
**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**



**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ και ΔΙΟΙΚΗΣΗ της ΥΓΕΙΑΣ»**

**ΔΙΑΧΡΟΝΙΚΗ ΑΠΟΤΥΠΩΣΗ ΤΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΟΥ
ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ ΝΑΥΤΙΚΟΥ
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΑΘΗΝΩΝ**

Μεμεκίδου Γλυκερία

Διπλωματική Εργασία υποβληθείσα στο Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης
του Πανεπιστημίου Πειραιώς για την απόκτηση
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης στα Οικονομικά και Διοίκηση της Υγείας.

Πειραιάς, 2017

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**



**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ και ΔΙΟΙΚΗΣΗ της ΥΓΕΙΑΣ»

**ΔΙΑΧΡΟΝΙΚΗ ΑΠΟΤΥΠΩΣΗ ΤΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΟΥ
ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ ΝΑΥΤΙΚΟΥ
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΑΘΗΝΩΝ**

Μεμεκίδου Γλυκερία, Α.Μ.: ΟΔΥ/1428

Επιβλέπων: Μαρία Ράικου, Επίκουρος Καθηγήτρια Πανεπιστημίου Πειραιώς

Διπλωματική Εργασία υποβληθείσα στο Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης

του Πανεπιστημίου Πειραιώς για την απόκτηση

Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης στα Οικονομικά και Διοίκηση της Υγείας.

Πειραιάς, 2017

UNIVERSITY of PIRAEUS



**DEPARTMENT of
ECONOMICS**

M.Sc. in Health Economics and Management

**OUTLINE OF THE CANCER MDT SETTING IN
ATHENS NAVAL HOSPITAL OVER TIME**

Memekidou Glykeria

Master Thesis submitted to the Department of Economics
of the University of Piraeus in partial fulfillment of the requirements
for the degree of M.Sc. in Health Economics and Management

Piraeus, Greece, 2017

Ευχαριστίες

Θα ήθελα να ευχαριστήσω ιδιαίτερος τον Διευθυντή της Ογκολογικής κλινικής του Ναυτικού Νοσοκομείου Αθηνών, και αγαπητό συνεργάτη μου κ. Παπαδόπουλο Παναγιώτη, για την αμέριστη υποστήριξη και διευκόλυνσή του κατά τη συλλογή των δεδομένων της ερευνητικής μου εργασίας. Καθώς και την καθηγήτριά μου κ. Ράικου Μαρία για την υπομονή της και τον πολύτιμο χρόνο που μου διέθεσε.

Διαχρονική αποτύπωση της λειτουργίας του ογκολογικού συμβουλίου Ναυτικού Νοσοκομείου Αθηνών

Σημαντικοί Όροι: ογκολογικό συμβούλιο, διεπιστημονική ομάδα, καρκίνος

Περίληψη

Η σύσταση των ογκολογικών συμβουλίων έχει ξεκινήσει εδώ και αρκετά χρόνια σε πολλές χώρες παγκοσμίως και πρόσφατα, το 2012, καθιερώθηκε και στην Ελλάδα. Οι διεπιστημονικές ομάδες μέσω της συνεργασίας επαγγελματιών διαφορετικών ιατρικών ειδικοτήτων στοχεύουν στην καλύτερη δυνατή αντιμετώπιση των ασθενών με ογκολογική νόσο. Δεν υπάρχουν δημοσιευμένες μελέτες για τα ογκολογικά συμβούλια που λειτουργούν στα ελληνικά νοσοκομεία και προκειμένου να καλυφθεί το βιβλιογραφικό αυτό κενό, διενεργήθηκε η παρούσα αναδρομική ερευνητική μελέτη της λειτουργίας του ογκολογικού συμβουλίου του Ναυτικού Νοσοκομείου Αθηνών. Χρησιμοποιήθηκε αρχειακό υλικό για το χρονικό διάστημα 2014 έως 31 Ιουλίου 2017 και μελετήθηκαν 132 συμβούλια στα οποία παραπέμφθηκαν 623 περιστατικά. Αναλύθηκαν θέματα που αφορούσαν στο διαδικαστικό κομμάτι της λειτουργίας του ογκολογικού συμβουλίου, τα χαρακτηριστικά των ασθενών που παραπέμπονται καθώς και η αποτελεσματικότητα και η αποδοτικότητα του συμβουλίου. Συγκεκριμένα μελετήθηκε η συχνότητα διεξαγωγής, η συμμετοχή και σύσταση του συμβουλίου, ο εκπαιδευτικός ρόλος του, οι χρονικές απαιτήσεις και το κόστος. Το φύλο και η ηλικία των ασθενών κατά την διάγνωση, ο τύπος και το στάδιο της νόσου, καθώς και οι προσεγγίσεις που επιλέχθηκαν από το ογκολογικό συμβούλιο. Τέλος μετρήθηκαν οι χρόνοι αναμονής των ασθενών από τη διάγνωση έως την παραπομπή τους στο ογκολογικό συμβούλιο και έως την έναρξη της θεραπείας. Τα αποτελέσματα της έρευνας ανέδειξαν ότι ενώ ο συνολικός αριθμός των περιστατικών παρέμεινε σταθερός ανά τα έτη, παρατηρείται αύξηση της συχνότητας των συμβουλίων και ταυτόχρονα μείωση του αριθμού των συμμετεχόντων. Στην πλειονότητά τους οι συμμετέχοντες ήταν ειδικοί ιατροί και είναι εμφανής η απουσία ειδικευόμενων ιατρών. Το 67% των ασθενών παραπέμφθηκαν στο ογκολογικό συμβούλιο από ιατρούς του χειρουργικού τομέα και το 8-9% των περιστατικών που παραπέμφθηκαν, τελικά δεν συζητήθηκαν άμεσα λόγω μη προσέλευσης των θεράποντων ιατρών. Τα ογκολογικά συμβούλια πρότειναν κατά 81% τη θεραπευτική

προσέγγιση του ασθενούς. Τα ευρήματα της παρούσας ερευνητικής εργασίας συμπίπτουν με τα στοιχεία του ΠΟΥ σχετικά με το φύλο και την ηλικία των ασθενών που παραπέμπονται, και διαφοροποιούνται στη συχνότητα των διαγνώσεων κυρίως του καρκίνου του παχέος εντέρου και του μαστού. Υπολογίστηκε ότι το 19% των ασθενών που παραπέμφθηκαν στο ογκολογικό συμβούλιο ήταν ασθενείς που είχαν επαναξιολογηθεί από το συμβούλιο και το 26% των ασθενών είχε ήδη μεταστατική νόσο κατά τη διάγνωση. Τέλος διαπιστώθηκε ότι φθίνει η παρεχόμενη φροντίδα στους ασθενείς καθώς παρατηρείται αύξηση των χρόνων αναμονής τους, για παραπομπή στο συμβούλιο και για έναρξη θεραπείας. Το 2014 92% των ασθενών ξεκίνησαν θεραπεία εντός 62 ημερών από τη διάγνωση και το 2017 μόνο 68% των ασθενών. Κατόπιν τούτου κρίνεται αναγκαία η εφαρμογή μέτρων μείωσης των χρόνων αναμονής των ογκολογικών ασθενών.

Outline of the cancer MDT setting in Athens Naval Hospital over time

Keywords: MDT, tumor board, cancer

Abstract

Cancer multidisciplinary teams (MDTs) are well established in many countries worldwide and recently, in 2012, they were also implemented in Greece. Multidisciplinary teams, through the collaboration of professionals with different medical specialties, aim at the delivery of the best possible treatment for cancer patients. There are no published studies on MDTs operating in Greek hospitals. The present retrospective research study, of the operation of the Athens Naval Hospital's cancer MDT was carried out, in order to fill this bibliographic gap. Archive material was used for the period 2014 to 31 July 2017 and 132 meetings were examined in which 623 medical cases were referred to. Topics related to the operation of the cancer MDT, the characteristics of the patients referred to, as well as the effectiveness and efficiency of the MDTs were analyzed. Specifically, frequency of the meetings, participation and composition, educational role, time requirements and cost. Gender and age of the patients at the time of diagnosis, type and stage of the disease, and the approaches selected by the MDT. Finally, patients' waiting times were measured from diagnosis to referral to MDT and to the onset of treatment. The results of the research showed that while the total number of cases remained unchanged over the years, there was an increase in the frequency of meetings and at the same time a decrease in the number of participants. The majority of the participants were specialist doctors and the absence of specialized doctors is evident. 67% of patients were referred to the tumor board by doctors in the surgical field and 8-9% of the reported cases were not directly discussed due to non-attending physicians. Cancer MDTs suggested a therapeutic approach to 81% of the patients. The findings of this research coincide with WHO's data on gender and age and differentiate in the frequency of diagnosis, especially of colon and breast cancer. It was estimated that 19% of patients referred to the MDT were patients re-evaluated by the team and 26% of patients had already metastatic disease at the time of diagnosis. Finally, it was found that the care provided to patients declined as their waiting times, regarding referral to the team and onset of

treatment, increased. In 2014, 92% of patients started treatment within 62 days of diagnosis and in 2017 only 68% of patients. It is therefore necessary to implement measures to reduce the waiting times of cancer patients.

Περιεχόμενα

Περίληψη	ix
Abstract	xi
Κατάλογος Πινάκων	xvii
Κατάλογος Διαγραμμάτων	xix
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ	1
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 Πλαίσιο λειτουργίας Ογκολογικού Συμβουλίου στο εξωτερικό	3
2.1 Εισαγωγή	3
2.2 Προσέγγιση της σύστασης των ογκολογικών συμβουλίων ανά χώρα	4
2.3 Ποιοί πρέπει να συμμετέχουν στα ογκολογικά συμβούλια	7
2.4 Ποιοί ασθενείς παραπέμπονται	7
2.5 Η απόφαση του ογκολογικού συμβουλίου	8
2.6 Πλεονεκτήματα ογκολογικών συμβουλίων	8
2.7 Μειονεκτήματα ογκολογικών συμβουλίων	11
2.8 Αποτελεσματικότητα των ογκολογικών συμβουλίων	13
2.9 Εμπόδια στην αποτελεσματική εργασία των ογκολογικών συμβουλίων	14
2.10 Ομαδική εργασία και ηγεσία	14
2.11 Ανακεφαλαίωση	15
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 Πλαίσιο λειτουργίας Ογκολογικού Συμβουλίου στην Ελλάδα	17
3.1 Εισαγωγή	17
3.2 Νομοθετικό πλαίσιο	17
3.2.1 Σκοπός του Ογκολογικού Συμβουλίου	18
3.2.2 Ποιοί ασθενείς παραπέμπονται	18
3.2.3 Μέλη του Ογκολογικού Συμβουλίου	18
3.2.4 Αποστολή του Ογκολογικού Συμβουλίου	19
3.2.5 Τρόπος λειτουργίας του Ογκολογικού Συμβουλίου	19
3.3 Ογκολογικό Συμβούλιο Ναυτικού Νοσοκομείου Αθηνών	20
3.4 Ανακεφαλαίωση	22
Κεφάλαιο 4 Μεθοδολογικό πλαίσιο έρευνας	23
4.1 Εισαγωγή	23
4.2 Θεωρητικό υπόβαθρο	23
4.3 Στόχοι της έρευνας	24

4.4	Μεθοδολογία	25
4.5	Περιγραφή διαδικασίας συλλογής δεδομένων	25
4.6	Τόπος και χρόνος διεξαγωγής της έρευνας	26
4.7	Κριτήρια αποκλεισμού δεδομένων	26
4.8	Μέθοδοι ανάλυσης δεδομένων	27
4.9	Ηθικοί και δεοντολογικοί προβληματισμοί της έρευνας	27
4.10	Ανακεφαλαίωση	28
Κεφάλαιο 5 Αποτελέσματα της έρευνας		29
5.1	Περιγραφικά στοιχεία ογκολογικών συμβουλίων	29
5.2	Στοιχεία συμμετεχόντων	31
5.2.1	Συνολικός αριθμός μελών ογκολογικού συμβουλίου	31
5.2.2	Ειδικευμένοι ιατροί	33
5.2.3	Ειδικευόμενοι ιατροί	35
5.2.4	Νοσηλεύτης	37
5.2.5	Συνολική σύσταση ογκολογικού συμβουλίου	37
5.3	Υπολογισμός κόστους ογκολογικού συμβουλίου	38
5.4	Εισηγήσεις ασθενών ανά κλινική	40
5.5	Δημογραφικά στοιχεία ασθενών	43
5.6	Διαγνώσεις ασθενών	45
5.7	Ασθενείς νεοδιαγνωσθέντες και μη	48
5.8	Βαρύτητα περιστατικών - Σταδιοποίηση	49
5.9	Αποφάσεις ογκολογικών συμβουλίων	50
5.10	Χρονικό διάστημα από τη διάγνωση έως την παραπομπή στο ογκολογικό συμβούλιο	52
5.11	Χρονικό διάστημα από τη διάγνωση έως την έναρξη θεραπείας	54
Κεφάλαιο 6 Συζήτηση αποτελεσμάτων		57
6.1	Εισαγωγή	57
6.2	Αριθμός ογκολογικών συμβουλίων	57
6.3	Αναβολή συζήτησης περιστατικών	58
6.4	Συμμετέχοντες	58
6.5	Κόστος ογκολογικών συμβουλίων	59
6.6	Παραπομπή ασθενών στο ογκολογικό συμβούλιο	59
6.7	Φύλο και ηλικία ογκολογικών ασθενών	60
6.8	Επίπτωση καρκίνου	61
6.9	Επαναξιολόγηση ασθενών	63
6.10	Μεταστατική νόσος	63
6.11	Αποφάσεις ογκολογικού συμβουλίου	63

6.12	<i>Εκτίμηση αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητας ογκολογικού συμβουλίου</i>	64
6.13	<i>Περιορισμοί της έρευνας</i>	66
6.14	<i>Ανακεφαλαίωση</i>	66
	Βιβλιογραφία	69

Κατάλογος Πινάκων

5.1 Αριθμός ογκολογικών συμβουλίων που διενεργήθηκαν και περιστατικών που εξετάστηκαν	29
5.2 Κόστος ογκολογικών συμβουλίων	399
5.3 Αριθμός ογκολογικών ασθενών ανά έτος	43
6.1 Επίπτωση καρκίνου	61

Κατάλογος Διαγραμμάτων

5.1 Περιστατικά που αναβλήθηκαν	30
5.2 Αναβληθέντα περιστατικά ανά κλινική	30
5.3 Συνολικός αριθμός συμμετεχόντων 2014	31
5.4 Συνολικός αριθμός συμμετεχόντων 2015	31
5.5 Συνολικός αριθμός συμμετεχόντων 2016	31
5.6 Συνολικός αριθμός συμμετεχόντων 2017	31
5.7 Συνολικός αριθμός συμμετεχόντων 2014-2017	32
5.8 Ειδικευμένοι ιατροί 2014	33
5.9 Ειδικευμένοι ιατροί 2015	33
5.10 Ειδικευμένοι ιατροί 2016	33
5.11 Ειδικευμένοι ιατροί 2017	33
5.12 Συνολικός αριθμός ειδικευμένων 2014-2017	34
5.13 Ειδικευόμενοι ιατροί 2014	35
5.14 Ειδικευόμενοι ιατροί 2015	35
5.15 Ειδικευόμενοι ιατροί 2016	35
5.16 Ειδικευόμενοι ιατροί 2017	35
5.17 Συνολικός αριθμός ειδικευόμενων 2014-2017	36
5.18 Απουσία ειδικευόμενων από τα ογκολογικά συμβούλια	36
5.19 Παρουσία νοσηλευτή στα ογκολογικά συμβούλια	37
5.20 Σύσταση ογκολογικού συμβουλίου	37
5.21 Εργατώρες 2016	38
5.22 Εργατώρες 2017	38
5.23 Εισηγήτριες κλινικές 2014	40
5.24 Εισηγήτριες κλινικές 2015	40
5.25 Εισηγήτριες κλινικές 2016	41
5.26 Εισηγήτριες κλινικές 2017	41

5.27 Εισηγήτριες κλινικές συνολικά 2014-2017	42
5.28 Εισηγήτριες κλινικές ανά τομέα 2014-2017	42
5.29 Φύλο ασθενών ανά έτος	43
5.30 Φύλο ασθενών συνολικά	43
5.31 Ηλικία ασθενών κατά τη διάγνωση ανά έτος	44
5.32 Ηλικία ασθενών κατά τη διάγνωση συνολικά	44
5.33 Ηλικία ασθενών κατά τη διάγνωση σε ποσοστά	45
5.34 Διαγνώσεις ανά έτος	45
5.35 Διαγνώσεις συγκεντρωτικά	46
5.36 Διάγνωση ασθενών ηλικίας έως 35 ετών	47
5.37 Διάκριση νεοδιαγνωσθέντων και παλαιότερων ασθενών	48
5.38 Μεταστατική νόσος	49
5.39 In situ καρκινώματα	49
5.40 Αποφάσεις ογκολογικών συμβουλίων 2014	50
5.41 Αποφάσεις ογκολογικών συμβουλίων 2015	50
5.42 Αποφάσεις ογκολογικών συμβουλίων 2016	51
5.43 Αποφάσεις ογκολογικών συμβουλίων 2017	51
5.44 Αποφάσεις ογκολογικών συμβουλίων 2014 - 2017	51
5.45 Χρονικό διάστημα από τη διάγνωση έως την παραπομπή	52
5.46 Μέσος όρος ημερών από τη διάγνωση έως την παραπομπή	53
5.47 Συνολικός χρόνος από τη διάγνωση έως την παραπομπή	53
5.48 Εξέλιξη θεραπείας νεοδιαγνωσθέντων ασθενών	54
5.49 Μέσος όρος χρονικού διαστήματος από τη διάγνωση έως την έναρξη θεραπείας ανά έτος	55
5.50 Ποσοστό ασθενών που έλαβαν θεραπεία εντός 62 ημερών από τη διάγνωση	56
6.1 Ποσοστό νέων περιπτώσεων καρκίνου ανά ηλικιακή ομάδα για όλους τους τύπους καρκίνου	60
6.2 Επίπτωση καρκίνου παγκοσμίως	61
6.3 Επίπτωση καρκίνου στην Ελλάδα	61

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο καρκίνος αποτελεί τη δεύτερη σε συχνότητα αιτία θανάτου παγκοσμίως τα τελευταία 40 χρόνια, μετά τα καρδιολογικά νοσήματα (National Center for Health Statistics, 2017), και για το λόγο αυτό μία από τις προτεραιότητες των συστημάτων υγείας παγκοσμίως. Το 2012, σύμφωνα με στοιχεία του WHO, υπολογίστηκαν 14,1 εκατομμύρια νέες περιπτώσεις καρκίνου παγκοσμίως και αναμένεται ότι μέχρι το 2030 θα εμφανίζονται 23,6 εκατομμύρια νέα περιστατικά κάθε χρόνο.

Η σύγχρονη θεραπευτική αντιμετώπιση του ογκολογικού αρρώστου τα τελευταία χρόνια, έχει γίνει εξαιρετικά πολυδύναμη και πολυπαραγοντική και απαιτεί εξατομίκευση. Περιλαμβάνει παραδοσιακά τη χειρουργική θεραπεία, τη χημειοθεραπεία, την ακτινοθεραπεία καθώς και νεώτερες στοχευμένες ανοσοθεραπείες με στόχο την ίαση, τη διατήρηση οργάνων, την παρηγορητική θεραπεία, τη μείωση τοξικότητας και ανεπιθύμητων παρενεργειών και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής.

Επιπρόσθετα, η διαγνωστική προσέγγιση, που αποτελεί προϋπόθεση οποιασδήποτε θεραπευτικής επιλογής, απαιτεί την συνεργασία διαφορετικών ειδικοτήτων όπως της Ακτινολογίας, Παθολογοανατομίας, Πυρηνικής Ιατρικής, της Βιοχημείας, της Μοριακής Βιολογίας. Κανένας ιατρός δεν έχει το επιστημονικό υπόβαθρο για να λάβει την άριστη θεραπευτική απόφαση χωρίς τη συμβολή άλλων επαγγελματιών υγείας, δεδομένου ότι υποσυνείδητα μεροληπτεί προς τον δικό του τομέα εξειδίκευσης.

Συνεπώς, προκύπτει η ανάγκη της συνεργασίας μιας ομάδας ειδικών ιατρών και άλλων επαγγελματιών υγείας, προκειμένου να επιτευχθεί η βέλτιστη θεραπευτική προσέγγιση του ογκολογικού ασθενή. Ανάλογα με τη φύση του περιστατικού η ομάδα αυτή μπορεί να αποτελείται από περισσότερα ή λιγότερα μέλη διαφόρων ειδικοτήτων.

Η σύσταση τέτοιων ομάδων έχει ξεκινήσει εδώ και αρκετά χρόνια σε πολλές χώρες παγκοσμίως και στη βιβλιογραφία απαντώνται ως "διεπιστημονικές ομάδες (multidisciplinary teams, MDTs)" ή "ογκολογικά συμβούλια (tumor boards)". Οι διεπιστημονικές ομάδες αποτελούν λοιπόν αναπόσπαστο κομμάτι της φροντίδας των ογκολογικών ασθενών ανά τον κόσμο και το κυριότερο όφελος είναι ότι προσφέρουν σταθερή, συνεχόμενη, συντονισμένη και αποδοτική φροντίδα στους ασθενείς

(Fleissig, 2006). Ακόμη έχει βρεθεί ότι οι αποφάσεις που λαμβάνονται από τις διεπιστημονικές ομάδες είναι πιθανότερο να συμβαδίζουν με τις τεκμηριωμένες κατευθυντήριες οδηγίες, παρά αυτές που λαμβάνονται ατομικά από τον θεράπον ιατρό (Sainsbury et al., 1995), (Chang et al., 2001), (Vinod et al., 2010). Αν απουσιάζει η ομάδα υπάρχει κίνδυνος να μην αξιολογηθούν σωστά οι ασθενείς με αποτέλεσμα να μην τους δοθεί η καταλληλότερη θεραπεία, και επίσης ενδέχεται να χάσουν ευκαιρίες συμμετοχής τους σε κλινικές δοκιμές (Licitra et al., 2016).

Ενώ λοιπόν το ογκολογικό συμβούλιο αποτελεί μια πραγματικότητα εδώ και πολλά χρόνια στο εξωτερικό, στην Ελλάδα, η διεπιστημονική προσέγγιση των ογκολογικών ασθενών μέσω του ογκολογικού συμβουλίου, ξεκίνησε αρκετά καθυστερημένα. Μόλις το 2012 ψηφίστηκε ο νόμος Ν.4052, που καθιερώνει τη διεπιστημονική αντιμετώπιση του ασθενή που πάσχει από κακοήθη νεοπλασμάτα.

Λόγω της πρόσφατης νομοθετικής καθιέρωσης των ογκολογικών συμβουλίων στην Ελλάδα, παρόλο που σε ορισμένα νοσοκομεία λειτουργούσαν ήδη άτυπα ογκολογικές ομάδες πριν το 2012, δεν υπάρχει καμία δημοσιευμένη μελέτη που να παρουσιάζει ευρήματα από τη λειτουργία ελληνικού ογκολογικού συμβουλίου. Το κενό αυτό της βιβλιογραφίας προτίθεται να καλύψει η παρούσα αναδρομική ερευνητική μελέτη.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

Πλαίσιο λειτουργίας Ογκολογικού Συμβουλίου στο εξωτερικό

2.1 Εισαγωγή

Οι διεπιστημονικές ογκολογικές ομάδες εμφανίζονται στο χώρο της υγείας, κυρίως στην Αμερική, ήδη από το 1970 (Powell and Baldwin, 2014). Οι ομάδες αυτές των ειδικών, που συνεδρίαζαν για να συζητήσουν ογκολογικά περιστατικά, αποτέλεσαν τα πρώτα ογκολογικά συμβούλια (Gross, 1987), (Patkar et al, 2011). Ο πρωταρχικός σκοπός αυτών των συμβουλίων ήταν να βοηθήσει τους ιατρούς να παρακολουθούν τις εξελίξεις της επιστήμης που σχετίζονται με το συγκεκριμένο είδος καρκίνου, και αποτελούσαν συμβουλευτικό όργανο στη λήψη απόφασης από τον θεράπον για τη διαχείριση του ασθενούς του (O'Brien, 2006).

Πλέον οι διεπιστημονικές ογκολογικές ομάδες αποτελούν τον ενδεδειγμένο τρόπο θεραπευτικής προσέγγισης σε πολλές χώρες της Ευρώπης (DGS/DH/AFS, 1998), (DOH, 2004), της Αμερικής (ACS, 2013), της Ασίας (Chan et al, 2006), και της Αυστραλίας (McAnoy, 2003). Δεδομένου ότι αναγνωρίζεται παγκοσμίως πως η θεραπευτική προσέγγιση ασθενών με καρκίνο γίνεται συνεχώς πιο περίπλοκη, είναι σημαντικό να εμπλέκονται όλοι οι σχετιζόμενοι επαγγελματίες υγείας στη λήψη αποφάσεων (Taylor et al, 2010a), (Lamb et al, 2011).

Τα ογκολογικά συμβούλια που συγκροτούνται από διεπιστημονικές ογκολογικές ομάδες, με τη σύμφωνη γνώμη όλων των μελών, λαμβάνουν αποφάσεις για τη διάγνωση και θεραπεία των ογκολογικών ασθενών, και αναλαμβάνουν την υλοποίηση των αποφάσεων αυτών (Fennell et al, 2010).

Τα οφέλη της διεπιστημονικής προσέγγισης των ασθενών είναι πολλά και περιλαμβάνουν βελτίωση της επικοινωνίας, της συνεργασίας και της λήψης αποφάσεων μεταξύ των επαγγελματιών υγείας (Lamb et al, 2012). Οι αποφάσεις που λαμβάνονται με αυτόν τον τρόπο οδηγούν σε εξατομικευμένα ολιστικά θεραπευτικά πλάνα, βασισμένα στον τύπο και τη βιολογία του συγκεκριμένου καρκίνου, καθώς και τις πιθανές συνοσηρότητες του ασθενούς, αλλά και την κοινωνικοοικονομική του κατάσταση (Taylor et al, 2012), (Fleissig et al, 2006).

Ωστόσο, οι οικονομικές προεκτάσεις της σύστασης των ογκολογικών συμβουλίων δεν έχουν μελετηθεί. Τα οικονομικά οφέλη στο χώρο της υγείας αποτιμώνται τα τελευταία χρόνια σε ποιοτικά σταθμισμένα κερδισμένα έτη ζωής, και δεν είναι δυνατόν να αποδοθούν αποκλειστικά στα ογκολογικά συμβούλια και όχι σε άλλες παρεμβάσεις.

Το πρόβλημα εντείνεται ακόμη περισσότερο από το γεγονός ότι υπάρχουν διαφορετικές ερμηνείες στην ογκολογική κοινότητα, για το τι περιλαμβάνει η διεπιστημονική ογκολογική ομάδα καθώς και για τους τρόπους αξιολόγησης της αποτελεσματικότητάς τους και επομένως ετερογένεια μεταξύ των όποιων μελετών υπάρχουν, που τις καθιστά μη συγκρίσιμες (Hong et al., 2010).

2.2 Προσέγγιση της σύστασης των ογκολογικών συμβουλίων ανά χώρα

Σε πολλές χώρες της Ευρώπης, της Λατινικής Αμερικής και της Ασίας τα ογκολογικά συμβούλια χρησιμοποιούνται κυρίως σε μεγάλα αστικά νοσοκομεία, αλλά είναι λιγότερο διαθέσιμα σε αγροτικές περιοχές (Licitra et al, 2016). Η διεπιστημονική προσέγγιση χαρακτηρίζεται ως προτεραιότητα στην Αμερική (ACS, 2013), στην Αγγλία μετά τη δημοσίευση των σχετικών κυβερνητικών προτάσεων (DOH, 1995), στον Καναδά (Ellis, 2012), στην Αυστραλία (DHS.Vic, 2007) και στην Ισπανία (Leo et al, 2007), (Prades and Borrás, 2011). Σε ορισμένες μάλιστα χώρες, οι αποφάσεις των ογκολογικών συμβουλίων είναι προαπαιτούμενο για την αποζημίωση ορισμένων ειδικών θεραπευτικών σχημάτων (Κορέα και Λιθουανία) (Licitra et al, 2016). Ωστόσο, σε άλλα μέρη του κόσμου βρίσκονται ακόμη σε διερευνητικό επίπεδο (Song et al, 2010), ή δεν είναι ακόμη διαθέσιμες κατευθυντήριες οδηγίες. Λόγω της ποικιλίας των προσεγγίσεων ανά χώρα κρίνεται σκόπιμο η επιγραμματική περιγραφή της λειτουργίας τους στις κυριότερες εξ αυτών.

Αμερική

Τα ογκολογικά συμβούλια υπάρχουν στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής τα τελευταία 50 χρόνια (Berman, 1975). Ωστόσο, μέχρι πρόσφατα, ο πρωταρχικός στόχος τους ήταν η εκπαίδευση και όχι η βελτίωση της φροντίδας των ασθενών. Στη δεκαετία του 1980, η φροντίδα των ογκολογικών περιστατικών μετατοπίζεται από τα νοσοκομεία προς την κοινότητα. Αυτή η στρατηγική παρείχε κίνητρο για την ανάπτυξη των ογκολογικών συμβουλίων, δεδομένου ότι διευκολύνουν την ανταλλαγή πληροφοριών μεταξύ των ιατρών, με θετικά οφέλη για την ποιότητα της παρεχόμενης περίθαλψης (Gross, 1987). Πλέον στην Αμερική απαιτείται απόφαση του ογκολογικού συμβουλίου πριν την έναρξη οποιασδήποτε θεραπείας σε ογκολογικούς ασθενείς (ACS, 2013).

Τις τελευταίες λοιπόν δύο δεκαετίες αναβαθμίζεται ο ρόλος των ογκολογικών συμβουλίων, και στοχεύουν όχι μόνο στην εκπαίδευση αλλά κατά προτεραιότητα στη βελτίωση της παρεχόμενης φροντίδας.

Καναδάς

Οι καναδικές κατευθυντήριες οδηγίες προβλέπουν ότι τα μέλη της ογκολογικής ομάδας θα πρέπει να έχουν ειδικές γνώσεις και περιλαμβάνουν συστάσεις για το απαιτούμενο επίπεδο εκπαίδευσης, υποτροφίες, ώρες πρακτικής, πιστοποίηση εξειδίκευσης και ελάχιστο αριθμό παρακολουθούμενων ασθενών για όλα τα μέλη της ομάδας. Οι καναδικές κατευθυντήριες οδηγίες περιλαμβάνουν επίσης προδιαγραφές εξοπλισμού απεικόνισης και εργαστηριακών εξετάσεων, χημειοθεραπευτικών και λοιπών φαρμάκων και ακτινοθεραπείας (Licitra et al, 2016).

