

Η αξιολόγηση της ποιότητας και του κόστους της χειρουργικής

Δημήτρης - Σόλων Γ. Γεωργόπουλος

If we respect truth, we must search for it persistently, searching for our errors, by indefatigable rational criticism and self - criticism.

Sir Karl Popper, (1902-1994)

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η αξιολόγηση της ποιότητας και του κόστους των ιατρικών πράξεων θεωρείται από τη μια μεριά κάτι καινούργιο ενώ από την άλλη, μια ανεπιθύμητη εισβολή στην επαγγελματική ελευθερία των γιατρών. Κάτι τέτοιο, όμως, δεν είναι αληθινό αφού οι ιδέες αυτές είναι τόσο παλαιές όσο η ίδια η ιατρική¹.

Είναι γνωστό ότι στην αρχαιότητα, η ενσυναίσθηση δεν ήταν επαρκής από μόνη της για την παροχή βοήθειας στο συνάνθρωπο και ότι η παροχή της βοήθειας αυτής δεν ήταν δυνατόν να αφεθεί στη διακριτική ευχέρεια ορισμένων ατόμων, όσο καλοπροαίρετα και να ήταν αυτά.

Έτσι, εμφανίστηκαν οι πρώτοι κανόνες για την εξάσκηση του ιατρικού επαγγέλματος. Ο Κανόνας του Χαμουραμπί του 2000 π.Χ. αναφέρεται όχι μόνο στην πρακτική εξάσκηση της ιατρικής, αλλά καθορίζει και την κλίμακα των αμοιβών των γιατρών και τις ποινές για τα λάθη τους. Παρόμοιοι κανόνες αναφέρονται και στον Πάπυρο του Edwin Smith, του 1500 π.Χ., που καθιερώθηκαν τότε στην Αίγυπτο και στη συνέχεια διακηρύχθηκαν από τους διάσημους Έλληνες γιατρούς και στη συνέχεια από τους Ρωμαίους.

Ο Ιπποκράτης, 460-370 π.Χ., τόνισε την αναγκαιότητα για τη λήψη του ιστορικού του αρρώστου με ακρίβεια, για την κλινική εξέταση δίπλα στο κρεβάτι του πάσχοντα, ενώ απαιτούσε από το γιατρό ένα υψηλό επίπεδο δεοντολογίας και ηθικής. Πέρα από αυτά, ήταν ο πρώτος που αμφισβήτησε πολλές από τις θεραπείες που ήταν τότε του συρμού και δημιούργησε το γνωστό Όρκο.

Το μεσαίωνα, οι διάφορες Συντεχνίες, Αδελφότητες και Συνεταιρισμοί, παρόλο που ήταν κλειστά συστήματα, έπαιξαν ένα σημαντικό ρόλο στη διατήρηση ενός επιπέδου κανόνων ποιότητας. Το Βασιλικό Κολλέγιο των Χειρουργών στην Αγγλία

διαθέτει ένα αντίγραφο περγαμνής του 1342 μ.Χ., όπου αναφέρεται ο διορισμός από το Δήμαρχο του Λονδίνου δύο Αρχιάτρων Χειρουργών, προκειμένου να εποπτεύουν την εξάσκηση της τέχνης της ιατρικής / χειρουργικής και να αναφέρουν οποιονδήποτε συνάδελφό τους που είναι ανεπαρκής. Αυτό είναι μια καθαρή διατύπωση για την αναγκαιότητα του ελέγχου της ποιότητας του επιπέδου της παρεχόμενης ιατρικής περίθαλψης που προέρχεται από μια δημοτική αρχή.

Ο δέκατος ένατος αιώνας χαρακτηρίζεται από σημαντικές αλλαγές των εθνικών Στατιστικών Υπηρεσιών στη συλλογή και καταγραφή των γεννήσεων, των θανάτων και τη συστηματική κατάταξη των ασθενειών. Χωρίς αυτές τις εξελίξεις, καμία πρόοδος στην εξασφάλιση της ποιότητας της ιατρικής και την εξάσκηση της χειρουργικής δεν θα ήταν δυνατή.

Οι σημερινές απαιτήσεις για τον έλεγχο και την αξιολόγηση της ποιότητας και του κόστους των ιατρικών πράξεων αυξάνουν καθημερινά. Έτσι, είναι απαραίτητο να αποδεχθούμε τις νέες συνθήκες και μαζί με αυτές τη ζωτική σημασία αναγκαιότητα της προώθησης της αξιολόγησης του επιπέδου της απόδοσης των χειρουργικών μας πράξεων. Εάν παραμελήσουμε να δράσουμε στον τομέα αυτό, είναι φανερό ότι άλλοι που δεν διαθέτουν την κοπτική ικανότητα, την πείρα και την ενόραση, θα κληθούν να το πράξουν αντί για εμάς¹. Δεν θα πρέπει βέβαια να ξεχνάμε το πραγματικό γεγονός ότι οι γιατροί είναι υπεύθυνοι για όλες σχεδόν τις δαπάνες για τη φροντίδα της υγείας και γι' αυτό θα πρέπει να φροντίσουμε ώστε οι υπάρχοντες πόροι να χρησιμοποιούνται με περίσκεψη, σοφία και δικαιοσύνη².

Εφόσον, λοιπόν, το επιθυμητό αποτέλεσμα είναι η βελτίωση της παρεχόμενης περίθαλψης, ο τελικός αυτός σκοπός δικαιολογεί τα οποιαδήποτε μέτρα που είναι προς τούτο αναγκαία. Βέβαια, θα πρέπει να ληφθεί ότι χωρίς εντιμότητα, η αξιολόγηση και η ποιοτική εκτίμηση των χειρουργικών πράξεων είναι άχρηστη.

ΠΟΙΑ ΕΙΝΑΙ Η ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΗ ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ ΚΑΙ ΤΗΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΤΟΥ ΚΟΣΤΟΥΣ ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ;

Η αξιολόγηση της ποιότητας πραγματοποιείται για δύο λόγους: ο πρώτος είναι η έρευνα, διότι εφόσον υπάρχουν πλήρη στοιχεία για κάθε άρρωστο αναφορικά με την πάθησή του και είναι διαθέσιμα και προσβάσιμα, θα μπορούν να εξαχθούν πολύτιμα συμπεράσματα για τη μέθοδο της θεραπείας που χρησιμοποιήθηκε. Οι πιο σημαντικές δημοσιεύσεις στη χειρουργική είναι εκείνες

που βασίζονται σε ακριβή και πλήρη στοιχεία για την πάθηση και την εγχείρηση που διενεργήθηκε. Αυτό δεν είναι σημαντικό μόνο για την καταγραφή της φυσικής εξέλιξης της πάθησης αλλά και για να παροτρύνει κλινικές μελέτες. Υπάρχουν παθήσεις και θεραπείες όπου δεν είναι δυνατόν να διενεργηθούν τυχαίοποιημένες κλινικές μελέτες, για λόγους ηθικής ή άλλους, οπότε ένας πλήρης κλινικός έλεγχος και αξιολόγηση είναι ιδιαίτερα χρήσιμος. Ο δεύτερος λόγος είναι η εξασφάλιση της ποιότητας. Ποιότητα στην ουσία σημαίνει τελειότητα. Πώς μπορεί όμως να προσδιορισθεί η τελειότητα;

Τέσσερις είναι οι στόχοι της ορθής εξάσκησης της ιατρικής: α. αποτελεσματική, β. επαρκής, γ. ασφαλής, και δ. να ικανοποιεί τους ασθενείς.

