

ΜΗ ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ, ΙΑΤΡΟΝΟΜΙΚΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ, ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΗΘΙΚΗ, ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΟΙ ΡΟΛΟΙ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΟΥ, ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

(I) ΥΛΗ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ CURRICULUM UEMS/ESA/EBA/ΟΕΑ

α. Γνώσεις

Νόσοι σχετιζόμενοι με την εργασία ή/και πρόληψή τους.

Ιατρονομικές διαστάσεις της πληροφόρησης του ασθενούς και της συναίνεσης κατόπιν ενημέρωσης (informed consent)

Ηθικά και ιατρονομικά ζητήματα

Επαγγελματισμός και ηθική

- Αρχές ιατρικής δεοντολογίας: αυτονομία, «ωφελείν ει μη βλάπτειν» και δικαιοσύνη.
- Η Διακήρυξη της Γενεύης και το Πρωτόκολλο του Ελσίνκι.
- Νομικές αρχές και ιατρονομικές υποχρεώσεις που καθορίζουν την ιατρική πρακτική και τη χρήση των προσωπικών δεδομένων των ασθενών.
- Εθνικοί Κανονισμοί σχετιζόμενοι με την αναισθησιολογική πρακτική.
- Αρχές επικοινωνίας του ασθενούς με τον γιατρό, που συμπεριλαμβάνουν:
 - Δικαιώματα και ευθύνες ασθενούς, ιατρών και λοιπών επαγγελματιών υγείας.
 - Συναίνεση του ασθενούς.
 - Εμπιστευτικότητα και ιδιωτικότητα του ασθενούς.
 - Αναφορά λαθών και συμβαμάτων.
- Αρχές επικοινωνίας με ιατρούς, όπως:
 - Μέθοδοι (προφορική, γραπτή ή παραπομπή).
 - Τρόποι συμπεριφοράς (ευγένεια, ακεραιότητα, σεβασμός)
 - Επαρκής τήρηση αρχείων (συμπεριλαμβανομένων των ιατρονομικών θεμάτων).
- Προσωπικά θέματα που περιλαμβάνουν:
 - Εξισορρόπηση της οικογενειακής και της εργασιακής ζωής και σημασία των μη επαγγελματικών δραστηριοτήτων.
 - Κατάθλιψη: Προγράμματα αναγνώρισης και περίθαλψης.
 - Κατάχρηση ουσιών: Αναγνώριση και πρόσβαση στην κατάλληλη υπηρεσία.
 - Συμβουλευτική και διδασκαλία.
- Ευθύνες και συμπεριφορά ως Επικεφαλής και ως Ομάδα.
- Διαχείριση άγχους και κρίσεων.
- Αρχές που στηρίζουν την επίλυση συγκρουσιακών σχέσεων.
- Αρχές της χρήσης μοντέλων ρόλου (σενάρια).
- Αρχές διδασκαλίας και εμπύχωσης των ασθενών.
- Επαγγελματικοί Ρόλοι και Επάρκεια στην Αναισθησιολογία
-

β. Κλινικές δεξιότητες

- Εφαρμογή των αρχών της ιατρικής δεοντολογίας στην επίλυση προβλημάτων, π.χ. στους ακόλουθους τομείς:
 - Φροντίδα στο τέλος της ζωής. Ανακουφιστική/Παρηγορητική Φροντίδα.
 - Παρακράτηση και απόσυρση της θεραπείας.
 - Μάρτυρες του Ιεχωβά.
 - Ασθενείς ανίκανοι για χορήγηση συγκατάθεσης.

- Επίτευξη χαρακτηριστικών των 4 ρόλων του αναισθησιολόγου: ειδικός ιατρός, επικεφαλής, επαγγελματίας, εκπαιδευτής.
- Εφαρμογή των αρχών της τεκμηριωμένης ιατρικής στην κλινική πρακτική.
- Χρήση της τεχνολογίας και της πληροφορικής για τη βελτιστοποίηση της κλινικής φροντίδας, μελέτη της βιβλιογραφίας.
- Βασική αξιολόγηση άρθρων, συμπεριλαμβανομένης της ερμηνείας του σχεδιασμού της μελέτης, των στατιστικών, των αποτελεσμάτων και των συμπερασμάτων.
- Εγρήγορση και διαχείριση της κλινικής πρακτικής σύμφωνα με ιατρονομικές υποχρεώσεις.
- Δέσμευση στις κύριες δεοντολογικές αρχές και επαγγελματικές αξίες, όπως ο αλτρουισμός, η πίστη, η κοινωνική δικαιοσύνη, η τιμή, η ακεραιότητα.
- Δέσμευση στα δικαιώματα των ασθενών για αυτονομία, εμπιστευτικότητα, συνειδητή συναίνεση, κατανόηση των κινδύνων ιατρικών τεχνικών (επικεντρωμένη στον ασθενή) ανεξάρτητα από τη φυλή, τον πολιτισμό, το φύλο, τον σεξουαλικό προσανατολισμό και την κοινωνικο-οικονομική κατάσταση.

Ασφάλεια του ασθενούς και Οικονομικά της Υγείας

Η ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας και η ασφάλεια των ασθενών ορίζεται ως η οργανωτική διαδικασία που εξασφαλίζει τη διατήρηση του επιθυμητού επιπέδου ασφάλειας και ποιότητας σε μια παροχή ή ένα προϊόν.

Οι αναισθησιολόγοι εργάζονται στο πλαίσιο μιας ομάδας, τις περισσότερες φορές διεπιστημονικής. Για τον λόγο αυτό, η απόδοσή τους δεν μπορεί να αξιολογηθεί μεμονωμένα. Απαιτούνται λοιπόν γνώσεις, δεξιότητες και συμπεριφορές που εξασφαλίζονται με τη συνεχιζόμενη ιατρική εκπαίδευση και επαγγελματική ανάπτυξη.

α. Γνώση

Κατά τη διάρκεια της ειδίκευσής τους οι ειδικευόμενοι πρέπει να αποκτήσουν γνώσεις για να είναι σε θέση να αξιολογούν την ποιότητα της δουλειάς τους, καθώς και γνώσεις σχετικές με τα Οικονομικά της Υγείας. Η επαρκής απόδοση απαιτεί τις ακόλουθες ικανότητες:

- Κατανόηση και εφαρμογή διαδικασιών διασφάλισης της ποιότητας στην πράξη ως βάση της συνεχιζόμενης επαγγελματικής εξέλιξης.
- Εφαρμογή στην καθημερινή εργασία των τοπικών, των εθνικών και των Ευρωπαϊκών Κατευθυντήριων Οδηγιών για την ποιότητα και για τα προγράμματα ασφάλειας (π.χ. WHO checklists κ.λπ.).
- Αποτελεσματική οργάνωση της εργασίας στο πλαίσιο διεπιστημονικής ομάδας, επίγνωση των ορίων και ικανότητα αναζήτησης βοήθειας όταν χρειάζεται.
- Κατανόηση διοικητικών και διαχειριστικών υπευθυνοτήτων.
- Ειδικότερα, οι γνώσεις που απαιτούνται αφορούν:
 - Κατευθυντήριες Οδηγίες του Ευρωπαϊκού Συμβουλίου Αναισθησιολογίας (EBA-European Board of Anaesthesiology) για την ασφάλεια των ασθενών.
 - Συστάσεις που αφορούν την ποιότητα της φροντίδας και την ασφάλεια των ασθενών και προέρχονται από τις εθνικές, Ευρωπαϊκές και διεθνείς αρχές.
 - Βασικές αρχές της ασφάλειας των ασθενών που περιλαμβάνουν:
 - Το μοντέλο του λάθους και την ανεπάρκεια του συστήματος.
 - Τα σύγχρονα μοντέλα ερμηνείας του λάθους (π.χ. μοντέλο του «ελβετικού τυριού» του J. Reason).
 - Επίγνωση των ανθρωπίνων ορίων.
 - Το ρόλο του stress, της κόπωσης και της λήψης αποφάσεων.
 - Το ρόλο των ομάδων και την ιεραρχία.
 - Τις πέντε κοινές αρχές των Οργανισμών Υψηλής Αξιοπιστίας (HROs):
 1. Ανάλυση της αποτυχίας.
 2. Απροθυμία στην ερμηνευτική υπεραπλούστευση.
 3. Ευαισθησία στις διαδικασίες.
 4. Προσήλωση στην προσαρμοστικότητα και ευελιξία.
 5. Σεβασμός στην εξειδικευμένη γνώση.

- Εργαλεία για εξασφάλιση της ποιότητας και τη διαχείριση του λάθους:
 - Ανάλυση του προβλήματος:
 - Συστήματα αναφοράς του λάθους.
 - Έλεγχος κρίσιμων συμβαμάτων.
 - Διαφορετικές μέθοδοι στην ανάλυση του λάθους.
 - Ανάλυση των αιτιών του λάθους.
 - Το Πρωτόκολλο του Λονδίνου (συστηματική ανάλυση κλινικών συμβαμάτων).
 - Αντιμετώπιση του προβλήματος:
 - Τα συχνότερα προβλήματα ασφάλειας.
 - Λάθος φάρμακο ή λάθος δόση φαρμάκου.
 - Λάθος πλευρά/σημείο χειρουργικής επέμβασης.
 - Ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις.
 - Παράδοση ασθενών.
 - Ανοικτή συζήτηση.
- Οικονομικά θέματα:
 - Δημογραφικά στοιχεία και χρήση δεδομένων από πηγές σχετικές με την αναισθησιολογική πρακτική.
 - Βασικές γνώσεις για οικονομικά θέματα που αφορούν την αναισθησιολογική πρακτική.
 - Βασικές γνώσεις που αφορούν οργανωτικές και χρηματοδοτικές πλευρές στην αναισθησιολογική πρακτική.

β. Κλινικές δεξιότητες

- Εφαρμογή αρχών ποιότητας παρεχόμενης φροντίδας και ασφάλειας του ασθενούς στην καθημερινή αναισθησιολογική πρακτική συμπεριλαμβανομένης της αναισθησίας σε απομακρυσμένα νοσοκομεία.
- Χρήση Λιστών Ελέγχου (checklists) και Κατευθυντήριων Οδηγιών.
- Παροχή στοιχείων στο τοπικό και εθνικό σύστημα δεδομένων.
- Υπολογισμός του κόστους – οφέλους.

γ. Ειδική στάση και συμπεριφορά

Αφοσίωση στο σύστημα αναφοράς των κρίσιμων συμβαμάτων.

