

**ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ**

ΕΙΔΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ

ΠΡΑΚΤΙΚΑ

2^ο ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΥ ΣΕΜΙΝΑΡΙΟΥ

ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΜΕ ΘΕΜΑ:

***«Ασφάλεια Ασθενών και Ποιότητα Υπηρεσιών
Υγείας. Η Διεθνής Εμπειρία και η Ελληνική
Πραγματικότητα»***

ΣΑΒΒΑΤΟ 11 ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΥ 2010

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ

ΕΙΔΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ

2^ο ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΣΕΜΙΝΑΡΙΟ

ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΜΕ ΘΕΜΑ:

**«Ασφάλεια Ασθενών και Ποιότητα Υπηρεσιών Υγείας. Η
Διεθνής Εμπειρία και η Ελληνική Πραγματικότητα»**

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΕΡΓΑΣΙΩΝ

- Χαιρετισμός Γενικού Γραμματέα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης

- **ΘΕΜΑΤΙΚΕΣ ΕΝΟΤΗΤΕΣ ΚΑΙ ΟΜΙΛΗΤΕΣ**

ΜΕΡΟΣ Α΄:

«Ποιότητα και ασφάλεια ασθενών»

ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗΣ:

Δρ. Άρης Σισσούρας, Καθηγητής Πολυτεχνικής Σχολής Πανεπιστημίου
Πατρών

ΟΜΙΛΗΤΕΣ:

I. Καθηγητής κ. **I. Υφαντόπουλος**, Σχολή Νομικών, Οικονομικών και
Πολιτικών Επιστημών, Τμήμα Πολιτικής Επιστήμης και Δημόσιας
Διοίκησης

II. **Dr Agnes Leotsakos**, WHO, Γενεύη

III. Prof. Aneez Esmail, M. Βρετανία

Διάλειμμα Καφέ

ΜΕΡΟΣ Β΄:

«Ποιότητα στα νοσοκομεία. Η διεθνής εμπειρία»

ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗΣ:

I. Σκαλκίδης, Επίκουρος Καθηγητής Ιατρικής και Μέλος της Ομάδας Εργασίας για τις Διαδικασίες Ποιότητας στα Νοσοκομεία του ΕΣΥ.

ΟΜΙΛΗΤΕΣ:

I. Dr. Jaco Burgers, Scientific Institute for Quality in Healthcare in Holland

II. Dr. Ana Cristina Costa, Διεύθυνση Ποιότητας Υπουργείου Υγείας Πορτογαλίας.

III. Dr. Polis Georgiades, Κύπρος

ΜΕΡΟΣ Γ΄:

«Εφαρμογή Δράσεων Ποιότητας στα νοσοκομεία του ΕΣΥ»

ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗΣ:

Χρήστος Ζαλίδης, Διοικητής 3^{ης} Υγειονομικής Περιφέρειας Μακεδονίας και Πρόεδρος της Ομάδας Εργασίας για τις Διαδικασίες Ποιότητας στα Νοσοκομεία του ΕΣΥ.

ΟΜΙΛΗΤΕΣ:

I. κ. Π. Γιαννουλάτος, Προϊστάμενος Διεύθυνσης Ποιότητας και Αποδοτικότητας του Υ.Υ.ΚΑ. και Πρόεδρος της Ομάδας Εργασίας για τις Διαδικασίες Ποιότητας στο Υ.Υ.ΚΑ.

II. κ. Δ.Μπαρτσώκας, Διοικητής του Ογκολογικού Νοσοκομείου Κηφισιάς «ΑΓ.ΑΝΑΡΓΥΡΟΙ»

III. κ. Μ. Θεοδώρου, Διοικητής στο Γ.Ν. Αθηνών «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»

IV. κ. Χαρ. Δουλγεράκης, Διοικητής στο Γ.Ν. Χανίων «Ο ΑΓΙΟΣ ΓΕΩΡΓΓΙΟΣ»

V. κ. Βας. Αγγουράς, Διοικητής στο Γ.Ν. Λαμίας

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

ΣΑΒΒΑΤΟ 11 ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΥ 2010

ΓΕΝΙΚΟΣ ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ: ΝΙΚΟΣ ΠΟΛΥΖΟΣ

ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗΣ (Α. ΣΙΣΣΟΥΡΑΣ): Κυρίες και κύριοι, μπορώ να έχω την προσοχή σας, την καλημέρα μας. Νομίζω και με τα χιόνια είμαστε όλοι παρόντες, οι Βορειοελλαδίτες ήταν πιο νωρίς εδώ απ' αυτούς από τα βόρεια προάστια.

Θα είναι πάλι μια ωραία μέρα και είναι και ευχάριστο που συνεχίζεται αυτή η πορεία για την ποιότητα γιατί όπως είπα και την περασμένη φορά και μ' αρέσει πάντοτε να το τονίζω, ότι αυτή η θεωρία των δύο δεκαετιών που μείναμε πίσω και έχουμε μπροστά τη δεκαετία που πρέπει να καταφέρουμε και τους δύο στόχους:

Τους στόχους της αποδοτικότητας αποδοτικότητα που εννοούμε όλη την εξυγίανση και την ανασυγκρότηση του συστήματος υγείας και τους στόχους της ποιότητας. Αυτό που όλη η Ευρώπη την τελευταία δεκαετία ειδικότερα επιμένει πάρα πολύ στις διαδικασίες της διασφάλισης της ποιότητας.

Γρήγορα – γρήγορα εγώ θα πω δυο – τρία λόγια γιατί έχουμε σήμερα πολλές εισηγήσεις και έχουμε και φιλοξενούμενους από το εξωτερικό που θα μας δώσουν τις εμπειρίες, έτσι εισαγωγικά. Τέσσερα εισαγωγικά σημεία.

Πρώτα η ποιότητα. Η ποιότητα αφορά βασικά την αποτελεσματικότητα και έχουμε εισήγηση και θα ξεκινήσουμε με τον κ. Υφαντόπουλο, γιατί ο στόχος μας για αποτελεσματικότητα είναι μεγάλη προτεραιότητα.

Το δεύτερο όμως που θα θέλουμε όλοι να κουβεντιάσουμε σήμερα, που για μένα το θεωρώ ίσως το κεντρικό, ότι οι παρεμβάσεις που κάνουμε για την βελτίωση της ποιότητας εάν συνοδεύονται και με εξορθολογισμό των δαπανών, γιατί δεν μπορούμε να αρνηθούμε, ότι βρισκόμαστε σ' αυτή την εποχή που όλες οι πολιτικές μας στοχεύουν για την μείωση των δαπανών και έχετε όλοι οδηγίες και έχετε μνημόνια.

Επομένως είναι ένα κρίσιμο θέμα που σήμερα θα θέλαμε πολύ να βγει ότι με την παρέμβαση στην ποιότητα σίγουρα κοιτάμε και τον εξορθολογισμό των δαπανών. Οι κλινικές οδηγίες, τα DRGs προσφέρουν προς αυτή την κατεύθυνση;

Εδώ τώρα κάνω την παρένθεση για τον συνονόματο τον κ. Μουσιώνη ο οποίος πλέον μας έχει δώσει αυτή τη διάσταση που έχει κάνει επίθεση στη μείωση των δαπανών, μόνο που Άρη επαναλαμβάνεις σχεδόν κάθε πρωί και λες άλλαξε η ρότα στα νοσοκομεία. Και κάποιος με ρώτησε βρε Σισσούρα τι εννοεί ρότα, μήπως θέλει να πει roster ήταν ποδοσφαιρόφιλος αυτός, μήπως άλλαξε το roster και δεν θέλησες να πεις, ότι ναι προσπάθησα να βάλω τους γιατρούς να ακολουθήσουν κλινικές οδηγίες, να ακολουθήσουν πρωτόκολλα.

Επομένως το βασικό θέμα που όχι μόνο εμείς οι ακαδημαϊκοί, αλλά και στην πρακτική του είναι να δούμε αυτές τις αντισταθμίσεις, τα trade offs μεταξύ της επίθεσης που πρέπει να κάνουμε για τη βελτίωση της ποιότητας, αλλά μαζί και τι κάνουμε για τη μείωση των δαπανών. Είναι ένα κεντρικό θέμα που είμαι σίγουρος από την κουβέντα σήμερα θα βγει.

Και βεβαίως το τρίτο θέμα είναι αν έχουμε θεσμικούς οργανισμούς που κοιτάνε την ποιότητα, έχουμε το φίλο μας από την Ολλανδία, εγώ έτυχε παλιότερα σε ένα συνέδριο ευρωπαϊκό που οργανώσαμε στην Ελλάδα την Ελληνική Προεδρία να έχουμε την εμπειρία του Οργανισμού του Εθνικού πλέον της Ολλανδίας που κοιτάει για την ποιότητα.

Αλλά στο μικροεπίπεδο, στο επίπεδο το δικό σας και το δικό μας όλων των Νοσοκομείων, αλλά και στο μακροεπίπεδο εάν θα προχωρήσουμε για τη δημιουργία τέτοιων εθνικών θεσμών, ινστιτούτων για την ποιότητα.

Και το τελευταίο βεβαίως να έχουμε τις καλύτερες πρακτικές. Τελειώνουμε το απόγευμα με τα best practices που θα έρθουν από ορισμένους από εσάς από τα Νοσοκομεία.

Αυτά ήθελα να πω από μένα. Και θα προχωρήσουμε μετά γιατί έχουμε μια μεγάλη μέρα και πολύ ενδιαφέρουσα ξεκινώντας από τους Γραμματείς, τώρα δεν ξέρω να μην έχω κανένα διπλωματικό πρόβλημα. Ποιος θα μιλήσει πρώτος;

N. ΠΟΛΥΖΟΣ: Να έχω την παρουσίαση. Κατ' αρχήν τα εισαγωγικά, καλή σας μέρα σε όλους, ευχαριστούμε για την παρουσία. Πραγματικά για μένα είναι πρωτοφανές ότι είναι τόσο κόσμος στο ακροατήριο.

Τον χαιρετισμό του Υπουργού μας, ο οποίος δεν μπόρεσε να παραβρίσκεται, μου τηλεφώνησε το πρωί και μου είπε, ότι είναι μαζί μας. Αυτή την εβδομάδα θα έχει και βαρύτατο κοινοβουλευτικό έργο γιατί κατατίθεται το νομοσχέδιο. Νομίζω κι αυτό συμβάλει στην αποδοτικότητα και στην ποιότητα του συστήματος με διάφορους τρόπους.

Και θα ήθελα λιγάκι να πάω στο παρελθόν, αντί εισαγωγής, αρχές διακυβέρνησης για την υγεία το ονομάζω, νομίζω ότι αυτά τα έχουμε συζητήσει εδώ και 10 μήνες που κάνουμε τις συναντήσεις είτε για το κομμάτι της αποδοτικότητας, είτε για την ποιότητα συζητώντας από το χθες πως μπορούμε να πάμε μαζί στο σήμερα με συμμετοχή, πειθαρχία και έλεγχο.

Όλοι αυτοί οι στόχοι, οι οδηγίες, οι κατευθύνσεις, τα στοιχεία που μαζεύουν συντείνουν στη συμμετοχή όλων και στη συμμετοχή όχι μόνο των ανώτατων διοικητικών στελεχών, αλλά και των ενδιάμεσων και των κατώτατων, ούτως ώστε αύριο να φτάσουμε σε ένα αποτελεσματικό και βιώσιμο Εθνικό Σύστημα Υγείας που δυστυχώς είναι ο πρώτος στόχος. Δυστυχώς αυτό το λέω γιατί θα έπρεπε να είχε εξασφαλιστεί και να πάμε σε συστήματα ποιότητας και συστήματα αποτελεσματικότητας.

Μαζί, λοιπόν, μέχρι σήμερα τα πρώτα αποτελέσματα, υπάρχουν επιχειρησιακοί σχεδιασμοί που μόλις εγκρίθηκαν, υπάρχει ο οικονομικός μας μηχανισμός που παρακολουθεί τα πάντα σε κάθε νοσοκομείο, σε κάθε Υγειονομική Περιφέρεια και στο κεντρικό Υπουργείο.

Και φυσικά να μην ξεχνάμε τον αναπτυξιακό μας μηχανισμό με κυριότερο εργαλείο το ΕΣΠΑ. Όλοι γνωρίζετε ότι το χρηματοδοτικό αυτό πλαίσιο θα είναι το τελευταίο που θα δίνει τη δυνατότητα στη χώρα να αναπτύξει το Εθνικό Σύστημα Υγείας.

Άρα το επιχειρησιακό κομμάτι, το οικονομικό κομμάτι, το κομμάτι της αποδοτικότητας πρέπει να συνδυαστεί και με το αναπτυξιακό κομμάτι και αν βλέπετε στη διαφάνεια κάτω – κάτω αριστερά όπως το βλέπω εγώ, εμείς το ονομάζουμε σαν ένα πληροφοριακό σύστημα που από το Γενάρη θα ονομάζεται ΕΣΥ.NET.

Δεν θα μείνω πολύ στο τι πετύχαμε, μόνο δύο διαφάνειες. Είναι σαφές ότι η ποσότητα, η αύξηση των νοσηλευόμενων είναι εμφανής και μεγάλη. Θα μου πει κάποιος δεν βελτιώθηκε ραγδαία το σύστημα υγείας, ίσως ο Έλληνας ασθενής να έχει την ανάγκη περισσότερο τώρα υπ' αυτές τις δύσκολες οικονομικές συνθήκες του Εθνικού Συστήματος Υγείας, αλλά φυσικά είναι εμφανής η προσπάθεια όλων σας στην αποδοτικότητα του συστήματος με την ραγδαία πτώση του κόστους ανά ασθενή όχι μόνο εξ αιτίας της αύξησης των ασθενών, αλλά και εξ αιτίας της πρωτογενούς μείωσης των δαπανών της υγείας.

Φυσικά κοντά σ' αυτό το κομμάτι έχουμε φτιάξει τις διαδικασίες μας ξεκινώντας από τις διοικητικές και οικονομικές υπηρεσίες, ούτως ώστε να ξέρουμε ένας ασθενής από την ώρα που μπαίνει μέχρι την ώρα που βγαίνει πώς διακινείται και ένα υλικό ή ένα φάρμακο από την ώρα που μπαίνει μέχρι την ώρα που βγαίνει πως διακινείται.

Το δεύτερο έχει σχέση και με τις κωδικοποιήσεις είτε αυτό έχει σχέση με το λογιστικό σχέδιο, είτε με τις κωδικοποιήσεις φαρμάκων και υλικών που κι αυτές είναι έτοιμες προς χρήση από την 1/1.

Και κλείνω το κομμάτι ως πούμε της ενασχόλησης μας των τελευταίων μηνών με τον οικονομικό έλεγχο και την αποδοτικότητα, γνωρίζουμε όλοι, τα έχουμε συζητήσει, πέντε πράγματα που μας ζητάει και το μνημόνιο που ανέφερε ο καθηγητής ο κ. Σισσούρας, 50 ζητάει, ακριβώς 50 δράσεις έχει το μνημόνιο, αλλά εμείς τα συγκεντρώνουμε σ' αυτά τα πέντε, έτσι ώστε στο τέλος της χρονιάς να καταφέρουμε για πρώτη φορά να πληρώσουμε τις υποχρεώσεις μας, να εισπράξουμε τις απαιτήσεις μας, να κάνουμε ισολογισμούς, να κάνουμε προϋπολογισμούς, να ολοκληρώσουμε τις κωδικοποιήσεις, έτσι ώστε από την 1/1/2011 να μπορούμε να παρακολουθήσουμε πόντο – πόντο που πηγαίνουν τα χρήματα.

Και το τελευταίο που θα ολοκληρωθεί σήμερα με τους Διοικητές των ΔΙΠΕ που είναι εδώ σε συνδυασμό με τα επιχειρησιακά σχέδια είναι να μπορούμε από την 1/1 να έχουμε κι εμείς κάτι από σφαιρικό προϋπολογισμό. Δηλαδή κάθε νοσοκομείο να ξέρει όχι μόνο στο κομμάτι της μισθοδοσίας, αλλά και στο κομμάτι των λειτουργικών δαπανών πού και τι ξοδεύει. Και φυσικά το μέλλον το είπε και ο κ. Σισσούρας είναι τα DRGs από την ολότητα να πάμε στον ασθενή και στην ασθένεια.

Εγώ θα έβλεπα τη σημερινή συνάντηση έτσι όπως το πρόγραμμα φτιάχτηκε από την Εθνική Επιτροπή Ποιότητας, μερικοί εκ των οποίων προεδρεύουν στα τραπέζια σήμερα είναι ότι είναι τρία πράγματα. Το πώς θα καταφέρουμε να ανοίξουμε το διάλογο με τις Επιτροπές Ποιότητας και τις Διοικήσεις για να φτιάξουμε διαχειριστικά συστήματα ποιότητας νοσοκομείων, που θα οδηγήσουν σε πραγματικές πιστοποιήσεις.

Αυτή την εποχή κάνετε διαχειριστικές επάρκειες για το ΕΣΠΑ, αλλά θα μου συγχωρέσετε δεν είναι αυτό που λέμε certification ή accreditation, πώς θα φτάσουμε εκεί; Με ένα συνολικό σύστημα διαχείρισης της ποιότητας και υπάρχει ολόκληρο session γι' αυτό.

Υπάρχει δεύτερο κομμάτι με τη διεθνή εμπειρία και εγώ βάζω ένα ερώτημα, μας χρειάζεται ένας Εθνικός Οργανισμός Ποιότητας; Θα ήταν καλό να απαντηθεί σήμερα μέσα από τη διεθνή εμπειρία.

Και το τρίτο κομμάτι είναι ασφάλεια ασθενών, είναι το 1ο τραπέζι και εκεί βάζω ένα ερώτημα. Αν θα πάμε σε οριζόντια ή κάθετα συστήματα; Και αυτό που εννοώ κάθετο σύστημα είναι το ISO, είναι το HASP, είναι αν θέλετε τα συστήματα που παίρνουν επιμέρους μια δραστηριότητα και την κατεβάζουν προς τα κάτω μέχρι να πιστοποιηθεί ή θα πάμε σε οριζόντια συστήματα που παίρνουν τον ασθενή από την είσοδό του μέχρι την έξοδό του και πιστοποιούν όλες τις δραστηριότητες είτε αυτές είναι κλινικές, είτε νοσηλευτικές, είτε διοικητικές, είτε οικονομικές.

Να πούμε δυο λόγια τα επιχειρησιακά βήματα της Ποιότητας που έκανε το Υπουργείο τους τελευταίους 6-7 μήνες. Συστάθηκαν δύο Επιτροπές, μία για το Υπουργείο που κοιτάζει τις διαδικασίες του Υπουργείου και πώς θα αναμορφωθούν. Και μία επιτροπή για το Εθνικό Σύστημα Υγείας.

Άρα θα αναμέναμε απ' αυτή την επιτροπή και παρακαλώ σήμερα όσους συντονίζουν τα ανάλογα τραπέζια να μας πουν και τον εξάμηνο απολογισμό τους.

Με το Ν. 3868 στο άρθρο 8 συστάθηκαν οι Επιτροπές και τα Γραφεία Ποιότητας και με το άρθρο 9 τα Γραφεία Εξυπηρέτησης του Πολίτη. Είδα προηγουμένως όταν έμπαινα στην οθόνη ότι υπάρχουν πολλές και καλές φωτογραφίες από νοσοκομεία που ήδη έχουν προχωρήσει αρκετά.

Το τρίτο σημείο είναι η εγκύκλιος της 6/10/2010 για την έναρξη εφαρμογής των δράσεων ποιότητας και θα ήθελα να πω δυο λόγια παρακάτω και σ' αυτό, να το λάβουν υπόψη τους οι συντονιστές των τραπεζιών στα συμπεράσματα.

Το τέταρτο είναι η εγκύκλιος 10/11/2010 για τη συγκρότηση των πενταμελών Επιτροπών Ποιότητας έως τις 19/11/2010, στόχος ο οποίος επιτεύχθηκε. Συγκροτήθηκαν λοιπόν 45 Επιτροπές Ποιότητας σε αντίστοιχα νοσοκομεία 400 κλινών και άνω και Γραφεία Εξυπηρέτησης του Πολίτη στην πλειοψηφία των 131 νοσοκομείων του ΕΣΥ.

Ο νόμος προβλέπει και κατά τη γνώμη μου σωστά προβλέπει επειδή είναι η έναρξη εφαρμογής, τα πρώτα βήματα της ποιότητας να είναι σε υψηλό επίπεδο. Άρα στις πενταμελείς αυτές Επιτροπές Ποιότητας προεδρεύει ο Διοικητής, ο Αναπληρωτής Διοικητής και συμμετέχει ο Διευθυντής της Ιατρικής Υπηρεσίας, ο Διευθυντής της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, της Διοικητικής και της Τεχνικής. Πολλά απ' αυτά τα στελέχη είναι σήμερα εδώ και τους ευχαριστούμε και πιστεύω να συμβάλουν στο διάλογο και στις συζητήσεις.

Και το έκτο και σημαντικότερο εκ της εγκυκλίου δράσεων της Ποιότητας και αυτό νομίζω θα είναι το πλάνο των επόμενων έξι μηνών, έτσι όπως η Επιτροπή Ποιότητας δι' εμού που εξέδωσα την εγκύκλιο αποφάσισε, είναι να δώσουμε βάρος στις λοιμώξεις, στα εργαστήρια, στην καθαριότητα, στη διατροφή και στις εγκαταστάσεις.

Και τα δύο τελευταία που ήδη τα έχουμε ξεκινήσει πριν από τη Δράση της Ποιότητας, είναι τα Φαρμακεία και οι Διοικητικοοικονομικές υπηρεσίες. Παρακαλώ, λοιπόν, τις Επιτροπές Ποιότητας το επόμενο εξάμηνο να ασχοληθούν μ' αυτά τα επτά (7) πάρα πολύ σημαντικά θέματα.

Δυο λόγια για τα μελλοντικά βήματα έτσι όπως θα τα έβλεπα εγώ στο επόμενο εξάμηνο, στο 2011 συνολικά. Είναι η συνέχιση των Εθνικών Επιτροπών, ήδη επεκτάθηκε η θητεία τους και να συζητήσουμε αν θα υπάρξει Εθνικός Οργανισμός Ποιότητας της Υγείας, εγώ προσωπικά, η προσωπική μου άποψη και την έχω μεταφέρει στον Υπουργό είναι, ότι από τους υπάρχοντες Οργανισμούς, γιατί καταλαβαίνετε δεν μπορεί να δημιουργήσουμε άλλους, ίσα – ίσα πρέπει να συγχωνεύσουμε και κάποιες

από τις Ανώνυμες Εταιρείας που έχουμε είναι το ΕΚΕΒΥΛ να αναλάβει, να μετονομαστεί σε Εθνικό Οργανισμό Ποιότητας και αν μπορεί να παίξει το ρόλο αυτό.

Το δεύτερο σημαντικό είναι η χρηματοδότηση δράσεων ποιότητας από το ΕΣΠΑ. Ήδη έχουμε συζητήσει με το συνάδελφο τον κ. Δημόπουλο πάρα πολλά θέματα, τουλάχιστον εμείς θα διασφαλίσουμε στη συνέχιση αυτών των συνεδρίων και το κομμάτι το εκπαιδευτικό που είναι πολύ σημαντικό στην ποιότητα.

Και το τρίτο στοιχείο, ανάπτυξη δράσεων στα νοσοκομεία, σ' αυτά τα 45 μεγάλα νοσοκομεία με τη συνέχιση του έργου των Επιτροπών Ποιότητας στα 7 σημεία που σας είπα, για να δούμε επιτέλους διαχειριστικά συστήματα ποιότητας στο μη ιατρικό νοσηλευτικό σκέλος, αλλά και γιατί όχι συστήματα ποιότητας στο ιατρικό και νοσηλευτικό μέρος, στα ιατρικά και νοσηλευτικά πρωτόκολλα. Καταλληλότερος εμού νομίζω είναι να μιλήσει γι' αυτά ο κ. Δημόπουλος.

A. ΔΗΜΟΠΟΥΛΟΣ: Ευχαριστώ κ. Πολύζο. Ελάχιστα λεπτά συμπληρωματικά θα έλεγα κ. Σισσούρα, ότι ακριβώς επειδή έχουμε διακριτούς ρόλους και συμπληρωματικούς βγαίνει μια από κοινού στάση των δύο Γραμματέων στην κατεύθυνση της ποιότητας, αλλά και στη γενικότερη πολιτική του Υπουργείου, θα ήθελα όμως να τονίσω τα 2-3 πράγματα, τα οποία είναι χρήσιμα να ακούγονται σ' αυτή τη συζήτηση κι αυτά είναι τα εξής και τα λέω εις πείσμα του μνημονίου και εις πείσμα των καιρών, ανεξάρτητα δηλαδή από την εποχή και την πίεση που μας κάνει στην εφαρμογή ορισμένων πραγμάτων.

Είναι σημαντικό όλα αυτά να στηρίζουν ένα εθνικό σχέδιο για την υγεία, ένα εθνικό σχέδιο που να βάζει προτεραιότητα στην υγεία. Ένα κράτος το οποίο γενικώς δουλεύει, γενικώς συλλέγει, γενικώς αξιοποιεί, γενικώς υλοποιεί, χωρίς να έχει ένα συνεχή, μόνιμο και ανανεούμενο στόχο στ τι κάνει, τι χρειάζεται, ποιες είναι οι ανάγκες της χώρας και πώς αυτές τις εξυπηρετεί καλύτερα, δεν έχει ιδιαίτερο νόημα.

Η ποιότητα δεν είναι αυτοσκοπός, η ποιότητα έχει έναν εξαιρετικό σκοπό να στηρίζει κατ' αρχήν το σχέδιο. Κι αυτό το σχέδιο σε μια ιατρική που συνεχώς αλλάζει, πρέπει συνεχώς να προσαρμόζεται, να βλέπει

που πάει και να την υπηρετεί με τον καλύτερο δυνατό τρόπο. Η ιατρική τα τελευταία χρόνια άλλαξε, η χώρα έχει μείνει πίσω.

Πιεζόμαστε τρομακτικά αυτή την περίοδο για τους «Καλλικρατικούς» Δήμους, για το τι σημαίνει ο «Καλλικράτης» για τα νοσοκομεία, για το αν θα κλείσουν νοσοκομεία. Είχαμε προχθές την αγωνιώδη πίεση από την πλευρά της ΠΟΕΔΗΝ ακριβώς σ' αυτή την κατεύθυνση. Υπάρχει ένας ολόκληρος κόσμος αυτή τη στιγμή στην Ελλάδα που πιέζεται και αγωνιά και που αυτά τα ερωτήματα θα πρέπει να κριθούν και να κριθούν με τον καλύτερο δυνατό τρόπο.

Είπαμε και οι δύο στους συνομιλητές μας προχθές, ότι αφήστε μας τη δυνατότητα να σκεφτόμαστε. Ήρθαν οι φοιτητές της ιατρικής πριν από ένα μήνα και μας είπαν, όχι μη σκέφτεστε, μάθαμε ότι σκέφτεστε αυτό το πράγμα στο ΚΕΣΥ, μην το σκέφτεστε, δεν πρέπει να σκέφτεστε. Δεν μπορεί η χώρα με όρους του '50 και του '60 να συνεχίζει το 2010.

Είναι, λοιπόν, σημαντικό στην κουβέντα αυτή να σκεφτόμαστε, να βάζουμε σχεδιασμούς μπροστά και να υλοποιούμε με τον καλύτερο τρόπο την εξυπηρέτηση της υγείας και όχι τη συνέχιση αυτού που ήδη υπάρχει. Το ένα, λοιπόν, μέρος που θέλω να καταθέσω εδώ είναι αυτό.

Το δεύτερο μέρος το οποίο συναρτά άμεσα, ξεκινάμε φέτος με πολύ μεγάλη προσπάθεια και μετά από πολύ μεγάλη προετοιμασία τα Εθνικά Σχέδια Δράσης. Όλη αυτή η κουβέντα για την ποιότητα παίρνει μια κάθετη και πολύ συγκεκριμένη μορφή υλοποίησης απέναντι στο ιατρικό σώμα και στους πολίτες για τους οποίους και γίνεται.

Είναι εξαιρετικά σημαντικό σ' αυτή τη συζήτηση να μπορέσει να υπάρχει η συμμετοχή, ο διεμβολισμός, η γονιμοποίηση της προσπάθειας αυτής από το χώρο αυτό, από το χώρο της ποιότητας, από το χώρο της ανταποδοτικότητας πάνω στη χρησιμοποίηση στο να πειστεί η ιατρική κοινότητα, η οποία έχω την αίσθηση ότι τα τελευταία χρόνια έχει στρεβλές συμπεριφορές πολύ έντονες και δεν χρειάζεται να αναφέρομαι στο μνημόνιο, έχουμε γίνει φέτος το ένα από τα τρία πρωτοσέλιδα κάθε συζήτησης που γίνεται για τη χώρα.

Ένα βασικό, λοιπόν, είναι να πειστεί η ιατρική κοινότητα να συμμετάσχει ουσιαστικά και να υλοποιήσει αυτό που λέμε σαν πιστοποίηση

ποιότητας, σαν πρωτόκολλα, σαν ενδείξεις. Είναι φοβερό ότι ακόμα και τώρα υπάρχουν εξαιρετικές αντιστάσεις.

Την Πέμπτη παρουσιάζουμε με τους Υπουργούς το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τον Καρκίνο, που είναι η πρώτη κάθετη προσπάθεια υλοποίησης, πραγματικής υλοποίησης αυτών των προταγμάτων μέσα στα νοσοκομεία, μέσα στην καθημερινή πράξη. Και εκεί πιστεύω ότι θα χρειαστούν πάρα πολλά και θα κριθεί κι αυτή η προσπάθεια.

Η υλοποίηση αυτών των σχεδίων που έχει ανάγκη η χώρα, που έχει ανάγκη η ιατρική του μέλλοντος που είναι η διαχείριση των χρόνιων νοσημάτων, που είναι το άνοιγμα της κουβέντας της πρόληψης θα είναι εξαιρετικά σημαντικό να στηριχθεί με τέτοιου είδους πολιτικές.

Αν μπορέσουμε την επόμενη περίοδο να περάσουμε στα λοιμώδη που ήδη υπάρχει πολύ μεγάλη προετοιμασία, στα καρδιαγγειακά, στο ζάχαρο, στις μεγάλες ασθένειες που αυτή τη στιγμή ταλανίζουν τη χώρα με τρόπο τέτοιο που να διασφαλίζουμε την ανταπόκριση της ιατρικής κοινότητας, θα έχουμε τη δυνατότητα στους ορισμούς αυτούς που λέμε εδώ θα έχουμε τη καλύτερη δυνατή εξυπηρέτηση του κόσμου και αυτή ακριβώς είναι η δουλειά μας εδώ. Ευχαριστώ.

ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗΣ: Ευχαριστούμε πάρα πολύ και τον κ. Πολύζο και τον κ. Δημόπουλο, τους δύο Γενικούς Γραμματείς με τα πολύ ενδιαφέροντα και κατατοπιστικά και για τις δράσεις και τα σχέδια στο τέλος της ποιότητας και αυτά που κατέληξε ο κ. Δημόπουλος για τις εθνικές δράσεις, είναι πολύ σημαντικό.

Και αυτό που είπες κ. Δημόπουλε, κινητοποίηση των γιατρών, αυτό είναι ένα που για χρόνια, 30 χρόνια μας απασχολεί σε ποιο βαθμό οι γιατροί και όχι μόνο στην κατεστημένη τους μορφή μέσα στο εργασιακό χώρο του νοσοκομείου, αλλά σαν επιστημονικές εταιρείες και πάλι κοιτάω εσένα κ. Μουσιώνη, ότι αν, και ο κ. Μουσουλέγκας από εδώ είναι μάλιστα, επειδή που είπε, με έχει πιάσει τώρα αυτό το θέμα, ότι οπωσδήποτε οι επιστημονικές εταιρείες πλέον πρέπει να μπουνε και να καταλάβουν και να δούμε πώς θα γίνει αυτή η δράση και για τις κλινικές οδηγίες, για τα πρωτόκολλα και τις εθνικές δράσεις που είπες κ. Δημόπουλε.

1^η ΘΕΜΑΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ:

ΜΕΡΟΣ Α΄:

«Ποιότητα και ασφάλεια ασθενών»

ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗΣ: ΑΡΗΣ ΣΙΣΣΟΥΡΑΣ

Καθηγητής Πολυτεχνικής Σχολής Πανεπιστημίου Πατρών

ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗΣ (Α. ΣΙΣΣΟΥΡΑΣ): Λοιπόν, επειδή ήδη έχουμε αρχίσει μια ώρα πλέον, αλλά δεν έχει σημασία, έξω κάνει κρύο και έτσι κι αλλιώς καλύτερα να καθόμαστε εδώ μέσα στη ζέστα, ας προχωρήσουμε με τον κ. Υφαντόπουλο.

Όλοι γνωρίζετε τον κ. Υφαντόπουλο, έτσι ο Καθηγητής της Κοινωνικής Πολιτικής και των Οικονομικών της Υγείας του Πανεπιστημίου των Αθηνών. Εγώ δεν τολμώ γιατί είναι όλα αυτά παιδιά μου και μαθητές μου, αλλά τέλος πάντων, ο Γιάννης Υφαντόπουλος είναι πολύ χειμαρρώδης, τον παρακάλεσα να κρατήσει όσο μπορεί πιο σύντομα την ομιλία του για να έχουμε και καιρό μετά γιατί εδώ η γοητεία αυτής της συνάντησης είναι η διαπλοκή με τη συζήτηση που έχουμε μετά στο κάθε θέμα, παρά από τις δικές μας παρουσιάσεις.

«Εισαγωγή στην Ποιότητα και Αποτελεσματικότητα»

Ι. ΥΦΑΝΤΟΠΟΥΛΟΣ: Ευχαριστώ πολύ κ. Πρόεδρε. Κύριοι Γενικοί Γραμματείς του Υπουργείου Υγείας, κ. Πολύζο, κ. Δημόπουλε, αγαπητοί φίλοι και φίλες καλημέρα σας. Μέσα από τη σειρά των διαφανειών τις οποίες θα σας παρουσιάσω και όπως στην τηλεόραση λέει μπορείς να ρίχνεις πολύ γρήγορα τις διαφάνειες, αλλά το μήνυμα μένει στο υποσυνείδητο, επικεντρώνομαι κατευθείαν σ' αυτά τα θέματα τα οποία συζητήσαμε και που έχουν σχέση πρώτα απ' όλα με το ευρωπαϊκό Υγειονομικό μοντέλο.

Το 2000 όταν ξεκίνησαν στη Λισσαβόνα να εφαρμόζουν τις πολιτικές για την επόμενη δεκαετία, 2000-2010, το ευρωπαϊκό μοντέλο μίλησε ότι πρέπει να αποβλέπουμε σε μεγαλύτερη ισότητα. Είπαν ότι θέλουμε μεγαλύτερη ποιότητα, ποιότητα στις υπηρεσίες και ποιότητα στη ζωή. Και μίλησαν για την έννοια της αποδοτικότητας.

Προβληματίστηκα πάρα πολύ αν αναφερθώ και στα τρία θέματα ή θα αποκεντρωθώ στην αποδοτικότητα. Επικεντρώνομαι στην αποδοτικότητα και θα δείξουμε σήμερα και θα συζητήσουμε, αποδοτικότητα σε επίπεδο Συστήματος Υγείας, αποδοτικότητα σε επίπεδο χωρών και αποδοτικότητα σε επίπεδο Νοσοκομείο.

Αυτές οι μελέτες τις οποίες έχουμε κάνει στο Πανεπιστήμιο της Αθήνας είναι ενδεικτικές και θα ήθελα να υπογραμμίσω και προς τους Γενικούς Γραμματείς τη συμπαράσταση του Πανεπιστημίου Αθηνών στους αγώνες για μεταρρύθμιση και στην αποτελεσματικότητα των μεταρρυθμίσεων.

Και η Επιτροπή μίλησε για βελτίωση της ποιότητας, αλλά το κύριο σημείο στο οποίο θα πρέπει να αναφερθούμε είναι σ' αυτό που λέγεται επένδυση στην υγεία. Και η επένδυση στην υγεία είναι από τους σημαντικότερους παράγοντες, γιατί βλέπουμε σήμερα στην Ευρωπαϊκή Ένωση ότι υπάρχουν τουλάχιστον 14 χρόνια διαφορά από το προσδόκιμο επιβίωσης.

Άρα όσον αφορά την ισότητα, τον πρώτο στόχο δηλαδή της Ευρωπαϊκής Ένωσης, τόσο η Ευρωπαϊκή Ένωση όσο και οι άλλες χώρες της Ευρώπης δεν τα κατάφεραν καλά, αλλά εμείς ενώ υπάρχουν 14 χρόνια διαφορά στην Ευρώπη στους μεν άνδρες βλέπουμε ότι έχουμε 5,7 - 6 χρόνια διαφορά στο προσδόκιμο επιβίωσης.

Και βλέπετε στη Βόρειο Ελλάδα, αυτό είναι ένα πρότυπο του Υγειονομικού Χάρτη που βλέπετε στην Κομοτηνή και στις βόρειες περιοχές ότι υπάρχει πρόβλημα είναι χαμηλότερο το προσδόκιμο επιβίωσης, ενώ οι Κρητικοί τα καταφέρνουν μια χαρά με το καλό κρασί, το χορό και την καλή διαβίωση και τα καλά νοσοκομεία.

Στις γυναίκες υπάρχουν μόλις 4 χρόνια διαφορά στο προσδόκιμο επιβίωσης. Υπάρχουν μεγάλες γεωγραφικές ανισότητες στη χώρα μας, αλλά όχι τόσο μεγάλες όσες στις άλλες χώρες της Ευρώπης.

Η επένδυση στην υγεία στον κάθετο άξονα μετράμε το προσδόκιμο επιβίωσης και στον οριζόντιο το κατά κεφαλή εισόδημα, η οικονομική ανάπτυξη όπως βλέπετε συνέβαλε σημαντικά στο να αυξηθεί το προσδόκιμο επιβίωσης σημαντικά. Και εδώ βλέπετε τα τελευταία χρόνια από

το 1975 στο 2005 πως η καμπύλη αυτή της επιβίωσης μεταφέρθηκε σε υψηλότερα επίπεδα.

Εδώ βλέπουμε τις χώρες που στο δεξιό άκρο της καμπύλης είναι οι χώρες όπως η Ελλάδα, που έχουν πετύχει ένα υψηλό επίπεδο επιβίωσης σε σχέση με το εισόδημα, ενώ στο άκρο αριστερό βλέπετε τις χώρες της Ανατολικής κυρίως Ευρώπης οι οποίες ακόμα έχουν τουλάχιστον 8 έως 10 χρόνια μείωση στη βρεφική θνησιμότητα.

Και η πρώτη παρατήρηση απ' όλα αυτά τα στοιχεία σ' αυτό το οποίο μας ζητούν και αυτό το οποίο θα πρέπει να έχετε κι εσείς υπόψη σας είναι αυτό το διάγραμμα το οποίο αποτελεί κλειδί στο θεωρητικό πλαίσιο το οποίο θα ζητήσουμε σήμερα.

Στον κάθετο άξονα έχουμε το δείκτη υγείας και στον οριζόντιο τις εισροές. Η μπλε γραμμή την οποία βλέπετε δείχνει ότι χωρίς σύστημα υγείας ότι θα είχαμε ένα σχετικά χαμηλό επίπεδο και η καμπύλη συνόρου όπως λέμε, είναι το μέγιστο δυνατό επίπεδο υγείας το μπορούμε να έχουμε.

Χωρίς σύστημα υγείας χρησιμοποιούμε ένα επίπεδο εισροών και έχουμε ένα «Α» αποτέλεσμα. Το θέμα είναι να επιτύχουμε αυτό που λέγεται B+C, δηλαδή όπως βλέπετε η παρουσίαση μέσα στα νοσοκομεία και η δική σας λειτουργία αναφέρεται στο B και C, πόσο δηλαδή θα επιμηκύνουμε το B και θα μικρύνουμε C, ώστε να αγγίξουμε το μέγιστο δυνατό επίπεδο της καμπύλης συνόρου, της μεγίστης αποτελεσματικότητας. Αυτές οι καμπύλες προσμετρούνται, αξιολογούνται και θα τις δούμε αργότερα.

Τι είναι αποδοτικότητα; Η σύγκριση μεταξύ της υπάρχουσας λειτουργίας με την άριστη δυνατή. Υπάρχει κάποια άριστη δυνατή και ποια είναι η συμβολή του πανεπιστημίου και των Οικονομολόγων Υγείας στον προσδιορισμό του άριστου δυνατού σημείου ή αυτής της μεγίστης δυνατής καμπύλης λειτουργίας;

Εδώ βλέπετε ότι όλοι κάποια μέρα λογοδοτούμε, είναι από μια προηγούμενη μελέτη που κάναμε στο Πανεπιστήμιο Αθηνών, η μέτρηση αποδοτικότητας στα ελληνικά νοσοκομεία.

Βλέπετε στη μία κλίμακα 0 έως 100, 0 είναι χαμηλή η αποτελεσματικότητα και 100 είναι η μέγιστη. Βλέπετε τα νοσοκομεία μας πώς κατατάσσονται σ' αυτές τις καμπύλες συνόρου και βλέπετε ποια είναι τα

νοσοκομεία, δεν θα ήθελα να αναφέρω τα ονόματα βέβαια σ' αυτά τα οποία είναι πολύ χαμηλά στην αποδοτικότητα και οι κύριοι Γενικοί Γραμματείς θα σας έπαιρναν καθημερινά τηλέφωνο για να σας χτυπήσουν τον κώδωνα κινδύνου, ενώ βλέπετε τα αντίστοιχα νοσοκομεία τα οποία ονομάζονται και είναι συγκεκριμένα που βρίσκονται στο υψηλό επίπεδο αποδοτικότητας.

Άρα το πανεπιστήμιο μπορεί να δώσει και να συμβάλει και να βγάλει συγκεκριμένα αποτελέσματα όσον αφορά την αποδοτικότητα. Πάμε όμως σε πιο γενικό επίπεδο και να δούμε την αποδοτικότητα στα συστήματα υγείας, μετά όπως είπαμε στα νοσοκομεία μας και μετά στις κλινικές μας.

Δαπανούμε πολλά ή λίγα; Αναφέρθηκε αυτό προηγουμένως, αν δούμε τη σχέση των δαπανών με το ΑΕΠ η χώρα μας θα φτάσει στο 2020 το 15,4%, αλλά δεν πρέπει να δαιμονιζόμαστε μ' αυτά τα στοιχεία και ακολουθεί περισσότερο το αμερικάνικο πρότυπο και λιγότερο το βρετανικό.

Αυτό οφείλεται γιατί άμα δούμε την κόκκινη γραμμή, η οποία είναι ο δημόσιος τομέας και οι δημόσιες δαπάνες υγείας και η μπλε είναι οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας, βλέπουμε ξεκάθαρα ότι σε ποσοστιαία σύνθεση η Ελλάδα προσομοιάζει περισσότερο προς το πρότυπο των Ηνωμένων Πολιτειών με τις μεγαλύτερες δαπάνες υγείας και λιγότερο προς όλες τις υπόλοιπες χώρες της Ευρώπης.

Οι δείκτες αποδοτικότητας είναι αυτοί για τους οποίους θα συζητήσουμε αργότερα εμείς θα παρουσιάσουμε αυτό που λέγεται μια DEA ανάδυση και θα βγάλουμε την περικλείουσα. Το θέμα το οποίο θα συζητήσουμε είναι ότι δεν πρέπει να επικεντρωνόμαστε μόνο στη δαπάνη, αλλά θα πρέπει να συνδυάζουμε τις εισροές με τις εκροές.

Ο δαιμονισμός του μειοδοτικού διαγωνισμού και της ελάχιστης δυνατής δαπάνης θα πρέπει να ξεπεραστεί. Κι αυτό το οποίο θα πρέπει να κάνουμε είναι να συνδυάσουμε την παραγωγή, το αποτέλεσμα όπως λέμε με τους πόρους τους οποίους διαθέτουμε.

Και εδώ περνάω γρήγορα απ' αυτά και έρχονται να σας δείξω σ' αυτή την καμπύλη τους ασθενείς, που έδειξε προηγουμένως ο κ. Πολύζος και στον οριζόντιο άξονα το ιατρικό δυναμικό. Βλέπουμε νοσοκομεία Α, Γ, Δ, Είναι, τα οποία είναι στην καμπύλη συνόρου και έχουν μια καλή αποδοτικότητα. Τα νοσοκομεία Γ και Ε είναι αυτά τα οποία έχουν μεγαλύτερη

δυνατότητα για να παράγουν περισσότερο φορτίο ασθενών, αλλά ωστόσο δεν πετυχαίνουν τον άριστο συνδυασμό.

Άρα υπάρχει κάποιο πρόβλημα εισροών και εδώ ακριβώς δείχνει πάλι τα νοσοκομεία που καταφέρνουν να έχουν ελάχιστο συνδυασμό ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού και βλέπουμε τα νοσοκομεία τα οποία ξεφεύγουν απ' αυτό το συνδυασμό.

Πάμε στα συστήματα υγείας. Χρησιμοποιήσαμε την ικανοποίηση σε σχέση με τους γιατρούς, νοσηλευτές και δαπάνες υγείας και βλέπετε, ότι απ' όλες τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης η Ελλάδα φτάνει στο 60%, συγκριτικά παίρνοντας σαν δείκτη την ικανοποίηση, της αποτελεσματικότητας σε σχέση με τα άλλα νοσοκομεία και με τα άλλα υγειονομικά συστήματα.

Και αν το δούμε καλύτερα αυτό σε σύγκριση των συστημάτων υγείας και με διάφορες άλλες παραδοχές η Ελλάδα φτάνει στο μέγιστο του 70%σαν συνολικό σύστημα υγείας, ενώ η Πορτογαλία και τη Ιρλανδία βλέπετε, αυτή ήταν η μελέτη που είχε γίνει πριν δύο χρόνια και δεν μπορούσαν οι οικονομολόγοι οι υποφαινόμενοι και άλλοι συνάδελφοι να πετύχουμε ότι θα έχουμε τόσο συγκεκριμένα, θα είμαστε τόσο προφητικοί στην αποτελεσματικότητα και στην έλλειψη αποτελεσματικότητας όσον αφορά την Ελλάδα, την Ιρλανδία και την Πορτογαλία.

Ρωτήσαμε και τον κόσμο ποιες είναι οι απόψεις του πληθυσμού για ένα αποτελεσματικό σύστημα και βλέπετε ότι η χώρα μας σε σχέση με πολλές άλλες χώρες κυρίως της Ανατολικής Ευρώπης παρουσιάζεται αυτή, οι οποίοι το μεγαλύτερο ποσοστό του ελληνικού πληθυσμού πιστεύει ότι το ελληνικό σύστημα δεν είναι τόσο αποτελεσματικό.

Όσον αφορά στην πρόσβαση των νοσοκομείων βλέπουμε ότι πάλι δεν είμαστε καλά. Το ίδιο, οι μελέτες του «ΕΥΡΩΒΑΡΟΜΕΤΡΟΥ» καταγράφουν μια σχετική χαμηλή ποιότητα σε σύγκριση με τις άλλες χώρες της Ευρώπης και μεγάλα προβλήματα οικονομικής προσβασιμότητας.

Πάμε σε πιο τρωτά σημεία να δούμε τη DEA στα νοσοκομεία μας. Και εδώ είναι ένα πρώτο σημείο στο οποίο θα ήθελα να σταθώ για ένα λεπτό. Από μια μελέτη η οποία έγινε στην Ιταλία εξετάσανε στα τα περίφημα DRGs και είπαμε, να δούμε κατά πόσο η εισαγωγή των DRGs βελτίωσε

τελικά όπως θέλουμε και πιστεύουμε και έχουμε από την εκτεταμένη βιβλιογραφία, ότι πραγματικά βελτίωσε την αποδοτικότητα.

Αλλά οι Ιταλοί λένε «ούνα ράτσα, ούτε φάτσα» εμείς δεν τα έχουμε εφαρμόσει. Το πρώτο μήνυμα είναι ότι δεν μπορείς να τα εφαρμόσεις τα DRGs από σήμερα, αύριο το πρωί εφαρμόζουμε DRGs και ξεκινάμε. Θέλει ...

A. ΔΗΜΟΠΟΥΛΟΣ: (Τοποθέτηση εκτός μικροφώνου)

I. ΥΦΑΝΤΟΠΟΥΛΟΣ: Το ξέρω, το ξέρω, δεν είμαι προβοκάτορας, το ξέρω αγαπητέ κ. Δημόπουλε.

Αμέσως να πάω στο επόμενο σλάιτς, βλέπετε ότι αυτοί τι είπαν; Και βλέπετε ότι ο Μπαρμπέτα, το Τουράτι και ο Ζάγκο που κάνανε τη μελέτη, λένε, ότι περιμέναμε βέβαια να έχουμε καλύτερη αποδοτικότητα, αλλά είχαμε δύο μεγάλα αγκάθια.

Το πρώτο ήταν η ιστορικότητα του συστήματος ότι όταν κάνεις τη μεταρρύθμιση δεν θα αλλάξει αύριο το πρωί να δουλεύει τα DRGs αμέσως, γιατί υπάρχει η ιστορικότητα του συστήματος. Και το δεύτερο σημείο, το ονομάζουν, λέει the italian labor market, αλλά είναι «ma ke digie», δηλαδή εμείς τώρα τι λες, ότι θα κάνουμε; Θα κάνεις μεταρρύθμιση, δεν πας να φέρεις όσα DRGs, όσες μεταρρυθμίσεις θέλεις, εμείς παραμένουμε στο «γροθιά υψωμένη, ποτέ προδομένη».

