

Κριτήρια ποιότητας νοσηλευτικής φροντίδας στις μονάδες εντατικής θεραπείας

Δημήτρης Ε. Παπαγεωργίου

Νοσηλεύτης ΠΕ, MSc, PhD, Γραφείο Εκπαίδευσης, ΓΝΑ «Γ. Γεννηματάς», Αθήνα

Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Γ. Γεννηματάς»

ΠΕΡΙΛΗΨΗ Οι μονάδες εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ) αποτελούν πολυ-λειτουργικά τμήματα των νοσοκομείων, πλαισιωμένα όχι μόνο από εξειδικευμένο προσωπικό αλλά και από υψηλή υλικοτεχνική υποδομή. Σκοπός του παρόντος άρθρου είναι να δοθεί έμφαση στην ανάγκη αξιολόγησης της αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας της παρεχόμενης σε αυτούς τους χώρους φροντίδας. Η εν λόγω αξιολόγηση είναι επιτεύξιμη στη βάση τεσσάρων προσδιοριστικών παραγόντων που επηρεάζουν την παροχή ποιοτικής νοσηλευτικής φροντίδας σε ΜΕΘ. Οι παράγοντες αυτοί σχετίζονται με τον έλεγχο και τη διασφάλιση της ποιότητας, τη σχέση κόστους και αποτελέσματος, τη διαδικασία ανάρρωσης του ασθενούς και τις ηθικές αρχές συμπεριφοράς των νοσηλευτών εντατικής θεραπείας. (α) Ο έλεγχος της ποιότητας αφορά στο συστηματικό προσδιορισμό και στην αξιολόγηση των παραγόντων εκείνων που επηρεάζουν την παροχή ποιοτικής φροντίδας στον ασθενή. Από την άλλη, η διασφάλιση της ποιότητας αφορά στη σύγκριση της παρεχόμενης φροντίδας σε σχέση με τις προ της νοσηλείας προσδοκίες των ασθενών. (β) Η διερεύνηση του όρου «κόστος» της εντατικής θεραπείας αφορά στην ανάγκη εξέτασης του εάν η οικονομική δαπάνη που σπαταλάται σε ΜΕΘ συνοδεύεται και από την παροχή πραγμα-

Quality criteria for nursing care at intensive care units

Dimitrios E. Papageorgiou

RN, MSc, PhD, Educational Office, "G. Genimatas" General Hospital of Athens, Athens, Greece

"G. Genimatas" General Hospital of Athens

ABSTRACT Intensive care units (ICU) are multi-functional apartments of hospitals surrounding from expert staff and high-quality machinery. The aim of the present article is to emphasize the need of assessing both efficacy and productivity of the care provided in such apartments. That assessment may be succeeded on the basis of four determinative considerations which are influential for nurses in providing quality ICU care; these refer to quality control and assurance; the relationship between cost and effectiveness of care; the procedures of patients' convalescence; and the ethical principles followed by ICU nurses. First, quality control relates to the systematic definition and assessment of those factors which influence the supply of quality care to patients. On the other hand, quality assurance refers to the comparison between hopes of patients before hospitalization and the kind of care they finally get when hospitalized. The investigation of the factor "cost" of ICU care aims to find out if the economic expenditure spent to ICU is accompanied with the provision of effective care to patients. Third, the detailed attention to convalescence procedures is associated with the possibility of nurses' being successful in estimation, diagnosis or remedy procedures of patients' illness; in providing counseling

τικά αποτελεσματικής φροντίδας στους ασθενείς. (γ) Η λεπτομερής παρακολούθηση των διαδικασιών ανάρρωσης των ασθενών σχετίζεται με τη δυνατότητα των νοσηλευτών να είναι αποτελεσματικοί στην εκτίμηση, διάγνωση ή/και θεραπεία της ασθένειας, με την παροχή συμβουλευτικής και ψυχολογικής υποστήριξης τόσο στον ίδιο τον ασθενή όσο και στην οικογένειά του και με τη συλλογή πληροφοριών γύρω από ποικίλα προβλήματα που αυτοί αντιμετωπίζουν, μακροχρόνια ή βραχυχρόνια. Τέλος, (δ) η ηθική αφορά στη γνώση των βασικών εκείνων αρχών στις οποίες πρέπει να στηρίζονται οι νοσηλευτές οποτεδήποτε χρειαστεί να λάβουν αποφάσεις που άπτονται ηθικών ζητημάτων.

Λέξεις-κλειδιά:

- Μονάδα εντατικής θεραπείας • Νοσηλευτική φροντίδα
- Αποτελεσματικότητα φροντίδας • Ποιοτικά κριτήρια

Υπεύθυνος αλληλογραφίας

Δημήτρης Ε. Παπαγεωργίου
Αροανίων 12-14, 115 22 Αμπελόκηποι, Αθήνα
Τηλ. 210-64 27 265, 6938 35 88 90
E-mail: dimpapageorgiou@tpp24.gr

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ανάπτυξη της εντατικής θεραπείας ξεκίνησε τη δεκαετία του 1950 και από τότε η ειδικότητα αυτή διαρκώς εξελίσσεται. Παράλληλα, παρατηρείται και ανάλογη εξέλιξη στους προσδιοριστικούς παράγοντες που χαρακτηρίζουν μια μονάδα εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ).

Η εντατική θεραπεία έχει ερμηνευθεί ποικιλοτρόπως. Έχουν δοθεί ορισμοί, οι οποίοι περιγράφουν με κατανοητό τρόπο αλλά και με ακρίβεια την εικόνα της εντατικής θεραπείας. Παρά τις όποιες διαφορές τους, οι ορισμοί αυτοί φαίνεται να μοιράζονται ορισμένα κοινά σημεία. Έτσι, εντατική θεραπεία σημαίνει προσφορά φροντίδας σε ασθενείς που:

- Βιώνουν κυριαρχικά μη αναστρέψιμες καταστάσεις
- Απαιτούν στενή παρακολούθηση
- Απαιτούν εξειδικευμένες θεραπείες, οι οποίες δεν είναι δυνατόν να προσφερθούν σε οποιοδήποτε άλλο κλινικό περιβάλλον
- Παρουσιάζουν ανεπάρκεια ή διακοπή λειτουργίας κάποιου οργάνου, όπως πνευμόνων ή καρδιάς.

