

# ιατρικά ανάλεκτα

Τόμος Γ΄ Τεύχος 6 Απρίλιος - Ιούνιος 2010



Το «ΥΓΕΙΑ» έχει λάβει τη χρυσή σφραγίδα ποιότητας  
Joint Commission International

## Αφιέρωμα στη διαπίστευση του «ΥΓΕΙΑ» κατά το πρότυπο JCI

- Πιστοποίηση της Stem-Health Hellas από τη FACT-NETCORD



ΟΜΙΛΟΣ ΥΓΕΙΑ

ΥΓΕΙΑ

ΜΗΤΕΡΑ

Μαιευτήριο  
Αθήνῶν

ISSN 1790-4045

Τριμηνιαία Έκδοση των «ΥΓΕΙΑ», ΜΗΤΕΡΑ & ΛΗΤΩ του Ομίλου ΥΓΕΙΑ

Διανέμεται Δωρεάν

# **Topopil**<sup>®</sup>

TOPIRAMATE  
25mg/50mg/100mg/200mg

**ALAPIS**  
we care



TOPEPADV.122009.001

Πριν την συνταγογράφηση συμβουλευθείτε την Περίληψη Χαρακτηριστικών Προϊόντος.

Υπεύθυνος κυκλοφορίας: **ALAPIS ABEE**, Αυτοκράτορος Νικολάου 2, 176 71 Αθήνα Τηλ: 2130175064, Fax: 2109238675  
Τμήμα Επιστημονικής Ενημέρωσης: Τηλ: 8001100333 & 2108194280

Βοηθήστε να γίνουν τα φάρμακα πιο ασφαλή:  
Συμπληρώστε την "ΚΙΤΡΙΝΗ ΚΑΡΤΑ"

Αναφέρετε:

- ΟΛΕΣ τις ανεπιθύμητες ενέργειες για τα Νέα Φάρμακα
- Τις ΣΟΒΑΡΕΣ ανεπιθύμητες ενέργειες για τα Γνωστά Φάρμακα



## Γράμμα από τη σύνταξη

Το παρόν τεύχος των Ιατρικών Αναλέκτων το χαρακτηρίζουν 2 γεγονότα: Ο επί 13 έτη Διευθυντής Σύνταξης έχει αποχωρήσει και τη θέση του κατέλαβε ο υποφαινόμενος. Ο κ. Β. Τσακρακλίδης προσέφερε πολλά στο περιοδικό, τη σύνταξη του οποίου διύθυσε από το 1ο τεύχος. Άφησε τη σφραγίδα του στη μορφή και στο ύφος του και διατήρησε έγκαιρη και επίκαιρη την έκδοσή του. Τον ευχαριστούμε και από τη θέση αυτή!

Η νέα συντακτική επιτροπή υπόσχεται ότι θα εργαστεί για την αδιάλειπτη συνέχιση της έκδοσης, τη βελτίωση, την εγκυρότητα, την επάρκεια και την επικαιρότητα των άρθρων.

Με τη βοήθεια της διοίκησης του «ΥΓΕΙΑ», τα Ιατρικά Ανάλεκτα κυκλοφορούν και αποστέλλονται σε όλη την Ελλάδα.

Τον Ιανουάριο που πέρασε, το «ΥΓΕΙΑ» διαπιστεύτηκε από την Joint Commission International. Η διαπίστευση ήταν το επιστέγασμα μακράς, επίπονης, συλλογικής προσπάθειας, από την οποία διδαχθήκαμε πολλά και την οποία έχουμε δεσμευτεί ότι θα συνεχίσουμε. Η διαπίστευση σηματοδοτεί μια νέα εποχή για το «ΥΓΕΙΑ». Δικαιολογημένα το παρόν τεύχος αφιερώνεται σε αυτήν, με στόχους να γίνει ευρύτερα γνωστή η σημασία της και να καταφανεί έστω ένα μέρος του έργου που επιτελέστηκε. Η επιτυχία της διαπίστευσης ήταν έργο όλων των εργαζομένων στο «ΥΓΕΙΑ». Ένα μέρος της συμβολής τους καταφαίνεται από τα άρθρα των οποίων οι συγγραφείς δεν είναι ιατροί.

Την ίδια περίοδο, η οικογενειακή τράπεζα φύλαξης βλαστικών κυττάρων του Ομίλου ΥΓΕΙΑ, Stem-Health Hellas, συμπλήρωσε όλα τα στάδια διαπίστευσης από το διεθνώς αναγνωρισμένο οργανισμό FACT-NetCord.

Η ιδιαιτερότητα του τεύχους δικαιολογεί την απουσία περιλήψεων στα αγγλικά και βιβλιογραφικών αναφορών. Όλη η προσπάθεια για τη διαπίστευση στηρίχτηκε στο εγχειρίδιο της JCI «Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals, 3rd Edition, effective January 2008».

Ιωάννης Αποστολάκης

# ιατρικά ανάλεκτα



ΟΜΙΛΟΣ ΥΓΕΙΑ

ΥΓΕΙΑ



ΜΗΤΕΡΑ

Ημερήσιο  
ΕΠΙΤΗΡΙΟ

Τριμηνιαία έκδοση των «ΥΓΕΙΑ», ΜΗΤΕΡΑ, ΛΗΤΩ  
του Ομίλου ΥΓΕΙΑ  
ISSN 1790-4045

## Επιτροπή Σύνταξης

Κωστής Γεωργιλής

Παθολόγος - Λοιμωσιολόγος,  
Διευθυντής Β' Παθολογικής Κλινικής «ΥΓΕΙΑ»

Επιδοφόρος Δουράτσος

Μαιευτήρας - Γυναικολόγος,  
Πρόεδρος Επιστημονικού Συμβουλίου ΛΗΤΩ

Γεώργιος Καλλιπολίτης

Μαιευτήρας - Γυναικολόγος,  
Πρόεδρος Επιστημονικού Συμβουλίου ΜΗΤΕΡΑ

Χρήστος Μπαρτσόκας

Παιδίατρος,  
Επιστημονικός Διευθυντής Παίδων ΜΗΤΕΡΑ

Ιωάννης Φύσσας

Χειρουργός κοιλίας και μαστών

## Διευθυντής Σύνταξης

Ιωάννης Αποστολάκης

Παθολόγος,  
Διευθυντής Α' Παθολογικής Κλινικής «ΥΓΕΙΑ»  
(i.apostolakis@hygeia.gr)

## Αναπληρωτής Διευθυντής Σύνταξης

Βασίλειος Σεϊτανίδης

Αιματολόγος,  
Επίτιμος Διευθυντής Αιματολογικής Κλινικής «ΥΓΕΙΑ»  
(v.seitanidis@hygeia.gr)

## Βοηθός Διευθυντής Σύνταξης

Πέτρος Καρσαλιάκος

Παθολόγος, «ΥΓΕΙΑ»  
(karsalpe@hol.gr)

## Δημοσιογραφική Επιμέλεια

Μαριλένα Καραμήτρου

Δημοσιογράφος,  
Υπεύθυνη Γραφείου Τύπου Ομίλου ΥΓΕΙΑ  
(m.karamitrou@hygeia.gr, τηλ. 210 6867044)

## Commercial Management

Γιώργος Σώρας

(e-mail: g.soras@hygeia.gr,  
τηλ.: 210 6867230, fax: 210 6867624)

www.hygeia.gr, www.mitera.gr, www.letto.gr

## Εκδότης

Media2day Εκδοτική Α.Ε.

## Υπεύθυνος

Χρήστος Ζαρίφης (zarifis@media2day.gr)

## Creative Director

Χριστίνα Παπαγεωργίου

## Δημιουργικό

Τάσος Λοβέρδος, Άντζελα Σοφιανοπούλου

## Επιμέλεια Ύλης

Χρήστος Γαδ

## Επιμέλεια Κειμένων

Δήμητρα Κεφάλα, Γεωργία Χειμωνάκη

## Διεύθυνση Παραγωγής

Πέτρος Μαρίνης

## Παραγωγή

MEDIA2DAY ΕΚΔΟΤΙΚΗ Α.Ε.

Παπανικολή 50, Χαλάνδρι 15232

Τηλ.: 210 6856120 | fax: 210 6843704

## Άρθρα

227

Ο ρόλος της ηγεσίας στην επίτευξη  
των στόχων

Ανδρέας Καρταπάνης

230

Η σημασία της ποιότητας

Μαρία Ι. Δρίβα

233

Εξασφάλιση συνέχισης  
στη φροντίδα του ασθενούς

Αικατερίνη Οικονόμου

235

Η νοσηλευτική φροντίδα  
και οι διαστάσεις της  
σε ένα σύστημα ποιότητας

Κυριακή Φραγκουδάκη

238

Δικαιώματα των ασθενών

Ιωάννης Αποστολάκης

241

Η συναίνεση του ασθενούς

Γεωργία Α. Ζάββα

244

Η διαχείριση  
των πληροφοριών

Γεώργιος Ζαχαρόπουλος

246

Η ασφάλεια των ασθενών

Χαράλαμπος Πασκαλής

249

Η ασφάλεια του χειρουργικού  
ασθενούς

Γιάννης Π. Φύσσας

252

Η πρόληψη και ο έλεγχος  
των λοιμώξεων

Κωστής Γεωργιλής

255

Η διαχείριση των φαρμάκων

Ευαγγελία Ραζή

257

Προγραμματισμός εξιτηρίου

Ερμανουήλ Νταουντάκης

260

Η φροντίδα του τέλους της ζωής

Πέτρος Καρσαλιάκος

263

Τα λάθη ως ευκαιρία βελτίωσης

Ηρακλής Αβραμόπουλος

266

Η υποχρέωση συνεχιζόμενης  
ιατρικής εκπαίδευσης  
στα ιδιωτικά νοσοκομεία

Νικόλαος Β. Καρτζάς

268

Η ανάγκη πιστοποίησης  
των απεικονιστικών εργαστηρίων

Χρήστος Μουρμουρής

Ιωάννης Ανδρέου

271

Η πληροφορική ως μέσο βελτίωσης  
των υπηρεσιών υγείας

Στέργιος Θ. Τσιόπουλος

275

Πιστοποίηση της  
Stem-Health Hellas  
από τη FACT-NETCORD

Γιώργος Καρανιάκης

## Οδηγίες προς τους συγγραφείς

Τα ΙΑΤΡΙΚΑ ΑΝΑΛΕΚΤΑ είναι τριμηνιαίο περιοδικό γενικής ύλης και απευθύνεται στους γιατρούς κάθε ειδικότητας. Δεκτή για δημοσίευση είναι άρθρα γραμμένα από γιατρούς των Νοσοκομείων του Ομίλου ΥΓΕΙΑ και από επιστήμονες συναφών επαγγελματιών. Τα άρθρα πρέπει να έχουν επίκαιρο επιστημονικό ενδιαφέρον, να είναι βιβλιογραφικά πλήρως τεκμηριωμένα, σύντομα, μέχρι 1.200 λέξεις, γραμμένα με σαφήνεια, κατανοητά από γιατρούς όλων των ειδικοτήτων, όχι μόνο από τους ειδικούς επί του θέματος που πραγματεύονται. Κύριο κομμάτι του περιοδικού αποτελούν οι ανακοινώσεις περιπτώσεων, οι σύντομες ανασκοπήσεις, τα επίκαιρα θέματα. Δεκτές, επίσης, διδακτικές απεικονίσεις, κουίζ, δοκιμασίες αυτοελέγχου. Για τη μορφή του άρθρου και την αναγραφή της βιβλιογραφίας παρακαλούνται οι συγγραφείς να συμβουλευτούν προηγουμένα τεύχη του περιοδικού.

Όλα τα άρθρα ελέγχονται από συντακτική επιτροπή, η οποία κρίνει αν το άρθρο είναι κατάλληλο προς δημοσίευση ως έχει ή ύστερα από υποδεικνυόμενες τροποποιήσεις. Μετά την έγκριση της συντακτικής επιτροπής, το άρθρο υπόκειται σε συντακτικές και γραμματικές διορθώσεις, οι οποίες μπορεί να περιλαμβάνουν και περικοπές φράσεων ή ολόκληρων παραγράφων, ώστε να γίνει περισσότερο περιεκτικό και εύληπτο.

Εικόνα εξωφύλλου: Η χρυσή σφραγίδα του διεθνούς οργανισμού Joint Commission International (JCI).

## Ο ρόλος της ηγεσίας στην επίτευξη των στόχων

Ανδρέας Καρπαπάνης  
Γενικός Διευθυντής «ΥΓΕΙΑ»

Είναι προφανές ότι για να διεκπεραιωθεί ένα έργο κάποιος πρέπει να αναλάβει το συντονισμό των ενεργειών που απαιτούνται και να πάρει τις αποφάσεις οι οποίες είναι αναγκαίες για την τελική επιτυχή έκβασή του. Να αποφασίσει για τους πόρους που πρέπει να διατεθούν και, το σημαντικότερο, αν το προσδοκώμενο αποτέλεσμα θα είναι συμφέρον σε σχέση με το απαιτούμενο κόστος. Οι προαναφερόμενες γενικές διαδικασίες χρειάζεται να εφαρμόζονται είτε πρόκειται για ένα μικρό project είτε για τη διοίκηση μιας επιχείρησης, ενός ομίλου, ή ακόμα και ενός κράτους.

Ο ρόλος της ηγεσίας είναι πολύ σημαντικός στη διαδικασία διαπίστευσης ενός νοσοκομείου κατά JCI και αυτό προκύπτει από το ότι στις απαιτήσεις που είναι υποχρεωμένο να πληροί για τη διαπίστευσή του ένα πολύ μεγάλο μέρος αφιερώνεται στο ποια κριτήρια πρέπει να καλύπτει η διοίκησή του.

As δούμε, όμως, κατ' αρχάς, μερικούς από τους βασικούς κανόνες που είναι απαραίτητο να ακολουθεί διαχρονικά η ηγεσία για την επίτευξη των στόχων της:

Η ηγεσία παραμένει ηγεσία παντού και πάντα, ό,τι κι αν κάνουμε. Οι καιροί αλλάζουν. Η τεχνολογία κάνει πρόodus. Η κουλτούρα διαφέρει από το ένα μέρος στο άλλο. Όμως, οι πραγματικές αρχές της ηγεσίας παραμένουν σταθερές και αμετάβλητες - ακόμα κι αν εξετάσουμε είτε τους πολίτες της αρχαίας Ελλάδας, τους εβραίους της Παλαιάς Διαθήκης, τους κυβερνήτες της σύγχρονης Ευρώπης, είτε τους επιχειρηματίες της παγκόσμιας οικονομίας.

Όσο υψηλότερα θέλουμε να φτάσουμε, τόσο περισσότερο χρειάζεται η ηγετική ικανότητα και όσο μεγαλύτερο αντίκτυπο θέλουμε να έχουμε, τόσο μεγαλύτερη πρέπει να είναι η επιρροή μας. Η επιρροή που μπορεί να έχει η ηγεσία είναι πολύ σημαντική για την επίτευξη των στόχων. Η ηγεσία πρέπει να παρακινεί τους ανθρώπους να την ακολουθήσουν έστω και από περιέργεια και τελικά η πεμπουσία κάθε δύναμης για επιρροή έγκειται στο να καταφέρεις τον άλλο να συμμετάσχει. Πετύχαμε να πάρουμε τη διαπίστευση γιατί το σύνολο σχεδόν του προσωπικού του νοσοκομείου αποδέχτηκε αυτήν την ανάγκη και συμμετείχε ενεργά στην επίτευξη του συγκεκριμένου στόχου. Η προσπάθεια αυτή δεν ήταν μικρής χρονικής

διάρκειας, αλλά μακρόχρονη και επίπονη, διαφορετικά δε θα επιτυγχανάμε. Αυτός είναι ένας άλλος βασικός κανόνας της ηγεσίας, η οποία αναπτύσσεται μέρα με τη μέρα και όχι σε μία ημέρα.

Η ηγεσία δεν αρκεί να κρατά το τιμόνι, αλλά πρέπει να χαράζει πορεία. Η σωστή ηγεσία πρέπει εκ των προτέρων να σχεδιάσει σωστά τις διαδικασίες που απαιτείται να ακολουθηθούν καθώς και το χρόνο και τρόπο υλοποίησής τους, ώστε να επιτευχθεί ο στόχος. Θα πρέπει να:

1. Προκαθορίσει πορεία δράσης.
2. Θέσει τους στόχους.
3. Προσαρμόσει τις προτεραιότητες.
4. Ενημερώσει τους βασικούς συνεργάτες.
5. Αφήσει χρονικό περιθώριο για την αποδοχή.
6. Προχωρήσει ορμητικά στη δράση.
7. Περιμένει ότι θα έχει προβλήματα.
8. Επισμαίνει πάντα τις επιτυχίες.
9. Επανεξετάζει καθημερινά το σχέδιο.

Η ηγεσία πρέπει να βλέπει το μέλλον αξιοποιώντας την εμπειρία του παρελθόντος και παίρνοντας ιδέες από στελέχη και από το υπόλοιπο προσωπικό, καθορίζοντας έτσι το δρόμο που χρειάζεται να ακολουθηθεί, λαμβάνοντας υπόψη και το κόστος το οποίο απαιτείται για την επίτευξη των στόχων. Το δύσκολο είναι να εξισορροπηθεί η αισιοδοξία με το ρεαλισμό, η διαίσθηση με το σχεδιασμό, η πίστη με την πραγματικότητα. Για το λόγο αυτό δεν πρέπει να κόβει δρόμο, αλλά να πατά πάντα σε στέρεο έδαφος. Να παραδέχεται τα τυχόν λάθη και να διορθώνει την πορεία όταν πρέπει.

Η εμπιστοσύνη είναι το θεμέλιο της ηγεσίας και για να οικοδομηθεί η σχέση εμπιστοσύνης πρέπει η ηγεσία να είναι παράδειγμα επάρκειας, επαφής με τους ανθρώπους και χαρακτήρα. Ο χαρακτήρας κάνει δυνατή την εμπιστοσύνη και η εμπιστοσύνη καθιστά δυνατή την ηγεσία. Η σχέση, δηλαδή, μεταξύ της ηγεσίας και των εργαζομένων βρίσκεται σε στέρεο έδαφος. Ο στρατηγός Σβάρτσκοφ επισμαίνει σχετικά με τη σημασία του χαρακτήρα: «Η ηγεσία είναι ισχυρό μίγμα στρατηγικής και χαρακτήρα. Αν είναι όμως να λείπει το ένα από τα δύο, as λείπει η στρατηγική». Βέβαια, δεν οικοδομείς εμπιστοσύνη με τα λόγια. Την οικοδομείς επιτυγχνώντας αποτελέσματα, πάντοτε με ακεραιότητα

και με τρόπο που να φανερώνει πραγματική προσωπική φροντίδα για τους ανθρώπους με τους οποίους εργάζεσαι. Όταν η ηγεσία έχει ισχυρό χαρακτήρα, οι άνθρωποι την εμπιστεύονται και εμπιστεύονται την ικανότητά της να ξεδιπλώσει το δυναμισμό τους. Αυτό όχι μόνο δίνει στους εργαζομένους ελπίδα για το μέλλον αλλά και προωθεί την πίστη τους στον εαυτό τους και στον οργανισμό τους. Ο καλός χαρακτήρας της ηγεσίας οικοδομεί την εμπιστοσύνη που τρέφουν οι εργαζόμενοι προς αυτήν. Όταν, όμως, η ηγεσία δεν αναδεικνύεται αντάξια της εμπιστοσύνης τους, καταστρέφει η ίδια την ικανότητα να ηγηθεί.

Ο χαρακτήρας εμπνέει σεβασμό και ο σεβασμός είναι εκ των ων ουκ άνευ, ώστε η ηγεσία να είναι βιώσιμη και να καθοδηγεί το προσωπικό του οργανισμού στην επίτευξη των στόχων. Ο σεβασμός, όμως, κατακτάται με τη λήψη σωστών αποφάσεων και παραδεχόμενη η ηγεσία τα τυχόν λάθη της, βάζοντας πάνω από προσωπικές επιδιώξεις αυτό που είναι καλύτερο για τους ανθρώπους και τον οργανισμό. Υπάρχουν πολλοί τρόποι για να μετρηθεί ο σεβασμός προς την ηγεσία, αλλά η μεγαλύτερη ίσως δοκιμασία του σεβασμού έρχεται όταν η ηγεσία επιβάλλει μια καθοριστική σε έναν οργανισμό αλλαγή. Στο νοσοκομείο έγινε αυτή η τεράστια αλλαγή με τη διαπίστευση κατά JCI, η οποία διεκπεραιώθηκε επιτυχώς και ουσιαστικά μετέβαλε τον τρόπο αντιμετώπισης των ασθενών και καθόρισε νέους κανόνες δουλειάς σε όλα τα επίπεδα. Η πλήρης αποδοχή από όλους τους εργαζομένους αυτής της σημαντικής αλλαγής στη λειτουργία του νοσοκομείου καταδεικνύει την ορθότητα του χειρισμού.

Πέραν των συγκεκριμένων χειροπιαστών θεμάτων που έχει να αντιμετωπίσει η ηγεσία ενός οργανισμού, πολλές φορές βασίζεται στη διορατικότητα για τη χάραξη συγκεκριμένης πορείας για την επίτευξη στόχων. Είναι δύσκολο να εξηγηθεί αυτός ο κανόνας της διορατικότητας γιατί βασίζεται σε γεγονότα, στο ένστικτο και σε άλλους μη χειροπιαστούς παράγοντες, τους οποίους συνδυάζει για τη λήψη της πλέον ενδεδειγμένης απόφασης. Και η πραγματικότητα είναι ότι η διορατικότητα είναι πολύ σημαντικός παράγοντας για πολλά από τα μεγάλα θέματα που αντιμετωπίζει ένας οργανισμός. Κάθε φορά όπου η ηγεσία βρίσκεται μπροστά σε ένα πρόβλημα, το σταθμίζει αμέσως και αρχίζει να το επιλύει χρησιμοποιώντας τη διορατικότητα. Βέβαια, η διορατικότητα πρέπει να συνδυάζεται με καλή γνώση του αντικειμένου, ώστε η ηγεσία να διαβάζει την κατάσταση και να καταλαβαίνει «ενστικτω-

δώς» ποια τακτική να εφαρμόσει ή ποιο στόχο να θέσει, ώστε να παρακινήσει τους εργαζομένους στον οργανισμό να λειτουργήσουν προς την κατεύθυνση της επίτευξής του με ενθουσιασμό και αποτελεσματικότητα.

Σημαντικό ρόλο στην καθοδήγηση της ηγεσίας για την πραγματοποίηση των στόχων παίζουν η ικανότητα επιλογής των πόρων και ο τρόπος αξιοποίησής τους. Η ηγεσία πρέπει να βλέπει κάθε κατάσταση με κριτήριο τους διαθέσιμους πόρους π.χ. χρήματα, πρώτες ύλες, τεχνολογία και, το σημαντικότερο, τους διαθέσιμους ανθρώπινους πόρους. Ποτέ δεν πρέπει να ξεχνά πως ο πολυτιμότερος πόρος είναι οι άνθρωποι. Ο Πρόεδρος των ΗΠΑ Λίντον Τζόνσον είπε κάποτε ότι αν μπαίνεις σε ένα δωμάτιο και δεν μπορείς να καταλάβεις αμέσως ποιος είναι μαζί σου και ποιος εναντίον σου δεν κάνεις για την πολιτική. Αυτό ισχύει και για την ηγεσία. Η διαισθητική ηγεσία μπορεί να ανιχνεύσει τι συμβαίνει σε μια ομάδα ανθρώπων και να καταλάβει σχεδόν αμέσως τις ελπίδες, τους φόβους και τις ανησυχίες τους. Πρέπει πρώτα να αγγίξει την καρδιά των ανθρώπων, πριν ζητήσει χέρι βοήθειας. Δεν μπορεί να παρακινήσει τους ανθρώπους σε δράση αν πρώτα δεν τους συγκινήσει με το συναίσθημα, γιατί συνήθως η καρδιά ενεργοποιείται πριν από το νου. Ένα παλιό ρητό λέει ότι για να οδηγήσεις τον εαυτό σου χρησιμοποίησε το μυαλό σου, αλλά για να οδηγήσεις τους άλλους χρησιμοποίησε την καρδιά σου.

Η επαφή με τους ανθρώπους δεν είναι κάτι που συμβαίνει μόνο όταν η ηγεσία επικοινωνεί με μια ομάδα ανθρώπων. Πρέπει να συμβαίνει και με τα άτομα. Όσο ισχυρότερες είναι η σχέση και η επαφή ανάμεσα στα άτομα, τόσο πιθανότερο είναι ο εργαζόμενος να θέλει να βοηθήσει την ηγεσία. Η ηγεσία αποκτά αξιοπιστία στους εργαζομένους όταν έρχεται σε επαφή μαζί τους και τους δείχνει πως θέλει ειλικρινά να τους βοηθήσει. Όμως, για να λειτουργήσουν οι εργαζόμενοι ενός οργανισμού ως ομάδα πρέπει η ηγεσία να έρθει σε επαφή με τον καθένα χωριστά ως άτομο. Η επιτυχημένη ηγεσία παίρνει συνέχεια τέτοιες πρωτοβουλίες. Αυτό δεν είναι πάντα εύκολο, όμως είναι σημαντικό για την επιτυχία των στόχων του οργανισμού. Είναι πολύ σημαντική η οικοδόμηση καλών σχέσεων, πριν η ηγεσία καλέσει τους εργαζομένους σε συστράτευση για την ευτυχή κατάληξη ενός προγράμματος και είναι βέβαιο ότι τέτοιες πρωτοβουλίες αντανακλούν πολύ θετικά στη λειτουργία του οργανισμού. Οι εργαζόμενοι παρουσιάζουν

Ο μοναδικός τρόπος για να γίνει η ηγεσία αναντικατάστατη είναι να δημιουργεί η ίδια τους αντικαταστάτες της και για να το κάνει αυτό πρέπει να γίνεται η ίδια συνεχώς καλύτερη.



ισχυρό εργασιακό ήθος και ενθουσιασμό και το όραμα της ηγεσίας γίνεται φιλοδοξία τους.

Η ηγεσία πρέπει να κάνει σωστή επιλογή των ανθρώπων που αποτελούν την ηγετική ομάδα του οργανισμού. Η επιτυχία κάθε προσπάθειας καθορίζεται από τους ανθρώπους που απαρτίζουν την ομάδα αυτή. Πρέπει ο καθένας από αυτήν την ομάδα να ηγείται της διεύθυνσής του και να εμπνέει τους ανθρώπους που ανήκουν σε αυτή. Κύριο μέλημα της ηγεσίας είναι να αναδείξει τα μέλη του στενού κύκλου της μέσα από τον οργανισμό. Η ηγεσία πρέπει να δίνει δύναμη στους άλλους. Ο μοναδικός τρόπος για να γίνει αναντικατάστατη είναι να δημιουργεί η ίδια τους αντικαταστάτες της και για να το κάνει αυτό πρέπει να γίνεται η ίδια συνεχώς καλύτερη. Αν μια εταιρεία έχει αδύναμη ηγεσία, το λίγο ηγετικό δυναμικό που διαθέτει είναι καταδικασμένο να χειροτερέψει. Αν μια εταιρεία έχει ισχυρή ηγεσία και αυτή αναπαράγει ικανά στελέχη, το ηγετικό δυναμικό της νομοτελειακά όλο και θα αυξάνει.

Πρέπει να γνωρίζουμε ότι σε έναν οργανισμό υπάρχουν άνθρωποι τριών ομάδων όσον αφορά στην αντίδρασή τους στην αλλαγή που προσπαθεί να επιφέρει η ηγεσία: α) εκείνοι που παίρνουν το μήνυμα αμέσως και ρίχνονται στη δουλειά να το εφαρμόσουν, β) εκείνοι που είναι σκεπτικοί και δεν ξέρουν τι να κάνουν και γ) εκείνοι που από την αρχή το βλέπουν αρνητικά και περιμένουν να εξαφανιστεί μόνο του. Μέλημα της ηγεσίας είναι να διαχειριστεί και τις τρεις αυτές ομάδες κατά τον καλύτερο τρόπο, ώστε να επιτευχθεί ο στόχος. Στην προσπάθειά μας για τη διαπίστευση είδαμε να αναπτύσσονται και οι τρεις αυτές ομάδες.

Η σωστή ηγεσία έχει πάντα ως στόχο την επιτυχή έκβαση της κάθε προσπάθειας, οπότε βρίσκει πάντα τι χρειάζεται να κάνει γι' αυτόν το σκοπό και το επιδιώκει

με όλα τα μέσα που έχει στη διάθεσή της. Τρία είναι τα συστατικά που απαιτείται να έχει η ηγετική ομάδα για να φτάσει στην επιτυχία: α) όραμα το οποίο να εμπνέει όλους τους εργαζομένους, β) ικανότητα να αναπτύσσει διάφορες δεξιότητες, δηλαδή στελέχη από τα οποία το καθένα να έχει διαφορετικά ταλέντα και γ) αφοσίωση στην επιτυχία του στόχου και αυτό να το περνάει σε όλο τον οργανισμό. Πολλές φορές οι ζητούμενες αλλαγές στη δομή και στον τρόπο λειτουργίας του οργανισμού αντιμετωπίζουν μεγάλες αντιστάσεις. Το κλειδί είναι η ορμή που πρέπει να έχει ώστε να θέσει τα πράγματα σε κίνηση προς τη σωστή κατεύθυνση. Και φυσικά, πάντα, πρέπει να τίθενται οι σωστές προτεραιότητες, ώστε η κάθε προσπάθεια, η κάθε κίνηση να έχουν ένα σκοπό. Το ποια προσπάθεια θα κάνει και ποια στιγμή θα την κάνει είναι πολύ σημαντικά για την επιτυχή κατάληξη του εγχειρήματος. Η επιλογή της κατάλληλης στιγμής για την ανάληψη της κατάλληλης ενέργειας είναι πολύ σημαντική, γιατί η λανθασμένη ενέργεια στη λανθασμένη στιγμή είναι σίγουρο ότι θα οδηγήσει σε αρνητικά αποτελέσματα· η σωστή κίνηση στη λάθος στιγμή θα φέρει αντίσταση· η λάθος κίνηση στη σωστή στιγμή είναι σφάλμα και μόνο η σωστή κίνηση στη σωστή στιγμή οδηγεί σε επιτυχία.

Η ηγεσία τελικά, για να μπορέσει να πετύχει τους στόχους της, πρέπει να μεγιστοποιήσει κάθε πόρο που έχει στη διάθεσή της προς όφελος του οργανισμού. Και νομίζω ότι στην περίπτωση της διαπίστευσης του νοσοκομείου μας συνδυάστηκαν κατά τον καλύτερο τρόπο όλοι οι διαθέσιμοι πόροι που υπήρχαν γι' αυτόν το σκοπό, ιδιαίτερα το ανθρώπινο δυναμικό (ιατροί, νοσηλευτές, διοικητικοί, τεχνικοί), που κατέβαλε όλες του τις δυνάμεις και με ενθουσιασμό συνέβαλε στην επίτευξη του στόχου.

## Η σημασία της ποιότητας

Μαρία Ι. Δρίβα

Διευθύντρια Ποιότητας Ομίλου ΥΓΕΙΑ

Η προσφορά καλής ποιότητας φροντίδας υπήρξε ανέκαθεν στόχος του «ΥΓΕΙΑ». Επίσης, ο ίδιος ο οργανισμός υπήρξε ανέκαθεν πρωτοπόρος σε πολλές από τις επιστημονικές και οργανωτικές καινοτομίες στην Ελλάδα. Ήρθε λοιπόν η στιγμή για το «ΥΓΕΙΑ» να ηγηθεί και πάλι των εξελίξεων του κλάδου υγείας στην Ελλάδα.

Στα περιορισμένα όρια ενός άρθρου δεν είναι δυνατόν να καλυφθούν όλες οι πτυχές ενός τόσο πολύπλοκου θέματος, όπως η διαπίστευση της ποιότητας και ασφάλειας των υπηρεσιών υγείας, ωστόσο θα επιχειρήσουμε μια μικρή προσέγγιση, η οποία ίσως κεντρίσει το ενδιαφέρον μερικών -όλων ιδανικά- για αναζήτηση περαιτέρω πληροφοριών και διάθεση δραστηκότερης εμπλοκής.

### «Ποιότητα» είναι...

*Η διεργασία για την κάλυψη των αναγκών και προσδοκιών των ασθενών και των επαγγελματιών υγείας (quality is a process of meeting the needs and expectations of patients and health service staff - World Health Organization, 2000).*

ή

*Ο βαθμός κατά τον οποίο οι υπηρεσίες υγείας επηρεάζουν την πιθανότητα ιδανικού αποτελέσματος για τον ασθενή (quality is the degree to which care services influence the probability of optimal patient outcomes - American Medical Association, 1991).*

Και ενώ οι περισσότεροι ορισμοί ενέχουν στοιχεία που αποδίδουν ορθώς τα χαρακτηριστικά της ποιότητας, κανένας δεν έχει καταφέρει να αποδώσει στο σύνολό της αυτήν την τόσο τεράστιας σημασίας έννοια.

Ακόμα όμως κι αν καταλήγαμε σε έναν ορισμό, που θα αποτύπωνε ιδανικά τι είναι ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας, θα βρισκόμασταν μπροστά στο επόμενο ζητούμενο το οποίο ενέχει στοιχεία «σπασοκεφαλιάς»: πώς εφαρμόζεται και πώς επιτυγχάνεται η ποιότητα στους οργανισμούς που παρέχουν τις υπηρεσίες υγείας και, στη δική μας περίπτωση, στα νοσοκομεία;

Επειδή τα νοσοκομεία είναι αρκετά πολύπλοκοι οργανισμοί -και η πολυπλοκότητα είναι ανάλογη του εύρους των υπηρεσιών που παρέχουν- και η ανάγκη για την εφαρμογή «Συστήματος Ποιότητας» είναι επιτακτική προκειμένου να

μπορέσουν να συντονίσουν τις δράσεις τους, ώστε το τελικό αποτέλεσμα να είναι η βελτίωση και όχι το хаοτικό άθροισμα πολλών μεμονωμένων δράσεων από καταπονημένους και απογοητευμένους ανθρώπους. Δράσεων που πολύ συχνά αναιρούν η μία την άλλη, ακριβώς επειδή ο αντίκτυπός τους στον οργανισμό δε μελετήθηκε και δε συζητήθηκε με όλους τους εμπλεκόμενους ή λόγω άρνησης συμμετοχής των εμπλεκόμενων.

Τι περιμένει, όμως, κανείς όταν επιθυμεί να βελτιώσει την ποιότητα των υπηρεσιών του και ποια είναι εκείνα τα στοιχεία που αναζητούμε ώστε να θεωρήσουμε ότι έχουμε επιτυχώς εφαρμόσει ένα σύστημα ποιότητας;

Στα οφέλη πρέπει οπωσδήποτε να συμπεριλαμβάνονται:

- ▶ Η διασφάλιση της ασφάλειας του ασθενούς μέσω στενότερης παρακολούθησης όσων γίνονται σε αυτόν και γι' αυτόν.
- ▶ Η ενίσχυση της διαπραγματευτικής δύναμης του οργανισμού -και κατ' επέκταση των ιατρών- με τους ασφαλιστικούς φορείς και τα ταμεία, βασιζόμενοι στα βελτιωμένα κλινικά αποτελέσματα που παρουσιάζονται.
- ▶ Η βελτίωση της αποτελεσματικότητας των εφαρμοζόμενων διαδικασιών και τεχνικών (αποδεικνύεται μέσω μετρήσεων και δεικτών).
- ▶ Η βελτίωση της εμπιστοσύνης της κοινότητας και των ασθενών στον οργανισμό, αφού αποδεικνύει έμπρακτα ότι νοιάζεται για την ασφάλεια και την ποιότητα της φροντίδας - δεδομένου ότι επιδιώκει τη διαπίστευση σε εθελοντική βάση και θέτει εαυτόν υπό το μικροσκόπιο του φορέα επιθεώρησης και διαπίστευσης.
- ▶ Η απόδειξη ότι ακούγονται και ικανοποιούνται οι ανάγκες των ασθενών και των οικογενειών τους, ότι επιδεικνύεται σεβασμός στα δικαιώματά τους και συμπεριλαμβάνονται στις αποφάσεις για τη φροντίδα που τους παρέχεται μέσω της συνεχούς και αξιόπιστης ενημέρωσης.
- ▶ Η έγκαιρη ανταπόκριση όλων στην αντιμετώπιση των αναγκών ασθενών, ιατρών, λοιπού προσωπικού, οικογενειών, ασφαλιστικών φορέων κ.ο.κ.
- ▶ Η αποδοτικότητα των πόρων που χρησιμοποιούνται, ώστε να αξιοποιούνται αρτιότερα και να μειώνεται η σπατάλη τους.
- ▶ Η παροχή ασφαλούς και αποτελεσματικού εργασιακού



Πίνακας 1	Από αυτήν την κουλτούρα	Σε αυτήν την κουλτούρα
	Σύστημα που προέκυψε	Σύστημα που σχεδιάστηκε
	Εργασίες ατόμων	Διεργασίες ομάδων
	Σχετιζόμενες δραστηριότητες	Συντονισμένες δραστηριότητες
	Συνήθειες	Τυποποίηση δραστηριοτήτων
	Διαίσθηση	Μέτρηση
	Αναγκαστική προσαρμογή	Μάθηση

περιβάλλοντος που συμβάλλει στην ικανοποίηση και προκοπή των εργαζομένων.

► Η δημιουργία περιβάλλοντος ανοιχτού στη μάθηση και στη βελτίωση μέσω της συνεχούς καταγραφής των συμβάντων και των περιστατικών που χρήζουν βελτίωσης, κρατώντας μακριά τον τιμωρητικό χαρακτήρα και υιοθετώντας πρακτικές εκπαίδευσης και προετοιμασίας (coaching).

► Και, τέλος, η ποιότητα και η ασφάλεια αποκτούν προτεραιότητα και καταλαμβάνουν υψηλή θέση στην ατζέντα της διοίκησης, γεγονός που επηρεάζει το σύνολο του οργανισμού. Είναι, άλλωστε, γνωστό ότι ένας από τους κρίσιμότερους παράγοντες επιτυχίας οποιουδήποτε συστήματος ποιότητας είναι η δέσμευση της διοίκησης για την υποστήριξη και εφαρμογή του.

