



ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΑΘΗΝΩΝ
Επιτροπή Εκπαίδευσης και Έρευνας

Με τη συνεργασία:

- Εταιρείας Νέων Ιατρών και Επιστημόνων Υγείας
- Ιδρύματος Ελληνικής Ιατρικής Βιβλιοθήκης-Κέντρο Ιατρικής Τεκμηρίωσης

Υπό την αιγίδα:

- Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης
- Ιατρικής Σχολής και Νομικού Τμήματος Πανεπιστημίου Αθηνών



ΙΑΤΡΙΚΑ ΛΑΘΗ

Νομικές, Ηθικές, Κοινωνικές
και Οικονομικές Διαστάσεις

ΤΟΜΟΣ ΠΡΑΚΤΙΚΩΝ

Επιμέλεια έκδοσης

Ε. Θηραίος

Ν.Χ. Κεραμάρης, Σ. Καπτανής

Αθήνα, Σάββατο 8 Δεκεμβρίου 2007



ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΑΘΗΝΩΝ
Επιτροπή Εκπαίδευσης και Έρευνας

ΙΑΤΡΙΚΑ ΛΑΘΗ

**Νομικές, Ηθικές, Κοινωνικές
και Οικονομικές Διαστάσεις**

ΤΟΜΟΣ ΠΡΑΚΤΙΚΩΝ

Επιμέλεια έκδοσης
Ε. Θηραίος
Ν.Χ. Κεραμάρης, Σ. Καπτανής

Αθήνα, Σάββατο 8 Δεκεμβρίου 2008
Αμφιθέατρο Θ. Καρατζά Μέγαρο Εθνικής Τραπέζης

Διοικητικό Συμβούλιο Ιατρικής Εταιρείας Αθηνών

Πρόεδρος Χ. Ιατρού
Αντιπρόεδρος Α. Σκουτέλης
Γεν. Γραμματέας Α. Μαγκίνα
Ειδ. Γραμματέας Ε. Θηραίος
Ταμίας Μ. Πομώνη
Μέλη Γ. Αθανασόπουλος
Γ. Κουράκλης
Ι. Μελέτης
Α. Τσακίρης

Επιτροπή Εκπαίδευσης και Έρευνας

Επιστημονικό Συμβούλιο

Κ. Βαγιανός	Κ. Καραγεωργίου
Ε. Βογιατζάκης	Γ. Κόλλιας
Α. Γερμενής	Ν. Ντόμπρος
Δ. Γεωργόπουλος	Θ. Ξενάκης
Χ. Γώγος	Α. Παπαβασιλείου
Δ. Θάνος	Α. Πεφάνης

Εκτελεστική Γραμματεία

Ν.Χ. Κεραμάρης	Ν. Παπανικολάου
Α. Μπενέκου	Δ. Πύρρος
Σ. Παπαγεωργίου	Μ. Σαμάρκος

Οργανωτική Γραμματεία Ημερίδας

Ι. Λέκκας	Κ. Ρόκας
Ε. Λιάσκος	Κ. Σουλιώτης
Π. Μσάουελ	Α. Τασούλης
Δ. Πυργάκης	Π. Φλέσσας

Συμμετέχοντες

Βλιάμος Σ.

Καθηγητής Τμήματος Μεθοδολογίας, Ιστορίας και Θεωρίας της Επιστήμης Πανεπιστημίου Αθηνών, π. Γεν. Γραμματέας Υπουργείου Απασχόλησης & Κοινωνικής Προστασίας

Γιαννίδης Ι.

Πρόεδρος Νομικού Τμήματος Πανεπιστημίου Αθηνών, Αν. Καθηγητής Νομικής

Γιαννόπουλος Α.

Βουλευτής Ν.Δ., τ. Υφυπουργός Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Αν. Καθηγητής Χειρουργικής Πανεπιστημίου Αθηνών

Γολεμάτης Β.

Ομότιμος Καθηγητής Χειρουργικής Πανεπιστημίου Αθηνών

Γρηγοράκος Λ.

Βουλευτής ΠΑ.ΣΟ.Κ., Αν. Καθηγητής Εντατικής Θεραπείας Πανεπιστημίου Αθηνών

Θηραΐος Ε.

Ειδικός Γραμματέας Ιατρικής Εταιρείας Αθηνών

Ιατρού Χ.

Πρόεδρος Ιατρικής Εταιρείας Αθηνών

Καπτανής Σ.

Ιατρός, Νομικός

Καραγκούνης Μ.

Οικονομολόγος Υγείας

Καράκωστας Ι.

Αντιπρύτανης Πανεπιστημίου Αθηνών, Καθηγητής Νομικής

Κεραμάρης Ν.Χ.

Πρόεδρος Εταιρείας Νέων Ιατρών & Επιστημόνων Υγείας

Κοσιώνης Π.

τ. Βουλευτής ΚΚΕ, Ιατρός

Κρεμαλής Κ.

Καθηγητής Νομικής Πανεπιστημίου Αθηνών

Λεβέντης Α.

Βουλευτής Συνασπισμού Ριζοσπαστικής Αριστεράς, Νευροχειρουργός

Λιονής Χ.

Αν. Καθηγητής Κοινωνικής & Οικογενειακής Ιατρικής Πανεπιστημίου Κρήτης

Μαγκίνα Α.

Γενική Γραμματέας Ιατρικής Εταιρείας Αθηνών

Παπαβασιλείου Α.

Καθηγητής Βιολογικής Χημείας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών

Πετρίκκος Γ.

Αν. Καθηγητής Παθολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών

Σκουτέλης Α.

Αντιπρόεδρος Ιατρικής Εταιρείας Αθηνών

Σουλιώτης Κ.

Διδάκτωρ Πολιτικών και Οικονομικών Υγείας

Σταθόπουλος Μ.

Ομότιμος Καθηγητής Νομικής Πανεπιστημίου Αθηνών, π. Υπουργός Δικαιοσύνης

Στεφανάδης Χ.

Πρόεδρος Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, Καθηγητής Καρδιολογίας

Φουντεδάκη Κ.

Επικ. Καθηγήτρια Νομικής Αριστοτέλειου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης

Φυτράκης Ε.

Διδάκτωρ Νομικής, Ειδικός Επιστήμονας στον «Συνήγορο του Πολίτη»

Πρόλογος

Πριν από μερικά χρόνια η ενασχόληση με το Ιατρικό Δίκαιο φαινόταν άνευ αντικειμένου, μιας και η οποιαδήποτε δυσμενής εξέλιξη ενός περιστατικού θα μπορούσε πειστικά να αποδοθεί στην ίδια τη φύση της ασθένειας και στα ποσοστά επιπλοκών που διεθνώς υπάρχουν και όχι σε ανθρώπινο λάθος ή ιατρική αμέλεια. Σήμερα το πρόβλημα των ιατρικών λαθών γιγαντώνεται καθημερινά. Η ενασχόληση των κεντρικών δελτίων ειδήσεων των τηλεοπτικών σταθμών με καταγγελίες (άλλοτε δίκαιες και άλλοτε όχι) για πιθανά ιατρικά λάθη αποτελεί πλέον συνηθισμένο φαινόμενο στη σημερινή ελληνική πραγματικότητα. Βέβαια η έλλειψη αντικειμενικών στατιστικών στοιχείων προερχόμενων από το ελληνικό σύστημα υγείας δεν μας επιτρέπει να σχηματίσουμε μια πραγματική εικόνα των ιατρικών λαθών στην πατρίδα μας. Στις ΗΠΑ με βάση στοιχεία που δημοσιεύθηκαν σε μελέτη του 2000 οι θάνατοι που είναι πιθανόν να σχετίζονται με ιατρικά λάθη υπολογίζονται σε 44.000-98.000 ετησίως. Στην Αυστραλία σε μία μελέτη 14.000 ιατρικών φακέλων αποκαλύφθηκε ότι περίπου το 16,6 % των εισαγωγών σε νοσοκομεία οφείλονταν σε πιθανά ιατρικά λάθη.

Βέβαια πέρα από το τραγικό ανθρώπινο και κοινωνικό κόστος των ιατρικών λαθών δεν μπορούμε να παραγνωρίσουμε και το τεράστιο οικονομικό κόστος για τα συστήματα υγείας. Στις ΗΠΑ υπολογίζεται ότι περίπου 300.000 ανεπιθύμητες ενέργειες σε ασθενείς ετησίως μπορούν να αποδοθούν σε ιατρικά λάθη, γεγονός το οποίο προκαλεί οικονομική επιβάρυνση της τάξεως του 1 δισεκατομμυρίου στερλινών ή του 1,5 δις δολαρίων τουλάχιστον. Αντίστοιχα στη Μεγάλη Βρετανία το National Audit Office ανέφερε ότι οι απαιτήσεις που έχουν εγερθεί εναντίον του Εθνικού Συστήματος Υγείας (NHS) για αμέλειες και λάθη που σχετίζονται με την κλινική πρακτική (όχι διοικητικής ή οικονομικής φύσεως) αγγίζουν τα 3,9 δις στερλίνες ή τα 5, 6 δις δολάρια.

Όλο αυτό το σχεδόν εφιαλτικό τοπίο δε μπορεί παρά να έχει αρνητικές συνέπειες στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Και τούτο προκαλεί την έντονη δυσαρέσκεια του κοινού από την ανεπαρκή λειτουργία των συστημάτων υγείας, η οποία αποτυπώνεται εντονότατα σε όλες τις μελέτες και δημοσκοπήσεις, ανάγοντας τα προβλήματα της υγείας σε μείζονα παράμετρο της περίφημης «καθημερινότητας» που ταλανίζει τον πολίτη της χώρας μας.

Η ανάγκη για άμεσες μεταρρυθμίσεις είναι εμφανής. Η ανάγκη για εκσυγχρονισμό του νομικού και θεσμικού πλαισίου λειτουργίας των συστημάτων υγείας είναι προφανής. Οποιαδήποτε διοικητική και νομική παρέμβαση στο ζήτημα αυτό είναι καταδικασμένη σε αποτυχία, αν δεν γίνει αντιληπτό το μέγεθος του προβλήματος, αλλά και ο ιδιάζων, αλλά οπωσδήποτε κεντρικός ρόλος των υγειονομικών. Πώς όμως τούτο μπορεί να καταστεί δυνατό, όταν δεν υπάρχει αντικειμενική καταγραφή των ιατρικών λαθών; Πώς θα ενθαρρυνθούν οι γιατροί, οι νοσηλευτές, οι διοικητικοί να πάψουν να συγκαλύπτουν αναποτελεσματικές υγειονομικές πρακτικές στο όνομα μίας κακώς νοούμενης συντεχνιακής αλληλεγγύης; Χρειάζεται λοιπόν μία μεγάλη εκπαιδευτική προ-

σπάθεια, η οποία θα μεταβάλλει τις στάσεις και τις συμπεριφορές των υγειονομικών στελεχών, ώστε να απενοχοποιήσουν την έννοια των ιατρικών λαθών από κάθε μορφή ηθικής μομφής και να συνειδητοποιήσουν ότι τα λάθη κατά την άσκηση της ιατρικής επιστήμης είναι αναπόφευκτα και μπορούν να περιοριστούν μόνο μετά από εντατική μελέτη, έγκαιρη ανίχνευση και εφαρμογή τεκμηριωμένων και βέλτιστων πρακτικών.

Ας ελπίσουμε ότι η πρώτη αυτή εκδήλωση της Επιτροπής Έρευνας και Εκπαίδευσης της Ιατρικής Εταιρείας Αθηνών να είναι και το πρώτο πετραδάκι για μία νέα πολιτική θεώρηση των ιατρικών λαθών, η οποία να οδηγήσει σε μία αισθητή βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων στον πολίτη υπηρεσιών υγείας, αλλά και στη διαμόρφωση μίας υγιούς σχέσης μεταξύ της ιατρικής και της νομικής επιστήμης, των ΜΜΕ, αλλά κυρίως όλων αυτών με την κοινωνία.

Με τιμή

Χ. Ιατρού

Πρόεδρος Δ.Σ.

Ιατρικής Εταιρείας Αθηνών

Προλογικό σημείωμα Εταιρείας Νέων Ιατρών και Επιστημόνων Υγείας

Τα ιατρικά λάθη αποτελούν μία σύγχρονη νέμεση για το γιατρό, τα συστήματα υγείας και, εν τέλει, για τους πολίτες – χρήστες των υπηρεσιών υγείας. Σε όλο τον κόσμο η ανασφάλεια των ασθενών σχετικά με την ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας λαμβάνει ενδημικές διαστάσεις και τείνει να δημιουργήσει ένα καθεστώς καχυποψίας, ακόμη και δυσπιστίας του κοινού προς τους λειτουργούς της υγείας. Το πρόβλημα είναι υπαρκτό, αφού τα ιατρικά λάθη αποτελούν παγκοσμίως μία από τις σημαντικότερες αιτίες θνησιμότητας και νοσηρότητας, όμως συχνά η κινδυνολογική συμπεριφορά των διαφόρων «τηλε-δικαστών» και «τηλε-εισαγγελέων», ιδίως σε χώρες με ατελή κοινωνική και επιστημονική ωρίμανση όπως η Ελλάδα, μπορεί να δημιουργήσει συνθήκες οιονεί υστερίας στην κοινή γνώμη. Ιδίως στη χώρα μας η κινδυνολογία μπορεί να είναι ιδιαίτερα επικίνδυνη, με δεδομένο ότι ουσιαστικά δεν υφίστανται αξιόπιστες στατιστικές, οι οποίες να μπορούν αξιόπιστα να περιγράψουν το μέγεθος και την ένταση του φαινομένου. Παράλληλα, το πρόβλημα επιτείνεται λόγω της ιδιότυπης συντεχνιακής κουλτούρας εντός της ιατρικής κοινότητας και των συστημάτων υγείας ευρύτερα, η οποία κουλτούρα ουσιαστικά αποτρέπει, μέσω μηχανισμών αποσιώπησης και αυτολογοκρισίας, την αξιολόγηση της απόδοσης των γιατρών και των συστημάτων. Κατ' αυτό τον τρόπο υποθάλπεται ένα, ενοχλητικό για την κοινή γνώμη και επικίνδυνο για τη δημοκρατική κοινωνία, κλίμα αδιαφάνειας και συχνά ατιμωρησίας, η οποία εντείνει από πλευράς των ασθενών ένα αίσθημα (άλλοτε δικαιολογημένο άλλοτε όχι) «αδικίας» προς τους θεωρητικά ευρισκόμενους εν ασυλία ιατρούς. Το αίσθημα αυτό «αδικίας» σε συνδυασμό με την υψηλή προτεραιότητα της υγείας στην καθημερινή ποιότητα ζωής οδηγούν συχνά τους ασθενείς στην ανάγκη αυτοδικίας, με αποτέλεσμα την επανατροφοδότηση του φαύλου κύκλου των «τηλε-δικαστών» και «τηλε-εισαγγελέων».

Ο φαύλος αυτός κύκλος πρέπει επειγόντως να σπάσει, ώστε να σταματήσει η απαξίωση του ιατρικού λειτουργήματος στα μάτια της κοινής γνώμης, αλλά και να αποκατασταθεί η εμπιστοσύνη της κοινωνίας προς τα συστήματα υπηρεσιών υγείας. Είναι αναγκαία μία νέα συλλογική προσπάθεια, ώστε να δημιουργηθεί ένα κλίμα αξιοπιστίας και διαφάνειας σχετικά με τη λειτουργία της Υγείας στην Ελλάδα. Πρέπει οι πολίτες να πιστέψουν ότι τα συστήματα και η ιατρική κοινότητα έχουν την οξυδέρκεια και την τόλμη να θίξουν τα κακώς κείμενα της Υγείας και να επαναφέρουν τη διαφάνεια και την απόδοση των πραγματικών, και όχι των φανταστικών, ευθυνών στην ημερήσια διάταξη, να αυτορρυθμίσουν τα «του οίκου των» δημιουργώντας και διαχέοντας πρότυπα βέλτιστης ιατρικής και κλινικής πρακτικής. Το στοίχημα είναι τεράστιο, για αυτό και η ανάγκη για συνεργασία των φορέων της ιατρικής κοινότητας είναι μεγάλη. Εξίσου σημαντική είναι η ανάγκη για διεπιστημονικό διάλογο με άλλες επιστήμες που εμπλέκονται σε αυτή την προσπάθεια, όπως η Νομική, η Οικονομική και η Δι-

οικητική Επιστήμη. Προϊόν αυτής της προβληματικής απετέλεσε η ημερίδα «Ιατρικά Λάθη: Νομικές, Ηθικές, Κοινωνικές και Οικονομικές Διαστάσεις» που διοργανώθηκε στις 8/12/2008 ως αποτέλεσμα της αгаστής συνεργασίας της Επιτροπής Εκπαίδευσης & Έρευνας της Ιατρικής Εταιρείας Αθηνών με το Ίδρυμα Ελληνικής Ιατρικής Βιβλιοθήκης και με την Εταιρεία Νέων Ιατρών & Επιστημόνων Υγείας (ΕΝΙΕΥ). Ελπίζουμε αυτή η πρώτη σπορά προβληματισμών να αποδώσει καρπούς στο σχετικά εγγύς μέλλον και η συνεργασία αυτή να αποτελέσει τη μαγιά μίας ευρύτερης συστράτευσης φορέων για μία ορθολογική / μη μεταφυσική θεώρηση των ιατρικών λαθών μέσα από τη δημιουργία ενός νέου πλαισίου λειτουργίας των συστημάτων υγείας, αλλά και συνεχούς ποιοτικής επανεκπαίδευσης των λειτουργών της.

Για το ΔΣ της ΕΝΙΕΥ

Ο Πρόεδρος
Ν. Χ. Κεραμάρης

Ο Γενικός Γραμματέας
Π. Μσάουελ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΗΜΕΡΙΔΑΣ - ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΝΑΡΚΤΗΡΙΑ ΟΜΙΛΙΑ

Προεδρείο: Χ. Ιατρού

«Διαχρονική ανάλυση των Ιατρικών λαθών: Ιατρική και Φιλοσοφία στην αρχαία Ελληνική Ιατρική»

Β. Γολεμάτης..... 13

1η ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ:

Εισαγωγή στα Ιατρικά λάθη

Προεδρείο: Μ. Σταθόπουλος, Αθ. Σκουτέλης

Τα ιατρικά λάθη στην καθ' ημέρα ιατρική πράξη

Ν. Χ. Κεραμάρης 15

Θεωρίες περί λαθών και ιατρικά λάθη

Σ. Βλιάμος..... 22

Το ιατρικό σφάλμα ως έννοια «κλειδί»

για την αστική ευθύνη του γιατρού

Κ. Φουντεδάκη..... 33

Σχολιαστές: Κ. Κρεμαλής, Ε. Φυτράκης

2η ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ:

Ιατρικά Λάθη και Μεταρρυθμίσεις στα Συστήματα Υγείας

Προεδρείο: Χ. Στεφανάδης, Ι. Γιαννίδης

Σύγχρονη εμπειρία στα συστήματα υγείας

Κ. Σουλιώτης..... 36

Κατευθυντήριες οδηγίες, κλινικός έλεγχος (audit), ηλεκτρονικός φάκελος ως μέσο προτυποποίησης κλινικής φροντίδας και βελτίωσης της ποιότητας

Χ. Λιονής..... 39

Ο ρόλος του ιατρού – επιστήμονα στις νέες προκλήσεις

Αθ. Παπαβασιλείου..... 46

Οικονομικές και κοινωνικές διαστάσεις των ιατρικών λαθών

Μ. Καραγκούνης..... 50

Σχολιαστές: Γ. Πετρίκκος, Ε. Θηραίος

Αντί Εισαγωγής

«Τούτον τον ιητράν ισχυρώς επεναίσοιμι
τον σμικρόν αμαρτάνοντα»

Ιπποκράτης

Αν, ο γιατρός δεν είναι συμβατικά υποχρεωμένος να φέρει πάντα ένα θετικό αποτέλεσμα, αλλά σίγουρα οφείλει να παράσχει με κάθε επιμέλεια τις φροντίδες του για να το πετύχει.

Αν, μπορεί, σύμφωνα με τη θεωρία της χρησιμότητας, οι πράξεις και οι αποφάσεις να κρίνονται ορθές ή όχι από τα αποτελέσματα που παράγουν, στον αντίλογο όμως και σύμφωνα με την δεοντολογική άποψη, ορισμένες πράξεις είναι ορθές ή όχι ανεξαρτήτως από τα αποτελέσματα που επιφέρουν.

Αν, σύμφωνα με τον Ποινικό Κώδικα, ως ιατρική αμέλεια χαρακτηρίζεται η πραγματική εκείνη κατάσταση που προκύπτει από την ύπαρξη της υποχρέωσης και της δυνατότητας του γιατρού να περιθάψει τον ασθενή, από την έλλειψη προσοχής εκ μέρους του γιατρού και από τη θετική συσχέτιση του δυσάρεστου αποτελέσματος στον ασθενή προς την προηγηθείσα πλημμελή συμπεριφορά του γιατρού.

Τότε, το θέμα της εκπαίδευσης των γιατρών, μοιάζει να είναι κεφαλαιώδους σημασίας.

Φαίνεται να είναι κοινά αποδεκτό, ότι ο γιατρός οφείλει να πράττει κατά την Ιπποκρατική παραίνεση «*ωφελέειν ή μη βλάπτειν*», προσπαθώντας κατά την άσκηση της ιατρικής να τηρεί το ιατρικό απόρρητο, να ενημερώνει τον ασθενή και να παίρνει τη συναίνεση του πριν από την ιατρική πράξη, να ακολουθεί μέθοδο σύγχρονη και επιστημονικά τεκμηριωμένη και επιπλέον να δίνει την απαιτούμενη προσοχή και χρόνο στον ασθενή προκειμένου να επιτύχει την καλύτερη επικοινωνία και τη δημιουργία κλίματος εμπιστοσύνης, Αυτό, καθιστά αναγκαίο, η εκπαίδευσή του να στοχεύει στην ευρύτερη καλλιέργεια του γιατρού, πέραν των απαραίτητων γνώσεων, της απόκτησης δεξιοτήτων και της τεχνικής του επάρκειας.

