



ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ

ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ

ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ



ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Σπουδαστές: ΑΘΑΝΑΣΟΠΟΥΛΟΥ ΓΕΩΡΓΙΑ

ΚΑΠΟΓΙΑΝΝΗ ΜΑΡΙΑ

Επιβλέπων: ΠΙΣΙΜΙΣΗΣ ΘΕΟΔΩΡΟΣ

Επικουρος Καθηγητής

Καλαμάτα 2012

Έγκριση

Υπογραφή

Επιβλέπων: ΠΙΣΙΜΙΣΗΣ ΘΕΟΔΩΡΟΣ	
Μέλος εξεταστικής επιτροπής: ΜΠΙΤΣΑΝΗ ΕΥΓΕΝΙΑ	
Μέλος εξεταστικής επιτροπής: ΠΑΡΑΣΚΕΥΟΠΟΥΛΟΣ ΛΕΩΝΙΔΑΣ	

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η Δημόσια Υγεία είναι μείζον κοινωνικό αγαθό που διασφαλίζεται μέσω υψηλού επιπέδου άσκησης της ιατρικής πράξης. Αποστολή του κράτους είναι η οργάνωση της εκπαίδευσης και αξιολόγησης των ιατρών προς όφελος του κοινωνικού συνόλου. Η ιατρική είναι μια εφαρμοσμένη επιστήμη και ως εκ τούτου η ιατρική εκπαίδευση κατατείνει τόσο στην απόκτηση γνώσεων όσο και εμπειρίας και δεξιοτήτων. Επιπλέον, εφόσον η ιατρική εξελίσσεται συνεχώς, η εκπαίδευση των ιατρών είναι συνεχής, σταδιοποιούμενη σε προπτυχιακή, επαγγελματική μεταπτυχιακή και συνεχιζόμενη. Τα στάδια αυτά έχουν διακριτά χαρακτηριστικά και στόχους, αλλά συντείνουν στον ίδιο σκοπό. Στην παρούσα εργασία, εξετάζουμε τη δομή, οργάνωση των τριών σταδίων ιατρικής εκπαίδευσης στην Ελλάδα σε σύγκριση με τα ισχύοντα σε Μεγάλη Βρετανία, Η.Π.Α και Ευρώπη. Εντοπίζουμε πολυποίκιλες συστηματικές στρεβλώσεις, αλλά και αποκλίσεις στην πράξη από τα θεωρητικώς ισχύοντα σε κάθε στάδιο. Συζητούμε διεξοδικά τα ζητήματα της συγκρότησης εκπαιδευτικών προγραμμάτων, της αξιολόγησης εκπαιδευόμενων και εκπαιδευτών, της κατανομής του ιατρικού δυναμικού ανά ειδικότητα, της αναμονής για έναρξη εκπαίδευσης ειδικότητας και της μετανάστευσης ιατρών προς αναζήτηση ιατρικής εκπαίδευσης. Τέλος, παρουσιάζουμε προτάσεις με στόχο την αναβάθμιση της παρεχόμενης ιατρικής εκπαίδευσης.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ



ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	σελ.1
---------------	-------

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

ΠΡΟΠΤΥΧΙΑΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

1.1 Εισαγωγή στην Προπτυχιακή Ιατρική Εκπαίδευση.....	σελ.4
1.2. Η Ιατρική Εκπαίδευση και το Κόστος της.....	σελ.8
1.3. Προπτυχιακή Ιατρική Εκπαίδευση στην Μεγάλη Βρετανία και στην Αμερική.....	σελ.10
1.4. Προπτυχιακή Ιατρική Εκπαίδευση στην Ελλάδα.....	σελ.12
1.5. Η Ποιότητα του Διδακτικού-Επιστημονικού Προσωπικού (ΔΕΠ) και των Φοιτητών στις Ελληνικές Ιατρικές Σχολές.....	σελ.18

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

2.1. Εισαγωγή στην Επαγγελματική Μεταπτυχιακή Ιατρική Εκπαίδευση.....	σελ.21
2.2. Η συγκρότηση και αξιολόγηση των Εκπαιδευτικών Προγραμμάτων Ειδίκευσης στη Μεγάλη Βρετανία.....	σελ.22
2.3. Η συγκρότηση και αξιολόγηση των Εκπαιδευτικών Προγραμμάτων στην Αμερική.....	σελ.25
2.4. Επαγγελματική Μεταπτυχιακή Ιατρική Εκπαίδευση στην Ελλάδα.....	σελ.27
2.5. Ελληνική και Διεθνής Κατανομή του Ιατρικού Δυναμικού ανά Ειδικότητα.....	σελ.31
2.6. Μετανάστευση επιστημονικού ιατρικού προσωπικού (Brain drain).....	σελ.37

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

ΣΥΝΕΧΙΖΟΜΕΝΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

3.1. Συνεχιζόμενη Ιατρική Εκπαίδευση.....	σελ.40
3.2. Η Συνεχιζόμενη Ιατρική Εκπαίδευση στην Ευρώπη.....	σελ.41
3.3. Η Συνεχιζόμενη Ιατρική Εκπαίδευση στην Ελλάδα.....	σελ.47

3.4. Η Στρατηγική της Λισσαβόνας.....σελ.48	σελ.48
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....σελ.50	σελ.50
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....σελ.55	σελ.55
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ.....σελ.58	σελ.58
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α.....σελ.60	σελ.60
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β.....σελ.61	σελ.61
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ.....σελ.62	σελ.62
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Δ.....σελ.63	σελ.63

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

Διάγραμμα 1.1. Πυραμίδα του καθηγητή Miller	σελ.7
Διάγραμμα 1.2. Το κόστος της Ιατρικής εκπαίδευσης.....	σελ.9
Διάγραμμα 1.3 : Οι τρεις άξονες ενός προγράμματος σπουδών(ΠΣ).....	σελ.16
Διάγραμμα 1.4.: Ο προκλινικός-κλινικός άξονας ενός προγράμματος σπουδών (ΠΣ) στη διάρκεια του χρόνου(στον οριζόντιο άξονα τα 6 έτη σπουδών).....	σελ.17
Διάγραμμα 2.1: Αναλογία γιατρών ανά 1.000 κατοίκους στις χώρες του ΟΟΣΑ.....	σελ.36

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 3.1.Η ΣΙΕ στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης.....	σελ.43
Πίνακας 3.2.Οι Ευρωπαϊκές Εταιρείες που παρέχουν ΣΙΕ.....	σελ.46

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ιατρική είναι μια εφαρμοσμένη επιστήμη και είναι ευρέως αποδεκτό πως η άσκηση της απαιτεί γνώση αλλά και άλλες δεξιότητες, αποτελώντας μια μορφή τέχνης. Ως εκ τούτου, η ιατρική εκπαίδευση δεν μπορεί να είναι μονοδιάστατη, αλλά πρέπει να κατατείνει τόσο στην απόκτηση γνώσεων όσο και εμπειρίας και δεξιοτήτων. Ας μην ξεχνούμε ότι η ιατρική εκπαίδευση ουσιαστικά μνημονεύεται ήδη στον Ιπποκρατικό Όρκο και μάλιστα της αποδίδεται ιδιαίτερη σημασία από τότε. Όμως τα τελευταία χρόνια η ιατρική εκπαίδευση κινεί το ενδιαφέρον όχι μόνο της ιατρικής κοινότητας αλλά και της κοινωνίας ευρύτερα. Συνεχώς εξαγγέλλονται συζητήσεις και διάλογοι σχετικά με την ιατρική εκπαίδευση, σχέδια νόμου για μεταρρυθμίσεις, ενώ και το επιστημονικό ενδιαφέρον αυξάνεται ραγδαία με έκδοση εξειδικευμένων περιοδικών, πραγματοποίηση ερευνών και δημοσιεύσεων, ίδρυση ινστιτούτων ιατρικής εκπαίδευσης. Όλη αυτή η αυξημένη κινητικότητα μπορεί να εξηγηθεί από το γεγονός ότι έχει δημιουργηθεί ένα διαφοροποιημένο σκηνικό σε σχέση προς τις ανάγκες και προσδοκίες της κοινωνίας έναντι τόσο της ιατρικής όσο και της εκπαίδευσης. Το νέο αυτό σκηνικό οριοθετείται από τις παρακάτω σημαντικές εξελίξεις (Davis et al., 2005):

1. τη μεγέθυνση των προσδοκιών του κοινού από τις υπηρεσίες υγείας,
2. την αυξημένη πίεση για διαφάνεια στη λειτουργία των συστημάτων υγείας,
3. την αλματώδη εξέλιξη των αντιλήψεων, αλλά και των εργαλείων της σύγχρονης εκπαίδευσης,
4. την αντικειμενική ανάγκη για συνεχή εξειδίκευση στην ιατρική.

Η αποκάλυψη και προβολή των ιατρικών λαθών καθιστά ολοένα και πιο επιτακτική την ανάγκη θέσπισης και σεβασμού ποιοτικών προτύπων στη φροντίδα υγείας. Όμως ο ποιοτικός έλεγχος της ιατρικής πράξης και η διασφάλιση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας είναι άρρηκτα συνδεδεμένα με τη βελτίωση της εκπαίδευσης των γιατρών. Η εισαγωγή ποιοτικών προτύπων και στην ιατρική εκπαίδευση είναι τελικά αναπόφευκτη, για να επιτευχθεί η κοινωνική απαίτηση για επιβράβευση των ικανών και καταλογισμό ευθυνών στους μη επαρκείς. Με αυτό τον τρόπο επιτυγχάνεται η διαφάνεια στη λειτουργία των συστημάτων υγείας.

Η ιατρική εκπαίδευση, στην ευρεία της μορφή, ταυτίζεται με την ανάπτυξη του ανθρώπινου ιατρικού δυναμικού. Η ανάπτυξη του ιατρικού δυναμικού, με τη σειρά του, μπορεί να συμβάλλει καίρια στη βελτίωση της λειτουργίας των συστημάτων υγείας μέσω

της μεγιστοποίησης κυρίως της αποτελεσματικότητας και κατά δεύτερο λόγο της αποδοτικότητας. Η καλύτερη λειτουργία προκαλεί μεγαλύτερη ικανοποίηση στους χρήστες των υπηρεσιών υγείας, αλλά και στην κοινωνία, η οποία αποτελεί το χρηματοδότη του συστήματος. Η βελτίωση της ικανοποίησης ουσιαστικά σηματοδοτεί και την αναβάθμιση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας.

Σκοπός της παρούσας πτυχιακής εργασίας είναι η παρουσίαση, ανάλυση και αξιολόγηση της Ιατρικής Εκπαίδευσης στην Ελλάδα στα τρία επίπεδα εκπαίδευσης (προπτυχιακή, για την απόκτηση του ιατρικού διπλώματος, μεταπτυχιακή, για την απόκτηση του τίτλου ειδικότητας και δια βίου εκπαίδευση που αποσκοπεί στη συνεχή ενημέρωση στα σύγχρονα δρώμενα της επιστήμης) και η σύγκριση της με τα διεθνή standards.

Η εργασία περιλαμβάνει 3 κεφάλαια. Στο πρώτο κεφάλαιο παρουσιάζεται η προπτυχιακή ιατρική εκπαίδευση (ΠΙΕ). Αρχικά, γίνεται μια εισαγωγή στην προπτυχιακή ιατρική εκπαίδευση και στο σκοπό που υπηρετεί. Ακολουθεί μια θεωρητική ανάλυση για τον επιμερισμό του κόστους της ιατρικής εκπαίδευσης στους φοιτητές και στην κοινωνία σύμφωνα με αρχές της οικονομικής θεωρίας. Στη συνέχεια, το κεφάλαιο επικεντρώνεται στην ΠΙΕ στην Μεγάλη Βρετανία και την Αμερική. Πραγματοποιείται παρουσίαση και αξιολόγηση των προγραμμάτων προπτυχιακών σπουδών στις ιατρικές σχολές της Ελλάδας. Εν συνεχεία, δίνεται έμφαση στην ποιότητα του διδακτικού προσωπικού καθώς και στον τρόπο αξιολόγησης τόσο του διδακτικού προσωπικού όσο και των φοιτητών στις Ελληνικές Ιατρικές Σχολές.

Στο δεύτερο κεφάλαιο παρουσιάζεται η επαγγελματική μεταπτυχιακή εκπαίδευση. Αφού αρχικά γίνει εισαγωγή στην Επαγγελματική Ιατρική Εκπαίδευση (ΕΙΕ) και στο σκοπό της, στη συνέχεια του κεφαλαίου πραγματοποιείται ανάλυση και αξιολόγηση των εκπαιδευτικών προγραμμάτων των ειδικευόμενων ιατρών στην Μεγάλη Βρετανία και την Αμερική. Επιπλέον, δίνεται έμφαση στην επαγγελματική ιατρική εκπαίδευση στην Ελλάδα και γίνεται μια ανάλυση της κατανομής του ιατρικού προσωπικού ανά ειδικότητα στην Ελλάδα, σύμφωνα με πρόσφατες έρευνες και σύγκριση με τη διεθνή κατανομή. Στο τέλος, γίνεται αναφορά στην ανεργία και στην ιατρική μετανάστευση.

Στο τρίτο κεφάλαιο παρουσιάζεται η έννοια και ο σκοπός της συνεχιζόμενης ιατρικής εκπαίδευσης (ΣΙΕ) καθώς και η δομή της στην Ευρώπη και στην Ελλάδα. Το τρίτο κεφάλαιο τελειώνει με τους στόχους της στρατηγικής της Λισσαβόνας στην Υγεία και στη

Δια Βίου Εκπαίδευση.

Στον επίλογο της εργασίας γίνεται μια σύνοψη των συμπερασμάτων από την μελέτη της Ιατρικής Εκπαίδευσης και παρατίθενται προτάσεις για την βελτίωση της ποιότητας της Ιατρικής Εκπαίδευσης στην Ελλάδα σε επίπεδο προπτυχιακής, μεταπτυχιακής και συνεχιζόμενης εκπαίδευσης.

Άλλωστε, η ποιότητα αναβάθμισης της εκπαίδευσης των ιατρών της χώρας αποτελεί μία από τις πιο σημαντικές προκλήσεις όχι μόνο για όσους ασχολούνται στο χώρο της υγείας αλλά για ολόκληρη την ελληνική κοινωνία.

ΚΕΦ.1. ΠΡΟΠΤΥΧΙΑΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

1.1. Εισαγωγή στην Προπτυχιακή Ιατρική Εκπαίδευση

Η προπτυχιακή ιατρική εκπαίδευση φιλοδοξεί να μεταδώσει στους φοιτητές ιατρικής τις ηθικές αξίες που διέπουν την άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος – λειτουργήματος και να τους εξασφαλίσουν τις επιστημονικές γνώσεις που θα τους επιτρέψουν να αναγνωρίζουν και να χειρίζονται αποτελεσματικά τα γενικά ιατρικά προβλήματα, τα οποία θα χρειαστεί να αντιμετωπίζουν μετά την αποφοίτησή τους.

Παράλληλα, ο σκοπός της εκπαίδευσης είναι να εμφυτεύσει την ακαδημαϊκή νοοτροπία και να δώσει τη δυνατότητα, σε όποιον επιθυμεί, να αποκτήσει τις απαραίτητες γνώσεις για να ενταχθεί στο χώρο της Ακαδημαϊκής Ιατρικής, ως ερευνητής και δάσκαλος (Ιατρική Σχολή Θεσσαλονίκης, 2011).

Κατά τη διάρκεια της προπτυχιακής εκπαίδευσης των ιατρών, η διδασκαλία και η αξιολόγηση της επαγγελματικής συμπεριφοράς τους είναι κομβικής σημασίας. Κατ' αρχάς, με την ανάπτυξη και την καλλιέργεια του επαγγελματισμού καλλιεργούνται οι προσωπικές ικανότητες, οι αξίες, οι στάσεις και οι συμπεριφορές των φοιτητών, που αποδεικνύονται αργότερα θεμελιώδεις στην εξάσκηση του ιατρικού επαγγέλματος και στην παροχή υπηρεσιών υγείας προς το ευρύτερο κοινωνικό σύνολο (Λυμπεροπούλου, 2010).

Δεύτερον, με τη διδασκαλία επαγγελματικών χαρακτηριστικών, διασφαλίζεται η κατανόηση και η υιοθέτηση ανάλογων στάσεων από τους φοιτητές ιατρικής, που θα αποδεικνύονται καθημερινά στο εργασιακό τους περιβάλλον και θα ενισχύουν το επαγγελματικό τους προφίλ (Λυμπεροπούλου, 2010).

Τρίτον, η διδασκαλία και η αξιολόγηση του επαγγελματισμού και της επαγγελματικής συμπεριφοράς θα ωθεί τους φοιτητές και τους διδάσκοντες των Ιατρικών Σχολών στην κατανόηση των αρχών του επαγγελματισμού και στην αναγνώριση όλων των ευθυνών και των δικαιωμάτων που συνάδουν με την άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος (Λυμπεροπούλου, 2010).

Έτσι, ο κάθε πτυχιούχος, με την ολοκλήρωση του κύκλου των προπτυχιακών σπουδών, έχοντας συσσωρεύσει γνώσεις και εμπειρίες, έχοντας αναπτύξει βασικές δεξιότητες και έχοντας υιοθετήσει δέουσες στάσεις και συμπεριφορές, πρέπει να είναι σε θέση (Δαρδαβέσης, 2004):

1. Να αντιμετωπίζει τα ανακύπτοντα προβλήματα υγείας κάτω από συνθήκες

- πρωτογενούς περίθαλψης και από πλευράς πρόληψης, διάγνωσης και θεραπείας.
2. Να συνεργάζεται αργά με διάφορους φορείς, καθώς και με άλλα μέλη ομάδων παροχής υπηρεσιών υγείας για την αντιμετώπιση ζητημάτων, τα οποία άπτονται της δημόσιας υγείας.
 3. Να συμπεριφέρεται με τρόπο δεοντολογικό προς τους ασθενείς, τους οποίους περιθάλπει, προς τους συγγενείς τους, καθώς και προς τους συναδέλφους του.
 4. Να συνυπολογίζει κοινωνικές και οικονομικές παραμέτρους κατά την άσκηση των καθηκόντων του, χωρίς όμως αυτό να συνεπάγεται υποβάθμιση της ποιότητας του παρεχόμενου έργου του.
 5. Να συμμετέχει σε ερευνητικές δραστηριότητες, έχοντας ήδη αποκτήσει βασικές γνώσεις και εμπειρίες μεθοδολογίας της έρευνας.
 6. Να αρχίσει την εκπαίδευση της εξειδίκευσης σε διάφορους κλάδους της ιατρικής.

1.1.1 Εκπαίδευση των εκπαιδευτών

Η ανάγκη αναβάθμισης και επαναπροσδιορισμού του περιεχομένου και των στόχων του εκπαιδευτικού έργου των Ιατρικών Σχολών και ιδιαίτερα η σημασία της ενδεδειγμένης και της συστηματικής εκπαίδευσης των εκπαιδευτών, υπήρξε αντικείμενο προβληματισμού διαφόρων επιστημόνων από τα μέσα της δεκαετίας 1950-1960. Το 1969 συγκροτήθηκε από την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας Επιτροπή για την «Εκπαίδευση των εκπαιδευτών του προσωπικού υγείας», ενώ άρχισε να αναπτύσσεται ο κλάδος της Ιατρικής Εκπαίδευσης σε διάφορες Ιατρικές Σχολές του κόσμου. Οι συγκεκριμένες πρωτοβουλίες, συνδυαστικά με τις ποικίλες δραστηριότητες ειδικών για την ιατρική εκπαίδευση Επιστημονικών Εταιρειών, επέφεραν σημαντικές αλλαγές στον τομέα της ιατρικής εκπαίδευσης και ανέδειξαν την αναγκαιότητα της εκπαίδευσης των εκπαιδευτών ως ζήτημα μείζονος προτεραιότητας (Δαρδαβέσης, 2004).

Η διαδικασία της εκπαίδευσης των εκπαιδευτών πρέπει να συμβαδίζει με την κυρίαρχη τάση της σύγχρονης ιατρικής εκπαίδευσης, η οποία απαιτεί από τον εκπαιδευτή, εκτός της άριστης γνώσης του αντικειμένου το οποίο διδάσκει, να διαθέτει μία άρτια συγκροτημένη και ευχάριστη προσωπικότητα, καθώς και εξοικείωση με τις νέες μεθόδους διδασκαλίας.

Ο ρόλος του εκπαιδευτή σύμφωνα με τις σύγχρονες αντιλήψεις, δεν περιορίζεται μόνο στην μετάδοση γνώσεων, αλλά επεκτείνεται σε ρόλο συντονιστή, ικανού να συνοψίζει και

ενθαρρύνοντας τους εκπαιδευόμενους, να διευκολύνει τη συζήτηση.

Είναι σχεδόν βέβαιο, ότι ένας εκπαιδευτής διαποτισμένος από τις αρχές του κλασσικού τύπου εκπαίδευσης και ο οποίος θεωρεί τον εαυτό του αυθεντία, αντιδρά στις προσπάθειες ενεργού συμμετοχής των εκπαιδευομένων στο μάθημα. Πρέπει όμως να επισημανθεί, ότι και η εφαρμογή νέων τεχνικών εκπαίδευσης είναι πιθανό να συναντήσει εμπόδια, γιατί οι εκπαιδευόμενοι, συναισθανόμενοι ανασφάλεια λόγω έλλειψης γνώσεων και απογοητευμένοι από την απουσία ενός εκπαιδευτή αυθεντία, αντιδρούν εκφράζοντας μάλιστα, σε κάποιες περιπτώσεις, επιθετικότητα. Ο έμπειρος εκπαιδευτής πρέπει να είναι έτοιμος να αντιμετωπίσει την ιδιότυπη αυτή ψυχολογική αντίδραση και να μη διολισθήσει στον κλασσικό ρόλο του εκπαιδευτή-αυθεντία, ο οποίος σε τελευταία ανάλυση είναι ευκολότερος για τον ίδιο, αλλά σαφώς λιγότερο αποτελεσματικός στη σύγχρονη εκπαιδευτική διαδικασία (Δαρδαβέσης, 2004).

1.1.2. Διεθνείς Συστάσεις Αξιολόγησης των Φοιτητών Ιατρικής

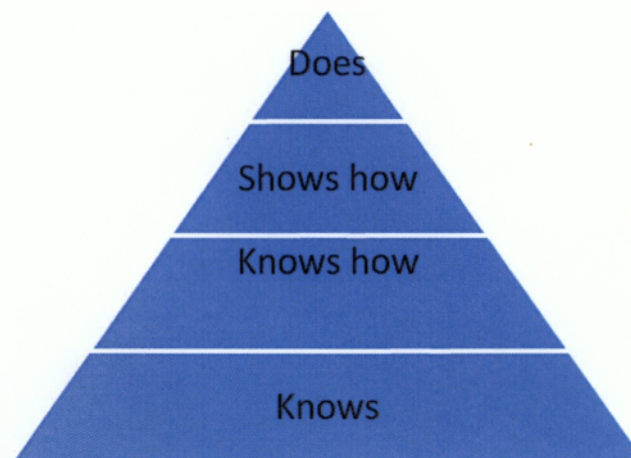
Η αξιολόγηση της επίδοσης των φοιτητών είναι αναπόσπαστο κομμάτι του προγράμματος σπουδών κάθε Ιατρικής Σχολής. Τα αποτελέσματα της είναι ενδεικτικά του γνωστικού επιπέδου των φοιτητών, της επάρκειας των διδασκόντων, της αποτελεσματικότητας του τρόπου διδασκαλίας και τελικά, του επιπέδου ποιότητας της ίδιας της Ιατρικής Σχολής. Επιπλέον, η αξιολόγηση λειτουργεί ως μοχλός πίεσης για την βελτίωση των παραπάνω παραμέτρων, σε ατομικό επίπεδο για τον φοιτητή και τον διδάσκοντα, και σε επίπεδο διοίκησης της Ιατρικής Σχολής για τον έλεγχο της επίτευξης των στόχων του προγράμματος σπουδών.

Βασικές Αρχές της Αξιολόγησης του Φοιτητή

- * Να ανταποκρίνεται στο πρόγραμμα σπουδών και στους στόχους του.
- * Να υπάρχει ποικιλία μεθόδων αξιολόγησης ανάλογα με το αντικείμενο.
- * Να μη βασίζεται σε μια μόνο εξέταση.
- * Να είναι ανοιχτή και δίκαιη.
- * Να διασφαλίζει ένα ικανοποιητικό επίπεδο κατάρτισης.
- * Να αξιολογείται και η ίδια η αξιολόγηση (Χρόνης και Δάβαρης, 2006).