- της αναισθησίας και της περιεγχειρητικής φροντίδας για τα εξής:
 - Θωρακοτομή και
 - Εκτομή πνεύμονα.
 - Αφαίρεση μάζας μεσοθωρακίου.
 - Επεμβάσεις οισοφάγου.
 - Επεμβάσεις θωρακικής αορτής.
 - Επεμβάσεις τραχείας και βρόγχων (συμπεριλαμβανομένης της χρήσης Laser και ενδοπροθέσεων-stent).
 - Θωρακοσκοπικές επεμβάσεις.

Μεσοθωρακοσκόπηση.

(II) ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ ΕΝΔΕΙΚΤΙΚΩΝ ΕΡΩΤΗΣΕΩΝ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ	ΣΕΛΙΔΑ
Νόσοι σχετιζόμενοι με την εργασία ή/και πρόληψή τους	4
Ιατρονομικές διαστάσεις της πληροφόρησης του ασθενούς και της συναίνεσης κατόπιν ενημέρωσης (informed consent)	7
Ηθικά και ιατρονομικά ζητήματα	10
Εξέταση ηθικο-δεοντολογικών και ιατρο-νομικών ζητημάτων	22

Επαγγελματικοί Ρόλοι και Επάρκεια στην Αναισθησιολογία	24
Ασφάλεια Ασθενούς στην Αναισθησιολογία	26

(III) ΕΝΔΕΙΚΤΙΚΕΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ

Νόσοι σχετιζόμενοι με την εργασία ή/και πρόληψή τους

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, κεφ. 24, σελ. 661, 663.

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, κεφ. 101, σελ. 3117.

Morgan & Mikhail's Clinical Anesthesiology, 5th edition, κεφάλαιο 8, σελ. 166.

Όσον αφορά στις νόσους που σχετίζονται με την άσκηση της Αναισθησιολογίας:

- α. Το υποξείδιο του αζώτου (N_2O) μπορεί να προκαλέσει τοξικότητα στο νευρικό σύστημα, σε μακροχρόνια έκθεση. Σ
- β. Το N_2O οξειδώνει τη βιταμίνη B12 και μπορεί να προκαλέσει μεγαλοβλαστική αναιμία. Σ
- γ. Ο συνιστώμενος, χρονικά σταθμισμένος μέσος όρος εισπνεόμενου N_2O είναι μικρότερος ή/ και ίσο με 25 ppm. Σ
- δ. Ο συνιστώμενος, χρονικά σταθμισμένος μέσος όρος εισπνεόμενων πτητικών αναισθητικών είναι 5 ppm. Σ
- ε. Στη χειρουργική αίθουσα, ο προτεινόμενος ρυθμός εναλλαγής αέρα πρέπει να είναι, το λιγότερο, 15 εναλλαγές/ώρα. Σ

Morgan & Mikhail's Clinical Anesthesiology, Ch. 54, p. 1223.

Κίνδυνοι από επαγγελματική έκθεση σε εισπνεόμενα αναισθητικά:

- α. Ακόμη και οι βραχείες περίοδοι έκθεσης σε απόβλητα εισπνεόμενων αναισθητικών (χειρουργείο, ανάνηψη, ΜΕΘ) συνδέονται με κινδύνους. Λ
- β. Η έκθεση σε υψηλές συγκεντρώσεις μπορεί αν συσχετίζεται με αυξημένη συχνότητα αποβολών σε εγκύους. Σ
- γ. Η έκθεση σε υψηλές συγκεντρώσεις μπορεί να συσχετίζεται με υπογονιμότητα. Σ
- δ. Άτομα με ανεπάρκεια βιταμίνης B12 μπορεί να βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο νευροτοξικότητας από N_2O . Σ
- ε. Εισπνεόμενα αναισθητικά με F, Br ή Cl εξαντλούν το όζον της ατμόσφαιρας. Σ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, κεφ. 101, σελ. 3117.

Όσον αφορά την εργασιακή ασφάλεια κατά την άσκηση της Αναισθησιολογίας ισχύει:

- α. Η έκθεση σε ακτινοβολία προέρχεται, κατά κύριο λόγο, από ακτίνες X που εκπέμπονται από τον εξοπλισμό του χώρου εργασίας και από τους ασθενείς. Σ

- β. Η έκθεση στον ιό της επίκτητης ανοσοανεπάρκειας (HIV) προκύπτει συνήθως, μετά από διαδερμικό τραυματισμό. Σ
- γ. Ο κίνδυνος μετάδοσης του ιού HIV είναι πιο υψηλός σε νυγμό από βελόνες επιμολυσμένες με ορατό αίμα και από φορείς με υψηλό ιικό φορτίο. Σ
- δ. Δεν συνιστάται προφυλακτική παρακολούθηση και θεραπεία, μετά από ατυχηματική έκθεση στον ιό HIV ή στον ιό της ηπατίτιδας Β. Λ
- ε. Η στέρηση ύπνου δεν έχει δυσάρεστες συνέπειες στη νοητική λειτουργία και την εγρήγορση των ιατρών. Λ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, κεφάλαιο 101. σελ. 3129.

Η αλλεργία των επαγγελματιών υγείας στο ελαστικό κόμμι (latex):

- α. Μπορεί να περιορίζεται σε μία απλή ερεθιστική δερματίτιδα εξ επαφής. Σ
- β. Μπορεί να εκδηλωθεί ως σοβαρή αλλεργική αντίδραση δια μέσου IgE. Σ
- γ. Δεν σχετίζεται με ιστορικό ατοπίας και με αλλεργία σε ορισμένα τρόφιμα. Λ
- δ. Ένα ποσοστό των επαγγελματιών υγείας μπορεί να έχει θετικές δερματικές δοκιμασίες στο latex. Σ
- ε. Για την πρόληψη των αλλεργιών στο latex συστήνεται πλύσιμο των χεριών μετά την αφαίρεση των γαντιών. Σ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, κεφ. 101. σελ. 3132.

Σύμφωνα με διεθνή στοιχεία, για την εξάρτηση αναισθησιολόγων σε ουσίες ισχύουν τα εξής:

- α. Το stress αποτελεί καθοριστικό παράγοντα για τον εθισμό ενός γιατρού στα ναρκωτικά. Λ
- β. Το οικογενειακό ιστορικό κατάχρησης ουσιών και η προηγούμενη χρήση ουσιών για λόγους διασκέδασης συσχετίζονται με την κατάχρηση ουσιών μεταξύ των ιατρών. Σ
- γ. Η άμεση διαθεσιμότητα των οπιοειδών είναι σημαντική αιτία πρόκλησης εθισμού στους αναισθησιολόγους. Σ
- δ. Πολλοί απεξαρτημένοι αναισθησιολόγοι επιστρέφουν στην άσκηση της αναισθησιολογίας και το ποσοστό υποτροπής είναι πολύ μικρό. Λ
- ε. Η επιτυχής απεξάρτηση απαιτεί εφ' όρου ζωής προσήλωση στη θεραπεία. Σ

Morgan & Mikhail's Clinical Anesthesiology, 5th edition, κεφάλαιο 2, σελ. 16-17.

Ποιά από τα παρακάτω είναι ευαίσθητα στην έκθεση στην ακτινοβολία και πρέπει να προστατεύονται κατά την άσκηση της Αναισθησιολογίας?

- α. Οφθαλμοί Σ
- β. Μυελός των οστών Σ
- γ. Θυρεοειδής αδένας Σ
- δ. Γονάδες Σ
- ε. Ενδομήτριο κύημα Σ

Morgan & Mikhail's Clinical Anesthesiology, 5th edition, κεφάλαιο 2, σελ. 16-17.

Ποιά από τα παρακάτω ισχύουν για προστασία από την έκθεση στην ακτινοβολία κατά την άσκηση της Αναισθησιολογίας?

- α. Τα επίπεδα ακτινοβολίας πρέπει να καταγράφονται, όταν οι εργαζόμενοι εκτίθενται σε τιμές > 400 REM. Λ
- β. Στις επιπτώσεις από την έκθεση στην ακτινοβολία συμπεριλαμβάνεται και η εμφάνιση καταρράκτη. Σ
- γ. Αποτελεί βασική αρχή η έκθεση να είναι «*as low as reasonably practical*» (ALARP). Σ
- δ. Η χρήση ειδικής ποδιάς από μόλυβδο και ειδικών γυαλιών μπορεί να μειώσει τον κίνδυνο από έκθεση στην ακτινοβολία. Σ
- ε. Ο κίνδυνος μπορεί να μειωθεί ελαττώνοντας την απόσταση που στέκεται ο αναισθησιολόγος από το μηχάνημα που εκπέμπει την ακτινοβολία. Λ

Morgan & Mikhail's Clinical Anesthesiology, 5th edition, κεφάλαιο 2, σελ. 16.

Όσον αφορά την προστασία από το θόρυβο στη χειρουργική αίθουσα, κατά την άσκηση της Αναισθησιολογίας ισχύει:

- α. Η παρατεταμένη έκθεση σε θόρυβο στη χειρουργική αίθουσα δεν έχει καμία επίδραση στις γνωσιακές λειτουργίες των εργαζομένων. Λ
- β. Η παρατεταμένη έκθεση σε θόρυβο στη χειρουργική αίθουσα δεν μπορεί να επιδράσει βλαπτικά στην ακοή των εργαζομένων. Λ
- γ. Ο συνήθης θόρυβος στη χειρουργική αίθουσα μετράται στα 700-800 decibels (dB). Λ
- δ. Πολλά από τα συνήθη ορθοπαιδικά και νευροχειρουργικά εργαλεία παράγουν θορύβους μεγέθους > 125 dB. Σ
- ε. Σε θορύβους μεγέθους ≥ 125 dB πολλοί άνθρωποι μπορεί να αισθανθούν πόνο. Σ

Ιατρονομικές διαστάσεις της πληροφόρησης του ασθενούς και της συναίνεσης κατόπιν ενημέρωσης (informed consent)

Miller 's Anesthesia, 2014, Chapter 10, p. 236.

