

Εργαλείο αξιολόγησης της απόδοσης για τη βελτίωση της ποιότητας στα Νοσοκομεία

Φύλλα περιγραφής δεικτών '09/10

WHO Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals
(PATH)

Λίστα δεικτών

- Ποσοστό καισαρικών τομών
- Ποσοστό ενδονοσοκομειακής θνητότητας ασθενών σε διάστημα 30 ημερών από την εισαγωγή για αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο
- Ποσοστό ενδονοσοκομειακής θνητότητας ασθενών σε διάστημα 30 ημερών από την εισαγωγή για οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου
- Μετεγχειρητικά θρομβοεμβολικά επεισόδια
- Χρήση παραγώγων αίματος
- Ποσοστό χειρουργικών επεμβάσεων ημερήσιας νοσηλείας
- Έλεγχος απαγόρευσης καπνίσματος
- Ασθενείς μετά από οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου στους οποίους χορηγείται ασπιρίνη κατά την έξοδο από το Νοσοκομείο
- Προφυλακτική χρήση αντιβιοτικών
- Διάρκεια νοσηλείας
- Απόδοση χειρουργικής αίθουσας
- Τραυματισμοί από βελόνα
- Αποκλειστικός θηλασμός



Νοέμβριος 2013

www.pathqualityproject.eu



**Η μετάφραση του παρόντος Εγχειριδίου
διαθέτει την έγκριση του
Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας
Επιμέλεια Κειμένου (με τη συμβολή της εταιρίας Lexicon):
Σανίδα Γεωργία, Μαβίδου Φωτεινή
Τμήμα Βελτίωσης και Ελέγχου Ποιότητας 3^{ης} Δ.Υ.ΠΕ.**

Παρακαλούμε να επισκεφτείτε τις ιστοσελίδες:

www.pathqualityproject.eu

http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/103728/E89742.pdf

www.3ype.gr



www.pathqualityproject.eu



Πρόλογος

Η Διοίκηση της 3^{ης} Υγειονομικής Περιφέρειας Μακεδονίας έχοντας επενδύσει στον τομέα της Ποιότητας και της Συνεχούς Βελτίωσης των Μονάδων Υγείας, με επίκεντρο τον ασθενή, σας παραδίδει το παρόν Τεύχος της περιγραφής των δεικτών του Προγράμματος του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας για την αξιολόγηση της απόδοσης και τη βελτίωση της ποιότητας στα Νοσοκομεία (PATH), με την προσδοκία ότι θα αποτελέσει χρήσιμο εργαλείο για όσες δημόσιες και ιδιωτικές Μονάδες επιλέξουν να γίνουν συνοδοιπόροι στο μονοπάτι της αυτοβελτίωσης.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Ιδιαίτερες ευχαριστίες στον κ. Μουμτζόγλου Αναστάσιο, Εθνικό Συντονιστή του Προγράμματος PATH για την καθοριστική συμβολή του στην προσπάθεια που έγινε να αποδοθεί το παρόν Τεύχος, όσο το δυνατό καλύτερα στην ελληνική γλώσσα και πραγματικότητα.

Ιδιαίτερες ευχαριστίες για την πολύτιμη παρέμβασή τους σε επιλεγμένους δείκτες στους κυρίους/κυρίες:

Χασαποπούλου Ελένη, Συντονίστρια Δ/ντρια Κέντρου Αιμοδοσίας ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ

Παπαδοπούλου Μαργαρίτα, Δ/ντρια Υπηρεσίας Αιμοδοσίας ΓΝ Κατερίνης

Κυριακουλάκο Στυλιανό, Ιατρό Αναισθησιολόγο ΓΝ Γιαννιτσών

Ιδιαίτερες ευχαριστίες στους κ. Φουντουκίδη Ιωάννη και Τούφα Κωνσταντίνο, υπαλλήλους του ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ, για την προσπάθεια δημιουργίας κοινής για τα Νοσοκομεία ηλεκτρονικής πλατφόρμας προκειμένου να εισάγονται στοιχεία του προγράμματος PATH.



Εισαγωγή

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, ο οποίος οργανώνει και υποστηρίζει διεθνείς δράσεις και πρωτοβουλίες που στοχεύουν στην άνοδο του επιπέδου υγείας του πληθυσμού παγκοσμίως, τα τελευταία χρόνια επικεντρώνεται ολοένα και περισσότερο στη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, οι οποίες καθορίζουν σε σημαντικό βαθμό το γενικότερο επίπεδο υγείας ενός πληθυσμού. Στο πλαίσιο αυτό και εξαιτίας της αυξανόμενης τάσης, τόσο παγκοσμίως όσο και στον Ευρωπαϊκό χώρο, για αποτελεσματικότερη και αποδοτικότερη λειτουργία των Συστημάτων Υγείας και των Νοσοκομείων ειδικότερα, διαμέσου της εφαρμογής στρατηγικών βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, το Περιφερειακό Γραφείο για την Ευρώπη του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας ανέπτυξε και έθεσε σε εφαρμογή το 2003 το πρόγραμμα ***PATH-Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals***, με στόχο τη δημιουργία ενός πανευρωπαϊκού δικτύου Νοσοκομείων για:

α) τη μέτρηση κοινών δεικτών και την ανταλλαγή εμπειριών σε θέματα της λειτουργίας τους,

β) τη συλλογή δεδομένων που σχετίζονται με την απόδοσή τους και τις επιδόσεις τους σε σχέση με τα άλλα Νοσοκομεία της ομάδας σύγκρισης και

γ) την προώθηση δραστηριοτήτων βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Το γενικό πλαίσιο εργασίας του προγράμματος και η επιλογή των επιμέρους δεικτών εκπονήθηκε από διεθνή ομάδα εμπειρογνομόνων, οι οποίοι στηρίχθηκαν αφενός μεν σε εκτενή ανασκόπηση της βιβλιογραφίας και αφετέρου σε μελέτες διαθεσιμότητας δεδομένων και αξιολόγησης δεικτών. Το πρόγραμμα εξετάστηκε πιλοτικά σε 66 Νοσοκομεία διαφορετικών χωρών (Βελγίου, Δανίας, Γαλλίας, Σλοβακίας, Καναδά, Νοτίου Αφρικής) από το Φεβρουάριο του 2004 έως τον Μάρτιο του 2006.

Το θεωρητικό υπόβαθρο του PATH στηρίχτηκε στη λογική ότι αναγκαία προϋπόθεση για τη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών είναι η αποτύπωση της υπάρχουσας κατάστασης στο εκάστοτε ίδρυμα, μέσω της συλλογής των δεδομένων, η οποία θα πρέπει να αποτελεί το σημείο έναρξης για κάθε προσπάθεια και δραστηριότητα βελτίωσης. Πρέπει να τονιστεί ότι το PATH έχει σχεδιαστεί για «εσωτερική» χρήση, ενώ δεν πρέπει να χρησιμοποιείται ως μέσο «εξωτερικής» αναφοράς ή επιβεβαίωσης. Η αξιολόγηση των επιδόσεων του κάθε Νοσοκομείου στα διάφορα πεδία θα πρέπει πρωτίστως να λειτουργεί ως εργαλείο «εσωτερικού» ελέγχου και ως μοχλός για την αυτοβελτίωσή του σε όλους τους τομείς των παρεχόμενων υπηρεσιών.



Το πρόγραμμα σχεδιάστηκε με βάση τις ακόλουθες έξι διαστάσεις:

α) Κλινική αποτελεσματικότητα (ορθότητα κλινικών πρακτικών, επίτευξη στόχων περίθαλψης κ.α.),

β) Αποδοτικότητα (βέλτιστη χρήση πόρων, παραγωγικότητα κ.α.),

γ) Προσανατολισμός προσωπικού (επάρκεια κατάρτισης, εκπαίδευση, ικανοποίηση κ.α.),

δ) Ανταπόκριση των παρεχόμενων υπηρεσιών στις ανάγκες της κοινότητας (ισότιμη πρόσβαση, δημόσια υγεία κ.α.),

ε) Ασφάλεια (ασθενών, προσωπικού, περιβάλλοντος) και

στ) Παροχή υπηρεσιών με επίκεντρο τον ασθενή (διαδικασίες επικοινωνίας, εμπιστευτικότητα, αξιοπρέπεια κ.α.).

Για όλες τις προαναφερόμενες διαστάσεις επιλέχτηκε μια «βασική» ομάδα 13 δεικτών, η περιγραφή των οποίων παρουσιάζεται αναλυτικά στις σελίδες αυτού του Τεύχους.



Ποσοστό καισαρικών τομών

Τελ . επικ. Δεκέμβριος 2009

Περιεχόμενα:

Σύντομη ονομασία
 Προσδιορισμός
 Σύντομος ορισμός
 Σκεπτικό
 Λειτουργικός ορισμός
 Προηγούμενη εμπειρία από το πρόγραμμα PATH
 Πηγή δεδομένων
 Διάσταση του δείκτη
 Τύπος δείκτη
 Προσαρμογή/διαστρωμάτωση
 Υποδείκτες
 Συναφείς δείκτες
 Ερμηνεία
 Κατευθυντήριες οδηγίες
 Βιβλιογραφία

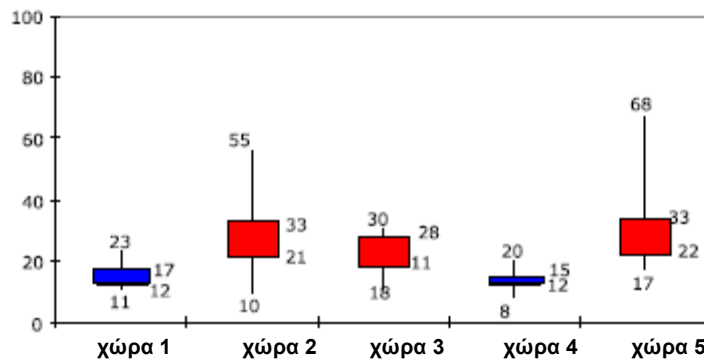
Σύντομη ονομασία	Ποσοστό καισαρικών τομών
Προσδιορισμός	Ποσοστό καισαρικών τομών μετά από αποκλεισμό των περιπτώσεων που διατρέχουν υψηλό κίνδυνο να υποβληθούν σε καισαρική τομή.
Σύντομος ορισμός	Ποσοστό καισαρικών τομών επί του συνολικού αριθμού γεννήσεων ζώντων νεογνών. Από το ποσοστό αποκλείονται κατηγορίες τοκετών με υψηλό κίνδυνο υποβολής σε καισαρική (πρόωροι τοκετοί, εμβρυϊκός θάνατος, πολύδυμη κύηση, ισχιακή προβολή, ανώμαλη προβολή εμβρύου).
Σκεπτικό	<p>Σκεπτικό:</p> <p>1) Η καισαρική τομή είναι η πιο συχνή χειρουργική επέμβαση σε πολλές βιομηχανοποιημένες χώρες. Το 2002, στην Ευρώπη, το ποσοστό των καισαρικών τομών κυμαινόταν από 6,2 έως 36% με μέσο όρο το 19% (1) και σταθερή τάση αύξησης στις περισσότερες χώρες της Ευρώπης. Τα ποσοστά αυτά υπερβαίνουν κατά πολύ τις συστάσεις του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας για τη διατήρηση των ποσοστών της καισαρικής τομής σε επίπεδα μεταξύ 10-15% (2).</p> <p>Μολονότι το προτεινόμενο βέλτιστο ποσοστό των γεννήσεων με καισαρική αποτελεί αντικείμενο συζήτησης, στις αναπτυγμένες χώρες όπου υπερβαίνει κατά πολύ το 15%, η προσοχή επικεντρώνεται σε στρατηγικές μείωσης των καισαρικών, λόγω της ανησυχίας ότι τα υψηλότερα ποσοστά δεν συνεπάγονται πρόσθετα οφέλη για την υγεία, αλλά ενδέχεται να αυξήσουν τους κινδύνους για τις μητέρες, ενώ επηρεάζουν τις μελλοντικές κυήσεις και επιβαρύνουν τα συστήματα υγείας (1). Ο παρών δείκτης μπορεί να αποκαλύψει ότι σε πολλές περιπτώσεις υπάρχει μεγάλο περιθώριο βελτίωσης της ποιότητας.</p>
Σκεπτικό (αιτιολόγηση, δυνατά σημεία και περιορισμοί)	

<p>Σκεπτικό (αιτιολόγηση, δυνατά σημεία και περιορισμοί)</p>	<p>2) Ο φόρτος που συνεπάγεται η συλλογή δεδομένων είναι μικρός. Ο παρών δείκτης βασίζεται σε στοιχεία που είναι ήδη διαθέσιμα σε διοικητικές βάσεις δεδομένων (εξιπήρια) στις περισσότερες χώρες και τα οποία παρακολουθούνται σε τακτική βάση. Επιπλέον, υπάρχει υψηλό επίπεδο συναίνεσης ως προς τη χρήση του.</p> <p>3) Πρωτοβουλίες για τη βελτίωση της ποιότητας, οι οποίες βασίζονται σε δεδομένα, στηρίζουν τη μείωση του ποσοστού των καισαρικών τομών (3,4).</p>
<p>Λειτουργικός ορισμός</p>	<p>Ο δείκτης προκύπτει από κλάσμα που έχει αριθμητή και παρονομαστή, όπως ορίζονται παρακάτω:</p> <p><u>Αριθμητής:</u> Συνολικός αριθμός τοκετών με κωδικό διαδικασίας την καισαρική τομή (Προσάρτημα Α)</p> <p><u>Παρονομαστής:</u> Συνολικός αριθμός τοκετών</p> <p><u>Κριτήρια αποκλεισμού:</u> Τοκετός πριν από την 37η εβδομάδα κύησης, εμβρυϊκός θάνατος, πολύδυμη κύηση, τοκετός με ισχιακή προβολή, ανώμαλη προβολή εμβρύου (Προσάρτημα Β)</p>
<p>Προηγούμενη εμπειρία στο πλαίσιο του προγράμματος PATH</p>	<p>Αποτελέσματα από διεθνείς μελέτες και αναλύσεις σχετικά με το συγκεκριμένο δείκτη υπάρχουν διαθέσιμα στο τέταρτο τεύχος του Ενημερωτικού Δελτίου (Newsletter 4) του προγράμματος PATH.</p> <p>Ο ορισμός του δείκτη σχετικά με την καισαρική τομή παραμένει ίδιος για τα προγράμματα PATH-pilot, PATH-II και PATH '09. Ωστόσο, στο πλαίσιο του PATH-II, δεν είχαν καθοριστεί οι κωδικοί των κριτηρίων ένταξης και αποκλεισμού. Στο πλαίσιο του PATH-II, προτάθηκε να συμπληρωθεί ο δείκτης με τις παραμέτρους επαναλαμβανόμενης καισαρικής τομής (αριθμός κολπικών τοκετών έναντι αριθμού τοκετών με προηγούμενη καισαρική) και πρώτης καισαρικής (αριθμός καισαρικών τομών έναντι αριθμού πρώτων φυσιολογικών τοκετών). Αυτοί οι δύο προσαρμοσμένοι δείκτες μετρήθηκαν από λίγα μόνο Νοσοκομεία, με συλλογή δεδομένων και καταγραφή τους σε βάση που είχε δημιουργηθεί για το σκοπό αυτό για περιορισμένο χρονικό διάστημα (και συνεπώς για περιορισμένο αριθμό περιστατικών). Ως απόρροια της ελλιπούς κατανόησης του ορισμού, η αξιοπιστία των δεδομένων κρίθηκε χαμηλή. Ως εκ τούτου, οι δύο προσαρμοσμένοι δείκτες αποφασίστηκε να μην συμπεριληφθούν στο πρόγραμμα PATH '09.</p> <p>Στο πλαίσιο του PATH-II, μόνο σε εξαιρετικά σπάνιες περιπτώσεις υπήρχαν Νοσοκομεία με ποσοστά καισαρικών τομών χαμηλότερα του 10%. Οι χώρες 2, 3 και 5 (σχήμα 1, σε κόκκινο χρώμα) είχαν την τάση να εμφανίζουν υψηλότερο ποσοστό (διάμεσο και μέσο όρο), καθώς και μεγαλύτερη διασπορά (ενδοτεταρτημοριακή και τυπική απόκλιση) σε σύγκριση με τις χώρες 1 και 4 (σχήμα 1, σε μπλε χρώμα). Αυτή η τάση ενδέχεται να υποδηλώνει ότι στις χώρες 1 και 4 χρησιμοποιούνται εν γένει καλύτερες πρακτικές με περισσότερη ομοιογένεια, οι οποίες επιτυγχάνουν έναν πιο αποδεκτό μέσο όρο ή διάμεσο. Το γεγονός ότι υπεισέρχονται κοινωνικοπολιτισμικοί παράγοντες (καισαρική τομή που ζητείται από τη μητέρα χωρίς την ύπαρξη κλινικών αιτιών), οι οποίοι μπορούν να συμβάλλουν σε υψηλότερα ποσοστά σε ορισμένες χώρες, δεν δικαιολογεί τις έντονες διαφοροποιήσεις στο εσωτερικό αυτών των χωρών. Ωστόσο, τα φαινομενικά καλύτερα αποτελέσματα που παρατηρήθηκαν στις χώρες 1 και 4 είναι πιθανό να οφείλονται επίσης στην ομοιογένεια του πληθυσμού των ασθενών και στις δύο χώρες ενώ θέτουν υπό αμφισβήτηση την αξιοπιστία των κριτηρίων αποκλεισμού που χρησιμοποιήθηκαν στις χώρες 2, 3 και 5 σύμφωνα με τις διοικητικές βάσεις δεδομένων και τις πρακτικές κωδικοποίησης. Στο πρόγραμμα PATH-II, ορισμένα Νοσοκομεία επισήμαναν ότι δεν είναι</p>

Προηγούμενη εμπειρία στο πλαίσιο του προγράμματος PATH

σε θέση να εντοπίσουν τα κριτήρια αποκλεισμού ενώ άλλα βασίστηκαν σε διαφορετικές πηγές (καρτέλες ασθενών).

Στο πλαίσιο του προγράμματος PATH-II, η καισαρική κατόπιν αιτήματος της μητέρας (απουσία ιατρικών ή μαιευτικών ενδείξεων) αναφέρθηκε σε διάφορες χώρες ως η κύρια αιτία για τα υψηλά ποσοστά καισαρικών τομών, ειδικότερα σε περιπτώσεις πρωτοτοκίας. Αυτή η παρατήρηση επιβεβαιώνει διάφορες παρατηρήσεις στην ιατρική βιβλιογραφία σύμφωνα με τις οποίες η ζήτηση των καταναλωτών συντελεί σημαντικά στη διαρκή αύξηση των καισαρικών σε διεθνές επίπεδο (5). Ωστόσο, από μια επισκόπηση της βιβλιογραφίας (2000-2005) υπογραμμίζεται ότι μόνο μικρός αριθμός γυναικών ζητεί να υποβληθεί σε καισαρική τομή. Το ποσοστό των γυναικών που προτιμούν την καισαρική τομή κυμαίνεται από 0,3 έως 14% ενώ υπάρχουν μόνο 3 μελέτες που εξετάζουν απευθείας αυτές τις προτιμήσεις χωρίς να λαμβάνουν υπόψη τις κλινικές ενδείξεις (5).



Σχήμα 1: Διεθνής σύγκριση του μέσου ποσοστού καισαρικών τομών στο εσωτερικό μιας χώρας (ελάχ., τεταρτημόριο 1, τεταρτημόριο 3, μέγ., σε %)

Πηγή δεδομένων

Συλλογή **αναδρομικών** δεδομένων από διοικητική βάση δεδομένων (εξιτήριο).

Ο δείκτης υπολογίζεται από τα στοιχεία των 3 τελευταίων ετών (π.χ. 2010, 2011, 2012) ή από τα στοιχεία των 3 τελευταίων διαθέσιμων ετών. Αν τα στοιχεία αποσπαστούν από έντυπη και όχι ηλεκτρονική βάση δεδομένων και καταγραφούν, ο δείκτης μπορεί να υπολογιστεί δειγματοληπτικά (όλοι οι τοκετοί που πληρούν τα κριτήρια ένταξης και αποκλεισμού π.χ. τον Οκτώβριο και τον Φεβρουάριο των 3 ετών). Ο Συντονιστής του προγράμματος PATH στην εκάστοτε χώρα θα πρέπει να ενημερώνεται σχετικά με τη μέθοδο της δειγματοληψίας.

Τα στοιχεία σε επίπεδο ασθενούς (ένα αρχείο για κάθε ασθενή) πρέπει να αποστέλλονται στον Συντονιστή του προγράμματος PATH της εκάστοτε χώρας (PCC). Το αρχείο κάθε ασθενούς περιλαμβάνει σχετικά στοιχεία για τον υπολογισμό του αριθμητή και του παρονομαστή (με βάση τα καθορισμένα κριτήρια ένταξης/αποκλεισμού) και ενδέχεται να περιλαμβάνει επίσης παραμέτρους, όπως η ηλικία της μητέρας, η ημέρα/ώρα του τοκετού, ο μαιευτήρας (γυναικολόγος), η ασφάλιση υγείας κ.λ.π. Οι πρόσθετες παράμετροι αποφασίζονται κατόπιν συζήτησης σε εθνικό επίπεδο ανάλογα με τη διαθεσιμότητα των δεδομένων (ευκολία ανάκτησης) και τη συνάφειά τους στο πλαίσιο της εκάστοτε χώρας.

Τα συμμετέχοντα Νοσοκομεία θα πρέπει να συζητούν μεταξύ τους τις πρακτικές κωδικοποίησης ώστε να αξιολογείται αν και κατά πόσο καθορίζονται τα κριτήρια αποκλεισμού στο εξιτήριο και να αποφασίζεται αν χρειάζεται να ανακτηθούν πληροφορίες από εναλλακτικές πηγές σε βάση που θα δημιουργηθεί γιαυτό το σκοπό.

Διάσταση του δείκτη	<p>Πρόκειται για έναν πολυδιάστατο δείκτη, ο οποίος εξετάζει τις εξής παραμέτρους:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Κλινική αποτελεσματικότητα: καταλληλότητα ιατρικής περίθαλψης. - Ασφάλεια ασθενών: κίνδυνοι για τη μητέρα και το νεογνό οι οποίοι απορρέουν από ακατάλληλη (υπερβολική ή ανεπαρκή) χρήση της καισαρικής στο πλαίσιο αμυντικών πρακτικών ιατρικής. - Αποδοτικότητα: η καισαρική απαιτεί μεγαλύτερη χρήση υγειονομικών πόρων απ' ό,τι οι φυσιολογικοί (κολπικοί) τοκετοί. - Ανταπόκριση της διοίκησης στις ανάγκες της κοινότητας: προσβασιμότητα, διαθεσιμότητα. - Επίπεδο ασθενοκεντρικής προσέγγισης: επιλογή ασθενών κατόπιν ενημέρωσης, υπευθυνότητα ιατρών κατά την παροχή άρτιας ενημέρωσης και σεβασμός προς την επιλογή της μητέρας να υποβληθεί σε καισαρική.
Τύπος δείκτη	Μέτρο διαδικασίας
Προσαρμογή/ Διαστρωμάτωση	<p>Δεν εφαρμόζεται διόρθωση ως προς τους παράγοντες κινδύνου στο ποσοστό των καισαρικών τομών καθώς μια τέτοια διαδικασία παρεμποδίζεται από ανεπάρκειες στις υπάρχουσες πηγές δευτερογενών δεδομένων ή από την απαίτηση για εκτεταμένη επισκόπηση των διαγραμμάτων περίθαλψης. Κατά συνέπεια, η εν λόγω πρακτική δεν συνιστάται για τους σκοπούς αυτού του δείκτη. Καταδεικνύεται ότι η διόρθωση κινδύνου ενδέχεται να επηρεάσει σημαντικά την «κατάταξη» των Νοσοκομείων (6,7), έτσι απαιτείται μεγάλη προσοχή κατά την ερμηνεία των αποτελεσμάτων. Εξαιρώντας από τον δείκτη ορισμένους τοκετούς που ενέχουν υψηλό κίνδυνο υποβολής σε καισαρική τομή, μειώνεται η ποικιλομορφία στα χαρακτηριστικά των ασθενών.</p> <p>Συνιστάται η σύγκριση με τον αριθμό των τοκετών που αποκλείστηκε από τον συνολικό αριθμό τοκετών του παρονομαστή. Κάτι τέτοιο θα αποκαλύψει ενδεχομένως διαφορές στη σύνθεση των περιστατικών (case-mix) ή στον τρόπο που εκλαμβάνονται και κωδικοποιούνται τα κριτήρια αποκλεισμού στα εξιτήρια ή σε εναλλακτικές πηγές δεδομένων. Κρίνεται σκόπιμο η σύγκριση να γίνεται για διαφορετικά επίπεδα υγειονομικής περίθαλψης (π.χ. Πανεπιστημιακή Κλινική με Μονάδα Εντατικής Θεραπείας νεογνών σε σχέση με ένα Νοσοκομείο κατώτερης βαθμίδας). Στη συνέχεια, τα Νοσοκομεία θα πρέπει να συζητήσουν αν οι διαφορές πράγματι αντανακλούν τις διαφορές στη σύνθεση των περιστατικών (δεδομένου ότι τα πιο περίπλοκα περιστατικά τοκετών προσανατολίζονται σε υψηλότερα επίπεδα υγειονομικής περίθαλψης).</p> <p>Η διαστρωμάτωση σε υποομάδες συνιστάται για τη συγκριτική αξιολόγηση του ποσοστού καισαρικών τομών μεταξύ Μονάδων και την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων του συνολικού ποσοστού καισαρικών τομών (ταξινόμηση κατά Robson) (8,9).</p>
Υποδείκτες	<ul style="list-style-type: none"> - Ανάλογα με την ηλικιακή κατηγορία της μητέρας (κάτω των 20 ετών, ηλικία 20-35 ετών, άνω των 35 ετών). - Ανάλογα με την ασφάλιση υγείας της μητέρας (αν ισχύει για τη χώρα). - Ανάλογα με τον λόγο χρήσης της καισαρικής: εκλεκτική έναντι επείγουσας ή επιτακτικής: ημέρα της εβδομάδας, ώρα της ημέρας. - Ανάλογα με τον δείκτη μάζας σώματος (BMI) της μητέρας.

	<ul style="list-style-type: none"> - Ανάλογα με το βάρος του νεογνού. - Ανάλογα με την ικανότητα για τεκνοποιία (πρώτος τοκετός ή όχι).
Συναφείς δείκτες	<ul style="list-style-type: none"> - Η διάρκεια νοσηλείας των μητέρων που υποβλήθηκαν σε καισαρική τομή στον αριθμητή προς τη διάρκεια νοσηλείας των μητέρων που γέννησαν με φυσιολογικό τοκετό στον παρονομαστή, ή προς το σύνολο των μητέρων στον παρονομαστή. - Εν τω βάθει φλεβικές θρομβώσεις. <p>Οι ακόλουθοι δείκτες δεν υπολογίζονται στο πλαίσιο του PATH '09, αλλά εάν ωστόσο παρακολουθούνται ούτως ή άλλως στο Νοσοκομείο, θα ήταν ίσως σκόπιμο να εξεταστούν σε συνάρτηση με το ποσοστό των καισαρικών τομών:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Βαθμολογία στην κλίμακα APGAR κατά τη γέννηση - Αντιβιοτική προφύλαξη πριν από εκλεκτική καισαρική τομή
Ερμηνεία	<p>Περιορισμός: Ο μεγάλος αριθμός παραγόντων που επηρεάζουν το ποσοστό των καισαρικών τομών και η απουσία «χρυσού κανόνα» που να υποδεικνύει το βέλτιστο ποσοστό καισαρικών τομών δυσχεραίνουν την ερμηνεία του συγκεκριμένου δείκτη. Πρέπει να αναλύονται ενδελεχώς τόσο τα πολύ χαμηλά όσο και τα πολύ υψηλά ποσοστά ώστε να κατανοούνται οι λόγοι της διαφοροποίησης των αποτελεσμάτων.</p> <p>Ο δείκτης δεν είναι εύκολο να ερμηνευθεί λόγω του μεγάλου αριθμού παραγόντων που συντελούν στην υποβολή σε καισαρική τομή (τόσο κλινικοί όσο και κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες) και της απουσίας συμφωνίας όσον αφορά το βέλτιστο ποσοστό καισαρικών τομών. Πρόκειται για έναν αμφίδρομο δείκτη. Αυτό σημαίνει ότι πρέπει να εξετάζονται ενδελεχώς τόσο τα υψηλά όσο και τα χαμηλά ποσοστά. Αναμένεται η επιλογή να επηρεάζεται από μη μεροληπτικές αιτίες (συγκέντρωση μεγάλου αριθμού κυήσεων υψηλού κινδύνου σε ορισμένα ιδρύματα, μητέρες που επιλέγουν γυναικολόγο με βάση τις προτιμήσεις του/της για καισαρική ή φυσιολογικό τοκετό).</p> <p>Κατά συνέπεια, το καλύτερο σημείο αναφοράς είναι η προσωπική κρίση του καθενός:</p> <p>Είναι καίριας σημασίας να εξετάζεται η εξέλιξη στον χρόνο και να γίνονται κατανοητοί οι παράγοντες που ενδέχεται να επηρεάζουν τις προκύπτουσες τάσεις.</p> <p>Η σύγκριση μεταξύ των Νοσοκομείων της ίδιας χώρας θα μπορούσε να συμβάλει στον εντοπισμό βέλτιστων πρακτικών και να βοηθήσει στην κατανόηση των αιτιών εξαιτίας των οποίων το ποσοστό των καισαρικών τομών παραμένει σταθερό σε ορισμένα Νοσοκομεία ενώ γενικά επικρατεί μια (αυστηρά) αυξητική τάση. Οι διεθνείς συγκρίσεις είναι μικρότερης αξίας λόγω του μεγάλου αριθμού εξωγενών παραγόντων (πολιτιστικών, κοινωνικοοικονομικών) που ενδέχεται να επηρεάζουν την απόφαση, η συμβολή των οποίων είναι δύσκολο να απομονωθεί ή να καταστεί σαφής.</p> <p>Μια σειρά οργανωτικών παραγόντων, όπως το είδος της εφημερίας, το επίπεδο των παιδιατρικών υπηρεσιών και η δομή των μαιευτηρίων επηρεάζουν σημαντικά το ποσοστό των καισαρικών τομών (10).</p> <p>Σύμφωνα με μια μετα-ανάλυση (11) υπάρχουν στρατηγικές, οι οποίες τεκμηριωμένα οδηγούν σε μείωση των ποσοστών καισαρικών τομών, όπως στρατηγικές ελέγχου και ανατροφοδότησης (feedback), βελτίωσης της ποιότητας και άλλες πολύπλευρες στρατηγικές. Ωστόσο η εφαρμογή του πρωτοκόλλου ενεργούς διαχείρισης του τοκετού (active management of labor protocol) εμφάνισε μεικτή επίπτωση. Στο παραπάνω πλαίσιο</p>

καταδείχθηκε επίσης ότι είναι απαραίτητη η αναγνώριση των αποδοτικών στρατηγικών αλλά και των εμποδίων που δυσχεραίνουν τις αλλαγές που έχουν στόχο την καλύτερη προσαρμογή της παρέμβασης και την εφαρμογή κατευθυντήριων οδηγιών στην κλινική πράξη (12).

Υπό το πρίσμα της ασθενοκεντρικής προσέγγισης, κατά τη σύγκριση των ποσοστών των καισαρικών τομών, συνιστάται επίσης να συγκρίνεται το επίπεδο και η ποιότητα της ενημέρωσης που παρέχεται στις εγκύους όσον αφορά τους κινδύνους και τα οφέλη της καισαρικής. Σκόπιμη είναι επίσης η σύγκριση του περιεχομένου των εντύπων συγκατάθεσης κατόπιν ενημέρωσης (βλ. για παράδειγμα προσχέδιο εντύπου συγκατάθεσης κατόπιν ενημέρωσης για τις καισαρικές τομές των Μαιευτήρων-Γυναικολόγων του Royal College του Ηνωμένου Βασιλείου – 13). Ο φόβος για τη μητέρα ή για το βρέφος, σε συνδυασμό με την πεποίθηση ότι η καισαρική τομή είναι πιο ασφαλής για το βρέφος φαίνεται να είναι ο κύριος λόγος που ζητούν οι μητέρες να υποβληθούν σε καισαρική τομή (12). Συνεπώς, η παροχή συμβουλευτικής στις μητέρες, πέρα από την πλέον κατάλληλη φροντίδα, αποτελεί και στοιχείο-κλειδί για την αναγνώριση των προτιμήσεων των γυναικών.

Συμπληρωματικά μέτρα για περαιτέρω εξέταση με στόχο τη διερεύνηση ακραίων τιμών (outliers):

Ειδικά μέτρα/δεδομένα για διερεύνηση των αιτιών των ακραίων τιμών:

- Ανάλυση υποομάδων (κατά Robson)
- Αναλογία ανά κατηγορία επιτακτικότητας (άμεση απειλή για τη ζωή της μητέρας ή του εμβρύου)
- Απόφαση για μεγαλύτερη ασφάλεια της μητέρας ή του εμβρύου χωρίς όμως να ενυπάρχει απειλή για τη ζωή
- Ανάγκη για πρόωρο τοκετό χωρίς όμως να ενυπάρχει απειλή για τη μητέρα ή το έμβryo· προγραμματισμένος τοκετός προς εξυπηρέτηση της μητέρας και του προσωπικού) (ταξινόμηση σύμφωνα με την έρευνα Confidential Enquiry into Perioperative Deaths [Εμπιστευτική Έρευνα για τους Περιεγχειρητικούς Θανάτους] NCEPOD)
- Κατανομή χρόνου καισαρικών τομών (π.χ. εργάσιμες ημέρες/ Σαββατοκύριακο)
- Ποσοστά ανά χειρούργο/μαιευτήρα-γυναικολόγο
- Ποσοστό χρήσης επισκληριδίου
- Ποσοστό αποτυχημένων φυσιολογικών τοκετών όταν έχει προηγηθεί τοκετός με καισαρική τομή
- Πρόκληση τοκετού
- Ύπαρξη κατευθυντήριων οδηγιών στη μονάδα, οι οποίες περιλαμβάνουν ενδείξεις για καισαρική τομή

Ύπαρξη υποστηρικτικού υλικού για τη λήψη απόφασης από τη μητέρα κατόπιν ενημέρωσης

Κατευθυντήριες οδηγίες

Κατευθυντήριες οδηγίες του Εθνικού Ινστιτούτου Υγείας και Κλινικής Αριστείας (NICE): <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG013fullguideline.pdf>

Βιβλιογραφία

1. Betran AP, Merialdi M, Lauer JA, Bing-Shun W, Thomas J, Van Look P, Wagner M. Rates of caesarean section: analysis of global, regional and national estimates. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 2007;21: 98-113.
2. World Health Organization. Appropriate technology for birth. *Lancet* 1985;2:436-437. AHRQ Quality/Patient safety indicators <http://www.qualityindicators.ahrq.gov>
3. Kazandjian VA, Lied TR. Cesarean section rates: effects of participation in a performance measurement project. *Joint commission Journal on Quality Improvement* 1998;24(4):187-196.
4. Main EK. Reducing cesarean birth rates with data driven quality improvement activities. *Pediatrics* 1999; 103 (1supp.E):374-383.
5. McCourt C, Weaver J, Statham H, Beake S, Gamble J, Creedy DK. Elective cesarean section and decision-making: a critical review of the literature. *Birth* 2007;34 (3):273-274.
6. Aaron DC, Harper DL, Shepardson LB, Rosenthal GE. Impact of risk-adjusting cesarean delivery rates when reporting hospital performance. *Journal of the American Medical Association* 1998;279:1968-1972.
7. Pasternak DP, Pine M, Nolan K, French R. Risk-adjusted measurement of primary cesarean sections: reliable assessment of the quality of obstetrical services. *Quality Management in Health Care* 1999;8(1):47-54. 1999
8. Robson MS. Classification of caesarean sections. *Fetal and Maternal Medicine Review* 2001; 12(1) 23-39)
9. McCarthy FP, Rigg L, Cady L, Cullinane F. A new way of looking at caesarean section births. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2007;47:316-320.
10. Naiditch M, Levy G, Chale JJ, Cohen H, Colladon B, Maria B, Nisand I, Papiernik E, Souteyrand P. Cesarean sections in France: impact of organizational factors on different utilization rates (French). *Journal de Gynecologie, Obstetrique et Biologie de la Reproduction* 1997;26(5):484-495.
11. Chaillet N, Dumont A. Evidence-based strategies for reducing caesarean section rates: a meta-analysis. *Birth* 2007;34(1):53-64.
12. Chaillet N, Dube E, Dugas M, Audibert F, Tourigny C, Fraser WD, Dumont A. Evidence-based strategies for implementing guidelines in obstetrics: a systematic review. *Birth* 2007;34(1):65-79.
13. <http://www.rcog.org.uk/womens-health/consultation-documents>

Προσάρτημα Α: Αριθμητής – Κριτήρια ένταξης**Ονομασία**

Περιλαμβανόμενοι κωδικοί καισαρικών τομών σύμφωνα με την ταξινόμηση ICD-9-CM:

ΚΛΑΣΙΚΗ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ	74.0
ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΜΕ ΧΑΜΗΛΗ ΕΓΚΑΡΣΙΑ ΤΟΜΗ	74.1
ΕΞΩΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ (ΚΑΘΕΤΗ) ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ	74.2
ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ, ΚΑΘΟΡΙΣΜΕΝΗ	74.4
ΚΑΘΟΡΙΣΜΕΝΗ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ, ΜΗ ΚΑΘΟΡΙΣΜΕΝΗ	74.99

Προσάρτημα Α: Αριθμητής – κριτήρια ένταξης**Ονομασία**

Περιλαμβανόμενοι κωδικοί ICD-10:

ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ ΚΩΔΙΚΟΣ O82

Προσάρτημα Β:**Παρονομαστής – Κριτήρια αποκλεισμού****Κωδικός ICD-10****Ονομασία**

O30 (O30.0, O30.1, O30.2, O30.8, O30.9)	Πολύδυμη κύηση
O31.1	Επιπλοκές ειδικές για την πολύδυμη κύηση
O32.1	Φροντίδα της μητέρας σε περιπτώσεις γνωστής ή ύποπτης ανώμαλης προβολής του εμβρύου
O32.2	-
O32.3	-
O32.5	-
O36.4	Φροντίδα της μητέρας σε περιπτώσεις ενδομητρίου θανάτου του εμβρύου
O60	Πρόωρος τοκετός
O63.2	Παράταση στη γέννηση του δεύτερου δίδυμου, τρίδυμου κτλ.
O64.5	Δυστοκία που οφείλεται σε μεικτή προβολή
O66.1	Δυστοκία που οφείλεται σε κράτηση διδύμων
O75.6	Παράταση τοκετού μετά από αυτόματη ή μη ειδική ρήξη των εμβρυικών υμένων
O81	Τοκετός ενός εμβρύου με εμβρυουλκία και σικουουλκία
P01.5	Επιπτώσεις της πολλαπλής κύησης στο έμβρυο και το νεογνό
Z37.1	Τοκετός ενός θνησιγενούς νεογνού
Z37.2	Τοκετός διδύμων, αμφότερα γεννημένα ζώντα
Z37.3	Τοκετός διδύμων, γεννημένα το ένα ζωντανό και το ένα θνησιγενές
Z37.4	Τοκετός διδύμων, αμφότερα θνησιγενή
Z37.5	Άλλος τοκετός πολύδυμων, όλα γεννημένα ζώντα
Z37.6	Άλλος τοκετός πολύδυμων, μερικά γεννημένα ζώντα
Z37.7	Άλλος τοκετός πολύδυμων, όλα θνησιγενή

Προσάρτημα Β: Παρονομαστής - Εξαιρέσεις

Όνομασία	«Διεθνής Στατιστική Ταξινόμηση Νόσων και Συναφών Προβλημάτων Υγείας» του ΠΟΥ (ICD-9)	Όνομασία	«Διεθνής Στατιστική Ταξινόμηση Νόσων και Συναφών Προβλημάτων Υγείας» του ΠΟΥ (ICD-9)
EARLY ONSET DELIV-UNSPEC	64420	TRANSV/OBLIQ LIE-UNSPEC	65230
EARLY ONSET DELIVERY-DEL	64421	TRANSVER/OBLIQ LIE-DELIV	65231
TWIN PREGNANCY-UNSPEC	65100	TRANSV/OBLIQ LIE-ANTEPAR	65233
TWIN PREGNANCY-DELIVERED	65101	FACE/BROW PRESENT-UNSPEC	65240
TWIN PREGNANCY-ANTEPART	65103	FACE/BROW PRESENT-DELIV	65241
TRIPLET PREGNANCY-UNSPEC	65110	FACE/BROW PRES-ANTEPART	65243
TRIPLET PREGNANCY-DELIV	65111	MULT GEST MALPRESEN-UNSP	65260
TRIPLET PREG-ANTEPARTUM	65113	MULT GEST MALPRES-DELIV	65261
QUADRUPLET PREG-UNSPEC	65120	MULT GES MALPRES-ANTEPAR	65263
QUADRUPLET PREG-DELIVER	65121	INTRAUTERINE DEATH-UNSP	65640
QUADRUPLET PREG-ANTEPART	65123	INTRAUTER DEATH-DELIVER	65641
TWINS W FETAL LOSS-UNSP	65130	INTRAUTER DEATH-ANTEPART	65643
TWINS W FETAL LOSS-DEL	65131	LOCKED TWINS-UNSPECIFIED	66050
TWINS W FETAL LOSS-ANTE	65133	LOCKED TWINS-DELIVERED	66051
TRIPLETS W FET LOSS-UNSP	65140	LOCKED TWINS-ANTEPARTUM	66053
TRIPLETS W FET LOSS-DEL	65141	DELAY DEL 2ND TWIN-UNSP	66230
TRIPLETS W FET LOSS-ANTE	65143	DELAY DEL 2ND TWIN-DELIV	66231
QUADS W FETAL LOSS-UNSP	65150	DELAY DEL 2 TWIN-ANTEPAR	66233
QUADS W FETAL LOSS-DEL	65151	BREECH EXTR NOS-UNSPEC	66960
QUADS W FETAL LOSS-ANTE	65153	BREECH EXTR NOS-DELIVER	66961
MULT GES W FET LOSS-UNSP	65160	MULT PREGNANCY AFF NB	7615
MULT GES W FET LOSS-DEL	65161	DELIVER-SINGLE STILLBORN	V271
MULT GES W FET LOSS-ANTE	65163	DELIVER-TWINS, BOTH LIVE	V272
MULTI GESTAT NEC-UNSPEC)	65180	DEL-TWINS, 1 NB, 1 SB	V273
MULTI GESTAT NEC-DELIVER	65181	DELIVER-TWINS, BOTH SB	V274
MULTI GEST NEC-ANTEPART	65183	DEL-MULT BIRTH, ALL LIVE	V275
MULTI GESTAT NOS-UNSPEC	65190	DEL-MULT BRTH, SOME LIVE	V276
MULT GESTATION NOS-DELIV	65191	DEL-MULT BIRTH, ALL SB	V277
MULTI GEST NOS-ANTEPART	65193	Κωδικοί ICD-9-CM για επεμβάσεις σε περιπτώσεις ισχιακής προβολής	
BREECH PRESENTAT-UNSPEC	65220	PART BRCH EXTRAC W FORCP 7253	72.51
BREECH PRESENTAT-DELIVER	65221	BRCH EXTRAC W FORCEP PART BREECH EXTRACT NEC 7254	72.52
BREECH PRESENT-ANTERPERT	65223	7254 TOT BREECH EXTRAC NEC	