Άρα να περιμένουμε ότι δεν υπάρχουν αυτόματες μεταρρυθμίσεις, θα πρέπει να πάμε στα DRGs, θα πρέπει να υιοθετηθούν, αλλά να έχουμε υπόψη μας και τις αδυναμίες που όπως τουλάχιστον έχουν προκύψει από άλλες χώρες.

Η ελληνική πραγματικότητα, βλέπετε από μια μελέτη την οποία είχαμε κάνει με τον κ. Μανιαδάκη, τον κ. Πολύζο και με άλλους, τον κ. Πρεζεράκο βλέπετε τη διαχρονική μείωση στη νοσοκομειακή αποδοτικότητα και 2002 έρχεται ο Αλέκος ο Παπαδόπουλος, μαζεύει με τη βίτσα τότε όλους τους ΔΥΠΕάρχες και βλέπετε ότι η παρέμβαση πόσο βελτίωσε σημαντικά την αποδοτικότητα στα ελληνικά νοσοκομεία.

Άρα μηνύματα σαν κι αυτά και συγκεντρώσεις σαν κι αυτές μας δείχνουν μια σωστή κατεύθυνση. Πάμε στα DEA στις κλινικές και η ερώτηση, είναι μπορούμε να εφαρμόσουμε μέσα στις κλινικές μας και μέσα στο

νοσοκομείο μας; Βλέπετε από το Νοσοκομείο της Λάρισας, το Γενικό Νοσοκομείο της Λάρισας, του Βόλου, Καρδίτσας, Τρικάλων και στο κάθετο βλέπετε τις παθολογικές, τις παιδιατρικές, γυναικολογικές κλινικές.

Και βλέπετε τη συγκριτική αξιολόγηση που μπορούμε να κάνουμε στα ΔΥΠΕ και να κάνουμε τη σχετική αξιολόγηση, που ορισμένες παθολογικές κλινικές παραδείγματος χάρη στο Περιφερειακό Νοσοκομείο της Λάρισας και στο Γενικό Νοσοκομείο της Καρδίτσας είναι πολύ καλύτερα, ενώ στο Γενικό Νοσοκομείο των Τρικάλων δεν ήταν τόσο καλά.

Αποτέλεσμα, ότι μπορούμε να μετρήσουμε στο Νοσοκομείο μας την αποτελεσματικότητα μέσα στις κλινικές και να τα συγκρίνουμε. Και εδώ βλέπετε στις διάφορες παθολογικές κλινικές, στις παιδιατρικές κλινικές πως έχει εξελιχθεί διαχρονικά και πώς είναι μέσα στην Περιφέρεια της Λάρισας, στις μαιευτικές, στις οφθαλμολογικές και στις ορθοπδικές κλινικές, στις ουρολογικές.

Συμπεράσματα, γιατί πρέπει να σεβαστώ το χρόνο και να αφήσω και δυο λεπτά για να δείξω πόσο γενναιόδωρος είμαι στον κ. Σισσούρα που είναι ο Πρόεδρος και για να τιμήσω και τους υπόλοιπους συναδέλφους.

Αποτελέσματα και τι κάνουν όλες αυτές οι τεχνικές. Πρώτα απ' όλα είναι εργαλεία πληροφόρησης της Διοίκησης του Νοσοκομείου, είναι τα δικά σας εργαλεία τα οποία μπορείτε να χρησιμοποιήσετε όχι μόνο με κόστος, όχι να μην γίνουν χειρουργεία, όχι να μην γίνουν επεμβάσεις, αλλά πώς συνδυάζουμε το άριστο αποτέλεσμα, ποιες είναι, πόσο καλύτερα χρησιμοποιούμε τη Διοίκηση και κάνουμε μεγαλύτερο αποτέλεσμα και παράγουμε μεγαλύτερο έργο.

Πόσο μπορεί να γίνει καλύτερη και ορθολογικότερη η κατανομή και ποια είναι η δυνατότητα της αξιολόγησης και πώς μπορείτε να συζητήσετε με τις διάφορες κλινικές, με το ιατρικό, το νοσηλευτικό και το διοικητικό προσωπικό για να έχετε καλύτερα αποτελέσματα.

Βρισκόμαστε ένα σταυροδρόμι και το σταυροδρόμι είναι θα ακολουθήσουμε το Μπαρόζο που λέει να πάμε προς το 2020; Να ακολουθήσουμε το Σαρκοζί ή να ακολουθήσουμε το Γερμανικό Πρότυπο της μετρησιμότητας, της αποτελεσματικότητας και να είμαστε συνεπείς;

Κυρίες και κύριοι η νέα Λισσαβόνα προσφέρει νέες προκλητικές τάσεις. Η πρώτη είναι: Έξυπνη Ανάπτυξη, Έρευνα και Καινοτομία». Εδώ είναι το Πανεπιστήμιο, εδώ είμαστε εμείς δίπλα σας να σας δώσουμε τα εργαλεία να τα μετρήσετε και να έχετε καλύτερη διοίκηση, κινητικότητα ιδεών και η βιώσιμη ανάπτυξη που είναι η άλλη.

Η αποτελεσματικότητα και η ανταγωνιστικότητα θα πρέπει να κινητοποιηθούμε όλοι μέσα στα πλαίσια της οικονομικής κρίσης που βρισκόμαστε: Πανεπιστήμιο, Δημόσια Διοίκησης και εσείς οι πολιτικοί για να επιφέρουμε τα μεγαλύτερα δυνατά αποτελέσματα. Σας ευχαριστώ πολύ. Ευχαριστώ κ. Πρόεδρε.

ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗΣ: Πολύ ευχαριστούμε τον Γιάννη Υφαντόπουλο που κράτησες, ναι βεβαίως ξεκίνησες με ένα τρίγωνο με τους βασικούς στόχους: Ισότητα, αποδοτικότητα, ποιότητα. Την ποιότητα δεν την έπιασες καθόλου, αλλά έμεινες στο αποδοτικότητα.

Στο τέλος της ενότητας θα είμαστε ανοιχτοί για συζήτηση, γι' αυτό θα ξεκινήσουμε να γίνουν όλες οι εισηγήσεις.

N. ΠΟΛΥΖΟΣ: Μου επιτρέπετε, επί πολιτικής διαδικασίας για να μην ανοίξει καμιά κουβέντα πάλι για DEA, άλλωστε ο Καθηγητής είπε ότι αυτά τα στοιχεία είναι του 2006 και με τίμησε και μένα με τη συμμετοχή του, όπως με τίμησε και ο κ. Μανιαδάκης και ο κ. Κυριόπουλος με τη νέα DEA.

Γνωρίζετε πολύ καλά ότι η DEA έχει πολλά προβλήματα, δεν μετράει την ποιότητα και εν πάση περιπτώσει από τις DEA, δεν προσπαθώ να την αποδομήσω, είναι κατάλληλο επιστημονικό εργαλείο, αλλά όχι για να ληφθούν πολιτικές αποφάσεις που έπαιξαν τον τελευταίο μήνα στα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης.

Και το τεκμηριώνω, όταν μια DEA βγάζει ένα νοσοκομείο στο 85% και το άλλο στο 95%, έτσι, ξέρετε πολύ καλά ένας φοιτητής σας που παίρνει 8,5 και 9,5 είναι πολύ κοντά. Άρα το μόνο που έχει να κάνει ο 85% με τον 95% είναι να κάνει άριστη ή καλύτερη κατανομή των πόρων και όχι να κλείσουμε το 85ντάρι για να ανοίξουμε το 95ντάρι.

Και επίσης θα ήθελα να πω κάτι σημαντικό σ' αυτό και κλείνω κ. Υφαντόπουλε, ότι το Greek paradox όπως το έχει πει και ο κ. Σισσούρας είναι να βγάζουμε τις DEA στο 85% και 100%, αλλά την ικανοποίηση του

πληθυσμού κάτω από το 20%. Και ίσως αυτός είναι ένας στόχος των Διοικητών μέσα στα εργαλεία ποιότητας, δεν το ανέφερα κι εγώ, να κάνουν μελέτες ικανοποίησης και να δουν που πάσχει το σύστημα.

Ι. ΥΦΑΝΤΟΠΟΥΛΟΣ: Να κάνω μια αναφορά σύντομη;

ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗΣ: Ναι, γρήγορη.

Ι. ΥΦΑΝΤΟΠΟΥΛΟΣ: Με τον κ. Πολύζο έχουμε δουλέψει ικανοποίηση σε πολλά νοσοκομεία αρχίζοντας από το «Παίδων» και ένα σωρό άλλα, οπότε ναι στην ικανοποίηση. Δεν πρέπει να υπάρξει ο δαιμονισμός η DEA, η DEA δίνει είναι ένα συγκριτικό και όχι απόλυτο εργαλείο, συγκριτικό, που λέει άμα μου δώσεις 4 νοσοκομεία συγκριτικά εγώ βγάζω αυτά τα πιο πάνω κι αυτά τα πιο κάτω συγκριτικά.

Και αν υπάρχει ένα νοσοκομείο παραδείγματος χάρη το οποίο δεν έχει κανέναν ασθενή ή έχει 10 ασθενείς και έχει έναν γιατρό και η ποιότητα είναι πάρα πολύ χαμηλή και βγείτε γρήγορα – γρήγορα, παρουσιάζεται πιο αποδοτικό, αλλά η ικανοποίηση και η εσωτερική λειτουργία δεν είναι. Είναι ένα εργαλείο μέτρησης, αλλά θα πρέπει να χρησιμοποιείται με άλλα εργαλεία και όχι ο δαιμονισμός της μονολιθικότητας και των παρακινδυνευμένων συμπερασμάτων που μπορεί να προκύψουν. Αυτά και ευχαριστώ κ. Πρόεδρε.

ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗΣ: Λοιπόν, να μην το κάνουμε ακαδημαϊκή συζήτηση, γιατί θα επιμείνω, ότι εδώ είμαστε στην πραγματικότητα των καταστάσεων και θέλω να βγαίνουν οι εμπειρίες από εδώ.

Και μην φέρνουμε την DEA γιατί αισθάνομαι και ηθικός αυτουργός, γιατί την DEA την έφερα στην Ελλάδα και μην βγάζουμε έξω τα αποτελέσματα γιατί το «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ» το μόνο πράγμα που μου είπε, το έχει ενοχλήσει το «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ» γιατί μια DEA τον έβγαλε στη θέση 69, τον έχει βγάλει στον αριθμό 69 και δεν το δέχεται. Το «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ» εδώ της Αθήνας.

Θα συνεχίσουμε με την κα Leotsakos Agnes και όπως καταλαβαίνετε είναι ελληνικής καταγωγής η Αγνή, έχει κάνει στην Αγγλία, αλλά τα τελευταία 15 χρόνια εργάζεται στον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας στην Γενεύη, όχι στο Ευρωπαϊκό Τμήμα της Κοπεγχάγης, στη Γενεύη μέσα στο

κέντρο και στην καρδιά της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας και είναι επικεφαλής του Τμήματος της Ασφάλειας των Ασθενών.

Και θα χαρούμε πάρα πολύ να ακούσουμε τις εμπειρίες σε παγκόσμιο επίπεδο πιστεύω, αλλά οπωσδήποτε επικεντρωμένο στο θέμα που μας ενδιαφέρει.

«Ασφάλεια ασθενών και ποιότητα περίθαλψης – Εποπτική θεώρηση και ρόλος του Προγράμματος για την Ασφάλεια των ασθενών του Π.Ο.Υ., Γενεύη»

A. ΛΕΟΤΣΑΚΟΥ: Καλημέρα σας. Η παρουσίαση μου θα γίνει στα αγγλικά γιατί μου είναι πιο εύκολο. Θα ήθελα να πω κάποια πράγματα για την εισήγησή μου, θα χωριστεί σε πέντε μέρη: το πρώτο έχει να κάνει για το γιατί χρειάζεται η ασφάλεια των ασθενών, το βάρος του προβλήματος, ποια είναι η επίπτωση στους ασθενείς και ένα γενικό περίγραμμα για τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας και τι έχει κάνει σ' αυτή την περιοχή και το τι κάνουμε εμείς σε διάφορες χώρες του κόσμου.

Ξέρουμε ότι οι υπηρεσίες υγείας μπορεί να βλάψει τους ασθενείς, βρίσκονται σε μεγάλο κίνδυνο τραυματισμών ή ακόμα και θάνατο από διάφορες άσχημες τροπές ή για ιατρικά λάθη. Εγώ θα παρουσιάσω τους τρόπους που εμείς δυστυχώς φτάνουμε στο σημείο να μπορεί ακόμα και να πεθάνει ένας ασθενής στα χέρια μας.

Είμαστε, λοιπόν, μία βιομηχανία, θα λέγαμε, που πρέπει να προστατεύουμε την υγεία και όχι να ζημιώνουμε τους ασθενείς που έρχονται να λάβουν υπηρεσίες υγείας. Ως αποτέλεσμα αυτού του νέου τομέα της ασφάλειας των ασθενών υπάρχει βέβαια το θέμα των ιατρικών λαθών και διαφόρων συμβάντων που πρέπει να τους προσπεράσουμε, να τους ξεπεράσουμε σε όλα τα νοσοκομεία του κόσμου.

Έχουμε, λοιπόν, πολλές μελέτες που παρουσιάζουν ένα μεγάλο αριθμό, ένας στους δέκα ασθενείς που μπαίνει σε ένα νοσοκομείο πεθαίνει ή τραυματίζεται πολύ σοβαρά. Είναι, λοιπόν, ένα 10% ασθενών και αυτό είναι ένα πολύ μεγάλο νούμερο.

Οι εργασίες ξεκίνησαν το 1999 με ένα ειδικό Ινστιτούτο Αναφοράς Ασθενών, όπου αναφέρθηκαν 1.000 άνθρωποι που είχαν πεθάνει τις ΗΠΑ όταν πρωτοξεκίνησε αυτή η αναφορά. Τα συμβάντα, λοιπόν, και

ανοίγω μια μικρή παρένθεση είναι ότι κάποιες άσχημες τροπές στις αναπτυσσόμενες χώρες είναι πολύ περισσότερες από τις υποαναπτυσσόμενες χώρες.

Υπάρχουν, λοιπόν, πέντε περιοχές που συμβάλουν στη μη ασφαλή παροχή υπηρεσιών υγείας. Το πρώτο είναι οι ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις. Ξέρουμε από διάφορες μελέτες ότι γύρω στο 5% με 15% όλων των ασθενών στο νοσοκομείο έχουν προσβληθεί από κάποιες λοιμώξεις και το 40% από Εντατικές Μονάδες Υγείας. Και ο βαθμός που μπορεί να υπάρχει και θάνατος είναι αρκετά μεγάλος.

Έχουμε, λοιπόν, 5 εκατομμύρια τέτοιες λοιμώξεις στις ΗΠΑ και γύρω στις 10.000 θανάτους. Έχουμε και κάποια ιατρικά λάθη, μια άλλη περιοχή που μπορεί να αφορά διοικητικά προβλήματα, μπορεί να αφορά λάθος συνταγογραφήσεις κλπ. και είναι πάλι ένα μαζικό πρόβλημα 1,5 εκατομμύρια στις ΗΠΑ και σε κάποιες χώρες βλέπουμε ότι ακόμα και μέχρι το 70% των ασθενών μπορεί να έχουν επηρεαστεί και να έχουν τραυματιστεί από ιατρικά λάθη.

Άλλη μια περιοχή που υπάρχει το πρόβλημα είναι η μη ασφαλής χειρουργική διαδικασία. Έχουμε πάρα πολλές παρεμβάσεις στα χειρουργεία. 234 εγχειρήσεις λαμβάνουν χώρα παγκοσμίως ετησίως και έχουμε 7 εκατομμύρια περιπλοκές και ένα εκατομμύριο θανάτους και αυτό γίνεται όχι λόγω της αιτίας της ασθένειας, αλλά λόγω της επέμβασης της ιατρικής.,

Έχουμε επίσης και ένα πρόβλημα μεταξύ των κλινικών όταν γίνεται μεταφορά μεταξύ τμημάτων σε ένα νοσοκομείο ή μεταξύ του κοινοτικού νοσοκομείου με ένα άλλο νοσοκομείο και εκεί βλέπουμε ότι το 15% των μεταφορών οδηγούν σε κάποια άσχημη διαδικασία, σε κάποιο άσχημο αποτέλεσμα.

Επίσης έχουμε το θέμα της ασφάλειας των ενέσεων γιατί γίνονται γύρω στο 70% ενέσεις οι οποίες δεν θεωρούνται απαραίτητες και μέσω αυτών των μη ασφαλών ενέσεων μεταδίδεται η ηπατίτιδα Β και C και ο ιός του AIDS κι αυτό δεν συμβαίνει μόνο στην Αφρική, αλλά συμβαίνει ακόμα και στο Ηνωμένο Βασίλειο, στις ΗΠΑ, στη Γερμανία, στη Γαλλία και σε άλλες αναπτυσσόμενες χώρες.

Αυτοί, λοιπόν, είναι οι 20 τρόποι που μπορεί να πεθάνει ένας ασθενής. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας εκπόνησε μια μελέτη που ολοκληρώθηκε το 2009 και τα περισσότερα στοιχεία αυτής της έρευνας έρχονται από ανεπτυγμένες και όχι αναπτυσσόμενες χώρες.

Και εδώ βλέπουμε ότι μπορούμε να ομαδοποιήσουμε τα λάθη που γίνονται: Πρώτον, αυτές που συσχετίζονται άμεσα στην μη ασφαλή παράδοση υπηρεσιών υγείας, οι περισσότεροι βηματισμοί και θάνατοι έχουν να κάνουν με μη ασφαλή φάρμακα, οι ασφαλές αγωγές και μη ασφαλή ιατρική περίθαλψη. Παραδείγματος χάρη τραυματισμούς από κακή μεταχείριση των ασθενών, προβλήματα με εγκύους γυναίκες και βρέφη, ανασφαλείς Ενώσεις, αίμα που δεν είναι καθαρό και χρειάστηκε ειδική ασφάλεια για τους ηλικιωμένους.

Επίσης υπάρχει και άλλη μια περιοχή όπου συμβαίνουν λάθη λόγω μίας κακής διάδρασης μεταξύ των μηχανημάτων και των ασθενών. Πολλές φορές τα μηχανήματα δεν είναι φιλικά προς τους χρήστες τους, τους ανθρώπους της υγείας, δεν υπάρχει πολύ καλή εκπαίδευση πάνω στα μηχανήματα για τους ανθρώπους που τα χειρίζονται ή ίσως τα περιβάλλοντα στα οποία είναι αναγκασμένοι να τα χειρίζονται, υπάρχει πολύ πίεση γύρω τους και μεγάλη ταχύτητα και έτσι πιέζονται.

Δεν υπάρχουν επίσης κανονισμοί ή συστήματα πιστοποίησης μέσα στα νοσοκομεία. Επίσης υπάρχει πολύ πίεση και κούραση από τους ανθρώπους που εργάζονται στα νοσοκομεία και έτσι υπάρχει πολύ μεγάλη πιθανότητα λαθών.

Και πάνω απ' όλα φυσικά είναι πολύ σημαντικό να καταλάβουμε, ότι στα συστήματα υγείας δεν υπάρχει η κουλτούρα θα λέγαμε της υγείας και της ποιότητας και θα έπρεπε να υπάρχει αυτή η κουλτούρα γιατί δεν αρκεί να έχουμε μόνο το μηχανήμα στη θέση του για να εξασφαλίσουμε την ποιότητα και την ασφάλεια.

Και φυσικά πολλές φορές λέμε ότι φταίνε οι άνθρωποι, αλλά δεν φταίει ο άνθρωπος, φταίει πολλές φορές το σύστημα που δεν έχει βάλει τα σωστά πράγματα στη θέση του.

Έχουμε, λοιπόν, και την 3^η κατηγορία που είναι οι διαδικασίες που συμβάλλουν στη μη ασφαλή περίθαλψη. Υπάρχουν ακόμα και φάρμακα

τα οποία δεν είναι νόμιμα, ακόμα και στο Βέλγιο βλέπουμε ότι υπάρχουν κάποιες εισαγωγές που δεν είναι νόμιμες.

Έχουμε επίσης πολύ χαμηλό ποσοστό ανάμειξης του ασθενή στην περίθαλψή του και είναι σημαντικό να έχει ο ασθενής έναν ενεργό ρόλο στην ίδια του την υγεία. Έχουμε επίσης πολύ κακή παρακολούθηση όσον αφορά τα διαγνωστικά τεστ και μη επαρκή μέτρα μέσα στο νοσοκομείο όσον αφορά την ασφάλεια των ασθενών.

Προχωρώ λίγο γρήγορα, με συγχωρείτε. Να πω κάποια πράγματα. Εδώ άκουσα το συνάδελφό μου που μίλησε προηγουμένως και θα ήθελα να πω, ότι φυσικά δεν αφορά μόνο τα στοιχεία και τις στατιστικές, υπάρχει όμως και μεγάλη επίπτωση στα οικονομικά και υπάρχει μεγάλη δυνατότητα εξοικονόμησης χρημάτων στα νοσοκομεία αν εξετάσουμε πιο ενδελεχώς το θέμα των ιατρικών λαθών.

Στις ΗΠΑ υπάρχει μια επίπτωση 19,5 δισεκατομμυρίων δολαρίων λόγω των ιατρικών λαθών. Είναι χρήματα που ξοδεύονται λόγω της χαμηλής ποιότητας και λόγω της μη ασφαλούς παράδοσης ιατρικών υπηρεσιών.

Οι ενδοноσοκομειακές λοιμώξεις σας κοστίζουν εδώ στην Ευρώπη γύρω στα 13 με 24 δισεκατομμύρια ευρώ ετησίως. Και στις ΗΠΑ 6,5 δισεκατομμύρια δολάρια το χρόνο. Όσον αφορά για λάθη στη χορήγηση φαρμάκων είναι πιο χαμηλό το κόστος 3,5 δισεκατομμύρια στις ΗΠΑ.

Ο Διευθυντής μας ο Senior Donaldson που είναι και ο πρώην Διευθυντής των Υπηρεσιών Υγείας στο Ηνωμένο Βασίλειο είπε, ότι η υγεία δεν αφορά μόνο στατιστικές και χρήματα, αλλά τη ζημιά που θα υποστούν οι ίδιοι ασθενείς και οι οικογένειες τους.

Και συνεχίζει λέγοντας ότι επίσης επηρεάζει τις ζωές των ιατρών, των νοσοκόμων και όλου του προσωπικού, ακόμα και των Διευθυντών των Νοσοκομείων, των Managers που γίνονται και αυτοί θύματα αυτής της αλυσιδωτής αντίδρασης.

Εδώ βλέπετε κάποιους ασθενείς ή οικογένειες ασθενών, ανθρώπων που έχουν πεθάνει. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας έχει εργαστεί πολύ κοντά μ' αυτές τις οικογένειες, θα λέγαμε ότι είναι οι πρωταθλητές σε όλο τον κόσμο οι οποίοι προσπαθούν να προωθήσουν τους

λόγους που πρέπει να υπάρχει ασφάλεια της υγείας μέσα στις κοινότητές τους ή στις χώρες τους.

Θα ήθελα πάρα πολύ γρήγορα να μιλήσω για το θέμα της ασφάλειας των ασθενών. Είναι μία νέα έννοια, βέβαια εδώ βάζουμε ένα ερωτηματικό, γιατί αν θυμηθούμε τον όρκο του Ιπποκράτη, φυσικά ξεκινάει με το ότι δεν πρέπει να κάνουμε κακό. Βέβαια πρέπει να μιλήσουμε για κάποια λάθη που γίνονται όχι επίτηδες, πρέπει να έχουμε πρακτικές που είναι ασφαλείς και να υπάρχει τέτοια περίθαλψη που να μπορούμε να την εμπιστευτούμε, μειώνει τα ατυχήματα, είναι η κριτική διάσταση της ποιότητας και θα λέγαμε, ότι η ασφάλεια είναι κάτω από την ομπρέλα της ποιότητας.

Αυτό όμως που βλέπουμε στον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, ότι είναι θέμα σημειολογίας, θέμα πολιτισμών, όταν μιλάμε για ασφάλεια η οποία είναι κάτω από την ποιότητα. Θα πρέπει επίσης να τονίσουμε ότι σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες όταν μιλούν για ασφάλεια πριν 5 με 8 χρόνια λέγαμε ότι η ασφάλεια ήταν προτεραιότητα σε κάθε σύστημα υγείας της κάθε χώρας και ο λόγος που η ασφάλεια ήταν προτεραιότητα ήταν ότι έγινε μία λέξη που αναφέρεται συνέχεια στα Media από τους δημοσιογράφους, οπότε συμβαίνει κάποιο ατύχημα σε ένα νοσοκομείο, κάποιο λάθος υπάρχει κάλυψη από τα Μέσα γιατί έγινε κάποιο ιατρικό λάθος.

Έτσι, λοιπόν, όλοι μιλούσαν για ασφάλεια και θα πρέπει φυσικά να δούμε γιατί έγινε τόσο σημαντική λέξη η ασφάλεια. Αλλά εγώ πιστεύω ότι είναι και μια πολιτισμική έννοια. Αν πάτε στις χώρες της Λατινικής Αμερικής δεν μιλούν για ασφάλεια, αλλά μιλάνε για ποιότητα και δεν ξέρω αν μπορεί να το επιβεβαιώσει και ο συνάδελφός μου από την Πορτογαλία, αν γίνεται το ίδιο στην Πορτογαλία, μιλάτε για ποιότητα ή για ασφάλεια;

Έτσι, λοιπόν, θα ήθελα να πω ότι η ασφάλεια και η ποιότητα αφορά όλες τις χώρες, δεν έχει σημασία πόσα χρήματα δαπανά μια χώρα για τις υπηρεσίες υγείας. Ο «Λούσιαν Λικ» που είναι ο πατέρας θα λέγαμε της ποιότητας και της ασφάλειας έχει πει, ότι οι άνθρωποι, δηλαδή και οι γιατροί, οι νοσοκόμοι και οι άνθρωποι που δουλεύουν στην υγεία κάνουν λάθη γιατί οι διαδικασίες πάνω στις οποίες δουλεύουν δεν έχουν σχεδιαστεί καλά.

Εδώ θα ήθελα να σας δώσω το μοντέλο του ελβετικού τυριού θα λέγαμε, είναι πάρα πολύ εύκολο να το καταλάβετε και το εμπνεύστηκε ο

καθηγητής Τζέιμς Ρίζον από την Αγγλία. Εδώ βλέπουμε ότι έχουμε διαδοχικές άμυνες, διαδοχικά επίπεδα άμυνας στις υπηρεσίες υγείας και κάθε κομμάτι αντιπροσωπεύει τις διαδικασίες που έχουμε, κάποια φυσικά εμπόδια, όπως π.χ. το θέμα ότι πρέπει να ξεχωρίζουμε σε άλλες περιοχές τα τοξικά φάρμακα, έχουμε επίσης τις πληροφορίες π.χ. για τις αλλεργίες των ασθενών και επίσης το τελευταίο κομμάτι που είναι οι αποφάσεις.

Οι τρύπες, λοιπόν, που βλέπουμε στο Ελβετικό τυρί αντιπροσωπεύουν τις περιπτώσεις που μπορεί να γίνουν λάθη. Αν συμβεί ένα λάθος επειδή υπάρχει μια τρύπα θα λέγαμε για να δημιουργηθεί ένα παράθυρο για να δημιουργηθεί αυτό το λάθος, θα πρέπει να υπάρχει το επόμενο εμπόδιο που θα σταματήσει αυτό το λάθος να συνεχίζεται.

Όμως δυστυχώς βλέπετε σ' αυτή τη διαφάνεια, ότι αν έχουμε μία σειρά λαθών και όλα τα παράθυρα αυτά, οι τρύπες του τυριού ευθυγραμμιστούν λόγω του ότι υπάρχουν λάθος μηχανήματα ή επειδή δεν έχουμε πληροφορίες για τις αλλεργίες του ασθενή κλπ. ή γιατί δεν λήφθηκαν οι σωστές αποφάσεις ή ένας γιατρός που δεν έχει εμπειρία έχει αναλάβει τον ασθενή βλέπουμε, ότι το ιατρικό λάθος περνάει από όλα τα επίπεδα.

Αυτό σας το δείχνω για να καταλάβετε ότι είναι ένα συστημικό πρόβλημα, έχει να κάνει με τα συστήματα που έχουμε τοποθετήσει και όχι με τους γιατρούς, τις νοσοκόμες και όλους τους ανθρώπους που παρέχουν υγεία.

Αυτό που κάνω, λοιπόν, στο Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας είναι, ότι πρέπει να ξεκινήσουμε από το πρόβλημα που είναι η μη ασφαλής παροχή υγείας, που είναι η έλλειψη ποιότητας και να προχωρήσουμε στη λύση. Και οι λύσεις αφορούν την ενδυνάμωση των υπηρεσιών υγείας, την ενδυνάμωση του συστήματος υγείας, το να εφαρμόζουμε πρότυπα και πρωτόκολλα και να βελτιώσουμε τη συμπεριφορά των ανθρώπων του χώρου της υγείας.

Πολύ σύντομα θα ήθελα να τονίσω το πρόβλημα. Το πρόβλημα όπως σας είπα αφορά στα συστήματα, στην αποτυχία των συστημάτων, στην συμπεριφορά των ανθρώπων του χώρου της υγείας, των διευθυντών των νοσοκομείων κλπ.

Ένα άλλο πρόβλημα επίσης είναι ότι δεν ξέρουμε ακριβώς το μέγεθος των προβλημάτων όταν προκύπτουν, γιατί πολλά λάθη δεν αναφέρονται. Οι άνθρωποι είναι ακόμα τρομαγμένοι, φοβούνται να αναφέρουν ένα ιατρικό λάθος.

Έτσι, λοιπόν, δεν ξέρουμε ακριβώς ποιο είναι το πρόβλημα και συνεπώς δεν ξέρουμε και πώς να μάθουμε απ' αυτό το πρόβλημα και πώς να προσαρμοστούμε και να υιοθετήσουμε τις σωστές εκείνες υπηρεσίες που θα μειώσουν τα λάθη.

Γι' αυτό, λοιπόν, έχουμε μία γέφυρα όπου ενώνουμε το σημαντικό, που είναι η αναφορά και το να μάθουμε από τα λάθη, που θα γίνει μέσο της έρευνας, της συγκέντρωσης πληροφοριών γι' αυτό που πάει στραβά.

Και τέλος να μπορέσουμε να διαδώσουμε αυτά τα συμπεράσματα ερευνών ανάμεσα στα νοσοκομεία. Για παράδειγμα αν κάποιο νοσοκομείο συνειδητοποιήσει ότι υπάρχει ένα λάθος, ότι κάποιο μηχάνημα δεν λειτουργεί σωστά, θα πρέπει να μοιραστεί αυτή την πληροφορία με όλα τα νοσοκομεία που έχουν το ίδιο μηχάνημα, με τον ίδιο τρόπο που γίνεται ως πούμε στην αεροβιομηχανία, όπου υπάρχουν συγκεκριμένα πρωτόκολλα που είναι πάρα πολύ σημαντικά της επικοινωνίας μεταξύ των εταιρειών.

Είδαμε πριν δυο – τρεις βδομάδες πριν για παράδειγμα, ότι η αεροπορική εταιρεία Quando της Αυστραλίας είχε ένα πρόβλημα με κάποιο κινητήρα και ξαφνικά όλα τα αεροπλάνα που είχαν αυτούς τους κινητήρες δεν πέταξαν έτσι ώστε να μπορέσουμε να έχουμε ασφαλείς πτήσεις. Μπορούμε να μάθουμε πολλά λοιπόν από την αεροπορική βιομηχανία.

Τι κάνει, λοιπόν, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας; Έχουμε 192 μέλη – χώρες, η Ελλάδα φυσικά ανήκει στον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας και ζητήσαμε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας να αντιμετωπίσει τα θέματα ασφάλειας και ποιότητας.

Έτσι, λοιπόν, έχουμε ένα πρόγραμμα του οποίου ηγείται ο κ. Donaldson που αφορά την ασφάλεια και την ποιότητα, έχουμε έξι υποπρογράμματα και τα οποία έφτασαν στα 12 το 2009. Αυτό που έχουμε καταφέρει είναι ότι έχουμε αυξήσει την ενημέρωση όσον αφορά την ποιότητα

και την ασφάλεια σε παγκόσμιο επίπεδο και αυτή τη στιγμή υπάρχει μια παγκόσμια, θα λέγαμε, κατανόηση που βασίζεται πάνω σε στοιχεία και σε πρακτικές.

Έχουμε κατορθώσει, λοιπόν, σε ένα επίπεδο να βελτιώσουμε την ποιότητα και να μειώσουμε τα ιατρικά λάθη και να απλουστεύσουμε την ασφάλεια των ασθενών. Εδώ βλέπουμε, πολύ γρήγορα θα σας δείξω τι κάνει το δικό μας Τμήμα. Περιέχει 12 προγράμματα, δεν θα τα εξηγήσω όλα στο σλάιτ αυτό, θα προχωρήσω λίγο παρακάτω, θα σας πω για τη γέφυρα που αφορά την έρευνα και ειδικά θα ήθελα να τονίσω ότι σε νοσοκομειακό επίπεδο είναι πάρα πολύ σημαντικό να έχουμε στοιχεία, να έχουμε δεδομένα και να γίνεται έρευνα πάνω στις παραβιάσεις της ασφάλειας. Αυτό είναι πάρα πολύ σημαντικό για εσάς, για τη γνώση τη δική σας και τη γνώση των άλλων ασκούμενων, αλλά όλου του κόσμου φυσικά.

Τώρα όσον αφορά τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας έχουμε τρία προγράμματα που αφορούν την ενδυνάμωση της παροχής υπηρεσιών υγείας. Το πρώτο αφορά το να έχουμε συγκεκριμένα πρωτόκολλα ασφάλειας. Το δεύτερο αφορά τη συνεργασία στην Αφρική. Και το τρίτον όσον αφορά το να μπορεί να υπάρχουν μαθήματα ασφάλειας σε όλες τις σχολές που αφορούν την παροχή υπηρεσιών υγείας.

Έχουμε αυτά τα πέντε προγράμματα και βλέπουμε, πάλι παίρνοντας παραδείγματα από την αεροβιομηχανία, ότι τα πρότυπα είναι πολύ σημαντικό για την ασφάλεια. Πρέπει να έχουμε συγκεκριμένα πρωτόκολλα και πρότυπα, το βλέπουμε αυτό σε όλες τις βιομηχανίες όπου είναι πολύ σημαντική η ασφάλεια.

Αυτό που κάνει ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας είναι ότι έχουμε συνασπαστεί με 8 άλλες χώρες: Οι ΗΠΑ, το Ηνωμένο Βασίλειο, η Αυστραλία, η Σιγκαπούρη, πολλές χώρες που θα έλεγα ότι είναι και ανεπτυγμένες και αρκετά εύρωστες οικονομικά και έχουμε αναπτύξει πρωτόκολλα που είναι πάρα πολύ συγκεκριμένα και πιστοποιημένα και έχουμε αρχίσει να τα εφαρμόζουμε από τις αρχές του χρόνου του 2010 σε διάφορες χώρες.

Εδώ βλέπετε την επιτροπή που έχει αυτά τα συγκεκριμένα πρωτόκολλα, τις διάφορες χώρες που συμμετέχουν και στα τρία στα οποία

αναφέρομαι έχουν αναφορά τη διαχείριση ενέσιμων φαρμάκων, όπου υπάρχει ένα πρόβλημα εκεί, γιατί έχουμε τη ηπαρίνη, τη μορφίνη και το KCl, τα οποία έρχονται σε συμπυκνωμένη μορφή που πρέπει να διαλυθεί, ώστε να γίνει ενέσιμη.

Και εγώ γίνονται πολλά λάθη, γιατί αυτό το συμπυκνωμένο διάλυμα καμιά φορά δίνεται στον ασθενή και πεθαίνει ο ασθενής χωρίς κανένα λόγο και πραγματικά θα μπορούσε να αποφευχθεί. Υπάρχει, λοιπόν, ένα πρωτόκολλο για το πώς να μπορέσουμε να διαλύσουμε αυτά τα συμπυκνωμένα φάρμακα.

Το δεύτερο αφορά την ακρίβεια στην παροχή φαρμάκων, στην μεταφορά από κλινική σε κλινική, γιατί πολλές φορές δεν μοιραζόμαστε σωστά τις πληροφορίες όσον αφορά την αγωγή.

Και το τρίτο είναι να υπάρχει ασφάλεια στα χειρουργεία.

Αυτό που μάθαμε, λοιπόν, απ' αυτό το πρόγραμμα που δεν είναι και πολλά, γιατί μόλις ξεκινήσαμε όπως σας είπα στις αρχές του 2010, ωστόσο είναι ένα βιώσιμος τρόπος να προχωρήσουμε, υπάρχουν βελτιώσεις στα νοσοκομεία ήδη, οπότε πιστεύουμε ακράδαντα ότι είναι πάρα πολύ σημαντικό να υπάρχουν συγκεκριμένα πρότυπα στα νοσοκομεία και δεχόμαστε τη συμμετοχή διαφόρων νοσοκομείων σ' αυτό το πρόγραμμα. Και γιατί να μην συμβεί αυτό και στην Ελλάδα, ελπίζουμε τα ελληνικά προγράμματα πιστοποίησης να μπορέσουν να βοηθήσουν τα ελληνικά νοσοκομεία να συμμετάσχουν στα προγράμματα.

Έτσι, λοιπόν, αυτό που καταλάβαμε και ότι έχουμε κάποιες προκλήσεις να αντιμετωπίσουμε είναι ότι είναι πάρα πολύ δύσκολο να υπάρχει πιστοποίηση σε διάφορες χώρες. Είναι διαφορετική η κατάσταση στη Σιγκαπούρη με το Ηνωμένο Βασίλειο για παράδειγμα, όπως και η γλώσσα αποτελεί ένα φραγμό.

Ένα δεύτερο πρόβλημα που έχουμε όσον αφορά την ενδυνάμωση των συστημάτων υγείας έχει να κάνει με τη συνεργασία στην Αφρική. Είναι πάρα πολύ ενδιαφέρον αυτό που γίνεται εδώ. Αυτό που κάνουμε είναι ότι διευκολύνουμε να περάσει η τεχνογνωσία και εμπειρογνωμοσύνη από την Ευρώπη στην Αφρική.

Μεταφέρονται και χρήματα, υπάρχει χρηματοδότηση, μεταφέρονται εμπειρογνώμονες από ένα νοσοκομείο για παράδειγμα στο Ηνωμένο Βασίλειο ή στην Ελβετία ή στη Γαλλία όπου δίνουν τις γνώσεις τους στα νοσοκομεία της Αφρικής.

Θα μπορούσε παραδείγματος χάρη ένα ελληνικό νοσοκομείο να συμμετέχει σε μία τέτοια πρωτοβουλία και να μπορέσει να μεταφέρει τεχνογνωσία και εμπειρία σε κάποιο νοσοκομείο στην Αφρική, θα ήταν και μια μεγάλη περιπέτεια θα λέγαμε κάτι τέτοιο.

Ένα άλλο πρόγραμμα που θα πρέπει να ενδυναμώσουμε όσον αφορά την ποιότητα και την ασφάλεια είναι σε ένα επίπεδο σπουδαστών ή εκπαιδευόμενων. Έχουμε δηλαδή φτιάξει ένα πρόγραμμα σπουδών που το βλέπουμε εδώ σ' αυτή την έκδοση που αφορά την ενσωμάτωση της ασφάλειας των ασθενών και ζητημάτων ποιότητας στην εκπαίδευση φοιτητών.

Δεν θα ήθελα να προχωρήσω σε λεπτομέρειες, αλλά το πρόγραμμα σπουδών θα έλεγα ότι είναι οι κατευθυντήριες οδηγίες για τους καθηγητές, πώς μπορεί να διδαχτεί λοιπόν η ασφάλεια στους φοιτητές τους και σε άλλους εκπαιδευόμενους γενικότερα.

Μέχρι στιγμής δοκιμάζουμε το πρόγραμμα σπουδών αυτό σε 12 ιστοσελίδες σε παγκόσμιο επίπεδο. Ένα άλλο σημαντικό θέμα που αφορά, το πώς θα περάσουμε από το πρόβλημα στη λύση, δεν είναι μόνο η ενδυνάμωση του συστήματος υγείας, αλλά επίσης να αναπτύξουμε κατευθυντήριες γραμμές, πρωτόκολλα που θα διευκολύνουν τα νοσοκομεία προκειμένου να εφαρμόσουν μέτρα ασφάλειας.

Αυτό που βλέπουμε εδώ που είναι ένα πολύ πετυχημένο πρόγραμμα είναι η καθαρότητα στα χέρια, η υγείας των χειρών και όπως ξέρουμε η Ελλάδα έχει ακολουθήσει αυτό το πρόγραμμα, η κα Γιαμαρέλλου ήταν υπεύθυνη σ' αυτό το πρόγραμμα και ήταν στην ηγεσία αυτού του προγράμματος.

Αυτό που συνιστά ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας είναι ότι υπάρχουν πέντε βήματα για την υγεία των χειρών, την καθαριότητα των χειρών στο νοσοκομείο όταν ο άνθρωπος παρέχει υπηρεσίες υγείας και έρχεται σε επαφή με τον ασθενή.

Υπάρχουν και ιστοσελίδες, υπάρχουν εδώ οι συγκεκριμένες οδηγίες του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας για την υγεία των χεριών κι αυτό που συστήνουμε είναι ένα διάλυμα με βάση την αλκοόλη το οποίο μας βοηθάει προκειμένου να έχουμε πάντα χέρια καθαρά και το ξέρω ότι τα ελληνικά νοσοκομεία το έχουν αυτό γιατί το έχω δει τοποθετημένο στα νοσοκομεία.

Τι μάθαμε, λοιπόν, από τις διάφορες χώρες. Το πρώτο πράγμα που θα ήθελα να πω βλέπω ότι στο χάρτη πάνω αριστερά είναι όλες οι χώρες που συμμετέχουν σ' αυτή την πρωτοβουλία, οι 42 χώρες που βλέπετε δεξιά έχουν ανταποκριθεί άμεσα σ' αυτή την πρωτοβουλία και 121 νοσοκομεία παγκοσμίως εφαρμόζουν τις οδηγίες του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας.

Είμαι πολύ ευτυχής, λοιπόν, να μοιραστώ μαζί σας αυτές τις τεχνικές λεπτομέρειες. Το δεύτερο πρόγραμμα που τρέχουμε είναι η ασφαλής χειρουργική. Βλέπουμε εδώ στον πίνακα, βλέπετε περιπτώσεις καρκίνου και άλλων ασθενών και βλέπουμε ότι έχουν αυξηθεί πάρα πολύ οι εγχειρήσεις που αφορούν τον καρκίνο.

Έτσι, λοιπόν, αυτό που κάνουμε είναι ότι προσπαθούμε να προωθήσουμε στην ασφάλεια στα χειρουργεία ως ένα δημόσιο θέμα υγείας λόγω των διαδικασιών κι αυτό που έχουμε φτιάξει είναι μια λίστα που χρειάζεται προκειμένου να μπορέσουμε να βελτιώσουμε την απόδοση των χειρουργείων και εδώ βλέπετε πώς συλλέγουμε στοιχεία σ' αυτή τη λίστα γιατί υπάρχει και κάποιο αποτέλεσμα.

Εδώ βλέπετε τη λίστα όπου τονίζονται τι πρέπει να κάνει η χειρουργική ομάδα και όχι μόνο ο χειρουργός γιατί είναι πολύ σημαντικό να απευθυνόμαστε σε όλη την ομάδα, τι πρέπει να κάνει πριν ξεκινήσει μια εγχείρηση και θα έλεγα ότι υπάρχουν πολλές ομοιότητες και με άλλες λίστες. Και αυτό που θέλω να πω είναι ότι με το να εφαρμόσουμε αυτή τη λίστα έχουν μειωθεί οι θάνατοι, οι θάνατοι που δεν σχετίζονται με την ασθένεια, έχουν πέσει από 1,5% στο 0,8%, οι περιπλοκές έχουν πέσει στο 7%, γύρω στο 15%.

Έτσι, λοιπόν, η εφαρμογή αυτής της λίστας είναι πολύ σημαντική.

ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗΣ: Ευχαριστούμε πάρα πολύ την κα Λεοτσάκου. Μας έδωσε μια πολύ θαυμάσια επισκόπηση, μας έβαλε και πολλά ερωτήματα όχι μόνο σε επίπεδο πληροφοριών, αλλά και δράσεις και πολιτικές που πρέπει να εφαρμόσουμε.

Ας κρατήσουμε μερικά ενδιαφέροντα σημεία, το reporting που είπατε, η ανακοίνωση, πέρσι σε ένα άλλο meeting υπήρχε από το Κέμπριτζ της Βρετανίας. Οι Βρετανοί κάνουν ανακοίνωση και υπάρχει από τις υπηρεσίες όπως έχουμε εδώ πέρα τις Περιφερειακές ένα είδους τιμωρίας ως το πούμε, πέναλτι κιάλας, είναι και τέτοιες διαδικασίες. Σε ποιο βαθμό δηλαδή μειώνονται τα λάθη μέσα σε ένα νοσοκομείο.

Αλλά το πιο σημαντικό είναι οι οδηγίες γύρω από τα πρωτόκολλα, αυτό είναι το πιο σημαντικό. Και αυτό θα είναι ενδιαφέρον όλοι εδώ των νοσοκομειακών ιδρυμάτων να μπορούν να δούνε μια λίστα τέτοιων οδηγιών και πρωτοκόλλων για τη διασφάλιση της ποιότητας μέσα από τον περιορισμό των λαθών.

Ν. ΠΟΛΥΖΟΣ: Το πιο σημαντικό το είπε στο τέλος Άρης, χρειάζεται leadership στο Υπουργείο και leadership στα Νοσοκομεία για να γίνουν αυτά.

ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗΣ: Ναι, έτσι. Αλλά leadership για να εφαρμόσετε τις οδηγίες και να παρακολουθείτε τι λάθη, γιατί όπως είπατε σε κάποια στιγμή στην Ελλάδα έχουμε πολλά παραδείγματα που τα λάθη εμφανίζονται στα τηλεοπτικά πρωινά όπως τα λέμε και από εκεί αρχίζει μια τέτοια άλλη διαδικασία, ενώ είναι θέμα που πρέπει να κρατηθεί μέσα στο χώρο της υγείας.

Συνεχίζουμε αυτή την πορεία. Να περάσουμε στη Μεγάλη Βρετανία και ιδιαίτερα στον τομέα της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Έτσι, όλοι ίσως να ξέρουμε, αλλά ορισμένοι το ξέρουν πολύ καλά, ότι εδώ και –θα μας τα πει ο κ. Esmail- πόσο, δέκα χρόνια πέρασε αυτό που λένε clinical governance μέσα στο επίπεδο της γενικής ιατρικής και της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

Αλλά ας αφήσουμε τον Καθηγητή τον κ. Aneez Esmail, εντάξει δεν ξέρω το όνομα τώρα αν το λένε και να ακούσουμε την εμπειρία από τη Μεγάλη Βρετανία.

«Η ποιότητα στην Πρωτοβάθμια Περίθαλψη. Η εμπειρία από τη Μ. Βρετανία και το Ευρωπαϊκό Πρόγραμμα Linneaus»

A. ESMAIL: Ναι, ευχαριστώ. Τέλεια το προφέρατε το όνομά μου, μια χαρά. Όταν μου ζητήθηκε να μιλήσω εδώ στο Συνέδριο, αρχικά επρόκειτο να μιλήσω για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και την ασφάλεια που σχετίζεται μ' αυτή, αλλά συναντήθηκα με τον Γιάννη χθες με τον οποίο ξεκίνησα να εργάζομαι και μου εξήγησε σε ποιους απευθύνομαι.

Επομένως όταν είναι κανείς γιατρός που μπαίνει σε ένα σύστημα το οποίο κυριαρχείται από το νοσοκομειακό τομέα συνειδητοποιεί ότι πρόκειται να υπάρχουν σημαντικά προβλήματα στο να σας πείσω.

Έτσι, λοιπόν, χθες το βράδυ άλλαξα τελείως την παρουσιάσή μου έτσι ώστε, ναι το γνωρίζω αυτό, ναι και γι' αυτό το λόγο σχετίζεται, αυτό ήθελα να κάνω. Έτσι, λοιπόν, Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, ποτέ μην σπαταλάτε μία κρίση.

Πιστεύω, λοιπόν, χαράσσοντας πολιτική και οι πολιτικοί εν γένει σκέφτονται για το πώς μπορούμε να διατηρήσουμε τις εξελίξεις στην υγεία στις χώρες μας. Έτσι η ομιλία μου επίσης απευθύνεται στους πολιτικούς και τους χαράσσοντας πολιτική σ' αυτό το κοινό.

