

Ποιότητα Υπηρεσιών Υγείας και Τεκμηριωμένη Ιατρική: Πρόκληση ή λαίλαπα;

Πέππας Χρήστος¹,
Κοράκη Αικατερίνη²

¹ Ιδιωτικό Χειρουργικό Ιατρείο Κορυδαλλού

² Ειδικευόμενη Γενικής - Οικογενειακής Ιατρικής, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Άγιος Παύλος»

Παρουσιάσθαισα στο πρόγραμμα εξειδίκευσης «Διοίκησης και Οικονομικής Διαχείρισης Μονάδων Παροχής Υπηρεσιών Υγείας» του Πανεπιστημίου Μακεδονίας, Θεσσαλονίκη

Υπεύθυνη αλληλογραφίας:

Αικατερίνη Κοράκη
Ολυμπιάδος 4
566-26 Συκιές Θεσσαλονίκη
Τηλ. 6971896968
e-mail: katerina426@gmail.com

Λέξεις-κλειδιά: ποιοτική διασφάλιση, ποιότητα, τεκμηριωμένη ιατρική, υπηρεσίες υγείας.

Περίληψη: Η αγορά υγείας, όπως και κάθε αγορά, διέπεται από γενικούς κανόνες. Ακρογωνιαίοι εξ αυτών είναι η ποιοτική διασφάλιση, διαμέσου της συνεχούς βελτίωσης της ποιότητας, σε συνδυασμό με την ορθολογική κατανομή των πόρων.

Στην παρούσα μας εργασία προσεγγίζουμε τις βασικές αρχές αυτών των ακρογωνιαίων συνιστωσών, εστιάζοντας στην ελληνική πραγματικότητα.

Εισαγωγή

Είναι αποδεκτό ότι παρά τις ιδιαιτερότητες, που έχει η αγορά της παροχής υπηρεσιών υγείας, δεν παύει να είναι αγορά και να διέπεται από τους γενικούς κανόνες της αγοράς. Το προϊόν μάλιστα, που προσφέρουν αυτές οι υπηρεσίες (υγείας), είναι επιθυμητό αγαθό και μάλιστα πρωταρχικής σημασίας^{1,2}.

Ιδιαίτερα τα τελευταία χρόνια η ποιότητα και οι παράμετροί της αποτελούν επιτευνόμενη σημασίας θέμα για τον ευαίσθητο τομέα της υγείας. Παράλληλα, η παροχή μίας φροντίδας ποιότητας αποτελεί ένα πρόβλημα, που ταλανίζει τον εν λόγω χώρο³.

Η έννοια της ποιοτικής φροντίδας έχει εξελιχθεί τα τελευταία χρόνια από την ποιοτική εκτίμηση στην ποιοτική διασφάλιση και ακόμα πιο πολύ στην ποιοτική διαχείριση. Εφαρμόζοντας τους κανόνες και τις αρχές της ποιοτικής διασφάλισης (quality assurance) είναι γνωστό ότι η ποιότητα μπορεί να βελτιωθεί περαιτέρω. Αυτή εξάλλου η συνεχής βελτίωση της ποιότητας αποτελεί πάγια και θεσμοθετημένη τακτική σε όλους τους τομείς της παραγωγής υπηρεσιών και προϊόντων. Στον ευαίσθητο δε χώρο της υγείας, η διασφάλιση της ποιότητας αποσκοπεί στην παροχή επιστημονικά τεκμηριωμένης περίθαλψης και φροντίδας με διαδικασίες που θα σέβονται την ανθρώπινη οντότητα και που θα κατοχυρώνουν την ορθολογική κατανομή των πόρων⁵.

Ιστορική αναδρομή

Παρότι ο μηχανισμός ελέγχου της ποιότητας, τυποποίησης και πιστοποίησης των παραγόμενων προϊόντων στον τόπο παραγωγής και την αγορά εμφανίζεται και στην κλασική Ελλάδα⁶, ο πρώτος νόμος-κανόνας, που αναφέρεται στην ποιότητα της φροντίδας της υγείας, βρίσκεται στους νόμους του αυτοκράτορα Χαμουραπί, στη Βαβυλώνα, περίπου το 2.000 π.Χ. Ο πρώτος αυτός κανόνας ανέφερε στοιχεία, όπως τη σχέση της ποιότητας της φροντίδας με την κακή εξάσκηση, στον ορισμό και τη μέτρηση της ποιότητας, στο ποιος είναι τελικά υπεύθυνος για την ποιότητα της φροντίδας και ποια είναι τα άτομα, που έχουν πρόσβαση στην υψηλής ποιότητας φροντίδα⁷.

Ωστόσο, είναι ίσως εντυπωσιακό, ότι μεσολάβησε ένα διάστημα τεσσάρων περίπου δεκαετιών, κατά τη διάρκεια των οποίων η ιατρική επιστήμη και η έρευνα με τις σημαντικές τους επιτυχίες σε φάρμακα, εμβόλια και μηχανήματα βελτίωσαν θεαματικά όλους τους δείκτες υγείας και έτσι μέσα σ' αυτή την ευφορία ο οποιοσδήποτε έλεγχος της ποιότητας θεωρήθηκε περιττός⁸. Στη σύγχρονη εποχή, δίνεται έμφαση στη διεργασία της ιατρικής και νοσηλευτικής φροντίδας και διενεργούνται σημαντικές μελέτες, που αποκαλύπτουν ουσιαστικές ελλείψεις στη νοσηλεία και στην αύξηση των δαπανών για την υγεία⁹.

