

Εξασφάλιση Ποιότητας σε Αναισθησιολογικό Τμήμα: Δεκαπέντε Μήνες μετά την Πρώτη Προσέγγιση

ΟΜΑΔΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΞΑΣΦΑΛΙΣΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ
ΣΤΗΝ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑ ΤΟΥ Π.Γ.Ν. ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΑΧΕΠΑ.*
ΤΜΗΜΑ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΙΑΣ ΚΑΙ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ Π.Γ.Ν. ΑΧΕΠΑ, ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ.

Η Εξασφάλιση Ποιότητας (Ε.Π., Q.A. -Quality Assurance) στην παροχή υπηρεσιών υγείας είναι θέμα ζωτικής σημασίας για το κοινωνικό σύνολο. Είναι μια αναγκαιότητα που προέρχεται από την καθημερινή πρακτική και μια πράξη αγάπης προς τον ανώνυμο άρρωστο ανεξάρτητα από οικονομικό ενδιαφέρον ή όφελος.

Για τον ιατρικό κόσμο η θεσμική εξασφάλιση μηχανισμών Ε.Π. διασφαλίζει την εφαρμογή των επιστημονικών εξελίξεων στην καθημερινή πρακτική με υπευθυνότητα, επιτρέπει την ανανέωση και τον εκσυγχρονισμό να συντελεσθούν χωρίς ακροβατισμούς και αποτελεί την πρώτη απάντηση σε τυχόν προκύπτοντα προβλήματα καταλογισμού ευθυνών.

Στην ουσία οι μηχανισμοί Ε.Π. είναι η συγκεκριμενοποίηση μιας παλαιότερης τάσης για εξασφάλιση του αρρώστου και διατήρηση της επιστημονικής οντότητας του ιατρού που υφίσταται την φθορά της καθημερινότητας.

Επειδή από όσα γνωρίζουμε δεν υπάρχει πρόβλεψη θεσμική για την ανάπτυξη Ε.Π. σε κανένα ελληνικό νοσοκομείο, επιχειρήσαμε τη δημιουργία και λειτουργία προγράμματος Ε.Π. στο Αναισθησιολογικό Τμήμα του νοσοκομείου μας. Η προσπάθειά μας αυτή στεγνώθηκε και μορφοποιήθηκε στα πλαίσια του εκπαιδευτικού προγράμματος των ειδικευόμενων αναισθησιολόγων.

Πέρα από ορισμένες υποκειμενικές εκτιμήσεις και αναφορές των κακώς κειμένων ή ανεκδοτολογική περιγραφή συμβαμάτων και επιπλοκών, όπως και σε όλα τα ελληνικά νοσοκομεία, δεν υπήρχε καμία διαδικασία αξιολόγησης της ποιότητας των προσφερομένων υπηρεσιών και κανένα θεσμικό πλαίσιο ικανό να αποτελέσει αφετηρία.

Ο πρώτος στόχος κατά τη λήψη της απόφασης δημιουργίας προγράμματος Ε.Π. υπήρξε η ανάλυση και κατανόηση των μηχανισμών παροχής αναισθησιολογικής φροντίδας, η αξιολόγηση των προσφερομένων υπηρεσιών, η ανίχνευση διαύλων επικοινωνίας ανάμεσα στην

προσφορά και αποδοχή των υπηρεσιών (με στόχο την πληρέστερη συλλογή στοιχείων και πληροφοριών) και η ενημέρωση των εμπλεκόμενων στις διαδικασίες αυτές. Η χρονική περίοδος Νοέμβριος - Δεκέμβριος 1991 αναλώθηκε στην θεωρητική προσέγγιση των στόχων αυτών και αποτέλεσε την προπαρασκευή για την έναρξη λειτουργίας του προγράμματος Ε.Π. Συγκεκριμένα, μετά την ίδρυση άτυπης τριμελούς επιτροπής από δύο ειδικούς αναισθησιολόγους και εκπρόσωπο των ειδικευόμενων αναισθησιολόγων, εκπονήθηκε ειδικό έντυπο για την καταγραφή και αναφορά των πιθανών συμβαμάτων και αναζητήθηκαν λύσεις για την καλύτερη δυνατή πραγματοποίηση του προγράμματος Ε.Π., το οποίο θα περιελάμβανε τα εξής: Συλλογή πληροφοριών και ιεράρχηση γεγονότων κατά βαρύτητα και σημασία. αιτιολογική ανάλυση συμβαμάτων. λήψη διορθωτικών μέτρων και έλεγχο εφαρμογής του προγράμματος Ε.Π. και των διορθωτικών μέτρων. Τον κοινό γεωμετρικό τόπο στην προσπάθεια απεικόνισης των ανωτέρω διαδικασιών αποτελεί κατά τον W.E. Deming (πρωτοπόρο θεωρητικό των προγραμμάτων εξυγίανσης και θελτίωσης της αποτελεσματικότητας της μεταπολεμικής ιαπωνικής βιομηχανίας) ο κύκλος. Ο σχεδιασμός της προσέγγισης των υπό κρίση διαδικασιών (« σ χ ε δ ι α σ μ ό ς »), η υλοποίηση του σχεδίου ελέγχου και συλλογής στοιχείων (« υ λ ο π ο ι ή σ η »), ο έλεγχος των αποτελεσμάτων αξιολόγησης (« έ λ ε γ χ ο ς ») και η δράση που αφορά στην λήψη διορθωτικών μέτρων (« δ ρ ά σ η ») αποτελούν τα τεταρτημόρια του κύκλου. Η ροή της εξέλιξης στον κύκλο αυτό είναι μόνον δεξιόστροφη και η κυκλική αυτή πορεία είναι δυνατόν να επαναληφθεί (σχήμα 1). Κατά την προπαρασκευαστική αυτή περίοδο λειτουργίας του προγράμματος Ε.Π. έγινε η ανάλυση του εκπονηθέντος εντύπου αναφοράς και καταγραφής και η ενημέρωση όλων των συναδέλφων και της διεύθυνσης του τμήματος (έντυπο 1).

* Με α λ φ α β η τ ι κ ή σ ε ι ρ ά:

Ανθόπουλος Γ., Ατσάλου Μ., Βάκαλος Α., Βέη Β., Βόλακλη Ε., Γατίδου Ζ., Γροσομανίδης Β., Καζαμιάς Π., Καρακούλας Κ., Καραλάζος Α., Κίτσιος Κ., Κοκώνης Γ., Κουπέπια Θ., Λαυρεντίεβα Α., Παπαδόπουλος Δ., Σέτζης Δ., Σκούρτης Χ., Τατσιδής Π., Τσοτσόλης Ν., Χρηστίδου Ε.

ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ

Κλινική εξέταση _____
 Εργαστηριακά _____
 Ειδικές εξετάσεις _____
 Προνάρκωση _____
 Ειδική αγωγή _____

Ειδικό
 πρόβλημα



Αναβολή

Επίλυση

ΜΕΤΑΦΟΡΑ /ΥΠΟΔΟΧΗ ΣΤΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟ/ΑΙΘΟΥΣΑ ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑΣ

Χρόνος _____ Ελεγχος ταυτότητας _____
 Τρόπος _____ Κλινική εκτίμηση _____
 Χώρος _____ Εγκατάσταση γραμμών _____
 Εγκατάσταση monitoring _____

ΕΙΣΑΓΩΓΗ**ΔΙΑΤΗΡΗΣΗ****ΑΦΥΠΝΙΣΗ**

| | | |
|-------------------------------|-------|-------|
| Αιμοδυναμικό _____ | _____ | _____ |
| Αναπνευστικό _____ | _____ | _____ |
| Αναλγησία _____ | _____ | _____ |
| Αμνησία _____ | _____ | _____ |
| Μυοχάλαση _____ | _____ | _____ |
| Ειδικά συμ - βάματα _____ | _____ | _____ |
| Νευρολογική εκτίμηση _____ | _____ | _____ |

|| Που _____
 || Πως _____
 || Πότε _____

ΜΕΤΑΦΟΡΑ ΑΠΟ ΤΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟ ΣΤΗΝ ΑΝΑΝΗΨΗ

Monitoring _____
 Κλινική εκτίμηση _____
 Υποστήριξη αναπνευστικού _____
 Υποστήριξη κυκλοφορικού _____
 Απόφαση μεταφοράς || Που _____ Ποιός _____
 || Πως _____ Πότε _____