Τα τελευταία χρόνια, ιδιαίτερα μετά τη δημοσίευση το 2000 της πολυσυζητημένης έκθεσης "To err is human: building a safer health system" από την Επιτροπή για την Ποιότητα της Φροντίδας Υγείας του Institute of Medicine των Η.Π.Α., μοιάζει η προσέγγιση του ιατρικού λάθους, από την αναζήτηση του *ποιος* έκανε το λάθος προκειμένου να αποδοθούν ευθύνες, να εστιάζεται και στο *πως* έγινε το λάθος προκειμένου να προληφθούν παρόμοια λάθη στο μέλλον. Μια προσέγγιση, όπου το λάθος αντιμετωπίζεται σαν λάθος του συστήματος μέσα στο οποίο συνέβη και όχι σαν λάθος ενός μεμονωμένου ατόμου. Και κατά συνέπεια, σαν ευθύνη του συστήματος για τον συντονισμό του παρεχόμενου έργου, την ύπαρξη των σωστών υποδομών, την επιστημονική επάρκεια των γιατρών μέσω της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης για τεκμηριωμένες λήψεις αποφάσεων στους τομείς της διάγνωσης και της αντιμετώπισης, τον έλεγχο των αποτελεσμάτων και την εποπτεία των παρεχομένων υπηρεσιών με την βελτίωση της ποιότητας τους. Στο πλαίσιο αυτό, η ανάπτυξη ενός συστήματος αναφοράς και ανάλυσης των λαθών θα επιτρέψει να γίνει η Ιατρική ασφαλέστερη, αποτελεσματικότερη και αποδοτικότερη.

Η προσέγγιση αυτή μοιάζει να είναι ιδιαίτερα αναγκαία σήμερα, που υπάρχει αύξηση των περιπτώσεων ιατρικών λαθών, τα οποία έρχονται στην επιφάνεια συνήθως με σκανδαλοθηρικό τρόπο από τα Μ.Μ.Ε. και για τα οποία οι ασθενείς που τα υπέστησαν ή οι συγγενείς τους, καταφεύγουν στη Δικαιοσύνη και ζητούν ποινικές ή αστικές ευθύνες από τους γιατρούς και υψηλές χρηματικές αποζημιώσεις. Έτσι, η διεκδίκηση αποζημίωσης από τον παθόντα έχει αναγορευθεί σε ύψιστο δικαίωμα, το οποίο σπεύδει να ικανοποιήσει η ασφαλιστική εταιρία, ενώ η δυνατότητα του γιατρού να «εξαγοράσει» τα λάθη του, ακόμα και τη φήμη του, μέσω των ασφαλιστικών εταιριών, ίσως ακυρώνει το δικαίωμά του να ασκεί την ιατρική σε ένα αναβαθμισμένο σύστημα υγείας με πλήρη τεχνολογική κάλυψη και συνεχή ανανέωση των γνώσεων του. Φαινόμενα, για τα οποία ίσως δεν έχουμε εκτιμήσει ακόμα τις επιπτώσεις τους σε επιμέρους θέματα όπως, στο αίσθημα ευθύνης των γιατρών, στις παρεμβατικές δυνατότητες του γιατρού σε δύσκολες περιπτώσεις, στη σχέση εμπιστοσύνης μεταξύ γιατρού ασθενή, καθώς και στις ευθύνες και την υποχρέωση του συστήματος υγείας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

- Committee on Quality of Health Care in America. To Err Is Human: Building a Safer Health System. Editors: Linda T. Kohn, Janet M. Corrigan, Molla S. Donaldson. Institute of Medicine, National Academy Press, Washington, D.C., 2000
- Α. Κογεβίνας. Συγγνώμη ... λάθος. Ζήτημα Ιατρικής, 2007, 2:42-45
- Μ. Αλειφεροπούλου-Χαλβατζή. Ιατρικό λάθος και αστική ευθύνη των γιατρών (<http://www.ince.tqm.gr>)

Ε. Θηραίος

Ειδικός Γραμματέας

Δ.Σ. Ιατρικής Εταιρείας Αθηνών

Διαχρονική Ανάλυση των Ιατρικών Λαθών

Β. Γολεμάτης

Ο πρώτος ποινικός κώδικας εμφανίστηκε περίπου το 2259 π.Χ. από το Χαμουραμπί, βασιλιά της Βαβυλωνίας, είχε 250 νόμους και καθόριζε ακόμη και τις αμοιβές των γιατρών. Σε περίπτωση λάθους κόβονταν τα χέρια του γιατρού. Είναι η πρώτη νομική (?) προσέγγιση. Στην Αρχαιότητα, ο γιατρός απεφάσιζε αν θα αναλάβει τη θεραπεία του αρρώστου και αν, κατά τη γνώμη του, η αρρώστια κρινόταν μη ιάσιμη τον παρέπεμπε στα Ασκληπιεία. Εκεί ήταν ιερείς γιατροί, δηλαδή εκεί επεβίωνε η μαγική-θεουργική θεραπευτική προσέγγιση. Επομένως δεν μπορούν να νοηθούν ιατρικά λάθη, πριν η Ιατρική γίνει αυτόνομη επιστήμη τον 6^ο αι. π.Χ. περίπου, οπότε επικρατεί η θεοκρατική αντίληψη της Ιατρικής, γιατί ο γιατρός είναι μάγος - θεουργός και όχι γιατρός-θεραπευτής.

Τον 7^ο αι. π.Χ. ο Δράκων, ο πρώτος νομοθέτης της Αρχαίας Αθήνας, καθόρισε πολύ αυστηρές ποινές και η πιο ήπια ποινή ήταν θάνατος. Η άσκηση λοιπόν της Ιατρικής πραγματοποιούνταν υπό τη «Δαμόκλειο σπάθη» του νόμου και πιθανολογείται ότι οι ιατρικές πράξεις γίνονταν κρυφά σε σπίτια για τον κίνδυνο επιπλοκών με θλιβερές συνέπειες για το γιατρό. Αυτό βέβαια καθυστέρησε την εξέλιξη και την πρόοδο της Ιατρικής. Τα «Δρακόντεια μέτρα» γρήγορα το 594 π.Χ. αντικαταστάθηκαν από τη Νομοθεσία του Σόλωνα.

Το πρώτο ιατρικό λάθος από κακή διάγνωση και θεραπεία αναφέρεται ότι πραγματοποιήθηκε από Αιγυπτίους γιατρούς, όταν κλήθηκαν να εξετάσουν στην Περσία το Βασιλιά Δαρείο. Έπαθε κάκωση (κάταγμα ή/και διάστρεμμα) στο κυνήγι και υπέφερε από φρικτούς πόνους, όπως περιγράφει ο Ηρόδοτος. Τότε κάλεσε το μεγάλο γιατρό της Αρχαιότητας που ήταν αιχμάλωτός του, το Δημοκλήδη τον Κροτωνιάτη, ο οποίος και τον θεράπευσε. Ο Ηρόδοτος περιγράφει τον ανθρωπισμό του Δημοκλήδη, ο οποίος γλίτωσε από βέβαιο θάνατο τους πέντε Αιγυπτίους γιατρούς. Θα πρέπει να τονισθεί ότι στον Κρότωνα υπήρχε Σχολή Αθλητών και φαίνεται ο Δημοκλήδης είχε αποκτήσει εμπειρία σε ατυχήματα.

Στην Ιπποκρατική εποχή του 5^{ου} αι.π.Χ. και μετά το διαχωρισμό της Ιατρικής από τους ιερείς και μάγους και την καθιέρωση της παρατήρησης, καθώς και της καταγραφής και διάδοσης της ιατρικής επιστήμης, ο Ιπποκράτης εύστοχα σχολιάζει ότι «όποιος μάθει να εφαρμόζει σωστά όσα έχουν γραφτεί, δεν κάνει μεγάλα σφάλματα στην Ιατρική» και με αυτό τον τρόπο σπέρνει τα πρώτα σπέρματα της Ιατρικής Εκπαίδευσης. Ο μεγάλος λοιμός του Πελοποννησιακού Πολέμου εθεωρήθη μεγάλο ιατρικό λάθος και υπονόμωσε την επιστημονική αλλά και επαγγελματική αξιοπιστία των γιατρών. Ο Ιπποκράτης απάντησε: «Η σημερινή αδυναμία μας να δώσουμε απαντήσεις σε κρίσιμα προβλήματα, δε σημαίνει ότι η επιστήμη δε θα μπορέσει να τα λύσει στο μέλλον.» Αυτό ίσως είναι και το πρώτο επιστημολογικό παράδειγμα στην ιστορία της Επιστήμης, αφού η Ιατρική είναι η πρώτη επιστήμη που ανεξαρτητοποιείται από τη φιλοσοφία.

Στην Ελληνορωμαϊκή εποχή έχουμε τον πρώτο χειρουργό στη Ρώμη, τον Αρκάγαθο το 219 π.Χ., ο οποίος αναγκάστηκε να εγκαταλείψει τη Ρώμη, λόγω πολλών επιπλοκών, πιθανότατα επώδυνες χειρουργικές πράξεις και να επιστρέψει στη Σπάρτη. Στην Ελληνορωμαϊκή εποχή είναι δύσκολο να καθορισθεί το τεχνικό λάθος κατά τη νοσηλεία του αρρώστου, γιατί δεν υπήρχαν κατευθυντήριες γραμμές για τη σωστή θεραπεία. Θάνατος κατά τη νοσηλεία αρρώστου στην οποία εμπλέκονται γιατροί είναι ποινικό αδίκημα, κατά τη Ρωμαϊκή νομοθεσία.

Ο Γαληνός αναφέρεται στον αντίκτυπο του ιατρικού λάθους στη φήμη του γιατρού. Ένας νεαρός και φιλόδοξος γιατρός με καλή εκπαίδευση στην Ιατρική Σχολή της Αλεξάνδρειας προσπάθησε μάταια να θεραπεύσει τη γυναίκα πλούσιου Πέρση από στειρώση. Αναγκάστηκε να εγκαταλείψει την πόλη όπου εργαζόταν και έγινε περιοδευτής γιατρός, αλλά η φήμη για το λάθος τον ακολουθούσε παρά τις υπολοιπες καλές επιδόσεις του.

Επιδημιολογία – Επιστημολογία

Ν.Χ. Κεραμάρης

Εισαγωγή

Το πρόβλημα των Ιατρικών Λαθών (Ι. Λ.) συνεχώς γιγαντώνεται, ενώ συχνά αποτελεί αντικείμενο συζήτησης των Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης, όπου πολλές φορές (άλλοτε δίκαια, αλλά συνήθως μάλλον άδικα) οι γιατροί και τα Ι. Λ. δαιμονοποιούνται και στοχοποιούνται. Είναι προφανές ότι μία τόσο στενά νομικίστικη προσέγγιση των Ι. Λ. (με όρους ενοχής και τιμωρίας) δε συμβάλλει στη ψύχραιμη θεώρηση των Ι. Λ. από πλευράς του υγειονομικού κόσμου, με αποτέλεσμα να δημιουργείται, τουλάχιστον στην Ελλάδα μία κουλτούρα συγκάλυψης και αποσιώπησης των Ι. Λ. μέσα από το πρίσμα μίας κακώς νοούμενης αντίληψης περί συναδελφικής αλληλεγγύης. Θα πρέπει να γίνει αντιληπτό ότι δεν υπάρχει σε εξέλιξη κάποιου είδους συνωμοσία κατά των υγειονομικών από δικηγόρους και δημοσιογράφους: οι γιατροί δεν είναι υπό δίωξη!

Θεωρητικό υπόβαθρο Ιατρικών Λαθών

Κατ' αρχήν ο ορισμός του λάθους που χρησιμοποιείται από το Institute of Medicine είναι, αντλώντας από τη γνωσιακή ψυχολογία, «η αποτυχία μίας ενέργειας να ολοκληρωθεί με βάση το οργανωμένο σχέδιο που είχε προβλεφθεί ή η χρήση ενός ατελέσφορου σχεδίου για την επίτευξη ενός στόχου». Ο James Reason έχει κατατάξει τα λάθη (errors) σε τρεις μεθοδολογικές κυρίως διαιρέσεις: λάθη από στιγμιαία απροσεξία (slips), λάθη από μειωμένη συγκέντρωση-παραλείψεις (lapses) και λάθη κατά κύριο λόγο – σφάλματα (mistakes).

Τρεις βασικές κατηγορίες προβλημάτων σχετίζονται με την ποιότητα της υγείας, αφού μειώνουν την πιθανότητα επίτευξης των επιθυμητών αποτελεσμάτων: τα προβλήματα υπερβολικής χρήσης των υπηρεσιών υγείας (overuse problems), τα προβλήματα μειωμένης χρήσης (underuse problems) και εκείνα από λανθασμένη χρήση (misuse).

Τα overuse problems εμφανίζονται, όταν παρέχουμε υπηρεσίες υγείας των

οποίων η σχεδιαζόμενη ωφέλεια υπολείπεται των πιθανών παρενεργειών της. Τυπικό παράδειγμα αποτελεί η χορήγηση αντιβιοτικών για τη θεραπεία του απλού κρουολογήματος, καίτοι γνωρίζουμε ότι τα αντιβιοτικά δεν έχουν καμία επίδραση επί των ιών, με τελικό απώτερο αποτέλεσμα την ανάπτυξη ανθεκτικών μικροβιακών στελεχών λόγω άσκοπης χορήγησης αντιβιοτικών. Τα underuse problems προκύπτουν όταν αποτυγχάνουμε να παράσχουμε αποτελεσματική περίθαλψη σε έναν ασθενή με αποτέλεσμα να αδυνατούμε να του προσφέρουμε τα επιθυμητά από αυτόν και το σύστημα αποτελέσματα. Π. χ. όταν παραλείπουμε να εμβολιάσουμε προληπτικά έναν ηλικιωμένο για τη γρίπη, παρ'ότι εκείνος μας επισκέφθηκε για την αντιυπερτασική αγωγή του. Τα misuse problems αποτελούν τη συνηθέστερη κατηγορία ιατρικών λαθών ή τουλάχιστον την εμφανέστερη κατηγορία: συμβαίνουν όταν παρέχουμε όντως την πλέον ενδεδειγμένη περίθαλψη και θεραπεία, αλλά χωρίς την απαιτούμενη επάρκεια εξοικείωσης με τη χρησιμοποιούμενη μέθοδο (όπως η συνταγογράφηση φαρμάκων, με τα οποία δεν είμαστε επαρκώς εξοικειωμένοι με αποτέλεσμα λάθη στη δοσολογία – εξαιρετικά συχνό φαινόμενο πάλι στην Αμερική με συχνό κίνδυνο και για την ίδια τη ζωή του ασθενούς) ή όπως η λανθασμένη ή ανεπαρκής χειρουργική τεχνική σε μία ορθώς κατά τα άλλα καταστρωμένη επεμβατική στρατηγική.

Δεν πρέπει να μας διαφεύγει ότι οι παράγοντες εκείνοι που μπορούν να προκαλέσουν μειωμένη ικανοποίηση στο χρήστη των Υπηρεσιών Υγείας ταξινομούνται σε δύο μείζονες κατηγορίες: αφ' ενός την ατομική απόδοση κάθε υγειονομικού, αφ' ετέρου την συστημική αντίδραση ενός οργανισμού. Η ατομική απόδοση συνδέεται με την εμφάνιση ατομικών λαθών, ενώ η συστημική αντίδραση ενός οργανισμού συνδέεται με την εμφάνιση συνθηκών «μειωμένης αντίδρασης» στα πιθανά λάθη που είναι μαθηματικά βέβαιο ότι μπορούν να εμφανισθούν σε κάποιο επίπεδο λειτουργίας του συστήματος. Κατά συνέπεια, οι στρατηγικές παρέμβασης θα πρέπει να απευθύνονται στα δύο αυτά ξεχωριστά, αλλά και ταυτόχρονα αλληλένδετα επίπεδα, χωρίς να παραγνωρίζουμε το ρόλο του ίδιου του ασθενούς: πρώτον, βελτίωση των διαδικασιών και δημιουργία μηχανισμών διαχείρισης των λαθών σε συστημικό «μακρο»-επίπεδο, δεύτερον, αξιολόγηση και στοχευμένες εκπαιδευτικές παρεμβάσεις στο ατομικό «μικρο»-επίπεδο, τρίτον ενεργητική συμμετοχή του ασθενή στις διαδικασίες επ' ωφελεία και των δύο επάλληλων επιπέδων.

Επιδημιολογικά στοιχεία

Στις ΗΠΑ με βάση στοιχεία που δημοσιεύθηκαν σε μελέτη του 2000 από το Institute of Medicine οι θάνατοι που πιθανόν σχετίζονται με ιατρικά λάθη υπολογίζονται σε 44.000-98.000 ετησίως. Με βάση τα στατιστικά στοιχεία της ίδιας χώρας μόνο το 55% των ασθενών με διαγνωσμένη κολπική μαρμαρυγή ελάμβανε αντιπηκτική αγωγή την περίοδο 1989-1999, ενώ πάντα στην ίδια χώρα πραγματοποιή-

θηκε αύξηση των λαθών συνταγογραφίας της τάξεως του 300% την περίοδο 1987-1994, αλλά και διαπιστώθηκε ότι το 16% των υστερεκτομών δεν πληρούσαν όλες τις ενδείξεις. Στην Αυστραλία σε μία μελέτη 14.000 ιατρικών φακέλων αποκαλύφθηκε ότι περίπου το 16,6 % των εισαγωγών σε νοσοκομεία οφείλονταν σε πιθανά ιατρικά λάθη⁵. Στη Μεγάλη Βρετανία η ανησυχία τόσο του κοινού όσο και της επιστημονικής κοινότητας για τα ιατρικά λάθη ανάγκασε τις αρχές του εθνικού συστήματος να λάβουν μια σειρά από πρωτοβουλίες όπως η έκδοση μίας σειράς κειμένων με τίτλο «Building a safer system: An organization with a memory».

Στις ΗΠΑ υπολογίζεται ότι λαμβάνουν χώρα περίπου 300.000 ανεπιθύμητες ενέργειες σε ασθενείς ως συνέπεια ιατρικών λαθών, γεγονός το οποίο προκαλεί ζημιές της τάξεως του 1 δισεκατομμυρίου στερλινών ή του 1,5 δις δολαρίων. Αντίστοιχα στη Μεγάλη Βρετανία το National Audit Office ανέφερε ότι οι απαιτήσεις που έχουν εγερθεί εναντίον του NHS για αμέλειες και λάθη που σχετίζονται με την κλινική πρακτική (όχι διοικητικής ή οικονομικής φύσεως) αγγίζουν τα 3,9 δις στερλίνες ή τα 5,6 δις δολάρια.

Πιο συγκεκριμένα, σε μια μελέτη του 1998 από τις ΗΠΑ, τη Μεγάλη Βρετανία, την Αυστραλία, τον Καναδά και τη Νέα Ζηλανδία τα στοιχεία ήσαν όντως αποκαλυπτικά: το κοινό πίστευε, με συντριπτικά ποσοστά, ότι το σύστημα υγείας στη χώρα τους έχρηζε σημαντικών αλλαγών έως και ριζικής αναμόρφωσης, ενώ και οι γιατροί ομολογούσαν ότι η ικανότητά τους να παρέχουν ποιοτική περίθαλψη έχει σαφώς μειωθεί τα τελευταία 5 χρόνια πριν τη μελέτη (Καναδάς 59%, ΗΠΑ 57%, Ν. Ζηλανδία 53%, Μεγάλη Βρετανία 46%, Αυστραλία 38%). Όσον αφορά το νοσηλευτικό προσωπικό, μια μελέτη σε πέντε χώρες (ΗΠΑ, Καναδάς, Αγγλία, Σκωτία, Γερμανία) υπολογίζει τη μείωση της ικανότητας ποιοτικής περιθαλψης, όπως αναφέρεται από τους ίδιους τους νοσηλευτές, από 17 έως 44%. Μετά την παράθεση όλων αυτών των στοιχείων η απογοήτευση του κοινού από τα συστήματα υγείας είναι εντελώς ευεξήγητη (πέρα από τη διόγκωση του προβλήματος μέσα από τους παραμορφωτικούς φακούς του κιτρινισμού στον έντυπο και ηλεκτρονικό τύπο): στις ΗΠΑ το 1998 ο Δείκτης Ικανοποίησης του Αμερικανού Καταναλωτή (American Consumer Satisfaction Index) τοποθέτησε τα νοσοκομεία σε ενδιάμεση θέση μεταξύ των Ταχυδρομείων και της Εφορίας!

Επιστημολογική – Κοινωνιολογική προσέγγιση

Θα πρέπει οι γιατροί μας να συμφιλιωθούν με το γεγονός ότι τα Ι. Λ. αποτελούν ανεπιθύμητο μεν αναπόφευκτο δε σύντροφο της καθημερινής ιατρικής πρακτικής. Η ιατρική άλλωστε, όπως και όλοι οι επιστημονικοί κλάδοι, δε διεκδικεί κανένα αλάθητο: ιατρική και λάθος είναι έννοιες συνυφασμένες, αφού οι επιστημονικές θεωρίες χωρίς τα λάθη και το βάσανο της επιβεβαίωσης ή της διάψευσης δεν μπορούν να ελεγχθούν και να αξιολογηθούν. Την πιθανότητα λάθους δεν ανέχονται τα

δογματικά / υπερβατικά – μεταφυσικά συστήματα που θεωρούν ότι η «αλήθεια» είναι αυταπόδεικτη και αποκαλύπτεται αυτόματα σε όποιον είναι αρκετά «αγνός» και «ηθικός». Η επιστήμη όμως είναι μία ορθολογική-κριτική κατασκευή χωρίς αξιώσεις απόλυτης και «θέωθεν» αποκεκαλυμμένης αλήθειας, άρα τα λάθη είναι αναμενόμενα, ίσως και ευπρόσδεκτα υπό μία έννοια. Οι επιστημονικές θεωρίες, οπότε και οι ιατρικές θεωρίες, χρειάζονται ίσως περισσότερο τη διάψευση του λάθους από την επιβεβαίωση του ορθού (κατά τις επιστημολογικές θεωρίες του Sir Karl Popper) προκειμένου να κριθούν, αλλά και για να παράγουν νέα επιστημονική γνώση. Μην ξεχνούμε άλλωστε το γνωστό αφορισμό ότι το 50% των ιατρικών γνώσεων απαξιώνεται εντός μίας δεκαετίας.

