

Η Εκτίμηση της Ποιότητας στην Αναισθησιολογική Πρακτική. Η Εμπειρία του Doncaster

B. R. MILNE

Διευθυντής Αναισθησιολόγος

Βασιλικό Νοσοκομείο του Doncaster, Ηνωμένο Βασίλειο

Ελεύθερη απόδοση στα ελληνικά από Δ.Ι. ΣΕΤΖΗ

ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Η εκτίμηση ή ο έλεγχος της ποιότητας, δηλαδή η συστηματική και κριτική ανάλυση της ποιότητας και ιατρικής φροντίδας, δεν είναι ένα καινούργιο φαινόμενο. Η ιδέα του ελέγχου πιθανότατα πρωτοεμφανίστηκε το 1900 στο Γενικό Νοσοκομείο της Μασσαχουσέτης των Ηνωμένων Πολιτειών της Αμερικής και εκφράζεται σήμερα στη χώρα αυτή μέσα από τις δραστηριότητες τη «Κοινής Επιτροπής για την Διαπίστευση των Νοσοκομείων» (Joint Commission on Accreditation of Hospitals).

Στο Ηνωμένο Βασίλειο η εξέλιξη του θεσμού αυτού υπήρξε πολύ βραδύτερη, τα τελευταία όμως χρόνια παρατηρείται μια επιταχυνόμενη πορεία αλλαγών προς την κατεύθυνση αυτή. Από το 1976 τα Βασιλικά Κολλέγια των ιατρικών ειδικοτήτων (Royal Colleges) αξιολογούν την καταλληλότητα των ιατρικών τμημάτων στα νοσοκομεία για εκπαίδευση νέων ιατρών και το 1989 εξέδωσαν συστάσεις όσον αφορά την αναγκαιότητα διενέργειας ελέγχου της ποιότητας της ιατρικής φροντίδας. Πρόσφατα απαίτησαν την θέσπιση και λειτουργία τέτοιων προγραμμάτων ελέγχου από τα νοσοκομεία σαν προϋπόθεση για την ανανέωση της αδειας εκπαίδευσης στα επιμέρους ιατρικά τμήματα.

Η Βρετανική Κυβέρνηση του τέλους της δεκαετίας του 80 εμφανίζεται να έχει την πρόθεση να ελέγξει πιο αποτελεσματικά τα ιατρικά κατεστημένα της χώρας και η εκπόνηση της πολιτικής «Εργαζόμενοι για το καλό των ασθενών» (Working for patients) το 1989 έχει σκοπό την αναδιάρθρωση του Εθνικού Συστήματος Υγείας (National Health Service) τονίζοντας την σημασία του ελέγχου των ιατρικών πράξεων.

Τέλος στις αρχές του 1991 η κυβέρνηση απαίτησε από όλους τους τομείς του Εθνικού Συστήματος Υγείας μέχρι τον Απρίλιο του 1991 να έχουν εγκαταστήσει τις βάσεις για την λειτουργία προγραμμάτων ελέγχου και αξιολόγησης της ιατρικής φροντίδας.

Ο νέος αυτός νόμος υπαγορεύει τον τακτικό και συστηματικό έλεγχο της πρακτικής κάθε ιατρικής ομάδας και τονίζει την εκπαιδευτική σημασία της όλης προσπάθειας, την ανάγκη για άμεση λήψη διορθωτικών μέτρων και τον εμπιστευτικό χαρακτήρα της.

Παράλληλα απαιτεί την διάθεση ανωνύμων αναφορών στις εκάστοτε διοικήσεις των νοσοκομείων.

Η ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΣΤΟ DONCASTER

Η προσπάθεια της οργανωμένης εκτίμησης της ιατρικής φροντίδας ξεκίνησε στο Doncaster το 1989, αρκετά πριν την νομική επιταγή.

Από τότε ιδρύθηκε η «Τοπική Επιτροπή Ελέγχου των Ιατρικών Πράξεων» (Local Medical Audit Committee) στο Βασιλικό Νοσοκομείο του Doncaster, το οποίο με τις 900 κλίνες του εξυπηρετεί ένα πληθυσμό 250.000 ανθρώπων. Μισή εργάσιμη ημέρα το μήνα αφιερώνεται στην εκτίμηση της ιατρικής φροντίδας και όλες οι μη επείγουσες λειτουργίες του νοσοκομείου σταματούν. Κάθε μεγάλο ιατρικό τμήμα έχει τον δικό του υπεύθυνο ελέγχου (Audit Officer), ο οποίος συντονίζει όλες τις δραστηριότητες στο τμήμα τις σχετικές με τον έλεγχο της ιατρικής πρακτικής και αναφέρει στον προϊστάμενο της Νοσοκομειακής Επιτροπής, που με την σειρά του ενημερώνει τον Γενικό Διευθυντή του νοσοκομείου.