Ηνωμένο Βασίλειο

Ομοίως, η συνιστώμενη βασική ογκολογική ομάδα στο Ηνωμένο Βασίλειο περιλαμβάνει πολλούς ειδικούς με καθορισμένες ελάχιστες προϋποθέσεις εκπαίδευσης (DOH, 1995). Το σύστημα του Ηνωμένου Βασιλείου απαιτεί τακτικούς εξωτερικούς και εσωτερικούς ελέγχους. Η διαδικασία λήψης αποφάσεων επίσης ελέγχεται για να διασφαλιστεί ότι οι αποφάσεις γίνονται με σταθερό τρόπο και ότι συμφωνούν με την τεκμηριωμένη πρακτική.

Αυστραλία

Το σχέδιο για την διεπιστημονική φροντίδα των ογκολογικών ασθενών αποτέλεσε προτεραιότητα και για το αυστραλιανό Υπουργείο Υγείας, με έμφαση στον καρκίνο του μαστού (National Breast Cancer Centre, 2005). Έχουν μάλιστα αναπτυχθεί εξειδικευμένα εργαλεία που διευκολύνουν την εφαρμογή πρωτοκόλλων και τη λειτουργία των ογκολογικών συμβουλίων (Department of Human Services, 2011).

Γαλλία

Τα ογκολογικά συμβούλια έγιναν υποχρεωτικά στη Γαλλία από το Υπουργείο Υγείας, όπως αναφέρεται στην σχετική εγκύκλιο του 2003 (Décret n° 2003), στην οποία περιγράφονται οι νομικά δεσμευτικές απαιτήσεις ποιότητας για τα ογκολογικά συμβούλια. Εάν δεν είναι παρόντες όλα τα υποχρεωτικά μέλη, η συνάντηση δεν είναι απαρτία και η απόφαση δεν θεωρείται έγκυρη. Όλες οι νέες περιπτώσεις πρέπει να παρουσιαστούν στο συμβούλιο πριν από την έναρξη της θεραπείας, καθώς και όλες οι τροποποιήσεις στη θεραπεία θα πρέπει να συζητηθούν. Η απόφαση του συμβουλίου, συμπεριλαμβανομένου του θεραπευτικού πλάνου και των ονομάτων των συμμετεχόντων, καταγράφονται και αρχειοθετούνται στο φάκελο του ασθενούς. Αν η χορηγούμενη θεραπεία είναι διαφορετική από αυτή που πρότεινε το ογκολογικό συμβούλιο, ο θεράπων ιατρός πρέπει να καταγράψει τους λόγους μη τήρησης της απόφασης.

Γερμανία

Η Γερμανική Εταιρεία Καρκίνου (German Cancer Society <https://www.krebsgesellschaft.de/german-cancer-society.html>) έχει πιστοποιημένα κέντρα φροντίδας ογκολογικών ασθενών από το 2003, και η έννοια του ογκολογικού συμβουλίου είναι σημαντικό μέρος της προσέγγισής τους. Το ογκολογικό συμβούλιο αποφασίζει για το αρχικό σχέδιο θεραπείας και καθορίζει το πιθανό πλάνο παρακολούθησης μετά την ολοκλήρωση της αρχικής θεραπείας.

Το ελληνικό ογκολογικό συμβούλιο θα αναπτυχθεί στο επόμενο κεφάλαιο.

2.3 Ποιοί πρέπει να συμμετέχουν στα ογκολογικά συμβούλια

Συστήνεται ότι τα μέλη του ογκολογικού συμβουλίου θα πρέπει κατ'ελάχιστο να περιλαμβάνουν χειρουργό, ογκολόγο, ακτινολόγο, παθολόγο και εξειδικευμένη στην ογκολογία νοσηλεύτρια (DOH, 2004), (Wright et al, 2007). Είναι σημαντικό να συμπεριλαμβάνονται όλες οι προαναφερθείσες ειδικότητες, ακόμη και αν πρέπει να καλυφθούν από ιατρούς που εργάζονται σε άλλο νοσοκομείο.

Σε χώρες με συστήματα πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας, ο ιατρός της πρωτοβάθμιας φροντίδας έχει σημαντικό ρόλο στο συντονισμό της παρεχόμενης φροντίδας στον ασθενή, κυρίως σε ασθενείς τελικού σταδίου (Grunfeld, 2008), (Bellamy et al, 2013). Αν δεν είναι εφικτό να παρίσταται στο συμβούλιο, θα πρέπει να ενημερώνεται άμεσα για την απόφαση που λήφθηκε και να βρίσκεται σε επικοινωνία με τα μέλη του (Penel et al, 2007). Τα ογκολογικά συμβούλια θα πρέπει να παραμένουν ευέλικτα και να διευκολύνουν την πρόσβαση των ασθενών σε νέες διαγνωστικές και θεραπευτικές μεθόδους, καθώς προοδεύει η ιατρική επιστήμη.

Σημαντική παράμετρος είναι να παρίστανται όλα τα μέλη στις συνεδριάσεις, είτε με φυσική παρουσία είτε με τηλεδιάσκεψη (Gagliardi et al, 2003). Εξίσου σημαντικό κρίνεται και η διάθεση του κατάλληλου χώρου για τη διεξαγωγή του συμβουλίου, καθώς και το να είναι διαθέσιμος ο απαραίτητος τεχνολογικός εξοπλισμός.

2.4 Ποιοί ασθενείς παραπέμπονται

Οι περιπτώσεις που συζητούνται στα ογκολογικά συμβούλια συνήθως περιλαμβάνουν νεοδιαγνωσθέντες ασθενείς, ασθενείς που υποτροπίασαν και περίπλοκα περιστατικά. Ωστόσο είναι δυνατόν να υπάρχουν διαφοροποιήσεις στις προϋποθέσεις παραπομπής στο συμβούλιο. Σε ορισμένα συμβούλια απαιτείται επιβεβαίωση του καρκίνου με ιστολογική εξέταση και σε άλλα συζητούνται και περιστατικά όπου υπάρχει έστω υποψία καρκίνου, επίσης τα περιστατικά μπορεί να επανεξετάζονται μετεγχειρητικά ή όχι, και να επανέρχονται στο συμβούλιο περιστατικά όπου ο ασθενής δεν είναι σε θέση ή αρνείται να ακολουθήσει την προτεινόμενη απόφαση του αρχικού συμβουλίου ή να μην γίνονται δεκτά.

Εφόσον ο ασθενής παραπεμφθεί στο συμβούλιο άμεσα, όταν υπάρχει υποψία ογκολογικής νόσου, προγραμματίζονται οι καταλληλότερες για την περίπτωσή του διαγνωστικές εξετάσεις, επιτυγχάνεται η ελαχιστοποίηση των καθυστερήσεων και βελτιώνεται η ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας (Lamb et al, 2011).

2.5 Η απόφαση του ογκολογικού συμβουλίου

Η απόφαση του ογκολογικού συμβουλίου θα πρέπει να καταγράφεται και να είναι διαθέσιμη για όλους τους επαγγελματίες υγείας που εμπλέκονται στη φροντίδα του ασθενούς. Θα πρέπει να περιλαμβάνει ιδανικά τα παρακάτω:

- δημογραφικά στοιχεία και αποτελέσματα διαγνωστικών εξετάσεων
- προτεινόμενη θεραπεία βάση του σταδίου της νόσου
- πλάνο φροντίδας και δικαιολόγηση σε περίπτωση μη τήρησης των προτεινόμενων κατευθυντήριων οδηγιών
- εάν η απόφαση ήταν ομόφωνη ή κατά πλειοψηφία
- αναμενόμενες ανεπιθύμητες ενέργειες και προτεινόμενη διαχείρισή τους
- διατύπωση της πιθανής πρόγνωσης και του πλάνου παρακολούθησης (Penel et al., 2007).

2.6 Πλεονεκτήματα ογκολογικών συμβουλίων

Το ογκολογικό συμβούλιο παρουσιάζεται στη βιβλιογραφία ως η ιδανική διαδικασία για την αντιμετώπιση των ασθενών με ογκολογική νόσο, διότι παρέχει ολιστικό σχέδιο θεραπείας που βασίζεται σε επιστημονικά στοιχεία και εξατομικεύεται για τον κάθε ασθενή. Παρακάτω αναφέρονται τα πλεονεκτήματα που προκύπτουν, σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, από την διεπιστημονική αντιμετώπιση των ογκολογικών ασθενών σε σχέση με την παραδοσιακή μονομερή προσέγγιση μόνο από τον θεράπον ιατρό.

Οφέλη για τον ασθενή

Η θετική επίδραση των ογκολογικών συμβουλίων στη λήψη θεραπευτικών αποφάσεων αναγνωρίστηκε ήδη από το 2002 (Loevner et al, 2002). Στην έρευνα αυτή των Loevner et al, βρέθηκε ότι αλλαγές στην ερμηνεία των ακτινολογικών ευρημάτων εμφανίστηκαν στο 41% των ασθενών, έγινε επανασταδιοποίηση στο 34% των ασθενών και διαπιστώθηκαν μεταστάσεις που δεν είχαν εντοπιστεί πριν το συμβούλιο σε 2 ασθενείς (1,5%). Ομοίως και σε πιο πρόσφατες μελέτες, όπως αυτή των Bergamini et al (2016), αναφέρεται ότι περαιτέρω διαγνωστικές εξετάσεις διενεργήθηκαν σε περίπου 50% των περιπτώσεων, η διάγνωση άλλαξε στο 3% των περιπτώσεων, και η συνιστώμενη θεραπεία άλλαξε σε περίπου 10% των ασθενών.

Αρκετές μελέτες έχουν διαπιστώσει ότι τα σχέδια διαχείρισης των ογκολογικών ομάδων συμφωνούν με τις τεκμηριωμένες κατευθυντήριες γραμμές (Conron et al, 2007), (Leo et al, 2007), και ότι αυξάνουν τα συνολικά ποσοστά θεραπείας. Μερικοί συγγραφείς επίσης αναφέρουν αύξηση της επιβίωσης και της ικανοποίησης των ασθενών (Boxer et al., 2011), (Forrest et al., 2005), (Bydder et al., 2009), που θα μπορούσε όμως να αποδοθεί στην γενικότερη εξέλιξη της επιστήμης της ιατρικής.

Τα ογκολογικά συμβούλια τέλος φαίνεται ότι μειώνουν τον χρόνο αναμονής για θεραπεία. Ο χρόνος αναμονής, που ορίζεται ως ο αριθμός των ημερών μεταξύ της βιοψίας και της έναρξης της θεραπείας, επηρεάζει την πρόγνωση. Στην αναδρομική έρευνα των Patil et al. (2016) φαίνεται ότι οι χρόνοι αναμονής μειώνονται σημαντικά. Αντίστοιχα και σε έρευνα των Nash et al (2015) διαπιστώθηκαν μεγαλύτερες καθυστερήσεις στην έναρξη θεραπείας ασθενών που δεν παραπέμφθηκαν στο ογκολογικό συμβούλιο.

Οφέλη για τον ιατρό

Φαίνεται να είναι αρκετά σαφές ότι οι διεπιστημονικές ομάδες βοηθούν τους κλινικούς ιατρούς να ακολουθούν τις κατευθυντήριες οδηγίες και διευκολύνουν τη διαδικασία λήψης αποφάσεων και τη διαχείριση των ασθενών. Εξοικονομούν χρόνο, μειώνονται τα λάθη ή οι παραλείψεις στη φροντίδα, και διασφαλίζεται ομοιόμορφη πρόσβαση σε περίθαλψη για όλους (Patkar et al, 2012). Σε μια έρευνα των Saini et al (2012) οι περισσότεροι από τους ερωτηθέντες ιατρούς ανέφεραν ότι τα ογκολογικά συμβούλια είχαν ως αποτέλεσμα τη βελτίωση της λήψης κλινικών αποφάσεων (97%),

τη βελτίωση της συνολικής ποιότητας της θεραπείας (93%), πιο συντονισμένη φροντίδα των ασθενών (91%), και τεκμηριωμένες αποφάσεις θεραπείας (91%).

Τα ογκολογικά συμβούλια αναπτύχθηκαν αρχικά για εκπαιδευτικούς λόγους, και αναμφισβήτητα αποτελούν περιβάλλον συνεχόμενης εκπαίδευσης για τους ειδικευόμενους ιατρούς αλλά και για τα υπόλοιπα μέλη της ομάδας (Licitra et al, 2016). Κατά την διενέργειά τους, παρέχονται ευκαιρίες εκπαίδευσης σε θέματα ακτινολογικής απεικόνισης και ιστοπαθολογίας καθώς και δυνατότητα ενημέρωσης και συζήτησης για νέες ή πολύπλοκες θεραπείες και τεχνικές (Devitt et al, 2010).

Εκτός από την ευκαιρία για εκπαίδευση και την υποστήριξη στη λήψη αποφάσεων, τα ογκολογικά συμβούλια συμβάλουν και στην αύξηση της εργασιακής ικανοποίησης των μελών τους (Taylor et al, 2010b). Ένας από τους κυριότερους λόγους είναι ότι αισθάνονται ότι παρέχουν στους ασθενείς τους καλύτερες υπηρεσίες (Taylor et al, 2010b). Επίσης, την εργασιακή ικανοποίηση αυξάνει και το γεγονός ότι οι ιατροί επικεντρώνονται σε θέματα που άπτονται της ειδικότητάς τους, χωρίς να αναγκάζονται να διαχειριστούν θέματα πέραν των δυνατοτήτων τους (Licitra et al, 2016). Τέλος η συνυπευθυνότητα με όλα τα μέλη της ομάδας για τη φροντίδα περίπλοκων περιστατικών τους προσφέρει το αίσθημα της ασφάλειας (Licitra et al, 2016).

Οφέλη για τον ευρύτερο πληθυσμό

Η δομή των ογκολογικών συμβουλίων παρέχει μια εξαιρετική πηγή για επιδημιολογική ανάλυση των ογκολογικών περιστατικών, διευκολύνει τον εντοπισμό ανισοτήτων στον τομέα της υγείας και οργανωτικών παραγόντων που ενδέχεται να επηρεάσουν την αποτελεσματικότητα των θεραπευτικών επιλογών για τους ασθενείς. Οι ογκολογικές ομάδες αποτελούν ένα μέσο για την παρακολούθηση και την αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας τόσο σε τοπικό όσο και σε εθνικό επίπεδο, με απώτερο στόχο τη βελτίωση της απόδοσης του συνόλου της ογκολογικής ομάδας. Επίσης διευκολύνουν την αναθεώρηση κατευθυντήριων οδηγιών, ιδιαίτερα μετά από επιπλοκές ή θανάτους που σχετίζονται με τη θεραπεία (Clifton et al, 2009). Τέλος αποτελούν τον ιδανικό τρόπο για τον εντοπισμό και την συμμετοχή ασθενών οι οποίοι είναι κατάλληλοι για κλινικές δοκιμές (Riedel et al., 2006), (McNair et al., 2008).

2.7 Μειονεκτήματα ογκολογικών συμβουλίων

Όπως είναι αναμενόμενο τα ογκολογικά συμβούλια ενέχουν και ορισμένους κινδύνους, που περιγράφονται παρακάτω.

Πιθανά προβλήματα για τους ασθενείς

Ενώ σε μερικές μελέτες βρέθηκε ότι τα ογκολογικά συμβούλια μειώνουν τις καθυστερήσεις μεταξύ παραπομπής και διάγνωση, ή διάγνωσης και θεραπείας, καθυστερήσεις μπορεί στην πραγματικότητα να προκύψουν ως αποτέλεσμα της παραπομπής του ασθενούς σε αυτά (Powell and Baldwin, 2014). Σε ορισμένες περιπτώσεις, νέες πληροφορίες έρχονται στο φως (συνήθως ως αποτέλεσμα μιας ενδεδειγμένης κλινικής αξιολόγησης της φυσικής κατάστασης του ασθενούς), πράγμα που σημαίνει ότι το συμφωνηθέν σχέδιο φροντίδας δεν είναι πλέον κατάλληλο. Αναδρομικές μελέτες δείχνουν ότι το 4-16% των ογκολογικών αποφάσεων δεν εφαρμόστηκαν στην πράξη (Leo et al., 2007), (Storrar and Laws, 2011). Οι λόγοι που δεν εφαρμόστηκαν ήταν λόγω επιλογής του ασθενή ή επιδείνωση της κατάστασής του (Leo et al., 2007), (Storrar and Laws, 2011), (Devitt et al., 2010). Ωστόσο, είναι πιθανό ότι οι ακυρώσεις της τελευταίας στιγμής μπορεί να επηρεάσουν τις υπηρεσίες που είναι διαθέσιμες για τους υπόλοιπους ασθενείς.

Υπάρχουν διαφοροποιήσεις μεταξύ των νοσοκομείων σχετικά με τον αριθμό των περιστατικών που συζητούνται σε κάθε συμβούλιο. Ενώ στα μεγαλύτερα νοσοκομεία διενεργείται τουλάχιστον ένα συμβούλιο την εβδομάδα, σε μικρότερα ιδρύματα μπορεί να μην υπάρχουν επαρκείς περιπτώσεις για να εκτελεστεί εβδομαδιαία συνάντηση, έτσι οι ασθενείς πρέπει να περιμένουν περισσότερο για να καθοριστεί το σχέδιο φροντίδας τους. Παρόμοιο πρόβλημα προκύπτει και σε περιπτώσεις σπάνιων όγκων, καθώς οι ιατροί των μικρότερων ιδρυμάτων δεν τις συναντούν συχνά και συνεπώς ενδεχομένως να δυσκολεύονται να τις αντιμετωπίσουν (Powell and Baldwin, 2014).

Πιθανά προβλήματα για τον κλινικό ιατρό

Στα αυτά περιλαμβάνονται η πιθανότητα αύξησης του άγχους του ιατρού εάν η αλληλεπίδρασή του με τους συναδέλφους του δεν είναι φιλική (Coates, 2002) και η υποβάθμιση κλινικών ιατρών οι οποίοι ήταν μέχρι πρότινος πλήρως ικανοί να διαχειριστούν τους ασθενείς τους, και τώρα βασίζονται στο ογκολογικό συμβούλιο για να λάβουν μία απόφαση.

Μερικές φορές υπάρχει ανησυχία από μέρους των ιατρών για τις νομικές συνέπειες των αποφάσεων που λαμβάνονται από την ομάδα, στην περίπτωση που ένας ασθενής έχει κάποια επιπλοκή και δεδομένου ότι δεν έχουν συμβάλει όλα τα μέλη της σε κάθε απόφαση (Evans et al, 2008).

Τέλος ο πιθανός αντίκτυπος που μπορεί να έχουν τα ογκολογικά συμβούλια σε θέματα χρόνου, μπορεί να οδηγήσει κάποιους γιατρούς να υποστηρίξουν ότι δεν είναι πρακτικά για όλους τους ασθενείς και θα πρέπει να προορίζονται μόνο για ασθενείς με προχωρημένη ή πολύπλοκη νόσο. Για να απαντηθεί το παραπάνω ζήτημα, διενεργήθηκε πρόσφατα μία έρευνα στην Αγγλία, όπου αναλύθηκε ο χρόνος που απαιτείται για να συζητηθούν τα νέα περιστατικά από τα ογκολογικά συμβούλια (Mullan et al, 2014). Στην έρευνα αυτή υπολογίστηκε ο συνολικός χρόνος ανά ασθενή από 0,25 έως 8 λεπτά, με ένα μέσο όρο 2 λεπτά. Οι συγγραφείς μάλιστα σχολίασαν ότι πολλοί ασθενείς συζητούνται πολύ σύντομα και ότι τα μέλη του συμβουλίου επικεντρώνονται σε ασθενείς με σύνθετες ανάγκες που απαιτούν πολυδιάστατη θεραπεία. Τέλος, η τηλεϊατρική έχει διερευνηθεί ως εναλλακτική λύση των συναντήσεων με φυσική παρουσία (Stalfors et al, 2003).

Πιθανά προβλήματα για τον ευρύτερο πληθυσμό

Σε αυτά περιλαμβάνονται κυρίως θέματα κόστους. Δεν είναι σαφές εάν η διαχείριση των ογκολογικών ασθενών από τα ογκολογικά συμβούλια είναι οικονομικά αποδοτική και αντικειμενικά είναι δύσκολο να υποστηριχθεί ότι είναι ή όχι. Παρόλο που παραδοσιακές μέθοδοι μέτρησης αποτελέσματος, όπως η επιβίωση, μπορούν να δώσουν μια ισχυρή ένδειξη για το κατά πόσο μια παρέμβαση είναι αποτελεσματική ή όχι, η αντιμετώπιση των ογκολογικών ασθενών είναι μια σύνθετη διαδικασία και οι αλλαγές στην έκβαση της υγείας τους δεν μπορούν να αποδοθούν αποκλειστικά στη διαχείρισή τους ή όχι από μια διεπιστημονική ομάδα (Fleissig et al, 2006).

Η ανάγκη για τακτικές συναντήσεις των μελών του ογκολογικού συμβουλίου, οι οποίες συνήθως διαρκούν μια ώρα από το χρόνο του κάθε κλινικού γιατρού κάθε εβδομάδα, είναι ένα σημαντικό κόστος. Όπως προαναφέρθηκε, η συμμετοχή ορισμένων κλινικών ιατρών, οι οποίοι μπορεί να έχουν περιορισμένη συμβολή στις συζητήσεις, θα μπορούσε να χαρακτηριστεί ως μη συμφέρουσα οικονομικά.

Ωστόσο, αναφέρεται στη βιβλιογραφία ότι κάθε διοικητική δαπάνη που συνδέεται με τη σύσταση ογκολογικού συμβουλίου θα μπορούσε να αντισταθμιστεί από τη μείωση στους χρόνους νοσηλείας και άλλους τρόπους εξοικονόμησης κόστους που συνδέονται με τη βελτίωση της αξιολόγησης του ασθενούς (Kelly et al, 2013). Είναι πιθανό ότι κάποιες περιττές εξετάσεις θα μπορέσουν να αποφευχθούν, ως αποτέλεσμα της έγκαιρης διαχείρισης του ασθενούς από ειδικούς και άρα να υπάρξει εξοικονόμηση πόρων.

Γενικά το θέμα του κόστους έχει μελετηθεί ελάχιστα. Μάλιστα μία συστηματική ανασκόπηση των οικονομικών μελετών για τα ογκολογικά συμβούλια καταλήγει στο συμπέρασμα ότι τα τρέχοντα στοιχεία δεν επαρκούν για να διαπιστωθεί αν τα ογκολογικά συμβούλια είναι οικονομικά αποδοτικά ή όχι (Ke et al, 2013).

2.8 Αποτελεσματικότητα των ογκολογικών συμβουλίων

Παρόλο που στη διεθνή βιβλιογραφία προτείνεται η διαχείριση των ογκολογικών ασθενών από διεπιστημονική ομάδα, ως ο βέλτιστος τρόπος προσέγγισης, ωστόσο έχει αναγνωριστεί ότι υπάρχουν δυσκολίες στην απόδειξη της αποτελεσματικότητάς της (Lamb et al. 2011), (Hong et al., 2010), (Houssami and Sainsbury, 2006). Προτείνεται μάλιστα ότι όταν αξιολογείται η αποτελεσματικότητα και η αποδοτικότητα των διεπιστημονικών ογκολογικών ομάδων, εκτός από τα κλινικά αποτελέσματα τα οποία μπορούν να αποδοθούν σε άλλες εξελίξεις στη διάγνωση και θεραπεία του καρκίνου, να χρησιμοποιούνται κυρίως άλλου είδους μετρήσεις (όπως χρόνος από την πρώτη παραπομπή του ασθενούς έως τη διάγνωση, χρόνος από τη διάγνωση έως την έναρξη της θεραπείας και μείωση κόστους θεραπείας) (Lamb et al, 2012).

Επίσης, δείκτες όπως η ικανοποίηση των ασθενών αλλά και των επαγγελματιών υγείας, αναγνωρίζονται όλο και περισσότερο ως σημαντικοί για την μέτρηση της αποτελεσματικότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας (Taylor and Ramirez, 2010), (DOH, 2010).

2.9 Εμπόδια στην αποτελεσματική εργασία των ογκολογικών συμβουλίων

Τα εμπόδια για την επιτυχή υλοποίηση των ογκολογικών συμβουλίων αφορούν σε αντιδράσεις των εμπλεκόμενων στον ίδιο το θεσμό τους και σε αντικειμενικές δυσκολίες κατά τη λειτουργία τους. Στην πρώτη περίπτωση, εμπόδιο αποτελεί η δυσκολία στην αλλαγή νοοτροπίας των ιατρών από την παραδοσιακή προσέγγιση του ιατρού "αυθεντία", σε μια διαδικασία συλλογικής λήψης αποφάσεων με τη συμμετοχή διαφόρων ειδικοτήτων (Licitra et al, 2016).

Στη δεύτερη περίπτωση η μη προσέλευση των βασικών μελών στις συνεδριάσεις, οι χρονικοί περιορισμοί σε συνδυασμό με τις υπόλοιπες επαγγελματικές υποχρεώσεις των μελών, καθώς και οι καθυστερήσεις λόγω ανεπαρκών κλινικών πληροφοριών και τεχνολογικών αποτυχιών χαρακτηρίζονται ως τα κυριότερα εμπόδια για τη λήψη κλινικών αποφάσεων (Jalil et al, 2013).

2.10 Ομαδική εργασία και ηγεσία

Οι σχέσεις μεταξύ των μελών της ομάδας, η επικοινωνία και η ηγεσία είναι απαραίτητα στοιχεία για την εξασφάλιση της αποτελεσματικής λειτουργίας του ογκολογικού συμβουλίου. Οι γιατροί συχνά κυριαρχούν στις συζητήσεις, γεγονός που μπορεί να οδηγήσει σε απώλεια σημαντικών πληροφοριών σχετικά με τις προτιμήσεις των ασθενών (Rowlands and Callen, 2013). Έχει τεθεί μάλιστα η ανησυχία ότι συχνά το συμβούλιο εστιάζεται μεταξύ των χειρουργών και δεν περιλαμβάνει τους υπόλοιπους συμμετέχοντες (Bain et al, 2013). Οι διαφορές στις απόψεις είναι φυσικά συχνές και υπάρχει διαφωνία στο αν οι κατευθυντήριες οδηγίες είναι χρήσιμες στη διαμόρφωση θεραπευτικών πλάνων (Stinchcombe et al., 2007).

Καλή ηγεσία λοιπόν και ουσιαστική επικοινωνία μεταξύ των μελών της ογκολογικής ομάδας είναι, ως εκ τούτου, απαραίτητα στοιχεία προκειμένου να διασφαλιστεί η ομαλή λειτουργία των ογκολογικών συμβουλίων ώστε οι αποφάσεις τους να έχουν επίκεντρο τον ασθενή και να είναι εξατομικευμένες. Σε περίπτωση όπου υπάρχει διαφωνία απόψεων σχετικά με τη θεραπεία, είναι σημαντικό οι επιλογές να παρουσιάζονται στον ασθενή με αμερόληπτο τρόπο (Powell and Baldwin, 2014).

2.11 Ανακεφαλαίωση

Ο θεσμός των ογκολογικών συμβουλίων έχει εφαρμοστεί με επιτυχία σε πολλές χώρες παγκοσμίως και θεωρείται πλέον το πρότυπο φροντίδας για τη διάγνωση, τη σταδιοποίηση, το σχεδιασμό της θεραπείας, και τη διαχείριση των ασθενών με καρκίνο.

Οι διεπιστημονικές ογκολογικές ομάδες δέχονται μεγάλη πίεση λόγω αυξημένου αριθμού περιστατικών, διαθέτουν ελάχιστο διαθέσιμο χρόνο για να επεξεργαστούν πληθώρα πληροφοριών, και συχνά μέλη τους απουσιάζουν (Taylor et al, 2010a), (Kidger et al., 2009), (Lamb et al, 2011). Ωστόσο, φαίνεται να σχετίζονται θετικά με βελτίωση λήψης αποφάσεων, κλινικών αποτελεσμάτων και ικανοποίησης ασθενών (Taylor et al., 2010a).

Αν και οι επιπτώσεις στην έκβαση είναι πιο δύσκολο να μετρηθούν από ότι οι αλλαγές στον τρόπο θεραπείας, υπάρχουν ενδείξεις στη βιβλιογραφία ότι τα ογκολογικά συμβούλια βελτιώνουν τη ποιότητα φροντίδας των ασθενών με καρκίνο και τη συνολική τους επιβίωση (Patil et al, 2016), (Birchall et al, 2009), (Friedland et al, 2011), (Wang et al, 2012).

Ωστόσο η εκτίμηση του κόστους της εφαρμογής και της διαχείρισης των ογκολογικών συμβουλίων σε σχέση με τις δυνατότητες εξοικονόμησης κόστους που μπορεί να προκύψουν από την πιο αποδοτική και αποτελεσματική παροχή φροντίδας, παρόλο που αποτελούν ιδιαίτερα σημαντικά ζητήματα για τις διοικήσεις των νοσοκομείων, δεν έχουν ακόμα ερευνηθεί επαρκώς.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

Πλαίσιο λειτουργίας Ογκολογικού Συμβουλίου στην Ελλάδα

3.1 Εισαγωγή

Ο ενδεδειγμένος τρόπος διαχείρισης του ογκολογικού ασθενή, όπως υποστηρίζεται από τη διεθνή βιβλιογραφία που αναλύθηκε στο προηγούμενο κεφάλαιο, είναι η υιοθέτηση του θεσμού του ογκολογικού συμβουλίου. Κατά τα διεθνή πρότυπα λοιπόν έστω και καθυστερημένα, νομοθετήθηκε η λειτουργία των ογκολογικών συμβούλιων και στην Ελλάδα. Ο σχετικός νόμος 4052 είναι αρκετά πρόσφατος και συγκεκριμένα από το 2012. Τα πρώτα συμβούλια ιδρύθηκαν στα μεγάλα ογκολογικά νοσοκομεία (Άγιος Σάββας, Μεταξά, Θεαγένειο) και στη συνέχεια στα υπόλοιπα δημόσια και ιδιωτικά.

Σήμερα, λόγω των σημαντικών προβλημάτων στο χώρο της υγείας, με προεξέχον αυτό των ελλείψεων προσωπικού, ιδιαίτερα στα νησιά και στην περιφέρεια, η διαδικασία των συγκεκριμένων συμβουλίων δεν εφαρμόζεται σε σταθερή βάση. Συνήθως παραπέμπονται από τον θεράπον ιατρό συγκεκριμένες και πιο πολύπλοκες περιπτώσεις. Επίσης, επί του παρόντος δεν έχουν προταθεί από επίσημο φορέα συγκεκριμένες κατευθυντήριες οδηγίες προκειμένου να ελεγχθεί η λειτουργία και η αποτελεσματικότητά τους.