Αποτελεσματική ιατρική σημαίνει ότι έγιναν τα σωστά βήματα στη σωστή κατεύθυνση ώστε να αποκατασταθεί η υγεία, να ελαχιστοποιηθεί ο πόνος και η επικινδυνότητα του θανάτου. Ασφαλής ιατρική σημαίνει την αποφυγή των ιατρογενών, φαρμακευτικών και νοσοκομειακών επιπλοκών. Η επάρκεια περιλαμβάνει, όχι μόνο το κόστος της λειτουργίας αλλά και την κατανομή των πόρων ανάλογα με τις υπάρχουσες ανάγκες. Οι πόροι, ως γνωστόν, είναι περιορισμένοι, ώστε η χρησιμοποίηση μεγάλου μέρους τους σε κάποιο τομέα σημαίνει στέρηση από άλλους. Ικανοποίηση των ασθενών σημαίνει - και αυτό είναι ίσως το πιο σημαντικό στοιχείο στην εξασφάλιση της ποιότητας - ικανοποίηση των ασθενών ως προς τη διαθεσιμότητα, την προσβασιμότητα και τη συνέχεια στη φροντίδα για την υγεία, το λελογισμένο κόστος και το ικανοποιητικό αποτέλεσμα της περίθαλψης. Σε επιβεβαίωση των παραπάνω, αξίζει να αναφερθεί η άποψη του Stokes (1971)⁴: «Οι περισσότεροι πολίτες όταν είναι άρρωστοι ενδιαφέρονται περισσότερο για την καλοσύνη και την κατανόηση παρά για τις τιμές της κρεατινίνης και την προσδεδετική ικανότητα του σιδήρου».

Ο έλεγχος και η αξιολόγηση της ποιότητας και του κόστους των ιατρικών πράξεων βασίζεται σε τρεις κύριους παράγοντες: στην υποδομή (κτίρια, μηχανήματα, εργαλεία, προσωπικό, βιβλιοθήκη κ.λπ.), στη λειτουργία και στο αποτέλεσμα.

Ο Sheldon έδωσε τον παρακάτω ορισμό για το τί είναι έλεγχος και αξιολόγηση της ποιότητας και του κόστους της χειρουργικής: «Μια μελέτη κάποιου μέρους της υποδομής και του αποτελέσματος της φροντίδας για την υγεία, που διεκπεριώνεται από αυτούς που προσωπικά ασχολούνται με τη δραστηριότητα αυτή ώστε να μετρηθεί κατά πόσον οι προκαθορισμένοι στόχοι επετεύχθησαν και έτσι να εκτιμηθεί η ποιότητα της φροντίδας που παρασχέθηκε».

Είναι βέβαιο ότι η χρηματοδότηση κάθε Εθνικού

Συστήματος Υγείας δε θα εμφανίσει πρόσθετη ανάπτυξη. Η ανάπτυξη θα επιτευχθεί από την εξοικονόμηση πόρων μέσα στο σύστημα. Αυτός είναι ένας πρόσθετος λόγος για να γίνει κατανοητή η ανάγκη της αξιολόγησης της ποιότητας και του κόστους της ιατρικής, αφού είναι γνωστό ότι οι γιατροί είναι υπεύθυνοι για όλες σχεδόν τις δαπάνες για τη φροντίδα της υγείας².

Η ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΥΠΟΔΟΜΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΕΝΟΣ ΤΜΗΜΑΤΟΣ Ή ΕΝΟΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

Είναι γνωστό ότι η υποδομή και η λειτουργία ενός Τμήματος ενός Νοσοκομείου απαιτεί τη διάθεση σημαντικών πόρων. Οι απαιτήσεις των ανθρώπων για το είδος της περίθαλψης που θα ήθελαν, μαζί με τον αυξημένο αριθμό των ηλικιωμένων, η εξέλιξη των επιχειρήσεων και των ιατρικών εξετάσεων που ήταν αδιανόπτες πριν 50 χρόνια, η εμφάνιση διαφόρων ασθενειών και διαφόρων μεθόδων θεραπείας για παλαιές ασθένειες, καθώς και η απαίτηση για έλεγχο του υγιούς πληθυσμού, έχει δημιουργήσει ανάγκες που συνεχώς αυξάνουν σε όλες τις χώρες. Αυτό που κανένας δεν είχε αντιληφθεί ήταν ότι η απαίτηση για καλύτερη ιατρική περίθαλψη δεν έχει όρια και ότι η εξαφάνιση των περισσότερων μεταδοτικών ασθενειών και των στερητικών νόσων οδήγησε, όχι στη μείωση της ζήτησης, αλλά στην αλλαγή του είδους της ζήτησης. Η δικαιοσύνη απαιτεί οι μειωμένοι πόροι να μην αποστερηθούν από τους ανθρώπους που πάσχουν από κάποια ασθένεια ή από τα προγράμματα πρόληψης και να διοχετευθούν σε άλλα προγράμματα, για παράδειγμα πλαστικής χειρουργικής ή εξωσωματικής γονιμοποίησης. Από την άλλη μεριά, καμία λειτουργία Νοσοκομείου δεν είναι τόσο δαπανηρή όσο η λειτουργία της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας.

Συνδυασμένη με τις μεγάλες προσδοκίες για την υγεία, υφίσταται μια κοινή πλάνη που είναι αποδεκτή μεταξύ πολλών ανθρώπων, ότι η ιατρική μπορεί να θεραπεύσει όλες τις ασθένειες και ότι η αποτυχία μιας εγχείρησης να θεραπεύσει έναν άρρωστο πρέπει να οφείλεται στην αποτυχία του χειρουργού. Εάν οι απαιτήσεις είναι απεριόριστες και οι πηγές περιορισμένες, δύο πράγματα έπονται: πρώτον, αυτοί που παρέχουν τους πόρους πρέπει να απαιτούν μελέτες κόστους - οφέλους και δεύτερον, σαν αποτέλεσμα αυτών θα πρέπει να περιοριστούν οι δαπάνες και να κατανεμηθούν ορθολογικά. Η αρχή του κόστους - οφέλους είναι ο στόχος όλων εκείνων που παρέχουν τους πόρους. Επίσης, θα πρέπει να ληφθεί το αυτονόητο, ότι η ποσότητα ή το μέγεθος των περιπτώσεων των ασθενών που αντιμετωπίζονται δεν μπορεί να εξισωθεί με την

ποιότητα. Η ποιότητα φαίνεται καλύτερα από συγκριτικές μελέτες ή από έντιμες και πλήρεις κλινικές αξιολογήσεις του αποτελέσματος. Αν τα Εθνικά Συστήματα Υγείας ήταν ιδιωτικές επιχειρήσεις, θα έπρεπε να είχαν θέσει τα οικονομικά τους, το προσωπικό τους και τη λειτουργία των διοικητικών υπηρεσιών σε μια βάση κόστους- οφέλους, ειδάλλως θα έπρεπε να κλείσουν την επιχείρηση. Βασικό στοιχείο των οικονομικών είναι ο κανόνας: «ό, τι δαπανάται σε ένα τομέα δεν είναι διαθέσιμο για τον άλλον».

