

**ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ**

ΠΡΑΚΤΙΚΑ

1^ο ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΥ ΣΕΜΙΝΑΡΙΟΥ
ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΜΕ ΘΕΜΑ:
«Ποιότητα & Διαπίστευση Μονάδων Υγείας»

ΣΑΒΒΑΤΟ 17 ΙΟΥΛΙΟΥ 2010

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ

1^ο ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΣΕΜΙΝΑΡΙΟ **ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΜΕ ΘΕΜΑ:**

«Ποιότητα & Διαπίστευση Μονάδων Υγείας»

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΕΡΓΑΣΙΩΝ

- Προσέλευση
- Χαιρετισμός Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης

- **ΘΕΜΑΤΙΚΕΣ ΕΝΟΤΗΤΕΣ ΚΑΙ ΟΜΙΛΗΤΕΣ**

ΜΕΡΟΣ Α΄:

«Διεθνής κατάσταση της ποιότητας στην υγεία και στο νοσοκομειακό χώρο»

ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΕΣ:

Δρ. Άρης Σισσούρας, Καθηγητής Πολυτεχνικής Σχολής Πανεπιστημίου Πατρών

κα Β. Παπανικολάου, Καθηγήτρια Τομέα Διοίκησης Υπηρεσιών Υγείας της ΕΣΔΥ

Συζήτηση: 30 λεπτά

ΟΜΙΛΗΤΕΣ:

I. Δρ. Al Assaf, Oklahoma University

II. Δρ. Ανδρέας Πολυνείκης, Υπουργείο Υγείας Κυπριακής Δημοκρατίας

III. κ. Αλέξανδρος Σταμάτης, Γενικός Διευθυντής του Ογκολογικού Κέντρου της Τράπεζας Κύπρου

Συζήτηση: 30 λεπτά

Διάλειμμα Καφέ

ΜΕΡΟΣ Β΄:

«Ελληνική Πραγματικότητα»

ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΕΣ:

Δρ. **Χρήστος Ζηλίδης**, Πρόεδρος Ομάδας Εργασίας για τις διαδικασίες ποιότητας στα νοσοκομεία του ΕΣΥ

Δρ. **Εμμανουήλ Σαλαμαλέκης**, Αττικό Νοσοκομείο, Διευθυντής 3^{ης} Πανεπιστημιακής Κλινικής

ΟΜΙΛΗΤΕΣ:

I. κα Α. Σταθοπούλου, Βιολόγος, Στέλεχος Εθνικού Συστήματος Διαπίστευσης: «ΕΣΥΔ και διαπίστευση κλινικών εργαστηρίων»

II. κ. Ι. Σκαλκίδης, Επίκουρος Καθηγητής: «Ασφάλεια ασθενών και διαχείριση κλινικών κινδύνων στο νοσοκομείο»

III. κ. Π. Καρακίσιος, Διευθυντής Εργαστηρίου Διαγνωστικής Κυτταρολογίας ΕΚΠΑ, ΠΓΝ Αττικών: «Διαπίστευση εργαστηρίων νοσοκομείων»

IV. κ. Δ. Μπαρτσώκας, Διοικητικής Γενικού Ογκολογικού Νοσοκομείου Κηφισιάς: «Διαχειριστική επάρκεια Διοικητικών - Οικονομικών - Τεχνικών Υπηρεσιών»

V. κ. Ι. Ζάντζος, Νοσηλεύτης Γ.Ν. Τρικάλων: «Πιστοποίηση Νοσηλευτικών Υπηρεσιών»

Συζήτηση: 15 λεπτά

ΜΕΡΟΣ Γ΄:

«Συμπεράσματα - Συντονισμός - Διάλογος»

κ. **Π. Γιαννουλάτος**, Προϊστάμενος Διεύθυνσης Ποιότητας και Αποδοτικότητας

κ. **Γ. Σαριβουγιούκας**, Συνεργάτης Γ.Γ. ΥΥΚΑ

- **Κλείσιμο:** Ομιλητής Γενικός Γραμματέας ΥΥΚΑ κ. **Νικόλαος Πολύζος**

- Ελαφρύ γεύμα

ΣΑΒΒΑΤΟ 17 ΙΟΥΛΙΟΥ 2010

ΠΡΟΕΔΡΟΣ: Ν. ΠΟΛΥΖΟΣ

ΠΡΟΕΔΡΟΣ (Ν. ΠΟΛΥΖΟΣ): Κυρίες και κύριοι, να σας καλημερίσουμε και να σας καλωσορίσουμε στην ημερίδα αυτή για την ποιότητα των μονάδων υγείας, την ποιότητα των νοσοκομείων.

Να ευχαριστήσουμε όλους τους συμμετέχοντες και κυρίως τους ξένους προσκεκλημένους που μια δύσκολη μέρα του Ιουλίου αντί να προτιμήσουν τις παραλίες προτίμησαν μια δροσερή αίθουσα ενός ξενοδοχείου.

Και να πούμε ότι θέλουμε σήμερα λίγο να αλλάξουμε την ατζέντα, να μη μιλήσουμε μόνο για τα οικονομικά των νοσοκομείων και για την τρόικα και για τα χρέη, να μιλήσουμε λίγο για ποιότητα.

Δυστυχώς στο πρωινό δε θα είναι μαζί μας η Υπουργός, πιθανόν να είναι το μεσημέρι για να κλείσει την ημερίδα και μου είπε να σας μεταφέρω τους χαιρετισμούς της, μου είπε να σας μεταφέρω την προσπάθειά σας για τη στήριξη του νομοσχεδίου και των προσπαθειών που κάνει το Υπουργείο Υγείας.

Κι εγώ να σας πω ότι τουλάχιστον η διάρθρωση της ημερίδας την οποία πολύ γρήγορα θα συντονίσει το πρώτο της μέρος ο Καθηγητής ο κ. Σισσούρας έχει στην αρχή τη διεθνή εμπειρία και θέλουμε να δούμε τι γίνεται στις άλλες χώρες και στο δεύτερό της μέρος να δούμε τι μπορούμε να κάνουμε στην ελληνική πραγματικότητα ξεφεύγοντας από την κλασική έννοια των διοικητικών και οικονομικών πιστοποιήσεων και μπαίνοντας λίγο στα ιατρικά και νοσηλευτικά μέρη.

Αντί άλλου προλόγου από μένα θα ήθελα τον πρόλογο να τον κάνει ο συνάδελφος Γραμματέας Αντώνης Δημόπουλος και θα έχω την ευκαιρία και να συζητήσω μαζί σας και στο τέλος να κλείσουμε την ημερίδα. Αντώνη έχεις το λόγο.

A. ΔΗΜΟΠΟΥΛΟΣ: Καλή σας μέρα, το ζήτημα των τελευταίων είκοσι χρόνων στην ανάπτυξη των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα έχει την τομή ανάμεσα σε αυτά τα δύο ζητήματα που έβαλε ο κ. Πολύζος και που κατά ένα τρόπο σχεδόν συμβολικό παρουσιάζουμε οι δυο μας σήμερα εδώ.

Από τη μια έχουμε την απόλυτη ανάγκη της εισαγωγής του δημόσιου management στις υπηρεσίες υγείας και όλο αυτό το κύμα της δεκαετίας του '90 των οικονομικών της υγείας, της ανάγκης των νέων εργαλείων, της ανάγκης του εκσυγχρονισμού και της εξυγίανσης και του εξορθολογισμού, αυτό που θα λέγαμε του εξαναγκασμένου εξορθολογισμού του Βέμπερ στην ελληνική πραγματικότητα.

Κι από την άλλη έχουμε το Σώμα της ιατρικής κοινότητας το οποίο πολλές φορές αντιστέκεται, άλλες δεν κατανοεί, άλλες είναι γηρασμένο, άλλες είναι ιδιοτελές και έχει μια απόλυτη πολλές φορές άρνηση στο να δεχθεί τα νέα αυτά εργαλεία.

Επί είκοσι χρόνια έχουμε γίνει μάρτυρες και έχουμε συμμετάσχει βέβαια προσωπικά σε μια σειρά από τέτοιες μάχες, στην προσπάθεια να εισαχθεί μέσα σε ένα σύστημα το οποίο όσο περνάει ο καιρός τόσο μεγαλώνει και γίνεται πιο πολύπλοκο και δυστυχώς πιο αυτοαναφορικό, έχουμε την προσπάθεια να βάλουμε ελκυστές.

Δηλαδή να βάλουμε αυτούς τους νέους ιούς, τη μηχανική αυτή τη βιολογική, να βάλουμε από το πλάι από μπρος τους managers, να βάλουμε τα εργαλεία αυτά με τα οποία θα τεκμηριώνεται η ιατρική, να περάσουμε σε μια νέα εποχή στην οποία θα υπάρξει η σύνδεση των δύο, να περάσουμε σε ένα σύστημα μιας κοινωνίας η οποία δε δέχεται σε κανένα της επίπεδο την αξιολόγηση.

Μιας κοινωνίας η οποία ούτε οι γιατροί της ούτε οι εκπαιδευτικοί της ούτε κανένας άλλος είναι πρόθυμοι και έτοιμοι να περάσουν σε τέτοιου είδους και σε τέτοιες μορφές διαφορετικής πρόσληψης της πραγματικότητας, έχουμε όλο αυτόν τον αγώνα στον οποίο δυστυχώς σήμερα τα αποτελέσματα από τη δικιά μας την πλευρά, από την πλευρά του τραπέζιου που γίνεται σήμερα είναι μέτρια.

Καταλαβαίνουμε ότι οι παρόντες είναι η πρώτη γραμμή του πυρός, είναι οι άνθρωποι οι οποίοι καλούνται να κάνουν πράξη κι όχι να

συζητήσουν ακαδημαϊκά αυτά τα πράγματα και δυστυχώς τα λέμε σε μια χρονιά εθνικής κρίσης.

Πριν από ένα μήνα παρουσιάσαμε με τον Νίκο τον Πολύζο στο Ζάππειο την καινούρια ταξινόμηση και κωδικοποίηση, το ICD-10, το παρουσιάσαμε στην ιατρική κοινότητα και στους ΥΠΕάρχες και ζητήσαμε το επόμενο διάστημα να αρχίσει αυτή ακριβώς η πιο εντατική πορεία, κομμάτι της οποίας είναι η σημερινή συνάντηση, να αρχίσει αυτή η προσπάθεια να συνδεθεί ο χώρος της τεκμηρίωσης με το χώρο της κοστολόγησης και όλα αυτά να μας βγάλουν επίσης σε μια νέα εποχή ενηλικίωσης της ιατρικής και της παροχής υγείας στη χώρα. Κομμάτι λοιπόν αυτής της κουβέντας, αυτής της προσπάθειας η οποία πρέπει να ενταχθεί δυστυχώς με κακούς εξωτερικούς όρους, είναι η σημερινή μας προσπάθεια.

Θα ήθελα να πω σε αυτό ότι είναι κρίμα το ότι μετά από αρκετά χρόνια προσπάθειας υπάρχει ακόμα μία Βαβυλωνία της πληροφορικής στις υπηρεσίες υγείας, στην οποία προσπαθεί με τις φοβερές του ικανότητες ο Γραμματέας ο κ. Πολύζος να ομογενοποιήσει το επόμενο διάστημα και το οποίο ελπίζω να το καταφέρει σε ένα μεγάλο βαθμό όχι μόνο για να έχουμε τα στοιχεία και την εικόνα, αλλά πάνω απ' όλα και αυτό που ανέφερα πριν, για να δοθούν σε σας και σε μας τα εργαλεία αξιολόγησης και τα εργαλεία μιας διαφορετικής πια προσέγγισης, μιας χώρας η οποία όπως όλοι θα έχετε προσέξει τον τελευταίο καιρό ένα από τα τρία θέματα στα οποία εγκαλείται συνεχώς δημοσίως και διεθνώς είναι το θέμα των υπηρεσιών υγείας.

Ευχαριστώ πολύ, ελπίζω η συνέχεια αυτής της σημερινής ημερίδας να είναι στο ύψος της προσπάθειας που πρέπει να κάνουμε.

ΠΡΟΕΔΡΟΣ: Ευχαριστώ Αντώνη.

Άρη είναι σε σένα το τραπέζι, απλά ήθελα δύο τεχνικά πράγματα να πω, ότι ήδη στο Υπουργείο Υγείας λειτουργούν δύο Επιτροπές, η μία για τις διαδικασίες και την ποιότητα των κεντρικών υπηρεσιών και στην οποία προεδρεύει ο κ. Γιαννουλάτος και η δεύτερη για να μας προτείνει εργαλεία και χρονοδιάγραμμα το τι θα κάνουμε στα νοσοκομεία και στην οποία προεδρεύει ο κ. Ζηλίδης.

Επίσης στο νομοσχέδιο υπάρχει ειδικό άρθρο στο τμήμα της Διοίκησης για τη σύσταση Επιτροπών Ποιότητας από τους Διευθυντές των

υπηρεσιών των νοσοκομείων υπό την Προεδρία του Διοικητή ή του αναπληρωτή Διοικητή στα νοσοκομεία άνω των 400 κλινών, πράγμα που συνδυάζεται με την πρόβλεψη του 2889 για τα τμήματα ελέγχου ποιότητας. Άρα τα όργανα συστήθηκαν, περιμένουμε με αγωνία να ακούσουμε το σημερινό workshop κι έχουμε πολλή δουλειά να κάνουμε μέχρι τέλος του χρόνου.

Άρη Σισσούρα έχεις το λόγο.

ΜΕΡΟΣ Α΄:

«Διεθνής κατάσταση της Ποιότητας στην Υγεία και στο νοσοκομειακό χώρο»

ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗΣ (Α. ΣΙΣΣΟΥΡΑΣ): Την καλημέρα και από μένα, ακούγοντας μάλιστα τους, πήγα να πω Αξιωματούχους του Υπουργείου, αλλά σίγουρα και φίλους κι είχα σημειώσει κάτι αλλά ακούγοντας και τον κ. Πολύζο και τον κ. Δημόπουλο σκεφτόμουνά όλη την ώρα έτσι κάπως πατερικά και λέω τι μαθητές καλούς βγάλαμε εμείς οι μεγαλύτεροι.

Κοιτάξτε ένα άλλο που μου ήρθε σαν συνειρμός είναι αυτό που έλεγαν πριν από καιρό, ότι τι κακό στη χώρα μας και στον τομέα μας να καθυστερούμε δεκαετίες με την υπόλοιπη Ευρώπη. Η Ευρώπη είχε ξεκινήσει τη δεκαετία του '80 και αρχές του '90 που λέμε ήταν η δεκαετία της συγκράτησης του κόστους τα cost containments κι ήρθε μετά η δεκαετία της ποιότητας κι εμείς πηγαίναμε μια δεκαετία πίσω.

Βεβαίως την τελευταία δεκαετία που θέλαμε να ξεκινήσουμε μια προσπάθεια μεγάλη αναμορφωτική πάλι στο σύστημα της υγείας, ήρθε η αλλαγή της Κυβέρνησης και βαραθρώθηκε το σύστημα, δεν μπορούσαμε να μιλήσουμε ούτε για πολιτικές όχι εμείς που ήμασταν απέξω αλλά και μέσα στους ίδιους τους μηχανισμούς.

Αυτό λοιπόν το σύνδρομο των δεκαετιών ακούγοντας τον κ. Δημόπουλο και τον κ. Πολύζο μου ήρθε στο νου και είναι πολύ ενδιαφέρον ότι η σημερινή εκδήλωση έχει αυτή τη συμβολικότητα ότι μέσα σε αυτή την παραζάλη της καθημερινότητας που έχουμε ξεκινήσατε και δώσατε την ευκαιρία με μια τέτοια εκδήλωση να χτίζουμε ακριβώς αυτές τις καινοτόμες

αλλά βασικές όμως παρεμβάσεις που πρέπει να γίνουν στο σύστημα της υγείας.

Δηλαδή θα είναι μεγάλη επιτυχία αν τούτη τη δεκαετία και αναφέρομαι σε σας περισσότερο στον κ. Πολύζο και στον κ. Δημόπουλο αλλά και σε όλους, εσείς που είστε στη βάση της δουλειάς πλέον και της δράσης, εάν αυτή τη δεκαετία την καταφέρουμε να είναι και η δεκαετία συγκράτησης του κόστους, γιατί ξεκινήσαμε με αυτόν τον αγώνα και να μη μείνουμε εκεί, αλλά και τη δεκαετία της ποιότητας. Γι' αυτό το θεώρησα ότι είναι πολύ συμβολική αυτή η κίνηση, όχι ότι θα βγει πλέον όλος ο μηχανισμός και όλη η μεθοδολογία της ποιότητας, αλλά οπωσδήποτε το μήνυμα.

Και θα ήθελα για σας περισσότερο να κρατάμε ότι άντε, εμένα αυτή θα είναι η καινούρια μου επιφυλλίδα, μήπως αυτή τη δεκαετία την καταφέρουμε να πιάσουμε και την Ευρώπη, δε μιλάω για την Αμερική και την Ευρώπη, αλλά μήπως καταφέρουμε να κάνουμε αυτό το διπλό στοίχημα και της συγκράτησης του κόστους και των δαπανών μέσα από τις πολιτικές τις δικές μας, αλλά και της ποιότητας.

Αυτό που δεν αναφέρατε Νίκο και Αντώνη, δεν αναφέρατε ότι γίνεται μια μεγάλη προσπάθεια και ξεκίνησε ο υγειονομικός χάρτης και οι φίλοι μας που βρίσκονται μέσα στην πρώτη μάχη του management του συστήματος υγείας θα κληθούν ακριβώς να δουν αυτά τα δεδομένα και σιγά-σιγά να παράγεται αυτό το σύνολο των δεικτών.

Άρα λοιπόν είναι μια καινούρια πλατφόρμα, γιατί ποιότητα υγείας χωρίς να τη στηρίξουμε σε ορισμένους δείκτες για να μπορείτε εύκολα να μετρήσετε και να οργανώσετε μετά τη μεθοδολογία για την ποιότητα, δε θα μπορέσουμε να κάνουμε τίποτα.

Επομένως έχουμε δείκτες κι από την άλλη μεριά θεσμικά όργανα. Θεσμικά όργανα σε επιτελικό επίπεδο έχουμε υστερήσει κι ίσως όπως θα ακούσετε μια και είναι και η διεθνής πραγματικότητα θα τρομάξουμε με το τι γίνεται σήμερα όχι στην Αμερική που θα μας πει ο φίλος μας ο Assaf, αλλά ιδίως στην Ευρώπη που κάθε χώρα έχει πλέον τον επίσημο Εθνικό Οργανισμό του Πιστοποίησης Accreditation, τον ICE της Αγγλίας που έχει όλη την ομπρέλα για την ποιότητα υγείας, των κλινικών οδηγιών και ούτω καθεξής.

Κι εμείς κάνω από τώρα την παρένθεση και θα είναι στο δεύτερο μέρος διότι από το 1997 είχαμε προβλέψει να φτιάξουμε ένα Ινστιτούτο Ποιότητας και Ελέγχου και ήρθε η λογική πριν από δυο-τρεις εβδομάδες συγχώνευσης διαφόρων οργανισμών και καταργήσαμε και λέω εγώ άντε να ξαναπείσουμε πάλι τις Πολιτικές Ηγεσίες ότι χρειαζόμαστε αυτά τα όργανα κι αυτούς τους θεσμούς να χτίσουμε μηχανισμούς για τον έλεγχο της ποιότητας.

Λοιπόν σταματάω εδώ για να δώσω το λόγο στο φίλο μας από τις Ηνωμένες Πολιτείες που είναι ο Καθηγητής Al Assaf, ο οποίος είναι Καθηγητής και Κοσμήτορας στο Πανεπιστήμιο της Οκλαχόμα, ασχολείται πάρα πολύ με την εκπαίδευση και είναι επικεφαλής του Κέντρου Εκπαίδευσης της Σχολής Δημόσιας Υγείας στο Πανεπιστήμιο της Οκλαχόμα κι είμαι σίγουρος ότι θα μας εμπλουτίσει με αρκετές τέτοιες ιδέες, μαζί και με τις άλλες συζητήσεις που θα κάνουμε αργότερα.

Βεβαίως πριν μιλούσα και για λογαριασμό της Βίκυς Παπανικολάου που συν συντονίζουμε το τραπέζι και μας παρακολουθεί, αλλά μου είπε "Άρη λίγο αποχωρώ ώστε τα χέρια σου να τα κινείς πιο ελεύθερα".

A. ASSAF: Καλημέρα σας κυρίες και κύριοι.

Πρώτα απ' όλα σας ευχαριστώ πολύ που μου δώσατε την ευκαιρία να είμαι μαζί σας σήμερα. Είναι η πρώτη μου φορά στην Αθήνα και πρώτη μου φορά στην Ελλάδα και μου αρέσει ήδη. Είπα λοιπόν στη σύζυγό μου ότι ξέρεις την επόμενη φορά πρέπει να έρθεις μαζί μου, αυτό είναι βέβαιο.

Ήθελα να σας δώσω μία εικόνα του τι συμβαίνει στο επίπεδο της ποιότητας και στον τομέα της ποιότητας. Λυπάμαι κ. Πρόεδρε, αλλά πρέπει να μιλήσω για την Αμερική, θα μιλήσουμε λοιπόν για το τι έχουμε κάνει στις Ηνωμένες Πολιτείες, θα ήθελα όμως να σας πω και για τις δραστηριότητες που συμβαίνουν σε άλλα μέρη του κόσμου ειδικά στην περιοχή της ποιότητας υπηρεσιών υγείας και ιδιαίτερα όσον αφορά τη νοσοκομειακή ποιότητα.

Θα σας παρουσιάσω λοιπόν ένα μενού δραστηριοτήτων που συμβαίνουν στον τομέα και θα ήθελα για καθέναν από σας να εξετάσετε αυτό το μενού και να πείτε ότι ναι αυτό πιθανόν μπορώ να το εφαρμόσω στο νοσοκομείο μου ή το άλλο στο άλλο νοσοκομείο ή το άλλο στο Υπουργείο

Υγείας, αυτό θα ήθελα να επιλέξω και να εφαρμόσω γιατί πραγματικά υπάρχει μία πλειάδα μεθοδολογιών και δραστηριοτήτων.

Φυσικά όλοι ξέρουν περί ποιότητας, είναι πολύ υποκειμενικό, εξαρτάται ποιος μιλά, ποιος την μετρά και σε ποιον αναφερόμαστε. Έτσι λοιπόν εξ απόψεως γιατρού μπορεί να έχει διοικητική βάση, μπορεί να σχετίζεται για κάποιον άλλον σε σχέση με τη χρήση πόρων. Εξ απόψεως ασθενούς μπορεί να σημαίνει το να είναι καλά ή να μπαίνει στο νοσοκομείο και να βγαίνει από αυτό όσο το δυνατόν νωρίτερα. Εξαρτάται λοιπόν από το ποιος είναι αυτός ο οποίος καθορίζει την ποιότητα.

Εδώ έχουμε έναν περισσότερο επιστημονικό ορισμό ο οποίος σχετίζεται με τα αποτελέσματα της φροντίδας, όπου εάν κοιτάξουμε αυτόν τον ορισμό του Ινστιτούτου Ιατρικής των Ηνωμένων Πολιτειών μιλά για την πιθανότητα να φτάσει κανείς τα επιθυμητά αποτελέσματα. Τα αποτελέσματα είναι αυτά στα οποία εστιάζουμε, η επίτευξη του επιθυμητού αποτελέσματος από αυτόν τον ορισμό.

Εδώ έχουμε έναν κύκλο που χρησιμοποιούμε στην εφαρμογή ποιότητας σε διάφορες περιοχές στο σύστημα υγείας και στα νοσοκομεία κι αν τον εξετάσουμε αυτόν τον κύκλο βλέπουμε ότι έχει δέκα βήματα. Ο λόγος που το έθεσα είναι ότι επειδή ήθελα να σας εισάγω σε κάποιες από τις ορολογίες τουλάχιστον από τη δική μου πλευρά, οι ορολογίες λοιπόν γι' αυτόν τον κύκλο αν κοιτάξουμε τα τρία πρώτα βήματα είναι ο σχεδιασμός, η θέση προτύπων και η επικοινωνία αυτών των προτύπων και έχουμε τη διασφάλιση ποιότητας στην κορυφή. Αυτά είναι τα τρία πρώτα βήματα.

Όμως κάθε φορά που προσπαθούμε να ανακαλύψουμε εάν έχουμε εκπληρώσει αυτά τα πρότυπα εδώ αρχίζει η αξιολόγηση. Εξετάζουμε που υπάρχουν ελλείψεις και έτσι μπορούμε να γεφυρώσουμε το χάσμα μέσω της βελτίωσης της ποιότητας. Πρόκειται λοιπόν για τρία στοιχεία, διασφάλιση, έλεγχος και βελτίωση, γι' αυτό το λόγο έβαλα αυτόν τον κύκλο.

Εάν εξετάσουμε μια άλλη περιοχή η οποία ξεφυτρώνει σαν μανιτάρια κι αρχίζει να δίνει κανείς πολλή σημασία σε αυτό, είναι η ασφάλεια του ασθενούς. Σε οποιοδήποτε μέρος, σε οποιοδήποτε χώρο υπάρχουν πολλά προβλήματα που σχετίζονται με την ποιότητα κι εδώ έχουμε κάποια παραδείγματα. Το εν τρίτον των παιδιών με άσθμα δε λαμβάνουν

αποτελεσματική φροντίδα, το 58% των ασθενών δε λαμβάνουν τη βέλτιστη φροντίδα, έτσι λοιπόν ο κόσμος αρχίζει να μιλά για τη μη επίτευξη ποιότητας.

Κάναμε μία μελέτη το 1997, δημοσιεύτηκε όμως το έτος 2000 και η μελέτη αυτή βασίστηκε στην εξέταση των ιατρικών σφαλμάτων των νοσοκομείων. Όταν λοιπόν εξετάστηκαν τα ιατρικά σφάλματα ανακαλύφθηκε ότι συμπερασματικά από όλους όσους εισάγονται στο νοσοκομείο κάθε χρόνο 100 χιλιάδες πιθανόν να καταλήξουν λόγω ιατρικών σφαλμάτων. Αυτό μόνο στις Ηνωμένες Πολιτείες, 100 χιλιάδες άτομα χάνονται από ιατρικό σφάλμα.

Έτσι λοιπόν ξεκίνησε να γίνεται πολύ σημαντική η ασφάλεια των ασθενών. Όμως όταν μιλάμε για ασφάλεια των ασθενών εδώ έχουμε μια πολύ ωραία ρήση του Iusion Iip η οποία λέει ότι «τα σφάλματα προκύπτουν από ελαττωματικά συστήματα όχι ελαττωματικούς ανθρώπους». Έτσι λοιπόν τα συστήματα πρέπει να επιδιορθωθούν.

Επίσης τα λάθη συγχωρούνται, το να τα αγνοούμε δεν συγχωρείται. Έτσι λοιπόν προχωρούμε στην περιοχή της δίκαιης κουλτούρας, όλοι λοιπόν όσοι κάνουν λάθος το αναφέρουν έτσι ώστε να συζητείται, να ανακαλύπτονται τα αίτια του σφάλματος αυτού και στη συνέχεια να μην επαναληφθεί στο μέλλον. Δεν πρέπει λοιπόν να το αποκρύπτουμε, πρόκειται λοιπόν για μία δίκαιη κουλτούρα.

Κάτι ακόμα που εισαγάγαμε ήταν η πράξη ποιότητας υπηρεσιών υγείας και βελτίωσης της ασφάλειας των ασθενών. Έτσι λοιπόν ενθαρρύνονται τόσο οι ασθενείς όσο και τα νοσοκομεία να αναφέρουν τα σφάλματα κι έχουμε δημιουργήσει βάσεις δεδομένων όπου συλλέγονται τα δεδομένα αυτά περί σφαλμάτων σε κάθε Πολιτεία. Αυτή η βάση δεδομένων φιλοξενεί όλα αυτά τα σφάλματα καθώς επίσης και τις συνθήκες υπό τις οποίες αυτά συνέβησαν, αναλύονται και γίνεται μία καταλογοποίηση των κοινών παραμέτρων που οδήγησαν σε αυτά.

Μία άλλη περιοχή η οποία σχετίζεται με την ασφάλεια των ασθενών είναι η τεκμηρίωση. Μιλούσα με τον Κύπριο συνάδελφο και μου έλεγε ότι μία από τις περιοχές όταν κοιτάζουμε τη διαπίστευση νοσοκομείων που εξετάζουν πολύ λεπτομερώς είναι η τεκμηρίωση και ιδιαίτερα το ιατρικό μητρώο.

Εκεί θέλουν να εξετάζουν πράγματα όπως όλες οι εισαγωγές, όλα τα στοιχεία που έχει πρέπει να είναι καταγεγραμμένα με τις αντίστοιχες ημερομηνίες αλλά και τα άτομα που ασχολήθηκαν με τον συγκεκριμένο ασθενή. Έτσι λοιπόν η έρευνα σχετίζεται με τους παροχείς υπηρεσιών υγείας. Επίσης θέλουμε να εξετάσουμε εάν η διάγνωση όσο και η θεραπεία που συστάθηκε ήταν σύμφωνη με τις ιατρικές κατευθυντήριες οδηγίες.

Οι εθνικοί στόχοι για την ασφάλεια των ασθενών εκπονήθηκαν από την αντίστοιχη Επιτροπή, έτσι λοιπόν έχουμε έξι τέτοιους διεθνείς στόχους τους οποίους απαιτείται κάθε διαπιστευμένο νοσοκομείο να πληροί. Έτσι λοιπόν μεταξύ αυτών συμπεριλαμβάνονται για παράδειγμα: Πρώτον βελτίωση της ακρίβειας της ταυτοποίησης του ασθενούς που μπορούμε να το συζητήσουμε και περισσότερο αλλά η ταυτοποίηση του ασθενούς έχει ιδιαίτερη σημασία.

Φανταστείτε εάν δεν ταυτοποιείτε τον κατάλληλο ασθενή για την κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή ή διάγνωση ή διαδικασία ή χειρουργική διαδικασία, φανταστείτε να κάνει λάθος άτομο μία λάθος επέμβαση ή να πάρει λάθος φαρμακευτική αγωγή. Φανταστείτε έναν ασθενή που απεστάλη για ακτινογραφία ενώ θα έπρεπε κάποιος άλλος να έχει αποσταλεί και φανταστείτε το τι θα μπορούσε να γίνει.

Το άλλο είναι η αποτελεσματική επικοινωνία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας, η συνεργασία μεταξύ των νοσηλευτών της ίδιας ή της επόμενης βάρδιας ή του γιατρού, των υπευθύνων αιματολογικών εργαστηρίων και λοιπά. Έγινε μία μελέτη όπου ανακαλύφθηκε ότι το 90% των ιατρικών σφαλμάτων συμβαίνουν σε αυτό το ημίωρο της αλλαγής βάρδιας, φανταστείτε λοιπόν μεταξύ της βάρδιας ένα και της βάρδιας δύο σε αυτό το 30λεπτο συμβαίνουν τα ιατρικά σφάλματα. Έτσι λοιπόν η επικοινωνία είναι κρίσιμης σημασίας.

Βλέπετε επίσης τη σημασία παρακάτω όπου έχει η χρήση της σωστής φαρμακευτικής αγωγής, η πρόληψη των ενδοноσοκομειακών λοιμώξεων και τα λοιπά, μείωση του κινδύνου του τραυματισμού των ασθενών από πτώσεις και τι μπορεί να γίνει για να προληφθεί κάτι τέτοιο, θέματα ασφαλείας, επίσης συμμετοχή του ιδίου του ασθενούς στην προσπάθεια για την ασφάλειά του.

Επίσης ένα παγκόσμιο πρωτόκολλο για τη χειρουργική πράξη και οι τρεις φάσεις που πρέπει να περιλαμβάνει, από τρία 24ωρα πριν μέχρις ότου γίνει η οριστική διασταύρωση ότι όντως πρόκειται για το σωστό άτομο με τη σωστή διάγνωση και τη σωστή φροντίδα που πρέπει να πάρει.

Εδώ έχουμε μία από τις εκστρατείες που λέει «κάντε ερωτήσεις στον παροχέα υπηρεσιών υγείας», υπάρχει και μία διαφήμιση που προβάλλεται τώρα στις Ηνωμένες Πολιτείες και μιλάει για μία γυναίκα η οποία πηγαίνει σε ένα εστιατόριο με τον σύζυγό της και κάθονται και έρχεται ο σερβιτόρος, η γυναίκα ρωτά τον σερβιτόρο ποια είναι η σούπα της ημέρας και τι περιέχει και τα συστατικά της σούπας και ρωτά τα πάντα και μετά δείχνουν την ίδια γυναίκα σε ένα ιατρικό γραφείο που έρχεται ο γιατρός και λέει "έχετε ερωτήσεις" και του λέει "όχι δεν έχω ερωτήσεις".

Σκεφτείτε λοιπόν τη διαφορά του πόσο μιλούσε ένα άτομο, το ίδιο άτομο για ένα άλλο θέμα, ενώ στο γιατρό δεν απηύθυνε καμία απολύτως ερώτηση, ενώ ο ασθενής πρέπει να συμμετέχει και να συμμετέχει πραγματικά στη φροντίδα υγείας. Επίσης η ιατρική φροντίδα πρέπει να έχει ως επίκεντρο τον ασθενή, η φροντίδα πρέπει να αποδίδεται στον ασθενή έγκαιρα, με ασφάλεια, αποτελεσματικότητα και με υψηλή ποιότητα.

Εδώ έχουμε τον ορισμό από το Ινστιτούτο Ιατρικής και βλέπετε ότι υπάρχουν κλινικά προβλήματα τα οποία πρέπει να κατανοούν και οι παροχείς υπηρεσιών υγείας όσο και οι ασθενείς. Μία άλλη έκθεση του ίδιου ινστιτούτου μιλά για το τεράστιο χάσμα που υπάρχει στο θέμα της ποιότητας και το τι μπορούμε να κάνουμε έτσι ώστε να γεφυρώσουμε αυτό το χάσμα. Οι ευθύνες και τα δικαιώματα των ασθενών, το δικαίωμα του ασθενούς να λαμβάνει σωστή φροντίδα υγείας, το δικαίωμα του ασθενούς να έχει εμπιστευτικότητα πληροφοριών.

Αλλά τι γίνεται με την ευθύνη του ασθενούς; Αν είμαι γιατρός και πρόκειται να μετρήσετε την απόδοσή μου και έχω δώσει τη σωστή αγωγή στον ασθενή και τις σωστές οδηγίες, αλλά ο ασθενής δεν πήρε το φάρμακό του και επιστρέφει στη μονάδα εντατικής θεραπείας ή στα επείγοντα με υψηλή πίεση; Αυτό σημαίνει ανευθυνότητα από πλευράς του ασθενούς, έτσι λοιπόν πρέπει να υπάρχει πολύ καλή επικοινωνία μεταξύ γιατρού και ασθενούς.

Επίσης πρέπει να υπάρχει συνέχεια στην επικοινωνία, τι γίνεται εάν ο ασθενής επιστρέψει στο σπίτι του και πρέπει να συνεχίσει την αγωγή του; Μία άλλη εκστρατεία ονομάζεται «εκστρατεία των εκατό ζώων» για τη μείωση των σφαλμάτων και ιδιαίτερα όσον αφορά τα σφάλματα που μπορεί να προκαλέσουν το θάνατο. Τούτο συμπεριλαμβάνει τις δραστηριότητες που γίνονται στα διάφορα νοσοκομεία για τη μείωση των ιατρικών σφαλμάτων που οδηγούν στον θάνατο.

Επίσης πρόβλεψη θανάτων που μπορεί να προέρχονται από οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου, πιθανόν κάποιος να έχει στηθάγχη ή οτιδήποτε άλλο και η θεραπεία αυτών των συμπτωμάτων να έχει μειώσει σημαντικά τον αριθμό των θανάτων. Επίσης άλλη κατάσταση υγείας είναι η πνευμονία, η οποία αν αντιμετωπιστεί έγκαιρα μπορεί να βοηθήσει στην πρόληψη θανάτων. Επίσης οι ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις που μπορεί να οφείλονται στον εξαιρισμό.

Η επόμενη εκστρατεία είναι η καμπάνια για τα 5 εκατομμύρια ζωές και τους τραυματισμούς που μπορεί να τύχουν στους ασθενείς. Εκτός από τα έξι λοιπόν που κάναμε στην προηγούμενη παρουσίαση έχουμε βάλει κι άλλες δραστηριότητες, επίσης εισαγάγαμε άλλη μία δραστηριότητα τον χάρτη βελτίωσης της ποιότητας, όπου τα νοσοκομεία που κάνουν βελτίωση της υγείας μπορούν να μοιραστούν τις ευθύνες και τις εμπειρίες μεταξύ τους, έτσι ώστε να μπορέσει το ένα να μάθει από το άλλο και να βοηθηθεί από το άλλο.

Υπάρχει μεγάλη δραστηριότητα επίσης στο θέμα της μέτρησης και της βελτίωσης απόδοσης και εδώ έχουμε κάποια θέματα και θα δείτε εδώ μία πολύ ωραία χρήση, αν δεν είναι κανείς στο σωστό δρόμο μπορεί κάποιος και να τον πατήσει αν απλά κάθεσαι εκεί. Λοιπόν πρέπει να μετράμε την απόδοση των νοσοκομείων, των άλλων θεραπευτικών κέντρων, την απόδοση των νοσοκομειακών γιατρών των νοσηλευτών και τα λοιπά. Έτσι λοιπόν πρέπει να συγκρίνουμε τις επιδόσεις μεταξύ νοσοκομείων, μεταξύ γιατρών και τα λοιπά.

Έχουμε διάφορες δραστηριότητες εδώ, δε θα τις αναλύσω λεπτομερώς, υπάρχουν όμως κι άλλες δραστηριότητες που λαμβάνουν χώρα, έχουμε κάποια κέντρα για ιατρική περίθαλψη που εισάγουν κάποιες ενδείξεις που αφορούν την απόδοση. Κάθε οργανισμός λοιπόν μετρά την ίδια του την

απόδοση σε σχέση με αυτούς τους δείκτες, όπου αυτοί οι δείκτες σχετίζονται με τις τρεις καταστάσεις που σας έλεγα πριν για την πνευμονία, το έμφραγμα του μυοκαρδίου και τα λοιπά.

Έτσι λοιπόν μετράται η απόδοση σε σχέση με αυτούς τους δείκτες και μετά υπάρχει μία βάση δεδομένων όπου καταχωρείται, συγκεντρώνονται μέσα σε αυτή τη βάση δεδομένων από όλους τους οργανισμούς υγείας και αναλύονται και αποστέλλονται πίσω όσον αφορά έτσι λοιπόν να μπορεί κανείς να συγκρίνει τον έναν οργανισμό με τον άλλον. Αυτές λοιπόν είναι οι πρωτοβουλίες όσον αφορά την ποιότητα.

Επίσης υπάρχει και κάποια άλλη δραστηριότητα η KAPS, που είναι η αξιολόγηση των πελατών για την ιατρική περίθαλψη, η οποία είναι μια μελέτη που γίνεται σε εθνικό επίπεδο που αφορά την ικανοποίηση των ασθενών και μέσα σε αυτή συγκεντρώνονται πληροφορίες που δεν αφορούν τόσο αν ένας γιατρός ή ένας νοσηλευτής είναι καλός ή κακός, είναι για να βρει κανείς τις κοινές περιοχές όπου είναι δυσαρεστημένοι οι πελάτες ή τις περιοχές και τα σημεία όπου είναι ικανοποιημένοι οι ασθενείς.

Άλλες δραστηριότητες είναι το P for P δηλαδή πληρωμή για απόδοση payment for performance, όπου εμείς νοιώθουμε ότι πληρώνουμε γιατρούς, πληρώνουμε ασθενείς, πληρώνουμε όσους εργάζονται στο νοσοκομείο, τα διοικητικά στελέχη, βάσει της ποσότητας. Τώρα εμείς είπαμε όχι, μήπως πρέπει να βρούμε έναν άλλον τρόπο να βοηθήσουμε τους ανθρώπους να καλυτερεύσουν;

Έτσι λοιπόν βρήκαμε αυτούς τους δείκτες, όπου τα άτομα μπορούν να μετρήσουν την απόδοση των ανθρώπων που εργάζονται στα νοσοκομεία και αυτό να συγκρίνεται με τους κορυφαίους κι έτσι λοιπόν αυτοί που είναι κορυφαίοι στη δουλειά τους να πληρώνονται παραπάνω από αυτούς που δεν τα πάνε τόσο καλά και ακόμα και αυτός που έχει χαμηλή απόδοση καμιά φορά επίσης έχει να αντιμετωπίσει κάποιες ποινές.

Το IHI είναι το ινστιτούτο για τη βελτίωση της υγείας, σας μίλησα πριν για τον χάρτη ποιότητας, μιλάμε για ένα ανοιχτό σχολείο το οποίο είναι ανοιχτό για οποιονδήποτε θέλει να μάθει για την ποιότητα, για τη βελτίωση και για διάφορες δραστηριότητες που λαμβάνουν χώρα κι αυτό είναι πάρα πολύ σημαντικό.

Υπάρχει μία κοινή Επιτροπή που είναι και το Σώμα πιστοποίησης γενικότερα για τους οργανισμούς υγείας που ξεκινά από το νοσοκομείο, όμως προχωρά και σε άλλους οργανισμούς υγείας, ψυχιατρικές κλινικές, κλινικές αποτοξίνωσης, εργαστήρια και τα λοιπά. Έτσι λοιπόν και αυτοί έχουν προχωρήσει σε πάρα πολλές δραστηριότητες και θα σας μιλήσω μετά για την πιστοποίησή τους.

