε διακυμάνσεις ως προς την αυστηρότητα, καθώς ενώ στη Σιγκαπούρη και την Κροατία εμφανίζεται εξαιρετικά αυστηρή, στην Ολλανδία, τον Καναδά και τη Νότια Αφρική προβλέπεται χρονική παράταση και ειδική βοήθεια στους «παραβάτες» ως «δεύτερη ευκαιρία».

Τέλος, η έννοια της «υποχρέωσης» ποικίλει από χώρα σε χώρα, αφού σε κάποιες χώρες καταγράφεται ως μη υποχρεωτικό το εθνικό σύστημα της ΣΕΑ, υπάρχουν ωστόσο εξαιρετικά οικονομικά κίνητρα, άμεσα ή έμμεσα, που τελικά αυξάνουν ιδιαίτερα τη συμμετοχή – για παράδειγμα στο Βέλγιο 8 στους 10 ιατρούς φάνηκε να συμμετέχει στο εθνικό Σύστημα ΣΕΑ αφού μπορούσε έτσι να έχει κέρδος μέχρι και 15.000 ευρώ σε κάθε τριετία.

Πάντως φάνηκε ότι σε όλες τις χώρες το σύστημα ελέγχου της συμμόρφωσης ποίκιλε σε έκταση και ουσιαστικά βασιζόταν στη δήλωση του ιατρού και όχι σε κάποιο μηχανισμό αυστηρού ελέγχου της πραγματικής συμμετοχής του σε κατάλληλα και σχετικά προγράμματα ΣΕΑ.

Άλλες διαφορές ανά τις χώρες φάνηκαν να αφορούν στην αποκέντρωση της ευθύνης για την οργάνωση του εθνικού συστήματος ΣΕΑ και την άλλοτε ύπαρξη κεντρικής αρχής συντονισμού, άλλοτε όχι, στον έλεγχο, ειδικά, των ιδιωτών ιατρών, στις διαφορές που διαπιστώνονται μεταξύ των καταγεγραμμένων αριθμών ασκούμενων ιατρών και των αδειοδοτημένων, λόγω δαιμονοειδών συστημάτων αδειοδότησης για άσκηση του

επαγγέλματος, που σε κάποιες χώρες είναι διά βίου, ενώ σε άλλες ανανεώνεται και ελέγχεται κ.ο.κ.

Συνολικά πάντως, οι ανασκοπήσεις του Γενικού Ιατρικού Συμβουλίου του Ηνωμένου Βασιλείου κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι τα συστήματα ΣΕΑ των χωρών μπορούν να χωριστούν σε τρεις κατηγορίες, αυτά που είναι «ασθενοκεντρικά», αυτά που είναι βασισμένα στην επιστημονική γνώση και αυτά που εστιάζουν στην υποστήριξη και τα επαγγελματικά ενδιαφέροντα των ιατρών, καθώς, επίσης, ότι το Αγγλικό σύστημα διαφέρει σαφώς σε σχέση με άλλα, τόσο ως προς την έμφαση που δίνει στα «μαλακά» προσόντα (soft skills), όπως για παράδειγμα η επικοινωνία με τους ασθενείς, όσο και στις μεθόδους «επαναπιστοποίησης» (revalidation) που εκείνη την εποχή ανέπτυξε. Προβληματισμό προκαλούσε αν οι προκλήσεις που δέχεται η κάθε χώρα ως προς τη διαμόρφωση και την εφαρμογή κανονισμών στο ιατρικό επάγγελμα πράγματι διαφέρουν και έρευνα για την αποσαφήνιση των δυνάμεων επίδρασης προτάθηκε.

Από την άλλη πλευρά, η Ευρωπαϊκή Εταιρεία Ιατρικών Ειδικοτήτων, στα πλαίσια μίας προσπάθειας εναρμόνισης των ευρωπαϊκών συστημάτων διά βίου εκπαίδευσης και πιστοποίησης της επάρκειας των ιατρών, πραγματοποίησε το 2013 παρόμοια ανασκόπηση σε διάφορες χώρες, διερευνώντας, επίσης, την παροχή εκπαίδευσης στους ιατρούς σε μη-κλινικές δεξιότητες, όπως είναι τα οικονομικά, η επικοινωνία και η νομική, με απώτερο στόχο να εισηγηθεί ένα ενιαίο νομοθετικό πλαίσιο στην Ευρωπαϊκή Επιτροπή.

Η μεγαλύτερη και διεξοδικότερη, τελικά, μελέτη αποτύπωσης των συστημάτων ΣΕΑ των επαγγελματιών υγείας στην Ευρώπη πραγματοποιήθηκε με εντολή της Ευρωπαϊκής Επιτροπής το 2013, η οποία μάλιστα για πρώτη φορά περιελάμβανε και άλλα επαγγέλματα υγείας, πλην των ιατρών (Executive Agency for Health and Consumers, Study concerning the review and mapping of continuous professional development and lifelong learning for health professionals in the EU, 2013). Ξεκίνησε επίσημα τον Οκτώβριο του 2013 και ολοκληρώθηκε σε ένα περίπου έτος, το 2014, ενώ συμμετείχαν 31 χώρες και κατεγράφησαν οι σχετικές πληροφορίες για το θεσμικό πλαίσιο ΣΕΑ των ιατρών, των φαρμακοποιών, των νοσηλευτριών, των μαιών και των οδοντιάτρων.

Σκοπός της αποτύπωσης ήταν να καταγραφούν λεπτομερώς και με συγκριτικό τρόπο τα διαφορετικά συστήματα ΣΕΑ ανά την Ευρώπη, οι πρακτικές και οι προσεγγίσεις, καθώς επίσης η χρηματοδότηση τους, αλλά και να διευκολυνθεί ο διάλογος και η ανταλλαγή απόψεων προς όφελος των ευρωπαϊκών ασθενών.

Σε αυτό το «χάρτη» της Ευρώπης διαπιστώνονται εκτενώς οι διαφορές, αλλά και γίνεται για άλλη μια φορά σαφές ότι και οι ορισμοί δεν καλύπτουν πλήρως τις υφιστάμενες πρακτικές, καθώς για παράδειγμα προέκυψε ότι η έννοια «υποχρεωτική» ΣΕΑ μπορεί να σημαίνει μια γενική υποχρέωση, μπορεί όμως και να σημαίνει αφαίρεση της άδειας άσκησης του επαγγέλματος. Αντίστοιχα, η έννοια «εθελοντική» ΣΕΑ σε ένα κράτος μπορεί να συνοδεύεται από συγκεκριμένες «απαιτήσεις» των Επαγγελματικών Ενώσεων, καθιστώντας έτσι τα τελικά ποσοστά συμμετοχής σε ΣΕΑ υψηλά.

Τέλος, η διάθεση χρόνου και χρηματοδότησης θεωρήθηκαν στην πλειοψηφία των κρατών ως τα κύρια εμπόδια για την υλοποίηση της ΣΕΑ.

Στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής, πάντως, υπάρχουν επίσης νέες μέθοδοι πιστοποίησης της επάρκειας που εφαρμόζονται πιλοτικά στην παρούσα φάση. Πρόκειται για το Εκπαιδευτικό Πρόγραμμα «MOC» (American Board of Internal Medicine, Maintenance of Certification (MOC) Guide, U.S.A., last updated 2015), όπου αρχικά η συμμετοχή σε αυτό επρόκειτο να καθορίζει κατά αποκλειστικότητα την ανανέωση της άδειας άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος, ωστόσο μετά από αντίδραση των ιατρών τελικά δε θα είναι κατά αποκλειστικότητα απαραίτητο για την αναγνώριση της επάρκειας, ενώ θα εμπίπτει στο ευρύτερο πρόγραμμα «MOL» (Maintenance of Licensure) που έχει ξεκινήσει να διαμορφώνεται από το 2002 και εξελίσσεται μέχρι σήμερα (Federation of State Medical Boards, The MOL timeline, 2002).

Το Αμερικάνικο Κολλέγιο Ιατρών ωστόσο (American College of Physicians, ACP) ενθαρρύνει τη συμμετοχή των ιατρών στο Πρόγραμμα MOC, ωστόσο οι αποφάσεις για την αδειοδότηση του ιατρού και την αξιοπιστία του βασίζονται συνολικά στις αποδόσεις του και σε ένα ευρύτερο σύνολο κριτηρίων για την αξιολόγηση «της επάρκειας, του επαγγελματισμού, της δέσμευσης για συμμετοχή σε ΣΕΑ και της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας στους ασθενείς», ενώ υπάρχουν, επίσης, περιοδικά τεστ (αυτο)αξιολόγησης.

2.17. Η στρατηγική συντονισμού της Ευρωπαϊκής Εταιρείας Ιατρικών Ειδικοτήτων

Το 2008 αναπτύχθηκε στρατηγική για το συντονισμό της ΣΕΑ στην ΕΕ, που περιελάμβανε τις κάτωθι αρχές (UEMS, Strategy 2008):

- ✓ Να βελτιωθεί και να σταθεροποιηθεί ο ρόλος της ΕΕΙΕ ως η κεντρική ευρωπαϊκή Οργάνωση που θέτει τις αρχές για τη ΣΙΕ/ΣΕΑ στην Ευρώπη. Πιο συγκεκριμένα, να επεκταθεί ο ρόλος του Ευρωπαϊκού Συμβουλίου Πιστοποίησης για τη

Συνεχιζόμενη Ιατρική Εκπαίδευση (ΕΣΠΣΙΕ), ώστε να μπορεί να ανταποκριθεί σε νέες απαιτήσεις, όπως νέες μορφές τεχνολογίας που εφαρμόζονται στην εκπαίδευση και να είναι ο κεντρικός μηχανισμός πιστοποίησης και μοριοδότησης όλων των ειδών εκπαιδευτικών δραστηριοτήτων ΣΙΕ/ΣΕΑ στην ΕΕ.

- ✓ Να καθοριστούν τα βασικά κριτήρια μοριοδότησης και οι κανόνες για την ανεξαρτησία της ΣΙΕ/ΣΕΑ από επιρροή από φαρμακευτικές ή άλλες ιδιωτικές εταιρείες.
- ✓ Να αναπτυχθεί κεντρικός μηχανισμός καταγραφής όλων των μεγάλων δράσεων ΣΙΕ/ΣΕΑ στην Ευρώπη.
- ✓ Να αναπτυχθούν νέοι τρόποι συνεργασίας με χώρες εκτός της Ευρώπης.
- ✓ Να αναπτυχθούν επίσημες οδηγίες για τη Διασφάλιση της Ποιότητας, τη βελτίωση της δηλαδή και τον έλεγχο της στις δράσεις της ΣΙΕ/ΣΕΑ και να διανεμηθούν οι οδηγίες αυτές στα κράτη-μέλη για χρήση και εφαρμογή.
- ✓ Να αναλυθεί η κατάσταση και τα χαρακτηριστικά της ΣΙΕ/ΣΕΑ σε καθένα από τα κράτη-μέλη και να δημοσιεύεται μια σχετική ετήσια ανασκόπηση.

Βασική αρχή που εφαρμόζεται είναι ότι κάθε χώρα μπορεί να σχεδιάζει ένα πρόγραμμα ΣΕΑ που ανταποκρίνεται στις ανάγκες του εθνικού συστήματος υγείας της. Ωστόσο, η ευρεία μετακίνηση των επαγγελματιών ιατρών στον κόσμο δημιουργεί τελικά πιέσεις για μια ενιαία και εναρμονισμένη πιστοποίηση των προσόντων και της δια βίου κατάρτισης. Έτσι, αναμένεται όχι μόνο η μοριοδότηση να γίνεται κεντρικά και ενιαία, αλλά και τα εθνικά συστήματα ΣΕΑ αυτά καθαυτά να εναρμονιστούν ως προς τα βασικά κριτήρια οργάνωσης τους, όσο το δυνατόν περισσότερο μεταξύ των διαφορετικών χωρών, βάσει των διαφόρων επίσημων οδηγιών που έχουν μέχρι σήμερα εκδοθεί και των παραδειγμάτων «καλύτερης πρακτικής» που ήδη υπάρχουν σε κάποια κράτη και σιγά-σιγά να συγκλίνουν.

Στη Ελλάδα πάντως, η Συνεχιζόμενη Ιατρική Εκπαίδευση και Επαγγελματική Ανάπτυξη βρίσκονται τελικά σε καθαρά εθελοντική βάση, αφού δεν εφαρμόζει πρακτικά κάποιος μηχανισμός ελέγχου της συμμόρφωσης και η οικονομική στήριξη και η επιχορήγηση της συμμετοχής σε διά βίου εκπαίδευση δεν αποτελούν εθνικό μέτρο πρόβλεψης εξόδων για την υγεία, αλλά προέρχονται από την επιχορήγηση της φαρμακευτικής βιομηχανίας και την ιδιωτική πρωτοβουλία κυρίως, η κρατική δε πρωτοβουλία και θεσμική στρατηγική στη στοχευμένη, ποιοτική και αποτελεσματική δια βίου εκπαίδευση των ιατρών, βασισμένη στις ανάγκες, είναι πρακτικά ανύπαρκτη, αφού ούτε καν οι ρόλοι των εθνικά υπευθύνων για αυτό είναι ακόμα ξεκάθαροι, κύριο δε μέσο

συλλογής μορίων εκπαίδευσης πρακτικά επίσημα θεωρείται σήμερα μόνο η συμμετοχή σε συνέδρια.

Παρόλα ταύτα, το νομικό πλαίσιο καταγράφει τη ΣΕΑ στην Ελλάδα ως υποχρεωτική, αν και στις επιμέρους ευρωπαϊκές ανασκοπήσεις κάθε φορά τελικά υπήρχε και μια διαφορετική θεώρηση για το πραγματικό και ισχύον καθεστώς στη χώρα μας.

Επιπλέον, πέραν της ουσιαστικής απόκλισης της θεωρίας από την πράξη, έχουν επίσης εύλογα ερωτήματα κατά καιρούς εγερθεί κατά πόσο τα μόρια ΣΕΑ έχουν πραγματική ισχύ στη χώρα μας, αν αναγνωρίζονται, για παράδειγμα, στους δημόσιους διαγωνισμούς πρόσληψης ανθρώπινου δυναμικού για την υγεία ή για την αλλαγή βαθμίδας επαγγελματικού τίτλου ή για την ευρύτερη αξιολόγηση των επαγγελματιών υγείας και γενικά δε φαίνεται να είναι σαφές το νομικό και το θεσμικό πλαίσιο συλλογής μορίων, ούτε το υπεύθυνο Υπουργείο ή η υπεύθυνη Αρχή εποπτείας για την έγκαιρη και τακτική συλλογή τους (Ehealth.gr, Μόρια Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης. Αναζήτηση θεσμικού πλαισίου & ισχύος, 2011).

2.18. Η εθνική πρόταση νομοθετικής μεταρρύθμισης του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας το 2011

Μόλις πρόσφατα το 2011 προτάθηκε αναθεώρηση στο νομικό πλαίσιο περί της ΣΕΑ στη χώρα μας, οπότε και διαμορφώθηκε από το Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας σχέδιο νόμου για την «Ίδρυση Επιστημονικών Εταιριών των Ιατρικών Ειδικοτήτων και Ινστιτούτου εκπαίδευσης και Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης Επιστημών Υγείας του ΚΕΣΥ» (Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας, Τελική πρόταση για το Σχέδιο Νόμου της ιατρικής εκπαίδευσης, Υπουργείο Υγείας, 2011).

Το κείμενο αυτό αποτελεί τελική εισήγηση της Επιτροπής Εκπαίδευσης και Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης του ΚΕΣΥ προς τον Υπουργό Υγείας, όπως διαμορφώθηκε ως την 24η Μαρτίου 2011 και υιοθετήθηκε από την ολομέλεια του ΚΕΣΥ της 28ης Μαρτίου 2011.

Σύμφωνα με αυτό, προτάθηκε η ίδρυση Επιστημονικών Εταιρειών των Ιατρικών Ειδικοτήτων (ΕπΕΙΕ) με νομική μορφή που να μπορεί να ορίζει την υποχρεωτικότητα εγγραφής των ιατρών που είναι κάτοχοι του τίτλου της αντίστοιχης ειδικότητας και τη δυνατότητα να αποδέχονται δωρεές και χορηγίες.

Σκοπός των ΕπΕΙΕ αναφέρεται ως: «.. η δημιουργία των προϋποθέσεων για την καλύτερη δυνατή ποιότητα των ιατρικών υπηρεσιών προς τους πολίτες μέσω της

συμμετοχής τους στην οργάνωση, την παροχή και την αξιολόγηση της εκπαίδευσης για την απόκτηση ιατρικής ειδικότητας, τη συνεχιζόμενη ιατρική εκπαίδευση και την επαγγελματική ανάπτυξη, ώστε να επιτυγχάνεται η διαρκής βελτίωση των γνώσεων και των δεξιοτήτων του ιατρικού δυναμικού».

Έτσι, οι ΕπΕΙΕ προτάθηκε να έχουν ως αρμοδιότητες:

- Τη χορήγηση του τίτλου της ιατρικής ειδικότητας.
- Τη δημιουργία Κατευθυντήριων Οδηγιών και Πρωτοκόλλων για κάθε ιατρική πράξη της ειδικότητάς τους.
- Την επιμέλεια επιστημονικών εκδόσεων.
- Την κατάρτιση και την παρακολούθηση του Υγειονομικού Χάρτη σε ότι τις αφορά, περιλαμβανομένων των εισηγήσεων για το συνολικό αριθμό των ειδικευομένων ιατρών και των θέσεων κάθε ειδίκευσης σε κάθε περιφέρεια.
- Την πρόταση για τη συγκρότηση, την αξιολόγηση και την ενδεχόμενη απένταξη εκπαιδευτικών κέντρων και μονάδων.
- Την εισήγηση για το αναλυτικό πρόγραμμα εκπαίδευσης των ειδικευομένων ιατρών, που εκδίδεται με Υπουργική Απόφαση.

Στο εν λόγω προσχέδιο νόμου αναφέρεται επίσης ότι: .. «οι ΕπΕΙΕ διοικούνται από εννιαμελή Διοικητικά Συμβούλια με τριετή θητεία, στα οποία εξασφαλίζεται η ελάχιστη συμμετοχή Πανεπιστημιακών ιατρών, ιατρών του ΕΣΥ και ελευθέρων επαγγελματιών ιατρών εκτός Γενικής Ιατρικής. Στο προεδρείο (Πρόεδρος, Αντιπρόεδρος, Γενικός Γραμματέας) κατανέμονται οι αρμοδιότητες της εκπαίδευσης ειδικευομένων, της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης, της διεθνούς εκπροσώπησης και των εκδόσεων».

Επίσης σε αυτό το προσχέδιο νόμου προσδιορίστηκε η ίδρυση Συνόδου Ιατρικών Ειδικοτήτων, που θα συντίθεται από του Προέδρους των ΕπΕΙΕ και θα έχει ως αντικείμενα-αρμοδιότητες:

- την έκφραση γνώμης για τη σύσταση νέων ιατρικών ειδικοτήτων και εξειδικεύσεων,
- τα διαιτηρικά επιστημονικά και εκπαιδευτικά θέματα,
- την ιατρική ηθική και δεοντολογία και τον έλεγχο των ιατρικών λαθών,
- τη συνολική κατάρτιση και την παρακολούθηση του Υγειονομικού Χάρτη, όσον αφορά το ιατρικό ανθρώπινο δυναμικό,
- θα λειτουργεί ως δευτεροβάθμιο όργανο ενστάσεων για τη συγκρότηση-αξιολόγηση-απένταξη εκπαιδευτικών κέντρων και μονάδων,

- θα εισηγείται θεματοδότες, εξεταστές και επιτηρητές των εξετάσεων εισαγωγής για εκπαίδευση σε ιατρική ειδικότητα,
- θα εκλέγει 3μελές προεδρείο (Πρόεδρο, Αντιπρόεδρο και Γενικό Γραμματέα) που θα την εκπροσωπεί στο Ινστιτούτο Εκπαίδευσης και Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης Υγειονομικών Επιστημών.

Έτσι, σύμφωνα με το προτεινόμενο προσχέδιο νόμου, οι κάτοχοι πτυχίου Ιατρικών Σχολών της χώρας ή ισότιμων πτυχίων της αλλοδαπής επίσημα αναγνωρισμένων από το ελληνικό κράτος θα δύνανται να εκπαιδευτούν σε μία από τις ακόλουθες ειδικότητες στην Ελλάδα, με πρόσφατα εκ νέου προσδιορισμένο περιεχόμενο και διάρκεια στις σπουδές, όπως φαίνεται στον κάτωθι Πίνακα (Πίνακας 2.3, Λίστα ιατρικών ειδικοτήτων ΚΕΣΥ) :

Πίνακας 2.3 : Λίστα ιατρικών ειδικοτήτων ΚΕΣΥ

Αγγειοχειρουργική	Στοματική και Γναθοπροσωπική Χειρουργική
Αιματολογία	Δερματολογία – Αφροδισιολογία
Ακτινοθεραπευτική Ογκολογία	Ενδοκρινολογία – Διαβήτης - Μεταβολισμός
Ακτινολογία	Εσωτερική Παθολογία
Αλλεργιολογία Κλινική Ανοσολογία	Ιατρική της Εργασίας
Αναισθησιολογία	Ιατροδικαστική
Βιοπαθολογία	Καρδιολογία
Γαστρεντερολογία	Κοινωνική Ιατρική-Δημόσια Υγεία
Γενετική	Κυτταρολογία

Γενική Ιατρική	Στοματική και Γναθοπροσωπική Χειρουργική
Μαιευτική-Γυναικολογία	Ωτορινολαρυγγολογία
Νευρολογία	Ογκολογική Παθολογία
Νευροχειρουργική	Ορθοπαιδική Χειρουργική και Τραυματολογία
Νεφρολογία	Ουρολογία
Μαιευτική-Γυναικολογία	Οφθαλμολογία
Πλαστική Χειρουργική	Παθολογική Ανατομική
Πνευμονολογία - Φυματιολογία	Παιδιατρική
Πυρηνική Ιατρική	Παιδοψυχιατρική
Ρευματολογία	Ογκολογική Παθολογία
Φυσική Ιατρική και Αποκατάσταση	Ορθοπαιδική Χειρουργική και Τραυματολογία
Χειρουργική	Χειρουργική Παίδων
Χειρουργική Θώρακα	Ψυχιατρική

Έτσι, για πρώτη φορά μετά από το Προεδρικό Διάταγμα 415 του 1994 για τις ιατρικές ειδικότητες που αναφέρθηκε πιο πάνω, δεκαεπτά, δηλαδή, χρόνια μετά, αναθεωρήθηκε το περιεχόμενο εκπαίδευσης των ειδικευόμενων ιατρών (γνωστικό αντικείμενο και διάρκεια σπουδών) και προτάθηκε η διαμόρφωση ενός εθνικού θεσμικού πλαισίου που θα μεριμνά για την ποιότητα και τα μέσα εκπαίδευσης των ειδικευομένων, αλλά και των ειδικών ιατρών, στο πλαίσιο βασικής και διά βίου ιατρικής μετεκπαίδευσης στην Ελλάδα.

Ωστόσο, κάποια σύνδεση συνεργασίας και συντονισμού με το ευρωπαϊκό θεσμικό όργανο της ΕΕΙΕ δεν ρητά προβλέπεται ή αναφέρεται, ούτε με άλλη ευρωπαϊκή νομοθεσία, ώστε να γίνει σαφής ο μηχανισμός συλλογής της αντίστοιχα ενδεικνυόμενης πληροφορίας που προηγήθηκε και οδήγησε τη γνωμοδοτούσα Επιτροπή του ΚΕΣΥ στις αυτές προτάσεις, τόσο περί του προγράμματος εκπαίδευσης των ειδικευομένων ιατρών - π.χ. μηχανισμός μελέτης και σύγκρισης ομοιοτήτων και αποκλίσεων από ευρωπαϊκές άλλες χώρες, εναρμόνιση βάσει της Οδηγίας 2005/36, αιτιολόγηση ειδικής προσαρμογής σε εγχώριες ανάγκες, σύμφωνη νομοθεσία της Ευρωπαϊκής Ένωσης και σχετικές διατάξεις, πιθανές αποκλίσεις, βιβλιογραφικές αναφορές, αιτιολόγηση ίδρυσης ή μη ίδρυσης νέων ειδικοτήτων, ειδικό καθεστώς για τη Γενική Ιατρική και για το ρόλο της στο Εθνικό Σύστημα Υγείας κλπ.

Επίσης, οι στόχοι των ΕΠΕΙΕ προτείνονται πολυεπίπεδοι χωρίς να διαμορφώνεται ένα ακριβές σχέδιο υλοποίησης αυτών, όπως για παράδειγμα :

- ✓ πώς θα υπολογίζονται οι ανάγκες του ιατρικού δυναμικού σε νούμερα ανά την επικράτεια και βάσει επιδημιολογικών αναγκών,
- ✓ πώς θα διαμορφώνονται οι στοχευμένες ανάγκες για συνεχιζόμενη εκπαίδευση
- ✓ πώς θα διαμορφώνεται και ελέγχεται η ποιοτική και ποσοτική διάθεση ευκαιριών και μέσων εκπαίδευσης ανά τη χώρα,
- ✓ βάση ποιών αρχών και κριτηρίων θα λαμβάνονται οι σχετικές αποφάσεις,
- ✓ ποιό το εθνικό σύστημα ελέγχου και πως θα χρησιμοποιείται στην αξιολόγηση,
- ✓ ποιοί οι λοιποί θεσμικοί ρόλοι της Δημόσιας Διοίκησης που θα εμπλέκονται τελικά στην εφαρμογή των μέτρων, στην εξαγωγή συγκριτικών συμπερασμάτων και στην επιβολή κυρώσεων,
- ✓ πως θα συνεργάζονται οι ΕΠΕΙΕ με ευρωπαϊκές ή παγκόσμιες αντίστοιχες Εταιρείες και με ποιο μηχανισμό,
- ✓ ποια ακριβώς τα συνολικά κριτήρια πιστοποίησης που θα χρησιμοποιούνται για την αξιολόγηση των εκπαιδευτικών κέντρων, των εκπαιδευτών και της επιλογής των εμπειρογνώμων κ.α.

Άλλωστε σε πολλές περιπτώσεις δεν είναι σαφές πως θα διαμορφωθεί συνεργασία με τις ήδη υπάρχουσες Επιστημονικές Εταιρείες που μέχρι σήμερα υπήρχαν στην Ελλάδα και είχαν μέρος από τις αρμοδιότητες των ΕΕΙΕ, όπως τη διαμόρφωση Πρωτοκόλλων και Κατευθυντήριων Οδηγιών.

Ειδικά για τη Συνεχιζόμενη Ιατρική Εκπαίδευση δεν διαφαίνεται να ορίζεται σαφώς:

- ✓ πως θα προσδιοριστεί το περιεχόμενο,
- ✓ ποια η υποχρεωτική και η προαιρετική του συνιστώσα,
- ✓ ποια τα αποδεκτά μέσα εκπαίδευσης και η κατανομή τους στη χώρα,
- ✓ ποιες η διευκολύνσεις πρόσβασης σε αυτή,
- ✓ ποια τα μέτρα ποιοτικού ελέγχου και επιθεώρησης της εφαρμογής των μέτρων,
- ✓ πως θα εκτιμάται αν επετεύχθησαν προσδιορισμένοι στόχοι,
- ✓ πως εξατομικεύεται το πλάνο δια βίου εκπαίδευσης κάθε γιατρού,
- ✓ πως διαμοιράζεται η ευθύνη παρακολούθησης της ορθής εφαρμογής των μέτρων υποχρεωτικής ΣΕΑ στην πράξη κ.α.

Το ανωτέρω σχέδιο, λοιπόν, περιγράφει βασικές αρχές που είναι ορθές, δε δίνει όμως επαρκή τεκμηρίωση για την υποστήριξή τους ως πράγματι ορθές, δε δίνει λεπτομερή οδικό χάρτη εφαρμογής των αρχών αυτών στο γενικό θεσμικό και νομικό πλαίσιο της χώρας για την εκπαίδευση των ιατρών, δεν προσδιορίζει σαφώς τις συνεργασίες όλων των σχετικών εμπλεκόμενων φορέων, δεν προβλέπει κανένα μηχανισμό επιτήρησης και εναρμόνισης με τις ευρωπαϊκές τάσεις μεταρρύθμισης και δεν εξηγεί πως γίνονται ειδικές προσαρμογές για την εξυπηρέτηση των ειδικών εγχώριων αναγκών, παρ'ότι σχετικές συστάσεις έχουν προκύψει από προηγούμενες εγχώριες έρευνες (Πεχλιβανίδου Α et al, 2008). Επίσης, δεν αποσαφηνίζει τις βασικές έννοιες και τους ορισμούς - π.χ. τι θεωρείται ως αποδεκτή ΣΕΑ και σε ποιο βαθμό είναι υποχρεωτική - αν χρήζει βελτίωσης και ποιας το υπάρχον σύστημα, ποια η βάση τεκμηρίωσης για τις όποιες προτάσεις, ποιό το αποδεκτό εθνικό πλαίσιο επιχορήγησης, ποιος ο υπολογισμός του κόστους, ποια η πρόβλεψη δημόσιας διαβούλευσης και εισήγησης εμπειρογνώμων, ποια η βάση τεκμηρίωσης κλπ.

Αν και αναμενόταν εντός τριών μηνών από τη δημοσίευση του σχεδίου νόμου να εκδοθεί σχετική Υπουργική Απόφαση που να καθορίζει τα καταστατικά των ΕπΕΙΕ και της Συνόδου των Ειδικοτήτων, αυτό ακόμα σήμερα δεν έχει γίνει.

2.19. Ζητήματα περί της επιχορήγησης της δια Βίου εκπαίδευσης των ιατρών από φαρμακευτικές εταιρείες

Η βασική πηγή χρηματοδότησης της ΣΙΕ/ΣΕΑ σε πολλές χώρες είναι οι φαρμακευτικές εταιρείες και οι εταιρείες ιατρικού εξοπλισμού και υλικών. Προκειμένου

ωστόσο να προστατευτεί ο ανεξάρτητος και αντικειμενικός χαρακτήρας της ΣΕΑ και οι στόχοι του θεσμού αυτοί καθαυτοί – που δεν είναι άλλοι από την προστασία της Δημόσιας Υγείας, μέσω αληθινής βελτίωσης της έκβασης και της ποιότητας στην περίθαλψη – αποφασίστηκε το 2012 να γίνουν μια σειρά αναθεωρήσεις στις Αρχές που διέπουν τη διοργάνωση, πιστοποίηση και μοριοδότηση των ΣΙΕ/ΣΕΑ εκδηλώσεων, που περιελάμβαναν τα εξής:

- Να δοθεί μεγαλύτερη έμφαση στις ανάγκες των εκπαιδευόμενων και στην επίτευξη ουσιαστικών αποτελεσμάτων στην εκπαίδευση.
- Η εκπαίδευση που παρέχεται μέσω ζωντανών εκπαιδευτικών δράσεων να είναι υψηλής ποιότητας.
- Να αυξηθεί η κρατική επιχορήγηση των εν λόγω δραστηριοτήτων.

Απώτερος στόχος ήταν η διαμόρφωση αυστηρότερων κριτηρίων, στο όνομα μιας ακόμα ποιοτικότερης ιατρικής εκπαίδευση στην Ευρώπη, καθώς εκτός από το συνεχή, διαρκώς εξελισσόμενο διάλογο για τη Διασφάλιση της Ποιότητας στη ΣΕΑ, είναι έντονες οι εξελίξεις για τη διασφάλιση της διαφάνειας και αξιοπιστίας.

Δημιουργήθηκαν, λοιπόν, νέα κριτήρια για την πιστοποίηση των ζωντανών εκπαιδευτικών δράσεων (UEMS, The Accreditation of Live Educational Events by the EACCME, 2013) ώστε να αντικατοπτρίσουν τις εξελίξεις στη ΣΙΕ/ΣΕΑ, το κανονιστικό περιβάλλον και τις συνεργασίες με ΗΠΑ και Καναδά. Τα νέα αυτά κριτήρια πιστοποίησης είχαν ισχύ από 1^η Ιανουαρίου του 2013 και εφαρμόζονται πλέον και στην Ελλάδα, αντικαθιστώντας όλα τα προηγούμενα κριτήρια.

Επιπλέον το 2013 και με τους ίδιους στόχους, το Ευρωπαϊκό Φόρουμ για τη Συνεχιζόμενη Ιατρική Εκπαίδευση (The European CME Forum) - που έχει ως ρόλο να αποτελεί πλατφόρμα διαλόγου των εμπλεκόμενων ευρωπαϊκών φορέων για τα θέματα της ΣΕΑ - στην 6^η Ετήσια Συνάντησή τους που πραγματοποιήθηκε στο Λονδίνο στις 14-15 Νοεμβρίου του 2013, ανέλυσε σε μεγάλο βαθμό το θέμα της διαφάνειας και ανεξαρτησίας της ΣΕΑ (Journal of European CME, Report on Proceedings of the Sixth Annual Meeting of the European CME Forum, 2013) και αφιέρωσε μεγάλη προσοχή σε αυτές.

Πάντως, οι γενικές Αρχές που επιβάλλονται και εξασφαλίζουν τη διαφάνεια στην αλληλεπίδραση των φαρμακευτικών εταιρειών με τους επαγγελματίες υγείας, όπως προκύπτουν από διάφορους Εθνικούς και Ευρωπαϊκούς Κανονισμούς, εξίσου θεωρείται ότι διέπουν και την παροχή εκπαιδευτικών δράσεων.

Πιο συγκεκριμένα, οι διαδικασίες Εταιρικής Ευθύνης και Διακυβέρνησης των φαρμακευτικών εταιρειών διέπονται από κανόνες ηθικής που περιλαμβάνονται στην ευρωπαϊκή «Πρωτοβουλία Tajani» και που έχουν οδηγήσει σε μια λίστα κατευθυντήριων αρχών για την Καλή Διακυβέρνηση στον Φαρμακευτικό Κλάδο (European Patients Forum, List of Guiding Principles les Promoting Good Governance in the Pharmaceutical Sector, 2012). Οι αρχές αυτές διέπουν τις αλληλεπιδράσεις μεταξύ επαγγελματιών υγείας, οργανώσεων ασθενών, Εθνικές Αρχές και τη βιομηχανία.

Επίσης, οργανώσεις φαρμακευτικών εταιρειών όπως η Ευρωπαϊκή Ομοσπονδία Ευρωπαϊκών Βιομηχανιών και Εταιρειών (European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations, EFPIA) έχουν εκδόσει σχετικούς κανονισμούς (EFPIA, Disclosure code, 2014), αλλά και άλλοι ευρωπαϊκοί φορείς - όπως οι European Coordination Committee of the Radiological, Electro medical and Healthcare IT Industry (COCIR), η European Committee for Medical Devices (EUCOMED) κ.α.- έχουν θεσπίσει κανόνες για την αλληλεπίδρασή τους με τους επαγγελματίες υγείας.

Κάποια κράτη μέλη (π.χ. Βέλγιο, Γερμανία, Αγγλία και Γαλλία) έχουν επιπλέον και δικούς τους, εθνικούς κανόνες αλληλεπίδρασης εταιρειών και επαγγελματιών υγείας, ενώ σε κάποια μάλιστα έχει απαγορευτεί η «ανάμιξη» των εταιρειών στο επίσημο πρόγραμμα ΣΕΑ των ιατρών, π.χ. στη Ρουμανία, όπως προαναφέρθηκε.

Στα πλαίσια του «θορύβου», λοιπόν, που έχει γίνει τελευταία για την επιτακτικότητα της ανάγκης η ΣΕΑ να είναι ανεξάρτητη και διαφανής, κάποιες βιομηχανίες φαρμάκων έχουν ανακοινώσει στρατηγικές «απόσπασης» από την άμεση επιχορήγηση της ΣΙΕ/ΣΕΑ στους γιατρούς, με πρώτη να ανακοινώνει σχετική Στρατηγική Απόφαση την εταιρεία GlaxoSmithKline (GlaxoSmithKline, GSK Stops Paying Doc Speakers, 2013).

Για όλους τους ανωτέρω λόγους πάντως, στο 2^ο Συνέδριο για τη ΣΙΕ/ΣΕΑ της Ευρωπαϊκής Εταιρείας για τις Ιατρικές Ειδικότητες που έγινε στις Βρυξέλλες στις 28 Φεβρουαρίου 2014 η ΣΕΑ/ΣΙΕ ετέθη στο κέντρο των ευρωπαϊκών προτεραιοτήτων για την υγεία (Journal of European CME, Proceedings from the second UEMS Conference on CME-CPD in Europe, 2014).

Σύνοψη Κεφαλαίου

Το όραμα της Ευρωπαϊκής Ένωσης περιελάμβανε την ελεύθερη μετακίνηση των ευρωπαίων λαών. Βασικό μέλημα των Συμφωνιών που διακυβερνούν την Ευρωπαϊκή Ένωση είναι η διευκόλυνση της αμοιβαίας αναγνώρισης επίσημων εγγράφων και άλλων

προϋποθέσεων, ώστε να είναι δυνατή η ελεύθερη μετακίνηση των ευρωπαϊών πολιτών της Ένωσης διαμέσου των συνόρων για την άσκηση των επαγγελματικών τους δικαιωμάτων. Στα πλαίσια αυτού του οράματος, έχουν διενεργηθεί πληθώρα Συμφωνιών και Συνθηκών που μεριμνούν για τη διευκόλυνση της αναγνώρισης των επαγγελματικών προσόντων και της αποσαφήνισης και γεφύρωσης των όποιων διαφορών, ώστε να είναι δυνατή η ελεύθερη διακίνηση των επαγγελματιών, ισότιμα σε όλες τις χώρες της Ένωσης.

Ειδικά για το ιατρικό επάγγελμα, έχουν γίνει εκτενείς προσπάθειες να εναρμονιστούν οι προπτυχιακές σπουδές στην ιατρική, αλλά και οι μεταπτυχιακοί τίτλοι και οι τίτλοι ειδικότητας, ώστε να εξασφαλίζεται ισοτιμία των πτυχιούχων ιατρών διασυνοριακά. Η Ευρωπαϊκή Ένωση των Ιατρικών Ειδικοτήτων μεριμνά για την εκπροσώπηση των δικαιωμάτων των ευρωπαϊών ιατρών στο Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο και εισηγείται τις ενιαίες βασικές αρχές που πρέπει να διέπουν την εκπαίδευση στην ειδικότητα και τις ιατρικές εξειδικεύσεις, ώστε να διευκολύνεται η εναρμόνιση.

Στα πλαίσια των προσπαθειών της εναρμόνισης, έγινε από νωρίς σαφές ότι υπήρχαν διαφορές μεταξύ των επαγγελματικών τίτλων και των εξειδικεύσεων στα διάφορα κράτη-μέλη και τη σχετική εθνική νομοθεσία. Παρά το όραμα, ωστόσο, της Ευρωπαϊκής Ένωσης για τη διευκόλυνση της διασυνοριακής μετακίνησης των ανθρώπων, των αγαθών, των υπηρεσιών και των κεφαλαίων, σε καμία περίπτωση δεν επιβάλλεται η ταύτιση των επιμέρους χωρών σε θέματα εγχώριας πολιτικής και νομοθετικών διατάξεων.

Άλλωστε, ενώ υπάρχουν μεν οι Κανονισμοί της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Regulations) που «επιβάλλονται» ουσιαστικά στην εγχώρια νομοθεσία κάθε κράτους-μέλους, στην πλειοψηφία των ευρωπαϊκών κοινών αποφάσεων πρόκειται για Οδηγίες (Directives) η οποίες ευέλικτα εφαρμόζουν. Οι διαφορές αυτές, δηλαδή, μεταξύ των κρατών είναι αποδεκτές, με την προοδευτική σύγκλιση να αποτελεί μία απώτερη επιδίωξη, για την ευελιξία στη διασυνοριακή μετακίνηση, χωρίς όμως να πιέζεται ο ρους των εξελίξεων.

Σήμερα λοιπόν, στις πιο πρόσφατες Οδηγίες της Ένωσης, αποτυπώνεται έντονα η ελευθερία κάθε κράτους-μέλους να εντοπίζει διαφορές σε σχέση με άλλα κράτη-μέλη ως προς την πιστοποίηση των προσόντων των ευρωπαϊών επαγγελματιών που εισέρχονται εντός των συνόρων του και αιτούνται την ισότιμη έκδοση άδειας άσκησης επαγγέλματος ενώ έχουν εκπαιδευτεί αλλαχού και ανάλογα να επιβάλλει συμπληρωματικά μέτρα εκπαίδευσης, όπου κρίνει απαραίτητο, προτού πράγματι εκδώσει την αιτούμενη άδεια στον ελεύθερα μετακινούμενο επαγγελματία.

Ειδικά, όμως, για το ιατρικό επάγγελμα ισχύει ότι το περιεχόμενο της κάθε ειδικότητας επηρεάζεται από το ρόλο της μέσα στο Εθνικό Σύστημα Υγείας σε κάθε χώρα και αυτός προφανώς μπορεί να διαφοροποιείται εν μέρει. Αν και οι αποκλίσεις, όπως προαναφέρθηκε, δεν μπορεί να απαιτηθεί να εξαλειφτούν, έχουν ωστόσο εισαχθεί τα απαραίτητα ελάχιστα ποιοτικά κριτήρια (standards) στην εκπαίδευση που πρέπει να ικανοποιούνται, προκειμένου να διασφαλίζεται μια βάση, τουλάχιστον, στην επιδίωξη της ισοτιμίας στην ιατρική εκπαίδευση. Για το προπτυχιακό επίπεδο έχουν πράγματι πραγματοποιηθεί πολλές διεθνείς και ευρωπαϊκές Συμφωνίες, οπότε η εναρμόνιση του εκπαιδευτικού περιεχομένου των Ιατρικών Σχολών έχει σε πολλές περιπτώσεις επιτευχθεί, ώστε να πληρούνται τα βασικά, τουλάχιστον, ποιοτικά κριτήρια εκπαίδευσης.

Για τη μεταπτυχιακή εκπαίδευση, όμως, στην ιατρική και ακόμα περισσότερο για τα συστήματα δια βίου εκπαίδευσης υπάρχει ακόμα μια σημαντική απόκλιση μεταξύ των χωρών, καθώς ούτε καν στο ενιαίο Σύστημα Ανώτερης Διακρατικής Εκπαίδευσης έχει απόλυτα αποφασιστεί αν η ιατρική επιστήμη θα ανήκει. Ειδικά για τη διά βίου εκπαίδευση, δε, ξεκάθαρα θεωρείται ότι είναι ευθύνη κάθε χώρας να τη διαμορφώνει ελεύθερα μεν, κατά τρόπο, ωστόσο, που θα διασφαλίζει την επάρκεια των επαγγελματιών ιατρών.

Προσπάθειες, πάντως, έχουν γίνει για τη θέσπιση κριτηρίων ποιότητας που πρέπει να πληρούνται στη δια βίου εκπαίδευση των ιατρών και περιλαμβάνουν, μεταξύ άλλων, κριτήρια πιστοποίησης των εκπαιδευτικών κέντρων, των εκπαιδευτών, των εκπαιδευτικών δράσεων κ.α.

Από την άλλη πλευρά, οι Ευρωπαϊκοί Οργανισμοί έχουν κατά περιόδους προσπαθήσει να αποτυπώσουν και να μελετήσουν τις διαφορές στα εθνικά συστήματα δια βίου εκπαίδευσης των ιατρών στα διάφορα κράτη-μέλη της Ευρώπης. Η έκταση της διαπιστούμενης διαφοροποίησης έχει πλέον απασχολήσει εκτενώς, καθώς φαίνεται να εγείρεται πράγματι ερώτημα ισοτιμίας της εκπαίδευσης των μετακινούμενων επαγγελματιών υγείας, όσον αφορά στην πιστοποίηση της δια βίου κατάρτισής τους.

Στην Ελλάδα, βάσει νόμου προβλέπεται ότι οι Έλληνες ιατροί υποχρεωτικά εκπαιδεύονται διά βίου, συμπληρώνοντας συγκεκριμένο αριθμό ωρών εκπαίδευσης ανά πενταετία και ότι υποβάλλονται σε έλεγχο επανέκδοσης της άδειας άσκησης του επαγγέλματός τους, μόνο όταν ικανοποιούν τις απαιτήσεις της εκπαίδευσης αυτής. Ωστόσο, στην πράξη αυτό το μέτρο δεν εφαρμόζει επιτυχώς.

Είναι άξιο επισήμανσης επίσης, ότι οι βασικές θεμελιώδεις αρχές που έχουν πανευρωπαϊκά και διεθνώς κατά καιρούς θεσπιστεί και που αφορούν στα απαραίτητα

στοιχεία που πρέπει να περιλαμβάνει η διά βίου εκπαίδευση των ιατρών, επαναδιατυπώνονται με τον ίδιο ουσιαστικά τρόπο σε νεώτερες εισηγήσεις, ενώ διαπιστώνεται ότι ειδικά αρετές που έχει ήδη επισημανθεί παλαιότερα ότι πρέπει να καλλιεργούνται - όπως για παράδειγμα η κουλτούρα της ασφάλειας του ασθενούς - έτη μετά επισημαίνεται ξανά ότι η παρουσία τους στα συστήματα εκπαίδευσης υπολείπεται του επιδιωκόμενου επιπέδου και έτσι αυτά αναδιαμορφώνονται ξανά, με τους ίδιους, ωστόσο, επιδιωκόμενους στόχους ως ανέκαθεν.

Η διά βίου εκπαίδευση των ιατρών έχει μελετηθεί εκτενώς από ποικίλες παγκόσμιες επιτροπές ως προς τις μεθόδους που πρέπει να περιλαμβάνει, τον υποχρεωτικό ή μη χαρακτήρα που πρέπει να έχει και την ικανοποίηση συγκεκριμένων και ευρέων αναγκών που πρέπει να επιδιώκει, ενώ έχουν διατυπωθεί αντίστοιχες θεωρίες για το πόσο σημαντικό είναι να αντανακλά σε ένα μετρήσιμο αποτέλεσμα στη φροντίδα του ασθενή, για το οποίο ο ιατρός θα πρέπει διαρκώς να αξιολογείται, βάσει προκαθορισμένων πλάνων ανάπτυξης του και κριτηρίων επιτυχίας.

Παράλληλα, έχει ειδικά επισημανθεί ότι η διά βίου εκπαίδευση του ιατρού δεν περιλαμβάνει μόνο τα στοιχεία της ιατρικής επιστήμης και τεχνολογίας αυτής καθαυτής, αλλά και άλλες αρετές και δεξιότητες, στα πλαίσια επαναπροσδιορισμών του επαγγελματικού ρόλου του ιατρού και της κοινωνικής του οντότητας, που κατά καιρούς έχουν γίνει. Έχει, έτσι, αναπτυχθεί ο όρος της Συνεχιζόμενης Επαγγελματικής Ανάπτυξης στην ιατρική, ο οποίος και έχει αντικαταστήσει τον όρο Συνεχιζόμενη Ιατρική Εκπαίδευση.

Επί του παρόντος πάντως, τα πιο πρόσφατα, μείζονα ευρωπαϊκά θέματα στη διά βίου εκπαίδευση των ιατρών είναι η ετήσια καταγραφή των εξελίξεων στα αντίστοιχα εθνικά συστήματα της κάθε χώρας, αλλά και εκτός Ευρώπης, η κατανόηση της υποχρεωτικής τους διάστασης και των μεθόδων μέτρησης της αποτελεσματικότητας τους, η διαφύλαξη της ποιότητας, ο προσδιορισμός και η ιεραρχία των αναγκών και η διασφάλιση της διαφάνειας, με αποσαφήνιση του ρόλου επιχορήγησης των φαρμακευτικών εταιρειών και η αντιμετώπιση των ανισοτήτων στην πρόσβαση.

Στη χώρα μας έχει γίνει πρόσφατα μια προσπάθεια αναδιαμόρφωσης του εθνικού πλαισίου οργάνωσης της διά βίου εκπαίδευσης των ιατρών, ωστόσο οι αλλαγές επέρχονται με εξαιρετικά αργό τρόπο.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ Ι
ΜΕΛΕΤΗ ΠΡΟΣΦΑΤΟΥ
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΤΙΚΟΥ
ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑΤΟΣ ΣΕ ΕΘΝΙΚΟ
ΣΥΣΤΗΜΑ ΔΙΑ ΒΙΟΥ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ
ΙΑΤΡΩΝ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Πρόσφατες μεταρρυθμίσεις του συστήματος διά βίου εκπαίδευσης και ανάπτυξης του ανθρώπινου δυναμικού στην υγεία στο Ηνωμένο Βασίλειο

“Need to ensure that all decisions and priorities are evidence based.”

