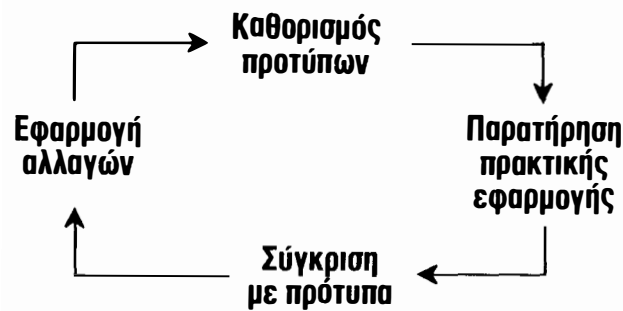


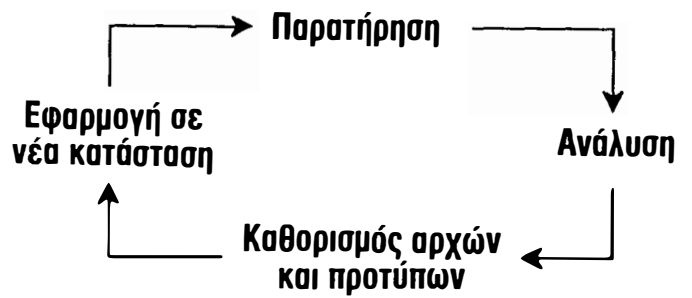
Εξασφάλιση Ποιότητας στην Αναισθησιολογική Πρακτική: Η Ελληνική Πραγματικότητα «Η Εντός των Τειχών Πραγματικότητα»

ΣΤΑΥΡΟΥΛΑ ΛΑΚΟΥΜΕΝΤΑ

Η εξασφάλιση ποιότητας «quality assurance» είναι ο όρος που προτάθηκε από τον Duncan το 1981 και στη Βρετανία για τις διαδικασίες που στοχεύουν να αυξήσουν τις πιθανότητες να έχουν οι ιατρικές δραστηριότητες καλή έκβαση και να μειώσουν τις πιθανότητες κακής έκβασης. Συγχρόνως προτάθηκε ο όρος audit να περιορίζεται στη συγκεκριμένη διαδικασία του ελέγχου για την εξασφάλιση ποιότητας. Υπάρχει όμως ακόμα διγλωσσία και χρήση διαφορετικής ορολογίας στο θέμα αυτό: Η διαδικασία για την εξασφάλιση ποιότητας είναι κυκλική και ξεκινά με τον καθορισμό προτύπων (setting of standards) ή συστηματοποίηση πρωτοκόλλων π.χ. πρωτόκολλο για την αντιμετώπιση κακοήθους υπερθερμίας, πρωτόκολλο προετοιμασίας για την ενδεχόμενη δύσκολη διασωλήνωση. Ακολουθεί η παρατήρηση της πρακτικής εφαρμογής, η ανάλυση των στοιχείων της, η σύγκριση με τα πρότυπα, που έχουν καθοριστεί και γίνονται αλλαγές στον τρόπο δράσης, επανακαθορισμός πιθανά των προτύπων και επανάληψη του κύκλου όπως φαίνεται στο Σχ. 1, που προτείνεται από το Royal College of Physicians σαν κύκλος ελέγχου (audit cycle)². Βλέπουμε στο σχήμα ότι η παρατήρηση της πρακτικής εφαρμογής και η ανάλυσή της οδηγεί σε αλλαγές. Η αλλαγή όμως μιας συμπεριφοράς είναι το βασικό χαρακτηριστικό της εκπαίδευσης. Παρά τον κοινό αυτό τόπο ο κύκλος του ελέγχου για την εξασφάλιση ποιότητας δεν είναι ταυτόσημος με τον κύκλο της μάθησης (Σχ. 2)³. Ο κύκλος της μάθησης έχει σαν αφετηρία την παρατήρηση των δεδομένων, προχωρά στην ανάλυση και ακολουθεί την παρατήρηση των προτύπων και αρχών που στη συνέχεια εφαρμόζονται σε νέες καταστάσεις για να ξαναρχίσει η παρατήρηση.