Υιοθετώντας ένα σύστημα ποιότητας, όπως αυτό της JCI, έχουμε ως στόχο να περάσουμε στα στοιχεία που αναφέρονται στον πίνακα 1.

Βέβαια, κανένα σύστημα ποιότητας δεν είναι από μόνο του αρκετό για να βάλει σε τάξη τις λειτουργίες ενός οργανισμού. Η αφοσίωση στη φιλοσοφία της συνεχούς βελτίωσης, της ωρίμανσης, της συνεργασίας και της τελικής ικανοποίησης όλων είναι μερικά από τα χαρακτηριστικά που πρέπει να διέπουν όσους θα αποφασίσουν να δουλέψουν για αυτόν το σκοπό.

### **Πήραμε τη διαπίστευση. Ωραία, πουάσαμε! Φευ!**

Ομολογώ ότι αισθάνομαι πως είμαστε αρκετά μακριά από το ιδανικό. Όμως, η αρχή έχει γίνει και ο δρόμος μπροστά είναι γεμάτος ευκαιρίες για βελτίωση.

Οργανισμοί που είναι διαπιστευμένοι εδώ και χρόνια εξακολουθούν να αντιμετωπίζουν τα ίδια προβλήματα, τα οποία παραμένουν οικουμενικά και δισηπίλυτα. Από την Αμερική έως την Ασία και από την Αφρική μέχρι την Ευρώπη, οι πιέσεις και οι προβληματισμοί είναι «ανακουφιστικά» όμοιοι. Το παρήγορο, όμως, είναι ότι όλοι θέλουν καλύτερα κλινικά αποτελέσματα, όλοι θέλουν να είναι οι καλύτεροι και να μπορούν να το αποδείξουν. Από την άλλη, βέβαια, όλοι θέλουν αυτό να συμβεί «ως εκ θαύματος» με τη λιγότερη δυνατή αλλαγή της υφιστάμενης κατάστασης ή έστω με αλλαγή στους άλλους.

Καθοριστικό ρόλο στην πορεία της διαπίστευσης και στη

μεγιστοποίηση των κερδών που μπορούν να προκύψουν από αυτήν παίζει η καθολική συμμετοχή των ομάδων -επιστημονικών και μη- που παρέχουν τις υπηρεσίες τους στο «ΥΓΕΙΑ».

Στο εξωτερικό η συμμετοχή έχει επεκταθεί και στους άμεσα επηρεαζόμενους, που δεν είναι άλλοι από τους ασθενείς και τις οικογένειές τους, οι οποίοι συχνά μέσω εκπροσώπων τους συμμετέχουν στις επιτροπές των νοσοκομείων, όπου συζητούνται προτάσεις και λύσεις για τη βελτίωση των υπηρεσιών.

Ειδικά για το «ΥΓΕΙΑ», το γεγονός ότι κερδίσαμε τη διαπίστευση είναι μόνο η αρχή μιας προσπάθειας που πρέπει να συνεχιστεί και να ενσωματώσει όσο το δυνατόν περισσότερους. Η αρχική προετοιμασία έγινε από τις επιτροπές και πέρασε στον υπόλοιπο οργανισμό για υιοθέτηση χωρίς την πολυτέλεια της διαβούλευσης, λόγω των στενών χρονικών περιθωρίων για τη συμμόρφωση με μεγάλο αριθμό κριτηρίων. Τώρα, όμως, έχουμε την ευχέρεια του χρόνου να γυρίσουμε πίσω και να ανασκοπήσουμε όσα σχεδιάσαμε και να κρίνουμε την αποτελεσματικότητά τους.

Το να κρίνουμε βέβαια δε σημαίνει ότι κάνουμε κριτική για την κριτική, αρνούμενοι κάθε είδους προσπάθεια που προϋποθέτει αλλαγές και «ξεβόλεμα» από την πεπατημένη. Για να είμαι δίκαιη, όμως, δε σημαίνει και μαζικές, χωρίς οργάνωση και μελέτη, αλλαγές. Η κριτική πρέπει να είναι ενεργητική και με θετική διάθεση, με σκοπό να προχωρήσουμε ένα βήμα παραπέρα και όχι πίσω στα γνωστά και συνηθισμένα...

Ως επιστήμονες, οι περισσότεροι είστε εξοικειωμένοι με την έννοια της εντροπίας, που εν ολίγοις περιγράφει την τάση των συστημάτων να μεταβαίνουν από κατάσταση υψηλής οργάνωσης σε κατάσταση χαμηλότερης οργάνωσης εάν δεν τροφοδοτούνται συνεχώς με ενέργεια. Δεν παραμένουν αμετάβλητα -όπως θα περίμενε κανείς-, αλλά εκπίπτουν σε κατώτερο επίπεδο οργάνωσης (σε μοριακό επίπεδο, βέβαια, στη Φυσική, όμως πιστεύω ότι καταλαβαίνετε τον παραλληλισμό). Άρα, το επόμενο μεγάλο στόχημα του οργανισμού μας είναι να δουλέψουμε όλοι μαζί ώστε να κάνουμε το «ερασιτεχνικό» -ας μου επιτραπεί η έκφραση- σύστημά μας αποδοτικότερο, πιο ευέλικτο και με χαρακτηριστικά που θα εξυπηρετούν όλους. Να μην αφήσουμε όλη αυτήν τη δουλειά που έχει γίνει -και φαί-

νεται- να υποχωρήσει και να χαθεί. Χρειάζεται κι άλλη δουλειά για να βελτιωθεί και να δουλεύει για όλους.

Οι απαιτήσεις είναι πολλές και πρέπει να ανταποκριθούμε σε όλες. Καμία δεν είναι υπερβολική - ομολογώ, όμως, ότι όταν πρωτοπέρα το εγχειρίδιο στα χέρια μου θεωρούσα και τις 1.211 υπερβολικές. Έχουν όλες κάποιο λόγο που βρίσκονται εκεί και προσπαθούν να καλύψουν κενά και παραλείψεις για τις οποίες έχουν πληρώσει άνθρωποι με τη ζωή τους, πριν γίνουν κοινή γνώση και κυκλοφορήσουν ως «οδηγοί προς ναυτιλλομένους».

Είναι αλήθεια ότι πλείστες όσες φορές αυτές οι απαιτήσεις παρερμηνεύονται και οδηγούν σε σύστημα «Λερναίας Ύδρας», με τελικό αποτέλεσμα ακριβώς το αντίθετο από το επιδιωκόμενο. Όμως, η ωρίμανση του συστήματος περνάει κατά κύριο λόγο μέσα από την ωρίμανση των χρηστών. Κανείς από εμάς δεν είχε προηγούμενη εμπειρία στο να στήσουμε ένα τέτοιο σύστημα.

Από την άλλη, αρκετοί σκεπτικιστές του παρελθόντος σήμερα είναι οι καλύτεροι υποστηρικτές και πρωτοπόροι σε ιδέες και δράσεις για βελτίωση των υπηρεσιών του τμήματος - ομάδας τους.

Είναι πλίου φαινότατον πως το κακό κλινικό αποτέλεσμα δεν το επιδιώκει κανείς και σε καμία περίπτωση δεν το προτιμά. Άρα, ο μόνος δρόμος είναι ο δύσκολος, όμως πλούσιος σε ευκαιρίες, για να γίνουμε ακόμη καλύτεροι.

Με την εφαρμογή των συστημάτων ποιότητας επηρεάζεται η δομική συγκρότηση του οργανισμού, όταν η κατακόρυφη και εσωστρεφής λειτουργία των τμημάτων μετατρέπεται σε οριζόντια συνεργασία, με κοινό σκοπό να συντονιστούν οι εργασίες για την καλύτερη εξυπηρέτηση του ασθενή.

Επίσης, επηρεάζονται η νοοτροπία και οι εργασιακές σχέσεις, με τη διάχυση κοινής κουλτούρας ασφάλειας ασθενούς, που βάζει στην άκρη όσα, από εκπαίδευση, επικρατούσα νοοτροπία ή άγνοια, συμβαίνουν σε θέματα όπως η γραπτή ενημερωμένη συγκατάθεση, οι προφορικές οδηγίες, η καταγραφή των συμβάντων, για να αναφέρουμε μερικά από τα κρισιμότερα ζητήματα.

Ακόμα, η εφαρμογή του συστήματος ποιότητας έχει αντίκτυπο και στην ελληνική αγορά της υγείας. Ενισχύεται η θέση όσων ζητούν βελτίωση της ποιότητας και προσπαθούν να θέσουν νομικό πλαίσιο για καλύτερα κλινικά αποτελέσματα, όμως βλέπουν τις όποιες προσπάθειες να καταρρέουν κάθε φορά που αλλάζει η ηγεσία του υπουργείου. Η δημόσια υγεία παρακολουθεί στενά, με «δίψα»

αρκετές φορές -σε επίπεδο στελεχών, τουλάχιστον-, τη δράση και τις προσπάθειες του «ΥΓΕΙΑ» και παίρνει μηνύματα πως όταν θέλουμε μπορούμε.

Και η ποιότητα, από... trendy ιδέα ή ακαδημαϊκή προσέγγιση, γίνεται υλοποιήσιμη και απτή πραγματικότητα.

Όμως, τα μεγαλύτερα ευεργετήματα τα έχει ο ίδιος ο ασθενής, άλλες φορές εν γνώσει του, γιατί συμβαίνουν μπροστά του και τα βλέπει ή τα αισθάνεται (εκπαίδευση για θέματα που τον αφορούν, ενημερωμένη συγκατάθεση, ταυτοποίηση, συμπλήρωση λίστας ασφάλειας χειρουργικής επέμβασης, πλάνο εξιτηρίου), και άλλες όχι, διότι συμβαίνουν χωρίς να το γνωρίζει, πάντα όμως με στόχο το δικό του καλό (δείκτες ποιότητας, διαδικασίες και πρωτόκολλα, best practices, πλάνο διαχείρισης κινδύνων).

### Εν κατακλείδι:

- ▶ Υποσχόμαστε ότι για εμάς η διαπίστευση είναι μόνο η αρχή... Το σημαντικότερο όλων είναι πώς θα διατηρήσουμε και πώς θα εξελίξουμε αυτές τις διαδικασίες που εφαρμόζουμε στο νοσοκομείο μας.
- ▶ Επαγγελλόμαστε τη συνεχή και ανοιχτή επικοινωνία με όλες τις ομάδες, με σκοπό τη βέλτιστη απόδοση προς όφελος των ασθενών και του προσωπικού μας.
- ▶ Ζητάμε την καθολική συμμετοχή των ιατρών για τη βελτίωση των υπηρεσιών μας (κλινικών και άλλων). Είμαστε σίγουροι ότι έχουμε να κερδίσουμε πολλά από την οπτική που θα φέρουν οι ιατροί μας στην προσπάθεια και η βοήθειά τους θα έχει αποφασιστικής σημασίας επίδραση στην επιτυχία του συστήματος. Άλλωστε, είναι μία επιστημονική ομάδα που επηρεάζει και επηρεάζεται έντονα από αυτό.

Η ωρίμανση των απαιτήσεων και η κουλτούρα της συνεχούς βελτίωσης είναι στο εξής το κύριο μέλημά μας. Όλοι μας οφείλουμε να βάλουμε το λιθαράκι μας για να διατηρήσουμε τη φήμη μας ως το καλύτερο νοσοκομείο στην Ελλάδα, που πάντα υπήρξε και θα συνεχίσει να αποτελεί τον ηγέτη και πρωτοπόρο των εξελίξεων σε όλα τα επίπεδα!

Η πλήρης ιστορική αναδρομή της διαπίστευσης και της JCI βρίσκεται εδώ: [http://www.jointcommission.org/AboutUs/joint\\_commission\\_history.htm](http://www.jointcommission.org/AboutUs/joint_commission_history.htm)

Με την εφαρμογή των συστημάτων ποιότητας η κατακόρυφη και εσωστρεφής λειτουργία των τμημάτων μετατρέπεται σε οριζόντια συνεργασία, με κοινό σκοπό να συντονιστούν οι εργασίες για την καλύτερη εξυπηρέτηση του ασθενή.

## Εξασφάλιση συνέχισης στη φροντίδα του ασθενούς

Αικατερίνη Οικονόμου  
Πνευμονολόγος - Εντατικολόγος, «ΥΓΕΙΑ»

Η εισαγωγή ενός ασθενή σε έναν οργανισμό όπως το νοσοκομείο απαιτεί την εξασφάλιση συνέχισης στην αντιμετώπιση των προβλημάτων του. Μετά την εισαγωγή, ο ασθενής, αντί να αντιμετωπίζεται από έναν ιατρό, αντιμετωπίζεται πλέον από μια ομάδα ατόμων με εξειδίκευση σε διάφορους τομείς. Ο κύριος υπεύθυνος για τη νοσηλεία του είναι ο θεράπων ιατρός, που είναι και ο συντονιστής της ομάδας.

Το όνομα του θεράποντος καθορίζεται κατά την εισαγωγή στο έντυπο εισαγωγής και γνωστοποιείται σε όλο το υπόλοιπο προσωπικό. Στον ιατρονοσηλευτικό φάκελο το όνομά του αναγράφεται τόσο στο ειδικό αυτοκόλλητο καρτελάκι που μπαίνει σε κάθε έντυπο του φακέλου όσο και στην ημερήσια λογοδοσία των νοσηλευτών.

Ο ρόλος του θεράποντος ιατρού είναι να εξασφαλίσει την ομαλή συνέχιση της φροντίδας του ασθενούς κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του και να φροντίσει για την ασφαλή επιστροφή του στο σπίτι ή σε άλλο νοσηλευτικό ίδρυμα.

Κατά την εισαγωγή και εντός 24ώρου συμπληρώνεται το ιστορικό του ασθενούς, στο οποίο καταγράφονται η αιτία εισαγωγής, η παρούσα νόσος, πληροφορίες από το παρελθόν, η προ της εισαγωγής αγωγή, η ύπαρξη αλλεργιών, τα ευρήματα της κλινικής εξέτασης κ.λπ. Στο τρέχον ιστορικό του «ΥΓΕΙΑ», στην τελευταία σελίδα, καταγράφονται τα προβλήματα του ασθενούς και οι πιθανές διαγνώσεις βάσει των οποίων δημιουργείται το πλάνο φροντίδας του. Στο πλάνο φροντίδας αιτιολογούνται όλοι οι αναγκαίοι διαγνωστικοί και θεραπευτικοί χειρισμοί, επιλέγονται οι συνθεράποντες ή σύμβουλοι ιατροί καθώς και ποιοι άλλοι λειτουργοί υγείας θα εμπλακούν για να εξυπηρετηθούν οι ανάγκες του ασθενούς (διατροφολόγοι, λογοθεραπευτές, φυσιοθεραπευτές κ.λπ.).

Από τη στιγμή που εισάγεται ένας ασθενής στο νοσοκομείο, είτε μέσω του τμήματος επειγόντων είτε απευθείας στο νοσηλευτικό όροφο, προσδιορίζεται βάσει κριτηρίων η ανάγκη μετακίνησής του στα διάφορα άλλα τμήματα του νοσοκομείου. Η μετακίνηση μπορεί να γίνει για διαγνωστικούς λόγους, π.χ. ακτινογραφία θώρακος, ή για θεραπευτικούς, π.χ. αγγειοπλαστική. Ο ασθενής μπορεί να χρειαστεί μεταφορά από και προς διάφορα τμήματα

του νοσοκομείου, όπως είναι ο νοσηλευτικός όροφος, τα εργαστήρια, το χειρουργείο, η Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ), η Μονάδα Ειδικής Φροντίδας, η Μονάδα Μεταμόσχευσης Μυελού ή το Ακτινοθεραπευτικό Τμήμα. Πριν από οποιαδήποτε μεταφορά συμπληρώνονται από τους μεν ιατρούς έντυπο με κλινικές πληροφορίες για τις απεικονιστικές εξετάσεις, από τους δε νοσηλευτές έντυπα με τις λεπτομέρειες της κλινικής κατάστασης του ασθενούς και τις συνθήκες μεταφοράς. Είναι πολύ σημαντικό, για λόγους ασφαλείας, να καθορίζονται οι συνθήκες μετακίνησης, π.χ. με φορείο ή με καρέκλα, με ή χωρίς οξυγόνο. Ακόμη, σε περίπτωση που θα χρειαστεί μεταφορά σε άλλο νοσοκομείο ή σε άλλον οργανισμό, θα πρέπει να καταγραφεί στο εξιτήριο η κατάσταση του ασθενούς κατά τη μεταφορά, να διευκρινιστεί υπό ποιες συνθήκες θα μεταφερθεί και με ποιον έγινε η συνεννόηση (όνομα και τηλέφωνο ιατρού). Είναι, λοιπόν, σαφές πως σε όλη τη διάρκεια παραμονής του ασθενούς στο νοσοκομείο, εφόσον χρειαστεί οποιαδήποτε μεταφορά στα διάφορα τμήματα αλλά και κατά την ώρα του εξιτηρίου, έγγραφες πληροφορίες το συνοδεύουν για να εξασφαλιστούν η συνέχιση της φροντίδας του και η ασφάλειά του.

Για να αντιμετωπιστεί με τον καλύτερο δυνατό τρόπο η κατάσταση του ασθενούς κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του, ο συντονισμός μεταξύ των μελών της ομάδας που συμμετέχουν στη θεραπεία του θα πρέπει να γίνεται από το θεράποντα ιατρό. Ευθύνη του είναι να εκτελεστούν οι συστάσεις των συμβούλων, να υλοποιηθούν οι ιατρικές οδηγίες σωστά, να λάβει γνώση το τμήμα Διατροφής για τις διαιτητικές ανάγκες του ασθενούς και το τμήμα Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης για το φυσιοθεραπευτικό πλάνο.

Υψίστης σημασίας είναι η καθημερινή αναδιάρθρωση του πλάνου φροντίδας από το θεράποντα ιατρό ανάλογα με την κατάσταση του ασθενούς, τις πληροφορίες που συλλέγει από τα αποτελέσματα των εξετάσεων, τη γνώμη των συμβούλων και τα δεδομένα από τη νοσηλεία του. Στο σημείο αυτό θα πρέπει να τονιστεί η μεγάλη βοήθεια που προσφέρει ο ιατρονοσηλευτικός φάκελος, στον οποίο βρίσκονται ταξινομημένες όλες οι πληροφορίες που αφορούν στη νοσηλεία του ασθενούς. Το πλάνο φροντίδας

καταγράφεται στην πορεία της νόσου καθημερινά. Αν η νοσηλεία του ασθενούς είναι χρόνια και η κατάστασή του δεν αλλάζει καθημερινά, το πλάνο φροντίδας και η πορεία νόσου συμπληρώνονται σε αραιότερα χρονικά διαστήματα, π.χ. μία φορά την εβδομάδα ή όταν υπάρξει κάποια σημαντική αλλαγή. Δεδομένου ότι καθημερινά καταγράφονται τόσο το ιατρικό όσο και το νοσηλευτικό πλάνο, είναι σημαντικό να υπάρχει συνεννόηση μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών για καθορισμό του κοινού στόχου, τόσο με προφορικό όσο και με γραπτό λόγο. Εκτός από το γραπτό λόγο, που είναι απαραίτητος γιατί ισχύει τελικά ό,τι έχει γραφτεί, ο προφορικός λόγος δε θα πρέπει να υποτιμάται, γιατί έτσι τίθενται ερωτήματα, γίνεται διαλογική συζήτηση, ανταλλάσσονται σκέψεις, ξεκαθαρίζονται τυχόν ασάφειες και διευκολύνεται η λήψη αποφάσεων για τον ασθενή.

Καθώς είναι όλοι οι εμπλεκόμενοι στην αντιμετώπιση ενός ασθενούς μέλη του ίδιου οργανισμού, στην προκειμένη περίπτωση του «ΥΓΕΙΑ», θα πρέπει όλοι να μοιράζονται την ίδια φιλοσοφία και να είναι γνώστες των διαδικασιών που ισχύουν. Απαραίτητα στοιχεία για καλή συνεργασία είναι η ανάπτυξη της εμπιστοσύνης, ο αλληλοσεβασμός, η αλληλοβοήθεια, η δημιουργία φιλικής ατμόσφαιρας και η αγάπη για εκμάθηση και ανάπτυξη σύγχρονων τεκμηριωμένων τεχνικών. Η καλή συνεργασία μεταξύ των μελών της ομάδας που φροντίζει τον ασθενή έχει ως αποτέλεσμα την ικανοποίηση των αναγκών του με τον καλύτερο τρόπο.

Πριν από την έξοδο του ασθενούς από το νοσοκομείο είναι μέλημα και πάλι του θεράποντος ιατρού να φροντίσει για τη συνέχιση της θεραπείας, είτε στο σπίτι είτε σε άλλο οργανισμό, είτε σε κέντρο αποκατάστασης της ημεδαπής

ή της αλλοδαπής. Θα πρέπει έγκαιρα να οργανώνεται το πλάνο εξόδου και να λαμβάνεται μέριμνα για την εκπαίδευση του ασθενούς ή και των συνοδών του σε θέματα που αφορούν στη θεραπεία της κύριας νόσου του ή των συνοδών καταστάσεων. Το εμπειρισταμένο εξιτήριο έχει και αυτό ως στόχο να εξασφαλίσει τη συνέχιση της φροντίδας και να αποτελέσει έναν κρίκο στην αλυσίδα των εγγράφων που αφορούν στην υγεία του ασθενούς.

Ο σωστός συντονισμός των ενεργειών που σχετίζονται με την αντιμετώπιση της κατάστασης του ασθενούς απαιτείται να γίνεται αντιληπτός και από τον τελικό αποδέκτη της παροχής ιατρικής φροντίδας, που είναι ο ίδιος ο ασθενής. Η καλή επικοινωνία μεταξύ των μελών της ομάδας, η σωστή και έγκαιρη ενημέρωση όλων στα δεδομένα της πορείας του είναι κάτι που εισπράττει καθημερινά και τον κάνει να νιώθει εμπιστοσύνη και ασφάλεια. Η συμμετοχή του ίδιου ή και των οικείων του σε αποφάσεις που σχετίζονται με την κατάστασή του θα πρέπει να προάγεται και να γίνεται σεβαστή. Με τον τρόπο αυτό κάθε ασθενής θα μπορέσει να νιώσει την ικανοποίηση ότι έλαβε τη μέγιστη φροντίδα κατά τη νοσηλεία του στο νοσοκομείο και θα εξέλθει αισθανόμενος πως ικανοποιήθηκαν με τον καλύτερο δυνατό τρόπο οι ανάγκες του ως νοσηλευομένου.

Η εξασφάλιση της συνέχισης στη φροντίδα του και ο συντονισμός μεταξύ των μελών των λειτουργιών υγείας, με κύριο υπεύθυνο το θεράποντα ιατρό, είναι απαραίτητες μετρήσιμες διαδικασίες για την πιστοποίηση κατά την Joint Commission International.

Η συμμετοχή του ασθενή ή και των οικείων του σε αποφάσεις που σχετίζονται με την κατάστασή του θα πρέπει να προάγεται και να γίνεται σεβαστή.

## Η νοσηλευτική φροντίδα και οι διαστάσεις της σε ένα σύστημα ποιότητας

Κυριακή Φραγκουδάκη  
Νοσηλεύτρια Π.Ε. «ΥΓΕΙΑ»

Οι νοσηλευτές παραδοσιακά έχουν το ρόλο του συνηγόρου του ασθενούς και είναι οι επαγγελματίες υγείας που συντονίζουν τη φροντίδα, λόγω και της συνεχούς παρουσίας τους δίπλα στον ασθενή. Σε ένα σύστημα ποιότητας η ανάγκη για συντονισμό είναι σαφώς μεγαλύτερη, καθώς υπάρχει μετακίνηση από την προσέγγιση κατά την οποία ο κάθε επαγγελματίας, λιγότερο ή περισσότερο αυτόνομα, οργανώνει τη δική του περιοχική ευθύνη, προς μια προσέγγιση διεπιστημονική, όπου η ευθύνη και οι δραστηριότητες διασταυρώνονται αλλά και αλληλεπιδρούν. Οι διαδικασίες που θεσπίζονται για τη συμμόρφωση με τα κριτήρια ενός προτύπου ποιότητας επικεντρώνονται στον ασθενή και περιγράφουν την επαφή του με διαφορετικά τμήματα, ειδικότητες επιστημόνων, υπηρεσίες, που συνεργάζονται για την επίτευξη της ασφαλούς φροντίδας με κατά το δυνατόν θετικότερη έκβαση για τον ίδιο.

Η προσπάθεια για διαπίστευση ήταν πρωταρχικά μια προσπάθεια αλλαγής στάσεως και κουλτούρας, των νοσηλευτών αλλά και όλου του οργανισμού. Όταν ξεκίνησε η προσπάθεια αυτή 3 χρόνια νωρίτερα οι φράσεις «συμμετοχή των νοσηλευτών στο θεραπευτικό πλάνο» και «νοσηλευτική εκτίμηση» προκαλούσαν ειρωνικά σχόλια από τους ίδιους τους νοσηλευτές, τα οποία σταδιακά έγιναν σχόλια αγωνίας και άγχους καθώς άρχισαν να βλέπουν ότι οι αλλαγές εφαρμόζονταν αργά και σταθερά. Στη Νοσηλευτική στο «ΥΓΕΙΑ» αυτό που κυρίως βιώσαμε, επιδιώκοντας και επιτυγχάνοντας τη διαπίστευση κατά JCI, ήταν το «θαύμα» της εφαρμογής της θεωρίας της επιστήμης μας στην πράξη. Για πρώτη, ίσως, φορά μιλήσαμε για στηριγμένη στις ενδείξεις πρακτική (evidence - based practice) και προτεινάμε οι ίδιοι την ενδεδειγμένη φροντίδα των ασθενών μας, περιγράφοντάς τη σε πρωτόκολλα και διαδικασίες φροντίδας. Οι νοσηλευτές στο «ΥΓΕΙΑ» έγραψαν Ιστορία για την επιστήμη μας στην Ελλάδα και ίσως γι' αυτό να είμαστε τόσο περήφανοι για το αποτέλεσμα και το πανηγυρίζουμε δυναμικά. Διότι σε εμάς τους νοσηλευτές, η προσπάθεια της διαπίστευσης προκάλεσε αλλαγή στον τρόπο σκέψης μας, στη στάση στην καθημερινή μας εργασία, στη φροντίδα των ασθενών μας, αλλά και στην επαγγελματική μας ταυτότητα.

Όπως κάθε μεγάλη αλλαγή προφανώς συνάντησε αντίσταση από εμάς τους ίδιους. Οι νοσηλευτές - μέλη των επιτροπών ποιότητας, οι οποίοι ήταν οι πρώτοι που ήρθαν σε επαφή με τα πολλαπλά κριτήρια του προτύπου, πολλές φορές σκέφτηκαν «αυτά δε γίνονται εδώ...». Βεβαίως, γρήγορα συνειδητοποιήσαμε ότι αν θέλαμε τη διαπίστευση θα έπρεπε να κάνουμε τα αδύνατα δυνατά. Αυτό που συνειδητοποιήσαμε, επίσης, ήταν ότι σχεδόν όλα τα κριτήρια αφορούν άμεσα ή έμμεσα στη νοσηλευτική φροντίδα, ενώ η ικανοποίησή τους απαιτεί στενή και συνεχή επικοινωνία και συνεργασία με τους Ιατρούς αλλά και όλη τη διεπιστημονική ομάδα που ασχολείται με το σχεδιασμό και την υλοποίηση του θεραπευτικού πλάνου των ασθενών.

Η προσπάθεια της διαπίστευσης αποτέλεσε ένα πολύπλοκο σχέδιο που χρειάστηκε το συντονισμό πολλών ομάδων, οι οποίες εργάστηκαν συστηματικά και εντατικά για να παρουσιάσουν τον τρόπο επίτευξης των κριτηρίων. Χρειάστηκε η αφοσίωση, το πάθος, η επίμονη και η συνεχής προσπάθεια των ανθρώπων του οργανισμού, εφόσον χωρίς αυτούς δε θα ήταν δυνατή η υλοποίηση του σχεδίου. Για τη στήριξη και παρακίνηση του νοσηλευτικού προσωπικού οργανώσαμε πολλές και συχνές συναντήσεις, στις οποίες εξηγήθηκε αναλυτικά τι είναι το πρότυπο ποιότητας του οποίου τη διαπίστευση επιδιώκουμε, ποια είναι η σημασία του τόσο για τον οργανισμό όσο και για κάθε ένα νοσηλευτή που εργάζεται εδώ και ποιος είναι ο δικός τους ρόλος στην προσπάθεια αυτή και στην τελική επιτυχία. Στις εβδομαδιαίες συναντήσεις των στελεχών της νοσηλευτικής με τη διευθύντρια αφιερώθηκαν πολλές ώρες στην ενημέρωση των προϊσταμένων, στην εκπαίδευσή τους στις διαδικασίες και στα πρωτόκολλα φροντίδας, στην ενθάρρυνση και εμπύχωσή τους, ώστε να στηρίξουν το έργο και να μεταφέρουν το όραμά μας στο προσωπικό τους. Στην κατεύθυνση αυτή οργανώθηκαν οι λεγόμενες Συμβουλευτικές Ομάδες Δράσης, που ήταν δίπλα στους νοσηλευτές στην καθημερινή τους εργασία, ώστε να τους εκπαιδεύουν στην πράξη για την εφαρμογή των αλλαγών.

Ένα μεγάλο μέρος του σχεδίου αποτέλεσε η καταγραφή διαδικασιών και πρωτοκόλλων που εξασφαλίζουν την ομαλή υλοποίηση του θεραπευτικού πλάνου, άμεσα ή έμμεσα.

Όλες οι διαδικασίες και τα πρωτόκολλα που περιγράφουν νοσηλευτικές παρεμβάσεις βασίστηκαν σε σύγχρονα βιβλιογραφικά δεδομένα, που περιγράφουν την ενδεδειγμένη φροντίδα η οποία βασίζεται σε ενδείξεις (evidence-based practice). Η επικοινωνία των συνεχών αλλαγών στους νοσηλευτές αλλά και σε όλους τους επαγγελματίες υγείας ήταν πραγματικά δύσκολος και προκλητικός στόχος. Με εργαλείο τη διαρκή και εντατική εκπαίδευση, τόσο με συνεχή σεμινάρια όσο και με την εφαρμογή του «on the job training», αλλά και με σταθερή επίβλεψη της συμμόρφωσης των νοσηλευτών πετύχαμε τη διάχυση της γνώσης και των αλλαγών. Οι νοσηλευτές στη συνέχεια συνέβαλαν στην ενημέρωση των υπόλοιπων επαγγελματιών υγείας για τις νέες διαδικασίες και την ορθή εφαρμογή τους, συντονίζοντας έτσι την ικανοποίηση των κριτηρίων της JCI.

Το μεγάλο κέρδος για τη νοσηλευτική στο «ΥΓΕΙΑ» αποτελεί η σταδιακή, και όχι χωρίς δυσκολίες και εμπόδια, αλλαγή του ρόλου των νοσηλευτών που ενέχει μεγαλύτερη αυτονομία και ανάπτυξη πρωτοβουλίας, καθώς οι νοσηλευτές γίνονται συνεργάτες των Ιατρών για την επίτευξη του στόχου της ασφαλούς και ποιοτικής φροντίδας. Στο πρόσφατο παρελθόν η νοσηλευτική εκτίμηση των ασθενών συνίστατο σε λήψη των ζωτικών σημείων και καταγραφή μιας αφηγηματικού τύπου λογοδοσίας που περιείχε συχνά περιττές πληροφορίες, ενώ παραλείπονταν σημαντικές κλινικές πληροφορίες.

Σήμερα, οι νοσηλευτές σε όλα τα τμήματα κάνουν αρχική εκτίμηση των ασθενών που παραλαμβάνουν, η οποία περιλαμβάνει, πλην της αξιολόγησης κατά συστήματα, εκτίμηση των διατροφικών αναγκών, της λειτουργικότητας και ικανότητας αυτοεξυπηρέτησης καθώς και των εκπαιδευτικών αναγκών τους. Οι νοσηλευτές καταγράφουν το πλάνο φροντίδας των ασθενών τους, όπως προκύπτει από την αρχική εκτίμηση των ασθενών αλλά και σε συντονισμό με το διαγνωστικό ή θεραπευτικό πλάνο του Ιατρού. Στο πλαίσιο αυτό, έγινε και μια πρώτη απόπειρα να εξοικειωθούν και να εκπαιδευτούν οι νοσηλευτές στη χρήση των νοσηλευτικών διαγνώσεων κατά NANDA (North American Nursing Diagnosis Association), έτσι ώστε να υπάρχει ακόμα μεγαλύτερη αντανάκλαση του θεραπευτικού πλάνου στο πλάνο φροντίδας.

Όλοι οι ασθενείς που νοσηλεύονται στο νοσοκομείο μας ή χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες μας ως εξωτερικοί ασθενείς εκπαιδεύονται στην κλίμακα αυτοαξιολόγησης του

πόνου και εκτιμώνται συστηματικά για πόνο. Κάθε νοσηλευτής και κάθε ιατρός έχει στην τσέπη του την κάρτα με την κλίμακα αυτοαξιολόγησης του πόνου, ενώ ο πόνος ως πέμπτο ζωτικό σημείο απέκτησε θέση στο διάγραμμα ζωτικών σημείων του ασθενούς. Στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας, δε, γίνεται και εκτίμηση του βαθμού καταστολής των ασθενών. Και το επιστέγασμα αυτής της προσπάθειας είναι ότι το νοσοκομείο μας θα συμμετάσχει σε διεθνή μελέτη για την εκτίμηση του πόνου σε ασθενείς που υποβάλλονται σε παρεμβατικές πράξεις, τη European, στους ερευνητές της οποίας ήδη προκάλεσε θετική εντύπωση το γεγονός ότι έχουμε ενσωματώσει στα νοσηλευτικά έντυπα τις κλίμακες αυτές.

Στα εξωτερικά ιατρεία του νοσοκομείου μας, παρά τις χωροταξικές δυσκολίες που υπάρχουν και με τον υπερβάλλοντα ζήλο των νοσηλευτών του τμήματος εφαρμόστηκε σύστημα διαβάθμισης (triage) των περιπτώσεων, το οποίο οργανώθηκε εξ ολοκλήρου από τη Νοσηλευτική Διεύθυνση. Μπορούμε, λοιπόν, να αποδείξουμε ότι η σειρά αντιμετώπισης των ασθενών γίνεται με αντικειμενικά κριτήρια, τα οποία προσδιορίζουν την οξύτητα και βαρύτητα των περιστατικών.

Στο χειρουργείο οι νοσηλευτές συντονίζουν και σπηρίζουν την εφαρμογή της διαδικασίας του time-out, που εφαρμόζεται παγκοσμίως στους οργανισμούς υγείας, ενισχύοντας έτσι την ασφάλεια των ασθενών. Επιπλέον, οι νοσηλευτές καταγράφουν τη νοσηλευτική τους εκτίμηση αλλά και την παράδοση των ασθενών τους στη ΜΕΘ ή στους ορόφους λεπτομερώς, εξασφαλίζοντας τη συνέχεια της φροντίδας.

Όλα τα εργαστήρια - απεικονιστικά τμήματα, στα οποία υπάρχουν νοσηλευτές, διαθέτουν έντυπα νοσηλευτικής εκτίμησης και πλέον καταγράφεται συστηματικά οποιαδήποτε νοσηλευτική παρέμβαση γίνεται στους ασθενείς εκεί, για την πληρέστερη παρακολούθηση της κατάστασης του ασθενούς και την αναλυτική καταγραφή της υλοποίησης του θεραπευτικού πλάνου. Επιπλέον, για τους εσωτερικούς ασθενείς υπάρχουν έντυπα μεταφοράς, στα οποία καταγράφονται οι πιο σημαντικές κλινικές πληροφορίες για την ενημέρωση των τεχνολόγων, ιατρών και νοσηλευτών που παραλαμβάνουν τους ασθενείς και για την ασφαλή φροντίδα τους όσο βρίσκονται μακριά από το τμήμα νο-

Το μεγάλο κέρδος για τη Νοσηλευτική στο «ΥΓΕΙΑ» αποτελεί η σταδιακή αλλαγή του ρόλου των νοσηλευτών που ενέχει μεγαλύτερη αυτονομία και ανάπτυξη πρωτοβουλίας, καθώς οι νοσηλευτές γίνονται συνεργάτες των ιατρών για την επίτευξη του στόχου της ποιοτικής φροντίδας.



σπλειάς τους.

Πέραν της αρχικής εκτίμησης των ασθενών, οι νοσηλευτές καθημερινά αξιολογούν την κατάσταση των ασθενών τους και την αποτελεσματικότητα του νοσηλευτικού πλάνου φροντίδας, καταγράφοντας τη στο νέο έντυπο λογοδοσίας. Το έντυπο αυτό έχει οργανωθεί σε συστήματα και περιέχει τυποποιημένες κλινικές και άλλες πληροφορίες που είναι αναγκαία να καταγράφονται για να έχουν τόσο οι νοσηλευτές όσο και οι θεράποντες ιατροί ολοκληρωμένη ενημέρωση όσον αφορά στον ασθενή τους. Για τη μείωση του χρόνου συμπλήρωσης, μάλιστα, υπάρχουν πεδία, τα οποία ο νοσηλευτής τσεκάρει. Αρχικά, οι νοσηλευτές θεώρησαν ότι η αλλαγή αυτή αυξάνει τη γραφειοκρατία και τους απομακρύνει από τον ασθενή. Όμως, τελικά συνειδητοποιήσαν ότι προκειμένου να συμπληρωθεί είναι απαραίτητο ο νοσηλευτής να επισκέπτεται και να γνωρίζει τον ασθενή του και το συγκεκριμένο έντυπο δεν είναι παρά αποτύπωση της γνώσης αυτής.

