



ΕΡΕΥΝΑ – ORIGINAL PAPER

Ποιοτικά Χαρακτηριστικά των Ιατρικών Σφαλμάτων: Ερευνητικά ευρήματα από την Ελλάδα

Πολλάλης Γιάννης¹, Βοζίκης Αθανάσιος², Ρήγα Μαρίνα³

1. Καθηγητής, Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης, Πανεπιστήμιο Πειραιώς

2. Λέκτορας, Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης, Πανεπιστήμιο Πειραιώς

3. Υποψήφιος Διδάκτωρ, Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης, Πανεπιστήμιο Πειραιώς

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Τα ιατρικά σφάλματα έχουν αναδειχθεί, εδώ και αρκετά χρόνια, ως σημαντική αιτία πρόκλησης σωματικής βλάβης, αναπηρίας και θανάτου, παγκοσμίως. Στην Ελλάδα, όλο και περισσότεροι πολίτες ανησυχούν για το ενδεχόμενο να υποστούν ένα ιατρικό σφάλμα, ενώ οι οργανισμοί που μπορούν να απευθυνθούν είναι ελάχιστοι και χωρίς πολλές αρμοδιότητες ουσιαστικής παρέμβασης.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν να επιχειρηθεί μια προσέγγιση των ποιοτικών χαρακτηριστικών των ιατρικών σφαλμάτων, μέσα από υποθέσεις ιατρικής αμέλειας.

Υλικό και Μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε ανάλυση 259 περιπτώσεων ιατρικής αμέλειας κατά την τελευταία δεκαετία. Η έρευνα περιλάμβανε επισκόπηση της υπόθεσης και της απόφασης από τα Πολιτικά και Διοικητικά Δικαστήρια, όπου καταγράφηκαν ποιοτικά στοιχεία ικανά να αποτυπώσουν την ελληνική πραγματικότητα. Στην συνέχεια εφαρμόστηκε απλή περιγραφική στατιστική ανάλυση.

Αποτελέσματα: Με βάση το δείγμα μας, οι περισσότερες υποθέσεις αφορούσαν τις επεμβατικές ειδικότητες, όπου στην υψηλότερη θέση βρίσκεται η Γενική Χειρουργική (20%) και ακολουθεί η ειδικότητα της Μαιευτικής-Γυναικολογίας (15,4%). Επιπλέον, το 73,7% των ιατρικών σφαλμάτων είχαν ως συνέπεια την μόνιμη αναπηρία ή το θάνατο.

Συμπεράσματα: Από την έρευνα, διαπιστώθηκε ότι, και στην Ελλάδα, το ζήτημα του ιατρικού σφάλματος είναι υπαρκτό, ενώ οι επεμβατικές ιατρικές ειδικότητες φαίνεται να εμφανίζουν τα πιο υψηλά ποσοστά συγκέντρωσης δυσμενών συμβάντων που αναφέρονται σε ιατρικά σφάλματα.

Λέξεις κλειδιά: Ιατρικό σφάλμα, δυσμενές συμβάν, σωματική βλάβη, ποιότητα στη φροντίδα υγείας.

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΑΛΛΗΛΟΓΡΑΦΙΑΣ

Βοζίκης Αθανάσιος,
Καραολή & Δημητρίου 80,
Τ.Κ. 18534, Πειραιάς
Τηλ. 210-4142280
Email: avozik@unipi.gr

Qualitative Patterns of Medical Errors: Research Findings from Greece

Pollalis Yannis¹, Vozikis Athanassios², Riga Marina³

1. Professor, Dept. of Economic Science, University of Piraeus
2. Lecturer, Dept. of Economic Science, University of Piraeus
3. PhD (c), Dept. of Economic Science, University of Piraeus

ABSTRACT

For many years, medical errors have been a frequent phenomenon in the Health Care Systems and an important cause of mortality and morbidity, all over the world. Medical errors are on the increase both in Europe and in the United States of America which have forced them to confront the problem and take measures. In Greece, an increasing number of patients are worried about the possibility of suffering a medical error but the organisations they can turn to are just few and with limited intervention power.

Aim: The aim of the present study is to present current situation of medical errors in Greece.

Material and Methods: An extensive search was carried out to find the relevant authorities and the organisations where the various parties affected by the medical errors turn to. We reviewed the national and international literature as well as local audit results of the last decade.

Results: The findings from our research confirmed the conclusion that the medical malpractice issue is present in the Greek Health System too, and that the invasive medical specialties seem to come up against the highest rates of adverse events. So, co-operation and trust between patients, health care professionals, hospital management, medical councils and the government are essential to get to the root of the problem.

Keywords: Medical error, adverse event, medical malpractice, quality of health care.