Οι σύγχρονες απόψεις για την αξιολόγηση φοιτητών ιατρικής βασίζονται στην πυραμίδα του καθηγητή Miller (Διάγραμμα 1.1.). Σύμφωνα με τον καθηγητή, για την αξιολόγηση της κλινικής επάρκειας ενός φοιτητή ιατρικής απαραίτητα είναι τέσσερα συστατικά:

1. θεωρητική εξέταση γνώσεων (knows),
2. θεωρητική εξέταση κλινικών δεξιοτήτων (knows how),
3. πρακτική εξέταση κλινικών δεξιοτήτων σε ελεγχόμενες συνθήκες (shows how),
4. εξέταση σε πραγματικές συνθήκες για την εφαρμογή γνώσεων και δεξιοτήτων (does). (Χρόνης και Δάβαρης, 2006)



Διάγραμμα 1.1. Πυραμίδα του καθηγητή Miller

Πηγή: Χρόνης και Δάβαρης, 2006

Για να μπορέσει ένας ιατρός να ανταποκριθεί στο έργο του απαιτείται ένα μεγάλο σύνολο από θεωρητικές γνώσεις ως υπόβαθρο για την αντιμετώπιση διαφόρων καταστάσεων, την κατανόηση της παθογένειας των νόσων, την επιλογή κατάλληλης θεραπείας κλπ. Εκτός από τις θεωρητικές αυτές γνώσεις, ο φοιτητής πρέπει να διδάσκεται και να εξετάζεται δεξιότητες που θα του χρειαστούν στην κλινική πράξη. Αυτές πρέπει να τις μαθαίνει πρώτα σε ελεγχόμενες συνθήκες, κατά προτίμηση σε ένα εργαστήριο κλινικών δεξιοτήτων (skills lab). Τέλος, πρέπει όλα τα παραπάνω να μπορεί να τα εφαρμόσει και στις πραγματικές συνθήκες της νοσοκομειακής ιατρικής ή ιατρικής της κοινότητας. Οι διεθνείς τάσεις είναι να υπάρχουν εξετάσεις για όλα τα παραπάνω στάδια, χωρίς μάλιστα να παραλείπεται η εκτίμηση του επαγγελματισμού, των δυνατοτήτων επικοινωνίας και της

σωστής συνεργασίας μέσα σε ομάδα (Χρόνης και Δάβαρης, 2006).

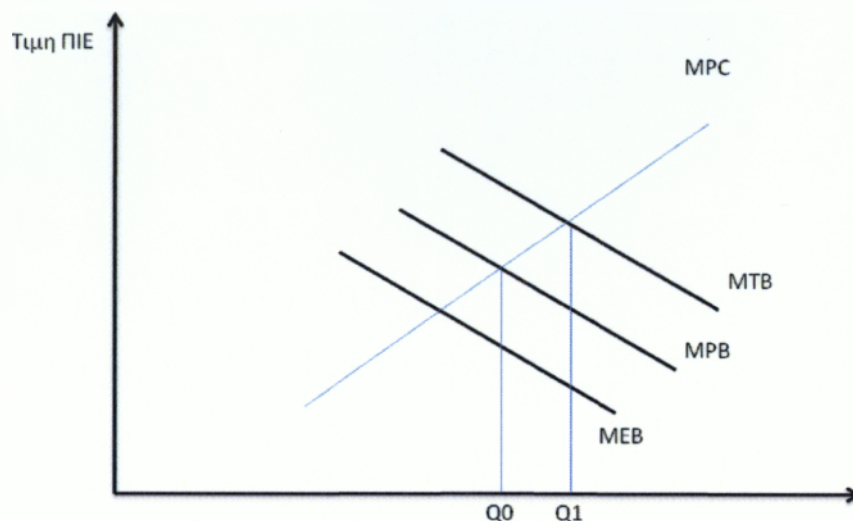
1.2. Η Ιατρική Εκπαίδευση και το κόστος της

Σύμφωνα με τις αρχές της οικονομικής θεωρίας, ο αριθμός των γιατρών καθορίζεται από το κόστος παραγωγής ενός ιατρού και την τιμή (δίδακτρα και λοιπές πηγές χρηματοδότησης) της ιατρικής εκπαίδευσης. Η τιμή-δίδακτρα που ένας φοιτητής δέχεται να πληρώσει ισούται με τις απολαβές που ελπίζει να απολαύσει ως αποτέλεσμα αυτής της εκπαίδευσης (Feldstein, 2005).

Είναι κοινά παραδεκτό ότι το κόστος παραγωγής γιατρών είναι μεγαλύτερο από ότι θα ήταν αν δεν υπήρχαν τεχνητές απαιτήσεις εκπαίδευσης, π.χ. υποχρεωτικός αριθμός ετών φοίτησης, καθώς και αν υπήρχαν κίνητρα για να γίνει πιο αποτελεσματική η εκπαίδευση. Έτσι, αν τα δίδακτρα ισούνταν με το συνολικό κόστος εκπαίδευσης, το οποίο είναι ιδιαίτερα υψηλό, πολύ λίγοι γιατροί θα παράγονταν. Περισσότεροι γιατροί θα μπορούσαν να παραχθούν αν η εκπαίδευση ήταν πιο ορθολογισμένη και τα δίδακτρα αντανakλούσαν αυτό το χαμηλότερο κόστος (Feldstein, 2005).

Υποστηρίζεται όμως πως, εκτός από τις απολαβές των ιδιωτών γιατρών, υπάρχει δημόσιο συμφέρον να υπάρχουν πολλοί γιατροί. Η ύπαρξη επιπλέον απολαβών για την κοινωνία που προστίθενται στις απολαβές των ιδιωτών οδηγούν σε αυξημένη ζήτηση για ιατρική εκπαίδευση (Feldstein, 2005).

Το Διάγραμμα 1.2 παριστά σχηματικά πως εξισορροπείται η τιμή της ιατρικής εκπαίδευσης με τις μελλοντικές απολαβές ανάλογα με το σχήμα χρηματοδότησης του συστήματος ΙΕ. Στο διάγραμμα, Q_1 είναι η τιμή που αντιστοιχεί στο marginal personal cost (MPC), το οριακό προσωπικό κόστος του φοιτητή, αν δεν υπήρχαν άλλες πηγές χρηματοδότησης. Q_1 δηλαδή είναι η τιμή που θα έπρεπε να πληρώσει ο φοιτητής αν θα κατέβαλε ο ίδιος όλο το κόστος της ΙΕ του. Επειδή όμως υπάρχουν οριακές εξωτερικές απολαβές (marginal external benefit or MEB) από την παραγωγή περισσότερων γιατρών, η κοινωνία καταβάλλει μέρος του κόστους (μέσω κυβερνητικών ενισχύσεων) και η τελική τιμή για τον φοιτητή μειώνεται σε Q_0 .



MPB: οριακές ιδιωτικές απολαβές

MEB: οριακές εξωτερικές απολαβές

MTB: οριακές ολικές απολαβές

Διάγραμμα 1.2. Το κόστος της Ιατρικής εκπαίδευσης

Πηγή: Τροποποιημένο από Feldstein, 2005

Πώς όμως αυτές οι θεωρητικές αρχές εφαρμόζονται σε ένα σύστημα όπου η παιδεία παρέχεται δωρεάν, όπως η Ελλάδα;

Το πραγματικό κόστος ιατρικής εκπαίδευσης είναι εξίσου μεγάλο με άλλες χώρες, όμως οι φοιτητές καλύπτουν ένα μικρό μέρος της και αυτό μόνο εμμέσως (π.χ. μέσω φόρων που πληρώνουν οι γονείς τους) και το υπόλοιπο καλύπτεται από το κράτος. Αυτό δημιουργεί μια μεγάλη τάση για υπερπαραγωγή γιατρών (μεγάλες μελλοντικές απολαβές με μικρό κόστος φοίτησης). Αυτή η τάση μειώνεται κάπως επειδή υπάρχουν άλλα κρυμμένα κόστη (π.χ. κόστος διαβίωσης του φοιτητή, κόστος φροντιστηρίων για να εισαχθεί στην σχολή) που θα μπορούσαν να εξισορροπήσουν την τάση υπερπαραγωγής γιατρών.

1.3. Προπτυχιακή Ιατρική Εκπαίδευση στην Μεγάλη Βρετανία και στην Αμερική

Ένας τρόπος για τη βελτίωση του επιπέδου των ιατρικών σπουδών είναι η μελέτη των Ιατρικών Σπουδών σε άλλες χώρες, η σύγκριση μαζί τους και η ενσωμάτωση των θετικών στοιχείων τους.

1.3.1. Ηνωμένο Βασίλειο

Η λογική του βρετανικού συστήματος εκπαίδευσης το διαφοροποιεί από τα περισσότερα ευρωπαϊκά, αν και οι νεότερες εξελίξεις στον χώρο της ιατρικής εκπαίδευσης μάλλον το δικαιώνουν, ώστε πολλές χώρες να προσπαθούν πλέον να το μιμηθούν.

Η Μεγάλη Βρετανία είναι μια χώρα με τεράστια παράδοση στο χώρο της Ιατρικής τέχνης και Επιστήμης. Ο σχεδιασμός του εκπαιδευτικού της συστήματος βασίζεται σε διαρκή μελέτη και γίνεται από ένα εθνικής εμβέλειας όργανο, το General Medical Council (GMC) που δίνει τις κατευθυντήριες γραμμές και επισκέπτεται τις Ιατρικές Σχολές για να επιβλέψει τη λειτουργία τους και να προτείνει αλλαγές. Υπάρχουν σχολές 4ετούς και 5ετούς φοίτησης, ενώ σε κάποιες από αυτές, με παράταση σπουδών για άλλον ένα χρόνο δίνεται δίπλωμα Master. Ένα σύστημα εκπαίδευσης που εφαρμόζεται σε πολλές Ιατρικές Σχολές είναι αυτό του Core Curriculum με τα Special Study Modules (SSMs). Το σύστημα αυτό έρχεται ως απάντηση στα υπερφορτωμένα με όγκο γνώσεων παραδοσιακά προγράμματα σπουδών που συχνά δεν προετοιμάζουν επαρκώς τον φοιτητή για τις πραγματικές ανάγκες προσφοράς υγείας. Κάθε Ιατρική Σχολή καθορίζει με βάση τις κατευθύνσεις του GMC τις απαραίτητες γνώσεις και δεξιότητες που πρέπει να έχει ένας απόφοιτος Ιατρικής και σχεδιάζει ένα πρόγραμμα σπουδών με πυρήνα (core) αυτές. Επιπλέον, προσφέρονται στους φοιτητές ειδικά μαθήματα “κατεύθυνσης” (SSMs), με τα οποία μπορούν να προσανατολίσουν τις σπουδές τους ανάλογα με τους στόχους τους για το μέλλον (Δάβαρης, 2007).

Στη Μεγάλη Βρετανία γίνεται επίσης εκτεταμένη χρήση του Problem Based Learning (βλ. παράρτημα Α) είτε αμιγώς είτε σε μικτού τύπου προγράμματα σπουδών, ενώ επιδιώκεται η επαφή του φοιτητή με τον ασθενή από το πρώτο έτος. Στα κλινικά μαθήματα γίνεται ελάχιστη θεωρητική διδασκαλία και η εκπαίδευση γίνεται με το να περνά ο φοιτητής αρκετό χρόνο στην αντίστοιχη κλινική, δουλεύοντας υπό επίβλεψη. Ακόμα, ιδιαίτερη σημασία δίνεται στις στάσεις και συμπεριφορές που πρέπει να έχει ο φοιτητής ως

άτομο και ως επαγγελματίας υγείας αργότερα, κάτι που διδάσκεται μέσα από ειδικά προγράμματα Personal And Professional Development. Τέλος, ακριβώς επειδή το σύστημα υγείας της χώρας βασίζεται στη γενική και οικογενειακή Ιατρική, οι ιατρικές σπουδές είναι ιδιαίτερα προσανατολισμένες στην κοινότητα και στις ανάγκες της (Manos, 2009, Δάβαρης, 2007).

1.3.2. Η.Π.Α.

Οι ΗΠΑ είναι, εδώ και χρόνια, επιθυμητός προορισμός για πολλούς απόφοιτους Ιατρικής της χώρας μας με στόχο την απόκτηση Ειδικότητας σε κάποια από τα κορυφαία πανεπιστήμια του κόσμου. Λίγα είναι όμως γνωστά για τις προπτυχιακές σπουδές σε αυτά τα πανεπιστήμια, δηλαδή την πορεία ενός φοιτητή μέχρι το πτυχίο.

Καταρχάς, στις Ιατρικές Σχολές των ΗΠΑ δεν εγγράφονται απόφοιτοι των αντίστοιχων Λυκείων, αλλά απαραίτητη προϋπόθεση είναι είτε η παρακολούθηση 3ετούς εισαγωγικού κύκλου σπουδών, είτε η κατοχή ενός πτυχίου Bachelor, Βιολογικών συνήθως Επιστημών, μετά από 4ετή φοίτηση. Κατά τα άλλα, οι σπουδές Ιατρικής είναι αποκλειστικά 4ετείς.

Στις ΗΠΑ θα συναντήσει κανείς τεράστια ποικιλία από διαφορετικά εκπαιδευτικά συστήματα. Εφαρμόζεται ευρέως το Problem Based Learning¹ και η επαφή των φοιτητών όσο το δυνατόν νωρίτερα με τον ασθενή. Η διδασκαλία των μαθημάτων γίνεται ως εξής: Βασικές Επιστήμες και Προκλινικά μαθήματα τον 1ο και 2ο χρόνο, εκπαίδευση στις κλινικές τον 3ο και μέρος του 4ου και Μαθήματα Κατεύθυνσης- Επιλογής το υπόλοιπο 4ο. Η εκπαίδευση στις κλινικές γίνεται, όπως και στην Αγγλία, με ελάχιστη θεωρητική διδασκαλία, αλλά και πολλές ώρες δουλειάς στην αντίστοιχη κλινική. Οι διαλέξεις από αμφιθέατρο σε όλη τη διάρκεια των σπουδών είναι περιορισμένη, αφού εφαρμόζεται διδασκαλία σε μικρές ομάδες (μέχρι 10 άτομα). Επιπλέον, οι περισσότερες σχολές έχουν εργαστήρια για την εκμάθηση κλινικών δεξιοτήτων προτού ασκηθούν οι φοιτητές στις κλινικές. Για όσους φοιτητές ενδιαφέρονται δίνονται διέξοδοι προς την έρευνα, σε εργαστηριακό ή κλινικό επίπεδο (Δάβαρης, 2007).

Οι σπουδές Ιατρικής στις ΗΠΑ έχουν μεγάλη ευελιξία καθώς ο φοιτητής μπορεί σε μεγάλο βαθμό να προσανατολίσει το πρόγραμμα σπουδών του στις ανάγκες του. Οι περισσότερες σχολές προσφέρουν διάφορα καινοτόμα προγράμματα, ενώ δίνεται έμφαση στην πρακτική άσκηση και στην εμπέδωση των βασικών γνώσεων, αφού οι εξειδικευμένες γνώσεις αποτελούν το αντικείμενο της ειδίκευσης (Residency) που ακολουθεί.

1.4. Προπτυχιακή Ιατρική Εκπαίδευση στην Ελλάδα

Προκειμένου ο ιατρός να πετύχει το σκοπό του, ο οποίος είναι να προστατεύει την υγεία του συνανθρώπου του, πρέπει να διαθέτει άρτια εκπαίδευση. Η εκπαίδευση του ιατρού αρχίζει με την εισαγωγή του στην ιατρική σχολή και συνεχίζεται μέχρι το τέλος της επαγγελματικής του σταδιοδρομίας (Boudoulas, 2006).

Η προπτυχιακή ιατρική εκπαίδευση στην Ελλάδα διαρκεί 6 χρόνια και χωρίζεται σε 12 ακαδημαϊκά εξάμηνα. Η προπτυχιακή εκπαίδευση παρέχεται από τα επτά τμήματα Ιατρικής, τα οποία είναι στην Αθήνα, στη Θεσσαλονίκη, στα Ιωάννινα, στην Κρήτη, στην Πάτρα στην Λάρισα και στην Αλεξανδρούπολη.

Σύμφωνα με τους οδηγούς σπουδών των Ιατρικών Σχολών τα επτά τμήματα ιατρικής των ελληνικών Πανεπιστημίων κατανέμουν τα μαθήματα σε τομείς. Οι τομείς συντονίζουν τη διδασκαλία μέρους του γνωστικού αντικειμένου, το οποίο αντιστοιχεί σε συγκεκριμένο πεδίο της επιστήμης.

Οι τομείς είναι οι εξής:

Ανατομικής και Παθολογικής Ανατομικής

Φυσιολογίας-Φαρμακολογίας

Βιολογικών Επιστημών και Προληπτικής Ιατρικής

Ακτινολογίας ,Ιατρικής Φυσικής και Πληροφορικής

Αισθητηρίων Οργάνων (Οφθαλμολογίας και Ωτορινολαρυγγολογίας)

Υγείας Παιδιού (Παιδιατρικής και Χειρουργικής Παίδων)

Νευροεπιστημών (Νευρολογίας, Ψυχιατρικής, Νευροχειρουργικής)

Χειρουργικής

Εσωτερικής Παθολογίας

Εξαμηνιαία μαθήματα

Τα εξαμηνιαία μαθήματα κατανέμονται σε δύο κύκλους σπουδών:

Μαθήματα α΄ κύκλου σπουδών (βασικές ιατρικές επιστήμες).

Μαθήματα β΄ κύκλου σπουδών (κλινικά μαθήματα).

Αναλυτικά ,το πρόγραμμα προπτυχιακών σπουδών συγκροτείται από:

- I. Τα υποχρεωτικά μαθήματα
- II. Τα κατ' επιλογήν υποχρεωτικά μαθήματα
- III. Την κλινική άσκηση

I. Τα υποχρεωτικά μαθήματα

Τα υποχρεωτικά μαθήματα διακρίνονται σε:

A) Μαθήματα βασικών ιατρικών επιστημών, για την απόκτηση της απαραίτητης γνώσης των βασικών λειτουργιών του ανθρώπινου οργανισμού, και την καλύτερη κατανόηση των μηχανισμών των νόσων (όπως ανατομία, φυσιολογία)

B) Μαθήματα προκλινικά και κλινικά που εισάγουν τον φοιτητή στην εκμάθηση της κλινικής σκέψης και στη μεθοδολογία της διάγνωσης και αντιμετώπιση των νόσων (όπως σημειολογία, θεραπευτική, παθολογία).

Γ) Μαθήματα Πληροφορικής, Τεχνολογίας, Μεθοδολογίας και Ξενόγλωσσας Ιατρικής Ορολογίας.

Δ) Ειδικά μαθήματα κοινωνικού περιεχομένου, ώστε να μπορεί ο νέος γιατρός να παρακολουθεί τα σύγχρονα κοινωνικά και περιβαλλοντικά προβλήματα που απασχολούν την κοινωνία και έχουν επίδραση στην υγεία, με στόχο τη διεύρυνση της ανθρωπιστικής του παιδείας.

II. Τα κατ' επιλογήν υποχρεωτικά μαθήματα

Ο φοιτητής, ανάλογα με τα προσωπικά του ενδιαφέροντα ,είναι ελεύθερος να επιλέξει μαθήματα αυτού του τύπου, από τον κατάλογο των κατ' επιλογήν υποχρεωτικών μαθημάτων της ιατρικής σχολής, στην οποία φοιτά. Το περιεχόμενο αυτών των μαθημάτων δεν αποτελεί τμήμα των αντίστοιχων υποχρεωτικών μαθημάτων, αλλά προέκτασή τους. Γενική επιδίωξη των μαθημάτων αυτών είναι η εκτενέστερη ανάπτυξη κάποιων θεμάτων ενός γνωστικού πεδίου, ή η εκπαιδευτική διασύνδεση με άλλα γνωστικά αντικείμενα της Ιατρικής, ή άλλων επιστημών.

III. Κλινική άσκηση

Η κλινική εκπαίδευση συνδυάζει τη θεωρητική διδασκαλία με την κλινική άσκηση. Η νοσοκομειακή άσκηση στα κλινικά μαθήματα γίνεται με εισαγωγικό τρόπο τα πρώτα έτη

σπουδών στις περισσότερες σχολές, και αναλυτικά μετά το τέταρτο έτος σπουδών. Η διδασκαλία των κλινικών μαθημάτων γίνεται με βάση τη γνώση της ύλης των βασικών ιατρικών μαθημάτων, είτε μέσα στο νοσοκομείο, είτε έξω από αυτό. Επομένως, η κλινική άσκηση, εκπαιδευτική μέθοδος απόλυτα συνδεδεμένη με τις ιατρικές σπουδές, αφορά την εφαρμοσμένη εκπαίδευση στην πράξη.

Η κλινική άσκηση γίνεται σε Πανεπιστημιακές, καθώς και σε μη-Πανεπιστημιακές Κλινικές και Μονάδες του ΕΣΥ, υπό την ευθύνη και καθοδήγηση μελών ΔΕΠ και με συμμετοχή και μη-Πανεπιστημιακών γιατρών, σύμφωνα με τις προϋποθέσεις και προδιαγραφές των αποφάσεων των Τομέων και της Γενικής Συνέλευσης της εκάστοτε σχολής.

Οι κλινικές και οι Μονάδες, όπου οι φοιτητές επιτελούν κλινική άσκηση, πρέπει να έχουν οργανωμένο πρόγραμμα εργασίας και υποχρεώσεων, καθορισμένους υπεύθυνους καθοδηγητές και οργανωμένες ώρες φροντιστηριακής εμπέδωσης των γνώσεων και εμπειριών.

Μορφές διδασκαλίας και άσκησης

Τα μαθήματα διδάσκονται με τους εξής τρόπους:

- A) Διαλέξεις
- B) Σεμινάρια, Φροντιστήρια και Φροντιστηριακές Ασκήσεις.
- Γ) Εργαστηριακές και Κλινικές Ασκήσεις

Ένα εργαλείο μέτρησης των εκβάσεων του προγράμματος σπουδών (ΠΣ) μιας ιατρικής σχολής είναι η έρευνα με ερωτηματολόγια. Παρακάτω παραθέτουμε μια έρευνα που δημοσιεύθηκε στο επιστημονικό ιατρικό περιοδικό «Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής» (Τσερετοπούλου κ.α., 2011).

Η έρευνα απαρτίζεται από 105 κλειστές ερωτήσεις καθώς και την ανοιχτή ερώτηση «**άν μπορούσατε να αλλάξετε ένα πράγμα στη σχολή σας, ποιο θα ήταν αυτό**». Το ερωτηματολόγιο μοιράστηκε στους πτυχιούχους των ιατρικών σχολών της χώρας μας που ορκίστηκαν το καλοκαίρι και το φθινόπωρο του 2009, καθώς και τους ειδικευόμενους και ειδικευμένους που παρακολουθούσαν τις «**Ημέρες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας – Γ. Παπαδάκης**» στις 5.2.2010. Συγκεντρώθηκαν συνολικά 408 ερωτηματολόγια πτυχιούχων από 6 ιατρικές σχολές της Ελλάδας (357 της καλοκαιρινής περιόδου ορκωμοσίας και 51

της φθινοπωρινής) - 45% άρρενες, 55% θήλυς - από Αθήνα 148 (48% των πτυχιούχων της), Αλεξανδρούπολη 38 (81%), Θεσσαλονίκη 147 (71%), Ιωάννινα 12(17%), Κρήτη 32 (47%) και Λάρισα 31 (100%), καθώς και 21 ερωτηματολόγια από ειδικευόμενους και ειδικευμένους στις 5.2.2010. Συνολικά πρότειναν 469 αλλαγές, κυρίως του προγράμματος σπουδών (46%) και των καθηγητών 46% και πολύ λιγότερο άλλων συνιστώσων του εκπαιδευτικού περιβάλλοντος (8%).

Αναλυτικότερα, προτάθηκαν τα εξής:

- περισσότερη πρακτική άσκηση (λιγότερη θεωρία) τόσο στα προκλινικά όσο και στα κλινικά γνωστικά αντικείμενα (n=129, 28%).
- έμφαση στα κλινικά αντικείμενα σε βάρος των προκλινικών τόσο θεωρητικά όσο και πρακτικά (n=8, 2%)),
- αφαίρεση υπερεξειδικευμένων (n=12, 3%) και εισαγωγή πρακτικών αντικειμένων στο προπτυχιακό πρόγραμμα σπουδών (ΠΣ),
- καλύτερος τρόπος διδασκαλίας (n=108 ,23%) και εξέτασης (n=62 ,13%),
- φοιτητοκεντρική στάση των καθηγητών (31, 7%),
- επιλογή και προαγωγή των καθηγητών με παιδαγωγικά κριτήρια (14, 3%) .
- περιορισμός του αριθμού των φοιτητών (n=6, 1%), του ρόλου των παρατάξεων (n=4, 1%) και της γραφειοκρατίας (n=4, 1%).
- δεν απουσίασαν και προτάσεις ριζικότερων αλλαγών, όπως μετατροπή σε problem-based learning και σε ιατρική βασισμένη σε τεκμήρια (evidence-based medicine, EBM).
- Ελάχιστες αλλαγές αφορούν στους ίδιους τους φοιτητές (n=10) και στη λειτουργία της σχολής (n=30). Έτσι, η πλειοψηφία των πτυχιούχων, δεν θα άλλαζαν τον εαυτό τους, τα προβλήματα που είδαν τα είδαν έξω και πέρα από τους φοιτητές, στους άλλους.