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

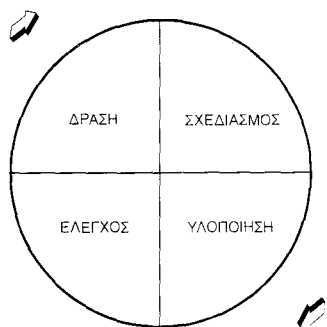
Πότε _____
 Πως _____
 Ειδικά συμβάντα _____

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΕΙΔΙΚΟΥ ΣΥΜΒΑΜΑΤΟΣ (σοβαρή επιπλοκή, θάνατος)**ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ**

Όνομα (ή Α.Μ.) _____
 Τμήμα (επέμβαση) _____

ΠΑΡΑΠΟΝΑ ΧΕΙΡΟΥΡΓΩΝ**ΓΝΩΜΗ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ****ΕΛΕΓΧΟΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ Ε.Π.****ΓΝΩΜΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗΣ ΤΜΗΜΑΤΟΣ**

ΠΡΟΣΟΧΗ ΕΜΠΙΣΤΕΥΤΙΚΟΝ. ΔΕΝ ΑΠΟΤΕΛΕΙ ΜΕΡΟΣ ΤΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΙΣΤΟΡΙΚΟΥ.
 ΦΥΛΛΟ ΕΛΕΓΧΟΥ ΕΞΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑ



Σχήμα 1

Το έντυπο αναφοράς στην επιτροπή Ε.Π. ακολουθεί την χρονολογική σειρά εξέλιξης της αναισθησίας.

Αρχίζει με την **προεγχειρητική εκτίμηση** του ασθενούς και τα πιθανώς προκύπτοντα προβλήματα και συνεχίζει με την μεταφορά και υποδοχή στο χειρουργείο ή την αίθουσα προπαρασκευής και ανάνηψης. Στις ειδικές εξετάσεις αναφέρονται τυχόν εξετάσεις που ζητήθηκαν από τον αναισθησιολόγο ή τον θεράποντα ιατρό εν όψει της χειρουργικής επέμβασης (π.χ. τεστ κοπώσεως, echo καρδιάς κ.λ.π.). Στην ειδική αγωγή αναφέρεται η επιπρόσθετη φαρμακευτική ή άλλη αγωγή (π.χ. αντιυπερτασική αγωγή λόγω μη ελεγχόμενης αρτηριακής υπέρτασης, φυσικοθεραπεία αναπνευστικού κ.λ.π.). Σαν ειδικό πρόβλημα αναφέρονται τυχόν προβλήματα του ασθενούς, τα οποία είτε επιλύονται είτε γίνονται αιτία αναβολής της χειρουργικής επέμβασης.

Μεταφορά/υποδοχή στο χειρουργείο/αίθουσα προετοιμασίας.

Στο νοσοκομείο μας δεν υπάρχει αίθουσα προετοιμασίας των ασθενών για την αναισθησία. Οι ασθενείς παραλαμβάνονται στον διάδρομο ή σε αυτή καθαυτή την αίθουσα του χειρουργείου. Στον χώρο αυτό του εντύπου αναφέρονται: πόσο χρόνο πριν την προγραμματισμένη χειρουργική επέμβαση ήρθε ο ασθενής στον χώρο υποδοχής, ποιος έδωσε την εντολή μεταφοράς του, αν έγινε ο έλεγχος της ταυτότητας του ασθενούς, ποια η κλινική εικόνα του ασθενούς την στιγμή της άφιξης και αν εγκαταστάθηκαν γραμμές και συνδέθηκαν συσκευές monitoring.

Εισαγωγή, διατήρηση, αφύπνιση.

Με επιγραμματικό τρόπο γίνεται αναφορά στους στόχους φροντίδας του αναισθησιολόγου και στην χρονολογική εξέλιξη των παραμέτρων και καταστάσεων, όπως και της τυχόν θεραπείας υποστηρίξης. Ιδιαίτερη αναφορά γίνεται στα ειδικά συμβάματα και στην νευρολογική εκτίμηση του ασθενούς κατά την αφύπνιση. Ειδικότερα για την αφύπνιση αναγράφονται ο χρόνος, ο τόπος και ο τρόπος.

Μεταφορά από το χειρουργείο στην ανάνηψη.

Στο νοσοκομείο μας στην προαναφερόμενη χρονική περίοδο δεν υπήρχε αίθουσα ανάνηψης και οι ασθενείς είτε μεταφέρονται αμέσως μετά την αφύπνιση στο θάλαμο νοσηλείας τους είτε παραμένουν για μικρό χρονικό διάστημα στον διάδρομο των χειρουργείων, εκτός αν εί-

ναι προγραμματισμένη η απευθείας μεταφορά τους σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας. Εκ νέου γίνεται αναφορά στην κλινική εικόνα του ασθενούς, τα τυχόν υποστηρικτικά μέτρα θεραπείας και σαφής αναγραφή του χρόνου και του τρόπου μεταφοράς του.

Μετεγχειρητική αξιολόγηση.

Η μετεγχειρητική επίσκεψη και αξιολόγηση γίνεται από τον ειδικευόμενο αναισθησιολόγο που εμπλέκεται στη χορήγηση αναισθησίας. Δυστυχώς μέχρι σήμερα δεν κατέστη ακόμη εφικτό, για διάφορους λόγους, όλοι οι ασθενείς να απολαμβάνουν τη μετεγχειρητική επίσκεψη του αναισθησιολόγου. Στις περιπτώσεις όμως που έγιναν αναφορές στην επιτροπή Ε.Π. η μετεγχειρητική αξιολόγηση αποτέλεσε δεδομένο και συνεχίστηκε για πολλές ημέρες μέχρι και την έξοδο του ασθενούς από το νοσοκομείο. Περιελάμβανε την κλινική εξέταση, την συζήτηση με τον ασθενή και το περιβάλλον του, όπως και την αξιολόγηση των εργαστηριακών και άλλων εξετάσεων. Στόχος της μετεγχειρητικής αξιολόγησης υπήρξε η ανίχνευση επιπλοκών σχετιζομένων με την χορήγηση αναισθησίας, όπως και η εξέλιξη των τυχόν λειτουργικών διαταραχών ή επιπλοκών.

Περιγραφή ειδικού συμβάματος.

Εδώ γίνεται επιγραμματική περιγραφή του ειδικού συμβάματος, στο οποίο εστιάζεται η αναφορά στην επιτροπή Ε.Π.

Δημογραφικά στοιχεία ασθενούς.

Αναφέρονται στο όνομα, στο επίθετο, τον αριθμό μητρώου, στο είδος της χειρουργικής επέμβασης και στο τμήμα του νοσοκομείου όπου νοσηλεύεται ο ασθενής.

Γνώμη χειρουργών.

Εδώ καταγράφονται οι αντιδράσεις των συναδέλφων χειρουργών στο συμβάν και στην όλη αντιμετώπισή του και τα τυχόν ευμενή ή δυσμενή σχόλια. Ας σημειωθεί ότι εκτός από τον ασθενή και το περιβάλλον του και οι χειρουργοί θεωρούνται αποδέκτες των αναισθησιολογικών υπηρεσιών του τμήματος.

Γνώμη περιβάλλοντος ασθενούς.

Αναφέρεται από τον αναισθησιολόγο η ενημέρωση ή μη των συγγενών του ασθενούς για τα διαδραματιζόμενα κατά και μετά την αναισθησία όπως και οι αντιδράσεις και απόψεις τους.

Έλεγχος από την επιτροπή Ε.Π.

Ο χώρος αυτός του εντύπου προορίζεται για την επιγραμματική αναγραφή των αποτελεσμάτων αξιολόγησης του συμβάματος κατά βαρύτητα και αιτιολογία μετά την εκτενή συζήτηση και ανάλυσή του από την επιτροπή Ε.Π. κατά τις τακτικές συνεδριάσεις.

Γνώμη διεύθυνσης τμήματος.

Ειδικός χώρος στο έντυπο αναφοράς Ε.Π. για την καταγραφή της γνώμης της διεύθυνσης του τμήματος και

την παραγγελία διοικητικών ή άλλων μέτρων προς βελτίωση της ποιότητας της αναισθησιολογικής φροντίδας.

Προσοχή εμπιστευτικών.

