

Βελτίωση της φροντίδας του διαβητικού πληθυσμού με την ποιοτική αναβάθμιση των συστημάτων υγείας

Improving Diabetes Care through quality development in health systems

I. Kalo

Η απαίτηση για υψηλό επίπεδο των συστημάτων υγείας γίνεται ολοένα και μεγαλύτερη από κάθε πλευρά των εμπλεκομένων στο σύστημα υγείας: πολίτες, κυβερνήσεις, λειτουργοί υγείας, διοικητές συστημάτων υγείας, φορολογούμενος πληθυσμός και φαρμακοβιομηχανίες¹. Ωστόσο οι αντιλήψεις και οι αντικειμενικοί σκοποί για την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών καθενός από τους παράγοντες που αναφέραμε διαφέρουν αρκετά. Το γεγονός αυτό καθιστά δύσκολη τη διαμόρφωση μιας ολοκληρωμένης και συναινετικής προσέγγισης για την ποιοτική αναβάθμιση των συστημάτων υγείας².

Η πλειονότητα των πρωτοβουλιών για την ποιοτική αναβάθμιση της παρεχόμενης φροντίδας αντιμετωπίζει μόνο ένα μέρος του προβλήματος. Η προσέγγισή τους με προγράμματα μικρής εμβέλειας έχει εντοπιστεί σε ειδικά μόνο θέματα.

Η διακήρυξη του Αγίου Βικεντίου, που ήταν πρωτοβουλία της Ευρωπαϊκής Επιτροπής της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας (Π.Ο.Υ.) και της Διεθνούς Ομοσπονδίας για το Διαβήτη το 1989,

The demand for a high quality of health system is increasing from the perspectives of all major stakeholders involved: citizens, patients, governments, health professionals, health administrators, third-party payers and industries¹. However, the perceptions and objectives of each of them related to quality are quite different and it is therefore difficult to build up a holistic and coordinated approach of quality improvement in health systems².

The majority of the existing quality development initiatives are a “piece meal” approach consisting of several small projects focused on narrow or specific issues.

The Saint Vincent Declaration Diabetes Project (SVD) initiated by WHO Regional Europe and IDF (International Diabetes Federation) in 1989 was a specific project mainly focused on the improvement of diabetes care³.

This project was meant to serve as a model for continuous improvement of quality of care, not only on diabetes but also for others chronic diseases and conditions. In addition, it was expected to be an inspirational model for policy makers to build up a

**Professor,
Regional Adviser,
Quality of Health Systems,
World Health Organization**

ήταν ένα ειδικό πρόγραμμα με σκοπό κυρίως τη βελτίωση της φροντίδας για τους διαβητικούς ασθενείς³. Το πρόγραμμα αυτό είχε την έννοια ενός πρότυπου μοντέλου συνεχούς βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, όχι μόνο στο διαβητικό πληθυσμό, αλλά και σε άλλα χρόνια νοσήματα. Επιπλέον υπήρχε η προσδοκία, να χρησιμεύσει το παραπάνω πρόγραμμα ως έμπνευση στους διαμορφωτές των συστημάτων υγείας να οικοδομήσουν ανάλογα εθνικά συστήματα με σφαιρική προσέγγιση για όλο τον πληθυσμό.

Άλλη προσδοκία από τη διακήρυξη του Αγ. Βικεντίου ήταν η ποιοτική βελτίωση των τελικών δεικτών (σοβαρών επιπλοκών) και των μεθόδων επιτυχίας του στόχου αυτού στο Σακχαρώδη Διαβήτη. Στην επιτυχία του σκοπού αυτού θα συντελούσε η χρήση μεθόδων σύγκρισης των δεδομένων και προσδιορισμού των καλύτερων πρακτικών εφαρμογών μαζί με τη συνεχή εκπαίδευση, που στηρίζεται στην αλληλεπίδραση μεταξύ των δύο πλευρών (κέντρα παροχής υγείας για το Σακχαρώδη Διαβήτη και παροχή υγείας από μεμονωμένους λειτουργούς). Περιμέναμε, λοιπόν, να παρακινήσουμε τους λειτουργούς υγείας σε άμεση δράση με σκοπό την ποιοτική αναβάθμιση των ανάλογων παροχών σε κάθε χώρα.