Σύμφωνα με την παραπάνω έρευνα διαπιστώνονται τα εξής :

Στο ΠΣ διασταυρώνονται τρεις άξονες: Θεωρητικός - πρακτικός, κλινικός-προκλινικός, προπτυχιακός - μεταπτυχιακός. Το ΠΣ καλείται να σταθμίσει το ισοζύγιο τους. Στάθμιση σημαίνει να χωρέσουν τα ισοζύγια αυτά στις κατάλληλες αναλογίες μέσα στον πεπερασμένο χρόνο, χώρο και προσωπικό της σχολής. Επομένως, ένας τέταρτος άξονας, το ωρολόγιο πρόγραμμα, διατρέχει το ΠΣ από άκρη σε άκρη.

Πρόγραμμα ωρολογίου

Πράξη

Προπτυχιακό επίπεδο

Κλινική φάση

Ακατάστατο ωρολόγιο πρόγραμμα

Θεωρία

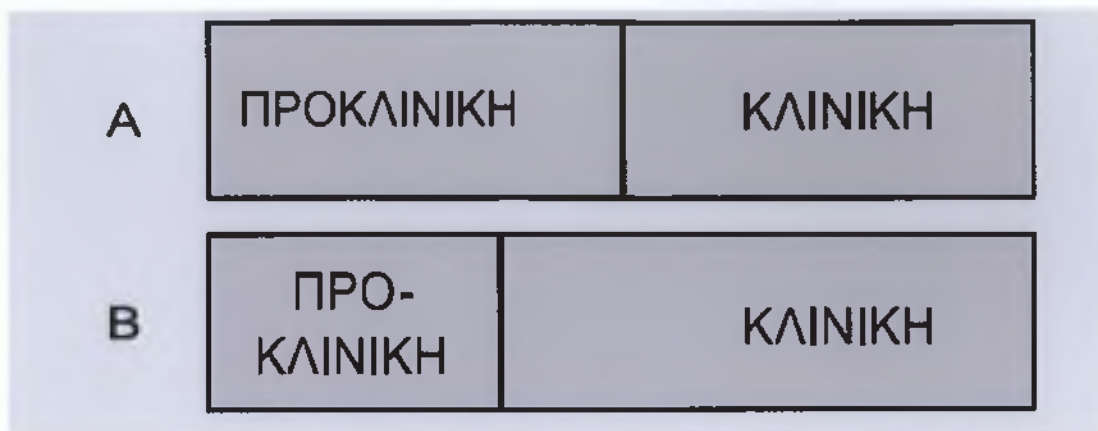
Μεταπτυχιακό επίπεδο

Προκλινική φάση

Νοικοκυρεμένο ωρολόγιο πρόγραμμα

16

Το Διάγραμμα 1.4. αποτελεί μια αναπαράσταση της σχέσης των φάσεων ενός ΠΣ προκλινική-κλινική. Το Β φαίνεται να είναι ο κανόνας που αναδύεται από τις αλλαγές που θα έκαναν φοιτητές και πτυχιούχοι .



Διάγραμμα 1.4.: Ο προκλινικός-κλινικός άξονας ενός προγράμματος σπουδών (ΠΣ) στη διάρκεια του χρόνου(στον οριζόντιο άξονα τα 6 έτη σπουδών). Α. Όπως στη χώρα μας, περίπου 3 και 3 χρόνια. Β. Όπως προτείνεται από τους φοιτητές και τους πτυχιούχους.

Πηγή: Τσερετοπούλου κ.α., 2011

Επομένως, από τη μελέτη συμπεραίνουμε ότι οι πτυχιούχοι της σχολής, εάν είχαν την ευθύνη, θα αναδιάρθρωσαν το πρόγραμμα σπουδών, αντιστρέφοντας τρία ισοζύγια: Θεωρίας-πράξης υπέρ της πράξης, προκλινικού-κλινικού κύκλου υπέρ του κλινικού και προπτυχιακού-μεταπτυχιακού επιπέδου υπέρ του προπτυχιακού (συμπύσσοντας προχωρημένα προκλινικά αντικείμενα, όπως η Βιολογία και η Βιοχημεία, αφαιρώντας υπερεξειδικευμένα κλινικά, π.χ. η Αγγειοχειρουργική και η Καρδιοχειρουργική και εισάγοντας «πρακτικά» αντικείμενα όπως οι «Πρώτες Βοήθειες» και η «Προετοιμασία για το Αγροτικό Ιατρείο»). Θα συντόνιζαν θεωρία με πράξη και διδασκαλία με εξετάσεις (π.χ. όχι ένα μάθημα να διδάσκεται στο 4^ο έτος και να εξετάζεται στο 5^ο), θα οργάνωναν την παρουσία τους στις κλινικές με συγκεκριμένες πράξεις που πρέπει να εφαρμόζονται κάθε μέρα (logbook, όχι να περιφέρονται άσκοπα στους διαδρόμους των κλινικών χάνοντας το χρόνο τους: περισσότερο νοσοκομείο δεν σημαίνει κατ' ανάγκη περισσότερη πράξη) και θα νοικοκύρευαν το ωράριο τους.

Ιατρικός πληθωρισμός στα Ελληνικά Πανεπιστήμια

Ο ιατρικός πληθωρισμός εκδηλώνεται στο Πανεπιστήμιο μέσα από διαχρονικές αδυναμίες στην αναλογία φοιτητών/εκπαιδευτικού προσωπικού. Στις περισσότερες σχολές οι

φοιτητές δεν χωράνε στα αμφιθέατρα, καθώς οι υποδομές δεν επαρκούν για την κάλυψη των αναγκών. Μέχρι το 2003, που επιτρεπόντουσαν οι μεταγραφές από πανεπιστήμια του εξωτερικού, ο αριθμός των εισακτέων εκτιμάται ότι ακολουθούσε πορεία εκτόξευσης μέχρι το Μάιο κάθε έτους που ολοκληρωνόντουσαν οι μεταγραφές.

Για να αντιμετωπιστεί ο πληθωρισμός των φοιτητών, από το 2004 έχει απαγορευτεί δια νόμου (Ν3027/2002, άρθρο 3) οποιαδήποτε μεταγραφή Έλληνα φοιτητή από πανεπιστήμιο του εξωτερικού σε πανεπιστήμιο της Ελλάδας. Σύμφωνα, όμως με το άρθρο 12 του Νόμου 2640/1998, τα άτομα που πάσχουν από χρόνιες ασθένειες εγγράφονται καθ' υπέρβαση σε οποιοδήποτε τμήμα της τριτοβάθμιας εκπαίδευσης. Έτσι, σύμφωνα με καταγγελίες, πολλές παράνομες εγγραφές στηρίχθηκαν στον παραπάνω νόμο.

1.5. Η Ποιότητα του Διδακτικού Επιστημονικού Προσωπικού (ΔΕΠ) και των Φοιτητών στις Ελληνικές Ιατρικές Σχολές

1.5.1. Η Ποιότητα του Διδακτικού Επιστημονικού Προσωπικού (ΔΕΠ) στις Ελληνικές Ιατρικές Σχολές

Έχοντας ως δεδομένο ότι η παροχή εκπαίδευσης αποτελεί το κυρίαρχο σκέλος της αποστολής της Ιατρικής Σχολής, θεωρείται αυτονόητο, ότι το επιστημονικό προσωπικό το οποίο τη στελεχώνει, πρέπει να επιλέγεται προς πρόσληψη και να εξελίσσεται στη συνέχεια στις επόμενες βαθμίδες της ακαδημαϊκής ιεραρχίας με πρωτεύοντα κριτήρια αξιολόγησης την ποιότητα και την ποσότητα του εκπαιδευτικού του έργου. Παραταύτα, αποτελεί παραδοξότητα στη χώρα μας, η σχετική αξιολόγηση να δίδει έμφαση και προτεραιότητα σε κριτήρια, τα οποία αφορούν στην ερευνητική δραστηριότητα του υποψηφίου και σαφώς λιγότερο ή και καθόλου στο εκπαιδευτικό του έργο και την εμπειρία. Η συγκεκριμένη επιλογή, η οποία άτυπα έχει θεσμοθετηθεί, στηρίζεται στο επιχείρημα, ότι το ερευνητικό έργο ενός υποψηφίου είναι δυνατό να αξιολογηθεί με σαφέστερα και αντικειμενικότερα κριτήρια σε σχέση με το εκπαιδευτικό του έργο. Τα κριτήρια αυτά αφορούν στον αριθμό των δημοσιεύσεων σε ελληνικά και ξένα επιστημονικά περιοδικά, στην απήχηση την οποία έχει το αντίστοιχο περιοδικό, στη σειρά των ονομάτων των συγγραφέων στη δημοσιευμένη εργασία και άλλα (Δαρδαβέσης, 2004).

Όμως στην αξιολόγηση αυτής της μορφής δεν υπάρχει πάντα αντιστοιχία στο πραγματικό ερευνητικό έργο του επιστήμονα, ούτε συνεπάγεται αυτόματα ότι ένας άριστος

ερευνητής είναι ταυτόχρονα και άριστος εκπαιδευτής. Επιπρόσθετα, η τάση να αξιολογείται το επιστημονικό προσωπικό της Ιατρικής Σχολής με κύριο κριτήριο τις ερευνητικές του επιδόσεις, τείνει να οδηγήσει την έρευνα και την εκπαίδευση σε σχέση ανταγωνισμού, ενώ είναι δεδομένο ότι η έρευνα υποστηρίζει την εκπαίδευση και η εκπαίδευση, ως επιστήμη, προϋποθέτει έρευνα (Δαρδαβέσης, 2004).

Ένα πρόσθετο στοιχείο, το οποίο αφορά στην καθημερινή πρακτική και συνεισφέρει στην υποβάθμιση του εκπαιδευτικού έργου του επιστημονικού προσωπικού της Ιατρικής Σχολής, είναι οι ποικίλες υποχρεώσεις και τα καθήκοντα στα οποία καλείται να ανταποκριθεί. Οι συγκεκριμένες υποχρεώσεις και τα καθήκοντα αφορούν, μεταξύ άλλων, σε διοικητικές ευθύνες, σε συμμετοχές σε επιτροπές, σε ενεργή συμμετοχή σε ποικίλες επιστημονικές εξωπανεπιστημιακές δραστηριότητες, σε επιστημονικές εκδοτικές προσπάθειες και στην άσκηση του επαγγέλματος.

Αθροίζοντας λοιπόν τα δεδομένα, ότι δεν υφίστανται σαφή κριτήρια αξιολόγησης του εκπαιδευτικού έργου, ότι το ερευνητικό έργο κυριαρχεί σε κάθε κρίση και ότι η ανταπόκριση στις διάφορες υποχρεώσεις και τα καθήκοντα εντός και εκτός πανεπιστημίου προσφέρει τουλάχιστον αναγνωρισιμότητα και προβολή, οδηγείται ο πανεπιστημιακός δάσκαλος συνειδητά ή όχι στην ποιοτική και ποσοτική υποβάθμιση των εκπαιδευτικών του καθηκόντων.

1.5.2. Η Ποιότητα της αξιολόγησης των Φοιτητών στις Ελληνικές Ιατρικές Σχολές

Η συχνότερη πρακτική στην Ελλάδα είναι οι τελικές εξετάσεις του εξαμήνου. Εκεί αξιολογείται η επίδοση των φοιτητών, οι γνώσεις, οι δεξιότητες, η συνολική απόδοση και άλλες παράμετροι με μια συνήθως γραπτή ή προφορική εξέταση. Όπως είναι φυσικό αυτό οδηγεί σε μεγάλο φόρτο διαβάσματος εκείνη την περίοδο, μαζική αποστήθιση εννοιών και ένα τελικό αποτέλεσμα που συχνά δεν ανταποκρίνεται στο πραγματικό επίπεδο του φοιτητή, είτε προς το καλύτερο, είτε προς το χειρότερο (Georgantopoulou, 2009).

Σύμφωνα με έρευνα, που δημοσιεύτηκε στα Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής (Μπαζούκης και Δημολιάτης, 2011), για την ποσοτική εκτίμηση της αντιγραφής στις ιατρικές σχολές, διαπιστώθηκαν τα εξής (Στην έρευνα χρησιμοποιήθηκαν τέσσερις διαφορετικές πηγές απόψεων: 188 φοιτητών Ιατρικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων για την επιστήμη τους, τη σχολή τους και την προσωπική τους ζωή (1998), 487 φοιτητών έξι ιατρικών σχολών της χώρας στη δοκιμή επικύρωσης του εργαλείου μέτρησης

εκπαιδευτικού περιβάλλοντος σχολών υγείας «DREEM» (2007), 246 φοιτητών που εξετάστηκαν την περίοδο Σεπτεμβρίου 2009 από το Εργαστήριο Υγιεινής και Επιδημιολογίας της Ιατρικής Σχολής Ιωαννίνων, για τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα της κλήρωσης με την οποία τοποθετήθηκαν στα καθίσματα, και 429 πτυχιούχων έξι ιατρικών σχολών της χώρας στη δόκιμη επικύρωση του εργαλείου μέτρησης εκβάσεων του προγράμματος σπουδών μιας ιατρικής σχολής «ΜΠΟΡΩ!» (2009)):

- Το 1998, ποσοστό 72% πίστευαν ότι υπάρχουν φοιτητές που περνούσαν μαθήματα με αντιγραφή, 59% γνώριζαν τέτοιους συμφοιτητές τους και 12% είχαν δηλώσει ότι πέρασαν οι ίδιοι ένα μάθημα με αντιγραφή. Επίσης, 65% πίστευαν ότι υπήρχαν φοιτητές που περνούσαν μαθήματα με μέσον, 30% γνώριζαν τέτοιους συμφοιτητές τους και 2% δήλωσαν ότι οι ίδιοι πέρασαν ένα τουλάχιστον μάθημα με αυτόν τον τρόπο
- Το 2007, 44% συμφώνησαν ότι η αντιγραφή ήταν ένα πρόβλημα στη σχολή τους, 29% διαφώνησαν και 27% ήταν αβέβαιοι. Βαθμολόγησαν τις σχολές στο θέμα της αντιγραφής με 4,4 στην κλίμακα 0=χείριστα έως 10=άριστα και 3% των 1.393 αλλαγών που θα έκαναν στη σχολή τους αναφέρονταν στην αντιγραφή, στην αξιοκρατία και στην αντικειμενικότητα στις εξετάσεις.

Από την παραπάνω έρευνα, διαπιστώνουμε ότι η αντιγραφή αποτελεί πρόβλημα και στις ιατρικές σχολές, δηλητηριάζοντας την εκπαιδευτική διαδικασία, δημιουργεί αδικίες σε βάρος όσων δεν αντιγράφουν και δεν δημιουργεί τις καλύτερες προϋποθέσεις για την υγεία των ασθενών του αύριο.

Προσπάθειες αντιμετώπισης του φαινομένου με θέσπιση κανόνων καλής πρακτικής, έχουν εφαρμοστεί σε πολλές σχολές. Η τακτοποίηση των φοιτητών στα καθίσματα με κλήρωση την ημέρα της εξέτασης τους, η κλήρωση θεμάτων και διαδοχής εξεταζόμενων μαθημάτων αποτελεί ένα αμερόληπτο και αποτελεσματικό μέσο περιορισμού του φαινομένου της αντιγραφής.

ΚΕΦ.2. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

2.1. Εισαγωγή στην Επαγγελματική Μεταπτυχιακή Ιατρική Εκπαίδευση

Σκοπός της επαγγελματικής μεταπτυχιακής εκπαίδευσης είναι να οδηγήσει σε πιστοποίηση της επαγγελματικής επάρκειας, συνήθως από κάποιο επαγγελματικό, ή ίσως και κρατικό φορέα. Στο χώρο της ιατρικής εκπαίδευσης, κλασσικό παράδειγμα επαγγελματικής μεταπτυχιακής εκπαίδευσης αποτελεί η εκπαίδευση στις ιατρικές ειδικότητες.

Στην προσπάθεια για το σχεδιασμό και την οργάνωση της «εκπαιδύσεως στο επάγγελμα» τρία είναι τα σημεία που χρήζουν ιδιαίτερης αναφοράς (Πανεπιστημιακή Νευρολογική Κλινική του Αιγινίτειου Νοσοκομείου, 2011):

1. Ο καθορισμός των εκπαιδευτικών αντικειμένων
2. Η επιλογή και η οργάνωση εκπαιδευτικών εμπειριών και
3. Η αξιολόγηση της εκπαιδευτικής (θεωρητικής και πρακτικής) διαδικασίας.

Ο καθορισμός των αντικειμένων μιας επαγγελματικής εκπαίδευσης πρέπει να έχει ως βάση την εκτίμηση των αναγκών της κοινωνίας για το συγκεκριμένο επάγγελμα. Η περιγραφή επομένως του ρόλου κάθε επαγγελματία παρέχει και το περίγραμμα των στόχων της επαγγελματικής του εκπαίδευσης. Οι ανάγκες της κοινωνίας για έγκαιρη και εύστοχη αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας, αλλά και οι ανάγκες για ιατρική φροντίδα και πρόληψη περιγράφουν τους στόχους της ιατρικής (επαγγελματικής) εκπαίδευσης.

Το δεύτερο σημείο, της επιλογής δηλαδή και της οργάνωσης των εκπαιδευτικών εμπειριών, βασίζεται ακριβώς στην ανάγκη για αντιμετώπιση πραγματικών προβλημάτων και τονίζουν τον πρακτικό χαρακτήρα της επαγγελματικής εκπαίδευσης.

Όσον αφορά στην εκπαιδευτική διαδικασία, μπορεί η μάθηση μέσω της εμπειρίας να είναι πολύ ισχυρή αλλά η οργάνωση και η εφαρμογή εκπαιδευτικών εμπειριών είναι πολύ δύσκολη. Είναι πολύ πιο εύκολη, και γι' αυτό πολύ πιο συνηθισμένη, η θεωρητική διδασκαλία, δηλαδή η διάλεξη ακόμα και στο πλευρό του ασθενούς, παρά η οργάνωση μιας, διδακτικής για τους ειδικευόμενους, εμπειρίας. Η δε σκοπιμότητα της αξιολογήσεως είναι προφανής. Στην επαγγελματική ιδιαίτερα εκπαίδευση, αξιολόγηση είναι η διαδικασία εκείνη, που εκτός από τη διαπίστωση της επιτεύξεως των αντικειμένων, θα ενισχύσει τη συζήτηση και τον προβληματισμό κυρίως για τους στόχους που έχουν τεθεί, αλλά και

δευτερευόντως, για την αποτελεσματικότητα των διδακτικών τεχνικών που χρησιμοποιούνται.

Εν πάσει περιπτώσει, εντελώς σχηματικά, η αξιολόγηση ιδιαίτερα της επαγγελματικής εκπαίδευσως πρέπει να είναι συνεχής, να στηρίζεται σε ποικίλες εξεταστικές μεθόδους και ιδιαίτερα στην πρακτική εξέταση.

2.2. Η συγκρότηση και αξιολόγηση των Εκπαιδευτικών Προγραμμάτων Ειδίκευσης στη Μεγάλη Βρετανία

Το πιο δημοφιλές εκπαιδευτικό σύστημα ειδικότητας στην Ελλάδα είναι αυτό της Μεγάλης Βρετανίας, καθώς μεγάλος αριθμός νέων Ελλήνων ιατρών βρίσκει διέξοδο σε αυτό. Στην Αγγλία το σύστημα είναι ανταγωνιστικό. Δηλαδή μπορεί να κάνει οποιοσδήποτε πτυχιούχος ιατρικής μια αίτηση σε νοσοκομείο που προκηρύσσει θέσεις ειδικότητας και να διεκδικήσει μια θέση στο σύστημα υγείας. Απαραίτητα είναι ένα καλό βιογραφικό σημείωμα και βέβαια μια επιτυχημένη συνέντευξη. Είναι αυτονόητο ότι η Μεγάλη Βρετανία ψάχνει να βρει τον καλύτερο υποψήφιο και όχι απλά αυτόν που περιμένει σε μια επετηρίδα να έρθει ο χρόνος του για να τον πάρουν, όπως συμβαίνει στην Ελλάδα.

Στη Μ. Βρετανία προηγείται της ειδικότητας ένα διετές εκπαιδευτικό πρόγραμμα που γεφυρώνει την προπτυχιακή με την μεταπτυχιακή εκπαίδευση. Οι απόφοιτοι ιατρικών σχολών έχουν την ευκαιρία να αποκτήσουν πρακτική εμπειρία με την κυκλική τοποθέτηση τους, ανά 3-6 μήνες, σε μια σειρά έμμισθων θέσεων από περιφερειακά κέντρα υγείας μέχρι και εξειδικευμένα κέντρα τριτοβάθμιας περίθαλψης. Το συγκεκριμένο πρόγραμμα εντατικής πρακτικής άσκησης ονομάζεται Foundation Programme (Αυγερινός, 2006).

Έπειτα, ο ιατρός θα ακολουθήσει 2 έτη Core Medical Training (CMT) ή Acute Core Common Stem (ACCS) TRAINING. Το CMT περιλαμβάνει 2 έτη απόκτησης γενικών ιατρικών δεξιοτήτων (κάτι σαν τα προπαρασκευαστικά χρόνια παθολογίας πριν την απόκτηση της κύριας ειδικότητας). Το ACCS είναι και αυτό 2 έτη και αφορά την απόκτηση δεξιοτήτων μόνο σε επείγοντα και περιλαμβάνει γνώσεις και δεξιότητες επείγουσας ιατρικής, εντατικολογίας και αναισθησιολογίας. Φυσικά κάποιος μπορεί αντί για το ACCS να διαλέξει το CMT (Manos, 2009, Ελληνική Ουρολογική Εταιρεία, 2011).

Στη συνέχεια ακολουθεί τα υπόλοιπα έτη ειδικότητας που οδηγούν στη λήψη τίτλου ειδίκευσης, δηλαδή το Specialist Training το οποίο και είναι 4 έτη. Ο ιατρός τελειώνει με

το δίπλωμα CCT (Certificate of Completion of Training), οπότε μπορεί να πάρει θέση Consultant. Ακολουθούν διάφορα προγράμματα υπο- και εξ-ειδίκευσης, τα λεγόμενα Fellowships (Manos, 2009, Ελληνική Ουρολογική Εταιρεία, 2011).

Ο ιατρός που κάνει Special Training για απόκτηση κύριας ειδικότητας λέγεται specialist registrar. Ο ιατρός που κάνει Foundation Programme λέγεται House Officer. Και αυτός που κάνει το CMT/ACCS λέγεται Senior House Officer (Αυγερινός, 2006, Manos, 2009).

Σε όλες τις βαθμίδες του αγγλικού συστήματος υπάρχει το πρόγραμμα εκπαίδευσης των ιατρών που καθορίζει τι πρέπει να μάθει ο ιατρός στην εκπαίδευση του, η οποία είναι συγκεκριμένη και παρέχεται από συγκεκριμένους ανώτερους ιατρούς. Για παράδειγμα, υποχρεούται να μάθει βασική (BLS) και προχωρημένη (ALS) ανάνηψη, να μάθει διασωλήνωση κτλ.

Μέθοδος Αξιολόγησης των Ειδικευόμενων Ιατρών στην Μ. Βρετανία κατά τη διάρκεια της Ειδικότητας

Κεντρικός είναι ο ρόλος των Διευθυντών των Προγραμμάτων Πρακτικής Άσκησης (Training Programme Directors). Οι εν λόγω Διευθυντές είναι επιφορτισμένοι με το έργο συντονισμού και αξιολόγησης των προγραμμάτων ειδικότητας (Ελληνική Ουρολογική Εταιρεία, 2011).

1. Εξάλλου, κάθε ειδικευόμενος ιατρός έχει έναν εκπαιδευτικό και έναν κλινικό επιβλέποντα (Educational and Clinical Supervisor), ή, σε κάποιες περιπτώσεις, ένα πρόσωπο που αναλαμβάνει και τους δύο ρόλους. Σε κάθε περίπτωση, ο ρόλος του επιβλέποντα είναι κρίσιμος, διότι όχι μόνο μεριμνά για τη σωστή τήρηση του προγράμματος εκπαίδευσης (curriculum), αλλά και για την αξιολόγηση του εκπαιδευόμενου ιατρού σε ειδικό φάκελο αξιολόγησης. Στην Αγγλία όλοι οι ιατροί έχουν τον προσωπικό τους φάκελο στο νοσοκομείο και αξιολογούνται συνεχώς σχετικά με το αν ακολουθεί όλους τους κανόνες της καλής ιατρικής πράξης (Good Medical Practice), την ομαδική δουλειά (team work) και συνεργασία, το αν αναζητούν βοήθεια ανώτερου ιατρού σε δύσκολα περιστατικά και το αν είναι επαρκώς ενημερωμένοι για τις ιατρικές εξελίξεις (updated) (Manos, 2009, Ελληνική Ουρολογική Εταιρεία, 2011).