Ποσοστό ενδονοσοκομειακής θνητότητας ασθενών (εντός του ίδιου Νοσοκομείου) σε διάστημα 30 ημερών από την εισαγωγή για εγκεφαλικό επεισόδιο

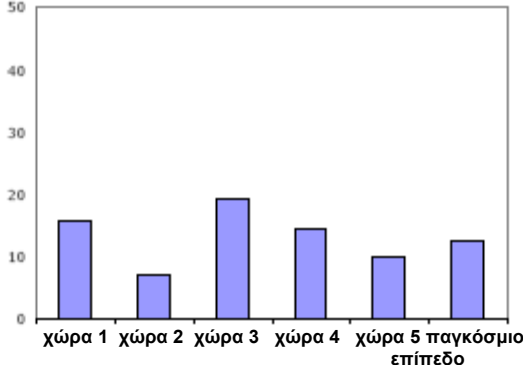
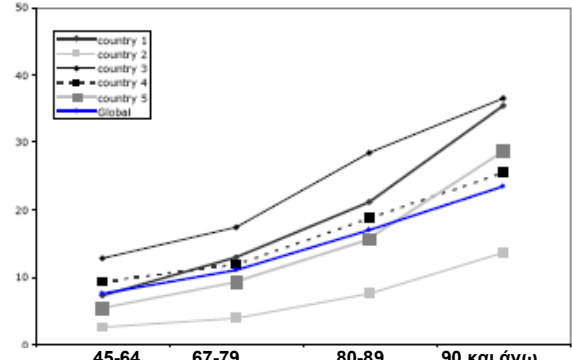
Τελ . επικ. Δεκέμβριος 2009

Περιεχόμενα:

Σύντομη ονομασία
 Προσδιορισμός
 Σύντομος ορισμός
 Σκεπτικό
 Λειτουργικός ορισμός
 Προηγούμενη εμπειρία από το πρόγραμμα PATH
 Πηγή δεδομένων
 Διάσταση του δείκτη
 Τύπος δείκτη
 Προσαρμογή/ διαστρωμάτωση
 Υποδείκτες
 Συναφείς δείκτες
 Ερμηνεία
 Κατευθυντήριες οδηγίες
 Βιβλιογραφία

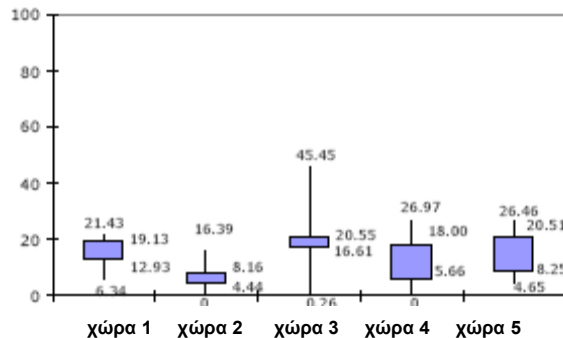
Σύντομη ονομασία	<p>Ποσοστό ενδονοσοκομειακής θνητότητας ασθενών (εντός του ίδιου Νοσοκομείου) σε διάστημα 30 ημερών από την εισαγωγή για αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο</p> <p><u>(Εναλλακτικά: Ποσοστό ενδονοσοκομειακής θνητότητας ασθενών (εντός του ίδιου Νοσοκομείου) σε διάστημα 30 ημερών από την εισαγωγή για αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο)</u></p>
Προσδιορισμός	<p>Ποσοστό ενδονοσοκομειακής θνητότητας ασθενών (εντός του ίδιου Νοσοκομείου) σε διάστημα 30 ημερών από την εισαγωγή στο Νοσοκομείο για αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (αιμορραγικής ή ισχαιμικής αιτιολογίας).</p>
Σύντομος ορισμός	<p>Ποσοστό ασθενών που εισήχθησαν στο Νοσοκομείο (εναλλακτικός ορισμός: ποσοστό εισαγωγών) λόγω αιμορραγικού ή ισχαιμικού αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου, οι οποίοι απεβίωσαν στο Νοσοκομείο μέσα σε διάστημα 30 ημερών από την εισαγωγή.</p>
Σκεπτικό (αιτιολόγηση, δυνατά σημεία και περιορισμοί)	<p>Τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια είναι η τρίτη πιο συχνή αιτία θανάτου και αναπηρίας στις βιομηχανοποιημένες χώρες. Η θνητότητα των ασθενών με αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο αποτελεί μια σημαντική έκβαση που είναι πιθανό να συνδέεται με την ποιότητα της παρεχόμενης ιατρικής περίθαλψης. Πρόκειται για έναν ποσοστιαίο δείκτη, ο οποίος μετράει μια μη επιθυμητή έκβαση για τον τομέα της περίθαλψης. Τυχόν υψηλά ποσοστά σε βάθος χρόνου καταδεικνύουν την ανάγκη διερεύνησης του επιπέδου της παρεχόμενης υγειονομικής περίθαλψης.</p>

<p>Σκεπτικό (αιτιολόγηση, δυνατά σημεία και περιορισμοί)</p>	<p>Ο συγκεκριμένος δείκτης έχει ισχυρό λόγο ύπαρξης καθώς ο θάνατος είναι μια έκβαση που πρέπει να αποφεύγεται.</p> <p><i>Δυνατά σημεία</i></p> <p>Η βιβλιογραφία καταδεικνύει ότι υπάρχει σαφής σχέση μεταξύ των κλινικών διαδικασιών και της θνητότητας, που σημαίνει ότι η θνητότητα αποτελεί δείκτη μέτρησης της ποιότητας της κλινικής πράξης. Ο δείκτης μπορεί έως έναν βαθμό να χρησιμοποιηθεί για την παρακολούθηση της επίπτωσης που έχουν δράσεις που αναλαμβάνονται για τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.</p> <p><i>Περιορισμοί</i></p> <p>Η εκτίμηση του δείκτη επηρεάζεται σε μεγάλο βαθμό από τη διόρθωση ως προς τους παράγοντες κινδύνου, το χρονικό περιθώριο και το αν περιλαμβάνονται ή όχι οι θάνατοι μετά το εξιτήριο. Συνολικά, η αξιοπιστία εξαρτάται από το μέγεθος του πληθυσμού των ασθενών (σε επίπεδο Μονάδας) και την ποιότητα της κωδικοποίησης που χρησιμοποιείται στις διοικητικές βάσεις δεδομένων.</p>
<p>Λειτουργικός ορισμός</p>	<p>Χρησιμοποιείται από το πρόγραμμα του ΟΟΣΑ για τη δημιουργία δεικτών ποιότητας στην υγειονομική περίθαλψη, με τίτλο «Health Care Quality Indicators Project».</p> <p>Ο δείκτης προκύπτει από κλάσμα που έχει αριθμητή και παρονομαστή, όπως ορίζονται παρακάτω:</p> <p>Αριθμητής: Αριθμός <u>ενδοноσοκομειακών</u> θανάτων που συνέβησαν εντός 30 ημερών από την αρχική έκτακτη εισαγωγή των περιστατικών στο Νοσοκομείο, τα οποία περιλαμβάνονται μεταξύ των περιστατικών του παρονομαστή.</p> <p>Παρονομαστής: Ο συνολικός αριθμός των ασθενών που εισήχθησαν στο Νοσοκομείο (<u>εναλλακτικός ορισμός:</u> όλες οι εισαγωγές), ηλικίας 15 ετών και άνω, με βασική/πρωτοπαθή διάγνωση αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου (περιλαμβάνει τόσο ισχαιμικά όσο και αιμορραγικά ΑΕΕ):</p> <p><i>ICD-9:</i> 430, 431, 432, 433, 434 και 436 <i>ICD-10:</i> I61, I62, I63 και I64</p> <p>Περιλαμβάνονται όλοι οι ασθενείς, ανεξαρτήτως από το αν μεταφέρθηκαν ή όχι από/προς άλλα Νοσοκομεία. Επιπλέον, υπολογίζονται τρεις δείκτες οι οποίοι αναφέρονται ταυτόχρονα σε επιμέρους δείγματα:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ασθενείς που δεν μεταφέρονται από/προς άλλο Νοσοκομείο, - ασθενείς που μεταφέρονται σε άλλο Νοσοκομείο, - ασθενείς που μεταφέρονται από άλλο Νοσοκομείο. <p>Τέτοιου είδους επιμέρους δείκτες (ποσοστό θνητότητας για ασθενείς που δεν μεταφέρθηκαν, για ασθενείς που μεταφέρθηκαν από/προς άλλο Νοσοκομείο) μπορούν να διαφωτίσουν περισσότερο το τοπίο και να περιληφθούν στις εκθέσεις. Θα ήταν χρήσιμο να καθοριστεί το ποσοστό των ασθενών που ανήκουν σε αυτά τα επιμέρους δείγματα. Αντικείμενο ανάλυσης μπορεί επίσης να αποτελέσει το ερώτημα αν οι μεταφορές έγιναν από ή προς: κατοικία/Οίκο Ευγηρίας/Κέντρο Αποκατάστασης/δευτεροβάθμιο ή τριτοβάθμιο Νοσοκομείο/άλλο Ίδρυμα.</p>

<p>Λειτουργικός ορισμός</p>	<p>Για τους σκοπούς της ανάλυσης των δεικτών και για καλύτερη κατανόηση των εμφανιζόμενων διακυμάνσεων, συνιστάται να υπολογίζεται επίσης το ποσοστό θνητότητας εντός 24 ή 48 ωρών, καθώς και η διάρκεια νοσηλείας στο Νοσοκομείο (σε περιπτώσεις επανεισαγωγής στο Νοσοκομείο να υπολογίζεται μόνο η πρώτη νοσηλεία).</p>																																																	
<p>Προηγούμενη εμπειρία στο πλαίσιο του προγράμματος PATH</p>	<p>Στα προγράμματα PATH-Pilot και PATH-II, οι ασθενείς που μεταφέρθηκαν από άλλο Νοσοκομείο αλλά και εκείνοι που μεταφέρθηκαν σε άλλο Νοσοκομείο αποκλείστηκαν τόσο από τον αριθμητή όσο και από τον παρονομαστή. Το συγκεκριμένο κριτήριο αποκλεισμού αποτέλεσε αντικείμενο έντονων συζητήσεων κατά την εξέταση του αποτελέσματος, καθώς η προσωρινή μεταφορά σε άλλο Ίδρυμα για κατάλληλη επεμβατική εξέταση/θεραπεία εμπίπτει στο πλαίσιο της κατάλληλης θεραπείας αν η τεχνολογία δεν είναι διαθέσιμη στο Νοσοκομείο στο οποίο έγινε αρχικά η εισαγωγή του ασθενούς.</p> <p>Στο πρόγραμμα PATH-II, η αρχική πρόταση ήταν να προσαρμοστεί ο δείκτης ως προς την ηλικία και το φύλο. Ωστόσο, το φύλο δεν αποδείχθηκε σημαντική μεταβλητή για την πρόβλεψη της θνητότητας. Η δε προγνωστική αξία ενός λογαριθμικού μοντέλου που βασίστηκε αποκλειστικά στην ηλικία ήταν εξαιρετικά χαμηλή. Συνεπώς, με βάση την εμπειρία από το πρόγραμμα PATH-II, συμφωνήθηκε ότι δεν είναι σκόπιμη η διόρθωση κινδύνου με τόσο περιορισμένες πληροφορίες σχετικά με τους παράγοντες κινδύνου και είναι προτιμότερο τα αποτελέσματα να παρουσιάζονται με διαστρωμάτωση ανάλογα με την ηλικία και το φύλο.</p> <p>Διεθνής σύγκριση των ποσοστών θνητότητας μέσα σε διάστημα 30 ημερών από την εισαγωγή στο Νοσοκομείο για αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (ποσοστό υπολογισμένο σε επίπεδο χώρας)</p>  <table border="1"> <caption>Διεθνής σύγκριση των ποσοστών θνητότητας μέσα σε διάστημα 30 ημερών από την εισαγωγή στο Νοσοκομείο για αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (ποσοστό υπολογισμένο σε επίπεδο χώρας)</caption> <thead> <tr> <th>Χώρα</th> <th>Ποσοστό θνητότητας (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>χώρα 1</td> <td>~16</td> </tr> <tr> <td>χώρα 2</td> <td>~7</td> </tr> <tr> <td>χώρα 3</td> <td>~19</td> </tr> <tr> <td>χώρα 4</td> <td>~15</td> </tr> <tr> <td>χώρα 5</td> <td>~10</td> </tr> <tr> <td>παγκόσμιο επίπεδο</td> <td>~13</td> </tr> </tbody> </table> <p>Διεθνής σύγκριση των ποσοστών θνητότητας εντός 30 ημερών μετά την εισαγωγή στο Νοσοκομείο για αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (ποσοστό υπολογισμένο σε επίπεδο Νοσοκομείου) (θηκόγραμμα: ελάχ., 1^ο τεταρτημόριο, 3^ο τεταρτημόριο, μέγ.)</p>  <table border="1"> <caption>Διεθνής σύγκριση των ποσοστών θνητότητας εντός 30 ημερών μετά την εισαγωγή στο Νοσοκομείο για αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (ποσοστό υπολογισμένο σε επίπεδο Νοσοκομείου)</caption> <thead> <tr> <th>Ηλικιακή Ομάδα</th> <th>country 1 (%)</th> <th>country 2 (%)</th> <th>country 3 (%)</th> <th>country 4 (%)</th> <th>country 5 (%)</th> <th>Global (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>45-64</td> <td>~13</td> <td>~3</td> <td>~10</td> <td>~8</td> <td>~6</td> <td>~8</td> </tr> <tr> <td>67-79</td> <td>~18</td> <td>~4</td> <td>~12</td> <td>~10</td> <td>~8</td> <td>~10</td> </tr> <tr> <td>80-89</td> <td>~28</td> <td>~8</td> <td>~20</td> <td>~18</td> <td>~15</td> <td>~16</td> </tr> <tr> <td>90 και άνω</td> <td>~38</td> <td>~14</td> <td>~28</td> <td>~25</td> <td>~22</td> <td>~23</td> </tr> </tbody> </table>	Χώρα	Ποσοστό θνητότητας (%)	χώρα 1	~16	χώρα 2	~7	χώρα 3	~19	χώρα 4	~15	χώρα 5	~10	παγκόσμιο επίπεδο	~13	Ηλικιακή Ομάδα	country 1 (%)	country 2 (%)	country 3 (%)	country 4 (%)	country 5 (%)	Global (%)	45-64	~13	~3	~10	~8	~6	~8	67-79	~18	~4	~12	~10	~8	~10	80-89	~28	~8	~20	~18	~15	~16	90 και άνω	~38	~14	~28	~25	~22	~23
Χώρα	Ποσοστό θνητότητας (%)																																																	
χώρα 1	~16																																																	
χώρα 2	~7																																																	
χώρα 3	~19																																																	
χώρα 4	~15																																																	
χώρα 5	~10																																																	
παγκόσμιο επίπεδο	~13																																																	
Ηλικιακή Ομάδα	country 1 (%)	country 2 (%)	country 3 (%)	country 4 (%)	country 5 (%)	Global (%)																																												
45-64	~13	~3	~10	~8	~6	~8																																												
67-79	~18	~4	~12	~10	~8	~10																																												
80-89	~28	~8	~20	~18	~15	~16																																												
90 και άνω	~38	~14	~28	~25	~22	~23																																												

Προηγούμενη εμπειρία στο πλαίσιο του προγράμματος PATH

Διεθνής σύγκριση των ποσοστών θνητότητας μέσα σε διάστημα 30 ημερών από την εισαγωγή στο Νοσοκομείο για αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο ανά ηλικιακή ομάδα (ποσοστό υπολογισμένο σε επίπεδο χώρας)



Πηγή δεδομένων

Συλλογή **αναδρομικών** δεδομένων από διοικητικές βάσεις δεδομένων (π.χ. εξιτήρια).

Για τον καθορισμό πιθανών τάσεων πρέπει να υπολογίζεται ο δείκτης από τα στοιχεία των 3 τελευταίων ετών (π.χ. 2010, 2011, 2012) ή από τα στοιχεία των 3 τελευταίων διαθέσιμων ετών.

Πρέπει να υπάρχει μοναδικό αναγνωριστικό για κάθε ασθενή προκειμένου να εντοπίζονται τα ποσοστά θανάτων μετά την έξοδο των ασθενών από το Νοσοκομείο και την επανεισαγωγή τους στο ίδιο Νοσοκομείο. Αυτό πρέπει να συζητείται μεταξύ των Νοσοκομείων που συμμετέχουν στο πρόγραμμα PATH σε μια χώρα πριν από την εφαρμογή του δείκτη. Τυχόν τοπικές προσαρμογές του ορισμού θα πρέπει να διευκρινίζονται με σαφήνεια και να συμφωνούνται από όλα τα Νοσοκομεία. Ο Συντονιστής του προγράμματος PATH στην εκάστοτε χώρα οφείλει να ενημερώνει σχετικά τη Διεθνή Γραμματεία.

→ Εναλλακτικός ορισμός (εάν δεν υπάρχει μοναδικό αναγνωριστικό ασθενούς): Δείκτης βάσει εισαγωγών (βλ. παραπάνω ορισμό σε πλάγια και υπογραμμισμένη γραφή): ενδοноσοκομειακή θνητότητα κατά τη διάρκεια της αρχικής περίθαλψης

→ Συμπληρωματικός προαιρετικός δείκτης (εφόσον η βάση δεδομένων του Νοσοκομείου συνδέεται με μητρώο θανάτων): θνητότητα εντός 30 ημερών (εντός του Νοσοκομείου ή άλλου Ιδρύματος ή στο σπίτι).

Τα στοιχεία των ασθενών που πρέπει να αποστέλλονται στο Συντονιστή του προγράμματος PATH της εκάστοτε χώρας περιγράφονται στο Προσάρτημα 1.

Διάσταση του δείκτη

Κλινική αποτελεσματικότητα

Ασφάλεια

Τύπος δείκτη

Μέτρο έκβασης

Προσαρμογή/ Διαστρωμά- τωση	<p>Επιλογή 1: διαστρωμάτωση</p> <ul style="list-style-type: none"> - ξεχωριστή αναφορά ισχαιμικών/αιμορραγικών αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων - διαστρωμάτωση κατά ηλικία και φύλο - διαστρωμάτωση ανάλογα με τη σοβαρότητα του αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου <p>Επιλογή 2: Διόρθωση ως προς τους παράγοντες κινδύνου (ο βαθμός της πολυπλοκότητας της διόρθωσης κινδύνου θα αποφασιστεί σε τοπικό επίπεδο βάσει των διαθέσιμων δεδομένων και του μεγέθους του δείγματος)</p> <ul style="list-style-type: none"> - ηλικία και φύλο - συννοσηρότητες: διαβήτης, υπέρταση, ισχαιμική καρδιοπάθεια, καρδιακή ανεπάρκεια, πνευμονία, λοιμώξεις σχετιζόμενες με ουροκαθετήρα, έλκη κατάκλισης ή άλλα προβλήματα έκδηλα κατά την εισαγωγή στο Νοσοκομείο - βαθμός της σοβαρότητας του αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου
Υποδείκτες	Ανάλογα με τα είδη μεταφοράς ασθενών π.χ. από/προς άλλο Νοσοκομείο κ.α. (βλ. λειτουργικό ορισμό)
Συναφείς δείκτες	<ul style="list-style-type: none"> - Διάρκεια νοσηλείας - Ο ακόλουθος δείκτης δεν υπολογίζεται στο πλαίσιο του PATH '09, αλλά εάν ωστόσο παρακολουθείται ούτως ή άλλως στο Νοσοκομείο, θα ήταν ενδεχομένως σκόπιμο να εξεταστεί σε συνάρτηση με το ποσοστό θνητότητας των περιστατικών με αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο: Ποσοστό επανεισαγωγών στο Νοσοκομείο - Παράμετροι διαδικασίας (συμμόρφωση προς τις κατευθυντήριες οδηγίες σχετικά με την ιατρική αντιμετώπιση των αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων)
Ερμηνεία	<p>Ως βελτίωση θεωρείται η μείωση στο ποσοστό θνητότητας.</p> <p>Τα πολύ χαμηλά ποσοστά ενδέχεται να οφείλονται σε πρόωρα εξιτήρια ή μεταφορές των ασθενών σε άλλα ιδρύματα, καθώς και σε μη καταχώριση θανάτων σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (ή μη επανεισαγωγή στο Νοσοκομείο) και όχι στο υψηλό επίπεδο της παρεχόμενης περίθαλψης.</p> <p>Διεθνείς μελέτες αναφέρουν μεγάλες διακυμάνσεις στα ποσοστά ενδοноσοκομειακής θνητότητας από αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια τόσο μεταξύ όσο και εντός των χωρών. Σύμφωνα με στοιχεία από το πολωνικό μητρώο καταγραφής αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων (Polish Stroke Registry), υπάρχουν διαφορές στα ποσοστά ενδοноσοκομειακής θνητότητας οι οποίες κυμαίνονται από 8-36% (1). Μια ευρωπαϊκή ομάδα μελέτης διαπίστωσε διαφορές μεταξύ χωρών στα ποσοστά θνητότητας σε διάστημα τριμήνου κυμαινόμενες από 17 έως 56% (2) ενώ από στοιχεία της μελέτης International Stroke Trial προκύπτουν διαφορές στα ποσοστά θνητότητας σε διάστημα εξαμήνου οι οποίες κυμαίνονται από 18 έως 28% (3). Οι λόγοι για τις παρατηρούμενες διαφοροποιήσεις στα ποσοστά ενδοноσοκομειακής θνητότητας σχετίζονται με διαφορές στη μέθοδο εξακρίβωσης των ασθενών, στη σύνθεση των ασθενών, ενώ σε μεγάλο</p>

Ερμηνεία	<p>βαθμό ενδέχεται να αντανακλούν τοπικές πρακτικές καθώς τα Νοσοκομεία ενδέχεται να προσελκύουν διαφορετικούς τύπους ασθενών ή να ακολουθούν διαφορετικές πρακτικές κατά την εισαγωγή και την έξοδο των ασθενών.</p> <p>Ο ορισμός του συγκεκριμένου δείκτη περιλαμβάνεται στο πρόγραμμα του ΟΟΣΑ για τους δείκτες ποιότητας στην υγειονομική περίθαλψη. Ως εκ τούτου, σε ορισμένες χώρες υπάρχει διαθέσιμο το ίδιο μέτρο ως εθνικό σημείο αναφοράς.</p> <p>Από τη βιβλιογραφία προκύπτουν σαφείς σχέσεις μεταξύ των κλινικών διαδικασιών και της θνητότητας (4-5).</p> <p>Ομάδες Νοσοκομείων με παρόμοια χαρακτηριστικά: Πριν από την εφαρμογή του δείκτη, τα συμμετέχοντα Νοσοκομεία μιας χώρας πρέπει να συμφωνούν σε ορισμένα ειδικά κριτήρια σύγκρισης των αποτελεσμάτων, με βάση τη διαθέσιμη τεχνολογία στα Νοσοκομεία (π.χ. Μονάδα αντιμετώπισης αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων) ή άλλους παράγοντες υποδομής.</p> <p>Στις Μονάδες με υψηλό ποσοστό θνητότητας (απόλυτες συνολικές τιμές άνω του 15%, πάνω από 2 τυπικές αποκλίσεις από τον μέσο όρο της ομάδας στην οποία ανήκουν) πρέπει να διερευνώνται κάποια ειδικά θέματα ποιότητας (π.χ. μέσω επισκόπησης των ιατρικών φακέλων) και να λαμβάνονται μέτρα που σχετίζονται με:</p> <ul style="list-style-type: none"> - την έγκαιρη αξονική για επαλήθευση της διάγνωσης και ταξινόμηση του αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου, - τη διεπιστημονική προσέγγιση στις εξειδικευμένες μονάδες περίθαλψης (κέντρα αντιμετώπισης αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων- stroke centers), - την παρακολούθηση και κατάλληλη θεραπεία της κολπικής μαρμαρυγής, μεταξύ άλλων με χορήγηση αντιπηκτικής αγωγής, - την έγκαιρη – εντός 24 ωρών μετά την εισαγωγή – κατάλληλη χορήγηση από του στόματος αντιαμοπεταλιακού παράγοντα, - την πρόωρη – εντός 2 ημερών – έναρξη αποκατάστασης, - τη συχνότητα επιπλοκών (πνευμονία, λοιμώξεις σχετιζόμενες με ουροκαθετήρα, έλκη κατάκλισης), η οποία αντανακλά την ποιότητα της νοσηλείας και της αποκατάστασης, - το νοσηλευτικό και θεραπευτικό προσωπικό.
Κατευθυντήριες οδηγίες	<p>Για περαιτέρω πληροφορίες σχετικά με τη διαχείριση των αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων και τη βελτίωση της ποιότητας, μεταβείτε στη διεύθυνση: http://www.strokecenter.org/prof/guidelines.htm</p>

Βιβλιογραφία

1. Ryglewicz, D., Milewska, D., Lechowicz, W et al. Factors predicting early stroke fatality in Poland. *Neurological Sciences* 24: 301-304, 2003.
2. Wolfe CDA, Tilling, K, Beech R et al. & European Study of Stroke Care Group. Variations in case fatality and dependency from stroke in Western and Central Europe. *Stroke* 30: 350-356, 1999.
3. Weir NU, Sandercock PAG, Lewis SC, Signorini DF, Warlow CP. Variations between countries in outcome after stroke in the International Stroke Trial (IST). *Stroke* 32: 1370-1377, 2001.
4. Ingeman A, Pedersen I., Hundborg, H. H. , Petersen, P., Zielke,P., Mainz,J., Bartels,P. and Johnsen S.P. Quality of Care and Mortality among Patients with Stroke: A Nationwide Follow-up Study. *Medical Care* 2008;46: 63-69.
5. Saposnik G et al. Variables associated with 7-day, 30-day and 1-year mortality of stroke.

<http://OECD.org> (Health at a glance, technical manuals).

Δεδομένα που πρέπει να αναφερθούν στον Συντονιστή για τον υπολογισμό των βασικών και συμπληρωματικών δεικτών

Το παρόν έντυπο χρησιμοποιείται ως το ενδιάμεσο βήμα για την κατάρτιση εθνικών συγκεντρωτικών νοσοκομειακών εντύπων αναφοράς π.χ. σε αρχείο xls ή σε εργαλείο βάσης δεδομένων.

Σε επίπεδο ασθενούς (ένα αρχείο ανά ασθενή)

Δεδομένα από την κεντρική βάση δεδομένων του Νοσοκομείου ή από εθνική βάση δεδομένων

Τα υπογραμμισμένα στοιχεία υποδεικνύουν τις ελάχιστες πληροφορίες που απαιτούνται για τον υπολογισμό του βασικού δείκτη

* για διόρθωση κινδύνου ή για επιμέρους δείκτες

** για σύγκριση των διαδικασιών περιθαλψης και για πρόκληση συζητήσεων με θέμα τις διαφορές στις εφαρμοζόμενες πρακτικές

Πληροφορίες ασθενών

1. Αναγνωριστικό ασθενούς:
2. Κωδικός ICD της αρχικής διάγνωσης:
3. Κωδικοί ICD της δευτερεύουσας διάγνωσης (τη στιγμή της εισαγωγής/κατά την παραμονή)*: (—/—/—/—/—)
4. Ηλικία ή ημερομηνία γέννησης:
5. Φύλο:

Εισαγωγή στο Νοσοκομείο

6. Ημερομηνία εισαγωγής:
7. Εισαγωγή από (προέλευση ασθενούς)*:
 - κατοικία / Νοσοκομείο ή
 - κατοικία (κατοικία, Οίκο Ευγηρίας) / Νοσοκομείο (Κέντρο Αποκατάστασης, δευτεροβάθμιο ή τριτοβάθμιο Νοσοκομείο, άλλο Ίδρυμα)

Νοσηλεία

8. Ημερομηνία εισαγωγής ή μεταφοράς σε Μονάδα αντιμετώπισης αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων στο Νοσοκομείο (αν υπάρχει)**:
9. Ημερομηνία εισαγωγής ή μεταφοράς σε Τμήμα Αποκατάστασης εντός του Νοσοκομείου (αν υπάρχει)**:
10. Κωδικοί διαδικασιών και ημερομηνίες εφαρμογής τους στο Νοσοκομείο** (—/—/—/—/—/—)

Εξιτήριο

11. Ενδονοσοκομειακός θάνατος: ναι/όχι
 12. Εάν ναι, ημερομηνία θανάτου:
13. Προορισμός ασθενούς μετά το εξιτήριο*:
 - κατοικία / Νοσοκομείο ή
 - κατοικία (κατοικία, Οίκο Ευγηρίας) / Νοσοκομείο (Κέντρο Αποκατάστασης, δευτεροβάθμιο ή τριτοβάθμιο Νοσοκομείο, άλλο Ίδρυμα)
14. Ημερομηνία εξιτηρίου**

Πρόσθετα δεδομένα που εξάγονται απευθείας από τον φάκελο των ασθενών (για δείγμα ασθενών κατά τη διάρκεια σύντομης περιόδου παρατήρησης) – προαιρετικά

15. Σοβαρότητα αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου*
16. Προσωρινή μεταφορά σε άλλο Νοσοκομείο για υποβολή σε διαδικασία** (ναι/όχι)
17. εάν ναι, ημερομηνία μεταφοράς
18. εάν ναι, κωδικοί βασικών διαδικασιών: (—/—/—/—/—/—)
19. εάν ναι, ημερομηνία επιστροφής:

Συνοσηρότητες και επιπλοκές

20. διαβήτης* (ναι/όχι)
21. υπέρταση* (ναι/όχι)
22. ισχαιμική καρδιοπάθεια* (ναι/όχι)
23. καρδιακή ανεπάρκεια* (ναι/όχι)
24. πνευμονία (ναι, έκδηλο κατά την εισαγωγή* / ναι, όχι έκδηλο κατά την εισαγωγή** / όχι)
25. λοιμώξεις σχετιζόμενες με ουροκαθετήρα (ναι, έκδηλο κατά την εισαγωγή* / ναι, όχι έκδηλο κατά την εισαγωγή** / όχι)
26. έλκη κατάκλισης (ναι, έκδηλο κατά την εισαγωγή* / ναι, όχι έκδηλο κατά την εισαγωγή** / όχι)
27. λοιπά νοσήματα (τα οποία πρέπει να καθοριστούν εκ των προτέρων με βάση τους παράγοντες κινδύνου)

Αντιμετώπιση ασθενών:

28. Αξονική τομογραφία**
29. Ημερομηνία αξονικής τομογραφίας**
30. Χορήγηση από του στόματος αντιαμοπεταλιακού εντός 24 ωρών από την εισαγωγή ** (ναι/όχι)
31. Αποκατάσταση** (ναι/όχι)
32. Ημερομηνία έναρξης της αποκατάστασης**:

Ποσοστό ενδονοσοκομειακής θνητότητας ασθενών (εντός του ίδιου Νοσοκομείου) σε διάστημα 30 ημερών από την εισαγωγή για οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου

Τελ . επικ. Δεκέμβριος 2009

Περιεχόμενα:

Σύντομη ονομασία

Προσδιορισμός

Σύντομος ορισμός

Σκεπτικό

Λειτουργικός ορισμός

Προηγούμενη εμπειρία από το πρόγραμμα PATH

Πηγή δεδομένων

Διάσταση του δείκτη

Τύπος δείκτη

Προσαρμογή/ διαστρωμάτωση

Υποδείκτες

Συναφείς δείκτες

Ερμηνεία

Κατευθυντήριες οδηγίες

Βιβλιογραφία

Σύντομη ονομασία	Ποσοστό ενδονοσοκομειακής θνητότητας ασθενών (εντός του ίδιου νοσοκομείου) σε διάστημα 30 ημερών από την εισαγωγή για οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου (OEM).
Προσδιορισμός	Ποσοστό ενδονοσοκομειακής θνητότητας ασθενών (εντός του ίδιου Νοσοκομείου) σε διάστημα 30 ημερών από την εισαγωγή σε Νοσοκομείο για οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου (OEM).
Σύντομος ορισμός	Ποσοστό ασθενών που εισήχθησαν στο Νοσοκομείο (εναλλακτικός ορισμός: ποσοστό εισαγωγών) λόγω OEM οι οποίοι απεβίωσαν στο Νοσοκομείο μέσα σε διάστημα 30 ημερών από την εισαγωγή.
Σκεπτικό (αιτιολόγηση, δυνατά σημεία και περιορισμοί)	<p>Η θνητότητα των ασθενών με OEM αποτελεί μια σημαντική έκβαση, η οποία δυνητικά συνδέεται με την ποιότητα της παρεχόμενης υγειονομικής περίθαλψης. Πρόκειται για έναν ποσοστιαίο δείκτη, ο οποίος μετράει μια μη επιθυμητή έκβαση για τον τομέα της περίθαλψης. Τυχόν υψηλά ποσοστά σε βάθος χρόνου καταδεικνύουν την ανάγκη διερεύνησης του επιπέδου της παρεχόμενης υγειονομικής περίθαλψης.</p> <p>Ο λόγος ύπαρξης του συγκεκριμένου δείκτη είναι ιδιαίτερα βάσιμος καθώς ο θάνατος είναι μια έκβαση που πρέπει να αποφεύγεται.</p>

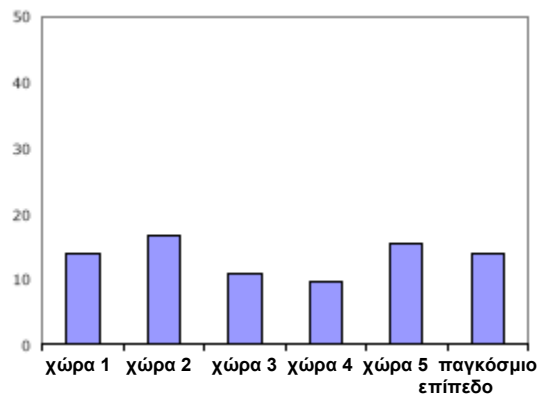
<p>Σκεπτικό (αιτιολόγηση, δυνατά σημεία και περιορισμοί)</p>	<p><i>Δυνατά σημεία</i></p> <p>Η βιβλιογραφία καταδεικνύει ότι υπάρχει σαφής σχέση μεταξύ των κλινικών διαδικασιών και της θνητότητας, που σημαίνει ότι η θνητότητα αποτελεί δείκτη μέτρησης της ποιότητας της κλινικής πράξης. Ο δείκτης μπορεί ως ένα βαθμό να χρησιμοποιηθεί για την παρακολούθηση της επίπτωσης που έχουν δράσεις που αναλαμβάνονται για τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.</p> <p><i>Περιορισμοί</i></p> <p>Η κατάταξη του δείκτη επηρεάζεται σε μεγάλο βαθμό από τη διαδικασία διόρθωσης ως προς τους παράγοντες κινδύνου, το χρονικό στιγμιότυπο και το αν περιλαμβάνονται ή όχι οι θάνατοι μετά το εξιτήριο. Συνολικά, η αξιοπιστία εξαρτάται από το μέγεθος του πληθυσμού των ασθενών (επίπεδο Μονάδας) και την ποιότητα της κωδικοποίησης που χρησιμοποιείται στις διοικητικές βάσεις δεδομένων.</p>
<p>Λειτουργικός ορισμός</p>	<p>Χρησιμοποιείται από το πρόγραμμα του ΟΟΣΑ για τη δημιουργία δεικτών ποιότητας στην υγειονομική περίθαλψη, με τίτλο «Health Care Quality Indicators».</p> <p>Ο δείκτης προκύπτει από κλάσμα που έχει αριθμητή και παρονομαστή, όπως ορίζονται παρακάτω:</p> <p>Αριθμητής: Αριθμός <u>ενδοноσοκομειακών</u> θανάτων οι οποίοι συνέβησαν εντός 30 ημερών από την εισαγωγή των περιστατικών στο Νοσοκομείο, τα οποία περιλαμβάνονται μεταξύ των περιστατικών του παρονομαστή.</p> <p>Παρονομαστής: Ο συνολικός αριθμός των ασθενών που εισήχθησαν στο Νοσοκομείο (<u>εναλλακτικός ορισμός: αριθμός εισαγωγών στο Νοσοκομείο</u>), ηλικίας 15 ετών και άνω, με βασική/πρωτοπαθή διάγνωση οξέος εμφράγματος του μυοκαρδίου (ΟΕΜ):</p> <p><i>ICD-9: 410</i></p> <p><i>ICD-10: I21, I22</i></p> <p>Περιλαμβάνονται όλοι οι ασθενείς, ανεξαρτήτως από το αν μεταφέρθηκαν ή όχι από/προς άλλα Νοσοκομεία. Επιπλέον, υπολογίζονται τρεις δείκτες οι οποίοι αναφέρονται ταυτόχρονα σε επιμέρους δείγματα:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ασθενείς που δεν μεταφέρονται από/προς άλλο Νοσοκομείο, - ασθενείς που μεταφέρονται σε άλλο Νοσοκομείο, - ασθενείς που μεταφέρονται από άλλο Νοσοκομείο. <p>Τέτοιου είδους επιμέρους δείκτες (ποσοστό θνητότητας για ασθενείς που δεν μεταφέρθηκαν, για ασθενείς που μεταφέρθηκαν από/προς άλλο Νοσοκομείο) μπορούν να διαφωτίσουν περισσότερο το τοπίο και να περιληφθούν στις εκθέσεις. Θα ήταν χρήσιμο να καθοριστεί το ποσοστό των ασθενών που ανήκουν σε αυτά τα επιμέρους δείγματα. Αντικείμενο ανάλυσης μπορεί επίσης να αποτελέσει το ερώτημα αν οι μεταφορές έγιναν από ή προς: κατοικία/Οίκο Ευγηρίας/Κέντρο Αποκατάστασης/δευτεροβάθμιο ή τριτοβάθμιο Νοσοκομείο/άλλο Ίδρυμα.</p> <p>Για τους σκοπούς της ανάλυσης των δεικτών και για καλύτερη κατανόηση των εμφανιζόμενων διακυμάνσεων, συνιστάται να υπολογίζεται επίσης το ποσοστό θνητότητας εντός 24 ή 48 ωρών, καθώς και η διάρκεια νοσηλείας στο Νοσοκομείο (σε περιπτώσεις επανεισαγωγής στο Νοσοκομείο να υπολογίζεται μόνο η πρώτη νοσηλεία).</p>

Προηγούμενη εμπειρία στο πλαίσιο του προγράμματος PATH

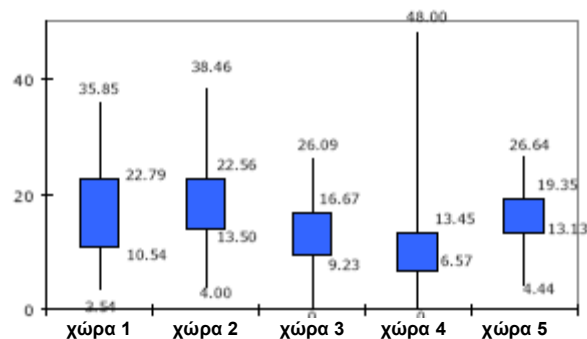
Στα προγράμματα PATH-Pilot και PATH-II, οι ασθενείς που μεταφέρθηκαν από άλλο Νοσοκομείο, αλλά και εκείνοι που μεταφέρθηκαν σε άλλο Νοσοκομείο αποκλείστηκαν τόσο από τον αριθμητή όσο και από τον παρονομαστή. Το συγκεκριμένο κριτήριο αποκλεισμού αποτέλεσε αντικείμενο έντονων συζητήσεων κατά την εξέταση του αποτελέσματος, καθώς η προσωρινή μεταφορά σε άλλο ίδρυμα για κατάλληλη επεμβατική εξέταση/θεραπεία εμπίπτει στο πλαίσιο της κατάλληλης θεραπείας αν η τεχνολογία δεν είναι διαθέσιμη στο Νοσοκομείο στο οποίο έγινε αρχικά η εισαγωγή του ασθενούς.

Στο πρόγραμμα PATH-II, η αρχική πρόταση ήταν να προσαρμοστεί ο δείκτης ως προς την ηλικία και το φύλο. Ωστόσο, το φύλο δεν αποδείχθηκε σημαντική μεταβλητή για την πρόβλεψη της θνητότητας. Η δε προγνωστική αξία ενός λογαριθμικού μοντέλου που βασίστηκε αποκλειστικά στην ηλικία ήταν εξαιρετικά χαμηλή. Συνεπώς, με βάση την εμπειρία από το πρόγραμμα PATH-II, συμφωνήθηκε ότι δεν είναι σκόπιμη η διόρθωση κινδύνου με τόσο περιορισμένες πληροφορίες σχετικά με τους παράγοντες κινδύνου και είναι προτιμότερο τα αποτελέσματα να παρουσιάζονται με διαστρωμάτωση ανάλογα με την ηλικία και το φύλο.