Πολλές ειδικότερες κλινικές κατευθυντήριες οδηγίες που τυποποιήθηκαν για αυτό το συγκεκριμένο σκοπό από ειδικούς των ομάδων εργασίας για την εφαρμογή της διακήρυξης του Αγ. Βικεντίου – (Δ.Α.Β.), προωθήθηκαν στους λειτουργούς υγείας με σκοπό να τους βοηθήσουν στην ανεύρεση και εφαρμογή πιο αποτελεσματικών μεθόδων για την επίτευξη του τελικού στόχου. Το πρόγραμμα της Δ.Α.Β. προωθήθηκε σε 51 κράτη-μέλη της Ευρώπης και έχει ήδη αποδειχθεί η αποτελεσματικότητά του στη βελτίωση της μεθοδολογίας και των τελικών αποτελεσμάτων σε ό,τι αφορά τη φροντίδα των διαβητικών ασθενών σε μεμονωμένα διαβητολογικά κέντρα ή σε λίγες περιπτώσεις στην πρωτοβάθμια περίθαλψη⁴. Δώδεκα χρόνια όμως, μετά την πρωτοβουλία για την εφαρμογή της παραπάνω διακήρυξης δεν κατέστη δυνατόν να εξασφαλιστεί μια ισότιμη, διαρκής και γενικευμένη βελτίωση της φροντίδας των διαβητικών ασθενών σε εθνικό επίπεδο (ή σε μεμονωμένες ευρύτερες περιφέρειες). Η Δ.Α.Β. δεν επηρέασε τους λειτουργούς υγείας που ασχολούνταν με τα χρόνια νοσήματα ούτε είχε επίδραση στους πολιτικούς για τη χάραξη ανάλογης πολιτικής σε εθνικό επίπεδο με στόχο την ποιοτική αναβάθμιση των υπηρεσιών υγείας^{5,6}.

Ένα από τα κύρια συμπεράσματα του προγράμματος εφαρμογής της Δ.Α.Β. ήταν ότι ο ενθουσιασμός των λειτουργών υγείας δεν ήταν επαρκής για να βελτιώσει τη φροντίδα υγείας του διαβητικού πληθυσμού σε ευρύτερη βάση δηλαδή πέρα από το χώρο της κλινικής φροντίδας, χωρίς επιπλέον υποστήριξη και ανάλογη ανάπτυξη σε άλλους

holistic national policy on quality development in the whole health system in countries.

The SVD project was expected to improve the quality of outcomes and processes of diabetes care using “the power of comparison of data”, benchmarking and identification of best practises and continuous learning due to the feedback between peers (diabetes centers or individual practitioners). It was expected to stimulate motivation and enthusiasm of health professionals for actions toward a continuous of the quality of care as a upward spiral.

Several specific clinical guidelines formulated on purpose by experts of the SVD working groups have been provided to help health professionals to implement best practices.

The Saint Vincent Declaration Diabetes Project has been introduced in 51 Member States in Europe and is proven to be effective to improve the processes and outcomes of diabetes care in individual diabetes centres and clinical diabetes practices⁴.

However, the SVD project even 12 years after its initiation was not able to ensure an equal, sustainable and general improvement of the quality of diabetes at the national or country level. It was not disseminated to other health care professionals working with other chronic diseases, neither did it influence politicians for building up national strategies for quality development at health system level^{5,6}.

One of the main lessons learned from the SVD project was that the enthusiasm of health care providers alone is not sufficient to improve the quality of diabetes care out of their area of clinical work without support and similar changes and development in other areas and mechanisms operating in the whole health system of the country.

The quality of diabetes care as well as other diseases is determinate not only by the quality of work of health care providers but also by the holistic quality of the health system and its operational way.

As David Fillingham, Director of the NHS Moderation Agency stated “the health care is extremely complex and all too often we suffer from a “management

τομείς και μηχανισμούς των εθνικών συστημάτων υγείας. Η ποιότητα της φροντίδας για το Σακχ. Διαβήτη (ΣΔ) και των άλλων νοσημάτων δεν εξαντλείται μόνο στη βελτίωση του κλινικού έργου του ιατρικού και παραϊατρικού προσωπικού αλλά επεκτείνεται και στη γενικότερη αντίληψη για την ποιότητα και τον τρόπο παροχής των υπηρεσιών υγείας.

Η ποιότητα της φροντίδας για το ΣΔ προσδιορίζει όχι μόνο την ποιότητα εργασίας του απλού λειτουργού υγείας αλλά και τη γενικότερη αντιμετώπιση του θέματος αυτού από το σύστημα υγείας και περαιτέρω από τον τρόπο εφαρμογής των αποφάσεων που λαμβάνονται. Ο David Fillin-gham διευθυντής του National Health System (NHS) της Μ. Βρετανίας – τμήμα εφαρμογών – δήλωσε ότι: «το σύστημα υγείας είναι εξαιρετικά σύνθετη υπόθεση και πολύ συχνά υποφέρουμε στην εφαρμογή του όπως π.χ. όταν χειριζόμαστε ένα μπαλόνι. Πιέζοντας δυνατά ένα μέρος του μπαλονιού (δηλαδή του συστήματος) κάποιο άλλο μέρος διογκώνεται δημιουργώντας άλλα προβλήματα».