Είναι γεγονός βέβαια ότι θα πρέπει να μην μεμφόμαστε υπερβολικά τους γιατρούς μας, διότι είναι και αυτοί με τη σειρά τους προϊόντα ενός εκπαιδευτικού συστήματος, το οποίο προάγει την αποστήθιση και όχι τη κριτική σκέψη, καλλιεργεί την άκριτη υποταγή στην ιεραρχική δομή της ιατρικής κοινότητας, καθαγιάζει το «καθηγητικό και διευθυντικό αλάθητο», εξοβελίζει την τεκμηριωμένη ιατρική (“evidence based medicine”), εκλαμβάνει την ιατρική ως εξουσία και δύναμη και όχι ως λειτουργήμα, ανέχεται και ίσως υποθάλλει την πατερναλιστική αντιμετώπιση του πάσχοντα συνανθρώπου. Δυστυχώς ακόμη και στις μέρες μας πολλοί γιατροί στην πατρίδα μας δεν καταφέρνουν να απογαλακτισθούν εντελώς από αυτή την παρωχημένη και ουσιαστικά αντι-επιστημονική θεώρηση της ιατρικής, με αποτέλεσμα να θέλγονται από την ψευδαίσθηση της οιονεί απόλυτης εξουσίας του γιατρού επί της υγείας του ασθενούς. Προφανώς η σχεδόν μεταφυσική αυτή αντίληψη του γιατρού σχετικά με το λειτουργημά του μάλλον προσομοιάζει με την εικόνα του μάγου-θεραπευτή των πρωτόγονων φυλών, ο οποίος ενθουσίαζε τους ασθενείς με τις θαυματουργικές-θεουργικές ικανότητές του, παρά με σύγχρονο επιστήμονα, ο οποίος κατέκτησε τις αξιόλογες, αλλά αναμφισβήτητα όχι μαγικές, γνώσεις του με κόπο και προσπάθεια και ο οποίος με ευγένεια και σεβασμό μοιράζεται τις γνώσεις του, προκειμένου να βοηθήσει τον πληροφορημένο πλέον ασθενή του να λάβει την καλύτερη δυνατή απόφαση για την δική του υγεία.

Μέσα στο προαναφερθέν αντι-επιστημονικό περιβάλλον δεν μπορεί να ευδοκιμήσει η επιστημονική μετριοπάθεια και μετριοφροσύνη, η οποία αποδέχεται τα λάθη ως ανεπιθύμητο, αλλά αναπόσπαστο μέρος της καθημερινής ιατρικής πρακτικής, και προάγει την «κουλτούρα αναφοράς» των ιατρικών λαθών ως εργαλείο αποτίμησης της αποτελεσματικότητας των ιατρικών πρακτικών και ελέγχου της κείμενης ιατρικής γνώσης. Αντίθετα σε παρόμοια περιβάλλοντα θάλλει η δογματικότητα και η στείρα προσκόλληση στο «αλάθητο της αυθεντίας» και στο «καθιερωμένο της παράδοσης», η αλαζονεία και η μισαλλοδοξία της δογματικής σκέψης, η πατερναλιστική σχέση που αντιμετωπίζει τον ασθενή – παθητικό δέκτη των αποφάσεων του παντογνώστη και αλάθητου γιατρού για την τύχη της δικής του

υγείας. Βέβαια δεν πρέπει να λησμονούμε ότι το επάγγελμα του μάγου-θεραπευτή μοιάζει γοητευτικό, αλλά μπορεί να είναι και εξαιρετικά επικίνδυνο: από το «θαύμα» και τη σχετική θεοποίηση του γιατρού μέχρι την δαιμονοποίηση σε περίπτωση αποτυχίας (συγγνωστής ή μη) η απόσταση είναι πολύ μικρή.

Ίσως δε θα έπρεπε να κακίζουμε μόνο τους γιατρούς μας για τον επιπρόσθετο λόγο ότι η προβληματική μας εκπαίδευση και ιατρική κοινότητα αντανακλά τα ευρύτερα προβλήματα της κοινωνίας μας, της εκπαίδευσής μας και της επιστημονικής μας κοινότητας. Η κοινωνία μας είναι άραγε, όπως τουλάχιστον επαγγέλλεται, μία ανοικτή κοινωνία χαρακτηριζόμενη από τη δράση ώριμων, υπευθύνων και αυτόνομων πολιτών ή μήπως παραμένει μία κλειστή και παραδοσιακή κοινωνία όπου η ατομική υπευθυνότητα διαχέεται σε συσσωματώσεις όπως η, ευρύτερη ή στενότερη, οικογένεια; Η νεοελληνική κοινωνία αντιμετωπίζει ακόμη την ασθένεια με όρους επίσης μεταφυσικούς/υπερβατικούς; η ασθένεια δεν εκλαμβάνεται ως ένα τυχαίο γεγονός, ούτε ως αποτέλεσμα μίας παθοφυσιολογικής διαδικασίας στην οποία είχε συμμετοχή ο ασθενής, αλλά ως κατάρα, ως αποτέλεσμα απώλειας της εύνοιας των θείων δυνάμεων. Τυπικό παράδειγμα αποτελεί η καρκινοφοβία του Νεοέλληνα: ο καρκινοπαθής βιώνει τη νόσο ως ένα τρομακτικό γεγονός, ως κατάρα και προϊόν υπερβατικής παρέμβασης και θεωρεί ότι μόνο ένα θαύμα μπορεί να αποκαταστήσει την υγεία του, αγνοώντας μάλιστα τις δικές του νοσογόνες στάσεις και συμπεριφορές.

Για να δώσουμε το πραγματικό μέγεθος της εκπαιδευτικής και επιστημονικής μας στασιμότητας, ας αναρωτηθούμε ποιο άραγε παράδειγμα ακολουθεί το σύστημά μας: εκείνο του Θαλή, ο οποίος προήγαγε μέσα στη σχολή του την τεκμηριωμένη κριτική έναντι των δικών του απόψεων, εκείνο του μέγιστου Ιπποκράτη, ο οποίος απέφευγε να εκφράζεται αφοριστικά για τα συμπτώματα, την κλινική εικόνα και τη θεραπεία των νόσων, αλλά αντιθέτως ενθάρρυνε τους μαθητές του να χρησιμοποιούν τη διδασκαλία του ως εργαλείο και όχι ως θέσφατο, ή μήπως τον πολύ Γαληνό, ο οποίος δεν ανεχόταν καμμία κριτική στο περιπούδαστο (και πράγματι εξαιρετικό συχνά) έργο του, με συνέπεια όχι μόνο να μην καταλείπει μαθητές, αλλά και να ακινητοποιήσει τη πρόοδο της ιατρικής επιστήμης για 1000 και πλέον χρόνια, αφού κανείς δεν τολμούσε να αμφισβητήσει τα ευρήματα του «θεόπνευστου» γιατρού;

Τέλος, δε θα πρέπει να παραγνωρίζουμε τη συνεχώς αυξανόμενη πολυπλοκότητα της ιατρικής γνώσης, η οποία είναι απότοκος της εκρηκτικής ανάπτυξης της βιοιατρικής έρευνας και επιστήμης. Αν ληφθεί μάλιστα υπ' όψη ότι η πολυδιάσπαση και κατάτμηση της ιατρικής επιστήμης δυσχεραίνει περαιτέρω την διάχυση της ιατρικής γνώσης και τη συνεχή επικαιροποίηση των ιατρικών πρακτικών, τότε θα πρέπει πράγματι να αναγνωρισθεί ότι η προσπάθεια του σημερινού γιατρού δεν είναι καθόλου εύκολη. Επίσης, τα σύγχρονα Συστήματα Υγείας χαρακτηρίζονται από αυξημένη πολυπλοκότητα, ως αποτέλεσμα των αυξανόμενων απαιτήσε-

ων του κοινού, της έκρηξης της ιατρικής γνώσης, αλλά και συνακόλουθα του κόστους της ιατρικής περιθαλψης, με συνέπεια την αύξηση της γραφειοκρατίας και των διοικητικών διαδικασιών ελέγχου του κόστους. Η επιτεινόμενη αυτή πολυπλοκότητα των Συστημάτων Υγείας δημιουργεί ένα «πολυώροφο οικοδόμημα», σε κάθε επίπεδο του οποίου ελλοχεύει πάντοτε ο κίνδυνος του λάθους. Η πιθανότητα λάθους, όσο μικρή και αν είναι, αθροίζεται σε κάθε επίπεδο, οπότε επί παραδείγματι αν σε κάθε επίπεδο ενός «δεκαόροφου» Συστήματος Υγείας υπάρχει η όντως αμελητέα πιθανότητα του 1% για εμφάνιση λάθους, στο σύνολο του Συστήματος η αθροιστική πιθανότητα εμφάνισης λάθους προσεγγίζει το 10%. Η λεγόμενη «συστημική» θεώρηση του ιατρικού λάθους αποτελεί μία παραγνωρισμένη και υποεκτιμημένη πλευρά των ιατρικών λαθών. Η ατομική απόδοση συνδέεται με την εμφάνιση ατομικών λαθών, ενώ η συστημική αντίδραση ενός οργανισμού συνδέεται με την εμφάνιση συνθηκών «μειωμένης αντίδρασης» στα πιθανά λάθη, που είναι μαθηματικά βέβαιο ότι μπορούν να εμφανισθούν σε κάποιο επίπεδο λειτουργίας του συστήματος.

Συμπεράσματα – Προτάσεις για το μέλλον

- Αλλαγή εκπαιδευτικών προτύπων: αξιολόγηση, τεκμηριωμένες πρακτικές
- Αναμόρφωση προτύπων διοίκησης και λειτουργίας: νέες διαδικασίες ποιότητας και αριστείας (σε επίπεδο management – clinical governance, αλλά και κλινικής ομάδας – clinical leadership)
- Επενδύσεις σε ανθρώπινο δυναμικό: δια βίου μάθηση
- Νέες τεχνολογίες (πχ ηλεκτρονικός φάκελος), πρόσβαση σε βάσεις δεδομένων (πχ Cochrane database)
- Αλλαγή αντιεπιστημονικής κουλτούρας: αποδοχή της Ιατρικής ως συνεχώς επεκτεινόμενης (αλλά με όρια στο σήμερα και πιθανόν στο αύριο) επιστήμης (όπου και πιθανή «χρησιμότητα» I. Λ.), αλλαγή μεταφυσικών προτύπων, διεπαγγελματικότητα, αντιμετώπιση συντεχνιακής αυτολογοκρισίας
- Ενεργητική συμμετοχή του πολίτη μετά από εκπαίδευση: χειραφέτηση πολίτη από τη σχέση αντιπροσώπευσης, δημιουργία σχέσης εμπιστοσύνης ιατρού – ασθενούς, ενεργητική συμμετοχή (πρόληψη και πληροφορημένη συναίνεση) ασθενή στην υγεία του (ασθένεια ως τυχαίο γεγονός και όχι ως κατάρα)
- Η αξιολόγηση δεν είναι εχθρός, είναι όρος επιβίωσης, επείγουσα ανάγκη για καταγραφή προβλημάτων
- Η αντίθεση στην αξιολόγηση είναι αντίδραση στην επιστημονική αντίληψη της Ιατρικής, αλλά και στην ορθολογιστική αντίληψη της κοινωνίας (στη μητέρα της φιλοσοφίας, Ελλάδα!)

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Institute of Medicine. To err is human. Washington DC: National Academy Press, 2000
2. Reason J. Human error. Cambridge: Cambridge University Press, 1990
3. Becher EC, Chassin M. Improving quality, minimizing error: making it happen. Health Aff 2001 Volume 20 ; Number 3: 68 -81
4. Reason J. Human error: models and management. BMJ 2000; 320:768-770
5. Wilson R, McLoughlin V, Runciman WB, Gibberd RW et al. The quality in the Australian health care study, Med J Aust, 1995;163: 458-471
6. Department of Health. An organization with a memory. London: Department of Health, 2001
7. McLoughlin V, Leatherman S. Quality or financing: what drives design of the health care systems. Qual Saf Health Care 2003; 12:136-142
8. Blendon RJ, Schoen C, Donelan K et al. Physicians' view on the quality of care: a five country comparison. Health Aff 2001; 20:233-243
9. Lieber RB, Grant L, Martin J. Now are you satisfied? The 1998 American Customer satisfaction index. Fortune 1998: 137:161-168
10. Popper KR, Conjectures and Refutations, London: Routledge and Keagan Paul, 1963

Οικονομική Ανάλυση των Ιατρικών Λαθών

Σ. Βλιάμος

Εισαγωγή

Η Οικονομική Ανάλυση θεωρεί τα ιατρικά λάθη ως ένα ανεπιθύμητο υποπροϊόν της παροχής ιατρικής φροντίδας το οποίο όμως παρουσιάζει μία σημαντική πιθανότητα να συμβεί με δυσμενή αποτελέσματα σε όλα τα εμπλεκόμενα μέρη. Σύμφωνα με δημοσίευμα (Εφημ. ΕΛΕΥΘΕΡΟΤΥΠΙΑ, Μάιος 2000), τόσο στην χώρα μας όσο και σε όλο τον ανεπτυγμένο κόσμο, τα ιατρικά λάθη ευθύνονται για εκατοντάδες χιλιάδες θανάτους το χρόνο, καταλαμβάνοντας την τέταρτη θέση μετά τις καρδιοπάθειες, τον καρκίνο και τα εγκεφαλικά επεισόδια. Στο forum με θέμα 'Υγεία και Πολιτικές Υγείας' που πραγματοποιήθηκε στα Ιωάννινα στις 22-23/6/2000 με τη συμμετοχή διακεκριμένων επιστημόνων, αναφέρθηκε μεταξύ άλλων ότι περίπου 20-30 ασθενείς πεθαίνουν *κάθε μέρα* στην Ελλάδα και περίπου 200 παθαίνουν *καθημερινά* σοβαρές βλάβες στην υγεία τους, εξαιτίας ιατρικών λαθών, μεγάλο ποσοστό των οποίων θα μπορούσε να είχε προληφθεί. Επίσης, σε κορυφαία ιατρικά περιοδικά της Αμερικής δημοσιεύτηκαν έρευνες που αναφέρουν ότι «για τις ΗΠΑ τα ιατρικά λάθη είναι η τρίτη κορυφαία αιτία θανάτου προξενώντας 225.000 απώλειες ζωών *κάθε χρόνο*». Σύμφωνα με πρόσφατη αναφορά του Ινστιτούτου Ιατρικής των ΗΠΑ (American Institute of Medicine), τα ιατρικά λάθη παρουσιάζονται με διάφορες μορφές, κάθε μία από τις οποίες προκαλεί διαφορετικό αριθμό θανάτων *κάθε χρόνο*:

- α. περιττές χειρουργικές επεμβάσεις (12.000 θάνατοι)
- β. λάθη στην χορήγηση φαρμάκων στα νοσοκομεία (7.000 θάνατοι)
- γ. άλλα λάθη στα νοσοκομεία, κυρίως αμέλεια των ιατρών (20.000 θάνατοι)
- δ. λοιμώξεις στα νοσοκομεία (80.000 θάνατοι)
- ε. ανεπιθύμητες παρενέργειες των φαρμάκων και ιατρογενείς ασθένειες που δεν οφείλονται σε λάθη αλλά σε σωστές από ιατρική άποψη πρακτικές (106.000 θάνατοι)

Επιπλέον, στο έγκυρο ιατρικό περιοδικό American Family Physician, (1/11/1997) είχε αναφερθεί σε άρθρο με τίτλο «Ασθένειες Προκαλούμενες από Φάρμακα», ότι: «πρόσφατοι υπολογισμοί συμπεραίνουν ότι κάθε χρόνο περισσότερο από 1 εκατομμύριο ασθενείς παθαίνουν βλάβες στην υγεία τους ενώ ήδη νοσηλεύονται στα νοσοκομεία και 180.000 περίπου πεθαίνουν εξαιτίας αυτών των βλαβών. Είναι γεγονός ότι η σχετιζόμενη με τα φάρμακα νοσηρότητα και θνησιμότητα είναι συνήθεις καταστάσεις και υπολογίζεται ότι στοιχίζουν περισσότερο από 136 δις δολάρια το χρόνο...».

Τέλος, στην Μ. Βρετανία τα ιατρικά λάθη θεωρούνται υπεύθυνα για τον θάνατο περίπου 30.000 Βρετανών κάθε χρόνο, ενώ πολύ μεγαλύτερος αριθμός ασθενών ταλαιπωρούνται από επιπλοκές στην υγεία τους εξαιτίας των ιατρικών λαθών (British Medical Journal). Υπάρχει σήμερα καταιγισμός καταγγελιών από πολίτες εναντίον βρετανών ιατρών και του βρετανικού ΕΣΥ.

Παρόμοια αποτελέσματα που αφορούν στα 25 κράτη-μέλη της ΕΕ και στις υποψήφιες χώρες έχουμε από την έρευνα του **‘Ευρωβαρόμετρου’**, που έγινε στα τέλη του 2005 και παρουσιάστηκε τον Μάρτιο 2006, με σκοπό να μελετηθούν: Η γενική αντίληψη της έννοιας ‘ιατρικό λάθος’, η εμπειρία ιατρικού λάθους και οι πρακτικές συνέπειες όπως η μέτρηση της εμπιστοσύνης των πολιτών για τους επαγγελματίες υγείας, τα νοσοκομεία κ.λ.π. Τα αποτελέσματα παρουσιάζουν μεγάλη απόκλιση μεταξύ Κρατών με το μεγαλύτερο ποσοστό να παρατηρείται στην Ιταλία (97%) και το χαμηλότερο στην Φινλανδία (48%). Δηλαδή κατά μέσο όρο, σχεδόν 4 στους 5 Ευρωπαίους πολίτες (78%) θεωρούν τα ιατρικά σφάλματα ως σοβαρό και υπαρκτό πρόβλημα στον χώρο της υγείας στη χώρα τους. Για την Ελλάδα το ποσοστό αυτό ανέρχεται στο 86%.. Όταν η ερώτηση αναφέρεται στους νοσηλευόμενους ασθενείς, δηλαδή πόσο αυτοί πρέπει να ανησυχούν για την πιθανότητα ιατρικού λάθους, το 48% των Ευρωπαίων πολιτών αναφέρει ότι πρέπει να ανησυχούν, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για τους Έλληνες είναι το 75% των νοσηλευόμενων πρέπει να ανησυχεί για την περίπτωση ιατρικού λάθους, ενώ η Φινλανδία παρουσιάζει το μικρότερο ποσοστό, 35%.

Επίσης το 78% των Ευρωπαίων πολιτών αναφέρουν ότι έχουν συχνά ακούσει ή διαβάσει για τα ιατρικά σφάλματα. Σε αυτήν την ερώτηση οι Έλληνες κατέχουν την πρώτη θέση δηλώνοντας σε ποσοστό 90% ότι έχουν συχνά ακούσει ή διαβάσει για ιατρικά σφάλματα που γίνονται στη χώρα τους ενώ δηλώνουν μόνο κατά 13% ότι υπήρξε προσωπική ή οικογενειακή εμπειρία ιατρικού λάθους. Στο σημείο αυτό λοιπόν φαίνεται καθαρά ότι η αντίληψη των Ελλήνων για την πιθανότητα ιατρικού σφάλματος (86%), δεν τεκμηριώνεται από αντίστοιχη εμπειρία αφού μόνο τα 13% αναφέρει κάτι τέτοιο.

«Αναμφίβολα η ερμηνεία των δεδομένων είναι δύσκολη και πολυπαραγοντική, κανείς όμως δεν μπορεί να αρνηθεί ότι στην Ελλάδα η αντίληψη διαμορφώνεται,

ίσως όχι πάντα αδικαιολόγητα, πρωταρχικά από την φημολογία και δευτερευόντως από την πραγματική εμπειρία.» [επισημαίνει η Επίκουρη Καθηγήτρια Ψυχιατρικής και Αντιπρόεδρος Ευρωπαϊκού Κέντρου για τον Έλεγχο και την Πρόληψη των Νόσων **Μένη Μαλλιώρη** εφημερίδα **Πελοπόννησος** (25-4-06)].

Τα ιατρικά λάθη σε όλες τις μορφές έκφρασής τους (θάνατοι από περιττά φάρμακα και περιττές χειρουργικές επεμβάσεις, αμέλεια των ιατρών) έχουν πολλές βασικά αιτίες. Πιστεύω όμως ότι οι ευθύνες των γιατρών δεν έχουν την πρώτη θέση στον κατάλογο αυτόν, αλλά είναι απλά συνέπεια κατά μεγάλο μέρος του συστημικού χαρακτήρα του προβλήματος. Μία συνιστώσα του προβλήματος αυτού, σύμφωνα με ομολογίες και μελέτες γιατρών και άλλων ειδικών, είναι η έλλειψη επαρκών οικονομικών πόρων, η οποία προκαλεί σημαντικές δυσκολίες στην παροχή ιατρικών υπηρεσιών.

Ιατρικά Λάθη και Παροχή Υπηρεσιών Ιατρικής Φροντίδας

Ανωτέρω αναφέρθηκε ότι μεταξύ του κοινού αναπτύσσεται η πεποίθηση ότι τα ιατρικά λάθη και οι από αυτά προκαλούμενες βλάβες είναι εκτός ελέγχου, τότε και γι αυτό το λόγο πρέπει να υπάρξει μια διαρκής και έντονη απαίτηση για δράσεις εναντίον των γιατρών. Και είναι φυσικό το αίσθημα αυτό του κοινού να αντικατοπτρίζεται στο γράμμα της κείμενης νομοθεσίας, με το αιτιολογικό της διατήρησης της εμπιστοσύνης του κοινού στο νομικό πλαίσιο. Τότε όμως θα πρέπει να λαμβάνεται πρόνοια ώστε οι αποζημιώσεις που θα επιδικάζονται δεν θα είναι κερδοσκοπικού ενδιαφέροντος, με την έννοια της επιβολής ποινών οι οποίες θα είναι σαφώς υψηλότερης αξίας από τη ζημιά που προκλήθηκε.