Διεθνής σύγκριση των ποσοστών θνητότητας μέσα σε διάστημα 30 ημερών από την εισαγωγή στο Νοσοκομείο για ΟΕΜ (ποσοστό υπολογισμένο σε επίπεδο χώρας)

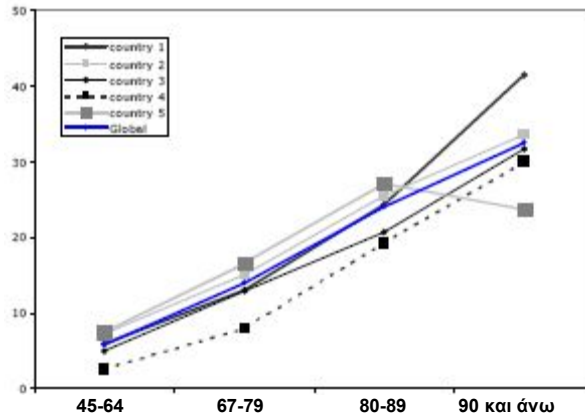


Διεθνής σύγκριση των ποσοστών θνητότητας μέσα σε διάστημα 30 ημερών από την εισαγωγή στο Νοσοκομείο για ΟΕΜ (ποσοστό υπολογισμένο σε επίπεδο Νοσοκομείου) (θηκόγραμμα: ελάχ., 1ο τεταρτημόριο, 3ο τεταρτημόριο, μέγ.)



Προηγούμενη εμπειρία στο πλαίσιο του προγράμματος PATH

Διεθνής σύγκριση των ποσοστών θνητότητας μέσα σε διάστημα 30 ημερών από την εισαγωγή στο Νοσοκομείο για ΟΕΜ ανά ηλικιακή ομάδα (ποσοστό υπολογισμένο σε επίπεδο χώρας)



Πηγή δεδομένων

Συλλογή αναδρομικών δεδομένων από διοικητικές βάσεις δεδομένων (π.χ. εξιτήρια).

Για τον καθορισμό πιθανών τάσεων πρέπει να υπολογίζεται ο δείκτης από τα στοιχεία των 3 τελευταίων ετών (π.χ. 2010, 2011, 2012) ή από τα στοιχεία των 3 τελευταίων διαθέσιμων ετών.

Πρέπει να υπάρχει μοναδικό αναγνωριστικό για κάθε ασθενή προκειμένου να εντοπίζονται τα ποσοστά θανάτων μετά την έξοδο των ασθενών από το Νοσοκομείο και την επανεισαγωγή τους στο ίδιο Νοσοκομείο. Αυτό πρέπει να συζητείται μεταξύ των Νοσοκομείων που συμμετέχουν στο πρόγραμμα PATH σε μια χώρα πριν από την εφαρμογή του δείκτη. Τυχόν τοπικές προσαρμογές του ορισμού θα πρέπει να διευκρινίζονται με σαφήνεια και να συμφωνούνται από όλα τα Νοσοκομεία. Ο Συντονιστής του προγράμματος PATH στην εκάστοτε χώρα οφείλει να ενημερώνει σχετικά τη Διεθνή Γραμματεία.

→ Εναλλακτικός ορισμός (εάν δεν υπάρχει μοναδικό αναγνωριστικό ασθενούς): Δείκτης βάσει εισαγωγών στο Νοσοκομείο (βλ. παραπάνω ορισμό σε πλάγια και υπογραμμισμένη γραφή): ενδονοσοκομειακή θνητότητα κατά τη διάρκεια της αρχικής περίθαλψης.

→ Συμπληρωματικός προαιρετικός δείκτης (εφόσον η βάση δεδομένων του Νοσοκομείου συνδέεται με μητρώο θανάτων): θνητότητα εντός 30 ημερών (εντός του Νοσοκομείου ή άλλου Ιδρύματος ή στο σπίτι).

Τα στοιχεία των ασθενών που πρέπει να αποστέλλονται στον συντονιστή του προγράμματος PATH της εκάστοτε χώρας περιγράφονται στο Προσάρτημα 1.

Διάσταση του δείκτη

Κλινική αποτελεσματικότητα
Ασφάλεια

Τύπος δείκτη

Μέτρο έκβασης

Προσαρμογή/ Διαστρωμά- τωση	<p>Επιλογή 1: διαστρωμάτωση</p> <ul style="list-style-type: none"> - διαστρωμάτωση κατά ηλικία και φύλο - διαστρωμάτωση ανάλογα με τη σοβαρότητα του OEM <p>Επιλογή 2: Διόρθωση ως προς τους παράγοντες κινδύνου (ο βαθμός της πολυπλοκότητας της προσαρμογής ως προς τον κίνδυνο θα αποφασιστεί σε τοπικό επίπεδο βάσει των διαθέσιμων δεδομένων και του μεγέθους του δείγματος)</p> <ul style="list-style-type: none"> - ηλικία και φύλο - συνοσηρότητες: διαβήτης, υπέρταση, ισχαιμική καρδιοπάθεια, καρδιακή ανεπάρκεια, πνευμονία, λοιμώξεις σχετιζόμενες με ουροκαθετήρα, έλκη κατάκλισης ή άλλα προβλήματα έκδηλα κατά την εισαγωγή στο Νοσοκομείο - βαθμός σοβαρότητας του OEM
Υποδείκτες	Ανάλογα με τα είδη μεταφοράς ασθενών π.χ. από/προς άλλο Νοσοκομείο κ.α. (βλ. λειτουργικό ορισμό)
Συναφείς δείκτες	<ul style="list-style-type: none"> - Διάρκεια νοσηλείας - Ο δείκτης δεν υπολογίζεται στο πλαίσιο του προγράμματος PATH '09, αλλά εάν ωστόσο παρακολουθείται ούτως ή άλλως στο Νοσοκομείο, θα ήταν ενδεχομένως σκόπιμο να εξεταστεί σε συνάρτηση με το ποσοστό θνητότητας των περιστατικών που έχουν υποστεί OEM: Ποσοστό επανεισαγωγών στο Νοσοκομείο - Παράμετροι διαδικασίας (συμμόρφωση προς τις κατευθυντήριες οδηγίες σχετικά με την ιατρική αντιμετώπιση των OEM)
Ερμηνεία	<p>Ως βελτίωση θεωρείται η μείωση στο ποσοστό θνητότητας.</p> <p>Τα πολύ χαμηλά ποσοστά ενδέχεται να οφείλονται σε πρόωρα εξιτήρια ή μεταφορές των ασθενών σε άλλα Ιδρύματα, καθώς και σε μη καταχώριση θανάτων σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας και όχι στο υψηλό επίπεδο της παρεχόμενης περίθαλψης.</p> <p>Διεθνείς μελέτες αναφέρουν μια γενική πτωτική τάση του ποσοστού θνητότητας που οφείλεται σε στεφανιαία νόσο. Δεδομένα από διαφορετικές πηγές αναφέρουν διακυμάνσεις του ποσοστού ενδονοσοκομειακής θνητότητας από 4 έως 7% (1-3). Τα ποσοστά ενδονοσοκομειακής θνητότητας είναι συνήθως υψηλότερα σε ασθενείς χωρίς τεκμηρίωση ισχαιμικών συμπτωμάτων κατά την εισαγωγή (4).</p> <p>Η παρουσία πρόσθετης καρδιαγγειακής νόσου και επιπλέον βάρους/παχυσαρκίας αποτελούν πρόσθετους παράγοντες κινδύνου, οι οποίοι επηρεάζουν αρνητικά την έκβαση των ασθενών που έχουν υποστεί οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου (5). Το ίδιο ισχύει και για τον διαβήτη, ο οποίος αυξάνει σημαντικά το ποσοστό ενδονοσοκομειακής θνητότητας όταν συγκρίνεται η έκβαση ασθενών χωρίς διαβήτη με εκείνη των διαβητικών, και αντίστοιχα με εκείνη των διαβητικών που παρουσιάζουν βλάβη τελικού οργάνου (θνητότητα 5,7%, 7,8% και 13,5%, αντίστοιχα) (3).</p>

Ερμηνεία	<p>Υπάρχουν διαθέσιμες διαφορετικές κλίμακες διαβάθμισης του κινδύνου καθώς και μοντέλα για την πρόβλεψη της θνητότητας και την καθοδήγηση της λήψης κλινικών αποφάσεων κατά την εισαγωγή στο Νοσοκομείο ενός ασθενούς που έχει υποστεί οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου (6-8). Το ποσοστό θνητότητας σε διάστημα ενός έτους βάσει διαφορετικών πηγών συχνά υπερβαίνει το 10% (5,9).</p> <p>Οι λόγοι για τις παρατηρούμενες διαφοροποιήσεις στα ποσοστά ενδονοσοκομειακής θνητότητας σχετίζονται με τις διαφορές στη μέθοδο εξακρίβωσης και στη σύνθεση των περιστατικών, ενώ σε μεγάλο βαθμό είναι πιθανό να αντανakλούν τοπικές πρακτικές καθώς τα Νοσοκομεία ενδέχεται να προσελκύουν διαφορετικούς τύπους ασθενών ή να ακολουθούν διαφορετικές διαδικασίες κατά την εισαγωγή και την έξοδο των ασθενών.</p> <p>Για τους σκοπούς της ανάλυσης των δεικτών και την καλύτερη κατανόηση των διακυμάνσεων, συνιστάται να καθορίζεται για κάθε ασθενή το αν μεταφέρθηκε από άλλο Νοσοκομείο, σε άλλο Νοσοκομείο ή σε άλλο Ίδρυμα (Κέντρο Αποκατάστασης ή Μονάδα Φροντίδας), καθώς και η διάρκεια νοσηλείας στο Νοσοκομείο (σε περιπτώσεις επανεισαγωγής να υπολογίζεται μόνο η πρώτη νοσηλεία). Τέτοιου είδους επιμέρους δείκτες (ποσοστό θνητότητας για ασθενείς που δεν μεταφέρθηκαν, για ασθενείς που διακομίστηκαν σε άλλο Νοσοκομείο, για ασθενείς που μεταφέρθηκαν σε Κέντρο Αποκατάστασης ή για ποσοστό θνητότητας εντός 24 ή 48 ωρών) μπορούν να διαφωτίσουν περισσότερο το τοπίο και να περιληφθούν στις εκθέσεις.</p> <p>Ο ορισμός του συγκεκριμένου δείκτη περιλαμβάνεται στο πρόγραμμα του ΟΟΣΑ για τους δείκτες ποιότητας στην υγειονομική περίθαλψη. Ως εκ τούτου, σε ορισμένες χώρες υπάρχει διαθέσιμο το ίδιο μέτρο ως εθνικό σημείο αναφοράς.</p> <p>Ομάδες Νοσοκομείων με παρόμοια χαρακτηριστικά: Πριν από την εφαρμογή του δείκτη, τα συμμετέχοντα στο PATH Νοσοκομεία μιας χώρας πρέπει να συμφωνούν σε ορισμένα ειδικά κριτήρια σύγκρισης των αποτελεσμάτων, τα οποία σχετίζονται με τη διαθέσιμη τεχνολογία ή άλλους παράγοντες υποδομής σε αυτά.</p> <p>Στις Μονάδες με υψηλό ποσοστό θνητότητας (π.χ. πάνω από 2 τυπικές αποκλίσεις από τον μέσο όρο της ομάδας στην οποία ανήκουν) πρέπει να διερευνώνται κάποια ειδικά θέματα ποιότητας (π.χ. μέσω επισκόπησης των ιατρικών φακέλων), όπως:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ο όγκος των περιστατικών στη Μονάδα, - ο χρόνος από την εισαγωγή του ασθενούς έως τη χορήγηση θεραπείας θρομβόλυσης, - η χορήγηση β-αναστολέων κατά την εισαγωγή στο Νοσοκομείο, - η χορήγηση χαμηλής δόσης ασπιρίνης κατά την εισαγωγή στο Νοσοκομείο.
Κατευθυντήριες οδηγίες	<p>Για περαιτέρω πληροφορίες σχετικά με τη διαχείριση και τις κατευθυντήριες οδηγίες που διέπουν τα επεισόδια οξέων εμφραγμάτων του μυοκαρδίου, μεταβείτε στη διεύθυνση: http://www.americanheart.org</p>

Βιβλιογραφία

1. McNamara RL, Wang Y, Herrin J, Curtis JP, Bradley EH, Magid DJ, et al. Effect of Door-to-Balloon Time on Mortality in Patients With ST-Segment Elevation Myocardial Infarction. *Journal of the American College of Cardiology*. 2006;47(11):2180-6.
2. Chew DP, Amerena J, Coverdale S, Rankin J, Astley C, Brieger D. Current management of acute coronary syndromes in Australia: observations from the acute coronary syndromes prospective audit. *Internal Medicine Journal*. 2007:(OnlineEarly Articles).
3. Verein Outcome. Results of outcome measurements in hospitals in Switzerland. Unpublished data. www.vereinoutcome.ch
4. Schelbert EB, Rumsfeld JS, Krumholz HM, Canto JG, Magid DJ, Masoudi FA, et al. Ischaemic Symptoms, Quality of Care, and Mortality during Myocardial In-farction. *Heart*. 2007 July 16, 2007:hrt.2006.111674.
5. Anderson JL, Adams CD, Antman EM, Bridges CR, Califf RM, Casey DE, Jr., et al. ACC/AHA 2007 Guidelines for the Management of Patients With Unstable Angina/Non ST-Elevation Myocardial Infarction: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guide-lines (Writing Committee to Revise the 2002 Guidelines for the Management of Patients With Unstable Angina/Non ST-Elevation Myocardial Infarction) Developed in Collaboration with the American College of Emergency Physicians, the Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, and the Society of Thoracic Surgeons Endorsed by the American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation and the Society for Academic Emergency Medicine. *J Am Coll Cardiol*. 2007 August 14, 2007;50(7):e1-157.
6. Antman EM, Cohen M, Bernink PJ, McCabe CH, Horacek T, Papuchis G, et al. The TIMI risk score for unstable angina/non-ST elevation MI: A method for prognostication and therapeutic decision making. *Jama*. 2000 Aug 16;284(7):835-42.
7. Boersma E, Pieper KS, Steyerberg EW, Wilcox RG, Chang WC, Lee KL, et al. Predictors of outcome in patients with acute coronary syndromes without persistent ST-segment elevation. Results from an international trial of 9461 patients. The PURSUIT Investigators. *Circulation*. 2000 Jun 6;101 (22):2557-67.
8. Granger CB, Goldberg RJ, Dabbous O, Pieper KS, Eagle KA, Cannon CP, et al. Predictors of hospital mortality in the global registry of acute coronary events. *Arch Intern Med*. 2003 Oct 27;163(19):2345-53.
9. Schiele F, Meneveau N, Seronde MF, Caulfield F, Fouche R, Lassabe G, et al. Compliance with guidelines and 1-year mortality in patients with acute myocardial infarction: a prospective study. *Eur Heart J*. 2005 May 1, 2005;26(9):873-80.
10. Peterson ED, Shah BR et al. Trends in the quality of care for patients with acute myocardial infarction in the national registry of myocardial infarction from 1990 to 2006 . *Amer Heart J*. 2008; 156(6): 1045-55.
11. Lewis WR, Peterson ED et al. An organizes approach to improvement in guide-line adherence for acute myocardial infarction. *Arch Int Med* 2008; 168(16): 1813-19.
12. <http://www.OECD.org> (Health at a glance, technical manuals).

Δεδομένα που πρέπει να αναφερθούν στον Συντονιστή για τον υπολογισμό των βασικών και συμπληρωματικών δεικτών

Το παρόν έντυπο χρησιμοποιείται ως το ενδιάμεσο βήμα για την κατάρτιση εθνικών συγκεντρωτικών νοσοκομειακών εντύπων αναφοράς π.χ. σε αρχείο xls ή σε εργαλείο βάσης δεδομένων.

Σε επίπεδο ασθενούς (ένα αρχείο ανά ασθενή)

Δεδομένα από την κεντρική βάση δεδομένων του Νοσοκομείου ή από εθνική βάση δεδομένων

Τα υπογραμμισμένα στοιχεία υποδεικνύουν τις ελάχιστες πληροφορίες που απαιτούνται για τον

υπολογισμό του βασικού δείκτη

* για διόρθωση κινδύνου ή για επιμέρους δείκτες

** για σύγκριση των διαδικασιών περίθαλψης και για πρόκληση συζητήσεων με θέμα τις διαφορές στις εφαρμοζόμενες πρακτικές

Πληροφορίες ασθενών

1. Αναγνωριστικό ασθενούς:
2. Κωδικός ICD της αρχικής διάγνωσης:
3. Κωδικός ICD της δευτερεύουσας διάγνωσης (τη στιγμή της εισαγωγής/κατά την παραμονή/): (—/—/—/—/—)
4. Ηλικία ή ημερομηνία γέννησης:
5. Φύλο:

Εισαγωγή στο Νοσοκομείο

6. Ημερομηνία εισαγωγής:
7. Εισαγωγή από (προέλευση ασθενούς)*:
 - κατοικία / Νοσοκομείο ή
 - κατοικία (κατοικία, Οίκο Ευγηρίας) / Νοσοκομείο (Κέντρο Αποκατάστασης, δευτεροβάθμιο ή τριτοβάθμιο Νοσοκομείο, άλλο ίδρυμα)

Νοσηλεία

8. Ημερομηνία εισαγωγής ή μεταφοράς σε Μονάδα αντιμετώπισης οξέων εμφραγμάτων του μυοκαρδίου στο Νοσοκομείο (αν υπάρχει)**:
9. Ημερομηνία εισαγωγής ή μεταφοράς σε Τμήμα Αποκατάστασης εντός του Νοσοκομείου (αν υπάρχει)**:
10. Κωδικοί διαδικασιών και ημερομηνίες υποβολής σε επεμβάσεις στο Νοσοκομείο** (—/—/—/—/—/—)

Εξιτήριο

11. Ενδονοσοκομειακός θάνατος: ναι/όχι
 12. Εάν ναι, ημερομηνία θανάτου:
13. Προορισμός ασθενούς μετά το εξιτήριο*:
 - κατοικία / Νοσοκομείο ή
 - κατοικία (κατοικία, Οίκο Ευγηρίας) / Νοσοκομείο (Κέντρο Αποκατάστασης, δευτεροβάθμιο ή τριτοβάθμιο Νοσοκομείο, άλλο ίδρυμα)
14. Ημερομηνία εξιτηρίου**

Πρόσθετα δεδομένα που εξάγονται απευθείας από τον φάκελο των ασθενών (για δείγμα ασθενών κατά τη διάρκεια σύντομης περιόδου παρατήρησης) - προαιρετικά

15. Σοβαρότητα ΟΕΜ*

16. Προσωρινή μεταφορά σε άλλο Νοσοκομείο για υποβολή σε διαδικασία** (ναι/όχι)

17. εάν ναι, ημερομηνία μεταφοράς

18. εάν ναι, κωδικοί βασικών διαδικασιών: (---/---/---/---/---)

19. εάν ναι, ημερομηνία επιστροφής:

Συννοσηρότητες και επιπλοκές

20. διαβήτης* (ναι/όχι)

21. υπέρταση* (ναι/όχι)

22. ισχαιμική καρδιοπάθεια* (ναι/όχι)

23. καρδιακή ανεπάρκεια* (ναι/όχι)

24. πνευμονία (ναι, έκδηλη κατά την εισαγωγή* / ναι, όχι έκδηλη κατά την εισαγωγή** / όχι)

25. λοιμώξεις σχετιζόμενες με ουροκαθετήρα (ναι, έκδηλες κατά την εισαγωγή* / ναι, όχι έκδηλες κατά την εισαγωγή** / όχι)

26. έλκη κατάκλισης (ναι, έκδηλη κατά την εισαγωγή* / ναι, όχι έκδηλη κατά την εισαγωγή** / όχι)

27. λοιπά νοσήματα (τα οποία πρέπει να καθοριστούν εκ των προτέρων με βάση τους παράγοντες κινδύνου)

Αντιμετώπιση ασθενών:

28. όγκος περιστατικών στη Μονάδα**

29. χρόνος από την εισαγωγή έως τη χορήγηση θεραπείας θρομβόλυσης**

30. Χορήγηση β-αναστολέων κατά την εισαγωγή στο Νοσοκομείο** (ναι/όχι)

31. Χορήγηση χαμηλής δόσης ασπιρίνης κατά την εισαγωγή στο Νοσοκομείο** (ναι/όχι)

Μετεγχειρητικά θρομβοεμβολικά επεισόδια

Τελ . επικ. Δεκέμβριος 2009

Περιεχόμενα:

- Σύντομη ονομασία
- Προσδιορισμός
- Σύντομος ορισμός
- Σκεπτικό
- Λειτουργικός ορισμός
- Προηγούμενη εμπειρία από το πρόγραμμα PATH
- Πηγή δεδομένων
- Διάσταση του δείκτη
- Τύπος δείκτη
- Προσαρμογή/ διαστρωμάτωση
- Υποδείκτες
- Συναφείς δείκτες
- Ερμηνεία
- Κατευθυντήριες οδηγίες
- Βιβλιογραφία

Σύντομη ονομασία	Μετεγχειρητικά θρομβοεμβολικά επεισόδια
Προσδιορισμός	Ποσοστό μετεγχειρητικών πνευμονικών εμβολών ή εν τω βάθει φλεβικών θρομβώσεων.
Σύντομος ορισμός	Ποσοστό ασθενών που εμφανίζουν πνευμονική εμβολή ή εν τω βάθει φλεβική θρόμβωση μετά από χειρουργική επέμβαση.
Σκεπτικό (αιτιολόγηση, δυνατά σημεία και περιορισμοί)	<p>Η εν τω βάθει φλεβική θρόμβωση (ΕΒΦΘ) και η πνευμονική εμβολή (ΠΕ) θεωρείται ότι ανήκουν στις πιο συχνές απειλητικές για τη ζωή επιπλοκές των χειρουργικών επεμβάσεων.</p> <p>Ο κίνδυνος εμφάνισης ΕΒΦΘ/ΠΕ εξαρτάται από τον ασθενή, το είδος της χειρουργικής επέμβασης και τις υποκείμενες παθήσεις, ωστόσο μπορεί να μειωθεί σημαντικά με μια σειρά προφυλακτικών παρεμβάσεων – τόσο φαρμακολογικών όσο και μη φαρμακολογικών (έγκαιρη κινητοποίηση ασθενούς κ.λπ.).</p> <p>Κατά συνέπεια, το ποσοστό των θρομβοεμβολικών επεισοδίων αποτελεί σημαντική έκβαση των παρεμβάσεων για την ασφάλεια των ασθενών στον τομέα της χειρουργικής.</p>

<p>Σκεπτικό (αιτιολόγηση, δυνατά σημεία και περιορισμοί)</p>	<p><i>Δυνατά σημεία</i></p> <p>Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, υπάρχει σαφής σχέση μεταξύ κλινικών διαδικασιών (αντιπηκτικά, έγκαιρη κινητοποίηση και λοιπά μέτρα πρόληψης) και των ΠΕ/ΕΒΦΘ. Ο συγκεκριμένος δείκτης παρακολουθεί μεταξύ άλλων τα αποτελέσματα της δράσης που αναλαμβάνεται με στόχο τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών από τα Νοσοκομεία και τη βελτίωση των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης.</p> <p><i>Περιορισμοί</i></p> <p>Λόγω της ποικιλίας των παραγόντων κινδύνου, η συγκριτική αξιολόγηση σε επίπεδο Νοσοκομείου απαιτεί τη διαστρωμάτωση ή την κατάταξη των Νοσοκομείων σε ομάδες με παρόμοια χαρακτηριστικά και με παρεμφερές προφίλ χειρουργικών επεμβάσεων.</p> <p>Είναι γνωστό ότι οι ΠΕ/ΕΒΦΘ συχνά δεν διαγιγνώσκονται. Συνεπώς, κέντρα υγειονομικής περίθαλψης με καλύτερες πρακτικές παρακολούθησης μπορεί να καταταχθούν εσφαλμένα στα Ιδρύματα με ασυνήθιστα υψηλά ποσοστά τέτοιων ανεπιθύμητων συμβάντων.</p>
<p>Λειτουργικός ορισμός</p>	<p>Χρησιμοποιείται από το πρόγραμμα του ΟΟΣΑ, για τη δημιουργία δεικτών ποιότητας στην υγειονομική περίθαλψη, με τίτλο «Health Care Quality Indicators Project».</p> <p>Ο δείκτης προκύπτει από κλάσμα που έχει αριθμητή και παρονομαστή, όπως ορίζονται παρακάτω:</p> <p><u>Αριθμητής:</u> Αριθμός ασθενών που πήραν εξιτήριο και πληρούν τα κριτήρια ένταξης και αποκλεισμού για τον παρονομαστή με κωδικούς ICD για εν τω βάθει φλεβική θρόμβωση ή πνευμονική εμβολή σε οποιοδήποτε τομέα δευτερεύουσας διάγνωσης (Προσάρτημα).</p> <p><u>Παρονομαστής:</u> Αριθμός ασθενών ηλικίας τουλάχιστον 18 ετών που πήραν εξιτήριο με κωδικό που παραπέμπει σε χειρουργική επέμβαση.</p> <p>Κριτήρια <u>αποκλεισμού</u> (Προσάρτημα).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ασθενείς με προϋπάρχουσα (αρχική ή δευτερεύουσα διάγνωση κατά την εισαγωγή, αν είναι γνωστή) εν τω βάθει φλεβική θρόμβωση ή πνευμονική εμβολή. - Περιπτώσεις ασθενών όπου η μοναδική χειρουργική επέμβαση στην οποία υποβλήθηκαν ήταν ο αποκλεισμός της κοίλης φλέβας. - Περιπτώσεις ασθενών όπου η επέμβαση αποκλεισμού της κοίλης φλέβας έλαβε χώρα πριν ή την ίδια ημέρα με την πρώτη χειρουργική επέμβαση. Σημείωση: Αν η ημέρα της επέμβασης δεν αναφέρεται στο αρχείο εισαγωγής δεδομένων, το ποσοστό ενδέχεται να είναι ελαφρώς χαμηλότερο απ' ό,τι αν οι πληροφορίες ήταν διαθέσιμες. - MDC 14 (κύηση, τοκετός και λοχεία) ή βασική διάγνωση: A34, F53, O00-O99, Z32-Z37, Z39, Z64.0. - Διάρκεια νοσηλείας μικρότερη από δύο ημέρες.
<p>Προηγούμενη εμπειρία στο πλαίσιο του προγράμματος PATH</p>	<p>Δεν υπάρχει</p>

Πηγή δεδομένων	Συλλογή αναδρομικών δεδομένων από τα στοιχεία των 3 τελευταίων ετών (π.χ. 2010, 2011, 2012) ή από τα στοιχεία των 3 τελευταίων διαθέσιμων ετών, που υπάρχουν σε διοικητικές βάσεις δεδομένων (π.χ. εξιτήρια).
Διάσταση του δείκτη	Κλινική αποτελεσματικότητα Ασφάλεια
Τύπος δείκτη	Μέτρο έκβασης
Προσαρμογή/ Διαστρωμάτωση	Η διαστρωμάτωση μπορεί να γίνει σε επίπεδο χώρας ή Νοσοκομείου προκειμένου να διευκρινιστούν οι διαφοροποιήσεις στον χρόνο σε τοπικό επίπεδο ή οι διαφορές μεταξύ των Νοσοκομείων. Προτεινόμενοι παράγοντες κινδύνου για τη διαστρωμάτωση: <ul style="list-style-type: none"> - χειρουργικές επεμβάσεις, - ηλικία, φύλο, - συνοσηρότητα (διαβήτης, υπέρταση, ισχαιμική καρδιοπάθεια, καρδιακή ανεπάρκεια) - τρόπος ζωής (BMI-Δείκτης μάζας σώματος, κάπνισμα, υπερκατανάλωση αλκοόλ) (3).
Υποδείκτες	
Συναφείς δείκτες	Διάρκεια νοσηλείας Χρήση των συστατικών του αίματος
Ερμηνεία	<p>Ως βελτίωση θεωρείται η μείωση στο ποσοστό μετεγχειρητικών θρομβοεμβολικών επεισοδίων.</p> <p>Απαιτείται προσοχή όταν χρησιμοποιείται ο συγκεκριμένος δείκτης για τη σύγκριση μεταξύ των Νοσοκομείων λόγω των διαφοροποιήσεων στην παρακολούθηση και στην κωδικοποίηση των συγκεκριμένων ανεπιθύμητων συμβάντων. Κατά συνέπεια, είναι απαραίτητη η αξιολόγηση των εκάστοτε πρακτικών κωδικοποίησης και της τεκμηρίωσης των στοιχείων κατά την ερμηνεία των αποτελεσμάτων για τον συγκεκριμένο δείκτη, καθώς και κατά τη σχετική σύγκριση μεταξύ Νοσοκομείων ή Μονάδων.</p> <p>Σε Μονάδες ή Νοσοκομεία με αυξανόμενα ποσοστά ΕΒΦΘ/ΠΕ ή υψηλά ποσοστά συγκριτικά με αυτά των υπόλοιπων Μονάδων ή Νοσοκομείων με παρόμοια χαρακτηριστικά της ομάδας στην οποία ανήκουν, θα μπορούσαν να υλοποιηθούν συγκεκριμένες ενέργειες-κλειδιά για τη βελτίωση της ποιότητας, όπως:</p> <ul style="list-style-type: none"> - επισκόπηση των ιατρικών φακέλων για την αξιολόγηση της πληρότητας των παρεμβάσεων (διαδικασιών) για την πρόληψη των ΕΒΦΘ/ΠΕ—θα πρέπει να συνυπολογίζονται τόσο τα φαρμακολογικά όσο και άλλα στοιχεία που βασίζονται σε παρεμβάσεις, - επισκόπηση των γνώσεων του προσωπικού όσον αφορά τις κατευθυντήριες οδηγίες, - αντιμετώπιση όλων των περιστατικών μετεγχειρητικών πνευμονικών εμβολών ως συμβάντων που μπορεί να καταλήξουν σε θάνατο ή σοβαρή βλάβη (potential sentinel events).
Κατευθυντήριες οδηγίες	Οι αναθεωρημένες εκδόσεις των κατευθυντήριων οδηγιών του NICE (Εθνικού Ινστιτούτου Υγείας και Κλινικής Αριστείας) και του SIGN (Διεπιστημονικό Δίκτυο Διατύπωσης Κλινικών Κατευθυντήριων Οδηγιών της Σκωτίας) για την πρόληψη των φλεβικών θρομβοεμβολικών επεισοδίων μετά από χειρουργικές επεμβάσεις, 2009 (3).

Βιβλιογραφία

1. Roderick P, Ferris G et al, Towards evidence-based guidelines for the prevention of venous thromboembolism: systematic reviews of mechanical methods, oral anticoagulation, dextran and regional anaesthesia as thromboprophylaxis, *Health Technol Assess* 2005; 9(49): 1-78.

<http://www.hta.ac.uk/fullmono/mon949.pdf>

2. Kakkos SK et al, Combined intermittent pneumatic leg compression and pharmacological prophylaxis for prevention of venous thromboembolism in high-risk patients, *Cochrane database of systematic reviews* 2008: issue 4 Art No CD005258.

3. Hunt BJ, The prevention of hospital-acquired venous thromboembolism in the United Kingdom, *Brit J Haematol* 2008; 144. 642-52.

Οι λεπτομέρειες για την κωδικοποίηση ICD και οι τεχνικοί ορισμοί περιλαμβάνονται στα:

OECD Health Technical papers no 19: Facilitating cross national comparisons of indicators for patient safety at the health system level in the OECD countries 2008 and OECD Technical manual for patient safety indicators 2009.

Algorithm for Postoperative Pulmonary Embolism (PE) or Deep Vein Thrombosis (DVT) on page 19.

Προσάρτημα	<p>Μετεγχειρητική πνευμονική εμβολή (ΠΕ) ή εν τω βάθει φλεβική θρόμβωση (ΕΒΦΘ)</p> <p>Κωδικοί διάγνωσης για την πνευμονική εμβολή σύμφωνα με την ταξινόμηση ICD-9-CM</p> <p>41511 Ιατρογενής πνευμονική εμβολή και έμφρακτο 41519 Πνευμονική εμβολή και έμφρακτο διαφορετικής αιτιολογίας</p> <p>Κωδικοί διάγνωσης για την εν τω βάθει φλεβική θρόμβωση σύμφωνα με την ταξινόμηση ICD-9-CM</p> <p>45111 Φλεβίτιδα και θρόμβωση της μηριαίας φλέβας (εν τω βάθει) (επιπολής) 45119 Φλεβίτιδα και θρομβοφλεβίτιδα των εν τω βάθει αγγείων των κάτω άκρων 4512 Φλεβίτιδα και θρομβοφλεβίτιδα των κάτω άκρων 45181 Φλεβίτιδα και θρομβοφλεβίτιδα της λαγόνιας φλέβας 4519 Φλεβίτιδα και θρομβοφλεβίτιδα σε άλλα σημεία μη καθορισμένης εντόπισης 45340 Φλεβική εμβολή και θρόμβωση μη καθορισμένων εν τω βάθει αγγείων των κάτω άκρων 45341 Φλεβική εμβολή και θρόμβωση των εν τω βάθει αγγείων των εγγύς κάτω άκρων 45342 Φλεβική εμβολή και θρόμβωση των εν τω βάθει αγγείων των άπω κάτω άκρων 4538 Λοιπές φλεβικές εμβολές και θρομβώσεις άλλων καθορισμένων φλεβών 4539 Λοιπές φλεβικές εμβολές και θρομβώσεις μη καθορισμένης εντόπισης</p> <p>Κωδικοί διάγνωσης πνευμονικής εμβολής και εν τω βάθει φλεβικής θρόμβωσης σύμφωνα με την ταξινόμηση ICD-10 του ΠΟΥ</p> <p>I26.0 Πνευμονική εμβολή με αναφορά σε οξεία πνευμονική καρδιά I26.9 Πνευμονική εμβολή χωρίς αναφορά σε οξεία πνευμονική καρδιά I80.1 Φλεβίτιδα και θρομβοφλεβίτιδα των μηριαίων φλεβών I80.2 Φλεβίτιδα και θρομβοφλεβίτιδα άλλων εν τω βάθει αγγείων των κάτω άκρων I80.3 Φλεβίτιδα και θρομβοφλεβίτιδα των κάτω άκρων, μη καθορισμένη I80.8 Φλεβίτιδα και θρομβοφλεβίτιδα άλλων εντοπίσεων I80.9 Φλεβίτιδα και θρομβοφλεβίτιδα μη καθορισμένης εντόπισης I82.8 Εμβολή και θρόμβωση άλλων καθορισμένων φλεβών I82.9 Εμβολή και θρόμβωση μη καθορισμένης φλέβας</p> <p>Κριτήρια αποκλεισμού:</p> <p>Κωδικοί επεμβάσεων για αποκλεισμό της κοίλης φλέβας σύμφωνα με την ταξινόμηση ICD-9-CM</p> <p>387 Αποκλεισμός της κοίλης φλέβας</p> <p>Κωδικός επέμβασης αποκλεισμού της κοίλης φλέβας σύμφωνα με την ταξινόμηση ICD-10:</p> <p>KPHB30 Αποκλεισμός της κοίλης φλέβας</p> <p>Κωδικοί για κύηση, τοκετό και λοχεία ή κωδικοί βασικής διάγνωσης σύμφωνα με την ταξινόμηση ICD-10:</p> <p>A34, F53, O00-O99, Z32-Z37, Z39, Z64.0</p>
------------	---

Χρήση παραγώγων αίματος

Τελ . επικ. Δεκέμβριος 2009

Περιεχόμενα:

Σύντομη ονομασία
Προσδιορισμός
Σύντομος ορισμός
Σκεπτικό
Λειτουργικός ορισμός
Πηγή δεδομένων
Διάσταση του δείκτη
Τύπος δείκτη
Προσαρμογή/ διαστρωμάτωση
Υποδείκτες
Συναφείς δείκτες
Ερμηνεία
Κατευθυντήριες οδηγίες
Βιβλιογραφία

Σύντομη ονομασία	Χρήση παραγώγων αίματος
Προσδιορισμός	Παράγωγα αίματος, που μεταγγίζονται ανά ασθενή.
Σύντομος ορισμός	Ο αριθμός των μονάδων παραγώγων αίματος, που μεταγγίζονται ανά ασθενή σε επιλεγμένες χειρουργικές επεμβάσεις-ιχνηλάτες.
Σκεπτικό	<p>Αιτιολόγηση</p> <ul style="list-style-type: none"> - Η μετάγγιση αίματος είναι συχνή σε χειρουργικούς ασθενείς (1). Ωστόσο, η στάση απέναντι στη μετάγγιση αίματος έχει αλλάξει κατά την τελευταία δεκαετία. Παρόλο, που η μετάγγιση μπορεί να σώσει ζωές, τα πρόσφατα στοιχεία δείχνουν ότι η εφαρμογή της σχετίζεται με αυξημένη νοσηρότητα και θνησιμότητα και ως εκ τούτου, οι τρέχουσες πρακτικές μετάγγισης ίσως απαιτούν επαναξιολόγηση (2,3). - Παρά το γεγονός, ότι υπάρχουν στοιχεία που υποστηρίζουν τη συντηρητικότερη χρήση του αίματος, οι μεταγγίσεις σε χειρουργικούς ασθενείς αυξήθηκαν κατά την τελευταία δεκαετία (4). - Οι ασθενείς ανησυχούν για την ασφάλεια των μεταγγίσεων, ενώ οι οικονομικοί παράγοντες ανησυχούν για το συνεχώς αυξανόμενο κόστος. Εξακολουθεί να υπάρχει ανεπαρκής πληροφόρηση σχετικά με τη χρήση αίματος σε επιλεγμένες χειρουργικές επεμβάσεις, ενώ καταγράφεται μεγάλη διαφοροποίηση στις πρακτικές της μετάγγισης. Τα στοιχεία από διάφορες μελέτες ποικίλουν σε ότι αφορά την απόφαση για μετάγγιση ερυθρών αιμοσφαιρίων με κριτήριο την απώλεια αίματος σε συνήθεις χειρουργικές επεμβάσεις. - Η ζήτηση προϊόντων αίματος αυξάνεται και συχνά υπερβαίνει τα αποθέματα της τοπικής Τράπεζας Αίματος, διαταράσσοντας το σχεδιασμό και την υλοποίηση των χειρουργικών πρωτοκόλλων. Ως εκ τούτου, είναι αναγκαίο να
Σκεπτικό (αιτιολόγηση, δυνατά σημεία και περιορισμοί)	

αναθεωρηθούν οι διαδικασίες ζήτησης αίματος και οι πρακτικές μετάγγισής του.

- Ορισμένες μελέτες έδειξαν υπερβολική ζήτηση παραγώγων αίματος από τους χειρουργούς και τους αναισθησιολόγους.
- Η υπερβολική ζήτηση αίματος πρέπει να ελαχιστοποιηθεί: Η ζήτηση μεγάλων ποσοτήτων αίματος καθημερινά, από τις οποίες μόνο ένα μικρό ποσοστό μεταγγίζεται, καταναλώνει πολύτιμους, ανθρώπινους και υλικούς, πόρους (εργατοώρες τεχνολόγων και αντιδραστήρια).
- Η άμεση διαθεσιμότητα παραγώγων αίματος συχνά οδηγεί σε αλόγιστη χρήση τους. Στους ενήλικες, απώλεια αίματος μέχρι 20% του όγκου κυκλοφορίας (περίπου ένα λίτρο για ένα μέσο άνθρωπο με 70 kg βάρος σώματος) είναι καλά ανεκτή στην πλειονότητα των ασθενών, με την προϋπόθεση ότι η απώλεια αίματος αντισταθμίζεται με κολλοειδή ή κρυσταλλοειδή διαλύματα. Μετάγγιση συμπυκνωμένων ερυθρών αιμοσφαιρίων συνιστάται μόνον εφόσον υπάρχει απώλεια αίματος > 30% (8, 9).
- Η μετάγγιση αίματος συνδέεται με αναγνωρισμένους κινδύνους και επιπλοκές, ενώ τα παράγωγα αίματος έχουν γίνει πιο ακριβά, λόγω των ειδικών διαδικασιών προετοιμασίας τους. Η χειρουργική τεχνική, η συνειδητοποίηση του προβλήματος και τα αυστηρότερα κριτήρια για εντολή μετάγγισης, αποτελούν σημαντικούς παράγοντες που επηρεάζουν τη μεταγγισιοθεραπεία και τη διαχείριση της απώλειας αίματος.
- Το όριο του επιπέδου αιμοσφαιρίνης των 10 g/dl που θεωρήθηκε ο χρυσός κανόνας για μεγάλο χρονικό διάστημα για την εφαρμογή μετάγγισης αίματος, έχει πλέον τροποποιηθεί. Τρέχοντα στοιχεία δείχνουν ότι για τους περισσότερους ασθενείς είναι πιο αποδοτική η συντηρητικότερη μετάγγιση (10).
- Σε συνάντηση εμπειρογνομόνων που συγκλήθηκε από την United States Food and Drug Administration, προέκυψε το συμπέρασμα ότι η μετάγγιση είναι πιθανόν αναγκαία, όταν η τιμή αιμοσφαιρίνης πέσει κάτω από 7 g/dl και σχεδόν απίθανο να είναι απαραίτητη με τιμή αιμοσφαιρίνης άνω των 10 g/dl (11).

Σκεπτικό
(αιτιολόγηση,
δυνατά
σημεία και
περιορισμοί)

Δυνατά σημεία

Υπάρχει ισχυρή συσχέτιση μεταξύ των μεταγγίσεων ερυθρών αιμοσφαιρίων και της μετεγχειρητικής θνητότητας και νοσηρότητας. Η μετάγγιση ερυθρών αιμοσφαιρίων αυξάνει τον κίνδυνο θνητότητας και νοσηρότητας σε χειρουργικούς ασθενείς (3,12,13). Η συγκριτική αξιολόγηση (benchmarking) μπορεί να βοηθήσει στη μείωση της αλόγιστης χρήσης των παραγώγων αίματος, στη μείωση του κόστους της περίθαλψης και στη βελτιστοποίηση της διαχείρισης του εθελοντικά προσφερόμενου αίματος.

Περιορισμοί

Μπορεί να υπάρχουν σημαντικές διαφοροποιήσεις στις πρακτικές μετάγγισης των παραγώγων αίματος μεταξύ Νοσοκομείων της ίδιας χώρας αλλά και διαφορετικών χωρών, οι οποίες περιορίζουν τη συγκρισιμότητα των αποτελεσμάτων.

Επιπλέον, οι εφαρμοζόμενες πρακτικές μετάγγισης αίματος, τις οποίες αφορά ο συγκεκριμένος δείκτης, μπορεί να αξιολογηθούν λανθασμένα, λόγω του παράγοντα της “επάρκειας” και της “διαθεσιμότητας” των παραγώγων αίματος. Έτσι σε χώρες που συχνά αντιμετωπίζουν περιοδικές ελλείψεις αίματος, ο δείκτης μπορεί να μην είναι αντιπροσωπευτικός.

