

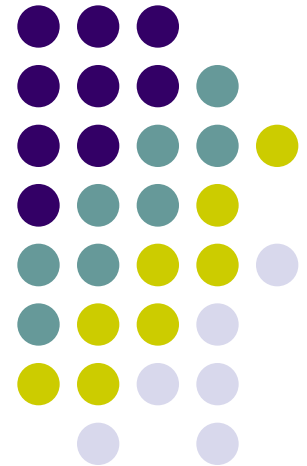
FORUM

για την ΥΓΕΙΑ & τις ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

24-26 ΙΟΥΝΙΟΥ, NAFPLIA PALACE, NAYPLION

«Μεγιστοποίηση της κλινικής και οικονομικής αποτελεσματικότητας των νοσηλειών, με ανάπτυξη διαδικασιών Κλινικού Ελέγχου (Clinical Audit) στα Νοσοκομεία»

Θανάσης Παπαμίχος, MSc, PhD
Πρόεδρος ΕΕΔΥΥ





- *Μπορεί η βελτίωση της αποδοτικότητας και της αποτελεσματικότητας των κλινικών πρακτικών να βοηθήσει στον περιορισμό του κόστους?*

Κακές Πρακτικές



- 1 στους 10 ασθενείς που εισάγεται για νοσηλεία αντιμετωπίζει κακές πρακτικές
- Ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις, χειρουργικές επιπλοκές από ιατρικά λάθη, ανεπιθύμητες ενέργειες από φαρμακευτική αγωγή
- Η κακή χρήση, η υπερκατανάλωση υπηρεσιών και θεραπειών συμβάλλει την φτωχή ποιότητα και στην αύξηση της δαπάνης

(*The Health Foundation, 2009*)

Κακές Πρακτικές



Άσκοπα γίνονται το

- 25% των εισαγωγών στα νοσοκομεία
- 20% των χειρουργικών επεμβάσεων
- 50% του χρόνου νοσηλείας
- 15% των επισκέψεων σε γιατρό
- 50% των διαγνωστικών εξετάσεων

Κλινική διακυβέρνηση (Clinical Governance)



- Το πλαίσιο μέσα στο οποίο θα πρέπει να λειτουργεί μια μονάδα υγείας ώστε να βελτιώνει συνεχώς την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και να εξασφαλίζει υψηλά πρότυπα φροντίδας.
- Οι μονάδες υγείας έχουν τη θεσμική υποχρέωση να αναζητούν συνεχώς τρόπους για τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.

•Κυριόπουλος Γ, Δόλγερας Α. (2001)

Κλινική διακυβέρνηση (Clinical Governance)



- Η κλινική διακυβέρνηση περιλαμβάνει διαδικασίες:
 - Εκπαίδευσης
 - Κλινικού ελέγχου
 - Κλινικής αποτελεσματικότητας
 - Διαχείρισης κινδύνου
 - Έρευνας και Ανάπτυξης
 - Δημοσίευσης αποτελεσμάτων

Κλινική διακυβέρνηση (Clinical Governance) - Στόχοι



- **Ιατρική καταλληλότητα** (medical appropriateness)
Παροχή της αναγκαίας φροντίδας με επιστημονική τεκμηρίωση, όφελος για τον ασθενή, αύξηση της ικανοποίησής του και οικονομικά αποτελεσματική.
- **Ιατρική αναγκαιότητα** (medical necessity)
Αξιολόγηση υπηρεσιών υγείας βάσει:
 - Της κάλυψης βασικών αναγκών περίθαλψης, σύμφωνες με τη διάγνωση.
 - Της οικονομικής αποδοτικότητας.
 - Της κατάλληλης υποδομής υγείας.
 - Των κατάλληλων πρωτοκόλλων
 - Της αποδεδειγμένης αξίας της.