Το Ινστιτούτο Ιατρικής έχει εισάγει 110 αναφορές όσον αφορά την ποιότητα. Είμαι σίγουρος πως όλοι γνωρίζετε για το e-health για την ηλεκτρονική υγεία θα λέγαμε, επίσης υπάρχει και η επιμόρφωση περί υγείας όπου προσπαθούμε να επιμορφώσουμε τους ασθενείς για να μπορέσουν να δουν πως έχουν πρόσβαση στην υγεία, πώς να εξηγούν τις οδηγίες των γιατρών.

Υπάρχει και η επαγγελματική λογοδοσία και θα σας πω κάποια πράγματα για τη λογοδοσία. Τι σημαίνει λογοδοσία; Είναι ότι χρειάζεται ένα επάγγελμα το οποίο να είναι αυτορρυθμιζόμενο, το οποίο θα θέτει και θα διατηρεί χρήσιμα πρότυπα και αξιόπιστα για τα μέλη του. Η αξιολόγηση γίνεται από συναδέλφους και γι' αυτό βλέπουμε ότι υπάρχει εδώ συγκεκριμένη λογοδοσία, η λογοδοσία λοιπόν είναι για πολλούς κι εδώ θα σας πω κάποιες από τις δραστηριότητες που αφορούν τη λογοδοσία.

Είναι και το payment for performance που σας είπα πριν, η πιστοποίηση, η αδειοδότηση, θα σας μιλήσω όμως πιο πολύ για την πιστοποίηση θέτοντας ένα παράδειγμα μέσα σε αυτά τα πλαίσια όσον αφορά τη λογοδοσία. Ας εξετάσουμε λοιπόν την πιστοποίηση, κάπως έτσι όπως βλέπετε εδώ είναι το οργανόγραμμα ενός Οργανισμού Πιστοποίησης, υπάρχει το Συμβούλιο που θα λέγαμε ότι λειτουργεί σε συμβουλευτικό επίπεδο, όπου λαμβάνονται οι αποφάσεις για την πιστοποίηση κάποιου οργανισμού.

Υπάρχει και η Διοίκηση όπου γίνονται όλες οι δραστηριότητες και μετά υπάρχουν όλα τα άλλα συστατικά, τα πρότυπα που αφορούν την ανάπτυξη των προτύπων είτε αφορά πρότυπα για νοσοκομεία ή άλλους οργανισμούς μέσα στο χώρο της υγείας.

Υπάρχουν και οι μελέτες που πρέπει να εκπονούνται όπου αρχίζουμε και ταυτοποιούμε άτομα συγκεκριμένα και επαγγελματίες που θα επισκέπτονται τις διάφορες εγκαταστάσεις και θα δούμε εάν τα πρότυπα

εφαρμόζονται ή όχι. Έτσι λοιπόν θα λέγαμε παλιά Επιθεωρητές, αλλά τώρα δε χρησιμοποιούμε τον όρο Επιθεωρητές, χρησιμοποιούμε τον όρο ότι γίνεται κάποια μελέτη.

Και υπάρχει και η εκπαίδευση, η επικοινωνία, πάρα πολλά γίνονται στην εκπαίδευση και την επικοινωνία που πρέπει να προσχωρήσουν όσον αφορά την εκπαίδευση των ανθρώπων για την εφαρμογή αυτών των προτύπων και τι πρέπει να κάνουμε για να πληρούν τα πρότυπα.

Και υπάρχει φυσικά και η έρευνα όπου γίνεται ο εντοπισμός αν αυτά τα πρότυπα έχουν εφαρμοστεί και να δούμε τυχόν βελτιώσεις ή αναβαθμίσεις σε σχέση με τα πρότυπα. Αυτό λοιπόν θα λέγαμε ότι είναι ένας τυπικός Οργανισμός Πιστοποίησης.

Τι συμβαίνει λοιπόν στο χώρο της πιστοποίησης. Εδώ βλέπετε κάποιες δραστηριότητες που διενεργούνται στο χώρο, οι άνθρωποι αυτή τη στιγμή συνδυάζουν συμβουλευτικές διαδικασίες και μελέτες και κάθε οργανισμός ή νοσοκομείο περνά από διάφορες εσωτερικές επιθεωρήσεις, αναθεωρήσεις, για να μπορούμε να βγάλουμε ένα συμπέρασμα αν τα πρότυπα έχουν εφαρμοστεί επαρκώς.

Υπάρχουν όμως κι άλλες δραστηριότητες, εφαρμόζουν πολιτικές, εφαρμόζουν σχέδια για προγράμματα υγείας, για παράδειγμα ποιο είναι το στρατηγικό σας σχέδιο στο συγκεκριμένο νοσοκομείο όσον αφορά τη βελτίωση για παράδειγμα της απόδοσης, έχετε κάποιο σχέδιο για τα επείγοντα περιστατικά, υπάρχει ένα σχέδιο για τη διαχείριση των λυμάτων, για τις λοιμώξεις του νοσοκομείου, για την εφαρμογή των υπηρεσιών, για ασφάλεια, πυροπροστασία και λοιπά;

Και υπάρχουν και τα διαφορετικά αρχεία, πρέπει να γίνει η σωστή αρχειοθέτηση, οργάνωση όλων αυτών των αρχείων που αφορούν το προσωπικό και τους ασθενείς. Επίσης όσον αφορά τους επαγγελματίες όσον αφορά τα προσόντα τους, τη μόρφωσή τους, πρέπει να γίνει μια αρχειοθέτηση και αυτών των στοιχείων.

Οι στόχοι όσον αφορά την ασφάλεια των ασθενών που μιλήσαμε και πριν, η βελτίωση, έχετε τα συγκεκριμένα πρότυπα, ξέρετε που βρίσκεστε που στέκεστε, ξέρετε που είναι τα πρότυπα, υπάρχει ένα χάσμα,

πως μπορείτε λοιπόν να συμπληρώσετε αυτό το χάσμα, έχετε κάποιες δραστηριότητες γι' αυτό;

Η διαδικασία ελέγχου, πως μπορεί κανείς να εντοπίσει αυτά τα κενά που έχει, πως μετά θα τα αναλύσει, πως το αναφέρει, πως γίνεται λοιπόν αυτός ο έλεγχος; Και φυσικά μετά η ενσωμάτωση όλων αυτών μέσα σε ένα συγκεκριμένο σύστημα.

Σας μίλησα λοιπόν για τις μελέτες, εκεί λοιπόν βρίσκουμε κάποια ίχνη θα λέγαμε, εκεί λοιπόν βρίσκουμε ότι έναν συγκεκριμένο ασθενή τον παίρνουμε και τον ακολουθούμε σε όλη τη διαδικασία της περιπέτειάς του μέσα στο σύστημα υγείας. Έτσι λοιπόν εισήχθη ένας ασθενής στα επείγοντα περιστατικά, μετά έφυγε από τα επείγοντα περιστατικά και πήγε συγκεκριμένα στη μονάδα εντατικής θεραπείας, μετά πήγε στο χειρουργείο, μετά από το χειρουργείο πήγε στο κανονικό του δωμάτιο.

Έτσι λοιπόν εμείς τον ακολουθούμε σε όλα αυτά τα στάδια και ακολουθούμε και ελέγχουμε πως παρήχθη η φροντίδα υγείας για να δούμε αν έγινε σωστά, αν η μεθοδολογία που παρακολουθήθηκε ήταν η σωστή, αν η διάγνωση και η φαρμακευτική θεραπεία που ακολούθησε και τα λοιπά ήταν η σωστή.

Κάνουμε το ίδιο και για τις μολύνσεις που γίνονται στο νοσοκομείο, τις λοιμώξεις, για τα φάρμακα και τα λοιπά. Πολλές φορές ελέγχουμε ακόμα και τον ιατρικό εξοπλισμό, δηλαδή ακολουθούμε τον ιατρικό εξοπλισμό που χρησιμοποιήθηκε, είναι στη σωστή θέση, χρησιμοποιήθηκε σωστά ή δημιουργήθηκαν κάποια προβλήματα;

Άλλες δραστηριότητες που θα λέγαμε ότι είναι και μη ανακοινώσιμες, μελέτες μεταξύ των Οργανισμών Πιστοποίησης και γιατί λοιπόν εμείς χρειαζόμαστε να κάνουμε αυτόν τον έλεγχο ποιότητας, γιατί χρειαζόμαστε πιστοποίηση; Εδώ είναι οι λόγοι. Πρώτα απ' όλα να μπορέσουμε να βελτιώσουμε την ασφάλεια των ασθενών, να υπάρχει επαγγελματική λογοδοσία, να υπάρχει ασφάλεια τόσο για το προσωπικό και για τους ασθενείς όπως είπαμε.

Επίσης να υπάρχει αναβάθμιση στον επαγγελματισμό, ας πούμε για παράδειγμα υπάρχει θα λέγαμε και ιατρικός τουρισμός στις μέρες μας, άλλος επιλέγει να πάει στην Ελλάδα για θεραπεία, άλλος στις ΗΠΑ, άλλος

στην Αγγλία και τα λοιπά για να κάνει ένα χειρουργείο. Πως μπορούμε λοιπόν εμείς να ανταγωνιστούμε το εξωτερικό, να ανταγωνιστούμε άλλους οργανισμούς υγείας; Ίσως έχοντας κάποιες πιστοποιήσεις και κάποια διεθνή καλή φήμη, η ομαδική συνεργασία επίσης η συνεργασία στην ομάδα και τα λοιπά.

Τώρα όσον αφορά τους ασθενείς, τι πρόσβαση θα έχουν στην ποιότητα οι ασθενείς, ποια είναι τα δικαιώματά τους και πάρα πολύ σημαντικό είναι η διαχείριση του πόνου σε κλινικές πόνου και φροντίδα υγείας για την τρίτη ηλικία. Επίσης είναι πάρα πολύ σημαντικό κανείς να μπορέσει να μειώσει το χρόνο παραμονής των ασθενών στα νοσοκομεία. Όσον αφορά τους ασθενείς πρέπει να μειωθεί το ποσοστό των εσωτερικών λοιμώξεων, να αποφευχθεί η πτώση των ασθενών, να υπάρχει ικανοποίησή τους, πολλά πράγματα λοιπόν.

Και τι θα λέγαμε τώρα, αξίζει κανείς να ασχοληθεί με αυτά; Ναι, υπάρχουν είκοσι λόγοι γι' αυτό. Ομαδική εργασία, συγκέντρωση σε συγκεκριμένους στόχους, όλοι αναμειγνύονται, υπάρχει επιμόρφωση, εκπαίδευση, οριοθέτηση στόχων και τα λοιπά, είναι πάρα πολλοί οι λόγοι που πιστεύω ότι είναι πολύ σημαντική αυτή η διαδικασία για την ποιότητα.

Τώρα, τι μπορεί να γίνει στο μέλλον; Αρχικά θα λέγαμε ότι στο ταξίδι αυτό υπάρχουν πολλοί τρόποι να ξεκινήσει κανείς. Πρώτα απ' όλα να ταυτίσει κάποια συγκεκριμένα πρότυπα προς τα οποία θα κινηθούν οι άνθρωποι, είτε είναι εθνικά, είτε είναι διεθνή πρότυπα, οτιδήποτε. Πρέπει να βρει λοιπόν κανείς τα πρότυπα τα οποία θέλει να εφαρμόσει στον Οργανισμό Υγείας.

Επίσης πρέπει να τακτοποιήσει κανείς κάποιες καταστάσεις που προκύπτουν όσον αφορά την κλινική πρακτική και να υπάρχουν συγκεκριμένες κατευθυντήριες γραμμές έτσι ώστε όλοι στο νοσοκομείο να εφαρμόζουν τα ίδια πρότυπα όσον αφορά τη θεραπεία και τη διαχείριση της συγκεκριμένης κλινικής.

Επίσης οι πολιτικές και οι διαδικασίες. Σε αυτή την περίπτωση θα πρέπει να θέσουμε στόχους συγκεκριμένα για κάποιες δραστηριότητες, εάν για παράδειγμα έχουμε το ίδιο περιστατικό μετά από δυο-τρεις μήνες

πρέπει να ακολουθήσουμε τα ίδια βήματα, έτσι λοιπόν θα λέγαμε ότι αυτό θα παγιωθεί.

Όσον αφορά την εκπαίδευση, πάλι είναι πολύ σημαντικό να μάθει κανείς όλες τις δεξιότητες που χρειάζονται, είτε στο θέμα της ιατρικής θεραπείας, είτε στη διαχείριση του οργανισμού. Επίσης σε συγκεκριμένους δείκτες που πρέπει κι αυτοί να εντοπιστούν όσον αφορά την απόδοση, ειδικά ποιος είναι ο δείκτης εκείνος που μου λέει ότι είμαι καλός γιατρός, ότι είμαι καλός νοσηλευτής και καλή νοσηλεύτρια, καλός διοικητικός υπάλληλος;

Πρέπει λοιπόν να βρούμε αυτούς τους δείκτες και μετά μετράμε την απόδοσή μας σε σχέση με αυτούς τους δείκτες και μετά προχωράμε συγκρίνοντας από τον ένα μήνα στον άλλον και από τον ένα χρόνο στον άλλον από το ένα άτομο στο άλλο κι αυτά όλα αφορούν τις διαδικασίες ελέγχου και βελτίωσης.

Αυτές είναι λοιπόν κάποιες δραστηριότητες που μπορούν να εφαρμοστούν κι εγώ φυσικά είμαι υπερασπιστής του ελέγχου, το βλέπετε και ιδιαίτερα υπερασπίζομαι την πιστοποίηση. Πιστεύω ότι η πιστοποίηση σε οποιοδήποτε σύστημα είναι κάτι που είναι απολύτως απαραίτητο, γιατί μπορεί να θέσει τα πρότυπα στη θέση τους, να μπορέσει να θέσει κι ένα σύστημα ελέγχου στη θέση του, ένα σύστημα βελτίωσης και επίσης εκπαιδευτικό σύστημα εκεί που χρειάζεται που πιστεύω ότι είναι εντελώς απαραίτητα για να προχωρήσουμε σε ένα καλύτερο αποτέλεσμα.

Σας αφήνω λοιπόν με αυτή την τελευταία ρήση από τον Edward Denning «κάθε σύστημα είναι τέλεια σχεδιασμένο να συναντήσει να εκπληρώσει τους στόχους για τους οποίους έχει σχεδιαστεί». Έτσι λοιπόν αν κάτι σχεδιαστεί λάθος δε θα φτάσουμε στο σωστό αποτέλεσμα, αν σχεδιαστεί όμως σωστά θα πάμε όλοι καλά.

Ευχαριστώ πάρα πολύ.

ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗΣ: Απίστευτο κ. Καθηγητά, τελειώσατε ένα λεπτό νωρίτερα από το προγραμματισμένο, έχετε άλλο ένα λεπτό αν θέλετε να χρησιμοποιήσετε.

Ήταν μια πάρα πολύ καλή παρουσίαση και νομίζω ότι όλοι θα συμφωνείτε ότι μας έδωσε πραγματικά την ουσία όλου του προβλήματος, αλλά κάτι που πλέον ξεκίνησε από την ασφάλεια των αρρώστων, τα ιατρικά

λάθη, το documentation δηλαδή την τεκμηρίωση που πρέπει να κάνουμε αυτό που ανέφερα κι εγώ νωρίτερα και μίλησε για τους δείκτες είναι το σημαντικό.

Μας μίλησε για τα θεσμικά όργανα που έχουν στην Αμερική για το quality assurance και βεβαίως είμαι σίγουρος αργότερα στη συζήτηση -να τον προκαλέσετε- όταν ανέφερε για το professional accountability, σε ποιο βαθμό ιδιαίτερα το κλινικό Σώμα των γιατρών μπορεί να παρακολουθήσει αυτή την επαγγελματική λογοδοσία ως το πούμε έτσι το accountability και να εφαρμόσει πρωτόκολλα.

Είναι το κεντρικό νομίζω μέσα στην όλη συζήτηση και να το έχεις υπόψη σου ότι εδώ έχουμε αφήσει το κομμάτι των κλινικών γιατρών, έχει αναπτύξει ένα άλλο medical power οπότε το accreditation έχει να κάνει με τα ερωτήματα.

ΠΡΟΕΔΡΟΣ: Εγώ νομίζω ότι ήταν εξαιρετική, λες και μας ήξερε. Διότι αυτό το typical accreditation program είναι ακριβώς μεταφερμένο στο άρθρο του νομοσχεδίου.

Και εξηγούμαι: Το Board είναι αυτό που σας έλεγα στην αρχή, ο Διοικητής ο Αναπληρωτής Διοικητής με τους Διευθυντές των υπηρεσιών, το Administration είναι το department ελέγχου ποιότητας από τον 2889, που σας παρακαλώ στα μεγάλα νοσοκομεία βρείτε μια νοσηλεύτρια γιατί αυτές πραγματικά ξέρουν τι σημαίνει ποιότητα και κάποιον διοικητικό που να ξέρει στατιστική και reporting να μπορεί να μαζεύει τα reports.

Τα standards, εδώ είναι ο κ. Ζηλίδης και η Επιτροπή και οι συνάδελφοι που θα μιλήσουν, Χρήστο βάλτε μας κάποια standards και νομίζω ότι ο κ. Al Assaf ήταν εξαιρετικό το contribution που έκανε και αν μας στείλετε τις διαφάνειες θα ήθελα να τις μοιράσουμε σε όλους ιδιαίτερα στο σημείο από κει και κάτω το τι δουλειά θα κάνουν οι Επιτροπές.

Και το education communication research and survey είναι το Τμήμα εκπαίδευσης και Έρευνας πάλι στον 2889, δηλαδή η δομή είναι εδώ, αυτό που μας λείπει είναι τα εργαλεία και πραγματικά σα να μας ήξερε μας ανέλυσε τι πρέπει να κάνουμε.

ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗΣ: Ακριβώς έτσι είναι, ευχαριστούμε πάρα πολύ και σας προκαλώ και σας προσκαλώ αργότερα στη συζήτηση να ακούσουμε περισσότερα από τον κ. Al Assaf.

Να προχωρήσουμε τώρα στον κ. Πολυνείκη, ο οποίος Αντρέας Πολυνείκης είναι γνωστός μας, είναι μια ηγετική φυσιογνωμία και πρωτοπόρος σε πολλά στη χώρα της Κύπρου, γιατί η Κύπρος έχει την άνεση να έχει προχωρήσει αρκετά και να έχει εφαρμόσει ακόμη και συστήματα διασφάλισης ποιότητας.

Ο κ. Πολυνείκης ώσπου να ετοιμαστεί να σας πω ότι είναι από τους Γενικούς Διευθυντές του Υπουργείου Υγείας, αλλά έχει θητεύσει και σαν Manager στο management και το στήσιμο του μεγάλου νοσοκομείου του νέου νοσοκομείου της Λευκωσίας, ένα μεγάλο νοσοκομείο το Γενικό Νοσοκομείο και τώρα μοιράζει τη θέση μεταξύ της Γενικής Διεύθυνσης του Υπουργείου Υγείας αλλά του αλλουνού μεγάλου νοσοκομείου της Κύπρου της Λευκωσίας που είναι ο Μακάριος και είναι και Διευθυντής-Διοικητής του νοσοκομείου Μακάριος.

Αντρέα έχεις το λόγο.

A. ΠΟΛΥΝΕΙΚΗΣ: Ευχαριστώ Άρη, καλημέρα σας, θα ήθελα να ευχαριστήσω πρώτα την Οργανωτική Επιτροπή που μου έδωσε την τιμή να είμαι μαζί σας σήμερα και εύχομαι να ανταποκριθώ.

Σκεφτόμενος τι να παρουσιάσω είπα ότι από τη θεωρία καλύτερα να πάμε στην πράξη, διότι είναι αυτό το οποίο και εγώ χρειάστηκα τώρα όταν μου αναθέσανε πέραν των καθηκόντων μου να διευθύνω το δεύτερο μεγάλο νοσοκομείο της Λευκωσίας το νοσοκομείο Αρχιεπίσκοπος Μακάριος ο Γ'.

Το οποίο είναι ένα νοσοκομείο ειδικά για τη μητέρα και το παιδί και έχει εκεί όλες τις ειδικότητες και υποειδικότητες που σχετίζονται με το παιδί, από παιδοχειρουργική, από παιδογκολογία και οτιδήποτε άλλο μπορείτε να φανταστείτε, plus χειρουργική γυναικολογική η οποία είναι και referral hospital διότι η Κύπρος είναι πολύ μικρή για να έχει πάρα πολλά νοσοκομεία να εξειδικεύονται σε μεγάλες εγχειρήσεις γυναικολογικές ιδίως.

Όταν ανέλαβα αυτό το νοσοκομείο η πρώτη μου σκέψη ήταν να δω τι συμβαίνει σε αυτό το νοσοκομείο, διότι είχα την εμπειρία του μεγάλου νοσοκομείου, του νέου Γενικού Νοσοκομείου Λευκωσίας, να εργαστώ να το ανοίξουμε να το λειτουργήσουμε και μετά να το παραδώσω. Και το πρώτο πράγμα που αποφάσισα να κάνω ήταν να δω τι κινδύνους αντιμετωπίζουμε

σε αυτό το νοσοκομείο εγώ, το προσωπικό και οι ασθενείς κι αυτό είναι το πρώτο μέρος της παρουσιάσής μου.

Το δεύτερο είναι ένα άλλο πρακτικό μέτρο το οποίο έχουμε εισάγει σε διάφορα νοσοκομεία δημόσια της Κύπρου, η αναφορά περιστατικών, το οποίο θα το πω σε πιο λεπτομέρεια όταν θα έρθει η στιγμή του αν έχουμε λίγο χρόνο, γιατί η παρουσίαση ετοιμάστηκε για 45 λεπτά αλλά ο χρόνος περιορίζεται στα 15 οπότε αντιλαμβάνεστε ότι θα το διαιρέσω όλο δια τρία ότι θα μιλώ.

Επίσης θα είναι και ο βαθμός ικανοποίησης ασθενών και προσωπικού, μια τελευταία έρευνα την οποία έχουμε κάνει στην Κύπρο μαζί με το ανοιχτό πανεπιστήμιο και θα προσπαθήσω κλείνοντας να δούμε που είναι η αλήθεια στον τομέα της ποιότητας και διαχείρισης του κινδύνου μέσα στα νοσοκομεία.

Μόλις μπήκα στο νοσοκομείο το πρώτο πράγμα που έκανα ήταν να δω πως λειτουργεί και πιστέψτε με ότι οι γιατροί μεταξύ τους δε γνωρίζονταν. Κάλεσα σύσκεψη στη μεγάλη αίθουσα του νοσοκομείου και όταν άνοιξα την αίθουσα ευτυχώς μια μέρα προηγούμενα νόμιζα ότι ήταν έργο της Αγκάθα Κρίστι. Ήταν κλειστή η αίθουσα τουλάχιστον για 15 χρόνια και συνεδρίαζε μόνο μία Επιτροπή από γριούλες οι οποίες ήταν για να βοηθούν το νοσοκομείο, οπότε δε βλέπανε ούτε τη σκόνη η οποία υπήρχε μέσα στην αίθουσα αυτή.

Ο κ. Αλέκος Σταμάτης που είναι δίπλα μου έχει την τύχη να είναι στο διπλανό νοσοκομείο το οποίο είναι ενωμένο με το δικό μου, το ογκολογικό κέντρο όπως θα σας πει και η διαφορά είναι ακριβώς στο management ή στη διοίκηση των δύο νοσοκομείων.

Κάλεσα το πρώτο πράγμα όλους τους Διευθυντές των κλινικών και όλους τους υπευθύνους των τμημάτων του νοσοκομείου, όπου ήταν τα κλινικά εργαστήρια, φυσιοθεραπεία, οτιδήποτε άλλο, για να τους γνωρίσω και πιστέψτε με δε γνωρίζονταν μεταξύ τους, δηλαδή ήταν η πρώτη φορά που έβλεπαν οι Διευθυντές του νοσοκομείου μεταξύ τους ο ένας τον άλλο, πολλοί από αυτούς.

Και τότε δεσμευτήκαμε όλοι ότι θα εισάγουμε ένα σύστημα να βρούμε ποιοι είναι οι κίνδυνοι που απειλούν το νοσοκομείο, να τους

κατατάξουμε με κάποιο τρόπο και να δούμε με ποιον τρόπο μπορούμε να λύσουμε όλα αυτά τα προβλήματα, για να μειώσουμε ακριβώς τον κίνδυνο προς τον ασθενή, αλλά ταυτόχρονα να βελτιώσουμε την ποιότητα και αν είναι δυνατόν να μειώσουμε ακόμη και τις δαπάνες στο νοσοκομείο.

Αφού όλοι αναλάβαμε ο καθένας την ευθύνη του μιλήσαμε για τη σημασία του να βρούμε τους κινδύνους μέσα στο νοσοκομείο και πιστέψτε με όταν θα πάμε λίγο πιο κάτω θα δείτε πόσοι κίνδυνοι υπάρχουν τους οποίους δεν μπορεί κανείς να υπολογίσει αν δεν τους ψάξει ή αν δε δώσει το θάρρος αν θέλετε σε αυτούς οι οποίοι εργάζονται μέσα να κοιτάξουν να βρουν αυτούς τους κινδύνους.

Τότε εργαζόμαστε συγκαλυμμένα και καθημερινά συμβαίνουν τραγικότατα λάθη μέσα σε όλα τα νοσοκομεία, δεν είναι μόνο σε αυτό που εργαζομαι αλλά και στα καλύτερα της Αμερικής συμβαίνουν λάθη στα νοσοκομεία και η ουσία είναι να μπορούμε να τα αναγνωρίσουμε και να μπορούμε να τα λύσουμε.

Χωρίσαμε τους κινδύνους σε δύο μεγάλους τομείς, ο ένας ήταν στο κλινικό επίπεδο τι συμβαίνει με τον ασθενή μέσα στην ίδια την κλινική όταν εισάγεται στο νοσοκομείο και οι κίνδυνοι οι οποίοι αντιμετωπίζονται εκτός των κλινικών σε όλο το χώρο του νοσοκομείου. Φτάνει να σας πω χθες ότι ήταν πρωτοσέλιδο στη μεγαλύτερη εφημερίδα της Κύπρου το νοσοκομείο, γιατί έκανα μία σύσκεψη την οποία δεν δημοσιοποίησα εγώ αλλά άλλοι.

Γύρω από το νοσοκομείο μας έχει 300 γάτους, υπάρχει κι ένα ωραίο πάρκο και όποιος δε θέλει τα γατάκια του σήμερα στη Λευκωσία τα πετά σε αυτό το πάρκο. Κάποιος η ώρα πέντε το πρωί τα ταιΐζει πολύ κοντά στο νοσοκομείο και αρχίσανε να παρουσιάζονται οι πρώτοι ψύλλοι μέσα στο νοσοκομείο, οπότε βλέπετε μόνον από το περιβάλλον ακόμη πόσοι κίνδυνοι μπορεί να έρθουν μέσα στο νοσοκομείο.

Στο κλινικό επίπεδο ασφαλώς από τη μεταφορά του ασθενούς στο χειρουργείο, από την αναισθησία μέχρι το να επιστρέψει πίσω, από το να δώσουμε τα φάρμακα στον ασθενή, σε κάθε σημείο υπάρχει ο κίνδυνος. Άρα θα πρέπει να βρούμε εκείνες τις ασφαλιστικές δικλείδες οι οποίες να μειώσουν όλους αυτούς τους κινδύνους.

Τι θα μας ωφελήσει τώρα αν εισάγουμε ένα σύστημα διαχείρισης του κινδύνου; Ασφαλώς τρία πράγματα θα μας ωφελήσει, θα βελτιώσουμε την ποιότητα προς τον ασθενή, θα βελτιώσουμε το εργασιακό περιβάλλον όλων όσοι εργάζονται μέσα στο νοσοκομείο και σίγουρα θα έχουμε μεγάλες οικονομίες διότι υπάρχουν φοβερές σπατάλες εκεί που δεν μπορούμε να τις υπολογίσουμε.

Είμαστε σίγουροι ότι οι κίνδυνοι ποτέ δεν μπορούν να εξαλειφτούν όλοι και αυτό είναι ένα αξίωμα. Η δημιουργία όμως ενός αρχείου για να καταγράψουμε τους κινδύνους και να δούμε πως μπορούμε να τους αντιμετωπίσουμε, αυτό έχει τεράστια σημασία.

Δημιούργησα μέσα στο νοσοκομείο μία Επιτροπή το Hospital Governance η οποία αποτελείται όπως έχω πει από τους Διευθυντές όλων των τμημάτων και των εργαστηρίων, δόθηκαν σαφείς οδηγίες πως θα εργαστούν και για το κάθε τμήμα είχε την ευθύνη ο Διευθυντής του τμήματος αυτού της κλινικής να καταγράψει τους κινδύνους.

Ορίστηκε μία τριμερής διεπαγγελματική, διότι δεν είναι μόνο γιατροί πάντα, να μην το ξεχνάμε αυτό στο νοσοκομείο, υπάρχει το μεγάλο σώμα των νοσηλευτών αλλά και όλων των άλλων παραϊατρικών επαγγελματιών, διότι όλοι μαζί τότε μπορούμε να φέρουμε το πραγματικό αποτέλεσμα και χωρίσανε σε τρεις διαφορετικές κατηγορίες τους κινδύνους, στη δομή όπου είναι το κτίριο, το ανθρώπινο δυναμικό, ο εξοπλισμός, οι διαδικασίες.

Και λιγότερο με το αποτέλεσμα διότι όπως γνωρίζουμε όλοι για να μετρήσουμε το αποτέλεσμα της ιατρικής παρέμβασης επί του ασθενούς είναι το πιο δύσκολο και μέχρι σήμερα ακόμη δεν έχουν καταλήξει όλοι πως μπορούμε να μετρήσουμε αυτό το αποτέλεσμα, ποσώς δε αν δεν έχουμε εισάγει στο νοσοκομείο συστήματα πληροφοριών τέτοια που να μας δίνουν τις κατάλληλες πληροφορίες.

Είχαμε στρέψει την προσοχή μας και είχαμε δώσει οδηγίες να κοιτάξουμε πως γίνεται η διαχείριση του φαρμάκου, πως γίνεται η μεταφορά των ασθενών στο χειρουργείο, οι εξειδικευμένες κλινικές διαδικασίες -δε θέλω να σταθώ σε πολλά απ' αυτά διότι θα τα δούμε μετά- και εκείνο το οποίο

θέσαμε το ερώτημα είναι τι θα μπορούσε να πάει λάθος και αυτό το λάθος όμως τι θα μπορούσε να φέρει μέσα στο νοσοκομείο;

Θα σας πω μόνο ένα παράδειγμα, μου αναφέρανε μετά που έδωσα το θάρρος ότι δύο φορές μετά την αναισθησία η αναισθησιολόγος έδωσε επτά φορές περισσότερη αμινοφιλίνη στο παιδί, δεν ξέρουμε γιατί και το παιδί κατέληξε στη μονάδα εντατικής θεραπείας. Δύο φορές συνέβη αυτό το περιστατικό. Άρα συμβαίνει καθημερινά στα νοσοκομεία, φτάνει να το βλέπουμε.

Έχουν καταγραφεί όλοι οι κίνδυνοι τους οποίους βρήκαμε στο νοσοκομείο, από την ολισθηρότητα του πατώματος μέσα στην κουζίνα και έγιναν φοβεροί τραυματισμοί γιατί το πάτωμα είναι πολύ ολισθηρό, από την αποθήκη στην οποία εργάζονται χειρωνακτικά ενώ υπήρχε ένα αυτοκίνητο το οποίο καθόταν και είχε όλο το μηχανικό εξοπλισμό να τους τα κάνει όλα μηχανικά.

Το Μακάριο Νοσοκομείο είχε χτιστεί πριν τριάντα χρόνια και η αντικατάσταση των σωληνώσεων είναι εκ των ων ουκ άνευ διότι κινδυνεύουν να τιναχτούν στον αέρα, διότι πριν τριάντα χρόνια η ποιότητα των σωλήνων ήταν πολύ διαφορετική από τη σημερινή και οι φλορέντζες των χειρουργείων ήταν ηλικίας τριάντα χρόνων.

Στο εργαστήριο χάνονται αναλύσεις και είχαν εκεί σωρούς από αναλύσεις τις οποίες δεν τις πήραν οι ασθενείς και μιλούμε για τρεις, τέσσερις, πέντε, έξι μήνες αναλύσεις και μέχρι κύλινδροι αζώτου έξω από το εργαστήριο ήταν εκτεθειμένοι σε πολύ υψηλές θερμοκρασίες και ήταν μια ωρολογιακή βόμβα να μας ανατινάξει.

Οι αναισθησιολόγοι είχαν πράγματι δίκιο, διότι τα δύο αναισθησιολογικά τραπέζια που χρησιμοποιούσαν ήταν ηλικίας τριάντα χρόνων, οπότε τους άναβε διαρκώς κόκκινο. Στην οφθαλμολογική κλινική απλώς αναφέρω ότι το χειρουργικό τραπέζι ήδη έχει *expire date* και πρέπει άμεσα να αντικατασταθεί και προσπαθώ να το αντικαταστήσω αυτές τις μέρες.

Αλλά ένα από όλα ήταν η συχνή απώλεια των φακέλων κι εδώ θα σταθώ λίγο στον ιατρικό φάκελο που είναι ένα από τα πιο σημαντικά εργαλεία μέσα σε ένα νοσοκομείο, όπως το έχει αναφέρει και ο Καθηγητής ο

Al Assaf. Στην Κύπρο έχουμε ψηφίσει ένα νόμο τα τελευταία τέσσερα χρόνια για την προστασία των δικαιωμάτων των ασθενών και αυτός ο νόμος είναι πολύ πιο προχωρημένος από ότι είναι όλοι οι άλλοι νόμοι που αφορούν τους ασθενείς στην Κύπρο.

Και καθημερινά παίρνουμε επιστολές από την Επίτροπο Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ασθενών για απώλεια φακέλων, διότι στα Δικαστήρια όταν πηγαίνουμε πλέον απώλεια φακέλου σημαίνει ότι χάνεις τη δίκη και καλείται το δημόσιο να πληρώσει τεράστια ποσά απλώς και μόνο γιατί δεν έχεις ούτε documentation να υπερασπιστείς τις πράξεις οι οποίες γίνονται στα νοσοκομεία.

Φανταστείτε ότι δεν υπάρχει «second on call» μέσα στο νοσοκομείο για τη μονάδα εντατικής θεραπείας και γίνεται από το σπίτι και το ερώτημα που τίθεται τώρα "είναι οι ασθενείς ασφαλείς στα νοσοκομεία όσο ασφαλείς είναι και στο σπίτι τους";

Αν δούμε στην Αμερική λέει αν θέλετε να τιμωρήσετε έναν Αμερικάνο ή να τον καταδικάσετε σε θάνατο μπορείτε να τον εισάγετε σε ένα νοσοκομείο, γιατί μέσα στο ίδιο το νοσοκομείο πεθαίνουν περισσότεροι από όσους πεθαίνουν από καρκίνο του μαστού, αυτοκινητιστικά δυστυχήματα ή HIVH μέσα στην Αμερική.

Τα πιο απλά πράγματα για να εφαρμόσουμε σε ένα νοσοκομείο για να μειώσουμε τη θνησιμότητα και τη νοσηρότητα είναι να μειώσουμε τις μολύνσεις στα νοσοκομεία και ο πιο απλός τρόπος είναι να πλένεις τα χέρια σου, η φαρμακευτική δόση είναι το πιο συνηθισμένο λάθος που γίνεται μέσα στα νοσοκομεία.

Και το τρίτο ,πολλές φορές γίνονται εγχειρήσεις λανθασμένα, άρα εκεί πρέπει να εφαρμόσουμε αυτό το οποίο εφαρμόζουν στις αεροπορικές εταιρείες το check list και όσοι μπήκανε μέσα σε καμπίνα πιλότου τότε θα δουν ένα φοβερό check list το οποίο κάνουν προτού απογειωθεί το αεροπλάνο για να είναι ασφαλισμένο και αυτό είναι εκείνο το οποίο χρειάζεται σήμερα να εισαχθεί στον τομέα της υγείας και η συνεχόμενη βελτίωση της ποιότητας είναι αυτό το οποίο εισήγαγαν οι Ιάπωνες μέσα σε όλα τα εργοστάσιά τους, ότι δεν σταματάμε ποτέ να βελτιώνουμε την ποιότητα.

Οπωσδήποτε για να λειτουργήσει μια μονάδα υγείας χρειάζεται να υπακούσουμε και τους νόμους οι οποίοι υπάρχουν γύρω μας και εδώ υπάρχουν οι βασικές αρχές ασφάλειας. Μόνο για το νέο Γενικό Νοσοκομείο Λευκωσίας είχαμε εξασφαλίσει κάπου 180 αδειοδοτήσεις, για να μπορέσουμε να πούμε ότι είμαστε σίγουροι ότι έχουμε όλες τις άδειες οι οποίες είναι απαραίτητες για να λειτουργήσει ένα νοσοκομείο.

Θα αναφερθώ τώρα στο δεύτερο μέρος της παρουσίασης που είναι η αναφορά περιστατικών. Τι είναι η αναφορά περιστατικών; Κάθε μέρα μέσα στο νοσοκομείο συμβαίνουν πράγματα τα οποία δε θέλουμε να συμβούν και η δημιουργία ενός τέτοιου μηχανισμού που να αναφέρονται τα περιστατικά σίγουρα μας βοηθά να βελτιώσουμε την ποιότητα αλλά ταυτόχρονα να μειώσουμε και όλους τους κινδύνους μέσα στο νοσοκομείο.

Το έχουμε εισάγει αυτό σε διάφορα νοσοκομεία της Κύπρου και ήδη απολαμβάνουμε τους πρώτους καρπούς, όπως θα δείτε, διότι αρχίσανε να το συνειδητοποιούν ότι η αναφορά περιστατικών δεν είναι για να τιμωρήσουμε κάποιον αλλά είναι για να βρούμε την αιτία γιατί συνέβη εκείνο το περιστατικό και να προσπαθήσουμε να πάμε στη ρίζα να το λύσουμε και με την ενθάρρυνση αρχίσανε να έρχονται τα αποτελέσματα και να μπορούμε ήδη να τα αναλύσουμε.

Βλέπουμε εδώ ότι το μήνα Ιούλιο, Αύγουστο, Σεπτέμβριο του 2009 ήταν τα περισσότερα περιστατικά και είναι αυτονόητο ότι οι πλείστοι βγαίνουν με άδεια άρα μειώνεται η προσοχή στα νοσοκομεία και βλέπουμε πόσος κίνδυνος υπάρχει κάποιος να μπει σε νοσοκομείο Ιούλιο, Αύγουστο, Σεπτέμβρη, ακόμη και τον Οκτώβρη μέσα σε ένα νοσοκομείο, είναι καλύτερα να πάμε το Χειμώνα παρά το Καλοκαίρι να εισαχθούμε σε νοσοκομείο.

Εδώ είναι το είδος του τραύματος το οποίο συνέβη ή το περιστατικό και οι μεγαλύτερες αιτίες οι οποίες οδήγησαν σε αυτά ήταν η έλλειψη αναλώσιμων υλικών την κατάλληλη στιγμή που τα χρειαζόμαστε, διότι εκεί αρχίζουν και όλοι οι καβγάδες μέσα στα νοσοκομεία.

Τα αποτελέσματα από αυτή την αναφορά περιστατικών τα περισσότερα ατυχήματα αφορούσαν λειτουργούς επαγγελματιών υγείας και το 60% του ασθενείς. Στα ατυχήματα τα χειρουργεία έχουν τα περισσότερα και

ακολουθεί το Ορθοπαιδικό Τμήμα και μια κλινική στη Λάρνακα η Γρηγόριος Κλινική η οποία ασχολείται περισσότερο με το aids επί πανκυπρίου βάσεως.

Τα περισσότερα ατυχήματα συνέβησαν κατά τους μήνες Ιούλιο-Σεπτέμβριο όπως έχω πει, το 47% των ατυχημάτων ήταν από πέσιμο ή παραπάτημα, για το 94% των ατυχημάτων δεν υπήρχε πρόθεση πρόκλησης από άλλο άτομο και οι περισσότεροι τραυματισμοί προκλήθηκαν κατά τη διάρκεια διεξαγωγής διαδικασιών από λειτουργούς επαγγελματιών υγείας και τα πιο πολλά τραύματα ήταν ανοιχτές πληγές και όσον αφορά τα παρ' ολίγον περιστατικά τα περισσότερα οφείλονται σε έλλειψη αναλώσιμων υλικών.

Πηγαίνω στο βαθμό ικανοποίησης των ασθενών, δε θα μείνω πολύ εδώ, θα πω μόνο δύο πράγματα, ότι γενικά στην Κύπρο οι ασθενείς είναι αρκετά ικανοποιημένοι από τα δημόσια νοσηλευτήρια και όσον αφορά τους εργαζόμενους είναι σε πολύ-πολύ υψηλό επίπεδο η ικανοποίηση, διότι είναι γνωστό ότι αμείβονται πολύ καλά στην Κύπρο, τόσο οι νοσηλευτές όσο και οι γιατροί στο δημόσιο.

Με μια διαφορά, ότι σε ορισμένους κλάδους στον ιδιωτικό τομέα υπήρχε περισσότερη ζήτηση και δώσανε περισσότερα χρήματα, οπότε είχαμε έλλειψη αναισθησιολόγων στην Κύπρο, αλλά τώρα που στην Ελλάδα έχετε κάποια πλεονάσματα κατόρθωσα να μεταφέρω δύο στο Μακάριο γιατί από τους έξι μόνο δύο μου είχαν απομείνει και σας έκλεψα δύο. Και από διεπαγγελματικά τώρα και οι νοσηλευτές είναι στο 65% σχεδόν είναι πολύ ικανοποιημένοι και όλοι οι άλλοι επαγγελματίες της υγείας, διότι λέω στο δημόσιο πληρώνονται πολύ καλά.