Ο δείκτης προκύπτει από κλάσμα που έχει αριθμητή και παρονομαστή, όπως ορίζονται παρακάτω:

Αριθμητής: Είναι ο αριθμός παραγώγων αίματος ο οποίος μεταγγίζεται διεγχειρητικά και μετεγχειρητικά στους ασθενείς που συμπεριλαμβάνονται στον παρονομαστή.

Ορισμός μεταγγιζόμενου παραγώγου αίματος: Ένα παράγωγο για μετάγγιση προκύπτει είτε από δωρεά ολικού αίματος (450 ±10% ml) ή συλλέγεται με διαδικασία αφαίρεσης (apheresis). Μια μονάδα αίματος αναφέρεται σε παράγωγο που προέρχεται από δωρεά ολικού αίματος (450 ± 10% ml). Όταν πρόκειται για μονάδα αιμοπεταλίων αφαίρεσης, ο αριθμός των αιμοπεταλίων που συλλέγονται από το δότη σε μία συνεδρία, θα πρέπει να αναγράφεται στην ετικέτα ή να περιέχεται στο φύλλο πληροφοριών του προϊόντος διότι μόνο έτσι μπορεί να γίνει αντιστοίχιση σε αριθμό μονάδων αιμοπεταλίων από τυχαίο δότη (Οδηγός για την προετοιμασία, τη χρήση και τη διασφάλιση της ποιότητας των συστατικών του αίματος, Σύσταση Αρ. R (95) 15, Συμβούλιο της Ευρώπης, 2008).

Παρονομαστής: Τον παρονομαστή αποτελούν όλοι οι ασθενείς που υποβλήθηκαν σε επιλεγμένες* χειρουργικές επεμβάσεις (με βάση τον κώδικα DRG), σε συγκεκριμένη χρονική περίοδο, για τους οποίους απαιτήθηκε μετάγγιση αίματος, είτε κατά τη διάρκεια της επέμβασης, είτε μετεγχειρητικά.

*Η επιλογή των συγκεκριμένων επεμβάσεων έγινε με κριτήριο την υψηλή συχνότητα με την οποία διενεργούνται και το γεγονός ότι συχνά απαιτούν μετάγγιση αίματος.

Λειτουργικός ορισμός

Κριτήρια ένταξης: Εντάσσονται ασθενείς που προγραμματίστηκαν για επιλεγμένες χειρουργικές επεμβάσεις-ιχνηλάτες, για τους οποίους ζητήθηκε διεγχειρητικά και/ή μετεγχειρητικά μετάγγιση αίματος (και διασταύρωση).

Κριτήρια αποκλεισμού: Αποκλείονται ασθενείς που:

(1) έχουν γνωστές προϋπάρχουσες διαταραχές του συστήματος πήξης που τεκμηριώνονται από ιστορικό αιμορραγίας και/ή παθολογικά προεγχειρητικά εργαστηριακά ευρήματα: International Normalized Ratio INR> 1,5 ή χρόνος προθρομβίνης <= 0,35 και/ή Αριθμός Αιμοπεταλίων <50.000/μl,

(2) υποβάλλονται σε περισσότερες από μια χειρουργικές επεμβάσεις κατά τη συγκεκριμένη νοσοκομειακή νοσηλεία,

(3) είχαν υποβληθεί ξανά στην ίδια χειρουργική επέμβαση (π.χ. αναθεώρηση ολικής αρθροπλαστικής).

Επεμβάσεις “ιχνηλάτες” (Australian DRG codes): επιλεγμένες χειρουργικές επεμβάσεις, με κριτήριο την υψηλή συχνότητα με την οποία διενεργούνται και το γεγονός ότι συχνά απαιτούν μετάγγιση αίματος:

Αορτομηριαία παράκαμψη – μονόπλευρη (Aortofemoral bypass - unilateral (AF)) DRG 32708-00

Πρωτογενής μονόπλευρη ολική αρθροπλαστική γόνατος (Primary unilateral total knee replacement (TKR)) DRG 49518

<p>Λειτουργικός ορισμός</p>	<p>Πρωτογενής μονόπλευρη ολική αρθροπλαστική ισχίου, με οστικό τσιμέντο ή χωρίς οστικό τσιμέντο (Primary unilateral total hip replacement cemented or non-cemented (THR)) DRG 49318-00</p> <p>Διουρηθρική προστατεκτομή για αδένωμα προστάτη (Transurethral prostatectomy (TURP) for prostate adenoma) DRG 37209-00</p> <p>Χειρουργική παράκαμψης στεφανιαίων αρτηριών με αγγειακό μόσχευμα (Coronary artery bypass graft (CABG) surgery) DRG 38497; 38500; 38503</p> <p>**Τι αντιπροσωπεύουν οι κωδικοί:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 38496 λήψη αρτηριακού μοσχεύματος από οποιαδήποτε αρτηρία πλην της έσω μαστικής ▪ 38497 και 38498 λήψη μοσχεύματος από φλέβα ▪ 38500 λήψη μοσχεύματος από την έσω μαστική αρτηρία (και με ή χωρίς φλεβικό μόσχευμα) <p>Χρησιμοποιούνται οι κωδικοί 38498, 38501 και 38504 όταν απλά παρίσταται ειδικός στη χρήση αντλίας εξωσωματικής κυκλοφορίας καθ' όλη την διάρκεια του χειρουργείου (για την περίπτωση που χρειαστεί καρδιοπνευμονική παράκαμψη), αλλά αν τελικά πράγματι χρειαστεί εξωσωματική κυκλοφορία με καρδιοπνευμονική παράκαμψη, χρησιμοποιούνται οι κωδικοί 38497, 38500 και 38503 αντίστοιχα, ανάλογα με τον τύπο του ληφθέντος μοσχεύματος.**</p>
<p>Πηγή δεδομένων</p>	<p>Προοπτική συλλογή δεδομένων κατά τη διάρκεια δύο μηνών ή τουλάχιστον για 30 συνεχόμενες περιπτώσεις, με βάση τον κλινικό φάκελο και το ενημερωτικό σημείωμα εξόδου του ασθενούς. Τα αρχεία της Υπηρεσίας Αιμοδοσίας του Νοσοκομείου είναι χρήσιμα για να συγκρίνουμε τα αιτήματα για μεταγγιζόμενο αίμα και τις επιπλοκές της μετάγγισης σε κάθε ασθενή.</p> <p>Συνιστάται αν είναι εφικτό, να γίνει αναδρομική συλλογή στοιχείων για ένα έτος, ώστε να γίνει αντιληπτή τυχόν εποχική διακύμανση στη χρήση παραγώγων αίματος.</p> <p>Δεδομένα σε ατομικό επίπεδο ασθενούς: φύλλο χειρουργικής επέμβασης και αναισθησίας. Κάθε χορηγούμενο παράγωγο αίματος πρέπει να είναι σαφώς καταγεγραμμένο εκεί, ασχέτως με τις νομοθετικές ή άλλες ρυθμίσεις, που διέπουν τη συλλογή, προετοιμασία και χρήση των παραγώγων αίματος.</p> <p><u>Εργαλείο συλλογής δεδομένων</u></p> <p>Προτείνεται η χρήση των ηλεκτρονικών φορμών που δημιουργήθηκαν για την εισαγωγή των δεδομένων.</p>
<p>Διάσταση του δείκτη</p>	<p>Κλινική αποτελεσματικότητα</p> <p>Ασφάλεια</p> <p>Ανταπόκριση των παρεχόμενων υπηρεσιών στις ανάγκες της κοινότητας</p>
<p>Τύπος δείκτη</p>	<p>Μέτρο έκβασης</p>

<p>Προσαρμογή/ διαστρωμά- τωση</p>	<p>Διαστρωμάτωση μπορεί να γίνει σε επίπεδο χώρας ή Νοσοκομείου για να εξηγήσει τοπικές διακυμάνσεις διαχρονικά ή διαφορές μεταξύ Νοσοκομείων.</p> <p>Δεδομένα για την προσαρμογή/διαστρωμάτωση παρουσιάζονται στα έντυπα συλλογής δεδομένων, ως εξής:</p> <ul style="list-style-type: none"> - φύλο, - ηλικία, - προεγχειρητική τιμή αιμοσφαιρίνης $Hb \leq 9g/dl$ ή $>9g/dl$ ($Hb \leq 90g/l$ ή $>90g/l$) - προεγχειρητικά δεδομένα, διεγχειρητικά δεδομένα, πρώιμα μετεγχειρητικά (εντός των πρώτων 24 ωρών) και όψιμα μετεγχειρητικά δεδομένα (μετά τις πρώτες 24 ώρες έως το τέλος της περιόδου νοσηλείας) (Παράρτημα Α) <p>Αν η μελέτη περιοριστεί σε 30 περιπτώσεις, είναι προβληματική η διαστρωμάτωση. Συνιστάται να λαμβάνεται η σύμφωνη γνώμη και δέσμευση του κλινικού ιατρού ότι θα συμμετέχει στη μελέτη παρέχοντας δεδομένα (κι αυτό λόγω των πολλαπλών θεραπευτικών προσεγγίσεων που εμπλέκουν το Αναισθησιολογικό, το Χειρουργικό, το Τμήμα Κλινικής Μετάγγισης, πιθανώς και άλλα Τμήματα).</p>
<p>Υποδείκτες</p>	<p>Για την ανάλυση και την καλύτερη κατανόηση των διαφορών στην πρακτική μετάγγισης, προτείνεται να διευκρινίζεται, για κάθε ασθενή που υποβλήθηκε σε χειρουργική επέμβαση, <u>σε ποιά χρονική στιγμή σε σχέση με την επέμβαση έγινε η μετάγγιση</u>, δηλαδή αν τα παράγωγα του αίματος –συμπεριλαμβανομένων μονάδων ερυθρών, πλάσματος, αιμοπεταλίων- χορηγήθηκαν πριν την εγχείρηση, κατά τη διάρκειά της, μέσα στις πρώτες 24 μετεγχειρητικές ώρες, ή μετέπειτα μέχρι την έξοδο του ασθενή.</p> <p>Επίσης, για να γίνουν καλύτερα κατανοητές οι αιτίες των παρατηρούμενων διαφορών στην πρακτική μετάγγισης, και να συνταχθούν οι κατάλληλες συστάσεις (οδηγίες για βελτίωση), προτείνεται να καταγράφεται αν ο ασθενής υποβλήθηκε σε <u>αυτόλογη μετάγγιση</u>.</p> <p>Είναι σημαντικό να καταγράφεται ο αριθμός των ασθενών που υποβλήθηκαν στην ίδια επέμβαση χωρίς μετάγγιση οποιουδήποτε παραγώγου αίματος κατά την ίδια περίοδο παρατήρησης.</p> <p>Σε ατομικό επίπεδο, δηλαδή για κάθε επέμβαση σε κάθε ασθενή, είναι σημαντικό να αντλείται από τα αρχεία του ασθενούς ο αριθμός των μονάδων ερυθρών που διασταυρώθηκαν και ο αριθμός των μονάδων ερυθρών που μεταγγίστηκαν.</p> <p>Με βάση αυτά τα δεδομένα, οι ακόλουθοι 3 δείκτες μπορούν να υπολογιστούν για κάθε επέμβαση:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Ο λόγος C/T: ο λόγος διασταυρωμένων (C) προς (/) μεταγγισθείσες (T) μονάδες ερυθρών ή ολικού αίματος εκφράζει την αναλογία του αίματος που μεταγγίζεται σε σχέση με το αίμα που διασταυρώνεται. $C/T = \text{Αριθμός των διασταυρωμένων μονάδων ερυθρών αιμοσφαιρίων προς (/) αριθμό των μεταγγισμένων μονάδων.}$ Τιμή C/T μεγαλύτερη από 2,5, δείχνει ότι τελικά η ποσότητα αίματος που μεταγγίζεται είναι κάτω από το 40% της ποσότητας που διασταυρώνεται (18).

Υποδείκτες	<p>2) Η Πιθανότητα Μετάγγισης (%T): Αριθμός ασθενών, που μεταγγίστηκαν X 100 προς (/) αριθμό ασθενών, για τους οποίους έγινε διασταύρωση.</p> <p>Τιμή 30 ή μεγαλύτερη είναι ενδεικτική σημαντικής (πιθανώς μη ορθολογικής χρήσης αίματος) (19).</p> <p>3) Ο Δείκτης Μετάγγισης (Ti): Αριθμός <u>μονάδων</u> που μεταγγίστηκαν προς (/) αριθμό <u>ασθενών</u>, για τους οποίους έγινε διασταύρωση.</p> <p>Τιμή μεγαλύτερη από 0,5 είναι ενδεικτική σημαντικής (πιθανώς μη ορθολογικής) χρήσης του αίματος.</p> <p>Ο μέσος όρος των τιμών (αριθμών) μονάδων αίματος που μεταγγίστηκαν ανά ασθενή για τον οποίο ζητήθηκε διασταύρωση, δια του Ti, αντικατοπτρίζει την ορθότητα του παραγγελόμενου αριθμού μονάδων αίματος.</p> <p>Θεωρείται ότι μια επέμβαση, με δείκτη <0,5 μονάδες αίματος, δεν απαιτεί προεγχειρητική διασταύρωση.</p>
Συναφείς δείκτες	<ul style="list-style-type: none"> - Διάρκεια ενδονοσοκομειακής νοσηλείας. <p>Θα είχε ενδιαφέρον η συσχέτιση με τους ακόλουθους δείκτες (2 και 3), αν και δεν παρακολουθούνται στο πλαίσιο του PATH, εφόσον παρακολουθούνται στο Νοσοκομείο:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Προσδοκίες των ασθενών - Δαπάνες εκπαίδευσης
Ερμηνεία	<p>Η βελτίωση στον τομέα της διαχείρισης του αίματος προϋποθέτει την ορθολογική χρήση του και τον καλό συντονισμό των εμπλεκόμενων υπηρεσιών (Χειρουργικού Τομέα, Κέντρου Αίματος ή Νοσοκομειακής Υπηρεσίας Αιμοδοσίας, Αναισθησιο-λογικού Τομέα και Νοσηλευτικής Υπηρεσίας).</p> <p>Μελέτες αναφέρουν ευρεία διακύμανση στη χρήση του αίματος, από χώρα σε χώρα, αλλά και εντός κάθε χώρας, ακόμη και μέσα στο ίδιο το Νοσοκομείο. Οι διακυμάνσεις αντικατοπτρίζουν κυρίως τις τοπικές πρακτικές, παρά την αφθονία των δημοσιευμένων κατευθυντήριων οδηγιών σχετικά με τη βέλτιστη χρήση του αίματος και των παραγώγων του σε διάφορες κλινικές περιστάσεις. Με τη σειρά του, αυτό σημαίνει ότι η ερμηνεία αυτή πρέπει να γίνεται με προσοχή, λαμβάνοντας υπόψη όλες τις πιθανές τροποποιητικές επιδράσεις.</p> <p>Άλλοι παράγοντες, που πρέπει να ληφθούν υπόψη είναι οι εξής: Η χρήση τεχνικών για τη μείωση της περιεγχειρητικής αλλογενούς μετάγγισης αίματος, συμπεριλαμβανομένων των φαρμάκων, όπως η απροτινίνη, η δεσμοπρεσσίνη (desmopresin), το τρανεξαμικό οξύ, η ερυθροποιητίνη και οι τεχνικές αυτόλογης μετάγγισης όπως ANH (αυτόλογη ισοογκαιμική αιμοαραίωση), ICS (Διεγχειρητική διάσωση αίματος με ειδική συσκευή), PAD (Προεγχειρητική αυτόλογη προκατάθεση) και POS (Μετεγχειρητική διάσωση αίματος) (14,15). Η χορήγηση της αντινωδολυτικής θεραπείας (τρανεξαμικό οξύ) είναι αποτελεσματική σε ολική αρθροπλαστική ισχίου, στη μείωση της απώλειας αίματος και της ανάγκης μετάγγισης, ιδίως στις γυναίκες, αλλά και σε χειρουργική επέμβαση ολικής αρθροπλαστικής γόνατος (16,17).</p>

Κατευθυντήριες οδηγίες	<p>Guidelines on the Management of Massive Blood Loss. British Journal of Haematology 2006; 135(5): 634-41</p> <p>Guidelines for the use of fresh-frozen plasma, cryoprecipitate and cryosupernatant. Brit J Haematol 2004,126,11-28</p> <p>Guidelines for policies on Alternatives to Allogeneic Blood Transfusion. Transfusion Medicine 2007; 17(5): 354–65</p> <p>Guidelines For The Use Of Platelet Transfusions. British Journal of Haematology 2003; 122(1): 10-23</p> <p>The clinical use of red cell transfusion. British Journal of Haematology 2001; 113(1): 24-31</p> <p>Guidelines for autologous transfusion. II. Peri-operative haemodilution and cell salvage. British Journal of Anaesthesia 1997; 78: 768-71</p> <p>Guidelines for implementation of a maximum surgical blood order schedule. Clinical and Laboratory Haematology 1990; 12: 321-27</p> <p>Practice Guidelines for Blood Transfusion: A Compilation from Recent Peer-Reviewed Literature. American red Cross, April, 2007.</p> <p>Perioperative Blood Transfusion for Elective Surgery. Guidelines No 54 http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/54/section1.html</p>
Βιβλιογραφία	<p>(1) Vamvakas EC. Epidemiology of red blood cell utilization. Transfus Med Rev 1996;10(1):44-61.</p> <p>(2) Marik PE, Corwin HL. Efficacy of red blood cell transfusion in the critically ill: a systematic review of the literature. Crit Care Med 2008;36:2667-74.</p> <p>(3) Reeves BC, Murphy GJ. Increased mortality, and cost associated with red blood cell transfusion after cardiac surgery. Curr Opin anaesthesiol 2008;21(5):669-73.</p> <p>(4) Pham JC, Catlett CL, Berenholtz SM, Haut ER. Change in use of allogeneic red blood cell transfusions among surgical patients. J Am Coll Surg 2008;207(3):352-9.</p> <p>(5) Gombotz H, Rehak PH, Shander A, Hofman A. Blood use in elective surgery: the Austrian benchmark study. Transfusion 2007; 47(8):1468-80.</p> <p>(6) Sirchia G, Giovanetti AM, McClelland DBL, Fracchia GN. Safe and Good Use of Blood in Surgery (SANGUIS). European Commission 1994.</p> <p>(7) OSTHEO Investigation, Transfusion 2003;43(4):459-69</p> <p>(8) WHO publication number WHO/BTS/99-3: The clinical use of blood: Handbook. WHO Blood Transfusion Safety: Geneva; 2001.</p> <p>(9) Hogman CF, Bagge L, Thoren L. The use of blood components in surgical transfusion therapy. World J Surgery 1987;11:2-13.</p>

Βιβλιογραφία

- (10) Carson JL, Hill S, Carless P, Hebert P, Henry D. Transfusion triggers: A systematic review of the literature. *Transfusion Med Rev* 2002;16:187-99.
- (11) Gettinger A. Transfusion in the preoperative period: A consideration of the risks and benefits as a guide to determine when and who to transfuse. *IT ACCS*:2005.p.158-62).
- (12) Kertai MD, Tiszai-Szucs T, Varga KS, Hermann C, Acsady G, Gal J. Intraoperative use of packed red blood cell transfusion and mortality in patients undergoing abdominal or thoracoabdominal aortic aneurysm surgery. *J Cardiovasc Surg (Torino)* 2009;
- (13) Bernard AC, Davenport DL, Chang PK, Vaughan TB, Zwischenberger JB. Intraoperative transfusion of 1 U to 2 packed red blood cells is associated with increased 30-day mortality, surgical-site infection, pneumonia, and sepsis in general surgery patients. *J Am Coll Surg* 2009;208(5):937
- (14) Katz E, Gaitini L, Samri M, Egoz N, Fergusson D, Laupacis A. The use of technologies to decrease peri-operative allogenic blood transfusion: results of practice variation in Israel. *Isr Med Assoc J* 2001;3(11) 80912
- (15) *Cochrane Database syst Rev* 2007;17(4):CD0018862
- (16) Rajesparan K, Blant LC, Ahmad M, Field RE. The effect of an intravenous bolus of tranexamic acid on blood loss in total hip replacement. *J Bone Joint Surg Br* 2009;91(6):776-83
- (17) Camarasa Godoy MA, Serra-Prat M, Palomera Fanegas E. Effectiveness of tranexamic acid in routine performance of total knee replacement surgery. *Rev Esp Anesthesiol Reanim* 2008;55(2):75-80).
- (18) Friedman BA, Oberman HA, Chadwick AR, Kingon KI. The maximum surgical blood order schedule and surgical blood use in the United States. *Transfusion* 1976;380:387.
- (19) Mead JH, Anthony CD, Sattler M. Haemotherapy In Elective Surgery: an incidence report, review of literature, and alternatives for guideline appraisal. *Am J Clin Path* 1980;74:223-227.

Προσάρτημα Α- συνέχεια

Διεγχειρητικά								
Διάρκεια χειρουργικής επέμβασης σε λεπτά	Εκτιμώμενη απώλεια αίματος σε ml	Αριθμός αλλογενών μονάδων ερυθρών που μεταγγίστηκαν	Αριθμός μονάδων αιμοπεταλίων που δόθηκαν	Ποσό μεταγγισθέντος πλάσματος (σε ml)	Τύπος αναισθησίας	Χρήση φαρμάκων για τη μείωση απώλειας αίματος (Όχι=0, Ναι=1)	Επανάγχυση αυτόλογου αίματος από Cell Saver σε ml	Μεταγγισθέν ποσό αυτόλογου αίματος από ισοογκαιμική αιμοαραίωση σε ml

Αμεσα μετεγχειρητικά (εντός των πρώτων 24 ωρών από τη χειρουργική επέμβαση)				Μετεγχειρητικά (μετά τις πρώτες 24 ώρες από την επέμβαση έως το πέρας της νοσηλείας)						
Αριθμός αλλογενών μονάδων ερυθρών που μεταγγίστηκαν	Ποσό πλάσματος που μεταγγίσθηκε (σε ml)	Αριθμός μονάδων αιμοπεταλίων που δόθηκαν	Επανάγχυση αυτόλογου αίματος που συλλέχθηκε από παροχέτευση	Αριθμός αλλογενών μονάδων ερυθρών που μεταγγίστηκαν	Ποσό πλάσματος που μεταγγίσθηκε (σε ml)	Αριθμός μονάδων αιμοπεταλίων που δόθηκαν	Τιμή αιμοσφαιρίνης κατά την έξοδο	Αριθμός μονάδων ερυθρών από αυτόλογη προκατάθεση που μεταγγίστηκαν	Χαμηλότερη τιμή αιμοσφαιρίνης στην μετεγχειρητική περίοδο	Διάρκεια μετεγχειρητικής νοσηλείας (αριθμός ημερών)

Ποσοστό χειρουργικών επεμβάσεων ημερήσιας νοσηλείας

Τελ . επικ. Δεκέμβριος 2009

Περιεχόμενα:

Σύντομη ονομασία
 Προσδιορισμός
 Σύντομος ορισμός
 Σκεπτικό
 Λειτουργικός ορισμός
 Προηγούμενη εμπειρία από το πρόγραμμα PATH
 Πηγή δεδομένων
 Διάσταση του δείκτη
 Τύπος δείκτη
 Προσαρμογή/ διαστρωμάτωση
 Υποδείκτες
 Συναφείς δείκτες
 Ερμηνεία
 Κατευθυντήριες οδηγίες
 Βιβλιογραφία

Σύντομη ονομασία	Ποσοστό χειρουργικών επεμβάσεων ημερήσιας νοσηλείας (day surgery rate)
Προσδιορισμός	Ποσοστό χειρουργικών επεμβάσεων που πραγματοποιήθηκαν με μονοήμερη νοσηλεία.
Σύντομος ορισμός	Αριθμός χειρουργικών επεμβάσεων που πραγματοποιήθηκε με πρόθεση μονοήμερης νοσηλείας (χωρίς διανυκτέρευση στο Νοσοκομείο) προς το συνολικό αριθμό επεμβάσεων που έλαβαν χώρα στο Νοσοκομείο, για επιλεγμένες επεμβάσεις – ιχνηλάτες, εκφρασμένος σε ποσοστό.
Σκεπτικό (αιτιολόγηση, δυνατά σημεία και περιορισμοί)	<p>ΣΚΕΠΤΙΚΟ</p> <ol style="list-style-type: none"> Οι διεθνείς συγκρίσεις (ειδικότερα μεταξύ Ευρώπης και Βόρειας Αμερικής) υποδηλώνουν σημαντική δυνατότητα επέκτασης της εφαρμογής των χειρουργικών επεμβάσεων ημερήσιας νοσηλείας. Τα χειρουργεία ημέρας απαιτούν τη χρήση λιγότερων πόρων ενώ παράλληλα αποδεσμεύουν νοσοκομειακές κλίνες. Όσον αφορά τους ασθενείς, η χειρουργική ημέρας αποδείχθηκε ότι συνεπάγεται ταχύτερη ανάρρωση και επιστροφή στην εργασία, καθώς και χαμηλότερο επιπολασμό νοσοκομειακών λοιμώξεων. Ο φόρτος που συνεπάγεται η συλλογή δεδομένων είναι μικρός. Ο δείκτης βασίζεται σε στοιχεία που είναι διαθέσιμα σε διοικητικές βάσεις δεδομένων (π.χ. εξιτήρια).

Δυνατά σημεία

Πρόκειται για έναν πολυδιάστατο δείκτη ο οποίος εξετάζει τις εξής παραμέτρους:

Αποδοτικότητα – Σχέση κόστους - αποδοτικότητας και βέλτιστη χρήση της χωρητικότητας του Νοσοκομείου. Σε ένα πλαίσιο περιορισμένου αριθμού κλινών, η αύξηση των χειρουργείων ημέρας θα αποδεσμεύσει νοσοκομειακές κλίνες για τα σημαντικά περιστατικά και, κατά συνέπεια, θα βελτιώσει την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης, μειώνοντας παράλληλα τους χρόνους αναμονής. Η νοσηλεία εσωτερικών ασθενών συνεπάγεται σημαντική χρήση πόρων. Αποδείχθηκε ότι τα χειρουργεία ημέρας έχουν καλή σχέση κόστους-αποδοτικότητας για μια σειρά χειρουργικών επεμβάσεων και για διαφορετικά πλαίσια.

Κλινική αποτελεσματικότητα – Καινοτομία και διάδοση τεχνολογιών: Χάρη στην πρόοδο στα φάρμακα αναισθησίας, στις επεμβάσεις και στις χειρουργικές τεχνικές, μπορούν να ολοκληρώνονται ακόμα περισσότερες επεμβάσεις ως χειρουργεία ημέρας, σήμερα. Απαραίτητη προϋπόθεση για την αυξημένη εφαρμογή των χειρουργείων ημέρας είναι η ανάπτυξη λιγότερο επεμβατικών χειρουργικών μεθόδων, όπως η λαπαροσκόπηση και η ενδοσκόπηση. Οι διαθέσιμες τεχνικές διαχείρισης του πόνου και της αναισθησίας είναι καίριας σημασίας για επιτυχημένα χειρουργεία ημέρας. Ο βαθμός στον οποίο αυτός ο δείκτης αντανάκλα την καινοτομία εξαρτάται από την επιλογή της επέμβασης-ιχνηλάτη.

Ασθενοκεντρική προσέγγιση και κλινική αποτελεσματικότητα – Έκβαση και ικανοποίηση ασθενών (ταχύτερη ανάρρωση, εστίαση στη διαχείριση του πόνου): Μειώνεται ο κίνδυνος νοσοκομειακών λοιμώξεων. Από μελέτες σε ασθενείς προκύπτει ότι η συντριπτική πλειονότητα των ασθενών προτιμά να επιστρέφει στο σπίτι για ανάρρωση παρά να διανυκτερεύει στο Νοσοκομείο. Πιο συγκεκριμένα, τα χειρουργεία ημέρας ενδείκνυνται για παιδιά, καθώς η διανυκτέρευση στο Νοσοκομείο είναι συχνά η πιο αποτρεπτική σκέψη όταν επισκέπτονται ένα Νοσοκομείο.

Επίπεδο ασθενοκεντρικής προσέγγισης – Οργάνωση του τομέα υγειονομικής περίθαλψης: Η ανάγκη προσαρμογής και μεταμόρφωσης του παραδοσιακού Νοσοκομείου αποτελεί τη βασική πρόκληση στην ανάπτυξη χειρουργείων ημέρας. Στη χειρουργική ημέρας, οι οργανωτικές προτεραιότητες αντιστρέφονται και ο ασθενής βρίσκεται στην κυριολεξία στο επίκεντρο. Σε μια οργανωμένη χειρουργική μονάδα ημέρας δεν είναι πιθανό να συμβούν ακυρώσεις στις επεμβάσεις λόγω έκτακτων συμβάντων.

Περιορισμοί

Στις περιπτώσεις που τα χειρουργεία ημέρας πραγματοποιούνται σε δομές που εξυπηρετούν εξωτερικούς ασθενείς (π.χ. πολυκλινικές) και όχι σε Νοσοκομεία ενδέχεται να υπεισέρχεται το στοιχείο της επιλογής με μεροληπτικά κριτήρια. Δεν είναι εύκολο να ερμηνευθούν τα αποτελέσματα που προκύπτουν από διεθνείς συγκρίσεις εξαιτίας των διαφορών στα συστήματα κωδικοποίησης των χειρουργικών επεμβάσεων, στους ορισμούς, καθώς και στα οικονομικά κίνητρα των χειρουργείων ημέρας που πραγματοποιούνται σε εξωνοσοκομειακές δομές. Επιπλέον, η αξιοπιστία ενός συστήματος κωδικοποίησης που περιλαμβάνει «τον σκοπό του χειρουργείου ημέρας» είναι αμφιλεγόμενη.

Σκεπτικό
(αιτιολόγηση,
δυνατά
σημεία και
περιορισμοί)

Λειτουργικός
ορισμός

Ο δείκτης προκύπτει από κλάσμα που έχει αριθμητή και παρονομαστή, όπως ορίζονται παρακάτω:

Αριθμητής: Συνολικός αριθμός επεμβάσεων που περιλαμβάνονται στον παρονομαστή, οι οποίες διενεργούνται με πρόθεση μονοήμερης νοσηλείας.

Ο όρος «ασθενής που υποβάλλεται σε χειρουργείο ημέρας» ερμηνεύεται διαφορετικά από κάθε χώρα. Σε ορισμένες χώρες, οι ασθενείς που πρόκειται να υποβληθούν σε χειρουργείο ημέρας λαμβάνουν έναν συγκεκριμένο κωδικό κατά την εισαγωγή, γεγονός που διευκολύνει τον εντοπισμό τους στη βάση δεδομένων. Σε άλλες χώρες, ως ασθενείς που υποβάλλονται σε χειρουργεία ημέρας νοούνται οι ασθενείς που δεν διανυκτερεύουν στο Νοσοκομείο. Σε αυτές τις περιπτώσεις, αποκλείονται από τον αριθμητή ασθενείς με αρχική πρόθεση να υποβληθούν σε χειρουργείο ημέρας, οι οποίοι όμως μετά την επέμβαση εισήχθησαν και διανυκτέρευαν στο Νοσοκομείο για κλινικούς ή οργανωτικούς λόγους. Το παραπάνω αποτελεί ενδεχόμενη πηγή αποκλίσεων, η οποία θα πρέπει να αναφέρεται με σαφήνεια στις σχετικές αναφορές για τον δείκτη ενώ θα πρέπει να συζητείται με όλα τα Νοσοκομεία μιας χώρας που συμμετέχουν στο πρόγραμμα PATH ώστε να συμφωνείται από κοινού ο ορισμός του «ασθενούς που υποβάλλεται σε χειρουργείο ημέρας» σε επίπεδο χώρας, με σκοπό την ελαχιστοποίηση τέτοιου είδους συστηματικών σφαλμάτων.

Παρονομαστής: Συνολικός αριθμός των ασθενών που υποβάλλονται σε επεμβάσεις-ιχνηλάτες (ICD9-CM)¹:

- Αρθροσκόπηση γόνατος: 80.26
- Βουβωνοκήλη: 53.0, 53.1, 53.21
- Αμυγδαλεκτομή και/ή αδενοτομή: 28.2 και 28.3
- Χολοκυστεκτομή: 51.22 και 51.23
- Κιρσοί – σαφηνεκτομή και απολίνωση: 38.59

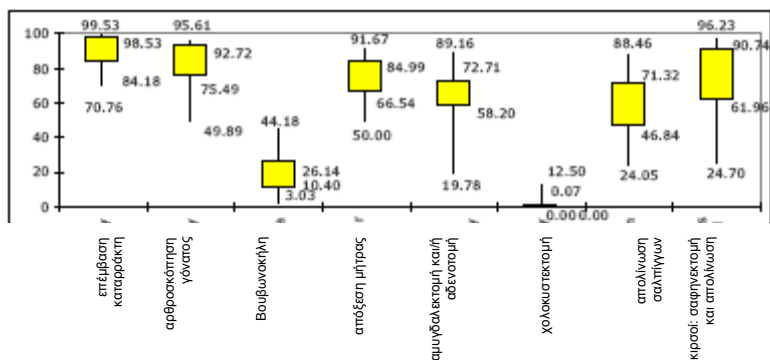
Επεμβάσεις-ιχνηλάτες (κωδικοί NOMESCO):

- Αρθροσκόπηση γόνατος: NGA01 A, NGA21A, NGA21C, NGA31A
- Βουβωνοκήλη: JAB
- Αμυγδαλεκτομή και/ή αδενοτομή: EMB
- Χολοκυστεκτομή: JKA20, JKA21
- Κιρσοί–σαφηνεκτομή και απολίνωση: PHD, PHB 10,11,12,13,14

¹Αν η χώρα χρησιμοποιεί άλλο σύστημα κωδικοποίησης για τις χειρουργικές επεμβάσεις, θα πρέπει να υπάρξει συμφωνία για την από κοινού χρήση κωδικών εντός της χώρας και να ενημερωθεί σχετικά η διεθνής Γραμματεία του προγράμματος PATH. Οι εν λόγω πληροφορίες θα συγκεντρώνονται και θα προωθούνται σε όλους τους Συντονιστές του προγράμματος PATH για τις περιπτώσεις που αναμένεται να διενεργηθούν διεθνείς συγκρίσεις.

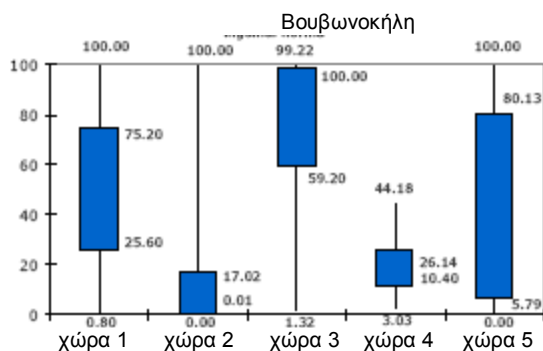
Ο συγκεκριμένος δείκτης μετρήθηκε τόσο στο πλαίσιο του προγράμματος PATH-pilot όσο και του PATH-II. Από προηγούμενη εμπειρία προκύπτουν ουσιώδεις αποκλίσεις όχι μόνο μεταξύ των χωρών (Σχήμα 2) για τις ίδιες επεμβάσεις, αλλά ακόμα και στο εσωτερικό της ίδιας χώρας (Σχήμα 1). Αυτό το εύρημα καταδεικνύει ότι τα εξωγενή θεσμικά και οικονομικά κίνητρα των χειρουργείων ημέρας αποτελούν μόνο ένα στοιχείο για την επεξήγηση των αποκλίσεων στα ποσοστά χειρουργείων ημέρας μεταξύ διαφορετικών Νοσοκομείων.

Σχήμα 1: Ποσοστά χειρουργείων ημέρας για επιλεγμένες επεμβάσεις-ιχνηλάτες ΣΤΟ ΕΣΩΤΕΡΙΚΟ μη κατονομαζόμενης χώρας (ελάχιστο, τεταρτημόριο 1, τεταρτημόριο 3, μέγιστο)



Προηγούμενη εμπειρία στο πλαίσιο του προγράμματος PATH

Σχήμα 2: Διεθνής σύγκριση των ποσοστών επεμβάσεων αποκατάστασης βουβωνοκήλης που πραγματοποιήθηκαν με χειρουργεία ημέρας (μη κατονομαζόμενες χώρες) (ελάχιστο, τεταρτημόριο 1, τεταρτημόριο 3, μέγιστο)



Ο αριθμός των επεμβάσεων - ιχνηλατών μειώθηκε ελαφρώς σε σύγκριση με τα προγράμματα PATH-pilot και PATH-II ώστε να ελαττωθεί ο φόρτος που συνεπάγεται η συλλογή δεδομένων και να διευκολυνθεί η ερμηνεία τους (μεγαλύτερη εστίαση).

Σε ορισμένες περιπτώσεις ανάλυσης δεδομένων παλιότερα, το ποσοστό των χειρουργείων ημέρας αξιολογήθηκε ταυτόχρονα με το ποσοστό εισαγωγών με πρόθεση για χειρουργείο ημέρας. Ωστόσο, η μέτρηση του συμπληρωματικού αυτού δείκτη εγκαταλείφθηκε για δύο λόγους: Πρώτον, επειδή στις περισσότερες χώρες του προγράμματος PATH αποδείχθηκε ιδιαίτερα δύσκολο να εντοπιστούν οι ασθενείς για τους οποίους υπήρχε αρχικά η πρόθεση να υποβληθούν σε χειρουργείο ημέρας εξαιτίας του γεγονότος ότι μετά την εισαγωγή των εν λόγω ασθενών στο Νοσοκομείο, γίνονται αυτομάτως «εσω-

Προηγούμενη εμπειρία στο πλαίσιο του προγράμματος PATH	<p>τερικοί ασθενείς» με αποτέλεσμα η πρόθεση για υποβολή σε χειρουργείο ημέρας να «διαγράφεται» από το ηλεκτρονικό σύστημα.</p> <p>Η όποια διοικητική βάση δεδομένων ενδέχεται να μην υποστηρίζει τέτοιου είδους παρακολούθηση με μεγάλη ευκολία και, κατά συνέπεια, ίσως απαιτείται η συλλογή δεδομένων από τις ειδικές χειρουργικές μονάδες ημέρας (εφόσον υπάρχουν) σε βάση δεδομένων, που θα δημιουργηθεί για το σκοπό αυτό. Είναι πιθανό το γεγονός ότι τα παρατηρούμενα ποσοστά εισαγωγής στο Νοσοκομείο με πρόθεση για υλοποίηση χειρουργείου ημέρας (τα οποία κυμαίνονται συνήθως από 0,1% σε 2,5%) ήταν πολύ χαμηλότερα απ' ό,τι στη βιβλιογραφία (περίπου 10%), να οφείλεται σε αυτόν ακριβώς τον λόγο. Επειδή ο αριθμός των εισαγωγών είναι τόσο χαμηλός, οι συγκρίσεις των ποσοστών δεν είναι στατιστικά σημαντικές.</p> <p>Θα πρέπει να εξετάζεται το κάθε περιστατικό ξεχωριστά προκειμένου να διευκρινίζεται ο λόγος της εισαγωγής. Ωστόσο, ο συγκεκριμένος δείκτης δεν περιλαμβάνεται στη δέσμη των δεικτών του προγράμματος PATH '09. Καθώς εφαρμόζονται ενέργειες για την αύξηση του ποσοστού των χειρουργείων ημέρας συνιστάται να παρακολουθούνται και να αναλύονται ταυτόχρονα οι εισαγωγές με πρόθεση για υλοποίηση χειρουργείου ημέρας.</p> <p>Στις περιπτώσεις που παρότι η πρόθεση ήταν να υλοποιηθεί χειρουργείο ημέρας ακολούθησε εισαγωγή του ασθενή στο Νοσοκομείο η έκβαση είναι δυσάρεστη για τον ασθενή. Συχνά κάτι τέτοιο συμβαίνει λόγω μιας μικρής ή μεγάλης επιπλοκής κατά τη διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης (όπως είναι ο μετεγχειρητικός πόνος, η καθυστέρηση της ανάρρωσης, η αιμορραγία) ή εσφαλμένης επιλογής ασθενούς για χειρουργείο ημέρας ή ακόμα και οργανωτικών θεμάτων (π.χ. καθυστέρηση του χειρουργείου). Οι μελέτες δείχνουν ότι το 75% περίπου των εισαγωγών οφείλονται σε μετεγχειρητικό πόνο, ναυτία ή κάποιο κοινωνικό πρόβλημα (π.χ. δεν υπάρχει άτομο να φροντίσει τον ασθενή μετά την επέμβαση) και εκτιμάται ότι έχουν προληπτικό χαρακτήρα.</p>
Πηγή δεδομένων	<p>Συλλογή αναδρομικών δεδομένων από διοικητική βάση δεδομένων (εξιτήρια).</p> <p>Ο δείκτης υπολογίζεται από τα στοιχεία των 3 τελευταίων ετών (π.χ. 2010, 2011, 2012) ή από τα στοιχεία των 3 τελευταίων διαθέσιμων ετών. Αν τα στοιχεία αποσπαστούν από έντυπη και όχι ηλεκτρονική βάση δεδομένων και καταγραφούν, ο δείκτης μπορεί να υπολογιστεί δειγματοληπτικά (όλες οι επεμβάσεις για τους μήνες π.χ. τον Οκτώβριο και τον Φεβρουάριο των 3 ετών). Ο Συντονιστής του προγράμματος PATH στην εκάστοτε χώρα θα πρέπει να ενημερώνεται σχετικά με τη μέθοδο της δειγματοληψίας.</p> <p>Τα στοιχεία σε επίπεδο ασθενούς (ένα αρχείο για κάθε ασθενή) πρέπει να αποστέλλονται στον Συντονιστή του προγράμματος PATH της εκάστοτε χώρας (PCC). Ο φάκελος κάθε ασθενούς περιλαμβάνει σχετικά δεδομένα για τον υπολογισμό του αριθμητή και του παρονομαστή.</p> <p>Τα συμμετέχοντα Νοσοκομεία θα πρέπει να συζητούν μεταξύ τους τις πρακτικές κωδικοποίησης ώστε να αξιολογείται το πώς ορίζονται οι επεμβάσεις-ιχνηλάτες στα εξιτήρια και να αποφασίζεται αν χρειάζεται να ανακτηθούν πληροφορίες από εναλλακτικές πηγές σε βάση που θα δημιουργηθεί γιαυτό το σκοπό.</p>
Διάσταση του δείκτη	Αποδοτικότητα Κλινική αποτελεσματικότητα Ασθενοκεντρικός προσανατολισμός
Τύπος δείκτη	Μέτρο διαδικασίας

Προσαρμογή/ Διαστρωμά- τωση	Όχι
Υποδείκτες	Τα Νοσοκομεία που εντάσσονται στο πρόγραμμα PATH καλούνται να προσαρμόσουν τον κατάλογο των επεμβάσεων-ιχνηλατών ώστε να συμπεριλαμβάνει μια πρόσθετη επέμβαση που διενεργείται συχνά με μονοήμερη νοσηλεία και μια πρόσθετη επέμβαση που δεν έχει ακόμα αναπτυχθεί επαρκώς ώστε να διενεργείται στο πλαίσιο χειρουργείων ημέρας στη χώρα. Στόχος είναι η εστίαση στις επεμβάσεις-ιχνηλάτες, στις οποίες υπάρχει δυναμικό βελτίωσης βραχυπρόθεσμα, για ορισμένα επιλεγμένα Νοσοκομεία που «βραδυπορούν» όσον αφορά την υιοθέτηση χειρουργείων ημέρας ή για τα περισσότερα Νοσοκομεία.
Συναφείς δείκτες	Εισαγωγές μετά από χειρουργεία ημέρας (βλ. παραπάνω ενότητα «Προηγούμενη εμπειρία από το πρόγραμμα PATH»).
Ερμηνεία	<p>Ως βελτίωση θεωρείται η αύξηση του ποσοστού χειρουργείων ημέρας.</p> <p>Μια παγκόσμια έρευνα για την εξωνοσοκομειακή χειρουργική που εκπονήθηκε από τη Διεθνή Ένωση για την εξωνοσοκομειακή χειρουργική (International Association for Ambulatory Surgery) καταδεικνύει ότι τα χαμηλότερα ποσοστά αρθροσκόπησης γονάτου που πραγματοποιήθηκαν στο πλαίσιο χειρουργείων ημέρας παρατηρήθηκαν στην Πορτογαλία (1,9%) και τα υψηλότερα στις ΗΠΑ (93,9%). Στο Βέλγιο, το 69% των αρθροσκοπήσεων γονάτος πραγματοποιείται εξωνοσοκομειακά ενώ στις Κάτω Χώρες το 93% των αντίστοιχων επεμβάσεων εμπίπτει στα χειρουργεία ημέρας (1). Προτιμάται ένα υψηλότερο ποσοστό χειρουργείων ημέρας με την προϋπόθεση να μην διακυβεύεται η ασφάλεια. Οι λόγοι για τις αποκλίσεις στα ποσοστά των χειρουργείων ημέρας ενδέχεται να είναι κανονιστικοί (εθνικοί κανονισμοί και κατευθυντήριες οδηγίες), οικονομικοί (διαφορές σε οικονομικά κίνητρα για την πραγματοποίηση χειρουργείων ημέρας), εκπαιδευτικοί (ανεπαρκής γνώση των οφελών), υποστηρικτικοί (απουσία υποστήριξης σε επίπεδο τοπικό, κατοικίας και κοινότητας) και οργανωτικοί (έλλειψη εγκαταστάσεων με κατάλληλο εξοπλισμό και καταρτισμένο προσωπικό). Επιπρόσθετα, η μη κοινή χρήση κωδικοποιήσεων και οι διαφορές στη σύνθεση των περιστατικών είναι πιθανό να συμβάλλουν στις αποκλίσεις (1-3).</p> <p>Βασικοί παράγοντες επιτυχίας για την επίτευξη υψηλότερων ποσοστών χειρουργείων ημέρας (3):</p> <ul style="list-style-type: none"> • τα χειρουργεία ημέρας να αποτελούν τον κανόνα για όλες τις εκλεκτικές χειρουργικές επεμβάσεις αρθροσκόπησης, • ξεχωριστές ροές για ασθενείς που υποβάλλονται σε χειρουργεία ημέρας και για εκείνους που αποτελούν εσωτερικούς ασθενείς, • σχεδιασμός μονάδων χειρουργικής ημέρας, • άρση κανονιστικών και οικονομικών φραγμών, • ευθυγράμμιση των κινήτρων, • παρακολούθηση και παροχή ανατροφοδότησης (feedback) σε σχέση με τα αποτελέσματα.