CORRESPONDING AUTHOR

Vozikis Athanassios,
80, Karaoli & Dimitriou street,
P.C.18534 Piraeus, Greece,
Tel: 210 4142280,
Email: avozik@unipi.gr

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ως ιατρικό σφάλμα ορίζεται η αδυναμία μιας προγραμματισμένης ενέργειας να συμπληρωθεί όπως αναμένεται ή η χρήση ενός λάθους σχεδιασμού για να επιτευχθεί ένας στόχος. Τα ιατρικά σφάλματα μπορεί να αναφέρονται στην κακή άσκηση της ιατρικής πρακτικής, στις παρενέργειες των φαρμάκων, στις ιατρικές επεμβάσεις και στον τεχνολογικό ιατρικό εξοπλισμό.^{1,2}

Ως παρενέργεια_ορίζεται το τραύμα που προκλήθηκε από τον ιατρικό χειρισμό και όχι από την υπάρχουσα αρρώστια ή κατάσταση του ασθενούς.^{2,3}

Αιτίες ιατρικού σφάλματος

- Πολύπλοκα συστήματα υγείας
- Αυξανόμενη πολυπλοκότητα παροχής υγείας
- Πίεση χρόνου
- Ατελείς πληροφορίες ασθενών για αλλεργικές αντιδράσεις, ταυτόχρονη λήψη άλλων φαρμάκων, προηγούμενες διαγνώσεις και αποτελέσματα εξετάσεων
- Έλλειψη πληροφόρησης για πρόσφατες παρενέργειες συγκεκριμένων φαρμάκων
- Κακή χρήση ιατρικών σκευασμάτων

- Κακή συνεννόηση για τη χορήγηση φαρμάκων λόγω δυσανάγνωστου γραφικού χαρακτήρα, σύγχυσης με φάρμακα παρόμοιας ονοματολογίας, λανθασμένης χρήσης μηδενικών και δεκαδικών ψηφίων στη δοσολογία, σύγχυσης στο μετρικό σύστημα με άλλες μονάδες και ακατάλληλων συντομογραφιών
- Έλλειψη κατάλληλων ετικετών στα σκεύασματά καθώς επανασυσκευάζονται σε μικρότερες ποσότητες με αποτέλεσμα να υπάρχει σύγχυση για τη σωστή ονομασία και ημερομηνία λήξης τους
- Περιβαλλοντικοί παράγοντες όπως ο φωτισμός, η ζέστη, ο θόρυβος, οι διακοπές που αποσπούν την προσοχή του ιατρού

Κατηγοριοποίηση ιατρικού σφάλματος

Τα ιατρικά σφάλματα μπορεί να παρουσιαστούν κατά τη διάρκεια της διάγνωσης, της θεραπείας ή των ενεργειών πρόληψης. Στον Πίνακα 1, παρουσιάζονται αναλυτικά οι τύποι του ιατρικού σφάλματος, όπως κατηγοριοποιούνται από διεθνείς ερευνητές.⁴

Επιπλέον, σύμφωνα με μία άλλη κατηγοριοποίηση,⁵ που επιχειρεί να αποτυπώσει την βαρύτητα των πιθανών βλαβών-συνεπειών για τον ασθενή από την κακή άσκηση της ιατρικής πρακτικής, αναφέρονται:

- Κατηγορία Α: Περιπτώσεις ή γεγονότα που είναι ικανά να προξενήσουν ιατρικό σφάλμα.
- Κατηγορία Β: Ένα ιατρικό σφάλμα που τελικά δεν προκάλεσε ζημία στον ασθενή.
- Κατηγορία C: Ένα ιατρικό σφάλμα που υπέστη ο ασθενής αλλά τελικά δεν του προκάλεσε βλάβη.
- Κατηγορία D: Ένα ιατρικό σφάλμα που υπέστη ο ασθενής και χρειάστηκε περαιτέρω παρακολούθηση ή παρέμβαση για να επιβεβαιωθεί ότι τελικά δεν προκάλεσε κάποια βλάβη στον ασθενή.
- Κατηγορία E: Προσωρινή βλάβη στον ασθενή που κρίνεται απαραίτητη η ιατρική παρέμβαση.
- Κατηγορία F: Προσωρινή βλάβη στον ασθενή που κρίνεται απαραίτητη μια αρχική ή παρατεταμένη νοσηλεία.
- Κατηγορία G: Μόνιμη αναπηρία ασθενούς.
- Κατηγορία H: Απαιτείται ιατρική παρέμβαση για να διατηρηθεί στη ζωή ο ασθενής.
- Κατηγορία I: Θάνατος ασθενούς.

Η Ελληνική & Διεθνής Εμπειρία για τα Ιατρικά Σφάλματα

Στοιχεία από το εξωτερικό

Τα ιατρικά σφάλματα ως φαινόμενο, παρατηρούνται σε όλες τις χώρες του κόσμου. Ενδεικτικά αναφέρουμε μερικές έγκυρες μελέτες που αναδεικνύουν τη φύση και την έκταση του προβλήματος.

Στις Η.Π.Α. κάθε χρόνο σημειώνονται 98.000 θάνατοι στα νοσοκομεία⁶ ενώ στο Ηνωμένο Βασίλειο από 20.000 έως 30.000 πολίτες πεθαίνουν κάθε χρόνο εξαιτίας των δυσμενών συμβάντων ενώ πολύ μεγαλύτερος αριθμός ασθενών ταλαιπωρούνται από επιπλοκές στην υγεία τους.^{7,8} Στη Γερμανία κάθε χρόνο αναφέρονται 30.000 νεκροί ασθενείς,⁶ ενώ στη Νέα Ζηλανδία πάνω από 50.000 ασθενείς το έτος 2006, είχαν έρθει αντιμέτωποι με ένα ή περισσότερα ιατρικά σφάλματα.⁹