Προκειμένου να επιτευχθούν τα παραπάνω, η ΜΕΘ θα πρέπει να διαθέτει την κατάλληλη υλικοτεχνική υποδομή και στελέχωση, έτσι ώστε οι ικανότητες του

and psychological support to patients and their families as well as in gathering information about various problems that they face, either long or short-term. Finally, ethics refers to the acknowledgement of those basic principles which nurses should follow whenever the ethics of their decisions are doubtful.

Key words:

- Intensive care unit • Nursing care
- Effective care • Quality criteria

Corresponding author

Dimitrios E. Papageorgiou
12-14 Aroanion street, GR-115 22 Ampelokipi, Athens, Greece
Tel. +30 210-64 27 265, 6938 35 88 90
E-mail: dimpapageorgiou@tpp24.gr

εξειδικευμένου προσωπικού και η τεχνολογία να μπορούν επιτυχώς να συνδυαστούν προς όφελος της ποιότητας φροντίδας των ασθενών που βρίσκονται σε κρίσιμη κατάσταση.

Από την άλλη, εντατική θεραπεία σημαίνει εντατική εργασία από πλευράς προσωπικού καθώς και υψηλό κόστος για τους ασθενείς, μεταφρασμένο είτε ως οικονομικός όρος είτε ως σωματική και πνευματική εξάντληση (καταπόνηση), προσφέροντας στις περισσότερες των περιπτώσεων περιορισμένο και μόνον όφελος. Επιπρόσθετα, λίγες ερευνητικές εργασίες έχουν γίνει σχετικά με την αξιολόγηση της σχέσης κόστους και οφέλους του ασθενούς από την παροχή σε αυτόν εντατικής θεραπείας. Μέχρι προσφάτως δεν έχουν διαμορφωθεί κατευθυντήριες γραμμές όσον αφορά στο ποιος ασθενής θα έπρεπε ή μη να εισάγεται σε μια τέτοια μονάδα, ποια θεραπεία είναι απαραίτητη σε κάθε περίπτωση και για πόσο χρονικό διάστημα θα πρέπει αυτή να παρατείνεται. Συνήθως, οι διάφοροι επαγγελματίες που εργάζονται σε μια μονάδα ακολουθούν και διαφορετικές αρχές, τεχνικές και πιστεύω, παρεκκλίνοντας αρκετές φορές από την ποιοτική ή ηθική οδό της φροντίδας του ασθενούς. Μια έρευνα για την εντατική θεραπεία, που πραγματοποιήθηκε στο Ηνωμένο Βασίλειο,¹ έδειξε ότι

υπάρχει σοβαρή έλλειψη αξιολόγησης της θεραπείας αυτής από τους ίδιους τους εργαζόμενους. Μάλιστα, κατέληξε στο συμπέρασμα ότι είναι απαραίτητο για όλους όσους εργάζονται σε ΜΕΘ να συλλέγουν και να αξιολογούν τα δεδομένα τους όσον αφορά στο κλινικό αποτέλεσμα και το κόστος της θεραπείας που προσφέρουν γενικά αλλά και εξατομικευμένα, προκειμένου τελικά να προχωρούν σε έλεγχο και αξιολόγηση συγκεκριμένων πρακτικών και μεθόδων που χρησιμοποιούν κατά κόρον καθημερινά.

Οι νοσηλευτές ΜΕΘ συχνά αναλαμβάνουν την ευθύνη παροχής φροντίδας υψηλής ποιότητας, βασιζοντας την πρακτική τους σε επαγγελματικά πρότυπα ηθικής συμπεριφοράς. Καθημερινά αντιμετωπίζουν ηθικά και δεοντολογικά προβλήματα. Ηθικά προβλήματα προκύπτουν κυρίως μεταξύ νοσηλευτών και ασθενών (π.χ. πατερναλιστική συμπεριφορά νοσηλευτών, εξαπάτηση, παραβίαση εμπιστευτικότητας, μη πληροφορημένη συναίνεση), μεταξύ νοσηλευτών και γιατρών (π.χ. διαφωνίες για την προτεινόμενη θεραπευτική αγωγή, συγκρούσεις που αφορούν στο ρόλο του νοσηλευτή), μεταξύ νοσηλευτών και άλλων νοσηλευτών (π.χ. απαίτηση πίστης, ανεπάρκεια του νοσηλευτή) και, τέλος, μεταξύ νοσηλευτών και πολιτικής του Οργανισμού και της Πολιτείας (π.χ. έλλειψη προσωπικού, κατανομή οικονομικών πόρων). Όλα αυτά τα προβλήματα διαρκώς εντείνονται καθώς η τεχνολογία προοδεύει προσφέροντας περισσότερες δυνατότητες βελτίωσης της φροντίδας του ασθενούς.

Μια από τις κυριότερες υπευθυνότητες των νοσηλευτών των ΜΕΘ είναι η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας της παρεχόμενης φροντίδας ή, με άλλη διατύπωση, κατά πόσο θα μπορούσε η φροντίδα αυτή να χαρακτηριστεί ως ποιοτική ή μη. Στη συνέχεια, θα αναφερθούν τέσσερις προσδιοριστικοί παράγοντες της ποιότητας της εντατικής θεραπείας, οι οποίοι σχετίζονται με τον έλεγχο και τη διασφάλιση της ποιότητας, τη σχέση κόστους και αποτελέσματος, τις διαδικασίες ανάρρωσης του ασθενούς και τις ηθικές αρχές συμπεριφοράς των νοσηλευτών εντατικής θεραπείας.