Στο τέλος του εντύπου υπενθυμίζεται στους συναδέλφους το εμπιστευτικόν της αναφοράς και το ότι το έντυπο δεν αποτελεί μέρος του ιατρικού ιστορικού του ασθενούς και επομένως δεν συνοδεύει το φάκελλό του. Το οπισθόφυλλο του εντύπου είναι λευκό για να μπορεί κανείς να αναπτύξει, αν παραστεί ανάγκη, κατά τρόπο ελεύθερο οτιδήποτε δεν εμπίπτει στα προαναφερθέντα, όπως και τις σκέψεις και απόψεις του. Φυσικά το έντυπο αναφοράς στην επιτροπή Ε.Π. συνοδεύεται πάντοτε από αντίγραφο του φύλλου αναισθησίας.

Ήδη κατά τον χρόνο προπαρασκευής το πρόγραμμα Ε.Π. έγινε αντικείμενο ποικίλων αντιδράσεων από τα μέλη του τμήματος. Παρά το ότι δημοσιοποιήθηκε ευρέως η παραδοχή ότι δεν επρόκειτο για μια προσπάθεια αξιολόγησης ή κακολόγησης των μελών του αναισθησιολογικού τμήματος, αλλά υπηρεσιών αναισθησιολογικής φροντίδας, οι αντιδράσεις αυτές υπήρξαν και πρώιμες και σοβαρές κατά περίπτωση. Στους παλαιότερους κυρίως συναδέλφους γεννήθηκε η απορία και ο φόβος μήπως η δημιουργία και λειτουργία ενός προγράμματος Ε.Π. συνεπάγεται και την αναζήτηση ευθυνών. Δεν έλειψαν ακόμα και απειλές του τύπου «στο δικό μου χειρουργείο δεν θα επιτρέψω να εφαρμοστεί το πρόγραμμα Ε.Π.» και άλλες σπασμωδικές ενέργειες, που γρήγορα όμως μπήκαν στο περιθώριο από την ίδια την πραγματικότητα.

Οι πραγματικές ωστόσο δυσκολίες δεν ήταν αυτές οι αντιδράσεις, αλλά τα λειτουργικά προβλήματα κατανόησης και έναρξης του προγράμματος Ε.Π. και τα διάχυτα ερωτηματικά για το τι είναι άξιο αναφοράς και ελέγχου και ποιος θα είναι ο τρόπος αξιολόγησης.

Τους ακροδέκτες του συστήματος συλλογής πληροφοριών επρόκειτο να αποτελέσουν οι ειδικευόμενοι αναισθησιολόγοι. Η απόφαση αυτή βασίστηκε στην defacto θέση τους απέναντι στο θεσμό, την έντονη ανάγκη και διάθεσή τους για βελτίωση των γνώσεων και της κλινικής πρακτικής τους και την χρονική σχέση τους με τις δραστηριότητες και την λειτουργία του τμήματος. Η στάση τους απέναντι στις επερχόμενες αλλαγές εκδηλώθηκε απόλυτα θετική ήδη από τις ημέρες προπαρασκευής και εκπόνησης του προγράμματος Ε.Π. και επρόκειτο να αποτελέσει τον αντίποδα στα ανασταλτικά στοιχεία παλινδρόμησης. Από την πλειοψηφία των μελών του τμήματος

εκφράστηκε ουδετερότητα εν αναμονή της λειτουργίας του προγράμματος (σχήμα 2).

Τον Ιανουάριο του 1992 τέθηκε σε εφαρμογή το πρόγραμμα Ε.Π. Οι ειδικευόμενοι αναισθησιολόγοι ήταν ελεύθεροι να επιλέξουν από τα περιστατικά στα οποία επρόκειτο να χορηγήσουν αναισθησία εκείνα που εφαινοντο άξια λόγου και αναφοράς στην επιτροπή Ε.Π. Από μέρους της επιτροπής διατέθηκε χρόνος και συμπαρατάση για την συμπλήρωση των πρώτων εντύπων και την συλλογή των πρώτων στοιχείων. Διευκρινίστηκε για άλλη μια φορά, ότι το έντυπο είναι βοηθητικό και όχι δεσμευτικό για τον τρόπο αναφοράς και έτσι στην πορεία εφαρμογής του προγράμματος Ε.Π. είχαμε και αυτοσχέδια παραδείγματα αναφορών στην πίσω πλευρά του φύλλου Ε.Π. (σχήματα 3 και 3α), αν και συνήθως το έντυπο φύλλο Ε.Π. κάλυπτε τις περισσότερες περιπτώσεις (σχήμα 4).

Ο εκπρόσωπος των ειδικευομένων και μέλος της επιτροπής Ε.Π. ανέλαβε την αρχειοθέτηση των εντύπων αναφορών και τον συντονισμό της παρουσίας των υπό συζήτηση και αξιολόγηση περιστατικών. Τα διαγράμματα αναισθησίας και τα φύλλα αναφοράς Ε.Π. μετά την φωτοχημική αναπαραγωγή τους αποτέλεσαν τα εποπτικά βοηθήματα κατά τις παρουσιάσεις των εν λόγω περιστατικών από τους εμπλεκόμενους ειδικευόμενους αναισθησιολόγους μία φορά το μήνα κατά τις δίωρες συνεδρίες, τις αφιερωμένες στην εξασφάλιση ποιότητας. Ο χρόνος αυτός διατέθηκε καταρχήν από το εβδομαδιαίο πρόγραμμα μετεκπαίδευσης των ειδικευομένων. Η διάρκεια παρουσίας των περιστατικών με ελεύθερο τρόπο και ύφος ήταν οκτώ ως δέκα λεπτά και ακολουθούσε συζήτηση, διευκρινιστικές ερωτήσεις και αξιολόγηση των υπό κρίση δεδομένων από την ολομέλεια των ειδικευομένων αναισθησιολόγων και την επιτροπή Ε.Π. με πνεύμα εποικοδομητικού διαλόγου και αναγνώρισης πιθανών λαθών και αστόχων ενεργειών αναισθησιολογικής φροντίδας.

Όπου παρέστη ανάγκη επιστρατεύτηκαν βιβλιογραφικές πηγές και αντίστοιχες κλινικές εμπειρίες.

Το υλικό αξιολόγησης αποτέλεσαν οι ασθενείς του νοσοκομείου μας που υποβλήθηκαν σε χειρουργική επέμβαση κατά το χρονικό διάστημα Ιανουάριος 1992 - Μάρτιος 1993 όπως και άλλοι αποδέκτες αναισθησιολογικής φροντίδας (π.χ. πολυτραυματίες που αντιμετωπίστηκαν στα εξωτερικά ιατρεία σε ημέρα γενικής εφημερίας, ασθενείς υπό νοσηλεία σε υποτμήματα του νοσοκομείου κ.λ.π.).



Σχήμα 2

Σχήμα 3

17

ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ

Κλινική εξέταση _____
Εργαστηριακά _____
Ειδικές εξετάσεις _____
Προναρκωση _____
Ειδική αγωγή _____

Ειδικό
προβλημα

N₂ βυθιστική βάρη
Αναβολή ή μη βυθιστική
Επιλυση

ΜΕΤΑΦΟΡΑ/ΥΠΟΔΟΧΗ ΣΤΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟ/ΑΙΘΟΥΣΑ ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑΣ

Χρονος 9:35/98 Ελεγχος ταυτότητας _____
Τροπος _____ Κλινική εκτίμηση _____
Χωρος _____ Εγκατάσταση γραμμων _____
Εγκατάσταση monitoring ΚΚΓ ΑΠ

Σημειώστε ενστάσεις
Εξέταση τμήματος

Εξέταση καρδιακού
Ρυθμισμού

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

ΔΙΑΤΗΡΗΣΗ

ΑΦΥΠΝΙΣΗ

Αιμοδυναμικό _____
Αναπνευστικό _____
Αναλγησία _____
Αμνησία _____
Μυοχαλαση _____
Ειδικά συμ- _____
βαματα _____
Νευρολογική εκτίμηση _____

Που _____
Πως _____
Ποτε _____

ΜΕΤΑΦΟΡΑ ΑΠΟ ΤΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟ ΣΤΗΝ ΑΝΑΝΗΨΗ

Monitoring _____
Κλινική εκτίμηση _____
Υποστηριξη αναπνευστικού _____
Υποστηριξη κυκλοφορικού _____
Αποφαση μεταφορας || Που _____ Ποιος _____
|| Πως _____ Ποτε _____

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

Ποτε _____
Πως _____
Ειδικά συμβαματα _____

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΕΙΔΙΚΟΥ ΣΥΜΒΑΜΑΤΟΣ (σοβαρή επιπλοκη, θανατος).