Στοιχεία από την Ελλάδα

Βάσει έρευνας του Ευρωβαρομέτρου:¹⁰

- 70% των Ελλήνων εμφανίζονται ανήσυχοι στο ενδεχόμενο να υποστούν ένα ιατρικό σφάλμα
- 86% των Ελλήνων πιστεύει ότι το πρόβλημα των ιατρικών σφαλμάτων στην Ελλάδα, είναι σημαντικό
- 61% των Ελλήνων δηλώνει ότι έχει ακούσει ή διαβάσει συχνά για ιατρικά σφάλματα



- 13% των Ελλήνων έχει υποστεί ιατρικό σφάλμα σε νοσοκομείο
- 9% των Ελλήνων έχει υποστεί ιατρικό σφάλμα από κάποιο συνταγογραφούμενο φάρμακο

ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν να επιχειρηθεί μια προσέγγιση των ποιοτικών χαρακτηριστικών των ιατρικών σφαλμάτων, μέσα από υποθέσεις ιατρικής αμέλειας.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Μέθοδοι αναγνώρισης, καταγραφής και ανάλυσης των ιατρικών σφαλμάτων & δυσμενών συμβάντων

Η ανίχνευση και ανάλυση των ιατρικών σφαλμάτων & δυσμενών συμβάντων, είναι σημαντική στην κατανόηση των παραλείψεων του συστήματος υγείας και στην κατάστροψη στρατηγικών για πρόληψη και μετριασμό αυτών των περιστατικών. Γι' αυτόν το λόγο, ακολουθούνται οι ενδεικνυόμενες μέθοδοι αναγνώρισης και καταγραφής αυτών.¹¹

Υπάρχουν αρκετές μέθοδοι που η κάθε μία υιοθετείται για να εξυπηρετήσει έναν συγκεκριμένο σκοπό, την εκάστοτε χρονική στιγμή. Για παράδειγμα, μπορούν να ληφθούν σοβαρά υπόψη αποτελέσματα για τα ιατρικά σφάλματα & δυσμενή συμβάντα που

προέρχονται από έρευνες σε ασθενείς, από επισκόπηση των ιατρικών φακέλων των ασθενών, από παρακολούθηση της πορείας από την στιγμή που προκαλείται σωματική βλάβη μέχρι και την εξέλιξη της υπόθεσης και τέλος από ένα πληροφοριακό σύστημα καταγραφής των ιατρικών σφαλμάτων & δυσμενών συμβάντων. Αξιοσημείωτο είναι να αναφερθεί ότι παρόλο που όλες οι μέθοδοι εμπεριέχουν κάποιες αδυναμίες, θεωρούνται ικανά εργαλεία αναγνώρισης και ανάλυσης ιατρικών σφαλμάτων και δυσμενών συμβάντων αφού με τη χρήση άλλων μέσων, δε θα ήταν δυνατός ο εντοπισμός τους.^{12,13} Ο συγκεκριμένος τρόπος προσέγγισης για τη μείωση των ιατρικών σφαλμάτων και δυσμενών συμβάντων, αποσκοπεί εξολοκλήρου στην βαθμιαία βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.¹⁴

Προσέγγιση των Ιατρικών Σφαλμάτων στην Ελλάδα

Για να αποτυπωθεί η σημερινή κατάσταση στην Ελλάδα, αποταθήκαμε σε διάφορους φορείς για να συλλέξουμε πρωτογενή στοιχεία από υποθέσεις ιατρικών σφαλμάτων. Το δείγμα που συλλέξαμε ανέρχεται συνολικά σε 259 υποθέσεις ιατρικού σφάλματος και προέρχονται από τα Πολιτικά και Διοικητικά Δικαστήρια και την Ανεξάρτητη Αρχή του Συνηγόρου του Πολίτη. Επίσης, κάποιες υποθέσεις ανευρέθηκαν από τον έντυπο και ηλεκτρονικό Τύπο και από ιδιωτικά νοσοκομεία.

Η ερευνητική διαδικασία περιλάμβανε λεπτομερή επισκόπηση του περιεχομένου της υπόθεσης και του σκεπτικού της απόφασης και κωδικοποιήθηκαν εκείνα τα στοιχεία που είναι ικανά να αποτυπώσουν ευκρινώς την ελληνική πραγματικότητα.

Αναλυτικότερα, από τα ελληνικά Δικαστήρια, συλλέχθηκαν συνολικά 78 πρόσφατες υποθέσεις (τελεσίδικες αποφάσεις), ενώ κάποιες επιπλέον υποθέσεις από το Διοικητικό Πρωτοδικείο Αθηνών ανέρχονται σε 64 (αγωγές/αποφάσεις). Από τα ιδιωτικά νοσηλευτικά κέντρα της πρωτεύουσας, καταμετρούνται συνολικά 27 πρόσφατες υποθέσεις (αγωγές). Από τον Συνήγορο του Πολίτη, συλλέχθηκαν συνολικά 23 υποθέσεις (αγωγές). Τέλος, από τον Τύπο, ανευρέθησαν 67 συνολικά υποθέσεις (αγωγές/αποφάσεις). Για την επεξεργασία των 259 υποθέσεων χρησιμοποιήθηκε απλή περιγραφική στατιστική ανάλυση, ανάλυση συχνοτήτων και ανάλυση διασταυρούμενης πινακοποίησης (cross-tabulation).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Από την κατανομή των ιατρικών σφαλμάτων με βάση τον τύπο της μονάδας υγείας που έλαβε χώρα το κάθε περιστατικό, παρατηρείται ότι το 64,86% των προσφυγών ασκήθηκαν κατά δημόσιων νοσοκομείων και το 20,08% κατά ιδιωτικών κλινικών και ιατρικών κέντρων (Εικόνα 1).