Είμαι από Μάντσεστερ και θα ήθελα να σας πω δυο λόγια, έφερα το κρύο μαζί, έτσι κατηγορείστε εμένα για την κακοκαιρία. Μας ξέρουν για πολλά πράγματα για το Πανεπιστήμιό μας για το οποίο είμαστε πολύ υπερήφανοι, είναι εκπληκτικό ίδρυμα, έχουμε δύο Φυσικούς Νομπελίστες που έχουν αποφοιτήσει από εκεί, έχουμε μία υπέροχη πόλη, έχουμε και σύστημα Τραμ, το οποίο είναι πολύ αστείο, διότι τα έβγαλαν και μετά από 100 χρόνια τα επανέφεραν για τις δημόσιες μεταφορές.

Προσέξτε τι λέτε για το Μάντσεστερ γιατί έκανα εκεί 7 χρόνια, προσέξτε, λοιπόν, τι θα πείτε. Και έχουμε και αυτό κρίκετ το οποίο στην Αγγλία είναι λίγο περίεργο, διότι πέντε άνθρωποι με άσπρα ρούχα τριγουρίζουν γύρω – γύρω – γύρω και άλλοι 7 από την άλλη ομάδα, τέλος πάντων.

Η Μάντσεστερ Γιουνάιτι επίσης είναι κάτι που όλοι γνωρίζετε. Φυσικά έχουμε πολύ βροχή στο Μάντσεστερ το ξέρετε κι αυτό και να σας πω ότι εγώ δεν υποστηρίζω την Γιουνάιτι.

Θα σας μιλήσω για τη σημασία της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, γιατί έχει ιδιαίτερη χρησιμότητα για κάποιον που προέρχεται από ένα τέτοιο σύστημα. Σαφώς πολλά κέντρα υγείας διαχειρίζονται από νοσοκομεία και θέλω να δώσω έμφαση σε ορισμένα σημεία. Θα μιλήσω για τα μαθήματα που πήραμε στο Ηνωμένο Βασίλειο και τι πρόκειται να αλλάξει στο μέλλον, γιατί έχουν σημειωθεί δραματικές αλλαγές και θα εξακολουθήσουν να συμβαίνουν.

Και το να εργάζεται κανείς στον τομέα της υγείας μπορεί να δημιουργεί ιδιαίτερη ανησυχία, διότι ποτέ δεν παραμένει σταθερός και μερικές φορές αυτό δεν είναι καθόλου κακό, διότι αν παραμένει κανείς αδρανής τότε δεν εξελίσσεται.

Θα σας μιλήσω γιατί και στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας η ποιότητα και η ασφάλεια έχουν ιδιαίτερη σημασία, αλλά θα αναφερθώ βεβαίως και για τη σημασία της τεχνολογίας, η οποία είναι κατώτερης ποιότητας στα Κέντρα Υγείας. Στο τέλος θα σας μιλήσω για το πρόγραμμα «Linneaus» όπου προσπαθεί να αυξήσει τη δυνατότητα και τις γνώσεις και την ικανότητα αλλαγής στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.

Πολλοί, λοιπόν, σε πολλές χώρες δίνουν ιδιαίτερη έμφαση στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και στην βελτίωση της ποιότητας. Για να σας δείξω το πόσο σημαντική είναι η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, εδώ υπάρχουν πολλοί νοσοκομειακοί που πιστεύουν ότι η φροντίδα υγείας και οι υπηρεσίες υγείας περιστρέφεται γύρω από τα νοσοκομεία.

Ας μιλήσουμε, λοιπόν, για 1.000 άτομα τα οποία πηγαίνουν στο νοσοκομείο, οι 800 εκ των οποίων έχουν συμπτώματα, οι 327 θα σκεφτούν να αναζητήσουν ιατρική φροντίδα, οι 217 θα επισκεφτούν γιατρό ή κάποιον φυσικοθεραπευτή ή ακόμη και στο φαρμακείο, οι 65 απ' αυτούς θα επισκεφτούν κάποιον «εναλλακτικό» γιατρό, 21 θα επισκεφτούν μία κλινική νοσοκομείου και οι 14 θα λάβουν φροντίδα υγείας στο σπίτι, οι 13 θα μεταβούν στα επείγοντα, οι 8 θα εισαχθούν στο νοσοκομείο και λιγότεροι από έναν θα μεταβεί σε κάποιο πανεπιστημιακό νοσοκομείο.

Που βασίζονται λοιπόν οι συζητήσεις μας; Βάζουμε πολύ χρόνο για να μιλούμε γι' αυτούς τους ανθρώπους που βρίσκονται κάτω - κάτω και

δεν μιλούμε καθόλου για τους πάνω – πάνω που είναι οι 800 συμπτωματικοί, των οποίων το πρώτο σημείο επαφής είναι η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.

Τα άτομα που μιλούν για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας σκέφτονται ότι θα πρέπει να αφορά τις φτωχές χώρες. Αλλά να σας δείξω αυτή τη διαφάνεια επιτρέψτε μου παρακαλώ. Αυτό γίνεται τα τελευταία 10 χρόνια από τους Οικονομολόγους της υγείας και έχουν κατηγοριοποιήσει μια σειρά από δείκτες: δαπάνες, ικανοποίηση του ασθενούς, φαρμακευτική αγωγή σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες και οι Ηνωμένες Πολιτείες είναι με το κόκκινο εκεί κάτω – κάτω, σας δείχνει ότι πιθανότατα το πιο ακριβό σύστημα υγείας στον κόσμο.

15,4% άκουσα για την Ελλάδα, αλλά συμπεριλαμβάνεται και ο ιδιωτικός τομέας. Αυτό όμως δεν σημαίνει ότι δεν έχει επίπτωση στην οικονομία, γιατί και πάλι οι εργαζόμενοι πρέπει να πληρώσουν αυτό το κόστος. Και αυτό έχει επίπτωση στην οικονομία.

Έτσι, λοιπόν, δεν μπορούμε να λέμε, ότι μόνο το δημόσιο έχει σημασία, διότι τα οικονομικά της υγείας σχετίζονται με τα αποτελέσματα, έχουμε όμως χώρες ότι το Βέλγιο, η Γερμανία, οι Ηνωμένες Πολιτείες που δαπανούν σχεδόν τα διπλάσια από τις χώρες που βλέπουμε στην αριστερή πλευρά του πίνακα: Δανία, Ηνωμένο Βασίλειο. Κι αυτό που έχει ιδιαίτερο ενδιαφέρον είναι -και παραξενεύουμε που δεν συζητείται σε επίπεδο πολιτικής- ότι οι χώρες όπου κυριαρχούν στις ιατρικές κατασκευές κλπ. είναι ότι ενδιαφέρονται να διατηρήσουν αυτό το status quo.

Αν όμως κοιτάξουμε εδώ την κατάταξη, οι χώρες που έχουν προσανατολισμό στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας παγκόσμια τα πηγαίνουν πολύ καλύτερα στα αποτελέσματα της υγείας. Στις χώρες όπου υπάρχουν ισχυρά πρωτοβάθμια συστήματα υγείας οι ασθενείς έχουν καλύτερα αποτελέσματα στην υγεία.

Αν κοιτάξουμε τώρα τις δαπάνες θα δούμε, αυτό γίνεται κατά κεφαλήν, η Ελλάδα δαπανά 15,4% όπως είπε ο Καθηγητής στις δαπάνες, αυτά είναι τα επίπεδα των Ηνωμένων Πολιτειών και αν δείτε το Ηνωμένο Βασίλειο δαπανούμε λιγότερα, είμαστε από τους χαμηλότερα στην Ευρώπη ως προς αυτό.

Υπάρχει τεράστια αύξηση και βεβαίως δεν λέω σε καμία περίπτωση ότι δεν έχουμε προβλήματα στο Ηνωμένο Βασίλειο, αλλά έχουμε χώρες όπως η Ολλανδία, η Δανία, η Φινλανδία και το Ηνωμένο Βασίλειο και η Ισπανία που έχουν πολύ – πολύ ισχυρή πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Και έχει σημασία να αναγνωρίσουμε, ότι οι κατά κεφαλήν δαπάνες είναι πολύ μικρότερες.

Έτσι λοιπόν οι πολιτικοί και οι χαράσσοντες την πολιτική θα πρέπει να το εξετάσουν ιδιαίτερα στα πλαίσια της κρίσης που αντιμετωπίζετε και να αναζητήσουν μία μεταρρύθμιση. Η αξία, λοιπόν, βάζουμε πολύ χρόνο μιλώντας για τις διαγνωστικές μεθόδους και τη βελτίωσή τους, όμως πρέπει να δούμε ότι τα καλύτερα συστήματα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας μειώνουν τον αριθμό της χρήσης των ασθενών που καταφεύγουν στα νοσοκομεία. Υπάρχουν λιγότεροι εργαστηριακοί έλεγχοι.

Όταν κάνουμε έρευνες και συγκρίνουμε τη Γερμανία, η συγκεκριμένη έρευνα έγινε στις Ηνωμένες Πολιτείες και τον Καναδά, εκεί γίνεται μία ετήσια έρευνα, 14 χώρες λαμβάνουν μέρος σ' αυτό και προκύπτει ότι στις χώρες αυτές που έχουν περισσότερη πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας η ικανοποίηση του ασθενούς είναι πολύ υψηλότερη. Και αυτό φαίνεται χρόνο με το χρόνο, υπάρχει χαμηλότερη χρήση φαρμακευτικής αγωγής και χαμηλότερα κόστη και πολλοί λίγοι είναι αυτοί που αμφισβητούν αυτή την μελέτη.

Κάτι ακόμη, η θνησιμότητα. Στις χώρες που έχουν ισχυρή πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, η κίτρινη γραμμή, έχουν χαμηλότερη πρόωρη θνησιμότητα απ' ότι οι άλλες χώρες. Και αυτό είναι σημαντική πρόκληση για τους χαράσσοντες την πολιτική.

Προχωρώ, λοιπόν, περιγράφοντας αυτό που συμβαίνει στο Ηνωμένο Βασίλειο. Αναμφίβολα ο Πρόεδρος ανέφερε τη διακυβέρνηση, τα τελευταία 15-20 χρόνια αυτό γίνεται ιδιαίτερα ορατό και βεβαίως έχει αναγνωριστεί ότι οι Κυβερνήσεις έχουν δώσει έμφαση κατά καιρούς σε διαφορετικούς τομείς, αλλά η Κυβέρνηση αναζητά το πιο νοσοκομείο έχει καλύτερη απόδοση και θέλει να γνωρίζει ποιο νοσοκομείο αποδίδει καλύτερα.

Αυτό μπορεί να βάλει σε σκέψη όλους σχετικά με το θέμα της κατανομής των πόρων και της αξιοποίησης όλων των ερευνών που

συμβαίνουν. Επίσης η ανάπτυξη των οικονομικών της υγείας έχει καταδείξει ότι οι μέθοδοι μέτρησης της ποιότητας έχουν αναπτυχθεί πολύ.

Στο Ηνωμένο Βασίλειο, εκεί που εργάζομαι εγώ ποτέ δεν βλέπουμε πλέον χαρτοβασίλειο, τα πάντα είναι σε ηλεκτρονική μορφή, το αρχείο του ασθενούς, τα πάντα είναι σε ηλεκτρονική μορφή. Βεβαίως το καλό μ' αυτό είναι ότι είναι ένας πολύ καλός τρόπος εξέτασης των δεδομένων και αυτό μπορούμε να το χρησιμοποιήσουμε πάρα πολύ εύκολα.

Επίσης υπάρχει πολύ καλύτερη κατανόηση από τους γιατρούς σχετικά με την χρήση των δεδομένων όσον αφορά την αποτελεσματικότητα θεραπειών. Επίσης όλο και περισσότερη πίεση ασκείται σε όλους μας, έτσι ώστε να προσαρμόζουμε την αγωγή την οποία δίνουμε προκειμένου αυτή να συντρέχει με τα δεδομένα που συλλέγονται. Δεν μπορεί κανείς να είναι γιατρός και να μην λαμβάνει μέρος σε αυστηρότατους ελέγχους.

Επίσης οι ασθενείς ενημερώνονται βάση της ιατρικής που ασκείται βάσει τεκμηρίων σχετικά με την αποδοτικότητα των καρδιοχειρουργών για παράδειγμα ποιος είναι ο γιατρός που έχει τις περισσότερες επιτυχίες.

Αυτό εμείς ως γιατροί πρέπει να μάθουμε να το αποδεχόμαστε, διότι ο καλύτερος έλεγχος δεν αποσκοπεί στην κατηγορία, αλλά στη βελτίωση και αυτή είναι η βασική πρόκληση που πρέπει όλοι να αποδεχτούμε.

Από την δεκαετία του '80 που λέγαμε ότι δεν μπορούμε να κάνουμε τίποτε και ότι δεν υπάρχει κακός γιατρός, όλοι είμαστε γιατροί, είμαστε πολύ επαγγελματίες και πολύ έξυπνοι, όχι αυτό δεν είναι πλέον αποδεκτό. Υπάρχει η κακή ποιότητα φροντίδας και μέχρι το 2000 έχουμε φτάσει σε μία κατάσταση όπου μπορούμε να πούμε ότι η φροντίδα μπορεί να βελτιωθεί και να μετρηθεί, αλλά πρέπει να σας πω ότι δεν είναι φτηνή.

Τι κάνουμε, λοιπόν, στο Ηνωμένο Βασίλειο και θεωρώ, ότι είναι δύσκολο να το δεχτώ, θεωρώ ότι είμαι Σοσιαλιστής και συγχύζομαι όταν μου λένε ότι τα χρήματα σε παρακινούν. Δυστυχώς είναι το σκληρό μάθημα του καπιταλισμού, τα χρήματα δεν πηγαίνουν εκεί όπου πρέπει.

Υπάρχει, λοιπόν, η αμοιβή για την απόδοση, η οποία εξετάζεται από τους χαράσσοντες την πολιτική σε ολόκληρο τον κόσμο. Αναμφίβολα μπορώ να σας πω ότι έχει δημιουργήσει πολύ καλά αποτελέσματα στο

Ηνωμένο Βασίλειο, το εισάγαμε ως σύστημα το 2004 στο Ηνωμένο Βασίλειο. Είπαμε λοιπόν στους γιατρούς ότι στο μέλλον το 25% όχι τεράστια ποσά, το ¼ του εισοδήματός σας θα εξαρτάται από την απόδοσή σας και η απόδοσή σας σε σχέση με κάποιους δείκτες.

Όπως αν έχετε έναν υπερτασικό ασθενή πρέπει να βεβαιωθείτε ότι ελέγχεται η πίεση, λαμβάνει στατίνη, ασπιρίνη, απλά πράγματα, τα γνωρίζετε, η ασπιρίνη είναι γνωστή εδώ και 100 χρόνια, το ξέρετε και αν εξετάσετε την ποιότητα φροντίδας στο Ηνωμένο Βασίλειο θα δείτε ότι πολλοί άνθρωποι έχουν αυτές τις καταστάσεις υγείας που δεν έλαβαν αυτή την αγωγή που έπρεπε.

Με τον διαβήτη, γνωρίζουμε ότι ο καλός έλεγχος είναι πολύ – πολύ σημαντικός. Γνωρίζουμε ότι αν είναι κάποιος διαβητικός πρέπει να λαμβάνει αντιυπερτασικά, πρέπει να παρακολουθεί τα μάτια του, όλοι αυτοί είναι δείκτες ποιότητας. Λοιπόν, δεν πρόκειται για κάτι το οποίο δεν μπορούσε κανείς να επιτύχει.

Το υλοποιήσαμε και κατά βάση τώρα υπολογίζουμε τα μόρια που συγκεντρώνει ο κάθε γιατρός. Μπορεί να δει κανείς το ποσοστό των ασθενών μου των αντιυπερτασικών που παίρνει τη σωστή αγωγή ή όχι και αν πληρώ ένα κατώφλι, συλλέγω πόντους και αυξάνεται ο μισθός.

Έτσι, λοιπόν, ο κάθε πόντος είναι περί τις 76 στερλίνες, δηλαδή περίπου 84,00 €. Σε κάθε Ιατρείο που φροντίζουμε περί τους 500 ασθενείς από 5 γιατρούς παίρνει κανείς τα χρήματα που σας ανέφερα, δηλαδή γύρω στις 80.00 λίρες. Αυτό μπορεί να κάνει μεγάλη διαφορά και εγώ ήμουν σκεπτικιστής στην αρχή, αλλά οι γιατροί το πίστεψαν και έχει μετατρέψει τη φροντίδα υγείας.

Και έχει ιδιαίτερη σημασία, εδώ έχουμε μία σειρά από δείκτες και πώς είναι, δεν πρόκειται μόνο για την κλινική φροντίδα, αφορά επίσης την εμπειρία του ασθενούς. Κάνουμε υποχρεωτικές ανεξάρτητες έρευνες στους ασθενείς. Όταν προσέρχονται σ' εμάς οι ασθενείς συμπληρώνουν μία φόρμα, αυτό γίνεται μία φορά το χρόνο μόνο και παίρνουμε κάποια στοιχεία.

Η Κυβέρνηση βεβαίως, το κράτος, μπορεί να αλλάξει και να αυξήσει το ποσό που λέει ότι θα μας δώσει εάν οι ασθενείς σας είναι ικανοποιημένοι. Κοιτάζουν για παράδειγμα τα συστήματα ασφαλείας που

εφαρμόζουμε. Δεν πρόκειται μόνο για κλινική φροντίδα, μια σειρά από φροντίδες.

Έτσι, λοιπόν, οι γιατροί συνειδητοποίησαν το 2004 ότι είχαν να κερδίσουν εισάγοντας μία σειρά από ισχυρότατα κίνητρα που σας είπα. Ως προς τις δαπάνες, διότι δεν είναι κάτι το φτηνό, αλλά σκεφτείτε ότι στα μέσα της δεκαετίας του '90 οι κατά κεφαλήν δαπάνες μας ήταν χαμηλότερες από της Ελλάδας και τώρα είμαστε στον ευρωπαϊκό μέσο όρο.

Και αυτό είναι κάτι που πρέπει να δει και η δική σας πολιτική ηγεσία, το θέμα των δαπανών. Αυτό που βρίσκω ενδιαφέρον είναι να ακούω το τι συμβαίνει εδώ στον τομέα υγείας σας και παρατηρώ τη χώρα σας. Η γυναίκα μου είναι Ελληνίδα, τα παιδιά μου είναι μισά Ελληνάκια και από την Ινδία και είμαι εδώ κάθε καλοκαίρι, είμαι κατά το ήμισυ insider λέει ο ομιλητής.

Έτσι, λοιπόν, πρέπει να αναρωτηθείτε το πώς τα πράγματα φτάνουν στην ατζέντα της πολιτικής υγείας; Εξαρτάται από τρία πράγματα βεβαίως. Πρώτον, κατανόηση του προβλήματος, σαφώς απαιτεί χρόνο αυτό και δεύτερον, ανάπτυξη αντικειμενικών στόχων. Και βεβαίως οι χαράσσοντες την πολιτική θα πρέπει να αναπτύξουν τις αντίστοιχες πολιτικές. Και βεβαίως οι πολιτικοί πρέπει να υιοθετήσουν τις απόψεις αυτές.

Αυτό που συνέβη στο Ηνωμένο Βασίλειο είναι ότι συνέρρευσαν και οι τρεις παράγοντες και συνέκλιναν προς το ίδιο σημείο. Εδώ επανέρχομαι στον τίτλο της ομιλίας μου, γιατί να αφήσουμε μία κρίση να πάει χαμένη. Πρόκειται για μια ευκαιρία, ένα ανοιχτό παράθυρο και θα ήθελα να σας πω ότι αρχίστε να σκέφτεστε το τι είναι εφικτό και τι διαθέσιμο, γιατί να αφήσετε την κρίση να πάει χαμένη, διότι μπορεί να αφήσει κανείς τα πράγματα να κυλήσουν ή να εκμεταλλευτεί την ευκαιρία.

Εδώ βλέπετε ένα εκλογικό κέντρο στην Βρετανία και εκεί χρησιμοποιούμε τα σχολεία για να ψηφίσουμε όπως κάνετε και εσείς. Τώρα τι πρόκειται να αλλάξει; Θεωρώ ότι οι περισσότεροι πολιτικοί ανησυχούν όταν βλέπουν ότι το γράφημα δείχνει ανοδική πορεία των δαπανών. Οι τρέχουσες δαπάνες είναι σε δυσθεώρητα επίπεδα. Και πιστεύω ότι κανείς γιατρός δεν μπορεί να ισχυριστεί ότι πρέπει να διατηρήσουμε αυτό το οποίο συμβαίνει σήμερα.

Πιστεύω, ότι όταν έχει κανείς νοσοκομειοκεντρικά συστήματα και βλέπει κανείς αυτό που γίνεται στις Ηνωμένες Πολιτείες για παράδειγμα να ξεφύγουν δηλαδή λίγο περισσότερο από το νοσοκομειακό ισχυρό τομέα και το τι έγινε. Όμως ξέρετε, ανακαλύπτουμε ότι έστω και αν τονώσει πολύ τα νοσοκομεία κανείς τα αποτελέσματα δεν είναι τα αναμενόμενα. Μπορεί να βρεθούμε σε μια κατάσταση όπου έχουμε ηυξημένες προσδοκίες, αλλά δεν είναι δυνατόν να διατηρηθούν τα αναμενόμενα αποτελέσματα.

Το παράδοξο είναι ότι δεν πρόκειται τόσο για την οξύτητα των περιστατικών ή την σημασία των μονάδων εντατικής θεραπείας ή τους τραυματισμούς. Στις ευρωπαϊκές χώρες όλοι έχουμε φτάσει σε μία νόρμα όπου ο μείζον παράγοντας είναι οι χρόνιες ασθένειες, είναι ο διαβήτης, η υπέρταση, η παχυσαρκία, τέτοιοι παράγοντες υγείας. Αυτές οι καταστάσεις υγείας δεν είναι σωστό να αντιμετωπίζονται στο νοσοκομείο.

Για παράδειγμα η δερματολογία είναι κατά κύριο λόγο νοσοκομειακή ειδικότητα, αλλά αν σχεδιάζατε σήμερα ένα σύστημα υγείας θα βάζατε σε ένα νοσοκομείο τη δερματολογία ως ειδικότητα ή την περιιατρική; Αυτό είναι το θέμα, ότι το μοντέλο των ασθενειών αλλάζει και τούτο είναι κάτι που πρέπει να λάβουν υπόψη οι πολιτικοί.

Η λύση στο Ηνωμένο Βασίλειο έλεγαν ότι ήθελαν να ενθαρρύνουν τη διαδικασία που σας ανέφερα προηγουμένως, την εισαγωγική «decision» για την αμοιβή των γιατρών και όταν ένας ασθενής για παράδειγμα θα έρχεται σ' εμένα, εγώ θα καθορίζω το τι τεστ θα κάνει, τι εξετάσεις και αν αυτός θα παραπεμφθεί στο νοσοκομείο.

Πριν από 15 χρόνια περίπου η προηγούμενη κυβέρνηση ισχυριζόταν ότι παρακρατούντο πόροι μ' αυτό τον τρόπο. Αυτή τη φορά όμως η Κυβέρνηση έχει κατανοήσει ότι πιθανόν να πρέπει αυτά τα κονδύλια να επανεισρεύσουν στο σύστημα, πρέπει τα κονδύλια να δοθούν στους ανθρώπους που πραγματικά θα χειρίζονται την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.

Δεν θα εκπλαγώ βεβαίως αν δω ιδιαίτερη αποτελεσματικότητα, γιατί στο τέλος οι γενικοί γιατροί είναι πολύ επιχειρηματικά μυαλά και μπορούν βεβαίως να βοηθήσουν έτσι ώστε οι ασθενείς τους να παραμείνουν εκτός

νοσοκομείου και βεβαίως να μην καταλήξουν σε κάποιο νοσοκομείο, αλλά στο σπίτι τους ειδικά αν πρόκειται για κάποιους πάσχοντες από χρόνια ασθένεια.

Και δυο λόγια για την ασφάλεια. Η Αγνή σας ανέφερε προηγουμένως για τα νοσοκομεία. Να θυμάστε όταν σας ανέφερα την πρώτη διαφάνεια, στο Ηνωμένο Βασίλειο το 95% της πρώτης επαφής του πολίτη είναι με την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, οι γενικοί γιατροί. Για το Ηνωμένο Βασίλειο είναι τα $\frac{3}{4}$ ενός εκατομμυρίου ανθρώπων, σκεφτείτε τους αριθμούς και τα σφάλματα λόγω πολυφαρμακίας, σκεφτείτε τους αριθμούς και το τι μπορεί αυτό να σημαίνει.

Όταν, λοιπόν, έρχονται οι ασθενείς και μου λένε, ότι πήγα σε πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, ενώ στο νοσοκομείο μπορώ να έχω όλη αυτή την τεχνολογία, βλέπουμε όμως τόσους ασθενείς κάθε μέρα και όπως σας ανέφερα προηγουμένως το περιβάλλον είναι διαφορετικό, οι δομές είναι διαφορετικές, η Αγνή αναφέρθηκε στο πρόβλημα αυτό της παραπομπής του ενός ασθενούς προς τον άλλο και έχει βεβαίως ιδιαίτερη σημασία η συνεργασία.

Και στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας το άτομο όταν μιλάω εγώ με τον ασθενή μου και κανείς δεν με παρατηρεί, δεν έχω μία νοσηλεύτρια να με παρακολουθεί κλπ. και τα άτομα που μου λένε, ότι δεν είναι τόσο ασφαλές, θα σας δείξω δύο διαφάνειες.

Κάναμε μια έρευνα όταν εξετάσαμε την κακή ιατρική πρακτική και εντοπίσαμε τα σφάλματα. Βεβαίως δεν αναφέρονται πάντοτε, αλλά έχουν συμβεί φρικτά πράγματα και ανακαλύψαμε ότι το 50% των προβλημάτων οφείλονται σε λάθος διάγνωση ή μη έγκυρη διάγνωση.

Έτσι, λοιπόν, υπάρχουν καλύτερες εγκαταστάσεις, έτσι ώστε οι γενικοί γιατροί να μπορούν να κάνουν καλύτερες διαγνώσεις, μη κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή, κοιτάξτε αυτά τα αποτελέσματα, τα 20,7% των ατόμων αυτών κατέληξαν.

Φανταστείτε ότι είστε ένας ασθενής και έρχεστε στο Ιατρείο μου και μου λέτε έχω έναν περίεργο πόνο όχι ακριβώς στο στήθος, λίγο από εδώ, λίγο από εκεί και του λέω, πήγαινε σπίτι, πάρε αυτά τα χάπια, μην τρως πολύ και μην καπνίζεις πολύ. Και ας πούμε ότι πεθαίνει.

Εάν κάποιος έρχεται με πονοκέφαλο και εγώ θέλω να είμαι πολύ καλός και του λέω πήγαινε κάνε μια αξονική τομογραφία και αυτή κοστίζει 1.000,00 € και είναι μια χαρά, τότε κανένα πρόβλημα. Εδώ υπάρχει πρόκληση, μην πιστεύετε ότι τα πράγματα μπορούν με τρόπο μη προγραμματισμένο να είναι πάντοτε τέλεια.

Τελευταία μου διαφάνεια αναφέρεται στη συνεργασία «Linneaus» στα πλαίσια της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Διαφορετικοί λοιπόν γιατροί πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας από την Ευρωπαϊκή Ένωση συνεργάζονται για την βελτίωση της ασφάλειας των ασθενών.

Έτσι λοιπόν των Κέντρων Υγείας πρέπει να συνεργαστούν για τη δημιουργία ενός δικτύου, έχουμε τους πόρους και τα εργαλεία, διότι αυτές οι χώρες το Ηνωμένο Βασίλειο, η Ισπανία, η Δανία χειρίζονται το σύστημα και μπορούμε να συνεργαστούμε. Συνεργάζομαι με τον Γιάννη Χαλκίδη και άλλους συναδέλφους που ήρθαν στο Μάντσεστερ και μπορούμε να θέσουμε κάποιους πόρους έτσι ώστε να δημιουργήσουμε ένα δίκτυο.

Παρακαλώ, λοιπόν, όσοι επιθυμούν να επικοινωνήσουν μ' εμένα και το Γιάννη, έτσι ώστε να προχωρήσουμε αυτό το δίκτυο. Σας ευχαριστώ πολύ για το χρόνο.

ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗΣ: Πολύ ευχαριστούμε τον Καθηγητή από το Μάντσεστερ. Νομίζω είδαμε μία πολύ καλή εικόνα. Βεβαίως είναι ο μεγάλος υποστηρικτής της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, αλλά μιλάμε για ένα σύστημα που καθιερώθηκε στην Αγγλία γενικής πρακτικής.

Μας άνοιξε την όρεξη, δεν ξέρω κατά πόσο είναι πληροφορημένος, ότι πρέπει να βάλουμε μπροστά την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας μετά 30 χρόνια. Οπότε η τελευταία ανακοίνωση και το πολυνομοσχέδιο του Υπουργού και δική σας Νίκο ότι επιτέλους πρέπει να τελειώσει αυτή η ιστορία και τον φέρετε μετά από έναν χρόνο όταν χτίσουμε ή αρχίζουμε να χτίζουμε την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.

Γιατί να ξέρεις, καταλαβαίνεις και ελληνικά καθόλου;

A. ESMAIL: Καταλαβαίνω λίγο, αλλά προτιμώ τη μετάφραση. Είναι αλλιώς με τα παιδιά μου, τώρα εδώ προτιμώ.

ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗΣ: Όταν είδα τον πίνακα των 800 και τελικά 9 πηγαίνουν στα νοσοκομεία, να ξέρεις σήμερα στην Ελλάδα αυτοί οι 800 έρχονται όλοι στα νοσοκομεία τα ελληνικά και τα γυρίζουν. Οπότε ...

A. ESMAIL: Γι' αυτό σας έδειξα το σλάιτς.

ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗΣ: Εγώ ήξερα γι' αυτό του είπα και στην αρχή το Clinical Governess δεν ανέφερε και καθόλου τον «ΝΑΪΣ» τον μεγάλο θεσμό που πολλοί τον πιστεύουμε ότι είναι ο μεγάλος θεσμός που επέμενε ότι και σε επίπεδο πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας πρέπει να κάνεις evidence based medicine, πρέπει να έχουν κλινικές οδηγίες να κάνουν πρωτόκολλα.

Και βεβαίως το σημαντικό Νίκο Πολύζο είναι ο αλγόριθμος, ο αλγόριθμος των points, ότι ανέφερε για indicators, που για φανταστείτε, αυτό τον αλγόριθμο μπορούμε να τον μεταφέρουμε και στα νοσοκομεία. Να έχουμε τόσους δείκτες ποιότητας και να υπάρχουν points και από εκεί να πληρώνονται τα νοσοκομεία με το bonus που χρειάζεται. Πάρα πολύ ενδιαφέροντα. Πάρε το λόγο.

N. ΠΟΛΥΖΟΣ: Έκανες πολλές πάσες και έκανε και ο Καθηγητής Esmail πολλές πάσες, νομίζω ότι είναι καιρός και θα ανακοινωθεί την Τρίτη να αυξήσουμε την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα και να σταθεροποιήσουμε ή να μειώσουμε την νοσοκομειακή.

Αυτό που θα κατατεθεί νομίζω είναι ένα εθνικό HMO αν μπορώ να το πω έτσι όπου οι χρηματοδοτήσεις θα πηγαίνουν σε έναν ενιαίο φορέα και από εκεί και πέρα αυτός ο ενιαίος φορέας θα έχει να κάνει τρία πράγματα: Την παροχή πρωτοβάθμιων υπηρεσιών ενιαία πια. Το να συνάπτει συμβάσεις με ιδιώτες παρόχους πρωτοβάθμιων υπηρεσιών και από εκεί και πέρα να αφήσει τη νοσοκομειακή περίθαλψη στο Εθνικό Σύστημα Υγείας.

Ήταν ενδιαφέρον αυτό που είπε ο Καθηγητής για το national service framework for chronic diseases, που δεν το κατάλαβα αν είναι ξεχωριστός οργανισμός. Εδώ έχουμε το Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας που ασχολείται μ' αυτά και πραγματικά είναι πολύ ενδιαφέρον να μας πείτε.

Και κλείνοντας νομίζω είπε πάλι τις μαγικές λέξεις, αν και Σοσιαλιστής, όπως οι περισσότεροι στο τραπέζι, είστε υπερασπιστής του οι γιατροί να πληρώνονται με βάση την απόδοσή τους. Τώρα δεν ξέρω πως στην Ελλάδα θα γίνει αυτό και θα ήθελα να ακούσω τις συζητήσεις, αλλά πάλι

κλείσαμε και εσείς όπως η κα Λεοτσάκου λέγοντας προς τους Διοικητές μας, ότι καλά όλα περί αποδοτικότητας που είπε ο κ. Υφαντόπουλος, αν δεν κάνετε όμως με τους physicians το network, δεν μπορείτε να πετύχετε κανενός είδους αποδοτικότητα. Ευχαριστούμε πάρα πολύ.

ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗΣ: Πολύ ωραία. Νομίζω, ναι, θα ξεκινήσουμε, είχαμε τρεις πάρα πολύ καλές παρουσιάσεις, οπότε να αρχίσουμε την κουβέντα, αλλά η συζήτηση να προέλθει από όλο το τρίπτυχο των Διοικητών, των γιατρών, γιατί συμμετέχουν και αρκετοί γιατροί, Νοσηλευτών, οι θεραπευτές μέσα στο όλο σύστημα, γιατί μιλάμε και για ποιότητα και για λάθη και για οτιδήποτε άλλο.

Να ξεκινήσουμε, να λέτε και το όνομά σας και την προέλευσή σας.

ΟΜΙΛΗΤΗΣ: Είμαι Γιατρός, Διοικητής στο ΚΑΤ. Ήταν οι παρουσιάσεις πάρα πολύ κατατοπιστικές και πολύ καλά και πλήρεις, αλλά δεν μπορούμε να μείνουμε μόνο στη θεωρία.

Πιστεύω ότι και οι τρεις παρουσιάσεις πρέπει να συμπεριληφθούν στις βασικές εκπαιδεύσεις των επιστημόνων υγείας και όχι μόνον στη βασική τους εκπαίδευση, αλλά και στο CME-CPD το continuous professional development. Και για να πούμε, γιατί εκθειάσαμε την Πρωτοβάθμια Περίθαλψη του Ηνωμένου Βασιλείου, υπάρχει η συνεχιζόμενη εκπαίδευση σε κοινοτική οδηγία που ψηφίστηκε το 1989. Στην Αγγλία το εφαρμόσανε το 1992.

Εμείς το μεταφράσαμε στην Ελλάδα το 1995 και το 1996 επειδή έτυχε να είμαι Πρόεδρος σε ένα section της UEMS έγινε μια πολύ μεγάλη συγκέντρωση στο Royal College of Pathology για να αξιολογήσουνε πώς είναι εφαρμοστεί το CME στο Ηνωμένο Βασίλειο. Όπου εγώ εντυπωσιάστηκα από ένα στοιχείο της στατιστικής ανάλυσης όπου λαμβάνανε υπόψη τους τη γνώμη των ασθενών, πώς είχαν τους γιατρούς πριν και μετά την εφαρμογή αυτού του συστήματος.

Αυτό το είπα σαν παράδειγμα δεν θέλω να μακρηγορήσω, απλώς πρέπει αυτό το πράγμα να διδάσκεται στις βασικές εκπαιδεύσεις και στη συνεχιζόμενη, η οποία δυστυχώς δεν υπάρχει στην Ελλάδα. Ευχαριστώ πολύ.

ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗΣ: Φέρνουμε στη μνήμη που είπατε για τη συνεχιζόμενη, ήταν ο νόμος του 1995 επί Κρεμαστινού, αλλά τα φέρουμε στην επιφάνεια γιατί κανένα απ' αυτά δεν έχει περάσει σε μια εφαρμογή και υλοποίηση. Ο κύριος;

ΟΜΙΛΗΤΗΣ: Έχω μία ερώτηση για την κα Λεοτσακού, όσον αφορά την ασφάλεια. Είπατε ότι η ασφάλεια είναι ένα μεγάλο θέμα σε όλες τις βιομηχανίες, είναι κάτι όμως καινούργιο στην υγεία. Μιλήσατε για τις αεροπορικές εταιρείες όπου η ασφάλεια έχει γίνει ολόκληρη επιστήμη. Και βέβαια αυτό βασίζεται σε κάποια πρωτόκολλα. Έχετε και εσείς αυτή την πρόθεση;

A. ΛΕΟΤΣΑΚΟΥ: Μπορείτε να επαναλάβετε την τελευταία σας πρόταση;

ΟΜΙΛΗΤΗΣ: Η ερώτηση μου ξανά. Η Ασφάλεια επέτυχε διεθνώς καθώς υπάρχουν διεθνείς συμβάσεις που είναι υποχρεωτικές και οι οποίες έχουν υιοθετηθεί, έχετε την ίδια πρόθεση όσον αφορά στο θέμα της υγείας;

A. ΛΕΟΤΣΑΚΟΥ: Όχι, δεν μπορούμε εμείς να το κάνουμε αυτό στον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, αλλά μπορούμε να τονίσουμε, να δώσουμε έμφαση στα θέματα και να δώσουμε οδηγίες και να υποστηρίξουμε χώρες. Οι χώρες είναι αυτές οι οποίες πρέπει να αναλάβουν δράσεις στο εθνικό τους περιβάλλον, εμείς δεν μπορούμε να επέμβουμε στις εθνικές τους δραστηριότητες, εμείς μόνο μπορούμε να τις στηρίξουμε. Ελπίζω να σας απάντησα την ερώτηση.

ΟΜΙΛΗΤΗΣ: Ναι, από την άλλη όμως η χώρα μας δυστυχώς έχει πρόβλημα. Αν εισάγουμε κανονισμούς από το εξωτερικό είναι θέμα ποιότητας φυσικά, έτσι; Βλέπετε και εδώ τι τραβάμε.

Υπάρχει, λοιπόν, ένα πρόβλημα στη χώρα. Είχαμε μια πρόσφατη εμπειρία με το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο. Όταν έρχονται τα πράγματα από το εξωτερικό είναι πιο εύκολο εδώ να τα εφαρμόσουμε, δυστυχώς όμως εδώ έχουμε έλλειψη πρωτοβουλιών, εδώ εσωτερικών πρωτοβουλιών, γιατί πάντα να πρέπει να βλέπουμε προς το εξωτερικό και να μην κάνουμε κάτι μόνοι μας.

Σ. ΖΩΤΟΣ: Σωτήρης Ζώτος λέγομαι, είμαι Υποδιευθυντής στη 2^η ΥΠΕ. Θέλω να πω ότι φαίνεται ότι είναι πραγματικότητα αυτό που σημείωσε ο τελευταίος ομιλητής, ότι στη χώρα η κρίση είναι ευκαιρία. Γιατί αν πριν από ένα χρόνο συζητάγαμε και λέγαμε ότι στη χώρα με τέτοια οικονομική κρίση και με την

κατάσταση που παραλάβαμε το σύστημα υγείας θα φτάναμε ένα χρόνο μετά να έχουμε αυτά τα εντυπωσιακά αποτελέσματα στο οικονομικό πεδίο και να έχουμε ανοίξει και το διάλογο για τα ζητήματα της ποιότητας δεν θα το πίστευε κανείς.

Νομίζω ότι υπάρχει ένα τρίτο σημείο που θέλω να σημειώσω μαζί με τα δύο που έχουν ήδη τεθεί ως προτεραιότητες. Είναι το πρώτο κομμάτι που αφορά το συμμάζεμα των οικονομικών και η εικόνα που κάνουμε και που νομίζω ότι για τους πολίτες είναι το αυτονόητο, αυτό που γίνεται στα νοσοκομεία να συμμαζέψουμε τα οικονομικά. Είναι το δεύτερο που αφορά την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας που τέθηκε ως προτεραιότητα.

Νομίζω κατά τη γνώμη μου υπάρχει ένα τρίτο στοιχείο στη χώρα που μπορεί να συμπληρώσει το παζλ αυτό. Το τρίτο στοιχείο έχει να κάνει με την εκπαίδευση και με τον αριθμό των γιατρών. Δεν μπορούμε να πάμε πουθενά αν συνεχιστεί με 20.000 παραπάνω περίσσειμα γιατρών και μ' αυτή την εικόνα που έχει η ιατρική εκπαίδευση εδώ.

Νομίζω το τρίτο βήμα είναι πολύ συγκεκριμένο, πρέπει να πάμε σε εξετάσεις στην ειδικότητα και αν θέλουμε να έχουμε ασφαλή πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας δεν μπορεί να συνεχίζεται ο θεσμός του ανειδίκευτου αγροτικού γιατρού. Πρέπει να πάμε σε ειδικευμένους γιατρούς στην περιφέρεια, έτσι ώστε να έχουμε τη δυνατότητα να κάνουμε πράξη αυτά που ελέχθησαν βλέποντας ακριβώς αυτό που είπε και ο τελευταίος ομιλητής και τις στατιστικές, ότι το 80% των αρρώστων χρειάζεται την άμεση παρέμβαση στο μέρος που ζει. Δεν χρειάζεται το νοσοκομείο και μεγάλες ιδέες και μεγάλες οργανωμένες μονάδες.

Αυτό σημαίνει όμως καλή ποιότητα αυτών που παρέχουν την ιατρική και ταυτόχρονα καλή εκπαίδευση για να μπορούν να υλοποιήσουν την τεκμηριωμένη φροντίδα που εκ των πραγμάτων είναι αναγκαιότητα στη χώρα. Ευχαριστώ.

ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗΣ: Ευχαριστούμε Σωτήρη. Ο κύριος.

Δ. ΚΑΤΣΙΦΑΡΑΚΗΣ: Κατσιφαράκης από την Επιτροπή Ποιότητας στο «ΤΖΑΝΕΙΟ» Νοσοκομείο.

Αυτό που σημείωσα ιδιαίτερα από την ομιλία της κας Λεοτσάκου ήταν ότι αναφέρθηκε στην culture of blame, versus culture of safety και στα

νοσοκομεία μας θα μπορούσε να ήταν μια ουσιαστική βάση για έναρξη της συζήτησης της ποιότητας στο να εγκαταστήσουμε έναν πολιτισμό, στο να αναφέρουμε όλα αυτά τα προβλήματα που έχουμε όσον αφορά τα συμβάσματα, όπου δεν υπάρχει ένας δομημένος τρόπος μηχανισμού προκειμένου να αξιοποιηθεί το νοσοκομείο ως μαθησιακός οργανισμός, να μάθουμε από τα σφάλματά μας.

Και ίσως οι Επιτροπές Ποιότητας θα μπορούσαν να συμπεριλάβουν κι αυτό μέσα στις δράσεις τους. Ευχαριστώ.

ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗΣ: Πολύ ωραία, καλά κάνετε και το θίξατε αυτό που έλεγα. Το reporting που δεν έχει γίνει και πρέπει να βρεθεί ένας μηχανισμός να το κάνετε.

Ν. ΠΟΛΥΖΟΣ: Βλέπω την Διευθύνουσα του «Ιπποκρατείου», βλέπω την Διευθύνουσα του «Σωτηρία», θέλω μια Διευθύνουσα να μου πει, αν μπορούμε να τα κάνουμε αυτά τα πράγματα. Και θέλω μετά και έναν γιατρό Διευθυντή Ιατρικής Υπηρεσίας.

ΟΜΙΛΗΤΡΙΑ: Θα ήθελα κατ' αρχάς να συγχαρώ για τα ενδιαφέροντα θέματα που έχουν ειπωθεί σήμερα. Είναι πράγματα τα οποία πραγματικά στην ουσία καίνε τα νοσοκομεία. Η ποιότητα οπωσδήποτε, επειδή προέρχομαι από ένα νοσοκομείο που έχει ιστορία στην ποιότητα, συγκριτικά θα πρέπει να πω, ότι με τα οικονομικά έχουμε περάσει μία κρίση, είμαστε και εμείς στη φάση της κρίσης.

Αυτή τη στιγμή στα εξωτερικά ιατρεία πράγματι έρχονται 1.000 περίπου περιστατικά σε κάθε εφημερία. Η ουσία είναι ότι και οι μικρές εφημερίες είναι πάρα πολύ φορτωμένες και ουσιαστικά στο πρακτικό επίπεδο εγώ σας μιλάω, μας επιφορτίζουν πάρα πολύ, με αποτέλεσμα το προσωπικό να είναι εξουθενωμένο, οι πόροι να είναι περιορισμένοι, να είμαστε στη διαδικασία και στην αντιπαλότητα όχι αυτό είναι ακριβό, όχι αυτό είναι φτηνό, τι θα πρέπει να επιλέξουμε, ωστόσο όμως η ποιότητα ακόμη διατηρείται, όχι ίσως στο επίπεδο που ήμασταν μέχρι παλαιότερα.

Αυτή τη στιγμή γίνεται μία προσπάθεια που μπορούμε να την πετύχουμε, είναι πράγματι μια ευκαιρία να αποκτήσουμε γενικότερη δόμηση σαν σύστημα υγείας και όχι μεμονωμένα σαν ένα νοσοκομείο.

Πιστεύω, λοιπόν, ότι μπορούμε να πετύχουμε πολλά πράγματα, η ποιότητα και η ασφάλεια του ασθενή είναι βασικός στόχος που πρέπει να τον επιδιώξουμε και όλα αυτά τα σημεία πρέπει να τα επιδιώξουμε και θα πρέπει να δούμε και τα συνεργεία και το ρόλο όλων αυτών των συνεργείων καθαριότητας, σίτισης ή οτιδήποτε άλλο, τι ρόλο έχουν και αν υπάρχει αυτή τη στιγμή αποδοτικότητα ως προς την ποιότητα των υπηρεσιών και την οικονομική. Δηλαδή το συμφέρον το οικονομικότερο, το τι είναι οικονομικότερο.

N. ΠΟΛΥΖΟΣ: Συνεδριάσατε ως Επιτροπή Ποιότητας;

ΟΜΙΛΗΤΡΙΑ: Πιστεύω ...

N. ΠΟΛΥΖΟΣ: Συνεδριάστε με τον κ. Πετρόχειλο και τους συναδέλφους και αυτά που είπε η κα Λεοτσάκου τα τρία πρωτόκολλα και τα γράφουμε και εμείς στην εγκύκλιο για τις λοιμώξεις ...

ΟΜΙΛΗΤΡΙΑ: Πιστεύω ότι έχουμε μία πολύ καλή ομάδα που μπορεί να τα πετύχει όλα αυτά. Εμείς λέμε αυτά που έχουμε αντιμετωπίσει και τα οποία έρχονται σαν κληρονομιά από ένα παλαιότερο σύστημα, τα οποία όμως έχουν βελτιωθεί, δηλαδή βελτιώνονται αυτά. Και βέβαια πολύ σημαντικό σημείο είναι η πρωτοβάθμια. Ευχαριστώ.

N. ΠΟΛΥΖΟΣ: Ένας γιατρός Διευθυντής της Ιατρικής Υπηρεσίας που συμμετέχει;

M. ΤΥΡΟΒΟΛΑΣ: Μάριος Τυροβολάς, είμαι Διευθυντής Ιατρικής Υπηρεσίας του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Τρίπολης. Ήθελα να ρωτήσω εσάς κ. Πολύζο, με συγχωρείτε που θα είμαι λίγο επιθετικός, αλλά όταν μιλάμε για ποιότητα και μας έρχεται από το Υπουργείο εντολή να μειώσουμε τις δαπάνες για το φαγητό των ασθενών και το άθλιο φαγητό γίνεται αθλιότερο.

Δεύτερον, αυτή τη στιγμή στην Τρίπολη έχει -6 βαθμούς και καλούμεθα να κάνουμε και οικονομία στο πετρέλαιο. Δηλαδή εκεί που λειτουργούσε το καλοριφέρ ακόμα και τη νύχτα, τώρα δεν μπορούμε να το λειτουργήσουμε. Για ποια ποιότητα μιλάμε; Αυτό ήθελα να σας ρωτήσω. Και τι να συνεδριάσουμε και τι να πούμε.

N. ΠΟΛΥΖΟΣ: Μισό λεπτό – μισό λεπτό, ο κύριος;

κ. ΓΕΡΑΣΙΜΙΔΗΣ: Λέγομαι Γερασιμίδης, είμαι Διευθυντής της Ιατρικής Υπηρεσίας στο «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ» Θεσσαλονίκης, που είναι μισό και μισό πανεπιστημιακό και Νοσοκομείο του ΕΣΥ όπως ξέρετε, εγώ είμαι καθηγητής χειρουργικής, διευθύνω μια χειρουργική κλινική εκεί.

Και θα ήθελα να επικεντρώσω σε ένα άλλο θέμα, ίσως θα μείνει στο τραπέζι να μας απαντήσει, χρησιμοποιώντας μία λέξη που είπε ο κ. Υφαντόπουλος, έναν δαιμονισμό όσον αφορά την ποιότητα βέβαια και την ασφάλεια των ασθενών σε σχέση όμως με την αμυντική χειρουργική που υποχρεωνόμαστε να κάνουμε και εκεί λείπει ένα νομικό πλαίσιο από το Υπουργείο Παιδείας και Υγείας, για μας Παιδείας, διότι δεν είμαστε καλυμμένοι καθόλου στα ιατρικά σφάλματα τα οποία έχουν αναφερθεί κατά κόρον στις ομιλίες των δύο ξένων ομιλητών.

Αυτή η αμυντική ιατρική που υποχρεωνόμαστε να κάνουμε προφανώς έχει μεγάλη επίπτωση και στην ασφάλεια και στην αποδοτικότητα λόγω της κακής ποιότητας που υποχρεωτικά πλέον αποδίδει αυτή η αμυντική χειρουργική.