Κοιλιακή υπέρταση

ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ

Όνομα (ή Α.Μ.) _____ Τμήμα (επεμβαση) _____

ΠΑΡΑΠΟΝΑ ΧΕΙΡΟΥΡΓΩΝ

ΓΝΩΜΗ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

ΕΛΕΓΧΟΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ Ε.Π.

α) Μη αναδείξιμη κλινική σημασία για
λατιργική διαταραχή κατάστασης

ΓΝΩΜΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗΣ ΤΜΗΜΑΤΟΣ

β) Κατάσταση εντός τμήματος

ΠΡΟΣΟΧΗ ΕΜΠΙΣΤΕΥΤΙΚΟΝ. ΔΕΝ ΑΠΟΤΕΛΕΙ ΜΕΡΟΣ ΤΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΙΣΤΟΡΙΚΟΥ.
ΦΥΛΛΟ ΕΛΕΓΧΟΥ ΕΞΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑ.

Το drum δεν ήταν μέσα στα μεγάλα αγγεία και δεν ήταν δυνατή η κρούση της ΕΦΠ.
Ισως ήταν κλειστή ή υπάρχει κεντρικός φλεβικός γραφίς (ή μια βλάβη βύνης)

Δύο και νομίζω ότι εκεί όπως έδειχθηκε το περιστατικό, ή εκείνος δεν θα ήταν διαφορετικά

Το άρθρο περιέχονταν με υγρό και βυθίστηκε στα άκρα των περιφερικών
και υπάρχουν αέρια ετοιμα και δεν το διακρίνω από τα άκρα των μεμβρανών
Στην των αγγείων

Ετσι είναι 14⁰⁰ όταν σταμάτησε το αίμα για να περάσει τα αέρια (έσβησε από βύνη
κλειστή) βρέθηκε με βύνη.

Πίεση του δωματίου αέρα του (14.14⁰⁰) με το ανοίξιμο της αναστολής και
ή έδειξε να ήταν διαφορετικά.

Ηταν όπως ή είδαμε την νεοσφίση,

Μηνάς ή νεοσφίση προέκυψε τη μεγάλη βρογχίτιδα,

Η ή βρογχίτιδα προέκυψε από επιφύση; (και την Α αντοχή ↓ του ΑΠ?)

Νομίζω ότι ανεπίσημα της ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ ΜΕΤΕΡΕΩΝ ήταν πολύ και ανεπίσημα.

Δοσίμων HCO_3^- 8,4% 100ml (100ml) Ca^{++} (pH 7,25) (SB=-12)

και μετά του 16⁰⁰ HCO_3^- 8,4% 80ml (80ml) (pH=7,27) (SB=-9)

Τα διακρίνει την διαφορά που είναι να δώσει.

Άρα για το πρόβλημα πιθανώς οδήγησε στην υποβόθνη που ή υποβόθνη κεντρική στην
αίματος-πλάσματος ή και ή κεντρική των HCO_3^- ;

Πάντως για την κεντρική Αδυναμία του HCO_3^- ήταν ενδεχόμενο.

Η επίδραση της επουλωμένης ήταν σωστή, (ήταν κεντρική ή γενική κεντρική.)

Η ηλικία της Ορθορρωσίας (34°C) (οξεία) αραγε επέδρασε ανεπίσημα
67% κεντρική και σαν επουλωμένη;

Είναι απαραίτητο να μην το έπαιξε και την κεντρική κεντρική
από την 16⁰⁰ (και κεντρική Αδυναμία) ή ΑΠ επιφύση 67-140 (και κεντρική)
ή και ή κεντρική και κεντρική.

Σχήμα 3α

51

Σχήμα 4

ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ

Κλινική εξέταση ΝΑΙ
Εργαστηριακά ΝΑΙ
Ειδικές εξετάσεις ΟΧ
Προναρκωση ΝΑΙ
Ειδική αγωγή ΟΧ

Ειδικό πρόβλημα

Αναβολή

Επιλυση

ΜΕΤΑΦΟΡΑ/ΥΠΟΔΟΧΗ ΣΤΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟ/ΑΙΘΟΥΣΑ ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑΣ

Χρονος 30 min ΝΑΙ Έλεγχος ταυτότητας ΝΑΙ
Τροπος Επιτόμιον Κλινική εκτίμηση ΝΑΙ
Χωρος χειρουργείο Εγκατάσταση γραμμων ΚΦΓ - Αρτηριακή
Εγκατάσταση monitoring ΗΚΓ ΑΠ SAT

ΕΤΩΡ ΝΑΙ
Που χειρουργείο
Πως _____
Ποτε _____

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

ΔΙΑΤΗΡΗΣΗ

ΑΦΥΠΝΙΣΗ

| | | | |
|-----------------------|------------|----------|----------|
| Αιμοδυναμικό | <u>ΚΦ</u> | <u>X</u> | <u>Π</u> |
| Αναπνευστικό | <u>ΚΦ</u> | <u>Σ</u> | <u>Ρ</u> |
| Αναλγησία | <u>ΝΑΙ</u> | <u>Ρ</u> | <u>Ο</u> |
| Αμνησία | <u>ΝΑΙ</u> | <u>Β</u> | |
| Μυοχαλαση | <u>ΝΑΙ</u> | <u>Γ</u> | <u>Α</u> |
| Ειδικά συμ- βαματα | <u>ΟΧ</u> | <u>Η</u> | <u>Α</u> |
| Νευρολογική εκτίμηση | | <u>Η</u> | <u>Α</u> |

Η Αρτηριακή πιεση προφαρμακωμένο χειρουργείο για ομο έμεβαση. Είναι η 6^η φορά που είναι στο χειρουργείο για πρόβλημα (μυοχαλαση). Δεν είχε δύσκολη η αερίωση. Π. Φ. Β. 3^η δόση εφ. Κορεσμός Δ. 4. Παράδειγμα

ΜΕΤΑΦΟΡΑ ΑΠΟ ΤΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟ ΣΤΗΝ ΑΝΑΝΗΨΗ

Monitoring

Κλινική εκτίμηση _____
Υποστηριξη αναπνευστικού _____
Υποστηριξη κυκλοφορικού _____
Αποφαση μεταφορας Που ΜΕΣΑ
Πως Φορέω
ΜΑΤΙΑ ΟΧ

Ποιος Ανασθησιολογία
Ποτε _____

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

Ποτε 2h ΝΑΙ Αρτηριακή
Πως Κατά Κλινική
Ειδικά συμβαματα Πνευμοθώρακας 19h Πως αυ Επιτόμιον
όσο το δυνατό να είναι η παρουσία

19h λεπτός βρεσικός πνεύμονας ως επαύρασης πνευμοθώρακας. Κατατηροφειτε με την τοπική και ομοσπονδιακή διοίκηση Πανεπιστημίου.

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΕΙΔΙΚΟΥ ΣΥΜΒΑΜΑΤΟΣ (σοβαρή επιπλοκή, θάνατος).

Πνευμοθώρακας

ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ

Όνομα (ή Α.Μ.) _____ Τμήμα (επεμβαση) υλκ οφθαλμ
ΕΜΕΤΟΣ

ΠΑΡΑΠΟΝΑ ΧΕΙΡΟΥΡΓΩΝ

ΓΝΩΜΗ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

ΟΧ!

Δεν ευφραδιστη

ΕΛΕΓΧΟΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ Ε.Π.

α) Δυστυχώς σοβαρή λατινική διαταραχή και δύσκολη οργάνωση

ΓΝΩΜΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗΣ ΤΜΗΜΑΤΟΣ

β) Αποδοτική εξέταση με την τοπική ΜΟΜ - Αξιόπιστα
κλινική παρατήρηση λόγω χρόνιας πνευμονικής βλάβης
Πιθανή κακή τεχνική
Εγγραφή οφθαλμική, δύσκολη καταγραφή → υψηλή επιπλοκή.

ΠΡΟΣΟΧΗ ΕΜΠΙΣΤΕΥΤΙΚΟΝ. ΔΕΝ ΑΠΟΤΕΛΕΙ ΜΕΡΟΣ ΤΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΙΣΤΟΡΙΚΟΥ. ΦΥΛΛΟ ΕΛΕΓΧΟΥ ΕΞΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑ.

