

ΒΡΑΧΕΙΑ ΔΗΜΟΣΙΕΥΣΗ SHORT COMMUNICATION

ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ 2022, 39(3):415-418
ARCHIVES OF HELLENIC MEDICINE 2022, 39(3):415-418

Το ιατρικό λάθος στην καθημερινή κλινική πράξη

Β. Βασιλακόπουλος, Σ. Λαμπρόπουλος

Καρδιολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Κοζάνης
«Μαμάτσειο», Κοζάνη

The medical error in everyday clinical practice

Abstract at the end of the article

Λέξεις ευρετηρίου: Αυτοκριτική, Εκπαίδευση, Ιατρικό λάθος, Ποινική ευθύνη

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα ιατρικά λάθη αποτελούν παγκοσμίως ένα σοβαρό πρόβλημα δημόσιας υγείας και συνιστούν απειλή για την ασφάλεια των ασθενών, καθώς επηρεάζουν τον ίδιο τον ασθενή και το εκάστοτε σύστημα υγείας. Το ιατρικό λάθος αποτελεί ένα σοβαρό ζήτημα στην ιατρική πράξη, με ατομικές, ηθικές, κοινωνικές και νομικές συνέπειες. Η άποψη της Ιατρικής Σχολής του Harvard συνοψίζεται στα κάτωθι: «Όταν διαπιστώσουμε ότι όλες οι προσπάθειες που καταβάλλουμε προς ίαση του ασθενούς προκαλούν το αντίθετο αποτέλεσμα, τότε πρέπει να είμαστε σε θέση να κατανοούμε και να μαθαίνουμε από τα λάθη μας, όπως και να εκτιμούμε το χρέος που οφείλουμε στον ασθενή για την προσφορά του στην εκπαίδευσή μας ώστε αυτά να μην επαναληφθούν».¹

2. ΟΡΙΣΜΟΣ-ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ

Είναι γεγονός ότι δεν υπάρχει ένας ενιαίος, ακριβής και απόλυτος ορισμός για το ιατρικό λάθος. Ένας ορισμός που έχει δοθεί για την περιγραφή της έννοιας του ιατρικού σφάλματος από έρευνα του Πανεπιστημίου Πειραιά αναφέρει

ότι πρόκειται για την «αδυναμία μιας προγραμματισμένης ενέργειας να συμπληρωθεί, όπως αναμένεται, ή η χρήση ενός λάθους σχεδιασμού για να επιτευχθεί ένας στόχος».²

Μια ευρέως αποδεκτή κατηγοριοποίηση των ιατρικών σφαλμάτων, η οποία δόθηκε το 1993 με βάση το στάδιο της θεραπευτικής διαδικασίας, είναι η ακόλουθη:³ (α) Διαγνωστικά σφάλματα, (β) λανθασμένο θεραπευτικό σχέδιο, (γ) ενέργειες πρόληψης, (δ) άλλες αιτίες (αμέλεια, έλλειψη επικοινωνίας μεταξύ των επαγγελματιών υγείας, φόρτος εργασίας, αδυναμία επικοινωνίας ιατρού-ασθενούς κ.λπ.).

3. ΤΟ ΜΕΓΕΘΟΣ ΤΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ

Σύμφωνα με τα διεθνή δεδομένα που προκύπτουν από μελέτες ανά τον κόσμο, το ποσοστό θανάτων που οφείλονται σε ιατρικό λάθος είναι εντυπωσιακό.

Οι περισσότερες μελέτες που έχουν εκπονηθεί προέρχονται από τις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής (ΗΠΑ) και την Αυστραλία. Σε παγκόσμιο επίπεδο εκτιμάται ότι οι θάνατοι από τις δυσμενείς επιπτώσεις της ιατρικής περιθαλψής (Global Burden of Disease Study 2013)⁴ αυξήθηκαν κατά 10,7% και, συγκεκριμένα, από 4,3 εκατομμύρια θανάτους το 1990 σε 4,8 εκατομμύρια το 2013.