2. Το Good Medical Practice είναι ένα σύνολο κανόνων που έχουν να κάνουν με την συμπεριφορά του ιατρού π.χ. αν είναι καλός στη συμμετοχή σε ομαδική δουλειά, στις

αρμονικές σχέσεις του ιατρού με τους συναδέλφους του, στην ευγενική συμπεριφορά και επικοινωνία του προς τους ασθενείς, τους συναδέλφους και το νοσηλευτικό προσωπικό, καθώς και την εμφάνιση του (το να είναι σωστά ντυμένος στο χώρο εργασίας, όπως άλλωστε αρμόζει στο ιατρικό επάγγελμα). Εκδίδεται βιβλιαράκι σχετικά με την καλή ιατρική πρακτική από τους ιατρικούς συλλόγους της Αγγλίας (Manos, 2009).

Χορήγηση Ιατρικής Ειδικότητας

Στο τέλος της ειδικότητας ο ειδικευόμενος ιατρός δίνει τις κλινικές εξετάσεις PACES (με κλινικά πρακτικά σενάρια).

Το πτυχίο της ειδικότητας, που αποκαλείται CCT (Certificate of Completion of Training-Πτυχίο Εκπλήρωσης της Άσκησης) χορηγείται με την ακόλουθη διαδικασία (Ελληνική Ουρολογική Εταιρεία, 2011):

1. Τέσσερις μήνες πριν από την ολοκλήρωση του προγράμματος ειδίκευσης, η Κοσμητεία Μεταπτυχιακών Σπουδών επικοινωνεί με τη Σχολή ή το Κολλέγιο του ειδικευόμενου ιατρού και ειδοποιεί ότι επέρχεται η τελική αξιολόγηση των δεξιοτήτων του.
2. Αν η Ιατρική σχολή ή το Κολλέγιο θεωρεί ότι οι προϋποθέσεις του προγράμματος εκπαίδευσης του ειδικευόμενου έχουν εκπληρωθεί, δίνει άδεια στον ειδικευόμενο να καταθέσει ηλεκτρονικά αίτηση χορήγησης του Πτυχίου ειδικότητας στο Γενικό Ιατρικό Συμβούλιο.
3. Παράλληλα, η Ιατρική σχολή ή το Κολλέγιο γνωμοδοτεί επί του ζητήματος στο Γενικό Ιατρικό Συμβούλιο.
4. Σε περίπτωση που το Γενικό Ιατρικό Συμβούλιο συμφωνεί, εγγράφει εντός τριών εβδομάδων τον ειδικευόμενο ιατρό στα μητρώα ειδικευμένων ιατρών.

2.3. Η συγκρότηση και αξιολόγηση των Εκπαιδευτικών Προγραμμάτων στην Αμερική
Καταρχάς, προβλέπονται ειδικές εξετάσεις για την απόκτηση της άδειας ασκήσεως επαγγέλματος οι οποίες ονομάζονται United States Medical Licensing Examinations (USMLE). Οι εξετάσεις αυτές περιλαμβάνουν 3 στάδια. Το πρώτο στάδιο (USMLE step 1) συνίσταται σε αξιολόγηση των επιστημονικών γνώσεων των υποψηφίων στις βασικές επιστήμες της βιοχημείας, ανατομίας, φυσιολογίας, φαρμακολογίας, μικροβιολογίας, κτλ. Το δεύτερο στάδιο (USMLE step 2) συνίσταται σε αξιολόγηση της ικανότητας των υποψηφίων να εφαρμόσουν τις επιστημονικές και κλινικές τους γνώσεις για να προχωρήσουν σε σωστή διάγνωση και σχεδιάσουν θεραπεία σε συγκεκριμένα κλινικά σενάρια. Το τρίτο στάδιο (USMLE step 3) λαμβάνει χώρα κατά το τέλος του πρώτου έτους της ειδικότητας και συνίσταται στον έλεγχο της ικανότητας του ειδικευόμενου ιατρού να λαμβάνει αυτοτελώς ορθές ιατρικές αποφάσεις σε κλινικά συγκεκριμένα (Ελληνική Ουρολογική Εταιρεία, 2011).

Κατάληψη Θέσης Ειδικότητας

Η κατάληψη των θέσεων ειδικότητας διενεργείται με εξατομικευμένη αξιολόγηση του φακέλου του κάθε υποψήφιου και προσωπική συνέντευξη διενεργούμενη από τις επιστημονικές ομάδες των νοσοκομείων και κλινικών που προσφέρουν τις θέσεις ειδικότητας. Η επιτυχημένη υποψηφιότητα προϋποθέτει κατά κανόνα εξαιρετικά υψηλές επιδόσεις και στα τρία στάδια των εξετάσεων για την απόκτηση της άδειας ασκήσεως του ιατρικού επαγγέλματος (USMLE). Η τελική κατάληψη της θέσης λαμβάνει χώρα μέσω ενός εθνικού ηλεκτρονικού και «τυφλού» (blinded) συστήματος «συζυγίας» (Match). Στο πλαίσιο του συστήματος αυτού, τόσο οι επιστημονικές ομάδες των επιμέρους νοσοκομείων και κλινικών όσο και οι υποψήφιοι για τις θέσεις ειδικότητας κατατάσσουν ηλεκτρονικά τις προτιμήσεις τους οι μεν για τους δε χωρίς να γνωρίζουν οι μεν ποιες είναι οι προτιμήσεις των δε. Η διαδικασία καταλήγει σε τελική κατάταξη των υποψηφίων, οι οποίοι αναλαμβάνουν συμβατικώς την υποχρέωση κατάληψης της θέσης ειδικότητας στην οποία τελικώς τοποθετούνται (Ελληνική Ουρολογική Εταιρεία, 2011).

Συγκρότηση και Αξιολόγηση του Προγράμματος Εκπαίδευσης

Η συγκρότηση του προγράμματος εκπαίδευσης των ειδικευόμενων ιατρών γίνεται υπό την ευθύνη των επιστημονικών ιατρικών ομάδων των νοσοκομείων και κλινικών που

προσφέρουν τη θέση ειδικότητας. Η εκπαίδευση στην ειδικότητα είναι εξαιρετικά εντατική, δεδομένου ότι ομοσπονδιακή νομοθεσία περιορίζει τις εβδομαδιαίες ώρες εργασίας των ειδικευόμενων ιατρών στις 80. Η εκπαίδευση βασίζεται στη λεπτομερή καταγραφή της εκπαιδευτικής δραστηριότητας του ειδικευόμενου ιατρού σε βιβλιάριο εκπαίδευσης (logbook), καθώς και στη συστηματική χρήση των τεχνολογιών (Ελληνική Ουρολογική Εταιρεία, 2011).

Θεμελιώδης για την λειτουργία του ιατρικού εκπαιδευτικού συστήματος είναι η αρχή της συνεχούς και πολυεπίπεδης αξιολόγησης των παρεχόμενων εκπαιδευτικών προγραμμάτων από όργανα και θεσμούς που έχουν δημιουργήσει αυτοβούλως οι ίδιοι οι ιατροί, μέσω επιστημονικών τους εταιριών. Με άλλα λόγια, το σύστημα απόδοσης ιατρικής ειδικότητας βασίζεται στην αρχή της αυτορρύθμισης των ιατρών, καθώς και στην απουσία ασφυκτικής κρατικής παρέμβασης και εποπτείας (Ελληνική Ουρολογική Εταιρεία, 2011).

Η αξιολόγηση και πιστοποίηση της ποιότητας των προσφερόμενων προγραμμάτων εκπαίδευσης για τις ιατρικές ειδικότητες διενεργείται από το Συμβούλιο Πιστοποίησης της Μεταπτυχιακής Ιατρικής Εκπαίδευσης (Accreditation Council for Graduate Medical Education), το οποίο είναι ένα μη κερδοσκοπικό νομικό πρόσωπο ιδιωτικού δικαίου. Το Συμβούλιο συνεργάζεται στενά τόσο με την Αμερικάνικη Ιατρική Ένωση (American Medical Association), όσο και με τις επιμέρους επιστημονικές εταιρείες των ιατρικών ειδικοτήτων (Ελληνική Ουρολογική Εταιρεία, 2011).

Χορήγηση Ιατρικής Ειδικότητας

Όπως προαναφέρθηκε, ιδιάζον στοιχείο του αμερικάνικου συστήματος απόκτησης ιατρικής ειδικότητας είναι ο αυτουρυθμιζόμενος και αποκεντρωμένος χαρακτήρας του. Οι ειδικότητες χορηγούνται από τις εκάστοτε Ιατρικές Επιστημονικές Εταιρείες (μη κερδοσκοπικά νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου), οι οποίες επιβλέπονται και αξιολογούνται από μεγάλες δευτεροβάθμιες ενώσεις, όπως το American Board of Medical Specialties.

Εξαιρετικό ενδιαφέρον παρουσιάζει, εξάλλου, η πρωτοβουλία που ανέλαβαν το 2000 οι 24 από τις μεγαλύτερες ιατρικές επιστημονικές εταιρείες στο πλαίσιο του American Board of Medical Specialties για διά βίου αξιολόγηση και πιστοποίηση των δεξιοτήτων των ειδικευμένων ιατρών - μελών τους (Ελληνική Ουρολογική Εταιρεία, 2011).

2.4. Επαγγελματική Μεταπτυχιακή Ιατρική Εκπαίδευση στην Ελλάδα

Η μεταπτυχιακή ιατρική εκπαίδευση και κυρίως το Ιατρικό μοντέλο ειδίκευσης παρουσιάζουν σημαντικές διαφορές μεταξύ των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης και φυσικά απέχει κατά πολύ από τις συστάσεις των αρμόδιων Ευρωπαϊκών Επιτροπών

Προτού γίνει αναφορά στην επαγγελματική μεταπτυχιακή ιατρική εκπαίδευση στην Ελλάδα θα αναφερθούν, χωρίς σχόλια, οι προτάσεις της Ευρωπαϊκής Ένωσης για εναρμόνιση της εκπαιδύσεως στις ειδικότητες (Directive 93/16/EEC/5/4./93) (Ευρωπαϊκή Ένωση, 1993).

Η Ευρωπαϊκή Ένωση θεωρεί ότι για την εκπαίδευση στην ειδικότητα:

1) Πρέπει να υπάρχει κεντρικό όργανο (central authority) που θα έχει την ευθύνη του σχεδιασμού, της εφαρμογής και της αξιολόγησης της εκπαιδύσεως (υπάρχουν συγκεκριμένες κατευθύνσεις για τη σύνθεση και τη λειτουργία του οργάνου αυτού, που για λόγους συντομίας, δεν αναλύονται).

2) Θέματα εκπαιδύσεως στην ειδικότητα:

- Επιλογή των ειδικευομένων
- Καθορισμός της διάρκειας της ειδικότητας
- Καθορισμός του “κοινού κορμού” που χρειάζεται για την ειδικότητα

Εφαρμογή του εκπαιδευτικού προγράμματος και καθιέρωση “βιβλίου εκπαιδύσεως” (log-book) για κάθε ειδικευόμενο

Εφαρμογή συστήματος αξιολόγησης και ελέγχου της ποιότητας της εκπαιδύσεως στην ειδικότητα.

Εφαρμογή συστήματος “περιορισμένου αριθμού” (numerus clausus) εκπαιδευομένων ανάλογα με τις ανάγκες της κοινωνίας.

Διευκολύνσεις για μετακινήσεις από χώρα σε χώρα των ειδικευομένων.

3) Προδιαγραφές για τα εκπαιδευτικά κέντρα:

Αναγνώριση ενός κέντρου (κλινικής ή εργαστηρίου) ως εκπαιδευτικού

- Μέγεθος και ποικιλία ιατρικών πράξεων (εξωτερικών ιατρείων, τμημάτων βραχείας νοσηλείας, κλινικών και εργαστηρίων, κ.λπ.) του συγκεκριμένου κέντρου καθώς και δυνατότητα συνεργασίας με άλλα κέντρα.

- Έλεγχος ποιότητας του κέντρου, που εξασφαλίζεται με επιτόπια εξέταση των

συνθηκών από αρμόδια όργανα.

4) Προδιαγραφές για τους εκπαιδευτές:

- Ο υπεύθυνος της εκπαίδευσεως πρέπει να έχει την ειδικότητα για τουλάχιστον 5 χρόνια. Εκτός αυτού απαιτείται και εκπαιδευτική εμπειρία (αναγνωρισμένη από αρμόδια όργανα).

- Ο εκπαιδευτής πρέπει να λαμβάνει υπόψη του τις δυνατότητες του εκπαιδευομένου, τις δυνατότητες του ιδρύματος και τις γενικές κατευθύνσεις που έχει θέσει η κάθε χώρα και που εναρμονίζονται με τις συστάσεις της Ε.Ε.

- Η αναλογία (ειδικευομένων) διδασκόντων και ειδικευομένων πρέπει να είναι τέτοια ώστε αφ' ενός μεν να εξασφαλίζεται η στενή επαφή διδάσκοντος και διδασκομένου, αφ' ετέρου δε να δίνεται η δυνατότητα στον εκπαιδευόμενο να μετέχει ενεργώς στις δραστηριότητες της κλινικής ή του εργαστηρίου.

5) Προδιαγραφές για τους ειδικευομένους:

- Για την απόκτηση εμπειρίας, ο ειδικευόμενος πρέπει να συμμετέχει στη θεραπεία ικανού αριθμού νοσηλευομένων, ασθενών σε τμήμα βραχείας νοσηλείας και εξωτερικών ασθενών αλλά και να συμμετέχει σε ικανό αριθμό και μεγάλη ποικιλία ιατρικών πράξεων.

- Ο εκπαιδευόμενος θα πρέπει να έχει ικανότητα επικοινωνίας με τους ασθενείς αλλά και ικανότητα προσπελάσεως της διεθνούς βιβλιογραφίας και επικοινωνίας με αλλοδαπούς συναδέλφους του.

- Ο εκπαιδευόμενος πρέπει να διατηρεί το προσωπικό του “βιβλίο εκπαίδευσεως” (log book) σύμφωνα με τις προδιαγραφές.

Όμως, η κατάσταση στην Ελλάδα έχει ως εξής:

I. Κεντρικό όργανο, που έχει την ευθύνη του σχεδιασμού, της εφαρμογής και της αξιολογήσεως της εκπαίδευσεως είναι το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης μετά από γνωμοδότηση του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας (ΚΕΣΥ).

II. Όσον αφορά στα προγράμματα εκπαίδευσης, ενιαίο εθνικό εκπαιδευτικό πρόγραμμα ανά ειδικότητα δεν υφίσταται. Τα εκπαιδευτικά προγράμματα ποικίλλουν, όχι μόνο μεταξύ των νοσοκομείων, αλλά ακόμα και μεταξύ συναφών κλινικών στο ίδιο νοσοκομείο. Πολύ λίγες είναι οι κλινικές που υποβάλλουν τους ειδικευόμενους ιατρούς σε συγκεκριμένο πρόγραμμα εκπαίδευσης. Είναι επίσης λίγες οι κλινικές που θέτουν συγκεκριμένες

προδιαγραφές δεξιοτήτων, τις οποίες πρέπει να κατέχει ο ειδικός ιατρός που τελειώνει ένα πρόγραμμα εκπαίδευσης (π.χ. ποιές χειρουργικές τεχνικές θα πρέπει να κατέχει ο ειδικός χειρουργός μετά από 5 χρόνια ειδίκευσης και πόσα χειρουργεία θα πρέπει να έχει διεκπεραιώσει ή ποιές δεξιότητες και εκπαιδευτικά αντικείμενα θεωρούνται απολύτως απαραίτητα για τον νευρολόγο;). Χαρακτηριστικό της έλλειψης προγράμματος σπουδών είναι η απουσία μαθημάτων (θεωρητικών και πρακτικών) από το καθημερινό πρόγραμμα του ειδικευόμενου ιατρού (Μουτσόπουλος, 2007, Αυγερινός, 2006).

Η δυσλειτουργία πολλών ελληνικών νοσοκομείων αποτελεί ουσιώδη ανασταλτικό παράγοντα στην εκπαίδευση των ιατρών. Έτσι, πολύτιμος χρόνος καταναλίσκεται στην προσπάθεια διεκπεραίωσης γραμματειακής φύσης ενεργειών, όπως η συλλογή αποτελεσμάτων εξετάσεων από τα διάφορα εργαστήρια του νοσοκομείου. Ακόμα, ένας σημαντικός ανασταλτικός παράγοντας είναι το θέμα των ατελείωτων εφημεριών που εξουθενώνουν και περιορίζουν εξαιρετικά τον προσωπικό χρόνο μελέτης (Αυγερινός, 2006).

Τέλος, δεν υπάρχει θεσμική κατοχύρωση ούτως ώστε οι υπό ειδίκευση ιατροί να έχουν διαφορετικά καθήκοντα, ανάλογα με το χρόνο εκπαίδευσης τους. Έτσι, ο ειδικευόμενος ιατρός που έχει αρχίσει την εκπαίδευσή του πριν από 6 μήνες έχει τα ίδια καθήκοντα, με τον ειδικευόμενο ιατρό που σε ένα μήνα την ολοκληρώνει (Μουτσόπουλος, 2007).

III. Όσον αφορά στα εκπαιδευτικά κέντρα, μεταπτυχιακή εκπαίδευση παρέχεται από τα πανεπιστημιακά και κρατικά νοσοκομεία της χώρας, τα οποία παρουσιάζουν σημαντικές ανομοιογένειες ως προς τον αριθμό και ως προς το είδος των περιστατικών που αντιμετωπίζουν, με αποτέλεσμα το ίδιο γνωστικό αντικείμενο να προσφέρεται στους ειδικευόμενους σε εντελώς άνισες συνθήκες στα διάφορα νοσοκομεία της χώρας (Αυγερινός, 2006).

Προϋπόθεση για την άριστη μεταπτυχιακή εκπαίδευση των ιατρών είναι η άρτια υλικοτεχνική υποδομή των νοσοκομείων και η απρόσκοπτη λειτουργία τους. Δηλαδή απαιτείται τα νοσοκομεία/εκπαιδευτήρια να διαθέτουν όλα τα ιατρικά τμήματα, όλες τις εξειδικευμένες μονάδες υψηλής φροντίδας και όλα τα διαγνωστικά εργαστήρια καθώς και σύγχρονες ιατρικές βιβλιοθήκες (Μουτσόπουλος, 2007).

Δυστυχώς, όμως στην Ελλάδα ο τυπικός χαρακτηρισμός των περισσότερων νοσοκομείων ως 2οβάθμια, 3οβάθμια κτλ κέντρα πολλές φορές δεν αντανακλά και το είδος

των υπηρεσιών που προσφέρουν. Η λειτουργική διασύνδεση των κλινικών και εργαστηρίων συναφών ειδικοτήτων, η δυνατότητα ηλεκτρονικής διασύνδεσης τους με τα λοιπά τμήματα του νοσοκομείου και η τήρηση αρχείου ιατρικών φακέλων ασθενών, προϋποθέσεις σωστής εκπαίδευσης των ειδικευόμενων ιατρών, είναι ανύπαρκτες στα ελληνικά νοσοκομεία-εκπαιδευτήρια. Επιπλέον, θα πρέπει να τονιστεί ότι στην Ελλάδα δεν υφίσταται ποιοτικός έλεγχος των εκπαιδευτικών κέντρων.

IV. Η κύρια λειτουργική μονάδα κάθε συστήματος εκπαίδευσης είναι ο εκπαιδευτής. Στα πλαίσια της ιατρικής, εκπαιδευτής μπορεί να είναι οποιοσδήποτε ανώτερος σε εμπειρία και σε χρόνια ιατρός (από τους τελειόφοιτους ειδικευόμενους, έως τους διευθυντές μιας κλινικής). Το πρόβλημα είναι ότι οι εκπαιδευτές δεν είναι ουσιαστικά θεσμοθετημένοι και δεν ελέγχονται, με αποτέλεσμα να επαφίεται στην προσωπική επιθυμία των εμπειρότερων ιατρών να διδάξουν (Μουτσόπουλος, 2007). Έτσι, η εκπαίδευση του ειδικευόμενου στηρίζεται στην φιλοτιμία και στην επιστημονική εκπαιδευτική επάρκεια των διευθυντών και επιμελητών.

V. Δέν υπάρχει διαδικασία επιλογής των ιατρών για έναρξη ειδικότητας με βάση την επιστημονική τους αξία, αλλά η έναρξη εκπαίδευσης των ιατρών στην ειδικότητα της επιλογής τους γίνεται με βάση τη σειρά εγγραφής των πτυχιούχων των ιατρικών σχολών σε καταλόγους (λίστες) αναμονής στις κατά τόπους περιφέρειες για έναρξη ειδικότητας. Οι ειδικευόμενοι ιατροί αξιολογούνται μόνο μια φορά, μετά την ολοκλήρωση της εκπαίδευσης τους. Η εφάπαξ αξιολόγηση περιλαμβάνει ερωτήσεις πολλαπλής επιλογής και βραχύ δοκίμιο επί θεμάτων προς ανάπτυξη, η οποία μπορεί να παρέχει μεγαλύτερη αξιοπιστία, αδυνατεί όμως να αξιολογήσει σφαιρικά την κλινική τους επάρκεια (διαγνωστικές και θεραπευτικές τους ικανότητες) και πιθανόν αξιολογεί μόνο τις θεωρητικές γνώσεις τους.

Επιπλέον, οι κατά ειδικότητα Ιατρικές Επιστημονικές Εταιρείες, έχοντας τη νομική υπόσταση μη κερδοσκοπικών σωματείων, δεν έχουν καμία αναγνωρισμένη αρμοδιότητα στην συγκρότηση και υλοποίηση των εκπαιδευτικών προγραμμάτων των ειδικευόμενων ιατρών ή στη χορήγηση της εκάστοτε ιατρικής ειδικότητας.

Παράλληλα, δεν υφίσταται διαδικασία πιστοποίησης των δεξιοτήτων των ειδικευμένων ιατρών, ούτε υπάρχει νομική υποχρέωση αναβάθμισής τους.

Σύμφωνα με μια πολύ ενδιαφέρουσα έρευνα «Burnout και ικανοποίηση από την ιατρική εκπαίδευση στην Ελλάδα», την οποία πραγματοποίησαν η Εταιρεία Νέων Ιατρών

και Επιστημόνων Υγείας, η Κλινική Κοινωνικής και Οικογενειακής Ιατρικής του Πανεπιστημίου Κρήτης και η Ιατρική Εταιρεία Αθηνών (Msaouel et al., 2010), το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης ή αλλιώς σύνδρομο Burnout έχει «χτυπήσει» έναν στους δύο Έλληνες γιατρούς ήδη από το στάδιο της ειδικότητας. Η έρευνα διεξήχθη σε δείγμα 311 ειδικευόμενων γιατρών από 8 μεγάλα δημόσια νοσοκομεία της Αθήνας, του Ηρακλείου και του Βόλου, με τη μέθοδο των ερωτηματολογίων. Το εντυπωσιακό είναι ότι τα ποσοστά επαγγελματικής εξουθένωσης στους Έλληνες ειδικευόμενους ιατρούς είναι δύο φορές υψηλότερα από αυτά των Ευρωπαίων συναδέλφων τους. Περίπου ένας στους τρεις είναι απογοητευμένοι συνολικά από την εκπαίδευση τους κατά τη διάρκεια της ειδικότητας. Κάτι που φαίνεται να απασχολεί πολύ τους νέους γιατρούς και να συμβάλει στα υψηλά επίπεδα εξουθένωσης τους είναι η «λάντζα» που καθημερινά καλούνται να φέρουν εις πέρας. Σχεδόν τρεις στους πέντε θεωρούν ότι έχουν να αντιμετωπίσουν «βουνά» γραφειοκρατικής δουλειάς κάθε μέρα, γεγονός που τους αποπροσανατολίζει από το έργο τους. Σε πολύ υψηλά ποσοστά επίσης (22,3%), οι γιατροί δηλώνουν ότι δεν είναι ικανοποιημένοι από τα θεραπευτικά καθήκοντα που τους απονέμονται αλλά και ότι οι προϊστάμενοι τους δεν ενδιαφέρονται για την εκπαίδευση τους. Το 46,6% επίσης θεωρούν ότι θα είναι πολύ δύσκολο να βρουν ή να διατηρήσουν τη δουλειά τους ως γιατροί στο μέλλον.

Αξίζει να σημειωθεί ότι η ειδικότητα είναι μια περίοδος άγχους για τους γιατρούς που καλούνται να δουλέψουν πάρα πολλές ώρες και με ολοένα αυξανόμενες ευθύνες. Το θέμα είναι αυτά να μεταφράζονται σε μεγαλύτερη γνώση και εμπειρία. Όμως, αρκετές φορές, η υπερσυσσώρευση ευθυνών σε συνδυασμό με τη βιολογική κόπωση αποτελούν εύφορο πεδίο για burnout. Τα υψηλά επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης, σύμφωνα με τα διαθέσιμα επιστημονικά δεδομένα, μπορεί να οδηγήσουν σε κακή ποιότητα δουλειάς, λανθασμένες εκτιμήσεις κ.ά. (Thomas, 2004).

2.5.Ελληνική και Διεθνής Κατανομή του Ιατρικού Δυναμικού ανά Ειδικότητα

Ένα από τα πολυσυζητημένα ζητήματα στο χώρο της υγείας είναι ο λεγόμενος ιατρικός πληθωρισμός σε σχέση με άλλες χώρες και η ανισοβαρής κατανομή των ιατρών τόσο γεωγραφικά, όσο και στις ειδικότητες. Όμως πριν αναλυθεί η ιατρική κατανομή κρίνεται σκόπιμο να γίνει αναφορά στις ειδικότητες της ιατρικής επιστήμης.