Η πρώτη αναλυτική προσέγγιση αφορούσε την διάγνωση του κλινικού συμβάματος και την αξιολόγησή του αναλόγως της βαρύτητας και της μονιμότητας της επιπλοκής. Καθορίσαμε τέσσερις ομάδες βαρύτητας κλιμακούμενες από την απουσία βλάβης μέχρι και τον θάνατο του ασθενούς (πίνακας 1).

**ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΛΟΓΑ ΜΕ ΤΗΝ ΒΑΡΥΤΗΤΑ ΤΟΥ ΣΥΜΒΑΜΑΤΟΣ
ΚΑΙ ΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΚΒΑΣΗ**

1. Απουσία βλάβης ή δυνητικής βλάβης
2. Αναστρέψιμη βλάβη ή λειτουργική διαταραχή συστήματος Κλιμάκωση φροντίδας
3. Μη αναστρέψιμη βλάβη οργάνων και λειτουργική διαταραχή συστήματος
4. Θάνατος

Πίνακας 1

Στην πρώτη ομάδα δεν ανευρίσκεται βλάβη, ούτε πιθανότητα βλάβης για τον ασθενή, οπότε και δεν αλλάζει η αναμενόμενη κλινική πορεία του μετεγχειρητικά. Στην δεύτερη ομάδα ανιχνεύεται αναστρέψιμη βλάβη ή λειτουργική διαταραχή συστήματος, γεγονός που υπαγορεύει την κλιμάκωση της ιατρικής φροντίδας με επακόλουθα την παράταση της νοσηλείας του ασθενούς ή την εισαγωγή του σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (π.χ. διεγχειρητική παροδική ισχαιμία μυοκαρδίου). Παρ' όλα αυτά η τελική έκβαση είναι ευτυχής και συνώνυμη με πλήρη αποκατάσταση. Στην τρίτη ομάδα έχουμε μη αναστρέψιμη βλάβη οργάνου και λειτουργική διαταραχή συστήματος που τα αποτελέσματά της θα συνοδεύουν τον ασθενή για το υπόλοιπο της ζωής του (π.χ. έμφραγμα μυοκαρδίου, πάρεση νεύρου, εγκεφαλικό επεισόδιο κ.λ.π.). Στην τέταρτη ομάδα κατατάσσονται τα περιστατικά με ατυχή έκβαση τον θάνατο.

Ας σημειωθεί εδώ ότι όλα τα αναφερόμενα συμβάματα αξιολογούνται αναλόγως της βαρύτητας ασχέτως αιτιολογικής σχέσης με την αναισθησία, προκειμένου να αποτελέσουν στο μέλλον δυνητικά βάση για παρόμοιες διαδικασίες ελέγχου και αξιολόγησης από άλλες κλινικές ειδικότητες ή αντικείμενο διακλινικής μελέτης και κριτικής.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΛΟΓΑ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

A. ΜΗΧΑΝΙΚΟ ΛΑΘΟΣ

1. Μη προβλέψιμη κατάσταση
2. Κακή λειτουργική κατάσταση μηχανημάτων
3. Ελλειψη ή απουσία κατάλληλου εξοπλισμού

B. ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΣ ΠΑΡΑΓΩΝ

1. Απουσία πληροφοριών
2. Μη αξιολόγηση πληροφοριών
3. Κακή τεχνική
4. Απουσία στρατηγικής αντιμετώπισης συμβάματος
5. Μη ενημέρωση και κλήση βοήθειας
6. Απόκρυψη
7. Άλλο

Πίνακας 2

Η δεύτερη αναλυτική προσέγγιση των υπό κρίση και αξιολόγηση περιστατικών και συμβαμάτων αναφέρεται στην αιτιολογία και τους μηχανισμούς που οδήγησαν στα εν λόγω γεγονότα. Οι αιτιολογικές αυτές σχέσεις μπορεί να αναφέρονται σε τυχαία και μη προβλέψιμα γεγονότα, βλάβες ή ανεπάρκειες του αναισθησιολογικού εξοπλισμού ή τον ανθρώπινο παράγοντα και την διαχείριση των κλινικών στοιχείων και πληροφοριών (πίνακας 2). Κατά την αιτιολογική ανάλυση εξετάζεται καταρχήν η παρουσία μηχανικού λάθους και το προβλέψιμο ή μη της συγκυρίας αυτής (π.χ. βλάβη του δικτύου παροχής ηλεκτρικού ρεύματος και σύγχρονη ανεπάρκεια της εναλλακτικής πηγής κατά την χειρουργική επέμβαση με αποτέλεσμα την διακοπή λειτουργίας του εξοπλισμού). Ως μηχανικό λάθος αναφέρονται και οι περιπτώσεις κακής λειτουργίας του εξοπλισμού (π.χ. λαρυγγοσκόπια που δεν λειτουργήσαν κανονικά) ή έλλειψης και απουσίας κατάλληλου εξοπλισμού (π.χ. απουσία σφυγμικού οξυγονόμετρου από την αίθουσα αμεσοσκοπήσεων, απουσία εναλλακτικής πηγής οξυγόνου στο μηχάνημα αναισθησίας).

Το δεύτερο μέρος του πίνακα αξιολόγησης αναφέρεται στον ανθρώπινο παράγοντα σαν αιτία πρόκλησης ή μη σωστής και έγκαιρης αντιμετώπισης του συμβάματος. Ως απουσία πληροφοριών ορίζεται η ανεπαρκής προεγχειρητική εκτίμηση είτε λόγω υπαιτιότητας του αναισθησιολόγου είτε λόγω αδυναμίας συλλογής στοιχείων από τον ασθενή ή τον φάκελλο ιστορικού του (π.χ. ασθενής με ιστορικό ανάρροιας σε κατακεκλιμένη θέση, κάτι που δεν γνωρίζει ο αναισθησιολόγος, παρουσιάζει εισρόφηση κατά την εισαγωγή στην αναισθησία). Όμως μπορεί να υπήρχαν οι πληροφορίες διαθέσιμες στον αναισθησιολόγο και είτε να αγνοήθηκαν είτε να μην αξιολογήθηκαν ορθά (π.χ. ενώ γνώριζε ο αναισθησιολόγος ότι ο ασθενής παρουσιάζει ανάρροια σε κατακεκλιμένη θέση δεν έλαβε τα κατάλληλα μέτρα πρόληψης της εισρόφησης). Ακόμη μπορεί να αξιολόγησε ορθά τις πληροφορίες αλλά η τεχνική που ακολούθησε να μην ήταν η καλύτερη δυνατή για την αποφυγή του συμβάματος (π.χ. ενώ ο αναισθησιολόγος είχε κατά νου την πιθανότητα εισρόφησης αέρισε τον ασθενή με θετικές πιέσεις κατά την εισαγωγή στην αναισθησία).

Σε άλλες περιπτώσεις αναφέρεται άγνοια και απουσία στρατηγικής αντιμετώπισης του διαδραματιζόμενου συμβάματος (π.χ. με δεδομένη την εισρόφησης γαστρικού περιεχομένου κατά την εισαγωγή ο αναισθησιολόγος διακόπτει τον τεχνητό αερισμό στο τέλος της επέμβασης και παρά την προφανή υποξυγοναιμία του ασθενούς τον αποδιασωληνώνει και τον οδηγεί στο θάλαμο νοσηλείας του) ή δεν ενημερώνονται συνάδελφοι αναισθησιολόγοι ικανοί να προσφέρουν βοήθεια για την καλύτερη έκβαση του περιστατικού.