Η συναίνεση του ασθενή για αναισθησία ή πράξεις σχετιζόμενες με αυτή:

- α. Είναι επαρκής αλλά όχι αναγκαία προϋπόθεση για χορήγηση αναισθησίας σε κατεπείγουσα χειρουργική επέμβαση διάσωσης όπου δεν υπάρχει χρόνος για την ενημέρωση του ασθενή. Σ
- β. Είναι επαρκής προϋπόθεση χορήγησης αναισθησίας σε σχετικά επείγουσα χειρουργική επέμβαση όπου δεν υπάρχει χρόνος για την ενημέρωση του ασθενή, μόνον αφού έχει γίνει κάθε δυνατή προσπάθεια να ενημερωθεί για την αναισθησία και τις σχετικές πράξεις. Σ
- γ. Προϋποθέτει τη λεπτομερή ενημέρωση του ασθενή για κάθε κίνδυνο σχετιζόμενο με την αναισθησία και σχετικές με αυτής πράξεις και παρεμβάσεις, εφόσον ο ασθενής είναι ενήλικας και διατηρεί την ικανότητα κατανόησης της σχετικής συζήτησης και λήψης αποφάσεων. Σ
- δ. Ασθενείς με ανικανότητα αυτόνομης φυσικής δραστηριότητας πρέπει να θεωρούνται ότι στερούνται αντίστοιχα και της ικανότητας λήψης αποφάσεων κατά τη συγκατάθεσή τους για αναισθησία και σχετιζόμενες με αυτήν παρεμβάσεις. Λ
- ε. Θεωρείται άκυρη και μη ισχυρή, εφόσον οι αποφάσεις του ασθενή καταφανώς τείνουν στη επιδείνωση του κινδύνου για τη υγεία του ή και τη ζωή του. Λ

Miller 's Anesthesia, 2014, Chapter 10, p. 236.

Η ικανότητα του ασθενή να λαμβάνει αποφάσεις και να συναινεί για την αναισθησία και τις σχετιζόμενες με αυτή πράξεις:

- α. Εξαρτάται από τη σύμφωνη γνώμη των θεραπόντων. Λ
- β. Καθορίζεται από το αν προσλαμβάνει και κατανοεί τις σχετικές πληροφορίες, κατανοεί τις πιθανές επιπτώσεις (θετικές και αρνητικές) της απόφασής του, έστω και σε απλουστευμένη μορφή και μπορεί να εκφράσει τις απόψεις του και τις θέσεις του για την ιατρική πρόταση που δέχεται. Σ
- γ. Εξαρτάται από την ηλικία του, δηλαδή υπερήλικες και παιδιά δεν έχουν δυνατότητα λήψης αποφάσεων. Λ
- δ. Εξαρτάται από την κλινική κατάσταση της πάθησής του. Για παράδειγμα, καρκινοπαθής τελικού σταδίου δεν μπορεί να αποφασίσει αρνητικά σε προτεινόμενες παρηγορικές παρεμβάσεις. Λ
- ε. Σε προγραμματισμένες επεμβάσεις, επί αμφιβολίας αναβάλλεται η

παρέμβαση μέχρι να τεκμηριωθεί από ειδικό η ικανότητα του ασθενούς να λαμβάνει αυτόνομα τις σχετικές αποφάσεις. Σ

Νόμος 3418/2005, Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας, Άρθρα 11 & 12, 5393-94.

Σχετικά με τις ιατρονομικές διαστάσεις της ενημέρωσης του ασθενούς και της συναίνεσης κατόπιν ενημέρωσης (informed consent) ισχύει:

- α. Ο ιατρός είναι υποχρεωμένος να ενημερώνει τον ασθενή ακόμα και όταν αυτός αρνείται να ενημερωθεί. Λ
- β. Στην περίπτωση ανηλικού ασθενούς που υποβάλλεται σε μεταμόσχευση δεν απαιτείται, η συναίνεση των προσώπων που ασκούν τη γονική μέριμνά του. Λ
- γ. Στην περίπτωση ασθενούς που δεν διαθέτει ικανότητα συναίνεσης και δεν έχει οριστεί δικαστικός συμπαραστάτης, η συναίνεση δίδεται από τους οικείους του. Σ
- δ. Στην περίπτωση ανήλικου ασθενούς που οι γονείς του αρνούνται να δώσουν την αναγκαία συναίνεση και υπάρχει ανάγκη άμεσης παρέμβασης προκειμένου να αποτραπεί ο κίνδυνος για τη ζωή ή την υγεία του ασθενούς, ο ιατρός είναι υποχρεωμένος να εξασφαλίσει τη συναίνεση των γονέων πριν εκτελέσει οποιαδήποτε ιατρική πράξη. Λ
- ε. Ο ασθενής πριν την πραγματοποίηση οποιασδήποτε ιατρικής πράξης πρέπει να ενημερώνεται και να συναινεί γραπτώς. Λ

Γενικές Αρχές Ιατρικής Ευθύνης & Ιατρικής Δεοντολογίας, Θ. Βουγιουκλάκης, Εκδόσεις Εφύρα, Ιωάννινα, 2008, Κεφάλαιο 'Συναίνεση', Σελ. 19-24.

Σχετικά με τη συναίνεση των ασθενών κατόπιν ενημέρωσής τους ισχύει:

- α. Στον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας κατοχυρώνεται η υποχρέωση ενημέρωσης του ασθενούς και η συναίνεση του ενημερωμένου ασθενούς. Σ
- β. Έντυπα ενημέρωσης που υπογράφονται από τον ασθενή με εκφράσεις όπως π.χ. με πλήρη γνώση όλων των ενδεχόμενων για τη ζωή μου κινδύνων δεν παρέχουν την αναγκαία ενημέρωση, με αποτέλεσμα η τυχόν ακολουθούσα συναίνεση να είναι ανίσχυρη. Σ
- γ. Η συναίνεση είναι ελεύθερα ανακλητή μέχρι τη διενέργεια της ιατρικής πράξης. Σ
- δ. Αν κατά τη διάρκεια της επέμβασης διαπιστωθεί ότι είναι αναγκαία η επέκταση της επέμβασης πέρα από την προηγηθείσα σύμφωνη γνώμη του ασθενούς και αυτό οφείλεται σε διαγνωστικό σφάλμα, τότε η επέκταση της επέμβασης χωρίς τη συναίνεση του ασθενούς δεν συνεπάγεται ευθύνη του ιατρού. Λ
- ε. Αν κατά τη διάρκεια της επέμβασης διαπιστωθεί ότι είναι αναγκαία η

επέκταση της επέμβασης πέρα από την προηγηθείσα σύμφωνη γνώμη του ασθενούς και αυτό δεν οφείλεται σε διαγνωστικό σφάλμα, τότε η επέκταση της επέμβασης χωρίς τη συναίνεση του ασθενούς είναι επιτρεπτή μόνο αν υφίσταται άμεσος κίνδυνος για τη ζωή και την υγεία του ασθενούς και ο τελευταίος δεν έχει εκφράσει αντίθετη γνώμη ή έχει συναινέσει σε μια πιθανή επέκταση της χειρουργικής επέμβασης. Σ

Γενικές Αρχές Ιατρικής Ευθύνης & Ιατρικής Δεοντολογίας, Θ. Βουγιουκλάκης, Εκδόσεις Εφύρα, Ιωάννινα, 2008, Κεφάλαιο 'Συναίνεση', Σελ. 19-21.

Για τις ιατρονομικές διαστάσεις της ενημέρωσης του ασθενούς και της συναίνεσης κατόπιν ενημέρωσης ισχύουν τα εξής:

- α. Η υποχρέωση του ιατρού για συναίνεση του ασθενούς μετά από προηγούμενη ενημέρωση του δεν έχει ακόμη συνταγματική κατοχύρωση. Λ
- β. Δεν αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση για τη συναίνεση του ασθενούς η προηγούμενη ενημέρωση του. Λ
- γ. Η ενημέρωση του ασθενούς γίνεται προφορικά ή γραπτά χωρίς να είναι απαραίτητο να τηρηθεί κανένας τύπος. Σ
- δ. Η ενημέρωση του ασθενούς μπορεί να γίνεται και μετά την έναρξη της ιατρικής πράξης. Λ
- ε. Η συναίνεση είναι ελεύθερα ανακλητή μέχρι τη διενέργεια της ιατρικής πράξης. Σ

Watts J. Safe sedation for all practitioners – A Practical Guide, 2008, Chapter 6, p. 87-102.

Τα παρακάτω αποτελούν βασικές υποχρεώσεις του θεράποντα ιατρού:

- α. Το συμφέρον του ασθενή είναι η πρώτη και σημαντικότερη μέριμνα του θεράποντα - Διαφύλαξη αξιοπρέπειας, αυτονομίας και εμπιστευτικότητας των πληροφοριών που σχετίζονται με τον ασθενή. Σ
- β. Η επικαιροποίηση των ικανοτήτων και γνώσεων του θεράποντα είναι βασική του υποχρέωση, ενώ ταυτόχρονα οφείλει πάντα να πράττει στα όρια των προσωπικών του ικανοτήτων και να ζητά βοήθεια όπου απαιτείται. Σ
- γ. Ο θεράπων οφείλει να διατηρεί την ακεραιότητά του, την ειλικρίνειά του και να εμπνέει εμπιστοσύνη ώστε να συντηρεί την εμπιστοσύνη του κοινού προς το ιατρικό επάγγελμα. Σ
- δ. Ο θεράπων οφείλει να είναι συνεργάσιμος με συναδέλφους του ιδίου και άλλων τμημάτων και να ασκεί την πρακτική του με προφανή σεβασμό προς αυτούς. Σ

- ε. Η ασφάλεια του ασθενή και η διαχείριση των σχετικών κινδύνων αποτελεί κύρια μέριμνα του θεράποντα. Άρα, οφείλει να αποκαλύπτει προφανείς αδυναμίες εκτέλεσης του ιατρικού καθήκοντος, είτε ατομικές του, είτε των συναδέλφων του. Σ

Ηθικά και ιατρονομικά ζητήματα

Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας, νόμος 3418/2005, άρθρα 11, 12 και 20

Ο Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας είναι:

- α. Νόμος του Κράτους. Σ
- β. Κώδικας που περιλαμβάνει συστάσεις για την ορθή άσκηση της Ιατρικής. Λ
- γ. Μπορεί να ερμηνεύεται κατά την κρίση του ιατρού, πάντα όμως προς όφελος του ασθενούς. Λ
- δ. Απαγορεύει ρητά τη διενέργεια ιατρικών πειραμάτων σε ανθρώπους. Λ
- ε. Στηρίζεται σε συνταγματικές αρχές για την διαφύλαξη της ζωής και την προάσπιση της υγείας. Σ

Νόμος 3418/2005, Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας, Άρθρο 14 και Νόμος για την προστασία των ευαίσθητων προσωπικών δεδομένων (2018).