Η πλειονότητα των προβλημάτων που σχετίζονται με την πτωχή ποιότητα των υπηρεσιών υγείας δεν προκαλείται από τους ανθρώπους με μικρή διάθεση για προσφορά αλλά από τα λανθασμένα συστήματα και την επίσης λανθασμένη προσπάθεια εφαρμογής τους. Οι περισσότεροι άνθρωποι στον τομέα της υγείας εργάζονται σκληρά για να κάνουν σωστά τη δουλειά τους, όμως εμπλέκονται σε συστήματα που ανέχονται οποιαδήποτε αδυναμία και την μη κατάλληλη εφαρμογή των γενικότερων κατευθύνσεων.

Λαμβάνοντας υπόψη τα ανωτέρω η φροντίδα των διαβητικών ασθενών οφείλει να θεωρηθεί ως ένα απλό μέρος του συνολικού συστήματος παροχών υγείας που σχετίζεται με άλλα συστήματα και υφίσταται τις επιδράσεις τους π.χ. κοινωνικά, πολιτικά και οικονομικά. Επίσης σχετίζεται η φροντίδα αυτή με τους στόχους που έχουν τεθεί σε διεθνές επίπεδο. Έτσι η ποιότητα της γενικότερης μέριμνας για το ΣΔ δεν μπορεί να βελτιωθεί ως μεμονωμένη περίπτωση ή μόνο από τους λειτουργούς υγείας, αλλά αυτό μπορεί να προέλθει από μια στρατηγική που εναρμονίζει τη βελτίωση αφενός μεν στις λεπτομέρειες του συστήματος π.χ. σε κλινικό επίπεδο αφετέρου δε στην κορυφή, όπου λαμβάνονται οι τελικές αποφάσεις.

Η αναφορά της Π.Ο.Υ. (έτος 2000) έδειξε ότι χώρες με διαφορετικά συστήματα υγείας έφθασαν σε διαφορετικά επίπεδα αποτελεσματικότητας όσον αφορά τους τρεις πιο κοινούς στόχους δηλαδή την γενική βελτίωση της υγείας, την ανταπόκριση στις προσδοκίες των πολιτών και τη δίκαιη χρηματοδότηση για να μειωθεί η οικονομική επιβάρυνση από τις επιπτώσεις αναποτελεσματικής παροχής υγειονομικής φροντίδας .

Παρά τα σχόλια και τις αντιρρήσεις που σχετίζονται με τη μεθοδολογία της αποτίμησης της εφαρμογής του, το πρόγραμμα αυτό έδειξε ξεκάθαρα ότι τα συστήματα υγεί-

by balloon”. Pushing down hard on one part of the system only causes the problems to pop up in another part.”

The majority of problems related to poor quality are not caused by malevolent people but by faulty systems and processes. Most people in health care are trying hard to do a good job, but are foiled by systems that tolerate waste and inappropriateness.

In this perspective, diabetes care has to be seen as only a small piece of the whole health system within the countries, related and influenced by other systems such as social, political and economic, and also by standards at international and global level.

As such, the quality of diabetes care cannot be improved as an isolated case or only by health care providers but in a harmonized strategy combining improvement from bottom up in micro system at clinical level and a top down at macro system level.

The World Health Organization Health Report 2000 indicated that countries with different health systems have achieved different levels of performance in terms of attainment of the three major common health systems goals: health improvement, responsiveness to people expectations and fair financing for reducing burden of ill-health.

Despite the comments and frustrations related to the methods of measurement of performance, this report has clearly proved that health systems of 21 western European countries among the 191 countries in the world have achieved the best performance while the eastern countries under the former Semashko type health system, have been obviously less per formant and the NISS countries and particularly the Central Asian countries have been ranked amongst the worst performing countries¹⁰.

It is logical to assume that the quality of diabetes care in these countries varies in the same way as the quality of their health system. Therefore, the quality programme in the WHO Regional Office for Europe, in parallel with the promotion of quality development at clinical level, with health providers as driving force has put a new emphasis on promotion of quality improvement at health system level. This will

ας 21 δυτικοευρωπαϊκών χωρών (μεταξύ των 191 χωρών του κόσμου) πέτυχαν την καλύτερη εφαρμογή. Αντίθετα οι πρώην ανατολικές χώρες καθώς και οι χώρες της ανατολικής Ασίας κατέλαβαν θέσεις μεταξύ εκείνων που είχαν τη χειρότερη εφαρμογή του προγράμματος αυτού⁷. Είναι λογικό λοιπόν να συμπεράνουμε πως η ποιότητα της φροντίδας για το ΣΔ ποικίλλει όπως ακριβώς ποικίλλει και η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας σε κάθε σύστημα. Έτσι η ποιότητα του προγράμματος της Π.Ο.Υ., παράλληλα με την προαγωγή της ποιοτικής ανάπτυξης με κινητήρια δύναμη τους λειτουργούς υγείας, τόνισε για μια φορά ακόμη την ανάγκη για γενικότερη γενική αναβάθμιση των συστημάτων υγείας. Η αναβάθμιση αυτή θα δημιουργήσει το κατάλληλο περιβάλλον και επιπρόσθετους μηχανισμούς που θα συντελέσουν στη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας στους διαβητικούς ασθενείς^{8,9}.