Κλινική διακυβέρνηση (Clinical Governance) – Απαραίτητα εργαλεία



- **Ιατρικά πρωτόκολλα**
 - Μείωση διαφοροποίησης
 - Βελτίωση μέτρησης ποιότητας
 - Ιατρική τεκμηρίωση
 - Consensus
 - Εφαρμογή με προσαρμογή

Κλινικός έλεγχος (Clinical Audit)



Είναι η διαδικασία η οποία επιδιώκει να βελτιώσει την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας στον ασθενή και κατ' επέκταση τα κλινικά αποτελέσματα, μέσα από μια συστηματική αξιολόγηση της παρεχόμενης φροντίδας βάσει συγκεκριμένων κριτηρίων και την εφαρμογή αλλαγών, όπου κρίνεται αναγκαίο.

Ο κλινικός έλεγχος μπορεί να αφορά (Donabedian, 1996)

- Τις δομές (structure)
- Τις διαδικασίες (process) και
- Τα αποτελέσματα της φροντίδας (outcome)

Κλινικός έλεγχος (Clinical audit)



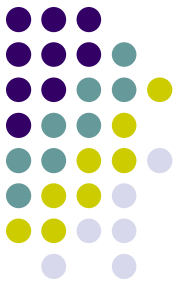
- Διατύπωση του προβλήματος.
- Καθορισμός των κριτηρίων και των προτύπων.
- Παρατήρηση και συλλογή δεδομένων.
- Σύγκριση δεδομένων με τα κριτήρια.
- Σχεδιασμός και εφαρμογή παρεμβάσεων όπου είναι αναγκαίο.
- Επανεέλεγχος.

Δημοσίευση αποτελεσμάτων



- *Η δημοσίευση των αποτελεσμάτων του ελέγχου η ακόμη και η δημοσίευση συγκριτικής βαθμολογίας μεταξύ διαφόρων μονάδων υγείας μπορεί να κινητοποιήσει τους γιατρούς και τα νοσοκομεία να συμμετάσχουν στον έλεγχο αλλά και να μεταβάλλουν την συμπεριφορά τους.*

Εσωτερικός Οικονομικός Έλεγχος



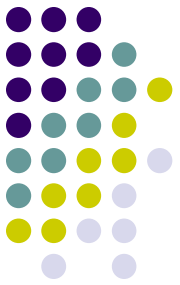
- Ως **οικονομικός έλεγχος** ορίζεται η διαδικασία αξιολόγησης της κατανομής και χρήσης των πόρων.

Πλεονεκτήματα κλινικού ελέγχου

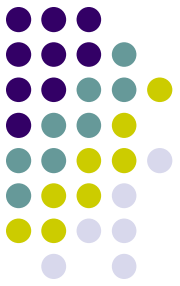


- Βελτίωση της επικοινωνίας και της συνεργασίας μεταξύ των επαγγελματιών υγείας.
- Βελτίωση της παρεχόμενης φροντίδας υγείας και των αποτελεσμάτων για τον ασθενή.
- Βελτίωση της οργάνωσης και διοίκησης των υπηρεσιών.
- Διασφάλιση της αποδοτικής χρήσης των πόρων.
- Ευκαιρίες για εκπαίδευση.

Μειονεκτήματα κλινικού ελέγχου



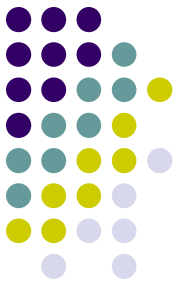
- Πρόσθετος φόρτος εργασίας σε βάρος της παρεχόμενης φροντίδας υγείας.
- Περιορισμός της ελευθερίας του γιατρού.



Εμπόδια στη διαδικασία ελέγχου

- Έλλειψη πόρων (ανθρώπινων, οικονομικών καθώς και χρόνου).
- Έλλειψη εξειδίκευσης (ελλιπής σχεδιασμός, αδυναμία καθορισμού προτύπων, ακατάλληλες μέθοδοι συλλογής δεδομένων, έλλειψη εξειδικευμένου και αποκλειστικού προσωπικού).
- Έλλειψη ενός οργανωμένου σχεδίου ελέγχου.
- Εμπόδια διοικητικής και οργανωτικής φύσης.