Η εξέλιξη της Ιατρικής και η συνεχής μεταβαλλόμενη νοσολογική πραγματικότητα του πληθυσμού επιβάλλουν τον επιμερισμό του γνωστικού αντικειμένου της ιατρικής επιστήμης σε τομείς. Οι ιατρικές ειδικότητες έχουν ένα συγκεκριμένο γνωστικό αντικείμενο, έτσι ώστε, μετά την σχετική εκπαίδευση, ο ειδικευμένος ιατρός να έχει αποκτήσει επαρκείς εξειδικευμένες γνώσεις και δεξιότητες και να είναι σε θέση να ασκήσει με επιτυχία και τη διαγνωστική και τη θεραπευτική πτυχή του ιατρικού επαγγέλματος.

Σχετικά με την απόφαση 7 της 112^{ης} Ολομέλειας του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας (Κ.Ε.Σ.Υ.) της 16.2.1995 (Κ.Ε.Σ.Υ., 1995), οι ιατρικές ειδικότητες διακρίνονται σε κλινικές και εργαστηριακές ως ακολούθως:

ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΕΣ

1. Αγγειοχειρουργική
2. Κλινική αιματολογία
3. Ακτινοθεραπευτική –Ογκολογία
4. Αλλεργιολογία
5. Αναισθησιολογία
6. Γαστρεντερολογία
7. Γενική ιατρική
8. Δερματολογία
9. Ενδοκρινολογία
10. Ιατρική της εργασίας
11. Καρδιολογία
12. Κοινωνική ιατρική
13. Μαιευτική –Γυναικολογία
14. Νευρολογία
15. Νεφρολογία
16. Νευροχειρουργική
17. Ογκολογική παθολογία
18. Ορθοπαιδική
19. Ουρολογία
20. Οφθαλμολογία

21. Παθολογία
22. Παιδιατρική
23. Παιδοψυχιατρική
24. Πλαστική χειρουργική
25. Πνευμονολογία
26. Ρευματολογία
27. Φυσική ιατρική και αποκατάσταση
28. Χειρουργική
29. Χειρουργική θώρακος
30. Χειρουργική παιδών
31. Ψυχιατρική
32. Ωτορινολαρυγγολογία

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΕΣ

1. Ακτινοδιαγνωστική
2. Ιατροδικαστική
3. Κυτταρολογία
4. Ιατρική Βιοπαθολογία (Μικροβιολογία)
5. Παθολογική Ανατομική
6. Πυρηνική Ιατρική

Τα ζητήματα που αφορούν στις προϋποθέσεις, τον ελάχιστο απαιτούμενο δυνατό χρόνο εκπαίδευσης και την διαδικασία για την απόκτηση ιατρικής ειδικότητας ρυθμίζονται στο προεδρικό διάταγμα 415/1994 (6). Ο χρόνος αυτός είναι υποχρεωτικός για την απόκτηση ειδικότητας (βλ. Παράρτημα Β).

Η Επιτροπή Εκπαίδευσης και Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης του ΚΕΣΥ, όπως αυτή υιοθετήθηκε από την ολομέλεια του ΚΕΣΥ την 28^η Μαρτίου 2011, εισηγείται προς τον Υπουργό Υγείας προσχέδιο νόμου (βλ. παράρτημα Γ) όπου περιλαμβάνει και τις εξής ειδικότητες:

1. Στοματική και Γναθοπροσωπική Χειρουργική
2. Εσωτερική Παθολογία

Σύμφωνα με στοιχεία της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής (ΕΣΥΕ) για το έτος 2009 έχουμε 69.030 γιατρούς στην Ελλάδα, από τους οποίους 27.791 είναι ανειδίκευτοι

(αγροτικοί, υπό ειδικευση ιατροί, στρατεύσιμοι), και 14.774 οδοντιάτρους.

Έτσι ,σύμφωνα με στοιχεία της ΕΣΥΕ για το έτος 2009 παρατηρούμε τα εξής:

- Οι ιατροί που υπάρχουν στο Ν. Αττικής αποτελούν το 50.2% του συνόλου των ιατρών. Από αυτούς το 5.9% κατέχουν οι παθολόγοι & ακολουθούν οι μικροβιολόγοι-αιματολόγοι σε ποσοστό 5.3% ενώ το μικρότερο ποσοστό 0.07% κατέχουν οι ιατροδικαστές. Αξίζει να σημειωθεί πως οι ιατροδικαστές κατέχουν το μικρότερο ποσοστό σε σύγκριση με τις υπόλοιπες ειδικότητες που υπάρχουν στο Ν. Αττικής , διότι συγκριτικά προς το σύνολο των ιατροδικαστών σε όλη τη χώρα οι ιατροδικαστές του Ν. Αττικής κατέχουν το 38.3% γεγονός που αποδεικνύει ότι ο Ν. Αττικής απασχολεί σχεδόν τους μισούς ιατροδικαστές όλης της χώρας.

- Οι ιατροί που υπάρχουν στο Ν. Θεσσαλονίκης αποτελούν το 12% του συνόλου των ιατρών όλης της χώρας & το 74.3% του συνόλου των ιατρών της Περιφέρειας Κεντρικής Μακεδονίας. Από αυτούς το μεγαλύτερο ποσοστό κατέχουν οι ιατροί χωρίς ειδικότητα 33.9% & ακολουθούν οι παθολόγοι σε ποσοστό 6.2% ενώ το μικρότερο ποσοστό 0.1% κατέχουν επίσης οι ιατροδικαστές.

- Οι ιατροί που υπάρχουν στο Ν. Αχαΐας αποτελούν το 3.2% του συνόλου των ιατρών όλης της χώρας & το 63.8% του συνόλου των ιατρών της Περιφέρειας Δυτικής Ελλάδας. Από αυτούς το 39.7% κατέχουν οι ιατροί χωρίς ειδικότητα & ακολουθούν οι παθολόγοι σε ποσοστό 6.1% ενώ το μικρότερο ποσοστό 0.09% κατέχουν για μια ακόμα φορά οι ιατροδικαστές.

- Αναφορικά με το Ν. Μεσσηνίας παρατηρούμε τα εξής: οι ιατροί που υπάρχουν στο Ν. Μεσσηνίας αποτελούν το 0.86% του συνόλου των ιατρών όλης της χώρας & το 26.8% του συνόλου των ιατρών της Περιφέρειας Πελοποννήσου. Από αυτούς το 38.3% κατέχουν οι ιατροί χωρίς ειδικότητα και ακολουθούν οι παθολόγοι σε ποσοστό 7.2% ενώ το μικρότερο ποσοστό 0% κατέχουν οι ιατροδικαστές. Στην Περιφέρεια Πελοποννήσου δεν υπάρχει κανένας ιατροδικαστής.

- Οι ιατροί που υπάρχουν στο Ν. Λάρισας αποτελούν το 2.4% του συνόλου των ιατρών όλης της χώρας και το 47.6% του συνόλου των ιατρών της Περιφέρειας Θεσσαλίας. Από αυτούς το 39% κατέχουν οι ιατροί χωρίς ειδικότητα οι οποίοι επίσης αντιπροσωπεύουν το 49.8% των ιατρών χωρίς ειδικότητα της Περιφέρειας Θεσσαλίας. Ακολουθούν οι μικροβιολόγοι-αιματολόγοι σε ποσοστό 6.3% ενώ οι ιατροδικαστές κατέχουν το μικρότερο ποσοστό 0.24%. Στο σύνολο των ιατρών της Περιφέρειας Θεσσαλίας οι ιατροδικαστές

αποτελούν το 0.11% και σημειώνουμε πως αυτό το ποσοστό βρίσκεται μόνο στο Ν. Λάρισας .

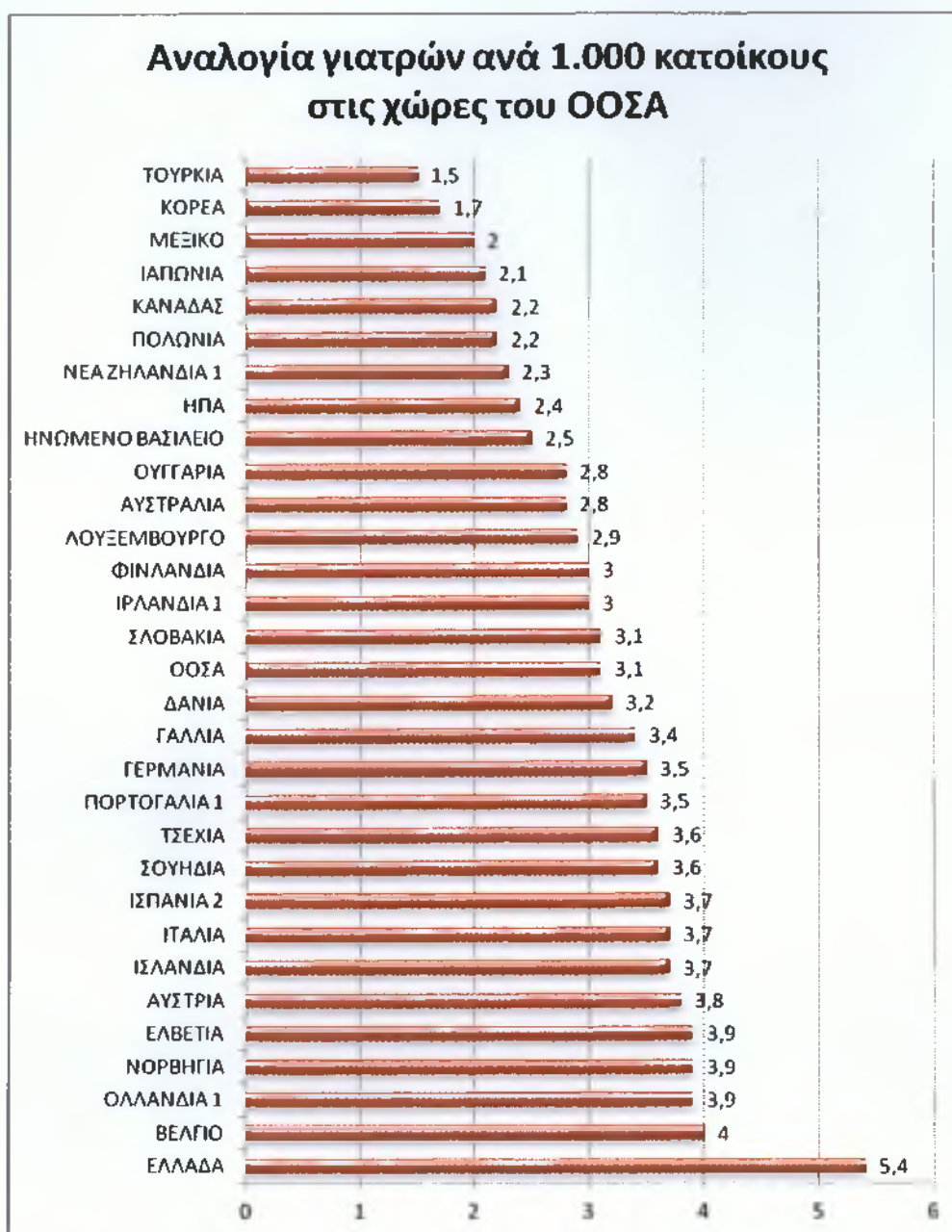
- Τέλος αναφορικά με το Ν. Ηρακλείου παρατηρούμε τα εξής: οι ιατροί που υπάρχουν στο Ν. Ηρακλείου αποτελούν το 66.4% των ιατρών της Περιφέρειας Κρήτης. Το 47.6% είναι οι ιατροί χωρίς ειδικότητα ενώ το 0.16% κατέχουν πάλι οι ιατροδικαστές.

- Το ιδιαίτερο εντυπωσιακό στοιχείο είναι ότι τεκμηριώνεται η σημαντική έλλειψη γενικών γιατρών στους οποίους λογικά πρέπει να στηρίζεται ένα σύγχρονο σύστημα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Έτσι ενώ σε προηγμένες Υγειονομικά χώρες το 40%-50% είναι γενικοί γιατροί ,στη χώρα μας αυτό το ποσοστό αγγίζει μόλις το 2,8%.

Όπως σαφώς προκύπτει από τα παραπάνω, είναι σαφές ότι ο ήδη υπάρχων πλεονασμός ιατρικού δυναμικού επιδεινώνεται από την κάκιστη κατανομή του, αφού υπάρχει ένας σαφής υδροκεφαλισμός στα δύο μεγάλα μητροπολιτικά κέντρα Αθήνας (ιδίως) και Θεσσαλονίκης, ενώ παράλληλα υπάρχουν αρκετές ελλείψεις ιατρικού δυναμικού στην υπόλοιπη Ελλάδα.

Το 2009, δόθηκε στη δημοσιότητα από τον Οργανισμό Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ) η έκδοση «Health at a Glance 2009» (Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ), 2009), η οποία περιλαμβάνει ανάλυση των στατιστικών δεδομένων που σχετίζονται με την υγεία από όλες τις χώρες του ΟΟΣΑ.

Αναφορικά με τους ανθρώπινους πόρους στον υγειονομικό τομέα είναι σημαντικό να αναφερθεί η υστέρηση της Ελλάδας στην απασχόληση στην υγεία. Συγκεκριμένα, το ποσοστό των εργαζομένων που απασχολούνται στο χώρο της υγείας στην Ελλάδα το 2007 (επί του συνόλου των εργαζομένων) είναι 5,3%, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό στις χώρες του ΟΟΣΑ, ανέρχεται κατά μέσο όρο σε 9,8%. Ωστόσο, η Ελλάδα κατέγραφε το 2007 την υψηλότερη αναλογία γιατρών ανά 1.000 κατοίκους διαμορφούμενη σε 5,4, έναντι 3,1/ 1.000 κατοίκους που ήταν το ίδιο έτος στις χώρες του ΟΟΣΑ (Διάγραμμα 2.1). Ειδικότερα, σε επίπεδο επαγγελματικών ειδικοτήτων η Ελλάδα καταγράφει την υψηλότερη (συγκριτικά με όλες τις χώρες του ΟΟΣΑ) αναλογία γυναικολόγων και οδοντιάτρων, ήτοι 46/ 100.000 γυναικών και 127/ 100.000 πληθυσμού αντίστοιχα. Αντίθετα, εξαιρετικά χαμηλή είναι η αναλογία σε νοσηλευτές, ήτοι 3,2/ 1.000 κατοίκους το 2007, έναντι 9,6/ 1.000 κατοίκους που ήταν το ίδιο έτος κατά μέσο όρο στις χώρες του ΟΟΣΑ.



Διάγραμμα 2.1: Αναλογία γιατρών ανά 1.000 κατοίκους στις χώρες του ΟΟΣΑ

Πηγή: ΟΟΣΑ , 2009

Ο υπερπληθωρισμός του επαγγέλματος οδηγεί πολλούς νέους γιατρούς στην ανεργία. Έτσι, όπως προκύπτει από την καταγραφή που έγινε μόνο στον Ιατρικό Σύλλογο της Αθήνας (ΙΣΑ), από τα 22.000 μέλη του, το 11,2% είναι άνεργοι και το 14% υποαπασχολείται. Από τα 600 νέα μέλη που γράφονται στον ΙΣΑ κάθε έτος τα 175 κατευθύνονται στη λίστα ανεργίας. Την ίδια στιγμή, κάθε χρόνο από τις ιατρικές σχολές της χώρας αποφοιτούν περισσότεροι από 3.500 νέοι γιατροί, με 1.000 να παράγουν μόνο οι δύο μεγαλύτερες Ιατρικές Σχολές (των Πανεπιστημίων Αθηνών και

Θεσσαλονίκης), ενώ ετησίως συνταξιοδοτούνται 800.

Σύμφωνα, με έρευνα που πραγματοποιήθηκε από ομάδα φοιτητών του τμήματος Οικονομικής Επιστήμης του Πανεπιστημίου Πειραιώς και ολοκληρώθηκε το 2006 υψηλότερα στη λίστα της ανεργίας είναι η γενική ιατρική, η κυτταρολογία, η αιματολογία-μικροβιολογία, η αγγειοχειρουργική και η παιδιατρική. Ακόμα, σύμφωνα με τα στοιχεία της έρευνας, πολύ αρνητικές προοπτικές έχουν οι καρδιοχειρουργοί, μαιευτήρες, νευροχειρουργοί, γιατροί πυρηνικής ιατρικής, χειρουργοί, ρευματολόγοι και φυματολόγοι. Αρνητική προοπτική έχουν επίσης οι θωρακοχειρουργοί, ιατροδικαστές, νεφρολόγοι, ουρολόγοι, οφθαλμίατροι και παθολόγοι. Αντίθετα, θετική προοπτική για τα επόμενα χρόνια έχουν οι ακτινοθεραπευτές, ακτινολόγοι, ψυχίατροι, ογκολόγοι και πλαστικοί χειρουργοί. Η έρευνα επισημαίνει ότι οι νέοι γιατροί πρέπει να προσανατολίζονται σε ειδικότητες που σχετίζονται με όγκους, τροχαία ατυχήματα αλλά και ψυχικά νοσήματα, καθώς στους τομείς αυτούς υπολογίζεται ότι θα υπάρχει μεγαλύτερη ανάγκη επιστημόνων.

Ο υπερπληθωρισμός του ιατρικού επαγγέλματος οδηγεί πολλούς ιατρούς σε πολύχρονη αναμονή για ειδικότητα που ξεπερνά πολλές φορές ακόμα και τα δέκα χρόνια. Η μεγαλύτερη αναμονή παρουσιάζεται στις ειδικότητες της παιδιατρικής, καρδιολογίας, γυναικολογίας-μαιευτικής, χειρουργικής, παθολογίας, οφθαλμολογίας, αναισθησιολογίας, δερματολογίας και ενδοκρινολογίας. Οι ειδικότητες με το μικρότερο χρόνο αναμονής είναι η ιατροδικαστική, η ιατρική εργασίας, η αλλεργιολογία, η χειρουργική παιδών, η ειδικότητα του ακτινοθεραπευτή ογκολόγου και του παθολόγου ογκολόγου. Η παραπάνω έρευνα δημοσιεύτηκε σε άρθρο της εφημερίδας «Ελευθεροτυπία» στις 1-4-2007 (Ευθυμιάδου, 2007).

2.6. Μετανάστευση επιστημονικού προσωπικού (Brain drain)

Η ανεργία και η πολύχρονη αναμονή για ειδικότητα, που ξεπερνά πολλές φορές ακόμα και τα δέκα χρόνια έχει οδήγηση στην ιατρική μετανάστευση. Η επιστημονική μετανάστευση αυτή διαφοροποιείται από το γενικό κοινωνικό φαινόμενο της μετανάστευσης στο εξής: η επιστημονική μετανάστευση δεν έχει να κάνει με την απώλεια ενός οποιουδήποτε τμήματος της κοινωνίας, αλλά με το πλέον ανεπτυγμένο, για το οποίο μάλιστα έχει επενδυθεί σημαντικό τμήμα των εθνικών πόρων του κράτους. Με αυτόν τον τρόπο η απώλεια για την αναπτυσσόμενη κοινωνία είναι διπλή: αφ' ενός χάνονται σημαντικότερα

επενδυμένα κεφάλαια τόσο οικονομικά όσο και ανθρώπινα, αφ' ετέρου η δυνατότητα ανάπτυξης των κοινωνιών μειώνεται. Βέβαια θα πρέπει να γίνει σαφές ότι το φαινόμενο του "brain drain" αφορά εκπαιδευμένους και ολοκληρωμένους επιστήμονες και όχι μικρούς μαθητές ή φοιτητές, οι οποίοι εκπαιδεύθηκαν σε ανεπτυγμένες χώρες, άρα η εκπαιδευτική επένδυση ανήκε στη χώρα προορισμού και όχι προέλευσης.

Το φαινόμενο αυτό δεν είναι νέο ή πρόσφατο, όμως οι επιπτώσεις του στην υγεία μόλις τα τελευταία χρόνια αρχίζουν να γίνονται ευρύτερα αντιληπτές. Η ιατρική μετανάστευση θα μπορούσε να θεωρηθεί μία κάποια λύση στο πρόβλημα του ιατρικού πληθωρισμού, όμως δε θα πρέπει να ξεχνούμε ότι συνήθως οι γιατροί, οι οποίοι αποδημούν προς οικονομικά και υγειονομικά πιο ανεπτυγμένες κοινωνίες είναι εκείνοι που είναι καλύτερα προετοιμασμένοι για τον έντονο ανταγωνισμό που απαιτούν τα εκεί συστήματα, αλλά και εκείνοι που είναι λιγότερο διατεθειμένοι να συμβιβασθούν με τη πνιγηρή ελληνική πραγματικότητα της λίστας αναμονής για ειδικότητα, της κακής εκπαίδευσης και της έλλειψης επιστημονικών προοπτικών. Άρα, το τμήμα του ιατρικού δυναμικού που «χάνεται» για την ελληνική κοινωνία αποτελεί μία επιστημονική, πνευματική και ηθική «ελίτ» και οι συνέπειες βαρύτατες (Κεραμάρης, 2006).

Σε έρευνα μεταξύ των φοιτητών τεσσάρων εκ των επτά ιατρικών σχολών της χώρας (Avgerinos et al., 2006) το 70,3% εξετάζει σοβαρά το ενδεχόμενο απόκτησης ειδικότητας στο εξωτερικό. Τα κίνητρα δεν είναι μόνο οικονομικά, αλλά ταυτόχρονα επιστημονικά, εκπαιδευτικά, ερευνητικά, αλλά και προσωπικά, αφού η επιστημονική και εκπαιδευτική μετρίότητα, η ερευνητική ανυπαρξία, η έλλειψη στόχων, κινήτρων και εν τέλει συνεκτικού οράματος για το ελληνικό σύστημα υγείας σε συνδυασμό με την υποαπασχόληση θα παράγουν με μαθηματική ακρίβεια γιατρούς απογοητευμένους, σκεπτικιστές και κυνικούς. Για τους μισούς περίπου, η κύρια αιτία είναι το υψηλότερο επίπεδο σπουδών, ενώ για το 40,9% το γεγονός ότι στην Ελλάδα θα χρειαστεί να περιμένουν έως και 8 χρόνια για να ξεκινήσουν την ειδίκευσή τους. Αν παραμείνουν στην Ελλάδα ο ιατρικός πληθωρισμός και η αβελτηρία της Πολιτείας, τους αναγκάζει να εμπλακούν ουσιαστικά χωρίς εναλλακτική στον αδιέξοδο δρόμο της προκλητής ζήτησης. Υποσυνείδητα λοιπόν, οι περισσότεροι Έλληνες φοιτητές Ιατρικής και νέοι γιατροί επιδιώκουν την υγειονομική μετανάστευση με την ελπίδα της διάσωσης της προσωπικής τους αυτοεκτίμησης.

Το πρόβλημα λαμβάνει άλλες κοινωνικές διαστάσεις, αν αντιληφθούμε την απώλεια της επένδυσης σε χρήμα, χρόνο και αξίες στην «ελίτ» που αποδημεί. Η Ελλάδα αδυνατεί

να συμβαδίσει την παραγωγή ιατρικού δυναμικού με τις ανάγκες της, με αποτέλεσμα να επενδύει σε ανθρώπινο δυναμικό το οποίο δε θα αποσβέσει ποτέ την αξία της επένδυσης σταδιοδρομώντας στο εξωτερικό. Δεν πρέπει να ξεχνούμε ότι η ιατρική εκπαίδευση αποτελεί την ακριβότερη ίσως επένδυση κατά κεφαλήν φοιτητού λόγω των εργαστηρίων, αλλά κυρίως λόγω του τεράστιου κόστους ανέγερσης, εξοπλισμού, στελέχωσης και λειτουργίας των νοσοκομείων (Κεραμάρης, 2006).

Έτσι, η Ελλάδα χρηματοδοτεί έμμεσα τα πλουσιότερα υγειονομικά συστήματα της Δυτ. Ευρώπης και της Β. Αμερικής με ανθρώπινο δυναμικό.

ΚΕΦ.3. ΣΥΝΕΧΙΖΟΜΕΝΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

3.1. Εισαγωγή στη Συνεχιζόμενη Ιατρική Εκπαίδευση

Η Ιατρική αποτελεί μία από τις δυναμικότερες και ταχύτερα εξελισσόμενες επιστήμες, καθώς έχει ενσωματώσει σημαντικά κομμάτια των επαναστατικών τεχνολογικών επιτευγμάτων και επωφελείται από τις εκπληκτικές προοπτικές τους. Εξάλλου η ιατρική δεν αποτελεί αποκλειστικά επιστήμη, αλλά και τέχνη, αφού περιλαμβάνει πολλές τεχνικές πλευρές όπως τη χειρουργική, τις εργαστηριακές ειδικότητες, επεμβατικές τεχνικές στις παθολογικές ειδικότητες. Σε αυτές δεν αρκεί η μελέτη και η εκπαίδευση, αλλά και συνεχής εξάσκηση, ώστε να επιτευχθεί το επιθυμητό επίπεδο δεξιοτήτων.