Σε κάθε βιομηχανία, ο πιο σημαντικός παράγοντας για την επάρκεια είναι η παραγωγικότητα. Οι υπηρεσίες, όμως, υγείας διαφέρουν απ' όλες τις βιομηχανίες και η εκτίμηση και η αξιολόγηση της επάρκειας είναι πάρα πολύ δύσκολη.

Το 1988, ο Εθνικός Σύλλογος Υπηρεσιών Υγείας της Αγγλίας διαπίστωσε ότι το Εθνικό Σύστημα Υγείας θα πρέπει να αναζητήσει μια νέα διαδικασία ανεύρεσης κεφαλαίων για να γίνει μια αλλαγή στο σύστημα κατανομής και χρήσης των υπαρχόντων πόρων, ώστε να συσχετισθεί το εισόδημα από τις δραστηριότητες των υπηρεσιών με μεγαλύτερη αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα⁶.

Το 1983, ξεκίνησε στην Αμερική μια μέθοδος για τον περιορισμό των δαπανών χωρίς βέβαια να βελτιώνει την ποιότητα της περίθαλψης, με τις «Διαγνωσμένες Ομάδες Ασθενών»⁷. Άλλες προσπάθειες έγιναν με τη βαθμολόγηση της βαρύτητας της πάθησης, όπως π.χ. με το APACHE 118, ή τους Δείκτες Αποδοτικότητας⁹. Το κόστος θα πρέπει να μετρηθεί όχι μόνο με τα μεγέθη των χρησιμοποιούμενων κεφαλαίων, αλλά και με την ορθή κατανομή των περιορισμένων πόρων. Ο εντοπισμός της ανεπάρκειας είναι η αναγκαία εισαγωγή στην παροχή καλύτερης ιατρικής περίθαλψης. Ο περιορισμός των δαπανών στη χειρουργική θα πρέπει να λάβει υπόψη του και την ποιότητα της ζωής μετά την εγχείρηση, όπως και ότι κάτι τέτοιο μπορεί να επιτευχθεί με την πρόληψη ή με τη σωστή θεραπεία. Το πρόβλημα, βέβαια, είναι ότι η νέα τεχνολογία αυξάνει τις δαπάνες αντί να τις μειώνει και ότι οι γιατροί που αποφασίζουν για τις εισαγωγές και την έξοδο των ασθενών από το Νοσοκομείο και τη χρησιμοποίηση των νέων διαγνωστικών και θεραπευτικών μεθόδων δεν ενδιαφέρονται για τη μείωση του κόστους. Η μεγάλη αιμορραγία των πόρων στα Εθνικά Συστήματα Υγείας ξεκινά από τη μακρά παραμονή των ασθενών στο Νοσοκομείο, από τις μετεγχειρητικές επιπλοκές και την περίθαλψη των ασθενών σε τελικό στάδιο της νόσου¹⁰. Η καλή ιατρική βασίζεται στη χρησιμοποίηση αρκετού χρόνου για τη λήψη ενός πλήρους ιστορικού του αρρώστου και τη διενέργεια μιας εμπεριστατωμένης κλινικής εξέτασης. Αν ο γιατρός δεν είναι ικανός να ορίσει μια αρχική διάγνωση χωρίς τη χρησιμοποίηση εξειδικευμέ-

νων και δαπανηρών εξετάσεων, τότε κάτι έχει πάει λάθος στην εκπαίδευσή του.

Συμπερασματικά, εάν κάποιο Νοσοκομείο επιθυμεί να αυξήσει την αποδοτικότητα και την αποτελεσματικότητά του θα πρέπει να είναι διατεθειμένο να προχωρήσει σε μεγάλες αλλαγές, όπως:

1. αποφυγή εισαγωγών ασθενών για εξετάσεις,
2. αποφυγή μη αναγκαίων και δαπανηρών εξετάσεων,
3. μείωση της διάρκειας της νοσηλείας,
4. καθιέρωση για παρατεταμένη νοσηλεία αναρρωτηρίων και ξενοδοχείων,
5. ενίσχυση εγχειρήσεων μιας μέρας και μιας νύχτας,
6. καθιέρωση ορόφων νοσηλείας 5 ημερών,
7. χρησιμοποίηση των τραπεζιών του χειρουργείου επτά ημέρες την εβδομάδα από το πρωί μέχρι το βράδυ (8:00-23:00),
8. επαναχρησιμοποίηση των υλικών μιας χρήσης,
9. έλεγχο των συνταγογραφούμενων φαρμάκων,
11. διατήρηση αρχείων και δεδομένων και διενέργεια ελέγχων και αξιολογήσεων,
12. περιφορά των ειδικευόμενων γιατρών,
13. χρησιμοποίηση ταξί αντί ασθενοφόρων, και κλείσιμο των υπολειπουμένων Νοσοκομείων.

Τέλος, θα πρέπει να ληφθεί ότι προκειμένου να πραγματοποιηθεί μια πραγματική αξιολόγηση απαιτείται η ύπαρξη ηλεκτρονικών υπολογιστών, με την προϋπόθεση βέβαια, ότι τα στοιχεία είναι πλήρη, ακριβή και απόρρητα.

Η ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΤΟΥ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ

Τα τελευταία 15 και περισσότερα χρόνια, διενεργούνται στην Αγγλία και παλαιότερα στην Αμερική, συνεδριάσεις για την Αξιολόγηση του Ιατρικού Έργου, της θεραπευτικής δηλαδή αγωγής και της διαδικασίας που εφαρμόζεται προς τούτο. Μια ομάδα στελεχών γιατρών του Νοσοκομείου που δεν έχει σχέση με τους γιατρούς που αντιμετώπισαν τον άρρωστο, καλούνται να γνωματεύσουν για τους νοσηλευόμενους ασθενείς αναφορικά με την ποιότητα του ιστορικού του αρρώστου, την καταλληλότητα των διαγνωστικών εξετάσεων που διενεργήθηκαν, τα φάρμακα που χορηγήθηκαν καθώς και για την ποιότητα και την έγκαιρη αποστολή των Ενημερωτικών Σημειωμάτων που λαμβάνουν οι ασθενείς κατά την έξοδό τους από το Νοσοκομείο. Η ανασκόπηση της διαδικασίας της θεραπευτικής φροντίδας του αρρώστου από ομοιόβαθμους συναδέλφους είναι πολύ σημαντική και έχει φέρει καρπούς, όπως είναι η καλύτερη τήρηση των αρχείων και η διενέργεια

των πιο κατάλληλων εξετάσεων και θεραπειών για τον άρρωστο.