Open Dialogue, Citizen comment

3.1. Στρατηγικές προτεραιότητες του Εθνικού Συστήματος Υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου

Στην παρούσα φάση οι τρέχουσες στρατηγικές προτεραιότητες του Εθνικού Συστήματος Υγείας στο Ηνωμένο Βασίλειο, έως και το 2025, έχουν σε κεντρική θέση και περιλαμβάνουν τα εξής (National Health System, www.england.nhs.uk):

1. Προβολή και προώθηση θέσεων καριέρας σε επαγγέλματα υγείας.
2. Διευκόλυνση στην ταχεία υιοθέτηση καινοτομιών και τεχνολογίας στη φροντίδα των ασθενών.
3. Ενίσχυση στους τομείς της επείγουσας ιατρικής, των υπηρεσιών διαρκούς εβδομαδιαίας και 24ωρης πρόσβασης και στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.
4. Προβολή και προώθηση των Αρχών και Αξιών του Εθνικού Συστήματος Υγείας και προσλήψεις και προαγωγή του ανθρώπινου δυναμικού υγείας αυστηρά με βάση την επίδοση στις Αξίες αυτές.
5. Έμφαση στη δια βίου επιμόρφωση, εκπαίδευση και ανάπτυξη με στόχο τη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών.
6. Προτεραιότητα στη διαχείριση χρόνιων νοσημάτων των ηλικιωμένων πληθυσμών που αυξάνονται και ιδίως στην άνοια.

3.2. Οι φάσεις της πρόσφατης μεταρρύθμισης

Από το 2009 ήδη ξεκίνησε από την κυβέρνηση του Ηνωμένου Βασιλείου μια διαδικασία αναδιαμόρφωσης του Εθνικού Συστήματος Υγείας.

Βασικό κίνητρο για αυτή την απόφαση αναδιαμόρφωσης υπήρξαν διαπιστώσεις που είχαν προηγηθεί και που είχαν υποδείξει ότι παρ' ό,τι γενικά εκτιμάται ότι το Εθνικό Σύστημα Υγείας της Αγγλίας παρέχει υπηρεσίες υγείας υψηλής ποιότητας, ωστόσο οι καταγεγραμμένοι δείκτες εκβάσεως των ασθενών και οι δείκτες ικανοποίησής τους από το σύστημα ήταν υποδεέστεροι των προσδοκιών και απαιτήσεων των κυβερνητικών αξιωματούχων, αλλά και υποδεέστεροι σε σχέση με τους αντίστοιχους δείκτες άλλων κρατών, σε κάποιες περιπτώσεις.

Ετέθη, λοιπόν, ως βασικός στόχος¹⁴ «να δημιουργηθεί ένα νέο σύστημα, όπου καταρχήν «όλοι οι επαγγελματίες που ανήκουν σε αυτό, ανεξάρτητα ρόλου, θα απολαμβάνουν την επαρκή υποστήριξη για να αποκτούν τις κατάλληλες επαγγελματικές και κλινικές δεξιότητες και για να προσφέρουν τις υπηρεσίες τους με συμπάθεια, ευγένεια και σεβασμό προς τον άνθρωπο». Ο απώτερος σκοπός ήταν η βελτίωση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας υγείας (Department of Health, Liberating the NHS : Developing the Healthcare Workforce - From Design to Delivery, 2012).

Με οδηγό αυτό το σκοπό και για το χρονικό διάστημα 2009-2012, μεσολάβησε εκτενής ανοικτός διάλογος με την κοινωνία και όποιον ενδιαφερόμενο, ενώ συστάθηκαν ειδικές επιτροπές που έκαναν επιμέρους εισηγήσεις και επισημάνσεις και γενικά υπήρξε ένας εξαιρετικά εκτενής και πολύπλευρος μηχανισμός προετοιμασίας της μεταρρύθμισης.

3.2.1. Οι εισηγήσεις της Επιτροπής «Συνάντηση για το μέλλον του Αγγλικού Εθνικού Συστήματος Υγείας»

Βασική οδηγία για την υλοποίηση της μεταρρύθμισης του Εθνικού Συστήματος Υγείας στο Ηνωμένο Βασίλειο αποτέλεσε η έκθεση της Επιτροπής «Συνάντηση για το Μέλλον του Εθνικού Συστήματος Υγείας» (NHS Future Forum Committee), η οποία είχε το ρόλο της τελικής εισηγησης σχετικά με το τι πρέπει να γίνει ώστε να επιτευχθεί ορθά μια μεταρρύθμιση.

¹⁴ «Principal Initial Statement : All people who work in health services, whatever the sector, need to be well supported to attain the right professional and clinical skills, as well as providing care with compassion, kindness, and respect for people».

Τον Απρίλιο, λοιπόν, του 2011, η Αγγλική κυβέρνηση ανέθεσε στην Επιτροπή αυτή να συγκεντρώσει και ακούσει προσεκτικά όλες συνολικά τις ανησυχίες, τις απόψεις και τις προτάσεις του κοινού και των επαγγελματιών υγείας, όπως είχαν στο εν τω μεταξύ με διάφορους συστηματικούς τρόπους εκφραστεί και να καταθέσει μια σχετική τελική αναφορά σχετικά με τις βελτιωτικές αλλαγές και μεταρρυθμίσεις που προτείνονται στο σύστημα. Η Επιτροπή αρχικά αποτελείτο από 45 εκπροσώπους διαφόρων κλάδων, ενώ σύντομα αυξήθηκαν σε 57, με επικεφαλής τον Καθηγητή Steve Field, Γενικός Ιατρός.

Η εν λόγω Επιτροπή διεξήγαγε εκτενή έρευνα η οποία είχε ως στόχο να συλλέξει τις πληροφορίες σχετικά με τη γνώμη και τις ανησυχίες που υπάρχουν γύρω από τα θέματα που βρίσκονταν στο κέντρο των προτεινόμενων μεταρρυθμίσεων για το Εθνικό Σύστημα Υγείας, κατόπιν δε, να εισηγηθεί τις συγκεκριμένες αλλαγές, αλλά και τις αλλαγές στη νομοθεσία που έπρεπε να γίνουν, ώστε να πραγματοποιηθούν ομαλά και επιτυχώς οι μεταρρυθμίσεις αυτές.

Έτσι, τα ευρήματα της Επιτροπής αυτής παρουσιάστηκαν ενώπιον του Πρωθυπουργού και της Διεύθυνσης Υγείας του Κράτους (Secretary of State for Health) σε δύο φάσεις, ενώ η μεθοδολογία προσέγγισης του έργου αυτού από την Επιτροπή αφορούσε σε μία αρχική «επανεξέταση» των θεμέλιων αρχών Ίδρυσης του Εθνικού Συστήματος Υγείας, με την πρόθεση του «ελέγχου» ως προς τον βαθμό και τον τρόπο που αυτές οι θεμελιώδεις αρχές τελικά πράγματι ή όχι καταφέρνουν να ισχύουν στην πράξη σήμερα.

Οι θεμελιώδεις αρχές του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ) του Ηνωμένου Βασιλείου αποτυπώνονται στην εξής βασική πρόταση (The NHS Constitution, 2013):

«Το ΕΣΥ ανήκει στους πολίτες. Είναι εκεί για να βελτιώνει την υγεία μας και την ποιότητα της ζωής μας, υποστηρίζοντάς μας να διατηρούμε καλή ψυχική και σωματική υγεία, να αναρρώνουμε όταν αρρωσταίνουμε και όταν δεν είναι δυνατό να αναρρώσουμε πλήρως, να παραμένουμε σε όσο το δυνατόν καλύτερη κατάσταση γίνεται, ως το τέλος της ζωής μας. Το ΕΣΥ λειτουργεί στα όρια που θέτει η επιστήμη, ενσωματώνοντας το υψηλότερο επίπεδο γνώσης της ανθρωπότητας και τις δεξιότητες, στην υπηρεσία της βελτίωσης της υγείας και τη διάσωση της ζωής. Αγγίζει τις ζωές μας σε στιγμές βασικής ανάγκης, εκείνες τις στιγμές όπου η φροντίδα και η συμπάθεια έχουν τη μεγαλύτερη σημασία».

Οι ανωτέρω βασικές ιδέες του ΕΣΥ έχει θεωρηθεί ότι στην πράξη μεταφράζονται στις εξής επτά Αρχές :

1. Το Εθνικό Σύστημα Υγείας παρέχει υπηρεσίες διαθέσιμες σε όλους.
2. Η πρόσβαση στο Εθνικό Σύστημα Υγείας καθορίζεται από την κλινική ανάγκη και όχι από την ικανότητα κάποιου να πληρώσει.
3. Το Εθνικό Σύστημα Υγείας επιδιώκει υψηλά επίπεδα ποιότητας και επαγγελματισμού, παρέχοντας υπηρεσίες που είναι ασφαλείς, αποτελεσματικές και εστιασμένες στις ανάγκες του ασθενή.
4. Οι υπηρεσίες του Εθνικού Συστήματος Υγείας πρέπει να αντικατοπτρίζουν τις ανάγκες και τις προτιμήσεις των ασθενών, των οικογενειών τους και όσων τους φροντίζουν.
5. Το Εθνικό Σύστημα Υγείας λειτουργεί σε ανοικτή συνεργασία με άλλους οργανισμούς, χωρίς περιορισμούς, προς όφελος των ασθενών, των κοινοτήτων και του ευρύτερου πληθυσμού.
6. Το Εθνικό Σύστημα Υγείας υποχρεούται σε αποτελεσματική και δίκαια χρήση του δημόσιου χρήματος, με ορθούς δείκτες κόστους-αποτελεσματικότητας.
7. Το Εθνικό Σύστημα Υγείας είναι υπόλογο στους πολίτες.

Έτσι, η Επιτροπή «Συνάντηση για το μέλλον του Εθνικού Συστήματος Υγείας» στην 1^η φάση της έρευνας της μελέτησε το ΕΣΥ επί τους εξής άξονες:

- ✓ Δυνατότητες ελεύθερης επιλογής και ανταγωνιστικότητα.
- ✓ Κλινική συμβουλευτική και ηγετικές δεξιότητες.
- ✓ Συμμετοχή των ασθενών στις αποφάσεις.
- ✓ Δημόσια Υγεία.
- ✓ Συνεργασίες των διάφορων φορέων.
- ✓ Εκπαίδευση και επιμόρφωση.

Με βάση την ανωτέρω προσέγγιση, τα βασικά συμπεράσματα της 1^{ης} Φάσης των ερευνών για τη επικείμενη μεταρρύθμιση ήταν (Professor Stieve Filed, NHS Future Forum, Summary report on proposed changes to the NHS, 2012):

1. Ο τρόπος που παρέχονται οι υπηρεσίες πρέπει να αλλάξει και η νέα κατεύθυνση που πρέπει να επιλεγεί είναι να ικανοποιούνται οι ανάγκες τοπικών πληθυσμών.
2. Η ρήση «καμία απόφαση για εμένα χωρίς εμένα» που αφορά στη συμμετοχή των ασθενών πρέπει να αποτελέσει την καρδιά κάθε νομοθετικής μεταρρύθμισης, αλλά και κάθε διαδικασίας που αποφασίζεται και αφορά στη σχέση γιατρού-ασθενή.
3. Τα διάφορα επίπεδα του Εθνικού Συστήματος Υγείας (Νοσοκομεία, Υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας, Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας κ.α.) εξετάζονταν μέχρι σήμερα ξεχωριστά και αυτό πρέπει να αλλάξει και οι φορείς να συνεργαστούν, κάτω από τον κοινό στόχο της φροντίδας του ασθενούς.
4. Μεγαλύτερη επιχορήγηση απαιτείται για τις ανάγκες των πληθυσμών των ηλικιωμένων που αυξάνονται.
5. Τα αυξανόμενα κόστη που αφορούν στην υιοθέτηση των νέων θεραπειών και της ιατρική τεχνολογίας θα πρέπει να ληφθούν υπ' όψιν.
6. Πρέπει να δοθεί έμφαση στην πρόληψη και στην ατομική αυτό-φροντίδα και να γίνει η αντίστοιχη στροφή των επενδύσεων.
7. Απαιτείται απόλυτη διαφάνεια στην αξιοποίηση του δημόσιου χρήματος, στα αποτελέσματα που αποφέρει κάθε φάση της μεταρρύθμισης, αλλά και στη βάση τεκμηρίωσης που χρησιμοποιείται για τη λήψη αποφάσεων.
8. Βάσεις δεδομένων πρέπει περαιτέρω να αναπτυχθούν.
9. Ιδιαίτερη και μεγάλη προσοχή πρέπει να δοθεί στην εκπαίδευση και επιμόρφωση, καθώς είναι τα βασικά θεμέλια του Εθνικού Συστήματος Υγείας και μόνο με καλής ποιότητας εκπαίδευση μπορούν να διασφαλιστούν οι θεμέλιοι στόχοι της μεταρρύθμισης. Η μεταρρύθμιση σε αυτό τον τομέα δεν πρέπει να βιαστεί, δεδομένου ότι λάθη που μπορεί να γίνουν θα έχουν μεγάλο και μακροχρόνιο αντίκτυπο σε ίσως μια ολόκληρη γενεά. Πρέπει, όμως, το συντομότερο δυνατό να ιδρυθεί μια ειδική Αρχή Εποπτείας που θα αναλάβει το έργο ηγεσίας των σχετικών αλλαγών.

Ειδικά για την εκπαίδευση και επιμόρφωση στο Εθνικό Σύστημα Υγείας, η γνώμη του ευρύτερου κοινού ήταν απολύτως σύμφωνη ως προς την σημαντικότητα και αναγκαιότητα σχετικών μεταρρυθμίσεων, υπήρχε ωστόσο μια επιφύλαξη για το πώς ακριβώς και με ποιο τρόπο θα εξασφαλίζεται η ποιότητα στην εκπαίδευση και πώς ακριβώς θα είναι σχεδιασμένη ώστε να ικανοποιεί τις ανάγκες των ασθενών, αλλά και

ένας φόβος αν οι μεταρρυθμίσεις θα πάρουν όλο το χρόνο που χρειάζονται, ώστε να διαμορφωθούν με ένα κατάλληλο, μεθοδικό και ασφαλή τρόπο προς το επιθυμητό αποτέλεσμα.

Κατά την Επιτροπή τελικά, η σημασία της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης στο χώρο της υγείας και της διαρκούς επαγγελματικής ανάπτυξης έχαιρε προεξάρχουσας αναγνώρισης στις προτεραιότητες, καθώς δε διαφαινόταν σε αυτούς άλλος τρόπος που θα καθιστούσε τους επαγγελματίες υγείας ικανούς να ανταποκρίνονται πράγματι στις ταχέως εξελισσόμενες μεθόδους θεραπείας και τα τεχνολογικά διαγνωστικά μέσα στην ιατρική που συνεχώς έπρεπε να υιοθετούνται στην καθημερινή κλινική πράξη, αλλά και στα επαγγελματικά χαρακτηριστικά που υποδεικνύουν οι «Αρχές του ΕΣΥ», ώστε να βελτιωθεί η ποιότητα της φροντίδας υγείας, που ήταν και ο ουσιαστικός απώτερος στόχος της μεταρρύθμισης.

Έτσι, η Επιτροπή εστίασε ιδιαίτερα στο θέμα της εκπαίδευσης και επιμόρφωσης και η εν λόγω αυτή παράμετρος αποτέλεσε βασικό πυρήνα στην έρευνα και της 2^{ης} Φάσης, βάσει άλλωστε και της σχετικής Εντολής που έλαβε από την κυβέρνηση, η οποία εξίσου έδωσε ιδιαίτερο βάρος στο εν λόγω ζήτημα.

Έτσι, οι άξονες του ΕΣΥ που αναλύθηκαν περαιτέρω στη 2^η Φάση ήταν κυρίως (Professor Stieve Filed, NHS Future Forum Summary report – second phase, 2012) :

- ✓ Δημόσια Υγεία.
- ✓ Πληροφόρηση και Υγεία.
- ✓ Ενσωμάτωση των αναγκών των ασθενών στις μεταρρυθμίσεις.
- ✓ Εκπαίδευση και επιμόρφωση.

Μια βασική κεντρική διαπίστωση της Επιτροπής κατά τη 2^η Φάση ήταν η ανομοιομορφία στην παρεχόμενη φροντίδα υγείας ανά την επικράτεια, η οποία εμφανιζόταν σε όλους τους άξονες της μελέτης. Επίσης, ειδική μνεία έγινε στο ζήτημα της παρουσίας ανισοτήτων π.χ. στην πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας, Έτσι, σχετικά μέτρα επιτήρησης και μείωσης των ανισοτήτων παράλληλα εφαρμόζονταν (Equality Act, The Equality Delivery System for the NHS, 2010). Τέλος, προτάθηκε η στοχευμένη ανάπτυξη ενός νέου μοντέλου Εθνικού Συστήματος Υγείας, όπου οι φωνές και οι ανάγκες των ασθενών θα βρίσκονται στο κέντρο αυτού, καθώς παράλληλα θα έχουν περισσότερη ενημέρωση, ελευθερία στις επιλογές, έλεγχο και δικαίωμα σε εξατομικευμένη θεραπεία.

3.2.2. Το εθνικό πρόγραμμα αποτύπωσης της ανομοιομορφίας

Η διαπίστωση περί ανομοιομορφίας στις παρεχόμενες υπηρεσίες του Εθνικού Συστήματος Υγείας στο Ηνωμένο Βασίλειο, κατά τη φάση 2009-2012 των ερευνών, πριν την τελική μεταρρύθμιση, συνοδεύτηκε και από ειδικό σχετικό έργο που ξεκίνησε ήδη από το 2010 και έφερε τον τίτλο «Χάρτης ανομοιομορφίας της φροντίδας υγείας» του Εθνικού Συστήματος Υγείας (NHS Atlas of Variation in Health Care) που παρείχε την αντίστοιχη τεκμηρίωση, εξέδιδε δε, ετησίως, πλήρεις αναλυτικές αναφορές.

Με την εν λόγω διαδικασία εθνικής τεκμηρίωσης συλλέγονται και παραθέτονται στοιχεία που αφορούν στη διαφορετικότητα των διαφόρων δεικτών παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και άλλων στατιστικών στοιχείων για την υγεία, όπως αριθμός κλινών, κίνηση ιατρείων, ενδονοσοκομειακή θνητότητα κλπ ανά τις διάφορες ζώνες της χώρας. Επιπλέον, γίνεται έρευνα επεξήγησης των παρατηρούμενων διαφορών, των συγκλίσεων, των τάσεων και των αποκλίσεων.

Ακόμα, η πληροφορία αυτή χρησιμοποιείται για να διευκολύνει την κεντρική λήψη των αποφάσεων σχετικά με την εναπόθεση των πόρων για την υγεία, και τη θέση προτεραιοτήτων. Τέλος, με τη βοήθεια αυτού του εργαλείου ενημερώνονται αντίστοιχα οι γιατροί και οι επαγγελματίες υγείας της κάθε περιοχής για το τι ακριβώς φαίνεται να συμβαίνει στην περιοχή τους και που να επιστήσουν την προσοχή τους, ώστε να βελτιώσουν τη φροντίδα υγείας που παρέχουν.

Το έργο «Χάρτης ανομοιομορφίας της φροντίδας υγείας» χαίρει μεγάλης εφαρμογής και αποδοχής, έχει δε πρόσφατα ξεκινήσει να εκδίδει ξεχωριστές αναφορές για την ανομοιομορφία, όσον αφορά σε ειδικές κατηγορίες νοσημάτων, όπως για το σακχαρώδη διαβήτη, τη χρόνια νεφρική νόσο, τα παιδιά και τους εφήβους, τα αναπνευστικά νοσήματα και τη διαθεσιμότητα διαγνωστικών υπηρεσιών (NHS Atlas of Variation Healthcare Series, <http://www.rightcare.nhs.uk/index.php/nhs-atlas/>).

Τελικά, η ανομοιομορφία που διαπιστώθηκε από τη 2^η φάση των ερευνών της Επιτροπής «Συνάντηση για το μέλλον του Εθνικού Συστήματος Υγείας» και επιβεβαιώθηκε από το έργο του «Χάρτη ανομοιομορφίας στη φροντίδα υγείας» θεωρήθηκε ως μια σημαντική παράμετρος που πρέπει να λαμβάνεται εξαιρετικά υπ' όψιν κατά τη λήψη των μεταρρυθμιστικών αποφάσεων του συστήματος υγείας που θα ακολουθούσαν, δίνοντας έμφαση στην ικανοποίηση των αναγκών των τοπικών πληθυσμών, ειδικά, δε, κατά τη διαμόρφωση του νέου συστήματος πολιτικών εκπαίδευσης και επιμόρφωσης του ανθρώπινου δυναμικού.

3.2.3. Η νέα κυβερνητική πολιτική «Απελευθερώνοντας το Εθνικό Σύστημα Υγείας»

Στις αρχές του 2012, το Κυβερνητικό Τμήμα για την Υγεία του Ηνωμένου Βασιλείου (Department Health, UK Government), είχε αξιολογήσει πλέον τις εισηγήσεις όλων των Γνωμοδοτικών Επιτροπών που είχαν συσταθεί σχετικά με τις επικείμενες και επιθυμητές μεταρρυθμίσεις στο σύστημα υγείας (2009-2012) και είχε παρακολουθήσει και συντονίσει τις διαδικασίες τελικής έρευνας που οδήγησαν στην εισήγηση της Επιτροπής «Συνάντησης για το μέλλον του Εθνικού Συστήματος Υγείας». Κάλεσε τότε πλέον όλους τους εμπλεκόμενους φορείς – πανεπιστημιακές μονάδες, εργοδότες υγείας, επαγγελματίες υγείας, άλλους φορείς του Δημοσίου Τομέα κ.α. – να εργαστούν από κοινού και να υλοποιήσουν την αναδιαμόρφωση στο ΕΣΥ.

Ως άμεσοι πέντε βραχυπρόθεσμοι στόχοι στη μεταρρύθμιση αποφασίστηκαν :

1. η (μετρούμενη) βελτίωση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας υγείας,
2. η ενίσχυση των θεμελιωδών αρχών του ΕΣΥ,
3. η βελτίωση της εκπαίδευσης,
4. η ταχεία υιοθέτηση της τεχνολογίας και
5. ο σωστός σχεδιασμός των αναγκών σε ανθρώπινο δυναμικό.

Εξεδόθη, έτσι, στις 10 Ιανουαρίου του 2012 η νέα Κυβερνητική Πολιτική «Απελευθερώνοντας το ΕΣΥ : Η ανάπτυξη του Ανθρώπινου Δυναμικού – Από το Σχεδιασμό στην Υλοποίηση» (Department of Health, «Liberating the NHS : Developing the Healthcare Workforce – From Design to Delivery», 2012), υποδεικνύοντας πλέον, βάσει όλων των ερευνών που είχαν προηγηθεί, τις επιθυμητές μεταρρυθμιστικές προτεραιότητες στο Εθνικό Σύστημα Υγείας, με κεντρικό άξονα μελέτης τη μεταρρύθμιση στο σύστημα εκπαίδευσης, επιμόρφωσης και ανάπτυξης του ανθρώπινου δυναμικού.

Η βασική, κεντρική σκέψη που πλέον ομόφωνα καθοδηγούσε τη μεταρρύθμιση του ΕΣΥ στο Ηνωμένο Βασίλειο ήταν ότι για να πετύχει μια αλλαγή στο σύστημα, έπρεπε πρώτα να εκτιμηθούν και να καλυφθούν οι ακριβείς ανάγκες σε στελέχωση ανθρώπινου δυναμικού και συνοδά να σχεδιαστεί ένα σαφές πλάνο για τη συνεχή επιμόρφωση και εκπαίδευσή τους, με γνώμονα την ικανοποίηση των σύγχρονων αναγκών των σημερινών ασθενών, τόσο σε τοπικό, όσο και σε εθνικό επίπεδο, ενώ κατόπιν και παράλληλα να ικανοποιηθούν οι άλλες αλλαγές της μεταρρύθμισης.

3.2.4. Η αναδιαμόρφωση των κυβερνητικών τμημάτων διαχείρισης της υγείας στην Αγγλία

Βασικό μέλημα θεσμοθέτησης, πριν την εφαρμογή όποιων αποφάσεων, ήταν η σαφής διευκρίνηση και απονομή των ρόλων και η κατανομή των ευθυνών, για τη διαχείριση του μεταρρυθμιστικού αυτού πολιτικού και θεσμικού εγχειρήματος, τόσο σε σύνολο, όσο και στα επιμέρους τμήματά του, σε εθνικό και σε τοπικό επίπεδο.

Αποφασίστηκε, έτσι, καταρχήν ότι η εκπαίδευση και η επιμόρφωση του ανθρώπινου δυναμικού στην υγεία θα έχει κεντρική Διοίκηση από το ανώτερο θεσμικό όργανο του κράτους, τη Διεύθυνση Υγείας του Κράτους, ενώ το Κυβερνητικό Τμήμα για την Υγεία αποφασίστηκε ότι θα έχει ως ρόλο να βελτιώνει τους δείκτες υγείας των πληθυσμών, θέτοντας τους στρατηγικούς στόχους, τις νομοθετικές ρυθμίσεις, το κανονιστικό πλαίσιο και εξασφαλίζοντας τους πόρους.

Ειδικά για την εκπαίδευση και ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού, ιδρύθηκε θεσμικά ένα νέο Εκτελεστικό Όργανο του Κυβερνητικού Τμήματος για την Υγεία, η Ειδική Αρχή για την Υγεία που φέρει το όνομα «Εκπαίδευση στην Υγεία στην Αγγλία, ΕΥΑ» («Health Education England, HEE») (The Health Education England (Establishment and Constitution) Order 2012).

Έτσι, το Οργανόγραμμα της Αγγλικής Κυβέρνησης, που ισχύει και σήμερα, περιλαμβάνει 24 «Υπουργεία» και 20 «Μη Υπουργικά Τμήματα», καθένα από τα οποία συνεργάζεται με πληθώρα Τμημάτων της Δημόσιας Διοίκησης και τα οποία ανέρχονται στο σύνολο τους σε άνω των 300. Ανάμεσα στα 24 Υπουργεία ανήκει το Κυβερνητικό Τμήμα για την Υγεία, με τους στόχους που προαναφέρθηκαν και το οποίο συνεργάζεται από την μεριά του με 24 συνολικά Τμήματα της Δημόσιας Διοίκησης - ομαδοποιημένα σε κατηγορίες (Departments, agencies and public bodies in UK, <https://www.gov.uk/government/organisations>) - στα οποία και περιλαμβάνεται η νέο-ιδρυθείσα Ειδική Αρχή «Εκπαίδευση στην Υγεία στην Αγγλία, ΕΥΑ».

3.2.5. Οι επακόλουθες νομοθετικές μεταρρυθμίσεις

Οι αποφάσεις που είχαν ληφθεί για τους στόχους της επικείμενης μεταρρύθμισης στο ΕΣΥ και για την κατανομή των ρόλων, επέβαλαν μια σειρά νομοθετικών αλλαγών.

Έτσι, τον Ιούνιο του 2012 πραγματοποιήθηκε αναθεώρηση στο βασικό πλαίσιο της νομοθεσίας της Αγγλίας για τη διαμόρφωση του ΕΣΥ (National Health Service Act 2006) η οποία και αντικαθίσταται πλέον από το νέο Νόμο για την Υγεία και την Κοινωνική Πρόνοια του 2012 (Health and Social Care Act 2012/Made 15th May 2012, Laid before Parliament 18th May 2012, 28th June 2012).

Έτσι, σύμφωνα με τη νέα νομοθεσία :

...«ιδρύεται τον Ιούνιο του 2012 μια νέα Ειδική Αρχή «Εκπαίδευση στην Υγεία στην Αγγλία», η οποία αναλαμβάνει την ευθύνη του σχεδιασμού και της υλοποίησης της επιμόρφωσης και εκπαίδευσης του ανθρώπινου δυναμικού στην υγεία, ως πλέον μια δραστηριότητα» συνδεδεμένη με την παροχή των υπηρεσιών υγείας μέσα στο ευρύτερο Εθνικό Σύστημα Υγείας. Επίσης, αναλαμβάνει την ευθύνη της διασφάλισης ότι πάντα θα υπάρχουν διαθέσιμοι οι κατάλληλοι αριθμοί προσωπικού υγείας μέσα στο σύστημα υγείας ανά την επικράτεια».*

Είναι η πρώτη φορά στην ιστορία του ΕΣΥ στο Ηνωμένο Βασίλειο που ένας και μόνο Οργανισμός έχει τώρα την κεντρική απόλυτη ευθύνη για τη στελέχωση, την εκπαίδευση και την συνεχή επιμόρφωση και ανάπτυξη όλου του προσωπικού που ανήκει στο ΕΣΥ.

**«Health Education England is to exercise such of the Secretary of State's functions in relation to the planning and delivery of education and training of persons who are employed, or are considering becoming employed, in an activity which involves or is connected to the provision of services as part of the health service in England, and ensuring there are sufficient number of such persons available to provide such services, and such other functions, as the Secretary of State may direct.» (Act 2012). [Τροποποιήσεις στα Άρθρα 28(1), (2), και (4), 272(7) και (8) του Νόμου για το ΕΣΥ του 2006]. Η σχετική νομοθετική ρύθμιση ολοκληρώθηκε τελικά τον Ιούλιο του 2013 με δύο ακόμα τροποποιήσεις, (Μαΐος 2013 και Ιούλιος 2013) που αφορούσαν στις προσλήψεις προσωπικού και άλλα σχετικά διοικητικά θέματα. Η νέα αυτή Αρχή αποτελείται από έναν Πρόεδρο και 11 μέλη, ενσωμάτωσε δε όλους τους ρόλους που προγενέστερα είχαν άλλες Ενώσεις, Οργανισμοί και Σωματεία, όπως τα (National Health Service, England, Order 2012): Allied Health Professions Advisory Board, The Nursing and Midwifery professional Advisory Board, The Medical Education England's programme Boards for Dentistry, Healthcare science, Medicine and Pharmacy, κ.α.*

3.3. Ο στρατηγικός σχεδιασμός της νέας Ειδικής Αρχής για την «Εκπαίδευση στην Υγεία στην Αγγλία»

Η Ειδική Αρχή ΕΥΑ εξέδωσε το πρώτο Κείμενο των Στρατηγικών της Επιδιώξεων το Φεβρουάριο του 2013 (Introducing Health Education England, Strategic Intent, February 2013).

Η ημερομηνία πλήρους ανάληψης καθηκόντων της νέας Αρχής είχε οριστεί η 1η Απριλίου 2013. Τον Ιούλιο του 2013 πραγματοποιήθηκε μια ανανέωση των στόχων και προτεραιοτήτων που είχαν τεθεί, (Health Education England, Strategic Intent Update 2013-2014), κατόπιν αξιοποίησης σχετικών γνωμοδοτήσεων που είχε η Αρχή εν τω μεταξύ λάβει, μέσω του ανοικτού διαλόγου με το κοινό και τους φορείς που είχε ξεκινήσει όταν εξέδωσε το πρώτο κείμενο των στρατηγικών της προτεραιοτήτων και που διαρκώς ενθάρρυνε.

Η αναγκαιότητα ίδρυσης μιας νέας Ειδικής Αρχής και η έκθεση των ειδικών στόχων που καλείται αυτή να υπηρετήσει κατά τη μεταρρύθμιση περιγράφονταν ήδη στην Κυβερνητική Πολιτική «Απελευθερώνοντας το ΕΣΥ : Η ανάπτυξη του Ανθρώπινου Δυναμικού – Από το Σχεδιασμό στην Υλοποίηση» που είχε εκδοθεί το 2012.

Επιδιώκεται έτσι, βασικά, η αναδιαμόρφωση του συστήματος επιμόρφωσης και εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας στο Ηνωμένο Βασίλειο για να επιτευχθεί μια μετρήσιμη βελτίωση της φροντίδας και της έκβασης των ασθενών, αλλά και καλύπτεται η ανάγκη ανάληψης της ευθύνης για την υλοποίηση της μεταρρύθμισης σε αυτούς τους τομείς από κάποιον ειδικό και εστιασμένο σε αυτούς τους στόχους Φορέα.

Έτσι, η ΕΥΑ ιδρύθηκε για να προΐσταται πλέον του συστήματος εκπαίδευσης, επιμόρφωσης και ανάπτυξης του ανθρώπινου δυναμικού στην υγεία στο Ηνωμένο Βασίλειο και για να εξασφαλίσει ότι θα παρέχεται στον πληθυσμό η υψηλότερη δυνατή ποιότητα φροντίδας υγείας, μέσω κατάλληλα επιλεγμένων, εκπαιδευμένων, επιμορφωμένων και αναπτυγμένων επαγγελματιών υγείας, μέσα στα πλαίσια των Αξιών που πρεσβεύει το ΕΣΥ. Το όραμα της νέας αυτής Εθνικής Αρχής την «Εκπαίδευση στην Υγεία στην Αγγλία» περιγράφεται ως :

«Εξασφαλίζουμε ότι θα έχουμε τον κατάλληλο αριθμό προσωπικού, με τις κατάλληλες δεξιότητες, αξίες και συμπεριφορές, στο σωστό σημείο, τη σωστή στιγμή, για να παράσχει υψηλής ποιότητας φροντίδα στους ασθενείς».

Η γενική θεωρητική βάση των εν λόγω επιδιώξεων είναι ότι για την προστασία της ασφάλειας των ασθενών και της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας πρέπει να πληρούνται ταυτόχρονα οι εξής 4 παράμετροι :

- ✓ Σωστοί αριθμοί ανθρώπινου δυναμικού.
- ✓ Σωστοί επαγγελματίες – ήτοι με σωστή κατάρτιση, σωστές συμπεριφορές και κατάλληλες δεξιότητες.
- ✓ Στο σωστό σημείο διάθεσης.
- ✓ Στη σωστή χρονική στιγμή διάθεσης.

Έτσι, οι στόχοι συνολικά της ΕΥΑ είναι να εξασφαλιστεί ότι οι τωρινοί, αλλά και οι μελλοντικοί επαγγελματίες υγείας :

- θα είναι κατανοημένοι ανά ειδικότητα και εξειδίκευση βάσει των αναγκών της χώρας,
- θα έχουν τις γνώσεις και τις δεξιότητες που ακολουθούν τις ταχείες εξελίξεις στην τεχνολογία της υγείας και
- θα βρίσκονται στο σωστό σημείο και στη σωστή στιγμή όταν είναι απαραίτητοι,

έτσι ώστε να είναι δυνατή :

- η παροχή υπηρεσιών υγείας υψηλής ποιότητας και
- η διαφύλαξη της δημόσιας υγείας και της ασφάλειας των ασθενών

και όλα αυτά να λειτουργούν συντονισμένα με :

- τις διαρκείς εξελίξεις,
- τις δημογραφικές αλλαγές και
- τις εθνικές στρατηγικές προτεραιότητες, όπως αυτές τίθενται κατά καιρούς και στο διηνεκές του χρόνου.

Απώτερο χρονικό ορόσημο επίτευξης των στόχων αυτών είναι το έτος 2025.

Βέβαια, η κατά τόπους στελέγωση του ανθρώπινου δυναμικού στην υγεία εξαρτάται από τις εκάστοτε τοπικές ανάγκες ανά την επικράτεια και τους αντίστοιχους τοπικούς επιδημιολογικούς και δημογραφικούς δείκτες. Εξάλλου, ήδη από την 1^η Φάση των ερευνών είχε εξαχθεί το συμπέρασμα ότι οι μεταρρυθμίσεις πρέπει στοχευμένα να ικανοποιούν τις τοπικές ανάγκες, όπως αναφέρθηκε προηγουμένως. Έτσι, δημιουργήθηκαν Τοπικές Αρχές, τα Τοπικά Συμβούλια για την Εκπαίδευση και Επιμόρφωση, ΤΣΕΕ (Local Education Training Boards, LETBs, <https://hee.nhs.uk/about/our-letbs/>), που λειτουργούν υπό την επίβλεψη της ΕΥΑ και υπάγονται κεντρικά σε αυτήν και τα οποία έχουν ως ρόλο να εισηγούνται για τις σχετικές

τοπικές στρατηγικές προτεραιότητες, βάσει των αναγκών που θεωρούν ότι υπάρχουν στην κάθε περιοχή. Καλύπτουν όλη την επικράτεια του Ηνωμένου Βασιλείου και ανέρχονται σε 13, χωρίζοντάς την σε γεωγραφικά διαμερίσματα.

3.3.1. Τοπικά Συμβούλια για την Εκπαίδευση και Επιμόρφωση

Τα ΤΣΕΕ εισηγήθηκαν άμεσα μετά την ίδρυσή τους «Πιλοτικές Εκθέσεις των Τοπικών Προτεραιοτήτων και Αναγκών», που ενσωματώθηκαν στο στρατηγικό σχεδιασμό της ΕΥΑ, οι δε ανάγκες για βελτίωση φάνηκαν ομόφωνα να περιλαμβάνουν τα εξής, κυρίως θέματα:

- ✓ Διαχείριση χρόνιων νοσημάτων.
- ✓ Διαχείριση ασθενών με άνοια.
- ✓ Ενσωμάτωση των Κοινωνικών Υπηρεσιών μέσα στις Υπηρεσίες Υγείας.
- ✓ Αξιοποίηση και υιοθέτηση νέων τεχνολογιών, κυρίως για την ικανοποίηση των στόχων στην εκπαίδευση.
- ✓ Προώθηση και ευρύτερη υιοθέτηση των θεμελιωδών Αξιών του ΕΣΥ και των αντίστοιχων συμπεριφορών στους επαγγελματίες υγείας.

Αν και οι ενδείξεις αυτές, όπως καταγράφηκαν, δεν μπορούν να παράσχουν μια απόλυτη βεβαιότητα τις αληθινές προτεραιότητες στις ανάγκες, ωστόσο αποτελούν τις βάσεις τεκμηρίωσης για το στρατηγικό σχεδιασμό ενός προγράμματος στελέχωσης και ανάπτυξης του ανθρώπινου δυναμικού στην υγεία, στο μέλλον, αλλά και το παρόν.

Έτσι, η ΕΥΑ θα είχε την αποκλειστική ευθύνη για το συντονισμό και την υποστήριξη της εκπαίδευσης και της δια βίου επαγγελματικής ανάπτυξης του ανθρώπινου δυναμικού υγείας στην Αγγλία, ξοδεύοντας, μαζί με τα Τοπικά Συμβούλια, £10,000 το λεπτό για να εξασφαλίσει υψηλής ποιότητας εκπαίδευση και επιμόρφωση που θα βελτιώνει την παρεχόμενη φροντίδα υγείας, καθώς τα διατιθέμενα σχετικά κονδύλια του ΕΣΥ ανέρχονταν σε 5 δισεκατομμύρια Αγγλικές Λίρες.

Το κόστος εκπαίδευσης είχε υπολογιστεί να είναι απαγορευτικά υψηλό για να μην είναι στοχευμένο, με μία μέριμνα ικανοποίησης και για τις τοπικές ειδικές ανάγκες σε αριθμούς, αφού για παράδειγμα υπολογίζεται ότι κοστίζει £70,000 να εκπαιδεύσεις ένα πιστοποιημένο νοσηλευτή, αλλά £500,000 να εκπαιδεύσεις ένα Γενικό Ιατρό και πρέπει προφανώς να ξέρεις που χρειάζεσαι, ποιον.

Από την άλλη πλευρά, θεωρήθηκε ότι πρόκειται για μια επένδυση που μόνο αν μπορεί να διασφαλιστεί ότι το τελικά εκπαιδευμένο πρόσωπο θα έχει την ευελιξία, για

παράδειγμα και τις δεξιότητες να διαχειριστεί τους ηλικιωμένους πληθυσμούς που διαρκώς αυξάνονται και που εμφανίζονται να έχουν μια πολυπλοκότητα αναγκών, θα μπορεί τελικά να διασφαλιστεί, κατά το δυνατόν και το μέλλον του Εθνικού Συστήματος Υγείας.

Η κεντρική ανώτερη πεποίθηση, λοιπόν, ήταν ότι η ποιότητα στην παρεχόμενη φροντίδα υγείας εξαρτάται καταρχήν από την ποιότητα και τις δυνατότητες του ανθρώπινου δυναμικού, παρά από την επένδυση σε εγκαταστάσεις, σε διοίκηση, σε πολιτικές υγείας ή σε έρευνα και τεχνολογία, που κατά βάση συνήθως εστιάζονταν.

3.3.2. Συμπεράσματα από ένα «ανοικτό διάλογο» την περίοδο «Φεβρουάριος 2013 - Μαΐος 2013»

Μετά από την έκδοση του πρώτου κειμένου Στρατηγικού Πλάνου που εξέδωσε η ΕΥΑ το Φεβρουάριο του 2013, ακολούθησε μια τετράμηνη περίοδος «ανοικτού διαλόγου».

Ένα από τα βασικά σημεία που φάνηκε να σχολιάζεται στη φάση αυτή ήταν ότι οι θεσμικοί ρόλοι που καλείτο να αναλάβει η ΕΥΑ, εκπροσωπούντο ακόμα από διάφορους άλλους Φορείς του Δημοσίου Τομέα στην Υγεία, την Παιδεία κ.α. και λόγω της διαπιστούμενης αυτής αλληλεπικάλυψης ρόλων, υπήρξε ο φόβος ότι δεν θα είναι σαφές ποιος θα έχει την τελική ευθύνη λήψης αποφάσεων.

Συνολικά, τα βασικά σημεία τα οποία θίχτηκαν κατά τη δημόσια διαβούλευση σχετικά με την επιθυμητή οργάνωση της εκπαίδευσης και το στρατηγικό σχεδιασμό της ΕΥΑ ήταν:

- οι σχετικές αποφάσεις για την εκπαίδευση και τον προγραμματισμό του ανθρώπινου δυναμικού πρέπει να βασίζονται στις γνωμοδοτήσεις Επιτροπών Ειδικών Εμπειρογνομόνων σε θέματα επιμόρφωσης, εκπαίδευσης και ανάπτυξης ανθρώπινου δυναμικού (Multi-professional committees),
- η εκπαίδευση πρέπει να είναι “ασθενοκεντρική”, με μοναδικό στόχο τη βελτίωση της ποιότητας στην παρεχόμενη φροντίδα υγείας,
- η βελτίωση στη φροντίδα υγείας θα πρέπει να μπορεί να μετρηθεί και να τεκμηριωθεί,
- πρέπει να υπάρχει ούτως ή άλλως μια κεντρική στρατηγική και τα τοπικά σχέδια δράσης να εναρμονίζονται με τις εθνικές προτεραιότητες,
- πρέπει να είναι σαφές ποιο Σώμα έχει την ευθύνη των τελικών αποφάσεων.

Στα πλαίσια «απάντησης», λοιπόν, σε αυτές τις επισημάνσεις ιδρύθηκαν το 2013 νέες ειδικές Συμβουλευτικές Επιτροπές για την EYA (HEE's Strategic Advisory Mechanisms, <http://hee.nhs.uk/work-programmes/advisory-groups/>), οι οποίες αντικατέστησαν στους ρόλους τους όποια προηγούμενα Επαγγελματικά Συμβούλια υπήρχαν (Professional Advisory Boards, PABs). Διαμορφώθηκαν, έτσι, 8 Συμβουλευτικές Ομάδες (Advisory Groups), που καλύπτουν την Ιατρική, Οδοντιατρική, Δημόσια Υγεία, Φαρμακευτική, Ψυχική Υγεία, Νοσηλευτική και Μαιευτική, τις Ιατρικές Επιστήμες και τους Λοιπούς Επαγγελματίες Υγείας. Ιδρύθηκε επίσης το Διεπαγγελματικό Συμβουλευτικό Σώμα της EYA (Designing HEE's new Multi Professional Advisory Body, MPAB), στο οποίο ενσωματώθηκαν και συμβουλευτικά Σωματεία Ασθενών (Patients forum).

Τα νέα αυτά Γνωμοδοτικά Σώματα (HEE Advisory Structures) είχαν ως σκοπό να βοηθήσουν την EYA στη Διαμόρφωση των προτεραιοτήτων επιμόρφωσης, εκπαίδευσης και ανάπτυξης του ανθρώπινου δυναμικού της υγείας και στη διαμόρφωση των μακροπρόθεσμων στρατηγικών για τη βελτίωση στην παρεχόμενη φροντίδα, διαβαθμίζοντας και καταμερίζοντας ξεκάθαρα την ευθύνη και παρέχοντας τη βάση της τεκμηρίωσης που θα χρησιμοποιείται για τη διαφανή λήψη των σχετικών αποφάσεων.

3.3.3. Ο τελικός εθνικός ρόλος της EYA

Ο εθνικός ρόλος της EYA προσδιορίζεται, τελικά, σε έξι σημεία (Health Education England, www.hee.org):

1. Ηγετική θέση στο σχεδιασμό και την ανάπτυξη ολόκληρου του σώματος των επαγγελματιών υγείας & Δημόσιας Υγείας του ΕΣΥ (Workforce Planning & Development).
2. Υποστηρικτική ανάπτυξη των Τοπικών Κέντρων για την Εκπαίδευση (Local Education Training Boards, LETBs), αξιολόγησή και διατήρησή τους σε επαγρύπνηση.
3. Προσφορά υψηλής ποιότητας επιμόρφωση και εκπαίδευση, σε εναρμόνιση με τις ανάγκες των ασθενών και των κοινοτήτων και βάσει των ποιοτικών κριτηρίων που ορίζουν οι Κανονιστικές Αρχές (Regulators in training accreditation).
4. Διαχείριση των κονδυλίων για την εκπαίδευση στο ΕΣΥ και εξασφάλιση διαφάνειας, δικαιοσύνης και αποδοτικότητας των επενδύσεων.

5. Επένδυση σε εκπαίδευση που αντανακλά σε μετρήσιμη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών, βάσει του Εθνικού Πλαισίου για τα Αποτελέσματα της Εκπαίδευσης (Education Outcomes Framework) (αναλύεται παρακάτω).
6. Υποστήριξη της καινοτομίας - με απώτερο στόχο τη βελτίωση της παρεχόμενης φροντίδας υγείας.

3.3.4. Το «Εθνικό Πλαίσιο για τα Αποτελέσματα της Εκπαίδευσης»

Βασικό στοιχείο των στόχων της μεταρρύθμισης είναι να μπορεί να συνδεθεί η βελτίωση της ποιότητας στην εκπαίδευση με μετρήσιμα αποτελέσματα βελτίωσης στη φροντίδα και στην έκβαση των ασθενών. Έτσι, δημιουργήθηκε ένας ξέχωρος παράλληλος ειδικός μηχανισμός μελέτης Διασφάλισης της Ποιότητας, το Εθνικό Πλαίσιο Αποτελεσμάτων της Εκπαίδευσης, ΕΠΑΕ (Education Outcomes Framework, EOF). Βασικός στόχος του εγχειρήματος αυτού ήταν να «συνδεθεί» τεκμηριωμένα η βελτίωση στην εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας με τη βελτίωση στην έκβαση των ασθενών.

Η σύνδεση ενός νέου συστήματος της εκπαίδευσης και επιμόρφωσης με τα επιθυμητά αποτελέσματά της θα βοηθούσε ώστε η επένδυση που επρόκειτο να γίνει στην εκπαίδευση να μπορεί με μεγαλύτερη ασφάλεια να μεταφράζεται ουσιαστικά σε επένδυση για μια μετρήσιμη βελτίωση της ποιότητας της φροντίδας υγείας, βάσει διαπιστούμενων αναγκών προτεραιότητας, που ήταν και ο απώτερος στόχος. Πρόκειται δηλαδή για ένα μηχανισμό «γεφύρωσης της συνάφειας» των παρεμβάσεων με το επιθυμητό αποτέλεσμα. Έτσι, το ΕΠΑΕ θέτει συγκεκριμένες προσδοκίες για όλο το φάσμα της εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας, ώστε να μπορεί η επένδυση στο ανθρώπινο δυναμικό απώτερα να μεταφράζεται σε πραγματική «Αριστεία στη φροντίδα» και σε βελτίωση στους δείκτες Δημόσιας Υγείας.

Το ΕΠΑΕ χρησιμοποιείται από τα ΤΣΕΕ και την ΕΥΑ ως η βάση ανάπτυξης του λειτουργικού μοντέλου που θα εφαρμοστεί. Έτσι, το ΕΠΑΕ αποτελεί ένα κεντρικό σύστημα Διοίκησης της Ποιότητας που προσδιορίζει τους μετρήσιμους στόχους στο αποτέλεσμα της εκπαίδευσης.

Με τη βοήθεια, λοιπόν, εργοδοτών υγείας, κλινικούς επαγγελματίες και παρόχους εκπαίδευσης, το Κυβερνητικό τμήμα για την Υγεία (Department Health), η ΕΥΑ και τα ΤΣΕΕ ανέπτυξαν τις μετρήσιμες παραμέτρους-στόχους που χρησιμοποιεί το ΕΠΑΕ, ώστε να μπορεί να μετράται και να υποδεικνύεται ένα ποιοτικό αποτέλεσμα της εκπαίδευσης, όπως αυτή τελικά αντανακλάται στην εμπειρία του ασθενή, τη φροντίδα που έλαβε και

την ασφάλειά του. Αυτό το εγχείρημα περιελάμβανε και τη διάθεση ερωτηματολογίων στο προσωπικό υγείας ώστε να εκφράσουν και αυτοί τη γνώμη τους για την αποτελεσματικότητα, τη διαθεσιμότητα και τη σχετικότητα των παρεχόμενων δράσεων εκπαίδευσης.