ΕΛΕΓΧΟΣ ΚΑΙ ΔΙΑΣΦΑΛΙΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ

Με τον όρο «έλεγχος της ποιότητας» εννοούμε το συστηματικό προσδιορισμό και την αξιολόγηση των παραγόντων εκείνων που επηρεάζουν την παροχή καλής φροντίδας στον ασθενή.² Η διασφάλιση της ποιότητας,

από την άλλη, περιγράφεται από τη Shaw ως η μέτρηση της παρεχόμενης φροντίδας σε σύγκριση με τις προσδοκίες των ασθενών, με κύριο στόχο και πρόθεση τη διόρθωση των διαπιστευμένων αδυναμιών της φροντίδας αυτής.^{3,4} Ένας άλλος ορισμός της διασφάλισης της ποιότητας προσθέτει ότι πρόκειται για ένα σύνολο ενεργειών, οι οποίες –ορθά εκτελούμενες– θα μπορούσαν να παράγουν ένα προϊόν ή μια υπηρεσία που θα συμβαδίζει με κάποια θεσμοθετημένα δεδομένα ποιότητας μέσα σε συγκεκριμένα τοπικά και χρονικά πλαίσια.²

Τρία επίπεδα διασφάλισης της ποιότητας έχουν διατυπωθεί: το προ-ενεργητικό, όπου προσδιορίζονται απλώς τα δεδομένα ή οι στόχοι της φροντίδας, το ενεργητικό, όπου γίνεται ο έλεγχος της ποιότητας της φροντίδας, και το ανατροφοδοτικό, όπου διενεργείται η αξιολόγηση του επιπέδου της πρακτικής των νοσηλευτών.³⁻⁵

Σύμφωνα με τη φιλοσοφία του Donabedian,^{6,7} η ποιότητα είναι ένα ιδανικό διττής φύσεως, η επίτευξη του οποίου κρίνεται από την ικανοποίηση και των δύο συστατικών μερών του, δηλαδή και του τεχνικού και του διαπροσωπικού. Πρόκειται, επομένως, για μια διαδικασία αλληλεπίδρασης, όπου ισότιμο ρόλο παίζουν τόσο οι επιστημονικές γνώσεις των νοσηλευτών όσο και ο τρόπος χειρισμού αυτών των γνώσεων, αλληλεπιδρώντας με τους ασθενείς και δημιουργώντας –μέσω ενός κλίματος εμπιστοσύνης και ανταλλαγής απόψεων και ιδεών– μια καλή διαπροσωπική σχέση με αυτούς.

Ο Maxwell⁸ παρουσίασε έξι κύριες διαστάσεις της έννοιας της ποιότητας, τις οποίες αργότερα υιοθέτησαν και οι Redfern και Norman.⁵ Έτσι, η ποιότητα διακρίνεται στις παρακάτω επιμέρους έννοιες: προσιτότητα, ισότητα, καταλληλότητα, κοινωνική αποδοχή, αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα. Η προσέγγιση αυτή συγκεκριμενοποιεί το είδος της φροντίδας που πρέπει να παρέχεται με βάση τις ανάγκες του ασθενούς. Εντούτοις, τέτοιου είδους προσέγγιση παρουσιάζει προβλήματα εφαρμογής στην περίπτωση της εντατικής θεραπείας του ασθενούς, καθώς τα κριτήρια που μόλις αναφέρθηκαν μπορεί να έχουν διαφορετική διάσταση σε διάφορες καταστάσεις ασθενών. Για παράδειγμα, το επιθυμητό αποτέλεσμα της θεραπείας μπορεί να κυμαίνεται από την ανάκτηση των αισθήσεων ή την ανάρρωση, όταν ο ασθενής εισάγεται στη ΜΕΘ, ως έναν ήρεμο και αξιοπρεπή θάνατο, όταν η ανάρρωση δεν είναι πλέον δυνατή.

Είναι γενικότερα αποδεκτό ότι η ποιότητα στη Νοσηλευτική σχετίζεται με δύο κύριες προσεγγίσεις. Η πρώτη είναι η αντικειμενική ποσοτική μέτρηση της φροντίδας, δηλαδή η διαμόρφωση κριτηρίων ποιότητας, και η δεύτερη είναι η ποιοτική ανάλυση της έννοιας της φροντίδας. Η αντικειμενική ποσοτική μέτρηση της φροντίδας αφορά στη θέσπιση και λειτουργία μέτρων και κριτηρίων της ποιότητας της εντατικής θεραπείας για θέματα όπως οι ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις ουροποιητικού, αναπνευστικού ή κεντρικού νευρικού συστήματος, η εκδήλωση παραπόνων ή ικανοποίησης, οι προσπάθειες ανακούφισης του πόνου, η μείωση του ποσοστού χορήγησης ναρκωτικών ουσιών και η πρόκληση τραυματισμών του ασθενούς από λανθασμένους χειρισμούς των νοσηλευτών.

Η μέτρηση της ποιότητας αποτελεί ένα σύνθετο και δυσεφάρμοστο έργο. Πόσο μάλλον στη Νοσηλευτική, όπου πολλές από τις νοσηλευτικές ικανότητες είναι δύσκολο να ελεγχθούν αναφορικά με την ποιότητά τους, αλλά και στη συνέχεια να αξιολογηθούν, αφού και ο έλεγχος και η αξιολόγησή τους υπόκεινται σε κρίσεις υποκειμενικές, που επηρεάζονται από τις αντιλήψεις του καθενός. Γιατί ποιότητα δεν σημαίνει μόνο ικανοποίηση του ασθενούς, αλλά και ταυτόχρονη ικανοποίηση των αρχών της ισότητας, της προσιτότητας, της αποδεκτικότητας, της καταλληλότητας και της αποτελεσματικότητας της φροντίδας, αρχές που υπογραμμίζουν ότι η υψηλής ποιότητας φροντίδα ή, πιο συγκεκριμένα, η υψηλής ποιότητας νοσηλευτική φροντίδα επηρεάζεται πρωταρχικά από τις αξίες του κοινωνικού συνόλου και όχι μόνο από τις στενά ατομικές αξίες του κάθε ασθενούς.⁵