3.2 Νομοθετικό πλαίσιο

Τα ογκολογικά συμβούλια συγκροτούνται σε ογκολογικά νοσοκομεία που ανήκουν στο Ε.Σ.Υ. ή στον Ιδιωτικό τομέα, καθώς και σε νοσοκομεία με παθολογικές-ογκολογικές κλινικές και ακτινοθεραπευτικές κλινικές/εργαστήρια. Με απόφαση του διοικητή του νοσοκομείου συντάσσεται Εσωτερικός Κανονισμός σύστασης και λειτουργίας τους. Τέλος συστήνονται ανάλογα με το όργανο του σώματος που προσβάλλει η νόσος, σε ενότητες, οι οποίες προβλέπονται στον εσωτερικό κανονισμό του νοσηλευτικού ιδρύματος.

3.2.1 Σκοπός του Ογκολογικού Συμβουλίου

Σύμφωνα με τον νόμο Ν.4052/12 αρθ.135, σκοπός των ογκολογικών συμβουλίων είναι η διατομεακή αντιμετώπιση ασθενών που πάσχουν ή υπάρχει η υπόνοια ότι πάσχουν από κακοήθη νεοπλασμάτα.

3.2.2 Ποιοί ασθενείς παραπέμπονται

Στο Ογκολογικό Συμβούλιο παραπέμπονται όλα τα περιστατικά κακοήθων νεοπλασιών. Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται σε σπάνια περιστατικά σε εθνικό ή διεθνές επίπεδο, σε περιστατικά μεγάλης βαρύτητας, ή όταν η προτεινόμενη θεραπεία από τον θεράποντα παρουσιάζει αυξημένη επικινδυνότητα. Καθώς επίσης και όταν προτείνεται από τον θεράπον ιατρό ένα πλάνο θεραπείας κατ'απόκλιση από τα επίσημα ή κοινώς αποδεκτά ιατρικά πρωτόκολλα.

3.2.3 Μέλη του Ογκολογικού Συμβουλίου

Ως ογκολογικό συμβούλιο ορίζεται η ιατρική ομάδα που αποτελείται από τα παρακάτω μόνιμα και μη μόνιμα μέλη.

Τα μόνιμα μέλη είναι:

- Ο θεράπον ιατρός που αναλαμβάνει τον ασθενή
- Ένας παθολόγος-ογκολόγος
- Ένας χειρουργός ανάλογης ειδικότητας
- Ένας ακτινοθεραπευτής-ογκολόγος
- Ο παθολογοανατόμος του νοσοκομείου στο οποίο εισέρχεται ο ασθενής
- Ένας νοσηλεύτης

Ως μη μόνιμα μέλη μπορεί να προσκληθούν από τα μόνιμα μέλη ιατροί άλλων ειδικοτήτων, όπως ψυχίατρος, ακτινοδιαγνώστης, πυρηνικός ιατρός κ.α. Ακόμα μπορεί να προσκληθούν ο κλινικός φαρμακοποιός, ο διαιτολόγος ή διοικητικός υπάλληλος. Τα ογκολογικά συμβούλια παρακολουθούν υποχρεωτικά οι ειδικευόμενοι ιατροί συναφών ειδικοτήτων.

Τα μέλη της ιατρικής ομάδας είναι δυνατόν να εργάζονται στο ίδιο ή σε διαφορετικά νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ. ή του ιδιωτικού τομέα, στην περίπτωση που δεν απασχολούνται σε κάποιο νοσοκομείο ιατροί όλων των απαιτούμενων ειδικοτήτων.

Με συμφωνία των μόνιμων μελών ορίζεται εξ αυτών εκ περιτροπής ένας συντονιστής, ο οποίος αναλαμβάνει τη συλλογή των περιστατικών που πρόκειται να συζητηθούν και εξετάζει την πληρότητα του ιατρικού φακέλου.

3.2.4 Αποστολή του Ογκολογικού Συμβουλίου

Η αποστολή του Ογκολογικού συμβουλίου είναι πολύπλευρη και περιλαμβάνει αρχικά τον καθορισμό των διαγνωστικών ή επεμβατικών πράξεων που απαιτούνται για τη διάγνωση της νόσου και τη βαρύτητα αυτής, τον από κοινού καθορισμό του ενδεδειγμένου κατά περίπτωση θεραπευτικού πλάνου, την επίβλεψη της εφαρμογής του πλάνου αυτού, την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων του καθώς και της συνολικής πορείας της νόσου. Ακόμη εκτιμώνται οι εξατομικευμένες ανάγκες του ασθενούς ανάλογα με την ανταπόκρισή του στις διάφορες θεραπευτικές μεθόδους και τροποποιείται ή διακόπτεται το πλάνου θεραπείας όπου αυτό κρίνεται απαραίτητο.

Προϋποθέσεις είναι η εξασφάλιση της εφαρμογής των ενιαίων και αποδεκτών ιατρικών πρωτοκόλλων και κατευθυντήριων οδηγιών, η διασφάλιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, η αποφυγή υποθεραπείας ή το αντίστροφο, η αποφυγή μη ωφέλιμων διαγνωστικών πράξεων και η επιλογή της οικονομικότερης θεραπείας μεταξύ εξίσου ωφέλιμων θεραπειών. Τέλος επιδιώκεται η ενθάρρυνση και ενίσχυση της συνεργασίας μεταξύ των ιατρικών ειδικοτήτων και ιδιαίτερα σημαντικό η προαγωγή της εκπαίδευσης.

3.2.5 Τρόπος λειτουργίας του Ογκολογικού Συμβουλίου

Κάθε περιστατικό εισάγεται στο συμβούλιο με πρωτοβουλία του θεράποντα ιατρού. Αυτός συλλέγει όλες τις απαραίτητες πληροφορίες για να σχηματιστεί ο φάκελος του ασθενή, ο οποίος περιλαμβάνει αναλυτικό ιστορικό, κλινικές και παρακλινικές πληροφορίες καθώς και αντίγραφο της ιστολογικής εξέτασης. Οι εισηγήσεις των μελών και οι τυχόν περιπτώσεις διαφωνίας, γράφονται υποχρεωτικά στον ιατρικό φάκελο όπως και η απόφαση του συμβουλίου. Οι αποφάσεις πρέπει να είναι σαφείς, αναλυτικά λεπτομερείς και επιστημονικά τεκμηριωμένες.

Την ευθύνη της υλοποίησης της απόφασης έχει ο θεράπων ιατρός. Τέλος ο ασθενής δικαιούται να ενημερωθεί για την απόφαση και τις εισηγήσεις του συμβουλίου από τον θεράποντα ιατρό ή από οποιοδήποτε μέλος του Συμβουλίου.

Αξίζει να σημειωθεί ότι πέρα από τις ιατρικής φύσεως πληροφορίες, για τη λήψη των αποφάσεων λαμβάνονται υπόψη θρησκευτικά ή φιλοσοφικά πιστεύω και επιθυμίες του ασθενούς, εφόσον μπορούν να καθορίσουν τις αποφάσεις για θεραπεία. Σε κάθε περίπτωση πάντως την τελική επιλογή και απόφαση την έχει ο ίδιος ο ασθενής.

3.3 Ογκολογικό Συμβούλιο Ναυτικού Νοσοκομείου Αθηνών

Το Ναυτικό Νοσοκομείο Αθηνών (NNA) είναι ένα γενικό νοσοκομείο δυναμικότητας 234 κλινών που λειτούργησε για πρώτη φορά το 1955. Οι δικαιούχοι υγειονομικής περίθαλψης είναι συγκεκριμένες ομάδες ασθενών που έχουν σχέση με το πολεμικό ναυτικό, αλλά και πολίτες. Συνολικά ο αριθμός των δικαιούχων υπερβαίνει τις 300.000 (<http://www.hellenicnavy.gr>).

Υπάρχει οργανωμένη ογκολογική κλινική και κατά τη συγγραφή της παρούσης υπηρετούν δύο ογκολόγοι-παθολόγοι. Στο νοσοκομείο διενεργούνται η πλειονότητα των κλινικοεργαστηριακών εξετάσεων και θεραπευτικών μεθόδων που απαιτούνται για τη διάγνωση και αντιμετώπιση της ογκολογικής νόσου, πλην της ακτινοθεραπείας.

Παρόλο που το Ογκολογικό Συμβούλιο νομοθετήθηκε στην Ελλάδα με τον νόμο Ν.4052/12 αρθ.135 το 2012, στο Ναυτικό Νοσοκομείο Αθηνών λειτουργούσε ήδη από το 2009. Συγκεκριμένα ο εσωτερικός κανονισμός σύστασης και λειτουργίας του χρονολογείται από τον Σεπτέμβριο του 2009 και συγκαταλέγεται στα πρώτα ογκολογικά συμβούλια που ξεκίνησαν τις εργασίες τους στην Ελλάδα.

Μολονότι προηγείται του νόμου, ο σκοπός, η αποστολή καθώς και ο τρόπος λειτουργίας του έρχονται σε πλήρη ταύτιση με όσα προβλέπονται στον σχετικό νόμο. Σε ότι αφορά στα μέλη του ογκολογικού συμβουλίου του Ναυτικού Νοσοκομείου Αθηνών, διαφοροποιείται στο κομμάτι του συντονιστή. Πρόεδρος και συντονιστής του έχει οριστεί ο Διευθυντής Ιατρικής Υπηρεσίας και επί απουσίας του ο αρχαιότερος τομεάρχης.

Ο νοσηλευτής που συμμετέχει είναι εξειδικευμένος με ειδικότητα στην ογκολογία και εκτελεί καθήκοντα γραμματέα του συμβουλίου. Τέλος, δεδομένου ότι δεν υπάρχει ακτινοθεραπευτικό τμήμα στο νοσοκομείο, ο ακτινοθεραπευτής που συμμετέχει είναι εξωτερικός ιατρός υπηρετών σε δημόσιο νοσοκομείο που καθορίζεται με διαταγή διευθυντού.

Η συνεδρίαση του Ογκολογικού Συμβουλίου είναι ανοιχτή για όποιον ιατρό του ΝΝΑ επιθυμεί να παρευρεθεί, ο οποίος θα μπορεί να εκφέρει τη γνώμη ή τον προβληματισμό του, που θα είναι ενδεχομένως χρήσιμα για τη λήψη της τελικής απόφασης. Το γεγονός ότι η συνεδρίαση είναι ανοιχτή εξυπηρετεί τους εκπαιδευτικούς στόχους του νοσοκομείου. Το ογκολογικό συμβούλιο αποτέλεσε και αποτελεί πηγή μάθησης των νεοτέρων δεδομένων διάγνωσης και θεραπευτικής προσέγγισης ασθενών με κακοήθεια (προεγχειρητική σταδιοποίηση, χειρουργική στρατηγική, μοντέρνα χημειοθεραπευτικά σχήματα και ανοσοθεραπείες) τόσο για τους ειδικευμένους αλλά κυρίως για τους ειδικευόμενους της κλινικής.

Η συνεδρίαση λαμβάνει χώρα μία φορά την εβδομάδα, συγκεκριμένη μέρα και ώρα σε κατάλληλα διαμορφωμένη αίθουσα με τον απαραίτητο τεχνολογικό εξοπλισμό. Το πρόγραμμα των προς συζήτηση περιστατικών, συντάσσεται δύο ημέρες νωρίτερα από τον γραμματέα του συμβουλίου, στον οποίο παραδίδουν τους φακέλους των ασθενών οι εισηγητές ιατροί. Σε κάθε περίπτωση είναι δυνατόν να συζητηθούν και έκτακτα περιστατικά, φαινόμενο αρκετά συχνό, που δεν είχαν συμπεριληφθεί στο πρόγραμμα, εφόσον ο κλινικοεργαστηριακός τους έλεγχος ολοκληρώθηκε μετά τη σύνταξή του. Επίσης για επείγοντα περιστατικά, που απαιτείται η όσο το δυνατόν ταχύτερη θεραπευτική αντιμετώπιση του ασθενούς, συγκαλούνται και έκτακτες συνεδριάσεις του συμβουλίου. Η γενικότερη φιλοσοφία του ογκολογικού συμβουλίου είναι να προωθούνται γρήγορα τα περιστατικά, ώστε να επιτυγχάνεται το μέγιστο όφελος για τον ασθενή.

Κατά την είσοδό τους οι ιατροί στην αίθουσα συνεδριάσεων, καταγράφονται σε ειδική κατάσταση και υπογράφουν όλοι οι παρευρισκόμενοι ως μάρτυρες της διαδικασίας. Αυτό αποσκοπεί στη μη εκ των υστέρων διαφοροποίηση ή αμφισβήτηση των αποφάσεων.

Οι αποφάσεις των ογκολογικών συμβουλίων καταγράφονται από τον γραμματέα και είναι δεσμευτικές για τους εισηγητές θεράποντες ιατρούς, ως προς την ακολουθητέα θεραπευτική αντιμετώπιση των ασθενών. Ο θεράπον ιατρός εν συνεχεία υποχρεούται να ενημερώσει τον ασθενή για την απόφαση του ογκολογικού

συμβουλίου και να του εξηγήσει τις περαιτέρω ενέργειες που θα απαιτηθούν για τη θεραπεία του.

Θα πρέπει να τονιστεί ότι παρά τις προσπάθειες να παραπέμπονται στο ογκολογικό συμβούλιο όλες οι διαγνωσμένες περιπτώσεις κακοήθειας, αυτό δεν έχει καταστεί ακόμη εφικτό. Τα κακοήθη νεοπλάσματα του αίματος, τα οποία, σύμφωνα με τα δεδομένα που δημοσιεύονται από το International Agency for Research on Cancer του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHO) (<http://globocan.iarc.fr/>), είναι σχετικά συχνά και αποτελούν το 9% όλων των περιπτώσεων καρκίνου, δεν παραπέμπονται στο συμβούλιο αλλά αντιμετωπίζονται από την αιματολογική κλινική του νοσοκομείου. Μικρό ποσοστό επίσης, ασθενών με συμπαγείς όγκους επίσης δεν αντιμετωπίζονται από το Ογκολογικό Συμβούλιο (κυρίως με καρκίνο πνεύμονα), λόγω μη παραπομπής τους από τον θεράποντα ιατρό.

3.4 Ανακεφαλαίωση

Στην Ελλάδα η όλη διαδικασία του θεσμού των ογκολογικών συμβουλίων βρίσκεται σε αρχικό στάδιο και δεν έχει ακόμα οριστεί συγκεκριμένος τρόπος αξιολόγησης της λειτουργίας τους. Δεν ελέγχονται για το κατά πόσο εφαρμόζουν τις βέλτιστες πρακτικές, ούτε για την αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητά τους. Άλλωστε παρά την νομοθεσία δεν λειτουργούν σε όλα τα νοσοκομεία της χώρας. Παρατηρείται δε ότι όσα συμβούλια λειτουργούν δεν ταυτίζονται σε θέματα τρόπου λειτουργίας, συμμετεχόντων, περιστατικών που δέχονται, ποιότητας παρεχόμενων υπηρεσιών και παρακολούθησης των περιστατικών. Ωστόσο θα πρέπει να αναγνωριστεί πως το ουσιαστικότερο βήμα, που είναι η θεσμοθέτησή τους, έγινε με επιτυχία.

Κεφάλαιο 4

Μεθοδολογικό πλαίσιο έρευνας

4.1 Εισαγωγή

Η παρούσα ερευνητική εργασία διενεργήθηκε προκειμένου να διερευνηθεί η λειτουργία των ογκολογικών συμβουλίων στην Ελλάδα, δεδομένου ότι δεν υπάρχει καμία σχετική δημοσιευμένη μελέτη. Σκοπός της ήταν να εξετασθεί η ευεργετική επίδραση που έχει η θεσμοθέτηση των ογκολογικών συμβουλίων στη φροντίδα ασθενών με ογκολογικά νοσήματα.

Ο Proctor (1998) υποστηρίζει ότι η συνοχή μεταξύ του στόχου μιας ερευνητικής μελέτης, του ερευνητικού ερωτήματος, των μεθόδων που επιλέγονται και της προσωπικής φιλοσοφίας του ερευνητή είναι το βασικό υπόβαθρο για κάθε ερευνητική μελέτη. Με άλλα λόγια, η επιλογή της προσέγγισης εξαρτάται από το πλαίσιο της μελέτης και τη φύση των ερωτημάτων που θέτονται (Crossan, 2003). Επιπλέον, η εμπειρία του ερευνητή, η κατανόηση της φιλοσοφίας και οι προσωπικές πεποιθήσεις του μπορούν επίσης να καθορίσουν τη μέθοδο που επιλέγεται σύμφωνα με τους Denzin και Lincoln (1994).

Στην παρούσα μελέτη χρησιμοποιήθηκε ποσοτική προσέγγιση, καθώς ο στόχος της μελέτης ήταν η συστηματική διερεύνηση του θεσμού του ογκολογικού συμβουλίου του NNA, και η γενίκευση των αποτελεσμάτων. Η έρευνα έγινε σε θετικιστικό πνεύμα, χρησιμοποιώντας τη μεθοδολογία της αναδρομικής συλλογής δεδομένων και χρησιμοποίησε την ποσοτική μέθοδο της στατιστικής ανάλυσής τους.

4.2 Θεωρητικό υπόβαθρο

Για την απάντηση των ερευνητικών ερωτημάτων χρησιμοποιούνται από τους ερευνητές διάφορες προσεγγίσεις και μέθοδοι. Η επιλογή να μην χρησιμοποιηθεί ποιοτική ερευνητική προσέγγιση, έγινε γιατί πρώτον θεωρείται ότι υπόκειται σε μεγάλο βαθμό στην προκατάληψη του ερευνητή και, δεύτερον, διότι στις ποιοτικές έρευνες απουσιάζει η δυνατότητα αναπαραγωγής, δεδομένου ότι δεν υπάρχει καμία

εγγύηση ότι ένας διαφορετικός ερευνητής δεν θα εξάγει ριζικά διαφορετικό συμπέρασμα (Mayes and Pope, 1995).

Για την παρούσα ερευνητική μελέτη επιλέχθηκε ο θετικισμός ως θεωρητικό υπόβαθρο διότι υιοθετεί μια σαφή ποσοτική προσέγγιση για τη διερεύνηση φαινομένων και μπορεί να περιγραφεί ως η παραδοσιακή επιστημονική προσέγγιση στην έρευνα. (Crotty, 1998). Η θετικιστική φιλοσοφία απορρίπτει εικασίες και υποθέσεις που σχετίζονται με τη γνώση που βασίζεται στην μεταφυσική και αποδέχεται την ύπαρξη μιας αντικειμενικής πραγματικότητας που μπορεί να αποκαλυφθεί με προσεκτική μέτρηση. Στόχος του ερευνητή ήταν να είναι όσο το δυνατόν αμερόληπτος κατά τη μέτρηση της πραγματικότητας, προκειμένου να αυξηθεί η αντικειμενικότητα και να μειωθεί η επίδραση των προσωπικών αξιών, συναισθημάτων και αντιλήψεών του.

Η σημαντικότερη κριτική της θετικιστικής προσέγγισης είναι ότι δεν παρέχει τα μέσα για να εξετάσει τους ανθρώπους και τις συμπεριφορές τους εις βάθος (Crossan, 2003). Ωστόσο, στην παρούσα μελέτη ο ερευνητής δεν είχε σκοπό να διερευνήσει τις απόψεις, τα συναισθήματα και τις εμπειρίες των επαγγελματιών υγείας, ούτε των ασθενών τους. Σκοπός ήταν να εξαχθούν μετρήσιμα αποτελέσματα από τη λειτουργία των ογκολογικών συμβουλίων.

4.3 Στόχοι της έρευνας

Ο κυριότερος στόχος της έρευνας ήταν να αξιολογηθεί η αποτελεσματικότητα και η αποδοτικότητα του ογκολογικού συμβουλίου του NNA. Ελήφθησαν δε υπόψη οι επισημάνσεις στη βιβλιογραφία για τη δυσκολία του εγχειρήματος καθώς και οι προτάσεις για τις καταλληλότερες μετρήσεις που μπορούν να χρησιμοποιηθούν. Συγκεκριμένα επιλέχθηκε να μετρηθούν οι χρόνοι αναμονής των ασθενών από τη διάγνωση έως την παραπομπή τους στο ογκολογικό συμβούλιο και έως την έναρξη της θεραπείας.

Δευτερεύοντες στόχοι της έρευνας ήταν η γενικότερη μελέτη της διαδικασίας και η ανάδειξη θεμάτων συχνότητας διεξαγωγής, συμμετοχής στο συμβούλιο, σύστασης του συμβουλίου, εκπαιδευτικού ρόλου του συμβουλίου, χρονικών απαιτήσεων και κόστους. Τέλος ήταν στις προθέσεις του ερευνητή να διερευνηθούν

και τα χαρακτηριστικά των ασθενών που παραπέμπονται στο ογκολογικό συμβούλιο του NNA, από άποψη τύπου και σταδίου καρκίνου, φύλου και ηλικίας κατά την διάγνωση καθώς και οι προσεγγίσεις που επιλέγονται από το ογκολογικό συμβούλιο.

4.4 Μεθοδολογία

Σύμφωνα με τον Crotty (1998) μεθοδολογία είναι η στρατηγική, το σχέδιο δράσης, ή η διαδικασία που βρίσκεται πίσω από την επιλογή και χρήση συγκεκριμένων μεθόδων, και συνδέει την επιλογή και τη χρήση τους με τα επιθυμητά αποτελέσματα. Ο ερευνητής κατέληξε στο συμπέρασμα ότι ο καταλληλότερος τρόπος να επιτευχθούν οι στόχοι της παρούσας έρευνας, είναι η αναδρομική μελέτη του ήδη υπάρχοντος αρχειακού υλικού.

Οι αναδρομικές μελέτες που χρησιμοποιούν αρχειακά δεδομένα ιατρικών φακέλων υπολογίζεται ότι αποτελούν το 25% του συνόλου των επιστημονικών άρθρων σε ιατρικά περιοδικά (Worster and Haines, 2004). Τα κύρια πλεονεκτήματά τους είναι ότι απαιτούν ελάχιστο κόστος διεξαγωγής, και ότι μπορούν να ολοκληρωθούν σε σχετικά σύντομο χρονικό διάστημα (Schwartz and Panacek, 1996). Μάλιστα αναγνωρίζεται ότι τα αποτελέσματα της αρχειακής έρευνας έχουν ισχυρή εξωτερική εγκυρότητα και αξιοπιστία, λόγω της άγνοιας των συμμετεχόντων στην έρευνας ή τους στόχους της.

Οι χρονικοί περιορισμοί της παρούσης ερευνητικής εργασίας οδήγησαν στην επιλογή αναδρομικής και όχι προοδευτικής μελέτης, δεδομένου ότι για να συλλεχθεί ο αντίστοιχος όγκος δεδομένων σε μία προοδευτική μελέτη θα απαιτούνταν 3,5 έτη.

4.5 Περιγραφή διαδικασίας συλλογής δεδομένων

Τα πρωτογενή δεδομένα που χρησιμοποιήθηκαν στην παρούσα εργασία συλλέχθηκαν από αρχεία και φακέλους ασθενών του NNA. Συγκεκριμένα χρησιμοποιήθηκαν τα πρακτικά των ογκολογικών συμβουλίων που διενεργήθηκαν κατά τα έτη 2014, 2015, 2016 και 2017 (έως 31/7/2017), στοιχεία από τους ιατρικούς φακέλους των ασθενών που παραπέμφθηκαν στο ογκολογικό συμβούλιο κατά το παραπάνω χρονικό

διάστημα και ημερολογιακά αρχεία της βραχείας νοσηλείας της ογκολογικής κλινικής, όπου καταγράφονται οι χορηγούμενες χημειοθεραπείες στους ασθενείς ανά ημέρα. Το προαναφερθέντα αρχεία, πρακτικά και οι φάκελοι των ογκολογικών ασθενών φυλάσσονται στον ίδιο χώρο και δεν απαιτούνταν αναζήτηση δεδομένων σε διαφορετικά σημεία του νοσοκομείου.

Τα πρακτικά των ογκολογικών συμβουλίων διατηρούνται σε έντυπη αλλά και ηλεκτρονική μορφή, γεγονός που κατέστησε εφικτή τη διασταύρωση των στοιχείων και την ελαχιστοποίηση των περιπτώσεων που προέκυψαν κενά ή ελλείψεις στα δεδομένα. Τα δεδομένα που συλλέχθηκαν από τους ιατρικούς φακέλους των ασθενών που παραπέμφθηκαν στο ογκολογικό συμβούλιο αφορούσαν σε δημογραφικά στοιχεία, διάγνωση, ιστολογικός τύπος καρκίνου, στάδιο της νόσου, απόφαση ογκολογικού συμβουλίου, έναρξη και είδος θεραπείας. Η επιβεβαίωση της έναρξης της θεραπείας έγινε με τη χρήση των ημερολογιακών αρχείων. Τονίζεται ότι η πλειονότητα των δεδομένων που συλλέχθηκαν διασταυρώθηκαν από τουλάχιστον δύο πηγές, γεγονός που αυξάνει την εγκυρότητά τους.

4.6 Τόπος και χρόνος διεξαγωγής της έρευνας

Επειδή βασική προτεραιότητα κατά τη διεξαγωγή της έρευνας ήταν η προστασία των προσωπικών δεδομένων των ασθενών που χρησιμοποιήθηκαν, η συλλογή τους έγινε αποκλειστικά στο χώρο όπου φυλάσσονται, δηλαδή στην ογκολογική κλινική του Ναυτικού Νοσοκομείου Αθηνών, κατά το χρονικό διάστημα Ιούνιος και Ιούλιος 2017. Η επεξεργασία τους έγινε σε δεύτερο χρόνο και αφού αφαιρέθηκαν τα ονόματα των ασθενών, έγιναν δηλαδή τα δεδομένα ανώνυμα.

4.7 Κριτήρια αποκλεισμού δεδομένων

Τα κριτήρια αποκλεισμού που καθορίστηκαν ήταν ελάχιστα και αφορούσαν στα χρονικά όρια της έρευνας. Συμπεριλήφθηκαν λοιπόν δεδομένα όλων των ογκολογικών συμβουλίων που διενεργήθηκαν από 1/1/2014 έως 31/7/2017 και αποκλείστηκαν μόνο δεδομένα προγενέστερων συμβουλίων.

4.8 Μέθοδοι ανάλυσης δεδομένων

Τα δεδομένα που συγκεντρώθηκαν κωδικοποιήθηκαν και η επεξεργασία τους έγινε με το στατιστικό πακέτο Microsoft Office Excel 2007, σε ειδικά διαμορφωμένη βάση δεδομένων.

4.9 Ηθικοί και δεοντολογικοί προβληματισμοί της έρευνας

Οι ηθικοί και δεοντολογικοί προβληματισμοί του ερευνητή σε αυτή τη μελέτη ήταν να διασφαλίσει ότι η έρευνα ήταν δικαιολογημένη, ότι καμία ζημιά δεν έγινε στους συμμετέχοντες και ότι εξασφαλίστηκαν η εμπιστευτικότητα και η ανωνυμία. Είναι ανήθικο να διενεργείται μια έρευνα που δεν έχει καμία χρησιμότητα, όπως στην περίπτωση επανάληψης προηγούμενων ερευνών (Buckingham and Saunders, 2004). Ωστόσο, η παρούσα έρευνα μπορεί να δικαιολογηθεί από το γεγονός ότι δεν υπάρχουν προηγούμενες μελέτες στην Ελλάδα που να διερευνούν το θεσμό των ογκολογικών συμβουλίων.

Αν και οι ασθενείς με καρκίνο μπορούν να θεωρηθούν ως μια ευάλωτη ομάδα, δεν αναμενόταν να προκληθεί καμία βλάβη στους ασθενείς, κυρίως επειδή η μελέτη ήταν αναδρομική, αφορούσε δηλαδή γεγονότα που έχουν συμβεί ήδη και κυρίως διότι δεν απαιτούνταν καμία εμπλοκή τους σε κανένα στάδιο της έρευνας. Ιδιαίτερη προσοχή τέλος δόθηκε στην προστασία των προσωπικών δεδομένων των ασθενών και διασφαλίστηκε η ανωνυμία των πληροφοριών πριν την επεξεργασία τους.

Τα δεδομένα που χρησιμοποιήθηκαν ήταν και είναι στην κατοχή του ερευνητή λόγω της ιδιότητάς του ως γραμματέας του ογκολογικού συμβουλίου, ωστόσο χορηγήθηκε άδεια χρήσης τους από τον διευθυντή της ογκολογικής κλινικής, πριν την έναρξη της μελέτης. Τα ευρήματα της έρευνας πρόκειται να κοινοποιηθούν στη διοίκηση του νοσοκομείου, καθώς και οι σχετικές προτάσεις του ερευνητή για τη βελτίωση της λειτουργίας του ογκολογικού συμβουλίου.

Για όλους τους παραπάνω λόγους η έρευνα κρίνεται ηθικά και δεοντολογικά δικαιολογημένη.

4.10 Ανακεφαλαίωση

Στη βιβλιογραφία αναφέρεται ότι η διεπιστημονική προσέγγιση είναι ευεργετική για τους ασθενείς, ωστόσο δεν υπάρχουν σχετικές μελέτες στην Ελλάδα. Η παρούσα έρευνα προτίθεται να καλύψει αυτό το βιβλιογραφικό κενό, διότι σχεδιάστηκε για να μελετηθεί ο θεσμός του ογκολογικού συμβουλίου στην Ελλάδα. Η καταλληλότερη μεθοδολογία που θα μπορούσε να απαντήσει στα ερωτήματα που τέθηκαν κρίθηκε ότι ήταν η αναδρομική μελέτη του ήδη υπάρχοντος αρχειακού υλικού. Ο ερευνητής έχει την πεποίθηση ότι, τα ευρήματα της μελέτης θα συμβάλλουν στην πληρέστερη κατανόηση της λειτουργίας των ογκολογικών συμβουλίων και θα προάγουν την περαιτέρω έρευνα στο συγκεκριμένο τομέα. Τα ευρήματα αυτά θα συζητηθούν στο επόμενο κεφάλαιο.

Κεφάλαιο 5

Αποτελέσματα της έρευνας

5.1 Περιγραφικά στοιχεία ογκολογικών συμβουλίων

Στον παρακάτω πίνακα 5.1 αποτυπώνεται ο αριθμός των ογκολογικών συμβουλίων που διενεργήθηκαν ανά έτος, καθώς και ο αριθμός των περιστατικών που εξετάστηκαν. Ο αριθμός περιστατικών δεν συμπίπτει με τον αριθμό των ασθενών ανά έτος, είναι λίγο μεγαλύτερος, δεδομένου ότι αρκετοί ασθενείς παραπέμφθηκαν στο ογκολογικό συμβούλιο πέραν της μίας φορές. Ως περιστατικά υπολογίστηκαν μόνο οι περιπτώσεις που συζητήθηκαν από το ογκολογικό συμβούλιο και όχι περιπτώσεις ασθενών που παραπέμφθηκαν αλλά δεν συζητήθηκαν.