Στις μέρες μας, τόσο η επαγγελματική εφαρμογή όσο και η ερευνητική δραστηριότητα στον τομέα του ποιοτικού ελέγχου είναι εξαιρετικά διαδεδομένη. Σε αρκετές χώρες (ιδιαίτερα στις ΗΠΑ και στις ανεπτυγμένες χώρες της Δυτικής Ευρώπης), σε όλες τις Ιατρικές Σχολές και τα Νοσοκομεία υπάρχουν ομάδες εργασίας αφιερωμένες στη συνεχή καλύτερευση των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας. Αυτές οι ομάδες περιλαμβάνουν ιατρούς, νοσηλευτές, μηχανικούς, τεχνικούς και διοικητικούς. Σκοπός τους δεν είναι η στείρα και άσκοπη προσκόλληση σε κανόνες, ούτε ο κολασμός ανθρώπων, που προέβησαν σε ένα λάθος, αλλά η διαπίστωση των αδυναμιών του συστήματος, η συλλογή στοιχείων, η υποβολή συλλογικών λύσεων, ούτως ώστε να καλύτερευει συνεχώς η ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών.

Ορισμός

Δεδομένης της πολυσυμμετοχής των εμπλεκόμενων στην παραγωγή, παροχή και χρησιμοποίηση των υπηρεσιών υγείας, είναι καθομολογουμένη η δυστοκία ενός ενιαίου ορισμού της ποιότητας στις υπηρεσίες παροχής υγείας². Συνοπτικά γενικά αποδεκτοί είναι οι εξής:

- Ποιότητα υπηρεσιών υγείας είναι το μέγιστο επιδιω-

κόμενο αποτέλεσμα για κάθε ασθενή στη διάγνωση, θεραπεία, αποκατάσταση, την αποφυγή λαθών και την ευαισθητοποίηση και προσοχή στις ανάγκες του ασθενούς και της οικογένειάς του, με έναν τρόπο, που ενσωματώνει το κόστος, όσο και την αποτελεσματικότητα και παράλληλα καταγράφει το σύνολο των αποτελεσμάτων¹⁰.

- Φροντίδα υψηλής ποιότητας είναι η ιατρική φροντίδα, που συνεχώς και με συνέπεια αποβλέπει στη βελτίωση της διατήρησης της ποιότητας ή και της διάρκειας της ζωής¹¹.
- Η ποιότητα στην υγεία είναι ο βαθμός στον οποίο οι υπηρεσίες υγείας για μεμονωμένα άτομα και τον πληθυσμό στο σύνολό του αυξάνουν την πιθανότητα επιθυμητών αποτελεσμάτων στην υγεία και είναι συνεπείς με την τρέχουσα επιστημονική γνώση¹².
- Η ποιότητα ορίζεται ως η αναζήτηση τρόπων συνεχούς βελτίωσης της φροντίδας υγείας¹³.

Όσον αφορά την Τεκμηριωμένη Ιατρική (Evidence Based Medicine) ή αλλιώς Ιατρική Βασισμένη στη Μαρτυρία καλείται «η συνειδητή, δίκαια και εμφανής χρήση της άριστης, σύγχρονης και επίκαιρης απόδειξης (ή μαρτυρίας) στη λήψη της απόφασης για τη φροντίδα του ασθενούς». Μπορούμε να πούμε ότι αποτελεί το συνδυασμό της εξατομικευμένης κλινικής διαγνωστικής και θεραπευτικής ικανότητας του ιατρού με τη βέλτιστη εξωτερική κλινική απόδειξη, η οποία και είναι απότοκος της ενδεδειγμένης και συστηματικής έρευνας των επίκαιρων δεδομένων και της σύγχρονης ασθενο-επικεντρωμένης έρευνας και όχι της κλασικής βασικής έρευνας.

Με τον όρο «κλινική ικανότητα» (clinical expertise) αποδίδεται η αυξημένη επάρκεια στην κριτική δεξιότητα και κλινική αποτελεσματικότητα, που αποκτά ο κλινικός ιατρός με την εξάσκηση και λειτουργία του λειτουργήματός του, η οποία μπορεί να αποδειχθεί με ποικίλους τρόπους, αλλά πάντοτε πρέπει να λαμβάνονται υπόψη τρεις άξονες-κριτήρια:

- η σωστή αντιμετώπιση του ασθενούς ως ατόμου
- η αποτελεσματική διάγνωση
- η κατά συνέχεια και συνέπεια πληρέστερη δυνατή θεραπεία.

Η ολική αντιμετώπιση του ασθενούς πρέπει πάντα να περιλαμβάνει τη διαπίστωση της ιδιαιτερότητας ή των ιδιαιτεροτήτων του, τις προτιμήσεις του ασθενούς για τη λήψη οποιασδήποτε απόφασης, που τον αφορά, και φυσικά όχι μόνο τη θεραπεία του συγκεκριμένου συμπτώματος ή της νόσου. Αυτός ο δυναμικός και συνάμα δυναμικός συσχετισμός της εκμιαευτικής διαθεσιμότητας του ιατρού στην ανάσχυση των πλέον επίκαιρων και

σύγχρονων πληροφοριών από τη δεξαμενή των γνώσεών του, που βασίζονται στη διεθνή εμπειρία, στη διεθνή βιβλιογραφία και στην κλινική εμπειρία, παίζει ουσιαστικό ρόλο στη διαμόρφωση του «δένδρου αποφάσεων» (decision tree analysis), που αποτελεί την άγουσα οδό για την ορθή διάγνωση και τη συνεπαγόμενη εφαρμογή του ιδεωδέστερου θεραπευτικού χειρισμού. Αυτός εξάλλου δεν είναι και ο διηλεκτός στόχος της τεκμηριωμένης ιατρικής;