Σχετικά με την τήρηση Ιατρικού Αρχείου ισχύει:

- α. Δεν είναι υποχρεωτική η τήρησή του. Λ
- β. Διατηρείται για χρονικό διάστημα 5 ετών μετά την τελευταία επίσκεψη του ασθενούς. Λ (Σ=10 ετών)
- γ. Καταγράφονται το ονοματεπώνυμο, πατρώνυμο, φύλο, ηλικία, επάγγελμα, διεύθυνση και ΑΜΚΑ. Σ
- δ. Καταγράφονται η ημερομηνία επίσκεψης, η ιατρική διάγνωση, η ιατρική πράξη που έγινε, η αγωγή που ακολουθήθηκε και τα αποτελέσματα των κλινικών και παρακλινικών εξετάσεων. Σ
- ε. Ο ιατρός λαμβάνει τα αναγκαία μέτρα ασφάλειας για τη διαφύλαξη των ευαίσθητων προσωπικών δεδομένων του ασθενούς. Σ

Νόμος 3418/2005, Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας, Άρθρα 11, 125393-94.

Σύμφωνα με τον ισχύοντα Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας, για τους Μάρτυρες του Ιεχωβά για τους οποίους υπάρχει ένδειξη για μετάγγιση ισχύει:

- α. Αν είναι ανήλικοι, η μετάγγιση επιτρέπεται σε οποιαδήποτε περίπτωση. Λ
- β. Αν είναι ανήλικοι και δεν υπάρχει ανάγκη άμεσης παρέμβασης προκειμένου να αποτραπεί ο κίνδυνος για τη ζωή ή την υγεία τους, απαιτείται συναίνεση των γονέων τους για τη μετάγγιση. Σ
- γ. Αν είναι ανήλικοι, η μετάγγιση επιτρέπεται στην περίπτωση που υπάρχει ανάγκη άμεσης παρέμβασης, προκειμένου να αποτραπεί ο κίνδυνος για τη ζωή ή την υγεία τους χωρίς να απαιτείται συναίνεση των γονέων τους. Σ
- δ. Αν είναι ενήλικοι και αρνούνται να μεταγγιστούν, δεν επιτρέπεται η μετάγγιση. Σ
- ε. Αν είναι ενήλικοι, αρνούνται να μεταγγιστούν και υπάρχει ανάγκη άμεσης παρέμβασης προκειμένου να αποτραπεί ο κίνδυνος για τη ζωή ή την υγεία τους, επιτρέπεται η μετάγγιση. Λ

Νόμος 3418/2005, Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας, Άρθρα 13, 29, 31 και Γενικές Αρχές Ιατρικής Ευθύνης & Ιατρικής Δεοντολογίας, Θ. Βουγιουκλάκης, Εκδόσεις Εφύρα, Ιωάννινα, 2008, Κεφάλαιο «Τεχνητή Διακοπή της Εγκυμοσύνης», σελ. 57-59.

Faull C, De Castecker S, Nicholson A, Black F. Εγχειρίδιο Ανακουφιστικής Φροντίδας, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Broken Hill, 2017.

Σχετικά με ηθικά και ιατρονομικά ζητήματα:

- α. Αν έχουν συμπληρωθεί 12 εβδομάδες εγκυμοσύνης, η διακοπή της κύησης επιτρέπεται μόνο όταν συντρέχουν ειδικοί λόγοι. Σ
- β. Ο ιατρός μπορεί να επικαλεσθεί τους κανόνες και τις αρχές της ηθικής συνείδησής του και να αρνηθεί να εφαρμόσει ή να συμπράξει στη διαδικασία τεχνητής διακοπής της κύησης, εκτός εάν υπάρχει αναπότρεπτος κίνδυνος για τη ζωή της εγκύου ή κίνδυνος σοβαρής και διαρκούς βλάβης της υγείας της. Σ
- γ. Η άρση του ιατρικού απορρήτου επιτρέπεται όταν ο ιατρός αποβλέπει στην εκπλήρωση νομικού καθήκοντος. Σ
- δ. Η υποχρέωση του ιατρικού απορρήτου παύει να ισχύει με το θάνατο του ασθενούς. Λ
- ε. Η επιθυμία ασθενούς να πεθάνει όταν βρίσκεται στο τελευταίο στάδιο νόσου, δικαιολογούν από νομικής πλευράς τη διενέργεια πράξεων οι οποίες στοχεύουν στην επίσπευση του θανάτου. Λ

Νόμος 3418/2005, Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας.

Η ιατρική ασκείται από λειτουργό που έχει την κλινική εμπειρία να εφαρμόσει την τεκμηριωμένη γνώση με βάση τα εξής:

- α. Διεθνείς Κατευθυντήριες Οδηγίες. Σ
- β. Πανεπιστημιακά συγγράμματα. Σ
- γ. Συστάσεις Επιστημονικών Εταιρειών. Σ
- δ. Ανακοινώσεις σε ιατρικά συνέδρια που όμως δεν έχουν δημοσιευθεί. Λ

- ε. Προσωπικές απόψεις. Λ

Νόμος 3418/2005, Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας.

Η κρίση της ιατρικής πράξης στηρίζεται στα εξής:

- α. Πραγματογνωμοσύνες. Σ
- β. Εκθέσεις τεχνικών συμβούλων. Σ
- γ. Έντυπα τεκμηρίωσης. Σ
- δ. Καταθέσεις μαρτύρων. Σ
- ε. Βιβλιογραφία. Σ

Νόμος 3418/2005, Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας.

Ηθικά και ιατρονομικά ζητήματα:

- α. Η συνταγογράφηση δεν περιλαμβάνεται στην έννοια της ιατρικής πράξης. Λ
- β. Κάθε χρήστης των υπηρεσιών υγείας ονομάζεται ασθενής. Σ
- γ. Κάθε ιατρός είναι ελεύθερος να εφαρμόσει οποιαδήποτε πειραματική μέθοδο κρίνει ως ωφέλιμη για τον ασθενή. Λ
- δ. Ο ιατρός οφείλει να παρέχει τις υπηρεσίες του για την αντιμετώπιση επειγόντων περιστατικών απειλητικών για τη ζωή, ανεξάρτητα από την ειδικότητά του. Σ
- ε. Ο ιατρός έχει υποχρέωση δια βίου εκπαίδευσης και ενημέρωσης σχετικά με τις εξελίξεις της ιατρικής επιστήμης. Σ

Νόμος 3418/2005, Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας.

Δεν απαιτείται συναίνεση κατόπιν ενημέρωσης στις παρακάτω περιπτώσεις:

- α. Στις επείγουσες περιπτώσεις, κατά τις οποίες δεν μπορεί να ληφθεί κατάλληλη συναίνεση και συντρέχει άμεση, απόλυτη και κατεπείγουσα ανάγκη παροχής ιατρικής φροντίδας. Σ
- β. Σε περίπτωση απόπειρας αυτοκτονίας. Σ
- γ. Αν οι γονείς ανήλικου ασθενή αρνούνται να δώσουν την αναγκαία συναίνεση και υπάρχει ανάγκη άμεσης παρέμβασης. Σ
- δ. Αν ο ασθενής δεν διαθέτει ικανότητα συναίνεσης. Λ
- ε. Αν ο ασθενής είναι ανήλικος. Λ

Νόμος 3418/2005, Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας.

Ιατρικό απόρρητο:

- α. Ο ιατρός οφείλει να τηρεί αυστηρά απόλυτη εχεμύθεια. Σ
- β. Ο ιατρός δεν είναι υποχρεωμένος να διαφυλάττει το ιατρικό απόρρητο σε περίπτωση παύσης του λειτουργήματός του από τον ιατρικό σύλλογο. Λ
- γ. Η άρση του ιατρικού απόρρητου επιτρέπεται όταν ο ιατρός αποβλέπει στην εκπλήρωση νομικού καθήκοντος. Σ
- δ. Η υποχρέωση τήρησης ιατρικού απορρήτου αίρεται εάν έγκυρα συναινεί σε αυτό εκείνος στον οποίο αφορά. Σ
- ε. Οι ιατροί που ασκούν δημόσια υπηρεσία ελέγχου απαλλάσσονται από την υποχρέωση τήρησης του ιατρικού απορρήτου μόνο έναντι των εντολών τους και μόνο ως προς το αντικείμενο της εντολής. Σ

Miller's Αναισθησιολογία, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, κεφ 6, σελίδες 94-152.

Νόμος 1044/1997

Για τις λίστες ελέγχου ασφάλειας (Safety Check-Lists) ως εργαλείο βελτίωσης της ποιότητας των παρεχομένων αναισθησιολογικών υπηρεσιών, ισχύει:

- α. Τελικά αποδείχτηκε ένα μέτρο χαμηλότερο των προσδοκιών. Λ
- β. Αρχικά εφαρμόστηκαν στον έλεγχο του αναισθησιολογικού μηχανήματος και έκτοτε επεκτάθηκαν σε πληθώρα αναισθησιολογικών παρεμβάσεων. Σ
- γ. Συμπληρώνονται αποκλειστικά από τον υπεύθυνο αναισθησιολόγο. Λ
- δ. Όπου εφαρμόστηκαν συνέβαλλαν σημαντικά στην μείωση των συμβαμάτων. Σ
- ε. Στην ελληνική πραγματικότητα, η εφαρμογή της λίστας ελέγχου για το μηχάνημα αναισθησίας είναι υποχρεωτική, σύμφωνα με τον νόμο 1044/1997, περί καθορισμού ελαχίστων προδιαγραφών για ασφαλή χορήγηση αναισθησίας. Σ

Miller's Αναισθησιολογία, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, κεφ 5 σελίδες 81-93

Ποιά από τα παρακάτω μέτρα βελτιώνουν την ποιότητα των παρεχομένων (αναισθησιολογικών) υπηρεσιών ?