Και θα ήθελα να έχω τη γνώμη τη δικιά σας κ. Γενικέ Γραμματέα, ναι όπως λέει και ο Διευθυντής και κατευθυνόμενη ιατρική, γιατί καταλαβαίνετε πόσο δύσκολο είναι. Εμείς έχουμε και την αδυναμία βέβαια στη Θεσσαλονίκη να έχουμε και έναν Σύλλογο Παθόντων και το ξέρετε πολύ καλά. Αυτό δημιουργεί ένα τεράστιο πρόβλημα πιστεύω και στους άλλους συναδέλφους τους Διευθυντές των Ιατρικών Υπηρεσιών που υπάρχουν στην αίθουσα αυτή κι αυτό δημιουργεί πραγματικά παρά τα μέτρα που μπορεί να πάρει κανείς ένα μεγάλο νομικό κενό στο πλαίσιο ότι ειδικά οι πανεπιστημιακοί δεν έχουν καν αστική ευθύνη για τις πράξεις που κάνουν εντός του Νοσοκομείου.

Νομίζω έχετε υπόψη σας, σας έχει τεθεί το θέμα κ. Γενικέ Γραμματέα και σίγουρα θα μπορέσετε να το συζητήσετε. Ευχαριστώ πολύ.

Ν. ΠΟΛΥΖΟΣ: Κύριε Διευθυντά της Τριπόλεως εγώ ο ίδιος θα πάρω την Διοικήτρια όταν θα κάνουμε διάλειμμα και θα της πω, ότι κανένας δεν έδωσε εντολή ούτε τα τρόφιμα να περικοπούν, ούτε τα καλοριφέρ να σβήσουν και θα είναι άμεση εντολή, κανείς εγγράφως ή προφορικώς δεν είπε αυτό το πράγμα. Αν έχει γίνει κάποια παρανόηση θα το λύσουμε στο διάλειμμα.

Κύριε Καθηγητά, ναι έχετε πάρα πολύ δίκιο, στην πρώτη ημερίδα, δεν ξέρω αν ήσασταν στην πρώτη ημερίδα Ποιότητας, όπου εκεί όταν ο Καθηγητής ο ΑΙ Assaf, καλά το λέω, και ο κ. Πολυνείκης από το Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Λευκωσίας, επ' ευκαιρία να πω, ότι το Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο της Λευκωσίας θα αδελοφοποιηθεί με το Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο «ΑΤΤΙΚΟΝ» τη Δευτέρα και της Λεμεσού νομίζω με το Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο του Ηρακλείου, είτε η μαγική κουβέντα, ότι έβαζα, λέει, τους γιατρούς όταν ξεκίνησε το νοσοκομείο Λευκωσίας και τους νοσηλευτές, γιατί μου λέγανε σφάλματα – σφάλματα, να μου καταγράφουν τα σφάλματα. Και τα ενοποίησα –λέει- σε 20-30 περίπου και άρχισα να τα λύνω. Δηλαδή πέρα από τα συστήματα ποιότητας έγινε και δουλειά στην καθημερινή ρουτίνα των σφαλμάτων.

Όσον αφορά, νομίζω ότι ο κ. Χαλκίδης είναι έτοιμος να απαντήσει, τον βλέπω που σηκώνει το χέρι και είναι ειδικός και στα σφάλματα, αρκεί να μην πείτε αυτό που είπατε στα Γιάννενα μια φορά και το έγραφαν «ΤΑ ΝΕΑ» στην πρώτη σελίδα ότι 15 εκατομμύρια ασθενείς πεθαίνουν στις Ηνωμένες Πολιτείες, εδώ μάθαμε ότι είναι 1,5 εκατομμύριο, τέλος πάντων από ιατρικά σφάλματα και το μετέφεραν οι δημοσιογράφοι ότι και στην Ελλάδα, ναι η θνησιμότητα στα νοσοκομεία το ξέρετε ότι είναι 1%-1,5%, τώρα ψάξτε πόσο είναι από ιατρικά σφάλματα.

Ναι, το κομμάτι των πανεπιστημιακών το κοιτάζουμε, θα υπάρξουν λύσεις σύντομα, ίσως και στο νομοσχέδιο που θα κατατεθεί, αλλά δεν νομίζω ότι είναι ώρα να πούμε κάτι παραπάνω.

κ. ΓΕΡΑΣΙΜΙΔΗΣ: Απλώς έθεσα το θέμα γιατί πιστεύω ότι έχει μεγάλη σημασία για όλους εμάς αι για τους γιατρούς του ΕΣΥ προφανώς, δεν αλλάζει τίποτα σε έναν χειρουργό που χειρουργεί στο νοσοκομείο της Τρίπολης ή στο «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ» των Αθηνών ή της Θεσσαλονίκης, γιατί αν δεν έγινε αντιληπτό από το ακροατήριο, χειρότερο πράγμα στη χειρουργική είναι η αμυντική χειρουργική.

Δηλαδή δεν χειρουργώ επειδή φοβάμαι ότι θα καταλήξω στο δικαστήριο, επειδή ο άρρωστος θα πεθάνει έχοντας καρδιακή ανεπάρκεια, νεφρική ανεπάρκεια και κάνοντας όλη αυτή τη διαδικασία, αλλά πρέπει να χειρουργηθεί γιατί έχει περιτονίτιδα.

Μπορεί να φανταστείτε την αγωνία του γιατρού και τι τον περιμένει έξω από την πόρτα δεδομένου δε, ότι γνωρίζετε πολύ καλά υπάρχουν έξω από τα νοσοκομεία οργανωμένες ομάδες δικηγόρων οι οποίες πιάνουν τους συγγενείς, και το ξέρουν όλοι καλά, ρωτώντας τι έπαθε ο άρρωστός σας.

N. ΠΟΛΥΖΟΣ: Γιάννη μισό λεπτό, μισό λεπτό, θα συντονίσεις ένα τραπέζι, είμαστε τελείως εκτός χρόνου. Η παράκληση η δική μου προς εσένα είναι στο επόμενο τραπέζι τα μισάωρα να γίνουν 20λεπτα, είναι δύσκολο για τους ομιλητές, σύμφωνοι, παράκληση. Και να συμφωνεί η ομήγυρης το γεύμα να πάει μεταξύ δεύτερου και τρίτου μέρους, αλλά να μειωθεί λίγο και το δεύτερο και το τρίτο.

ΟΜΙΛΗΤΗΣ: Συνάδελφος είμαι χειρουργός κι εγώ. Όπως ξέρετε η defensive medicine συνήθως αυξάνει το κόστος χωρίς να μειώνει την ποιότητα. Αλλά αυτό που είναι ευκαιρία να γίνει εδώ μέσα σε όλα αυτά τα πλαίσια είναι τα κλινικά πρωτόκολλα που εφαρμόζονται στο εξωτερικό καλύπτουν πλήρως εμάς τους γιατρούς όσον αφορά τις ενδεχόμενες επιπλοκές από πολύ βαριά περιστατικά.

Συνεπώς είναι ευχής έργο το Υπουργείο με τα κλινικά πρωτόκολλα που θα εφαρμοστούν και στο βαθμό που εμείς τα ακολουθούμε να είμαστε απόλυτα καλυμμένοι. Αυτό συμβαίνει διεθνώς, αυτό προτείνουμε να γίνει και εδώ. Ευχαριστώ.

ΟΜΙΛΗΤΗΣ: Είμαι Διευθυντής Καρδιολογικής Κλινικής στο Αμαλία Φλέμινγκ και Διευθυντής Ιατρικής Υπηρεσίας. Με ενθουσίασε πολύ η ομιλία της κας Λεοτσάκου και ίσως αυτά τα δύο που ανέφερε τα θέματα, τα «20 τρόποι να σκοτώσουμε έναν άρρωστο» και τα λάθη που γίνονται στα φάρμακα, ίσως αυτό είναι θέμα της Επιτροπής Ποιότητας που αν αναλάβει σοβαρά μπορεί να τα ελαττώσει στο ελάχιστο αυτά τα δύο προβλήματα που υπάρχουν όντως στα δημόσια νοσοκομεία.

Όσον αφορά στην ομιλία του κ. Esmail, όταν λέμε πρωτοβάθμια περίθαλψη τι εννοούμε; Γιατί αν εννοούμε, πιστεύω στην Ελλάδα ο θεσμός των γιατρών του ΙΚΑ μπορούσε να ενταχθεί στο ΕΣΥ και να παίξει το ρόλο της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, γιατί αναφέρατε δυο παραδείγματα με δύο ασθενείς, ο ένας με πονοκέφαλο και ο άλλος με chest pain που πήγε και δεν

ξέρατε αν μιλάμε για τον GP της Αγγλίας, γιατί έχω ζήσει και εγώ στην Αγγλία και ξέρω και έχω δει και πολλά λάθη ομολογουμένως από GP που προώθησαν λανθασμένα τους ασθενείς ή δεν τους προωθήσανε καθόλου.

Άρα κύριοι Γραμματείς πιστεύω, ότι όταν λέμε πρωτοβάθμια περίθαλψη μια και υπάρχει τόση ανεργία μεταξύ των γιατρών πρέπει να στελεχώνεται από ειδικευμένους γιατρούς οι οποίοι θα ενταχθούν στο ΕΣΥ και θα προωθούν καλά τους ασθενείς και θα ελαττώνεται ο φόρτος στα νοσοκομεία. Ευχαριστώ.

N. ΠΟΛΥΖΟΣ: Ειδικευμένους γιατρούς, το πού θα ενταχθούν μην το πιάσουμε τώρα, έτσι, πρέπει να κλείσουμε κ. Σισσούρα με την κα Δημητριάδου που φέρει τον τίτλο και της πρώην Καθηγήτριας Νοσηλευτικής και της νυν Υποδιοικήτριας ΔΥΠΕ και μ' εσάς; Και να πάμε σε ένα διάλειμμα;

ΟΜΙΛΗΤΡΙΑ: Ήθελα να θέσω τρία ερωτήματα πολύ σύντομα. Το ένα απευθύνεται στην κα Λεοτσάκου. Εμείς έχουμε πρόβλημα με τα φάρμακα, έχουμε πολυφαρμακία, έχουμε κατευθυνόμενη συνταγογράφηση. Οι φαρμακοποιοί στα νοσοκομεία μας δεν μπορούν να διαχειριστούν τον τεράστιο όγκο φαρμάκων, από μία δραστική που είχαμε 8-10 και μορφές προσπαθούμε να τα κατεβάσουμε στα 4.

Θα ήθελα αν έχετε την καλοσύνη να μας πείτε για τη βασική λίστα φαρμάκων της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας και πόσο συνδέεται αυτό με την ποιότητα;

Επίσης λέμε για πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, αν μιλήσουμε μεταξύ μας και πούμε, τι είναι πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, ο καθένας θα πει τη δική του ιστορία. Δεν έχουμε τους ίδιους στόχους, δεν καταλαβαίνουμε, αλλιώς την εννοώ εγώ την πρωτοβάθμια, χίλιες εκδοχές πρωτοβάθμιας. Δεν μας αναφέρθηκε καθόλου ο ρόλος των άλλων επαγγελματιών υγείας στην πρωτοβάθμια φροντίδα.

Και επίσης ένα άλλο θέμα για την ποιότητα. Πόσο η ποιότητα συνδέεται με τη στελέχωση; Έχω στο μυαλό μου το ελληνικό νοσοκομείο, δεν θα πω τον πόνο, τον καταθέτω χρόνια, αλλά πρέπει να συνειδητοποιηθεί επιτέλους, οι μάχιμοι γιατροί το αντιλαμβάνονται, ότι δεν είναι δυνατόν ο νοσηλευτής σε μία βάρδια με 10 ασθενείς, με 15 ασθενείς με 20 ασθενείς να μπορεί να παράξει έργο ποιότητας. Είναι ένα πρόβλημα.

Δεν είναι δυνατόν να μιλάμε για πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στη Φινλανδία που έχει 19 νοσηλευτές, όχι διάφορο συνονθύλευμα, νοσηλευτές ανά 1.000 κατοίκους και να μιλάμε για Ελλάδα με 1,% πόσο στους 1.000 κατοίκους. Πρέπει να τα δούμε κατάματα, να δούμε τι λύση μπορούμε να δώσουμε.

Και όσο για το φαγητό συγγνώμη, είναι τραγικό αυτό που είπατε κύριε. Αυτό που πρέπει να ελεγχθεί είναι η διαχείριση της κατάστασης. Ξέρετε πόσοι άνθρωποι, πόσο πληρώνει το ελληνικό νοσοκομείο σε τρόφιμα και τρώνε κακής ποιότητας φαγητό οι άρρωστοι; Τεράστια η ποσότητα των χρημάτων. Αυτό θα πρέπει να ελεγχθεί, αυτός είναι ο στόχος, αυτή είναι η κατεύθυνση.

M. ΤΥΡΟΒΟΛΑΣ: Όταν ο προϋπολογισμός μειώνεται, πρέπει από κάπου να κόβεις, μα δεν είναι δυνατόν.

ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗΣ: Νομίζω ότι φτάσαμε να σταματήσουμε, να πάμε από την αντίστροφη μεριά με τους ομιλητές πολύ σύντομα, να δώσουν απάντηση.

A. ESMAIL: Ναι, ρωτήθηκα για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Καταλαβαίνω για το ρόλο των άλλων επαγγελματιών υγείας, ναι. Ζητώ συγγνώμη, λοιπόν, στη δική μου κλινική έχουμε και νοσηλευτές, οι οποίοι μας συνεπικουρούν στο έργο μας. Για παράδειγμα στις χρόνιες παθήσεις.

Υπάρχουν, λοιπόν, φτηνοί τρόποι να αυξήσει κανείς την ποιότητα, για παράδειγμα να χρησιμοποιείται μία ομάδα που θα συμπεριλαμβάνει και Νοσηλευτές ειδικευμένους. Το ερώτημά μου σε σχέση με το τι είναι πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας; Για μένα το βασικό είναι όχι μόνο το τι κάνεις, αλλά το πώς εκπαιδεύεσαι και είναι θεμελιώδης η διαφορά.

Μπορεί κανείς ακόμη και είναι και ειδικός, αλλά αν έχει καταρτιστεί στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Για παράδειγμα εγώ φροντίζω περισσότερο παιδιά, είναι η εξειδίκευσή μου στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, αλλά αυτό που έχει σημασία είναι το πώς έχει κανείς καταρτιστεί.

Στην Αγγλία αυτό είναι τουλάχιστον τρία έτη και θα αυξηθεί σε πέντε χρόνια. Έτσι, λοιπόν, πρόκειται για πολύ εντατική κατάρτιση, ένας χρόνος είναι μαθητεία, ένας προς ένα. Και ο ιδρυτής του συστήματος μίλησε για το πόσο σημαντικό είναι να θέτει κανείς προτεραιότητες. Και αυτό που

ακούω για σας ως χώρα είναι ότι πρέπει να θέσετε τις προτεραιότητες σας, αυτές θα καθορίσουν στο τέλος το ποια θα είναι η εξέλιξη των πραγμάτων.

ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗΣ: Η κα Λεοτσάκου.

A. ΛΕΟΤΣΑΚΟΥ: Ήθελα μόνο να πω ότι ο ΠΟΥ έχει μία διαρκώς ανανεούμενη λίστα φαρμάκων όχι τώρα, αργότερα μπορώ να την μοιραστώ μαζί σας, έχει ιδιαίτερη σημασία ενόψει του γεγονότος ότι υπάρχουν τόσες πιέσεις από τις φαρμακευτικές εταιρείες για την προώθηση νέων αποτελεσματικών φαρμάκων τα οποία μπορεί να μην είναι, βέβαια πολύ σημαντικό το σημείο το οποίο αναφέρατε.

ΟΜΙΛΗΤΗΣ: Δεν είναι δικό μας θέμα. Με το «ΨΥΧΑΡΓΩΣ 1» διώξαμε 300 αρρώστους. Υπάρχουν νοσοκομεία με ψυχιατρικές κλινικές που δεν λειτουργούν.

ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗΣ: Νομίζω ότι μας χρειάζεται ένα διάλειμμα για λίγο καφέ και ξανά πάλι.

ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ

2^η ΘΕΜΑΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ

ΜΕΡΟΣ Β΄:

«Ποιότητα στα Νοσοκομεία. Η Διεθνής Εμπειρία»

ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗΣ: Ι. ΣΚΑΛΚΙΔΗΣ

Επίκουρος Καθηγητής Ιατρικής & Μέλος της Ομάδας Εργασίας για τις Διαδικασίες Ποιότητας στα Νοσοκομεία του ΕΣΥ

ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗΣ (Ι. ΣΚΑΛΚΙΔΗΣ): Νομίζω ότι μπορούμε να ξεκινήσουμε τώρα. Σας καλωσορίζω και πάλι σ' αυτό το δεύτερο μέρος στη θεματική ενότητα. Στη 2^η θεματική ενότητα έχουμε καλέσει τρεις ξένους, αφορά την ποιότητα στα νοσοκομεία και τη διεθνή εμπειρία.

Θεωρήσαμε ότι είναι πολύ σημαντικό να ακούσουμε πως έχουν οργανώσει στις χώρες τους, από άλλες χώρες δηλαδή το θέμα της ποιότητας και της κλινικής αποτελεσματικότητας, ξέρω ότι δύο χώρες μόνο δεν είναι αρκετές, έχουμε προγραμματίσει και για το επόμενο που λέμε ότι θα γίνει το Μάρτιο επίσης από άλλες χώρες, σας λέω από τώρα, από την Αυστραλία και από τον Καναδά, όπως και από την Ισπανία, τη Γαλλία εν πάση περιπτώσει το πρόγραμμα είναι πλούσιο, δεν μπορούμε μέσα σε μια ημερίδα βεβαίως να φιλοξενήσουμε τους πάντες.

Για σήμερα επελέγη η Ολλανδία η οποία θα ήθελα απλώς να αναφέρω, θα αναφερθεί και από τον ομιλητή, είναι η πρώτη χώρα σε θέματα υπηρεσιών υγείας από πάσης πλευράς. Ο κ. Jaco Burgers είναι από το Scientific Institute for Quality in Healthcare in Holland, έχω ζητήσει να μας περιγράψει ένα μικρό ιστορικό στη χώρα τους, ποια προβλήματα είχαν, τι επιτυχίες, πού υπήρξαν προβλήματα και ποια είναι τα μελλοντικά τους σχέδια.

Αντιστοίχως το ίδιο έχουμε ζητήσει από την εκπρόσωπο του Υπουργείου Υγείας του Τμήματος Ποιότητας της Πορτογαλίας που πιστεύουμε, απ' όσο ξέρω τουλάχιστον είμαστε περίπου στα ίδια επίπεδα μ' εμάς.

Και τέλος, ο τρίτος ομιλητής είναι ο κ. Polis Georgiades από την Κύπρο, είναι international consultant, θα σας τον εισαγάγω και μετά και του

ζητήσαμε να μας πει το ρόλο της προετοιμασίας των νοσοκομείων για τη διαπίστευση, δηλαδή πόσο η διαδικασία της προετοιμασίας αυτής βελτιώνει την ποιότητα.

Θα ξεκινήσουμε με τον Jaco Burgers, δεν θέλω να μιλήσω πολύ, γιατί είναι περιορισμένος ο χρόνος. Παρακαλώ κ. Jaco μπορείτε να μας πείτε την εμπειρία που έχετε από την Ολλανδία.

«Διεθνής Εμπειρία: Ολλανδία»

J. BURGERS: Είναι η πρώτη μου φορά που βρίσκομαι στην Αθήνα ζητώ συγνώμη που έφερα τον Ολλανδικό καιρό μαζί μου, πολύ κρύο και πολύ χιόνι. Να σας πω ότι κι εγώ είμαι γιατρός της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Εργάζομαι στο Ιατρείο που βλέπετε εδώ σε μικρή κλίμακα, λίγοι εργάζονται εκεί, βλέπω ασθενείς κάθε μέρα.

Είναι, λοιπόν, η βασική μου δουλειά. Επίσης είμαι ερευνητής στον I-Making και γι' αυτό βρίσκομαι εδώ. Έκανα εκπαίδευση στη Βοστώνη στην Αμερική και έχω μελετήσει πολλά συστήματα υγείας και γι' αυτό το λόγο προσεκλήθη γι' αυτό το σεμινάριο.

Μετά την μετεκπαίδευσή μου επίσης παρείχα υπηρεσίες συμβουλευτικής στον Οργανισμό Έρευνας και Ανάπτυξης Υγείας της Ολλανδίας για την βελτίωση του συστήματος υγείας και αυτά ήταν όσα είχα να σας πω για την κατάρτισή μου.

Τα χαρακτηριστικά του συστήματος υγείας της Ολλανδίας. Υπάρχουν ενδεχομένως ομοιότητες, αλλά και διαφορές με το ελληνικό σύστημα. Σχεδόν όλοι οι κάτοικοι στη χώρα μας καλύπτονται. Η ασφάλιση δεν αποτελεί πρόβλημα, κάθε Ολλανδός πολίτης έχει ασφάλιση υγείας.

Καταγράφονται, λοιπόν, όλοι σε έναν γενικό γιατρό, ο οποίος βρίσκεται κοντά στον τόπο κατοικίας τους και το γενικός γιατρός είναι ο θεματοφύλακας του συστήματος υγείας. Δεν μπορεί ο ασθενής να παραπεμφθεί στο νοσοκομείο, να μεταβεί στο νοσοκομείο χωρίς την παραπομπή του γενικού γιατρού από την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.

Έχουμε ισχυρή εθνική οργάνωση των επαγγελματιών υγείας. Υπάρχει υπευθυνότητα για την ανάπτυξη των κατευθυντηρίων οδηγιών και δείκτες απόδοσης και διασφάλιση ποιότητας και υπάρχει εξισορρόπηση

μεταξύ των εξωτερικών κυβερνητικών συστημάτων και των εσωτερικών επαγγελματικών συστημάτων για την βελτίωση της ποιότητας.

Η ποιότητα είναι πολύ υψηλά στην ατζέντα και του Υπουργείου και της χώρας και των επαγγελματιών. Αποσκοπούμε στη βελτίωση του συστήματος υγείας εξωτερικά και εσωτερικά και αποτελεί μέριμνα όλων μας.

Για παράδειγμα η διασφάλιση ποιότητας στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, έχουμε πολύ καλό εθνικό σώματα, το Ολλανδικό Κολέγιο των Γενικών Γιατρών και αποτελεί τη βάση για τους γιατρούς μας του συστήματος πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

Επίσης έχουμε συνεχιζόμενη κατάρτιση, υποχρεωτικές είναι 40 ώρες ετησίως σχετικά με κατευθυντήριες οδηγίες και τη διατήρηση της επαγγελματικής κατάρτισης. Αποτελεί μέρος της διασφάλισης της ποιότητας. Επίσης υποχρεωτική είναι η συμμετοχή σε ομάδες ομοτίμων. Υπάρχουν ομάδες οι οποίες συνέρχονται κάθε δύο μήνες και συζητούν σχετικά με τη συνταγογράφηση φαρμάκων και έτσι υπάρχει ένα πολύ καλό σύστημα συνεργασίας.

Επίσης έχουμε ηλεκτρονική οργάνωση του Μητρώου των ασθενών και συνταγογράφηση. Επίσης όλες οι ιατρικές μονάδες, κλινικές δέχονται έλεγχο μια φορά ετησίως για την εξέταση της οργανωτικής ικανότητάς τους, την τεχνική τους ποιότητα και την ικανοποίηση του ασθενούς.

Πρώτα απ' όλα να σας πω, ότι υπάρχει ο νόμος του 1996 ο οποίος προβλέπει ότι υπάρχει συστηματική παρακολούθηση και βελτίωση της ποιότητας της φροντίδας υγείας, αυτό έχει ιδιαίτερη σημασία και για τα νοσοκομεία, έχουμε διαφορετικά συστήματα και διαφορετική οργάνωση.

Επίσης υπάρχει το Ολλανδικό Ινστιτούτο Διαπίστευσης για τη διαπίστευση των νοσοκομείων, δεν είναι υποχρεωτικό, όμως σχεδόν όλα τα νοσοκομεία αποσκοπούν προς την πιστοποίησή τους.

Επίσης κάθε τέσσερα χρόνια πρέπει να επαναλαμβάνεται η διαδικασία αξιολόγησης, ώστε να εξακολουθεί ένα νοσοκομείο να είναι διαπιστευμένο και τούτο αποτελεί σημαντικότερο στοιχείο για την διασφάλιση της ποιότητας.

Επίσης έχουμε σύστημα ISO για την παρακολούθηση των διαδικασιών ποιότητας και των συστημάτων. Πολλές διαδικασίες επίσης όπως σε θέματα υγιεινής ή καθαριότητας, αποτελούν μέρος της διαδικασίας διαπίστευσης.

Αν έχει, λοιπόν, κανείς ένα διαπιστευμένο νοσοκομείο και πιστοποιημένο υπάρχει η διαδικασία αυτή της επισκόπησης και η αντίστοιχη αξιολόγηση. Ιδιαίτερα πρέπει να παρακολουθούνται τα νοσοκομεία τα οποία δεν είναι διαπιστευμένα και τα οποία όπως σας ανέφερα προηγουμένως τείνουν προς το να διαπιστευθούν.

Επίσης έχουμε ένα παλιό σύστημα επίσκεψης των ιατρικών ειδικών από ομάδες επαγγελματιών οι οποίοι επισκέπτονται όλα τα νοσοκομεία και συντάσσουν έκθεση σχετικά με την κατάσταση των ιδρυμάτων που επισκέπτονται και αυτό γίνεται κάθε πέντε χρόνια.

Τέλος, όπως προβλέπεται από το νόμο κάθε νοσοκομείο συντάσσει ετήσια έκθεση ποιότητας και απόδοσης της ασφάλειας χρησιμοποιώντας μία σειρά από εθνικούς δείκτες.

Έχουμε, λοιπόν, αρκετά συστήματα για την διατήρηση και διασφάλιση και βελτίωση της ποιότητας. Έτσι εδώ έχουμε ένα διάγραμμα από το Ευρωπαϊκό Ίδρυμα για τη διαχείριση ποιότητας. Βλέπετε τις διάφορες πλευρές και τομείς. Αριστερά έχουμε τους οργανωτικούς τομείς, δεξιά τα αποτελέσματα και όλα αυτά έχουν ιδιαίτερη σημασία, όλα έχουν διαφορετικά κριτήρια τα οποία αξιολογούνται. Αριστερά έχουμε την ηγεσία, έχουμε τους ανθρώπους, την πολιτική και τη στρατηγική, τους εταίρους και τους πόρους. Και επίσης οι διαδικασίες οι οποίες πρέπει να βελτιώνονται.

Και το αποτέλεσμα είναι το αποτέλεσμα στον ασθενή το οποίο έχει εξαιρετική σημασία. Τα αποτελέσματα βεβαίως δεν περιορίζονται μόνο στον ασθενή, αλλά και για τους εργαζόμενους και την κοινωνία. Τέλος τα αποτελέσματα έχουν επίπτωση στην διαδικασία και τις στρατηγικές.

Αποτελεί λοιπόν κύκλο αυτό το διάγραμμα. Είναι ένα πολύ διάσημο μοντέλο που προέρχεται από τη βιομηχανία, όμως εφαρμόζεται στον τομέα της υγείας στη χώρα μου.

Ένα παράδειγμα προγράμματος ασφάλειας που ξεκίνησε πριν από 4-5 χρόνια, βλέπετε διαφορετικούς οργανισμούς που ανέλαβαν

πρωτοβουλίες και αυτό βεβαίως δεν συμπεριλαμβάνει μόνο έναν φορέα, αλλά περισσότερους και διεξάγεται από διεπιστημονική ομάδα.

Το πρόγραμμα αυτό ξεκίνησε τον Ιανουάριο του 2008 και διαρκεί ως το 2012, χρηματοδοτείται από τα νοσοκομεία, 93 νοσοκομεία συμμετέχουν, αλλά και από την Κυβέρνηση. Ο στόχος είναι η μείωση κατά 50% των ατυχών συμβαμάτων. Τα δέκα θέματα που αναφέρονται βεβαίως αποτελούν θέματα που είναι παγκοσμίου ενδιαφέροντος και άπτονται της ασφαλείας των ασθενών.

Τα πρώτα αποτελέσματα. Έχουμε θεαματικά αποτελέσματα. Το Ακαδημαϊκό Νοσοκομείο του Μάαστριχτ μείωσε 97% των φαρμακευτικών σκευασμάτων σφαλμάτων και αυτό αποτελεί μεγάλη επιτυχία. Χρησιμοποιήθηκε ο βοηθός του φαρμακείου γι' αυτό το σκοπό. Επίσης 50% μείωση των σφαλμάτων της δόσης σε ακτινοθεραπεία.

Τώρα θα περάσω σε θεωρητικό πλαίσιο, περιέγραψα το σύστημα αδρομερώς, όμως εδώ χρειαζόμαστε λίγο τη θεωρία, διότι αν επιθυμεί κανείς να βελτιώσει την ποιότητα μπορεί κανείς να το κάνει από τη βάση προς τα επάνω ή από την κορυφή προς τη βάση.

Από την κορυφή προς τη βάση χρειάζονται προτάσεις και ανάπτυξη παρεμβάσεων, εφαρμογή καλά οργανωμένων κατευθυντηρίων γραμμών από ομάδες εμπειρογνομόνων. Ενώ από τη βάση προς την κορυφή από τους επαγγελματίες, επίσης πρωτοβουλίες από οργανώσεις ασθενών. Αυτές είναι αντικείμενο συστάσεως σε τοπικό επίπεδο από ομάδες στόχους και συμπεριλαμβάνουν αλλαγές προτάσεων και ανάπτυξη παρεμβάσεων.

Έχουμε πολλά παραδείγματα στην Ολλανδία της αποτελεσματικότητας αυτών. Και οι δύο προσεγγίσεις μικτές συμπεριλαμβάνουν την ενεργή συμμετοχή των πολιτών. Η διάδραση έχει πολύ μεγαλύτερη σημασία, δηλαδή θα μπορούσα τώρα να σταματήσω την ομιλία μου και να σας ρωτήσω τι προβλήματα έχετε εσείς, τι αντιμετωπίζετε, θα ήταν πολύ περισσότερο γόνιμο και θα μαθαίναμε πολύ περισσότερα μέσα από μια συζήτηση.

Δεύτερον, διάφοροι τύποι μάθησης οι οποίοι είναι ιδιαίτερα αποτελεσματικοί, όμως αν το αφήσουμε μόνο στους επαγγελματίες να το

χειριστούν να έχουν το δικό τους χαρτοφυλάκιο μάθησης, δεν είναι ιδιαίτερα αποτελεσματικό. Χρειάζεται και κάποια κατεύθυνση από τη βάση.

Επίσης επισκόπηση των παρεμβάσεων για τη βελτίωση της ποιότητας των νοσοκομείων, εξωτερικά αναπτυσσόμενες κατευθυντήριες γραμμές, οι οποίες είναι περισσότερο αποτελεσματικές από τις εσωτερικά ανεπτυγμένες παρεμβάσεις και κατευθυντήριες γραμμές. Και στην εφαρμογή πρέπει να υπάρχει η ενεργός συμμετοχή της ομάδας στόχου.

Έτσι, λοιπόν, πρέπει να υπάρχει μίγμα των διαπροσεγγίσεων που σας ανέφερα. Και τώρα περνάμε περισσότερο σε επίπεδο συστήματος. Μπορώ να σας πω λίγα λόγια για τη μεταρρύθμισή μας η οποία έγινε το 2006, ουσιαστικά προετοιμάστηκε 10-20 χρόνια πριν. Ξεκίνησε το 2006, αλλά είχε μακρά προετοιμασία και πρόκειται για μία κίνηση, δεν είναι μόνον ένα σταθερό σημείο στο χρόνο.

Και η Ολλανδική Κυβέρνηση θεωρεί, ότι η απόδοση του συστήματος υγείας μπορεί να βελτιωθεί σημαντικά εάν ο κεντρικός έλεγχος αντικατασταθεί από ένα αποκεντρωμένο σύστημα ρυθμιζόμενο ανταγωνισμού.

Η Κυβέρνηση, λοιπόν, έχει μεγάλο έλεγχο, αλλά το αφήνει στους επαγγελματίες και τα νοσοκομεία που μπορούν να συνεργαστούν καλύτερα, περισσότερο και να συμπεριλάβουν επίσης και κάποια στοιχεία της αγοράς.

Έχουμε τρεις αγορές στην φροντίδα υγείας. Έχουμε στην αριστερή πλευρά τους καταναλωτές, το πιο σημαντικό κομμάτι, τους ασθενείς δηλαδή οι οποίοι πρέπει να έχουν την ασφάλιση ιδιωτική ή δημόσια. Στην Ολλανδία έχουν ιδιωτική, η οποία ελέγχεται πολύ περισσότερο ως προς τις τιμές από το κράτος, αλλά αυτό είναι μόνο το ένα μέρος της αγοράς.

Οι ασθενείς μπορούν να επιλέξουν τους ασφαλιστές τους ή αν δεν είναι ικανοποιημένοι να τους αλλάξουν. Επίσης οι παροχείς Υπηρεσιών Υγείας, εάν τα νοσοκομεία δεν τα πηγαίνουν καλά, τότε οι ασφαλιστικές εταιρείες δεν κάνουν συμβάσεις μαζί τους. Όλο και περισσότερο πρέπει να σας πω, ότι ασκείται πίεση προς αυτή την κατεύθυνση.

Και το τρίτο είναι η επικοινωνία μεταξύ των παροχών υπηρεσιών υγείας και των ασθενών. Και όπως σας είπα μπορούν να

αλλάξουν αν δεν νιώθουν ικανοποιημένοι απ' αυτούς. Και όλα αυτά πρέπει να είναι εξισορροπημένα μεταξύ τους.

Η νομοθετική πράξη του 2006 συμπεριέλαβε περισσότερα στοιχεία της αγοράς, όμως επειδή υπάρχουν πολλά εξωτερικά μέτρα τα οποία περιορίζουν το σύστημα της ελεύθερης αγοράς, αυτό είναι λίγο παράδοξο, δεν πρόκειται για μία ελεύθερη αγορά, αλλά για ρυθμισμένη αγορά και τούτο επειδή η αρχή μας είναι η αλληλεγγύη.

Όλα τα άτομα στη χώρα θεωρούμε ότι έχουν το δικαίωμα για φροντίδα υγείας. Όλοι οι ενήλικες λοιπόν υποχρεούνται να αγοράσουν ασφάλιση και μπορούν να επιλέξουν την ασφαλιστική εταιρεία που επιθυμούν. Τα παιδιά ασφαλίζονται δωρεάν, όμως όλες οι ασφαλιστικές εταιρείες πρέπει να δεχτούν όλους τους ασθενείς και εάν έχουν ασθενείς υψηλού κινδύνου παίρνουν κάποια αποζημίωση και αυτό είναι εθνικά ρυθμισμένο π.χ. έναν διαβητικό.

Όλες οι ασφαλιστικές εταιρείες πρέπει να παρέχουν πακέτο φροντίδας υγείας το οποίο αποφασίζετε σε εθνικό επίπεδο. Κάθε χρόνο παλεύουμε τι πρέπει να διατηρήσουμε, τι πρέπει να βγάλουμε και οι ασφαλιστικές εταιρείες έχουν το ρόλο των κρίσιμων αγοραστών των φροντίδων υγείας.

Θέλουμε, λοιπόν, υψηλή ποιότητα για χαμηλό κόστος. Και οι παροχείς υπηρεσιών υγείας ενθαρρύνονται να παρέχουν υψηλής ποιότητας φροντίδας υγείας σε χαμηλό κόστος.

Αυτά, λοιπόν, είναι ρυθμισμένα, υπάρχουν συγκεκριμένοι φορείς οι οποίοι εποπτεύουν την αγορά. Η Αρχή Φροντίδας Υγείας της Ολλανδίας, φροντίζουμε ώστε να μην δημιουργείται μονοπωλιακή κατάσταση ή συμφωνίες κάτω από το τραπέζι. Έχουμε ειδικό ελεγκτικό σώμα για την τήρηση της ποιότητας και των προτύπων ασφαλείας, έχουμε το Εθνικό Συμβούλιο Ασφάλισης Φροντίδας Υγείας και το Υπουργείο Υγείας που είναι υπεύθυνο για την πρόσβαση, ποιότητα και συνολικό κόστος.

Και ανεξάρτητα Ερευνητικά Κέντρα τα οποία παρακολουθούν τα αποτελέσματα που έχει το σύστημα υγείας και τις αλλαγές που επέρχονται. Ένα παράδειγμα, η έκθεση της αποδοτικότητας του συστήματος υγείας δεν πρόκειται για το περιεχόμενο μόνον αυτής, αλλά και την παρουσία δεικτών

που επίσης παρακολουθούνται και είναι χρήσιμοι για όλο το σύστημα υγείας έτσι ώστε να χαράσσεται η κατάλληλη πολιτική.

Θεωρώ, λοιπόν, ότι είναι πάρα πολύ θετική. Η μεταρρύθμιση λοιπόν λειτουργεί; Το 2006 έγινε μια μεγάλη αλλαγή στο σύστημα υγείας, έχει όμως αποτέλεσμα; Και γράφηκε σε εφημερίδα το 2009 σε σχέση με τα πρώιμα αποτελέσματα, διότι ακόμη ο χρόνος δεν ήταν αρκετός για να απαντήσει κανείς σχετικά με τα αποτελέσματα των αλλαγών, μπορούμε όμως να πούμε με ασφάλεια ότι δεν υπάρχουν ουσιαστικές αλλαγές ως προς την προσβασιμότητα και την ποιότητα, αλλά το κόστος έχει ανέλθει.

Θα μπορούσε κανείς, λοιπόν, να πει ότι δεν λειτουργεί, αλλά είναι μία τάση η οποία σημειώνεται σε όλες τις ευρωπαϊκές χώρες. Δεν είδαμε όμως ιδιαίτερη αλλαγή στην προσβασιμότητα και την ποιότητα, οι οποίες ήδη ήταν αρκετά καλές, άρα δεν μπορούσαμε να δούμε και ιδιαίτερη βελτίωση στην ποιότητα, όμως εξακολουθούμε να το δουλεύουμε.

Επίσης βλέπουμε ότι η ποιότητα παίζει μικρό ρόλο στην αγορά φροντίδας υγείας σε σχέση με την τιμή, όμως είναι κάτι που αλλάζει. Το πρόβλημά μας είναι ότι δεν έχουμε επαρκείς πληροφορίες πάντοτε σχετικά με την ποιότητα. Εάν ελέγξουμε για παράδειγμα τους δείκτες θνησιμότητας στα νοσοκομεία, μπορεί να έχουμε πολύ καλά στοιχεία από τα ακαδημαϊκά νοσοκομεία, υπάρχει και τεράστια συζήτηση στη χώρα μας, αλλά πιστεύω και παγκοσμίως.

Έτσι, λοιπόν, η παρακολούθηση και η αξιολόγηση της προσβασιμότητας και της ποιότητας, όπως και της απόδοσης είναι μία συνεχιζόμενη διαδικασία. Εδώ παρακολουθούμε στον πίνακα την ετήσια αύξηση σε κόστος, 7%. Εδώ όμως όπως ανέφερα προηγουμένως πρόκειται για μια τάση που κυριαρχεί ανά τον κόσμο.

Αν δούμε τις δαπάνες ανά παροχέα υπηρεσιών υγείας μπορώ να πω, ότι οι γιατροί της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας πολύ φτηνοί. Βλέπετε όμως ότι σε όλες τις διαστάσεις το κόστος είναι κάτι που αυξάνει. Άλλα ευρήματα. Η ποιότητα επίσης ποικίλει, έχουμε πολύ καλές πρακτικές, πολύ καλά νοσοκομεία από πολλές πλευρές, αλλά επίσης και νοσοκομεία τα οποία δεν τα πηγαίνουν και τόσο καλά και αυτό και αυτό μπορεί να είναι ανησυχητικό.

Αν δούμε για παράδειγμα προγραμματισμένες καισαρικές τομές και το ποσοστό τους. Εδώ βλέπουμε αυτό ακριβώς το θέμα οι μη προγραμματισμένες καισαρικές τομές σε γυναίκες χαμηλού κινδύνου κατά τα έτη 2004 έως 2008.

Έτσι, λοιπόν, θα μπορούσε κανείς να πει, ότι θα μπορούσε να σημειωθεί ανταγωνισμός μεταξύ των νοσοκομείων που κάνουν τέτοιες επεμβάσεις σε μεγάλο αριθμό και αυτών που κάνουν σε μικρότερο βαθμό. Επίσης υπάρχουν πέντε με έξι νοσοκομεία σε ολόκληρη την Ολλανδία που δεν κάνουν εγχειρήσεις εκτομής καρκίνου του μαστού και θεωρήθηκε ότι δεν ήταν τόσο καλά νοσοκομεία. Δημιουργήθηκε μεγάλη συζήτηση, έγιναν αρκετά λάθη, όμως αυτό αποτελεί ένα παράδειγμα του πόσο ευαίσθητο μπορεί να είναι ένα θέμα, αν κάνει κανείς μια επιλογή των συμβάσεων που συνάπτει με τα νοσοκομεία.

Επίσης εδώ είναι μία δημοσίευση πολύ πρόσφατη, Αν ρωτήσετε τους ασθενείς, βέβαια δεν πρέπει να ξεχνάμε τους ασθενείς, οι ασθενείς στη χώρα μας είναι πολύ ικανοποιημένοι και πριν την μεταρρύθμιση ήταν ικανοποιημένοι, αλλά και τώρα και αυτό δείχνει ότι ο ασθενής δεν είναι πάντα η πιο αξιόπιστη πηγή πληροφόρησης. Πρέπει, λοιπόν, να εξετάζουμε και άλλες πλευρές του θέματος.

Θα μπορούσαμε να συμπεράνουμε, λοιπόν, ότι υπάρχουν κάποιες συνθήκες για να υπάρχει ένα ρυθμιζόμενος ανταγωνισμός, θα πρέπει να υπάρχει πλήρωση των συνθηκών, όμως δεν θα λέγαμε ότι σε πρακτικό βαθμό έχουμε φτάσει να έχουμε ικανοποιήσει όλους τους στόχους μας.

Υπάρχουν, λοιπόν σωματεία επαγγελματιών που συνεχίζουν την πορεία τους, αληθινή αγορά, υπάρχει διαφορετική προσφορά, διαφορετικές τιμές. Έτσι πρέπει να βρούμε έναν τρόπο να ενσωματώσουμε και άλλους μέσα στη διαδικασία αυτή, όπως για παράδειγμα να εκπαιδεύσουμε τους φοιτητές σ' αυτά τα συστήματα.

Πιστεύω ότι η Ολλανδία πάει πάρα πολύ καλά αν συγκρίνουμε με άλλες χώρες. Και εγώ όσο καιρό ήμουν στις ΗΠΑ έλαβα μεγάλη πληροφόρηση για την απόδοση άλλων συστημάτων υγείας και τις περισσότερες φορές λένε, εντάξει, στην Ολλανδία τα πάτε καλά.

Έχουμε, λοιπόν, επιτυχίες, αλλά έχουμε και πολλές προκλήσεις. Οι άνθρωποι στην Ολλανδία παραπονιούνται και επίσης είναι και εκεί θυμωμένοι για τα πράγματα που θα μπορούσαν να βελτιωθούν. Έτσι αν μας συγκρίνουμε με άλλες χώρες πιστεύουμε ότι τα πάμε σχετικά καλά. Οι Ολλανδοί πολίτες είναι ικανοποιημένοι, έχουν καλή πρόσβαση στις παροχές υγείας, δεν έχουμε πολλά ατυχή συμβάντα και ιατρικά λάθη. Το κόστος είναι αρκετά χαμηλό.

Βέβαια ακόμα έχουμε προκλήσεις, χρειαζόμαστε για παράδειγμα κλινικές για έκτακτα περιστατικά, έχουμε πρόβλημα με κάποιες μορφές καρκίνου που δεν έχουν μελετηθεί αρκετά όσον αφορά για το αν χρειάζεται συγκεκριμένος εξοπλισμός, χρειαζόμαστε και περισσότερους νοσηλευτές, δεν έχουμε τόσο λίγους όσο στην Ελλάδα, αλλά χρειαζόμαστε και άλλους. Και επίσης υπάρχει και ένα θέμα να βελτιωθεί η πρωτοβάθμια παροχή ιατρικών υπηρεσιών.

Εγώ βλέπουμε έναν πίνακα διεθνής σύγκρισης και η Ολλανδία έρχεται πρώτη. Βλέπετε, ότι όσον αφορά την ασφάλεια, την απόδοση, το συντονισμό ενεργειών, την ασθενοκεντρική θα λέγαμε φροντίδα είμαστε σε πάρα πολύ καλό επίπεδο. Είμαστε στο ίδιο επίπεδο με την Αυστραλία, τον Καναδά και την Νέα Ζηλανδία, βλέπουμε όμως ότι υπολείπομαστε από τις ΗΠΑ ακόμα.

Είναι το μέλλον θα λέγαμε Ολλανδικό; Είχαμε το 2006 πολύ μεγάλη διεθνή αναγνώριση, αλλά παρ' όλα αυτά το μοντέλο της Ολλανδίας είναι καλό, αλλά χρειάζεται βελτιώσεις. Έτσι ο πρώην Υπουργός μας είχε πει ότι το Ολλανδικό σύστημα υγείας είναι σε καλή κατάσταση, χρειάζονται βέβαια κάποιες μεταρρυθμίσεις, οι οποίες έχουν εισαχθεί πριν αρκετές δεκαετίες.

Ποια είναι τα επόμενα βήματα σ' αυτό το δρόμο μετ' εμποδίων θα λέγαμε; Να οργανώσουμε βασική φροντίδα κοντά στον ασθενή. Αυτό θα βελτιώσει τη σύνδεση της κλινικής φροντίδας και της φροντίδας της κοινότητας.

Επίσης να ενθαρρύνουμε την πρωτοβάθμια παροχή υπηρεσιών υγείας, να επικεντρωθούμε σε προωθημένες ενέργειες και περίπλοκες φροντίδες υγείας σε εξειδικευμένα νοσοκομεία ή ιατρικά κέντρα, να εισάγουμε το ιδιωτικό κεφάλαιο στα νοσοκομεία, έτσι ώστε να υπάρξουν καινοτομίες και

βελτίωση στην ποιότητα και τις υπηρεσίες. Να κρατήσουμε χαμηλό το κόστος των φαρμάκων γιατί πάντα υπάρχει προτίμηση για τα πιο φτηνά φάρμακα. Επίσης να εκπαιδεύσουμε περισσότερους γιατρούς και να προωθήσουμε την αυτοδιαχείριση των ασθενών και την παροχή υπηρεσιών ηλεκτρονικής υγείας.

Για περισσότερη μελέτη υπάρχουν κάποια βιβλία, μία έκθεση της Φροντίδας Υγείας στην Ολλανδία αριστερά, μπορείτε να το κατεβάσετε από το internet και υπάρχει και άλλο ένα βιβλίο που δεν διατίθεται στο internet το πώς θα βελτιώσουμε την υγεία των ασθενών. Και μπορώ να σας διευκολύνω να σας δώσω και κάποιο μικρό εδώ, να σας το δείξω το βιβλίο αυτό. Ευχαριστώ πολύ.

ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗΣ: Ευχαριστούμε πολύ Jaco. Νομίζω μας παρουσίασε το τι συμβαίνει στην Ολλανδία και για να μην αισθανόμαστε κάπως άσχημα που είμαστε λίγο πίσω, την επόμενη ομιλήτρια από την Πορτογαλία ίσως βρούμε πολλά κοινά στον τομέα αυτό της ποιότητας σημεία με τη χώρα αυτή, παρ' όλα αυτά είναι ενδιαφέρον να δούμε τι κάνουν κι εκείνοι που είναι περίπου στα ίδια επίπεδα μ' εμάς.

Προσκαλώ την Cristina να πάρει το λόγο.

«Η Διεθνής Εμπειρία: Πορτογαλία»

A.- C. COSTA: Καλησπέρα σας. Ευχαριστώ πολύ που με προσκαλέσατε να παρουσιάσω την πορτογαλική εμπειρία σ' αυτό τον τομέα και θα παρουσιάσω την στρατηγική της Πορτογαλίας για την ασφάλεια στην υγεία.

Η στρατηγική αυτή θεμελιώθηκε από ένα Διάταγμα του Υπουργείου Υγείας τον Ιούνιο του 2009 και μέσω αυτού του κανονισμού θα έπρεπε να διασφαλιστεί η ποιότητα στο σύστημα υγείας, έτσι ώστε να εξασφαλιστεί η παροχή υγείας στους πολίτες.

Η αποστολή του είναι να προωθήσει και να διαδώσει έναν πολιτισμό υγείας στα νοσοκομεία και τα άλλα κέντρα. Υπάρχουν κάποιες προτεραιότητες, η ποιότητα στις κλινικές και σε διαχειριστικό επίπεδο, η διαχείριση των ασθενειών και η καινοτομία, η διαχείριση της διεθνούς μετακίνησης των πολιτών και η αξιολόγηση των παραπόνων και των προτάσεων των ασθενών.

Οι πολίτες είναι αυτοί που μας ενδιαφέρουν, όπως επίσης και οι επαγγελματίες στο χώρο της υγείας. Οι ασθενείς φυσικά είναι εκείνοι που

έχουν ανάγκη αυτές τις υπηρεσίες και οι επαγγελματίες αυτοί που τις παρέχουν.