Οι ακόλουθες κατευθύνσεις για αλλαγές στα συστήματα υγείας μπορεί να έχουν ευνοϊκή επίδραση στη βελτίωση της παρεχόμενης ιατρικής φροντίδας α) επανοργάνωση και ανασχηματισμός των συστημάτων υγείας τόσο στις λεπτομέρειες όσο και στις γενικότερες κατευθύνσεις τους β) προαγωγή της τεχνολογίας και κατάλληλη χρήση της βασισμένη σε έρευνες, που αποδεικνύουν την καλύτερη δυνατή σχέση αποτελεσματικότητας και κόστους με σκοπό την εξασφάλιση περισσότερων πόρων για όλο τον πληθυσμό γ) προαγωγή του πολιτισμικού και επιστημονικού επιπέδου του πληθυσμού και ανάπτυξη των ικανοτήτων τους και επιπλέον δραστηριοποίησή τους μέσω ενός νέου μορφωτικού και γενικότερα εκπαιδευτικού προγράμματος δ) αναζήτηση πόρων από πολλές πηγές και ανάπτυξη πολιτικής με λογική χρήση των πόρων αυτών στην κατάλληλη κατεύθυνση και ε) δημιουργώντας από την αρχή στρατηγικές για τη δημιουργία κέντρων (ινστιτούτων) και άλλων μηχανισμών ελέγχου όλων των επιμέρους συνιστωσών του συστήματος υγείας.

Όταν αναδιοργανώνεται το σύστημα υγείας πρέπει να ληφθούν υπόψη 3 στοιχεία που αναπόφευκτα θα επιδράσουν στην ποιότητα της φροντίδας για το ΣΔ

1) Οι συνεχείς αλληλεπιδράσεις με τις επιμέρους κατευθύνσεις π.χ. πρωτοβάθμια και εξειδικευμένη φροντίδα καθώς επίσης και μεταξύ των μελών της κάθε ομάδος επαγγελματιών υγείας. Η πρωτοβάθμια φροντίδα αναπτύσσει συνεχώς την ενασχόλησή της με τη φροντίδα των διαβητικών ασθενών και οι οικογενειακοί γιατροί αναλαμβάνουν διαρκώς σημαντικότερο ρόλο στην παροχή υπηρεσιών υγείας και ειδικότερα στη θεραπευτική αντιμετώπιση του ΣΔ τύπου 2. Το νοσηλευτικό προσωπικό επιθυμεί να παίξει περισσότερο σημαντικό ρόλο στη θεραπευτική προσπάθεια και να είναι ισότιμος συνεργάτης στη διαβητολογική ομάδα. Ανάλογες αλλαγές συμβαίνουν μεταξύ διαφόρων οργάνων ή οργανισμών π.χ. νοσοκομείων, εξω-

create a better environment and additional systemic mechanism which can contribute to improvement of diabetes care as well^{7,11}.

The following five major directions of change at health systems level that can have a good impact on the improvement of the quality of diabetes care:

- Reorganization and reforming of health system at micro and macro level in order to make it more efficient;
- Promotion and use of the best health technologies proven by evidence as most cost effective in order to ensure the maximum health gain for the population;
- Promotion of the quality culture among people and developing their skills and motivation by a new education and training system;
- Generating resources and developing policy on appropriate allocation and use;
- Building up national strategies for institutionalisation and regulation of quality of all components of the health system.

When reforming and reorganizing health systems, there are at least three major elements to be considered which inevitably also have implications on the quality of diabetes care.

Firstly, the ongoing cross boundaries within the health system between disciplines: primary care and speciality care and among the members of the health care professional team. The primary care is developing new capacity to deal with diabetes care: GP and family doctors are progressively taking the major role of care providers, particular with treatment of diabetes type 2. Nurses are willing to play a more active role and be an equal partner of the diabetes team.

The same changes are happening between organizations: hospitals, ambulatory care and home care, which are no longer clearly separated sectors and between research and practice with the pressure to implement the finding of search and academic world in the real world. Finally, cross boundary also exists between countries: cultural and language barriers and difference of economic development.

τερικών ιατρείων και περίθαλψης στο σπίτι, των οποίων οι αρμοδιότητες δεν είναι πλήρως ξεκαθαρισμένες στην πράξη ενώ συγχρόνως υπάρχει η πίεση για εφαρμογή των αποτελεσμάτων των ερευνών του ακαδημαϊκού κόσμου στην πραγματική κατάσταση της παροχής φροντίδας υγείας. Τέλος υπάρχουν μεταξύ των διαφόρων χωρών πολιτισμικά και γλωσσικά εμπόδια και διαφορετικών επιπέδων ανάπτυξης.

