Neapolis University

HEPHAESTUS Repository **http://hephaestus.nup.ac.cy**

Department of Economics and Business Master in Public Administration (MPA)

2015

þÿ ™ ± Ä Á ¹ º ¬ Ã Æ ¬ » ¼ ± Ä ± º ± ¹ ± Ã Æ ¬

Leonidou, Marilena

þÿ Á Ì ³ Á ± ¼ ¼ ± " · ¼ Ì Ã ¹ ± Â " ¹ ¿ ¯ º · Ã · Â , £ Ç ¿ » ® Ÿ ¹ º ¿ ½ ¿ ¼ ¹ º Î ½ • À ¹ Ã Ä · ¼ Î ½ & " ¿ ¯ º · Ã
þÿ ± ½ µ À ¹ Ã Ä ® ¼ ¹ ¿ • µ ¬ À ¿ » ¹ Â ¬ Æ ¿ Å

http://hdl.handle.net/11728/7002

Downloaded from HEPHAESTUS Repository, Neapolis University institutional repository

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΝΕΑΠΟΛΙΣ ΠΑΦΟΥ

ΣΧΟΛΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ

Μεταπτυχιακή διατριβή

ΙΑΤΡΙΚΑ ΣΦΑΛΜΑΤΑ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΑΣΘΕΝΩΝ

Μαριλένα Λεωνίδου

Πάφος, 2015

Πνευματικά δικαιώματα

Copyright © Μαριλένα Λεωνίδου, 2015

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Κανείς δεν αμφισβητεί ότι για την ασφάλεια των ασθενών, η μείωση των ιατρικών σφαλμάτων έχει καταλυτικό ρόλο. Δεν είναι λίγες οι φορές όπου τέτοια λάθη μπορούν να προκαλέσουν μολύνσεις, περαιτέρω διατήρηση της νόσου, σωματική βλάβη ή ακόμη και θάνατο. Η ασφάλεια των ασθενών ήταν πάντοτε προτεραιότητα για όλες τις χώρες, αλλά η ανάγκη για περαιτέρω μελέτη και διασφάλιση γίνεται πιο εντατική με την αύξηση των καταγγελιών για ιατρικά λάθη.

Το αντικείμενο που μελετά η παρούσα μεταπτυχιακή εργασία είναι η ασφάλεια των ασθενών και τα ιατρικά σφάλματα που πραγματοποιούνται εκ μέρους των ιατρών. Πρόκειται να αναζητηθούν τα αίτια και οι περιπτώσεις που παρουσιάζονται σε παγκόσμια κλίμακα και έπειτα να αξιολογηθούν. Στην όλη έρευνα δε θα μπορούσε να απουσιάζει ο ορισμός και η μέτρηση της ποιότητας υπηρεσιών υγείας, αλλά και οι παράγοντες που την επηρεάζουν.

Δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στην μελέτη του ιατρικού σφάλματος και στην πρόληψη του. Βάσει της Νομοθεσίας τα ιατρικά σφάλματα τιμωρούνται αφού αφορούν τη θεραπεία προσώπου που πραγματοποιείται με αλόγιστο, βεβιασμένο ή αμελή τρόπο, με αποτέλεσμα να θέτει σε κίνδυνο μια ανθρώπινη ζωή ή να προκαλεί σωματική βλάβη. Τα αίτια των ιατρικών σφαλμάτων είναι ποικίλα, όπως για παράδειγμα η απόκρυψη πληροφοριών από τους ασθενείς σχετικά με την υγεία του, η ελλιπής ενημέρωση του ιατρού για τις εξελίξεις στην ιατρική τεχνολογία και επιστήμη, παράγοντες που έχουν να κάνουν με το εργασιακό περιβάλλον, η χορήγηση λανθασμένων φαρμάκων, οι εξαντλητικές ώρες εργασίας, η μη ικανοποιητική εκπαίδευση και η μεγάλη πίεση για την εξυπηρέτηση όσο το δυνατό περισσοτέρων ασθενών.

Η ανυπαρξία ποιοτικού ελέγχου μεταξύ των διαδικασιών και του αποτελέσματος, μειώνουν τη μέτρηση των περιστατικών και αυτό δυσχεραίνει την παρακολούθηση των ιατρικών σφαλμάτων. Το επιστημονικό κενό που εντοπίζεται στην εργασία αφορά την απουσία ενός ολοκληρωμένου πληροφοριακού συστήματος, μέσα από το οποίο θα μπορούσαν να αντληθούν χρήσιμα συμπεράσματα αλλά και διδάγματα.

Λέξεις κλειδιά: Ιατρικό σφάλμα, ποιότητα, ασφάλεια ασθενών, αμέλεια

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η εκπόνηση της παρούσας εργασίας δεν θα μπορούσε να πραγματοποιηθεί χωρίς την πολύτιμη βοήθεια του Καθηγητή Κωνσταντίνου Αθανασόπουλου. Η συνεργασία μας ήταν εξαιρετική και τον ευχαριστώ θερμά για την καθοδήγηση και στήριξη που μου προσέφερε τόσο γενναιόδωρα. Επίσης, τον ευχαριστώ για την ευκαιρία που μου έδωσε ώστε να μελετήσω ένα θέμα που με ενδιαφέρει ιδιαίτερα και θα έχει καθοριστικό ρόλο στην επαγγελματική μου σταδιοδρομία.

Επίσης, οφείλω ένα θερμό ευχαριστώ στα αγαπημένα μου πρόσωπα, τους γονείς, το σύζυγο και την κόρη μου, για την υπομονή και αγάπη που έδειξαν το τελευταίο χρόνο. Χωρίς την πολύτιμη βοήθεια που μου παρείχαν αλλά και την εμπιστοσύνη που έδειξαν στο πρόσωπο μου, δε θα μπορούσα να αφοσιωθώ στην εργασία μου τόσο όσο εν τέλει έπραξα. Η συμπαράσταση τους ήταν συγκινητική και τους ευχαριστώ πραγματικά για αυτό.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ **3**

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ **4**

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ **5**

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ **8**

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΧΗΜΑΤΩΝ **9**

ΕΙΣΑΓΩΓΗ **10**

Ι. ΠΡΟΛΗΨΗ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΣΦΑΛΜΑΤΩΝ ΓΙΑ ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΑΣΘΕΝΩΝ **12**

1. Επιλογή θέματος 12

2. Σύντομη παρουσίαση προβλήματος 12

3. Σύντομη παρουσίαση βιβλιογραφίας 13

4. Σκοπός 14

5. Στόχοι 14

ΙΙ. ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ **15**

Α΄ ΜΕΡΟΣ: ΓΕΝΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ **15**

1. Ποιότητα Υπηρεσιών Υγείας 15

1.1 Ορισμός Ποιότητας Υπηρεσιών Υγείας 15

1.2 Μέτρηση Ποιότητας Υπηρεσιών Υγείας 17

1.2.1 Εγκαταστάσεις και Ιατρικός Εξοπλισμός 18

1.2.2 Χρόνος Διεκπεραίωσης 18

1.2.3 Προσβασιμότητα 19

1.2.4 Βαθμός Παροχής Υπηρεσιών 19

1.2.5 Συνέπεια Διαδικασιών 20
1.2.6 Άλλοι παράγοντες 20
2. Ασφάλεια Ασθενών 21
2.1 Ορισμός 21
2.2 Δικαιώματα Ασθενών 23
3. Ιατρικό Σφάλμα 25
3.1 Ορισμός 25
3.2 Είδη Πρόκλησης Ιατρικών Σφαλμάτων 26
3.3 Αίτια Ιατρικών Σφαλμάτων 28
3.4 Εξέλιξη Καταγγελιών για Ιατρικά Σφάλματα 31
3.5 Αντιδράσεις Ασθενών, Συγγενών και Ιατρών 34
3.6 Νομικό πλαίσιο Ιατρικών Σφαλμάτων στην Κύπρο 43
3.7 Στατιστικά Ιατρικών Σφαλμάτων 46
3.8 Αποτελέσματα Ιατρικών Σφαλμάτων 48

Β' ΜΕΡΟΣ: ΕΙΔΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ 49

1.Ανάλυση πρόληψη ιατρικών σφαλμάτων **....49**

III. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ 54

1. Κριτήρια επιλογής και αποκλεισμού μελετών 55
1.1. Θέμα 55
1.2. Πλήρεις στοιχεία δημοσίευσης 55
1.3. Σχεδιασμός μελετών 55
1.4. Γλώσσα δημοσίευσης 56
2. Περιγραφή στρατηγικής αναζήτησης 56

V. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΚΡΙΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ 58

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ 62

Ελληνική Βιβλιογραφία 62

Ξένη Βιβλιογραφία 63

Νομοθεσία 66

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1: Συστατικά Ποιότητας βάσει τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας 16

Πίνακας 2: Ιατρικά Λάθη Leape & Lucien (1994)..... 27

Πίνακας 3: Ιατρικά Λάθη Στυλιανίδη (2011)..... 28

Πίνακας 4: Απόψεις Πολιτών Ε.Ε. συνολικά για Ιατρικά Σφάλματα..... 37

Πίνακας 5: Απόψεις Πολιτών Ε.Ε. ανά χώρα για Ιατρικά Σφάλματα..... 39

Πίνακας 6: Δημογραφικά Στοιχεία Απόψεων για Ιατρικά Σφάλματα..... 40

Πίνακας 7: Εμπιστοσύνη ανά Ιατρικό Επάγγελμα για Ιατρικά Σφάλματα 41

Πίνακας 8: Εμπιστοσύνη ανά Ιατρικό Επάγγελμα ανά Χώρα για Ιατρικά Σφάλματα 42

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΧΗΜΑΤΩΝ

Σχήμα 1: Απεικόνιση των αποτελεσμάτων της στρατηγικής αναζήτησης……**Error! Bookmark not defined.**

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Κατά κύριο λόγο, ένα σύστημα υγείας δημιουργείται για να παρέχει ποιοτικές υπηρεσίες υγείας στους πολίτες που απευθύνονται σε αυτό καθώς επίσης και να διαφυλάττει την ασφάλεια τους. Με άλλα λόγια το σύστημα υγείας πρέπει να διασφαλίζει με κάθε δυνατό τρόπο τη φροντίδα και την ασφάλεια των ασθενών, διαφορετικά δεν υφίσταται λόγος ύπαρξης του. Για την επίτευξη των πιο πάνω, πρέπει να δίδεται προσοχή σε όλη τη διαδικασία παροχής υπηρεσιών υγείας, από την πρόληψη, τη θεραπεία μέχρι και την παρακολούθηση έπειτα της θεραπείας.

Με τον τρόπο αυτό, προασπίζονται τα δικαιώματα των ασθενών και βελτιώνονται οι παρεχόμενες υπηρεσίες. Δεδομένων των ιατρικών εγκαταστάσεων και τεχνολογίας, αναδεικνύεται το ερώτημα κατά πόσο «το ανθρώπινο χέρι» μπορεί να βελτιώσει τα όσα προσφέρονται στους ασθενείς. Η έρευνα αυτή αποσκοπεί στον τεκμηριωμένο εντοπισμό της έκτασης και του μεγέθους του προβλήματος που αναλύεται πιο πάνω. Σε άλλες χώρες, τα σφάλματα που θα μπορούσαν να έχουν αποφευχθεί κοστίζουν περισσότερες ζωές κάθε χρόνο απ' ότι τα τροχαία δυστυχήματα, το AIDS ή ο καρκίνος του Μαστού όπως αναφέρουν οι **Βοζίκης και Ρήγα (2008).**

Μέσα από βιβλιογραφική ανασκόπηση και αρθρογραφία, πρόκειται να γίνει προσπάθεια συλλογής στοιχείων που να περιγράφουν την υφιστάμενη κατάσταση, τόσο σε εθνικό όσο και διεθνές επίπεδο, καθώς επίσης θα αποδειχθούν οι λόγοι εξέλιξης του προασπίζοντας έτσι την ασφάλεια του ασθενή. Πρέπει να σχεδιαστεί μια κατάλληλη στρατηγική, τόσο οργανωμένη ώστε τα ιατρικά σφάλματα να αντιμετωπίζονται και να προλαμβάνονται.

Οι απόψεις διίστανται μεταξύ των ιατρών και των ασθενών ως προς τα ιατρικά λάθη. Πιο συγκεκριμένα ο **Blendon (2002),** μέσα από τις έρευνες του επικεντρώθηκε στις απόψεις των δύο πιο πάνω ομάδων επί του συγκεκριμένου θέματος. Ανακάλυψε ότι πολλοί ιατροί και πολίτες έχουν εμπειρίες με ιατρικά λάθη, αλλά καμία ομάδα δεν είδαν τα ιατρικά λάθη ως ένα από τα πιο σημαντικά προβλήματα στον τομέα της υγείας σήμερα. Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων πιστεύει ότι ο αριθμός των

θανάτων που προκαλούνται από ιατρικά σφάλματα που θα μπορούσαν να προληφθούν είναι πολύ χαμηλότερος από τα στατιστικά στοιχεία που έδωσε το Αμερικανικό Ινστιτούτο Ιατρικής. Εντόπισε επίσης ότι οι γιατροί και το κοινό διαφώνησαν σε πολλές από τις βασικές αιτίες των σφαλμάτων και τις στρατηγικές που πρέπει να ακολουθηθούν για τη μείωση των σφαλμάτων, ενώ καμία ομάδα δεν πιστεύει ότι η μετακίνηση των ασθενών στα κέντρα υψηλού όγκου θα είναι πιο αποτελεσματική. Η καταλληλότερη στρατηγική για την αποφυγή των ιατρικών λαθών όπως συμπεραίνεται από τις έρευνες του επιστήμονα είναι η χρήση κυρώσεων σε μεμονωμένους επαγγελματίες υγείας.

Παρόμοια ήταν και η έρευνα του **Gallagher (2003),** καθώς μελέτησε τις απόψεις των ιατρών και των ασθενών σχετικά με τα ιατρικά σφάλματα. Και σε αυτήν την περίπτωση παρατηρήθηκε ότι δεν υπήρχε σύγκλιση στις απόψεις των δύο ομάδων. Για παράδειγμα, οι ασθενείς επιθυμούν να γνωρίζουν όλα τα επιβλαβή λάθη που τους προκλήθηκαν και ζητούν πληροφορίες σχετικά με το τι συνέβη, γιατί το σφάλμα συνέβη και πώς θα μετριαστούν οι συνέπειες του λάθους. Οι γιατροί ωστόσο συμφωνούν ότι τα επιβλαβή λάθη πρέπει να γνωστοποιούνται στους ασθενείς όταν συμβαίνουν, αλλά γενικά αποφεύγουν να αποκαλύψουν το ανεπιθύμητο συμβάν ήταν αποτέλεσμα σφάλματος. Επίσης, οι ασθενείς επιθυμούν την συναισθηματική υποστήριξη των ιατρών όταν συμβαίνει ένα ιατρικό λάθος, συμπεριλαμβανομένης της απολογίας. Ωστόσο, οι ιατροί ανησυχούν ότι σε περίπτωση που ζητήσουν συγνώμη αυτό θα δημιουργήσει νομική ευθύνη και θα αντιμετωπίσουν νομικά προβλήματα.

Ι. ΠΡΟΛΗΨΗ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΣΦΑΛΜΑΤΩΝ ΓΙΑ ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΑΣΘΕΝΩΝ

1. Επιλογή θέματος

Είναι αδιαμφισβήτητο ότι τα επαγγέλματα υγείας είναι κατ' εξοχήν συνυφασμένα με την ασφάλεια και τη φροντίδα των ασθενών. Ας μην ξεχνάμε άλλωστε ότι η ασφάλεια των ασθενών τίθεται σε κίνδυνο όταν το προσωπικό εργάζεται πολλές και απρόβλεπτες ώρες με αποτέλεσμα το θέμα του η πρόληψη των ιατρικών σφαλμάτων για τη διασφάλιση της ασφάλειας των ασθενών να εμπίπτει τόσο στα επιστημονικά όσο και στα προσωπικά μου ενδιαφέροντα.

Κατ' επέκταση, η μελέτη του εν λόγω θέματος είναι ιδιαίτερα χρήσιμη καθώς γίνεται λόγος για όλο και περισσότερα ιατρικά σφάλματα τα τελευταία χρόνια. Συχνά διεξάγονται έρευνες οι οποίες δημοσιεύονται με σκοπό την ενημέρωση των επαγγελματιών υγείας, συνδράμοντας έτσι στην εξασφάλιση της υγείας των ασθενών. Επίσης, η ασφάλεια των ασθενών έχει τεθεί σε προτεραιότητα σε πολλές χώρες, ένεκα της παγκόσμιας οικονομικής κρίσης.

2. Σύντομη παρουσίαση προβλήματος

Τα ιατρικά λάθη μπορούν να επιφέρουν μοιραίες συνέπειες για την υγεία των ασθενών αλλά και για την επαγγελματική σταδιοδρομία των ιατρών. Στη σύγχρονη εποχή, η αντίληψη για τη συχνότητα των ιατρικών σφαλμάτων είναι ιδιαίτερα μεγάλη καθώς τα ΜΜΕ επικεντρώνονται πολύ περισσότερο στα σφάλματα των ιατρών παρά στις νέες ανακαλύψεις για θεραπείες και ιατρικά ευρήματα, ακόμα και αν αυτά είναι αποτέλεσμα πολλών ετών και ερευνών. Η παρούσα εργασία μελετά τους τρόπους με τους οποίους είναι δυνατό να αποφθεχθούν και να προβλεφθούν τα ιατρικά σφάλματα.

3. Σύντομη παρουσίαση βιβλιογραφίας

Για την ολοκλήρωση της παρούσας πτυχιακής εργασίας, απαραίτητη ήταν η συμβολή επιστημονικών και αναγνωρισμένων βιβλίων και άρθρων. Η αναζήτηση πραγματοποίηση στις βιβλιοθήκες Ιδιωτικών και Δημόσιων Πανεπιστημίων της Κύπρου και συγκεκριμένα στο Πανεπιστήμιο Νεάπολις Πάφου, το Ευρωπαϊκό Πανεπιστήμιο Κύπρου και το Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου. Ανάλογη αναζήτηση και στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων των Πανεπιστήμιων, καθώς σκοπός της όλης προσπάθειας ήταν η διεύρυνση και η εις βάθος εξέταση της ιατρικής αμέλειας και της ασφάλειας των ασθενών. Οι λέξεις κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν για την ανεύρεση των παραπομπών που χρησιμοποιούνται στην παρούσα πτυχιακή εργασία είναι: Medical error, medical malpractice, patient safety, error prevention, και οι αντίστοιχες στην Ελληνική γλώσσα.

Η μεθοδολογία που επιλέχθηκε για την μελέτη του πιο πάνω θέματος ήταν η βιβλιογραφική ανασκόπηση καθώς με τον τρόπο αυτό παρουσιάζονται και τεκμηριώνονται επιστημονικά οι μελέτες των ερευνητών. Επιπρόσθετα, μέσα από τη βιβλιογραφική μελέτη, δίνεται η δυνατότητα εντοπισμού ερευνητικών κενών και η εξαγωγή αξιόλογων συμπερασμάτων και προτάσεων για περαιτέρω μελέτη. Χωρίς καμία αμφιβολία, η παρουσίαση του θεωρητικού και ειδικού μέρους της πτυχιακής βάσει βιβλιογραφικών αναφορών θα εμπλουτίσει τις γνώσεις των αναγνωστών, αφού οι απόψεις των ερευνητών θα ενοποιηθούν και θα συγκριθούν. Εξάλλου, εστιάζοντας σε πρωτογενείς μελέτες η σύνθεση κριτικής ανάλυσης είναι δεδομένη.

Οι κυριότερες βάσεις δεδομένων που χρησιμοποιήθηκαν είναι οι MEDLINE Complete, Journal of Continuing Education in Nursing, Health Education Journal, Journal of Community Health Nursing, IATPOTEK on-line, Ιατρική Βιβλιογραφία Ιπποκράτης, Health & Safety Science Abstracts, Health Source: Nursing/Academic Edition, British Medical Journal και ScienceDirect.