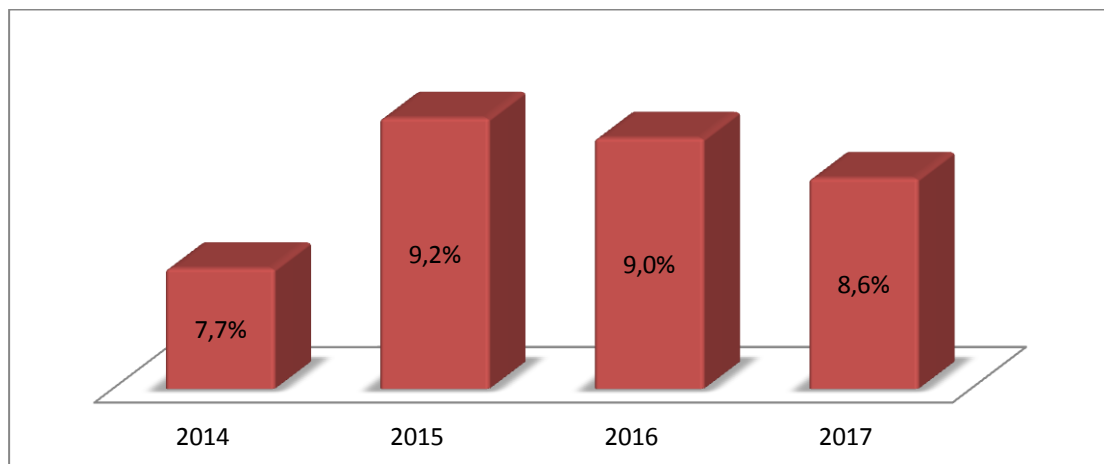
Πίνακας 5.1

Αριθμός ογκολογικών συμβουλίων που διενεργήθηκαν και περιστατικών που εξετάστηκαν

	2014	2015	2016	2017 (έως 31/7/2017)	Συνολικά 2014-2017
Ογκολογικά Συμβούλια	33	36	40	23	132
Ογκολογικά περιστατικά	181	184	177	81	623
Μέσος όρος περιστατικών ανά συμβούλιο	5,48	5,11	4,43	3,52	4,72

Όπως ήταν αναμενόμενο υπήρξαν περιπτώσεις περιστατικών που παραπέμφθηκαν στο ογκολογικό συμβούλιο, δηλαδή συμπεριλήφθησαν στο πρόγραμμα, αλλά τελικά δεν συζητήθηκαν, και αναβλήθηκαν για το επόμενο συμβούλιο. Μάλιστα σημειώθηκαν και 3 ακυρώσεις ολόκληρου του συμβουλίου, 2 φορές το 2015 και μία φορά το 2014. Ο αποκλειστικός λόγος της αναβολής ήταν η μη προσέλευση των θεραπόντων ιατρών στο συμβούλιο. Το ποσοστό των περιστατικών που αναβλήθηκαν φαίνεται στο παρακάτω διάγραμμα 5.1.

Διάγραμμα 5.1
Περιστατικά που αναβλήθηκαν

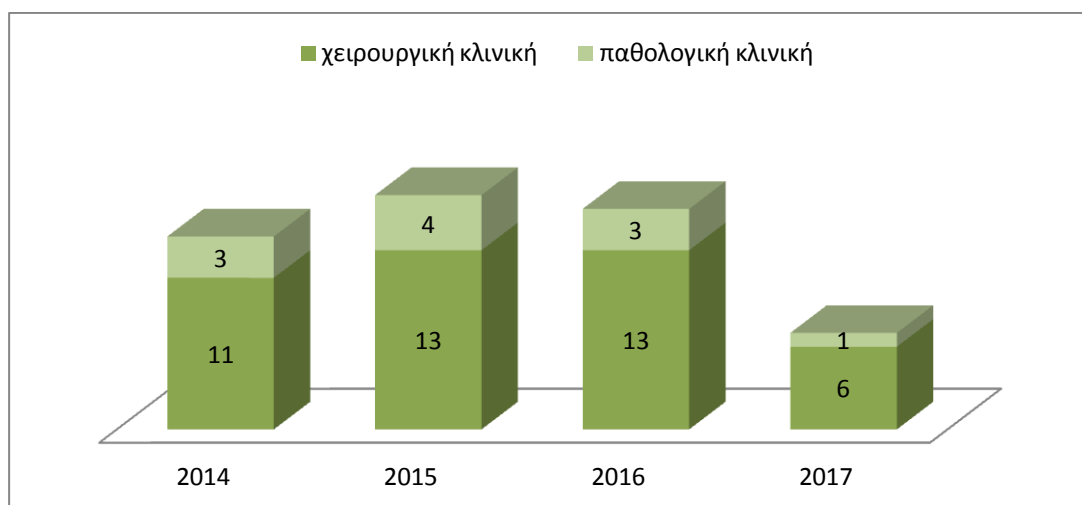


Οι διαφορές ανά τα έτη δεν είναι μεγάλες και φαίνεται ότι το ποσοστό των περιστατικών που αναβάλλονται προς συζήτηση για το επόμενο συμβούλιο είναι της τάξεως 8-9%.

Θα πρέπει να επισημανθεί ότι υπήρξαν και 4 ακόμη περιπτώσεις που δεν συζητήθηκαν περιστατικά. Τα 2 αφορούσαν ασθενείς που απεβίωσαν τη μέρα του συμβουλίου, και τα άλλα 2 ασθενείς που η βιοψία τους τελικά ήταν αρνητική για κακοήθεια.

Στο παρακάτω διάγραμμα 5.2 παρουσιάζονται τα περιστατικά που αναβλήθηκαν ανάλογα με τον τομέα (παθολογικός ή χειρουργικός) που ανήκει ο εισηγητής ιατρός.

Διάγραμμα 5.2
Αναβληθέντα περιστατικά ανά κλινική



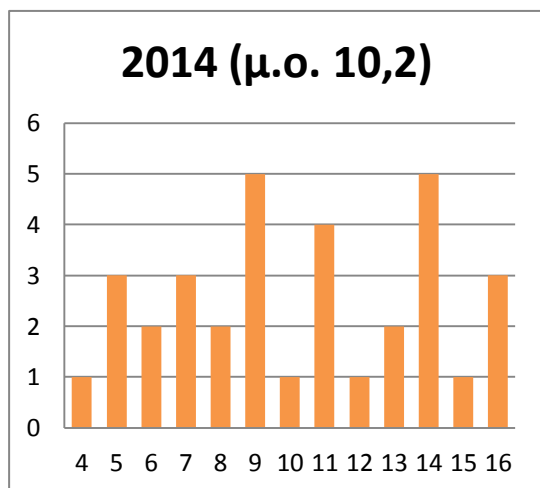
5.2 Στοιχεία συμμετεχόντων

Τα ευρήματα σχετικά με τη συμμετοχή στο ογκολογικό συμβούλιο παρουσιάζονται αρχικά συνολικά και στη συνέχεια ανά κατηγορία μελών. Κρίθηκε σκόπιμος ο διαχωρισμός τους σε 3 κατηγορίες, ειδικοί ιατροί, ειδικευόμενοι ιατροί και νοσηλεύτης.

5.2.1 Συνολικός αριθμός μελών ογκολογικού συμβουλίου

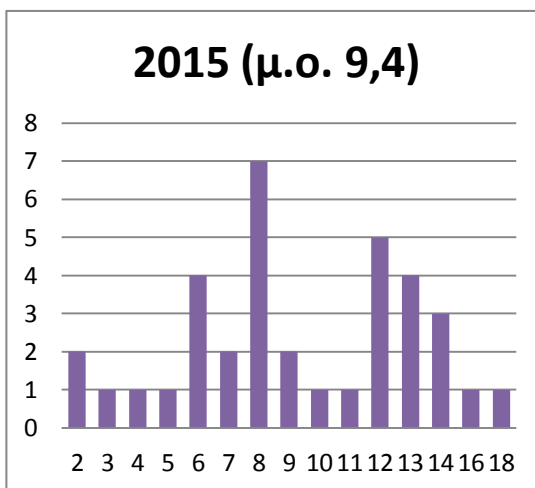
Διάγραμμα 5.3

**Συνολικός αριθμός συμμετεχόντων
2014**



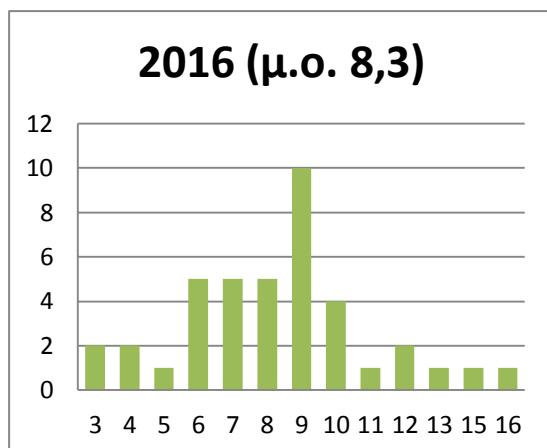
Διάγραμμα 5.4

**Συνολικός αριθμός συμμετεχόντων
2015**



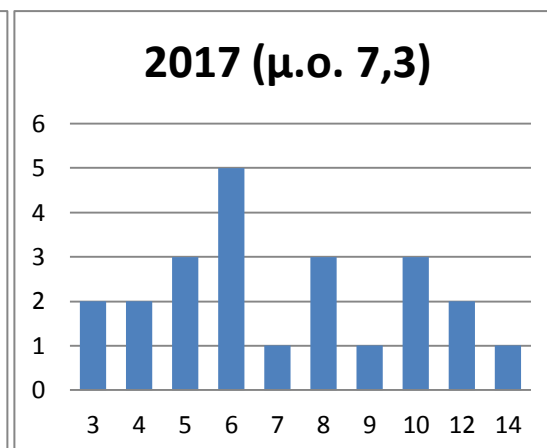
Διάγραμμα 5.5

**Συνολικός αριθμός συμμετεχόντων
2016**



Διάγραμμα 5.6

**Συνολικός αριθμός συμμετεχόντων
2017**

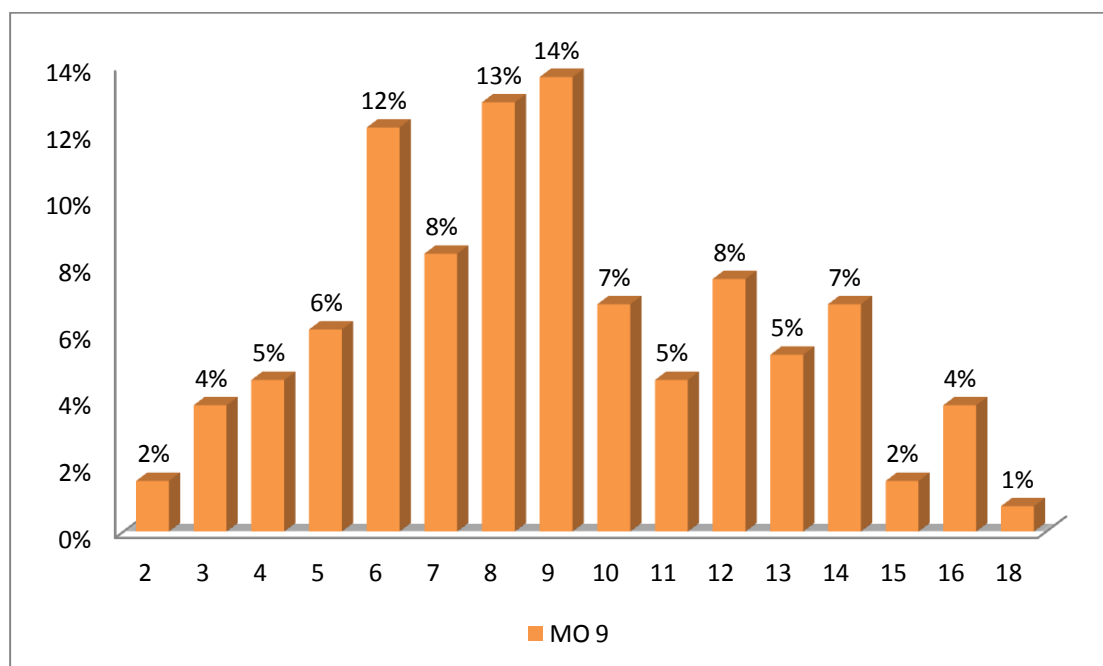


Στα παραπάνω διαγράμματα παρουσιάζονται ο αριθμός των μελών των ογκολογικών συμβουλίων που συνεδρίασαν ανά έτος. Ο μεγαλύτερος αριθμός ήταν 18 συμμετέχοντες σε συμβούλιο του 2015, και ο μικρότερος 2 συμμετέχοντες σε 2 συμβούλια επίσης του 2015 (και στις δύο περιπτώσεις αφορούσαν συζήτηση ενός περιστατικού από τον ογκολόγο και τον θεράπον ιατρό).

Οι μέσοι όροι των μελών των ογκολογικών συμβουλίων παρουσιάζουν πτωτική τάση και υπολογίστηκαν σε 10,2 για το 2014, 9,4 για το 2015, 8,3 για το 2016 και 7,3 για το 2017.

Διάγραμμα 5.7

Συνολικός αριθμός συμμετεχόντων 2014-2017

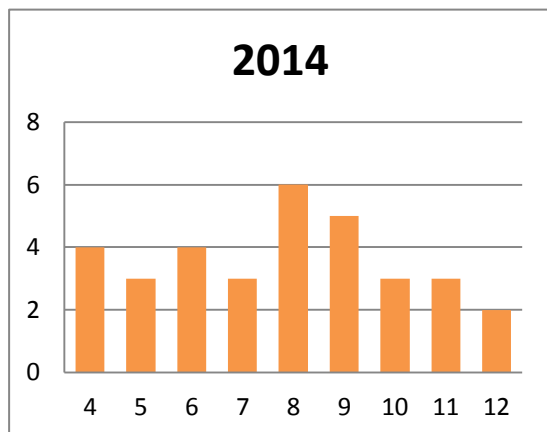


Συνολικά τα ποσοστά συμμετοχής για το σύνολο του χρονικού διαστήματος που μελετάται παρουσιάζονται στο παραπάνω διάγραμμα 5.7. Ο μέσος όρος των μελών των ογκολογικών συμβουλίων υπολογίστηκε σε 9 μέλη.

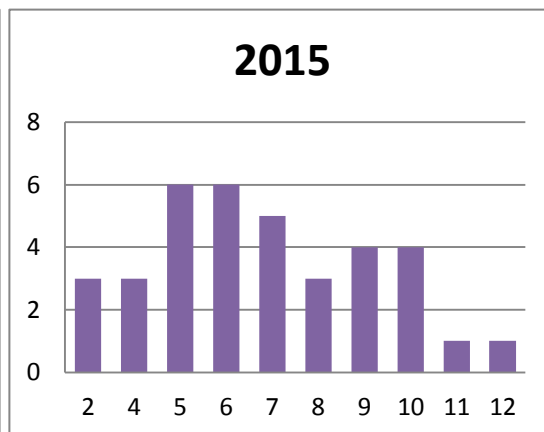
5.2.2 Ειδικευμένοι ιατροί

Στα παρακάτω διαγράμματα 5.8, 5.9, 5.10 και 5.11 παρουσιάζονται ο αριθμός των ειδικευμένων ιατρών που συμμετείχαν στα ογκολογικά συμβούλια ανά έτος.

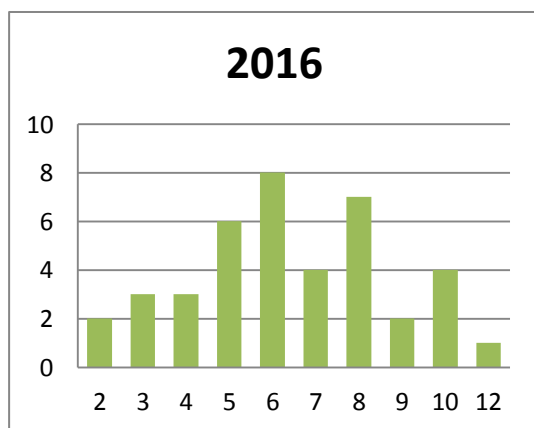
Διάγραμμα 5.8
Ειδικευμένοι ιατροί 2014



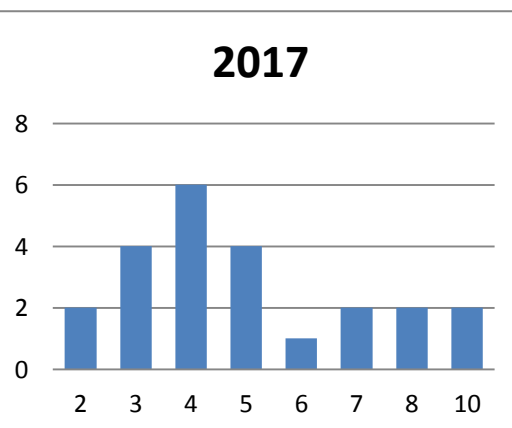
Διάγραμμα 5.9
Ειδικευμένοι ιατροί 2015



Διάγραμμα 5.10
Ειδικευμένοι ιατροί 2016

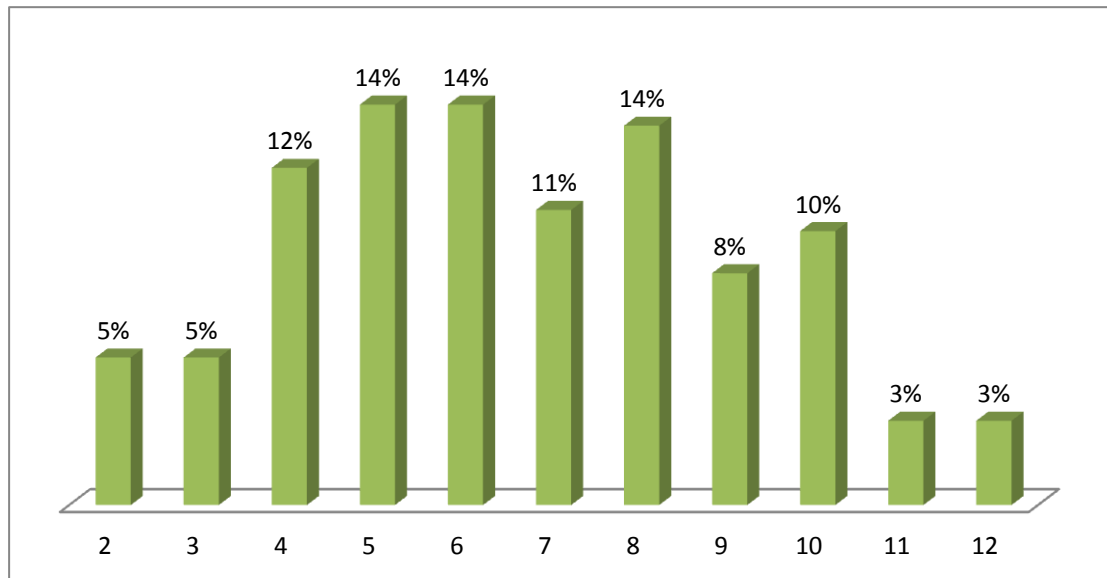


Διάγραμμα 5.11
Ειδικευμένοι ιατροί 2017



Τα συνολικά ποσοστά συμμετοχής των ειδικευμένων ιατρών για όλο το χρονικό διάστημα που μελετάται, παρουσιάζονται στο παρακάτω διάγραμμα 5.12.

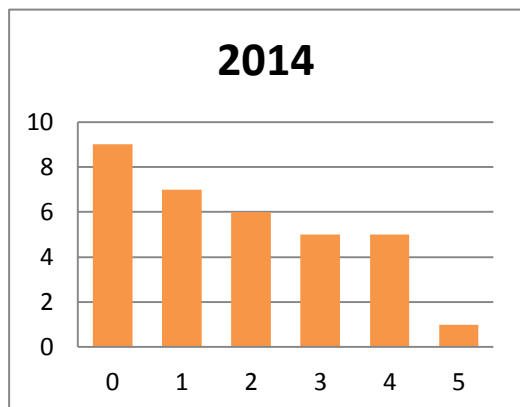
Διάγραμμα 5.12
Συνολικός αριθμός ειδικευμένων 2014-2017



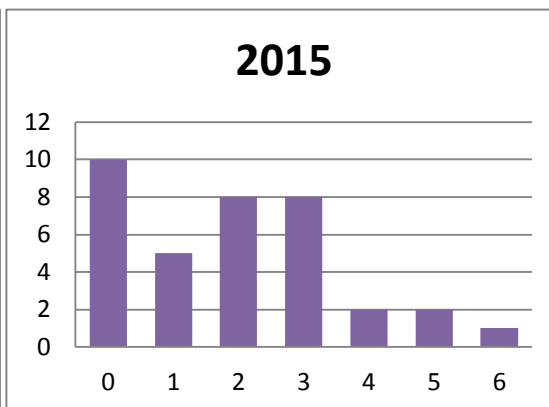
5.2.3 Ειδικευόμενοι ιατροί

Στα παρακάτω διαγράμματα 5.13, 5.14, 5.15 και 5.16 παρουσιάζονται ο αριθμός των ειδικευόμενων ιατρών που συμμετείχαν στα ογκολογικά συμβούλια ανά έτος.

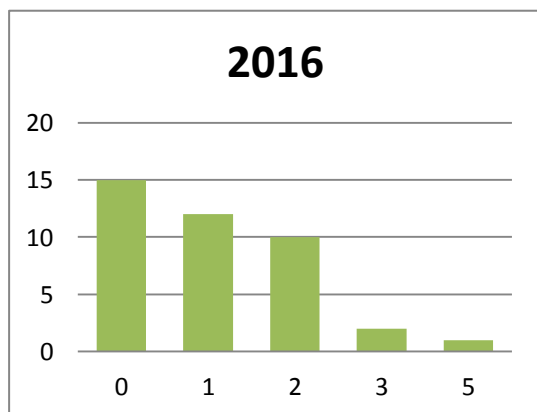
Διάγραμμα 5.13
Ειδικευόμενοι ιατροί 2014



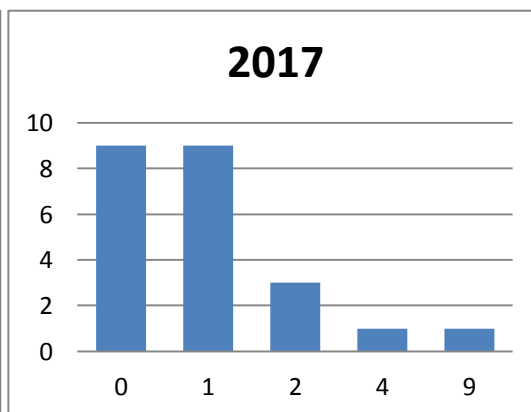
Διάγραμμα 5.14
Ειδικευόμενοι ιατροί 2015



Διάγραμμα 5.15
Ειδικευόμενοι ιατροί 2016

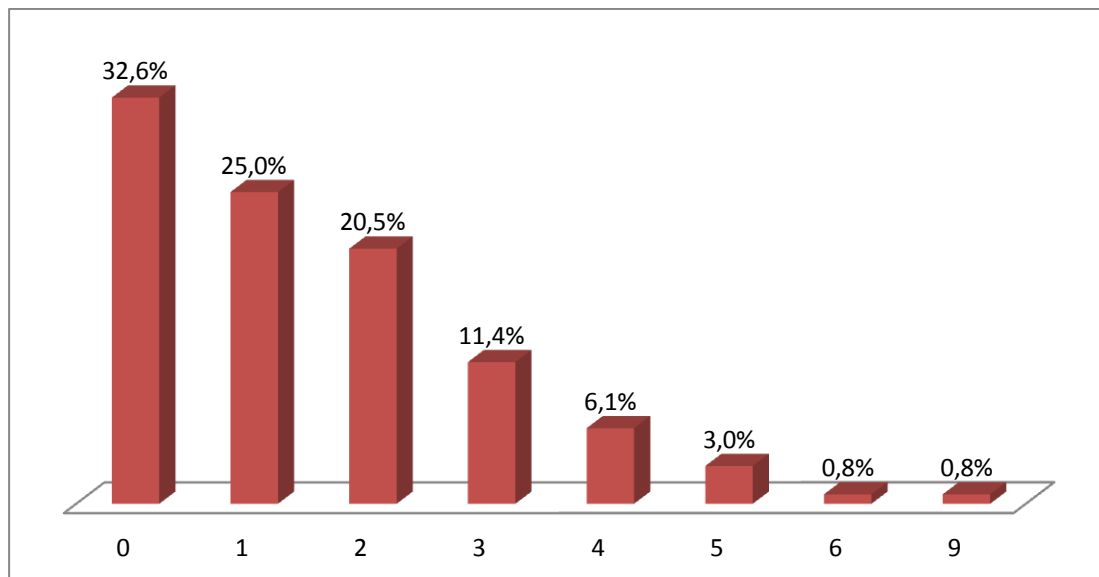


Διάγραμμα 5.16
Ειδικευόμενοι ιατροί 2017



Τα συνολικά ποσοστά συμμετοχής των ειδικευόμενων ιατρών παρουσιάζονται στο παρακάτω διάγραμμα 5.17.

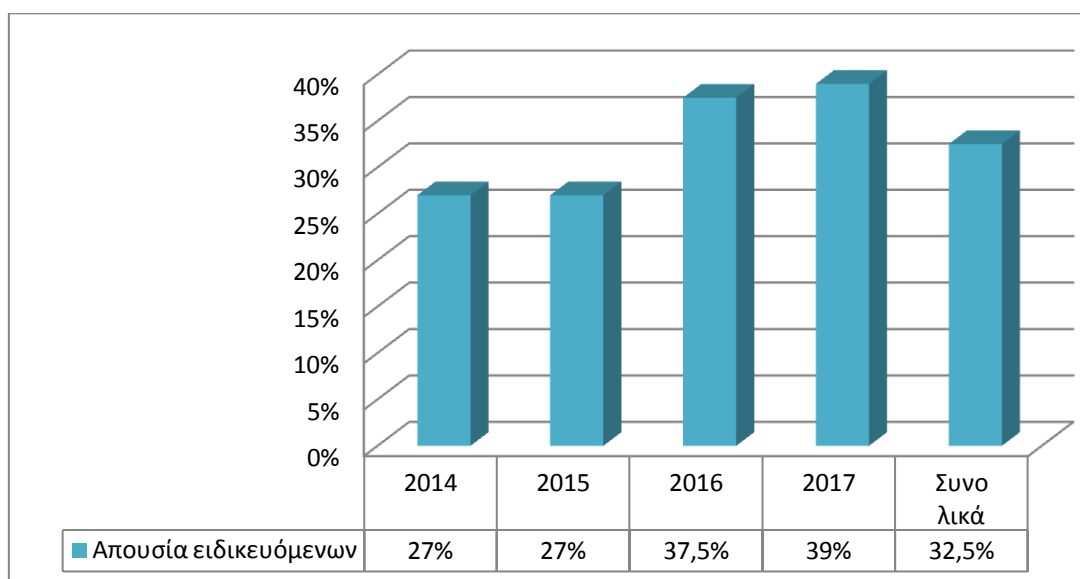
Διάγραμμα 5.17
Συνολικός αριθμός ειδικευόμενων 2014-2017



Οι ειδικευόμενοι ιατροί προτρέπονται να συμμετέχουν στα ογκολογικά συμβούλια για εκπαιδευτικούς λόγους. Ωστόσο στα ευρήματα της έρευνας διαπιστώθηκε ότι η συμμετοχή τους είναι μικρή και πολλές φορές μηδενική. Σε μία μόνο περίπτωση το 2017 συμμετείχαν 9 ειδικευόμενοι.

Στο παρακάτω διάγραμμα 5.18 παρουσιάζονται τα ποσοστά των ογκολογικών συμβουλίων που διενεργήθηκαν χωρίς την παρουσία κανενός ειδικευόμενου ιατρού.

Διάγραμμα 5.18
Απουσία ειδικευόμενων από τα ογκολογικά συμβούλια

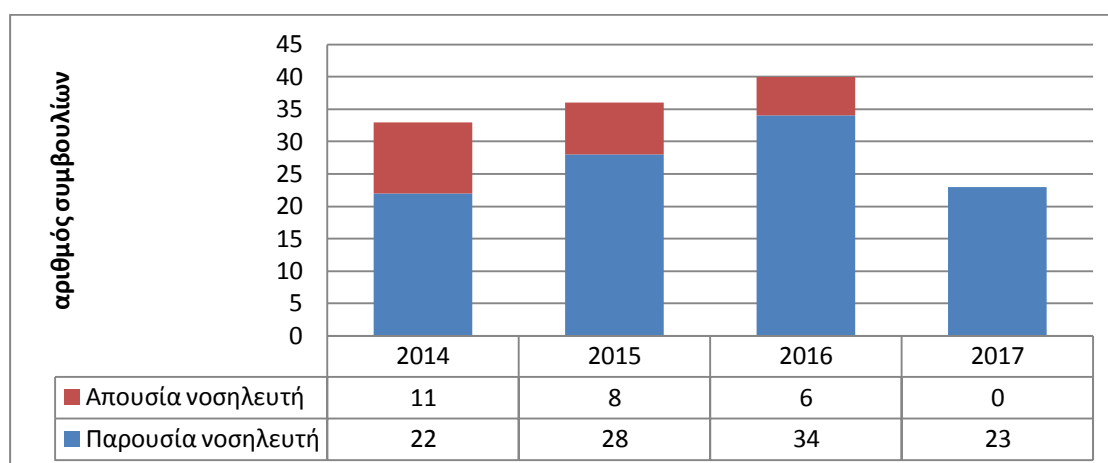


5.2.4 Νοσηλευτής

Ο νοσηλευτής δεν ήταν παρόν σε όλα τα συμβούλια. Σε ένα μόνο συμβούλιο συμμετείχαν 2 νοσηλευτές, ενώ στα υπόλοιπα ένας. Τα ποσοστά συμμετοχής του αυξάνουν ανά τα έτη από 66% το 2014, 77% το 2015, 85% το 2016 και 100% για το 2017 (μέχρι την ημερομηνία που μελετάται). Η παρουσία νοσηλευτή παρουσιάζεται στο παρακάτω διάγραμμα 5.19.