Βιβλιογραφία	<p>The Association of Anaesthesiologists of Great Britain and Ireland. Day Surgery. 2005 (to be revised in 2010). http://www.aagbi.org/publications/guidelines/docs/daysurgery05.pdf</p> <p>(1) Toftgaard C. World Wide Day Surgery Activity 2003. The IAAS Survey on Ambulatory Surgery. 2003.</p> <p>(2) Aylin P, Williams S, Jarman B, Bottle A. Trends in day surgery rates. BMJ 2005; 331(7520):803.</p> <p>(3) Castoro C, Bertinato L, Baccaglioni U, Drace C, McKee M. Policy Brief Day Surgery: Making it Happen. 2007. World Health Organization 2007, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.</p>
--------------	--

Έλεγχος της απαγόρευσης του καπνίσματος στα Νοσοκομεία

Τελ . επικ. Δεκέμβριος 2009

Περιεχόμενα:

Σύντομη ονομασία
 Προσδιορισμός
 Σύντομος ορισμός
 Σκεπτικό
 Λειτουργικός ορισμός
 Προηγούμενη εμπειρία από το πρόγραμμα PATH
 Πηγή δεδομένων
 Διάσταση του δείκτη
 Τύπος δείκτη
 Προσαρμογή/ διαστρωμάτωση
 Υποδείκτες
 Συναφείς δείκτες
 Ερμηνεία
 Κατευθυντήριες οδηγίες
 Βιβλιογραφία

Σύντομη ονομασία	Έλεγχος της απαγόρευσης του καπνίσματος στα Νοσοκομεία.
Προσδιορισμός	Βαθμολογία με βάση το ερωτηματολόγιο αυτοαξιολόγησης του Ευρωπαϊκού Δικτύου Νοσοκομείων Απαλλαγμένων από το Κάπνισμα (European Network for Smoke-free Hospitals/ENSH).
Σύντομος ορισμός	Υπολογίζεται μια βαθμολογία από 1 έως 168, με βάση τις απαντήσεις σε 42 στοιχεία, τα οποία καλύπτουν 10 κριτήρια για τον έλεγχο του καπνίσματος σε νοσοκομειακούς χώρους. Τα Νοσοκομεία αξιολογούν τον βαθμό εφαρμογής κάθε στοιχείου του ερωτηματολογίου, χρησιμοποιώντας μια κλίμακα από το 1 έως το 4.
Σκεπτικό (αιτιολόγηση, δυνατά σημεία και περιορισμοί)	<p>Το Ευρωπαϊκό Δίκτυο Νοσοκομείων Απαλλαγμένων από το Κάπνισμα (ENSH) επισημαίνει 7 λόγους για τους οποίους ο έλεγχος του καπνίσματος πρέπει να αποτελεί προτεραιότητα για τα Νοσοκομεία:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Η καταπολέμηση του καπνίσματος αποτελεί εθνική προτεραιότητα στις περισσότερες χώρες της ΕΕ και οι κανόνες που απαγορεύουν το κάπνισμα σε εγκαταστάσεις υγειονομικής περίθαλψης έχουν γίνει πιο αυστηροί. 2. Οι νόμοι για τους χώρους μη καπνιζόντων εξακολουθούν να μην εφαρμόζονται επαρκώς στις εγκαταστάσεις υγειονομικής περίθαλψης. 3. Οι επαγγελματίες υγείας με τη στάση τους οφείλουν να δίνουν το καλό παράδειγμα και να πείθουν τους ασθενείς να διακόψουν το κάπνισμα.

<p>Σκεπτικό (αιτιολόγηση, δυνατά σημεία και περιορισμοί)</p>	<p>4. Τα Νοσοκομεία είναι χώροι στους οποίους αντιμετωπίζονται νοσήματα που σχετίζονται με το κάπνισμα και στους οποίους απευθύνονται οι ασθενείς που επιθυμούν να διακόψουν το κάπνισμα. Ταυτόχρονα εκεί πραγματοποιείται βραχυπρόθεσμη και μακροπρόθεσμη πρόγνωση των διάφορων νοσημάτων που σχετίζονται με το κάπνισμα. Η παροχή συμβουλών για τη διακοπή του καπνίσματος αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι της θεραπείας.</p> <p>5. Αποτελεί καθήκον των Νοσοκομείων να παρέχουν ένα καθαρό περιβάλλον, ιδίως όσον αφορά την ποιότητα του αέρα.</p> <p>6. Το κάπνισμα στους χώρους του Νοσοκομείου μπορεί να εγείρει σημαντικούς κινδύνους όσον αφορά την πυροπροστασία και την ασφάλεια. Πυρκαγιές σε Νοσοκομεία έχουν συνδεθεί με την απρόσεκτη χρήση τσιγάρου.</p> <p>7. Αποδίδεται μεγάλη προσοχή στον έλεγχο του καπνίσματος εντός των Νοσοκομείων. Πρόκειται για έναν παράγοντα που αποτελεί εξαιρετικό δείκτη της ποιότητας των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης. Για παράδειγμα, στο κεφάλαιο «Φροντίδα του ασθενούς» του γαλλικού οδηγού για την τήρηση των προτύπων διαπίστευσης συμπεριλήφθηκαν κριτήρια που αφορούν το κάπνισμα.</p>
<p>Λειτουργικός ορισμός</p>	<p>Το ερωτηματολόγιο αυτοαξιολόγησης στα ελληνικά είναι διαθέσιμο στο τέλος της ανάλυσης αυτού του δείκτη (σελ. 6, 7, 8, 9) και μέσω της ακόλουθης ιστοσελίδας: http://www.smokefreegreece.org/images/ensh_audit_greek_19.04.2011.pdf</p> <p>Επίσης είναι διαθέσιμο ηλεκτρονικά στην ιστοσελίδα http://www.ensh.eu/self-audit.php</p> <p>Περιγραφή του εργαλείου από την ιστοσελίδα του ENSH</p> <p><i>Το εργαλείο είναι ένα αυτοδιαχειριζόμενο εργαλείο ελέγχου 42 στοιχείων χωρισμένων σε 10 ενότητες.</i></p> <p><i>Οι ενότητες αντανακλούν τα βασικά πρότυπα που συνοψίζουν την πολιτική μας:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> (1) δέσμευση (2) επικοινωνία (3) εκπαίδευση (4) αναγνώριση του προβλήματος και παροχή υποστήριξης για τη διακοπή του καπνίσματος (5) έλεγχος του καπνίσματος (6) περιβάλλον (7) υγιείς χώροι εργασίας (8) προαγωγή της υγείας (9) παρακολούθηση (10) εφαρμογή της πολιτικής

<p>Προηγούμενη εμπειρία στο πλαίσιο του προγράμματος PATH</p>	<p>Ο δείκτης στο πλαίσιο του προγράμματος PATH-II αξιολόγησε τον επιπολασμό του καπνίσματος στους νοσοκομειακούς υπαλλήλους, μέσω έρευνας που αναπτύχθηκε από το Ευρωπαϊκό Δίκτυο Νοσοκομείων Απαλλαγμένων από το Κάπνισμα (ENSH) για τη μελέτη των σημείων επιπολασμού. Όταν υπήρχαν ήδη στοιχεία σχετικά με τον επιπολασμό του καπνίσματος μεταξύ του προσωπικού από άλλες πηγές (όπως περιοδικές έρευνες για την υγεία του προσωπικού ή από σχετικά αρχεία), ήταν δυνατό να χρησιμοποιηθούν. Τα δεδομένα κατηγοριοποιήθηκαν κατά ηλικία, φύλο και θέση εργασίας.</p> <p>Ενώ το πρόγραμμα PATH-II εστίαζε στην έκβαση (% του προσωπικού που καπνίζει), το PATH '09 επικεντρώνεται σε δομές και διαδικασίες. Η αλλαγή της εστίασης δείχνει την επικρατούσα από πλευράς Νοσοκομείων θεώρηση ότι ο αντίκτυπος που έχουν από τον επιπολασμό του καπνίσματος είναι στην ουσία πολύ μικρός ενώ ο φόρτος που συνεπάγεται η συλλογή δεδομένων είναι μεγάλος. Οι διεθνείς συγκρίσεις θεωρήθηκαν εξαιρετικά μικρής σημασίας. Στη συνάντηση εργασίας της Λιουμπλιάνας συμφωνήθηκε να προτιμηθεί η αυτοαξιολόγηση των Νοσοκομείων στο παρόν στάδιο. Επιπλέον, το ερωτηματολόγιο αυτοαξιολόγησης δεν περιορίζεται μόνο στο προσωπικό, αλλά περιλαμβάνει και την οπτική γωνία των ασθενών και των επισκεπτών του Νοσοκομείου.</p> <p>Ο παρατηρούμενος επιπολασμός του καπνίσματος στο νοσοκομειακό προσωπικό συγκρίθηκε με αυτόν του γενικού πληθυσμού. Στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες, το ποσοστό του καπνίσματος μεταξύ των εργαζομένων σε Νοσοκομεία υπερβαίνει το 25%, το οποίο είναι λίγο κάτω από το ποσοστό που ισχύει για το γενικό πληθυσμό.</p>
<p>Πηγή δεδομένων</p>	<p>Οδηγίες χρήσης του ερωτηματολογίου όπως εμφανίζονται στην ιστοσελίδα του ENSH (σε πλάγια γραφή) και προσαρμοσμένες στις ανάγκες του δικτύου PATH (σε κανονική γραφή).</p> <p>Συνιστάται ο Συντονιστής του προγράμματος PATH στην εκάστοτε χώρα να έρχεται σε επαφή με τα κατά τόπους Νοσοκομεία του δικτύου ENSH (στην Αυστρία, το Βέλγιο, τη Βουλγαρία, την Κύπρο, την Εσθονία, τη Φινλανδία, τη Γαλλία, τη Γερμανία, την Ελλάδα, την Ουγγαρία, την Ιρλανδία, την Ιταλία, τη Λιθουανία, το Λουξεμβούργο, την Πολωνία, την Πορτογαλία, τη Σλοβακία, τη Σλοβενία, την Ισπανία) για να συζητάει μαζί τους και να ανταλλάσει απόψεις σε θέματα που αφορούν την ανάλυση του ερωτηματολογίου, τις βέλτιστες πρακτικές, καθώς και τα περιθώρια βελτίωσης της ποιότητας. Πρέπει να δοθεί έμφαση στη συνεχή βελτίωση (αυξανόμενη πρόοδος, δικτύωση και ανταλλαγή εμπειριών) ενώ είναι σκόπιμο η έρευνα να επαναλαμβάνεται σε τακτά χρονικά διαστήματα σε μικρότερα δείγματα.</p> <p><i>«Πριν από τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου αυτοαξιολόγησης, οι φορείς θα πρέπει να συντάσσουν μια επισκόπηση των υφιστάμενων πρακτικών, η οποία θα περιλαμβάνει τις ακόλουθες πτυχές:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <i>α. δέσμευση και επικοινωνία,</i> <i>β. εκπαίδευση και παροχή υποστήριξης για τη διακοπή του καπνίσματος</i> <i>γ. γενικός έλεγχος του καπνίσματος και περιβάλλον.</i> <p>Μετάπειτα, συμπληρώνεται το ερωτηματολόγιο σε κάθε Νοσοκομείο. Η μορφή του αρχείου (ηλεκτρονική ή έντυπη), στην οποία επιστρέφεται το ερωτηματολόγιο στον Συντονιστή του προγράμματος PATH της εκάστοτε χώρας αποφασίζεται σε τοπικό επίπεδο.</p>

<p>Πηγή δεδομένων</p>	<p>Κάθε Νοσοκομείο αξιολογεί τον εαυτό του ως προς τις αναφερόμενες στο ερωτηματολόγιο διαστάσεις επιλέγοντας μια από τις ακόλουθες πέντε επιλογές:</p> <p>1 = Όχι / Δεν εφαρμόζεται 2 = Εφαρμόζεται σε ποσοστό μικρότερο του 50% 3 = Εφαρμόζεται σε ποσοστό μεγαλύτερο του 50% 4 = Ναι / εφαρμόζεται πλήρως</p> <p>Η συνολική βαθμολογία κυμαίνεται από 1 έως 168 βαθμούς. (...) Η έμφαση δίδεται στην υποστήριξη της συνεχούς βελτίωσης (αυξανόμενη πρόοδος, δικτύωση και ανταλλαγή εμπειριών) και όχι στον ανταγωνισμό μεταξύ των Νοσοκομείων και των χωρών που συμμετέχουν στο πρόγραμμα.</p> <p>Είναι σημαντικό να παρέχεται τακτικά ανατροφοδότηση (feedback) στο προσωπικό και τους χρήστες σε σχέση με την πρόοδο και/ή τις δυσκολίες που αντιμετωπίστηκαν κατά την εφαρμογή όλων των προτύπων.</p> <p>Συνιστάται στους φορείς να συντάσσουν την παραπάνω αναφερόμενη επισκόπηση, πριν συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο, καθώς μια ακριβής αξιολόγηση θα συμβάλλει στην ανάπτυξη ρεαλιστικών σχεδίων δράσης, στην ανταλλαγή πληροφοριών και στην παροχή κατάλληλης υποστήριξης και βοήθειας».</p>
<p>Διάσταση του δείκτη</p>	<p>Επίπεδο ανταπόκρισης της διοίκησης στις ανάγκες της κοινότητας, επίπεδο ασθενοκεντρικής προσέγγισης και προσανατολισμός του προσωπικού.</p>
<p>Τύπος δείκτη</p>	<p>Μέτρο διαδικασίας</p>
<p>Προσαρμογή/ Διαστρωμάτωση</p>	<p>Δεν εφαρμόζεται.</p>
<p>Υποδείκτες</p>	<p>Για την καλύτερη κατανόηση και τον εντοπισμό των τομέων που έχουν προτεραιότητα για βελτίωση, πρέπει να αναλυθούν οι βαθμολογίες στις επιμέρους διαστάσεις (βλ. παραπάνω ορισμό).</p>
<p>Συναφείς δείκτες</p>	<p>Είναι σκόπιμο να αξιολογηθεί ο δείκτης σε συνάρτηση με τον επιπολασμό του προσωπικού που καπνίζει, εφόσον αυτή η παράμετρος παρακολουθείται τοπικά (και υπάρχουν διαθέσιμα σημεία αναφοράς για το Νοσοκομείο στο παρελθόν ή εθνικά σημεία αναφοράς), παρόλο που δεν περιλαμβάνεται στην ομάδα δεικτών του PATH '09. Καλό είναι, πριν από την εφαρμογή της αυτοαξιολόγησης των δομών και των διαδικασιών μέσω του ερωτηματολογίου, να συζητείται μεταξύ των συμμετεχόντων στο PATH Νοσοκομείων σε κάθε χώρα, η δυνατότητα ταυτόχρονης αξιολόγησης και των δύο δεικτών.</p>
<p>Ερμηνεία</p>	<p>Δεδομένου ότι το ENSH παρέχει πρότυπα βέλτιστων πρακτικών για καθεμία από τις ενότητες του ερωτηματολογίου, οι λόγοι για τυχόν μη ικανοποιητικές βαθμολογίες (οι οποίες υποδεικνύουν ότι ορισμένα πρότυπα δεν πληρούνται) μπορούν εύκολα να ερμηνευτούν.</p>

Κατευθυντήριες οδηγίες	http://strategyguides.globalink.org/pdfs/Enforcement Strategies.pdf
Βιβλιογραφία	<p>Το εργαλείο αυτοαξιολόγησης και το υποστηρικτικό υλικό για το παρόν φύλλο περιγραφής του δείκτη παρέχονται στην ιστοσελίδα του ENSH http://www.ensh.eu.</p> <p>Υπάρχουν επίσης σύνδεσμοι για τα εθνικά δίκτυα και σχετικό υλικό όπως ο σύνδεσμος http://www.smokefreegreece.org/el/επαγγελματίες-υγείας/νοσοκομεία-ελεύθερα-από-καπνό/ευρωπαϊκό-δίκτυο-νοσοκομείων-ελεύθερων-από-καπνό-ensh (ελληνικά) και ο σύνδεσμος http://www.smokefreegreece.org/images/ensh_audit_greek_19.04.2011.pdf</p>



ENSH Ευρωπαϊκό Δίκτυο Νοσοκομείων Απαλλαγμένων από το Κάπνισμα

Ερωτηματολόγιο Αυτοαξιολόγησης

Κριτήριο 1: Δέσμευση	Όχι/Δεν εφαρμόζεται	Εφαρμόζεται σε ποσοστό < 50%	Εφαρμόζεται σε ποσοστό > 50%	Ναι/ Εφαρμόζεται πλήρως
1.1 Ο Οργανισμός υγειονομικής φροντίδας τεκμηριώνει με επίσημα έγγραφα τη δέσμευση του στην πολιτική εφαρμογής των Προτύπων του ENSH.				
1.2 Ο Οργανισμός υγειονομικής φροντίδας δεν αποδέχεται οποιαδήποτε χορηγία από τη βιομηχανία καπνού.				
1.3 Ορίζεται μια ομάδα εργασίας ή μια Επιτροπή για θέματα πολιτικής, προκειμένου να συντονίσει την ανάπτυξη, την εφαρμογή και την παρακολούθηση της αντικαπνιστικής πολιτικής.				
1.4 Ένα ανώτερο στην ιεραρχία στέλεχος έχει την ευθύνη για τις δράσεις της ομάδας εργασίας/Επιτροπής που έχει συσταθεί για θέματα αντικαπνιστικής πολιτικής.				
1.5 Το επιχειρησιακό πλάνο του Οργανισμού υγειονομικής φροντίδας ή/και το καταστατικό του παρέχουν οικονομικούς και ανθρώπινους πόρους για την εφαρμογή και παρακολούθηση της αντικαπνιστικής πολιτικής.				
1.6 Όλο το προσωπικό κατανοεί την ευθύνη που έχει για την ανάληψη δράσης στο πλαίσιο της εφαρμογής και διαχείρισης της αντικαπνιστικής πολιτικής.				
Κριτήριο 2: Επικοινωνία	Όχι/Δεν εφαρμόζεται	Εφαρμόζεται σε ποσοστό < 50%	Εφαρμόζεται σε ποσοστό > 50%	Ναι/ Εφαρμόζεται πλήρως
2.1 Όλο το υγειονομικό προσωπικό (συμπεριλαμβανομένων καθηγητών, φοιτητών και προσωρινού προσωπικού) ενημερώνεται για την αντικαπνιστική πολιτική του Οργανισμού.				
2.2 Όλοι οι συμβεβλημένοι ή εξωτερικοί συνεργάτες που εργάζονται εντός του Οργανισμού ή σε άμεση επαφή με αυτόν, ενημερώνονται για την αντικαπνιστική πολιτική.				
2.3 Όλοι οι ασθενείς (εσωτερικοί και εξωτερικοί) ενημερώνονται για την αντικαπνιστική πολιτική του Οργανισμού.				
2.4 Το κοινό είναι ενημερωμένο για την αντικαπνιστική πολιτική του Οργανισμού.				
Κριτήριο 3: Εκπαίδευση & Κατάρτιση	Όχι/Δεν εφαρμόζεται	Εφαρμόζεται σε ποσοστό < 50%	Εφαρμόζεται σε ποσοστό > 50%	Ναι/ Εφαρμόζεται πλήρως
3.1 Το σύνολο του προσωπικού λαμβάνει ενημέρωση και οδηγίες σχετικά με τους τρόπους προσέγγισης των καπνιστών και την ενημέρωσή τους για την αντικαπνιστική πολιτική του Οργανισμού.				
3.2 Σε όλα τα ανώτερα διοικητικά στελέχη και το υγειονομικό προσωπικό παρέχονται υποχρεωτικές οδηγίες/ενημερωτικά σημειώματα				
3.3 Κατάρτιση σε τεχνικές παρέμβασης είναι διαθέσιμη και προσφέρεται σε όλο το προσωπικό.				
3.4 Το κατάλληλο υγειονομικό προσωπικό εκπαιδεύεται σε τεχνικές ευαισθητοποίησης και διακοπής καπνίσματος.				

Κριτήριο 4: Αναγνώριση & Υποστήριξη της Διακοπής Καπνίσματος	Όχι/Δεν εφαρμόζεται	Εφαρμόζεται σε ποσοστό < 50%	Εφαρμόζεται σε ποσοστό > 50%	Ναι/ Εφαρμόζεται πλήρως
4.1 Διεξάγεται συστηματική διαδικασία προκειμένου να προσδιοριστεί και να καταγραφεί το καπνιστικό προφίλ όλων των ασθενών/νοσηλευόμενων.				
4.2 Η ανωτέρω συστηματική διαδικασία περιλαμβάνει και καταγράφει επιπλέον το προφίλ της έκθεσης όλων των ασθενών/νοσηλευόμενων στο παθητικό κάπνισμα (συμπεριλαμβανομένων και των μωρών/ παιδιών).				
4.3 Υπάρχει υπηρεσία διακοπής καπνίσματος ή η δυνατότητα άμεσης πρόσβασης σε υπηρεσία διακοπής καπνίσματος για τους ασθενείς/ νοσηλευόμενους (εσωτερικούς και εξωτερικούς).				
4.4 Οι παρεμβάσεις για την παρακίνηση των ασθενών/νοσηλευόμενων που είναι καπνιστές να διακόψουν το κάπνισμα κατά την παραμονή τους στον Οργανισμό υγειονομικής φροντίδας καταγράφονται στα προγράμματα περίθαλψης τους.				
4.5 Θεραπεία υποκατάστασης με νικοτίνη (NRT)/φαρμακευτική θεραπεία είναι διαθέσιμη εντός του Οργανισμού.				
4.6 Έχουν προσδιοριστεί πόροι για την υποστήριξη των δραστηριοτήτων διακοπής καπνίσματος εντός του Οργανισμού.				
4.7 Η υπηρεσία διακοπής καπνίσματος που παρέχεται από τον Οργανισμό υγειονομικής περίθαλψης ή χρησιμοποιείται από αυτόν, έχει καθιερώσει συστηματική διαδικασία ανατροφοδότησης των αποτελεσμάτων κάθε χρόνο.				
4.8 Πληροφορίες σχετικά με το κάπνισμα και τις μεθόδους διακοπής του είναι ευρέως διαθέσιμες εντός του Οργανισμού.				
Κριτήριο 5: Έλεγχος της Χρήσης Καπνού	Όχι/Δεν εφαρμόζεται	Εφαρμόζεται σε ποσοστό < 50%	Εφαρμόζεται σε ποσοστό > 50%	Ναι/ Εφαρμόζεται πλήρως
5.1 Όλοι οι χώροι και η ιδιοκτησία του Οργανισμού υγειονομικής φροντίδας είναι απαλλαγμένοι από το κάπνισμα.				
5.2 Όλες οι εγκαταστάσεις που χρησιμοποιούνται από το προσωπικό και τους επισκέπτες, συμπεριλαμβανομένων των χώρων σίτισης, εργασίας και των κοινοχρήστων χώρων, είναι απαλλαγμένες από το κάπνισμα.				
5.3 Όλες οι εγκαταστάσεις που χρησιμοποιούνται από ασθενείς/νοσηλευόμενους, συμπεριλαμβανομένων των χώρων σίτισης και των κοινοχρήστων χώρων, είναι απαλλαγμένες από το κάπνισμα.				
5.4 Όλες οι τάρτσες, τα μπαλκόνια και τα μέσα μεταφοράς που ανήκουν και λειτουργούν στον Οργανισμό υγειονομικής φροντίδας είναι απαλλαγμένες από το κάπνισμα.				
5.5 Εάν γίνεται χρήση προϊόντων καπνού, αυτό συμβαίνει μόνο σε ξεχωριστούς χώρους, οι οποίοι βρίσκονται μακριά από τις περιοχές που είναι απαλλαγμένες από το κάπνισμα, τα παράθυρα και τις εισόδους.				

Κριτήριο 6: Περιβάλλον	Όχι/Δεν εφαρμόζεται	Εφαρμόζεται σε ποσοστό < 50%	Εφαρμόζεται σε ποσοστό > 50%	Ναι/ Εφαρμόζεται πλήρως
6.1 Η σήμανση που καταδεικνύει την αντικαπνιστική πολιτική είναι ορατή στο προσωπικό, στους ασθενείς/νοσηλευόμενους και στους επισκέπτες.				
6.2 Η ύπαρξη χωρών καπνιζόντων δεν επιτρέπεται αλλά, εάν κάποιοι από αυτούς παραμένουν, σταχτοδοχεία υπάρχουν μόνο σε αυτούς.				
6.3.1 Το προσωπικό δεν εκτίθεται ποτέ σε παθητικό κάπνισμα.				
6.3.2 Οι ασθενείς/ νοσηλευόμενοι δεν εκτίθενται ποτέ σε χρήση προϊόντων καπνού ή παθητικό κάπνισμα.				
6.3.3 Οι επισκέπτες δεν εκτίθενται ποτέ σε παθητικό κάπνισμα.				
6.4 Μέσα στον Οργανισμό δεν πωλείται ούτε διατίθεται καπνός.				
Κριτήριο 7: Υγιές Εργασιακό Περιβάλλον	Όχι/Δεν εφαρμόζεται	Εφαρμόζεται σε ποσοστό < 50%	Εφαρμόζεται σε ποσοστό > 50%	Ναι/ Εφαρμόζεται πλήρως
7.1.1. Το σύνολο του προσωπικού ενημερώνεται, κατά τη διαδικασία της πρόσληψης, για την αντικαπνιστική πολιτική του Οργανισμού.				
7.1.2 Όλες οι συμβάσεις απασχόλησης του προσωπικού απαιτούν τη δέσμευση των εργαζομένων απέναντι στην αντικαπνιστική πολιτική του Οργανισμού.				
7.2 Ο επιπολασμός του καπνίσματος στο προσωπικό παρακολουθείται σε ετήσια βάση.				
7.3 Υπηρεσία διακοπής καπνίσματος ή άμεση πρόσβαση σε υπηρεσία διακοπής καπνίσματος διατίθεται για όλο το προσωπικό.				
7.4 Η μη συμμόρφωση του προσωπικού στην πολιτική αντιμετωπίζεται στο πλαίσιο των ήδη υπαρχόντων τοπικών πειθαρχικών διαδικασιών.				
Κριτήριο 8: Προαγωγή Υγείας	Όχι/Δεν εφαρμόζεται	Εφαρμόζεται σε ποσοστό < 50%	Εφαρμόζεται σε ποσοστό > 50%	Ναι/ Εφαρμόζεται πλήρως
8.1 Ο Οργανισμός υγειονομικής φροντίδας έχει συμμετάσχει σε μια ή περισσότερες τοπικές, εθνικές ή διεθνείς αντικαπνιστικές δραστηριότητες κατά τη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών.				
Κριτήριο 9: Παρακολούθηση της Συμμόρφωσης	Όχι/Δεν εφαρμόζεται	Εφαρμόζεται σε ποσοστό < 50%	Εφαρμόζεται σε ποσοστό > 50%	Ναι/ Εφαρμόζεται πλήρως
9.1 Η αντικαπνιστική πολιτική παρακολουθείται εσωτερικά και αναθεωρείται κάθε χρόνο.				
9.2 Η ποιότητα του αντικαπνιστικού σχεδίου δράσης έχει επανεξεταστεί και αναθεωρηθεί εντός μιας χρονικής περιόδου τριών ετών.				
Κριτήριο 10: Εφαρμογή της Πολιτικής	Όχι/Δεν εφαρμόζεται	Εφαρμόζεται σε ποσοστό < 50%	Εφαρμόζεται σε ποσοστό > 50%	Ναι/ Εφαρμόζεται πλήρως
10.1 Ο Οργανισμός υγειονομικής φροντίδας συμπληρώνει το ερωτηματολόγιο αυτοαξιολόγησης του ENSH σε ετήσια βάση.				
Μέγιστο Σύνολο:				

Βαθμολόγηση: Όχι/Δεν εφαρμόζεται = 1 // Εφαρμόζεται σε ποσοστό < 50% = 2 // Εφαρμόζεται σε ποσοστό > 50% = 3 // Ναι/Εφαρμόζεται πλήρως = 4

Ασθενείς μετά από οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου στους οποίους χορηγείται ασπιρίνη κατά την έξοδο από το Νοσοκομείο

Τελ . επικ. Δεκέμβριος 2009

Περιεχόμενα:

Σύντομη ονομασία

Προσδιορισμός

Σύντομος ορισμός

Σκεπτικό

Λειτουργικός ορισμός

Προηγούμενη εμπειρία από το πρόγραμμα PATH

Πηγή δεδομένων

Διάσταση του δείκτη

Τύπος δείκτη

Προσαρμογή/ διαστρωμάτωση

Υποδείκτες

Συναφείς δείκτες

Ερμηνεία

Κατευθυντήριες οδηγίες

Βιβλιογραφία

Σύντομη ονομασία	Ασθενείς μετά από οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου (OEM) στους οποίους χορηγείται ασπιρίνη κατά την έξοδο από το Νοσοκομείο
Προσδιορισμός	Συμμόρφωση προς τις κατευθυντήριες οδηγίες για συνεχιζόμενη θεραπεία με ασπιρίνη των ασθενών που έχουν υποστεί OEM.
Σύντομος ορισμός	Ποσοστό ασθενών μετά από OEM στους οποίους έχει συνταγογραφηθεί ασπιρίνη κατά την έξοδο από το Νοσοκομείο σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες.
Σκεπτικό (αιτιολόγηση, δυνατά σημεία και περιορισμοί)	<p>Μια μετα-ανάλυση τυχαιοποιημένων ελεγχόμενων δοκιμών για τη μακροχρόνια χρήση αντιαιμοπεταλιακής αγωγής, στην οποία μετείχαν συνολικά 20.006 ασθενείς υψηλού κινδύνου (1), κατέδειξε ότι η συγκεκριμένη αγωγή οδήγησε σε σημαντικά λιγότερο αριθμό σοβαρών αγγειακών συμβαμάτων και αγγειακών θανάτων.</p> <p>Η ανεπαρκής χρήση της ασπιρίνης ως προφυλακτικό φάρμακο σε άλλες παθήσεις (ασθενείς που έχουν υποστεί αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (2)) παρατηρείται σε ποσοστό έως 50% των ασθενών και εμφανίζει μεγάλες διακυμάνσεις ανάλογα με τη συμμόρφωση των Νοσοκομείων με τις κατευθυντήριες οδηγίες. Τα εν λόγω ευρήματα υποδηλώνουν ότι υπάρχει περιθώριο βελτίωσης και για τους ασθενείς που έχουν υποστεί OEM.</p> <p>Αν και ο φόρτος που συνεπάγεται η προοπτική συλλογή σε βάση δεδομένων που δημιουργείται για το σκοπό αυτό είναι μεγάλος, παρέχει εξαιρετική προοπτική για την ευαισθητοποίηση στο συγκεκριμένο θέμα και μπορεί να οδηγήσει σε σημαντική</p>

Σκεπτικό (αιτιολόγηση, δυνατά σημεία και περιορισμοί)	<p>βελτίωση. Κατ'αναλογία με το δείκτη για την προφυλακτική χορήγηση των αντιβιοτικών σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες, στο πλαίσιο του προγράμματος PATH II, ο συγκεκριμένος δείκτης δείχνει ότι πρέπει να δίδεται μεγαλύτερη προσοχή στη συμμόρφωση με τις κατευθυντήριες οδηγίες. Αυτό προϋποθέτει ότι οι κατευθυντήριες οδηγίες διανέμονται ευρέως και αποσαφηνίζονται επαρκώς στο αρμόδιο προσωπικό των Νοσοκομείων πριν από τη συλλογή δεδομένων.</p>
Λειτουργικός ορισμός	<p>Ο δείκτης προκύπτει από κλάσμα που έχει αριθμητή και παρονομαστή, όπως ορίζονται παρακάτω:</p> <p>Αριθμητής: Αριθμός ασθενών του παρονομαστή (οι οποίοι πληρούν τα κριτήρια ένταξης και αποκλεισμού), οι οποίοι λαμβάνουν αγωγή σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες για τη μακροπρόθεσμη προφυλακτική χρήση της ασπιρίνης σε ασθενείς που έχουν υποστεί ΟΕΜ. Κατά το εξιτήριο, στους ασθενείς χορηγείται συνταγή με ασπιρίνη, όπως προβλέπεται στις κατευθυντήριες οδηγίες.</p> <p>Οι εθνικές κατευθυντήριες οδηγίες καθορίζονται λεπτομερώς από την εθνική ομάδα των Νοσοκομείων που συμμετέχουν στο πρόγραμμα PATH με βάση διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες προσαρμοσμένες στις εκάστοτε τοπικές διαδικασίες.</p> <p>Παρονομαστής: Αριθμός των ασθενών που εισήχθησαν στο Νοσοκομείο, ηλικίας 15 ετών και άνω*, με βασική/πρωτοπαθή διάγνωση οξέος εμφράγματος του μυοκαρδίου (ΟΕΜ):</p> <p><i>ICD-9: 410</i> <i>ICD-10: I21, I22</i></p> <p>* Στην Ελλάδα, στα Παιδιατρικά Νοσοκομεία συχνά νοσηλεύονται ασθενείς μέχρι την ηλικία των 18 ετών αντί για 14 που αναγράφεται στους Οργανισμούς τους.</p> <p>Κριτήρια αποκλεισμού:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Μεταφορά σε άλλο Νοσοκομείο - Αλλεργία στην ασπιρίνη - Άρνηση του ασθενούς να δώσει τη συγκατάθεσή του/της κατόπιν ενημέρωσης για τη θεραπεία με ασπιρίνη - Εγκατάλειψη του Νοσοκομείου από τον ασθενή παρά την αντίθετη γνώμη του ιατρού - Ενδονοσοκομειακός θάνατος
Προηγούμενη εμπειρία στο πλαίσιο του προγράμματος PATH	Δεν υπάρχει

Πηγή δεδομένων	<p>Διαρκής προοπτική συλλογή δεδομένων για τουλάχιστον δύο περιόδους τον χρόνο (π.χ. ξεκινώντας από τον Φεβρουάριο και τον Οκτώβριο, ελάχιστος αριθμός περιστατικών 30 ανά περίοδο). Πρέπει να επαναλαμβάνεται τουλάχιστον κάθε 6 μήνες προκειμένου να διασφαλίζεται ότι υφίσταται συνεχιζόμενη προσπάθεια βελτίωσης και συμμόρφωσης με τις κατευθυντήριες οδηγίες.</p> <p>Το έντυπο προοπτικής συλλογής δεδομένων πρέπει να εσωκλείεται στον φάκελο όλων των επιλέξιμων ασθενών και να περιλαμβάνει τη διαδικασία και τους κωδικούς διάγνωσης που αναφέρονται παρακάτω.</p> <p>Η εθνική ομάδα του προγράμματος PATH κατόπιν συζήτησης πρέπει να καταλήξει σε μια κοινή διαδικασία προκειμένου να διασφαλίζεται ότι το έντυπο προοπτικής συλλογής δεδομένων εσωκλείεται στο φάκελο όλων των ασθενών συμπληρωμένο (από ποιον και πότε) και ότι τα έντυπα, μετά τη συμπλήρωση συγκεντρώνονται κεντρικά στο Νοσοκομείο ώστε να γίνονται οι απαραίτητοι υπολογισμοί και αναφορές. Όλα τα πεδία στο έντυπο προοπτικής συλλογής δεδομένων πρέπει να κωδικοποιούνται ηλεκτρονικά από τα Νοσοκομεία βάσει κοινής δομής (αρχείο) που παρέχεται από τον Συντονιστή του προγράμματος PATH στην εκάστοτε χώρα (π.χ. σε φύλλο excel ή στο EPI Info). Στη συνέχεια, η βάση δεδομένων αποστέλλεται στον Συντονιστή του προγράμματος PATH της εκάστοτε χώρας για επικύρωση της ταξινόμησης και για τον υπολογισμό των δεικτών.</p>
Διάσταση του δείκτη	Κλινική αποτελεσματικότητα Ασφάλεια
Τύπος δείκτη	Μέτρο διαδικασίας
Προσαρμογή/ Διαστρωμάτωση	Δεν εφαρμόζεται.
Υποδείκτες	Πρέπει επίσης να υπολογίζεται το ποσοστό των ασθενών με ανεπαρκή/μη ολοκληρωμένα στοιχεία ώστε να παρακολουθείται και να αξιολογείται η ποιότητα των δεδομένων.
Συναφείς δείκτες	<p>Οι ακόλουθοι δείκτες δεν υπολογίζονται στο πλαίσιο του PATH '09, αλλά εάν ωστόσο παρακολουθούνται ούτως ή άλλως στο Νοσοκομείο, θα ήταν σκόπιμο να εξεταστούν σε συνάρτηση με το ποσοστό των ασθενών που έχουν υποστεί OEM και λαμβάνουν ασπιρίνη κατά το εξιτήριο:</p> <p>Επίπεδο συμμόρφωσης προς άλλες θεραπείες βαθμού τεκμηρίωσης A για την αντιμετώπιση των OEM, π.χ.:</p>
Συναφείς δείκτες	<ul style="list-style-type: none"> - Έγκαιρη χορήγηση θεραπείας με ασπιρίνη - Έγκαιρη χορήγηση αναστολέα ΜΕΑ (μετατρεπτικού ενζύμου της αγγειοτασίνης) - Ποσοστά επανεισαγωγών στο Νοσοκομείο

Ερμηνεία	<p>Ως βελτίωση νοείται η αύξηση στο ποσοστό της συμμόρφωσης. Το ζητούμενο ποσοστό συμμόρφωσης πρέπει να είναι κοντά στο 100%.</p> <p>Οι διαφορές μεταξύ των Νοσοκομείων ενδέχεται να οφείλονται σε διαφορετικά οικονομικά κίνητρα για τη χρήση της ασπιρίνης, διαφορές στα επίπεδα αυτονομίας των Νοσοκομείων ως προς την προμήθεια φαρμάκων και διαφορές στην αποτελεσματικότητα της διάδοσης των κλινικών κατευθυντήριων οδηγιών (3).</p> <p>Ιατροί, νοσηλευτές, φαρμακοποιοί και υποστηρικτικό προσωπικό της νοσηλευτικής Μονάδας συγκαταλέγονται στους εμπλεκόμενους στη διαδικασία συνταγογράφησης της ασπιρίνης κατά την έξοδο από το Νοσοκομείο. Ενδέχεται να υπάρχει περιθώριο βελτίωσης σε όλες τις πτυχές και μια από κοινού αντιμετώπιση μπορεί να βελτιώσει τη διαδικασία σε ουσιαστικό βαθμό.</p>
Κατευθυντήριες οδηγίες	<p>http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG013fullguideline.pdf</p>
Βιβλιογραφία	<p>(1) Baigent C, Sudlow C, Collins R, Peto R. Collaborative meta-analysis of randomised trials of antiplatelet therapy for prevention of death, myocardial infarction, and stroke in high risk patients. <i>Br Med J</i> 2002; 324(7329):71-86.</p> <p>(2) Ingeman A, Pedersen I., Hundborg, H. H. , Petersen, P., Zielke,P., MainzJ., Bartels,P. and Johnsen S.P. Quality of Care and Mortality among Patients with Stroke: A Nationwide Follow-up Study. <i>Medical Care</i> 2008;46: 63-69.</p> <p>(3) Grimshaw JM , Thomas RE, MacLennan G, Fraser C, Ramsay C, Vale L et al. Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies. <i>Health Technology Assessment</i>. 2004; 8(6).</p>