4. Σκοπός

Πρωταρχικό μέλημα της πτυχιακής εργασίας είναι η τεκμηριωμένη παρουσίαση των ερευνών που μελέτησαν την πρόληψη των ιατρικών λαθών με σκοπό τη διασφάλιση της υγείας των ασθενών. Η πλήρης ανάλυση του θέματος τοποθετείται ως ο κύριος σκοπός συγγραφής της εργασίας, καθώς επίσης και η διεύρυνση της υφιστάμενης γνώσης της επιστημονικής κοινότητας αλλά και του ευρύ κοινού. Η εργασία απαντά στο ερώτημα αν υπάρχουν τρόποι πρόληψης των ιατρικών σφαλμάτων και περιγράφει ποιοι είναι αυτοί και πως εφαρμόζονται. Είναι φανερό ότι οι επιστήμονες και τα ΜΜΕ, καθώς και οι πολίτες γενικότερα, προσεγγίζουν το θέμα με ιδιαίτερο ενδιαφέρον και αυτό συνδράμει στη συλλογή όσο το δυνατό περισσότερων δεδομένων.

5. Στόχοι

Άμεσος στόχος της παρούσας εργασίας είναι να μελετηθούν όλα τα ζητήματα που σχετίζονται με την ασφάλεια των ασθενών και την ύπαρξη ιατρικών σφαλμάτων, και η πρόληψη αυτών. Ο τεκμηριωμένος εντοπισμός της έκτασης και του μεγέθους του προβλήματος είναι ιδιαίτερα σημαντικός καθώς θα βοηθήσουν στην μείωση των καταγγελιών αλλά και τις επιπλοκές στην υγεία των ασθενών. Νοείται ότι με την εξέταση των αιτιών που προκαλούνται ιατρικά λάθη είναι δυνατό να προκύψουν εισηγήσεις.

Πέραν του άμεσου στόχου, η παρούσα εργασία στοχεύει έμμεσα και στα εξής:

1. Στην παρουσίαση διάφορων ορισμών που έχουν δοθεί για τα ιατρικά σφάλματα
2. Στην ανεύρεση, διατύπωση και τεκμηρίωση των αιτιών που προκαλούν τα ιατρικά σφάλματα
3. Στη μελέτη της ιστορικής εξέλιξης των καταγγελιών για ιατρικά σφάλματα
4. Στην περιγραφή των αντιδράσεων των ιατρών, των ασθενών και των συγγενών τους στα ιατρικά σφάλματα
5. Στη διεξαγωγή συμπερασμάτων και στη διατύπωση εισηγήσεων και λύσεων για το μέλλον.

ΙΙ. ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

Α΄ ΜΕΡΟΣ: ΓΕΝΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

1. Ποιότητα Υπηρεσιών Υγείας

1.1 Ορισμός Ποιότητας Υπηρεσιών Υγείας

Τα νοσοκομεία υπάρχουν και λειτουργούν ακριβώς για να παρέχεται, στους ασθενείς, φροντίδα η οποία είναι ή πρέπει να είναι συνεχής, απρόσκοπτη και πάνω σε 24ωρη βάση **(Παυλάκης, 1992).** Η ποιότητα ενός συστήματος υγείας υπήρξε ανέκαθεν ένα αμφιλεγόμενο ζήτημα. Ως επακόλουθο, στην περίπτωση όπου παρουσιάζονται ιατρικά σφάλματα η ποιότητα υγείας τίθεται υπό αμφισβήτηση. Στην ενότητα αυτή γίνεται μια προσπάθεια ώστε να αξιολογηθεί η παρούσα ποιότητα της ιατρικής περίθαλψης και να προταθούν κατευθύνσεις για περαιτέρω μελέτη. Δεδομένου του προτεινόμενου θέματος υπό εξέταση, δεν πρόκειται να ακολουθήσει εξαντλητική ανασκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας, αλλά θα συμπεριληφθούν ορισμένες βασικές μελέτες.

Η διασφάλιση της ποιότητας και η συνεχής ποιοτική βελτίωση είναι μόνο λίγοι από την πληθώρα των όρων που χρησιμοποιούνται για την ύπαρξη υψηλής ιατρικής περίθαλψης στους υγειονομικούς οργανισμούς. Σύμφωνα με τα απαραίτητα συστατικά στοιχεία για την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας απαριθμεί τα ακόλουθα:

Πίνακας 1: Συστατικά Ποιότητας βάσει τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας

Αποτελεσματική Ποιότητα	**Παρέχει φροντίδα υγείας που δίνει σημασία στα αποτελέσματα και στη βελτίωση των υπηρεσιών υγείας, με βάση τις ανάγκες του πληθυσμού.**
Αποδοτική Ποιότητα	Παρέχει ποιοτική φροντίδα υγείας μεγιστοποιώντας την αποδοτικότητα των πόρων.
Προσπελάσιμη Ποιότητα	Παρέχει φροντίδα υγείας στο σωστό χρόνο, τόπο με υψηλού επιπέδου καταρτισμένο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό και με τους βέλτιστους πόρους.
Αποδεκτή Ποιότητα προσανατολισμένη στον ασθενή	Παρέχει φροντίδα υγείας που λαμβάνει υπόψη τις ανάγκες και τις αξίες των χρηστών υγείας καθώς και τα πολιτισμικά στοιχεία της κάθε κοινωνίας.
Ισότιμη Ποιότητα	Παρέχει φροντίδα υγείας ισότιμη προς όλους τους χρήστες υγείας ανεξαρτήτου φύλου, εθνικότητας, καταγωγής, κοινωνικο-οικονομικής κατάστασης.
Ασφαλής Ποιότητα	Παρέχει φροντίδα υγείας όπου ελαχιστοποιούνται οι πιθανότητες πρόκλησης σωματικής βλάβης στον ασθενή από αμέλεια.

Όπως αναφέρεται, η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας αφορά το μέγιστο επιδιωκόμενο αποτέλεσμα στους ασθενούς σε όλα τα στάδια που παρέχονται οι υπηρεσίες, δηλαδή στη διάγνωση, στη θεραπεία και στην αποκατάσταση.

Συσχετίζεται άμεσα με την αποφυγή λαθών καθώς επίσης και με την προσοχή στις ανάγκες των ασθενών και των οικογενειών τους **(Πέππας & Κορράκη, 2013).**

Υπό το σκήπτρο αυτό θα μπορούσαμε να πούμε ότι η βελτίωση της φροντίδας των ασθενών έχει καταστεί προτεραιότητα για όλους τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης, με γενικό στόχο την επίτευξη υψηλού βαθμού ικανοποίησης των ασθενών. Η μεγαλύτερη ευαισθητοποίηση του κοινού, η αυξανόμενη ζήτηση για καλύτερη φροντίδα, η ενίσχυση του ανταγωνισμού, η περισσότερη ρύθμιση της υγειονομικής περίθαλψης, η άσκηση περισσότερων καταγγελιών και προσφυγών για ιατρική καθώς επίσης και η ανησυχία για κακή έκβαση μιας θεραπείας είναι παράγοντες που συμβάλλουν σε αυτή την αλλαγή.

Η ποιότητα της φροντίδας του ασθενούς καθορίζεται ουσιαστικά από την ποιότητα των υποδομών, της ποιότητας της εκπαίδευσης, των ικανοτήτων του προσωπικού και της απόδοσης των λειτουργικών συστημάτων. Η βασική απαίτηση είναι η υιοθέτηση ενός συστήματος που είναι «ασθενής προσανατολίζεται». Τα υφιστάμενα προβλήματα στον τομέα της υγείας αφορούν τόσο το ιατρικό όσο και μη ιατρικών παραγόντων και ένα ολοκληρωμένο σύστημα που βελτιώνει πρέπει να εφαρμοστούν και τις δύο πτυχές. Τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης στις αναπτυσσόμενες χώρες αντιμετωπίζουν μια ακόμα μεγαλύτερη πρόκληση, δεδομένου ότι η ποιότητα και κάλυψη του κόστους πρέπει να εξισορροπούνται με τις ίσες ευκαιρίες στη φροντίδα των ασθενών.

1.2 Μέτρηση Ποιότητας Υπηρεσιών Υγείας

Δεδομένου ότι σκοπός της έρευνας είναι η ανάλυση της ασφάλειας των ασθενών και η σχέση των ιατρικών λαθών με αυτή, δε θα μπορούσαμε να παραλείψουμε τους τρόπους μέτρησης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας. Με απλά λόγια θα μπορούσαμε να πούμε ότι η ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης, αναφέρεται σε ένα επίπεδο το οποίο καθορίζεται από κάποια μέτρηση. Ο στόχος της φροντίδας υγείας είναι η παροχή ιατρικής πόρους υψηλής ποιότητας σε όλους όσους την έχουν ανάγκη. Έτσι, οι ερευνητές χρησιμοποιούν πολλά διαφορετικά μέτρα για να προσπαθήσουν να καθορίσουν την ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης,

συμπεριλαμβανομένων των αριθμών μείωσης μιας θεραπείας ή της αποδυνάμωσης των ασθενειών που προσδιορίζονται από την ιατρική διάγνωση, την μείωση του αριθμού των παραγόντων κινδύνου που οι άνθρωποι έχουν μετά από προληπτική φροντίδα ή στα είδη φροντίδας που παρέχονται σε ένα πληθυσμό.

1.2.1 Εγκαταστάσεις και Ιατρικός Εξοπλισμός

Στην κατηγορία αυτή θα μπορούσαμε να συμπεριλάβουμε και τις υποδομές των ιατρικών μονάδων. Για παράδειγμα η υποδοχή και η διακίνηση των ασθενών στους χώρους του οργανισμού αποτελούν καθοριστικό παράγοντα για την αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας που προσφέρονται από αυτό. Αυτό συμβαίνει καθώς ο χώρος υποδοχής είναι ο πρώτος χώρος στον οποίον εισέρχεται ο ασθενής κατά την άφιξη του στην ιατρική μονάδα, συνεπώς εκεί θα αποκτήσει την πρώτη εικόνα για το τι είδους υπηρεσίες προσφέρονται. Είναι σημαντικό να αναφέρουμε ότι η φιλική συμπεριφορά του προσωπικού και η άμεση του εξυπηρέτηση δείχνουν επαγγελματισμό και αυτό είναι στοιχείο το οποίο αναβαθμίζει το επίπεδο της ιατρικής περίθαλψης που προσφέρεται.

Επίσης η καθαριότητα σε όλους τους χώρους και εξοπλισμό είναι ένας εξίσου σημαντικός παράγοντας, ο οποίος στα πλαίσια της υγιεινής και αισθητικής αυξάνει την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας. Τέλος, ο σχεδιασμός των χώρων και η λειτουργικά που προσφέρουν είναι αξιοσημείωτα συστατικά ενός ιατρικού οργανισμούς καθώς με τον τρόπο αυτό οι δραστηριότητες και οι παρεχόμενες υπηρεσίες πραγματοποιούνται πιο οργανωτικά και αποτελεσματικά, ο χρόνος απόδοσης βελτιώνεται και η διακίνηση είναι ευκολότερη και ταχύτερη.

1.2.2 Χρόνος Διεκπεραίωσης

Κατά πρώτο λόγο, ο απαραίτητος χρόνος που χρειάζεται για την ολοκλήρωση μιας υπηρεσίας υγείας, είτε αυτό σχετίζεται με τη διάγνωση ή τη θεραπεία είναι ένα σημαντικό κριτήριο μέτρησης και σύγκρισης. Ο παράγοντας αυτός έχει άμεση σχέση και με το αν η εκτέλεση της υπηρεσίας πραγματοποιήθηκε με ακρίβεια από την

πρώτη φορά που ήρθε σε επαφή ο ασθενής μαζί της. Επαναλαμβανόμενες επισκέψεις για το ίδιο πρόβλημα υγείας στους ίδιους ασθενείς αποτελεί μειονέκτημα.

1.2.3 Προσβασιμότητα

Επίσης, ένας άλλος σημαντικός παράγοντας είναι η προσβασιμότητα των ασθενών σε αυτή. Εάν λάβουμε υπόψη ότι ένας ασθενής μπορεί να θεραπευτεί άμεσα όταν αποκτήσει την υπηρεσία αλλά ο βαθμός δυσκολίας μέχρι την απόκτηση της είναι μεγάλος, τότε αυτό επηρεάζει αναπόφευκτα την ποιότητα της υπηρεσίας. Η προσβασιμότητα αυτή δεν έχει να κάνει μόνο με τη γεωγραφική θέση της υπηρεσίας αλλά και με την οικονομική και την ζήτηση της. Γενικότερα θα λέγαμε με την ευκολία παροχής της.

1.2.4 Βαθμός Παροχής Υπηρεσιών

Στην εξ' ολοκλήρου παροχή υπηρεσιών, η επαγγελματικότητα και η επιδεξιότητα αποτελούν αναπόσπαστα στοιχεία της ποιότητας που παρέχεται σε μια ιατρική μονάδα. Η γνώση, η τεχνική κατάρτιση, ο βαθμός της εκπαίδευσης και της εμπειρίας του προσωπικού είναι αναμφισβήτητα ουσιαστικά στοιχεία για την αξιολόγηση της ποιότητας. Επίσης, η παροχή υπηρεσιών για την αντιμετώπιση επειγόντων και έκτακτων περιστατικών συμβάλουν στην ποιοτική αναβάθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών. Η διαθεσιμότητα επαρκούς προσωπικού και κλινών, καθώς επίσης και ο χρόνος εξυπηρέτησης σε τέτοιου είδους καταστάσεις είναι στοιχεία σημαντικά για να διακρίνουν τη μια μονάδα από την άλλη. Η ανταπόκριση των ιατρών και του λοιπού προσωπικού σε έκτακτες και απρογραμμάτιστες καταστάσεις καθορίζει κατά πόσο η μονάδα είναι σε θέση για τη διαχείριση κινδύνων.

1.2.5 Συνέπεια Διαδικασιών

Η συνέπεια των διαδικασιών είναι εξίσου σημαντική καθώς οι ασθενείς αναμένουν την ίδια φροντίδα και παροχή υπηρεσιών κάθε φορά που επισκέπτονται τον οργανισμό. Σε καμία περίπτωση, το επίπεδο παροχής υπηρεσιών δεν πρέπει να είναι χαμηλότερο αλλά ούτε και ψηλότερο, καθώς ο επαγγελματισμός και η αξιοπιστία του οργανισμού θα τεθούν υπό αμφιβολία. Για τη συνέπεια των διαδικασιών, πρέπει να ακολουθούνται πρότυπες οδηγίες λειτουργίας και να διεξάγονται ποιοτικοί έλεγχοι των διαδικασιών.

1.2.6 Άλλοι παράγοντες

Άλλοι παράγοντες εξίσου σημαντικοί που παίζουν ζωτικό ρόλο για την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας είναι η ευγένεια του προσωπικού, φροντίδα και η επαγγελματική απόδοση. Θα μπορούσαμε να πούμε ότι η εξειδικευμένη προσοχή εμπνέουν εμπιστοσύνη στους ασθενείς, ενώ η προθυμία θα ικανοποιήσουν τους ασθενείς χωρίς καμία αμφιβολία. Η επάρκεια στην ενημέρωση και η αμεσότητα στην εξυπηρέτηση δημιουργούν συνθήκες ασφάλειας και εμπιστοσύνης.

Σε κάθε περίπτωση, η παροχή ποιοτικών υπηρεσιών φροντίδας σχετίζεται άμεσα με τις προσδοκίες των ασθενών. Κάθε νοσοκομειακή μονάδα θα πρέπει να ενεργά ώστε να ενημερώνεται για τις αντιλήψεις των ασθενών, να διατηρεί επικοινωνία με τις νοσοκόμες και τους γιατρούς, να αξιολογεί την ανταπόκριση του προσωπικού του νοσοκομείου και να εξετάζει την προθυμία των ασθενών να συστήσουν το νοσοκομείο σε άλλους.

2. Ασφάλεια Ασθενών

2.1 Ορισμός

Θα μπορούσε να ειπωθεί ότι η ασφάλεια των ασθενών είναι μια νέα πειθαρχία της υγειονομικής περίθαλψης που τονίζει την ανάλυση και την πρόληψη των ιατρικών σφαλμάτων που συχνά οδηγεί σε ανεπιθύμητα συμβάντα της υγειονομικής περίθαλψης.

Με τον όρο ασφάλεια των ασθενών νοείται η προστασία των ασθενών από περιττά προβλήματα ή ενδεχόμενες βλάβες που σχετίζονται με την υγειονομική περίθαλψη. Συνεπώς καταλαβαίνουμε ότι η ασφάλεια των ασθενών είναι άμεσα συνυφασμένη με την αποφυγή λαθών, συνεπώς και με τα ιατρικά σφάλματα που μπορούν να προκαλέσουν βλάβη στους ασθενείς. Για την καλύτερη εννοιολογική προσέγγιση του όρου βλάβη, θα ήταν καλό να διευκρινιστεί ότι η θεραπεία των ασθενών αναμένεται να διεξάγεται σε ένα ασφαλές περιβάλλον, το οποίο να τους προστατεύει από την περιττή βλάβη, δηλαδή τραυματισμό, πόνο, ανικανότητα ή θάνατο. Ωστόσο, δεν είναι όλες οι βλάβες που μπορούν να αποφευχθούν. Πιο συγκεκριμένα, υπάρχουν θεραπείες και φάρμακα για τα οποία αναμένεται η πρόκληση κάποιας βλάβης, όπως στην περίπτωση των χημειοθεραπειών ή άλλων φαρμακευτικών θεραπειών με έντονες και αναπόφευκτες παρενέργειες.

Έτσι, καταλήγουμε ότι τα πιο πάνω δε συγκαταλέγονται στα θέματα ασφάλειας των ασθενών. Η ασφάλεια των ασθενών σχετίζεται με την αντιμετώπιση των αιτιών των σφαλμάτων, τα οποία μπορούν να προκύψουν από το κακό περιβάλλον εργασίας ή την έλλειψη κατάρτισης και υποστήριξης από το προσωπικό.

Ο απλούστερος ορισμός της ασφάλειας των ασθενών είναι η πρόληψη των σφαλμάτων και των δυσμενών επιπτώσεων για τους ασθενείς που σχετίζονται με την υγειονομική περίθαλψη. Ενώ η φροντίδα της υγείας έχει καταστεί πιο αποτελεσματική έχει γίνει επίσης πιο σύνθετη, με μεγαλύτερη χρήση των νέων τεχνολογιών, φαρμάκων και θεραπειών. Οι υπηρεσίες υγείας αντιμετωπίζουν όλο και περισσότερους ασθενείς με αποτέλεσμα, να απαιτούνται πιο δύσκολες αποφάσεις

ως προς τις προτεραιότητες της υγειονομικής περίθαλψης. Η αύξηση της οικονομικής πίεσης στα συστήματα υγείας οδηγεί συχνά σε υπερφορτωμένα περιβάλλοντα υγειονομικής περίθαλψης.

Δεν υπάρχει αμφιβολία ότι στο κλίμα αυτό, είναι πιθανόν να προκύψουν απροσδόκητα και ανεπιθύμητα γεγονότα. Εξ ου και έγινε αναφορά στον όρο ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης, δηλαδή του βαθμού στον οποίο φροντίδα και υπηρεσίες των ασθενών αυξάνουν την πιθανότητα των επιθυμητών αποτελεσμάτων των ασθενών και να μειώσει την πιθανότητα ανεπιθύμητων αποτελεσμάτων, με δεδομένη την τρέχουσα γνώση.

Παρέχοντας την καλύτερη δυνατή φροντίδα και τις υπηρεσίες σημαίνει ότι η κλινική πρακτική, η λήψη αποφάσεων, η κάλυψη των αναγκών των ασθενών είναι αποτελεσματικές, αξιόπιστες και ασφαλής. Στη δημοσιότητα δίνονται όλο και περισσότερες πληροφορίες σχετικά με την κλινική φροντίδα ώστε να συγκριθούν οι επιδόσεις ενός νοσοκομείου με άλλες εγκαταστάσεις υγειονομικής περίθαλψης.