Ξεχωριστές σημασίες δείκτες ποιοτικής νοσηλευτικής φροντίδας είναι η επίπτωση των κατακλίσεων και των πτώσεων των ασθενών. Υιοθετήθηκαν έντυπα για την εκτίμηση του κινδύνου κατάκλισης και πτώσης των ασθενών, εφαρμόζονται παρεμβάσεις σε ασθενείς υψηλού κινδύνου και υπάρχουν έντυπα εκτίμησης και καταγραφής της πορείας των κατακλίσεων που παρουσιάζονται. Οι δείκτες παρακολουθούνται συστηματικά, ενώ γίνεται καταγραφή και διερεύνηση των συνθηκών υπό τις οποίες προέκυψαν πτώσεις ή έλκη κατακλίσεως στους ασθενείς, με σκοπό την αναζήτηση ακόμα καλύτερων προληπτικών παρεμβάσεων.

Ένα κεφάλαιο της διαπίστευσης ιδιαίτερα σημαντικό, στο οποίο ενεπλάκησαν ουσιαστικά και οι νοσηλευτές, είναι η διαχείριση των φαρμάκων. Και πάλι με εργαλείο την εκπαίδευση, αφιερώσαμε χρόνο και ενέργεια στην ασφαλή χορήγηση των φαρμάκων στους ασθενείς. Εκπαιδεύσα-

με τους νοσηλευτές στα φάρμακα υψηλού κινδύνου και διαχωρίσαμε τα φάρμακα αυτά στους χώρους αποθήκευσής τους με εμφανή σήμανση. Η ορθή ταυτοποίηση των ασθενών κατά τη χορήγηση φαρμάκων, η πρόσβαση σε πληροφορίες σχετικά με τα φαρμακευτικά σκευάσματα, η ορθή τεκμηρίωση της χορήγησης φαρμάκων, οι ορθές τεχνικές χορήγησης φαρμάκων αποτέλεσαν και συνεχίζουν να αποτελούν μέρος της καθημερινής μας ενασχόλησης. Στην προσπάθεια μείωσης των φαρμακευτικών σφαλμάτων, οι νοσηλευτές καταγράφουν οικειοθελώς και αναλύουν τα σφάλματα που προκύπτουν κατά τη χορήγηση των φαρμάκων. Κάθε συμβάν αποτελεί αφορμή για εκπαίδευση και βελτίωση, αλλά και για ουσιαστικές τροποποιήσεις του τρόπου λειτουργίας μας, της οργάνωσης και των διαδικασιών μας, ώστε να ελαχιστοποιηθούν οι πιθανότητες σφαλμάτων στο μέλλον.

Οι νοσηλευτές στο «ΥΓΕΙΑ» σήμερα εκπαιδεύονται και έχουν τα μέσα για να γνωρίζουν τους ασθενείς τους καλύτερα, να συνεργάζονται αρμονικά με τους θεράποντες ιατρούς στην υλοποίηση του θεραπευτικού πλάνου, όπως αυτό αποτυπώνεται στο πλάνο φροντίδας που οργανώνουν, εφαρμόζουν νοσηλευτικές παρεμβάσεις που βασίζονται σε ερευνητικά δεδομένα, έχουν πρόσβαση σε πληροφορίες και γνώση που τους επιτρέπουν να φροντίζουν με μεγαλύτερη ασφάλεια τους ασθενείς τους. Έτσι, λοιπόν, είναι πιο ικανοποιημένοι επαγγελματίες, λόγω της αναβάθμισης του ρόλου τους και της αυτονομίας που αυτό συνεπάγεται, και τελικά είναι διατεθειμένοι να παραμείνουν σε ένα ασφαλές περιβάλλον εργασίας, το οποίο προσφέρει τη δυνατότητα της προσωπικής τους ανάπτυξης και εξέλιξης. Με αυτούς τους νοσηλευτές θα συνεχίσουμε να επιδιώκουμε τη συνεχή βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών που προσφέρουμε, με όραμα, πάθος και αφοσίωση.

## Δικαιώματα των ασθενών

Ιωάννης Αποστολάκης  
Παθολόγος, «ΥΓΕΙΑ»

Κατά την επικρατούσα άποψη, η απαρχή της σύγχρονης έννοιας των δικαιωμάτων ανάγεται στον Άγγλο φιλόσοφο του 17ου αιώνα John Locke, ο οποίος αναφερόταν στα φυσικά δικαιώματα του ανθρώπου. Η μορφοποίηση των δικαιωμάτων σε κανόνες ηθικής και η νομική τους υπόσταση με διεθνείς συμβάσεις και διακηρύξεις συντελούνται μετά το Β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο.

Το 1948 εκδίδεται από τη Γενική Συνέλευση του ΟΗΕ η Οικουμενική Διακήρυξη των Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων, η οποία αποτελείται από 30 άρθρα που κατοχυρώνουν τις αξίες της ελευθερίας, της ισότητας και της αξιοπρέπειας. Ακολούθησαν διεθνείς συμφωνίες και συμβάσεις, όπως η Ευρωπαϊκή Σύμβαση του Συμβουλίου της Ευρώπης (Οβιέ-ντο 1997), η Ευρωπαϊκή Σύμβαση για την Προστασία των Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων και των Θεμελιωδών Ελευθεριών, από την οποία προέκυψε η Χάρτα των Θεμελιωδών Δικαιωμάτων της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Νίκαια 2000), η οποία με τη Συνθήκη της Λισαβόνας (2007) κατέστη νομικώς δεσμευτική και τέθηκε σε ισχύ από την 1η Δεκεμβρίου 2009.

Η αξιοπρέπεια του ανθρώπου, η ελευθερία, η ισότητα, η αλληλεγγύη, η δικαιοσύνη και τα δικαιώματα των πολιτών

θεωρούνται αδιαίρετες και οικουμενικές αξίες.

Το Νοέμβριο του 2002 εκδόθηκε στη Ρώμη από το Δίκτυο Ενεργών Πολιτών η Ευρωπαϊκή Χάρτα των Δικαιωμάτων των Ασθενών. Η Χάρτα υιοθετήθηκε επισήμως το Σεπτέμβριο του 2007 στις Βρυξέλλες από την Ευρωπαϊκή Οικονομική και Κοινωνική Επιτροπή και αποτελεί πλέον μέρος του Ευρωπαϊκού Δικαίου. Η Χάρτα περιλαμβάνει αριθμημένα κατά σειρά 14 δικαιώματα με τις επεξηγήσεις τους (πίνακας 1).

Το κεφάλαιο V της Χάρτας αναφέρεται στα δικαιώματα των πολιτών και το άρθρο 35 στην προστασία της υγείας ως του δικαιώματος πρόσβασης στην πρόληψη και στην ωφέλεια από την ιατρική θεραπεία, υπό τις συνθήκες που έχουν εδραιωθεί από την εθνική νομοθεσία και πρακτική. Επιπλέον, και σε άλλα άρθρα υπάρχουν αναφορές σε θέματα που σχετίζονται άμεσα ή έμμεσα με τα δικαιώματα των ασθενών.

Και άλλοι διεθνείς οργανισμοί έχουν εκδώσει κείμενα ή διακηρύξεις που αναφέρονται στα δικαιώματα των ασθενών. Η διακήρυξη της Παγκόσμιας Ιατρικής Εταιρείας του 1981, όπως τροποποιήθηκε το 2005, αναφέρει και εξειδικεύει 8 δικαιώματα (πίνακας 2).

Η UNESCO, λαμβάνοντας υπόψη όλες τις προηγούμενες συνθήκες, συμβάσεις, διακηρύξεις, εθνικές νομοθεσίες και διεθνή όργανα και τις ραγδαίες εξελίξεις της επιστήμης και της τεχνολογίας, υιοθέτησε το 2005 την Οικουμενική Διακήρυξη Βιοηθικής και Δικαιωμάτων του Ανθρώπου. Στα 28 άρθρα της διακήρυξης διατυπώνονται θεμελιώδεις οικουμενικές αρχές απάντησης της ανθρωπό-

Πίνακας 1	Τα 14 δικαιώματα της Ευρωπαϊκής Χάρτας Δικαιωμάτων των Ασθενών
1.	Δικαίωμα της πρόληψης
2.	Δικαίωμα της πρόσβασης
3.	Δικαίωμα της πληροφόρησης
4.	Δικαίωμα της συγκατάθεσης
5.	Δικαίωμα της ελεύθερης επιλογής
6.	Δικαίωμα της εχεμύθειας και της εμπιστευτικότητας
7.	Δικαίωμα του σεβασμού του χρόνου του ασθενούς
8.	Δικαίωμα της τήρησης προδιαγραφών ποιότητας
9.	Δικαίωμα της ασφάλειας
10.	Δικαίωμα της καινοτομίας
11.	Δικαίωμα της αποφυγής περιττής ταλαιπωρίας και πόνου
12.	Δικαίωμα της εξατομικευμένης θεραπείας
13.	Δικαίωμα της έκφρασης παραπόνων
14.	Δικαίωμα της αποζημίωσης

Πίνακας 2	Τα 8 δικαιώματα των ασθενών της Διακήρυξης της Παγκόσμιας Ιατρικής Εταιρείας
1.	Δικαίωμα ιατρικής φροντίδας
2.	Δικαίωμα ελεύθερης επιλογής
3.	Δικαίωμα αυτοπροσδιορισμού
4.	Δικαίωμα πληροφόρησης
5.	Δικαίωμα εχεμύθειας
6.	Δικαίωμα υγειονομικής εκπαίδευσης
7.	Δικαίωμα αξιοπρέπειας - ιδιαιτερότητας
8.	Δικαίωμα θρησκευτικής αρωγής

ητας στα διαρκώς αυξανόμενα διλήμματα και στις διενέξεις που προκαλούν η επιστήμη και η τεχνολογία.

Στη χώρα μας σαφής έκφραση δικαιωμάτων ασθενών υπάρχει στο άρθρο 47 του Ν. 2071/1992, το οποίο αναφέρεται στα δικαιώματα του νοσοκομειακού ασθενούς (πίνακας 3). Στο νόμο 3418/2005 για τον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας υπάρχουν άρθρα τα οποία άπτονται των δικαιωμάτων των ασθενών.

Η Διεθνής Μικτή Επιτροπή (JCI) διαθέτει το 2ο κεφάλαιο του εγχειριδίου των μέτρων για τη διαπίστευση στα Δικαιώματα του Ασθενούς και της Οικογένειας. Θεωρεί ότι κάθε ασθενής είναι μοναδικός ως προς τις ανάγκες του, τις δυνάμεις του, τις αξίες και τις πεποιθήσεις του. Οι οργανισμοί παροχής υπηρεσιών υγείας εργάζονται ώστε να εγκαταστήσουν την εμπιστοσύνη και την επικοινωνία με τους ασθενείς, την κατανόηση και προστασία των πολιτιστικών, ψυχοκοινωνικών και πνευματικών αξιών κάθε ασθενούς. Αναγνωρίζει πως η αποτελεσματικότητα της φροντίδας βελτιώνεται όταν ο ασθενής και η οικογένειά του εμπλέκονται στις διαγνωστικές και θεραπευτικές αποφάσεις. Για την προώθηση των δικαιωμάτων ζητά από τον Οργανισμό να ορίσει τα δικαιώματα και να εκπαιδεύσει τους ασθενείς και το προσωπικό γι' αυτά. Οι ασθενείς ενημερώνονται για τα δικαιώματά τους και πώς να ενεργήσουν γι' αυτά. Το προσωπικό διδάσκεται να κατανοεί και να σέβεται την προστασία της αξιοπρέπειας των ασθενών.

Ο Οργανισμός, τηρώντας τους νόμους και τις διεθνείς συμβάσεις και συμφωνίες, αναπτύσσει και εφαρμόζει τις διαδικασίες που διασφαλίζουν την τήρησή τους στην πράξη.

Σε 30 μέτρα και 106 μετρήσιμα στοιχεία προσδιορίζει τις διαδικασίες και τις ενέργειες που ένας οργανισμός οφείλει να εκτελεί, ώστε να αποδεικνύεται ότι ενδιαφέρεται και φροντίζει για τα δικαιώματα των ασθενών.

### Το «ΥΓΕΙΑ» οφείλει να:

- ▶ Υποστηρίζει τα δικαιώματα των ασθενών και των οικογενειών τους.
- ▶ Σέβεται τις αξίες και τις πεποιθήσεις των ασθενών.
- ▶ Ανταποκρίνεται στα αιτήματα των ασθενών για θρησκευτικές υπηρεσίες.
- ▶ Σέβεται την ιδιωτικότητα των ασθενών.
- ▶ Φυλάσσει τα υπάρχοντα των ασθενών από κλοπή και απώλεια.
- ▶ Προφυλάσσει τους ασθενείς από επιθέσεις.
- ▶ Προστατεύει τους ηλικιωμένους και τους αδύναμους.
- ▶ Διατηρεί την εχεμύθεια.
- ▶ Υποστηρίζει τη συμμετοχή των ασθενών και των οικείων τους στη φροντίδα τους.
- ▶ Ενημερώνει τους ασθενείς και τους οικείους τους για τον τρόπο ανακοίνωσης της καταστάσεως, της διάγνωσης, της σχεδιασμένης φροντίδας και θεραπείας και της συμμετοχής τους.
- ▶ Ενημερώνει τους ασθενείς και τους οικείους τους για τον τρόπο ανακοίνωσης των αποτελεσμάτων της φροντίδας και της θεραπείας, συμπεριλαμβανομένων των ανεπιθύμητων.
- ▶ Ενημερώνει τους ασθενείς και τους οικείους τους για το δικαίωμα και την ευθύνη τους να αρνηθούν ή να διακόψουν τη θεραπεία.
- ▶ Σέβεται τις επιθυμίες και προτιμήσεις του ασθενούς να μη δεχτεί ανάνηψη και να διακόψει θεραπείες διατήρησης της ζωής.
- ▶ Υποστηρίζει το δικαίωμα του ασθενούς στην κατάλληλη εκτίμηση και αντιμετώπιση του πόνου.
- ▶ Υποστηρίζει το δικαίωμα του ασθενούς στην αρμόζουσα και συμπονετική φροντίδα του τέλους της ζωής.
- ▶ Ενημερώνει τους ασθενείς και τους οικείους για τη δι-

Πίνακας 3	Δικαιώματα νοσοκομειακού ασθενούς - Άρθρο 47 του Ν. 2071/1992
1.	Δικαίωμα προσέγγισης στις υπηρεσίες του κατάλληλου νοσοκομείου
2.	Δικαίωμα παροχής φροντίδας με σεβασμό της αξιοπρέπειας
3.	Δικαίωμα συγκατάθεσης ή άρνησης
4.	Δικαίωμα ενημέρωσης για την κατάστασή του και συμμετοχής στη λήψη αποφάσεων
5.	Δικαίωμα πλήρους εκ των προτέρων ενημέρωσης για τους κινδύνους ασυνήθων ή πειραματικών πράξεων και ανάκλησης συγκατάθεσης
6.	Δικαίωμα προστασίας της ιδιωτικής ζωής και διαφύλαξης του απορρήτου
7.	Δικαίωμα σεβασμού και αναγνώρισης θρησκευτικών και ιδεολογικών πεποιθήσεων
8.	Δικαίωμα κατάθεσης διαμαρτυρίας και ενστάσεως και γνώσης των επ' αυτών ενεργειών και αποτελεσμάτων

αδικασία λήψης και αντιμετώπισης παραπόνων, συγκρούσεων, διαφορών απόψεως και για τη συμμετοχή τους.

▶ Εκπαιδεύει το προσωπικό στο να αναγνωρίζει και να προστατεύει τις αξίες, τις πεποιθήσεις και τα δικαιώματα των ασθενών.

▶ Ενημερώνει με κατανοητό τρόπο τους ασθενείς για τα δικαιώματά τους.

▶ Παίρνει την -κατόπιν ενημέρωσης- συναίνεση των ασθενών με ορισμένο τρόπο από εκπαιδευμένο προσωπικό.

▶ Διασφαλίζει την επαρκή ενημέρωση των ασθενών και των οικείων τους για την πάθησή τους και την προτεινόμενη θεραπεία, ώστε να μπορούν να λάβουν αποφάσεις.

▶ Έχει νόμιμη διαδικασία για τη λήψη συναίνεσης από άλλους.

▶ Λαμβάνει κατά την εισαγωγή του ασθενούς συναίνεση με σαφές εύρος και σαφή όρια.

▶ Λαμβάνει συναίνεση πριν από εγχείρηση, χορήγηση αναισθησίας, χορήγηση αίματος και παραγόντων του, καθώς και κάθε υψηλού κινδύνου θεραπεία και ενέργεια.

▶ Έχει κατάσταση των θεραπειών και ενεργειών που χρειάζονται ειδική συναίνεση.

▶ Ενημερώνει τους ασθενείς και τους οικείους για τον τρόπο πρόσβασης σε κλινικές δοκιμές και έρευνες.

▶ Ενημερώνει για την προστασία αυτών που επιθυμούν να συμμετάσχουν σε κλινικές δοκιμές και έρευνες.

▶ Λαμβάνει συναίνεση πριν από τη συμμετοχή σε κλινικές δοκιμές ή έρευνες.

▶ Επιβλέπει όλες τις δοκιμές και έρευνες που εκτελούνται.

▶ Ενημερώνει τους ασθενείς και τους οικείους για τη δωρεά ιστών και οργάνων.

▶ Επιτηρεί τη συλλογή και μεταμόσχευση οργάνων και ιστών.

Οι οφειλές αυτές και οι τρόποι εξυπηρέτησής τους έχουν ήδη ενσωματωθεί σε κανονισμούς και διαδικασίες. Απομένει να τις κατανοήσουν, να τις ενστερνιστούν και να τις εφαρμόσουν στην καθημερινή τους πράξη και οι ιατροί, ενθυμούμενοι ότι τα δικαιώματα των ασθενών είναι υποχρεώσεις των ιατρών.

## Η συναίνεση του ασθενούς

Γεωργία Α. Ζάβρα  
Νομική σύμβουλος «ΥΓΕΙΑ»

Η «ενημερωμένη συναίνεση του ασθενούς», αυτό που οι Αγγλοσάξονες δεκαετίες τώρα ονομάζουν «informed consent», αποτελεί ζήτημα και προβληματική που συχνότατα εγείρεται, σε ποικίλες μάλιστα εκφάνσεις, στο πλαίσιο λειτουργίας ενός φορέα παροχής υπηρεσιών υγείας. Απασχολεί δε, πέρα από το φορέα, με τους διοικητές και τα όργανά του για τις οικονομικοπολιτικές και νομικές του διαστάσεις, κυρίως και καταρχήν τους «διακόνους» της υγείας, προεξάρχοντων των ιατρών, γιατί είναι θεμέλιο πάσης ιατρικής πράξης και θεραπείας.

Η διαπίστευση του «ΥΓΕΙΑ» από την JCI και η σύστοιχη με αυτή διαδικασία υιοθέτησης των προδιαγραφών του Προτύπου που προηγήθηκε ήγειρε ερωτήματα και προβληματισμούς επίκαιρους όσο ποτέ, ως προς το είδος, τον τρόπο κτήσης της συγκατάθεσης του ασθενούς, αλλά και το σκοπό αυτής. Η συγκριτική επισκόπηση των κατευθυντηρίων συστάσεων του Προτύπου JCI, με την ακολουθούμενη μέχρι σήμερα πρακτική στο ζήτημα αυτό και με το ισχύον στην Ελλάδα θεσμικό πλαίσιο, σύντομα οδήγησε στη διαπίστωση ότι ο όρος «informed consent» δεν αποδίδει έννοιες άγνωστες στην ευρωπαϊκή και στην ελληνική έννομη τάξη. Αντίθετα, η ενδελεχής μελέτη των ορισμών της JCI έδειξε ότι η πλειονότητα των πρακτικών που το Πρότυπο υποδεικνύει τελεί σε πλήρη αντιστοιχία με όσα αποτυπώνονται στην Ευρωπαϊκή Σύμβαση για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα και τη Βιοϊατρική (Οβιέδο, 1997), όσα ορίζονται στο Ν. 2071/1992 και τέλος όσα επανέλαβε ή ρύθμισε, δια κωδικοποίησής, ο νέος Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας (Ν. 3418/2005), σύμφωνα με τα οποία η συναίνεση του ασθενούς συνιστά απαραίτητη προϋπόθεση της νόμιμης διεξαγωγής μιας ιατρικής πράξης, αλλά και της εν γένει παροχής υπηρεσιών υγείας.

Η προσέγγιση, λοιπόν, μέσω της ελληνικής νομοθεσίας του ζητήματος της συναίνεσης του ασθενούς μας οδήγησε ασφαλώς στο θεμελιώδες συμπέρασμα ότι η προηγούμενη λήψη της συγκατάθεσής του αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση για τη διενέργεια οποιασδήποτε ιατρικής πράξης, η οποία γίνεται κατά την άσκηση του ιατρικού λειτουργήματος και την παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας ή τριτοβάθμιας φροντίδας στο δημόσιο ή ιδιωτικό τομέα και ανεξάρτητα από τον τρόπο ή τη μορφή

άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος.

Ήδη και μετά τη θέση σε ισχύ του Νόμου 3418/2005, η προϋπόθεση της συναίνεσης του ασθενούς (άρθρα 11 και 12 του Νόμου) δεν συνιστά πλέον μόνο δικαίωμα του ασθενούς -ως όριζε ο Νόμος 2071/1992-, αλλά είναι και ουσιαστική υποχρέωση του ιατρού έναντι του ασθενούς, πριν από την επιχείρηση οποιασδήποτε ιατρικής πράξης. Περαιτέρω, η διάταξη του άρθρου 12§1 του Ν. 3418/2005 εισάγει ρητώς απαγορευτικό κανόνα ορίζοντας, κατά λέξη, ότι «ο ιατρός δεν επιτρέπεται να προβεί στην εκτέλεση οποιασδήποτε ιατρικής πράξης χωρίς την προηγούμενη συναίνεση του ασθενούς», διάταξη από την οποία αβίαστα συνάγεται ότι η ενημέρωση και στη συνέχεια η λήψη της συναίνεσης του ασθενούς ανάγονται σε απαραίτητους όρους της νομιμότητας της ιατρικής πράξης, η παράβαση των οποίων καθιστά παράνομη τη διενέργειά της.

Πάντα τα ανωτέρω εμφορούνται από το γενικότερο πνεύμα του νομοθέτη, ο οποίος, όπως διαπιστώνεται, με σειρά γενικών, αλλά και ειδικών διατάξεων, αντιλαμβάνεται τη σχέση ιατρού και ασθενούς ως σχέση εμπιστοσύνης και σεβασμού, κατά τη λειτουργία της οποίας ο ιατρός οφείλει να πράττει αφενός με προτεραιότητα την προστασία της υγείας του ασθενούς και αφετέρου με σεβασμό και κατανόηση στις απόψεις, την ιδιωτικότητα και την αξιοπρέπεια αυτού.

Επιπλέον, σύμφωνα με τα οριζόμενα στη διάταξη του άρθρου 11§1 εδ. β' του Νόμου 3418/2005, ο ιατρός «οφείλει να ενημερώνει πλήρως και κατανοητά τον ασθενή για την πραγματική κατάσταση της υγείας του, το περιεχόμενο και τα αποτελέσματα της προτεινόμενης ιατρικής πράξης, τις συνέπειες και τους ενδεχόμενους κινδύνους ή επιπλοκές από την εκτέλεσή της, τις εναλλακτικές προτάσεις, καθώς και για τον πιθανό χρόνο αποκατάστασης, έτσι ώστε ο ασθενής να μπορεί να σχηματίζει πλήρη εικόνα των ιατρικών, κοινωνικών και οικονομικών παραγόντων και συνεπειών της κατάστασής του και να προχωρεί ανάλογα στη λήψη αποφάσεων». Οι προϋποθέσεις δε της εγκυρότητας της συναίνεσης του ασθενούς, σύμφωνα με την παράγραφο 2 του άρθρου 12 του Νόμου 3418/2005, είναι οι εξής:

1. Η συναίνεση πρέπει να παρέχεται έπειτα από πλήρη, σαφή και κατανοητή ενημέρωση.
2. Ο ασθενής πρέπει να έχει ικανότητα για συναίνεση [ήτοι, δικαιοπρακτική ικανότητα (συμπληρωμένο το 18ο έτος της ηλικίας του) και συνείδηση των πράξεών του, καθώς και να μη βρίσκεται σε ψυχική ή διανοητική διαταραχή, που να περιορίζει αποφασιστικά τη λειτουργία της βούλησής του].
3. Η συναίνεση πρέπει να μην είναι αποτέλεσμα πλάνης, απάτης ή απειλής και να μην έρχεται σε σύγκρουση με τα χρηστά ήθη.
4. Η συναίνεση πρέπει να καλύπτει πλήρως την ιατρική πράξη και κατά το συγκεκριμένο περιεχόμενό της και κατά το χρόνο εκτέλεσής της.

Ο κανόνας της λήψης της προηγούμενης συναίνεσης πριν από τη διενέργεια οποιασδήποτε ιατρικής πράξης κάμπτεται μόνο στις περιοριστικά κατά το νόμο οριζόμενες περιπτώσεις, ήτοι:

- ▶ Στις επείγουσες περιπτώσεις, κατά τις οποίες δεν μπορεί να ληφθεί κατάλληλη συναίνεση (προηγούμενη ενημέρωση και λήψη ρητώς της συναίνεσης) και συντρέχει άμεση, απόλυτη και κατεπείγουσα ανάγκη παροχής ιατρικής φροντίδας (π.χ. βαρύς τραυματισμός ύστερα από τροχαίο, όπου ο ασθενής δε διατηρεί τις αισθήσεις του ή έχει μειωμένη συνείδηση, κίνδυνος ζωής του ασθενούς).
- ▶ Στην περίπτωση απόπειρας αυτοκτονίας, όπου ο ιατρός οφείλει να ενεργήσει προς το σκοπό της διάσωσης της ζωής του ασθενούς και αντίθετα με την εκπεφρασμένη βούληση του ατόμου, έχοντας ως γνώμονα την προστασία του έννομου αγαθού της ζωής, δοθέντος ότι δεν προστατεύεται από την ελληνική έννομη τάξη το δικαίωμα στο θάνατο και η αυτοκτονία αποτελεί αποδοκιμαστέα για την έννομη τάξη πράξη (εξ αντιδιαστολής από τα άρθρα ΠΚ 300 - Ανθρωποκτονία με συναίνεση & ΠΚ 301 - Συμμετοχή σε αυτοκτονία).
- ▶ Σε περιπτώσεις όπου οι γονείς ανήλικου ασθενούς ή οι συγγενείς ασθενούς που δεν μπορεί για οποιοδήποτε λόγο να συναινέσει, ή άλλοι τρίτοι που έχουν την εξουσία συναίνεσης για τον ασθενή αρνούνται να δώσουν την απαραίτητη συναίνεση και υπάρχει ανάγκη άμεσης παρέμβασης, προκειμένου να αποτραπεί ο κίνδυνος για τη ζωή ή την υγεία του ασθενούς.

Στις ως άνω περιπτώσεις και μόνο δεν απαιτείται η λήψη της προηγούμενης ενημερωμένης συναίνεσης του ασθενούς και ως εκ τούτου η μη ύπαρξη αυτής δεν καθιστά

παράνομη τη γενομένη ιατρική πράξη.

Επισημαίνεται, τέλος, ότι η έννομη τάξη αναγνωρίζει επίσης στον ασθενή το δικαίωμά του να μην ενημερωθεί για την πραγματική κατάσταση της υγείας του και για το περιεχόμενο και τα αποτελέσματα της προτεινόμενης από τον ιατρό θεραπείας, ορίζοντας, κατά λέξη, στο άρθρο 11§2 εδ. α' του Ν. 3418/2005 ότι «ο ιατρός σέβεται την επιθυμία των ατόμων να μην ενημερωθούν», ενώ περαιτέρω στο εδ. β' της προηγούμενης διάταξης δίνει τη δυνατότητα στον ασθενή να ζητήσει από τον ιατρό του να ενημερώσει αντ' αυτού άλλο ή άλλα πρόσωπα που αυτός θα του υποδείξει.

Συνοψίζοντας πάντα τα ανωτέρω εκτιθέμενα, υπό το πρίσμα μάλιστα όσων τα εγχειρίδια της JCI αναγορεύουν ως σημαντικά κριτήρια για την εγκυρότητα της συναίνεσης, παρατηρούμε συμπερασματικά τα εξής:

1. Ο ιατρός πριν από τη διενέργεια οποιασδήποτε ιατρικής πράξης έχει υποχρέωση πλήρους, σαφούς και κατανοητής ενημέρωσης -άρα και ο ασθενής έχει δικαίωμα να απαιτήσει τέτοιου είδους ενημέρωση-, η ενημέρωση αυτή, δε, πρέπει να είναι τέτοιου είδους, ώστε να κατατείνει στον σχηματισμό πλήρους εικόνας των ιατρικών, κοινωνικών και οικονομικών παραγόντων και συνεπειών της κατάστασης του ασθενούς, ο οποίος στη συνέχεια, με βάση αυτή, να δύναται να προχωρεί αναλόγως στη λήψη αποφάσεων αναφορικά με την υγεία του.
2. Η διενέργεια οποιασδήποτε ιατρικής πράξης χωρίς την προηγούμενη ενημέρωση του ασθενούς είναι δεοντολογικά ανεπίτρεπτη, ακόμα κι αν έχει ληφθεί η έγγραφη συναίνεση αυτού, προσκρούει δε στον απαγορευτικό κανόνα του άρθρου 12§1 του Ν. 3418/2005 και γεννά ευθύνη του ιατρού, τουλάχιστον για αποκατάσταση της ηθικής βλάβης του ασθενούς, λόγω προσβολής της προσωπικότητάς του (άρθρο 12§1 του Ν. 3418/2005 σε συνδυασμό με ΑΚ 57, 59 & 933).
3. Η προηγούμενη ενημέρωση του ασθενούς δεν είναι απαραίτητη μόνο στις περιπτώσεις εκείνες που περιοριστικά ορίζονται στο νόμο 3418/2005:
  - i. Άρθρο 11§2 - Περίπτωση ασθενών που επιλέγουν να μην ενημερωθούν.
  - ii. Άρθρο 11§4 - Περίπτωση προσώπων που δεν έχουν την ικανότητα να συναινέσουν, όπου ο νόμος αρκείται σε περιορισμένη ενημέρωση, κατά το βαθμό όπου αυτό είναι εφικτό, ενώ θεσπίζει εντεύθεν υποχρέωση για ενημέρωση τρίτων προσώπων: α) των ασκούντων τη γονική μέριμνα σε



περίπτωση ανήλικου τέκνου, β) του δικαστικού συμπαραστάτη σε περίπτωση όπου ο ασθενής στερείται δικαιοπρακτικής ικανότητας, γ) των οικείων σε κάθε άλλη περίπτωση.

4. Η ενημέρωση που γίνεται από τον ιατρό πρέπει να είναι πλήρης, σαφής και ειδικά εμπειριστατωμένη, καλύπτουσα πλήρως την ιατρική πράξη. Ο ιατρός, κατά την επιβεβλημένη πλέον από το νόμο ενημέρωση, πρέπει να αναφέρεται στην προτεινόμενη διαδικασία, στον τρόπο, στο χρόνο, στον τόπο διενέργειάς της, καθώς επίσης και να αιτιολογεί τη σκοπιμότητά της και τα οφέλη από αυτήν στην υγεία του ασθενούς, αλλά και να εκθέτει με ακρίβεια και σαφήνεια στον ασθενή όλους τους πιθανούς κινδύνους και τις τυχόν επιπλοκές από την επιχείρησή της έως και τον τρόπο αντιμετώπισης αυτών.

5. Η συναίνεση, λοιπόν, που δίνεται προσκόντως και εκουσίως (ήτοι δεν είναι αποτέλεσμα πλάνης, απάτης, απειλής του ασθενούς και δεν αντίκειται στα χρηστά ήθη), ως αποτέλεσμα της ενδεδειγμένης κατά τα άνω πλήρους, σαφούς και κατανοητής ενημερώσεως -και μόνο αυτή- άγει στην ορθή και νόμιμη άσκηση της ιατρικής πράξεως.

6. Η διενέργεια της ενημέρωσης όσο και η λήψη της συναίνεσης αποτελούν μέλημα και ευθύνη του ιατρού που επιχειρεί τη συγκεκριμένη κάθε φορά ιατρική πράξη. Στο σημείο αυτό επισημαίνεται ότι ο νόμος δε θεσπίζει απευθείας υποχρέωση των νοσηλευτικών ιδρυμάτων (δημόσιου ή ιδιωτικού τομέα) να προβαίνουν στην ενημέρωση και

στη λήψη της συναίνεσης του ασθενούς, παρόλ' αυτά, εν όψει και του ότι η σχέση προστήσεως, που συχνά κρίνεται από τα δικαστήρια ότι συνδέει τον ιατρό που παρέχει τις υπηρεσίες του εντός του νοσηλευτικού ιδρύματος, καθιστά -αν όχι επιβεβλημένο- σε κάθε περίπτωση δικαιολογημένο το συμφέρον των νοσοκομείων και των ιδιωτικών κλινικών για την ορθή και κατά νόμο λήψη της συναίνεσης του ασθενούς, μετά τη δέουσα ενημέρωσή του.

7. Ο νόμος δεν προβλέπει ρητά τον τύπο της συναίνεσης και άρα τεκμαίρεται ότι αυτή δεν απαιτείται να είναι έγγραφη, όμως έχει καθιερωθεί στην πράξη -και ορθώς- η λήψη αυτής και εγγράφως, με ευθύνη του θεράποντος ιατρού, για λόγους που ανάγονται στην ευχερέστερη απόδειξη σε περιπτώσεις όπου γεννάται αμφισβήτηση, αλλά και σε δικαστικούς αγώνες αναφορικά με ιατρικά σφάλματα (mal practice).

8. Η λήψη της προηγούμενης ενημερωμένης συναίνεσης του ασθενούς, ανά τον κόσμο συνιστά όρο της νόμιμης διενέργειας της ιατρικής πράξης, προϋπόθεση χωρίς την πλήρωση της οποίας αυτή λαμβάνει χώρα παρανόμως, ενώ σε καμία περίπτωση η συναίνεση δεν μπορεί να θεωρηθεί ότι αίρει τον άδικο χαρακτήρα της πράξης των ιατρών, σε περιπτώσεις ιατρικών σφαλμάτων επί ιατρικών πράξεων, ιδία εάν κριθεί ότι αυτές δε διενεργήθηκαν lege artis, σύμφωνα με τους κανόνες της ιατρικής επιστήμης και της κτηθείσας πείρας.

## Η διαχείριση των πληροφοριών

Γεώργιος Ζαχαρόπουλος  
Ακτινολόγος, «ΥΓΕΙΑ»

Το ιατρικό ιστορικό του ασθενούς εξακολουθεί να είναι το πλέον σημαντικό εργαλείο στη διαγνωστική και θεραπευτική προσέγγιση του κάθε νοσηλευμένου.

Αποτελεί το σημαντικότερο δείκτη που αναδεικνύει και καταγράφει όλες τις διαδικασίες που είναι απαραίτητες για τον κάθε ασθενή. Περιλαμβάνει σημαντικές πληροφορίες του τρέχοντος προβλήματος, περιγράφει δε όλες τις προηγούμενες ασθένειες και τη θεραπευτική αντιμετώπισή τους. Ως εκ τούτου, το ιατρικό ιστορικό είναι απόρρητο και δεν μπορεί να έχει πρόσβαση οποιοσδήποτε χωρίς την έγγραφη συγκατάθεση του ασθενούς.

Η παροχή θεραπευτικών υπηρεσιών όμως δεν είναι κάτι απλό. Η σωστή και έγκαιρη μεταφορά των πληροφοριών καθώς και η συνολική εκτίμηση αυτών αποτελούν το σημαντικότερο τρόπο σωστής αντιμετώπισης των νοσηλευμένων ασθενών.

Στο νοσοκομείο μας πρόσφατα, έπειτα από πολλές προσπάθειες, γίνεται αρχειοθέτηση όλων των νοσηλευόμενων και μη ασθενών, με τη δημιουργία του ιατρονοσηλευτικού φακέλου (ΙΝΦΑ), σύμφωνα με τις οδηγίες της JCI. Σκοπός μας είναι η μελλοντική μετάβαση σε ηλεκτρονική μορφή αρχειοθέτησης του ΙΝΦΑ.

Με τη δημιουργία του ΙΝΦΑ η αντιμετώπιση των ασθενών μας γίνεται εύκολα αλλά και με μεγαλύτερη ασφάλεια. Το νοσοκομείο μας ενημερώνει τους ασθενείς μας για την ύπαρξη του ΙΝΦΑ, τη χρησιμότητά του και τον τρόπο με τον οποίο θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί, διαβεβαιώνοντάς τους ότι είναι απαραίτητη η συγκατάθεσή τους για οποιαδήποτε χρήση αυτών των πληροφοριών.

Η συμπλήρωση του ΙΝΦΑ γίνεται με τη στενή συνεργασία του ιατρικού, του παραϊατρικού αλλά και του διοικητικού προσωπικού, που εκπαιδεύονται και ενημερώνονται συνεχώς. Τα στοιχεία αυτά προστατεύονται από απώλεια, καταστροφή, υποκλοπή αλλά και από μη επιτρεπόμενη πρόσβαση.

Σε κάθε ιατρική οδηγία του ΙΝΦΑ καταγράφονται η ημερομηνία και η ώρα και τίθενται υπογραφή και σφραγίδα του εκάστοτε ιατρού. Η ύπαρξη πλήρους ΙΝΦΑ επιτρέπει, επίσης, στον ιατρό αλλά και στον ίδιο τον ασθενή να μπορεί να ανακαλέσει το ιστορικό του, τις γενόμενες σε αυτόν ιατρικές πράξεις, την πορεία της νόσου του και την έκ-

βαση, πληροφορίες οι οποίες μπορεί να είναι διαθέσιμες άμεσα όταν παραστεί ανάγκη.

Είναι απαραίτητη η σωστή καταγραφή και διαχείριση των πληροφοριών αυτών. Με τη σωστή διαχείριση των πληροφοριών επιτυγχάνονται η καλύτερη ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών, ο σωστότερος τρόπος διάγνωσης και θεραπείας και ο έλεγχος της αποτελεσματικότητας των παρεχομένων ιατρικών υπηρεσιών από το νοσοκομείο μας.