Μελέτη που δημοσιεύτηκε το 2016 στο έγκυρο περιοδικό *British Medical Journal* κατατάσσει τα ιατρικά λάθη στην τρίτη συχνότερη αιτία θανάτου στις ΗΠΑ μετά τα καρδιαγγειακά νοσήματα και τον καρκίνο, σε αριθμό που προσεγγίζει τις 440.000 ετησίως.⁵ Οι ερευνητές που ανέλυσαν τα στοιχεία μελετών από το 2000-2008 διαπίστωσαν ότι το 9,5% των θανάτων ετησίως στις ΗΠΑ οφείλονται σε ιατρικό σφάλμα. Το χειρότερο είναι ότι οι ερευνητές εκφράζουν την άποψη ότι ο αριθμός των ιατρικών λαθών είναι ακόμη μεγαλύτερος απ' ενός λόγω της απροθυμίας του υγειονομικού προσωπικού να τα ομολογήσει και να τα δηλώσει (για προφανείς λόγους) και απ' ετέρου επειδή ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) δεν έχει περιλάβει στη διεθνή ταξινόμηση των ασθενειών (international classification of diseases, ICD) τα ιατρικά λάθη ως μια παθολογική κατάσταση που οδηγεί

στον θάνατο, με αποτέλεσμα στα πιστοποιητικά θανάτου που εκδίδονται να μην αναφέρεται ποτέ ως αιτία θανάτου το ιατρικό λάθος.

Στη χώρα μας υπάρχει ένδειξη εμφάνισης ιατρικών σφαλμάτων, τα οποία οδηγούν σε δυσμενή αποτελέσματα τόσο στην ψυχική όσο και στη σωματική υγεία του κοινωνικού συνόλου. Παρ' όλο που δεν υπάρχει κάποιο σύστημα καταγραφής των ιατρικών λαθών, υπολογίζεται ότι γίνονται 6.000 ιατρικά λάθη ετησίως, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι εκδικάζονται. Όλο και περισσότερο Έλληνες πολίτες ανησυχούν για το ενδεχόμενο να πέσουν θύματα ιατρικού λάθους (70%), ενώ οι αρμόδιοι φορείς που μπορούν να απευθυνθούν είναι ελάχιστοι και χωρίς πολλές αρμοδιότητες ουσιαστικής παρέμβασης.

Τις τελευταίες δεκαετίες γίνεται πολύς λόγος για την ιατρική ευθύνη. Τα ιατρικά λάθη, δεδομένης της έλλειψης ενός αξιόπιστου συστήματος καταγραφής, έρχονται στη δημοσιότητα διά μέσου των μέσων μαζικής ενημέρωσης (ΜΜΕ), ενώ υπάρχει και η τάση να αυξάνονται οι μηνύσεις και οι αγωγές κατά των ιατρών σε πανελλήνια κλίμακα.

4. ΕΚΛΥΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Οι παράγοντες που μπορεί να οδηγήσουν σε ιατρικό λάθος είναι πολλοί, περιλαμβανομένων της έλλειψης επικοινωνίας μεταξύ του ιατρού και του ασθενούς ή μεταξύ των επαγγελματιών υγείας, της ανακριβούς-εσφαλμένης διάγνωσης, ή και της εφαρμογής ακατάλληλων χειρισμών στον ασθενή.^{5,6} Συγκεκριμένα, μελέτες έχουν δείξει ότι περίπου το 5–10% των ιατρικών σφαλμάτων οφείλονται σε ανεπαρκή επικοινωνία, το 40–45% σε λανθασμένη ιατρική διάγνωση και το 20–25% σε λανθασμένο χειρισμό.⁷ Λάθη μπορεί να συμβούν πιο συχνά σε ιατρούς με μικρότερη εμπειρία, ιδιαίτερα όταν είναι εξαιρετικά πολυάσχολοι και όταν αναλαμβάνουν πολύπλοκες περιπτώσεις.^{7,8} Ο ιατρός με υπερβολική αυτοπεποίθηση, που υπερεκτιμά τις δεξιότητες και τις ικανότητές του, μπορεί να οδηγηθεί σε ιατρικό σφάλμα,⁵ ενώ το άγχος και η επαγγελματική εξουθένωση (burnout) του ιατρικού και του νοσηλευτικού προσωπικού ενδέχεται να έχει επιπτώσεις στην ποιότητα της φροντίδας των ασθενών.^{9–12} Κατά γενικό κανόνα, μετά από ένα ιατρικό λάθος οι ιατροί αισθάνονται ένοχοι, απογοητευμένοι και θυμωμένοι με τον εαυτό τους.¹⁰ Με αυτά τα αρνητικά συναισθήματα είναι ακόμη πιο δύσκολο να βρουν το θάρρος να αναφέρουν το σφάλμα τους. Ο φόβος των κυρώσεων, καθώς και ο επερχόμενος επαγγελματικός στιγματισμός, είναι τα πιθανότερα αίτια για τη χαμηλή συχνότητα αναφοράς ιατρικών σφαλμάτων.¹²