Τα υπάρχοντα μέσα για το σκοπό αυτό είναι οι απαιτήσεις από ερευνητικές κλινικές αναζητήσεις και ειδικότερες στατιστικές μετρήσεις. Σε αυτό το σημείο πρέπει να πούμε ότι οι παράμετροι, που ευρέως χρησιμοποιούνται από την τεκμηριωμένη ιατρική, είναι δύο, οι εξής:

- Η Απόλυτη Ελάττωση του Κινδύνου (Absolute Risk Reduction, ARR)
- και η Σχετική Ελάττωση του Κινδύνου (Relative Risk Reduction, RRR).

Αυτές οι δύο παράμετροι αφορούν τη διάγνωση κυρίως των λαθών, σε οποιοδήποτε επίπεδο της εργασίας, ώστε να μπορούν να διορθωθούν.

Μία άλλη έννοια, που υπεισέρχεται, είναι η διαχείριση κινδύνου (Risk Management). Αυτή ουσιαστικά προκύπτει από την ανάλυση της σχέσης κινδύνου/οφέλους για κάθε ασθενή, αλλά και τη λήψη μέτρων πρόληψης ή διόρθωσης πιθανών βλαβών, που προέρχονται από λάθη. Στις πλέον ανεπτυγμένες χώρες η διαχείριση κινδύνου αποτελεί στην Ιατρική ένα συνεχώς επιτεινόμενο τομέα, σε ένα περιβάλλον αυξημένης λογοδοσίας και οικονομικής συρρίκνωσης των πόρων. Έχουμε το φαινόμενο, κάθε ιατρός, που εκτελεί την οποιαδήποτε ιατρική πράξη -πολύ περισσότερο αν εκτελεί ιατρική παρέμβαση- να οφείλει να ζυγοσταθμίζει το κόστος με τον κίνδυνο της βλάβης του ασθενούς από πιθανό λάθος, προς το όφελος, που έχει η ιατρική του πράξη και να ενημερώνει τον ασθενή σχετικά, ώστε στη συνέχεια να λαμβάνει και την απαιτούμενη συγκατάθεση του ασθενούς για τους χειρισμούς του. Άρα, πρέπει να επιτυγχάνεται μέσω αυτής της διαδικασίας:

- αφενός η κατανόηση εκ μέρους του ασθενούς των κριτηρίων, των ενδείξεων και των λόγων, που πρέπει να δεχθεί την ιατρική παρέμβαση ή πράξη
- αφετέρου, να συμμετέχει ενεργά ο ασθενής στη διαδικασία της λήψης της απόφασης (αδρά πως έχει το «δένδρο απόφασης») σχετικά με τη βέλτιστη αντιμετώπιση του συγκεκριμένου προβλήματος (συμπτώματος, νόσου) και με τον αναλογικά μικρότερο κίνδυνο.

Είναι προφανές και σύνηθες φαινόμενο να μην είναι εύκολη η επακριβής συνεννόηση του ιατρού με τον ασθενή

του, αλλά είναι εξίσου σύνηθες ότι κάποια βασική συνεννόηση είναι εφικτή και εφαρμόσιμη. Αυτή βέβαια είναι πολυπαραγοντικώς εξαρτώμενη και καθοριζόμενη, αλλά κατά κύριο λόγο εξαρτάται από την ικανότητα του ιατρού να κατανοεί το επίπεδο αντίληψης του ασθενούς, τις ανάγκες και τις δυνατότητες του ασθενούς. Σε αυτό το σημείο μπορούμε να δούμε ότι η τεκμηριωμένη ιατρική (ως κύημα της λογικής απόφασης και εφαρμογής των σύγχρονων γνώσεων και πληροφοριών) συνδυάζεται με τις αρχές της διαχείρισης κινδύνου και παρέχει τα μέσα για τη μορφοποίηση της πρόληψης του κινδύνου λάθους ή βλάβης, ή ακόμα και διόρθωσης των πιθανών αναπόμενων λαθών στο ελάχιστο βλαπτικό σημείο^{14,15}, πάντα με επίκεντρο τον άνθρωπο-ασθενή.

Είναι αναγκαία η μέτρηση της ποιότητας;

Η μέτρηση της ποιότητας και η συνεχής βελτίωσή της είναι αναγκαία για όλους. Και πιο συγκεκριμένα:

- Για τον ίδιο τον ασθενή (για υγειονομικά, ψυχολογικά και οικονομικά οφέλη)
- Για τους επαγγελματίες υγείας (αποτελεσματικότητα έργου τους, νομική κατοχύρωση και ασφάλεια του έργου τους, ικανοποίηση, κ.λ.π.)
- Για τις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας (οικονομικά και λειτουργικά οφέλη, αναγνώριση και φήμη).