Ειδικά για τα επείγοντα περιστατικά είναι σημαντική η καταγραφή της ώρας προσέλευσης του ασθενούς, της διάγνωσης, της θεραπευτικής αντιμετώπισης, καθώς και της κατάστασης του ασθενούς κατά την έξοδό του από το νοσοκομείο, όπως και των οδηγιών παρακολούθησης. Όλα αυτά τα στοιχεία είναι απαραίτητα ενυπόγραφα από τον εκτελέσαντα την εκάστοτε πράξη.

Από τη στιγμή που η καταγραφή των παρεχομένων υπηρεσιών είναι ενυπόγραφη, δίνεται μεγαλύτερη προσοχή από το ιατρικό και παραϊατρικό προσωπικό στην καταγραφή και στην πραγματοποίηση αυτών, με αποτέλεσμα να παρέχονται οι καλύτερες δυνατές υπηρεσίες, το ταχύτερο δυνατό. Επίσης, η ύπαρξη σωστά ενημερωμένου ΙΝΦΑ παρέχει στοιχεία σχετικά με την αντιμετώπιση των ασθενών, τα οποία μπορεί να αποτελέσουν νομικές αποδείξεις.

Για κάθε ιατρική πράξη απαιτείται η συναίνεση του ασθενούς, όπως και πριν από το χειρουργείο, καθώς και σε όλες τις παρεμβατικές πράξεις, όπως και για την πραγματοποίηση μετάγγισης. Η ύπαρξη συναίνεσης επιτρέπει την πλήρη ενημέρωση του ασθενούς για τον τρόπο και τις πιθανές επιπλοκές του χειρουργείου αλλά και των λοιπών παρεμβατικών πράξεων, καθώς και για τις πιθανές εναλλακτικές θεραπευτικές πράξεις που υπάρχουν, επιτρέποντάς του να οδηγηθεί στην καλύτερη γι' αυτόν επιλογή της θεραπείας του.

Περιοδικοί έλεγχοι πληρότητας ΙΝΦΑ διενεργούνται από την επιτροπή διαχείρισης πληροφοριών υγείας, με έλεγχο των κάτωθι 37 σημείων σύμφωνα με την JCI:

1. Ιατρική εκτίμηση (ιστορικό και εξέταση) εντός 24ώρου.
2. Η ιατρική εκτίμηση καταγράφεται πριν από τη χειρουργική επέμβαση με ημερομηνία συμπλήρωσης του ιστορικού σε σχέση με τη χειρουργική πράξη.

3. Αλλεργίες σαφώς καταγεγραμμένες σε ευδιάκριτο σημείο.
4. Λίστα φαρμακευτικής αγωγής πριν από την εισαγωγή.
5. Διατροφολογική εκτίμηση στις ιατρικές οδηγίες.
6. Πλάνο εξιτηρίου στις ιατρικές οδηγίες.
7. Φυσιοθεραπευτική εκτίμηση στις ιατρικές οδηγίες.
8. Ασθενής σε ευπαθή ομάδα στις ιατρικές οδηγίες.
9. α. Σε κάθε εντολή στον ιατρικό φάκελο: Υπογραφή ο-  
λογράφως ή σφραγίδα.  
β. Σε κάθε εντολή στον ιατρικό φάκελο: Ώρα.  
γ. Σε κάθε εντολή στον ιατρικό φάκελο: Ημερομηνία.
10. Πορεία νόσου (καθημερινά, εκτός από τα χρόνια πε-  
ριστατικά όπου ελέγχεται όποτε προβλέπει η διαδικασία).  
Στην πορεία νόσου πρέπει να αναγράφεται και η ώρα.
11. Εκθέσεις Συμβούλων (δείτε αν η λογοθεραπεύτρια  
γράφει σε αυτό σύμφωνα με τη διαδικασία).
12. Γενική συγκατάθεση.
13. Συγκατάθεση πριν από τη χορήγηση αίματος ή/και  
παραγώγων.
14. Διατροφολογική εκτίμηση όπου απαιτείται (θα δεί-  
τε το έντυπο των διαιτολόγων αν υπάρχει και αν είναι  
συμπληρωμένο).
15. Εκτίμηση Φυσιοθεραπευτών - Κινησιοθεραπευτών  
(θα δείτε το έντυπο των φυσιοθεραπευτών εφόσον υπάρ-  
χει, όπου απαιτείται).
16. Εκπαίδευση Ασθενούς και Οικογένειας (δείτε το ειδι-  
κό έντυπο και τη λογοδοσία των νοσηλευτών όπου υπάρ-  
χει ειδικό πεδίο).
17. Πλάνο εξιτηρίου σε όλους τους ασθενείς.
18. Έντυπα ευπαθών ομάδων, όπου απαιτείται.
19. Το εξιτήριο περιλαμβάνει σημαντικά ευρήματα.
20. Το εξιτήριο περιλαμβάνει σημαντικές διαγνώσεις και  
συννοσηρότητες.
21. Το εξιτήριο περιλαμβάνει την έκβαση της νοσηλείας.
22. Το εξιτήριο περιλαμβάνει διαγνωστικές και θεραπευ-  
τικές διαδικασίες που πραγματοποιήθηκαν.
23. Το εξιτήριο περιλαμβάνει φαρμακευτική αγωγή και  
άλλες θεραπευτικές προσεγγίσεις.
24. Το εξιτήριο περιλαμβάνει φαρμακευτική αγωγή μετά  
την έξοδο και όλη τη φαρμακευτική αγωγή που θα ακο-  
λουθείται στο σπίτι.
25. Το εξιτήριο περιλαμβάνει οδηγίες παρακολούθησης  
μετά την έξοδο του ασθενούς από το νοσοκομείο.
26. Το εξιτήριο περιλαμβάνει τα αποτελέσματα των εργα-  
στηριακών εξετάσεων.
27. Το εξιτήριο περιλαμβάνει τα αποτελέσματα των απει-  
κονιστικών εξετάσεων.
28. α. Χειρουργική συγκατάθεση ή συγκατάθεση παρεμ-  
βατικής τεχνικής.  
β. Συγκατάθεση αναισθησίας και καταστολής.
29. Εκτίμηση προ αναισθησίας - καταστολής.
30. Πρακτικό χειρουργείου.
31. Εκτίμηση ανάγκης διατροφολογικής αξιολόγησης.
32. Λειτουργική εκτίμηση ασθενούς.
33. Νοσηλευτική εκτίμηση (νοσηλευτικό ιστορικό, κίνδυ-  
νος πτώσης, κατάκλισης και καθημερινή λογοδοσία με όλα  
τα πεδία συμπληρωμένα) εντός 24 ωρών.
34. Καταγράφεται η συνταγογράφηση και χορήγηση φαρ-  
μάκων και ορών.
35. Έλεγχος για πόνο κατά την εισαγωγή (Λογοδοσία  
- Διάγραμμα).
36. Ευανάγνωστος φάκελος.
37. Αυτοκόλλητη ετικέτα ασθενούς σε κάθε σελίδα.  
Ήδη βρισκόμαστε στην 3η βελτιωμένη έκδοση του ΙΝ-  
ΦΑ μετά τις σωστές υποδείξεις όλου του ιατρικού προ-  
σωπικού του νοσοκομείου μας. Η διαδικασία αυτή είναι  
σταδιακά εξελισσόμενη και συνεχώς βελτιούμενη. Τέλος,  
πιστεύουμε ότι η συμπλήρωση του ΙΝΦΑ κρίνεται ανα-  
γκαία για την αποτροπή κάθε είδους αμέλειας, που δύνα-  
ται να οδηγήσει σε νομικές διεκδικήσεις.

## Η ασφάλεια των ασθενών

Χαράλαμπος Πασκαλής  
Παθολόγος - Εντατικολόγος, «ΥΓΕΙΑ»

Ένα από τα σημαντικότερα θέματα που αφορούν στη διαπίστευση του Νοσοκομείου μας (και κάθε νοσοκομείου) από την JCI έχει να κάνει με την ασφάλεια των ασθενών. Αυτός ο τομέας βέβαια περιλαμβάνει πολλά και διάφορα θέματα, όπως την αντιμετώπιση ασθενών που επιδεινώνονται ταχέως, το χειρισμό του οξυγόνου (και άλλων φαρμάκων και συσκευών) με ασφάλεια στο σπίτι, την πρόληψη και αντιμετώπιση κατακλίσεων, την πρόληψη απόπειρας αυτοκτονίας, την ενεργό συμμετοχή του ασθενούς στη νοσηλεία και άλλα. Όμως, στο παρόν κεφάλαιο θα ασχοληθούμε με τους πιο πρόσφατους διεθνείς στόχους ασφάλειας ασθενών, οι οποίοι τέθηκαν το 2006 και μας απασχόλησαν και εμάς στην πρόσφατη πιστοποίηση που περάσαμε.

Οι στόχοι αυτοί είναι 6 και στα ελληνικά, για καλύτερη απομνημόνευση, έχουμε χρησιμοποιήσει το ακρωνύμιο ΠΛΕΚΤΟ, όπως φαίνεται πιο κάτω:

- Πτώση: Μείωση κινδύνου από πτώση του ασθενούς.
- Λοιμώξεις: Μείωση κινδύνου νοσοκομειακών λοιμώξεων.
- Επέμβαση: Διασφάλιση σωστού σημείου - επέμβασης - ασθενούς.
- Κίνδυνος: Βελτίωση ασφάλειας φαρμάκων υψηλού κινδύνου.
- Ταυτοποίηση: Σωστή ταυτοποίηση ασθενών.
- Οδηγίες: Αποτελεσματική επικοινωνία σε τηλεφωνικές και προφορικές οδηγίες.

### A. Μείωση κινδύνου από πτώση του ασθενούς

Η πτώση ενός ασθενούς στο έδαφος μπορεί να συμβεί είτε από το κρεβάτι, είτε όταν αυτός μετακινείται (μέσα ή έξω από το δωμάτιο), είτε σε μετακίνησή του από το προσωπικό μεταξύ τμημάτων. Υπάρχουν πολλοί παράγοντες οι οποίοι σχετίζονται με τον αυξημένο κίνδυνο πτώσης του ασθενούς. Μερικοί από αυτούς έχουν να κάνουν με το έδαφος (γλιστερό ή βρεγμένο πάτωμα, εμπόδια σε αυτό), άλλοι με τον ασθενή (μειωμένο επίπεδο συνείδησης, σύγχυση, διέγερση), μερικοί με τη θεραπεία (επίδραση φαρμάκων ή αναισθησίας) και κάποιοι με τη διευθέτηση του άμεσου περιβάλλοντος και των αναγκών του (θέση κρεβατιού, ευκολία πρόσβασης στο τραπέζι, ευκολία

έγερσης προς την τουαλέτα, δυνατότητα άμεσης ανταπόκρισης του προσωπικού).

Το νοσηλευτικό προσωπικό κατά την εισαγωγή του ασθενούς εκτιμά τον κίνδυνο πτώσης, συμπληρώνοντας το ειδικό έντυπο και ανάλογα με τα ευρήματα συνεργάζεται με το θεράποντα ιατρό για τη μείωση του κινδύνου πτώσης. Όλα αυτά περιγράφονται αναλυτικά στη σχετική διαδικασία (ΝΔ.ΚΑΔ.06). Η διαδικασία προβλέπει, επίσης, όλα τα μέτρα που μπορεί να βοηθήσουν για τη μείωση του κινδύνου, ανάλογα με την περίπτωση. Να σημειωθεί εδώ ότι τα περιοριστικά μέτρα (φυσικά ή φαρμακευτικά) γίνονται μόνο κατόπιν ενημέρωσης και συγκατάθεσης των συγγενών (εκτός από επείγουσα κατάσταση) και η συνεργασία του ίδιου του ασθενούς και των οικείων του είναι ζωτικής σημασίας στην πρόληψη των πτώσεων.

### B. Μείωση κινδύνου από νοσοκομειακές λοιμώξεις

Οι νοσοκομειακές λοιμώξεις αποτελούν ένα πολύ σημαντικό στοιχείο που προσθέτει χρόνο νοσηλείας, νοσηρότητα, θνητότητα και κόστος στη νοσηλεία των ασθενών. Επομένως, το νοσοκομείο πρέπει να λαμβάνει όλα τα μέτρα που απαιτούνται ώστε να μειώνεται όσο το δυνατόν περισσότερο το ποσοστό των νοσοκομειακών λοιμώξεων. Οι κυριότερες λοιμώξεις που μας απασχολούν είναι αυτές από κεντρικές φλεβικές γραμμές, οι λοιμώξεις περιφερικών φλεβών, η πνευμονία σχετιζόμενη με τον αναπνευστήρα, οι ουρολοιμώξεις και φυσικά οι λοιμώξεις από πολυανθεκτικά μικρόβια. Η επιτροπή λοιμώξεων, η οποία λειτουργεί στο Νοσοκομείο μας πολλά χρόνια πριν από την JCI, επιβλέπει και ρυθμίζει τα θέματα των λοιμώξεων αυτών.

Ένα σημαντικό πρώτο βήμα είναι η παρακολούθηση και η καταγραφή του ποσοστού των λοιμώξεων, γεγονός που γίνεται περιοδικά από την επιτροπή. Το δεύτερο βήμα είναι η σύνταξη διαδικασιών για τα πιο σημαντικά θέματα, όπως είναι η διαδικασία τοποθέτησης και περιποίησης περιφερικών και κεντρικών φλεβικών καθετήρων, ουροκαθετήρων, καθώς και οι μέθοδοι απολύμανσης χώρων και εργαλείων· αυτά υπάρχουν και είναι διαθέσιμα σε όλα τα τμήματα. Εδώ πρέπει να τονιστεί ιδιαίτερα το θέμα του

πλυσίματος των χεριών του προσωπικού, το οποίο είναι εξαιρετικά σημαντικό για την πρόληψη λοιμώξεων.

Το τρίτο βήμα είναι η παρακολούθηση όλων αυτών των δεδομένων. Η επιτροπή παρακολουθεί δειγματοληπτικά ή και συνεχώς την εφαρμογή των μέτρων αυτών και, σε περίπτωση όπου υπάρχουν αποκλίσεις από το επιθυμητό, λαμβάνει μέτρα για τη βελτίωσή τους.

### **Γ. Διασφάλιση σωστού ασθενούς - σωστής επέμβασης - σωστού σημείου (ΝΔ.ΚΑΔ.07)**

Αυτή η διαδικασία εφαρμόζεται σε όλες τις χειρουργείες, σε όποιο τμήμα και αν γίνονται. Η διαδικασία του σωστού ασθενούς πραγματοποιείται σε όλα τα στάδια, από τη μεταφορά του από τον όροφο μέχρι και την είσοδό του στην αίθουσα του χειρουργείου, από όλους τους εμπλεκόμενους φορείς, το νοσοκόμο, το νοσηλευτή του τμήματος, το θεράποντα χειρουργό και τους συνεργάτες του και τον υπεύθυνο νοσηλευτή του χειρουργείου. Όλοι αυτοί ελέγχουν την ταυτότητα του ασθενούς, τηρώντας αυστηρά τη διαδικασία ταυτοποίησης με δύο στοιχεία αναγνώρισης, το ονοματεπώνυμο και την ημερομηνία γέννησης, ελέγχοντας το ειδικό βραχιολάκι του ασθενούς και ρωτώντας τον ίδιο εφόσον έχει επικοινωνία.

Η ευθύνη της σωστής χειρουργικής επέμβασης είναι στο χειρουργό, ο οποίος και πρέπει να ενημερώνει όλο το προσωπικό του χειρουργείου για το είδος της επέμβασης, η οποία πρέπει να αναγράφεται στο πρόγραμμα του χειρουργείου, καθώς και σε ειδικό πίνακα που βρίσκεται στο χώρο του χειρουργείου, ώστε να είναι εύκολα προσβάσιμος σε όλους.

Τέλος, το σωστό σημείο της επέμβασης έχει μεγάλη σημασία σε επεμβάσεις στα άκρα (δεξιά ή αριστερά), στη σπονδυλική στήλη (η μούρα της ΣΣ), καθώς και στο κρανίο ή στο τμήμα κάποιου αγγείου ή νεύρου. Εκτός από την αναγραφή του ακριβούς σημείου προεχειρητικά από το χειρουργό, στο ιστορικό και στο πλάνο χειρουργείου, και από τον υπεύθυνο νοσηλευτή στο έντυπο προεχειρητικού ελέγχου, σημειώνεται το σημείο με 3 διαφορετικού χρώματος μαρκαδόρους από 3 άτομα (χειρουργό, υπεύθυνο νοσηλευτή Αναισθησιολογικού και προϊστάμενο χειρουργείου).

Τέλος, ως τελικό στάδιο ελέγχου, πριν από την έναρξη της επέμβασης γίνεται η διαδικασία του «time-out», κατά την οποία όλοι διασταυρώνουν μεταξύ τους τα σωστά στοιχεία, όπως αναφέρθηκαν πιο πάνω.

### **Δ. Βελτίωση της ασφάλειας φαρμάκων υψηλού κινδύνου (ΝΔ.ΚΑΔ.29)**

Υπάρχουν πολλά φάρμακα τα οποία θεωρούνται υψηλού κινδύνου, είτε γιατί μπορεί να προκαλέσουν σημαντικά προβλήματα - παρενέργειες (π.χ. ινóτροπα και αγγειοδραστικά, ινσουλίνη, ηπαρίνη), είτε διότι χρειάζονται ειδική διάλυση και τρόπο χορήγησης (π.χ. συμπυκνωμένα διαλύματα ηλεκτρολυτών, ορισμένα αντιβιοτικά), είτε γιατί μπορεί να συγχεόνται με άλλα λόγω του παρόμοιου ονόματος ή της σχεδόν ίδιας συσκευασίας. Η λίστα των φαρμάκων είναι μεγάλη, αλλά το μεγαλύτερο ενδιαφέρον εστίαστηκε στις εξής 5 κατηγορίες: ινσουλίνη, οπιοειδή και ναρκωτικά, συμπυκνωμένα διαλύματα (αμπούλες) ΚCl ή φωσφόρου, ενδοφλέβια αντιπηκτικά (ηπαρίνη) και διαλύματα NaCl πάνω από 0,9%.

Οι μέθοδοι προστασίας από λάθη σχετιζόμενα με αυτά τα φάρμακα είναι η φύλαξή τους σε ξεχωριστό χώρο από τα υπόλοιπα, η χρήση τους μόνο από έμπειρο προσωπικό, η ενημέρωση του προσωπικού για τους κινδύνους και οι σαφείς ιατρικές οδηγίες κάθε φορά, χωρίς επικίνδυνες και ασαφείς συντημήσεις.

### **Ε. Σωστή ταυτοποίηση ασθενών (ΝΔ.ΚΑΔ.02)**

Είναι σαφές ότι η σωστή ταυτοποίηση του ασθενούς πριν από κάθε βήμα της νοσηλείας του είναι κεφαλαϊώδους σημασίας για να αποφευχθούν λάθη, που είναι ευνόητο ότι μπορεί να έχουν τραγικές συνέπειες. Ο κάθε ασθενής με την εισαγωγή του αποκτά ένα «βραχιολάκι» (ταινία ταυτότητας), το οποίο τοποθετείται από τον υπεύθυνο νοσηλευτή (ή τον υπάλληλο του γραφείου κίνησης) στον καρπό του και δεν αφαιρείται για κανένα λόγο, χωρίς να αντικατασταθεί από άλλο ίδιο. Σε ειδικές περιπτώσεις, όπου χρειάζεται να αφαιρεθεί το βραχιολάκι από τον καρπό, πρέπει να τοποθετηθεί ίδιο στον αστράγαλο. Οι βαρέως πάσχοντες ασθενείς φέρουν δύο βραχιολάκια, ένα στον καρπό και ένα στον αστράγαλο.

Τα βραχιολάκια έχουν τα στοιχεία του ασθενούς, δηλαδή το ονοματεπώνυμο, όνομα πατρός, ημερομηνία γέννησης και το barcode με τον κωδικό του ασθενούς. Ο κάθε ασθενής πρέπει να ταυτοποιείται σωστά πριν από κάθε πράξη, όπως χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής, μετακίνηση από το τμήμα νοσηλείας προς άλλο τμήμα, ιατρονοσηλευτική παρέμβαση. Η ταυτοποίησή του πρέπει να γίνεται με δύο στοιχεία, συνήθως με ονοματεπώνυμο και ημερομηνία γέννησης. Ο αριθμός δωματίου απαγο-

ρεύεται να χρησιμοποιείται ως στοιχείο ταυτοποίησης του ασθενούς.

### **ΣΤ. Σωστή επικοινωνία σε τηλεφωνικές και προφορικές οδηγίες (ΝΔ.ΚΑΔ.05)**

Ως γενική αρχή στο νοσοκομείο ισχύει ότι όλες οι οδηγίες για τη νοσηλεία των ασθενών από ιατρούς και άλλους επαγγελματίες υγείας πρέπει να είναι γραπτές και ενυπόγραφες. Όμως είναι φανερό ότι υπάρχουν περιπτώσεις, όπως σε έναν κωδικό μπλε ή σε κάποια επείγουσα κατάσταση, όπου πρέπει να δοθούν οδηγίες είτε προφορικά είτε από το τηλέφωνο. Τότε, η διαδικασία πρέπει να εξασφαλίζει την αποφυγή λάθους στην κατανόηση της οδηγίας. Γι' αυτό υπάρχει το λεγόμενο «read-back». Δηλαδή, ο ιατρός δίνει την προφορική οδηγία στο νοσηλευτή που είναι υπεύθυνος για τον ασθενή. Ο νοσηλευτής, εάν είναι εφικτό, καταγράφει την εντολή με ημερομηνία, ώρα και υπογραφή και μετά τη διαβάζει στον γιατρό, ώστε να υπάρξει επιβεβαίωση πως έγινε σωστή λήψη της οδηγίας. Εάν δεν είναι εφικτό (π.χ. σε κωδικό μπλε), αρκεί η προφορική επανάληψη της οδηγίας. Ο ιατρός συμφωνεί ότι είναι σωστή η οδηγία και μετά αυτή εκτελείται. Με

τη σειρά του, ο ιατρός πρέπει εντός 12 - 24 ωρών να συνοπογράψει την οδηγία που έδωσε, η οποία έχει καταγραφεί από το νοσηλευτή.

Η ίδια διαδικασία ισχύει και στην περίπτωση όπου ένα εργαστήριο ειδοποιεί ένα νοσηλευτικό τμήμα για κάποιο εργαστηριακό εύρημα με «τιμή πανικού», δηλαδή με τιμή που θεωρείται άμεσα επικίνδυνη. Ο υπεύθυνος του εργαστηρίου ενημερώνει τον υπεύθυνο νοσηλευτή του τμήματος, δίνοντας τα στοιχεία του ασθενούς (βλ. ταυτοποίηση) και το εργαστηριακό αποτέλεσμα. Ο νοσηλευτής το καταγράφει και μετά το διαβάζει στο εργαστήριο ώστε να επιβεβαιωθεί η σωστή λήψη. Κατόπιν, ενημερώνει το θεράποντα ιατρό για το αποτέλεσμα.

Είναι εύκολα κατανοητό πόσο μεγάλη σημασία έχουν όλα τα παραπάνω, καθώς και ό,τι άλλο έχει να κάνει με την ασφάλεια των ασθενών, γιατί οι συνέπειες οποιουδήποτε συμβάματος σχετιζόμενου με πλημμελή ασφάλεια είναι πολύ σοβαρές και επικίνδυνες. Η εφαρμογή όλων των πιο πάνω διαδικασιών αλλά και η συνεχής προσήλωση κάθε εργαζομένου σε όλα τα στάδια της φροντίδας των ασθενών μας έχουν ως αποτέλεσμα την πιο σωστή και χωρίς προβλήματα νοσηλεία, που είναι στόχος όλων μας.



## Η ασφάλεια του χειρουργικού ασθενούς

Γιάννης Π. Φύσσας  
Χειρουργός, «ΥΓΕΙΑ»

Το μυαλό, ακόμα και του πιο ευφάνταστου σεναριογράφου, θα δυσκολευόταν πολύ να φανταστεί την ποικιλία των κινδύνων στους οποίους υπόκειται κάθε ασθενής που εισάγεται στο νοσοκομείο, με σκοπό να υποβληθεί σε μια, οιασδήποτε βαρύτητας, χειρουργική επέμβαση. Είναι αναρίθμητα, πολυποικίλα και ενίοτε γελοία τα λάθη που οδήγησαν κατά καιρούς διάφορους ασθενείς σε προσωρινή ή μόνιμη ανικανότητα, ακόμα και σε απώλεια της ζωής τους. Αρχίζοντας από το κοινώς παραδεκτό ότι: «*όποιος ακουμπά κάτι, αυτομάτως το θέτει σε κίνδυνο*» και πως «*το λάθος είναι στατιστικά αναπόφευκτο και ελλοχεύει παντού*», ρωτήστε ένα γιατρό, όχι κατ' ανάγκην ηλικιωμένο, και σίγουρα θα έχει να σας πει αρκετές ιστορίες κωμικές, τραγικές, θανατηφόρες. Κεφάλια που έσπασαν λόγω πτώσης από το κρεβάτι του νοσοκομείου, πόδια που έσπασαν λόγω πτώσης από το φορείο, πόδια που κόπηκαν κατά λάθος, μαστοί που αφαιρέθηκαν αντί για μήτρες, μήτρες που αφαιρέθηκαν αντί για μαστούς, μήτρες που αφαιρέθηκαν αντί για τοκετούς, επεμβάσεις που έγιναν κατά λάθος από συνωνυμία, από λάθος κρεβάτι, από λάθος θάλαμο, από λάθος όροφο από, από, από... Σίγουρα όλα αυτά είναι σπάνια κι ο κανόνας είναι ότι χιλιάδες επεμβάσεις γίνονται επιτυχώς κάθε μέρα, όμως πολλά σφάλματα θα μπορούσαν ευκολότατα να προληφθούν. Όσο λιγότερο «δε βαριέσαι» είναι ένα νοσοκομείο, τόσο πιο σοβαρά αντιμετωπίζει τους ασθενείς του. Το «ΥΓΕΙΑ» της JCI δεν είναι καθόλου «δε βαριέσαι». Είναι ένα προηγμένο νοσοκομείο, όπου τίποτα δεν αφήνεται στην τύχη.

Κι αν αναφέρονται τόσο ωμά όλα τα παραπάνω, είναι γιατί όσα ακολουθούν ίσως σας νυστάξουν, να είστε όμως σίγουροι ότι θα νιώσετε την ασφάλειά τους αν κάποτε βρεθείτε στη θέση του αρρώστου που τον οδηγούν στο χειρουργείο. Εκείνη την ώρα, όλη αυτή η γραφειοκρατία που ακολουθεί στο άρθρο τούτο θα είναι κάτι σαν τον φύλακα άγγελό σας, που θα 'χει απλώσει τις φτερούγες του πάνω σας, έτοιμος να λογχίσει με τη ρομφαία του κάθε γιατρό ή νοσοκόμα που θα προσπαθήσει να ξεφύγει από την οδό της τυποποίησης, με ένα «ωχ, δε βαριέσαι», «σιγά τώρα», «αυτό δεν πολυχρηιάζεται, μωρέ», «ΕΓΩ Ξέρω, τόσα χρόνια είμαι εδώ» κ.λπ. Μοναδικός τρόπος να ελαχιστοποιηθούν οι κίνδυνοι, ώστε να απομείνουν μόνο

οι απρόβλεπτοι παράγοντες που οφείλονται στο είδος της αρρώστιας και στη βαρύτητά της, στις ιδιαιτερότητες του κάθε ασθενούς, στις γνώσεις και στις ικανότητες της χειρουργικής, της αναισθησιολογικής και της νοσηλευτικής ομάδας, είναι η τακτική τήρηση αυστηρών πρωτοκόλλων. Είναι το «τσεκ-λιστ» όπως (πρέπει να) κάνουν οι πιλότοι των αεροπλάνων πριν από την προσγείωση και την απογείωση. Μοναδικός τρόπος είναι αυτή η φαινομενική γραφειοκρατία της JCI. Και λέω «φαινομενική» γιατί όταν μας γίνει πια συνήθεια, τότε τα λάθη θα είναι σπανιότατα και θα νιώσουμε τελικά ότι η γραφειοκρατία δεν προστατεύει μόνο τους αρρώστους από τις παραλείψεις μας, αλλά και εμάς από τον Εισαγγελέα. Δε χρειάζεται να είναι κανείς χαζός για να κάνει λάθος. Ακόμα και το εξυπνότερο μυαλό κάποια μέρα αναπόφευκτα θα κουραστεί, θα αφαιρεθεί και θα λαθέψει. Κάποια μέρα θα τύχει να ξεχάσει ένα από τα εκατό πράγματα που πρέπει απαραίτητως να κάνει σωστά κάθε φορά, για να πάνε όλα καλά. Που, όμως, αν τα τσεκάρει και τα διαγράφει ένα-ένα με τη σειρά τους, τότε αποκλείεται να τα ξεχάσει. Μακάρι κάποιες διαδικασίες να μας γίνονταν τρόπος ζωής, όχι μόνο στο νοσοκομείο αλλά και στο σπίτι και στο δρόμο. Ίσως να ήμασταν καλύτεροι γονείς, καλύτεροι πολίτες, καλύτεροι άνθρωποι.

### Πριν από το χειρουργείο

Ο προϊστάμενος του χειρουργείου κατά τον προγραμματισμό των επεμβάσεων λαμβάνει τα πλήρη στοιχεία του ασθενούς από το θεράποντα ιατρό: ονοματεπώνυμο, ημερομηνία γέννησης, είδος και ώρα επέμβασης, ονοματεπώνυμο χειρουργού και αναισθησιολόγου. Ο χειρουργός και ο αναισθησιολόγος θα ενημερώσουν αυτοπροσώπως τον ασθενή για το είδος και τους πιθανούς κινδύνους της επεμβάσεως και της αναισθησίας. Ο ασθενής θα πρέπει να υπογράψει τη δήλωση συναίνεσης στη μέλλουσα χειρουργική πράξη, καθώς και τη δήλωση της εμπιστοσύνης του στο χειρουργό και τον αναισθησιολόγο, προσωπικά. Οι δηλώσεις συναίνεσης θα συνοδεύσουν το έντυπο του προεγχειρητικού ελέγχου, που συμπληρώνεται πριν από το χειρουργείο από τον υπεύθυνο νοσηλεύτη του ορόφου.

Εδώ ελέγχεται, επίσης, εάν έχουν γίνει οι απαραίτητες εξετάσεις, εάν υπάρχει ιστορικό αλλεργίας, εάν υπάρ-

χει κάποια λοίμωξη, κατάκλιση, βηματοδότης, τεχνητό μέλος, φακοί επαφής, ακουστικό βαρηκοΐας, περούκα, οδοντοστοιχία ή κοσμήματα. Επίσης, αν τοποθετήθηκε στον καρπό του ασθενούς βραχιόλι ταυτότητας, αν έγινε λουτρό καθαριότητας και Ξύρισμα στην περιοχή που θα χειρουργηθεί.

Για τη διακομιδή στο χειρουργείο η διαδικασία περιλαμβάνει έλεγχο στοιχείων ταυτότητας του ασθενούς από τον υπεύθυνο νοσηλεύτη του ορόφου, το θεράποντα ιατρό και τον υπεύθυνο νοσηλεύτη που παραλαμβάνει τον ασθενή στο χειρουργείο με τα σχετικά έντυπα. Για την πρόληψη μεταφοράς λανθασμένου ασθενούς εφαρμόζεται αυστηρά η διαδικασία ελέγχου ταυτοποίησης, χρησιμοποιώντας δύο στοιχεία ταυτότητας: το ονοματεπώνυμο και την πλήρη ημερομηνία γέννησης. Εάν ο ασθενής επικοινωνεί με το περιβάλλον, εμπλέκεται ο ίδιος στη διαδικασία ταυτοποίησής του. Σε περιπτώσεις ασθενών που δεν έχουν καλή επαφή με το περιβάλλον, διότι είναι υπερήλικες, τραυματίες σε καταστολή, εγκεφαλοπαθείς, ανοϊκοί, διασωληνωμένοι ή έχουν μειωμένο επίπεδο συνειδήσεως, αναζητείται η βοήθεια του άμεσου οικογενειακού περιβάλλοντος για την εφαρμογή της διαδικασίας ταυτοποίησης.

### Στο χειρουργείο

Η τήρηση μέτρων που εξασφαλίζουν την πραγματοποίηση της σωστής χειρουργικής επέμβασης περιλαμβάνει τον έλεγχο ταυτότητας του ασθενούς και τον έλεγχο για την επιλογή της σωστής περιοχής του σώματος στην οποία θα γίνει η επέμβαση. Κατά τον προεγχειρητικό έλεγχο, συμπληρώνονται από τον υπεύθυνο νοσηλεύτη, στο σχετικό έντυπο, το ακριβές σημείο και το είδος της επέμβασης που θα πραγματοποιηθεί. Το έντυπο αυτό συνοδεύει τον ασθενή μέχρι το χειρουργείο και ελέγχεται από τον υπεύθυνο νοσηλεύτη του χειρουργείου, το χειρουργό και τον αναισθησιολόγο πριν αρχίσει η επέμβαση.

Ο χειρουργός γράφει ρητά στο ιστορικό του ασθενούς τις ιατρικές οδηγίες και το είδος της επέμβασης που θα πραγματοποιηθεί. Η ειδική σήμανση πραγματοποιείται από το χειρουργό με μια κουκκίδα από ανεξίτηλο μαύρο μαρκαδόρο, πάνω ή πολύ κοντά στο σημείο της τομής. Έλεγχος της σήμανσης γίνεται από τον υπεύθυνο νοσηλεύτη. Η δεύτερη σήμανση (δεύτερη κουκκίδα) γίνεται από τον υπεύθυνο νοσηλεύτη του αναισθησιολογικού τμήματος με ανεξίτηλο μπλε μαρκαδόρο. Έλεγχος της σήμανσης γίνεται τελικά και από τον προϊστάμενο ή τον υπεύθυνο

του χειρουργείου, ο οποίος επιβεβαιώνει το σωστό μέρος για την εγχείρηση, χρησιμοποιώντας έναν τρίτο μαρκαδόρο χρώματος κόκκινου. Ο χειρουργός έχει την ευθύνη των τελικών οδηγιών προς το προσωπικό του χειρουργείου, για την κατάλληλη θέση και ακινητοποίηση του ασθενούς στο χειρουργικό κρεβάτι, την τοποθέτηση ειδικού στρώματος για πρόληψη κατακλίσεων, την τοποθέτηση συστήματος για πρόληψη εν τω βάθει φλεβικών θρομβώσεων, τις επεκτάσεις του χειρουργικού κρεβατιού, τα συστήματα έλξης, τη δυνατότητα χρήσης ακτινολογικών μηχανημάτων, την επιλογή ειδικών χειρουργικών εργαλείων, ειδικού φωτισμού, σωστής θερμοκρασίας του χώρου κ.λπ.

Ο αναισθησιολόγος έχει την ευθύνη για την ορθή τοποθέτηση των απαραίτητων καθετήρων: αεραγωγού, φλεβικής γραμμής, περιφερικής ή κεντρικής, αρτηριακής γραμμής, ουροκαθετήρος κ.λπ. και τη σύνδεση με τις ειδικές συσκευές (μόνιτορ) για τη συνεχή παρακολούθηση των ζωτικών παραμέτρων του ασθενούς. Τελικός έλεγχος γίνεται μέσα στο χειρουργείο, ακριβώς πριν από την έναρξη της εγχείρησης, με τη διαδικασία «time-out», όπου επιβεβαιώνονται προφορικά και γραπτά (στο ειδικό έντυπο) από όλα τα μέλη της χειρουργικής ομάδας (χειρουργό, αναισθησιολόγο, υπεύθυνο νοσηλεύτη κίνησης) η ταυτότητα του ασθενούς, η σωστή επέμβαση και το σωστό σημείο της χειρουργικής επέμβασης που έχει ήδη σημειωθεί. Εάν διαπιστωθεί οποιοδήποτε πρόβλημα κατά το «time-out», η χειρουργική επέμβαση δεν αρχίζει έως ότου επιλυθεί όποιο θέμα έχει προκύψει.

### Κατά τη διάρκεια της επέμβασης

Η αναισθησιολογική ομάδα επιλέγει το είδος της αναισθησίας και δίνει στη χειρουργική την άδεια να αρχίσει την επέμβαση, όταν το επιτρέπει η κατάσταση του ασθενούς. Παρακολουθεί συνεχώς όλες τις ζωτικές λειτουργίες και καταγράφει στο διάγραμμα αναισθησίας όλες τις παραμέτρους, όλα τα χορηγούμενα φάρμακα, τη δόση, την ώρα χορήγησης και κάθε αντίδραση του ασθενούς. Ελέγχει, επίσης, τις τιμές βασικών παραμέτρων του αίματος, ρυθμίζει τη χορήγηση ορών και αίματος, οξυγόνου και αναισθητικών αερίων.

Η χειρουργική ομάδα φροντίζει για το σωστό πλύσιμο των χεριών της, την καλή αντισηψία του χειρουργικού πεδίου και την πρόληψη των χειρουργικών λοιμώξεων.

Η νοσηλευτική ομάδα φροντίζει για τη σωστή εργαλει-

Μοναδικός τρόπος να ελαχιστοποιηθούν οι κίνδυνοι, ώστε να απομείνουν μόνο οι απρόβλεπτοι παράγοντες, είναι η τακτική τήρηση αυστηρών πρωτοκόλλων.

οδοσία, τη σωστή γείωση του ασθενούς, το μέτρημα των εργαλείων, των γαζών, των βελονών και γενικά κάθε Ξένου σώματος που θα μπορούσε να Ξεχαστεί από το χειρουργό μέσα σε μια χειρουργική τομή. Μόνο όταν κάθε μέτρηση είναι σωστή θα επιτραπεί στο χειρουργό να προχωρήσει σε συρραφή της χειρουργικής τομής και στον αναισθησιολόγο να επαναφέρει τον ασθενή.