Γεγονότα τα οποία –εξεταζόμενα από ποσοτικής πλευράς– θα μπορούσαν να λειτουργήσουν ως αντικειμενικά μέτρα και κριτήρια της ποιότητας της εντατικής θεραπείας είναι διάφορα. Θα μπορούσαμε να ξεχωρίσουμε ορισμένα από αυτά, όπως είναι η αναλογία ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων ουροποιητικού, αναπνευστικού ή κεντρικού νευρικού συστήματος, η εκδήλωση παραπόνων ή ικανοποίησης από τους ασθενείς και το συγγενικό τους περιβάλλον, οι προσπάθειες ανακούφισης του πόνου των ασθενών χρησιμοποιώντας ποικίλες μεθόδους, το ποσοστό λανθασμένης χορήγησης ναρκωτικών ουσιών, καθώς και η πρόκληση τραυματισμών του ασθενούς από λανθασμένους χειρισμούς των νοσηλευτών.⁵

Η ποιοτική ανάλυση της έννοιας της φροντίδας αφορά στη διαμόρφωση κάποιων δεδομένων φροντίδας, δηλαδή ορισμένων αποδεκτών επιπέδων λειτουργίας των νοσηλευτών. Ο Donabedian,^{6,9} αξιολογώντας την ποιότητα της ιατρικής φροντίδας, διέκρινε τρεις κύριες κατηγορίες παραγόντων αυτής: τους δομικούς, τους διαδικαστικούς και τους παράγοντες του αποτελέσματος. Η δομή περιλαμβάνει τη δόμηση και οργάνωση του χώρου παροχής της φροντίδας και του προσωπικού. Η διαδικασία αναφέρεται στον τρόπο παροχής της φροντίδας, στις αξίες και τη γενικότερη φιλοσοφία των επαγγελματιών υγείας, καθώς και στον τρόπο οργάνωσης της φροντίδας. Τέλος, το αποτέλεσμα της φροντίδας περιλαμβάνει έννοιες όπως η επιβίωση του ασθενούς, η ποιότητα ζωής του και η σχετική ικανοποίησή του από τη φροντίδα που του παρασχέθηκε. Η προσέγγιση αυτή του Donabedian έχει βοηθήσει στην ανάπτυξη παραγόντων φροντίδας, οι οποίοι έχουν χρησιμοποιηθεί από ποικίλες ομάδες επαγγελματιών υγείας και φυσικά και από νοσηλευτές.

Ωστόσο, η εντατική θεραπεία εμφανίζει ορισμένες ιδιαιτερότητες όσον αφορά στον έλεγχο της ποιότητάς της, που καθιστούν την όλη προσπάθεια ακόμα πιο σύνθετη. Τέτοιες ιδιαιτερότητες αποτελούν η ανομοιογένεια των ασθενών μιας ΜΕΘ και η δυσκολία εύρεσης συνδετικών στοιχείων μεταξύ συγκεκριμένων θεραπειών και τελικής επιβίωσης ή ανάρρωσης του ασθενούς. Οι Price & Mason¹⁰ υποστήριξαν ότι υπάρχουν συγκεκριμένες τεχνικές που μπορούν να ελέγξουν την ποιότητα της εντατικής θεραπείας. Πιο συγκεκριμένα, πρότειναν την καταγραφή από το νοσηλευτή των παρατηρούμενων αντιδράσεων του ασθενούς, η οποία θα πρέπει κατ' αυτούς να απασχολεί το 20% του συνολικού χρόνου της βάρδιας ενός νοσηλευτή. Άλλες παρόμοιες μέθοδοι, που θα μπορούσαν να λειτουργήσουν ως πηγή δεδομένων για τη διαμόρφωση ποιοτικών κριτηρίων της εντατικής θεραπείας, είναι η συνέντευξη των ασθενών (όσων βέβαια επικοινωνούν), η βιντεοσκόπηση της μονάδας, συνεντεύξεις με το νοσηλευτικό, ιατρικό και βοηθητικό προσωπικό, καθώς και με το οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον των ασθενών.¹⁰

ΣΧΕΣΗ ΚΟΣΤΟΥΣ ΚΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ

Η αύξηση του κόστους της εντατικής θεραπείας έχει προκαλέσει την ανάγκη της εξέτασης της οικονομικής αυτής δαπάνης υπό το φως της αποτελεσματικότητας της φροντίδας του ασθενούς. Το τελικό κέρδος της πα-

ράτασης της ζωής του ασθενούς –όταν φυσικά πρόκειται για ποιοτική ζωή– πρέπει να αξιολογείται σε σύγκριση με το τεράστιο κόστος της απαιτούμενης θεραπείας.^{11,12} Πιο συγκεκριμένα, το χρονικό διάστημα επιβίωσης των ασθενών μετά από την απομάκρυνσή τους από τη ΜΕΘ και η ποιότητα ζωής των επιζώντων είναι παράγοντες-κλειδιά στη σύγκριση αυτή. Κατά τον Dragsted,¹³ ποιοτική εντατική θεραπεία μπορεί να θεωρηθεί εκείνη που συνεπάγεται:

- Βελτίωση των διαδικασιών φροντίδας, που με τη σειρά τους οδηγούν σε βελτίωση της ποιότητας της εντατικής θεραπείας
- Τροποποιήσεις στην εκπαίδευση νοσηλευτών ΜΕΘ
- Μείωση του οικονομικού κόστους για το ευρύτερο κοινωνικό σύνολο
- Αυξημένη αποδοτικότητα της μονάδας, ως αποτέλεσμα καλύτερου ελέγχου και οργάνωσης αυτής.