Παράγοντες που διευκολύνουν τη διαδικασία ελέγχου



- Ύπαρξη και χρήση πληροφοριακών συστημάτων.
- Εξειδικευμένο προσωπικό το οποίο ασχολείται αποκλειστικά με τον έλεγχο.
- Υποστηρικτικά εργαλεία και μηχανισμοί.
- Στρατηγικός σχεδιασμός για τη διαδικασία ελέγχου.
- Παρακολούθηση και υποστήριξη του προγράμματος ελέγχου.

Διαδικασίες διαχείρισης περιστατικού (case management)



- **Pre-admission notification/certification:** αξιολόγηση της ανάγκης για νοσηλεία πριν την εισαγωγή στο νοσοκομείο με χρήση προκαθορισμένων κριτηρίων.
- **Prospective pre-certification:** Σημείωση και αξιολόγηση της προτεινόμενης ιατρικής φροντίδας
- **Concurrent review:** Συμπαρακολούθηση. Αξιολόγηση των υπηρεσιών που προσφέρονται.
- **Discharge planning:** Αξιολόγηση αναγκών των ασθενών για κατάλληλη μετανοσοκομειακή φροντίδα.

Δείκτες αξιολόγησης



- Μείωση της μέσης διάρκειας νοσηλείας (ΜΔΝ).
- Μείωση ημερών νοσηλείας και επισκέψεων στα Επείγοντα.
- Μείωση εισαγωγών.
- Αύξηση παραπομπών σε εξωτερικά ιατρεία ή δομές πρωτοβάθμιας φροντίδας.
- Αύξηση διεπιστημονικής επικοινωνίας κι εκπαίδευσης.

Ο κλινικός έλεγχος στο Ηνωμένο Βασίλειο



- Σε εθνικό επίπεδο καθορίζονται οι προτεραιότητες για τον έλεγχο
- Σε περιφερειακό επίπεδο, οι Strategic Health Authorities έχουν μια ομάδα κλινικής διακυβέρνησης που φροντίζει να διασφαλίσει την ύπαρξη προγράμματος κλινικού ελέγχου σε τοπικό επίπεδο.
- Ο υπεύθυνος κλινικού ελέγχου σε τοπικό επίπεδο ευθύνεται για το σχεδιασμό και την ανάπτυξη της στρατηγικής ελέγχου, την επιλογή των προτεραιοτήτων, το σχεδιασμό και την οργάνωση του προγράμματος ελέγχου και την εφαρμογή τους.

Διεθνής εμπειρία



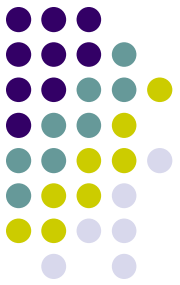
Netherlands

- Clinical guidelines have been published since 1987 (more than 70 clinical guidelines /8-10 topics per year),
- 80% and over of Dutch family physicians are informed and implement clinical guidelines,
- 70% on average of the recommendations are followed

Finland and Sweden

- Clinical guidelines have been published since 1989 in Finland by National and local bodies (700 and over are available)
- The Finnish Medical Society, Duodecim, produces primary care clinical guidelines
- Clinical guidelines in Sweden are developed by the Swedish Council on Technology Assessment in Health Care,

Διεθνής εμπειρία



France

- The Nationale de l'Accréditation et d'Évaluation en Santé), has published over 100 clinical guidelines

Germany, Italy, and Spain

- Clinical guidelines are on the rise in Germany and in Italy
- A guidelines database has been developed to support reform of the national healthcare system
- Spain, the Catalan Agency for Health Technology Assessment has been preparing clinical guidelines and teaches methods of guideline development

Pan-European clinical guideline programmes are also emerging

Διεθνή παραδείγματα



1998, New England Journal of Medicine

- 12,3% μείωση εισαγωγών
- 8% μείωση σε ημέρες νοσηλείας
- 8,3% μείωση σε κόστος νοσηλείας
- Πόροι που εξοικονομήθηκαν/ κόστος: 8/1

1998, BMJ

Με αύξηση περιστατικών 20%

- 14% μείωση μέσης διάρκειας νοσηλείας
- 20% μείωση χρόνου αναμονής
- 14% μείωση κόστους

Figure 1

Tabular feedback of clinical indicators for in-hospital care of acute coronary syndromes.



