

# Ο ρόλος των μονάδων ημερήσιας νοσηλείας στην καρδιολογία. Τί συμβαίνει στην Ελλάδα;

✉ **Ιωάννης Α. Βογιατζής**

*Συντονιστής Διευθυντής Καρδιολογικής Κλινικής, Γ.Ν. Βέροιας*

**Δέσποινα Γ. Καλέα**

*Νοσηλεύτρια, Προϊσταμένη Αιματολογικής Κλινικής και ΜΜΜΟ, Γ.Ν.Θ. "Γ. Παπανικολάου"*

**Ευάγγελος Θ. Σδόγκος**

*Καρδιολόγος, Επιμελητής Β', Καρδιολογική Κλινική, Γ. Ν. Βέροιας*

## Εισαγωγή

Τα τελευταία χρόνια έχει παρατηρηθεί μεγάλη πρόοδος στην αντιμετώπιση των καρδιαγγειακών νοσημάτων. Παρά τις σοβαρές προόδους στη φαρμακευτική αγωγή, μελέτες δείχνουν ότι συναντώνται προβλήματα στη νοσηλεία των ασθενών και στο οικογενειακό τους περιβάλλον, προσθέτοντας νέα ζητήματα στο ήδη επιβαρυσμένο σύστημα υγείας<sup>1</sup>.

Οι ασθενείς αυτοί, επίσης, παρουσιάζουν έντονα προβλήματα μετά τη νοσηλεία σε κοινούς θαλάμους νοσοκομείων. Μελέτη έδειξε, ότι η νοσηλεία των ηλικιωμένων ασθενών σε κοινούς θαλάμους νοσοκομείων ενέχει ιδιαίτερες δυσκολίες και οδηγεί σε μεταβολές στη λειτουργική κατάστασή τους, όχι πάντα προς το καλύτερο<sup>2</sup>. Στις αναπτυγμένες κοινωνίες η περίθαλψη ατόμων με χρόνιες ασθένειες καταναλώνει ένα μεγάλο μέρος των συνολικών δαπανών για την Υγεία<sup>3</sup>.

Πέρα όμως από τα παραπάνω, στην Ευρώπη και στις ΗΠΑ προωθείται, τα τελευταία χρόνια, η τάση να οδηγούνται ασθενείς σε Μονάδες Αποκατάστασης στην Κοινότητα, σε Μονάδες Βραχείας Νοσηλείας και Μονάδες Ημερήσιας Νοσηλείας, διαθέτοντας πόρους για την οργάνωση τέτοιου είδους προγραμμάτων<sup>4</sup>.

Το ιδιαίτερο πρόβλημα με τις λίστες αναμονής στο ΕΣΥ (ιδιαίτερα των εξωτερικών ιατρείων) έχει οδηγήσει στην αναζήτηση νέων μεθόδων και τεχνικών στην παροχή υπηρεσιών υγείας και ιδιαίτερα της περίθαλψης. Μία από αυτές είναι και η λειτουργία των Μονάδων Ημερήσιας Νοσηλείας, ο σκοπός των οποίων είναι η εκτέλεση των απαραίτητων εξετάσεων για τη διάγνωση και θεραπεία σε μία απλή επίσκεψη. Επίσης, η ελάττωση των χρόνων αναμονής και των λιστών στα χειρουργεία ή στις άλλες διαγνωστικές εξετάσεις ελαττώνει τις ιατρικές επισκέψεις<sup>5</sup>. Η Καρδιολογία είναι μία ειδικότητα στην οποία η ΜΗΝ μπορεί να χρησιμοποιηθεί, διότι ο θεράπων ιατρός παραγγέλλει τις περισσότερες εξετάσεις του ασθενή του. Η περίθαλψη σε Μονάδα Ημερήσιας Νοσηλείας (ΜΗΝ) είναι η πρακτική, όπου επιλεγμένοι ασθενείς εισάγονται στο Νοσοκομείο ή σε ειδικό κέντρο, υποβάλλονται σε διαγνωστικές ή/και ειδικές θεραπευτικές παρεμβάσεις, νοσηλεύονται στη συνέχεια για κάποιες ώρες και εξέρχονται από το Νοσοκομείο ή το ειδικό κέντρο την ίδια ημέρα<sup>6</sup>.

Πλέον υπάρχει η εμπειρία στο εξωτερικό από τις ΜΗΝ, όπου οι ασθενείς τις επισκέπτονται, κάνουν τις απαραίτητες διαγνωστικές εξετάσεις ή θεραπευτικές παρεμβάσεις και αποχωρούν<sup>7</sup>.

Οικονομικοί λόγοι, για τον περιορισμό του κόστους, πιέζουν προς αυτή την κατεύθυνση, αλλά και η ποιότητα, η αποτελεσματικότητα και η προτίμηση των ασθενών είναι παράγοντες που επιδρούν, ώστε οι ΜΗΝ να είναι εξαιρετικά δημοφιλείς την τελευταία δεκαετία<sup>8</sup>.

Στην Ελλάδα, παρά το γεγονός ότι υπάρχουν αξιολογικές κλινικές, τόσο στο ΕΣΥ όσο και στον ιδιωτικό τομέα, η συγκεκριμένη καινοτομία δεν εφαρμόστηκε. Η πλήρης εφαρμογή του θεσμού στο ΕΣΥ ίσως αποτελεί μία καλή εναλλακτική λύση για το διαρκώς αυξανόμενο κόστος υγείας, με παράλληλη όμως διατήρηση της ποιότητας των προσφερομένων υπηρεσιών<sup>9</sup>.