Ο ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΟΥ «AUDIT»

Ο πρωταρχικός στόχος του «ελέγχου της ιατρικής φροντίδας» είναι να θέτει πρότυπα, να παρακολουθεί και να βελτιώνει την παροχή ιατρικών υπηρεσιών προς τους ασθενείς. Παράλληλα αποτελεί μία εκπαιδευτική διαδικασία και συχνά αναδεικνύει περιοχές όπου η φροντίδα των ασθενών είναι δυνατό να γίνει πιο αποτελεσματική. Ο όρος αποτελεσματική αναπόφευκτα συμπεριέχει την εξέταση του «κόστους» της φροντίδας, είτε σε χρόνο και χρήμα, είτε σε ανθρώπινο δυναμικό.

Οι περισσότεροι των ιατρών, όταν αξιολογούν την ποιότητα της παρεχόμενης από αυτούς φροντίδας, ενδιαφέρονται κυρίως για την «έκβαση» (Outcome), δηλαδή το αποτέλεσμα της κλινικής τους δραστηριότητας στην υγεία του ασθενούς και την αναμενόμενη ευεξία και ικανοποίησή του. Άλλες πλευρές της κλινικής πράξης που μπορούν να εκτιμηθούν είναι η «δομή» (Structure), δηλαδή η «διαθεσιμότητα και οργάνωση των πόρων ενός τμήματος» και η «διαδικασία» (Process), δηλαδή ο «τρόπος που ο ασθενής γίνεται δεκτός και αντιμετωπίζεται από την ιατρική υπηρεσία».

ΟΙ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ΕΛΕΓΧΟΥ ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΣΤΟ DONCASTER

Για τους λόγους που ήδη αναφέρθηκαν το πρόγραμμα ελέγχου της ιατρικής φροντίδας είναι σε λειτουργία

στο Doncaster από τον Ιούνιο του 1989. Μερικές συνεδριάσεις είναι αφιερωμένες σε θέματα γενικότερου κλινικού ενδιαφέροντος σε συνεργασία συχνά με κάποια άλλη ειδικότητα, αλλά συνηθέστερα δύο κλινικά αντικείμενα καλύπτονται ανά συνεδρία.

Αυτό σημαίνει ότι σαράντα, περίπου αντικείμενα συζητήθηκαν από την έναρξη λειτουργίας του προγράμματος.

Παραθέτονται μερικά παραδείγματα αντικειμένων που μας απασχόλησαν κατά καιρούς και αποτελεσμάτων της διαδικασίας ελέγχου και βελτίωσης της κλινικής πρακτικής μας.

Παράδειγμα 1:

Αναθεωρήσαμε την λειτουργία του Παιδοχειρουργικού Τμήματος Ημέρας (Children's Day-Case Surgery) και τους λόγους αναβολής των επεμβάσεων.

Εντοπίσαμε την σχετική ευκολία, με την οποία μερικοί αναισθησιολόγοι είχαν αναβάλει χειρουργικές επεμβάσεις σε παιδιά με συμπτώματα από το ανώτερο αναπνευστικό. Η διαδικασία αυτή απέβη «εκπαιδευτική» με το ότι συζητήθηκαν και εισήχθησαν νεώτερες απόψεις και πρακτικές αντιμετώπισης (Tait/USA, Hall/U.K.) και «αποτελεσματική» διότι μια πιο ριζοσπαστική θεώρηση του προβλήματος από το Αναισθησιολογικό Τμήμα συντέλεσε στην ικανοποίηση των **περισσοτέρων** από τα μέλη του.

Το ευκτέο αποτέλεσμα ήταν η μείωση των περιπτώσεων αναβολής της επέμβασης στο Παιδοχειρουργικό Τμήμα Ημέρας.