Το ΕΠΑΕ, λοιπόν, αναπτύσσει Προσδιοριστές Μέτρησης για πέντε ευρύτερους Άξονες (Department of Health, Education Outcomes Framework Indicators, Technical Guidance 2013/14) :

1. Αριστεία στην παρεχόμενη εκπαίδευση.
2. Αύξηση της συμμετοχής σε καριέρες υγείας.
3. Επιδεκτικό ανθρώπινο δυναμικό στην έρευνα και την καινοτομία.
4. Επαρκείς αριθμοί, δεξιότητες και συμπεριφορές στο δυναμικό.
5. Εφαρμογή των Αξιών του ΕΣΥ.

Σε αυτούς τους άξονες και με τη χρήση διαφόρων μετρήσιμων δεικτών τα Τοπικά Συμβούλια διαμορφώνουν λειτουργικά μοντέλα εκπαίδευσης, ανάλογα με τις τοπικές ανάγκες, καθώς, βέβαια, ακολουθούν τις κεντρικές γραμμές προτεραιότητας της ΕΥΑ, όπως, για παράδειγμα, στον άξονα «Αριστεία στην Εκπαίδευση» έχει υποδειχθεί ως ενιαίος προσδιοριστής μέτρησης η ενίσχυση και η προστασία της «πολυθεματικής συνεχούς επαγγελματικής ανάπτυξης», αλλά και η ανάπτυξη των εκπαιδευτών, για τις δεξιότητες, η στοχευμένη εκπαίδευση στην άνοια, για την αύξηση της συμμετοχής, η ανάπτυξη προγραμμάτων μερικής απασχόλησης, για την επιδεκτικότητα στην καινοτομία, η εκπαίδευση στη γενωμική κ.ο.κ.

3.3.5. Ο σχεδιασμός για το ανθρώπινο δυναμικό

Η κεντρική ιδέα στο σχεδιασμό του ανθρώπινου δυναμικού στην υγεία είναι ότι, καταρχήν η μορφή του και οι δεξιότητες του θα πρέπει διαρκώς να αλλάζουν, ώστε να διατηρείται η υψηλή ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας και να βελτιώνεται η υγεία, δεδομένων των διαρκών τεχνολογικών και δημογραφικών μεταβολών.

Από την άλλη πλευρά, ο τρόπος που εκπαιδεύεται το ανθρώπινο δυναμικό πρέπει καταρχήν να υποστηρίζει την καινοτομία και την έρευνα, όπως προαναφέρθηκε και να βοηθά στην ταχεία υιοθέτηση των νέων μεθόδων θεραπείας και φροντίδας.

Ο πρώτος προγραμματισμός για το ανθρώπινο δυναμικό που πραγματοποιήθηκε από τη νεοσυσταθείσα ΕΥΑ στα πλαίσια των θεσμικών «δεσμεύσεων» της (Workforce Planning Guide, 2013) θεωρείται ο πρώτος ουσιαστικός προγραμματισμός του είδους που

έγινε στο Αγγλικό ΕΣΥ. Καταρχήν, περιγράφει με ακρίβεια ποιος πρέπει να κάνει τι και πότε μέσα στο σύστημα, ώστε να είναι δυνατή η συνεργική χρήση των διαφορετικών διαθέσιμων πόρων για την επίτευξη των κοινών τελικών στόχων. Πρόκειται για μια αρχικά σαφή ανάλυση των ρόλων στο σύστημα και παρέχει διαφανή βάση τεκμηρίωσης, που χρειάζεται για να εκτιμηθούν οι «κίνδυνοι» και τα κενά και να παρθούν, με επαγωγικό έτσι τρόπο, οι σχετικές αποφάσεις για το μέλλον.

Γενικά θεωρείται ότι το γεγονός πως οι στόχοι της εκπαίδευσης και επιμόρφωσης και οι στόχοι για τους αριθμούς και τις ειδικότητες στο ανθρώπινο δυναμικό πλέον διαμορφώνονται από μία ενιαία Αρχή, την ΕΥΑ, είναι μια πρωτοβουλία που βασικά μείωσε το κόστος, αλλά και η συνεργασία με τα Τοπικά Συμβούλια τελικά οδήγησε σε μία ενιαία εναρμόνιση των συνολικών στόχων και προγραμματισμών στην επικράτεια, που διατηρούσε το σεβασμό σε τοπικές ανάγκες, μια προσέγγιση που γενικώς δεν υπήρχε στο παρελθόν.

Οι τρέχουσες προσπάθειες προγραμματισμού για το ανθρώπινο δυναμικό στην Αγγλία είναι ιδιαίτερα έντονες και η πιο πρόσφατη Οδηγία που έχει εκδοθεί από την ΕΥΑ αφορά στο Σχεδιασμό 2015/16 (Workforce Plan for England, Proposed Education and Training Commissions for 2015/16), ενώ επίσης έχει εκδοθεί και Σχεδιασμός ως το 2029 (Framework 15, HEE Strategic Framework 2014-2029). Αυτό το «πλαίσιο αναγκών» στη στελέχωση διαμορφώνει αντίστοιχα και τα πλαίσια στο σχεδιασμό της εκπαίδευσης, αλλά και στις αποφάσεις των επενδύσεων για τα κόστη της υγείας.

Γενικά έχει θεωρηθεί ότι οι μεγαλύτερες «προκλήσεις» στον προγραμματισμό του ανθρώπινου δυναμικού είναι οι εξής περιοχές:

- η διαχείριση της παχυσαρκίας,
- η φροντίδα κατά την κύηση,
- η ενθάρρυνση της αυτό-φροντίδας,
- η ικανότητα διαχείρισης στα κόστη,
- η στήριξη των ηλικιωμένων από υπηρεσίες της κοινότητας.

3.3.6. Οι προσπάθειες ενίσχυσης της κουλτούρας διαφύλαξης της ασφάλειας των ασθενών

Ένα σημαντικό συμβάν πριν την έναρξη των μεταρρυθμίσεων στο Ηνωμένο Βασίλειο ήταν η διαπίστωση ότι σε ένα μεγάλο νοσοκομείο της περιοχής του Stafford της Βόρειας Αγγλίας η θνητότητα ήταν ασυνήθιστα υψηλή, καθώς οι δημοσιογραφικές έρευνες είχαν φτάσει πλέον να διαδίδουν ότι μεταξύ των ετών 2005-2008 είχαν πεθάνει μεταξύ 400 έως 1200 ασθενείς περισσότεροι από το αναμενόμενο για αυτό τον τύπο νοσοκομείου και αυτό αποδιδόταν σε υποδεέστερα ποιοτικά κριτήρια φροντίδας που εφαρμόζονταν εκεί.

Αυτό που θεωρήθηκε εξαιρετικά σκανδαλώδες ήταν ότι αυτά τα στατιστικά δεδομένα δεν εμφανίζονταν στις αναφορές των αντίστοιχων ετών που εξέδιδε η αρμόδια Επιτροπή για τη Φροντίδα Υγείας (Healthcare Commission), ενώ αυτό το νοσοκομείο είχε μάλιστα πρόσφατα προταθεί και προαχθεί σε «Νοσοκομείο επιπέδου NHS Foundation Trust». Η Επιτροπή για τη Φροντίδα Υγείας καταργήθηκε το 2009 και αντικαταστάθηκε από την Επιτροπή για την Ποιότητα στην Υγεία (Care Quality Commission, CQC)¹⁵.

Αυτό που κατέστησε το εν λόγω συμβάν εξαιρετικά γνωστό στην πρόσφατη ιστορία του Αγγλικού ΕΣΥ, ως βασικό «συμβάν» αναφοράς για τις επακόλουθες μεταρρυθμίσεις, είναι η «Αναφορά του Robert Francis», ο οποίος είχε τεθεί επικεφαλής ομάδας ερευνών για τις συνθήκες του υπόλογου νοσοκομείου, αλλά και των αιτιών που οδήγησαν σε μη έγκαιρη διαπίστωση των προβλημάτων αυτών από τους κρατικούς μηχανισμούς (Robert

¹⁵ Η Επιτροπή για τη Φροντίδα Υγείας «Healthcare Commission» ήταν ένας «Μη-Υπουργικός» οργανισμός του Δημοσίου που αναφερόταν στο Κυβερνητικό Τμήμα για την Υγεία και είχε ως σκοπό να προωθεί και να βελτιώνει τη Δημόσια Υγεία και την Ποιότητα στη Φροντίδα Υγείας στην Αγγλία και την Ουαλία. Ήταν η αρμόδια Αρχή συλλογής αξιόπιστων πληροφοριών που χρησιμοποιούντο για τη λήψη αποφάσεων και την επικέντρωση των απαιτούμενων βελτιώσεων. Είχε τεθεί σε λειτουργία το 2004 (Health and Social Care (Community Health and Standards) Act 2003) και είχε το νομικό όνομα «Επιτροπή για την Επιθεώρηση και τον Έλεγχο στη Φροντίδα Υγείας» (Commission for Healthcare Audit and Inspection, CHAI). Η Επιτροπή αυτή καταργήθηκε άμεσα το Μάρτιο του 2009 και ανέλαβε τις υποχρεώσεις της η ενιαία Επιτροπή για την Ποιότητα στην Υγεία (Care Quality Commission, CQC). Η τελευταία ενσωμάτωσε τους ρόλους τόσο της πρώτης, όσο και της Επιτροπής Επιθεώρησης των Κοινωνικών Υπηρεσιών (Commission for Social Care Inspection), καθώς και της Επιτροπής για την Ψυχική Υγεία (ευάλωτοι πληθυσμοί) (Mental Health Act Commission, Act 1983) - στα πλαίσια των Νομοθετικών αλλαγών της μεταρρύθμισης που προαναφέρθηκαν (Health and Social Care Act 2008) – και η οποία ισχύει έτσι μέχρι και σήμερα, έχει δε ως στόχο εντός του 2015 να έχει ολοκληρώσει μια βασική επιθεώρηση σε όλους τους οργανισμούς παροχής υπηρεσιών υγείας της χώρας.

Francis QC, Report of the Mid Staffordshire NHS Foundation Trust Public Inquiry Volume 1, 2 & 3).

Ένα κομμάτι της αναφοράς των ευρημάτων του παραδόθηκε το 2010 - οπότε και τότε το υπόλογο νοσοκομείο καθαιρέθηκε από «Νοσοκομείο επιπέδου NHS Foundation Trust», - ενώ η “Τελική Αναφορά του Francis” (The Francis Report, 2013) ολοκληρώθηκε το Φεβρουάριο 2013, καταλήγοντας σε 290 συστάσεις αλλαγών στο Σύστημα, ώστε να μην επαναληφθεί κάτι ανάλογο στην ποιότητα των υπηρεσιών υγείας του Αγγλικού ΕΣΥ.

Θα πρέπει να σημειωθεί ότι η διαπίστωση του σκανδάλου που αφορά στο Νοσοκομείο Stafford, εκτός από την κατάργηση των πρότερων αρμόδιων επιτροπών για την ποιότητα στην υγεία που επέφερε, αλλά και την κατεύθυνση των επακόλουθων μεταρρυθμίσεων που απολύτως επηρέασε, προκάλεσε πληθώρα αναταράξεων στο ΕΣΥ της Αγγλίας, σειρά παραιτήσεων διαφόρων Αξιωματούχων και έντονες αντιδράσεις από τα Σωματεία Ασθενών.

Δυστυχώς, η κατάσταση σε κάποιες περιπτώσεις φάνηκε να εκτροχιάζεται, καθώς οι επαγγελματίες υγείας και το σύστημα βρέθηκαν στο στόχαστρο μυριάδων καταγγελιών, από την άλλη, όμως, πλευρά δεν ήταν και λίγες οι περιπτώσεις που αποδείχθηκαν όντως σφάλματα στην ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας π.χ. με εγκαταστάσεις κρυφών καμερών.

Η αναφορά του Francis θεωρήθηκε ότι βοήθησε να αποκαλυφθούν τα σοβαρά και σημαντικά προβλήματα του συστήματος. Αυτή, μαζί με ποικίλες άλλες μικρότερης έκτασης αναφορές, συνεκτιμήθηκαν κατά τη διαδικασία απόφασης της κατεύθυνσης των μεταρρυθμίσεων.

Τελικά, οι συστάσεις του Francis έγκειται στα εξής βασικά πεδία (The Francis Report, 2013):

- ✓ Η έκταση της αποτυχίας του ΕΣΥ, όπως σκιαγραφείται στην Αναφορά αυτή, επιβάλλει μια ριζική αλλαγή κουλτούρας στο σύστημα, όπου όλοι οι εργαζόμενοι στο σύστημα θα «τοποθετούν» τον ασθενή πρώτη προτεραιότητα.
- ✓ Αυτό δε σημαίνει ότι απαιτούνται κάποιες αλλαγές στις δομές, αλλά στα θεμελιώδη κριτήρια ποιότητας των υπηρεσιών, για τη διαμόρφωση των οποίων θα συμμετέχουν και οι ασθενείς, το κοινό και οι επαγγελματίες υγείας και τα οποία θα είναι απλά και κατανοητά και η απόκλιση από αυτά θα είναι απολύτως μη αποδεκτή.

- ✓ Θα εφαρμόζονται μέσα επιτήρησης της συμμόρφωσης με τα επιβεβλημένα κριτήρια και αυτά τα μέσα θα βασίζονται σε μετρήσιμες ενδείξεις.
- ✓ Θα διασφαλιστεί η διαφάνεια, η αμεροληψία και η ελευθερία της έκφρασης σε όλες τις σημαντικές πτυχές του συστήματος.
- ✓ Θα διασφαλιστεί μηχανισμός αυστηρά εστιασμένης επιτήρησης της συμμόρφωσης με τα κριτήρια αυτά από τα αρμόδια όργανα.
- ✓ Θα διασφαλιστεί ότι όποιος παρέχει φροντίδα σε ασθενείς – είτε είναι το άτομο, είτε ένας οργανισμός – θα είναι υπόλογος για τις πράξεις του.
- ✓ Θα διασφαλιστεί ότι το κοινό προστατεύεται από όποιον δεν είναι επαρκής να παρέχει φροντίδα σε ασθενείς.

Η Αναφορά του Don Berwick της ίδιας περιόδου, πάντως, είναι αυτή που συνέδεσε της ανωτέρω διαπιστώσεις συγκεκριμένα με την ανάγκη της κουλτούρας για μάθηση και την ενθάρρυνση της διά βίου εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας. Ο Donald Berwick ετέθη από την Αγγλική Κυβέρνηση επικεφαλής της Εθνικής Συμβουλευτικής Επιτροπής για την Ασφάλεια των Ασθενών στην Αγγλία (National Advisory Group on the Safety of Patients in England, 2013), η οποία και ανέπτυξε μια σχετική Οδηγία με τίτλο «A promise to learn– a commitment to act, Improving the Safety of Patients in England» τον Αύγουστο του 2013.

Η θεωρία της Οδηγίας αυτής είναι ότι ο πιο σίγουρος και παραγωγικός τρόπος να επιτευχθούν οι γενικότεροι στόχοι της μεταρρύθμισης είναι να επικεντρωθούν οι προσπάθειες στους ανθρώπους του ΕΣΥ και συγκεκριμένα να αυξηθεί η «επένδυση στην εκμάθηση, την ανάπτυξη, την περηφάνια και τις φιλοδοξίες» τους. Μόνο εάν το ΕΣΥ υιοθετήσει μια κουλτούρα μάθησης θα επέλθουν βελτιώσεις και αυτές δεν είναι δυνατόν να συμβούν αν εφαρμοστούν μόνο μέτρα ελέγχου ικανοποίησης στόχων.

Κατά τον Berwick, οι νόμοι, οι κανονισμοί, τα κριτήρια ποιότητας και η ισχυροποίηση του συστήματος έχουν μεν θέση στην επιδίωξη της ποιότητας, είναι όμως πιο αδύναμα μέτρα από μια διάχυτη και συνεχή μάθηση που βοηθά τον καθένα να αναπτύσσεται και αυτή είναι η ισορροπία που πρέπει να πετύχει το ΕΣΥ με τη μεταρρύθμιση, μεταξύ, δηλαδή, των δύο αυτών κύριων μεθόδων παρέμβασης για τη βελτίωση της ποιότητας.

Έτσι, η Έκθεση του Berwick περιλαμβάνει τις 4 βασικές αρχές :

- ✓ Η ασφάλεια και η ποιότητα στη φροντίδα των ασθενών να είναι η ανώτερη, βασική επιδίωξη του ΕΣΥ.
- ✓ Η φωνή των ασθενών και των φροντιστών τους να ενθαρρύνεται να ακουστεί σε όλα τα επίπεδα του συστήματος και σε όλες τις στιγμές.

- ✓ Να ενθαρρύνεται ολόψυχα η ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού, ειδικά προς την κατεύθυνση των ικανοτήτων και των ευκαιριών τους να βελτιώσουν τις διαδικασίες μέσα στις οποίες εργάζονται.
- ✓ Να υπάρχει επιμονή στη διαφάνεια, στην ανάπτυξη της γνώσης, στην εμπιστοσύνη και στην ευθύνη.

Παρόμοιες αναφορές παρήχθησαν μετά από έρευνες σε άλλα νοσοκομεία. Η έρευνα, για παράδειγμα, στο ιδιωτικό Νοσοκομείο Winterbourne View Hospital του Bristol, για ασθενείς με αναπηρίες μάθησης και αυτισμό - το οποίο είχε ανοίξει το 2006 και έκλεισε το 2011 μετά από τα ευρήματα της έρευνας - αποτέλεσε τη βάση για τις αποφάσεις που αφορούν στην προστασία των ευπαθών ομάδων (Winterbourne View Summary of the Government Response, 2011), ενώ η έρευνα ενδονοσοκομειακής θνητότητας του Professor Sir Bruce Keogh, National Medical Director, NHS in England (Professor Sir Bruce Keogh, Review into the quality of care and treatment provided by 14 hospital trusts in England, 2013) συμπλήρωσε αντίστοιχα την εξαγωγή συμπερασμάτων, που τελικά όλα μαζί χρησιμοποιήθηκαν για τη δημιουργία της «Συμφωνίας για τους Ανθρώπινους Παράγοντες στη Φροντίδα Υγείας» (Human Factors in Healthcare Concordat)*.

Έτσι λοιπόν, τα συμπεράσματα και οι συστάσεις των εντεταλμένων από την Κυβέρνηση Επιτροπών χρησιμοποιήθηκαν τόσο για να τεθούν οι στόχοι προτεραιότητας στη μεταρρύθμιση βελτίωσης του ΕΣΥ, όσο και για να διαμορφωθεί το πλάνο εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας, προς μία κατεύθυνση βελτίωσης της εμπειρίας και της έκβασης των ασθενών, αλλά και προστασίας της ασφάλειάς τους.

Οι ανωτέρω, λοιπόν, εισηγήσεις εφαρμόζουν στο μηχανισμό “Learning to be Safer” που ανέπτυξε η ΕΥΑ, όπου μελετάται πως ο ανθρώπινος παράγοντας αλληλεπιδρά με τις διαδικασίες και το περιβάλλον του στο χώρο εργασίας και έχει ως απώτερο σκοπό να χρησιμοποιήσει αντίστοιχες αρχές στα προγράμματα εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας.

Ο ανθρώπινος παράγοντας στη φροντίδα υγείας μελετάται γιατί θεωρείται ότι « η βελτίωση της κλινικής απόδοσης επιτυγχάνεται μέσω αρχικά κατανόησης της επίδρασης της ομαδικής εργασίας, των ρόλων, του εξοπλισμού, του χώρου, της κουλτούρας και της οργάνωσης στο χώρο εργασίας, στην ανθρώπινη συμπεριφορά και τις ικανότητες και κατόπιν εφαρμογή της γνώσης αυτής στην κλινική πρακτική καθημερινότητα» [“Enhancing clinical performance through an understanding of the effects of teamwork, tasks, equipment, workspace, culture and organisation on human behaviour and abilities and application of that knowledge in clinical settings”*]

3.4. Οι «Εντολές» του Κυβερνητικού Τμήματος για την Υγεία

Σύμφωνα με την ισχύουσα, πλέον, νομοθεσία του ΕΣΥ στην Αγγλία (National Health Service Act 2006, όπως τροποποιήθηκε με το νέο Νόμο Health and Social Care Act 2012), η Διεύθυνση Υγείας του Κράτους (Secretary of State of Health) θα πρέπει να δημοσιεύει σε διετή βάση μια «Εντολή» προς το ΕΣΥ (The Department of Health Mandates), διασφαλίζοντας ότι οι στόχοι του Αγγλικού ΕΣΥ παραμένουν συγχρονισμένοι και σχετικοί με τις ανάγκες, όπως έχουν αποφασιστεί και όπως θα προκύπτει μετά από κατάλληλη σχετική διαβούλευση.

Έτσι, οι Εντολές της Κυβερνητικού Τμήματος για την Υγεία εκφράζουν τις φιλοδοξίες της κυβέρνησης για την πορεία του ΕΣΥ και τους διαθέσιμους πόρους μετά τη μεταρρύθμιση και αποτελούν τη βάση δέσμευσης του ΕΣΥ απέναντι στο Κοινοβούλιο και άρα την κοινωνία, για την επιδιωκόμενη βελτίωση.

Μετά το καλοκαίρι του 2012 πραγματοποιήθηκε μια δημόσια και ανοικτή διαβούλευση που οδήγησε στην πρώτη Εντολή της μεταρρυθμιστικής περιόδου που εκδόθηκε το Νοέμβριο του 2012 (A mandate from the Government to the NHS Commissioning Board: April 2013 to March 2015) και είχε ως σκοπό να θέσει τις βάσεις της σταθερότητας για να εφαρμοστεί η μεταρρύθμιση.

Έτσι, η πρώτη Εντολή της Κυβέρνησης κατά τη μεταρρύθμιση εστιαζόταν σε 6 θεματικές περιοχές :

1. η αριστεία στην εκπαίδευση,
2. οι αξίες και οι συμπεριφορές,
3. η επάρκεια και η ικανότητα του προσωπικού,
4. η συμμετοχική εργασία των εταίρων,
5. η αξιοποίηση του χρήματος,
6. οι προτεραιότητες στις υπηρεσίες.

Οι προτεραιότητες στις υπηρεσίες του συστήματος είχαν προσδιοριστεί να είναι :

- η αντιμετώπιση των θανάτων που μπορούν προλαμβάνονται,
- η υποστήριξη και εμπύχωση των ανθρώπων που ζουν με χρόνια νοσήματα,
- η προώθηση της «κουλτούρας φροντίδας» στο εργασιακό περιβάλλον και
- η βελτίωση της διάγνωσης, της θεραπείας και της φροντίδας των ασθενών με άνοια, ώστε να είναι πρότυπες στην Ευρώπη.

Κατόπιν ακολούθησαν σύντομα νέες διαδοχικές τροποποιητικές εκδόσεις, με ποιο σύγχρονο σχετικό έγγραφο το «Ανανέωση της Εντολής» του Ιουλίου 2013 (Refreshing the Mandate to NHS England: 2014–2015), συμπληρωμένο από το έγγραφο που εκδόθηκε το Σεπτέμβριο του 2013 ως απάντηση στη διαβούλευση του προηγούμενου (Refreshing the Mandate to NHS England: 2014–2015, Consultation).

Η τρέχουσα, λοιπόν, «Εντολή» της Κυβέρνησης της Αγγλίας υπ' όψιν του ΕΣΥ σχετικά με την υπό εξέλιξη μεταρρύθμιση αποτυπώνει 24 στόχους, σε 5 περιοχές προτεραιότητας:

1. Βελτίωση των κριτηρίων ποιότητας της φροντίδας - όχι μόνο της θεραπείας - και ειδικά στους ηλικιωμένους και στο τέλος της ζωής.
2. Διάγνωση, θεραπεία και φροντίδα των ασθενών με άνοια.
3. Υποστήριξη των ασθενών με πολλαπλές χρόνιες σωματικές και ψυχικές καταστάσεις, ιδίως αξιοποιώντας ευκαιρίες που παρέχει η τεχνολογία και παρέχοντας υπηρεσίες που δίνουν ίση αξία στη ψυχική και τη σωματική υγεία.
4. Πρόληψη του πρόωρου θανάτου από τα πιο μεγάλα θανατηφόρα αίτια («the biggest killers”).
5. Εξασφάλιση της οικονομικής ανάπτυξης.

Ειδικά για την Εκπαίδευση και Επιμόρφωση εκδόθηκε ειδική «Εντολή» από την Κυβέρνηση προς την ΕΥΑ (A mandate from the Government to Health Education England: April 2013 to March 2015). Η Εντολή αυτή ενσωματώθηκε στο Στρατηγικό σχεδιασμό της ΕΥΑ, όπως περιγράφηκε και αποτυπώνεται πλήρως σε αυτόν.

3.5. Ο συνολικός τρόπος λειτουργίας της Αρχής «Εκπαίδευση για την Υγεία στην Αγγλία» και οι στόχοι της μεταρρύθμισης που ικανοποιεί

Σύμφωνα με τα παραπάνω λοιπόν, ο συνολικός τρόπος λειτουργίας της ΕΥΑ στα πρώτα βήματα της δράσης της είναι :

1. Ενσωματώνει τις Τοπικές Ανάγκες στο στρατηγικό της σχέδιο, όπως αναφέρονται στις Τοπικές Εκθέσεις των ΤΣΕΕ (LETBs Reports).
2. Εφαρμόζει τις έννοιες που προσδιορίζει το Εθνικό Πλαίσιο για τα Αποτελέσματα της Εκπαίδευσης (Education Outcomes Framework).
3. Ικανοποιεί τις Εντολές του Κυβερνητικού Τμήματος για την Υγεία (Department Health Mandate, 2013) και τις συστάσεις της Αναφοράς του Francis (Francis report, 2013).

4. Εφαρμόζει «ασθενοκεντρική» προσέγγιση, βασισμένη σε ενδείξεις, με μετρήσιμη απόδοση.
5. Συμβουλευεται Ειδικές Επιτροπές.
6. Ανατροφοδοτεί διαρκώς τον προσδιορισμό των Προτεραιοτήτων, μέσω μηχανισμού Διαβούλευσης (“Call for Evidence”).
7. Υπολογίζει τους απαραίτητους αριθμούς και τις ειδικότητες στο Ανθρώπινο Δυναμικό στο μέλλον και σχεδιάζει τις προτεραιότητες της Συνεχούς Επαγγελματικής Ανάπτυξης και Εκπαίδευσης ικανοποιώντας συγκεκριμένες ανάγκες των σημερινών ασθενών.

Έτσι, η ίδρυση μιας Ειδικής Αρχής για την Εκπαίδευση θεωρείται ότι εξυπηρετεί τους εξής απώτερους στόχους της μεταρρύθμισης του συστήματος :

- ✓ Οι ασθενείς και οι ανάγκες τους είναι η πρώτη προτεραιότητα.
- ✓ Οι απόφασεις βασίζονται πάνω σε ενδείξεις-αποδείξεις και διαφυλάσσεται η διαφάνεια.
- ✓ Βελτιώνεται η ποιότητα σε ό,τι συμβαίνει.
- ✓ Αξιοποιούνται με τον καλύτερο δυνατό τρόπο οι χρηματικοί πόροι του Δημοσίου.
- ✓ Προωθείται η έρευνα και η καινοτομία.
- ✓ Το μέλλον του ΕΣΥ διαφυλάσσεται, προετοιμάζοντας ένα ανθρώπινο δυναμικό που θα είναι ευέλικτο, προοδευτικό στην τεχνολογία και εκπαιδευμένο να μαθαίνει.
- ✓ Ακούγονται οι φωνές διαφορετικών ειδικοτήτων και ειδικεύσεων.
- ✓ Αναγνωρίζεται η διαφορετικότητα που υπάρχει στους ρόλους μέσα στο Εθνικό Σύστημα Υγείας και αντανακλάται αυτή στις αποφάσεις που λαμβάνονται.
- ✓ Αναγνωρίζεται, επιβραβεύεται και αμείβεται όποιος δουλεύει υπηρετώντας τις ανάγκες των ασθενών.

3.6. Άλλες παράμετροι που ελήφθησαν υπ' όψιν κατά την ανάπτυξη ενός νέου μοντέλου εκπαίδευσης των ιατρών στα πλαίσια της Αγγλικής μεταρρύθμισης

Η εφαρμογή των μεταρρυθμίσεων στο σύστημα της εκπαίδευσης των ιατρών βασίστηκε σε δύο σημαντικούς άξονες, της αξιολόγησης των πρόσφατων αλλαγών στις ώρες εργασίας και στην επαναξιολόγηση των προγραμμάτων εκπαίδευσης στις ειδικότητες (διετής προετοιμασία κατεύθυνσης «Postgraduate Foundation Training Program»).

Πιο συγκεκριμένα, εδόθη ειδική βαρύτητα στην ανάλυση κατά πόσο η εφαρμογή της Ευρωπαϊκής Οδηγίας για το Χρόνο Εργασίας του 1998 - που τελικά εφαρμόστηκε το 2009 στην Αγγλία (European Working Time Directive, EWTD) - θα επηρέαζε την εφαρμογή προγραμμάτων εκπαίδευσης υψηλής ποιότητας στο χρόνο της εργασίας, στα πλαίσια μιας εβδομαδιαίας εργασίας 48 ωρών.

Η μελέτη του εν λόγω ζητήματος ανατέθηκε στον Prof Sir John Temple, ο οποίος και εξέδωσε σχετική Αναφορά (Professor Sir John Temple, Time for Training, A Review of the impact of the European Working Time Directive on the quality of training, 2010) το Μάιο του 2010.

Στα βασικά συμπεράσματα του Prof Temple περιελήφθησαν τα εξής :

- ✓ Η μείωση του χρόνου εργασίας πράγματι μειώνει τις ευκαιρίες εκπαίδευσης, καθώς αυξάνει τις «παραδόσεις» βάρδιας (hand-overs), μειώνοντας τη συνέχεια στην εκπαίδευση και γενικά μειώνει τις ευκαιρίες εκπαίδευσης του εκπαιδευόμενου σε πραγματικά περιστατικά.
- ✓ Η αύξηση των θέσεων των γιατρών μικρότερης βαθμίδας στα νοσοκομεία μπορεί να βοηθά στην εκτέλεση των εργασιών, μειώνει όμως την ποιότητα και την ποσότητα στην εκπαίδευσή τους.
- ✓ Η εκπαίδευση δεν προωθείται γενικώς στους στόχους των συμβολαίων των Επιμελητών.
- ✓ Οι εκπαιδευόμενοι συχνά έχουν λίγη επιτήρηση.
- ✓ Η παροχή εκπαίδευσης υψηλής ποιότητας δεν ανήκει σε κάποιο σύστημα επιβράβευσης, ούτε με κάποιον τρόπο διευκολύνεται.
- ✓ Η Ευρωπαϊκή Οδηγία πρέπει να γίνει ο καταλύτης αναδιοργάνωσης της εκπαίδευσης και της εργασίας στο ΕΣΥ, με μεγαλύτερη αναλογία Επιμελητών.
- ✓ Μέθοδοι προσομοίωσης και μοντέρνας τεχνολογίας θα πρέπει να χρησιμοποιούνται στην εκπαίδευση, παρά αληθινοί ασθενείς.

- ✓ Οι διατμηματικές συνεργασίες βοηθούν στην εκπαίδευση.
- ✓ Η καθοδήγηση βοηθά στα αποτελέσματα της εκπαίδευσης (mentoring).
- ✓ Η εκπαίδευση θα πρέπει να είναι στοχευμένη στις ανάγκες των εκπαιδευόμενων.
- ✓ Η «παράδοση περιστατικού» θα πρέπει να είναι μια αφορμή για εκπαίδευση.
- ✓ Οι εκπαιδευόμενοι θα πρέπει να συναποφασίζουν στις επιλεγόμενες μεθόδους της εκπαίδευσής τους.
- ✓ Διακυβέρνηση της εκπαίδευσης θα πρέπει να διασφαλίζεται σε κάθε μονάδα υπηρεσιών υγείας, με τη θέσπιση ενός ατόμου ειδικά υπεύθυνου για αυτό.
- ✓ Τα αποτελέσματα των εκπαιδευτικών παρεμβάσεων θα πρέπει να ελέγχονται και να θεωρούνται μέρος της ποιοτικής αξιολόγησης του ιδρύματος.

Από την άλλη πλευρά, ανατέθηκε στο η επαναξιολόγηση των προγραμμάτων εκπαίδευσης στην ειδικότητα (Foundation Program) από τον Professor John P Collins, κατά πόσο επιτυγχάνονται οι στόχοι που είχαν τεθεί το 2005 όταν πρωτοδιαμορφώθηκε το πρόγραμμα αυτό και αν υπάρχουν κάποια συγκεκριμένα σημεία για τη βελτίωσή του και την εναρμόνισή του με τη μεταρρύθμιση στο σύστημα συνολικά. Τα αποτελέσματα και οι προτάσεις αυτής της έρευνας περιελήφθησαν στην Αναφορά που εκδόθηκε τον Οκτώβριο του 2010 και έφερε τον τίτλο «Foundation for Excellence Report». Η εφαρμογή των συστάσεων των Sir John Temple και Professor John Collins ενσωματώνεται μέσω του προγράμματος «Καλύτερη Εκπαίδευση, Καλύτερη Φροντίδα» (The Better Training, Better Care Programme, <http://hee.nhs.uk/work-programmes/btbc/>) της Αρχής για την Εκπαίδευση στην Υγεία στην Αγγλία (EYA), η οποία εφαρμόζεται σε πιλοτικές φάσεις και οι οποίες εξελίσσονται βάσει προσεκτικής αξιολόγησης κατά στάδιο (Workstreams 1 & 2), στις προτεινόμενες, δε, τελικά μεθόδους και θεματολογίες της εκπαίδευσης συμμετέχουν οι ίδιοι οι εκπαιδευόμενοι. Ήδη έχουν πιλοτικά εφαρμοστεί προγράμματα που ικανοποιούν τις συστάσεις των προαναφερθέντων αναφορών, έχουν δε επίσης βραβευτεί πρωτοβουλίες των ίδιων των εκπαιδευόμενων σε σχετικούς διαγωνισμούς.

Παράλληλο έργο της μεταρρυθμιστικής βελτίωσης της εκπαίδευσης είναι επίσης η επαναξιολόγηση των εκπαιδευτικών κέντρων.

3.7. Οι εφαρμοζόμενες μέθοδοι Αξιολόγησης και Πιστοποίησης των Ιατρών

Η διά βίου ανάπτυξη των ιατρών στο Ηνωμένο Βασίλειο είναι υποχρεωτική, Η ευθύνη για την ολοκλήρωσή της είναι μοιρασμένη:

- ✓ ο επαγγελματίας υγείας έχει την υποχρέωση να ολοκληρώνει συγκεκριμένο προσωπικό Πλάνο Επαγγελματικής Ανάπτυξης, ΠΕΑ (Personal Continuous Professional Development Plan, PDP),
- ✓ οι Κανονιστικές Αρχές έχουν την υποχρέωση να εξασφαλίζουν υψηλά standards στα μέσα και το περιεχόμενο της εκπαίδευσης,
- ✓ οι Γνωμοδοτικές Επιτροπές έχουν την υποχρέωση να προσδιορίζουν τις ανάγκες των ασθενών σήμερα, αλλά και στο μέλλον, οπότε και να σχεδιάζεται αναλόγως η κατάλληλη εκπαίδευση για τις δεξιότητες και τις γνώσεις που αναζητούνται,
- ✓ οι εργοδότες έχουν την υποχρέωση να προσλαμβάνουν και να διατηρούν προσωπικό ικανό σε αριθμούς και δεξιότητες.

Η επίβλεψη και η παροχή της ΣΕΑ γίνεται τοπικά. Τα Τοπικά Συμβούλια για την Εκπαίδευση και Επιμόρφωση (ΤΣΕΕ) έχουν την ευθύνη του συντονισμού και της διαχείρισης τους κόστους. Ωστόσο, και οι Επιστημονικές Ενώσεις των Ειδικοτήτων (The Role of the Medical Royal Colleges and Faculties in Revalidation Colleges & Faculties, <http://www.aomrc.org.uk>) αναλαμβάνουν ευθύνη στο σχεδιασμό, τον προγραμματισμό, τις προτεραιότητες και την ποιότητα της εκπαίδευσης, καθώς επίσης το Γενικό Ιατρικό Συμβούλιο (General Medical Council) συμμετέχει.

Έτσι, ο σχεδιασμός του προγράμματος «εξατομικεύεται» σε κάθε ζώνη ΤΣΕΕ. Σύμφωνα με το Καταστατικό του ΕΣΥ (NHS Constitution) οι εργοδότες, όμως, έχουν βασικά την ευθύνη της επένδυσης στις δεξιότητες και την ανάπτυξη του προσωπικού τους. Ο ρόλος της ΕΥΑ είναι να διευθύνει τις προσπάθειες και πρωτοβουλίες σε εθνικό επίπεδο, να υποστηρίζει τα Τοπικά Συμβούλια και να εξασφαλίζει τη Διαφάνεια στην Εκπαίδευση, ενώ επίσης να απονέμει μερική επιχορήγηση στα Τοπικά Συμβούλια για την επένδυση στη ΣΕΑ του Ανθρώπινου Δυναμικού της περιοχής. Όταν το νέο εκπαιδευτικό και επιμορφωτικό σύστημα πλήρως αναπτυχθεί, η ΕΥΑ θεωρείται ότι μπορεί να πάψει πλήρως να αναμιγνύεται στις τοπικές λειτουργίες.

Έτσι, η ΕΥΑ ενθαρρύνει την τοπική ευθύνη και διεύθυνση των πραγμάτων και τη λήψη των σχετικών αποφάσεων, ώστε το σύστημα που θα αναπτυχθεί να είναι ένα σύστημα ευέλικτο στις τοπικές ανάγκες των εργοδοτών, των δομών, των ασθενών και επαγγελματιών υγείας.

Από την άλλη πλευρά, ο κάθε ιατρός υποχρεούται σε συλλογή 50 μονάδων ΣΕΑ (CME credits) το ελάχιστο, κάθε έτος και αξιολογείται σε ετήσια βάση. Ο μηχανισμός της Αξιολόγησής του (Appraisal) ανήκει στις ενδονοσοκομειακές διαδικασίες (Appraisals Manager). Η Αξιολόγησή του καταχωρείται σε ηλεκτρονικό σύστημα και κάθε 5ετία ο

ιατρός ελέγχεται για την πιστοποίηση της επάρκειάς του (revalidation) και τη διατήρηση της άδειας του να ασκεί την ειδικότητα του (re-licensing).

Όσον αφορά στο πρόγραμμα της εκπαίδευσης που διαμορφώνεται, κεντρική θέση στις προτεραιότητες της εκπαίδευσης έχουν οι «τοπικές προτεραιότητες», όπως προαναφέρθηκε, η ασφάλεια των ασθενών και οι αξίες του ΕΣΥ. Επίσης, ο χρόνος για εκπαίδευση περιφρουρείται, γίνεται, δε, διάλογος και για την επιδόσή της.

Έτσι, κάθε ιατρός έχει ένα κωδικό πρόσβασης σε ηλεκτρονικό φάκελο της κεντρικής υπηρεσίας του Βασιλικού Κολλεγίου (personal CPD diary). Το Κολλέγιο διαθέτει μία τεράστια ποικιλία ευκαιριών εκπαίδευσης, τόσο διαδικτυακά, όσο και άλλων που είναι διαθέσιμα στη χώρα, κλινικών και μη-κλινικών, ενώ επίσης διατηρεί και τον κεντρικό μηχανισμό έγκρισης εκπαιδευτικών δράσεων ως επίσημο είδος ΣΕΑ (The Royal College of Physicians, www.rcp.org).

Για την αξιολόγηση του ιατρού ισχύουν οι εξής αρχές :

- ✓ Πρέπει να είναι δίκαιη: τα άτομα που τη διεξάγουν πρέπει να είναι κατάλληλα εκπαιδευμένα για αυτό και να συλλέγεται έγκυρη πληροφορία για τον ιατρό, η οποία συγκρίνεται με προκαθορισμένα κριτήρια.
- ✓ Πρέπει να υποστηρίζει τον ιατρό να αναπτύσσεται: θα πρέπει να κατευθύνει τον ιατρό στην ανάπτυξη των δεξιοτήτων του και τη βελτίωση της ποιότητας της επαγγελματικής του άσκησης.
- ✓ Πρέπει να προστατεύει τον ασθενή: η αξιολόγηση δρα ως «δίκτυο ασφαλείας» για την προστασία του ασθενή, εκεί που οι μηχανισμοί Κλινικής Διακυβέρνησης έχουν αποτύχει να διαπιστώσουν το πρόβλημα.
- ✓ Πρέπει να είναι «αυτοματοποιημένη»: ουσιαστικά θα πρέπει να μη χάνεται χρόνος στη συλλογή της απαραίτητης πληροφορίας.
- ✓ Πρέπει να είναι πρακτική: θα πρέπει να ενσωματώνεται στις πολύπλοκες διαδικασίες του κλινικού εργασιακού περιβάλλοντος και της Κλινικής Διακυβέρνησης.
- ✓ Πρέπει να είναι έγκυρη και βασισμένη σε ενδείξεις.

Η Πιστοποίηση (revalidation) είναι η απόδειξη του ιατρού στο Γενικό Ιατρικό Συμβούλιο, ΓΙΣ (General Medical Council, GMC) ότι είναι ενημερωμένος (up-to-date) και κατάλληλος για να ασκεί την ιατρική ειδικότητά του, σύμφωνα με τα επαγγελματικά standards. Όταν ικανοποιούνται τα γενικά «standards» της καλής Ιατρικής Πρακτικής (Good Medical Practice) αυτό οδηγεί σε «επανεκδοση» της Άδειας Άσκησης του Επαγγέλματος, (re-licencing) και εφόσον ικανοποιούνται και τα «standards» της

Ειδικότητας (Good “Specialty” Practice) «επανεκδίδεται» ο Τίτλος της Ειδικότητας (re-certification). Η σχετική διαδικασία απόδειξης των ανωτέρω είναι η διαδικασία της Αξιολόγησης (Appraisal), η οποία όταν είναι ικανοποιητική για πέντε συνεχή έτη, τότε ο αξιολογητής εισηγείται αντίστοιχα την Πιστοποίηση στο Γενικό Ιατρικό Συμβούλιο.

Ο ιατρός πρέπει να καταγράφει διαρκώς τις δραστηριότητές του που αφορούν στην ικανοποίηση των ανωτέρω κριτήρια, ώστε να μπορεί να τις παρουσιάσει ως τα αντίστοιχα «τεκμήρια» κατά την Αξιολόγηση, για να διεκδικήσει την Πιστοποίηση. Τέτοιες δραστηριότητες είναι η απόδειξη συμμετοχής του σε προγράμματα ΣΕΑ, αλλά όχι μόνο αυτές.

Μπορεί, επίσης, να υποδεικνύει ότι ικανοποιεί στόχους κλινικής αποτελεσματικότητας (audits), μπορεί να χρησιμοποιεί ως τεκμήριο τη γνώμη συναδέλφων ή ασθενών και αν χρησιμοποιεί άλλες αποδείξεις απότοκες της ποιότητας της φροντίδας που παράσχει στους ασθενείς. Θα πρέπει όμως οι «αποδείξεις» αυτές να ικανοποιούν συγκεκριμένες προκαθορισμένες κατηγορίες.

Επίσης, θα πρέπει επίσης να υποδεικνύεται τι έμαθε από κάθε δραστηριότητα που αναφέρει ότι συμμετείχε και πως πιστεύει θα επηρεάσει αυτό τη μελλοντική του κλινική πράξη (reflection) (The Good medical practice framework for appraisal and revalidation, General Medical Council, <http://www.gmc-uk.org>).

Το ΓΙΣ έχει ομαδοποιήσει τα «standards» που πρέπει να ικανοποιούνται για την Πιστοποίηση σε 4 Βασικές Κατηγορίες, η καθεμία με τρεις υποκατηγορίες :

1. Γνώσεις, Δεξιότητες, Απόδοση :
 - Σταθερή απόδοση
 - Εφαρμογή της γνώσης και της εμπειρίας στην πράξη
 - Διατήρηση σαφών και πλήρων φακέλων
2. Ασφάλεια και Ποιότητα :
 - Εφαρμογή μέτρων για την προφύλαξη της ασφάλειας των ασθενών και τη βελτίωση της ποιότητας
 - Αντίδραση σε ρίσκα ασφάλειας
 - Προστασία των ασθενών και των συναδέλφων από ρίσκα που αφορούν στη δική του υγεία (την υγεία του ιατρού)
3. Επικοινωνία, Συνεργασία και Ομαδικότητα :
 - Αποτελεσματική επικοινωνία
 - Επικοινωνιακές συνεργασίες και αναθέσεις έργων
 - Ανάπτυξη και διατήρηση σχέσεων με τους ασθενείς

4. Αξιοπιστία

- Σεβασμός στους ασθενείς
- Δίκαια συμπεριφορά χωρίς διακρίσεις
- Ειλικρίνεια και ακεραιότητα

Σε ένα κύκλο πενταετίας, τελικά, πρέπει να ικανοποιούνται και τα 12 πεδία, σε κάθε, ωστόσο, χρονιά τα πεδία που αποδεικνύεται ότι καλύφθηκαν συνήθως είναι αυτά που περιλαμβάνονται στο ετήσιο Προσωπικό Πλάνο Ανάπτυξης (ΠΠΑ), του ιατρού και αφορούν στις προσυμφωνημένες περιοχές βελτίωσής του. Ο ιατρός καλείται να αναφέρει κάθε πτυχή της εργασίας του πλην του άμεσου κλινικού του έργου μόνο, όπως οι διοικητικοί, εκπαιδευτικοί και ερευνητικοί ρόλοι που μπορεί να έχει κλπ. Η κάθε Επαγγελματική Ένωση (Professional Bodies) έχει αποφασίσει τους ελάχιστους αριθμούς παραδειγμάτων που απαιτούνται για κάθε πεδίο.

Για την περαιτέρω διασφάλιση της δικαιοσύνης και της διαφάνειας, η Αξιολόγηση δεν πρέπει να γίνεται πάνω από 4 φορές συνεχόμενα από τον ίδιο Αξιολογητή, ούτε όμως και ο Αξιολογητής να αλλάζει συνέχεια. Ο ιατρός παραδίδει τις «αποδείξεις» του (portfolio of activities) και ακολουθεί μια συνάντηση με τον Αξιολογητή, κατά την οποία αποφασίζεται ποιες περιοχές έχουν όντως καλυφθεί, ποιες από τις περιοχές βελτίωσης του περσινού ΠΠΑ έχουν ικανοποιηθεί και ποιες περιοχές περαιτέρω ανάπτυξης θα επιδιωχθούν. Πρόκειται, δηλαδή, τόσο για μία διαδικασία ελέγχου της πλήρωσης κάποιων κριτηρίων ποιότητας στην άσκηση της ιατρικής, αλλά και για ένα μέσο συμβουλευτικής στην καριέρα του ιατρού.

Τελικά ο Αξιολογητής συμπεραίνει ως προς δύο συνιστώσες, της ποιότητας των «αποδείξεων» που προσκομίστηκαν και της απόδοσης του ιατρού και τελικά συναποφασίζεται η αναπροσαρμογή του ΠΠΑ.

Σύνοψη Κεφαλαίου

Τα τελευταία χρόνια πραγματοποιήθηκε στο Ηνωμένο Βασίλειο μια σειρά σημαντικών μεταρρυθμίσεων στο Εθνικό Σύστημα Υγείας και το σύστημα διά βίου εκπαίδευσης των ιατρών. Μια ριζική στροφή επιδιώχθηκε, σε όλες τις λειτουργίες του συστήματος, προς μία βασική προτεραιότητα : την προστασία της ασφάλειας των ασθενών. Το «ασθενοκεντρικό» μεταρρυθμιστικό αυτό έργο επηρέασε πολλά επίπεδα του συστήματος, τόσο όσον αφορά στη δημιουργία νέων δομών και στην ανακατανομή των ρόλων, όσο και στη συνεργασία της Κεντρικής Διακυβέρνησης της χώρας με την

Περιφέρεια. Οι αλλαγές πλαισιώθηκαν από ένα εκτενέστατο πρόγραμμα ανοικτής διαβούλευσης και μια αλληπάλλληλη σύσταση Επιτροπών, με ανάληψη έργων μελέτης συγκεκριμένα προσδιορισμένων, επιμέρους ζητημάτων της μεταρρύθμισης. Έτσι, οι αποφάσεις λαμβάνονταν και οι νομοθετικές μεταρρυθμίσεις γίνονταν πάνω σε βάσεις πλήρους διαφάνειας και επαρκούς τεκμηρίωσης.

Παρότι θεσμοθετήθηκαν, ωστόσο, στα πλαίσια αυτής της μεταρρύθμισης, νέες κρατικές Αρχές Διοίκησης στο χώρο της Υγείας, όπως η Αρχή για την Εκπαίδευση στην Υγεία στην Αγγλία (Health Education England) και τα Τοπικά Συμβούλια για την Εκπαίδευση και Επιμόρφωση (Local Educational and Training Boards), στο πλαίσιο της διοικητικά αποκεντρωμένης διάρθρωσης των νέων Clinical Commissioning Groups (CCGs) της χώρας και ενώ συστάθηκαν νέα Γνωμοδοτικά και Επιθεωρητικά Σώματα, εντούτοις οι απλές, θεμελιώδεις και αρχέγονες αρχές του Εθνικού Συστήματος Υγείας της Αγγλίας, όπως περιγράφονται στο Καταστατικό του, ήταν αυτές που διαρκώς κατεύθυναν τις επιδιώξεις.