Προφυλακτική χρήση αντιβιοτικών

Τελ . επικ. Δεκέμβριος 2009

Περιεχόμενα:

- Σύντομη ονομασία
- Προσδιορισμός
- Σύντομος ορισμός
- Σκεπτικό
- Λειτουργικός ορισμός
- Προηγούμενη εμπειρία από το πρόγραμμα PATH
- Πηγή δεδομένων
- Διάσταση του δείκτη
- Τύπος δείκτη
- Προσαρμογή/διαστρωμάτωση
- Υποδείκτες
- Συναφείς δείκτες
- Ερμηνεία
- Κατευθυντήριες οδηγίες
- Βιβλιογραφία

Σύντομη ονομασία	Προφυλακτική χρήση αντιβιοτικών
Προσδιορισμός	Συμμόρφωση με τις κατευθυντήριες οδηγίες για την προφυλακτική χρήση αντιβιοτικών σε επεμβάσεις ιχνηλάτες.
Σύντομος ορισμός	Ποσοστό ασθενών στους οποίους χορηγήθηκε προφυλακτική αντιβίωση, σε πλήρη συμμόρφωση με τις κατευθυντήριες οδηγίες, για εκλεκτική χειρουργική επέμβαση και επεμβάσεις ιχνηλάτες.
Σκεπτικό (αιτιολόγηση, δυνατά σημεία και περιορισμοί)	<p>Σύμφωνα με τον αμερικανικό Οργανισμό Institute for Health Care Improvement, το ποσοστό των λοιμώξεων χειρουργικού πεδίου που μπορεί να αποτραπεί με κατάλληλη προφυλακτική χρήση αντιβιοτικών εκτιμάται σε 40 με 60%. Η προφύλαξη μειώνει τη νοσηρότητα και τα κόστη του Νοσοκομείου ενώ πιθανά περιορίζει τη συνολική κατανάλωση αντιβιοτικών. Μειώνει επίσης τη βραχυπρόθεσμη νοσηρότητα, ωστόσο δεν υπάρχουν τυχαίοποιημένες κλινικές δοκιμές που να αποδεικνύουν ότι η προφύλαξη μειώνει τον κίνδυνο θνησιμότητας ή τη μακροπρόθεσμη νοσηρότητα.</p> <p>Εκτιμάται ότι το 20-25% των επεμβάσεων χαρακτηρίζεται από κατάχρηση, ανεπαρκή χρήση, χορήγηση σε ακατάλληλη χρονική στιγμή και λανθασμένη χρήση αντιβιοτικών. Ο δείκτης του προγράμματος PATH-II παρείχε παρόμοια αποτελέσματα (20-40% ανάλογα με τη διαδικασία). Στο πλαίσιο του PATH-II διαπιστώθηκαν επίσης μεγάλες διαφορές μεταξύ των Νοσοκομείων. Τα ευρήματα αυτά υποδηλώνουν ότι θα μπορούσε να επιτευχθεί ουσιαστική βελτίωση σε πολλά Νοσοκομεία.</p>

<p>Σκεπτικό (αιτιολόγηση, δυνατά σημεία και περιορισμοί)</p>	<p>Όπως καταδείχθηκε στο πλαίσιο του προγράμματος PATH-II, παρόλο που ο φόρτος της συλλογής δεδομένων και της καταγραφής τους σε βάση δεδομένων που δημιουργείται για το σκοπό αυτό είναι μεγάλος, η ευαισθητοποίηση που εγείρει ο συγκεκριμένος δείκτης μπορεί να οδηγήσει σε σημαντική βελτίωση της ποιότητας. Απαιτείται μεγάλη προσοχή και στα πέντε κριτήρια συμμόρφωσης με τις κατευθυντήριες οδηγίες (βλ. παρακάτω: Λειτουργικοί ορισμοί). Αυτό προϋποθέτει ότι πριν από τη συλλογή των δεδομένων τα Νοσοκομεία φροντίζουν ώστε οι κατευθυντήριες οδηγίες να γνωστοποιηθούν ευρέως και να αποσαφηνιστούν.</p>
<p>Λειτουργικός ορισμός</p>	<p>Ο δείκτης προκύπτει από κλάσμα που έχει αριθμητή και παρονομαστή, όπως ορίζονται παρακάτω:</p> <p>Αριθμητής: Αριθμός ασθενών του παρονομαστή (οι οποίοι πληρούν τα κριτήρια ένταξης και αποκλεισμού) – η αγωγή των οποίων συμμορφώνεται <u>απόλυτα</u> ως προς πέντε κριτήρια με τις κατευθυντήριες οδηγίες σχετικά με την προφυλακτική χρήση αντιβιοτικών για τη συγκεκριμένη χειρουργική επέμβαση. <u>Προκειμένου να θεωρηθεί για όλους τους ασθενείς ότι τους έχει χορηγηθεί προφυλακτικά αντιβιοτική αγωγή σε συμμόρφωση με τις κατευθυντήριες οδηγίες πρέπει να πληρούνται ταυτόχρονα ΚΑΙ τα πέντε κριτήρια.</u> Τα κριτήρια 1 και 2 ορίζονται από την εθνική ομάδα των Νοσοκομείων που συμμετέχουν στο πρόγραμμα PATH (με βάση εθνικές και/ ή διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες). Τα κριτήρια 3 έως 5 βασίζονται σε διεθνή συναίνεση και είναι κοινά για όλα τα Νοσοκομεία που συμμετέχουν στο πρόγραμμα PATH.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Λήψη κατάλληλου αντιβιοτικού (το οποίο καθορίζεται σε εθνικό επίπεδο) 2) Λήψη κατάλληλης δόσης (η οποία καθορίζεται σε εθνικό επίπεδο) 3) Κατάλληλη οδός χορήγησης: ενδοφλέβια χορήγηση (διεθνής συναίνεση) 4) Χορήγηση την κατάλληλη χρονική στιγμή: εντός διαστήματος μίας ώρας πριν τη χειρουργική τομή (διεθνής συναίνεση) 5) Χορήγηση την κατάλληλη χρονική στιγμή: διακοπή εντός 24 ωρών μετά το κλείσιμο της τομής (διεθνής συναίνεση) – ή συνέχιση της θεραπείας μετά τις 24 ώρες κατόπιν τεκμηριωμένης κλινικής ένδειξης <p>Παρονομαστής: Κριτήρια ένταξης: Αριθμός ασθενών ηλικίας άνω των 18 ετών σε προγραμματισμένη διαγνωστική διαδικασία/χειρουργική επέμβαση–ιχνηλάτη, η οποία αντιστοιχεί σε έναν από τους βασικούς κωδικούς χειρουργικών επεμβάσεων που περιλαμβάνονται στα Προσαρτήματα Α1, Β1 και Γ1 και βασικούς κωδικούς διαγνωστικών διαδικασιών που περιλαμβάνονται στα Προσαρτήματα Α2, Β2 και Γ2. Οι παραπάνω κωδικοί ίσως χρειαστεί να προσαρμοστούν σε εθνικό επίπεδο ώστε να αντανακλούν τη μεθοδολογία ταξινόμησης που χρησιμοποιείται στη χώρα.</p>

Λειτουργικός ορισμός	<p><u>Κριτήρια αποκλεισμού:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Αποδεδειγμένη προεγχειρητική λοίμωξη - Αλλεργία στο αντιβιοτικό φάρμακο - Μη προγραμματισμένη (επείγουσα) χειρουργική επέμβαση <p><i>Χειρουργικές επεμβάσεις ιχνηλάτες:</i> Υπολογίζεται συγκεκριμένος δείκτης για καθεμία από τις ακόλουθες χειρουργικές επεμβάσεις ιχνηλάτες:</p>											
	<table border="1" data-bbox="337 554 1500 873"> <thead> <tr> <th>Ιχνηλάτης</th> <th>Κωδικός επέμβασης στο Προσάρτημα</th> <th>Κωδικός διάγνωσης στο Προσάρτημα</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Χειρουργική επέμβαση για καρκίνο του παχέος εντέρου</td> <td>A1</td> <td>A2</td> </tr> <tr> <td>Χειρουργική επέμβαση αντικατάστασης ισχίου</td> <td>B1</td> <td>B2</td> </tr> <tr> <td>Υστερεκτομή</td> <td>Γ1</td> <td>Γ2</td> </tr> </tbody> </table> <p>Οι κωδικοί χειρουργικής επέμβασης και διάγνωσης παρέχονται στα Προσαρτήματα Α, Β και Γ. Σε εθνικό ή τοπικό επίπεδο είναι πιθανό να περιλαμβάνονται πρόσθετες επεμβάσεις ιχνηλάτες. Προκειμένου να συμπεριλαμβάνονται τα προαναφερόμενα κριτήρια 1 και 2, πρέπει να έχουν οριστεί σε εθνικό επίπεδο το κατάλληλο αντιβιοτικό και η ενδεδειγμένη δόση (Προσάρτημα Δ).</p> <p>Μαζί με το παρόν φύλλο περιγραφής του δείκτη παρέχεται ένα Έντυπο Συλλογής Προοπτικών Δεδομένων (Προσάρτημα Ε) και ένας Αλγόριθμος Υπολογισμού του Δείκτη (Προσάρτημα ΣΤ), ώστε να διασφαλίζεται ομοιομορφία κατά τη συλλογή των δεδομένων και πραγματοποίηση των υπολογισμών σύμφωνα με τους λειτουργικούς ορισμούς. Το έντυπο προοπτικής συλλογής δεδομένων και ο αλγόριθμος υπολογισμού του δείκτη πρέπει να προσαρμόζονται σε εθνικό επίπεδο ώστε να συμπεριλαμβάνουν τα προαναφερόμενα κριτήρια 1 και 2 (Προσάρτημα Δ).</p>	Ιχνηλάτης	Κωδικός επέμβασης στο Προσάρτημα	Κωδικός διάγνωσης στο Προσάρτημα	Χειρουργική επέμβαση για καρκίνο του παχέος εντέρου	A1	A2	Χειρουργική επέμβαση αντικατάστασης ισχίου	B1	B2	Υστερεκτομή	Γ1
Ιχνηλάτης	Κωδικός επέμβασης στο Προσάρτημα	Κωδικός διάγνωσης στο Προσάρτημα										
Χειρουργική επέμβαση για καρκίνο του παχέος εντέρου	A1	A2										
Χειρουργική επέμβαση αντικατάστασης ισχίου	B1	B2										
Υστερεκτομή	Γ1	Γ2										
Προηγούμενη εμπειρία στο πλαίσιο του προγράμματος PATH	<p>Διεθνή αποτελέσματα και αναλύσεις σχετικά με τον συγκεκριμένο δείκτη υπάρχουν διαθέσιμα στο Newsletter 4 του προγράμματος PATH. Στο πλαίσιο του PATH-II, τα Νοσοκομεία έπρεπε να αξιολογήσουν τη συμμόρφωση σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες που υπήρχαν σε τοπικό (στο Νοσοκομείο) ή εθνικό επίπεδο. Επιπλέον, υπολογίστηκε ένας προσαρμοσμένος δείκτης λαμβάνοντας υπόψη τη χρονική στιγμή χορήγησης της πρώτης και της τελευταίας δόσης αντιβιοτικών. Ο βασικός δείκτης δεν περιελάμβανε τέτοιες παραμέτρους όταν αυτές δεν καθορίζονταν στις τοπικές κατευθυντήριες οδηγίες.</p> <p>Η εμπειρία από το πρόγραμμα PATH-II υπογράμμισε την έλλειψη τοπικών ή εθνικών κατευθυντήριων οδηγιών ή το γεγονός ότι οι κατευθυντήριες οδηγίες δεν κάλυπταν ορισμένες διεθνώς συμφωνημένες συνιστώσες, όπως ότι η προφύλαξη πρέπει να ξεκινάει εντός μίας ώρας πριν τη χειρουργική τομή και να διακόπτεται εντός 24 ωρών από την τομή. Η οποιαδήποτε σύγκριση ήταν ιδιαίτερα δύσκολη λόγω της μεγάλης ανομοιομορφίας στο βαθμό αυστηρότητας των κατευθυντήριων οδηγιών.</p>											

<p>Προηγούμενη εμπειρία στο πλαίσιο του προγράμματος PATH</p>	<p>Επιπλέον, ορισμένες χώρες/Νοσοκομεία χρησιμοποίησαν αυτήν την εμπειρία για να αναθεωρήσουν τις κατευθυντήριες οδηγίες τους και να τις ευθυγραμμίσουν με τα διεθνή πρότυπα. Το πρόγραμμα PATH '09 προχωρεί ένα βήμα παραπέρα, καθώς ο ορισμός του δείκτη είναι ήδη ευθυγραμμισμένος με τις διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες εκτός από το κριτήριο της επιλογής αντιβιοτικού και της δοσολογίας τα οποία εξαρτώνται από τοπικούς προσδιορισμούς. Η διαδικασία της συλλογής δεδομένων καθορίζεται λεπτομερώς με τη βοήθεια ενός εντύπου συλλογής δεδομένων και ενός αλγορίθμου για τον υπολογισμό του δείκτη. Τέλος, στο πλαίσιο του προγράμματος PATH '09, προτείνεται η προοπτική συλλογή δεδομένων.</p>
<p>Πηγή δεδομένων</p>	<p>Προοπτική συλλογή δεδομένων για τουλάχιστον δύο περιόδους το χρόνο (π.χ. Φεβρουάριο και Οκτώβριο, ελάχιστος αριθμός περιστατικών 30 διαδοχικοί ασθενείς ανά περίοδο). Η διαδικασία πρέπει να επαναλαμβάνεται τουλάχιστον κάθε 6 μήνες προκειμένου να διασφαλίζεται η προσπάθεια βελτίωσης και προσαρμογής στις κατευθυντήριες οδηγίες. Για παράδειγμα το 2010, η συλλογή των δεδομένων έγινε κατά τη διάρκεια των περιόδων Φεβρουαρίου-Μαρτίου και Σεπτεμβρίου-Οκτωβρίου.</p> <p>Το έντυπο συλλογής δεδομένων θα περιλαμβάνεται στο φάκελο όλων των επιλέξιμων με τις παρακάτω αναφερόμενες διαδικασίες και κωδικούς διάγνωσης ασθενών.</p> <p>Συνιστάται η προοπτική συλλογή δεδομένων, γιατί έτσι ενισχύεται η βελτίωση της ποιότητας και περιορίζεται ο φόρτος της συλλογής και ο αριθμός των μη ολοκληρωμένων αρχείων. Αν κάτι τέτοιο δεν είναι εφικτό, είναι αποδεκτό να συλλέγονται δεδομένα αναδρομικά, ωστόσο θα πρέπει να υιοθετείται παρόμοια προσέγγιση από όλα τα Νοσοκομεία στο εσωτερικό μιας χώρας. Επιπρόσθετα, ορισμένες χώρες ίσως αποφασίσουν να συγκρίνουν τα αποτελέσματα των προοπτικών δεδομένων με εκείνα των αναδρομικών.</p> <p>Η εθνική ομάδα του προγράμματος PATH κατόπιν συζήτησης πρέπει να καταλήγει σε μια κοινή διαδικασία προκειμένου να διασφαλίζεται ότι το έντυπο προοπτικής συλλογής δεδομένων στο οποίο αναγράφεται από ποιόν και πότε συμπληρώνεται, εσωκλείεται στον φάκελο όλων των σχετιζόμενων ασθενών και ότι αυτά τα έντυπα, μετά τη συμπλήρωση, συγκεντρώνονται κεντρικά στο Νοσοκομείο ώστε να γίνονται οι απαραίτητοι υπολογισμοί και αναφορές.</p> <p>Όλα τα πεδία στο Έντυπο Προοπτικής Συλλογής Δεδομένων πρέπει να κωδικοποιούνται ηλεκτρονικά από τα Νοσοκομεία βάσει κοινής δομής (αρχείο) που παρέχεται από τον Συντονιστή του προγράμματος PATH στην εκάστοτε χώρα (π.χ. σε φύλλο excel ή στο EPI Info). Στη συνέχεια, η βάση δεδομένων αποστέλλεται στον Συντονιστή του προγράμματος PATH της εκάστοτε χώρας για επικύρωση της ταξινόμησης και για υπολογισμό των δεικτών.</p>
<p>Διάσταση του δείκτη</p>	<p>Κλινική αποτελεσματικότητα</p> <p>Ασφάλεια</p>
<p>Τύπος δείκτη</p>	<p>Μέτρο διαδικασίας</p>

Προσαρμογή/ Διαστρωμά- τωση	Δεν εφαρμόζεται
Υποδείκτες	<p>Για την καλύτερη κατανόηση των λόγων μη συμμόρφωσης και για το σχεδιασμό κατάλληλων δράσεων προς βελτίωση της συμμόρφωσης, το ποσοστό συμμόρφωσης μπορεί να αναλυθεί με βάση τα κριτήρια (1 έως 5, βλ. παραπάνω: Λειτουργικός ορισμός) που δεν ικανοποιήθηκαν και κατά συνέπεια, να διαπιστωθεί τυχόν κατάχρηση, ανεπαρκής ή κακή χρήση των αντιβιοτικών. Στο Προσάρτημα Z παρουσιάζεται η προτεινόμενη δομή ενός πίνακα τήρησης αρχείου σχετικά με την κατάλληλη χρήση των αντιβιοτικών.</p> <p>Πρέπει επίσης να ερευνάνται το ποσοστό των ασθενών με ανεπαρκή/μη ολοκληρωμένα στοιχεία ώστε να παρακολουθείται και να αξιολογείται η ποιότητα των δεδομένων (Προσάρτημα Z).</p>
Συναφείς δείκτες	<p>Ο συγκεκριμένος δείκτης μπορεί να σχετίζεται με την παρακολούθηση των λοιμώξεων του τραύματος από το Νοσοκομείο. Το πρόγραμμα PATH '09 δεν περιλαμβάνει συγκεκριμένο δείκτη για το ποσοστό λοιμώξεων τραύματος, αλλά εάν ωστόσο αυτή η παράμετρος παρακολουθείται επίσης από τα Νοσοκομεία, η συγκεντρωτική ανάλυση αυτών των δύο δεικτών (διαδικασία και έκβαση) θα μπορούσε να συμβάλει σημαντικά στη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης.</p>
Ερμηνεία	<p>Ως βελτίωση νοείται η αύξηση του ποσοστού πλήρους συμμόρφωσης. Το ζητούμενο ποσοστό συμμόρφωσης πρέπει να τείνει στο 100%.</p> <p>Οι παρατηρούμενες διαφορές μεταξύ των Νοσοκομείων ενδέχεται να οφείλονται σε διαφορετικά οικονομικά κίνητρα που σχετίζονται με τη χρήση των αντιβιοτικών, στα διαφορετικά επίπεδα αυτονομίας των Νοσοκομείων ως προς την προμήθεια φαρμάκων καθώς και στο διαφορετικό βαθμό διάδοσης των κλινικών κατευθυντήριων οδηγιών και συμμόρφωσης με αυτές (1).</p> <p>Τα βασικά σημεία για τη βελτίωση της ποιότητας όπως διατυπώθηκαν από τους Van Kasteren et al. (1) και το Διεπιστημονικό Δίκτυο Κλινικών Κατευθυντήριων Οδηγιών της Σκωτίας (SIGN) αναφέρουν ότι κάθε νοσοκομειακό Τμήμα πρέπει:</p> <ul style="list-style-type: none"> • να ακολουθεί τις κατευθυντήριες οδηγίες που συμφωνήθηκαν σε τοπικό επίπεδο, είναι εφαρμόσιμες και συνάδουν με τις τοπικές συνθήκες και τα τρέχοντα επιστημονικά στοιχεία, • να ακολουθεί ασφαλείς και πρακτικές οδηγίες για τη διασφάλιση της χορήγησης της αγωγής στην κατάλληλη χρονική στιγμή (χορήγηση από τον αναισθησιολόγο και επιβεβαίωση από το χειρουργό πριν από την τομή), • να διασφαλίζει ότι όλο το προσωπικό γνωρίζει τις ακολουθούμενες κλινικές κατευθυντήριες οδηγίες, • να εντοπίζει τα οργανωτικά και άλλα εμπόδια που παρεμποδίζουν τη συμμόρφωση με τις κατευθυντήριες οδηγίες.

Ερμηνεία	<p>Υπεύθυνοι για την χορήγηση του αντιβιοτικού την κατάλληλη χρονική στιγμή μπορεί να είναι οι κλινικοί ιατροί ή το υποστηρικτικό προσωπικό της Μονάδας νοσηλείας, του προθάλαμου του χειρουργείου ή του ίδιου του χειρουργείου. Η συνεννόηση και η από κοινού αντιμετώπιση οδηγεί σε ουσιαστική βελτίωση της διαδικασίας.</p> <p>Απαραίτητη προϋπόθεση για την ερμηνεία του δείκτη PATH '09 είναι το Νοσοκομείο να συγκρίνει τις τοπικές ή εθνικά σχεδιασμένες κατευθυντήριες οδηγίες με τα κριτήρια 1 έως 5. Αν οι τοπικές οδηγίες έρχονται σε αντίθεση με τις εθνικές/διεθνείς, τότε αναμένεται χαμηλός βαθμός συμμόρφωσης. Σε αυτήν την περίπτωση, πρέπει να εξηγηθούν οι λόγοι των αποκλίσεων μεταξύ τοπικών/εθνικών/διεθνών κατευθυντήριων οδηγιών.</p>
Κατευθυντήριες οδηγίες	<p>Institute for Health Care Improvement [Ινστιτούτο για τη βελτίωση της υγειονομικής περίθαλψης]: http://www.ihc.org/IHI/Topics/PatientSafety/SurgicalSiteInfections/ και οι κατευθυντήριες οδηγίες του για την πρόληψη των λοιμώξεων στο σημείο της χειρουργικής επέμβασης: http://www.ihc.org/NR/rdonlyres/C54B5133-F4BB-4360-A3E4-2952C08C9B59/0/SSIHowtoGuide.doc</p> <p>Κατευθυντήριες οδηγίες του Scottish Intercollegiate Guideline Networks [Διεπιστημονικό Δίκτυο Διατύπωσης Κατευθυντήριων Οδηγιών του Σκωτίας] σχετικά με την προφυλακτική χρήση αντιβιοτικών στον τομέα της χειρουργικής: http://www.sign.ac.uk/pdf/sign104.pdf (δημοσίευση το 2008) ή οι κατευθυντήριες οδηγίες του για τη διαχείριση του καρκίνου του παχέος εντέρου http://www.sign.ac.uk/pdf/sign67.pdf (δημοσίευση το 2003)</p> <p>Κατευθυντήριες οδηγίες της Ένωσης Μαιευτήρων-Γυναικολόγων του Καναδά σχετικά με την υστερεκτομή: http://www.sogc.org/guidelines/public/109E-CPG-January2002.pdf</p> <p><i>Primary total hip replacement: a guide to good practice</i>, οδηγός που εκδόθηκε από τη Βρετανική Ένωση Ορθοπαιδικών για την ολική αποκατάσταση ισχίου: http://www.library.nhs.uk/guidelinesfinder/ViewResource.aspx?resID=113711 &tabID=288 (Δημοσίευση το 1999 και αναθεώρηση το 2006)</p>
Βιβλιογραφία	<p>(1) van Kasteren ME, Kullberg BJ, de Boer AS, Mintjesde GJ, Gyssens IC. Adherence to local hospital guidelines for surgical antimicrobial prophylaxis: a multicentre audit in Dutch hospitals. <i>J Antimicrob Chemother</i> 2003; 51(6):1389-1396.</p>

Προσάρτημα**A1. Χειρουργική επέμβαση για καρκίνο του παχέος εντέρου: Κωδικοί κύριας διαδικασίας**

(πρέπει να προσαρμοστούν ανάλογα με τις εθνικές κατευθυντήριες οδηγίες και συστάσεις)

Ταξινόμηση χειρουργικών επεμβάσεων της NOMESCO (NCSP), έκδοση 1.12

JFB20-63	Μερική κολεκτομή (αφαίρεση τμήματος του παχέος εντέρου)
JGB	Εκτομή του ορθού

Προσάρτημα A2:**Χειρουργική επέμβαση για καρκίνο του παχέος εντέρου: Κωδικοί διάγνωσης**

(πρέπει να προσαρμοστούν ανάλογα με τις εθνικές κατευθυντήριες οδηγίες και συστάσεις)

«Διεθνής Στατιστική Ταξινόμηση Νόσων και Συναφών Προβλημάτων Υγείας» του ΠΟΥ, (ICD-10)

C18	Κακοήθες νεόπλασμα του παχέος εντέρου
C18.1	Σκωληκοειδής απόφυση
C18.2	Ανιόν κόλο
C18.3	Ηπατική καμπή
C18.4	Εγκάρσιο κόλο
C18.5	Σπληνική καμπή
C18.6	Κατιόν κόλο
C18.7	Σιγμοειδές κόλο
C18.8	Αλληλοκαλυπτόμενες αλλοιώσεις που εντοπίζονται στο κόλον
C18.9	Διάφορα τμήματα του κόλου
C19	Κακοήθες νεόπλασμα της ορθοσιγμοειδικής συμβολής
C20	Κακοήθες νεόπλασμα του ορθού
C21.0	Κακοήθες νεόπλασμα: Πρωκτού, μη καθορισμένο
C21.1	Κακοήθες νεόπλασμα: Πρωκτικού σωλήνα
C21.2	Κακοήθες νεόπλασμα: Κλοακογενούς ζώνης
C21.8	Κακοήθες νεόπλασμα: Αλληλοκαλυπτόμενες αλλοιώσεις του ορθού, του πρωκτού και του πρωκτικού σωλήνα

Προσάρτημα Β1:
Χειρουργική επέμβαση αντικατάστασης ισχίου: Κωδικοί κύριας διαδικασίας
 (πρέπει να προσαρμοστούν ανάλογα με τις εθνικές κατευθυντήριες οδηγίες και συστάσεις)
Ταξινόμηση χειρουργικών επεμβάσεων της NOMESCO (NCSP), έκδοση 1.12

NFB	Κύρια προσθετική αποκατάσταση ισχίου
-----	--------------------------------------

Προσάρτημα Β2:
Χειρουργική επέμβαση αποκατάστασης ισχίου: Κωδικοί διάγνωσης
 (πρέπει να προσαρμοστούν ανάλογα με τις εθνικές κατευθυντήριες οδηγίες και συστάσεις)
«Διεθνής Στατιστική Ταξινόμηση Νόσων και Συναφών Προβλημάτων Υγείας» του ΠΟΥ, (ICD-10)

M16	Εκφυλιστική αρθρίτιδα ισχίου
-----	------------------------------

Προσάρτημα Γ1:
Υστερεκτομή: Κωδικοί κύριας διαδικασίας
 (πρέπει να προσαρμοστούν ανάλογα με τις εθνικές κατευθυντήριες οδηγίες και συστάσεις)
Ταξινόμηση χειρουργικών επεμβάσεων της NOMESCO (NCSP), έκδοση 1.12

LCC	Μερική υστερεκτομή
LCD	Ολική υστερεκτομή

Προσάρτημα Γ2:
Υστερεκτομή: Κωδικοί διάγνωσης
 (πρέπει να προσαρμοστούν ανάλογα με τις εθνικές κατευθυντήριες οδηγίες και συστάσεις)
«Διεθνής Στατιστική Ταξινόμηση Νόσων και Συναφών Προβλημάτων Υγείας» του ΠΟΥ, (ICD-10)

N80	Ενδομητρίωση
N71	Φλεγμονώδεις παθήσεις της μήτρας
N84.0	Πολύποδες του σώματος της μήτρας
N81	Πρόπτωση των γυναικείων γεννητικών οργάνων
N85.0	Αδενική υπερπλασία του ενδομητρίου
N85.1	Αδενωματώδης υπερπλασία του ενδομητρίου
N85.2	Υπερτροφία της μήτρας

Προσάρτημα Δ:
Προφυλακτική χρήση αντιβιοτικών σύμφωνα με τις εθνικές κατευθυντήριες οδηγίες

Συνιστώμενο φάρμακο	Δραστική ουσία
Συνιστώμενη δόση έναρξης	σε χιλιοστόγραμμα (mg)

Προσάρτημα Ε

Προφυλακτική χρήση αντιβιοτικών – Προγραμματισμένο χειρουργείο για *δεδομένη πάθηση-ιχνηλάτη*

Έντυπο προοπτικής συλλογής δεδομένων

Τοποθετήστε το παρόν έντυπο συλλογής δεδομένων στον ιατρικό φάκελο όλων των ασθενών που υποβάλλονται σε προγραμματισμένο χειρουργείο - ιχνηλάτη*. Συμπληρώστε το έντυπο προοπτικά καθώς τα σχετικά δεδομένα θα είναι διαθέσιμα. Φροντίστε να καταχωρίζετε τα δεδομένα στο έντυπο κατά το δυνατόν συντομότερα μετά την κλινική κατάσταση από την οποία προέκυψαν.

Τα παρακάτω δεδομένα είναι τα ελάχιστα στοιχεία που απαιτούνται για την αδιαμφισβήτητη κατάταξη του ασθενούς σε μία από τις τρεις κατηγορίες (Ε, Α ή Π) σύμφωνα με την ταξινόμηση στον Αλγόριθμο Υπολογισμού Δείκτη: Ε = περιστατικό με ελλιπή/μη έγκυρα στοιχεία, Α = περιστατικό που εμπίπτει στον αριθμητή, Π = περιστατικό που εμπίπτει στον παρονομαστή

Όνομα ασθενούς:	Αριθμός μητρώου ασθενούς: αριθμός	
Επώνυμο ασθενούς:		
Ημερομηνία γέννησης ασθενούς:		
Ημέρα Μήνας: Έτος <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
Κωδικός κύριας διαδικασίας <input type="text"/>	Είναι η επέμβαση προγραμματισμένη; Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	
Παρουσιάζει ο ασθενής κάποια αλλεργία στο αντιβιοτικό; Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	Εάν ναι, Όνομα δραστικής ουσίας:	
Είχε ο ασθενής προεγχειρητική λοίμωξη; Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	Εάν ναι, Τύπος λοίμωξης:	
Ημερομηνία* χειρουργικής τομής Ημέρα Μήνας: Έτος <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Ωρα χειρουργικής τομής 24ωρο: Λεπτά <input type="text"/> : <input type="text"/>	
Έγινε χορήγηση προφυλακτικής αντιβιοτικής αγωγής Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	Εάν ναι, Όνομα δραστικής ουσίας	
	Πρώτη δόση σε χιλιοστόγραμμα (mg) <input type="text"/>	
	Πρώτη δόση - Οδός χορήγησης IV <input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> Άλλες <input type="checkbox"/>	IV = Ενδοφλέβια IM = Ενδομυϊκά SC = Υποδόρια Άλλες = Άλλες οδοί χορήγησης
	Πρώτη δόση-Ημ/νία χορήγησης Ημέρα Μήνας: Έτος <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Πρώτη δόση - Ωρα χορήγησης 24ωρο: Λεπτά <input type="text"/> : <input type="text"/>
	Τελευταία δόση-Ημ/νία χορήγησης Ημέρα Μήνας: Έτος <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Τελευταία δόση - Ωρα χορήγησης 24ωρο: Λεπτά <input type="text"/> : <input type="text"/>
Ημερομηνία σύγκλεισης του χειρουργικού τραύματος Ημέρα Μήνας: Έτος <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Ωρα σύγκλεισης του χειρουργικού τραύματος 24ωρο: Λεπτά <input type="text"/> : <input type="text"/>	Κατηγορία στην οποία ανήκει ο ασθενής σύμφωνα με τον αλγόριθμο υπολογισμού δεικτών Α = περιστατικό που εμπίπτει στον αριθμητή <input type="checkbox"/> Π = περιστατικό που εμπίπτει στον παρονομαστή <input type="checkbox"/> Ε = περιστατικό με ελλιπή /μη έγκυρα στοιχεία <input type="checkbox"/>
Κωδικός κύριας διάγνωσης <input type="text"/>		

*Η ημερομηνία της χειρουργικής τομής χρησιμοποιείται για να καθοριστεί σε ποια περίοδο του δείκτη εμπίπτει ο ασθενής

Προσάρτημα ΣΤ

Αλγόριθμος Υπολογισμού Δείκτη

	Έχει σημειωθεί ο κωδικός κύριας διαδικασίας για την αντιμετώπιση της «πάθησης-ιχνηλάτη» στον κλινικό φάκελο (Προσάρτημα Α1, Β1, Γ1);	Όχι →	Να μην συμπεριληφθεί το περιστατικό	
	Ναι ↓			
	Είναι γραμμένος ο κωδικός διάγνωσης για την «πάθηση ιχνηλάτη» (Προσάρτημα Α2, Β2, Γ2);	Όχι →	Να μην συμπεριληφθεί το περιστατικό	
	Ναι ↓			
	Είναι η ημερομηνία της επέμβασης εντός της υπό μελέτη περιόδου;	Όχι →	Να μην συμπεριληφθεί το περιστατικό	
	Ναι ↓			
	Ήταν ο ασθενής την ημερομηνία της επέμβασης τουλάχιστον 18 ετών;	Όχι →	Να μην συμπεριληφθεί το περιστατικό	
	Ναι ↓			
	Είναι η επέμβαση προγραμματισμένη;	Όχι →	Να μην συμπεριληφθεί το περιστατικό	
	Ναι ↓			
	Αναφέρεται στο φάκελο του ασθενούς ότι είναι αλλεργικός στο κατάλληλο για την προφύλαξη αντιβιοτικό;	Ναι →	Να μην συμπεριληφθεί το περιστατικό	
	Όχι ↓			
	Αναφέρεται στον φάκελο του ασθενούς ότι ο ασθενής είχε εκδηλώσει προεγχειρητική λοίμωξη;	Ναι →	Να μην συμπεριληφθεί το περιστατικό	
	Όχι ↓			
Ελλιπή ή μη έγκυρα δεδομένα	Είναι η χορηγούμενη προφυλακτική αντιβιοτική αγωγή κατάλληλη (σύμφωνα με τις εθνικές κατευθυντήριες οδηγίες, Προσάρτημα Δ);	Όχι →	*Π: Περιστατικό που εμπίπτει στον παρονομαστή	
	Ναι ↓			
Ελλιπή ή μη έγκυρα δεδομένα	Είναι η δόση του χορηγούμενου αντιβιοτικού κατάλληλη (σύμφωνα με τις εθνικές κατευθυντήριες οδηγίες, Προσάρτημα Δ);	Όχι →	*Π: Περιστατικό που εμπίπτει στον παρονομαστή	
	Ναι ↓			
Ελλιπή ή μη έγκυρα δεδομένα	Είναι η οδός χορήγησης ενδοφλέβια;	Όχι →	*Π: Περιστατικό που εμπίπτει στον παρονομαστή	
	Ναι ↓			
Ελλιπή ή μη έγκυρα δεδομένα	Είναι το χρονικό διάστημα μεταξύ της χορήγησης του αντιβιοτικού και της χειρουργικής τομής 60 λεπτά ή λιγότερο;	Όχι →	*Π: Περιστατικό που εμπίπτει στον παρονομαστή	
	Ναι ↓			
Ελλιπή ή μη έγκυρα δεδομένα	Συνεχίζεται η λήψη του αντιβιοτικού προφυλακτικά για διάστημα μεγαλύτερο των 24 ωρών μετά τη σύγκλιση του τραύματος; Ή Υπάρχει τεκμηρίωση κατάλληλης κλινικής ένδειξης για συνέχιση της αγωγής για διάστημα μεγαλύτερο από 24 ώρες μετά τη σύγκλιση του τραύματος;	Ναι →	*Π: Περιστατικό που εμπίπτει στον παρονομαστή	
	Όχι ↓			
			Κατάλληλο χρονικό διάστημα για συμπερίληψη στον παρονομαστή *Π	
Ε Ε όπως Ελλιπή ή μη έγκυρα δεδομένα. Τα στοιχεία στον ιατρικό φάκελο του ασθενούς είναι ελλιπή ή μη έγκυρα. Η ποιότητα των δεδομένων καθιστά ανέφικτη την κατάσταση του ασθενούς στα περιστατικά που εμπίπτουν στον αριθμητή ή τον παρονομαστή.	Ποσοστό ασθενών με ελλιπή ή μη έγκυρα στοιχεία. $\frac{E \times 100}{E + A + \Pi}$	Α Α όπως αριθμητής. Χρησιμοποιείται για περιστατικά που εμπίπτουν στον αριθμητή. Κατά τον υπολογισμό του δείκτη, το κάθε περιστατικό προσθέτει μία μονάδα στον αριθμητή και μία στον παρονομαστή.	Υπολογισμός δείκτη (ποσοστό ασθενών που λαμβάνουν αντιβιοτικό προφυλακτικά σύμφωνα με τις εθνικές κατευθυντήριες οδηγίες) $\frac{A \times 100}{A + \Pi}$	Π *Π όπως παρονομαστής. Χρησιμοποιείται για περιστατικά που εμπίπτουν στον παρονομαστή. Κατά τον υπολογισμό του δείκτη, το κάθε περιστατικό προσθέτει μία μονάδα στον παρονομαστή.

Προσάρτημα Z: Προτεινόμενη δομή ενός πίνακα για την τήρηση αρχείου σχετικά με την κατάλληλη χρήση των προφυλακτικών αντιβιοτικών

		Περίοδος A		Περίοδος B		Περίοδος X	
		Όχι	%	Όχι	%	Όχι	%
Κατάλληλη χρήση	Σε πλήρη συμμόρφωση						
Κακή χρήση	Δεν χορηγήθηκε το κατάλληλο αντιβιοτικό						
	Δεν χορηγήθηκε η σωστή δόση						
	Δεν χορηγήθηκε δια της ενδεδειγμένης οδού						
	Χρόνος έως την πρώτη δόση > 60 λεπτά						
Κατάχρηση	Χρόνος έως την τελευταία δόση > 24 ώρες						
Σύνολο			100		100		100

Διάρκεια νοσηλείας

Τελ . επικ. Δεκέμβριος 2009

Περιεχόμενα:

- Σύντομη ονομασία
- Προσδιορισμός
- Σύντομος ορισμός
- Σκεπτικό
- Λειτουργικός ορισμός
- Προηγούμενη εμπειρία από το πρόγραμμα PATH
- Πηγή δεδομένων
- Διάσταση του δείκτη
- Τύπος δείκτη
- Προσαρμογή/διαστρωμάτωση
- Υποδείκτες
- Συναφείς δείκτες
- Ερμηνεία
- Κατευθυντήριες οδηγίες
- Βιβλιογραφία

Σύντομη ονομασία	Διάρκεια νοσηλείας
Προσδιορισμός	Διάρκεια νοσηλείας για επιλεγμένες παθήσεις και επεμβάσεις ιχνηλάτες.
Σύντομος ορισμός	Αριθμός ημερών νοσηλείας (η ημέρα εισαγωγής και εξόδου μετριοούνται ως μία ημέρα) για επιλεγμένες παθήσεις και επεμβάσεις ιχνηλάτες (μέσος όρος και διάμεσος).
Σκεπτικό	<p>Αιτιολόγηση</p> <p>Σε πολλές χώρες, οι υπεύθυνοι χάραξης πολιτικής συζητούν το πρόβλημα της έλλειψης ή του πλεονάσματος των νοσοκομειακών κλινών. Στις χώρες της ΕΕ, παρατηρείται η τάση παραμονής στο Νοσοκομείο για μικρότερο χρονικό διάστημα, χωρίς ωστόσο να φτάνει τα επίπεδα των ΗΠΑ. Δεδομένα από την καθημερινή πρακτική κατέδειξαν διαφορές στη διάρκεια νοσηλείας μεταξύ χωρών, περιφερειών και Νοσοκομείων. Σε όλες τις περιοχές επικρατεί η τάση μείωσης της διάρκειας νοσηλείας.</p> <p>Σχετικές έρευνες δεν κατέδειξαν ανεπιθύμητη επίδραση στην έκβαση της υγείας όταν η διάρκεια νοσηλείας είναι συντομότερη, μολονότι για λόγους ηθικής και δεοντολογίας πιθανόν να υφίσταται ένας ελάχιστος χρόνος νοσηλείας. Ωστόσο, πολλές μελέτες σχετικά με την επάρκεια των ημερών νοσηλείας υποδεικνύουν ότι συχνά οι ασθενείς νοσηλεύονται για απρόσφορο χρονικό διάστημα (βλ. παρακάτω).</p> <p>Η διάρκεια της νοσηλείας είναι άμεσο μέτρο αποτελεσματικότητας και αντανακλά την ορθή πρακτική.</p>
Λειτουργικός ορισμός	
Προηγούμενη εμπειρία από το πρόγραμμα PATH	
Πηγή δεδομένων	
Διάσταση του δείκτη	
Τύπος δείκτη	
Προσαρμογή/διαστρωμάτωση	
Υποδείκτες	
Συναφείς δείκτες	
Ερμηνεία	
Κατευθυντήριες οδηγίες	
Βιβλιογραφία	

<p>Σκεπτικό (αιτιολόγηση, δυνατά σημεία και περιορισμοί)</p>	<p>Δυνατά σημεία</p> <p>Ο φόρτος που συνεπάγεται η συλλογή δεδομένων είναι μικρός ενώ το αιτιολογικό για τη χρήση του συγκεκριμένου δείκτη πολύ ισχυρό καθώς συνεισφέρει μεταξύ άλλων στη βελτίωση της αποδοτικότητας (μεγιστοποίηση της χρήσης περιορισμένων πόρων), στη βελτίωση της ενοποίησης και του συντονισμού των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης (οι ασθενείς που χρειάζονται εναλλακτικές υπηρεσίες, πρέπει να τις λαμβάνουν στο πλέον κατάλληλο μέρος, π.χ. μονάδα φροντίδας, κατ' οίκον), καθώς επίσης και στη βελτίωση των εσωτερικών διαδικασιών και της κλινικής αποτελεσματικότητας (μείωση της έκθεσης των ασθενών σε νοσοκομειακούς κινδύνους).</p> <p>Περιορισμοί</p> <p>Δύσκολη η ερμηνεία των αποτελεσμάτων, καθώς ο δείκτης αντανακλά και επηρεάζεται από πολλές διαφορετικές παραμέτρους της αποτελεσματικότητας των Νοσοκομείων. Επιπλέον, δύσκολη η προσαρμογή στη διαφορετική σύνθεση περιστατικών.</p>
<p>Λειτουργικός ορισμός</p>	<p>Παθήσεις και επεμβάσεις ιχνηλάτες ¹</p> <p>Αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο: ICD-9: 431, 433, 434, 436. ICD-10: I61, I62, I63 και I64</p> <p>Οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου (OEM): ICD-9: 410 και ICD-10: I21, I22</p> <p>Πνευμονία της κοινότητας: ICD-9: 485, 486 και ICD-10: J13, J14, J15, J18, A48.1</p> <p>Κάταγμα ισχίου: ICD-9: 820. ICD-10: S72.0, S72.1, S72.2</p> <p>Αορτοστεφανιαία παράκαμψη (bypass): Κωδικοί ICD-9-CM 36.10 έως 36.19. NOMESCO: Κωδικοί FNA έως FNE</p> <p>Αρθροσκόπηση γόνατος: ICD9-CM: 81.26. NOMESCO: NGA01 A, NGA21 A, NGA21C, NGA31A</p> <p>Βουβωνοκήλη: ICD9-CM: 53.0, 53.1, 53.21. NOMESCO: JAB</p> <p>Αμυγδαλεκτομή και/ή αδενотоμή: ICD9-CM: 28.2 και 28.3. NOMESCO: EMB</p> <p>Χολοκυστεκτομή: ICD9-CM: 51.22 και 51.23. NOMESCO: JKA20, JKA21</p> <p>Κιρσοί – σαφηνεκτομή και απολίνωση: ICD9-CM: 38.59. NOMESCO: PHD, PHB 10,11,12,13,14</p> <p>Κριτήρια ένταξης</p> <p>Όλες οι ημέρες νοσηλείας στο Νοσοκομείο για επιλεγμένες παθήσεις και επεμβάσεις ιχνηλάτες: σε μονάδες ημερήσιας φροντίδας, νοσηλείας, εντατικής θεραπείας και αποκατάστασης.</p>

¹ Αν η χώρα χρησιμοποιεί άλλο σύστημα κωδικοποίησης, καταλήξτε σε συμφωνία για την από κοινού χρήση κωδικών εντός της χώρας σας και προωθήστε αυτές τις πληροφορίες στη διεθνή Γραμματεία του προγράμματος PATH. Οι εν λόγω πληροφορίες θα συγκεντρώνονται και θα προωθούνται σε όλους τους Συντονιστές του προγράμματος PATH για τις περιπτώσεις που αναμένεται να διενεργηθούν διεθνείς συγκρίσεις.