### **Μετά την επέμβαση**

Μετά την επέμβαση, ο χειρουργός γράφει το πρακτικό χειρουργείου, όπου αναφέρονται τα ονόματα όλων των συμμετασχόντων, η ώρα εισαγωγής του ασθενούς στην αίθουσα, η ώρα έναρξης και το είδος της αναισθησίας, η ώρα έναρξης, το είδος και το τέλος της επέμβασης, η τομή, τα ευρήματα και λεπτομερώς η πορεία της επέμβασης. Μετά την επέμβαση ο ασθενής θα παραμείνει υπό στενή παρακολούθηση και συνδεδεμένος σε ειδικά μόνι-

τορ στην αίθουσα ανάνηψης, υπό την ευθύνη, κυρίως, του αναισθησιολόγου και του υπεύθυνου νοσηλεύτη. Η άδεια μεταφοράς στο νοσηλευτικό όροφο θα δοθεί από τον αναισθησιολόγο, αφού κρίνει ότι ο ασθενής έχει επαρκώς ανάνηψει, είναι σχετικά αυτάρκης και δεν έχει πλέον ανάγκη στενής παρακολούθησης.

Η μεταφορά του ασθενούς από το χειρουργικό κρεβάτι στο φορείο για την ανάνηψη και από εκεί στο νοσηλευτικό όροφο απαιτεί ιδιαίτερη προσοχή, γιατί ο ασθενής σ' αυτή τη φάση είναι ιδιαίτερα ευάλωτος λόγω μειωμένου μυϊκού τόνου και ιδιαίτερα ευαίσθητος λόγω της επέμβασης.

Καλό είναι να θυμόμαστε όλοι ότι κάθε λεπτομέρεια που αναφέρεται εδώ, και η οποία μπορεί να μοιάζει αυτονόητη, ασήμαντη, ανιαρή ή αστεία, αντιστοιχεί σε έναν αριθμό ασθενών, σε κάθε γωνιά του πλανήτη, που την έχει πληρώσει στο παρελθόν με κάποιο μικρό ή μεγάλο σωματικό κόστος και που γι' αυτόν δεν ήταν καθόλου λεπτομέρεια...

# Η πρόληψη και ο έλεγχος των λοιμώξεων

Κωστής Γεωργιλής

Παθολόγος - Λοιμωξιολόγος, «ΥΓΕΙΑ»

Ο τομέας της πρόληψης και του ελέγχου των λοιμώξεων είναι ένας από τους βασικούς τομείς διασφάλισης της ποιότητας. Επιπλέον, αποτελεί έναν από τους έξι διεθνείς στόχους ασφάλειας των ασθενών (International Patient Safety Goals). Αναπτύσσεται στο κεφάλαιο PCI (Prevention and Control of Infections) του εγχειριδίου JCI για τη διαπίστωση (σελίδες 155 - 167 της έκδοσης 2007, που ισχύει από τον Ιανουάριο του 2008).

Το κεφάλαιο PCI έχει 23 σταθερές (standards) και 82 μετρήσιμα στοιχεία (measurable elements). Η Επιτροπή Ελέγχου Λοιμώξεων (ονομαζόμενη και Επιτροπή Νοσοκομειακών Λοιμώξεων ή χάριν συντομίας Επιτροπή Λοιμώξεων) ήταν υπεύθυνη για την πλήρωση όλων των ανωτέρω μετρήσιμων στοιχείων, ώστε να προκριθεί και ο τομέας αυτός στη διαπίστωση του νοσοκομείου. Η Επιτροπή Λοιμώξεων (Ε.Λ.) έχει συσταθεί από πολλών ετών στο «ΥΓΕΙΑ», έπειτα από σχετικό κρατικό διάταγμα, τις οδηγίες του οποίου υποχρεούνται να εφαρμόζουν όλα τα νοσοκομεία, δημόσια και ιδιωτικά. Έτσι, η Ε.Λ., έχοντας ήδη επιτελέσει έργο στον τομέα της πρόληψης και του ελέγχου των λοιμώξεων, βρέθηκε σε κάποιο βαθμό προετοιμασμένη για την εκκίνηση του αγώνα της διαπίστωσης από τη JCI. Θα περιγράψουμε εδώ τα σημαντικότερα από τα έργα της Ε.Λ. της τελευταίας τριετίας, που έγιναν με σκοπό την εξασφάλιση της απαιτούμενης ποιότητας για τη διαπίστωση (δε θα αναφερθούν εδώ οι δραστηριότητες ρουτίνας της Ε.Λ. που λαμβάνουν χώρα επί αρκετά χρόνια).

## 1. Παρακολούθηση συχνότητας νοσοκομειακών λοιμώξεων

Αυτό γίνεται με τη μέθοδο του σημειακού επιπολασμού (point prevalence), δηλαδή όλων των νοσοκομειακών λοιμώξεων σε όλα τα τμήματα του νοσοκομείου, μία συγκεκριμένη, τυχαία επιλεγμένη, ημέρα του χρόνου ή του εξαμήνου. Τα αποτελέσματα αυτής της καταγραφής φαίνονται στο εσωτερικό δίκτυο του νοσοκομείου (intranet) στην κατηγορία έλεγχος λοιμώξεων, ως καταγραφή νοσοκομειακών λοιμώξεων. Η μέθοδος αυτή, που εφαρμοζόταν από αρκετά έτη στο νοσοκομείο μας, δε θεωρείται επαρκής για την παρακολούθηση των νοσοκομειακών λοιμώξεων και αντικαταστάθηκε προοδευτικά τα τελευταία 3 έτη από άλλους

δείκτες καταγραφής λοιμώξεων που φαίνονται παρακάτω.

Στη διάρκεια των ετών κατά τα οποία παρακολουθούνται νοσοκομειακές λοιμώξεις με αυτή τη μέθοδο, οι μονάδες εντατικής θεραπείας παρακολουθούσαν και εξακολουθούν να παρακολουθούν και να καταγράφουν τις λοιμώξεις από κεντρικούς αγγειακούς καθετήρες και τις πνευμονίες που σχετίζονται με αναπνευστήρα (ventilator-associated pneumonia, VAP). Οι λοιμώξεις αυτές, που παρακολουθούνται από το προσωπικό των μονάδων εντατικής θεραπείας, παρουσιάζονται στο intranet στην κατηγορία Έλεγχος Λοιμώξεων.

## 2. Καταγραφή λοιμώξεων κεντρικών ενδοαγγειακών καθετήρων

Η πρώτη συστηματική καταγραφή τέτοιων λοιμώξεων έγινε το 2008 και τα αποτελέσματά της φαίνονται στο intranet στην κατηγορία Έλεγχος Λοιμώξεων. Από τα αποτελέσματα φαίνεται ότι η συχνότητα τέτοιων λοιμώξεων στο νοσοκομείο μας είναι συγκρίσιμη με αυτή των νοσοκομείων της Ελλάδας, αλλά και νοσοκομείων χωρών της περιοχής μας, μεγαλύτερη όμως από νοσοκομεία του ευρωπαϊκού χώρου. Για τη βελτίωση του δείκτη αυτού αφενός μεν γίνονται τακτικά εκπαιδευτικά σεμινάρια στο νοσηλευτικό προσωπικό (που περιλαμβάνονται στα σεμινάρια εκπαίδευσης του νοσηλευτικού προσωπικού για τις λοιμώξεις), αφετέρου δε έγινε εκπαιδευτική παρουσίαση, διάρκειας 3 ωρών, σε χειρουργούς και αναισθησιολόγους του νοσοκομείου δύο σχετικών video με σχολιασμό από έμπειρους εκπαιδευτές.

## 3. Καταγραφή μικροβιαμιών

Στη μελέτη αυτή έγινε καταγραφή και ανάλυση των μικροβιαμιών του νοσοκομείου σε χρονικό διάστημα μνός του έτους 2009. Αναλύθηκε η συμμετοχή των δευτερογενών (από εστία λοίμωξης) βακτηριαμιών, έναντι των πρωτογενών βακτηριαμιών (χωρίς εμφανή εστία λοίμωξης). Τα αποτελέσματα αυτής της ανάλυσης φαίνονται στο intranet, στην κατηγορία Έλεγχος Λοιμώξεων, και εξαγονται χρήσιμα συμπεράσματα, όπως το ότι πρέπει να γίνει προσπάθεια για τη μείωση του ποσοστού των ψευδώς θετικών αιμοκαλλιιεργειών. Η καταγραφή των λοιμώξεων από κε-

ντρικούς αγγειακούς καθετήρες και η καταγραφή των βακτηριακών του νοσοκομείου θα αντικατασταθούν κατά το 2010, σε μελέτη που αρχίζει τώρα, με την καταγραφή και την παρακολούθηση των μικροβιακών που σχετίζονται με αγγειακούς καθετήρες, οι οποίες και αποτελούν διεθνώς τον πλέον έγκυρο δείκτη τέτοιου είδους νοσοκομειακών λοιμώξεων.

#### 4. Υγιεινή των χεριών των επαγγελματιών υγείας

Η συμμόρφωση των επαγγελματιών υγείας προς τους κανόνες υγιεινής των χεριών θεωρείται το πιο απλό αλλά και το πιο αποτελεσματικό μέτρο πρόληψης των νοσοκομειακών λοιμώξεων. Εντούτοις, τα επίπεδα συμμόρφωσης είναι διεθνώς χαμηλά. Έγινε καταγραφή της συμμόρφωσης του προσωπικού που έρχεται σε επαφή με τους ασθενείς (ιατροί, νοσηλευτές, φυσικοθεραπευτές) ως προς την απολύμανση ή το πλύσιμο των χεριών μετά την επαφή με τον ασθενή. Στη συνέχεια έγινε προσπάθεια, διάρκειας δύο ετών, για τη βελτίωση των ποσοστών συμμόρφωσης. Η προσπάθεια αυτή έγινε με παρέμβαση τριών σημείων: α) ανάρτηση σχετικών αφισών, β) διαλέξεις στο προσωπικό του νοσοκομείου και γ) σημαντική αύξηση του αριθμού και της προσβασιμότητας των συσκευών με αντισηπτικό χεριών σε όλες τις περιοχές του νοσοκομείου. Κατά την καταγραφή του 2009 παρατηρήθηκε μικρή, αισθητή βελτίωση της συμμόρφωσης του προσωπικού ως προς την υγιεινή των χεριών, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στο intranet, στην κατηγορία Έλεγχος Λοιμώξεων.

#### 5. Περιεχειρηπτική χημειοπροφύλαξη

Ο έλεγχος της περιεχειρηπτικής χημειοπροφύλαξης, δηλαδή της χορήγησης αντιβιοτικών για βραχύ χρονικό διάστημα, σε καθαρές χειρουργικές επεμβάσεις, για πρόληψη μετεχειρηπτικής λοίμωξης, είναι ένας από τους δείκτες ελέγχου της κατανάλωσης αντιβιοτικών σε ένα νοσοκομείο. Έγινε καταγραφή και ανάλυση της περιεχειρηπτικής χημειοπροφύλαξης στο νοσοκομείο μας και παρουσιάζεται στο intranet, στην κατηγορία Χρήση Αντιβιοτικών και άλλων Φαρμάκων.

Για τη βελτίωση αυτού του δείκτη, στη συνέχεια, έγινε σχετική διάλεξη στους γιατρούς του νοσοκομείου, στο πλαίσιο των εκπαιδευτικών συγκεντρώσεων, ενώ ταυτόχρονα εστάλη σε όλους τους χειρουργούς και αναισθησιο-

λόγους σχετικό έντυπο, που συνέταξε η Ε.Λ., με θέμα τους προτεινόμενους διεθνώς κανόνες προφυλακτικής χορήγησης αντιβιοτικών σε χειρουργικές επεμβάσεις.

#### 6. Επαγγελματικά ατυχήματα με αιχμηρά αντικείμενα ή βιολογικά υγρά

Από το 2007 παρακολουθούνται και καταγράφονται λεπτομερώς όλα τα ατυχήματα των επαγγελματιών υγείας από αιχμηρά αντικείμενα ή από την επαφή με επικίνδυνα βιολογικά υγρά. Η συχνότητα των ατυχημάτων αυτών (τυπήματα κ.λπ.) παρουσιάζεται στο intranet, στην κατηγορία Έλεγχος Λοιμώξεων, όπου φαίνεται και η μικρή μεν αλλά σταθερή και προοδευτική μείωσή της. Για τη συνεχή βελτίωση του δείκτη αυτού, που είναι σημαντικός για την ασφάλεια του προσωπικού, έγιναν και γίνονται μεγάλες προσπάθειες.

#### 7. Κανονισμοί και διαδικασίες

Κατά την τελευταία τριετία, η Ε.Λ. συνέταξε σημαντικό αριθμό διαδικασιών που διανεμήθηκαν σε όλο το προσωπικό.

1. Υγιεινή των χεριών.
2. Διαχείριση αιχμηρών αντικειμένων.
3. Οργάνωση και λειτουργία της Επιτροπής Λοιμώξεων.
4. Διαχείριση νοσοκομειακού ιματισμού.
5. Νοσηλεία ουδετεροπενικών ασθενών στα νοσηλευτικά τμήματα.
6. Υγιεινή περιβάλλοντος - καθαριότητα χώρων νοσοκομείου.
7. Αντιμετώπιση ατυχήματος εργαζομένων έπειτα από επαγγελματική έκθεση σε αίμα ή σε βιολογικά υγρά.
8. Καθαριότητα χειρουργείου.
9. Καθαρισμός και απολύμανση ενδοσκοπίων.
10. Χειρουργική αντισηψία χεριών.
11. Πρόληψη νοσοκομειακών ουρολοιμώξεων.
12. Απόρριψη συστημάτων ενδοφλέβιας χορήγησης ορών και γενικά τέτοιου τύπου συσκευών.
13. Χρήση σκόνης για στερεοποίηση βιολογικών υγρών (ασκοί αναρρόφησης και θωρακικές παροχετεύσεις).
14. Προφύλαξη έναντι του τετάνου.
15. Μέτρα ασφάλειας κατά την εκτέλεση έργων.
16. Μέτρα πρόληψης λοιμώξεων από ενδοφλέβιες παροχές.
17. Μέτρα πρόληψης λοιμώξεων από κεντρικές ενδοφλέβιες παροχές.

## 8. Διορθωτικές - συμπληρωματικές ενέργειες μετά την επιθεώρηση από την JCI

Κατά την επιθεώρηση του Οκτωβρίου 2009 έγιναν 5 παρατηρήσεις που είχαν σχέση με την πρόληψη και τον έλεγχο των λοιμώξεων, οι οποίες οδήγησαν στις παρακάτω διορθωτικές ή συμπληρωματικές ενέργειες στο τρίμηνο διάστημα που μας δόθηκε για το σκοπό αυτό.

1. Ο οργανισμός πρέπει να παρέχει επαρκείς πόρους για την υποστήριξη του προγράμματος ελέγχου λοιμώξεων. Έγινε πρόσληψη από τη Διοίκηση του Νοσοκομείου και δεύτερης νοσηλεύτριας ελέγχου λοιμώξεων.

2. Όλες οι περιοχές του νοσοκομείου, ακόμη και αυτές των εξωτερικών ασθενών ή των επισκεπτών, περιλαμβάνονται στο πρόγραμμα ελέγχου λοιμώξεων. Έγινε καταγραφή της συμμόρφωσης του προσωπικού με την υγιεινή των χεριών, έπειτα από σχετική ενημέρωση, σε όλα τα τμήματα όπου αντιμετωπίζονται και εξωτερικοί ασθενείς. Τα αποτελέσματα της καταγραφής αυτής φαίνονται στο intranet, στην κατηγορία Έλεγχος Λοιμώξεων.

3. Σε όλα τα τμήματα του νοσοκομείου, και όχι μόνο στην κεντρική μονάδα αποστείρωσης, εφαρμόζεται η χωριστή οδός μεταφοράς καθαρών και ακάθαρτων οργάνων. Έγιναν οι κατάλληλες τροποποιήσεις του χώρου του γα-

στρεντερολογικού - ενδοσκοπικού εργαστηρίου, ώστε τα ακάθαρτα ενδοσκόπια να μη διέρχονται από την ίδια οδό με τα καθαρά.

4. Ο οργανισμός έχει ενιαία πολιτική και διαδικασίες για την αποκομιδή των αιχμηρών αντικειμένων (και δυνητικά μολυσματικών). Η παρατήρηση αφορούσε στη χρησιμοποίηση από την κατ' οίκον νοσηλεία άλλων, όχι τόσο ασφαλών, δοχείων για την αποκομιδή των αιχμηρών αντικειμένων. Έκτοτε, η κατ' οίκον νοσηλεία χρησιμοποιεί τα ειδικά σκληρά δοχεία αποκομιδής τέτοιων αντικειμένων.

5. Όλο το προσωπικό, σε όλες τις περιοχές του νοσοκομείου, εφαρμόζει τις οδηγίες του προγράμματος ελέγχου λοιμώξεων. Έγινε διανομή σχετικής συμπληρωματικής οδηγίας μας, τόσο σε γραπτή μορφή όσο και ηλεκτρονικά, προς όλα τα μέλη του προσωπικού, για την υποχρεωτική χρήση προστατευτικών μέτρων από όλους ανεξαιρέτως, όπου αυτό απαιτείται.

Οι ανωτέρω δράσεις της Ε.Λ. συνεχίζονται ή επαναλαμβάνονται και οι διαδικασίες ανανεώνονται σε τακτά χρονικά διαστήματα. Επίσης, πολλές από τις ενέργειες της διαφοροποιούνται ανάλογα με τις εκάστοτε περιστάσεις και τα επιδημιολογικά δεδομένα της χρονικής περιόδου, ώστε να είναι συνεχής η διασφάλιση της ποιότητας.

## Η διαχείριση των φαρμάκων

Ευαγγελία Ραζή  
Ογκολόγος, «ΥΓΕΙΑ»

Η χορήγηση των φαρμάκων είναι από τις σημαντικότερες λειτουργίες ενός νοσηλευτικού ιδρύματος και διέπει σχεδόν κάθε τομέα θεραπευτικής αλλά και κάποιους διαγνωστικούς τομείς. Η ορθή διαχείρισή τους είναι σημαντική καθώς τα φαρμακευτικά λάθη αποτελούν από τις συχνότερες αιτίες ιατρογενούς νοσηρότητας και θνητότητας.

Η διαχείριση των φαρμάκων είναι ευθύνη του ιατρονοσηλευτικού αλλά και του διοικητικού προσωπικού. Η οργάνωση του νοσοκομείου πρέπει να προβλέπει την ορθή διαχείρισή τους και για το σκοπό αυτό στο Νοσοκομείο μας λειτουργεί Επιτροπή Φαρμάκων, στελεχωμένη από ιατρούς, μέλη της νοσηλευτικής διεύθυνσης και της διοίκησης, καθώς φυσικά και από φαρμακοποιό.

Οι κανονισμοί της διαχείρισης των φαρμάκων αποτελούν μέρος της οργανωτικής δομής του Νοσοκομείου και είναι συμβατοί με το νόμο του κράτους και τους κανονισμούς του Εθνικού Οργανισμού Φαρμάκων. Οι κανονισμοί αυτοί έχουν τη μορφή διαδικασιών. Στο Νοσοκομείο μας υπάρχει η γενική διαδικασία για την ορθή διαχείριση φαρμάκων και επιπλέον διαδικασίες για τα υψηλού κινδύνου σκευάσματα, τα ναρκωτικά και τους χημειοθεραπευτικούς παράγοντες.

Οι κανονισμοί διαχείρισης φαρμάκων πρέπει να αξιολογούνται και να αναθεωρούνται ετησίως. Τα κριτήρια αξιολόγησης απαιτείται να στηρίζονται στον ποιοτικό έλεγχο και να έχουν στόχους την ασφάλεια των ασθενών καθώς και την ομαλή λειτουργία του νοσοκομείου.

Η διαδικασία χορήγησης του φαρμάκου ακολουθεί σχεδόν πάντα μια «τακτική» σειρά: αξιολόγηση του ασθενούς από τον θεράποντα → θεραπευτική απόφαση → επιλογή και συνταγογράφηση φαρμάκου → ενημέρωση του νοσηλευτικού προσωπικού → παραγγελία του φαρμάκου και μεταγραφή της οδηγίας του γιατρού στην καρτέλα νοσηλείας → χρέωση και διανομή του φαρμάκου από το φαρμακείο → παρασκευή του φαρμάκου → χορήγηση του φαρμάκου στον άρρωστο. Η ορθή λειτουργία αυτών απαιτεί μια σειρά προϋποθέσεις από όλους τους εμπλεκόμενους και τη JCI προβλέπει την οργάνωση της διαχείρισης σε όλα τα επίπεδα.

Κατ' αρχάς, απαιτείται η σωστή οργάνωση του φαρμακείου, με πρωταρχική τη δημιουργία ενός συνταγολογίου, δηλαδή ενός καταλόγου των φαρμάκων που διατίθενται ανά πάσα στιγμή από το φαρμακείο. Για τα φάρμακα αυτά

προβλέπεται κατά πόσον θα υπάρχουν πολλά σκευάσματα για κάθε γενόσημο. Στο Νοσοκομείο μας δημιουργήθηκε ένα «ελαστικό» συνταγολόγιο, το οποίο προβλέπει την αποθήκευση του πρωτότυπου σκευάσματος και δύο αντιγράφων, αλλά επιτρέπει την προμήθεια άλλων σκευασμάτων ή άλλων γενοσήμων σε ειδικές περιπτώσεις. Επίσης, υφίστανται συγκεκριμένη καταγεγραμμένη διαδικασία για την προμήθεια φαρμάκων που δε διατίθενται στο φαρμακείο καθώς και διαδικασία για τον τακτικό έλεγχο και την αναπλήρωση του αποθέματος του φαρμακείου και για την προμήθεια φαρμάκων όταν αυτό είναι κλειστό.

Η σωστή λειτουργία του φαρμακείου απαιτεί τη στελέχωσή του από ειδικευμένο φαρμακοποιό. Το συνταγολόγιο πρέπει να αξιολογείται και να αναθεωρείται σε τακτική βάση. Η προσθήκη νέων φαρμάκων απαιτεί την προσεκτική ενημέρωση του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού και τη στενή παρακολούθηση για πιθανές απρόβλεπτες παρενέργειες. Πρωτεύον κριτήριο αξιολόγησης του συνταγολογίου είναι η ασφάλεια των ασθενών, όμως χρειάζεται να λαμβάνονται υπόψη και οικονομικά κριτήρια.

Επόμενη απαραίτητη διαδικασία για την ποιοτική διαχείριση των φαρμάκων είναι η οργάνωση της φύλαξής τους. Σημαντικά σημεία είναι η διατήρηση της σωστής θερμοκρασίας, η παρακολούθηση της λήξης των σκευασμάτων, η τακτοποίηση έτσι ώστε να αποφεύγεται η τοποθέτηση παρόμοιων φαρμάκων μαζί και ιδιαίτερα η προσεκτική τακτοποίηση επικίνδυνων σκευασμάτων και ορρών.

Εντός του φαρμακείου είναι απαραίτητη η τήρηση συνθηκών που ευνοούν τη σταθερότητα των φαρμάκων. Τα ναρκωτικά πρέπει να φυλάσσονται χωριστά και σε όλα τα σκευάσματα να υπάρχουν ευανάγνωστες ετικέτες. Πρέπει οπωσδήποτε να προβλέπεται η διαδικασία φύλαξης και διαχείρισης φαρμάκων που φέρει ο ασθενής μαζί του. Τέλος, απαιτείται τακτική επιθεώρηση της φύλαξης, αποθήκευσης και διαχείρισης των φαρμάκων στο φαρμακείο αλλά και στους νοσηλευτικούς ορόφους, και ιδιαίτερα των φαρμάκων που βρίσκονται στα τροχήλατα ανάταξης.

Ιδιαίτερη προσοχή χρειάζονται τα διαλύματα ηλεκτρολυτών όπως και τα είδη φαρμακευτικής σίτισης.

Φάρμακα που χρειάζονται σε επείγουσες περιπτώσεις συνήθως υπάρχουν και στους νοσηλευτικούς ορόφους και



πρέπει να φυλάσσονται από φθορά και κλοπή και να ελέγχονται συχνά.

Επόμενο, και ίσως δυσκολότερο βήμα, είναι αυτό του ελέγχου των επιλογών των ιατρών, δηλαδή της ίδιας της συνταγογράφησης. Αυτό δε σημαίνει μόνο τον έλεγχο του σκευάσματος που έχει επιλέξει ο ιατρός αλλά και της δόσης και της σαφήνειας της οδηγίας καθώς και της σωστής ενημέρωσης και παρακολούθησης του ασθενούς. Επίσης, αναφέρεται στην προσεκτική αξιολόγηση για πιθανές αλληλεπιδράσεις με άλλα φάρμακα που παίρνει ο ασθενής, αλλεργίες και δυσανεξίες. Η ορθή εκτίμηση της συνταγογράφησης συνήθως απαιτεί τη συνεργασία με κλινικό φαρμακολόγο. Στο Νοσοκομείο μας έχει ήδη προσληφθεί ένας κλινικός φαρμακολόγος.

Ιδιαίτερη σημασία έχει η σαφήνεια της συνταγογράφησης. Πρέπει πάντα να υπάρχει ημερομηνία και ώρα, η οδηγία να είναι ευανάγνωστη, να μη χρησιμοποιούνται συντμήσεις και να φαίνεται καθαρά το όνομα και το τηλέφωνο του εντέλλοντος ιατρού. Η νοσηλεύτρια πρέπει οπωσδήποτε να αντιγράφει προσεκτικά την οδηγία στην καρτέλα νοσηλείας και να ρωτά τον γιατρό αν οι οδηγίες δεν είναι σαφείς.

Ακολούθως, τα φάρμακα παραγγέλλονται μέσω του ηλεκτρονικού συστήματος. Το φαρμακείο, αφού ελέγξει την εντολή και κάνει τη χρέωση, πρέπει να συσκευάσει τα φάρμακα στις ειδικές σακούλες για τη γρήγορη και ορθή μεταφορά τους στο νοσηλευτικό όροφο. Υπάρχει συγκεκριμένη διαδικασία για την αποχρέωση φαρμάκου και για την απόσυρση ληγμένων φαρμάκων. Αυτά, μετά την απόσυρση, καταστρέφονται με συγκεκριμένο τρόπο και διαδικασία.

Και πάλι όταν φτάσουν στον όροφο τα φάρμακα ελέγχονται από το νοσηλευτικό προσωπικό: Πρέπει να πρόκειται για το σωστό φάρμακο στη σωστή δόση και να μην έχει λήξει. Επίσης, η συσκευασία πρέπει να είναι άθικτη.

Ίσως, η πιο επικίνδυνη αλλά και ουσιαστική φάση της διακίνησης φαρμάκων είναι η χορήγηση στον ασθενή. Η νοσηλεύτρια πρέπει να μην αποσπάται κατά τη διάρκεια της νοσηλείας. Έχοντας ελέγξει ξανά την καρτέλα, φέρνει το φάρμακο στον ασθενή, του οποίου ελέγχει την ταυτότητα, και τον ενημερώνει ότι πρόκειται να λάβει το συγκεκριμένο σκεύασμα. Εάν ο ασθενής έχει απορίες, του τις λύνει ή τον παραπέμπει στον ιατρό του, και μετά χορηγεί το φάρμακο. Εάν πρόκειται για από του στόματος χορηγούμενη ουσία περιμένει να δει τον ασθενή να το καταπίνει πριν φύγει από το θάλαμο. Σε περίπτωση που εκείνος θέλει να το πάρει αργότερα, η νοσηλεύτρια οφείλει να πάρει πίσω

το φάρμακο. Δε θεωρείται αποδεκτό να μείνει το φάρμακο στο κομοδίνο του ασθενούς ώστε να το πάρει αργότερα. Φυσικά, ο νοσηλευτής χρειάζεται να γνωρίζει την ένδειξη και τον τρόπο δράσης του φαρμάκου και τις πιθανές παρενέργειες, ώστε να παρακολουθεί τον ασθενή σωστά. Ιδιαίτερη μνεία χρήζουν τα φάρμακα υψηλής επικινδυνότητας, όπως ινσουλίνη, ηπαρίνη, χημειοθεραπευτικά, καρδιολογικά φάρμακα, ναρκωτικά και άλλα. Η νοσηλεύτρια που χορηγεί τα συγκεκριμένα σκευάσματα πάντα πρέπει να ελέγχει με άλλη συνάδελφο το φάρμακο και την καρτέλα και να παρακολουθεί στενά τον άρρωστο αφού χορηγήσει τέτοιο φάρμακο.

Οι διαδικασίες διαχείρισης που εφαρμόστηκαν στο Νοσοκομείο μας είναι απαραίτητο να τηρούνται από όλους τους εμπλεκόμενους και να ελέγχονται συχνά. Μέρος αυτού του ελέγχου είναι και η διαδικασία αντιμετώπισης των φαρμακευτικών λαθών. Η διαδικασία αυτή έχει ως κύριο στόχο την αντιμετώπιση και πρόληψη επιπλοκών από το λάθος στον ασθενή. Εξίσου σημαντικός στόχος είναι να εντοπιστεί η αλληλουχία συμβάντων που οδήγησαν στο λάθος, ώστε να ληφθούν μέτρα για την αποφυγή τέτοιων λαθών στο μέλλον και όχι για να επιπληκθούν ή να τιμωρηθούν οι εμπλεκόμενοι.

Αν και αυτονόητο, είναι απαραίτητο να έχει προσδιοριστεί ποιος δικαιούται να συνταγογραφεί και να παραγγέλλει φάρμακα. Τα άτομα αυτά προσδιορίζονται από τον κανονισμό του νοσοκομείου και από το νόμο του κράτους. Πρέπει να προβλέπεται και ποιος επιτρέπεται να παραγγέλλει υπό ιδιαίτερες επείγουσες συνθήκες και να προσδιορίζονται ειδικές κατηγορίες φαρμάκων που μπορούν να συνταγογραφηθούν μόνο από ορισμένους ιατρούς. Καθώς η χορήγηση φαρμάκων χρήζει της δέουσας παρακολούθησης, οι ασθενείς δεν επιτρέπεται να παίρνουν μόνοι τους τα φάρμακα, εκτός από ειδικές περιπτώσεις, στις οποίες όμως χρειάζεται να αναφέρεται η λαμβανόμενη αγωγή στον ιατρικό φάκελο.

Προφανώς, είναι αδύνατη η αξιολόγηση της ορθολογικής διαχείρισης φαρμάκων χωρίς τη συνεχή παρακολούθηση των ασθενών, για τα οφέλη και τις αντιδράσεις σ' αυτά. Κάθε παρενέργεια ή αντίδραση πρέπει να αναφέρεται στο φάκελο, να παρακολουθείται στενά και να καταγράφεται από τον ιατρό και το νοσηλευτικό προσωπικό. Η καλά οργανωμένη και συχνά επαναξιολογούμενη διαχείριση φαρμάκων εξασφαλίζει την ασφάλεια των ασθενών μας και απαιτεί την προσοχή και το σεβασμό όλων μας.

## Προγραμματισμός εξιτηρίου

Εμμανουήλ Νταουντάκης  
Παθολόγος, «ΥΓΕΙΑ»

Το εξιτήριο ενός ασθενούς από το νοσοκομείο και η περαιτέρω αντιμετώπισή του καθορίζονται από τη γενικότερη κατάσταση της υγείας του και την ενδεχόμενη ανάγκη του για συνεχιζόμενη παροχή φροντίδας. Η απόφαση για το χρόνο του εξιτηρίου είναι αρμοδιότητα του θεράποντος ιατρού, ο οποίος οφείλει να συνυπολογίσει την επιθυμία του ασθενούς ή του υπεύθυνου για τον ασθενή ατόμου. Σε έναν πιστοποιημένο, για την ασφάλεια και την ποιότητα παροχής υπηρεσιών, οργανισμό, όπως το «ΥΓΕΙΑ», κατά τα πρότυπα της διεθνούς επιτροπής διαπίστευσης νοσηλευτικών ιδρυμάτων JCI, υπάρχει προτυποποιημένη διαδικασία για τον προγραμματισμό εξιτηρίου (μέτρα: ACC.3. και AOP.1.8.1).

### Ορισμός - εννοιολογική προσέγγιση

Ο προγραμματισμός εξιτηρίου είναι διαδικασία στην οποία καθορίζονται οι ανάγκες του ασθενούς, για την ομαλή και ασφαλή μετάβασή του από ένα επίπεδο παροχής φροντίδας (νοσοκομείο) σε ένα άλλο (κατοικία, μονάδα αποκατάστασης, οίκος ευγηρίας). Το σχέδιο εξιτηρίου εκπονείται από ομάδα επαγγελματιών υγείας (ιατροί, νοσηλευτικό προσωπικό, κοινωνικοί λειτουργοί, φυσιοθεραπευτές), σε συνεργασία με τον ασθενή και το οικογενειακό του περιβάλλον, ώστε με συντονισμένες, οργανωμένες και συστηματικές αποφάσεις και δράσεις να διασφαλιστεί η συνέχεια της παροχής φροντίδας και μετά το νοσοκομείο.

Το σχέδιο εξιτηρίου κινητοποιεί τους μηχανισμούς πρόνοιας της Πολιτείας και δημιουργεί τις προϋποθέσεις στον ασθενή και στην οικογένειά του να αντιμετωπίσουν και να χειριστούν μια νέα, συχνά άγνωστη, πραγματικότητα. Με το σχέδιο εξιτηρίου επιτυγχάνονται η ολοκλήρωση της αποθεραπείας του ασθενούς και η επιτυχής επιστροφή στην κοινωνική του δραστηριότητα ή ανευρίσκεται η καλύτερη δυνατή λύση για την εξυπηρέτηση των βασικών αναγκών και για τη διασφάλιση της ποιότητας ζωής του, στο πλαίσιο του εφικτού και της ανθρώπινης φύσης.

### Στοιχεία του σχεδίου εξιτηρίου

Ο προγραμματισμός εξιτηρίου από το νοσοκομείο έχει πολλαπλά βήματα και απαιτείται πλήρης και προσεκτική εκτίμηση, ώστε να προσδιοριστούν με ακρίβεια οι παρού-

σες ανάγκες του ασθενούς, να εκτιμηθούν οι μελλοντικές του ανάγκες, να ληφθούν οι κατάλληλες αποφάσεις και να συντονιστούν με τον καλύτερο τρόπο οι ενεχόμενοι στην παρακολούθησή του (follow up).

**Εκτίμηση και αξιολόγηση του ασθενούς:** Το περιεχόμενο και η ποιότητα των πληροφοριών για κάθε ασθενή είναι πολύ σημαντικά στοιχεία και καθορίζουν την ορθότητα της λήψης των αποφάσεων. Κατά την αρχική εκτίμηση του ασθενούς, οι επαγγελματίες υγείας δεν εστιάζουν μόνο στη διάγνωση και στη θεραπεία της παρούσας νόσου, αλλά συνεχώς αξιολογούν τη λειτουργική και διανοητική του κατάσταση, τη συνύπαρξη χρονίων προβλημάτων υγείας, τη συμμόρφωσή του στις οδηγίες, καθώς και το γνωστικό και κοινωνικό του υπόβαθρο. Αυτά τα χαρακτηριστικά για κάθε ασθενή αφενός καθορίζουν την ανάγκη του για τον προγραμματισμό ενός εξατομικευμένου σχεδίου εξιτηρίου, αφετέρου σχετίζονται σε σημαντικό βαθμό με την έκβαση της κατάστασής του μετά το εξιτήριο.

**Ενημέρωση και εκπαίδευση:** Η ενημέρωση του ασθενούς για την κατάσταση της υγείας του αποτελεί θεμελιώδες δικαίωμά του, νομικά κατοχυρωμένο από την ελληνική και διεθνή νομοθεσία. Η συμμετοχή του ικανού να λάβει αποφάσεις ασθενούς, αλλά και του συγγενικού περιβάλλοντος, στον προγραμματισμό του εξιτηρίου είναι απαραίτητη. Στο σχέδιο εξιτηρίου παρουσιάζονται οι στόχοι της μετανοσοκομειακής φροντίδας και αναλύονται με σαφήνεια οι επιλογές για τον τρόπο επίτευξής τους. Το σημαντικότερο ίσως στοιχείο του σχεδίου εξιτηρίου είναι η εκπαίδευση του ασθενούς και του υπεύθυνου για τη φροντίδα του ατόμου. Η εκπαίδευση είναι περισσότερο αποτελεσματική όταν προσαρμόζεται στο γνωστικό επίπεδο του ασθενούς και της οικογένειας και όταν ο εκπαιδευτής λαμβάνει υπ' όψιν του τα πολιτισμικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά τους. Σε ξενόγλωσσους ασθενείς, γίνεται στη γλώσσα τους ή με χρήση διερμνέα. Η ομάδα του προγραμματισμού εξιτηρίου -ο καθένας στον τομέα του- αναλαμβάνει να εκπαιδεύσει τον ασθενή ή το φροντιστή του στη χρήση εξειδικευμένης φαρμακευτικής αγωγής (υποδόριες ενέσεις ινσουλίνης, εισπνεόμενα βρογχοδιασταλτικά), στο χειρισμό ειδικού εξοπλισμού (συμπυκνωτής οξυγόνου, αντλία μορφίνης), καθώς και στην ορθή χρήση

υποστηρικτικών μέσων (βακτηρίες, νάρθηκες). Ο εκπαιδευτής οφείλει, σύμφωνα με τα πρότυπα της επιτροπής διαπίστευσης, να πιστοποιεί την ορθότητα της εκπαίδευσης, δηλαδή να επιβεβαιώνει ότι ο ασθενής χρησιμοποιεί σωστά και με ασφάλεια τα φάρμακα και τον εξοπλισμό, και αυτό να καταγράφεται στον ιατρονοσηλευτικό φάκελο.

**Τελικές οδηγίες - παραπομπές - παρακολούθηση:** Ένα αποτελεσματικό σχέδιο εξιτηρίου περιλαμβάνει αναλυτικά τις οδηγίες που δίνονται στο ασθενή, με τρόπο σαφή και κατανοητό. Οι οδηγίες δεν περιορίζονται μόνο στη συνταγογράφηση και στη σχετική με τη φαρμακευτική αγωγή ενημέρωση, αλλά αποτελούν συνδυαστικό κρίκο για τη συνέχιση του θεραπευτικού πλάνου σε πρωτοβάθμιο επίπεδο φροντίδας. Κάθε ασθενής που εξέρχεται του νοσοκομείου φέρει μαζί του πλήρες ενημερωτικό σημείωμα, στο οποίο περιλαμβάνονται, εκτός των άλλων, οδηγίες για την παρακολούθηση και προγραμματίζονται τα ραντεβού για την επανεκτίμηση. Η ακρίβεια των οδηγιών μετά το εξιτήριο και η κατανόησή τους από τους υπευθύνους για τη φροντίδα του ασθενούς είναι βασικό και κρίσιμο στοιχείο για την επιτυχία αυτής της σύνθετης διαδικασίας.