2) Το δεύτερο στοιχείο είναι η διεργασία της συνένωσης και συνεννόησης μεταξύ των συστημάτων υγείας και του λαού που έχει εφαρμογή στην παραδοσιακή «κλινική αυτονομία» και «αυτορύθμιση» (προσαρμογής της καθημερινής ιατρικής εφαρμογής στις νέες απαιτήσεις) για την προσέγγιση με περισσότερο ενεργοποιημένους ασθενείς, που θα εμπλέκονται στις αποφάσεις για θεραπεία και τη γενικότερη θεραπευτική αντιμετώπιση των ασθενειών τους. Επίσης υπάρχουν πιέσεις και απαιτήσεις από το κοινό για επαγγελματική συνεισφορά όσον αφορά την ποιότητα, αποτελεσματικότητα, ασφάλεια στη συνήθη αναφορά επιστημονικών δεδομένων προς το κοινό³.

3) Το 3^ο στοιχείο σχετίζεται με τη πρόοδο στην εκτίμηση, προσέγγιση και αξιολόγηση της ποιότητας της φροντίδας υγείας και την εφαρμογή των αρχών αυτών από τα εθνικά συστήματα υγείας σε σχέση με τα standards σε εθνικό και διεθνές επίπεδο. Η ανάπτυξη αυτού του είδους έχει καταστήσει αναγκαία τη θέσπιση κατάλληλων μηχανισμών για συγκρίσιμες μετρήσεις και αναφορές σχετικά με την ποιότητα και εκτέλεση των οδηγιών όλων των υπεύθυνων παραγόντων προς τους ασθενείς και το κοινό.

Η ευρωπαϊκή επιτροπή της Π.Ο.Υ. σχεδίασε την ανάπτυξη ενός τέτοιου μηχανισμού με το σύστημα DIABCARE (diabetes data monitoring system). Το σύστημα αυτό δίνει τη δυνατότητα σε διαβητολογικά κέντρα να στέλνουν ανώνυμα και συγκεντρωτικά στοιχεία της παρακολούθησης των ασθενών τους για κριτική αξιολόγηση και προσδιορισμό της κατάλληλης πρακτικής εφαρμογής των οδηγιών. Ανάλογα συστήματα αναπτύχθηκαν αργότερα σε εθνικό επίπεδο π.χ. στη Μ. Βρετανία, Γαλλία, Γερμανία, Νορβηγία, Ρουμανία και Αυστρία. Το επόμενο βήμα είναι, ότι το σύστημα αυτό θα χρησιμοποιηθεί για να εκτιμηθεί η ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών για την πιστοποίηση και αξιολόγηση της προσφοράς των γιατρών και την γνωστοποίησή της στο κοινό. Ανάλογο σύστημα υπάρχει στις ΗΠΑ για τους γιατρούς που εργάζονται στο χώρο του ΣΔ. Οι γιατροί παρέχουν συγκεντρωτικά αποτελέσματα στο εθνικό κέντρο διασφάλισης ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών, όπου αυτά αξιολογούνται σε σχέση με τα διεθνή standards. Τα αποτελέσματα της αξιολόγησης αυτής κοινοποιούνται στους γιατρούς και οι διάφοροι οργανισμοί ή τα μέσα μαζικής ενημέρωσης

The second element is the process of bridging health systems and public, which has implication on “traditional clinical autonomy” and self regulation of medical practice with new demands for external assessment procedures, with more active patients involved in decision making and in the management of their diseases and on the request from the public for professional accountability in terms of quality and efficiency, safety of care, and finally on the regular and transparent data reporting to the public.

The third element relates to the new development on assessment, monitoring and evaluation of the quality of care and performances of health systems and matching them with required standards at national and international level.

Such development has made necessary the set up of appropriate mechanisms for measurement comparison and reporting of the quality and performance to all stakeholders involved and to the patients and the public.

The WHO Regional Office for Europe has pioneered the development of such a mechanism with DIABCARE (Diabetes data monitoring system), which has enabled different countries and diabetes centers to send anonymously aggregated diabetes data for benchmarking and identification of best practice. Such systems have been later developed at national level such as in UK, France, Germany, Norway, Denmark, Romania, Austria...

The next step will be that this system will be used to evaluate the quality of care for recognition and certification of physicians and to report to the public.

Such system exists in the United States for physicians working on diabetes. Physicians submit aggregated data to the National Centre for Quality Assurance, where results are evaluated against standards. The results of evaluation are notified to the physician, and the organization or the media informed the public about the recognised physicians.