Οι Purno et al¹⁴ διερεύνησαν τη σχέση δαπανών νοσηλείας και μακροχρόνιας επιβίωσης μεταξύ ασθενών εντατικής θεραπείας και ασθενών γενικά σε νοσοκομεία των ΗΠΑ. Ο μέσος όρος της ολικής δαπάνης ήταν πέντε φορές μεγαλύτερος για ασθενείς της ΜΕΘ και η θνητότητα έφθανε το 17,3%, σε σύγκριση με το 3,4% των ασθενών της δεύτερης κατηγορίας. Το ποσοστό των ασθενών που εξακολουθούσαν να επιζούν δύο χρόνια μετά από το εξιτήριό τους ανήλθε στο 83% για τους ασθενείς της ΜΕΘ και στο 89% για τους άλλους, υποθέτοντας έτσι ότι, στην περίπτωση που οι ασθενείς επιζήσουν κατά τη διάρκεια της παραμονής τους στο νοσοκομείο, η πιθανότητα μιας λογικής παράτασης της ζωής τους είναι αρκετά μεγάλη. Εντούτοις, παρατηρήθηκε διακύμανση των αποτελεσμάτων αυτών ανάλογα με το φύλο και την ηλικία των εξεταζόμενων ασθενών, γεγονός που προκαλεί αμφιβολίες για την εγκυρότητα της έρευνας.¹⁴

Σε μια άλλη έρευνα, αυτή τη φορά στην Αγγλία, έγινε σύγκριση της επιβίωσης και του χρόνου παράτασης της ζωής των ασθενών δύο διαφορετικών ΜΕΘ. Τα ποσοστά θνητότητας την περίοδο του εξιτηρίου ήταν 15% και 25% για κάθε μονάδα, σε σύγκριση με τα ποσοστά των 38% και 31%, αντίστοιχα, κατά τη χρονική περίοδο των 6 μηνών μετά από την εισαγωγή των ασθενών στις μονάδες. Τα ποσοστά αυτά, βέβαια, επηρεάστηκαν σε μεγάλο βαθμό από τη σοβαρότητα της κατάστασης των ασθενών και την ηλικία τους.

Οι Sage et al,¹⁵ σε μια μελέτη με δείγμα 337 ασθενών ΜΕΘ, οι οποίοι εισήχθησαν σε αυτή είτε ως επείγοντα περιστατικά είτε επιλεκτικά, βρήκαν ότι η πρώτη ομάδα ασθενών, η οποία δεν επέζησε παρά μόνο για σύντομο χρονικό διάστημα, δέχθηκε και την υψηλότερη σε κόστος φροντίδα, καθώς χρησιμοποιήθηκαν αμέσως όλες οι δυνατές παροχές και μηχανήματα, τα οποία –όπως εξυπακούεται– συνεπάγονται και υψηλό κόστος συντήρησης και λειτουργίας.

Με λίγα λόγια, το κόστος σχετίζεται άμεσα με τη σοβαρότητα της νόσου, το χρόνο παραμονής του αρρώστου στη ΜΕΘ και την ένταση της θεραπείας. Όπως παρατήρησαν και οι Detsky et al,¹⁶ δύο είναι οι κατηγορίες των ασθενών με το υψηλότερο κόστος φροντίδας και παράλληλα με ελάχιστη πιθανότητα επιβίωσης: εκείνοι που επέζησαν παρά την αρχική διάγνωση ότι θα πέθαιναν κι εκείνοι που τελικά απεβίωσαν αν και αναμενόταν ότι θα επιζήσουν.

Αρκετοί ερευνητές έχουν ασχοληθεί με την ποιότητα ζωής των ασθενών εκείνων που καταφέρνουν τελικά να επιζήσουν μετά από ένα χρονικό διάστημα παραμονής σε ΜΕΘ. Για παράδειγμα, σε μια τέτοια μελέτη των Shield et al¹⁷ βρέθηκε ότι το 1/3 των ασθενών παρουσίασε προβλήματα ανεργίας, διεκπεραίωσης των καθημερινών εργασιών του σπιτιού, καθώς και σεξουαλικά προβλήματα. Σχεδόν οι μισοί είχαν δυσκολίες ενεργού ενασχόλησης με τα προσωπικά τους ενδιαφέροντα, αδυνατούσαν να πάνε διακοπές ή εμφάνιζαν προβλήματα κοινωνικοποίησης.¹⁷

Στην έρευνα των Sage et al¹⁵ βρέθηκε ότι η ποιότητα ζωής των 140 ασθενών που συμπλήρωσαν ερωτηματολόγια 16–20 μήνες μετά την έξοδό τους από τη ΜΕΘ ήταν πάρα πολύ καλή. Βέβαια, το ποσοστό αυτό αποτελούσε μόνο το 41% του αρχικού δείγματος των 337 ασθενών, σε σύγκριση με το 11% των ασθενών που απεβίωσαν εκτός μονάδας.¹⁵ Σε μια άλλη έρευνα με δείγμα 2213 ασθενείς, η κατηγοριοποίηση των ασθενών έγινε με βάση το λειτουργικό τους επίπεδο πριν από την εισαγωγή στη ΜΕΘ και βρέθηκε ότι η θνητότητα σχετιζόταν σε μεγάλο βαθμό με το συγκεκριμένο επίπεδο. Εντούτοις, διαπιστώθηκε ότι η ενεργητικότητα των ασθενών μειώθηκε στο 74% αυτής που είχαν πριν εισαχθούν στο νοσοκομείο, παρά το γεγονός ότι 60% των ασθενών επέστρεψαν στην προηγούμενη εργασία τους.¹⁸ Παρόμοια ήταν και τα αποτελέσματα της έρευνας των Zaren και Hedstrand, που βρήκαν ότι όσοι ασθενείς εργαζόνταν πριν από την εισαγωγή τους στη