### Κριτήρια για σχέδιο εξιτηρίου

Καθίσταται φανερό ότι ο προγραμματισμός εξιτηρίου είναι εξατομικευμένη διαδικασία, που προσαρμόζεται σε κάθε ασθενή ανάλογα με τις ανάγκες του. Το σχέδιο εξιτηρίου εκπονείται όσο το δυνατόν γρηγορότερα μετά την εισαγωγή του ασθενούς και έχει δυναμικό χαρακτήρα, δηλαδή αναπροσαρμόζεται, εφόσον μια μεταβολή της κατάστασης της υγείας του επιβάλλει κάτι τέτοιο.

Σύμφωνα με τα κριτήρια που έχει θεσπίσει η Επιτροπή Κλινικής Φροντίδας του «ΥΓΕΙΑ» με βάση τη διεθνή βιβλιογραφία και τις απαιτήσεις της επιτροπής διαπίστευσης JCI (μέτρο: AOP.1.8.1), σχέδιο εξιτηρίου εκπονείται σε «ευπαθείς» ομάδες ασθενών, ανάλογα με την ηλικία τους, τη λειτουργικότητά τους, την ανάγκη τους για ιατρική και νοσηλευτική παρακολούθηση κ.λπ. Επίσης, συνεκτιμώνται κοινωνικοί παράγοντες, όπως η ύπαρξη οικογένειας και ο ρόλος της στη φροντίδα του ασθενούς, το γνωστικό επίπεδο και τυχόν εξαρτήσεις από αλκοόλ ή ουσίες. Υπάρχει προτυποποιημένη διαδικασία για την επιλογή αυτών των ασθενών, που καταγράφεται και επισυνάπτεται στον ιατρονοσηλευτικό φάκελο του ασθενούς.

Η βασική ομάδα ασθενών για την οποία ο προγραμματισμός εξιτηρίου είναι απαραίτητος είναι οι «εύθραστοι»

ηλικιωμένοι, κύριο χαρακτηριστικό των οποίων είναι η αυξημένη ευπάθειά τους σε διάφορους παράγοντες καταπόνησης, με αποτέλεσμα τη μειωμένη ικανότητα διατήρησης ή ανάκτησης της ομοιοστασίας του οργανισμού τους έπειτα από κάποιο αποσταθεροποιητικό συμβάν, όπως λ.χ. λοίμωξη. Το σύνδρομο ευθραυστότητας σχετίζεται με συνήθεις γηριατρικές συνδρομές (πτώσεις, κατάθλιψη, ακράτεια ούρων, εξάρτηση από τρίτους) και είναι ισχυρός και ανεξάρτητος παράγοντας αναπηρίας, ανάγκης για εισαγωγή σε νοσοκομείο, φιλοξενίας σε ιδρύματα παροχής φροντίδας σε ηλικιωμένους και θανάτου.

Η Επιτροπή Κλινικής Φροντίδας του νοσοκομείου μας κατέγραψε με σαφήνεια τα κριτήρια που πρέπει να πληρούνται για κάτι τέτοιο. Ασθενείς που δεν μπορούν να επιτελέσουν τις βασικές καθημερινές τους ανάγκες (βάδιση, λήψη τροφής, προσωπική υγιεινή κ.ά.) αλλά και τις σύνθετες καθημερινές τους ανάγκες (οικοκυρικά, χρήση τηλεφώνου, κ.ά.) πρέπει να εντάσσονται σε σχέδιο εξιτηρίου. Ακόμη, όσοι χρειάζονται ειδικές θεραπείες (φυσιοθεραπεία, λογοθεραπεία), όπως οι ασθενείς έπειτα από αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο ή έπειτα από μία ορθοπαιδική χειρουργική επέμβαση, όσοι φέρουν «στομίες» ή όσοι λαμβάνουν εξειδικευμένη φαρμακευτική αγωγή (υποδόριες ή ενδομυϊκές ενέσεις) έχουν ανάγκη από ένα προσαρμοσμένο σχέδιο εξιτηρίου. Τέλος, οι ασθενείς που μεταφέρονται σε εξειδικευμένο κέντρο ή σε άλλη χώρα συνοδεύονται από σαφείς και πλήρεις οδηγίες για την περαιτέρω συνέχιση της θεραπείας τους, στο πλαίσιο ενός συντονισμένου σχεδίου εξιτηρίου, μέσω του οποίου καθορίζονται οι συνθήκες μεταφοράς και οργανώνεται με λεπτομέρεια η ασφαλής μετακίνησή τους.

### Στόχοι του σχεδίου εξιτηρίου

Η ανάγκη για την ύπαρξη ενός σχεδίου εξιτηρίου γεννήθηκε στις ΗΠΑ τη δεκαετία του 1980. Με την αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης, αυξήθηκαν οι νοσηλείες ηλικιωμένων ασθενών και συνεπώς το κόστος για τις ασφαλιστικές εταιρείες. Ο ασφαλιστικός φορέας Medicare των ΗΠΑ έχει εισαγάγει από το 1984 το «προοπτικό σύστημα πληρωμών» (prospective payment system), σύμφωνα με το οποίο η καταβολή του κόστους για τη νοσηλεία των ασθενών είναι συγκεκριμένη και προαποφασισμένη ανάλογα με τη διάγνωση, το επίπεδο φροντίδας και την επίτευξη ή μη των στόχων. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα τη μείωση του χρόνου που είχαν στη διάθεσή τους οι ιατροί να θέσουν τη

διάγνωση, να σταθεροποιήσουν και να θεραπεύσουν τον ασθενή. Μετά την αντιμετώπιση της οξείας φάσης της νόσου, ο ασθενής εξέρχεται του νοσοκομείου και συνεχίζει την αποθεραπεία κατ' οίκον ή σε άλλη βαθμίδα φροντίδας, ανάλογα με τις ανάγκες του.

Την ίδια περίοδο, διάφορες διεθνείς επιτροπές πιστοποίησης νοσηλευτικών ιδρυμάτων (JCAHCO, JCAH) καθώς και ο Αμερικανικός Σύλλογος Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων (American Hospital Association) θεσπίζουν κατευθυντήριες οδηγίες για την καθιέρωση και τη διεκπεραίωση σχεδίου εξιτηρίου στους ασθενείς που έχουν ανάγκη για συνέχιση της παροχής φροντίδας, θέτοντας σε προτεραιότητα την ασφάλεια των ασθενών. Έκτοτε, η «λογική» και η πρακτική του σχεδίου εξιτηρίου υιοθετείται από τα συστήματα υγείας των περισσότερων δυτικών κοινωνιών και πλέον θεωρείται κατάκτηση και δικαίωμα των ασθενών.

Έχει διαπιστωθεί ότι η συχνότητα και η βαρύτητα των ανεπιθύμητων συμβάντων είναι μεγαλύτερες στην αμέσως μετά το εξιτήριο περίοδο, πολλά από τα οποία θα μπορούσαν να είχαν προληφθεί. Στους μη χειρουργικούς ασθενείς τα περισσότερα σχετίζονται με τη φαρμακευτική αγωγή. Με έναν εκπαιδευμένο ασθενή ή φροντιστή του, διασφαλίζεται η σωστή λήψη των φαρμάκων και κατοχυρώνεται το θεραπευτικό αποτέλεσμα. Επίσης, τυχαίοι κλινικές μελέτες δείχνουν ότι ασθενείς που εντάσσονται σε ένα καλά οργανωμένο σχέδιο εξιτηρίου παρουσιάζουν μείωση της πιθανότητας επείγουσας επανεισαγωγής. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα τη μείωση του κόστους και της ψυχικής φόρτισης του ασθενούς και της οικογένειάς του.

Τα οφέλη του προγραμματισμού εξιτηρίου δεν περιορίζονται μόνο στους ασθενείς. Το νοσοκομείο που διεκπεραιώνει ένα συντονισμένο σχέδιο εξιτηρίου επιτυγχάνει γρήγορη διακίνηση των ασθενών, με αποτέλεσμα την αποσυμφόρηση των τμημάτων και την άμεση διαθεσιμότητα των κλινών. Οι ασθενείς και οι οικείοι τους είναι ικανοποιημένοι και εκφράζουν λιγότερα παράπονα ή νομικές αιτιάσεις.

### **Προβληματισμοί - Η «ηθική» του σχεδίου εξιτηρίου**

Το σχέδιο εξιτηρίου έχει περιγραφεί ως η συνισταμένη των προτάσεων των επαγγελματιών υγείας που κρίνεται ότι είναι προς το συμφέρον του ασθενούς, των επιθυμιών του ασθενούς και του ποιες εξ αυτών η οικογένεια, η κοι-

νότητα και οι ασφαλιστικοί οργανισμοί θα επιτρέψουν. Σε διάφορες μελέτες διαπιστώθηκε ότι ποσοστό ηλικιωμένων ασθενών, που φτάνει έως το 40%, δεν παίζει κανένα ρόλο στο σχεδιασμό του εξιτηρίου του. Κάτι τέτοιο συμβαίνει συνήθως όταν υπάρχει διαφωνία του ασθενούς με την οικογένειά του ή αν εκείνος παρουσιάζει σημάδια νοητικής διαταραχής. Επίσης, πολλοί προγραμματιστές εξιτηρίων -στο εξωτερικό συνήθως κοινωνικοί λειτουργοί- παραδέχονται ότι αφιερώνουν περισσότερο χρόνο στην οικογένεια παρά στον ασθενή, ενώ ομολογούν την επιρροή τους στη διαδικασία του σχεδιασμού εξιτηρίου, που συχνά είναι μεγαλύτερη από αυτή των ασθενών ή της οικογένειας. Είναι φανερό ότι πολλοί ηλικιωμένοι δεν έχουν τον έλεγχο της απόφασης για τον προγραμματισμό του εξιτηρίου τους, ενώ στην πραγματικότητα αυτοί τον χρειάζονται περισσότερο. Κάτι τέτοιο δεν περιορίζεται στους ασθενείς που έχουν απολέσει τη δυνατότητα λήψης αποφάσεων λόγω άνοιας, με αποτέλεσμα την ψυχική επιβάρυνσή τους μετά το εξιτήριο.

Η αρχή της αυτονομίας του ασθενούς αποτελεί θεμέλιο λίθο της ηθικής των ιατρικών αποφάσεων και δεν πρέπει να παραβιάζεται όταν ένας ασθενής είναι ικανός να λάβει αποφάσεις κατόπιν ενημέρωσης. Ωστόσο, στη διαδικασία του προγραμματισμού του εξιτηρίου, όταν ρυθμίζονται θέματα που αφορούν στη μακροχρόνια φροντίδα του ασθενούς, τα μέλη της οικογένειας έχουν εύλογο συμφέρον στη λήψη των αποφάσεων, καθώς αυτές σε μεγάλο βαθμό θα επηρεάσουν τη δική τους ποιότητα ζωής. Προγραμματισμός εξιτηρίου που γίνεται χωρίς την επαρκή συμμετοχή μελών της οικογένειας μπορεί να θεωρηθεί ότι παραβιάζει τα δικά τους δικαιώματα αυτονομίας.

Το «ΥΓΕΙΑ» είναι το πρώτο νοσηλευτικό ίδρυμα στη χώρα που εισάγει μία προτυποποιημένη διαδικασία η οποία αφορά στον προγραμματισμό εξιτηρίου, με βάση τις κατευθυντήριες οδηγίες της JCI. Δεδομένων της υψηλής θέσης της οικογένειας στο αξιακό σύστημα των Ελλήνων καθώς και των εγγενών αδυναμιών του συστήματος Πρόνοιας, θα πρέπει να δοθεί έμφαση στην εκπαίδευση των συγγενών ενός ασθενούς που χρειάζεται σχέδιο εξιτηρίου. Ο σεβασμός στις επιθυμίες των ασθενών και της οικογένειας και η επίδειξη επαγγελματισμού από τους ενεχομένους στην κατάρτιση του σχεδίου εξιτηρίου αποτελούν προϋποθέσεις για την επιτυχή έκβασή του, με γνώμονα την ασφάλεια και την ποιότητα ζωής των ασθενών.

## Η φροντίδα του τέλους της ζωής

Πέτρος Καρσαλιάκος  
Παθολόγος, «ΥΓΕΙΑ»

«Δε φοβάμαι να πεθάνω. Απλώς δε θέλω να είμαι εκεί όταν γίνει». Η φράση αυτή, με ιδιαίτερα λιτό και περιεκτικό τρόπο, αντικατοπτρίζει αρκετά από τα έντονα συναισθήματα τα οποία δυνατόν να βιώσει οποιοσδήποτε πάσχει από νόσημα που οδηγεί με βεβαιότητα στο θάνατο. Η διαχείριση των συναισθημάτων αυτών από τον ασθενή, τους οικείους του, το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό καθώς και τους λοιπούς φορείς του συστήματος υγείας καθίσταται ιδιαίτερα δυσχερής και επίπονη. Η αμηχανία και οι σπασμωδικές και ατελέσφορες ενέργειες από τους ανθρώπους που συμμετέχουν στη φροντίδα αυτών των ασθενών μπορούν να βελτιωθούν, με την ανάπτυξη και την εφαρμογή σαφών στρατηγικών για την αντιμετώπιση του αρρώστου «στο τέλος της ζωής του».

Ο βαθμός και η ποιότητα φροντίδας των ανθρώπων που πεθαίνουν αποτελούν ισχυρούς δείκτες του πόσο ενδιαφερόμαστε πραγματικά για τον ασθενή και ευάλωτο συνάνθρωπό μας. Συνιστούν μέτρο αξιολόγησης όχι μόνο των υπηρεσιών υγείας, αλλά και ολόκληρης της κοινωνίας. Θεωρείται ότι είναι επιτακτική ανάγκη η σύσταση και η εφαρμογή σχεδίου ανταπόκρισης των ανθρώπων που περιβάλλουν το θνήσκοντα άρρωστο στις επιθυμίες και στα πρακτικά προβλήματα που αντιμετωπίζει ο τελευταίος.

Η JCI (Joint International Commission), τη διαπίστευση της οποίας πρόσφατα κατέκτησε και το «ΥΓΕΙΑ», αναφέρεται σαφώς σε αρχές και κανόνες που θα πρέπει να διέπουν τη φροντίδα του θνήσκοντος. Οι αρχές αυτές έχουν μεταφραστεί σε μέτρα και μετρήσιμα στοιχεία, η εφαρμογή των οποίων ελέγχεται και καταγράφεται με σκοπό τη βελτίωση της ποιότητας στην παροχή υπηρεσιών στον ασθενή που πεθαίνει. Οι κυριότερες αυτές αρχές αναλύονται στη συνέχεια.

Η αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης στις ανεπτυγμένες χώρες, το γεγονός ότι πολλοί δεν έχουν αντιμετωπίσει περιπτώσεις θανάτου πριν από τα πενήντα, ο φόβος του θανάτου και η προσδοκία της μακράς επιβίωσης προκαλούν αποφυγή της ανοικτής και ξεκάθαρης συζήτησης που αφορά στο τέλος της ζωής. Παρά τη διαμόρφωση υποκειμενικών απόψεων και νοοτροπιών για τα περί του θανάτου, η κλινική εμπειρία καθώς και η ανάλυση στατιστικών δεδομένων που προκύπτουν από ερωτηματολόγια

ασθενών προσδιορίζουν σε σημαντικό βαθμό τι δυνατόν να σημαίνει «καλός θάνατος»:

- ▶ Το δικαίωμα του ασθενούς να αντιμετωπίζεται σύμφωνα με τις προσωπικές ανάγκες και επιθυμίες του, με κοινό παρονομαστή το σεβασμό προς το πρόσωπό του και τη διαφύλαξη της αξιοπρέπειάς του (σεβασμός στη διαφορετικότητα, στη διαφορετική εθνικότητα, στις προσωπικές φιλοσοφικές - ηθικές - θρησκευτικές πεποιθήσεις).
- ▶ Η μείωση ή εξάλειψη του πόνου καθώς και όλων των συμπτωμάτων που περιορίζουν την ποιότητα ζωής.
- ▶ Η παροχή φροντίδας σε οικείο περιβάλλον.
- ▶ Το δικαίωμα του ασθενούς να συνευρίσκεται και να διαλέγεται με τους οικείους του (συγγενείς - φίλους).

Με βάση τις αντικειμενικές αυτές επιδιώξεις για το θνήσκοντα, γεγονός είναι ότι κάποιοι άνθρωποι πεθαίνουν όπως είχαν ευχηθεί, αρκετοί όμως όχι. Κάποιοι τυχάνουν άριστης φροντίδας σε νοσηλευτικά κέντρα ή στο σπίτι τους, σημαντικός αριθμός ασθενών, όμως, στερείται της κατάλληλης φροντίδας. Πολλοί άρρωστοι βιώνουν αδικαιολόγητα ανυπόφορα συμπτώματα με προεξάρχοντα τον πόνο. Είναι ανησυχητικός ο αριθμός των αναφορών για ασθενείς οι οποίοι δεν αντιμετωπίζονται με σεβασμό και αξιοπρέπεια. Αρκετοί, επίσης, δεν πεθαίνουν στο μέρος όπου επιθυμούν.

Είναι προφανής η ανάγκη για θεμελίωση ενός συστήματος που θα προσφέρει λύσεις σε τόσο σημαντικά προβλήματα. Ενός συστήματος με άρτια εκπαιδευμένους και «ετοιμοπόλεμους» επαγγελματίες, με δυνατότητα υποστήριξης του θνήσκοντος και κάλυψης των επιθυμιών του. Μιας δομής με σαφείς παραμέτρους, οι οποίες θα πληρούνται με καθολικό τρόπο, θα καταγράφονται και θα ελέγχονται, εις όφελος του ασθενούς. Προφανής, επίσης, είναι η σημασία παροχής υπηρεσιών 24 ώρες το 24ωρο και επτά ημέρες την εβδομάδα, ακόμα και στην οικία του αρρώστου. Απαραίτητη είναι η σύσταση πολυσυλλεκτικής και αρμονικά δραστηριοποιούμενης ομάδας επαγγελματιών, οι οποίοι σε στενή συνεργασία με τους συγγενείς και τον πάσχοντα θα προσπαθούν να αντιμετωπίσουν όχι μόνο τα συμπτώματά του αλλά και την ψυχοσυναισθηματική επιβάρυνση αυτού και των οικείων του, καθώς και θα παρέχουν υπηρεσίες και μετά το τέλος της ζωής.

Ενδεικτική είναι μελέτη στη Μεγάλη Βρετανία, η οποία διενεργήθηκε από τον Ιούλιο του 2004 έως τον Ιούλιο του 2006. Κατά το διάστημα αυτό κατεγράφησαν 16.000 περιπτώσεις διαμαρτυρίας ασθενών προς το Βρετανικό Σύστημα Υγείας. Το ήμισυ αυτών σχετιζόταν με την παροχή υπηρεσιών σε τμήματα επείγουσας ιατρικής. Εξ αυτών το 54% αφορούσε στη φροντίδα στο τέλος της ζωής. Τα συχνότερα αναφερόμενα προβλήματα ήταν τα εξής:

- ▶ Πτωχή επικοινωνία και ασυνέργεια μεταξύ ιθύνοντων, συγγενών και ασθενούς.
- ▶ Ελλείψεις που αφορούν έστω και σε στοιχειώδη κάλυψη βασικών αναγκών του θνήσκοντος.
- ▶ Η καταστρατήγηση του ιατρικού απορρήτου και θέματα που αφορούν στη διακριτικότητα αλλά και στο σεβασμό προς τον άρρωστο.
- ▶ Η έλλειψη ψυχολογικής υποστήριξης και φροντίδας.
- ▶ Η καθυστερημένη ή και ανύπαρκτη εξειδικευμένη παρηγορητική αγωγή (για παράδειγμα η μη αναφορά του ασθενούς σε ιατρείο πόνου).
- ▶ Το φαινόμενο να αναγνωρίζουν πρώτοι οι συγγενείς ότι ο άρρωστος πεθαίνει.
- ▶ Η διενέργεια άχρηστων επεμβατικών πράξεων, ακόμα και πριν ο θνήσκων ξεψυχήσει.
- ▶ Η έλλειψη σεβασμού στις επιθυμίες του αρρώστου, ειδικά στην εσπευσμένη, και μερικές φορές βίαιη, μεταφορά του σε νοσοκομείο, παρότι ο ίδιος έχει δηλώσει ότι επιθυμεί να παραμείνει στην οικία του.

Όσον αφορά στην επιλογή του χώρου θανάτου, οι περισσότεροι άνθρωποι προτιμούν τη φροντίδα στην οικία τους, όσο αυτή εξακολουθεί να είναι υψηλής ποιότητας και δεν επιβαρύνει σημαντικά τους συγγενείς ή τους συμμετέχοντες στη φροντίδα αυτή. Μελέτες έχουν δείξει ότι κάποια ηλικιωμένα άτομα, τα οποία ζουν μόνα τους, επιθυμούν να παραμείνουν στην οικία τους όσο το επιτρέπει η κατάστασή τους, όμως τη στιγμή του επικείμενου θανάτου τους ζητούν να μεταφερθούν σε νοσοκομείο ώστε να μην είναι μόνοι τους. Κάποιοι επιδιώκουν τη μεταφορά τους σε οίκο παροχής φροντίδας ή νοσοκομείο εξ αρχής, ώστε να μην επιβαρυνθούν οι συγγενείς. Η ουσία είναι ότι οι ασθενείς στη συντριπτική τους πλειονότητα επιθυμούν να πεθάνουν στο σπίτι τους και όχι στο νοσοκομείο. Παρ' όλα αυτά, το νοσοκομείο είναι ο τόπος όπου συχνότερα καταλήγουν.

Η ικανοποίηση των επιθυμιών του θνήσκοντος είναι εξίσου σημαντική με την έγκαιρη, ειλικρινή, θαρραλέα,

ανοιχτή και απρόσκοπτη επικοινωνία όλων των εμπλεκόμενων στη φροντίδα του. Η έλλειψη αληθινής συζήτησης για θέματα που αφορούν στο θάνατο και στη διεργασία του οδηγεί σε παρερμηνείες και παρεξηγήσεις, μερικές από τις οποίες περιγράφονται παρακάτω:

- ▶ Το αίσθημα του φόβου του επικείμενου θανάτου παραμένει αδικαιολόγητα ισχυρό και επίμονο.
- ▶ Μερικές φορές ο φόβος για το μυστήριο του θανάτου οδηγεί σε αποφυγή των ανθρώπων που είναι ασθενείς, ώστε να μην «ταραχτούν» ή νιώσουν «αμήχανα».
- ▶ Οι στενοί συγγενείς έχουν άγνοια των επιθυμιών του ασθενούς και έτσι καθίσταται αδύνατον να τον υποστηρίξουν και να του παρέχουν φροντίδα σύμφωνα με τη θέλησή του. Αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό πρόβλημα όταν ο ασθενής εμφανίσει μειωμένη δυνατότητα επικοινωνίας.
- ▶ Δεν καθίσταται γνωστή μερικές φορές η επιθυμία του θνήσκοντος να αρνηθεί μηχανική υποστήριξη, ειδικά όταν οι συγγενείς δεν είναι επαρκώς ενημερωμένοι.
- ▶ Δεν έχει υπάρξει προκαταρκτική συζήτηση ή ενημέρωση για δωρεά οργάνων και καλούνται οι συγγενείς να απαντήσουν στο ζήτημα αυτό.
- ▶ Οι ασθενείς δεν έχουν συζητήσει διαδικασίες κηδείας ή ταφής.
- ▶ Συχνά κάποιοι πεθαίνει χωρίς να έχει συντάξει διαθήκη.
- ▶ Σύντροφοι, οι οποίοι δεν έχουν γνωστοποιήσει τη σχέση τους με τον ασθενή, μερικές φορές αποκλείονται από τους επαγγελματίες υγείας όσον αφορά στη συμμετοχή τους στη θεραπεία.
- ▶ Η απάντηση στο δύσκολο ερώτημα «πότε ο άνθρωπός μου θα πεθάνει;». Πρέπει να γίνεται αντιληπτό ότι για τη χρονική στιγμή του θανάτου υπεισέρχονται αρκετοί παράγοντες, οι οποίοι καθιστούν ιδιαίτερα επισφαλή την πρόβλεψη και του πιο έμπειρου θεράποντος.

Σε αμιγώς πρακτικό επίπεδο, ό,τι αφορά στο θάνατο χρήζει ετοιμότητας και εφαρμογής συγκεκριμένων δράσεων. Ένα παράδειγμα αποτελεί η περίπτωση στην οποία ο συγγενής δε γνωρίζει πότε θα πρέπει να καταφύγει στη βοήθεια ειδικού και ενόσω ο ασθενής φροντίζεται στο σπίτι του. Τέτοια περίπτωση είναι όταν η ήδη συνταγογραφούμενη αναλγητική αγωγή δεν επαρκεί ή ο ασθενής αισθάνεται δυσφορία και μεταδίδει σήματα πόνου στριφογυρίζοντας ή με ανάλογες εκφράσεις του προσώπου του. Η αναπνευστική δυσχέρεια, η αδυναμία ούρησης και κένωσης του εντέρου συνιστούν αντίστοιχες ενδείξεις. Όταν ο συγγενής βρίσκεται σε αδιέξοδο ή αισθάνεται ότι δεν



μπορεί να αντεπεξέλθει, θα πρέπει να απευθύνεται στον ειδικό. Η πώση του ασθενούς καθώς και η έκφραση σκέψεων τερματισμού της ζωής αποτελούν, επίσης, ενδείξεις αναφοράς σε εξειδικευμένη ομάδα φροντίδας.

Η ενδεδειγμένη ενημέρωση των οικείων και των ατόμων που φροντίζουν το θνήσκοντα είναι αποφασιστικής σημασίας για την ορθή και ολιστική προσέγγιση των προβλημάτων που προκύπτουν. Ο άνθρωπος που φροντίζει το θνήσκοντα πρέπει να είναι ενήμερος για την αναγνώριση των σημείων της προθανάτιας κατάστασης, αλλά και έτοιμος για εφαρμογή πρωτοκόλλου δράσεων μετά το θάνατο του ασθενούς. Μια απόπειρα περιγραφής των συχνότερων προθανάτιων σημείων γίνεται στη συνέχεια, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι πρέπει όλα τα σημεία να εκδηλωθούν ή ότι όλα αποτελούν υποχρεωτικά και προάγελους θανάτου:

► **Υπνηλία, λήθαργος, μειωμένη απαντητικότητα σε εξωγενή ερεθίσματα:** ο συγγενής θα πρέπει να επικοινωνεί με τον ασθενή ευθέως κατά τη διάρκεια της πνευματικής διαύγειας, αλλά να του απευθύνεται ακόμα και όταν δεν αντιλαμβάνεται αντίδραση. Οι περισσότεροι ασθενείς ακούν, παρότι έχουν απολέσει την ικανότητα για ομιλία. Δεν είναι σωστό να παρενοχλούμε τον άρρωστο για να δούμε αν είναι ζύπνιος.

► **Σύγχυση, αποπροσανατολισμός, διέγερση, ψευδαισθήσεις:** η ευγενική υπενθύμιση του χρόνου, του τόπου και των προσώπων που περιβάλλουν τον άρρωστο πιθανώς να επαναφέρουν τον προσανατολισμό του. Περιορισμός και άσκηση βίας στον άρρωστο προφανώς αντενδείκνυται απόλυτα.

► **Μείωση της κοινωνικότητας και απόσυρση:** δυνατόν να συνεισφέρουν η ειλικρινής προσέγγιση του θνήσκοντος και η ενημέρωσή του ότι ο συγγενής είναι διατεθειμένος να βοηθήσει πραγματικά.

► **Μείωση αναγκών για πρόσληψη υγρών και τροφής, απώλεια όρεξης:** επιτρέπεται στον άρρωστο να επιλέξει

εκείνος την ώρα σίτισης και πρόσληψης υγρών, καθώς και την ποιότητα της τροφής. Σημαντικό είναι να διατηρείται η εφύγραση των βλεννογόνων του στόματος και των χειλέων.

► **Απώλεια ούρων και κοπράνων:** ο ασθενής πρέπει να διατηρείται άνετος και καθαρός, ενώ το κρεβάτι θα πρέπει να καλύπτεται με αδιάβροχο επίστρωμα.

► **Ψυχρότητα και κυάνωση άκρων:** ενημερώνεται ο συγγενής ότι παρά την εμφάνιση των άκρων ο ασθενής δεν «κρυώνει». Συνιστάται η χρήση σκεπασμάτων και η αποφυγή χρησιμοποίησης ηλεκτρικής κουβέρτας ή θερμοφώρας που δυνατόν να προκαλέσει έγκαυμα.

► **Στροφή της κεφαλής προς φωτεινό ερέθισμα:** αποδίδεται στη μείωση της οράσεως. Χαμηλός φωτισμός ή ελεγχόμενο φως της ημέρας δυνατόν να βοηθήσουν.

Μετά το θάνατο δεν υπάρχει βιάση για οποιονδήποτε διακανονισμό ή γραφειοκρατική διεργασία. Οι συγγενείς και οικείοι αφήνονται να προσέλθουν πλησίον του ασθενούς, να συζητήσουν και να προσευχηθούν. Όταν θα είναι έτοιμοι, θα προχωρήσει η διαδικασία για ετοιμασία του νεκρού, η συνεννόηση με γραφείο τελετών και η συμπλήρωση των απαιτούμενων εγγράφων. Ύψιστης σημασίας είναι και η παρεχόμενη ψυχολογική υποστήριξη από ειδικό επιστήμονα προς τους ανθρώπους του περιβάλλοντος του θανάτου.

Συμπερασματικά, στην εποχή του καταγισμού των πληροφοριών, της έλλειψης χρόνου, της άκρατης εξειδίκευσης και της επικράτησης των στατιστικών μεγεθών, ο βαρέως πάσχων έχει ανάγκη το ειλικρινές ενδιαφέρον, την ανθρωπιά, το σεβασμό, το συναίσθημα, την εξατομικευμένη φροντίδα. Η αντιμετώπιση του μυστηρίου του θανάτου πρέπει να χαρακτηρίζεται από απόλυτο σεβασμό προς το πρόσωπο του θνήσκοντος και όχι από το νόημα της ρήσης που εξέφρασε γνωστός πολιτικός του 20ού αιώνα: «Ένας θάνατος είναι τραγωδία. Ένα εκατομμύριο θάνατοι είναι στατιστική».



## Τα λάθη ως ευκαιρία βελτίωσης

Ηρακλής Αβραμόπουλος  
Παθολόγος, «ΥΓΕΙΑ»

Μέσα στο πολύπλοκο περιβάλλον του νοσοκομείου στο οποίο εργαζόμαστε καθημερινά, τα λάθη είναι αναπόφευκτα και, παρά τη μεγάλη πρόοδο της ιατρικής και της τεχνολογίας, συχνά θέτουν σε κίνδυνο τη ζωή των ασθενών. Επειδή τα νοσοκομεία είναι υπεύθυνα για την επιβίωση, αλλά και την ποιότητα ζωής των ασθενών, αυτά τα λάθη πρέπει να ανιχνεύονται και να αποφεύγονται.

Η JCI (Joint Commission International) πιστεύει ότι, για να εδραιωθεί η ασφάλεια των ασθενών, τα νοσοκομεία και οι άλλοι οργανισμοί υγείας θα πρέπει να αναπτύξουν μια στρατηγική με την οποία τα λάθη θα ανιχνεύονται πριν συμβούν, ότι οι εργαζόμενοι του νοσοκομείου αισθάνονται άνετα να αναφέρουν όλα τα είδη των συμβάντων και των παραλίγο συμβάντων και, τέλος, ότι η ασφάλεια του ασθενούς θα είναι σημαντικό μέρος της καθημερινής εργασίας των ατόμων που συμμετέχουν στην παροχή ιατρικής και νοσηλευτικής φροντίδας.

Η στρατηγική αυτή της JCI αρχικά προκάλεσε αντιδράσεις, λόγω του φόβου των νομικών συνεπειών που θα είχε η αποκάλυψη των ιατρικών λαθών. Όταν, όμως, έγινε κατανοητό ότι τα λάθη είναι αποτέλεσμα ανεπάρκειας του όλου συστήματος υγείας και όχι μεμονωμένων ενεργειών ατόμων (ιατρών, νοσηλευτών κ.λπ.), τότε τα νοσοκομεία έγιναν πιο ανοιχτά στην αναφορά και στην ανάλυση των ιατρικών λαθών.

Πολλοί θεωρούν ότι τα λάθη στα νοσοκομεία υψηλού επιπέδου είναι λιγότερα. Στην πραγματικότητα, όμως, συμβαίνει το αντίθετο: ο αριθμός των λαθών αυξάνει ανάλογα με τον αριθμό των ιατρικών παρεμβάσεων σε κάθε ασθενή. Έτσι, όσο υψηλότερο επίπεδο έχει ένα νοσοκομείο τόσο περισσότερες και πολύπλοκες παρεμβάσεις κάνει στους ασθενείς του, αυξάνοντας έτσι την πιθανότητα λάθους.

Η JCI αποφεύγει τον όρο «λάθος» και χωρίζει τις συνέπειες από αυτό σε συμβάντα επαγρύπνησης (sentinel), επιβλαβή συμβάντα και παραλίγο συμβάντα, για να τα σταδιοποιήσει ανάλογα με τη σοβαρότητά τους.

Τα συμβάντα επαγρύπνησης είναι «απροσδόκητα γεγονότα που επιφέρουν το θάνατο ή σημαντική και μόνιμη απώλεια λειτουργίας του ασθενούς, άσχετη με τη φυσική πορεία της υποκείμενης νόσου ή της κατάστασής του, και μπορεί να οφείλονται σε λάθος χειρουργική επέμβαση, σε

λάθος πλευρά ή σε λάθος ασθενή». Η ονομασία υποδηλώνει την ανάγκη για άμεση διερεύνηση και ανταπόκριση. Δεν είναι συνώνυμα με τα ιατρικά λάθη. Δεν οφείλονται όλα τα συμβάντα σε λάθη και τα λάθη δεν καταλήγουν πάντα σε συμβάντα.

Τα επιβλαβή συμβάντα ορίζονται ως «απροσδόκητα, ανεπιθύμητα ή δυνητικώς επικίνδυνα γεγονότα σε έναν οργανισμό υγείας». Με πιο απλά λόγια, είναι σημαντικά, απρόσμενα και επικίνδυνα για τον ασθενή, αλλά δεν είναι τόσο σοβαρά, όπως τα συμβάντα επαγρύπνησης.

Τα παραλίγο συμβάντα θα μπορούσαν να είναι επαγρύπνησης ή επιβλαβή, αλλά για κάποιο λόγο δεν έγιναν. Και σε αυτά υπάρχει ένδειξη ανεπάρκειας ενός ή περισσότερων συστημάτων σε ένα νοσοκομείο και θα πρέπει να διερευνηθούν, ώστε να αποφεύγονται στο μέλλον.

Τα πιο συχνά αναφερόμενα συμβάντα επαγρύπνησης, σύμφωνα με την JCI, στις ΗΠΑ μεταξύ των ετών 1995 και 2007 ήταν:

1. Χειρουργείο σε λάθος πλευρά.
2. Αυτοκτονία στο νοσοκομείο.
3. Διεγχειρητικές και μετεγχειρητικές επιπλοκές.
4. Λάθη στη χορήγηση φαρμάκων.
5. Καθυστέρηση στη χορήγηση θεραπειών.

Ο κίνδυνος για σοβαρό συμβάν αυξάνει ανάλογα με την ηλικία του ασθενούς. Έτσι, ο κίνδυνος είναι διπλάσιος σε ηλικίες άνω των 65 ετών συγκριτικά με ηλικίες από 16 έως 44 ετών. Οι ηλικιωμένοι έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο, διότι έχουν πιο πολύπλοκα νοσήματα, συχνά χρειάζονται περισσότερες παρεμβάσεις, ενώ είναι και περισσότερο ευαίσθητοι λόγω της γήρανσης των ιστών.

Παρά λοιπόν τη μέγιστη προσπάθεια, τα υψηλού επιπέδου νοσοκομεία παρουσιάζουν απρόβλεπτα συμβάντα. Η διαφορά ανάμεσα σε ένα άριστο νοσοκομείο και σε ένα χαμηλότερου επιπέδου είναι ότι το πρώτο αφιερώνει χρόνο και ενέργεια στο να βελτιώνει συνεχώς την ποιότητά του και στο να εξετάζει συνεχώς τα συστήματά του και τις διαδικασίες, για παράγοντες που αυξάνουν τον κίνδυνο απρόβλεπτων συμβάντων. Η διαπίστωση από την JCI είναι σχεδιασμένη ώστε να βεβαιώνει ότι ένας οργανισμός υγείας πληροί τα κριτήρια ποιότητας και ασφάλειας τα οποία είναι απαραίτητα για την καλή έκβαση του ασθενούς. Ένα

διαπιστευμένο νοσοκομείο πρέπει συνεχώς να πασχίζει να βελτιώνει τη λειτουργία του.

### Μέτρα πρόληψης των συμβάντων

Όλα τα συμβάντα, είτε ασήμαντα είτε σοβαρά, προκαλούνται από συνδυασμό παραγόντων: ανθρώπινο λάθος και ανεπάρκεια του συστήματος. Τα συμβάντα από επαγγελματίες υγείας, οι οποίοι είναι έμπειροι, ικανοί και χωρίς προηγούμενο ιστορικό λάθους, εμφανίζονται κατά την προσπάθεια θεραπείας. Τα συμβάντα ερμηνεύονται ως αποτέλεσμα απερίσκεπτης πράξης. Η μομφή και η τιμωρία εργαζομένων χρησιμοποιούνται με σκοπό τη βελτίωση της απόδοσης, ώστε να μη γίνονται καθόλου λάθη, κάτι το οποίο, όμως, είναι ασυμβίβαστο με την ανθρώπινη φύση. Η ιδέα ότι οι εργαζόμενοι μπορούν να είναι αλάνθαστοι εμποδίζει την αποκάλυψη των πραγματικών αιτιών που οδηγούν σε λάθη. Στην πραγματικότητα, εκείνο που ευθύνεται για τα περισσότερα από τα συμβάντα στα νοσοκομεία είναι η πολυπλοκότητα του συστήματός τους. Επομένως, ο σωστός σχεδιασμός του συστήματος και των διαδικασιών του είναι το απαιτούμενο για να αποφεύγονται τα λάθη.