Άλλα αντικείμενα ελέγχου παρόμοιας φύσης που είχαν χρήσιμα αποτελέσματα υπήρξαν:

- Η θέση του ασθενούς μετά ραχιαία αναισθησία - Αναθεώρηση των νοσηλευτικών πρακτικών, ανασκόπηση της πιο σύγχρονης βιβλιογραφίας και εκπόνηση πιο αποτελεσματικών πρωτοκόλλων.
- Οι λόγοι επανεισαγωγής στο νοσοκομείο ασθενών που υποβλήθηκαν σε χειρουργικές επεμβάσεις στο Τμήμα Χειρουργικής Ημέρας. Αναθεώρηση των τεχνικών αντιμετώπισης του οξέος πόνου μετά επεμβάσεις σε παιδιά και λαπαροσκοπήσεις σε γυναίκες. Αυτό οδήγησε σε ευρύτερη χρήση των μη ναρκωτικών αναλγητικών και των μεθόδων τοποπεριοχικής αναισθησίας και αναλγησίας.

Πολλές συνεδριάσεις που είχαν ως αντικείμενο θέματα «δομής» οδήγησαν σε οργανωτικές αλλαγές στο Αναισθησιολογικό Τμήμα. Η αξιολόγηση της ποιότητας των διαγραμμάτων αναισθησίας οδήγησε πρόσφατα στην αναβάθμισή τους, κάτι που φαίνεται ιδιαίτερα σημαντικό μια και στο περιβάλλον μας δίνεται όλο και μεγαλύτερη έμφαση σε «ιατροδικαστικά» θέματα.

Ο έλεγχος του ωραρίου εργασίας και εκπαίδευσης των νεωτέρων συναδέλφων οδήγησε σε εξωραϊστικές αλλαγές του τρόπου δουλειάς τους.

Η αξιολόγηση της επίγνωσης από τους αναισθησιολόγους του κόστους των φαρμάκων και του εξοπλισμού μίας χρήσης αποδείχτηκε ιδιαίτερα σοβαρή και ταυτόχρονα διασκεδαστική. Την πιο ευεργετική επίδραση όμως είχαν οι «ασκήσεις ελέγχου και αξιολόγησης» κατά τις κοινές συνεδριάσεις με άλλα τμήματα του νοσοκομείου. Παραθέτονται μερικά **παραδείγματα**:

Ο έλεγχος της ποιότητας αντιμετώπισης του μετεγ-

χειρητικού πόνου με τα χειρουργικά και γυναικολογικά τμήματα ανέδειξε ανησυχητικές ανεπάρκειες. Αυτό οδήγησε στην από κοινού οργάνωση «Ομάδας Αντιμετώπισης του Οξέος Πόνου» (Acute Pain Management Team) με πολύ καλά δείγματα πρακτικής πολύ πριν αυτό συστηθεί επισήμως με πρόσφατη κυβερνητική πράξη.

Μία κοινή συνεδρίαση με τους παιδίατρους οδήγησε στον εκσυγχρονισμό παρωχημένων μεθόδων αντιμετώπισης του οξέος δύσκολου αεραγωγού στα παιδιά. Οι συνεδριάσεις αναισθησιολόγων, παιδίατρων και ωτορινολαρυγγολόγων επί του θέματος θα αναθεωρούν σε ετήσια βάση και θα βελτιώνουν τα πρωτόκολλα όπως κριθεί αναγκαίο.

Η πιο χρήσιμη ίσως κοινή συνεδρίαση υπήρξε αυτή με τους μαιευτήρες και γυναικολόγους με αντικείμενο την αντιμετώπιση της σοβαρής αρτηριακής υπέρτασης κατά την κύηση. Διενεργήθηκε έλεγχος και αξιολόγηση των θανάτων κατά την κύηση τα τελευταία δέκα έτη στην περιοχή του Doncaster. Επιπλέον στοιχεία συλλέχθηκαν από τις εισαγωγές εγκύων στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας και τα περιστατικά αυτά αναλύθηκαν αιτιολογικά.

Οι αριθμοί αποκάλυψαν, ότι το Doncaster υστερούσε σε σχέση με τον εθνικό μέσο όρο. Ειδικότερα εμφανίστηκε προβληματική η αντιμετώπιση της βαρείας προεκλαμψίας και εκλαμψίας.

Πρωτόκολλα αντιμετώπισης επιστρατεύτηκαν από διάφορα κέντρα του Ηνωμένου Βασιλείου και συναποφασίστηκε από τις δύο ειδικότητες ο τρόπος φροντίδας και περίθαλψης των ασθενών αυτών στο μέλλον.

Η ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΔΙΑΣΤΑΣΗ

Το Βρετανικό Εθνικό Σύστημα Υγείας (NHS) είναι ένας ενδιαφέρων θεσμός για να εργάζεται κανείς σαν ιατρός.

