

Βασικές αρχές και πρακτική εφαρμογή του ιατρικού ελέγχου

Δρ Αντώνης Παπαγιάννης
Πνευμονολόγος

Σε παλαιότερο τεύχος των 'Ιατρικών Θεμάτων' είχαμε αναφερθεί στην έννοια του ιατρικού ελέγχου (medical audit). Ο αναγνώστης παραπέμπεται στο άρθρο εκείνο¹ για μια αναλυτική παρουσίαση της φιλοσοφίας και των μορφών του ιατρικού ελέγχου. Στη συνέχεια θα παραθέσουμε με συντομία μερικούς βασικούς κανόνες που διέπουν τον έλεγχο και τον τρόπο της εφαρμογής τους στην πράξη.

Ορισμός και βασικές αρχές

Ιατρικός έλεγχος (ΙΕ) ονομάζεται η συστηματική και κριτική ανάλυση της ποιότητας των παρεχομένων ιατρικών υπηρεσιών, που περιλαμβάνει τις διαγνωστικές και θεραπευτικές ενέργειες, τη χρήση των διαθεσίμων πόρων, την έκβαση των ιατρικών ενεργειών και την επίδρασή τους στην ποιότητα ζωής των ασθενών².

Ο ΙΕ έχει σκοπό³:

- να βρει τρόπους βελτίωσης και διατήρησης της ποιότητας της φροντίδας υγείας
- να βοηθήσει στην εκπαίδευση και επιμόρφωση των γιατρών
- να κάνει την καλύτερη δυνατή χρήση των πόρων που διατίθενται για τις υπηρεσίες υγείας.

Μερικοί παράγοντες που συντελούν στην αυξημένη ανάγκη για ΙΕ είναι οι ακόλουθοι³:

- Η κοινωνία έχει μεγαλύτερες απαιτήσεις για ποιότητα στα αγαθά και τις υπηρεσίες που χρησιμοποιεί (συνεπώς και στις υπηρεσίες υγείας).
- Υπάρχουν μεγάλες ποιοτικές διαφορές στις παρεχόμενες υπηρεσίες ανάμεσα σε διάφορους φορείς και χώρους, που δεν μπορούν να αιτιολογηθούν επαρκώς, αλλά πρέπει να εξομαλυνθούν όσο είναι δυνατό.
- Οι γιατροί αντιμετωπίζουν αυξημένες απαιτήσεις από τους ασθενείς, τις οποίες πρέπει να ισορροπήσουν με την ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών.

- Οι διοικητικές και οικονομικές υπηρεσίες απαιτούν πιο ορθολογική χρήση των διαθεσίμων πόρων, οι οποίοι φυσικά δεν είναι απεριόριστοι.

Έτσι ο ΙΕ αποτελεί μια εκδήλωση υπευθυνότητας του ιατρικού σώματος, σε ατομικό και συλλογικό επίπεδο, απέναντι στην κοινωνία που δέχεται τις υπηρεσίες του. **Ουσιαστικά σημαίνει ότι ο κάθε γιατρός δεν ενεργεί αυθαίρετα, αλλά ακολουθεί τις επιταγές της επιστήμης του χωρίς σημαντικές αποκλίσεις.** Η ιατρική πρακτική έχει ως σκοπό την προαγωγή της υγείας του συνόλου. Αυτό επιτελείται με την φροντίδα υγείας των επιμέρους ατόμων, ιδίως σε καιρό νόσου (θεραπεία), αλλά και με την αγωγή υγείας (εκπαίδευση, ενημέρωση) για την αποφυγή νόσησης (πρόληψη). Και οι δυο πτυχές μπορούν να υποβάλλονται σε έλεγχο ως προς την ορθότητα και την αποτελεσματικότητά τους.

Θεωρητικά ο ΙΕ μπορεί να ασκηθεί από ια-



Rembrandt van Rijn, The Anatomy Lesson of Dr. Tulp, 1632.