A similar approach is proposed to be set up at the European level through European Diabetes Data Warehouse, which will be gradually integrated through a com-

πληροφορούν το κοινό για τους αναγνωρισμένους (με πιστοποιημένη δηλ. την ποιοτική προσφορά υγείας) γιατρούς. Ανάλογη προσέγγιση έχει προταθεί και για την Ευρώπη μέσω του κεντρικού συστήματος διαχείρισης δεδομένων για το ΣΔ, το οποίο βαθμιαία θα ολοκληρωθεί μέσω ενός δικτύου πληροφοριών. Η διαχείριση των δεδομένων, η ανάλυσή τους και τα συστήματα για την αξιολόγησή τους είναι αναγκαία για την τεχνολογία στο χώρο της υγείας που χρησιμοποιούν όλες οι συνιστώσες του συστήματος. Με τον όρο τεχνολογία στο χώρο της υγείας, η Π.Ο.Υ. δεν αναφέρεται μόνο σε συσκευές ή στα φάρμακα αλλά σε όλο το φάσμα της τεχνολογίας, που χρησιμοποιείται για την οργάνωση, χρηματοδότηση, επιβεβαίωση, κοινοποίηση των δεδομένων, δομή συστημάτων πληροφορικής και εξοπλισμούς, καθώς επίσης και την τεχνολογία που χρησιμοποιείται στην προώθηση προϊόντων, πρόληψη, προστασία του κοινού και της δημόσιας υγείας.

Ο ανασχηματισμός και η βελτίωση των συστημάτων υγείας πρέπει να περιλαμβάνει τη μέτρηση, εκτίμηση και αναθεώρηση των επόμενων στοιχείων (λεπτομερειών) όσον αφορά την καταλληλότητα και την αποτελεσματικότητά τους.

- Μέθοδοι οργάνωσης και χρηματοδότησης
- Κανόνες και νομοθετική ρύθμιση
- Δικαιώματα και αρμοδιότητες των ασθενών και των πολιτών
- Κλινική προσέγγιση, κατευθυντήριες οδηγίες και κυβερνητική παρέμβαση
- Μέθοδοι εκπαίδευσης, περαιτέρω εξάσκησης και ελέγχου
- Σχήματα εκτίμησης της ποιότητας των πιστοποιητικών και επικύρωσής των
- Πληροφόρηση, συλλογή και σύστημα διανομής των πληροφοριών
- Συλλογή επιστημονικών ενδείξεων και κατάλληλη χρήση τους.

Μία δομημένη εκτίμηση στην τεχνολογία της γενικότερης υγείας και η παρεχόμενη ιατρική φροντίδα μέσω των διαφόρων ινστιτούτων, που βασίζεται στις ερευνητικές ενδείξεις δηλαδή στην έρευνα που αφορά την πολιτική και σχεδιασμό των συστημάτων υγείας, θα βοηθήσει αυτούς που παίρνουν τις αποφάσεις να επιλέξουν τις παρεμβάσεις και δραστηριότητες που θα εξασφαλίσουν το μέγιστο δυνατό κέρδος όσον αφορά την υγεία του πληθυσμού. Αυτό είναι το νόημα της «νέας παγκοσμιοποίησης» που προτάθηκε από την τελευταία αναφορά της Π.Ο.Υ. για να βελτιωθεί η απόδοση των συστημάτων υγείας. Το σκεπτικό αυτής της απόφασης συνίσταται στον επαναπροσδιορισμό

mon web interface.

Data monitoring, analysis and assessment systems are necessary for health technologies used in all components of health system. With health technology, WHO means not only devices or drugs, but all technology or methods used for organization, financing, documentation, data reporting, infrastructure and equipment as well as the technology used on promotion, prevention and protection of public and community health.

In reforming and improving health system, the following elements of the micro system have to be measured, evaluated and reviewed in terms of their appropriateness and efficiency:

- Methods of organization and financing
- Regulation and legislation
- Rights and roles of patients and citizens
- Clinical procedures, guidelines and governance
- Methods of education, training, auditing
- Quality Assessment schemes of certification, standards and accreditation
- Information, collection and dissemination systems
- Evidence gathering and use.

A structured health technology assessment and its institutionalisation of evidence-based medicine, evidence thinking in policies and design of health systems will contribute to enable decision makers to choose and select the interventions and activities ensuring the maximum health gain for the population. This is the concept of the “New universalism”, suggested by WHO World Health Report for improving health system performance. This concept consists in readjusting the reallocation of resources and reducing the overuse or misuse of services, but also in improving the allocation of the under-used services and the interventions which are needed the most and are proven by evidence to be the most productive. (6,10)

This means that a system needs to be based on evidence and no longer on opinion or traditions. Most of political decisions, methods of organization, financing schemes, selection, introduction and purchasing

της κατανομής των πόρων και στη μείωση της κατάχρησης ή της κακής χρήσης των υπηρεσιών υγείας, αλλά και στη βελτίωση των λιγότερων χρησιμοποιούμενων υπηρεσιών και των παρεμβάσεων που είναι αναγκαίες και είναι πιστοποιημένα οι πιο παραγωγικές^{7,10}.