Έτσι, η επικέντρωση της προσοχής αποφασίστηκε ότι θα αφορούσε στο ανθρώπινο δυναμικό για την υγεία. Τόσο η επαρκής στελέχωση σε αριθμούς, όσο και η επαρκής κατάρτιση των επαγγελματιών υγείας θεωρήθηκαν οι απόλυτες παράμετροι μιας επιτυχούς μεταρρύθμισης. Η χώρα πλέον διαμορφώνει λεπτομερείς οδικούς χάρτες στελέχωσης και ανάπτυξης του ανθρώπινου δυναμικού στην υγεία, τουλάχιστον για βάθος δεκαετίας, στα πλαίσια άλλων εξωγενών αλλαγών που παράλληλα μελετούνται, όπως είναι η εφαρμογή νέων ευρωπαϊκών οδηγιών για την εργασία, αλλά και στα πλαίσια διαρκών λεπτομερών μελετών για την καλύτερα δυνατή διαχείριση του δημόσιου χρήματος. Την απόλυτη κεντρική ευθύνη ενός ασφαλούς σχεδιασμού, πλέον, για το μέλλον στο ανθρώπινο δυναμικό και την κατάρτισή του έχει μια κρατική Αρχή και μόνο, που δρα ως εκτελεστικό όργανο του ανώτατου Κυβερνητικού Τμήματος για την Υγεία στη χώρα, η Αρχή για την Εκπαίδευση στην Υγεία στην Αγγλία.

Σημαντικές επίσης παράμετροι εργασιών της μεταρρύθμισης θεωρήθηκαν η μείωση των ανισοτήτων στη λήψη υπηρεσιών υγείας και τη φροντίδα υγείας και η κατανόηση και εξάλειψη της ανομοιομορφίας απόδοσης που εμφάνιζε η χώρα.

Έτσι, έχει αποφασιστεί διαρκής αξιολόγηση της επάρκειας των ιατρών σήμερα στην Αγγλία που είναι πλέον αυστηρότερα συστηματοποιημένη και διενεργείται σε ετήσιους κύκλους και πενταετής πιστοποιήσεις, βάσει Προσωπικών Πλάνων Ανάπτυξης, είναι δε παράλληλα ιδιαίτερα ενεργά τα συστήματα αμοιβής της επίδοσης.

Το νέο αυτό σύστημα ανάπτυξης των ιατρών διαρκώς αναδιαμορφώνεται βάσει των αποτελεσμάτων των μελετών που γίνονται πάνω στις αλληλεπιδράσεις των ανθρωπίνων παραγόντων με τα αποτελέσματα της εκπαίδευσης. Οι προσφερόμενες εκπαιδευτικές παρεμβάσεις, πάντως, συνδέονται με προσυμφωνημένους στόχους εκπαίδευσης και ο ιατρός καλείται να καθιστά απόλυτα σαφές πως η κάθε παρέμβαση αντανακλάται σε βελτίωση στην κλινική του πράξη. Οι Επιστημονικές Εταιρείες έχουν αναπτύξει και προσφέρουν μεγάλου εύρους προγράμματα εκπαίδευσης, ενώ ειδικές Κανονιστικές Αρχές, από την άλλη πλευρά, ελέγχουν για την ποιοτική ακεραιότητά τους.

Επιπλέον, σαφή κριτήρια για τον ποιοτικό έλεγχο της καθημερινής προσφερόμενης κλινικής υπηρεσίας έχουν αποφασιστεί και δεν είναι αποδεκτή καμία απόκλιση από θεμελιώδη προσυμφωνημένα κριτήρια. Οι στόχοι αυτοί για την απόδοση έχουν θεσπιστεί μέσα από τη συνεργασία πολλών διαφορετικών φορέων της Δημόσιας Διοίκησης, των Επιστημονικών Ιατρικών Εταιριών, των Επαγγελματικών Ιατρικών Οργανισμών, αλλά και των Σωματείων Ασθενών. Μεγάλο μερτικό, πλέον, στην ευθύνη εφαρμογής αυτής της νέας κουλτούρας δια βίου μάθησης και των επικεντρωμένων στις ανάγκες των ασθενών συμπεριφορών και πολιτικών διακυβέρνησης που προέκυψαν από τη μεταρρύθμιση έχουν οι εργοδότες.

Από την άλλη πλευρά, οι στόχοι προτεραιότητας για την ανάπτυξη του δυναμικού αποσαφηνίστηκαν με μία προσέγγιση διπλής εστίασης : τόσο τις εθνικές στρατηγικές προτεραιότητες που αποφασίστηκαν, όσο και τις τοπικές ανάγκες που αναδύθηκαν.

Έτσι, έχει αποφασιστεί ότι η υλοποίηση του απώτερου στόχου αυτής της μεταρρύθμισης, που είναι η βελτίωση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας υγείας στο Ηνωμένο Βασίλειο, τελικά θα επιτυγχάνεται με την ανάπτυξη ενός ανθρώπινου δυναμικού για την υγεία ικανού σε αριθμούς και σε δεξιότητες, ευέλικτου στην διά βίου μάθηση και την υιοθέτηση της καινοτομίας, εστιασμένου σε σαφείς και συμφωνημένους κατά τόπους στόχους προτεραιότητας για την υγεία, με απόδοση που εκτιμάται με σαφώς προσδιορισμένα και συμφωνημένα κριτήρια και το οποίο αποδέχεται να αξιολογείται σε ετήσια βάση για την επάρκεια του και όλα αυτά μέσα σε ένα θεσμικό πλαίσιο οργάνωσης ενός Εθνικού Συστήματος Υγείας που έχει πρόσφατα λεπτομερώς επανελέγξει όλες τις εκφάνσεις του ως προς την συμμόρφωσή του με τις θεμελιώδεις αρχές της ίδρυσής του, έχει ισχυροποιήσει τις συνεργασίες των επιμέρους φορέων του και έχει δεσμευτεί για μία αποδοτική αξιοποίηση των δημόσιων πόρων, με απόλυτη διαφάνεια και τεκμηρίωση στις αποφάσεις.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ ΙΙ

ΕΓΧΩΡΙΑ ΕΡΕΥΝΑ & ΤΕΛΙΚΕΣ

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 : Έρευνα τεκμηρίωσης της ανάγκης για μεταρρύθμιση στο σημερινό σύστημα διά βίου επαγγελματικής ανάπτυξης των Ελλήνων ιατρών

«Αν θεωρεί κάποιος ότι η εκπαίδευση κοστίζει θα πρέπει να σκεφτεί το κόστος της άγνοιας».

Σωκράτης

4.1. Η οργάνωση της έρευνας

Στο πλαίσιο της παρούσας διδακτορικής διατριβής θεωρήθηκε σκόπιμο να διεξαχθεί έρευνα, με χρήση ερωτηματολογίων, σε δείγμα 100 Ελλήνων ιατρών, προκειμένου να διερευνηθεί η γενική γνώμη τους για τη χρησιμότητα της Συνεχιζόμενης Ιατρικής Εκπαίδευσης και Ανάπτυξης στην καθημερινή κλινική πράξη, οι τακτικές τους για την επιδίωξή της, η ενδεχόμενη κριτική τους για το σημερινό σύστημα ΣΙΕ/ΣΕΑ στη χώρα μας, οι ανάγκες τους, οι προτάσεις τους, οι προβληματισμοί τους και τα πιθανά προβλήματα που εντοπίζουν.

Στόχος διεξαγωγής αυτής της έρευνας ήταν η συλλογή ενδεικτικών πληροφοριών ειδικών για τη χώρα, που θα διαφώτιζαν περαιτέρω τη συνολική προσπάθεια πρότασης βελτιωτικής αναδιαμόρφωσης του εγχώριου συστήματος ΣΙΕ/ΣΕΑ, στο πλαίσιο της αναγκαίας εναρμόνισης μας με αντίστοιχες αλλαγές που επίσης συμβαίνουν στις μέρες μας σε άλλες χώρες της Ευρώπης, αλλά και αλλού στον κόσμο - όπως φάνηκε, άλλωστε, από τη σχετική ανασκόπηση και περιγράφηκε στα προηγούμενα κεφάλαια.

Απώτερος σκοπός, δηλαδή, ήταν με την παρούσα έρευνα να προστεθούν στους μηχανισμούς ανάδειξης των αναγκών και κατανόησης των προβλημάτων που στηρίζουν τη λήψη σχετικών αποφάσεων για το σύστημα της ΣΙΕ/ΣΕΑ των ιατρών στη χώρα μας, ενδεικτικά, χρήσιμα σχετικά συμπεράσματα που βασίζονται σε πραγματική μελέτη τεκμηρίωσης. Παρόμοια πηγή δεν υπήρχε, όσο είναι γνωστό, άλλωστε.

Έτσι, αφού μελετήθηκαν οι σχετικοί προβληματισμοί για τη ΣΙΕ/ΣΕΑ που συζητιούνται στη βιβλιογραφία, αποφασίστηκαν ποιες βασικές πτυχές της θα θιχθούν μέσω του ερωτηματολογίου που θα χρησιμοποιηθεί για την εν λόγω έρευνα, το οποίο και διαμορφώθηκε τελικά να έχει 12 κλειστές ερωτήσεις, με πολλαπλές απαντήσεις μονής επιλογής, ένα εισαγωγικό πεδίο συλλογής βασικών δημογραφικών πληροφοριών και ένα χώρο ελεύθερης ανάπτυξης σχετικών ιδεών και προτάσεων, εν ίδι ανοικτής ερώτησης,

στην τελευταία σελίδα. Στο ερωτηματολόγιο αναφέρονταν, επίσης, τα είδη της πληροφορίας που αυτό αποσκοπεί να συλλέξει, καθώς και η πληροφορία ότι αποτελεί μέρος διδακτορικής διατριβής, στα πλαίσια μιας αντίστοιχης προφορικής επεξήγησης και πρόσκλησης εθελοντικής και ανώνυμης συμμετοχής που προηγείτο (Παράρτημα 1).

Έτσι, το Ερωτηματολόγιο αυτό διανεμήθηκε τυχαία σε δείγμα 100 ιατρών και συμπληρώθηκε εθελοντικά και με ανώνυμο τρόπο από τους ίδιους, σε όσο χρόνο αυτοί ζήτησαν ότι χρειάζονται. Οι ιατροί που συμμετείχαν στην πιλοτική έρευνα ήταν διαφόρων ειδικοτήτων από Γενικό Νοσοκομείο των Αθηνών.

Η διανομή του Ερωτηματολογίου ολοκληρώθηκε περί το τρίτο τετράμηνο του έτους 2012, όταν είχαν συμπληρωθεί 100 ερωτηματολόγια¹⁶.

4.2. Τα χαρακτηριστικά του δείγματος των συμμετεχόντων ιατρών

Τα ερωτηματολόγια που θεωρήθηκαν ότι συμπληρώθηκαν επιτυχώς ανήλθαν σε 98. Οι 98 ιατροί του μελετούμενου δείγματος προέρχονταν και τους από τρεις τομείς ειδικοτήτων σε ίσες σχεδόν αναλογίες: 33% είχαν (ή έκαναν) εργαστηριακή ειδικότητα, 38% παθολογική ειδικότητα και 29% χειρουργική ειδικότητα (**Διάγραμμα 4.1**). Στον Εργαστηριακό Τομέα την μεγαλύτερη εκπροσώπηση είχαν οι Ακτινολόγοι (~78%), στον Παθολογικό Τομέα, οι Γενικοί Παθολόγοι (~30%) και στο Χειρουργικό Τομέα οι Γενικοί Χειρουργοί (~45%) (Παράρτημα 2). Το σύνολο των εκπροσωπούμενων ειδικοτήτων ανήλθε σε 18 (**Πίνακας 4.1**).

¹⁶ Τα συλλεχθέντα δεδομένα από τα απαντημένα ερωτηματολόγια εισήχθησαν σε ηλεκτρονική βάση που διαμορφώθηκε ειδικά για την έρευνα και είχε κωδική μορφή. Ακολούθησε η στατιστική περιγραφή και ανάλυσή τους. Για την επεξεργασία των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο IBM SPSS Statistics 20 package και ορίστηκε ως επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας το επίπεδο 5%, ενώ διεξήχθησαν κατά τους ελέγχους τόσο παραμετρικοί, όσο και μη παραμετρικοί έλεγχοι.

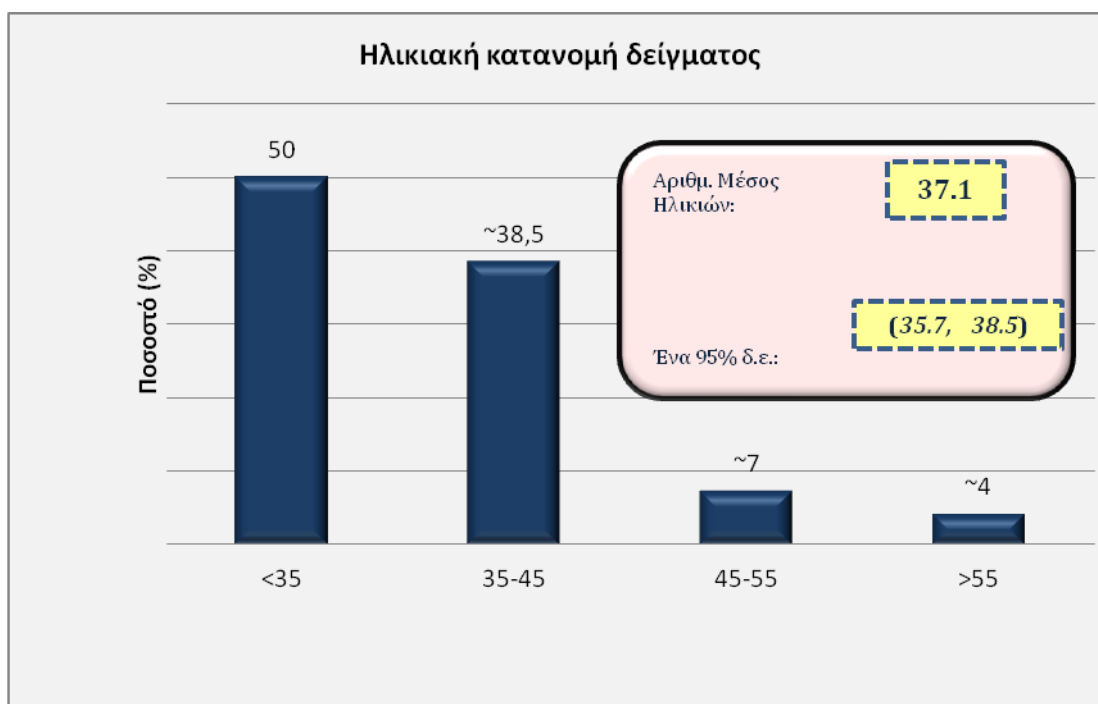


Διάγραμμα 4.1 Σύνθεση δείγματος ιατρών της έρευνας ως προς τον τομέα ειδικότητας που εκπροσωπούν.

ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΕΣ (ΑΝΑ ΤΟΜΕΑ)		
Παθολογικός Τομέας	Εργαστηριακός Τομέας	Χειρουργικός Τομέας
Καρδιολογία	Ακτινολογία	Νευροχειρουργική
Νευρολογία	Βιοπαθολογία	Ορθοπαιδική
Εσωτερική Παθολογία		Ουρολογία
Ογκολογία		Οφθαλμολογία
Ψυχιατρική		Πλαστική Χειρουργική
Γαστρεντερολογία		Γενική Χειρουργική
Ρευματολογία		Ωτορινολαρυγγολογία
Ενδοκρινολογία		
Αιματολογία		

Πίνακας 4.1 Οι ειδικότητες που εκπροσωπούνται στο μελετούμενο δείγμα.

Όσον αφορά στην ηλικιακή κατανομή των ιατρών του δείγματος, στην πλειοψηφία τους (50%) ήταν κάτω των 35 ετών. Το δεύτερο μεγαλύτερο ποσοστό (~38,5%) ήταν 35-45 ετών, οι ηλικίες 45-55 ετών είχαν μικρή εκπροσώπηση (~7%), ενώ η συντριπτική μειοψηφία (~4%) ήταν άνω των 55 ετών. Συνολικά πάντως η μέση ηλικία του δείγματος ήταν περίπου 37 ετών (s.d. 7.0) (Διάγραμμα 4.2).

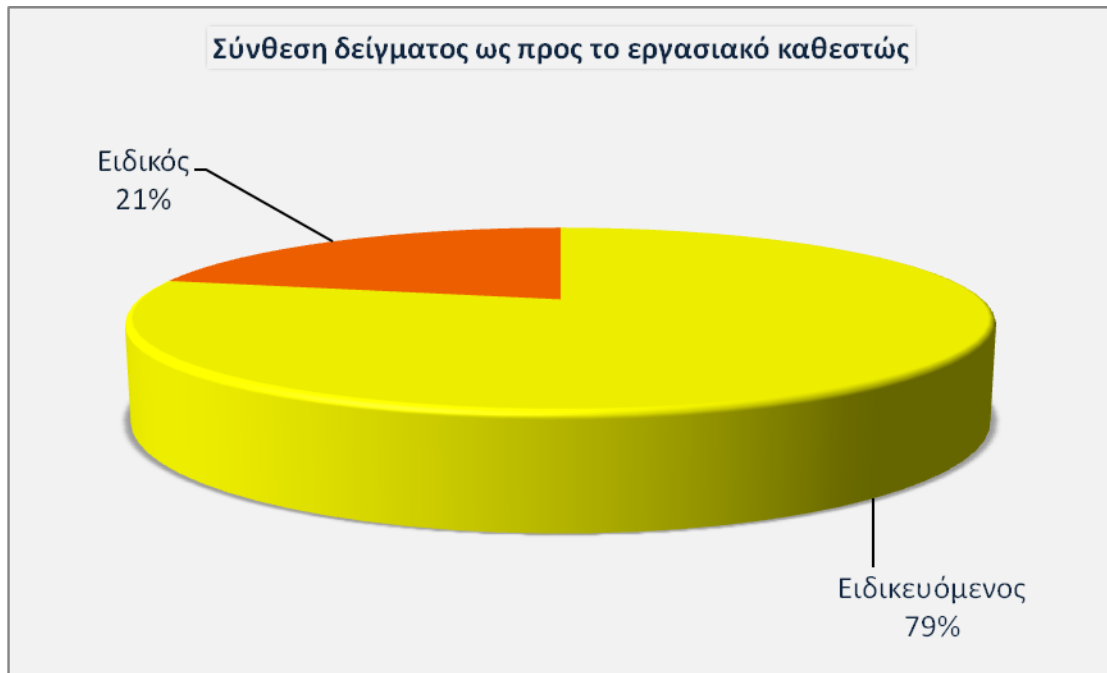


Διάγραμμα 4.2 Ποσοστιαία αναλογία κατανομής του μελετούμενου δείγματος σε ηλικιακές κατηγορίες.

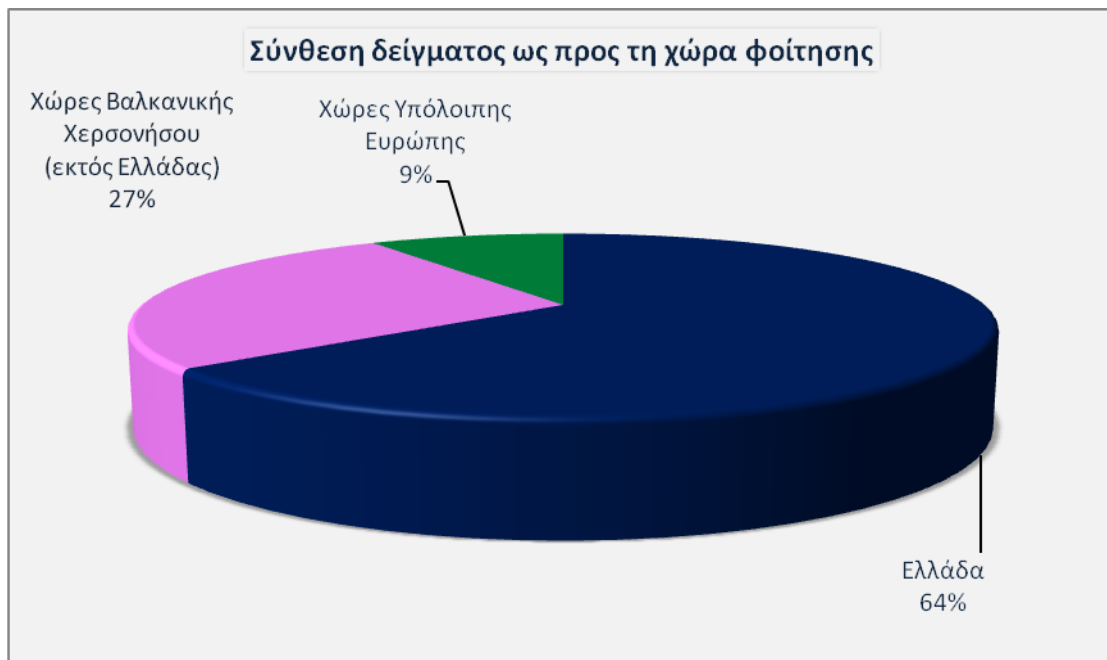
Οι ειδικευόμενοι ιατροί έναντι των ειδικών ιατρών εκπροσωπούντο στο δείγμα σε αναλογία περίπου 4 προς 1 (79% έναντι 21% αντίστοιχα) (Διάγραμμα 4.3), ενώ όσον αφορά στο φύλο, το 64% του μελετούμενου δείγματος ήταν άντρες [με μέση ηλικία 35 ετών (s.d. 4,9)], ενώ το 36% του δείγματος ήταν γυναίκες [με μέση ηλικία 40 ετών (s.d. 9,3)].

Οι αναφερόμενες Ιατρικές Σχολές αποφοίτησης (βασικές σπουδές) κατά την πλειοψηφία τους (64%) ήταν Ελληνικές, ενώ το 27% του δείγματος είχε αποφοιτήσει από Ιατρικές Σχολές της Βαλκανικής χερσονήσου και οι λοιποί από αλλοδαπού στον κόσμο (Διάγραμμα 4.4).

Η διανομή του ερωτηματολογίου στους ιατρούς έγινε με ευρύ και τυχαίο τρόπο, προκειμένου να αποφευχθούν φαινόμενα συστηματικού λάθους επιλογής (selection bias).



Διάγραμμα 4.3 Η αναλογία ειδικών και ειδικευμένων ιατρών στο μελετούμενο δείγμα



Διάγραμμα 4.4 Χαρακτηριστικά του δείγματος ως προς τις βασικές σπουδές στην ιατρική

Είναι γεγονός, ωστόσο, ότι ειδικές συνθήκες μπορεί πράγματι να επηρέασαν την απρόσκοπτη συμμετοχή όλων των ειδικοτήτων ισότιμα, όπως π.χ. συμπλήρωσή από Αναισθησιολόγους ιατρούς, που συνήθως βρίσκονται περιορισμένοι εντός του αποστειρωμένου χώρου των χειρουργείων ή της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας ή ιατρούς άλλων απομονωμένων ειδικοτήτων, για παρόμοιους, ως άνω, λόγους ή ιατρούς σε υψηλά ιστάμενες διοικητικές θέσεις, όπου και πάλι το ερωτηματολόγιο δεν έφτασε, πλην εξαιρέσεων.

Έτσι, με εξαίρεση ειδικές καταστάσεις όπως προαναφέρθηκε, τα αναλογικά στοιχεία αυτού του δείγματος τελικά ως προς τη σύνθεσή του δε θεωρούνται να έχουν κάποια ισχυρή απόκλιση από αληθείς αναλογίες στο σύνολο των μαχόμενων εργαζομένων ιατρών ενός τριτοβάθμιου νοσοκομείου. Το δείγμα αυτό, δηλαδή, θεωρείται ένα ικανοποιητικά αντιπροσωπευτικό δείγμα του συνόλου των ασκούμενων ιατρών ενός τέτοιου εργασιακού χώρου, με δεδομένο, βέβαια, ότι ειδικοί έλεγχοι αντιπροσωπευτικότητας δεν έγιναν.

Πρόκειται, έτσι, για ένα σύνολο δείγματος σχετικά νέων, ηλικιακά, ιατρών, άρρενος φύλου και ελληνικής βασικής ιατρικής εκπαίδευσης κατά τα δύο, περίπου, τρίτα του, που βρίσκεται στις αρχικές φάσεις της επαγγελματικής εξειδίκευσής κατά την άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος, σε νοσοκομειακό περιβάλλον και ανήκει σε είτε χειρουργική, εργαστηριακή ή παθολογική κατεύθυνση σε ίσες, ουσιαστικά, αναλογίες.

Έτσι, με όποιες επιφυλάξεις περί αντιπροσωπευτικότητας ή άλλες, κανείς δεν μπορεί να αμφισβητήσει ότι εκπροσωπούνται σε κάποιο βαθμό οι απόψεις και θέσεις για τη ΣΠΕ/ΣΕΑ που εκφράζουν γενικά οι Έλληνες ιατροί αντίστοιχου δημογραφικού και επαγγελματικού προφίλ και έτσι να τις εκλάβει.

Άλλωστε, γενικές στατιστικές που έχουν γίνει δείχνουν παρόμοιες αναλογίες χαρακτηριστικών στο σύνολο του ιατρικού σώματος με αυτές που έχει το δείγμα μας, όπως για παράδειγμα η αναλογία των φύλων, όπου το σύνολο των γυναικών ιατρών στο Αγγλικό Σύστημα Υγείας NHS το 2012 είχε υπολογιστεί να αντιστοιχεί στο 42% του συνόλου του ιατρικού σώματος, όσο περίπου δηλαδή και στο μικρό δείγμα μας (List of Registered Medical Practitioners – statistics, GMC).

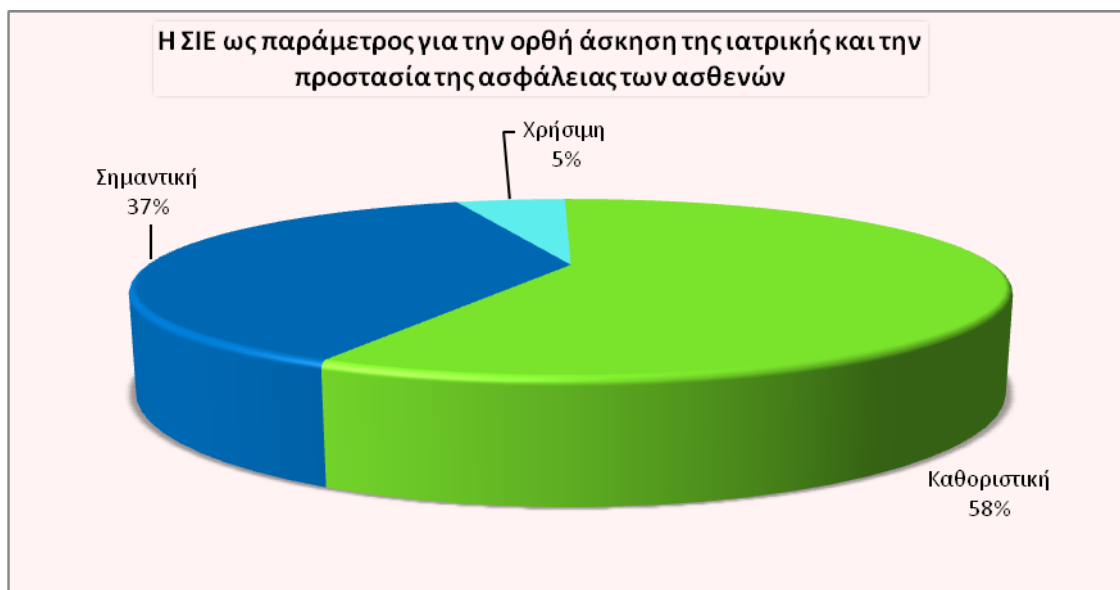
Βέβαια, είναι γεγονός ότι όποιες αναλογίες χαρακτηριστικών σε μελετούμενες ομάδες ιατρών ούτως ή άλλως τροποποιούνται με το πέρασμα του χρόνου και έτσι η γενίκευσή τους έχει πάντα αντίστοιχους περιορισμούς. Για παράδειγμα, σήμερα η αναλογία των γυναικών στο ιατρικό σώμα έχει αλλάξει και διαρκώς αυξάνεται (List of Registered Medical Practitioners – statistics, GMC, www.gmc-uk.org).

Γενικά, έχουν αναφερθεί διαφορές στη συμμόρφωση στη ΣΙΕ (Carrera et al, 2015), αλλά και στις προτιμώμενες μεθόδους (Wutoh et al, 2004). Έτσι, ενδεχομένως να αλλάζουν στο διηνεκές του χρόνου, ούτως ή άλλως, οι απόψεις που μπορεί να εκφράζονται για τη συνεχιζόμενη ιατρική εκπαίδευση από το ιατρικό σώμα, αντανακλώντας, εν προκειμένω, ενδεχομένως περισσότερο, στο μέλλον, τις ειδικές ανάγκες των γυναικών.

4.3. Πεποιθήσεις για τη σημασία της Συνεχιζόμενης Ιατρικής Εκπαίδευσης

Η πλειοψηφία (58%) του δείγματος των ιατρών που συμμετείχαν στην έρευνα θεωρεί τη Συνεχιζόμενη Ιατρική Εκπαίδευση ως «Καθοριστική» παράμετρο για την «Ορθή άσκηση της ιατρικής και για την προστασία της ασφάλειας των ασθενών», ενώ το συνολικό ποσοστό που τη θεωρεί ως «Καθοριστική» ή «Σημαντική» εξαντλεί τη συντριπτική πλειοψηφία (95%) (Διάγραμμα 4.5).

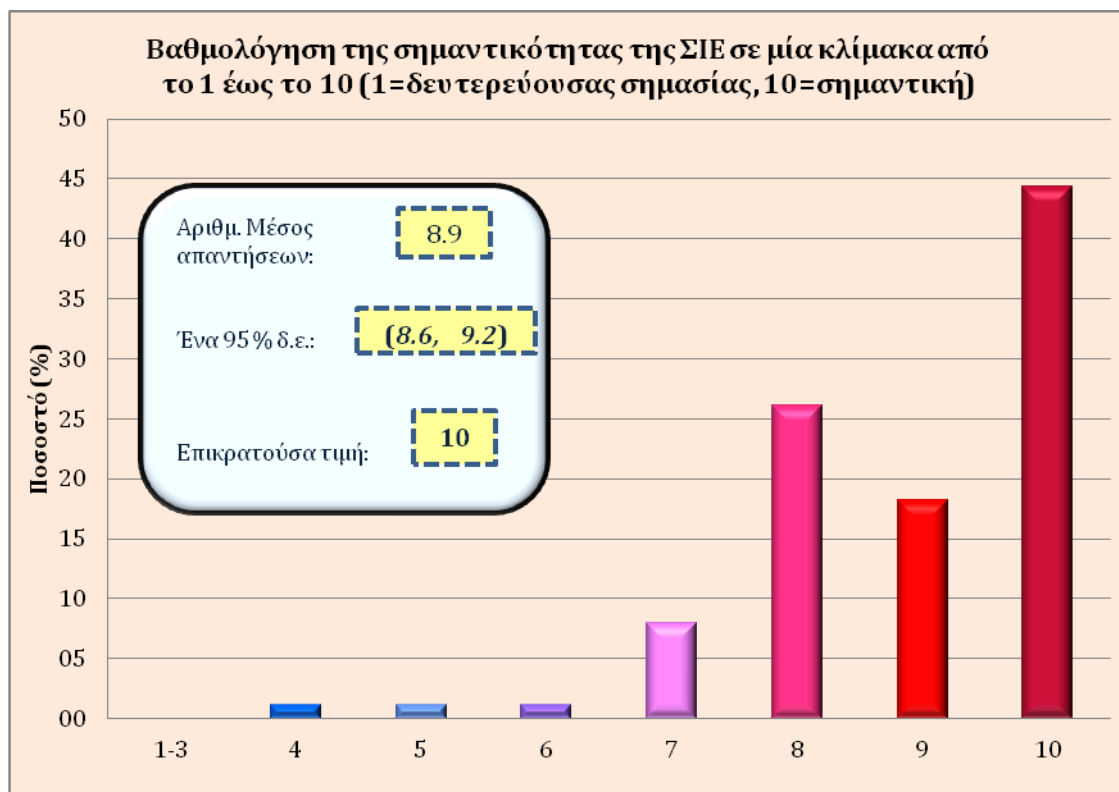
Μόνο το υπολειπόμενο 5% επέλεξε να την χαρακτηρίσει απλά ως «Χρήσιμη», κανένας, όμως, από τους ερωτούμενους ιατρούς δεν χαρακτήρισε τη ΣΙΕ ως μια «Δευτε-



Διάγραμμα 4.5 Η αναλογία των απόψεων που εκφράστηκαν σχετικά με τη σημασία της ΣΙΕ και το ρόλο της στη διαφύλαξη της ασφάλειας των ασθενών και την ορθή άσκηση της ιατρικής

ρεύουσα παράμετρο» για τα ανωτέρω - δεν επέλεξε, δηλαδή, την τέταρτη απάντηση που δινόταν ως επιλογή (Παράρτημα 1).

Σε μια επανάληψη του ίδιου, ουσιαστικά, ερωτήματος - περί της εκτιμούμενης, δηλαδή, σημασίας της ΣΙΕ για τους ανωτέρω σκοπούς - αλλά με μία βαθμονόμηση της απάντησης από το 1 έως το 10, ο μέσος όρος των απαντήσεων κυμάνθηκε ποιοτικά υψηλά, στο 8,9 (s.d 1,6), ενώ η επικρατούσα τιμή ήταν η μέγιστη, δηλαδή το 10 (Διάγραμμα 4.6).



Διάγραμμα 4.6 Σχηματική απεικόνιση των απαντήσεων των ιατρών του δείγματος περί της σημασίας της ΣΙΕ σε μια κλίμακα βαθμονόμησης από το 1 έως το 10.

Περαιτέρω ανάλυση της δηλούμενης πεποίθησης στο δείγμα περί της υψηλής σημασίας της ΣΙΕ υπέδειξε ότι αυτή είναι ενιαία και καθολική, δεν έδειξε, δηλαδή, να διαφοροποιείται η εν λόγω πεποίθηση στα φύλα (p-value 75.0%), τις ηλικιακές ομάδες (p-value 12.4%), το είδος ή τον τομέα της ειδικότητας (p-value 86.0% και 56.4% αντίστοιχα) ή το επαγγελματικό στάδιο (ειδικοί έναντι ειδικευομένων ιατρών) (p-value 14.4%).

Όπως έχει αναφερθεί στα προηγούμενα κεφάλαια (Κεφάλαια 2 & 3), από πολύ παλιά η ΣΙΕ/ΣΕΑ θεωρείτο εξαιρετικά σημαντική για την επαρκή και ασφαλή άσκηση της ιατρικής. Σήμερα διάφορες χώρες ανά τον κόσμο καθιστούν όλο και αυστηρότερα τα κριτήρια της πιστοποίησης και του ελέγχου της διά βίου εκπαίδευσης και ανάπτυξης των ιατρών, στα πλαίσια ενίσχυσης των γενικών μέτρων διαφύλαξης της δημόσιας υγείας. Επιπλέον, λαμβάνονται αυστηρά μέτρα εξασφάλισης της ποιότητας και της διαφάνειας της ΣΙΕ/ΣΕΑ, ακριβώς λόγω του μεγέθους της σημασίας της. Ακόμα, έρευνες ενθαρρύνονται ώστε να διαπιστωθούν οι ιδανικότερες μέθοδοι διεξαγωγής της, που θα εξασφαλίζουν μία πραγματική ποιοτική και ποσοτική βελτίωση στην ιατρική πράξη. Τέλος, ζητήματα εναρμόνισης των διαφορετικών εθνικών συστημάτων ΣΙΕ/ΣΕΑ εγείρονται όλο και περισσότερο, ώστε να είναι πιο ενιαία η ικανοποίηση των ανωτέρω στόχων (Merkur et al, 2008), αλλά και ως ένα μέτρο ασφάλειας στην απονομή ελευθερίας μετακίνησης στους Ευρωπαίους πολίτες για την άσκηση της ιατρικής σε άλλα κράτη - μέλη.

Οι πρόσφατες, άλλωστε, θεσμικές μεταρρυθμίσεις στο Ηνωμένο Βασίλειο σχετικά με τη συστηματοποίηση της Συνεχιζόμενης Επαγγελματικής Ανάπτυξης των ιατρών και τις διαδικασίες και τα κριτήρια περιοδικής αξιολόγησης της επάρκειάς τους, που περιγράφηκαν στο Κεφάλαιο 3, βασίζονται ακριβώς στις δύο αυτές αρχές : στην εξασφάλιση της ικανότητας για Ορθή Ιατρική Πρακτική στη διά βίου άσκηση της ιατρικής (Good Medical Practice) και στην υιοθέτηση κουλτούρας προστασίας της ασφάλειας των ασθενών.

Με δεδομένο, όμως, ότι στους Έλληνες ιατρούς δεν έχει τόσο συστηματοποιημένα επικοινωνηθεί πόσο σημαντική είναι η ΣΙΕ/ΣΕΑ για την ορθή άσκηση της ιατρικής και την προστασία της ασφάλειας των ασθενών, όσο, για παράδειγμα, έγινε στο Ηνωμένο Βασίλειο - όπου αυτή η αρχή κινητοποίησε πληθώρα δράσεων ανοικτών διαλόγων και ειδικών εισηγήσεων σε ολόκληρη τη χώρα και εκτενέστατα και εντονότατα αυτούσια επικοινωνήθηκε ως προς τη σημασία της, μέσα στο Εθνικό Σύστημα Υγείας, τα τελευταία περίπου 5 χρόνια - θα έλεγε κανείς ότι η συνείδηση για το ρόλο και τη σημασία της ΣΙΕ/ΣΕΑ στη χώρα μας θα είχε εξασθενήσει.

Φαίνεται ωστόσο, ότι οι θέσεις αυτές του δείγματος των Ελλήνων ιατρών απλά επιβεβαιώνουν θεμελιώδεις ιδέες που έχουν διατυπωθεί από πολύ παλιά για τη Διά βίου εκπαίδευση γενικά και που αναφέρθηκαν στα πρώτα κεφάλαια, ότι, δηλαδή, το εσωτερικό κίνητρο, η ανάγκη επιδίωξης της και η αναγνώριση της σημασίας συνεχούς εκπαίδευσης υπαγορεύονται ούτως ή άλλως από τις απαιτήσεις των κοινωνικών ρόλων

των ενήλικων πολιτών (Κεφάλαιο 1). Οι ιατροί ειδικά, βέβαια, νιώθουν ένα έντονο ηθικό καθήκον και μία προσωπική ευθύνη απέναντι στους ασθενείς τους και την κοινωνία, ούτως ή άλλως, όπως ο Ιπποκράτειος όρκος πρωτοανέφερε, αλλά και ο πιο σύγχρονος Καταστατικός Χάρτης της Ευρωπαϊκής Εταιρείας Ιατρικών Ειδικοτήτων υπαγορεύει (Κεφάλαια 2 & 3).

Θα μπορούσε να θεωρηθεί δηλαδή, ότι οι Αρχές της Διακήρυξης της Βασιλείας περί την ηθική ευθύνη κάθε ιατρού για Συνεχιζόμενη Επαγγελματική Ανάπτυξη και οι Αρχές της Παγκόσμιας Ομοσπονδίας της Ιατρικής Εκπαίδευσης περί εσωτερικού κινήτρου επαγγελματικής συνείδησης και υποχρέωσης που ωθεί σε αυτήν (Κεφάλαιο 2) αποτελούν μέρος της συνείδησής των ερωτούμενων ιατρών του δείγματος, οπότε και κατατάσσουν, έτσι, τη ΣΙΕ/ΣΕΑ, πράγματι, ως παράμετρο πολύ υψηλής σημασίας στην άσκηση της ιατρικής.

Αυτά, δηλαδή, που η εκτενής μελέτη του Don Berwick στο Ηνωμένο Βασίλειο διαπίστωσε και επικοινωνήσε με τη μορφή της Οδηγίας που έφερε τον τίτλο «*A promise to learn— a commitment to act, Improving the Safety of Patients in England*», τον Αύγουστο του 2013 (« *Μία υπόσχεση να μαθαίνουμε, μία δέσμευση να δρούμε, Βελτιώνοντας την Ασφάλεια των Ασθενών στην Αγγλία*» (Κεφάλαιο 3), στη χώρα μας εκφράζεται ελεύθερα και αυθεντικά από το δείγμα των ιατρών της μελέτης, καθώς ομολογούν αυθόρμητα πρωτογενείς πεποιθήσεις για τη διασφάλιση της επάρκειας και ασφάλειας στην ιατρική πράξη, που είναι εναρμονισμένες με τις ιδέες αυτές.

Οι ιατροί του δείγματος αυτού, λοιπόν, φαίνεται να έχουν σύμφωνη θέση με τις θεμελιώδεις θεωρήσεις που υποκίνησαν και χαρακτηρίζουν την πρόσφατη Αγγλική μεταρρύθμιση, καθώς η πλειοψηφία τους ανάγει τη ΣΙΕ σε «Καθοριστική παράμετρο» για την ορθή άσκηση της ιατρικής και την ασφαλή φροντίδα των ασθενών. Έντονες ανάλογες απόψεις διατυπώθηκαν, επίσης και στο πεδίο ελεύθερης έκφρασης της τελευταίας σελίδας του ερωτηματολογίου της έρευνας (Παράρτημα 3).

Σε κάθε περίπτωση, βέβαια, η σύνδεση της εκπαίδευσης με μια ορθή και ασφαλή διαχείριση των ασθενών είναι αντικείμενο ερευνών, καθώς δεν είναι πάντοτε επιτυχώς συνδεδεμένα μεταξύ τους και σήμερα αναγνωρίζεται, πλέον, έντονα η ανάγκη να διαμορφώνονται οι κατάλληλες εκείνες εκπαιδευτικές παρεμβάσεις ανά περίπτωση και κοινό που θα εξασφαλίζουν με τον καλύτερο δυνατό τρόπο ποιοτικό και ποσοτικό αποτέλεσμα στην έκβαση των ασθενών - πέραν της ικανοποίησης του εκπαιδευόμενου ιατρού, της βελτίωσης των θεωρητικών του γνώσεων και της επίδοσής του, κατά το γνωστό μοντέλο του Kickpatrick για την αξιολόγηση της εκπαίδευσης σε τέσσερα στάδια

(Kirkpatrick's Four Level Evaluation Model, <http://www.nwlink.com/~donclark/hrd/isd/kirkpatrick.html>). Επίτευξη μόνο των πρώτων αυτών τριών σταδίων δεν θεωρείται σήμερα ότι αρκούν για το ουσιαστικά επιδιωκόμενο τελικό αποτέλεσμα, που θα πρέπει να αντανακλάται στην έκβαση του ασθενούς.

Πράγματι αποδεικνύεται όλο και περισσότερο ότι ευρέως χρησιμοποιούμενες μέθοδοι για τη διά βίου εκπαίδευσης των ιατρών - όπως για παράδειγμα διαδικτυακές ασκήσεις επίλυσης προβλημάτων ή άλλες διαδικτυακές μέθοδοι – δε μελετήθηκαν ως προς τη βελτίωση στην τελική έκβαση των ασθενών ή δείχνουν, γενικά, αντιφατικά αποτελέσματα (Therwongsa et al, 2014)(Al-Azri et al, 2014).

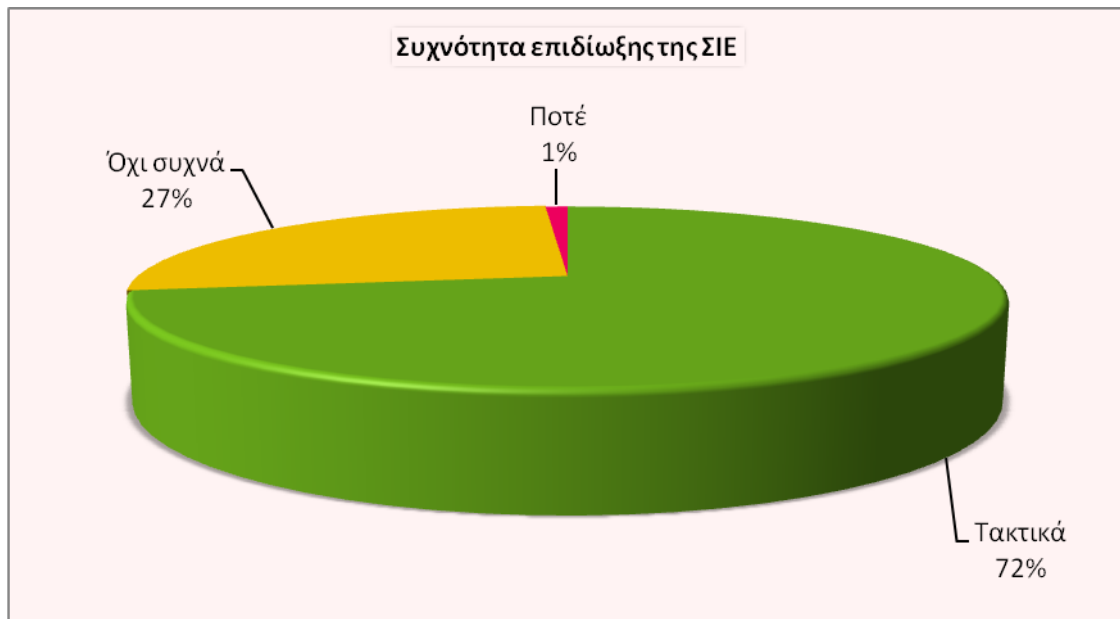
Έχουν διαπιστωθεί, επίσης, ποιοτικά προβλήματα μη τυχαιοποιημένης κατανομής των συμμετεχόντων ή χρήσης εργαλείων μέτρησης του αποτελέσματος που δεν είναι υψηλής αξιοπιστίας, δηλαδή τα συμπεράσματα, τελικά, υφίστανται περιορισμούς συστηματικού σφάλματος ως προς τη γενίκευσή τους, ενώ δεν αποκλείεται και η παρουσία μεροληψίας δημοσίευσης (publication bias)(Effectiveness of Continuing Medical Education, 2007).

Μπορεί, λοιπόν, η ΣΙΕ/ΣΕΑ να θεωρείται παγκοσμίως εξαιρετικής σημασίας για την ορθή άσκηση της ιατρικής και την ασφαλή διαχείριση των ασθενών και τα τελευταία χρόνια να έχουν προταθεί σημεία βελτίωσής και συστηματοποίησής της (Bennett et al, 2000), υπάρχει ωστόσο ακόμα μεγάλο κενό στην κατανόηση των παραγόντων που επηρεάζουν την άρρηκτη σύνδεση μιας εκπαιδευτικής παρέμβασης με ένα τελικό αποτέλεσμα μετρήσιμου οφέλους για τον ασθενή, πέραν των πρωϊμότερων σταδίων ικανοποίησης του εκπαιδευόμενου ιατρού και βελτίωσης της θεωρητικής γνώσης, των δεξιοτήτων του, των στάσεων και συμπεριφορών του, της πρακτικής επίδοσής του ή άλλου.

4.4. Η συχνότητα επιδίωξης της Συνεχιζόμενης Ιατρικής Εκπαίδευσης

Παρά τη θεωρητική τοποθέτηση του 95% των ιατρών του δείγματος, συνολικά, ότι η ΣΙΕ είναι «Καθοριστική» ή «Σημαντική» ως παράμετρος για την ορθή άσκηση της ιατρικής και την προστασία της ασφάλειας των ασθενών, η τακτική επιδίωξή της κυμάνθηκε σε χαμηλότερα ποσοστά, ήτοι αναφέρθηκε από το 72% του δείγματος, ενώ το 27% του δείγματος ανέφερε ότι δεν επιδιώκει τη ΣΙΕ συχνά (**Διάγραμμα 4.7**).

Αυτή η παρατήρηση εγείρει προβληματισμούς ως προς τη βαθύτερη ερμηνεία της. Θα μπορούσε να πρόκειται για διαφορετική θεωρητική θέση από την αληθινή πράξη. Αυτό θα μπορούσε να σημαίνει ότι ένα ικανό ποσοστό του δείγματος δεν υλοποιεί τακτικά κάτι



Διάγραμμα 4.7 Οι τακτικές επιδίωξης της ΣΙΕ του δείγματος των ιατρών

που, εάν ερωτηθεί, δηλώνει ένθερμα ότι είναι σημαντικό. Αυτό θα ήταν ανησυχητικό για την αντίληψη προσωπικής ευθύνης που τελικά οι ιατροί δύνανται να έχουν ως προς τη ΣΙΕ.