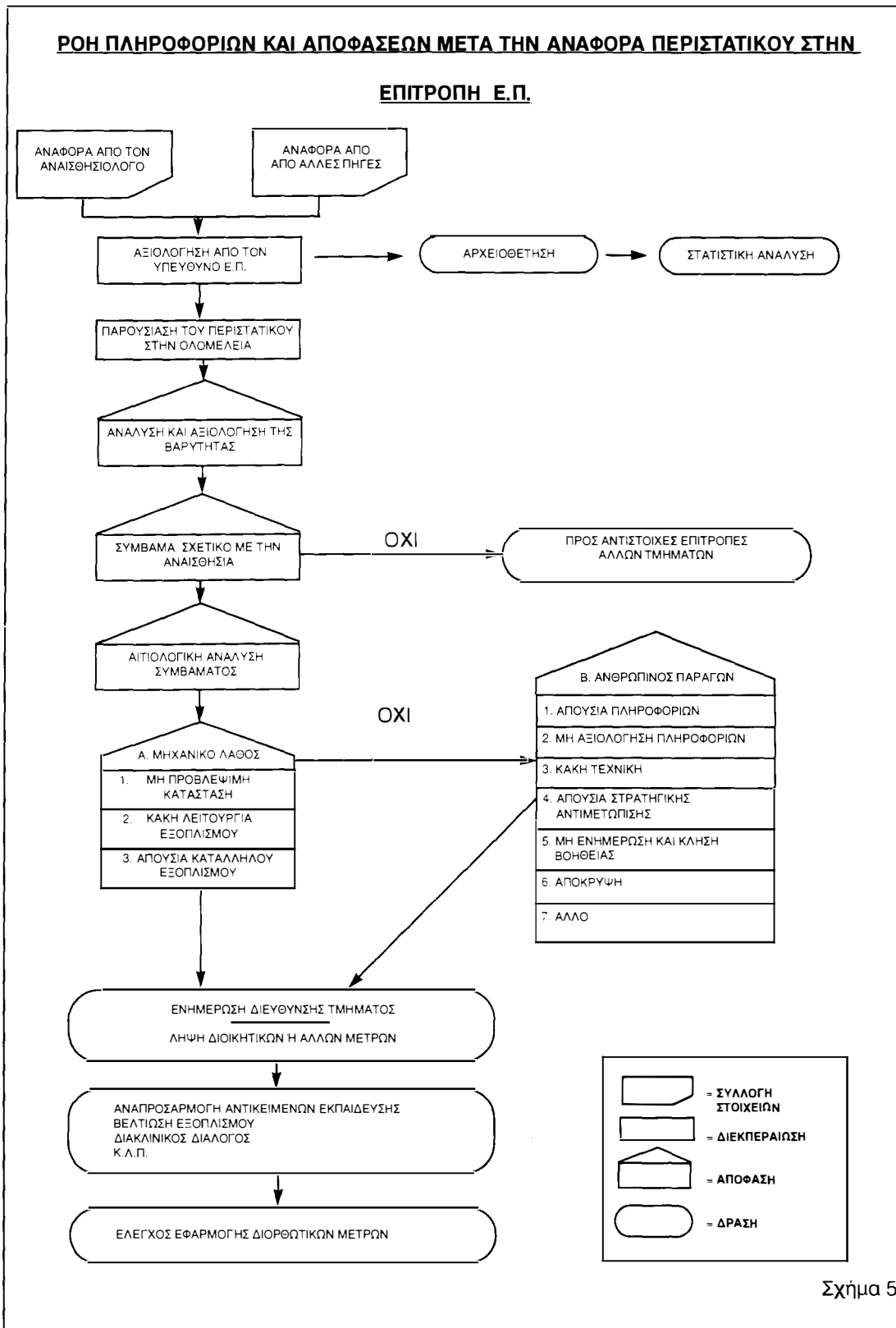
Και βέβαια στην προσπάθεια αποποίησης ευθυνών μπορεί να υπάρξει συνειδητή απόκρυψη του συμβάματος (π.χ. απόκρυψη του γεγονότος της εισρόφησης διεγχειρητικά ικανού να εξηγήσει την υποξυγοναιμία μετεγχειρητικά).

Η αιτιολογική προσέγγιση ολοκληρώνει την αναλυτική διαδικασία αξιολόγησης των αναφορών στην επιτροπή Ε.Π. Με ευθύνη της επιτροπής καταγράφονται τα αποτελέσματα της αξιολόγησης στο φύλλο αναφοράς Ε.Π. και ακολουθεί διάλογος για την εξεύρεση λύσεων και την πρόταση διοικητικών ή άλλων μέτρων για την α-

ποφυγή της επανάληψης παρομοίων συμβαμάτων στο μέλλον.

Για την καλύτερη κατανόηση των διαδικασιών ελέγ-

χου και αξιολόγησης μετά την αναφορά περιστατικών στην επιτροπή Ε.Π. παρατίθεται οργανόγραμμα ροής πληροφοριών και αποφάσεων.



Σχήμα 5

Στο σημείο αυτό οφείλουμε να διευκρινήσουμε ότι στην εξεταζόμενη χρονική περίοδο λειτουργίας του προγράμματος Ε.Π. τη μοναδική πηγή συλλογής στοιχείων και αναφορών απετέλεσαν οι αναισθησιολόγοι αποκλειόμενων αναφορών από άλλες πηγές κάτι που εξετάζεται ως εκδοχή για το μέλλον. Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιείται για την ώρα χωρίς ηλεκτρονικά βοηθήματα (υπολογιστές, προγράμματα κ.λ.π.) κάτι που με την πάροδο του χρόνου λειτουργίας αποδεικνύεται αναποτελεσματικό λόγω του αριθμού των αναφορών.

Και δεδομένης της μη ύπαρξης αντίστοιχων επιτροπών και προγραμμάτων Ε.Π. στα άλλα κλινικά τμήματα του νοσοκομείου μας δεν αξιοποιείται η δυνατότητα ροής αναφορών από και προς το υπάρχον σύστημά μας.

Στο διάστημα εφαρμογής του προγράμματος Ε.Π. στο νοσοκομείο μας (Ιανουάριος 1992 - Μάρτιος 1993) διενεργήθησαν 4.309 χειρουργικές επεμβάσεις. Το μεγαλύτερο μέρος αφορούσε επεμβάσεις γενικής χειρουργικής και ακολουθούσαν επεμβάσεις Ω.Ρ.Λ. και καρδιοχειρουργικής. Επί του συνόλου των χειρουργικών επεμβάσεων (4.309) είχαμε 83 αναφορές στην επιτροπή Ε.Π., δηλαδή ποσοστό 1,92%. (Πίνακας 3).

| ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ | |
|---|-------------------|
| ΓΕΝΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ | 2.027 (47%) |
| ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ | 474 (11%) |
| ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ | 698 (16%) |
| ΩΡΛ | 820 (19%) |
| ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΑ | 290 (7%) |
| ΣΥΝΟΛΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΩΝ ΕΠΕΜΒΑΣΕΩΝ : | 4.309 |
| ΣΥΝΟΛΟ ΑΝΑΦΟΡΩΝ ΣΤΗΝ ΕΠΙΤΡΟΠΗ Ε.Π. : | 83 (1,29%) |

Πίνακας 3

Και οι 83 αναφορές στην επιτροπή Ε.Π. συζητήθηκαν και αξιολογήθηκαν κατά τα προαναφερθέντα σε δώδεκα συνεδρίες στα μαθήματα των ειδικευομένων αναισθησιολόγων τα αφιερωμένα στην Ε.Π.

Επιλεγμένα περιστατικά γενικότερου ενδιαφέροντος και σημασίας όσον αφορά την Ε.Π. στην αναισθησία συζητήθηκαν και στις συγκεντρώσεις εκπαίδευσης όλων των αναισθησιολόγων, ειδικών και ειδικευομένων, του τμήματος. Τα περιστατικά αυτά ήταν δεκαέξι και παρουσιάστηκαν σε αντίστοιχες δεκατρείς συνεδρίες. Σε ορισμένες περιπτώσεις κλήθηκαν και παρευρέθησαν και συνάδελφοι άλλων ειδικοτήτων που ενεπλάκησαν στο εκάστοτε υπό συζήτηση περιστατικό. Αυτό κρίθηκε αναγκαίο δεδομένου ότι από το σύνολο των αναφορών (83) 59 (δηλαδή ποσοστό 71%) χαρακτηρίστηκαν ως «κατάσταση εκτός τμήματος», επειδή κατά κύριο λόγο για το υπό κρίση σύμβαμα ευθύνονταν κλινικές πρακτικές άλλων ειδικοτήτων και όπως έχουμε προαναφέρει δεν υπάρχουν αντίστοιχα προγράμματα και επιτροπές Ε.Π. σε άλλα τμήματα του νοσοκομείου μας. Αφού αξιολογήσαμε τις 83 αναφορές στην επιτροπή Ε.Π. βάσει των προαναφερθέντων παραμέτρων καταγράψαμε τα εξής αποτελέσματα: Σε 8 περιπτώσεις (ποσοστό 9,6%) είχαμε απουσία βλάβης ή δυνητικής βλάβης, σε 39 περιπτώσεις (ποσοστό 46,9%) είχαμε αναστρέψιμη βλάβη ή λειτουργική διαταραχή συ-