- α. Η καταγραφή, ανάλυση, αιτιολόγηση κάθε ατυχήματος και συμβάματος από ομάδα ειδικών. **Σ**
- β. Η αυστηρή και παραδειγματική επίπληξη του υπαίτιου. **Λ**
- γ. Η διαρκής καταγραφή και ανάλυση δεδομένων ποιότητας ανεξαρτήτως συμβάματος. **Σ**
- δ. Η αυτόβουλη αναφορά του ατυχήματος /συμβάματος. **Σ**
- ε. Η επιβράβευση των επαγγελματιών υγείας στους οποίους δεν συμβαίνουν ατυχήματα / συμβάματα. **Λ**

Miller's Αναισθησιολογία, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, κεφ 6, σελίδες 94-153

Το μοντέλο του «Ελβετικού τυριού» (δηλαδή, το μοντέλο αιτιολόγησης και ανάλυσης ενός ατυχήματος):

- α. Σχεδιάστηκε από τον James Reason τη δεκαετία του '90 για να περιγράψει και να κάνει κατανοητούς τους πολλαπλούς παράγοντες, τα εκλυτικά γεγονότα, τις ανεπάρκειες του συστήματος και τις λανθάνουσες δικλείδες ασφαλείας που συνυπάρχουν ή συμπίπτουν για να αρχίσει η ακολουθία ενός ατυχήματος. **Σ**
- β. Δεν μπορεί εκ των πραγμάτων να βρει εφαρμογή στα αναισθησιολογικά συμβάματα (ατυχήματα). **Λ**
- γ. Αποδεικνύει πως αν τηρούνται σωστά οι λίστες ελέγχου αποφεύγεται ο κίνδυνος ατυχήματος. **Λ**
- δ. Πρωτοεφαρμόστηκε στη διερεύνηση αεροπορικών ατυχημάτων. **Σ**
- ε. Εξηγεί τη διαδρομή του πιθανού ατυχήματος μέσα από τα κενά και τις ανεπάρκειες των δικλείδων ασφαλείας ενός συστήματος. **Σ**

Miller's Αναισθησιολογία, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, κεφ 9, σελίδες 213-237

Ένας αναισθησιολόγος μπορεί να υποστεί ποινική ή αστική δίωξη στις παρακάτω περιπτώσεις:

- α. Εάν μία πράξη του αποδεδειγμένα έχει ως συνέπεια βλάβη της υγείας ή της ζωής ενός ασθενούς. **Σ**
- β. Εάν αποδεδειγμένα δεν έπραξε ό,τι θα έπραττε ο μέσος συνετός ιατρός, υπό τις ίδιες ακριβώς συνθήκες. **Σ**
- γ. Εάν αρνηθεί την παροχή φροντίδας σε ασθενή, επικαλούμενος ηθικούς ή δεοντολογικούς λόγους, ακόμα και στην περίπτωση που δεν πρόκειται για επείγον περιστατικό. **Λ**
- δ. Για λάθη ή παραλείψεις του προσωπικού υπηρεσιών υγείας που βρίσκεται υπό την επίβλεψή του, όπως ειδικευόμενοι ή νοσηλευτές. **Σ**
- ε. Για ανεπαρκή έλεγχο του μετεγχειρητικού πόνου. **Σ**

Miller's Αναισθησιολογία, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, κεφ 6, σελίδες 94-153

Για την ανάλυση και διεξαγωγή ουσιαστικών συμπερασμάτων από τη μελέτη των αναισθησιολογικών ατυχημάτων ισχύει:

- α. Είναι απαραίτητη η ύπαρξη και η τήρηση ενός συστήματος καταγραφής. **Σ**
- β. Πρέπει να δίνεται έμφαση στη μελέτη του συμβάματος σύμφωνα με την βαρύτητά του. **Λ**
- γ. Το συμπέρασμα της μελέτης δεν πρέπει να επηρεάζεται από εξωγενείς παράγοντες, όπως φόρτος εργασίας, πίεση για παραγωγικότητα. **Λ**
- δ. Είναι απαραίτητη η αναφορά και καταγραφή όλων των ατυχημάτων ανεξαρτήτως βαρύτητας και έκβασης. **Σ**
- ε. Η αναφορά των ατυχημάτων γίνεται σε ειδικό έντυπο/αρχείο που τηρεί το αναισθησιολογικό τμήμα, είναι εμπιστευτική και ανώνυμη. **Σ**

Miller's Αναισθησιολογία, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, κεφ 9, σελίδες 213-237

Το διάγραμμα αναισθησίας:

- α. Οφείλει να είναι λεπτομερές και ευανάγνωστο, διότι έτσι μπορεί να συμβάλλει σημαντικά στην υπεράσπιση του αναισθησιολόγου σε

περιπτώσεις εμπλοκής με τη δικαιοσύνη. Σ

- β. Χρησιμοποιείται για να επιβεβαιωθεί η αυστηρή τήρηση των εκάστοτε Κατευθυντήριων οδηγιών που αντιστοιχούν σε κάθε κλινική περίπτωση.

Λ

- γ. Πρέπει να συμπληρώνεται ενδελεχώς, έστω και σε δεύτερο χρόνο, όταν σε ανεπιθύμητο σύμβαμα (π.χ. καρδακή ανακοπή) δεν υπάρχει η δυνατότητα ενημέρωσής του σε πραγματικό χρόνο. Σ

- δ. Δεν είναι απαραίτητο να περιλαμβάνει τη χορήγηση φαρμάκων που δεν είναι αμιγώς αναισθητικά (π.χ. αντιβιοτικά, γαστροπροστατευτικά). Λ

- ε. Μπορεί να συμπληρώνεται από τον ειδικευόμενο ή το νοσηλευτή που συμμετέχει στη φροντίδα του ασθενούς, ο οποίος όμως στην περίπτωση αυτή, φέρει την αποκλειστική ευθύνη για τα όσα αναγράφονται σε αυτό.

Λ

Miller's Αναισθησιολογία, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, κεφ 9, σελίδες 213-237

Η λήψη συναίνεσης από τον ασθενή προκειμένου να υποβληθεί σε μια ιατρική παρέμβαση:

- α. Μπορεί να μην είναι έγκυρη αν ο ασθενής βρίσκεται σε σύγχυση, όπως για παράδειγμα εάν πονά, φοβάται, ή διαφωνεί έντονα με τους οικείους του. Σ
- β. Είναι δόκιμη η χορήγηση προνάρκωσης πριν τη λήψη της συγκατάθεσης, ώστε ο ασθενής να μπορεί να λάβει ψύχραιμες αποφάσεις. Λ
- γ. Είναι άκυρη όταν λαμβάνεται υπό το κράτος βίας ή απειλής (π.χ. «αν δεν γίνει η συγκεκριμένη πράξη, θα πεθάνεις»). Σ
- δ. Ο γιατρός μπορεί να προχωρήσει άμεσα σε ιατρική παρέμβαση χωρίς τη λήψη συναίνεσης ύστερα από ενημέρωση (informed consent), εάν πιστεύει ότι απειλείται άμεσα η υγεία ή η ζωή του ασθενούς. Σ
- ε. Ο γιατρός μπορεί να μην παρέχει ιατρική φροντίδα σε ασθενή που δεν παρέχει συναίνεση ύστερα από ενημέρωση, όταν η απαιτούμενη παρέμβαση δεν είναι επείγουσα. Σ

Miller's Αναισθησιολογία, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, κεφ 9, σελίδες 213-237

Η ενημέρωση του ασθενούς οφείλει να περιλαμβάνει:

- α. Το προτεινόμενο πλάνο θεραπείας, αλλά και τους εναλλακτικούς τρόπους αντιμετώπισης. **Σ**
- β. Μόνο τις επιπλοκές που συμβαίνουν συχνά και όχι τις εξαιρετικά σπάνιες, αφού κάτι τέτοιο μπορεί να προκαλέσει σύγχυση και άγχος στον ασθενή. **Λ**
- γ. Τους ειδικούς κινδύνους που αφορούν τον συγκεκριμένο ασθενή αναφορικά με το προτεινόμενο θεραπευτικό πλάνο (π.χ. κάκωση των φωνητικών χορδών σε περίπτωση ενδοτραχειακής διασωλήνωσης σε τραγουδιστή). **Σ**
- δ. Πληροφορίες για τον αναμενόμενο χρόνο ανάνηψης. **Σ**
- ε. Πληροφορίες για τη θεωρητική εκπαίδευση, καθώς και την κλινική εμπειρία του ιατρού αναφορικά με το προτεινόμενο πλάνο θεραπείας. **Σ**

Miller's Αναισθησιολογία, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, κεφ 9, σελίδες 213-237

Σε περίπτωση που ο ασθενής αρνείται να συναινέσει ύστερα από ενημέρωσή του για μη επείγουσα ιατρική παρέμβαση, ο ιατρός μπορεί να αναβάλλει τη λήψη της εάν πιστεύει ότι:

- α. Η άρνηση οφείλεται σε υπερβολικό άγχος ή φόβο. **Σ**
- β. Νευρολογική διαταραχή, σοβαρή πνευματική διαταραχή ή πρόσκαιρη διαταραχή λόγω π.χ. οξείας μέθης. **Σ**
- γ. Δεν απειλείται άμεσα η υγεία ή η ζωή του και δεν υπάρχει κίνδυνος για άλλους ανθρώπους (π.χ. μέτρα απομόνωσης σε περίπτωση μεταδοτικού νοσήματος). **Σ**
- δ. Υπάρχει δυνατότητα επίτευξης συνεργασίας με τον ασθενή, με τη χορήγηση ηρεμιστικών ή άλλων ψυχοδραστικών φαρμάκων. **Λ**
- ε. Υπάρχει δυνατότητα εκτέλεσης της πράξης, παρά την μη χορήγηση συναίνεσης ύστερα από ενημέρωση, κατόπιν εισαγγελικής εντολής. **Λ**

Miller's Αναισθησιολογία, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, κεφ 9, σελίδες 213-237

Ο ιατρός έχει το δικαίωμα να αρνηθεί την παροχή ιατρικής φροντίδας όταν:

- α. Διαφωνεί ηθικά ή δεοντολογικά με την αιτούμενη ιατρική παρέμβαση (π.χ. διακοπή κύησης). **Σ**
- β. Αισθάνεται ότι δεν διαθέτει την κατάλληλη εκπαίδευση για να συμμετάσχει στην προτεινόμενη ιατρική παρέμβαση, ακόμα και όταν αυτή πραγματοποιείται με τη διαδικασία του επείγοντος. **Λ**
- γ. Για προσωπικούς λόγους (κόπωση, πένθος, κ.λπ.) αισθάνεται ότι δεν είναι σε θέση να πράξει όπως θα έπραττε ο μέσος συνετός ιατρός στη θέση του, και η ιατρική παρέμβαση δεν έχει το χαρακτήρα του επείγοντος. **Σ**
- δ. Διαφωνεί με το θεραπευτικό πλάνο και η παρέμβαση δεν έχει το χαρακτήρα του επείγοντος. **Σ**
- ε. Ο ασθενής πάσχει από μεταδοτικό νόσημα. **Λ**

Κώδικας ιατρικής δεοντολογίας ν. 3418/2005, άρθρα 11, 12 και 20

Σύμφωνα με τον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας ισχύει:

- α. Η ενημέρωση και η λήψη της συναίνεσης του ασθενούς είναι δύο διαφορετικές διαδικασίες που περιγράφονται σε διαφορετικά άρθρα. **Σ**
- β. Ο ασθενής μπορεί να αποποιηθεί του δικαιώματός του στην ενημέρωση. **Σ**
- γ. Στην περίπτωση που ο ασθενής δεν επιθυμεί να ενημερωθεί, ο ιατρός είναι ελεύθερος να πράξει σύμφωνα με ό,τι ο ίδιος πιστεύει πως είναι το καλύτερο για τον ασθενή. **Λ**
- δ. Η συναίνεση ύστερα από ενημέρωση του ασθενούς μπορεί να είναι ενιαία για το σύνολο των ιατρικών πράξεων, αλλά και των εμπλεκόμενων ιατρών. **Λ**
- ε. Σε περίπτωση που ένας ασθενής χρειαστεί να υποβληθεί και σε νέα ιατρική παρέμβαση κατά τη διάρκεια της ίδιας νοσηλείας, δεν απαιτείται

νέα ενημέρωσή του, ούτε λήψη νέας συναίνεσης.