Αυτές τις δύο διαφάνειες τις έβγαλα για να δείξω εδώ πόσο μειωμένη είναι η επάρκεια στο Γενικό Νοσοκομείο Λευκωσίας από μία έρευνα που έχουμε κάνει, όπου το 69% των χειρουργείων του Γενικού Νοσοκομείου Λευκωσίας ήταν κενό, δηλαδή δε λειτουργούσε και η αποδοτικότητα ήταν στο 31%. Εάν βελτιωθεί η αποδοτικότητα, μπορεί να χειρουργεί όλες τις ανάγκες της Κύπρου, οπότε όλοι οι άλλοι στην πραγματικότητα θα πρέπει να κλείσουν, γι' αυτό βλέπετε πόσο είναι και τα συμφέροντα μέσα στη μέση.

Και λέω τώρα που είναι η αλήθεια; Στην Κύπρο πιστεύω ότι δημιουργήσαμε στο Υπουργείο Υγείας μία παράδοση στον τομέα της ποιότητας, όπου ξεκίνησαν από το 1992-1993 με ένα τυχαίο γεγονός, κάποιος

Κύπριος της Αυστραλίας ζήτησε να επισκεφθεί το Υπουργείο Υγείας της Κύπρου, του απάντησα «κόπιασε» και όταν ήρθε στην Κύπρο είδα ότι ήταν ο Διευθυντής του Συστήματος Διασφάλισης της Ποιότητας και Διαχείρισης του Κινδύνου του Συστήματος Υγείας της Αυστραλίας. Έκτοτε τον έφερα δύο-τρεις φορές στην Κύπρο κι έκανε διαλέξεις ενώπιον Υπουργών τότε Γενικών και λοιπά.

Και μετά το 1994 είχα γνωρίσει τον Al Assaf στην Κύπρο σε ένα συνέδριο της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας και εκεί τότε ξεκίνησε πράγματι το μεγαλύτερό μου ενδιαφέρον για τον τομέα της υγείας, ο Al Assaf έχει έρθει στην Κύπρο αρκετές φορές ως προσκεκλημένος του Υπουργείου Υγείας, έκανε αρκετές διαλέξεις σε όλο το προσωπικό το οποίο εργάζεται στο δημόσιο τομέα και σε πολλούς τομείς.

Και σήμερα μπορώ να πω ότι εις μεν τον ιδιωτικό τομέα έχουμε πρωτοτυπήσει και αυτές τις μέρες ο Υπουργός θα εξαγγείλει κίνητρα για όλα τα ιδιωτικά νοσοκομεία όσα θέλουν να προχωρήσουν στη διαπίστευση να αναλάβουμε να πληρώσουμε εμείς τη δαπάνη για τη διαπίστευση των ιδιωτικών νοσηλευτηρίων.

Να μην ξεχνάμε ότι στην Κύπρο το 50% της προσφοράς υπηρεσιών υγείας προέρχεται από τον ιδιωτικό τομέα και ένα από τα ενδιαφέροντα της Κύπρου σήμερα είναι να προωθήσει τον τουρισμό και υγεία και γι' αυτό και η πρότασή μας είναι να διαπιστευτούν τα δημόσια νοσηλευτήρια, τα ιδιωτικά για τα δημόσια και ευρίσκεται στα χέρια του Υπουργού εδώ και ένα χρόνο πρόταση για να βγούμε με ανοιχτή προσφορά να προχωρήσουμε στη διαπίστευση όλων των δημόσιων νοσηλευτηρίων.

Δε θα πω τι χρειάζονται άλλο τα νοσηλευτήριά μας, είναι κεντροκρατούμενα σήμερα, διοικούμε τα νοσοκομεία περισσότερο από το Υπουργείο παρά από μέσα στα νοσοκομεία και προσπαθούμε την αποκέντρωση. Με αυτά νομίζω πρέπει να κλείσω, γιατί ο Άρης θα αρχίσει να μου κάνει παρατήρηση, σας ευχαριστώ.

ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗΣ: Όχι Αντρέα, ευχαριστούμε πάρα πολύ για την εμπειρία της Κύπρου και ήταν στοχευμένη σε πραγματικές καταστάσεις. Εμένα μου άρεσε και ο νόμος των δικαιωμάτων των ασθενών, που είναι κάτι που πρέπει να το ενεργοποιήσουμε και να το βάλουμε στην πλατφόρμα της συζήτησης.

Από καιρό και από χρόνια υποστηρίζω ότι μέσα από μια ισχυροποίηση μιας πλατφόρμας για τα δικαιώματα των ασθενών μπορούμε να περάσουμε πολλά πράγματα, με την έννοια ότι εκ των κάτω προς τα πάνω παρά εκ των άνω προς τα κάτω, είναι πολλές οι αντιλήψεις, αλλά είναι μια ωραία συζήτηση.

Να μην παρασύρομαι όμως και να περάσω στον κύριο, πάλι έχουμε κυπριακή εμπειρία, από τον κ. Σταμάτη. Εγώ τον κ. Σταμάτη τον έχω ακούσει και στην Κύπρο, είμαι σίγουρος ότι θα έχει μια πολύ καλή υπηρεσία και θα μας δώσει και περισσότερα γύρω από το κλινικό επίπεδο που μας ενδιαφέρει, γιατί συνεχίζω να υποστηρίζω ότι θα πρέπει να σπάσουμε το φράγμα της οποιασδήποτε αντίστασης για να προχωρήσουμε σε συστήματα διασφάλισης της ποιότητας και ελέγχου της ποιότητας του παράγοντα του κλινικού γιατρού και τι εννοούμε όταν λέμε accountability είναι το σημαντικό.

Κύριε Σταμάτη έχετε το λόγο.

A. ΣΤΑΜΑΤΗΣ: Ευχαριστώ κ. Καθηγητά.

Κύριε Γενικέ, ευχαριστώ πάρα πολύ για την πρόσκληση, η ευκαιρία που μου δίνετε να μιλήσω για την εμπειρία του Ογκολογικού Κέντρου για τη διαπίστευση σε ένα τόσο διακεκριμένο ακροατήριο αποτελεί ύψιστη τιμή. Ευχαριστώ πολύ.

Τον Μάιο του 2004 αποφασίσαμε να επιδιώξουμε διαπίστευση από τον Αγγλικό Οργανισμό Health Quality Service. Όπως βλέπετε την εξασφάλισαμε τον Ιούλιο του 2007 κι αυτή θα έληγε πριν το τέλος του 2009 γι' αυτό από ένα χρόνο προηγουμένως είχαμε συμφωνήσει με τον συγκεκριμένο οργανισμό να επιδιώξουμε ανανέωση της διαπίστευσης.

Έτσι τον Μάρτιο που μας πέρασε υποβληθήκαμε σε νέα αξιολόγηση με το αποτέλεσμα που βλέπετε. Έχουμε πλήρη συμμόρφωση με 1569 κριτήρια και μερική συμμόρφωση σε 12 και μας έχουν πει ότι η διαπίστευσή μας θα ανανεωθεί αν μέχρι το Σεπτέμβριο τους πείσουμε ότι έχουμε πάρει συγκεκριμένα μέτρα για να βελτιωθούμε στα 12 συγκεκριμένα κριτήρια. Θα σας δώσω κάποιες πληροφορίες στη συνέχεια για ένα από τα 12 κριτήρια τα οποία μας δυσκολεύουν.

Πριν προχωρήσω, για να έχετε το πλαίσιο μέσα στο οποίο λειτουργούμε, λίγα λόγια για το ποιοι είμαστε: Μη χειρουργικό ογκολογικό

νοσοκομείο, 40 με 50 ασθενείς την ημέρα στη Μονάδα Ημερήσιας Νοσηλείας για χημειοθεραπεία, 120 με 130 ασθενείς στους τρεις γραμμικούς επιταχυντές, συνολικά περίπου 179 περιστατικά το μήνα, περίπου 70% με 80% των νέων περιστατικών πανκύπρια.

Το κέντρο είναι δημιούργημα της Δημοκρατίας και της Τράπεζας Κύπρου, ως αγαθοεργό ίδρυμα λειτουργεί ως νομικό πρόσωπο ιδιωτικού δικαίου, το ανώτατο όργανό του είναι επταμελές Συμβούλιο Επιτρόπων, όπου τρεις διορίζονται από τη Δημοκρατία, τρεις από την Τράπεζα Κύπρου και ο Πρόεδρος από κοινού και κανένας Επίτροπος δεν έχει εκτελεστική ιδιότητα.

Τα λειτουργικά έξοδα του κέντρου καλύπτονται από το δημόσιο στη βάση ετήσιου προϋπολογισμού του κέντρου και οι κεφαλαιουχικές δαπάνες από την Τράπεζα Κύπρου. Όλες οι υπηρεσίες του κέντρου μας παρέχονται σε όλους τους πολίτες της Κυπριακής Δημοκρατίας, συμπεριλαμβανομένων και των Τουρκοκυπρίων δωρεάν.

Η κομβική ρύθμιση η οποία διασφαλίζει τον δημόσιο χαρακτήρα του κέντρου είναι το καθεστώς εργοδότησης των ιατρών. Πενταετής ανανεωνόμενη σύμβαση εργασίας με μισθό και ρητή απαγόρευση της άσκησης ιδιωτικού έργου προς ίδιον όφελος.

Γιατί επιδιώξαμε τη διαπίστευση; Σταθμίσαμε το μέγεθός μας, σταθμίσαμε το μέγεθος της χώρας μας, την απουσία ιατρικής σχολής, την απουσία παράδοσης και το συμπέρασμα ήταν και παραμένει ότι η εσωστρέφεια είναι κάκιστος σύμβουλος, αναπόφευκτα θα μας οδηγήσει στη φθορά. Γι' αυτό επιλέξαμε να εκθέσουμε τους εαυτούς μας στην πίεση της εξωτερικής αξιολόγησης.

Όταν άρχισαν οι πρώτες συζητήσεις το 2003 καλά-καλά τι ήταν η διαπίστευση δεν ξέραμε. Πιστώνεται και ο Καθηγητής Al Assaf και ο Αντρέας ότι μας έδωσαν τις πρώτες πληροφορίες και τα πρώτα ερεθίσματα. Η δεύτερη μεγάλη απόφαση ήταν η επιλογή του Οργανισμού Διαπίστευσης, πως και γιατί επιλέξαμε τον συγκεκριμένο Αγγλικό Οργανισμό Health Quality Service.

Πήραμε θετικές συστάσεις από ανθρώπους τους οποίους γνωρίζουμε από το εξωτερικό, ίσως η πιο σημαντική ήταν από τον Καθηγητή

Alan Maynard του οποίου η απάντηση στην ερώτησή μου ήταν «ξέρουν τι κάνουν, προχώρα».

Λάβαμε υπόψη την εμπειρία του συγκεκριμένου οργανισμού με υπηρεσίες που προσφέρει και σε νοσοκομεία του Εθνικού Συστήματος Υγείας στην Αγγλία, αλλά και η δουλειά του σε χώρες άλλες ευρωπαϊκές όπως η Πορτογαλία η Δανία η Ιταλία. Και βέβαια είχαμε στα χέρια μας και την οικονομική τους πρόταση και γι' αυτό θα σας μιλήσω στη συνέχεια.

Έπρεπε όμως να διαχειριστούμε μια σειρά από ζητήματα εσωτερικά εντός του κέντρου, είχαμε πολλά θέματα που μας προβλημάτιζαν, δεδομένου του υπερφορτωμένου κλινικού έργου όλων των τμημάτων θα μπορούσαμε να ανταποκριθούμε σε αυτό το έργο που ονομάζεται διαπίστευση;

Η εφαρμογή προτύπων θα απαιτήσει επιπρόσθετους πόρους, παραδείγματος χάρη δημιουργία νέων θέσεων εργασίας προσωπικού, θα βρούμε τους πόρους; Η δομή του συστήματος υγείας και των ογκολογικών υπηρεσιών βρίσκονται εκτός του δικού μας ελέγχου, πόσο τελικά θα είναι το όφελος από βελτιώσεις οι οποίες θα είναι αποκλειστικά και μόνο εσωτερικές, πόσο εφαρμόσιμα είναι τα διεθνή πρότυπα ποιότητας και λειτουργίας στην κυπριακή πραγματικότητα; Η διαπίστευση εξ ορισμού εμπερικλείει ένα βαθμό γραφειοκρατίας, τελικά τα οφέλη από τη διαπίστευση θα αντισταθμίσουν αυτό το τίμημα;

Παρ' όλες τις ανησυχίες προχωρήσαμε. Η εργασία: Το πρώτο πράγμα που μας είπαν οι συνεργάτες από την Αγγλία είναι ότι ένα τέτοιο εγχείρημα χρειάζεται Διευθυντή Έργου και είχαμε μεγάλες συζητήσεις κατά πόσον αυτός θα έπρεπε να προσληφθεί ειδικά για το συγκεκριμένο έργο ή κατά πόσον θα έπρεπε ή θα μπορούσε να ήταν ένα από τα στελέχη που ήδη εργάζονταν στο κέντρο.

Δυσκολεύτηκα να πείσω τον Διευθυντή Λειτουργικών Υπηρεσιών -είναι ο τίτλος της θέσης, νομίζω το αντίστοιχο σε ένα ελληνικό νοσοκομείο θα ήταν Διευθυντής Διαχείρισης- να το αναλάβει επιπρόσθετα και παράλληλα με τα άλλα του καθήκοντα. Το ανέλαβε και πρέπει να πω ότι ένα μεγάλο μέρος της επιτυχίας οφείλεται στο γεγονός ότι το αγκάλιασε και δούλεψε πολύ συστηματικά.

Η δεύτερη κρίσιμη απόφαση και πάλι με την προτροπή, που ουσιαστικά ήταν όρος, ήταν προϋπόθεση εκ πλευράς της HQS, χρειάζεται ομάδα έργου να συμμετέχουν σε αυτήν στελέχη από όλα τα τμήματα όλες τις επαγγελματικές επιστημονικές κατηγορίες που λειτουργούν σε ένα νοσοκομείο. Στηρίξαμε την όλη προσπάθεια με εκπαιδευτικά προγράμματα και για την ομάδα έργου και για τον Διευθυντή Έργου, δε θα μπω σε λεπτομέρειες για τους σκοπούς της παρουσίασης αυτής.

Το άλλο που θα ήθελα να προσθέσω είναι ότι ήταν εξαιρετικά δύσκολο για άτομα που έχουν κλινικά καθήκοντα σε ένα νοσοκομείο να βρουν την ηρεμία τη συγκέντρωση, να εργαστούν για το θέμα της διαπίστευσης όντας εντός του νοσοκομείου. Μια φορά κάθε μερικές εβδομάδες κρατούσαμε μια αίθουσα στο εκπαιδευτικό κέντρο της Τράπεζας Κύπρου και η ομάδα αντί να έρθει στο νοσοκομείο πήγαινε σε αυτή την αίθουσα για να μπορέσει συγκεντρωμένα να κάνει τη δουλειά της.

Την απόφαση όπως σας ανέφερα την πήραμε τον Μάιο του 2004, η πρώτη επιθεώρηση ήταν το Σεπτέμβριο του 2006. Λέω εκεί πέρα νεκρός χρόνος περίπου έξι μηνών, γιατί στα μέσα του 2005 αντιμετωπίσαμε μια πολύ μεγάλη κρίση με τη μαζική αποχώρηση των μισών νοσηλευτών μας και για εκείνη την εξαμηνία ουσιαστικά δεν εργαστήκαμε για το θέμα της διαπίστευσης.

Να σας πω ότι όταν υπογράψαμε με την HQS ότι μάλιστα ξεκινάμε, μας είπαν ότι η επιθεώρηση πρέπει να γίνει εντός ενάμισι χρόνου από την ημέρα που υπογράψαμε. Ουσιαστικά υπογράφοντας μπαίνεις στη μέγγενη του χρόνου, ο χρόνος τρέχει και λειτουργείς κάτω από πίεση και νομίζω ότι είναι ο μόνος τρόπος για να κάνεις τη δουλειά.

Αν τα χρονικά όρια συνεχώς μετατοπίζονται απλά μετατοπίζεται και το κρίσιμο σημείο όπου είναι η επιθεώρηση. Είχαμε επιθεώρηση το Σεπτέμβριο του 2006 και πάλι υποβλήθηκαν μια σειρά από παρατηρήσεις πρότυπα στα οποία η συμμόρφωσή μας ήταν μερική, έπρεπε να κάνουμε βελτιώσεις για να πάρουμε τη διαπίστευση τον Ιούλιο του 2007.

Η αμοιβή και τα έξοδα του Οργανισμού Διαπίστευσης ανήλθαν για τον πρώτο κύκλο στις 55 χιλιάδες ευρώ. Όπως σας είπα δεν είχαμε

επιπρόσθετο κόστος από την πρόσληψη προσωπικού, κάτι το οποίο νομίζω σε ένα μεγαλύτερο νοσοκομείο δεν θα είναι εφικτό.

Είχαμε βέβαια επιπρόσθετες δαπάνες για εκπαιδευτικά προγράμματα για τη βελτίωση κτιριακών και άλλων υποδομών, όμως δεν κρίνω ότι είναι σωστό να χρεώσει κανένας το κόστος αυτών των παρεμβάσεων στο θέμα διαπίστευση. Ούτως ή άλλως πρέπει να γίνεται εκπαίδευση στο προσωπικό, ούτως ή άλλως οι υποδομές κτιριακές και άλλες πρέπει να βελτιώνονται, απλά η διαπίστευση θα τα επισπεύσει και για κάποια πράγματα είναι υποχρεωτικό ότι θα τα κάνεις.

Οι ενότητες των προτύπων είναι αυτές που βλέπετε στη διαφάνεια, δεν θα προχωρήσω να σας δώσω το κάθε ένα από τα πρότυπα, οργάνωση και επιχειρησιακός σχεδιασμός, διαχείριση κινδύνων, λειτουργικές υπηρεσίες, ξενοδοχειακές υπηρεσίες, διαχείριση ανθρώπινου δυναμικού, μεταχείριση ασθενών, διακίνηση ασθενών και κλινικές υπηρεσίες.

Να σας δώσω μερικά παραδείγματα προτύπων, υπάρχει πρότυπο ειδικά για τον ιατρικό φάκελο με 39 ξεχωριστά κριτήρια, ένα απ' αυτά όλες οι καταχωρήσεις φέρουν ημερομηνία και ώρα υπογραφή και πλήρες όνομα και ιδιότητα του ιατρού.

Αυτό είναι ένα από τα 12 που μας ταλανίζει, γιατί στον έλεγχο που έγινε σε ένα σημαντικό αριθμό φακέλων δεν βρήκαν ώρα καταχώρησης και την ιδιότητα και το πλήρες όνομα του γιατρού. Υπογεγραμμένα είναι, ημερομηνία έχουν, αλλά απουσιάζει από κάποια η ώρα της καταχώρησης και από κάποια η σφραγίδα που έχει την ιδιότητα και το πλήρες όνομα του γιατρού.

Το νοσοκομείο πρέπει να έχει σύστημα μέσω του οποίου οι ασθενείς και οι οικείοι τους υποβάλλουν παράπονα και εισηγήσεις και ότι οι ασθενείς γνωρίζουν γι' αυτά τα συστήματα. Και άλλο πρότυπο ότι οι ασθενείς πρέπει να έχουν τη δυνατότητα να συμβάλλουν στην ανάπτυξη των υπηρεσιών του νοσοκομείου. Έχουμε σύστημα για υποβολή εισηγήσεων, αυτό το φυλλάδιο διατίθεται ευρέως στους χώρους του νοσοκομείου και υπάρχει κιβώτιο στο οποίο οι ασθενείς μπορούν να το ρίξουν.

Ένα από τα παράπονα που πήραμε είναι η επιθυμία των ασθενών για ανωνυμία. Στα εξωτερικά ιατρεία και στους άλλους χώρους

αναμονής δε θέλουμε να φωνάζουν παρακαλώ ο κ. Σταμάτης, δε θέλω να ακούω το όνομα, γι' αυτό ως αποτέλεσμα δημιουργήσαμε ένα ηλεκτρονικό σύστημα κλήσης των ασθενών, αριθμήσαμε τα δωμάτια τα εξεταστήρια στα εξωτερικά ιατρεία και οι αριθμοί που βλέπετε δίπλα είναι οι αριθμοί εγγραφής των ασθενών.

Αυτή είναι η ταυτότητα των ασθενών στο νοσοκομείο, τη μαθαίνουν από την πρώτη τους επίσκεψη, κάθονται μπροστά από μια οθόνη και όταν δουν τον αριθμό τους προσέρχονται στο εξεταστήριο και στο γιατρό. Ονόματα δεν χρησιμοποιούνται και η κλήση γίνεται με το ποντίκι από το γιατρό από την οθόνη του υπολογιστή που έχει μπροστά του.

Δεύτερο παράδειγμα, πρέπει να υπάρχουν πρωτόκολλα χημειοθεραπείας για κάθε νόσο, τα πρωτόκολλα έχουν ημερομηνία έγκρισης, επιτρέπονται αλλαγές, οι αλλαγές υπογράφονται από τον υπεύθυνο γιατρό και καταχωρούνται στο φάκελο, τα πρωτόκολλα ετοιμάστηκαν ή επανεξετάστηκαν την τελευταία τριετία, το προσωπικό γνωρίζει την ύπαρξή τους, η εφαρμογή τους τεκμηριώνεται.

Τα πρωτόκολλα δεν τα φτιάξαμε ως αποτέλεσμα της διαπίστευσης, η μεγάλη μάχη δόθηκε χρόνια πριν όταν καταφέραμε να εμπλέξουμε τους φαρμακοποιούς και ουσιαστικά να δώσουμε στο φαρμακείο δικαίωμα βέτο στην εκτέλεση χημειοθεραπείας, δεν μπορεί να προχωρήσει χημειοθεραπεία εάν δεν την εγκρίνει ο φαρμακοποιός.

Μέσα από την εμπειρία της διαπίστευσης εξειδικεύσαμε και βάλαμε ασφαλιστικές δικλείδες σε θέματα που έχουν να κάνουν με τις εξετάσεις που προηγούνται τις χημειοθεραπείας, με τη φαρμακευτική αγωγή πριν, με τη φαρμακευτική αγωγή μετά, με τις λειτουργίες της νοσηλευτικής υπηρεσίας στην εκτέλεση των χημειοθεραπειών και ούτω καθεξής.

Η πλήρης επιθεώρηση είναι προγραμματισμένη, προηγείται η υποβολή ηλεκτρονικά πλέον των συμπληρωμένων ερωτηματολογίων στον Οργανισμό Αξιολόγησης, η επιθεώρηση γίνεται από τετραμελή ομάδα, έχει τετραήμερη διάρκεια, γίνεται νυχτερινή επίσκεψη στο νοσηλευτήριο και τελικά είτε έχεις πλήρη ή μερική ή μηδενική συμμόρφωση με τα πρότυπα.

Τα οφέλη είναι σημαντικά, τα πρότυπα δεν είναι τυχαία, εμπειρικλείουν τη σοφία και τη συσσωρευμένη εμπειρία ανθρώπων με πολλά

χρόνια στα νοσοκομεία, έχουν εξαιρετικά θετική επίδραση στην ανάπτυξη των στελεχών, αναπτύσσουν την ομαδικότητα πέρα από κάθε προσδοκία, που για μένα αυτό ήταν κάτι το οποίο με εξέπληξε θετικότερα και γενικά αλλάζει η κουλτούρα του οργανισμού.

Παράγοντες-κλειδιά η στήριξη του Συμβουλίου των Επιτρόπων, η εμπλοκή και το ενδιαφέρον του Γενικού Διευθυντή, η συμμετοχή και δέσμευση στελεχών από όλα τα τμήματα και στις κρίσιμες βαθμίδες του οργανισμού, η συμβολή και η συμμετοχή ιατρών. Η διαπίστωση επισημαίνει το προφανές, ότι σε ένα νοσοκομείο οι ιατροί διαδραματίζουν κρίσιμο ρόλο, η συμμετοχή τους είναι απαραίτητη, είναι δύσκολη αλλά όχι ανέφικτη.

Ο Διευθυντής Έργου σε ένα μεγάλο νοσοκομείο νομίζω ότι θα πρέπει να απαλλαγεί από άλλα καθήκοντα, όμως θα πρέπει να προέρχεται από τον ίδιο χώρο, δε νομίζω ότι μπορεί να έρθει Διευθυντής Έργου απέξω και να μπορέσει να λειτουργήσει σε ένα νοσοκομείο και τελικά η διαπίστωση δεν είναι αυτοσκοπός κι αυτή είναι μια κύρια σκέψη που πρέπει να επικρατεί.

Και ένα τελικό σχόλιο, μην οικειοποιηθείτε ως Διοικητές την όποια επιτυχία, ο έπαινος ανήκει στα μέλη του προσωπικού, ευχαριστώ πάρα πολύ.

ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗΣ: Κύριε Σταμάτη ευχαριστούμε πάρα πολύ, νομίζω ότι είχαμε μια πάρα πολύ καλή αφήγηση σταδίων για την εφαρμογή ενός συγκεκριμένου, ήταν μια case study συγκεκριμένη σε ένα κέντρο για να καταλήξει στη μορφή της διαπίστωσης που μας ενδιαφέρει.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗΣ: Ως συνήθως το μισάωρο πάντοτε το έχουμε σαν καθυστέρηση, να μπορούμε τώρα αμέσως στη συζήτηση και θα την αντέξουμε περίπου δεκαπέντε είκοσι λεπτά. Ποιος θέλει να ξεκινήσει; Η κα Παπανικολάου έχει το λόγο.

ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΡΙΑ (Β. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ): Πλούσια πραγματικά τα ερεθίσματα, το όραμα, ο δρόμος ήταν πλούσιος και ειλικρινά θα έχουμε τη δυνατότητα να συζητήσουμε σε πάρα πολλές ενότητες.

Να πω μόνο ένα σημείο ως προς την ανταγωνιστικότητά μας και το συγκριτικό μας πλεονέκτημα, ένα μικρό σημείο που με κέντρισε και να πω την αλήθεια μου δημιούργησε μία αίσθηση ανασφάλειας. Πριν από μία εβδομάδα σε μία συνάντηση διακρατική στο Μπίλεφελντ όπου ήταν πάρα πολλοί προσκεκλημένοι από πολλές χώρες, με προσέγγισε ένα άτομο σε συζήτηση που θα πάνε διακοπές και μου λένε τα εξής.

"Αλήθεια, μπήκα στο Υπουργείο Υγείας της Τουρκίας και είδα ότι είναι διαπιστευμένοι 24 Οργανισμοί Υγείας, σύμφωνα με την Joint Commission International, εσάς που θα μπω να σας βρω, μήπως δεν μπαίνω στην κατάλληλη διεύθυνση; Αν πάθω κάτι όταν έρθω στην Ελλάδα που μπορώ να ενημερωθώ ποιοι είναι οι διαπιστευμένοι οργανισμοί";

Κι εκεί έπαθα ένα, δεν μπορούσα να δώσω πληροφορίες, είπα πραγματικά ότι είμαστε σε αυτή τη διαδικασία της διαπίστευσης, αλλά ειλικρινά η ανταγωνιστικότητά μας, τα συγκριτικά πλεονεκτήματα ως προς γείτονες χώρες, γιατί έχουμε πολύ δυνατά χαρακτηριστικά, έχουμε πολύ καλές διαδικασίες, αυτό το πλαίσιο που θα πρέπει να ντύσουμε και να το προσφέρουμε ως προς τις υπηρεσίες υγείας θέλω να μας προβληματίσει. Αυτό είναι ένα σημείο στις άριστες ομιλίες-παρουσιάσεις, ευχαριστώ.

ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗΣ: Πολύ ωραία Βίκυ, γιατί είπαμε η Βίκυ είναι συν-συντονίστρια και έχει όλο το δικαίωμα να παρεμβαίνει. Το Bierer Fred είναι στη Γερμανία και μάλλον η Μέρκελ θα την έβαλε να σου κάνει αυτή την ερώτηση εσένα για το τι συναντάμε σήμερα στην Ελλάδα.

Λοιπόν η κα Οικονόμου έχει τώρα το λόγο, παρακαλώ να λέτε και το όνομά σας, δεν είναι κακό, εκτός αν κάνετε το κυπριακό μοντέλο και δε θέλετε να πείτε τα προσωπικά σας ονόματα και να πείτε τον ΑΜΚΑ.

Ο. ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ: Τον ΑΜΚΑ δεν τον λέω, γιατί βγάζει και ημερομηνία γεννήσεως.

Είμαι η Όλγα Οικονόμου, Διοικητής στο Σισμανόγλειο Νοσοκομείο. Θέλω να πω ότι είναι πάρα πολύ σημαντικό το σημερινό σεμινάριο, γιατί όντως χρειάζεται να επικεντρώσουμε την προσοχή μας στα θέματα ποιότητας.

Και συνεχίζοντας από την κα Παπανικολάου θα ήθελα να πω ότι είναι σημαντικό να είναι διαπιστευμένα τα νοσοκομεία μας, όταν θέλουμε σε

αυτή τη δύσκολη οικονομική κρίση να επενδύσουμε και στον ιατρικό τουρισμό. Πως θα πάμε στον ιατρικό τουρισμό, πως θα φέρουμε από τα αραβικά κράτη που κάνουμε άλλες επενδύσεις εδώ πέρα ανθρώπους να κάνουν και χειρουργεία και άλλες παροχές υγείας να πάρουν από τη χώρα μας, εάν δεν έχουμε διαπιστεύσει τα ίδια τα νοσοκομεία μας;

Όμως θα πρέπει να αποκαταστήσουμε και λίγο την αλήθεια για τα δικά μας νοσοκομεία. Πολλά τμήματα στα νοσοκομεία, ειδικά τα φαρμακευτικά τμήματα, οι μονάδες τεχνητού νεφρού, έχουν πάρει ISO. Η κατάσταση είναι αρκετά καλή στα νοσοκομεία μας σε τέτοιο επίπεδο, απλώς δεν υπάρχει αυτός ο συντονισμός που είναι και ο επιθυμητός.

Εγώ προσωπικά κάνω και μία πρόκληση προς τον Γενικό Γραμματέα Υγείας τον κ. Πολύζο που θα έρθει πάλι εδώ, θέλω το δικό μου το νοσοκομείο όπως και όλοι θα θέλαμε να διαπιστευθεί σε ολόκληρη. Έχουμε διαπιστεύσει τα ΤΕΠ, έχουμε διαπιστεύσει κάποιες άλλες μονάδες.

Είναι εδώ ο κ. Παπαδόπουλος ο Υποδιοικητής της ΥΠΕ, θα ήθελα να βοηθήσουν το νοσοκομείο επειδή είναι ένα πρότυπο πιλοτικό ολυμπιακό να έχει τη δυνατότητα όπως τα νοσοκομεία της Κύπρου, να μπορεί να διαθέσει 55 χιλιάδες ευρώ να κάνει την προετοιμασία της μελέτης, να κάνει την επιθεώρηση και να είναι ένα ανταγωνιστικό νοσοκομείο στα βόρεια προάστια που βρίσκεται μέσα σε όλη την ιδιωτική πρωτοβουλία στο χώρο της υγείας.

Ευχαριστώ πολύ.

ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗΣ: Πολύ ωραία Όλγα, βεβαίως δεν ξέρω, δεν μπορεί η πρωτοβουλία να προέλθει από το κάθε νοσοκομείο; Γιατί ζήτησες τη βοήθεια του κ. Πολύζου;

Ο. ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ: Μπορεί να προέλθει, αλλά επειδή..

ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗΣ: Δηλαδή σιγά-σιγά να ξεφεύγουμε κι από τη νοοτροπία ότι δεν μπορεί αυτόνομα να προχωρήσουμε σε ορισμένες πρωτοβουλίες.

Ο. ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ: Συμφωνώ απόλυτα, τη βοήθεια τη θέλω στο εξής επίπεδο: Εάν υπάρχουν κάποια προγράμματα από την Ευρωπαϊκή Ένωση μέσω ΕΣΠΑ, να μας κατευθύνει ώστε να μπορέσουμε να απορροφήσουμε πόρους. Γιατί γνωρίζετε ότι είναι δύσκολη οικονομική συγκυρία, τα νοσοκομεία έχουν κι άλλες ανάγκες, οπότε γι' αυτό το λόγο το λέω.

ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗΣ: Σίγουρα, άλλωστε ο κ. Σταμάτης της Κύπρου είπε ότι τους στοίχισε 55 χιλιάδες να φέρουν τον οργανισμό, αλλά ήταν η Τράπεζα Κύπρου και μπορούσε να πληρώσει.

Ο. ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ: Και υπάρχουν κι άλλες δυνατότητες διαπραγμάτευσης.

ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗΣ: Δίκιο έχεις. Να το ακούσει ο κ. Πολύζος. Παρακαλώ έχετε το λόγο κ. Παπαφράγκα.

Ε. ΠΑΠΑΦΡΑΓΚΑΣ: Γεια σας, είμαι ο Διοικητής του ΚΑΤ.

Θα συμφωνήσω και με την κα Οικονόμου και γενικά με τους ομιλούντες, αλλά νομίζω ότι πριν ακόμη ξεκινήσουμε να το βάλουμε στο μυαλό μας για τη διαπίστευση και πιστοποίηση των διαφόρων τμημάτων ή των νοσοκομείων σαν ολότητα θα πρέπει να ανατρέξουμε τουλάχιστον στην ηλεκτρονική πληροφόρηση για να μάθουμε ορισμένα κριτήρια τα οποία πρέπει να διέπουν τα διάφορα τμήματα.

Το λέω αυτό από μία εμπειρία, εγώ είμαι κλινικός μικροβιολόγος και ήμουν 25 χρόνια στο Σισμανόγλειο Διευθυντής, εκεί λοιπόν το 2004 παραμονές ήμασταν πρότυπο όπως είπε η κα Οικονόμου και με πήραν τηλέφωνο από τη Διεθνή Ολυμπιακή Επιτροπή και με ρώτησαν "τα εργαστήρια τι επίπεδο βιοασφάλειας είχαν".

Και ξέρετε ότι στην Ελλάδα δεν έχει αξιολογηθεί ακόμη κανένα εργαστήριο σαν επίπεδο βιοασφάλειας, διότι κατ' επιταγήν της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας όλα τα κλινικά εργαστήρια πρέπει να είναι επιπέδου βιοασφάλειας 2, ένα κόστος το οποίο εάν υπάρχει ο χώρος δεν υπερβαίνει τις 10 χιλιάδες ευρώ. Είναι ένα απίστευτα χαμηλό, αλλά απίστευτα σημαντικό σημείο το οποίο πρέπει να γίνει.

Επίσης η ταυτοποίηση των κλινικών δειγμάτων, η ταυτοποίηση των ασθενών με τα παραπεμπτικά, η ταυτοποίηση των ασθενών με τα κόστη, με τις καταγραφές. Όλα αυτά υπαγορεύονται από την ανάγκη να υπάρξει μηχανογράφηση, διαφορετικά άμα το πάει κανένας με το χαρτί και το μολύβι δεν υπάρχει περίπτωση να καταλήξει, όχι μόνο αυτό δε θα γίνει δεκτός καν, διότι ξέρετε η πρακτική είναι η Διαπιστεύουσα Αρχή στέλνει μια λίστα κριτηρίων, της απαντάς ότι εγώ ικανοποιώ αυτά σε ένα σημείο, στέλνει έναν auditor κοιτάει μέσα πως πηγαίνουν τα διάφορα κριτήρια, το επιστρέφει και έρχεται για να μπορέσεις να πάρεις πιστοποίηση και διαπίστευση.

Είναι δηλαδή μία σειρά την οποία στις βασικές της αρχές πρέπει να την ξεκινήσουμε να τη φτάσουμε σε ένα επίπεδο και μετά να ζητήσουμε για να μπορέσουμε να βοηθηθούμε για να προχωρήσουμε. Ευχαριστώ πολύ.

ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗΣ: Πάρα πολύ καλά, ευχαριστούμε. Φαίνεται ότι είναι η καρδιά δηλαδή, η πληροφόρηση και η τεκμηρίωση, το documentation που ανέφερα αν το θυμάστε σε μια διαφάνεια ήταν πολύ σημαντικό.

Και εγώ πάω κι ένα βήμα παραπέρα, ότι μέσα από τα δεδομένα κι από αυτό το documentation να βγάζουμε τους δείκτες, για να μπορούμε να κάνουμε τις αξιολογήσεις και τις βαθμολογήσεις, τα performance ratings που λέμε είναι πολύ σημαντικό.

Και αυτό κ. Σαριβουγούκα που είστε της πληροφορικής, εάν τα νοσοκομεία δε θα μπορέσουμε να προχωρήσουμε να κάνουμε αυτά τα πληροφοριακά συστήματα ώστε πλέον να μιλάμε σε βάση δεδομένων, γιατί ξέρετε, η δημιουργία δεδομένων έχει εκεί μέσα και μια διαφάνεια, γιατί θα μπορούμε να επιχειρηματολογήσουμε απέναντι στους κλινικούς, απέναντι και σε οποιονδήποτε άλλον για να εφαρμόσουμε ορισμένα συστήματα.

Γ. ΣΑΡΙΒΟΥΓΙΟΥΚΑΣ: Μπορώ να κάνω μία ερώτηση κ. Πρόεδρε;

ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗΣ: Βεβαίως, ο κ. Σαριβουγιούκας έχει το λόγο.

Γ. ΣΑΡΙΒΟΥΓΙΟΥΚΑΣ: Γεια σας, είμαι Σύμβουλος του Γενικού Γραμματέα και ήθελα να απευθύνω μια ερώτηση στον κ. Σταμάτη. Έχετε διακριβώσει όλα σας τα όργανα τα οποία χρησιμοποιείτε στον βιοϊατρικό εξοπλισμό;

Α. ΣΤΑΜΑΤΗΣ: Η απάντηση είναι ναι, πριν τέσσερα χρόνια είχαμε και συμμετοχή εθελοντική δικιά μας σε ένα πρόγραμμα πιστοποίησης της ακτινοθεραπείας από τη Διεθνή Οργάνωση Ατομικής Ενέργειας και εκεί ήταν πολύ πιο τεχνικά τα θέματα.

Έπρεπε να παρουσιάσουμε αποδεικτικά στοιχεία ότι πράγματι τα όργανά μας ήταν ελεγμένα και επιπρόσθετα έφεραν και αυτοί δυο μεγάλες βαλίτσες με δικά τους όργανα για να ελέγξουν και με τα δικά τους όργανα τους γραμμικούς επιταχυντές και άλλα μηχανήματα δικά μας, ούτως ώστε να βεβαιώσουν ότι αυτά που εμείς λέγαμε ότι ήταν εντάξει πράγματι ήταν εντάξει.

Γ. ΣΑΡΙΒΟΥΓΙΟΥΚΑΣ: Και από οικονομικής πλευράς;

Α. ΣΤΑΜΑΤΗΣ: Αυτό δε μας στοίχισε τίποτα.

Γ. ΣΑΡΙΒΟΥΓΙΟΥΚΑΣ: Όχι, εννοώ η διατήρηση της ικανότητας του εξοπλισμού της βιοϊατρικής τεχνολογίας είναι σημαντικό κόστος στη λειτουργία του νοσοκομείου;

Α. ΣΤΑΜΑΤΗΣ: Έχει ένα ετήσιο κόστος, διότι πρέπει κάθε λίγο καιρό να στέλνεις τα δικά σου όργανα για έλεγχο, αλλά δεν μπορώ να σας δώσω αριθμό.

ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗΣ: Λοιπόν εντάξει, ο κ. Σαριβουγιούκας δεν ξέρω αν το ακούσατε, είπε αν είναι διαπιστευμένα τα ιατρικά μηχανήματα, οι ιατρικές συσκευές. Αλλά αυτό να το κρατήσουμε και στο δεύτερο session. Παρακαλώ ο κ. Βέργουλας από το νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ Θεσσαλονίκης έχει τώρα το λόγο.

Γ. ΒΕΡΓΟΥΛΑΣ: Κύριε Σταμάτη, όλα τα ογκολογικά περιστατικά της Κύπρου έρχονται στο δικό σας ίδρυμα; Όχι όλα, προφανώς κάποια νοσηλεύονται και αντιμετωπίζονται σε άλλα σημεία του νησιού. Υπάρχει δίκτυο συνεργασίας του ιδρύματός σας με τα άλλα ιδρύματα που ασχολούνται με παρόμοια περιστατικά και εν τοιαύτη περιπτώσει αυτά πως ελέγχονται, υπάρχει συνεργασία και σε ποιο επίπεδο;

Α. ΣΤΑΜΑΤΗΣ: Δυο πράγματα να πω ως απάντηση.

Το πρώτο δυστυχώς η Κύπρος δεν έχει εθνικό σχέδιο υγείας, παρ' όλες τις προσπάθειες του φίλου μου του κ. Πολυνείκη. Συνεπώς υπάρχει ένας κατακερματισμός και μια ανταγωνιστική σχέση μεταξύ αυτού που είναι ιδιωτικός τομέας και το δημόσιο. Συνεπώς η συνεργασία κυρίως μεταξύ ιδιωτικού τομέα και ιδρυμάτων δημόσιου χαρακτήρα δεν είναι αυτή που θα έπρεπε να είναι.