Επιπρόσθετα, η ιατρική δε μπορεί να χαρακτηριστεί μία τυπική και αμιγώς θετική επιστήμη, αν και έλκει ένα μεγάλο τμήμα της επιστημολογικής της θεώρησης από την παράδοση των θετικών επιστημών, διότι σχετίζεται άμεσα με όλο το φάσμα των κοινωνικών και ανθρωπιστικών επιστημών. Η ιατρική είναι μία επιστήμη, η οποία έχει ως αντικείμενο μελέτης τον άνθρωπο, τον οποίο οφείλει να προσεγγίσει ολιστικά, δηλαδή στο σύνολο των εκφάνσεων της ύπαρξής του (Θηραΐος κ.α., 2010).

Όλα τα προαναφερθέντα έχουν ως στόχο να καταδείξουν την τεράστια αναγκαιότητα της δια βίου μάθησης στην Ιατρική. Πολλώ μάλλον, όταν έχει καταδειχθεί ότι ένα σημαντικότερο τμήμα των κατεστημένων ιατρικών γνώσεων, απαξιώνεται ταχύτατα και εντός μίας δεκαετίας έχει ανατραπεί από νεότερες επιστημονικές και τεχνολογικές ανακαλύψεις.

Η έννοια της Συνεχιζόμενης Ιατρικής Εκπαίδευσης

Η Συνεχιζόμενη Ιατρική Εκπαίδευση (ΣΙΕ) αποτελεί μια διαδικασία συνεχούς και δια βίου επανεκπαίδευσης, τμήμα μιας ευρύτερης έννοιας: της Συνεχιζόμενης Επαγγελματικής Ανάπτυξης (ΣΕΑ). Η ΣΕΑ ενσωματώνει πέραν της ΣΙΕ και τις έννοιες της συνεχούς βελτίωσης των ικανοτήτων και δεξιοτήτων, αλλά και της καλλιέργειας, του τρόπου ζωής και της επικοινωνίας με τους ασθενείς και την κοινωνία (Αυγερινός, 2006).

Η ταχεία ανάπτυξη της ιατρικής επιστήμης, αλλά και οι απαιτήσεις μιας σύγχρονης κοινωνίας, ολοένα και επιτείνουν την ανάγκη των ιατρών για συνεχή επαναπροσδιορισμό των γνώσεων και των δεξιοτήτων τους. Η θεσμική κατοχύρωση της ΣΙΕ ,ως βασικού εργαλείου ποιοτικού ελέγχου της ιατρικής κοινότητας, αλλά και ως όρου ουσιαστικής λειτουργίας του συστήματος υγείας ,αποτελεί αναγκαιότητα. Η δια βίου ιατρική εκπαίδευση κατοχυρώνει την ποιότητα των παρεχόμενων προς την κοινωνία υπηρεσιών και διαφυλάσσει το κύρος της ιατρικής κοινότητας (Αυγερινός, 2006).

3.2. Η Συνεχιζόμενη Ιατρική Εκπαίδευση (ΣΙΕ) στην Ευρώπη

Τα τελευταία 10 χρόνια οι επιστημονικοί φορείς των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης έχουν ανάγει την ΣΙΕ σε μείζονα προτεραιότητα και την καθιστούν πλέον υποχρεωτική για την εξέλιξη του ειδικευμένου, αλλά και του ειδικευόμενου ιατρού. Η Ελλάδα, ωστόσο, κινδυνεύει να μείνει ουραγός μεταξύ των υγειονομικά ανεπτυγμένων χωρών. Η ΣΙΕ, αφηρημένη έννοια μέχρι το τέλος της δεκαετίας του 80, αρχίζει να απασχολεί τους αρμόδιους διοικητικούς φορείς υγείας στις αρχές της δεκαετίας του 90, μέχρι που το 1993 με την αναθεωρημένη συνθήκη του Δουβλίνου κατοχυρώνεται η έννοια και ο σκοπός της ΣΙΕ (Αυγερινός, 2006).

Σύμφωνα με αυτή τη συνθήκη:

- Η ΣΙΕ αποτελεί ηθικό καθήκον και προσωπική ευθύνη κάθε ιατρού
- Κυρίαρχος σκοπός της είναι η παροχή της μέγιστης ιατρικής φροντίδας στον γενικό πληθυσμό
- Ο όρος ΣΙΕ αναφέρεται στη συνεχή ανανέωση και τον εμπλουτισμό της ιατρικής γνώσης και τεχνικής
- Κάθε ιατρός έχει δικαίωμα στη ΣΙΕ και πρέπει να ενθαρρύνεται να ασκεί αυτό του το δικαίωμα

Στις 28 Οκτωβρίου του 1994,η Ευρωπαϊκή Ένωση Ιατρικών Ειδικοτήτων γνωστή ως EUMS (European Union of Medical Specialities) αναλαμβάνει τυπικά, αλλά και ουσιαστικά, ρόλο συντονιστικού οργάνου της ΣΙΕ στην Ευρώπη και θεσμοθετεί ένα σώμα αρμόδιο για την υλοποίηση και την οργάνωση της σε εθνικό και πανευρωπαϊκό επίπεδο. Στην ίδια συνάντηση καθορίζονται τα χαρακτηριστικά και η δομή της (Αυγερινός, 2006).

Η ΣΙΕ πρέπει να είναι:

- Αξιόπιστη
- Έγκυρη
- Συγκρίσιμη
- Ευρέως διαδεδομένη
- Ποσοτικοποιήσιμη σε βαθμολογική κλίμακα (Credits)

Μετά από 6 χρόνια και αφού εντωμεταξύ η ανάγκη για οργανωμένη και υποχρεωτική ΣΙΕ γίνεται επιτακτική και ενώ η Αμερική έχει ήδη κάνει τεράστια πρόοδο προσφέροντας απλόχερα στους γιατρούς της ποικίλες δραστηριότητες ΣΙΕ, τον Ιανουάριο του 2000 η EUMS ανακοινώνει την ίδρυση του Ευρωπαϊκού Συμβουλίου Αναγνώρισης της Συνεχιζόμενης Ιατρικής Εκπαίδευσης (EACCME: European Accreditation Council for Continuing Medical Education). Το Ευρωπαϊκό αυτό Συμβούλιο θα αποτελέσει το αποκλειστικά θεσμοθετημένο όργανο συντονισμού της ΣΙΕ στην Ευρώπη σε συνεργασία όμως με τις Ευρωπαϊκές Ιατρικές Εταιρείες και τις κατά τόπους αρμόδιες αρχές (Αυγερινός, 2006).

Ένας ειδικευμένος ιατρός πρέπει να συγκεντρώνει 250 Credits ανά 5 έτη, 250 δηλαδή διδακτικές ώρες. Από αυτές τουλάχιστον 100 πρέπει να αποκτώνται από διεθνώς αναγνωρισμένες επιστημονικές δραστηριότητες, όπως από εξουσιοδοτημένα κέντρα, συνέδρια και “interactive” δραστηριότητες και άλλες 100 ώρες πρέπει να προέρχονται από προσωπική μελέτη και επιστημονικές δραστηριότητες σε τοπικό επίπεδο. Δεν θα πρέπει να αναγνωρίζονται περισσότερα από 100 Credits σε ένα έτος, προκειμένου να διασφαλίζεται η ποιότητα και η αξιοπιστία της εκπαίδευσης. Οι κατά τόπους αρμόδιες αρχές είναι υπεύθυνες να καθορίζουν τον υποχρεωτικό ή εθελοντικό χαρακτήρα της ΣΙΕ (Αυγερινός, 2006).

Οι στόχοι του συμβουλίου αυτού είναι:

- Η ποιοτική αναβάθμιση της ΣΙΕ
- Η ευκολότερη πρόσβαση στη ΣΙΕ μέσα από εξουσιοδοτημένα συνέδρια, σεμινάρια, φροντιστηριακά μαθήματα, τηλεδιασκέψεις και Internet Based εκπαίδευση
- Η πανευρωπαϊκή αναγνώριση της ΣΙΕ
- Ο καθορισμός συστήματος βαθμολόγησης με διδακτικές μονάδες (Credits), σύμφωνα με το οποίο 1 διδακτική ώρα αντιστοιχεί σε 1 Credit και τέλος

➤ Η εξουσιοδότηση κέντρων παροχής ΣΙΕ, σε εθνικό και πανευρωπαϊκό επίπεδο, με προκαθορισμένα κριτήρια ποιότητας και επιστημονικής επάρκειας. (Αυγερινός, 2006)

Οι προτάσεις του Ευρωπαϊκού Συμβουλίου Αναγνώρισης της ΣΙΕ είναι:

Η οργανωτική δομή του πανευρωπαϊκού συστήματος παροχής ΣΙΕ είναι ευέλικτη και λειτουργική. Κυρίαρχο όργανο στην κορυφή της πυραμίδας είναι η EUMS, η οποία εξουσιοδοτεί το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο Αναγνώρισης της ΣΙΕ (EACCME). Το συμβούλιο αυτό με τη σειρά του αναπτύσσει μια αμφίδρομη συνεργασία με το Ευρωπαϊκό Σώμα Ιατρικών Ειδικοτήτων, τις Ευρωπαϊκές Ιατρικές Εταιρείες και τις Εθνικές αρμόδιες αρχές με στόχο την διοργάνωση δραστηριοτήτων ΣΙΕ και παροχή των ανάλογων Credits. Αξίζει πάντως να σημειωθεί ότι το αρμόδιο αυτό Ευρωπαϊκό Συμβούλιο έχει συντονιστικό ρόλο ενώ το κύριο βάρος της οργάνωσης και παροχής ΣΙΕ πέφτει στις ιατρικές εταιρίες και στους κατά τόπους ιατρικούς συλλόγους (Αυγερινός, 2006).

Η θέση της ΣΙΕ στις διάφορες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης και στις Ευρωπαϊκές Ιατρικές Εταιρείες παρουσιάζονται στον πίνακα 3.1 και 3.2 αντίστοιχα. Ο υποχρεωτικός χαρακτήρας της ΣΙΕ, αν και αμφιλεγόμενος, έχει υιοθετηθεί από αρκετές χώρες της Ευρωπαϊκής κοινότητας επιβάλλοντας τον τακτικό επαναπροσδιορισμό της επάρκειας των γιατρών, τον έλεγχο των εγγραφών στους ιατρικούς συλλόγους και τις εταιρείες, αλλά και τον κίνδυνο της απώλειας ασφαλιστικής κάλυψης για ιατρικά λάθη.

Πίνακας 3.1. Η ΣΙΕ στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης

ΧΩΡΑ	ΣΥΣΤΗΜΑ ΣΥΝΕΧΙΖΟΜΕΝΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ
Αγγλία	Υποχρεωτικά 250 Credits/5 έτη Υπό την επίβλεψη των Royal Colleges και του General Medical Council
Αυστρία	Υποχρεωτικά 150 Credits/ 3 έτη Απόκτηση Diploma το οποίο πρέπει να ανανεώνεται κάθε 3 έτη
Βέλγιο	Εθελοντική ΣΙΕ Οικονομικά κίνητρα Ανταποκρίνεται το 80 % των γιατρών

Γαλλία	Εθελοντική ΣΙΕ Σύντομα θα είναι υποχρεωτική
Γερμανία	Εθελοντική ΣΙΕ Κυβέρνηση και ασφαλιστικές εταιρίες προωθούν την υποχρεωτική ΣΙΕ Οικονομικά κίνητρα
Δανία	Εθελοντική ΣΙΕ Ο Ιατρικός Σύλλογος έχει θέσει την ΣΙΕ στις προτεραιότητές του
Ελβετία	Υποχρεωτική ΣΙΕ Απώλεια της ιδιότητας μέλους του Ιατρικού Συλλόγου και αδυναμία άσκησης επαγγέλματος για αυτούς που δεν συμπληρώνουν τα απαραίτητα Credits
Ιρλανδία	Εθελοντική ΣΙΕ Προωθείται η υποχρεωτική ΣΙΕ Προβλήματα ασφαλιστική κάλυψης για αυτούς που δεν παρακολουθούν τη ΣΙΕ
Ισλανδία	Ανύπαρκτη ΣΙΕ
Ισπανία	Εθελοντική ΣΙΕ
Ιταλία	Σταδιακή προσέγγιση στην υποχρεωτική ΣΙΕ Το 2006 θα είναι υποχρεωτικά 150 Credits/ 3 έτη
Κύπρος	Εθελοντική ΣΙΕ υπό την επίβλεψη του Ιατρικού Συλλόγου Χορηγείται πιστοποιητικό σε αυτούς που συγκεντρώνουν 150 Credits /3 έτη
Λουξεμβούργο	Εθελοντική ΣΙΕ σε τοπικό επίπεδο

Νορβηγία	Υποχρεωτική ΣΙΕ για τους γενικούς γιατρούς Εθελοντική ΣΙΕ για τους γιατρούς των άλλων ειδικοτήτων
Ολλανδία	Υποχρεωτική CME. Αποκλεισμός από τις Ιατρικές Εταιρείες για αυτούς που δεν συμπληρώνουν τα απαραίτητα Credits
Ουγγαρία	Εθελοντική ΣΙΕ Όσοι Γενικοί Γιατροί δεν συμπληρώνουν 250 Credits /5 έτη είναι υποχρεωμένοι να δίνουν εξετάσεις αναγνώρισης της επάρκειάς τους
Πορτογαλία	Εθελοντική ΣΙΕ
Σουηδία	Εθελοντική ΣΙΕ Αδυναμία εξασφάλισης πόρων για την παρακολούθηση ΣΙΕ
Τσεχία	Υποχρεωτική ΣΙΕ
Φινλανδία	Εθελοντική ΣΙΕ Ο Ιατρικός Σύλλογος διατηρεί σε ηλεκτρονικά αρχεία τις ΣΙΕ δραστηριότητες των μελών του Ανταποκρίνεται το μεγαλύτερο ποσοστό των γιατρών

Πηγή: Αυγερινός, 2006

Πίνακας 3.2. Οι Ευρωπαϊκές Εταιρείες που παρέχουν ΣΙΕ

Ευρωπαϊκές Ιατρικές Εταιρείες & EACCME
European Board for Accreditation in Cardiology

European Board and College of Obstetrics and Gynaecology
European Federation of Cancer Societies
European Federation of Neurological Sciencies
European Respiratory Sosiety
European Board for Accreditation in Pneumology
European Board of Urology
European Society for Microbial & Infectious Diseases
European Board of Vascular Surgery
European Association of Nuclear Medicine
European Association for Study of Diabetes
European Association of Dermato-Venerology

Πηγή: Αυγερινός, 2006

3.3. Η Συνεχιζόμενη Ιατρική Εκπαίδευση στην Ελλάδα

Καθημερινά βιώνουμε τα προβλήματα της ιατρικής εκπαίδευσης στη χώρα μας. Γνωρίζουμε την ανεπάρκεια της προπτυχιακής μας εκπαίδευσης (ελλιπής κλινική εξάσκηση, μεγάλος αριθμός φοιτητών, ανύπαρκτος επαγγελματικός προσανατολισμός κ.α.) αλλά και της εκπαίδευσης κατά την ειδικότητα (έλλειψη συγκροτημένου εκπαιδευτικού προγράμματος ανά ειδικότητα, ετερογένεια εκπαιδευτικών κέντρων και εκπαιδευτικών κ.α.).

Επιπλέον, δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι η μάθηση στην Ελλάδα αποτελεί ένα κατ' εξοχήν «παθητικό φαινόμενο», δεδομένου ότι έχει το χαρακτήρα περισσότερο της τυπικής (όχι όμως και τόσο ουσιαστικής) επιβεβαίωσης των προσόντων κάποιου προς κατάληψη μίας επαγγελματικής θέσεως. Άπαξ και καταληφθεί η θέση αυτή, συνήθως παύει και η «μαθησιακή ανησυχία» του ατόμου, μέχρι τουλάχιστον την επόμενη κρίση για προαγωγή ή εξέλιξη. Κατ' αυτόν τον τρόπο η μάθηση αποκτά μία αξία εντελώς κοντόθωρη και χρησιμοθηρική, ενώ απογυμνώνεται από την πρωταρχικά παιδευτική, πολιτιστική και μορφωτική της διάσταση, η οποία άλλωστε είναι θεμελιώδης σε σχέση προς τις προσδοκίες της κοινωνίας. Δυστυχώς στην Ελλάδα σήμερα απουσιάζει ο πραγματικός προβληματισμός αναφορικά προς τη σχέση μεταξύ μάθησης, μόρφωσης και πολιτισμού αφ' ενός και ανάπτυξης του πολίτη ως υπεύθυνου ατόμου και ενεργητικού μέλους του κοινωνικού συνόλου αφ' ετέρου (Κεραμάρης, 2006).

Ποια είναι η ΣΙΕ στην Ελλάδα; Ποιοι την παρέχουν; Έχουμε άραγε ποτέ σοβαρά αναρωτηθεί για την ποιότητα του ιατρικού δυναμικού στη χώρα μας; Διάυλος επικοινωνίας μεταξύ Ελλάδας και EUMS είναι ο Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος, ο οποίος είναι και ο εξουσιοδοτημένος φορέας παροχής Credits ΣΙΕ στην Ελλάδα. Πρόκειται για ένα σημαντικό βήμα προς την εναρμόνιση και ποιοτική αναβάθμιση της μεταπτυχιακής ιατρικής εκπαίδευσης (Αυγερινός, 2006). Η ΣΙΕ αποτελεί ηθική υποχρέωση των γιατρών και είναι εθελοντική στα πλαίσια συνεδρίων, σεμιναρίων, επιστημονικών ημερίδων και μετεκπαιδευτικών μαθημάτων που οργανώνουν οι ιατρικές σχολές και οι ιατρικές εταιρείες. Τα περισσότερα πλέον ιατρικά συνέδρια εξασφαλίζουν κάποια CME Credits τα οποία απονέμονται στον σύνεδρο με το πιστοποιητικό παρακολούθησης. Βέβαια, η “συνεδριακή δραστηριότητα” στην Ελλάδα σε πολλές περιπτώσεις γίνεται υπερβολική και το κατά πόσο ο σύνεδρος παρακολούθησε το συνέδριο παραμένει αδιευκρίνιστο. Για το λόγο αυτό η ΣΙΕ και ο θεσμός των Credits έχει από πολλούς κατηγορηθεί ως αναξιόπιστο

μέσο κρίσης των ιατρών. Ας μην ξεχνούμε όμως ότι ακόμα είμαστε στην αρχή ενός μεγάλου εγχειρήματος και σύντομα θα εξασφαλιστούν τα μέσα «αστυνόμευσης» της αξιοπιστίας της μοριοδότησης. Το Ετήσιο Πανελλήνιο Συνέδριο που οργανώνει η Ιατρική Εταιρεία Αθηνών έχει ήδη κάνει αξιόλογες προσπάθειες προς αυτή τη κατεύθυνση με τη θεσμοθέτηση “barcodes” για την καταμέτρηση των ωρών παρακολούθησης του κάθε συνέδρου.

Η θεσμοθέτηση της «ουσιαστικής» ΣΙΕ στην χώρα μας, ως βασικού εργαλείου ποιοτικού ελέγχου της ιατρικής κοινότητας, παραμένει ανενεργή, παρά το γεγονός ότι ο νόμος υπ’ αριθμό 3418/2005 «κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας» αναφέρει στο Κεφάλαιο Γ’, άρθρο 10 ότι «1. ο ιατρός έχει υποχρέωση συνεχιζόμενης δια βίου εκπαίδευσης και ενημέρωσης σχετικά με τις εξελίξεις της ιατρικής επιστήμης και της ειδικότητας του. 2. Η υποχρέωση αυτή περιλαμβάνει όχι μόνον τις ιατρικές γνώσεις, αλλά και τις κλινικές δεξιότητες, καθώς και τις ικανότητες συνεργασίας σε ομάδα, οι οποίες είναι απαραίτητες για την παροχή ποιοτικής φροντίδας υγείας».

Στο παράρτημα Δ μπορούμε να δούμε τι προβλέπεται για την δια βίου εκπαίδευση σύμφωνα με το σχέδιο-νόμου για την Παιδεία που ψηφίστηκε στις 24 Αυγούστου του 2011 από την πλειοψηφία της Βουλής .

3.4. Η Στρατηγική της Λισσαβόνας

Η **Στρατηγική της Λισσαβόνας** υιοθετήθηκε από τα κράτη-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης το Μάρτιο του 2000 και προέκυψε από τη βούληση να δοθεί μία νέα ώθηση στις κοινοτικές πολιτικές με κυρίαρχο σύνθημα “μια κοινωνία βασισμένη στη γνώση”. Αυτό το οποίο επιδιώκεται είναι ένας εκμοντερνισμός στην κοινωνική πρόνοια και στην εκπαίδευση με έμφαση στην ανανέωση και στην καινοτομία. Αναφορικά με τη διαχείριση του ανθρώπινου δυναμικού της υγείας στην Ελλάδα οι στόχοι της Στρατηγικής της Λισσαβόνας στην Υγεία επικεντρώνονται σε δύο θεματικούς άξονες (Μσαουέλ, 2006, Κεραμάρης, 2006):

- Στη Δια Βίου Εκπαίδευση (Lifelong Learning-LLL)
- Στην έρευνα-καινοτομία (R+D Research and Development).

Οι στόχοι αυτοί συγκεκριμενοποιούνται :

- Στη βελτίωση της απασχόλησης του ιατρικού και υγειονομικού προσωπικού
- Στην ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού στην υγεία
- Στην ανάπτυξη ιατροφαρμακευτικού βιοτεχνολογικού κλάδου μέσα από τη θεσμική κατοχύρωση συνεργασιών μεταξύ δημόσιου και ιδιωτικού τομέα
- Στην ορθή διαχείριση των κοινοτικών κεφαλαίων στήριξης

Δυστυχώς, σύμφωνα με τα αποτελέσματα όλων των διεθνών εκθέσεων η Ελλάδα κατατάσσεται είτε τελευταία, είτε μεταξύ τεσσάρων τελευταίων μαζί με την Πορτογαλία, την Ιταλία και την Ισπανία ως προς όλες τις κατηγορίες –στόχους της Στρατηγικής της Λισσαβόνας. Επιπρόσθετα, παρά την ύπαρξη θεσμοθετημένου πλαισίου για την εκπαίδευση του ανθρώπινου δυναμικού στην υγεία και τη διαχείριση των τεραστίων κοινοτικών κονδυλίων η πραγματικότητα φανερώνει ένα περιβάλλον όπου γίνονται πρόχειρες εκτιμήσεις και εκπαιδευτικοί προγραμματισμοί, όπου υπάρχει ελλιπής συνεργασία μεταξύ των σχεδιαστών υγείας και των προαγωγών της παιδείας, ενώ δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις όπου η εκπαίδευση γίνεται αντικείμενο χρυσοθηρίας από φορείς δημοσίου ή ιδιωτικούς. Ένα περιβάλλον όπου συντηρούνται αναχρονιστικοί θεσμοί όπως η λίστα αναμονής για την απόκτηση ειδικότητας, απουσία οποιασδήποτε κριτικής προσέγγισης της μεταπτυχιακής και συνεχιζόμενης Ιατρικής Εκπαίδευσης, της κατάρτισης και της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης του προσωπικού (Μσαουέλ, 2006, Κεραμάρης, 2006).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Η Ιατρική Εκπαίδευση συμβάλλει στην αύξηση της κοινωνικής ευημερίας όχι μόνο μέσα από τη βελτίωση του επιπέδου υγείας των πολιτών, αλλά και από την πρωτογενή αναπτυξιακή της διάσταση. Η Ιατρική Εκπαίδευση είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με την έρευνα και την τεχνολογία, γι' αυτό η καινοτομία δε μπορεί να προέλθει παρά μόνο από επιστήμονες με ευρεία και συνεχώς επικαιροποιούμενη εκπαίδευση, ενώ αντίστροφα η έρευνα και η τεχνολογία προωθούν και υποστηρίζουν την εκπαίδευση. Η εκπαίδευση είναι ουσιαστικά επένδυση στο ανθρώπινο κεφάλαιο, άρα και όρος αναγκαίος και ικανός για την αύξηση της ανταγωνιστικότητας, απασχόλησης και αειφόρου ανάπτυξης.

Η μεταρρύθμιση του Συστήματος Υγείας στην Ελλάδα αποτελεί υπερεπείγουσα ανάγκη. Τούτο όμως συνεπάγεται, πέραν των νομοθετικών ρυθμίσεων, αλλαγές σε κατεστημένες στάσεις και παγιωμένες συμπεριφορές, δεδομένου ότι, η κουλτούρα που κυριαρχεί στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας αποτελεί το οξύτερο ίσως πρόβλημα και την κυριότερη τροχοπέδη για τη μεταρρύθμιση των Υπηρεσιών Υγείας. Η Ιατρική Εκπαίδευση αποτελεί το κυριότερο εργαλείο για τις αλλαγές αυτές, χωρίς τις οποίες οι μεγάλες καινοτομίες των προηγμένων Συστημάτων Υγείας άλλων δυτικών χωρών δε μπορούν να μεταφτευθούν επιτυχημένα στην Ελλάδα.