Επίσης, αν πρόκειται πράγματι για διαφορά μεταξύ θεωρητικών δηλώσεων και τελικής πράξης, τότε σαφώς δικαιολογούνται οι προθέσεις θεσμοθέτησης της ΣΙΕ ως αυστηρά υποχρεωτικής - όπως σε πολλά κράτη ήδη συμβαίνει (Κεφάλαιο 2) - και επιβολής σοβαρών κυρώσεων όταν υπάρχει απόκλιση από την υποχρέωση, ώστε να μπορεί να ελέγχεται η υλοποίησή της, αφού, ως φαίνεται, η έκφραση πεποιθήσεων για το ύψος της σημασίας της δε συνάδει και ισότιμα τακτικής επιδίωξης της και τέτοιες πεποιθήσεις μετατρέπουν το σύστημα της ΣΙΕ σε υποχρεωτικό εδώ και αρκετά χρόνια, στις περισσότερες Πολιτείες των ΗΠΑ (Continuing Medical Education for Licensure Reregistration.USA). Σε κάποιες περιπτώσεις έχει καταγραφεί στην Ελλάδα ότι οι ίδιοι οι ιατροί προτείνουν, πράγματι, υποχρεωτικό πλαίσιο στο θεσμό (Ziroyanis et al, 2003), καθώς επίσης μελετητές πολιτικών υγείας, από την άλλη πλευρά, προτείνουν υποχρεωτικό θεσμό εξετάσεων ακόμη ήδη και από την έναρξη της εξειδικευμένης εκπαίδευσης στην ιατρική ειδικότητα (Κοντιάδης Ξ & Σουλιώτης Κ, 2005).

Ωστόσο, ίσως να μην είναι αυτή η ερμηνεία της παρατήρησης. Καταρχήν αναγνωρίζεται ότι μπορεί το δείγμα που απάντησε το Ερωτηματολόγιο να ήθελε έμμεσα να εκφράσει μια αγωνία «αυτοκριτικής», όταν εκτίμησε την επάρκεια των ωρών που

καταφέρνει να αφιερώνει στη ΣΙΕ, κρίνοντας αυστηρά, τελικά, τη συχνότητα που την επιδιώκει και υπονοώντας ότι θα μπορούσε σαφώς να είναι μεγαλύτερη, δεδομένου πόσο σημαντική παράμετρο θεωρεί τη διά βίου εκπαίδευση του, όπως κινητοποιήθηκε από την προηγούμενη ερώτηση να διαπιστώσει.

Επίσης, κανείς δεν θα μπορούσε να αρνηθεί την παρουσία πραγματικών εμποδίων που δεν αφήνουν πάντα μια αληθινή επιθυμία να γίνεται στο ίδιο μέγεθος και με ευκολία πράξη, όσο σημαντική και να θεωρείται. Για παράδειγμα, η έλλειψη χρόνου, τα εξαντλητικά ωράρια εργασίας ή και το απαιτούμενο κόστος για την υλοποίηση της ΣΙΕ μπορεί να ερμηνεύουν το λόγο όπου κάτι που θεωρείται σημαντικό δεν επιδιώκεται τελικά εξίσου.

Πράγματι, η επιχορήγηση της ΣΙΕ πραγματοποιείται σε μεγάλο βαθμό - που ανέρχεται έως και 75% σε κάποιες Ευρωπαϊκές χώρες - από τις φαρμακευτικές εταιρείες (Ahmed et al, 2013), αντί εθνικών πόρων διαθέσιμων στους ιατρούς για το σκοπό αυτό, με πολύ λίγες εξαιρέσεις παροχής οικονομικής διευκόλυνσης σε κάποιες χώρες (Κεφάλαιο 2) και έτσι όποιες αλλαγές στην επιχορήγηση αυτή ίσως να μειώναν κάθετα, τελικά, και τη συχνότητα επιδίωξης της ΣΙΕ.

Σε μία τέτοια περίπτωση, το δείγμα των ιατρών ομολογεί με απόλυτη ειλικρίνεια τις πραγματικές δυσκολίες και τα εμπόδια που χαρακτηρίζουν την καθημερινότητά τους, ώστε η αγωνία τους για συνεχή εκπαίδευση να γίνεται απρόσκοπτα πράξη. Αντίστοιχες πρακτικές δυσκολίες πράγματι εκτενώς ομολογήθηκαν και στις γραπτές δηλώσεις των ιατρών στην τελευταία σελίδα του ερωτηματολογίου (Παράρτημα 3).

Εξάλλου, στα συμπεράσματα από την ανασκόπηση όλων των ευρωπαϊκών συστημάτων ΣΙΕ/ΣΕΑ που πραγματοποιήθηκε το 2013, προέκυψε ότι μία από τις απόλυτες προτεραιότητες που πρέπει να δοθούν στα εγχώρια συστήματα ΣΙΕ/ΣΕΑ αφορά στη διαχείριση των εμποδίων της πρόσβασης, τα οποία θεωρήθηκαν να είναι κατά κύριο λόγο η διάθεση χρόνου και κεφαλαίου, αλλά και οι ελλείψεις σε ανθρώπινο δυναμικό (Κεφάλαιο 2).

Από την άλλη πλευρά, θα μπορούσε να ισχύει ότι οι παρεχόμενες ευκαιρίες για ΣΙΕ δεν επιδιώκονται ένθερμα τακτικά, επειδή δεν καταφέρνουν να υπηρετήσουν το σκοπό για τον οποίο ουσιαστικά προορίζονται, δεν ικανοποιούν, δηλαδή και δεν πείθουν ως προς την ποιότητά τους και δεν είναι, εν πάση περιπτώσει αυτές, καθαυτές σημαντικές. Πρόκειται δηλαδή, σε αυτή την περίπτωση, για έλλειψη κινήτρου συμμετοχής στις θεσμοθετημένες μορφές της ΣΙΕ στην Ελλάδα, ενώ την απαραίτητη ΣΙΕ, εν γένει τελικά, οι ιατροί μπορεί να την παίρνουν αυτόβουλα από άλλα μέσα - π.χ. διαδίκτυο, έντυπες

εκδόσεις κλπ - αφού πράγματι την θεωρούν σημαντική. Πρόκειται, δηλαδή τελικά, για μία «όχι συχνή» ή μη «τακτική» επιδίωξη της συγκεκριμένης ΣΙΕ που τους προσφέρεται από το Ελληνικό σύστημα ΣΙΕ.

Πράγματι, όπως έχει αναφερθεί, ήδη, στα προηγούμενα κεφάλαια, η συμμετοχή των ιατρών στη ΣΙΕ ενισχύεται όταν ικανοποιούνται στοχευμένες ανάγκες τους, όταν τους προσφέρονται, δηλαδή, εκπαιδευτικές παρεμβάσεις που τους βοηθούν πρακτικά και στοχευμένα στην καθημερινή κλινική τους πράξη (educational needs) και όταν, γενικότερα, μπορούν να επιλέγουν τη θεματολογία της ΣΙΕ που περισσότερο έχουν ανάγκη, αλλά και τις ίδιες της μεθόδους μέσω των οποίων θα εκπαιδευτούν (learning needs) (Norman et al, 2004). Ίσως το ελληνικό σύστημα ΣΙΕ να μην καταφέρνει, όμως, να ικανοποιήσει στοχευμένες και εξατομικευμένες ανάγκες και έτσι να μην είναι θελκτικό για τακτική επιδίωξη, ίσως, επίσης, η ανάπτυξη Προσωπικών Πλάνων Ανάπτυξης των ιατρών να μπορούσε να βοηθήσει σε μια πιο τακτική επιδίωξη, αφού αθ ήταν προαποφασισμένη και στοχευμένη (Politi et al, 2013).

Επίσης, η δημιουργία κινήτρων επιβράβευσης της συμμετοχής έχει προταθεί ως απαραίτητο ενισχυτικό της τακτικής επιδίωξης της ΣΙΕ και σε κάποιες χώρες με διάφορους τρόπους αυτό παρέχεται, για να ενισχύει τη συμμετοχή (Κεφάλαιο 3). Στη Βραζιλία, για παράδειγμα, οι ιατροί σε ιδιωτικά νοσοκομεία μπορούν να έχουν μεγαλύτερα γραφεία, να έχουν έκπτωση αυτοί οι ίδιοι και οι πρώτου βαθμού συγγενείς τους σε υπηρεσίες του νοσοκομείου κ.α. ανάλογα με το αποτέλεσμα της ετήσιας αξιολόγησής τους, μέρος της οποίας αποτελεί και η συμμετοχή τους σε ΣΙΕ (Carrera, 2015).

Τα ανωτέρω, συνολικά, απουσιάζουν από το ελληνικό σύστημα. Έτσι, τελικά οι Έλληνες ιατροί μένουν χωρίς καμία ουσιαστική εξωγενή υποστήριξη και ενθάρρυνση να επιδιώκουν τη ΣΙΕ τακτικά, ενώ την θεωρούν σημαντική.

Οι απαντήσεις τους σε άλλες ερωτήσεις, άλλωστε, όπως φαίνεται πιο κάτω, πράγματι αναδεικνύουν προβληματισμούς για το ελληνικό σύστημα ΣΙΕ, περί ικανοποίησης των αναγκών των ιατρών, δημιουργίας κινήτρων, καταλληλότητας των προσφερόμενων μέσων εκπαίδευσης, αλλά και προσβασιμότητας από όλους.

Ωστόσο, το 59% του δείγματος ανέφερε ότι θα μπορούσε και να χρηματοδοτήσει από ίδιους πόρους την εκπαίδευσή του, ώστε να ξεπεράσει όποια εμπόδια του αναχαιτίζουν μια επιτυχή ολοκλήρωση της ΣΙΕ του (όπως φαίνεται πιο κάτω), κάτι που συνηγορεί υπέρ της αληθινής παρουσίας εσωτερικού κινήτρου για υλοποίηση της ΣΙΕ στο δείγμα

αυτό, δεδομένων των οικονομικών δυσκολιών της εποχής μας, ενώ η όχι και τόσο τακτική επιδίωξή της, ίσως τελικά, οφείλεται σε άλλα, εξωγενή αίτια.

Όπως και να ερμηνεύεται η παρατήρηση αυτή, μιας συγκρατημένης, δηλαδή, τακτικής επιδίωξης της παρεχόμενης ΣΙΕ, η συχνότητα επιδίωξης της είναι σημαντικό να είναι υψηλή, αφού άλλωστε, θεωρείται, ότι η βασική πανεπιστημιακή γνώση έχει χρόνο ημίσειας ζωής 5 έτη (Patricia A. Mc Partland, <http://www.academyprojects.org>). Έτσι, μέτρα εξασφάλισης αυτού, είτε με άρση εμποδίων, είτε με αύξηση των κινήτρων για συμμετοχή, θα πρέπει ούτως ή άλλως να λαμβάνονται (εκτός και αν το 72% τακτικής επιδίωξης θεωρείται τελικά ένα απόλυτα ικανοποιητικό ποσοστό).

Είναι ενθαρρυντικό, πάντως, που η θεωρητική πεποίθηση ανάγει τη ΣΙΕ ως τόσο υψηλής σημασίας παράμετρο σε ένα δείγμα των ιατρών της χώρας μας. Είναι απογοητευτικές, όμως, όποιες ενδείξεις ότι ίσως δεν μπορούν να εφαρμόζουν εύκολα και να υλοποιούν αυτή την ιδέα. Τα μέτρα γεφύρωσης επιθυμίας-πράξης θα πρέπει να άρουν όποια εμπόδια στην επιδίωξη, χωρίς βέβαια να λησμονείται ότι η πρωτογενής ευθύνη για την υλοποίηση της δια βίου εκπαίδευσης επικεντρώνεται, ούτως ή άλλως, ηθικά στον ίδιο τον ιατρό και θα πρέπει να είναι ανεξάρτητη, τελικά, ανασταλτικών, εξωγενών συνθηκών.

Περαιτέρω διερεύνηση σχετικά με τις τακτικές επιδίωξης της ΣΙΕ στο δείγμα ανέδειξε ότι υπάρχουν διαφορές μεταξύ των Τομέων. Έτσι, ο Τομέας που εμφανίζεται να εκδηλώνει τα υψηλότερα επίπεδα επιδίωξης ήταν ο Χειρουργικός Τομέας (86% αναφέρει ότι την επιδιώκει τακτικά), ενώ ακολουθούσε ο Εργαστηριακός Τομέας (78% αναφέρει ότι την επιδιώκει τακτικά) και τελευταίος ερχόταν ο Παθολογικός Τομέας (56% αναφέρει ότι την επιδιώκει τακτικά) (στατιστικά σημαντικές διαφορές, p-value 1.9%).

Ενώ, δηλαδή, όπως προαναφέρθηκε, η θεώρηση της ΣΙΕ ως «Σημαντικής» παραμέτρου καταγραφόταν ενιαία έντονη και στους τρεις Τομείς των Ειδικοτήτων, η τακτική επιδίωξή της τελικά φάνηκε να διαφοροποιείται ανά Τομέα.

Θα πρέπει εδώ να ληφθεί υπ' όψιν η θεώρηση κάποιων ορισμών. Για παράδειγμα, στην Ελλάδα όταν λέμε «Συνεχιζόμενη Ιατρική Εκπαίδευση» και αντίστοιχα μόρια (CME credits), παραπέμπουμε κυρίως στη συμμετοχή σε «κλασσικά» πιστοποιημένα συνέδρια και σεμινάρια. Ωστόσο, οι Παθολογικές ειδικότητες μπορούν ικανά να ανανεώνουν τις ιατρικές τους γνώσεις με ποικιλία μεθόδων - π.χ. μέσω διαδικτύου ή ανάγνωση βιβλίων και περιοδικών (Ahmed et al, 2013) - κάτι που δεν καταχωρείται ως επιδίωξη κλασσικής, μοριοδοτημένης «Συνεχιζόμενης Ιατρικής Εκπαίδευσης» στη χώρα μας.

Έτσι, η αποτύπωση μιας χαμηλότερης επιδίωξης της «κλασσικής» ΣΙΕ στις Παθολογικές ειδικότητες, θα πρέπει να αξιολογείται διαφορετικά έναντι των Χειρουργικών ειδικοτήτων, όπου εκεί η ανάγνωση βιβλίων ίσως δεν εξυπηρετεί τις ανάγκες τόσο, όσο η συμμετοχή σε μοριοδοτημένα σεμινάρια «hands-on» ή και εργαστήρια προσομοίωσης (Rogers et al, 2001) - είδη, δηλαδή, μοριοδοτημένης ΣΙΕ για τη βελτίωση των χειρουργικών τεχνικών (CME for surgical techniques, CMEST).

Από την άλλη πλευρά, ίσως πράγματι να ισχύει ότι η παρουσία όποιων εμποδίων (κούρασης, χρόνου, κόστους κλπ) στην επιδίωξη της ΣΙΕ δεν είναι τόσο ισχυρός ανασταλτικός παράγοντας για το Χειρουργικό Τομέα. Ίσως, δηλαδή, η έλλειψη τακτικής, συνεχούς εκπαίδευσης στις χειρουργικές ειδικότητες να τους δημιουργεί εντονότερα αισθήματα ανεπάρκειας, απ' ό,τι σε άλλες ειδικότητες και έτσι οι χειρουργοί να είναι πιο κινητοποιημένοι να την επιδιώκουν αυστηρά τακτικά, καθώς οι εξελίξεις, στο δικό τους τομέα ειδικά, είναι επιτακτικά ταχείες, ακολουθώντας τις ραγδαίες εξελίξεις των τεχνολογικών μέσων (Surgery in space: the future of robotic telesurgery, 2011).

Ακόμα, ίσως οι Χειρουργικές ειδικότητες να έχουν πιο καλά οργανωμένο σύστημα ΣΙΕ για τα μέλη τους και έτσι τα εμπόδια πρόσβασης σε αυτή να είναι μικρότερα σε σχέση με τις άλλες ειδικότητες και γι' αυτό καταγράφονται, τελικά, υψηλότερα ποσοστά επιδίωξής της, απότοκα, δηλαδή, της ευκολότερης πρόσβασης των χειρουργών σε μοριοδοτημένη ΣΙΕ.

Σε μια τακτική επιδίωξη της ΣΙΕ μπορεί να συνάδουν και οι υψηλότερες αμοιβές των χειρουργών, γενικά, οπότε το κόστος, ως περιοριστική παράμετρος στην τακτική επιδίωξη της ΣΙΕ, ίσως να μην παίζει τόσο ανασταλτικό ρόλο για τους Χειρουργούς, σε μία γενικότερη θεώρηση (TIME, Doctors' Salaries: Who Earns the Most and the Least? 2012).

Όπως και να έχει πάντως, όλες οι ειδικότητες χρειάζονται ενθάρρυνση και υποστήριξη ώστε να επιδιώκουν τη ΣΙΕ τακτικά.

4.5. Η ενημέρωση περί της υποχρέωσης για Συνεχιζόμενη Ιατρική Εκπαίδευση

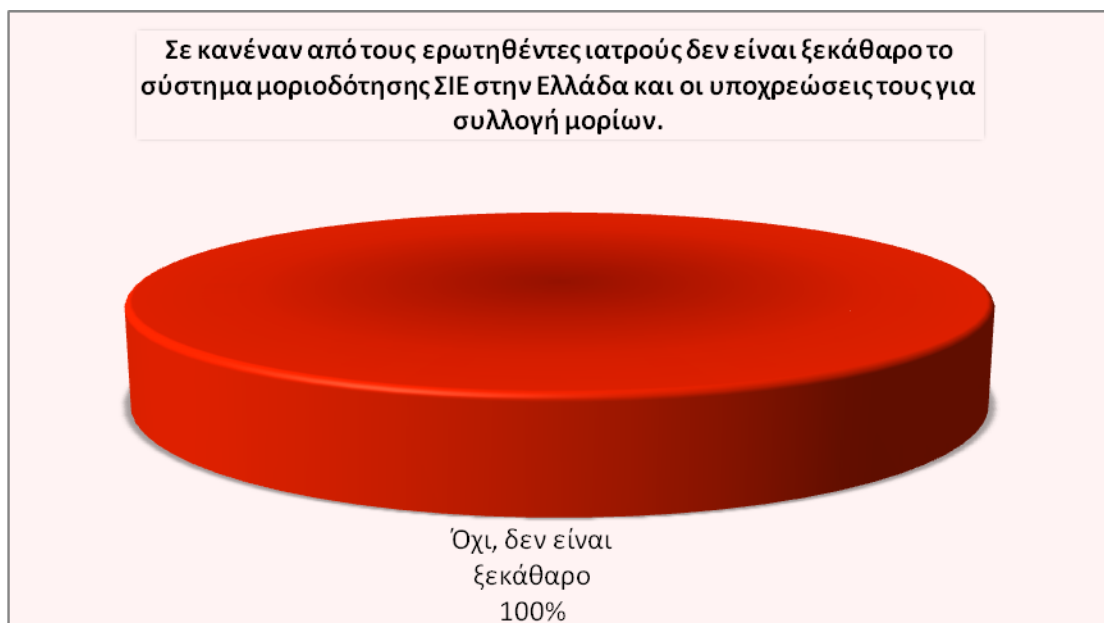
Κανένας ιατρός (0%) του δείγματος δεν ήξερε αν είναι υποχρεωμένος να επιδιώκει τη ΣΙΕ τακτικά και να συλλέγει μόρια και πώς ακριβώς το σύστημα αυτής της υποχρέωσης λειτουργεί (Διάγραμμα 4.8).

Βλέπουμε, λοιπόν, ότι ακόμα και αν τα συστήματα υποχρεωτικής συμμετοχής στη ΣΙΕ έχουν θεωρηθεί ότι δε θα πρέπει να αποτελούν το προεξάρχον κίνητρο στην

επαγγελματική ζωή του ιατρού και ότι η ηθική υποχρέωση βελτίωσης της φροντίδας που παρέχει στους ασθενείς του θα πρέπει να είναι το ουσιαστικό του κίνητρο για ΣΙΕ (Patricia A. Mc Partland, <http://www.academyprojects.org>), εντούτοις τέτοια συστήματα υποχρέωσης χρησιμοποιούνται για να διαφυλάξουν, με μεγαλύτερη σιγουριά, τη διαρκή πιστοποίηση της επάρκειας των ιατρών και ανάλογη θεσμοθέτηση υπάρχει και στη χώρα μας.

Η υποχρεωτική, όμως, αυτή ταυτότητα του ελληνικού συστήματος φαίνεται να έχει εξασθενήσει και κανείς ιατρός από το δείγμα να μη θεωρεί ξεκάθαρο το σύστημα της υποχρέωσής του στη συλλογή μορίων ΣΙΕ. Χωρίς, βέβαια, κάποια επίσημη τεκμηρίωση, κανείς μπορεί να πει ότι αυτό μπορεί να ισχύει, πράγματι και για το σύνολο των ιατρών της χώρας. Πάντως, σε σχετικές διεθνείς ανασκοπήσεις θεωρείται ότι η Ελλάδα, παρ' ό,τι έχει νομικά θεσπίσει την υποχρεωτική ΣΙΕ εδώ και αρκετά χρόνια, ωστόσο εκλείπει ο μηχανισμός καταγραφής της ανά ιατρό και άρα δε θεωρείται τελικά πράγματι ως υποχρεωτική (Κεφάλαιο 2).

Αν, λοιπόν, το εθνικό μέτρο «υποχρεωτικής ΣΙΕ» στην Ελλάδα θεσμοθετήθηκε για να εξασφαλίσει την αυστηρή, τακτική επιδίωξη της, τότε απέτυχε να το καταφέρει, πρώτα απ' όλα γιατί δεν επικοινωνήθηκε, υποστηρίχτηκε και προστατεύτηκε επαρκώς ως φαίνεται.



Διάγραμμα 4.8 Όλοι οι ιατροί του δείγματος απαντούν ότι το σύστημα μοριοδότησης και υποχρέωσης στη ΣΙΕ δεν είναι ξεκάθαρο

Φαίνεται, δηλαδή, ότι ενώ αποφασίστηκε να θεσμοθετηθεί μια σοβαρή υποχρέωση για την επαγγελματική οντότητα των ιατρών, ωστόσο δεν υποστηρίχτηκε τελικά από το ίδιο το Σύστημα και δεν έφτασε ποτέ στην καθημερινή ζωή των ιατρών ως δεσμευτική και ξεκάθαρη, υποχρέωση.

Ίσως οι διαθέσιμοι πόροι δεν το επέτρεπαν ή επειδή άλλες θεσμοθετήσεις που γίνονταν δε εναρμονίζονταν, ώστε να διευκολύνουν την εφαρμογή αυτής της υποχρέωσης π.χ. αποφάσεις που λαμβάνονταν για τα οικονομικά επιδόματα των ιατρών, γενικά, δεν προέβλεπαν το οικονομικό βάρος της υποχρέωσης σε ΣΙΕ ή μηχανισμοί προαγωγής στο ΕΣΥ και αναγνώρισης προσόντων δεν περιελάμβαναν ποιοτική ή/και ποσοτική σύγκριση συλλεγμένων μορίων ΣΙΕ ή δεν υπήρξε αυστηρό εθνικό θεσμικό πλαίσιο αυστηρού ποιοτικού ελέγχου στους παρόχους της εκπαίδευσης, ώστε να κλωνίστηκε, τελικά, το κίνητρο του ιατρού για συχνή συμμετοχή στη ΣΙΕ ή να μην αποσαφηνίστηκε ποτέ θεσμικά η πλήρης κατανομή των ευθυνών για την ολοκλήρωση επιτυχούς ΣΙΕ κάθε ιατρού κλπ.

Από την άλλη πλευρά, ίσως οι πρακτικές στην Ελλάδα να ακολούθησαν τελικά ουσιαστικά τις ευρωπαϊκές τάσεις, όπου υπάρχει μία επιφύλαξη και ένας προβληματισμός ως προς το αν πρέπει να γίνονται τα εθνικά συστήματα ΣΙΕ τόσο αυστηρά, ώστε να προβλέπεται η άρση της άδειας άσκησης του επαγγέλματος σε όποιον δεν πληροί στενά καθορισμένα κριτήρια. Έτσι, ο εθνικός Νόμος, από το 1988 που διατυπώθηκε και έκτοτε, δεν εφαρμόστηκε πλήρως ποτέ, καθώς οι έξεις μας και ο ρους των ευρωπαϊκών εξελίξεων ήταν αναντίστοιχα.

Είναι εντυπωσιακό, πάντως, ότι πράγματι δεν κοινοποιείται πουθενά έντονα και καθαρά κατά τη διάρκεια της επαγγελματικής ζωής ενός ιατρού η θεσμική υποχρέωσή του να συμμετέχει σε ΣΙΕ, ούτε σχετικά με τι είδους μόρια και πόσα μπορεί και πρέπει να διατείνεται ότι συλλέγει, ούτε άλλες μη μοριοδοτημένες δράσεις στις οποίες πρέπει ή μπορεί να επιλέγει να συμμετέχει για τη ΣΙΕ του, παρ' ότι ο θεσμός συλλογής μορίων του επιτρέπει ουσιαστικά και να ασκεί ελεύθερα το επάγγελμα του, αφού η μη ικανοποίηση του ισοδυναμεί με στέρηση της άδειας άσκησης επαγγέλματος, τουλάχιστον κατά τον ισχύον νόμο.

Έτσι, λοιπόν, όποιες παρατηρήσεις γίνονται ή ό,τι συμπεράσματα βγαίνουν από αυτή την πιλοτική έρευνα, αλλά και γενικότερα, στην Ελλάδα, σε καμία περίπτωση δεν μπορούν να θεωρηθούν ότι εκφράζουν τις εκφάνσεις ενός πραγματικά υποχρεωτικού συστήματος ΣΙΕ, αφού οι ίδιοι οι υποχρεούμενοι ακόμα ζητούν αποσαφηνίσεις.

4.6. Η ικανοποίηση των αναγκών των ιατρών από το ελληνικό σύστημα ΣΙΕ

Η απόψεις των ιατρών του δείγματος αυτού για το ελληνικό σύστημα ΣΙΕ ήταν μάλλον απογοητευτικές, καθώς μόλις το 6% του δείγματος (και το ακόμα χαμηλότερο 3% των ειδικευομένων ιατρών) χαρακτήρισε το ελληνικό σύστημα ΣΙΕ ως ικανοποιητικό σύστημα και ως σύστημα που καταφέρνει να καλύπτει τις ανάγκες τους για διά βίου εκπαίδευση και εξειδίκευση (Διάγραμμα 4.9).

Όπως αναλύθηκε στα προηγούμενα κεφάλαια, στις ημέρες μας, η διερεύνηση των πραγματικών αναγκών στη διά βίου εκπαίδευση των ιατρών κατέχουν κεντρικό ρόλο στην προσπάθεια διαμόρφωσης επιτυχημένων συστημάτων ΣΙΕ/ΣΕΑ (Κεφάλαιο 2). Η πρόσφατη μεταρρύθμισή του Αγγλικού συστήματος πρέσβευε σε όλες τις εκφάνσεις της την ιδέα της «στοχευμένης ικανοποίησης αναγκών» (Κεφάλαιο 3). Άλλωστε, ακόμα, και οι παλαιότερες ιδέες για την εκπαίδευση των ενηλίκων πρέσβευαν ότι οι ενήλικες έχουν κίνητρο να μάθουν μόνο όταν η μάθηση ικανοποιεί τις καθημερινές ανάγκες και τα ενδιαφέροντα τους (Κεφάλαιο 1). Η βιβλιογραφία, επίσης, υποστηρίζει, ότι οι συμπεριφορές των ιατρών αλλάζουν με μεγαλύτερη επιτυχία, όταν οι εκπαιδευτικές παρεμβάσεις έχουν σχεδιαστεί βάσει προηγηθείσας λεπτομερούς εκτίμησης των αναγκών (Fox et al, 1998)(Norman et al, 2004). Από την άλλη πλευρά, θεωρείται διαφορετική ή έννοια της «αναγκής εκμάθησης» (learning need) από την «ανάγκη εκπαίδευσης» (educational need) και αντίστοιχα αντιμετωπίζεται (Slotnick H B, 1999).

Οι ανάγκες, όμως, που πρέπει να ικανοποιούνται από τη ΣΕΑ των ιατρών είναι πολλών κατηγοριών. Καταρχήν, πρόκειται για τις προσωπικές ανάγκες βελτίωσης που μπορεί ο κάθε ιατρός να έχει. Το σύστημα της ετήσιας αξιολόγησης που θεσμοθετήθηκε στην Αγγλία επιδίωκε, μεταξύ άλλων, ακριβώς αυτό, τη στοχοθέτηση, δηλαδή, της διά βίου εκπαίδευσης του ιατρού βάσει περιοδικά διαπιστούμενων «κενών» ως προς το βέλτιστο επίπεδο επάρκειας και εξατομικευμένων αναγκών ή/και προτιμήσεων κατεύθυνσης στην καριέρα του. Η ίδια αρχή περιγράφηκε, άλλωστε, και στην πρότερη Διακήρυξη του Δουβλίνου (Κεφάλαιο 2). Η Ελληνική νομοθεσία, επίσης, προβλέπει ότι «μέρος των απαιτούμενων μορίων ΣΙΕ να συλλέγονται με ελεύθερη επιλογή», αν και υπάρχουν αρκετές ασάφειες ως προς την εφαρμογή του στην πράξη (Νόμος 1397/1983).

Οι προτιμήσεις στη μάθηση, πράγματι, έχουν προσδιοριστεί από παλιά ως μία παράμετρος που πρέπει να λαμβάνεται σημαντικά υπ' όψιν στη διαμόρφωση των προγραμμάτων εκπαίδευσης των ενηλίκων, γιατί έτσι αυξάνεται το κίνητρο για μάθηση



Διάγραμμα 4.9 Η δήλωση ικανοποίησης από το ελληνικό σύστημα ΣΙΕ στο μελετούμενο δείγμα

και το αποτέλεσμα, όπως αναφέρθηκε στα προηγούμενα κεφάλαια. Με δεδομένο, όμως, ότι υπάρχει, για παράδειγμα, διαφορά μεταξύ της «αισθανόμενης» (felt) ως προτιμητέας και της «υλοποιούμενης» (expressed) προτίμησης στη μέθοδο, όπου τελικά καμία από τις δύο μπορεί να μην είναι αυτή με το μέγιστο αποτέλεσμα (Curry et al, 1981), η διερεύνηση και στόχευση των εξατομικευμένων αναγκών και προτιμήσεων εκπαίδευσης των ιατρών είναι μία δύσκολη διαδικασία.

Για να μπορεί, βέβαια, να υπηρετείται ένας τέτοιος σκοπός, θα πρέπει, ούτως ή άλλως, να διατίθενται πληθώρα διαφορετικών ειδών και θεμάτων εκπαίδευσης, εύκολα προσιτών σε όλους, για να μπορεί, δηλαδή, ο ενδιαφερόμενος ιατρός ελεύθερα και ευέλικτα να διαλέγει, βάσει των προσωπικών αναγκών, επιλογών και διαθέσεων του.

Εξάλλου, υπάρχουν ενδείξεις ότι οι εκπαιδευτικές παρεμβάσεις έχουν καλύτερο αποτέλεσμα όταν παρέχονται με περισσότερες, από μία, μορφές (Effectiveness of Continuing Medical Education, 2007). Σε μεγάλο βαθμό αυτό πράγματι εξυπηρετείται στην Αγγλία με την άπλετη διάθεση εκπαιδευτικών ευκαιριών, μέσω διαπροσωπικών μεθόδων ή μεθόδων διαδικτύου (Κεφάλαιο 3), αλλά και με τη θεσμοθέτηση του

«προστατευμένου» χρόνου του ιατρού για την εκπαίδευση του. Σίγουρα, βέβαια, τα ανωτέρω απαιτούν πόρους.

Εξάλλου, για την εξατομικευμένη ικανοποίηση των αναγκών σε εκπαίδευση απαιτείται και ικανότητα «αυτοπροσδιορισμού» και οργάνωσης της μάθησης, δηλαδή δεξιότητες κριτικής αυτοεκτίμησης της επίδοσης και της αποτελεσματικότητας, δεξιότητες αυτοδιαχείριση και αυτοελέγχου κ.α. (self-directed learning), που μπορεί να μην έχουν όλοι οι ενήλικες ανεπτυγμένες στον ίδιο βαθμό (Tagawa et al, 2008).

Από την άλλη πλευρά, για να μπορεί να γίνει αντιληπτό αν οι ατομικές ανάγκες πράγματι ικανοποιούνται από μία εκπαιδευτική δράση ή πόσες διαθέσιμες υπάρχουν που ικανοποιούν τις ίδιες ανάγκες, θα πρέπει κάθε δράση να έχει σαφώς προσδιορισμένο και προκαθορισμένο στόχο εκμάθησης (learning objectives) και όλες οι εκπαιδευτικές δράσεις που διατίθενται θα πρέπει να παρουσιάζονται μαζί, σε συγκεντρωτική λίστα, ανά κατηγορίες αναγκών, για να μπορεί ο ιατρός στοχευμένα να επιλέγει, βάσει των σαφώς προσδιορισμένων αναγκών του (Politi et al, 2013).

Υπάρχουν, όμως και ανάγκες που δεν ορίζονται ακριβώς από την πλευρά των ιατρών, αλλά από την πλευρά των ασθενών και από τη δική τους οπτική γωνία στη διαδικασία της περίθαλψης. Για παράδειγμα, οι ασθενείς μπορεί να επισημαίνουν ειδικές ανάγκες που έχουν ως προς τον τρόπο που επικοινωνούν μαζί τους οι ιατροί π.χ. ανακοίνωση μιας χρόνιας νόσου ή ενός μικρού προσδόκιμου επιβίωσης (Bredart et al, 2005). Επίσης, οι συγγενείς τους μπορεί να έχουν αντίστοιχες απαιτήσεις και ανάγκες (Bowyer et al, 2010). Αυτό μεταφράζεται σε ανάγκη ειδικής εκπαίδευσης των ιατρών για τη ανάλογη διαμόρφωση δεξιοτήτων επικοινωνίας και γενικά αλληλεπίδρασης με έναν ευάλωτο ασθενή (Włoszczak-Szubzda et al, 2013), αν και η βέλτιστη εκπαιδευτική μέθοδο για την ανάπτυξη αυτών των δεξιοτήτων δεν είναι ακόμα απόλυτα ξεκάθαρη (Karkowsky et al, 2013).

Και πάλι αντίστοιχες ιδέες έχουν διατυπωθεί από παλιά, όπως για παράδειγμα αναφέρεται σε κείμενα του ΠΟΥ για τα απαραίτητα χαρακτηριστικά του «Παγκόσμιου ιατρού» και του «Ιατρού των 5 αστερών» (Κεφάλαιο 2). Πρόκειται, ωστόσο, για είδη εκπαίδευσης που ξεφεύγουν από τα όρια της κεντρικής ιατρικής εκπαίδευσης σε «τεχνικές» δεξιότητες και θεωρητική γνώση και έτσι ειδική μέριμνα θα πρέπει να λαμβάνεται για τη διαθεσιμότητα και τέτοιων ειδών εκπαίδευσης στους ιατρούς, από κατάλληλους, όμως, παρόχους.

Άλλες ανάγκες μπορεί να μην είναι άμεσα αντιληπτές σήμερα, αλλά να επέρχονται σύντομα στο προσεχές μέλλον ή κατά περίπτωση, λόγω των διαρκών αλλαγών στην

οργάνωση του Συστήματος Υγείας. Τέτοιες ανάγκες οφείλουν να διαπιστώνονται έγκαιρα από τους κρατικούς μηχανισμούς που έχουν τη μέριμνα για την προσαρμογή της ΣΕΑ των ιατρών σε σύγχρονες απαιτήσεις. Πολλές φορές, δε, τέτοιες ανάγκες εκπαίδευσης δεν έχουν ποτέ ικανοποιηθεί πρωτύτερα και βρίσκουν το ιατρό απροετοίμαστο, ακριβώς επειδή δεν είχε υπάρξει τόσο έντονα ο λόγος εκπαίδευσης του σε αυτές, στα προηγούμενα χρόνια και αποτελούν κάτι νέο στον επαγγελματικό του ρόλο. Για παράδειγμα, τέτοιες ανάγκες εκπαίδευσης συνήθως αφορούν σε διοικητικές ικανότητες, γραμματειακές γνώσεις ή γνώσεις στη χρήση της σύγχρονης τεχνολογίας, δεξιότητες που οι σημερινοί ιατροί καλούνται να βελτιώνουν διαρκώς, μέσα σε ένα ταχέως μεταβαλλόμενο σύστημα υπηρεσιών υγείας.

Πράγματι, οι ιατροί βρίσκονται πολλές φορές αιφνιδιαστικά στη δυσάρεστη θέση ελλιπούς κατάρτισης και ανεπαρκών δεξιοτήτων, λόγω της ταχείας εξέλιξης της ιατρικής γνώσης και των εφαρμοζόμενων μεθόδων της, της πολυπλοκότητας των ρόλων που το σύστημα τους απαιτεί, αλλά και των ίδιων των σύγχρονων μέσων εκπαίδευσης που τους παρέχονται. Πρέπει, λοιπόν, να υπάρχουν μηχανισμοί που προλαμβάνουν αυτές τις ανάγκες και τις ικανοποιούν έγκαιρα. Μέριμνα για εκπαίδευση των ιατρών σε ευρύτερα πεδία δεξιοτήτων έχει προταθεί από παλιά και, πράγματι, σήμερα τα σύγχρονα Συστήματα ΣΙΕ πολλών χωρών, συστηματοποιημένα πλέον, την εφαρμόζουν (Κεφάλαια 2 & 3).

Άλλες ειδικές ανάγκες που πρέπει να ικανοποιούνται μέσω της ΣΕΑ των ιατρών είναι ανάγκες που έχουν εθνικά προσδιοριστεί, βάσει εθνικών στρατηγικών στόχων προτεραιότητας ανάλογων με τις δημογραφικές αλλαγές και τους επιδημιολογικούς δείκτες της χώρας, λαμβάνοντας υπ' όψιν και την τοπική εξατομίκευση στις μικρότερες γεωγραφικές ζώνες της. Η κατηγορία αυτή των αναγκών σε ιατρική εκπαίδευση περιγράφηκε, ήδη, από τη Διακήρυξη του Εδιμβούργου (Κεφάλαιο 2) και χρησιμοποιήθηκε κατά τη διαμόρφωση και του σημερινού συστήματος ΣΙΕ στην Αγγλία (Κεφάλαιο 3).

Η κατηγοριοποίηση των αναγκών που πρέπει να ικανοποιούνται μέσω της ΣΙΕ δεν εξαντλούνται εδώ. Ανάγκες εκπαίδευσης στον επαγγελματισμό, την ηγετική συμπεριφορά, την εργασία σε ομάδα, τη λογική κρίση, τη λήψη απόφασης, τη διαχείριση της αβεβαιότητας, το σχεδιασμό και την εκπόνηση έρευνας είναι μερικές από τις απαραίτητες, επίσης, δεξιότητες που πρέπει να έχει ένας ιατρός (Non Clinical Work and Revalidation: report and recommendations, www.gmc-uk.org).

Μια άλλη ανάγκη για τη διαμόρφωση προτεραιοτήτων στην εκπαίδευση αφορά στην εναρμόνιση τους με τον εθνικό σχεδιασμό για το ανθρώπινο δυναμικό, τις διαπιστούμενες ανάγκες για επαγγελματικές κατευθύνσεις προτεραιότητας, τις αποφάσεις κατανομής των πόρων για την υγεία κ.α. άλλες εθνικές προτεραιότητες και κυβερνητικές επιταγές.

Επειδή, όλα αυτά, ως ανωτέρω, δεν έχουν προσεγγιστεί συστηματικά από το ελληνικό σύστημα ΣΙΕ, δεν προκαλεί εντύπωση, τελικά, ότι το 93% ενός τυχαίου δείγματος ιατρών δεν πιστεύει ότι οι ανάγκες του ικανοποιούνται από το υπαρκτό Σύστημα, ποσοστό που φτάνει στο 97% όταν ερωτηθούν ειδικά ειδικευόμενοι ιατροί.

Περαιτέρω διερεύνηση της τοποθέτησης αυτής, άλλωστε, έδειξε ότι η έλλειψη ικανοποίησης αναγκών από το ελληνικό σύστημα ΣΙΕ δεν επηρεάζεται από το φύλο, την ηλικία ή το είδος της ειδικότητας και είναι μια ενιαία θέση σε όλο το φάσμα αυτών των παραμέτρων πιθανής διαφοροποίησης. Υπάρχει έντονη, δηλαδή, η ανάγκη στοχοθέτησης της παρεχόμενης εκπαίδευσης ως προς προσδιορισμένες ανάγκες τόσο σε νέους, όσο και σε ωριμότερους ιατρούς, σε όλες τις ειδικότητες.

Βέβαια, είναι απαραίτητη μια εθνική στρατηγική ιεράρχησης προτεραιοτήτων, μιας και οι ανάγκες είναι πολυπληθής και, ούτως ή άλλως, οι ταυτοποιημένες ανάγκες αποτελούν πάντα μέρος του συνόλου των υπαρκτών αναγκών (Needs assessment overview, 2008).

4.7. Η ικανότητα των συνεδρίων να ικανοποιούν ανάγκες εκπαίδευσης

Με δεδομένο ότι οι διαλέξεις σε συνέδρια αποτελούν στη χώρα μας το κύριο παρεχόμενο μέσο μοριοδοτημένης ΣΙΕ, οι ιατροί του δείγματος ερωτήθηκαν συγκεκριμένα περί της ικανότητας αυτού του μέσου να εξυπηρετεί τις ανάγκες τους. Ένας στους τέσσερις (25%) των ερωτηθέντων ιατρών απάντησε ξεκάθαρα αρνητικά, δηλώνοντας ότι δεν εξυπηρετούνται οι εκπαιδευτικές του ανάγκες από την παρακολούθηση διαλέξεων σε συνέδρια, ενώ η πλειοψηφία (68%) εμφανίστηκε αναποφάσιστη. Ένα ποσοστό 7%, πάντως, απάντησε θετικά (**Διάγραμμα 4.10**).

Οι διαλέξεις, γενικώς, έχουν κατά καιρούς κατακριθεί για την καταλληλότητά τους να χρησιμοποιούνται ως μέσο εκπαίδευσης ενηλίκων (Κεφάλαιο 1). Ωστόσο, σε κάποιες ειδικότητες είναι ακόμα δημοφιλές μέσο εκπαίδευσης, περισσότερο από άλλα (Vollmar et al, 2009).

Από την άλλη πλευρά, η συμμετοχή σε όποια εκπαιδευτική διάλεξη, θα πρέπει να ακολουθείται από αξιολόγηση της αληθινής βελτίωσης της γνώσης του εκπαιδευόμενου, αλλά και της συμπεριφοράς και των δεξιοτήτων του και οι εκπαιδευόμενοι, επίσης, θα πρέπει να μπορούν, από την πλευρά τους, να αξιολογούν τη διάλεξη και να προτείνουν σημεία για τη βελτίωσή της - ώστε να επιτυγχάνονται καλύτερα οι στόχοι της, σύμφωνα με την Ευρωπαϊκή Ένωση των Ιατρικών Ειδικοτήτων (Κεφάλαιο 2).

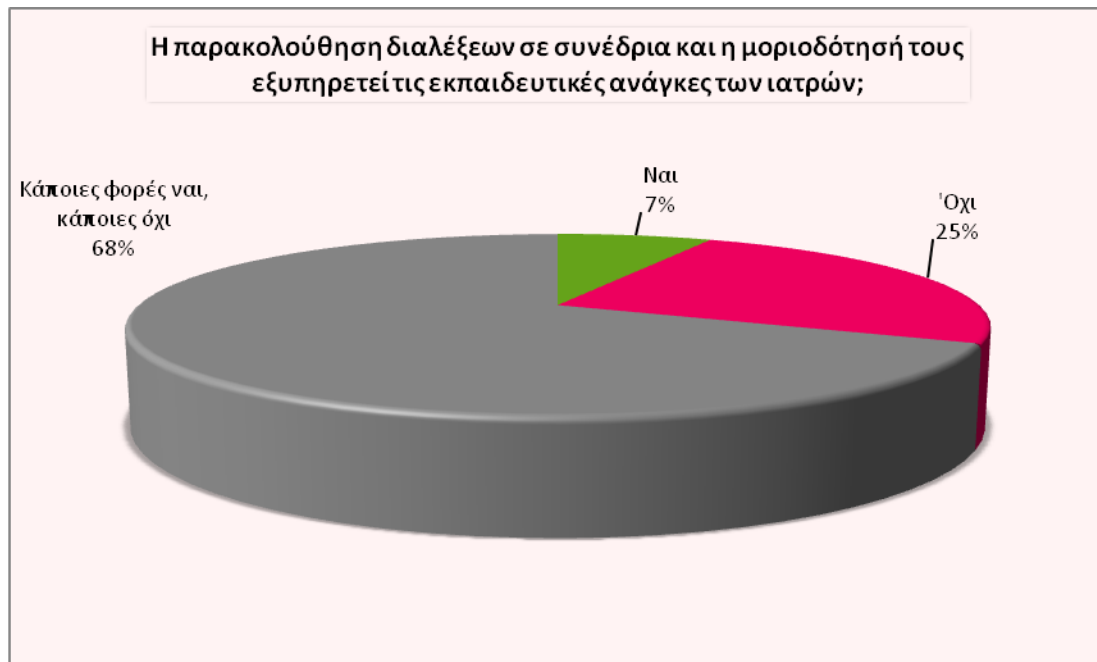
Δυστυχώς, όμως, στην Ελλάδα, δεν εφαρμόζουν πάντα αυτά τα μέτρα στις διαλέξεις συνεδρίων και, πράγματι, κάποιοι ερωτηθέντες ιατροί έκαναν αντίστοιχα σχόλια, στο πεδίο ελεύθερης έκφρασης της τελευταίας σελίδας του ερωτηματολογίου (Παράρτημα 3).

Θα πρέπει να λαμβάνεται, εξάλλου, υπ' όψιν ότι η φυσική παρουσία σε μια διάλεξη δεν εξασφαλίζει και πνευματική αφοσίωση σε αυτή (Politi et al, 2013).

Για να κλείσει, βέβαια, ο κύκλος της αξιολόγησης μιας διάλεξης θα πρέπει να μπορεί να μεταφραστεί η παρακολούθησή της σε μετρήσιμη βελτίωση στην εμπειρία και την έκβαση των ασθενών και το αποτέλεσμα αυτό θα πρέπει να έχει κάποια διάρκεια στο χρόνο. Αυτή η σύνδεση ακριβώς αποτελεί και το τρέχον κεντρικό σημείο μελετών στην ιατρική εκπαίδευση σήμερα (measurable educational outcomes) και περαιτέρω έρευνα στον εν λόγω αντικείμενο ενθαρρύνεται (Κεφάλαιο 2 & 3), αφού η ερώτηση ποιά μέθοδος θα επιτύχει καλύτερα τον απώτερο στόχο βελτίωσης της φροντίδας υγείας των ασθενών και των πληθυσμών και σε ποιους ιατρούς (Marinopoulos et al, 2007) είναι ακόμα υπό διερεύνηση.

Επιπλέον, στην Ελλάδα, δεν υπάρχει κάποιος κεντρικός συντονισμός στην οργάνωση και τη διεξαγωγή των συνεδρίων που να ελέγχει την αλληλοεπικάλυψη της θεματολογίας και τη συμμετρική κατανομή τους στη χώρα, οπότε ενδεχομένως συμβαίνει να παρακολουθούνται συνέδρια από τους ιατρούς που έχουν διαλέξεις ακριβώς του ίδιου περιεχομένου και να μην μένει χρόνος εκπαίδευσης, τελικά, για την παρακολούθηση διαλέξεων που καλύπτουν στα αλήθεια κάποια κενά της επάρκειάς τους.

Στην Αγγλία, ωστόσο, προβλέπεται ότι ο εκπαιδευόμενος υποδεικνύει κάθε διάλεξη που παρακολούθησε ποιο ακριβώς κενό καλύπτει και αυτή η αντιστοίχιση ελέγχεται από αντίστοιχη επιτροπή έγκρισης για γίνει αποδεκτή για την πιστοποίηση της επάρκειας του, η επανάληψη, δε, της εκπαίδευσης σε ίδιας κατηγορίας αντικείμενα επιτρέπεται μέχρι ενός ορίου (Κεφάλαιο 3).



Διάγραμμα 4.10 Οι απόψεις των ιατρών για την ικανότητα των συνεδρίων να εξυπηρετούν εκπαιδευτικές ανάγκες

Τέλος, ευρωπαϊκές Αρχές για την πιστοποίηση της ποιότητας των συνεδρίων έχουν μόλις πρόσφατα εφαρμοστεί, όπως επίσης ισχύει για τον έλεγχο της επάρκειας και την πιστοποίηση των εκπαιδευτών.

Ειδικά για τη διασφάλιση της ποιότητας και της διαφάνειας στη ΣΙΕ, τελευταία υπάρχουν έντονες εξελίξεις και ειδικά για την επιχορήγηση από φαρμακευτικές εταιρείες λαμβάνονται νέες αποφάσεις που περιορίζουν το ρόλο τους, πρόσφατος, δε, εκτενής σχετικός διάλογος έλαβε χώρα κατά τη διάρκεια συναντήσεων φορέων για τη ΣΙΕ στην Ευρώπη (Rozniak et al, 2013). Υπάρχουν έντονες προσπάθειες, πλέον, να εξαλειφθούν φαινόμενα μεροληψίας και να εξασφαλιστεί ανεξαρτησία στη ΣΙΕ (Κεφάλια 2 & 3), κάτι που θεωρείται ότι θα αυξήσει την εμπιστοσύνη των ιατρών, αλλά και των ασθενών και ίσως τότε τα συνέδρια να θεωρηθούν ως αποτελεσματικότερα μέσα εκπαίδευσης, καθώς επίσης προτείνεται να μην μοριοδοτούνται καν ως μέσα ΣΙΕ αν επιχορηγούνται από φαρμακευτικές εταιρείες ή οι εκπαιδευτές έχουν σύγκρουση συμφερόντων (Sheryl Spithoff, 2014).