Όσον αφορά τα περιστατικά ακτινοθεραπείας, οι τρεις γραμμικοί επιταχυντές που υπάρχουν στο νησί είναι και οι τρεις στο δικό μας ογκολογικό κέντρο, συνεπώς χειριζόμαστε το σύνολο των περιστατικών που χρήζουν ακτινοθεραπείας. Όσον αφορά όμως άλλες υπηρεσίες, αυτές παρέχονται και σε ιδιωτικά νοσηλευτήρια και στα κρατικά νοσηλευτήρια της Λευκωσίας και της Λεμεσού.

ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗΣ: Ωραία, η Φανή Ζερβού από το Λαϊκό έχει τώρα το λόγο.

Φ. ΖΕΡΒΟΥ: Είναι πολύ καλή η εμπειρία που μας φέρνουν οι συνάδελφοι από τις άλλες χώρες και θα μας βοηθήσει κι αυτό, αλλά πρέπει να δούμε και τη δική μας πραγματικότητα.

Διαπίστευση εγώ προσωπικά στο νοσοκομείο το δικό μας μπορώ να πάρω σε κάποια τμήματα, σε όλο το νοσοκομείο είναι αδύνατον λόγω τραγικής έλλειψης χώρου. Δηλαδή αυτό που λέει εδώ για ογκολογικό νοσοκομείο, εμείς το κάνουμε σε ένα ογκολογικό τμήμα ούτε 100 τετραγωνικών.

Όμως μπορούμε να βελτιώσουμε μερικά πράγματα και θα τα βελτιώσουμε πάρα πολύ αν έχουμε πρωτόκολλα. Εγώ κάνω αυτή την παρέμβαση για να παρακαλέσω το Υπουργείο, έχουμε ικανότατους συνεργάτες γιατρούς και άλλες ειδικότητες, που μπορούν να φτιάξουν πρωτόκολλα και να λειτουργούν τα νοσοκομεία μας με πρωτόκολλα.

Αυτή την πρωτοβουλία πρέπει να την αναλάβει το Υπουργείο και είμαστε πρόθυμοι όλοι οι Διοικητές να βοηθήσουμε με τα ικανότατα στελέχη μας να φέρουμε επιτέλους πρωτόκολλα στην Ελλάδα, για να λειτουργούν τα τμήματα, για να έχουμε καλύτερες υπηρεσίες στους ασθενείς μας και να έχουμε και εξοικονόμηση χρημάτων τώρα που η οικονομική κατάσταση της χώρας μας είναι αυτή που όλοι γνωρίζουμε.

Ευχαριστώ.

ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗΣ: Πολύ ωραία, χαίρομαι που η Φανή πραγματικά έφερε στην επιφάνεια το πρωτόκολλο.

Το είπε και προηγούμενα και ο Al Assaf αν προσέξατε και όλες οι χώρες λειτουργούν πλέον με την επιβολή πρωτοκόλλων και κλινικών οδηγιών clinical αυτό που είπαμε. Χρειαζόμαστε ένα NICE, το NICE όπως είναι οι Εγγλέζοι, το National Institute of Clinical Excellence που επιβάλλει αυτά τα πρωτόκολλα και ίσως αυτή θα είναι και η κίνηση.

Ο κ. Καρκάτζος έχει το λόγο.

κ. ΚΑΡΚΑΤΖΟΣ: Εγώ έχω μια ερώτηση για τον Δόκτωρ Assaf. Μία χώρα που δεν έχει πολιτισμικά πρότυπα, βλέπουμε ότι κάποια δεν εφαρμόζονται, σε κάποια είμαστε ελλιπείς, δεν υπάρχει μια ολιστική αντιμετώπιση, σύμφωνα με την άποψή σας πόσο καιρό πιστεύετε ότι θα μας πάρει αν ξεκινήσουμε σοβαρά να αντιμετωπίζουμε τα προβλήματά μας και να φτάσουμε σε ένα επίπεδο πιστοποίησης;

A. ASSAF: Ευχαριστώ πάρα πολύ για την ερώτηση, υπάρχουν βέβαια διαφορές μεταξύ των νοσοκομείων και άλλων ιδρυμάτων, αλλά πιστεύω ότι αν

ξεκινήσετε σήμερα και πείτε ότι θα πάρω τα συγκεκριμένα αυτά πρότυπα είτε από την Αγγλία είτε από την Αμερική είτε από τη Γαλλία είτε από οπουδήποτε και ξεκινήσετε με ένα εγχειρίδιο προτύπων, θα σας πάρει για ένα γενικό νοσοκομείο από δώδεκα μήνες έως δύο χρόνια για να μπορέσετε να αποκτήσετε πιστοποίηση. Από τη δική μου εμπειρία πιστεύω ότι ο μέσος όρος είναι 18 μήνες από την ημέρα που ξεκινάτε μέχρι να πάρετε την πιστοποίηση.

ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗΣ: Πόσο καιρό παίρνει για να ξεκινήσει όλη αυτή η διαδικασία της διαπίστευσης είναι περίπου 18 μήνες, ωραία. Ο κ. Γεωργιάδης ο Υποδιευθυντής της νοσηλευτικής υπηρεσίας του Παπαγεωργίου έχει το λόγο.

Γ. ΓΕΩΡΓΙΑΔΗΣ: Καλά μιλάμε για το ISO και για πιστοποίηση ποιότητας, το θέμα είναι όμως αυτό απαιτεί μία πολύ μεγάλη δουλειά από τη βάση, από τους γιατρούς, από τους νοσηλευτές, έτσι ώστε να φθάσουμε σε αυτό το σημείο.

Αυτοί οι άνθρωποι βάζουν πάντα ένα ερώτημα από την εμπειρία που έχουμε από το νοσοκομείο όπου έχουμε διαπιστεύσει έξι τμήματα "τι έχω να κερδίσω εγώ"; Τον νοσηλευτή που τον βάζεις να δουλεύει, το γιατρό που τον βάζεις να δουλεύει, να καθίσουν να καταγράψουν πρωτόκολλα να κάνουν, τι είναι η πιστοποίηση, είναι επιπλέον μία γραφειοκρατική διαδικασία;

Και γίνομαι συγκεκριμένος, για παράδειγμα μίλησε ο κ. Assaf για τα λάθη, όπως είναι οι πτώσεις. Για να αποφύγεις την πτώση του ασθενή απαιτείται ένα πρωτόκολλο όπου για κάθε ασθενή που εισάγεται στο νοσηλευτικό τμήμα κάποιος θα καθίσει και θα γράψει και θα πάρει πέντε ερωτήσεις κίνδυνος πτώσης, αν αυτός ο ασθενής έχει κίνδυνο, να βάλει κάγκελα, να βάλει το ένα, να βάλει το άλλο. Αυτό είναι ένας χρόνος επιπλέον.

Μπαίνουμε στη διαδικασία για παράδειγμα να πιστοποιήσουμε μια κλινική και λέμε ότι οι άρρωστοί μας δεν πρέπει να πονάνε, πρέπει να βάλουμε μετεγχειρητικά ένα πρωτόκολλο όπου οι ασθενείς να παρακολουθούνται, να καταγράφονται. Τι έχει να κερδίσει ο εργαζόμενος; Θέλω να σας πω ότι από την εμπειρία μου μπορώ να σας πω κι άλλα, όμως πρέπει πρώτα να περάσουμε το μήνυμα στους εργαζόμενους ότι ναι έχουν να κερδίσουν από την πιστοποίηση.

Τότε μπορούμε πραγματικά να προχωρήσουμε συγκεκριμένα, όταν ο νοσηλευτής σου λέει γιατί να πάω να καταγράψω και να μετράω τον

πόνος η απάντηση είναι απλή, ότι γιατί αυτός εάν δεν τον αντιμετωπίσεις τον πόνο έγκαιρα θα σε ζαλίζει και θα σε έχει όλη την ώρα από πάνω του κι εσύ θα χάσεις πολύ περισσότερο χρόνο και θα κουραστείς πολύ περισσότερο για τη φροντίδα αυτού του αρρώστου.

Θέλω να σας πω ότι πρέπει να πλησιάσουμε τον κόσμο, να καταλάβουν ότι έχουν να κερδίσουν και υπάρχουν προβλήματα να δημιουργηθούν αυτές οι Επιτροπές στα τμήματα και να δοθούν κίνητρα για να συνειδητοποιήσουν οι γιατροί μας, οι νοσηλευτές μας, οι διοικητικοί μας, ότι έχουν να κερδίσουν από την πιστοποίηση ποιότητας.

Εγώ είχα βρεθεί σε μία ανάλογη πριν από δέκα χρόνια πιστοποίηση στο Jefferson Hospital στη Φιλαδέλφεια, όπου πιστοποιούταν το ΤΕΠ του για το σύστημα TRIAZ το οποίο παρακολουθούσε κι είχε μία πλήρη ομάδα, όλοι συμμετείχαν κι όλοι το νοιώθανε ως έργο τους όταν θα πιστοποιόταν από τον Τζάχο.

ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗΣ: Πολύ ωραία, πραγματικά τι έχει να κερδίσει ο εργαζόμενος; Αι Assaf μόνο για ένα λεπτό θα μπορούσατε να απαντήσετε σε αυτό;

A. ASSAF: Ναι, σας έδειξα μία διαφάνεια προηγουμένως, που αφορά την πιστοποίηση και ποια είναι τα οφέλη μιας πιστοποίησης, ήταν το τι θα κερδίσω εγώ αν θυμόσαστε στη διαφήμιση.

Θα το συνοψίσω λέγοντας ότι ο καθένας προσωπικά αυτό που έχει να επωφεληθεί είναι ότι δε θα υπάρχουν οι αρνητικές συνέπειες της άρνησης του να προχωρήσουμε σε μια πιστοποίηση, έτσι λοιπόν εγώ λέω ότι αν δεν έχουμε ένα πρωτόκολλο που αφορά τη διαχείριση ασθενών, αν δεν έχω ένα πρωτόκολλο που αφορά την αξιολόγηση των πτώσεων των ασθενών ποιες θα είναι οι συνέπειες; Ένας ασθενής όπως είπατε θα παραπονιέται για περισσότερα παυσίπινα ή ένας ασθενής που πέφτει και θα σπάσει το γοφό του, άρα οι συνέπειες τελικά του να μην το κάνουμε είναι πιο σημαντικές. Αυτό λοιπόν είναι το θέμα των ασθενών.

Τώρα εγώ προσωπικά ως επαγγελματίας τι έχω να κερδίσω; Δεν πιστεύω ότι οποιοσδήποτε σε αυτή την αίθουσα θα διαφωνήσει όταν θα πω ότι εγώ ως επαγγελματίας θέλω οι άνθρωποι να γνωρίζουν ότι κάνω ότι καλύτερο μπορώ και κάνω ότι καλύτερο μπορώ για τον ασθενή μου. Δε νομίζω ότι κανένας από σας εδώ σε αυτή την αίθουσα θέλει να βρεθεί σε μια

θέση όπου θα τους λένε κάνε αυτό και κάνε εκείνο λόγω των λαθών που έχουν γίνει στο παρελθόν.

Ένα σύστημα λοιπόν πιστοποίησης θα σας διασφαλίσει το γεγονός ότι κανείς δεν πρόκειται να σας πει κάντε το αυτό, κάντε έξτρα προσπάθεια, γιατί ήδη το σύστημα θα σας οδηγεί. Αν έχετε λοιπόν έναν κατάλογο δραστηριοτήτων, δε χρειάζεται να έχετε κάποιον από πάνω από το κεφάλι σας και να σας λέει τι να κάνετε κι έτσι αυτό θα διευκολύνει τη ζωή σας.

ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗΣ: Κύριε Πολυνείκη έχετε το λόγο.

Α. ΠΟΛΥΝΕΙΚΗΣ: Φαίνονται καθαρά από τη συζήτηση δύο πράγματα, η λέξη πιστοποιώ και η λέξη διαπιστεύω είναι δύο διαφορετικές έννοιες, να μην τις συγχέουμε, πρώτον.

Το δεύτερον είναι ότι το accrediting body, ο οργανισμός ο οποίος διαπιστεύει έρχεται απλώς να επιθεωρήσει, αλλά για να φτάσεις στο σημείο που θα επιλέξεις τον οργανισμό που θα σε πιστοποιήσει πρέπει να γίνει μία τεράστια εργασία μέσα στο νοσοκομείο την οποία πολλές φορές το ίδιο το νοσοκομείο δεν είναι εις θέση να τη φέρει σε πέρας, γι' αυτό χρειάζονται σύμβουλοι σε αυτόν τον τομέα να σε βοηθήσουν. Δεν μπορούμε από τη μια μέρα στην άλλη όλοι να γίνουμε ειδικοί για να μπορούμε να φέρουμε στο επίπεδο που χρειάζεται όλο το νοσοκομείο, γιατί είναι μια τεράστια δουλειά.

Και να μη συγχέουμε, μιλήσαμε ότι διαπιστεύθηκε το νοσοκομείο για το άλφα το βήτα το γάμα, αλλά δε διαπιστεύθηκε το νοσοκομείο, είναι μία μονάδα παραγωγής του νοσοκομείου. Η διαπίστευση θέλει ολόκληρο το νοσοκομείο να γίνει accredited για να διαπιστευθεί και τότε μόνον επιτυγχάνεται και είναι μία επίπονη και πολύ δύσκολη δουλειά και να μην την απλοποιήσουμε.

ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗΣ: Ωραία, λοιπόν νομίζω ότι θα το κλείσουμε, εκτός αν υπάρχει καμία τελευταία παρέμβαση. Ο κ. Βέργουλας από το ΑΧΕΠΑ Θεσσαλονίκης έχει το λόγο.

Γ. ΒΕΡΓΟΥΛΑΣ: Δύο ερωτηματικά τα οποία σχετίζονται μεταξύ τους. Ακούστηκε προηγούμενα για το ρόλο του αρχείου και την απώλεια φακέλων. Μήπως θα έπρεπε από τους ομιλητές να τονιστεί η σημασία της ψηφιοποίησης αρχείων, δεδομένου ότι τα καλύτερα συμπεράσματα διεθνώς

έχουν βγει από χρήση τέτοιων αρχείων, μετά από παρακολούθηση δεκαετιών μεγάλου αριθμού ασθενών.

Και κατ' επέκταση η ερώτηση πάει και παραπέρα στην παρακολούθηση του ασθενούς διαχρονικά με τη δημιουργία κάρτας ασθενούς, η οποία θα έχει το barcode θα έχει το στικάκι επάνω, το οποίο θα φέρει ο ασθενής και το οποίο θα μπορεί ανά πάσα στιγμή να χρησιμοποιηθεί ούτως ώστε να ανακληθούν στοιχεία του ασθενούς πλήρη όπου πάει ο ασθενής.

ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗΣ: Κοιτάξτε, νομίζω έχουμε μπει στα χωράφια και της επόμενης συζήτησης αρκετά, επομένως πρέπει να το κρατήσουμε γι' αυτό θα το κλείσω εδώ. Ήταν μια πολύ δυναμική και ενδιαφέρουσα συζήτηση, να είμαστε ζωντανοί και για τις επόμενες όχι μόνο δυο-τρεις ώρες, αλλά για τα χρόνια που έρχονται που λένε. Λοιπόν ευχαριστούμε πάρα πολύ.

ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ

ΜΕΡΟΣ Β΄:

«Ελληνική Πραγματικότητα»

ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗΣ (Χ. ΖΗΛΙΔΗΣ): Λοιπόν κ. Σαλαμαλέκη νομίζω ότι αν παρεμβληθεί η σοβαρή και στιβαρή φωνή σας θα δώσουμε έτσι έναν άλλο τόνο, για να δηλώσουμε την αρχή της συνεδρίασης.

ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗΣ (Ε. ΣΑΛΑΜΑΛΕΚΗΣ): Καλημέρα σας, κυρίες και κύριοι Διευθυντές, κυρίες και κύριοι, είναι μεγάλη τιμή για μένα να βρίσκομαι μαζί σας προσκεκλημένος σε αυτή τη σημαντική ημερίδα-σεμινάριο, που αναφέρεται για την ποιότητα της παροχής υπηρεσιών και τη διαπίστευση των διαφόρων μονάδων, ώστε να λειτουργούν όλες οι μονάδες υγείας στη χώρα μας, εφόσον πραγματοποιηθεί αυτό το όραμα, κατά τρόπο υποδειγματικό όπως συμβαίνει βέβαια και στα περισσότερα νοσοκομεία τόσο τα ιδιωτικά όσο και τα δημόσια στις χώρες του δυτικού κόσμου.

Θέλω να ευχαριστήσω ιδιαίτερα τον Γενικό Γραμματέα του Υπουργείου Υγείας και αγαπητό φίλο τον κ. Νίκο Πολύζο, με τον οποίον είχα την ευτυχία να γνωριστώ το 2003 όταν εξελέγην Διευθυντής της 3^{ης} Πανεπιστημιακής Κλινικής που εγκαταστάθηκε στο Αττικό Νοσοκομείο και συνεργάστηκα μαζί του δυστυχώς μόνο για λίγους μήνες.

Και το λέω "δυστυχώς" γιατί μόνο επτά μήνες συνεργαστήκαμε διότι μετά ο κ. Πολύζος έφυγε από το νοσοκομείο, αλλά ήταν ο άνθρωπος ο οποίος με εισήγαγε στους όρους αυτούς, οι οποίοι μπορώ να πω ότι μπορεί να μη μου ήταν άγνωστοι αλλά δεν τους είχα προσεγγίσει ποτέ.

Παρότι η διαφορά της ηλικίας μας είναι μεγάλη με τον κ. Πολύζο, όμως στο θέμα αυτό υπήρξε δάσκαλός μου, μου κέντρισε το ενδιαφέρον, ασχολήθηκα και μάλιστα από την πρώτη στιγμή θέλησε τη νεοσύστατη κλινική αυτή την πανεπιστημιακή κλινική να την ξεκινήσει ώστε να γίνουν οι διαδικασίες της διαπίστευσής της και είχαν ξεκινήσει.

Εμείς οι λιγοστοί τότε πανεπιστημιακοί που πήγαμε εκεί προσπαθήσαμε από την πρώτη στιγμή και πραγματοποιήσαμε μέσα σε σύντομο χρόνο τη δημιουργία αυτών των πρωτοκόλλων των κλινικών που αφορούν κυρίως τους γιατρούς. Έτσι λοιπόν η κλινική αυτή επτά χρόνια τώρα λειτουργεί υποδειγματικά με πρωτόκολλα ιατρικά, υπάρχει ένα βιβλιαράκι το

οποίο είναι ακριβώς σαν αυτά τα guide lines που έχουν όλες οι μαιευτικές-γυναικολογικές κλινικές της Δυτικής Ευρώπης.

Και λειτουργεί με τις οδηγίες αυτές, οι οποίες στον τομέα ακριβώς της παροχής καθαρά των ιατρικών υπηρεσιών, έχουν επιτευχθεί δυο σημαντικοί στόχοι:

Πρώτος και κυριότερος βέβαια η όσο το δυνατόν ομοιόμορφη και καλή ιατρική περίθαλψη και το λέω το ομοιόμορφη, δεν κάνει δηλαδή να το πούμε απλά ο καθένας από τους γιατρούς εκεί οι οποίοι πολλαπλασιαστήκανε με την πάροδο του χρόνου και μαζί με τους ειδικευόμενους κυκλοφορούν μέσα στην κλινική γύρω στους 35 γιατρούς, αλλά έχει ο καθένας στην τσέπη του το βιβλιαράκι αυτό των πρωτοκόλλων και επί τη βάση αυτού λειτουργεί για όλα τα περιστατικά. Αυτό βέβαια ανανεώνεται, εξυπακούεται, σύμφωνα με τα νεότερα δεδομένα.

Και το δεύτερο βέβαια είναι αισθητά ο περιορισμός των δαπανών στην κλινική, διότι δεν μπαίνει ο καθένας και γράφει όποιες εξετάσεις θέλει ή χορηγεί οποιαδήποτε φάρμακα στους ασθενείς τους μαιευτικούς και τους γυναικολογικούς.

Με αυτά ήθελα για άλλη μια φορά να σας εκφράσω τη μεγάλη μου ευχαρίστηση που βρίσκομαι εδώ σε αυτό το σημαντικό σεμινάριο και πιστεύω ότι κι εγώ θα βγω πιο φωτισμένος στο θέμα αυτό και είμαι πράγματι ένθερμος υποστηρικτής των θεμάτων αυτών.

Ο συνάδελφός μου ο κ. Ζηλίδης θα ξεκινήσει τη διαδικασία αυτή που έχουμε πέντε εξάιρετους ομιλητές και εν συνεχεία βέβαια θα γίνει και η ανάλογη συζήτηση, σας ευχαριστώ πολύ.

Χ. ΖΗΛΙΔΗΣ: Αγαπητοί συνάδελφοι το δεύτερο τραπέζι του σεμιναρίου έχει τίτλο και αναφέρεται στην «ελληνική πραγματικότητα». Ο σκοπός του τραπέζιού δεν είναι να περιγράψει την ελληνική πραγματικότητα, λίγο-πολύ όλοι έχουμε μία εικόνα και εν πάση περιπτώσει δε θέλουμε να μπούμε σε μια λογική μεμψιμοιρίας και να επαναλαμβάνουμε απλώς δυσάρεστες διαπιστώσεις.

Ο σκοπός του τραπέζιού είναι να δώσει μία προοπτική, δηλαδή να περιγράψει ένα πλαίσιο και να δώσει δυο-τρεις άξονες ενδεικτικά, πρώτο σεμινάριο είναι και θα έχουμε μια διαδρομή μπροστά μας, για το πώς

μπορούμε να μπούμε σε αυτό το ταξίδι που οδηγεί σε μια στρατηγική για την ποιότητα στην υγεία. Και θα ήθελα να παρακαλέσω αν υπάρχει τρόπος να προβάσουμε τα slide.

Έχουμε πραγματικά πέντε εξαιρετους ομιλητές, αλλά επιτρέψτε μου λίγο να περιγράψω με έναν πολύ συνοπτικό τρόπο το πλαίσιο μέσα στο οποίο θέλουμε να κινηθούμε και ως Επιτροπή, οι περισσότεροι των παρευρισκομένων και μέλη της Επιτροπής που έχει συγκροτηθεί στο Υπουργείο Υγείας για την προώθηση της διαπίστευσης στα νοσοκομεία και θέλω να δώσω λίγο το πλαίσιο και αν θέλετε και κάποιες βασικές αρχές στις οποίες πρέπει όλοι να ομονοούμε, να σκεφτόμαστε με τον ίδιο τρόπο. Με χαρά διαπιστώνω ότι είναι και μία μικρή σύνοψη αυτών που ακούστηκαν στο πρώτο τραπέζι.

Λοιπόν κατ' αρχήν το πρώτο ερώτημα είναι τι θέλουμε να κάνουμε, γιατί μπαίνουμε σε αυτή τη συζήτηση για ποιότητα, για ποια πράγματα μιλάμε, δηλαδή τι πρέπει να είναι καλύτερο; Το ένα πράγμα λοιπόν που ετέθη στο πρώτο τραπέζι με απόλυτη σαφήνεια και με ιδιαίτερη έμφαση είναι το ζήτημα της ασφάλειας των ασθενών μέσα στα νοσοκομεία, εξηγήθηκε νομίζω επαρκώς το νόημά του, επομένως μία από τις βασικές κατευθύνσεις είναι ότι πρέπει να διασφαλίσουμε την ασφάλεια των ασθενών μέσα στα νοσοκομεία μας.

Το δεύτερο πράγμα είναι αυτό που όλοι θεωρούμε ποιότητα, δηλαδή τι; Μια αποτελεσματικότερη περίθαλψη και υψηλού επιπέδου, κλινική, ιατρική, εργαστηριακή περίθαλψη. Το τρίτο πράγμα είναι αυτό που τόνισε ήδη στην εισαγωγή ο κ. Σαλαμαλέκης, δηλαδή ότι η ποιότητα είναι και μία συνάρτηση καλής χρήσης των πόρων, δηλαδή έχει σχέση με την αποδοτικότητα.

Και στο τέλος μια τέταρτη πτυχή είναι ότι οι υπηρεσίες υγείας πρέπει να είναι προσανατολισμένες γύρω από τον ασθενή, δηλαδή το ζήτημα του σεβασμού του ασθενή, των δικαιωμάτων του, που επίσης εκτενώς παρουσιάστηκε στο πρώτο τραπέζι.

Αν θέλετε μπορεί κανείς να δώσει μία πολύ ευρύτερη εννοιολογική διάσταση στην ποιότητα, εν πάση περιπτώσει ας συγκρατήσουμε αυτά τα τέσσερα πράγματα για να ξέρουμε ότι αυτό που

έχουμε να κάνουμε εμείς στα νοσοκομεία μας στη δουλειά μας είναι ένα πρόγραμμα δράσης για την ασφάλεια των ασθενών, ένα πρόγραμμα δράσης για τη βελτίωση της ποιότητας των κλινικών υπηρεσιών και εργαστηριακών, ένα πρόγραμμα δράσης για την υψηλότερη αποδοτικότητα και τέλος μια σειρά δράσεων και ενεργειών για να βελτιώσουν το σεβασμό του ασθενή.

Η διασφάλιση της ποιότητας είναι αυτά που πρέπει να κάνουμε εμείς για να πετύχουμε τα προηγούμενα και εν πάση περιπτώσει για να μην μπαίνουμε σε θεωρητικές συζητήσεις αυτό που πρακτικά μπορούμε να πούμε είναι ότι η διασφάλιση της ποιότητας είναι η συμφωνία με επιστημονικά πρότυπα και η τεκμηρίωση ότι τα πρότυπα αυτά τηρούνται.

Δηλαδή, αν μου επιτρέπεται να το πω με έναν δικό μου τρόπο μιας μορφής εξίσωση, θα έλεγα ότι η διασφάλιση της ποιότητας είναι να έχουμε πρότυπα, συν ένα πρόγραμμα εφαρμογής των προτύπων, συν ένα πρόγραμμα τεκμηρίωσης ότι τα πρότυπα εφαρμόζονται. Τι χρειαζόμαστε λοιπόν; Να ξαναγυρίσω πίσω, χρειαζόμαστε πρότυπα, χρειαζόμαστε προγράμματα εφαρμογής των προτύπων και δράσεις εφαρμογής και χρειαζόμαστε και δράσεις τεκμηρίωσης ότι τα πρότυπα εφαρμόζονται.

Θα ήθελα να τονίσω κάτι, που μπορεί να μας φαίνεται λίγο υπερβολή. Δε νοείται ποιότητα χωρίς το τρίτο στοιχείο, δηλαδή δε νοείται διασφάλιση ποιότητας η οποία να βασίζεται στην απλή διαβεβαίωσή μας ότι "εμείς είμαστε καλοί". Νοείται μόνο όταν τεκμαίρεται, αποδεικνύεται, μέσα από δείκτες και κριτήρια, τα οποία είναι μετρήσιμα γραπτά και δημόσια. Δηλαδή η διασφάλιση της ποιότητας δεν βασίζεται σε ισχυρισμούς, βασίζεται σε δεδομένα.

Χρειαζόμαστε λοιπόν ένα σύνολο προτύπων, ένα πρόγραμμα δράσεων για την εφαρμογή των προτύπων και μια σειρά δράσεων για την τεκμηρίωση ότι τα πρότυπα εφαρμόζονται. Τι είδους πρότυπα; Κάθε είδους πρότυπα, κλινικά πρότυπα σαν αυτά που πολύ ωραία περιέγραψε για την κλινική του ο κ. Σαλαμαλέκης, πρότυπα ασφάλεια.

Επίσης οργανωτικά και λειτουργικά πρότυπα που έχουν σχέση με ότι μπορείτε να φανταστείτε, από την πυρασφάλεια, αν θέλετε από τη λειτουργία των αποστειρώσεων, τη διαχείριση των αποβλήτων, όλες τις οργανωτικές και λειτουργικές παραμέτρους ενός νοσοκομείου και κάποια

πρότυπα συμπεριφοράς που έχουν να κάνουν σχέση με το σεβασμό του ασθενή και των δικαιωμάτων του ασθενή. Συνοπτικά τα λέω, ας κρατήσουμε τέσσερα, αν και θα μπορούσε να είναι 44.

Χρειαζόμαστε και δράσεις για την εφαρμογή των προτύπων, χρειαζόμαστε εκπαίδευση, χρειαζόμαστε καθορισμό στόχων, προτεραιοτήτων, σε ποια πράγματα θα κινηθούμε, τι θα κάνουμε, ποιοι θα εργαστούν γι' αυτά, γι' αυτά που θα αποφασίσουμε πρέπει να αναθέσουμε καθήκοντα και αρμοδιότητες.

Ο κ. Γενικός μας είπε ότι έχει προσδιοριστεί διασταυρώνοντας τις διατάξεις του επερχόμενου νόμου, με τον 2889 έχουμε ένα οργανωτικό πλαίσιο στα νοσοκομεία, έχουμε έναν Διοικητή, έχουμε ένα Γραφείο Ποιότητας, έχουμε ένα Τμήμα Ποιότητας στις ΥΠΕ, επομένως έχουμε έναν βασικό μηχανισμό, επομένως έχουμε και μία στοιχειώδη κατανομή αρμοδιοτήτων, πρέπει απλώς να δώσουμε περιεχόμενο σε όλα αυτά.

Και τέλος χρειαζόμαστε και μία εποπτεία και παρακολούθηση για τις δράσεις αυτές, χρειαζόμαστε και δράσεις για την τεκμηρίωση ότι τηρούνται τα πρότυπα και η τεκμηρίωση αυτή περιλαμβάνει δείκτες, συστήματα μετρήσεων, ελέγχου, παρακολούθησης, σύγκρισης και ένας από τους μηχανισμούς είναι και τα συστήματα διαπίστευσης που είναι αν θέλετε ένας εξωτερικός μηχανισμός ο οποίος τεκμηριώνει ότι εμείς τηρούμε κάποια πρότυπα ποιότητας και επομένως βρισκόμαστε σε ένα επίπεδο ποιότητας.

Το τι είναι διαπίστευση ειπώθηκε ήδη επαρκώς, ένας εξωτερικός οργανισμός ο οποίος κάνει ακριβώς αυτή την πιστοποίηση και εάν προσπαθήσουμε αυτά που είπα συνοπτικά να τα φέρουμε σε ένα επίπεδο πολιτικής, το ερώτημα είναι τι χρειάζεται λοιπόν να έχουμε οργανωτικά για να κάνουμε αυτά τα πράγματα, τι χρειαζόμαστε οργανωτικά;

Χρειαζόμαστε κατ' αρχήν κάποιους φορείς, οι οποίοι θα δημιουργήσουν πρότυπα, φορείς επιστημονικούς για τα επιστημονικά πρότυπα, φορείς διοικητικούς, νοσοκομεία, ΥΠΕ, για τα λειτουργικά και τα οργανωτικά πρότυπα, χρειαζόμαστε κάποιους φορείς που θα οργανώσουν τις δράσεις εφαρμογής που ο κύριος μηχανισμός είναι τα νοσοκομεία σε συνεργασία με τις ΥΠΕ.

Διότι εκεί παίζεται το παιχνίδι, μιλάμε για την ποιότητα των νοσοκομείων, την ποιότητα των υπηρεσιών στα νοσοκομεία όχι την ποιότητα της Διοίκησης του Υπουργείου ή της ΥΠΕ, είναι μια άλλη εν πάση περιπτώσει υπόθεση που μπορούμε σε ένα άλλο σεμινάριο την επόμενη δεκαετία να το συζητήσουμε.

Χρειαζόμαστε κάποιους φορείς οι οποίοι θα οργανώσουν την τεκμηρίωση είτε είναι διαπίστευση, είτε είναι συστήματα παρακολούθησης, είτε είναι συστήματα καθορισμού και παρακολούθησης δεικτών και τέλος πρέπει να καταλήξουμε ποιος θα είναι ο φορέας ή οι φορείς οι οποίοι θα βοηθήσουν τα νοσοκομεία μας να μπουν κάποια από αυτά σε μια διαδρομή σταδιακά σε μία διαδρομή διαπίστευσης.

Εδώ θα κλείσω και δε θα συνεχίσω με τις υπόλοιπες διαφάνειες, αλλά νομίζω ότι αυτό το πλαίσιο είναι το πλαίσιο των αναγκών μας, είναι αυτό το πλαίσιο πάνω στο οποίο πρέπει να πάρουμε αποφάσεις γιατί εκτός από συμμετέχοντες σε ένα σεμινάριο είμαστε και πρόσωπα τα οποία μετέχουμε σε έναν μηχανισμό Διοίκησης, είμαστε Διοικητές-Διευθυντές σε νοσοκομεία σε περιφέρειες και λοιπά, επομένως πρέπει επί αυτών να πάρουμε αποφάσεις και επί αυτών να δεσμευθεί ο καθένας να αναλάβει το μερίδιο της συμμετοχής που μπορεί να έχει σε αυτή την υπόθεση.

Νομίζω ότι αυτή -ελπίζω πως δεν υπερέβην έτσι τα εσκαμμένα από χρονικής πλευράς κ. Σαλαμαλέκη- μας δίνει μια συνοπτική περιγραφή του ποιο είναι το όλο πλαίσιο μέσα στο οποίο πρέπει να κινηθούμε, μέσα σε αυτό το πλαίσιο θα ακούσουμε μερικές εξαιρετικές εισηγήσεις που πιάνουν ειδικές πτυχές αυτού του πλαισίου και νομίζω ότι ήταν κι ένας τρόπος για να συνδεθούμε με αυτά που ακούσαμε πριν, τα οποία ήταν πολύ πιο συγκεκριμένα και τα οποία είναι ακριβώς τα κουτάκια που γεμίσανε στην Αμερική, στην Κύπρο, σε αυτή τη λίστα ερωτηματικών που κρύβεται πίσω από κάθε μία λέξη από τις διαφάνειες που σας έδωσα.

Και νομίζω ότι μπορούμε να ξεκινήσουμε κ. Σαλαμαλέκη, όπου ο κ. Αναστασόπουλος ο οποίος αναφέρεται στο πρόγραμμα είναι ο Πρόεδρος του ΕΣΥΔ και ταυτόχρονα του ΕΛΟΤ, αλλά το πρόγραμμά του δεν επέτρεψε να είναι εδώ και αντί αυτού είναι η κα Σταθοπούλου, η οποία είναι στέλεχος του Εθνικού Συστήματος Διαπίστευσης και η οποία θα μας εισηγηθεί την

εμπειρία του φορέα της σε ότι αφορά τη διαπίστευση κλινικών εργαστηρίων στην Ελλάδα.

«ΕΣΥΔ και διαπίστευση κλινικών εργαστηρίων»

A. ΣΤΑΘΟΠΟΥΛΟΥ: Καλημέρα κ. Πρόεδρε, καλημέρα κυρίες και κύριοι.

Δυστυχώς ο κ. Αναστασόπουλος δεν μπορούσε να παρευρίσκεται και τον αντικαθιστώ ως εκπρόσωπος του Εθνικού Συστήματος Διαπίστευσης. Λέγομαι Αλίκη Σταθοπούλου, είμαι Βιολόγος και εργάζομαι στο ΕΣΥΔ τα τελευταία τέσσερα χρόνια και είμαι υπεύθυνη για τη διαπίστευση των κλινικών εργαστηρίων.

Ξεκινώντας θα ήθελα να αναφερθώ στην πυραμίδα της ποιότητας. Ήδη ο κ. Ζηλίδης με πρόλαβε, στη βάση της πυραμίδας λοιπόν βλέπουμε την τυποποίηση, που ουσιαστικά είναι όλα αυτά τα πρότυπα που αναφέρθηκαν που αφορούν διαχείριση, διοίκηση, αλλά και επιστημονικά πρότυπα που αφορούν ελέγχους, δοκιμές εργαστηριακές και διασφάλιση ποιότητας στα εργαστήρια.

Στη συνέχεια το επόμενο επίπεδο διασφάλισης της ποιότητας είναι η πιστοποίηση και ο έλεγχος. Όταν λέμε πιστοποίηση αναφερόμαστε στο γνωστό σε όλους μας ISO 9001, το οποίο μπορεί να εφαρμοστεί ως πρότυπο διαχειριστικό σε όλους τους τομείς και σε όλα τα τμήματα ενός νοσοκομείου.

Και στην κορυφή της πυραμίδας είναι η διαπίστευση η οποία είναι ένα βήμα παραπάνω, αλλά αφορά αποκλειστικά εργαστήρια, δηλαδή δεν αναφέρεται σε κλινικές ή σε χώρους του νοσοκομείου οι οποίοι δεν έχουν δοκιμές, οπότε η διαπίστευση περιλαμβάνει και το κομμάτι της διαχείρισης το management ενός εργαστηρίου, αλλά και το πιο σοβαρό είναι ότι περιλαμβάνει και τη διασφάλιση της ποιότητας στις δοκιμές που διενεργεί ένα εργαστήριο.

Με την τυποποίηση λοιπόν επιτυγχάνεται η καθιέρωση αντικειμενικά σωστών και αποδεκτών μεθόδων δοκιμών και ελέγχων, που περιγράφονται σε πρότυπα προδιαγραφές και κανονισμούς. Στην Ελλάδα ο Ελληνικός Οργανισμός Τυποποίησης είναι ο γνωστός μας ΕΛΟΤ, ο οποίος ΕΛΟΤ εκτός από το ένα κομμάτι του που είναι να υιοθετεί διεθνή πρότυπα και να τα εναρμονίζει στα ελληνικά δεδομένα, μεταφράζοντάς τα και παρέχοντάς

τα στους πελάτες του έχει και ειδικές ομάδες εργασίας οι οποίοι ουσιαστικά παράγουν, δημιουργούν πρότυπα για συγκεκριμένες ανάγκες.

Με την πιστοποίηση για τον έλεγχο βεβαιώνεται ο βαθμός συμμόρφωσης προς τις απαιτήσεις της τυποποίησης σχετιζόμενες με προϊόντα, διεργασίες, συστήματα ή πρόσωπα, μέσω ενός φορέα πιστοποίησης. Στην Ελλάδα έχουμε αρκετούς ιδιωτικούς φορείς πιστοποίησης και έχουμε και κάποιους κρατικούς φορείς πιστοποίησης. Με τη διαπίστευση τελικά εξετάζεται και βεβαιώνεται ότι ένα εργαστήριο ή ένας φορέας πιστοποίησης λειτουργεί σωστά και σύμφωνα με τις απαιτήσεις αφενός μεν της τυποποίησης, αλλά και ειδικών κανονιστικών απαιτήσεων, ώστε οι παρεχόμενες υπηρεσίες τους να είναι αξιόπιστες και αντικειμενικά σωστές.

Για τη διαπίστευση στην Ελλάδα είναι ένας μόνο φορέας αρμόδιος και είναι το εθνικό σύστημα διαπίστευσης, όπως επίσης για κάθε κράτος της Ευρώπης υπάρχει ένας φορέας διαπίστευσης και σύμφωνα με την ευρωπαϊκή νομοθεσία από τον Αύγουστο του 2008 υποχρεωμένα είναι όλα τα κράτη να έχουν μόνο έναν εθνικό φορέα διαπίστευσης.

Η διαπίστευση λοιπόν είναι η επίσημη αναγνώριση από το εθνικό σύστημα διαπίστευσης μέσω καθορισμένων διαδικασιών ότι ένα νομικό ή φυσικό πρόσωπο ασκεί συγκεκριμένες δραστηριότητες με αμεροληψία και τεκμηριωμένη επάρκεια. Αυτή τη στιγμή η διαπίστευση όσον αφορά τα κλινικά εργαστήρια είναι προαιρετική, εκτός βέβαια από την υποχρέωση που έχουν για κάποιες οδηγίες νέας προσέγγισης που δεν αφορούν βέβαια εργαστήρια κλινικά και εδώ αναφέρεται και η σχετική νομοθεσία ίδρυσης του εθνικού συστήματος διαπίστευσης.

Τώρα ποιο είναι το οργανόγραμμα να το πούμε έτσι του ΕΣΥΔ. Στην κορυφή του οργανογράμματος είναι το Διοικητικό Συμβούλιο, το οποίο ένα Πενταμελές Συμβούλιο, στη συνέχεια το επόμενο όργανο είναι το Εθνικό Συμβούλιο Διαπίστευσης το οποίο αποτελείται από 15 άτομα που είναι εκπρόσωποι από φορείς, υπουργεία και ενδιαφερόμενα μέρη.

Στη συνέχεια έχουμε τις Ειδικές Τεχνικές Επιτροπές ανάλογα με το αντικείμενο διαπίστευσης και η όλη δουλειά γίνεται από τις Ομάδες Αξιολόγησης οι οποίες αποτελούνται από τον επικεφαλής Αξιολογητή, τον

Αξιολογητή ή τον Εμπειρογνώμονα. Τέλος, είναι τα μέλη της υπηρεσίας που ουσιαστικά τρέχουν το όλο σύστημα στο ΕΣΥΔ.

Οι Αξιολογητές και Εμπειρογνώμονες είναι ειδικοί επιστήμονες που έχουν αξιολογηθεί ως προς τις γνώσεις τους σαν συγκεκριμένο αντικείμενο, έχουν εκπαιδευτεί επί των προτύπων και διαδικασιών διαπίστευσης και έχουν επιτύχει σε σχετικές εξετάσεις. Στη συνέχεια μερικοί από αυτούς και ανάλογα με την εμπειρία τους και την αξιολόγησή τους αναλαμβάνουν το ρόλο του επικεφαλής Αξιολογητή.