Συνοψίζοντας, μετά από διεξοδική ανάλυση της ποιότητας της Ιατρικής Εκπαίδευσης στην Ελλάδα θα μπορούσαμε να συμπεράνουμε τα εξής:

Αναφορικά με την Προπτυχιακή Ιατρική Εκπαίδευση

- Οι Ελληνικές Ιατρικές Σχολές είναι προσκολλημένες στο «παραδοσιακό» πρόγραμμα σπουδών. Υπάρχει υπερβολική έμφαση στη θεωρητική διδασκαλία στο αμφιθέατρο και ελλειμματική κλινική εκπαίδευση στους θαλάμους δίπλα στον ασθενή. Έτσι, η τυφλή προσκόλληση στο μη αποδοτικό σύστημα των από έδρας διαλέξεων μειώνει την αυτενέργεια του φοιτητή, απομακρύνοντας τον από την καλλιέργεια της προσωπικής, αυτόνομης και δια βίου εκπαίδευσης του.

- Ο πληθωρισμός των φοιτητών ιατρικής εκδηλώνεται στο Πανεπιστήμιο μέσα από διαχρονικές αδυναμίες στην αναλογία φοιτητών/εκπαιδευτικού προσωπικού. Στις περισσότερες σχολές οι φοιτητές δεν χωράνε στα αμφιθέατρα, καθώς οι

υποδομές δεν επαρκούν για την κάλυψη των αναγκών.

- Στις περισσότερες ιατρικές σχολές η σχετική αξιολόγηση του επιστημονικού προσωπικού δίδει έμφαση και προτεραιότητα σε κριτήρια, τα οποία αφορούν στην ερευνητική δραστηριότητα του υποψηφίου και σαφώς λιγότερο ή και καθόλου στο εκπαιδευτικό του έργο και την εμπειρία.

- Η αξιολόγηση των φοιτητών ιατρικής γίνεται ουσιαστικά μόνο στις τελικές εξετάσεις του εξαμήνου. Εκεί αξιολογείται η επίδοση των φοιτητών, οι γνώσεις, οι δεξιότητες, η συνολική απόδοση και άλλες παράμετροι με μια συνήθως γραπτή ή προφορική εξέταση.

- Στην Ελλάδα επικρατεί η λογική «μια συνταγή για όλες τις σχολές και όλα τα πανεπιστήμια». Οι Ιατρικές Σχολές δυστυχώς ορίζουν μόνο πόσα μαθήματα – εξετάσεις πρέπει να περάσουν οι φοιτητές για να αποκτήσουν το πολυπόθητο πτυχίο. Τα προγράμματα σπουδών των Ιατρικών Σχολών είναι άθροισμα εξαμηνιαίων μαθημάτων κορμού και κάποιων κατ' επιλογή, ο αριθμός και η ποιότητα των οποίων δεν ελέγχεται. Έτσι, δεν υπάρχει πρόγραμμα σπουδών, στη βάση του τι πρέπει να γνωρίζει ο πτυχιούχος και τι δεξιότητες πρέπει να τον διακρίνουν, παίρνοντας το πτυχίο του.

Αναφορικά με την Επαγγελματική Μεταπτυχιακή Ιατρική Εκπαίδευση:

- Η τοποθέτηση σε θέση εκπαιδευτικής άσκησης για απόκτηση ιατρικής ειδικότητας διενεργείται με το σύστημα της λίστας αναμονής, χωρίς περαιτέρω αξιολόγηση των γνώσεων και των δεξιοτήτων των υποψηφίων.

- Οι ειδικευόμενοι ιατροί αξιολογούνται μόνο μια φορά, μετά την ολοκλήρωση της εκπαίδευσής τους. Η φύση των εξετάσεων για απόκτηση τίτλου ειδικότητας ποικίλει μεταξύ των ειδικοτήτων, αλλά και μεταξύ διαφορετικών εξεταστικών επιτροπών. Η εφάπαξ αξιολόγηση στην ουσία δεν λαμβάνει υπόψη την απόδοση του ιατρού στο σύνολο των ετών της εκπαίδευσής του, αδυνατεί να αξιολογήσει σφαιρικά την κλινική του επάρκεια και πιθανόν αξιολογεί μόνο τις θεωρητικές γνώσεις του.

- Μπορεί το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης να επιλέγει τις κλινικές για εκπαίδευση των ειδικευμένων ιατρών, όμως δεν προβαίνει σε περεταίρω αξιολόγηση και πιστοποίηση της επάρκειας των εν λόγω κλινικών, των εκπαιδευτικών προγραμμάτων που προσφέρουν και φυσικά δεν αξιολογείται και η παιδαγωγική δεξιότητα των εκπαιδευτών. Αυτό έχει ως πρακτική συνέπεια ότι οι ειδικευόμενοι ιατροί δεν

υποβάλλονται σε συγκεκριμένα και αυστηρά τηρούμενα προγράμματα εκπαίδευσης.

- Ο υπερπληθωρισμός του ιατρικού επαγγέλματος οδηγεί πολλούς ιατρούς σε πολύχρονη αναμονή για ειδικότητα.

- Η ανεργία και η πολύχρονη αναμονή για ειδικότητα έχει οδηγήσει στην ιατρική μετανάστευση. Η Ελλάδα αδυνατεί να συμβαδίσει την παραγωγή ιατρικού δυναμικού με τις ανάγκες της, με αποτέλεσμα να επενδύει σε ανθρώπινο δυναμικό το οποίο δε θα αποσβέσει ποτέ την αξία της επένδυσης σταδιοδρομώντας στο εξωτερικό. Έτσι, η Ελλάδα χρηματοδοτεί έμμεσα τα πλουσιότερα υγειονομικά συστήματα της Δυτ. Ευρώπης και της Β. Αμερικής με ανθρώπινο δυναμικό.

Αναφορικά με την Συνεχιζόμενη Ιατρική Εκπαίδευση

- Η θεσμοθέτηση της «ουσιαστικής» Συνεχιζόμενης Ιατρικής Εκπαίδευσης στην χώρα μας, ως βασικού εργαλείου ποιοτικού ελέγχου της ιατρικής κοινότητας, παραμένει ανενεργή.

- Δεν υφίσταται διαδικασία πιστοποίησης των δεξιοτήτων των ειδικευμένων ιατρών, ούτε υπάρχει νομική υποχρέωση αναβάθμισης τους.

- Αποκλειστικά υπεύθυνοι για την αναβάθμιση των δεξιοτήτων τους είναι, αφενός, οι ίδιοι οι ειδικευόμενοι ιατροί ατομικώς και, αφετέρου, ο Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος και οι κατά ειδικότητα Ιατρικές Εταιρείες που αναλαμβάνουν το έργο της επιστημονικής και κλινικής υποστήριξης για τη συνέχιση της εκπαίδευσης των ιατρών στο συγκεκριμένο κλάδο.

Η σημερινή εικόνα της εκπαίδευσης των ιατρών στην χώρα μας δεν είναι ικανοποιητική και όλοι οι υπεύθυνοι πρέπει να κάνουν την αυτοκριτική τους και να αναζητήσουν λύσεις.

Οι προτάσεις που υποβάλλουμε για αλλαγές στην προπτυχιακή εκπαίδευση, στη λήψη ειδικότητας και στη συνεχή δια βίου εκπαίδευση έχουν ως εξής:

- Το επιστημονικό προσωπικό το οποίο στελεχώνει τις Ιατρικές Σχολές, πρέπει να επιλέγεται προς πρόσληψη και να εξελίσσεται στη συνέχεια στις επόμενες βαθμίδες της ακαδημαϊκής ιεραρχίας με πρωτεύοντα κριτήρια αξιολόγησης την ποιότητα και την ποσότητα του εκπαιδευτικού του έργου.

- Πρέπει να οργανώσουν σεμινάρια παιδαγωγικής επιμόρφωσης του επιστημονικού

προσωπικού.

- Ο αριθμός των φοιτητών που εισάγονται στις ιατρικές σχολές της χώρας θα πρέπει να καθορίζεται αφενός μεν από τον αριθμό που είναι δυνατόν να εκπαιδευτεί επαρκώς, αφετέρου και από τον αριθμό των ιατρών που χρειάζεται η χώρα.

- Τα ιατρικά προγράμματα εκπαίδευσης, για να εναρμονισθούν με τις ανάγκες της αέναης εξέλιξης της τεχνολογίας και της «ιατρικής τέχνης», επιβάλλεται να ανανεώνονται συνεχώς. Πρέπει να προγραμματισθούν και να διατεθούν νέες θέσεις σε αντικείμενα μεγάλης σημασίας για τη δημόσια υγεία, όπως ,π.χ. Θεραπευτική Διατροφολογία, Ειδική Θεραπευτική Άσκηση και Φυσιατρική, Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, Οικονομία Υγείας και Διοίκηση Μονάδων Υγείας, Ιατρική της Εργασίας, Εφαρμογές Νανοτεχνολογίας στην Ιατρική, Εφαρμογές ρομποτικής στην Ιατρική, Τηλε-ιατρική κλπ. Η τρέχουσα προτεραιότητα πρέπει να μετατοπιστεί από την «κάλυψη τρεχουσών αναγκών» στην «κάλυψη νέων γνωστικών αντικειμένων» σύμφωνα με τις σύγχρονες αντιλήψεις της ιατρικής εκπαίδευσης και δημόσιας υγείας.

- Ο περιορισμός των ωρών παρακολούθησης, ο συνδυασμός με εναλλακτικές μεθόδους μάθησης (π.χ. Problem Based Learning) και η σύνδεση τους με τις διαδικασίες ενδιάμεσης αξιολόγησης, στα πλαίσια των εργαστηριακών ή κλινικών ασκήσεων, μπορούν να πολλαπλασιάσουν την αποδοτικότητα, περιορίζοντας ταυτόχρονα το χρόνο παθητικής διδακτικής διδασκαλίας.

- Η θεσμοθέτηση της υποχρέωσης των ειδικευόμενων ιατρών για συνεχιζόμενη ιατρική εκπαίδευση.

- Ο συνολικός αριθμός θέσεων ειδίκευσης να καθορίζεται με βάση τις ανάγκες του πληθυσμού για ιατρούς κάθε ειδικότητας, όπως αυτές ορίζονται από τα διεθνώς αποδεκτά δεδομένα και τον υγειονομικό χάρτη της χώρας.

- Εφαρμογή συστήματος αξιολογήσεως και ελέγχου της ποιότητας της εκπαιδεύσεως στην ειδικότητα καθώς και καθιέρωση “βιβλίου εκπαιδεύσεως” (log-book) για κάθε ειδικευόμενο.

- Να δοθεί έμφαση από την προπτυχιακή ακόμα εκπαίδευση στο Good medical practice και παράλληλα, ο κάθε ειδικευόμενος ιατρός να αξιολογείται, αν ακολουθεί όλους τους κανόνες της καλής ιατρικής συμπεριφοράς καθώς και αν είναι καλός στην συμμετοχή σε ομαδική δουλειά (team work).

- Έλεγχος ποιότητας του κέντρου, που εξασφαλίζεται με επιτόπια εξέταση των

συνθηκών από αρμόδια όργανα

- Κατάργηση της λίστας αναμονής και αντικατάσταση με σύστημα κεντρικά σχεδιασμένων πανελλαδικών εξετάσεων.
- Δημιουργία, στα πρότυπα της ιατρικής εκπαίδευσης άλλων ευρωπαϊκών χωρών και των ΗΠΑ, εκπαιδευτικών κέντρων των ειδικευόμενων ιατρών.
- Προσεκτική επιλογή των εκπαιδευτών σε όλα τα εκπαιδευτικά κέντρα. Όσοι δεν εκπαιδεύουν πρέπει να υφίστανται τις δέουσες κυρώσεις.
- Δημιουργία ενός κεντρικού οργάνου (central authority) που θα έχει την ευθύνη του σχεδιασμού, της εφαρμογής και της αξιολογήσεως της εκπαιδεύσεως.
- Ισχυροποίηση (θεσμικά και ουσιαστικά) του ρόλου των Ιατρικών Εταιρειών στη Συνεχιζόμενη Εκπαίδευση.
- Η πολιτεία θα πρέπει να υποστηρίξει με προσωπικό και κατάλληλο σύγχρονο εξοπλισμό τα εκπαιδευτικά κέντρα, τα οποία θα πρέπει να έχουν όλα τα εργαστήρια και τις μονάδες, οι οποίες έχουν σχέση με την ειδικότητα.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Avgerinos, E. D., Msaouel, P., Koussidis, G. A., Keramaris, N. C., Bessas, Z. & Gourgoulisanis, K. (2006) Greek medical students' career choices indicate strong tendency towards specialization and training abroad. *Health Policy*, 79, 101-6.
- Belos, G., Lionis, C., Fioretos, M., Vlachonicolis, J. & Philalithis, A. (2005) Clinical undergraduate training and assessment in primary health care: experiences gained from Crete, Greece. *BMC Med Educ*, 5, 13.
- Boudoulas, H. (2006) Medical education. *Helleniki Iatriki*, 228 - 230.
- Davis, M. H., Karunathilake, I. & Harden, R. M. (2005) AMEE Education Guide no. 28: the development and role of departments of medical education. *Med Teach*, 27, 665-75.
- Feldstein, P. J. (2005) *Health care economics [sic]*, Australia ; Clifton Park, NY, Thomson Delmar Learning.
- Georgantopoulou, C. (2009) Medical education in Greece. *Med Teach*, 31, 13-7.
- Manos, J. (2009) Καλύτερη οργάνωση της ιατρικής εκπαίδευσης στα ελληνικά νοσοκομεία, καθιέρωση της σωστής ιατρικής πρακτικής (*Good medical practice*), του *evidence based medicine* και της συνεχούς αξιολογήσεως όλων των ιατρών: το Βρετανικό μοντέλο, Ελληνικά κείμενα. IN www.globalusers.com (22-8-2011)
- Mihis, C. C., Alevizos, A., Natzar, M. & Mariolis, A. D. (2006) General practice is still an inferior medical specialty in Greece. *Saudi Med J*, 27, 1780.
- Msaouel, P., Keramaris, N. C., Tasoulis, A., Kolokythas, D., Syrmos, N., Pararas, N., Thireos, E. & Lionis, C. (2010) Burnout and training satisfaction of medical residents in Greece: will the European Work Time Directive make a difference? *Hum Resour Health*, 8, 16.
- Thomas, N. K. (2004) Resident burnout. *JAMA*, 292, 2880-9.
- Αυγερινός, Ε. (2006) Η Ιατρική Εκπαίδευση κατά την Ειδικότητα. Η Ελληνική και η Ευρωπαϊκή πραγματικότητα. IN www.medtime.gr (20-9-2011)
- Δάβαρης, Ν. (2007) Προπτυχιακή Εκπαίδευση σε Γερμανία, Αγγλία, ΗΠΑ, Αυστραλία. IN www.helmsic.gr (28-8-2011)
- Δαρδαβέσης, Θ. (2004) Η εκπαίδευση των εκπαιδευτών στην προπτυχιακή ιατρική εκπαίδευση. *Ιατρικά Θέματα*, 27-28.

- Ελληνική Δημοκρατία, Ε. τ. Κ. (2005) Νόμος υπ' αριθμό 3418, Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας. 1.
- Ελληνική Ουρολογική Εταιρεία (ΕΟΕ) (2011) Απόψεις της ΕΟΕ σχετικά με το προσχέδιο νόμου για την ίδρυση επιστημονικών εταιρειών των ιατρικών ειδικοτήτων. IN www.huanet.gr (20-9-2011)
- Ευθυμιάδου, Δ. (2007) Ιατροί με ειδικότητα στην ανεργία. *Ελευθεροτυπία*.
- Ευρωπαϊκή Ένωση (1993) Προτάσεις της Ευρωπαϊκής Ένωσης για εναρμόνιση της εκπαίδευσης στις ειδικότητες (Directive 93/16/EEC/5/4/93). Ευρωπαϊκή Ένωση.
- Θηραίος, Ε., Κεραμάρης, Ν. & άλλοι, κ. (2010) Δια βίου μάθηση και νέες εκπαιδευτικές στρατηγικές στην Ιατρική. IN www.medtime.gr (25-8-2011)
- Ιατρική Σχολή Αθήνας, Ο. σ. (2011) *Οδηγός σπουδών, 2010-2011*, Αθήνα.
- Ιατρική Σχολή Αλεξανδρούπολης, Ο. σ. (2011) *Οδηγός σπουδών, 2010-2011*, Αλεξανδρούπολη.
- Ιατρική Σχολή Θεσσαλονίκης, Ο. σ. (2011) *Οδηγός σπουδών, 2010-2011*, Θεσσαλονίκη.
- Ιατρική Σχολή Ιωαννίνων, Ο. σ. (2011) *Οδηγός σπουδών, 2010-2011*, Ιωάννινα.
- Ιατρική Σχολή Κρήτης, Ο. σ. (2011) *Οδηγός σπουδών, 2010-2011*, Ηράκλειο.
- Ιατρική Σχολή Λάρισας, Ο. σ. (2011) *Οδηγός σπουδών, 2010-2011*, Λάρισα.
- Ιατρική Σχολή Πάτρας, Ο. σ. (2011) *Οδηγός σπουδών, 2010-2011*, Πάτρα.
- Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας (Κ.Ε.Σ.Υ.) (1995) 112η Ολομέλεια του Κεντρικού συμβουλίου Υγείας (Κ.Ε.Σ.Υ.), Απόφαση 7 Αθήνα, Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας (Κ.Ε.Σ.Υ.).
- Κεραμάρης, Ν. (2006) Ιατρική Εκπαίδευση: Σύγχρονες Προκλήσεις στις Πολιτικές Υγείας. *Εθνική Σχολή δημόσιας Υγείας*. Αθήνα, Εθνική Σχολή δημόσιας Υγείας.
- Λυμπεροπούλου, Α. (2010) Η ανάπτυξη του επαγγελματισμού κατά την προπτυχιακή εκπαίδευση των φοιτητών ιατρικής: μια μελέτη περίπτωσης. Πανεπιστήμιο Πατρών.
- Μουτσόπουλος, Χ. (2007) *Απόψεις*, Εκδόσεις Λιβάνη.
- Μπαζούκης, Γ. & Δημολιάτης, Γ. (2011) Η αντιγραφή στις ιατρικές σχολές της Ελλάδας. Ποσοτική εκτίμηση του φαινομένου και προτάσεις θεραπείας του. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 28, 390-399.
- Μσαουέλ, Π. (2006) Προκλήσεις, καινοτομίες και μεταρρυθμίσεις στην ιατρική εκπαίδευση και έρευνα του 21ου αιώνα. in www.medtime.gr (20-9-2011)
- ΟΜΕΑ, Ι. Σ. Θ. (2009) Έκθεση εσωτερικής αξιολόγησης της Ιατρικής Σχολής

- Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη, Ιατρική Σχολή Θεσσαλονίκης.
- Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ) (2009) Health at a Glance.
- Πανεπιστημιακή Νευρολογική Κλινική του Αιγινίτειου Νοσοκομείου, Α. Ν. (2011) Εσωτερικός Κανονισμός Επαγγελματικής Μεταπτυχιακής Ιατρικής Εκπαίδευσης. Πανεπιστημιακή Νευρολογική Κλινική του Αιγινίτειου Νοσοκομείου.
- Προεδρικό Διάταγμα (1994) Περί του χρόνου ειδίκευσης ιατρών για την απόκτηση ειδικότητας (Π.Δ 415/1994 (6)).
- Τσερετοπούλου, Ξ., Τζαμάλης, Θ., Μπαζούκης, Γ., Λυράκος, Γ. & άλλοι, κ. (2011) Αν μπορούσατε ν' αλλάξετε ένα πράγμα στη σχολή σας, ποιο θα ήταν αυτό? 469 προτάσεις 429 πτυχιούχων Ιατρικής. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 28, 369 - 379.
- Υπουργείο Οικονομικών (1995) Χαρακτηρισμός ιατρικών ειδικοτήτων σε κλινικές ή εργαστηριακές, για την εφαρμογή των αντικειμενικών κριτηρίων. *ΠΟΛ. 1063/2.3.1995*.
- Υπουργείο Παιδείας Δια Βίου Μάθησης και Θρησκευμάτων (2011) Σχέδιο νόμου «Δομή, Λειτουργία, Διασφάλιση της ποιότητας των σπουδών και διεθνοποίηση των ανώτατων εκπαιδευτικών ιδρυμάτων». Αθήνα, Υπουργείο Παιδείας Δια Βίου Μάθησης και Θρησκευμάτων.
- Χρόνης, Χ. & Δάβαρης, Ν. (2006) Αξιολόγηση των φοιτητών ιατρικής – Σύγχρονες Αρχές. IN www.helmsic.gr (28-8-2011)

Ηλεκτρονική Βιβλιογραφία

- www.medtime.gr (Αυγερινός, Θηραίος, Κεραμάρης & κ.α., Μσαουέλ)
- www.helmsic.gr (Δάβαρης, Χρόνης & Δάβαρης)
- www.huanet.gr (Ελληνική Ουρολογική Εταιρεία)
- www.globalusers.com (Manos)

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΩΝ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ασελ.60

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Βσελ.61

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γσελ.62

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Δσελ.63

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α

PBL (Problem-based Learning, Μάθηση βασισμένη στο Πρόβλημα)

Στο PBL (Problem-based Learning, Μάθηση βασισμένη στο Πρόβλημα), όλα αρχίζουν από το πρόβλημα. Αυτό συνήθως είναι ένα υποθετικό σενάριο κάποιου κλινικού περιστατικού, αλλά συχνά μπορεί να είναι και τα δεδομένα εργαστηριακών εξετάσεων, τα αποτελέσματα ενός πειράματος, ένα επιστημονικό άρθρο, μια φωτογραφία, ένα βίντεο ή ακόμα και ένας ασθενής στο θάλαμο που έχει κάποιο πρόβλημα υγείας. Οι φοιτητές αντιμετωπίζουν το κάθε πρόβλημα, πάντα σε μικρές ομάδες (6-10 άτομα). Τούτο πραγματοποιείται υπό την καθοδήγηση ενός καθηγητή-υπεύθυνου για την συγκεκριμένη ομάδα, αλλά και έντυπου υλικού που συνοδεύει το πρόβλημα και περιέχει κυρίως κατευθυντήριες γραμμές, ίσως κάποια σχετική θεωρία, υποδείξεις για πηγές πρόσθετης πληροφόρησης κ.α. Αν και υπάρχουν αρκετές διαφοροποιήσεις από Σχολή σε Σχολή στον τρόπο που εφαρμόζεται το PBL (Problem-based Learning, Μάθηση βασισμένη στο Πρόβλημα), συνήθως μετά την παρουσίαση του περιστατικού ακολουθούν τα εξής βήματα: 1. εντόπιση και επεξήγηση άγνωστων όρων στο περιστατικό, 2. συζήτηση πάνω στους επιδιωκόμενους στόχους και στο ζητούμενο του προβλήματος, 3. “καταιγισμός ιδεών” (brainstorming) για τρόπους επίλυσης, γνώσεις που πρέπει να αναζητηθούν, προσεγγίσεις που μπορούν να γίνουν, 4. ατομική μελέτη και αναζήτηση πληροφοριών-απόκτηση γνώσεων από τον κάθε φοιτητή χωριστά και τέλος, 5. συγκέντρωση των αποτελεσμάτων της ατομικής μελέτης του καθενός και συζήτησή τους. Μετά από αυτά, ο υπεύθυνος καθηγητής ελέγχει τη δουλειά που έγινε και αξιολογεί την επίτευξη των επιδιωκόμενων στόχων και την απόδοση της ομάδας.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β

Ιατρικές Ειδικότητες

Αναλυτικότερα ο χρόνος εκπαίδευσης για κάθε ειδικότητα είναι:

Κλινικές Ειδικότητες

1. Αγγειοχειρουργική: Απαιτείται άσκηση 7 ετών. (Από αυτά: 3 έτη Γενικής Χειρουργικής, 3 έτη Αγγειοχειρουργική, 1 εξάμηνο Χειρουργική Θώρακος και ένα εξάμηνο Καρδιοχειρουργική. Να προηγείται η άσκηση στη Γενική Χειρουργική. Η λοιπή άσκηση να γίνεται με ενιαία τοποθεσία.)

2. Αιματολογία: Απαιτείται άσκηση 6 ετών. (Από αυτά: 2 έτη παθολογία ή παιδιατρική και 4 έτη αιματολογίας. Να προηγείται η άσκηση στην παθολογία ή παιδιατρική αιματολογία. Η λοιπή άσκηση να γίνεται με ενιαία τοποθέτηση.)

3. Ακτινοθεραπευτική Ογκολογία: Απαιτείται άσκηση 4 ετών. (Από αυτά: 6 μήνες άσκηση στις βασικές επιστήμες ακτινολογίας, 6 μήνες παθολογίας και 3 έτη στην ακτινοθεραπευτική και ογκολογία. Να προηγείται η άσκηση στις βασικές επιστήμες ακτινολογίας. Η άσκηση στην Παθολογία να γίνεται με ενιαία τοποθέτηση με την κύρια ειδικότητα.)