Αυτό σημαίνει ότι ένα σύστημα πρέπει να βασίζεται στην επιστημονική μαρτυρία και όχι πια στις διάφορες γνώμες ή παραδοσιακές πρακτικές. Οι περισσότερες από τις πολιτικές αποφάσεις, οργανωτικές μεθόδους, χρηματοδοτικά πρωτόκολλα, επιλογές, εισαγωγή και χρηματοδότηση νέων τεχνολογιών ιδίως υψηλής ποιότητας πρέπει να βασίζονται σε επιστημονικές αποδείξεις. Ανάλογες ενδείξεις θα μπορούσαν να αποτελούν την πηγή αξιόπιστης πληροφόρησης για το σχεδιασμό κατάλληλων κατευθυντήριων οδηγιών, που θα βασίζονται στις ενδεδειγμένες και καλύτερες πρακτικές. Δυστυχώς οι περισσότερες από τις υπάρχουσες κατευθυντήριες οδηγίες ειδικότερα οι κλινικές οδηγίες δεν βασίζονται σε ανάλογες επιστημονικές ενδείξεις. Για το λόγο αυτό η Π.Ο.Υ. συγχρηματοδότησε μια πρωτοβουλία της ευρωπαϊκής ένωσης με την οργάνωση AGREE που είναι ένα δίκτυο συστηματικής πληροφόρησης για εκτίμηση της ποιότητας και καταλληλότητας των υπαρχουσών κλινικών κατευθυντήριων οδηγιών και βασίζονται σε κοινά κριτήρια 6 κύριων αρχών και 23 ειδικότερων κατευθύνσεων σχετικά με το σκοπό και τους στόχους της ανάπτυξης, διαφάνειας, δυνατότητας εφαρμογής και βαθμού ανεξαρτησίας των εκδοτών των εν λόγω οδηγιών.

Ο ΣΔ δεν μπορεί να αποτελέσει εξαίρεση. Πολλές από τις υπάρχουσες κλινικές κατευθυντήριες οδηγίες πρέπει να αναθεωρηθούν και να αξιολογηθούν σύμφωνα με τα παραπάνω διεθνή standards. Η ποιοτική βελτίωση του συστήματος υγείας προέρχεται από το λαό, όπως αναφέρει ο Tom Peter «Η ποιότητα είναι σχετική με το λαό, το πάθος, τη σταθερότητα και την περηφάνια του. Βασίζεται στις σωστές αντιδράσεις του λαού». Η έννοια του λαού δεν περιελάμβανε μόνο τους λειτουργούς της υγείας αλλά και τους πολίτες, τις κοινότητες, τους ασθενείς και τις οικογένειές τους, το ιατρικό και παραϊατρικό προσωπικό, τους διευθυντές υπηρεσιών υγείας, τους φορολογούμενους και αυτούς που σχεδιάζουν την πολιτική υγείας. Η ποιότητα της ιατρικής φροντίδας είναι επαγγελματικό, ηθικό, πολιτισμικό ζήτημα όλης της κοινωνίας. Η ποιοτική ανάπτυξη ενός συστήματος υγείας συνδέεται πολύ στενά με την καλλιέργεια, όσον αφορά την επαγρύπνηση για την ποιότητα και θεωρείται ότι οι κύριες αρχές αυτής της ποιότητας εφαρμόζονται και γίνονται μέρος της υπευθυνότητας κάθε ατόμου. Οι αναγκαίες στρατηγικές και οι κατάλληλοι μηχανισμοί πρέπει να θεσμοθετηθούν σε κάθε χώρα για την

of new technologies particularly high-tech technologies have to be evidence-based. Such evidence would be a source of reliable information for designing appropriate guidelines based on the demonstrated best practises. Unfortunately, most of the existing guidelines particularly the clinical ones are only rarely based on evidence.

Therefore, WHO has co-sponsored an EU initiative with the AGREE instrument, which is a systematic international framework for appraising the quality and appropriateness of existing clinical guidelines based on common criteria in 6 domains and 23 items in relation to scope and purpose, stakeholder involvement, rigour of development, clarity of presentation, applicability and degree of editorial independence.

Diabetes cannot be an exception. Most of the existing circulating guidelines need to be reviewed and evaluated according to the above international standards.

The quality improvement of health system is the product of people as Tom Peter says “The quality is about people, passion, consistency and pride. It relies on people’s good reactions.”

By people it is meant not only health professionals but also citizens/community, patients and their families, health care providers, health administrators, third party payers and policy makers.

Quality of care is equally a professional, ethical and cultural matter of the whole society.

The development of quality of health system is very closely linked with quality culture in terms of awareness of the quality concept, and ways how quality is believed, its principles are practiced and is made part of everyone’s responsibility and quality is made part for everyone’s responsibility.