Τα μέλη της υπηρεσίας είναι ειδικοί επιστήμονες, επί συγκεκριμένων τεχνικών πεδίων, που έχουν εκπαιδευτεί επί των προτύπων διαπίστευσης και επί των διαδικασιών διαπίστευσης και τρέχουν καθημερινά το σύστημα διαπίστευσης του ΕΣΥΔ. Στο ΕΣΥΔ είναι δύο κύριες διευθύνσεις, η Διεύθυνση Φορέων Πιστοποίησης και Ελέγχου και η Διεύθυνση Διαπίστευσης Εργαστηρίων, ενώ στην υπηρεσία λειτουργεί το Τμήμα Ποιότητας και Εκπαίδευσης. Εδώ είναι εικονικά το οργανόγραμμα του ΕΣΥΔ.

Όσον αφορά τώρα τη θέση του ΕΣΥΔ στην Ευρώπη, είναι πλήρες μέλος της ευρωπαϊκής συνεργασίας για τη διαπίστευση, european cooperation for accreditation, στην οποία συμμετέχουν οι Εθνικοί Φορείς Διαπίστευσης των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης σκοποί της οποίας είναι μεταξύ άλλων:

- Η αμοιβαία αναγνώριση των εκδιδόμενων πιστοποιητικών διαπίστευσης
- Η προαγωγή του θεσμού της διαπίστευσης στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης και διοργάνωση διεργαστηριακών συγκρίσεων με στόχο την επιβεβαίωση της ορθότητας των μετρήσεων που διενεργούνται σε διαπιστευμένα εργαστήρια
- Επίσης συμμετέχει σε όλες τις συμφωνίες αμοιβαίας αναγνώρισης της CA
- Διεθνώς είναι πλήρες μέλος της Διεθνούς Συνεργασίας για τη Διαπίστευση Εργαστηρίων τον ILAC, του Διεθνούς Φόρουμ Διαπίστευσης Φορέων τον IAAF και συμμετέχει σε όλες επίσης τις συμφωνίες αμοιβαίας αναγνώρισης αυτών των οργάνων.
- Υποστηρίζει τις δομές διαπίστευσης της Κύπρου, της Ρουμανίας, της Τουρκίας, της Βουλγαρίας, της πρώην Γιουγκοσλαβικής Δημοκρατίας της Μακεδονίας, της Σερβίας και της Ιορδανίας.

Όσον αφορά τις δραστηριότητες του ΕΣΥΔ στο χώρο της υγείας, τον πιο σοβαρό ρόλο που έχει στο χώρο των κλινικών εργαστηρίων είναι η διαπίστευση των κλινικών εργαστηρίων. Στη συνέχεια το ΕΣΥΔ διαπιστεύει φορείς που πιστοποιούν μη ενεργά ιατροτεχνολογικά προϊόντα, ενώ διαπιστεύει και φορείς πιστοποίησης συστημάτων διασφάλισης διαχείρισης της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας.

Όσον αφορά τώρα τη διαπίστευση των κλινικών εργαστηρίων, η διαπίστευσή τους μπορεί να γίνει με δύο διεθνή πρότυπα: Το ISO IEC 17025/2005 και το ISO 15189/2007. Το 17025 είναι ένα πρότυπο με το οποίο διαπιστεύονται εργαστήρια πάσης φύσεως δοκιμών από χημικές, μικροβιολογικές, κλινικές, μηχανικές, ότι είδους δοκιμή γίνεται από ένα εργαστήριο και διακριβώσεων.

Το 15189 είναι το εξειδικευμένο πρότυπο για τα κλινικά εργαστήρια. Και τι μας λέει τώρα το 15189 όσον αφορά τον ορισμό του κλινικού εργαστηρίου; Ένα κλινικό εργαστήριο είναι αυτό που διεξάγει βιολογικές, μικροβιολογικές, ανοσολογικές, χημικές, αιματολογικές, βιοφυσικές, κυτταρολογικές, παθολογοανατομικές ή άλλες δοκιμές-εξετάσεις σε δείγματα προερχόμενα από το ανθρώπινο σώμα.

Όλα αυτά με σκοπό να παράσχει πληροφορίες για τη διάγνωση, την πρόληψη και τη θεραπεία της ασθένειας, ή για την αξιολόγηση της υγείας των ασθενών και που μπορεί να παρέχει γνωμοδοτικές υπηρεσίες που καλύπτουν όλες τις πτυχές της εργαστηριακής έρευνας, συμπεριλαμβανομένης της ερμηνείας των αποτελεσμάτων και των συμβουλών για περαιτέρω διερεύνηση.

Η διαπίστευση ενός κλινικού εργαστηρίου αποτελεί την επίσημη αναγνώριση ότι το εργαστήριο αυτό συμμορφώνεται με ένα διεθνώς αναγνωρισμένο πρότυπο διαπίστευσης και λειτουργεί με την απαιτούμενη τεχνική επάρκεια για τις δραστηριότητες που ασκεί, υπευθυνότητα, ανεξαρτησία και αμεροληψία.

Ένα εργαστήριο το οποίο διαπιστεύεται ουσιαστικά ελέγχεται και ως προς το διοικητικό του κομμάτι, το management του εργαστηρίου, αλλά και ως προς το τεχνικό του κομμάτι. Υπάρχει επίσης σχετική ανακοίνωση από τους φορείς ISO ILAC και IAAF ότι ένα εργαστήριο κλινικό το οποίο έχει

διαπιστευθεί με το ISO 15189 είναι σα να είναι και πιστοποιημένο, ουσιαστικά καλύπτονται οι απαιτήσεις του ISO 9001, οπωσδήποτε όμως παρέχει και την τεχνική επάρκεια που δεν καλύπτεται από την πιστοποίηση.

Οι απαιτήσεις για τη διαπίστευση είναι:

- Το εργαστήριο να έχει σαφώς καθορισμένη νομική οντότητα, ανεξαρτησία και αμεροληψία για εργαστήρια τρίτου μέρους
- Να διαθέτει οργανόγραμμα και να έχει ορίσει δύο βασικά πρόσωπα μέσα στο εργαστήριο, τον υπεύθυνο ποιότητας και τον τεχνικό υπεύθυνο
- Να έχει εγκαταστήσει και εφαρμόσει τεκμηριωμένο σύστημα διασφάλισης ποιότητας σύμφωνα με το πρότυπο διαπίστευσης
- Να διαθέτει ενημερωμένη έκδοση εγχειριδίου ποιότητας, διαδικασιών και οδηγιών εργασίας
- Να διενεργεί έναν πλήρη κύκλο εσωτερικών επιθεωρήσεων και ανασκόπησης από τη Διοίκηση
- Και να έχει αποτελεσματικό έλεγχο των εγγράφων του

Το εγχειρίδιο ποιότητας ουσιαστικά είναι η βίβλος -να το λέγαμε έτσι- του εργαστηρίου, καλύπτει όλα τα κεφάλαια του προτύπου διαπίστευσης, παραπέμπει σε διαδικασίες οδηγίες εργασίας και αρχεία, περιλαμβάνει το πεδίο εφαρμογής της διαπίστευσης, τον κατάλογο εξοπλισμού του, την πολιτική της ποιότητας, τους δείκτες ποιότητας και τους στόχους ποιότητας του εργαστηρίου, ενώ αναφέρει βέβαια και τη νομική οντότητα του εργαστηρίου.

Εκτός από το εγχειρίδιο ποιότητας βέβαια το εργαστήριο πρέπει να διαθέτει τις διαδικασίες και τις οδηγίες εργασίας, σύμφωνα με τις οποίες ουσιαστικά λειτουργεί, ενώ εξειδικευμένες απαιτήσεις του προτύπου του 15189 όσον αφορά τις προαναλυτικές διαδικασίες είναι η ενημέρωση και προετοιμασία του εξεταζομένου, η ταυτοποίηση του δείγματος, η λήψη του δείγματος και η μεταφορά του δείγματος.

Όλα αυτά πρέπει να είναι τεκμηριωμένα, με ποιο ακριβώς τρόπο γίνονται. Για τις μετα-αναλυτικές διαδικασίες είναι ο έλεγχος η αξιολόγηση και η έγκριση έκδοσης των αποτελεσμάτων, η φύλαξη των δειγμάτων και η ασφαλής διαχείριση των αποβλήτων.

Το πρότυπο επίσης έχει και δυο παραρτήματα, το ένα αφορά τον Κώδικα ηθικής δεοντολογίας τον οποίο και πρέπει το Εργαστήριο να εφαρμόζει και έχει να κάνει με την εμπιστευτικότητα με την ανακοίνωση των αποτελεσμάτων με τη φύλαξη και διατήρηση των δειγμάτων και γενικώς με ό,τι τα δεοντολογικά θέματα σε σχέση με τον ασθενή, ενώ εδώ θα πούμε εν τάχει τη διαδικασία διαπίστευσης ενός κλινικού εργαστηρίου από το ΕΣΥΔ.

Ουσιαστικά ξεκινάει με την κατάθεση της αίτησης, στην οποία αίτηση αναφέρεται το πεδίο δοκιμών στο οποίο θέλει να διαπιστευτεί, προηγείται μια προ-αξιολόγηση στην οποία ουσιαστικά ο επικεφαλής αξιολογητής ελέγχει σε γενικές γραμμές το εργαστήριο.

Στην κυρίως αξιολόγηση πραγματοποιείται η εξέταση του συστήματος ποιότητας του εργαστηρίου αλλά και η τεχνική του επάρκεια ως προς τις δοκιμές, καταλληλότητα μεθόδων και εξοπλισμού, ιχνηλασιμότητα των μετρήσεων, συντήρηση και διακρίβωση εξοπλισμού, ικανότητα του προσωπικού και αποτελεσματικότητα του συστήματος για την ποιότητα. Όλα αυτά βέβαια με την ανάλογη τεκμηρίωσή τους.

Στη συνέχεια η εισήγηση του επικεφαλής αξιολογητή ελέγχεται από την ειδική τεχνική Επιτροπή, ενώ η χορήγηση της διαπίστευσης αποφασίζεται στο Εθνικό Συμβούλιο Διαπίστευσης και εν κατακλείδι στο Διοικητικό Συμβούλιο.

Τώρα όσον αφορά τα οφέλη της διαπίστευσης για τον ασθενή. Διασφαλίζεται η αξιοπιστία και η εγκυρότητα των αποτελεσμάτων των διαπιστευμένων υπηρεσιών, διότι το εργαστήριο είναι υποχρεωμένο να ακολουθεί επικυρωμένες μεθόδους, να έχει διακριβωμένο εξοπλισμό, εξειδικευμένο και κατάλληλα εκπαιδευμένο προσωπικό.

Επίσης έχει όφελος ο ασθενής διότι οι διαπιστευμένες υπηρεσίες στην Ελλάδα από το ΕΣΥΔ είναι αποδεκτές στην Ευρώπη και παγκοσμίως, χωρίς την ανάγκη επανελέγχου, ενισχύεται η ανάγκη συνεχούς προσαρμογής των εργαστηρίων σε διεθνή πρότυπα διαπίστευσης, διότι το εργαστήριο το διαπιστευμένο επιτηρείται κάθε χρόνο και να εφαρμόζει τις εθνικές ρυθμίσεις και κανονισμούς υγείας, εξασφαλίζοντας έτσι αναβαθμισμένη ποιότητα παροχής υπηρεσιών.

Όσον αφορά τα οφέλη για το εργαστήριο. Εξασφαλίζονται συγκρίσιμα αποτελέσματα ομοειδών μεθόδων εργαστηριακών δοκιμών. Αποκτά εμπιστοσύνη ο πολίτης στα αποτελέσματα των κλινικών δοκιμών, ενισχύεται το κύρος του εργαστηρίου και η ανταγωνιστικότητά του στο χώρο των υπηρεσιών της υγείας, ενώ εξασφαλίζεται ένα σύστημα διαχείρισης της ποιότητας με υποχρεωτική εφαρμογή συγκεκριμένων ρυθμίσεων και απαιτήσεων, που βοηθούν τελικά στη σωστή οργάνωση και λειτουργία του.

Και όσον αφορά το κοινωνικό σύνολο, αναβαθμίζεται το σύστημα υγείας, διασφαλίζονται τα ασφαλιστικά Ταμεία διότι μειώνονται αρκετά τα λάθη, ενώ βέβαια με την ελεγχόμενη διαχείριση αποβλήτων, μεταφορά και χειρισμό των δειγμάτων έχουμε και προστασία του περιβάλλοντος.

Αυτή τη στιγμή στην Ελλάδα έχουμε 24 εργαστήρια κλινικά διαπιστευμένα, ενώ άλλα 7 είναι στην Κύπρο, 6 εργαστήρια είναι υπό διαπίστευση και από αυτά τα οποία είναι διαπιστευμένα στην Ελλάδα, 7 εργαστήρια είναι κρατικών Νοσοκομείων, 6 εργαστήρια ελέγχου και φύλαξης αρχέγονων κυττάρων, 5 είναι ιδιωτικά διαγνωστικά εργαστήρια Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, 4 εργαστήρια γενετικής κυτταρογενετικής και μοριακής, και 2 εργαστήρια μοριακών δοκιμών.

Συνοψίζοντας και να μην σας κουράσω άλλο, ένα κλινικό εργαστήριο διαπιστευμένο από το ΕΣΥΔ αναβαθμίζεται και βελτιώνεται συνεχώς μέσω των τακτικών ελέγχων συμμόρφωσης του εργαστηρίου, προς τις αυστηρές απαιτήσεις των προτύπων διαπίστευσης.

Παράλληλα το εργαστήριο αναγνωρίζεται ευρωπαϊκά και διεθνώς για την υψηλή ποιότητα και αξιοπιστία των υπηρεσιών των σχετιζόμενων με τον κλινικό έλεγχο που αυτό παρέχει.

Κλείνοντας θα ήθελα να πω ότι η διαπίστευση κάνει καλό στην υγεία τελικά, όπως έχει φανεί. Ευχαριστώ πολύ.

ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗΣ: Ευχαριστούμε κι εμείς την κα Σταθοπούλου. Νομίζω ότι μπορούμε να κρατήσουμε κάτι πάρα πολύ απλό και πρακτικό από αυτά που ακούσαμε: ότι υπάρχει ένας δημόσιος φορέας ο οποίος κάνει διαπίστευση εργαστηρίων. Επομένως οι ενδιαφερόμενοι εκ των παρευρισκομένων Διοικητών έχουν μια διεύθυνση κι ένα τηλέφωνο και ένα όνομα, για να

απευθυνθούν για να πάρουν πληροφορίες για ό,τι τους αφορά. Νομίζω ότι είναι μια χρήσιμη αφετηρία.

Θα συνεχίσουμε με τον κ. Σκαλκίδη ο οποίος είναι Επίκουρος Καθηγητής του Πανεπιστημίου Αθηνών και ο οποίος θα μας μιλήσει για την ασφάλεια των ασθενών και τη διαχείριση των κλινικών κινδύνων στα Νοσοκομεία, δηλαδή θα αναφερθεί στο κομμάτι της ασφάλειας.

«Ασφάλεια ασθενών και διαχείριση κλινικών κινδύνων στο νοσοκομείο»

Ι. ΣΚΑΛΚΙΔΗΣ: Ευχαριστώ. Κατ' αρχήν θα ήθελα να ευχαριστήσω τους οργανωτές και κυρίως θα έλεγα όχι να ευχαριστήσω μόνο αλλά και να συγχαρώ ως απλός πολίτης την πολιτική ηγεσία και ειδικά το Γενικό Γραμματέα τον κ. Πολύζο ο οποίος φαίνεται πως έχει και όραμα και γνώσεις, και τούτο γιατί φαίνεται αποφασισμένος να αφήσουμε την εποχή των σχεδίων επί χάρτου και να αρχίσουμε τις δράσεις στον τομέα αυτό.

Οι προηγούμενοι ομιλητές ήταν τόσο καλοί που μου ανέτρεψαν το σχέδιο να μιλήσω όπως θα μιλούσα με βάση slides και να αναπροσαρμόσω αυτά που είναι να πω, γιατί δεν θέλω να κουράζεστε. Θεωρώ ότι πάντα σε τέτοιου είδους workshops θα έπρεπε το μισό χρόνο να μιλάνε οι ομιλητές το πολύ και τον υπόλοιπο να μιλάει το ακροατήριο γιατί έτσι οι ομιλητές θα γίνουν πιο παραγωγικοί, λέγοντας αυτά που απασχολούν το ακροατήριο.

Επομένως ακούσαμε από τους προηγούμενους ομιλητές στο προηγούμενο τραπέζι τον κ. Assaf ο οποίος μας έκανε ένα γρήγορο ταξίδι μέχρι τον Άρη και μας γύρισε πίσω στην ελληνική πραγματικότητα και εξαιρετικά συγκροτημένες και στοχευμένες ενέργειες που έγιναν στην Κύπρο κάλυψαν τα σημαντικότερα νομίζω.

Το θέμα το κλινικό για το οποίο θέλω να σας μιλήσω εγώ και που αφορά την αξιολόγηση της κλινικής πράξης, θα πρέπει να διευκρινιστεί ότι δεν είναι απαραίτητο για να γίνει μια διαπίστευση ενός Νοσοκομείου, δηλαδή μέχρι τώρα μέχρι περίπου τη δεκαετία του '90 δεν γινόταν ποτέ διαπίστευση κλινικών υπηρεσιών, αλλά τα Νοσοκομεία διαπιστευόνταν. Όχι πως είναι κακό, απλώς θέλω να τονίσω αυτό το πράγμα.

Βέβαια από τη διαπίστευση κλινικών υπηρεσιών μπορεί να εξοικονομήσουμε τεράστια κονδύλια, διότι ουσιαστικά οι κλινικές υπηρεσίες και το τμήμα που λέγεται «καταλληλότητα ιατρικών παρεμβάσεων», δείχνει όχι μόνο αν κάνουμε σωστά τη δουλειά μας αυτή που κάνουμε, αλλά αν η δουλειά που κάνουμε έπρεπε να γίνει εντελώς.

Θα μιλήσω λιγάκι σε αυτό το θέμα, αλλά όπως νομίζω το ξέρετε όλοι είναι και το πιο στριφνό κομμάτι αυτής της ιστορίας, ο ιατρικός κόσμος. Είναι ένα ναρκοπέδιο στην κυριολεξία, απλώς θέλω να αναφέρω ότι το '94 που έγινε για πρώτη φορά νομίζω στην Ελλάδα ένα Φόρουμ για την ποιότητα, τότε ήταν ο κ. Φέσσας και με είχαν καλέσει να μιλήσω, αναφέρθηκα στα όσα έγραφε η διεθνής βιβλιογραφία για τα λάθη των γιατρών και είπα ότι «αν τυχόν οι Αμερικανοί γιατροί ήταν τόσο καλοί όσο εμείς, τότε και στην Ελλάδα θα πρέπει να έχουμε κι εμείς και ιατρικά λάθη και θανάτους» και ανέφερα ένα extrapolation των διεθνών δεδομένων στην Ελλάδα.

Και μετά από λίγες μέρες έλαβα ένα χαρτί από τον Ιατρικό Σύλλογο που με παρέπεμπαν στο πειθαρχικό Συμβούλιο του Ιατρικού Συλλόγου Αθηνών, διότι συκοφάντησα το ιατρικό σώμα. Αυτή η καταγγελία έγινε από τους γυναικολόγους, βέβαια με κάλεσαν οι άνθρωποι και μου είπαν «συγγνώμη, αλλά εφόσον είχαμε μια καταγγελία έπρεπε να την πούμε». Ήρθα εγώ με τα βιβλία μου και τις διεθνείς μελέτες που λένε ότι δεν μπορεί να είμαστε αλάνθαστοι στην Ελλάδα, αλλά τέλος πάντων. Θέλω να πω δηλαδή πόσο δύσκολα είναι τα πράγματα στον τομέα αυτό.

Η διαχείριση του κλινικού κινδύνου και η αξιολόγηση της κλινικής πρακτικής, που είναι συμφυείς έννοιες, καταλήγουν σε ένα πράγμα: όταν έρχεται ο άρρωστος στο Νοσοκομείο για να μας ζητήσει βοήθεια, τι ψάχνει στην πραγματικότητα; Ψάχνει να γίνει καλά.

Επομένως ψάχνει για το κλινικό αποτέλεσμα. Σκεφτήκατε ότι διοικείτε Νοσοκομεία και αυτό για το οποίο τελικά οι άρρωστοι ψάχνουν, το κλινικό αποτέλεσμα δεν ελέγχεται, δεν κρινόμαστε από αυτό. Κρινόμαστε από το αν δουλεύει το ένα ή το άλλο ή το παράλλο καλά, αλλά το κλινικό αποτέλεσμα δεν μπορούμε να το ελέγξουμε. Όχι πως φταίτε εσείς, έτσι είναι το σύστημα. Δεν το ξέρουμε αν το κάνουμε σωστά.

Είναι σαν να διοικείτε την Coca Cola και κοιτάτε αν όλα γίνονται σωστά, αλλά τη γεύση του ποτού που βγαίνει, μπορεί να βγαίνει Sprite ας πούμε, αλλά δεν το ξέρετε εσείς αν δηλαδή γίνονται σωστά οι επεμβάσεις ή δεν γίνονται κ.ο.κ. Είναι πράγματι πολύ δύσκολο αυτό το κομμάτι.

Και ζητάει βέβαια ο άρρωστος να γίνει καλά, με τον καλύτερο και ταχύτερο δυνατό τρόπο που είναι κι αυτό βέβαια ως εκ τούτου διάσταση της κλινικής αποτελεσματικότητας.

Τώρα όσον αφορά το κοινωνικό σύνολο δεν είναι μόνο το τελικό αποτέλεσμα, διότι αν ο γιατρός κάνει υπέρχρηση των διαθέσιμων πόρων, που είναι πεπερασμένοι, αντιλαμβάνεστε ότι στο τέλος δεν θα φτάνουν τα χρήματα για να γίνει μια σωστή ορθολογική χρήση για έναν άλλο ασθενή. Αυτό σε συλλογικό επίπεδο αφορά την πολιτική ηγεσία, διότι στο τέλος το συνολικό επίπεδο υγείας, είναι χαμηλότερο από το αναμενόμενο αν γίνεται σπατάλη πόρων για έναν και υποβαθμισμένη χρήση για κάποιους άλλους.

Πόσο σημαντικό είναι το πρόβλημα της κλινικής αποτελεσματικότητας. Θα αναφέρω δυο – τρία μόνο νούμερα για να είμαστε σίγουροι ότι είναι αντιληπτό. 30.000 ιατρικά λάθη ετησίως στα δικά μας Νοσοκομεία, αν υποθέσουμε ότι μετράμε σωστά, μετράνε σωστά και οι ξένοι. 3.000 θανάτους ετησίως στην Ελλάδα από αντιστοίχιση δεδομένων, αν ακολουθήσουμε τα όσα γράφουν και τα ανέφερε και ο κ. Assaf προηγουμένως τους 100.000 νεκρούς στην Αμερική. Βάλτε πόσο πληθυσμό έχει η Αμερική, 300 εκ. βάλτε και τα 10 εκ. κάντε τη διαίρεση, θα βγουν αυτά που σας λέω, 3.000 θάνατοι.

Εάν βάλουμε αυτό το περίφημο το «5 Million Lives Campaign» που γίνεται στην Αμερική που επισημαίνει ότι σε 24 μήνες θα μπορούσαμε να αποφύγουμε 5 εκ. ανεπιθύμητα συμβάματα, πρέπει να έχουμε στην Ελλάδα καμιά 80ριά χιλιάδες ανεπιθύμητα συμβάματα και για να μην πάμε και μακριά για να κλείσω αυτή την αριθμητολογία, η ευρωπαϊκή Οδηγία που βγήκε πέρσι τον Ιούλιο το 2009 από την Ευρωπαϊκή Ένωση αναφέρει ότι το 10% των εισαγωγών στα Νοσοκομεία μας βιώνουν κάποιο ανεπιθύμητο σύμβαμα.

Πόσες είναι οι εισαγωγές στην Ελλάδα; Πάνω από 100.000 λοιπόν άτομα έχουν ένα ανεπιθύμητο σύμβαμα που θα μπορούσαμε σε ένα μεγάλο βαθμό. Το ανεπιθύμητο σύμβαμα από το ιατρικό λάθος δεν είναι το

ίδιο πράγμα, σας λέω όμως από τις διεθνείς μελέτες ότι τα 2/3 ανεπιθύμητων συμβαμάτων, είναι ιατρικά λάθη. Το άλλο 1/3 δεν μπορεί να αποφευχθεί με τίποτε.

Συνεπώς έχει μεγάλη σημασία το κλινικό αποτέλεσμα. Καλούμαστε λοιπόν σήμερα με τρόπο επείγοντα και επιτακτικό από κοινωνικής, πολιτικής, ηθικής και οικονομικής σκοπιάς να καταγράψουμε, να αξιολογήσουμε και τελικά βέβαια να βελτιώσουμε το κλινικό αποτέλεσμα.

Στις Ηνωμένες Πολιτείες ήδη από την εποχή του '80 κατέγραφαν θνητότητα στα Νοσοκομεία ανάλογα με την νοσολογική κατηγορία και από το '90 μετά άρχισε να μπαίνει στην εξίσωση και η κλινική αποτελεσματικότητα το clinical outcome.

Σήμερα υπάρχει άλλος ένας λόγος γιατί συνήθως τα οικονομικά κίνητρα ήταν αυτά που οδηγούσαν την άμαξα αυτή, υπάρχει ένας έντονος μοχλός πίεσης από την πλευρά των ασθενών, οι οποίοι ασθενείς πλέον είναι απαιτητικότεροι πολύ δικαίως άλλωστε και εγείρεται ένα πολύ σημαντικό κοινωνικό και ηθικό ζήτημα, το οποίο βέβαια έχει και πολύ υψηλό πολιτικό κόστος.

Η πολιτική ηγεσία σοφά ποιεί όταν προσπαθεί να κάνει ό,τι είναι δυνατό καλύτερο για τη βελτίωση του κλινικού αποτελέσματος διότι πραγματικά πλέον παίζει ρόλο. Παλιά ο ασθενής αν του τύχαινε κάτι καλό έλεγε «Ευχαριστώ πολύ γιατρέ μου», αν του τύχαινε κάτι κακό έλεγε «Ήταν θέλημα Θεού», φοβάμαι ότι τώρα γίνεται το αντίστροφο. Αν κάνουμε κάτι καλό «Ήταν θέλημα Θεού», αν κάνουμε κάτι κακό «Φταίει ο γιατρός». Αυτή είναι η αλλαγή της σημερινής κατάστασης.

Αυτά ήταν όλα που ήθελα να πω. Θα αναφερθώ σε πέντε μόνο κατηγορίες πολύ επιγραμματικά γιατί προσβλέπω πράγματι σε ένα διάλογο αν θελήσουμε στο τέλος να γίνει, μια συστηματικής καταγραφής, παρακολούθησης, ελέγχου και αξιολόγησης της κλινικής πρακτικής.

Δεν είναι ανάγκη να είναι μόνο διαπίστευση αλλά υπάρχει ένα φάσμα, θα σας πω γρήγορα. Καταγραφή προτυπωμένης θνητότητας και νοσηρότητας, ανά διαγνωστική κατηγορία -θα μιλήσω για τη διαγνωστική κατηγορία- τόσο διαχρονικά όσο και μεταξύ των Οργανισμών υγείας,

παρεμφερών Οργανισμών υγείας. Αυτό μπορεί να γίνει σε επίπεδο Οργανισμού υγείας.

Δεύτερη ομάδα είναι η ανάπτυξη, καταγραφή και αξιολόγηση κλινικών δεικτών όπως παραδείγματος χάριν του ΟΟΣΑ και αυτό σε επίπεδο Οργανισμού υγείας. Τρίτη κατηγορία είναι η εφαρμογή κατευθυντήριων οδηγιών και κλινικών πρωτοκόλλων, με διάφορες μορφές: διαγνωστικά check list που αναφέρθηκαν και στις προηγούμενες ομιλίες, το Safe surgery list που έχει βγάλει ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας και σύγκριση αποτελέσματος αυτό που λένε Benchmarking.

Αναφέρθηκε πολύ ωραία και πολύ σωστά για όσους ίσως δεν έδωσαν τη δέουσα προσοχή στο «5 Million Lives Campaign», στα «1 hundred thousand» ήταν πρώτα 6 κριτήρια, με τα «5 Million Lives Campaign» έβαλαν 12 κριτήρια, τα οποία είναι 12 απλά κριτήρια αν τα προσέξατε, «ελάτε να πλένουμε τα χέρια μας», ας πούμε. Ένα τόσο απλό αλλά υποχρεωτικό να το κάνουμε. Απλά μέτρα, τα οποία όμως μπορούν να έχουν πολύ σοβαρό impact αποτέλεσμα στην όλη υπόθεση.

Τέταρτη κατηγορία είναι η πιστοποίηση κλινικών τμημάτων, προσέξτε, πιστοποίηση κλινικών τμημάτων. Μέχρι τώρα ξέραμε πιστοποίηση εργαστηρίων, αυτό είναι ένα καινούργιο πολύ τελευταίο σύστημα από την Joint Commission, όπου είναι μια διαδικασία με στοχευμένη μέτρηση, μέχρι σήμερα είναι 15 κατηγορίες είτε νοσημάτων είτε θεραπειών, ας πούμε αρθροπλαστική γόνατος λέω ένα παράδειγμα, όπου αν κάνεις αυτές τις διαδικασίες μέσα στην κλινική σου, μόνο μία κλινική, τότε σου δίνουν αυτή την πιστοποίηση.

Και αυτό προσθέτει κύρος είναι νομίζω πολύ έξυπνο και αποτελεσματικό, γιατί αν περιμένεις να το κάνεις σε όλο το Νοσοκομείο θα δυσκολευτείς πάρα πολύ και είναι και πιο χρονοβόρο. Με αυτό τον τρόπο όσοι είναι rioneers σε ένα θέμα όπως ας πούμε η κλινική του κ. Σαλαμαλέκη από χρόνια που βάζει αυτά τα πρωτοκόλλα, το παίρνει αυτό το πιστοποιητικό και αρχίζει να λειτουργεί ανταγωνιστικά από άλλες γυναικολογικές κλινικές για παράδειγμα, να θέλουν να βάλουν κι εκείνοι αυτό το πράγμα, «Εφαρμόζεται κύριε πρωτόκολλα; Μπράβο σας το δίνουμε». Αν σκεφτείτε και στην Ελλάδα που ενδιαφέρονται και για την πελατεία τους, για ένα λόγο ακόμη θα 'θέλαν να το βάλουν.

Και τέλος είναι η διαπίστευση Νοσοκομείων έτσι όπως την ξέρουμε, μόνο με την προσθήκη και του κλινικού αποτελέσματος. Πόσο επείγον είναι το θέμα, ας μην πάμε πολύ μακριά και να πούμε τι είναι, η καινούργια ευρωπαϊκή οδηγία για Cross - Border Health, λέει ότι η κάθε χώρα είναι υποχρεωμένη να πληρώνει -ο ασφαλιστικός Οργανισμός παραδείγματος χάριν της Γερμανίας- το ελληνικό Νοσοκομείο που θα περιθάλψει τον Γερμανό και βάζει σε ένα σημείο και λέει ότι πρέπει να φαίνεται ότι υπάρχει the establishment of common principles in terms of guarantee in patient's safety and ensuring quality and continuity of care, δηλαδή σαν να σου λέει ότι εγώ θα σε πληρώσω αλλά που ξέρω ότι κάνεις σωστά τη δουλειά, έχεις κανένα εχέγγυο ποιότητας; Άρα επικρέμαται με αυτό το ήδη την ενισχύει η ευρωπαϊκή οδηγία ότι πρέπει κάτι να κάνουμε επ' αυτού.

Και βεβαίως ανεξάρτητα από τις διαδικασίες διαπίστευσης ξέρετε στην Αμερική αν πατήσετε και βγείτε στο Internet πέστε μας ποια είναι τα top 10 USA Hospitals για αρθροπλαστική θα σας βγάλει αυτά είναι. Που στηρίζονται αυτά; Στηρίζονται σε κλινικές βάσεις δεδομένων, όπου εμείς ακόμη δεν έχουμε αλλά θα μπορούσαμε να έχουμε ανεξάρτητα από τις άλλες δραστηριότητες.

Αυτά όσον αφορά τη θεωρία του πράγματος. Και φτάνουμε στο δια ταύτα και προσέξατε πόσο γρήγορα φτάσαμε στο δια ταύτα γιατί νομίζω ότι θα πρέπει να αφήσουμε πίσω τις ακαδημαϊκές εντριφύσεις και τα μεγαλόπνοα φαραωνικά σχέδια για εθνικές στρατηγικές και τα λοιπά που έχουμε ακούσει πάρα πολλές φορές και να φτάσουμε στο δια ταύτα.

Δεν νομίζω δε ότι η Ελλάδα έχει τόσο διαφορετικούς στόχους σε όλα τα παραπάνω, από τις άλλες χώρες της Ευρώπης και των άλλων ανεπτυγμένων χωρών, για τον απλούστατο ότι έχουμε το ίδιο νοσολογικό φάσμα, οι επαγγελματίες της υγείας μας σας διαβεβαιώ όσον αφορά τουλάχιστον τους γιατρούς είναι εξίσου καλά εκπαιδευμένοι, η διαθέσιμη τεχνολογία είναι παρεμφερέστατη και όσον αφορά τους στόχους είναι ίδιοι. Όλοι παντού επιζητούν αυξημένη κλινική αποτελεσματικότητα και εν πάση περιπτώσει και εξοικονόμηση πόρων.

Υπάρχει πολύ πλούσια σχετική βιβλιογραφία στο εξωτερικό, μπορούμε να τη χρησιμοποιήσουμε ως βάση, να δούμε τι πρακτικές πέτυχαν και τι απέτυχαν έξω. Αυτό είναι μια θεωρητική εργασία η οποία δεν είναι και

τόσο χρονοβόρα, να λάβουμε υπόψη μας τα διαθέσιμα κονδύλια στη χώρα και να βάλουμε πέντε προτεραιότητες -όπως έλεγε ένα manager στην Αμερική παλιά τον καιρό που ήμουν, πρέπει οι προτεραιότητες να μετριοούνται στα δάχτυλα του ενός χεριού και όχι παραπάνω γιατί θα πελαγώσεις- και να ξεκινήσουν οι δράσεις.

Αν όντως θέλουμε να ζυμώσουμε πρέπει να πάψουμε να κοσκινίζουμε θεωρίες. Οι ασθενείς στην Ελλάδα όπως σας είπα βιώνουν σωρεία ανεπιθύμητων συμβαμάτων και λαθών του συστήματος υγείας, η δε συνεπαγόμενη οικονομική αιμορραγία είναι επεικώς ανεπίτρεπτη. Στο εξωτερικό όπως ακούσατε έχουν αρχίσει αυτή τη δουλειά εδώ και 20 χρόνια.

Ποια νομίζω ότι πρέπει να είναι τα συγκεκριμένα βήματα, επιγραμματικά μόνο θα τα πω, που πρέπει να γίνουν για τη βελτίωση της ασφάλειας των ασθενών στη χώρα.

1. Πολιτική βούληση και δέσμευση για στήριξη των δράσεων με συγκεκριμένο χρονικό ορίζονται. Να πούμε «ωραία θα έχουμε ένα πλάνο για τα επόμενα 3 χρόνια θα κάνουμε αυτά, δυο βήματα».
2. Η διασφάλιση του κατάλληλου νομικού πλαισίου. Είναι εξαιρετικά πρακτικό το θέμα, το να υπάρχει. Για παράδειγμα στο εξωτερικό ακούστηκε και από την ομιλία του κ. Assaf υπάρχει ένα reporting system των ανεπιθύμητων συμβαμάτων και στην Ευρώπη πάρα πολύ έντονα ακούγεται αυτό το λεγόμενο Blaine Free Reporting. Ξέρω για παράδειγμα της κόρης μου που είναι στη Σουηδία που είναι γιατρός εκεί, υπάρχει πλήρης νομική κάλυψη των γιατρών που κάνουν reporting ενός ανεπιθύμητου συμβάματος, αν υποθέσουμε ότι φτάσουν στα Δικαστήρια. Σε άλλες δε χώρες ευρωπαϊκές είναι και ανώνυμο. Αν δεν υπάρχει όμως η νομική κάλυψη των γιατρών, δεν πρόκειται κανείς να πάει να πει ότι «ξέρεις, έγινε κάτι στραβό».
3. Ανάπτυξη των κατάλληλων οργανωτικών δομών.
4. Η επιλογή συγκεκριμένων βραχυ-μεσοπρόθεσμων μέχρι -μέσο, όχι – μακρο, στόχων απλών διακριτών μετρήσιμου αποτελέσματος.
5. Η διάθεση συγκεκριμένου και επαρκούς προϋπολογισμού για τη συγκεκριμένη χρονική περίοδο και κατανομημένο ανά δράση. Αυτό μην το υποτιμάτε καθόλου. Κάποιος σοφός manager στο Beth Israel Hospital,

μου είπε «Όταν πηγαίνεις σε ένα Οργανισμό θα τους λες το εξής: tell your budget to tell you your strategy». Εάν δεν υπάρχει budget για κάποιο στόχο, είναι σαν να λες ψέματα, δεν έχεις όντως αυτό το στόχο, στρατηγικά μιλώ.

6. Η εντατική εκπαίδευση και σε συνεχιζόμενη βάση του προσωπικού για τη στελέχωση των νέων δομών.
7. Ανάπτυξη και λειτουργία ηλεκτρονικής πλατφόρμας. Νομίζω πως είναι τόσο αυτονόητο, που δεν θα πω άλλη κουβέντα.
8. Ανάπτυξη και λειτουργία συστήματος καταγραφής και αξιολόγησης όπως για παράδειγμα οι δείκτες ποιότητας τα περίφημα utilization reviews.
9. Η συστηματική διάχυση των αποτελεσμάτων μεταξύ όλων των εμπλεκόμενων χωρών, για να είμαστε κύριοι θα τους πούμε «Κύριοι αυτά μετρήσαμε, αν νομίζετε ότι το κάναμε λάθος ελάτε να μας πείτε που κάνουμε λάθος, αλλά αυτά είναι, δημοσιοποιούνται τα δεδομένα προς όφελος και του ανταγωνισμού μεταξύ των κλινικών, αλλά και για να ξέρει και ο πολίτης τι γίνεται».
10. Η πιστοποίηση – διαπίστευση των κλινικών μονάδων και των Οργανισμών Υγείας.

Θα ήθελα σε αυτό το σημείο να πω μόνο μερικά κύριας σημασίας ζητήματα υπό μορφή το θέτω προς συζήτηση, θα σας πω μόνο επιγραμματικά τα θέματα.

Χωρίς κατηγοριοποίηση νοσημάτων δεν γίνεται δουλειά. Εάν δεν ξέρουμε ότι ξοδεύτηκαν 5 δεκάρες για να γίνει η τάδε επέμβαση, δεν θα μπορέσουμε να βγάλουμε συμπέρασμα και να συγκρίνουμε και να εξοικονομήσουμε πόρους.

Δεύτερον, η ηλεκτρονική εισαγωγή των δεδομένων σας το είπα. Αν δεν υπάρχει ηλεκτρονική, δεν γίνεται καμία έξυπνη διαχείριση.

Το ζήτημα της καταλληλότητας μόνο θα σας πω. Το ζήτημα της καταλληλότητας των ιατρικών παρεμβάσεων που ουσιαστικά είναι η ανασκόπηση τα utilization reviews, τι σημαίνει η εισαγωγή τέτοιων συστημάτων. Σήμερα οι νοσοκομειακές δαπάνες καλύπτονται από τον

προϋπολογισμό, αβλεπί. Οποιαδήποτε περικοπή των δαπανών αυτών de facto είναι τυφλή.

Εάν χρησιμοποιηθούν από τα Νοσοκομεία κάποιου τύπου κατηγοριοποίηση νοσημάτων ως πούμε DRGs τότε μπορούμε να αρνηθούμε να χρηματοδοτήσουμε άπειρες διαγνωστικές εξετάσεις ή άσχετες διαγνωστικές εξετάσεις παραδείγματος χάριν για μια σκωληδεκτομή. Σε αυτή την περίπτωση οι περικοπές των δαπανών είναι στοχευμένες, άρα επιστημονικά τεκμηριωμένες και γι' αυτό δεν έχουν συνέπειες στην ποιότητα περίθαλψης.

Αλλά ακόμη και τότε με τη χρήση δηλαδή των DRGs για παράδειγμα, μας διαφεύγει το μεγαλύτερο ίσως ποσοστό της μη αναγκαίας ιατρικής, που κατ' εκτίμηση στην Ελλάδα είναι περίπου 40%. Δηλαδή το 40% των διαγνωστικών και θεραπευτικών επεμβάσεων, δεν είναι βάση της ιατρικής.

Το ζήτημα αφορά στην καταλληλότητα των ιατρικών αποφάσεων, δηλαδή αν από τις 100 χειρουργικές επεμβάσεις που έγιναν σε ένα Νοσοκομείο έπρεπε και οι 100 να γίνουν, δηλαδή είναι Evidence Based. Εάν δεν είναι και ήταν οι 70 που έπρεπε να γίνουν, εμείς ουσιαστικά τι κάνουμε; Προσπαθούμε να εξοικονομήσουμε λεφτά από τις γάζες και στην πραγματικότητα το 30% των εξόδων μας δεν έπρεπε να γίνει καθόλου. Και όχι μόνο χάσαμε τα λεφτά, αλλά μπήκε και ο άνθρωπος στην ταλαιπωρία με ό,τι αυτό συνεπάγεται, δηλαδή διυλίζουμε τον κώνωπα και καταπίνουμε την κάμηλο.