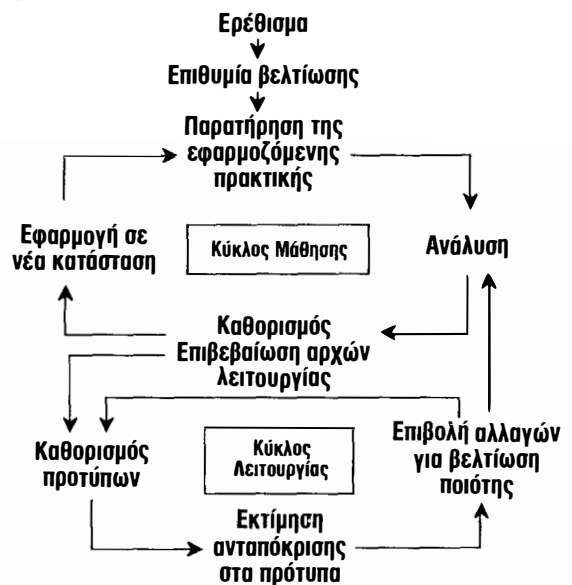


Σχ. 1 Ο κύκλος ελέγχου.



Σχ. 2 Ο κύκλος μάθησης.

Έχει επιχειρηθεί η εξομάλυνση της εμφανούς διαφοράς των δύο κύκλων. Μια σημαντική δυσχέρεια στον κύκλο της εξασφάλισης ποιότητας είναι ο καθορισμός προτύπων και σύμφωνα με την συχνά εκφραζόμενη άποψη αυτό επιτυγχάνεται με την παρατήρηση των δεδομένων και την ανάλυση των στόχων. Η διαδικασία αυτή συχνά πυροδοτείται από κάτι απροσδόκητο όπως μια κακή εμπειρία, χαμηλοί δείκτες απόδοσης ή κάποια σοβαρή επιπλοκή. Αφού τεθούν οι στόχοι προς τους οποίους θέλουμε να βαδίσουμε, γίνεται ευκολότερος ο καθορισμός των προτύπων.



Σχ. 3 Ο κύκλος μάθησης και ελέγχου σε συνδυασμό.

Η σύνδεση λοιπόν των δύο κύκλων γίνεται όπως φαίνεται στο Σχ. 3 χωρίς ουσιαστικά να αλλάξει ο ένας ή ο άλλος⁴. Το μέρος του κύκλου που αφορά την εξασφάλιση ποιότητας και φέρεται σαν κύκλος λειτουργίας συνδέεται άμεσα με τις δραστηριότητες ενός αναισθησιολογικού τμήματος. Και οι δύο κύκλοι μπορεί να παράγουν ιδέες για έρευνα και θα πρέπει να προωθούν νεωτερισμούς. Η εξασφάλιση ποιότητας συνδέεται με την βελτίωση της παρεχόμενης περιθαλψης από τις Υπηρεσίες Υγείας από τη μια και με την καλύτερη απόδοση των εργαζομένων σ' αυτές επομένως και των γιατρών.

Χαρακτηριστικό παράδειγμα αυστηρά πειθαρχημένης εφαρμογής ενός συστήματος για την εξασφάλιση ποιότητας μέσα από την κριτική των ικανοτήτων είναι αυτό που περιγράφεται από τον Vitez και συν⁵. Στο σύστημα αυτό βαθμολογούνται οι συνέπειες της χορήγησης αναισθησίας ανάλογα με την έκβασή τους:

1-3 βαθμολογούνται τα συμβάματα χωρίς περαιτέρω συνέπειες για τον άρρωστο π.χ. διασωλήνωση του οισοφάγου, που διαπιστώνεται αμέσως και διορθώνεται.

4-6 βαθμολογούνται οι αναστρέψιμες βλάβες π.χ. υπερφόρτωση με υγρά που προκαλεί πνευμονικό οίδημα και αντιμετωπίζεται σωστά.