Παρατηρούμε ότι το ποσοστό των προσφυγών κατά δημόσιων νοσοκομείων είναι αρκετά υψηλό σε σχέση με αυτό των ιδιωτικών κλινικών και ιατρικών κέντρων. Αυτό φυσιολογικά οφείλεται στο γεγονός, ότι μεγάλο ποσοστό του δείγματός μας προέρχεται από φορείς που χειρίζονται μόνο υποθέσεις που αφορούν το Δημόσιο (Διοικητικά Δικαστήρια, Συνήγορος του Πολίτη).

Ακολουθώντας, κατηγοριοποιήσαμε τις περιπτώσεις των ιατρικών σφαλμάτων με βάση τη βαρύτητα των πιθανών βλαβών-συνεπειών που προξενήθηκαν στον ασθενή, από την κακή άσκηση της ιατρικής πρακτικής. Συγκεκριμένα, σύμφωνα με την Εικόνα 2, το 73,75% των ιατρικών σφαλμάτων είχαν ως συνέπεια την μόνιμη αναπηρία ή το θάνατο.

Αυτό το ποσοστό είναι αναμενόμενο και οφείλεται στο γεγονός, ότι η πλειοψηφία των υποθέσεων ιατρικής αμέλειας που καταγγέλλονται ή/και φτάνουν τελικά στις αίθουσες των δικαστηρίων, αφορούν περιστατικά στα οποία προξενήθηκε βαρεία βλάβη στους ασθενείς. Περιστατικά ιατρικής αμέλειας, στα οποία δεν προκαλείται βλάβη στους ασθενείς (κατηγορίες Α έως D) σπανίως γίνονται αντιληπτά και καταγγέλλονται.

Σε συνέχεια αυτού, παραθέτουμε τον Πίνακα 2, όπου απεικονίζονται αναλυτικά όλες οι ιατρικές ειδικότητες σε σχέση με τη βαρύτητα



του ιατρικού σφάλματος που προκάλεσε κάθε μια από αυτές, όπως παρουσιάζεται από την έρευνά μας. Επισημαίνεται, ότι στην έρευνά μας καταγράφηκαν και αναλύθηκαν μόνο οι κατηγορίες βαρύτητας E έως I (όπως παραπάνω), όπου η αμελής συμπεριφορά του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού, προξένησε στον ασθενή από προσωρινή βλάβη με απαραίτητη την ιατρική παρέμβαση (κατηγ. E) μέχρι και θάνατο (κατηγ. I).

Οι ειδικότητες της Γενικής Χειρουργικής και της Μαιευτικής - Γυναικολογίας, συγκεντρώνουν τα υψηλότερα ποσοστά, σχεδόν σ' όλες τις κατηγορίες βαρύτητας του ιατρικού σφάλματος. Συγκεκριμένα, στην Κατηγορία Προσωρινή βλάβη στον ασθενή που κρίνεται απαραίτητη η ιατρική παρέμβαση, τα ποσοστά είναι 17,9% και 15,4% αντίστοιχα, στην Κατηγορία Προσωρινή βλάβη στον ασθενή που κρίνεται απαραίτητη μια αρχική ή παρατεταμένη νοσηλεία, τα ποσοστά είναι 22,2% και για τις δύο ειδικότητες, στην Κατηγορία Μόνιμη αναπηρία ασθενούς, τα ποσοστά είναι 25,3% και 18,2% αντίστοιχα, ενώ τέλος στην Κατηγορία Θάνατος ασθενούς, τα ποσοστά 19,3% και 12,3% αντίστοιχα. Άλλες ειδικότητες στις οποίες παρατηρείται υψηλό ποσοστό πρόκλησης βαρείας βλάβης είναι οι ειδικότητες της Ορθοπεδικής, της Εσωτερικής Παθολογίας, της Αναισθησιολογίας και της Μικροβιολογίας.

Τέλος, από την ανάλυση του δείγματος των 259 υποθέσεων, αναδεικνύονται οι πιο

«συχνά» εμπλεκόμενες ειδικότητες, σε περιπτώσεις πρόκλησης ιατρικών σφαλμάτων. Ειδικότερα, από την Εικόνα 3, παρατηρείται ότι το 20% των προσφυγών ασκήθηκαν κατά ιατρών της Γενικής Χειρουργικής και το 15,4% κατά ιατρών της Μαιευτικής-Γυναικολογίας.