4. Αλλεργιολογία: Απαιτείται άσκηση 5 ετών. (Από αυτά: 2 έτη παθολογία ή παιδιατρική και 3 έτη αλλεργιολογίας. Να προηγείται η άσκηση στην παθολογία η παιδιατρική. Η λοιπή άσκηση να γίνεται με ενιαία τοποθέτηση.)

5. Αναισθησιολογία: Απαιτείται άσκηση 5 ετών. (Από αυτά: 30 μήνες στις βασικές χειρουργικές ειδικότητες, 3 μήνες στην καρδιολογία, 3 μήνες στην πνευμονολογία, 3 μήνες μαιευτική αναισθησία, 3 μήνες αναισθησιολογία στη θωρακοχειρουργική, 3 μήνες αναισθησιολογία στην νευροχειρουργική, 3 μήνες στην παιδοαναισθησία, 6 μήνες στην μονάδα εντατικής θεραπείας, 3 μήνες στην επείγουσα προνοσοκομειακή ιατρική και 3 μήνες κατ' επιλογήν στο ιατρείο πόνου η καρδιοχειρουργική αναισθησία.)

6. Γαστρεντερολογία: Απαιτείται άσκηση 6 ετών. (Από αυτά: 2 έτη Παθολογία και 4 έτη Γαστρεντερολογία. Να προηγείται η άσκηση στην Παθολογία.)

7. Γενική ιατρική: Απαιτείται άσκηση 4 ετών. (Από αυτά: 6 μήνες Παθολογία, 3 μήνες Καρδιολογία, 2 μήνες Δερματολογία, 4 μήνες Παιδιατρική, 4 μήνες Χειρουργική, 3 μήνες Ορθοπαιδική – Τραυματολογία, 3 μήνες Μαιευτική – Γυναικολογία, 2 μήνες Οφθαλμολογία, 2 μήνες Ωτορινολαρυγγολογία, 3 μήνες Κοινωνική - Κλινική Ψυχιατρική, 2 μήνες Μικροβιολογία, 1 μήνας Ακτινολογία, 2 μήνες Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, 1 μήνας Σεμινάριο Επιδημιολογίας, Στατιστικής και Μεθοδολογίας της Έρευνας, 10 μήνες

άσκηση σε Κέντρο Υγείας. Να προηγείται η άσκηση στην Παθολογία. Η άσκηση να γίνεται με ενιαία τοποθέτηση. Οι 10 μήνες άσκηση σε Κέντρο Υγείας να γίνεται στο τέλος της ειδίκευσης.)

8. Δερματολογία: Απαιτείται άσκηση 4 ετών. (Από αυτά: 1 έτος Κλινική Παθολογία, 3 έτη Κλινική Δερματολογία και Αφροδισιολογία και Εξωτερικό Δερματολογικό Ιατρείο. Να προηγείται η άσκηση στην Παθολογία. Η λοιπή άσκηση να γίνεται με ενιαία τοποθέτηση.)

9. Ενδοκρινολογία: Απαιτείται άσκηση 6 ετών. (Από αυτά: 2 έτη Παθολογία εκ των οποίων 1 έτος Παιδιατρική 4 έτη Ενδοκρινολογία Να προηγείται η άσκηση στην Παθολογία. Η άσκηση στην Παιδιατρική έχει δυνητικό χαρακτήρα. Η τοποθέτηση γίνεται στην Παθολογία. Στη συνέχεια ενιαία τοποθέτηση στην κύρια ειδικότητα.)

10. Ιατρική της εργασίας: Απαιτείται άσκηση 4 ετών. (Από αυτά: 28 μήνες κλινικής άσκησης 12 μήνες θεωρητική κατάρτιση, 8 μήνες πρακτική άσκηση.)

11. Καρδιολογία: Απαιτείται άσκηση 6 ετών. (Από αυτά: 2 έτη Κλινική Παθολογία και 4 έτη Καρδιολογία, 18 μήνες εργαστηριακή Καρδιολογία και Καρδιοχειρουργική Κλινική)

12. Κοινωνική ιατρική (ο χρόνος άσκησης ορίζεται σε 4 έτη ως εξής: 1 έτος στον Παθολογικό Τομέα Νοσοκομείου, 1 έτος θεωρητική κατάρτιση σε Τομέα Κοινωνικής Ιατρικής, 2 έτη πρακτική άσκηση στο Νοσοκομείο στο Χειρουργικό Τομέα ή Τομέα Ψυχιατρικής καθώς και στη Μαιευτική – Γυναικολογία και την Παιδιατρική.)

13. Μαιευτική –Γυναικολογία: Απαιτείται άσκηση 5 ετών. (Από αυτά: 1 έτος στη Γενική Χειρουργική, 3 1/2 έτη Μαιευτική – Γυναικολογία, 6 μήνες Παθολογική Ανατομική, Κυτταρολογία και Ενδοκρινολογία.)

14. Νευρολογία: Απαιτείται άσκηση 5 ετών. (Από αυτά: 9 μήνες Παθολογία, 6 μήνες Κλινική Ψυχιατρική και 45 μήνες Νευρολογία.)

15. Νεφρολογία: Απαιτείται άσκηση 6 ετών. (Από αυτά: 2 έτη Παθολογία και 4 έτη Νεφρολογία. Να προηγείται η άσκηση στην Παθολογία)

16. Νευροχειρουργική: Απαιτείται άσκηση 6 ετών. (Από αυτά: 1/2 έτος Γενική Χειρουργική, 6 μήνες Νευρολογία και 4 έτη Νευροχειρουργική.)

17. Ογκολογική παθολογία : Απαιτείται άσκηση 6 ετών. (3 έτη Παθολογία και 3 έτη Ογκολογία)

18. Ορθοπαιδική: Απαιτείται άσκηση 6 ετών. (Από αυτά: 1 έτος στη Γενική Χειρουργική, 4 έτη άσκηση στην Ορθοπαιδική και Τραυματολογία και 1 έτος (2 εξάμηνα) επιλογής από 1 εξάμηνο: Πλαστική Χειρουργική ή Νευροχειρουργική ή Αγγειοχειρουργική

ή Θωρακοχειρουργική ή Μονάδα Εντατικής Θεραπείας ή σε υποειδικότητες της Ορθοπεδικής.)

19. Ουρολογία: Απαιτείται άσκηση 5 ετών. (Από αυτά: 1 έτος στη Γενική Χειρουργική 3 έτη στην Ουρολογία, 2 εξάμηνα κατ' επιλογή στις ακόλουθες χειρουργικές ειδικότητες: Γυναικολογία, Πλαστική Χειρουργική, Χειρουργική Παίδων και Παιδοουρολογία.)

20. Οφθαλμολογία: Απαιτείται άσκηση 4 ετών στην Οφθαλμολογία. Ενιαία τοποθέτηση στην ειδικότητα.

21. Παθολογία: Απαιτείται άσκηση 5 ετών στην Παθολογία. (Κατά το 1ο και 2ο έτος: Να δοθεί έμφαση στην κλινική εξέταση και στην κλινική αξιολόγηση των συνήθων εργαστηριακών εξετάσεων. Να τους δίνεται πρωτοβουλία στην επίλυση και το χειρισμό συνήθων προβλημάτων. Κατά το 3ο και 4ο έτος: Άσκηση σε κλινικοπαθολογοανατομικά προβλήματα. Κατά το 5ο έτος: Στο πρώτο εξάμηνο του έτους αυτού να έχουν δικαίωμα επιλογής για τρίμηνη υπηρεσία σε κάποια από τις υποειδικότητες και εξειδικεύσεις της κύριας ειδικότητας.)

22. Παιδιατρική: Απαιτείται άσκηση 4 ετών. (Από αυτά: 3 έτη Γενική Παιδιατρική Κλινική, 6 μήνες Νεογνολογία, 6 μήνες κατ' επιλογή από 1-2 μήνες σε παιδιατρικές εξειδικεύσεις.)

23. Παιδοψυχιατρική: Απαιτείται άσκηση 4 1/2 ετών. (Από αυτά: 6 μήνες Κλινική Νευρολογία, 18 μήνες Κλινική Ψυχιατρική των ενηλίκων, 2 1/2 έτη Παιδοψυχιατρική. Δίνεται η δυνατότητα της αντίστροφης άσκησης. Στη συνέχεια ενιαία τοποθέτηση για την άσκηση στην Παιδοψυχιατρική.)

24. Πλαστική χειρουργική: Απαιτείται άσκηση 6 ετών. (Από αυτά: 2 έτη Γενική Χειρουργική, 3 έτη Πλαστική Χειρουργική και 2 εξάμηνα κατ' επιλογή σε δύο από τις χειρουργικές ειδικότητες: Γυναικολογία, Ουρολογία, ΩΡΛ, Ορθοπεδική, Νευροχειρουργική, Χειρουργική Παίδων, Χειρουργική Θώρακα. Να προηγείται η άσκηση στη Γενική Χειρουργική. Η λοιπή άσκηση να γίνεται με ενιαία τοποθέτηση.)

25. Πνευμονολογία: Απαιτείται άσκηση 5 ετών. (Από αυτά: 1 1/2 έτος Παθολογία, 36 μήνες Πνευμονολογία – Φυματιολογία, 6 μήνες ΜΕΟ / Αναπνευστικού. Ενιαία τοποθέτηση στην ειδικότητα. Δίνεται η δυνατότητα της αντίστροφης άσκησης, δηλαδή η άσκηση στην Παθολογία δεν είναι απαραίτητο να προηγείται της λοιπής άσκησης.)

26. Ρευματολογία: Απαιτείται άσκηση 6 ετών. (Από αυτά: 2 έτη Παθολογία και 4 έτη Ρευματολογία ως εξής: 3 έτη θεωρητική και πρακτική κατάρτιση στη Ρευματολογία και 1

έτος σε ορθοπεδική κλινική. Να προηγείται η άσκηση στην Παθολογία. Η λοιπή άσκηση να γίνεται με ενιαία τοποθέτηση.)

27. Φυσική ιατρική και αποκατάσταση: Απαιτείται άσκηση 5 ετών. (Από αυτά: 1 εξάμηνο Παθολογίας, 1 εξάμηνο Νευρολογίας, 1 εξάμηνο Ορθοπεδικής και 3 1/2 έτη Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης. Να προηγείται η άσκηση στην Παθολογία. Δυνατότητα αντίστροφης άσκησης στη Νευρολογία και Ορθοπεδική. Ξεχωριστή τοποθέτηση στα επιμέρους στάδια της προκαταρκτικής άσκησης. Ακολουθεί η τοποθέτηση στο κύριο στάδιο της ειδικότητας.)

28. Χειρουργική: Απαιτείται άσκηση 6 ετών. (Από αυτά: 5 έτη Γενική Χειρουργική, 2 εξάμηνα κατ' επιλογή. Ενιαία τοποθέτηση στην ειδικότητα.)

29. Χειρουργική θώρακος: Απαιτείται άσκηση 7 ετών. (Από αυτά: 3 έτη Γενική Χειρουργική, 4 έτη Θωρακοχειρουργική εκ των οποίων: 2 έτη Χειρουργική Θώρακα και 2 έτη Χειρουργική Καρδιάς και μεγάλων Αγγείων. Να προηγείται η άσκηση στη Γενική Χειρουργική. Η λοιπή άσκηση να γίνεται με ενιαία τοποθέτηση.)

30. Χειρουργική παιδών: Απαιτείται άσκηση 7 ετών. (Από αυτά: 3 έτη Γενική Χειρουργική, 3 έτη Χειρουργική Παιδών και 2 εξάμηνα κατ' επιλογή ανά ένα εξάμηνο σε δύο από τις χειρουργικές ειδικότητες: Ορθοπεδική, ΩΡΛ, Πλαστική Χειρουργική, Χειρουργική Θώρακα και Ουρολογία. Να προηγείται η άσκηση στη Γενική Χειρουργική. Η λοιπή άσκηση να γίνεται με ενιαία τοποθέτηση.)

31. Ψυχιατρική: Απαιτείται άσκηση 5 ετών. (Από αυτά: 6 μήνες Παθολογία, 1 έτος Νευρολογία, 2 έτη Κλινική, 3 μήνες Ψυχιατροδικαστική, 6 μήνες Ψυχιατρική Κλινική, 6 μήνες Κοινωνική Ψυχιατρική, 3 μήνες Παιδοψυχιατρική και Ψυχιατρική Εφήβων. Με ξεχωριστή τοποθέτηση.)

32. Ωτορινολαρυγγολογία: Απαιτείται άσκηση 5 ετών. (Από αυτά: 1 έτος στη Γενική Χειρουργική, 3 έτη στην ΩΡΛ, 6 μήνες στη Νευροχειρουργική και 6 μήνες στην Πλαστική Χειρουργική. Να προηγείται η άσκηση στη Γενική Χειρουργική. Η λοιπή άσκηση να γίνεται με ενιαία τοποθέτηση.)

Εργαστηριακές Ειδικότητες

1. Ακτινοδιαγνωστική: Απαιτείται 2 ½ έτη άσκηση

2. Ιατροδικαστική: Απαιτείται 3 έτη άσκηση, από τα οποία 1 έτος είναι παθολογική

ανατομική και 2 έτη ιατροδικαστική

3. Κυτταρολογία: Απαιτείται άσκηση 5 ετών. (Από αυτά: 2 έτη Παθολογική ανατομία και 3 έτη Κυτταρολογία.)

4. Ιατρική Βιοπαθολογία (Μικροβιολογία) : Απαιτείται άσκηση 5 ετών. (Από αυτά: 24 μήνες Μικροβιολογία, 12 μήνες Βιοχημεία, 12 μήνες Αιματολογία – Αιμοδοσία, 12 μήνες Γενική Παθολογία.)

5. Παθολογική Ανατομική: Απαιτείται συνολικά άσκηση 5 ετών. (Τα 4 πρώτα έτη περιλαμβάνουν εκπαίδευση και άσκηση στην τεχνική και ιστοπαθολογία της νεκροτομής και στην ιστοπαθολογία όλων των συστημάτων. Το 5ο έτος περιλαμβάνει άσκηση στην κυτταρολογία. Να προηγείται η άσκηση στην Παθολογική Ανατομική. Η άσκηση στην Κυτταρολογία να πραγματοποιείται υποχρεωτικά στο τελευταίο έτος της ειδίκευσης με ξεχωριστή τοποθέτηση.)

6. Πυρηνική Ιατρική: Απαιτείται άσκηση 5 ετών. (Από αυτά: 1 έτος Παθολογία, 6 μήνες Ακτινολογία, 3 έτη Πυρηνική Ιατρική, ως εξής: 5 μήνες θεωρητική εκπαίδευση, 1 μήνας πρακτικές ασκήσεις. 2 1/2 έτη πρακτική εξάσκηση σε τμήμα πυρηνικής ιατρικής, 6 μήνες, κατ' επιλογή: Ογκολογία, Καρδιολογία, Παιδιατρική, Ενδοκρινολογία. Να προηγείται η άσκηση στην Παθολογία. Η λοιπή άσκηση να γίνεται με ενιαία τοποθέτηση.)

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ

Οι προτεινόμενες μεταρρυθμίσεις του προσχέδιου νόμου του ΚΕΣΥ για την απόκτηση ιατρικής ειδικότητας.

Σύμφωνα με την τελική εισήγηση προς το Υπουργείο Υγείας της Επιτροπής Εκπαίδευσης και Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης του ΚΕΣΥ προτείνονται τα εξής :

- Η οριστική κατάργηση της λίστας αναμονής και η αντικατάστασή της με ένα σύστημα κεντρικά σχεδιασμένων πανελλαδικών εξετάσεων.

- Η κατάργηση όλων των κατηγοριών υπεράριθμων ειδικευόμενων, πλην εκείνης των Ένοπλων Δυνάμεων και όσων προβλέπονται από διακρατικές συμφωνίες. Έτσι, ο συνολικός αριθμός θέσεων ειδίκευσης καθορίζεται από:

- ο Τις ανάγκες του πληθυσμού για ιατρούς κάθε ειδικότητας, όπως αυτές ορίζονται από τα διεθνώς αποδεκτά δεδομένα και τον υγειονομικό χάρτη της χώρας.

- ο Τις δυνατότητες των Εκπαιδευτικών Κέντρων για επαρκή πρακτική εκπαίδευση.

- ο Την ευθεία συνάρτηση με τον αριθμό των φοιτητών ιατρικής στα ελληνικά εκπαιδευτικά ιδρύματα.

- ο Τις υφιστάμενες ανάγκες ώστε να εξασφαλισθεί η παραγωγή σταθερού αριθμού Γενικών Ιατρών, η αύξηση της παραγωγής Ιατροδικαστών, Ιατρών Εργασίας, Ιατρών Κοινωνικής Ιατρικής και η ενίσχυση της παραγωγής Ιατρών Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης, Παθολόγων Ογκολόγων και Ακτινοθεραπευτών Ογκολόγων.

- Η δημιουργία, στα πρότυπα της ιατρικής εκπαίδευσης άλλων ευρωπαϊκών χωρών και των ΗΠΑ, εκπαιδευτικών κέντρων των ειδικευόμενων ιατρών, ώστε η εκπαίδευση των ιατρών για τη λήψη της ειδικότητας να πραγματοποιείται σε Εκπαιδευτικά Κέντρα (Ε.Κ) που αποτελούνται από Εκπαιδευτικές Μονάδες (Ε.Μ). Τα Εκπαιδευτικά Κέντρα και οι Εκπαιδευτικές Μονάδες θα περνάνε από συγκεκριμένη διαδικασία αξιολόγησης και πιστοποίησης. Η διαδικασία αυτή μπορεί να οδηγήσει, υπό τις οριζόμενες στο προσχέδιο προϋποθέσεις, ακόμη και σε απένταξη ανεπαρκών εκπαιδευτικών κέντρων και μονάδων από το σύστημα χορήγησης ιατρικής ειδικότητας. Έτσι, τα τμήματα ή οι κλινικές ή τα εργαστήρια των νοσοκομείων, για να μπορούν να χαρακτηριστούν ως κατάλληλα για την αναγνώριση τους ως «Ε.Μ.», θα πρέπει να πληρούν τις ακόλουθες προϋποθέσεις:

- ο Να είναι σε νοσοκομεία του Εθνικού Συστήματος Υγείας (Ε.Σ.Υ.) ή σε νοσοκομεία των Ανώτατων Εκπαιδευτικών Ιδρυμάτων ή σε στρατιωτικά νοσοκομεία ή στο Νοσηλευτικό Ίδρυμα του Μετοχικού Ταμείου Στρατού (Ν.Ι.Μ.Τ.Σ.) ή σε τέως νοσοκομεία του Ιδρύματος Κοινωνικών Ασφαλίσεων ή στο Ινστιτούτο Έρευνας Νοσημάτων Θώρακα,

Υγιεινής και Ασφάλισης της Εργασίας (Ι.Ε.Ν.Θ.Υ.Α.Ε.) ή σε νοσοκομεία-ιδρύματα νομικών προσώπων ιδιωτικού δικαίου, κοινωφελούς και μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα που εποπτεύονται από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

- ο Να διαθέτουν υλικοτεχνική υποδομή, αναγκαία και απαραίτητη για την εφαρμογή του προκαθορισμένου εκπαιδευτικού προγράμματος.

- ο Να λειτουργούν στο Νοσοκομείο τμήματα και άλλων ειδικοτήτων που είναι απαραίτητες για την ανάπτυξη συγκροτημένης σφαιρικής αντίληψης από τον ειδικευόμενο πάνω στο γνωστικό αντικείμενο της ειδικότητας του.

- ο Να στελεχώνονται τουλάχιστον με Συντονιστή Διευθυντή ή Διευθυντή ΕΣΥ ή Καθηγητή ή Αναπληρωτή Καθηγητή και έναν ακόμη τουλάχιστον ειδικευμένο ιατρό που ανήκουν οργανικά στη συγκεκριμένη Ε.Μ.

Η εκπαίδευση των ειδικευόμενων ιατρών να τίθεται υπό την εποπτεία του «Συντονιστή Εκπαίδευσης» και να χρησιμοποιεί Βιβλιάριο εκπαίδευσης (logbook), στο οποίο να καταγράφονται οι συγκεκριμένες ιατρικές πράξεις και λοιπές εκπαιδευτικές δραστηριότητες του ειδικευόμενου ιατρού. Σημειώνεται ότι η χρήση του Βιβλιαρίου εκπαίδευσης των ειδικευόμενων ιατρών είναι πλέον γενικευμένη εκπαιδευτική πρακτική σε χώρες όπως οι ΗΠΑ και το Ηνωμένο Βασίλειο .

- ο Οι ειδικότητες να απονέμονται από νέα θεσμικά όργανα, τις Επιστημονικές Εταιρείες των Ιατρών Ειδικοτήτων (ΕΕΙΕ) (όπως για παράδειγμα συμβαίνει στην Αμερική).

- ο Η μεταβολή του υπάρχοντος συστήματος εξετάσεων για την απόκτηση ιατρικής ειδικότητας. Έτσι, για την τελική αξιολόγηση του υποψηφίου να λαμβάνονται υπόψη: α) η βαθμολογία του σε γραπτές εξετάσεις, β) η βαθμολογία του σε προφορικές εξετάσεις και γ) οι καταχωρήσεις και οι παρατηρήσεις στο «Βιβλιάριο Εκπαίδευσης».

- ο Η θεσμοθέτηση της υποχρέωσης των ειδικευόμενων ιατρών για συνεχιζόμενη ιατρική εκπαίδευση.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Δ

Το σχέδιο-νόμου για την παιδεία ως προς τη δια βίου εκπαίδευση (Υπουργείο Παιδείας Δια Βίου Μάθησης και Θρησκευμάτων, 2011)

Σύμφωνα με το σχέδιο-νόμου για την Παιδεία που ψηφίστηκε στις 24 Αυγούστου του 2011 από την πλειοψηφία της Βουλής προβλέπονται τα εξής αναφορικά για τη δια βίου μάθηση:

ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΜΟΥ «ΔΟΜΗ, ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ, ΔΙΑΣΦΑΛΙΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΤΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ ΚΑΙ ΔΙΕΘΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΑΝΩΤΑΤΩΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΩΝ ΙΔΡΥΜΑΤΩΝ»

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Γ΄

ΔΙΑΡΘΡΩΣΗ ΤΩΝ Α.Ε.Ι.

Άρθρο 7

Σχολές

5. Η σχολή δια βίου μάθησης αποτελεί τη βασική διοικητική μονάδα που εξασφαλίζει το συντονισμό και τη διεπιστημονική συνεργασία στην ανάπτυξη προγραμμάτων δια βίου μάθησης. Η σχολή αυτή ιδρύεται με τον Οργανισμό του ιδρύματος.

Άρθρο 12

Όργανα της σχολής δια βίου μάθησης

Η σχολή δια βίου μάθησης οργανώνεται, διοικείται και λειτουργεί κατ' αναλογία προς τη σχολή μεταπτυχιακών σπουδών, όπως ορίζεται στον Οργανισμό και τον κανονισμό σπουδών δια βίου μάθησης, ο οποίος αποτελεί τμήμα του Εσωτερικού Κανονισμού του ιδρύματος.

Άρθρο 43

Προγράμματα σπουδών δια βίου μάθησης

1. Τα ιδρύματα μπορούν να οργανώνουν και να παρέχουν προγράμματα δια βίου μάθησης, που οδηγούν στην απονομή αντίστοιχων πιστοποιητικών μη τυπικής εκπαίδευσης, κατά την έννοια της περίπτωσης 4 του άρθρου 2 του ν. 3879/2010 (Α' 163), στο πλαίσιο της σχολής δια βίου μάθησης που προβλέπεται στην παράγραφο 5 του άρθρου

2. Με τον Οργανισμό κάθε ιδρύματος ορίζονται τα κριτήρια και οι διαδικασίες για την έγκριση των προγραμμάτων δια βίου μάθησης, οι ειδικότεροι όροι και οι προϋποθέσεις λειτουργίας τους, τα όργανα διοίκησής τους, οι όροι και η διαδικασία ορισμού τους, καθώς και ο τρόπος εισαγωγής των φοιτητών σε αυτά.

3. Με εισήγηση της κοσμητείας της σχολής δια βίου μάθησης και απόφαση της Συγκλήτου, που δημοσιεύεται στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, ρυθμίζεται κάθε θέμα που αφορά την οργάνωση, τη λειτουργία και τη διοίκηση του προγράμματος δια βίου μάθησης. Ο ορισμός ή μη διδασκτρων, το ύψος και ο τρόπος καταβολής τους γίνεται με εισήγηση της κοσμητείας της σχολής, γνώμη της Συγκλήτου και απόφαση του Συμβουλίου του ιδρύματος. Κατά τα λοιπά εφαρμόζονται αναλόγως οι ισχύουσες για τα προγράμματα σπουδών διατάξεις, καθώς και ο Οργανισμός και ο Εσωτερικός Κανονισμός του ιδρύματος.

4. Τα Α.Ε.Ι. μπορούν να οργανώνουν προγράμματα εξ αποστάσεως εκπαίδευσης, με ανάλογη εφαρμογή των διατάξεων των προηγούμενων παραγράφων.