Μέτρηση της ποιότητας

Αυτή πρέπει να ακολουθεί τους γενικούς κανόνες μέτρησης της ποιότητας στο χώρο της υγείας, που κυρίως πρέπει να περιλάβει:

- το χρόνο, δηλαδή τη διάρκεια ολοκλήρωσης της υπηρεσίας
- την ακρίβεια του χρόνου, ή άλλως την ολοκλήρωση της παροχής υπηρεσίας σε καθορισμένη στιγμή
- την ευγένεια του προσωπικού
- το βαθμό ολοκλήρωσης της παρεχομένης υπηρεσίας, ήτοι αν η υπηρεσία παρήχθη στο σύνολό της ή αν παρήχθη μόνο μέρος αυτής
- τη συνέπεια, δηλαδή την παροχή της υπηρεσίας κατά τον ίδιο τρόπο κάθε φορά
- την προσβασιμότητα και ευκολία, ή άλλως το βαθμό ευκολίας απόκτησης αυτής της υπηρεσίας
- την ακρίβεια, δηλαδή τη σωστή εκτέλεση της υπηρεσίας από την πρώτη φορά
- την ανταποκρισιμότητα, ήτοι την ευκολία παροχής της υπηρεσίας σε αναπάντεχες και μη προγραμματισμένες καταστάσεις.

Οι προδιαγραφές (χαρακτηριστικά) της ποιότητας στον τομέα της υγείας μπορούν να ομαδοποιηθούν ως εξής:

- αξιοπιστία είναι η ικανότητα επίτευξης της υπηρεσίας με ακρίβεια και εγκυρότητα
- επαγγελματικότητα/επιδεξιότητα είναι η γνώση, τεχνική κατάρτιση, βαθμός εκπαίδευσης και εμπειρίας του προσωπικού
- εμπάθεια (empathy) είναι η φροντίδα και η παροχή εξειδικευμένης προσοχής στους ασθενείς από το ιατρικό και παραϊατρικό προσωπικό
- διασφάλιση, που αντικατοπτρίζει την ευγένεια, που επιδεικνύεται από το ιατρικό και παραϊατρικό προσωπικό και την ικανότητα να εμπνεύσουν εμπιστοσύνη στους ασθενείς
- βασικές ιατρικές υπηρεσίες, είναι η καταλληλότητα και αποτελεσματικότητα της υπηρεσίας για τον ασθενή και τα ωφέλη γι' αυτόν
- ανταποκρισιμότητα είναι η προθυμία παροχής σωστής και κατάλληλης υπηρεσίας
- απτά στοιχεία, στα οποία συμπεριλαμβάνονται οι εγκαταστάσεις, εξοπλισμός και η εμφάνιση του προσωπικού.

Βέβαια, ιδιαίτερα σε χώρες, όπως η Ελλάδα, υπάρχει μία ανεπαρκής εμμονή στη μέτρηση απλώς της αποτελεσματικότητας με τους δείκτες της θνησιμότητας, θνητότητας ή νοσηρότητας. Ωστόσο, δεδομένου ότι η αποτελεσματικότητα είναι συνυφασμένη με τη μείωση ή, εν πάσει περιπτώσει, τη συγκράτηση του κόστους –άρα και οικονομικούς δείκτες, εκτός από τους προαναφερόμενους ιατρικούς- η αξιολόγησή της θα πρέπει να γίνεται και με τις δύο κατηγορίες δεικτών. Για παράδειγμα, ενώ στις ΗΠΑ οι δαπάνες για την υγεία καλύπτουν το 14% του ΑΕΠ, έχουν αρκετά μεγάλο δείκτη βρεφικής θνησιμότητας και μάλιστα μεγαλύτερο από άλλες χώρες (Αγγλία, Καναδάς, κ.λ.π.), που οι δαπάνες για την υγεία είναι πολύ μικρότερες από αυτή των ΗΠΑ επί του ΑΕΠ.

Οι αντικειμενικοί σκοποί της ποιοτικής διασφάλισης (Π.Δ)

Τέσσερις παράμετροι είναι απαραίτητες για την επίτευξη των αντικειμενικών σκοπών ή του αντικειμένου των δραστηριοτήτων της Ποιοτικής Διασφάλισης¹⁷.

- επαγγελματική απόδοση (τεχνική ποιότητα)
- χρησιμοποίηση πόρων (αποδοτικότητα)
- διαχείριση κινδύνων (κίνδυνος τραυματισμού ή ασθένειας, που συνδέεται με τις παρεχόμενες υπηρεσίες)
- ικανοποίηση των ασθενών με τις παρεχόμενες υπηρεσίες.

ρεσίες.

Ενσωματώνοντας αυτές τις τέσσερις παραμέτρους, μπορεί κάποιος να επιχειρήσει να ορίσει τους αντικειμενικούς σκοπούς ενός προγράμματος Π.Δ. ως: α) η βεβαιότητα ότι κάθε ασθενής λαμβάνει τέτοιες διαγνωστικές και θεραπευτικές υπηρεσίες υγείας, ώστε να παράγεται το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα, β) η επίτευξη αυτού του αποτελέσματος με την ελάχιστη δαπάνη πόρων, με το μικρότερο δυνατό κίνδυνο για πρόσθετο τραυματισμό ή ανικανότητα ως συνέπεια της θεραπείας και με τη μέγιστη ικανοποίηση του ασθενή για την πορεία της φροντίδας, την αλληλεπίδρασή του με το σύστημα φροντίδας υγείας και τα απαιτούμενα αποτελέσματα. Ενώ μία μεμονωμένη δραστηριότητα Π.Δ. δεν χρειάζεται απαραίτητως να πληροί και τα τέσσερα συστατικά αυτού του ορισμού. Είναι σημαντικό ότι τα συνολικά προγράμματα Π.Δ., που οργανώνονται και αρχίζουν από ιδρύματα ή χώρες, να δίνουν ίση σημασία στην σπουδαιότητα του καθενός¹⁷.