ΜΕΘ είχαν επιστρέψει στη δουλειά τους μέσα στο χρονικό διάστημα του ενός έτους και, τελικά, συμπέραναν ότι δεν παρατηρείται μεγάλη επιδείνωση της ποιότητας ζωής των επιζώντων μιας νοσηλείας σε ΜΕΘ. Τέλος, σύμφωνα με τους Dragsted και Onist, το λειτουργικό αποτέλεσμα της εντατικής θεραπείας των ασθενών εξαρτάται από την ηλικία τους, καθώς και από τη χρονική διάρκεια εκδήλωσης της νόσου τους.¹⁹

Απ' ό,τι φάνηκε από τις προαναφερθείσες μελέτες, ανεξάρτητα από τις ομάδες των ασθενών που εξετάστηκαν και τα κριτήρια προσδιορισμού της έννοιας «ποιότητα ζωής», προκύπτουν ορισμένα κοινά συμπεράσματα. Έτσι, η ποιότητα ζωής αναφορικά με την ενεργητικότητα και την ανεύρεση εργασίας μετά από την παραμονή στη ΜΕΘ είναι σε μεγάλο ποσοστό επιτεύξιμη. Από την άλλη, υπάρχουν ισχυρές ενδείξεις ότι οι ασθενείς με περιορισμένη ποιότητα ζωής και πριν από την εισαγωγή τους στη ΜΕΘ, είτε λόγω χρόνιων προβλημάτων υγείας είτε λόγω ηλικίας, είναι λιγότερο πιθανό να ανακτήσουν ένα αποδεκτό επίπεδο λειτουργίας αργότερα και, αντίθετα, έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να χάσουν τη μάχη με τη ζωή μόλις φύγουν από τη ΜΕΘ.

ΑΝΑΡΡΩΣΗ ΚΑΙ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΕΚΤΟΣ ΜΕΘ

Μέχρι πρόσφατα, λίγες ερευνητικές προσπάθειες έχουν γίνει για τον εντοπισμό και την παρακολούθηση προβλημάτων σε ασθενείς μετά από την έξοδό τους από τη ΜΕΘ.

Στη Μεγάλη Βρετανία, αρκετές ΜΕΘ δημιουργούν κλινικές αποκατάστασης για τους ασθενείς που νοσηλεύτηκαν για μια χρονική περίοδο –μικρή ή μεγάλη– στις ΜΕΘ αυτές. Ο σκοπός των ανωτέρω κλινικών είναι διπλός. Η μία λειτουργία είναι η δυνατότητα εκτίμησης, διάγνωσης, θεραπείας, συμβουλευτικής και υποστήριξης του ασθενούς και της οικογένειάς του. Η άλλη λειτουργία είναι η δυνατότητα συλλογής πληροφοριών γύρω από συγκεκριμένα προβλήματα –μακροχρόνια ή βραχυχρόνια– σχετιζόμενα πάντως με τις θεραπευτικές παρεμβάσεις που χρησιμοποιήθηκαν στη ΜΕΘ, και η τελική αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας της εντατικής θεραπείας.²⁰

Με δυο λόγια, το κατά πόσο είναι ποιοτική ή μη η φροντίδα των ασθενών σε μια ΜΕΘ εξαρτάται από το πλήθος των προβλημάτων που εμφανίζουν οι ασθενείς

μετά την απομάκρυνσή τους από αυτή. Τέτοιου είδους προβλήματα θα μπορούσαν να είναι:

- Σωματικά: Απώλεια βάρους και χαλάρωση μυών από αδράνεια, καταβολισμό και περιορισμένη διατροφή, μειωμένη αναπνευστική λειτουργία, ανεπιθύμητες ενέργειες από την ενδοτραχειακή διασωλήνωση ή την τραχειοστομία, νευρολογικά προβλήματα.
- Ψυχολογικά: Παραισθήσεις και εφιάλτες, που μπορεί να διαρκέσουν για αρκετά χρόνια μετά από τη νόσηση, απώλεια μνήμης, προσωρινή ή μόνιμη, για το διάστημα παραμονής στη ΜΕΘ, δυσκολία συγκέντρωσης της προσοχής και εκλογικευμένης σκέψης, πνευματική κόπωση, κατάθλιψη, μεταπτώσεις συμπεριφοράς.
- Κοινωνικά: Προβλήματα στις σχέσεις με συγγενείς και φίλους ως αποτέλεσμα των εμπειριών των ασθενών και των προηγούμενων ψυχολογικών προβλημάτων, αλλαγές προσωπικότητας και γενικότερα δυσκολία κοινωνικοποίησης.
- Γενικότερα: Απώλεια της όρεξης, διαταραχή της αίσθησης της γεύσης, σεξουαλική δυσλειτουργία.

Μια ενδιαφέρουσα μελέτη ήταν αυτή των Friedman et al, όπου χρησιμοποιήθηκαν ως δείγμα 46 πρώην ασθενείς ΜΕΘ και βρέθηκε ότι το 24% των ασθενών αυτών εμφάνιζαν για οκτώ μήνες μετά την έξοδό τους από τη μονάδα προβλήματα ύπνου και έβλεπαν εφιάλτες σχετικούς με τη θεραπεία τους σε αυτή. Επίσης, μόνο 54% των ασθενών επανήλθαν στον καθημερινό τρόπο ζωής τους.²¹

Η έκταση και η ποικιλία των ανωτέρω προβλημάτων απαιτεί ένα ευρύ φάσμα εξειδικευμένων επαγγελματιών υγείας, οι οποίοι θα μπορέσουν να προσφέρουν την απαραίτητη βοήθεια μέσω όχι μόνο των τεχνικών αλλά και των διαπροσωπικών, συμβουλευτικών ικανοτήτων τους. Αν μια ΜΕΘ ή μια ειδική κλινική αποκατάστασης των ασθενών της ΜΕΘ (αν φυσικά υπάρξουν κάποια στιγμή τέτοιου είδους κλινικές στην Ελλάδα) πρόκειται να λειτουργήσει επιτυχώς, τότε θα έπρεπε να περιλαμβάνει μια πολυπειθαρχική προσέγγιση στα προβλήματα και στην εκτίμηση αυτών. Μέλη μιας τέτοιας ομάδας θα μπορούσαν να είναι ένας γιατρός ΜΕΘ, ένας νοσηλεύτης ΜΕΘ, ένας φυσιοθεραπευτής, ένας ψυχολόγος, ένας διαιτολόγος, ένας κοινωνικός λειτουργός και ένας λογοθεραπευτής.²²