### ΜΗΝ στην Καρδιολογία

Η Μονάδα Ημερήσιας Νοσηλείας (ΜΗΝ) είναι μία υπηρεσία υγείας του Νοσοκομείου, μία διευκόλυνση, όπου παρέχεται ιατρική φροντίδα, που δεν απαιτεί παρατεταμένη παραμονή του ασθενούς στο Νοσοκομείο<sup>10</sup>. Οι ΜΗΝ προσφέρουν υπηρεσίες υγείας (πρόληψη, θεραπεία, αποκατάσταση) μέσα σε μία μέρα, έτσι ώστε ο ασθενής να επιστρέψει στο σπίτι του. Το κύριο χαρακτηριστικό τους είναι ο προγραμματισμός των εξετάσεων και η πραγματοποίησή τους σε καθορισμένο ωράριο, συνήθως 7.30 πμ – 5 μμ, σε πενήνήμερη βάση.

Στις ΜΗΝ μπορούν να εκτιμώνται και να αντιμετωπίζονται ασθενείς με χρόνια στεφανιαία νόσο, υπέρταση και υπερτασική καρδιοπάθεια, συγκοπή, μυοκαρδιοπάθειες, βαλβιδοπάθειες, περικαρδίτιδα, συγγενείς καρδιοπάθειες των ενηλίκων, καρδιακή ανεπάρκεια, μη θανατηφόρες αρρυθμίες και διαταραχές της αγωγιμότητας, εκτίμηση παραγόντων κινδύνου για καρδιοπάθεια και αντιμετώπιση των συνεπειών των καρδιαγγειακών προβλημάτων<sup>11</sup>.

Η ίδρυση και ανάπτυξη μίας τέτοιας Μονάδας<sup>1</sup>, όπου οι διαγνωστικές εξετάσεις και οι θεραπευτικές επεμβάσεις μπορούν να γίνουν χωρίς καθυστερήσεις, αυξάνει την αποτελεσματικότητα, την αποδοτικότητα των υπηρεσιών και την ικανοποίηση των ασθενών. Επίσης, θα πρέπει να υπάρχει στενή σχέση με το τοπικό δίκτυο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ), ώστε να διασφαλίζεται η συνεχής παρακολούθηση.

### Ιστορική αναδρομή – Ισχύουσα κατάσταση

Οι πρώτες προσπάθειες για την παροχή ημερήσιας φροντίδας σε ηλικιωμένους στην Ελλάδα έγιναν με τη δημιουργία των ΚΑΠΗ (Κέντρα Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων) με το Νόμο 1416/84<sup>12</sup>. Η πρώτη ΜΗΝ για άτομα με νόσο Alzheimer αναπτύχθηκε το 2007 στη Θεσσαλονίκη και περιλαμβάνει και Μονάδα νοσηλευτικής φροντίδας στο σπίτι. Τον Οκτώβριο του 2009 αναπτύχθηκε και δεύτερη. Χρηματοδοτήθηκαν από το επιχειρησιακό πρόγραμμα «Υγεία 2000 – 2006» από την ΕΕ και το Υπουργείο Υγείας. Υπάρχουν άλλες δύο ΜΗΝ στη Θεσσαλονίκη, μία δημοτική (Δήμος Πυλαίας – Πανοράματος – Χορτιάτη) και μία στο Χαρίσειο Γηροκομείο στην Τούμπα. Ανάλογες έχουν αναπτύξει δήμοι, εθελοντικές οργανώσεις, η εκκλησία και το Εθνικό Σύστημα Κοινωνικής Αλληλεγγύης από το 1998, που συνδέονται όμως με τα ΚΑΠΗ<sup>13</sup>. Οι ΜΗΝ μπορεί να είναι δημόσιες ή ιδιωτικές. Πρόσφατα θεσμοθετήθηκε η ίδρυση και λειτουργία των ΜΗΝ με το άρθρο 33 του Νόμου 4025/2011.

### Σκοπός - Στόχοι

Ο σκοπός των ΜΗΝ είναι η παροχή υποστηρικτικής αγωγής σε ασθενείς με ένα ειδικό, χρόνιο καρδιαγγειακό πρόβλημα ασθένειας ή αναπηρίας και χρήζουν συχνά ιατρική φροντίδα (καρδιακή ανεπάρκεια, σακχαρώδης διαβήτης, άλλες καρδιοπάθειες, ψυχολογικά προβλήματα κ.λπ.) παράλληλα με την κατάλληλη εκπαίδευση για τη διαχείριση της νόσου (π.χ. διουρητική αγωγή σε ΜΗΝ καρδιακής ανεπάρκειας). Πολλά από τα άτομα αυτά δεν έχουν κάποιο άτομο της οικογένειάς τους διαθέσιμο ή ικανό να παρέχει φροντίδα στο σπίτι, ώστε να αντιμετωπίσουν τις συνέπειες της νόσου. Ταυτόχρονα επιτυγχάνεται η τιτλοποίηση των δόσεων της φαρμακευτικής αγωγής<sup>14</sup>. Οι μονάδες αυτές μπορούν να γίνουν σπουδαία κέντρα παροχής φροντίδας υγείας, με ανάπτυξη διαγνωστικών υπηρεσιών, θεραπευτικών και συμβουλευτικών μεθόδων<sup>15</sup>. Σημαντική προσφορά είναι στην αποφόρτιση των μελών της οικογένειας του ασθενούς και την εκπαίδευσή τους σχετικά με το συγκεκριμένο πρόβλημα υγείας και την πρόληψη της νόσου<sup>16</sup>, την αποφυγή νοσηλειών και άρα μακρόχρονης παραμονής κάποιου

μέλους της στο νοσοκομείο ή ακόμη και στο σπίτι, ως συνοδός<sup>16</sup>, και την ενθάρρυνση των ασθενών, όσο σοβαρά και αν είναι, να συνεχίσουν να ζούνε στην κοινότητα. Επίσης, ψυχολογική υποστήριξη, για συνέχιση της φροντίδας μακροχρόνια για τον ασθενή<sup>17</sup>, με παροχή φυσιοθεραπειών, συμβουλών ή άλλων εξειδικευμένων θεραπειών αποκατάστασης.