Λειτουργικός ορισμός	<p>Κριτήρια αποκλεισμού</p> <ul style="list-style-type: none"> - Μεταφορά ασθενούς από/προς άλλο Νοσοκομείο - Οξεία περιστατικά που απαιτούν χειρουργική επέμβαση - Ασθενείς κάτω των 15 ετών <p>Υπολογισμός</p> <p>Για κάθε επιλέξιμο ασθενή, να αφαιρείται η ημερομηνία εξόδου από την ημερομηνία εισαγωγής στο Νοσοκομείο. Αν από την αφαίρεση προκύπτει ο αριθμός 0 (μηδέν), τότε υπολογίζεται ως 1 ημέρα. Πρέπει να υπολογίζεται ο μέσος και ο διάμεσος όρος ως μέτρα εκτίμησης της κεντρικής τάσης, η τυπική απόκλιση, το 1ο και το 3ο τεταρτημόριο ως μέτρα διασποράς, καθώς επίσης θα πρέπει να αναφέρονται οι ελάχιστες και οι μέγιστες τιμές για την εξεταζόμενη περίοδο.</p>
Προηγούμενη εμπειρία στο πλαίσιο του προγράμματος PATH	<p>Έχει αιτιολογηθεί επαρκώς ο αποκλεισμός των μεταφερόμενων ασθενών (εντός και εκτός του Νοσοκομείου), καθώς με αυτόν τον τρόπο δημιουργούνται συστηματικά σφάλματα στις περιπτώσεις που μέρος της διαδικασίας περιορισμού της διάρκειας νοσηλείας είναι οι μεταφορές.</p> <p>Η εστίαση πρέπει να γίνεται στη σύγκριση εντός του Νοσοκομείου σε βάθος χρόνου: ο δείκτης της «απόλυτης» διάρκειας νοσηλείας θα πρέπει να εξετάζεται σε συνάρτηση με τον δείκτη των τάσεων της διάρκειας νοσηλείας.</p>
Πηγή δεδομένων	<p>Συλλογή δεδομένων αναδρομικά.</p> <p>Διοικητικές βάσεις δεδομένων (π.χ. εξιτήρια): κωδικοί βασικής διάγνωσης και επεμβάσεων, ηλικία κατά την εισαγωγή, ημερομηνία εισαγωγής, ημερομηνία εξιτηρίου. Επίσης, για τους δευτερεύοντες δείκτες: ημερομηνία της εκλεκτικής χειρουργικής επέμβασης.</p> <p>Για τον καθορισμό πιθανών τάσεων πρέπει να υπολογίζεται ο δείκτης για ολόκληρες τις χρονολογίες 2006, 2007, 2008 ή για τα τρία τελευταία διαθέσιμα χρόνια.</p>
Διάσταση του δείκτη	Αποδοτικότητα
Τύπος δείκτη	Μέτρο έκβασης
Προσαρμογή/ Διαστρωμάτωση	<p>Ηλικία</p> <p>Φύλο</p> <p>Συνυπάρχουσες νόσοι</p>
Υποδείκτες	<p>Για χειρουργικές επεμβάσεις:</p> <p>Αριθμός ημερών νοσηλείας από την εισαγωγή για υποβολή σε εκλεκτική χειρουργική επέμβαση</p> <p>Αριθμός ημερών που μεσολαμβάν από την εκλεκτική χειρουργική επέμβαση έως το εξιτήριο</p>

Συναφείς δείκτες	<p>Ποσοστό χειρουργείων ημέρας</p> <p>Οι ακόλουθοι δείκτες δεν υπολογίζονται στο πλαίσιο του PATH '09, αλλά εάν παρακολουθούνται στο Νοσοκομείο ούτως ή άλλως, θα ήταν ενδεχομένως σκόπιμο να εξεταστούν σε συνάρτηση με τη διάρκεια νοσηλείας:</p> <p>Ποσοστό κάλυψης κλινών</p> <p>Ποσοστά επανεισαγωγής για επιλεγμένες παθήσεις και χειρουργικές επεμβάσεις</p>
Ερμηνεία	<p>Από την άποψη του δείκτη αποδοτικότητας, προτιμάται η μικρότερης διάρκειας νοσηλεία, αλλά αν προκύψουν ιδιαίτερα χαμηλοί διάμεσοι των ημερών νοσηλείας ενδέχεται να θέτουν τους ασθενείς σε κίνδυνο.</p> <p>Η διάρκεια της νοσηλείας αποτελεί σημαντικό μέτρο που χρησιμοποιείται για τον έλεγχο των δαπανών. Επιπρόσθετα, χρησιμοποιείται συχνά ως δείκτης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης ενώ αποτελεί επίσης κοινή μεταβλητή της έκβασης, που χρησιμοποιείται για τη σύγκριση των επιδόσεων Νοσοκομείων. Η παρατεταμένη διάρκεια νοσηλείας ενδέχεται να αποτελεί ένδειξη επιπλοκών.</p> <p>Η νοσηλεία των ασθενών ενδέχεται να παρατείνεται λόγω καθυστερήσεων στη λήψη αποφάσεων από την πλευρά των παρόχων, οι οποίοι αναμένουν αποτελέσματα, προγραμματίζουν διαγνωστικές εξετάσεις, σχεδιάζουν τα εξιτήρια ή αναμένουν εκτιμήσεις, λόγω ανεπαρκούς πρόσβασης σε συμβούλους ιατρούς ή ειδικότητες.</p>
Κατευθυντήριες οδηγίες	<p>Βλ. βιβλιογραφία</p>
Βιβλιογραφία	<ol style="list-style-type: none"> Selker HP, Beshanky JR, Pauker SG, et al. The epidemiology of delays in a teaching hospital. <i>Med Care</i> 1989;27:112-29. Clarke A, Rosen R. Length of stay. How short should hospital care be? <i>Eur J Public Health</i>. 2001 Jun;11(2):166-70. Collins TC, Daley J, Henderson WH, Khuri SF. Risk factors for prolonged length of stay after major elective surgery. <i>Annals of Surgery</i> 1999;230(2):251-259. Leyland AH. Examining the relationship between length of stay and readmission rates for selected diagnoses in Scottish hospitals. <i>IMA Journal of Mathematics Applied in Medicine and Biology</i> 1995; 12(3-4): 175-184. Editorial. Average length of stay, delayed discharge, and hospital congestion. A combination of medical and managerial skills is needed to solve the problem. <i>BMJ</i> 2002;325:610-611 http://www.bmj.com/cgi/content/full/325/7365/610

Απόδοση χειρουργικής αίθουσας

Τελ . επικ. Δεκέμβριος 2009

Περιεχόμενα:

- Σύντομη ονομασία
- Προσδιορισμός
- Σύντομος ορισμός
- Σκεπτικό
- Λειτουργικός ορισμός
- Προηγούμενη εμπειρία από το πρόγραμμα PATH
- Πηγή δεδομένων
- Διάσταση του δείκτη
- Τύπος δείκτη
- Προσαρμογή/διαστρωμάτωση
- Συμπληρωματικοί δείκτες
- Συναφείς δείκτες
- Ερμηνεία
- Κατευθυντήριες οδηγίες
- Βιβλιογραφία

Σύντομη ονομασία	Απόδοση χειρουργικής αίθουσας
Προσδιορισμός	Βαθμός αξιοποίησης της χειρουργικής αίθουσας για εκλεκτικές (προγραμματισμένες) και επείγουσες χειρουργικές επεμβάσεις (εσωτερικών και εξωτερικών ασθενών).
Σύντομος ορισμός	Ποσοστό ωφέλιμου χρόνου για τον ασθενή στη χειρουργική αίθουσα.
ΣΚΕΠΤΙΚΟ (αιτιολόγηση, δυνατά σημεία και περιορισμοί)	<p>Αιτιολόγηση</p> <p>Το κόστος λειτουργίας των χειρουργικών αιθουσών είναι υψηλό για τα Νοσοκομεία. Η μη αποδοτική χρήση τους συνεπάγεται σπατάλη σημαντικών πόρων. Στα Νοσοκομεία, στα οποία η λειτουργία των χειρουργικών αιθουσών περιορίζεται λόγω της έλλειψης πόρων, είναι εξαιρετικής σημασίας η προσπάθεια αποτελεσματικής διαχείρισης των αιθουσών αυτών. Αξιοποιώντας καλύτερα τις χειρουργικές αίθουσες, βελτιώνεται η ροή των ασθενών και μικραίνει η λίστα αναμονής.</p> <p>Ο δείκτης αποτελεί άμεσο μέτρο της αξιοποίησης των δυνατοτήτων των χειρουργικών αιθουσών. Η καλύτερη αξιοποίηση μπορεί να επιτευχθεί με καλύτερη οργάνωση των εργασιών, από τις ομάδες των αναισθησιολόγων και του νοσηλευτικού και χειρουργικού προσωπικού. Ωστόσο κάτι τέτοιο μπορεί να συνεπάγεται αύξηση του υπάρχοντος προσωπικού. Η βελτίωση της απόδοσης των χειρουργείων είναι το κλειδί για τη μείωση του χρόνου αναμονής των ασθενών για θεραπεία, την τήρηση των προγραμματισμένων επεμβάσεων και την ελαχιστοποίηση του αριθμού των επεμβάσεων που ακυρώνονται/αναβάλλονται. Ο δείκτης είναι πολύ ευαίσθητος σε θέματα προγραμματισμού (χρονοδιάγραμμα και πρόβλεψη), καθώς και σε θέματα συντονισμού (προεγχειρητική προετοιμασία).</p>

<p>Σκεπτικό (αιτιολόγηση, δυνατά σημεία και περιορισμοί)</p>	<p><i>Δυνατά σημεία</i></p> <p>Η μελέτη του βαθμού αξιοποίησης των χειρουργικών αιθουσών επιτρέπει τον επαναπρογραμματισμό των εκλεκτικών χειρουργικών επεμβάσεων, προκειμένου όλες οι Κλινικές/ Τμήματα να επιτύχουν τη βέλτιστη αξιοποίηση των αιθουσών. Κάτι τέτοιο είναι δυνατό μόνο αν τα δεδομένα καταγράφονται συστηματικά και διερευνώνται οι λόγοι της ανεπαρκούς ή υπερβολικής χρήσης των αιθουσών. Η εφαρμογή δεικτών μέτρησης της απόδοσης σε ένα Νοσοκομείο, είναι έγκυρη και ολοκληρωμένη εφόσον περιλαμβάνει και το συγκεκριμένο δείκτη που αφορά την αξιοποίηση των χειρουργικών αιθουσών.</p> <p><i>Περιορισμοί</i></p> <p>Πιθανά ζητήματα αξιοπιστίας στη μέτρηση του δείκτη στις διάφορες χώρες και ο επιπλέον φόρτος που συνεπάγεται η συλλογή δεδομένων.</p>
<p>Λειτουργικός ορισμός</p>	<p>Έχει μεγάλη σημασία ο τρόπος που τα Νοσοκομεία ορίζουν την έννοια της χειρουργικής αίθουσας τόσο σε εθνικό όσο και διεθνές επίπεδο.</p> <p>Χειρουργική αίθουσα είναι ο χώρος όπου πραγματοποιούνται χειρουργικές επεμβάσεις σε ασθενείς υπό κατάσταση αναισθησίας.</p> <p>(κωδικοί των χειρουργικών επεμβάσεων παρέχονται από τη NOMESCO http://www.nom-nos.dk/)</p> <p>Καταρχάς υπολογίζεται ο βαθμός αξιοποίησης κάθε χειρουργικής αίθουσας. Εν συνεχεία, υπολογίζεται ξεχωριστά ο μέσος όρος για:</p> <ul style="list-style-type: none"> - τις χειρουργικές αίθουσες μόνο για εκλεκτικές επεμβάσεις, - τις χειρουργικές αίθουσες μόνο για επείγουσες επεμβάσεις, - τις μεικτές χειρουργικές αίθουσες (για εκλεκτικές όσο και για επείγουσες επεμβάσεις), - τις αίθουσες για χειρουργεία ημέρας. <p>Ο δείκτης προκύπτει από κλάσμα που έχει αριθμητή και παρονομαστή, όπως ορίζονται παρακάτω:</p> <p>Για κάθε αίθουσα χειρουργείου:</p> <p>Αριθμητής: Συνολικός χρόνος που παραμένουν οι ασθενείς στη χειρουργική αίθουσα κατά τη διάρκεια των προγραμματισμένων ωρών λειτουργίας της.</p> <p>Επισημάνσεις (ισχύει για αίθουσες στις οποίες πραγματοποιούνται μόνο εκλεκτικές χειρουργικές επεμβάσεις, καθώς οι αίθουσες επειγόντων χειρουργείων είναι συνήθως ανοιχτές 24 ώρες):</p> <p>1) Αν ασθενής εξέλθει πριν την προγραμματισμένη ώρα παύσης λειτουργίας της αίθουσας: Ωρα εξόδου του ασθενούς μείον την ώρα εισαγωγής του ασθενούς (σε λεπτά). (π.χ. ο ασθενής εξήλθε στις 3:30 μ.μ. και εισήλθε στις 1:30 μ.μ. = 120 λεπτά).</p>

2) Αν ασθενής εξέλθει μετά την προγραμματισμένη ώρα παύσης λειτουργίας της αίθουσας: Προγραμματισμένη ώρα παύσης λειτουργίας της αίθουσας μείον την ώρα εισαγωγής του ασθενούς (σε λεπτά).

(π.χ. ο ασθενής εξήλθε στις 4:30 μ.μ., προγραμματισμένη ώρα παύσης λειτουργίας της αίθουσας 4:00 μ.μ., ο ασθενής εισήλθε στις 1:30 μ.μ. = 150 λεπτά).

Αν η ώρα εισαγωγής του ασθενούς είναι νωρίτερα από την προγραμματισμένη ώρα έναρξης λειτουργίας της αίθουσας του χειρουργείου, τότε στον υπολογισμό χρησιμοποιείται η ώρα εισαγωγής του ασθενούς. Η χρήση μιας χειρουργικής αίθουσας πριν τον προγραμματισμένο χρόνο έναρξης λειτουργίας της, λόγω ετοιμότητας και έγκαιρου προγραμματισμού, συμβάλλει προφανώς σε καλύτερη αξιοποίησή της.

Παρονομαστής: Συνολικός αριθμός των προγραμματισμένων ωρών λειτουργίας της χειρουργικής αίθουσας βάσει των τοπικών συνθηκών του Νοσοκομείου.

Πρόκειται για προσδιορισμένη τιμή για κάθε χειρουργική αίθουσα στο Νοσοκομείο.

Αντιστοιχεί στις προγραμματισμένες ώρες λειτουργίας της χειρουργικής αίθουσας (π.χ. από τις 08:00 π.μ. έως τις 04:00 μ.μ. = 480 λεπτά για αίθουσα στην οποία υλοποιούνται μόνο εκλεκτικά χειρουργεία, αλλά 24 ώρες για αίθουσα επειγόντων χειρουργικών επεμβάσεων) πολλαπλασιασμένες με τον αριθμό των ημερών λειτουργίας της αίθουσας κατά τη διάρκεια της περιόδου παρατήρησης (π.χ. 20 ημέρες για τα αποκλειστικά εκλεκτικά χειρουργεία ή 30 ημέρες για τα επείγοντα).

Λειτουργικός ορισμός

Κριτήρια ένταξης

Ο παρών δείκτης υπολογίζεται μόνο για χειρουργικές αίθουσες που τελούν υπό κεντρική διαχείριση. Αυτό συμβαίνει για πρακτικούς λόγους (συλλογή δεδομένων εφικτή και αξιόπιστη) προκειμένου να υπάρχει ομοιογένεια στις πρακτικές διαχείρισης.

Κριτήρια αποκλεισμού

- μη χρησιμοποιούμενες εγκαταστάσεις (π.χ. λόγω έλλειψης προσωπικού),
- προθάλαμοι χειρουργείων και αίθουσες ανάνηψης.

Κατά την αναφορά των δεδομένων, το Νοσοκομείο θα πρέπει επίσης να αναφέρει για κάθε αίθουσα χειρουργείου ξεχωριστά, τα ακόλουθα:

- αριθμό ασθενών (όγκος),
- θεσμοθετημένο ωράριο λειτουργίας (με προσωπικό),
- αριθμό ημερών λειτουργίας.

Για την ομαδοποίηση παρόμοιων παραμέτρων, αλλά και για λόγους συγκριτικής αξιολόγησης καλό θα ήταν να αναφέρονται οι ακόλουθες πρόσθετες πληροφορίες για κάθε αίθουσα χειρουργείου:

- διασυνδεδεμένος προθάλαμος χειρουργείου (ναι/όχι)
- διασυνδεδεμένη αίθουσα ανάνηψης (ναι/όχι)
- ειδικότητα

<p>Προηγούμενη εμπειρία στο πλαίσιο του προγράμματος PATH</p>	<p>Στο πρόγραμμα PATH-II, υπήρξαν οι ακόλουθες σχετικές με το δείκτη ερωτήσεις προς τα Νοσοκομεία:</p> <p>Παρακολουθείτε την αξιοποίηση των χειρουργικών αιθουσών σας; [ναι, όχι]</p> <p>Πώς μετράτε αυτήν την παράμετρο; [Ελεύθερη απάντηση]</p> <p>Δώστε μας την τιμή. [βάσει του δικού σας συστήματος μέτρησης της απόδοσης]</p>
<p>Πηγή δεδομένων</p>	<p>Προοπτική συλλογή δεδομένων για ένα μήνα, με επανάληψη κάθε 3 ή 6 μήνες.</p> <p>Θα πρέπει να αποφεύγονται οι περίοδοι διακοπών (η προτεινόμενη περίοδος συλλογής για το 2010 ήταν ο Μάρτιος και ο Οκτώβριος).</p> <p>Η συλλογή δεδομένων οργανώνεται σε εθνικό ή τοπικό επίπεδο, ανάλογα με το τι είναι εφικτό. Κατά την αναφορά των δεδομένων στον Συντονιστή της χώρας θα πρέπει να περιλαμβάνεται συνοπτική επεξήγηση της μεθοδολογίας που χρησιμοποιήθηκε για τη συλλογή των δεδομένων.</p> <p>Οι απαιτούμενες πληροφορίες δεν είναι διαθέσιμες σε εθνικές βάσεις δεδομένων. Τα δεδομένα αντλούνται σε επίπεδο Νοσοκομείου. Οι πιθανές πηγές είναι:</p> <ul style="list-style-type: none"> - πρωτόκολλο λειτουργίας ή φάκελος ασθενούς, - εργαλείο συλλογής δεδομένων στις χειρουργικές αίθουσες σχεδιασμένο ειδικά για το σκοπό αυτό <p>Είναι καίριας σημασίας να καθορίζεται με σαφήνεια το άτομο που φέρει την ευθύνη της συλλογής των δεδομένων και να εκτιμάται η αξιοπιστία των δεδομένων σε περίπτωση που εμπλέκονται πολλά άτομα στη συλλογή τους.</p> <p>Αν η συλλογή δεδομένων διενεργείται απευθείας στη χειρουργική αίθουσα (π.χ. με έντυπο του PATH κατά την είσοδο του ασθενούς στην αίθουσα), πρέπει να αξιολογείται η πληρότητα της καταχώρισης. Είναι καίριας σημασίας να διασφαλίζεται ότι αναφέρεται η σωστή ώρα εισαγωγής και εξόδου για όλους τους ασθενείς που υποβλήθηκαν σε επέμβαση. Ίσως χρειαστεί να διασταυρωθούν τα στοιχεία διαφορετικών βάσεων δεδομένων. Για παράδειγμα, σε περίπτωση που για κάποιον ασθενή δεν επαρκούν οι πληροφορίες θα πρέπει να ανατρέξει κανείς στη βάση δεδομένων του χειρουργείου για να τις συμπληρώσει.</p> <p>Τα Προσαρτήματα Α και Β παρουσιάζουν τα πεδία από τα οποία αντλούνται τα απαραίτητα στοιχεία για τον υπολογισμό του δείκτη.</p>
<p>Διάσταση του δείκτη</p>	<p>Αποδοτικότητα</p> <p>Ασθενοκεντρική προσέγγιση</p>
<p>Τύπος δείκτη</p>	<p>Μέτρο διαδικασίας (δείκτης αξιοποίησης)</p>

<p>Προσαρμογή/ Διαστρωμά- τωση</p>	<p>Υπολογίζεται ξεχωριστός δείκτης για:</p> <ul style="list-style-type: none"> - αίθουσες χειρουργείων μόνο για εκλεκτικές επεμβάσεις (εκτός από τις αίθουσες για χειρουργεία ημέρας), - αίθουσες χειρουργείων μόνο για επεμβάσεις ημέρας (εφόσον τελούν υπό κεντρική διαχείριση), - αίθουσες χειρουργείων μόνο για επείγουσες επεμβάσεις, - μεικτές αίθουσες χειρουργείων (για εκλεκτικές και για επείγουσες επεμβάσεις).
<p>Συμπληρω- ματικοί δείκτες</p>	<p>Ο βαθμός αξιοποίησης της χειρουργικής αίθουσας υπολογίζεται με βάση το προγραμματισμένο ωράριο λειτουργίας της. Η έξοδος του ασθενούς μετά το πέρας του κανονικού ωραρίου λειτουργίας ενδέχεται να είναι αποτέλεσμα υψηλού φόρτου ή καθυστέρησης κατά τη διάρκεια της ημέρας για λόγους οργάνωσης (π.χ. δεν προσήλθε έγκαιρα ο ασθενής, έλειπε εξοπλισμός, δεν καθαρίστηκε η αίθουσα, δεν υπήρχε αναισθησιολόγος) ή για ιατρικούς λόγους (π.χ. επιπλοκή κατά τη διάρκεια του χειρουργείου). Για λόγους διαχείρισης, είναι πολύ χρήσιμο να συγκρίνεται η χρήση της αίθουσας στη διάρκεια του προγραμματισμένου ωραρίου λειτουργίας της και στο χρονικό διάστημα πέραν του προγραμματισμένου ωραρίου λειτουργίας της. Κατά συνέπεια, προτείνεται για κάθε αίθουσα εκλεκτικής χειρουργικής να υπολογίζεται ο ακόλουθος δείκτης:</p> <p><u>Για κάθε αίθουσα, κάθε ημέρα, υπολογίζεται:</u></p> <p>ώρα εξόδου του τελευταίου ασθενούς – προγραμματισμένη ώρα παύσης λειτουργίας της αίθουσας (= A):</p> <p><u>Για κάθε αίθουσα, καθόλη τη διάρκεια της περιόδου παρατήρησης, υπολογίζεται:</u></p> $A_{\text{ημέρα 1}} + A_{\text{ημέρα 2}} + A_{\text{ημέρα 3}} + \dots + A_{\text{ημέρα 31}}$ <p>(μόνο για τις ημέρες που η έξοδος του τελευταίου ασθενούς πραγματοποιήθηκε μετά την κανονική ώρα παύσης λειτουργίας της αίθουσας)/συνολικός αριθμός ημερών λειτουργίας κατά τη διάρκεια της περιόδου παρατήρησης.</p> <p>Αν για μια αίθουσα το ποσοστό χρήσης είναι 60% και εμφανίζει 60 λεπτά «υπερωρίας» την ημέρα αυτό θα απαιτούσε ενδελεχή έλεγχο για την κατανόηση των αιτιών των καθυστερήσεων. Θα μπορούσαν να υπάρχουν επίσης αίθουσες με πολύ υψηλά ποσοστά χρήσης και συχνές «υπερωρίες». Κάτι τέτοιο θα σήμαινε ότι υφίσταται ανάγκη επέκτασης του ωραρίου λειτουργίας ή ανάγκη λειτουργίας επιπλέον αίθουσας.</p> <p>Για την κατανόηση των διαφορών και τον εντοπισμό των βασικών λόγων της μη αποδοτικής χρήσης μιας χειρουργικής αίθουσας, ενδέχεται να είναι σκόπιμη η ανάλυση των επιμέρους συνιστωσών του βαθμού χρήσης της για τα ακόλουθα χρονικά διαστήματα:</p> <ul style="list-style-type: none"> - από την άφιξη του ασθενούς έως την έναρξη της αναισθησίας, - από την έναρξη της αναισθησίας έως την έναρξη της χειρουργικής επέμβασης, - από την έναρξη έως την ολοκλήρωση της χειρουργικής επέμβασης , - από την ολοκλήρωση της χειρουργικής επέμβασης έως την απομάκρυνση του ασθενούς από τη χειρουργική αίθουσα.

Συμπληρωματικοί δείκτες	<p><i>Συμπληρωματικοί δείκτες:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Δείκτης χρήσης της χειρουργικής αίθουσας: ο χρόνος που μεσολαβεί από την έναρξη της αναισθησίας έως την έξοδο του ασθενούς από την αίθουσα του χειρουργείου προς τον προγραμματισμένο συνολικό χρόνο χειρουργείου. - Δείκτης διάρκειας της χειρουργικής επέμβασης: ο χρόνος που μεσολαβεί από την έναρξη έως την ολοκλήρωση της χειρουργικής επέμβασης προς τον προγραμματισμένο συνολικό χρόνο χειρουργείου. <p>Το εργαλείο εξαγωγής δεδομένων και υπολογισμού του δείκτη παρουσιάζεται στο ΠροσάρτημαΒ.</p> <p>Ορισμοί:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Έναρξη αναισθησίας:</i> μετρίεται από το χρονικό σημείο που αρχίζει η παρέμβαση του αναισθησιολόγου π.χ. με την προετοιμασία φαρμάκων, τον έλεγχο αναισθησιολογικού εξοπλισμού κ.α. - <i>Έναρξη χειρουργικής επέμβασης:</i> μετρίεται από τη στιγμή που ξεκινάει η προετοιμασία του δέρματος ή η εξειδικευμένη τοποθέτηση του ασθενούς, οποιοδήποτε από τα δύο συμβαίνει πρώτο. - <i>Ολοκλήρωση της χειρουργικής επέμβασης:</i> η χειρουργική επέμβαση θεωρείται ότι έχει ολοκληρωθεί εφόσον εφαρμοστεί το υλικό επίδεσης.
Συναφείς δείκτες	<p>Ποσοστό χειρουργείων ημέρας</p> <p>Προφυλακτική χρήση αντιβιοτικών</p>
Ερμηνεία	<p>Προσανατολισμός και στόχοι:</p> <p>Τα υψηλότερα ποσοστά χρήσης των χειρουργικών αιθουσών είναι προτιμότερα (για παράδειγμα ο στόχος που έθετε το εθνικό πρόγραμμα Australian National Demonstration Program της Αυστραλίας σχετικά με το ποσοστό χρήσης των χειρουργικών αιθουσών ήταν μεταξύ 80 και 85%). Ωστόσο, ένα εξαιρετικά υψηλό ποσοστό ενδέχεται να εγείρει ανησυχίες σχετικά με την προσβασιμότητα των επειγόντων περιστατικών.</p> <p>Ο δείκτης θεωρείται πολύ καλός για τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών σε βάθος χρόνου στα Νοσοκομεία.</p> <p>Για διεθνείς συγκρίσεις απαιτείται η πρότερη συμφωνία ως προς τον ορισμό της έννοιας της χειρουργικής αίθουσας.</p>
Κατευθυντήριες οδηγίες	<p>Βλ. βιβλιογραφία</p>

Βιβλιογραφία	<ol style="list-style-type: none">1. Commonwealth Department of Health and Family Services. Towards Best Practice in Elective Surgery: A Guide. The National Demonstration Hospitals Program. September 1997. Canberra, Australia. http://www.archi.net.au/document/index.phtml/id/517/topic id/2072. Step Guide to Improving Operating Theatre Performance. NHS Modernisation Agency. Theatre Programme. June 2002.3. Caleb D Mpyet. An Audit of the Use of Ophthalmic Theatre Time. Community Eye Health. 2002; 15(44): 62-63. http://www.pubmedcentral.nih.gov/picrender.fcgi?artid=1705872&blobtype=pdf4. D. Ricketts, J. Hartley, M. Patterson, W. Harries, and D. Hitchin. An orthopaedic theatre timings survey. Ann R Coll Surg Engl. 1994 May; 76(3): 200-204. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2502313/pdf/annrcse01589-0064.pdf5. J. M. Leedal and A. F. Smith- Methodological approaches to anaesthetists' work-load in the operating theatre. British Journal of Anaesthesia 94 (6): 702-9 (2005). http://bia.oxfordjournals.org/cgi/reprint/94/6/702.pdf
--------------	--

Προσάρτημα Α: Πεδία που πρέπει να συμπληρώνονται και να αναφέρονται για τον υπολογισμό του δείκτη

Ενότητα 1: Στοιχεία σε επίπεδο ασθενούς– για υπολογισμό του αριθμητή

- ✓ Μια εγγραφή ανά ασθενή
- ✓ Επαλήθευση της πληρότητας των στοιχείων (καταγραφή όλων των ασθενών)

Ταυτότητα αίθουσας χειρουργείου:.....

Αναγνωριστικό ασθενούς:

Ωρα ε ισαγωγής ασθενούς: ΩΩ.ΛΛ

Ωρα εξόδου ασθενούς: ΩΩ.ΛΛ

Ημερομηνία χειρουργικής επέμβασης: ΗΗ/ΜΜ/ΕΕ

Τα παραπάνω στοιχεία χρησιμοποιούνται για τη συμπλήρωση του πίνακα του Προσαρτήματος Β.

Ενότητα 2: Στοιχεία σε επίπεδο αίθουσας χειρουργείου– για υπολογισμό του παρονομαστή

- ✓ Μία εγγραφή ανά χειρουργική αίθουσα

Ταυτότητα αίθουσας χειρουργείου:.....

Είδος αίθουσας χειρουργείου:.....

- Αίθουσα μόνο για εκλεκτικές επεμβάσεις (εκτός από χειρουργεία ημέρας)
- Αίθουσα μόνο για εκλεκτικές επεμβάσεις ημέρας (εφόσον η διαχείρισή της γίνεται κεντρικά)
- Αίθουσα μόνο για επείγουσες επεμβάσεις
- Μεικτή αίθουσα εκλεκτικών/ επείγουσών επεμβάσεων

Προγραμματισμένη ώρα έναρξης λειτουργίας χειρουργικής αίθουσας τις καθημερινές⁺: ΩΩ/ΛΛ

Προγραμματισμένη ώρα παύσης λειτουργίας χειρουργικής αίθουσας τις καθημερινές: ΩΩ/ΛΛ

Προγραμματισμένη ώρα έναρξης λειτουργίας χειρουργικής αίθουσας τα Σάββατα: ΩΩ/ΛΛ

Προγραμματισμένη ώρα παύσης λειτουργίας χειρουργικής αίθουσας τα Σάββατα: ΩΩ/ΛΛ

Προγραμματισμένη ώρα έναρξης λειτουργίας χειρουργικής αίθουσας τις Κυριακές και τις αργίες: ΩΩ/ΛΛ

Προγραμματισμένη ώρα παύσης λειτουργίας χειρουργικής αίθουσας τις Κυριακές και τις αργίες: ΩΩ/ΛΛ

Αριθμός ημερών λειτουργίας χειρουργικής αίθουσας κατά την περίοδο παρατήρησης: --

Διασυνδεδεμένος προθάλαμος χειρουργείου (ναι/όχι)

Διασυνδεδεμένη αίθουσα ανάνηψης (ναι/όχι)

Ειδικότητα:

Γενική χειρουργική

Ορθοπαιδική

...

⁺ Αν οι ώρες λειτουργίας μιας χειρουργικής αίθουσας δεν είναι ίδιες κάθε μέρα (π.χ. αν κλείνει νωρίτερα τις Παρασκευές) μπορεί να καταγραφεί. Είναι όμως πιο σημαντικό να καταγράφεται το σύνθημα ώραριο λειτουργίας μιας χειρουργικής αίθουσας, αντί για τις ώρες λειτουργίας κάθε ημέρας.

Τραυματισμοί από βελόνα

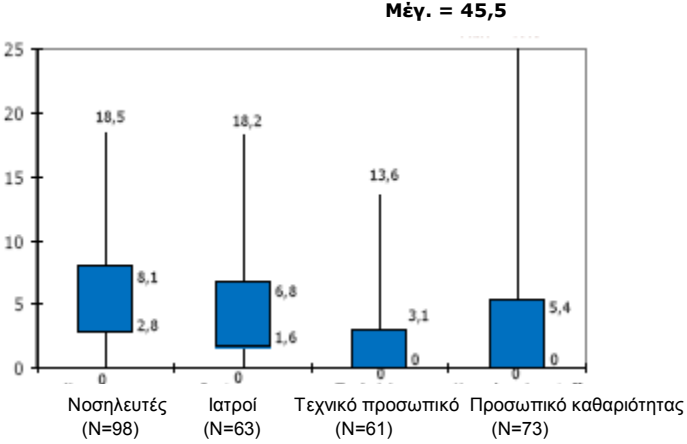
Τελ . επικ. Δεκέμβριος 2009

Περιεχόμενα:

- Σύντομη ονομασία
- Προσδιορισμός
- Σύντομος ορισμός
- Σκεπτικό
- Λειτουργικός ορισμός
- Προηγούμενη εμπειρία από το πρόγραμμα PATH
- Πηγή δεδομένων
- Διάσταση του δείκτη
- Τύπος δείκτη
- Προσαρμογή/ διαστρωμάτωση
- Υποδείκτες
- Συναφείς δείκτες
- Ερμηνεία
- Κατευθυντήριες οδηγίες
- Βιβλιογραφία

Σύντομη ονομασία	Τραυματισμοί από βελόνα
Προσδιορισμός	Ετήσιοι τραυματισμοί από βελόνα ανά επαγγελματία υγείας.
Σύντομος ορισμός	Αριθμός αναφερόμενων τραυματισμών από βελόνα ανά επαγγελματία υγείας (σε μονάδα ισοδύναμου πλήρους απασχόλησης) ανά ημερολογιακό έτος.
Σκεπτικό (αιτιολόγηση, δυνατά σημεία και περιορισμοί)	<p>Ο δείκτης «τραυματισμοί από βελόνα» αφορά τα τραύματα που προκαλούνται από βελόνες ή άλλα αιχμηρά αντικείμενα τα οποία εκ παραδρομής τρυπούν το δέρμα και μπορεί να οδηγήσουν σε έκθεση σε αίμα ή άλλα σωματικά υγρά. Οι τραυματισμοί από βελόνα αποτελούν πάγιο κίνδυνο για τα άτομα που χειρίζονται υποδερμικές σύριγγες και λοιπό εξοπλισμό με βελόνες.</p> <p>Αυτοί οι τραυματισμοί μπορεί να προκύψουν ανά πάσα στιγμή σε άτομα που χρησιμοποιούν, αποσυναρμολογούν ή απορρίπτουν βελόνες. Όταν δεν απορρίπτονται κατάλληλα, οι βελόνες μπορεί να καλυφθούν με είδη ιματισμού ή απορρίμματα και να τραυματίσουν άλλους εργαζόμενους. Μέσω τραυματισμών από βελόνα μεταδίδονται λοιμώδη νοσήματα, ειδικότερα αιματογενώς μεταδιδόμενοι ιοί.</p> <p>Υπάρχουν Νοσοκομεία που αναφέρουν ότι κάθε χρόνο το ένα τρίτο του νοσηλευτικού και εργαστηριακού προσωπικού τους τραυματίζεται κατ' αυτόν τον τρόπο.</p> <p>Ο συγκεκριμένος δείκτης εξετάζει τις συνθήκες υγιεινής και ασφάλειας στο χώρο εργασίας. Πρέπει να λαμβάνεται υπόψη ότι υπάρχει πιθανότητα παραποίησης του αποτελέσματος λόγω κακής εκτίμησης των τραυματισμών ή αποφυγής δήλωσης τέτοιων περιστατικών.</p>

<p>Σκεπτικό (αιτιολόγηση, δυνατά σημεία και περιορισμοί)</p>	<p><i>Δυνατά σημεία</i></p> <p>Το υψηλό κόστος και ο σημαντικός αντίκτυπος που έχουν οι τραυματισμοί από αιχμηρά αντικείμενα για τα Νοσοκομεία διαμηνύουν ότι το ζήτημα χρήζει παρακολούθησης.</p> <p><i>Περιορισμοί</i></p> <p>Χαμηλή επίπτωση, πολύ χαμηλή αξιοπιστία.</p>
<p>Λειτουργικός ορισμός</p>	<p>Αναφερόμενοι τραυματισμοί από βελόνα ανά ημερολογιακό έτος.</p> <p>Ο δείκτης προκύπτει από κλάσμα που έχει αριθμητή και παρονομαστή, όπως ορίζονται παρακάτω:</p> <p>Αριθμητής: Αριθμός αναφερόμενων τραυματισμών από βελόνα.</p> <p>Παρονομαστής: Αριθμός επαγγελματιών υγείας εκφρασμένος σε μονάδες πλήρους απασχόλησης (FTE: full time equivalent)</p>
<p>Προηγούμενη εμπειρία στο πλαίσιο του προγράμματος PATH</p>	<p>Ο ορισμός του συγκεκριμένου δείκτη συμπίπτει με τον αντίστοιχο ορισμό στα προγράμματα PATH-pilot, PATH-II και PATH '09. Ωστόσο, η εμπειρία δείχνει ότι υπάρχουν προβλήματα κατά την αναφορά τραυματισμών από βελόνα: ένα μεγάλο ποσοστό συμμετεχόντων Νοσοκομείων δεν ήταν σε θέση να αναφέρει στοιχεία για όλες τις κατηγορίες προσωπικού (ή ακόμα και για ορισμένες κατηγορίες) και από το σχετικά χαμηλό ποσοστό αναφερόμενων περιστατικών στο πρόγραμμα PATH συγκριτικά με το ποσοστό που αναφέρεται στη διεθνή βιβλιογραφία προκύπτει ότι το επίπεδο αναφοράς τέτοιων περιστατικών δεν ήταν επαρκές.</p> <p>Στο πρόγραμμα PATH-II, λιγότερα από τα μισά συμμετέχοντα Νοσοκομεία υπέβαλαν αναφορές με συγκεκριμένο αριθμό τραυματισμών από βελόνα για όλο το προσωπικό. Το χαμηλό ποσοστό συμμετοχής εγείρει ανησυχίες καθώς ο ορισμός είναι γενικός και τα δεδομένα μπορούν να αντληθούν σε τοπικό επίπεδο από κάθε διαθέσιμη πηγή. Συνεπώς, ο φόρτος που συνεπάγεται η συλλογή δεδομένων θεωρήθηκε εξαιρετικά χαμηλός. Αυτά τα ευρήματα ενδέχεται να οφείλονται στο γεγονός ότι πολλά Νοσοκομεία δεν διαθέτουν κεντρικό σύστημα παρακολούθησης ώστε να μπορούν να αναφέρουν τους τραυματισμούς από βελόνα για όλες τις κατηγορίες προσωπικού και ως εκ τούτου, δεν έχουν την ευκαιρία να αντλούν γνώση από τέτοιου είδους ανεπιθύμητα συμβάντα και να μειώνουν τη συχνότητα εμφάνισής τους.</p> <p>Γενικά, τα ποσοστά που καταγράφονται σε μελέτες που έγιναν για το σκοπό αυτό είναι πολύ υψηλότερα από τα ποσοστά που λαμβάνουμε από αναφορές στο πρόγραμμα PATH (πηγή: βάση δεδομένων σε θέματα ιατρικής της εργασίας). <u>Στη βιβλιογραφία</u>, υπάρχει μεγάλη διαφορά μεταξύ των ποσοστών, για παράδειγμα:</p> <ul style="list-style-type: none"> - σε Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο της Αυστραλίας αναφέρθηκαν 10,4 και 5,0 τραυματισμοί από αιχμηρά αντικείμενα ανά 100 άτομα του ιατρικού ή νοσηλευτικού προσωπικού αντίστοιχα, σε μονάδες ισοδύναμου πλήρους απασχόλησης (1) - σε γερμανικό Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο αναφέρθηκε ότι το 55,1% και 22,0% αντίστοιχα του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού τραυματίστηκε από βελόνα (2) - το ποσοστό επίπτωσης ήταν 33,2 και 18,0% για όλο το προσωπικό σε 9 Πανεπιστημιακά και 32 μη Πανεπιστημιακά Νοσοκομεία των ΗΠΑ, αντίστοιχα (3)