Λ

Miller's Αναισθησιολογία, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, κεφ 9, σελίδες 213-237

Σχετικά με τις διώξεις κατά των ιατρών:

- α. «Αγωγή» είναι η διεκδίκηση οικονομικής ή άλλης αποζημίωσης για βλάβη κάποιος έχει υποστεί εξ' αιτίας της συμπεριφοράς κάποιου άλλου. Σ
- β. «Μήνυση» είναι η διεκδίκηση κάποιας μορφής τιμωρίας (π.χ. φυλάκισης) για βλάβη που κάποιος έχει υποστεί εξ' αιτίας της συμπεριφοράς κάποιου άλλου. Σ
- γ. «Ιατρική αμέλεια» είναι αδίκημα που αφορά το αστικό δίκαιο. Λ
- δ. Ο Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας (ΚΙΔ) απαγορεύει ρητά οποιαδήποτε ιατρική παρέμβαση, ανεξαρτήτως συνθηκών, εάν δεν υπάρχει ενυπόγραφη συναίνεση ύστερα από ενημέρωση του ασθενούς. Λ
- ε. Σύμφωνα με τον ΚΙΔ, είναι δυνατή η υπό προϋποθέσεις παροχή ιατρικής φροντίδας, χωρίς την ενυπόγραφη συγκατάθεση του ασθενούς. Σ

Miller's Αναισθησιολογία, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, κεφ 9, σελίδες 213-237

Σε περίπτωση που ο ασθενής αρνείται να δώσει τη συναίνεσή του ύστερα από ενημέρωση για μια συγκεκριμένη ιατρική πράξη:

- α. Ο ιατρός έχει υποχρέωση να ενημερώσει τον ασθενή για τους πιθανούς κινδύνους που συνεπάγεται η άρνησή του αυτή. Σ
- β. Ο ιατρός μπορεί άμεσα να αποχωρήσει από τη θεραπευτική ομάδα. Λ
- γ. Ο ιατρός μπορεί να προχωρήσει με το προτεινόμενο θεραπευτικό πλάνο μόνο εάν κρίνει ότι απειλείται άμεσα η ζωή ή η υγεία του ασθενούς. Σ
- δ. Ο ιατρός δεν μπορεί να παρέμβει με κανένα τρόπο και σε καμία περίπτωση. Λ
- ε. Ο ιατρός οφείλει να συζητήσει με τον ασθενή τις πιθανές εναλλακτικές παρεμβάσεις, ακόμα και εάν αυτές δεν αποτελούν την απολύτως ενδεδειγμένη θεραπεία. Σ

Miller's Αναισθησιολογία, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, κεφ 9, σελίδες 213-237

Σε περίπτωση που ο ασθενής αρνείται το δικαίωμά του στην ενημέρωση:

- α. Ο ιατρός μπορεί να προχωρήσει στην ενδεικνυόμενη ιατρική πράξη χωρίς τη λήψη συναίνεσης. **Λ**
- β. Ο ασθενής είναι υποχρεωμένος να ορίσει ένα τρίτο πρόσωπο, το οποίο θα έχει την ευθύνη της ενημέρωσης και θα συμμετέχει στη χορήγηση της συναίνεσης. **Σ**
- γ. Το τρίτο αυτό πρόσωπο πρέπει υποχρεωτικά να ανήκει στο στενό συγγενικό περιβάλλον του ασθενούς. **Λ**
- δ. Σε περίπτωση που η ιατρική παρέμβαση είναι επείγουσα, η ενημέρωση και η συναίνεση είναι δυνατό να παραληφθούν. **Σ**
- ε. Ο ιατρός έχει το δικαίωμα να αποκαλύψει στο τρίτο πρόσωπο στοιχεία που αφορούν το ιατρικό απόρρητο του ασθενούς. **Λ**

Miller's Αναισθησιολογία, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, κεφ 9, σελίδες 213-237

Σχετικά με την ενημέρωση και την λήψη συναίνεσης από ανήλικους ασθενείς ισχύει:

- α. Εφόσον δεν έχει συμπληρώσει το 18ο έτος της ηλικίας, ο ασθενής δεν έχει κανένα δικαίωμα σε ενημέρωση ή χορήγηση συναίνεσης. **Λ**
- β. Ο ιατρός οφείλει να ενημερώσει τον ασθενή προσαρμόζοντας τις πληροφορίες στο επίπεδο που είναι πιθανό να μπορεί να κατανοήσει. **Σ**
- γ. Οι επιθυμίες ενός ανήλικου ασθενούς καταγράφονται μεν, αλλά δεν είναι υποχρεωτικό να γίνουν σεβαστές. **Σ**
- δ. Σε περίπτωση που ο έχων την επιμέλεια του ανηλίκου αρνείται τη χορήγηση συναίνεσης ύστερα από ενημέρωση για μία ιατρική πράξη, και εφόσον ο ιατρός κρίνει ότι έτσι απειλείται η υγεία ή η ζωή του ασθενούς, μπορεί να προχωρήσει στην παρέμβαση κατόπιν εισαγγελικής εντολής. **Σ**

- ε. Στην παραπάνω περίπτωση, η λήψη της εισαγγελικής εντολής δεν παραλείπεται ούτε εάν πρόκειται για επείγουσα παρέμβαση. **Λ**

Άρθρο 1534 του Αστικού Κώδικα (ΑΚ)

Σχετικά με το πρόβλημα που προκύπτει από τις θρησκευτικές πεποιθήσεις των μαρτύρων του Ιεχωβά (MI) για τις μεταγγίσεις αίματος ή παραγώγων του, η Ελληνική νομοθεσία προβλέπει ότι:

- α. Η άρνηση ενηλίκου MI να υποβληθεί σε μετάγγιση αίματος είναι νομικώς αποδεκτή και δεν απασχολεί τη νομολογία, αφού θεωρείται σύμφωνη με την συνταγματικώς προστατευόμενη αρχή της ελεύθερης ανάπτυξης της προσωπικότητας που «κατοχυρώνει το δικαίωμα αυτοδιάθεσης του ατόμου» (άρθρο 5, παρ. 1). **Σ**
- β. Παρά την θρησκευτική πεποίθηση του ενήλικου ασθενούς, ακόμα και αν αυτή έχει γίνει γνωστή εγγράφως, ο ιατρός για να μη θέσει σε κίνδυνο τη ζωή του ασθενούς, μπορεί να προχωρήσει σε μετάγγιση. **Λ**
- γ. Για τους ανήλικους ασθενείς, σε περίπτωση κατεπείγουσας ανάγκης ιατρικής επέμβασης, για να αποτραπεί κίνδυνος ζωής ή υγείας του τέκνου, ο εισαγγελέας πρωτοδικών μπορεί, αν αρνούνται οι γονείς, να δώσει αυτός αμέσως την απαιτούμενη άδεια (άρθρο 1534 του Αστικού Κώδικα). **Σ**
- δ. Η έγγραφη δήλωση και των δύο γονέων ανήλικου ασθενούς, αρκεί για να καλύψει νομικά τον ιατρό, ώστε να μη προχωρήσει σε μετάγγιση σύμφωνα με τις θρησκευτικές πεποιθήσεις των γονέων. **Λ**
- ε. Σε κάθε περίπτωση, ο ιατρός μπορεί να συμβουλευτεί τον νομικό σύμβουλο του νοσοκομείου και τον εισαγγελέα υπηρεσίας. **Σ**

Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας (ΚεΣΥ). Διάγνωση εγκεφαλικού θανάτου.

Στα πλαίσια άσκησης της ειδικότητας της Αναισθησιολογίας, θα κληθείτε να συμμετάσχετε σε τέλεση δοκιμασιών για Διάγνωση Εγκεφαλικού Θανάτου (ΔΕΘ).

Ποιές κατά τη γνώμη σας από τις παρακάτω προτάσεις αντιπροσωπεύουν την πραγματικότητα?

- α. Για να συμμετέχει ένας αναισθησιολόγος σε τέλεση δοκιμασιών ΔΕΘ, απαραίτητη προϋπόθεση είναι να έχει συμπληρώσει τουλάχιστον 6 μήνες από τη λήψη του τίτλου ειδικότητας. **Λ**
- β. Η συμμετοχή στις δοκιμασίες ΔΕΘ είναι προαιρετική και σύμφωνη με ειδική λίστα γιατρών που κατατίθεται στο υπουργείο. **Λ**
- γ. Η επιτροπή που τελεί τις δοκιμασίες ΔΕΘ είναι τριμελής και αποτελείται από τον θεράποντα ιατρό, από έναν αναισθησιολόγο και από έναν νευρολόγο (ή νευροχειρουργό). **Σ**
- δ. Η δοκιμασίες διακόπτονται εφόσον τουλάχιστον 2 από του 3 ιατρούς της επιτροπής διαπιστώσουν αντίδραση σε κάποια από τις δοκιμασίες. **Λ**
- ε. Οι δεύτερες (επαναληπτικές) δοκιμασίες ΔΕΘ γίνονται εφόσον έχουν παρέλθει τουλάχιστον 8 ώρες από τις πρώτες. **Σ**

ΦΕΚ 1044/1997, περί ασφαλούς χορήγησης αναισθησίας.