## Πλεονεκτήματα της ΜΗΝ

### 1. Έχει ευνοϊκά αποτελέσματα για τον ασθενή<sup>1</sup>:

Παρατηρούνται μικρότεροι χρόνοι αναμονής για το χρόνο εξέτασης ή/και επέμβασης (π.χ. στεφανιογραφία). Βέβαια αυτή η διαπίστωση αφορά σε συστήματα υγείας ή νοσοκομεία, που οι λίστες αναμονής είναι σεβαστές. Η δυνατότητα αυθημερόν εισαγωγής ασθενών με παραπεμπτικό "επείγοντος", που δίνει ο θεράπων ιατρός, είναι η ελληνική απάντηση για συντόμευση της αναμονής και παράκαμψη της λίστας σε επιλεγμένες περιπτώσεις. Η διαχείριση των ασθενών και κυρίως η ανάρρωση είναι ταχύτερη, οπότε δεν διαταράσσεται η οικογενειακή ζωή, καθώς η φροντίδα και η ανάρρωση γίνεται σε οικείο χώρο, στο σπίτι, με τις οδηγίες των θεραπόντων ιατρών. Οι επιπλοκές είναι ανύπαρκτες ή αμελητέες, όπως λοιμώξεις, εν τω βάθει θρομβοφλεβίτιδες και πνευμονική εμβολή. Προκαλείται λιγότερο άγχος, σε σύγκριση με αυτό που αισθάνονται ασθενείς με του ίδιου είδους επεμβάσεις, οι οποίοι, όμως, νοσηλεύονται για ημέρες σε θαλάμους πολυήμερης νοσηλείας δίπλα σε βαριά ασθενείς. Τέλος, επιβαρύνεται λιγότερο ο οικογενειακός προϋπολογισμός, καθώς μειώνονται τα επιπλέον έξοδα που δημιουργούνται από την πολυήμερη νοσηλεία (π.χ. φαγητού, αγοράς προϊόντων εξυπηρέτησης για την εκτός οικίας διαμονή, αποκλειστικές νοσοκόμες κ.λπ.).

### 2. Η νοσηλεία των ασθενών είναι συμφέρουσα για το Νοσοκομείο<sup>18</sup>:

Μειώνονται οι δαπάνες του Νοσοκομείου και γίνεται καλύτερη διαχείριση του χρόνου νοσηλείας, οπότε αυξάνει ο αριθμός των εξυπηρετούμενων ασθενών και ο αριθμός των διαθέσιμων κλινών του νοσοκομείου. Οι αναβολές ή ακυρώσεις των προγραμματισμένων εξετάσεων ή/και επεμβάσεων είναι λίγες και αποφεύγεται ο κακός προγραμματισμός και οι καθυστερήσεις.

### 3. Η κοινωνία ευνοείται<sup>19</sup>:

Μειώνονται τα έξοδα του ΕΟΠΥΥ, ελαττώνονται οι αναρρωτικές άδειες και εξοικονομούνται δαπάνες σημαντικές από τον οικογενειακό προϋπολογισμό, και τα χρήματα αυτά μπορούν να διατεθούν σε άλλες υπηρεσίες ή σε αγορά αγαθών.

## Μειονεκτήματα της ΜΗΝ

Η λειτουργία των ΜΗΝ μπορεί να συνοδεύεται από κάποια προβλήματα, ιδιαίτερα αν αυτή δεν είναι καλά οργανωμένη.

1. Το πρώτο χρονικό διάστημα από τότε που αρχίζει να λειτουργεί μία μονάδα ημερήσιας νοσηλείας, ο πληθυσμός δείχνει μεγαλύτερη επιφύλαξη, φόβο, σ' ότι αφορά την ασφάλεια αυτής της πρακτικής. Αυτό είναι φυσιολογική αντίδραση μπροστά στο νέο, βελτιώνεται, όμως, πολύ γρήγορα με τα καλά αποτελέσματα που προκύπτουν από τη σωστή λειτουργία και την υψηλή αποδοτικότητα των μονάδων ημερήσιας νοσηλείας<sup>20</sup>.
2. Ο ασθενής δεν βρίσκεται στο νοσοκομείο, οπότε δεν μπορεί να ελεγχθεί αν έχει ακολουθήσει σωστά τις ιατρικές οδηγίες. Το πρόβλημα αυτό αντιμετωπίζεται με την καλή ενημέρωση των ασθενών από το προσωπικό της ΜΗΝ και την απόρριψη ως ακατάλληλων για μονοήμερη νοσηλεία όσων ασθενών δεν είναι συνεργάσιμοι. Βέβαια, από την εμπειρία έχει φανεί ότι στο μέγιστο δυνατό οι οδηγίες των γιατρών γίνονται σεβαστές<sup>20</sup>.
3. Μπορεί η φροντίδα στο σπίτι μετά το εξιτήριο να είναι ανεπαρκής, είτε γιατί δεν υπάρχει κάποιος που να φροντίζει τον ασθενή, είτε γιατί οι συνθήκες εκεί δεν είναι κατάλληλες. Για να εξασφαλιστεί ότι ο ασθενής θα λάβει την κατάλληλη κατ' οίκον φροντίδα, στο ερωτηματολόγιο που καλείται να απαντήσει, αλλά και στις προφορικές συνεννοήσεις, πρέπει να αναφέρει την οικογενειακή και κοινωνική κατάστασή του, καθώς και την υποστήριξη που μπορεί να έχει. Αν αυτή δεν είναι επαρκής, ο ασθενής κρίνεται ακατάλληλος για νοσηλεία σε μονάδα ημερήσιας νοσηλείας<sup>21</sup>.
4. Σε ορισμένες χώρες, είναι αναγκαστική η επιβολή της ημερήσιας νοσηλείας σε πολλών ειδών επεμβάσεις και ανεξάρτητα από τις δυνατότητες υποστήριξης των ασθενών στο σπίτι ή την ιδιο-