Ακολουθούν, οι ειδικότητες της Εσωτερικής Παθολογίας, της Ορθοπεδικής και της Αναισθησιολογίας. Η συχνότητα εμπλοκής σε υποθέσεις ιατρικής αμέλειας των παραπάνω ειδικοτήτων, είναι συνεπής και επιβεβαιώνει τα ευρήματα του Πίνακα 2, σχετικά με τη βαρύτητα της επίπτωσης του ιατρικού σφάλματος κατά ειδικότητα.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Τα ιατρικά σφάλματα στην Ελλάδα, όπως και η εμπειρία από πολλές άλλες χώρες δείχνει, πράγματι αποτελούν ένα σοβαρό ζήτημα για την ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας και την ασφάλεια των ασθενών, με σημαντικές κοινωνικές και οικονομικές διαστάσεις.^{1,2,3,10} Για παράδειγμα, στην Αυστρία σε δείγμα 14.179 εισαγωγής ασθενών προκλήθηκε ανεπιθύμητο συμβάν στο 16,6%, με το 13,7% να έχει ως συνέπεια τη μόνιμη αναπηρία, με το 4,9% να καταλήγει σε θάνατο και το 51% από αυτά να μπορούσε να έχει προληφθεί.¹⁵ Άλλη έρευνα για τις Η.Π.Α. αναφέρει ότι κάθε χρόνο σημειώνονται 5.000 θάνατοι από ιατρικά σφάλματα.¹⁶

Με βάση τα ευρήματα της έρευνάς μας, οι ειδικότητες της Γενικής Χειρουργικής, της

Μαιευτικής-Γυναικολογίας, της Ορθοπαιδικής και της Εσωτερικής Παθολογίας εμφανίζονται να έχουν αυξημένη συμμετοχή στα ιατρικά σφάλματα, ενώ οι ίδιες συγχρόνως συγκεντρώνουν τα υψηλότερα ποσοστά πρόκλησης βλάβης με συνέπεια την μόνιμη αναπηρία ή και το θάνατο. Τα ευρήματά μας είναι συνεπή και συμφωνούν με τα ευρήματα άλλων ερευνών, όπως προκύπτει από τη διεθνή βιβλιογραφία.¹⁷⁻²⁰ Επίσης, σε έρευνα του Υπουργείου Υγείας των Η.Π.Α. οι ειδικότητες της Γενικής Χειρουργικής, της Μαιευτικής-Γυναικολογίας εμφανίζονται στις δύο πρώτες θέσεις της πρόκλησης σωματικής βλάβης από ιατρική αμέλεια.²¹ Τέλος, σύμφωνα με άλλη έρευνα, οι ειδικότητες που συγκεντρώνουν μεγαλύτερα ποσοστά πρόκλησης ανεπιθύμητου συμβάντος εμφανίζονται είναι οι ειδικότητες της Αγγειοχειρουργικής, της Μαιευτικής-Γυναικολογίας, της Καρδιολογίας και της Νευροχειρουργικής.²² Το έντονο ενδιαφέρον για τα ιατρικά λάθη σε όλες τις ανεπτυγμένες χώρες προέκυψε αφενός λόγω της δυσμενούς επίδρασής τους στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και αφετέρου με τη συσχέτισή τους με δικαστικές διαδικασίες για αποζημιώσεις κυρίως από πλευράς των ασθενών.²³ Βέβαια, θα πρέπει να διευκρινιστεί ότι η βαθύτερη αιτία των ιατρικών σφαλμάτων, είναι κατά κύριο λόγο συστημική, δηλαδή θα πρέπει να αναζητηθεί η υπαιτιότητα-συμβολή

και του συστήματος υγείας στο φαινόμενο.^{24,25} Συγκεκριμένα, οι συστημικοί παράγοντες εντοπίζονται κυρίως στην υποστελέχωση σε προσωπικό (ποσοτική και ποιοτική), στο μη ασφαλές εργασιακό περιβάλλον, στη βαρύτητα των ασθενών, στον αυξημένο φόρτο εργασίας, στο κυκλικό ωράριο και την επαγγελματική εξουθένωση.^{26,27} Επιπλέον, η ανεπαρκής στελέχωση σε νοσηλευτές και το ανεπαρκές επίπεδο εκπαίδευσης θεωρούνται από τις σημαντικότερες ίσως παραμέτρους που θέτουν σε κίνδυνο την ασφάλεια των ασθενών και οδηγούν σε χαμηλής ποιότητας φροντίδα υγείας.²⁸

Αυτός ο έντονος προβληματισμός σχετικά με τα ιατρικά σφάλματα συναντάται σε όλες σχεδόν τις ανεπτυγμένες χώρες της Ευρώπης και του υπόλοιπου κόσμου, στις οποίες έχει αναδειχθεί η αναγκαιότητα της ανάπτυξης και υλοποίησης πληροφοριακών συστημάτων ανίχνευσης, καταγραφής και ανάλυσης των δυσμενών συμβάντων και ιατρικών σφαλμάτων.²⁹⁻³³ Στην Ελλάδα έχει ήδη αναπτυχθεί παρόμοιο σύστημα, το οποίο λειτουργεί πιλοτικά σε δημόσια Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (Μ.Ε.Θ.) και το οποίο έχει αξιολογηθεί σαν καίριας σημασίας στις προσπάθειες βελτίωσης της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας και της ασφάλειας των ασθενών.^{34,35}

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ



Κύριο μέλημα όλων των εμπλεκομένων, θα πρέπει να είναι η μείωση εκείνων των δυσμενών συμβάντων και ιατρικών σφαλμάτων που θα μπορούσαν να είχαν προληφθεί. Αυτός ο τρόπος σκέψης, συνεισφέρει σε μεγάλο βαθμό, στην βελτίωση της ποιότητας της παρεχόμενης περίθαλψης στο ελληνικό σύστημα υγείας, αλλά και στην ενδυνάμωση της προάσπισης των δικαιωμάτων και της ασφάλειας των ασθενών.