Οι πρώτες δράσεις της στρατηγικής είναι να διαδώσουμε τις κατευθυντήριες γραμμές προκειμένου να εφαρμόσουμε ένα εθνικό σύστημα δεικτών ποιότητας, να χρησιμοποιήσουμε την έκθεση και ένα σύστημα υγείας, το σύστημα αναφοράς, να βελτιώσουμε το σύστημα ελέγχου των ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων που είναι μεγάλο θέμα, να δημιουργήσουμε ένα πρόγραμμα διαπίστευσης υγείας, να μπορέσουμε να βρούμε πειραματικά μοντέλα για διαχείριση ασθενειών, ειδικά για τις χρόνιες ασθένειες, να μπορέσουμε να διαχειριστούμε τη διεθνή κινητικότητα των ασθενών, να δημιουργήσουμε σωστή πληροφόρηση στην ποιότητα υγείας για τους ασθενείς και να μπορέσουμε να ελέγξουμε το επίπεδο ικανοποίησης των ασθενών και να μπορέσουμε να μετρήσουμε τα παράπονα των ασθενών.

Αυτή η στρατηγική έχει διάρκεια 10 χρόνια, έχει ξεκινήσει το 2009 και θα τελειώσει το 2019. Στα πέντε χρόνια που θα έχουμε μπροστά μας να την εφαρμόσουμε, έχουμε και επίσης και πέντε χρόνια για να την εδραιώσουμε.

Το Φεβρουάριο του 2009 δημιουργήσαμε στην Πορτογαλία ένα τμήμα ποιότητας υγείας όπου αναπτύξαμε εσωτερικά ένα τμήμα ποιότητας υγείας. Αυτό το τμήμα βασίζεται σε μια συγκεκριμένη οργανωτική δομή. Σε τοπικό επίπεδο έχουμε στα νοσοκομεία και τα ιατρικά κέντρα μια ίδια δομή. Έτσι αυτό το τμήμα έχει τέσσερις θεσμούς: τον τομέα της ασφάλειας του ασθενούς, τις μετακινήσεις των ασθενών, της κλινικής και διαχειριστικής ποιότητας και της καινοτόμας διαχείρισης.

Έχουμε και ένα πρόγραμμα διαπίστευσης που έχει και ένα νομικό υπόβαθρο που συμπεριλαμβάνεται στη στρατηγική για την ποιότητα της υγείας του Υπουργείου Υγείας και επίσης στο Υπουργικό Διάταγμα του 2009, όπου έγινε και η έγκριση του μοντέλου διαπίστευσης που ακολούθησε το μοντέλο του Ισπανικού Υπουργείου Υγείας που εφαρμόστηκε στην Ανδαλουσία.

Έτσι, λοιπόν, έχουμε τώρα ένα εθνικό πρόγραμμα που είναι ένα πρόγραμμα το οποίο βασίζεται στην διαπίστευση του Ισπανικού μοντέλου. Έχουμε ένα πρόγραμμα που προσδιορίζει τις κατευθυντήριες γραμμές για την

εφαρμογή αυτού του προγράμματος διαπίστευσης, το οποίο βασίζεται σε τρεις βασικούς πυλώνες, όπως την επεξεργασία της διαχείρισης, την διαχείριση των κλινικών και την διαχείριση των ασθενών.

Αυτό το μοντέλο, λοιπόν, αφορά τα ιατρικά κέντρα, τις δυνατότητες που έχουν οι κλινικές, τη διαπίστευση επίσης των εκπαιδευτικών προγραμμάτων και έχουμε και κάποια εργαλεία όπως είναι π.χ. κάποιες εφαρμογές υπολογιστών και ιστοσελίδες.

Η διαδικασία διαπίστευσης γίνεται μέσω υπολογιστών και υπάρχει ένα ειδικό πρόγραμμα που βοηθά τη διαδικασία διαπίστευσης. Μπορεί να εφαρμοστεί σε νοσοκομεία, σε πρωτοβάθμιους χώρους υγείας και σε άλλους χώρους ιατρικά κέντρα κλπ.

Όσον αφορά τον τομέα της ασφάλειας των ασθενών στον οποίο εγώ εργάζομαι προσωπικά, υπάρχουν τέσσερα σημεία: πρέπει να συντονίσουμε την πρόληψη και τον έλεγχο των ενδοноσοκομειακών λοιμώξεων, να συντονίσουμε την πρόληψη της μικροβιακής αντίστασης, να μπορέσουμε να διαχειριστούμε τα ατυχή συμβάντα και επίσης την αναφορά των παραπόνων των ασθενών.

Όσον αφορά τις ενδοноσοκομειακές λοιμώξεις έχουμε τρεις περιοχές: Η μία είναι η παρακολούθηση που είναι πάρα πολύ σημαντική. Συμμετέχουμε εδώ σε ένα πρόγραμμα, ένα ευρωπαϊκό δίκτυο και υπάρχει και ένα εθνικό πρόγραμμα, το οποίο είναι πάρα πολύ παλιό και βοηθά σ' αυτό τον τομέα, έχει ένα παρελθόν 20 ετών και το ευρωπαϊκό δίκτυο λέγεται «Δίκτυο των Νοσοκομείων της Ευρώπης για τις ενδοноσοκομειακές λοιμώξεις στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας».

Υπάρχουν βέβαια και εθνικά προγράμματα σε ένα εθνικό δίκτυο που παρακολουθούν τις λοιμώξεις σε μονάδες νεογνών, άλλα μικρόβια και μια συγκεκριμένη έκθεση που παραδίδεται κάθε χρόνο για την πρόληψη αυτή.

Υπάρχουν, λοιπόν, και κάποια προγράμματα υπολογιστικά και βασισμένα πάνω στο διαδίκτυο, το οποίο επίσης μπορούν να επεξεργαστούν όλα τα δεδομένα σε εθνικό επίπεδο και επίσης η κάθε μονάδα μπορεί να έχει τη δικιά της αυτόνομη αναφορά και να αναλύονται όλα τα στοιχεία τους και να τα συγκρίνουν με άλλα νοσοκομεία, καθώς και με το εθνικό επίπεδο και επίσης μέσω αυτών να μπορέσουν να βελτιώσουν τις πρακτικές τους.

Ένας άλλος σημαντικός τομέας είναι οι κατευθυντήριες γραμμές, οι οδηγίες όσον αφορά τις καλές πρακτικές που διατίθενται στην εθνική μας ιστοσελίδα. Επίσης ένας άλλος σημαντικός τομέας είναι να μπορέσουμε να προωθήσουμε την εκπαίδευση των ανθρώπων που παρέχουν υγεία.

Υποστηρίζομαστε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας και από τον Διεθνή Οργανισμό Ελέγχου Ασθενειών που σχετίζεται με την ασφάλεια των ασθενών. Και έχουμε επίσης καθιερώσει την πρώτη παγκόσμια πρόκληση για την ασφάλεια των ασθενών, η οποία θα παρουσιαστεί στον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας από τον Υπουργό Υγείας μας.

Η εκστρατεία μας ήταν επιτυχής, εφαρμόσαμε όλα τα εργαλεία που μας προσέφερε ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας και τους τα προσαρμόσαμε στην πραγματικότητα της Πορτογαλίας. Εδώ βλέπετε τα εργαλεία μας, τις προωθητικές ενέργειες μας. Εδώ είναι το Logo μας, ότι «η καταμέτρηση σώζει ζωές».

Επίσης έχουμε μια δεύτερη πρόκληση που έχει να κάνει με την ασφαλή χειρουργική, αυτό ξεκίνησε πέρσι και τώρα το επεξεργαζόμαστε. Και επίσης επεξεργαζόμαστε μαζί με τον ΟΑΣΑ προκειμένου να βρούμε τους δείκτες εκείνους μέσω του Συμβουλίου Συστάσεων για την Ασφάλεια των Ασφαλειών προκειμένου να μπορέσουμε να τα ενσωματώσουμε στη δική μας νομοθεσία το 2012.

Εργαζόμαστε επίσης στους δείκτες που έχουν να κάνουν με την αξιολόγηση, με τα αποτελέσματα της παρακολούθησης των λοιμώξεων στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας, επίσης και στα χειρουργεία, έχουμε συγκεκριμένες εκθέσεις γι' αυτό και αναφορές.

Ένα άλλο εθνικό πρόγραμμα αφορά την αντίσταση στα μικρόβια που είναι πολύ σημαντικό θέμα στην Πορτογαλία. Έχει δύο βασικές στρατηγικές προκειμένου να μπορέσουμε να χρησιμοποιήσουμε την συντηρητική χρήση των αντιμικροβιακών και να μπορέσουμε να ελέγχουμε τη χρήση τους. Οι στόχοι μας είναι να μπορέσουμε να αξιολογήσουμε την πρόληψη της αντίστασης των μικροβίων στα νοσοκομεία, να μπορέσουμε να μειώσουμε τις μολύνσεις από τέτοια μικρόβια.

Και εδώ βλέπετε ένα άλλο πρόγραμμα ευρωπαϊκό που συμμετέχει η Πορτογαλία, είναι το «e-μικρόβιο» όπου απευθύνεται στους

έφηβους και τα παιδιά στα σχολεία και εργαζόμαστε μαζί με τους δασκάλους προκειμένου να μορφώσουμε τα παιδιά σ' αυτό τον τομέα, να μπορέσουν δηλαδή τα παιδιά και οι έφηβοι να καταλάβουν τι γίνεται με το θέμα των μικροβίων και των ιών, να έχουμε δηλαδή μία συντηρητική χρήση των αντιβιοτικών, να προσέχουν την υγιεινή τους κλπ.

Επίσης συνεργαζόμαστε σε ένα άλλο πρόγραμμα τις μολύνσεις σε χρόνια φροντίδα. Είναι πάρα πολύ σημαντικό να μπορέσουμε να δουλέψουμε σε νοσοκομεία που έχουν μονάδες τέτοιας φροντίδας, γιατί είναι μονάδες υψηλού κινδύνου και πρέπει να μπορέσουμε και εκεί να εφαρμόσουμε εκθέσεις που καταμετρούν τις μολύνσεις αυτές και συγκεκριμένες δομές που ελέγχουν τις μολύνσεις και να έχουμε και εσωτερικούς ελέγχους όσον αφορά την υγιεινή των χεριών και άλλους τρόπους προστασίας.

Επίσης έχουμε το unit pass που είναι πάρα πολύ σημαντικό πρόγραμμα ειδικά για την Πορτογαλία, ξεκίνησε το Μάιο του 2007 και τελείωσε το 2010, φέτος και έχουμε τώρα κοινές δράσεις όσον αφορά την ασφάλεια των ασθενών μαζί με την Ευρωπαϊκή Επιτροπή. Και επίσης είχαμε κάποια σημαντικά αποτελέσματα και δημιουργήσαμε ένα δίκτυο ασφάλειας ασθενών σε όλη την Ευρώπη.

Είχαμε, λοιπόν, τρεις περιοχές εργασίας, όπως την ανάπτυξη ενός πολιτισμού της ασφάλειας των ασθενών, την εκπαίδευση, την κατάρτιση, τη ασφαλή χορήγηση φαρμάκων, προώθηση και διάδοση. έχουμε καταφέρει να το εφαρμόσουμε σε 14 νοσοκομεία με 18 πρακτικές, με συγκεκριμένους τρόπους όπου μπορέσουμε να δώσουμε συγκεκριμένα φάρμακα και να συνεχίζεται να παρέχετε αυτή η αγωγή και μετά την αποχώρηση από το νοσοκομείο κλπ. Περισσότερες πληροφορίες μπορείτε να βρείτε στην ιστοσελίδα του unit pass.

Το CCDAO σύστημα είναι πάρα πολύ σημαντικό εργαλείο διαχείρισης που προωθεί τη σύζευξη μεταξύ του κράτους και του πολίτη και την διαφάνεια στις διαδικασίες και τη λήψη αποφάσεων. Είναι, λοιπόν, ένα διαχειριστικό εργαλείο που προωθεί την ανάμιξη του ίδιου του ασθενή μέσω αναφοράς on line στο διαδίκτυο από διάφορα περιστατικά.

Έχουμε το Εθνικό Σύστημα Αναφοράς και Εκπαίδευσης, όπως σας είπα βασίζεται σε ένα σύστημα που πρωτοξεκίνησε στην Ισπανία, έχουμε πάρει ως μοντέλο το σύστημα της Ανδalousίας και αναπτύσσουμε αυτό το πρόγραμμα και το σύστημα αυτό τώρα το αναπτύσσουμε προκειμένου να αναπτύξουμε έναν πολιτισμό διαχείρισης της ασφάλειας του ασθενή, να προωθήσουμε την ενημέρωση και την εκπαίδευση πάνω στην ασφάλεια του ασθενούς και να μπορέσουμε να αντιμετωπίσουμε τις μελέτες για τον κίνδυνο και τη διαχείριση κινδύνου.

Το μεταφράζουμε τώρα και θα προχωρήσουμε στην έγκρισή του και να μπορέσουμε να το προσαρμόσουμε στην πορτογαλική πραγματικότητα προκειμένου να βρούμε και τους συγκεκριμένους δείκτες για την ασφάλεια των ασθενών και θα υπάρχει και ένα πρόγραμμα σπουδών πάνω στην ασφάλεια των ασθενών το οποίο επεξεργαζόμαστε αυτή τη στιγμή για να το προωθήσουμε στα εκπαιδευτικά ιδρύματα.

Έχουμε και μια συγκεκριμένη πλατφόρμα για την ασφάλεια των ασθενών όπου θα μπορούν οι ίδιοι οι ασθενείς να αναφέρουν κάποια περιστατικά και να μαθαίνουν για τα μέτρα που υπάρχουν και να μπορέσουμε μέσω αυτού να προωθήσουμε και τις καλύτερες πρακτικές.

Εδώ είναι οι πληροφορίες που μπορεί να βρει κανείς. Μπορεί να πάρει πληροφορίες για το σύστημα εκμάθησης, για την αντίσταση των μικροβίων, για τις εκστρατείες υγιεινής, για το πρόγραμμα e-bag, για την ασφαλή χειρουργική και άλλα προγράμματα που μπορούμε να εφαρμόσουμε χρησιμοποιώντας και αυτό το Παρατηρητήριο.

Αυτά από εμένα. Ευχαριστώ πολύ.

ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗΣ: Σε ευχαριστούμε Χριστίνα. Νομίζω ότι ακούσαμε κάτι σαν την δική μας περίπτωση, τα σχέδια για το μέλλον. Ελπίζω ότι μέσα από τη συζήτηση θα έχουμε πολλά γόνιμα συμπεράσματα.

Είχα αρχικά πει να έχουμε 20 λεπτά για συζήτηση, ελπίζω να έχουμε το απαραίτητο χρόνο από τη δική σας πλευρά, διότι τούτο αποτελεί σημαντικό σημείο.

Τώρα Poli ο επόμενος ομιλητής να λάβει το βήμα και να μας περιγράψει πώς μία διαδικασία εμπλοκής του νοσοκομείου σε διαδικασίες διαπίστευσης μπορεί να βελτιώσει το νοσοκομείο έτσι κι αλλιώς. Κι αυτό

νομίζω είναι ένα πολύ σημαντικό ζήτημα δεδομένου, ότι είμαστε υποχρεωμένοι, φαίνεται πως είμαστε υποχρεωμένοι να μπορούμε στη διαδικασία της διαπίστευσης των νοσοκομείων, οπότε είναι μια ευκαιρία μια και θα γίνει αυτό να βελτιώσουμε ταυτόχρονα και εκ παραλλήλου τις διαδικασίες μέσα στο νοσοκομείο. Poli.

«Ο ρόλος της προετοιμασίας των Νοσοκομείων για την διαπίστευση στη βελτίωση της Ποιότητας στον Οργανισμό»

Π. ΓΕΩΡΓΙΑΔΗΣ: Καλημέρα. Ευχαριστώ για την πρόσκληση. Η δική μου η παρουσίαση αφορά περισσότερο τα Micro και πώς για τη λειτουργία και διαχείριση ενός νοσοκομείου, παρά οι άλλες παρουσιάσεις που αφορούσαν περισσότερο το σύστημα.

Είναι πολύ σημαντικό και έχει αποδειχθεί και θα το πω αυτό από την αρχή, η παρουσίαση έχει σκοπό να αναδείξει τη διαδικασία πιστοποίησης σαν ένας τρόπος ίσως και ο μοναδικός, καταλυτικός τρόπος, ώστε ένα νοσοκομείο να μπει πολύ πρακτικά στη διαδικασία βελτίωσης της ασφάλειας ασθενών και της ποιότητας.

Όλοι γνωρίζουμε τι είναι η ποιότητα. Υπάρχει αρκετή βιβλιογραφία. Στην περίπτωση που ένα νοσοκομείο αποφασίσει να προχωρήσει για πιστοποίηση είναι πολύ σημαντικό να οριστεί η έννοια της ποιότητας. Ο καθένας από εμάς έχει κάποια έννοια στο μυαλό του, στη διαδικασία όμως πρέπει να είναι όλα πολύ συγκριμένα.

Ένα παράδειγμα θα αναφέρω στο Ογκολογικό. Όταν είχαμε κάνει μια έρευνα στο Ογκολογικό Λευκωσίας όπου δούλευα, είχαμε κάνει μια έρευνα για την ποιότητα και οι ασθενείς μας έλεγαν ποιότητα είναι όταν π.χ. το ραντεβού του γιατρού να είναι στην ώρα του. Και εμείς είχαμε αρκετά ραντεβού τα οποία ήταν στην ώρα τους, είχαμε πάρει μια υψηλή βαθμολογία, αλλά τα πράγματα δεν είναι έτσι.

Ποιότητα είναι όταν τα ραντεβού δεν είναι στην ώρα τους, πώς αυτό το διαχειρίζεσαι, πώς γίνεται ο επαναπρογραμματισμός, πώς συμπεριφέρεσαι στον ασθενή, με ποιον τρόπο αυτό θα γίνει η διαχείριση και εκεί είναι που πρέπει να αξιολογηθεί αν υπάρχει ποιότητα.

Εν πάση περιπτώσει όσον αφορά την διαδικασία είναι πολύ σημαντικό να πούμε ότι είναι μόνον ότι μπορεί να μετρηθεί. Και το σύστημα

της πιστοποίησης εισαγάγει σύστημα που προσπαθεί να έχει μετρήσιμα αποτελέσματα για να μπορείς να προσφέρεις ποιότητα.

Η αρχή είναι ότι τα λάθη είναι ανθρώπινα και πάντοτε θα γίνονται, άρα η διαδικασία προσπαθεί να αναβαθμίσει το σύστημα και όχι τους ανθρώπους. Οι άνθρωποι θα αναβαθμιστούν και οι λειτουργίες μέσα από το σύστημα. Δεν μπορεί όμως ένα νοσοκομείο να στηρίζεται στο φιλότιμο των επαγγελματιών υγείας, πρέπει το σύστημα από μόνο του να του δίνει αυτά τα εχέγγυα τα οποία να μπορεί να ελέγχει τον τρόπο λειτουργίας.

Τα εργαλεία τα οποία προσφέρει η διαδικασία πιστοποίησης είναι ότι κατ' αρχήν θα δώσει τις μεθόδους, ώστε να υπάρχει μία συστηματική σκοπιά, δηλαδή παρακολουθεί συνεχώς πώς βελτιώνεται η υγεία και οι υπηρεσίες, προσπαθεί να κάνει μία τυποποίηση των διαδικασιών. Πολύ απλά όσο πιο τυποποιημένες είναι οι διαδικασίες λογικά πρέπει να υπάρχουν λιγότερα λάθη και στο τέλος υπάρχει η εξωτερική αποτίμηση από Διεθνείς Οργανισμούς που θα πιστοποιήσουν ότι οι διαδικασίες που ακολουθεί το νοσοκομείο είναι ορθές.

Δίνει τη δυνατότητα επίσης να υπάρχουν στοχευμένες παρεμβάσεις σε περιοχές ρίσκου υψηλής προτεραιότητας ανάλογα με το νοσοκομείο, την εξειδίκευση που έχει. Δίνει το μηχανισμό ανάλυσης των αρχικών αιτιών και λαθών, δεν είναι συμπτωματικά που χειρίζεται τα λάθη, δίνει τα εργαλεία ώστε να μπορείς να βρεις τη ρίζα των λαθών για να μπορείς μετά να αποφύγεις επανάληψη. Και η εμπλοκή των ασθενών στην όλη διαδικασία είναι πάρα πολύ σημαντική.

Βραχυπρόθεσμα τα κριτήρια τα οποία απαιτούνται για να μπορεί ένα νοσοκομείο να προχωρήσει στην πιστοποίηση, είναι κριτήρια τα οποία εάν οι νόμοι της δημοκρατίας είναι ψηλότεροι, δηλαδή έχουν παραπάνω απαιτήσεις, τότε απαιτείται αυτό να υλοποιηθεί. Εάν όμως τα πρότυπα του συγκεκριμένου Οργανισμού που έχει το νοσοκομείο επιλέξει απαιτούν περισσότερα τότε θα πρέπει να ακολουθήσουν τα πρότυπα.

Δημιουργείται μία γνώση και βελτίωση της αποδοτικότητας, διότι πλέον μέσα από πολύ συγκεκριμένα κριτήρια που υιοθετεί το νοσοκομείο το προσωπικό γνωρίζει με ποιον τρόπο θα βελτιώσει τις υπηρεσίες. Δεν είναι

θεωρητικό, είναι πολύ πρακτικό. Και το σύστημα αναπτύσσεται πάντοτε γύρω από τον ασθενή.

Πιο μακροπρόθεσμα και το έχω δει στην εμπειρία μου μέσα από νοσοκομεία είναι ότι δημιουργείται η κουλτούρα που είναι πολύ σημαντικό, η δημιουργία ασφάλειας του ασθενούς και προνοητικότητας όσον αφορά πιθανά λάθη που μπορεί να γίνουν.

Επίσης ένα νοσοκομείο το οποίο έχει την πιστοποίηση μειώνει ή διαχειρίζεται κατάλληλα νομικά παράπονα. Πολύ δύσκολα θα μπορεί κάποιος νομικά να κινήσει αγωγή για αμέλεια τη στιγμή που το νοσοκομείο αποδεδειγμένα ακολουθεί πρακτικές οι οποίες είναι αποδεκτές σε διεθνείς οργανισμούς.

Και κάτι το οποίο είναι επίκαιρο τουλάχιστον στην Κύπρο απ' όπου έρχομαι, ο ιατρικός τουρισμός, όπου αποδεδειγμένα και με στατιστικές το 75% κινείται μέσα από το Internet τα νοσοκομεία τα οποία είχαν πιστοποίηση πιο εύκολα γίνονταν αποδεκτά και μπορούσαν να προσελκύσουν κόσμο από το εξωτερικό.

Τι σημαίνει πιστοποίηση; Όπως έχω πει κατ' αρχήν υπάρχει μια εξωτερική και αντικειμενική αποτίμηση. Πολλές φορές ακούω, μα ξέρουμε ότι είμαστε καλοί, δεν είναι αρκετό. Είναι αρκετό μόνον όταν το πει κάποιος άλλος Διεθνής Οργανισμός ο οποίος είναι αναγνωρισμένος.

Υπάρχουν περισσότερα από 1.000 κριτήρια, είναι όλα κριτήρια τα οποία είναι αποδεκτά στη διεθνή πρακτική και υπάρχει εμπλοκή όλων των ιατρικών επαγγελματιών, το οποίο ενισχύει περισσότερο την κουλτούρα δημιουργώντας έτσι κουλτούρα προνοητικότητας και όχι αντίδρασης.

Όπως έχω πει αρχικά η όλη διαδικασία συγκεντρώνεται στα συστήματα και όχι στα άτομα και η ποιότητα αναπτύσσεται μέσα από την όλη προσπάθεια έτσι ώστε ο κάθε επαγγελματίας υγείας να ξέρει με ποιον τρόπο μπορεί στο δικό του τομέα να αναβαθμίσει τις υπηρεσίες που προσφέρει.

Επίσης τα πρότυπα τα οποία καλείται το νοσοκομείο να υλοποιήσει δεν είναι στατικά, δηλαδή επαναξιολογούνται και κάθε τρία χρόνια αναβαθμίζονται και το ίδιο πρέπει να κάνει και το νοσοκομείο. Υπάρχουν διάφοροι οργανισμοί που προσφέρουν τα πρότυπά τους για πιστοποίηση. Ο

κοινός κορμός είναι ότι μιλούμε για περισσότερα από 50 πρότυπα, 1.000 κριτήρια.

Η δική μου προσωπική εμπειρία είναι ότι κανένα κριτήριο απ' αυτά δεν έχω βρει που να μην είναι λογικό, δηλαδή να πεις μα γιατί πρέπει να κάνω το «Α» ή το «Β», έχουν όλα τη δική τους λογική και στηρίζονται συνήθως στις στατιστικές είτε λαθών, είτε οτιδήποτε συμβαίνει στην πρακτική κατά τη λειτουργία ενός νοσοκομείου.

Είναι συμβατά με τη διεθνούς ασφάλειας ασθενούς και είναι πάντοτε η όλη διαδικασία εθελοντική και όχι υποχρεωτική, διότι απαιτείται η δέσμευση της διοίκησης και του νοσοκομείου για να προχωρήσεις αυτή την πιστοποίηση και δεν μπορεί να είναι υποχρεωτικό, εάν δεν θέλουν να το κάνουν, δεν μπορείς να τους υποχρεώσεις.

Όπως έχω πει υπάρχουν πάνω από 50 κριτήρια, θα μπορούσα να τα χωρίσω σε δυο κατηγορίες. Υπάρχουν τα πρότυπα τα οποία βασικά έχουν σαν επίκεντρο τον ασθενή, είναι πρότυπα τα οποία αφορούν την φροντίδα και τη συνέχεια της φροντίδας του ασθενή, τα δικαιώματα, την αξιολόγηση και τον τρόπο που εκτιμάται η κατάσταση των ασθενών, υπάρχουν σωρεία προτύπων τα οποία αφορούν τον τρόπο που αυτά μπορεί να γίνουν, χειρουργική φροντίδα, η χρήση και η διαχείριση φαρμακευτικής αγωγής, αλλά και η εκπαίδευση του ασθενούς. Θεωρείται ότι ο ασθενής και η οικογένειά του έχουν πολύ σημαντικό ρόλο να παίξουν στην όλη προσπάθεια βελτίωσης.

Η άλλη κατηγορία είναι τα πρότυπα τα οποία αφορούν την ίδια την οργάνωση, τα ίδια τα άτομα το πώς διαχειρίζονται την οργάνωση ενός νοσοκομείου. Η Διαχείριση Συμβολαίων για παράδειγμα, ο τρόπος που διαχειρίζονται τα αποθέματα, τα οικονομικά, η στρατηγική, όπου η διοίκηση καλείται να κάτσει γύρω από ένα τραπέζι και να αποφασίσει που βλέπει το νοσοκομείο να βρίσκεται σε ένα χρόνο, σε τρία χρόνια, ίσως σε περισσότερο χρόνο και αυτός είναι ο σκοπός με τον οποίον, ο σκοπός είναι να δημιουργήσει αυτό που λέμε benchmarking για να μπορείς να ελέγχεις την πρόοδο.

Κάποιοι στόχοι οι οποίοι τέθηκαν για υλοποίηση στα τρία χρόνια να μπορείς στον έναν, ενάμισι χρόνο να δεις αν αυτοί θα πραγματοποιηθούν

ή όχι. Και οι στόχοι δεν μπορεί να είναι θεωρητικοί, πρέπει να είναι πολύ πρακτικοί και να είναι μέσα στα πλαίσια και τις δυνατότητες που έχει το νοσοκομείο.

Η αποφυγή και ο έλεγχος μολύνσεων, πρότυπα για διακυβέρνηση για την ηγεσία, η διαχείριση των εγκαταστάσεων, η συντήρηση, το calibration των μηχανημάτων, η εκπαίδευση και το ανθρώπινο δυναμικό, η αξιολόγηση που γίνεται στο ανθρώπινο δυναμικό με συγκεκριμένα κριτήρια και η επικοινωνία που πρέπει να υπάρχει μέσα σε ένα νοσοκομείο.

Συμπερασματικά σκοπός είναι στο τέλος της όλης διαδικασίας να μπορεί η απόδοση και η υπευθυνότητα στη διεκπεραίωση εργασιών να είναι μετρήσιμη. Δηλαδή αν μια ομάδα νοσηλευτών στο θάλαμο ή φυσιοθεραπευτές ή οτιδήποτε, μια ομάδα στο νοσοκομείο να μπορεί να ξέρει τα κριτήρια στα οποία θα αξιολογηθεί και να είναι μετρήσιμα, δηλαδή πώς είναι το '10, πώς ήταν το '09 και ποια ήταν η αλλαγή.

Υπάρχει σημείο αναφοράς πλέον και αυτό είναι τα πρότυπα τα οποία καλείται το νοσοκομείο να υλοποιήσει και υπάρχει η αναγνώριση από κάποιον διαφορετικό οίκο από το εξωτερικό στον οποίον είναι αποδεκτά τα κριτήρια τα οποία προσφέρει.

Θα αναφέρω κάτι το οποίο έχει λεχθεί πριν, η όλη προσπάθεια δεν είναι ούτε να δημιουργήσεις άγχος στον κόσμο, ότι πλέον μετρώ κάθε τι που κάνει, είναι απλώς για να μπορεί να υπάρχει βελτίωση και η βελτίωση θα έρθει μέσα από τη σύγκριση των μετρήσεων. Πρέπει να δημιουργηθεί το know blame culture δηλαδή ακόμα και ανώνυμα αν μπορεί κάποιος να αναφέρει κάποια προβλήματα ή λάθη που γίνονται και απώτερος σκοπός είναι απλώς η διόρθωση.

Ακόμα ένα παράδειγμα, να αναφέρω πάλι στο Ογκολογικό, την ημέρα που είχαμε εισαγάγει το σύστημα του incident reporting όπου έπρεπε ο κόσμος να είναι σε θέση να αναφέρει τα διάφορα συμβάντα που γίνονταν, το εισαγάγαμε στις 09:00 η ώρα το πρωί στις 10:00 είχαμε τις συντεχνίες οι οποίες σταμάτησαν το κέντρο, διότι λέει δεν μπορούμε να καταγράψουμε τα όποια λάθη γίνονται, είναι ανθρώπινα και το τελευταίο πράγμα που θέλουμε να κάνουμε είναι να τα καταγράψουμε.

Φυσικά οι άνθρωποι πήγαν σε συνεννόηση και μετά στο τέλος τα βρήκαμε, αλλά η ιδέα είναι όχι να δημιουργήσουμε φόβο στον κόσμο, αλλά να είναι σε θέση να μπορεί ο κόσμος να καταγράψει κάποια πράγματα, να μπορεί μετά να τα βελτιώσει.

Δύο πολύ σημαντικοί μέθοδοι που χρησιμοποιούνται είναι κατ' αρχήν το tracer το λένε, υπάρχουν και άλλοι τρόποι που λένε για το tracer που είναι ιχνηλασία, είναι το gap analysis, είναι το critical path analysis ανάλυσης που βασικά σκοπό έχει να ανιχνεύει τις διαδικασίες και να εκτιμήσει το βαθμό στον οποίον υλοποιούνται.

Άρα είσαι σε θέση στο τέλος του χρόνου να πεις ότι αυτή η διαδικασία υλοποιείται πλήρως ή μερικώς ή καθόλου. Επίσης δημιουργείται σύστημα ελέγχων, τα οποία γίνονται και τμηματικά, αλλά γίνονται και στην Διοίκηση, έτσι ώστε όταν κάποιος έχει να αναβαθμίσει παραδείγματος χάρη το βαθμό που υπάρχουν οι λοιμώξεις, αυτό είναι τεκμηριωμένο, όχι απλά θεωρητικά.

Τώρα πώς ένα νοσοκομείο μπορεί να επιτύχει το στόχο; Υπόψη ότι μιλούμε για μία διαδικασία από ένα μέχρι δύο χρόνια ανάλογα με το μέγεθος, άρα η επικοινωνία σε όλο τον οργανισμό είναι πολύ σημαντική. Αναγκαστικά τα τμήματα καλούνται να κάτσουν γύρω από ένα τραπέζι να βρουν λύσεις για συγκεκριμένους τρόπους.

Είναι πολύ σημαντικό η γλώσσα που θα γίνει και πάλι η προσωπική μου εμπειρία ήταν ότι ο κόσμος ειδικά σε νοσηλευτές, παραϊατρικό προσωπικό ήθελαν τη γλώσσα την οποία μιλούν να τους εξηγήσεις τις διαδικασίες και τον τρόπο που αυτές θα υλοποιηθούν.

Οι πολιτικές και οι διαδικασίες κρίνονται και αναβαθμίζονται με απώτερο σκοπό μόνον την εξέλιξη και την ποιότητα, έστω και αν υπάρχουν κάποιες συγκεκριμένες διαδικασίες αυτές πρέπει να μπουν κάτω να καταγραφούν. Η καλή πρακτική αναγνωρίζεται, άρα αν ένα τμήμα γνωρίζει τον τρόπο λειτουργίας και έχει υλοποιήσει τα κριτήρια αυτό πρέπει να μπορεί να μεταφέρεται σε άλλα τμήματα.

Υπάρχει χρονοδιάγραμμα, είναι αυτό το οποίο καλείται το νοσοκομείο να υλοποιήσει μέσα σε συγκεκριμένη χρονική περίοδο για να υπάρχουν αποτελέσματα, υπάρχει ευελιξία, δεν είναι απόλυτο. Και όλες οι

υπηρεσίες καλούνται να υλοποιήσουν τις βελτιώσεις και τις εισηγήσεις τις οποίες είναι το αποτέλεσμα των διαδικασιών.

Πώς επιλέγεις έναν οργανισμό; Όπως έχω πει, υπάρχουν διάφοροι. Σαν αρχική εισηγήση είναι ότι ο οργανισμός πρέπει να είναι εγκεκριμένος από τον ISQUA τον International Society for Quality and Health Care, ο ίδιος ο οργανισμός δηλαδή που θα πιστοποιήσει το νοσοκομείο να είναι διαπιστευμένος από το ISQUA.

Σημαντικό ρόλο επίσης παίζει και η εμπειρία του Οργανισμού. Εάν είναι σε διεθνές επίπεδο και έχει εμπειρία σε διάφορες χώρες εκτός από την χώρα στην οποία προέρχεται, αυτό φαίνεται και αντανακλάται μέσα στα πρότυπα τα οποία καλείσαι σαν νοσοκομείο να υλοποιήσεις, διότι δεν είναι πρότυπα τα οποία αφορούν κριτήρια για συγκεκριμένη νομοθεσία από την χώρα που προέρχεται, αλλά είναι πιο ευέλικτα. Και επίσης το κόστος φυσικά όπως πάντα παίζει σημαντικό ρόλο.

Υπάρχουν αρκετοί οργανισμοί, αναφέρω τους τέσσερις πιο γνωστούς. Είναι ο Joint Commission International, εδρεύει στην Ελβετία με εμπειρία διεθνή, υπάρχει το CHKS, που προέρχεται από την Αγγλία, επίσης με εμπειρία διεθνή, το Canada International Accreditation από τον Καναδά και το Αυστραλιανό σύστημα το οποίο επίσης έχει μια εμπειρία εκτός Αυστραλίας.

Η διαδικασία με ποιον τρόπο, πώς αρχίζει ένα νοσοκομείο από αύριο που αποφασίζει ότι θέλει να μπει σ' αυτή τη διαδικασία και μέχρι που φτάνει; Σε πρώτο στάδιο πρέπει να αποφασίσει ποια είναι τα πρότυπα τα οποία θέλει να ακολουθήσει. Πρέπει να υπάρχει σωστή καθοδήγηση, ώστε να είναι σε θέση να μπορεί να πάρει τη σωστή απόφαση για τα ποια πρότυπα θα ακολουθήσει.

Αυτό γίνεται και με βάση μετά τα πρότυπα γίνεται ο σχεδιασμός, όπως έχω πει, είναι μία διαδικασία 12 μήνες, 24, 36, άρα είναι πολύ σημαντικό να υπάρχει η ανάλογη και πολύ επιτακτική υλοποίηση χρονοδιαγράμματος.

Η εταιρεία, ο οργανισμός πιστοποίησης θα κάνει συνήθως τρεις επισκέψεις. Η πρώτη επίσκεψη είναι στην αρχή της διαδικασίας όπου θα εισαγάγει τα πρότυπα και θα αξιολογήσει την υφιστάμενη κατάσταση στο

νοσοκομείο, δηλαδή από πού αρχίζεις και πόσο απέχεις από τα πρότυπα και αυτό είναι που θα καθορίσει και το δρόμο υλοποίησης των προτύπων.

Θα γίνει δεύτερη επίσκεψη ενδιάμεσα στο χρόνο ή στον ενάμισι χρόνο για να δει, εδώ θα έρθουν οι ελεγκτές για να δουν ακριβώς ότι βρίσκεται στο σωστό δρόμο. Και στο τέλος είναι η υλοποίηση και ο έλεγχος για πιστοποίηση.

Ενδιάμεσα ο Σύμβουλος ο οποίος έχει επιλεγεί για να δώσει αυτή, σαν project manager, θα πρέπει να κάνει τη σωστή εκπαίδευση στους Διευθυντές, στους Τμηματάρχες και σε όλους τους υπεύθυνους για να μπορέσουν να δώσουν την απαιτούμενη σημασία και τον τρόπο και τη μεθοδολογία που θα καταγράψουν και θα υλοποιήσουν τις προτεινόμενες διαδικασίες.

Υπάρχει ο συντονισμός όλων αυτών των τμημάτων, η δημιουργία των ομάδων που απαιτούνται για να μπορέσουν να υλοποιήσουν τις διαδικασίες. Και φυσικά μία παρακολούθηση σε μηνιαία βάση ως προς το αποτέλεσμα.

Στόχος είναι πάντοτε η εξυπηρέτηση του ασθενούς. Αυτό επιτυγχάνεται με την κουλτούρα που αναπτύσσεται μέσα από τον οργανισμό και την όλη διαδικασία και η βελτίωση έρχεται μετά από την υλοποίηση του συστήματος, το οποίο θα σου δώσει την ευχέρεια και τη δυνατότητα να διενεργούνται τακτικοί και προγραμματισμένοι έλεγχοι, εξέταση των αποτελεσμάτων αυτών των ελέγχων και εισαγωγή των εισηγήσεων μέσα στην όλη λειτουργία του νοσοκομείου.

Αυτή είναι και η όλη διαδικασία της πιστοποίησης. Απαιτείται σταθερότητα, δεν είναι κάτι στατικό, ούτε όταν ένα νοσοκομείο πάρει την πιστοποίηση σταματάει η προσπάθεια, είναι δυναμική, αυτό πρέπει να συνεχίζεται καθ' όλη τη διάρκεια και λειτουργία του νοσοκομείου, υπάρχει συνεχής συντονισμός να αναβάθμιση των υφιστάμενων διαδικασιών και αυτό είναι κάτι το οποίο ζητείται και από τον οργανισμό πιστοποίησης και υπάρχει η αναθεώρηση των διαδικασιών.

Σήμερα υπάρχουν γύρω στις 20.000 πιστοποιημένοι οργανισμοί και περισσότερο, υπάρχει ραγδαία αύξηση σε όλες τις χώρες τα τελευταία 4 χρόνια και βασικά έχει γίνει αποδεκτό πλέον ότι εάν πράγματι χρειάζεται

βελτίωση ένα νοσοκομείο και επιθυμεί να κάνει κάτι για να το βελτιώσει η διαδικασία της πιστοποίησης είναι ένα εργαλείο το οποίο θα σου δώσει αυτή την ευκαιρία.

Δεν είναι κάτι πολύ απλό, μπορεί να γίνει, δεν υπάρχουν δικαιολογίες γιατί κάποιο νοσοκομείο να μην μπορεί να το κάνει, απαιτεί όμως όλα τα μέρη του νοσοκομείου να συμβάλλουν, δεν μπορεί κάποιο τμήμα ή κάποια ομάδα να πει εγώ δεν μ' ενδιαφέρει εγώ δεν μπορώ να προχωρήσω, γι' αυτό και απαιτείται η δέσμευση από τη Διοίκηση για να μπορεί να καθοδηγήσει τα τμήματα ως προς την κατεύθυνση της υλοποίησης.

Απαιτείται να υπάρχει διασφάλιση καλής πρακτικής και να μεταφέρεται, δεν είναι ανταγωνιστικό το περιβάλλον, είναι πολύ περισσότερο να μεταφέρεται η τεχνογνωσία σε όλα τα τμήματα. Ίσως κάποιες εργασιακές πρακτικές να αλλάξουν, το έχω δει και στην πράξη, όπου ζητάς μια συγκεκριμένη διαδικασία να αλλάξει και πολύ εύκολα κάποιος μπορεί να σου πει μα έχει 10 χρόνια που κάνω αυτό το πράγμα. Και επιμονή στο χρονοδιάγραμμα. Ευχαριστώ για την προσοχή σας.

ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗΣ: Ευχαριστούμε πάρα πολύ τον κ. Γεωργιάδη. Νομίζω πως ήταν πάρα πολύ εμπειριστατωμένη μέσα σε ένα μισάωρο μια προσέγγιση για ένα τόσο σοβαρό θέμα.

Θα ήθελα να ανοίξουμε τώρα τη συζήτηση, αλλά πριν απ' αυτό να σας πω μόνο τρία σημεία τα οποία νομίζω ότι είναι, προσπαθώ να συνοψίσω και τις παρουσιάσεις. Ακούσαμε νομίζω ένα το οποίο έλεγε ότι τα κλινικά πρωτόκολλα είναι υποχρεωτικά αρχίζοντας από την πρωτοβάθμια μέχρι την τεταρτοβάθμια περίθαλψη.

Δεύτερον, ότι η διαπίστευση των νοσοκομείων και η συστηματική καταγραφή και δημοσίευση των δεικτών λειτουργικότητας των οργανισμών υγείας αποτελούν πλέον λειτουργία ρουτίνας για τους οργανισμούς υγείας, συμπεριλαμβανομένου και του περίφημου reporting of address events το οποίο θα ήθελα να υπογραμμίσω δύο φορές ότι είναι ανώνυμο και επομένως δεν τίθεται τέτοιο θέμα, παρ' όλα αυτά τίθεται θέμα και νομικής κάλυψης του συγκεκριμένου reporting.

Και άλλο ένα σημείο που ακούστηκε και για την Ολλανδία και για την Πορτογαλία είναι πλέον κοινή πρακτική, ότι τα νοσοκομεία εφαρμόζουν

άριστες πρακτικές τις οποίες παίρνει το ένα από το άλλο. Δηλαδή ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας ακούσαμε στο προηγούμενο session είχε ένας μια σειρά από άριστες πρακτικές τις οποίες κάλλιστα κάθε νοσοκομείο, ανεξάρτητα απ' όλες τις άλλες διαδικασίες που εφαρμόζει μπορεί να εφαρμόσει, το hand hygiene, το save surgery list, ένα σωρό πράγματα. Όλα αυτά είναι πολύ σημαντικά για τη βελτίωση του νοσοκομείου έτσι κι αλλιώς.

Και τέλος ακούστηκε από τον Jaco top down προσέγγιση στο θέμα αυτό ή bottom up; Είπε και τα δύο. Νομίζω στην περίπτωση της χώρας μας και θα ήθελα πάρα πολύ να ακούσουμε γνώμες εδώ γιατί εσείς είσαστε οι άνθρωποι που ξέρετε πολύ καλύτερα το πώς κινείται το σύστημα, νομίζω ότι χρειάζεται μία καθοδήγηση των διοικήσεων και από κεντρικούς οργανισμούς, όπως γίνεται και στο εξωτερικό, όπου να μεταφερθούν άριστες πρακτικές, οδηγίες, κλινικά πρωτόκολλα κλπ., αλλά να εφαρμοστούν σε επίπεδο νοσοκομείου.

Εμείς συμμετέχουμε ως χώρα σε ένα joint action που αρχίζει τώρα, ελπίζουμε ότι θα πάρουμε και το leadership στο web package που αφορά το best practice, που σημαίνει ουσιαστικά ομαδοποιούμε τις ανάγκες των νοσοκομείων, βλέπουμε τι γίνεται στο εξωτερικό από success stories σ' αυτές τις περιπτώσεις και προσπαθούμε να τις προσαρμόσουμε στην ελληνική πραγματικότητα.

Νομίζω είναι πρακτικά πράγματα χωρίς πολλές φιλοσοφίες και σχέδια. Εις το δια ταύτα δηλαδή μπαίνουμε απευθείας έτσι όπως κάνουμε. Θα ήθελα τώρα να ανοίξω τη συζήτηση και να ακούσουμε τη γνώμη σας σε όλα αυτά τα ζητήματα και ότι άλλο νομίζετε. Παρακαλώ.

ΟΜΙΛΗΤΗΣ: Πρόεδρε ευχαριστώ. Ήθελα να ρωτήσω και τους δύο εισηγητές, κυρίως τον φίλο μας από την Ολλανδία, αλλά και τον κ. Γεωργιάδη στα εξής σημεία, για να μην ξαναπάρω το λόγο πιθανά.

Αφέθηκαν υπαινιγμοί ότι δεν είναι όλα τα στοιχεία ποιότητας και ασφάλειας, ότι δεν είναι μετρήσιμα. Εδώ πρέπει να είμαστε λίγο πιο σαφείς, γιατί κι εγώ πιστεύω σ' αυτή την ιδέα, ότι δεν μετρούνται όλα τα στοιχεία της ποιότητας σε ένα σύστημα υγείας και μάλιστα καθ' υπερβολή πιστεύω.

Δυο ερωτήματα από τον κ. Γεωργιάδη από την Κύπρο, εάν από την εμπειρία σας και τις γνώσεις σας υπάρχουν παγκοσμίως ή διεθνώς

κοινώς αποδεκτοί δείκτες; Αν υπάρχει κάποιο κλειστό σύστημα ή αν υπάρχουν μοντέλα ευρωπαϊκά ή αμερικάνικα ή άλλα περισσότερο διεθνή για τους καθολικώς αποδεκτούς δείκτες μέτρησης της ποιότητας και της ασφάλειας;

Είπατε κάτι στο δικό σας σύστημα κ. Γεωργιάδη για 1.000, πρέπει να ξεπερνούν τους 1.000 δείκτες, πρέπει να είναι άνω των 1.000 δεικτών. Πιστεύω ότι αυτό είναι πάρα πολύ επικίνδυνο, διότι όσο περισσότεροι είναι οι δείκτες τόσο χαμηλότερος είναι ο βαθμός, η ελαστικότητα δηλαδή μέτρησης του συστήματος. Όσο μεγαλώνουμε τον αριθμό των δεικτών, μειώνεται ο βαθμός ευαισθησίας.

Δηλαδή αν αλλάξουν για παράδειγμα οι μετρήσεις σε 10 δείκτες από τους 1.000 και άνω και αν είναι και 2.000 πιθανά, το αποτέλεσμα θα είναι μηδέν. Δεν θα μπορούμε να καταλάβουμε αν άλλαξε κάτι στην ποιότητα σε ένα σύστημα ή σε ένα νοσοκομείο, σε μια μονάδα υγείας που μετρούμε με τους άνω των 1.000 δεικτών την ποιότητα και την ασφάλεια.

Δηλαδή στατιστικώς αυτό δεν είναι σωστό, με τη στατιστική επιστήμη πρέπει να μειώσουμε τον αριθμό των δεικτών, να είναι καθολικά αποδεκτοί και αν είναι τέτοιοι που μόλις αλλάξει κάτι σημαντικό να έχουμε διαφορετικό αποτέλεσμα, αλλιώς δεν θα μπορούμε να μετρούμε την εξέλιξη σε τίποτα.

Για το φίλο μας τον κ. Burgers από την Ολλανδία. Υπαινιχτήκατε ότι η γνώμη του πληθυσμού δεν αποτελεί κριτήριο. Μήπως μπορούμε αυτό, δεν ξέρω αν επιμένετε σ' αυτό ή αν αυτό είναι το συμπέρασμα, αν το κατάλαβα καλά ή αν πρέπει να είναι και η γνώμη του πληθυσμού ένα κριτήριο από τα πολλαπλά που θα χρησιμοποιήσουμε, διότι δεν μπορούμε να αδιαφορούμε γι' αυτό.

Το αν ο πληθυσμός δεν είναι πληροφορημένος σωστά ή δεν αντιδρά σωστά είναι θέμα επικοινωνίας, αλλά δεν μπορεί να μην εκτιμούμε ή να συνεκτιμούμε την στάση, την αντίθεση του πληθυσμού όπως λέει, στην Ολλανδία είχαμε ένα παλιό σύστημα και ένα καινούργιο, ο κόσμος έλεγε και το παλιό και το καινούργιο είναι το ίδιο, δηλαδή είναι ευχαριστημένοι οι Ολλανδοί πολίτες πριν την μεταρρύθμιση του 2006 και μετά.

Γιατί φοβάμαι και στην Ελλάδα όσο και αν αλλάξουμε το σύστημα πάλι ο κόσμος θα είναι δυσαρεστημένος, γιατί πολλές φορές τον μάθαμε να είναι δυσαρεστημένος, ακόμα και αν κάτι θετικό συμβαίνει, πάλι δυσαρεστημένος θα είναι με τις επικοινωνιακές πολιτικές εδώ που εφαρμόζονται από πολλούς παράγοντες εξωνοσοκομειακούς στη χώρα μας.