τρούς ή από εξωιατρικά πρόσωπα ή φορείς. Ωστόσο, η ιδιαιτερότητα της φύσης του ιατρικού επαγγέλματος καθιστά δύσκολο τον έλεγχο από ανθρώπους που δεν γνωρίζουν σε βάθος την επιστήμη, αλλά και τα καθημερινά πρακτικά και δεοντολογικά προβλήματα που ανακύπτουν κατά την άσκηση της ιατρικής. Αυτό σημαίνει ότι ο ΙΕ μπορεί να γίνει πιο σωστά και πιο έγκυρα μόνο από γιατρούς. Αυτό ίσως γεννά μια δυσπιστία στο ευρύ κοινό, που εύλογα μπορεί να σκεφθεί ότι οι γιατροί αλληλοσυγκάλυπτονται και κρύβουν από τον κόσμο την αλήθεια. Ένας τρόπος άρσης της δυσπιστίας αυτής είναι η θέσπιση κανόνων ελέγχου, που θα εφαρμόζονται κατά το δυνατόν ορθά και με ακρίβεια.

Από την άλλη μεριά, ίσως και στους γιατρούς να δημιουργηθεί η υπόνοια ότι ο έλεγχος αποτελεί μηχανισμό αποκάλυψης παραπτώματων, απόδοσης ευθυνών και παραπομπής τους σε πειθαρχικά ή άλλα θεσμικά όργανα. Πρέπει συνεπώς να διευκρινήσουμε **ότι ο ΙΕ αποτελεί πρωτίστως και κυρίως εκπαιδευτικό εργαλείο για τους γιατρούς και μέσο ποιοτικής βελτίωσης των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας.** Θα μπορούσε κανείς να τον παρομοιάσει με το *service* των αυτοκινήτων (που γίνεται εκούσια και αποσκοπεί στην καλή λειτουργία τους) και όχι με το ΚΤΕΟ, που αποτελεί νομική υποχρέωση που επιβάλλεται “άνωθεν”.

Η συμμετοχή των γιατρών στον έλεγχο θα πρέπει να είναι εκούσια, με διάθεση αυτογνωσίας, επιμόρφωσης και ποιοτικής βελτίωσης, και χωρίς τον φόβο της τιμωρίας. Ακόμη, ο ΙΕ δεν θα πρέπει ποτέ να εκλαμβάνεται ως ευκαιρία επιστημονικού ανταγωνισμού και επίδειξης της ανωτερότητός μας απέναντι στους συναδέλφους μας. Αν π.χ. οι συγκρίσεις αποκαλύπτουν υπεροχή μιας νοσοκομειακής κλινικής απέναντι σε άλλη, αυτό δεν θα πρέπει να γίνει αφορμή καυχησιολογίας ή φθόνου, αλλά να λειτουργήσει ως θετικό κίνητρο και για τις δυο κλινικές: η πρώτη θα πρέπει να διατηρήσει το καλό επίπεδο στο οποίο έφτασε, ενώ η δεύτερη θα πρέπει να παρακινήθει να επιτύχει εξίσου καλές επιδόσεις.

Η διαδικασία του ιατρικού ελέγχου

Η διαδικασία του ΙΕ έχει παρομοιασθεί με ένα κύκλο, ο οποίος έχει ορισμένα βασικά στάδια:

1. Ορίζεται το αντικείμενο του ελέγχου.

2. Αποφασίζονται εκ των προτέρων ή ανευρίσκονται από τη βιβλιογραφία τα υπάρχοντα

πρότυπα σύγκρισης.

3. Καταγράφεται η παρούσα πρακτική και συγκρίνεται με τα πρότυπα.

4. Αποφασίζεται αν πρέπει να γίνουν συγκεκριμένες μεταβολές στην πρακτική.

5. Εφαρμόζονται οι μεταβολές από τα εμπλεκόμενα πρόσωπα.

6. Επανεξετάζεται η πρακτική μετά από ένα ορισμένο χρονικό διάστημα εφαρμογής των μεταβολών (κλείσιμο του κύκλου).