Οι αντικειμενικοί σκοποί της Π.Δ. είναι:

- α) Δημόσια ευθύνη:** Ένα σημαντικό μέρος όλων των υγειονομικών υπηρεσιών χρηματοδοτείται σήμερα από δημόσιους πόρους. Είναι κρίσιμο οι ενέργειες της ποιοτικής διαχείρισης να παρέχουν αντικειμενικές αποδείξεις ότι οι πόροι ξοδεύονται και αποτελεσματικά και αποδοτικά¹⁷.
- β) Βελτίωση της διαχείρισης:** Η εκτίμηση της φύσης των προβλημάτων, που επηρεάζουν κάποια από τις τέσσερις παραμέτρους και η προσπάθεια αναγνώρισης των αιτιών, ώστε να διευκολυνθεί η αποτελεσματική διαχείριση, να μειωθούν ή να ελαχιστοποιηθούν τα προβλήματα που αναγνωρίζονται¹⁷.
- γ) Διευκόλυνση της υιοθέτησης των νεοτερισμών:** Μέσω της διαδικασίας αξιολόγησης της απόδοσης των επαγγελματιών υγείας και της θέσπισης κατάλληλων κριτηρίων των διαδικασιών και των αποτελεσμάτων της φροντίδας υγείας, οι νεοτερισμοί (όπως τα τεχνολογικά επιτεύγματα) μπορούν να διαδοθούν ταχύτατα¹⁷.

Η μετάβαση από την ποιοτική διασφάλιση στη συνεχή ποιοτική βελτίωση

Ήταν η κριτική για τη στατική φύση της ποιοτικής διασφάλισης, που είχε ως αποτέλεσμα τη μετάβαση στη συνεχή ποιοτική βελτίωση. Αυτό απαιτεί συνεχώς επιπλέον βελτιώσεις σε μία διαδικασία, που θα οδηγήσει σ' ένα τέλειο προϊόν. Η βελτίωση πρέπει να είναι συνεχής¹⁸.

Η διασφάλιση της ποιότητας προϋποθέτει ανάπτυξη προτύπων και κριτηρίων, εκτίμηση των κριτηρίων και μέτρηση των αποτελεσμάτων της εκτίμησης. Όταν τα

αποτελέσματα είναι επιθυμητά, δηλαδή πληρούν τα τεθέντα κριτήρια, τότε τα αποτελέσματα εξασφαλίζονται και διατηρούνται. Αυτό σημαίνει διασφάλιση ποιότητας. Στην περίπτωση, που τα αποτελέσματα δεν είναι ικανοποιητικά, τότε γίνεται προσπάθεια να βελτιωθούν. Η προσέγγιση αυτή ονομάζεται βελτίωση ποιότητας. Επειδή η εκτίμηση της ποιότητας είναι μία συνεχής διεργασία και η βελτίωση της κατά συνέπεια θα πρέπει να είναι συνεχής. Έτσι προέκυψε ο όρος 'Συνεχής Βελτίωση της Ποιότητας'¹⁹.

Η συνεχής ποιοτική βελτίωση απαιτεί μία συνεχή δέσμευση από διοικητικούς και κλινικούς. Η συνεχής ποιοτική βελτίωση δε διαφέρει από την τελειότητα των υπηρεσιών, την ικανοποίηση του ασθενή, τη σχέση της κοινότητας, την οικονομική επιτυχία ή οποιοδήποτε άλλο επιθυμητό οργανωτικό χαρακτηριστικό, το οποίο απαιτεί τη συνεχή προσοχή της διαχείρισης²⁰. Η συνεχής ποιοτική βελτίωση έχει τα εξής χαρακτηριστικά:

- Δεν υπάρχουν μακροπρόθεσμα μόνιμα κριτήρια και τα κριτήρια που τίθενται από τους καταναλωτές και τους χορηγούς συνεχώς βελτιώνονται.
- Η συνεχής ποιοτική βελτίωση εστιάζεται στη βελτίωση όλων των διαδικασιών, οι οποίες σε αντάλλαγμα θα βελτιώσουν την απόδοση όλων των χορηγών φροντίδας υγείας.
- Πρώτα σχεδιάστηκαν οι διαδικασίες και πάρθηκαν τα κατάλληλα μέτρα για την αποφυγή ελαττωμάτων και έπειτα είναι αναγκαία η επιτήρηση για την παρακολούθηση των διαδικασιών.
- Επικρατεί ένας προσανατολισμός στη διαδικασία και το αποτέλεσμα.
- Οι μέθοδοι περιλαμβάνουν παρακολούθηση δεικτών και χρήση των δεδομένων μ' έναν αποδοτικό τρόπο.
- Η διαχρονική παρακολούθηση γίνεται, όταν υπάρχουν ειδικές ή κοινές παρεκκλίσεις σκοπού.
- Ο καθένας είναι υπεύθυνος για καλή ποιότητα.
- Το κριτήριο είναι το σημείο έναρξης. Ο σκοπός είναι τα μηδενικά ελαττώματα. Καμιά παρέκκλιση δεν είναι ανεκτή. Τα κριτήρια αναπτύσσονται εσωτερικά, δεν προωθείται η εξωτερική σύγκριση¹⁷.