Διάγραμμα 5.19

Παρουσία νοσηλευτή στα ογκολογικά συμβούλια

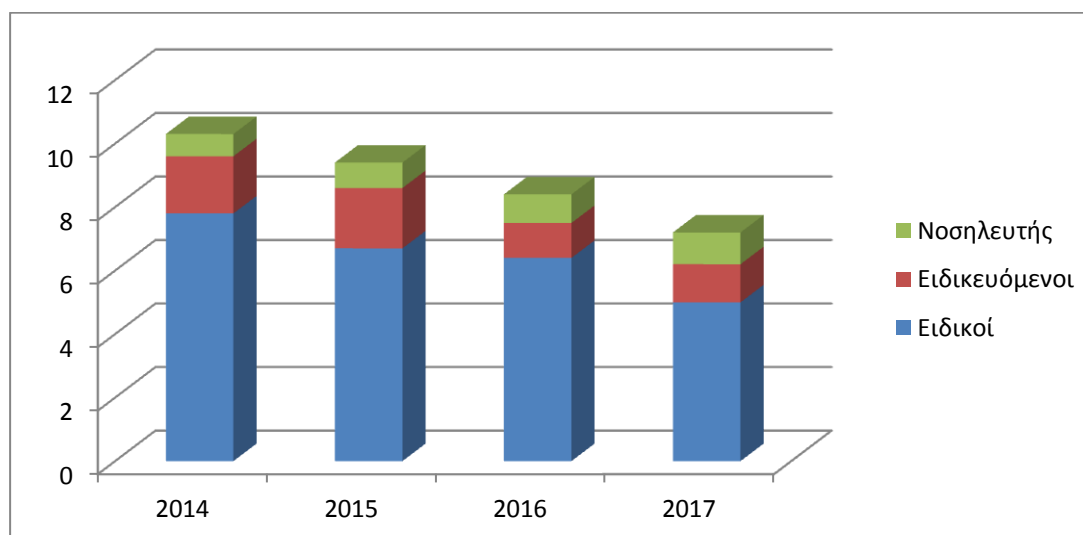


5.2.5 Συνολική σύσταση ογκολογικού συμβουλίου

Με βάση τους μέσους όρους ανά κατηγορία συμμετεχόντων ανά έτος, στο παρακάτω διάγραμμα 5.20 παρουσιάζεται σχηματικά η κατά μέσο όρο σύσταση του ογκολογικού συμβουλίου.

Διάγραμμα 5.20

Σύσταση ογκολογικού συμβουλίου

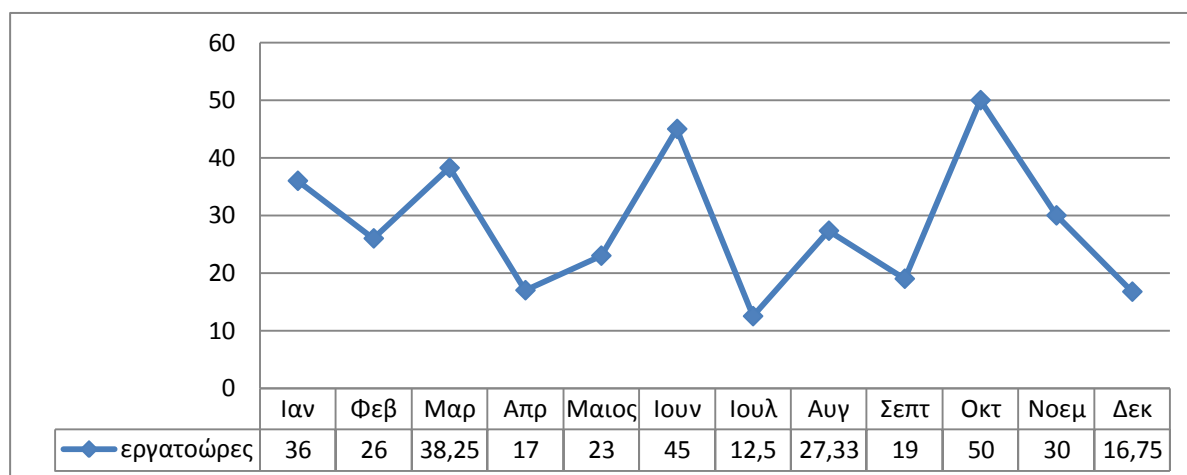


5.3 Υπολογισμός κόστους ογκολογικού συμβουλίου

Για τα έτη 2016 και 2017 διατηρούνταν αρχείο της συνολικής χρονικής διάρκειας των ογκολογικών συμβουλίων που διενεργήθηκαν. Τα στοιχεία αυτά χρησιμοποιήθηκαν για τον υπολογισμό των εργατοωρών που απαιτήθηκαν συνολικά, από όλο το εμπλεκόμενο προσωπικό, ανά μήνα και παρουσιάζονται στα παρακάτω διαγράμματα 5.21 και 5.22. Για τα έτη 2014 και 2015 δεν υπήρχε αντίστοιχη καταγραφή χρονικής διάρκειας.

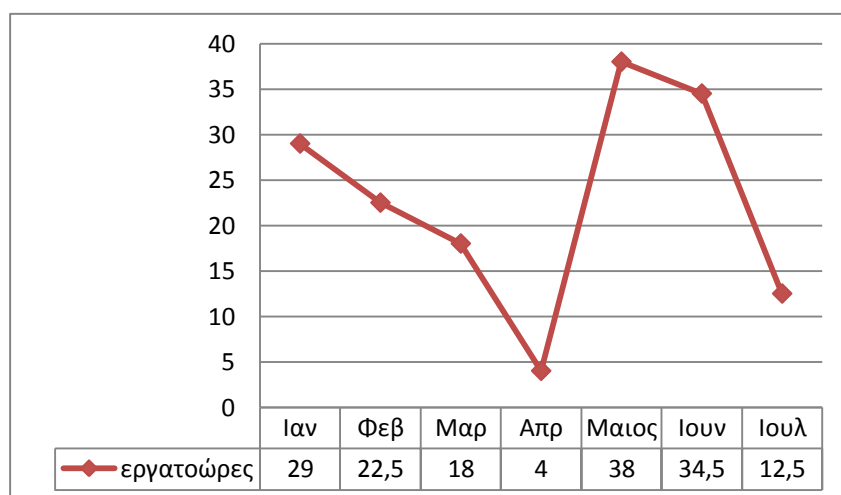
Διάγραμμα 5.21

Εργατοώρες 2016



Διάγραμμα 5.22

Εργατοώρες 2017



Συνολικά απαιτήθηκαν 340,83 εργατοώρες για τη διενέργεια των ογκολογικών συμβουλίων το 2016, και 158,5 εργατοώρες το 2017. Προκειμένου να υπολογιστεί το κόστος διεξαγωγής τους, υπολογίστηκε το μέσο ωρομίσθιο των συμμετεχόντων. Για τον υπολογισμό χρησιμοποιήθηκε ο μεικτός μισθός του Πλωτάρχη, δεδομένου ότι αποτελεί τον μέσο βαθμό των συμμετεχόντων, πολλαπλασιαζόμενο επί τον συντελεστή 0,006 (= μισθός / 25 x 6 / 40).

$$\text{Ωρομίσθιο μικότο} = \text{μικτός μισθός} \times 0,006 = 2155 \times 0,006 = 12,93\text{€}$$

Πίνακας 5.2
Κόστος ογκολογικών συμβουλίων

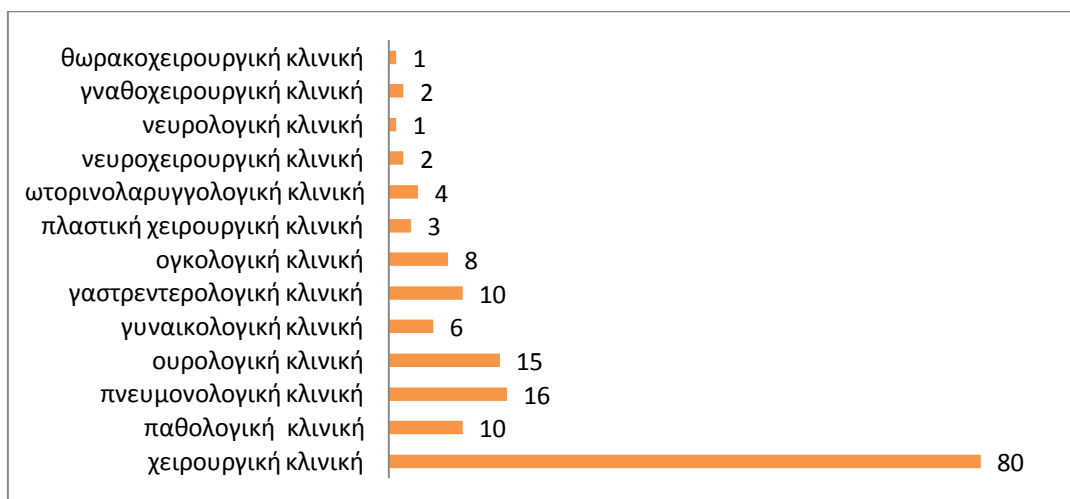
	2016	2017(έως 31/7/2017)
Κόστος	4.406,9€	2.049,4€

Επειδή η συνολική χρονική διάρκεια των ογκολογικών συμβουλίων συμπεριελάμβανε και τον χρόνο αναμονής προκειμένου να συγκεντρωθούν όλοι οι συμμετέχοντες, και στην πλειονότητα των περιπτώσεων ήταν μεγαλύτερη από τη συνολική διάρκεια πραγματικής συζήτησης των περιστατικών, κρίθηκε ότι θα ήταν εσφαλμένη η χρήση των δεδομένων για τον υπολογισμό του χρόνου που δαπανάται ανά περιστατικό, και για το λόγο αυτό δεν υπολογίστηκε.

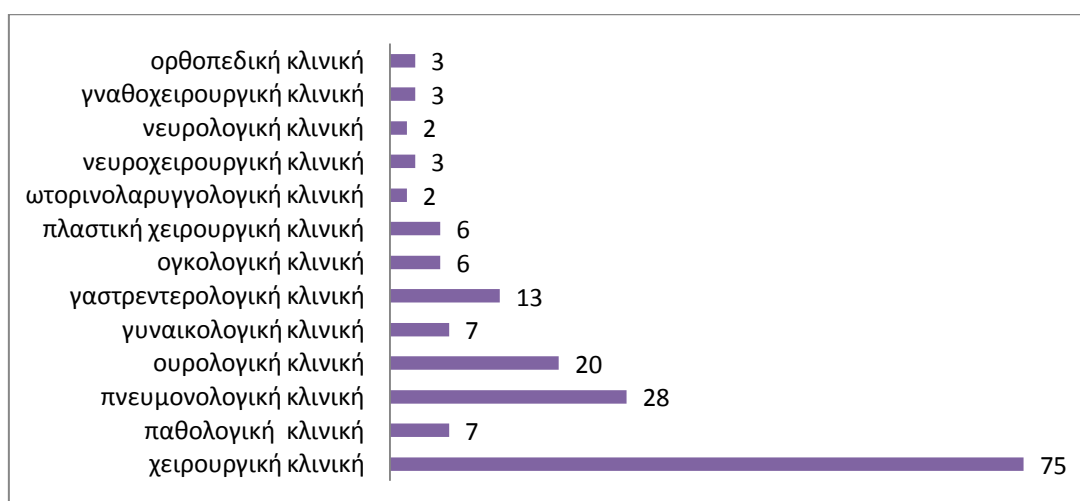
5.4 Εισηγήσεις ασθενών ανά κλινική

Στα επόμενα διαγράμματα 5.23, 5.24, 5.25 και 5.26 παρουσιάζεται ο συνολικός αριθμός των ογκολογικών ασθενών που παραπέμφθηκαν στο ογκολογικό συμβούλιο ανάλογα με την εισηγήτρια κλινική ανά έτος.

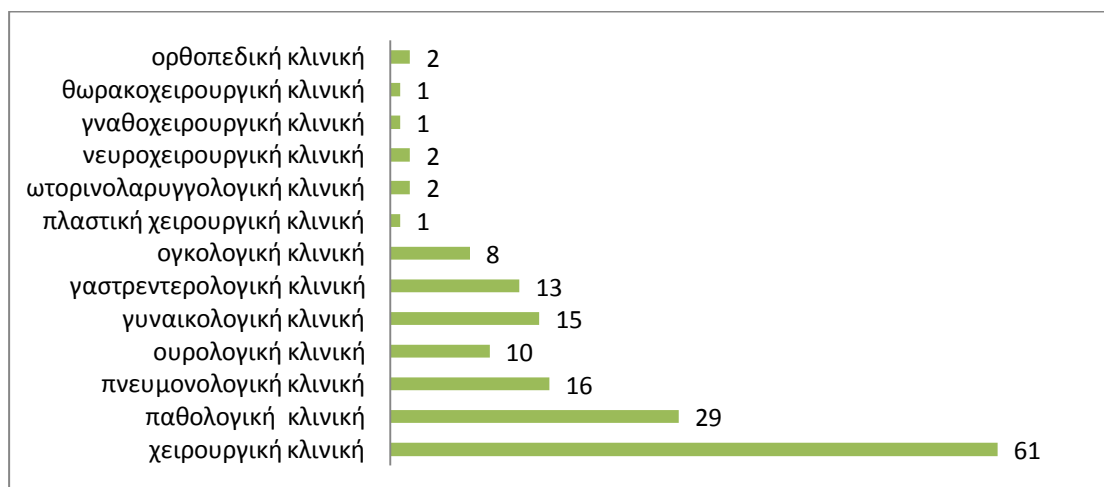
Διάγραμμα 5.23
Εισηγήτριες κλινικές 2014



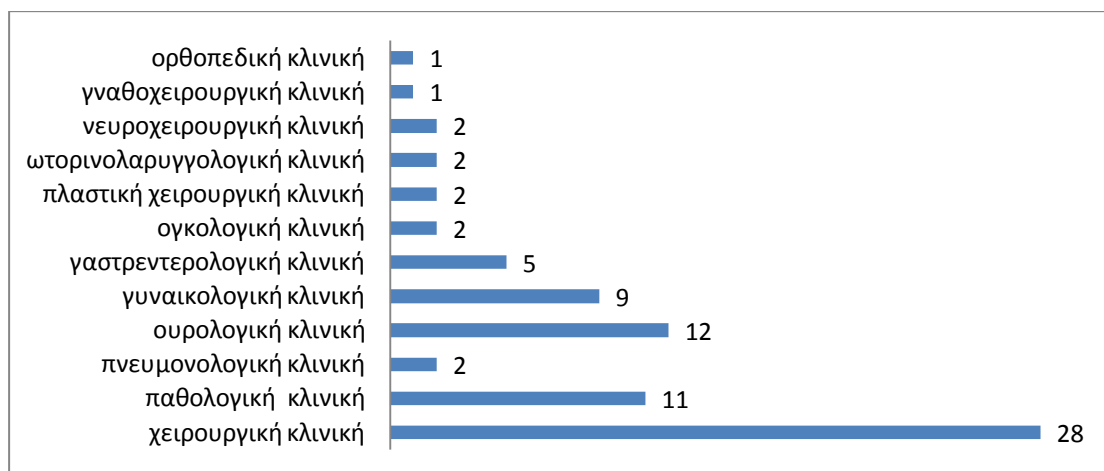
Διάγραμμα 5.24
Εισηγήτριες κλινικές 2015



Διάγραμμα 5.25
Εισηγήτριες κλινικές 2016



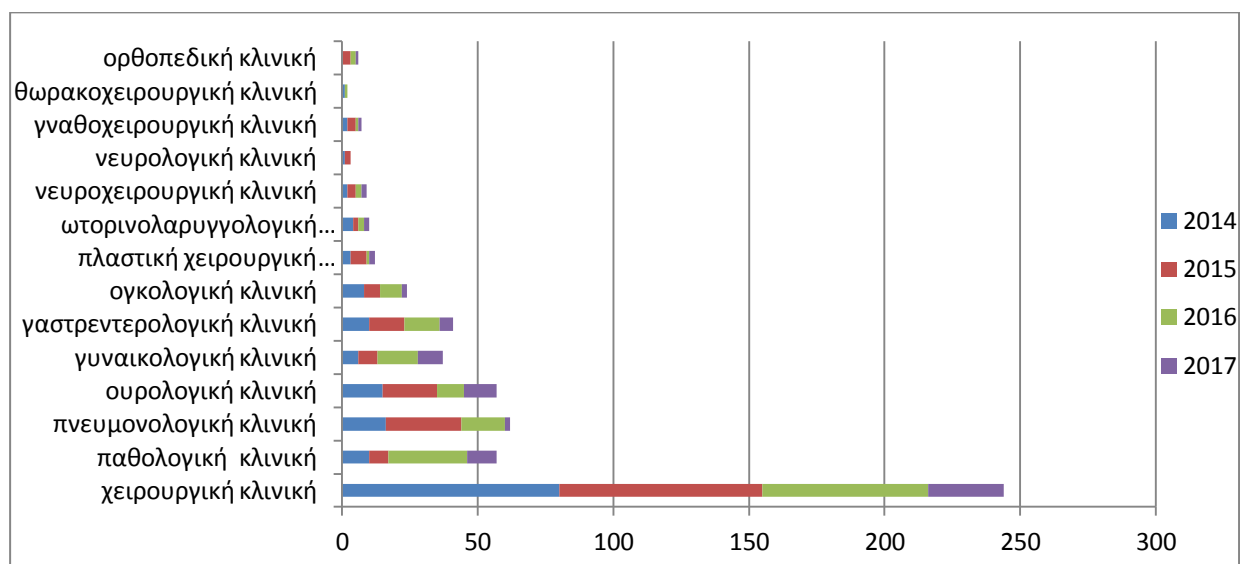
Διάγραμμα 5.26
Εισηγήτριες κλινικές 2017



Παρακάτω παρουσιάζονται συγκεντρωτικά οι εισηγήσεις των κλινικών. Παρατηρείται ότι η πλειονότητα των περιστατικών (43%) παραπέμπεται στο ογκολογικό συμβούλιο από τη χειρουργική κλινική.

Διάγραμμα 5.27

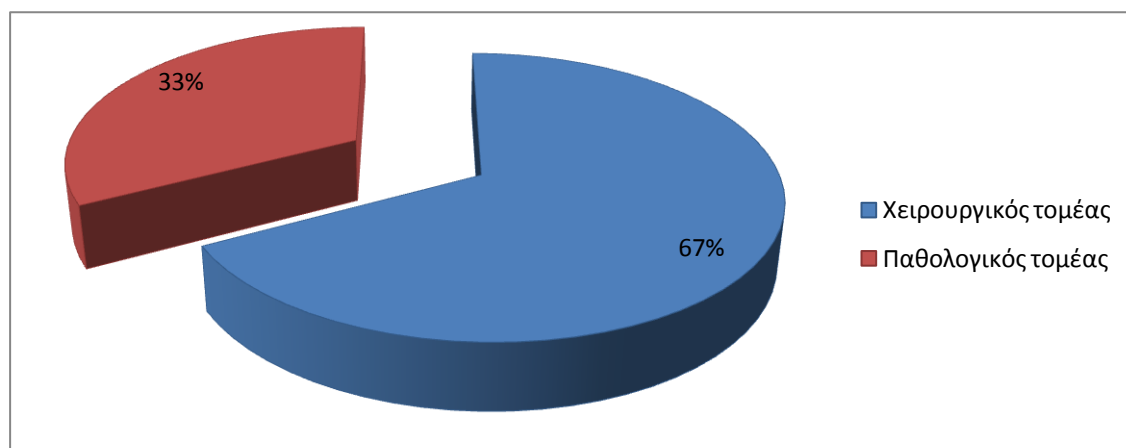
Εισηγήτριες κλινικές συνολικά 2014-2017



Ομαδοποιώντας τις εισηγήτριες κλινικές ανά τομέα (παθολογικός και χειρουργικός) προκύπτει το παρακάτω διάγραμμα 5.28, όπου διαπιστώνεται ότι το 67% των ογκολογικών περιστατικών παραπέμπονται στο ογκολογικό συμβούλιο από κλινικές του χειρουργικού τομέα και 33% από κλινικές του παθολογικού τομέα.

Διάγραμμα 5.28

Εισηγήτριες κλινικές ανά τομέα 2014-2017



5.5 Δημογραφικά στοιχεία ασθενών

Στον πίνακα 5.3 παρουσιάζεται ο συνολικός αριθμός των ογκολογικών ασθενών που παραπέμφθηκαν στο ογκολογικό συμβούλιο ανά έτος.

Πίνακας 5.3

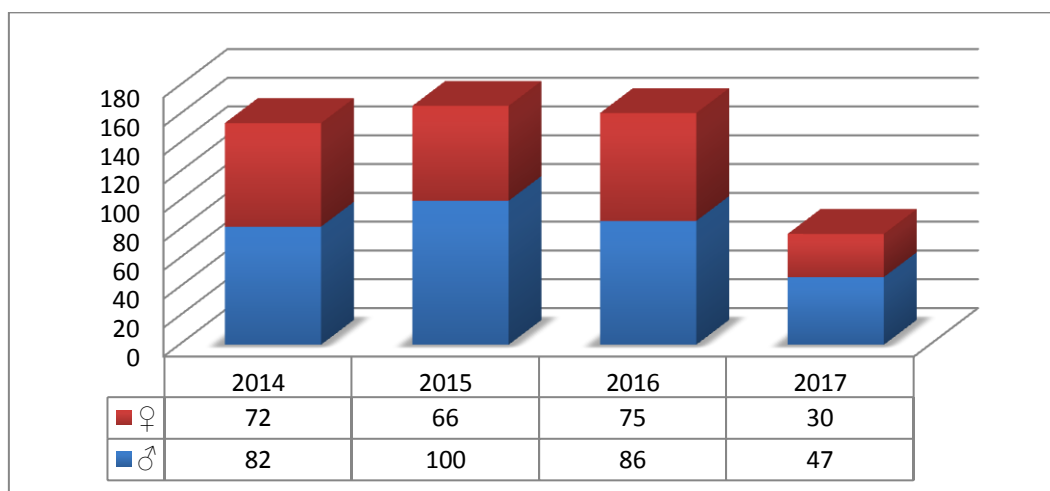
Αριθμός ογκολογικών ασθενών ανά έτος

	2014	2015	2016	2017 (έως 31/7/2017)	Σύνολο
Ογκολογικοί ασθενείς	154	166	161	77	558

Οι άνδρες ογκολογικοί ασθενείς υπερτερούν αριθμητικά σε σχέση με τις γυναίκες, σε όλα τα έτη που μελετήθηκαν, όπως προκύπτει από το παρακάτω διάγραμμα 5.29, καθώς και από τη συνολική απεικόνιση του φύλου των ασθενών στο διάγραμμα 5.30.

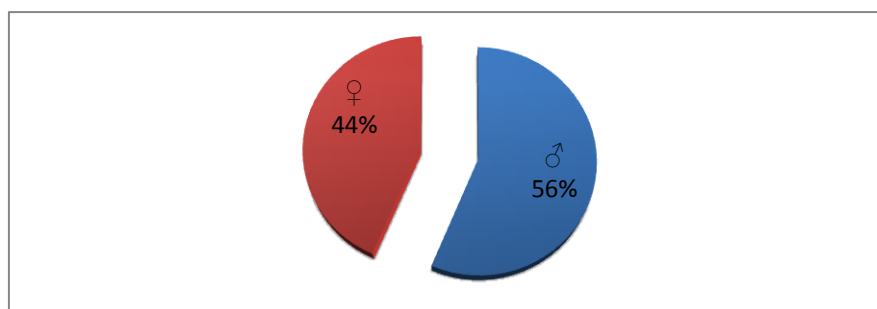
Διάγραμμα 5.29

Φύλο ασθενών ανά έτος



Διάγραμμα 5.30

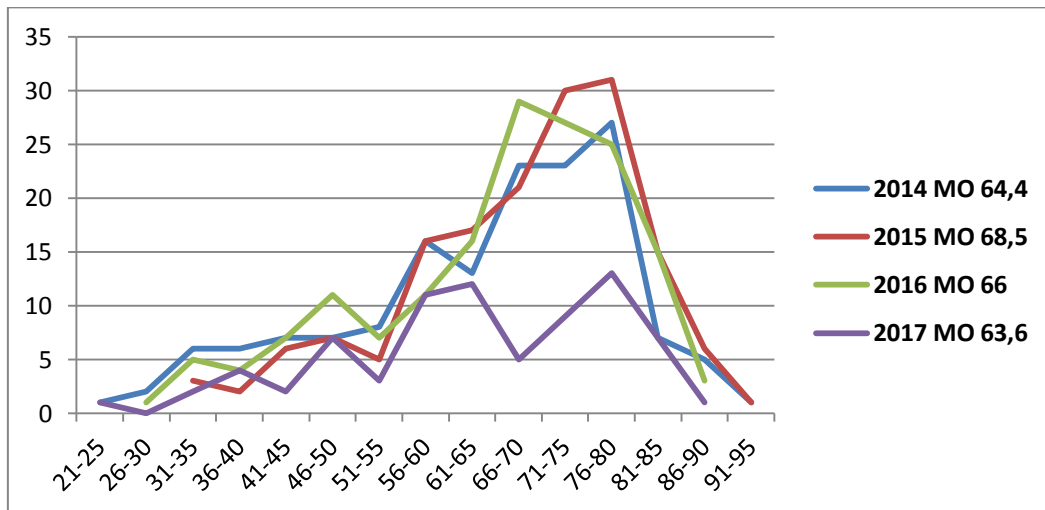
Φύλο ασθενών συνολικά



Παρακάτω παρουσιάζεται η ηλικία των ασθενών που παραπέμφθηκαν στο ογκολογικό συμβούλιο, κατά τη διάγνωση. Οι μέσοι όροι ηλικίας ανά έτος κυμαίνονται από 64,44 έως 68,50 έτη. Να σημειωθεί ότι υπάρχουν 2 ελλείποντα δεδομένα για το έτος 2014 και 6 ελλείποντα δεδομένα για το έτος 2015.

Διάγραμμα 5.31

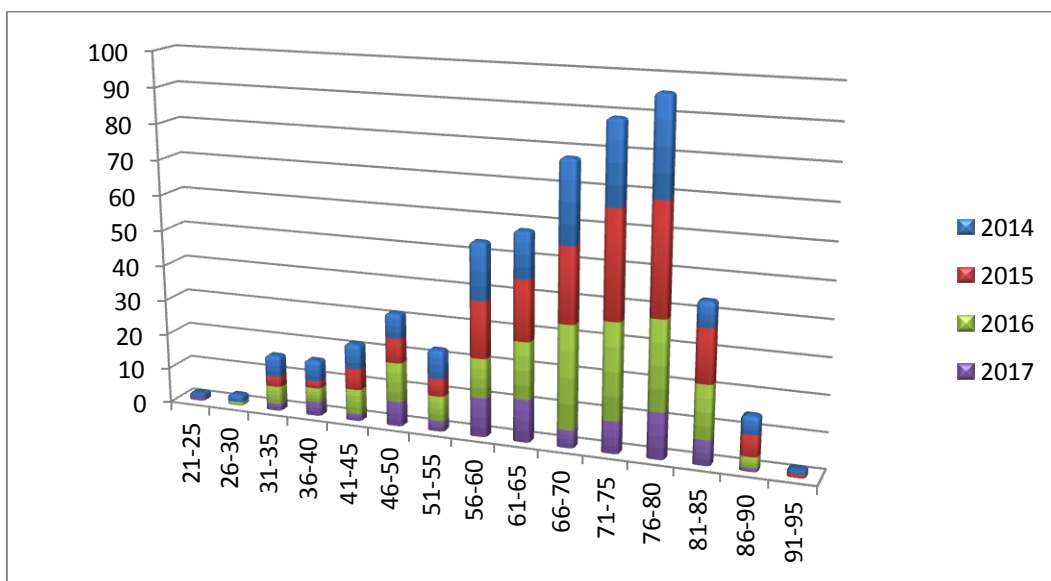
Ηλικία ασθενών κατά τη διάγνωση ανά έτος



Το ηλικιακό προφίλ των ασθενών που παραπέμφθηκαν στο ογκολογικό συμβούλιο, συνολικά για όλο το χρονικό διάστημα που ερευνάται, παρουσιάζεται παρακάτω στα διαγράμματα 5.32 και 5.33. Ο μέσος όρος ηλικίας συνολικά υπολογίστηκε σε 65,9 έτη.

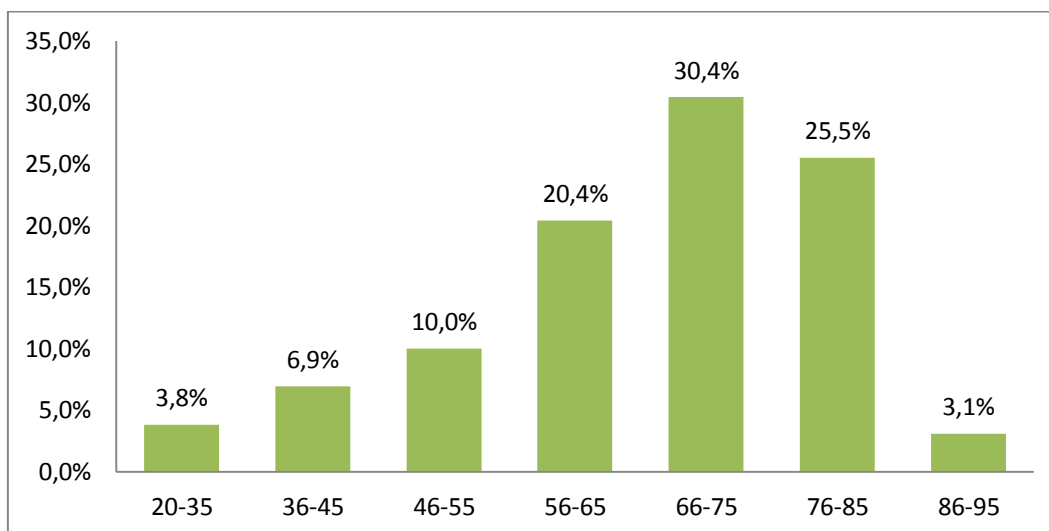
Διάγραμμα 5.32

Ηλικία ασθενών κατά τη διάγνωση συνολικά



Διάγραμμα 5.33

Ηλικία ασθενών κατά τη διάγνωση σε ποσοστά

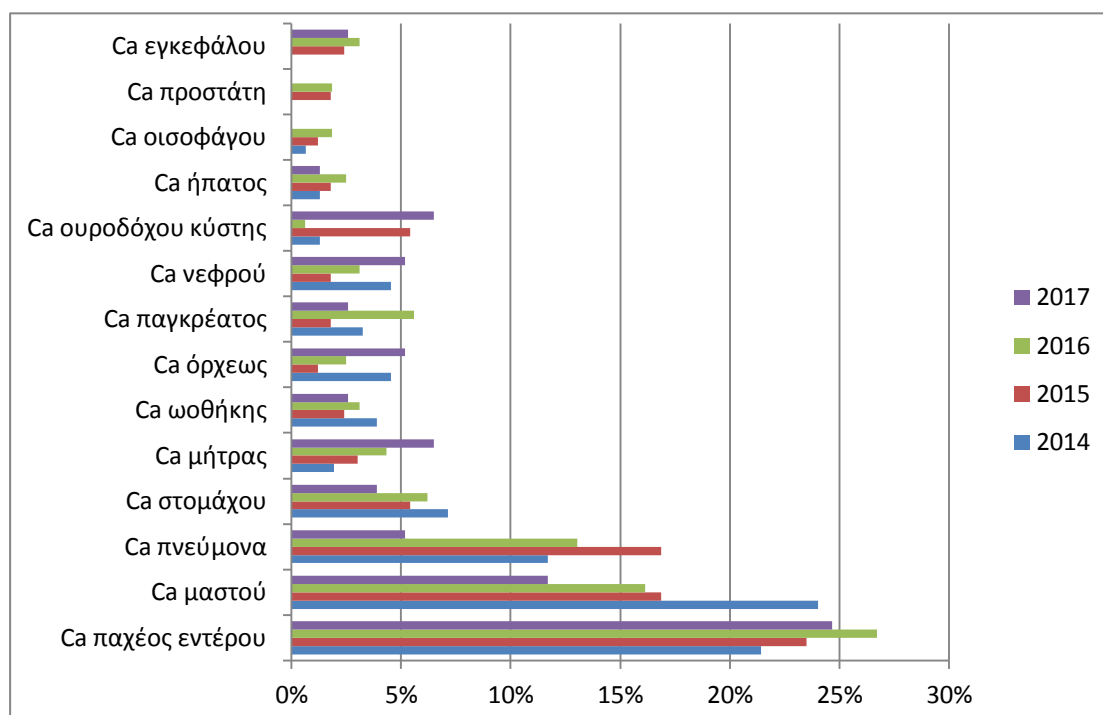


5.6 Διαγνώσεις ασθενών

Στο επόμενο διαγράμματα 5.34 παρουσιάζονται τα ποσοστά των ασθενών με βάση την εντόπιση της πρωτοπαθούς εστίας. Ποσοστά μικρότερα του 1% έχουν παραληφθεί.