Η συλλογή, ανάλυση και αξιοποίηση της πληροφορίας από τα ιατρικά σφάλματα μπορεί να προσφέρει μία σημαντική βελτίωση στην ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας προς τον πολίτη, στην εξοικονόμηση πόρων για τον τομέα υγείας και την εθνική οικονομία και στο ερευνητικό έργο των εμπλεκομένων μερών. Ένας τέτοιος μηχανισμός μελλοντικά μπορεί να λειτουργήσει και σαν μηχανισμός πρόληψης των ιατρικών σφαλμάτων.

Κρίσιμης σημασίας θεωρείται η ύπαρξη μιας κεντρικής με εθνικό χαρακτήρα στρατηγικής και ενός οργανωτικού σχεδιασμού από την Πολιτεία που θα ενέχει καθολική αποδοχή, ώστε να επισημανθεί η σημασία της άμεσης αντιμετώπισης του ζητήματος των ιατρικών σφαλμάτων και με τη δέουσα σοβαρότητα.

ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ

Η παρούσα έρευνα έχει συγχρηματοδοτηθεί από την Ευρωπαϊκή Ένωση (Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο - ΕΚΤ) και από εθνικούς

πόρους μέσω του Επιχειρησιακού Προγράμματος «Εκπαίδευση και Δια Βίου Μάθηση» του Εθνικού Στρατηγικού Πλαισίου Αναφοράς (ΕΣΠΑ) – Ερευνητικό Χρηματοδοτούμενο Έργο: Ηράκλειτος II. Επένδυση στην κοινωνία της γνώσης μέσω του Ευρωπαϊκού Κοινωνικού Ταμείου.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Quality Interagency Coordination Task Force (QuIC). Report to the President. Doing What Counts for Patient Safety: Federal Actions to Reduce Medical Errors and Their Impact. 2000, available by: <http://www.quic.gov/report/mederr4.htm#evidence> accessed September 7, 2010.
2. Institute of Medicine. To Err is Human: Building a Safer Health System. Washington, D.C.: National Academy Press, 1999.
3. Institute of Medicine. Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. Washington, DC: National Academy Press, 2001.
4. Leape L. Error in Medicine. Journal of the American Medical Association 1994; 272 (23):1851-57.
5. National Quality Forum (NQF). Serious Reportable Events in Healthcare—2006 Update. Washington, D.C.: 2007.
6. McLean. Nationwide poll on patient safety: 100 million Americans see medical mistakes directly touching them (press release). VA: National Patient Safety Foundation, 1997.

7. WHO. The world health report. Americans have the best medical care in the world. 2000.
8. Thomas EJ, Studdert DM, Runciman WB, Webb RK, Sexton EJ, Wilson RM et al. A comparison of iatrogenic injury studies in Australia and the USA, I: Context, methods, casemix, population, patient and hospital characteristics. International Journal for Quality in Health Care Journal of the International Society for Quality in Health Care ISQua 2000;12(5):371-378.
9. Bismark M, Dauer E, Paterson R, Studdert D. Accountability sought by patients following adverse events from medical care: the New Zealand experience-Research. CMAJ 2006;175(8):889-894.
10. Euro barometer. Special Euro barometer 241 - Medical Errors. Euro barometer - European Commission - Directorate General Press and Communication, 2006;241:4-27.
11. Vincent C, Stanhope N, Crowley-Murphy M. Reasons for not reporting adverse incidents: An empirical study. Journal of Evaluation in Clinical Practice 1999;5(1):13-21.
12. Wald H, Shojania KG. Incident reporting. In: Making Health Care Safer: A Critical Analysis of Patient Safety Practices. Evidence Report/Technology Assessment No. 43, AHRQ Publication No. 01-E058, 2001, available online at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/bv.fcgi?rid=hstat1.section.59490>.
13. Hartwig SC, Denger SD, Schneider PJ. Severity-indexed, incident report-based medication error-reporting program. Am J Hosp Pharm 1991;48(12):611-616.
14. Thomas EJ, Petersen LA. Measuring Errors and Adverse Events in Health Care. Journal of General Internal Medicine 2003;18(1):61-67.
15. Wilson RM, Runciman WB, Gibberd RW, Harrison BT, Newby L, Hamilton JD. The Quality in Australian Health Care Study. Med J Aust 1995;163(9):458-71.
16. Hayward RA, Hofer TP. Estimating Hospital Deaths Due to Medical Errors. JAMA, 2001;286(4):415-420.
17. Studdert DM, Mello MM, Brennan TA. Medical Malpractice. N Engl J Med 2004;350(3):283-292
18. Bates DW, Cullen DJ, Laird N, Petersen LA, Small SD, Servi D, et al. Incidence of adverse drug events and potential adverse drug events. Implications for prevention. JAMA ADE Prevention Study Group 1995;274(1):29-34.
19. Null G, Dean C, Feldman M, Rasio D, Smith D. Death by Medicine. Life Extension Foundation, 2007.
20. General Cologne Re. Insurance Issues in Europe: Impending Changes in the European Health Care Sector and the Effect on Risk Management and Malpractice Insurance. Geneva, 2002.
21. US Dept of Health and Human Services. Confronting the New Health Care Crisis: Improving Health Care Quality and Lowering Costs By Fixing Our Medical Liability System. Washington, D.C.: Office of the Assistant Secretary for Planning and Evaluation, 2002.
22. U.S. Congress, Office of Technology Assessment. Defensive Medicine and