Ο ειδικός αναισθησιολόγος σε ένα μεγάλο Αναισθησιολογικό Τμήμα, όπως είναι αυτό του Doncaster, είναι ένας ανεξάρτητος διευθυντής (Consultant), έχει μία σύμβαση εργασίας με το Νοσοκομείο, η οποία είναι μάλλον πολύ απίθανο να καταγγελθεί ποτέ, και δεν έχει άμεσο προϊστάμενο, που να είναι σε θέση να επιβάλλει όποιες πολιτικές στο τμήμα ή να περικόπτει τις οικονομικές αποδοχές του.

Αυτή η δομή αναπαράγει ανεξάρτητους και ατομικιστές ιατρούς, που είναι ελεύθεροι να δρουν κλινικά όπως αυτοί θεωρούν καλύτερο. Είναι υπόλογοι μόνο στον Ιατρικό Σύλλογο (General Medical Council) για **σοβαρά** επαγγελματικά παραπτώματα και υπεύθυνοι απέναντι στους ασθενείς τους κατά τον νόμο για πράξεις ιατρικής αμέλειας. Οι «εταιρείες υπεράσπισης των ιατρών» (Medical Defence Societies, στην ουσία ασφαλιστικοί οργανισμοί μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα) αναλαμβάνουν το κόστος της όποιης νομικής προσαγωγής.

Παρ' όλα αυτά η κατάσταση αλλάζει ραγδαία. Καταρχήν από το 1990 οι διοικήσεις των νοσοκομείων επιφορτίζονται με το κόστος ασφάλισης και υπεράσπισης, κατά τον νόμο του ιατρικού προσωπικού τους. Από το 1991 επίσης υπάρχουν αρκετά νοσοκομεία με σχετική ή απόλυτη οικονομική αυτοτέλεια και αυτοδιαχείριση (NHS Trust Hospitals) στα οποία συγκαταλέγεται και το Βασιλικό Νοσοκομείο του Doncaster.

Μέσα στο 1992 ο Ιατρικός Σύλλογος της Μεγ. Βρετανίας (General Medical Council) προτίθεται να επιληφθεί του θέματος των ιατρών των οποίων οι κλινικές επιδόσεις κρίνονται φτωχές ή ανεπαρκείς.

Πιθανότατα δεν αποτελεί σύμπτωση το γεγονός, ότι χρονικά συμπίπτουν η κυβερνητική πίεση για έλεγχο και αξιολόγηση της ιατρικής πρακτικής και η δημόσια ασκούμενη πίεση για επίταση του ελέγχου των ιατρών από τους Ιατρικούς Συλλόγους.

Πολλοί πιστεύουν ότι οι διοικήσεις των νοσοκομείων μετά την ανάληψη της οικονομικής και διοικητικής αυτονομίας θα πιάσουν προς λιγότερο «ατομικιστική» άσκηση των ιατρικών καθηκόντων και πιθανώς θα παροτρύνουν για πιο «ασφαλείς», πιο «άκαμπτες» και πιο «αξίες του κόστους» πρακτικές και μεθόδους περίθαλψης, όπως αυτές θα αναδεικνύονται από τις διαδικασίες ελέγχου και αξιολόγησης.

Η ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ

Συνάδελφοι διευθυντές (Consultants) αναισθησιολόγοι ερωτήθηκαν για τις απόψεις τους σχετικά με τις διαδικασίες ελέγχου της ποιότητας των ιατρικών πράξεων εν γένει και την εφαρμογή του προγράμματος στο τμήμα τους.

Σε γενικές γραμμές όλοι συμφώνησαν ότι οι διαδικασίες αυτές αποτελούν ένα θετικό βήμα προόδου στο τμήμα και εκδήλωσαν την υποστήριξή τους στην συνέχιση των προσπαθειών προς αυτή την κατεύθυνση.

Πολλοί εξέφρασαν τον σκεπτικισμό τους για το μέλλον του θεσμού στην περίπτωση που η αξιολόγηση μετουσιωθεί σε «κυριολεκτικό» έλεγχο και προσπάθεια καταμερισμού ευθυνών.

ΑΠΟΣΠΑΣΜΑ ΕΠΙΣΤΟΛΗΣ ΤΟΥ κ. B.R. MILNE ΣΤΟΝ κ. Δ. Ι. ΣΕΤΖΗ ΤΗΝ 17 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 1992

Αγαπητέ Δημήτρη,

Μου ζήτησες να σου μεταφέρω τις σκέψεις μου για το μέλλον του «ελέγχου και της εξασφάλισης ποιότητας στην ιατρική πρακτική». Έχω κάνει πολλές σκέψεις σχετικά. Κατ' αρχήν πιστεύω ότι η «εξασφάλιση ποιότητας» είναι σίγουρα κάτι πολύ καλό.