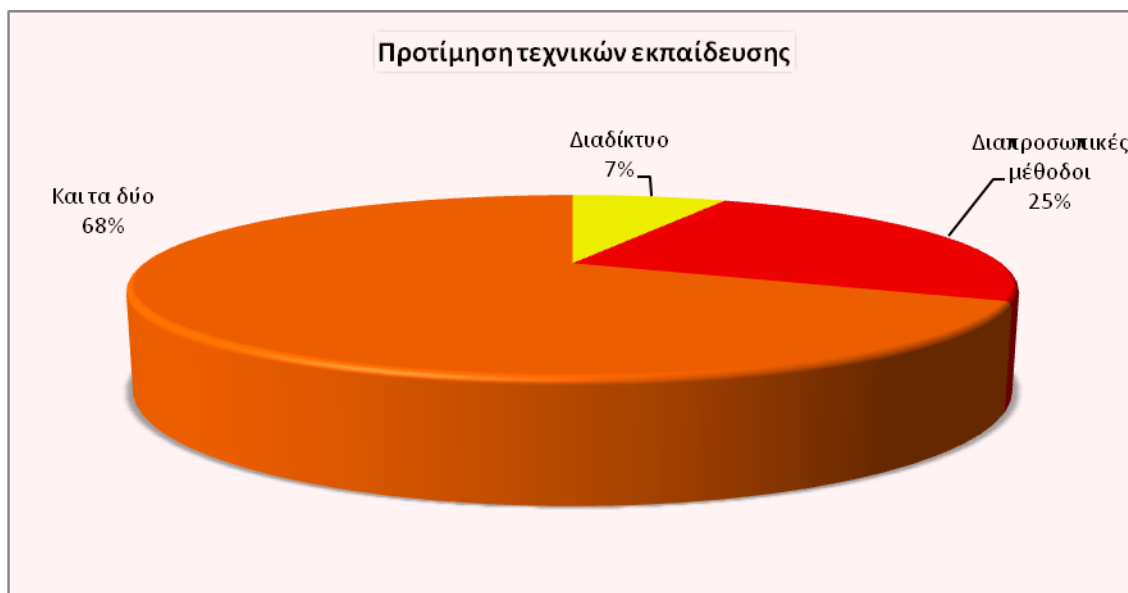
Φαίνεται, λοιπόν, ότι οι ιατροί του δείγματός δεν αισθάνονται ότι ικανοποιούνται οι εκπαιδευτικές τους ανάγκες μέσω των διαλέξεων των συνεδρίων, ότι, δηλαδή, το βασικό προσφερόμενο μέσο μοριοδοτημένης ΣΙΕ στην Ελλάδα ανεπαρκεί. Οι λόγοι που

δηλώνεται κάτι τέτοιο θα πρέπει να διερευνηθούν περαιτέρω και να ληφθούν μέτρα βελτίωσης της ποιότητας, καταλληλότητας και στοχευσιμότητας του μέσου αυτού.

4.8. Η προτίμηση στις μεθόδους της εκπαίδευσης

Σε μια προσπάθεια διερεύνησης των προτιμήσεων σε μεθόδους εκπαίδευσης, οι ιατροί του δείγματος ερωτήθηκαν σχετικά. Χρησιμοποιήθηκε μία αδρή διχοτόμηση όλων των πιθανών επιλογών, σε αυτές που δύνανται να διατίθενται μέσω διαδικτύου και αυτές που δύνανται να διατίθενται μόνο μέσω διαπροσωπικής αλληλεπίδρασης. Έτσι, οι ιατροί εκλήθησαν να απαντήσουν αν προτιμούν είτε το ένα, είτε το άλλο, είτε και τα δύο για τη ΣΙΕ τους (Παράρτημα 1).

Η πλειοψηφία (68%) των ερωτώμενων ιατρών εξέφρασε επιθυμία συνδυασμού μεθόδων για την ικανοποίηση των αναγκών της διά βίου εκπαίδευσής του, δηλαδή επέλεξε το συνδυασμό και διαπροσωπικών μεθόδων και διαδικτυακών μεθόδων εκπαίδευσης (π.χ. e-learning) (Διάγραμμα 4.11).



Διάγραμμα 4.11 Οι αναλογίες της προτίμησης ως προς τη μέθοδο της προσφερόμενης ΣΙΕ

Διαπιστώθηκε, ωστόσο, διαφοροποίηση στις απαντήσεις, όταν αυτές αναλύθηκαν ανά τομέα ειδικότητας.

Πιο συγκεκριμένα, τόσο οι ιατροί του Χειρουργικού Τομέα, όσο και οι ιατροί του Παθολογικού Τομέα επέλεξαν και από τις τρεις πιθανές απαντήσεις («Μέθοδοι διαδικτύου»-«Διαπροσωπικές μέθοδοι»-«Και τα δύο»), με την εκπαίδευση μέσω διαδικτύου να είναι περισσότερο δημοφιλής μέθοδος για την ικανοποίηση των αναγκών της ΣΙΕ στις ειδικότητες Παθολογικού Τομέα, ενώ οι διαπροσωπικές μέθοδοι εκπαίδευσης να έχουν καλύτερη ανταπόκριση στους ιατρούς του Χειρουργικού Τομέα.

Οι ιατροί Εργαστηριακών ειδικοτήτων φάνηκε να επιλέγουν, ως επί το πλείστον, τις διαπροσωπικές μεθόδους εκπαίδευσης και σε κάποιες περιπτώσεις, επίσης, επέλεξαν συνδυασμούς της με το διαδίκτυο, σε καμία, όμως, περίπτωση δεν επέλεξαν το διαδίκτυο ως μονήρη προτιμώμενη επιλογή μεθόδου για ΣΙΕ.

Καταρχήν και σχετικά με τις μεθόδους εκπαίδευσης ενηλίκων, όπως αναλύθηκε και στο Κεφάλαιο 1, υπήρξαν κατά τη διάρκεια της ιστορίας αντιμαχίες στην προσπάθεια αναγνώρισης της βέλτιστης μεθόδου, χωρίς ωστόσο να αποφασιστεί, τελικά, ξεκάθαρα αν έπρεπε να διαχωριστούν με απόλυτα αυστηρό τρόπο οι μέθοδοι της εκπαίδευσης σε αυτές που είναι μόνο για ενήλικες έναντι αυτών που είναι μόνο για παιδιά και να πρέπει να αναζητούνται τότε βέλτιστες μέθοδοι αποκλειστικά για τους ενήλικες (Κεφάλαιο 1).

Ωστόσο, στην πορεία του χρόνου, αναγνωρίστηκε πως οι ενήλικες έχουν κάποια ιδιαίτερα χαρακτηριστικά ως προς την εκπαίδευσή τους, όπως για παράδειγμα ότι αυτή πρέπει να βασίζεται στην πραγματική ζωή τους και να τους είναι άμεσα χρήσιμη, να αξιοποιεί τις εμπειρίες τους και να τους δίνει τη δυνατότητα να αυτό-προσδιορίζονται, ώστε να τους κινητοποιεί να την ακολουθήσουν (Κεφάλαιο 1).

Σε πιο πρόσφατες έρευνες για τους ενήλικες γίνεται, πλέον, σαφές ότι το «στυλ» εκμάθησης διαφέρει από άτομο σε άτομο και αυτό έχει δειχθεί και στο επιστημονικό πεδίο της ιατρικής (Lujan et al, 2006), ενώ ασαφής παραμένει ο ρόλος της ηλικίας, του φύλου ή της εθνικότητας στις αντίστοιχες προτιμήσεις (Wutoh et al, 2004) .

Όσον αφορά, λοιπόν, στον τρόπο που εισπράττουν τη νέα γνώση, φαίνεται οι ενήλικες να μπορούν να διαφοροποιηθούν σε 4 κατηγορίες, τους «οπτικούς» (visual), τους «ακουστικούς» (auditory), τους «λεκτικούς» (reading) και τους «κιναισθητικούς» (kinesthetic) τύπους (Flemming et al, 1995), βάσει των νευρικών οδών που προτιμούν να χρησιμοποιούν όταν «εισπράττουν» τη νέα πληροφορία.

Οι «οπτικοί» τύποι προτιμούν, έτσι, να μαθαίνουν από διαγράμματα, εικόνες, σχήματα και γραφικές παραστάσεις, οι «λεκτικοί» τύποι από ανάγνωση και γράψιμο, οι «ακουστικοί» τύποι από το διάλογο, την επεξεργασία ιδεών και τις διαλέξεις και οι «κιναισθητικοί» τύποι από άγγιγμα, άκουσμα, γεύση, όψη, οσμή, διαχείριση

αντικειμένων, δοκιμή, φυσική δράση, πραγματικά περιστατικά κλπ (The VARK Questionnaire, <http://vark-learn.com/home/>).

Όσον αφορά στη διαδικασία που ακολουθούν για να αναλύσουν και να αφομοιώσουν τη νέα γνώση, έχει προταθεί η ταξινόμησή τους και πάλι σε τέσσερις κατηγορίες, αυτούς που ακολουθούν «στυλ» εκμάθησης βασισμένο σε «σύγκλιση» (converging), «απόκλιση» (diverging), «αφομοίωση» (assimilating) και το «συμβιβαστικό» (accommodating), οι δε μεν πρώτοι χρησιμοποιούν την πράξη και σκέψη τους κυρίως, οι δεύτεροι τις αισθήσεις και την παρατήρηση, οι τρίτοι την παρατήρηση και τη σκέψη και οι τέταρτοι την πράξη και τις αισθήσεις (David Kolb Learning Styles). Έχουν, επίσης, προταθεί και άλλες κατηγοριοποιήσεις (Simon Cassidy, 2004).

Έχει φανεί, ότι κάποιιοι ενήλικες μπορεί να έχουν μονοδιάστατο, ενώ κάποιιοι άλλοι πολυδιάστατο τρόπο εκμάθησης και έτσι οι τελευταίοι να προσαρμόζονται ευκολότερα σε διαφορετικές μεθόδους εκμάθησης. Στην πλειοψηφία τους, γενικά, όλοι είναι κυρίως πολυδιάστατοι αντί μονοδιάστατοι, όπως φάνηκε από σχετικές μελέτες και αυτό φάνηκε να ισχύει περισσότερο για τους άντρες (Wehrwein et al, 2007)(Muralidhara D.V et al, 2013), αν και άλλες μελέτες σε άλλες εθνικότητες ενηλίκων έδειξαν άλλα στοιχεία, αναδεικνύοντας ότι εθνικοί παράγοντες μπορεί να παίζουν, επίσης, ρόλο στο στυλ μάθησης (R. Abdallah, Ayat et al, 2013).

Άλλωστε, όπως ήδη παρουσιάστηκε στα αντίστοιχα κεφάλαια της παρούσας διατριβής, οι τάσεις εκπαιδευτικής πολιτικής στο χώρο της διά βίου εκπαίδευσης των ιατρών παγκοσμίως υποδεικνύουν, πλέον, εκτενώς την ανάγκη προσαρμογής των προσφερόμενων μεθόδων στις αντίστοιχες ανάγκες του δέκτη, κατά περίπτωση και κατά συνθήκες και ενθαρρύνεται η ανάπτυξη ακαδημαϊκής έρευνας στο πεδίο αυτό. Απώτερος στόχος προσδιορισμού των καταλληλότερων εκπαιδευτικών μεθόδων κατά περίπτωση είναι η αύξηση του κινήτρου για διά βίου εκπαίδευση και η αποτελεσματικότητα αυτής στην πράξη (Κεφάλαια 2 & 3).

Πάντως, ποιοι παράγοντες σχετίζονται με τη διαφορετικότητα στις προτιμήσεις των ιατρών ως προς τις εκπαιδευτικές μεθόδους παραμένουν να διερευνηθούν εκτενέστερα. Στη δική μας, πάντως, μελέτη οι προτιμήσεις ανάμεσα στις δύο μεθόδους εκπαίδευσης που παρουσιάστηκαν συσχετίστηκαν με το είδος/τομέα της ειδικότητας και οι παρατηρήσεις αυτές εξηγούνται σε κάποιο βαθμό, πράγματι, εύλογα.

Πιο συγκεκριμένα, η εκπαίδευση, για παράδειγμα, σε χειρουργικές τεχνικές δύσκολα επιτυγχάνεται μέσω κλασσικών μεθόδων διαδικτύου και άρα λογικό είναι οι Χειρουργοί να μην επιλέγουν τη μέθοδο αυτή ως προτιμώμενη για τη ΣΙΕ τους. Από την άλλη

πλευρά και με δεδομένο ότι η εκπαίδευση μέσω διαδικτύου έχει πλεονεκτήματα ευελιξίας, χαμηλού κόστους και ευρύτητας διάθεσης ως επιλεγόμενη μέθοδος (Effective Adult Learning, A Toolkit for Teaching Adults), πιθανόν και να εφαρμόζει καλύτερα στις εκπαιδευτικές ανάγκες των Παθολογικών Ειδικοτήτων και γι' αυτό και την προτιμούν.

Βέβαια, οι αναμενόμενες εξελίξεις στις εκπαιδευτικές μεθόδους μέσω διαδικτύου, χάρις στην εξέλιξη της τεχνολογίας και στις μεθόδους τηλεϊατρικής, ίσως τροποποιήσουν και την απήχηση του διαδικτύου ως προτιμώμενη μέθοδο εκπαίδευσης σε όλες τις ειδικότητες τελικά, στο προσεχές μέλλον.

Ενδιαφέρον, πάντως, προκαλεί ότι οι Εργαστηριακές Ειδικότητες δε φάνηκαν τόσο ένθερμες του διαδικτύου, όσο κανείς μπορεί να περίμενε. Γενικά, οι διαπροσωπικές μέθοδοι επελέγησαν ως προτιμώμενες σε σχέση με το διαδίκτυο, σε μεγαλύτερο βαθμό στις ειδικότητες αυτές. Φαίνεται η αλληλεπίδραση με συναδέλφους στα πλαίσια μιας διαπροσωπικής διαδικασίας εκπαίδευσης να προτιμάται από τους ιατρούς αυτούς περισσότερο, απ' ό,τι μια «μοναχική» εκπαίδευση στο διαδίκτυο.

Σε αυτό θα πρέπει να συνυπολογιστεί ότι «η αλληλεπίδραση σε ομάδα» και «η συζήτηση με συναδέλφους» θεωρούνται επισήμως σήμερα σημαντικά στοιχεία της ΣΕΑ (Κεφάλαια 2 & 3) και άρα δεν θα πρέπει να θεωρείται ότι είναι άμοιρο συνεπειών να παραγκωνιστούν, εξαιτίας μίας στροφής του βάρους της εκπαίδευσης σε τεχνολογικά εξελιγμένα διαδικτυακά μέσα, όταν άλλωστε υπάρχουν ιατροί που ακόμα τα προτιμούν (Therwongsa et al.).

Όπως αναφέρθηκε, εξάλλου, και στην αρχή του κεφαλαίου αυτού, οι γυναίκες του ιατρικού σώματος γίνονται όλο και περισσότερες σε σχέση με το παρελθόν, κατά συνέπεια και οι «κλαστικές» μέθοδοι διά βίου εκπαίδευσης των ιατρών θα πρέπει αντίστοιχα, ενδεχομένως, να προσαρμοστούν σε αυτή την αλλαγή, καθώς μπορεί να διαμορφώθηκαν στις βάσεις της εμπειρίας ενός ανδροκρατούμενου σώματος του παρελθόντος.

Με δεδομένο, λοιπόν, ότι υπάρχει διαφορετικότητα στις προτιμήσεις του σώματος των ιατρών ως προς τις εφαρμοζόμενες μεθόδους για τη διά βίου εκπαίδευσή τους, ένα εθνικό σύστημα που αναγνωρίζει επίσημα και μοριοδοτεί κατά κόρον μία μόνο μέθοδο ενιαία για όλους π.χ. την παρακολούθηση σε συνέδρια, δεν μπορεί να θεωρηθεί ότι καλύπτει ενιαία τις ανάγκες, αλλά και αντίστοιχα ότι το τελικό αποτέλεσμα θα είναι ενιαία το βέλτιστο επιθυμητό σε όλους τους δέκτες.

Από την άλλη πλευρά σε ένα τέτοιο σύστημα, όποιοι ιατροί προτιμούν και ακολουθούν άλλες μεθόδους για την εκπαίδευσή τους, πλην των μοριοδοτημένων, δεν θα

«καταγράφονται» τελικά ως πράγματι «συμμέτοχοι» σε δράσεις ΣΙΕ, αφού οι άλλες μέθοδοι π.χ. ανάγνωση βιβλίων κλπ δεν μοριοδοτούνται και άρα δεν θα συλλέγονται και τα απαραίτητα μόρια ΣΙΕ, ενώ μπορεί να εκπαιδεύονται εξίσου ικανοποιητικά μέσω των άλλων μεθόδων της επιλογής τους και ίσως και καλύτερα, αφού η ελεύθερη επιλογή της μεθόδου θεωρείται ότι βελτιώνει και το αποτέλεσμα, όπως προαναφέρθηκε. Τα μόρια ΣΙΕ, όμως αποτελούν τη μοναδική ουσιαστικά απόδειξη συμμόρφωσης σε αυτή.

Πράγματι, οι ιατροί του Παθολογικού Τομέα του δείγματος φάνηκε να δηλώνουν ότι επιδιώκουν τη ΣΙΕ λιγότερο σε σχέση με τους άλλους τομείς ειδικοτήτων. Με δεδομένο, όμως, ότι προτιμούν το διαδίκτυο περισσότερο για τη ΣΙΕ τους μπορεί να προκύπτει τελικά ότι ώρες αυτόβουλης εκπαίδευσής τους στο διαδίκτυο δεν θεωρούνται ούτε καν από τους ίδιους, ως επίσημη, συχνή επιδίωξη δράσεων ΣΙΕ και έτσι δηλώνουν. Ωστόσο, όμως, εξυπηρετούνται οι ουσιαστικές εκπαιδευτικές τους ανάγκες με αυτό-προσδιορισμένο τρόπο.

Όπως και να θεωρηθεί, είναι αποδεκτό ότι οι ιατροί θα πρέπει να συμμετέχουν στη διαμόρφωση των εφαρμοζόμενων μεθόδων για την εκπαίδευσή τους και αυτό υποστηρίζεται, έως και σήμερα, από τις Διακηρύξεις για την ιατρική εκπαίδευση (Κεφάλαια 2& 3). Οι μελέτες, ωστόσο, που εμπλουτίζουν τις γνώσεις μας για τη διαμόρφωση πιο στοχευμένων εκπαιδευτικών μεθόδων ανά ακροατήριο είναι ακόμα περιορισμένες.

4.9. Η πιστοποίηση της επάρκειας των ιατρών στο ελληνικό σύστημα μοριοδότησης

Η συντριπτική πλειοψηφία του μελετούμενου δείγματος (95%) δεν συμφώνησε ότι με το σημερινό σύστημα μοριοδότησης της ΣΙΕ στην Ελλάδα, η συλλογή πολλών μορίων αντικατοπτρίζει πράγματι αναλογικά και το επίπεδο της επάρκειας ενός γιατρού **(Διάγραμμα 4.12)**.

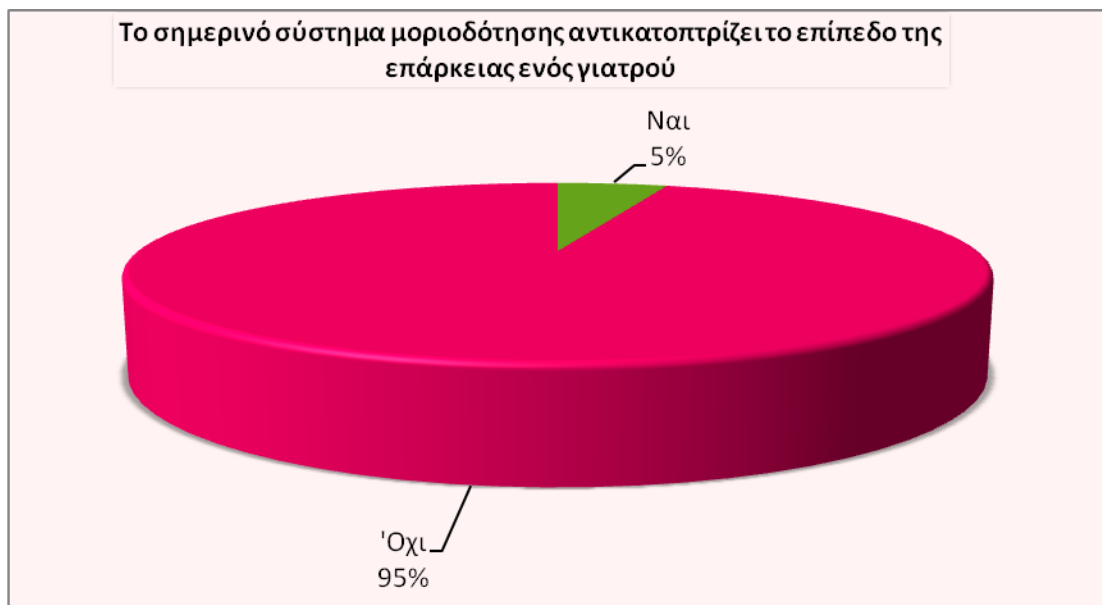
Στη χώρα μας, η συλλογή «κλασσικών» μορίων ΣΙΕ αφορά, κατά κόρον, στην παρακολούθηση πιστοποιημένων συνεδρίων και σεμιναρίων, ενώ τα συλλεχθέντα μόρια είναι το μόνο, ουσιαστικά, αποδεκτό τεκμήριο που έχει ο κάθε ιατρός για να αποδείξει επίσημα τη συμμετοχή του σε ΣΙΕ. Στην εποχή μας, αυτή η θεώρηση και οργάνωση για τη ΣΙΕ είναι μάλλον ελλιπής.

Καταρχήν, θα έπρεπε να υπάρχει πρόβλεψη για μοριοδότηση και άλλων μεθόδων εκπαίδευσης. Στη Γερμανία, για παράδειγμα, πολλά διαφορετικά είδη και μέσα

εκπαίδευσης είναι αποδεκτά και μοριοδοτημένα από το επίσημο εθνικό σύστημα ΣΙΕ (Recommendations on Continuing Medical Education German Medical Association, 2007). Επίσης, η έννοια της μοριοδότησης δεν υπάρχει παντού στις τακτικές που σήμερα εφαρμόζονται για την εκπαίδευση και επιμόρφωση των ιατρών, αφού προβλέπεται, για παράδειγμα, ότι απλά η τεκμηρίωση συμμετοχής σε κάποια είδη διά βίου ανάπτυξης - π.χ. εμπειρία αλληλεπίδρασης σε ομάδα - μπορούν και πρέπει να περιλαμβάνονται στη ΣΕΑ των ιατρών για την πιστοποίηση της επάρκειας τους και αυτά δεν μοριοδοτούνται πάντα, αλλά υπάγονται σε ξεχωριστές, αυτόνομες κατηγορίες προϋποθέσεων για την πιστοποίηση της επάρκειας (Κεφάλαιο 2 & 3).

Στο ελληνικό, όμως, σύστημα μόνο η συλλογή μορίων φαίνεται να έπαιζε πάντα κεντρικό ρόλο, αν και προσπάθειες αναδιαμόρφωσης αυτού τελευταία γίνονται (Τελική πρόταση ΚΕΣΥ για το Σχέδιο Νόμου της ιατρικής εκπαίδευσης, 2012) .

Σε Ευρωπαϊκό, πάντως, επίπεδο, σήμερα, άλλα είδη ΣΙΕ, όπως η εκπαίδευση επί της συζήτησης περιστατικού ή διαπιστωμένου λάθους, οι διατμηματικές συνεργασίες και συζητήσεις, οι ανταλλαγές απόψεων επί σύγχρονων θεμάτων με άλλους συναδέλφους και οι επισκέψεις on site σε ιατρικά κέντρα άλλων χωρών θεωρούνται πολύτιμες ευκαιρίες ΣΕΑ των ιατρών και ενθαρρύνονται ως τέτοιες από την Ευρωπαϊκή Εταιρεία των Ιατρικών Ειδικοτήτων (Κεφάλαιο 3).



Διάγραμμα 4.12 Το ποσοστό των ιατρών που πιστεύει ή δεν πιστεύει ότι το σύστημα μορίων όπως εφαρμόζει στο Ελληνικό Σύστημα αντικατοπτρίζει επάρκεια στην ιατρική

Πρόκειται, δηλαδή, για δράσεις που θεωρείται ότι συνδράμουν σημαντικά στην επάρκεια ενός ιατρού, δεν εμπίπτουν, όμως, επίσημα στο ελληνικό σύστημα ακόμα. Ανταυτού, η επάρκεια κρίνεται βάσει συλλεγμένων μορίων από δράσεις, μάλιστα, που μπορεί να μην έχουν επαρκώς αξιολογηθεί αν όντως έχουν κάποια σχέση σύνδεσης με την «επιδιωκόμενη» επάρκεια σε κάθε ιατρό.

Άλλωστε, έχει θεωρηθεί ότι η επάρκεια ενός ιατρού επεκτείνεται πέραν της επίκαιρης ενημέρωσής του στην ιατρική και αφορά και σε ποικίλες άλλες ικανότητες και ιδιότητες, όπως για παράδειγμα είναι η επαγγελματική συμπεριφορά σε συναδέλφους και η ηθική συνείδηση στη σκέψη, που τόσο η Διακήρυξη του Εδιμβούργου, όσο και η Παγκόσμια Ομοσπονδία για την Ιατρική Εκπαίδευση και ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας έχουν πρεσβεύσει (Κεφάλαιο 2) και πολλές φορές ξανά αναφέρθηκε και τεκμηριώθηκε στα κεφάλαια της παρούσας διατριβής.

Σε κάποιες περιπτώσεις, μάλιστα, τέτοια χαρακτηριστικά επάρκειας δεν είναι δυνατόν να θεωρηθεί ότι πράγματι χαρακτηρίζουν την καθημερινή πράξη ενός ιατρού, απλά επειδή έχει παρακολουθήσει προγράμματα αντίστοιχης εκπαίδευσης. Σε αυτές τις περιπτώσεις, δηλαδή, είναι απαραίτητος και ο συνυπολογισμός της ομολογίας των συνάδελφων και των ασθενών του, στη συνολική, τελική αξιολόγηση της επάρκειας του (Dubinsky et al, 2010).

Η γνώμη των ασθενών σε άλλες χώρες, πράγματι, λαμβάνεται εξαιρετικά έντονα υπ' όψιν, τόσο για την αξιολόγηση της επάρκειας των ιατρών, αλλά και για τη διαμόρφωση των προτεραιοτήτων στη ΣΕΑ τους (Κεφάλαιο 3).

Από την άλλη πλευρά, θα πρέπει να λαμβάνεται υπ' όψιν η έννοια της «εξατομίκευσης» όχι μόνο στην επιλεγόμενη μέθοδο και το περιεχόμενο της εκπαίδευσης, όπως προαναφέρθηκε, αλλά και στα κριτήρια αξιολόγησης της επάρκειας ενός ιατρού συνολικά, βάσει τις ειδικές δεξιότητες και τα χαρακτηριστικά που πρέπει να έχει ανάλογα με τον επαγγελματικό του ρόλο, τα χαρακτηριστικά του περιβάλλοντος εργασίας του και τις απαιτήσεις ανταπόκρισής του σε συγκεκριμένες συνθήκες, αλλά και ακόμα και τη χώρας που ασκεί το ιατρικό επάγγελμα, αφού οι σχετικές απαιτήσεις ποικίλουν (Beshyah et al, 2010).

Για παράδειγμα οι συναλλαγές με τροφίμους φυλακών ή με μετανάστες, η εργασία σε κοινωνικές συνθήκες ευρωστίας ή σε συνθήκες ανέχειας, η συμμετοχή σε ερευνητικές ή εκπαιδευτικές δράσεις και οι ρόλοι ευθύνης για προαγωγή της καινοτομίας ή άλλοι διαμορφώνουν αντίστοιχα και διαφορετικά πλαίσια απαιτούμενων χαρακτηριστικών ως προς την επάρκεια.

Αντίστοιχες έννοιες συζητούνται, άλλωστε, στα Συνέδρια της Ottawa από παλιά (Κεφάλαιο 2), ενώ κατά τη πρόσφατη μεταρρύθμιση στο σύστημα ΣΕΑ στο Ηνωμένο Βασίλειο, πράγματι, δόθηκε ιδιαίτερη σημασία στις τοπικές, ειδικά, ανάγκες για τη διαμόρφωση ενός πλάνου ανάπτυξης της επάρκειας των τοπικών ιατρών, ανά γεωγραφική ζώνη (Κεφάλαιο 3).

Βέβαια, ακόμα και το πιο βελτιωμένο, λεπτομερές και στοχευμένο σύστημα αξιολόγησης και πιστοποίησης της επάρκειας ενός ιατρού, μπορεί να σφάλει σε κάποιο βαθμό, στα πλαίσια, άλλωστε, συστηματικών ή τυχαίων λαθών που όλες οι μέθοδοι ελέγχου έχουν. Για τη διαχείριση αυτού του ρίσκου στο Ηνωμένο Βασίλειο διαμορφώθηκαν, κριτήρια που κάνουν μία ολιστική αξιολόγηση, σε πολλές διαστάσεις, τόσο κάθε ιατρού ατομικά, όσο και ομάδων ιατρών και ολόκληρων οργανισμών παροχής υπηρεσιών υγείας και συνεχώς τα κριτήρια αυτά αναπροσαρμόζονται (Κεφάλαιο 3).

Έτσι, σε μια πιο συστηματοποιημένη προσέγγιση αξιολόγησης της επάρκειας ενός ιατρού σε άλλα συστήματα, διαμορφώνονται κατώτερα αποδεκτά επίπεδα για όλες τις δεξιότητες γενικά και για δεξιότητες προτεραιότητας ανά ρόλο ειδικότερα ή συνυπολογίζονται και άλλα «δορυφορικά» στοιχεία, όπως για παράδειγμα ο αριθμός των ασθενών που διαχειρίστηκε ετησίως ο ιατρός, ένα μέτρο που εφαρμόζει συμπληρωματικά η Ολλανδία για να κρίνει την επάρκεια ενός ιατρού, ως συμπληρωματικό μέτρο στην τεκμηρίωση της συμμετοχής του στο εθνικό σύστημα της ΣΙΕ, που θεωρείται ότι μόνο του δεν αρκεί (Κεφάλαιο 2).

Η αξιολόγηση της επάρκειας ενός ιατρού είναι ύψιστης σημασίας, όχι μόνο για τη προστασία της δημόσιας υγείας και την εύρυθμη και βάσει στόχων λειτουργία του συστήματος υγείας, αλλά και γιατί επεκτείνεται σε νομικές έννοιες απόδοσης ευθύνης (Dubinsky et al, 2010), όπως, άλλωστε και στη Διακήρυξη της Βασιλείας αναφέρεται (Κεφάλαιο 2). Στα προσεχή, δε χρόνια, αναμένεται να επηρεάζει την επαγγελματική ελευθερία ενός ιατρού να κινείται και να ασκεί το επάγγελμά του σε άλλες χώρες του κόσμου και γι' αυτό θα πρέπει να είναι εύστοχη και δίκαιη η πιστοποίηση της (Ling et al, 2014).

Πράγματι, τόσο η Ευρωπαϊκή Ένωση των Ιατρικών Ειδικοτήτων, αλλά και οι αντίστοιχες Αρχές των ΗΠΑ, έχουν στρέψει πρόσφατα το ενδιαφέρον τους στην ανάπτυξη αξιόπιστων εργαλείων πιστοποίησης των προσόντων και της επάρκειας (Κεφάλαιο 2).

Φαίνεται, λοιπόν, ότι η υπόδειξη συλλογής πολλών «μορίων ΣΙΕ» από συνέδρια και σεμινάρια δεν αρκεί για την πιστοποίηση της επάρκειας του σύγχρονου ιατρού και σε

κάποιες περιπτώσεις, μάλιστα, μπορεί να αντανακλά, τελικά μόνο, μια μονομερή εμμονή παρακολούθησης συνεδρίων, χωρίς ουσιαστική μέριμνα για όποιο άλλο είδος προσωπικής επαγγελματικής ανάπτυξης.

Επιπλέον, ακόμα και αν συλλέγονται μόρια από την παρακολούθηση, ως επί το πλείστον, «κλασσικών» μεθόδων ΣΙΕ, η πραγματική βελτίωση της γνώσης, των δεξιοτήτων και της συμπεριφοράς του ιατρού μετά από τις δράσεις αυτές τις περισσότερες φορές δεν ελέγχεται και έτσι δε θα μπορούσε η παρακολούθηση απλά να θεωρηθεί απόδειξη για την επάρκεια.

Με άμεσο, λοιπόν, τρόπο το δείγμα των ιατρών σκιαγραφεί αυτή την ασυμμετρία που υπάρχει στην εκτίμηση της συνολικής επάρκειας των ιατρών στο ελληνικό σύστημα, δηλώνοντας, κατά συντριπτική πλειοψηφία, ότι τα μόρια δεν αρκούν για να οδηγηθεί κανείς σε αντίστοιχα συμπεράσματα. Άλλωστε, οι ίδιοι οι ιατροί δήλωσαν ότι τα συνέδρια δεν ικανοποιούν πάντα τις εκπαιδευτικές τους ανάγκες.

Με το παρόν σύστημα στην Ελλάδα δεν μπορεί, τελικά, να κριθεί αν οι Έλληνες ιατροί «επαρκούν», αφού το ίδιο το κριτήριο περί επάρκειας (συλλογή και επίδειξη των μορίων από απλή παρακολούθηση συνεδρίων και σεμιναρίων) είναι ανεπαρκές.

4.10. Οι ανισότητες στην πρόσβαση σε ευκαιρίες εκπαίδευσης

Ακόμα και αν υπάρχει η μέριμνα για τη δημιουργία εθνικών συστημάτων ΣΙΕ/ΣΕΑ που θα έχουν στοχευμένο προσανατολισμό κάλυψης συγκεκριμένα προσδιορισμένων αναγκών του ιατρικού σώματος, των ασθενών και της κοινωνίας και θα που προσφέρουν την εκπαίδευση στους ιατρούς μέσω κατάλληλων και αποτελεσματικών μεθόδων, τεκμηριωμένα συνδεδεμένων με αληθινή βελτίωση στην έκβαση των ασθενών, δε θα μπορούσε και πάλι να ικανοποιηθούν οι απώτεροι στόχοι της ΣΙΕ από ένα τέτοιο σύστημα, αν δεν ήταν ισότιμα διαθέσιμο σε όλους τους ιατρούς της χώρας.

Έτσι, οι ιατροί του δείγματος ρωτήθηκαν αν κατά τη γνώμη τους η πρόσβαση στη Συνεχιζόμενη Ιατρική Εκπαίδευση στην Ελλάδα υπάγεται σε ταξικούς (π.χ. κόστος) ή/και γεωγραφικούς (π.χ. γιατροί επαρχίας έναντι αστικών κέντρων) περιορισμούς. Η μεγάλη πλειοψηφία του δείγματος (92%) υπερθεμάτισε την ύπαρξη τέτοιων δυσκολιών στην πρόσβαση στη ΣΙΕ στην Ελλάδα (**Διάγραμμα 4.13**).

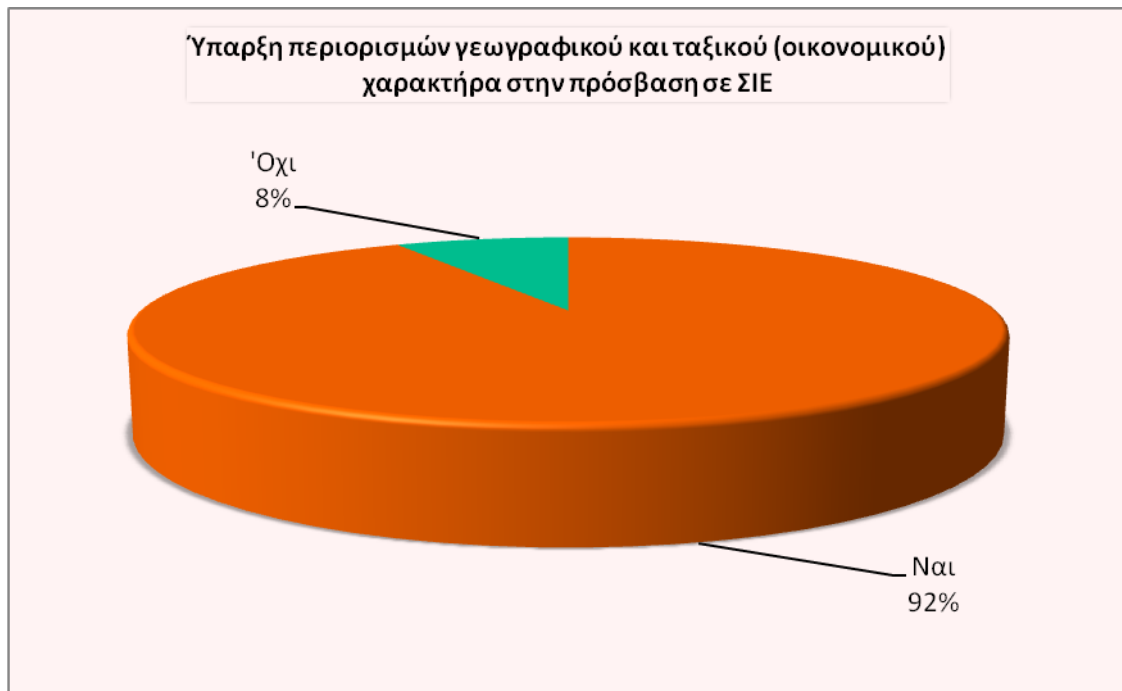
Το κόστος της ΣΙΕ πράγματι θεωρείται σήμερα ένα μεγάλο κεφάλαιο συζήτησης στις Ευρωπαϊκές και Παγκόσμιες Εταιρείες της Ιατρικής Εκπαίδευσης, οι οποίες μάλιστα έχουν πρόσφατα διατυπώσει την άποψη να διαμορφωθούν τα συστήματα ΣΙΕ με τρόπο

τέτοιο, ώστε να πληρώνουν ουσιαστικά τελικά οι ασθενείς για τη ΣΙΕ των ιατρών, αφού αυτοί είναι και οι τελικοί αποδέκτες του οφέλους της. Επίσης, η προσφορά οικονομικών κινήτρων για την ενίσχυση της συμμετοχής στη ΣΙΕ υπάρχει σε πολλές χώρες (Κεφάλαιο 2), έχοντας έμμεσο ή άμεσο χαρακτήρα, στη δε έρευνά μας, αναφέρθηκαν αιτήματα φορολογικής ελάφρυνσης στους ιατρούς που συμμετέχουν σε ΣΙΕ (Παράρτημα 3). Με δεδομένο, δε, ότι απαιτείται όλο και περισσότερο παγκοσμίως η εξαίρεση των φαρμακευτικών εταιρειών από τη χρηματοδότηση της ΣΙΕ, η επιχορήγησή τους, πλέον, από εθνικά κονδύλια για την υγεία θα είναι απαραίτητη και σχετική μέριμνα συστήνεται να ληφθεί στα κράτη-μέλη, σύμφωνα με την πρόσφατη, αντίστοιχη αναφορά ανασκόπησης της Ευρωπαϊκής Επιτροπής (Study concerning the review and mapping of continuous professional development and lifelong learning for health professionals in the EU, 2013).

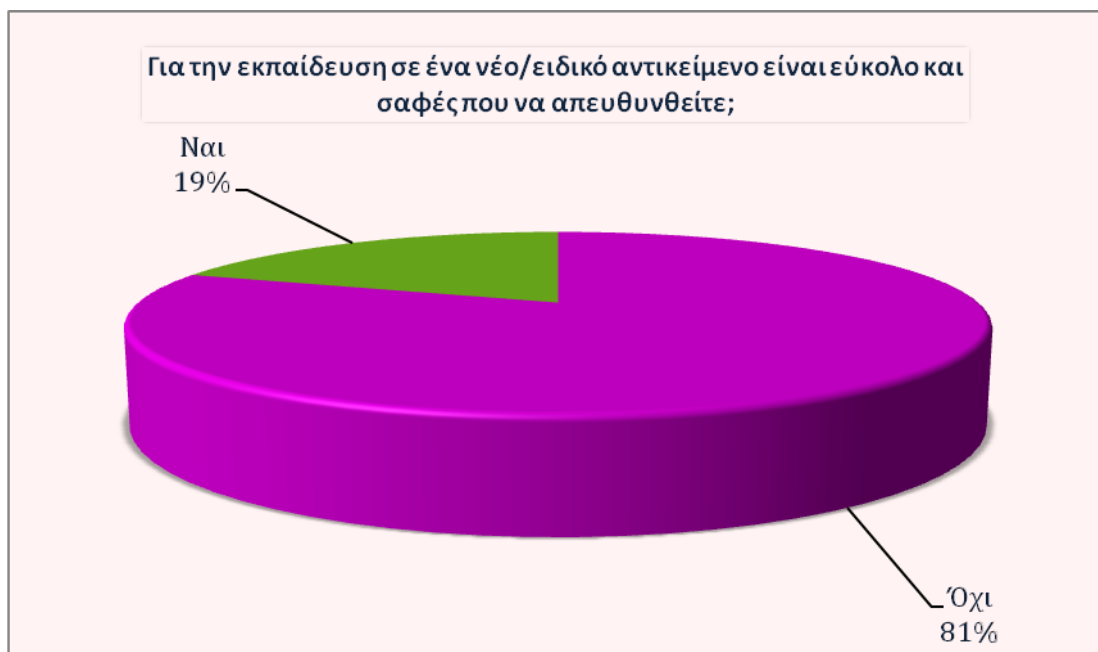
Πράγματι, η διά βίου εκπαίδευση στην «κοινωνία της γνώσης» έχει θεωρηθεί ως ένα νέο είδος πιθανού ταξικού διαχωρισμού και γι' αυτό το Μνημόνιο της Λισαβόνας είχε ως βασική αρχή στους στόχους της τη διαφύλαξη της κοινωνικής συνοχής (Κεφάλαιο 1).

Ειδικά στη χώρα μας, πάντως, εκτός από την οικονομική διάκριση, υπάρχει και η γεωγραφική ασυμμετρία στις δυνατότητες πρόσβασης σε εκπαίδευση, λόγω των γεωγραφικών ανάγλυφων και νησιώτικων χαρακτηριστικών της χώρας. Έτσι, τα ευρωπαϊκά προγράμματα δια βίου μάθησης ενηλίκων που εφαρμόστηκαν στη χώρα μας, μέσω των Εθνικών Στρατηγικών Πλαισίων Ανάπτυξης, είχαν ως κύριο εθνικό στόχο την «ισόρροπη ανάπτυξη του ποσοστού δια βίου μάθησης του ανθρώπινου δυναμικού σε περιφερειακό επίπεδο, με ειδική βαρύτητα σε περιφέρειες με μεγάλο ποσοστό πληθυσμού μετρίου ή χαμηλού επιπέδου εκπαίδευσης» (Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Εκπαίδευση και Δια Βίου Μάθηση», 2007-2013).

Εκτός, όμως, από την εκτίμηση ύπαρξης περιορισμών πρόσβασης, λόγω κόστους ή γεωγραφικού αποκλεισμού, οι ιατροί του δείγματος επισήμαναν και προβλήματα ενημέρωσης και συμβουλευτικής για την εκπαίδευσή τους, αφού το 81% αυτών δήλωσε ότι για την εκπαίδευση του σε ένα επιθυμητό ή νέο αντικείμενο δεν του είναι εύκολο, ούτε σαφές που να απευθυνθεί για να παρακολουθήσει σχετικά απαραίτητα μαθήματα ή να κάνει σχετική πρακτική εξάσκηση (**Διάγραμμα 4.14**).



Διάγραμμα 4.13 Οι αναλογίες των ιατρών που υποστηρίζουν ή όχι την παρουσία ανισοτήτων στην ελεύθερη πρόσβαση σε ΣΙΕ



Διάγραμμα 4.14 Οι δυσκολίες στην ενημέρωση των ιατρών του δείγματος για τις υπάρχουσες ευκαιρίες ΣΙΕ

Είναι αξιοσημείωτο, ότι στις ελεύθερες απαντήσεις του ερωτηματολογίου εθίγη η έλλειψη διαφάνειας και η προϋπόθεση «μέσου» για την ολοκλήρωση επιτυχούς ΣΙΕ (Παράρτημα 3) και αυτό σε κάποιες περιπτώσεις συνδέθηκε με την ανάγκη κεντρικού συντονισμού της αντίστοιχης ενημέρωσης και κατεύθυνσης από μία εθνική Αρχή.

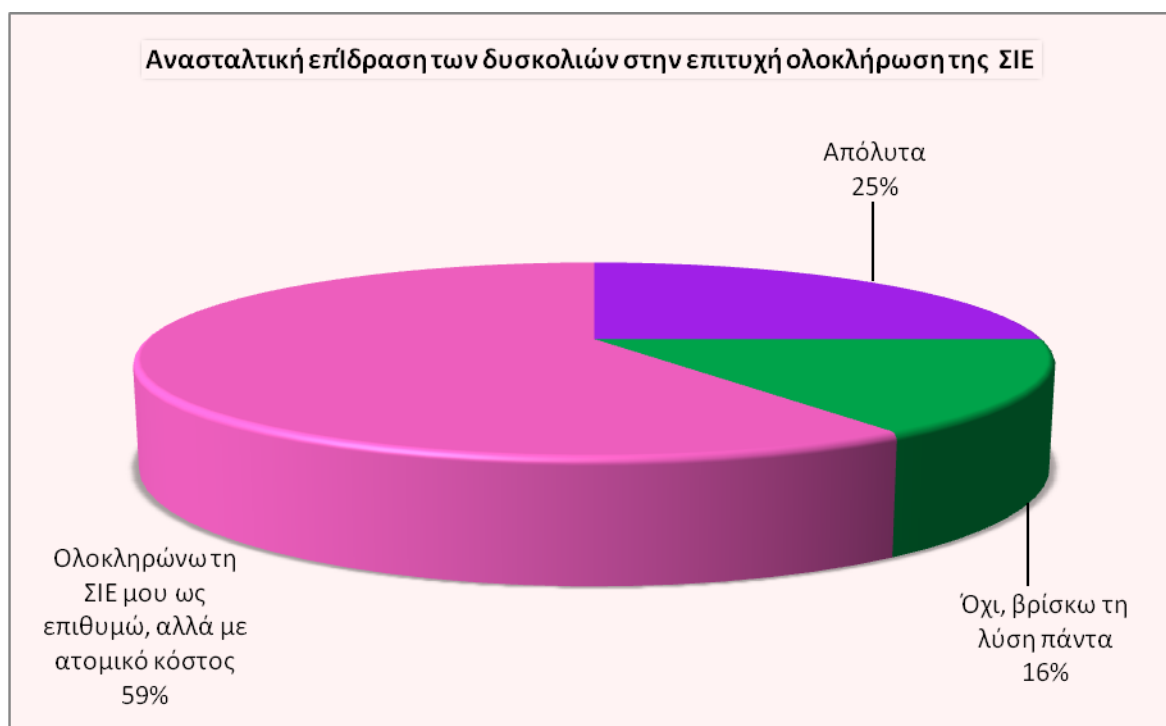
Τα προβλήματα ενημέρωσης και συμβουλευτικής για την εκπαίδευσή εμφανίστηκαν εντονότερα στους νέους, στους ειδικευόμενους ιατρούς και σε αυτούς που είχαν σπουδάσει εκτός Ελλάδας καθώς η μεγαλύτερη ηλικιακά, οι ειδικοί ιατροί, αλλά και αυτοί που είχαν βασικές σπουδές σε ελληνικές σχολές φάνηκε να αντιμετωπίζουν αυτή τη δυσκολία σε μικρότερο βαθμό και να είναι περισσότερο εξοικειωμένοι με τις υπάρχουσες διαδικασίες ενημέρωσης και ευκαιριών πρόσβασης σε ΣΙΕ.

Σε αυτή, βέβαια, την περίπτωση κανείς βρίσκει την ευκαιρία να υπογραμμίσει τη σημασία της συμβουλευτικής (mentorship) για τους νέους ιατρούς (Sharma et al, 2014), πέραν, βέβαια, της ανάγκης κεντρικού, εθνικού μηχανισμού παροχής ανάλογης ενημέρωσης και κατεύθυνσης, που προφανώς αναδεικνύεται ότι υπάρχει, καθώς στα σύγχρονα συστήματα σήμερα επιδιώκεται η ανάπτυξη ικανοτήτων «αυτό-προσδιορισμού» στη μάθηση, κάτι που σε ένα σύστημα που δεν υπάρχει ελεύθερη ενημέρωση προφανώς θα είναι εξαιρετικά δύσκολο να επιτευχθεί.