7-9 βαθμολογούνται τα συμβάματα που προκαλούν κάποια μόνιμη βλάβη π.χ. έμφραγμα μυοκαρδίου.

10 βαθμολογείται ο θάνατος.

Η αριθμητική βαθμολογία των συμβαμάτων διευκολύνει τη σύγκριση κατά την οποία πλέον χρησιμοποιούνται αριθμητικά στοιχεία. Κάθε σύμβαμα αναλύεται από ομάδα συναδέλφων αναισθησιολόγων και ταξινομείται σε κατηγορίες όπως:

- επιπλοκή αναπνευστικού
- επιπλοκή κυκλοφοριακού
- επιπλοκή περιοχικής αναισθησίας.

Στη συνέχεια η ανάλυση προχωρά στον εντοπισμό του αιτίου του συμβάματος. Η ανάλυση των αιτιών είναι δυνατό να καταλήξει σε:

α) αδυναμία εντοπισμού παράλειψης, που χαρακτηρίζεται ως ΚΑΜΜΙΑ ΠΑΡΑΛΕΙΨΗ π.χ. ο άρρωστος έχει έλλειψη ψευδοχολινεστεράσης.

β) ΜΗΧΑΝΙΚΗ ΒΛΑΒΗ. σ' αυτή την περίπτωση θα διερευνηθεί κατά πόσον είχε προηγηθεί ο απαιτούμενος έλεγχος του εξοπλισμού.

γ) ΑΝΘΡΩΠΙΝΟ ΛΑΘΟΣ κατά τη λήψη ή την εκτέλεση μιας απόφασης.

Τα ανθρώπινα λάθη συγκεντρώνουν το μεγαλύτερο ενδιαφέρον και ταξινομούνται περαιτέρω σε:

α) λάθη κρίσεως π.χ. χορήγηση αναισθησίας με προσωπίδα σε επίτοκο

β) τεχνικά λάθη π.χ. επισκληρίδιος αποκλεισμός ανεπαρκής για το είδος της επέμβασης

γ) ελλειπής επαγρύπνηση.

Τα πλέον δύσκολα είναι τα λάθη κρίσεως και αυτά απασχολούν περισσότερο τους αναλυτές. Θα τα διακρίνουν σε εκείνα που δείχνουν ΕΛΛΕΙΨΗ ΓΝΩΣΕΩΝ π.χ. δεν γνωρίζει ο αναισθησιολόγος για την κακοήθη υπερπυρεξία, ΕΛΛΕΙΨΗ ΔΕΔΟΜΕΝΑ π.χ. μολοντί γνωρίζει για την κακοήθη υπερθερμία δεν εφήρμοσε το απαραίτητο monitoring κατά τη χορήγηση αναισθησίας σε άρρωστο επιρρεπή και ΑΠΟΡΡΙΨΗ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ λόγω είτε αδυναμίας αναγνώρισης π.χ. αυξάνει το εκπνεόμενο διοξειδίο, η θερμοκρασία και εμφανίζεται αρρυθμία αλλά

δεν προχωρά σε διαφορική διάγνωση κακοήθους υπερθερμίας, είτε αδυναμίας αποδοχής π.χ. στην παραπάνω περίπτωση σκέπτεται «δεν είναι δυνατόν να μου συμβαίνει ένα τόσο σπάνιο φαινόμενο όπως η κακοήθης υπερθερμία».