Δικαιολογημένα θεωρείται λοιπόν ότι τα ιατρικά λάθη προκαλούν μία 'κρίση' στον ιατρικό κόσμο. Πέρα από θέματα ηθικής και φήμης των ιατρών, που αυτή είναι η ποιοτική πλευρά των πραγμάτων, ποσοτικά η κρίση αυτή μπορεί να αποτυπωθεί όχι μόνο στη κατακόρυφη αύξηση των χρηματικών αποζημιώσεων για βλάβες στην υγεία που προκαλούνται από αμέλεια των ιατρών αλλά και στην άρνηση που παρατηρείται πολλές φορές από ασφαλιστικούς ομίλους να προχωρήσουν στην ασφάλιση των ιατρών έναντι αστικής ευθύνης προς τρίτους, όπως συνέβη πρόσφατα με μεγάλο ασφαλιστικό όμιλο στην Ελλάδα, ακόμα και έναντι μεγάλου ασφαλιστρού. Πράγματι, στην Β. Καρολίνα των ΗΠΑ, όπου η νομοθεσία θεωρείται ιδιαίτερα αυστηρή, οι σχετικές αποζημιώσεις ανήλθαν από 470.000 \$ το 1996 σε 1.000.000 \$ το 2000, δηλ. μόλις τέσσερα χρόνια αργότερα. Στην Ελλάδα σήμερα το μέγιστο ποσό για ιατρική (αστική) ευθύνη έναντι ιατρικού λάθους το οποίο αποδέχονται να ασφαλίσουν μεγάλοι ασφαλιστικοί οίκοι ανέρχεται σε 600 000 Ευρώ, με ετήσιο ασφάλιστρο που κρίνεται υψηλό και ανέρχεται σε 1200 Ευρώ και επί πλέον 150 Ευρώ Νομικής Προστασίας. Πολλοί θεωρούν ότι τα μεγέθη αυτά που προκύπτουν ως αποτέλεσμα των απαιτήσεων από τις υψηλές ποινές που επιβάλλονται

για ιατρικά λάθη, συνοδεύονται από παράλληλες σημαντικές αυξήσεις του κόστους παροχής υγείας. Το κόστος αυτό περιέχει στοιχεία όπως, δαπάνες για προμήθεια νέου και σύγχρονου μηχανολογικού και ηλεκτρονικού εξοπλισμού, δαπάνες για επιμόρφωση των ιατρών, δαπάνες για την ασφαλιστική κάλυψη έναντι λαθών. Όσον αφορά το τελευταίο στοιχείο, ως σημειωθεί ότι στις ΗΠΑ τα ασφάλιστρα για τα ενδεχόμενα ιατρικά λάθη αυξήθηκαν κατά 127% μέσα σε ένα χρόνο από το 2001 στο 2002 και κατά 100% από το 2002 στο 2003. Φυσικά, το κόστος της ασφάλισης είναι ευθέως ανάλογο του ποσού της αποζημίωσης.

Όπως προαναφέρθηκε τα ιατρικά λάθη είναι το ανεπιθύμητο υποπροϊόν της παραγωγής ιατρικής φροντίδας. Η 'παραγωγική διαδικασία' ιατρικής φροντίδας παρουσιάζει μεγάλες πιθανότητες πρόκλησης λάθους από εξωγενείς ή ενδογενείς παράγοντες. Επομένως το λάθος καθίσταται ένα 'ασφάλισιμο αγαθό' και γι αυτόν ακριβώς το λόγο έχει αναπτυχθεί παγκοσμίως μια σημαντική αγορά γι αυτό.

Από την άποψη της οικονομικής επιστήμης τώρα, απαιτείται μία εξέταση των σχέσεων μεταξύ της διάπραξης ιατρικού λάθους (άρα και του κόστους της πρόληψής του) και της αξίας της ζημίας που προκλήθηκε στο άτομο και την κοινωνία, με κριτήρια την κοινωνική δικαιοσύνη αλλά και την οικονομική αποτελεσματικότητα, ώστε να μεγιστοποιείται η κοινωνική ευημερία.

Ιατρικά λάθη και οικονομικό κόστος

Όπως αναφέρθηκε, τα κόστη που σχετίζονται με την παροχή υγείας έχουν αυξηθεί σημαντικά τα τελευταία χρόνια. Κατά τις δύο τελευταίες δεκαετίες οι δαπάνες για την υγεία έχουν πολλαπλασιαστεί στις περισσότερες Ευρωπαϊκές χώρες και στις ΗΠΑ.

Επί πλέον οι υψηλές αποζημιώσεις για ιατρικά λάθη, που επιβάλλονται σε ορισμένες χώρες αντικατοπτρίζουν την σπουδαιότητα της ιατρικής πρακτικής για την υπόλοιπη οικονομία υπό την έννοια της θεμελιώδους επίδρασης αυτής στην παραγωγικότητα των εργαζομένων, την ποιότητα της ζωής και την ατομική εξάρτηση.

Επομένως δεν προκαλεί καμία έκπληξη το γεγονός ότι σε πολλές χώρες το κόστος ασφάλισης έναντι των ιατρικών λαθών έχει αυξηθεί παράλληλα με την αύξηση του κόστους παροχής υπηρεσιών υγείας. Για παράδειγμα, στην μαιευτική και γυναικολογία, μία κατ'εξοχή ευπρόσβλητη ειδικότητα, το ασφάλιστρο πολλές φορές μπορεί να υπερβεί το 20% του ακαθάριστου εισοδήματος που πραγματοποιούν οι γιατροί αυτής της ειδικότητας. Είπαμε όμως ότι η αύξηση των ασφαλιστρών αυτών έχει προκαλέσει μια μικρή 'κρίση' στο ιατρικό επάγγελμα και έχει αυξήσει σημαντικά το κόστος της προσφοράς υπηρεσιών υγείας.

Εν τούτοις οι γνώμες για αυτήν την αύξηση διίστανται: Οι ασφαλιστές την δικαιολογούν λόγω της υψηλής αποζημίωσης που επιβάλλουν τα δικαστήρια (3,5 εκατ. \$ μόνο για την Β. Καρολίνα των ΗΠΑ για το 2003), με αποτέλεσμα πολλές εξειδι-

κευμένες ασφαλιστικές εταιρίες να χρεοκοπούν ή να πωλούνται όταν – όπως συμβαίνει συχνά – το σύνολο των απαιτήσεων κατ’ αυτών υπερβαίνει την ικανότητα τους προς πληρωμή. Άλλοι ισχυρίζονται πως η αύξηση των ασφαλιστρών για ιατρικά λάθη παρασύρθηκε προς τα πάνω από την καθολική υπερβολική αύξηση των ασφαλιστρών για το σύνολο των ασφαλιστικών υπηρεσιών. Τούτο είναι το αποτέλεσμα της κακής πρόβλεψης από την πλευρά των ασφαλιστικών εταιρειών σχετικά με τα χρηματοδοτικά προϊόντα που οι εταιρίες αυτές διαχειρίζονται. Όπως είναι γνωστό οι ασφαλιστικές εταιρίες συνήθως επενδύουν τα αποθεματικά τους στις χρηματαγορές με την πεποίθηση ότι η αγορά θα παραμείνει υψηλά με σημαντικές αποδόσεις. Και όσο διαρκεί αυτή η πεποίθηση, τα ασφάλιστρα παραμένουν χαμηλά. Δεδομένου όμως ότι τον τελευταίο καιρό οι σχετικές αυτές αποδόσεις φθίνουν για διάφορους λόγους [όπως π.χ. παροχή δανείων μειωμένων εγγυήσεων και εξασφαλίσεων (subprime loans), κλπ], τα ασφάλιστρα αυξάνονται ως αντιστάθμισμα των απωλειών στην χρηματαγορά. Επομένως η διακύμανση των ασφαλιστρών είναι αντίστροφη της διακύμανσης της χρηματαγοράς.

Σίγουρα η εξήγηση βρίσκεται ανάμεσα στις δύο αυτές θέσεις. Βραχυχρόνια, το ασφαλιστικό κόστος δέχεται τις επιδράσεις αιφνίδιων απρόσμενων μεταβολών στο οικονομικό περιβάλλον. Μακροχρόνια εν τούτοις, το ασφάλιστρο κατά των ιατρικών λαθών, θα εξαρτάται βασικά από τα ποσά που οι ασφαλιστικές εταιρίες θα πρέπει να καταβάλλουν και όχι από μακροοικονομικά μεγέθη ή τάσεις των οικονομικών προβλέψεων. Όπως και αν είναι το πράγμα, οι αποζημιώσεις που επισύρουν τα ιατρικά λάθη αποτελεί ένα σημαντικό μέρος μιας βιομηχανίας, η οποία στο σύνολό της για τις ΗΠΑ δημιουργεί απαιτήσεις που υπερβαίνουν το 10% του ΑΕΠ.

Το ερώτημα λοιπόν που τίθεται είναι: Υπάρχει τρόπος ελέγχου του μεγέθους της χρηματικής ποινής ώστε να κρατηθούν τα ασφάλιστρα σε ένα μη απαγορευτικό επίπεδο για τον προσφέροντα την ιατρική φροντίδα;

Οι Ορθές Πολιτικές

Η κρατική πολιτική εναντίον των ιατρικών λαθών μπορεί να εκδηλωθεί με διάφορους τρόπους, οι οποίοι μπορούν να ποικίλουν από τον καθορισμό ενός ελαχίστου προκαθορισμένου επιπέδου ποιότητας προσφοράς ιατρικών υπηρεσιών μέχρι την επιβολή αυστηρών ποινών για τις προξενηθείσες βλάβες.

Ας δούμε όμως τα πράγματα με τη σειρά. Εκτός των βλαβών που προκύπτουν στο ‘θύμα’ του ιατρικού λάθους, προκαλούνται επίσης άλλες δύο ομάδες κοινωνικού κόστους: (1) κόστος από την διαδικασία απονομής δικαιοσύνης που επιβαρύνει τα ενδιαφερόμενα μέρη και το κράτος και (2) κόστος από τη μείωση της ‘αξίας’ της ζωής (της ύπαρξης). Το θέμα της χρηματικής αποτίμησης της ανθρώπινης ζωής αναφέρεται σε καθαρά ηθικές έννοιες στις κοινωνικές επιστήμες. Εν τούτοις πολλοί οικονομολόγοι έχουν αναπτύξει διάφορες προσεγγίσεις στην αποτίμηση της αν-

θρώπινης ζωής. Μερικοί από αυτούς υπολογίζουν την οικονομική αποτίμηση της ζωής του ατόμου στην κοινωνία σε όρους των προσδοκώμενων κερδών του κατά τη διάρκεια της ζωής του ή του μεγέθους της κατανάλωσης την οποία θα κάνει. Άλλοι λαμβάνουν υπόψη τους την επιθυμία του ατόμου να πληρώσει για την μείωση της πιθανότητας θανάτου του ή της επιθυμίας να αποδεχθεί κάποια πληρωμή σε ανταλλαγή ενός αυξημένου κινδύνου θνησιμότητας. (Π.χ. πληρωμή υψηλότερου τιμήματος για την καλύτερη νοσηλεία, ή συμφωνία υψηλότερης αμοιβής για περισσότερο επικίνδυνη εργασία).

Πολλές χώρες αντιμετωπίζουν αυτά τα κοινωνικά κόστη ελέγχοντας το σύνολο του συστήματος αντιμετώπισης των ιατρικών λαθών με το να περιορίζουν την δυνατότητα πρόσβασης στα δικαστήρια αναγνωρίζοντας μεν την βλάβη αλλά περιορίζοντας όμως την ποινή για την αποκατάσταση, μέχρι ενός συγκεκριμένου ύψους ποσού.

Ένας τρόπος εξορθολογισμού αυτού του (κοινωνικού) κόστους είναι ο καθορισμός ενός ελαχίστου επιπέδου προσφοράς ιατρικής φροντίδας, ώστε η υποχρεωτική τήρηση αυτού να αποθαρρύνει ή παρεμποδίζει τους διατεθειμένους να καταγγείλουν την διάπραξη λάθους, τουλάχιστον από αμέλεια. Δηλαδή να παρεμποδίζεται μία ενέργεια η οποία, όπως θα δούμε παρακάτω, επιβαρύνει το κοινωνικό κόστος. Όπως επίσης θα δούμε παρακάτω, η πολιτική αυτή αντιμετώπισης του κόστους των ιατρικών λαθών στην ιδεατή περίπτωση θα μπορούσε να σχεδιάζεται με τέτοιο τρόπο ώστε όλα τα εμπλεκόμενα μέρη να μπορούν να έρχονται σε επαφή μεταξύ τους (σύμφωνα με το θεώρημα του Coase) ώστε να μεγιστοποιείται η οικονομική αποτελεσματικότητα. Επομένως θα πρέπει να διερευνηθεί με ποιό τρόπο τα διάφορα μέρη του οικονομικού 'παιχνιδιού' θα αντιδράσουν ώστε να μεγιστοποιήσουν την χρησιμότητά τους, υποκείμενα σε διάφορους περιορισμούς νομικούς ή οικονομικούς). Εν τούτοις πολλές φορές η ανυπαρξία του ιδεατού κόσμου προκαλεί μη ορθολογική συμπεριφορά με αυξημένα οικονομικά κόστη.

• Από την πλευρά του ενάγοντος

Ο ενάγων δεν έχει πάντοτε την ικανότητα της αντίληψης του πραγματικού μεγέθους της κατάστασης την οποία βιώνει. Αυτή η έλλειψη του συνόλου των πληροφοριών που τον αφορούν δεν καθιστά δυνατή τον χαρακτηρισμό των ενεργειών του από ορθολογικότητα. Οι ενέργειές του περιορίζονται από το προσωπικό κόστος στο οποίο θα υποβληθεί και συνήθως παρεμποδίζονται από την αδυναμία του να παρουσιάσει αποδείξεις για την ευθύνη του κατηγορουμένου. Ακόμα, η ταπεινωτική (πολλές φορές απάνθρωπη) συμπεριφορά στην οποία πολλές φορές υπόκειται το θύμα του ιατρικού λάθους συχνά εξουδετερώνει το δημιουργούμενο κίνητρο να καταφύγει στα δικαστήρια επειδή η 'κακομεταχείριση' την οποία θα υποστεί μπορεί να κάμψη την βούλησή του να αντιδράσει.

• Από την πλευρά του κατηγορουμένου

Η εξυπηρέτηση ασθενών χαμηλού εισοδήματος καθιστά ιδιαίτερα δύσκολο για τον ιατρό την προσφορά υψηλής ποιότητας υπηρεσιών με την ταυτόχρονη πραγματοποίηση ικανοποιητικής αμοιβής. Η υποχρεωτική παροχή ενός ελαχίστου επιπέδου ποιότητας ιατρικών υπηρεσιών δεν διασφαλίζει μία ικανοποιητική συναλλαγή μεταξύ του ιατρού και του ασθενούς. Χαμηλού εισοδήματος ασθενείς δεν αποδέχονται και ένα χαμηλό επίπεδο ιατρικής φροντίδας σε αντιστάθμισμα χαμηλότερης οικονομικής αμοιβής. Δηλαδή το γεγονός ότι οι χαμηλού εισοδήματος ασθενείς δεν καταβάλλουν υψηλές αμοιβές προς τους παρέχοντας την ιατρική φροντίδα, αυτό δεν δικαιολογεί στα μάτια τους χαμηλού επιπέδου ιατρικές υπηρεσίες.

Οικονομική Ανάλυση των Ιατρικών Λαθών

Τα Ιατρικά Λάθη πάντοτε κατείχαν μία ιδιαίτερη θέση στο δίκαιο των αδικπραξιών. Έως πρόσφατα η αντιμετώπισή τους περιοριζόνταν στις διατάξεις του δικαίου αυτού η οποία κατέληγε στην επιβολή κάποιου χρηματικού προστίμου ή ποινής η οποία προβλεπόταν από τις κείμενες διατάξεις. Τα τελευταία χρόνια όμως η ανάπτυξη του κλάδου που έχει αποκληθεί «Οικονομική Ανάλυση του Δικαίου», ο οποίος περιγράφει και αναλύει τις σχέσεις μεταξύ Οικονομίας και Δικαίου, παρέχει την δυνατότητα προσέγγισης του θέματος από μία διαφορετική μεθοδολογική αντιμετώπιση περισσότερο ολοκληρωμένη που λαμβάνει υπόψη όλα τα δεδομένα του συμβάντος – νομικά, κοινωνικά, οικονομικά. Αξίζει να σημειωθεί ότι η θεωρία της Οικονομικής Ανάλυσης του Δικαίου θεωρείται σήμερα από τις σημαντικότερες σχολές της αμερικανικής νομικής σκέψης, εμφανίστηκε δε κατά την δεκαετία του 1950 στη Νομική Σχολή του Σικάγο παράλληλα με το ρεύμα του φιλελευθερισμού στην Οικονομική Επιστήμη. Μέσα λοιπόν σε αυτό το «νέο» επιστημονικό πλαίσιο, αντιμετωπίζονται ερωτήματα τα οποία παλαιότερα δεν ήταν δυνατόν να αντιμετωπισθούν με επιστημονικό τρόπο, όπως π.χ. «κατά ποιό τρόπο η επιβολή ποινής επηρεάζει την συμπεριφορά του υποκειμένου;»

Οι περιπτώσεις πρόκλησης ζημίας σε τρίτον είναι πολλές. Σε ένα ιδεατό κόσμο όπου τα **συναλλακτικά κόστη (transaction costs) είναι μηδενικά**, δηλαδή δεν υπάρχουν δαπάνες συλλογής πληροφοριών, διαπραγματεύσεων, κατάρτισης συμβάσεων και ελέγχου της εκτέλεσής τους, κλπ, και εφόσον τα δικαιώματα των ενδιαφερομένων μερών είναι σαφώς προσδιορισμένα (δηλ. ποιος έχει από το νόμο την υποχρέωση να αποτρέψει ή το δικαίωμα να ζητήσει την αποτροπή της βλάβης), τα μέρη είναι δυνατόν να συμφωνήσουν μεταξύ τους εκ των προτέρων ως προς τον τρόπο αντιμετώπισης των πιθανών ζημιών (π.χ. συναίνεση για συγκεκριμένη ρύθμιση σε περίπτωση πρόκλησης ατυχήματος κατά την άσκηση της ιατρικής πρακτικής) (**θεώρημα Coase - θετική εκδοχή**). Στην περίπτωση αυτή η έννομη τάξη, που κατανέμει δικαιώματα και υποχρεώσεις δεν έχει καμιά επίδραση

στην κατανομή των παραγωγικών πόρων που κινούνται προς τις αποτελεσματικές χρήσεις τους με *συναλλακτικές πράξεις* των οικονομικών μονάδων. Ωστόσο στον πραγματικό κόσμο, τα **συναλλακτικά κόστη είναι ιδιαίτερα υψηλά**, που παρεμποδίζουν ή και αποκλείουν *συναλλακτικές πράξεις*. Άρα, τέτοιες συμφωνίες δεν είναι δυνατές (π.χ. ένας ιατρός δεν είναι δυνατόν να συμφωνήσει με όλους τους πελάτες - ασθενείς του σχετικά με την αντιμετώπιση πιθανού ατυχήματος). Η έννομη τάξη αποκτά ιδιαίτερη σημασία αφού διαμορφώνει σε μεγάλο βαθμό το ύψος αυτού του ίδιου του συναλλακτικού κόστους και την τελική και κοινωνικά άριστη κατανομή των παραγωγικών πόρων. Στις περιπτώσεις αυτές είναι δυνατόν να εφαρμοστεί **το θεώρημα Coase στην κανονιστική του μορφή**, που διατύπωσε ο Richard Posner, σύμφωνα με την οποία ο νομοθέτης ή ο δικαστής πρέπει να μιμηθούν την αγορά, δηλαδή να επιλέξουν τη ρύθμιση που μεγιστοποιεί την κοινωνική ευημερία. Στο πλαίσιο αυτό, στην περίπτωση του ατυχήματος, η κατανομή της ευθύνης είναι σκόπιμο να γίνει με τρόπο έτσι ώστε **το κόστος του ατυχήματος να αναλαμβάνεται από εκείνο το μέρος το οποίο είναι στην θέση να αποφύγει ή να ελαχιστοποιήσει τη ζημία**.

Σε αντίθεση λοιπόν με τις συμβάσεις, όπου η επαφή είναι αμοιβαίως επωφελής, εδώ δεν υπάρχει συναίνεση από κανέναν (αν και ο ένας με τη θέλησή του αναλαμβάνει μια επικίνδυνη δραστηριότητα και ο άλλος αποζημιώνεται – όχι όμως πλήρως). Λόγω του μεγάλου κόστους συναλλαγών στις αδικοπραξίες, θα πρέπει το δίκαιο να δώσει τη λύση.

Συνεπώς: Στόχος της οικονομικής ανάλυσης του δικαίου των αδικοπραξιών είναι η ελαχιστοποίηση του συνολικού κόστους που τα ατυχήματα προκαλούν στο κοινωνικό σύνολο.