Στο σύστημα που λέτε πάλι για την μέτρηση της απόδοσης να πούμε για τους γιατρούς και θα έλεγα εγώ και μέτρηση απόδοσης και τους Διοικητές, για τις διοικήσεις, ποινές το σύστημα θα εφαρμόσει; Δηλαδή το να μετράμε την απόδοση μπορεί απλώς να κάνουνε στατιστική αριθμητική ή οικονομετρία. Ποινές θα πρέπει να εφαρμόζονται, δηλαδή μπορεί να απολύεται ένας γιατρός όταν θα έχει κακή απόδοση; Και υπάρχει και όριο συναγερμού στις μετρήσεις όταν δηλαδή κάτω από ένα όριο όταν πέσουν οι μετρήσεις της απόδοσης και των παραγόντων και του συστήματος υπάρχει ένα όριο συναγερμού ή απλώς τα μετράμε και ανακοινώνουμε τις μετρήσεις;

Και το κόστος προσωπικά με ενδιαφέρει, δεν ξέρω ακριβώς πώς θα αντιδράσουμε, αλλά κ. Γεωργιάδη πόσο είναι το κόστος της πιστοποίησης; Έχετε και τάξη μεγέθους από τον καλύτερο πιθανά εσείς θεωρείτε την πιστοποίηση της ποιότητας. Είναι δηλαδή τουλάχιστον για τα ελληνικά δεδομένα είναι επιτεύξιμο, μπορεί να το πληρώσουμε;

Π. ΓΕΩΡΓΙΑΔΗΣ: Να κάνω την αρχή, μπορώ;

ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗΣ: Ναι, βεβαίως.

Π. ΓΕΩΡΓΙΑΔΗΣ: Όταν μίλησα ήταν 1.000 κριτήρια και όχι δείκτες, συμφωνώ μαζί σας αλίμονο να υπήρχαν 1.000 δείκτες, είναι 1.000 κριτήρια τα οποία καλείσαι σαν Διοίκηση, μία διαδικασία μπορεί να έχει 20 κριτήρια κι αυτά πρέπει να τα πληροί για να είναι αποδεκτή η διαδικασία όσον αφορά τα διεθνή πρότυπα. Δεν είναι δείκτες. Το ένα είναι αυτό.

Το άλλο, τα μετρήσιμα. Όταν λέμε ποιότητα μετρήσιμη το τι εννοούμε είναι, να πω ένα παράδειγμα. Είχα δει παλιά σε νοσοκομείο να λέει η συμπεριφορά. Μα πως μετράς την συμπεριφορά και πώς συμπεριφερόμαστε στους ασθενείς. Είναι πολύ υποκειμενικό.

Έρχεται το πρότυπο και λέει, εγώ το τι μετρώ, είναι τα παράπονα και απαιτώ να έχεις ένα κουτί, μάλιστα δεν ονομάζεται κουτί παραπόνων, ονομάζεται «κουτί εισηγήσεων» και απαιτώ να ενθαρρύνεις τον

κόσμο να γράψει μέσα τα παράπονά του ή τις εισηγήσεις του. Πιο εύκολα εγώ σαν διεθνής οργανισμός θα έρθω και θα πω το 2009 είχες, ξέρω εγώ, 100, το 2010 είχες 50. Άρα έχεις μείωση των παραπόνων ή των εισηγήσεων.

Αυτό είναι που προσπαθώ μέσα από τη διαδικασία υλοποίησης της πιστοποίησης να μετρήσω πραγματικά και με πολύ συγκεκριμένα κριτήρια το πώς μπορώ να αναβαθμίσω τις υπηρεσίες.

Το κόστος εγώ, έτσι η προσωπική μου εμπειρία θεωρώ ότι δεν μπορεί όλες οι χώρες με όλα τα κακά τους να μπορούν να το έχουν και να μην μπορεί η Ελλάδα ή η Κύπρος ή οποιοσδήποτε άλλος. Ξέρουμε είναι γνωστά τα προβλήματα.

ΟΜΙΛΗΤΗΣ: Υπάρχει ένας αριθμός, ένα ποσό;

Π. ΓΕΩΡΓΙΑΔΗΣ: Να σας πω η διαδικασία ποια είναι; Η διαδικασία είναι όταν ένα νοσοκομείο ενδιαφερθεί να δώσει για τη συγκεκριμένη πιστοποίηση είτε στον έναν ή σε όλους τους οργανισμούς συμπληρώνει συγκεκριμένο έντυπο το αφορά τα κρεβάτια. Είναι πολύ γενικό να πω εγώ τώρα έναν αριθμό, αν έχει 100 άτομα που δουλεύουν, αν έχει 400, να έχει 10 διαφορετικές ειδικότητες, αν έχει 30. Άρα είναι πολύ δύσκολο να πω για το κόστος.

ΟΜΙΛΗΤΗΣ: Αυτό που λέτε είναι πολύ σωστό και αντιλαμβάνομαι, όμως έχει διαφορά αν το νοσοκομείο είναι σε καλή κατάσταση και θέλει λίγα πράγματα να διορθώσει απ' ότι αν του λείπουν πάρα πολλά. Το κόστος δεν είναι τόσο την ώρα που θα έρθει αυτός να βάλει τη σφραγίδα ότι όλα είναι εντάξει, το περισσότερο κόστος είναι η προετοιμασία έτσι ώστε να είναι όλα εντάξει. Αλλά αυτό δεν είναι κόστος για κριτικές, είναι ένα κόστος που έπρεπε να το έχουμε κάνει ούτως ή άλλως, άρα δεν είναι, η σφραγίδα είναι ξέρω εγώ πέντε 100.000 κάθε τρία – τέσσερα χρόνια, δεν είναι δυσβάστακτο. Το θέμα είναι τι λείπει.

J. BURGERS: Θα αντιδράσω σε μερικά σημεία που αναφέρετε. Πρώτα απ' όλα το πώς να επιλέξει κανείς τους καλύτερους δείκτες και η έκθεση των 100, πώς θα διαλέξει κανείς σε 1.000, 100 ή 10; Νομίζω ότι εξαρτάται από το στόχο.

Πρώτα απ' όλα αν θέλουμε να βελτιώσουμε την ποιότητα πρέπει να εισάγουμε νέα διοικητικά συστήματα και να δημιουργήσουμε ένα σύστημα που δεν δημιουργεί μια άλλη γραφειοκρατία. Πάντοτε υπάρχει συζήτηση σε

σχέση με την ποιότητα όταν θέλει κανείς να την βελτιώσει σε σχέση με το χρόνο και το συσχετισμό χρόνου μεταξύ των προσπαθειών διασφάλισης της ποιότητας και διαδικασιών και του χρόνου που πρέπει να αφιερώνουμε στους ασθενείς.

Αν, λοιπόν, υπάρχουν άτομα που είναι υπεύθυνα στο νοσοκομείο, που νιώθουν ότι ενδιαφέρονται να το κάνουν αυτό για την βελτίωση της ποιότητας του νοσοκομείου και όχι για να λάβουν την πιστοποίηση από έναν άλλον οργανισμό.

Επίσης όσον αφορά τις ποινές νομίζω, ότι μπορεί να βρίσκονται σε πολύ χαμηλό επίπεδο, αλλά δεν πρέπει να καθοδηγούν το σύστημα. Το σύστημα αναφοράς μέσω δεικτών πρέπει να αποσκοπεί στην βελτίωση της φροντίδας των ασθενών και της ποιότητας.

Επίσης έχουν σημασία τα ήδη συλλεγόμενα δεδομένα των νοσοκομείων. Στη χώρα μου έχουμε συστήματα που θέτουν και σειρά από δείκτες και πάντοτε πρέπει όταν εισάγουμε νέους δείκτες να αναβαθμίζουμε ή να προσαρμόζουμε τα συστήματα καταγραφής. Βεβαίως αυτό σημαίνει χρόνο, σημαίνει επένδυση.

Η λίστα από τους δείκτες πρέπει να επιλέγεται αναλόγως με το τι συμβαίνει σε ένα νοσοκομείο. Επίσης το σύστημα καταγραφής δεδομένων πρέπει να λαμβάνει υπόψη και άλλες μεθόδους που υπάρχουν και πρέπει να έχουμε μία εξισορρόπηση, μπορούμε να γράψουμε και βιβλίο σχετικά με τα μέτρα αξιολόγησης της ποιότητας. Δεν πρέπει να έχουμε χιλιάδες δείκτες, αλλά το σωστό μίγμα που θα εξισορροπεί τα πάντα και τα οποία θα σέβονται τους ασθενείς, αλλά και τους εργαζόμενους στο σύστημα υγείας.

ΟΜΙΛΗΤΗΣ: Να πω και την άποψή μου γιατί μετέχω στο σύστημα υγείας στην Ελλάδα και θα ήθελα να θίξω, αυτό αφορά και τους προηγούμενους ομιλητές του προηγούμενου session, ένα θέμα το οποίο μέχρι τώρα τουλάχιστον δεν έχει θιγεί και είναι η ποιότητα των γιατρών.

Και νομίζω ότι κάποια στιγμή και σαν Υπουργείο Υγείας και σαν κοινωνία πρέπει να μιλήσουμε ακριβώς και γι' αυτό το πράγμα, το οποίο είναι σημαντικό σε ότι αφορά τις παρεχόμενες υπηρεσίες, το αποτέλεσμα αυτών και το κόστος. Και εκτός αυτού ένας σημαντικός παράγοντας που επηρεάζει πάλι την ποιότητα και το κόστος είναι και ο αριθμός των γιατρών. Μην

ξεχνάμε ότι αν θέλουμε να αυξήσουμε το κόστος στο σύστημα υγείας, ας διορίσουμε περισσότερους γιατρούς.

Ένας σημαντικός επίσης παράγοντας και εδώ είναι θέμα πια του Υπουργείου και της πολιτικής ηγεσίας και των επιτροπών που λαβαίνουν μέρος, είναι να θεσμοθετήσουν μεταξύ άλλων επί παραδείγματι και έναν κανονισμό εκπαίδευσης των ειδικευόμενων γιατρών. Πέρα από τον αριθμό, γιατί ξέρω ότι στη Ολλανδία ας πούμε είσαστε το καλύτερο σύστημα στον κόσμο σε ότι αφορά τις χειρουργικές ειδικότητες, κάτι από το οποίο εμείς απέχουμε παρασάγγες.

Από εκεί και πέρα γιατί αναφέρθηκε πριν ότι θα μπορούσαμε να χρησιμοποιούμε ένα πρωτόκολλο ενός νοσοκομείου το οποίο έχει μια καλή απόδοση να το δώσουμε σε ένα άλλο νοσοκομείο. Παραγνωρίζουμε το γεγονός ότι στην Ελλάδα τα νοσοκομεία και οι γιατροί λειτουργούν ανταγωνιστικά μεταξύ τους επειδή υπεισέρχεται και μπαίνει ξεκάθαρα και ο οικονομικός παράγοντας, ο παράνομος ή και ο νόμιμος εν πάση περιπτώσει ένας παράγοντας όμως τον οποίο δεν μπορούμε να παραγνωρίσουμε.

Δηλαδή θέλω να πω να μην εθελοτυφλούμε κάποια στιγμή να τα βάλουμε όλα επί τάπητος και να τα συζητήσουμε ανοιχτά. Και κλείνοντας για να μην σας κουράζω, θα παρακαλούσα τους αγαπητούς μας συνομιλητές να βρούνε έναν αλγόριθμο που να συμπεριλαμβάνει την ποιότητα, τον παράνομο χρηματισμό, την τοπογραφία την ελλαδική, την έλλειψη εκπαίδευσης και της βασικής και της συνεχιζόμενης και μετά να συζητάμε και για την ποιότητα την οποία παρέχουμε στα ελληνικά νοσοκομεία. Ευχαριστώ.

ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗΣ: Ευχαριστούμε πολύ για την παρέμβαση. Δεν μπορεί να διαφωνήσει κανείς εύκολα με όλα αυτά. Βέβαια αυτό που μας είπατε το τελευταίο είναι σαν το θεώρημα του Φαρμά περίπου, θα κάνει 100 χρόνια να το βρούμε. Άλλες ερωτήσεις. Είναι η ώρα της υπογλυκαιμίας νομίζω.

Επειδή όμως τους έχουμε τους ξένους είναι ευκαιρία να τους ρωτήσουμε ότι νομίζετε, περισσότερο έχει σημασία αν αυτά όλα που μας είπαν είναι εφικτά στην ελληνική πραγματικότητα με όποιες δυσκολίες υπάρχουν ή όχι και αν βλέπετε ότι θα ξεσηκωθεί θύελλα αντιδράσεων ας πούμε αν ζητηθεί από τα νοσοκομεία να υπάρχει έστω ανώνυμο ένα reporting system των ανεπιθύμητων συμπτωμάτων για παράδειγμα. Παρακαλώ.

ΟΜΙΛΗΤΗΣ: Κοιτάξτε, αυτό με το reporting incidents ...

ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗΣ: Παράδειγμα έφερα.

ΟΜΙΛΗΤΗΣ: Έχει πολύ μεγάλο ενδιαφέρον να δει κανείς τι γίνεται με την ακτινοπροστασία, τι γίνεται και στη Διεθνή Επιτροπή Ατομικής Ενέργειας.

Μέχρι πριν από 10-15 χρόνια incidents, δεν είχαμε καμία διεθνώς αναφορά για υπερβολικές εκθέσεις ασθενών και προβλήματα δερματικά ή άλλα πάνω στους ασθενείς. Μέχρι που το 1996 ένας Ισπανός δημοσίευσε ένα, έβαλε φωτογραφίες στο internet, έβαλε φωτογραφίες σε επίσημο περιοδικό και το παρουσίασε.

Από τότε βρίθει η βιβλιογραφία με incidents και αναγκάστηκε ευτυχώς η Διεθνής Επιτροπή Ατομικής Ενέργειας έβγαλε οδηγίες reports κλπ. Αν ξεφοβηθούμε, δηλαδή κάποιοι πρέπει να είναι στο χώρο να πούνε μέσα στα νοσοκομεία ότι πρέπει να δημοσιεύσουμε ανώνυμα με όλες αυτές τις αρχές της επιστήμης να δημοσιευτούν όχι για να γίνει αυτό που πράγματι είπαν, όχι για μια κουλτούρα τιμωρίας, αλλά για μια κουλτούρα ασφάλειας. Αυτό το πράγμα μπορεί να ξεκινήσει, είναι όμως πώς θα περάσει προς τα έξω.

Και ένα ακόμα σχόλιο αν μου επιτρέπετε στο εξής. Θυμόμαστε όλοι περίπου τι είπε ο Ηράκλειτος: «κάνε μέτρα ότι είναι μετρήσιμο και προσπάθησε να κάνεις μετρήσιμο ότι δεν μετριέται εύκολα». Αυτό είναι η ποιότητα να το θυμόμαστε αυτό. Ευχαριστώ.

ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗΣ: Εξαιρετικό νομίζω. Άλλες ερωτήσεις.

ΟΜΙΛΗΤΡΙΑ: Θα συμφωνήσω με τον προηγούμενο εδώ σύνεδρο για το θέμα που είπε ότι πρέπει να απενοχοποιηθούμε από τα σφάλματα. Θα πρέπει να υπάρξει μία εκπαίδευση τουλάχιστον έτσι εμείς όπως την κάνουμε στο δικό μου νοσοκομείο και είμαι από το «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ» Αθηνών εδώ.

Θα πρέπει να συνειδητοποιήσουμε, ότι να ανακοινώσουμε το σφάλμα και όχι να το καλύψουμε θα έχει να κάνει με την βελτίωση και τη δική μας την ηρεμία και την βελτίωση της παροχής υπηρεσιών υγείας. Και νομίζω ότι ο στόχος όλων όσων βρισκόμαστε εδώ είναι αυτός ακριβώς. Όμως θέλει πάρα πολύ μεγάλη προσπάθεια να μας εμπιστευτούν οι εργαζόμενοι όλους τους διοικούντες για να μας αναφέρουν τα λάθη τους, διότι δεν θα πρέπει να στεκόμαστε δίπλα τους ως τιμωροί, αλλά ως συνεργάτες με κατανόηση και με

διάθεση να τους συμπαρασταθούμε και να τους εκπαιδεύσουμε και όχι να καλύψουν ατασθαλίες, αλλά πώς θα μπορέσουμε να δώσουμε ασφάλεια στην παροχή των υπηρεσιών μας. Ευχαριστώ.

ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗΣ: Ευχαριστώ πολύ. Νομίζω πως είμαστε αρκετά κουρασμένοι, ναι συγνώμη.

N. ΠΟΛΥΖΟΣ: Για τη φίλη μας από την Πορτογαλία μας δείξατε σε επίπεδο Υπουργείου ότι έχετε ένα πολύ οργανωμένο σύστημα. Δεν κατάλαβα ότι αυτό πώς διοχετεύεται σε επίπεδο νοσοκομείου πλέον σαν πρακτική;

Και ένα ενδιαφέρον που είπε, οι Πορτογάλοι έχουν και ένα Παρατηρητήριο, γιατί βρισκόμαστε τώρα στην εποχή των Παρατηρητηρίων είναι πολύ ενδιαφέρον αυτό. Το θέμα είναι αν υπάρχει μια πολιτική η οποία επεμβαίνει μετά και μετρά την απόδοση του κάθε νοσοκομείου.

Η Πορτογαλία που ξέρουμε σε πολλά έχει προχωρήσει πολύ καλά, άλλωστε της δανειστήκαμε τώρα και την μεταρρύθμιση στην παιδεία, όπως είδατε πρόσφατα, οπότε μπορεί να πάρουμε πολλές εμπειρίες καλές.

A. - C. COSTA: Για το Παρατηρητήριο Ασφαλείας των ασθενών. Είναι κάτι το οποίο κάνουμε με τον ίδιο τρόπο με τους Ισπανούς, δεν το εφαρμόζουμε αυτή τη στιγμή, δεν το έχουμε αυτή τη στιγμή, είναι μια εθνική πλατφόρμα. Όλοι μπορούν να αξιολογήσουν, δεν είναι νοσοκομειακή πλατφόρμα, αλλά εθνική.

Οι πολίτες έχουν πρόσβαση στο σύστημα και αυτό σημαίνει ότι έχουν πρόσβαση στις βέλτιστες πληροφορίες και τούτο σημαίνει ότι πρέπει να βελτιώσουμε τις αποφάσεις και τις διαδικασίες και τη διαφάνεια απέναντι στους πολίτες, αλλά και την αξιολόγηση που προσφέρουν οι εργαζόμενοι της υγείας.

Ο πολίτης πρέπει να έχει πρόσβαση σε πληροφορίες, το ίδιο και ο εργαζόμενος της υγείας, τεχνικές πληροφορίες και βεβαίως μπορούν να μοιραστούν τις βέλτιστες πρακτικές και τις υπάρχουσες πληροφορίες σχετικά με οτιδήποτε σχετίζεται με την ασφάλεια των ασθενών. Αυτό θα εφαρμόσουμε στο μέλλον.

Τώρα δεν αποτελεί πραγματικότητα, αλλά στην Ισπανία αποτελεί πραγματικότητα, στην Ανδαλουσία όπου συνεργαζόμαστε μαζί τους έχουν τώρα Παρατηρητήριο Ασφάλειας των Ασθενών και προετοιμαζόμαστε να το εφαρμόσουμε ελπίζω του χρόνου στην Πορτογαλία.

ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗΣ: Να επισημάνω στην ομήγουρη ότι κατά τη γνώμη μας αυτού του είδους οι καλές πρακτικές, αυτού του είδους οι παρεμβάσεις που ζητούνται στην πραγματικότητα θα μας αποτρέψουν από την, ας το πούμε, εναγώνια προσπάθεια των ηγεσιών και των διοικήσεων να κάνουν περικοπές.

Και το πρόβλημα στις περικοπές είναι όταν είναι άστοχες, δηλαδή χωρίς στόχο. Αν δεν είναι στοχευμένες, αν δεν είναι τεκμηριωμένες και αυτό σημαίνει αύξηση του κόστους, διότι μια περικοπή όπου να 'ναι σαν να κουρεύουμε ένα θάμνο τι σημαίνει; Ότι ενδέχεται να κάνουμε υποθεραπεία και μέσα σε έξι μήνες μόνο θα δούμε τις επιπλοκές των ασθενών, που σημαίνει πόνο ανθρώπινο, αλλά το σπουδαιότερο αύξηση του κόστους.

Σημαντικό, λοιπόν, είναι να γίνονται οικονομίες σημαντικότερες περικοπές βεβαίως, αλλά στοχευμένες έτσι ώστε να μην επιφέρουν μέσα σε μικρό χρονικό διάστημα αύξηση του κόστους τελικά, αυτό που προσπαθούμε να αποφύγουμε.

Θα ήθελα στο σημείο αυτό να κλείσω, να ευχαριστήσω τους ξένους ομιλητές που ήρθαν με τέτοιο κρύο και να σας διαβεβαιώσω ότι οι ομιλίες τους και η παρουσία τους δεν θα μείνει μόνο απλώς ομιλίες, αλλά τις μετατρέπουμε νομίζω επιτυχώς σε συνεργασία συνεχιζόμενη είτε μέσω ευρωπαϊκών προγραμμάτων, είτε μέσω της απευθείας συνεργασίας με το ότι έχουν να μας δώσουμε από ...3:58:04 και από εμπειρία.

Σας ευχαριστούμε πάρα πολύ. Ευχαριστώ κι εσάς για την υπομονή σας. Σε μία ώρα, έξω στο μπουφέ, μου είπαν στις 3:00 η ώρα ξανά εδώ για το τελευταίο session.

ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ

3^η ΘΕΜΑΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ

ΜΕΡΟΣ Γ΄

«Εφαρμογή Δράσεων Ποιότητας στα Νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ.»

ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗΣ: ΧΡΗΣΤΟΣ ΖΗΛΙΔΗΣ

**Διοικητής 3^{ης} Υγειονομικής Περιφέρειας Μακεδονίας & Πρόεδρος
της Ομάδας Εργασίας για τις Διαδικασίες Ποιότητας στα
Νοσοκομεία του ΕΣΥ**

ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗΣ (Χ. ΖΗΛΙΔΗΣ): Καλησπέρα. Θα ξεκινήσουμε, δεν υπάρχει χρόνος να περιμένουμε. Συμφωνείτε εσείς κ. Καθηγητά;

Στο τρίτο μέρος της συνάντησης θα γίνουν παρουσιάσεις για ορισμένες πρωτοβουλίες που έχουν ξεκινήσει από το Υπουργείο και την Επιτροπή, την ομάδα εργασίας για την ποιότητα στα νοσοκομεία, καθώς και από τη Διεύθυνση Ποιότητας του Υπουργείου τους τελευταίους μήνες, με σκοπό να αρχίσουμε να δρομολογούμε διαδικασίες που θα μας φέρουν σιγά σιγά κοντά σε αυτά τα οποία ειπώθηκαν και να επιτρέψουν να αξιοποιήσουμε την εμπειρία των άλλων χωρών και να μας φέρουν σε μια διαδρομή που θα μας οδηγήσει προς αυτή την κατεύθυνση.

Θα ακούσουμε, να μη χάσουμε χρόνο παρουσιάζοντας τους ανθρώπους, νομίζω ότι λίγο πολύ γνωριζόμαστε όλοι, είναι συνάδελφοι Διοικητές από νοσοκομεία και ο κ. Γιαννουλάτος από τη Διεύθυνση Ποιότητας. Θα ήθελα να δώσω μία διάσταση για το πώς θα χειριστούμε στο μέλλον αυτή την υπόθεση.

Εμείς όλοι μαζί λίγο πολύ συναποτελούμε ένα διοικητικό μηχανισμό, ο οποίος έχει μάθει, έχει τέλος πάντων μία παιδεία και μια τέτοια φύση που ουσιαστικά κινείται αν θέλετε εκ των άνω με εντολές ας το πούμε κατά κάποιο τρόπο.

Ο τομέας όμως της ποιότητας είναι ναί μεν μία διοικητική εν μέρει διαδικασία, αλλά δεν είναι ένας τομέας ο οποίος μπορεί να κινηθεί μόνο εκ των άνω. Εκ των πραγμάτων απαιτεί πρωτοβουλίες και εκ των κάτω και

μάλιστα σε πολλά επίπεδα και όχι μόνο σε διοικητικό επίπεδο, αλλά όπως έχουμε διαπιστώσει όλοι, έτσι και σε επιστημονικό επίπεδο.

Επομένως αυτά για τα οποία συζητάμε είναι τι πρέπει να κάνουμε να αναλάβουμε ως πρωτοβουλίες, ως διοικητικός μηχανισμός προς τα κάτω, αλλά και από την άλλη μεριά τι πρωτοβουλίες πρέπει να προσπαθήσουμε να καλλιεργήσουμε εκ των κάτω ως πρωτογενείς πρωτοβουλίες των εμπλεκομένων σε όλους τους τομείς που συνδέονται με την ποιότητα και την ασφάλεια των υπηρεσιών που παρέχουν τα νοσοκομεία.

Θέλω να πω μόνο πέντε λέξεις κλειδιά πάνω στις οποίες έχουμε αναπτύξει τις πρώτες πρωτοβουλίες και τις κατευθύνσεις προς τα πού πάμε. Καταρχήν νομίζω ότι είναι πάρα πολύ εύκολο στον τομέα, ειπώθηκε πολλές φορές, ένα από τα εργαλεία της ποιότητας είναι η εκπαίδευση.

Ωραία, ας ξαναγυρίσουμε στις κλασικές μεθόδους της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης σε όλα τα τμήματα. Ας γυρίσουμε αύριο στα νοσοκομεία μας και να ζητήσουμε από τους Διευθυντές να καθιερώσουν την εβδομαδιαία συζήτηση περιστατικού, την εβδομαδιαία βιβλιογραφική ενημέρωση, το εβδομαδιαίο πρόγραμμα μαθημάτων και το πρόγραμμα μαθημάτων του τομέα ή του νοσοκομείου. Δε χρειάζεται περαιτέρω διευκρίνιση, όλοι έχουν εμπειρία.

Απλώς ας θυμηθούμε να επαναφέρουμε και να αξιοποιήσουμε με έναν τρόπο το μηχανισμό αυτό που υπάρχει, λειτουργεί και πρέπει να λειτουργεί μέσα στα νοσοκομεία. Δε νομίζω ότι χρειάζονται εντολές επί αυτού. Χρειάζονται πρωτοβουλίες δικές μας, παρότρυνση και ένας μηχανισμός κινητοποίησης των γιατρών για να συμμετέχουν σε αυτή τη διαδικασία πιο ενεργητικά και πιο στοχευμένα προς τα εκεί που θέλουμε.

Στα θέματα της ασφάλειας γνωρίζετε ότι το Υπουργείο έχει δώσει την προτεραιότητα κατεξοχήν στον τομέα της αντιμετώπισης των λοιμώξεων. Θα ακούσουμε ορισμένα πράγματα. Έχουν συγκροτηθεί στα μεγαλύτερα νοσοκομεία Επιτροπές Λοιμώξεων.

Έχουν ξεκινήσει με την κατεύθυνση, την καθοδήγηση του ΚΕΕΛΠΝΟ, κάποιες δραστηριότητες που σχετίζονται με την υιοθέτηση διαδικασιών και λειτουργιών που θα προσπαθήσουν να εγκαταστήσουν κάποιες διαδικασίες ασφάλειας με στόχο τη μείωση των νοσοκομειακών

λοιμώξεων και επομένως και σ' αυτόν τον τομέα, αποτελεί έναν τομέα προτεραιότητας για το Υπουργείο.

Παράλληλα καταβάλλονται προσπάθειες και δεν έχουν ακόμη ολοκληρωθεί, για να έχουμε κάποια πρότυπα υγιεινής που συνδέονται πάλι με την αντιμετώπιση των νοσοκομειακών λοιμώξεων, τα οποία θα μπορούσαν να αξιοποιηθούν. Ας πούμε όπως για παράδειγμα κανονισμοί διαχείρισης αποβλήτων, πρότυπα για τη διατροφή, την καθαριότητα κλπ., που κάνουμε κάποιες προσπάθειες στην Επιτροπή να δούμε πώς θα μπορέσουμε να τα αναπτύξουμε έτσι ώστε και σε αυτόν τον τομέα, δηλαδή τη χρήση κάποιων προτύπων σε λειτουργικούς τομείς που συνδέονται με την υγιεινή και ασφάλεια και τις νοσοκομειακές λοιμώξεις να μπορέσουμε πολύ σύντομα να τα έχουμε μπροστά μας ως εργαλεία προς εφαρμογή.

Στον τομέα της αποδοτικότητας έχουν σταλεί σε όλα τα νοσοκομεία ένα σύνολο προτύπων διαδικασιών που φτιάχτηκαν με τη βοήθεια αρκετών από τους παρευρισκόμενους εδώ και που αποτελούν την πρώτη ύλη πάνω στην οποία θα βοηθηθούν τα νοσοκομεία να αναπτύξουν τις δικές τους διαδικασίες.

Εμείς στη δικιά μας ΔΥΠΕ σας λέω ότι κάναμε και ένα εκπαιδευτικό πρόγραμμα πάνω σε αυτές τις διαδικασίες με στόχο τα νοσοκομεία, δηλαδή με τελικό παραδοτέο όχι την εκπαίδευση, αλλά με τελικό παραδοτέο να μπορέσουν τα νοσοκομεία να κάνουν αυτό το configuration αυτής της πρώτης ύλης στα δεδομένα του δικού τους νοσοκομείου.

Θα ακούσουμε τις εμπειρίες πάνω σε αυτόν τον τομέα από αρκετά νοσοκομεία και όπως αντιλαμβάνεστε επειδή το οικονομικό στοιχείο αποτελεί μία εθνική προτεραιότητα και για το δικό μας Υπουργείο, αντιλαμβάνεστε ότι σ' αυτόν τον τομέα υπάρχει και μία άμεση πολιτική και άμεση μνημονιακή πίεση.

Στο θέμα του φαρμάκου ομοίως έχουμε ξεκινήσει αρκετές πρωτοβουλίες οι οποίες εξελίσσονται. Εκτός από την καλύτερη διαχείριση των φαρμακείων έχουν ξεκινήσει πρωτοβουλίες για την υιοθέτηση κάποιων πρωτοκόλλων ή τέλος πάντων για τον καθορισμό κάποιων ορίων, κάποιων κανόνων που να διέπουν τη χρήση των φαρμάκων και επομένως και σ' αυτόν τον τομέα θα πρέπει να δώσουμε προτεραιότητα δεδομένου πως είναι ένας

τομέας όπου συνδέεται και η ποιοτική διάσταση, αλλά και το ζήτημα της οικονομίας και της αποδοτικότητας των λειτουργικών δαπανών των νοσοκομείων.

Και τέλος, γίνεται και μία προσπάθεια και μία συζήτηση στο πώς να διευκολυνθούν τα νοσοκομεία να ξεκινήσουν πρωτοβουλιακά διαδικασίες διαπίστευσης ορισμένων τμημάτων τους καταρχήν και όσα εξ αυτών μπορούν περισσότερο σταδιακά να προχωρήσουν λίγο περισσότερο. Έχει φτιαχτεί ένα πρότυπο σχέδιο για τα βήματα που μπορούν να υιοθετήσουν τα νοσοκομεία. Δεν το έχουμε διακινήσει ακόμη.

Επομένως λίγο πολύ έχουμε προσδιορίσει κάποιες προτεραιότητες από πλευράς Υπουργείου πάνω στις οποίες πρέπει να κινηθούμε και πρέπει να συνειδητοποιήσουμε ότι πρέπει να καταβάλουμε προσπάθειες και θα πρέπει να προκαλέσουμε την εκδήλωση πρωτοβουλιών από όλα τα επίπεδα των λειτουργιών των νοσοκομείων, νοσηλευτική υπηρεσία, ιατρική υπηρεσία, διοικητικές υπηρεσίες, ακόμη και τα επαγγέλματα τα οποία δεν τα έχουμε συνήθως στο focus της εκπαίδευσης, όπως αυτοί που σχετίζονται με την καθαριότητα, τη διατροφή και γενικά τις τεχνικές υπηρεσίες και γενικά το προσωπικό και τις υπηρεσίες που έχουν σχέση με την υποστήριξη του νοσοκομείου.

Λίγο πολύ αυτό είναι το πλαίσιο των κατευθύνσεων πάνω στο οποίο έχει ξεκινήσει η δραστηριότητα σε αυτόν τον τομέα και νομίζω ότι μπορούμε να ξεκινήσουμε κατευθείαν με τον κ. Γιαννουλάτο, ο οποίος είναι ο Διευθυντής της Διεύθυνσης Ποιότητας και Αποδοτικότητας του Υπουργείου, ο οποίος παίζει έναν καταλυτικό ρόλο στην όλη ιστορία καθώς αφιερώνει όλο του το χρόνο σε αυτήν την προσπάθεια και επομένως είναι και το πρόσωπο με το οποίο μας συνδέει όλους ως το πούμε με τον κεντρικό μηχανισμό του Υπουργείου.

Κύριε Γιαννουλάτο έχετε το λόγο.

«Έναρξη Εφαρμογής Δράσεων Ποιότητας στις Υπηρεσίες Υγείας (Ν. 3868/2010). Ποιες αλλαγές αναμένονται με βάση τις εγκυκλίους και την πρότερη εμπειρία;»

Π. ΓΙΑΝΝΟΥΛΑΤΟΣ: Ευχαριστώ κ. Πρόεδρε. Καταρχάς θέλω να ζητήσω συγγνώμη από όλους διότι στείλαμε την πρόσκληση πάρα πολύ αργά και είναι ένα λάθος δικό μου. Έγινε μια παρεξήγηση και η πρόσκληση αντί να φύγει τη Δευτέρα, τελικά έφυγε την Πέμπτη.

Παρά ταύτα ζητάω συγγνώμη και ευχαριστώ που είστε εδώ, που έστω και την τελευταία στιγμή μπορέσατε να ειδοποιηθείτε και να κινητοποιηθείτε. Ελπίζω την επόμενη φορά ότι θα είναι η πρόσκληση πολύ πιο έγκαιρα έτσι ώστε να μη δημιουργούνται προβλήματα και στην υπηρεσία αλλά και στις οικογενειακές σας υποθέσεις.

Στα θέματα τα δικά μας τώρα. Είχαμε στείλει μια πρώτη εγκύκλιο ζητώντας να ασχοληθείτε με ορισμένα θέματα εκ πρώτης όψεως απλά. Πάνω σε αυτά τα θέματα θα παρουσιάσουν ορισμένοι Διοικητές τι έχουν κάνει. Η επιλογή είναι τυχαία. Την επόμενη φορά θα είναι κάποιοι άλλοι.

Εκείνο το οποίο θέλω να πω βασικά ως κατεύθυνση για να ξεκαθαριστούν ορισμένα πράγματα και να μην υπάρχουν και συγχύσεις. Από πλευράς πολιτικής ηγεσίας του Υπουργείου οι διαδικασίες της ποιότητας, της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας συνδυάζονται με διαδικασία επιβράβευσης.

Η στρατηγική είναι να αναδείξουμε τους ικανούς και να επιβραβεύσουμε τους ικανούς. Αυτό είναι το άμεσο όφελος. Το δεύτερο όφελος είναι να βρούμε τους αδύναμους για να μπορέσουμε να τους βελτιώσουμε. Αυτό σε ό,τι αφορά τους ανθρώπους, αυτό στη συνέχεια σε ό,τι αφορά τις διεργασίες και σε ό,τι αφορά τις υποδομές.

Δε νοείται λοιπόν στην αντίληψη της πολιτικής ηγεσίας αυτό το κομμάτι σε συνδυασμό με οποιοδήποτε μείον. Αυτός που μένει πίσω σημαίνει ότι πρέπει να υποστηριχθεί. Το δεύτερο το οποίο είναι ξεκάθαρο και είναι η κατεύθυνση και αυτό που ζητάει η πολιτική ηγεσία από όλους μας. Να μεταβάλλουμε στο σύνολο των ανθρώπων την αντίληψη της διεκπεραίωσης, το κάνω γιατί το λέει ο κανονισμός ή γιατί το λένε οι από πάνω, και να μπούμε σε μία διαδικασία ο καθένας να κάνει τη δουλειά του γιατί την έχει κατακτήσει ως διαδικασία αποτελέσματος και μετασχηματισμού της δικής του δράσης σε συγκεκριμένο αποτέλεσμα και επιτυχία.

Ουσιαστικά μιλάμε για λογικές ποιότητας, απόδοσης, ασφάλειας και όλα αυτά, πρωτίστως ως διαδικασίες νοητικές και πολιτισμικές. Ένας σπουδαίος άνθρωπος του 1600 περιέγραφε μια τέτοια διαδικασία ως επίμονη, συνεχής άσκηση απομάκρυνσης από το ευτελές. Δεν είναι εύκολο, απλώς εκείνο που ξεκαθαρίσουμε είναι ότι θέλει χρόνο, αλλά δε θα γίνει ποτέ αν δεν αρχίσει τώρα.

Όπως έχετε αντιληφθεί, πολλά πράγματα θεωρούνται αυτονόητα και είναι και πολλές φορές οι μεγαλύτερες καταστροφές. Υπάρχουν πολλά πράγματα τα οποία ήδη γίνονται. Υπάρχουν νοσοκομεία που έχουν εργαστήρια με υψηλού βαθμού διαδικασίες πιστοποιήσεις. Σε όλα τα νοσοκομεία λειτουργούν χρόνια Επιτροπές Λοιμώξεων.

Κανένας μέχρι τώρα δεν μπορεί να αποδείξει ότι οι δειγματοληψίες από το χειρουργείο γίνονται τακτικά, καταγράφονται και έχει προσδιορίσει το νοσοκομείο τα όρια επικινδυνότητας και τα όρια του έγκαιρου συναγερμού. Αυτή είναι η έννοια κάνω κάτι συνειδητά και δεν το διεκπεραιώνω να πάρω απλώς τα δείγματα μέσα από το χειρουργείο. Δηλαδή όπου χρειαστεί αντίληψη από τα πάνω, όπου χρειαστεί ενίσχυση της εκπαίδευσης, όπου χρειαστεί οδηγίες.

Ξαναλέμε όμως, και το είδατε και από τους πρωινούς ομιλητές, σκέτες οδηγίες σημαίνει θόρυβος στο καλάθι των αχρήστων. Πρέπει να συνδυαστούν οι οδηγίες με αντιληπτική ικανότητα συμμετοχής στο αποτέλεσμα. Γι' αυτό και θέλει και επιβράβευση.

Από το πώς θα προχωρούν τα πράγματα θα φανούν μια σειρά από διαδικασίες οι οποίες μπορούν να εφαρμοστούν. Εμείς έχουμε, όπως σας είπε και ο κ. Ζηλίδης, δημιουργήσει Επιτροπές. Μία που ασχολείται με τις διαδικασίες αυτές για το ίδιο το Υπουργείο, μία για το Εθνικό Σύστημα Υγείας. Θα επεκταθούμε και σε άλλους τομείς και έχουμε ορισμένους προγραμματισμούς.

Έχουμε κάνει μια συνεννόηση με το Εθνικό Κέντρο Δημόσιας Διοίκησης να εκπαιδεύσουμε 3.500 ανθρώπους από τα νοσοκομεία στα θέματα της ποιότητας σε ένα χρόνο 3 – 4 ετών, που σημαίνει, θα βγάλουμε μια σειρά από πακέτα τα οποία θα πρέπει να εφαρμοστούν, άρα θα εκπαιδεύονται οι άνθρωποι στις τεχνικές αυτών των εφαρμογών. Γι' αυτό και

σας ζητήσαμε έναν κατάλογο τους ανθρώπους που θέλετε να εκπαιδευτούν ιεραρχημένα, θέλω πρώτα αυτός, μετά αυτός κλπ., για να μπορούμε να κάνουμε έναν προγραμματισμό.

Θέλω να πιστεύω ότι θα κάνουμε κάποιες σποραδικές διαδικασίες τον Μάρτιο και από τον Μάιο θα μπορούμε να βάλουμε οργανωμένα το πακέτο αυτό. Έχουμε μία συνεργασία επί του παρόντος με το ΤΕΙ της Αθήνας, το οποίο διοργανώνει ένα πρόγραμμα με το Πανεπιστήμιο του Τορίνο για μεταπτυχιακό πρόγραμμα στις υπηρεσίες υγείας.

Να στείλουμε κάποιους από τους ανθρώπους που θέλουν από τα νοσοκομεία να εντρυφήσουν ακόμη παραπέρα στο πακέτο αυτό των διαδικασιών και να ξέρουμε ότι έχουμε ένα στελεχιακό δυναμικό το οποίο έχει και μία υψηλή κατάρτιση σε αυτόν τον τομέα, μπορεί να καλύψει ευρύτερες ανάγκες.

Μέχρι τον Ιούνιο θα βγάζουμε συνέχεια προσαρμογές διεθνών πρωτοκόλλων στα ελληνικά. Υπάρχει μία καθυστέρηση, γιατί αυτά για να έχουν την ασφάλεια και τη νομιμότητα θα περάσουν από το Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας. Θα είναι και αυτά στο πακέτο των 3.500 – 4.000 ανθρώπων που θα εκπαιδευτούν για να μπορούν να κάνουν πλήρη εφαρμογή αυτών των πρωτοκόλλων.

Η διαδικασία της εφαρμογής εμπεριέχει στη συνέχεια μία διαρκή διαδικασία βελτίωσης. Καθένας που μπορεί να έχει μία έξυπνη ιδέα, να πάει τα πράγματα παραπέρα. Μαζί με τα πρωτόκολλα θα αρχίσουμε γύρω στον Ιούνιο με Ιούλιο να σας δίνουμε καλές πρακτικές βάσει δεδομένων καλών πρακτικών, έστω σποραδικές στην αρχή και από το Σεπτέμβριο θα αρχίσουμε να σας δίνουμε, για να μπορέσετε να μπειτε σε μια λειτουργία να ξεθαρρέψουν, όλοι σφάλματα από τη διεθνή βιβλιογραφία και τη διεθνή πρακτική από άλλες χώρες, έχοντας μια δυνατότητα όσοι μπορείτε στη συνέχεια να καταγράφετε, να αρχίσουμε να βλέπουμε πού είναι τα πιο συνηθισμένα σφάλματα τα δικά μας, για να δούμε τους παράγοντες που τα προκαλούν. Και από το καλοκαίρι θα αρχίσουμε να σας στέλνουμε μία σειρά οδηγούς για διάφορες εφαρμογές.

Όπως είπε και ο Γραμματέας, παραμένει η εκκρεμότητα της οριστικοποίησης του φορέα, δηλαδή εάν το ΕΚΕΒΥΛ θα αναλάβει όλη αυτή τη

διαδικασία. Εάν ο φορέας επισημοποιηθεί μέχρι το Φεβρουάριο, από τον Μάιο και μετά θα έχετε υποστήριξη για να κάνετε οργανωμένες πιστοποιήσεις για όλα τα τμήματα τα οποία κάθε φορά θα είστε έτοιμοι μέσω του φορέα αυτού με μηχανισμό υποστήριξης. Δηλαδή θα πιστοποιούμε τμήματα με κρατική ενίσχυση χωρίς να πληρώνει κανένας. Απλώς θα κάνετε τις προετοιμασίες με καθοδήγηση.

Πιστοποίηση μιας σειράς διαδικασιών, μιας σειράς κυρίως υποδομών εργαστηρίων, χειρουργείων κλπ. Θα κάνουμε μια σειρά από προετοιμασίες και πιλοτικές εφαρμογές, προετοιμασίες για διαπιστεύσεις ορισμένων διαδικασιών επιλεκτικά μέχρι να δούμε κατά πόσον ο φορέας που θα αναλάβει την υποστήριξη των νοσοκομείων θα μπορεί να στηρίζει επαγγελματίες για να είναι βέβαιο ότι μπορούν να πάρουν συγκεκριμένες επιλεκτικές διαπιστεύσεις. Δηλαδή θα ξεκινήσουμε και διαδικασίες για διαπιστεύσεις, απλώς θα πάνε προς τα πίσω διότι οι διαπιστεύσεις συνδυάζονται και με πολύ καλά curricula.

Όλα αυτά ως διαδικασία, υπό την προϋπόθεση ότι κάποια πράγματα στοιχειωδώς θα περπατούν, διότι εάν δεν μπορέσουμε να βάλουμε μία διαδικασία αντίληψης ότι υπάρχουν πράγματα που δεν τα κάνω απλώς και μόνο γιατί πρέπει, αλλά τα κάνω γιατί είμαι επαγγελματίας και συμμετέχω στην επιτυχία του αποτελέσματος, φοβάμαι ότι αν δεν τα κάνουμε αυτά θα έχουμε φτιάξει τεράστια πακέτα τα οποία θα κάθονται όπως κάθισαν και πολλά άλλα που μέχρι σήμερα χρηματοδοτήθηκαν από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή και δεν μπόρεσαν να έχουν στην Ελλάδα την πλήρη απόδοσή τους.

Πρωτόκολλα θα βγάλουμε σχεδόν για όλες τις ιατρικές διεργασίες, σωματική υγεία, ψυχική υγεία σε όλες τις εκφάνσεις. Επομένως δεν θα πούμε ότι θα πάρουμε ένα πρωτόκολλο Χ. Θα προσπαθήσουμε να ανοίξουμε όλη τη βεντάλια ανάλογα με τις ικανότητες ενσωμάτωσης.

Με αυτή την έννοια οι Επιτροπές στα μεγάλα νοσοκομεία πρέπει να μπουν σε διαδικασίες επιβεβαίωσης αυτού που κάνουν συνειδητά. Τα μικρά νοσοκομεία καλό είναι να ορίσουν ένα – δυο ανθρώπους μαζί με τον Διοικητή τους, να έχουν μία πρώτη προσέγγιση σε αυτές τις διαδικασίες και όπου έχουν αδυναμίες να ζητούν την υποστήριξη από το Υπουργείο έτσι ώστε μέσα από τις ΔΥΠΕ να δούμε πώς μπορούμε να ενισχύσουμε και τα μικρά νοσοκομεία τα οποία έχουν αδυναμίες στελεχιακές.

Θα υπάρξουν και πακέτα μετά το καλοκαίρι και οδηγοί, όπως είπε και ο Πρόεδρος, που αφορούν και τα υποσυστήματα δηλαδή διατροφή, πλυντήρια. Τα βγάζουμε συνέχεια. Ξαναλέω όμως, δεν έχει νόημα να στέλνουμε τους οδηγούς ως διεργασίες εντολών.

Αυτό που πρέπει να γίνει είναι μια προετοιμασία υποδοχής ως διεργασίες δικές σας κατανόησης από τους ανθρώπους ότι αυτά είναι πράγματα τα οποία αναδεικνύουν τον επαγγελματία και κυρίως διασφαλίζουν ότι όποιος κάνει τη δουλειά του με τα συγκεκριμένα πρωτόκολλα και οδηγίες, έχει εξασφαλίσει το άριστο, τις βαθμολογίες του και δεν μπορεί να τον αμφισβητήσει κανείς ότι κάνει σωστά τη δουλειά του.

Θέλουμε να πιστεύουμε ότι αν κάνουμε καλά τη δουλειά μας, σε 3 – 4 χρόνια μπορούμε να έχουμε τη δυνατότητα να δίνουμε bonus σε κάθε έναν που πετυχαίνει καλούς ποιοτικούς δείκτες και δείκτες απόδοσης. Αυτά σε γενικές γραμμές. Είμαστε στη διάθεσή σας. Υπάρχει Επιτροπή, μία για το Υπουργείο και μία για τα νοσοκομεία. Θα φτιάξουμε και μια σειρά από ομάδες για να μπορεί να διευκολυνθεί το έργο. Αυτά όλα είναι πρακτικά θέματα.

Αυτό που μας ζητάει η πολιτική ηγεσία από όλους και καταγράψτε το και πείτε μας τι θέλετε για να σας βοηθήσουμε, είναι να περάσουμε ότι αυτές είναι διαδικασίες αντίληψης, πολιτισμού και όχι επιβολής επειδή έστειλε εντολή το Υπουργείο.

Αυτή είναι η μεγαλύτερη παράκληση η δικιά μου, γιατί είναι και μία κατεύθυνση όπως καταλαβαίνετε εξόχως πολιτική, από την πολιτική ηγεσία. Όχι σύνδεση με ποινές, όχι σύνδεση με μέτρα, όχι σύνδεση με οποιαδήποτε διαδικασία φεύγει έξω από το στοιχείο του πολιτισμού. Ευχαριστώ πάρα πολύ.

ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗΣ: Θα συνεχίσουμε με τον κ. Δουλγεράκη, ο οποίος είναι Διοικητής στο Νοσοκομείο Χανίων και ο οποίος θα προχωρήσει αμέσως στην παρουσίασή του.

«Περιπτώσεις εφαρμογής πρότυπων διαδικασιών στα Νοσοκομεία»

Χ. ΔΟΥΛΓΕΡΑΚΗΣ: Γεια σας. Θα προσπαθήσω πολύ συνοπτικά να παρουσιάσω το Τμήμα Ελέγχου Ποιότητας στο Νοσοκομείο Χανίων που έχει σταθεί και λειτουργεί εδώ και μερικούς μήνες. Και ξεκινάω από την αναγκαιότητα σύστασης αυτού του τμήματος, που προφανώς ήταν η

εσωτερική ανάγκη του οργανισμού να αναγνωρίσει τα προβλήματα, να προετοιμάσει και να σχεδιάσει διορθωτικές ενέργειες και να τις εφαρμόσει.