Οι προδιαγραφές για τα ελάχιστα όρια ασφαλούς χορήγησης αναισθησίας ορίζονται από την ελληνική νομοθεσία στο ΦΕΚ 1044, για το οποίο ισχύει:

- α. Δεν είναι υποχρεωτική η τήρησή τους. **Λ**
- β. Περιέχει προδιαγραφές που αφορούν στα αναισθησιολογικά τμήματα του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα. **Σ**
- γ. Δεν περιλαμβάνει προδιαγραφές για την Μονάδα Μετα-Αναισθητικών Φροντίδων /Ανάνηψη. **Λ**
- δ. Περιλαμβάνει τις προδιαγραφές για τον εξοπλισμό ασφαλούς χορήγησης αναισθησίας, αλλά δεν αναφέρει το χρόνο απασχόλησης του αναισθησιολόγου εντός και εκτός χειρουργικής αίθουσας. **Λ**
- ε. Δεν περιλαμβάνει προδιαγραφές για τη στελέχωση του αναισθησιολογικού τμήματος. **Λ**

Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας (ΚεΣΥ). Διάγνωση εγκεφαλικού θανάτου.
Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας, ν. 3418/2005, άρθρα 11, 12, 20 και 29.

Η ελληνική νομοθεσία έχει σαφείς θέσεις για:

- α. Τη διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου και τη δωρεά οργάνων. **Σ**
- β. Τη μετάγγιση αίματος σε ασθενείς μάρτυρες του Ιεχωβά. **Σ**
- γ. Το δικαίωμα του ασθενή ύστερα από ενημέρωσή του να συναινέσει ή να αρνηθεί κάθε διαγνωστική ή θεραπευτική πράξη που πρόκειται να διενεργηθεί σε αυτόν. **Σ**
- δ. Την υποβοηθούμενη αυτοκτονία και την άρνηση της καρδιοπνευμονικής αναζωογόνησης. **Λ**
- ε. Την αναγκαιότητα ανακουφιστικής – παρηγορικής φροντίδας σε ασθενείς τελικού σταδίου. **Σ**

Εξέταση ηθικο-δεοντολογικών και ιατρο-νομικών ζητημάτων

<http://anaesthesiology.gr/media/File/pdf/GL10.pdf>.

Ποιές από τις παρακάτω ενέργειες είναι απαραίτητες σε κάθε χορήγηση γενικής αναισθησίας, βάση των κατευθυντήριων οδηγιών της ΕΑΕ?

- α. Συνεχής παρακολούθηση του ποσοστού εισπνεόμενου οξυγόνου με αισθητήρα που έχει βαθμονομηθεί και ελεγχθεί ότι λειτουργεί ορθά. **Λ**
- β. Συνεχής παρακολούθηση ποσοστού εισπνεόμενου οξυγόνου με αισθητήρα που έχει βαθμονομηθεί και ελεγχθεί ότι λειτουργεί ορθά και με συναγερμό χαμηλής συγκέντρωσης O₂. **Σ**
- γ. Συνεχής παρακολούθηση ποσοστού ή μερικής πίεσης εκπνεόμενου CO₂ με συναγερμό χαμηλών και υψηλών επιτρεπτών τιμών. **Σ**
- δ. Συνεχής επιτήρηση πιθανής αποσύνδεσης με συναγερμό χαμηλής πίεσης κυκλώματος, που έχει ελεγχθεί ότι λειτουργεί ορθά. **Σ**
- ε. Διαρκής παρουσία στην αίθουσα ιατρού με επαρκή εκπαίδευση στην Αναισθησιολογία και παλμική οξυμετρία με ενεργοποιημένους συναγερμούς χαμηλής επιτρεπτής τιμής. **Σ**

<https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

Βάσει της Διακήρυξης του Ελσίνκι και των μετέπειτα αναθεωρήσεών της, για τους ερευνητές προοπτικής μελέτης σε ανθρώπους ισχύει:

- α. Δεν είναι απαραίτητο πριν από την έναρξη της μελέτης, να την έχουν καταχωρήσει σε κάποιο επίσημο κατάλογο μελετών (registry of human trials) με παγκόσμια και ανεμπόδιστη πρόσβαση. Λ
- β. Οφείλουν να δημοσιεύσουν κάθε θετικό ή αρνητικό αποτέλεσμα τους, όχι όμως και ουδέτερα αποτελέσματα. Λ
- γ. Δικαιούνται να μεταβάλλουν τους όρους της σχέσης ασθενούς - ιατρού, αν οι ασθενείς τους ανακαλέσουν την συγκατάθεσή τους για τη μελέτη. Λ
- δ. Μπορούν να υπερβαίνουν τη Διακήρυξη όταν εφαρμόζουν νεότερες (ως προς την ηθική και νομική τους υπόσταση) εθνικές ή διεθνείς οδηγίες και πρωτόκολλα. Λ
- ε. Εφόσον συνδυάζουν την έρευνα με την τυπική ιατρική φροντίδα των ασθενών τους, μπορούν να εμπλέκουν τους ασθενείς τους στην έρευνα χωρίς περαιτέρω συναίνεση, με την προϋπόθεση ότι οι ερευνητικές παρεμβάσεις έχουν σαφώς προληπτική, διαγνωστική ή θεραπευτική αξία για τον ασθενή. Λ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, σελ. 211, 213, 227, 231 (πλαίσιο 10-1).

Σε ότι αφορά στα ηθικά και νομικά ζητήματα που προκύπτουν κατά την αναισθησιολογική φροντίδα ισχύει:

- α. Τα παιδιά πρέπει να συμμετέχουν στη λήψη ιατρικών αποφάσεων στο μέτρο που το επιτρέπουν οι δυνατότητές τους. Σ
- β. Η διαδικασία της συγκατάθεσης κατόπιν ενημέρωσης δεν αποκλείει τη νομική υπαιτιότητα όταν συμβούν επιπλοκές. Σ
- γ. Η άρση ή αναστολή θεραπειών διατήρησης στη ζωή στα τελικά στάδια απαιτεί ειδική εκπαίδευση και φροντίδα. Σ
- δ. Ένας εμπειρογνώμονας για αναισθησιολογικό συμβάν πρέπει να είναι πλήρως πιστοποιημένος στην ειδικότητα της Αναισθησιολογίας και ας μην ασκεί κλινική πράξη κατά το χρόνο του συμβάντος. Λ
- ε. Οι αναισθησιολόγοι μπορεί να αρνηθούν να παρέχουν φροντίδα όταν δεοντολογικά ή ηθικά διαφωνούν με τη διαδικασία. Σ

Επαγγελματικοί Ρόλοι και Επάρκεια στην Αναισθησιολογία

Σύμφωνα με την Ευρωπαϊκή Ένωση Ειδικευμένων Γιατρών (UNION EUROPÉENNE DES MÉDECINS SPÉCIALISTES, UEMS) και το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο Αναισθησιολογίας (European Board of

Anaesthesiology, EBA)

Οι «Μη Τεχνικές Δεξιότητες στην Αναισθησιολογία» αφορούν στα εξής:

- α. Διαχείριση κρίσης. Σ
- β. Πνεύμα ομαδικής εργασίας. Σ
- γ. Συνεργασία και επικοινωνία. Σ
- δ. Επίγνωση κατάστασης. Σ
- ε. Ιεράρχηση προτεραιοτήτων και λήψη αποφάσεων. Σ

Postgraduate training in anaesthesiology, pain and intensive care: the new European competence-based guidelines E. Van Gessel, J. Mellin-Olsen, H.T. Østergaard and L. Niemi-Murola, for the Education and Training Standing Committee of the European Board of Anaesthesiology, Reanimation and Intensive Care, European Journal of Anaesthesiology 2012, 29:165–168.

Η ανάπτυξη επαγγελματικών ρόλων εκ μέρους του Αναισθησιολόγου

περιλαμβάνει τα εξής:

- α. Είναι ειδικός γιατρός (Medical Expert). Σ
- β. Το έργο του χαρακτηρίζεται από επιστημοσύνη (Scholar). Σ
- γ. Είναι επικεφαλής (Leader). Σ
- δ. Επιδεικνύει επαγγελματισμό (Professional). Σ
- ε. Η εκπαίδευση και μετεκπαίδευσή του δεν περιλαμβάνει βασικούς άξονες υποχρεωτικών δεξιοτήτων, αλλά στηρίζεται στην αποκτώμενη εμπειρία.
Λ

Postgraduate training in anaesthesiology, pain and intensive care: the new European competence-based guidelines E. Van Gessel, J. Mellin-Olsen, H.T. Østergaard and L. Niemi-Murola, for the Education and Training Standing Committee of the European Board of Anaesthesiology, Reanimation and Intensive Care, European Journal of Anaesthesiology 2012, 29:165–168.

Η βασική επάρκεια του αναισθησιολόγου περιλαμβάνει τους εξής τομείς:

- α. Προαναισθητική εκτίμηση και προετοιμασία. Σ
- β. Διεγχειρητική διαχείριση και τεχνικές αναισθησίας. Σ
- γ. Μετεγχειρητικές φροντίδες και αντιμετώπιση οξέος πόνου. Σ
- δ. Διαχείριση βαρέως πασχόντων. Σ
- ε. Επείγουσα Ιατρική. Σ

Postgraduate training in anaesthesiology, pain and intensive care: the new European competence-based guidelines E. Van Gessel, J. Mellin-Olsen, H.T. Østergaard and L. Niemi-Murola, for the Education and Training Standing Committee of the European Board of Anaesthesiology, Reanimation and Intensive Care, European Journal of Anaesthesiology 2012, 29:165–168.

Η βασική επάρκεια του αναισθησιολόγου αφορά στους εξής τομείς,

σύμφωνα με την Ευρωπαϊκή Ένωση Ειδικευμένων Γιατρών (UNION EUROPÉENNE

DES MÉDECINS SPÉCIALISTES, UEMS) και το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο

Αναισθησιολογίας (European Board of Anaesthesiology, EBA):

- α. Πρακτικές αναισθητικές διαδικασίες, επεμβατικές & απεικονιστικές τεχνικές. Σ
- β. Ποιότητα, ασφάλεια, δαπάνες. Σ
- γ. Μη τεχνικές δεξιότητες. Σ
- δ. Επαγγελματισμός, ηθική. Σ
- ε. Εκπαίδευση, αυτοκατευθυνόμενη μάθηση, έρευνα. Σ

Postgraduate training in anaesthesiology, pain and intensive care: the new European competence-based guidelines E. Van Gessel, J. Mellin-Olsen, H.T. Østergaard and L. Niemi-Murola, for the Education and Training Standing Committee of the European Board of Anaesthesiology, Reanimation and Intensive Care, European Journal of Anaesthesiology 2012, 29:165–168.