Και μόνο αυτό νομίζω ότι πείθει ότι ο τρόπος με τον οποίο θα πρέπει να προσπαθήσουμε να περικόψουμε τις δαπάνες είναι η εισαγωγή τέτοιων συστημάτων:

- Βάσεις δεδομένων κλινικών που είναι κάτι που αφορά την e-health αλλά είναι εξαιρετικά χρήσιμο.
- Είναι το θέμα της καλλιέργειας της κουλτούρας ποιότητας η οποία είναι κάτι πολύ σημαντικό αλλά ίσως είναι λίγο πρώιμο για την Ελλάδα.
- Είναι θέμα πολύ σημαντικό με μεγάλο πολιτικό κόστος είναι η συμμετοχικότητα των ασθενών στην λήψη των ιατρικών αποφάσεων.

- ISO πιστοποίηση διαπίστευση, ειπώθηκαν πάρα πολλά από τους προηγούμενους ομιλητές δεν χρειάζεται να πω τίποτε περισσότερο εγώ. Ελπίζω σε μια πιο γόνιμη συζήτηση είτε τώρα είτε μια άλλη φορά, ευχαριστώ πάρα πολύ.

ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗΣ (Χ. ΖΗΛΙΔΗΣ): Ευχαριστούμε τον κ. Σκαλκίδη.

Επειδή το τελευταίο βήμα της διαδρομής όλοι το ξέρουν και όλοι το λένε όταν θα φτάσουμε στη διαπίστευση, αλλά δεν τονίζουμε συνήθως το πρώτο. Επιτρέψτε μου και πάλι να τονίσω όπως και την προηγούμενη φορά ποιο είναι το πρώτο βήμα για το οποίο θα μπορούσαμε να ξεκινήσουμε στο θέμα ασφάλεια ασθενών στα Νοσοκομεία.

Το πρώτο βήμα είναι η καταγραφή των συμβάντων. Αυτό είναι το πρώτο βήμα. Ποιων συμβάντων για να ξεκινήσουμε αυτή την κουβέντα και να την κάνουμε πιο πρακτική, δεσμεύομαι εγώ ότι στο site της 3^{ης} ΣΥΠΕ το Σεπτέμβριο την 1^η Σεπτεμβρίου, θα υπάρχει ένα σύνολο τεκμηριωμένων επιστημονικά οντοτήτων, δεικτών αν θέλετε, που θα πρέπει να καταγράψουμε και θα επιλέξουν όσοι επιθυμούν, όσα επιθυμούν. Ως πρώτο βήμα: όσοι επιθυμούν όσα επιθυμούν και θα προσπαθήσουμε να δημιουργήσουμε μικρά δίκτυα Νοσοκομείων, που θα καταγράφουν τις ίδιες ομάδες συμβάντων.

Δηλαδή το πρώτο βήμα που πρέπει να γίνει και όπως λέει κάποιος πίσω από ένα πρώτο βήμα έχουν διανυθεί εκατομμύρια μίλια αλλά ούτε ένα μέτρο χωρίς το πρώτο βήμα.

Κύριε Σαλαμαλέκη.

ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗΣ (Α. ΣΑΛΑΜΑΛΕΚΗΣ): Αυτό είναι ένα τεράστιο κεφάλαιο, ευχαριστούμε πολύ τον κ. Σκαλκίδη για την σημαντική εισήγηση.

Απλώς ακροθιγώς θέλω να σας πω ότι σαν κλινικός γιατρός πάρα πολλά χρόνια η αξιολόγηση αλλά κυρίως η δημοσιοποίηση των ανεπιθύμητων συμβαμάτων και δεδομένου ότι είναι γνωστό ότι παγκοσμίως δηλαδή τα 2/3 οφείλονται σε ιατρικά λάθη και το 1/3 είναι εκείνα τα οποία οφείλονται σε αστάθμητους παράγοντες, καταλαβαίνετε πόσο σημαντικό είναι η επεξεργασία, η αξιολόγηση η πραγματική αξιολόγηση και ο καθορισμός των συμβαμάτων αυτών.

Δεν είναι δηλαδή μια απλή διαδικασία και βέβαια χωρίς αυτό να σημαίνει ότι εμείς οι κλινικοί γιατροί θα πρέπει να προσπαθούμε να

συγκαλύπτουμε τα σφάλματά μας, αλλά η ανθρώπινη φύση είναι αυτή η οποία κάνει ένα άνθρωπο να αμύνεται ακόμη και των λαθών του.

Είναι πολύ δύσκολο το θέμα αυτό και είδατε τι είπε ο κ. Σκαλκίδης στη Σουηδία η ανακοίνωση των ανεπιθύμητων συμβαμάτων καλύπτεται νομικά από τους Οργανισμούς υγείας ή από τα ίδια τα Νοσοκομεία. Εν πάση περιπτώσει είναι ένα λεπτό θέμα αυτό, το οποίο θέλει πολύ μεγάλη συζήτηση προτού να υπάρξει μια δημοσιότητα στο θέμα αυτό. Είναι όμως σημαντικό για να ενταχθεί μέσα στην πιστοποίηση της σωστής λειτουργίας των κλινικών το θέμα αυτό.

Και προχωρούμε με τον Καθηγητή κ. Καρακίτσο ο οποίος είναι Διευθυντής του Εργαστηρίου Διαγνωστικής Κυτταρολογίας στο ΑΤΤΙΚΟ Νοσοκομείο του Πανεπιστημίου Αθηνών και η εισήγησή είναι «*Η διαπίστευση των εργαστηρίων των Νοσοκομείων*».

Κύριε Καρακίτσο θερμή παράκληση όσο μπορείτε λίγο το χρόνο σας να τον προσέξετε.

«Διαπίστευση εργαστηρίων νοσοκομείων»

Π. ΚΑΡΑΚΙΤΣΟΣ: Ευχαριστώ πολύ. Θα ήθελα κι εγώ από τη μεριά μου να ευχαριστήσω την Οργανωτική Επιτροπή για την ιδιαίτερα τιμητική πρόσκληση να είμαι ανάμεσά σας. Είμαι ένας από τους ανθρώπους που έχω εφαρμόσει σύστημα διαχείρισης ποιότητας και είναι πιστοποιημένο το εργαστήριό μας κατά ISO 9000 και έχουμε ετοιμάσει τους φακέλους για τη διαπίστευση από τον ΕΣΥΔ και είμαι κι ένας από τους κριτές για τα κυτταρολογικά εργαστήρια αξιολογητές στο Εθνικό Συμβούλιο Διαπίστευσης.

Για μας η ποιότητα είναι πάρα πολύ σημαντική και είναι πολύ σημαντική γιατί θεωρούμε ότι ένα σύστημα υγείας είναι κύρια ανθρωποκεντρικό. Είναι ανθρωποκεντρικό γιατί ως στόχο και σκοπό έχει να προστατέψει και να προάγει την υγεία των ανθρώπων. Και είναι ανθρωποκεντρικό γιατί εξυπηρετείται από ανθρώπους: τους λειτουργούς υγείας.

Και σε αυτό το ανθρωποκεντρικό σύστημα ανεξάρτητα από τις βαθμίδες του, οι διαγνωστικές υπηρεσίες παίζουν κυρίαρχο ρόλο. Και παίζουν κυρίαρχο ρόλο, γιατί το 70% των αποφάσεων που λαμβάνονται, είτε για την

πρόληψη είτε για την εφαρμογή συγκεκριμένης θεραπευτικής δράσης, βασίζονται στο αποτέλεσμα του εργαστηρίου.

Και όλοι οι Διοικητές το πρώτο πράγμα το οποίο κάνετε, είναι να κόβετε τις εφημερίες των εργαστηριακών και να ελέγχετε να κόβετε τα αντιδραστήρια των εργαστηριακών. Έχετε αναλογιστεί ποτέ πόσο είναι το κόστος σε αυτή τη διαδικασία; Είναι περίπου το 5 έως 10% παγκοσμίως και το ίδιο είναι και στη χώρα μας.

Όμως δεν τολμά κανείς να λειτουργήσει σε αυτό που φαίνεται. Δηλαδή στην κλινική πράξη. Άρα πρέπει να δούμε πως διασυνδέονται οι υπηρεσίες που παρέχουν τα εργαστήρια με την κλινική πράξη. Αυτό είναι ένα δεδομένο, αναφέρθηκε πάρα πολύ στο IMO και ο εξάιρετος Καθηγητής από τις Ηνωμένες Πολιτείες και είναι στην κορυφή της πυραμίδας το εργαστήριο.

Γιατί. Θα σας πω ένα απλό παράδειγμα. Εμείς στην Εντατική Θεραπεία στο ΑΤΤΙΚΟ καυχόμεθα ότι έχουμε πάρα πολύ υψηλή επιβίωση και πάρα πολλοί ασθενείς μας ενώ μπαίνουν με τα 4 βγαίνουν με τα 2. Τι σημαίνει αυτό; Έχουμε για παράδειγμα έναν ασθενή ο οποίος πάσχει από CNV και έχει μια δυνατότητα: μετά από 21 ημέρες καλλιέργεια του ιού, να πάρει αποτέλεσμα. Είναι ήδη πάρα πολύ αργά για τον ασθενή μας.

Να μετρήσει αντισώματα είναι αναξιόπιστα, να κάνει τεχνική PSR 2 ημερών, ή να κάνει τεχνική Real time PSR 8 ωρών. Η διαφορά αυτή έχει διαφορά στο κόστος, αλλά έχει διαφορά στην επιβίωση. Τι σημαίνει διαφορά στην επιβίωση; Σημαίνει εάν αυτός ο άρρωστος έμενε μέσα στην Εντατική για 10 μέρες και πέθαινε στο τέλος, ποιο είναι το πραγματικό κόστος της υγείας;

Άρα καθυστέρηση στη διάγνωση, μη απαραίτητες εξετάσεις ή αποτυχία στο να ζητηθούν οι απαραίτητες εξετάσεις, χρήση ξεπερασμένων εξετάσεων και μη σωστή διαχείριση των αποτελεσμάτων και έλλειψη παρακολούθησης το follow up που λέμε στα ελληνικά, έχει σαν συνέπεια πάρα πολλά πράγματα να σχετίζονται με θεραπευτικά σφάλματα.

Για την πρόληψη δεν συζητώ, διότι ήδη από το 1958 ο Παπανικολάου αποφάσισε ότι ούτε νεκρός θα επιστρέψει στην Ελλάδα, διότι αρνήθηκε η τότε Κυβέρνηση να εφαρμόσει σύστημα δευτερογενούς πρόληψης για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, κάτι που δεν συμβαίνει

ακόμη και σήμερα στη χώρα μας, αλλά το οποίο επίσης βασίζεται σε κάτι το οποίο είναι πάρα πολύ βασικό: στην περιοδική εφαρμογή συγκεκριμένων εξετάσεων προκειμένου να προλάβουμε μέχρι τώρα την εμφάνιση μιας νόσου, σήμερα με τα γενετικά τεστ να δούμε ο φαινομενικά υγιής ασθενής από τι κινδυνεύει να νοσήσει.

Και αφού είναι αυτονόητο ότι πρέπει να έχουμε διαχείριση της ποιότητας στο εργαστήριο, γιατί έχουμε εμπόδια στην αποδοχή του; Σας μιλώ από την πράξη. Αυτό που είναι το πρώτο και αυτό εδώ που είναι το τελευταίο, συμπίεζον όλα τα υπόλοιπα. Η πολιτεία αρνείται να χρηματοδοτήσει για την ασφάλεια των ασθενών.

Επίσης υπάρχουν ανεπαρκείς μηχανισμοί και κανονισμοί, για την ασφαλή και αποτελεσματική διαχείριση της ιατρικής πράξης. Μάλιστα νομοθετεί και σε όλα τα νομοθετήματα ανεξαρτήτως Κυβερνήσεων προάγεται αυτό που έχει μάθει ο γιατρός να είναι ένας μικρός Θεός. Λαμβάνει μόνος του τις αποφάσεις, δεν φταίει ποτέ ο ίδιος και πάντα φταίνει οι άλλοι. Και αν αποδειχθεί ότι δεν του φταίει κανείς άλλος, τότε του φταίει το σύστημα.

Αυτό μέσα από τη διαχείριση ποιότητας το ξεπερνάμε και σας δίνω ένα παράδειγμα από το δικό μου χώρο τον εργαστηριακό, διότι έχουμε μάθει πλέον να δουλεύουμε σαν ομάδα.

Γιατί διαχείριση ποιότητας; Την πρώτη απάντηση την έδωσε ο Παπανικολάου όταν πήγε στις Ηνωμένες Πολιτείες και ρωτήθηκε γιατί θα πρέπει στον προληπτικό έλεγχο που εφάρμοσε από το 1950 –ποιος θυμάται άραγε τον Υπουργό Υγείας των Ηνωμένων Πολιτειών που υπέγραψε το διάταγμα για εφαρμογή προληπτικού ελέγχου σε παναμερικανικό επίπεδο;- και όταν τον ρώτησαν «γιατί;», τους απάντησε «*Because is the right and ethical think to do*»! και από τότε αυτό απαντούν όποιοι ασχολούνται με τη διασφάλιση της ποιότητας σε οποιοδήποτε τομέα της υγείας.

Γιατί; Γιατί θέλουμε συνεπείς υπηρεσίες, υψηλής ποιότητας, οικονομικά αποτελεσματικές. Ναι, αλλά αυτό δεν το θέλουμε μόνο στην Αθήνα, το θέλουμε για όλη την Ελλάδα. Δεν το θέλουμε για όλη την Ελλάδα, το θέλουμε για όλη την Ευρώπη. Δεν το θέλουμε για όλη την Ευρώπη, το θέλουμε οπουδήποτε βρεθούμε, να έχουμε ανάγκη αυτών των υπηρεσιών.

Άρα τι; Θέλουμε το ανθρωποκεντρικό, μέσα από εναρμονισμένες διαδικασίες, άρα όλοι μας πρέπει να κάνουμε το ίδιο πράγμα και να παίρνουμε το ίδιο αποτέλεσμα, με την ίδια πιθανότητα σφάλματος. Άρα χρειαζόμαστε την πιστοποίηση και τη διαπίστευση.

Έτσι λοιπόν από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας έχει τεθεί τι θέλουμε για το αύριο και όλες οι χώρες απέχουν όσον αφορά το αύριο, πόσο κοντά είναι αυτό το αύριο. Και για ό,τι και να κάνουμε θα πρέπει να αντιμετωπίσουμε δυο βασικά στοιχεία: το ένα είναι το ότι έχουμε γραφειοκρατικές διαδικασίες και το άλλο είναι ότι η πληροφορία που παίρνουμε είναι αποσπασματική.

Κάναμε τα ΟΠΣΥ τα Οργανωμένα Πληροφοριακά Συστήματα Υγείας και δεν βάλουμε μία απλή διαδικασία, ότι θα πρέπει το ένα σύστημα να επικοινωνεί με το άλλο. Δεν μπορεί να παίρνω διαβατήριο όταν νοσηλεύομαι στην καρδιολογική κλινική στο Νοσοκομείο μου και πάω στην καρδιοχειρουργική να μην μπορεί να επικοινωνήσει το ένα κομμάτι με το άλλο, πολύ δε περισσότερο το εργαστήριο με την κλινική.

Πολύ δε περισσότερο αν πάθω ένα ατύχημα και βρίσκομαι στη Ρόδο, να πάρω πόσα διαβατήρια περνώντας μέχρι όπου φτάσω στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας που χρειάζεται να νοσηλευτώ. Και είναι πολύ απλό, δεν είμαι πληροφορικός αν και το βιογραφικό μου βασίζεται στην τεχνική νοημοσύνη, είναι πάρα πολύ απλό σας πληροφορώ, το πώς θα επικοινωνήσουν τα συστήματα μεταξύ τους.

Έτσι λοιπόν όταν προχωράμε θα πρέπει να πούμε ότι πρέπει να έχουμε μια σαφή πολιτική ποιότητας. Νομίζω είναι εκπεφρασμένη η βούληση του Υπουργείου ώστε επιτέλους να αποκτήσουμε μια σαφή πολιτική ποιότητας.

Πρέπει να έχουμε συναίνεση σε πρότυπα. Τα πρότυπα είναι διεθνώς καθορισμένα. Τι χρειάζεται; Χρειάζεται η προσαρμογή. Όχι το μηχανιστικό πέρασμα, στην Ελλάδα κάνουμε το τεράστιο σφάλμα να έχουμε μηχανιστικό πέρασμα. Όχι αυτό.

Ωστε αυτά να γίνουν αποδεκτά από τους λειτουργούς που είναι οι λειτουργοί υγείας και κυρίως το εργαστήριο. Και όλα αυτά διότι θα πρέπει να έχουμε παρακολούθηση των αποτελεσμάτων, βελτίωση της

παρακολούθησης της ποιότητας των εργαστηρίων μας για να μπορέσουμε τελικά να φτάσουμε, ώστε να αισθάνονται αυτή την αντίληψη της βελτίωσης των υπηρεσιών που παρέχουμε, οι πελάτες μας κατά τους οικονομολόγους της υγείας.

Και για τα κλινικά εργαστήρια ποιοι είναι οι πελάτες μας; Οι πελάτες μας είναι οι κλινικοί γιατροί, οι πελάτες μας είναι τα ασφαλιστικά Ταμεία, οι ασφαλιστικές εταιρείες, οι ίδιοι οι ασθενείς οι οποίοι από μόνοι τους έρχονται να μας ζητήσουν τη βοήθεια, ή δεν το έχουν επιλέξει οι ίδιοι. Αν είχαμε για παράδειγμα ένα σύστημα προληπτικού ελέγχου, δεν επέλεγε ο ασθενής στην Άνδρο εάν τα έστελνε στο Αττικό τα δείγματά του για ανάλυση, ή τα έστελνε στο Γενικό Κρατικό της Νίκαιας.

Αυτό που κάνουμε στην υγεία είναι ένας συνεχής πόλεμος. Η ποιότητα για πρώτη φορά αναπτύχθηκε μετά την πρώτη οικονομική κρίση, πέρασε στην πολεμική βιομηχανία και μετά σε όλες τις δραστηριότητες και στην ιατρική. Η διαφορά βέβαια μεταξύ του Υπουργείου Άμυνας και του Υπουργείου Υγείας είναι ότι στον πόλεμο προκαλούμε το θάνατο και τον πόνο, ενώ εμείς σα γιατροί υποτίθεται ότι απαλύνουμε τον πόνο και επιβραδύνουμε τη διαδικασία, όπου όλοι τελικά θα πεθάνουμε.

Τι μας έδειξε όμως η ιστορία του πολέμου; Μας έδειξε η ιστορία του πολέμου κάτι, ότι όταν τεχνοκράτες σχεδιάζουμε τις διαδικασίες και όταν μηχανιστικά καρεκλοκένταυροι της εξουσίας συμπληρώνουν φόρμες, ο πόλεμος δεν κερδίζεται. Χάνεται. Αυτό είναι όλο το σύστημα ποιότητας και οι διαδικασίες του πολέμου στο Αφγανιστάν των Ηνωμένων Πολιτειών.

Αν δεν θέλουμε να χάσουμε τον πόλεμο, τότε αυτά τα οποία ο διεθνής Οργανισμός για τα πρότυπα σε συνεργασία με το Ινστιτούτο προτύπων για κλινικές και εργαστήρια και η διεθνής συνεργασία για τη διαπίστευση των εργαστηρίων, που έχουν καταλήξει σε συγκεκριμένα πρότυπα ISO, θα πρέπει να πειστούμε πρώτα εμείς ότι με αυτή τη διαδικασία βοηθιόμαστε και βοηθάμε τον ασθενή μας.

Υπάρχουν τρία πρότυπα. Το 15181 είναι ένα περίεργο πρότυπο. Είναι ένα περίεργο πρότυπο σαφώς πρέπει να φτάσουμε εκεί, αλλά θα πρέπει να διαπιστεύσουμε πράξη – πράξη. Εμείς στο εργαστήριο που έχουμε ετοιμάσει τον πλήρη φάκελο, θέλουμε 70 με 90 χιλιάδες ευρώ, για την πλήρη

διαπίστευση όλων των πράξεων του κυτταρολογικού και του παθολογοανατομικού εργαστηρίου. Το έχουμε καταθέσει στο Διοικητικό Συμβούλιο ελπίζουμε ότι θα μας το εγκρίνει.

Το πρότυπο 17025 βασίζεται στην αρχή ότι μια φορά σε δοκιμή και αποδεκτό το αποτέλεσμα – αποδεκτό παντού. Αυτό σε κλινικό εργαστήριο δεν μπορεί να συμβεί. Έτσι το πιο εύκολα εφαρμόσιμο πρότυπο είναι το 9000/2001 και είναι πολύ βασικό. Στοιχίζει περίπου σε εμάς και με βάση το ΕΚΕΒΥΛ 1.500 ευρώ για κάθε τμήμα, έχουμε 33 τμήματα στο Αττικό για παράδειγμα, άρα έχουμε ένα κόστος της τάξης μόνο του ογκολογικού Νοσοκομείου που μας είπε πριν ο αγαπητός μας φίλος από την Κύπρο, και τι μας λέει αυτό; Διαπιστεύουμε τις διαδικασίες. Είναι πολύ σημαντικό. Γιατί έτσι αναπτύσσουμε κουλτούρα μέσα στο εργαστήριο για να πειστεί το προσωπικό και να προχωρήσει σε όλες τις άλλες ιστορίες.

Τι σημαίνει όμως αποκτούμε αυτή την κουλτούρα; Τι μάθαμε εμείς στο τμήμα μας; Μάθαμε τι κάναμε, μάθαμε τι έπρεπε να κάνουμε και είμαστε βέβαιοι για το τι κάνουμε. Μάθαμε πως έπρεπε να συμβαίνουν οι διαδικασίες, καταλάβαμε πως συνέβαιναν και είμαστε σίγουροι για το πώς συμβαίνει, για να βελτιωθούμε. Μάθαμε τι έπρεπε να κάνουμε, πως δεν το κάναμε και είμαστε βέβαιοι για το πώς το κάνουμε για να βελτιώνουμε τις διαδικασίες.

Έτσι λοιπόν εξοικειωθήκαμε με την έννοια της αξιολόγησης. Ο Έλληνας δεν δέχεται ότι κάνει λάθη. Σήμερα, στο εργαστήριο έχουμε μάθει ότι το λάθος είναι αναπόσπαστο κομμάτι της ζωής μας και ότι σαν ομάδα ελαχιστοποιούμε τα σφάλματα. Και όλοι στα εργαστήρια τι περιμένουμε; Περιμένουμε ένα αποτέλεσμα.

Ένα αποτέλεσμα εμένα που με βλέπετε αυτή τη στιγμή με βάση το εργαστήριό μας είμαι νεκρός. Δεν σας μιλάω, έχω υπερκαλταιμία, υπερνατριαιμία, υπερασβεστιαίμια, και ένα ζάχαρο το οποίο ουσιαστικά δεν υπάρχει ούτε σε κλινικά νεκρό. «Έλα μωρέ εντάξει, μολυσμένο ήταν το αίμα σου, εντάξει, περπατάς, μια χαρά είσαι, έλα μετά από 15 μέρες να σου πάρουμε την εξέταση».

Αυτό είναι ένα τεράστιο πρόβλημα. Τι συμβαίνει εδώ; Μιλήσαμε για προαναλυτικές διαδικασίες, αναλυτικές, μετααναλυτικές και βάλαμε και την

έννοια της διαχείριση της πληροφορίας. Ναι, όλα αυτά καλά. Αλλά εγώ ήμουν στον Ευαγγελισμό, στο Λαϊκό, στην Αγία Όλγα, πέρασα όλη την ιεραρχία του ΕΣΥ και τώρα είμαι αναπληρωτής Καθηγητής στο Πανεπιστήμιο.

Τι λείπει στα εργαστήρια; Οργάνωση. Έχουμε εσωτερικό κανονισμό λειτουργίας των εργαστηρίων μας; Όχι. Όταν πήγα στο Αττικό και έθεσα, γιατί με ψηφισμένο από την Εφημερίδα της Κυβέρνησης, εσωτερικό κανονισμό λειτουργίας αντιμετώπισα την εχθρότητα των ανθρώπων. Τι σημαίνει κανονισμός λειτουργίας; Σημαίνει ποιες είναι οι Ειδικές Μονάδες; Ποιος είναι ο στόχος; Τι επιδιώκουμε; Πως ζητάμε το προσωπικό; Πόσους χρειαζόμαστε; Γιατί τους χρειαζόμαστε;

Έχασα μια εβδομάδα από τη ζωή μου με το φίλο τον Ηλία Λαμπίρη ο οποίος έπρεπε να απολογηθώ γιατί έχω αύξηση της κατανάλωσης του εργαστηρίου, όταν έχω 125% αύξηση της δουλειάς μου, σε εποχή –λέει– όπου έχουμε στάση εργασίας. Αυτή την αύξηση έχω.

Υπάρχει ένα απλό πράγμα. Υπάρχει πρόγραμμα αυτή τη στιγμή εφαρμόζεται στο Γενικό Κρατικό της Αθήνας, περίπου είναι 9.000 ευρώ για το κάθε εργαστήριο όπου δεν θα είχε ανάγκη ούτε εμένα να άκουγε ούτε τον οποιονδήποτε. Ήθελε να παρακολουθήσει τα οικονομικά αποτελέσματα και να τα συνδέσει με το κόστος; Θα πατούσε ένα κουμπί. Θέμα πληροφορικής και του πως οργανωνόμαστε.

Άρα αυτά εδώ όλα στο δικό μου εργαστήριο έχουν λυθεί, πλην αυτών που σχετίζονται με αποφάσεις, διότι δεν έχω τα οργανωμένα αυτά συστήματα τα έχω φτιάξει εγώ με το χέρι μου σε excel για να προσπαθήσω να δώσω αποτέλεσμα. Γιατί. Γιατί όταν ζητάω προσωπικό να ξέρω γιατί το θέλω. Όταν έχω να διαχειριστώ το φόρτο εργασίας, να ξέρω πως σχετίζεται με τις χρονικές πιέσεις και την πιθανότητα αύξησης του σφάλματος.

Στην Αμερική ξεκινήσαμε με 120 πλακάκια στο screening και αυτή τη στιγμή έχουμε πέσει κάτω από τα 40. Πως επικυρώνονται οι δοκιμές μου; Εφαρμόζεται έλεγχος της ποιότητας και επαλήθευση των αποτελεσμάτων; Τι; Θα ρίξεις έξω τα οικονομικά του Νοσοκομείου ζητάς το 10% των εξετάσεων; Το ξανακάνεις; Ναι, αλλά αν πάρει μια λάθος απάντηση ένας ασθενής, ποιο είναι το κόστος τελικά του συστήματος;

Και αυτές οι μικρές λεπτομέρειες έρχονται να μας πουν τι. Όποιο σύστημα ποιότητας είναι διάτρητο είναι σαν το ελβετικό τυρί. Και τελικά θα περάσει και θα οδηγηθούμε που; Στο ατύχημα ή στο δυστύχημα; Συνήθως στη ζωή μας είναι δυστύχημα για τον ασθενή μας.

Έτσι όταν δεν έχουμε σύστημα αξιολόγησης δεν μπορούμε να έχουμε διασφάλιση ποιότητας. Και η διασφάλιση της ποιότητας έχει εσωτερικές διαδικασίες που δεν στοιχίζουν. Δεν στοιχίζουν. Το να ζητήσουμε και να κατοχυρώσουμε νομοθετικά, βέβαια στο δημόσιο λέει «Είναι στο καθηκοντολόγιό μου;» Άρα είναι θέμα πολιτικής απόφασης. Στο νόμο περί ΕΣΥ ή στον όποιο άλλο νόμο στο καθηκοντολόγιο να είναι οι εσωτερικές διαδικασίες διασφάλισης της ποιότητας.

Και γιατί; Διότι όταν μιλάμε για εργαστήρια και εργαστήρια όπως είναι το κυτταρολογικό και Παθολογοανατομικό, ελέγχετε ανθρώπους με τεστ δεξιοτήτων, είναι το περίφημο proficiency testing. Δεν μπορείτε να το αποφύγετε. Αυτό στο εργαστήριο το έχουν αποδεχτεί και έχουμε διασυνδεθεί ήδη με τη Φιλανδία όπου τηλεματικά στέλνουμε και δεχόμαστε τις διαγνώσεις μας.

Και υπάρχει η εξωτερική αξιολόγηση όπου χωρίς εξωτερική αξιολόγηση δεν είναι δυνατό να πάρω την όποια πιστοποίηση και μην ανακαλύψουμε τον τροχό. Υπάρχουν δόξα τω Θεώ πάρα πολλά συστήματα στην Αμερική, στην Αγγλία, στη Φιλανδία σε μια σειρά χώρες, όπου πάρα πολύ εύκολα μπορούμε σήμερα να διασυνδεθούμε και να έχουμε αυτά τα πρότυπα.

Γιατί. Γιατί το πρόβλημα θα προκύψει. Ένα πρόβλημα που θα προκύψει είτε για πρώτη φορά, ή ένα πρόβλημα το οποίο προκύπτει συνεχώς. Σε αυτό που προκύπτει συνεχώς έχουμε τη διαδικασία, άρα μειώνουμε τις συνέπειές του. Σε αυτό που θα προκύψει για πρώτη φορά πρέπει να έχουμε τις διαδικασίες για να ερευνήσουμε τη λύση του.

Έτσι σήμερα είναι το χάος, δεν έχουμε σύστημα ποιότητας, η καλύτερη απάντηση είναι «Έλα δε βαριέσαι, μωρέ, δεν τρέχει και τίποτε», η άλλη απάντηση είναι «Έλα τώρα που θα ασχοληθώ με αυτό, σιγά τα λεφτά που έπαιρνα, μου τα κόψανε κιόλας με την Τρόικα, άρα γιατί να ασχοληθώ; Ας έρθουν αυτοί που μου τα κόψανε να μου το λύσουν». Αν όμως όπως είναι

στο δικό μας εργαστήριο έχουμε σύστημα ποιότητας, όταν προκύψει το πρόβλημα υπάρχει άμεση δράση. Άρα το πρόβλημα δεν το αφήνουμε να φουσκώσει.

Όταν δεν υπάρχει, έχουμε τις διαδικασίες έρευνας, έχουμε τις διορθωτικές ενέργειες. Άρα πάρα πολύ σημαντικό. Άρα να γιατί.

Αλλά πέρα από όλα αυτά το εργαστήριο έχει πειστεί. Όταν ξεκίνησα το 2006, κινδύνευα στη γωνία να φάω τρικλοποδιά γιατί θα έβαζα την ποιότητα και θα τους άλλαζα τον τρόπο ζωής τους. Σήμερα μου ζήτησαν τα ίδια τα μέλη του εργαστηρίου να περάσουμε από το ISO 9000 στη διαπίστευση. Γιατί; Γιατί είδαν ότι έχουν τεράστια οφέλη. Οφέλη, γιατί έμαθαν να λειτουργούν σαν ομάδα. Τι σημαίνει να λειτουργούμε σαν ομάδα; Με λιγότερο κόπο να βγάζουμε περισσότερο έργο.

Μάθαμε ότι μπορούν να βελτιώνουν την επαγγελματική τους κατάρτιση γιατί εκεί που κάθε νέα τεχνολογία που έρχεται, εκπαιδεύονται, πιστοποιείται η επάρκειά τους και άρα δεν αμφισβητείται από κανέναν το αποτέλεσμα του.

Αυξημένη αντίληψη ευθύνης, διότι ο καθένας έχει το σαφή ρόλο μέσα στο χώρο. Άρα δεν λέει «φταίει ο Θανάσης που δεν πήρα το δείγμα». Ξέρει ακριβώς ποια είναι η αλυσίδα. Αλλά το εργαστήριό μας τυγχάνει να έχει ευρείας αποδοχής τόσο στην Ελλάδα όσο και στο εξωτερικό. Έτσι έχουμε την άμεση επιβράβευση όλα τα μέλη του εργαστηρίου ακριβώς αυτό το οποίο όλοι έχουμε ανάγκη. Όλοι δεν έχουμε ανάγκη να μας χτυπήσουν στην πλάτη και να μας πουν «Μπράβο καλά το έκανες», σε όποια φάση της ζωής μας και βρισκόμαστε;

Αυτά τα οφέλη για το προσωπικό είναι τεράστια και αυτά είναι αυτά τα οποία τελικά όταν αποκτήσουμε τη διαδικασία της κουλτούρας και πιστεύω μέσα από τη διασφάλιση των διαδικασιών, το οποίο είναι πολύ εύκολο το να το κάνουμε, το προσωπικό από μόνο του θα μας πιέσει. Βέβαια πρέπει να βρεθούν τα χρήματα και αυτό είναι δουλειά της πολιτείας για να περάσουμε στη διαπίστευση.

Έτσι εγώ θεωρώ ότι ναι μεν προαιρετική είναι η διαπίστευση μέχρι τώρα, αλλά υπάρχει συγκεκριμένη ημερομηνία -η κα Αναστασοπούλου μπορεί να μας το πει- στην Ευρώπη ότι κάποια στιγμή θα πρέπει να

διαπιστευτούν τα κλινικά εργαστήρια και δεν θεωρώ ότι δεν μας αξίζει γιατί έχουμε πραγματικά υψηλές υπηρεσίες ποιότητας, να μην δίνουμε τη χαρά στον Έλληνα εργαστηριακό γιατρό να επιβεβαιώνει και με τη βούλα του νόμου, ότι πράγματι αυτές οι υπηρεσίες ποιότητας είναι σε πολύ υψηλό επίπεδο. Σας ευχαριστώ πολύ.

ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗΣ (Ε. ΣΑΛΑΜΑΛΕΚΗΣ): Ευχαριστώ πολύ τον κ. Καρακίτσο για τη σημαντική εισήγησή του.

Εγώ έχω ιδίαν γνώση διότι είμαστε συνεργάτες όλα αυτά τα χρόνια στο Αττικό Νοσοκομείο και νομίζω ότι στο τέλος που θα γίνει η συζήτηση θα μπορέσετε να απαντήσετε σε διάφορα θέματα.

Ο κ. Σαριβουγιούκας αντί του κ. Μπαρτσώκα, έχει τον λόγο για τη διαχειριστική επάρκεια διοικητικών οικονομικών και τεχνικών υπηρεσιών.

«Διαχειριστική επάρκεια Διοικητικών - Οικονομικών - Τεχνικών Υπηρεσιών»

Γ. ΣΑΡΙΒΟΥΓΙΟΥΚΑΣ: Καλή σας μέρα και από εμένα. Αντικαθιστώντας τον κ. Μπαρτζώκα, δυστυχώς δεν μπορώ να καλύψω το κενό του κ. Μπαρτσώκα, θα προσπαθήσω μόνο να είμαι σύντομος και περιεκτικός για οικονομία χρόνου πρώτα απ' όλα.

Με την ευκαιρία αυτή θα ήθελα να σας επισημάνω το εξής: πρώτον το Υπουργείο Υγείας και ο Γενικός Γραμματέας σας έχει ήδη διαθέσει ένα σύνολο από διαδικασίες, το οποίο αναφέρεται σε πέντε θεματικές ενότητες μέσα στο Νοσοκομείο, τα οποία είναι τα φάρμακα, τα υλικά, τα νοσήλεια, η διαχείριση των ασθενών και το λογιστήριο και επικουρικά βέβαια τις διαδικασίες της Πληροφορικής.

Πέραν δε τούτου έχει διαθέσει ένα σύνολο από τυποποιημένους πίνακες οι οποίοι πρέπει σε τακτά χρονικά διαστήματα να συμπληρώνονται και να αποστέλλονται για επεξεργασία στο Υπουργείο.

Αυτά όπως αντιλαμβάνεστε, είναι τα πρώτα βήματα σε ό,τι αφορά την τυποποίηση και επιτρέψτε μου να αναφερθώ στην κα

Σταθοπούλου, η οποία είπε ότι στο κάτω μέρος της πυραμίδας της ποιότητας είναι η τυποποίηση. Αυτό είναι το πρώτο βήμα το οποίο γίνεται.

Στη συνέχεια διαπιστώθηκε από τους υπόλοιπους ομιλητές ότι για να μπορέσει να ευσταθήσει ένα τέτοιο εγχείρημα χρειάζεται χρηματοδότηση. Η ευκαιρία που έχουμε σήμερα έρχεται από το ΕΣΠΑ. Για να μπορέσει αυτή η χρηματοδότηση να αποτελέσει πραγματικά μια ευκαιρία, χρειάζεται να υπάρχουν κάποιες προϋποθέσεις.

Οι προϋποθέσεις αυτές επικεντρώνονται στη διαχειριστική επάρκεια που θα πρέπει να έχουν οι φορείς που πρόκειται να εκμεταλλευτούν αυτή την ευκαιρία. Ως τέτοια επάρκεια χρειάζεται η πρόσληψη ενός συμβούλου ο οποίος θα αναπτύξει μια σειρά από συγκεκριμένες διαδικασίες οι οποίες θα σας επιτρέψουν να διαχειριστείτε τέτοιου είδους έργα και κυρίως στη διαχείριση αναφέρεται η διατύπωση των λειτουργικών αναγκών.

Άρα δεν χρειάζεται σε καμία περίπτωση κάποιος να έχει ιδιαίτερες τεχνικές γνώσεις σε πολύ συγκεκριμένα και πολύ εξειδικευμένα αντικείμενα, αλλά να περιγράψει κατ' ουσίαν τις ανάγκες του και το πώς θα διαχειριστεί αυτές τις ανάγκες μέχρι να γίνουν έργο.

Δεν θέλω να σας κουράσω περισσότερο, σας ευχαριστώ για την προσοχή σας.

ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗΣ: Θα ήθελα να συνδέσω λίγο τη σύντομη και περιεκτική εισήγηση του κ. Σαριβουγιούκα, μέσα στο όλο παζλ αυτό που συζητάμε. Μια από τις τέσσερις βασικές παραμέτρους πάνω στις οποίες είπαμε ότι πρέπει να αναπτύξουμε δραστηριότητα είναι το κομμάτι της αποδοτικότητας, δηλαδή η αποδοτική διαχείριση των διαθέσιμων πόρων.

Το γραφείο του Γενικού Γραμματέα έχει όπως γνωρίζετε αναλάβει από μόνο του μια πρωτοβουλία να δώσει βοήθεια έτοιμη σε αυτό τον τομέα. Η βοήθεια αυτή είναι ένα σύνολο διαδικασιών διαχείρισης των τμημάτων των Νοσοκομείων τα οποία σχετίζονται με τα οικονομικά θέματα.

Οι διαδικασίες αυτές δόθηκαν σε ένα CD με την προσδοκία από το Γενικό Γραμματέα ότι δεν θα μείνουν σε ένα CD. Επομένως είναι δουλειά όλων μας να βοηθήσουμε αυτά τα πράγματα να βγουν, να εγκατασταθούν, να συζητηθούν, να προσαρμοστούν στις ιδιαιτερότητες και τα δεδομένα του κάθε ενός Νοσοκομείου και να μετατραπούν σε αυτό που σε επόμενη φάση θα

θέλαμε να έχουμε και στα άλλα τμήματα και που είπε ο κ. Καρακίτσος για να συνδέσουμε και λίγο, κάτι σαν ένα εσωτερικό κανονισμό λειτουργίας αυτών των τμημάτων και σαν ένα σύνολο διαδικασιών, με βάση τα οποία θα πρέπει το προσωπικό να κινείται και να λειτουργεί σε ό,τι αφορά αυτές τις διαδικασίες.

Για να βγάλουμε το χρήσιμο συμπέρασμα από αυτά που είπε λίγο πιο πριν ο κ. Καρακίτσος, θα έλεγα ότι αν θέλουμε να μιλήσουμε πάλι για το πρώτο βήμα, συγκρατήστε το ISO 9000 που φαίνεται ότι είναι το πιο πρακτικό το πιο ρεαλιστικό. Όσοι θέλετε να ξεκινήσετε, ας ξεκινήσουμε από την επιδίωξη να φτάσουμε σε αυτό το σημείο. Θα έρθει μόνο του το επόμενο βήμα.

Δηλαδή αν θέλουμε να συγκρατήσουμε το πρώτο βήμα για κάποια διαδικασία διαπίστευσης εργαστηρίων, νομίζω ότι έχετε κι εσείς αυτή την άποψη και αυτή την προτεραιότητα.

ΠΡΟΕΔΡΟΣ: Δεν ήθελα να επέμβω, αλλά λίγο για να ξεκαθαρίσω τα πράγματα μήπως μπερδέψουμε τους ανθρώπους. Εδώ υπάρχει η υποχρέωση των ανθρώπων που βρίσκονται εδώ των Διοικητών των Υποδιοικήτων να εκτελέσουν έργα του ΕΣΠΑ, αυτό που είπε ο Γιάννης.

Το να τους πούμε τώρα να προσλάβουν σύμβουλο Γιάννη, δεν προλαβαίνουμε. Αυτό που θα πρότεινα εγώ να κάνουν, είναι αυτό το CD να το βελτιώσουν όσο μπορούν και εντός του καλοκαιριού να το επισημοποιήσουν με μια απόφαση του Διοικητικού Συμβουλίου τους, έτσι ώστε να μπορεί να εφαρμοστεί, έστω κι αν υπάρχουν λάθη, έστω κι αν θέλετε να κάνετε διορθώσεις.

Και ένα δεύτερο κομμάτι, επειδή γρήγορα θα πρέπει να κληθείτε να εκτελέσετε έργα του ΕΣΠΑ, είναι να πάρετε τη διαχειριστική επάρκεια από ένα φορέα, που προφανώς εκεί θα χρειαστεί κάποια μικρή δαπάνη. Τα υπόλοιπα κομμάτια της ποιότητας νομίζω τα αναφέρατε όλοι σε αυτό το τραπέζι και θα ήθελα λίγο στο τέλος να τα συνθέσω.

ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗΣ: Στην τελευταία εισήγηση τον κ. Ζάντζο ο οποίος είναι νοσηλευτής από τα Τρίκαλα και ο οποίος έχει ασχοληθεί ιδιαίτερα με τα θέματα της πιστοποίησης των νοσηλευτικών υπηρεσιών.

«Πιστοποίηση Νοσηλευτικών Υπηρεσιών»

I. ZANTZOS: Κυρίες και κύριοι μιλάμε σήμερα για την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας. Στην προσπάθειά μου να τεκμηριώσω κι εγώ την αναγκαιότητα για την ύπαρξη της ποιότητας σε υπηρεσίες υγείας, θα σας δώσω ορισμένα στοιχεία.

Νοσοκομειακές λοιμώξεις, ένας από τους δείκτες ποιότητας για κάθε Νοσοκομείο. Οι Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής το 2000 σε μια έρευνα, οι ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις ήταν υπαίτιες για μια επιμήκυνση του χρόνου νοσηλείας των ασθενών κατά 7 έως 9 ημέρες. Έχουν επιφέρει ένα ετήσιο επιπρόσθετο κόστος στο σύστημα υγείας της Αμερικής περίπου 5 δις δολαρίων, ενώ το μέσο κόστος κάθε λοίμωξης ήταν περίπου 14.000 δολάρια.

Συνεχίζοντας μόνο ένας παθογόνος μικροοργανισμός ο ανθεκτικός η μεθικιλίνη χρυσίζων σταφυλόκοκκος, έχει επιφορτίσει το σύστημα υγείας της Αμερικής σε 1 έτος με 2,7 εκ. ημέρες νοσηλείας, ενώ το μέσο κόστος κάθε λοίμωξης ήταν λίγο πάνω από 35.000 δολάρια.

Σε μια ακόμη έρευνα πάλι στην Αμερική λίγο μετά έχουν καταγραφεί περίπου 100.000 θάνατοι οι οποίοι οφείλονται στις ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις. Τα νούμερα και μόνο αιτιολογούν την αναγκαιότητα ύπαρξης ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας. Και συνήθως όταν μιλάμε για την ποιότητα στην υγεία, ουσιαστικά έχουμε μια αρνητική προσέγγιση του θέματος. Ουσιαστικά αναφερόμαστε στην έλλειψή της.

Ποιες είναι οι επιπτώσεις έλλειψης της ποιότητας για τον ασθενή. Ο ασθενής μπορεί να λαμβάνει υπερβολική φροντίδα, παραπάνω εξετάσεις από ό,τι χρειάζεται πραγματικά. Μπορεί να λαμβάνει μειωμένη φροντίδα, λιγότερες εξετάσεις και βέβαια η υπερβολική φροντίδα του πρώτου ασθενή, συνεπάγεται ότι ο δεύτερος ασθενής δεν έχει διαθέσιμο τον εξοπλισμό, για να γίνουν οι εξετάσεις όταν τις χρειάζεται.

Μια τρίτη παράμετρος είναι η λανθασμένη φροντίδα. Έγινε ήδη λόγος για το λάθος φάρμακο στον λάθος ασθενή. Σε μια έρευνα που έγινε το 2003, διαπιστώθηκε ότι 6.700 ασθενείς είχαν λάβει το ήμισυ της φροντίδας από αυτή που θα έπρεπε να είχαν λάβει κανονικά.

Ορισμοί και χαρακτηριστικά για την ποιότητα και προσεγγίσεις και οπτικές έχουν διατυπωθεί πολλά και από τους προηγούμενους ομιλητές.

Τα στοιχεία που παρουσιάζονται στη διαφάνεια, βρίσκονται εδώ μόνο και μόνο για να δείξουν τη συσχέτιση που έχει η ποιότητα με τη νοσηλευτική υπηρεσία των Νοσοκομείων.

Για τα στάδια εγκατάστασης ενός συστήματος ποιότητας πιθανό να είναι και κάποιοι άλλοι πιο ειδικοί να μιλήσουν, εγώ θα σας πω μόνο ότι απαιτείται ένας προσδιορισμός δεικτών καθώς επίσης και οι βέλτιστες τιμές. Ποιο είναι το άριστο. Απαιτείται μια αυτοαξιολόγηση της νοσηλευτικής υπηρεσίας, με σκοπό να εντοπίσουμε πιθανά σημεία τα οποία χρίζουν περαιτέρω ενέργειες βελτίωσης και μετά έρχεται ο έλεγχος από ένα εξωτερικό ένα τρίτο φορέα.

Πολύ σημαντικό είναι να θυμηθούμε ότι η απόκτηση του σχετικού πιστοποιητικού δεν σημαίνει εγκατάλειψη της προσπάθειας. Τα οφέλη από την ποιότητα στις νοσηλευτικές υπηρεσίες αλλά και στις υπηρεσίες υγείας γενικότερα, αφορούν τον ασθενή και όχι μόνο. Ο ασθενής μπορεί να λαμβάνει καλύτερη θεραπεία και αν είναι πρακτικά αδύνατο να αποφύγουμε τις επιπλοκές, τουλάχιστον μπορούμε να ισχυριστούμε ότι τις έχουμε μειώσει και αυτό βέβαια μπορούμε και να το αποδεικνύουμε.

Τα λάθη που θα καταγράφουμε και θα ζούμε στην καθημερινή μας πρακτική, μπορεί να είναι λιγότερα. Ο ασθενής λαμβάνει καλύτερη φροντίδα, έχει καλύτερη ποιότητα ζωής, ενώ η ικανοποίηση που μπορεί να εκφράσει αυτός ο άνθρωπος σε ένα ερωτηματολόγιο που πιθανό εμείς του διανείμουμε, να περικλείει όλα τα ανωτέρω.

Τέλος η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας έχει οφέλη και για τον επαγγελματία. Είναι απλά λιγότερος φόρτος εργασίας, αποφυγή περιπτώσεων ενεργειών. Βέβαια από την ποιότητα μπορούν να προκύψουν και οφέλη όπως αποδεικνύεται από μια σειρά άλλους δείκτες, για παράδειγμα τη μείωση της μέσης διάρκειας νοσηλείας, της θνησιμότητας και του αριθμού των επανεισαγωγών. Έχουμε μείωση στο μέσο κόστος νοσηλείας, έχουμε καλύτερη διαχείριση των πόρων, νοσηλευτικό προσωπικό στα τμήματα σύμφωνα με τις πραγματικές ανάγκες και όχι σύμφωνα με τη διαίσθηση ενός διευθυντή ή ενός Προϊσταμένου. Τέλος επιτυγχάνουμε καλύτερη αξιοποίηση όλων των υποδομών του νοσηλευτικού Ιδρύματος.

Ποιες είναι οι προϋποθέσεις. Το πρώτο θεωρώ ότι είναι πολύ σημαντικό προϋποθέτει την αλλαγή του τρόπου σκέψης του δημόσιου υπαλλήλου, δεν αφορά μόνο για γιατρούς αφορά όλους τους υγειονομικούς. Η Διοίκηση πρέπει να δεσμευτεί για την κατεύθυνση που πρέπει να δώσει αποσκοπώντας στην ποιότητα ενώ όλοι μας πρέπει να επικεντρωθούμε στις πραγματικές ανάγκες του ασθενή.

Πρέπει να δώσουμε στον ασθενή τη δυνατότητα να μας πει κυρίως τι δεν του αρέσει και από αυτά εμείς να προσπαθήσουμε και να βελτιώσουμε όσα περισσότερα μπορούμε. Το προσωπικό εννοείται ότι πρέπει να εκπαιδεύεται και να παρακολουθεί προγράμματα κατάρτισης που θα το βοηθήσουν να αποδίδει καλύτερα και ποσοτικά αλλά και ποιοτικά στην καθημερινή του απασχόληση.

Ενώ τέλος απαιτείται αξιολόγηση του προσωπικού και αυτή πρέπει να είναι όχι μόνο από τον ανώτερο προς τον κατώτερο, αλλά και με την αντίστροφη φορά. Δεν μπορώ να καταλάβω γιατί πάντα ο Προϊστάμενος θα βαθμολογεί τον υφιστάμενο και δεν υπάρχει και το αντίθετο.

Απαιτούμε ως Νοσοκομεία μια καταγραφή, όχι απλά έναν έλεγχο. Θέλουμε να αξιολογούμε τα αποτελέσματα και αυτό προϋποθέτει τη γνώση του τι σημαίνει ο κάθε δείκτης. Πρέπει να επιδιώκουμε περαιτέρω τη βελτίωση των όποιων αποτελεσμάτων, ενώ τελικά η ενσωμάτωση της ποιότητας της νοσηλευτικής υπηρεσίας θα πρέπει να ενταχθεί μέσα στο γενικότερο σχεδιασμό ποιότητας όλου του Νοσοκομείου, ο οποίος με τη σειρά του πρέπει να ενταχθεί μέσα στον επιχειρησιακό σχεδιασμό του Νοσοκομείου.

Κάποιες επιπλέον προτάσεις περιλαμβάνουν την εγκατάσταση και αξιοποίηση των συστημάτων πληροφορικής. Πρέπει όλα αυτά που καταγράφουμε να υπάρχουν σε ηλεκτρονική μορφή για να μπορούμε να εξάγουμε δείκτες και στατιστικά, να εντοπίζουμε τις αποκλείσεις και τις ακραίες τιμές.

Χρειαζόμαστε ένα αυστηρό προσδιορισμό δεικτών, καθώς επίσης και της μεθοδολογίας υπολογισμού αυτών των δεικτών, ώστε να μπορέσουμε σε ένα δεύτερο στάδιο να γίνει μια σύγκριση ανάμεσα σε νοσηλευτικά Ιδρύματα παραπλήσιας δυναμικότητας.

Το νοσηλευτικό προσωπικό, αλλά και όλοι οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να υποκινηθούν και να αξιοποιηθούν κατάλληλα, ενώ τέλος απαιτούμε και από το Υπουργείο περαιτέρω υποστήριξη σε κάποια προβλήματα εφαρμογής, για παράδειγμα ποια είναι η ακριβή μεθοδολογία για να υπολογίσουμε κάποιο δείκτη ποιότητας.

Η εμπειρία που μπορεί να αποκτηθεί από κάποιο Νοσοκομείο που θα αποφασίσει πρώτο να ασχοληθεί με τα θέματα ποιότητας, μπορεί να είναι υπερβολικά αξιόλογη και χρήσιμη για τα υπόλοιπα Νοσοκομεία, μπορεί να αποφύγουμε μεγάλο φόρτο εργασίας, ανάλωση πόρων με την προσπάθεια του πρώτου ή του δεύτερου.

Υπό αυτή την έννοια θα θέλαμε τα όποια αποτελέσματα τα όποια προβλήματα και οι όποιες λύσεις, να διαχέονται μέσα από Φόρουμ. Κάποιες συζητήσεις όπως η σημερινή, είναι πολύ καλές. Όμως μπορούμε να βρούμε και πιο απλούς τρόπους, ένα email, ένα site στο Internet να μπορέσουμε να ανταλλάξουμε όλες αυτές τις εμπειρίες μας.

Τελειώνοντας θέλω να ξαναπώ τρία πράγματα. Ένα, είναι οι επιπτώσεις που έχει η έλλειψη υγείας στις Υπηρεσίες υγείας. Ένα δεύτερο είναι η κουλτούρα που πρέπει να αλλάξουμε, να εγκαταλείψουμε για λίγο τη δημοσιοϋπαλληλική νοοτροπία και ένα τρίτο να εντάξουμε όλη αυτή την ποιότητα μέσα σε ένα ευρύτερο επιχειρησιακό σχεδιασμό, ώστε να επιτύχουμε τα καλύτερα δυνατά αποτελέσματα.

Αυτά είχα να σας πω, θέλω να ευχαριστήσω τους ανθρώπους που μου έδωσαν την ευκαιρία να βρίσκομαι σήμερα εδώ και θέλω να ευχαριστήσω και όλους εσάς που με ακούσατε. Σας ευχαριστώ πολύ.

ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗΣ (Χ. ΖΗΡΙΔΗΣ): Να ξεκινήσουμε την κουβέντα, ή θέλετε να πείτε κάτι κ. Γενικέ; Εντάξει. Το τραπέζι για σας! Παρακαλώ.

ΜΕΡΟΣ Γ΄:

«Συμπεράσματα - Συντονισμός - Διάλογος»

Ο. ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ: Γεια σας, είμαι από το Σισμανόγλειο.

Θα ήθελα να πω ότι από όλη τη συζήτηση στο δεύτερο αυτό στάδιο, βγαίνει ότι είναι απαραίτητη τελικά η ποιότητα για ποιο λόγο; Γιατί βγαίνουν όλες οι αδυναμίες του συστήματος υγείας, οι αδυναμίες των κλινικών των εργαστηρίων και είναι και μια ευκαιρία για να δούμε πως μπορούν να διορθωθούν. Άρα είναι απαραίτητη η ποιότητα είναι εκ των ων ούκ άνευ αυτό που λέω.

Θα ήθελα όμως να πω το εξής πάνω στα λεγόμενα του κ. Σκαλκίδη. Είπε το πιο σωστό. Μέσα στα Νοσοκομεία όλες οι Διοικήσεις ασχολούμαστε για όλα τα άλλα, εκτός από το τελικό προϊόν: την αξιολόγηση της παροχής των υπηρεσιών υγείας. Εάν το κλινικό αποτέλεσμα είναι το επιθυμητό, αν είναι απόρροια σωστών κλινικών πράξεων. Αυτό που είπατε το παράδειγμα με την Coca Cola αν και ακραίο είναι η πραγματικότητα στα ελληνικά Νοσοκομεία και ευχαριστώ γι' αυτό που είπατε.

Επίσης θα ήθελα να πω σε μια προσπάθεια που κάναμε να συμμετάσχουμε οι φαρμακοποιοί σε ένα πρόγραμμα για την ασφάλεια των ασθενών, όταν προσπαθήσαμε να εφαρμόσουμε κάποιες μεθοδολογίες για να βρούμε την καλύτερη στα ελληνικά Νοσοκομεία -και αυτό έχει πολύ ενδιαφέρον κ. Γενικέ- βρήκαμε αυτό που ειπώθηκε από όλους σχεδόν τους ομιλητές: το φόβο της αποτύπωσης των ιατρικών λαθών και των συνεπειών.

Γιατί ο γιατρός, ο φαρμακοποιός, ο εργαστηριακός έχει το φόβο ότι αν εντοπιστεί το λάθος, δεν θα μπορέσει να αντιμετωπίσει τις νομικές συνέπειες. Άρα το θεσμικό πλαίσιο είναι οπωσδήποτε απαραίτητο, εάν θέλουμε να έχουμε μια πλήρη καταγραφή όλων των διαδικασιών και των αποτελεσμάτων τους, εάν πάμε στα πλαίσια της πιστοποίησης των Νοσοκομείων. Ευχαριστώ πολύ.

ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗΣ: Ας κάνουμε λίγο ζωντανή την κουβέντα, νομίζω ότι υπάρχουν πρακτικά θέματα πλέον που μπορούμε να συζητήσουμε.

ΠΡΟΕΔΡΟΣ: Χρήστο, πριν μιλήσει ο οποιοσδήποτε εγώ θα ήθελα (ελεύθερος είναι ο διάλογος) και μια τοποθέτηση από ένα διευθυντή ιατρικής υπηρεσίας

Νοσοκομείου από μια διευθύνουσα νοσηλευτικής υπηρεσίας Νοσοκομείου, με το ερώτημα πως τα βλέπουν όλα αυτά. Εκτός των Διοικητών.

ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗΣ: Νομίζω ότι θα ξεκινήσουμε με το Διευθυντή της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας του «Παπαγεωργίου».

Γ. ΓΕΩΡΓΙΑΔΗΣ: Υποδιευθυντής είμαι. Εγώ ήθελα πρακτικά κάτι να ρωτήσω επειδή ήμουν στην Επιτροπή που συμμετείχα για να διαμορφώσουμε για να πάρουμε την πιστοποίηση για το Τμήμα Επειγόντων. Όταν μπήκαμε σε αυτή τη διαδικασία, έπρεπε να κοιτάξουμε τελικά ποιοι θα μας έκριναν. Οι πελάτες. Έτσι δεν είναι; Οι ασθενείς. Πόσο ικανοποιημένοι είναι. Ποιοι ασθενείς όμως; Και οι 1.200 που προσέρχονται στο ΤΕΠ; Ποιοι θα μας έκριναν; Ή αυτοί που πραγματικά είχαν ανάγκη από το ΤΕΠ τελικά;

Ήταν μια πολύ μεγάλη κουβέντα που είχε ανοίξει στην ομάδα και τελικά καταλήξαμε ότι από αυτούς τους οποίους θα αξιολογούμασταν, ήταν αυτοί οι οποίοι είχαν επείγον πρόβλημα. Από τη στιγμή που τους κατατάσσαμε σε πέντε κατηγορίες, αυτοί οι οποίοι είχαν επείγον πρόβλημα.

Γιατί οι υπόλοιποι, που δεν είχαν επείγον πρόβλημα, είχαν ως αποτέλεσμα μεγάλο χρόνο αναμονής, γιατί πάντα προηγούνταν κάποιος ο οποίος είχε πιο σοβαρό πρόβλημα από αυτούς, ήταν ένα πρόβλημα που μας απασχόλησε και θέλω μια απάντηση σε αυτό από εσάς, που είστε πιο ειδήμονες από τη διαχείριση ποιότητας. Ποιοι θα μας έκριναν.

ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗΣ: Η προσωπική μου άποψη είναι νομίζω πάρα πολύ απλό. Μπορεί κανείς να έχει διάκριση των απαντήσεων και λύνει το πρόβλημα.

Μπορεί να πει ότι αυτοί που αξιολογήθηκαν ότι είναι στο πρώτο επίπεδο επικινδυνότητα, δηλαδή που κατά προτεραιότητα εξυπηρετήθηκαν και είχαν αυτό το βαθμό ικανοποίησης, ενώ αυτοί οι οποίοι αναγκάστηκαν λόγω διαλογής να περιμένουν, είχαν ένα άλλο βαθμό. Νομίζω ότι δεν έχετε λόγο να επιλέξετε κάποιους, πρέπει να ακούσετε τις γνώμες και των δυο, διότι και τα δυο νούμερα θα σας οδηγήσουν σε επόμενες σκέψεις και σε επόμενες δράσεις.

Εκεί που θα έχετε το χαμηλότερο βαθμό ικανοποίησης, θα οδηγηθείτε μόνοι σας σε δράσεις που θα προσπαθήσετε να βελτιώσετε αυτό το ποσοστό ικανοποίησης. Μην αποκρύπτετε στοιχεία, αυτό είναι ο βασικός κανόνας. Απέναντί σας μην αποκρύπτετε.

Γ. ΓΕΩΡΓΙΑΔΗΣ: Εντάξει συζήτηση κάνουμε.

Για παράδειγμα εμείς όταν οι ασθενείς οι οποίοι είχαν κάνει εισαγωγή στο Νοσοκομείο είχαν πολύ μεγάλη ικανοποίηση από το ΤΕΠ γιατί είχαν κάποιο πρόβλημα, διεκπεραιώθηκαν γρήγορα, πέρασαν από όλη τη διαδικασία και εισήχθησαν.

Αντίθετα από αυτούς οι οποίοι με τηλεφωνική επικοινωνία έφυγαν από το ΤΕΠ είχαν το χαρακτηριστικό παράδειγμα της μεγάλης αναμονής.

ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗΣ: Μπορείτε να ανταποκριθείτε λίγο στην πρόκληση του Γενικού να κάνετε μια γενικότερη τοποθέτηση όχι μόνο στο συγκεκριμένο για το ΤΕΠ, αλλά πως βλέπετε σε αυτή τη διαδικασία.

Γ. ΓΕΩΡΓΙΑΔΗΣ: Εγώ ως νοσηλευτής πιστεύω και αυτό το έχουμε δει ότι οι διαδικασίες ποιότητας όταν θα μπουν στο Τμήμα, θα διευκολύνουν τη δουλειά μας.

Το έχουμε συζητήσει, δεν ήσασταν προηγουμένως όταν είχα τοποθετηθεί το πρωί που είχα πει ότι μας βοηθάει πάρα πολύ -και ανέφερα και συγκεκριμένα παραδείγματα- το να καθίσεις και να συμπληρώσεις όλους τους ασθενείς που εισάγεις την κλίμακα ρίσκου κατάκλισης και να φροντίσεις, μπορεί να φαντάζει γραφειοκρατικά όμως σε ένα ασθενή ο οποίος έχει υψηλό ρίσκο κατάκλισης, εάν τον φροντίσεις πιο πριν γλιτώνεις πολύ μεγάλο κόπο και διευκολύνεις τη δουλειά των νοσηλευτών από εκεί και πέρα, από το να δημιουργηθεί μια κατάκλιση και να πέφτουν κάθε μέρα το πρωί και να τρώνε δυο – τρεις ώρες, στο να φροντίζουν αυτή την κατάκλιση.

Γι' αυτό έχουμε μπει σε μια διαδικασία και ως Νοσοκομείο πιστοποίησης των κλινικών επιμέρους και της νοσηλευτικής υπηρεσίας από τον συνάδελφο που θα περίμενα να ακούσω και από όλους τη διαδικασία στην ουσία λειτουργίας. Η πληροφορική βοηθάει πράγματι αν υπάρχει εκπαίδευση συνεχής στο προσωπικό σου, αν μπορείς να επιλέγεις πάντα τον κατάλληλο για την κατάλληλη θέση ανάλογα με την εκπαίδευσή του να τον αναζητείς και πολλά τέτοια πράγματα.

ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗΣ (Ε. ΣΑΛΑΜΑΛΕΚΗΣ): Νομίζω ότι θα ήταν πολύ σημαντική και η τοποθέτηση του Διευθυντού ιατρικής υπηρεσίας ενός ειδικού Νοσοκομείου του μαιευτηρίου «Μαρίκα Ηλιάδη» και δεδομένου ότι και ο

τομέας βέβαια της Μαιευτικής παίζει ένα σημαντικό ρόλο και λόγω του δημογραφικού προβλήματος που έχουμε στην πατρίδα μας.

Θα παρακαλούσα λοιπόν τον κ. Φαρμακίδη να κάνει την τοποθέτησή του στο συγκεκριμένο θέμα.

Γ. ΦΑΡΜΑΚΙΔΗΣ: Παρακολούθησα από το πρωί όλο το σεμινάριο, εγώ θα σας πω και την εμπειρία μου πέρα του Ατλαντικού γιατί ήμουν 24 χρόνια πέρα του Ατλαντικού τα οποία γίνονταν αυτά ρουτίνα από το 1960.

Το άλφα και το ωμέγα είναι τα πρόσωπα. Εάν τα πρόσωπα δεν είναι τα κατάλληλα, αυτό θα αποτύχει και θα αποτύχει παταγωδώς. Πάντοτε τα πρόσωπα πρέπει να είναι τα άριστα και οι αρεστοί. Εάν δεν βγάλουμε τους άριστους και βάλουμε τους αρεστούς, οι Διοικητές θα αποτύχουν και θα πουν ότι «φταίνει οι Διοικητές». Άρα το medical board που θα βγει, πρέπει να είναι οι άριστοι των Νοσοκομείων, από την ιατρική υπηρεσία από τη διοικητική υπηρεσία, ή από τη νοσηλευτική υπηρεσία.

Πρέπει να έχουν βαθιά γνώση αυτών των πραγμάτων τη σημαίνει quality of care, πρέπει να ξέρουν να διαβάζουν και μια εργαλεία να είναι ενήμεροι το τι γίνεται ώστε να μπορούν να τα επιβάλλουν αυτά κάτω. Εάν βγουν συνδικαλιστές, βγουν οι αρεστοί πάνω, αυτό το πράγμα θα αποτύχει.

Στην Αμερική έπαιρναν τους καλύτερους επιστημονικά, διοικητικά οι οποίοι πραγματοποιούσαν όλο αυτό το οικοδόμημα. Εάν δεν γίνει αυτό το πράγμα, τότε αυτό θα αποτύχει και θα φταίνει βέβαια πάντοτε οι Διοικητές των Νοσοκομείων.

Οπότε και η ηγεσία του Υπουργείου και η ηγεσία των Νοσοκομείων αλλά και της ΔΥΠΕ πρέπει να το προσέξουν αυτό πάρα πολύ καλά. Αλλιώς ό,τι λέμε εδώ θα είναι θεωρία και τίποτε άλλο. Ευχαριστώ.

ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗΣ: Ο κ. Βέργουλας έχει το λόγο.

Γ. ΒΕΡΓΟΥΛΑΣ: Από ΑΧΕΠΑ Θεσσαλονίκης. Πραγματικά στο δεύτερο αυτό κομμάτι του meeting ακούστηκαν πάρα πολλά για την ποιότητα των πράξεων και ο κ. Σκαλκίδης αναφέρθηκε στο αποτέλεσμα ως Endpoint την επιβίωση των αρρώστων.

Το ερώτημα το δικό μου και η άποψή μου είναι ότι πλέον έχουμε ξεφύγει από την επιβίωση των αρρώστων και πάρα πολύ απασχολεί πλέον το δυτικό κόσμο η ποιότητα ζωής των ασθενών. Το Endpoint μετά από επέμβαση, εγώ την επέμβαση δεν την παίρνω σαν επέμβαση για ένα άρρωστο ο οποίος πρέπει να χειρουργηθεί, αλλά μια οποιαδήποτε παρέμβαση ιατρική είτε αυτός έχει οξύ πρόβλημα είτε χρόνιο πρόβλημα, ένας αιμοκαθαρόμενος, ή ένας με χρόνιο νόσημα.

Νομίζω ότι στις παραμέτρους αξιολόγησης του αποτελέσματος θα πρέπει να μπει και το θέμα της ποιότητας ζωής που έχει επιτύχει ο άρρωστος μετά την παρέμβασή μας. Και είναι πάρα πολύ σημαντικό, διότι ο άρρωστος μπορεί μετά την παρέμβασή μας να είναι ανάπηρος και να πάσχει όλη η οικογένεια, μπορεί να έχει αποκατασταθεί πλήρως και να ενταχθεί στην κοινωνία μας, μπορεί να έχει πετύχει η παρέμβασή μας αλλά ο άρρωστος να μην μπορεί να κάνει πλέον παιδιά. Άρα είναι ζητήματα που πρέπει να μπουν στην αξιολόγηση της παρέμβασης που κάνουμε.

Από εκεί και πέρα προσωπικά πιστεύω ότι για να μπορούμε να είμαστε αποτελεσματικοί ειπώθηκε από κάποιον από τους ομιλητές, πρέπει να υπάρχει χρήμα. Είναι βασικό αυτό. Από εκεί και πέρα υπάρχουν ιδέες και απόψεις, ήδη εμείς σα Νοσοκομείο δεχτήκαμε πρόταση από το Ηνωμένο Βασίλειο για χειρουργική παρέμβαση σε Εγγλέζους. Τι κάνουμε; Όπως δεχτήκαμε και ερώτημα από τον Πρόξενο στη Θεσσαλονίκη, εάν έχουμε casualties, μπορούμε να βοηθήσουμε. Ερωτήματα, που πρέπει να απαντηθούν άμεσα.

Ι. ΣΚΑΛΚΙΔΗΣ: Δεν θα μπορούσε κανείς να διαφωνήσει μαζί σας ότι το Endpoint δεν είναι η θνητότητα.

Αναφέρθηκε και στη νοσηρότητα αλλά επειδή μιλάμε για Νοσοκομεία, εμείς ως Νοσοκομείο θα πρέπει να μετρήσουμε την ώρα που βγαίνει ο άρρωστος. Εάν εννοείτε ότι πρέπει να μετρήσουμε και το Funchal state του ασθενούς, συμφωνώ, αλλά διεθνώς περιορίζονται στους πιο αδρούς δείκτες όχι μόνο θνητότητα, αλλά και νοσηρότητα. Βεβαίως έχετε δίκιο.

Αυτό που ειπώθηκε προηγουμένως για τη γνώμη των ασθενών που είπατε, αν είναι ευχαριστημένοι ή όχι νομίζω ότι είναι πολύ λεπτό σημείο και δεν πρέπει ούτε να το κρίνουμε από τη μια πλευρά ούτε από την άλλη.

Για παράδειγμα υπάρχουν χιλιάδες παραδείγματα, ας πούμε ένα. Έρχεται ένας με σοβαρές αλλοιώσεις τροφικές από διαβητικός και του κόβουν το πόδι. Αυτός ο άρρωστος θα είναι ικανοποιημένος ή όχι; Μπορεί να είναι δυσαρεστημένος γιατί του έκοψαν το πόδι, αλλά θα μπορούσε ή θα έπρεπε ενδεχομένως να είναι πολύ ικανοποιημένος γιατί του έσωσαν τη ζωή.

Ή έρχεται μια γυναίκα και της κάνουν καισαρική με το «καλημέρα σας», ενώ θα μπορούσε να είχε ένα φυσιολογικό τοκετό. Δεν είναι σε θέση, δεν μπορούμε να περιμένουμε από τους αρρώστους μας να ξέρουν, να είναι τεχνικώς καταρτισμένοι ώστε να ξέρουν αν το κλινικό αποτέλεσμα ήταν το evidence based.

Γι' αυτό εκείνοι θα κρίνουν άλλες παραμέτρους παραδείγματος χάριν το πώς φέρετε το προσωπικό, αλλά το clinical outcome πρέπει να κριθεί όπως γίνεται διεθνώς, από συγκεκριμένα standards και πρωτόκολλα που συνεκτιμούν και τη σοβαρότητα της κατάστασης και τις συμπαρομαρτούσες νόσους και βεβαίως τα διεθνή πρότυπα.

Άρα το Benchmarking είναι το ουσιώδες για μας, για τους γιατρούς για να κριθούμε αν κάναμε σωστά τη δουλειά μας.

ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗΣ: Παρακαλώ.

Μ. ΘΕΟΔΩΡΟΥ: Είμαι ο Διοικητής του «Ευαγγελισμού» και θα ήθελα να κάνω μια ερώτηση στην πράξη πλέον την εφαρμογή της ποιότητας. Σε λίγο θα υπάρχουν οι Επιτροπές ποιότητας, θα έχουμε ένα οδικό αξιολόγησης του Νοσοκομείου, κεντρικά; Ή θα εφαρμόσουμε εμείς από μόνοι μας τέτοιο οδηγό;

ΠΡΟΕΔΡΟΣ: Να μου επιτρέψει ο κ. Θεοδώρου να του απαντήσω. Το έχω ήδη προγραμματίσει αυτό.

Μ. ΘΕΟΔΩΡΟΥ: Ευχαριστώ πολύ κ. Γενικέ.

ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗΣ (Χ. ΖΗΛΙΔΗΣ): Συνεχίζουμε με άλλη ερώτηση. Η κυρία Πανταζοπούλου έχει το λόγο.

κα ΠΑΝΤΑΖΟΠΟΥΛΟΥ: Δεν είναι τόσο ερώτηση αυτό το οποίο θέλω να κάνω. Είμαι Γενική Διευθύντρια Δημόσιας Υγείας, δεν ξέρω αν μπορώ να κάνω μια πολύ μικρή τοποθέτηση, αν μπορώ να έχω αυτό το προνόμιο.

Θα ξεκινήσω από τον τελευταίο ομιλητή τον κ. Ζάντζο ο οποίος μου έδωσε την ευκαιρία να αναφερθώ στις ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις που δεν είναι μόνο πρόβλημα για τον ασθενή και τους οικείους του, αλλά και για τα οικονομικά της υγείας, τα οποία πάνε περίπατο αφού το κόστος ανεβαίνει επιθετικά όταν έχουμε να αντιμετωπίσουμε τέτοια προβλήματα.

Κυρίως για την εικόνα της ποιότητας της παροχής των υπηρεσιών υγείας στη χώρα μας, να σας ενημερώσω ότι σε δημοσιευμένο έντυπο του ECDC, η Ελλάδα φαίνεται ότι κατέχει την 1^η θέση όσον αφορά τη θνητότητα από ενδονοσοκομειακή λοίμωξη στις ΜΕΘ των ελληνικών Νοσοκομείων και αυτό δεν είναι καθόλου ευχάριστο και πρέπει κάτι να γίνει γι' αυτό.

Από πλευράς Δημόσιας Υγείας αυτό το θέμα είναι μια από τις προτεραιότητες για δράση. Εκείνο το οποίο θα ήθελα να επισημάνω είναι ότι πρέπει να είμαστε πάρα πολύ προσεκτικοί στους δείκτες παρακολούθησης που θα βάλουμε, στον αριθμό δηλαδή και σε όλα αυτά τα ζητήματα που μπορεί να προκαλέσουν ένα γραφειοκρατικό φόρτο.

Επίσης στα οφέλη από την εφαρμογή ενός συστήματος πιστοποίησης να προσθέσω και την προστασία της υγείας του προσωπικού που ακολουθώντας συγκεκριμένες πρακτικές εκτέλεσης της εργασίας του, μπορεί να αποφύγει αθέλητη έκθεσή του σε βλαπτικούς παράγοντες, είτε φυσικοί είτε βιολογικοί είτε χημικοί είναι αυτοί και έτσι να μην λέμε μόνο για την ασφάλεια του ασθενή, αλλά να μην ξεχνάμε και την ασφάλεια του ιατρο-νοσηλευτικού προσωπικού.

Να επισημάνω ότι το θέμα της ποιότητας και της παροχής της υγείας δεν είναι ανθρωποκεντρικό γιατί το κάνουν οι γιατροί ή οι νοσηλεύτές, αλλά κυρίως γιατί αφορά την υγεία του ανθρώπου και άρα ο άνθρωπος ο ασθενής θα πρέπει να είναι στο κέντρο και εκεί θα πρέπει να στοχεύουμε, οπότε είτε η προσέγγιση του ασθενούς, είτε η διάγνωση, είτε η θεραπεία του, είτε τα προληπτικά μέτρα θα έχουν στόχο και άρα αυτό είναι το ανθρωποκεντρικό. Έχουν στόχο τον άνθρωπο.

Να επισημάνω ότι για την επιτυχία ενός προγράμματος τέτοιου δεν θα πρέπει να μιλήσουμε με την υποστήριξη πέρα από την πολιτική δέσμευση, η πολιτική δέσμευση δηλαδή θα πρέπει να ακολουθείται από την

υποστήριξη του προγράμματος αυτού την έμπρακτη και μιλάμε κυρίως για τους ανθρώπινους πόρους και χαίρομαι που μια από τις παρεμβάσεις ήταν ότι όχι στους αρεστούς αλλά στους άριστους και όχι μόνο ποιοτικά αλλά και ποσοτικά θα πρέπει να φροντίσουμε για τους ανθρώπινους αυτούς πόρους που χρειάζονται για την εφαρμογή του προγράμματος.

Και βέβαια δέσμευση των οικονομικών πόρων για την υλοποίησή τους. Μιλήσατε για εσωτερικό κανονισμό, ο κ. Καρακίτσος από το «Αττικό», βεβαίως είναι πολύ σημαντικό να υπάρχει ένας εσωτερικός κανονισμός. Εγώ να σας αναφέρω το παράδειγμα της νομοθεσίας από το 2003 για τη διαχείριση των ιατρικών αποβλήτων που προβλέπει την έγκριση ενός εσωτερικού κανονισμού από τη ΣΥΠΕ και την υλοποίησή του. Το θέμα δεν είναι να υπάρχει στα χαρτιά ένας εσωτερικός κανονισμός, αλλά πως εφαρμόζεται και από ποιους και πως ελέγχεται η εφαρμογή του.

Για να τελειώσω και να μην μακρηγορώ να επισημάνω επίσης ότι αυτό το οποίο χρειαζόμαστε δεν είναι νέους φορείς, που θα δημιουργήσουν πρότυπα όπως αναφερθήκατε στην αρχή, νομίζω ότι πρότυπα υπάρχουν, το θέμα είναι πως θα τα προσαρμόσουμε στην ελληνική πραγματικότητα.

Και να υπενθυμίσω ότι η ηλεκτρονική καταγραφή δεικτών και στοιχείων, θα απαιτηθεί από τα Νοσοκομεία προκειμένου να τροφοδοτήσει το χάρτη υγείας, άρα με οριζόντια πέρα από κάθετη συνεργασία κατά την άποψή μου μια οριζόντια πέρα από την κάθετη συνεργασία, αποτελεί προϋπόθεση για τα καλύτερα δυνατά αποτελέσματα. Σας ευχαριστώ.

ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗΣ: Ευχαριστούμε κι εμείς την κα Πανταζοπούλου. Θα ήθελα να παρακαλέσω και τον κ. Γιαννουλάτο να έρθει εδώ στο τραπέζι να συγχωνεύσουμε και το κλείσιμο μαζί και με την παρουσία του κ. Γενικού. Σύμφωνα με το πρόγραμμα μετά την παρέμβαση της κας Πανταζοπούλου.... Παρακαλώ.

Φ. ΠΑΠΑΧΡΗΣΤΟΣ: Είμαι διευθυντής καρδιολόγος στο Τζάννειο Νοσοκομείο και συγχρόνως Διευθυντής ιατρικής υπηρεσίας και εκπροσωπώ την Πανελλήνια Ένωση Διευθυντών του ΕΣΥ όπως με τον κ. Φαρμακίδη. Πρέπει να πω ότι σήμερα το πρωινό μου δεν πήγε χαμένο, ήταν πολύ ενδιαφέρον και πρέπει να συγχαρώ τους οργανωτές.

Το πρώτο θέμα που πιστεύω ότι πρέπει να τονιστεί είναι αυτό που λέγεται ποιότητα και αξιολόγηση του έργου που κάνουν οι κλινικές και όχι μόνο των κλινικών αλλά των γιατρών επίσης που είναι στην κλινική αλλά και του Νοσοκομείου.

Το δεύτερο που θέλω να πω είναι ότι τα Νοσοκομεία μας σήμερα κατά τη γνώμη μου είναι οργανωμένα από το 1930, '40, '50, '60, '70 κανένα μα κανένα δεν είναι οργανωμένο από το 2010. Άρα σήμερα πρέπει να προσαρμοστούμε και να δούμε τι έχουμε και πώς να λειτουργήσουμε για το μέλλον.

Απαραίτητη προϋπόθεση για εμένα είναι ο απολογισμός του έργου που ο απολογισμός αυτός πρέπει να γίνεται ανά ειδικότητα. Αν πάρουμε τις 30 καρδιολογικές κλινικές στην Αττική, με ίδια περίπου μέτρα και κριτήρια, θα βγάλουμε τα συμπεράσματα και σε πανευρωπαϊκό επίπεδο. Ποιοι υπερβάλλουν και ποιοι υπολείπονται.

Και για να τελειώσω, είναι απαραίτητο να υπάρξουν οι κλινικές αριστείας ούτως ώστε να υπάρχει όραμα, να υπάρχει στόχος και από αυτές τις κλινικές αριστείας πιθανότατα θα προκύψει και ο θεσμός των κλινικών Καθηγητών, που θα δίδουν στις κλινικές του ΕΣΥ τις διατριβές, τις εργασίες ούτως ώστε το 90% των γιατρών που σήμερα παρέχουν τις υπηρεσίες τους να μην έχουν επιστημονικό όραμα.

Και θα έλεγα ότι το κάθε Διοικητικό Συμβούλιο στο Νοσοκομείο θα πρέπει δίπλα του να έχει τους 10 δυνατούς στο Νοσοκομείο. Υπάρχουν κάποιοι που έχουν όρεξη, διάθεση αυτοί οι 10 δυνατοί πρέπει να πλαισιώσουν το Διοικητή και το Διοικητικό Συμβούλιο ούτως ώστε να μπορούν να παίρνουν αποφάσεις και να μην ασχολούνται με τα υποτυπώδη, αλλά να βλέπουν μπροστά το μέλλον. Ευχαριστώ.

ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗΣ: Ήθελα να τονίσω σε ό,τι αφορά την αναφορά στις κλινικές ή στα τμήματα αριστείας ότι τα τμήματα αριστείας για να υπάρξουν προϋποθέτουν διαδικασίες αξιολόγησης και διαπίστευσης, πιστοποίησης της ποιότητάς τους. Κατά συνέπεια δεν είναι κι αυτά κατά δήλωση, αλλά κατά τεκμήριο, πρέπει δηλαδή να τεκμηριωθεί η αριστεία τους.

Ο κ. Καρακίτσος.

Π. ΚΑΡΑΚΙΤΣΟΣ: Θέλω να τονίσω κάτι. Όταν μιλάμε για ποιότητα και έλεγχο, δεν μιλάμε για τιμωρία. Έχει πολύ μεγάλη σημασία αυτό. Μιλάμε, να βοηθήσουμε να ξεπεράσουμε το σφάλμα. Άρα η σωστή καταγραφή και η εξοικείωσή μας με τον έλεγχο, μας βοηθάει. Άρα πρέπει να πείσουμε πρώτα εμείς όλους αυτούς που συμμετέχουν ότι δεν θα τιμωρηθούν. Δεν γίνεται για να τιμωρηθούν. Αυτό είναι πολύ βασικό. Γίνεται, για να βοηθηθούν.

Και θέλω να απαντήσω με μια προσωπική εμπειρία όταν ήμουν πάρα πολύ νέος. Δούλευα τότε στον «Ευαγγελισμό» και είχαμε βάλει ένα πολύ πρωτοποριακό μέτρο, να αναπτύξουμε πρόγραμμα προληπτικού ελέγχου για καρκίνο του ενδομητρίου με κυτταρολογική λήψη σύμφωνα με τα πρότυπα των σκανδιναβικών χωρών. Από τότε μέχρι σήμερα δεν έχω κατορθώσει να το κάνω στην Ελλάδα, παρά τις προσπάθειές μου και έχοντας και τον Καθηγητή τον κ. Σαλαμαλέκη συμπαραστάτη στο Νοσοκομείο.