Όλα τα στοιχεία αφού αναλυθούν και ταξινομηθούν τροφοδοτούν σε ένα αυτοματοποιημένο πρόγραμμα ηλεκτρονικού υπολογιστή ειδικά κατασκευασμένο ώστε να αποδώσει τις καμπύλες κατανομής και μέσο όρο για την απόδοση του τμήματος ολοκλήρου και κάθε μέλους χωριστά. Ο μέσος όρος απόδοσης του τμήματος συγκρίνεται με το στόχο που έχει θέσει το τμήμα και ο μέσος όρος κάθε αναισθησιολόγου συγκρίνεται με εκείνον του τμήματος όσον αφορά τη συχνότητα, τον αριθμό και το είδος των λαθών. Ανάλογα με τον τομέα που υστερεί ένα τμήμα προσπαθεί να καλύψει τα κενά του αλλά και να βοηθήσει όσους έχουν χαμηλή βαθμολογία να βελτιωθούν με παρακολούθηση σεμιναρίων ή ενίσχυση της ικανότητάς τους στη λήψη αποφάσεων. Τέλος το σύστημα προβλέπει για κάποια βαθμολογία την μείωση αρμοδιοτήτων. Το παράδειγμα του συστήματος αυτού επιλέχθηκε γιατί παρά τις αδυναμίες του για τις οποίες υφίσταται κριτική είναι εύκολο να παρουσιαστεί επειδή έχει πολύ ξεκάθαρη δομή. Η λειτουργικότητά του στηρίζεται στην έκφραση των στοιχείων με αριθμούς και όπως κάθε τέτοιο σύστημα αποδίδει όταν χρησιμοποιείται σε περιβάλλον συνεργασίας που αναπτύσσει την ενεργό συμμετοχή και απαγάγει το φόβο.

Υπάρχει δυσκολία στην έκφραση πολλών παραμέτρων με τρόπο που να διευκολύνεται η σύγκριση στοιχείων. Οι Scott και συν⁶ περιέγραψαν ένα σύστημα με το οποίο διακρίνουν ομάδες αρρώστων κατάλληλες για σύγκριση με ένα κανόνα βασισμένο σε στατιστικά στοιχεία. Ο κανόνας αυτός στηρίζεται στη σχέση της προβλεπόμενης έκβασης της αναισθησίας και της καταγραφόμενης έκβασης. Την τελευταία δεκαετία τα αναισθησιολογικά περιοδικά παρουσιάζουν πληθώρα άρθρων που αναλύουν και κριτικάρουν διάφορα προγράμματα εξασφάλισης ποιότητας.

Σε σχέση όμως με όσα συμβαίνουν στις προηγμένες χώρες γνωρίζουμε ότι στη χώρα μας όσα γίνονται είναι αιθόρμητα χωρίς σύστημα και αν όχι οι στόχοι η μέθοδος τουλάχιστον είναι απροσδιόριστη.

Μια αδρή εικόνα για το τι γίνεται μέσα από τα νοσητά τείχη των νοσοκομείων της πρωτεύουσας μπορούμε να σχηματίσουμε από τις απαντήσεις που έδωσαν σε ένα απλό και καθόλου φιλόδοξο ερωτηματολόγιο οι αναισθησιολόγοι που υπέφεραν τον καύσωνα του δεκαπενταύγουστου στην Αθήνα. Το ερωτηματολόγιο μοιράστηκε στα νοσοκομεία: Αγλαΐα Κυριακού, Αγία Σοφία, Άγιος Σάββας, Ιπποκράτειο, Λαϊκό και Ευαγγελισμός.

Γνωρίζοντας την απειρία μας στο θέμα των μεθόδων εξασφάλισης ποιότητας μια σύντομη εισαγωγή ενημέρωνε ότι τέτοιες μέθοδοι εφαρμόζονται ήδη στις αναπτυγμένες χώρες και έχουν επεκταθεί στην αναισθησιολογική πρακτική. Συγκεντρώθηκαν 97 απαντήσεις από όλες τις βαθμίδες και συγκεκριμένα: 15 διευθυντές, 30 επιμελητές Α', 21 επιμελητές Β' και 31 ειδικευόμενοι.

Η απάντηση στην πρώτη ερώτηση αν πιστεύουν ότι μέθοδοι για την εξασφάλιση ποιότητας στην αναισθησιολογία πρέπει να εφαρμοστούν στην χώρα μας ήταν καθολικά θετική.