συστασία του χαρακτήρα του καθενός εξ αυτών. Κάτι τέτοιο μπορεί να προκαλέσει, σε μερικούς από αυτούς, δυσφορία ή αδικαιολόγητο άγχος. Επίσης, αν υπάρχει λανθασμένη αντίληψη από το θεράποντα ιατρό για την ένταση και τη διάρκεια του άλγους και την ανάγκη εξάλειψής του, μπορεί να προκληθεί αδικαιολόγητη ταλαιπωρία του ασθενούς, γεγονός που έχει συζητηθεί σε ορισμένες χώρες, όπως στις ΗΠΑ. Η πλήρης κάλυψη του μετεγχειρητικού πόνου, για παράδειγμα, με την κατάλληλη σε κάθε περίπτωση αναλγητική αγωγή, εξαλείφει τέτοια προβλήματα και προφυλάσσει τους ασθενείς από άσκοπες ενοχλήσεις. Συνήθως οι μονάδες προσφέρουν στον ασθενή τη φαρμακευτική αγωγή που χρειάζεται στο σπίτι, μέχρι να μπορέσει να αγοράσει τα φάρμακα της συνταγής που του δόθηκε (συνήθως του δίνονται φάρμακα για τη νύχτα μετά το εξιτήριο ή και για το Σαββατοκύριακο, αν το εξιτήριο έγινε βράδυ της Παρασκευής)<sup>22</sup>.

5. Τέλος, δεν είναι ασύνηθες, και η ελληνική εμπειρία το δείχνει, να υπάρχει αντίδραση στην ύπαρξη και λειτουργία μονάδων ημερήσιας νοσηλείας από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, για λόγους που συνήθως ανάγονται στις αντιδράσεις που προκαλεί κάθε νέα καινοτομία σε ένα υπάρχον κατεστημένο σύστημα λειτουργίας, που αν και ανορθολογικό, έχει επιτρέψει τη συμβίωση μαζί του<sup>5</sup>.

Όλα τα παραπάνω καθιστούν προφανές το γιατί οι μονάδες ημερήσιας νοσηλείας, παρόλο που δεν περιθάλπουν βαριά και επικίνδυνα περιστατικά, έχουν εξαιρετικώς αυστηρά κριτήρια λειτουργίας που διασφαλίζουν υψηλή ποιότητα φροντίδας.

### Απουσία των Καρδιολογικών ΜΗΝ από το ΕΣΥ

Μελέτες<sup>1</sup> έχουν δείξει την αποδοτικότητα των καρδιολογικών ΜΗΝ στο εξωτερικό αλλά και την ικανοποίηση των ιατρών, ιδιαίτερος της ΠΦΥ. Επίσης και η ικανοποίηση των χρηστών – ασθενών είναι προφανής<sup>5</sup>. Παρόλα αυτά, ο θεσμός αυτός λείπει από το ΕΣΥ. Κάποιες μη οργανωμένες προσπάθειες έγιναν, ιδιαίτερα στην Αθήνα, χωρίς όμως να αποτελέσουν κάποιο παράδειγμα.

Οι βασικοί λόγοι είναι οι εξής:

1. Οι ιατροί είναι επιφυλακτικοί, ιδιαίτερα οι μεγαλύτερης ηλικίας, ως προς την κλινική έκβαση και τις επιπλοκές μίας διαγνωστικής ή θεραπευτικής παρέμβασης, ιδιαίτερα ως προς τον πόνο και την παρακολούθηση, ή αδιαφορούν<sup>23</sup>.
2. Άγνοια του θεσμού και αδυναμία των Διοικήσεων να τον εφαρμόσουν, ενώ οι ιατροί δηλώνουν ότι θα υποστήριζαν μία απόφαση της Διοίκησης του νοσοκομείου που εργάζονται να οργανωθεί και να λειτουργήσει η ΜΗΝ.
3. Απουσία σχεδιασμού, προγραμματισμού και στρατηγικής για την εφαρμογή και επέκταση του θεσμού των ΜΗΝ από τους υπεύθυνους εφαρμογής πολιτικής υγείας από την Πολιτεία<sup>24</sup>.
4. Η εκπαίδευση των νεότερων ιατρών βασίζεται ακόμη στο παραδοσιακό κλινικό πρότυπο, που εστιάζεται περισσότερο στην παθολογία της υγείας και λιγότερο στην ψυχολογική, κοινωνική, πολιτική και οικονομική της διάσταση, οπότε δεν ευνοείται η αποδοχή και η υιοθέτηση σύγχρονων ιατρικών τεχνικών αλλά και άλλων αλλαγών.
5. Δεν αποζημιωνόταν η παρέμβαση στη ΜΗΝ, διότι το Ταμείο απαιτούσε την παραμονή των ασθενών στο νοσοκομείο.
6. Επιμένει ο παραδοσιακός τρόπος χρηματοδότησης του συστήματος υγείας
7. Με την εφαρμογή των κλασικών τεχνικών δημιουργούνται οι συνθήκες για παράνομες συναλλαγές (φακελάκι).
8. Αντιδράσεις του πληθυσμού, που δείχνει επιφυλάξεις και φόβο για την ασφάλεια της πρακτικής αυτής. Σε αυτό συμβάλλει και η έλλειψη ενημέρωσης και πληροφόρησης των ασθενών<sup>6</sup>.
9. Οι ΜΗΝ απαιτούν αυστηρά κριτήρια λειτουργίας, που διασφαλίζουν υψηλή ποιότητα φροντίδας, και είναι αμφίβολο αν τα νοσοκομεία του ΕΣΥ μπορούν να τα διασφαλίσουν.
10. Παρατηρούνται αντιδράσεις από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό σε κάθε νέα καινοτομία, σε ένα υπάρχον κατεστημένο σύστημα λειτουργίας που έχει επιτρέψει τη συμβίωση μαζί του.
11. Δεν διερευνήθηκε ποτέ το οικονομικό όφελος που προκύπτει από τη μείωση της εμφάνισης ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων λόγω της μη παραμονής των ασθενών στο χώρο του νοσο-