Το πρώτο βήμα είναι να καθοριστεί το πρόβλημα. Μόνο όταν αναγνωριστεί ότι τα λάθη είναι αναπόφευκτα και αποτελούν μέρος της καθημερινής πράξης θα μπορέσει κάθε νοσοκομείο να δημιουργήσει τη δική του στρατηγική για την ανίχνευση των ανεπαρειών του συστήματος. Σε οργανισμούς στους οποίους δεν ακολουθείται η πολιτική της τιμωρίας του προσωπικού σε ενδεχόμενα λάθη παρουσιάστηκε εντυπωσιακή αύξηση της αναφοράς συμβάντων, που μερικές φορές έφτασε στο 10πλάσιο. Τα γενικά μέτρα πρόληψης των συμβάντων είναι: η χρήση της τεχνολογίας, η εκπαίδευση του προσωπικού, η μείωση της κούρασης του προσωπικού, η πιστοποίηση και εξειδίκευση του προσωπικού στο αντικείμενο που έχει αναλάβει, η ταυτοποίηση των ασθενών υψηλού κινδύνου.

Ιδιαίτερη προσοχή δίνει η JCI στα λάθη από τη χορήγηση φαρμάκων. Πρόκειται για την πιο συχνή παρέμβαση στην ιατρική με τα πιο συχνά συμβάντα, τα οποία προκαλούν παράταση της νοσηλείας και διπλασιασμό του κινδύνου θανάτου. Η JCI ορίζει ως συμβάν από φάρμακο τη βλάβη που επέρχεται από τη χορήγηση του φαρμάκου, είτε πρόκειται για ανεπιθύμητη δράση του φαρμάκου είτε για λάθος στη χορήγηση. Τα λάθη στη χορήγηση φαρμάκων επαναλαμβάνονται με τον ίδιο τρόπο σε όλα τα νοσοκο-

μεία του κόσμου. Επομένως, υπάρχουν αρκετά δεδομένα για την ανάπτυξη στρατηγικής αποφυγής τους. Στο 20% των φαρμάκων οι συνέπειες από λάθος στη χορήγησή τους είναι ολέθριες, γι' αυτό αυτά τα φάρμακα ορίζονται ως υψηλού κινδύνου, όπως π.χ. τα αντιθρομβωτικά, τα αντιαρρυθμικά, τα ναρκωτικά, η ινσουλίνη και άλλα. Η JCI ορίζει, επίσης, λεπτομερώς πώς ένας οργανισμός μπορεί να αναπτύξει ένα ασφαλές σύστημα χορήγησης φαρμάκων. Τέλος, το σύστημα αυτό εμπλέκει και τον ασθενή, με την εκπαίδευσή του σ' αυτό το θέμα.

Άλλα συμβάντα, για την πρόληψη των οποίων πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη έμφαση, είναι η σωματική βλάβη ή ο θάνατος ασθενούς από πτώση μέσα στο νοσοκομείο, η αυτοκτονία νοσηλευομένου, η χειρουργική επέμβαση σε λάθος πλευρά, τα λάθη στη μετάγγιση, οι εγχειρητικές και μετεγχειρητικές επιπλοκές, η καθυστέρηση στη χορήγηση θεραπείας και οι ιατρογενείς λοιμώξεις.

### Ανάλυση του πρωταρχικού αιτίου και ανάπτυξη σχεδίου δράσης

Ένα συμβάν ενέχει δύο προκλήσεις: α) να κατανοήσουμε πώς και γιατί συνέβη και β) να προλάβουμε το ίδιο ή παρόμοιο στο μέλλον.

Ένα συμβάν μπορεί να ταρακουνήσει τα θεμέλια ενός νοσοκομείου. Αυτοί οι οποίοι ενεπλάκησαν άμεσα σ' αυτό μπορεί να επηρεαστούν σοβαρά. Η διοίκηση του νοσοκομείου θα λειτουργήσει εν μέσω κρίσης και πανικού. Είναι, λοιπόν, απαραίτητο για τους οργανισμούς υγείας να έχουν έτοιμα πλάνα δράσης, που θα συμπεριλαμβάνουν το κλινικό, διοικητικό, τεχνικό και υποστηρικτικό προσωπικό.

Οι διαπιστευμένοι οργανισμοί έχουν την ικανότητα να διαπιστώσουν και να αντιμετωπίσουν κατάλληλα όλα τα συμβάντα. Η αντιμετώπιση περιλαμβάνει τη διενέργεια έγκαιρης, πλήρους και αξιόπιστης ανάλυσης του πρωταρχικού αιτίου, την ανάπτυξη ενός σχεδίου δράσης με σκοπό τις βελτιώσεις που απαιτούνται για τη μείωση του κινδύνου, την εφαρμογή αυτών των βελτιώσεων και την καταγραφή της αποτελεσματικότητάς τους.

Παρότι για τα απροσδόκτα γεγονότα, και συγκεκριμένα τα μέγιστα βαρύτητας, δεν απαιτείται πολιτική αντιμετώπισης, όλοι οι διαπιστευμένοι οργανισμοί είναι υποχρεωμένοι να αναλύουν τα 6 σοβαρότερα από αυτά: τεκμηριωμένη αντίδραση στη μετάγγιση, σοβαρές ανεπιθύμητες δράσεις φαρμάκων, σοβαρά λάθη στη χορήγηση φαρμάκων, σοβαρές ασυμφωνίες μεταξύ προεγχειρητικών

και μετεγχειρητικών διαγνώσεων, ανεπιθύμητα γεγονότα κατά τη διάρκεια χορήγησης καταστολής ή αναισθησίας και επιδημίες λοιμωδών νοσημάτων στο νοσοκομείο.

Τέλος, για τα παραλίγο συμβάντα (τα ήπιες βαρύτητας) απαιτείται από κάθε διαπιστευμένο οργανισμό να υπάρχει μια διαδικασία ανίχνευσης και ανάλυσης.

Η πρώτη προτεραιότητα του νοσοκομείου πρέπει να είναι η άμεση και κατάλληλη φροντίδα του ασθενούς ο οποίος υπέστη το συμβάν. Το επόμενο βήμα είναι η τήρηση των ήδη υπαρχόντων πρωτοκόλλων έγκαιρης και ορθής ενημέρωσης όλων των σημαντικών πλευρών του συμβάντος (ασθενής, συγγενείς, μέλη-κλειδιά του νοσοκομείου κ.λπ.). Στη συνέχεια ακολουθεί η ανάλυση του πρωταρχικού αιτίου. Πρόκειται για μια διαδικασία στην οποία εμπλέκονται άτομα από όλο το νοσοκομείο και η οποία ουσιαστικά παρομοιάζεται με το ξεφλούδισμα του κρεμμυδιού. Απαντώντας σε πολλαπλές ερωτήσεις, σκάβει όλο και βαθύτερα μέχρι να βρεθεί το πραγματικό αίτιο που οδήγησε στο συμβάν. Το τελικό βήμα είναι η ανάπτυξη σχεδίου δράσης, δηλαδή ο σχεδιασμός και η εφαρμογή των αλλαγών που πρέπει να γίνουν ώστε να αποφευχθεί το ίδιο συμβάν στο μέλλον, αλλά και η παρακολούθηση αυτών των αλλαγών για να διαπιστωθεί το κατά πόσον βοηθούν στη λύση του προβλήματος.

Αν και δεν είναι απαραίτητο το συμβάν να αναφερθεί στη JCI, υπάρχουν ορισμένα πλεονεκτήματα για το νοσοκομείο που θα το πράξει: Η γνώση από το συμβάν προστίθεται στη γενικότερη δεξαμενή γνώσεων και μεταδίδεται και σε άλλους οργανισμούς. Το νοσοκομείο έχει την ευκαιρία να συνεργαστεί με το προσωπικό της JCI κατά τη διαδικασία της ανάλυσης του αιτίου και του σχεδίου δράσης. Το μήνυμα που δίνεται στο κοινό είναι ότι το

νοσοκομείο καταβάλλει κάθε δυνατή προσπάθεια για την αποφυγή παρόμοιου συμβάντος στο μέλλον. Από τη στιγμή που η JCI ενημερωθεί για το γεγονός, είτε από τον ίδιο τον οργανισμό είτε από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης, τους ασθενείς, τους συγγενείς τους ή τους εργαζομένους του οργανισμού, τότε το συμβάν υπόκειται στην Πολιτική Συμβάντος. Ο οργανισμός τότε υποχρεώνεται να κάνει τις ακόλουθες ενέργειες:

- ▶ Να ετοιμάσει ένα πλήρες και αξιόπιστο σχέδιο δράσης μέσα σε 45 μέρες από το συμβάν.
- ▶ Να στείλει στη JCI την ανάλυση του πρωταρχικού αιτίου και το σχέδιο δράσης.

Η JCI θα εκτιμήσει την ανάλυση του πρωταρχικού αιτίου και το σχέδιο δράσης και θα κρίνει αν είναι αποδεκτά. Κατόπιν, θα ζητήσει μια διαδικασία παρακολούθησης, που συνήθως είναι μία γραπτή αναφορά προόδου πάνω στο θέμα, μέσα στους επόμενους 4 μήνες.

Τέλος, η JCI υποστηρίζει και ενθαρρύνει την αποκάλυψη του συμβάντος στον ασθενή και στην οικογένειά του. Πιστεύει ότι οι γιατροί, όπως έχουν ευθύνη να ενημερώνουν τους ασθενείς και, όταν χρειάζεται, και τις οικογένειές τους για τη φροντίδα, τη θεραπεία και τις υπηρεσίες που παρέχονται, την ίδια υποχρέωση έχουν να ενημερώνουν και για τα συμβάντα. Βεβαίως και υπάρχουν εμπόδια σε αυτό: η συναισθηματική φόρτιση του επαγγελματία υγείας από το συμβάν, η οποία συνήθως τον οδηγεί στην απόκρυψη του γεγονότος, η κριτική των συναδέλφων ή των εργαζομένων στον ίδιο χώρο, οι αρνητικές συνέπειες, είτε οικονομικές είτε επαγγελματικές. Από την άλλη, υπάρχουν επιχειρήματα υπέρ της γνωστοποίησης ενός συμβάντος, όπως η ηθική υποχρέωση έναντι του ασθενούς και το όφελος που θα αποκομίσει ο ασθενής από αυτή τη γνώση.

## Η υποχρέωση συνεχιζόμενης ιατρικής εκπαίδευσης στα ιδιωτικά νοσοκομεία

Νικόλαος Β. Καρατζάς  
Καρδιολόγος, «ΥΓΕΙΑ»

Η προετοιμασία για την άσκηση της ιατρικής τέχνης από την αρχαιότητα και μέχρι σήμερα απαιτεί μαθητεία πλάι στον έμπειρο ιατρό-«δάσκαλο». Το κυρίαρχο περιβάλλον μαθητείας είναι το νοσοκομείο.

Σήμερα, παρά την πληθώρα συνεδρίων, σεμιναρίων, έντυπου, ψηφιακού και μέσω του Διαδικτύου υλικού, το νοσοκομείο συνεχίζει να κατέχει το ρόλο αυτό και στα σπουδαία νοσοκομεία υπάρχουν ιδιαίτερα τμήματα και φορείς συνεχιζόμενης ιατρικής εκπαίδευσης. Οι ιδιωτικές κλινικές στο παρελθόν δεν είχαν αυτήν την υποχρέωση γιατί οι ιατροί τους, κατά κανόνα, προέρχονταν και συνέχισαν να είναι συνδεδεμένοι με άλλα νοσοκομεία, πανεπιστημιακά ή μη. Σήμερα στα μεγάλα ιδίως ιδιωτικά νοσοκομεία οι ιατροί στην πλειονότητά τους σταδιοδρομούν εξ ολοκλήρου σε αυτά και επομένως η υποχρέωση των ιδιωτικών νοσοκομείων να παρέχουν οργανωμένη ποιοτική και επαρκή συνεχιζόμενη ιατρική εκπαίδευση είναι αναμφισβήτητη.

Όπως κάθε εκπαιδευτική διαδικασία, έτσι και η συνεχιζόμενη εκπαίδευση στο ιδιωτικό νοσοκομείο είναι απαραίτητο να ακολουθεί σαφείς, αποδεκτούς και πιστοποιήσιμους εκπαιδευτικούς στόχους, που θα αποτελούν τη βάση για τη διαμόρφωση των εκπαιδευτικών αντικειμένων.

Ο πυρήνας της καλής ιατρικής σε κάθε ειδικότητα είναι η κατοχή των γνώσεων που επιτρέπουν την αναγνώριση της άριστης επιλογής για τον κάθε ασθενή και των ικανοτήτων που επιτρέπουν η επιλογή αυτή να εφαρμοστεί με τα καλύτερα δυνατά αποτελέσματα. Η καλλιέργεια των προϋποθέσεων για την εξασφάλιση αυτών είναι οπωσδήποτε ο σταθερός εκπαιδευτικός στόχος.

Η διαμόρφωση γνωσιακών αντικειμένων και δεξιοτήτων για την ικανοποίηση του στόχου αυτού ορίζονται ανά ειδικότητα από ποικίλους διεθνείς φορείς όπως οι ευρωπαϊκές εταιρείες ειδικοτήτων και είναι διαθέσιμα. Αποτελεί υποχρέωση του ιατρικού σώματος και του ιδιωτικού νοσοκομείου η εξασφάλιση ευκαιριών και προγραμμάτων για τη διαρκή και ανανεωμένη ικανοποίηση των αντίστοιχων για κάθε ειδικότητα εκπαιδευτικών αντικειμένων.

Στο σύγχρονο περιβάλλον άσκησης της ιατρικής, ωστόσο, πρέπει να υπάρχουν ευκαιρίες να ικανοποιηθούν επι-

πλέον και τα παρακάτω εκπαιδευτικά αντικείμενα:

- 1. Ικανότητα συμμετοχικής εργασίας:** Λειτουργία σε ομάδα μελών άλλων ειδικοτήτων και άλλων επαγγελματιών υγείας για την εξασφάλιση συντονισμένης παροχής υπηρεσιών.
- 2. Άσκηση ιατρικής βασισμένης σε τεκμηριωμένους αξί-  
ας πρακτικές:** Ικανότητα αξιολόγησης βάσεων δεδομένων και ανάπτυξη και εφαρμογή κατευθυντήριων συστάσεων με βάση τεκμηριωμένα δεδομένα και ικανότητα συνεπούς μεταφοράς των κανόνων αυτών στην κλινική πράξη.
- 3. Κλινική άσκηση με βάση την επιδημιολογική θεώρη-  
ση:** Συγκραση κλινικής ιατρικής και δημόσιας υγείας, ένταξη αντιλήψεων δημόσιας υγείας στην περίθαλψη και εφαρμογή στρατηγικών πρόληψης και προαγωγής υγείας.
- 4. Εφαρμογή αρχών ποιοτικής βελτίωσης:** Γνώση των μεθόδων ποιοτικού ελέγχου και ελέγχου έκβασης, συνεχής ποιοτική βελτίωση σε ατομικό και σε ομαδικό επίπεδο. Αρχές και εφαρμογές εκτίμησης των παραμέτρων ποιότητας ζωής.
- 5. Χρήση τεχνολογιών πληροφορικής:** Ανάπτυξη δεξιοτήτων και απόκτηση πείρας στη χρήση υπολογιστών, αναζήτηση βιβλιογραφίας βάσεων δεδομένων, κλινικών οδηγιών και κατευθυντηρίων συστάσεων και αξιοποίηση του Διαδικτύου.
- 6. Ανάπτυξη ικανότητας διαχείρισης φορέων και μέσων  
περίθαλψης:** Κατανόηση του συστήματος οργανωμένης περίθαλψης και αναγνώριση του ρόλου του φορέα που πληρώνει. Άσκηση με βάση τη σχέση κόστους προς όφελος. Ικανότητα άμβλυσης επιδράσεων φορέων που έχουν κίνητρο το κέρδος, αλλά χωρίς ποιοτικούς συμβιβασμούς.
- 7. Πρωτοβάθμια περίθαλψη:** Άσκηση με βάση τις ανάγκες της συνεχιζόμενης φροντίδας και πρωτοβάθμιας περίθαλψης και τις επιπτώσεις των περιορισμών της ασφαλιστικής κάλυψης.

### Φροντίδα για την αγωγή υγείας και την ψυχική υγεία

Προϋπόθεση για την εκπαίδευση στα αντικείμενα αυτά είναι η αναγνώριση της σημασίας τους που θα απαιτήσει έναρξη συζητήσεων γύρω από αυτά. Ωστόσο, τον κυριότε-

ρο ρόλο κατέχει το παράδειγμα των μεγαλύτερων ιατρών που αποτελούν υποδείγματα (role models).

Πέρα, όμως, από όλα τα παραπάνω, στις σημερινές ιδίως συνθήκες και ιδιαίτερα στη χώρα μας, και όχι μόνο, είναι ανάγκη να δοθεί ιδιαίτερη έμφαση στην προώθηση των αρχών του ήθους του ιατρικού επαγγέλματος, αυτού που οι ξένοι αποκαλούν «professionalism». Το κίνημα αναζωγόησης της ιδέας του ανθρωπιστικού ρόλου του ιατρικού επαγγέλματος έχει πάρει διεθνώς μεγάλες διαστάσεις. Είναι χαρακτηριστικό ότι αναζήτηση στο «pubmed» του λήμματος professionalism έδωσε 3.015 αναφορές. Το κίνημα αυτό ήρθε ως μία αντίδραση στην εμπορευματοποίηση της ιατρικής κάτω από την επίδραση εσωτερικών και εξωτερικών επιδράσεων. Η αρχή ότι οι ανάγκες του ασθενούς πρέπει να έχουν προβάδισμα έναντι των οικονομικών συμφερόντων του ιατρού είναι παλαιά και αναγνωρισμένη, όμως τείνει να αγνοηθεί στην εποχή μας για πολλούς λόγους: Δεν είναι μόνο η καπιταλιστική δομή της βιομηχανίας της υγείας (health industry empire), δηλαδή των παραγωγών φαρμάκων και ιατρικών τεχνολογιών, των ασφαλιστών περίθαλψης, της ιδιοκτησίας και διαχείρισης νοσοκομείων που έχουν σκοπό το κέρδος, αλλά σε μεγάλο βαθμό, ιδιαίτερα στη χώρα μας, οι εργασιακές συνθήκες των ιατρών οι οποίες τους απομακρύνουν από τις αλτρουιστικές αρχές της ιατρικής.

Ποικίλοι φορείς στις ΗΠΑ και στο Ηνωμένο Βασίλειο έχουν θέσει το επαγγελματικό ήθος στο κέντρο της ιατρικής εκπαίδευσης και του αποδίδουν το παρακάτω περιεχόμενο:

- ▶ Άσκηση ιατρικής με βάση ηθικές αρχές, καλλιέργεια αυτογνωσίας, υπευθυνότητας και προθυμίας για ανάληψη ευθύνης. Σεβασμός προς τον ασθενή, κοινωνική ευθύνη και ικανότητα συνεργασίας με άλλους.
- ▶ Το Βρετανικό Βασιλικό Κολλέγιο Ιατρών, στην καθοριστική έκθεσή του το 2005 με θέμα «Ιατρός και Κοινωνία», ορίζει το ιατρικό επαγγελματικό ήθος ως το σύνολο αξιών, συμπεριφορών και σχέσεων που στηρίζουν την εμπιστοσύνη του κοινού στους ιατρούς. Ο David Stern που έχει γράψει εκτενώς στο θέμα παραβάλλει το επαγγελματικό ήθος ως ένα κλασικό οικοδόμημα με πυλώνες τον αλτρου-

ισμό, τον ανθρωπισμό, την αριστεία και την υπευθυνότητα, που στηρίζονται στην κλινική επάρκεια, στην ικανότητα επικοινωνίας και στην κατανόηση των ηθικών και νομικών κανόνων του επαγγέλματος.

Σχετικά με τον φορέα, παραδοσιακά, στα ελληνικά νοσοκομεία η συνεχιζόμενη ιατρική εκπαίδευση ήταν κατ' αρχάς εσωτερική ευθύνη των κλινικών, ενώ στα μεγάλα νοσοκομεία δημιουργήθηκαν Ιατρικές Επιστημονικές Ενώσεις με σκοπό τη συνεχιζόμενη εκπαίδευση.

Το «ΥΓΕΙΑ» ήταν το πρώτο ιδιωτικό νοσοκομείο στο οποίο ιδρύθηκε τέτοια ένωση το 1980, η οποία λειτουργεί έκτοτε χωρίς διακοπή. Πιστεύω πως πρέπει να συνεχίσει να έχει την ευθύνη της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης διότι, πρώτον, ως ανεξάρτητος από την ιδιοκτησία και διοίκηση του νοσοκομείου φορέας, που εκλέγεται από την ολομέλεια του Ιατρικού Σώματος, έχει τις προϋποθέσεις να υπηρετήσει την εκπαιδευτική αποστολή αδέσμευτα και μακριά από συγκεκριμένα συμφέροντα και, δεύτερον, λόγω της ιστορίας της διαθέτει το απαραίτητο κύρος και πείρα. Ωστόσο, για να ικανοποιηθούν οι σύγχρονες ανάγκες της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης πρέπει να εξελιχθεί. Στο πλαίσιο αυτό, είναι θετικό ότι έχει ήδη συσταθεί Επιτροπή Εκπαίδευσης με ευθύνη τη διαμόρφωση προγράμματος για εξυπηρέτηση συγκεκριμένων εκπαιδευτικών αντικειμένων για όλες τις ειδικότητες καθώς και ειδικά προγράμματα κατά ειδικότητα.

Η Διοίκηση του Νοσοκομείου, πρέπει να υποστηρίξει ακόμη περισσότερο τη συνεχιζόμενη εκπαίδευση με την εξασφάλιση της απαραίτητης υλικοτεχνικής υποδομής και υποστηρικτικών υπηρεσιών.

Τέλος, ένα μεγάλο θέμα, που οφείλει κάθε εκπαιδευτική προσπάθεια να περιλάβει, είναι η αξιολόγηση και πιστοποίηση. Με την καλύτερη οργάνωση της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης χρειάζεται να μελετηθεί ο τρόπος εξυπηρέτησης και αυτών των απαιτήσεων.

Πιστεύω ότι στη σημερινή συγκυρία της ιατρικής στη χώρα μας το Ιατρικό Σώμα του «ΥΓΕΙΑ» έχει την υποχρέωση να πρωτοπορήσει στη σωστή ανάπτυξη, προαγωγή και οργάνωσή της μέσα στο νοσοκομείο συνεχιζόμενης ιατρικής εκπαίδευσης.

## Η ανάγκη πιστοποίησης των απεικονιστικών εργαστηρίων

Χρήστος Μουρμουρής, Ακτινολόγος, «ΥΓΕΙΑ»  
 Ιωάννης Ανδρέου, Ακτινολόγος, «ΥΓΕΙΑ»

Τα τελευταία χρόνια στην ιατρική απεικόνιση έχουν συμβεί μεγάλες και ραγδαίες εξελίξεις. Έτσι, σήμερα οι ασθενείς μπορούν και επωφελούνται από τα πλεονεκτήματα της πρώιμης διάγνωσης αλλά, επίσης, μπορούν να υποβάλλονται σε λιγότερο επεμβατικές θεραπείες, οι οποίες παρουσιάζουν μικρότερα ποσοστά επιπλοκών και θνητότητας.

Το εργασιακό περιβάλλον του σύγχρονου ακτινολόγου έχει αλλάξει σημαντικά τα τελευταία χρόνια, ακριβώς λόγω των μεγάλων τεχνολογικών αλλαγών που έχουν συντελεστεί. Νέα, υψηλής τεχνολογίας μηχανήματα κάνουν την εμφάνισή τους ολοένα και συχνότερα στην καθημερινή κλινική πράξη. Τα ψηφιακά ακτινολογικά, ο ψηφιακός μαστογράφος, οι υπέρηχοι υψηλής επεξεργαστικής ισχύος, οι πολυτομικοί αξονικοί τομογράφοι, οι νέες γενιάς μαγνητικοί τομογράφοι (1,5 και 3T) αλλά και το PET-CT μπορούν να προσφέρουν τεράστιο όγκο πληροφοριών, συμβάλλοντας με ακρίβεια στη διαγνωστική προσέγγιση του ασθενούς. Επιπροσθέτως, ηλεκτρονικοί υπολογιστές μεγάλης επεξεργαστικής ισχύος εμφανίζονται όλο και πιο συχνά, με αποτέλεσμα να γίνουν αναπόσπαστο εργαλείο της δουλειάς του ακτινολόγου, ώστε αυτός να επιτελεί απαιτητικές και σύνθετες διαγνωστικές εξετάσεις, όπως αξονική - μαγνητική καρδιάς, αξονική (εικονική) ενδοσκόπηση, αξονική - μαγνητική εντερόκλυση, αξονική αγγειογραφία, PET-CT.

Επιπλέον, πρέπει να αναφερθούμε στην εισαγωγή, σε ολοένα και περισσότερα ακτινολογικά τμήματα, των συστημάτων επικοινωνίας και διαχείρισης ιατρικών εικόνων (PACS - Picture Archiving and Communication Systems). Τα συστήματα αυτά προσφέρουν στον ακτινολόγο τη δυνατότητα της άμεσης και γρήγορης πρόσβασης σε απεικονιστικές εξετάσεις του ασθενούς (πρόσφατες αλλά και παλαιότερες).

Συγχρόνως, όμως, με τις παραπάνω τεχνολογικές εξελίξεις, ο όγκος και η πολυπλοκότητα της εργασίας αυξάνονται σταθερά τα τελευταία χρόνια, χωρίς ωστόσο να αυξάνεται με τους ίδιους ρυθμούς το εργασιακό δυναμικό προκειμένου να ικανοποιήσει τις σύγχρονες απαιτήσεις. Σύμφωνα με μελέτες κυβερνητικών οργανισμών στις ΗΠΑ, οι υψηλής τεχνολογίας απεικονιστικές εξετάσεις (CT, MRI και PET) είναι ο πιο γρήγορα αναπτυσσόμενος κλάδος

παροχής υπηρεσιών υγείας, με ετήσιο ρυθμό ανάπτυξης υπερδιπλάσιο σε σύγκριση με άλλες παροχές υγείας. Άλλες μελέτες έδειξαν ότι κλινικοί ιατροί με πρόσβαση σε ιατρικές απεικονίσεις (όπως οι εργαζόμενοι σε νοσοκομει-ακό περιβάλλον) παραγγέλνουν δύο φορές περισσότερες αξονικές τομογραφίες και τρεις φορές πιο πολλές μαγνητικές τομογραφίες σε σχέση με τους υπόλοιπους κλινικούς ιατρούς.

Από αυτήν την άποψη, οι σύγχρονοι ακτινολόγοι είναι θύματα της επιτυχίας τους. Αυτή η ανισορροπία μεταξύ του φόρτου εργασίας και του εργασιακού δυναμικού μπορεί να αποβεί απειλητική για την ποιότητα παροχής υπηρεσιών αλλά και για την ασφάλεια των ασθενών.

Μέσα στο συγκεκριμένο πολύπλοκο και απαιτητικό εργασιακό περιβάλλον, που απειλεί την ποιότητα παροχής ιατρικών υπηρεσιών, οι ακτινολόγοι καλούνται να αντιμετωπίσουν τις προκλήσεις των καιρών αποτελεσματικά και να διασφαλίσουν ότι η ποιότητα των υπηρεσιών τους και η ασφάλεια του ασθενούς δε θα αποτελέσουν αντικείμενο συμβιβασμού.

Στο σημείο αυτό είναι αναγκαίο, για την καλύτερη κατανόηση του θέματος, να γίνει αναφορά σε ορισμένους όρους απαραίτους για την περαιτέρω ανάλυση.

Ποιοτική υπηρεσία και παροχή υπηρεσίας δεν είναι το ίδιο. Η ποιοτική υπηρεσία είναι ένα από τα συστατικά της παροχής υπηρεσιών. Η ποιοτική υπηρεσία μπορεί να οριστεί ως η υπηρεσία που καλύπτει ή υπερκαλύπτει τις ανάγκες και τις επιθυμίες του πελάτη. Καλή παροχή υπηρεσιών είναι η ικανότητα ενός οργανισμού να δίνει στους πελάτες του, συνεχόμενα και αποτελεσματικά, αυτό που θέλουν και χρειάζονται, ενώ εξαιρετική παροχή υπηρεσιών είναι η ικανότητα του οργανισμού, συνεχόμενα και αποτελεσματικά, να ξεπερνάει τις προσδοκίες του πελάτη.

Ποιοτικός έλεγχος είναι η διαδικασία ελέγχου των προϊόντων (ή και των υπηρεσιών) για να διαπιστωθεί αν πληρούν τις αναγκαίες προϋποθέσεις. Αυτό συνήθως αφορά σε προϊόντα που έχουν ήδη παρασκευαστεί· είναι δύσκολο να εφαρμοστεί με τη στενή σημασία και έννοια του όρου σε ένα ακτινολογικό εργαστήριο. Ωστόσο, ο ποιοτικός έλεγχος στην περίπτωση αυτή μπορεί να αφορά στον έλεγχο καλής λειτουργίας των ακτινολογικών μηχανη-



νημάτων, στην εφαρμογή σωστών παραμέτρων για την παραγωγή εικόνας κτλ.

Η πιστοποίηση ποιοτικής λειτουργίας περιγράφει την εισαγωγή πρωτοκόλλων και τυποποιημένων ποιοτικών συστημάτων και διαδικασιών ώστε ο πελάτης να έχει την πεποίθηση ότι οι παρεχόμενες υπηρεσίες ικανοποιούν τις απαιτήσεις του. Πρόκειται πρακτικά για την πιστοποίηση των ελάχιστων ποιοτικών υπηρεσιών που διαθέτει ένα τμήμα. Αυτές ορίζονται από έναν εξωτερικό οργανισμό, εισάγονται στη λειτουργία του τμήματος μέσω της πιστοποίησης και ελέγχονται μέσω τακτικών επιθεωρήσεων.

Η πιστοποίηση ποιοτικής λειτουργίας επικεντρώνεται στην επίτευξη ενός επιπέδου ποιότητας που τίθεται από έναν εξωτερικό οργανισμό όπως π.χ. τα πρότυπα ISO 9001 - 9008, η πιστοποίηση από την Joint Commission Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO), Joint Commission International (JCI).

Έτσι, κάνοντας αναγωγή όλων των παραπάνω στη λειτουργία ενός ακτινολογικού εργαστηρίου, κρίνεται σκόπιμο να γίνει αναφορά σε μία παράγραφο από τη μελέτη της εθνικής επιτροπής για την αξιολόγηση της υγείας στην Αυστραλία, που πραγματοποιήθηκε το 2001 και αφορούσε στην ποιότητα της παρεχόμενης ιατρικής απεικόνισης: *«Έγκαιρη πρόσβαση και διανομή ολοκληρωμένων και κατάλληλων ακτινολογικών εξετάσεων με ασφάλεια και υπευθυνότητα, καθώς και παροχή σωστών διαγνώσεων από ικανό προσωπικό με αποδοτικό, αποτελεσματικό και βιώσιμο τρόπο».*

Αναλύοντας την παραπάνω δήλωση, μπορούμε ουσιαστικά να προσδιορίσουμε τα κριτήρια που ορίζουν την ποιοτική λειτουργία ενός πιστοποιημένου ακτινολογικού εργαστηρίου:

1. **Πρόσβαση:** Αφορά στη δυνατότητα πρόσβασης του ασθενούς σε διαγνωστικές και επεμβατικές εξετάσεις στο σωστό χώρο, τη σωστή χρονική στιγμή, ανεξάρτητα από το εισόδημά του, την καταγωγή του και την πολιτιστική του ταυτότητα.
2. **Ολοκληρωμένη εξέταση:** Η ικανότητα να παρέχονται συνεχόμενες και συντονισμένες υπηρεσίες υγείας μεταξύ τμημάτων και κλινικών. Ειδικά στην ιατρική απεικόνιση, η δυνατότητα πρόσβασης σε πληροφορίες, όπως το ιστορικό του ασθενούς, ευρήματα από προηγούμενες ακτινολογικές ή άλλες διαγνωστικές εξετάσεις και η δυνατότητα συζήτησης με τον παραπέμποντα ιατρό ή και τον ίδιο τον ασθενή είναι στοιχεία που μπορούν να επηρεάσουν σημα-

ντικά την επιλογή της κατάλληλης διαγνωστικής εξέτασης, την ερμηνεία των αποτελεσμάτων όπως και την επιλογή της μεθόδου για την παρακολούθηση του ασθενούς.

3. **Καταλληλότητα εξέτασης:** Η παροχή υπηρεσιών υγείας είναι σε άμεση συνάρτηση με τις ανάγκες του ασθενούς και βασίζεται σε καθιερωμένα πρότυπα. Ο ακτινολόγος μπορεί να βοηθήσει τον κλινικό ιατρό να επιλέξει την κατάλληλη ακτινολογική μέθοδο με βάση την κατάσταση του ασθενούς, βασιζόμενος σε καθιερωμένα κριτήρια (evidence based practice).

4. **Ασφάλεια:** Αποφυγή ή ελαχιστοποίηση των κινδύνων οι οποίοι πιθανόν να βλάψουν την υγεία του ασθενούς, όπως υπερέκθεση σε ιονίζουσα ακτινοβολία, μαγνητικά πεδία, χρήση ιωδιούχων σκιαγραφικών μέσων κ.λπ.

5. **Υπευθυνότητα:** Ο ασθενής είναι πάνω απ' όλα και αυτό είναι αναγνωρίσιμο και σεβαστό από όλους. Το τμήμα θα πρέπει να είναι προσανατολισμένο στις ανάγκες του και ταυτόχρονα απαιτείται να σέβεται την αξιοπρέπεια και την ιδιωτικότητά του.

6. **Έγκαιρη και ακριβής διάγνωση:** Όλες οι διαγνωστικές εξετάσεις θα πρέπει να διαγιγνώσκονται έγκαιρα και σωστά και να παραδίδονται στο θεράποντα ιατρό σε εύλογο χρονικό διάστημα, δίνοντάς του τη δυνατότητα να λάβει τις σωστές αποφάσεις. Η αξία αυτού πολλαπλασιάζεται σε περιπτώσεις όπου ο ακτινολόγος βρίσκει μη αναμενόμενα ευρήματα ή ευρήματα που χρήζουν άμεσης ιατρικής παρέμβασης.

7. **Ικανότητα:** Η δυνατότητα του προσωπικού του τμήματος να παρέχει ιατρικές υπηρεσίες με βάση ένα ελάχιστο επίπεδο ικανοτήτων και γνώσεων. Αυτό εξασφαλίζεται με τη συνεχή εκπαίδευση του ιατρικού προσωπικού του τμήματος. Η εκπαίδευση πραγματοποιείται είτε σε τοπικό επίπεδο (στο πλαίσιο του τμήματος), είτε με τη συμμετοχή του προσωπικού σε επιστημονικά συνέδρια, στο πλαίσιο της συνεχιζόμενης ιατρικής εκπαίδευσης (Continuous Medical Education - CME). Με τον τρόπο αυτόν, το προσωπικό του τμήματος διατηρεί ένα ελάχιστο επίπεδο επιστημονικής επάρκειας και ταυτόχρονα βρίσκεται σε επαφή με τις τρέχουσες εξελίξεις.

8. **Αποδοτικότητα:** Η ικανότητα του τμήματος να επιτύχει τα επιθυμητά αποτελέσματα με το μικρότερο δυνατό κόστος.

9. **Αποτελεσματικότητα:** Η παροχή των ιατρικών υπηρεσιών θα πρέπει να είναι αποτελεσματική για την επίτευξη του επιθυμητού στόχου.



**10. Βιωσιμότητα:** Το τμήμα χρειάζεται να έχει την απαραίτητη υποδομή (προσωπικό, μηχανήματα), να είναι καινοτόμο και να ανταποκρίνεται στις ανάγκες που θα προκύπτουν.

Όλα τα παραπάνω θα μπορούσαν να ενταχθούν στο πλαίσιο ενός ιδανικά λειτουργούντος ακτινολογικού τμήματος. Στην πράξη, ωστόσο, μπορεί να παρουσιαστούν αποκλίσεις από τη σωστή λειτουργία ενός τμήματος. Γι' αυτό και σε ένα πιστοποιημένο ακτινολογικό εργαστήριο αναπτύσσονται διαδικασίες βελτίωσης της ποιότητας. Οι διαδικασίες αυτές (Continuous Quality Improvement - CQI) επικεντρώνονται στον τρόπο παροχής των υπηρεσιών και στη διαρκή βελτίωσή τους. Αυτές περιλαμβάνουν μία σειρά βήματα:

### 1. Κατανόηση της ταυτότητας του πελάτη ενός απεικονιστικού εργαστηρίου

Αυτό είναι εξαιρετικά σημαντικό, καθώς όταν καθοριστεί ο πελάτης μπορεί να οριοθετηθούν οι ανάγκες του και κατ' επέκταση οι διαδικασίες οι οποίες μπορούν να ικανοποιήσουν τις ανάγκες αυτές. Σε ένα ακτινολογικό εργαστήριο ενταγμένο σε νοσοκομειακό περιβάλλον πελάτες μπορεί να είναι ένα άτομο, ένα τμήμα ή και ένας οργανισμός. Αναλυτικότερα, πελάτες του μπορεί να είναι οι ασθενείς και οι οικογένειές τους, οι κλινικοί ιατροί, οι κλινικές, οι ασφαλιστικές εταιρείες. Όλοι αυτοί ενδεχομένως να έχουν διαφορετικές απαιτήσεις, π.χ. οι ασθενείς μικρότερο χρόνο αναμονής, οι κλινικοί ιατροί γρήγορες και αξιόπιστες γνωματεύσεις, το νοσοκομείο αξιοπιστία και ασφάλεια, οι ασφαλιστικές εταιρείες χαμηλότερο κόστος κ.λπ.