Η αρχική επισκόπηση της παρούσας κατάστασης ως προς το υπό έλεγχον θέμα μπορεί να δείξει ότι δεν υπάρχουν ουσιαστικά προβλήματα, οπότε ο έλεγχος μπορεί απλώς να επισημάνει ότι η πρακτική είναι καλή και θα πρέπει να συνεχισθεί αμετάβλητη. Εφόσον εντοπισθούν συγκεκριμένα προβλήματα, γίνεται σύγκριση με τα επιθυμητά πρότυπα, προτείνονται τροποποιήσεις και εισάγονται κάποιοι στόχοι. Επίσης καθορίζεται ένα χρονικό περιθώριο εφαρμογής των αλλαγών, με το πέρας του οποίου ο έλεγχος θα πρέπει να επαναληφθεί. Τα νέα αποτελέσματα θα δείξουν αν οι αλλαγές εφαρμόστηκαν στην πράξη, αν οδήγησαν σε καλύτερη έκβαση της κατάστασης των ασθενών και επίλυση των αρχικών προβλημάτων, ή αν οι στόχοι που είχαν τεθεί ήταν εξωπραγματικοί και μη εφαρμόσιμοι. Η σύγκριση με το παρελθόν μπορεί να οδηγήσει σε περαιτέρω αλλαγές (και καινούργιο μελλοντικό έλεγχο), ή σε υιοθέτηση της νέας πρακτικής εφόσον αυτή αποδειχθεί αποτελεσματική.

Ένα πρόχειρο παράδειγμα μπορεί να μας βοηθήσει να καταλάβουμε καλύτερα τα στάδια αυτά. Μια κλινική αποφασίζει να εξετάσει συστηματικά την αντιμετώπιση των ασθενών με πνευμονία της κοινότητας (στάδιο 1). Υπάρχουν στη βιβλιογραφία καθιερωμένες θέσεις ομοφωνίας για την πάθηση αυτή, που μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως πρότυπο σύγκρισης (στ. 2). Η ομάδα των ειδικών που ασκεί τον έλεγχο καταγράφει τί αντιβιοτικά έλαβαν οι ασθενείς που εισήχθησαν σε κάποια χρονική περίοδο στη δεδομένη κλινική, ποιά ήταν η διάρκεια της νοσηλείας τους, τί συμβάματα και επιπλοκές είχαν (π.χ. ανάγκη για μηχανικό αερισμό, αλλαγές αντιβιοτικής αγωγής, εμπυήματα κτλ.), και ποιά ήταν η τελική έκβαση (στ. 3). Η σύγκριση με τη βιβλιογραφία αποκαλύπτει ότι τα αντιβιοτικά που δόθηκαν δεν ήταν σύμφωνα με τις υπάρχουσες θέσεις ομοφωνίας, οπότε αποφασίζεται μια ενιαία

τακτική χρήσης αντιβιοτικών στις πνευμονίες (στ. 4), που θα πρέπει να εφαρμοσθεί από όλους τους γιατρούς της κλινικής επί ένα τρίμηνο (στ. 5). Μετά την συμπλήρωση του χρονικού αυτού διαστήματος επανεκτιμάται η κατάσταση, γίνονται νέες συγκρίσεις, και διαπιστώνεται ταχύτερη αποκατάσταση, λιγότερες επιπλοκές και καλύτερη γενική έκβαση των ασθενών (στ. 6). Η νέα στρατηγική που προηγουμένως είχε 'πιλοτικό' χαρακτήρα καθιερώνεται πλέον ως παγία τακτική για την κλινική αυτή [Το αποτέλεσμα θα μπορούσε να είναι και το αντίθετο: οι θέσεις ομοφωνίας μπορεί να μην ανταποκρίνονται στις τοπικές συνθήκες του δεδομένου νοσοκομείου, στο οποίο μπορεί να απαιτείται μια τροποποιημένη τακτική, ή να συνέτρεξαν άλλοι λόγοι αποτυχίας της αλλαγής αυτής, που πρέπει να επισημανθούν].

Το παράδειγμά μας αναφέρεται σε έλεγχο μιας θεραπευτικής στρατηγικής με στόχο τη βελτίωση της έκβασης και την καλύτερη ποιότητα ζωής. Ανάλογος έλεγχος μπορεί να διεξαχθεί για τις διαγνωστικές στρατηγικές (π.χ. πόσες και ποιές από τις εξετάσεις 'ρουτίνας' είναι αναγκαίες, και τί κόστος έχει το πλεόνασμα των εξετάσεων), για την πρόληψη (π.χ. εφαρμογή του αντιγριππικού εμβολιασμού), για την παρακολούθηση των ασθενών (π.χ. με ποιόν τρόπο θα διασφαλισθεί καλύτερα η προσέλευση σε προγραμματισμένα ραντεβού), για την πληρότητα των ιατρικών αρχείων και φακέλων (ποιά στοιχεία λείπουν και πόσο η έλλειψη αυτή επηρεάζει τη φροντίδα των ασθενών) και κάθε άλλη πτυχή της ιατρικής πρακτικής. Παντού υπάρχουν περιθώρια για αυτοκριτική και αναβάθμιση.