Η ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας μετρείται, κατά τους Bowden & Gumpert, από την καταλληλότητά της, την προσβασιμότητά της, την εφαρμοζόμενη ισονομία, την αποτελεσματικότητα, την εφαρμοσιμότητα και την αποδοχή της από τον άρρωστο¹¹.

Ένας πρώτος παράγοντας που θα πρέπει να ληφθεί υπόψη είναι η προεγχειρητική εκτίμηση της καταλληλότητας του αρρώστου να χειρουργηθεί. Προς τούτο, έχουν γίνει πολλές προσπάθειες για να κατασκευασθούν μέθοδοι εκτίμησης της ικανότητας των ασθενών να αντέξουν τις μεγάλες χειρουργικές επεμβάσεις. Οι περισσότερες, όμως, μέθοδοι έχουν επικεντρωθεί σε ορισμένους μόνο παράγοντες ή είναι υποκειμενικές. Η πιο γνωστή μέθοδος είναι της Αμερικανικής Αναισθησιολογικής Εταιρείας, αλλά η κατάταξη πάσχει αφού βασίζεται σε υποκειμενική εκτίμηση. Ξεκίνησε το 1940 και απαρτίζεται από πέντε κατηγορίες¹². Άλλες εκτιμήσεις έχουν γίνει από τον Goldmann¹³, από τον Playforth το 1987¹⁴ κ.λπ. Όταν η αξιολόγηση χρησιμοποιείται ως εργαλείο εξασφάλισης της ποιότητας, ο βασικός της στόχος είναι να διαπιστώσει ανεπάρκειες στη χειρουργική επιδεξιότητα, όχι για να κάνει το κυνήγι των μαγισσών των υστερούντων χειρουργών, αλλά για να τους επιτρέψει να επιτύχουν καλύτερες χειρωνακτικές επιδεξιότητες με την εκπαίδευση και το παράδειγμα. Η τεχνική ικανότητα θα πρέπει να είναι ο βασικός παράγοντας που θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη στην εκτίμηση της εκπαίδευσης των νεότερων, ενώ αυτοί που εμφανίζουν ανεπάρκεια στην τεχνική θα πρέπει να καθοδηγούνται σε πρώιμο στάδιο της εκπαίδευσής τους σε άλλες κατευθύνσεις.

Η αξιολόγηση των μετεγχειρητικών θανάτων, πράγμα σημαντικό, έχει επίσης σημαντικές δυσκολίες. Σε μεγάλο βαθμό, κάτι τέτοιο συμβαίνει στην προσπάθεια αξιολόγησης των μετεγχειρητικών επιπλοκών. Ο χειρουργός θα πρέπει να επιμένει στο ότι όλες οι επιπλοκές πρέπει να ερευνώνται και να καταγράφονται καθώς εμφανίζονται, ειδάλλως θα παραληφθούν από το ιστορικό του αρρώστου. Για τους ίδιους λόγους, τα στατιστικά στοιχεία που συλλέγονται από τις διοικητικές υπηρεσίες του Νοσοκομείου είναι πολλές φορές λανθασμένα.

Η αξιολόγηση του αποτελέσματος είναι πιο χρήσιμη αλλά επίσης και πιο δύσκολη από την αξιολόγηση των υποδομών ή του παραγόμενου έργου. Η μετεγχειρητική θνητότητα, ακόμα και αν έχει κωδικοποιηθεί κατά ηλικία, είναι μικρής σημασίας εάν δεν ληφθεί υπόψη η βαρύτητα της ασθένειας που αξιολογείται, η καταλληλότητα των ασθενών για εγχείρηση και το ποσοστό των ασθενών που δεν χειρουργήθηκαν καθώς και η εξέλιξή τους. Τα

πιστοποιητικά θανάτου δεν είναι φερέγγυα, ενώ τα ποσοστά των νεκροψιών των ασθενών που πεθαίνουν μετά από τις εγχειρήσεις θα πρέπει να αυξηθούν.

Στο ίδιο πνεύμα, της αξιολόγησης του αποτελέσματος, περιλαμβάνεται και η «Μελέτη για την Επάρκεια του Ελέγχου των Ενδοσοκομειακών Λοιμώξεων» που έγινε στην Ατλάντα των ΗΠΑ το 1970 και διήρκεσε δέκα χρόνια¹⁵. Τα στοιχεία αυτά επέτρεψαν τη μέτρηση του βαθμού της επιτήρησης, των μέτρων ελέγχου, την εφαρμοζόμενη τακτική και διδασκαλία και το κατά πόσον τα Νοσοκομεία συστηματικά, ανέφεραν τα ποσοστά των μολύνσεων των χειρουργικών τραυμάτων στους χειρουργούς. Το δίδαγμα από αυτό το Πρόγραμμα είναι, ότι εάν η λειτουργία της παροχής υπηρεσιών παρακολουθείται στενά και εάν τα αποτελέσματα καταγράφονται έγκαιρα και προσεκτικά και γνωστοποιούνται στους γιατρούς, τότε το επίπεδο των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας θα βελτιωθεί.

Οι τυχαίοποιημένες κλινικές μελέτες είναι μια άλλη τακτική για την εκτίμηση και την αξιολόγηση του αποτελέσματος μια και χρησιμοποιείται εδώ και 50 χρόνια, ενώ εδώ και 40 χρόνια θεωρείται ο χρυσός κανόνας για την έρευνα. Υπάρχουν βέβαια εμπόδια που έχουν σχέση με τις αντιθέσεις στη χειρουργική. Αρχικά, η αρχή της τυχαίοποιημένης κλινικής μελέτης γίνεται δεκτή με δυσκολία από τους ασθενείς, δεύτερον, ο πληθυσμός που θα μπορούσε να συμπεριληφθεί σε αυτές δεν είναι στην πραγματικότητα τυχαίο δείγμα όλου του πληθυσμού αναφορικό με την ασθένεια που μελετάται, και τρίτον, οι κλινικοί γιατροί που παίρνουν μέρος σε τέτοιες μελέτες είναι δυνατόν —είτε διότι ξέχασαν είτε για άλλους λόγους— να μην καταγράφουν τους ασθενείς που θα πρέπει να καταγραφούν. Τελικά, πολλές μελέτες εμπεριέχουν μικρό αριθμό ασθενών ώστε να παράσχουν ισχυρά συμπεράσματα. Αυτό το έλλειμμα καλύπτεται πολλές φορές με την ανάλυση των αποτελεσμάτων πολλών μελετών μαζί —αυτό που λέγεται μετα-ανάλυση— ενώ θα πρέπει να ληφθεί ότι κάθε μελέτη έχει συνήθως διαφορετικά κριτήρια και καταλληλότητα των στοιχείων που μελετήθηκαν και ότι τα αποτελέσματα της μιας μελέτης μπορεί στην πραγματικότητα να αντιστρατεύονται τα αποτελέσματα της άλλης.