Ειδικότερα, ο εντοπισμός προβλημάτων και αδυναμιών στην υπηρεσιακή λειτουργία του νοσοκομείου, ο προσδιορισμός και έλεγχος των δαπανών από πραγματοποιούμενες υπηρεσίες σε ιατρικό και διοικητικό επίπεδο και η καταγραφή προβληματικών διαύλων επικοινωνίας μεταξύ των τμημάτων και εντοπισμό λειτουργικών αδυναμιών εντός αυτών.

Η σκοπιμότητα τώρα σύστασης του αυτοτελούς Τμήματος Ελέγχου Ποιότητας ποια ήταν.

1. Η αποτελεσματική προετοιμασία των Τμημάτων, Κλινικών Εργαστηρίων και Μονάδων για την εφαρμογή συστημάτων διαχείρισης ποιότητας και συνεχή υποστήριξη και καθοδήγησή τους.

2. Ο ποιοτικός έλεγχος των διαδικασιών και λειτουργίας των τμημάτων και κλινικών του νοσοκομείου σε όλα τα επίπεδα και τους τομείς που περιλαμβάνει αυτό.

3. Η παρακολούθηση δεικτών απόδοσης βάσει της στοχοθεσίας κάθε τμήματος όπως βεβαίως αυτή καθορίζεται από τους στρατηγικούς στόχους της Διοίκησης του νοσοκομείου.

4. Η εκπαίδευση του προσωπικού στις σύγχρονες αρχές της Διοίκησης ολικής ποιότητας.

5. Η διευθέτηση των παραπόνων ασθενών και συνοδών σε συνεργασία με τη Διοίκηση και

6. Το συντονισμό ερευνών ικανοποίησης των χρηστών υπηρεσιών υγείας.

Η αποστολή του Τμήματος είναι η δημιουργία και ο συντονισμός πρωτοβουλιών διαχείρισης ποιότητας στο Γενικό Νοσοκομείο Χανίων με σκοπό τον ποιοτικό έλεγχο, τη βελτίωση και αναβάθμιση της αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας των καθημερινών λειτουργιών στο σύνολο των υπηρεσιών του όπως αυτές ισχύουν στις σύγχρονες Μονάδες Υγείας δευτεροβάθμιου επιπέδου παροχής υπηρεσιών υγείας.

Ας δούμε λίγο την οργανωτική δομή του Τμήματος. Η οργανωτική δομή έχει ως Πρόεδρο τον Διοικητή του νοσοκομείου. Υπάρχει ο

υπεύθυνος Αυτοτελούς Τμήματος Ελέγχου Ποιότητας, ο οποίος είναι και ο συντονιστής όλων των ομάδων ποιότητας που έχουν φτιαχτεί και έχουν δημιουργηθεί τρεις ομάδες.

Η πρώτη ομάδα ποιότητας αφορά τη διοικητική λειτουργία. Η δεύτερη ομάδα την ιατρική και νοσηλευτική υπηρεσία και η τρίτη ομάδα τη βιοϊατρική τεχνολογία και τον ξενοδοχειακό εξοπλισμό.

Ας δούμε τώρα τις αρμοδιότητες και το γενικό πλαίσιο του Τμήματος Ελέγχου Ποιότητας. Πρώτον, φέρει την ευθύνη της διαχείρισης της ποιότητας στον οργανισμό. Δεύτερον, συλλέγει και αναλύει τα ενδεδειγμένα στοιχεία για τον προσδιορισμό της καταλληλότητας και αποτελεσματικότητας του συστήματος ποιότητας του νοσοκομείου.

Τρίτον, εφαρμόζει κατάλληλες μεθόδους μέτρησης και παρακολούθησης των διαδικασιών οι οποίες εμπλέκονται στην ικανοποίηση των απαιτήσεων των ασθενών. Τέταρτον, προγραμματίζει και ελέγχει τις διαδικασίες εκείνες που χρειάζονται για την επίτευξη βελτιώσεων του συστήματος ποιότητας, πολιτικές, μέτρα, στόχους κλπ., σε συνδυασμό με την περιοδική αξιολόγηση η οποία γίνεται γι' αυτά.

Το ειδικότερο πλαίσιο των αρμοδιοτήτων του Τμήματος Ελέγχου.

1. Καταγράφει και παρακολουθεί τη λειτουργία των δραστηριοτήτων του νοσοκομείου, έχει και την ευθύνη για τη βελτίωση και εξέλιξή τους σε συνεργασία με τα αρμόδια τμήματα.

2. Διεξάγει εσωτερικές επιθεωρήσεις με σκοπό την καταγραφή των αποκλίσεων ή μη συμμορφώσεων σύμφωνα με το σύστημα ποιότητας.

3. Την παροχή των αναφορών για την πορεία των διαδικασιών και

4. Διασφαλίζει ότι οι δραστηριότητες του νοσοκομείου επιτυγχάνουν την καλύτερη αξιοποίηση του εξοπλισμού, της τεχνικής υποδομής και όλων των χώρων του νοσοκομείου.

5. Την αξιολόγηση των παραπόνων των ασθενών μέσω της κατάρτισης ερωτηματολογίων και διεξαγωγής ερευνών ικανοποίησης.

6. Σχεδιάζει και παρακολουθεί δείκτες αποτελεσματικότητας που επηρεάζουν την ικανοποίηση των χρηστών.

7. Το Τμήμα Ελέγχου Ποιότητας μπορεί με αποφάσεις του Διοικητή να διαρθρώνεται σε επιμέρους γραφεία τα οποία θα έχουν την ευθύνη για θέματα συναφή με το αντικείμενο του Τμήματος.

8. Το Τμήμα συνεργάζεται με τοπικούς φορείς, Ακαδημαϊκά Ιδρύματα, Σχολές και άλλες επιστημονικούς φορείς ή Επιμελητήρια για την υποστήριξή τους σε θέματα εκπαίδευσης, διεξαγωγή σεμιναρίων για την κατάρτιση των εργαζομένων και διεξαγωγή μελετών προκειμένου να διασφαλίζεται η αρτιότητα και η αποτελεσματικότητα των διαδικασιών, καθώς και η διασφάλιση της διάχυσης της γνώσης προς όφελος του νοσοκομείου και λοιπών φορέων του Εθνικού Συστήματος Υγείας.

Στα Χανιά έχουμε την τύχη να έχουμε το Πολυτεχνείο Κρήτης με το οποίο έχουμε αναπτύξει ήδη μια πολύπλευρη συνεργασία σε πάρα πολλούς τομείς. Παρακάτω παρουσιάζω σε έναν πίνακα τον προγραμματισμό των εργασιών για την έναρξη του αυτοτελούς Τμήματος Ελέγχου Ποιότητας που περιγράφει μια σειρά εργασιών. Άλλες από αυτές έχουν γίνει, άλλες από αυτές είναι σε εξέλιξη, και θα σταθώ λίγο ειδικότερα στο κομμάτι της ομάδας ποιότητας της διοικητικής λειτουργίας που έχει δημιουργηθεί. Έχουμε ξεκινήσει από αυτό δηλαδή.

Οι στόχοι. Είναι η διερεύνηση της υφιστάμενης διοικητικής, επιχειρησιακής λειτουργίας και πρακτικής. Ο καθορισμός των βελτιωτικών μέτρων και ο σχεδιασμός προγραμμάτων διοικητικής βελτίωσης και η σύνταξη ετήσιας έκθεσης στοχοθεσίας και παρακολούθησης μέσω κατάλληλων δεικτών μέτρησης.

Ποιος ήταν ο προγραμματισμός εργασιών για το έτος του 2010, το έτος που διανύουμε. Η εκπαίδευση των μελών της ομάδας ποιότητας. Η καταγραφή θέσεων εργασίας ανά τμήμα και ο διαχωρισμός αρμοδιοτήτων. Η καταγραφή προβλημάτων αδύνατων σημείων και απαιτήσεων τμημάτων της διοικητικής υπηρεσίας.

Ο καθορισμός ετήσιας στοχοθεσίας ανά τμήμα και ο σχεδιασμός δεικτών αξιολόγησης. Η δημιουργία ενιαίας βάσης δεδομένων για την παροχή στατιστικών στοιχείων από το Τμήμα Ελέγχου Ποιότητας και η έκθεση

αξιολόγησης εργασιών της ομάδας ποιότητας και ο προγραμματισμός για το έτος 2011.

Παράλληλες εργασίες του Τμήματος Ελέγχου Ποιότητας. Η σύνταξη εγχειριδίου αρμοδιοτήτων και καθορισμού θέσεων εργασίας ανά τμήμα. Η σύνταξη ετήσιας έκθεσης στοχοθεσίας και παρακολούθηση δεικτών αξιολόγησης του παραγόμενου έργου.

Ο σχεδιασμός και η δημιουργία ηλεκτρονικών εγγράφων για την ταχύτερη διεκπεραίωση εργασιών. Ο σχεδιασμός ερωτηματολογίου για τη μελέτη μέτρησης, πρώτον, ικανοποίησης διοικητικών υπαλλήλων. Δεύτερον, ικανοποίησης ασθενών ως προς την παροχή διοικητικής υποστήριξης και τρίτον, ικανοποίησης συναλλασσομένων επαγγελματιών υγείας, δηλαδή προμηθευτές, λοιποί επαγγελματίες υγείας με τα διοικητικά μας τμήματα.

Τα άτομα που στελέχωσαν αυτή την ομάδα ποιότητας με τους ρόλους και τις αρμοδιότητες που έχει ο καθένας. Πρόεδρος της ομάδας ο Διοικητής του νοσοκομείου. Συντονιστής της ομάδας ο κ. Φραγκιαδάκης, διοικητικός υπάλληλος, υπεύθυνος αυτοτελούς Τμήματος Ελέγχου Ποιότητας.

Και ακολούθως βλέπετε έναν πίνακα όπου στις κάθετες στήλες υπάρχουν τα διοικητικά τμήματα. Στην πρώτη κάθετη στήλη δίπλα τα μέλη - συντονιστές ποιότητας ανά γραφείο. Δίπλα άλλες δύο στήλες με συνεργαζόμενα μέλη και τέλος, μία ομάδα υποστήριξης για κάθε ένα από αυτά τα γραφεία και θα αναφέρω και τους ρόλους που έχουν αυτοί.

Πρώτον, ο συντονιστής ομάδος ποιότητας επιβλέπει και καθοδηγεί τα μέλη της ομάδας και είναι υπεύθυνος για το γενικό συντονισμό της ομαλής λειτουργίας των ομάδων. Καταρτίζει το χρονοδιάγραμμα εργασιών της ομάδας για τον οποίο είναι υπεύθυνος της τήρησής του. Ο ρόλος του είναι υποστηρικτικός και οργανωτικός. Καθορίζει δείκτες διασφάλισης ποιότητας προκειμένου να παρακολουθεί την ολοκλήρωση των εργασιών.

Ανατροφοδοτεί τους υπεύθυνους των ομάδων με τα αποτελέσματα προκειμένου να ληφθούν οι διορθωτικές παρεμβάσεις όταν αυτό κρίνεται αναγκαίο. Ο συντονιστής έχει την ευθύνη κατάρτισης και εκπαίδευσης των ομάδων ποιότητας. Συμμετέχει ως μέλος υποστήριξης ή συνεργαζόμενο μέλος ανάλογα με τη βαρύτητα και τις ανάγκες των ομάδων.

Οι αρμοδιότητες σε επίπεδο συντονιστών ομάδων ποιότητας. Οι συντονιστές επικεφαλής των ομάδων ποιότητας καταγράφουν τις προτάσεις τους και τους προβληματισμούς τους που αφορούν στον τομέα ευθύνης σε συνεργασία με τα συνεργαζόμενα μέλη τους, καθώς επίσης επιβλέπουν, υποστηρίζουν και καθοδηγούν την ομαλή λειτουργία του τομέα τους σύμφωνα με τις οδηγίες και τους κανόνες που έχουν οριστεί από τον Πρόεδρο και συντονιστή της ομάδας ποιότητας.

Είναι υποχρεωμένοι να καλούν σε συνάντηση σε προκαθορισμένα χρονικά διαστήματα τα μέλη της ομάδας ευθύνης τους, με την παρουσία πάντα του συντονιστή του γραφείου ποιότητας όποτε κρίνεται αναγκαίο.

Δύο λόγια μόνο για τα συνεργαζόμενα μέλη, τα οποία καταγράφουν τη διαδικασία της διοικητικής λειτουργίας των τμημάτων που ανήκουν, διενεργούν συνεντεύξεις με υπαλλήλους, συμπληρώνουν ερωτηματολόγια και καταγράφουν τις ανάγκες. Συζητούν και αξιολογούν τα συλλεχθέντα στοιχεία με τους συντονιστές τους και συντάσσουν έκθεση αξιολόγησης και παρακολούθησης της ετήσιας στοχοθεσίας.

Τέλος, ο ρόλος των ομάδων υποστήριξης είναι η υποβοήθηση στο έργο των ομάδων ποιότητας με σκοπό την ταχύτερη διεκπεραίωση διαδικασιών προκειμένου να τηρείται το χρονοδιάγραμμα διαδικασιών. Γι' αυτό έχουμε βάλει τους περισσότερους προϊσταμένους των τμημάτων σε αυτές τις ομάδες υποστήριξης και όπου κρίθηκε αναγκαίο είναι και ο συντονιστής του Τμήματος Ποιότητας, ακόμα και Αναπληρωτής Διοικητής.

Συμμετέχουν στις συναντήσεις των ομάδων όποτε αυτό κριθεί αναγκαίο και εργάζονται επικουρικά με τα υπόλοιπα μέλη προκειμένου να επιτευχθούν οι στόχοι της ομάδας. Επιπλέον, αναλαμβάνουν και συγκεκριμένες δράσεις και εργασίες που απαιτούν το συντονισμό και τη συνεργασία με άλλες ομάδες ποιότητας, τμήματα ή γραφεία του νοσοκομείου.

Σας ευχαριστώ πάρα πολύ για την προσοχή σας και θα ήθελα να ζητήσω και τη συγγνώμη μου από τώρα γιατί είμαι υποχρεωμένος να φύγω για να μη χάσω την πτήση για Ηράκλειο. Λυπάμαι πολύ που δεν θα μπορέσω να παραμείνω και να σας ακούσω και να δεχθώ ερωτήσεις. Με συγχωρείτε ιδιαίτερα. Ευχαριστώ.

Π. ΓΙΑΝΝΟΥΛΑΤΟΣ: Ευχαριστούμε πάρα πολύ τον Διοικητή. Βλέπετε ένα μοντέλο. Μπορείτε όσοι θέλετε να ζητήσετε αντίγραφα ή να κάνετε κάτι παρόμοιο, αν και φαίνεται αρκετά βαρύ μοντέλο. Δεν ξέρω στην εφαρμογή πώς είναι. Θα το δούμε και από την πράξη. Να συνεχίσουμε με την πτέρυγα από δω για να ολοκληρώσουμε.

Σ. ΚΥΡΙΑΖΗΣ: Μία ερώτηση. Γεια σας. Κυριαζής Σταύρος λέγομαι, από τον Ευαγγελισμό. Θα ήθελα να πω το εξής. Δύο χαρακτηριστικά της Δημόσιας Διοίκησης τα οποία χαρακτηρίζουν την παθογένεια είναι η γραφειοκρατία και αναξιοκρατία. Αν, νομίζω, με την ευκαιρία αυτή για την ποιότητα, να κάνουμε δράσεις ποιότητας, δεν σπάσουν αυτά τα δύο χαρακτηριστικά, οι δύο παθογένειες και κυρίως να αναδείξουμε...

Π. ΓΙΑΝΝΟΥΛΑΤΟΣ: Αυτό είναι ερώτηση;

Σ. ΚΥΡΙΑΖΗΣ: Ναι. Ήθελα να πω ότι το μοντέλο αυτό μου δίνει την εντύπωση ότι ουσιαστικά αναπαράγει, κάνει αυτό που λέγεται duplication της γραφειοκρατίας. Αν δεν σπάσει αυτά τα στεγανά για να αναδείξει τους ικανούς στα τμήματα ποιότητας, όχι τους προϊσταμένους μόνο, αλλά αυτούς που είναι ικανοί, δεν παράγει το δυναμικό και δεν κάνει την ανατροφοδότηση.

Π. ΓΙΑΝΝΟΥΛΑΤΟΣ: Το ερώτημα ποιο είναι;

Σ. ΚΥΡΙΑΖΗΣ: Το ερώτημα είναι λοιπόν αν έχετε αντιμετωπίσει το πρόβλημα αυτό, ως πρόβλημα το βλέπω, στο μοντέλο.

Χ. ΔΟΥΛΓΕΡΑΚΗΣ: Θα σας απαντήσω αμέσως καταρχήν ότι όλα τα άτομα που έχουν ενταχθεί στις ομάδες έχουν ενταχθεί με δικιά τους θέληση, εθελοντικά. Άρα από τη στιγμή που κάποιος εντάσσεται εθελοντικά είναι και αυτοί που σηκώνουν το βάρος όλης της διεργασίας μέσα στο νοσοκομείο.

Όλα τα μέλη δεν είναι οι προϊστάμενοι. Στις ομάδες συμμετέχουν και το βάρος των ομάδων το έχουν οι εργαζόμενοι μέσα στα τμήματα. Απλά οι προϊστάμενοι, οι οποίοι επίσης με δική τους βούληση θέλησαν να ενταχθούν, έχουν ενταχθεί εντελώς υποστηρικτικά. Ευχαριστώ πολύ.

Σ. ΚΥΡΙΑΖΗΣ: Ευχαριστώ κι εγώ.

ΟΜΙΛΗΤΡΙΑ: Θα ήθελα να ρωτήσω, είπατε ότι έχετε καθορίσει δείκτες. Πώς μαζεύετε τα στοιχεία ας πούμε στον ιατρικό φάκελο; Ποιος παράγοντες καταγράφετε για να δείτε την εξέλιξη της ποιότητας της δουλειάς σας της

ιατρικής και της νοσηλευτικής; Είπατε ότι κατασκευάσατε δείκτες. Ποιοι είναι οι δείκτες σας;

Χ. ΔΟΥΛΓΕΡΑΚΗΣ: Οι δείκτες μας έχουν ξεκινήσει με τη διοικητική λειτουργία. Στο κομμάτι της ιατρικής και το τεχνικό δεν έχουμε μπει ακόμα. Είμαστε σε μια διεργασία και συνεργασία με πολλούς γιατρούς οι οποίοι συμμετέχουν εθελοντικά και οι οποίοι αυτή τη στιγμή δουλεύουν για τη δημιουργία ακριβώς αυτών των φακέλων. Ευχαριστώ.

ΟΜΙΛΗΤΗΣ: Μία ερωτησούλα ακόμη, μία τελευταία.

Π. ΓΙΑΝΝΟΥΛΑΤΟΣ: Όχι γιατί δεν έχουμε χρόνο. Πρέπει στις 4 η ώρα να παραδώσουμε την αίθουσα, ένα. Δεύτερον, η προκατάληψη είναι η εκδίκηση της φτώχειας και λάβετέ το πολύ σημαντικά υπόψη σας. Τρίτον, γίνεσαι πλουσιότερος όταν έχεις πλούσιους γείτονες και τέταρτον, είσαι πολύ επωφελέστερος όταν μπορείς να αυξάνεις την ωφέλεια των άλλων.

Κλασικά αρχαία Σωκρατικά αυτά, δε λέω τίποτα καινούργιο. Βάλτε τα λοιπόν στο μυαλό σας, αρπάξτε τις ευκαιρίες, αξιοποιήστε τες. Η κριτική μπορεί να γίνει πάρα πολύ ωραία και από το internet. Οι ευκαιρίες των συναντήσεων δεν μπορούν να γίνουν τόσο εύκολα από το internet.

Επειδή πρέπει να παραδώσουμε την αίθουσα στις 4, εάν κάνουμε ερωτήσεις μόνο στον έναν, σημαίνει ότι οι υπόλοιποι κακώς ήρθαν εδώ για να πουν. Επειδή φύγει ο κύριος συνάδελφος λόγω του προβλήματος του καιρού και για να μη χάσει το αεροπλάνο, είπαμε να κάνουμε δύο ερωτήσεις για να μπορούν να μιλήσουν και οι υπόλοιποι. Υπό κανονικές συνθήκες θα έπρεπε να μιλήσουν όλοι και μετά να κάνετε ερωτήσεις όσοι θέλετε. Εάν λοιπόν έχετε την αίσθηση ότι ήρθατε εδώ για να σας απαγορεύσω να κάνετε ερωτήσεις, δε ξέρω γιατί πρέπει να συζητάμε για ποιότητα.

Κύριε Αγγουρά.

Β. ΑΓΓΟΥΡΑΣ: Επειδή η δική μου παρουσίαση εξειδικεύει αυτά που θα πει ο κ. Μπαρτσώκας, νομίζω θα πρέπει να ακολουθήσω.

Δ. ΜΠΑΡΤΣΩΚΑΣ: Γεια σας. Εγώ θα προσπαθήσω να σας δείξω ένα μικρό παράδειγμα, δεν έχουμε προχωρήσει, είμαστε ένα νοσοκομείο που προσπαθεί να σταθεί στα πόδια του.

Προσπαθήσαμε να χρησιμοποιήσουμε τόσο τις διαδικασίες όσο αυτά που τον τελευταίο καιρό έρχονται από το Υπουργείο, η δουλειά δηλαδή του Υπουργείου είτε αυτή είναι μέσα από το μνημόνιο, είτε είναι μέσα από τις διάφορες εγκυκλίους.

Έτσι, λοιπόν, χρησιμοποιώντας τις διαδικασίες αυτές που μας έχουν δοθεί εδώ και αρκετό καιρό, τους στόχους του μνημονίου, διότι θέλουμε να έχουμε μια κατεύθυνση σ' αυτό που κάνουμε, το πληροφοριακό σύστημα που δεν ανεπτυγμένο, αλλά έχει κάποιες βασικές υποδομές και κυρίως το ανθρώπινο δυναμικό την εμπειρία του και τη θέλησή του.

Τι κάναμε, λοιπόν, γύρω από το θέμα της διαχείρισης του φαρμάκου. Είμαι σίγουρος ότι οι περισσότεροι από εδώ μέσα Διοικητές έχουν επιτύχει πολύ καλύτερα αποτελέσματα απ' αυτά που θα σας πω εγώ, απλώς εγώ θα σας τα συνδέσω όλα μ' αυτό που λέμε διαδικασίες, αποδοτικότητα και τέλος πάντων κοιτώντας το ένα κομμάτι της ποιότητας κυρίως με τους οικονομικούς του όρους.

Αυτό, λοιπόν, που κάναμε είναι πρώτα απ' όλα να δημιουργήσουμε την Επιτροπή Φαρμάκου. Την δημιουργήσαμε έχει κάνει τέσσερις, τώρα είναι η πέμπτη συνάντηση, έχει φτιάξει τη λίστα των συνταγογραφούμενων φαρμάκων, έχει καθιερώσει υποχρεωτικά για όλους τους γιατρούς ένα συγκεκριμένο μοντέλο εγγράφου, το οποίο κάθε φορά που ένας γιατρός θέλει να βάλει καινούργια φάρμακα στο νοσοκομείο, θα πρέπει να το συμπληρώσει και στη συνέχεια να το υποστηρίξει.

Και έτσι έχουμε καταφέρει μέσα σε τρεις μήνες να έχουμε φτιάξει ένα εγκεκριμένο εσωτερικό συνταγολόγιο του νοσοκομείου. Αυτό είναι μια δουλειά που αφορά μια ομάδα ανθρώπων που δεν μόνο οι εργαζόμενοι στο φαρμακείο.

Το φαρμακείο από τη δικιά του πλευρά και θέλω να πω εδώ και συγχαρητήρια στην φαρμακοποιό γιατί είναι δικιά της πρωτοβουλία δούλεψε πάνω στο δεύτερο κομμάτι τόσο των διαδικασιών, όσο και των εγκυκλίων, που λέει, μειώστε τα αποθέματα.

Άρα, λοιπόν, μετρήσαμε τα αποθέματά μας, σκεφτείτε ότι στο Ογκολογικό Νοσοκομείο που είμαι εγώ το 80% των δαπανών μας είναι τα

φάρμακα τα ογκολογικά, άρα μιλάμε ότι στη μεγαλύτερη δαπάνη του νοσοκομείου έπρεπε να δώσουμε ιδιαίτερη προσοχή.

Έτσι το πρώτο που έκανε είναι να μειώσει τα αποθέματα ασφαλείας διατηρώντας ένα στοκ το οποίο να είναι ικανό να μας καλύψει σε οποιαδήποτε άσχημη στιγμή. Ταυτόχρονα καθιερώσαμε μηνιαίο έλεγχο αποθεμάτων στα κλινικά μας τμήματα. Ναι μεν έχουμε ατομικό συνταγολόγιο, αλλά παρ' όλα αυτά κάθε φορά κάποιο φάρμακο ξεμένει και δεν θέλουμε είτε να πεταχτεί, είτε να αξιοποιηθεί με διαφορετικό τρόπο.

Υπάρχει το ατομικό συνταγολόγιο έτσι όπως σας το ανέφερα και βάλαμε μέσα στο παιχνίδι την διαπραγμάτευση τιμών. Τι εννοώ; Από τη στιγμή που υπάρχουν οι τέσσερις ουσίες όπως καθορίζει η εγκύκλιο και που στο συνταγολόγιο του νοσοκομείου αυτές οι τέσσερις ουσίες έχουν υιοθετηθεί, πολλοί προμηθευτές κάθε μήνα, κάθε 15-20 μέρες μας φέρνουν νέες προσφορές και μας λένε, βάλτε το δικό μας φάρμακο. Κι αυτό μπορούμε να το κάνουμε όποτε κρίνουμε εμείς ότι μπορεί να γίνει μέσω της Επιτροπής με γνώμονα το πιο είναι το φτηνότερο και ίσως το αποδοτικότερο, με βάσει τις εισηγήσεις και των γιατρών.

Από το Πληροφοριακό Σύστημα κάναμε την κωδικοποίηση ανά δραστική ουσία, έχουμε τα στοιχεία των αγορών και των αντίστοιχων αναλώσεων ανά κλινική, ούτως ώστε να δίνουμε αυτά τα στοιχεία στους Διευθυντές να βλέπει ο καθένας και να υπάρχει, ας το πούμε, ένας εσωτερικός ανταγωνισμός με την καλή έννοια. Και ταυτόχρονα μετράμε τις αναλώσεις κυρίως στα γενόσημα φάρμακα.

Το νοσοκομείο μας έχει 90 περίπου ουσίες στα ογκολογικά φάρμακα εκ των οποίων δεν υπάρχουν γενόσημα, παρά μόνο στα 14 απ' αυτά. Θέλαμε να δούμε αν αυτές οι καταναλώσεις αφορούν το 10%-20%-30% ή κάτι παραπάνω για να μην λέμε μόνο, ότι ναι μεν εμείς έχουμε βάλει τα γενόσημα, αλλά να τα χρησιμοποιούμε και να τα αξιοποιούμε.

Αυτό που κερδίσαμε και θα το δείτε στη συνέχεια και με κάποιους δείκτες είναι πρώτα απ' όλα να μειώσουμε τα αποθέματά μας, το απόθεμα κοστίζει και να οδηγηθούμε σε μεγαλύτερη ανάλωση αντίγραφων φαρμάκων.

Όλο αυτό μας έχει οδηγήσει αυτή τη στιγμή στη μείωση των χρημάτων που φεύγουν από το νοσοκομείο για να κάνουμε αγορές κυρίως ογκολογικών φαρμάκων.

Ένα μικρό γράφημα που σας δείχνει τι έχει γίνει ανά τρίμηνο στο νοσοκομείο. Το 1^ο τρίμηνο πριν εφαρμοστούν όλα αυτά βλέπετε στις δύο μπάρες τις αγορές με το πορτοκαλί του 2009, με το κόκκινο το 2010. Από τότε που εφαρμόσαμε τα της εγκυκλίου, τα του μνημονίου τους στόχους και τέλος πάντων τα των διαδικασιών παρατηρείται μια αντιστροφή. Βλέπετε ότι αφ' ενός αγοράζουμε λιγότερα και καλύπτουμε τις ανάγκες, αφ' ετέρου θα δείτε και στη συνέχεια, ότι αυτά τα λιγότερα είναι και καλύτερα αξιοποιήσιμα.

Στο νοσοκομειακό συνταγολόγιο, σας το είπα και προηγουμένως, έχουμε μόνο 90 δραστικές ουσίες για φάρμακα ογκολογικών ασθενών. Η δυνατότητα που μας δίνει η αγορά αυτή τη στιγμή είναι να έχουμε μόνο 14 αντίγραφα τουλάχιστον σ' αυτά που έχουμε στο δικό μας το νοσοκομείο.

Η χρήση, λοιπών, αυτών των 14 αντιγράφων ουσιών είναι πάνω από 70%-80%, δηλαδή δεν έχουμε τα αντίγραφα για να τα έχουμε και να αγοράζουμε τα πρωτότυπα που είναι και πιο ακριβά, αλλά τα χρησιμοποιούμε, τα καταναλώνουμε και αυτό μας δίνει τη δυνατότητα να μειώσουμε το κόστος.

Σκεφτείτε ότι στο προηγούμενο διάγραμμα σας έδειξα μείωση των δαπανών για φάρμακο η οποία όμως αν το αντιστοιχίσετε με το ένα, ας το πούμε, μερικώς διπλασιασμό των ασθενών που έχουμε δει τους τελευταίους 8 μήνες, καταλαβαίνετε ότι έχουμε επιτύχει μείωση του μέσου κόστους φαρμάκου ανά ασθενή σε ένα αρκετά ικανοποιητικό σημείο.

Δεν έχουμε τη δυνατότητα να κάνουμε διαγωνισμούς τουλάχιστον μέχρι πέρσι, του χρόνου θα κληθούμε να κάνουμε διαγωνισμούς και στα φάρμακα, αυτό όμως που μπορούμε να κάνουμε σήμερα είναι να διαπραγματευόμαστε τις τιμές. Από τη στιγμή που οι τέσσερις ουσίες έχουν κλειδώσει τα φάρμακα στο φαρμακείο και όλοι οι άλλοι θέλουν να μπουν μέσα να βγάλουν μια εκ των τεσσάρων για να μπει αυτός, το εκμεταλλευόμαστε με το να δεχόμαστε τιμές, προσφορές με χαμηλότερες τιμές.

Κι αυτό κάθε δύο μήνες, κάθε τρεις μήνες η Επιτροπή το εξετάζει και κάθε φορά βάζει ένα καινούργιο φάρμακο ή βγάζει ένα πιο παλιό από την άποψη μόνο αναφέρονται του κόστους, όλα τα άλλα τα εξετάζουν τα μέλη της Επιτροπής Φαρμάκων όσον αφορά την ιατρική ουσία και αποτελεσματικότητα του φαρμάκου.

Δεν θα σας πω τίποτε άλλο, απλώς θέλω να πω σαν νοσοκομείο που προσπαθούμε να σταθούμε στα πόδια μας έχουμε μεγάλη ανάγκη οτιδήποτε αφορά την οργάνωση. Οι διαδικασίες μας βοηθούν να κάνουμε μια οργάνωση η οποία θα μας δώσει περισσότερη απόδοση με λιγότερα χέρια.

Έχουμε πολύ λίγο προσωπικό, αλλά χρειαζόμαστε μια καλύτερη οργάνωση και φυσικά με βάση τους στόχους του μνημονίου δεν σημαίνει ότι το νοσοκομείο θα πρέπει να στηθεί στις πλάτες του ελληνικού λαού, δηλαδή να μην μπορέσουμε να τιθασεύσουμε το κόστος ανάπτυξης και λειτουργίας. Ευχαριστώ.

Π. ΓΙΑΝΝΟΥΛΑΤΟΣ: Να συνεχίσουμε με τον κύριο Αγγουρά κα να αφήσουμε τελευταίο τον «ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟ» συνειδητά.

Β. ΑΓΓΟΥΡΑΣ: Κατ' αρχήν Δήμο μπερδεύτηκα, νόμιζα ότι εγώ θα ήμουν πιο εξειδικευμένος, αλλά εσύ ήσουν πιο εξειδικευμένος, οπότε να ξεκινήσω την παρουσίαση.

Εγώ θα αναφερθώ στην προτυποποίηση των διοικητικών και οικονομικών διαδικασιών και των διαδικασιών διαχείρισης του ασθενή όπως αυτές εμφανίζονται στο Πληροφοριακό Σύστημα του Γενικού Νοσοκομείου Λαμίας.

Αφορά μια δουλειά η οποία έχει ξεκινήσει στις αρχές Μαΐου – Ιουνίου στην οποία συμμετείχε και ο κ. Μπαρτσώκας, ο Διοικητής του Νοσοκομείου Ρεθύμνου ο κ. Μοσχοβάκης, ο κ. Σαριβουγιούκας που είναι σήμερα εδώ, τότε ειδικός συνεργάτης του Γενικού Γραμματέα του κ. Πολύζου και σήμερα Υποδιοικητής του ΙΚΑ, μας εγκατέλειψε βέβαια στην πορεία, αλλά εμείς συνεχίσαμε.

Το ζητούμενο είναι να βγουν κάποιες πρότυπες διαδικασίες διακίνησης ασθενή οι οποίες παράγουν οικονομικά αποτελέσματα, οι οποίες διανεμήθηκαν σε όλους τους Διοικητές τον Ιούνιο του 2010 στην ΕΣΔΥ.

Σήμερα κυκλοφορεί μια δεύτερη Version επικαιροποιημένη με το καινούργιο θεσμικό πλαίσιο.

Εμάς ο στόχος μας ήταν να ενσωματώσουμε πλέον αυτές τις διαδικασίες μέσα στο Πληροφοριακό μας Σύστημα. Πρέπει να πω εδώ βέβαια ευθύς εξ αρχής, ότι εγώ ήμουν τυχερός, διότι χωρίς να το γνωρίζω πήγα στη Λαμία και βρήκα ένα Πληροφοριακό Σύστημα το οποίο το ήξερα ως χρήστης παλιά στον ιδιωτικό τομέα.

Οπότε γνωρίζοντας τη δυναμική του Συστήματος, τους εκπροσώπους της αναδόχου εταιρείας μπορούσαμε με μεγαλύτερη ευκολία και πριν ακόμα ξεκινήσουμε το μνημόνιο να μπούμε σ' αυτή τη διαδικασία, η οποία μας οδηγεί σήμερα στο τέλος του μνημονίου σε μια σημαντική επιτυχία τουλάχιστον στα κλεισίματα αυτά που πρέπει να κάνουμε.

Ο στόχος ήταν η δημιουργία πρότυπων διαδικασιών εσόδου – εξόδου ασθενή και στο νοσοκομείο το δικό μας, αλλά και στα υπόλοιπα της χώρας και κυρίως στα εξής τμήματα: Το γραφείο Διαχείρισης Υλικού, την κίνηση ασθενών, τα εξωτερικά ιατρεία – επείγοντα, το Λογιστήριο Ασθενών, τη μηχανογράφηση, το φαρμακείο, την οικονομική υπηρεσία και τις προμήθειες.

Πιο εξειδικευμένοι στόχοι ήταν η διασύνδεση των διαδικασιών με το Ολοκληρωμένο Πληροφοριακό Σύστημα του Νοσοκομείου, η ενσωμάτωση της ενιαίας κωδικοποίησης GMDN για το υλικό κάτι το οποίο όσοι συμμετέχουμε στο μνημόνιο να το τελειώσουμε μέχρι 31/12. Η σύνδεση της διαχείρισης με τη γενική λογιστική και η τελική σύνδεση όλων με την διεθνή κατηγοριοποίηση των ασθενειών κατά ICD-10.

Η εφαρμογή των ανωτέρω προτύπων ως ο εσωτερικός κανονισμός λειτουργίας του εκάστοτε τμήματος, άτυπα μιν, αλλά στην ουσία μπορεί να λειτουργήσει έστω και με μια απόφαση του Διοικητικού Συμβουλίου. Η ίδρυση γραφείου εσωτερικού ελέγχου εφαρμογής των διαδικασιών, κατά την άποψή μας αυτό μια που μιλάμε για ποιότητα μπορεί να αναλυθεί σε ένα πιο διευρυμένο με προσωπικό βέβαια Τμήμα Ποιότητας.

Η ταυτόχρονα αναβάθμιση του Πληροφοριακού Συστήματος στα σημεία στα οποία χωράει βελτίωση. Η εφαρμογή βέβαια του διπλογραφικού συστήματος, η έκδοση οικονομικών στοιχείων για το τέλος του 2010 και στις

αρχές του 2011. Και η μετατροπή αυτών των προτυποποιημένων διαδικασιών σε οδικό χάρτη για την πιστοποίηση των νοσοκομείων όλης της χώρας στο επίπεδο βέβαια της διοικητικής – οικονομικής λειτουργίας.

Τα μέσα που χρησιμοποιούμε, επειδή δεν ανακαλύπτουμε την Αμερική είναι ουσιαστικά η κωδικοποίηση GMDN, η διεθνής κατηγοριοποίηση των ασθενειών δεν το έχω αναφέρει εδώ. Το θεσμικό πλαίσιο με το οποίο λειτουργούμε έτσι, το δημόσιο λογιστικό, η εφαρμογή του διπλογραφικού συστήματος, οι γενικοί διαχειριστικοί κανόνες για τις προμήθειες, για το φαρμακείο, ο κώδικας διοικητικής διαδικασίας, είναι πάνω από 18 νομοθετήματα, οι σχετικές εγκύκλιοι που υπάρχουν και κυκλοφορούν.

Οι διαδικασίες για τα Πληροφοριακά Συστήματα της Κοινωνίας της Πληροφορία η οποία επέβλεπε το έργο τουλάχιστον στην περιοχή της Στερεάς Ελλάδας και η οποία ήταν πάρα πολύ χρήσιμη. Η προτυποποίηση εντύπων ενιαίας λειτουργίας των νοσοκομείων την οποία την γνωρίζετε όλοι, είναι ένα έργο το οποίο είχε ασχοληθεί προσωπικά ο κ. Ζηλίδης στο παρελθόν και τα έντυπα τα οποία τα χρησιμοποιούμε όλοι.

Αυτά ήταν τα μέσα, αυτά που έχουμε στη διάθεσή μας οι περισσότεροι. Τα αποτελέσματα σήμερα που μιλάμε είναι αυτά. Με την ολοκλήρωση του έργου το νοσοκομείο είναι σε θέση να εκτελεί μια σειρά από διοικητικές διαδικασίες με ηλεκτρονικό τρόπο on line σε real time χρόνο που αφορούν την διεκπεραίωση των οικονομικών συναλλαγών, τη διαχείριση της εφοδιαστικής αλυσίδας, τη διαχείριση ασθενών, ιατρονοσηλευτικές πράξεις, εργαστηριακές κλπ. όπως διαχείριση προσωπικού και μισθοδοσία.

Δεν έχουμε το 100% της λειτουργικότητας σε όλες αυτές τις πράξεις, ας πούμε, ο ιατρονοσηλευτικός φάκελος δεν λειτουργεί, είναι ένας στόχος για τον επόμενο χρόνο, αλλά ουσιαστικά αυτά τα κομμάτια τα ΔΟ-ΔΑ, δηλαδή οι διοικητικοοικονομικές και η διαχείριση ασθενών λειτουργούν άψογα.

Και αυτό είναι το επίπεδο εφαρμογής τους, στα επίπεδα δηλαδή της γενικής λογιστικής, αναλυτική λογιστική από του χρόνου βέβαια, προϋπολογισμός, απολογισμός, πρακτέοι λογαριασμοί, πληρωτέοι, προσωπικό, μισθοδοσία, πρωτόκολλο, διαχείριση παγίων είμαστε λίγο πίσω γιατί δεν βρήκαμε Μητρώο Παγίων το κατασκευάζουμε αυτή τη στιγμή.

Η διαχείριση αποθηκών είναι λίγο πίσω, διότι κάποια τιμολόγια δεν φτάνουν στην ώρα τους και δεν καταχωρούνται σωστά. Οι προμήθειες είναι στο 30%, μπορούμε να κάνουμε ηλεκτρονική παρακολούθηση συμβάσεων, αλλά αυτή τη στιγμή έχουμε περάσει μόνο δύο διαγωνισμούς, διότι δεν γινόντουσαν διαγωνισμοί στο παρελθόν και θέλουμε να δούμε πόσο εύκολα μπορούμε να το διαχειριστούμε αυτό το σύστημα. Άρα είναι ένα πάρα πολύ χρήσιμο εργαλείο για να βλέπουμε με βάση τις συμβάσεις που έχουμε υπογράψει και να κάνουμε σύγκριση των αναλώσεων μας.

Το Γραφείο κίνησης ασθενών, η διαχείριση το ραντεβού στα εξωτερικά ιατρεία τα οποία είναι συνδεδεμένα με το 15-35. Το LIS λειτουργεί άψογα στο 100%. Αυτά είναι τα αποτελέσματα. Θα προσπαθήσω να σας δείξω λίγο κάποιες εικόνες από την εφαρμογή όσον αφορά το Πληροφοριακό Σύστημα.

Θα ήταν πολύ καλύτερο βέβαια να ήμασταν στη Λαμία για να το δείτε πώς λειτουργία σε real time χρόνο και πώς επικοινωνούν μεταξύ τους όλα τα τμήματα και όλα αυτά πως συνδέονται με τη γενική λογιστική. Και το κακό είναι ότι εδώ έχουμε «scrin sots» τα οποία θα είναι λίγο περιορισμένα στην ευκρίνειά τους.

Ξεκινάμε με την εισαγωγή ασθενή, στους κύκλους που βλέπετε ουσιαστικά έχουμε την είσοδο του ασθενή, τον αριθμό μητρώο που παίρνει, ο οποίος τον ακολουθεί πάντα κάθε φορά που ξανά εισέρχεται στο σύστημα και τον αριθμό εισαγωγής ο οποίος αλλάζει ανά διαστήματα, όσες φορές μπαίνει μέσα στο σύστημα.

Έχουμε τη μονάδα στην οποία εντάσσεται και τη διάγνωση με την οποία μπαίνει, η οποία είναι διάγνωση κατά ICD-10. Βλέπουμε το πλάνο των κλινικών στο οποίο μπαίνει, για να σας βοηθήσω, γιατί βλέπω ότι δεν φαίνεται πολύ καλά, με μπλε είναι τα αγοράκια, με ροζ είναι τα κοριτσάκια σε κάθε τμήμα. Ο ασθενής αυτός ο συγκεκριμένος έχει εισαχθεί στη ΜΕΘ.

Εδώ βλέπουμε την καταχώρηση αγωγής φαρμάκων ανά ασθενή με το όνομα της νοσηλεύτριας, η οποία θα κάνει τη χορήγηση. Στον κύκλο τον κόκκινο δεξιά – δεξιά εκκρεμεί η χορήγηση του φαρμάκου, σε περίπτωση που δεν χορηγηθεί το φάρμακο στον ασθενή η νοσηλεύτρια παραμένει ακόμα

χρεωμένη με το φάρμακο, το φαρμακείο αυτό το γνωρίζει οπότε μπορεί να γίνει αποχρέωση και επιστροφή του φαρμάκου.

Η διαδικασία της παραγγελίας των φαρμάκων προς το φαρμακείο γίνεται πάντα ανά ασθενή. Εδώ βλέπουμε ένα από τα πρότυπα έντυπα τα οποία χρησιμοποιούμε, τα έντυπα Ζηλίδη τα λέω εγώ εν συντομία, είναι εκτύπωση παραγγελίας φαρμάκων με την ατομική συνταγή.

Εδώ γίνεται η αποστολή προς το φαρμακείο, στον κύκλο υπάρχουν δύο «Χ» για τα φάρμακα τα οποία δεν έχουν ακόμα χορηγηθεί και δεν φαίνεται το υπόλοιπα καλά, υπάρχει ένα «ΤΚΜ» το οποίο ουσιαστικά δείχνει ότι το φάρμακο έχει πάει προς την κλινική. Και εδώ βλέπουμε στην καρτέλα του ασθενή στο λογαριασμό του. Αυτή είναι η βασική καρτέλα που χρησιμοποιεί το γραφείο κίνησης ασθενών και το λογιστήριο για να βλέπει το λογαριασμό του ασθενούς.

Το ίδιο και με το υλικό. Εδώ έχουμε ένα σετ τραχειοστομίας στο οποίο γίνεται ατομική χρέωση υλικού. Έχω παραλείψει κάποιες διαδικασίες που έχουν να κάνουν με την παραγγελία, την προμήθεια και ουσιαστικά την ενημέρωση της γενικής λογιστικής.

Εδώ φαίνεται ότι το υλικό έχει αποσταλεί προς την αποθήκη. Εδώ γίνεται η χρέωση πάλι στην καρτέλα του ασθενή και βγαίνει ο τελικός του λογαριασμός ουσιαστικά. Το ίδιο ισχύει και για τα παραπεμπτικά. Εδώ μπορούμε να πούμε και να σας δώσω μια πολύ σημαντική λεπτομέρεια είναι ότι μπορεί να βγαίνει ανά όνομα γιατρού κι αυτό είναι πάρα πολύ σημαντικό, διότι το σύστημά μας έχει τη δυνατότητα πλέον να βλέπει ανά γιατρό και τα παραπεμπτικά που υπογράφει, τις εξετάσεις, τα φάρμακα που καταναλώνει, το υλικό κλπ. κλπ.

Κι εδώ φτάνουμε στο σημείο της εξόδου του ασθενή, έχει υπάρξει η σχετική διάγνωση εξόδου, ο λογαριασμός του τυπώνεται και εξοφλείται από τον ασθενή, εδώ μιλάμε για έναν ασθενή ιδιώτη. Εκτυπώνεται η απόδειξη παροχής υπηρεσιών και ενημερώνεται αυτόματα και ταυτόχρονα η γενική λογιστική. Οπότε όλος ο κύκλος της διαχείρισης του ασθενή με τις αντίστοιχες οικονομικές συνέπειες που μπορεί να έχει αυτό, αποτυπώνονται on line πάρα πολύ γρήγορα μέσα στο σύστημα της Λαμίας.

Και επειδή έχουμε φτάσει σε ένα πολύ ικανοποιητικό επίπεδο, αυτό δεν σημαίνει ότι σταματάμε εκεί. Έχουμε ορίσει και τους στόχους μας για το 2011. Θέλουμε να εφαρμόσουμε ένα σύστημα με bar coding system για να γίνεται ακόμα πιο γρήγορη η ενημέρωση και να διευκολυνθούν και οι νοσηλεύτριες επάνω στους ορόφους, να φτάσουμε τις εφαρμογές εκείνες που δεν έχουν φτάσει στο 100% σ' αυτό το επίπεδο.

Σαφώς θα βάλουμε κάποιες διαδικασίες που αφορούν την έναρξη της όλης μας λειτουργίας. Θα θέλαμε να βρούμε τα χρήματα για να επεκτείνουμε το εργαστηριακό μας σύστημα και στα εργαστήρια τα απεικονιστικά με RIS και PAX. Να βελτιώσουμε το θέμα της παρακολούθησης αναλώσεων ανά γιατρό και αριθμό περιστατικών, κάτι το οποίο είναι πλέον νομίζω και εντολή του Υπουργείου τουλάχιστον για τα μνημονιακά νοσοκομεία.

Και βεβαίως να λειτουργήσουμε τον εσωτερικό έλεγχο μέσω του Τμήματος Ποιότητας Νοσοκομείου και να ξεκινήσουμε τις διαδικασίες ένταξης του Γενικού Νοσοκομείου Λαμίας στα προγράμματα Πιστοποίησης στα οποία αναφέρθηκαν οι άλλοι συνάδελφοι προηγουμένως. Ευχαριστώ πολύ για την προσοχή σας.

Π. ΓΙΑΝΝΟΥΛΑΤΟΣ: Ευχαριστούμε κ. Αγγουρά. Να ολοκληρώσουμε τις παρουσιάσεις με τον Διοικητή του «ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΥ».

Μ. ΘΕΟΔΩΡΟΥ: Επειδή σας βλέπω πολύ συνοφρυωμένους θα ξεκινήσω με κάτι πολύ εύθυμο. Δύο Διευθυντές περπατάνε στους διαδρόμους του Νοσοκομείου και βλέπουν ξαφνικά έναν Προϊστάμενο, ο οποίος τα 'χωνε κυριολεκτικά στους υφισταμένους τους. Τότε οι Διευθυντές προβληματίζονται και λένε, νομίζω πρέπει να το στείλουμε γρήγορα σε ένα σεμινάριο εκπαίδευσης ποιότητας.

Πράγματι τον στέλνουν τον Προϊστάμενο του Τμήματος σε ένα σεμινάριο εκπαίδευσης ποιότητας και επιστρέφει ο άνθρωπος στο Τμήμα του. Μετά από λίγο καιρό οι δύο Διευθυντές λένε, για να πάμε να δούμε τι έγινε εκεί, τι συνέβη, πώς πήγε αυτή η εκπαίδευση; Πάνε εκεί, τι να δούνε, βλέπουν τους υφισταμένους να βρίσκονται σε μια αλλοπρόσβαλη κατάσταση και να λένε: Καλά πριν τον καταλαβαίναμε, τώρα μας τα λέει επιστημονικά και δεν καταλαβαίνουμε τι μας γίνεται.