Clinical Outcomes								
	Baseline I (N=428) (1/10/00- 17/4/01)		Measurement 1 (n=429) (18/4/01- 22/09/01))		Measurement 2 (n=377) (23/09/01- 22/03/02)		Measurement 3 (n=360) (22/3/02- 22/9/02)	
In-hospital mortality Patients not Transferred	28/379	7.4%	24/389	6.2%	15/345	4.3%	21/345	6.5%
Re-admission Patients not transferred. 30 day same cause re-admission rate	26/351	7.4%	25/365	6.8%	22/330	6.7%	15/304	4.9%
Length of stay. Median days. Patients discharged alive and not transferred		7		6		6		6

Κλινικός έλεγχος – Η ελληνική πραγματικότητα



- **Δημόσιος Τομέας**

- Ανύπαρκτη ή προσχηματική λειτουργία ιατρικού ελέγχου των νοσηλειών.
- Πλήρης αδιαφορία για ουσιαστικές ελεγκτικές διαδικασίες.

- **Ιδιωτικός Τομέας**

- Λειτουργεί από 10ετίας, παρά τις αδυναμίες του, με κύριο προωθητικό «όχημα» τις ιδιωτικές Ασφαλιστικές Εταιρείες.

Κλινικός έλεγχος – Σημερινή λειτουργία



Σύμβαση με ασφαλιστικές εταιρίες, με βασικές προβλέψεις για:

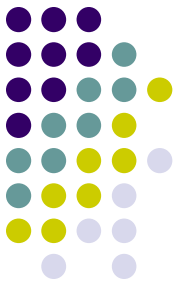
- τις νοσηλείες,
- τις τιμές,
- τις διαδικασίες,
- τον ασθενή,
- καινοτόμους θεσμούς,
- μετρήσιμα μεγέθη.

Κλινικός έλεγχος – Σημερινή λειτουργία



- Εγκατάσταση του Ελεγκτικού Ιατρείου ως μόνιμη δομή εντός του ιδιωτικού Νοσοκομείου.
- Διενέργεια διαδοχικών ιατρικών ελέγχων.
- Έλεγχος της τιμολόγησης.
- Παραπομπή αμφισβητούμενων περιπτώσεων (διαφωνία ελεγκτή ιατρού και θεράποντος ιατρού) στην Επιτροπή Διαιτησίας.

Κλινικός έλεγχος – Αναφορές



- Πλήρης Μηχανογράφηση, on line επικοινωνία, paperless λειτουργία.
- Καθημερινή συλλογή έως 36 στοιχείων ανά ασθενή (περιγραφικών και αριθμητικών) που καθορίστηκαν από την Ένωση Ασφαλιστικών Εταιριών
- Προτυποποιημένος τρόπος αναφορών ώστε να επιτρέπεται η συγκρισιμότητα.

Κλινικός έλεγχος – Στατιστικά



- **Μετρήσιμο Κόστος Περικοπών:**

10-12% προ 10ετίας, 3-4% σήμερα του Κόστους Νοσηλείας
(συμμόρφωση των ιατρών/ Νοσοκομείων).

- **Απόρριψη ολόκληρης της Νοσηλείας:**

8% του συνόλου των εισαγωγών προ 10ετίας, <1% σήμερα

- **Μη Μετρήσιμο Κόστος Περικοπών:**

δεν υπάρχουν στατιστικά στοιχεία αλλά είναι σημαντικό.