Η ιατρική πράξη περιλαμβάνει πολλούς επιμέρους τομείς, που διαφέρουν μεταξύ τους ως προς το είδος της εργασίας, τις παρεχόμενες υπηρεσίες, τη νομική υπόσταση (ιδιωτικός και δημόσιος τομέας, ασφαλιστικά ταμεία κτλ.). Είναι αυτονόητο ότι τα κριτήρια ελέγχου θα είναι διαφορετικά για τα ακτινολογικά και μικροβιολογικά εργαστήρια και τις κλινικές, τα εξωτερικά ιατρεία ενός νοσοκομείου και ενός ασφαλιστικού φορέα, τα χειρουργεία και τις αίθουσες τοκετών. Πρακτικά αυτό σημαίνει ότι **τον κύριο λόγο στη διεξαγωγή του ελέγχου σε κάθε χώ-**

ρο θα πρέπει να έχουν οι άνθρωποι που ασχολούνται με το αντίστοιχο αντικείμενο και γνωρίζουν τις ιδιαιτερότητές του. Ωστόσο, άλλοι ειδικοί που κάνουν χρήση των υπηρεσιών μπορούν να έχουν γνώμη για τον τρόπο παροχής τους. Έτσι π.χ. οι κλινικοί γιατροί που χρησιμοποιούν το ακτινολογικό ή το μικροβιολογικό εργαστήριο μπορεί να ασκήσουν έλεγχο ως προς την ταχύτητα διεξαγωγής επειγουσών εξετάσεων, την έγκαιρη γνωμάτευση των ακτινογραφιών κτλ. Με τον τρόπο αυτό οι εργαστηριακοί και οι κλινικοί γιατροί μπορούν να βρουν έναν κοινά αποδεκτό τρόπο εργασίας που θα προσφέρει τα καλύτερα δυνατά αποτελέσματα.

Και μερικές απαραίτητες προϋποθέσεις

- Για να είναι ο ιατρικός έλεγχος **αξιόπιστος**, πρέπει να στηρίζεται σε ειλικρινή καταγραφή και παρουσίαση των δεδομένων, χωρίς την απόκρυψη ή παραποίηση τους.

- Για να είναι **επιστημονικός και εκπαιδευτικός**, πρέπει να χρησιμοποιεί έγκυρα και ευρείας αποδοχής κριτήρια, και όχι αυθαίρετα μέτρα και σταθμά.

- Για να είναι **ουσιαστικός και αποτελεσματικός**, πρέπει να συνοδεύεται από τη διάθεση των εμπλεκόμενων προσώπων να βελτιώσουν την υπάρχουσα κατάσταση.

- Και τέλος, για να είναι **έντιμος και αδιάβλητος**, δεν θα πρέπει να έχει καμμία εξάρτηση από οικονομικά συμφέροντα προσώπων ή ομάδων⁴, αλλά να λειτουργεί με μόνο γνώμονα την ορθή πρακτική και το συμφέρον του ασθενούς και του κοινωνικού συνόλου γενικότερα.

Βιβλιογραφία

1. Σύκας Ν, Παπαγιάννης Α. Ο ιατρικός έλεγχος (medical audit) και η συμβολή του στη βελτίωση των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας. Ιατρικά Θέματα 2000 (19): 34-39.
2. Ellis BW, Simpson J. Audit. In: Kirk RM, Mansfield AO, Cochrane J, eds. Clinical Surgery in General. London, Churchill Livingstone, 1994: 383-91.
3. Making medical audit effective. Joint Centre for Education in Medicine 1992.
4. Παπαγιάννης Α. Η επαγγελματική ανεξαρτησία του ιατρού. Ιατρικά Θέματα 2002 (25): 19-21.