Τελικά, ένας στους τέσσερις ιατρούς του δείγματος (25%) ομολόγησε ότι οι συνολικές δυσκολίες πρόσβασης και επιτυχούς ολοκλήρωσής της ΣΙΕ που υπάρχουν στο ελληνικό σύστημα, δρουν, τελικά, απόλυτα ανασταλτικά στην επιτυχή ολοκλήρωση της ΣΙΕ και πάνω από τους μισούς ιατρούς του δείγματος (59%) δήλωσαν ότι ολοκληρώνουν, μεν, τη ΣΙΕ που επιθυμούν, παρά τις δυσκολίες, αλλά αυτό, όμως, προϋποθέτει ατομικό κόστος **(Διάγραμμα 4.15)**.

Είναι αξιόλογο να υπογραμμιστεί πάντως ότι, παρά τις αναφερόμενες δυσκολίες και ανισότητες στην πρόσβαση σε ΣΙΕ που αναφέρθηκαν, το 16% των ιατρών του δείγματος δήλωσε ότι βρίσκει τη λύση πάντα, ανεξάρτητων όποιων δυσκολιών, ακόμα και αν η πλειοψηφία του δείγματος ήταν ειδικευόμενοι και νεότεροι ηλικιακά ιατροί, αυτοί που, δηλαδή, φάνηκε να έχουν και τις μεγαλύτερες δυσκολίες ενημέρωσης, αλλά και οικονομικές δυνατότητες, θα έλεγε κανείς, επίσης.

Αυτός ο δυναμισμός των ιατρών, βέβαια, να υπερπηδούν της δυσκολίες όταν πρόκειται για την συνεχή εκπαίδευσή τους, δεν αναιρεί τις υποχρεώσεις της πολιτείας για διασφάλιση ισοτιμίας στην ικανότητα πρόσβασης σε ΣΙΕ και την προστασία της κοινωνικής συνοχής.



Διάγραμμα 4.15 Η κατανομή της ανασταλτικής επίδρασης των δυσκολιών σε μία επιτυχή ολοκλήρωση της ΣΙΕ στο δείγμα των ιατρών

4.11. Προτάσεις περί των απαιτούμενων ωρών ΣΙΕ και της ανάγκης κεντρικού εθνικού συντονισμού

Σε μία προσπάθεια διερεύνησης της θεώρησης της ποσοτικής διάστασης της αναγκαίας εκπαίδευσης ετησίως, της μετάφρασής της, δηλαδή, σε απαραίτητες ώρες ανά έτος, η πλειοψηφία του δείγματός (70%) θεώρησε ότι απαιτούνται τουλάχιστον 30 ώρες ετησίως. Όπως αναφέρθηκε, τα μόρια που προβλέπονται ανά χώρα το 2011 καταγράφηκαν να κυμαίνονται από 5 έως 80 ετησίως. Πάντως στην Ελλάδα, ισχύει ακόμα ο Νόμος του 1983 που προβλέπει 100 μόρια στην 5ετία (Κεφάλαιο 2).

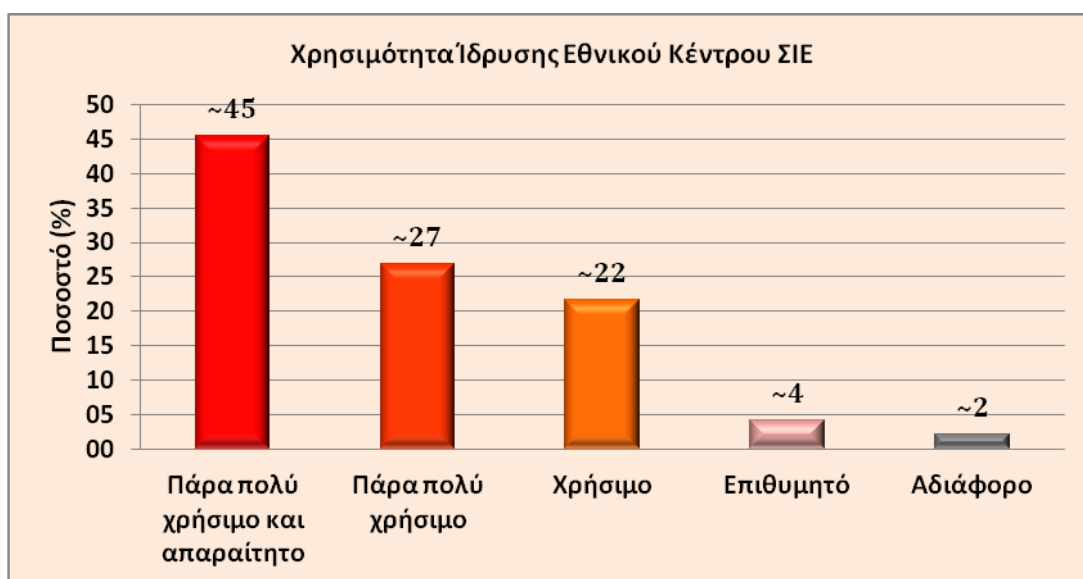
Οι ιατροί του δείγματος ερωτήθηκαν και για τη γνώμη τους, σχετικά με τη χρησιμότητα ίδρυσης ενός Εθνικού Κέντρου Συνεχιζόμενης Ιατρικής Εκπαίδευσης, το οποίο θα παρέχει κατεύθυνση για τα νέα πεδία εξελίξεων στη γνώση ανά ειδικότητα και πληροφορίες για το πλήθος των πηγών παροχής σχετικής, στοχευμένης εκπαίδευσης, τόσο στην σε Ελλάδα, όσο και σε εξωτερικό, καθώς η ίδια, επίσης, αυτή Αρχή θα παρέχει τακτικά σεμινάρια Συνεχιζόμενης Ιατρικής Εκπαίδευσης που θα είναι ταξινομημένα ανά γνωστικό αντικείμενο και συντονισμένα από τις Επιστημονικές Ενώσεις των Ιατρικών

Ειδικοτήτων και τους κατά τόπους Ιατρικούς Συλλόγους, τέλος, δε, θα παρέχει, επίσης, σχετική πληροφόρηση για τις διαθέσιμες δυνατότητες χρηματοδότησης της επιλεγμένης δράσης ΣΙΕ.

Οι ιδιότητες αυτές ενός τέτοιου κέντρου διαμορφώθηκαν κατά κρίση, ως μέρος των απαραίτητων ρόλων που θα πρέπει να έχει ένα συντονιστικό κέντρο της ΣΙΕ στην Ελλάδα. Άλλωστε και η μεταρρύθμιση του Αγγλικού συστήματος τελικά, όπως προέκυψε, κατέληξε στην ίδρυση μιας ανεξάρτητης κεντρικής Αρχής για τη ΣΙΕ (Health Education England), λίγο διαφορετικής ωστόσο, αφού η τελευταία έχει την εθνική ευθύνη και για την κατανομή των ιατρών στη χώρα, ενώ στην Ελλάδα δεν προτείνεται και αυτή η αρμοδιότητα στην εν λόγω Αρχή, αλλά μία επικέντρωση του ρόλου της στην υποστήριξη των ιατρών να γίνουν «επαρκείς» ιατροί..

Η πλειοψηφία του δείγματος των ιατρών (~72%) θεώρησε την ίδρυση μιας τέτοιας Αρχής ως «πάρα πολύ χρήσιμη», ενώ το 45% υπερθεμάτισε την ίδρυσή της ως «πάρα πολύ χρήσιμη και απαραίτητη» (Διάγραμμα 4.16), οι απόψεις, δε, υπέρ της ανάπτυξης μιας τέτοιας πρωτοβουλίας έχουν τη μορφή καθολικού αιτήματος, αφού δεν εμφανίζουν, ουσιαστικά, διαβαθμίσεις μεταξύ των υποομάδων του δείγματος, κατά την ανάλυση.

Αξίζει να αναφερθεί, ότι ο Χειρουργικός Τομέας αξιολόγησε την ίδρυση ενός τέτοιου εθνικού κέντρου ΣΙΕ ως απαραίτητη, σε μεγαλύτερο ποσοστό, συνολικά, σε σχέση με τους άλλους δύο τομείς ιατρικών ειδικοτήτων, αν και η παρατήρηση αυτή δεν ήταν στατιστικά σημαντική.



Διάγραμμα 4.16 Η διαβάθμιση των απαντήσεων περί της χρησιμότητας ίδρυσης μιας Εθνικής Συντονιστικής Αρχής της ΣΙΕ

Σύνοψη κεφαλαίου & Συμπεράσματα

Η ανάδειξη των αναγκών και η κατανόηση των προβλημάτων στα σύγχρονα Συστήματα ΣΙΕ/ΣΕΑ που επιδιώκει η παρούσα διατριβή θα ολοκληρώνονταν εφόσον υπήρχε έστω και μικρή εκπροσώπηση δεδομένων που αφορούν ειδικά στη χώρα μας.

Εφόσον δεν υπάρχει ικανοποιητική θεωρητική βάση τεκμηρίωσης από τα παρελθόντα έτη, διεξήχθη μελέτη σε δείγμα των Ελλήνων ιατρών, προκειμένου να διαφωτιστεί η θεώρηση των σχετικών αναγκών και προβλημάτων στη ΣΙΕ - που ανέδειξε η ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας - σε ελληνικό πλαίσιο.

Το μελετούμενο δείγμα αφορούσε, τελικά, σε ένα σύνολο 100 νέων Ελλήνων ιατρών, άρρενος φύλου και ελληνικής βασικής εκπαίδευσης στην ιατρική, κατά τα δύο, περίπου, τρίτα του, που βρίσκεται στις αρχές της εξειδίκευσής του στην άσκηση του επαγγέλματος, ακολουθεί χειρουργική, παθολογική ή εργαστηριακή κατεύθυνση σε ίσες, ουσιαστικά, αναλογίες και εργάζεται σε τριτοβάθμιο νοσοκομείο.

Οι ιατροί του δείγματος απάντησαν σε ένα ερωτηματολόγιο, συμπληρώνοντας, επίσης, ελεύθερα την άποψή τους, αν το επιθυμούσαν. Από τις απαντήσεις που αναλύθηκαν προέκυψαν οι εξής διαπιστώσεις :

- ✓ Όλοι οι ιατροί φαίνεται να αναγνωρίζουν σαφώς τη μεγάλη σημασία της ΣΙΕ/ΣΕΑ,
- ✓ Δεν φαίνεται να επιδιώκουν τη ΣΙΕ/ΣΕΑ όλοι οι τομείς των ειδικοτήτων το ίδιο τακτικά και ανάγκη αύξησης της συχνότητας υλοποίησης της ΣΙΕ/ΣΕΑ αναδύεται,
- ✓ Οι ιατροί δεν έχουν ξεκάθαρη πληροφόρηση για τη νομική υποχρέωσή τους για ΣΙΕ/ΣΕΑ,
- ✓ Οι ανάγκες των ιατρών δε φαίνεται να ικανοποιούνται από τη διαθέσιμη, στην Ελλάδα, ΣΙΕ/ΣΕΑ,
- ✓ Υπάρχει επιφύλαξη για την ικανότητα των συνεδρίων να ικανοποιούν τις εκπαιδευτικές ανάγκες των ιατρών,
- ✓ Δε φαίνεται να προτιμούν όλοι οι ιατροί τις ίδιες μεθόδους για την εκπαίδευσή τους,
- ✓ Η επάρκεια των ιατρών στην άσκηση της ιατρικής κρίνεται «ανεπαρκώς» στην Ελλάδα,
- ✓ Υπάρχουν ανισότητες πρόσβασης σε ΣΙΕ/ΣΕΑ.

Έτσι, λοιπόν, γίνεται σαφές ότι, στο ελληνικό σύστημα ΣΙΕ, ίσως υπάρχουν οι εξής ανάγκες προτεραιότητας για τη βελτίωσή του :

1. Οι ιατροί πρέπει να υποστηρίζονται περισσότερο στις προσπάθειές τους για ΣΙΕ, τα εμπόδια να αίρονται και κίνητρα να παρέχονται,
2. Οι ιατροί πρέπει να ενημερωθούν για τις υποχρεώσεις και τα δικαιώματά τους στη ΣΙΕ,
3. Το σύστημα των παρεχόμενων δράσεων ΣΙΕ πρέπει να οργανωθεί καλύτερα, ώστε να είναι στοχευμένο σε ανάγκες και εξατομικευμένο,
4. Πρέπει να επαναπροσδιορισθεί ο ρόλος των συνεδρίων ως εκπαιδευτικό μέσο ΣΙΕ,
5. Πρέπει να διαμορφωθεί πιο έγκυρο και συστηματοποιημένο σύστημα αξιολόγησης της επάρκειας των ιατρών,
6. Πρέπει να προαχθεί περαιτέρω η ακαδημαϊκή έρευνα για τη ΣΙΕ στον Ελληνικό χώρο,
7. Πρέπει να ιδρυθεί Κεντρική Συντονιστική Αρχή με περιφερειακά υποτμήματα.

Η ικανοποίηση αυτών των αναγκών απαιτεί τη συμμετοχή στις προσπάθειες τόσο των θεσμικών μηχανισμών της πολιτείας και των παρόχων εκπαίδευσης, όσο και την προσωπική ευθύνη των ίδιων των ιατρών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 : Τελική σύνοψη των συμπερασμάτων και μεθόδευση των προτάσεων προτεραιότητας για ένα σχέδιο βελτίωσης της διά βίου εκπαίδευσης των ιατρών στην Ελλάδα

«Wisdom is not a product of schooling but of the lifelong attempt to acquire it.»

Albert Einstein

Τελικά συμπεράσματα & προτάσεις

Κατά τη διεξαγωγή της πιλοτικής έρευνας, διαπιστώθηκε μια αμέριστη προθυμία των ιατρών να συμμετάσχουν σε αυτήν, ένας ενθουσιασμός να συμπληρώσουν ακόμα και περαιτέρω σχόλια στο χώρο ελεύθερης έκφρασης, αλλά και μια αγωνία να βελτιωθεί το σύστημα της ΣΙΕ/ΣΕΑ στην Ελλάδα.

Είναι ενθαρρυντικό ότι φαίνεται πως νέοι ιατροί της Ελλάδας, εργαζόμενοι σε δύσκολες συνθήκες και με εθελοντική παροχή υπηρεσιών σε πολλές περιπτώσεις, αγωνιούν και ενδιαφέρονται για τη ΣΙΕ/ΣΕΑ και ακόμα και με προσωπικό κόστος επιδιώκουν τακτικά την ικανοποίησή της, σε μια εποχή ιδιαίτερων οικονομικών δυσκολιών και μαχόμενοι ενάντια σε ανισότητες πρόσβασης.

Σκιαγραφήθηκε, ωστόσο, κάποια αμφισβήτηση του υπάρχοντος ελληνικού συστήματος ΣΙΕ/ΣΕΑ ως προς την στόχευσή του, την οργάνωσή του, την πληρότητά του, την ευελιξία του, την ποιότητά του, την αποτελεσματικότητα, αλλά και τη δικαιοσύνη του και αυτή η αμφισβήτηση οφείλει να εισακουστεί, σε συνδυασμό άλλωστε με ακριβώς παρόμοιους προβληματισμούς που έχουν πρόσφατα αναδυθεί και εντόνως συζητούνται και σε άλλες χώρες.

Πάντως, οι νεότεροι, ειδικά, ιατροί αναδεικνύονται ως περισσότερο «ευαίσθητοι» στην αναζήτηση διεξόδων για τη ΣΙΕ/ΣΕΑ στη χώρα μας και υπάρχουν στοιχεία έντονης ζήτησης ιδιαίτερα στις χειρουργικές ειδικότητες.

Η μεθοδολογία εφαρμογής, ωστόσο, εθνικών μεταρρυθμίσεων στη ΣΙΕ/ΣΕΑ που θα ικανοποιήσουν τις αναδυόμενες ανάγκες τους και θα επιλύσουν τα εντοπισμένα προβλήματα θα πρέπει να είναι βασισμένες σε επαρκή τεκμηρίωση, να γίνουν προσεκτικά και σε στάδια επανελέγχου, να τεθούν σε ανοικτό διάλογο και πολύπλευρο καταμερισμό ευθυνών και, ενδεχομένως, να πάρουν αρκετό χρόνο, δεδομένου ότι λάθη

στην εφαρμογή τέτοιων εθνικών στόχων έχουν επιπτώσεις που μπορεί να πλήξουν μια ολόκληρη γενεά ιατρών, αφήνοντάς την ουσιαστικά αβοήθητη στις προσπάθειές της για διά βίου εναρμόνιση με τις ραγδαίες εξελίξεις και τις πολύπλοκες απαιτήσεις του ιατρικού επαγγέλματος στον 21 αιώνα.

Η πρόταση ανάπτυξης ενός Εθνικού Κέντρου Συντονισμού της Συνεχιζόμενης Ιατρικής Εκπαίδευσης αναδύθηκε ως απαραίτητη τελικά συνιστώσα στο μελετούμενο πεδίο επιθυμητής διαμόρφωσης ενός καλύτερου εθνικού συστήματος δια βίου εκπαίδευσης ιατρών.

Ικανοποιούμενες ανάγκες προτεραιότητας αναδύθηκαν η αύξηση της υποστήριξης των ιατρών στις προσπάθειές τους για υλοποίηση της ΣΙΕ, η στοχευμένη κάλυψη εκπαιδευτικών κενών, με πιο αποδοτικό, εξατομικευμένο και ελεγχόμενο τρόπο, η ευελιξία και η ποιότητα των μεθόδων και μέσων που προσφέρονται για την πραγματοποίηση της εκπαίδευσης και ειδικά η αναδιαμόρφωση του ρόλου των συνεδρίων και η διαμόρφωση ενός έγκυρου και συστηματοποιημένου συστήματος αξιολόγησης της επάρκειας των ιατρών, ενώ κρίνεται απαραίτητη η ύπαρξη διαρκούς μηχανισμού αξιολόγησης της επιτυχίας και επανα-διαμόρφωσης των εφαρμοζόμενων μέτρων.

Παραμένει στις αρμοδιότητες της πολιτείας να θεσμοθετήσει το τελικό πλαίσιο περί υποχρέωσης και δικαιώματος στη ΣΙΕ-ΣΕΑ και να το επικοινωνήσει κατάλληλα στους ιατρούς, να δημιουργήσει τις κατάλληλες δομές για την ακαδημαϊκή έρευνα και για τον κεντρικό εθνικό συντονισμό της ΣΙΕ, να συστήσει αρμόδιες επιτροπές και να κατανέμει τις ευθύνες, τους ρόλους και τις αλληλεπιδράσεις στη Δημόσια Διοίκηση, οι δε ιατροί, όμως, θα πρέπει ποτέ να μη λησμονούν την ηθική υποχρέωση και την προσωπική ευθύνη που έχουν, απέναντι στους ασθενείς τους και την κοινωνία, για διά βίου μάθηση, ανεξάρτητα και υπεράνω της πρόθεσης συμμόρφωσης με τους κανόνες της πολιτείας.

Παρακάτω, λοιπόν, γίνεται μια προσπάθεια ενσωμάτωσης των τελικών συμπερασματικών προτάσεων για τη βελτίωση του εθνικού συστήματος ΣΙΕ/ΣΕΑ στην Ελλάδα, που προκύπτουν από το σύνολο αυτής της διατριβής, στο μεθοδικό πλαίσιο των 5 Αξόνων που παρουσίασε η Ευρωπαϊκή Επιτροπή, μετά από την ανασκόπηση που έκανε στα συστήματα ΣΕΑ των 27 χωρών της Ε.Ε το 2013 και που προτείνει ως πλαίσιο για τη δόμηση της βελτίωσης των συστημάτων ΣΕΑ στην Ευρώπη, το οποίο και εμπλουτίζεται έτσι.

Βασική μέθοδος προσέγγισης που εφαρμόστηκε, για αυτή την τελική παρουσίαση των προτάσεων, είναι να γίνει ταυτόχρονη χρήση των γενικών διαπιστώσεων που προέκυψαν

από την εκτενή ανασκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας - όπως παρουσιάστηκαν στα Κεφάλαια 1,2 & 3 αυτής της διατριβής - με τη χρήση των ειδικών διαπιστώσεων που προέκυψαν από την έρευνα σε δείγμα ιατρών στην Ελλάδα, αλλά και τη χρήση του πλαισίου των 5 Αξόνων που εισήγαγε η Ευρωπαϊκή επιτροπή για τη βελτίωση των συστημάτων ΣΕΑ στην Ευρώπη, το οποίο και αποτέλεσε το πλαίσιο ενσωμάτωσης των προτάσεων αυτών.

Οι προτάσεις που παρατίθενται εδώ δεν εξαντλούν τις ενδεικνύμενες για τον εκσυγχρονισμό και τη βελτίωση του συστήματος ΣΙΕ/ΣΕΑ στην Ελλάδα. Έχει, ουσιαστικά, γίνει μία επιλογή και το κριτήριο ήταν η ισχύς των συνολικών ενδείξεων, οι διεθνείς τάσεις, οι συγκεκριμένες ενδείξεις της εγχώριας έρευνας και η ατομική κρίση κατά πόσο είναι εφαρμόσιμες στην Ελλάδα ή κατά πόσο η αναπλήρωση της έλλειψης τους είναι καθοριστικής σημασίας. Επίσης, κάποιες προτάσεις ανανεώθηκαν κατά τη διεξαγωγή της διατριβής, καθώς προέκυπταν εθνικές αλλαγές που επέβαλαν την τροποποίηση, κατά τα έτη εκπόνησης αυτής της διατριβής.

Συνολικά, λοιπόν, παρουσιάζεται το εξής μεθοδολογικό σχέδιο για τη βελτίωση του εγχώριου συστήματος ΣΕΑ ιατρών:

ΑΞΟΝΑΣ 1 : Οι Δομές και οι Τάσεις της ΣΕΑ.

- ✓ Το Ιδεώδες : Προτείνεται οι ιατροί να διδάσκονται τις αρχές της σημασίας της δια βίου εκπαίδευσης και της μεθοδικής επιδίωξής της ήδη από τις προπτυχιακές σπουδές, ώστε να καλλιεργούν έγκαιρα την ετοιμότητά τους ως προς αυτό. Είναι ενθαρρυντικό, πάντως, ότι οι ιατροί της μελέτης φάνηκαν να αναγνωρίζουν σαφώς τη σημασία της.
- ✓ Η Ικανοποίηση αναγκών : Προτείνεται οι ανάγκες σε ΣΕΑ να χαρτογραφηθούν ολιστικά, σε όλες τις διαστάσεις τους και να διαμορφώσουν αντίστοιχα τα προγράμματα εκπαίδευσης στη χώρα. Οι ανάγκες του δείγματος των ιατρών της μελέτης δε φάνηκε να ικανοποιούνται από το υπάρχον σύστημα.
- ✓ Η Αποτελεσματικότητα των δράσεων : Προτείνεται η διεξαγωγή ακαδημαϊκής έρευνας για τους παράγοντες που επηρεάζουν την αποτελεσματικότητα της ΣΕΑ. Το εν λόγω θέμα χρήζει, κατά κοινή, ομολογία έρευνας.
- ✓ Η Οργάνωση : Προτείνεται η θεσμική διαμόρφωση Πλάνων Προσωπικής Ανάπτυξης κάθε ιατρού και περιοδικής αξιολόγησης της Προόδου του, βάσει προσυμφωνημένων στόχων. Το μέτρο αυτό αναμένεται να προσδιορίσει

ορθότερα την έννοια της «ιατρικής επάρκειας» στην Ελλάδα. Οι ιατροί της μελέτης υπέδειξαν με τις απαντήσεις τους την αναντιστοιχία του τρέχοντος συστήματος μοριοδότησης με την έννοια της επάρκειας. Χρειάζονται ευρύτερα και προκαθορισμένα κριτήρια για το σκοπό αυτό, πιο συστηματοποιημένη και έγκυρη προσέγγιση.

- ✓ Η Υποχρέωση : Προτείνεται η υποχρεωτική διάσταση της ΣΕΑ να είναι πιο ευέλικτη και να αφορά, πλην του εκπαιδευόμενου ιατρού, τον εργοδότη του, αλλά και την Πολιτεία. Ωστόσο, προτείνεται η διερεύνηση της δυνατότητας αντιστοίχισής της στη διατήρηση του δικαιώματος για προστασία έναντι αστικής ευθύνης και η διαμόρφωση του σχετικού νομικού πλαισίου. Η θεσμική θέσπιση αυτού κρίνεται άμεσα απαραίτητη, καθώς η ταυτότητα του συστήματός μας καταγράφεται ασαφής πλέον στις διεθνείς ανασκοπήσεις, ως νομικά υποχρεωτικό, αλλά ουσιαστικά εθελοντικό. Θα ήταν σκόπιμο να προηγηθεί ανοικτός διάλογος με τους ιατρούς. Οι ιατροί της μελέτης φάνηκε να αναζητούν αποσαφηνίσεις σχετικά με το τρέχον θεσμικό καθεστώς της υποχρέωσης. Συνοδά, θα πρέπει να διαμορφωθεί και σχέδιο προστασίας των δικαιωμάτων των ιατρών στη ΣΕΑ.

ΑΞΟΝΑΣ 2 : Εμπόδια και Κίνητρα.

- ✓ Το κόστος : Προτείνεται η επένδυση εθνικών πόρων στη ΣΕΑ των ιατρών, ανεξάρτητα της παροχής όποιων άλλων κινήτρων. Επίσης, προτείνεται η διερεύνηση βέλτιστων τακτικών σε άλλα κράτη, σχετικά με την διαχείριση του οικονομικών εμποδίων στην πρόσβαση σε ΣΕΑ. Το κόστος θεωρήθηκε από τους ιατρούς της μελέτης ως παράμετρος ανισότητας στην πρόσβαση.
- ✓ Ο Χρόνος : Προτείνεται η επίσημη θέσπιση προστασίας του χρόνου για την απαιτούμενη ΣΕΑ. Οι ιατροί πρέπει να διευκολυνθούν να επιδιώκουν τη ΣΕΑ τακτικότερα.
- ✓ Οι Ανάγκες σε Ανθρώπινο Δυναμικό: Προτείνεται η κάλυψη των κενών θέσεων εργασίας των ιατρών ΕΣΥ, ώστε να αποφεύγονται φαινόμενα υπερωριακής εργασίας και «burn-out» που θέτουν εμπόδια στη διεξαγωγή της ΣΕΑ. Επίσης, προτείνεται να αποσαφηνιστούν τα καθηκοντολόγια όλων των ειδικοτήτων ώστε να μπορεί να διαμορφωθεί αντίστοιχο πλαίσιο διά βίου ανάπτυξης για έκαστη αυτών, χωρίς νομικά κενά ή αμφισβητήσεις.

- ✓ Η Ευελιξία : Προτείνεται η χρήση της τεχνολογίας, ώστε να μπορεί η εκπαίδευση να φτάνει σε απομακρυσμένες περιοχές της Ελλάδας. Ο γεωγραφικός αποκλεισμός θεωρήθηκε από τους ιατρούς της μελέτης ως παράμετρος ανισότητας στην πρόσβαση. Ωστόσο, η διαδικτυακή εκπαίδευση δεν θεωρείται ότι έχει αποδείξει ακόμα την ικανότητά της να αντικαταστήσει πλήρως τις «κλασικές» μεθόδους εκπαίδευσης και έτσι πρέπει να αντιμετωπίζεται.
- ✓ Η Πρακτικότητα : Προτείνεται η διεξαγωγή ακαδημαϊκής έρευνας για την κατανόηση της διαφορετικότητας των ιατρών ως προς τις προτιμήσεις τους για τις μεθόδους της ΣΕΑ, για την ανάδειξη των ενδεικνυόμενων και αποτελεσματικότερων μεθόδων μάθησης, κατά περίπτωση. Στο μελετούμενο δείγμα οι τομείς των ειδικοτήτων διαφοροποιήθηκαν ως προς τις προτιμήσεις τους σε τεχνικές εκπαίδευσης.
- ✓ Άλλα εμπόδια : Προτείνεται ο κεντρικός συντονισμός της διαθεσιμότητας εκπαιδευτικών δράσεων ανά την επικράτεια, η κατηγοριοποίησή τους ανά εκπαιδευτικό στόχο και η αντιστοίχησή τους σε προσδιορισμένες ανάγκες και η ευρεία διάθεση της αντίστοιχης πληροφόρησης στους ιατρούς (Εθνικός Χάρτης Συνεχιζόμενης Ιατρικής Εκπαίδευσης). Οι ιατροί της μελέτης ομολόγησαν δυσκολίες ενημέρωσης και συμβουλευτικής. Προτείνεται επίσης η ακαδημαϊκή έρευνα προσδιορισμού των υποομάδων του πληθυσμού των ιατρών που δυσκολεύονται περισσότερο, έναντι των υπολοίπων, να εναρμονιστούν με τις απαιτήσεις της ΣΕΑ και να ληφθεί ειδική μερίμνα για την υποστήριξή τους και την προσφορά ποικιλίας εναλλακτικών μεθόδων εκπαίδευσης.

ΑΞΟΝΑΣ 3 : Ασφάλεια των ασθενών.

- ✓ Βελτίωση της Γνώσης και Πράξης: Προτείνεται η συστηματοποιημένη εκπαίδευση σε Διαγνωστικά και Θεραπευτικά Πρωτόκολλα.
- ✓ Ανάπτυξη της Κουλτούρας Προστασίας της Ασφάλειας των Ασθενών: Προτείνεται η διεξαγωγή ακαδημαϊκής έρευνας στις παραμέτρους που διαφυλάσσουν την ασφάλεια των ασθενών και αντίστοιχη εκπαίδευση των φοιτητών ιατρικής.

- ✓ Αξιολόγηση των σφαλμάτων: Προτείνεται η ενθάρρυνση της συζήτηση των σφαλμάτων και η επιβράβευση των πρωτοβουλιών που βελτιώνουν τα μέτρα ασφάλειας για τους ασθενείς.

ΑΞΟΝΑΣ 4 : Πιστοποίηση.

- ✓ Εκπαιδευτικές Δράσεις: Προτείνεται η θέσπιση περαιτέρω κριτηρίων για την μοριοδότηση των εκπαιδευτικών δράσεων, πλην της χρονικής τους διάρκειας. Επίσης, προτείνεται η γενικότερη ενίσχυση των μεθόδων Διασφάλισης της Ποιότητάς τους. Ειδικά για τα συνέδρια, προτείνεται να μελετάται συστηματικά η αποτελεσματικότητα, αλλά και η διαφάνειά τους και να εφαρμόζει το μέτρο της αξιολόγησης τους από τους εκπαιδευόμενους, που οδηγεί σε δεσμευτική συμμόρφωση του παρόχου. Συνολικά, η πιστοποίηση και η μοριοδότηση πρέπει να επεκταθούν και σε άλλες μορφές εκπαίδευσης. Τα συνέδρια, πάντως, δε φάνηκε να ικανοποιούν ως μέσον εκπαίδευσης και αυτό πρέπει να αντιμετωπιστεί κατάλληλα.

ΑΞΟΝΑΣ 5 : Συνεργασίες.

- ✓ Εντός της χώρας : Προτείνεται η συνεργασία των Επαγγελματικών Ενώσεων, των Επιστημονικών Εταιρειών, των Αρμόδιων Υπουργείων, των Εργοδοτών, των Φαρμακευτικών Εταιρειών, των Παρόχων Εκπαίδευσης, των Σωματείων Ασθενών, αλλά και των Ιατρικών Σχολών και άλλων επιστημόνων, για την αναδιαμόρφωση του Εθνικού Συστήματος ΣΕΑ, στα πλαίσια διενέργειας ανοικτών διαλόγων με το ευρύ κοινό.
- ✓ Διακρατικά : Προτείνεται η εξωστρέφεια και η διερεύνηση υιοθέτησης βέλτιστων πρακτικών σε θέματα ΣΕΑ, με απώτερο στόχο να λαμβάνεται η απαραίτητη μέριμνα εναρμόνισης μας με την Ευρώπη, ώστε να εξυπηρετείται η απρόσκοπτη κινητικότητα των Ελλήνων ιατρών.

Συνολικά, αναδύεται η ανάγκη ίδρυσης Εθνικής Αρχής Συντονισμού των μεταρρυθμίσεων αυτών και ανάληψης της κεντρικής ευθύνης υλοποίησής τους και έτσι προτείνεται.

*«Continuous medical education is not
only a duty, but also a right to claim».*

Eulert Jochen

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Α. ΕΛΛΗΝΟΓΛΩΣΣΗ

Κεφάλαια 1 & 2

1. Αθηνά Σιπητάνου, Οι εκφάνσεις της εκπαίδευσης ενηλίκων κατά την Ελληνική αρχαιότητα, 2011
<http://www.eriande.elemedu.upatras.gr/eriande/synedria/synedrio3/praltika%2011/sipitanou.htm>
2. Απόφαση ΦΕΚ Β΄ 2508/04.11.2011,
http://www.edulll.gr/wp-content/uploads/2010/06/KYA_127175H_2011.pdf
3. Βικιπαίδεια Eduard C. Lindeman,
https://en.wikipedia.org/wiki/Eduard_C._Lindeman
4. Βικιπαίδεια Πλάτων,
<http://el.wikipedia.org/wiki/%CE%A0%CE%BB%CE%AC%CF%84%CF%89%CE%BD>
5. Βικιπαίδεια Σοφιστές,
<https://el.wikipedia.org/wiki/%CE%A3%CE%BF%CF%86%CE%B9%CF%83%CF%84%CE%AD%CF%82>
6. Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, www.eap.gr
7. Επιστολή προς τον Υπουργό Υγείας, Ελληνικής Ένωσης Γενικής Ιατρικής και Επαγγελματικής Ένωσης Γενικών Ιατρών, 2012,
http://www.elegeia.gr/pdf_archive/ELEGEIA_ENOSI_EPISTOLI_PROS_EOPYY.pdf
8. Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Εκπαίδευση και Δια Βίου Μάθηση», 2011
http://www.edulll.gr/?page_id=26
9. Ehealth.gr, Μόρια Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης. Αναζήτηση θεσμικού πλαισίου & ισχύος, 2011, <http://www.bmlabs-mag.gr/?p=6677>
10. Δελτίο Τύπου Ελληνικής Ένωσης Γενικής Ιατρικής, Μαΐος 2015,
<http://www.elegeia.gr/latest-news/announcements/325-2015-05-05-07-02-05>
11. Ίδρυμα Νεολαίας και Διά βίου μάθησης, ΕΣΠΑ, http://www.edulll.gr/?page_id=217
12. Ι.ΝΕ.ΔΙ.ΒΙ.Μ., Ιστορικό, <http://www.inedivim.gr/index.php/to-inedivim/istoriko>
13. Ινστιτούτο Διαρκούς Εκπαίδευσης Ενηλίκων, www.ideke.edu.gr
14. Κέλλυ Ζέππου, Η Εκπαίδευση στον Πλάτωνα, Όμιλος Μελετών, 2006
<http://www.omilosmeleton.gr/pdf/Platoandeducation.pdf>

15. Κέντρα Εκπαίδευσης Ενηλίκων, <http://kee.ideke.edu.gr/>
16. Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας, Τελική πρόταση για το Σχέδιο Νόμου της ιατρικής εκπαίδευσης, Υπουργείο Υγείας,
<http://www.moh.gov.gr/articles/health/telikh-protash-kesy-gia-to-sxedio-nomoy-ths-iatrikhs-ekpaideyshs/800-telikh-protash-kesy-gia-to-sxedio-nomoy-ths-iatrikhs-ekpaideyshs>
17. Κουρουτός Μιχάλης et al, Μελέτη αιτιών για το χαμηλό ποσοστό συμμετοχής σε προγράμματα διά βίου μάθησης στην Ελλάδα, Κέντρο ανάπτυξης εκπαιδευτικής πολιτικής στην Ελλάδα, Επιχειρησιακό Πρόγραμμα Συγχρηματοδότησης από την Ε.Ε., «Ελλάδα 2008»
<http://repository.edulll.gr/edulll/retrieve/268/69.pdf>
18. Νόμος 1278/1982, Σύσταση του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας,
www.iat.gr/pdf-nomoi/dimosioi-foreis.pdf
19. Νόμος 2194/1994, ΦΕΚ 34Α, Αποκατάσταση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις,
<http://www.isrodopis.gr/2012-05-08-08-54-51/2012-05-12-08-36-59/55-219494>
20. Νόμος 2909/2001, ΦΕΚ Α'90/02.05.2001
<http://www.esos.gr/sites/default/files/articles/metapyxiaka-ellhnikwn-aei/n.2909-fek90a-2-5-2001--arthro-7-rythmiseis-thematon-eisagogis-stin-tritovathmia-ekpaideysi-kai-alles-diataxeis--dinetai-to-dikaioma-prosvasis-se-metapyhiaka-programmata-spoydon-se-ellinika-idrymata-kai-stoys-katochoys-titlon-isotimon-pros-ta-pty.pdf>
21. Νόμος 3191/2003, ΦΕΚ Α'258/07.11.2003
https://www.espa.gr/elibrary/N3191_071103_fek258.pdf
22. Νόμος 3369/2005, ΦΕΚ Α' 171/06.07.2005
<http://www.edulll.gr/wp-content/uploads/2010/04/FEKdiaviou.pdf>
23. Νόμος 3614/2007, ΦΕΚ Α' 267/03.12.2007
https://www.espa.gr/elibrary/N3614_031207_fek267.pdf
24. Νόμος 3577/2007, ΦΕΚ Α' 130/08.06.2007
<http://www.edulll.gr/wp-content/uploads/2011/03/N.3577-2007.pdf>
25. Νόμος 3687/2008, ΦΕΚ 159/01.08.2008
http://dipe-a.thess.sch.gr/nomo/FEK-159_1-8-2008.pdf
26. Νόμο 3879/2010, ΦΕΚ 163/21.09.2010
http://www.edulll.gr/wp-content/uploads/2010/06/nomos_-3879_2010.pdf

27. Πεχλιβανίδου Α et al, Διερεύνηση των κριτηρίων που επηρεάζουν την επιλογή ιατρικής ειδικότητας, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2008, 25(2), 167-176
28. Προεδρικό διάταγμα 142/2002, ΦΕΚ Α΄118/31.05.2002
<https://nomoi.info/%CE%A6%CE%95%CE%9A-%CE%91-118-2002-%CF%83%CE%B5%CE%BB-1.html>
29. Φύλλο Εφημερίδας της Κυβερνήσεως υπ' αριθμόν 143, της 7^{ης} Οκτωβρίου του 1983, Νόμος 1397, www.et.gr
30. Φύλλο Εφημερίδας της Κυβερνήσεως 613 Β της 23^{ης} Αυγούστου του 1989,
http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:7wxW--IEOpEJ:www.et.gr/docs-nph/search/pdfViewerForm.html%3Fargs%3D5C7QrtC22wE4q6ggiv8WTXdtvSoCrlL8BM3t50sCtNp5MXD0LzQTLf7MGgcO23N88knBzLCmTXKaO6fpVZ6Lx3UnKl3nP8NxdnJ5r9cmWyJWelDvWS_18kAEhATUkJb0x1LIdQ163nV9K--td6SIuckpsp32ohyxmDdMFF4Gp2smar-vzCZpjo4HjG93-yC7+&cd=1&hl=el&ct=clnk&gl=gr
31. Φύλλο Εφημερίδας της Κυβερνήσεως υπ' αριθμόν 236, της 29^{ης} Δεκεμβρίου του 1994. Προεδρικό Διάταγμα 415, www.et.gr

Κεφάλαιο 4

32. Κοντιάδης Ξ. & Σουλιώτης Κ.: «Σύγχρονες Προκλήσεις στην Πολιτική Υγείας: Τέσσερις Κρίσιμες Νομοθετικές Παρεμβάσεις», Σάκκουλας, Σειρά: Δίκαιο και Δημόσιες Πολιτικές, Αθήνα-Κομοτηνή 2005.

B. ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ

Κεφάλαια 1 & 2

1. A Memorandum on Lifelong Learning, Commission of the European Communities, 2000, http://arhiv.acs.si/dokumenti/Memorandum_on_Lifelong_Learning.pdf
2. American Board of Internal Medicine, Maintenance of Certification Guide (MOC) U.S.A., last updated 2015, <http://www.abim.org/maintenance-of-certification/default.aspx>
3. Bologna Declaration and Process for Higher Education in Europe, European Association of Universities, 1999,

- <http://www.eua.be/eua-work-and-policy-area/building-the-european-higher-education-area/bologna-basics.aspx>
4. Charter on Training of Medical Specialists in the European Community, adopted by the Management Council of the UEMS, October 1993, http://www.uems.eu/_data/assets/pdf_file/0011/1415/906.pdf
 5. Commission Decision 2007/172/EC of 19 March 2007. <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2007:079:0038:0039:EN:PDF>
 6. Commission Memorandum on lifelong learning, 30 October 2000, http://europa.eu/legislation_summaries/other/c11047_en.htm
 7. Commission of the European Communities, 2007b, Improving the Quality of Teachers Education, http://www.atee1.org/uploads/EUpolicies/improving_the_quality_of_teacher_education_aug2007.pdf
 8. Council Directive 93/16/EEC, April 5th 1993, <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:31993L0016&qid=1433434139996&from=EN>
 9. Council Directive 2006/100/EC of 20 November 2006, <http://www.eusem.org/cms/assets/1/pdf/directive2006%20100%20ce.pdf>
 10. Council for European Specialty Medical Assessments, <http://www.uems.eu/uems-activities/harmonization-of-medical-training/cesma>
 11. Criteria for international accreditation of CME, Quality of international CME: D 9908 / Rev 2007) <http://www.uemsvascular.com/pdf/5.pdf>
 12. Declaration of Dublin On Continuing Medical Education, 1993, http://cpme.dyndns.org:591/adopted/cp%201993_26.pdf
 13. Directive 2005/36/EC of the European Parliament and of the Council of 7 September 2005, <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:32005L0036&from=EN>
 14. Directive 2013/55/EU of the European Parliament and of the Council of 20 November 2013, <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:32013L0055&from=EN>
 15. Dr.med. Elke Jakubowski et al, Health Care Systems in the EU, A Comparative Study, 1998, http://www.europarl.europa.eu/workingpapers/saco/pdf/101_en.pdf

16. Edinburgh Declaration, 1988,
https://extranet.who.int/iris/restricted/bitstream/10665/163121/1/EB83_Inf.Doc-3_eng.pdf
17. Erasmus plus Programme,
http://ec.europa.eu/programmes/erasmus-plus/index_en.htm
18. Eugenia Panitsidou et al, European Lifelong Learning Educational Policy in the Light of the “Lisbon Agenda”: The Greek Case, 2009
<http://www.ccsenet.org/journal/index.php/res/article/viewFile/2461/2308>
19. European benchmarks in education and training, 2002,
http://europa.eu/legislation_summaries/education_training_youth/general_framework/c11064_en.htm
20. European Committee for Medical Devices, EUCOMED, <http://www.eucomed.com/>
21. European Coordination Committee of the Radiological, Electro medical and Healthcare IT Industry, COCIR, www.cocir.org
22. European Council Stockholm, 2001 http://aei.pitt.edu/43341/1/Stockholm_2001.pdf
23. European Federation of Pharmaceutical Industries Association, Disclosure Code, 2014, http://transparency.efpia.eu/uploads/Modules/Documents/efpia_code_flier.pdf
24. European Patients Forum, List of Guiding Principles Promoting Good Governance in the Pharmaceutical Sector, 2012, <http://www.eu-patient.eu/News/News-Archive/Guiding-Principles-for-ethics-and-tranparency/>
25. European University Association, <http://www.eua.be/Home.aspx>
26. Executive Agency for Health and Consumers, Study concerning the review and mapping of continuous professional development and lifelong learning for health professionals in the EU, EAHC/2013/Health/07
http://ec.europa.eu/health/workforce/docs/ev_20141124_co01_en.pdf
27. Explanatory Notes on UEMS Structures, 2013,
http://www.uems.eu/_data/assets/pdf_file/0005/19094/Explanatory-notes-on-UEMS-structures.pdf
28. Federation of State Medical Boards, The MOL timeline,
http://library.fsmb.org/m_mol_timeline.html
29. Foundation for the Advancement of International Medical Education and Research , FAIMER, <http://www.faimer.org/education/institute/index.html>
30. Gary J. Conti, Identifying your educational philosophy: development of the Philosophiew Hela by Instructors of Lifelong learners (PHIL), Journal Of Adult

- Education, Vol XXXVI, No 1, Spring 2007, http://www.creations.com/phil_guide.pdf
31. General Medical Council, Continuous Professional Development, The International Perspective, 2011, http://www.gmc-uk.org/CPD_The_International_Perspective_Jul_11.pdf 44810902.pdf
 32. Geraldine Holmes and Michele Abington-Cooper, Pedagogy vs. Andragogy: A False Dichotomy? 2000, <http://scholar.lib.vt.edu/ejournals/JOTS/Summer-Fall-2000/holmes.html#rachal1994>
 33. GlaxoSmithKline, GSK Stops Paying Doc Speakers: A Tipping Point? 2013, <http://www.medpagetoday.com/PublicHealthPolicy/Ethics/43485>
 34. Guidelines for Quality Provision in Cross-border Higher Education Paris, 2005, UNESCO. http://www.unesco.org/education/guidelines_E.indd.pdf.
 35. John A. Henschke Ed. D. A Perspective of the History and Philosophy of Andragogy : An International Sketch, Part 1, 2010
http://www.umsl.edu/~henschkej/articles/added_12_10/a-perspective-on-the-hostory-and-philosophy-of-andragogy-1.pdf
 36. Joseph Davenport et al, A Chronology and Analysis of the Andragogy Debate, *Adult Education Quarterly*, Vol 35, no3, Spring 1985,
http://www.lindenwood.edu/education/andragogy/andragogy/2011/Davenport_1985_b.pdf
 37. Journal of European CME, Report on Proceedings of the Sixth Annual Meeting of the European CME Forum, London, UK, 14–15 November 2013,
<http://www.jecme.eu/index.php/jecme/article/view/23600>
 38. Journal of European CME, Proceedings from the second UEMS Conference on CME-CPD in Europe, 28 February 2014, Brussels, Belgium,
<http://www.jecme.eu/index.php/jecme/article/view/25494#Session%205%3A%20Looking%20Ahead>
 39. Lifelong Learning Programme, European Commission
http://ec.europa.eu/education/tools/llp_en.htm
 40. Lindsay, C., Morrison, J., & Kelley, J. (1974). Professional Obsolescence Implications for Continuing Professional Education, *Adult Education Quarterly* 25 (1), 3-22. doi: 10.1177/074171367402500101
 41. Lisbon European Council, Presidency Conclusions, 23 and 24 March 2000
http://www.europarl.europa.eu/summits/lis1_en.htm

42. Medicine : mutual recognition of qualifications, Amending Acts,
http://europa.eu/legislation_summaries/other/123021_en.htm#AMENDINGACT
- Commission Directive 97/50/EC of the European Parliament and of the Council, October 6th 1997,
 - Commission Directive 98/21/EC of 8 April 1998.
 - Commission Directive 98/63/EC of 3 September 1998.
 - Commission Directive 1999/46/EC of 21 May 1999.
 - Commission Directive 2001/19/EC of 14 May 2001.
 - Regulation (EC) No 1882/2003 of 29 September 2003.
43. Official Journal of the European Union, Decision No 1720/2006/EC, amended by Decision No 1357/2008/EC, <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:32008D1357&from=EN>
44. Rachal Jones, Andragogical and pedagogical methods compared: A review of the experimental literature, 1994, <http://files.eric.ed.gov/fulltext/ED380566.pdf>
45. RAND Report, International Comparison of Ten Medical Regulatory Systems, 2009, http://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/technical_reports/2009/RAND_TR691.pdf
46. Smith, M. K. ‘Lifelong learning’, *the encyclopedia of informal education*, (1996, 2001) <http://www.infed.org/lifelonglearning/b-life.htm>.
47. Social Activism Αθηνών,
<http://socialactivism.gr/index.php/%CE%B4%CE%B9%CE%B1-%CE%B2%CE%AF%CE%BF%CF%85-%CE%BC%CE%AC%CE%B8%CE%B7%CF%83%CE%B7/203-%CE%B4%CE%B9%CE%B1-%CE%B2%CE%AF%CE%BF%CF%85-%CE%BC%CE%AC%CE%B8%CE%B7%CF%83%CE%B7>
48. The Adult Learning theory – Andragogy – of Malcolm Knowles,
<http://elearningindustry.com/the-adult-learning-theory-andragogy-of-malcolm-knowles>
49. The European Council for Accreditation of Medical Specialist Qualifications, ECAMSQ,
http://www.uems.eu/_data/assets/pdf_file/0009/1206/ECAMSQ_presentation.pdf
50. The Lisbon Special European Council: Towards a Europe of Innovation and Knowledge, March 2000

http://europa.eu/legislation_summaries/education_training_youth/general_framework/c10241_en.htm

