

**POLITICI DE SANATATE SI ELEMENTE  
CULTURALE IN ONCOLOGIE**

**Dr Stelian Pop**

SIBIU

15-17 Octombrie 2015

# Cresterea continua a costurilor

- Cresterea costurilor este simptomul, nu etiologia; descoperirea continua de noi mijloace diagnostice si terapeutice (cu viteza tot mai mare) creste presiunea asupra Sistemului
- Costurile cresc(US): nearmonizarea resurselor, serv med fragmentate, utilizarea ineficienta a clinicienilor f buni
- Ro cresc: nr virstnici, prezentarea la medic (12-14%/an, asteptarile pts, dr (ESMO, F,G,I)
- Greselile, incompetenta, lacomia au mult mai mica contributie (US, HBR Febr 2015)

# Inevitabilitatea greselilor (A.Wu)

## J.Hopkins

- 22216 chimioterapii consecutive: 17% contineau erori medicale/ administrative: 3,8% erori de chimio, 4,7% erori data, 8,7% lipsa consimtamint inf; 3 din 3792 erori au ajuns la pts (G)
- 6607 Rp, 5,2% contineaua cel putin o eroare; 13% ar fi dus la afectare temporara, 5,2% la afectare permanenta/deces; doar 13 erori de medicatie au ajuns la pts (M S Seah, Harvard Med School 2015)
- USA 7,4% erori medicatie non-chimiot
- Epidemiology of harm (E Manheimer UM NY)

# Cultura a acuzarii, umilirii -> Sistem mai sigur pt pts si personal

- Majoritatea erorilor nu sunt comunicate de teama consecintelor; rusine, pierderi financiare, sanctiuni, etc
- Personal: lipsa experienta, aglomeratie, solicitare urgenta la alti pts, comunicare incompleta/ neclara
- Greseala rezultat esecului unor procese complexe, cumul de factori
- Org med cautind un tap ispasitor => cultura a tacerii vs recunoasterea imediata a erorilor si a pc slabe; Nu exista contextul creat, Incapacitatea Sistemului de a-si inlatura erorile
- Nu poti copia: lipsa resurse, diferente de valori culturale, grad alfabetizare/informare, limbaj (A Surbonne, NY 2015) (ex: cost redus/comisie US vs UK vs Ro)

# De la pedepsirea “vinovatilor” la protectia potentialelor victime (pts)

- Problema principala nu este personalul (niv ridicat educatie) ci Sistemul insuficient de sigur (L Leape, Why do errors hapen?); epuizarea (56% oncol US), ofense + presiunea continua a costurilor “norme socio-culturale toxice”, asteptari nerealiste, reglementari, management, strategii, politici gresite
- Legatura directa intre binele pts si al personalului med (LLeape NEJM 2013); ESMO 2015 (Ian Banks)

# Canibalismul Sistemului care-si consuma propriile resurse umane

- Org med crearea unui mediu nerepresiv de prevenire a greselilor, incurajarea raportarii lor, schimbarea conditiilor ce le-au produs
- Incurajarea gindirii critice + constructiv, a personalului med=> organizatie care invata, se transforma
- **“Better has no limits” nu definind dr in buni/ rai;**  
King’s Fund Inst, 2015; deoarece clinicienii pot sa-si schimbe modul de-a profesia
- **Focalizarea trebuie sa fie pe proces si rezultate**
- Deming: “dependence on inspection to achieve quality creates a culture in which excellence does not flourish”

# Managementul cunostintelor

- Volumul cunostintelor a depasit ceea ce o f buna pregatire poate sa-i ofere unui profesionist
- OMS 13000 b, 6000 med, 4000 proceduri
- Nu folosim corespunzator ceea ce stim > nu cunoastem suficient
- Checklist: scad compl 36%, mortalit 50%, clarifica rolurile si activeaza echipa (Atul Agawande; Checklist Manifesto 2010)

# Munca din greu nu ajunge =/= garantia calitatii

- Dr sa accepte ca nu pot rezista singuri -> echipe + protocol, creste siguranta pts + dr, ofera automat o a 2a opinie
- Echipa, ADN unei org med (NEJM 2010)(ESMO 2015 echipe multidisciplinare)
- Dezvoltarea culturii muncii in echipa vs calaretul singuratic (UM Remo)



# Problemele complexe coaguleaza personalul medical

- Problemele sunt tot mai complexe
- Ciclul deciziei med tot mai scurt
- Supraestima capacitatea individuala vs echipa  
=> pierderi pt org medicala (J Whitehurst)
- Responsabilitatea membrilor echipei, isi  
supravegheaza unul altuia spatele vs infig cutit
- Ascultare activa -> fiecare devine mai destept

# Mayo/Cl nu au cei mai buni medici dar poate-s sunt cele mai bune org (HBR 2012)

- Nu poti lucra in org med neperform(rdt/financ)
- Leaderii diferenta important vs urg/neurg
- Coerenta strategica (ce faci, ce nu faci)
- Focalizare vs multe activitati dar fara rezultate -> traseu haotic, epuizant al pts
- Capital uman: sustinut, educat, recompensat
- Dinamizarea pts in luarea deciziilor, intelegerea conditiilor, respect si toleranta reciproca