- κομείου για μεγάλο χρονικό διάστημα<sup>25</sup>.
12. Δεν διερευνήθηκε ποτέ το οικονομικό όφελος από τη μείωση της λίστας αναμονής και του κόστους χρόνου.
  13. Απουσία πρόβλεψης και οργάνωσης Κλινικών Ημέρας που θα δρούσε βοηθητικά στην οργάνωση.
  14. Απουσία κοινής και ενιαίας θεωρητικής τεκμηρίωσης των διαγνωστικών και θεραπευτικών επεμβάσεων και των κριτηρίων καθορισμού των κατάλληλων για ΜΗΝ.
  15. Ανασταλτικός παράγοντας είναι η έλλειψη κατάλληλης υποδομής (κτιριακής - τεχνολογικής)<sup>26</sup>.
  16. Απροθυμία διοικητικών στελεχών να υποστηρίξουν την πρακτική των ΜΗΝ, διότι αδυνατούν να κατανοήσουν την αναγκαιότητα.
  17. Ανασφάλεια των ιατρών.
  18. Αρνητική στάση και αντιλήψεις των διοικητικών στελεχών των υπηρεσιών υγείας. Έχουν εκφραστεί φόβοι ότι η εφαρμογή του θεσμού της ΜΗΝ θα αυξήσει την επαγγελματική δραστηριότητα (προσφορά - ζήτηση) στα πλαίσια ενός προϋπολογισμού που είναι ήδη περιορισμένος.

## Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΩΝ ΜΗΝ ΣΤΗ ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΗΣ ΑΠΟΔΟΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΤΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ ΤΟΥ ΕΣΥ

Με τον όρο αποδοτικότητα των νοσοκομείων του ΕΣΥ εννοείται ο βαθμός αξιοποίησης των διαθέσιμων πόρων για τη δημιουργία εκροών (νοσηλευθέντες ασθενείς, ημέρες νοσηλείας κ.λπ.) μέχρι το τελικό αποτέλεσμα, που είναι η υγεία των πολιτών. Η αποδοτικότητα αποτελεί φροντίδα της διοίκησης του νοσοκομείου, ενώ η αποτελεσματικότητα είναι στόχος των ιατρών. Η αποδοτικότητα θεωρείται γενικά ότι είναι μέγιστη, όταν μία δεδομένη ποσότητα προϊόντος παράγεται με το ελάχιστο δυνατό κόστος και στην καλύτερη δυνατή ποιότητα ή όταν με δεδομένο κόστος παράγεται η μέγιστη ποσότητα προϊόντος<sup>27</sup>.

Στην Ευρώπη και στις ΗΠΑ προωθείται, τα τελευταία χρόνια, η τάση να οδηγούνται ασθενείς σε Μονάδες Αποκατάστασης στην Κοινότητα, σε Μονάδες Βραχείας Νοσηλείας και Μονάδες Ημερήσιας Νοσηλείας, διαθέτοντας πόρους για την

οργάνωση τέτοιου είδους προγραμμάτων. Από την άλλη πλευρά, γίνεται ορθολογική χρήση της υπάρχουσας νοσοκομειακής υποδομής και ταυτόχρονα επιτυγχάνεται περιστολή των άσκοπων και αλόγιστων δαπανών. Επίσης, δίνεται η δυνατότητα με την εφαρμογή σύγχρονων οικονομιοδιαχειριστικών και οργανωτικών μεθόδων, την αποφυγή άσκοπων εισαγωγών, τον περιορισμό της αδικαιολόγητης παράτασης του χρόνου νοσηλείας και των μη απόλυτα αναγκαίων ιατρικών πράξεων και ιδιαίτερα των παρακλινικών και εργαστηριακών εξετάσεων, να εξασφαλιστεί η επιθυμητή μείωση του κόστους (ή του ρυθμού αύξησης του κόστους) νοσηλείας και να δοθεί η δυνατότητα για νοσηλεία μεγαλύτερου αριθμού ασθενών, χωρίς να είναι απαραίτητη η δημιουργία νέων νοσοκομειακών μονάδων<sup>28</sup>.

Η νοσηλεία στις ΜΗΝ φαίνεται ότι αποτελεί μία αποτελεσματική μέθοδο αποσυμφόρησης των νοσοκομείων. Δεν επηρεάζεται η ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας, ενώ οι ασθενείς την αποδέχονται<sup>23</sup>.

Τα πλεονεκτήματα των καρδιολογικών ΜΗΝ, που μπορούν να αυξήσουν την αποδοτικότητα των νοσοκομείων του ΕΣΥ, είναι:

1. Ελαττώνονται οι χρόνοι αναμονής<sup>7</sup>.
2. Προσφέρεται ταχύτερη ανάρρωση σε οικείο περιβάλλον (οικία), χωρίς να διαταράσσεται η οικογενειακή ζωή, χωρίς επιπλοκές (λοιμώξεις, θρομβοφλεβίτιδα, πνευμονική εμβολής κ.λπ.).
3. Επιβαρύνεται λιγότερο ο οικογενειακός προϋπολογισμός, μειώνοντας τα έξοδα της πολυήμερης νοσηλείας.
4. Μειώνονται οι δαπάνες του νοσοκομείου. Η διάρκεια της νοσηλείας είναι σημαντικός παράγοντας νοσοκομειακού κόστους, και ο μη απαιτούμενος χρόνος νοσηλείας είναι ο στόχος για τον περιορισμό των δαπανών των νοσοκομείων<sup>29</sup>.
5. Μειώνει τις λίστες αναμονής και ελευθερώνει κλίνες για βαρύτερα πάσχοντες ασθενείς. Με καλύτερη διαχείριση του χρόνου νοσηλείας αυξάνει ο αριθμός των εξυπηρετούμενων ασθενών και επομένως αυξάνει και ο αριθμός των διαθέσιμων κλινών του νοσοκομείου.
6. Παρατηρούνται λιγότερες αναβολές και ακυ-



ρώσεις διαγνωστικών και άλλων πράξεων.