Οι Horowitz & Feinstein¹⁶, συνέστησαν ότι όταν οι τυχαίοποιημένες κλινικές μελέτες δεν μπορούν να εφαρμοσθούν λόγω ηθικών ή πρακτικών λόγων θα πρέπει να γίνονται προοπτικές μελέτες.

Με βάση τα παραπάνω, γίνεται φανερό ότι η αξιολόγηση του αποτελέσματος είναι σκόπιμη και για την έρευνα όσο είναι απαραίτητη για την εξασφάλιση της ποιότητας. Μόνο αν κάτι τέτοιο γίνει αποδεκτό, τότε θα μπορούσαν να ενθαρρυνθούν οι χειρουργοί να

εξασφαλίσουν ότι όλα τα στοιχεία των αρρώστων θα καταγράφονται πλήρως με ειλικρίνεια και ότι η μέθοδος της ανάκλησης των δεδομένων από τον ηλεκτρονικό υπολογιστή θα επιτρέπει την ανάλυση των παραγόντων επικινδυνότητας και του αποτελέσματος, όσον αφορά στις μετεγχειρητικές επιπλοκές και τους θανάτους καθώς επίσης και στη μακρόχρονη ποιότητα και διάρκεια της ζωής.

Ειδικότερα για το θέμα των μετεγχειρητικών θανάτων, είναι φανερό ότι αποτελούν το θέμα της συζήτησης των «Επιτροπών Ομοιόβαθμων Κριτών» και ότι πολλά Νοσοκομεία στο εξωτερικό έχουν καθιερώσει απόρρητες συνεδριάσεις για τη θνητότητα και τη θνησιμότητα.

Το 1986¹⁷ ξεκίνησε στην Αγγλία μια πιλοτική μελέτη για λογαριασμό της Χειρουργικής και της Αναισθησιολογικής Εταιρείας της Αγγλίας και της Ιρλανδίας, η «Έρευνα των Περιεγχειρητικών θανάτων», για να επεκταθεί το 1989 σε ολόκληρη την Αγγλία. Ένα από τα πρώτα προβλήματα υπήρξε το απόρρητο. Αυτό επιλύθηκε, πρώτον, με την αφαίρεση από όλα τα έντυπα και τα άλλα έγγραφα του οτιδήποτε μπορούσε να οδηγήσει στην αναγνώρισή του Νοσοκομείου, του χειρουργού, του αναισθησιολόγου ή του ασθενούς. Δεύτερον, όλοι οι κριτές προέρχονταν από άλλη περιοχή της χώρας και τρίτον, η έκθεση των κριτών δόθηκε μόνο στο διευθυντή της Κλινικής και επίσης τηλεφωνικά στο Συντονιστικό Κέντρο. Τέλος, όλα τα στοιχεία δεν ήταν δυνατό να παρουσιαστούν στο δικαστήριο σε περίπτωση καταγγελιών για πιθανά ιατρικά λάθη, σφάλματα ή αμέλεια. Για τα σημαντικά συμπεράσματα της μελέτης αυτής, ο αναγνώστης παραπέμπεται στους Buck, Derlin και Lunn¹⁷.

Ένα άλλο στοιχείο που θα πρέπει να ληφθεί υπόψη για την εκτίμηση και την αξιολόγηση της ποιότητας της παρεχόμενης περίθαλψης είναι και η ποιότητα της ζωής του αρρώστου μετά την εγχείρηση. Οποιαδήποτε μέθοδος ή μέτρηση και να χρησιμοποιηθεί προς τούτο, θα πρέπει να λαμβάνει υπόψη όχι μόνο τα συμπτώματα και τη λειτουργία των οργάνων, αλλά επίσης τους κοινωνικούς και ψυχολογικούς παράγοντες καθώς και την άποψη του ασθενούς και ιδιαίτερα το πώς ο ίδιος αντιλαμβάνεται το καλώς έχειν.

Είναι, βέβαια, αλήθεια ότι η ποιότητα της ζωής μετά την εγχείρηση τείνει να παραμελείται από τους χειρουργούς. Παρά ταύτα, είναι τόσο σημαντική όσο η αξιολόγηση της θνητότητας και της θνησιμότητας. Αν η χειρουργική θεραπεία δε βελτιώνει την ποιότητα της ζωής του ασθενούς θα κάναμε μεγαλύτερο καλό στον άρρωστο με το να μην τον χειρουργήσουμε.

Τα σφάλματα των γιατρών, οι αμέλειες και τα τραύματα, οφείλονται συνήθως σε χειρουργικές πράξεις

που δεν ήταν απαραίτητο να συμβούν, δεν υπήρχαν οι σωστές ενδείξεις για την εγχείρηση ή έγιναν λάθη τεχνικής. Η κατάσταση αυτή μπορεί να οδηγήσει σε μεγάλο αριθμών ερευνών, άρνηση των χειρουργών να χειρουργήσουν τους ασθενείς με αυξημένο κίνδυνο, μείωση της διεκπεραίωσης των περιπτώσεων των ασθενών, με αποτέλεσμα την αύξηση του αριθμού των ασθενών που βρίσκονται στον «Κατάλογο Αναμονών» και μείωση του εισοδήματος των στελεχών των ιατρικών υπηρεσιών. Έτσι, καθιερώθηκε η ασφάλιση των γιατρών για πιθανά λάθη καθώς και η αύξηση των δικαστικών αγωγών. Το τελευταίο αυτό φαινόμενο βασίζεται στο ότι το κοινό όλο και περισσότερο δέχεται ότι εάν πάει κάτι στραβά κάποιος πρέπει να αποδεχθεί την κατηγορία, καθώς και ότι όλο και περισσότεροι δικηγόροι αποκτούν έτσι ένα ικανό εισόδημα. Άλλος λόγος είναι η εμφάνιση στην Αμερική και την Αγγλία των επαγγελματιών Μαρτύρων-Εμπειρογνομόνων.

Η βελτίωση της ποιότητας επιτυγχάνεται επίσης και με μέτρα που απαιτούνται για να ενθαρρύνουν αλλά και να ενισχύσουν την επαγγελματική ικανότητα των χειρουργών. Όλους μας απασχολεί το θέμα τί πρέπει να γίνει με ένα χειρουργό που αποτυγχάνει στην παροχή ικανοποιητικής φροντίδας στον άρρωστο. Όλοι κάνουμε λάθη, αλλά ο χειρουργός που αρνείται να αναγνωρίσει και να διορθώσει τα λάθη του θα πρέπει να υποστεί κυρώσεις.