ΗΘΙΚΗ

Ο Διεθνής Κώδικας Νοσηλευτών επεξηγεί την έννοια της ηθικής λειτουργίας ενός νοσηλευτή, διακηρύσσοντας ότι ο ρόλος του νοσηλευτή κατά την παροχή

φροντίδας στον ασθενή είναι η διαμόρφωση ενός περιβάλλοντος όπου οι αξίες, συνήθειες και αντιλήψεις του ατόμου-ασθενούς γίνονται σεβαστές.²³

Σε μια ΜΕΘ, πολλά είναι τα ηθικά προβλήματα που με αυξημένη συχνότητα απαντώνται. Τέτοια είναι ο καθορισμός του κατάλληλου χρόνου λήξης της θεραπείας, η διακοπή της μηχανικής υποστήριξης της αναπνοής, ο προσδιορισμός του σημείου εκείνου όπου η κατάσταση του ασθενούς θεωρείται μη αναστρέψιμη, η προτεραιότητα εισαγωγής των ασθενών στη ΜΕΘ ανάλογα με τη νόσο τους και η σωστή εκτίμηση της ανάγκης ή μη του ασθενούς για εντατική θεραπεία.

Αν και η τελική απόφαση για τέτοιου είδους ζητήματα λαμβάνεται από το γιατρό της ΜΕΘ, η όλη κατάσταση θα πρέπει να διερευνάται προηγουμένως μεταξύ του προσωπικού (ιατρικού και νοσηλευτικού) και των συγγενών του ασθενούς και, όπου θεωρείται απαραίτητο, και με τον ίδιο τον ασθενή. Και αυτό, γιατί η λήψη ομόφωνης απόφασης καθορίζει και την αποδοχή ή μη της απόφασης αυτής.

Η γνώση των βασικών αρχών της ηθικής μπορεί να βοηθήσει στη διαμόρφωση ενός γενικού πλαισίου, πάνω στο οποίο θα μπορούν να βασίζονται ηθικές αποφάσεις.^{22,24} Υπάρχουν δύο κύριες θεωρίες για τον προσδιορισμό μιας ενέργειας ως λανθασμένης ή σωστής. Η μια αναφέρεται στις συνέπειες της ενέργειας (θεωρία της συνέπειας) και η άλλη στις ηθικές αρχές και κατευθυντήριες γραμμές που διέπουν μια ενέργεια (δεοντολογική θεωρία).

Σύμφωνα με την ωφελμιστική θεωρία, που αποτελεί και την κύρια θεωρία της συνέπειας, μια ενέργεια είναι ηθικά σωστή όταν επιφέρει το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα για όσο το δυνατόν περισσότερα άτομα.²⁵

Από την άλλη πλευρά, κύριος υποστηρικτής της δεοντολογικής θεωρίας ήταν ο Kant,²⁶ ο οποίος υποστήριξε ότι το άτομο δεν πρέπει ποτέ να χρησιμοποιείται ως μέσο αλλά ως σκοπός, γιατί, όπως εύγλωττα παρατήρησε και ο Aroskar,²⁷ τα άτομα πρέπει να θεωρούνται σκοποί για τον ίδιο τους τον εαυτό και ποτέ μέσα για την επίτευξη των σκοπών των άλλων. Έτσι, πρωταρχικός στόχος θα πρέπει να είναι η ικανοποίηση των επιθυμιών των ασθενών.

Σύμφωνα με τη θεωρία του Tschudin,²⁸ ηθική στη Νοσηλευτική σημαίνει διαμόρφωση μιας τρυφερής και θεραπευτικής σχέσης με τον ασθενή, όπου οι ενέργειες

του νοσηλευτή θα διέπονται από πέντε κύριες ηθικές αρχές. Οι αρχές αυτές είναι:

- Η αξία της ζωής – οι νοσηλευτές θα πρέπει να σέβονται τη ζωή των ασθενών, αλλά και να τους βοηθούν να αποδεχθούν το θάνατο
- Η ευεργεσία ή ωφέλεια – οι νοσηλευτές θα πρέπει να προάγουν το καλό και όχι το κακό, να μη βλάπτουν τον ασθενή, καθώς και να προστατεύουν την ασφάλειά του
- Η δικαιοσύνη ή αμεροληψία – ίση μεταχείριση των ασθενών, έξω από οποιεσδήποτε διαφορές φύλου, ηλικίας, κοινωνικής τάξης ή πολιτικής τοποθέτησης
- Η ειλικρίνεια ή τιμιότητα – οι νοσηλευτές να λένε τα πράγματα όπως έχουν, χωρίς να κρατούν μυστικά από τους ασθενείς, εκτός βέβαια από περιπτώσεις όπου η ειλικρίνεια αυτή θα θέσει σε άμεσο κίνδυνο την υγεία του ασθενούς
- Η ατομική ελευθερία – πρέπει να διασφαλίζεται το δικαίωμα λόγου και επιλογής του ασθενούς, έστω κι αν ορισμένες φορές οι απόψεις του μπορεί να μην είναι σωστές ή να μην ανταποκρίνονται στην πραγματικότητα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Εάν επιζητείται η βελτίωση και προαγωγή της νοσηλευτικής περίθαλψης σε μονάδες εντατικής θεραπείας, θα πρέπει να υπάρξει μια επέκταση των ήδη υπάρχουσων γνώσεων και ερευνητικών ευρημάτων γύρω απ' αυτή, καθώς και μια κατανόηση της σχέσης που διαμορφώνεται μεταξύ της κρίσιμης κατάστασης των ασθενών και του περιβάλλοντος των ΜΕΘ στο οποίο νοσηλεύονται. Ακόμα, πρέπει να δημιουργηθούν εναλλακτικές μέθοδοι δόμησης και παροχής της νοσηλευτικής φροντίδας και να γίνουν ευρύτερα γνωστές. Κάτι τέτοιο μπορεί να επιτευχθεί μόνο μέσω ενός προγράμματος συγκροτημένων ερευνών, οι οποίες θα σχεδιάζονται, θα επαναλαμβάνονται και θα αξιολογούνται σε διαφορετικές ΜΕΘ και νοσοκομεία. Η διεπαγγελματική προσέγγιση των ασθενών, που είναι τόσο σημαντική στην παροχή της φροντίδας, πρέπει να ενσωματωθεί και σε εκείνο το τμήμα της νοσηλευτικής επιστήμης που καλείται νοσηλευτική έρευνα. Μέχρι πρόσφατα, λίγα νοσοκομεία έχουν προσφέρει στο νοσηλευτικό προσωπικό τη δυνατότητα να συμμετάσχει σε μελέτες σχετικές με τη ΜΕΘ, ενώ οι μελέτες που έχουν γίνει έχουν ξεκινήσει από ατομικές και μόνο προσπάθειες. Υπάρχει άμεση ανάγκη για συνεργασία μεταξύ όλων των επαγγελματιών υγείας που απασχολού-