Και τοποθετώντας το στο σημερινό θέμα των ιατρικών λαθών το ερώτημα διατυπώνεται ως εξής: «εάν κάποια ποινή με τη μορφή πλήρους αποζημίωσης για τις θετικές και αποθετικές ζημιές που προκλήθηκαν (στις Ηνωμένες Πολιτείες τίθεται και το θέμα της τιμωρητικής αποζημίωσης -punitive damages- για την περίπτωση αυτή, που εκτινάσσει στα ύψη το τελικό ποσό που επιδικάζεται) επιβληθεί σ' αυτόν που την έχει προκαλέσει, το ερώτημα που ανακύπτει είναι πόσο ασφαλέστερη θα είναι στο μέλλον η προσφορά ιατρικών υπηρεσιών και σε ποια τιμή θα προσφέρονται αυτές;» Για τους οικονομολόγους οι ποινές είναι όπως οι τιμές και οι άνθρωποι αντιδρούν στις ποινές με τον ίδιο τρόπο που αντιδρούν στις τιμές. Σύμφωνα με τον πολύ γνωστό μας Νόμο της Ζήτησης, στις υψηλές τιμές οι καταναλωτές καταναλώνουν λιγότερο και επομένως αναλογικά, σε υψηλές ποινές οι ιατρικοί φορείς θα προσφέρουν ολιγότερη ποσότητα από την υπηρεσία που υπόκειται στην ποινική δίωξη. Ας υποθέσουμε λοιπόν, ότι όλοι όσοι προσφέρουν ιατρικές υπηρεσίες θεωρούν ότι είναι ενδεχόμενο σε κάποια στιγμή της επαγγελματικής τους ζωής να προκαλέσουν βλάβη ως αποτέλεσμα της επαγγελματικής τους δραστη-

ριότητας. Το πρώτο ερώτημα που αντιμετωπίζουν (αν και πολύ ακραίο) είναι κατά πόσο είναι συμφέρον να ασκήσουν το επάγγελμά τους. Για τον καλό επαγγελματία όμως ο οποίος, όπως όλοι μας άλλωστε, επιδιώκει μεγιστοποίηση των εσόδων του, (εξάλλου πάνω στην αρχή της ορθολογικής ή μεγιστοποιητικής συμπεριφοράς θεμελιώνεται η συμπεριφορά του καταναλωτή από τη νεοκλασική θεωρία) η απάντηση εξαρτάται από το σχετικό μέγεθος δύο ειδών κόστους: το πρώτο είναι το πραγματικό κόστος της προσφοράς υψηλής ποιότητας ιατρικών υπηρεσιών και το δεύτερο ένα «θεωρητικό» (ενδεχόμενο) κόστος το οποίο θα προκύψει από το μέγεθος της βλάβης εφ' όσον προκληθεί κάτι τέτοιο στον ασθενή. Ο παρέχων λοιπόν την ιατρική υπηρεσία οφείλει να συγκρίνει το κόστος παροχής αυτής της υπηρεσίας με το κόστος στο οποίο πιθανώς θα υποβληθεί από την επιβολή της ποινής σε περίπτωση διάπραξης λάθους.

Σύμφωνα με την οικονομική θεωρία, για να υπάρξει ισορροπία στη «αγορά» ιατρικών υπηρεσιών και για να επιτευχθεί το άριστο μέγεθος παροχής αυτών, η δαπάνη στην οποία ο παρέχων την υπηρεσία θα υποβληθεί για τη βελτίωση των ιατρικών υπηρεσιών που θα προσφέρει, θα ανέλθει μέχρι του σημείου εξίσωσης αυτής με το κόστος της ποινής που θα αποφευχθεί από την βελτιωμένη παροχή των υπηρεσιών αυτών.

Σύμφωνα με τον Guido Calabresi, [Το κόστος των ατυχημάτων: Μια Νομική και Οικονομική Ανάλυση (The Costs of Accidents: A Legal and Economic Analysis), New Haven: Yale University Press, 1970], υπάρχουν τρεις μορφές του κόστους των ατυχημάτων:

Πρωτογενές κόστος, το οποίο ισοδυναμεί με την βλάβη του ζημιωθέντος (προσωπικές ιατρικές δαπάνες για την αποκατάσταση της βλάβης, απώλεια προσωπικού εισοδήματος λόγω νοσηλείας και απουσίας από την εργασία, δαπάνες για προσωπική ασφάλιση κατά ατυχήματος, κ.α).

Δευτερογενές κόστος, το οποίο αφορά το κοινωνικό κόστος των ατυχημάτων (κόστος περίθαλψης που ενδεχομένως θα καλυφθεί από δημόσιους πόρους, απώλεια εθνικού εισοδήματος από την αποχή από την εργασία του ζημιωθέντος, κ.α.). Είναι διαφορετικό ένα άτομο να υφίσταται ζημία 50.000 ευρώ και διαφορετικό κάθε ένα από 50.000 άτομα να υφίσταται ζημία 1 ευρώ. Για τη μείωση του δευτερογενούς κόστους ενδείκνυται η ασφάλιση του φορέα κατά του ατυχήματος, η οποία ενδεχομένως όμως αυξάνει το πρωτογενές κόστος.

Τριτογενές κόστος, το οποίο αφορά το κόστος εφαρμογής του δικαίου των αδικπραξιών. Π.χ. Αστυνομία που καλείται στον τόπο του ατυχήματος, έξοδα για τον υπολογισμό της ζημίας, έξοδα δικηγόρου, γενικότερα ο κόπος και ο χρόνος που συνδέεται με την άσκηση αγωγής αποζημίωσης και απονομής δικαιοσύνης.

Αν τεθεί ως στόχος η μείωση του τριτογενούς κόστους (π.χ. με την καθιέρωση ενός καθεστώτος μη ευθύνης), τότε πρέπει να αυξηθεί το πρωτογενές κόστος. Το

ίδιο συμβαίνει αν τεθεί ως στόχος και η μείωση του δευτερογενούς κόστους.

Αν ως προτεραιότητα τεθεί ο στόχος της μείωσης του πρωτογενούς κόστους, δηλαδή των ιδιωτικών δαπανών που προκύπτουν από την ενδεχόμενη βλάβη απαραίτητη είναι η λήψη μέτρων αποτροπής του ατυχήματος, τα οποία επίσης κοστίζουν. Πολλές φορές μάλιστα το κόστος αποτροπής του ατυχήματος είναι μεγαλύτερο από το κόστος που προκαλεί το ίδιο το ατύχημα. Ο στόχος της οικονομικής αποτελεσματικότητας αφορά την ελαχιστοποίηση του συνολικού κόστους (κόστος ατυχήματος + κόστος αποτροπής).

Επομένως το *Αποτελεσματικό Επίπεδο Ατυχημάτων*, δηλαδή αυτό που θα ελαχιστοποιήσει το συνολικό κόστος, μπορεί να θεωρηθεί ότι είναι εκείνο όπου το οριακό κόστος αποτροπής = οριακό όφελος από αποτροπή.

Δηλαδή, **μέτρα αποτροπής της ζημίας** πρέπει να λαμβάνονται έως το σημείο στο οποίο η δαπάνη για τη λήψη μιας επιπλέον μονάδας από τα μέτρα αποτροπής να μην υπερβαίνει από το ύψος του ποσού που εξοικονομείται από τη μείωση της ζημίας που επιφέρει. Άρα, τα επί πλέον μέτρα αποτροπής που θα ληφθούν θα πρέπει να μειώνουν τη ζημία κατά μέγεθος μεγαλύτερο ή ίσο από το κόστος τους.

Αντίστοιχα καθορίζεται και το *Αποτελεσματικό Επίπεδο Δραστηριότητας*: Μια επιπλέον μονάδα δραστηριότητας πρέπει να επιχειρείται όταν το όφελος από αυτή υπερβαίνει το κόστος της.

Πώς επιτυγχάνεται αυτό; Με την υποχρέωση καταβολής αποζημίωσης, δηλαδή με το να αναλαμβάνει το κόστος των ατυχημάτων ο δράστης. Σύμφωνα με την κανονιστική εκδοχή του θεωρήματος Coase, το κόστος του ατυχήματος αναλαμβάνεται από εκείνο το μέρος που είναι στην καλύτερη θέση για να αποφύγει ή να ελαχιστοποιήσει τη ζημία, δηλαδή τον υπαίτιο.

Ποιος λοιπόν είναι υπαίτιος; Πως ορίζεται αυτός και ποια ευθύνη έχει;

Σημαντικό ρόλο παίζει η **προβλεψιμότητα της ζημίας**. Αν ο δράστης δεν ήταν δυνατόν να προβλέψει το είδος της ζημίας που προκλήθηκε, τότε δεν θα μπορούσε να είχε λάβει μέτρα για την αποτροπή της. Γι' αυτό δεν έχει νόημα, από πλευράς οικονομικής ανάλυσης του δικαίου να υποχρεούται σε αποζημίωση για αυτή. (Διαφορετικό είναι το ζήτημα όταν ο δράστης μπορούσε να προβλέψει το είδος της ζημίας αλλά όχι την ακριβή της έκταση). Γι' αυτό το θέμα σε συγκεκριμένη περίπτωση έχει γίνει χρήση της σχέσης που ο δικαστής **Learned Hand** διατύπωσε κατά την εκδίκαση υπόθεσης και έμεινε γνωστή ως **Κανόνας ή formula Learned Hand**. Η σχέση αυτή συσχετίζει το αναμενόμενο κόστος της βλάβης με το κόστος αποτροπής της ζημίας. Σύμφωνα λοιπόν με τον κανόνα Learned Hand, αμέλεια υπάρχει αν οι δαπάνες (το κόστος) που γίνονται για την αποτροπή της ζημίας είναι μικρότερες από το προσδοκώμενο χρηματικό όφελος που προκύπτει από την αποφυγή της ζημίας.

Learned Hand formula: $pL > B$

όπου,

p = πιθανότητα πρόκλησης της ζημιάς

L = το μέγεθος της ζημιάς

B = δαπάνες (κόστος) για την αποτροπή της ζημιάς

PL = αναμενόμενο κόστος της βλάβης / ζημιάς

Με άλλα λόγια ο υπαίτιος θα μπορούσε να είχε αποφύγει τη ζημιά και να είχε επιτύχει το 'άριστο' επίπεδο επιμέλειας αν οι δαπάνες (το κόστος) που θα κατέβαλε για την αποτροπή του ατυχήματος ισούταν με το αναμενόμενο όφελος (κόστος) από την μη πρόκληση της βλάβης.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Institute of Medicine. To err is human. Washington DC: National Academy Press, 2000
2. Holland EG, Degruy FV. Drug-induced disorders. Am Fam Physician. 1997 Nov 1;56(7):1781-8, 1791-2.
3. Medical errors 'kill thousands'. BBC. 2000 Mar 18; Available from: http://news.bbc.co.uk/2/hi/uk_news/682000.stm
4. Special Eurobarometer 241. Medical Errors. European Commission 2006.
5. Calabresi G. The costs of accidents; a legal and economic analysis. New Haven,: Yale University Press; 1970
6. Brown, JP. Toward an Economic Theory of Liability. J Legal Stud 1973: 323-349

Το ιατρικό σφάλμα ως έννοια «κλειδί» για την αστική ευθύνη του γιατρού

Κ. Φουντεδάκη

Το ιατρικό σφάλμα αποτελεί την έννοια-κλειδί της ιατρικής ευθύνης και παραμένει διεθνώς η συχνότερα εμφανιζόμενη βάση των αγωγών αποζημίωσης που ασκούνται εναντίον γιατρών. Ακόμη κι όταν (σε άλλα δίκαια, όπως το γαλλικό και το γερμανικό) ως βάση της αγωγής χρησιμοποιείται η παράβαση άλλων υποχρεώσεων του γιατρού (ιδίως της υποχρέωσης ενημέρωσης), ουσιαστικά αυτό που υποκρύπτεται είναι και πάλι το ιατρικό σφάλμα, ή η σχετική υποψία του ζημιωθέντος, που επιλέγει την άλλη νομική βάση, επειδή είναι πιο εύκολα αποδείξιμη.

Από τις θεωρητικές αναλύσεις και τις δικαστικές αποφάσεις που πραγματεύονται θέματα αστικής ιατρικής ευθύνης προκύπτει μια γενικά αποδεκτή έννοια του *ιατρικού σφάλματος* (*ιατρικό λάθος*, *Behandlungsfehler*, *faute medicale*, *medical malpractice*): πρόκειται **για τη συμπεριφορά του γιατρού που αξιολογείται ως υπολειπόμενη της επιβαλλόμενης στο επάγγελμά του και στη συγκεκριμένη περίπτωση επιμέλειας, κατά κανόνα επειδή ο γιατρός δεν τηρεί το επαγγελματικό του standard ή επειδή παραβιάζει τους κανόνες της ιατρικής επιστήμης και τέχνης (*leges artis*).**

Στην ιδιωτική παροχή ιατρικών υπηρεσιών κατά κανόνα υπάρχει μεταξύ του γιατρού και του ασθενούς μια σύμβαση, που καλείται *σύμβαση ιατρικής αγωγής*. Το ιατρικό σφάλμα συνιστά παραβίαση των υποχρεώσεων του γιατρού από αυτή τη σύμβαση, με αποτέλεσμα να θεμελιώνεται η αξίωση αποζημίωσης του ασθενούς, αλλά ενδεχομένως και άλλες αξιώσεις, όπως η μείωση της αμοιβής του γιατρού, ή η επανόρθωση του σφάλματος. Από την άλλη πλευρά, το ιατρικό σφάλμα θεωρείται και *παράνομη* συμπεριφορά του γιατρού, όχι με την έννοια του ποινικού δικαίου, αλλά ως προϋπόθεση για την αξίωση αποζημίωσης του ζημιωθέντος *ανεξάρτητα* από την ύπαρξη σύμβασης μεταξύ του γιατρού και του ασθενούς.

Οι υποχρεώσεις του γιατρού εκτείνονται μόνον ως την άσκηση του επαγγέλματός του σύμφωνα με τους ισχύοντες κανόνες επιμέλειας. Οι υποχρεώσεις του

γιατρού δεν φτάνουν μέχρι την ανάληψη ευθύνης για μόνο το λόγο ότι η ιατρική πράξη απέτυχε να θεραπεύσει τον ασθενή ή του προκάλεσε άλλη ζημία. Με άλλες λέξεις, ο γιατρός δεν υπόσχεται και δεν υποχρεούται να θεραπεύσει τον ασθενή ούτε να αποκλείσει κάθε βλάβη του από την ιατρική πράξη. Ο γιατρός οφείλει να επιδείξει μια συμπεριφορά σύμφωνη προς ορισμένα πρότυπα και όχι να επιτύχει ένα αποτέλεσμα.

Το ιατρικό σφάλμα ανέκαθεν αποτέλεσε σημείο τριβής μεταξύ γιατρών και νομικών. Διατυπώνεται κάποτε, έμμεσα ή άμεσα, η αμφιβολία αν κάποιος άλλος, εκτός από τους κατόχους της ειδικής γνώσης της ιατρικής επιστήμης και τεχνικής (όπως ο δικαστής) είναι σε θέση να αξιολογήσει τη συμπεριφορά του γιατρού. Μια τέτοια αντίληψη, ότι το ιατρικό σφάλμα δεν είναι και δεν πρέπει να είναι νομικό θέμα, αλλά αποκλειστική αρμοδιότητα των γιατρών, δεν δικαιολογείται. **Σε θεωρητικό επίπεδο πρόκειται για μια αντίληψη παραπλανητική, γιατί συγχέει τη νομική με την ιατρική έννοια του λάθους. Ιατρικό σφάλμα συνιστά η παράβαση των υποχρεώσεων επιμέλειας του γιατρού, δηλαδή μια συμπεριφορά που αποδοκιμάζεται από το δίκαιο, με την έννοια ότι ο γιατρός δεν ανταποκρίνεται στα πρότυπα που το δίκαιο θέτει για τη δραστηριότητά του.** Στο πλαίσιο αυτό, ζητήματα που απαιτούν για την κατανόησή τους ειδικές γνώσεις ιατρικής (όπως ποια ήταν η κατάσταση του ασθενούς, πώς ενήργησε ο χειρουργός σε ορισμένη περίπτωση, και πώς κρίνονται αυτά τα θέματα από την άποψη των κανόνων ή των αναγνωρισμένων μεθόδων ενέργειας σύμφωνα με την ιατρική επιστήμη και εμπειρία) αποτελούν ένα μόνο τμήμα στην συλλογιστική πορεία για την αποδοχή της ύπαρξης ιατρικού λάθους. Ο δικαστής δεν καλείται, φυσικά, να πάρει θέση σε ορισμένο ιατρικό θέμα, αλλά να αξιολογήσει, ενόψει των απόψεων που εκφράζουν οι ειδικοί στο ζήτημα γιατροί, σε συνδυασμό και με άλλα στοιχεία, τη συμπεριφορά ή ορισμένη επιλογή του γιατρού ως αμελή ή όχι. Από την άλλη πλευρά, ωστόσο, είναι αυτονόητο ότι η νομική έννοια του ιατρικού σφάλματος (ως υπαίτιας παράβασης των κανόνων της ιατρικής επιμέλειας) δεν μπορεί να είναι και τελείως άσχετη ή δι-αμετρικά αντίθετη από την αντίστοιχη έννοια και αντίληψη που έχει για την ίδια συμπεριφορά ο ιατρικός κόσμος.

Τρία είναι, κατά βάση, τα κριτήρια που έχουν προταθεί για την εξειδίκευση της έννοιας του ιατρικού σφάλματος. Το πρώτο, που ακολουθείται και από τη νομολογία μας, είναι αυτό του μέσου συνετού γιατρού που τηρεί τους κανόνες της επιστήμης του (leges artis). Σύμφωνα με αυτή τη θεώρηση, αμελής είναι η συμπεριφορά του γιατρού που παραβιάζει τους γενικά παραδεκτούς κανόνες της ιατρικής επιστήμης (βλ. άρθρ. 3 § 3 ΚΙΔ).

Στη σύγχρονη θεωρία της ιατρικής ευθύνης το προηγούμενο κριτήριο τείνει να εγκαταλειφθεί και να επικρατήσει η αναγωγή στα standards του ιατρικού επαγγέλματος. **Ως ιατρικό standard («πρότυπο ποιότητας» ή απλώς «πρότυπο»)**

μπορεί να χαρακτηριστεί το σύνολο των προδιαγραφών ποιότητας στις οποίες πρέπει να ανταποκρίνεται σε ορισμένη περίπτωση η παροχή των ιατρικών υπηρεσιών. Ο γιατρός, όπως κάθε επαγγελματίας, οφείλει να παρέχει υπηρεσίες που αντιστοιχούν σε ένα ορισμένο επίπεδο ποιότητας, σύμφωνα με τα πρότυπα ενέργειας και συμπεριφοράς που γίνονται δεκτά στο επάγγελμά του. Αμέλεια, ως παράνομη συμπεριφορά, είναι η απόκλιση προς τα κάτω από το επιβαλλόμενο πρότυπο ποιότητας. Το ιατρικό standard «περιγράφει» την ενδεδειγμένη για τη συγκεκριμένη περίπτωση συμπεριφορά του γιατρού, και προσδιορίζεται από τις αντικειμενικές περιστάσεις, από τους κανόνες της επιστήμης και από τα πορίσματα της εμπειρίας κατά το χρόνο διενέργειας της πράξης.

Μια τρίτη προσέγγιση του ιατρικού σφάλματος επιλέγει ως σημείο αναφοράς για την επιμέλεια του γιατρού τη συγκεκριμένη περίπτωση, το συγκεκριμένο ασθενή. Τονίζεται ότι πέρα από την οποιαδήποτε τυπική- γενική έννοια του ιατρικού σφάλματος, αμελής πρέπει να κριθεί ο γιατρός που σε ορισμένη περίπτωση δεν έπραξε αυτό που επέβαλε το συμφέρον της υγείας του ασθενούς. Αντίστροφα, επιμελής είναι ο γιατρός που προβαίνει στις ενέργειες που είναι απαραίτητες και ωφέλιμες για το συγκεκριμένο ασθενή, παραβιάζοντας, αν αυτό είναι αναγκαίο, όχι μόνο τη συνήθη επαγγελματική πρακτική, αλλά και κάποιο κανόνα της ιατρικής ή standard. Προς αυτή την κατεύθυνση βρίσκεται και η ρύθμιση του άρθρ. 3 § 3 ΚΙΔ, που αναφέρει ρητά ότι ο γιατρός οφείλει να επιλέγει εκείνη τη μέθοδο θεραπείας, η οποία κατά την κρίση του υπερτερεί έναντι άλλων για το συγκεκριμένο ασθενή. Η πιο πρόσφορη προσέγγιση είναι η σύνθεση των προαναφερόμενων κριτηρίων, ωστόσο στην τελική κρίση για το αν υπήρξε ιατρικό σφάλμα πρέπει να πρυτανεύσει η αξιολόγηση με βάση το συμφέρον της υγείας του ασθενούς.

Ιατρικά λάθη: σύγχρονη εμπειρία στα συστήματα υγείας

Κ. Σουλιώτης

«Λάθος είναι η αποτυχία ολοκλήρωσης μιας προγραμματισμένης δράσης ή η χρήση λάθος σχεδίου για την επίτευξη συγκεκριμένου στόχου».

Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine, National Academy of Sciences, 2000.

Τα λάθη στο χώρο της υγείας, λόγω του ειδικού βάρους και του έντονου κοινωνικού ενδιαφέροντος, απασχολούν ολοένα και περισσότερο τους σχεδιαστές της πολιτικής υγείας. Τα ιατρικά λάθη (medical errors) αποδίδονται, σύμφωνα με τη σχετική βιβλιογραφία, στους κάτωθι παράγοντες:

- Το λάθος ενυπάρχει στην ανθρώπινη φύση: μάλιστα, η «ικανότητα να κάνουν λάθη» επιτρέπει στους ανθρώπους να λειτουργούν.
- Το μεγαλύτερο τμήμα της ιατρικής επιστήμης είναι πολυσχιδές και αβέβαιο.
- Τα περισσότερα λάθη απορρέουν από «το σύστημα» ήτοι από την ανεπαρκή εκπαίδευση, την υπερωριακή εργασία των ιατρών, την απουσία ελέγχων κ.λπ.
- Οι υπηρεσίες υγείας δεν έχουν ακόμη κατορθώσει να διαμορφώσουν ένα ασφαλές περιβάλλον άσκησης της ιατρικής.
- Το πρόβλημα των ιατρικών λαθών έχει λάβει ανησυχητικές διαστάσεις ακόμη και στα πιο αναπτυγμένα συστήματα υγείας, όπου τόσο η διαθέσιμη τεχνολογία όσο και η εκπαίδευση των ιατρών είναι υψηλού επιπέδου. Αναφέρεται χαρακτηριστικά ότι μελέτη που διενεργήθηκε το 1984 στις ΗΠΑ στο πλαίσιο της οποίας εξετάστηκαν ιατρικοί φάκελοι 30.121 ασθενών που εισήχθησαν σε 51 νοσοκομεία της Νέας Υόρκης, κατέληξε στο συμπέρασμα ότι στο 3,7% των περιστατικών μια ανεπιθύμητη ενέργεια οδήγησε είτε σε παρατεταμένη παραμονή στο νοσοκομείο είτε σε αναπηρία, ενώ το 69% των «ατυχημάτων» οφείλονταν σε ιατρικά λάθη (Harvard Medical Practice Study, 1984).