Έτσι λοιπόν εμείς στον «ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟ» προκειμένου να αντιληφθούμε τι είναι ποιότητα, γιατί είμαστε σε σπαργανώδη κατάσταση αρχίσαμε να ξετυλίγουμε το κουβάρι, τι είναι ποιότητα, γιατί ποιότητα στα νοσοκομεία, ποιος ο λόγος που θέλουμε την ποιότητα, τι οφέλη θα προκύψουν και θα σας παρουσιάσουμε μία πρακτική την οποία εφαρμόσαμε στα χειρουργεία του «ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΥ» όπου πλέον δεν έχουμε εκκρεμότητα ούτε ένα παραστατικό, ενώ στο παρελθόν είχαμε δεκάδες κούτες με παραστατικά προκειμένου να ενταλματοποιηθούν και να έχουμε τα ανάλογα τιμολόγια.

Έτσι, λοιπόν, βλέπουμε γιατί ποιότητα στη διαφάνεια μας στα νοσοκομεία θέλουμε την αύξηση της αποτελεσματικότητας στη φροντίδα υγείας, θέλουμε οι υψηλές παροχές υγείας, οι υπηρεσίες υγείας που δίδονται προς τον ασθενή να είναι αυτές που θέλει, αυτές που πρέπει να πάρει, την ώρα που θέλει, να είναι ικανοποιημένο το προσωπικό μας, οι εργαζόμενοι μέσα στο νοσοκομείο, να υπάρχουν τα κατάλληλα μέσα, ώστε να γίνονται οι ανάλογες μετρήσεις, ο έλεγχος με τη σωστή έννοια του ελέγχου, όχι με την έννοια του φόβου, αλλά με την έννοια της βελτίωσης του εργαζομένου μέσα στον εργασιακό του χώρο, την συγκριτική αξιολόγηση των τμημάτων των *benchmarking*, ειδικά το έχουμε εφαρμόσει αυτό στα φάρμακα όπως θα δούμε παρακάτω.

Και ένα μεγάλο μυστικό, η εφαρμογή της ποιότητας όπως παρουσιάζεται μπορεί να μας βοηθήσει πάρα πολύ στο θέμα της μείωσης του κόστους, διότι πράγματι λειτουργούμε με έναν τρόπο που αυτός ο τρόπος δεν είναι ο ιδανικός.

Συνεπώς όταν πετύχουμε την ιδανική λειτουργία μέσα στον εργασιακό μας χώρο τότε έχουμε εξοικονόμηση χρημάτων, εξοικονόμηση του κόστους και όπως βλέπουμε αυτό το κόστος έλλειψης προέρχεται από την έλλειψη εφαρμογή ποιότητας.

Έτσι, λοιπόν, δεν θα πρέπει να ανησυχούμε για τους προϋπολογισμούς που είναι κάπως σφιχτοί εάν εφαρμόσουμε τις σωστές διαδικασίες.

Τα οφέλη εφαρμογής ποιότητας είναι για τους ασθενείς τόσο ψυχολογικά, τόσο υγειονομικά, τόσο οικονομικά για τα ασφαλιστικά ταμεία

όπου θα υπάρξει ο περιορισμός του ύψους των δαπανών, υγειονομικά διότι θα έχουμε γρήγορη και αποτελεσματική αντιμετώπιση των ασθενών, κοινωνικά μεγαλύτερη ικανοποίηση των ασφαλισμένων.

Για μας τις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας τα οφέλη μας είναι τόσο οικονομικά, λειτουργικά, όσο και η έννοια της αναγνωρισιμότητας μέσα στο κομμάτι του ίδιου του εργαζομένου. Αλλά και για το ίδιο το κράτος σαν σύνολο όταν θα πετύχουμε να έχουμε ικανοποιήσει τον ασθενή, τον προμηθευτή, τον εργαζόμενο θα έχουμε πετύχει τα οικονομικά οφέλη προς το κράτος.

Βάσει του νομοθετικού πλαισίου του 3868, του 3329 και του 2889 και με το τελευταίο έγγραφο του Γενικού Γραμματέα από το Υπουργείο Υγείας εφαρμόσαμε για πρώτη φορά στα χρονικά του «ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΥ» την Επιτροπή Ποιότητας. Την Επιτροπή Ποιότητας η οποία έθεσε όλους αυτούς τους προβληματισμούς που αναφέραμε πριν από λίγο και το πρώτο σημείο το οποίο τοποθετηθήκαμε είναι πώς θα λειτουργήσουμε;

Εντάξει μια Επιτροπή Ποιότητας είναι ένα πενταμελές όργανο το οποίο θα δημιουργήσει μια στρατηγική η οποία θα είναι από πάνω προς τα κάτω; Πώς θα μπορέσουμε να ταρακουνήσουμε ένα μεγάλο σύστημα το οποίο αποτελείται από 144 τμήματα;

Έτσι, λοιπόν, σε πρώτη προσέγγιση αποφασίσαμε ότι θα πρέπει να κινηθούμε σε μία κυκλική μορφή όπου η Επιτροπή Ποιότητας θα είναι αυτή που θα έχει την αρμοδιότητα της χάραξης της στρατηγικής, το γραφείο ποιότητας θα είναι αυτό το οποίο θα παρακολουθεί πώς θα εφαρμοστεί αυτή η στρατηγική και θα είναι ο σύνδεσμος μεταξύ της Διοίκησης και όλων των τμημάτων του νοσοκομείου.

Και από την άλλη μεριά να ανοίξουμε την ομπρέλα προς όλα τα τμήματα, προς όλους τους τομείς του νοσοκομείου, ιατρικό, εργαστηριακό, νοσηλευτικό, διοικητικό, οικονομικό, τεχνικό ώστε να μπορέσουμε να δημιουργήσουμε την κουλτούρα της έναρξης το τι είναι ποιότητα. Συνεπώς βρισκόμαστε στη φάση όπου θα ορίσουμε τους συντονιστές ανάλογα με τον τομέα και τους υπεύθυνους σε κάθε χώρο.

Για μας η έννοια της ποιότητας είναι θέμα κουλτούρας, είναι θέμα δημιουργίας ενός οργανισμού ο οποίος θα είναι ένας οργανισμός

μάθησης και θα στηρίζεται σε αξίες και όχι σε απλές διαδικασίες. Αυτό σημαίνει ότι πρέπει να πετύχουμε τη συμμετοχικότητα του κάθε εργαζομένου.

Και αυτός είναι ο λόγος όπως θα είδατε πριν από λίγο στην κυκλική οργάνωση όπου θέλουμε οι υπεύθυνοι να είναι οι άνθρωποι οι οποίοι θα δημιουργήσουν, θα είναι η σπίθα μέσα στο κάθε τμήμα, ώστε να τεθεί ο προβληματισμός της εγκαθίδρυσης του σχεδίου ποιότητας μέσα στο κάθε τμήμα.

Έτσι, λοιπόν, τα υποσύνολα των μικρών στρατηγικών θα πετύχουν την επίτευξη του στρατηγικού μας σχεδιασμού σχετικά με τη διοίκηση ολικής ποιότητας. Σ' αυτό ζητάμε βέβαια και την εκπαίδευση του προσωπικού, διότι όπως αντιλαμβάνεστε, σας είπα, ότι είμαστε σε σπαργανώδη μπορεί, αυτή τη στιγμή πένα πολύ μικρό ποσοστό γνωρίζει την έννοια της ποιότητας και το θέμα της εφαρμογής.

Άρα για να μπορέσουμε να πετύχουμε αυτό το στρατηγικό σχέδιο ποιότητας θέλουμε να γίνει εκπαίδευση. Θέλουμε να εφαρμόσουμε ένα σύστημα δεικτών, ώστε να μπορούμε να μετράμε το τι ακριβώς συμβαίνει μέσα σε κάθε τμήμα και αυτοί οι δείκτες να δίδουν το συνολικό δείκτη του νοσοκομείου.

Η αξιολόγηση βάση αυτών των δεικτών, αυτό είναι το κλειδί στην επιτυχία, είναι να γίνεται όχι με την έννοια της επιθεώρησης, του ελέγχου και του πειθαναγκασμού, του φόβου, αλλά να φύγουμε από το φόβο και να πάμε στην του ενστερνισμού και τη δημιουργία ηγετικών στελεχών σε όλους τους τομείς μας.

Στηριζόμαστε στις 7 κολώνες «donabedian», κλινική αποτελεσματικότητα, αποτελεσματικότητα, αποδοτικότητα, βέλτιστη σχέση κόστους –οφέλους, αποδεκτικότητα, νομιμοποίηση, δίκαιη κατανομή οφέλους.

Ποιες όμως είναι οι διαστάσεις ποιότητας στην υγεία για μας; Έχουμε πάρει τα τρία κομμάτια μέσα από το κομμάτι της θεωρητικής προσέγγισης: το τεχνικό, το διαπροσωπικό, την ξενοδοχειακή υποδομή, τη δομή, τη διαδικασία, τα αποτελέσματα, την ικανοποίηση των ασθενών, επαγγελματική ικανοποίηση, όπου εδώ θα εφαρμόσουμε όπως σας είπα πριν από λίγο το σύστημα των μετρήσεων με δεδομένα, με πρότυπα και με κάποια κριτήρια.

Πώς αισθανόμαστε όμως στο κομμάτι του ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΥ» την έννοια της διοίκησης ολικής ποιότητας; Για μας ολικής η ποιότητα αφορά όλους, ακόμη και τους προμηθευτές και όλες τις δραστηριότητες του «ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΥ», προσαρμογή στις απαιτήσεις των πάντων.

Διοίκηση, το οποίο το αναφέρουμε σαν ηγεσία. Η ποιότητα μπορεί και πρέπει να διοικείται. Άρα για μας η έννοια της διοίκησης της ολικής ποιότητας είναι η διαδικασία διαχείρισης ποιότητας, πρέπει να είναι ένας συνεχής τρόπος ζωής, είναι μια φιλοσοφία συνεχούς βελτίωσης όλων των δραστηριοτήτων.

Και όπως αναφέρθηκα πριν από λίγο πράγματι είναι μια έννοια αλλαγής κουλτούρας. Αυτό είναι το ταρακούνημα το οποίο πρέπει να γίνει σ' εμάς, όπου πρέπει να αντιληφθούμε ότι βρισκόμαστε με κάποια προβλήματα, να αποδεχτούμε ποια είναι αυτά τα προβλήματα, τι ακριβώς μας συμβαίνει, ώστε να ξέρουμε να δούμε που θέλουμε να πάμε.

Άρα έχουμε στον κύριο άξονά μας την αλλαγή της κουλτούρας ατομικά και ομαδικά σε κάθε τμήμα. Στηριζόμαστε στον κύκλο του Ντέμινγκ ο οποίος είναι γνωστός σε όλους μας στο σχεδιασμό, στην εφαρμογή, στον έλεγχο, στις ενέργειες και στον επανέλεγχο, την επανατροφοδότηση, ώστε να μπορέσουμε να δημιουργήσουμε το μοντέλο αξιολόγησης που στηρίζεται, όπως σας είπα, στην εμπλοκή όλων των εργαζομένων μέσα από το κομμάτι της ηγεσίας, στο ανθρώπινο δυναμικό, στη στρατηγική, στην αξιολόγηση των διαδικασιών, ώστε να πάρουμε τα επιθυμητά αποτελέσματα και βάσει αυτών των αποτελεσμάτων να αξιολογήσουμε τη λειτουργία του «ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΥ».

Πράγματι αυτή η αλλαγή κουλτούρας από το γραφειοκρατικό, από το διοικητικό να το πω περισσότερο σύστημα σε ένα σύστημα ενστερνισμού θα μας δώσει την έννοια να ξεφύγουμε από το ιεραρχικό στιλ σε ένα συμμετοχικό στιλ, από την επίτευξη της ποιότητας μέσω επιθεώρησης στην ενσωμάτωση της ποιότητας στις διαδικασίες.

Η ροή των πληροφοριών από την κορυφή προς τα κάτω να γίνεται ροή πληροφοριών προς όλες τις κατευθύνσεις, άρα κινούμεθα σε έναν πιο οριζόντιο άξονα. Ο σχεδιασμός και οι αξιολογήσεις με βάση υποκειμενικά κριτήρια και της διαίσθησης επιπλέον γίνεται σχεδιασμός βασισμένος σε

καθιερωμένα μέτρα ποιότητας. Ο βραχυχρόνιος σχεδιασμός όραμα για το μέλλον.

Ανταγωνισμός μεταξύ τμημάτων και διευθύνσεων μεταβαίνει σε όλοι αποτελούμε μια ομάδα και μία κοινή προσπάθεια. Οι ραγδαίες βελτιώσεις οι οποίες είναι μια μορφή απειλής να υπάρχουν κατανοητές και συνεχείς βελτιώσεις στο νοσοκομείο. Το σύνολο του προσωπικού να συμμετέχει σε όλες τις δραστηριότητες.

Οι στόχοι του προγράμματος ποιότητας. Αποτελεσματικό πρόγραμμα ποιότητας το οποίο να συμπεριλαμβάνει τις παρακάτω οργανωτικές δομές: Επιτροπή Διαχείρισης Ποιότητας, Γραφείο Ποιότητας, Υπεύθυνο Ποιότητας, Οργανωμένο Πληροφοριακό Σύστημα, σύνδεση με ευρύτερο πλαίσιο του οργανισμού. Δημιουργία Συνδέσμων Ποιότητας, δημιουργία Ομάδων Κύκλων Ποιότητας, εισαγωγή Πρότυπων διαδικασιών, προετοιμασία για πιστοποίηση.

Θα σας παρουσιάσω μια σειρά δράσεων οι οποίες έχουν ολοκληρωθεί στον «ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟ» και θα εστιάσω αμέσως μετά στο κομμάτι της εφαρμογής της πρότυπης διαδικασίας στα χειρουργεία, όπου πετύχαμε αυτές τις τελευταίες 10 μέρες ...

(Διαλογικές Συζητήσεις)

Μ. ΘΕΟΔΩΡΟΥ: Θα είμαι γρήγορος. Οι δράσεις οι οποίες έγιναν. Σύσταση και λειτουργία του Γραφείου Ποιότητας. Σύσταση του Γραφείου Υποστήριξης του Πολίτη, εφαρμογή προγράμματος ηλεκτρονικής διαχείρισης υλικών στα χειρουργεία, τα επί χρεώσει. Χωροθέτηση θέσεων στάθμευσης για άτομα με ειδικές ανάγκες. Δημιουργία κύκλωση εντύπων, διανομή πληροφοριακού υλικού στους προσερχομένους στο νοσοκομείο όσον αφορά με τα δικαιώματα των ασθενών.

Λειτουργία γραφείου Ελεγκτών Ιατρών, λειτουργία Help desk πληροφοριοδότησης σε δύο εισόδους του νοσοκομείου, σύνταξη εξατομικευμένου διαιτολογίου για τους ασθενείς, εφαρμογή δράσεων ποιότητας στα πλαίσια της συμμετοχής του νοσοκομείου στο σύστημα «ενπρί».

Και να σας παρουσιάσω το κομμάτι των χειρουργείων, όπου εδώ δημιουργήθηκε μια ειδική διαχείριση στα χειρουργεία όπου πλέον όλα τα

υλικά των χειρουργείων βρίσκονται σ' αυτή τη διαχείριση και διακινούνται μέσα απ' αυτή τη διαχείριση προς τα χειρουργεία.

Το δεύτερο σημείο είναι ότι δημιουργήθηκε μία Ειδική Γραμματεία μέσα στα χειρουργεία, όπου πλέον όλα τα παραστατικά λαμβάνονται από τους ιατρούς και τους νοσηλευτές θεωρημένα, προωθούνται ηλεκτρονικά στο Γραφείο Προμηθειών, έρχονται τα τιμολόγια, τα τιμολόγια επιστρέφουν στο Γραφείο Ασθενών και από το Λογιστήριο ασθενών προωθούνται πλέον προς τα ασφαλιστικά ταμεία.

Καταφέραμε, λοιπόν, για 10 μέρες που έχουμε λειτουργήσει να μην έχουμε ούτε μία εκκρεμότητα τη στιγμή που δεν μπορούσαμε να κλείσουμε τον ισολογισμό του 2008 και του 2009 λόγω του μεγάλου όγκου έλλειψης παραστατικών ή μη διεκπεραίωσης παραστατικών προς ενταλματοποίηση.

Όπως βλέπετε στη διαφάνεια το νοσοκομείο αποφασίζει ποια εξωσυμβατικά υλικά θα παραμείνουν σε παρακαταθήκη, σε συγκεκριμένη ημερομηνία οι προμηθευτές καλούνται να παραλάβουν τα υλικά της παρακαταθήκης του. Για τα υλικά αυτά που θα παραμείνουν σε παρακαταθήκη οι προμηθευτές φέρνουν νέα δελτία αποστολής. Τα δελτία αποστολής εισάγονται στο Πληροφοριακό Σύστημα, ενημερώνοντας το απόθεμα της κεντρικής αποθήκης.

Όλα τα υλικά σημαίνονται με ετικέτες bar code, γίνεται διάθεση των υλικών στα τμήματα, επιμέρους αποθήκες και ενημερώνονται αντίστοιχα τα αποθέματα. Τα υλικά σημαίνονται με ετικέτες bar code 1 προς 1 και παραδίδονται στους υπολόγους των τμημάτων.

Ελέγχεται η τοποθέτηση τώρα των υλικών μέσα στη χειρουργική αίθουσα, ελέγχεται ο ασφαλιστικός φορέας του ασθενούς πριν την είσοδο του χειρουργείου. Τακτοποιημένος ο ασφαλιστικός φορέας; Όχι. Προκαταβολή, υπεύθυνη δήλωση ή έγκριση από τη Διοίκηση; Ναι με την είσοδο του ασθενούς καταγράφονται τα στοιχεία στο έντυπο του χειρουργείου, κατά τη διάρκεια της επέμβασης ο νοσηλευτής κολλάει στη λευκή σελίδα του βιβλιαρίου ετικέτα bar code με τα στοιχεία του ασθενούς, γράφει τον κωδικό εμπορίου και του προμηθευτή κάθε υλικού που χρησιμοποιήθηκε, η σελίδα υπογράφεται από το γιατρό και νοσηλευτή.

Στο τέλος της επέμβασης γράφεται το έντυπο του χειρουργείου όπου εκτός των άλλων ο γιατρός σημειώνει τον κωδικό της επέμβασης, κωδικοποίηση ιατρικών πράξεων και τη διάγνωση εισόδου στο χειρουργείο κατά ISD-10. Η λευκή σελίδα του βιβλιαρίου μαζί με τον έντυπο του χειρουργείου παραδίδονται άμεσα στη Γραμματεία του Χειρουργείου.

Όπως βλέπετε στη διαφάνειά μας στέλνουμε το λογαριασμό και το συμπέρασμά μας είναι ότι πλέον τα παραστατικά προωθούνται στο λογιστήριο έγκαιρα, ώστε να έχουν τα ασφαλιστικά ταμεία, το ΙΚΑ ο κ. Σαριβουγιούκας τα παραστατικά μας, ώστε να μπορέσει να μας δώσει το απαιτούμενο ποσό.

Τι πετύχαμε; Νέα κουλτούρα στο χειρουργείο, θεαματική μείωση εκκρεμοτήτων με τα ασφαλιστικά ταμεία, μείωση χρόνου παραγγελίας και τιμολόγησης υλικών, διευκόλυνση εκκαθάρισης νοσηλίων, προϋπολογισμός στηριγμένος σε πραγματικά δεδομένα.

Σαν «ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ» ο στόχος μας είναι να πετύχουμε μια ομπρέλα ποιότητας, όπου να έχουμε καλύψει τους τομείς: ιατρικό τομέα, διοικητικές διαδικασίες, διαχείριση, τεχνικό τομέα, νοσηλευτικό τομέα, διοικητικό τομέα και να έχουμε ένα νέο σύστημα μέτρησης, το οποίο βρίσκεται σε εξέλιξη. Ευχαριστώ πολύ.

Π. ΓΙΑΝΝΟΥΛΑΤΟΣ: Ευχαριστούμε τους Προέδρους που παρουσίασαν το τι μπόρεσε ο καθένας να κάνει στο νοσοκομείο του. Στα επόμενα σεμινάρια θα βάλουμε άλλα νοσοκομεία. Μέχρι τις 15 Ιανουαρίου θα μου στείλτε όλοι σας, εάν δεν έχουν οι τέσσερις Διοικητές απαντήσεις στα ερωτήματα που θα στείλετε μέσω του internet γι' αυτά τα οποία παρουσιάσατε.

Οι παρουσιάσεις θα αναρτηθούν στο διαδίκτυο, ό,τι ερωτήματα έχετε θα τα στέλνετε και θα σας απαντήσουν για να μπορείτε να πάρετε αντίγραφο και τρόπους της καλής πρακτικής. Εάν δεν απαντηθούν, θα μα πείτε, ότι δεν μου απαντάει να δούμε τι συμβαίνει με το miss connection.

Θέλω να πω, ότι όσοι έρχονται να μιλάνε εδώ, δεν ήρθαν εδώ απλώς να μιλάνε, λαμβάνουν και ένα μεγάλο βάρος, όπως λαμβάνουμε όλοι μας συνέχεια βάρη. Υπ' αυτή την έννοια λοιπόν ευχαριστούμε πολύ όλους τους ομιλητές.

Να κλείσουμε με τον Γενικό Γραμματέα ο οποίος θα κάνει τη σύνοψη του σημερινού αυτού εκπαιδευτικού προγράμματος.

Χ. ΔΟΥΛΓΕΡΑΚΗΣ: Έχουμε χρόνο 10 λεπτά αγαπητές κυρίες πίσω; Έχουμε, ωραία.

Ν. ΠΟΛΥΖΟΣ: Κύριε Παππού μπορείτε να υποστηρίξετε ως μια ενδιάμεση κατάσταση την Εθνική Επιτροπή Ποιότητας με βάση τα όσα κάνατε στο ΕΚΕΒΥΛ για να κάνουμε πράξη αυτά που συζητήθηκαν σήμερα; Δυο λεπτάκια μόνο.

Γ. ΠΑΠΠΟΥΣ: Και λιγότερο ίσως κ. Γενικέ, παρ' ότι είχα ετοιμάσει μία έτσι σύντομη παρουσίαση, δεν έχει νόημα όμως. Το ΕΚΕΒΥΛ έχοντας μια υπερδεκαετή δράση σε πιστοποιήσεις συστημάτων ποιότητας ...

Ν. ΠΟΛΥΖΟΣ: Θα σας διακόψω, δεν θέλω να πιστοποιήσετε κανέναν ...

Γ. ΠΑΠΠΟΥΣ: Συμφωνώ απολύτως.

Ν. ΠΟΛΥΖΟΣ: Θέλω για έξι μήνες να δούμε τι μπορούμε να κάνουμε;

Γ. ΠΑΠΠΟΥΣ: Αυτό ακριβώς πάω να πω. Έχει διαπιστώσει ακριβώς ότι υπάρχει ένα με τον ISO-κεντρική προσέγγιση υπάρχουν οφέλη, υπάρχουν και προβλήματα.

Είμαι βέβαιος ότι μιλώντας κανείς με τις εμπειρίες του από το EFQM κ. Διοικητά του «ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΥ» πάλι θα είχε ευκαιρίες θα είχε και προβλήματα. Όπως επίσης με την προσέγγιση του accreditation η προσέγγιση του join commission, πάλι θα είχε θετικά και αρνητικά.

Θεωρώ ότι είναι ώριμες οι συνθήκες πλέον να δούμε ένα εθνικό μοντέλο παίρνοντας εμπειρία, παίρνοντας γνώση από καταστάσεις που έτρεξαν διεθνώς να προσαρμοστούμε στην ελληνική πραγματικότητα και θεωρώ ότι μπορούμε να πάμε καλά.

Επιτρέψτε μου μία παρατήρηση. Θεωρώ ότι η ποιότητα, η ασφάλεια και η πληροφορία, η επιλογή των πληροφοριακών συστημάτων είναι άρρηκτα συνδεδεμένα κατά τη γνώμη μου, κατά τη γνώμη του φορέα δεν μπορούμε να λειτουργήσουμε χωρίς αυτό. Πιστεύω μόνο στο Θεό, όλοι οι υπόλοιποι φέρνετε δεδομένα και ο κ. Πολύζος μας το έχει μάθει πολύ καλά αυτό.

Επίσης υπάρχει η αναγκαιότητα για υιοθέτηση εθνικών προδιαγραφών, οδηγιών, πρωτοκόλλων και βεβαίως η υιοθέτηση δεικτών έτσι ώστε να μπορούμε να πάμε παρακάτω. Θεωρώ ότι ναι, μπορεί να λειτουργήσει και δεν πάω να πουλήσω πιστοποίηση αντίθετα θέλω να πω ότι μέσα απ' αυτά τα 10 χρόνια πιστοποίησης έχουμε προβλήματα που μόνο μ' αυτό τον τρόπο μπορεί να λυθούν.

Δεν έχει νόημα να πιστοποιήσεις μια Μονάδα Τεχνητού Νεφρού όταν δεν έχεις πιστοποιημένη τεχνική υπηρεσία. Το νερό που χρησιμοποιεί αυτή η Μονάδα, είσαι σε μια επισφάλεια τι νερό είναι αυτό που θα χρησιμοποιεί.

Μ. ΚΟΣΜΑΔΑΚΗΣ: Κοσμαδάκης Μανώλης από το Ψυχιατρείο Πέτρας Ολύμπου στην Κατερίνη, ο Διοικητής είμαι. Έχουμε φτάσει στο τελικό σημείο για να πιστοποιηθούμε κατά ISO, θα πάει στο βρόντο αυτό, γιατί απ' αυτά που ακούω μπορεί να βγουν και καινούργια μοντέλα. Θα έχουμε κάποια στιγμή μία τελική κατεύθυνση; Ωραία.

κα ΧΑΤΖΟΠΟΥΛΟΥ: Γεια σας. Λέγομαι Χατζοπούλου από το Γραφείο Εκπαίδευσης του «ΛΑΪΚΟΥ» Νοσοκομείου και πρόσφατα έχουμε και το Γραφείο Ποιότητας ταυτόχρονα.

Απλώς ήθελα να ρωτήσω όλα αυτά που μας παρουσιάσατε ήταν πάρα πολύ ...

Ν. ΠΟΛΥΖΟΣ: Κυρία Χατζοπούλου τι ειδικότητα είστε;

κα ΧΑΤΖΟΠΟΥΛΟΥ: Νοσηλεύτρια. Ήταν πολύ ενδιαφέροντα και πραγματικά μας εντυπωσιάσανε ειδικά κάποιους ανθρώπους που έχουμε σχετικές σπουδές και τα ακούμε αυτά από τα φοιτητικά μας χρόνια εδώ και μια 20ετία.

Το ερώτημά μου έχει να κάνει με το ότι κάποια νοσοκομεία που έχουν κάποιες καλές πρακτικές, αυτές διατηρούνται; Ας πούμε ήδη το ένα ερώτημα είναι το ίδιο με τον κύριο, ότι έχουμε κάποια τμήματα που είναι προς πιστοποίηση ή που μας κάνουν αιτήματα για πιστοποίηση, εμείς γι' αυτό το εξάμηνο το μεταβατικό τα δεχόμαστε ή τους λέμε περιμένετε;

Άλλο ερώτημα είναι ότι η νοσηλευτική υπηρεσία έχει προχωρήσει στην ανάπτυξη κάποιων νοσηλευτικών πρωτοκόλλων στο «ΛΑΪΚΟ», αυτά τα πρωτόκολλα τα συνεχίζουμε ή τα αφήνουμε ως έχει και περιμένουμε τις καινούργιες σας διαδικασίες;

Και τέλος επειδή ο σχεδιασμός μας για το επόμενο έτος ήταν να προωθήσουμε λίγο τα έντυπα του Υπουργείου τα ενιαία, αυτά να τα προχωρήσουμε κανονικά ή θα μπούνε μέσα στο πληροφοριακό σύστημα και τις διαδικασίες που μας θα δώστε; Ευχαριστώ.

N. ΠΟΛΥΖΟΣ: Όλα τα λουλούδια μπορούν να ανθίσουν, έτσι δεν είναι; Και το 80%-90% απ' αυτά που είπατε είναι καθαρά εσωτερικό management και δεν αγγίζουν αυτά που θα σας πω σε λίγο. Εντάξει; Αλλά παράλληλα πρέπει να βάλουμε και κάποιους εθνικούς στόχους, δεν συμφωνείτε; Έτσι ωραία.

ΟΜΙΛΗΤΗΣ: Κύριε Γενικέ, εγώ ήθελα να ρωτήσω τον κ. Διοικητή του «ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΥ» κατά πόσο είναι τυποποιημένη, πέραν τούτου όμως μετά τις 15 του μηνός, αλλά ήθελα να ρωτήσω το εξής. Σε ποιο βαθμό προτυποποίησης έχει φτάσει αυτή η μέθοδος που έχετε για τα χειρουργεία σας; Ένα είναι αυτό.

Και δεύτερον, ήθελα να ρωτήσω τον κ. Αγγουρά στη συνέχεια, κατά πόσο θα μπορούσε να την υιοθετήσει αυτή την πρακτική;

M. ΘΕΟΔΩΡΟΥ: Έχει ολοκληρωθεί, μπορείτε να έρθετε να την δείτε. Μπορεί να έρθει να την δει οποιοσδήποτε γιατί την έχουμε για όλα τα νοσοκομεία, θα αναρτήσω και τα flowchart...

N.ΠΟΛΥΖΟΣ: Σας παρακαλώ εγώ κ. Θεοδώρου, κ. Αγγουρά, ο κ. Μπαρτσώκας μίλησε, τους τρεις παρόντες να μας δώσουν σε όλους τις παρουσιάσεις τους.

M. ΘΕΟΔΩΡΟΥ: Θα βρίσκονται στο διαδίκτυο του «ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΥ».

ΟΜΙΛΗΤΗΣ: Το θέμα είναι μπορείτε να την υιοθετήσετε; Γιατί ξέρετε κάτι, μιλάμε όλοι για καλές πρακτικές, μιλάμε όλοι για μέτρηση, όμως κανένας δεν έχει λάβει υπόψη του ότι η μέτρηση έχει κόστος. Δηλαδή να μπει ένας υπάλληλος πίσω από έναν γκισέ και να αρχίσει να γράφει στον υπολογιστή έχει κόστος.

Εγώ σήμερα πάντως δεν άκουσα έμμεση καταχώρηση πληροφορίας, δηλαδή παίρνω και βγάζω συμπεράσματα από πληροφορία η οποία συνδυαστικά προέρχεται από δύο ή και τρία και περισσότερα μέλη. Αυτό είναι το ένα πράγμα που είναι πολύ σημαντικό.

Επίσης θα ήθελα να προσθέσω το εξής. Πρέπει να αντιληφθούμε σιγά – σιγά ότι η ολοκλήρωση της πληροφορίας πρέπει να αυξηθεί όσο γίνεται περισσότερο. Γιατί όντως πλέον στην 3^η περίοδο της πληροφορικής πλέον δεν είμαστε ένας άνθρωπος με έναν υπολογιστή ή όπως παλιότερα ήταν πολλοί άνθρωποι με έναν υπολογιστή. Σήμερα είμαστε ένας άνθρωπος με πολλούς υπολογιστές.

Και η μεγάλη δυσκολία που έχουμε σήμερα είναι να αντιληφθούμε ακριβώς αυτό το πράγμα, ότι έχουμε περάσει σε μια καινούργια περίοδο, έχουμε ένα overloading από πληροφόρηση την οποία δεν έχουμε τη δυνατότητα τουλάχιστον τη συνδυαστική εμείς σαν άνθρωποι να μπορέσουμε αυτή να την βάλουμε σε μια σειρά και να πάρουμε γρήγορα αποφάσεις.

Γι' αυτό, λοιπόν, το λόγο ρώτησα προηγουμένως τον Διοικητική του «ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΥ» εάν υπάρχει αυτή η προτυποποίηση και στη συνέχεια εσάς αν μπορείτε να την υιοθετήσετε γρήγορα, ούτως ώστε δηλαδή να φτιάξουμε building blocs γιατί εμάς τουλάχιστον στα ασφαλιστικά ταμεία μας ενδιαφέρει η αποτελεσματικότητα την οποία έχετε στην άσκηση των ελέγχων.

Β. ΑΓΓΟΥΡΑΣ: Ούτως ή άλλως και το δικό μας πληροφοριακό σύστημα ήταν κάτι που δεν χρειαζόταν να αναφερθώ, αλλά υποστηρίζει με μία γκάμα εκτυπώσεων τις οποίες τις αλλάζουμε συνεχώς σε συνεργασία με την ανάδοχο εταιρεία για πληροφορίες ημέρας, μήνα, χρόνου, χρόνων για ταμεία για εισαγωγές, για μέρες νοσηλείας τα πάντα. Έχουμε ένα πολύ καλό MIS το οποίο μπορούμε να το βελτιώσουμε για να έχουμε οποιαδήποτε πληροφορία θέλουμε και να είναι αξιοποιήσιμη όχι απλά χαρτιά.

Ν. ΠΟΛΥΖΟΣ: Καλά MIS δεν έχετε κ. Αγγουρά, την 1^η Γενάρη συμφωνήσαμε να βάλουμε όλοι. Όπως έχουμε συμφωνήσει στο τέλος της χρονιάς που έρχεται να σώσουμε όλα τα Πληροφοριακά Συστήματα και είναι δυνατόν όλα τα νοσοκομεία να είναι μηχανογραφημένα και να επικοινωνούν και στις υγειονομικές περιφέρειες και στο κέντρο. Και ευχαριστούμε και τον κ. Σαριβουγιούκα που χάρις στις προσπάθειες όταν ήταν στο Υπουργείο βοήθησε και σ' αυτό. Ναι κ. Θεοδώρου.

Μ. ΘΕΟΔΩΡΟΥ: Μία τοποθέτηση κ. Σαριβουγιούκα γι' αυτό. Πριν τα χειρουργεία λειτουργούσαν και τα παραστατικά δεν τα λαμβάνατε ποτέ. Τα

είχαμε χαμένα, ψάχναμε να βρούμε που είναι γι' αυτό πληρώσαμε πάρα πολλά χρήματα και καθυστερήσαμε τους ισολογισμούς του '08 και του '09.

Σήμερα δεν υπάρχει, όταν λέω σήμερα εννοώ τις τελευταίες 10 μέρες ούτε ένα παραστατικό σε εκκρεμότητα, είναι πρώτη φορά στα χρονικά. Αυτό είναι ένα θέμα μέτρησης που έχουμε, διότι δεν υπάρχει κανένα, τι να σας πω, φτάσαμε σε ιδανικό σημείο και κάνουμε και το σταυρό μας και δεν ξέρουμε αν πράγματι τελικά είναι και αληθινό και αν θα το συνεχίσουμε. Αυτό βλέπουμε. Ευχαριστώ πολύ.

N. ΠΟΛΥΖΟΣ: Κάτι σημαντικό κ. Θεοδώρου όπως στην ορθή επανακοινοποίηση της εγκυκλίου για τις αποθήκες και τα φαρμακεία σας έκανα χθες, είχαμε βάλει κατά λάθος, κατά λάθος, πιστεύαμε ότι το φαρμακείο πρέπει να διαχειριστεί όλο το υγειονομικό υλικό χρεούμενο ή μη χρεούμενο, αυτό άλλαξε και είναι στα χέρια του Διοικητή δια πράξεώς του, τι σημαίνει; Ή απόφαση του Διοικητικού Συμβουλίου, είτε ατομική του απόφαση να αναθέσει την αποθήκη της παρακαταθήκης στο χειρουργείο. Το έχετε κάνει, έτσι; Το θέλει ο κώδικας βιβλίων και στοιχείων αυτό. Και φυσικά είσαστε ελεύθεροι να πείτε, το φαρμακείο, το χειρουργείο ή ξεχωριστή διαχείριση, αλλά να είναι εμφανής ο διαχειριστής.

M. ΘΕΟΔΩΡΟΥ: Το έχουμε κάνει, χωριστό διαχειριστή.

N. ΠΟΛΥΖΟΣ: Είδατε, παρακάμπτοντας την παλαιά προ της ορθής επανακοινοποίησης της εγκυκλίου. Μπράβο σας. Ναι κ. Σισσούρα.

A. ΣΙΣΣΟΥΡΑΣ: Στην αρχική σας παρατήρηση δεν είναι να αναρτηθούν μόνο, αλλά θα έλεγα ότι είναι καλό να ενισχύσετε και μια εσωτερική consultancy κιάλας. Δεν είναι το θέμα της Λαμίας, αυτό είναι να πάρει μια αποστολή της Λαμίας το μοντέλο να μεταβεί σε ένα άλλο νοσοκομείο και θα μπορούσε κανένας να σκεφτεί και την περίπτωση ότι το μοντέλο αυτό το πουλάει κιάλας. Μπορεί να υπάρχουν και τέτοια σχήματα, αλλά περισσότερο έτσι ενίσχυση σ' αυτό το επίπεδο.

N. ΠΟΛΥΖΟΣ: Εγώ να ευχαριστήσω όλους κατ' αρχήν, αλλά όπως συνήθως κάνουμε στις συναντήσεις αυτές θα σας αναθέσω δουλειές. Άρα ή τα εντυπώνετε στο μυαλό σας ή τα γράφετε στο χαρτί σας κυρίως για τους Διοικητές.

Απ' ότι κατάλαβα απ' αυτά που μου είπε και δεν είναι δικά μου, δεν είναι τίποτα δικό μου, μίλησα με τον κ. Σισσούρα, τον κ. Ζηλίδη, με τον κ. Γιαννουλάτο, τον κ. Σκαλκίδη, άκουσα τους ομιλητές και όλοι μου είπαν πες αυτά τα πράγματα, γιατί αλλιώς θα μιλάμε μεταξύ μας στα συνέδρια και δεν θα γίνεται τίποτα.

Θα αναλάβει λοιπόν ο κ. Γιαννουλάτος, για εσάς κ. Γιαννουλάτο, να μαζέψει σε μία φόρμα του Excel τα e-mail, τις διευθύνσεις τις δικές σας, της Διεύθυνσης Ποιότητας του Υπουργείου. Πληροφορήθηκα ότι υπάρχει Τμήμα Ποιότητας σε κάθε ΔΥΠΕ όπου θα υπάρχει κάποιος υπεύθυνος ή αν δεν υπάρχει οι Διοικητές των ΔΥΠΕ θα τον ορίσουν.

Τα τηλέφωνα και τα e-mail των Γραφείων Ποιότητας, φαίνεται ότι στα 45 νοσοκομεία υπάρχουν Γραφεία Ποιότητας, όπως λέγαμε στην εγκύκλιο. Και αυτό που μας προσθέτει σήμερα ο κ. Θεοδώρου και αν μπορούμε να το βγάλουμε σε μια εγκύκλιο κ. Γιαννουλάτο είναι να κάνουμε τους συνδέσμους, ωραία θα τους ονομάσουμε Συνδέσμους Ποιότητας ανά Τομέα, μην το χοντρύνουμε, εντάξει, άμα πούμε ανά Τμήμα όλο το νοσοκομείο δεν θα κάνει τίποτε άλλο.

Νομίζω ότι οι τομείς σε όλα τα νοσοκομεία είναι μονοψήφιο νούμερο. Κατά τη δική μου γνώμη ο καλύτερος «leason είναι μια έμπειρη νοσηλεύτρια που να ξέρει και να έχει εκπαιδευτεί σ' αυτά ή ένας ειδικευόμενος ή κάποιος Επιμελητής Β', κάποιος νέος γιατρός για να το πω έτσι, που θα αναλάβει αυτό το βάρος.

Άρα να βγάλουμε μια εγκύκλιο ούτως ώστε αυτό το πράγμα να το επεκτείνουμε. Το ξέρω, έχετε δίκιο, ένας νέος γιατρός, το είπα καλά, που έχει κέφι και ορισμένες γνώσεις ή μια νοσηλεύτρια, συνήθως τα περισσότερα νοσοκομεία του εξωτερικού βασίζονται στις νοσηλεύτριες, ένας νέος γιατρός ή μια έμπειρη νοσηλεύτρια, όχι άνω των 40 χρονών.

Αυτό που δεν ξέρω αν κάνατε και θα πρέπει να παρουσιαστεί την επόμενη φορά, δεύτερο στοιχείο και επίσης επιφορτίζω τον κ. Γιαννουλάτο με τους 7 Τμηματάρχες των ΔΥΠΕ, ίσως θα το βάλουμε στην εγκύκλιο, οι επιτροπές όπως είπαμε συνεδριάζουν μια φορά το μήνα, τα πρακτικά τους τα κοινοποιεί ο Διοικητής στις ΔΥΠΕ και εμείς παίρνουμε κάθε

τρίμηνο, μάλλον οι ΔΥΠΕ φτιάχνουν κάθε τρίμηνο κάποιο report και εμείς παίρνουμε ανά εξάμηνο κάποιο report. Αυτό μου το είπες εσύ Γιάννη.

Άρα θα πρέπει ο κ. Γιαννουλάτος να φτιάξει ένα report με την Εθνική Επιτροπή του '10, έκλεισε το '10 με κάποια στοχοθεσία που βγαίνει σήμερα του '11 και θα περιμένουμε εμείς στο κέντρο να ξαναφτιάξουμε το report τέλος Ιουνίου με αρχές Ιουλίου, ενώ οι Υγειονομικές Περιφέρειες θα φτιάξουν Μάρτιο – Ιούνιο. Τα νοσοκομεία συνεδριάζουν κάθε μήνα. Αυτό είναι το ένα.

Το δεύτερο μπορούμε να πούμε, την εγκύκλιο δεν την έφτιαξα εγώ παιδιά που σας έστειλα, εγώ την υπέγραψα, την έφτιαξαν οι άνθρωποι της Κεντρικής Επιτροπής Προμηθειών και ρώτησαν και πολλούς από εσάς και είπαμε να ασχοληθούμε μ' αυτά τα 2-3 και 2, 7 θέματα.

Μπορούμε σε κάθε επιτροπή Ποιότητας για όλο το εξάμηνο να βάζουμε θέμα λοιμώξεων; Ακούσαμε πολλά πράγματα το πρωί για τις λοιμώξεις. Θέματα εργαστηρίων, θέματα καθαριότητας, διατροφής, εγκαταστάσεων, φαρμάκων και διοικητικοοικονομικών υπηρεσιών και θα σας προτείνω έναν τρόπο.

Το κομμάτι διοικητικοοικονομικών υπηρεσιών διαδικασίες reporting το έχει ο Διευθυντής Διοικητικού που είναι μέλος της Επιτροπής, είναι έτσι Βασίλη; Τα λέω καλά. Το κομμάτι φαρμάκων εάν δεν μπορεί ο Διευθυντής της Ιατρικής Υπηρεσίας να φωνάζουμε τον Πρόεδρο της Επιτροπής Φαρμάκων, που σε πολλά νοσοκομεία ξέρω ότι είναι ο Φαρμακοποιός;

Πρέπει να είναι, λοιπόν, ο Πρόεδρος της Επιτροπής Φαρμάκων η οποία κάνει report κάθε μήνα και βρίσκει τις αποκλίσεις μεταξύ των διαφόρων κατηγοριών φαρμάκων.

Στο κομμάτι καθαριότητας και διατροφής, νομίζω σε όλα τα νοσοκομεία υπάρχει ο Προϊστάμενος Επιστάσεως, καλά το λέω; Ο Προϊστάμενος του Γραφείου Επιστάσεως έλα πες μας με το συνεργείο τι γίνεται ή ο Προϊστάμενος του Γραφείου Διατροφής που εκεί πια το επιστημονικό επίπεδο ανεβαίνει, νομίζω είναι δικαιολόγος εκεί, όχι πάντα, αν είναι δικαιολόγος μέσα το δικαιολόγο. Και στις εγκαταστάσεις που τις εποπτεύει ο Διευθυντής της Τεχνικής Υπηρεσίας, αυτός είναι μέλος.

Άρα τι μένουν; Οι λοιμώξεις για τη Διευθύνουσα μέσω της Επιτροπής Λοιμώξεων και τα εργαστήρια μέσω του Διευθυντή της Ιατρικής Υπηρεσίας.

Άρα παράκληση προς αυτές τις Επιτροπές δια μέσου των 5 μελών ή των 2-3 προσκεκλημένων, δεν είναι καινοτομία, το κάνει νομίζω το «ΩΝΑΣΕΙΟ» έτσι, το κάνουν πολλά νοσοκομεία. Αυτά τα έξι θέματα.

Τώρα ρωτήσατε πολλοί και ιδιαίτερα η κυρία αν θα κάνουμε πιστοποιήσεις κλπ. κλπ. Εγώ θα πω μια προσωπική γνώμη, ας γίνει αυτό το εξάμηνο, ναι όλα τα λουλούδια να ανθίσουν, αν κάποιο εργαστήριο είναι προς την πιστοποίηση δεν του σταματάμε τίποτα. Νομίζω τα Γραφεία Διατροφής πρέπει όλα να πιστοποιηθούν κατ' αρχάς, δεν μιλάω γι' αυτό. Αλλά ένα σύστημα διαχείρισης της Ποιότητας θέλει προετοιμασία.

Το να θέλεις να πιστοποιήσεις, το είπαμε και το πρωί καθέτως ή οριζοντίως το νοσοκομείο είναι μια τεράστια δουλειά που υπερβαίνει τα όρια του εξαμήνου. Άρα θα πρέπει η Επιτροπή Ποιότητας και το Γραφείο Ποιότητας, εγώ θα τολμούσα να το πω, με την βοήθεια κάποιου συμβούλου ποιότητας να αναλάβει το κομμάτι ή του ΕΚΕΒΥΛ ή της Κεντρικής Επιτροπής, τέλος πάντων να αναλάβει το κομμάτι πως θα στηθεί αυτό το σύστημα διαχείρισης της ποιότητας, που κατά τη γνώμη μου υπερβαίνει και τα όρια του έτους, όχι του εξαμήνου.

Άρα προσθέτουμε ένα 7° θέμα στις Επιτροπές Ποιότητας. Αυτό είναι το τρίτο. Τώρα για θεραπευτικά πρωτόκολλα περιμένουμε το Υπουργείο για αργότερα. Μίλησα για συστήματα διαχείρισης της ποιότητας ιδιαίτερα στο μη κλινικό μέρος.

Το λέω αυτό γιατί ήταν πολύ καλή η παρουσίαση του κ. Θεοδώρου που την είδα όλη, αλλά μου δημιουργήσατε ένα φόβο κ. Θεοδώρου, ότι αν όλα αυτά τα πράγματα, θα πιάσουμε 45 νοσοκομεία να τα κάνουμε, άρχισα να φοβόμουν. Μήπως μπορούμε να επιλέξουμε κάποια απ' αυτά, όχι σας το λέω, σκεφτείτε το, μήπως πρέπει να επιλέξουμε αυτά τα 6-7 πράγματα της εγκυκλίου ως συμπέρασμα του τωρινού συνεδρίου.

Το είπε και η Λεοτσάκου το πρωί, προσέξτε πολύ τις διαδικασίες και μετά πηγαίνετε σε πρωτόκολλα. Προσέξτε πολύ αυτό που είπε ο κ. Σαριβουγιούκας να μαζέψτε την πληροφορία και εκπαιδεύστε τον κόσμο και

πάρτε αποφάσεις κύριοι Διοικητές με βάση την πληροφορία και τις διαδικασίες.

Και μένει κάτι τελευταίο το ΕΣΠΑ. Νομίζω κ. Γιαννουλάτο πρέπει να βγάλουμε προσκλήσεις. Πρέπει να πείσουμε άμεσα τον Υπουργό, να βγάλουμε προσκλήσεις, δεν ξέρω στο κομμάτι της εφαρμογής συστημάτων ποιότητας, αλλά στο κομμάτι εκπαίδευσης οπωσδήποτε. Και μέχρι να βγουν αυτές οι προσκλήσεις πρέπει να συνεχίσουμε αυτή την ιστορία που κάνουμε εδώ, αλλά αντί διευρυμένων συνεδρίων, όπως το είπατε όλοι, να δημιουργήσουμε works shops.

Είναι κάποιος από τη Θεσσαλονίκη από τη ΔΥΠΕ; Αλίκη μπορείς να αναλάβεις προς το τέλος Φλεβάρη το work shop Θεσσαλίας – Ηπείρου – Μακεδονίας – Θράκης; Αν μπορείς τέλος Φλεβάρη, ο κ. Σκαλκίδης που λέει αρχές Μάρτη, συνεννοήσε με τον κ. Σκαλκίδη τον κ. Ζηλίδη, τον κ. Γιαννουλάτο και ευχαρίστως κάνουμε το της Βορείου Ελλάδος από τη μέση και πάνω.

Και η πρόταση είναι για Στερεά Ελλάδα, Δυτική Ελλάδα, Πελοπόννησο, Αττική και Κρήτη κάτι προς τον Απρίλη δεν μου είπες; Τον Απρίλη είναι πάρα πολύ ωραία στη Λαμία. Είναι ο κ. Τομάρας εδώ; Ωραία, Πέτρο νομίζω η Επιλογή αν θα είναι Λαμία ή Λάρισα, εγώ προσωπικά πιστεύω όσο πιο κάτω γίνεται για να έρθουν οι υπόλοιποι, τόσο το καλύτερο.

Το ευχαριστώ μου πάλι σε όλους. Καλή συνέχεια σ' αυτά. Μην το αφήσετε το θέμα ποιότητας, ειλικρινά μην το αφήσετε. Και ανανεώνουμε το ραντεβού μας τέλος Φλεβάρη και κάπου τον Απρίλη.

ΛΗΞΗ ΕΡΓΑΣΙΩΝ