# Integrare in retele regionale

- Complementaritatea resurselor, completarea cunost. specialisti locali (Porter 2013)
- Valorificarea centrelor clinice, de excelenta, tehnologie de virf; Nu serv local cu tot spectrul
- Transparenta (procesului si-a rezultatelor)
- Crearea de asteptari comune
- Leadership transorganizatii med; capacitati diferite de-a inova/difuza noi cunostinte (ex Sinaia, Sibiu, Cj, B)
- Acord intre actorii cheie (IOC reg N-V)

# Traseu optim pt pts nu-i obiectivul nimanui

- Responsabilitate/serviciu -> pt rezultat final
- Strategie comuna a resurselor, (Aligning public services; C Ham, King's Fund Inst, London, 2015)
- Alinierea alocarii resurselor cu rezultatele
- Plata la pachet pt ingrijire integrata (pre,sp, post)
- Rezulta: decizii mai rapide, mai bune,ef amplificat
- Cistigatorii: pts, dr, org med, Sistemul

# Alinierea culturala a org med vs asa facem noi aici

- Cultura: soft mental, tipare de gindire;  
ex:orientarea spre angajati vs munca (presiune asupra angaj. conteaza munca nu si bunastarea/ stressul lor)
- Subcultura profesionala la interfata cu pts (orientata spre rezultate) vs subcultura administrativa focalizata pe proceduri administrative, costuri.
- Comunicare +/- faci ceea ce spui
- Limbaj precis cu argumente vs dublul/ dribling de limbaj/ date incomplete (H-P, IHC, etc)
- Orientare spre consens in luarea decizii(G,J; HBR 2012)
- Toleranta fata de pc vedere diferite (NL)

# Cultura lipsei de respect- f extinsa

- Pt timpul/ vulnerabilitatea pts; vizibil/ascuns (M Chalino MGH, 2015) -> retea protejeaza pts
- Tel mobile, program dr, programarea pts
- Sanctionarea anuala “en-gros” a dr (DZ+CC, Rdt+chimio)-ord ce limiteaza dreptul pts la tratam
- Pretentia ca toata activitatea medicala poate fi tradusa in cifre; obligata sa se incadreze in coloane contabile altfel e gresit/ nu exista; dimensiunea medicala tot mai stearsa

# Schimbare cultura org med cost redus -> valoare pt pts

- Valoare = rezultatul masurabile ale sanatatii/  
cost (E Manheimer, UM NY; CI Oncology and error  
reduction, 2015)
- Serv med bazate pe valoare impun integrare in  
jurul pts; (in centru vs partener –ESMO 2015)  
(dr-> inform, discutat, ajutor, sustin implement)
- Construirea de trasee ale valorii transorg.  
medicale => scade abuzul de investigatii/  
internari, Rp + cresc serv. ce aduc valoare
- Scopul principal nu este economia ci eficacitatea

# Valoare mai buna la fiecare nivel al Sistemului

- EBMa aliniat cu EBMe; sustinerea dr (turnover periculos al manager, sef aproviz fost sofer, etc)
- Gresit presiune pe dr pt creste nr consultatii vs cel mai bun cocktail de resurse pt serv de calitate
- Timp dr x 10 timp vs asist incepator => NU in activ. ce pot fi facute de cei mai putin scumpi dr, asist exper. sa faca ceea ce doar ei pot face
- Resursele sa se intilneasca la nivelul la care produc valoare mai mare (cei mai buni dr, cel mai bun echipam, cei mai multi bani)



# Sisteme de suport pt deciziile clinicienilor (MGH)

- **“Clinicienii trebuie sa conduca schimbarea, focalizati pe valoare nu pe costuri”** (Ruth Robertson King’s Fund Inst Londra, Iulie 2015)
- **Medicii pot identifica ocaziile si alege procesul de ameliorat**, 80/20 Cl Mayo, mai buna evaluare preop Cl MDAnderson; prof H Hulond- Cl cc prostata Hamburg (masoara complic; stricturi, impotentia, etc)
- **Plata/rezultat la pachet, pt intregul ciclu** (Stockholm op coxartroza, pre, postop)(C Stowell HBR 17Sept 2015) (platit 80%, volumul de munca a crescut; w-w-w)

# Servicii medicale de valoare = cistig pt intreaga societate

- Transparenta si responsabilitatea publica vs autoreglementare (casta medicala) in spatele usilor inchise
- Sistemul produce valoare daca: coerenta politici si strategii, sustinerea expertilor, trasee valorii pt pts , consumatori parteneri activi
- Lupta contra cc este prea mare pt dr- individ, este nevoie de echipe, retele, comunitati intregi
- **Cea mai mare provocare azi in Sanatate nu este cea clinica ci furnizarea de servicii sigure si eficace la cost scazut (J Hopkins, 2015).**