Σε αντίστοιχη μελέτη που έγινε μία δεκαετία αργότερα (1995) σε δείγμα 14.179 ασθενών που εισήχθησαν σε 28 νοσοκομεία της Νέας Νότιας Ουαλίας και της Νό-

τίας Αυστραλίας, διαπιστώθηκε ότι στο 16,6% των εισαγωγών εκδηλώθηκε ανεπιθύμητη ενέργεια, ευθυνόμενη για τη μόνιμη αναπηρία του 13,7% των ασθενών και το θάνατο του 4,9% αυτών. Σημειώνεται ότι η μελέτη κατέληξε στο συμπέρασμα ότι το 51 % των ανεπιθύμητων ενεργειών που παρουσιάστηκαν στους ασθενείς που νοσηλεύθηκαν στα νοσοκομεία αναφοράς θα μπορούσαν να έχουν αποφευχθεί.

Συνολικά, στην Αυστραλία, τα ιατρικά λάθη ευθύνονται για περίπου 18.000 θανάτους που θα μπορούσαν να έχουν αποφευχθεί, ενώ πάνω από 50.000 ασθενείς αποκτούν εξ αυτών κάποια μορφή αναπηρία κάθε χρόνο. Αντίστοιχα στις Η.Π.Α. έχει υπολογισθεί ότι κάθε χρόνο πεθαίνουν πάνω από 100.000 άτομα από ιατρικά λάθη τα οποία θα μπορούσαν να είχαν αποφευχθεί και ότι τα ιατρικά λάθη ευθύνονται για περισσότερους θανάτους κάθε χρόνο στις Η.Π.Α. από τον καρκίνο του μαστού, το AIDS, ή τα τροχαία ατυχήματα.

Όσον αφορά στη διάσταση του προβλήματος στην Ευρώπη, ενδεικτικά συμπεράσματα προέκυψαν από μια πρόσφατη σχετική έρευνα του Ευροβαρόμετρου (2006), η οποία αποκάλυψε ότι σχεδόν τέσσερις στους πέντε πολίτες της ΕΕ (78%) ταξινομούν τα ιατρικά λάθη ως σημαντικό πρόβλημα στη χώρα τους. Συγκεκριμένα:

48% των πολιτών της ΕΕ δηλώνουν ότι οι ασθενείς των νοσοκομείων πρέπει να ανησυχούν για την πιθανότητα ενός σοβαρού ιατρικού λάθους.

40% των πολιτών της ΕΕ δηλώνουν ότι τα ιατρικά λάθη που συμβαίνουν σε ασθενείς που νοσηλεύονται σε νοσοκομεία μπορούν να αποφευχθούν.

Εκείνοι που ζουν στην Ελλάδα (75%), τη Λετονία (74%) και την Ιταλία (69%) ανησυχούν περισσότερο από τους υπόλοιπους Ευρωπαίους.

Οι πολίτες της Σουηδίας (20%), της Αυστρίας (24%) και της Τσεχίας (30%) εμφανίζουν το χαμηλότερο ποσοστό ανησυχίας.

Γενικά, οι πολίτες της νότιας Ευρώπης και των νέων κρατών μελών γύρω από τη θάλασσα της Βαλτικής εμφανίζονται να ανησυχούν περισσότερο για την ασφάλεια των ασθενών στα νοσοκομεία, ενώ οι πολίτες της δυτικής Ευρώπης και των σκανδιναβικών κρατών μελών, φαίνεται να έχουν περισσότερη εμπιστοσύνη στο σύστημα υγείας τους.

Συνοπτικά, διεθνείς μελέτες αναφέρουν ότι τα ιατρικά λάθη οφείλονται, σύμφωνα με τις απόψεις τόσο των ιατρών όσο και των ασθενών, στο χρόνο που διαθέτουν οι πρώτοι κατά την επαφή με τους δεύτερους, στην κόπωση των ιατρών, στην έλλειψη ομαδικής εργασίας και στην έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού. Μεγαλύτερο κίνδυνο να υποστούν τις συνέπειες ιατρικών λαθών παρουσιάζουν οι ηλικιωμένοι ασθενείς, οι ασθενείς που υποβάλλονται σε καρδιοχειρουργικές, αγγειακές και νευροχειρουργικές επεμβάσεις, όσοι αντιμετωπίζουν σύνθετα προβλήματα υγείας, καθώς και αυτοί που το πρόβλημα της υγείας τους θα αντιμετωπιστεί είτε στα τμήματα επειγόντων περιστατικών, είτε από ιατρούς με μικρή επαγγελματική εμπειρία.

Συμπερασματικά, τόσο η διεθνής βιβλιογραφία όσο και τα στοιχεία από την Ελληνική εμπειρική πραγματικότητα καταδεικνύουν ότι ο καλύτερος τρόπος να αντιμετωπισθεί το πρόβλημα των ιατρικών λαθών είναι να προσεγγισθούν όχι μόνο ως λάθη ανθρώπων-επαγγελματιών αλλά και ως αδυναμία του συστήματος υγείας, εκπαίδευσης κ.λπ. Αυτό, διότι, τελικά, τα ιατρικά λάθη αποτελούν –και στη χώρα μας– τη συνέπεια ενός φαύλου κύκλου παραγόντων, ο οποίος έχει ως αφετηρία την έλλειψη οικονομικών πόρων, που με τη σειρά της δρα περιοριστικά στην επένδυση σε έρευνα και εκπαίδευση και, σε συνδυασμό με την ανασφάλεια των ιατρών, οδηγεί σε αυξημένη συνταγογράφηση, σπατάλη και νέα λάθη. Η αντιμετώπιση του «φαύλου αυτού κύκλου λαθών» πρέπει να αποτελέσει προτεραιότητα της κεντρικής διοίκησης, για λόγους τόσο ηθικούς - αξιακούς όσο και οικονομικούς.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Brennan, TA, Leape, LL, Laird, NM, Hebert, L, Localio, AR, Lawthers, AG, Newhouse, JP, Weiler, PC, Hiatt, HH Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I *N Engl J Med* 1991 324: 370-376
2. Institute of Medicine. *To err is human*. Washington DC: National Academy Press, 2000
3. Special Eurobarometer 241. *Medical Errors*. European Commission 2006.
4. Blendon RJ, et. al., *Views of Practicing Physicians and the Public on Medical Errors*, *NEJM* 2002; 347: 1933-40

Κατευθυντήριες οδηγίες, κλινικός έλεγχος και ηλεκτρονικός φάκελος ως μέσα προτυποποίησης κλινικής φροντίδας και βελτίωσης της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας

Χ. Λιονής

Η συζήτηση για την ποιότητα στις υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

Τα θέματα του ιατρικού ελέγχου (medical audit) και της αξιολόγησης της ποιότητας (quality) των υπηρεσιών υγείας έχουν εισαχθεί από χρόνια στις συζητήσεις για τη διαμόρφωση σύγχρονων συστημάτων υγείας και φροντίδας σε Ευρώπη και Αμερική, και φαίνεται να επηρεάζουν τις προσεγγίσεις βελτίωσης της απόδοσης και κλινικής διακυβέρνησης. Η έλλειψη ενός ενιαίου αποδεκτού ορισμού της ποιότητας φαίνεται να προσφέρει δικαιολογίες στην άρνηση ένταξης της συζήτησης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας και της αξιολόγησής της σε ορισμένα συστήματα υγείας.

Παρά τις δυσκολίες ανάπτυξης ομοφωνίας σε ορισμό και μεθόδους για την αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, δεν είναι λίγες οι προσπάθειες και οι καινοτομίες που εισάγονται στη Γενική/Οικογενειακή (Γ/Ι) Ιατρική στην Ευρώπη, που αναλαμβάνει ένα σημαντικό ρόλο ο οποίος αποτελεί αντικείμενο συζήτησης σήμερα στα σχετικά επιστημονικά περιοδικά. Η Ευρωπαϊκή Εταιρεία Γενικής Ιατρικής (<http://www.woncaeurope.org>) και το δίκτυό της για τη Διασφάλιση της Ποιότητας στη Γενική Ιατρική (<http://www.equip.ch>) έχουν κατατάξει τη διασφάλιση και την αξιολόγηση της ποιότητας φροντίδας υγείας ανάμεσα στις υψηλής προτεραιότητας δραστηριότητές τους.

Το Βρετανικό Σύστημα Υγείας (NHS) από χρόνια αναδεικνύει τη βελτίωση της ποιότητας στη φροντίδα υγείας ως κύριο συστατικό του και την εντάσσει στη στρατη-

γική ανάπτυξή του, ενώ πρόσφατα καθιέρωσε το συμβόλαιο με τον γενικό ιατρό ως μέσο για την παροχή υψηλής ποιότητας φροντίδας στον ασθενή (Investing in General Practice: the New Medical Services Contract, <http://www.bma.org.uk/ap.nsf/Content/NewGMScontract/>). Το νέο αυτό συμβόλαιο που έχει προκαλέσει αρκετές συζητήσεις στο ίδιο το Ηνωμένο Βασίλειο, εισάγει ένα πλαίσιο εκτίμησης της ποιότητας και των εκβάσεων στα ιατρεία του συστήματος, το οποίο βασίζεται στην καλύτερη διαθέσιμη, με βάση την μαρτυρία, απόδειξη. Δείκτες αποτίμησης της επίτευξης σε επιλεγμένες κλινικές περιοχές, οργανωτικών διαδικασιών, επιπρόσθετων υπηρεσιών και εμπειρίες ασθενούς αναφέρονται στον κατάλογο των περιοχών προς επιλογή για βαθμολόγηση. Οι δείκτες αυτοί διαμορφώθηκαν από μια ομάδα εμπειρογνομώνων με βάση την καλύτερη διαθέσιμη απόδειξη και οι πρώτες αξιολογήσεις αυτού του νέου θεσμού συζητούνται σήμερα στη βιβλιογραφία. Προσπάθειες επίσης συζήτησης πεδίων για την αξιολόγηση της λειτουργίας ιατρείων και διαμόρφωσης ενός καταλόγου με δείκτες για την αξιολόγηση της ποιότητας στη Γ/Ο Ιατρική έλαβαν χώρα σε έξι ευρωπαϊκές χώρες, και το ανεπτυγμένο εργαλείο σταθμίστηκε σύντομα σε ένα περιβάλλον 273 ιατρών Γ/Ο Ιατρικής στην Ευρώπη. Το εργαλείο αυτό, που ονομάζεται European Practice Assessment (EPA), αποτελείται από 57 δείκτες ποιότητας φαίνεται να είναι έγκυρο και αξιόπιστο και ήδη μεταφέρεται στην Ελλάδα από ομάδα εμπειρογνομώνων της Ελληνικής Εταιρείας Γενικής Ιατρικής.

Ακόμα 23 χώρες του ΟΟΣΑ έλαβαν την πρωτοβουλία να αναπτύξουν δείκτες ποιότητας κοινά αποδεκτούς έτσι ώστε να είναι δυνατή τόσο η αξιολόγηση όσο και η σύγκριση των υπηρεσιών ΠΦΥ. Πιο συγκεκριμένα, μια ομάδα ειδικών από όλες τις χώρες που συμμετείχαν στο πρόγραμμα κατέληξε σε 27 κοινά αποδεκτούς δείκτες (6 αφορούν την προαγωγή υγείας, 13 αφορούν την πρόληψη και 8 που αφορούν την πρωτοβάθμια φροντίδα).

Το θέμα της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα

Αντίθετα με τις εξελίξεις στην Ευρώπη το θέμα της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας δεν έχει ουσιαστικά ενταχθεί στις μείζονες προτεραιότητες του εθνικού συστήματος υγείας στην χώρα μας αν και αυτό αποτελεί συχνό θέμα συνεδρίων, ενώ το 2003 κυκλοφόρησε μια έκδοση με τίτλο «Η ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας». Ο τόμος αυτός περιέχει επιλεγμένες παρουσιάσεις ενός Forum που οργάνωσε η Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, και προσεγγίζει την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας σε 4 ενότητες: Στην πρώτη, μέσα από 7 κείμενα γίνεται αναφορά σε ορισμούς, έννοιες και αρχές της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας, η δεύτερη επικεντρώνεται στην νοσοκομειακή φροντίδα (4 κείμενα), η τρίτη στην ασφάλιση υγείας και στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (2 κείμενα) και η τελευταία στην ποιότητα και στην ικανοποίηση (2 κείμενα). Επίσης η Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας εξέδωσε χειρι-

διο με θέμα «Η αναζήτηση της ποιότητας στην υγεία και τη φροντίδα υγείας: κείμενα ομοφωνίας.

Η ανάπτυξη περιφερειακών διοικήσεων των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα έδωσε την ευκαιρία για συζήτηση σχετική με την αξιολόγηση της ποιότητας υπηρεσιών υγείας στην ΠΦΥ. Το Πε.Σ.Υ.Π. Κρήτης εισήγαγε συγκεκριμένα μέτρα για την κλινική διακυβέρνηση καθώς και την ανάπτυξη μέσων και μεθόδων. Τα πρώτα αποτελέσματα μιας βραχυχρόνιας παρέμβασης όσον αφορά την βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας στα Κέντρα Υγείας της Κρήτης δημοσιεύθηκαν στο *Croatian Medical Journal*. Στη δημοσίευση αυτή έγινε αναφορά για την πρώτη εφαρμογή των συμβολαίων αποδοτικότητας με γενικούς ιατρούς και επαγγελματίες υγείας (συμβάσεις που υπογράφηκαν από τη διοίκηση του Πε.Σ.Υ.Π. Κρήτης και εθελοντές υγειονομικούς), με τη χρήση επιλεγμένων δεικτών αξιολόγησης της διαδικασίας και της έκβασης αλλά και την αξιολόγηση των υπηρεσιών Γ/Ο ιατρού από τους ίδιους τους επισκέπτες των Κέντρων Υγείας.

Η αναγκαιότητα ανάπτυξης μιας μεθοδολογίας αξιολόγησης της ποιότητας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Η Κλινική Κοινωνικής και Οικογενειακής Ιατρικής του Τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Κρήτης από χρόνια έχει επενδύσει στην ανάπτυξη της έρευνας στη Γ/Ο Ιατρική και στην ΠΦΥ. Προτάσεις της για την εκτίμηση των αναγκών υγείας του πληθυσμού, του μεγέθους των προβλημάτων στην κοινότητα και τη διαχείριση του κινδύνου, έχουν δημοσιευτεί σε βιοϊατρικά περιοδικά, ενώ το ερευνητικό της δυναμικό έχει επενδύσει ενέργεια και χρόνο στην ανάπτυξη εργαλείων και μεθόδων για την αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών σε Κέντρα Υγείας. Μια ομάδα μελέτης της κλινικής εργάζεται στην κατεύθυνση ανάπτυξης εργαλείων αξιολόγησης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών από τα Κέντρα Υγείας. Τα πρώτα αποτελέσματα αυτής της πρωτοβουλίας ήταν η σύνθεση ενός δελτίου αξιολόγησης, που δανείζεται ιδέες από δραστηριότητες και μεθοδολογία αναπτυγμένη στο Ηνωμένο Βασίλειο. Ένα στρογγυλό τραπέζι που διεξήχθη στα πλαίσια του 1^{ου} Πανελληνίου Συνεδρίου Οικονομικών και Διοίκησης Υπηρεσιών Υγείας παρουσίασε τις πρώτες σκέψεις και ιδέες της ομάδας αυτής.

Σύμφωνα με τα πρώτα αποτελέσματα της ερευνητικής αυτής προσπάθειας, οι υπηρεσίες των Κέντρων Υγείας διακρίθηκαν σε δύο κατηγορίες, αυτές που παρέχονται στους επισκέπτες του Κέντρου Υγείας και αυτές που παρέχονται στην κοινότητα. Η διάκριση αυτή είναι σύμφωνη με τους σκοπούς του Κέντρου Υγείας που περιγράφονται σε μια σειρά από νομοθετήματα (Ν. 1397/83, Ν.2071/90, κ.α.) και παρακολουθεί σύγχρονες προσεγγίσεις, όπως αυτή του Ευρωπαϊκού ορισμού Γενικής Ιατρικής (WONCA Europe 2002). Η διάκριση των υπηρεσιών στο εγχειρίδιο γίνεται επίσης σε: (α) δεσμευτικές ή υποχρεωτικές, (β) συνιστώμενες, και (γ) προαι-

ρετικές. Οι πρώτες πρέπει να παρέχονται από όλα τα κέντρα Υγείας της χώρας και αντιστοιχούν σε δράσεις που υποστηρίζονται από τη βιβλιογραφία και στις οποίες τεκμηριώνονται οφέλη από ανάλογες παρεμβάσεις και υπηρεσίες.

Η αναγκαιότητα των κατευθυντηρίων οδηγιών στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Συνυφασμένη με την ποιότητα των υπηρεσιών ΠΦΥ είναι και η εισαγωγή των κατευθυντήριων οδηγιών ως μέσο βελτίωσης της αποτελεσματικότητας και της ίδιας της ποιότητας. Το Εθνικό Ινστιτούτο για την Κλινική Αριστεία (NICE) ορίζει τις κατευθυντήριες οδηγίες (Κ.Ο.) ως “δηλώσεις που αναπτύσσονται συστηματικά με σκοπό να βοηθήσουν τους επαγγελματίες υγείας και τους ασθενείς να λάβουν τις σωστές αποφάσεις σχετικά με την πλέον κατάλληλη γι’ αυτούς φροντίδα σε συγκεκριμένες περιστάσεις”.

(http://www.nice.org.uk/aboutnice/whatwedo/aboutclinicalguidelines/about_clinical_guidelines.jsp)

Οι Κ.Ο. (guidelines) ακούγονται σήμερα ως μια μαγική λέξη και είναι αλήθεια ότι έχουν οδηγήσει σε πολλές συζητήσεις όσον αφορά τη χρήση τους και την αποτελεσματικότητά τους. Έχει ασκηθεί αρκετή κριτική σε αυτές, ενώ ορισμένοι υποστηρίζουν ότι είναι μη ανελαστικές προτροπές, πιέσεις ή υποχρεώσεις που χαλιναγωγούν την ιατρική σκέψη μειώνοντας βαθμούς ελευθερίας των ίδιων των λειτουργιών υγείας.

Στις κριτικές που ακούγονται προστίθεται και ότι οι Κ.Ο. φτιάχνονται από υπερεξειδικευμένα άτομα, από ακαδημαϊκούς-ερευνητές, ότι δεν είναι προσαρμοσμένες στην καθημερινή πραγματικότητα, ότι δεν απηχούν τις απόψεις των ασθενών, το ότι δεν λαμβάνουν υπόψη τις τοπικές ιδιαιτερότητες και συνθήκες, όταν αυτές μεταφέρονται στο τοπικό περιβάλλον και άλλα πολλά. Αυτή η κριτική είναι αλήθεια ότι έχει επηρεάσει το σχεδιασμό και την ανάπτυξή τους και για τούτο έχουν προταθεί διάφορες μεθοδολογίες για την ανάπτυξή τους. Σε γενικές γραμμές οι Κ.Ο. ουσιαστικά διαμορφώνονται μέσα από διαδικασίες ομοφωνίας, οι οποίες μπορεί να είναι ομοφωνίες ειδικών (consensus development panels), ή αυτό που ονομάζεται “nominal group process” δηλαδή ουσιαστικά συμφωνίες μετά από βαθμολόγηση δηλώσεων τις οποίες προηγουμένως μια κεντρική ομάδα έχει επεξεργαστεί και διαμορφώσει με βάση τη βιβλιογραφία και το επίπεδο τεκμηρίωσης. Αρκετές δημοσιεύσεις υπάρχουν σήμερα για τους τρόπους που έχουμε να αυξήσουμε την χρήση των κλινικών Κ.Ο. και μία απ’ αυτές είδε το φως της δημοσιότητας πρόσφατα ως άρθρο σύνταξης στο MJA. Στο άρθρο αυτό γίνεται μια ρεαλιστική προσέγγιση της ωφέλειας από τη χρήση των κλινικών Κ.Ο. και των προσδοκιών που πρέπει να διατηρεί τόσο η επιστημονική κοινότητα όσο και οι πολιτικοί υγείας από την ευρεία εφαρμογή τους. Ένα δεύτερο σημείο που συχνά διαχωρίζει τις κατευθυ-

ντήριες οδηγίες είναι σε ποιο βαθμό αυτές έχουν ακολουθήσει στη διαμόρφωσή τους την αποδεικτική ιατρική (evidence-based medicine) και έχουν χρησιμοποιήσει μαρτυρίες τις οποίες έχουν κατηγοριοποιήσει στα γνωστά επίπεδα της απόδειξης (level of evidence).

Κατευθυντήριες οδηγίες και γενική ιατρική στην Ελλάδα

Στην Ελλάδα και ειδικότερα στην Γενική Ιατρική είναι φανερό η αναγκαιότητα χρησιμοποίησης κατευθυντηρίων οδηγιών, και τα βήματα ανάπτυξης της έχουν συζητηθεί μέσα από μια συνάντηση ομοφωνίας Ελλήνων και Ολλανδών γιατρών και ερευνητών. Η συνάντηση χρησιμοποίησε ως βάση την εμπειρία που έχει αποκτηθεί από το Κολέγιο των Ολλανδών γενικών γιατρών, ένα Κολέγιο με πραγματικά μεγάλη εμπειρία στη διαμόρφωση, παραγωγή και διανομή Κ.Ο. Οι οδηγίες αυτές για την ανάπτυξη Κ.Ο. έχουν δημοσιευτεί στο περιοδικό Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και ουσιαστικά αποτελούν τον οδηγό για συζητήσεις που σήμερα γίνονται στο χώρο της γενικής ιατρικής.