5. ΑΙΤΙΑ

Τα αίτια¹³ των ιατρικών λαθών μπορούν να ομαδοποιηθούν και να ταξινομηθούν στους ιατρούς και στο νοσηλευτικό προσωπικό, στο σύστημα υγείας, και στην αλληλεπίδραση του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού και του ασθενούς.

5.1. Ιατρονοσηλευτικό προσωπικό

Τα λάθη που αποδίδονται στο ιατρικό και στο νοσηλευτικό προσωπικό έχουν άμεση συσχέτιση με την προσωπικότητα, τη συνείδηση, την κοινωνική ευαισθησία, την εκπαίδευση και την επιστημονικότητα του κάθε ατόμου που είναι ενταγμένο σε αυτόν τον ρόλο.

5.2. Σύστημα υγείας

Τα ιατρικά λάθη που χρεώνονται στο σύστημα υγείας τελούν σε συνάρτηση με την οργάνωση, τους προσανατολισμούς, τις στοχεύσεις και τον οραματισμό του ίδιου του συστήματος, παράλληλα με το επίπεδο και την κατάρτιση των στελεχών του.

5.3. Ιατρονοσηλευτικό προσωπικό και ασθενής

Η σχέση ιατρονοσηλευτικού προσωπικού και ασθενούς επιβάλλεται να είναι σχέση συνεργασίας και αμοιβαίου σεβασμού αλλά και ανοχής, με τελικό στόχο την ουσιαστική κατανόηση των οργανικών, των ψυχολογικών και των κοινωνικών παραγόντων που συνέβαλαν στην ανάπτυξη της νόσου και καθορίζουν την εξέλιξή της.

6. «ΘΕΡΑΠΕΙΑ» ΤΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΛΑΘΟΥΣ

Οι παρεμβάσεις που θα επιβάλλονταν για τη λύση του (πρακτικά και ουσιαστικά για τον περιορισμό του) θα πρέπει να στοχεύουν στα ακόλουθα: (α) Στην εκστρατεία ενημέρωσης της κοινής γνώμης, (β) στον νομικό κόσμο της χώρας, (γ) στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό του συστήματος υγείας και (δ) στην πολιτεία.

6.1. Ενημέρωση της κοινής γνώμης

Η ενημέρωση της κοινής γνώμης είναι επιβεβλημένη, ώστε ο κόσμος να κατανοήσει τη φύση του προβλήματος, τις ιδιαιτερότητές του και τη θέση του ιατρού κυρίως, που συνιστά το κέντρο του προβλήματος. Ιδιαίτερα θα πρέπει η κοινή γνώμη να κατανοήσει ότι το ιατρικό λάθος είναι συνυφασμένο με την εξέλιξη της γνώσης και της επιστήμης

και είναι αδύνατο να εκλείψει, παρ' όλη την αλματώδη πρόοδο σε μέσα που διευκολύνουν το ιατρικό έργο.

6.2. Ο νομικός κόσμος της χώρας

Ο νομικός κόσμος της χώρας θα πρέπει να πείσει την πολιτεία να νομοθετήσει πλαίσια απόδοσης ευθυνών και ποινών, λαμβάνοντας υπ' όψιν την ιδιαιτερότητα του προβλήματος, και όχι να αντιμετωπίσει το συγκεκριμένο πρόβλημα ευκαιριακά εκμεταλλευόμενος τη μεγάλη κοινωνική ευαισθησία και τη συνεπικουρία από τα ΜΜΕ, προσβλέποντας σε επαγγελματικά και οικονομικά οφέλη.