51. The Ottawa Conferences, <http://www.ottawaconference.org/>
52. The Treaty of Rome, March 25th, 1957, <http://www.eurotreaties.com/rometreaty.pdf>
53. The World Directory of Medical Schools, 2014. <http://www.wdoms.org/about/>
54. The World Federation of Medical Education, History 1972-2012. World Health Assembly Official Records, WHA48.8 Reorientation of medical education and medical practice for health for all. <http://wfme.org/documents/about-wfme/79-wfme-history-of-the-first-forty-years-1972-2012/file>
55. UEMS, Basel Declaration, Policy on Continuing Professional Development, 20 October 2001 http://www.uems.eu/data/assets/pdf_file/0013/1246/35.pdf
56. UEMS, Budapest Declaration on Ensuring the Quality of Medical Care http://www.uems.eu/data/assets/pdf_file/0007/1402/875.pdf
57. UEMS, Charter in Continuing Medical Education of Medical Specialists in the European Union, approved by the Management Council of the UEMS London meeting, 28-29 October 1994, http://www.uems.eu/data/assets/pdf_file/0020/1478/174.pdf
58. UEMS, Charter on Quality Assurance in Medical Specialist Practice in the European Union, Adopted by the Management Council of UEMS, March 1996» http://www.uems.eu/data/assets/pdf_file/0003/1479/175.pdf
59. UEMS, Charter on Visitation of Training Centers, Adopted by the Management Council of the UEMS, Killarney meeting, Ireland, 24, October 1997» http://www.uems.eu/data/assets/pdf_file/0013/1480/179.pdf
60. UEMS, Development and Structure of National CME/CPD, 2003, http://www.uems.eu/data/assets/pdf_file/0013/1255/117.pdf
61. UEMS, Policy Statement on Assessments during Postgraduate Medical Training, 2006, www.uems.eu/data/assets/.../801.doc
62. UEMS Statutes and Rules of Procedures, 2010, <http://www.uems-slm.org/uems/index.php?id=21>
63. UEMS, Strategy 2008, Draft prepared by Dr. Z. Frás, President of UEMS, http://www.uems.eu/data/assets/pdf_file/0010/1243/UEMS_2008.05_-_UEMS_Strategy.pdf

64. UEMS, The Accreditation of Live Educational Events by the EACCME® .Adopted by the UEMS Council on 19th October 2012 in Larnaca (Cyprus) Entry into force: 1st January 2013, <http://www.eaccme.eu/uemspdf/UEMS-2012-30.pdf>
65. UNESCO Life Long Learning History, <http://uil.unesco.org/about-us/news-target/history/e031759c1a14f14ad80fb5fd40c321b7/>
66. UNESCO, OECD Guidelines for Quality Provision in Cross-Boarder Higher Education,
<http://www.oecd.org/general/unescooecdguidelinesforqualityprovisionincross-borderhighereducation.htm>
67. World Federation of Medical Education, Global Standards for Quality Improvement, Postgraduate Medical Education, Copenhagen 2003,
<http://wfme.org/standards/pgme/17-quality-improvement-in-postgraduate-medical-education-english/file>
68. World Federation of Medical Education, International Standards in Medical Education, WFME Executive Council, 1998, MEDICAL EDUCATION 32, 549-558, <http://wfme.org/projects/wfme-publications/45-international-standards-in-medical-education/file>
69. World Federation of Medical Education, The Global Role Of the Doctor in Healthcare, 2010, <http://wfme.org/documents/the-role-of-the-doctor/35-report-of-the-meeting-of-the-wfme-task-force-global-role-of-the-doctor-in-health-care/file>
70. World Health Organization, Avicenna Directories, last updated 2015
<http://avicenna.ku.dk/database/>
71. World Health Organization, The five-star Doctor, An asset for health-care reform? 1996, http://www.who.int/hrh/en/HRDJ_1_1_02.pdf

Κεφάλαιο 3

72. A mandate from the Government to Health Education England: April 2013 to March 2015. Delivering high quality, effective, compassionate care: Developing the right people with the right skills and the right values.
http://hee.nhs.uk/wp-content/blogs.dir/321/files/2013/05/29257_2900971_Delivering_Accessible.pdf
73. A mandate from the Government to the NHS Commissioning Board: April 2013 to March 2015

- https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/210850/Annex_A_First_Mandate_to_NHS_England.pdf
74. A promise to learn– a commitment to act, Don Berwick,
https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/226703/Berwick_Report.pdf
75. Department of Health, Education Outcomes Framework Indicators, Technical Guidance 2013/14
https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/225361/EOF_Indicators_-_Technical_Guidance_2013_14.pdf
76. Department of Health, Liberating the NHS : Developing the Healthcare Workforce – From Design to Delivery, 2012
https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/216421/dh_132087.pdf
77. Departments, agencies and public bodies in UK, available at :
<https://www.gov.uk/government/organisations>
78. Designing HEE’s new Multi Professional Advisory Body,
<https://hee.nhs.uk/2013/07/09/designing-hees-new-multi-professional-advisory-body-mpab/>
79. Equality Act 2010, The Equality Delivery System for the NHS,
<http://www.england.nhs.uk/ourwork/gov/equality-hub/eds/Equality%20Act%202010,%20http://www.legislation.gov.uk/ukpga/2010/15/contents>
80. European Working Time Directive,
<http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=706&langId=en&intPageId=205>
81. Foundation for Excellence Report, Professor John P Collins <http://hee.nhs.uk/wp-content/uploads/sites/321/2012/08/Foundation-for-excellence-report.pdf>
82. Framework 15, HEE Strategic Framework 2014-2029,
http://hee.nhs.uk/wp-content/blogs.dir/321/files/2013/07/HEE_StrategicFramework15_2410.pdf
83. Health and Social Care Act 2012
<http://www.legislation.gov.uk/ukpga/2012/7/contents/enacted>
84. Health and Social Care Act 2008, Care Quality Commission,
http://www.legislation.gov.uk/ukpga/2008/14/pdfs/ukpga_20080014_en.pdf

85. Health and Social Care (Community Health and Standards) Act 2003,
Commission for Healthcare Audit and Inspection,
http://www.legislation.gov.uk/ukpga/2003/43/pdfs/ukpga_20030043_en.pdf
86. Health Education England , <https://hee.nhs.uk/>
87. Health Education England, Strategic Intent Update 2013-2014
http://hee.nhs.uk/wp-content/uploads/sites/321/2013/07/Strategic_Intent_Update-FINAL-12-7-13.pdf
88. HEE's Strategic Advisory Mechanisms,
89. [http://hee.nhs.uk/work-programmes/advisory-groups/Human Factors in Healthcare Concordat](http://hee.nhs.uk/work-programmes/advisory-groups/Human_Factors_in_Healthcare_Concordat),
<http://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2013/11/nqb-hum-fact-concord.pdf>
90. Introducing Health Education England, Strategic Intent, February 2013,
<http://hee.nhs.uk/wp-content/blogs.dir/321/files/2013/01/Our-Strategic-Intent-web-Feb20131.pdf>
91. Local Education Training Boards, LETBs, <https://hee.nhs.uk/about/our-letbs/>
92. National Health Service, England, (Establishment and Constitution) Order 2012
http://www.gpcwm.org.uk/wp-content/uploads/SI_2012_1273_The_Health_Education_England_Establishment_and_Constitution_Order_2012.pdf
93. National Health System, NHS, www.england.nhs.uk
94. NHS Atlas of Variation in Health Care, 2012,
<http://www.sepho.org.uk/extras/maps/NHsatlas/atlas.html>
95. NHS Atlas of Variation Healthcare Series,
<http://www.rightcare.nhs.uk/index.php/nhs-atlas/>
96. Preparing for revalidation, General Medical Council,
http://www.gmc-uk.org/search.asp?client=gmc_frontend&site=gmc_collection&output=xml_no_dt_d&proxystylesheet=gmc_frontend&ie=UTF-8&oe=UTF-8&q=revalidation+guide&partialfields=&btnG=Google+Search&num=10&getfields=description&start=0&-as_sitesearch=http://www.gmc-uk.org/concerns&filter=0&txtKeywords=revalidation+guide&bookmark=true#SearchAnchor

97. Professor Sir Bruce Keogh, Review into the quality of care and treatment provided by 14 hospital trusts in England, 2013
<http://www.nhs.uk/nhsengland/bruce-keogh-review/documents/outcomes/keogh-review-final-report.pdf>
98. Professor Sir John Temple, Time for Training, A Review of the impact of the European Working Time Directive on the quality of training, Prof Sir John Temple, <http://hee.nhs.uk/wp-content/uploads/sites/321/2012/08/Time-for-training-report.pdf>
99. Professor Stieve Field, NHS Future Forum, Summary report on proposed changes to the NHS, 2012
https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/213748/dh_127540.pdf
100. Professor Stieve Field, NHS Future Forum Summary report – second phase, 2012
https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/216422/dh_132085.pdf
101. Refreshing the Mandate to NHS England: 2014–2015, Consultation,
https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/210849/consultation_on_refreshing_the_Mandate_to_NHS_England_accessible.pdf
102. Robert Francis QC, Report of the Mid Staffordshire NHS Foundation Trust Public Inquiry Volume 1: Analysis of evidence and lessons learned (part 1),
https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/279115/0898_i.pdf
103. Robert Francis QC, Report of the Mid Staffordshire NHS Foundation Trust Public Inquiry Volume 2: Analysis of evidence and lessons learned (part 2),
https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/279118/0898_ii.pdf
104. Robert Francis QC, Report of the Mid Staffordshire NHS Foundation Trust Public Inquiry Volume 3: Present and future Annexes,
https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/279121/0898_iii.pdf
105. The Better Training, Better Care Programme, <http://hee.nhs.uk/work-programmes/btbc/>
106. The Francis Report, 2013
<http://www.midstaffpublicinquiry.com/report>

107. The Good medical practice framework for appraisal and revalidation, General Medical Council, http://www.gmc-uk.org/The_Good_medical_practice_framework_for_appraisal_and_revalidation_DC5707.pdf_56235089.pdf
108. The Health Education England (Establishment and Constitution) Order 2012
<http://www.legislation.gov.uk/uksi/2012/1273/contents/made>
109. The NHS Constitution, 2013
<http://http://www.nhs.uk/choiceintheNHS/Rightsandpledges/NHSConstitution/Documents/2013/the-nhs-constitution-for-england-2013.pdf>
110. The NHS England business plan for 2013/14 – 2015/16,
<http://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2013/04/ppf-1314-1516.pdf>
111. The Role of the Medical Royal Colleges and Faculties in Revalidation,
<http://www.aomrc.org.uk/revalidation/the-role-of-the-medical-royal-colleges-and-faculties-in-revalidation.html>
112. The Royal College of Physicians, www.rcplondon.ac.uk
113. Winterbourne View Summary of the Government Response, 2011
https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/213221/4-page-summary.pdf
114. Workforce Planning Guide, 2013,
<http://hee.nhs.uk/wp-content/uploads/sites/321/2012/08/Workforce-Planning-Guide-Final-June-2013.pdf>
115. Workforce Plan for England, Proposed Education and Training Commissions for 2015/16
<http://hee.nhs.uk/wp-content/blogs.dir/321/files/2012/08/HEE-investing-in-people-2015.pdf>

Κεφάλαιο 4

116. Al-Azri et al, Problem-based learning in continuing medical education, *Review of randomized controlled trials*, Canadian Family Medicine, Vol 60, Feb 2014
117. Ahmed et al, The effectiveness of continuing medical education for specialist Recertification, *Can Urol Assoc J* 2013;7(7-8):266-72.
<http://dx.doi.org/10.5489/cuaj.378>

118. Bennett et al, Continuing Medical Education: A New Vision of the Professional Development of Physicians, *ACADEMIC MEDICINE*, Vol 75, No 12/ December 2000
119. Beshyah et al, Continuing Medical Education in the Developing World: Timely Needfor Better Structure and Regulation as a Quality Issue, *Ibnosina Journal of Medicine and Biomedical Sciences* (2012)
120. Bowyer et al, Teaching Breaking Bad News Using Mixed Reality Simulation, *Journal of Surgical Research* 159, 462–467 (2010), doi:10.1016/j.jss.2009.04.032
121. Brédart et al, Doctor-patient communication and satisfaction with care in oncology, *Current Opinion in Oncology*, [July 2005 - Volume 17 - Issue 4 - pp 351-354](#)
122. Carrera et al, Association between participation and compliance with Continuing Medical Education and care production by physicians: a cross-sectional study, *einstein*. 2015;13(1):1-6, DOI: 10.1590/S1679-45082015AO3189, available at : <http://www.scielo.br/pdf/eins/v13n1/1679-4508-eins-1679-45082015AO3189.pdf>
123. Continuing Medical Education for Licensure Reregistration.USA, 2013 available at : <http://www.ama-assn.org/ama1/pub/upload/mm/40/table16.pdf>
124. Curry et al, Learning preferences and continuing medical education, *CMA Journa*, March 1, 1981, Vol 124; 535-536
125. David Kolb Learning Styles, <http://infed.org/mobi/david-a-kolb-on-experiential-learning/>
126. Dubinsky et al, 360-Degree Physician Performance Assessment, *Healthcare Quarterly*, Vol.13 No.2 2010, available at : https://www.haygroup.com/downloads/ca/misc/360-degree_physician_performance_assessment_april_2010.pdf
127. Effective Adult Learning, A Toolkit for Teaching Adults, University of Washington, 2012, <http://www.medicalteams.org/docs/default-source/resource-center/effective-adult-education-toolkit.pdf?sfvrsn=2>
128. Effectiveness of Continuing Medical Education, 2007, *Evidence Report/Technology Assessment, Number 149*, Prepared for: Agency for Healthcare Research and Quality, U.S. Department of Health and Human Services, Prepared by: The Johns Hopkins University, Evidence-based Practice Center, Baltimore, MD,
129. Fleming ND. VARK, A Guide to Learning Styles. [On-line: <http://www>.

- vark-learn.com/english/page.asp?p_questionnaire.]
130. Fox et al, Learning and change: implications for continuing medical education, [BMJ](#). 1998 Feb 7;316(7129):466-8.
 131. Karkowsky et al, Simulation: Improving communication with patients, [Seminars in Perinatol](#). 2013 Jun;37(3):157-60. doi: 10.1053/j.semperi.2013.02.006.
 132. Kirkpatrick's Four Level Evaluation Model, <http://www.nwlink.com/~donclark/hrd/isd/kirkpatrick.html>
 133. Ling et al, Medical migration within Europe: opportunities and Challenges, *Clinical Medicine* 2014 Vol 14, No 6: 630–2
 134. List of Registered Medical Practitioners – statistics, GMC, http://www.gmc-uk.org/doctors/register/search_stats.asp
 135. Lujan et al, First-year medical students prefer multiple learning styles, *Adv Physiol Educ* 30: 13–16, 2006; doi:10.1152/advan.00045.2005.
 136. Merkur et al, Physician revalidation in Europe, *Clinical Medicine* Vol 8 No 4 August 2008
 137. Muralidhara D.V et al, Learning style preferences of preclinical medical students in a Malaysian university, *South-East Asian Journal of Medical Education*, Vol. 7 no. 1, 2013
 138. Needs assessment overview, Faculty of Medicine, University of Toronto, 2008, available at : <http://www.stmichaelshospital.com/pdf/research/kt/needsassessment.pdf>
 139. Non Clinical Work and Revalidation: report and recommendations, from the Non Clinical Work Group of the Academy of Medical Royal Colleges, available at : http://www.gmc-uk.org/Item_6e_Annex_A_AoMRC_Non_Clinical_Work_Report.pdf_28987517.pdf
 140. Norman et al, The need for needs assessment in continuing medical Education, *BMJ* VOLUME 328 24 APRIL 2004
 141. Patricia A. Mc Partland, Mandatory continuing medical education : does it really protect society from imcompetent health professionals? *Legal, Ethical, and Professional Issues in Psychoanalysis and Psychotherapy* Available at : <http://www.academyprojects.org/mcpartland.htm>

142. Politi et al, Understanding the weaknesses and the threats of continuing medical education in the 21st century, Problems of education in the 21st century, Volume 56, 2013
143. Pozniak et al, State of Play of CME in Europe in 2013: Proceedings from the Sixth Annual Meeting of the European CME Forum, Journal of European CME, available at : <http://www.jecme.eu/index.php/jecme/article/view/24674>
144. R. Abdallah, Ayat et al, Preferred learning styles among prospective research methodology course students at Taibah University, Saudi Arabia, Journal of the Egyptian Public Health Association: [April 2013 - Volume 88 - Issue 1 - p 3–7](#), doi: 10.1097/01.EPX.0000427506.57924.c1, available at : http://journals.lww.com/ephaj/Fulltext/2013/04000/Preferred_learning_styles_among_prospective.2.aspx
145. Recommendations on Continuing Medical Education German Medical Association, 2007, available at : http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/RecCME.pdf
146. Rogers et al, Improving Continuing Medical Education for Surgical Techniques: Applying the Lessons Learned in the First Decade of Minimal Access Surgery, ANNALS OF SURGERY 2001, Vol. 233, No. 2, 159–166
147. Sharma et al, Mentoring : Why it Matters Even After Training, JOURNAL OF THE AMERICAN COLLEGE OF CARDIOLOGY VOL. 64, NO. 18, 2014
148. Sheryl Spithoff, Industry involvement in continuing medical education Time to say no, Canadian Family Physician, Vol 60: August, 2014
149. Simon Cassidy, Learning styles : an overview of theories, models and measures, Educational Psychology Vol. 24, No 4, August 2004.
150. Slotnick H B, How doctors learn: physicians' self-directed learning episodes. Academic Medicine: [October 1999](#)
151. Surgery in space: the future of robotic telesurgery, [Surgical Endoscopy](#), March 2011, Volume 25, [Issue 3](#), pp 681-690, Abstract available at : <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00464-010-1243-3>
152. Tagawa et al, Physician self-directed learning and education, Kaohsiung J Med Sci July 2008 Vol 24, No 7,

153. Thepwongsa et al, Online continuing medical education (CME) for GPs: does it work? A systematic review, AUSTRALIAN FAMILY PHYSICIAN VOL. 43, NO. 10, OCTOBER 2014
154. The VARK Questionnaire, <http://vark-learn.com/home/>
155. TIME, Doctors' Salaries: Who Earns the Most and the Least? 2012
<http://healthland.time.com/2012/04/27/doctors-salaries-who-earns-the-most-and-the-least/>
156. Vollmar et al, General Practitioners' preferences and use of educational media: a German perspective, *BMC Health Services Research* 2009, 9:31
doi:10.1186/1472-6963-9-31
157. Wehrwein et al, Gender differences in learning style preferences among undergraduate physiology students, *Adv Physiol Educ* 31: 153–157, 2007;
doi:10.1152/advan.00060.2006.
158. Włoszczak-Szubzda et al, Selected aspects of a professional doctor-patient communication – education and practice, *Annals of Agricultural and Environmental Medicine* 2013, Vol 20, No 2, 373–379
159. Wutoh et al, elearning: A Review of Internet-Based Continuing Medical Education, *The Journal of Continuing Education in the Health Professions*, Volume 24, pp. 20-30, 2004
160. Ziroyanis et al, The Attitude of Physicians towards Continuing Medical Education in Greece, *HIPPOKRATIA* 2003, 7, 2: 84-92

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

Παράρτημα 1 : Ερωτηματολόγιο της έρευνας περί συνεχιζόμενης ιατρικής εκπαίδευσης

Παρακάτω ακολουθούν ερωτήσεις σχετικά με τη Συνεχιζόμενη Ιατρική Εκπαίδευση στην Ελλάδα, τις ανάγκες σας, τις προτάσεις σας και τη γενική γνώμη σας για το υπάρχον σύστημα και το θεσμό γενικότερα.

Παρακαλούμε απαντήστε σε όλες τις ερωτήσεις, κατά το βέλτιστο της γνώσης σας.

Η έρευνα αυτή διεξάγεται στα πλαίσια Διδακτορικής Διατριβής και είναι ανώνυμη.

Ημερομηνία _____

Φύλο _____

Ηλικία _____

Ειδικότητα _____

Πανεπιστήμιο αποφοίτησης _____

Πόλη γέννησης _____

Εργασία (βάλτε σε κύκλο ένα ή περισσότερα) :

Ιδιωτικό ιατρείο, Ιδιωτικό Νοσηλευτικό Ίδρυμα, Δημόσιο Νοσοκομείο, Ειδικευόμενος, Ειδικός

1. Θεωρείτε ότι η Συνεχιζόμενη Ιατρική Εκπαίδευση είναι σημαντική παράμετρος στην Ορθή άσκηση της Ιατρικής και την Προστασία της ασφάλειας των ασθενών ;
 - a. Καθοριστική παράμετρος
 - b. Σημαντική παράμετρος
 - c. Χρήσιμη παράμετρος
 - d. Δευτερεύουσα παράμετρος

Βαθμολογήστε την απάντησή σας σε μια κλίμακα από το 1 έως το 10, με το 10 να θεωρεί τη Συνεχιζόμενη Ιατρική Εκπαίδευση σημαντική και το 1 δευτερεύουσας σημασίας

2. Επιδιώκετε τη Συνεχιζόμενη Εκπαίδευση ;
 - a. Τακτικά
 - b. Όχι συχνά
 - c. Ποτέ

3. Σας είναι ξεκάθαρο το σύστημα μοριοδότησης Συνεχιζόμενης Ιατρικής Εκπαίδευσης στην Ελλάδα και οι υποχρεώσεις σας για συλλογή μορίων ;
 - a. Όχι
 - b. Ναι
4. Θεωρείτε ότι υπάρχει ένα ικανοποιητικό σύστημα Συνεχιζόμενης Ιατρικής Εκπαίδευσης στην Ελλάδα που καλύπτει τις ανάγκες σας για επαρκή Δια βίου εκπαίδευση και εξειδίκευση ;
 - a. Όχι
 - b. Ναι
5. Αν θελήσετε να εκπαιδευτείτε σε ένα νέο/ειδικό αντικείμενο της εργασίας σας, σας είναι συνήθως εύκολο και σαφές που να απευθυνθείτε για να παρακολουθήσετε σχετικά μαθήματα ή να κάνετε σχετική πρακτική άσκηση ;
 - a. Όχι
 - b. Ναι
6. Οι δυσκολίες που ενδεχομένως αντιμετωπίζετε κατά την υλοποίηση της επιθυμίας σας να εκπαιδευτείτε σε νέα/ειδικά αντικείμενα τις εργασίας σας, λειτουργεί τελικά ανασταλτικά στην επιτυχή ολοκλήρωση της Συνεχιζόμενης Ιατρικής Εκπαίδευσής σας ;
 - a. Απόλυτα
 - b. Όχι, βρίσκω τη λύση πάντα
 - c. Ολοκληρώνω τη ΣΙΕ μου ως επιθυμώ, αλλά με ατομικό κόστος (χρηματικό ή άλλο)
7. Θεωρείτε ότι με το σημερινό σύστημα μοριοδότησης, η συλλογή πολλών μορίων Συνεχιζόμενης Ιατρικής Εκπαίδευσης αντικατοπτρίζει τελικά αναλογικά το επίπεδο της επάρκειας ενός γιατρού;
 - a. Ναι
 - b. Όχι

8. Σχετικά με τις τεχνικές εκπαίδευσης, εκπαιδευτικά προγράμματα διαδικτύου ικανοποιούν τις ανάγκες σας ή προτιμάτε διαπροσωπικές μεθόδους εκπαίδευσης ;
- a. Διαδίκτυο
 - b. Διαπροσωπικές μεθόδους
 - c. Και τις δύο
9. Η παρακολούθηση διαλέξεων σε συνέδρια και η μοριοδότηση τους θεωρείτε ότι εξυπηρετεί τις εκπαιδευτικές ανάγκες των ιατρών και ότι πληρεί προϋποθέσεις αποτελεσματικής συνεχιζόμενης εκπαίδευσης ;
- a. Ναι
 - b. Όχι
 - c. Κάποιες φορές ναι, κάποιες όχι
10. Πόσες ώρες κατά γενικό μέσο όρο θεωρείτε ότι χρειάζεται ετησίως ένας γιατρός να αφιερώσει στη Συνεχιζόμενη Ιατρική Εκπαίδευσή του ;
- a. <5
 - b. 5-10
 - c. 10-15
 - d. 15-20
 - e. 20-30
 - f. >30
11. Θεωρείται ότι η πρόσβαση στη Συνεχιζόμενη Ιατρική Εκπαίδευση έχει ταξικούς (π.χ. κόστος) ή/και γεωγραφικούς (π.χ. γιατροί επαρχίας έναντι αστικών κέντρων) περιορισμούς ;
- a. Ναι
 - b. Όχι

12. Η ύπαρξη ενός Εθνικού Κέντρου Συνεχιζόμενης Ιατρικής Εκπαίδευσης, όπου θα παρέχεται η κατεύθυνση για τα νέα πεδία γνώσης ανά ειδικότητα και τις πηγές παροχής της σχετικής εκπαίδευσης σε Ελλάδα και εξωτερικό, καθώς επίσης θα παρέχονται τακτικά σεμινάρια Συνεχιζόμενης Ιατρικής Εκπαίδευσης ανά γνωστικό αντικείμενο, συντονισμένα από τις Επιστημονικές Ενώσεις των Ειδικοτήτων και τους Ιατρικούς Συλλόγους, παρέχοντας ταυτόχρονα και πληροφόρηση για τις δυνατότητες χρηματοδότησης συνεχιζόμενης εκπαίδευσης, θεωρείτε ότι θα ήταν χρήσιμο ;

- a. Πάρα πολύ χρήσιμο και απαραίτητο
- b. Πάρα πολύ χρήσιμο
- c. Χρήσιμο
- d. Επιθυμητό
- e. Αδιάφορο

Παρακαλούμε συμπληρώστε παρακάτω ελεύθερα την άποψη σας για την κάλυψη των προσωπικών σας αναγκών σε Συνεχιζόμενη Ιατρική Εκπαίδευση στην Ελλάδα και σχετικά με το πόσο σημαντική θεωρείτε ότι η Συνεχιζόμενη Ιατρική Εκπαίδευση είναι, ως εθνική προτεραιότητα στην απορρόφηση πόρων για την υγεία :

Παράρτημα 2 : Αναλογία ιατρικών ειδικοτήτων του δείγματος

ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΕΣ (ΑΝΑ ΤΟΜΕΑ) (N=98)			
Παθολογικός Τομέας			
ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΑΝΑΛΟΓΙΚΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ	ΑΝΑΛΟΓΙΚΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΣΤΟ ΣΥΝΟΛΟ
ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑ	8	21,6%	8,2%
ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΑ	3	8,1%	3,1%
ΕΣΩΤ.ΠΑΘ/ΓΙΑ	11	29,7%	11,2%
ΟΓΚΟΛΟΓΙΑ	1	2,7%	1,0%
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ	5	13,5%	5,1%
ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡ/ΓΙΑ	2	5,4%	2,0%
ΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΙΑ	1	2,7%	1,0%
ΕΝΔΟΚΡΙΝΟΛΟΓΙΑ	3	8,1%	3,1%
ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΑ	3	8,1%	3,1%
ΣΥΝΟΛΟ	37	100,0%	37,76%
Εργαστηριακός Τομέας			
ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΑΝΑΛΟΓΙΚΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ	ΑΝΑΛΟΓΙΚΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΣΤΟ ΣΥΝΟΛΟ
ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΑ	25	78,13%	25,5%
ΒΙΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ	7	21,88%	7,1%
ΣΥΝΟΛΟ	32	100,0%	32,65%
Χειρουργικός Τομέας			
ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΑΝΑΛΟΓΙΚΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ	ΑΝΑΛΟΓΙΚΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΣΤΟ ΣΥΝΟΛΟ
ΝΕΥΡΟΧΕΙΡ/ΚΗ	3	10,3%	3,1%
ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΗ	3	10,3%	3,1%
ΟΥΡΟΛΟΓΙΑ	2	6,9%	2,0%
ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΑ	2	6,9%	2,0%
ΠΛΑΣΤ. ΧΕΙΡ/ΚΗ	4	13,8%	4,1%
ΓΕΝΙΚΗ ΧΕΙΡ/ΚΗ	13	44,8%	13,3%
ΩΡΛ	2	6,9%	2,0%
ΣΥΝΟΛΟ	29	100,0%	29,59%

Παράρτημα 3 : Ελεύθερες απόψεις των ιατρών

ΑΑ 98 «Απαραίτητη με αδιάβλητες μεθόδους διαδικασίες»

Ειδικευόμενος, Παθολογικός Τομέας (Καρδιολογία), 34 ετών, άρρεν

ΑΑ 97 «Μείωση του κόστους για συμμετοχή στα συνέδρια»

Ειδικευόμενος, Παθολογικός Τομέας (Νευρολογία), 33 ετών, θήλυ

ΑΑ 95 «Είναι διεθνώς εδραιωμένο, στην Ελλάδα δεν υπάρχει ωστόσο ξεκάθαρο τοπίο»

Ειδικευόμενος, Χειρουργικός Τομέας (Γενική Χειρουργική), 30 ετών, άρρεν

ΑΑ 93 «Θεωρώ σημαντικό ότι πρέπει να υπάρχει μία ημέρα την εβδομάδα όπου θα γίνεται κεντρική εκπαίδευση όπως ακριβώς γίνεται και στο εξωτερικό για τους ειδικευμένους ιατρούς»

Ειδικευόμενος, Εργαστηριακός Τομέας (Βιοπαθολόγος), 38 ετών, άρρεν

ΑΑ 92 «Εκπαίδευση στο εξωτερικό»

Ειδικευόμενος, Χειρουργικός Τομέας, 30 ετών, άρρεν

ΑΑ 91 «Η ΣΙΕ είναι ζήτημα γνωριμιών και διαβλητή»

Ειδικευόμενος, Παθολογικός Τομέας (Γαστρεντερολογία), 32 ετών, άρρεν

ΑΑ 90 «Πάρα πολύ χρήσιμο (ένα Εθνικό Κέντρο Συνεχιζόμενης Ιατρικής Εκπαίδευσης) αν λειτουργεί σωστά και αδιάβλητα»

Ειδικευόμενος, Παθολογικός Τομέας (Γαστρεντερολογία), 35 ετών, άρρεν

ΑΑ 89 «Αποτελεί υποχρεωτική προτεραιότητα»

Ειδικός, Παθολογικός Τομέας (Αιματολογία), 55 ετών, θήλυ

ΑΑ 88 «Η ύπαρξη ενός Εθνικού Κέντρου Συνεχιζόμενης Ιατρικής Εκπαίδευσης θα ήταν ιδανική υπό τις προϋποθέσεις της προηγούμενης πρότασης»

Ειδικευόμενος, Εργαστηριακός Τομέας (Βιοπαθολόγος), 36 ετών, θήλυ

ΑΑ 87 «Είναι πολύ σημαντικό»

Ειδικευόμενος, Χειρουργικός Τομέας (ΩΡΛ), 38 ετών, άρρεν

ΑΑ 84 «Ναι (η ΣΙΕ/ΣΕΑ είναι σημαντική εθνική προτεραιότητα στην απορρόφηση πόρων για την υγεία)»

Παθολογικός Τομέας (Ψυχιατρική), 40 ετών, άρρεν

ΑΑ 78 «Είναι εξαιρετικά σημαντική»

Ειδικευόμενος, Παθολογικός Τομέας (Νευρολογία), 35 ετών, άρρεν

ΑΑ 74 «-Υψηλό κόστος, τα έξοδα καλύπτονται ατομικά – Να υπάρχει ένα κεντρικό site με όλα ταγια την Ελλάδα ανεξάρτητα από το θέμα ώστε να μην ψάχνεις κάθε

εταιρεία ξεχωριστά – Περισσότερα εντατικά σεμινάρια (και στην εκπαίδευση ALS, ATLS)

Ειδικευόμενος, Παθολογικός Τομέας (Εσωτερική Παθολογία), 34 ετών, άρρεν

ΑΑ 69 « Είναι σημαντική αλλά πρέπει να τεθούν αντικειμενικά κριτήρια ως προς την εξακρίβωση της αληθούς παρακολούθησης και του κατά πόσο αντικατοπτρίζουν πραγματικά πρόοδο στην εκπαίδευση του εν λόγω ατόμου»

Ειδικός, Χειρουργικός Τομέας (Ορθοπαιδική Χειρουργική), 33 ετών, άρρεν

ΑΑ 68 «Απαραίτητη»

Ειδικευόμενος, Παθολογικός Τομέας (Εσωτερική Παθολογία), 32 ετών, άρρεν

ΑΑ 67 « Σημαντικότερος παράγων είναι η εκπαίδευσή του κατά τη διάρκεια της ειδικότητας»

Ειδικός, Χειρουργικός Τομέας (Πλαστική Χειρουργική), 42 ετών, άρρεν

ΑΑ 66 «Η προσωπική συμμετοχή περιορίζεται από την έλλειψη χρόνου για την παρακολούθηση τέτοιων προγραμμάτων που απορρέει από τα εξαντλητικά ωράρια εργασίας, την έλλειψη προσωπικού και τις αυξημένες υποχρεώσεις. Επίσης, το κόστος παρακολούθησης είναι πάντα μεγάλο και η πρόσβαση σε αυτά (τα προγράμματα) εξαρτώνται από γνωριμίες και χρηματοδότηση που δεν έχουν όλοι πρόσβαση»

Ειδικευόμενος, Χειρουργικός Τομέας (Πλαστική Χειρουργική), 39 ετών, άρρεν

ΑΑ 65 «Προσωπικά χρειάζομαι πρακτικά courses πλαστικής χειρουργικής με μεγάλο κόστος συμμετοχής. Το επίσημο κράτος δεν κάνει τίποτα προς αυτή την κατεύθυνση. Ίσως και να λειτουργεί αντίθετα.»

Ειδικευόμενος, Χειρουργικός Τομέας (Πλαστική Χειρουργική), 38 ετών, άρρεν

ΑΑ 62 « Η συνεχιζόμενη εκπαίδευση είναι απαραίτητη αλλά η συνεχής μείωση των οικονομικών μας πόρων είναι ανασταλτική»

Ειδικός, Παθολογικός Τομέας (Αιματολογία), 58 ετών, θήλυ

ΑΑ 61 «Σε ατομικό επίπεδο πιστεύω πως για τη βελτίωση του δικού μου επιπέδου και γνώσεων θα έπρεπε να παρακολουθήσω κάτι αντίστοιχο και να βρω χρόνο να αφιερώσω σε αυτό. Φυσικά και θα πρέπει να βρεθούν κονδύλια για την εκπαίδευσή μας, όχι μόνο κρατικά αλλά και ιδιωτικά ή μέσω συλλόγου.»

Ειδικευόμενος, Εργαστηριακός Τομέας (Βιοπαθολόγος), 33 ετών, θήλυ

ΑΑ 60 «Η δυνατότητα για ΣΙΕ στην Ελλάδα είναι περιορισμένη ειδικά για εξειδικευμένα πεδία γνωστικά (ελληνή σεμινάρια/συνέδρια και περιορισμένη πρόσβαση σε αυτά λόγω ελλιπούς ενημέρωσης αλλά και γεωγραφικής θέσης)»

Ειδικευόμενος, Παθολογικός Τομέας (Αιματολογία), 31 ετών, θήλυ

ΑΑ 59 «Είναι απαραίτητη, αλλά απαιτεί κόστος σε χρόνο και χρήμα (εγγραφές σε Συνέδρια-Σεμινάρια) και δεν έχουν όλοι οι γιατροί την ίδια διάθεση για συνεχιζόμενη ιατρική εκπαίδευση. Το θεωρώ όμως πολύ σημαντικό τόσο για Νοσοκομειακούς ιατρούς, όσο και για Ιδιώτες»

Ειδικός, Εργαστηριακός Τομέας (Βιοπαθολόγος), 40 ετών, θήλυ

ΑΑ 58 «Οι προσωπικές μου ανάγκες σε ΣΙΕ καλύπτονται συνήθως από το Διαδίκτυο, τα επιστημονικά περιοδικά της ειδικότητάς μου κ τα ανάλογα Συνέδρια. Η απορρόφηση πόρων για την ενημέρωση κ την έρευνα στην υγεία θεωρώ ότι είναι εξαιρετικά σημαντική, αλλά αυτό στην πράξη δε συμβαίνει»

Ειδικός, Εργαστηριακός Τομέας (Βιοπαθολόγος), 58ετών, θήλυ

ΑΑ 53 « Η προσφορά ΣΙΕ στην Ελλάδα είναι δυσχερής, λόγω απουσίας ενός ενιαίου συστήματος παροχής μορίων και ασαφούς πλαισίου. Σε οποιοδήποτε Δημόσιο Σύστημα υγείας η συνεχής εκπαίδευση και αξιολόγηση των ατόμων που παρέχουν υπηρεσίες υγείας είναι αυτονόητη»

Ειδικευόμενος, Χειρουργικός Τομέας (Γενική Χειρουργική), 30 ετών, άρρεν

ΑΑ 49 «Αρκετά σημαντική σε μεγάλο βαθμό»

Ειδικευόμενος, Εργαστηριακός Τομέας (Ακτινοδιαγνωστική), 36 ετών, θήλυ

ΑΑ 48 «Είναι σημαντική»

Ειδικός, Χειρουργικός Τομέας (Ουρολογία), 35 ετών, άρρεν

ΑΑ 47 «Είναι πάρα πολύ σημαντική. Χρειάζεται η ιατρική εκπαίδευση να μην είναι τόσο ακριβή για ορισμένα σεμινάρια και να είναι προσιτή σε όλους»

Ειδικευόμενος, Χειρουργικός Τομέας (Γενική Χειρουργική), 36 ετών, άρρεν

ΑΑ 45 «Είναι αρκετά σημαντική. Ωστόσο, υπολείπονται και άλλοι τομείς-υποδομές που αφορούν στην άσκηση της ιατρικής»

Ειδικευόμενος, Εργαστηριακός Τομέας (Ακτινοδιαγνωστική), 33 ετών, άρρεν

ΑΑ 44 «Είναι πολύ σημαντικό αλλά στην Ελλάδα δε γίνεται σχεδόν τίποτα!»

Ειδικός, Εργαστηριακός Τομέας (Ακτινοδιαγνωστική), 38 ετών, άρρεν

ΑΑ 43 «Δεν αποτελεί τη βασική προτεραιότητα στις μέρες μας (λόγω οικονομικής κρίσης) ωστόσο θεωρώ ότι πρέπει να διατεθεί κονδύλι για οργανωμένη ΣΙΕ»

Ειδικευόμενος, Εργαστηριακός Τομέας (Ακτινοδιαγνωστική), 34 ετών, άρρεν

ΑΑ 42 «Χρειάζεται προσεκτική σχεδίαση για αποτελεσματική ΣΙΕ»

Ειδικευόμενος, Εργαστηριακός Τομέας (Ακτινοδιαγνωστική), 38 ετών, άρρεν

ΑΑ 40 «Δύσκολη απάντηση μια και η ερώτηση είναι διατυπωμένη έτσι. Θεωρώ ότι με μια καλή ψηφιοποίηση και με βοήθεια από άλλα εθνικά συστήματα ιατρικής εκπαίδευσης (βλέπε Σουηδία) θα μπορούσαμε να πούμε ότι ίσως γίνει κάτι «professional»

Ειδικός, Χειρουργικός Τομέας (Ουρολογία), 35 ετών, άρρεν

ΑΑ39 «Θεωρώ ότι το σύστημα είναι πλήρως ανοργάνωτο χωρίς αξιοκρατικά κριτήρια, με εκπαίδευση αμφιλεγόμενης ποιότητας και χωρίς οικονομική υποστήριξη είτε σε μορφή χορηγίας είτε σε μορφή φορολογικών απαλλαγών (σε περίπτωση που το κόστος είναι ατομικό)»

Ειδικός, Εργαστηριακός Τομέας (Ακτινοδιαγνωστική), 52 ετών, άρρεν

ΑΑ 38 «Η ΣΙΕ στην Ελλάδα παρουσιάζει πολλά κενά οργάνωσης. Συνήθως πραγματοποιείται με ατομικό κόστος και τις περισσότερες φορές δε βρίσκει αντίκρισμα στην εφαρμογή της νέας γνώσης. Το κόστος είναι ατομικό παρ' ό,τι θα μπορούσε η οργανωμένη και υψηλού επιπέδου ΣΙΕ να προσφέρει σημαντικούς πόρους στην υγεία (μέσω προβολής του εκπαιδευτικού «τουρισμού») στην Ελλάδα»

Ειδικός, Εργαστηριακός Τομέας (Ακτινοδιαγνωστική), 46 ετών, θήλυ

ΑΑ 37 «Υποχρεωτική εκπαίδευση του ιατρού ανά 5ετία και ενδεχομένως πιστοποίηση με εξετάσεις»

Ειδικευόμενος, Παθολογικός Τομέας (Ενδοκρινολογία), 33 ετών, θήλυ

ΑΑ 36 «Για να δοθεί πιστοποίηση παρακολούθησης σε ιατρικά συνέδρια θα πρέπει να δίδονται εξετάσεις. Επίσης σε κάθε ειδικότητα να υπάρχει σύστημα αξιολόγησης της συνεχιζόμενης ιατρικής εκπαίδευσης»

Ειδικευόμενος, Παθολογικός Τομέας (Ενδοκρινολογία), 32 ετών, άρρεν

ΑΑ 33 «Ναι (η ΣΙΕ/ΣΕΑ είναι σημαντική εθνική προτεραιότητα στην απορρόφηση πόρων για την υγεία)»

Ειδικευόμενος, Χειρουργικός Τομέας (Νευροχειρουργική), 37 ετών, θήλυ

ΑΑ 30 «Στις χειρουργικές ειδικότητες θα πρέπει η επιστημονικές εταιρείες να προωθούν την οργάνωση και συμμετοχή ειδικευόμενων σε workshops και hands-on courses»

Ειδικευόμενος, Χειρουργικός Τομέας (Νευροχειρουργική), 33 ετών, άρρεν

ΑΑ 27 «Η συνεχιζόμενη ιατρική εκπαίδευση είναι πάρα πολύ σημαντική για όλους τους ιατρούς και πρέπει να στηριχθεί από το κράτος»

Ειδικευόμενος, Εργαστηριακός Τομέας (Ακτινοδιαγνωστική), 36 ετών, άρρεν

ΑΑ24 «-Σημαντική έλλειψη σεμιναρίων υψηλού επιπέδου! Στη συνεχιζόμενη ιατρική εκπαίδευση. – Έλλειψη κινήτρων εκπαίδευσης σε νέα γνωστικά αντικείμενα. Τα κέντρα αυτά θα πρέπει να λειτουργούν με καθεστώς που να επιτρέπει την απρόσκοπτη συμμετοχή σε όποιο γιατρό το επιθυμεί. – Είναι σημαντική η λειτουργία μιας οργανωμένης υποδομής για τη Συνεχιζόμενη Ιατρική Εκπαίδευση, γιατί θα βελτιώσει σημαντικά το επίπεδο παροχής ιατρικών υπηρεσιών σε επιστημονική βάση, ενώ θα επιτρέψει σε πολλούς συναδέλφους να διατηρούν υψηλή την επιστημονική τους επάρκεια. Καλύτεροι και ενημερωμένοι γιατροί σημαίνει καλύτερη προσέγγιση και αντιμετώπιση των ιατρικών θεσφάτων, ιδίως για τους ιατρούς της επαρχίας, γεγονός που μπορεί να λειτουργήσει σαν παράγοντας μείωσης του κόστους αντιμετώπισης των ασθενών της επαρχίας (μείωση μετακίνησης ή διακομιδής αυτών σε αστικά κέντρα για αντιμετώπιση)(Μείωση του αριθμού συχνά άχρηστων υψηλού κόστους διαγνωστικών εξετάσεων)»

Ειδικός, Εργαστηριακός Τομέας (Ακτινοδιαγνωστική), 46 ετών, θήλυ

ΑΑ23 « 1. Αναγκαία η ύπαρξη εθνικού κέντρου συνεχιζόμενης ιατρικής εκπαίδευσης 2. Απαραίτητη η αξιολόγηση των ιατρών ανάλογα με τις ώρες και την ποιότητα της παρεχόμενης συνεχιζόμενης εκπαίδευσης 3. Θα έπρεπε να αποτελεί καθοριστικό παράγοντα για την εξέλιξη των ιατρών του ΕΣΥ»

Ειδικός, Εργαστηριακός Τομέας (Ακτινοδιαγνωστική), 51 ετών, άρρεν

ΑΑ22 «Δημιουργία Εθνικού κέντρου συνεχιζόμενης εκπαίδευσης στην Αθήνα και παραρτήματα στην επαρχία θεωρώ ότι αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση για τη σωστή κατάρτιση και ενημέρωση των ιατρών στις νέες μεθόδους και ιατρικές τεχνικές»

Ειδικευόμενος, Εργαστηριακός Τομέας (Ακτινοδιαγνωστική), 34 ετών, άρρεν

ΑΑ 21 « Καλύφθηκα από το ερωτηματολόγιο»

Ειδικευόμενος, 33 ετών, άρρεν

ΑΑ 17 «Απόλυτα απαραίτητη (η ΣΙΕ) και δεν υπάρχει καθόλου καλό επίπεδο οργάνωσης στα ελληνικά δεδομένα»

Ειδικευόμενος, 33 ετών, άρρεν

ΑΑ 16 «Κατά τη γνώμη μου η ΣΙΕ θα έπρεπε να οργανώνεται από τις Επιστημονικές Ενώσεις και Εταιρείες. Ο κεντρικός συντονισμός δεν νομίζω ότι θα μπορούσε να συνεισφέρει»

Ειδικευόμενος, 37 ετών, άρρεν

ΑΑ 15 «Διαφωνώ με τη μοριοδότηση που παρέχεται από γενικά σεμινάρια. Θα έπρεπε με τα σεμινάρια να πιστοποιείται επισήμως η δυνατότητα του ιατρού να προβαίνει σε εξειδικευμένες πράξεις και πρακτικές (π.χ. υπερηχογραφήματα)»

36 ετών, άρρεν

ΑΑ 11 «Απόλυτα σημαντική (η ΣΙΕ/ΣΕΑ). Βασική προϋπόθεση η πιο εύκολη πρόσβαση με χαμηλότερο κόστος συμμετοχής, τουλάχιστον για τους ειδικευόμενους»

Ειδικευόμενος, Παθολογικός Τομέας (Εσωτερική Παθολογία), 36 ετών, θήλυ

ΑΑ 9 « Απαραίτητη για την ικανοποιητική εκπαίδευση και απόδοση των ιατρών, καθώς και αποδέσμευση από τις εταιρείες (οικονομική) είναι η επιδότηση από τον εργοδότη/νοσοκομείο με ποσό ικανό (π.χ. 1500ευρώ/έτος) να καλύψει τα έξοδα συνεδρίου/σεμιναρίου»

Ειδικευόμενος, Εργαστηριακός Τομέας (Ακτινοδιαγνωστική), 32 ετών, άρρεν

ΑΑ 8 « Η απλή παρακολούθηση συνεδρίου απλά για τη συλλογή πιστοποιητικών η οποία συνήθως αποτελεί για τους περισσότερους γιατρούς στην Ελλάδα τη μόνη Συνεχιζόμενη Ιατρική Εκπαίδευση δεν αρκεί για την ουσιαστική και επαρκή άσκηση της ιατρικής. Απαιτείται ουσιαστικότερη οργάνωση η οποία να έχει σα τελικό σκοπό όχι απλά τη συμμετοχή σε συνέδρια για βελτίωση του βιογραφικού του κάθε γιατρού, αλλά την ουσιαστική εκπαίδευσή του»

Ειδικός, Εργαστηριακός Τομέας (Ακτινοδιαγνωστική), 37 ετών, άρρεν

ΑΑ 7 «Δεν μπορώ να καλύψω μόνος μου τις ανάγκες συνεχούς ιατρικής εκπαίδευσης οπότε είναι αναγκαία η χρηματοδότηση ενός τέτοιου φορέα.»

Ειδικευόμενος, Παθολογικός Τομέας (Νευρολογία), 34 ετών, άρρεν

ΑΑ 5 « Δεν υπάρχει (η ΣΙΕ/ΣΕΑ) στην Ελλάδα»

35 ετών, άρρεν

ΑΑ 4 «Η Συνεχιζόμενη Ιατρική Εκπαίδευση είναι απαραίτητα και υποχρεωτική για τη διασφάλιση της υγείας των ασθενών του κάθε υπεύθυνου ιατρού»

Ειδικευόμενος, Εργαστηριακός Τομέας (Ακτινοδιαγνωστική), 36 ετών, άρρεν

ΑΑ 1 «Σε γενικές γραμμές θεωρώ πως στην Ελλάδα σήμερα υπάρχει δυνατότητα να καλύψει κάποιος επαρκώς τις ανάγκες για συνεχιζόμενη ιατρική εκπαίδευση, αρκεί βέβαια να συντρέχουν προϋποθέσεις, όπως οικονομική επάρκεια, κατάλληλες

γνωριμίες, πράγμα όχι πάντοτε εύκολο για όλους. Και βέβαια θεωρώ πως σημαντικότερο ίσως ρόλο απ' όλα παίζει και η ατομική θέληση. Η συνεχιζόμενη ιατρική εκπαίδευση θα πρέπει να αποτελεί στόχο και ακόμα καλύτερα τρόπο ζωής για τον κάθε νέο ιατρό»

Ειδικευόμενος, Εργαστηριακός Τομέας (Ακτινοδιαγνωστική), 31 ετών, άρρεν