Έχοντας τα πιο πάνω υπόψη, θα λέγαμε ότι η μεγιστοποίηση της ασφάλειας των ασθενών σημαίνει μείωση των ιατρικών σφαλμάτων και ελαχιστοποίηση του κινδύνου των ανεπιθύμητων συμβάντων. Μέσω διάφορων ενεργειών, το πιο πάνω είναι εφικτό, όπως η βελτίωση της ακρίβειας της διάγνωσης του ασθενούς, η αποτελεσματικότητα της επικοινωνίας μεταξύ των φροντιστών, καθώς και η ασφάλεια της χρήσης φαρμάκων. Άλλες ενέργειες έχουν σχέση με τη μείωση του κινδύνου νοσοκομειακών λοιμώξεων συμπεριλαμβανομένων εκείνων που σχετίζονται με επεμβατικές διαδικασίες και η χρήση των κεντρικών γραμμών, ουροκαθετήρων και αναπνευστήρων.

2.2 Δικαιώματα Ασθενών

Η ανάλυση των δικαιωμάτων των ασθενών έχει επιλεχθεί καθώς οι καλά ενημερωμένοι ασθενείς, οι οποίες συμμετέχουν σε αποφάσεις θεραπευτικής αγωγής και επικοινωνούν ανοιχτά με το γιατρό τους και τους άλλους επαγγελματίες υγείας, βοηθούν και οι ίδιοι στην αποτελεσματικότερη φροντίδα που τους παρέχεται. Συνεπώς θα ενθαρρύναμε την πληροφόρηση των ασθενών ως προς τα δικαιώματα τους, τα οποία μπορούν να διακριθούν στα ακόλουθα.

Το πρώτο και βασικότερο δικαίωμα των ασθενών είναι ασφαλή φροντίδα, η οποία παρέχεται με σεβασμό και εχεμύθεια. Οι ασθενείς πρέπει να γνωρίζουν όλες τις λεπτομέρειες που αφορούν την υγεία σε όποιο στάδιο και αν βρίσκεται αυτή, διάγνωση, θεραπεία ή πρόσληψη. Έχουν το δικαίωμα να συναινέσουν ή να αρνηθούν μια θεραπεία, όπως επιτρέπεται από το νόμο, καθ' όλη την παραμονή τους στο νοσοκομείο. Επίσης, έχουν το δικαίωμα στην ιδιωτική ζωή και αυτό σημαίνει ότι το νοσοκομείο, ο γιατρός και το παραϊατρικό προσωπικό θα πρέπει να προστατεύουν διακριτικά τον ασθενή και την πορεία της υγείας του, να διατηρούν εμπιστευτικά τα αρχεία της θεραπείας.

Σε κάθε περίπτωση, οι ασθενείς έχουν το δικαίωμα να λάβουν την πιο αποτελεσματική φροντίδα που μπορεί να τους προσφερθεί. Η **Μιχαηλίδου (2011),** αναφέρεται στην ισχύ συγκεκριμένου νόμου στην Κύπρο, το Νόμο Περί Κατοχύρωσης και Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ασθενών με αρ. 1(Ι)/2005. Όπως τονίζει, ο Νόμος προνοεί τα ακόλουθα:

1. Κάθε ασθενής έχει δικαίωμα σε καλής ποιότητας φροντίδα υγείας όπως αρμόζει στις ανάγκες της υγείας του που πρέπει να παρέχεται μέσα σε εύλογο χρόνο.

2. Κάθε ασθενής έχει το δικαίωμα ολοκληρωμένης ιατρικής πληροφόρησης, εκτός αν παραιτηθεί γραπτώς από το δικαίωμα αυτό. Η υποχρέωση πληροφόρησης δεν εφαρμόζεται όταν υπάρχει βάσιμος λόγος ότι οι πληροφορίες μπορεί να προκαλέσουν σοβαρή βλάβη στην πνευματική ή φυσική υγεία του ασθενή.

3. Η ιατρική πληροφόρηση περιλαμβάνει:

    (i) Τη διάγνωση του ασθενή και την πρόγνωση αν αυτό είναι εφικτό,

    (ii) Περιγραφή του οφέλους και της πιθανότητας επιτυχίας της προτεινόμενης θεραπείας,

    (iii) Τους κινδύνους που εμπεριέχονται,

    (iv) Την πιθανότητα επιτυχίας και τους ενεχόμενους κινδύνους των διαφόρων μορφών θεραπείας.

Κάθε Κρατικό Νοσοκομείο οφείλει να έχει Λειτουργό Δικαιωμάτων των Ασθενών, ο οποίος μεταξύ άλλων παρέχει συμβουλές και βοήθεια στους ασθενείς για τα δικαιώματα που τους παρέχει ο Νόμος, χειρίζεται παράπονα ασθενών που χρήζουν άμεσου χειρισμού και καθοδηγεί το ιατρικό, παραϊατρικό, νοσηλευτικό και διοικητικό προσωπικό για θέματα του Νόμου.

Η πιο πάνω Δικαστής εξηγεί επίσης ότι σε κάθε επαρχία της Κύπρου υπάρχει Επιτροπή Εξέτασης Παραπόνων με σκοπό την μελέτη των παραπόνων των ασθενών, οι οποίοι απευθύνονται στο Λειτουργό Δικαιωμάτων των Ασθενών. Αντιλαμβανόμαστε ότι το πρόβλημα της ιατρικής αμέλειας διαχειρίζεται με υπεύθυνο τρόπο στην Κύπρο, και πως το Υπουργείο Παιδείας σε συνεργασία με τα αρμόδια Νομοθετικά Σώματα έχει λάβει αυστηρά μέτρα για την αντιμετώπιση της.

3. Ιατρικό Σφάλμα

3.1 Ορισμός

Λέγεται ότι τα ιατρικά σφάλματα είναι ανεπιθύμητα περιστατικά που θα μπορούσαν να είχαν προβλεφθεί. Σύμφωνα με τον περί Ποινικού Κώδικα Νόμο της Κυπριακής Δημοκρατίας, άρθρο 236, όποιος, με τέτοιο αλόγιστο τρόπο, βεβιασμένο ή αμελή, προβαίνει σε ιατρική ή χειρουργική θεραπεία σε πρόσωπο του οποίου ανέλαβε τη νοσηλεία και θέσει σε κίνδυνο ανθρώπινη ζωή ή προκαλέσει σωματική βλάβη, είναι ένοχος πλημμελήματος. Ως εκ τούτου πρόκειται για μια πράξη, για την οποία η Κυπριακή Νομοθεσία έχει προνοήσει και θεωρεί τιμωρητέα.

Οι **Βοζίκης και Ρήγα (2008)** τονίζουν ότι με βάση το Ελληνικό Ιατρικό Δίκαιο, το ιατρικό σφάλμα συνιστά εκείνη τη συμπεριφορά του ιατρού που υπολείπεται σε σχέση με την επιβαλλόμενη επιμέλεια στο επάγγελμα του. Με άλλα λόγια, όταν η συμπεριφορά ενός ιατρού δε συνάδει με τους κανόνες επιμέλειας που ρυθμίζουν τον τρόπο που πρέπει να ενεργεί, τότε αυτός ο ιατρός σφάλλει. Συνεπώς, ένα ιατρικό σφάλμα δεν αναμένεται να πραγματοποιηθεί από κάποιον επαγγελματία ιατρό που έχει το μέσο επίπεδο των ικανοτήτων του συνόλου των ιατρών.

Ωστόσο, **η Ristic και οι ερευνητές συνάδελφοι της (2014)** επισημαίνουν ότι το ιατρικό σφάλμα δεν είναι συνώνυμο με την παραμέληση ή την αμέλεια. Αυτοί οι όροι δεν είναι εννοιολογικά ταυτόσημοι, καθώς το ιατρικό λάθος και το λάθος στη θεραπεία είναι όροι που προέρχονται από το ιατρικό επάγγελμα με πολυάριθμες ηθικές και δεοντολογικές επιπτώσεις. Στην αντίθετη περίπτωση, η ιατρική αμέλεια είναι ένας όρος που προκύπτει από το νόμο και προβλέπεται από το νόμο ως βάση της ευθύνης των γιατρών.

Αντικείμενο μελέτης του **Οικονόμου (2011),** υπήρξε ο ορισμός του τι δεν αποτελεί ιατρικό σφάλμα. Οι επισημάνσεις του έχουν πρωταγωνιστικό ρόλο στην παρούσα ενότητα καθώς προκύπτει αποτελεσματικότερη διασαφήνιση του όρου. Όπως διευκρινίζει τα ιατρικά λάθη είναι «*ιατρικές διαγνωστικές ή θεραπευτικές πράξεις που οδηγούν σε βλάβη η ζημία του ασθενούς και στις οποίες ο δικαστής διαπίστωσε*

αμέλεια». Συνεπώς, το κριτήριο το οποίο θα αξιολογήσει μια δυσμενή ιατρική εξέλιξη είναι η αμέλεια. Ωστόσο, όπως τονίζει η ιατρική πλάνη δε σημαίνει ιατρικό σφάλμα ούτε αμέλεια, όταν για παράδειγμα σε μια περίπτωση ο ιατρός έχει καταβάλει επιμέλεια και προσπάθεια και δεν κατόρθωσε σωστή διάγνωση ή αποτελεσματική θεραπεία, και προκύψουν αρνητικές συνέπειες στον ασθενή.

Πιο κάτω αναφέρονται επιγραμματικά οι αρχές που διακρίνουν μια ιατρική συμπεριφορά ως αμελή ή μη, όπως τις αναφέρει ο **Οικονόμου (2011):**

1. Δεν υπάρχει ιατρική ευθύνη σε περίπτωση βλάβης του ασθενούς, όταν η ενέργεια του ιατρού δεν οφείλεται σε υπαίτια άγνοια ή αμέλεια.

2. Δεν υπάρχει ιατρική ευθύνη όταν ο ιατρός έκανε ευσυνείδητα τη διάγνωσή του και ακολούθησε την πρέπουσα φαρμακευτική αγωγή,σύμφωνα με τους καθιερωμένους κανόνες της ιατρικής επιστήμης και τέχνης.

3. Δεν υπάρχει ευθύνη για διαγνωστικά ή θεραπευτικά σφάλματα, όταν τα σφάλματα αυτά δεν οφείλονται σε άγνοια ή παράλειψη των απαραίτητων ιατρικών γνώσεων.

4. Ο κίνδυνος των τυχαίων και ανυπαίτιων σφαλμάτων του ιατρού βαρύνει τον ασθενή.

3.2 Είδη Πρόκλησης Ιατρικών Σφαλμάτων

Εξ' ορισμού, η παροχή υπηρεσιών υγείας περιλαμβάνει την έγκαιρη και έγκυρη διάγνωση της ασθένειας ή της πάθησης, τη θεραπευτική παρέμβαση στον ασθενή και την παρακολούθηση έπειτα της θεραπείας. Όπως έχει διατυπωθεί από τους **Πέππας & Κοράκη (2013),** τα ιατρικά λάθη που συνήθως παρουσιάζονται μπορούν να κατηγοριοποιηθούν σε δύο ομάδες. Αυτά είναι τα λάθη διάγνωσης ή τα λάθη θεραπείας, τα οποία συσχετίζονται με τη μεταγραφή στοιχειών, την εκτέλεση της διαδικασίας και του χειρισμού της πάθησης, της ερμηνείας της διάγνωσης ή της θεραπείας και τη δυσλειτουργία επικοινωνίας.

Άλλοι ερευνητές, όπως οι **Leape και Lucien (1994),** κατηγοριοποιούν τους τύπους των ιατρικών σφαλμάτων σε τρεις μεγάλες ομάδες. Η πρώτη ομάδα αφορά τη διάγνωση, η δεύτερη τη θεραπεία και η τρίτη την έλλειψη πρόληψης (βλ. Πίνακα 2).

Πίνακας 2: Ιατρικά Λάθη Leape & Lucien (1994)

Τύπος Ιατρικού Λάθους	Περιγραφή
Διάγνωση	• Σφάλμα ή καθυστέρηση στη διάγνωση • Απουσία σχετικών εξετάσεων • Χρήση απαρχαιωμένης θεραπείας • Μη έγκαιρη παρέμβαση
Θεραπεία	• Σφάλμα κατά την εκτέλεση της παρέμβασης • Σφάλμα στη θεραπευτική αγωγή • Σφάλμα στη δοσολογία ή μέθοδο λήψης φαρμάκων • Καθυστέρηση στη θεραπεία • Μη ενδεικνυόμενη ή ακατάλληλη θεραπεία
Πρόληψη	• Απουσία προληπτικής θεραπείας • Απουσία παρακολούθησης θεραπείας

Η κατηγοριοποίηση των ιατρικών λαθών μπορεί να γίνει με ακόμη τρεις τρόπους, διαφορετικούς από τους προαναφερθείς σύμφωνα με τις μελέτες του **Στυλιανίδη (2011)**. Η πρώτη κατηγορία αφορά τα ιατρικά λάθη που προέκυψαν από παράληψη ιατρικών πράξεων. Αυτή η κατάσταση παρουσιάζεται όταν ο ιατρός αποτύχει να προσφέρει την αποδεδειγμένη ιατρική θεραπεία, με αποτέλεσμα ο ασθενής να υποστεί σωματική βλάβη ή θάνατο. Ως δεύτερη κατηγορία χαρακτηρίζονται τα λάθη τα οποία προκύπτουν από υπερβολή στην άσκηση ιατρικών υπηρεσιών. Στην περίπτωση αυτή, ο ιατρός ενεργεί σε ιατρική πράξη, η οποία δεν έχει αποδεδειγμένη θεραπευτική ή διαγνωστική αξία, με αποτέλεσμα ο ασθενής να υποστεί σωματική βλάβη ή θάνατο. Στην τρίτη κατηγορία συγκαταλέγονται τα λάθη τα οποία

προκαλούνται από κακή χρήση ιατρικών πράξεων, ενώ θα μπορούσαν να προβλεφθούν (βλ. Πίνακα 3).

Πίνακας 3: Ιατρικά Λάθη Στυλιανίδη (2011)

Τύπος Ιατρικού Λάθους	Παραδείγματα
Παράλειψη Ιατρικής Πράξης	Ο ιατρός αποτυγχάνει να προσφέρει το εμβόλιο της γρίπης ή το εμβόλιο πνευμονόκοκκου σ' ένα άτομο που πάσχει από διαβήτη ή χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, ο ασθενής παθαίνει πνευμονία και πεθαίνει ή αποτυγχάνει να ελέγξει την αρτηριακή πίεση του ασθενούς, ο οποίος παθαίνει εγκεφαλικό και καταλήγει. Οι ιατρικές που παραλήφθηκαν αποτελούν ιατρικά σφάλματα.
Υπερβολή Ιατρικής Πράξης	Ένας ασθενής προσέρχεται στο ιατρείο με μία τραχειίτιδα η οποία οφείλεται σε μία απλή ίωση, συνεπώς δεν χρειάζεται αντιβίωση. Ο ασθενής επιμένει και ο ιατρός ενδίδει στην επιμονή του ασθενούς και του συνταγογραφεί αντιβιοτικά. Μετά από δέκα ημέρες ο ασθενής παθαίνει μυκητίαση των πνευμόνων και πεθαίνει.
Κακή Χρήση Ιατρικής Πράξης	Ο ιατρός προτείνει τη χορήγηση πενικιλίνης στον ασθενή, χωρίς να έχει ερωτηθεί αν είναι αλλεργικός στο συγκεκριμένο φάρμακο.

3.3 Αίτια Ιατρικών Σφαλμάτων

Ασπαζόμενοι τη θεωρία του **Πολίτη (2014),** ο ιατρός οποιασδήποτε ειδικότητας είναι ηγέτης μιας ομάδας ατόμων, νοσηλευτών και άλλων παραϊατρικών επαγγελμάτων ή ακόμη και ο διευθυντής μιας ιατρικής μονάδας. Βρίσκεται λοιπόν έξαφνα να δικάζεται στο ίδιο εδώλιο του κατηγορουμένου μαζί με εγκληματίες του κοινού ποινικού δικαίου, που βαρύνονται για κλοπές, απάτες, υπεξαιρέσεις, πλαστογραφίες ή άλλες σωματικές βλάβες. Δημιουργούνται έτσι τα εξής ερωτήματα. Γιατί γίνονται ιατρικά σφάλματα; Ποιοι είναι οι λόγοι και τι ευθύνεται;

Σημειώνεται ότι λόγω του υψηλού οικονομικού και διοικητικού κόστους, η καταγραφή και η αναφορά των ιατρικών λαθών που έχουν πραγματοποιηθεί μέχρι στιγμής είναι ανεπαρκής. Το γεγονός αυτό θα μπορούσε να χαρακτηριστεί ως αδυναμία ενός οργανωμένου συστήματος καθώς επίσης και δυσλειτουργία του συστήματος υγείας. Καταλαβαίνουμε λοιπόν ότι μόνο όταν υπάρχουν καταγεγραμμένες μαρτυρίες και γεγονότα μπορούν να διεξαχθούν ουσιαστικά αποτελέσματα, που θα βοηθήσουν στη μείωση των σφαλμάτων.

Η ανυπαρξία ποιοτικού ελέγχου μεταξύ των διαδικασιών και του αποτελέσματος, μειώνουν τη μετρησιμότητα των περιστατικών και αυτό δυσχεραίνει την παρακολούθηση των ιατρικών σφαλμάτων. Η συχνότητα και η ένταση με τα οποία αυτά παρουσιάζονται δεν μπορεί να εξεταστεί. Επίσης, πολλές φορές παρατηρείται έλλειψη πρόληψης, καθώς δεν τηρούνται οι οδηγίες, ο ποιοτικός έλεγχος διαδικασιών, ο έλεγχος της άσκησης και της εκπαίδευσης. Όλα αυτά μειώνουν το αίσθημα υπευθυνότητας των συμμετεχόντων και την διοικητική διορατικότητα.

Ωστόσο, αν και δεν υπάρχουν πολλά επιστημονικά ευρήματα για τις αιτίες των ιατρικών σφαλμάτων, θα μπορούσαμε να συνοψίσουμε ορισμένες. Κανείς δεν μπορεί να αμφισβητήσει ότι πολλές φορές οι ασθενείς αποκρύπτουν σημαντικές για την υγεία τους πληροφορίες, με αποτέλεσμα ο θεράπων ιατρός να μην έχει πλήρη και σαφή εικόνα για τον ασθενή. Η απόκρυψη στοιχείων γίνεται για τα συμπτώματα, προηγούμενη διάγνωση ή θεραπεία, προσωπικό και οικογενειακό ιατρικό ιστορικό, τυχόν αλλεργικές αντιδράσεις σε φάρμακα, αποτελέσματα εξετάσεων και παράλληλη χρήση άλλων φαρμάκων. Όλα αυτά θα παραπέμψουν τον ιατρό σε λανθάνουσα άσκηση της ιατρικής και σε λανθάνουσα διάγνωση της ασθένειας. Έτσι, η ατελής ή αναληθής ενημέρωση του ιατρού θα προκαλέσει κατά μεγάλη πιθανότητα κάποιο ιατρικό λάθος.

Στην αντίπερα όχθη και πέραν της ενημέρωσης που πρέπει να λάβει ο ιατρός από τον ασθενή, ο ίδιος οφείλει να ενημερώνεται για τις εξελίξεις στην ιατρική τεχνολογία και επιστήμη. Είναι ευκολονόητο ότι και αυτή η περίπτωση μπορεί να επιφέρει δυσμενή αποτελέσματα. Στην περίπτωση όπου για παράδειγμα, έχουν γίνει πρόσφατες έρευνες για πιθανές παρενέργειες ενός φαρμάκου ή μιας ιατρικής

μεθόδου και ο ιατρός δεν έχει λάβει την απαραίτητη ενημέρωση, τότε το ιατρικό σφάλμα είναι πολύ πιθανό.

Άλλοι παράγοντες που έχουν να κάνουν με το εργασιακό περιβάλλον όπως είναι ο χαμηλός ή έντονος φωτισμός, η πολύ χαμηλή ή υψηλή θερμοκρασία του χώρου, ο δυνατός θόρυβος είναι εξίσου σημαντικοί. Επίσης, οι εξαντλητικές ώρες εργασίας οι οποίες προκύπτουν για διάφορους λόγους είτε λόγω απουσίας άλλου προσωπικού, είτε λόγω έκτακτων περιστατικών προκαλούν σωματική και πνευματική κούραση με αποτέλεσμα να γίνονται λάθη κατά την άσκηση της εργασιακών καθηκόντων. Το πρόβλημα αυτό είναι μεγαλύτερο όταν οι εκπαιδευόμενοι ιατροί ή προσφάτως αποφοιτήσαντες ιατροί, ως πιο άπειροι και καταβεβλημένοι από την κούραση μπορούν να παρασυρθούν από τη σωματική κόπωση και να περιπέσουν σε σφάλματα. Μερικές φορές, η μη ικανοποιητική εκπαίδευση παίζει ρόλο στο πιο πάνω, καθώς πολλές φορές η πρακτική εξάσκηση δεν αντικατοπτρίζει την πραγματική εικόνα του φόρτου εργασίας που λαμβάνει χώρα στις ιατρικές μονάδες.