6.3. Το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό του συστήματος υγείας

Το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό του συστήματος υγείας, που φέρει και τη μεγαλύτερη ευθύνη δεδομένου ότι βρίσκεται μέσα στο ίδιο το πρόβλημα και το αναπαράγει, θα πρέπει με παρρησία και τόλμη να λάβει δύσκολες και «σκληρές» αποφάσεις κάνοντας μια αυστηρή αυτοκριτική που θα αφορά (α) στην εκπαίδευση, (β) στον αυτοέλεγχο και (γ) στην ομολογία.

6.3.1. Εκπαίδευση. Απαιτείται συνεχιζόμενη εκπαίδευση όλων των βαθμίδων του ιατρικού προσωπικού και διαρκής επαγρύπνηση για τη νέα γνώση και τις διαγνωστικές και θεραπευτικές πρακτικές που εφαρμόζονται ανά τον κόσμο και αποτελούν προϊόν μελετών. Αυτό θα κατοχυρώνεται μέσα από το ερευνητικό έργο, τις συχνές επιστημονικές συναντήσεις, τις καθημερινές ανταλλαγές απόψεων γύρω από τον νοσηλεύόμενο ασθενή αναφορικά με την πορεία της υγείας του, και τη διαρκή επαφή με το νοσηλευτικό προσωπικό. Η διαρκής αυτή εκπαίδευση θα τεκμηριώνεται με τακτές δοκιμασίες, έτσι ώστε να πιστοποιείται η αποκτηθείσα γνώση.

6.3.2. Αυτοέλεγχος. Το θετικό έργο του ιατρού ή οι αστοχίες του θα πρέπει να καταγράφονται σε ετήσια βάση με τη δημιουργία διαγνωστικών και θεραπευτικών μητρώων, καθώς και μητρώων πορείας των ασθενών τόσο κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους όσο και κατά τις τακτικές επισκέψεις στα εξωτερικά ιατρεία της κάθε κλινικής. Αυτό θα πρέπει να διασφαλιστεί με τη μηχανοργάνωση των τμημάτων και των κλινικών, που συνοψίζεται στον πολλά υποσχόμενο ηλεκτρονικό φάκελο. Με τον τρόπο αυτόν θα εντοπίζονται τα λάθη, οι παραλείψεις, οι αστοχίες και βέβαια θα καταγράφονται οι διαγνωστικές εξετάσεις και οι θεραπευτικές πράξεις και κατά πόσο αυτές ήταν εύστοχες ή όχι. Η συγκεκριμένη διαδικασία θα έχει πολλαπλά οφέλη. Αφ' ενός ο ιατρός θα αυτοαξιολογείται και θα αυτοδιορ-

θώνεται και αφ' ετέρου η ίδια η πολιτεία θα καθορίζει την τιμολογιακή της πολιτική με βάση την οικονομία της υγείας.

6.3.3. Ομολογία. Ο ιατρός θα πρέπει πλέον να έχει το σθένος να ομολογεί, να συζητά, και ως ομάδα να αναλύει διεξοδικά το ιατρικό λάθος και τους λόγους που το δημιούργησαν, ώστε να μην επαναληφθεί. Η μέγιστη ωρίμανση του ιατρικού κόσμου θα ευοδωθεί όταν αυτός άρει τις αγκυλώσεις του φόβου για τις νομικές συνέπειες του λάθους, την ντροπή, τον επαγγελματικό στιγματισμό, τη συναδελφική μομφή και γενικότερα τη διαπόμπευση.

6.4. Η πολιτεία

Η πολιτεία φέρει τεράστια ευθύνη απέναντι στο ιατρικό λάθος, καθώς πολλά από αυτά τα λάθη οφείλονται σε κακή διαχείριση του προσωπικού των νοσοκομείων, σε ελλείμματα στη στελέχωση (φαινόμενα burnout), στον εξοπλισμό, στη νομική προστασία ιατρονοσηλευτικού προσωπικού, στα κίνητρα για έρευνα κ.λπ.

7. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Το ιατρικό λάθος ήταν και θα είναι πάντα παρόν στην καθημερινή κλινική πράξη ως αλληλένδετη οντότητα της εξέλιξης της ιατρικής επιστήμης. Κατά την άποψή μας, στην έννοια του ιατρικού λάθους δεν θα πρέπει να εμπεριέχεται η ιατρική αμέλεια που δεν αφορά σε παραλείψεις ή αστοχίες επιστημονικότητας, επικοινωνίας ή ακόμη και κακής οργάνωσης, αλλά είναι εξατομικευμένη και αναφέρεται σε ανθρώπινες συμπεριφορές.

Το πρόβλημα είναι πολυσύνθετο και πολυπαραγοντικό, καθώς εμπλέκονται σε αυτό φυσικά πρόσωπα, νομικά ζητήματα, κοινωνικά αντανάκλαστικά, κακές νοσοτροπίες και η πολιτική ηγεσία. Η μείωση του προβλήματος απαιτεί γενναίες αποφάσεις από όλες τις εμπλεκόμενες πλευρές.

ABSTRACT

The medical error in everyday clinical practice

V. VASILAKOPOULOS, S. LAMPROPOULOS

Department of Cardiology, "Mamatseio" Prefecture
General Hospital of Kozani, Kozani, Greece

Archives of Hellenic Medicine 2022, 39(3):415–418

Medical errors are a serious public health problem worldwide and a threat to patient safety, as they affect both the patient and the health system. Medical error is obviously a

side effect during patient care. According to international data from studies around the world, the death rate due to medical error is shocking. In Greece there is an indication of medical errors of an extent leading to adverse effects on the mental and physical health of society as a whole. Medical errors can be attributed to doctors and healthcare staff, to the health system itself, and to their interaction. Reduction of the problem requires meticulous investigation and courageous decisions by all parties involved.

.....
Key words: Criminal liability, Education, Medical error, Self-criticism

Βιβλιογραφία

1. WOOLEY CF, BOUDOULAS H. The well-rounded clinician. *Hell J Cardiol* 1993, 34:241–243
2. ΠΟΛΛΑΛΗΣ Γ, ΒΟΖΙΚΗΣ Α, ΡΗΓΑ Μ. Ποιοτικά χαρακτηριστικά των ιατρικών σφαλμάτων: Ερευνητικά ευρήματα από την Ελλάδα. *Το Βήμα του Ασκληπιού* 2012, 11:577–592
3. LEAPE LL, LAWTHERS AG, BRENNAN TA, JOHNSON WG. Preventing medical injury. *QRB Qual Rev Bull* 1993, 19:144–149
4. GBD 2013 MORTALITY AND CAUSES OF DEATH COLLABORATORS. Global, regional, and national age-sex specific all-cause and cause-specific mortality for 240 causes of death, 1990–2013: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet* 2015, 385:117–171
5. MAKARY MA, DANIEL M. Medical error – the third leading cause of death in the US. *Br Med J* 2016, 353:21–39
6. TAMUZ M, THOMAS EJ, FRANCHOIS KE. Defining and classifying medical error: Lessons for patient safety reporting systems. *Qual Saf Health Care* 2004, 13:13–20
7. WU AW, FOLKMAN S, McPHEE SJ, LO B. Do house officers learn from mistakes? *JAMA* 1991, 265:2089–2094
8. THOMAS EJ, BRENNAN T. Errors and adverse events in medicine: An overview in clinical risk management. *Br Med J* 2001, 25:339–346
9. YOUNG JQ, RANJI SR, WACHTER RM, LEE CM, NIEHAUS B, AUERBACH AD. “July effect”: Impact of the academic year-end changeover on patient outcomes: A systematic review. *Ann Intern Med* 2011, 155:309–315
10. DELBANCOT, BELL SK. Guilty, afraid, and alone – struggling with medical error. *N Engl J Med* 2007, 357:1682–1683
11. NORMAN GR, EVA KW. Diagnostic error and clinical reasoning. *Med Educ* 2010, 44:94–100
12. GRABER ML, FRANKLIN N, GORDON R. Diagnostic error in internal medicine. *Arch Intern Med* 2005, 165:1493–1499
13. MULLIGAN MA, NECHODOM P. Errors and analysis of errors. *Clin Obstet Gynecol* 2008, 51:656–665

Corresponding author:

V. Vasilakopoulos, 6 Markou Siakavara street, 501 00 Kozani, Greece
 e-mail: v.vasilakopoulos@yahoo.gr

.....