- **Μέση Διάρκεια Νοσηλείας:**

4,8 ημέρες προ 10ετίας, 2,2 ημέρες σήμερα.

- **Κόστος Ελεγκτικού Ιατρού:**

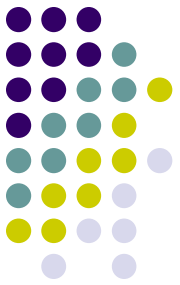
Λιγότερο από 1% του Κόστους Νοσηλείας!

Ανάγκη εφαρμογής ελέγχου στο ελληνικό σύστημα υγείας



- Η απουσία συστηματικών καταγραφών στη βάση φακέλων των ασθενών.
- Η απουσία πρωτοκόλλων διαχείρισης της νόσου και των ασθενών
- Η διενέργεια επαναλαμβανόμενων εξετάσεων λόγω μη καταγραφής και περιττών εξετάσεων στο πλαίσιο πρακτικής «αμυντικής ιατρικής».
- Η ασυνέχεια της φροντίδας μεταξύ πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας περίθαλψης.
- Οι παρατηρούμενες ανομοιογένειες στην παρεχόμενη φροντίδα (κυρίως σε μονάδες υγείας με διαφορετικό βαθμό αστικότητας, ακαδημαϊκού υπόβαθρου, κτλ.)
- Τα παρατηρούμενα φαινόμενα «κακής ιατρικής» (malpractice).
- Η ανυπαρξία καθηκοντολογίου μεταξύ των λειτουργών υγείας στο σύστημα.

Ανάλυση SWOT για την εφαρμογή ελέγχου



Πλεονεκτήματα-Strengths

- Βελτίωση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας
- Βελτίωση της οργάνωσης και διοίκησης
 - Αποδοτική χρήση πόρων
 - Εκπαίδευση
- Εμπειρία από τον ιδιωτικό τομέα

Αδυναμίες – Weaknesses

- Απουσία πληροφοριακών Συστημάτων
- Έλλειψη εξειδικευμένου προσωπικού στους κλινικούς ελέγχους
- Απουσία πρωτοκόλλων διαχείρισης της νόσου

Ευκαιρίες – Opportunities

- Ευαισθητοποίηση σε θέματα ελέγχου
- Εφαρμογή συστήματος ηλεκτρονικής συνταγογράφησης

Κίνδυνοι – Threats

- Αντιδράσεις επαγγελματιών Υγείας
 - Γραφειοκρατία

Μια πρόταση εφαρμογής ελέγχου



- Ανάπτυξη ολοκληρωμένου στρατηγικού σχεδίου ελέγχου.
- Συγκρότηση ομάδας ελέγχου σε κάθε μονάδα υγείας η οποία θα αποτελείται από επαγγελματίες υγείας κι εργαζόμενους στο χώρο αυτό.
- Περιοδικός και συστηματικός έλεγχος των φακέλων των ασθενών
 - Βελτίωση ποιότητας υπηρεσιών
 - Βελτίωση της αποδοτικότητας των υπηρεσιών
- Δημοσίευση των αποτελεσμάτων ελέγχου ανά τακτά χρονικά διαστήματα.
- Κατάρτιση και συνεχιζόμενη εκπαίδευση της ομάδας ελέγχου.

Θέματα προς συζήτηση



- *Ο έλεγχος θα είναι υποχρεωτικός;*
- *Ποιοι τομείς θα ελέγχονται;*
- *Ποιος θα θέτει τους στόχους;*
- *Ποιοι θα συμμετέχουν στη διαδικασία του ελέγχου;*
- *Πώς θα κινητοποιούνται οι μονάδες υγείας και οι επαγγελματίες υγείας ώστε να συμμετέχουν;*
- *Πού θα δημοσιεύονται τα αποτελέσματα;*

Σας ευχαριστώ για την προσοχή σας