Σε μια μελέτη του ο **Landrigan (2004)** και οι συνεργάτες του, ανακάλυψαν ότι κατά τη διάρκεια μιας έρευνας με συνολικό αριθμό 2.203 ασθενών, οι ασκούμενοι έκαναν 35,9% πιο σοβαρά ιατρικά λάθη κατά τη διάρκεια του πραγματικού προγράμματος εργασίας από ό, τι κατά τη διάρκεια του προγράμματος της πρακτικής τους. Εντοπίστηκε επίσης, ότι το συνολικό ποσοστό των σοβαρών σφαλμάτων στις μονάδες εντατικής θεραπείας ήταν 22%, υψηλότερο κατά την εξάσκηση των καθηκόντων τους σε πραγματικές συνθήκες εργασία. Ψηλότερα μεγέθη εμφανίζονται σχετικά και με λάθη στη φαρμακευτική αγωγή ύψους20,8% και 5,6 φορές πιο σοβαρά διαγνωστικά λάθη.

Συμπληρωματικά, πολλές φορές οι ιατροί άθελα τους και λόγω της μεγάλης πίεσης να εξυπηρετήσουν όσο το δυνατό περισσότερους ασθενείς, γίνονται βιαστικοί και επιπόλαιοι. Πρέπει να εξηγήσουμε ότι οι όροι αυτοί χρησιμοποιούνται για τους ιατρούς που γνωρίζουν πολύ καλά την εργασία τους αλλά εντούτοις δε δίνουν σημασία στα συμπτώματα του ασθενή ή δε δίνουν το χρόνο στον ασθενή να εκφραστεί ώστε να μπορέσει εκείνος, ως ιατρός, να φτάσει στη σωστή διάγνωση. Για σκοπούς καλύτερης κατανόησης θα μπορούσαμε να αναφέρουμε ότι πολλά ιατρικά σφάλματα αποτελούν επακόλουθο της πίεσης του χρόνου.

Ένα άλλο στοιχείο αναφοράς σύμφωνα με τον **Roy και τους συνεργάτες του (2005)** για την πρόκληση σφαλμάτων είναι και η ιατρικώς ακατάλληλη και αναποτελεσματική χρήση κάποιων φαρμακευτικών προϊόντων. Τέτοιου είδους προβλήματα παρατηρούνται στα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης σε όλο τον κόσμο, ιδίως στις αναπτυσσόμενες χώρες. Στην συγκεκριμένη περίπτωση, ορισμένα από τα σφάλματα που προκαλούνται είναι πολύ σοβαρά και απαιτούν προσοχή. Η λανθασμένη φαρμακευτική αγωγή δεν είναι μόνο κλινικά σημαντική, αφού ο ασθενής μπορεί να υποστεί σοβαρή βλάβη, αλλά σε πολλές περιπτώσεις έχει σοβαρές οικονομικές συνέπειες, όπως εκτεταμένη παραμονή στο νοσοκομείο, πρόσθετη θεραπεία και υποβολή προσφυγών για αμέλεια εξασκήσεως του επαγγέλματος.

3.4 Εξέλιξη Καταγγελιών για Ιατρικά Σφάλματα

Οι καταγγελίες εναντίον των ιατρών για ιατρικά σφάλματα δεν ήταν πάντοτε πολλές, εξ ου και τα τελευταία χρόνια θεωρείται ότι έχουν αναπτυχθεί κατακόρυφα. Η **Ristic και η ερευνητική της ομάδα (2014)**, καταλήγουν στο ότι οι εξελίξεις στον τομέα της ιατρικής, οι καλύτερα ενημερωμένοι ασθενείς και οι αυξημένες περίπλοκες ιατρικές διαδικασίες έχουν αποκτήσει δημόσιο ενδιαφέρον σε σχέση με τα σφάλματα στη θεραπεία. Τα αυξημένα μέτρα και η ευαισθητοποίηση του κοινού αντικατοπτρίζεται επίσης στην αύξηση του αριθμού των δικαστικών διαδικασιών για την ιατρική αμέλεια σε πολλές χώρες του κόσμου. Επίσης, τα ευρωπαϊκά πρότυπα που ασχολούνται με την προστασία των δικαιωμάτων μεγεθύνουν τις αντιδράσεις των ασθενών και τονίζει περαιτέρω τη σημασία του θέματος.

Ακόμη, όπως συμπεραίνουν οι πιο πάνω επιστήμονες, η συνειδητοποίηση για τα σύγχρονα ιατρικά επιτεύγματα και η ανάπτυξη της φαρμακευτικής τεχνολογίας οδηγεί συχνά τους ασθενείς στο να σχηματίσουν μη ρεαλιστικές προσδοκίες για τις δυνατότητες του ιατρού και της ιατρικής γενικότερα, καθώς επικρατεί η αντίληψη ότι όλα τα δεινά θεραπεύονται. Ως εκ τούτου η ευαισθησία επί αυτού του θέματος αυξάνει τη σημασία της υγείας και την αντίληψη ότι οι πράξεις ή οι παραλείψεις εκ μέρους των ιατρών μπορεί να έχει επιπτώσεις στη ζωή των ατόμων. Ως εκ τούτου θα

ήταν καλό να γίνει μια ιστορική ανασκόπηση έτσι ώστε να γίνει πιο κατανοητή η εξέλιξη του προβλήματος αυτού.

Θα μπορούσαμε να διευκρινίσουμε ότι στο παρελθόν, λόγω του μικρού αριθμού ιατρών που υπήρχαν στην κοινωνία, οι ασθενείς δεν είχαν πολλές εναλλακτικές λύσεις ως προς τον ιατρό που θα μπορούσαν να επιλέξουν για τη φροντίδα τους. Δεν μπορούμε να παραλείψουμε άλλωστε το γεγονός, ότι πριν από πενήντα χρόνια περίπου, ιατροί γίνονταν οι άριστοι μαθητές, καλών και πλούσιων οικογενειών, οι οποίες μπορούσαν να αποπληρώνουν τα δίδακτρα των σπουδών τους. Με άλλα λόγια, ήταν καταξιωμένα πρόσωπα που ενέπνεαν τον μέγιστο κοινωνικό σεβασμό. Εξάλλου, οι ιατροί, οι δάσκαλοι, οι δήμαρχοι, οι δικηγόροι και οι ιερείς ενός τόπου είχαν επίλεκτη κοινωνική θέση. Συνεπώς, οι οποιεσδήποτε εσφαλμένες ιατρικές ενέργειες δεν καταλογίζονταν ως τέτοιες αλλά ως «θέλημα Θεού».

Όπως αναφέρεται από τον **Στυλιανίδης (2011),** όταν ο διάσημος χειρούργος Harvey Cushing εξασκούσε το επάγγελμα του το 1913, το 80% των ασθενών πέθαιναν στο χειρουργείο. Ο ιατρός αν και στενοχωριόταν για τη δυσάρεστη έκβαση των επεμβάσεων αυτών, δεν ανησυχούσε γιατί τότε οι συγγενείς των ασθενών δε διαμαρτύρονταν. Την εποχή εκείνη δε γίνονταν μηνύσεις ή καταγγελίες εναντίον των γιατρών. Εξάλλου, δεν υπήρχαν δικηγόροι που να απασχολούνταν με τέτοιου είδους μηνύσεις. Συνεπώς, είτε επρόκειτο για κάποιο ιατρικό λάθος είτε όχι, κανείς δεν έμπαινε στη διαδικασία να το ψάξει ή να το δικαιολογήσει.

Με την πάροδο του χρόνου όμως και την εμφάνιση των ασφαλιστικών εταιρειών και των εξειδικευμένων δικηγόρων, οι πολίτες άρχισαν να ενημερώνονται ότι μπορούν να υποβάλλουν μήνυση εναντίον των ιατρών. Έχει παρατηρηθεί τελευταίως ότι έχει αυξηθεί ιδιαίτερα το ενδιαφέρον των δικηγόρων όσον αφορά τα ιατρικά λάθη, καθώς λόγω της ευαισθησίας του θέματος δεν αφήνει αδιάφορους τους διαμαρτυρόμενους.

Στην πορεία, η λάμψη των ιατρών κέρδισε πολλούς νέους σπουδαστές με αποτέλεσμα να επιθυμούν να ακολουθήσουν επαγγελματική σταδιοδρομία στην ιατρική και έτσι ο αριθμός των επαγγελματιών υγείας αυξήθηκε ουσιαστικά. Σήμερα, υπάρχουν πάρα πολλοί ιατροί σε σημείο που μετά το τέλος των σπουδών τους, πολλοί δεν μπορούν να απορροφηθούν από τα Νοσοκομεία και τις Κλινικές του

τόπου και παραμένουν άνεργοι. Το αίσθημα ανασφάλειας και απαξίωσης που αυξάνεται για το σύστημα της χώρας αλλά και για τους γιατρούς λειτουργεί ως πρόσφορο έδαφος καταγγελιών, όπως υποστηρίζει ο **Αναστασιάδης (2004).**

Κατ' επέκταση, ο ρόλος των ΜΜΕ είναι τεράστιος και στο θέμα αυτό, αφού οι επιδράσεις στην κοινωνία σύμφωνα με τα όσα δημοσιοποιούνται είναι τεράστιες. Μετά το σχολείο, τα ΜΜΕ συνιστούν καθημερινή μορφωτική πηγή, αν όχι αποκλειστική πηγή ενημέρωσης, παρουσιάζοντας τα γεγονότα όπως αυτά κρίνουν και επιθυμούν. Η πλειονότητα των ΜΜΕ θα επιλέξουν να παρουσιάσουν μια είδηση που να περιλαμβάνει ένα ιατρικό λάθος παρά μια είδηση που να αφορά τη θεραπεία ενός ασθενή. Ακόμη χειρότερα, όταν οι ανακοινώσεις αυτές προβάλλουν συγγενείς των «θυμάτων» σε καταθλιπτικές εικόνες πανικού και δυσαρέσκειας. Η συνεχής εκπομπή τέτοιων πληροφοριών, αποπροσανατολίζει την κοινή γνώμη και έτσι συχνά το κοινό παρασύρεται από την παραπληροφόρηση. Συνεπώς, με την υποψία ενός ιατρικού λάθους, οι ιατροί να βρίσκονται στη δυσάρεστη θέση να αντιμετωπίσουν διάφορες κατηγορίες. Όπως τονίζεται, τα ιατρικά λάθη τα οποία αναδεικνύονται τα τελευταία χρόνια, έρχονται στη δημοσιότητα με σκανδαλοθηρικό τρόπο από τα ΜΜΕ όπου οι ασθενείς ή οι συγγενείς τους καταφεύγουν στη δικαιοσύνη ζητώντας ποινικές ή αστικές ευθύνες ή πολύ μεγάλες χρηματικές αποζημιώσεις **(Αναστασιάδης, 2004).**

Επίσης, τα τελευταία χρόνια παρατηρείται αυξημένη δυσπιστία εκ μέρους των ασθενών εναντίον των δημόσιων νοσοκομείων με αποτέλεσμα να αναπαράγεται η αντίληψη της κακομεταχείρισης των ιατρών. Μια άλλη πιθανή αιτία των καταγγελιών εναντίον των ιατρών είναι και η οικονομική τους ευμάρεια. Κανείς δεν αμφιβάλλει ότι οι ιατροί αμείβονται πολύ καλά, με αποτέλεσμα να δημιουργείται εκ των προτέρων διάθεση για καταγγελία σε περίπτωση που δεν υπάρχει αίσια έκβαση κατά τη θεραπεία της νόσου. Επιπρόσθετα, αν και θεωρείται αντιεπαγγελματικό, η μη ολοκληρωμένη πληροφόρηση που δίνεται στους ασθενείς ή στους συγγενείς τους αποτελεί παράγοντα αύξησης των καταγγελιών εναντίον των ιατρών, οδηγεί στην επιδείνωση της κατάστασης.

Στο σημείο αυτό θα ήταν καλό να αναφέρουμε το ρόλο των ασφαλιστικών εταιρειών. Στην αγορά υπάρχουν πολλά ασφαλιστικά προγράμματα για την αστική ευθύνη των ιατρών, τα οποία θα μπορούν να χαρακτηριστούν ως συμβόλαια προστασίας των

ιατρών όταν υπάρχουν περιπτώσεις σωματικών βλαβών ή θανάτου και αυτές οφείλονται σε πράξεις ή παραλήψεις κατά την άσκηση των καθηκόντων τους. Κανείς δεν αμφισβητεί ότι τα προγράμματα αυτά αυξάνουν την ανασφάλεια του κοινού, υποβαθμίζουν την άσκηση της ιατρικής, μειώνουν το αίσθημα της ιατρικής ευθύνης και αυξάνεται η έλλειψη εμπιστοσύνης μεταξύ θεράποντων ιατρών και ασθενών. Εξαγοράζονται τα λάθη.

Μπορούμε βεβαίως να αναφέρουμε ότι πολλές φορές οι ιατροί, για να μην αγχώσουν τους ασθενείς και τους οικείους τους υπόσχονται κατά κάποιο τρόπο την επιτυχία της επέμβασης. Δυστυχώς όμως μετά από μια επιπλοκή ή δυσμενή εξέλιξη, ο ιατρός δεν μπορεί να διαχειρισθεί με κατάλληλο τρόπο τους συγγενείς, με αποτέλεσμα να τους αποφεύγει. Οι συγγενείς εξαγριώνονται και θεωρούν ότι η συμπεριφορά του αυτή είναι ένα στοιχείο για την έμμεση υπαιτιότητά του. Οι υποθέσεις αυτές καταλήγουν πολλές φορές στα δικαστήρια με κατηγορούμενο τον ιατρό, για τον οποίον εξετάζεται όλες οι παράμετροι για την σωστή άσκηση των καθηκόντων του. Για παράδειγμα, μελετάται κατά πόσο έκανε τις κατάλληλες διαγνωστικές ενέργειες, κλινικές ή εργαστηριακές εξετάσεις, που θα βοηθούσαν στο να θέσει μια ασφαλή διάγνωση.

Όλα όσα έχουν αναλυθεί οδηγούν αναπόδραστα στο συμπέρασμα ότι αν και οι ιατροί του 21^{ου} αιώνα έχουν καλύτερη εκπαίδευση απ' ότι είχε ο διάσημος χειρούργος Cushing, και διαθέτουν αρτιότερα και ακριβέστερα διαγνωστικά μέσα, οι λάθος ιατρικές εκτιμήσεις είτε προκύπτουν εξαιτίας κακών χειρισμών ή παραβλέψεων στη διάρκεια της επέμβασης ή της νοσηλείας, αυξάνουν τις καταγγελίες των ασθενών οι οποίοι επιζητούν τη χρηματική ικανοποίηση όταν υπάρχει δυσμενής εξέλιξη.

3.5 Αντιδράσεις Ασθενών, Συγγενών και Ιατρών

Μετά την αποκάλυψη ενός ιατρικού λάθους, εύλογο επακόλουθο είναι η αντίδραση των ασθενών ή των συγγενικών του προσώπων, καθώς όπως αναφέρουν οι **Fargen και Friedman** (2014), οι χειρουργικές επιπλοκές, οι βλάβες που παρουσιάζονται στους ασθενείς και οι αξιώσεις για την ιατρική αμέλεια έχουν αυξηθεί κατακόρυφα τα τελευταία χρόνια. Η πιο συνηθισμένη και απόλυτα δικαιολογημένα αντίδραση, θα λέγαμε είναι ο θυμός. Εκφράζουν το παράπονο και την απόγνωση τους ανοιχτά, και

έχουν κάθε δικαίωμα να το κάνουν. Αν και το παραϊατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό είναι ιδιαίτερα συμπονετικό με τα πρόσωπα αυτά μετά την ύπαρξη ενός ιατρικού λάθους, η στήριξη και η φροντίδα τους δεν κατευνάζει πάντοτε το θυμό που προκαλείται. Μπορούν να κατανοήσουν τα δυσάρεστα συναισθήματα που δημιουργούνται αφού η φύση του επαγγέλματος τους σχετίζεται άμεσα με τη σωματική βλάβη.

Ένα στοιχείο άξιο προσοχής είναι ότι οι συγγενείς πολλές φορές αυτό-ενοχοποιούνται. Θεωρούν ότι τα αποτελέσματα θα ήταν διαφορετικά αν συμβούλευαν τον ασθενή να αποταθεί σε άλλο γιατρό, ή αν τον παρακολουθούσαν πιο στενά, ή αν περνούσαν περισσότερο χρόνο μαζί τους. Καταδικάζουν τον εαυτό τους ότι θα έπρεπε να πράξουν διαφορετικά για να είχε διαφορετική έκβαση το αποτέλεσμα.

Αφετέρου, όπως υποστηρίζεται από τον **Στυλιανίδη (2011),** είναι πιθανό μερικές φορές να παρατηρηθεί ότι μετέπειτα ενός ιατρικού λάθους, κάποιοι συγγενείς και ασθενείς δεν επιθυμούν να έρθουν σε αντιπαράθεση με τον ιατρό ή το προσωπικό, φοβούμενοι ότι κάτι τέτοιο θα δυσχεράνει την υγεία του ασθενούς. Στην υποψία ότι η έντονη εκδήλωση παραπόνων μπορεί να προκαλέσει μεγαλύτερη ζημιά στον ασθενή, οι συγγενείς αποφεύγουν τη διαμαρτυρία. Ωστόσο, η ίδια πηγή αναφέρει ότι είναι δυνατό να προκληθεί εκνευρισμός όταν ο ιατρός αραιώσει τις επισκέψεις του στον ασθενή έπειτα του σφάλματος. Αν και οι συγγενείς μπορούν να χαρακτηρίσουν τη στάση αυτή αποτέλεσμα ντροπής και αδιαφορίας, κάποιος θα μπορούσε να πει ότι ο ιατρός ως ευσυνείδητος επαγγελματίας αισθάνεται βαθιά θλίψη. Εξάλλου, ο οποιοσδήποτε άνθρωπος θα ένιωθε άβολα αν μια ομάδα ανθρώπων του επαναλάμβανε καθημερινώς ένα συγκεκριμένο λάθος από μια συγκεκριμένη κατάσταση.

Αναστάτωση προκλήθηκε σίγουρα και στην ψυχολογία του ιατρού, ο οποίος εύλογα θα ανησυχεί τόσο για την εξέλιξη της κατάστασης του ασθενή του όσο και για την καριέρα του. Αυτό συμβαίνει ιδιαίτερα στις περιπτώσεις όπου ένα τραγικό ιατρικό λάθος είναι δυνατό να σκιάσει τη φήμη και τη μελλοντική επαγγελματική σταδιοδρομία του ιατρού. Ακόμη χειρότερα, το πρόβλημα είναι εντονότερο όταν ο

ασθενής και οι συγγενείς του ξεκινήσουν ανοιχτή διαμάχη με τον ιατρό, διασύροντας το όνομα του και απαιτώντας οικονομικές αποζημιώσεις.

Έτσι, οι ιατροί χάνουν την εμπιστοσύνη στον εαυτό τους, προσέχουν τα λόγια τους και τις λέξεις που χρησιμοποιούν και αποφεύγουν να το συζητούν με συναδέλφους καθώς νιώθουν ότι υπάρχει απώλεια σεβασμού από το υπόλοιπο προσωπικό με το οποίο συνεργάζονται. Πολλές φορές δεν απαιτείται απόδειξη ιατρικού λάθους αλλά μόνο η απόδειξη βλάβης. Δηλαδή το ζήτημα δεν επικεντρώνεται στο αν ο ιατρός έπραξε σωστά ή λανθασμένα και το μόνο θέμα που εξετάζεται είναι η βλάβη που έχει γίνει στον ασθενή. Έτσι, τίθεται υπό αμφισβήτηση η ιατρική ικανότητα του επαγγελματία ιατρού και αυτό προκαλεί δυσάρεστα συναισθήματα και στον ίδιο.