### 2. Κατανόηση για το πώς οι πελάτες αξιολογούν τις ακτινολογικές υπηρεσίες

Υπάρχουν 4 παράγοντες που καθορίζουν την ικανοποίηση του πελάτη σε σχέση με τις παρεχόμενες υπηρεσίες στο ακτινολογικό εργαστήριο.

**α. Αξιοπιστία:** Αυτό σημαίνει ότι γίνεται η σωστή εξέταση με τις κατάλληλες παραμέτρους κάθε φορά, με παραγωγή υψηλής ποιότητας εικόνων. Οι διαγνώσεις είναι έγκυρες και ακριβείς, ανεξάρτητα ποιος ακτινολόγος του τμήματος τις γνωματεύει.

**β. Υπευθυνότητα:** Αυτό σημαίνει πως το τμήμα έχει τη δυνατότητα να κλείνει σύντομα ραντεβού αλλά και να

παραδίδει έγκαιρα τις γνωματευμένες εξετάσεις στους ασθενείς ή στους παραπέμποντες ιατρούς. Μακροχρόνια αναμονή για την πραγματοποίηση εξέτασης ή αδυναμία του τμήματος να γνωματεύσει αμέσως μία επείγουσα εξέταση δεν είναι αποδεκτά σε ένα πιστοποιημένο απεικονιστικό εργαστήριο.

**γ. Βεβαιότητα:** Ο πελάτης θα πρέπει να έχει τη βεβαιότητα ότι τυγχάνει των καλύτερων υπηρεσιών και σιγουριά για τις παρεχόμενες υπηρεσίες. Έτσι, σε ένα ακτινολογικό εργαστήριο όλο το προσωπικό (ιατρικό και μη) απαιτείται να διαθέτει όχι μόνο επαρκείς τεχνικές γνώσεις αλλά και την προσωπικότητα για να επικοινωνεί αποτελεσματικά, τόσο με τους ασθενείς όσο και με τους κλινικούς ιατρούς.

**δ. Πραγματικότητα:** Αφορά στην εμφάνιση του τμήματος και των εγκαταστάσεών του και στην ποιότητα των μηχανημάτων του. Στην ακτινολογία, ωστόσο, λόγω του υψηλού κόστους για την απόκτηση ιατρικών μηχανημάτων, δεν είναι πάντοτε δυνατόν να υπάρχει ο καλύτερος εξοπλισμός, όμως είναι πάντα απαραίτητο ο διαθέσιμος εξοπλισμός να χρησιμοποιείται σωστά και η ποιότητα της δουλειάς να βρίσκεται πάντοτε σε υψηλά επίπεδα.

### 3. Αναγνώριση των αναγκών των πελατών και αξιολόγηση της ικανοποίησής τους

Οι ανάγκες των πελατών και οι επιθυμίες τους δεν είναι πάντοτε σταθερές, γι' αυτό και η διαδικασία αναγνώρισής τους είναι δυναμική διαδικασία. Σε ένα πιστοποιημένο απεικονιστικό εργαστήριο υπάρχουν κατάλληλα ερωτηματολόγια τα οποία μπορούν να χρησιμοποιηθούν για να καταγράψουν τις ανάγκες και τις επιθυμίες των πελατών αλλά και τις κρίσεις τους σχετικά με τις παρεχόμενες υπηρεσίες του τμήματος.

Συνοψίζοντας, θα μπορούσαμε να πούμε ότι, στη σημερινή εποχή με τις ραγδαίες τεχνολογικές εξελίξεις στο χώρο της απεικόνισης και το διαρκώς αυξανόμενο αριθμό παραγωγής ακτινολογικών εξετάσεων, είναι αναγκαίο περισσότερο από ποτέ ένα ακτινολογικό εργαστήριο αφενός να εφαρμόζει ποιοτικά συστήματα ελέγχου, όπως η πιστοποίηση κατά JCI, και αφετέρου, ταυτόχρονα, να προσπαθεί για την εφαρμογή διαδικασιών βελτίωσης στο επίπεδο παροχής υπηρεσιών του. Με τον τρόπο αυτό, διασφαλίζει ότι μπορεί πάντοτε και υπό οποιεσδήποτε συνθήκες να παρέχει υψηλής ποιότητας ιατρικές υπηρεσίες.

## Η πληροφορική ως μέσο βελτίωσης των υπηρεσιών υγείας

Στέργιος Θ. Τασσιόπουλος  
Παθολόγος, «ΥΓΕΙΑ»

Η χρησιμότητα και οι πιθανές εφαρμογές της πληροφορικής στην ιατρική αποτελούν ζητήματα που απασχόλησαν την επιστημονική κοινότητα από την εποχή της εμφάνισης των πρώτων αναλογικών υπολογιστικών συστημάτων.

Σε άρθρο που δημοσιεύτηκε το 1968 και στο οποίο οι ηλεκτρονικοί υπολογιστές -που αντικατέστησαν τους αναλογικούς- περιγράφονται ως «μηχανές χωρίς κινούμενα μέρη, που έχουν τη δυνατότητα να αποθηκεύουν ψηφία επ' άπειρον και να τα διαχειρίζονται με ταχύτητα που πλησιάζει αυτή του φωτός», αναφέρεται ότι η νέα αυτή τεχνολογία μπορεί να εφαρμοστεί στην ιατρική σε διάφορους τομείς, όπως:

- ▶ Επιδημιολογικές μελέτες.
- ▶ Ανάλυση θεραπευτικών δοκιμών.
- ▶ Διάγνωση με τη βοήθεια υπολογιστή.
- ▶ Ανάλυση και παρουσίαση των αποτελεσμάτων διαφόρων διαγνωστικών εξετάσεων.
- ▶ Παρακολούθηση νοσηλευόμενων ασθενών.
- ▶ Καταγραφή και φύλαξη αρχείων ασθενών.
- ▶ Χρήση σε διάφορα επίπεδα παροχής ιατρικών υπηρεσιών και διασύνδεση των εφαρμογών με τις αντίστοιχες του ιατρικού φακέλου.

Σήμερα, έπειτα από 40 χρόνια, οι υπολογιστές έχουν γίνει αναπόσπαστο κομμάτι της ζωής μας, τόσο σε προσωπικό όσο και σε επαγγελματικό επίπεδο. Εντούτοις, στον τομέα της υγείας, αν εξαιρέσουμε τις εφαρμογές της πληροφορικής σε μηχανήματα υψηλής τεχνολογίας και στις διοικητικές και οικονομικές υπηρεσίες των νοσοκομείων (το επονομαζόμενο back-office μέρος των πληροφορικών συστημάτων των νοσοκομείων), η χρήση υπολογιστών στην καθημερινή κλινική πράξη υπολείπεται σημαντικά.

Στις πιθανές αιτίες περιλαμβάνονται:

- ▶ Το σημαντικό κόστος εγκατάστασης, συντήρησης και ενημέρωσης (update) ενός καλού πληροφορικού συστήματος.
- ▶ Η αβεβαιότητα σχετικά με την απόσβεση αυτού του κόστους.
- ▶ Διάφορα τεχνικά προβλήματα (π.χ. ασυμβατότητες κατά την ανταλλαγή δεδομένων).
- ▶ Οι επιφυλάξεις ή ακόμη και η απροθυμία ιατρών και άλλων επαγγελματιών υγείας να χρησιμοποιήσουν νέες

τεχνολογίες.

- ▶ Οι ανησυχίες σχετικά με τη διασφάλιση των προσωπικών δεδομένων και την ασφάλεια γενικότερα των ιατρικών πληροφορικών συστημάτων.

Έτσι, στις Ηνωμένες Πολιτείες, μόνο ποσοστό 17% των ιατρών και 10% των νοσοκομείων χρησιμοποιούν -έστω και στοιχειώδως- ηλεκτρονικά ιατρικά αρχεία.

Παρά το γεγονός ότι η «ηλεκτρονική ιατρική» δεν είναι ακόμη ευρέως διαδεδομένη σε διεθνές επίπεδο, παρατηρείται σημαντική κινητικότητα στους τομείς έρευνας και ανάπτυξης στον εν λόγω κλάδο. Πρόσφατο άρθρο που δημοσιεύτηκε στο «New England Journal of Medicine» αναφέρει: «Η πληροφορία είναι το αίμα της σύγχρονης ιατρικής. Η τεχνολογία της ιατρικής πληροφορικής προδιαγράφεται να αποτελέσει το κυκλοφορικό της σύστημα. Χωρίς τη βοήθεια της τεχνολογίας, η προσπάθεια των ιατρών και των οργανισμών παροχής υπηρεσιών υγείας για φροντίδα υψηλής ποιότητας δεν θα μπορεί να αποδώσει περισσότερο από την προσπάθεια ενός μαραθωνοδρόμου με καρδιακή ανεπάρκεια!». Στις Ηνωμένες Πολιτείες έχει ήδη τεθεί σε εφαρμογή ένα πρόγραμμα κόστους 19 δισεκατομμυρίων δολαρίων (Health Information Technology for Economic and Clinical Health - HITELCH) με στόχο την προώθηση και τη χρήση τεχνολογιών ιατρικής πληροφορικής, ώστε μέχρι το 2014 κάθε Αμερικανός πολίτης να διαθέτει το δικό του ηλεκτρονικό ιατρικό αρχείο. Παρόμοια προσπάθεια γίνεται και στην Ε.Ε. για την εφαρμογή της ηλεκτρονικής κάρτας υγείας και της ευρωπαϊκής κάρτας ασφάλισης (european health insurance card).

### Ηλεκτρονικό ιατρικό αρχείο (Electronic Health Record - HER)

Ο όρος χρησιμοποιείται για να περιγράψει τη συστηματική συλλογή και καταγραφή πληροφοριών που αφορούν στην υγεία ενός ατόμου σε ψηφιακή μορφή. Επιθυμητά -αν όχι απαραίτητα- χαρακτηριστικά του αρχείου είναι η δυνατότητα ενσωμάτωσης και χρήσης του σε ιατρικά πληροφορικά συστήματα νοσοκομείων ή οργανισμών (Hospital Information Systems - HIS) καθώς και η ικανότητα ανταλλαγής πληροφοριών με άλλα συστήματα.

Στοιχεία που τυπικά περιλαμβάνονται σε ένα ηλεκτρο-

νικό ιατρικό αρχείο είναι:

1. Δημογραφικά στοιχεία.
2. Προβλήματα υγείας (διαγνώσεις).
3. Ατομικό αναμνηστικό.
4. Οικογενειακό ιστορικό.
5. Συνήθειες.
6. Λαμβανόμενα φάρμακα.
7. Φάρμακα που χορηγήθηκαν κατά το παρελθόν - Ιστορικό φαρμακευτικών αλλεργικών αντιδράσεων και άλλων ανεπιθύμητων ενεργειών.
8. Ιστορικό εμβολιασμών.
9. Αλλεργίες.
10. Μεμονωμένα περιστατικά - ιατρικά συμβάματα. Μεμονωμένα περιστατικά καταγράφονται συνήθως ξεχωριστά. Αυτά μπορεί να περιλαμβάνουν εισαγωγές στο νοσοκομείο, εξέταση από ειδικό ιατρό, τακτικές ιατρικές επισκέψεις κ.ά. και έχουν τη μορφή ιατρικών αρχείων προσανατολισμένων σε συγκεκριμένο πρόβλημα (problem-oriented medical record - POMR) που καταγράφονται με τη μέθοδο «SOAP»:
  - ▶ **Subjective (S):** Συμπτώματα - Σύνομο ιστορικό παρούσας νόσου.
  - ▶ **Objective (O):** Ευρήματα από την κλινική εξέταση.
  - ▶ **Assessment (A):** Εκτίμηση των πιθανότερων αιτιών του προβλήματος.
  - ▶ **Plan (P):** Προγραμματισμός περαιτέρω διαγνωστικών και θεραπευτικών ενεργειών.
11. Κατάλογος ιατρικών εντολών και συνταγών φαρμάκων.
12. Αποτελέσματα εργαστηριακών εξετάσεων.
  - i. Αιματολογικές εξετάσεις.
  - ii. Απεικονιστικός έλεγχος.
  - iii. Άλλες εξειδικευμένες εξετάσεις.

Η δημιουργία και η φύλαξη ηλεκτρονικών ιατρικών αρχείων συμβάλλουν ουσιαστικά στην παροχή ιατρικών υπηρεσιών υψηλού επιπέδου.

  - ▶ Ο ιατρός έχει ανά πάσα στιγμή στη διάθεσή του όλα τα απαιτούμενα δεδομένα για την παροχή συνεχούς και ποιοτικής φροντίδας.
  - ▶ Διευκολύνεται η επικοινωνία μεταξύ των ιατρών και η συνεργασία τους με τους άλλους επαγγελματίες υγείας που συμμετέχουν στη φροντίδα του ασθενούς. Τα δεδομένα των ψηφιακών αρχείων μπορούν σε πολλές περιπτώσεις να χρησιμοποιηθούν από διαφορετικά συστήματα, βοηθώντας στη μετάδοση της ιατρικής πληροφορίας.
  - ▶ Οι ιατρικές πράξεις και οι υπηρεσίες που παρέχονται

στον ασθενή καταγράφονται, συμβάλλοντας στη νομική προστασία του ίδιου αλλά και των εμπλεκόμενων επαγγελματιών υγείας.

- ▶ Αποφεύγεται η πολλαπλή καταγραφή της ίδιας πληροφορίας από διαφορετικά άτομα, γεγονός που συμβάλλει στην εξοικονόμηση χρόνου και στην αποφυγή λαθών.
- ▶ Διευκολύνεται η σύνταξη ευπαρουσίαστων και ποιοτικών ιατρικών εγγράφων (π.χ. εξιτήρια, πιστοποιητικά υγείας, ιατρικά σημειώματα).
- ▶ Η ύπαρξη ηλεκτρονικών ιατρικών αρχείων επιτρέπει τη χρήση συστημάτων υποστήριξης κλινικών αποφάσεων με τη βοήθεια υπολογιστή (Computer - Based Clinical Decision Support Systems - CDSSs) και ηλεκτρονικής εισαγωγής εντολών (Computerized Physician Order Entry - CPOE) που σε πολλές περιπτώσεις μειώνουν την πιθανότητα λαθών και εμφάνισης ανεπιθύμητων ενεργειών.
- ▶ Τα δεδομένα που καταγράφονται στα ηλεκτρονικά ιατρικά αρχεία μπορούν να χρησιμοποιηθούν για εκπαίδευση, έρευνα και ποιοτικές αναλύσεις.
- ▶ Οικονομικές αναλύσεις υποστηρίζουν ότι, παρά το κόστος της αρχικής επένδυσης, η ευρεία χρήση της πληροφορικής στο χώρο της υγείας μπορεί να οδηγήσει μακροπρόθεσμα σε σημαντική εξοικονόμηση χρημάτων (ιδίως εάν ληφθεί υπόψη η μείωση της συχνότητας των ιατρικών λαθών και της εμφάνισης ανεπιθύμητων ενεργειών).

Από την άλλη πλευρά, η ευρεία χρήση των ηλεκτρονικών ιατρικών αρχείων έχει οδηγήσει στη διατύπωση ανησυχιών και επιφυλάξεων. Η διασφάλιση των προσωπικών δεδομένων που εμπεριέχονται στα αρχεία και η εγκυρότητα των πιστοποιητικών και εγγράφων που εκδίδονται και διακινούνται με ηλεκτρονικό τρόπο αποτελούν χαρακτηριστικό παράδειγμα. Η αποτελεσματικότητα των μέσων που παρέχει η σημερινή τεχνολογία για την αντιμετώπιση του προβλήματος (κρυπτογράφηση δεδομένων, ηλεκτρονική υπογραφή) δοκιμάζεται καθημερινά.

Ενώ η χρήση πληροφορικών συστημάτων οδηγεί αναμφισβήτητα σε εξοικονόμηση χρημάτων για τα «συστήματα υγείας», η απόσβεση του κόστους σε επίπεδο νοσοκομείων - οργανισμών και πολύ περισσότερο ιδιωτικών ιατρείων αμφισβητείται. Επίσης, κατά την αρχική τουλάχιστον φάση της χρήσης των συστημάτων αυτών, έχει παρατηρηθεί μείωση της παραγωγικότητας, καθώς αφιερώνεται σημαντικός χρόνος για την εισαγωγή των δεδομένων. Η εκπαίδευση και η εξοικείωση του προσωπικού με το λογισμικό και η εξοικονόμηση χρόνου μετά την αρχική εισαγωγή των

στοιχείων πιστεύεται ότι λύνουν το πρόβλημα.

Τέλος, από τη χρήση ηλεκτρονικών ιατρικών αρχείων έχουν ανακύψει διάφορα νομικά θέματα: Το ιδιοκτησιακό καθεστώς των αρχείων διαφέρει από χώρα σε χώρα (π.χ. στις Ηνωμένες Πολιτείες οι πληροφορίες που περιέχονται θεωρείται ότι ανήκουν στον ασθενή, ενώ στο Ηνωμένο Βασίλειο στο υπουργείο Υγείας). Δικαίωμα πρόσβασης στα ιατρικά δεδομένα έχουν μόνο ο ασθενής και οι επαγγελματίες υγείας που εμπλέκονται άμεσα στη φροντίδα του. Εντούτοις, με τη συγκατάθεση του ασθενούς, η πρόσβαση στα περιεχόμενα του αρχείου του μπορεί να επιτραπεί σε οποιονδήποτε. Η κατάσταση, όμως, περιπλέκεται σε ειδικές περιπτώσεις (π.χ. ανικανότητα των ασθενών για λήψη αποφάσεων, επείγουσες καταστάσεις με διαταραχή του επιπέδου συνείδησης και επικοινωνίας, κίνδυνος πρόκλησης σοβαρής βλάβης ή ακόμη και θανάτου, χρήση των δεδομένων για σκοπούς που εξυπηρετούν την ιατρική έρευνα κ.ά.). Η διάρκεια της διατήρησης των ηλεκτρονικών πληροφοριών και ο χρόνος καταστροφής τους αποτελούν, επίσης, ζητήματα προς διευκρίνιση.

### **Βελτίωση της ποιότητας και της ασφάλειας με τη βοήθεια της ιατρικής πληροφορικής**

Ο συνεχώς αυξανόμενος όγκος των ιατρικών γνώσεων και πληροφοριών και η ανάγκη παροχής εξατομικευμένης θεραπείας σε κάθε ασθενή έχουν αναδείξει την αξία των εφαρμογών της ιατρικής πληροφορικής στον τομέα της ποιότητας και της ασφάλειας. Έτσι, η προσαρμογή της δόσης εκατοντάδων φαρμάκων στο βαθμό νεφρικής λειτουργίας του ασθενούς είναι δύσκολο να επιτευχθεί από έναν ιατρό, πραγματοποιείται όμως με μεγάλη ακρίβεια με τη βοήθεια ηλεκτρονικού υπολογιστή. Ομοίως, τα σύγχρονα πληροφορικά συστήματα, με την ενσωμάτωση εφαρμογών υποστήριξης κλινικών αποφάσεων (CDSSs) και ηλεκτρονικής εισαγωγής εντολών (CPOE) μπορούν να ανιχνεύσουν άμεσα αλληλεπιδράσεις μεταξύ των φαρμάκων που λαμβάνει ο ασθενής.

Οι τρόποι με τους οποίους η ιατρική πληροφορική μπορεί να διαδραματίσει σήμερα σημαντικό ρόλο στη βελτίωση της ποιότητας και της ασφάλειας περιλαμβάνουν:

**1. Βελτίωση της επικοινωνίας και της διακίνησης των πληροφοριών.** Η ελλιπής πληροφόρηση, ιδιαίτερα μεταξύ των ιατρών, παραμένει ένας από τους σημαντικότερους παράγοντες που οδηγούν σε ανεπιθύμητα συμβάματα. Χαρακτηριστικά, αναφέρεται μελέτη στην οποία ο κίνδυ-

νος εμφάνισης ενός τέτοιου γεγονότος ήταν 5,2 φορές μεγαλύτερος σε περιπτώσεις συμπαράκολούθησης νοσηλευόμενων ασθενών από περισσότερους του ενός ιατρούς. Η χρήση της σύγχρονης τεχνολογίας και συγκεκριμένα α) ηλεκτρονικών ιατρικών αρχείων και η δυνατότητα απομακρυσμένης ασύρματης πρόσβασης σε αυτά και β) προσωπικών υπολογιστών χειρός (personal digital assistants - PDAs) ή κινητών τηλεφώνων με δυνατότητες PDA υποστηρίζεται ότι βελτιώνει την ανταλλαγή πληροφοριών και μειώνει την πιθανότητα λάθους.

**2. Βελτίωση της πρόσβασης στις πληροφορίες.** Ιατρικά συγγράμματα, βάσεις δεδομένων φαρμάκων, εργαλεία διαφορικής διαγνωστικής κ.ά. είναι διαθέσιμα σε ηλεκτρονική μορφή για χρήση από υπολογιστές γραφείου, ή ακόμη και από προσωπικούς υπολογιστές χειρός (με εφαρμογές όπως το Eprocrates και το Skyskape), επιτρέποντας ταχεία πρόσβαση στις απαραίτητες ιατρικές πληροφορίες τη στιγμή όπου είναι απαραίτητες.

**3. «Αναγκαστική» εισαγωγή πληροφοριών.** Ο «εξαναγκασμός» των επαγγελματιών υγείας να εισαγάγουν σημαντικές και απαραίτητες πληροφορίες στο σύστημα προκειμένου να εκτελεστεί μια εργασία αποτελεί ένα από τα κύρια μέσα με τα οποία η χρήση της πληροφορικής προάγει την ασφάλεια (π.χ. κατά την ηλεκτρονική εισαγωγή εντολών, μια συνταγή θα πρέπει να είναι πλήρης και ορθή για να εκτελεστεί).

**4. Υποβοήθηση σε υπολογισμούς.** Η χρήση υποπρογραμμάτων που βοηθούν στην εκτέλεση διαφόρων υπολογισμών (π.χ. προσαρμογή της δόσης φαρμάκων ανάλογα με το επίπεδο νεφρικής λειτουργίας του ασθενούς, υπολογισμός ρυθμού έγχυσης διαφόρων φαρμάκων) είναι εφικτή στα σημερινά πληροφορικά συστήματα.

**5. Παρακολούθηση (monitoring).** Η συνεχής παρακολούθηση διαφόρων παραμέτρων και η άμεση ειδοποίηση σε περιπτώσεις απόκλισης από τα προκαθορισμένα όρια είναι χρήσιμα εργαλεία, που επιτρέπουν την έγκαιρη παρέμβαση και μπορούν να οδηγήσουν στην πρόληψη ανεπιθύμητων συμβαμάτων.

**6. Υποστήριξη κλινικών αποφάσεων.** Η ενσωμάτωση των παραπάνω εφαρμογών στα σύγχρονα συστήματα πληροφορικής μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την υποστήριξη κλινικών αποφάσεων με τη βοήθεια υπολογιστή (CDSS). Έτσι, αντλώντας πληροφορίες από τα ηλεκτρονικά αρχεία ασθενών, τα πληροφορικά συστήματα των νοσοκομείων (HIS) έχουν τη δυνατότητα να ειδοποιήσουν το θεράπο-

να ιατρό (ακόμη και εξ αποστάσεως, π.χ. με μήνυμα στο κινητό του τηλέφωνο) για έναν ασθενή που παρουσιάζει σοβαρή υποκαλιαίμια και να προτείνουν τις απαραίτητες θεραπευτικές ενέργειες. Ομοίως, η ηλεκτρονική εισαγωγή μιας εντολής για διενέργεια υπολογιστικής τομογραφίας με χρήση ενδοφλέβιου σκιαγραφικού μπορεί να «πυροδοτήσει» την εμφάνιση προειδοποιητικού μηνύματος σε ασθενείς με διαταραγμένη νεφρική λειτουργία. Άλλες εφαρμογές των CDSs περιλαμβάνουν υπενθύμιση για απαραίτους εμβολιασμούς, αλγόριθμους για τη διάγνωση των αιτίων θωρακικού άλγους ή προτροπή για «παράπλευρες ενέργειες» (π.χ. σύσταση για έναρξη αντιπηκτικής αγωγής όταν δίνεται εντολή ένας ασθενής να παραμείνει κλινής).

**7. Ασφάλεια φαρμάκων - Πρόληψη ανεπιθύμητων ενεργειών.** Υποστηρίζεται ότι το 28% των ανεπιθύμητων συμβαμάτων οφείλεται σε λάθη κατά τη χορήγηση φαρμάκων και συνεπώς μπορεί -εν μέρει τουλάχιστον- να προληφθεί. Ποσοστό 56% των λαθών συμβαίνει κατά τη διαδικασία της εντολής έναρξης της φαρμακευτικής αγωγής.

Η συνεργασία του συστήματος ηλεκτρονικής εισαγωγής εντολών με μια φαρμακευτική βάση δεδομένων μπορεί να οδηγήσει στην πρόληψη σημαντικών λαθών κατά τη συνταγογράφηση φαρμάκων, σε ποσοστό που κυμαίνεται από 55% έως και 83%, σύμφωνα με τα αποτελέσματα μελετών σε νοσηλευόμενους ασθενείς, ανιχνεύοντας εγκαίρως υπερβάσεις στη δοσολογία, σφάλματα στην οδό χορήγησης και πιθανές επικίνδυνες αλληλεπιδράσεις με

φάρμακα που ήδη λαμβάνει ο ασθενής.

### **Συμπεράσματα**

Η χρήση ηλεκτρονικών αρχείων ασθενών, σε συνεργασία με τις δυνατότητες που παρέχει σήμερα η πληροφορική στο χώρο της υγείας, μπορεί να οδηγήσει σε σημαντική αναβάθμιση της ποιότητας και της ασφάλειας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Εφαρμογές που βελτιώνουν την πρόσβαση στα ιατρικά δεδομένα του ασθενούς και τις ιατρικές γνώσεις γενικότερα διευκολύνουν την επικοινωνία μεταξύ επαγγελματιών υγείας, απαιτούν την εισαγωγή κρίσιμων δεδομένων και υποβοηθούν τον κλινικό στους διάφορους υπολογισμούς και τη λήψη αποφάσεων είναι διαθέσιμες και φαίνεται ότι αποδίδουν σημαντικά οφέλη στην κλινική πράξη.

Πολλά είναι τα ερωτήματα και οι ανησυχίες που αφορούν κυρίως στο κόστος εγκατάστασης και χρήσης των πληροφορικών συστημάτων, στην ασφάλεια των προσωπικών δεδομένων, στις ασυμβατότητες μεταξύ διαφόρων εφαρμογών, στην αποτελεσματικότητα της χρήσης των CDSs και στη δυσπιστία ή και απροθυμία πολλών επαγγελματιών υγείας για την υιοθέτηση ενός νέου περιβάλλοντος εργασίας. Τα ερωτήματα θα απαντηθούν με κατάλληλα σχεδιασμένες και σταθμισμένες μελέτες, ώστε να δρομολογηθούν οι απαραίτητες διορθωτικές ενέργειες. Όμως, οι όποιες επιφυλάξεις δε θα σταθούν εμπόδιο στις νέες δυνατότητες και προοπτικές που ανοίγει ο κόσμος της πληροφορικής στην ιατρική.

## Πιστοποίηση της Stem-Health Hellas από τη FACT-NETCORD

Γιώργος Καριανάκης  
Αιματολόγος «ΥΓΕΙΑ», Ιατρικός Διευθυντής Stem-Health Hellas

Η μεταμόσχευση αρχέγονων αιμοποιητικών κυττάρων είναι εδώ και 30 χρόνια περίπου μία καταξιωμένη θεραπευτική μέθοδος για την αντιμετώπιση πολλών αιματολογικών και μη νοσημάτων. Χιλιάδες μεταμοσχεύσεις πραγματοποιούνται κατ' έτος, αυτόλογες ή αλλογενείς, με υψηλά ποσοστά επιτυχίας σε ανίστες νόσους. Το Ευρωπαϊκό Γραφείο Μεταμοσχεύσεων (EBMT) κατά τη διάρκεια του 2008 κατέγραψε 30.300 μεταμοσχεύσεις από 615 κέντρα σε 42 χώρες.

Ο μυελός των οστών για σειρά ετών (1970 - 1990) αποτελούσε το μοναδικό μόσχευμα. Τη σκυτάλη μετά παρέλαβαν τα αρχέγονα αιμοποιητικά κύτταρα του αίματος (blood stem cells). Σήμερα το 72% των αλλογενών μεταμοσχεύσεων και το 98% των αυτόλογων χρησιμοποιούν αυτή τη μορφή μοσχεύματος. Την τελευταία δεκαετία παρατηρείται σημαντική αύξηση των μεταμοσχεύσεων από κύτταρα ομφαλοπλακουντιακού αίματος (706 μεταμοσχεύσεις το 2008).

Τα βλαστοκύτταρα (όπως ονομάζονται) ομφαλοπλακουντιακού αίματος είναι αρχέγονα, πολυδύναμα κύτταρα που διατηρούν την ικανότητα να διαιρούνται και να διαφοροποιούνται προς οποιονδήποτε κυτταρικό τύπο.

Η διαδικασία λήψης των βλαστοκυττάρων πραγματοποιείται από το μαιευτήρα αμέσως μετά τον τοκετό και την περιδεση του ομφάλιου λώρου. Η διαδικασία διαρκεί λίγα λεπτά, είναι απλή και εντελώς ανώδυνη για το παιδί και τη μητέρα.

Από το 2008 λειτουργεί στο «ΥΓΕΙΑ» τράπεζα ιδιωτικής φύλαξης βλαστοκυττάρων (Stem-Health Hellas). Το επίπεδο της επεξεργασίας και κατάψυξης των δειγμάτων πληροί τα διεθνή πρότυπα. Η τράπεζα έχει στελεχωθεί από έμπειρους ειδικούς επιστήμονες, λαμβάνει μέρος σε διεθνή συνέδρια και συμμετέχει από το 2009 σε ειδικό ερευνητικό πρόγραμμα στη Γαλλία (INSERM PARIS) με δύο στελέχη της.

Τον πρώτο χρόνο λειτουργίας της συλλέχτηκαν περίπου 3.000 δείγματα (Ιούλιος 2008 - Ιούλιος 2009) με πολύ χαμηλά ποσοστά απόρριψης και λίαν ικανοποιητικά ποιοτικά χαρακτηριστικά των δειγμάτων (όγκος - αριθμός CD34+). Συνεχίζει με τον ίδιο ρυθμό, έχοντας βάλει

στόχο τη διατήρηση του υψηλού επιπέδου, την πραγματοποίηση τυποποίησης HLA, την πραγματοποίηση νέων ερευνητικών πρωτοκόλλων και τη μετατροπή της σε τράπεζα υβριδικού τύπου όπου συγκεκριμένος αριθμός επεξεργασμένων και HLA - τυποποιημένων μονάδων θα αποδίδεται σε Δημόσια Τράπεζα δωρεάν για χρήση. Ήδη προ 8μήνου προχώρησε σε φύλαξη μεσεγχυματικών κυττάρων (ομφάλιος λώρος).

Τα μεσεγχυματικά κύτταρα έχουν μεγάλη «πλαστικότητα», δηλαδή μπορούν να δημιουργήσουν τύπους κυττάρων (χονδροκύτταρα, λιποκύτταρα, νευρικά κύτταρα, κύτταρα δερματικά, μυοκύτταρα κ.λπ.) με πιθανότητες μελλοντικές καταλυτικές εφαρμογές.

Σήμερα παγκοσμίως έχουν φυλαχθεί περίπου 400.000 μονάδες ομφαλοπλακουντιακού αίματος στο Δημόσιο Τομέα και 1.500.000 σε τράπεζες ιδιωτικής φύλαξης. Το 1996 ιδρύθηκε η FACT (Foundation for the Accreditation of Cellular Therapy) με σκοπό την καθιέρωση προτύπων ιατρικής και εργαστηριακής πρακτικής στις μεταμοσχεύσεις πρόδρομων αιμοποιητικών κυττάρων και κυτταρικών θεραπειών.

Η NetCord είναι ίδρυμα καθιερωμένο ως το παγκόσμιο δίκτυο αναζήτησης ομφαλοπλακουντιακών μοσχευμάτων (αποτελείται από τις τράπεζες).

Η «συνένωση» FACT-NetCord καλύπτει όλα τα στάδια, από τη συλλογή, την επεξεργασία, τη φύλαξη και την απόδοση του δείγματος ομφαλοπλακουντιακών βλαστικών κυττάρων καθώς και την παρακολούθηση των μεταμοσχευμένων ασθενών. Τα κριτήρια πιστοποίησης είναι πολύ αυστηρά. Ο αριθμός των διαπιστευμένων τραπεζών διεθνώς είναι πολύ μικρός (περίπου 35).

Η Stem-Health Hellas υπέβαλε αίτηση ελέγχου και διαπίστευσης το 2009. Στις 23 και 24 Μαρτίου έγινε ενδελεχής έλεγχος από 3 επιθεωρητές (inspectors) της FACT-NetCord από τις Η.Π.Α., οι οποίοι με έκκληση και ικανοποίηση διαπίστωσαν το υψηλό επίπεδο λειτουργίας της τράπεζας και την άποψη διαδικασία επεξεργασίας των δειγμάτων. Τα σχόλιά τους ήταν απρόσμενα κολακευτικά και εισηγήθηκαν στην αρμόδια επιτροπή της FACT-NetCord την άμεση πιστοποίηση της Stem-Health Hellas.

Είναι η 2η Τράπεζα Ιδιωτικής Φύλαξης στον κόσμο και η 1η στην Ευρώπη που συμπλήρωσε όλα τα στάδια διαπίστευσης από το διεθνή οργανισμό, τη στιγμή που έχουν επανειλημμένα απορριφθεί αιτήσεις άλλων τραπεζών.

Η Stem-Health Hellas συνεχίζει απρόσκοπτα το έργο της. Υιοθετεί νέες εργαστηριακές μεθόδους, συνεχίζει και το ερευνητικό της πρόγραμμα με κέντρα ελληνικά και του εξωτερικού, ενημερώνει συνεχώς τους υποψήφιους γονείς για τα βλαστοκύτταρα ακολουθώντας τα παγκόσμια επιστημονικά δεδομένα, διακηρύσσει συνέχεια ότι η φύλαξη

βλαστοκυττάρων ομφαλοπλακουντιακού αίματος (είτε ιδιωτική είτε δημόσια) είναι επιτακτικό έργο για την αντιμετώπιση ασθενών σε μεγαλύτερο βαθμό και για μελλοντική εφαρμογή λίαν σημαντικών προκλινικών και πειραματικών κλινικών δεδομένων.

Στόχος της παραμένει η μετατροπή της σε υβριδική Τράπεζα με δωρεάν απόδοση στην Τράπεζα Δημόσιας χρήσης σημαντικών μονάδων για την άμεση αύξηση της αποθήκευσης των βλαστοκυττάρων ομφαλοπλακουντιακού αίματος.





ΟΜΙΛΟΣ ΥΓΕΙΑ



**Stem-Health**

Μοναδική Στιγμή. Μοναδική Απόφαση.

Η καλύτερη Τράπεζα Βλαστικών Κυττάρων στην Ευρώπη



# 8 λόγοι

για τους οποίους θα διαλέξετε  
τη Stem-Health Hellas

- 1** Η Stem-Health Hellas είναι η πρώτη οικογενειακή τράπεζα ομφαλοπλακουντιακού αίματος στην Ευρώπη και η δεύτερη στον κόσμο που έχει ολοκληρώσει με επιτυχία όλα τα στάδια της διαπίστευσης, από τον διεθνή κύριο οργανισμό FACT-Netcord.
- 2** Αποδίδει εξαιρετικά αποτελέσματα ως προς τη βιωσιμότητα και τον αριθμό των βλαστικών κυττάρων που φυλάσσονται.
- 3** Το εργαστήριο και οι δεξαμενές κρυοσυντήρησης βρίσκονται εντός του νοσοκομείου Υγεία στην Αθήνα.
- 4** Η Stem-Health Hellas προσφέρει τις πιο ανταγωνιστικές τιμές στην Ελλάδα.
- 5** Παρέχει εγγύηση για τις αποθηκευμένες μονάδες.
- 6** Προσφέρει τη δυνατότητα αποθήκευσης ιστού ομφαλίου λώρου (μεσεγγυματικά βλαστικά κύτταρα).
- 7** Εγγυάται τη δωρεάν μεταφορά των βλαστικών κυττάρων οπουδήποτε στον κόσμο.
- 8** Η Stem-Health Hellas και τα άλλα μέλη της «Ένωσης Διαπιστευμένων Τραπεζών Βλαστικών Κυττάρων» δεσμεύονται να προσφέρουν υψηλή ποιότητα και έγκυρη ενημέρωση προς τους γονείς.

Επικοινωνία:

800 11 7836 235, 211 700 78 00

[www.stem-health.gr](http://www.stem-health.gr)

# Χρειάζεστε Leasing για τον εξοπλισμό σας;

## Είμαστε δίπλα σας.



Εκσυγχρονίστε τον εξοπλισμό του ιατρείου σας με το **Marfin Direct Leasing** χωρίς να χρησιμοποιήσετε ίδια κεφάλαια και εξασφαλίστε το μέγιστο φορολογικό όφελος.

- ▶ Με εξαιρετικά χαμηλό μηνιαίο μίσθωμα από **€14,77** ανά **€1.000** μίσθωσης\*
- ▶ Χρηματοδότηση έως το **100%** της καθαρής αξίας του εξοπλισμού πλέον ΦΠΑ
- ▶ **Δυνατότητα απόκτησης του εξοπλισμού** στη λήξη της μίσθωσης έναντι πολύ χαμηλού τιμήματος
- ▶ Ποσό χρηματοδότησης έως **€40.000**
- ▶ Διάρκεια μίσθωσης έως **7 έτη\*\***

\* Ισχύει για Leasing Ιατρικού Εξοπλισμού διάρκειας 7 ετών με κυμαινόμενο επιτόκιο ΕΧΜΕ (5,75%) πλέον περιθωρίου 0,75% \*\* Ισχύει για Leasing Ιατρικού Εξοπλισμού