νται στις ΜΕΘ, γεγονός που θα επιτρέψει τη διεξαγωγή συνδυαστικών μελετών, οι οποίες θα ανοίγουν τους ορίζοντες τους προς όλες τις πλευρές της φροντίδας του ασθενούς, καθώς και την επιλογή της καλύτερης δυνατής προσέγγισης του ποιοτικού ελέγχου των διαφόρων μεθόδων θεραπείας και φροντίδας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. King's Fund Report. Intensive care in the United Kingdom: Report from the King's Fund. King's Fund Centre, London, 1989
2. Five Regions Consortium with Greenhalgh and Co Ltd. Quality. In: *Using information in managing the nursing recourse*. H. Charlesworth, Huddersfield, 1991
3. Shaw CD. Time to close up the quality gap. *Health Services J* 1986, 96:110
4. Shaw CD. *Introducing quality assurance*. Project paper 64, King's Fund, London, 1986
5. MacFarlane J. In: Redfern S, Norman IJ. Measuring the quality of nursing care: a consideration of different approaches. *J Adv Nurs* 1990, 5:1260–1271
6. Donabedian A. *Explorations in quality assessment and monitoring. The definition of quality and approaches to its assessment*. Health Administration Press, University of Michigan, USA, 1980
7. Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? *JAMA* 1988, 260:1743–1748
8. Maxwell R. Quality assessment in health. *BMJ* 1984;1470–1472
9. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Mem Fund Quart* 1996, 44:166–206
10. Price DJ, Mason J. Resolving the numerical chaos at the bedside. In: Bryan J, Windsor P (eds) *Current perspectives in health care*. British Journal of Health Care Computing, Weybridge, Surrey, 1986:147–157
11. Currie L, Watterson L. Challenges in delivering safe patient care: a commentary on a quality improvement initiative. *J Nurs Manag* 2007, 15:162–168
12. Cruden C. Out-of-hospital resuscitation: have we gone too far? *Prehospital Discester Med* 2006, 21:445–450
13. Dragsted L. Long-term outcome from intensive care. In: Vincent JL (ed) *Update in intensive care and emergency medicine*. Vol 10. Springer, Berlin, 1990:865–869
14. Parno JR, Teres D, Lemeshow S, Brown RB. Hospital charges and long-term survival of ICU versus non-ICU patients. *Crit Care Med* 1982, 10:569–574
15. Sage WM, Rosenthal MH, Silverman JF. Is intensive care worth it? An assessment of input and outcome for the critically ill. *Crit Care Med* 1986, 14:777–782
16. Detsky AS, Stricker SC, Mulley AG, Hibault GE. Prognosis, survival and the expenditure of hospital resources for patients in an intensive care unit. *N Engl J Med* 1981, 305:667–672
17. Shield AM, Griffiths RD, Short AIK, Spidy J. An evaluation of the costs and outcome of adult intensive care in two units in the UK. *Clin Intensive Care* 1990, 1:256–262
18. Goldstein RL, Campion EW, Thibault GE, Mulley AG, Skinner E. Functional outcomes following medical intensive care. *Crit Care Med* 1986, 14:783–788
19. Dragsted L, Quist J. Outcome from intensive care III. A 5 year study of 1308 patients' activity level. *Eur J Anaesthesiol* 1989, 6:385–396
20. Griffiths RD. Development of normal indices of recovery from critical illness. In: Rennie M (ed) *Intensive care in Britain*. Greycoat, London, 1992:134–137
21. Friedman BC, Boyce W, Bekes CE. Long-term follow-up of ICU patients. *Am J Crit Care* 1992, 1:115–117
22. Hawryluck L. Ethics review: position papers and policies – are they really helpful to front-line ICU teams? *Crit Care* 2006, 10:242
23. International Council for Nurses code for nurses. Ethical concepts applied to nursing. ICN, Geneva, Switzerland, 1973
24. Schneiderman LJ. Effect of ethics consultation in the intensive care unit. *Crit Care Med* 2006, 34(Suppl 11): S359–S363
25. Eddie CT. Moral and ethical dilemmas in relation to research projects. *Br J Nurs* 1994, 3:182–184
26. Kant I. In: Fromer MI (ed) *Ethical issues in health care*. CV Mosby, Missouri, 1981
27. Aroskar AM. Community health nurses. Their most significant ethical decision-making problems. *Nurs Clin North Am* 1989, 24:967–975
28. Tschudin V. *Ethics in nursing. The caring relationship*. Heinemann Nursing, Oxford, 1986

Υποβλήθηκε: 30/05/2007

Επανυποβλήθηκε: 29/11/2007

Εγκρίθηκε: 30/11/2007