Στην πραγματικότητα, όταν εξετάζονται ιατρικά λάθη στο δικαστήριο, η υπόθεση μελετάται από κάποια ιατρική επιτροπή η οποία πλαισιώνεται από ένα δικηγόρο. Η επιτροπή αυτή εμπλέκεται από την αρχή και πάντοτε υπάρχει ένας ιατρός ειδικός επί την υπό συζήτηση υπόθεση. Οι ιατροί που αποτελούν την επιτροπή αυτή είναι γνωστοί για την ανιδιοτέλεια και την καλή τους πίστη. Η εκδίκαση των περιστατικών γίνεται από άτομα αξιόπιστα, που αντιλαμβάνονται πλήρως την άσκηση της ιατρικής και μπορούν να είναι αντικειμενικοί τόσο για τον ασθενή όσο και για τον ιατρό.

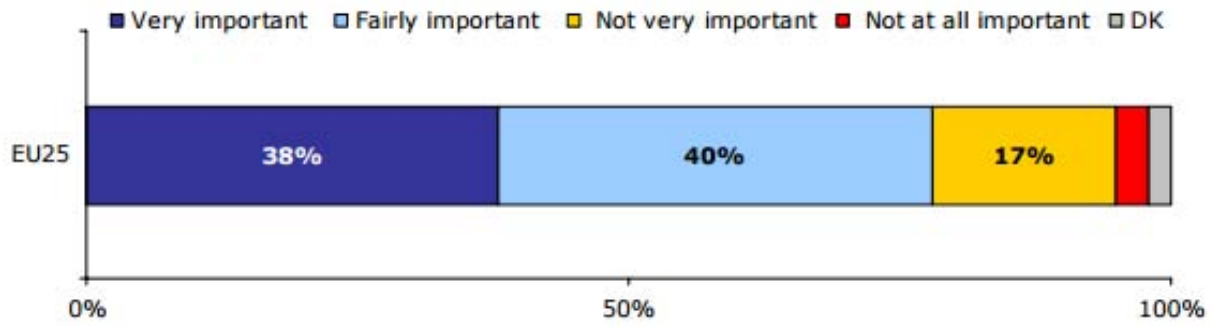
Είναι αξιοπρόσεχτο ότι εάν η επιτροπή αποφασίσει ότι δεν υπήρξε ιατρική αμέλεια τότε η υπόθεση απορρίπτεται, χωρίς αυτό όμως να αφαιρεί από τον ασθενή το δικαίωμα να προσφύγει σε ανώτερο δικαστήριο. Εάν πάλι η επιτροπή διαπιστώσει ότι υπήρξε ιατρική αμέλεια, τότε προχωρούν στην παροχή αποζημιώσεων, την οποία και πάλι ο ασθενής μπορεί να αποδεχθεί ή να απορρίψει. Αν την απορρίψει, τότε και πάλι δικαιούται να συνεχίσει δικαστικώς με μήνυση. Αδιαφιλονίκητα ο κατηγορούμενος ιατρός περνά από μια ψυχοφθόρα διαδικασία που επηρεάζει τόσο την επαγγελματική όσο και την προσωπική του ζωή.

Στην Έκθεση του **Ευρωβαρόμετρου (2006)** που πραγματοποιήθηκε το 2005, εξετάστηκαν οι απόψεις των πολιτών για τις 25 χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Τα συστήματα υγείας και οι πολιτικές υγείας σε ολόκληρη την Ευρωπαϊκή Ένωση γίνονται όλο και πιο διαδεδομένα, αλλά και περίπλοκα. Στα πολλά ζητήματα συζητιούνται, συμπεριλαμβάνεται και η ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης. Οι

υγειονομικές παρεμβάσεις, που προορίζονται ακόμη και προς όφελος των ασθενών, μερικές φορές μπορεί να τους προκαλέσει βλάβη. Κατά συνέπεια, τα λάθη στην ιατρική περίθαλψη μπορούν να παρουσιαστούν οπουδήποτε στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης, δηλαδή νοσοκομεία, ιατρεία, γηροκομεία, φαρμακεία ή σπίτια των ασθενών.

Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή στοχεύοντας στη βελτίωση της ασφάλειας της περίθαλψης των ασθενών σε όλα τα κράτη μέλη της ΕΕ, προωθεί την ανταλλαγή πληροφοριών και τεχνογνωσίας. Τα στατιστικά στοιχεία έδειξαν ότι σχεδόν τέσσερις στους πέντε πολίτες της ΕΕ, μέγεθος ύψους 78% ταξινομούν τα ιατρικά λάθη ως σημαντικό πρόβλημα στη χώρα τους. Επίσης το 38% των ερωτηθέντων κατατάσσουν το θέμα ως πολύ σημαντικό και ένα ελαφρώς υψηλότερο ποσοστό ύψους 40% θεωρεί το θέμα ως αρκετά σημαντικό. Τέλος το 20% των απαντήσεων ανήκουν στην κατηγορία μη σημαντικό, εκ των οποίων μόνο το 3% δεν γνωρίζω (βλ. Πίνακα 4).

Πίνακας 4: Απόψεις Πολιτών Ε.Ε. συνολικά για Ιατρικά Σφάλματα



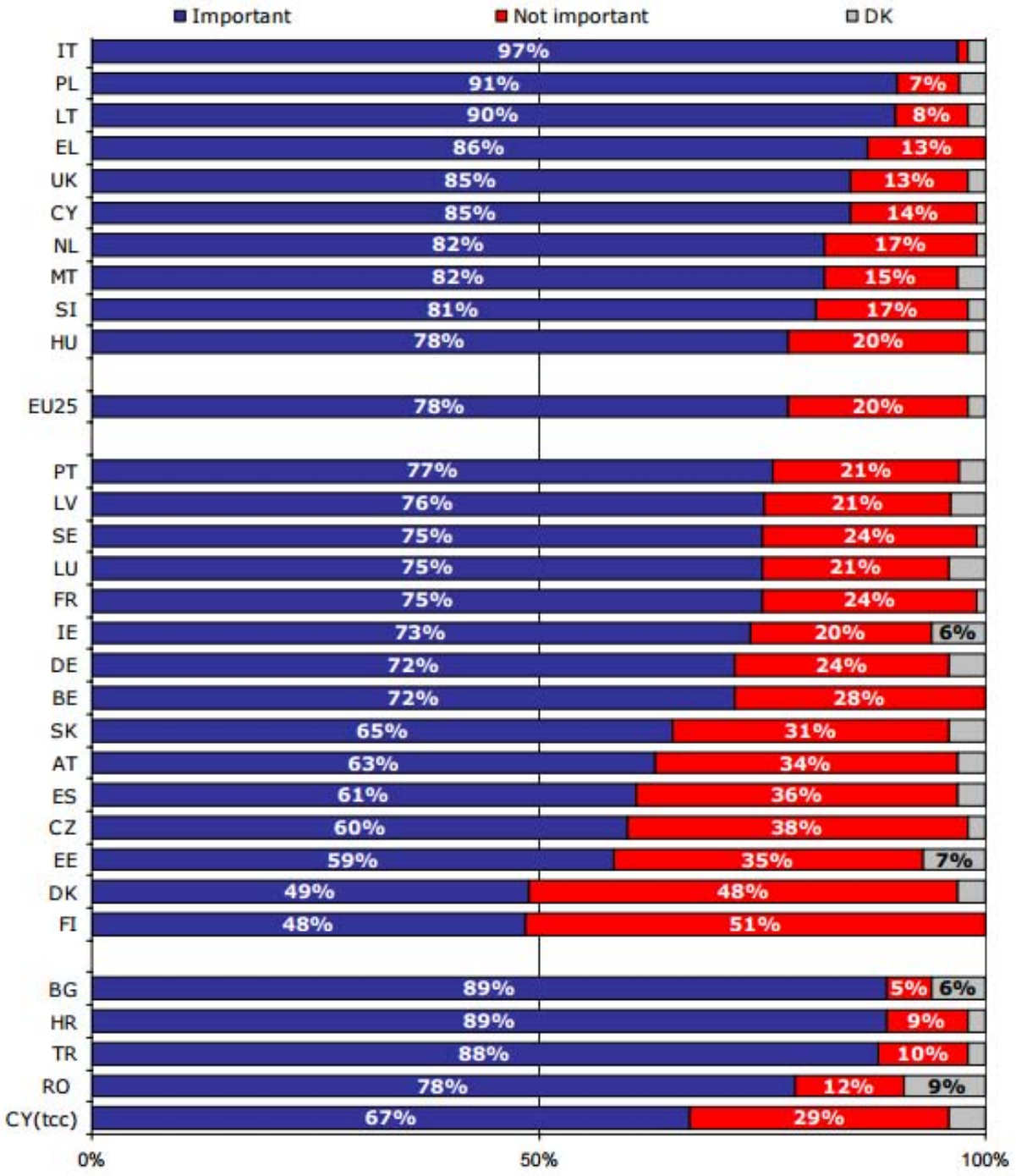
Σε επίπεδο χώρας, υπάρχουν σημαντικές διαφορές στα αποτελέσματα (βλ. Πίνακα 5). Το ποσοστό των πολιτών που αντιλαμβάνεται το πρόβλημα ως σημαντικό κυμαίνεται από 97% στην Ιταλία και έως 48% στη Φινλανδία. Στην Ιταλία αγγίζει το 97%, στην Πολωνία το 91% και στη Λιθουανία το 90%, που σημαίνει ότι τουλάχιστον 9 στους 10 ερωτηθέντες αντιλαμβάνονται το πρόβλημα ως σημαντικό. Η πιο πάνω ανάλυση είναι χρήσιμη καθώς μέσα από τις απόψεις των πολιτών θα γίνει πιο

κατανοητό το μέγεθος των αντιδράσεων των ασθενών όσον αφορά τα ιατρικά σφάλματα.

Όσον αφορά τα αποτελέσματα βάσει των κοινωνικών και δημογραφικών μεταβλητών (βλ. Πίνακα 6), μπορούμε να πούμε ότι οι γυναίκες φαίνονται να είναι ελαφρώς πιο πολλά αντιδραστικές από ό, τι οι άνδρες, δηλώνοντας ότι τα ιατρικά λάθη είναι ένα σημαντικό θέμα με ποσοστά 81% έναντι 75% αντίστοιχα. Η σημασία που δίνουν οι πολίτες φαίνεται ότι αυξάνεται κατά μήκος της ηλικίας και μειώνεται κατά επίπεδο εκπαίδευσης.

Δεν αποτελεί έκπληξη ότι οι πολίτες που είχαν κάποια προσωπική εμπειρία με ιατρικά σφάλματα, πιστεύουν ότι είναι ένα σοβαρό πρόβλημα. Το γενικό επίπεδο της ανησυχίας είναι ορατό σε αυτήν την ερώτηση . Είναι αναμενόμενο λοιπόν ότι όσοι έχουν ζήσει ένα ιατρικό σφάλμα προσωπικά ή στην οικογένεια τους βλέπουν το πρόβλημα ως πολύ σημαντικό, 53% έναντι 33%. Η διαφορά είναι ακόμη εντονότερη μεταξύ εκείνων που ανησυχούν μήπως υποστούν κάποιο ιατρικό λάθος και εκείνους που δεν ανησυχούν, με ποσοστά 57% και 25% αντίστοιχα.

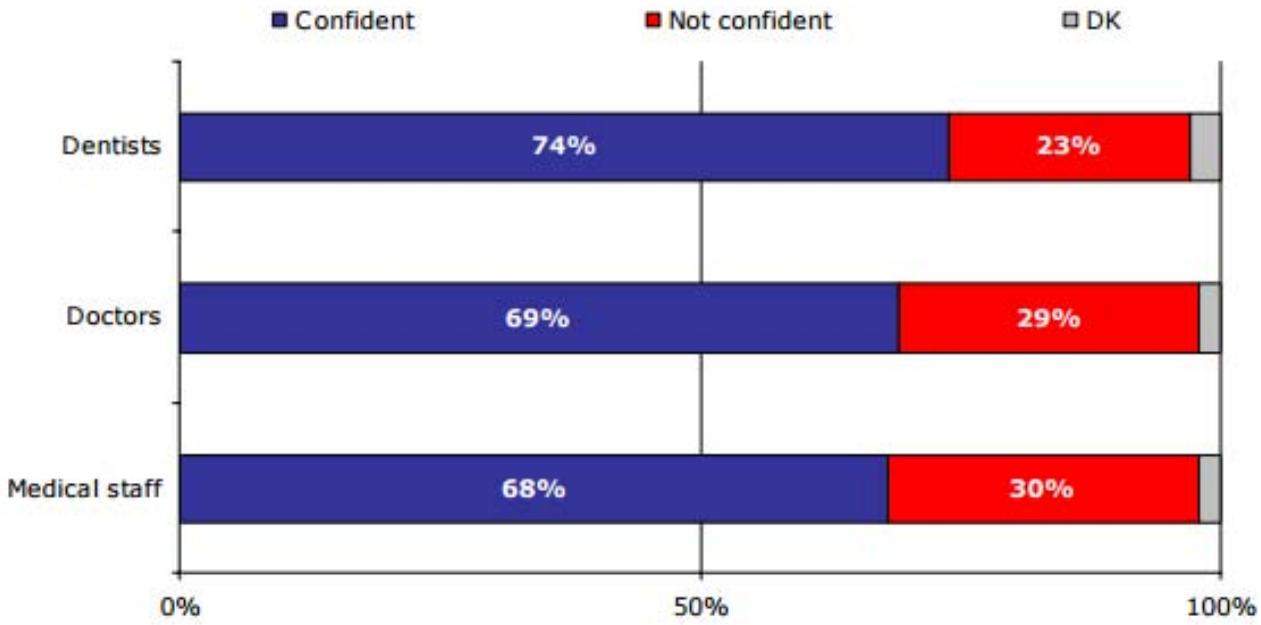
Πίνακας 5: Απόψεις Πολιτών Ε.Ε. ανά χώρα για Ιατρικά Σφάλματα



Πίνακας 6: Δημογραφικά Στοιχεία Απόψεων για Ιατρικά Σφάλματα

	Very important	Fairly important	Not very important	Not at all important	DK
EU25	38%	40%	17%	3%	2%
GENDER					
Male	35%	40%	19%	3%	2%
Female	40%	41%	15%	2%	2%
AGE					
15 - 24	33%	42%	18%	4%	3%
25 - 39	36%	41%	19%	2%	2%
40 - 54	38%	40%	18%	2%	2%
55 & +	41%	39%	15%	3%	3%
EDUCATION					
15	44%	38%	12%	3%	3%
16-19	40%	40%	16%	2%	2%
20+	30%	44%	23%	3%	1%
Still Studying	32%	43%	18%	5%	3%
OCCUPATION					
Self-employed	40%	41%	15%	2%	2%
Managers	27%	43%	25%	3%	1%
Other white collars	35%	43%	18%	2%	2%
Manual workers	38%	38%	19%	3%	2%
House persons	40%	41%	13%	3%	2%
Unemployed	41%	39%	15%	3%	2%
Retired	42%	39%	14%	3%	3%
Students	32%	43%	18%	5%	3%
LOCALITY TYPE					
Metropolitan	36%	42%	18%	3%	2%
Other towns	41%	39%	16%	2%	2%
Rural zones	36%	41%	18%	3%	2%
Personal experiences of medical error					
Has experienced one	53%	38%	8%	1%	1%
Has not experienced one	33%	41%	20%	3%	3%
How worried of medical errors in general					
Worried	57%	38%	4%	0%	1%
Not worried	25%	42%	26%	5%	3%

Πίνακας 7: Εμπιστοσύνη ανά Ιατρικό Επάγγελμα για Ιατρικά Σφάλματα



Οι περισσότεροι από τους πολίτες της Ε.Ε. εμπιστεύονται τους επαγγελματίες υγείας ότι δε θα προβούν σε κάποιο ιατρικό λάθος κατά τη διάρκεια της θεραπείας τους. Πιο συγκεκριμένα στον Πίνακα 7 που φαίνεται πιο πάνω, οι οδοντίατροι φαίνεται να εμπνέουν μεγαλύτερη εμπιστοσύνη από τα υπόλοιπα επαγγέλματα, καθώς σχεδόν τρεις στους τέσσερις ερωτηθέντες είναι αισιόδοξοι όταν τους επισκέπτονται, δηλαδή μέγεθος 74%. Τα αντίστοιχα ποσά για τους ιατρούς είναι 69% και 68% για το υπόλοιπο ιατρικό προσωπικό.

Ωστόσο, ένα σημαντικό ποσοστό των ερωτηθέντων έχει αμφιβολίες για την ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης που παρέχεται από αυτές τις επαγγελματικές ομάδες. Οι αναλογίες είναι 30% για το υπόλοιπο ιατρικό προσωπικό, 29% για τους ιατρούς και 23% για τους οδοντιάτρους. Αυτό η έλλειψη εμπιστοσύνης υπονοεί ότι τα συστήματα υγείας θα μπορούσαν να βελτιωθούν.

Σε επίπεδο χώρας, ο βαθμός εμπιστοσύνης ποικίλλει σημαντικά αν και παραμένει συνεπής μεταξύ των επαγγελματικών ομάδων. Οι πολίτες της Φινλανδίας φαίνεται να έχουν την μεγαλύτερη εμπιστοσύνη σε σύγκριση με τις άλλες χώρες και στις τρεις

επαγγελματικές ομάδες, 93% για τους οδοντιάτρους και 89% για τους ιατρούς και τις άλλες ιατρικές ομάδες. Η Γαλλία και το Βέλγιο έχουν παρόμοια αποτελέσματα (βλ. Πίνακα 8).

Πίνακας 8: Εμπιστοσύνη ανά Ιατρικό Επάγγελμα ανά Χώρα για Ιατρικά Σφάλματα

% Confident	Dentists	Doctors	Medical staff
EU25	**74%**	**69%**	**68%**
BE	90%	85%	86%
CZ	84%	73%	74%
DK	66%	58%	58%
DE	71%	63%	65%
EE	60%	50%	50%
EL	35%	25%	24%
ES	77%	76%	73%
FR	89%	86%	86%
IE	83%	75%	74%
IT	74%	68%	61%
CY	30%	28%	27%
LV	49%	36%	38%
LT	43%	35%	36%
LU	81%	73%	75%
HU	82%	77%	76%
MT	85%	83%	80%
NL	85%	72%	72%
AT	84%	84%	82%
PL	43%	34%	36%
PT	70%	68%	68%
SI	63%	61%	59%
SK	86%	83%	81%
FI	93%	89%	89%
SE	78%	75%	75%
UK	83%	79%	77%
BG	39%	35%	33%
HR	79%	73%	74%
RO	55%	56%	44%
TR	43%	43%	35%
CY(tcc)	38%	41%	33%

Σύμφωνα με τα πορίσματα του Ευρωβαρομέτρου για το έτος 2005, οι αντιλήψεις και οι εμπειρίες των πολιτών σχετικά με τα ιατρικά σφάλματα ποικίλλουν σημαντικά μεταξύ των χωρών. Σε γενικές γραμμές, τα ιατρικά σφάλματα θεωρούνται ως ένα σημαντικό πρόβλημα στην Ευρώπη. Σε όλες τις χώρες, εκτός από τη Φινλανδία, η πλειοψηφία των πολιτών κατατάσσει τα ιατρικά λάθη ως το σημαντικότερο πρόβλημα στη χώρα τους. Επίσης, οι πολίτες της Ευρώπης φαίνεται να γνωρίζουν πολύ καλά την ύπαρξη των ιατρικών σφαλμάτων αφού το 78% των ερωτηθέντων δηλώνουν ότι έχουν διαβάσει ή ακούσει τέτοιου είδους περιστατικά στη χώρα τους. Κατά κύριο λόγο, οι Ευρωπαίοι πολίτες εμπιστεύονται τους επαγγελματίες υγείας της χώρας τους, αλλά εκφράζουν έλλειψη εμπιστοσύνης, ειδικά στους ιατρούς και άλλο ιατρικό προσωπικό, παρά στους οδοντιάτρους. Οι μισοί από τους Ευρωπαίους πολίτες θεωρούν ότι είναι πιθανό να συμβεί ένα ιατρικό λάθος σε ένα νοσοκομείο στη χώρα τους, ενώ οι άλλοι μισοί αισθάνονται αυτοπεποίθηση με τη θεραπεία που λαμβάνουν. Τέλος, οι περισσότεροι ερωτηθέντες φαίνεται να πιστεύουν ότι είναι η ευθύνη του συστήματος υγείας για τη διασφάλιση της ποιότητας της θεραπείας αν και σημαντικό μερίδιο αναγνωρίζει επίσης το ρόλο των ασθενών στην αποφυγή των ιατρικών λαθών.