<p>Προηγούμενη εμπειρία στο πλαίσιο του προγράμματος PATH</p>	<p>Αποτελέσματα από το πρόγραμμα PATH-II (2008): Ποσοστιαία κατανομή των ποσοστών επίπτωσης (%) ανά κατηγορία επαγγέλματος Θηκόγραμμα: ελάχ., 1ο τεταρτημόριο, 3ο τεταρτημόριο, μέγ.)</p> <p>N= αριθμός Νοσοκομείων που αναφέρουν δεδομένα για τη συγκεκριμένη κατηγορία προσωπικού</p> <p style="text-align: center;">Μέγ. = 45,5</p>  <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th>Κατηγορία</th> <th>Μέγ.</th> <th>1ο Τεταρτημόριο</th> <th>Μέση Τιμή</th> <th>3ο Τεταρτημόριο</th> <th>Ελάχιστο</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Νοσηλεύτες (N=98)</td> <td>18,5</td> <td>8,1</td> <td>8,1</td> <td>8,1</td> <td>2,8</td> </tr> <tr> <td>Ιατροί (N=63)</td> <td>18,2</td> <td>6,8</td> <td>6,8</td> <td>6,8</td> <td>1,6</td> </tr> <tr> <td>Τεχνικό προσωπικό (N=61)</td> <td>13,6</td> <td>3,1</td> <td>3,1</td> <td>3,1</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Προσωπικό καθαριότητας (N=73)</td> <td>5,4</td> <td>5,4</td> <td>5,4</td> <td>5,4</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table> <p>(1) Bi P, Tully PJ, Pearce S, Hiller JE. Occupational blood and body fluid exposure in an Australian teaching hospital. <i>Epidemiol Infect</i> 2006; 134(3):465-71.</p> <p>(2) Wicker S, Jung J, Allwinn R, Gottschalk R, Rabenau HF. Prevalence and prevention of needlestick injuries among health care workers in a German university hospital. <i>Int Arch Occup Environ Health</i> 2007.</p> <p>(3) Perry J, Parker G, Jagger J. EPINet report: 2004 percutaneous injury rates. <i>Intern Healthcare Safety Centre</i> 2007 (August):1-4.</p>	Κατηγορία	Μέγ.	1ο Τεταρτημόριο	Μέση Τιμή	3ο Τεταρτημόριο	Ελάχιστο	Νοσηλεύτες (N=98)	18,5	8,1	8,1	8,1	2,8	Ιατροί (N=63)	18,2	6,8	6,8	6,8	1,6	Τεχνικό προσωπικό (N=61)	13,6	3,1	3,1	3,1	0	Προσωπικό καθαριότητας (N=73)	5,4	5,4	5,4	5,4	0
Κατηγορία	Μέγ.	1ο Τεταρτημόριο	Μέση Τιμή	3ο Τεταρτημόριο	Ελάχιστο																										
Νοσηλεύτες (N=98)	18,5	8,1	8,1	8,1	2,8																										
Ιατροί (N=63)	18,2	6,8	6,8	6,8	1,6																										
Τεχνικό προσωπικό (N=61)	13,6	3,1	3,1	3,1	0																										
Προσωπικό καθαριότητας (N=73)	5,4	5,4	5,4	5,4	0																										
<p>Πηγή δεδομένων</p>	<p>Βάση δεδομένων με αναφερόμενα περιστατικά τραυματισμών από βελόνα.</p> <p>Αν δεν εφαρμόζεται σύστημα καταγραφής των περιστατικών ως εναλλακτική πηγή δεδομένων θα μπορούσε να εφαρμοστεί έρευνα των σημείων επιπολασμού μεταξύ του νοσοκομειακού προσωπικού.</p>																														
<p>Διάσταση του δείκτη</p>	<p>Ασφάλεια (προσανατολισμός προσωπικού)</p>																														
<p>Τύπος δείκτη</p>	<p>Μέτρο έκβασης (προσανατολισμένος στο προσωπικό)</p>																														
<p>Προσαρμογή/ Διαστρωμάτωση</p>	<p>Διαστρωμάτωση ανά κατηγορία προσωπικού: νοσηλεύτες, ιατροί, τεχνικό προσωπικό, φοιτητές και προσωπικό καθαριότητας.</p>																														
<p>Υποδείκτες</p>	<p>Ενδελεχής ανάλυση παραγόντων που προκαλούν τραυματισμούς από βελόνα.</p>																														

Συναφείς δείκτες	<p>Οι ακόλουθοι δείκτες δεν υπολογίζονται στο πλαίσιο του PATH '09, αλλά εάν ωστόσο παρακολουθούνται στο Νοσοκομείο ούτως ή άλλως, θα ήταν ενδεχομένως σκόπιμο να εξεταστούν σε συνάρτηση με τους τραυματισμούς από βελόνα:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Δαπάνες εκπαίδευσης - Υπερβολικές ώρες εργασίας
Ερμηνεία	<p>Στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης χρησιμοποιούνται πολλά είδη βελόνων και λοιπών αιχμηρών αντικειμένων. Ωστόσο, οι περισσότεροι τραυματισμοί συνδέονται με μερικά μόνο είδη βελόνων και αιχμηρών αντικειμένων. Από τους 5.000 περίπου διαδερμικούς τραυματισμούς που αναφέρθηκαν από τα Νοσοκομεία των ΗΠΑ (στο διάστημα Ιουνίου 1995 - Ιουλίου 1999), το 62% συσχετίστηκε με βελόνες παρακέντησης (με μεγάλη διάμετρο αυλού), υποδερμικές βελόνες προσαρτημένες σε σύριγγες μίας χρήσης (29%) και βελόνες με πτερύγια τύπου πεταλούδα (13%).</p> <p>Ένα ολοκληρωμένο πρόγραμμα πρόληψης τραυματισμών από βελόνα θα περιελάμβανε τις ακόλουθες πτυχές:</p> <ul style="list-style-type: none"> - εκπαίδευση εργαζομένων, - έκδοση τοπικών κατευθυντήριων οδηγιών, - πρωτόκολλα ασφαλούς επανατοποθέτησης καλυμμάτων στις βελόνες, - αποτελεσματικά συστήματα απόρριψης, - προγράμματα επιτήρησης, - βελτιωμένο σχεδιασμό εξοπλισμού.
Κατευθυντήριες οδηγίες	Βλ. βιβλιογραφία
Βιβλιογραφία	<ol style="list-style-type: none"> 1. US National Institute for Occupational Safety and Health: Preventing Needlestick injuries in health care settings. http://www.cdc.gov/niosh/2000-108.html 2. Hanrahan A, Reutter L [1997]. A critical review of the literature on sharps injuries: epidemiology, management of exposures and prevention. J Adv Nurs 25:144—154. 3. Porta C, Handelman E, McGovern P [1999]. Needlestick injuries among health care workers: a literature review. Am Assoc Occup Health Nur J 47(6):237—244. 4. Trinkoff AM, Le R, Geiger-Brown J, Lipscomb J. Work schedule, needle use, and needlestick injuries among registered nurses. Infect Control Hosp Epidemiol. 2007 Feb;28(2):156-64. 5. Canadian Centre for Occupational Health & Safety: http://www.ccohs.ca/oshanswers/diseases/needlestick_injuries.html

Αποκλειστικός θηλασμός

Τελ . επικ. Δεκέμβριος 2009

Περιεχόμενα:

- Σύντομη ονομασία
- Προσδιορισμός
- Σύντομος ορισμός
- Σκεπτικό
- Λειτουργικός ορισμός
- Προηγούμενη εμπειρία από το πρόγραμμα PATH
- Πηγή δεδομένων
- Διάσταση του δείκτη
- Τύπος δείκτη
- Προσαρμογή/διαστρωμάτωση
- Υποδείκτες
- Συναφείς δείκτες
- Ερμηνεία
- Κατευθυντήριες οδηγίες
- Βιβλιογραφία

Σύντομη ονομασία	Αποκλειστικός θηλασμός
Προσδιορισμός	Ποσοστό υγιών βρεφών τα οποία τρέφονται αποκλειστικά με θηλασμό έως το εξιτήριο.
Σύντομος ορισμός	Ποσοστό βρεφών που τρέφονται αποκλειστικά με μητρικό γάλα (ακόμα και με θήλαστρο) από τη γέννηση έως το εξιτήριο.
Σκεπτικό (αιτιολόγηση, δυνατά σημεία και περιορισμοί)	<p><i>Αιτιολόγηση</i></p> <p>Ο αποκλειστικός θηλασμός είναι διεθνώς αναγνωρισμένος ως η καλύτερη διατροφή για τα βρέφη κατά τη διάρκεια των έξι πρώτων μηνών της ζωής τους σύμφωνα με τις συστάσεις του ΠΟΥ και της ΕΕ (1,2). Τα οφέλη του θηλασμού είναι πολλά:</p> <p>Ο θηλασμός διευκολύνει την πέψη και παρέχει όλα τα θρεπτικά και μικροθρεπτικά συστατικά, το νερό, τα αντισώματα, τις ορμόνες και τα αντιοξειδωτικά που χρειάζονται τα βρέφη. Επίσης, προστατεύει τα βρέφη από τη διάρροια και τις οξείες λοιμώξεις του αναπνευστικού, τονώνει το ανοσοποιητικό τους και ενισχύει την ανταπόκρισή τους στους εμβολιασμούς. Τέλος, σύμφωνα με ορισμένες μελέτες παρέχει επίσης γνωσιακά οφέλη (1, 2, 3).</p> <p>Επιπλέον, ο θηλασμός επιφυλάσσει οφέλη για τις μητέρες καθώς προστατεύει από τον καρκίνο του μαστού (4), μειώνει τον κίνδυνο καταγμάτων των ισχίων και συμβάλλει στην επιμήκυνση του διαστήματος μεταξύ διαδοχικών γεννήσεων (5).</p>

Επίπτωση και ποιότητα στο Νοσοκομείο

Είναι εφικτός ο αποκλειστικός θηλασμός από τη στιγμή της γέννησης εφόσον δεν συνυπάρχουν ορισμένες καταστάσεις. Η λοχεία είναι μια κρίσιμη περίοδος κατά την οποία οι μητέρες χρειάζονται υποστήριξη και σεβασμό. Η παρέμβαση στο θηλασμό με πρόσθετες τροφές και θρεπτικά συστατικά ή μέσω του περιορισμού της επαφής μητέρας-παιδιού μπορεί να έχει αρνητική επίδραση στην παραγωγή γάλακτος.

Κατά συνέπεια, για να αποτελεί ο θηλασμός δείκτη καλής ποιότητας, θα πρέπει ως κριτήριο ένταξης να χρησιμοποιείται μόνο ο «αποκλειστικός» θηλασμός. Επιστημονικά στοιχεία της Πρωτοβουλίας για τα Φιλικά προς τα Βρέφη Νοσοκομεία (BFHI), η οποία προωθήθηκε από τον ΠΟΥ και τη UNICEF (6), συνιστούν τον αποκλειστικό θηλασμό και ορίζουν τις περιπτώσεις για τις οποίες ισχύουν οι εν λόγω συστάσεις (βλ. λειτουργικό ορισμό στο παρόν φύλλο περιγραφής). Υπό αυτό το πρίσμα, το προσωπικό του Νοσοκομείου και ο φορέας υγειονομικής περίθαλψης διαδραματίζουν βασικό ρόλο, όπως αναφέρει η BFHI.

Σκεπτικό
(αιτιολόγηση,
δυνατά
σημεία και
περιορισμοί)

Αν και η BFHI συνιστά τη χρήση του δείκτη για το συνολικό αριθμό των βρεφών που γεννήθηκαν στο Νοσοκομείο, το πρόγραμμα PATH προτείνει έναν πιο περιοριστικό δείκτη για λόγους εξομάλυνσης της διαφοροποίησης εξαιτίας της πολυπλοκότητας ορισμένων Νοσοκομείων. Έτσι επικεντρώνεται στην ουσία του δείκτη, που είναι ο αποκλειστικός θηλασμός υπό «φυσιολογικές» συνθήκες, αντί για τις διαφορές μεταξύ των μελών του προγράμματος PATH.

Δυνατά σημεία

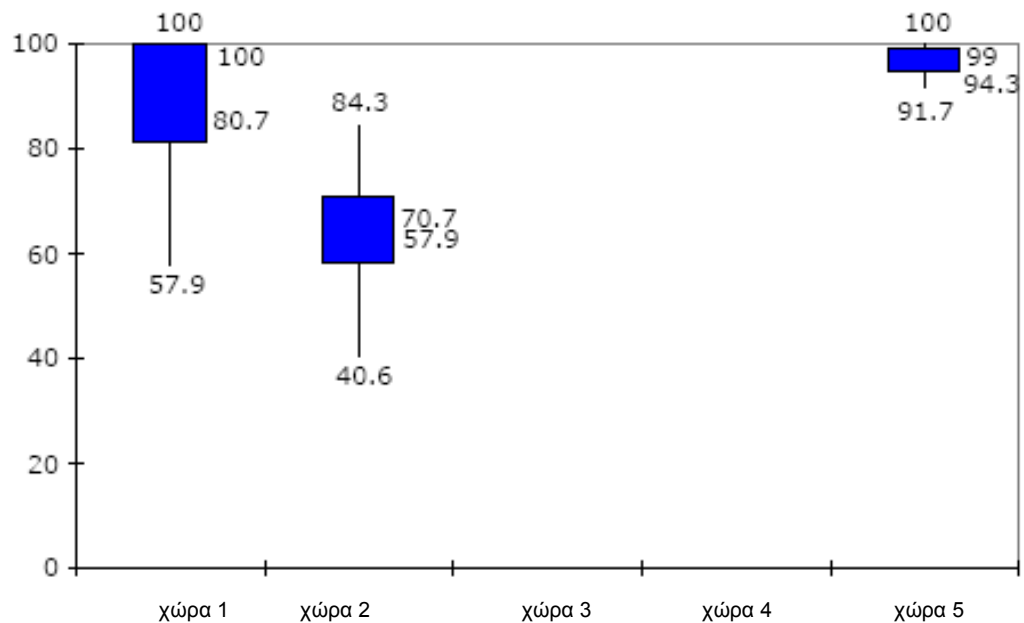
Ιδιαίτερα ισχυρή η επιχειρηματολογία για τα οφέλη στα παιδιά και στις μητέρες. Ισχυρός αντίκτυπος στη δημόσια υγεία. Ο δείκτης βασίζεται στο σύνολο του πληθυσμού. Ο φόρτος που συνεπάγεται η συλλογή δεδομένων είναι μικρός.

Περιορισμοί

Καλύπτει μόνο εν μέρει το ζήτημα της προαγωγής της υγείας στα Νοσοκομεία. Οι περισσότερες χώρες και περιοχές συλλέγουν δεδομένα για ένα κεντρικό μητρώο. Κατά κανόνα, τα δεδομένα αυτά συλλέγονται τη στιγμή της συλλογής των δειγμάτων αίματος των βρεφών - συνήθως αμέσως μετά τη γέννηση. Ορισμένα μέλη του προσωπικού του Νοσοκομείου ενδέχεται να αποκομίσουν την αίσθηση ότι η αρχειοθέτηση των δεδομένων για την πρωτοβουλία PATH είναι διπλός κόπος.

<p>Λειτουργικός ορισμός</p>	<p>Ο δείκτης προκύπτει από κλάσμα που έχει αριθμητή και παρονομαστή, όπως ορίζονται παρακάτω:</p> <p>Αριθμητής: Αριθμός βρεφών που θηλάζουν αποκλειστικά^(α) από τη γέννηση έως το εξιτήριο από το Νοσοκομείο.</p> <p>Επιτρέπεται η λήψη σταγόνων ή σιροπιών με βιταμίνες, μεταλλικά στοιχεία, καθώς και η χρήση φαρμάκων.</p> <p>Παρονομαστής: Συνολικός αριθμός νεογνών (όχι από πολύδυμη κύηση) με βάρος κατά τη γέννηση τουλάχιστον 2.000 γραμμάρια, ηλικία κύησης τουλάχιστον 37 εβδομάδες, βαθμολογία στο τεστ Apgar στα 5 λεπτά τουλάχιστον 5 και απουσία πάθησης της μητέρας ή του νεογνού με αντένδειξη για θηλασμό^(β)</p> <p>(α) Κατά τον αποκλειστικό θηλασμό, το βρέφος λαμβάνει μητρικό γάλα (συμπεριλαμβανομένου του μητρικού γάλακτος από θήλαστρο, τροφό ή τράπεζα μητρικού γάλακτος).</p> <p>(β) Παθήσεις για τις οποίες αντενδείκνυται ο θηλασμός βάσει των συστάσεων του ΠΟΥ /της UNICEF ή για τις οποίες δικαιολογείται η προσθήκη άλλων τροφών για περιορισμένο χρονικό διάστημα ή η προσωρινή αποφυγή του θηλασμού (7):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Παθήσεις του βρέφους: γαλακτοζαιμία, νόσος ως από οσμής ούρων σφενδάμου (MSUD), φαινυλκετονουρία. Παθήσεις για τις οποίες δικαιολογείται η προσθήκη άλλων τροφών για περιορισμένο χρονικό διάστημα ή η αποφυγή του θηλασμού: νεογνά με κίνδυνο υπογλυκαιμίας λόγω διαταραγμένης μεταβολικής προσαρμογής ή αυξημένης ανάγκης για γλυκόζη. - Παθήσεις της μητέρας: Λοίμωξη από τον HIV (ισχύει μόνο για τις χώρες της Ευρώπης), εθισμός σε ναρκωτικά και υποβολή σε χημειοθεραπεία. Παθήσεις για τις οποίες δικαιολογείται η προσθήκη άλλων τροφών για περιορισμένο χρονικό διάστημα ή η αποφυγή του θηλασμού: σοβαρές νόσοι όπως σήψη, ιός του απλού έρπητα τύπου 1 στον μαστό της μητέρας και ορισμένα φάρμακα που λαμβάνουν οι μητέρες).
<p>Προηγούμενη εμπειρία στο πλαίσιο του προγράμματος PATH</p>	<p>Στα προγράμματα PATH-II και PATH-pilot, το ποσοστό αποκλειστικού θηλασμού κατά την έξοδο από το Νοσοκομείο ήταν υπό παρακολούθηση. Ωστόσο, δεν χορηγήθηκε φύλλο συλλογής δεδομένων στα Νοσοκομεία. Ενδέχεται να υπάρχουν διαφορές στον τρόπο που καταγράφονται τα συμπληρώματα στα αρχεία των ασθενών και στον τρόπο που ορίζεται ο «αποκλειστικός» θηλασμός.</p> <p>Σε μία από τις χώρες που συμμετέχουν στο PATH, ο δείκτης αποτέλεσε αφορμή για τη δημιουργία μιας ομάδας εργασίας εντός του προγράμματος, η οποία εξέτασε τις προκλήσεις και τις ευκαιρίες για αύξηση του θηλασμού και για πιο φιλικά προς τα βρέφη Νοσοκομεία. Η ομάδα συνεργάστηκε για την επίτευξη των 10 βημάτων της BFHI για πιο φιλικά προς τα βρέφη Νοσοκομεία.</p> <p>Το πρόγραμμα PATH-II επισήμανε μεγάλες διαφορές όχι μόνο μεταξύ των χωρών, αλλά και στο εσωτερικό της ίδιας χώρας. Ο θηλασμός έχει άμεση σχέση με την κουλτούρα των ανθρώπων και η συμβολή των Νοσοκομείων στην υποστήριξη του θηλασμού είναι σχετική. Ωστόσο, οι συγκρίσεις των πρακτικών σε διεθνές επίπεδο και η κατανόηση του τρόπου με τον οποίο τα Νοσοκομεία επιτυγχάνουν καλύτερα αποτελέσματα σε ορισμένες χώρες σε σχέση με άλλες μπορεί να αποδειχθούν χρήσιμες για τις χώρες με χαμηλότερα ποσοστά.</p>

Κατανομή του βασικού δείκτη μεταξύ των χωρών και στο εσωτερικό της ίδιας χώρας (Θηκόγραμμα: ελάχ., 1ο τεταρτημόριο, 3ο τεταρτημόριο, μέγ.)



Πληθυσμός: Πρέπει να συλλέγονται στοιχεία από το σύνολο του πληθυσμού των νεογνών στα Νοσοκομεία. Με αυτόν τον τρόπο θα μπορούν να υπολογιστούν τόσο οι βασικοί όσο και οι υποδείκτες.

Δείγμα: Το δείγμα πρέπει να είναι αντιπροσωπευτικό του πληθυσμού-στόχου. Χρησιμοποιώντας απλές στατιστικές μεθόδους, ένα ελάχιστο δείγμα 865 ζευγών μητέρας-νεογνού αρκεί για να υπολογιστεί ένα 10% μη αποκλειστικού θηλασμού, το οποίο παρέχει περιθώριο σφάλματος περί τα $\pm 2\%$, με διάστημα εμπιστοσύνης 95%. Ο χρόνος που απαιτείται για τη συγκέντρωση του απαραίτητου μεγέθους του δείγματος πρέπει να υπολογίζεται βάσει του ετήσιου αριθμού τοκετών.

Συλλογή δεδομένων: Βασικές παράμετροι συλλογής δεδομένων:

- i) στον παρονομαστή περιλαμβάνονται όλα τα νεογνά που πληρούν τις προϋποθέσεις του παρονομαστή,
- ii) διάκριση των κατηγοριών θηλασμού με ορθότητα και ακρίβεια,
- iii) να συλλέγονται ξεχωριστά πληροφορίες σχετικά με τους λόγους που οδηγούν στη χρήση συμπληρωμάτων ή υποκατάστατων τροφών και να χρησιμοποιούνται για τη βελτίωση της ερμηνείας των αποτελεσμάτων.

Πηγή: Τα στοιχεία συλλέγονται μέσω μιας φόρμας συλλογής δεδομένων. Ο «υπεύθυνος συλλογής δεδομένων» καταχωρίζει τις πληροφορίες που αντλούνται με απευθείας ερωτήσεις στη μητέρα κατά τη διάρκεια της περιόδου αναφοράς. Κατά συνέπεια, πηγή της πληροφόρησης είναι η μητέρα.

Πηγή
δεδομένων

Πηγή
δεδομένων

Άτομο που συλλέγει τα δεδομένα: Το άτομο που συλλέγει τα δεδομένα κατά βάση δεν πρέπει να συνδέεται άμεσα με τη φροντίδα μητέρας-παιδιού προκειμένου να αποφεύγεται η μεροληπτική συλλογή πληροφοριών.

Σημείωση: Σε ορισμένες περιπτώσεις σε οδηγίες του ΠΟΥ προτείνεται η συλλογή δεδομένων π.χ. μέσω του πληροφοριακού συστήματος του Τμήματος Διατροφής του Νοσοκομείου, καθώς εκεί είναι καταγεγραμμένο ποιές γυναίκες ακολουθούν ειδική διατροφή λόγω θηλασμού.

Σημείωση: Η ανάκληση της μητέρας αποτελεί μια έγκυρη και αξιόπιστη μέθοδο συλλογής δεδομένων για τον υπολογισμό του χρονικού σημείου έναρξης του θηλασμού (8). Η ανάκληση σε διάστημα 24 ωρών αποτελεί τη συνιστώμενη μέθοδο σε επιδημιολογικές μελέτες, που αφορούν πληθυσμούς βρεφών με ευρύ φάσμα ηλικιών (9). Η υποβολή ερωτήσεων στη μητέρα είναι πιο αξιόπιστη αν η περίοδος από τον τοκετό έως τη συνέντευξη παραμένει εντός της φυσιολογικής διάρκειας (εξιτήριο στις 48-76 ώρες). Κατά συνέπεια, οι μητέρες πρέπει να υποβάλλονται στις αντίστοιχες ερωτήσεις κατά το χρονικό διάστημα από τον τοκετό έως τη στιγμή της συνέντευξης (βλ. παρακάτω).

Χρόνος καταγραφής: Οι πληροφορίες που ζητούνται από τη μητέρα είναι πάντα αναδρομικές. Τρεις είναι οι χρονικές στιγμές που απαιτούνται για την καταχώριση των πληροφοριών σχετικά με τον συγκεκριμένο δείκτη και τους σχετικούς υποδείκτες:

- Από 24 έως 48 ώρες μετά τον τοκετό.

Σε ορισμένες χώρες, η έξοδος γίνεται 48 ώρες μετά τον τοκετό. Σε αυτές τις περιπτώσεις θα πρέπει να εξετάζονται τα θέματα διασυνοριακών συγκρίσεων. Η συλλογή δεδομένων κατά τη διάρκεια των πρώτων 24 ωρών δεν συνιστάται. Ο λόγος για τον οποίο τα πρώτα δεδομένα δεν πρέπει να συλλέγονται πριν από τις πρώτες 24 ώρες ζωής είναι ότι ορισμένες φορές κατά τη διάρκεια του συγκεκριμένου χρονικού διαστήματος τα νεογνά κοιμούνται περισσότερες ώρες λόγω εξάντλησης.

- Κατά το εξιτήριο.

Το συγκεκριμένο χρονικό σημείο αποτελεί τυπικό χρονικό σημείο καταχώρισης δεδομένων ως εκ τούτου είναι βολικό για το προσωπικό του Νοσοκομείου, εφόσον συλλέγονται διάφορα δεδομένα ούτως ή άλλως.

- Μετά το εξιτήριο (μέσω τηλεφωνικών κλήσεων παρακολούθησης του θέματος). Ορισμένα Νοσοκομεία ακολουθούν πολιτική παρακολούθησης της πορείας της μητέρας είτε μέσω τηλεφωνικής ενημέρωσης είτε με κατ'οίκον επισκέψεις αρμοδίων υπαλλήλων, λίγες ημέρες μετά το εξιτήριο προκειμένου να τη βοηθήσουν ή να εξετάσουν και να αξιολογήσουν το αποτέλεσμα της προσπάθειας του Νοσοκομείου για την προώθηση του αποκλειστικού θηλασμού. Παρόλο που το φύλλο συλλογής δεδομένων του δείκτη δεν περιλαμβάνει ενότητα που να αντιστοιχεί σε αυτό το χρονικό σημείο, τα Νοσοκομεία τα οποία ούτως ή άλλως παρακολουθούν την πορεία των μητέρων μετά το εξιτήριο ενθαρρύνονται να συλλέγουν δεδομένα για τον αποκλειστικό θηλασμό στο πλαίσιο αυτής της διαδικασίας.

Εργαλείο συλλογής δεδομένων (Προσάρτημα: Εργαλείο συλλογής δεδομένων 1/2 και 2/2)

Προτείνεται η χρήση ενός φύλλου συλλογής δεδομένων με δύο ενότητες, μία προς συμπλήρωση κατά το χρονικό διάστημα μεταξύ των 24 και 48 ωρών από τον τοκετό και μία κατά το εξιτήριο. Το περιεχόμενο των ενοτήτων πρέπει να επικυρώνεται από τις χώρες ενώ θα πρέπει επίσης να ελέγχονται οι διαπολιτισμικές διαφορές.

Διάσταση του δείκτη	Επίπεδο ανταπόκρισης της διοίκησης στις ανάγκες της κοινότητας Επίπεδο ασθενοκεντρικής προσέγγισης
Τύπος δείκτη	Μέτρο έκβασης
Προσαρμογή/ διαστρωμάτωση	Μπορούν να ληφθούν υπόψη οι παθήσεις της μητέρας και του βρέφους, καθώς και τα χαρακτηριστικά του Νοσοκομείου (επίπεδο πολυπλοκότητας).
Υποδείκτες	<p>Αποκλειστικός θηλασμός από τη γέννηση ως το χρονικό διάστημα μεταξύ 24 και 48 ωρών μετά τη γέννηση <i>Αριθμητής:</i> Αριθμός των βρεφών που ακολούθησαν διατροφή με αποκλειστικό θηλασμό από τη γέννηση ως το χρονικό διάστημα μεταξύ 24 και 48 ωρών. <i>Παρονομαστής:</i> Ίδιος παρονομαστής με αυτόν που ορίζεται στον λειτουργικό ορισμό (βλ. παραπάνω).</p> <p>Αποκλειστικός θηλασμός κατά το εξιτήριο στο συνολικό πληθυσμό νεογνών <i>Αριθμητής:</i> Αριθμός βρεφών που θηλάζουν αποκλειστικά από τη γέννηση έως το εξιτήριο. <i>Παρονομαστής:</i> Συνολικός αριθμός νεογνών.</p> <p>Αποκλειστικός θηλασμός μετά το εξιτήριο Ορισμένα Νοσοκομεία συνεχίζουν να παρακολουθούν τηλεφωνικά τις μητέρες κατά τη διάρκεια της λοχείας. <i>Αριθμητής:</i> Αριθμός βρεφών που θηλάζουν αποκλειστικά από τη γέννηση έως και XXX ημέρες μετά το εξιτήριο. <i>Παρονομαστής:</i> Ίδιος παρονομαστής με αυτόν που ορίζεται στο λειτουργικό ορισμό (βλ. παραπάνω).</p>
Συναφείς δείκτες	Ποσοστό καισαρικών τομών
Ερμηνεία	<p>Τα υψηλότερα ποσοστά του δείκτη υποδηλώνουν περισσότερο ασθενοκεντρική προσέγγιση και υποστήριξη. Δεδομένου ότι από το δείκτη θηλασμού του PATH εξαιρούνται «πολύπλοκες» περιπτώσεις, η ερμηνεία μιας καλής πρακτικής θα πρέπει να περιλαμβάνει τουλάχιστον το 90% των περιπτώσεων.</p> <p>Τόσο ο ΠΟΥ όσο και η ΕΕ χρησιμοποιούν δείκτες που περιλαμβάνουν όλα τα βρέφη (1), γεγονός που σημαίνει ότι ένα μεγάλο μέρος των αποκλίσεων ενδέχεται να οφείλεται σε διαφορές στην πολυπλοκότητα του Νοσοκομείου. Ο δείκτης του προγράμματος PATH κατά συνέπεια ευνοεί την περαιτέρω συζήτηση και προσφέρεται για ερμηνεία, καθώς εξαιρεί τις «περίπλοκες» περιπτώσεις.</p> <p>Ωστόσο, αφού το φύλλο συλλογής δεδομένων περιλαμβάνει όλα τα περιστατικά, ο αναλυτής έχει την επιλογή να υπολογίσει τους δείκτες σύμφωνα με τις διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες, συμπεριλαμβάνοντας το συνολικό πληθυσμό των νεογνών. Προκειμένου να αποκτηθεί η πιστοποίηση της BFHI του ΠΟΥ/UNICEF απαιτείται ποσοστό αποκλειστικού θηλασμού τουλάχιστον 75%.</p>

Ερμηνεία	<p>Ο υποδείκτης του αποκλειστικού θηλασμού 48 ώρες μετά τη γέννηση μπορεί να χρησιμοποιηθεί στην περίπτωση που η διάρκεια παραμονής στο Νοσοκομείο ποικίλλει σημαντικά μεταξύ των Νοσοκομείων που εντάσσονται στο πρόγραμμα PATH. Το πλεονέκτημα αυτού του δείκτη είναι ότι η περίοδος αναφοράς έχει μικρότερη μεταβλητότητα.</p> <p>Τέλος, προτείνεται ένας δείκτης με μεγαλύτερη περίοδο αναφοράς για τα Νοσοκομεία που παρακολουθούν μέσω τηλεφώνου τις μητέρες και τα βρέφη μετά το εξιτήριο. Και σε αυτήν την περίπτωση, αυτό θα είναι χρήσιμο για συγκριτικούς σκοπούς μόνο εφόσον το χρονικό σημείο των κλήσεων είναι παρόμοιο σε όλα τα Νοσοκομεία.</p> <p>Επισημαίνεται ότι ο συγκεκριμένος δείκτης προτείνεται για να βολιδοσκοπήσει την ασθενοκεντρική προσέγγιση του Νοσοκομείου. Άλλοι σχετικοί δείκτες που μπορούν να φωτίσουν παρόμοιες πτυχές είναι η καισαρική τομή, η δερματική επαφή μετά τη γέννηση, η παραμονή του βρέφους στον ίδιο χώρο με τη μητέρα 24 ώρες την ημέρα κ.λ.π.</p> <p>Άλλες χρήσεις: Ο δείκτης αυτός του προγράμματος PATH μπορεί να συμπεριληφθεί στα υπάρχοντα περιφερειακά μητρώα παρακολούθησης της υγείας μητέρων και παιδιών.</p>
Κατευθυντήριες οδηγίες	<p>Βλ. Βιβλιογραφία</p>
Βιβλιογραφία	<p>(1) Fifty-fourth World Health Assembly. Infant and young child nutrition. World Health Assembly 54.2, Agenda item 13.1, 18 May 2001.</p> <p>(2) EU Project on Promotion of Breastfeeding in Europe. Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe: a blueprint for action. European Commission, Directorate Public Health and Risk Assessment, Luxembourg, 2004. It can be downloaded from: http://europa.eu.int/comm/health/ph_projects/2002/promotion/promotion_200218_en.htm</p> <p>(3) Fleisher Michaelson, K., Weaver, L. & Branca, F. Feeding and Nutrition of Infants and Young Children. Copenhagen: WHO Regional Publications, European series; No. 87, 2000.</p> <p>(4) Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Breast cancer and breastfeeding: collaborative reanalysis of individual data from 47 epidemiological studies in 30 countries, including 50302 women with breast cancer and 96973 women without the disease. Lancet. 2002;360(9328):187-95.</p> <p>(5) Rea MF. [Benefits of breastfeeding and women's health] J Pediatr (Rio J). 2004;80(5 Suppl):S142-6.</p>

Βιβλιογραφία	<p>(6) WHO, UNICEF and Wellstart International. Baby-friendly hospital initiative: revised, updated and expanded for integrated care. Section 1; Background and implementation.</p> <p>(7) WHO, UNICEF and Wellstart International. Baby-friendly hospital initiative: revised, updated and expanded for integrated care. Section 4, Hospital self-appraisal and monitoring.</p> <p>(8) Riordan JM, Koehn M. Reliability and validity testing of three breastfeeding assessment tools. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 1997 Mar-Apr;26(2):181-7.</p> <p>(9) WHO. Indicators for assessing breast-feeding practices (WHO/CDD/SER/91.14) Geneva, Switzerland: World Health Organization 1991.</p>
--------------	---

RATH 2009 δείκτης - Αποκλειστικός θηλασμός

Εργαλείο συλλογής δεδομένων 1/2

1. Νοσοκομείο:
2. Αρ. μητρώου βρέφους:

Διατροφή νεογνού μέχρι τη δεύτερη ημέρα

Συνέντευξη 24 - 48 ώρες μετά τον τοκετό

3. Ημ. τοκετού:
4. Ημ. συμπλήρωσης:
5. Ηλικία κύησης:
6. Βάρος κατά τη γέννηση:
8. 5-m Apgar:
7. φύλο:

Τοκετός και χρονικό διάστημα ακριβώς μετά τον τοκετό

9. Τύπος τοκετού:
- 1 κοιλτικός
- 2 καισαρική τομή και γενική αναισθησία
- 3 καισαρική τομή με περιοχική αναισθησία
- 4 άλλο (περιγράψτε): _____
10. Συνθήκες κινδύνου κατά τον τοκετό
- 1 Καμία
- 2 Ναι, ποιες (περιγράψτε);
- α. _____
- β. _____
- γ. _____

11. Διαδερμική επαφή αμέσως μετά τη γέννηση:

- 1 ναι
- 2 όχι
- 3 δε γνωρίζω

12. Εάν ναι:

- 1 για λιγότερο από 1 ώρα
- 2 για 1 ώρα ή περισσότερο
- 3 δε γνωρίζω

13. Εάν όχι, για ποιο λόγο;

- 1 δυσκολίες αναζωογόνησης βρέφους
- 2 επιπλοκές μητέρας
- 3 άλλο (περιγράψτε): _____

Θέση του μωρού από τον τοκετό μέχρι τις 48 ώρες

14.

- 1 ίδιος θάλαμος με τη μητέρα όλη την ώρα
 2 βρεφικός σταθμός/ θάλαμος παρατήρησης όλη την ώρα
 3 ίδιος θάλαμος και βρεφικός σταθμός/ θάλαμος παρατήρησης(1 & 2)
 4 μονάδα ειδικής φροντίδας
 5 άλλο _____

Διατροφή του μωρού από τον τοκετό μέχρι τις 48 ώρες

15. Μητρικό γάλα:

- 1 ναι
 2 όχι

16. Πως θηλάζεται το μωρό

- 1 άμεση επαφή με τη μητέρα
 2 μπουκάλι
 3 κούπα ή άλλο (περιγράψτε)

17. Συμπληρώματα διατροφής και άλλα

- 1 κανένα
 2 νερό
 3 σταγόνες ή σιρόπια με βιταμίνες, ιχνοστοιχεία και φάρμακα
 4 formula
 5 Οικιακή προετοιμασία ή άλλο (περιγράψτε):

18. Πώς χορηγήθηκαν τα συμπληρώματα ή οι τροφές υποκατάστασης;

- 1 μπουκάλι
 2 σύριγγα
 3 άλλο

19. Πόσες φορές χορηγήθηκαν τα συμπληρώματα ή οι τροφές υποκατάστασης;

- 1 _____

20. Λόγοι για συμπληρώματα ή τροφές υποκατάστασης

1 γαλακτοζαιμία

2 νόσος ως από οσμής ούρων
σφενδάμου (MSUD)

3 φαινυλκετονουρία

4 λοίμωξη HIV

5 εθισμός της μητέρας σε ναρκωτικά
(περιγράψτε): _____

6 άλλο (περιγράψτε): _____

21. Οποιοδήποτε πρόβλημα συνδέεται με τη θέση ή την προσέγγιση του τρόπου διατροφής του μωρού

22. Δράσεις, που έχουν αναληφθεί

PATH 2009 δείκτης - Αποκλειστικός θηλασμός

Εργαλείο συλλογής δεδομένων 2/2

1. Νοσοκομείο:

2. Αρ. μητρώου βρέφους:

Διατροφή νεογνού μέχρι το εξιτήριο

Συνέντευξη κατά το εξιτήριο

3. Ημ. τοκετού:

5. Ηλικία κύησης:

4. Ημ. Εξιτηρίου

6. Βάρος γέννησης:

8. 5-m Apgar:

7. Φύλο:

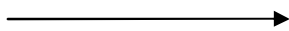
Διατροφή από τη γέννηση μέχρι το εξιτήριο

9. Έχετε θηλάσει το μωρό σας κατά τις τελευταίες 24 ώρες;

1

2

ναι
όχι



10. Έλαβε το μωρό σας μητρικό γάλα απευθείας από το στήθος, με μπουκάλι ή άλλο τρόπο;

1

2

3

άμεση επαφή με τη μητέρα
μπουκάλι
κούπα ή άλλο (περιγράψτε)

11. Έχει δοθεί στο μωρό σας οτιδήποτε άλλο εκτός από μητρικό γάλα κατά τις τελευταίες 24 ώρες; Τι;

1

όχι, δεν του χορηγήθηκαν συμπληρώματα

2

3

νερό
σταγόνες ή σιρόπια με βιταμίνες, ιχνοστοιχεία και φάρμακα

4

formula

5

οικιακή προετοιμασία ή άλλο (περιγράψτε):

6

δε γνωρίζω

12. Πώς χορηγήθηκαν τα συμπληρώματα ή οι τροφές υποκατάστασης;

- 1 μπουκάλι
 2 σύριγγα
 3 άλλο

13. Γιατί δόθηκαν στο μωρό σας συμπληρώματα;

- 1 Εγώ το ζήτησα
 2 Τα πρότεινε το προσωπικό, αλλά δεν γνωρίζω γιατί
 3 Τα πρότεινε το προσωπικό, λόγω
 (περιγράψτε):

- 4 Άλλο (παρακαλώ πείτε μας γιατί):

Τοκετός και χρονικό διάστημα ακριβώς μετά τον τοκετό

14. Ποιον τύπο τοκετού είχατε;

- 1 κολπικό
 2 καισαρική τομή με γενική αναισθησία
 3 καισαρική τομή με περιοχική αναισθησία
 4 άλλο (περιγράψτε): _____

15. Πόση ώρα μετά τον τοκετό κρατήσατε για πρώτη φορά το μωρό σας;

- 0 δεν το κράτησα (πηγαίνετε στο 19)
 1 αμέσως μετά τον τοκετό
 2 _____ λεπτά μετά τη τοκετό
 3 δε γνωρίζω

16. Πώς κρατήσατε το μωρό σας την πρώτη φορά;

- 1 διαδερμική επαφή
 2 τυλιγμένο χωρίς ιδιαίτερη διαδερμική
 επαφή
 3 χωρίς επαφή



17. Γιατί;

18. Περίπου για πόσο χρονικό διάστημα κρατήσατε το μωρό σας αυτή την πρώτη φορά;

- 1 λεπτά
2 δε γνωρίζω

Θέση του μωρού από τον τοκετό μέχρι τις 48 ώρες

19. Που ήταν το μωρό σας, όταν ήσασταν στο νοσοκομείο, μετά τον τοκετό;

- 1 Το μωρό μου ήταν μαζί μου ημέρα και νύχτα
2 Υπήρχαν φορές, που το μωρό μου δεν ήταν μαζί μου (βρεφικός σταθμός/ θάλαμος παρατήρησης)
3 Το μωρό μου ήταν συνεχώς στο βρεφικό σταθμό/ θάλαμο παρατήρησης
4 Το μωρό μου ήταν συνεχώς σε μονάδα ειδικής φροντίδας
5 άλλο: _____

20. Οποιοδήποτε πρόβλημα συνδέεται με τη θέση ή την προσέγγιση του τρόπου διατροφής του μωρού

21. Δράσεις που έχουν αναληφθεί