Τα σφάλματα¹⁸ είναι είτε λάθη κρίσεως είτε λάθη από διάφορες τεχνικές ή τέλος, λόγω συμπεριφοράς ενάντια στους κανόνες της λειτουργίας του επαγγέλματος. Οι χειρουργοί, σε σύγκριση με τους άλλους γιατρούς, έχουν την ευκαιρία να κάνουν λάθη που έχουν σχέση με την ίδια τη ζωή των αρρώστων. Μπορεί να κάνουν λάθη κρίσεως, όπου ο άρρωστος δεν θα έπρεπε να χειρουργηθεί και λάθη συμπεριφοράς, με το να μην χειρουργήσουν κάποιον άρρωστο που πεθαίνει επειδή αρνούνται την εγχείρηση, όπως επίσης συχνά μπορούν να συμβούν λάθη στις χειρουργικές τεχνικές κατά τη διάρκεια της εγχείρησης.

Οι βασικοί τρόποι για τη μείωση ή την αναγνώριση των λαθών που οδηγούν στη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών είναι: η πανεπιστημιακή εκπαίδευση, η μεταπτυχιακή εκπαίδευση, η συνεχιζόμενη εκπαίδευση των ειδικευμένων χειρουργών, οι «Επιτροπές Ομοιόβαθμων Κριτών» και η καταφυγή στα δικαστήρια.

Στις ΗΠΑ, πέρα από τα Προγράμματα Εκπαίδευσης υψηλού επιπέδου στο Πανεπιστήμιο και τη Μεταπτυχιακή Εκπαίδευση, έχουν καθιερωθεί οι Επιτροπές Ομοιόβαθμων Κριτών με την πρωτοπορεία της Αμερικανικής Ιατρικής

Εταιρείας, ενώ εφαρμόζεται η Συνεχιζόμενη Εκπαίδευση και η Περιοδική Επανεξέταση των Ειδικευμένων Γιατρών, ώστε να παραμένει σε ισχύ η άδεια ασκήσεως της ειδικότητάς τους καθώς και η εκπαίδευση των πολιτών, συστατικά, όλα αυτά, της υψηλής ποιότητας παροχής υπηρεσιών. Η ίδια Εταιρεία έχει καθορίσει τις κατευθύνσεις του αυτό-ελέγχου των γιατρών με το να μην παραπέμπονται ασθενείς σε μη ικανούς γιατρούς και να αρνείται την άδεια εξάσκησης του επαγγέλματος των γιατρών αυτών μέσα στα Νοσοκομεία¹⁹, όπως έχει εκδώσει και τον Κανονισμό για την ορθή λειτουργία των Επιτροπών Ομοιόβαθμων Κριτών.

Συμπερασματικά, μπορούμε να πούμε ότι η εκτίμηση του επιπέδου των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας βασίζεται στον προσδιορισμό της αποτελεσματικότητας (μέτρηση των αποτελεσμάτων), στην επάρκεια των πόρων (μέτρηση του κόστους) και στην αποδοχή της παρέμβασης.

Η εκτίμηση, όμως, της αποτελεσματικότητας είναι πολύ πιο δύσκολη από την εκτίμηση της παραγωγής έργου και δεν είναι δημοφιλής στους σχεδιαστές των προγραμμάτων της υγειονομικής περίθαλψης. Το έργο αυτό έχει δυσκολίες επειδή είναι απαιτητικό, ενώ θα πρέπει να έχουν καθορισθεί εκ των προτέρων οι στόχοι.

Η ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ

Η αξιολόγηση της ικανοποίησης του αρρώστου είναι ο τέταρτος σημαντικός παράγοντας αξιολόγησης μετά την αξιολόγηση της υποδομής, της λειτουργίας και του αποτελέσματος των ιατρικών πράξεων. Αν ο ασθενής δεν είναι ικανοποιημένος με τις υπηρεσίες υγείας που δέχεται, η ενασχόλησή μας με τους άλλους τρεις παράγοντες έχει περιορισμένη σημασία.

Στην ικανοποίηση του αρρώστου συμβάλλουν πολλοί παράγοντες. Το σημαντικότερο είναι η αίσθηση του ασθενούς ότι είναι ελεύθερος και ισότιμος στη σχέση της διαδικασίας παροχής υπηρεσιών υγείας, αυτό που έχει αναγνωρισθεί ως «σχέση γιατρού - ασθενούς». Η σχέση αυτή βασίζεται στην εκ μέρους του γιατρού επίδειξη ειλικρίνειας, κατανόησης και ολοκληρωμένου κατατοπισμού. Πάνω από όλα βασίζεται στο γιατρό, που πρέπει να διαθέτει χρόνο και να ακούει την άποψη του ασθενούς και μετά να εξηγήει τα πράγματα. Η αδυναμία προσωπικής ακρόασης και η μειωμένη επικοινωνία μπορεί να οδηγήσουν σε λανθασμένη ή μερικώς ορθή διάγνωση, σε έλλειψη συμμόρφωσης με την προτεινόμενη θεραπεία και έλλειψη ικανοποίησης από την επικοινωνία, με αποτέλεσμα παράπονα ή κατηγορίες για κακή άσκηση

του ιατρικού επαγγέλματος. Φαίνεται ότι η εκπαίδευση των χειρουργών είναι περισσότερο προσανατολισμένη σε τεχνικά θέματα και οι χειρουργοί που βρίσκονται σε εκπαίδευση αποκτούν συνήθως πείρα - όσον αφορά στην επικοινωνία με τον άρρωστο - περισσότερο από την παρακολούθηση της συμπεριφοράς των μεγαλύτερων παρά από μια καθιερωμένη διδασκαλία. Η επικοινωνία του γιατρού με τον άρρωστο είναι ιδιαίτερα σημαντικό θέμα και παραπέμπεται ο αναγνώστης σε πρόσφατο άρθρο της Ελληνικής Αγγειοχειρουργικής²⁰.

Ο κατατοπισμός του αρρώστου σε κάθε βήμα του μέσα στο Νοσοκομείο, είτε πρόκειται για τις εξετάσεις είτε για την εγχείρηση είτε για την παραμονή του στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας είτε πρόκειται για τις πιθανές επιπλοκές που μπορεί να εμφανισθούν, είναι απαραίτητος ώστε ο άρρωστος έγκαιρα να είναι πληροφορημένος για να μειώνεται η ανασφάλειά του.

Η επίδειξη ενδιαφέροντος από τα στελέχη του Νοσοκομείου προς τον άρρωστο, είναι ακόμη ένα σημαντικό στοιχείο της ικανοποίησης του αρρώστου, όπως είναι και η ικανότητα του γιατρού στην αντιμετώπιση των παθήσεων και των εγχειρήσεων. Το κακό με την εκπαίδευσή μας είναι ότι ο εκπαιδευτής-χειρουργός πολύ δύσκολα θα αναλάβει την ευθύνη να προτείνει στον εκπαιδευόμενο να παραιτηθεί από τη χειρουργική και να ασχοληθεί με μια άλλη ειδικότητα.