Ποιότητα και Τεκμηριωμένη Ιατρική

Η υποχρέωση των ιατρών να ενημερώνουν για τον οποιοδήποτε κίνδυνο (αποδεκτό και ουσιαστικό ή αναπότρεπτο και δυνάμει υπαρκτό σε διάφορους βαθμούς σοβαρότητας) τον ασθενή, που ενέχεται σε οποιοδήποτε στάδιο της διερεύνησης, διάγνωσης ή θεραπείας, αποτελεί καθήκον κατεξοχήν των κλινικών ιατρών και λιγότερο των εμπλεκόμενων εργαστηριακών ιατρών. Οι εργαστη-

ριακοί φέρουν περισσότερο την ευθύνη για την ταχύτητα, ασφάλεια και εγκυρότητα τόσο των διαγνωστικών αποτελεσμάτων, όσο και της παντός είδους ενημέρωσης προς τους αρμόδιους κλινικούς ιατρούς της πληροφορίας, που αφορά τον ασθενή.

Ανάμεσα στα καθήκοντα των χειρουργών συγκαταλέγεται και υποχρέωσή τους να συμμετέχουν στην έγκαιρη, έγκυρη διάγνωση της πάθησης, στη σχηματοποίηση της κλινικοεργαστηριακής διερεύνησης, στο σχεδιασμό της θεραπευτικής παρέμβασης και στην παρακολούθηση του ασθενούς.

Τα τυχόντα λάθη, που μπορούν να εμφανισθούν κατά την κλινική καθημερινή άσκηση της ιατρικής, είναι δυνατόν να τα κατατάξουμε στις εξής κατηγορίες:

Λάθη διάγνωσης:

- μεταγραφής (λάθος αντιγραφή σε οποιοδήποτε σημείο η διαδικασία) και σήμανσης (λάθος όνομα)
- εκτέλεσης (διαδικασίας, χειρισμών, εξοπλισμού)
- ερμηνείας (σήμερα σπάνια και οφειλόμενο σε ανθρώπινη παράλειψη)

Λάθη θεραπείας:

- μεταγραφής
- εκτέλεσης
- δυσλειτουργία επικοινωνίας

Τα κύρια σημεία παραγωγής λαθών οφείλονται σε:

- ανυπαρξία προτύπων οδηγιών λειτουργίας (Standard Operating Procedures, SOPs) και ποιοτικού ελέγχου διαδικασιών-αποτελέσματος,
- έλλειψη «μετρησιμότητας» (measurability, ήτοι αποδεκτών ποιοτικών προτύπων, ακριβών και συχνών στατιστικών, ποιοτικής διασφάλισης), άρα και έλλειψη αρχειοθέτησης και ιχνηλάτησης δεδομένων λειτουργίας,
- έλλειψη «προβλεψιμότητας» (predictability, ήτοι εφαρμογής δικλίδων ασφαλείας, ποιοτικών συστημάτων, παρακολούθησης επάρκειας, επαναληψιμότητας) και κατά συνέπεια ανεπάρκεια ορθολογικής λειτουργικότητας και λογοδοσίας,
- έλλειψη «προληψιμότητας» (preventability, δηλαδή τήρησης οδηγιών, τήρησης ποιοτικού ελέγχου διαδικασιών, επικοινωνίας, συνεχούς ελέγχου άσκησης, εκπαίδευσης) και συνεπώς έλλειμμα διαχειριστικής-διοικητικής διορατικότητας και ικανότητας, που προάγει τη συμμετοχή όλων με υπευθυνότητα.

Από τις πιο πάνω ελλείψεις, που συνιστούν υποδείγματα τόσο κακής διαχείρισης κινδύνου, αλλά και κακής διαχείρισης-διοίκησης, η ανυπαρξία προτύπων οδηγιών

λειτουργίας (Standard Operating Procedures, SOPs) και η έλλειψη ποιοτικού ελέγχου (εσωτερικού και εξωτερικού) είναι κρίσιμες δυσλειτουργίες, που πρέπει να καταλογιστούν και να επισύρουν ουσιαστικές αλλαγές στη διεύθυνση του τμήματος ή της κλινικής, αν η προσπάθεια διόρθωσης από τους θεσμικούς φορείς παραμένει ανεπιτυχής (μέχρι και πιθανή αναστολή των εργασιών της κλινικής, όπως γίνεται στις ΗΠΑ)¹⁵. Στην Ελλάδα δεν υπάρχει βεβαίως ακόμη κανένα θεσμικό πλαίσιο υποχρεωτικών προτύπων κανόνων ποιοτικής λειτουργίας, όπως είναι πλήρως απύσχα και αξιολόγηση της απόδοσης των κλινικών. Είναι γενικά αποδεκτό ότι «ατυχήματα απλά συμβαίνουν» και πέρα από τη μοιρολατρική αποδοχή αυτού του πράγματος τίποτε δεν γίνεται. Γι αυτό και είναι επιτακτική η εφαρμογή της ποιοτικής διασφάλισης, για να κατοχυρωθεί τουλάχιστον η ποιοτική λειτουργία και η πρόληψη των λαθών.

Η ενδελεχής ανάλυση τόσο της συχνότητας, όσο και της ποιότητας (βαθμού) των λαθών αποτελεί ίσως τον καλύτερο τρόπο αντιμετώπισής τους, με την προϋπόθεση της ταχύτερης διάγνωσής τους, της αποτελεσματικότερης αντιμετώπισής τους και της εκπαίδευσης/ενημέρωσης του προσωπικού για τη μη επανάληψή τους στο μέλλον.