7. Μειώνονται οι καθυστερήσεις στην εκτέλεση επεμβάσεων, που συχνά οφείλονται στον κακό προγραμματισμό, που προκαλεί η ανάμειξη μικρών και μεγάλων επεμβάσεων. Διευκολύνεται, επομένως, η απρόσκοπτη λειτουργία των τμημάτων.
8. Η δημιουργία αυτόνομης Μονάδας στα πλαίσια λειτουργίας του νοσοκομείου προκαλεί λιγότερα προβλήματα στη διακίνηση και φροντίδα των ασθενών.
9. Εξοικονομούνται δαπάνες για τον ΕΟΠΥΥ και τον κρατικό προϋπολογισμό έως 225 εκ €<sup>30</sup>.
10. Μειώνεται το κόστος 17-70%, συγκριτικά με το αντίστοιχο των επεμβάσεων που διεξάγονται με νοσηλεία.
11. Η έκβαση της νοσηλείας είναι καλύτερη<sup>25</sup>.
12. Αυξάνεται η ικανοποίηση των ασθενών.
13. Απαιτείται περιορισμένος χώρος για την οργάνωση και τη λειτουργία και επιτρέπει την προσφορά υπηρεσιών με πιο αποτελεσματικό τρόπο, σαν πιο ευέλικτη και οικονομική<sup>31</sup>.
14. Οι ΜΗΝ είναι κατάλληλες για όλες σχεδόν τις ειδικότητες, όπως και για πολλές επεμβατικές ιατρικές πράξεις, οπότε αποσυμφoreείται το καθημερινό πρόγραμμα και απελευθερώνονται κλίνες για ασθενείς με πιο σοβαρά προβλήματα.
15. Μειώνεται το λειτουργικό κόστος και απελευθερώνονται οικονομικοί πόροι για να καλυφθούν άλλες υγειονομικές ανάγκες. Η απελευθέρωση των πόρων οφείλεται κυρίως στην εξάλειψη του κόστους των παραδοσιακών υπηρεσιών ξενοδοχειακής φύσης του νοσοκομείου, όπως κλιματισμός, ιματισμός, ηλεκτρισμός, θέρμανση, διατροφή κ.λπ., και στην οικονομία από τους μισθούς, αφού νοσηλευτικές, εργαστηριακές και άλλες υπηρεσίες δεν προσφέρονται τις αργίες και τις βραδινές ώρες, όπου οι ΜΗΝ δεν λειτουργούν. Έχει υπολογιστεί ότι στις δύο αυτές πηγές εξόδων αντιστοιχεί το 40% της οικονομικής διαφοράς ανάμεσα στο λειτουργικό κόστος του κλασικού χειρουργείου και της ΜΗΝ<sup>32</sup>.
16. Επιτυγχάνεται ελάττωση προσωπικού και απόδοση του πλεονάζοντος σε άλλες υπηρεσίες του νοσοκομείου<sup>33</sup>.

## ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΠΟΥ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΓΙΝΟΥΝ ΩΣΤΕ ΝΑ ΕΝΣΩΜΑΤΩΘΕΙ Ο ΘΕΣΜΟΣ ΣΤΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ ΤΟΥ ΕΣΥ

1. Εκπαίδευση και ενημέρωση των ιατρών και του νοσηλευτικού προσωπικού για τις ΜΗΝ<sup>23</sup>. Η εκπαίδευση και ενημέρωση πρέπει να περιλαμβάνει: α) Μαθήματα διοίκησης και διαχείρισης των ειδικών Μονάδων, β) Διδασκαλία κριτηρίων ποιότητας των ιατρικών διαδικασιών και γ) Κατάλληλη θεωρητική και κλινική κατάρτιση για τη διενέργεια και φροντίδα ιατρικών πράξεων στις ΜΗΝ. Επίσης πρέπει να υπάρχει πληροφόρηση και ενημέρωση νέων ιατρών και φοιτητών ιατρικής, γύρω από τα πλεονεκτήματα των ΜΗΝ, ώστε ο θεσμός να γίνει αποδεκτός χωρίς τριβές και ιδιαίτερα προβλήματα<sup>26</sup>.
2. Βελτίωση των χωροταξικών υποδομών<sup>34</sup>.
3. Νομοθέτηση της πολιτείας με σκοπό τη βελτίωση των υποδομών. Εξέταση, προσεκτικά, όλων των δεδομένων και ένταξή τους σε ένα μεταρρυθμιστικό σχέδιο αναδιάταξης των νοσοκομείων<sup>35</sup>.
4. Ανάδειξη των ωφελειών από τις ΜΗΝ. Αναγνώριση περισσότερων επεμβάσεων για μετακίνηση από το συμβατικό στις ΜΗΝ<sup>25</sup>.
5. Ύπαρξη πολιτικής βούλησης και συναίνεσης για την απρόσκοπτη συνεργασία όλων των υγειονομικών παραγόντων. Εφαρμογή μίας συγκεκριμένης στρατηγικής για ανάπτυξη και υποστήριξη των ΜΗΝ και νομοθετική ρύθμιση (ήδη υπάρχει αλλά δεν εφαρμόζεται) σε ότι αφορά τη λειτουργία<sup>8</sup>.
6. Εκσυγχρονισμός του τρόπου χρηματοδότησης του συστήματος (KEN - DRGs).
7. Ανάπτυξη της Τοπικής Αυτοδιοίκησης με παροχή κινήτρων και πρωτοβουλιών για τη διοικητική και διαχειριστική αποκέντρωση σε περιφερειακό επίπεδο<sup>35</sup>.
8. Ενίσχυση συστημάτων πληροφορικής που θα χρησιμεύσουν στη συλλογή, οργάνωση και ταξινόμηση των πληροφοριών, αλλά και στην παροχή υποστήριξης στις καθημερινές δραστηριότητες του προσωπικού, που εργάζεται στις ΜΗΝ. Επίσης, θα χρησιμεύσει σε συλλογή στατιστικών στοιχείων και καταγραφή πληροφοριών, που αφορούν στους δείκτες ποιότητας,

που ήδη χρησιμοποιούνται στο εξωτερικό και θα επιτρέψουν στατιστικές συγκρίσεις<sup>37</sup>.