Βάζοντας αυτό, έρχεται μια γυναίκα με μητρορραγίες, την έβαλαν οι γυναικολόγοι του «Ευαγγελισμού» και η διάγνωση ήταν από εμάς χωριοκαρκίνωμα. Μπήκε μέσα, έκανε ολική υστερεκτομή και ήταν υπόλειμμα από κύηση που είχε μείνει στη γυναίκα αυτή, η οποία είχε 10 παιδιά και βρισκόταν σε διαμάχη με το σύζυγό της γιατί δεν χρησιμοποιούσε προφυλακτικό.

Όταν πήραμε το αποτέλεσμα εμείς τρελαθήκαμε γιατί πιστεύαμε ότι θα έρθει και θα μας κάνει μηνύσεις, έχασε η μήτρα της νέα γυναίκα. Αντ' αυτού όταν κατέβηκε από τη γυναικολογική κλινική, η γυναίκα είχε πάρει τρεις τεράστιες τούρτες να μας κεράσει, διότι την απαλλάξαμε από το άγχος του να έχει τη μήτρα της και να μένει έγκυος!

Στην αξιολόγηση. Στην Ελλάδα επειδή είμαστε και συναισθηματικοί άνθρωποι πολλές φορές την αξιολόγηση τη βλέπουμε και με τις τούρτες που δεχόμαστε και τα γλυκά. Εμείς στα εργαστήρια δεν έχουμε φακελάκια, έχουμε γλυκά!

Άρα τίθεται ένα πολύ σημαντικό θέμα το ποιος μας αξιολογεί και γιατί μας αξιολογεί. Άρα όταν θα έχουμε φυλλάδια όπου θα παίρνουμε τη γνώμη αυτών που θα παίρνουμε, θα πρέπει από πίσω να είναι δομημένα τα ερωτήματα με ένα τέτοιο τρόπο, αλλά –κι εδώ χρειάζεται τεχνική βοήθεια- και

η αποκωδικοποίηση ώστε ακριβώς να εναρμονίσουμε, να εξορθολογίσουμε αυτή την απάντηση έτσι ώστε να έχουμε το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα.

ΠΡΟΕΔΡΟΣ: Χρήστο, να προκαλέσω κι άλλες ερωτήσεις.

Πιστεύω ότι χρειάζεται και αυτό που θα κάνω, δηλαδή πρώτα να προκαλέσω τον κ. Γιαννουλάτο ο οποίος είναι ο Διευθυντής της ανασυσταθείσας τέλος πάντων Διεύθυνσης Ποιότητας και Αποδοτικότητας του Υπουργείου και της Διεύθυνσης Υποστήριξης των ΔΥΠΕ.

Και γι' αυτό το λόγο τον τοποθετήσαμε και επικεφαλής της Επιτροπής της εσωτερικής του Υπουργείου, με στόχο όλα αυτά που είπε η κα Πανταζοπούλου και που είναι πάρα πολύ ωραία, να καταγραφούν σε αυτό που είπε ο κ. Θεοδώρου σε ένα manual εσωτερικό. Τι κάνει η Γενική Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας; Ένα, δυο, τρία, τέσσερα, πέντε. Τι κάνει η Γενική Διεύθυνση Υπηρεσιών Υγείας; Ένα, δυο, τρία, τέσσερα, πέντε.

Και κυρίως να τον προκαλέσω στο κομμάτι που ήδη του έχω πει Προσωπικού και Οικονομικών για να απλοποιηθεί έτσι η δουλειά για να μην παιδεύομαστε όλοι και κατανοείτε τι λέω. Άρα η μία πρόκληση είναι προς τον κ. Γιαννουλάτο.

Και η δεύτερη πρόκληση είναι προς τον Καθηγητή τον κ. Al Assaf και τον φίλο μου τον Ανδρέα Πολυνείκη. Κάνοντας την κριτική από τις δικές σας παρουσιάσεις το πρωί και από τον κύκλο των πολύ ωραίων παρουσιάσεων που προήδρευσε ο κ. Ζηλίδης και ο κ. Σαλαμαλέκης.

Εγώ αισθάνομαι ότι πάω 20 χρόνια πίσω στην Αγγλία ή στη Δανία όταν είχα κάνει κάποιο διάστημα εκεί δουλεύοντας στα εκεί Νοσοκομεία, ή στην Κύπρο το 2000 και κάτι, ότι είχαμε ειδικούς για την ποιότητα, είχαμε ατομικές πρωτοβουλίες, αλλά δεν είχαμε μια μεθοδολογία. Και εμένα μου άρεσε κ. Al Assaf και κ. Πολυνείκη, η τεκμηρίωση του τι γίνεται στο εξωτερικό και πως Ανδρέα το πέρασες εσύ με τον Αλέκο Σταμάτη «να, το 2004 κάναμε κι αυτό».

Άρα η ερώτησή μου προς εσάς είναι πως στην Αγγλία ή στις άλλες χώρες στις αρχές της δεκαετίας του '90 –το είπε και ο Άρης στην αρχή– και πως εσείς το 2000 από τις ατομικές πρωτοβουλίες περάσατε σε ένα σύστημα συνολικό, είτε αυτό έγινε στην Κύπρο, είτε έγινε στις Ηνωμένες Πολιτείες με την Join Commission και τα λοιπά.

Δηλαδή το εκπληκτικό Ανδρέα είναι αυτό που είπες ότι ακόμη και στις ιδιωτικές κλινικές εσείς βάζετε τα guidelines το πώς θα πιστοποιηθούν. Νομίζω ο κ. Γιαννουλάτος στην πρώτη ερώτηση και ίσως αν θέλουν οι αγαπητοί μας προσκεκλημένοι στις άλλες.

Π. ΓΙΑΝΝΟΥΛΑΤΟΣ: Ευχαριστώ πολύ κ. Γενικέ.

Η δική μας η προσπάθεια είναι μέχρι το τέλος του χρόνου σε επίπεδο εσωτερικό, δηλαδή πως θα είναι οργανωμένες οι διαδικασίες του Υπουργείου πως θα μπορούμε να εφαρμόζουμε στοιχειωδώς διαδικασίες ΚΑΠ, (δηλαδή Κοινού Πλαίσιου Αξιολόγησης), όσον αφορά τις εσωτερικές διαδικασίες και δεύτερον να προσδιορίσουμε μια σειρά από διαδικασίες εσωτερικές, που μπορούν να απλοποιούν χρόνους και βήματα μέσα σε κάθε μια από τις διαδικασίες από τις οποίες εξυπηρετούνται τα Νοσοκομεία και οι ΥΠΕ, τόσο στο επίπεδο το οικονομικό, όσο και στο επίπεδο του ανθρώπινου παράγοντα, είτε αυτό λέγεται πρόσληψη είτε αυτό λέγεται μετάταξη, ως παράδειγμα.

Θα βγάλουμε κι ένα πλαίσιο δεικτών μαζί με μια σειρά από διαδικασίες εσωτερικές δικές μας, που μπορούν να αποδεικνύουν την αναγκαιότητα μιας διαδικασίας κατά φάση στο πλαίσιο δηλαδή των λειτουργιών των Γενικών Διευθύνσεων και των Υπηρεσιών, προφανώς δεν θα μπορέσουμε μέχρι το τέλος του χρόνου να το κάνουμε για όλο το Υπουργείο και για όλες τις Γενικές Διευθύνσεις, επιλεγμένα και στο βαθμό που υπάρχει υψηλότερος βαθμός εθελοντικής προθυμίας να επισπεύσουμε αυτές τις διαδικασίες.

Παράλληλα με την άλλη ομάδα που δουλεύει για τις πολιτικές πάνω στην ποιότητα για τις μονάδες υγείας και που έχει να κάνει με την εξυπηρέτηση και της ποιότητας και της υποστήριξης των ΔΥΠΕ, θα βγουν και οι άξονες, θα βγουν και οι στρατηγικές, θα βγουν ενδεχομένως και η προεπιλογή φορέων και από εκεί και πέρα θα βγουν και μια σειρά από κατευθύνσεις μέσα σε ένα πλαίσιο επιχειρησιακό, το πώς μπορούν μια σειρά από ανθρώπους που θέλουν κατά Νοσοκομείο κατά ΥΠΕ, να αρχίζουν να εφαρμόζουν στα δικά τους επιλεγμένα πεδία, μια σειρά από διαδικασίες οι οποίες θα μπορούν να υποστηριχθούν από εμάς. Ευχαριστώ πολύ.

A. ASSAF: Ευχαριστώ για την ερώτηση. Νομίζω ότι είναι σημαντικό να μιλάμε για το πώς θα ξεκινήσουμε και που πηγαίνουμε από εδώ και πέρα.

Έχουμε κάποιες εμπειρίες από διάφορες χώρες ανά τον κόσμο. Υπήρξε το ερώτημα του εάν πρέπει να αναπτυχθούν εγχώρια πρότυπα ή να χρησιμοποιηθούν τα υπάρχοντα και εγώ υπερασπίστηκα την έννοια του ότι δεν πρέπει να επανεφευρίσκουμε τον τροχό υπάρχουν ήδη πρότυπα και έχουν εντοπιστεί και έχουν υποστεί επεξεργασία και έχουν παρουσιαστεί σε όλους τους τομείς και έχουν επικυρωθεί. Για ποιο λόγο λοιπόν να δημιουργούμε νέα πρότυπα;

Προτείνω λοιπόν πρώτα απ' όλα να επιλέξετε ένα από τα πρότυπα που υπάρχουν ήδη και να το εφαρμόσετε και ο τρόπος με τον οποίον λειτουργεί είναι ότι ακόμη και να αναμείξετε και να ταιριάξετε κάποια μεταξύ τους, ίσως ένα για το νοσοκομείο κάποιο άλλο για τα εργαστήρια, αυτό είναι το πιο ταιριαστό και το πιο εφαρμόσιμο για το δικό σας σύστημα.

Το άλλο ζήτημα που έχει επίσης ιδιαίτερη σημασία, είναι το ποιος διαχειρίζεται την εφαρμογή των προτύπων. Πιστεύω λοιπόν ότι στο Υπουργείο Υγείας μπορείτε να αναθέσετε σε ένα τμήμα να ξεκινήσει τη διαδικασία εντοπισμού των προτύπων και την εφαρμογή τους, να αναλάβει την κατάρτιση του προσωπικού και όλες τις διαδικασίες προς την εφαρμογή.

Και σταδιακά να περάσετε σε μία συγκεκριμένη Επιτροπή, ή ανεξάρτητο Οργανισμό, ο οποίος θα το συνεχίσει από κει και πέρα. Θεωρώ ότι εάν θέλετε να ξεκινήσετε κάτι, μην ξεκινήσετε από όλο το σύστημα, ξεκινήστε σε μικρή κλίμακα και στη συνέχεια το διευρύνετε. Ενδεχομένως να έχετε έναν αριθμό πιλοτικών νοσοκομείων, όπου θεωρείτε ότι μπορείτε να ξεκινήσετε από εκεί τις διαδικασίες σας.

Ίσως με τρία, τέσσερα, πέντε νοσοκομεία και να πείτε ναι αυτά θα είναι τα πιλοτικά νοσοκομεία και θα ξεκινήσουμε με την καθιέρωση των προτύπων σε αυτά τα νοσοκομεία, τα εφαρμόζουμε και μετά από ένα χρόνο ενάμισι θα έχουμε αποτελέσματα και κατόπιν αυτά τα αποτελέσματα μπορούμε να τα μοιραστούμε με άλλα νοσοκομεία κι αυτά τα νοσοκομεία εν συνεχεία θα αποτελέσουν το πεδίο εκπαίδευσης για τα υπόλοιπα, που αυτό είναι ένα άλλο ζήτημα.

Το άλλο, το οποίο είναι πολύ σημαντικό επίσης, είναι το ζήτημα της βελτίωσης των δυνατοτήτων του τοπικού προσωπικού. Πιστεύω λοιπόν ότι για να διατηρηθεί αυτή η δραστηριότητα πρέπει να υπάρχει ένα εθνικό πλαίσιο, που θα έχει εγχώριους ντόπιους εμπειρογνώμονες, οι οποίοι θα συνεχίζουν τη διαδικασία. Ο εντοπισμός λοιπόν ατόμων και η κατάρτισή τους έτσι ώστε να είναι οι πρωταθλητές αυτής της πρωτοβουλίας, η οποία θα διατηρήσει τη δραστηριότητά σας για μακρό χρονικό διάστημα, είναι πιστεύω σημαντική.

Αυτά είναι μερικά από τα ζητήματα, σαφώς ξέρουμε το πόσο σημαντική είναι η κατάρτιση, η εκπαίδευση και αυτό δε θα μπορούσα να το τονίσω λιγότερο, σας ευχαριστώ πολύ.

A. ΠΟΛΥΝΕΙΚΗΣ: Εγώ πιστεύω ότι είναι και η πεμπτουσία όσον αφορά το θέμα της εισαγωγής συστήματος ποιότητας στα νοσηλευτήρια.

Η δική μου εμπειρία λέει ότι πρέπει να δημιουργηθεί μέσα στους εργαζόμενους στον τομέα της υγείας το προζύμι εκείνων των ατόμων οι οποίοι γνωρίζουν από τον τομέα της υγείας και από τον τομέα της διαπίστευσης και της ποιότητας. Δεν είναι τόσο εύκολο όσο νομίζουμε από τη θεωρία στην πράξη, γι' αυτό και η εκπαίδευση αρκετών ατόμων τα οποία να είναι γνώστες του αντικειμένου έχει τεράστια σημασία.

Εγώ κατόρθωσα να μαζέψω μέσα σε ξενοδοχείο αρκετές φορές τον Υπουργό Υγείας, τον Γενικό Διευθυντή του Υπουργείου Υγείας και όλους όσοι εργάζονταν γύρω από τον τομέα αυτό σε διήμερα-τριήμερα σεμινάρια ή συμπόσια αν θέλετε και να μιλούμε για τον τομέα της ποιότητας.

Το δεύτερο, κατορθώσαμε όταν θα λειτουργούσε το νέο Γενικό Νοσοκομείο Λευκωσίας να έχουμε ένα project το οποίο ήταν ακριβώς η εισαγωγή συστήματος ποιότητας στο νοσοκομείο, έστω ακόμα και αν ήταν κλειστό και πήγαινε να λειτουργήσει και είχαμε βάλει όλες τις βάσεις για τη λειτουργία ενός τέτοιου νοσοκομείου.

Αλλά σημασία είχε ότι όλο το προσωπικό εκπαιδεύτηκε στον τομέα της ποιότητας, ο καθένας στο επίπεδο το οποίο χρειάζεται, διότι από την κουζίνα μέχρι το χειρουργείο μέχρι τις μεταμοσχεύσεις χρειάζονται όλοι εκπαίδευση, η ποιότητα δεν είναι υπόθεση ενός ατόμου αλλά όλων όσοι εργάζονται μέσα σε ένα νοσηλευτήριο, δεν έχει να περισσέψει ούτε ένας.

Γι' αυτό και είναι το κλασικό ότι στην Ιαπωνία όταν ρωτούσαμε ποιος είναι ο Διευθυντής Ποιότητας στο εργοστάσιο κανείς δεν απαντά και στο τέλος μετά τη δέκατη ερώτηση απαντήσανε "μα όλοι είμαστε για την ποιότητα, κανείς δεν εξαιρείται".

Έτσι, κλείνοντας θα έλεγα ότι πρέπει να ξεκινήσει να δημιουργείται ο αριθμός εκείνος ο αναγκαίος, που γνωρίζουν το θέμα της εισαγωγής συστήματος ποιότητας στον τομέα της υγείας.

ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗΣ (Χ. ΖΗΛΙΔΗΣ): Κύριε Γενικό μου επιτρέπετε να συνοψίσω τρεις παρατηρήσεις που απευθύνονται από το κοινό προς εσένα;

ΠΡΟΕΔΡΟΣ: Χρήστο μου όχι, έχω το λόγο μου, αν μου επιτρέψεις, επειδή έχει μια ροή και σειρά που τη βγάλαμε εδώ με τους συναδέλφους.

Ο Γιάννης θέλει να σημειώσει κάτι ως πάσα από τον κ. Πολυνείκη, για το τι κάνουμε τους τελευταίους μήνες όσον αφορά... (τρεις τελίτσες, δεν το αποκαλύπτω).

Γ. ΣΑΡΙΒΟΥΓΙΟΥΚΑΣ: Λοιπόν, επειδή ακριβώς υπάρχει η απαίτηση και η ανάγκη να ακολουθήσουμε αυτό που η Πολιτική Ηγεσία λέει ως σύνθημα «όλοι μαζί για την υγεία», το γραφείο του κ. Γενικού έχει σηματοδοτήσει αυτή την πορεία με το σύνθημα «ΕΣΥ-NET». Το ΕΣΥ-NET λοιπόν τι είναι; Είναι το δίκτυο εκείνο που χρειάζεται για να μπορέσει όλο αυτό το σύστημα να λειτουργήσει.

Κι όταν λέμε σύστημα εννοούμε τέσσερις διακριτούς βραχίονες: Ο πρώτος βραχίονας είναι όπως καταλαβαίνετε το προσωπικό, χωρίς αυτό δε γίνεται τίποτα, το σύστημα πρέπει να είναι ανθρωποκεντρικό. Το δεύτερο είναι οι διαδικασίες, το τρίτο είναι τα δεδομένα, τι στοιχεία θα χρησιμοποιήσουμε. Και το τέταρτο και τελευταίο και καταϊδρωμένο είναι το λογισμικό και το υλισμικό. Αυτά λοιπόν είναι που συνθέτουν το ΕΣΥ-NET.

Κι επειδή είμαι Μηχανικός λοιπόν κι επειδή θέλω να είμαι λιγάκι πρακτικός, φεύγοντας από δω πέρα θα ήθελα να πω το εξής: Τι είναι αυτό που αποκομίσατε τελικά από την ποιότητα τι είναι ποιότητα; Δηλαδή φεύγοντας από την πόρτα αν σας ρωτήσει κάποιος "παρακολουθήσατε επί δυο-τρεις ώρες την ποιότητα, τι είναι ποιότητα τελικά", έχετε κάποιο γρήγορο πρακτικό οδηγό να του δώσετε;

ΣΥΝΕΔΡΟΣ: Το σωστό και ηθικό.

Γ. ΣΑΡΙΒΟΥΓΙΟΥΚΑΣ: Πολύ ωραία, υπάρχουν πολλές εκδοχές λοιπόν.

Ο κ. Assaf το είπε outcome, το ίδιο είπε και ο κ. Σκαλκίδης, εγώ θα σας δώσω τη δική μου εκδοχή, γιατί εμένα δε μου αρέσει τόσο πολύ ο Deming που αναφέρθηκε προηγουμένως, μου αρέσει περισσότερο ο Jurane ο οποίος είπε «βλέπω γύρω μου ότι μπορώ να μετρήσω».

Κι έτσι λοιπόν ως Μηχανικός σας προτείνω το εξής: Η αξία για τα χαρακτηριστικά. Αυτά τα χαρακτηριστικά δηλαδή κοστίζουν τόσο. Αυτός είναι λοιπόν ένας πρακτικός τρόπος με τον οποίον μπορείτε να προσεγγίσετε την υγεία. Είναι πολύ μακρύς ο δρόμος, όμως το πιο σημαντικό από όλα είναι να είμαστε όλοι μαζί, το ΕΣΥ-NET δηλαδή.

Σας ευχαριστώ.

ΠΡΟΕΔΡΟΣ: Πάντως εμένα Γιάννη μου αρέσει ο Donabedian στο βήμα που έγραψε λίγο προτού πεθάνει, που εκεί αναίρεσε στην ουσία όλο του τον εαυτό. Νομίζω ότι αυτά που λες στηρίζουν μια εθνικού επιπέδου προσπάθεια που γίνεται στο Υπουργείο, με τους όποιους προβληματισμούς και προβλήματα, άλλωστε δεν μπορούν να περάσουν από τη μία μέρα στην άλλη εύκολα.

Χρήστο αν θέλεις κάτι να συμπληρώσεις να σου κάνω την ερώτηση αν μου επιτρέπεις, αν και είναι δύσκολο να σε βάλω σε πλαίσια, αλλά να σου βάλω την ερώτηση. Από αυτό που περιέγραψε ο Γιάννης και που είναι κάτι από NHS executive, το τι μπορεί να γίνει στο regional health executive, χωρίς να υπάρχουν initiatives έξω από τους εθνικούς στόχους, θα τους πω εγώ σε λίγο.

ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗΣ: Κοιτάξτε, για να μη μακρηγορώ θα έλεγα ότι μπορεί να γίνει το ίδιο πράγμα σε επίπεδο περιφέρειας, δηλαδή κι εκεί υπάρχει η ανάγκη ενός δικτύου κι εκεί υπάρχει η ανάγκη κάποιων πρωτοβουλιών σε επίπεδο περιφέρειας, ούτως ή άλλως και να λειτουργήσουν δίκτυα, δηλαδή και να υπάρχουν υποΕΣΥ-NET αυτά θα είναι μεταξύ γειτόνων, επομένως η περιφέρεια λειτουργεί ως ένας φυσικός φορέας ανάπτυξης αυτών των μικροδικτύων ως το πούμε.

Κι επομένως αν αυτά που είπαμε στην αρχή που λέμε σε όλη τη διαδρομή αυτής της ημέρας πρότυπα, προγράμματα εφαρμογής, προγράμματα τεκμηρίωσης, δείκτες και μετρήσεις και συγκρίσεις, αυτά νομίζω

ότι μπορούν να υλοποιηθούν και επιβάλλεται να υλοποιηθούν σε περιφερειακό επίπεδο και βεβαίως επιβάλλεται να τα παρακολουθούμε και σε εθνικό επίπεδο.

Αλλά δράττομαι της ευκαιρίας όπως λέμε, για να μεταφέρω αυτό που εγώ θεωρώ ως απαύγασμα των όσων ειπώθηκαν που απευθύνονται προς το Γενικό Γραμματέα και αν μου το επιτρέπετε, νομίζω ότι από αυτά που ειπώθηκαν υπάρχει μία αίσθηση ανάγκης πρώτον να εξασφαλιστεί το νομικό πλαίσιο γενικά της διαπίστευσης και να ξεκαθαριστεί λίγο και το ζήτημα των σχέσεων με το ΕΣΥΔΥ, με τους ιδιωτικούς φορείς και λοιπά.

Δεύτερον, σε ότι αφορά τα ζητήματα ασφάλειας, υπάρχει ανάγκη να εξασφαλιστεί το νομικό πλαίσιο προστασίας της δήλωσης των συμβάντων και των λαθών. Τρίτον, υπάρχει ανάγκη εξασφάλισης πόρων από το ΕΣΠΑ για τα νοσοκομεία τα οποία θα μπουν σε διαδρομές διαπίστευσης κάθε είδους, πέραν των όποιων πρωτοβουλιών κατευθύνονται κεντρικά από το Υπουργείο.

Νομίζω ότι υπήρξε επίσης και κάποιος υπαινιγμός -ένα τελευταίο και κλείνω- μήπως θα έπρεπε να σκεφτεί το Υπουργείο εκτός από πόρους και κάποιου είδους κίνητρα που θα μπορούσαν να κάνουν το προσωπικό ή τα ιδρύματα να κινηθούν λίγο ταχύτερα προς την κατεύθυνση αυτή. Νομίζω πως αυτό θα ήταν το ρεζουμέ των όσων ακούστηκαν ως λόγος απευθυνόμενος προς τον Γενικό Γραμματέα.

ΠΡΟΕΔΡΟΣ: Είναι η καλύτερη πάσα που μου δίνεις, εκτός από Διοικητής της 3^{ης} Υγειονομικής Περιφέρειας είσαι μέχρι 31/10^{ου} και Πρόεδρος της Εθνικής Επιτροπής για να προτείνει κάποια standards στην ποιότητα.

Αυτό που περιγράφεται και στο reference αυτής της Επιτροπής είναι να μας προτείνει ενέργειες και χρονοδιάγραμμα ενός κ. Θεοδώρου job description, να το πω έτσι, των Επιτροπών και των Τμημάτων Ποιότητας στα 30 μεγάλα νοσοκομεία. Άρα θα πρότεινα λοιπόν μέχρι τον Οκτώβριο την εντατική δουλειά αυτής της Επιτροπής και όχι τις ατομικές πρωτοβουλίες στα νοσοκομεία, άλλωστε έχουν πολλή δουλειά να κάνουν και θα το πω σε λίγο.

Δηλαδή ακόμα και τους δείκτες Χρήστο που είπες την 1^η Σεπτεμβρίου, άστους για την 1^η Νοέμβρη, έτσι; Κι εκεί θα μπορούσαμε να παρακαλέσουμε τον Καθηγητή Al Assaf, τον Αντρέα τον Πολυνείκη και τον

Αλέκο το Σταμάτη να έρθουν ξανά τον Οκτώβριο, να τους προσκαλέσουμε εμείς να έρθουν ξανά, δεν ξέρω αν θα είναι workshop δεύτερο -όπως μου φωνάζει ο κ. Γιαννουλάτος- ή θα είναι μια προετοιμασία της Επιτροπής να σας παρουσιάσει το έργο, να ανταλλάξει απόψεις και αμέσως την επόμενη μέρα να γίνει ένα δεύτερο workshop, ούτως ώστε να γίνουν πράξη αυτά που είπατε κ. Θεοδώρου.

Μέχρι τότε όμως δεν καθόμαστε, τώρα θα πρέπει να κάνω μία μίξη των συμπερασμάτων από εδώ και αυτά που η Υπουργός μου είπε να σας μεταφέρω. Κατ' αρχήν, για όνομα του Θεού, δεν κάναμε αυτή την ημερίδα για να πούμε ποιότητα κόψτε κι άλλα λεφτά, ούτε κάναμε αυτή την ημερίδα για να πούμε ποιότητα που θα βρούμε τα λεφτά.

Κάναμε αυτή την ημερίδα λίγο για να αλλάξουμε την ατζέντα, κάναμε αυτή την ημερίδα για να δούμε τις θαυμάσιες ατομικές πρωτοβουλίες που υπάρχουν στη χώρα, πως μπορούν να λειτουργήσουν ως κάτι από best practice και να μπουν οι εθνικοί και οι περιφερειακοί στόχοι και θα ήθελα εδώ να σας θυμίσω ότι το μέσο κόστος του ασθενούς στην Ελλάδα είναι 4 χιλιάδες ευρώ συνάδελφοι.

Αν δείτε τους διεθνείς ευρωπαϊκούς δείκτες δεν είναι λίγα τα λεφτά, όμως δε θέλω να μπω καθόλου σε αυτή την κουβέντα, είναι στόχος και ανακοινώθηκε κι από την Υπουργό εχτές στους Διοικητές των ΥΠΕ, ότι ο Ιούλιος είναι ο μήνας που κάνουμε την προσπάθειά μας για τα οικονομικά τις προμήθειες και μέσα από το reporting system που είπε ο Γιάννης να δούμε ένας προς ένας οι Διοικητικές τι μπόρεσαν να κάνουν, όχι για να τιμωρήσουμε κανέναν, για να σας βοηθήσουμε, ούτως ώστε να πάμε καλά το δεύτερο εξάμηνο.

Και φυσικά ο Ιούλιος είναι μήνας όχι μόνο για να κόψουμε ή να περιορίσουμε τις δαπάνες ή να εξορθολογήσουμε τις προμήθειες, είναι και μήνας για να αναπτύξουμε τα νοσοκομεία της χώρας, μέσα από το ΕΣΠΑ. Γι' αυτό σας είπε ο Γιάννης Σαριβουγιούκας ότι η διαχειριστική επάρκεια είναι ότι καλύτερο, για να κάνετε εσείς τα έργα. Γιατί αν δεν έχετε εσείς τη διαχειριστική επάρκεια θα πρέπει κάποιος άλλος να κάνει τα έργα.

Αύγουστος: Ο Αύγουστος είναι συνήθως μήνας πλήρους διακοπών στην Ελλάδα. Εγώ θα παρακαλέσω εξ ονόματος της Υπουργού

τους Διοικητές και τους Υποδιοικητές να μην πάρουν άδεια καθόλου τον Ιούλιο και το Σεπτέμβριο και τον Αύγουστο να πάρουν μόνο το μισό μήνα, αφήνοντας πίσω αντικαταστάτη τους. Νομίζω δύο εβδομάδες άδεια για ότι τραβάει η χώρα στον νοσοκομειακό τομέα είναι πάρα πολύ.

Και φυσικά σας μεταφέρω το μήνυμα της Υπουργού, από το νομοσχέδιο που ολοκληρώνεται την επόμενη εβδομάδα και θα δημοσιευθεί μέχρι το τέλος Ιουλίου, να εξετάσετε τουλάχιστον τα μεγάλα νοσοκομεία κι εδώ είναι οι Διοικητές όλων των μεγάλων νοσοκομείων, πως θα είναι το νέο σύστημα ολοήμερης λειτουργίας και το νέο σύστημα εφημεριών από την 1^η Σεπτεμβρίου.

Ξαναγυρνάω πίσω στη συζήτηση που έγινε. Το νομοσχέδιο μιλάει για τις Επιτροπές Ποιότητας σε νοσοκομεία άνω των 400 κλινών. Θα με ρωτούσε κάποιος γιατί, τα κάτω των 400 κλινών; Ήταν μια νομοτεχνική δέσμευση από τον 2889. Λέω ευχαρίστως στους συναδέλφους που είναι σε νοσοκομεία μικρότερα ξεκινήστε και φτιάξτε κι εσείς τις Επιτροπές Ποιότητας, κανένας δεν εμποδίζεται.

Και φυσικά από πού είπε ο κ. Al Assaf είναι πάρα πολύ σωστό, να διαλέξουμε τρία από τα τριάντα νοσοκομεία, είναι γνωστό σε όλους ότι έχουμε διαλέξει τρία νοσοκομεία για να προχωρήσουν τα πληροφοριακά τους συστήματα -βλέπω και κάποιους Διοικητές εδώ- εγώ δε θα ήθελα να επαναληφθεί η επιλογή από μένα αλλά θα σας στείλουμε τη Δευτέρα ένα email σε όλους τους Διοικητές των μεγάλων νοσοκομείων να μας πείτε την πρότασή σας και να αφήσετε σε μας να διαλέξουμε τα τρία νοσοκομεία που πιστεύουμε ότι είναι πολύ κοντύτερα στην πρόταση του κ. Al Assaf.

Άρα θα έχουμε την Εθνική Επιτροπή Ποιότητας Χρήστο μέχρι τον Οκτώβριο, προσπαθούμε και θα το καταφέρουμε να σώσουμε και να μετονομάσουμε το ΕΚΕΒΥΛ σε Κέντρο Αξιολόγησης και Διαπίστευσης της Ποιότητας. Η κυβερνητική απόφαση ήταν να καταργηθεί το ΕΚΕΒΥΛ και να μπει στον ΕΛΟΤ, νομίζω ότι αντιστεκόμαστε και ήδη εγώ έχω μια συνάντηση την Τρίτη με το ΕΚΕΒΥΛ για να δούμε τι γίνεται κι εκεί.

Να έχουμε λοιπόν κάτι από Nice, κάτι από Joint Commission, που θα μπορεί η Επιτροπή του Χρήστου τον Οκτώβριο να μεταφέρει αυτή την

τεχνογνωσία και να στηρίξει -καταργήθηκε το Κέντρο Ποιότητας που δε λειτούργησε ποτέ βέβαια Άρη.

Εν πάση περιπτώσει εγώ θεωρώ ότι χρειάζεται ένας Εθνικός Φορέας Ποιότητας και συμφωνήσαμε με την Υπουργό αυτός θα είναι ο Εθνικός Φορέας Ποιότητας γιατί έχει τη δομή. Άρα Επιτροπή και Εθνικός Φορέας μαζί με τις Επιτροπές Ποιότητας, οι οποίες φυσικά θα πρέπει να υποστηριχθούν από τα Τμήματα Ποιότητας του 2889 και θα πρέπει να αναφέρουν Χρήστο στα Τμήματα Ποιότητας των ΔΥΠΕ του 2889 ή στους ΔΥΠΕάρχες.

Για το Υπουργείο μίλησε ο Πέτρος Γιαννουλάτος, το Υπουργείο έχει διαχειριστική επάρκεια, αλλά εδώ είναι το ζητούμενο όχι τι χαρτί έχουμε, αλλά να επαναβεβαιώσουμε αυτά που είπαμε.

Τώρα, ποιο θα ήταν το επόμενο βήμα, αυτό που υπαινίχθηκες Γιάννη το ΕΣΥ-NETWORK και είπες κάποια στιγμή να φύγουμε, αλλά δεν είπες από την αίθουσα, έτσι; Κι εγώ σου εύχομαι και μπορώ να το ανακοινώσω τώρα, βλέπεις το γραφείο μου είχε την πολυτέλεια ή την ευκαιρία να βγάλει τρεις Διοικητές νοσοκομείων -κάποιοι είναι εδώ- βγάζει κι έναν Υποδιοικητή του ΙΚΑ Άρη και είναι το μεγάλο του βάρος το ΕΣΥ-NET να πάει να το εφαρμόσει στο ΙΚΑ με την υποχρέωση να μας φέρει τα 200 κέντρα υγείας στο ΕΣΥ πλήρως οργανωμένα και μηχανογραφημένα.

Άρα ξαναγυρνάω πίσω σε όλους τους ομιλητές και στον κ. Θεοδώρου, οπωσδήποτε θα βγει το ευαγγέλιο των Επιτροπών Ποιότητας που δεν ξέρω αν θα είναι Σεπτέμβριο ή Οκτώβριο και θα έλεγα ότι πρέπει τα νοσοκομεία στα πλαίσια όλων των ομιλητών, ότι είπαν όλοι οι ομιλητές, να προετοιμαστούν γι' αυτό που ειπώθηκε στο πρώτο και στο δεύτερο τραπέζι το 2010 και να συζητήσουμε για διαπίστευση το 2011 γιατί είναι λίγο νωρίς.

Και τέλος, η προσπάθειά μας από το Σεπτέμβριο θα είναι και στο κομμάτι των θεραπευτικών πρωτοκόλλων και των DRGs, αλλά δε νομίζω Γιάννη Σκαλκίδη ότι πρέπει να ανοίξουμε και τις 25 θεραπευτικές κατηγορίες μαζί, θα προσπαθήσουμε.. στα DRGs έτσι κι αλλιώς υπάρχουν εμπειρίες από τις άλλες χώρες και η χώρα δεν μπορεί να αναμένει άλλο αυτό το κακό νοσήλιο.

Εκεί μπορεί να γίνει και στις 25 αν θα διαλέξουμε μία δεν ξέρω αν θα είναι η ογκολογική ή οτιδήποτε άλλο και ίσως πάνω σε αυτό στα θεραπευτικά πρωτόκολλα και στα DRGs θα ήθελα να πει κάτι ο Άρης κλείνοντας τη συνάντηση αυτή, γιατί ποιότητα σημαίνει και χιούμορ Άρη και ξέρω ότι θα αναφερθείς.

ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗΣ: Πριν κλείσει ο Άρης, ξεχάσατε κάτι, εκκρεμεί να απαντήσετε στο τι θα γίνει με τα πρακτικά αυτού του workshop.

ΠΡΟΕΔΡΟΣ: Τα πρακτικά θα κοινοποιηθούν σε όλους, όχι τα πρακτικά, οι εισηγήσεις των ομιλητών και το βίντεο που λαμβάνεται θα είναι όπως το CD που σας είχαμε δώσει στα γραφεία σας, εν ευθέτω χρόνω. Και νομίζω Άρη με τα θεραπευτικά πρωτόκολλα και πως βλέπεις την εφαρμογή τους μέσα από το χιούμορ της ποιότητας που σε διακρίνει, πρέπει να το κλείσεις.

ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗΣ (Α. ΣΙΣΣΟΥΡΑΣ): Εγώ πρώτα-πρώτα χαίρομαι, γιατί είχα σημειώσει και με πρόλαβες Χρήστο Ζηλίδη, στο τέταρτο σημείο που είπε, γιατί απευθυνόταν στον Γενικό Γραμματέα και στο Υπουργείο, ότι να δοθούν κίνητρα.

Αυτό δεν είναι άσχετο, διότι ήθελα να τελειώσουμε λίγο το συγκινησιακό ή αν θέλετε το ευαγγελικό ότι πραγματικά όπως είπατε γιατρέ ότι δεν ήταν το πρωινό σας χαμένο. Εμείς που παλεύουμε εδώ και είκοσι-τριάντα χρόνια πραγματικά να δημιουργηθεί ένα κίνημα για την ποιότητα της υγείας.

Είπα προηγούμενα ότι έχουμε αυτή η δεκαετία -Νίκο Πολύζο και υπόλοιποι- να σφραγιστεί που να έχει και τις δύο δεκαετίες και για τη συγκράτηση του κόστους και των δαπανών, αλλά οπωσδήποτε η ποιότητα της υγείας, αυτό έχει σημασία μεγάλη. Και μέσα σε αυτή τη δουλειά η λέξη που είχα σημειώσει Χρήστο Ζηλίδη και το πήρα σαν το τρίτο είναι «συμμάχους», γιατί για οποιαδήποτε μεταρρύθμιση και οποιαδήποτε δουλειά, πρέπει να βρούμε συμμάχους να στηρίζουν.

Κι επειδή η κουβέντα γύρισε και στους γιατρούς, γιατί επιμένω ότι είναι ο άξονας και είναι η πλατφόρμα η μεγάλη, ήταν πολύ ευχάριστο που αναφέρατε ότι θα πρέπει να γίνουν σύμμαχοι σε αυτή την προσπάθεια για την αναβάθμιση της ποιότητας, αλλά και αντικατάσταση μηχανισμών και οτιδήποτε άλλο.

Δηλαδή εγώ ήθελα πάντοτε αυτό που έλεγαν «κέντρο parexcelence» τα έλεγα και στα πανεπιστήμια, ότι στο δικό μας το πανεπιστήμιο να βρούμε δυο-τρία τμήματα τα οποία είναι center for excellence δηλαδή είναι κέντρα αριστείας, τα οποία θα είναι και τα bench marking Γιάννη Ζηλίδη και θα είναι οτιδήποτε άλλο. Επομένως δεν είναι μόνο τα νοσοκομεία να είναι τα pilots και να κάνουν το bench marking best practices, αλλά ακόμη και εσωτερικά ακόμα και κλινικές.

Επομένως συμμάχους και για να κινητοποιήσουμε συμμάχους Χρήστο Ζηλίδη συμφωνώ, χρειαζόμαστε κίνητρα. Ο Αλ Σαντ είπε στην Αμερική υπάρχει το «P for P» που σημαίνει payment for performance. Κάποτε δηλαδή στην Ελλάδα πρέπει Νίκο να αρχίσουμε να κινητοποιούμε, ίσως δεν είναι ο χρόνος αυτός, αλλά θα πρέπει ακόμη να δούμε και διαφορετικές νόρμες που θα πληρώνουμε γι' αυτούς που εργάζονται στο νοσοκομείο και να μην έχουν αυτή την ομογενοποίηση.

Επειδή όμως είπες ότι ο Γιάννης πάει στο ΙΚΑ, μου έφερες και του είπα του ΙΚΑ ξανά πάλι και είπε για τις συντάξεις και μου ήρθε τώρα, αλλά επειδή τέλειωσε το ασφαλιστικό επειδή ήταν προχθές και φαγωθήκαμε προχθές το βράδυ και με τον Ηλία τον Μόσιαλο που ήταν ο κεντρικός εισηγητής του ασφαλιστικού και τον χάσαμε σε αυτό το meeting που νομίζω ήταν προσκεκλημένος και ο Μόσιαλος εδώ αλλά δεν μπόρεσε να έρθει, είχε όλη την ευθύνη στο ασφαλιστικό και έλεγε προχθές Άρη πέρασες από τη Διοίκηση του ΙΚΑ και λέω τι μου θύμισες τώρα; Βάλατε στο ασφαλιστικό τμήμα και δε βάλατε..

Γιατί να ήταν ένας και πήγε στην Επιτροπή για να του δώσουν τη σύνταξη. Πάει στην Επιτροπή λοιπόν να του δώσουν τη σύνταξη και βγάζει το πουκάμισό του λίγο εδώ πέρα, βλέπουν τις άσπρες τρίχες κι όλα αυτά τα πράγματα και λέει τι γίνεται; Λέει να έχω δημιουργήσει ορισμένα πράγματα και πραγματικά η Επιτροπή του δίνει τη σύνταξη.

Του δίνει τη σύνταξη, γυρίζει πίσω στο σπίτι, πάει στη γυναίκα του και λέει γυναίκα την πήρα τη σύνταξη. Την πήρες -λέει- τι έκανες; Λέει να, άνοιξα εδώ και τους έδειξα την κατάσταση που υπήρχαν, είδαν τις άσπρες κιόλας τρίχες ότι είχε γεράσει. Και λέει η γυναίκα του καλά, δεν κατέβαζες τα παντελόνια να πάρεις σύνταξη αναπηρίας καλύτερα;

Λοιπόν, μην το πάμε προς τα κει, γιατί ακόμη στενοχωρήθηκα το 1981 που πήγα στο ΙΚΑ που υπήρχαν αναπηρίες μαϊμού, γι' αυτό το είπα υπ' αυτή την έννοια. Σίγουρα δεν μας ενδιαφέρει απλά, πρέπει να εξυγιάνουμε το σύστημα.

Λοιπόν να σας ευχαριστήσουμε και θα τα πούμε τον Οκτώβριο στο άλλο σεμινάριο και να με βάλετε πάλι να συντονίσω το τραπέζι. Ευχαριστώ πολύ.

ΛΗΞΗ ΕΡΓΑΣΙΩΝ