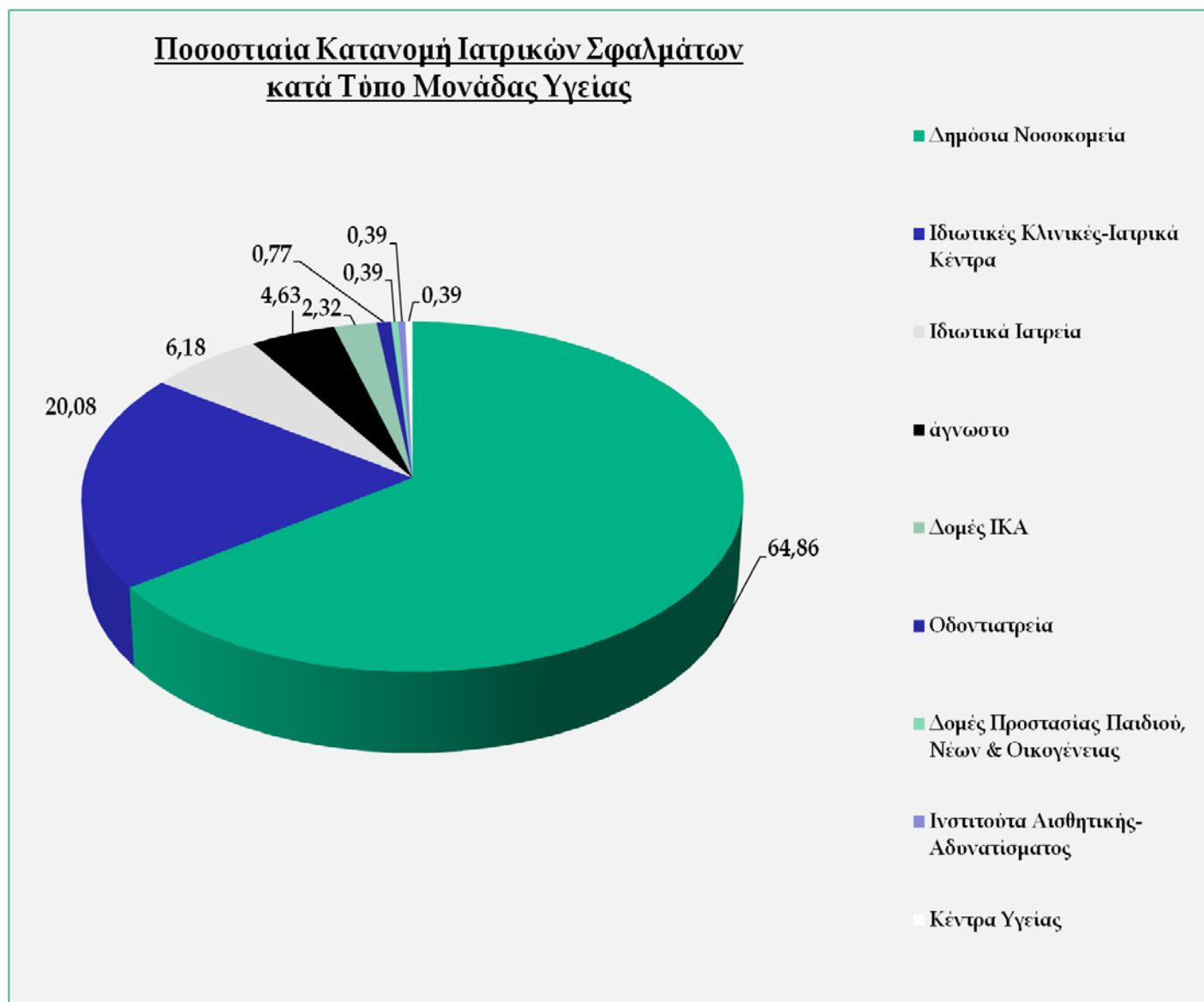


- Medical Malpractice. Washington, DC: U.S. Government Printing Office, 1994.
23. Zhan C, Miller MR. Excess length of stay, charges, and mortality attributable to medical injuries during hospitalization. *JAMA* 2003;290:1868-1874.
24. Kelly D. Applying quality management in healthcare: a systems approach. Washington, DC: Health Administration Press, AUPHA Press, 2nd ed., 2006.
25. Council of Europe. Recommendation Rec7 of the Committee of Ministers to member states on management of patient safety and prevention of adverse events in health care. 965th meeting of the Ministers' Deputies, Committee of Ministers, 2006.
26. Konver C, Gergen PJ. Nurse staffing Levels and adverse events following surgery in U.S hospitals. *Image: Journal of Nursing Scholarship* 1998;30:315-321.
27. Aiken LH, Clarke SP, et al. Hospital nurses staffing and patient Mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *JAMA* 2002;288:1987-1993.
28. Mitsis D, Kelesi M, Kapadohos T. Factors which affect the occurrence of nursing errors in medication administration and the errors' management. *Rostrum of Asclepius* 2012;11(1):293-312.
29. National Quality Forum (NQF). Safe Practices for Better Healthcare–2010 Update: A Consensus Report. Washington, D.C.: 2010.
30. House of Commons, Health Committee. Patient Safety: Sixth Report of Session 2008-09, Vol. 1, London, 2009.
31. European Commission. Report on the open consultation on Patient Safety in the European Union. D.G. for Health and Consumers. Brussels, 2008.
32. U.S. Department of Health and Human Services. National Strategy for Quality Improvement in Health Care: Report to Congress. Washington, D.C.: 2011.
33. Gregory D. Adverse Health Event Management: International and Canadian Practices, A Background Document Prepared for the Task Force on Adverse Health Events. Ottawa, 2008.
34. Vozikis A. Information management of medical errors in Greece: The MERIS proposal. *International Journal of Information Management* 2009;29(1):15–26.
35. Vozikis A, Riga M. M.E.R.I.S.: Information System for the identification, collection, analysis and reporting of Medical Errors. 2nd International Scientific Conference e R A-2 Proceedings 2008:423-437.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Πίνακας 1: Τύποι ιατρικού σφάλματος