Η ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΣΥΝΘΗΚΩΝ ΤΗΣ ΗΘΙΚΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ

Με την αναγνώριση από την ανθρώπινη κοινότητα της ιδιότητας του θεραπευτή, καθιερώθηκε το απαραίτητο «ο θεραπευτής να ενεργεί μόνο για το συμφέρον του ασθενούς». Αυτό εμπεριέχεται στον Όρκο του Ιπποκράτη. Διαμέσου των αιώνων, έγινε δεκτό ότι οι γιατροί δεν θα πρέπει να προξενούν βλάβη ακόμη και όταν δεν μπορούν να πράξουν το καλό. Η φιλοσοφική βάση της υψίστης ηθικής διατυπώθηκε από τον Emmanuel Kant το 1785 - Απόλυτος Κανόνας: «Πράξε μόνο με βάση τον κανόνα που θα επιθυμείς να γίνει παγκόσμιος κανόνας». Ο υψίστος ηθικός του νόμος είναι ότι κανένα άτομο δεν θα αντιμετωπισθεί ως μέσον αλλά ως τελικός σκοπός. Ο Jeremy Bentham²¹, ο προφήτης του Ωφελιμισμού από την άλλη μεριά, και ο John Stuart Mill, θεωρούσαν το σεβασμό στην ανεξαρτησία της βούλησης του ατόμου - στον καθορισμό των πράξεών του - ως ένα βασικό στοιχείο του ωφελιμισμού. Οι Beauchamp & Childress²², καθόρισαν τέσσερις αρχές της ιατρικής ηθικής: το σεβασμό στην ατομική βούληση, την ενεργό καλοσύνη, τη μη βλάβη και τη δικαιοσύνη. Ο Illich³ πρόσθεσε τρία ακόμη σχετικά στοιχεία:

το συμπάσχειν, την καταδεκτικότητα και το σεβασμό. Ο Gillon γράφει ότι «ο γιατρός συμβουλεύει αλλά δίνει στον ασθενή την ευκαιρία να αποφασίσει εάν θα ακολουθήσει ή όχι τη συμβουλή... Οι Γιατροί είναι υποχρεωμένοι... να που εμπεριέχει κάποια μορφή ελέγχου και αξιολόγησης, είναι μια ηθική υποχρέωση...»²³.

Ο σεβασμός της ανθρώπινης βούλησης και αυτοδιάρθεσης, η άρνηση για παροχή θεραπείας ή η διακοπή της, η συγκατάθεση του ασθενούς και η συμμετοχή του στις αποφάσεις, η τοποθέτηση των συμφερόντων του ασθενούς πάνω από τα συμφέροντα του γιατρού, η μη βλάβη στον άρρωστο, η διενέργεια άχρηστων για αυτόν εγχειρήσεων και η δίκαιη συμπεριφορά για το ποιος θα υποστεί την πρόποσα θεραπεία και ποιος όχι, είναι σημαντικά θέματα που απαιτούν αποφάσεις μεταξύ του γιατρού και της κοινότητας.

Τα τέσσερα προαναφερθέντα αξιώματα, του σεβασμού της βούλησης του ατόμου, της ενεργούς καλοσύνης, της μη βλάβης και της δικαιοσύνης πρέπει να εφαρμόζονται και στην κλινική έρευνα και στα πειράματα όπως και στην καθημερινή άσκηση της ιατρικής. Η Διακήρυξη του Ελσίνκι εμπεριέχει όλους τους κανόνες για τους ερευνητές με τον περιορισμό ότι «το ενδιαφέρον για τα συμφέροντα του ατόμου πρέπει πάντα να επικρατεί των συμφερόντων της επιστήμης και της κοινότητας».

Η πρώτη και πιο σημαντική αρχή που λαμβάνουν υπόψη τους οι Επιτροπές Ηθικής και Δεοντολογίας, είναι η σχετική ασφάλεια και η μειωμένη επικινδυνότητα προς το πλήκον της ωφέλειας της προγραμματισμένης έρευνας.

Η αξιολόγηση για τα θέματα της ηθικής και της δεοντολογίας γίνεται πιο εμφανής με την κατανόηση που οφείλει να επιδεικνύει ο γιατρός απέναντι στη ζωή, στο θάνατο και σε αυτόν που πεθαίνει. Η συνειδηση και η ολοκληρωμένη προσωπικότητα του γιατρού είναι η βάση για να πράξει το σωστό, χωρίς να παραμελείται βέβαια η βοήθεια που μπορεί να υπάρξει από τους φιλόσοφους της ηθικής. Θα πρέπει επίσης να εξασφαλισθεί ότι όλα τα πειράματα στον άνθρωπο και τα ζώα πραγματοποιούνται μέσα στα πλαίσια της ηθικής και δεοντολογίας. Πρόοδος που επιτυγχάνεται με ανήθικα μέσα δεν είναι πρόοδος αλλά οπισθοδρόμηση.

Η ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΤΟΥ ΣΥΓΓΡΑΦΙΚΟΥ ΕΡΓΟΥ ΤΩΝ ΓΙΑΤΡΩΝ

Σύντομα μνημονεύω ότι άλλο σημαντικό στοιχείο είναι η αξιολόγηση των εργασιών και των δημοσιεύσεων. Κύριο, βέβαια, ρόλο γι' αυτές, παίζουν οι κριτές των ιατρικών περιοδικών στο να καθοδηγούν τους εκδότες στην επιλογή των εργασιών προς δημοσίευση.

Η αξιολόγηση της ποιότητας της προόδου της ιατρικής δεν είναι λιγότερο σημαντική από την εκτίμηση της ποιότητας των ιατρικών/χειρουργικών πράξεων. Εποικοδομητικός σκεπτικισμός είναι η θέση που απαιτείται, μια θέση όχι πολύ διαφορετική από εκείνη που απαιτείται για μια τίμια ατομική/προσωπική αξιολόγηση.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Είναι δυνατόν η συστηματική καταγραφή των δεδομένων, ο επίσημος έλεγχος, η αξιολόγηση της ποιότητας και του κόστους της χειρουργικής να επιτύχει όλα τα παραπάνω; Το βέβαιο είναι ότι θα βοηθήσει ακόμη και εάν το μόνο που θα μπορέσει να επιτύχει είναι να πείσει τους χειρουργούς να αναλογισθούν τον τρόπο άσκησης του επαγγέλματός τους και να θέσουν ερωτηματικά για τη λογική που υπάρχει πίσω από κάθε τους απόφαση. Το μέγιστο που θα μπορούσε να επιτευχθεί θα ήταν ίσως μια σημαντική επίδραση στην κατανομή του προσωπικού, στη διαχείριση των πόρων και στα προγράμματα εκπαίδευσης των νεότερων χειρουργών.