The necessary strategies and appropriate mechanisms have to be set up in each country for promoting quality culture to the whole population and particularly to the major stakeholders interested in a better quality of health care systems

Most of the above changes and inter-

προώθηση αυτής της αντίληψης για την ποιότητα σε όλον τον πληθυσμό και ειδικότερα σ' αυτούς που προγραμματίζουν και ενδιαφέρονται για καλύτερη ποιότητα των συστημάτων υγείας. Πολλές από αυτές τις αλλαγές και παρεμβάσεις είναι απαραίτητες για τη βελτίωση της ποιότητας των συστημάτων υγείας και είναι εφαρμόσιμες. Θα μπορούσαμε να έχουμε άμεση και έμμεση επίδραση και στην ποιότητα της φροντίδας για το Σακχαρώδη Διαβήτη. Η τοπική επιτροπή της Π.Ο.Υ. για την Ευρώπη εργάζεται να βοηθήσει τα κράτη-μέλη στη δημιουργία κέντρου ελέγχου ποιότητας στα συστήματα υγείας, αναπτύσσοντας την πολιτική σε ότι αφορά την εκτίμηση των υπηρεσιών της τεχνολογίας στον τομέα της υγείας και της ιατρικής που βασίζεται στην έρευνα, των κατευθυντήριων οδηγιών, των μηχανισμών μέτρησης των δεικτών ποιότητας και ελέγχου, την αξιοπιστία και ειδική εκπαίδευση στην ποιοτική ανάπτυξη. Συγχρόνως η Π.Ο.Υ. βοηθά την ανάπτυξη νομοθεσίας και ρυθμιστικών μηχανισμών για την υποστήριξη της εφαρμογής αυτής της πολιτικής. Τέλος με τις σύμφωνες γνώμες των κυβερνήσεων και ανακατανομής των πόρων πολλά κέντρα και ιδρύματα θα πρέπει να δημιουργηθούν για να εφαρμόσουν την παραπάνω πολιτική και να ιδρύσουν δίκτυο για ποιοτική αναβάθμιση σε τοπικό, εθνικό και διεθνές επίπεδο⁷.

Αυτές οι εκτιμήσεις έχει αποδειχθεί ότι προάγουν την ανάπτυξη ποιοτικών standards σε όλα τα επιμέρους στοιχεία των συστημάτων υγείας, όπως παροχή υπηρεσιών υγείας που περιλαμβάνει αυτούς με ειδικά νοσήματα και νοσηρές καταστάσεις. Ειδικά standards για την κλινική πράξη για μερικά νοσήματα που περιλαμβάνουν και το Σακχαρώδη Διαβήτη όπως αυτά της Μ. Βρετανίας, Σκωτίας κ.λπ. είναι καλό παράδειγμα ανάπτυξης ανάλογων συστημάτων και για τις άλλες Ευρωπαϊκές χώρες^{11,12}.

ventions needed for the improvement of quality in health system are applicable and would have direct or indirect impact on the quality of diabetes care as well.

The WHO Regional Office for Europe is working to assist Member States on the institutionalisation of quality in health systems by developing the policy in terms of health technology assessment and evidence based medicine, guidelines, measurement mechanisms for quality indicators and audit, accreditation procedure and specific training and education on quality culture development. Simultaneously, WHO is helping developing legislation and regulatory mechanisms for supporting the implementation of this policy. Finally with governmental commitment and allocation of resources, various agencies or institutions have to be set up to implement the above policy and set up a network for quality development at local, national and international level⁷.

These approaches have proven to stimulate the development of quality standards for all subcomponents of the health systems such as health care provision, including those for specific diseases and conditions. Specific clinical standards for several diseases and conditions including diabetes such as in UK, Scotland and are good example of a development of a system approach for other European countries as well^{11,12}.

Βιβλιογραφία

1. *A background for national quality policies in health systems.* 2002 Charles Shaw, Isuf Kalo, EUR/02/ 5037153.
2. *Institute of Medicine.* Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. Washington: NAP, 2001 Chapter 8.
3. *Krans HMJ, Porta M, Keen H, Staehl Johansen K.* Diabetes care and research in Europe: the St Vincent Declaration action programme.
4. *Vincent St, Quality of Diabetes Care* of Massimo massi Benedetti, published in IDF Bulletin, Volume 41, Number 2/96.
5. *Improving diabetes outcomes through quality management.* From Opinion to evidence: using data to improve diabetes care.
6. 1989-1999 Ten years with the St Vincent Declaration: The targets, the Progress, the Vision (2002), EUR/00/ 5016723.
7. *The World Health Report, 2000.* Health Systems: Improving Performance. World Health Organization. ISBN 92 4 156198X.
8. *Kalo I.* Development of quality of health systems in Europe. Eurohealth 6: 20-3, 2000.
9. *The European Health Report 2002.* World Health Organization. ISBN 92890 13656.
10. *Evans DB, Edejer TT, Lauer J, Frenk J, Murray CJ.* Measuring quality: from the system to the provider. Published in Int J Qual Health Care 13(6): 439-46, 2001.
11. *Jacqui Smith.* Setting diabetes standards in England. Diabetes Voice, 47, 2002.
12. *Scottish Diabetes Framework.* NHS Scotland, April 2002.

Λέξεις κλειδιά:

Φροντίδα διαβητικών ασθενών

Key words:

Diabetes care