Διάγνωση	Σφάλμα ή καθυστέρηση στην διάγνωση
	Μη κατοχή ενδεικνυόμενων εξετάσεων
	Χρήση απαρχαιωμένης θεραπείας
	Μη έγκαιρη παρέμβαση
Θεραπεία	Σφάλμα στην εκτέλεση μιας χειρουργικής ή άλλης παρέμβασης
	Σφάλμα στην παροχή της θεραπευτικής αγωγής
	Σφάλμα στην δοσολογία ή στην μέθοδο λήψης του φαρμάκου
	Μη αποδεκτή καθυστέρηση στη θεραπεία
	Ακατάλληλη, μη ενδεικνυόμενη θεραπεία
Ενέργειες Πρόληψης	Μη παροχή προληπτικής θεραπείας
	Απουσία συνεχούς παρακολούθησης της θεραπείας
Άλλες Αιτίες	Κακή επικοινωνία ιατρού-ασθενή
	Ανορθόδοξη χρήση τεχνολογικού εξοπλισμού



Εικόνα 1: Κατανομή Ιατρικών Σφαλμάτων (%) κατά τύπο μονάδας υγείας

Ποσοστιαία Κατανομή Βαρύτητας Ιατρικών Σφαλμάτων



Εικόνα 2: Κατανομή βαρύτητας (%) ιατρικών σφαλμάτων



Πίνακας 2: Κατηγορία βαρύτητας (E-I) ιατρικού σφάλματος σε σχέση με την ειδικότητα

ΒΑΡΥΤΗΤΑ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΣΦΑΛΜΑΤΟΣ ΚΑΤΑ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ (Crosstabulation)

% within ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΦΑΛΜΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑ

		Προσωρινή βλάβη (απαραίτητη η ιατρική παρέμβαση)	Προσωρινή βλάβη (κρίνεται απαραίτητη η νοσηλεία)	Μόνιμη αναπηρία	Απαιτείται ιατρική παρέμβαση για να διατηρηθεί στη ζωή	Θάνατος
ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	Εσωτερική Παθολογία				14,3%	16,7%
	Γενική Ιατρική	2,6%				2,6%
	Καρδιολογία-Καρδιοχειρουργική	7,7%	11,1%	3,0%		8,8%
	Γαστρεντερολογία	5,1%	11,1%			,9%
	Αιματολογία					,9%
	Δερματολογία - Αφροδισιολογία			1,0%		
	Ψυχιατρική - Ψυχολογία	2,6%				
	Παιδιατρική			1,0%	14,3%	3,5%
	Γενική Χειρουργική	17,9%	22,2%	25,3%		19,3%
	Ουρολογία			5,1%		,9%
	Ορθοπαιδική	7,7%	11,1%	13,1%	28,6%	,9%
	Οφθαλμολογία	7,7%	11,1%	8,1%		2,6%
	Ωτορινολαρυγγολογία			2,0%		,9%
	Παιδοχειρουργική			1,0%		2,6%
	Νευροχειρουργική			2,0%		1,8%
	Θωρακοχειρουργική			1,0%		
	Πλαστική Χειρουργική	12,8%		3,0%		,9%
	Αναισθησιολογία			7,1%		10,5%
	Μαιευτική - Γυναικολογία	15,4%	22,2%	18,2%	14,3%	12,3%
	Ακτινολογία			2,0%		2,6%
	Ακτινοθεραπευτική - Ογκολογία					,9%
	Μικροβιολογία			1,0%	28,6%	5,3%
	Γενική Οδοντιατρική - Ορθοδοντική	10,3%				
	Ειδικευόμενος			1,0%		
	Νοσηλευτική	5,1%	11,1%	2,0%		,9%



Εικόνα 3: Οι 8 πιο «συχνά» συναντούμενες ειδικότητες