Η αξιολόγηση της υποδομής και της λειτουργίας είναι εύκολο να προσδιορισθούν και να διεκπεραιωθούν, πράγμα όμως που δεν ισχύει για την αξιολόγηση του αποτελέσματος. Αυτός είναι και ο βασικός λόγος που σήμερα η αξιολόγηση της υποδομής και της λειτουργίας έχουν ευρεία εφαρμογή και δαπανώνται γι' αυτά τα περισσότερα χρήματα.

Οι χειρουργοί θα πρέπει να ενδιαφερθούν σοβαρά για την εξασφάλιση της ποιότητας του αποτελέσματος και της ικανοποίησης των ασθενών, πράγμα που είναι δύσκολο να προσδιορισθεί και να παρακολουθηθεί. Οι παράγοντες αυτοί θα πρέπει να προταχθούν των άλλων στοιχείων της αξιολόγησης, ώστε η θεραπεία να μην καθορίζεται αποκλειστικά και μόνο από τη δυνατότητα της οικονομικής κάλυψης των δαπανών.

Η αξιολόγηση της ποιότητας και του κόστους καλύπτει ολόκληρη τη χειρουργική και όλους τους βαθμούς και τις ειδικότητές της. Αυτό που πραγματικά χρειάζεται να γίνει είναι η αξιολόγηση να είναι ενσωματωμένη στην καθημερινή πρακτική των χειρουργών, όπως είναι η ενασχόλησή τους με το Εξωτερικό Ιατρείο, το Τμήμα, το Χειρουργείο και οι Κατάλογοι Αναμονής των Ασθενών.

Διεύθυνση Αλληλογραφίας

Δημήτρης-Σόλων Γ. Γεωργόπουλος
Δρ Πανεπιστημίων Βόννης και Αθήνας
14578 Εκάλη, Πανδώρας 3

Τηλ.: 210 8132481, Fax: 210 8134972

E-mail: degeorg@otenet.gr

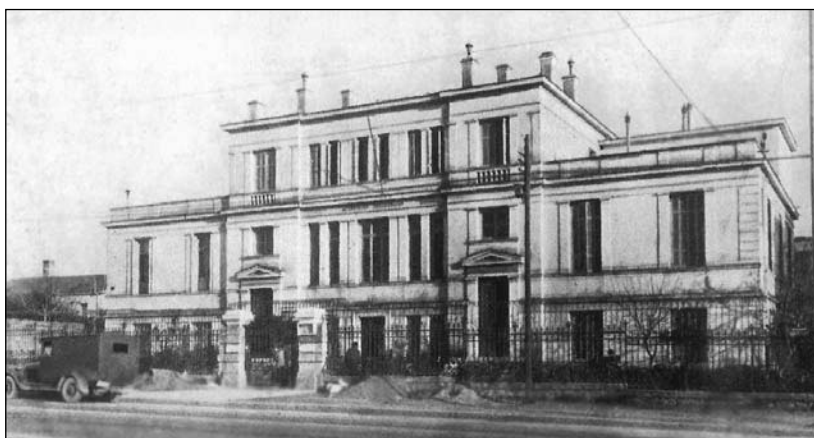
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Slaney G. Foreword I, στο Pollock M. Evans Surgical Audit, Butterworths, London, 1989.
- Fucks VR. Who shall live? Health Economics and Social Choice. Basic Books, Inc. Publishers, New York, 1974.
- Illich I. Limits to medicine. Medical Nemesis: the Expropriation of Health, Marion Boyars, London, p. 163, 1976.
- Stokes JF. Aims of evaluation. In Proceedings of conference on Evaluation in Medical Education, edited by JAL Gilbert. Bulletin - Commercial Printers, Edmonton, pp. 9-17, 1971.
- Sheldon MG. Medical Audit in General Practice. Royal College of General Practitioners occasional paper 20, pp. 1-21.
- National Association of Health Authorities. Funding the National Health System. NAHA, Birmingham 1986.
- Fetter RB. Introduction. In Diagnosis Related Groups and Health Care. The Management of Case Mix, Edited by M. Bardsley, J. Coles and L. Jenkins. King Edward's Hospital Fund, London, pp. 5-10, 1987.
- Knaus WA, Draper EA, Wagner DP and Zimmerman JE. APACHE II: a severity of disease classification system. Critical Care Medicine, 13, 818-829, 1985.
- Lowry S. Focus on performance indicators. British Medical Journal, 296, 992-994, 1988.
- Bseman B, & Stahlgren L. Cost-effective Surgical Management. Saunders, Philadelphia, 1987.
- Bowden D and Gumpert R. Quality versus quantity in medicine. Royal Society of Art Journal, 136, 333-346, 1988.
- Buck N, Devlin HB, Lunn JN. The Report of a Confidential Enquiry into Perioperative Deaths. Nuffield Provincial Hospitals Trust, London, 1987.
- Goldman L, Calderea DL, Nussbaum SB, et al. Multifactorial index of cardiac risk in noncardiac surgical procedures. New England Journal of Medicine, 297, 845-850, 1977.
- Wayforth MJ, Smith GMR, Evans M and Pollock AV. Preoperative assessment of fitness score. British Journal of Surgery, 74, 890-892, 1987.
- Condon RE, Haley RW, Lee JT, Meakins JL. Does infection control control infection? Archives of Surgery, 123, 250-256, 1988.
- Horowitz RI, Feinstein AR. Improved observational method for studying therapeutic efficacy. Journal of the American Medical Association, 246, 2455-2459, 1981.
- Buck N, Devlin HB, Lunn JN. The Report of a Confidential Enquiry into the Perioperative Deaths. Nuffield Provincial Hospital Trust, London, 1987.
- Bosk CL Forgive and Remember, Managing Medical Failure. University of Chicago Press, Chicago, 1979.
- Board of Trustees Report American Medical Association initiative on quality of medical care and professional self-regulation. Journal of the American Medical Association, 256, 1036-1037, 1986.

20. Γεωργόπουλος Δ-Σ Γ. Η Επικοινωνία του Γιατρού με τον Άρρωστο. Ελληνική Αγγειοχειρουργική Τεύχος 5, 2006(178-181).
21. Gillon R. Utilitarianism, British Medical Journal, 290, 1411-1413, 1985.
22. Beauchamp TL, Childress JF. Principles at Biomédical Ethics, 2nd edn, pp.

148-158, Oxford University Press, Oxford, 1983. 23. Gillon R. Doctors and patients. British Medical Journal, 294, 466-469, 1985.

Η εισήγηση αυτή βασίστηκε στο βιβλίο των Alan Pollock και Mary Evans: Surgical Audit, Butterworths & Co. Ltd, London, 1989.



*Το Αιγινήτειο
Νοσοκομείο
(φωτ. 1937)*