Εισήγηση Ομάδας Εργασίας για την ειδικότητα της Αναισθησιολογίας (ΚΕΣΥ, 2017).

Η εκπαίδευση στην ειδικότητα της Αναισθησιολογίας πρέπει να περιλαμβάνει:

- α. Ομοιογενή εκπαίδευση (πρόγραμμα, εκπαιδευτικά κέντρα, εκπαιδευτές και αξιολόγηση). Σ
- β. Εποικοδομητική αξιολόγηση (formative assessment). Σ
- γ. Αθροιστική αξιολόγηση (summative assessment). Σ
- δ. Τήρηση Βιβλιάριου Παρακολούθησης της εκπαίδευσης (Log-Book). Σ
- ε. Τήρηση Χαρτοφυλάκιου (portfolio). Σ

Ασφάλεια Ασθενούς στην Αναισθησιολογία

Helsinki Declaration on Patient Safety in Anaesthesiology, ESA, 2010. Eur J Anaesthesiol 2010; 27:592-597.

Σε σχέση με τα διεθνή στοιχεία για το έργο του αναισθησιολόγου ισχύει:

- α. Πάνω από 230 εκατομμύρια ασθενείς ανά έτος, σε όλον τον κόσμο, υποβάλλονται σε αναισθησία για μείζονες χειρουργικές επεμβάσεις. Σ
- β. Επτά εκατομμύρια ασθενείς ανά έτος, σε όλον τον κόσμο, που υποβάλλονται σε μείζονες χειρουργικές επεμβάσεις, αναπτύσσουν σοβαρές επιπλοκές οι οποίες συνδέονται με τις χειρουργικές διαδικασίες, και από αυτούς, το 1 εκατομμύριο αποβιώνουν (~ οι 200.000 στην Ευρώπη). Σ
- γ. Η ευθύνη των επιπλοκών και της θνητότητας βαρύνει αποκλειστικά και μόνο τους χειρουργούς. Λ
- δ. Όλοι οι εμπλεκόμενοι στο χώρο του χειρουργείου σχετικά με την αναισθησιολογική και περιεγχειρητική φροντίδα, οφείλουν να συμβάλλουν στην ελάττωση του ρυθμού των επιπλοκών. Σ
- ε. Ο Αναισθησιολόγος δεν οφείλει να λαμβάνει πρωτοβουλίες για την προαγωγή της ασφάλειας του ασθενούς στον χώρο του χειρουργείου. Λ

Helsinki Declaration on Patient Safety in Anaesthesiology, ESA, 2010. Eur J Anaesthesiol 2019; 27:592-597.

Η Αναισθησιολογία ως ειδικότητα έχει μέρος της ευθύνης για την ποιότητα και την ασφάλεια στα εξής ιατρικά πεδία:

- α. Αναισθησιολογία. Σ
- β. Εντατική Θεραπεία. Σ
- γ. Επείγουσα Ιατρική. Σ
- δ. Θεραπεία Πόνου. Σ
- ε. Περιεγχειρητική Ιατρική. Σ

Helsinki Declaration on Patient Safety in Anaesthesiology, ESA, 2010. Eur J Anaesthesiol 2010; 27:592-597.

Staender SE. Patient safety in anaesthesia. Minerva Anesthiol. 2010;76:45-50.

Βασικά σημεία της Διακήρυξης του Ελσίνκι για την Ασφάλεια του Ασθενούς στην Αναισθησιολογία είναι:

- α. Οι ασθενείς δικαιούνται να είναι ασφαλείς και προστατευμένοι από επιβλαβείς πράξεις κατά την ιατρική φροντίδα, ανεξαρτήτως κοινωνικού, οικονομικού ή πολιτισμικού επιπέδου. Σ
- β. Η Αναισθησιολογία έχει ρόλο-κλειδί στην προαγωγή της περιεγχειρητικής ασφάλειας του ασθενούς. Σ
- γ. Η Αναισθησιολογία δεν εμπλέκεται στα θέματα περιεγχειρητικής ασφάλειας, διότι αυτά αφορούν τον χειρουργό και το νοσηλευτικό ίδρυμα. Λ
- δ. Επιβάλλεται η εκπαίδευση του προσωπικού των αναισθησιολογικών τμημάτων στη χρήση και ασφάλεια του εξοπλισμού. Σ
- ε. Τα Συστήματα Υγείας οφείλουν να εξασφαλίζουν οικονομικούς πόρους για παροχή ασφαλούς αναισθησίας. Σ

Helsinki Declaration on Patient Safety in Anaesthesiology, ESA, 2010. Eur J Anaesthesiol 2010; 27:592-597.

Mellin-Olsen J, O'Sullivan E, Balogh D et al. Guidelines for safety and quality in anaesthesia practice in the European Union. Eur J Anaesthesiol 2007; 24:479-82.

Σύμφωνα με τη Διακήρυξη του Ελσίνκι για την Ασφάλεια του Ασθενούς στην Αναισθησιολογία, ισχύουν τα παρακάτω:

- α. Επειδή οι άνθρωποι παράγοντες αφορούν σε μεγάλο μέρος της ευθύνης για τη συνολική ασφαλή διαχείριση του ασθενούς, επιβάλλεται η αποτελεσματική ενδο-τμηματική και δια-τμηματική επικοινωνία και συνεργασία μεταξύ όλων των εμπλεκόμενων κλινικών και εργαστηρίων, των χειρουργών και των νοσηλευτών. Σ
- β. Καμία νομική, ηθική ή κυβερνητική απαίτηση δεν πρέπει να περιορίζει ή απαλείφει οποιαδήποτε προϋπόθεση για ασφαλή φροντίδα. Σ
- γ. Οι εργαζόμενοι στη φαρμακευτική βιομηχανία και ιατρική τεχνολογία οφείλουν να παράγουν φάρμακα και μηχανήματα αντίστοιχα, που να προάγουν την ασφαλή διαχείριση των ασθενών. Σ
- δ. Η έρευνα και καινοτομία στην Αναισθησιολογία οφείλουν να είναι

- προσανατολισμένες στην ασφάλεια των ασθενών. Σ
- ε. Όλα τα νοσηλευτικά ιδρύματα που παρέχουν αναισθησιολογικές υπηρεσίες οφείλουν να συμμορφώνονται με τις ελάχιστες προδιαγραφές, όπως αυτές προβλέπονται από την ισχύουσα νομοθεσία (ΦΕΚ 1044/1997, επικαιροποίηση 2019) και είναι εναρμονισμένες με τα Ευρωπαϊκά πρότυπα. Σ

Helsinki Declaration on Patient Safety in Anaesthesiology, ESA, 2010. Eur J Anaesthesiol 2010; 27:592-597.

Όλα τα νοσηλευτικά ιδρύματα οφείλουν να διαθέτουν πρωτόκολλα και υποδομές για τα παρακάτω:

- α. Έλεγχο μηχανημάτων που χρησιμοποιούνται στην αναισθησιολογική πρακτική. Σ
- β. Προεγχειρητική εκτίμηση και κατάλληλη προετοιμασία. Σ
- γ. Σήμανση των συρίγγων για τα φάρμακα με χαρακτηριστική ετικέτα. Σ
- δ. Δίσκο δύσκολου αεραγωγού. Σ
- ε. Φάρμακα αντιμετώπισης σπάνιων νοσημάτων. Λ

Helsinki Declaration on Patient Safety in Anaesthesiology, ESA, 2010. Eur J Anaesthesiol 2010; 27:592-597.

Όλα τα νοσηλευτικά ιδρύματα οφείλουν να διαθέτουν πρωτόκολλα για τη διαχείριση των παρακάτω:

- α. Αναφυλαξία. Σ
- β. Τοξικότητα από τοπικά αναισθητικά. Σ
- γ. Κακοήθη υπερπυρεξία. Σ
- δ. Μαζική αιμορραγία. Σ
- ε. Έλεγχο περιεγχειρητικών λοιμώξεων. Σ

Helsinki Declaration on Patient Safety in Anaesthesiology, ESA, 2010. Eur J Anaesthesiol 2010; 27:592-597.

Όλα τα αναισθησιολογικά τμήματα οφείλουν να διαθέτουν πρωτόκολλα και εξοπλισμό για τα παρακάτω:

- α. Διοισοφάγειο ηχωκαρδιογράφο. Λ
- α. Άμεση μετεγχειρητική φροντίδα. Σ
- β. Μετεγχειρητική αναλγησία. Σ
- γ. Ανακούφιση από οξύ πόνο. Σ
- δ. Εξωνεφρική υποστήριξη της νεφρικής λειτουργίας. Λ
- ε. Αναπνευστήρα για μεταφορά διασωληνωμένων ασθενών. Σ

Helsinki Declaration on Patient Safety in Anaesthesiology, ESA, 2010. Eur J Anaesthesiol 2010; 27:592-597.

Σχετικά με την ασφάλεια του ασθενούς ισχύει (ΚεΣΥ, 2019):

- α. Όλα τα νοσηλευτικά ιδρύματα στα οποία χορηγείται καταστολή, πρέπει

να συμμορφώνονται με τα αναγνωρισμένα πρότυπα καταστολής για ασφαλή πρακτική. Σ

- β. Όλα τα νοσηλευτικά ιδρύματα πρέπει να στηρίζουν την πρωτοβουλία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHO) για ασφαλή χειρουργική («*Safe Surgery Saves Lives*») με εφαρμογή Λίστας Ελέγχου Ασφάλειας (Safety Checklist). Σ
- γ. Όλα τα αναισθησιολογικά τμήματα πρέπει να δίνουν ετήσια αναφορά των μέτρων που έχουν λάβει και των αποτελεσμάτων που έχουν προκύψει ως προς τη βελτίωση της ασφάλειας του ασθενούς σε τοπικό επίπεδο. Σ
- δ. Επιβάλλεται η συνεχιζόμενη ανασκόπηση και αξιολόγηση της αναισθησιολογικής πρακτικής. Σ
- ε. Ο τοπικός εσωτερικός-ομοτεχνικός έλεγχος (audit) δεν αφορά την Αναισθησιολογία. Λ