στήματος, σε 14 περιπτώσεις (ποσοστό 16,8%) είχαμε μη αναστρέψιμη βλάβη και λειτουργική διαταραχή συστήματος και σε 22 περιπτώσεις (ποσοστό 26,5%) είχαμε θάνατο του ασθενούς (πίνακας 4).

| ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΛΟΓΑ ΜΕ ΤΗΝ ΒΑΡΥΤΗΤΑ ΤΟΥ ΣΥΜΒΑΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΚΒΑΣΗ | |
|---|--------------|
| Επί συνόλου 83 αναφορών: | Περιστατικά: |
| 1. Απουσία βλάβης ή δυνητικής βλάβης | 8 (9,6%) |
| 2. Αναστρέψιμη βλάβη ή λειτουργική διαταραχή συστήματος - Κλιμάκωση φροντίδας | 39 (46,9%) |
| 3. Μη αναστρέψιμη βλάβη οργάνων και λειτουργική διαταραχή | 14 (16,8%) |
| 4. Θάνατος | 22 (26,5%) |

Πίνακας 4

Οι θάνατοι δεν επήλθαν όλοι διεγχειρητικά, είχαν όμως άμεση αιτιολογική σχέση με τα συμβάματα της περιεγχειρητικής περιόδου.

Από τις περιπτώσεις, τις σχετιζόμενες αιτιολογικά με την χορήγηση αναισθησίας, 24 επί συνόλου 83 (ποσοστό 28,9%) σε 2 περιπτώσεις (ποσοστό 8,3%) είχαμε μη προβλέψιμη κατάσταση, σε 3 (ποσοστό 12,5%) κακή λειτουργία του εξοπλισμού και σε 8 (ποσοστό 33,3%) έλλειψη ή απουσία κατάλληλου εξοπλισμού.

Ο ανθρώπινος παράγοντας βρέθηκε να ευθύνεται για την έκβαση των συμβαμάτων 28 φορές εκ των οποίων 3 (ποσοστό 12,5%) αφορούσαν απουσία πληροφοριών, 9 (ποσοστό 37,5%) μη αξιολόγηση πληροφοριών, 6 (ποσοστό 25%) κακή τεχνική και 10 (ποσοστό 44,6%) απουσία στρατηγικής αντιμετώπισης. Σε καμία περίπτωση δεν διαπιστώθηκε απόκρυψη συμβάματος ή μη ενημέρωση και κλήση βοήθειας.

| ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΛΟΓΑ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ | |
|--|------------|
| Επί συνόλου 24 αναφορών σχετιζομένων με την χορήγηση αναισθησίας: | |
| A. ΜΗΧΑΝΙΚΟ ΛΑΘΟΣ | |
| 1. Μη προβλέψιμη κατάσταση | 2 (8,3%) |
| 2. Κακή λειτουργία μηχανημάτων | 3 (12,5%) |
| 3. Έλλειψη ή απουσία κατάλληλου εξοπλισμού | 8 (33,3%) |
| B. ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΣ ΠΑΡΑΓΩΝ | |
| 1. Απουσία πληροφοριών | 3 (12,5%) |
| 2. Μη αξιολόγηση πληροφοριών | 9 (37,5%) |
| 3. Κακή τεχνική | 6 (25%) |
| 4. Απουσία στρατηγικής αντιμετώπισης | 10 (41,6%) |
| 5. Μη ενημέρωση και κλήση βοήθειας | 0 |
| 6. Απόκρυψη | 0 |
| 7. Άλλο | 0 |
| Σημείωση: | |
| Τόσο τα αποτελέσματα αξιολόγησης όσο και τα εκαστοία ποσοστά δεν συμπίπτουν αβρατικά με το 24 και το 100 αντίστοιχα διότι ορισμένα περιστατικά προλαμβάνονται σε διάφορες κατηγορίες ταυτόχρονα. | |

Πίνακας 5

Σε 14 περιπτώσεις η αναφορά στην επιτροπή Ε.Π. κρίθηκε ως θετική, δεδομένου ότι η παρέμβαση του αναισθησιολόγου και η ακολουθηθείσα κλινική πρακτική απέβησαν σωτήριες για τον ασθενή.

Παρά το μικρό μέγεθος του στατιστικού πληθυσμού

των στοιχείων αυτών η περαιτέρω επεξεργασία τους υποσχετά την ανακάλυψη πολλών ασθενών ανθρωπίνων ή μη κρίκων της αλυσίδας παροχής αναισθησιολογικής φροντίδας προς τους ασθενείς μας. Τα δεδομένα αυτά μπορούν να αποτελέσουν ένα πολύτιμο ανατοκίζόμενο κεφάλαιο για την επένδυσή τους στις διαδικασίες βελτίωσης των γνώσεων και της εκπαίδευσης, των κλινικών τεχνικών και πρακτικών, την αναβάθμιση του εξοπλισμού και την συμπλήρωσή του, την καλύτερη διαχείριση των εμψύχων και άλλων πόρων του αναισθησιολογικού τμήματος και τον καλύτερο συντονισμό της διακλινικής προσπάθειας περίθαλψης και νοσηλείας των ασθενών μας.

Με δεδομένα: ι) ότι το πρόγραμμα Ε.Π. εφαρμόστηκε για πρώτη φορά και δεν προϋπήρχε παρόμοια εμπειρία, ιι) ότι δεν υπήρχε το θεσμικό πλαίσιο ούτε στο τμήμα μας ούτε στο νοσοκομείο, αλλά ούτε και στο σύστημα υγείας, ιιι) την έλλειψη ενεργούς υποστήριξης της όλης προσπάθειας λόγω άγνοιας, μη κατανόησης ή και παρερμηνείας από την πλευρά των συναδέλφων, ιν) την απουσία παρομοίων προγραμμάτων σε άλλα τμήματα του νοσοκομείου μας (επιπλέον πηγές πληροφοριών, κοινές συνεδρίες αξιολόγησης, λήψη κοινών διορθωτικών μέτρων και συντονισμός κοινών προσπαθειών) και ν) το βραχύ σχετικά χρονικό διάστημα (δεκαπέντε μήνες) λειτουργίας του προγράμματος Ε.Π. στο αναισθησιολογικό τμήμα, αποτολούμε να εξάγουμε κάποια πρώτα συμπεράσματα και να εκφράσουμε μερικές σκέψεις για το μέλλον του θεσμού.

Όλες οι διαδικασίες που αποσκοπούσαν και αποσκοπούν στην εξασφάλιση ποιότητας στην αναισθησιολογική πρακτική, συμπεριλαμβανομένου και του νεότευκτου προγράμματός μας, αποβαίνουν προς όφελος των ασθενών μας και μόνο λόγω της ανθρωπίνης στάσης και διάθεσης και του χρόνου που αφιερώνεται στους ασθενείς και τα προβλήματά τους.

Η δοκιμασία των συναδέλφων που ενεπλάκησαν στην λειτουργία του προγράμματος Ε.Π. απέβη ιδιαίτερα εκπαιδευτική με την ευρύτερη σημασία του όρου, δεδομένου ότι συνυπήρξαν η κλινική προσπάθεια, η παρουσίαση κλινικών δεδομένων, η συζήτηση και η αποδοχή ή άσκηση καλοπροαίρετης κριτικής, η επιστημονική ενημέρωση και διάλογος και η παρατήρηση της ατομικής ή συλλογικής βελτίωσης κατά την άσκηση των κλινικών καθηκόντων. Τα προγράμματα μετεκπαίδευσης του τμήματος ήδη προσαρμόζονται προς αντικείμενα συζήτησης και μάθησης όπως αυτά αναδείχθησαν από τις διαδικασίες αξιολόγησης. Νέοι δρόμοι ανοίγονται πιθανώς με την όξυνση της επιστημονικής μας όρασης μέσα από τις διαδικασίες αξιολόγησης για την καλύτερη κλινική προσέγγιση διαφόρων υπαρκτών προβλημάτων. Ο ρόλος του

αναισθησιολόγου στις διαδικασίες νοσοκομειακής περίθαλψης των ασθενών αναβαθμίζεται έμπρακτα με την ουσιαστική συμμετοχή του και κλινική δράση καθ' όλη την περιεγχειρητική περίοδο, όπως αυτό αποδεικνύεται πιο εύκολα μέσα από τα αριθμητικά και άλλα δεδομένα των διαδικασιών για την εξασφάλιση ποιότητας, την προεγχειρητική και μετεγχειρητική επίσκεψη, σαν αναπόσπαστα μέρη του προγράμματος Ε.Π., την επαφή του με τον ασθενή και το περιβάλλον του και την εγκατάλειψη της μοιρολατρικά αφανούς του θέσης «πίσω από τα πανιά του χειρουργείου».