9. Σύσταση πρωτοκόλλων<sup>26</sup>.
10. Μελέτες ευρείας κλίμακας για τη γνώση της ελληνικής πραγματικότητας στις ΜΗΝ και τις αντιλήψεις των ιατρών και των εργαζομένων για τις υπηρεσίες των ΜΗΝ<sup>26</sup>.
11. Βελτίωση των υπηρεσιών της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ), διότι τη μετεγχειρητική φροντίδα την αναλαμβάνουν τα μέλη της ομάδας υγείας της κοινότητας (γενικοί, οικογενειακοί ιατροί, νοσηλεύτες, φυσιοθεραπευτές κ.λπ.)<sup>38</sup>.
12. Εφαρμογή προγραμμάτων υποκίνησης προσωπικού<sup>39</sup>.
13. Επαρκής πληροφόρηση του ασθενούς, σε έντυπη και προφορική μορφή.
14. Στρατηγική ενημέρωσης του κοινού για το θεσμό των ΜΗΝ και τα πλεονεκτήματά του.
15. Ανακατανομή των διαθέσιμων πόρων, ανθρωπινων και τεχνολογικών, για την υποστήριξη του

νέου θεσμού.

16. Πιλοτική αρχική εφαρμογή των ΜΗΝ σε επιλεγμένα νοσοκομεία και αξιολόγηση των αποτελεσμάτων, με ιεράρχηση των ωφελειών αλλά και των προβλημάτων.
17. Εισαγωγή νέων μορφών Διοίκησης, Διοίκηση συνεχιζόμενης βελτίωσης της ποιότητας (Continuous Quality Improvement) και η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας (Total Quality Management), που αυξάνουν την αποδοτικότητα και την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών<sup>26</sup>.

### Συμπέρασμα

Η καρδιολογική ΜΗΝ αποτελεί μία αποτελεσματική, αποδοτική, ποιοτική και ασφαλής εναλλακτική λύση στη νοσηλεία χρόνιων καρδιοπαθειών. Πρέπει να καταβληθεί προσπάθεια για να καθιερωθεί στο ΕΣΥ, εκπαιδύοντας τους επιστήμονες στις νέες καινотομίες. ■

### ► ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Falces C, Sadurní J, Monell J, Andrea R, Ylla M, Moleiro A, Cantillo J. One-Stop Outpatient Cardiology Clinics: 10 Years' Experience. *Rev Esp Cardiol*. 2008; 61(5): 530-533.
2. Βογιατζής Ι, Κοτσάνη Α. Μελέτη της λειτουργικής κατάστασης ηλικιωμένων ασθενών μετά την παροχή φροντίδας σε Γενικό Νοσοκομείο. *Γαληνός* 2002, 44 : 4, 374-384
3. Θ Κωνσταντινίδης, Ε Τζαγκαράκη. Η Νοσηλευτική Φροντίδα στο σπίτι. *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας* 1998, 10 (1) : 23-31
4. Τ Τσατσάς, ΕΔ Παπαβασιλείου, Β Ρήγας. Μελέτη του χρόνου παραμονής ασθενών σε νοσοκομεία μεγάλων πόλεων. Σύγκριση με το μέσο όρο των ΗΠΑ. *Ιατρική* 1995 67 : 488-491
5. Αλεξανδροπούλου Μ, Ζαμπέλλη Β. Μονάδες ημερήσιας νοσηλείας: Αξιολόγηση της λειτουργίας τους και εκτίμηση της ικανοποίησης των χρηστών. *Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης* 2012, 5: 2, 4-14.
6. Χειρουργική Ημερήσιας Νοσηλείας. Τι είναι; στο [www.onedaysurgery.net](http://www.onedaysurgery.net), 6/12/2014.
7. Virani S, Maddox T, Chan P, Tang F, Akeroyd J, Risch S, et al. Provider Type and Quality of Outpatient Cardiovascular Disease Care. *Insights From the NCDR PINNACLE Registry*. *JACC* 2015, 66: 16, 1803-1812.
8. Ρουμेलιώτης Γ. Το χειρουργείο μίας ημέρας στον κόσμο και στην Ελλάδα. *Επιθ. Υγείας* 2001, 5: 15-16.
9. Αρβανίτη Μ, Τσιτσόπουλος Π, Σαράφης Π, Νιάκας Δ. Χειρουργείο ημέρας - Προοπτικές. Αντιλήψεις και πρόθεση συμπεριφοράς των ιατρών του Εθνικού Συστήματος Υγείας. *Αρχεία Ελλ Ιατρικής* 2006, 23: 5, 496-500.
10. National Center for Health Statistics. Outpatient Department. Available from [www.cdc.gov/nchs/data/wh/nchsdefs/outpatientdep.htm](http://www.cdc.gov/nchs/data/wh/nchsdefs/outpatientdep.htm)/ October 06, 2003
11. Outpatient Cardiology Experiences. In [medicine.missouri.edu/imed/outpatient-cardiology.html](http://medicine.missouri.edu/imed/outpatient-cardiology.html) (27/3/2017).
12. Daniilidou N, Economou C, Zavras D, Kyriopoulos J, Georgoussi E (2005). Health and social care in aging population: the case of an integrated care institution in Greece. Στο <http://www.integratedcarenetwork.org/publish/articles/000004/article.htm>, 9/10/2013.
13. Ελληνική Εταιρεία Νόσου Alzheimer και Συγγενών Διαταραχών, στο [www.alzheimer-hellas.gr/english.php](http://www.alzheimer-hellas.gr/english.php), 10/10/2013
14. Akdemir B, Krishnan B, Senturk T, Benditt D. Syncope: Assessment of risk and an approach to evaluation in the emergency department and urgent care clinic. *Indian Pacing Electrophysiol J*. 2015; 15(2): 103-109.
15. Lin SX, Hooker RS, Lenz ER, Hopkins SC. Nurse practitioners and physician assistants in hospital outpatient departments, 1997-1999. *Nurs Econ* 2002, 20(4): 174-179
16. Θ Κωνσταντινίδης, Ε Τζαγκαράκη. Η Νοσηλευτική Φροντίδα στο σπίτι. *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας* 1998, 10 (1) : 23-31