Οι προσπάθειες που αποσκοπούν στην «εξασφάλιση ποιότητας» θα πρέπει να ενθαρρύνονται και όλοι οι γιατροί θα πρέπει να στοχεύουν σε υψηλότερα πρότυπα φροντίδας για τους ασθενείς τους και για την προσωπική και επαγγελματική τους ικανοποίηση.

Πιστεύω όμως ότι στο Ηνωμένο Βασίλειο υπάρχει μια «κρυφή ατζέντα» –για να χρησιμοποιήσω ένα σύγχρονο δημοφιλή όρο– από την πλευρά της κυβέρνησης και του ιατρικού κατεστημένου.

Όπως ήδη ανέφερα στις σημειώσεις μου, προφανώς δεν αποτελεί σύμπτωση, ότι η κυβερνητική πίεση για τη διενέργεια «ελέγχου» συνυπάρχει με τις κινήσεις του Ιατρικού Συλλόγου (General Medical Council) να ασχοληθεί με το πρόβλημα του «μη ικανού» ιατρού. Βλέπε απόσπασμα από δημοσίευση του BMJ (British Medical Journal).

Για την ώρα οι διοικήσεις των νοσοκομείων έχουν αρκετά άλλα προβλήματα να ασχοληθούν, όμως αργά ή γρήγορα θα στρέψουν την προσοχή τους και στο «τι τελικά κάνουμε με τα απογεύματά μας» τα αφιερωμένα στον «έλεγχο ποιότητας».

Νομίζω ότι θα πιάσουν για τον καθορισμό του τι πρέπει να «ελέγχεται» με άλλα λόγια θα ενδιαφέρονται όλο και παραπάνω για «διαδικασίες που αξίζουν το κόστος», χειρουργούς και αναισθησιολόγους με ποσοστά επιπλοκών ή χρόνο νοσηλείας των ασθενών τους μεγαλύ-

τερο από τους αντίστοιχους μέσους όρους, κλπ., κλπ.

Ήδη αυξάνεται η πίεση για τη λήψη και πιστοποίηση παρουσιών στις συνεδριάσεις αυτές – όπως στο σχολείο! Πρόσφατα ζητήθηκε από ένα ιατρικό τμήμα του νοσοκομείου μας να επιτρέψει την videοσκοπηση των συνεδριάσεων για την «εξασφάλιση ποιότητας» από κάποια εταιρεία για εκπαιδευτικούς σκοπούς, φυσικά!

Τον προηγούμενο μήνα παρευρέθηκα σε μια συνάντηση στο Λονδίνο που οργανώθηκε από το καινούργιο μας ανεξάρτητο «Κολλέγιο» (The Royal College of Anaesthetists) με θέμα την Συνεχιζόμενη Ιατρική Εκπαίδευση. Ομιλητές από τις Η.Π.Α., τον Καναδά, την Αυστραλία και τη Νέα Ζηλανδία συζήτησαν με επιφανείς Βρετανούς Αναισθησιολόγους την εξέλιξη της Αναισθησιολογίας στον «αγγλόφωνο κόσμο».

Όλοι υιοθετούν ποικίλες στρατηγικές για να επιτευχθεί η διατήρηση και ο εκσυγχρονισμός κάποιων προτύπων κατά την προσφορά ιατρικών υπηρεσιών υγείας.

Όλοι επίσης τονίζουν τη σημασία της διατήρησης του εθελοντικού χαρακτήρα στις διαδικασίες αυτές.

Πιστεύω παρ' όλα αυτά ότι οδεύουμε προς υποχρεωτικές επανεξετάσεις ιατρικής επάρκειας κάθε 5 με 10 χρόνια. Αποτυχία στις εξετάσεις αυτές ή απaráδεκτα ποσοστά επιπλοκών κατά τις ιατρικές παρεμβάσεις, όπως αυτά θα αναφέρονται κατά τις διαδικασίες «ελέγχου της ιατρικής φροντίδας», θα οδηγούν στην ανάκληση της άδειας άσκησης.

Προσωπικά δεν τρομάζω στην ιδέα των επανεξετάσεων, αλλά πιστεύω ότι κάτι τέτοιο θα αλλάξει ριζικά την άσκηση της ιατρικής όπως την ξέρουμε μέχρι σήμερα.

Brian Milne