Η ομοφωνία είναι εντυπωσιακή αν αναλογιστεί κανείς ότι σε άλλες χώρες υπήρξαν ποικίλες αντιδράσεις και συζητήσεις μακρόχρονες για το που μπορεί να οδηγήσουν ιδιαίτερα οι υποχρεωτικές τέτοιες διαδικασίες ή η χρησιμοποίησή τους από την Πολιτεία. Η πιθανότερη εξήγηση κατά την άποψή μου είναι η επιθυμία μας για βελτίωση και αλλαγές σε πολλούς τομείς της καθημερινής μας δραστηριότητας.

Στη δεύτερη ερώτηση ποιος κατά γη γνώμη του ερωτώμενου θα έπρεπε να αναλάβει την διεξαγωγή του ελέγχου για την εξασφάλιση ποιότητας

- α) το Υπουργείο απάντησε το 0%
- β) η Αναισθησιολογική Εταιρεία το 23%
- γ) οι αναισθησιολόγοι στα κατά τόπους νοσοκομεία 27%
- δ) συνδυασμός των παραπάνω 27%
- ε) μια ειδική υπηρεσία όπου συμμετέχουν εκπρόσωποι των α, β και γ 30%.

Οι απαντήσεις εδώ δεν είναι τόσο αποφασιστικές και διαφαίνεται η διστακτικότητα από την αλληλεπικάλυψη των ποσοτών. Είναι σαφής όμως η απόρριψη άνωθεν επιβαλλομένων διαδικασιών και η τάση να συμμετέχουμε ενεργά μέσα από εκλεγμένα όργανα. Σε αυτό το σημείο θα πρέπει να αναφερθεί το παράδειγμα της Ολλανδίας⁷ που οι σύλλογοι ειδικευμένων νοσοκομειακών γιατρών ξεκίνησαν τη μεθόδευση των διαδικασιών για την εξασφάλιση ποιότητας στα νοσοκομεία. Όταν οι κρατικές υπηρεσίες κάτω από το βάρος των αυξανόμενων συνεχώς οικονομικών απαιτήσεων της σύγχρονης ανάπτυξης μέσων νοσηλείας και το πνεύμα περικοπών δαπανών αποφάσισε να ξεκινήσει μια διαδικασία εξασφάλισης ποιότητας βρέθηκε μπροστά σε ένα ενεργοποιημένο σύστημα και έτσι οι ιατρικές εταιρείες εξακολούθησαν να κρατούν στα χέρια τους τον έλεγχο του οίκου τους. Σε αντίθεση με το παράδειγμα αυτό στη Βρετανία η επιβολή μεθόδων ελέγχου καθυστέρησε διότι προτάθηκε από την κυβέρνηση και χρειάστηκε μακρά διαδικασία μεθόδευσης⁸.

Η συμμετοχή της Πολιτείας παρά το δικαιολογημένο σκεπτικισμό δεν μπορεί να αποκλεισθεί, διότι είναι απαραίτητη στην παράκαμψη πολλών δυσχερειών ηλεκτρονικού εξοπλισμού και ωραρίου για συναντήσεις ώστε να υπάρχει ευρεία συμμετοχή.

Η τρίτη ερώτηση αφορούσε τα πιθανά οφέλη και βλαπτικές επιπτώσεις από τη συστηματοποίηση των με-

θόδων για εξασφάλιση ποιότητας. Το 65% πιστεύει ότι συμβάλλει στη συνεχιζόμενη εκπαίδευση των αναισθησιολόγων, το 81% στη βελτίωση της παρεχόμενης περίθαλψης, το 21% στον εντοπισμό συναδέλφων που δεν ανταποκρίνονται στις απαιτήσεις της ειδικότητας και μόνο 1% εκφράζει το φόβο ότι μπορεί να συμβάλλει στην παραπομπή των αναισθησιολόγων στην δικαιοσύνη.