3.6 Νομικό πλαίσιο Ιατρικών Σφαλμάτων στην Κύπρο

Το ότι ζούμε σε μια μικρή κοινωνία, οπωσδήποτε μπορεί να είναι στοιχείο περιορισμού του αριθμού των μηνύσεων, δεδομένου ότι ο θεράπων ιατρός συνήθως διατηρεί κατάλογο για τους ασθενείς του. Οι ασθενείς αυτοί προέκυψαν λόγω της επαγγελματικής του σταδιοδρομίας, λόγω της σύστασης κάποιου άλλου ιατρού είτε λόγω του φιλικού και οικογενειακού τους κύκλου. Στην Κύπρο και λόγω των προσωπικών σχέσεων που μπορούν να αναπτυχθούν μεταξύ του ιατρού και του ασθενή, φαίνεται πολύ δύσκολο οι ασθενείς και οι συγγενείς τους να αποφάσιζαν να κινηθούν δικαστικά εναντίον ενός δικού τους ανθρώπου σε περίπτωση λάθους του. Κάτι παρόμοιο βέβαια, δε θα συνέβαινε στην Αμερική ή σε κάποια άλλη μεγάλη χώρα, όπου οι μεγάλες και απρόσωπες κοινωνικές ομάδες δε βοηθούν στην καλλιέργεια στενών σχέσεων μεταξύ των ανθρώπων.

Ο **Νικολάου (2011)** εξηγεί ότι η επαγγελματική ευθύνη των ιατρών στην Κύπρο, ταξινομείται σε τρεις κατηγορίες. Η πρώτη αφορά την ποινική ευθύνη, η δεύτερη ευθύνη που πηγάζει από συμβατική υποχρέωση και η τρίτη ευθύνη από αστικό αδίκημα και έχει σχέση με επίθεση ή αμέλεια. Όπως αναφέρθηκε νωρίτερα, σύμφωνα με τον περί Ποινικού Κώδικα Νόμο της Κυπριακής Δημοκρατίας, Κεφάλαιο 154, άρθρο 236, όποιος, με τέτοιο αλόγιστο τρόπο, βεβιασμένο ή αμελή, προβαίνει σε ιατρική ή χειρουργική θεραπεία σε πρόσωπο του οποίου ανέλαβε τη νοσηλεία και θέσει σε κίνδυνο ανθρώπινη ζωή ή προκαλέσει σωματική βλάβη, είναι ένοχος πλημμελήματος.

Επίσης, το άρθρο 210 αναφέρει ότι «*Όποιος, λόγω αλόγιστης, απερίσκεπτης, ή επικίνδυνης πράξης ή συμπεριφοράς, που δεν ανάγεται σε υπαίτια αμέλεια, χωρίς πρόθεση επιφέρει το θάνατο άλλου προσώπου, είναι ένοχος αδικήματος και σε περίπτωση καταδίκης υπόκειται σε φυλάκιση μέχρι τεσσάρων χρόνων ή σε χρηματική ποινή που δεν υπερβαίνει τα €4.272,00*».

Επίσης το άρθρα 205, παράγραφος ένα και δύο, αναφέρουν ότι «*Κάθε πρόσωπο το οποίο επιφέρει το θάνατο άλλου προσώπου με παράνομη πράξη ή παράλειψη, είναι ένοχο του κακουργήματος της ανθρωποκτονίας»* και *«Παράνομη παράλειψη είναι εκείνη που συνιστά υπαίτια αμέλεια παράλειψης εκτέλεσης καθήκοντος αν και δεν υφίσταται πρόθεση πρόκλησης θανάτου».*

Η αστική ευθύνη ενός ιατρού κρίνεται με βάση το άρθρο 26 του περί Αστικών Αδικημάτων Νόμος, Κεφάλαιο 148, το οποίο αναφέρει «*Επίθεση συνιστάται στην εκ προθέσεως χρήση κάθε είδους βίας κατά του προσώπου άλλου, είτε με κτύπημα, επαφή, μετακίνηση είτε άλλως πως, είτε άμεσα είτε έμμεσα, χωρίς τη συναίνεση του, ή με τη συναίνεση του αν η συναίνεση για αυτό λήφθηκε με απάτη, ή κατόπι απόπειρας ή απειλής με πράξη ή χειρονομία χρήσης τέτοιας βίας κατά του προσώπου άλλου αν το πρόσωπο που αποπειράται ή απειλεί τη χρήση βίας προκαλεί στον άλλο πεποίθηση η οποία εδραιώνεται σε εύλογη αιτία, ότι αυτός έχει κατά τον εν λόγω χρόνο την πρόθεση και την ικανότητα για πραγμάτωση του σκοπού του*». Όπως υποστηρίζεται από τον **Νικολάου (2011),** η διενέργεια επέμβασης, εμβολιασμός ή λήψη αίματος χωρίς τη συναίνεση του ασθενή συνιστά επίθεση.

Κατ' επέκταση, σύμφωνα με το άρθρο 51 του περί Αστικών Αδικημάτων Νόμος, Κεφάλαιο 148, αμέλεια συνιστάται η τέλεση πράξης την οποία υπό τις περιστάσεις δε θα τελούσε λογικό συνετό πρόσωπο ή στην παράλειψη τέλεσης πράξης την οποία υπό τις περιστάσεις τέτοιο πρόσωπο θα τελούσε ή στην παράλειψη καταβολής τέτοιας δεξιότητας ή επιμέλειας για την άσκηση επαγγέλματος, επιτηδεύματος ή ασχολίας όπως ένα λογικό συνετό πρόσωπο, που έχει τα προσόντα για την άσκηση του επαγγέλματος αυτού, επιτηδεύματος ή ασχολίας θα κατέβαλλε υπό τις περιστάσεις, και στην πρόκληση ζημιάς εξαιτίας αυτής:

Η ευθύνη από τη συμβατική υποχρέωση έχει να κάνει με τη συμφωνηθείσα σύμβαση μεταξύ ασθενή και ιατρού, είτε για τη θεραπεία είτε για τη νοσηλεία του. Έτσι, οποιαδήποτε παραβίαση της σύμβασης προκύψει θα βασιστεί στους όρους της σύμβασης. Τονίζεται έτσι ότι «*δύναται να τύχει αποζημίωσης μόνο το πρόσωπο έναντι του οποίου ο υπαίτιος της αμέλειας υπείχε υποχρέωση, υπό τις περιστάσεις, να μην επιδείξει αμέλεια*». Επιγραμματικά και βάσει των συγγραμμάτων του **Νικολάου (2011),** για να ενοχοποιηθεί ο ιατρός πρέπει να αποδειχθεί ότι είχε καθήκον επιμέλειας έναντι του ασθενούς, ότι παραβίασε αυτό το καθήκον από αμέλεια ή παράλειψη και ότι η εν λόγω παραβίαση προκάλεσε βλάβη, η οποία θα μπορούσε να προβλεφθεί και να αποφευχθεί.

3.7 Στατιστικά Ιατρικών Σφαλμάτων

Στην παρούσα υποενότητα έχουν εντοπιστεί στατιστικά στοιχεία διάφορων χωρών που έχουν να κάνουν με την εμφάνιση ιατρικών σφαλμάτων. Είναι γεγονός ότι στην Ελλάδα υπάρχει μια αυξημένη τάση καταγγελιών, μηνύσεων και αγωγών εναντίον ιατρών σε πανελλήνια κλίμακα. Η **Γιάνναρου (2014)** αναφέρει μάλιστα στοιχεία ότι τα ιατρικά σφάλματα στην Ελλάδα φθάνουν τα 6.000 ετησίως. Χαρακτηριστικά, ποσοστό ύψους 70% των Ελλήνων εκφράζουν ανησυχία ότι μπορεί να υποστούν κάποιο ιατρικό σφάλμα κατά τη ιατροφαρμακευτική τους περίθαλψη, ενώ ποσοστό ύψους 13% δηλώνουν ότι υπήρξαν θύματα ιατρικών σφαλμάτων. Όπως αναφέρεται, τα ιατρικά λάθη πολλές φορές αποκρύπτονται από τους ασθενείς ή δικαιολογούνται ως φυσικό επακόλουθο της νόσου.

Σε άρθρο του ο Ιατροδικαστής **Λέοντας (2013),** αναφέρει ότι μετά τη διεξαγωγή έρευνας που πραγματοποιήθηκε για την περίοδο από το 2006 μέχρι το 2011 στην Ελλάδα, το 56% των υποθέσεων που καταγγέλθηκαν για ιατρικό σφάλμα κατηγορούνται για ανθρωποκτονία εξ αμελείας ενώ το 37% για πρόκληση σωματικής βλάβης. Κατ' ακρίβεια, τις περισσότερες κατηγορίες δέχονται ιατροί που ενασχολούνται με επεμβάσεις όπως γενικοί χειρουργοί, γυναικολόγοι, μαιευτήρες, παθολόγοι, αναισθησιολόγοι και νευροχειρούργοι. Όπως τονίζεται, οι ιατροί καταδικάστηκαν για το 82% των υποθέσεων και αυτό είναι ιδιαίτερα ανησυχητικό.

Οι **Hayward και Hofer (2001),** αναφέρουν ότι ο αριθμός των θανάτων σε νοσοκομεία των Ηνωμένων Πολιτειών Αμερικής που οφείλεται σε ιατρικά λάθη είναι ανησυχητικά υψηλό. Εκτιμά ότι τα ιατρικά σφάλματα προκαλούν μεταξύ 44.000 και 98.000 θανάτους το χρόνο. Οι αριθμοί είναι αναμφισβήτητα εντυπωσιακοί καθώς όπως περιγράφεται τα ιατρικά σφάλματα είναι τόσο συχνά που θεωρούνται μια από τις σοβαρότερες αιτίες θανάτου ή πρόκλησης ζημιάς και ίσως είναι η πέμπτη κύρια αιτία θανάτου στις Ηνωμένες Πολιτείες. Αν αυτά τα συμπεράσματα είναι σωστά, τότε το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης είναι μια δημόσια απειλή για την υγεία των πολιτών.

Τα στοιχεία του Ινστιτούτου Ιατρικής των Ηνωμένων Πολιτειών Αμερικής δείχνουν ότι κάθε χρόνο προκαλούνται 12.000 θάνατοι λόγω περιττών χειρουργικών

επεμβάσεων, 7.000 θάνατοι λόγω λανθασμένης χορήγησης φαρμάκων, 80.000 θάνατοι λόγω λοιμώξεων που δημιουργούνται στις ιατρικές μονάδες και 20.000 θάνατοι λόγω άλλων διάφορων λαθών. Όλες οι έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής περιγράφουν το μεγάλο ποσοστό των θανάτων που προκύπτει από ιατρικά σφάλματα. Μια άλλη έρευνα απαριθμεί τους νεκρούς μέχρι και 100.000 το χρόνο και μια άλλη για 250 νεκρούς την ημέρα, που πεθάνουν από λάθη που θα μπορούσαν να είχαν προβλεφθεί.

Στον Καναδά, παρατηρούνται θάνατοι από 9.250 έως 23.750 το χρόνο. Ο **O' Hagan (2009)** και οι συνεργάτες του ανακάλυψαν μέσα από έρευνες ότι περίπου ένας στους έξι Καναδούς έχουν βιώσει τουλάχιστον ένα ιατρικό σφάλμα μέσα σε δύο χρόνια, γεγονός που μεταφράζεται σε 4.200.000 ενηλίκων Καναδών. Επιπρόσθετα, οι **Roughead, Semple και Rosenfeld (2013),** εντόπισαν ότι στην Αυστραλία σημειώνονται 18.000 θάνατοι το χρόνο, ενώ καταγράφονται και άλλες 50.000 περιπτώσεις ασθενών στους οποίες προκαλείται σοβαρή ανικανότητα από τα ιατρικά σφάλματα. Στο Ηνωμένο Βασίλειο, έχουν διεξαχθεί έρευνες οι οποίες αναφέρουν ότι κάθε χρόνο προκαλούνται 20.000 έως και 30.000 θάνατοι από ιατρικά λάθη.

Η **Bormann (2004),** μελετώντας την περίπτωση της Ελβετίας, διαπίστωσε ότι τα ιατρικά λάθη ευθύνονται για έως και εξήντα θανάτους την εβδομάδα. Η Ελβετική κυβέρνηση μάλιστα για την αντιμετώπιση του φαινομένου, κάλεσε μια ομάδα εργασίας από Ελβετούς και ξένους εμπειρογνώμονες για να εξετάσει το ζήτημα των ιατρικών λαθών. Στη χώρα έγιναν και άλλες προσπάθειες όπως για παράδειγμα το Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο της Βέρνη θέσπισε ένα διαγωνισμό για να ενθαρρύνει το ιατρικό προσωπικό να αναφέρουν περιπτώσεις όπου οι ασθενείς είχαν τοποθετηθεί από λάθος σε κίνδυνο, ώστε να διασφαλιστούν τα μέτρα και να τεθούν σε εφαρμογή για να αποτραπεί η επανάληψη.

Στην Γερμανία, οι νεκροί αγγίζουν τους 20.000 με 30.000 κάθε χρόνο. Το ποσοστό αυτό είναι πέντε φορές περισσότερο από τους θανάτους που προκαλούνται σε τροχαία ατυχήματα σε όλη τη χώρα κάθε χρόνο. Τα ιατρικά λάθη περιλαμβάνουν λανθασμένη συνταγογράφηση φαρμάκων, ολοκλήρωση χειρουργικής επέμβασης αφήνοντας χειρουργικού εξοπλισμού στο σώμα των ασθενών και κακομεταχείριση που οδηγεί τους ασθενείς σε λοιμώξεις.

3.8 Αποτελέσματα Ιατρικών Σφαλμάτων

Το γεγονός ότι όλο και περισσότεροι ασθενείς προσφεύγουν εναντίον των ιατρών που αναλαμβάνουν τη θεραπεία τους είναι σοβαρό πρόβλημα καθώς το μέγεθος αυτό μπορεί να θέσει σε αμφιβολία το επίπεδο της άσκησης της ιατρικής στη χώρα. Ωστόσο, ακόμη και σε χώρες που αναφέρθηκαν στην προηγούμενη υποενότητα όπως είναι οι ΗΠΑ, η Γερμανία και η Ελβετία, που έχουν εκπληκτικό επίπεδο ιατρικής, τα ιατρικά σφάλματα δεν παύουν να παρουσιάζονται.

Έχουν γίνει πλείστες μελέτες για τις συνέπειες και τα προβλήματα που μπορούν να προκληθούν από τα ιατρικά σφάλματα. Ορισμένες ιατρικές μονάδες μάλιστα έχουν κλείσει κάποια από τα τμήματα τους και δεν προσφέρουν από ένα σημείο και μετά την ιατρική υπηρεσία, για την οποία υποβλήθηκαν καταγγελίες. Ακόμη, πολλοί ιατροί έχουν μεταναστεύσει σε χώρες με λιγότερο αυστηρούς νόμους και άλλοι συνταξιοδοτήθηκαν πρόωρα. Ακόμα, έχουν δημιουργηθεί ασφαλιστικές εταιρείες που ανήκουν μόνο σε ιατρούς.

Όσον αφορά το πρακτικό κομμάτι, ένα αποτέλεσμα που παρατηρείται ως συνέπεια των ιατρικών σφαλμάτων, είναι ο υπερβολικός αριθμός των εξετάσεων που δεν γίνεται μόνο υπό το φόβο λάθους και των συνεπειών αυτού αλλά, όπως τονίστηκε πριν, επειδή ακριβώς η Ιατρική δεν είναι μία αλάνθαστη επιστήμη και ο ιατρός θέλει να προσφέρει στον ασθενή του μια ολοκληρωμένη φροντίδα. Κατά συνέπεια, ο ασθενής επιβαρύνεται οικονομικά χωρίς να έχει άλλη επιλογή.

Β' ΜΕΡΟΣ: ΕΙΔΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

1. Ανάλυση πρόληψη ιατρικών σφαλμάτων

Όπως έχει αναλυθεί στην υποενότητα των στατιστικών στοιχείων των ιατρικών σφαλμάτων σε διάφορες χώρες, τα σφάλματα που προκαλούνται θα μπορούσαν να είχαν προβλεφθεί και αποφευχθεί. Αυτό που επίσης έχει παρατηρηθεί είναι η απουσία καταγεγραμμένων στοιχείων με αποτέλεσμα να μην είναι εφικτή η μέτρηση και η αξιολόγηση των ιατρικών λαθών.

Η ρεαλιστική προσέγγιση του προβλήματος, η αντικειμενική στατιστική μελέτη και η επίσημη καταγραφή των περιπτώσεων που καταγγέλλονται για ιατρική αμέλεια και λάθη αδιαμφισβήτητα θα επιφέρει ευεργετικά αποτελέσματα. Ο τομέας της ιατρικής εκπαίδευσης θα έχει ουσιώδη παραδείγματα ώστε να αναβαθμίσει το επίπεδο ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης από τους μελλοντικούς θεράποντες ιατρούς, το ιατρικό δίκαιο θα μπορεί να είναι περισσότερο κατατοπιστικό και βοηθητικό τόσο για τους ιατρούς όσο και για τους ασθενείς, όπως αναφέρουν **ο Truog και η ερευνητική του ομάδα (2010),** Η ανίχνευση και η ανάλυση των περιστατικών που αναφέρουν υπαιτιότητα ιατρικού σφάλματος θα μπορούσε να συνεισφέρει ουσιαστικά στη βελτίωση του συστήματος υγείας, στην κατανόηση των ελλείψεων και τον περιορισμό παρόμοιων περιπτώσεων.

Η **Starme (2014)** και οι συνεργάτες της, πραγματοποίησαν μια μελέτη σε εννέα νοσοκομεία, μετρώντας τα ποσοστά των ιατρικών λαθών ώστε να προληφθούν οι ανεπιθύμητες ενέργειες και παρεξηγήσεις. Η παρέμβαση αυτή περιλάμβανε μια τυποποίηση των προφορικών και γραπτών πληροφοριών. Σε 10.740 εισαγωγές ασθενών, το ποσοστό ιατρικού σφάλματος μειώθηκε κατά 23% από την περίοδο πριν την παρέμβαση της έρευνας μέχρι τη λήξη της έρευνας. Επίσης, το ποσοστό που μπορούν να προληφθούν ανεπιθύμητες ενέργειες μειώθηκε κατά 30%. Το ποσοστό των απρόβλεπτων ανεπιθύμητων ενεργειών δεν μεταβλήθηκε σημαντικά, ενώ παρουσιάστηκαν σημαντικές μειώσεις σε έξι από τα εννέα νοσοκομεία. Το πείραμα αυτό είναι μια σημαντική απόδειξη ότι η καταγραφή των ιατρικών σφαλμάτων μπορεί να μειωθεί ουσιαστικά.

Σύμφωνα με τους **Πέππα και Κοράκη (2013),** η ενδελεχής ανάλυση της συχνότητας και του βαθμού των ιατρικών σφαλμάτων αποτελεί ίσως τον καλύτερο τρόπο αντιμετώπισής τους, με την προϋπόθεση της ταχύτερης διάγνωσής τους, της αποτελεσματικότερης αντιμετώπισής τους και της εκπαίδευσης και ενημέρωσης του προσωπικού για τη μη επανάληψή τους στο μέλλον. Ας μην ξεχνάμε άλλωστε ότι μέσα από τη διαδικασία αυτή, η πραγματική αναβάθμιση των υπηρεσιών υγείας αποτελεί τον απώτερο στόχο.