Τα αποτελέσματα αξιολόγησης είναι δυνατόν να συντελέσουν στην βελτίωση του τρόπου και των συνθηκών εργασίας, στην καλύτερη διαχείριση του χρόνου και στην προώθηση αιτημάτων και διεκδικήσεων από τις διοικήσεις των νοσοκομείων. Εδώ συμπεριλαμβάνονται και οι διαδικασίες ανανέωσης και εκσυγχρονισμού του αναισθησιολογικού εξοπλισμού μια και η εμπειριστατωμένη αιτιολογική συσχέτιση συμβαμάτων και λειτουργικότητας των μηχανημάτων αποτελεί εύλογα αδιαπραγμάτευτο επιχείρημα απέναντι στο κόστος και τις δυσκολίες προμήθειας εξοπλισμού.

Η εκπόνηση πρωτοκόλλων αντιμετώπισης κλινικών προβλημάτων και καταστάσεων, όπως και όπου αυτό υπορορεύεται από τις διαδικασίες αξιολόγησης και εξασφάλισης ποιότητας, θα αποβεί προς όφελος των μελλοντικών ασθενών μας. Οι διακλινικές σχέσεις και η επιστημονική συνεργασία έχουν μόνο να ωφεληθούν από την λειτουργία προγραμμάτων Ε.Π.

Όσον αφορά το πρόγραμμα Ε.Π. αυτό καθαυτό, η εμπειρία μας και τα προβλήματα που αντιμετωπίσαμε στην προσπάθεια πραγμάτωσής του πιστεύουμε ότι μπορούν να αποτελέσουν βάση και πολύτιμη βοήθεια για παρόμοιες απόπειρες από συναδέλφους στο μέλλον.

Την πραγματική του διάσταση υπόσχεται να αποκαλύψει το πρόγραμμα Ε.Π. την στιγμή της ζεύξης του και αλληλοεξάρτησης με παρόμοια προγράμματα των άλλων ειδικοτήτων και κλινικών.

Με δεδομένη την επερχόμενη προσέγγιση της ιατρικής νομοθεσίας και νοσοκομειακής διαχείρισης στα ευρωπαϊκά πρότυπα κάθε προϋπάρχουσα εμπειρία σχετική με τον θεσμό εξασφάλισης ποιότητας κρίνεται ως πολύτιμη.

Αποφεύγοντας αισθήματα ενθουσιασμού και περιαιτολογίες οφείλουμε να παραδεχθούμε ότι βρισκόμαστε μόνο στην αρχή μιας μακράς και δύσκολης διαδρομής που και μόνο η διατήρηση των προσπαθειών μας σε κίνηση και του προγράμματος Ε.Π. σε λειτουργία παρά τις αντίξοες περιβαλλοντολογικές συνθήκες αποτελεί μια θετική εξέλιξη δεκαπέντε μήνες μετά την πρώτη προσέγγιση.

ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΗ ΣΥΝΑΦΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- AT&T Statistical Quality Control Handbook. Charlotte, NC: Delmare, 1956:5-30
- Ishikawa K. guide to quality control. White Plains, NY: Quality Resources, 1968:5-93.
- Basic standards for preanesthesia care. Directory of members. Park Ridge, IL: American Society of Anesthesiologists, 1991:648.
- Beels CJ, Peters T. Time to get back to basics. Quality 1986; May: 16.
- Brennan TA, Leape LL, Laird NM. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: results of the Harvard Practice Study I. N Engl J Med 1991; 324:370-376.
- Caplan RA, Posner KL, Cheney FW. Effects of outcome on physician judgements of appropriateness of care. JAMA 1991; 265:1957-1960.
- Caplan RA. Adverse outcomes in the anesthetic practice: What do we know? What can we do? Annual refresher course lecture, presented at the American Society of Anesthesiologists' annual meeting. San Francisco, CA, Oct. 26, 1991.
- Crosby PB. Let's talk quality. Tape # 14.
- Crosby PB. Quality without tears. McGraw-Hill, New York, 1984, p. 58-85.
- Deming WE. Out of the crisis. Massachusetts Institute of Technology, Cambridge, Mass., 1986, p. 23-24.
- Deming WE. Unpublished speech at Ford World Headquarters. Dearborn, Mich., October 1985.
- Donabedian A. Quality assessment and assurance: unit of purpose, diversity of means. Inquiry 1988; 25:173-192.
- Edsall DW. Computerized patient information management in private practice in the United States - an experiential report. Semin Anesth 1991; 10:1-14.
- Edsall DW. Quality assessment with a computerized anesthesia information management system (AIMS). QRB 1991; 17:182-193.
- Gellhorn A, Cherkasky M. Report of the New York State Advisory Committee on physician recredentialing. Phase one: general principles, proposed process, recommendations. Albany, NY: Department of Health, State of New York, January 1988.
- Gellhorn A, Cherkasky M. Periodic physician recredentialing proposed in New York State. NY State J Med 1989; 89:209-213.
- Gellhorn A. Periodic physician recredentialing. JAMA 1991; 265:752-755.
- Gravenstein N. Manual of complications during anesthesia. Philadelphia: Lippincott, 1991:1-44.
- Imai M. Kaizen: the key to Japan's competitive success. New York: Random House, 1986:1-21.
- Ishikawa K. What is total quality control? The Japanese way. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall, 1985:13, 171.
- Ishikawa K. What is total quality control? The Japanese way. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall, 1985:137.
- Jones BR, Smith NT. Type and frequency of artifacts recorded on automated anesthesia records. Anesth Analg 1990; 70:S180.
- Juran JM. Managerial breakthrough. McGraw-Hill, New York, 1964, p. 29-34.
- Juran JM. Managerial breakthrough. McGraw-Hill, New York, 1964, p. 69-109.
- Juran JM. Managerial breakthrough McGraw, New York, 1964, p. 163
- Kritchevsky SB, Simmons BP. Continuous quality improvement: concept and application for physician care. JAMA 1991; 266:1817-1823.
- Lohr K, ed Medicare: a strategy for quality assurance, vol 2. Washington, DC: National Academy Press, 1990:101.
- Lohr K, ed. Medicare: a strategy for quality assurance, vol 2. Washington, DC: National Academy Press, 1990:75.
- Lohr K, ed. Medicare: a strategy for quality assurance, vol. 2. Washington, DC: National Academy Press, 1990:74.
- New York State health code. Part 405. 13. 1989.
- Standards for basic intra-operative monitoring. Directory of members. Park Ridge, IL: American Society of Anesthesiologists, 1991: 670-671.
- Problems in anesthesia: improving anesthesia outcome. Philadelphia: Lippincott, 1991: 329-351.
- Slater RW. Integrated process management: a quality model. New York: McGraw-Hill, 1991:190-191.
- Schroeder SA, Kabacoff AI. Do bad outcomes mean substandard care? JAMA 1991; 265:1995.
- Stanley TE, Smith LR, White WD, et al. Incidence of vital artifact in automated anesthesia records. Anesthesiology 1990; 73:A483.
- Standards for postanesthesia care. Directory of members. Park Ridge, IL: American Society of Anesthesiologists, 1991: 672-673.
- Thompson RE. From quality assurance to continuous quality improvement. Physician Executive 1991; 17:3-8.
- U.S. General Accounting Office. Medicare: improving quality of care assessment and assurance. Report to Congress, GAO/REMD-88-10, 1988:3.
- Vitez T. Judging clinical competence. Park Ridge, IL: American Society of Anesthesiologists, 1989.
- Vitez TS. Quality improvement care in anesthesiology. Lecture presented for Loudoun Hospital Center, Leesburg, VA, May 9, 1991.
- Vitez T. Quality Improvement Systems and Anaesthesia international Anesth. Clinics, 1992; Volume 30, Number 2.
- Walton M. The Deming management method. New York: Putnam, 1990:cover.
- Walton M. The Deming management method. New York: Putnam, 1986:60.
- Walton M. The Deming management method. New York: Putnam, 1986:67.
- Walton M. The Deming management method. New York: Putnam, 1986:94.