Η διευθυντική ευθύνη της εγκατάστασης αρχών ποιοτικού ελέγχου της λειτουργίας και της υποχρέωσης ελέγχου της απόδοσης και της επίδοσης του προσωπικού -αφού βέβαια προηγηθεί η αρχική συστηματική εκπαίδευση και η απαιτούμενη επιμόρφωση - επιμερίζεται ιεραρχικά και αφορά τα στελέχη. Στη διοίκηση εναπόκειται να δοθούν ικανοποιητικές απαντήσεις στις ερωτήσεις: Ποιός; Πού; Πότε; Πως; αρχίζοντας από τη σοβαρότητα της προκληθείσας από το λάθος επιπλοκής ή βλάβης και κατανέμοντας το ποσοστό λάθους ανάλογα με το ποσοστό συμμετοχής στη διαδικασία του κάθε εμπλεκόμενου. Η διερεύνηση αυτή δεν πρέπει να έχει τόσο ποινική ή κολαστική χροιά, αλλά επιμορφωτική και προληπτική, εκτός βεβαίως επί επανάληψης του ή των λαθών. Η σειρά σοβαρότητας και συχνότητας των πιθανών λαθών, ο τρόπος αντιμετώπισης ανάλογα με τη σοβαρότητα της προκαλούμενης στον ασθενή επιπλοκής και η πιθανή ερώτηση κατά περίπτωση φαίνεται κάτωθι¹⁵:

- Κίνδυνος = Λάθος
- Επιπλοκή - Βλάβη ασθενούς
- Σοβαρή (με ποσοτικά και ποιοτικά κριτήρια)
- α) διαπίστωση τεχνικού λάθους
- β) διαπίστωση επιστημονικού λάθους
- γ) διαπίστωση αδύνατη
- Μη σοβαρή
- α) προβλέψιμη - αναστρέψιμη
- β) απρόβλεπτη - ελαχιστοποιούμενη

Η διαπίστωση σοβαρού τεχνικού λάθους (clerical error), βασικά σήμανσης, όπως αναφέρθηκε, αποτελεί τη σοβαρότερη και συχνότερη σοβαρή επιπλοκή, αλλά ωστόσο σπάνια μοιραία. Οι άλλες περιπτώσεις έχουν δυνατότητες διόρθωσης και ίσως ελαχιστοποίησης. Τα εργαλεία για το σκοπό αυτό, που παρέχονται από τη διαχείριση κινδύνου σε συνδυασμό με την τεκμηριωμένη ιατρική αναλύονται παρακάτω.

Διαχείριση= σύνολο δραστηριοτήτων ομάδας εργαζομένων με στόχο την αποδοτική και αποτελεσματική χρήση όλων των διατιθέμενων πόρων, προς επίτευξη συγκεκριμένου σκοπού. Τονίζεται ότι η επικέντρωση γίνεται περισσότερο στην πρόληψη παρά στη θεραπεία του ενδεχόμενου κινδύνου.

Κίνδυνος= ανάλυση των δυνατοτήτων και πιθανοτήτων ώστε να αποκαλυφθούν οι οποιοσδήποτε μη χρήσιμες (βλαβερές, αρνητικές) επιπτώσεις κατά την εφαρμογή των προβλεπόμενων μεθόδων, τεχνικών, διαδικασιών και παρεμβάσεων σε ένα σύστημα.

Οι όροι:

- Επικινδυνότητα (hazard) καλείται η δυνατότητα πρόκλησης βλάβης και έχει ως συνοδές έννοιες:
- Καθήκον προειδοποίησης (duty to warn): καλείται το καθήκον του ιατρού να ενημερώνει τον ασθενή του
- Ηθικός βαθμός επικινδυνότητας (moral hazard): καλείται η ηθική υποχρέωση συναίνεσης και συγκατάθεσης
- Βλαπτικότητα (risk): καλείται η πιθανότητα πρόκλησης βλάβης συγκεκριμένου επιπέδου και έχει ως συνιστώσες τις έννοιες:
- Ουσιαστικός (material): καλείται η ικανότητα αντίληψης του βαθμού επικινδυνότητας
- Αποδεκτός βαθμός επικινδυνότητας (acceptable) είναι ο μη προβλέψιμος βαθμός επικινδυνότητας.

Αποτελούν όρους, οι οποίοι είναι κομμάτι του νομικού περιβάλλοντος στην προσπάθεια του καθορισμού των υποχρεώσεων του ιατρού έναντι του ασθενούς. Αναπτύχθηκαν ιδιαίτερα στις ΗΠΑ και σιγά-σιγά τείνουν να αποτελέσουν παραμέτρους και του ελληνικού δικαιοσύνης συστήματος.

Η εισαγωγή των εννοιών και των διαδικαστικών ενεργειών στην ελληνική πραγματικότητα καθυστερεί και ακόμα δεν έχει εγκατασταθεί στις χειρουργικές ειδικότητες, όπου θα πρέπει να αποτελεί προϋπόθεση άσκησης ιατρικής παρέμβασης.

Επίμετρο

Τα προβλήματα, που ο ασθενής και ο εργαζόμενος στο χώρο της υγείας αντιμετωπίζει καθημερινά, αντικα-

τοπρίζονται εύγλωττα σε ένα αποσπασματικό και δαιδαλώδες νομοθετικό πλαίσιο, που διαρκώς εξελίσσεται προς άγνωστη κατεύθυνση. Αυτό που παρατηρεί κανείς είναι πως ακόμη και σήμερα δεν υπάρχει βασικός σχεδιασμός στο χώρο της υγείας, που να μην αλλοιώνεται και να μην ξεπερνάται από παγωμένες αντιλήψεις και συνήθειες σύμφυτες ίσως προς την ελληνική νοοτροπία παράκαμψης των όποιων νομοθετικών στεγανών, για την επίτευξη του καλύτερου δυνατού ατομικού, όχι όμως συλλογικού, αποτελέσματος. Παραμένει επιτακτική η ολιστική προσέγγιση της υγείας και της ασθένειας, η συνέχεια και η συνέπεια στην παροχή υπηρεσιών υγείας στα άτομα και στον πληθυσμό, αλλά και πάνω από όλα η παροχή ποιοτικής φροντίδας υγείας και υπηρεσιών υγείας, με απώτερο στόχο τη συνεχή βελτίωση της παρεχομένης ποιότητας των υπηρεσιών.