Οι απαντήσεις αυτές δείχνουν ότι δεν φοβόμαστε ότι τέτοιες διαδικασίες ποινικοποιούν την ιατρική και μάλιστα ένα 15% βλέπει την εξασφάλιση ποιότητας συνδεδεμένη με την επιβράβευση. Αυτό σαν έννοια υπάρχει στα ιαπωνικά και λέγεται kaizen⁹. Το kaizen είναι η φιλοσοφία επιβράβευσης για την καλύτερη απόδοση που εφαρμόζεται στην Ιαπωνία σε όλους τους τομείς παραγωγής. Το σημαντικό είναι ότι ενθαρρύνει κατά τη διαδικασία και όχι με βάση την έκβαση. Τα αποτελέσματα της εφαρμογής αυτού του συστήματος κάνουν περιττά τα σχόλια.

Στην τελευταία ερώτηση ποιες δραστηριότητες του τμήματος συμβάλλουν στην εξασφάλιση ποιότητας το 50% απήντησε μαθήματα, το 30% έλεγχος διαγραμμάτων αναισθησίας, 67% ανάλυση περιστατικών που παρουσίασαν προβλήματα, 51% παρουσίαση «δύσκολων» ή «ενδιαφερόντων» περιστατικών και 9% άλλες δραστηριότητες.

Οι απαντήσεις εδώ δείχνουν το βαθμό σύγχυσης και την έλλειψη πληροφόρησης στο θέμα. Τα μαθήματα συμβάλλουν στην εκπαίδευσή μας, δεν έχουν όμως παρά δευτερογενή θέση στις διαδικασίες εξασφάλισης ποιότητας. Όσον αφορά τον έλεγχο διαγραμμάτων συνήθως δεν αποσκοπεί στον εντοπισμό συγκεκριμένων στοιχείων ακόμα και εκεί που γίνεται.

Αλλά εξασφάλιση ποιότητας στην αναισθησιολογική πρακτική σημαίνει ΜΕΤΡΗΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ, ΣΥΓΚΡΙΣΗ και ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΑΛΛΑΓΩΝ. Υπάρχει αρκετή εμπειρία στο διεθνή χώρο, που μπορεί να χρησιμοποιηθεί εποικοδομητικά. Μια εικόνα για την εφαρμογή και εξέλιξη των προγραμμάτων εξασφάλισης ποιότητας δίνει ο J. Cohen¹⁰. Οποσδήποτε όμως κάθε χώρα έχει ιδιαιτερότητες και η μεταφορά ενός συστήματος αυτούσιου από τη μια χώρα στην άλλη δεν αποδίδει. Αν διακρίνουμε αδυναμίες σε ατομικό και συλλογικό επίπεδο θα ήταν φρόνιμο να εφαρμόσουμε προγράμματα εξασφάλισης ποιότητας πριν η κατάσταση φθάσει σε κρίσιμο σημείο.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Duncan A. Quality assurance: what now and where next? Br Med J 1980; 280:300-2.
2. Royal college of Physicians. Medical audit -a first report: what, why and how? London RCP, 1989.
3. Kolb DA. Experiential learning: experiences as a source of learning and development. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall, 1984.
4. Batstone GF. Educational aspects of medical audit. In Audit in Action, BMJ, 1992.
5. Vitez T. Judging clinical competence. Park Ridge, IL: The American Society of Anesthesiologists, 1989.
6. Scott PV, Haden RM, Pinnock CA et al. An analogue approach to audit in anaesthesia. Anaesthesia 1992; 47:658-553.
7. Reerink E. Improving the quality of hospital services in The Netherlands. The role of CBO: The National Organization for Quality Assurance in the Netherlands. Quality Assurance in Health Care 1990; 2:146-54.
8. Berwick DM, Enthoven A, Bunker JP. Quality management in the NHS: the doctor's role-I. Br. Med J 1992; 304:235-239.
9. Smith R. Medicine's need for kaizen. Putting quality first. Br Med J 1990; 301:679-680.
10. Cohen JA. Quality Assurance Initiatives. Problems in Anesthesia 1991; 5: 277-293.