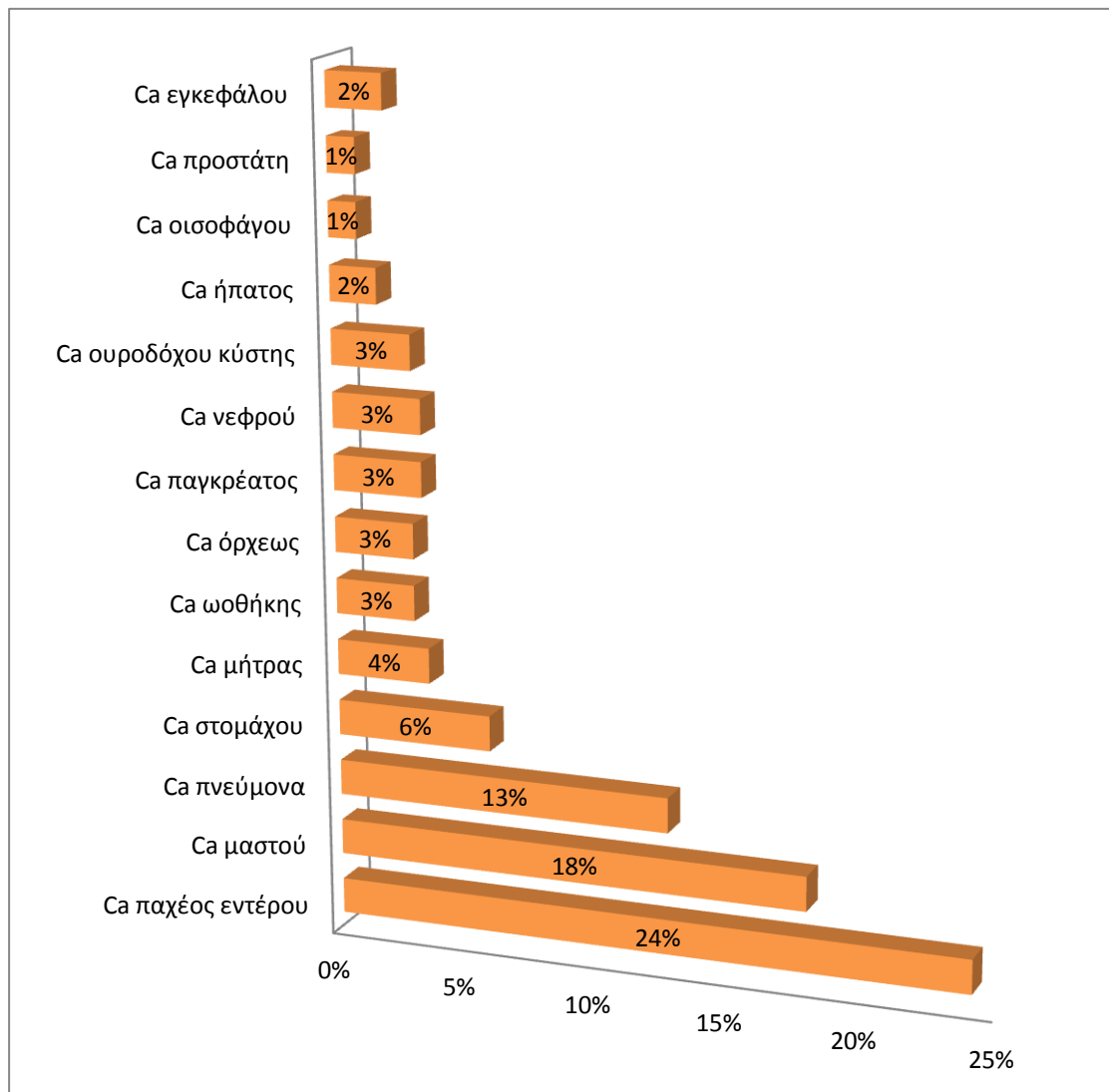
Διάγραμμα 5.34

Διαγνώσεις ανά έτος



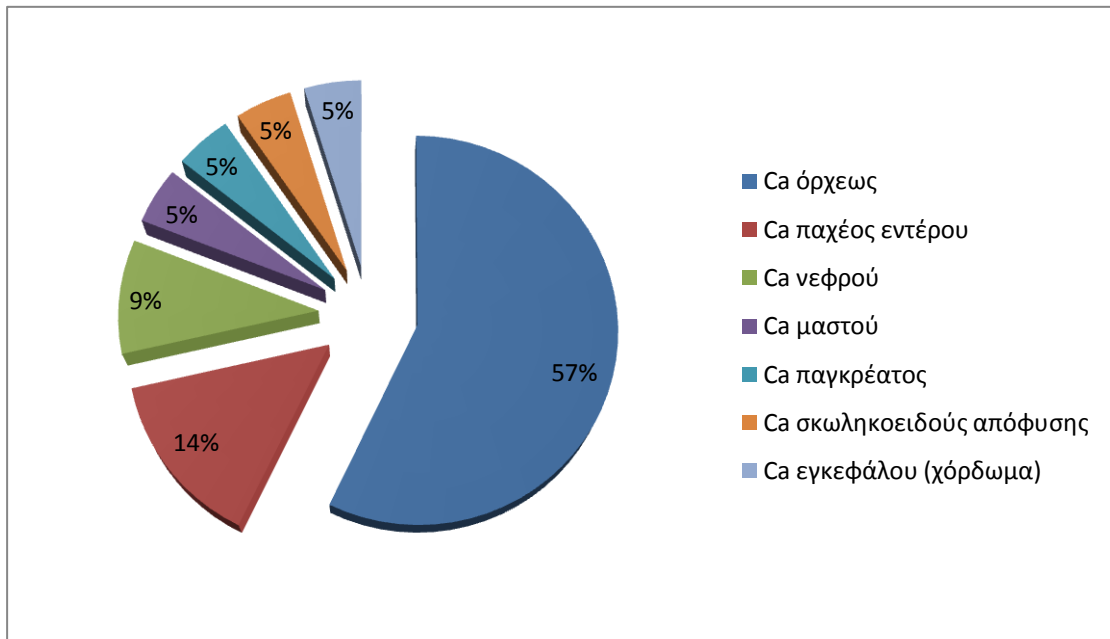
Συνολικά και για τους 558 ασθενείς που μελετήθηκαν τα ποσοστά των συχνότερων διαγνώσεων εμφανίζονται στο παρακάτω διάγραμμα 5.35. Οι συχνότερες διαγνώσεις των ασθενών που παραπέμφθηκαν στο ογκολογικό συμβούλιο είναι καρκίνος παχέος εντέρου 24%, καρκίνος μαστού 18% και καρκίνος πνεύμονα 13%.

Διάγραμμα 5.35
Διαγνώσεις συγκεντρωτικά



Οι ασθενείς νεαρής ηλικίας έως 35 ετών αποτελούν το 4% περίπου όλων των ασθενών που παραπέμφθηκαν στο ογκολογικό συμβούλιο. Στο μεγαλύτερο ποσοστό τους (57%) είναι άρρενες ασθενείς με διάγνωση καρκίνου όρχεως.

Διάγραμμα 5.36
Διάγνωση ασθενών ηλικίας έως 35 ετών

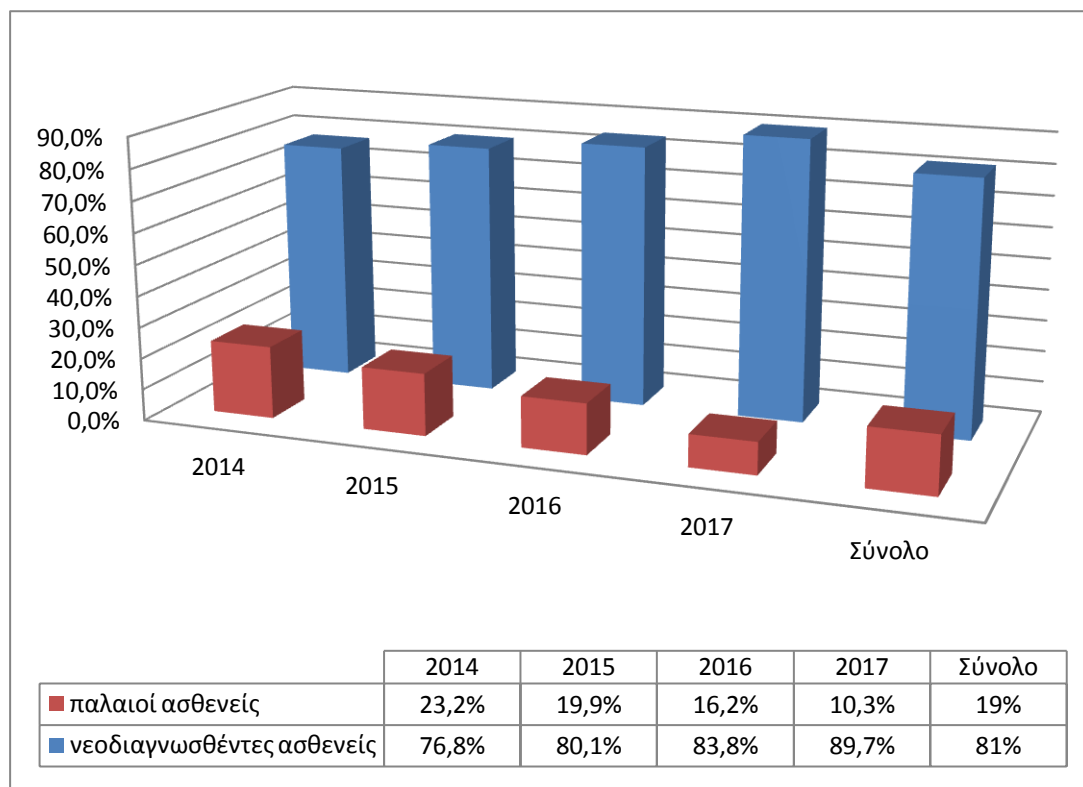


5.7 Ασθενείς νεοδιαγνωσθέντες και μη

Οι ασθενείς παραπέμπονται στο ογκολογικό συμβούλιο όταν τεθεί αρχικά η διάγνωση του καρκίνου, αλλά και στη συνέχεια ενδέχεται να παραπεμφθούν για δεύτερη ή ακόμα και τρίτη ή τέταρτη φορά. Οι λόγοι για τους οποίους απαιτείται επαναξιολόγηση των ασθενών αυτών από το ογκολογικό συμβούλιο, είναι η ανάγκη για σχεδιασμό νέου πλάνου θεραπείας εφόσον έχουν υλοποιηθεί όσα έχουν προταθεί στο πρώτο συμβούλιο. Καθώς και η ανάγκη για τροποποίηση του θεραπευτικού πλάνου εφόσον υπάρχει πρόοδος νόσου ή προκύψουν νέα δεδομένα από τον κλινικοεργαστηριακό έλεγχο του ασθενούς, Στο παρακάτω διάγραμμα 5.37 εμφανίζονται σε ποσοστά, πόσοι από τους ασθενείς που εξετάζονται στο ογκολογικό συμβούλιο είναι νεοδιαγνωσθέντες ασθενείς και πόσοι παλαιότεροι ασθενείς που επανεκτιμούνται. Στην πλειονότητά τους (81%) οι ασθενείς είναι νεοδιαγνωσθέντες.

Διάγραμμα 5.37

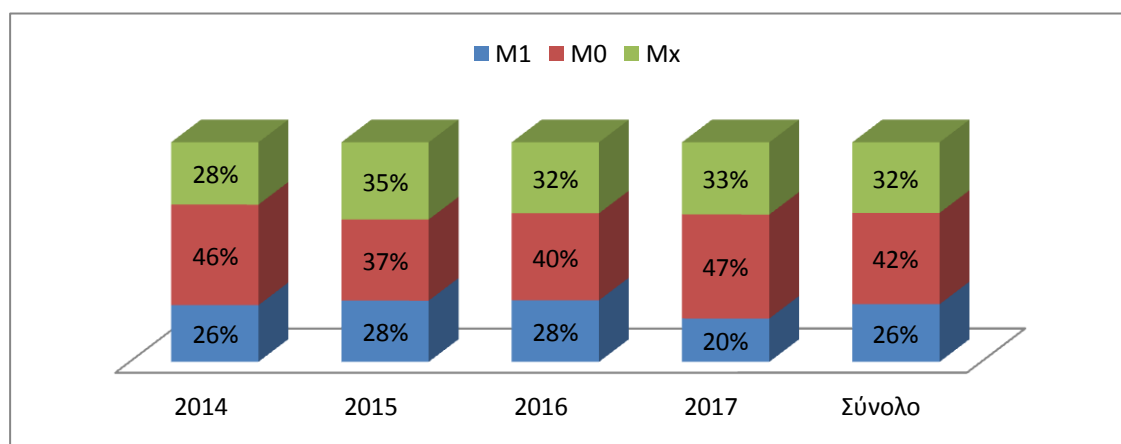
Διάκριση νεοδιαγνωσθέντων και παλαιότερων ασθενών



5.8 Βαρύτητα περιστατικών - Σταδιοποίηση

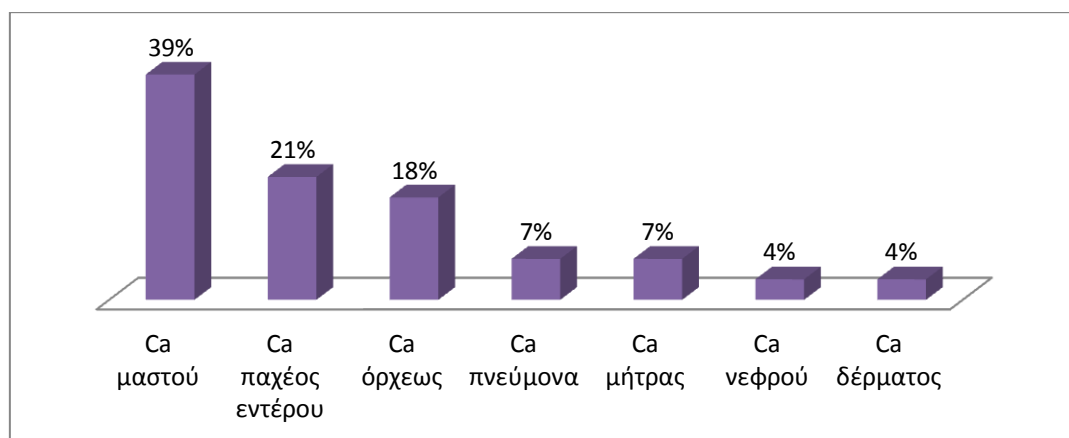
Στο παρακάτω διάγραμμα 5.38 παρουσιάζονται τα ποσοστά των ασθενών που εμφανίζουν απομακρυσμένες μεταστάσεις κατά την παραπομπή τους στο ογκολογικό συμβούλιο. Συγκεκριμένα το 26% των ασθενών έχει ήδη μεταστάσεις (M1), το 41% δεν παρουσιάζει μεταστάσεις (M0) και για το 32% είναι άγνωστο αν υπάρχουν ή όχι (Mx).

Διάγραμμα 5.38
Μεταστατική νόσος



Οι ασθενείς με in situ καρκινώματα (τοπικά, μη διηθητικά) αποτέλεσαν το 5% των ασθενών που παραπέμφθηκαν στο ογκολογικό συμβούλιο για το χρονικό διάστημα που ερευνάται. Το μεγαλύτερο ποσοστό τους (39%) ήταν in situ καρκινώματα του μαστού.

Διάγραμμα 5.39
In situ καρκινώματα



5.9 Αποφάσεις ογκολογικών συμβουλίων

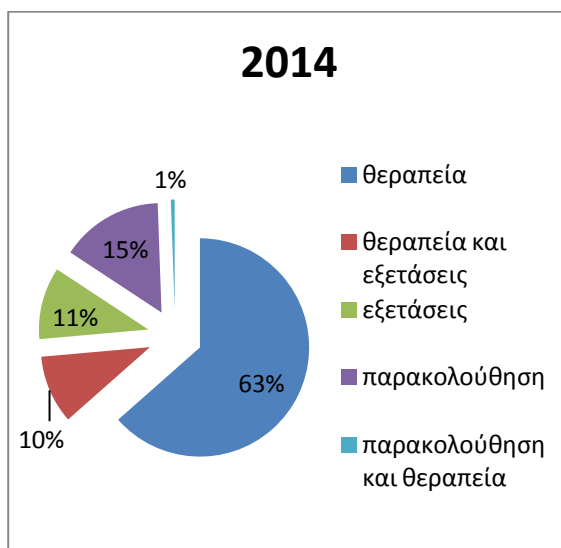
Οι αποφάσεις που λαμβάνονται από το ογκολογικό συμβούλιο είναι οι παρακάτω:

α) Θεραπεία, που περιλαμβάνει τη χειρουργική θεραπεία ή τη συστηματική θεραπεία ή την ακτινοθεραπεία ή συνδυασμούς αυτών. Στην συστηματική θεραπεία συγκαταλέγονται η χημειοθεραπεία, η ορμονοθεραπεία, η ανοσοθεραπεία και νεώτερες θεραπευτικές μέθοδοι.

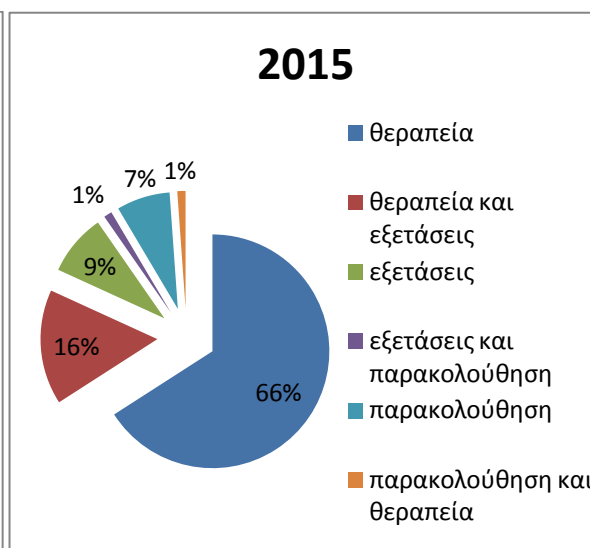
β) Διενέργεια περεταίρω εξετάσεων, εφόσον δεν επαρκούν τα στοιχεία προκειμένου να αποφασισθεί η βέλτιστη θεραπευτική προσέγγιση.

γ) Παρακολούθηση, στις περιπτώσεις που δεν απαιτείται επιπλέον θεραπεία (συνήθως έχει προηγηθεί χειρουργική αφαίρεση του όγκου) και στις περιπτώσεις που ο ασθενής είναι εκτός θεραπευτικών χειρισμών, κυρίως λόγω προχωρημένης νόσου αλλά και επιβαρυσμένης γενικής κλινικής κατάστασης (με υψηλό performance status, ps:4).

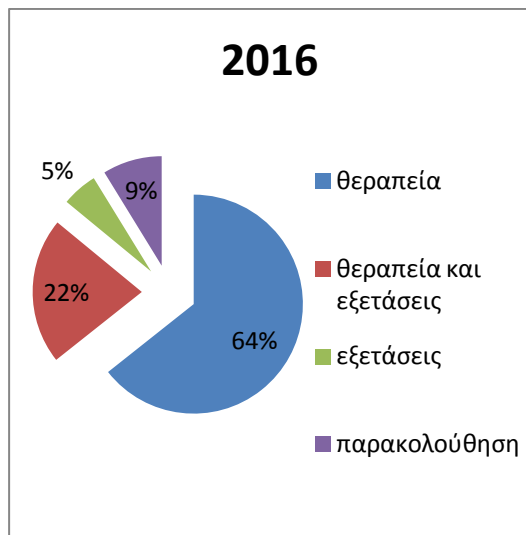
Διάγραμμα 5.40
Αποφάσεις ογκολογικών
συμβουλίων 2014



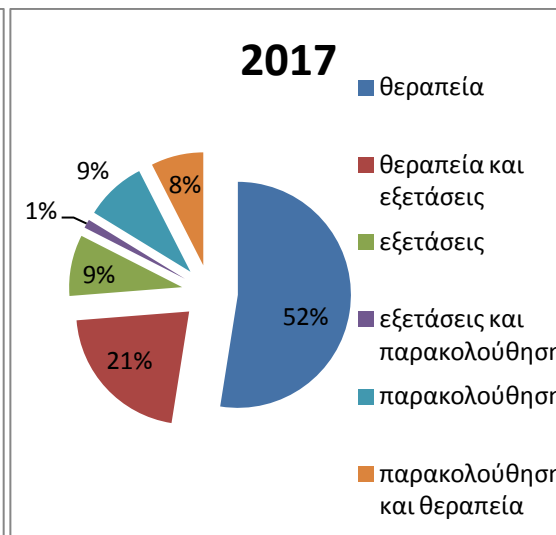
Διάγραμμα 5.41
Αποφάσεις ογκολογικών
συμβουλίων 2015



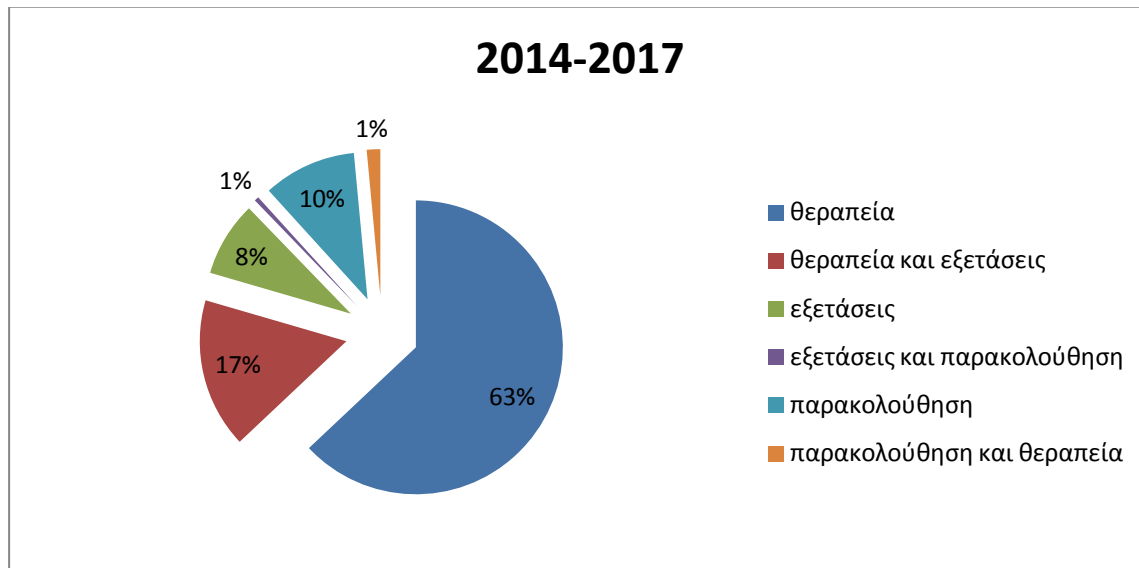
Διάγραμμα 5.42
Αποφάσεις ογκολογικών
συμβουλίων 2016



Διάγραμμα 5.43
Αποφάσεις ογκολογικών
συμβουλίων 2017



Διάγραμμα 5.44
Αποφάσεις ογκολογικών συμβουλίων 2014 - 2017



Διαπιστώνεται από τα παραπάνω διαγράμματα ότι για το συνολικό διάστημα που ερευνάται το ογκολογικό συμβούλιο σε ποσοστό 81% προτείνει θεραπεία για τους ασθενείς που παραπέμπονται. Στο 26% προτείνονται περαιτέρω εξετάσεις και για το 12% των ασθενών προτείνεται παρακολούθηση.

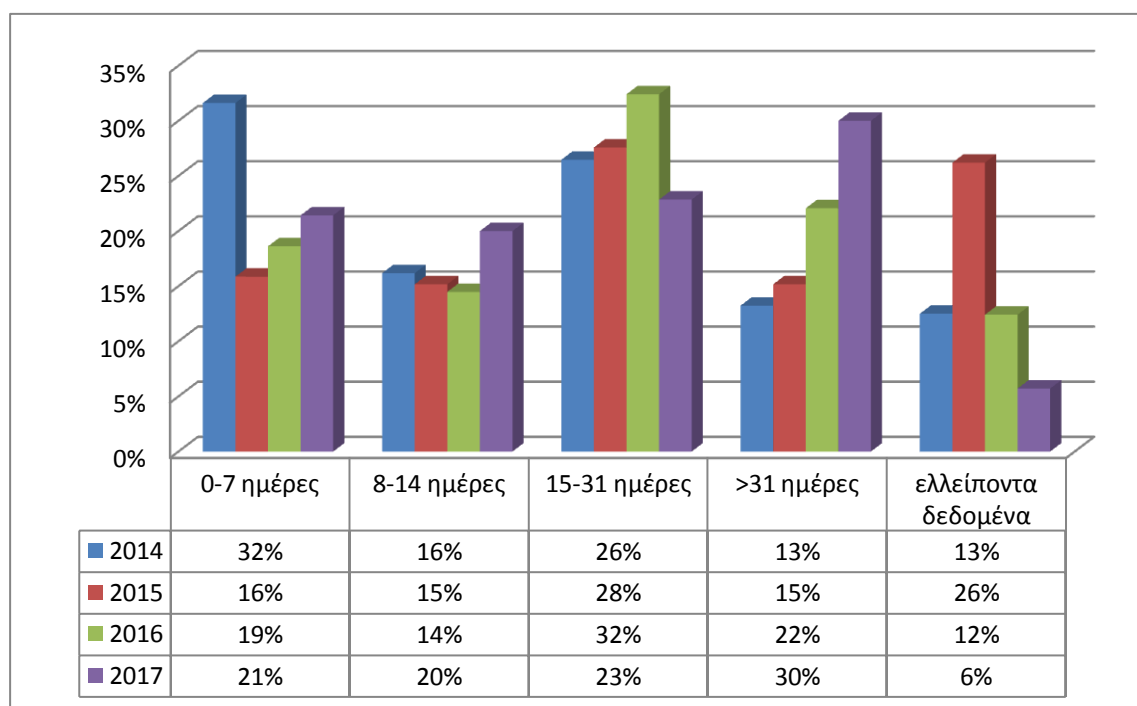
Να σημειωθεί ότι υπάρχουν 3 ελλείποντα δεδομένα για το έτος 2015, συνεπώς και για το σύνολο των αποφάσεων που παρουσιάζονται.

5.10 Χρονικό διάστημα από τη διάγνωση έως την παραπομπή στο ογκολογικό συμβούλιο

Το πρώτο χρονικό διάστημα που επιλέχθηκε να προσδιοριστεί ήταν αυτό μεταξύ της διάγνωσης του ασθενούς έως την ημερομηνία εξέτασής του από το ογκολογικό συμβούλιο. Ως ημερομηνία διάγνωσης υπολογίστηκε η ημερομηνία πληκτρολόγησης του πορίσματος της βιοψίας που επιβεβαιώνει τη νεοπλασματική νόσο. Για τον υπολογισμό χρησιμοποιήθηκαν μόνο τα περιστατικά που παραπέμπονται στο συμβούλιο για πρώτη φορά και συγκεκριμένα 496 ασθενείς (136 για το έτος 2014, 145 για το έτος 2015, 145 για το έτος 2016 και 70 για το έτος 2017). Ο χρόνος μετρήθηκε σε ημέρες και υπήρξαν 9 περιπτώσεις όπου το συμβούλιο προηγήθηκε της διάγνωσης κατά λίγες ημέρες. Ο λόγος ήταν ότι ήταν γνωστό το πόρισμα της βιοψίας προφορικά και αναμενόταν η έντυπη μορφή του. Στις περιπτώσεις αυτές υπολογίστηκε ο χρόνος ίσος με 0 ημέρες δεδομένου ότι δεν θα μπορούσε να υπάρξει αρνητικό νούμερο. Τα αποτελέσματα για τα 4 έτη σε ποσοστά παρουσιάζονται στο παρακάτω διάγραμμα 5.45. Στο ίδιο διάγραμμα παρουσιάζονται και τα ποσοστά των ελλειπόντων δεδομένων, που ήταν αρκετά σημαντικός αριθμός για το έτος 2015.