Σήμερα υπάρχουν πολλές πηγές διάδοσης των Κ.Ο. στην Γ/Ο Ιατρική. Πολλές εταιρίες και κολέγια στην Ευρώπη επιδίδονται σ' αυτή την ανάπτυξη και τη διάδοσή τους με σκοπό τη βελτίωση της ποιότητας και τη μείωση των διακυμάνσεων στην καθημερινή πρακτική. Η ανάπτυξη τόσων πολλών Κ.Ο. οδήγησε την ακαδημαϊκή κοινότητα να σκεφτεί και να συζητήσει θέματα και εργαλεία που αφορούν την αξιολόγηση της ποιότητάς τους. Έτσι πριν από χρόνια ένα BIOMED πρόγραμμα της Ε.Ε. οδήγησε στη διαμόρφωση ενός εργαλείου με το όνομα "AGREE", με το οποίο επιχειρείται η αξιολόγηση της ποιότητας των Κ.Ο. και ο διαχωρισμός τους σ' αυτές που είναι evidence based με υψηλή ποιότητα ή όχι. Το εργαλείο αυτό, που έχει μεταφραστεί σε αρκετές γλώσσες και στην ελληνική, είναι διαθέσιμο στο website: <http://www.agreecollaboration.org>. Την ευθύνη της μετάφρασης και της προσαρμογής στην ελληνική γλώσσα είχε το Τμήμα Ιατρικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων και το Εργαστήριο Υγιεινής (Διευθυντής Καθηγητής κος Ι. Ιωαννίδης).

Έτσι σήμερα γίνεται συζήτηση για την ανάπτυξη δεικτών που θα αξιολογούν το επίπεδο της συνάφειας (level of relevance) και το επίπεδο της εφικτότητας (level of feasibility), της δυνατότητας δηλαδή χρησιμοποίησής τους στο τοπικό κλινικό περιβάλλον του γενικού ιατρού. Αυτούς τους δείκτες σήμερα τους συζητάει ένα επιστημονικό ερευνητικό πρόγραμμα στα πλαίσια του INTERREG III από την Κλινική Κοινωνικής Οικογενειακής Ιατρικής του Πανεπιστημίου Κρήτης που διεξάγεται σε συνεργασία με την Ελληνική Εταιρία Γενικής Ιατρικής. (Επιστ. Υπεύθυνος Αναπληρωτής Καθηγητής κ. Α. Φιλαλήθης).

Ηλεκτρονικά πληροφοριακά συστήματα στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και στη Γενική Ιατρική

Αρκετές αναφορές έχουν γίνει για την αναγκαιότητα ανάπτυξης κατάλληλων για την ΠΦΥ πληροφοριακών συστημάτων στη χώρα μας από διεθνείς οργανισμούς όπως ο ΠΟΥ και η Ευρωπαϊκή Ένωση και είναι σημαντικές οι προσπάθειες από Πανεπιστήμια, Ερευνητικά Ινστιτούτα και Επιστημονικές Εταιρείες. Όπως και μια πρόσφατη δημοσίευση στο περιοδικό 'Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας' που συζητά την ανάπτυξη εφαρμογή και αξιολόγηση ενός ηλεκτρονικού φακέλου ασθενή κατάλληλο για χρήση στην ΠΦΥ.

Ο ιατρικός έλεγχος ως μέσο βελτίωσης της ποιότητας

Ως ιατρικός έλεγχος (medical audit) ορίζεται η διαδικασία αναζήτησης της βελτίωσης της ποιότητας της φροντίδας υγείας και των εκβάσεων της μέσω συστηματικής ανασκόπησης της φροντίδας επί τη βάση σαφώς καθορισμένων κριτηρίων και τη βελτίωση της αλλαγής. Η αλλαγή νοείται στο επίπεδο του ασθενούς, του πληθυσμού ή των υπηρεσιών φροντίδας υγείας.

(<http://www.nice.org.uk/niceMedia/pdf/BestPracticeClinicalAudit.pdf>)

Ο όρος αυτός φαίνεται να μην έχει διαδοθεί ιδιαίτερα ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας στην Ελλάδα και ίσως η λαθεμένη κατανόηση του να οδηγεί σε αντιστάσεις που παρουσιάζονται ακόμη και στην έρευνα στις υπηρεσίες υγείας.

Επιλεγμένες μελέτες κλινικού ιατρικού ελέγχου διεξήχθησαν στην ΠΦΥ από το Πανεπιστήμιο Κρήτης και αξίζει ν' αναφερθούν 2 μελέτες, η μία η οποία συνέβαλε στον προσδιορισμό ενός ελλείμματος φροντίδας ασθενών με χρόνια κολπική μαρμαρυγή σ' ένα Κέντρο Υγείας στην Κρήτη και ασθενών με διαβήτη τύπου II σε επιλεγμένα Κέντρα Υγείας στην Κύπρο. Απαιτείται περαιτέρω συζήτηση για το περιεχόμενο και τη μεθοδολογία του ιατρικού ελέγχου στις υπηρεσίες ΠΦΥ και πάντα με εστίαση στη βελτίωση της ποιότητας και της αποτελεσματικότητας της.

Συμπεράσματα

Συμπερασματικά, υπάρχει σημαντικός χώρος για ανάπτυξη μηχανισμών και συστημάτων ελέγχου και αξιολόγησης της ποιότητας των υπηρεσιών ΠΦΥ και η θέση των κατευθυντήριων οδηγιών, του ιατρικού ελέγχου και του ηλεκτρονικού φακέλου ασθενή είναι σημαντική για τη συζήτηση που διεξάγεται σήμερα.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Doran T, Fullwood C, Gravelle H, et al. Pay-for-Performance Programs in Family Practices in the United Kingdom. The New England Journal of Medicine 2006; 355:375-84
2. Engels Y, Campell S, Dautzenberg M, et al. Developing a framework of, and quality in-

- dicators for, general practice management in Europe. *Fam Pract* 2005; 22:215-222.
3. Engels Y, Dautzenberg M, Campell S, et al. Testing a European set of indicators for the evaluation of the management of primary care practices. *Fam Pract* 2006; 23:137-147.
 4. Marshall M, Klanziga N, Leatherman S, et al. OECD Health Care Quality Indicator Project. The expert panel on primary care prevention and health promotion. *Int Qual Health Care* 2006; 18 (Supp1): 21-25
 5. Κυριόπουλος Γ, Λιονής Χ, Σουλιώτης Κ, Τσάκος Γ. Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας. Εκδόσεις Θεμέλιο, Αθήνα 2003.
 6. Κυριόπουλος Γ, Λιονής Χ. Η αναζήτηση της ποιότητας στην Υγεία και τη Φροντίδα Υγείας. Κείμενα Ομοφωνίας, Αθήνα 2004, Εκδόσεις Παπαζήση.
 7. Lionis C, Tsiraki M, Bardis V, Philalithis A, Seeking quality improvement in Primary Care in Crete, Greece: the first actions. *CMJ* 2004; 45: 599-603.
 8. Graves P, Quantifying Quality in Primary Care. Radcliffe Medical Press, Oxon, United Kingdom 2002.
 9. Grol R and Buchan H, Clinical guidelines: what can we do to increase their use? *MJA* 2006; 185: 301-302.
 10. Λιονής Χ, Τατσιώνη Α, Heuberger P, και συν. Κατευθυντήριες οδηγίες στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας: ένα κείμενο βασισμένο στη συνάντηση εργασίας Ελλήνων και Ολλανδών ερευνητών και γενικών ιατρών. *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας* 2001, 13:214-221.
 11. Λιονής Χ., Αντωνάκης Ν, Αντωνοπούλου Μ, και συν. Βήματα για την ανάπτυξη κατευθυντηρίων οδηγιών στη Γενική Ιατρική στην Ελλάδα: Ένα κείμενο ομοφωνίας. *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας* 2003, 15: 91-93.
 12. Κουναλάκης Δ, Μερκούρης ΜΠ, Φιλαλήθης Α, Λιονής Χ. Ανάπτυξη, εφαρμογή και αξιολόγηση ηλεκτρονικού φακέλου ασθενή κατάλληλου για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα: εμπειρίες από την εκπόνηση μιας διδακτορικής διατριβής στην Κρήτη. *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας* 2007, 19:20-32
 13. Lionis C, Frantzeskakis G. Atrial fibrillation in a primary health care district in rural Crete. *Br J Gen Pract.* 1996; 46:624. *Brit J Gen Pract.* 1996; 46:624.
 14. Zachariadou T, Floridou D, Angeliodou E, Philalithis A, Lionis C. Panorama of diagnoses in the primary healthcare setting in Cyprus: a pilot study. *European Journal of General Practice* 2004; 10: 103-104.

Ο ρόλος του ιατρού επιστήμονα στις νέες προκλήσεις

Α.Γ. Παπαβασιλείου

Στη διάρκεια της τελευταίας 25ετίας, η βιολογία και η ιατρική σημείωσαν πραγματικά άλματα. Μπορούμε να μιλάμε για επαναστατικές αλλαγές. Η σημασία τους είναι ανάλογη με τις κατακτήσεις της φυσικής στο πρώτο μισό του 20ού αιώνα. Οι βιοϊατρικές επιστήμες του καιρού μας χαρακτηρίζονται από μια τεράστια συσσώρευση γνώσεων πάνω στη δομή και τη λειτουργία των κυττάρων, των ιστών, των οργάνων και εν τέλει του ανθρώπινου οργανισμού. Η σύγχρονη ιατρική γίνεται μοριακή και τα διάφορα παθολογικά φαινόμενα τα διερευνά στην κλίμακα του μορίου και του ατόμου.

Η διερεύνηση αυτή σε βάθος δίνει τελικά μια πλούσια συγκομιδή. Οι αρρώστιες δε φαίνεται πια ότι οφείλονται στη χονδροειδή αλλοίωση ενός ιστού, ενός οργάνου, αλλά σε μια διαταραχή (που μπορούμε να την ανιχνεύσουμε) της διάταξης (που την ξέρουμε) της ύλης, των μορίων που συνιστούν τη ζώσα ουσία. Οι καρκίνοι, ακατανόητοι χθες, σήμερα φαίνονται καθαρά σα συνέπειες μιας αποπλανητικής εκτροπής των εντολών που κυβερνούν τη γένεση και τον πολλαπλασιασμό των κυττάρων. Η νευροβιολογία, που για καιρό παρακολουθούσε αμήχανη το μετέωρο βήμα της, αρχίζει να καταπιάνεται με βασικά προβλήματα, και με το πώς κωδικοποιείται η πληροφορία, πώς καταγράφεται, αντεπιδρά, πώς εδραιώνονται οι σχέσεις ανάμεσα στο έμφυτο και στο επίκτητο, πώς ορίζεται αυτή η ελευθερία ή μάλλον ο βαθμός εκείνος ελευθερίας που ίσως είναι το διακριτικό γνώρισμα του *Sapiens* και του νευρικού του συστήματος.

Η σημασία των προόδων αυτών είναι κεφαλαιώδης και το ενδιαφέρον που γεννιέται γι' αυτές πολλαπλό: θεωρητικό, πρακτικό, ανθρώπινο.

- Θεωρητικό, γιατί διευρύνεται ο ορίζοντας των ανθρώπινων γνώσεων και αποκαλύπτονται ολοένα και πιο βαθιά, ως τα εσώτερα μύχια της, τα μυστικά της ζωής.

Πρακτικό, γιατί ανοίγεται ένα ευρύτατο πεδίο εφαρμογών που αγκαλιάζει πολ-

λούς τομείς της ανθρώπινης δραστηριότητας (ιατρική, φαρμακευτική, αγροτική οικονομία κ.λ.π.).

Και ανθρώπινο, γιατί ανοίγεται διάπλατα η προοπτική να επέμβουμε και να τροποποιήσουμε το κληρονομικό υλικό ώστε να διορθωθούν τα ελαττώματά του και να συμπληρωθούν τα κενά του, να «μαστορέψουμε» την ίδια τη μοίρα του ανθρώπου.

Αυτές οι πρόοδοι και οι προοπτικές των βιοϊατρικών επιστημών αποτελούν άραγε υλικό για πολιτικό στοχασμό; Θέλω να πω: δίνουν άραγε χρήσιμες πληροφορίες σε όποιον θέλει να γνωρίσει τις αιτίες και ν' αναζητήσει τα μέσα θεραπείας των δεινών που πλήττουν την κοινωνία των ανθρώπων;

Αλίμονο! Η επιστημονική και ιδιαίτερα η ιατρική έρευνα δεν μπορεί να προσθέσει στις επιδιώξεις της την καθιέρωση προσωπικών ή κοινωνικών κανόνων συμπεριφοράς. Δεν μπορεί να το κάνει αυτό, όπως και οι ναυπηγοί δεν μπορούν να σφυρηλατήσουν την ψυχή των πλοιάρχων. Η επιστημονική έρευνα δεν επιβάλλει ούτε την ηθική απόφαση ούτε το πρόγραμμα δράσης. Το πολύ-πολύ προμηθεύει τις πηγές πληροφοριών που θα επιτρέψουν τις σωστές επιλογές.

Ωστόσο, είναι δύσκολο στον ιατρό επιστήμονα να μην επέμβει σ' αυτές τις επιλογές. Φυσικά, όταν αυτός βγαίνει έξω από τον τομέα του για ν' αναμιχθεί στις αποφάσεις που οι άνθρωποι μπορούν να πάρουν στηριζόμενοι στα πορίσματα της βιοϊατρικής έρευνας, διατρέχει τον κίνδυνο να πέσει στο αμάρτημα που το επιστημονικό πνεύμα φοβάται όπως ο διάβολος το θυμιάμα: στον πειρασμό να κάνει παρεκβολές και ζαβολιές, περνώντας ανεπαίσθητα από το «**ιδού τι παρατήρησα**» στο «**να τι πρέπει να κάνουμε**». Ο ιατρός επιστήμονας ξέρει ότι δεν είναι καθόλου ανώτερος από τους άλλους στα θέματα της ανθρώπινης πολιτικής. Και όμως, ο δαίμονας τον παραμονεύει με τους πειρασμούς του:

«Εσύ, που πέρασες τη ζωή σου προσπαθώντας να καταλάβεις τους μηχανισμούς της ζωής και τους νόμους που διέπουν την ανθρώπινη υγεία, δεν είσαι, μήπως, σε καλύτερη από τον κοινό θνητό θέση να γνωρίζεις τις αποφάσεις που πρέπει να παρθούν;»

«Όχι δα! Κάθε φορά που η επιστήμη αναμίχθηκε στην πολιτική το μετάνιωσε. Νοσταλγική είναι η εποχή που η επιστήμη είχε μοναδικό σκοπό της να ικανοποιεί την περιέργεια των ανθρώπων. Τότε ήταν αγνή, αδιάβλητη, εργαζόταν ειρηνικά και τη σέβονταν όλοι. Ιστορίες με την κοινωνία άρχισε να έχει μόνον από τη στιγμή που έδωσε ιδέες στην τεχνική και στη δράση.

Η σημερινή κοινωνία έχει ανακατώσει τόσο πολύ την περίεργη με την ωφέλιμη έρευνα, ώστε η επιστήμη, έχοντας ανακαλύψει το άτομο, λέρωσε τα χέρια της με τον αφανισμό της Χιροσίμα. Και αρχίζουν μάλιστα τώρα να θέτουν υπό αμφισβήτηση την ιατρική, μόλις και μετά βίας συγχωρώντας της το ότι αρχίζει να θεραπεύει αρρώστιες ανίατες πριν από είκοσι χρόνια. Η ιατρική επιστήμη δεν θα διατη-

ρήσει τον σεβασμό όλου του κόσμου παρά υπό τον όρο ότι θα βρίσκεται, προπα-
ντός, στην υπηρεσία της γνώσης και θα αρνιέται να εκτίθεται με την ανάμιξη της
στις αποφάσεις της ανθρώπινης κοινότητας, τις τόσο συχνά τυφλές και καταστρο-
φικές για την ίδια.

«Είσαι εκατό χρόνια πίσω, θα απαντήσει ο άλλος. Από καιρό τώρα το ζήτημα
έχει τακτοποιηθεί και το ανακάτεμα έχει γίνει. Ιατρική επιστήμη και κοινωνία έχουν
πια συνάψει μιαν ανέκκλητη συμφωνία, αφού η κοινωνία είναι εκείνη που χορηγεί
τα κεφάλαια. Και μάλιστα, δεν γίνεται καν συζήτηση πια αν η ιατρική επιστήμη εί-
ναι ένοχη, αλλά μάλλον αν οι επιστήμονες ιατροί έχουν αποκτήσει αρκετή συναι-
σθηση της ευθύνης τους για να εμποδίσουν να γίνει, τελικά, η γνώση συνώνυμο
της καταστροφής.

«Καταστροφή;», θα πει ο γιατρός. Ξέρω ότι ορισμένοι προσπαθούν να σπείρουν
τη σύγχυση ανάμεσα στους ιατρούς ερευνητές τρομάζοντάς τους με την ιδέα της
ενοχής. Συνάμα, ελπίζουν να απαλλαγούν απ' αυτήν την τελείωση της ανθρώπινης
σκέψης που τους ενοχλεί, εννοώ την αυστηρότητα, την πνευματική εντιμότητα, τον
κριτικό αυτοέλεγχο και τον έλεγχο των άμεσα αντιληπτών δεδομένων, με μια λέξη
από την αντι-αλαζονεία που έφερε η ανακάλυψη της επιστημονικής μεθοδολογίας.
Δεν θα πέσω στην παγίδα που στήνουν αυτοί οι άνθρωποι. Πιστεύω πως η περιέρ-
γεια και η γνώση είναι αναπόσπαστο μέρος της ιστορίας του ανθρώπου.

Πιστεύω πως η σημερινή ιατρική επιστήμη αποτελεί μια πρωτάκουστη άνθη
ση αυτού του πεπρωμένου και ότι δεν μοιάζει σε τίποτε μ' εκείνο που για πολλούς
αιώνες ονόμαζαν **Επιστήμη**, ανησυχία του πνεύματος, όπου το συμπέρασμα δεν
έβγαινε από μια σεμνή και υπομονετική μελέτη του αντικείμενου, αλλά πρόβαλλε
πανέτοιμο από τη φαντασία και δεν απαιτούσε ούτε έλεγχο, ούτε μεθοδική αμφι-
βολία, ούτε αυστηρή ακρίβεια. Έχω τη γνώμη πως οι ιατροί επιστήμονες της επο-
χής μας είναι εκείνοι που, ξύνοντας την ακαθαρσία που σκεπάζει το μέταλλο, έφε-
ραν σιγά-σιγά στο φως αυτόν τον νέο θησαυρό του ανθρώπινου πνεύματος, που
μπορούμε να τον ονομάσουμε επιστημονική ταπεινοφροσύνη. Και με κατάπληξη
βλέπω αυτούς τους ίδιους ανθρώπους να συμπεριφέρονται σαν κάποιον που ανα-
κάλυψε ένα πολύτιμο αντικείμενο, αλλά συνήθισε τόσο γρήγορα μ' αυτό, ώστε ξε-
χνάει τη σημασία της ανακάλυψής του.

Πιστεύω, τέλος, πως ο ιατρός επιστήμονας δεν είναι πια κλεισμένος στον φιλ-
ντισένιο πύργο του. Δεν νιώθει ένοχος, αλλά υπεύθυνος. Γνωρίζει ποιο είναι το και-
νούργιο χρέος του: να μην περιορίζεται πια στην ανακάλυψη, αλλά να πληροφορεί
τον καθένα για τις πιθανές, ολέθριες ή χρήσιμες, συνέπειες αυτής της ανακάλυψης.
Ωστόσο, η ευθύνη του σταματά σ' αυτό. Δεν ζητάει από τον επιστήμονα να επιβά-
λει τη θέλησή του. Δεν έχω τυφλή πίστη στην Πολιτεία των επιστημόνων. Αντίθε-
τα, νομίζω ότι οι επιστήμονες θα χάσουν την εμπιστοσύνη του κόσμου, αν χάσουν
αυτό που αποτελεί την ιδιάζουσα αρετή τους, δηλαδή μια κάποια αποστασίωση

απέναντι σε κάθε παθιασμένη στάση, μια κάποια συγκράτηση στη βεβαίωση μιας αλήθειας, μιαν άρνηση να δίνουν δεσποτικά παραγγέλματα για τη διεύθυνση των ανθρώπινων υποθέσεων.

Στην ανατολή του 21^{ου} αιώνα, ο ιατρός επιστήμονας εξανθρωπίζεται και στη θέση της ενατενιστικής και σχεδόν μοιρολατρικής στάσης του απόλυτου ντετερμινισμού βάζει μιαν ενεργητική στάση. Με τη στάση αυτή αρχίζει να υφάινεται η σύνθεση του υποκειμένου και του αντικειμένου και το ένα μπορεί να μεταμορφώνει το άλλο χωρίς καμιά αδυσώπητη μοίρα να έχει θέσει από τα πριν όρια σε μια τέτοια δράση. Είναι ηθικά ελεύθερος να προχωρήσει ή να μην προχωρήσει σ' αυτό το τρομακτικό ακρωτήριο της σκέψης απ' όπου ξεχωρίζουμε τα σκοτάδια. Αν δεν προχωρήσει μένει στην συνηθισμένη ζωή, στη συνηθισμένη συνείδηση, στη συνηθισμένη αρετή, στη συνηθισμένη πίστη και στη συνηθισμένη αμφιβολία. Αν προχωρήσει σ' αυτή την κορυφή αιχμαλωτίζεται σ' ένα βλέμμα που έχει αυτή την ιδιότητα να κοιτάζει τόσο πολύ ώστε να προκαλεί απ' το κοίταγμα τη δημιουργία φωτός. Η επιστημονική διάνοια γίνεται ακτινοβολία και σιγά σιγά κερδίζει, κατακτά την ανθρώπινη "ύλη". Υπάρχει εξημέρωση. Μια ορισμένη ποσότητά του ανήκει κίόλας στην κοσμογονία που κατεργάστηκε. Το ασυνόρευτο μπαίνει στη ζωή του, στη συνείδησή του, στη φιλοσοφία του. Γίνεται παράδειγμα για τους άλλους ανθρώπους, γιατί έχει διαφορετικό μέτρο από αυτούς. Αυτό του επιβάλλει καθήκοντα άγνωστα στους προκατόχους του, καθήκοντα συνειδητού μεταρρυθμιστή και άμεσου εκπολιτιστή. Έχει τούτη τη θαυμαστή τύχη να βγαίνει από μια γέννηση, να συνοδεύει μιαν αναγέννηση φωτός, να είναι το λυκαυγές μιας απαρχής. Τίποτα δεν συνεχίζει, όλα τα ξαναφτιάχνει.