17. Reilly BM (1991). Practical strategies in outpatient medicine, 2nd ed. Philadelphia : WB Saunders
18. Gustafsson F, Arnold M. Heart failure clinics and outpatient management: review of the evidence and call for quality assurance. *European Heart Journal* 2004 25, 1596-1604.
19. Κορωνιώτης Γ. Διαχωρισμός Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας από τη Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας. Ο ρόλος των Μονάδων Ημερήσιας Νοσηλείας (ΜΗΝ) στην Καρδιολογία. *Ελλ Καρδιολογική Επιθ* 2016, 57: 1, 66-67.
20. Brocklehurst JC. Role of day hospital care. *British Medical Journal* 1973, 4: 223-225.
21. Duwel DA, Berckel MA, Pothast L. Day care in the Netherlands. *Ambulatory surgery*, 1993, 1: 197-200.
22. Shiu W, Wong F, Martin C. Oncology day ward: An evaluation. *Singapore Medical Journal*, 1987, 28(2): 190-191.
23. Αρβανίτη Μ, Τσιτσόπουλος Π, Σαράφης Π, Νιάκας Δ. Χειρουργείο ημέρας - Προοπτικές. Αντιλήψεις και πρόθεση συμπεριφοράς των ιατρών του Εθνικού Συστήματος Υγείας. *Αρχεία Ελλ Ιατρικής* 2006, 23: 5, 496-500.
24. Castoro C, Bertinato L, Baccaglini U, Drace CA, McKee M. Policy Brief Day Surgery: Making it happen. *World Health Organization* 2007.
25. Κυριόπουλος Γ, Σκρουμπέλος Α, Μυλωνά Κ, Ναούμ Γ, Καρδαλά Ο, Οικονομίδου Ρ, Θηραϊός Λ. Εκτίμηση των οικονομικών, υγειονομικών και κοινωνικών επιπτώσεων από την εισαγωγή του θεσμού του Χειρουργείου Ημέρας στο ΕΣΥ, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Αθήνα 2013.
26. Φραγκιαδάκης Σ. Γνώσεις και απόψεις των νοσοκομειακών ιατρών για τα Χειρουργεία μίας Ημέρας (ΧΜΗ), Μεταπτυχιακή εργασία, Ηράκλειο 2011.
27. Αντωνοπούλου Λ. Ποιότητα στην Υγεία - Εργαλεία Ελέγχου της διαχείρισης των Νοσοκομειακών Μονάδων, 2013, στο [www.isoinhealth.com/index.php/articles](http://www.isoinhealth.com/index.php/articles), 15/12/2014.
28. Ε. Μωραϊτης. Εναλλακτικές μορφές περίθαλψης. Νοσηλεία στο σπίτι, μονάδες βραχείας Νοσηλείας. *Νοσοκομειακά Χρονικά* 1985 47 : 64-71
29. Weale AR. Randomized clinical trial of the effectiveness of emergency day surgery against standard inpatient treatment. *British Journal of Surgery* 2002, 89: 423-427.
30. Ιατρικός Σύλλογος Αθηνών. Χειρουργείο Ημέρας: πολλαπλά τα οφέλη για τους πολίτες και την Πολιτεία, στο [www.isathens.gr/sylogos/arxio-draswn-isa/arxio-syndikalistiko](http://www.isathens.gr/sylogos/arxio-draswn-isa/arxio-syndikalistiko) 10/12/2014.
31. Chapman R. Day Surgery in Bristol. *British Journal of Theatre Nursing* 1996, 12-15.
32. Θεοδώρου Μ. Εναλλακτικές μορφές περίθαλψης, στο Συστήματα Υγείας και Ελληνική πραγματικότητα, *Επιθ. Υγείας* 2001, 5: 123-129.
33. Mitchell JB, Harrow B. Costs and outcomes of inpatient versus outpatient hernia repair. *Health Policy* 1994, 28: 143-152.
34. Χειρουργική Ημερήσιας Νοσηλείας. Τι είναι; στο [www.onedaysurgery.net](http://www.onedaysurgery.net), 6/12/2014.
35. Ιατρικός Σύλλογος Αθηνών. Χειρουργείο Ημέρας: πολλαπλά τα οφέλη για τους πολίτες και την Πολιτεία, στο [www.isathens.gr/sylogos/arxio-draswn-isa/arxio-syndikalistiko](http://www.isathens.gr/sylogos/arxio-draswn-isa/arxio-syndikalistiko) 10/12/2014.
36. Wong LS, Kaukuntla HK, Lam FT, Fraser IA. A survey of patient satisfaction after day case surgery. *International Journal of Clinical Practice* 2004, 53: 3, 189-191.
37. Shiu S. The use of computer system dedicated to Day Surgery. *British Journal of Theatre Nursing* 2003, 5: 1, 19-21.
38. Barrow S, Fischer AD, Seex DM, Abdul MS. General practitioner attitudes to Day Surgery. *Journal of Public Health Medicine* 1994, 16: 3, 318-320
39. Ι Βογιατζής, Δ Καλέα. Υποκίνηση Ιατρικού και Νοσηλευτικού προσωπικού. Υφιστάμενη κατάσταση, προτάσεις και προοπτικές. *Επιθεώρηση Υγείας* 2006, 17: 98, 35-42.