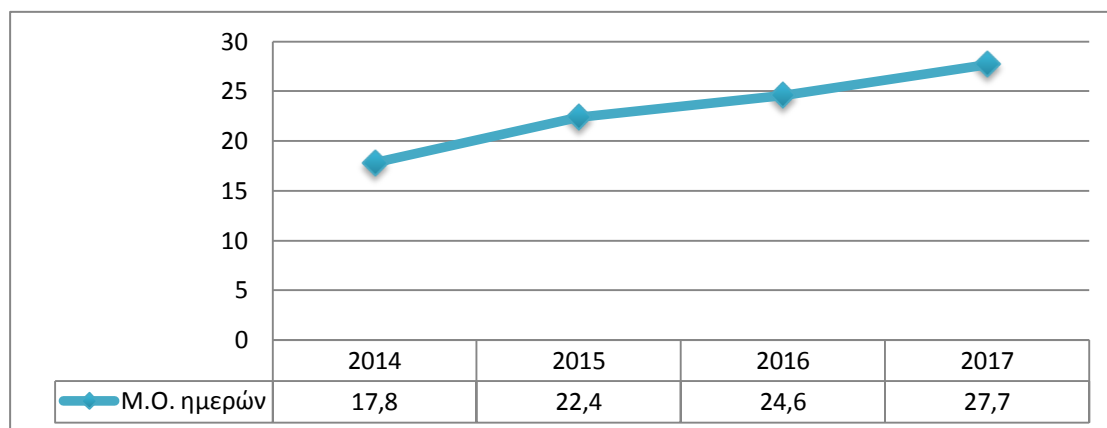
Διάγραμμα 5.45

Χρονικό διάστημα από τη διάγνωση έως την παραπομπή



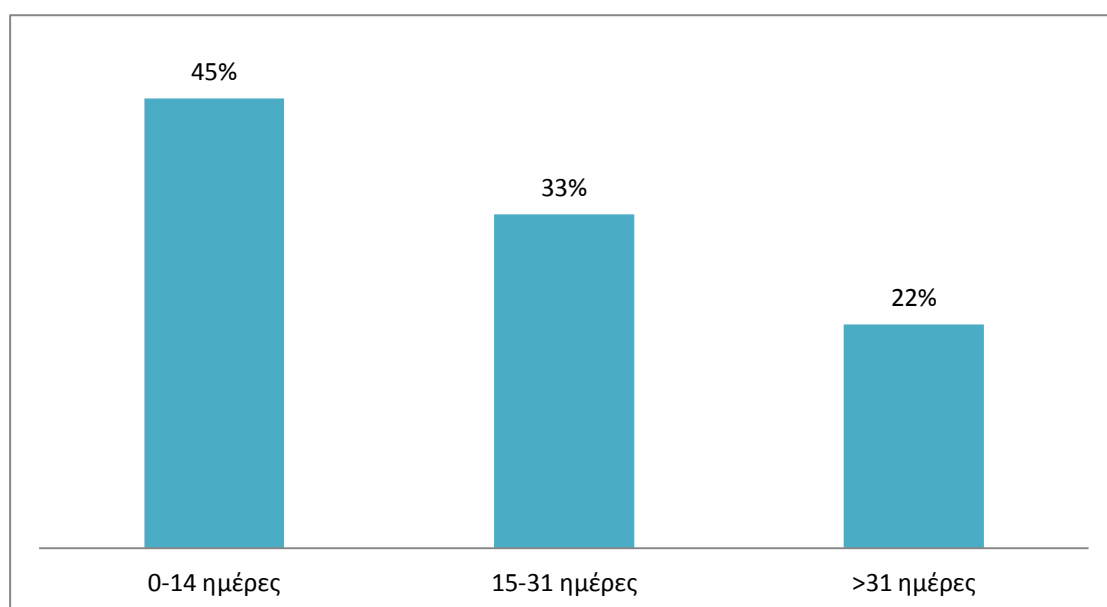
Στο διάγραμμα 5.46 έχει υπολογιστεί ο μέσος όρος των ημερών από τη διάγνωση έως την παραπομπή για κάθε έτος.

Διάγραμμα 5.46
Μέσος όρος ημερών από τη διάγνωση έως την παραπομπή



Τέλος στο διάγραμμα 5.47 παρουσιάζονται συνολικά οι χρόνοι για όλο το διάστημα που μελετάται από το 2014 έως τον Ιούλιο του 2017.

Διάγραμμα 5.47
Συνολικός χρόνος από τη διάγνωση έως την παραπομπή



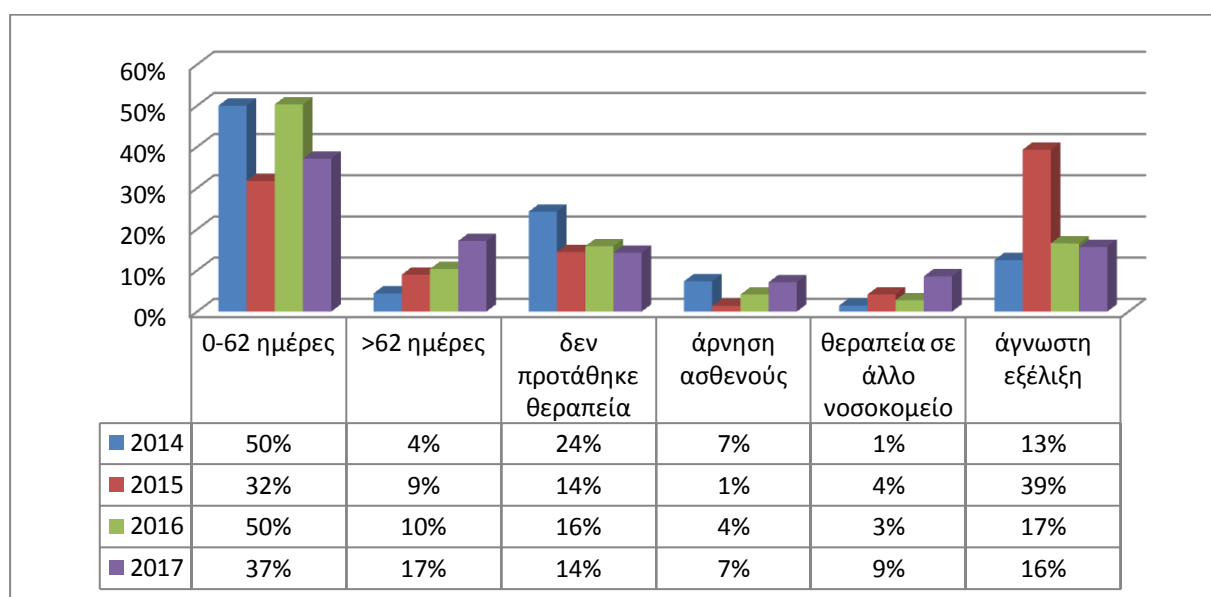
5.11 Χρονικό διάστημα από τη διάγνωση έως την έναρξη θεραπείας

Προκειμένου να μελετηθεί η εξέλιξη της περίθαλψης των ασθενών που παραπέμφθηκαν για πρώτη φορά στο ογκολογικό συμβούλιο, ομαδοποιήθηκαν στις εξής κατηγορίες και παρουσιάζονται στο διάγραμμα 5.48:

- ασθενείς που έλαβαν θεραπεία στο NNA εντός του επιθυμητού χρονικού διαστήματος των 62 ημερών από τη διάγνωση
- ασθενείς που έλαβαν θεραπεία στο NNA σε χρονικό διάστημα μεγαλύτερο των 62 ημερών από τη διάγνωση
- ασθενείς που δεν έλαβαν θεραπεία γιατί δεν προτάθηκε κάτι τέτοιο στο ογκολογικό συμβούλιο
- ασθενείς που αρνήθηκαν να λάβουν την προτεινόμενη θεραπεία ή δεν ήταν σε θέση να την λάβουν
- ασθενείς που παραπέμφθηκαν σε άλλο νοσοκομείο προκειμένου να λάβουν θεραπεία
- ασθενείς για τους οποίους δεν υπάρχουν επαρκή στοιχεία για το αν έλαβαν ή όχι θεραπεία.

Διάγραμμα 5.48

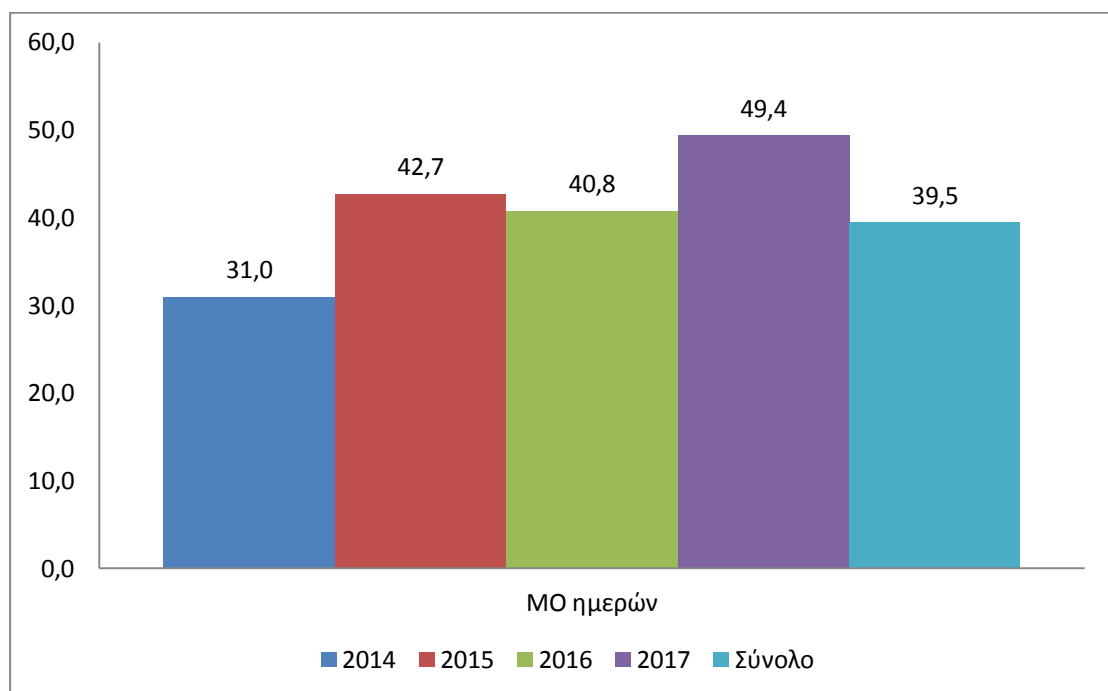
Εξέλιξη θεραπείας νεοδιαγνωσθέντων ασθενών



Για τους ασθενείς που έλαβαν θεραπεία μετά από απόφαση του ογκολογικού συμβουλίου υπολογίστηκε ο μέσος όρος των ημερών που μεσολάβησαν από την ημέρα διάγνωσης έως την έναρξη της πρώτης θεραπείας. Ο συνολικός μέσος όρος υπολογίστηκε σε 39,4 ημέρες.

Διάγραμμα 5.49

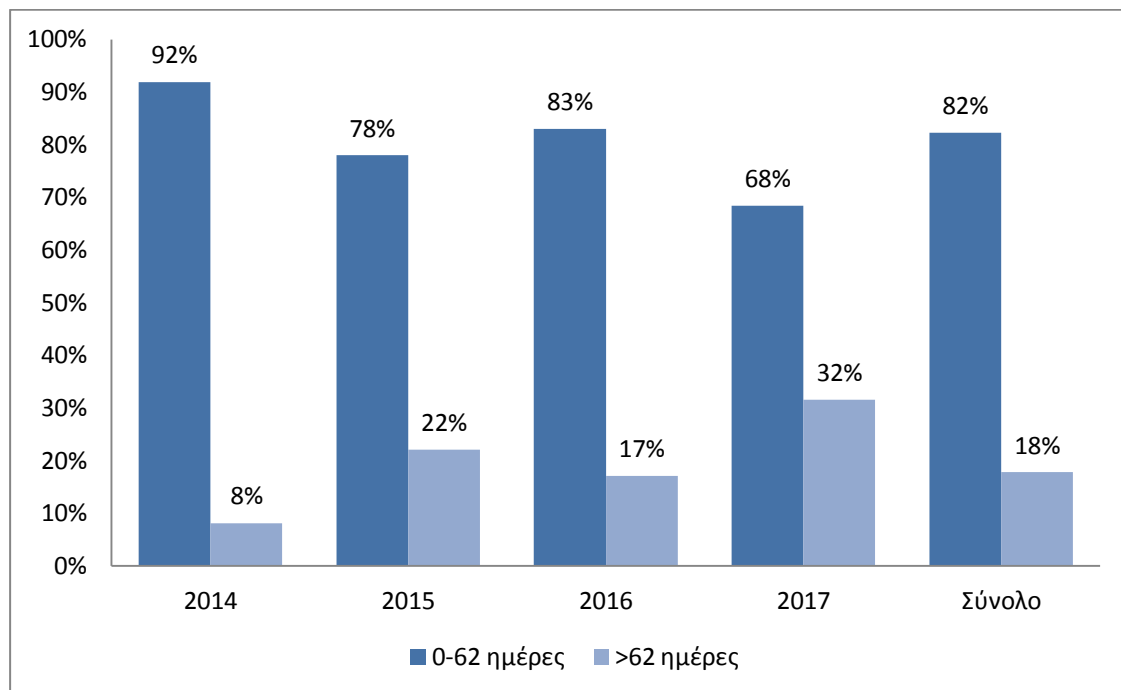
Μέσος όρος χρονικού διαστήματος από τη διάγνωση έως την έναρξη θεραπείας ανά έτος



Στον τελευταίο πίνακα 5.50 παρουσιάζονται ανά έτος και συνολικά τα ποσοστά των ασθενών που έλαβαν θεραπεία εντός 62 ημερών από την ημέρα της διάγνωσής τους συγκριτικά με τα ποσοστά των ασθενών για τους οποίους απαιτήθηκε μεγαλύτερο χρονικό διάστημα.

Διάγραμμα 5.50

Ποσοστό ασθενών που έλαβαν θεραπεία εντός 62 ημερών από τη διάγνωση



Κεφάλαιο 6

Συζήτηση αποτελεσμάτων

6.1 Εισαγωγή

Το δείγμα που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα ερευνητική εργασία, για το χρονικό διάστημα 2014 έως 31/7/2017, κρίνεται ικανοποιητικό σε μέγεθος ώστε να εξαχθούν χρήσιμα συμπεράσματα. Μελετήθηκαν 132 ογκολογικά συμβούλια στα οποία συζητήθηκαν 558 ασθενείς (623 περιστατικά, δεδομένου ότι αρκετοί ασθενείς παραπέμφθηκαν πέραν της μίας φορές).

Μελετήθηκαν θέματα που αφορούν στο διαδικαστικό κομμάτι των συμβουλίων, θέματα κόστους, τα χαρακτηριστικά των ογκολογικών ασθενών που παραπέμφθηκαν από άποψη διαγνώσεων, οι αποφάσεις που ελήφθησαν και τέλος έγινε απόπειρα για διερεύνηση της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας των συμβουλίων.

6.2 Αριθμός ογκολογικών συμβουλίων

Παρόλο που το ογκολογικό συμβούλιο έχει προγραμματιστεί να διεξάγεται κάθε εβδομάδα, διαπιστώνεται ότι η συχνότητά του δεν είναι εβδομαδιαία. Υπάρχουν δηλαδή εβδομάδες που δεν διενεργείται λόγω μη παραπομπής κάποιου περιστατικού προς συζήτηση.

Πάντως διακρίνεται μία αυξητική τάση του αριθμού των συμβουλίων και ταυτόχρονα μία πτώση του αριθμού των περιστατικών που συζητούνται ανά συμβούλιο. Πρακτικά ενώ ο συνολικός αριθμός των περιστατικών παραμένει στα ίδια σχεδόν επίπεδα ανά τα έτη, παρατηρείται αύξηση της συχνότητας των συμβουλίων, με αποτέλεσμα τη ταχύτερη εκτίμηση των ασθενών, γεγονός που συμβάλει στη βελτιστοποίηση της θεραπευτικής τους προσέγγισης.

6.3 Αναβολή συζήτησης περιστατικών

Διαπιστώθηκε πως ένα ποσοστό περί του 8-9% των περιστατικών που παραπέμπονται στο ογκολογικό συμβούλιο, τελικά δεν συζητούνται άμεσα λόγω μη προσέλευσης των θεραπόντων ιατρών στο συμβούλιο. Η μη προσέλευση αφορά στο μεγαλύτερο ποσοστό χειρουργούς και πολύ λιγότερο παθολόγους.

Η προφανής εξήγηση είναι ότι η φύση της εργασίας των χειρουργών ενέχει μεγαλύτερη δυσκολία στον προγραμματισμό εργασιών σε συγκεκριμένη χρονική στιγμή. Αξίζει να σημειωθεί πάντως ότι στις περιπτώσεις μη προσέλευσής τους, συζητούν το περιστατικό την επόμενη μέρα κατ'ιδίαν με τον ογκολόγο προκειμένου να μην καθυστερήσει η θεραπευτική αντιμετώπιση του ασθενούς και παραπέμπεται εκ νέου για το επόμενο ογκολογικό συμβούλιο.

6.4 Συμμετέχοντες

Επακόλουθο της μείωσης του αριθμού των περιστατικών ανά συμβούλιο, ήταν και η μείωση του αριθμού των συμμετεχόντων. Το 2014 συμμετείχαν κατά μέσο όρο 10 μέλη στα ογκολογικά συμβούλια, ενώ το 2017 ο μέσος όρος έχει μειωθεί στα 7 μέλη. Στην πλειονότητά τους οι συμμετέχοντες είναι ειδικοί ιατροί και είναι εμφανής η απουσία ειδικευόμενων ιατρών. Παρόλο τον σημαντικότερο εκπαιδευτικό ρόλο των ογκολογικών συμβουλίων και την υποχρεωτική παρακολούθησή τους βάσει της ισχύουσας νομοθεσίας από τους ειδικευόμενους, στο 1/3 από όσα διεξήχθησαν δεν παρέστη κανένας ειδικευόμενος ιατρός.

Ταυτόχρονα παρατηρείται μία ενίσχυση της συμμετοχής του νοσηλευτή, ο οποίος για το έτος 2017 ήταν παρόν σε όλα τα συμβούλια. Ωστόσο ο ρόλος του είναι κυρίως επικουρικός, για το γραμματειακό κομμάτι του συμβουλίου.

Θα πρέπει ακόμη να σημειωθεί ότι παρόλο που προβλέπεται από τη σχετική νομοθεσία η συμμετοχή επαγγελματιών υγείας, πέραν του ιατρικού κλάδου, δεν συμμετείχε στα ογκολογικά συμβούλια που μελετήθηκαν κανένας μη ιατρός ή νοσηλευτής.

Εν κατακλείδι διαπιστώνεται ότι δεν αξιοποιούνται πλήρως οι εκπαιδευτικές δυνατότητες που προσφέρει το ογκολογικό συμβούλιο και προτείνεται να διερευνηθεί το φαινόμενο και να ανευρεθούν τρόποι ενίσχυσης της συμμετοχής των

ειδικευόμενων ιατρών. Επίσης προτείνεται η κατά περίπτωση συμμετοχή και άλλων επαγγελματιών υγείας, καθώς και η αναβάθμιση του ρόλου του νοσηλευτή, κατά τα διεθνή πρότυπα, με στόχο την ολιστική παροχή φροντίδας στον ογκολογικό ασθενή.

6.5 Κόστος ογκολογικών συμβουλίων

Το κόστος των ογκολογικών συμβουλίων παρόλο που υπολογίστηκε μόνο για τα έτη 2016 και 2017, λόγω έλλειψης στοιχείων για τα υπόλοιπα 2 έτη, αποδεικνύεται πρακτικά αμελητέο. Στο χώρο της ογκολογίας οι συνήθεις τιμές των διαγνωστικών εξετάσεων και των φαρμάκων, και ιδιαίτερα των νεώτερων θεραπειών, είναι πολλάκις πολλαπλάσιες του κόστους των ογκολογικών συμβουλίων που υπολογίστηκε.

6.6 Παραπομπή ασθενών στο ογκολογικό συμβούλιο

Κατά την ανάλυση των αποτελεσμάτων σχετικά με τις εισηγήτριες κλινικές των ασθενών που παραπέμπονται στο ογκολογικό συμβούλιο, διαπιστώθηκε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό τους (67%) ανήκουν στο χειρουργικό τομέα. Προκύπτει λοιπόν ότι οι ασθενείς απευθύνονται αρχικά σε κάποια χειρουργική κλινική, και κατά κύριο λόγο σε γενικούς χειρουργούς, οι οποίοι διενεργούν τον απαραίτητο εργαστηριακό έλεγχο προκειμένου να διαγνωστεί η κακοήθεια, και στη συνέχεια παραπέμπουν τους ασθενείς στο ογκολογικό συμβούλιο. Πολλές φορές μάλιστα προχωρούν και σε χειρουργική επέμβαση πριν το ογκολογικό συμβούλιο.

Το γεγονός ότι υπερτερούν οι χειρουργικές κλινικές σε σχέση με τις παθολογικές, μπορεί να δικαιολογηθεί από τη συχνότητα των διαγνώσεων που εμφανίζονται (24% καρκίνος παχέος εντέρου) και το γεγονός ότι η χειρουργική αφαίρεση του όγκου αποτελεί μία από τις σημαντικότερες μεθόδους θεραπείας του καρκίνου και χρησιμοποιείται από αρχαιότατων χρόνων.

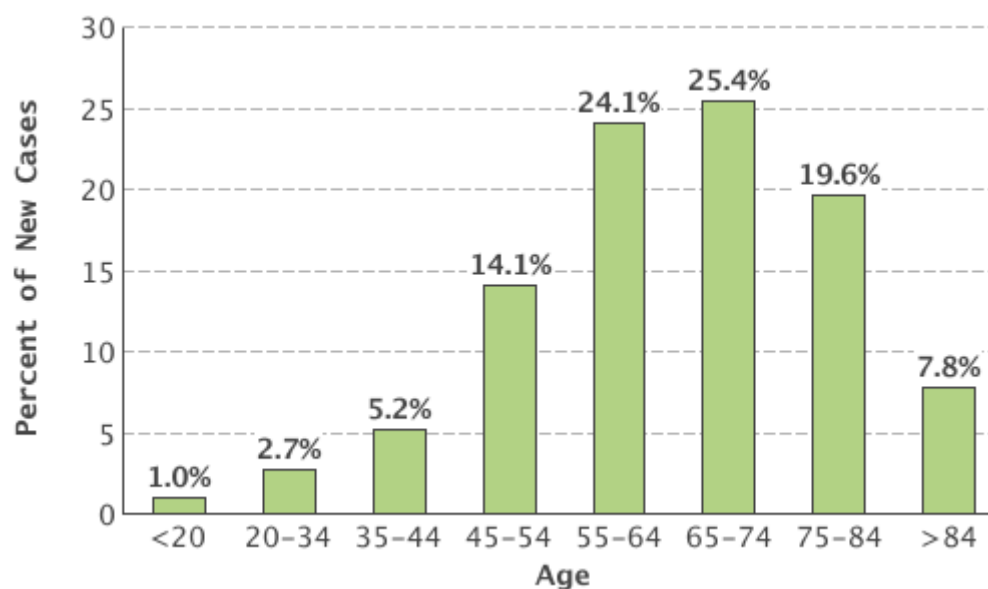
6.7 Φύλο και ηλικία ογκολογικών ασθενών

Σύμφωνα με δεδομένα του ΠΟΥ για το 2012 (WHO, 2012), η εμφάνιση καρκίνου είναι συχνότερη στους άνδρες από ότι τις γυναίκες. Μάλιστα αναφέρεται ότι η επίπτωση καρκίνου για όλες τις μορφές του συνολικά, είναι κατά 25% μεγαλύτερη στους άνδρες σε σχέση με τις γυναίκες παγκοσμίως. Τα στοιχεία αυτά συμπίπτουν με τα ευρήματα της παρούσας ερευνητικής εργασίας, όπου το 56% των ογκολογικών ασθενών που μελετήθηκαν ήταν άνδρες και το 44% γυναίκες.

Σύμφωνα με το National Cancer Institute (NCI, 2015), ο μέσος όρος ηλικίας διάγνωσης καρκίνου, για όλους τους τύπους, είναι τα 66 έτη. Στο ίδιο ακριβώς αποτέλεσμα κατέληξε και η ανάλυση των δεδομένων της παρούσας έρευνας. Το διάγραμμα 5.33 που παρουσιάστηκε νωρίτερα και αφορά στην ηλικία των ασθενών κατά τη διάγνωση σε ποσοστά, διαφέρει ελάχιστα από το διάγραμμα 6.1 του National Cancer Institute (NCI, 2015), παρακάτω.

Διάγραμμα 6.1

Ποσοστό νέων περιπτώσεων καρκίνου ανά ηλικιακή ομάδα για όλους τους τύπους καρκίνου



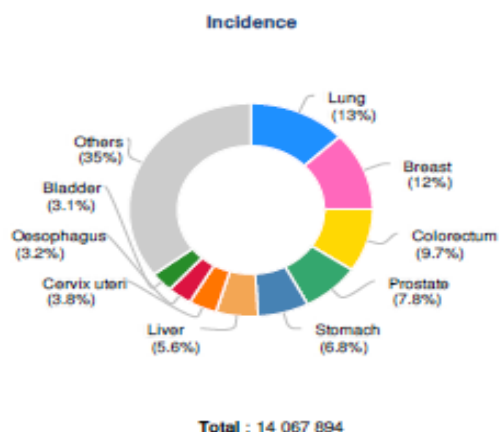
πηγή: NCI

6.8 Επίπτωση καρκίνου

Η επίπτωση του καρκίνου παγκοσμίως και ιδιαίτερος για την Ελλάδα, παρουσιάζεται στα παρακάτω διαγράμματα 6.2 και 6.3 σύμφωνα με στοιχεία του ΠΟΥ (WHO, 2012).

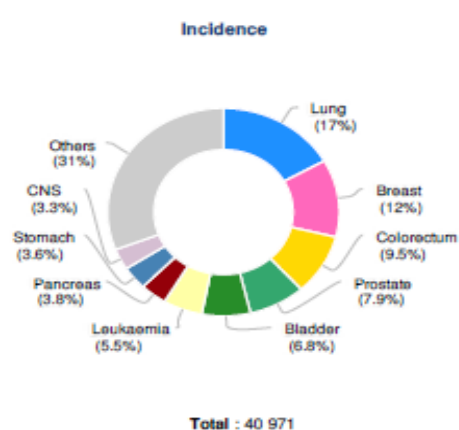
Διάγραμμα 6.2

Επίπτωση καρκίνου παγκοσμίως



Διάγραμμα 6.3

Επίπτωση καρκίνου στην Ελλάδα



πηγή: WHO

πηγή: WHO

Στον παρακάτω πίνακα 6.2 παρουσιάζεται η επίπτωση των διαφόρων τύπου καρκίνου με βάση τα στοιχεία του ΠΟΥ για το 2012, συγκρινόμενα με τα ευρήματα της παρούσας μελέτης για το Ναυτικό Νοσοκομείο Αθηνών και τα έτη 2014-2017.

Πίνακας 6.1

Επίπτωση καρκίνου

	Επίπτωση καρκίνου παγκοσμίως(ΠΟΥ)	Επίπτωση καρκίνου στην Ελλάδα (ΠΟΥ)	Επίπτωση καρκίνου στο NNA
Καρκίνος πνεύμονα	13%	16,8%	13%
Καρκίνος μαστού	11,9%	12%	17,9%
Καρκίνος παχέος εντέρου	9,7%	9,5%	24%
Καρκίνος προστάτη	7,8%	7,9%	1%
Καρκίνος ουροδόχου κύστης	3,1%	6,8%	3%
Λευχαιμία	2,5%	5,5%	-
Καρκίνος παγκρέατος	2,4%	3,8%	3,4%
Καρκίνος στομάχου	6,8%	3,6%	5,9%
Καρκίνος μήτρας και τραχήλου μήτρας	6,1%	3,1%	3,6%
Καρκίνος ήπατος	5,6%	2,6%	1,8%
Καρκίνος οισοφάγου	3,2%	0,5%	1%
Καρκίνος εγκεφάλου-ΚΝΣ	1,8%	3,3%	2,2%
Καρκίνος όρχεως	0,4%	0,4%	3%
Καρκίνος ωοθηκών	1,7%	2,2%	3%
Καρκίνος νεφρού	2,4%	2,7%	3,4%

Από τη σύγκριση των τιμών διαπιστώνονται αρκετές διαφορές. Καταρχήν θα πρέπει να ληφθεί υπόψη ότι στο ογκολογικό συμβούλιο του NNA δεν παραπέμπονται ασθενείς με αιματολογική κακοήθεια, για το λόγο αυτό και δεν υπάρχουν στοιχεία για την επίπτωση της λευχαιμίας. Συνεπώς τα ποσοστά των τύπων καρκίνου (συμπαγών όγκων) που ανευρέθηκαν είναι κατάτι υψηλότερα από τα πραγματικά.

Τα κυριότερα σημεία όπου διαφοροποιούνται τα ευρήματα της έρευνας από τα στοιχεία του ΠΟΥ, είναι στη συχνότητα του καρκίνου του παχέος εντέρου και του καρκίνου του μαστού. Ενώ παγκοσμίως ο καρκίνος παχέος εντέρου αποτελεί τον τρίτο σε συχνότητα καρκίνο, για το NNA αποτελεί τον πρώτο και με αρκετά μεγάλη διαφορά. Το ποσοστό των ασθενών με καρκίνο του παχέος εντέρου (24%), που νοσηλεύονται στο NNA, είναι 2,5 φορές μεγαλύτερο από το ποσοστό που έχει υπολογιστεί παγκοσμίως (9,7%). Για τον καρκίνο του μαστού η διαφορά είναι μικρότερη αλλά και πάλι διαπιστώθηκε μεγαλύτερη επίπτωση στο NNA σε σχέση με τα δεδομένα του ΠΟΥ (18% σε σχέση με 12%). Η πιθανότερη εξήγηση των παραπάνω διαφορών είναι ότι οι χειρουργικές κλινικές του NNA, στις οποίες νοσηλεύονται οι ασθενείς με καρκίνο παχέος εντέρου και μαστού, επιλέγονται συχνότερα από τους πάσχοντες ασθενείς, ενώ θα μπορούσαν να απευθυνθούν σε κάποιο άλλο δημόσιο νοσοκομείο.

Το ακριβώς αντίθετο συμβαίνει με την ουρολογική κλινική του NNA, και για το λόγο αυτό ο καρκίνος προστάτη έχει συχνότητα μόλις 1%, σε σχέση με το 7,9% που μετρήθηκε παγκοσμίως.

Θα πρέπει ωστόσο να επισημανθεί ότι αυξημένη συχνότητα παρατηρήθηκε και σε ασθενείς με καρκίνο όρχεως (3%), ενώ παγκοσμίως η συχνότητα αυτού του τύπου καρκίνου είναι μόλις 0,4%.

Συνολικά διαπιστώνεται ότι υπάρχουν αρκετές αποκλείσεις των δεδομένων του NNA από τα παγκόσμια δεδομένα και θα ήταν χρήσιμο να διερευνηθούν περαιτέρω σε μελλοντική μελέτη. Τέλος ενδέχεται και τα δεδομένα που αφορούν στην Ελλάδα συνολικά να μην είναι απόλυτα ακριβή, δεδομένου ότι στην καταγραφή των νεοπλασμάτων που γίνεται από το Εθνικό Αρχείο Νεοπλασιών του ΚΕΕΛΠΝΟ δεν συμμετέχουν ακόμα όλα τα νοσηλευτικά ιδρύματα της χώρας. Το NNA συγκεκριμένα βρίσκεται ακόμη εν αναμονή έναρξης συμμετοχής στην ηλεκτρονική καταγραφή, παρόλο που έχουν οριστεί καταγραφείς από το 2011.

6.9 Επαναξιολόγηση ασθενών

Υπολογίστηκε ότι το 19% των ασθενών που παραπέμπονται στο ογκολογικό συμβούλιο είναι ασθενείς που έχουν επαναξιολογηθεί από το συμβούλιο σε προγενέστερη ημερομηνία. Ενδεχομένως μάλιστα, να ήταν προς όφελος των ασθενών, να επαναξιολογείται μεγαλύτερο ποσοστό τους.