Ο ιατρός-επιστήμονας της νέας χιλιετίας δεν φτάνει πια να ερευνά, πρέπει και να στοχάζεται. Δεν φτάνει πια να ερευνά και να στοχάζεται, πρέπει και να δρα. Δεν φτάνει πια να ερευνά, να στοχάζεται και να δρα, πρέπει και να υποφέρει.

Με προμηθειική μεγαλοπρέπεια!

Οικονομικές και κοινωνικές διαστάσεις ιατρικών λαθών

M. Καραγκούνης

Εισαγωγή

Είναι κοινή αλήθεια ότι η υγεία είναι το πρωταρχικό κοινωνικό αγαθό το οποίο καθορίζει την ίδια την ύπαρξη του ανθρώπου και κατ'επέκταση η προσπάθεια για την αναβάθμισή της είναι ενδεικτική του επιπέδου και του βαθμού πολιτισμού μιας σύγχρονης κοινωνίας.

Είναι όμως ταυτόχρονα κοινή αλήθεια ότι τα ιατρικά λάθη παρουσιάζονται, σύμφωνα με τελευταίες δημοσιεύσεις σε επιστημονικά περιοδικά, σε αξιοσημείωτα υψηλά επίπεδα, επηρεάζοντας αρνητικά στην ποιότητα ζωής αλλά και στο κόστος θεραπείας των ασθενών.

Με άλλα λόγια τα ιατρικά λάθη κοστίζουν τόσο από ανθρώπινη, οικονομική αλλά και κοινωνική σκοπιά.

Ποιες είναι λοιπόν σε γενικές γραμμές οι οικονομικές και κοινωνικές επιπτώσεις των ιατρικών σφαλμάτων;

- Οικονομικά βάρη στον ασθενή
- Στον ιατρό
- Στον συγγενή
- Στην κλινική
- Στους νοσηλευτές
- Στα ασφαλιστικά ταμεία
- Στον προϋπολογισμό του κράτους

* Συγκεκριμένα, όσον αναφορά στον ασθενή παρατηρείται:

Παρατεταμένη παραμονή στο νοσοκομείο με συνέπεια περισσότερα έξοδα, απώλεια εσόδων για τον ασθενή και τον συγγενή του, απώλεια χρόνου και χρημάτων για την αποκατάσταση της βλάβης που προκλήθηκε από το ιατρικό σφάλμα, απώλεια εργατωρών και εισοδήματος εξαιτίας της απουσίας του από την εργασία του.

Σχεδόν το αυτό ισχύει και για τον συγγενή, που παραμελεί την εργασία του, αλλά και επιβαρύνεται με έξοδα μεταφοράς για να επισκεφθεί τον ασθενή.

Επιπλέον κόστος για αποκλειστική νοσοκόμα και για δικηγόρους σε περίπτωση μόνιμης ανικανότητας.

* Ο ιατρός από την άλλη αντιμετωπίζει το ενδεχόμενο να υποστεί αστικές ή και ποινικές κυρώσεις, και άρα επιβαρύνεται ψυχολογικά αλλά και οικονομικά, με έξοδα δικηγόρου, ώστε να αποδείξει την αθωότητα του.

Σε ηθική, ψυχολογική εξαθλίωση οδηγούνται ιατροί, όταν συνάδελφος τους προσάπτει ευθύνες, στην προσπάθειά του να αποποιηθεί δικές του. Αντίστοιχα συμβαίνουν και σε όσους παρέχουν τις λεγόμενες παραϊατρικές υπηρεσίες υγείας (συνεργάτες, νοσοκόμες κτλ)

* Επιπλέον το ίδιο το νοσοκομείο, λόγω της παρατεταμένης νοσηλείας των ασθενών, έχει μεγαλύτερη κατανάλωση σε φάρμακα, σε υγειονομικό υλικό, σε εργατώρες, σε εργαστηριακές και διαγνωστικές εξετάσεις.

Επίσης αυξάνεται ο κίνδυνος για ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις, με αποτέλεσμα να τίθεται σε κίνδυνο η υγεία των λοιπών ασθενών.

* Τα ασφαλιστικά από την άλλη μεριά ταμεία καλούνται να καλύψουν πλέον περισσότερα έξοδα, λόγω της μεγαλύτερης παραμονής του ασθενή στο νοσοκομείο, και εφόσον η ζημιά στην υγεία του ασθενή είναι ανεπανόρθωτη υπάρχει κίνδυνος για επιπλέον επιβάρυνση πρόωρης σύνταξης, αγορά τεχνητών μελών κλπ.

Η ύπαρξη ιατρικών λαθών επιβαρύνει τελικά τον κρατικό προϋπολογισμό δημιουργώντας ελλείμματα και μείωση του ΑΕΠ με επακόλουθο την αύξηση των έμμεσων φόρων και μεταβίβαση του κόστους αυτού στους πολίτες, ώστε να καλυφθεί το έλλειμμα και η ζημιά.

Το κόστος των Ιατρικών Λαθών διεθνώς

Χαρακτηριστικά αναφέρουμε ότι, σύμφωνα με έρευνα του Αμερικανικού περιοδικού Δημόσιων Οικονομικών (Journal of Public Economics Volume 82, Number 2, November 2001), εξωγενής αύξηση στις δαπάνες της υγειονομικής περίθαλψης κατά 1\$, επιφέρει μείωση των κρατικών δαπανών σε ποσοστό 40% σε κοινωνικές ή άλλες δαπάνες (πχ βοήθεια στο σπίτι), 15% σε άλλους τομείς όπως (παιδεία, άμυνα) και 33% μείωση στο πλεόνασμα.

Μια εικόνα ενδεικτική των οικονομικών, κοινωνικών και ιατρικών επιπτώσεων από ιατρικά λάθη είναι αυτή που παρουσιάζεται σε έρευνα με τίτλο «To Err is Human», η οποία πραγματοποιήθηκε από το IOM (Ινστιτούτο Ιατρικής της Αμερικής), και έδειξε ότι

- Πρώτον:

44.000 έως 98.000 Αμερικανοί πεθαίνουν κάθε χρόνο στα Νοσοκομεία της από αποφεύξιμα ιατρικά λάθη.

- Δεύτερον:
Ότι η πιθανότητα λάθους για κάθε εισαγωγή στο νοσοκομείο κυμαίνεται μεταξύ του ποσοστού του 5 – 10 %
- Τρίτον:
Ότι τα ιατρικά λάθη είναι η 8η κατά σειρά αιτία θανάτου
- Τέταρτον:
Ότι πάνω από 1.000.000 άνθρωποι έχουν υποστεί επιπτώσεις στην υγεία τους και κυρίως στην ποιότητα της ζωής τους.
- Πέμπτον:
Ότι το χρηματοοικονομικό κόστος είναι ιδιαίτερα υψηλό, υπολογίζεται περίπου στα 38 δις \$, εκ των οποίων τα μισά (17 δις \$) είναι δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης που αναλογούν σε ιατρικά σφάλματα που θα μπορούσαν να αποφευχθούν και
- Έκτον:
Ότι οι εθνικές δαπάνες προς τα νοσοκομεία τους, για να θεραπευτούν οι ασθενείς που υπέστησαν βλάβη από σφάλματα που σχετίζονται με τα παρεχόμενα φάρμακα κατά τη διάρκεια εισαγωγής σε νοσοκομείο υπολογίζονται τουλάχιστον σε 2 δις \$ μέχρι 5.6 δις \$ ετησίως.

Σε άλλη έρευνα που έγινε στο νοσοκομείο LDS στη Σωλτ Λέικ Σίτυ, οι ερευνητές απέδειξαν ότι ασθενείς που υφίστανται βλάβη από σφάλματα που σχετίζονται με τα παρεχόμενα φάρμακα νοσηλεύθηκαν κατά μέσο όρο 1 έως 5 ημέρες περισσότερο από τους ασθενείς που δεν υπέστησαν βλάβη.

Σύμφωνα με την ίδια έρευνα εάν το 50% αυτών των σφαλμάτων είχε αποφευχθεί, το νοσοκομείο θα είχε γλιτώσει 500.000 \$ ετησίως.

Στο Ηνωμένο Βασίλειο τα αιτήματα για οικονομικές αποζημιώσεις από ασθενείς ή συγγενείς τους, στοιχίζουν στο ΕΣΥ της χώρας περισσότερα από 400 εκατομμύρια στερλίνες το χρόνο. Μάλιστα, σύμφωνα με τα στοιχεία του έγκυρου βρετανικού περιοδικού Lancet, το συνολικό κόστος για ευθύνη από ιατρική αμέλεια των κλινικών ιατρών του Βρετανικού ΕΣΥ κατά το έτος 2001 -2002 αυξήθηκε στο ποσό των 4,4 δις λιρών ή 7,2 δις ευρώ, σημειώνοντας αύξηση 500 εκατομμυρίων λιρών από το προηγούμενο έτος 2000 – 2001.

Ιατρικά Λάθη στην Ελλάδα

Τι γίνεται όμως στην Ελλάδα;

Δυστυχώς για την χώρα μας δεν μπορούμε να μιλήσουμε με απόλυτους αριθμούς, δεν είναι δηλαδή δυνατόν να εκπονηθούν μελέτες αντίστοιχες των προαναφερθέντων, γιατί απλούστατα δεν υπάρχουν τα απαραίτητα κλινικά ή οικονομικά στοιχεία.

Το σύστημα υγείας είναι έτσι δομημένο ώστε, σε κανένα Νοσοκομείο δεν υπάρχει ο πλήρης ηλεκτρονικός ιατρικός φάκελος, υπάρχει έλλειψη βιοστατιστικολόγων, δεν καταγράφετε πουθενά η πορεία του ασθενή κατά την διάρκεια αλλά και μετά την θεραπεία και τέλος δεν υπάρχουν επαρκεί οικονομικά στοιχεία για να προσδιοριστεί το κόστος των ιατρικών πράξεων.

Παρόλα αυτά λαμβάνοντας υπόψη τους παράγοντες κινδύνου που επηρεάζουν τα ιατρικά λάθη, όπως αυτά έχουν καταγραφεί από την διεθνή βιβλιογραφία, μπορούμε να βγάλουμε ορισμένα γενικά συμπεράσματα για το πώς αυξάνονται τα ιατρικά λάθη στην Ελλάδα και κατ' επέκταση τις οικονομικές επιπτώσεις που επιφέρουν αυτά στις Ελληνικές Υπηρεσίες Υγείας.

Πρώτος παράγοντας: η ηλικία

Ο πληθυσμός της Ελλάδος σύμφωνα και με την Εθνική Στατιστική Υπηρεσία γηράσκει. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να αυξάνεται ετησίως η ζήτηση των υπηρεσιών υγείας και αλυσιδωτά να αυξάνονται τα ιατρικά λάθη.

Δεύτερος παράγοντας: Η έλλειψη ολοκληρωμένων πληροφοριακών συστημάτων

Ο ηλεκτρονικός ιατρικός φάκελος, απαραίτητο εργαλείο για την σωστή διάγνωση ασθενών, απουσιάζει δυστυχώς από την Ελλάδα.

Σε πολλές περιπτώσεις δεν τηρείται ούτε χειρόγραφα.

Τα νοσοκομεία έχουν αποτύχει μέχρι στιγμής στην εγκατάσταση ολοκληρωμένων πληροφοριακών συστημάτων και ειδικότερα υπάρχει έλλειψη στη διαχείριση των Μικροβιολογικών εξετάσεων LIS, των ακτινοδιαγνωστικών εξετάσεων PACS ακόμη και στην ηλεκτρονική παραγγελία διακίνηση υλικού και φαρμάκου.

Όλα αυτά έχουν ως αποτέλεσμα να λαμβάνουν χώρα ιατρικά λάθη όπως για παράδειγμα όταν η παραγγελία ενός φαρμάκου γίνεται χειρόγραφα και παρατηρούνται λάθη τόσο στην δοσολογία όσο και στην παραγγελία του σωστού φαρμάκου ή όταν οι μικροβιολογικές εξετάσεις που πρέπει να γίνουν μπερδεύονται με αυτές άλλων ασθενών.

Μελέτη του νοσοκομείου της Μασαχουσέτης των ΗΠΑ έδειξε ότι εξοικονομούνται περίπου 10 εκ \$ όταν η διαχείριση των πληροφοριών γίνεται μέσω πληροφοριακών – μηχανογραφικών συστημάτων αλλά ακόμη πιο σημαντικό παρατηρήθηκε σημαντική μείωση λαθών σχετικά με την διαχείριση των φαρμάκων και των εξετάσεων κατά 55%.

Τρίτος παράγοντας: Μη ορθά δομημένη ΠΦΥ η οποία οφείλεται κυρίως στην έλλειψη βασικής υλικοτεχνικής και εργαστηριακής υποστήριξης με αποτέλεσμα τις λανθασμένες διαγνώσεις την άσκοπη μετακίνηση ασθενών σε μεγαλύτερα Νοσοκομεία και την οικονομική επιβάρυνση αυτών.

Τέταρτος παράγοντας: η Πολυφαρμακία

Στην Ελλάδα σήμερα παρουσιάζεται ένας αδικαιολόγητα υψηλός δείκτης κατάναλωσης φαρμάκων σε σχέση με τον πληθυσμό.

Η μη ορθολογική χρήση φαρμάκων έχει ως αποτέλεσμα να αυξάνεται ο κίνδυνος για ιατρικά λάθη αλλά και το κόστος που δαπανάται για την αγορά τους.

Αλλά και ο ρόλος του φαρμακοποιού παίζει ένα σπουδαίο ρόλο στον έλεγχο των συνταγών. Σχετική μάλιστα μελέτη από το ΙΟΜ (Ινστιτούτο Ιατρικής της Αμερικής) έδειξε ότι ουσιαστικότερη ανάμειξη του φαρμακοποιού στην διαδικασία της συνταγογράφησης μειώνει κατά 66% τα ιατρικά λάθη. Και

Πέμπτος παράγοντας (Και πιο καθοριστικός) είναι: Η εκπαίδευση

Είναι σίγουρα αυταπόδεικτο ότι σωστά εκπαιδευμένος γιατρός σημαίνει λιγότερα ιατρικά λάθη.

Βασική οικονομική αρχή ορίζει επίσης ότι η προσφορά και η ζήτηση των Υπηρεσιών Υγείας συνδέεται άμεσα με τον βαθμό της επιστημονικής επάρκειας του ιατρού, και κατ' επέκταση αναλόγως επηρεάζεται και προσδιορίζεται το τελικό κόστος αυτών.

Πώς όμως μπορούμε να καταλήξουμε σε ασφαλή συμπεράσματα για το επίπεδο επιστημονικής επάρκειας των Ελλήνων ιατρών και το πώς αυτό επηρεάζει τον δείκτη παρουσίας ιατρικών λαθών, όταν αυτοί δεν αξιολογούνται από το ίδιο το σύστημα ;

Το δεδομένο είναι ότι, ένας πχ. ειδικευόμενος ιατρός, μετά την ολοκλήρωση της εκπαίδευσής του αξιολογείται μόνο μία φορά και κανένας μηχανισμός ελέγχου δεν μπορεί να μας δώσει στοιχεία για το αν όλα τα επόμενα χρόνια άσκησης του επαγγέλματός του «επιβάρυνε» το σύστημα με λανθασμένες ιατρικές πράξεις, σε ποιο βαθμό και τί επιπτώσεις (οικονομικές και κοινωνικές) είχαν αυτές τελικά.

Τρόπος αξιολόγησης της ποιότητας υπηρεσιών υγείας

Για να σχηματίσουμε εικόνα του αν ένας ιατρός ή ένα νοσοκομείο παρέχει ικανοποιητικές υπηρεσίες υγείας, περιορίζοντας το κίνδυνο ιατρικών λαθών, θα πρέπει τουλάχιστον να διαθέτουμε μακροχρόνια δεδομένα σχετικά με την πορεία των ασθενών μετά την ιατρική φροντίδα που τους παρασχέθηκε, τον αριθμό λοιπών ιατρικών εξετάσεων που χρειάστηκε να κάνουν, την ποσότητα φαρμάκων που καταναλώθηκε κτλ.

Πηγές για την λήψη σχετικών πληροφοριών είναι:

1^Ο: Τα φυλασσόμενα, με πληρότητα τηρούμενα, ιστορικά των ασθενών.

2^Ο: Τα δεδομένα των διοικητικών υπηρεσιών (πχ ο αριθμός εισαγωγών, αριθμός εξεταζομένων στα εξωτερικά ιατρεία κτλ)

3^Ο: Τα ατομικά πρακτικά καταγραφής ιατρικών πράξεων (πχ χειρουργικές επεμβάσεις, καθετηριασμοί, οσφυονωτιαίες παρακεντήσεις), και

4^Ο: Η άμεση παρατήρηση, αξιολόγηση δηλαδή από προϊσταμένους, συναδέλφους και ασθενείς.

Σε επίπεδο πάντως φορέων παροχής κάθε είδους υπηρεσιών υγείας, ο βαθ-

μός αποτελεσματικότητας αυτών και η επίπτωσή τους στον δείκτη των ιατρικών λαθών, μπορεί να προσδιοριστεί εάν, τηρουμένων όλων των προαναφερόμενων στοιχείων, ακολουθηθεί η μέθοδος του ιατρικού/κλινικού ελέγχου (audit), εάν δηλαδή ένας φορέας, αφού συλλέξει όλα τα απαραίτητα δεδομένα, προχωρήσει με συγκριτική μέθοδο στην παράθεση στοιχείων σε σχέση με εκείνα που αναφέρονται στη διεθνή βιβλιογραφία.

Να γίνει πχ σύγκριση του χρόνου νοσηλείας ασθενών σε παρόμοια κατάσταση υγείας με εκείνη που η διεθνής βιβλιογραφία προσδιορίζει ως ικανοποιητική, σε σχέση με τον κίνδυνο παρουσίας ιατρικών λαθών.

Από όλα τα παραπάνω προκύπτει αβίαστα το συμπέρασμα ότι, ενώ δεν διαθέτουμε δομημένο σύστημα υγείας που να επιτρέπει ασφαλή προσδιορισμό του βαθμού παρουσίας των ιατρικών λαθών, ώστε να είναι δυνατή στην συνέχεια η παρακολούθηση των επιπτώσεων που αυτά επιφέρουν σε επίπεδο κοινωνικό-οικονομικό, παρ' όλα αυτά ξεκινάμε από ένα δεδομένο:

Οι δαπάνες για την υγεία αυξάνονται με γεωμετρική ακρίβεια.

Η Ελλάδα, όπως προκύπτει από τα στοιχεία του ΠΟΥ, δαπανά το 9,5% του ΑΕΠ για την υγεία, από το οποίο ποσοστό 5,02% είναι δημόσια δαπάνη, και το υπόλοιπο 4,5 % ιδιωτική.

Μην έχοντας όμως την δυνατότητα να εκτιμήσουμε τον δείκτη κόστους σε σχέση με το αποτέλεσμα ή την αποτελεσματικότητα,, δεν είμαστε σε θέση να προσδιορίσουμε το κατά πόσο η συνολική δαπάνη για την υγεία βρίσκεται σε αναλογία με την ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών και τον περιορισμό της εμφάνισης ιατρικών λαθών.

Μόνο όταν θα είμαστε σε θέση να διαμορφώσουμε σαφή εικόνα για τους δείκτες παρουσίας των ιατρικών λαθών και τις κοινωνικό-οικονομικές επιπτώσεις αυτών, θα μπορέσουμε να απαντήσουμε και στο ερώτημα αν τελικά η υγεία στην Ελλάδα είναι ακριβή ή όχι.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. "Reducing Medical Errors and Improving Patient Safety". Accelerating Change Today (A.C.T) February 2000.
2. "Medical Errors: The Scope of the Problem. Fact sheet, Publication No AHRQ 00-P037. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD: <http://www.ahrq.gov/qual/errback.htm>
3. "Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective record review." BMJ 2001, 3;322 (7285):517-9.
4. "Make No Mistake: Medical Errors Can be Deadly Serious" FDA Consumer magazine September – October 2000
5. "In Hospital Deaths from Medical Errors at 195,000 per Year USA" Medical news today. Article Date 09 Aug 2004

6. "Reducing Medical Errors" Kaiser Family Foundation, January 2006
7. "Medical errors and clinical risk management: state of the art. ACTA Otorhinolaryngol ITAL 2005, 25:339-346
8. "Government Decision – Making and the Incidence of Federal Mandates" Journal of Public Economics. 2001, 82:147 – 194.
9. "40.000 λάθη ετησίως στη χρήση των φαρμάκων στο Ηνωμένο Βασίλειο" BBC NEWS <http://news.bbc.co.uk/1/hi/health/4780487.stm>
10. "Εκτός ελέγχου η κατανάλωση φαρμάκων" Καθημερινή 30 Ιανουαρίου 2005.
11. Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων. Στατιστικά στοιχεία κατανάλωσης φαρμάκων. <http://www.eof.gr/katanalosi.htm>