Ο **Blendon (2002),** βάσει των μελετών του, διαπίστωσε ότι για την πρόληψη ιατρικών λαθών πρέπει να θεσμοθετηθεί αυστηρότερη Νομοθεσία. Υποστήριξε ότι με τον τρόπο αυτό θα αποφεύγεται η αμέλεια εκ μέρους του ιατρικού και του παραϊατρικού προσωπικού και η φροντίδα των ασθενών θα είναι ποιοτικότερη. Ο ερευνητής είναι υπέρ των κυρώσεων σε μεμονωμένους επαγγελματίες υγείας, κάτι το οποίο θα αυξήσει την προσοχή των ιατρών κατά την εξάσκηση των καθηκόντων τους.

Ο **Gallagher (2003)** μελέτησε την επιθυμία των ασθενών να ενημερώνονται αναλυτικά για τα ιατρικά λάθη που τους συνέβησαν. Τόνισε ότι με τον τρόπο αυτό οι ασθενείς ασκούν κάποιο είδος πίεσης στους ιατρούς με άμεσο αποτέλεσμα οι τελευταίοι να είναι ιδιαίτερα προσεκτικοί και να αποφύγουν τυχόν σφάλματα. Συμπεραίνουμε ότι αυτός ο τρόπος μπορεί να συμπεριληφθεί ως μέθοδος πρόληψης καθώς η απαίτηση των ασθενών για πληροφορίες σχετικά με το τι συνέβη, γιατί το σφάλμα συνέβη και ποιες είναι οι συνέπειες του λάθους μπορεί να αποτελέσει ανασταλτικό παράγοντα για επιπόλαιες διαγνώσεις και θεραπείες.

Επιπρόσθετα, ο **Banja (2004),** δίνοντας έμφαση στη πρόληψη των ιατρικών σφαλμάτων, τόνισε τη σημασία του σχεδιασμού και της συνεχούς παρακολούθησης (planning and following up). Η αποκάλυψη των λαθών και η διάδοση των πληροφοριών έχουν καταλυτικό ρόλο για την αποφυγή λαθών στο μέλλον, όπως αναφέρει. Έτσι, οι ιατροί μέσα από συσκέψεις και άλλες ενημερωτικές συναντήσεις μπορούν να μοιραστούν την εμπειρία τους με άλλους ιατρούς ώστε όλοι μαζί να βελτιώσουν τις αδυναμίες, τις δικές τους, του συστήματος και των διαδικασιών του ιατρικού κέντρου. Για τα ίδια μέτρα αναφέρονται και οι **Kohn, Corrigans, Donaldson**

(2000), καθώς πρέπει να αυξηθεί η παρακολούθηση της θεραπείας και να γίνει μελέτη για την επιλογή της.

Αξιοσημείωτη είναι και η μελέτη της **Berntsen (2014),** καθώς εντόπισε διάφορες λύσεις για την πρόληψη των ιατρικών σφαλμάτων. Συνοπτικά θα μπορούσαμε να αναφέρουμε ότι η συγκεκριμένη ερευνήτρια επικεντρώθηκε στη μείωση των ωρών εργασίας, στην εποπτεία των ιατρών, στην καταγραφή και μελέτη των παραπόνων των ασθενών, στη δημόσια παρουσίαση της επίδοσης του προσωπικού ώστε να ενημερώνεται καλύτερα το κοινό και να επιλέγει τους ιατρούς του βάσει των αξιολογήσεων, στην κατάργηση των διακρίσεων μεταξύ του προσωπικού και ειδικά εκείνων που καταγγέλλουν τις ακατάλληλες συνθήκες ασφαλείας των ασθενών και στην παρακολούθηση της βελτίωσης της ποιότητας. Όσον αφορά τη δημόσια προβολή των αξιολογήσεων των ιατρών, σύμφωνος είναι και ο **Jenicek (2010)**, ο οποίος υποστηρίζει τη προώθηση της υγείας σε όσο το δυνατό περισσότερο ανθρώπους ώστε να επιλέγουν τους ιατρούς συνειδητά και κατ' επιλογήν.

Φαίνεται ότι η μείωση των ωρών έχει σημαντικό ρόλο στην πρόληψη των ιατρικών λαθών καθώς ακόμη ένας ερευνητής κάνει λόγο γι' αυτή. Ο **Kalra (2011)** ισχυρίζεται ότι στα επαγγέλματα υγείας, όσο αυξάνονται οι ώρες εργασίας τόσο αυξάνεται η πιθανότητα να γίνουν λάθη την ώρα της εργασίας. Συνεπώς, ακόμη ένα μέτρο ώστε να προλαμβάνονται τα ιατρικά λάθη είναι η μείωση των εργασιακών ωρών των ιατρών.

Δε θα μπορούσαμε να παραλείψουμε την μελέτη του **Charney (2012)**, ο οποίος επισήμανε ότι τα ιατρικά λάθη αν και δεν πρόκειται ποτέ να εξαλείφουν, μπορούν ωστόσο να μειωθούν μέσα από βασικές πρακτικές. Ο ερευνητής εστιάζει την προσοχή του στις απλές καθημερινές πρακτικές των ιατρών όπως για παράδειγμα το πλύσιμο των χεριών και τον διπλό έλεγχο των διαγνώσεων και θεραπειών. Αναφέρει επίσης, ότι για να υπάρχει έλεγχος των σφαλμάτων πρέπει απαραιτήτως να υπάρχει οικονομική υποστήριξη της προσπάθειας, κατανομή του χρόνου και επαρκής εκπαίδευση του προσωπικού.

Κατ' επέκταση, ο **Cohen (2007)** μελέτησε περισσότερο τα ιατρικά λάθη που γίνονται σχετικά με τα φάρμακα και πρότεινε διάφορους τρόπους για την αποφυγή τους.

Συγκεκριμένα, διευκρίνισε ότι οι ιατροί πρέπει να είναι πιο προσεκτικοί καθώς τα λάθη αυτά γίνονται λόγω των διακοπών και των παρεμβάσεων που λαμβάνουν χώρα κατά τη συνταγογράφηση των φαρμάκων, την αμφιβολία στις χειρόγραφες συνταγές, τη λανθασμένη δοσολογία κάποιου φαρμάκου και, σε αλλεργίες που επηρεάζουν τον ασθενή και ο ιατρός δεν τις έλαβε υπόψη.

Σε αντίθετη περίπτωση, η ερευνητική ομάδα του **Flotta (2002),** μελέτησαν τα ιατρικά λάθη που λαμβάνουν χώρα στα χειρουργεία. Κατ' ακρίβεια, μελετώντας 696 ιατρούς σε 20 διαφορετικές περιοχές της Ιταλίας, διαπίστωσαν ότι το 90% των ιατρών παρέχουν ασφαλέστερες υπηρεσίες στους ασθενείς όταν μετρούν τα χειρουργικά αντικείμενα κατά τη διάρκεια μιας επεμβατικής χειρουργικής διαδικασίας. Αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό καθώς όπως τονίζουν οι επιστήμονες αυτοί απαιτούνται μεγαλύτερες προσπάθειες για τη μείωση των ιατρικών λαθών στα χειρουργεία.

Σύμφωνη είναι και η γνώμη του **Herndon (2011),** ο οποίος μελέτησε τον ίδιο τομέα. Όπως αναφέρει δύο κοινά παραδείγματα ιατρικών λαθών είναι η χειρουργική επέμβαση σε λάθος μέρος του σώματος του ασθενή και η διατήρηση ενός οργάνου ή αντικειμένου στο σώμα από χειρουργική επέμβαση. Οι ιατροί διευκρίνισε πρέπει να προσπαθήσουν να ελαχιστοποιήσουν την πιθανότητα ενός λάθος στη διαδικασία μιας χειρουργικής επέμβασης, ακολουθώντας κλινικές κατευθυντήριες γραμμές για συγκεκριμένες διαγνωστικές και θεραπευτικές επιλογές.

Μια άλλη λύση που θα μπορούσε να θεωρηθεί πολύ χρήσιμη έρχεται από το βιβλίο του **Mabry (2010).** Το βιβλίο του ερευνητή αποτελείται από μια συλλογή σεναρίων και πραγματικών εμπειριών στα οποία περιγράφονται πολλά ιατρικά λάθη. Αναλύονται όλες οι λεπτομέρειες που σχετίζονται με αυτά και εξετάζονται εναλλακτικές λύσεις. Θεωρούμε ότι η συγγραφή και η ανάγνωση παρόμοιων περιστατικών μπορεί να λειτουργήσει ως πολύτιμο εργαλείο για την πρόληψη των ιατρικών λαθών και οι ιατροί μπορούν να δημοσιεύσουν καταστάσεις που έζησαν, ακόμη και με ψευδώνυμα για χάριν της διάδοσης της γνώσης. Πολλά περιστατικά αναφέρονται και στο βιβλίο των **Nguyen Nguyen (2005)**, κάτι το οποίο μας δίνει την ελπίδα ότι κάποιοι ιατροί δε διστάζουν και δε φοβούνται να μιλήσουν για κάποιο ιατρικό λάθος που έκαναν στο παρελθόν.

Η περαιτέρω εκπαίδευση των ασκούμενων φαίνεται να είναι εξίσου σημαντική παράμετρος καθώς σύμφωνα με τους **Nevalainen, Kuikkaa και Pitkala (2014),** όσο οι νεαροί ιατροί εκπαιδεύονται περισσότερο, γίνονται πιο έμπειροι και αντιμετωπίζουν καλύτερα την πιθανότητα ενός ιατρικού λάθους. Η στήριξη αυτών των δεξιοτήτων θα πρέπει να μελετηθεί σε μελλοντικές έρευνες ώστε να βρεθούν οι τρόποι που θα μειώσουν τα ιατρικά λάθη που πραγματοποιούνται κατά την έναρξη της καριέρας των ιατρών.

Οι **Reckless, Reynolds και Newman (2012),** αναφέρουν ότι ένας εύκολος τρόπος για την αποφυγή ιατρικών λαθών είναι η χρήση μιας λίστας ελέγχου για σκοπούς πρόληψης (prevention checklist). Εξηγούν ότι η εν λόγω λίστα μπορεί να συνταχθεί από μια ομάδα ιατρών οι οποίοι είχαν την ανάλογη εμπειρία για τη διαδικασία που αποτείνεται η λίστα. Για κάθε ιατρική εξέταση ή θεραπεία, θα μπορούσε να υπάρχει ξεχωριστά λίστα ελέγχου λόγω των ιδιαιτεροτήτων της κάθε ασθένειας.

Τέλος, οι **Rosenthal και Sutcliffe (2002)** και **Schwappach (2011),** συμφωνούν ότι για την αποφυγή ιατρικών λαθών πρέπει να υπάρξει βελτιωμένη επικοινωνία μεταξύ ιατρών και ασθενών, να δοθεί μεγαλύτερη έμφαση στη θεραπεία βασιζόμενη σε αποδείξεις, να χρησιμοποιούνται οι βέλτιστες πρακτικές, να τυποποιηθούν οι διαδικασίες, να δοθεί έμφαση στη διαχείριση των κινδύνων και ιδιαίτερα στη διδασκαλία τους στις ιατρικές σχολές και να υπάρχει ταχύτερη και ευρύτερη υιοθέτηση της τεχνολογίας των πληροφοριών.

ΙΙΙ. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Όπως αναφέρθηκε, αντικείμενο μελέτης της παρούσας εργασίας είναι τα ιατρικά σφάλματα και η ασφάλεια της υγείας των ασθενών. Η μέθοδος που ακολουθήθηκε για την εκπόνηση της παρούσας εργασίας είναι η βιβλιογραφική ανασκόπηση, δηλαδή η συλλογή επιλεγμένων δημοσιευμένων πηγών που σχετίζονται με το θέμα της εργασίας. Αναπόσπαστο κομμάτι της εργασίας είναι ο σχολιασμός, η κριτική ανάλυση των περιεχομένων των παραπομπών και η διεξαγωγή προσωπικών συμπερασμάτων.

Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι η βιβλιογραφική ανασκόπηση δεν βοήθησε μόνο στην απλή παράθεση της σχετικής βιβλιογραφίας, αλλά ενίσχυσε την κατανόηση με αποτέλεσμα να εντοπιστούν κενά που υπάρχουν στη βιβλιογραφία πάνω στο συγκεκριμένο γνωστικό αντικείμενο. Η αναζήτηση πραγματοποιήθηκε στις βιβλιοθήκες Ιδιωτικών και Δημόσιων Πανεπιστημίων της Κύπρου και συγκεκριμένα στο Πανεπιστήμιο Νεάπολις Πάφου, το Ευρωπαϊκό Πανεπιστήμιο Κύπρου και το Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου. Ανάλογη αναζήτηση και στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων των Πανεπιστήμιων, καθώς σκοπός της όλης προσπάθειας ήταν η διεύρυνση και η εις βάθος εξέταση της ιατρικής αμέλειας και της ασφάλειας των ασθενών.

Οι λέξεις κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν για την ανεύρεση των παραπομπών που χρησιμοποιούνται στην παρούσα πτυχιακή εργασία είναι: Medical error, medical malpractice, patient safety, error prevention, και οι αντίστοιχες στην Ελληνική γλώσσα. Οι κυριότερες βάσεις δεδομένων που χρησιμοποιήθηκαν είναι οι MEDLINE Complete, Journal of Continuing Education in Nursing, Health Education Journal, Journal of Community Health Nursing, IATPOTEK on-line, Ιατρική Βιβλιογραφία Ιπποκράτης, Health & Safety Science Abstracts, Health Source: Nursing/Academic Edition, British Medical Journal και ScienceDirect.

1. Κριτήρια επιλογής και αποκλεισμού μελετών

Μετά από τον ανεύρεση πλούσιου επιστημονικού υλικού, η αξιολόγηση βάσει συγκεκριμένων κριτηρίων ήταν απαραίτητη. Συγκεκριμένα οι μελέτες που χρησιμοποιήθηκαν στο Ειδικό Μέρος κάλυπταν τα πιο κάτω κριτήρια:

1.1. Θέμα

Το θέμα των ερευνών έπρεπε να μελετά απαραιτήτων τα ιατρικά σφάλματα και την προσπάθεια πρόληψης τους. Άλλες έρευνες οι οποίες ανέφεραν άλλα στοιχεία των ιατρικών σφαλμάτων χωρίς να εξετάζουν τρόπους αποφυγής ή πρόβλεψης αποκλείστηκαν.

1.2. Πλήρεις στοιχεία δημοσίευσης

Οι μελέτες εκείνες που παρουσίαζαν ανεπαρκή ή ελλιπή σημεία στα αποτελέσματα και τη διεξαγωγή των ερευνών τους, όπως για παράδειγμα κάποια μέθοδο πρόληψης, δε συμπεριλήφθησαν στο Ειδικό Μέρος της εργασίας. Επίσης, οι αγνώστου συγγραφής δημοσιεύσεις αποκλείστηκαν.

1.3. Σχεδιασμός μελετών

Σημειώνεται ότι οι μελέτες που εντοπίστηκαν ήταν ποιοτικές και όχι ποσοτικές. Δεδομένου ότι το υπό εξέταση θέμα αφορά την πρόληψη ιατρικών σφαλμάτων, απαντιούνται τα ερωτήματα «Γιατί;» και «Πώς;». Εξάλλου, οι πληροφορίες των ερευνών προήλθαν από συνεντεύξεις, παρατηρήσεις, συμμετοχικές παρατηρήσεις, ιστορίες, αλληλεπιδράσεις, περιπτωσιολογικές μελέτες, προσωπικές εμπειρίες, ιστορίες ζωής και αναλύσεις αρχείων.

1.4. Γλώσσα δημοσίευσης

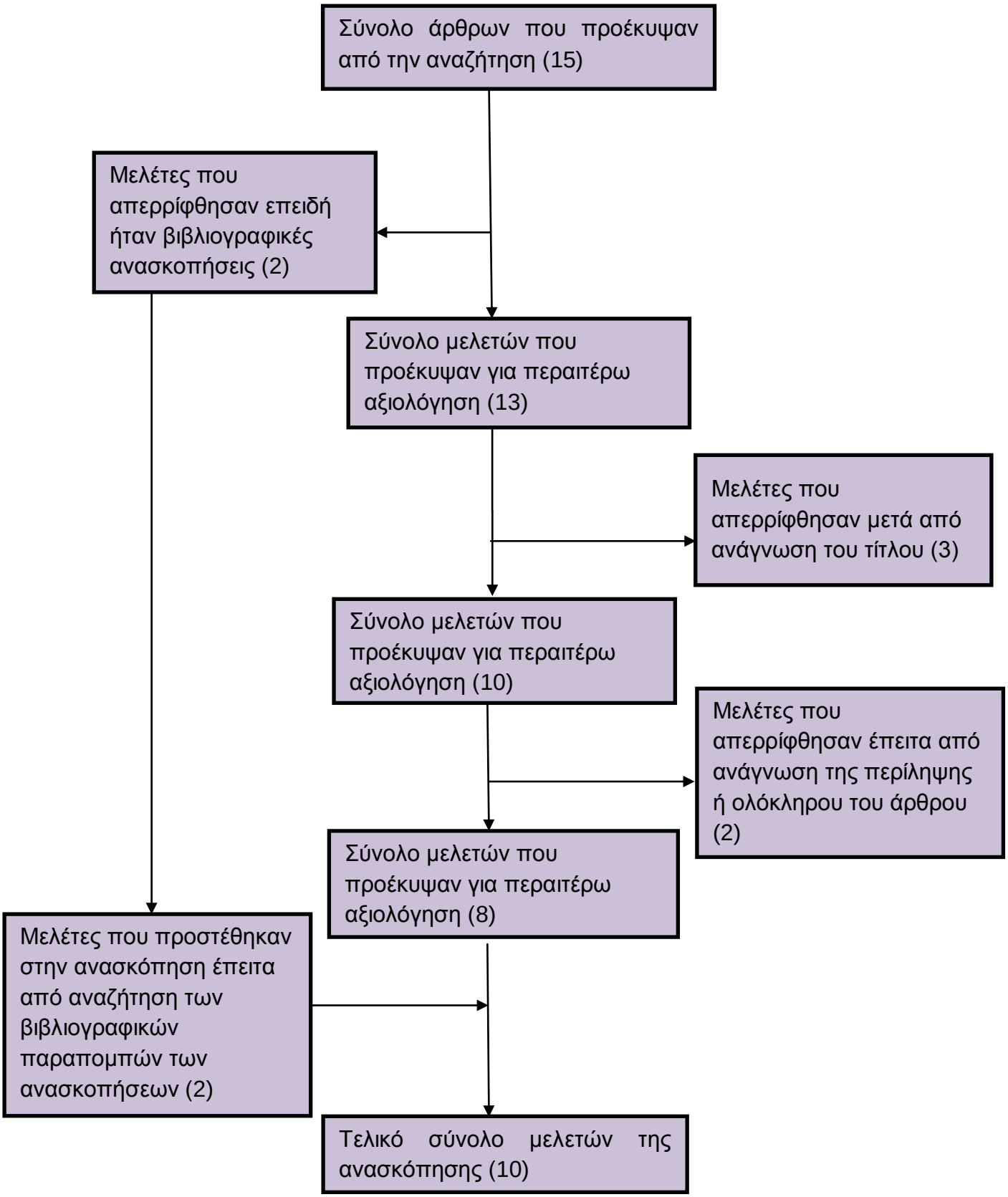
Η γλώσσα δημοσίευσης των μελετών που αναλύθηκαν έπρεπε απαραιτήτων να είναι Αγγλική ή Ελληνική.

2. Περιγραφή στρατηγικής αναζήτησης

Η αναζήτηση, σε όλες τις επιστημονικές πηγές, πραγματοποιήθηκε με λέξεις κλειδιά στην Αγγλική και στην Ελληνική γλώσσα. Αρχικά είχαν εντοπιστεί 15 μελέτες αλλά έπειτα του αποκλεισμού συγκεκριμένων ερευνών για λόγους όπως η ανάγνωση του τίτλου, της περίληψης ή και ολόκληρου του κειμένου ο συνολικός αριθμός άρθρων που χρησιμοποιήθηκε για το Ειδικό Μέρος ήταν 10.

Πιο κάτω φαίνεται αναλυτικά, η απεικόνιση των αποτελεσμάτων της στρατηγικής αναζήτησης (βλ. Σχήμα 1).