6.10 Μεταστατική νόσος

Διαπιστώθηκε ότι αρκετά μεγάλο ποσοστό των ασθενών (26%) έχει ήδη μεταστατική νόσο κατά τη διάγνωση και για το 32% είναι άγνωστο αν υπάρχουν ή όχι μεταστάσεις. Η ύπαρξη των απομακρυσμένων μεταστάσεων προοιωνίζει δυσμενή πρόγνωση για τους ασθενείς. Οι ασθενείς με *in situ* καρκινώματα (τοπικά, μη διηθητικά), και άρα καλής πρόγνωσης, αποτέλεσαν μόλις το 5% των ασθενών που παραπέμφθηκαν στο ογκολογικό συμβούλιο για το χρονικό διάστημα που ερευνάται.

6.11 Αποφάσεις ογκολογικού συμβουλίου

Στην συντριπτική τους πλειοψηφία (81%) τα ογκολογικά συμβούλια προτείνουν τη θεραπευτική προσέγγιση του ασθενούς, καθώς αυτός είναι ο κύριος σκοπός διεξαγωγής τους. Το γεγονός ότι για το 26% των ασθενών προτείνονται περαιτέρω εξετάσεις προκειμένου να προταθεί θεραπεία, υποδηλώνει ότι η συμβολή των ογκολογικών συμβουλίων στην ολοκληρωμένη διάγνωση είναι ουσιαστική. Αξίζει μάλιστα να σημειωθεί ότι προέκυψε μία περίπτωση αλλαγής διάγνωσης, λόγω των περεταίρω εξετάσεων που προτάθηκαν από το ογκολογικό συμβούλιο, σε ασθενή που είχε ήδη ξεκινήσει θεραπεία, με αποτέλεσμα την επιλογή εντελώς διαφορετικής θεραπευτικής προσέγγισης. Το γεγονός αυτό προβλημάτισε ιδιαίτερα τους εμπλεκόμενους και ανέδειξε τη χρησιμότητα του ογκολογικού συμβουλίου.

6.12 Εκτίμηση αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητας ογκολογικού συμβουλίου

Υπάρχει διαφωνία στο κατά πόσο πρέπει να χρησιμοποιηθούν κλινικά αποτελέσματα ή διαδικασίες κατά την αποτίμηση της αποδοτικότητας και της αποτελεσματικότητας του ογκολογικού συμβουλίου. Αναμφίβολα τα κλινικά δεδομένα αποτελούν τον πιο διαδεδομένο και αποδεκτό τρόπο απόδειξης ότι μια διαδικασία είναι αποδοτική. Ωστόσο, στη συγκεκριμένη περίπτωση, η πολυπλοκότητα του θέματος και το γεγονός ότι και άλλοι παράγοντες μπορούν να συμβάλουν στη βελτίωση των κλινικών αποτελεσμάτων των ογκολογικών ασθενών που παραπέμπονται στο συμβούλιο, οδήγησε στην επιλογή άλλων τρόπων εκτίμησης της αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητας. Δεδομένου ότι ο στόχος των ογκολογικών συμβουλίων είναι η βελτίωση της περίθαλψης των ογκολογικών ασθενών, κρίθηκε ότι είναι προτιμότερο να μελετηθεί η επίδρασή τους στους χρόνους αναμονής των ασθενών.

Αναγνωρίζεται διεθνώς ότι οι συντομότεροι χρόνοι αναμονής συμβάλουν θετικά στην βελτίωση των κλινικών αποτελεσμάτων των ογκολογικών ασθενών. Στην Αγγλία μάλιστα έχουν εκδοθεί συγκεκριμένες κατευθυντήριες οδηγίες και στόχοι που καλούνται να επιτύχουν οι επαγγελματίες υγείας, γίνεται άμεση ηλεκτρονική καταγραφή των περιστατικών και των χρόνων αναμονής τους και εκδίδονται τριμηνιαία στατιστικά ελεύθερα διαθέσιμα προς όλους (NHS, 2017).

Οι στόχοι που έχουν τεθεί από το εθνικό σύστημα υγείας της Αγγλίας είναι συνοπτικά:

- όριο 14 ημερών από την ημέρα παραπομπής του ασθενούς από τον οικογενειακό ιατρό στο νοσοκομείο, έως την εκτίμηση του ασθενούς από ειδικό
- όριο 31 ημερών από την ημέρα λήψης απόφασης για θεραπεία έως την έναρξη της θεραπείας και
- όριο 62 ημερών από την ημέρα παραπομπής του ασθενούς από τον οικογενειακό ιατρό στο νοσοκομείο, έως την έναρξη της θεραπείας

Ωστόσο αναγνωρίζεται ότι δεν είναι πάντα εφικτό να τηρούνται απόλυτα τα όρια αυτά. Υπάρχει πιθανότητα ορισμένοι ασθενείς να μην είναι διαθέσιμοι για θεραπεία επειδή επιλέγουν οι ίδιοι να καθυστερήσουν ή να μην προχωρήσουν με τη θεραπεία που τους προτείνεται, ή ενδεχομένως η γενικότερη κλινική κατάστασή τους

να μην επιτρέπει να υποβληθούν άμεσα στη προτεινόμενη θεραπεία αλλά να απαιτείται καθυστέρηση (<https://digital.nhs.uk/cancer-waiting-times>).

Οι παραπάνω λοιπόν στόχοι δεν αναμένεται να επιτευχθούν για όλους τους ασθενείς, αλλά για το 93% για το όριο των 14 ημερών, για το 96% για το όριο των 31 ημερών και για το 85% για το όριο των 62 ημερών.

Στην Ελλάδα δεν υπάρχει αντίστοιχη στοχοθεσία, και για το λόγο αυτό χρησιμοποιήθηκαν τα αγγλικά πρότυπα προκειμένου να αξιολογηθεί η αποτελεσματικότητα του ογκολογικού συμβουλίου του NNA. Από την παρούσα μελέτη, παρόλες τις ελλείψεις που υπάρχουν σε δεδομένα κυρίως για το έτος 2015, μπορούν να εξαχθούν με επιφύλαξη ορισμένα συμπεράσματα.

Στο κομμάτι της παραπομπής των ασθενών στο ογκολογικό συμβούλιο φαίνεται ότι υπάρχει μία σαφής καθυστέρηση από τους εισηγητές ιατρούς. Μάλιστα διακρίνεται μία αυξητική τάση του μέσου όρου του χρόνου από τη διάγνωση στην παραπομπή του ασθενούς. Στο διάστημα των 3,5 ετών που ερευνήθηκε ο μέσος όρος αυξήθηκε κατά 10 ημέρες, από 17,8 το 2014 σε 27,7 το 2017. Συνολικά μόνο το 45 % των ασθενών παραπέμφθηκε εντός 2 εβδομάδων, αναδεικνύοντας ότι υπάρχουν μεγάλες καθυστερήσεις στον ελληνικό χώρο υγείας.

Σε ότι αφορά στο συνολικό χρόνο από τη διάγνωση έως τη θεραπεία επαναλαμβάνεται η ίδια αυξητική τάση. Από τις 31 ημέρες που απαιτήθηκαν κατά μέσο όρο το 2014, ο χρόνος έχει αυξηθεί σε 49,4 ημέρες για το 2017. Ενώ λοιπόν, το 2014 το 92% των ασθενών έλαβαν θεραπεία εντός του επιθυμητού χρονικού διαστήματος των 62 ημερών, το ποσοστό αυτό σταδιακά μειώθηκε σε μόλις 68% για το τρέχον έτος.

Τα αποτελέσματα της έρευνας οδηγούν στο συμπέρασμα ότι η αποδοτικότητα του ογκολογικού συμβουλίου στο NNA έχει φθίνουσα πορεία και απαιτείται να ληφθούν μέτρα για τη βελτίωση της διαχείρισης των ογκολογικών ασθενών. Προτείνεται η καθιέρωση συγκεκριμένης μεθόδου αξιολόγησης του συμβουλίου και η καθιέρωση χρονικών στόχων για τη μείωση του χρόνου αναμονής των ασθενών.

6.13 Περιορισμοί της έρευνας

Επί του παρόντος δεν υπάρχει ένας "χρυσός κανόνας" για τη διεξαγωγή έρευνας χωρίς περιορισμούς. Οι περιορισμοί της παρούσας ερευνητικής μελέτης σχετίζονται κυρίως με τα μειονεκτήματα που προκύπτουν από τη επιλογή αναδρομικής έρευνας.

Ουσιαστικά, τα δεδομένα που ήδη υπάρχουν στα αρχεία είναι εκείνα που καθορίζουν τις ερευνητικές υποθέσεις που ελέγχονται στις αναδρομικές μελέτες. Εν τούτοις, η πραγματοποίηση μιας αναδρομικής μελέτης αντί της αντίστοιχης προοπτικής συνήθως μειώνει σημαντικά τόσο το κόστος όσο και το χρόνο που απαιτείται για την εξαγωγή συμπερασμάτων.

Η αναδρομική έρευνα συχνά απαιτεί την ανάλυση δεδομένων που δεν συλλέχθηκαν για ερευνητικούς λόγους (Hess, 2004), (Jansen et al, 2005), και οι κυριότεροι περιορισμοί αφορούν στη ελλιπή καταγραφή στοιχείων που δεν είναι ανακτήσιμα. Όταν τα αρχεία υπόκεινται σε κενά και ελλείψεις, καθίσταται δύσκολο να προσδιοριστεί κατά πόσο τα δεδομένα, τα οποία είναι διαθέσιμα, αντιπροσωπεύουν τον υπό διερεύνηση πληθυσμό.

Στην παρούσα ερευνητική μελέτη υπήρξαν πράγματι ελλείποντα δεδομένα, τα οποία αναφέρονται κατά την παρουσίαση των αποτελεσμάτων. Ωστόσο λόγω του μεγάλου όγκου του δείγματος κρίνεται ότι δεν επηρέασαν την εξαγωγή συμπερασμάτων. Θα ήταν πάντως χρήσιμο να διεξαχθεί μία προοδευτική μελέτη της λειτουργίας του ογκολογικού συμβουλίου, προκειμένου να ελαχιστοποιηθεί ο αριθμός των ελλειπόντων δεδομένων.

6.14 Ανακεφαλαίωση

Τα νέα δεδομένα της μοριακής βιολογίας εισέρχονται όλο και περισσότερο στην κλινική πράξη στον τομέα της ογκολογίας και βοηθούν στην καλύτερη κατανόηση της πορείας της νόσου καθώς και στις θεραπευτικές αποφάσεις. Για τη θεραπεία του καρκίνου πλέον, στις περισσότερες χώρες του κόσμου αλλά και στην Ελλάδα, συνεργάζονται πολλές ιατρικές ειδικότητες, και είναι προτιμότερο να συνεργάζονται από την αρχή της νόσου και να συναποφασίζουν για τη στρατηγική που θα ακολουθηθεί. Η αρμονική συνεργασία αυτών των ειδικοτήτων, μαζί με τη βοήθεια

των ερευνητών μετατρέπει σταδιακά ένα ανίατο νόσημα (τον καρκίνο) σε μία χρόνια νόσο.

Η κατανόηση του πώς οι ογκολογικές ομάδες στον ελληνικό χώρο μπορούν να επηρεάσουν την παροχή φροντίδας και τη χρήση των διαθέσιμων πόρων υγειονομικής περίθαλψης, κρίνεται ιδιαίτερα σημαντική και αποτέλεσε το στόχο της παρούσας έρευνας.

Από την ανάλυση των δεδομένων διαπιστώθηκε ότι ενώ ο συνολικός αριθμός των περιστατικών παραμένει στα ίδια σχεδόν επίπεδα ανά τα έτη, παρατηρείται αύξηση της συχνότητας των συμβουλίων και ταυτόχρονα μείωση του αριθμού των συμμετεχόντων. Στην πλειονότητά τους οι συμμετέχοντες είναι ειδικοί ιατροί και είναι εμφανής η απουσία ειδικευόμενων ιατρών, με το 1/3 των συμβουλίων να διεξάγονται χωρίς κανέναν ειδικευόμενο. Στο μεγαλύτερο ποσοστό τους (67%) οι ασθενείς παραπέμπονται στο ογκολογικό συμβούλιο από ιατρούς του χειρουργικού τομέα. Ωστόσο το 8-9% των περιστατικών που παραπέμπονται στο ογκολογικό συμβούλιο, τελικά δεν συζητούνται άμεσα λόγω μη προσέλευσης των θεραπόντων ιατρών στο συμβούλιο, που είναι κατά κύριο λόγο χειρουργοί. Στην συντριπτική τους πλειοψηφία (81%) τα ογκολογικά συμβούλια προτείνουν τη θεραπευτική προσέγγιση του ασθενούς και το κόστος τους υπολογίστηκε μηδαμινό για τα σημερινά οικονομικά δεδομένα.

Τα ευρήματα της παρούσας ερευνητικής εργασίας σχετικά με το φύλο και την ηλικία των ασθενών που παραπέμπονται, συμπίπτουν με τα στοιχεία του ΠΟΥ. Στο κομμάτι των διαγνώσεων υπάρχουν κάποιες διαφοροποιήσεις κυρίως στη συχνότητα του καρκίνου του παχέος εντέρου και του καρκίνου του μαστού. Υπολογίστηκε ότι το 19% των ασθενών που παραπέμπονται στο ογκολογικό συμβούλιο είναι ασθενείς που έχουν επαναξιολογηθεί από το συμβούλιο και διαπιστώθηκε ότι το 26% των ασθενών είχε ήδη μεταστατική νόσο κατά τη διάγνωση.

Στο κομμάτι του χρόνου αναμονής των ασθενών διακρίνεται μία αυξητική τάση. Ο μέσος όρος του χρόνου από τη διάγνωση έως την παραπομπή του ασθενούς αυξήθηκε κατά 10 ημέρες, από 17,8 το 2014 σε 27,7 το 2017 και συνολικά μόνο το 45% των ασθενών παραπέμφθηκε εντός 2 εβδομάδων. Αντίστοιχα ο συνολικός χρόνος από τη διάγνωση έως τη θεραπεία αυξήθηκε από τις 31 ημέρες που απαιτήθηκαν κατά μέσο όρο το 2014 σε 49.4 ημέρες για το 2017, και ενώ το 2014 το 92% των ασθενών έλαβαν θεραπεία εντός του επιθυμητού χρονικού διαστήματος των 62 ημερών, για το 2017 το ποσοστό αυτό μειώθηκε σε μόλις 68%.

Τα παραπάνω ζητήματα που ανέκυψαν χρήζουν ιδιαίτερης προσοχής, περαιτέρω έρευνας αλλά και παρέμβασης, με προεξέχον την ανάγκη για μείωση των χρόνων αναμονής των ογκολογικών ασθενών.

Βιβλιογραφία

Ξενογλώσση

- Bain C, Raikundalia G K, Shulman T, Sharma R, (2013), Multi-disciplinary Team Meetings for Cancer Care: Results of an Australian Survey *Journal of Cancer Research and Treatment*, 1 (1), pp 12-23.
- Bellamy D, Peake M, Williams A. (2013) The role of primary care as part of the multidisciplinary team (MDT) in the management of lung cancer: the “dream MDT” report – new guidance from the UK Lung Cancer Coalition. *Prim Care Respir J*; 22: 3–4.
- Bergamini C, Locati L, Bossi P, et al.(2016) Does a multidisciplinary team approach in a tertiary referral centre impact on the initial management of head and neck cancer? *Oral Oncol*;54:54–7.
- Berman HL. (1975) The tumor board: is it worth saving? *Military Medicine*.;140(8):529–531.
- Birchall M, Bailey D, King P. (2004) South West Cancer Intelligence Service Head and Neck Tumour Panel. Effect of process standards on survival of patients with head and neck cancer in the south and west of England. *Br J Cancer*;91:1477–81.
- Boxer MM, Vinod SK, Shafiq J, et al.(2011) Do multidisciplinary team meetings make a difference in the management of lung cancer? *Cancer*; 117: 5112–5120.
- Buckingham, A. and Saunders, P. (2004) *The survey methods workbook*. Cambridge: Polity Press Ltd.
- Bydder S, Nowak A, Marion K, et al. (2009) The impact of case discussion at a multidisciplinary team meeting on the treatment and survival of patients with inoperable non-small cell lung cancer. *Intern Med J*; 39: 838–841.

- Chan WF, Cheung PS, Epstein RJ, Mak J. (2006) Multidisciplinary approach to the management of breast cancer in Hong Kong. *World J Surg*; 30(12): 2095–2100.
- Chang JH, Vines E, Bertsch H et al. (2001) The impact of a multidisciplinary breast cancer center on recommendations for patient management: the University of Pennsylvania experience. *Cancer*; 91(7): 1231–1237.
- Circulaire DGS/DH/AFS n_ 98-213 (1998) Relative a l'organisation des soins en cancerologie dans les etablissements d'hospitalisation publics et privés; 98(17): 177–191. Paris.
- Clifton IJ, Scarsbrook AF, Muers MF. (2009) No lung cancer at resection of PET positive lesions: an audit of the lung cancer multidisciplinary team. *Eur Respir J* ; 33: 941–942.
- Coates A. (2002) Poisons and handwork: interactions between surgeons and medical oncologists. *ANZ J Surg*; 72: 174–176.
- Conron M, Phuah S, Steinfors D, et al. (2007) Analysis of multidisciplinary lung cancer practice. *Intern Med J*; 37: 18–25.
- Crossan, F. (2003) Research philosophy: towards an understanding. *Nurse Researcher* 11(1):46-55
- Crotty, M. (1998) *The Foundations of Social Research: meaning and perspective in the research process*. London: Sage
- Décret n° 2003-418 du 7 mai 2003 portant création d'une mission interministérielle pour la lutte contre le cancer. *Journal Officiel de la République Française*. 2003; 8007.
- Denzin, N.K. and Lincoln, Y.S. (1994) *Handbook of Qualitative research*. Thousand Oaks, Sage
- DOH (2004) *The Department of Health. Manual for Cancer Services*. London: The Department of Health.

- DOH (1995) The Expert Advisory Group on Cancer to the Chief Medical Officers of England and Wales. A Policy Framework for Commissioning Cancer Services: A Report by The Expert Advisory Group on Cancer to the Chief Medical Officers of England and Wales. London, Department of Health.
- Devitt B, Philip J, McLachlan SA. (2010) Team dynamics, decision making, and attitudes toward multidisciplinary cancer meetings: health professionals' perspectives. *J Oncol Pract*; 6: e17–e20.
- Ellis PM. (2012) The importance of multidisciplinary team management of patients with non-small-cell lung cancer. *Curr Oncol*; 19: Suppl. 1, S7–S15.
- Evans AC, Zorbas HM, Keaney MA, et al. (2008) Medicolegal implications of a multidisciplinary approach to cancer care: consensus recommendations from a national workshop. *Med J Aust*; 188: 401–404.
- Fennell ML, Das IP, Clauser S, et al. (2010) The organization of multidisciplinary care teams: modeling internal and external influences on cancer care quality. *J Natl Cancer Inst Monogr*; 2010: 72–80.
- Fleissig AJ, Jenkins V, Catt S, et al. (2006) Multidisciplinary teams in cancer care: are they effective in the UK.? *Lancet Oncol*; 7(11): 935e43.
- Friedland PL, Bozic B, Dewar J, et al. (2011) Impact of multidisciplinary team management in head and neck cancer patients. *Br J Cancer*; 104: 1246–8.
- Forrest LM, McMillan DC, McArdle CS, et al. (2005) An evaluation of the impact of a multidisciplinary team, in a single centre, on treatment and survival in patients with inoperable non-small-cell lung cancer. *Br J Cancer*; 93: 977–978.
- Gagliardi A, Smith A, Goel V, et al. (2003) Feasibility study of multidisciplinary oncology rounds by videoconference for surgeons in remote locales. *BMC Med Inform Decis Mak*; 3: 7.
- Gross GE. (1987) The role of the tumor board in a community hospital. *CA Cancer J Clin*; 37: 88–92.

- Grunfeld E. (2008) Primary care physicians and oncologists are players on the same team. *J Clin Oncol*; 26: 2246–2247.
- Hess, D. R. (2004). Retrospective studies and chart reviews. *Respiratory Care*, 49(10), 1171-1174.
- Hong NJ, Wright FC, Gagliardi AR et al. (2010) Examining the potential relationship between multidisciplinary cancer care and patient survival: an international literature review. *J Surg Oncol*; 102(2): 125–134.
- Houssami N, Sainsbury R. (2006) Breast cancer: multidisciplinary care and clinical outcomes. *Eur J Cancer*; 42(15): 2480–2491.
- Jalil R, Ahmed M, Green JSA, et al.(2013) Factors that can make an impact on decision-making and decision implementation in cancer multidisciplinary teams: an interview study of the provider perspective. *Int J Surg*; 11: 389–394.
- Jansen, A. C. M., van Aalst-Cohen, E. S., Hutten, B. A., Buller, H. R., Kastelein, J. J. P. & Prins, M. H. (2005). Guidelines were developed for data collection from medical records for use in retrospective analyses. *Journal of Clinical Epidemiology*, 58, 268-274.
- Ke KM, Blazeby JM, Strong S, et al. (2013) Are multidisciplinary teams in secondary care cost-effective? A systematic review of the literature. *Cost Eff Resour Alloc* ;11:7.
- Kelly SL, Jackson JE, Hickey BE, et al. (2013) Multidisciplinary clinic care improves adherence to best practice in head and neck cancer. *Am J Otolaryngol*;34:57–60.
- Kidger J, Murdoch J, Donovan JL, Blazeby JM. (2009) Clinical decision-making in a multidisciplinary gynaecological cancer team: a qualitative study. *BJOG*; 116 (4): 511–517.
- Lamb B, Brown K, Nagpal K et al. (2011) Team decision making by cancer care multidisciplinary teams: a systematic review. *Ann Surg Oncol*; 18(8): 2116–2125.

- Lamb B.W., Sevdalis N., Taylor C., Vincent C. & Green J.S.A. (2012) Multidisciplinary team working across different tumour types: analysis of a national survey *Annals of Oncology* 23: 1293–1300.
- Leo F, Venissac N, Poudenx M, et al.(2007) Multidisciplinary management of lung cancer: how to test its efficacy? *J Thorac Oncol*; 2: 69–72.
- Licitra L., Keilholz U., Tahara M., Lin JC., Chomette P., Ceruse P., Harrington K., Mesia R. (2016) Evaluation of the benefit and use of multidisciplinary teams in the treatment of head and neck cancer *Oral Oncology* 59 73–79
- Loevner LA, Sonners AI, Schulman BJ, et al. (2002) Reinterpretation of cross-sectional images in patients with head and neck cancer in the setting of a multidisciplinary cancer center. *AJNR Am J Neuroradiol*;23:1622–6.
- Mayes, N. and Pope, C. (1995) Researching the parts that other methods cannot reach; an introduction to qualitative methods in health and health services research. *BMJ* 311:42-45
- McAvoy B.(2003) Optimising cancer care in Australia. Melbourne: National Cancer Control Initiative. *Aust Fam Physician*; 32(5): 369–372.
- McNair AGK, Choh CTP, Metcalfe C, et al. (2008) Maximising recruitment into randomised controlled trials: the role of multidisciplinary cancer teams. *Eur J Cancer*; 44: 2623–2626.
- Mullan BJ, Brown JS, Lowe D, et al. (2014) Analysis of time taken to discuss new patients with head and neck cancer in multidisciplinary team meetings. *Br J Oral Maxillofac Surg*;52:128–33.
- National Center for Health Statistics. Health, United States, (2017): With Chartbook on Long-term Trends in Health. Hyattsville, MD.
- Nash R, Hughes J, Sandison A, et al. (2015) Factors associated with delays in head and neck cancer treatment: case-control study. *J Laryngol Otol*;129: 383–5.
- National Breast Cancer Centre.(2005) Multidisciplinary care in Australia: a national demonstration project in breast cancer. Camperdown, NSW: NBCC.

- O'Brien JC. (2006) History of tumor site conferences at Baylor University Medical Center. *Proc (Bayl Univ Med Cent)*; 19: 130–131.
- Patil RD, Meinen-Derr JK, Hendricks BL, Patil YJ. (2016) Improving access and timeliness of care for veterans with head and neck squamous cell carcinoma: a multidisciplinary team's approach. *Laryngoscope*;126:627–31.
- Patkar V, Acosta D, Davidson T, et al. (2011) Cancer multidisciplinary team meetings: evidence, challenges, and the role of clinical decision support technology. *Int J Breast Cancer*; 2011: 831605.
- Patkar V, Acosta D, Davidson T, et al. (2012) Using computerised decision support to improve compliance of cancer multidisciplinary meetings with evidence-based guidance. *BMJ Open*; 2: e000439.
- Penel N, Valentin F, Giscard S, et al. (2007) General practitioners assessment of a structured report on medical decision making by a regional multidisciplinary cancer committee. *Bull Cancer*; 94: E23–E26.
- Powell H.A., Baldwin D.R. (2014) Multidisciplinary team management in thoracic oncology: more than just a concept? *Eur Respir J*; 43: 1776–1786
- Prades J, Borrás JM. (2011) Multidisciplinary cancer care in Spain, or when the function creates the organ: qualitative interview study. *BMC Public Health*; 11: 141.
- Proctor, S. (1998) Linking philosophy and method in the research process: the case for realism. *Nurse Researcher* 5(4):73-90
- Riedel RF, Wang X, McCormack M, et al. (2006) Impact of a multidisciplinary thoracic oncology clinic on the timeliness of care. *J Thorac Oncol*; 1: 692–696.
- Rowlands S, Callen J. (2013) A qualitative analysis of communication between members of a hospital-based multidisciplinary lung cancer team. *Eur J Cancer Care*; 22: 20–31.
- Saini K.S., Taylor C., Ramirez A.J, Palmieri C., Gunnarsson U., Schmoll H.J., Dolci S.M., Ghenne C., Metzger-Filho O., Skrzypski M., Paesmans M., Ameye L.,

- Piccart-Gebhart M.J. & de Azambuja E. (2012) Role of the multidisciplinary team in breast cancer management: results from a large international survey involving 39 countries *Annals of Oncology* 23: 853–859.
- Sainsbury R, Haward B, Rider L et al. (1995) Influence of clinician workload and patterns of treatment on survival from breast cancer. *Lancet*; 345(8960): 1265–1270.
- Schwartz R.J. and Panacek E.A. (1996) Basics of Research (Part 7): Archival data research. *Air Medical Journal* 15:3 July-September 1996
- Song P, Wu Q, Huang Y. (2010) Multidisciplinary team and team oncology medicine research and development in china. *Biosci Trends*; 4: 151–160
- Stalfors J, Holm-Sjögren L, Schwieler A, et al. (2003) Satisfaction with telemedicine presentation at a multidisciplinary tumour meeting among patients with head and neck cancer. *J Telemed Telecare*;9:150–5.
- Stinchcombe TE, Detterbeck FC, Lin L, et al. (2007) Beliefs among physicians in the diagnostic and therapeutic approach to non-small cell lung cancer. *J Thorac Oncol*; 2: 819–826.
- Storrar W, Laws D. (2011) Effectiveness of decision making at lung cancer multidisciplinary team meetings. *Lung Cancer*; 71: Suppl. 1, S20.
- Taylor C, Munro AJ, Glynn-Jones R et al.(2010a) Multidisciplinary team working in cancer: what is the evidence? *BMJ*; 340: c951.
- Taylor C, Ramirez AJ. (2010) Can we reduce burnout amongst cancer health professionals? *Eur J Cancer*; 46(15): 2668–2670.a
- Taylor C, Sippitt JM, Collins G, et al. (2010b) A pre-post test evaluation of the impact of the PELICAN MDT-TME Development Programme on the working lives of colorectal cancer teammembers. *BMC Health Serv Res*; 10: 187.
- Taylor C., Atkins L., Richardson A., Tarrant R, Ramirez A. (2012) Measuring the quality of MDT working: an observational approach *BMC Cancer*, 12:202

- Victorian Government Department of Human Services. (2007) Achieving Best Practice Cancer Care. A Guide for Implementing Multidisciplinary Care. Melbourne, Metropolitan Health and Aged Care Services Division, Victorian Government Department of Human Services.
- Vinod SK, Sidhom MA, Delaney GP. (2010) Do multidisciplinary meetings follow guideline-based care? *J Oncol Pract*; 6(6): 276–281.
- Wang YH, Kung PT, Tsai WC, et al. (2012) Effects of multidisciplinary care on the survival of patients with oral cavity cancer in Taiwan. *Oral Oncol*;48:803–10.
- Worster, A. & Haines, T. (2004). Advanced statistics: Understanding medical record review (MRR) studies. *Academic Emergency Medicine*, 11(2), 187-192.
- Wright FC, De Vito C, Langer B, et al. (2007) Multidisciplinary cancer conferences: a systematic review and development of practice standards. *Eur J Cancer*; 43: 1002–1010.

Διαδικτυακές πηγές

- American College of Surgeons, Commission on Cancer. Cancer Program Standards 2012, Version 1.2: Ensuring Patient-Centered Care. Chicago, American College of Surgeons, 2013. ιστοσελίδα: www.facs.org/cancer/coc/programstandards2012.html
- Cancer Research UK, ιστοσελίδα: <http://www.cancerresearchuk.org/health-professional/cancer-statistics/worldwide-cancer>
- Department of Health, 2010 National Survey Report. National Cancer Patient Experience Survey Programme. London. ιστοσελίδα: <https://www.quality-health.co.uk/resources/surveys/national-cancer-experience-survey/2010-national-cancer-patient-experience-survey/308-2010-national-cancer-patient-experience-survey-programme-national-report/file>

NHS, 2017 Waiting Times for Suspected and Diagnosed Cancer Patients 2016-17 Annual Report. ιστοσελίδα: <http://www.england.nhs.uk/statistics/statistical-work-areas/>

NHS, ιστοσελίδα: <https://digital.nhs.uk/cancer-waiting-times>

German Cancer Society, ιστοσελίδα: <https://www.krebsgesellschaft.de/german-cancer-society.html>

National Cancer Institute, ιστοσελίδα: <https://www.cancer.gov>

State of Victoria, Department of Human Services, Multidisciplinary meeting toolkit. 27th April 2011 ιστοσελίδα: [docs.health.vic.gov.au/docs/doc/88A80AA3BDD8372CCA2578E8000665D4/\\$FILE/meet_toolkit.pdf](docs.health.vic.gov.au/docs/doc/88A80AA3BDD8372CCA2578E8000665D4/$FILE/meet_toolkit.pdf).

WHO International Agency for Research on Cancer. ιστοσελίδα: <http://globocan.iarc.fr/>

Πολεμικό Ναυτικό, ιστοσελίδα: <http://www.hellenicnavy.gr/el/organosi/aneksartites-ypiresies/naftiko-nosokomeio-athinon/arxiki.html>

Νόμος 4052 ΦΕΚ-Α-41-2012 άρθρο 135, ιστοσελίδα: <https://nomoi.info/%CE%A6%CE%95%CE%9A-%CE%91-41-2012%CF%83%CE%B5%CE%BB-5.html>