Η αποβολή νοοτροπιών και η άμεση ενδεδειγμένη ενσχόληση με αυτόν τον τομέα, με εργαλεία τα οποία έχουν χρησιμοποιηθεί και χρησιμοποιούνται από άλλες χώρες, αποτελεί πρόκληση για το μέλλον και επιτακτική ανάγκη για το παρόν.

Πρέπει όμως να τονισθεί ότι η χρήση των εργαλείων της ποιότητας και της τεκμηριωμένης ιατρικής δεν πρέπει να χρησιμοποιείται μόνο για τον κολασμό και την ουσιαστικά τελμάτωση σε απρόσφορους ίσως νόμους, αλλά για τη συνεχή ποιοτική βελτίωση και την ποιοτική διασφάλιση. Στην αναζήτηση αυτών θα πρέπει να συγκλίνουν οι προσπάθειες όλων των επαγγελματιών υγείας και ιδίως των ιατρών, αρχής γενομένης με τη θέσπιση κριτηρίων και κανόνων αξιολόγησής της.

Summary

Quality in Health Services and Evidence-based Medicine: A challenge or a tornado?

C. Peppas, MD, LM, MBA, MS, A. Koraki, MD

General rules govern the health services market, as it happens with every market. Constitutional rules of the markets are the quality assurance via the continuous improvement of the quality of services in accordance with the rational allocation of resources.

In our present essay we approach the basic principles of those constitutional constituents, focusing on the greek reality.

Key-words: quality assurance, quality, evidence based medicine, health services

Βιβλιογραφία

1. Λιαρόπουλος Λ: Το Σύστημα Υγείας και η Οργάνωσή του. Διδακτικές σημειώσεις, Τμήμα Νοσηλευτικής

Πανεπιστημίου Αθηνών, 1989

2. Σιγάλας Ι: Διοίκηση και Οικονομική Διαχείριση Μονάδων Παροχής Υπηρεσιών Υγείας. Διδακτικές σημειώσεις Προγράμματος Εξειδίκευσης Στελεχών Υπηρεσιών Υγείας, Πανεπιστήμιο Μακεδονίας, Θεσσαλονίκη, 2003.
3. Nelson NA: Η μέτρηση της απόδοσης και η βελτίωση της ποιότητας. Επιθεώρηση Υγείας, 1996; 7 (5): 23, 44
4. Leffel G, Blumenthal D: The case for using industrial quality management science in health care organizations. JAMA; 262 (20): 2869-2873
5. Baroc L: Αξιολόγηση και διασφάλιση ποιότητας στην προαγωγή και αγωγή υγείας. Νέα Γενιά, 1998; 19: 12
6. Βαρουφάκης Γ: Αρχαία Ελλάδα και ποιότητα. Εκδ. Αίολος, Αθήνα, 1996
7. France R, Johansen S: Health care reforms in Europe: Organization of quality in health care. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 1992: 86-88
8. Θεοδώρου Μ: Ο ποιοτικός έλεγχος στις υπηρεσίες υγείας. Ιατρική Επιθεώρηση ΙΚΑ, 1992; 3: 41
9. Μουμτζόγλου Α: Η διασφάλιση της ποιότητας στα νοσοκομεία. Επιθεώρηση Υγείας, 1997; 8: 34
10. Thompson RE: Next steps in implementing quality appraisal / action plans in hospitals. Oak Book, Thompson Mohr and associates Inc., 1980
11. American Medical Association: www.ama-assn.org, 2000
12. Institute of Medicine, Medicare: A strategy for quality assurance, volume I, National Academy Press, Washington DC, 1990
13. Harvey G: Quality in health care: traditions, influences, and future directions. International Journal for Quality in Health Care; 8 (4): 341-350
14. Slovic P: Perception of risk. Science 236 (Apr): 280-285
15. Μιχαήλ-Μέριανου Β: Η τεκμηριωμένη ιατρική και η συμβολή της στη διαχείριση του κινδύνου στο νοσοκομειακό εργαστηριακό τομέα. ΣΕ: Κυριόπουλος Ι (εκδ): Προτεραιότητες για την αναμόρφωση της διοίκησης – διαχείρισης του συστήματος υπηρεσιών υγείας, εκδόσεις Θεμέλιο, Αθήνα, 2000
16. Donadonian A: The definition of quality and approaches to its assessment. Anne Arbor, Michigan, Health Administration Press, 1980
17. WHO: The principles of quality assurance. Regional Office for Europe, Copenhagen, 1983: 3-7
18. Krczal A: Quality definition by different interest groups. Hospitals Management Inter 1996: 83-85
19. Πλατή Χ, Πριάμη Μ: Εξασφάλιση ποιότητας στη φροντίδα υγείας: τάσεις και προοπτικές. Νοσηλευτική, 1997; 2: 100-106
20. Nerenz RD: CQI in the health care: some comments on «can it really work?». Int. J. Qual. Health Care, 1997; 9: 4