Σχήμα 1: Απεικόνιση των αποτελεσμάτων της στρατηγικής αναζήτησης



V. ΚΡΙΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Μέσα από την παρούσα εργασία είναι φανερό ότι στο πολύπλοκο περιβάλλον των ιατρικών κέντρων φροντίδας, τα ιατρικά λάθη είναι αναπόφευκτα. Παρατηρήσαμε ότι τα ιατρικά σφάλματα παρουσιάζονται σε όλες τις χώρες του κόσμου, με αποτέλεσμα να θέτουν σε κίνδυνο τη ζωή των ασθενών. Πέραν από την επιβίωση, τα ιατρικά κέντρα πρέπει να είναι υπεύθυνα και για την ποιότητα ζωής των ασθενών και όλα τα πιθανά ιατρικά λάθη πρέπει να ανιχνεύονται και να αποφεύγονται.

Με βάση τα όσα έχουν αναλυθεί, καταλήγουμε ότι ο προβληματισμός γύρω από το ζήτημα των ιατρικών σφαλμάτων δεν είναι μόνο ευδιάκριτος αλλά και έντονος. Λόγω των σοβαρών επιπτώσεων που μπορούν να προκύψουν και κυρίως λόγω του αποτρέψιμου τους χαρακτήρα, προκύπτει η ανάγκη για ενθάρρυνση, εκπαίδευση και παροχή κινήτρων στο ιατρικό προσωπικό ώστε να αναφέρει τα ιατρικά σφάλματα και τα δυσμενή συμβάντα που εντοπίζει.

Επίσης, η ανάγκη δημιουργίας εξειδικευμένων πληροφοριακών συστημάτων τα οποία θα χρησιμοποιούνται για τον εντοπισμό, καταγραφή και ανάλυση των ιατρικών λαθών και δυσμενών συμβάντων είναι φανερή. Σκοπός της όλης προσπάθειας δεν είναι άλλος παρά η δημιουργία ενός διαφανούς, αμερόληπτου και μη κατασταλτικού πλαισίου υποβολής εκθέσεων στο οποίο να επεξηγούνται τα αίτια πρόκλησης των ιατρικών σφαλμάτων, η αποκόμιση διδαγμάτων αλλά και η ανάπτυξη αποτελεσματικών λύσεων και παρεμβάσεων.

Το γεγονός ότι όλο και περισσότεροι ασθενείς προσφεύγουν εναντίον των ιατρών που αναλαμβάνουν τη θεραπεία τους είναι σοβαρό πρόβλημα καθώς το μέγεθος αυτό μπορεί να θέσει σε αμφιβολία το επίπεδο της άσκησης της ιατρικής στη χώρα ή στο κέντρο ιατρικής φροντίδας. Ορισμένες ιατρικές μονάδες μάλιστα έχουν κλείσει κάποια από τα τμήματα τους και δεν προσφέρουν από ένα σημείο και μετά την ιατρική υπηρεσία, για την οποία υποβλήθηκαν καταγγελίες. Ακόμη, πολλοί ιατροί έχουν μεταναστεύσει σε χώρες με λιγότερο αυστηρούς νόμους και άλλοι συνταξιοδοτήθηκαν πρόωρα. Ακόμα, έχουν δημιουργηθεί ασφαλιστικές εταιρείες που ανήκουν μόνο σε ιατρούς.

Ακόμη ένα αποτέλεσμα που παρατηρείται ως συνέπεια των ιατρικών σφαλμάτων, είναι ο υπερβολικός αριθμός των εξετάσεων που γίνεται από το φόβο λανθασμένης διάγνωσης. Κατά συνέπεια, ο ασθενής επιβαρύνεται οικονομικά χωρίς να έχει άλλη επιλογή. Κρίνουμε ότι ο βασικός λόγος που σε πολλές χώρες εξακολουθεί να προσεγγίζεται το ιατρικό λάθος με τον τρόπο αυτό είναι το νομικό πλαίσιο της ιατρικής ευθύνης.

Συμπεραίνουμε ότι η λήψη μέτρων θα έχει θετικές συνέπειες για όλους. Πρώτα απ' όλα θα ενισχυθεί η ασφάλεια των ασθενών και θα βελτιωθούν οι παρεχόμενες προς σε αυτούς υπηρεσίες. Το ιατρικό προσωπικό θα εργάζεται σε ένα πιο οργανωμένο εργασιακό περιβάλλον χωρίς τον καθημερινό κίνδυνο δυσμενών συμβάντων να ελλοχεύει και σε ένα σύστημα που επικεντρώνεται στη διόρθωση των αδυναμιών και όχι στην αναζήτηση του ενόχου για τα ανεπιθύμητα περιστατικά. Ακόμη και στο Σύστημα Υγείας θα υπάρξουν ευεργετικά αποτελέσματα, καθώς θα δημιουργηθούν ευνοϊκότερες συνθήκες για διαφάνεια παρά για συγκάλυψη, λιγότερα σφάλματα και λιγότερα έξοδα. Ουσιαστικά, θα υπάρχει συνολική αναβάθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών ιατρικής περίθαλψης.

VI. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η ιατρική φροντίδα αφορά την υγεία και γενικότερα τη ζωή των ανθρώπων, συνεπώς όταν αξιολογείται, αυτό πρέπει να γίνει με επιστημονικά και κοινωνικά κριτήρια. Τα ιατρικά σφάλματα και η ασφάλεια των ασθενών αποτελούν καίριο πρόβλημα, με αποτέλεσμα τα τελευταία χρόνια, η τάση των καταγγελιών να είναι άκρως αυξημένη. Αναδείχθηκε ότι το φαινόμενο αυτό απασχολεί τους πολίτες σε παγκόσμιο επίπεδο, αφού μπορεί να θέσει σε κίνδυνο την ασφάλεια τους και να επιφέρει πολλές δυσάρεστες συνέπειες τόσο για τους ίδιους όσο και για τους ιατρούς και τα ιατρικά κέντρα.

Δυστυχώς η συλλογή και αξιοποίηση των περιστατικών των ιατρικών σφαλμάτων είναι ανεπαρκής με αποτέλεσμα να μην υπάρχει αρκετό υλικό για αξιολόγηση. Πρέπει λοιπόν να δημιουργηθούν κάποια πληροφοριακά συστήματα που να δίνει την ευκαιρία να ενοποιηθούν και να επεξεργαστούν οι πληροφορίες για τα ιατρικά λάθη. Η αποκωδικοποίηση και η ανάλυση τους στη βάση ενός οργανωμένου συστήματος πληροφόρησης, θα τελειοποιήσουν τις αδυναμίες του υπάρχοντος συστήματος υγείας καθώς θα προταθούν χρήσιμα εργαλεία πρόληψης και μηχανισμοί μείωσης των ανεπιθύμητων περιστατικών.

Κύριοι άξονες της έρευνας αυτής είναι η αποτελεσματικότητα, η αποδοτικότητα και η αξιοπιστία του συστήματος υγείας, χαρακτηριστικά τα οποία μπορούν θεμελιωθούν μέσα από την ανεύρεση εφαρμογών για την αποφυγή ιατρικών σφαλμάτων που θέτουν σε κίνδυνο την υγεία και ασφάλεια των ασθενών.

Κανείς δεν μπορεί να πει ότι τα ιατρικά λάθη δε θα συνεχίζονται και στο μέλλον. Δεν πρόκειται να εξαλειφθούν στο βαθμό τουλάχιστον που προκαλούνται από ανθρώπινα λάθη καθώς ο άνθρωπος δεν μπορεί να τελειοποιηθεί εξ ολοκλήρου. Ωστόσο όταν τα λάθη δεν αναγνωρίζονται δεν πρόκειται να περιοριστούν και όπως φάνηκε στην παρούσα μελέτη υπάρχουν τρόποι και λύσεις για την αποφυγή τους.

Κάποιες εισηγήσεις που θα μπορούσαν να βοηθήσουν σε αυτήν την κατεύθυνση, είναι η δημιουργία μιας βάσης δεδομένων στην οποία να καταγράφονται με ιατρικές λεπτομέρειες όλα τα σχετικά για τα λάθη που πραγματοποιήθηκαν και τους λόγους

που τα προκάλεσαν. Ακόμη καλύτερα, η βάση αυτή θα μπορούσε να συμπεριλάβει και την αναφορά λαθών που δεν συνέβησαν αλλά θα μπορούσαν να συμβούν. Δηλαδή θα πρέπει να αναφέρονται οι περιπτώσεις στις οποίες εντοπίστηκε κάποιο λάθος στη διαδικασία ή άλλου, και αποφεύχθηκε βάσει συγκεκριμένων ενεργειών.

Όλες οι πληροφορίες θα πρέπει να είναι άμεσα προσβάσιμες μέσω ηλεκτρονικής μορφής σε όλους τους ιατρούς και νοείται ότι θα είναι εμπιστευτικές. Κατ' επέκταση, αυτή η ηλεκτρονική αναφορά θα πρέπει να γίνεται ανώνυμα, διαφορετικά δεν πρόκειται να συμπληρωθεί από κανένα συμμετέχοντα. Δύσκολα θα βρεθεί κάποιος ιατρός πρόθυμος ώστε να καταγράψει ότι έκανε κάποιο λάθος ή παραλίγο να κάνει. Μέσα από την εν λόγω βάση δεδομένων, θα μπορούν να αντληθούν χρήσιμα συμπεράσματα αλλά και διδάγματα. Οι ιατροί θα μπορούν να μελετήσουν παρόμοια περιστατικά και να πάρουν μια δεύτερη γνώμη προλαβαίνοντας τα σφάλματα που μπορεί να προκύψουν.

Η μέτρηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και κατ' επέκταση των ιατρικών σφαλμάτων είναι απαραίτητη. Πιο αναλυτικά θα λέγαμε ότι θα προσφέρει υγειονομικά, οικονομικά και ψυχολογικά οφέλη στους ασθενούς που αντιμετωπίζουν προβλήματα υγείας και προσπαθούν να τα θεραπεύσουν. Επίσης, τέτοιες μετρήσεις θα έχουν ευεργετικά αποτελέσματα σε όλους τους επαγγελματίες υγείας, ιατρικό, παραϊατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό αφού θα είναι εμφανής η αποτελεσματικότητα του έργου τους και θα ικανοποιούνται για την παροχή των υπηρεσιών τους. Τέλος, για την κάθε μονάδα παροχής υπηρεσιών υγείας που εφαρμόζει συστήματα μέτρησης, πέραν των λειτουργικών της οφελών, θα είναι σε θέση να αναβαθμίσει το σύνολο των υπηρεσιών που παρέχει και να κερδίσει από αυτό περισσότερη πελατεία, αναγνώριση, φήμη και κατ' επέκταση χρηματικά κέρδη.

Τα πλεονεκτήματα που μπορούν να προκύψουν μέσα από ένα μηχανισμό συστηματικής ανίχνευσης είναι πολυάριθμα. Κατά πρώτο λόγο θα αυξηθεί η ευαισθητοποίηση για το πρόβλημα των ιατρικών λαθών και θα συλλεχθούν και αναλυθούν δεδομένα για τα ιατρικά σφάλματα με αποτέλεσμα να μπορεί να

διαπιστωθεί κατά πόσον υπάρχουν περιοχές όπου τα λάθη θα μπορούσαν να μειωθούν.

Επιπρόσθετα, ένα τέτοιο σύστημα θα προσφέρει την ικανότητα στους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης να μελετούν τα περιστατικά που λαμβάνουν χώρα στις ιατρικές τους μονάδες και να αναλύουν τα δεδομένα ώστε να λαμβάνουν καλύτερες διοικητικές αποφάσεις. Μεταξύ των ιατρών θα προωθηθεί η ανταλλαγή των επιτυχημένων λύσεων και η ανάπτυξη βέλτιστων πρακτικών με σκοπό τη μείωση μελλοντικών ιατρικών λαθών. Αυτό θα βελτιώσει την παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης και θα αναπτύξει πρωτοβουλίες για την αποφυγή λαθών. Στόχος δεν είναι ο καθορισμός ευθυνών, αλλά η ενθάρρυνση της αναφοράς των λαθών καθώς πέραν των πιο πάνω, θα μειωθεί το κόστος της υγειονομικής περίθαλψης μέσω της εξάλειψης των σφαλμάτων και των επικαλύψεων.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική Βιβλιογραφία

Αναστασιάδης Γ. (2004), Ιατρικό Λάθος και Αστική Ευθύνη των Ιατρών, Ι.Θ., Τεύχος 32, σελ: 9-11

Βοζίκης Α. & Ρήγα Μ. (2008), Τα Ιατρικά σφάλματα στην Ελλάδα: Προσεγγίσεις της οικονομικής διάστασης μέσα από αποφάσεις των διοικητικών δικαστηρίων, Ερευνητικό Άρθρο Κοινωνία, Οικονομία και Υγεία, Τεύχος 2, σελ. 22-44

Λέοντας Γ. (2013), Τα ιατρικά λάθη στην Ελλάδα, Εφημερίδα Αγγελιοφόρος, Ένθετο Υγεία, σελ. 26

Μιχαηλίδου Δ. (2011), Ιατρική Αμέλεια, Πρακτικά 1ου Επιστημονικού Συνεδρίου, Ιατρική Αμέλεια, Παγκύπριος Συνδέσμος Ιδιωτικών Νοσηλευτηρίων Κύπρου, σελ. 64-70

Νικολάου Χ. (2011), Επαγγελματική Ιατρική Αμέλεια, Πρακτικά 1ου Επιστημονικού Συνεδρίου, Ιατρική Αμέλεια, Παγκύπριος Συνδέσμος Ιδιωτικών Νοσηλευτηρίων Κύπρου, σελ. 24-35

Οικονόμου Β. (2011), Αστική Αγωγή Κατά Ιατρού, Πρακτικά 1ου Επιστημονικού Συνεδρίου, Ιατρική Αμέλεια Παγκύπριος Συνδέσμος Ιδιωτικών Νοσηλευτηρίων Κύπρου, σελ. 73-76

Παυλάκης Α. (1992), Νοσηλευτική Φροντίδα και Νομική Ευθύνη των Νοσηλευτών, Νοσηλευτικά Χρονικά, Τόμος 1, Τεύχος 2 σελ. 24-26

Πέππας Χ. & Κορράκη Α. (2013), Ποιότητα Υπηρεσιών Υγείας και Τεκμηριωμένη Ιατρική: Πρόκληση ή Λαίλαπα;, Ιατρικά Χρονικά Βορειοδυτικής Ελλάδος, Τόμος 9, Τεύχος 1, σελ. 25-31

Πολίτης Χ. (2014), Αρχές Ιατρικού Δικαίου και Ιατρική Ευθύνη, Άρθρο 19 Ιατρικός Σύλλογος Αθηνών, σελ. 6-7

Στυλιανίδης Α. (2011), Ποτέ για να βλάψω ή να αδικήσω: Ιπποκράτης 460 π.Χ, Πρακτικά 1ου Επιστημονικού Συνεδρίου, Ιατρική Αμέλεια, Παγκύπριος Συνδέσμος Ιδιωτικών Νοσηλευτηρίων Κύπρου, σελ. 9-23

Ξένη Βιβλιογραφία

Banja J. (2004), Medical Errors and Medical Narcissism, Jones & Bartlett Learning

Berntsen K. (2014),The Patient's Guide to Preventing Medical Errors, Greenwood Publishing Group, p. 197

Blendon R. (2002), Views of Practicing Physicians and the Public on Medical Errors, The New England Journal of Medicine, Vol. 347, No. 24, p. 1933-1940

Bormann A. (2004), Medical errors blamed for up to 60 deaths a week - Medical experts want to lift the taboo on medical blunders said to be responsible for thousands of deaths in Switzerland every year, Zurich University Hospital, p. 5-7

Charney W. (2012), Epidemic of Medical Errors and Hospital-Acquired Infections: Systemic and social causes, CRC Press, p. 69-70

Cohen M. (2007), Medication Errors, Second Edition, American Pharmacist Association, p.55-58

Fargen K. & Friedman W. (2014), The Science of Medical Decision Making: Neurosurgery, Errors, and Personal Cognitive Strategies for Improving Quality of Care, Elsevier Inc., p.21-29

Flotta D. et al. (2002), Patient safety and medical errors: knowledge, attitudes and behavior among Italian hospital physicians, International Journal for Quality in Health Care, p. 1 –8

Hayward R. & Hofer T. (2001), Estimating Hospital Deaths Due to Medical Errors: Preventability Is in the Eye of the Reviewer, The Journal of the American Medical Association, p. 415-420

Herndon J. (2011), Patient safety means patients first, American Academy of Orthopedic Surgeons, Journal Issue April 2011, p. 6-9

Jenicek M. (2010), Medical Error and Harm: Understanding, Prevention, and Control, CRC Press Taylor and Francis Group, p. 287-294

Gallagher T. (2003), Patients' and Physicians' Attitudes Regarding the Disclosure of Medical Errors, The Journal of the American Medical Association, p. 1001-1007

Kalra J. (2011), Medical Errors and Patient Safety: Strategies to reduce and disclose medical errors and improve patient safety, Walter de Gruyter Publishing, p.26

Kohn L., Corrigans J., Donaldson M. (2000), To Err is human: Building a safer health system, National Academy Press, Washington, p.49-51

Landrigan C. et al. (2004), Effect of Reducing Interns' Work Hours on Serious Medical Errors in Intensive Care Units, The New England Journal of Medicine, p. 1838-1848

Leape & Lucien (1994), Error in Medicine, Journal of the American Medical Association, p. 272

Mabry R. (2010), Medical Error: Prescription for Trouble, Abingdon Press, p. 96

Nevalainen M., Kuikkaa L. & Pitkala K. (2014), Medical errors and uncertainty in primary healthcare: A comparative study of coping strategies among young and experienced GPs, Scandinavian Journal of Primary Health Care, Volume 32, Issue 2, p.84-89

Nguyen A. & Nguyen D. (2005), Learning from Medical Errors: Clinical Problems, Issue, Radcliffe Publishing Ltd, p. 576

O'Hagan J. Et al. (2009), Self-reported medical errors in seven countries: implications for Canada, Healthcare Quarterly, p. 55–61

Reckless I., D. Reynolds J., Newman S. (2012), Avoiding Errors in Adult Medicine, John Wiley & Sons Publications Ltd Ristic D. et al. (2014), Difficulties in proving medical errors - Where do we stand?, Vojnosanit Pregl, p. 390–394

Rosenthal K. & Sutcliffe M. (2002), Medical Error: What Do We Know What Do We Do, Michigan Forum on Health Policy, University of Michigan, John Wiley & Sons Publications Ltd, p. 360-365

Roughead L., Semple S. & Rosenfeld E. (2013), Medication Safety in Australia, Australian Commission on Safety and Quality in Health Care, Quality Use of Medicines and Pharmacy Research Centre, p. 111-114

Roy V., Gupta P. & Srivastava S. (2005), Medical Errors: Causes & Prevention, Health Administrator Vol : XIX, Number 1, p. 60-64

Schwappach D. (2011), Risk factors for patient-reported medical errors in eleven countries, John Wiley & Sons Publications Ltd, p. 321-331

Spath P. (2004), Partnering with Patients to Reduce Medical Errors: Guidebook for Professionals, University of Michigan, Health Forum, p. 109

Special Eurobarometer 241 (2006), Medical Errors, European Commission, Fieldwork: September - October 2005, Wave 64.1 & 64.3, TNS Opinion & Social, p. 4-7

Starme A. et al. (2014), Changes in Medical Errors after Implementation of a Handoff Program, The New England Journal of Medicine, p. 1803-1812

Truog R. et al. (2010), Talking with Patients and Families about Medical Error: A Guide for education and practice, JHU Press, p. 66-69

Waluube D. (2011), Medical Errors and Adverse Events: Managing the Aftermath, Xlibris Corporation Plc, p. 53-58

Vincent C. (2011), Patient Safety, Second Edition, BMJI Books, John Wiley & Sons Publications Ltd, p. 1989-1991

Youngberg B. (2013), Medical Errors: Prevention and Control, Patient Safety Handbook, Second Edition, Jones & Bartlett Publishers, p. 381-385

Νομοθεσία

Περί Αστικών Αδικημάτων Νόμος της Κυπριακής Δημοκρατίας, Κεφάλαιο 148

Περί Ποινικού Κώδικα Νόμος της Κυπριακής Δημοκρατίας, Κεφάλαιο 154