

Αναφορά Ιατρικών Σφαλμάτων (*error reporting*) και Ασφάλεια Ασθενών

Από την έμφαση στο άτομο στην έμφαση στο σύστημα

Αθανάσιος Παναγιώτου, Δικηγόρος, LLM in Medical
Law, Queen Mary University of London

Ποσοτικά και ποιοτικά χαρακτηριστικά ιατρ.σφαλμάτων

- Τα ιατρικά σφάλματα παρατηρούνται σε όλες τις χώρες του κόσμου και έχουν αναδειχθεί ως σημαντική αιτία πρόκλησης βλαβών, αναπηρίας και θανάτων παγκοσμίως.
- ΗΠΑ: 98.000 θάνατοι ετησίως στα νοσοκομεία
- Ηνωμένο Βασίλειο: 20.000-30.000 πολίτες πεθαίνουν ετησίως λόγω δυσμενών συμβάντων ενώ πολύ περισσότεροι ταλαιπωρούνται από επιπλοκές στην υγεία τους
- Γερμανία: 30.000 νεκροί ασθενείς
- Νέα Ζηλανδία: πάνω από 50.000 ασθενείς το 2006 ήρθαν αντιμέτωποι με ιατρικά σφάλματα.
- Σύμφωνα με το Ευρωβαρόμετρο για τα ιατρικά λάθη (στοιχεία του 2006) 13% των Ελλήνων έχει υποστεί ιατρικό σφάλμα σε νοσοκομείο

Ποσοτικά και ποιοτικά χαρακτηριστικά ιατρ.σφαλμάτων

- Κάθε χρόνο 8-12% των ασθενών που εισάγονται σε νοσοκομείο υφίστανται επιπλοκές που σχετίζονται με την περίθαλψη που έλαβαν σε νοσοκομείο εντός της Ευρωπαϊκής Ένωσης.
- Τα δυσμενή συμβάντα πολύ συχνά σχετίζονται με συστημικούς παράγοντες
- Σύμφωνα,μάλιστα με έρευνες που έλαβαν χώρα στο Ηνωμένο Βασίλειο,περίπου το 70% από αυτά είναι αποτρέψιμα.

Μαθαίνοντας από τα λάθη

- Με βάση τα παραπάνω δεδομένα έχει αναπτυχθεί έντονος προβληματισμός σε πολλές ανεπτυγμένες χώρες σχετικά με τα ιατρικά σφάλματα
- Λόγω του αποτρέψιμου χαρακτήρα των τελευταίων και των βαθύτερων συστημικών αιτιών τους έχει αναδειχθεί: 1) η ανάγκη ενθάρρυνσης/εκπαίδευσης και παροχής κινήτρων στο ιατρικό προσωπικό να αναφέρει τα ιατρικά σφάλματα και τα δυσμενή συμβάντα , 2) η ανάγκη δημιουργίας πληροφοριακών συστημάτων εντοπισμού, καταγραφής και ανάλυσης ιατρικών λαθών και δυσμενών συμβάντων.
- Στόχος: Να μαθαίνουν τόσο τα συστήματα υγείας όσο και το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό από τα λάθη τους (*learning from errors*)

ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ

- Σε επίπεδο Ευρωπαϊκής Ένωσης η έκταση του προβλήματος των δυσμενών συμβάντων και η συνακόλουθη ανάγκη για ενίσχυση της ασφάλειας των ασθενών αναγνωρίστηκαν επίσημα το 2009 όταν η Ευρωπαϊκή Επιτροπή πρότεινε ένα καλύτερο πλαίσιο για την ασφάλεια των ασθενών
- Σύσταση της 9^{ης} Ιουνίου 2009 του Συμβουλίου της Ευρωπαϊκής Ένωσης *σχετικά με την ασφάλεια των ασθενών συμπεριλαμβανομένης της πρόληψης και του ελέγχου των λοιμώξεων που συνδέονται με την υγειονομική περίθαλψη (μη δεσμευτική για τα κράτη μέλη, αλλά ενδεικτική της σταδιακής επικράτησης του safety culture)*

ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ

- Θέσπιση συστημάτων υποβολής εμπειριστατωμένων εκθέσεων για τα ανεπιθύμητα περιστατικά
- Εντοπισμός έκτασης και αιτιών
- Μάθηση, αποκόμιση διδαγμάτων
- Ανάπτυξη αποτελεσματικών λύσεων και παρεμβάσεων
- *Ενθάρρυνση των εργαζομένων στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης να υποβάλλουν συστηματικά εκθέσεις*
- Δημιουργία ενός διαφανούς, αμερόληπτου και μή κατασταλτικού πλαισίου υποβολής εκθέσεων

ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ

- Διαχωρισμός συστήματος υποβολής εκθέσεων από συστήματα και διαδικασίες πειθαρχικών κυρώσεων
- Διευκρίνιση των νομικών ζητημάτων για την ευθύνη των εργαζομένων στην υγειονομική περίθαλψη.

Ελλάδα: μία πρώτη προσπάθεια

- Το τμήμα Οικονομικής Επιστήμης του Πανεπιστημίου Πειραιώς ανέπτυξε ένα πιλοτικό σύστημα ανίχνευσης, αναφοράς και ανάλυσης ανεπιθύμητων περιστατικών με την ονομασία *MERIS*.
- Δυνατότητα διαδικτυακής υποβολής οικειοθελών αναφορών για ανεπιθύμητα περιστατικά
- Σκοποί συστήματος:
- εμπλουτισμός γνώσεων σχετικά με την ασφάλεια των ασθενών,
- ενθάρρυνση υγειονομικού προσωπικού και πολιτών για την ανάδειξη και αντιμετώπιση των ανεπιθύμητων περιστατικών,

Ελλάδα: μία πρώτη προσπάθεια

- Αναβάθμιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών φροντίδας
- Όχι η αναζήτηση και απόδοση ευθυνών σε μονάδες υγείας και υγειονομικό προσωπικό

Τα παράδειγμα του Ηνωμένου Βασιλείου

- Τα τελευταία χρόνια έχει σημειωθεί αξιοσημείωτη πρόοδος στη βελτίωση της ανοικτής αναφοράς ανεπιθύμητων συμβάντων (open reporting of adverse events)
- Το 2001 ιδρύθηκε ο Εθνικός Οργανισμός για την Ασφάλεια των Ασθενών (National Patient Safety Agency)
- Το 2004 το NPSA δημιούργησε ένα εθνικό σύστημα με στόχο την αναφορά των ιατρικών λαθών και την εξαγωγή συμπερασμάτων/διδασμάτων από αυτά (National Reporting and Learning System (NRLS)).

Τα παράδειγμα του Ηνωμένου Βασιλείου

- Συλλογή πληροφοριών από τα κατά τόπους νοσοκομεία και
- Δυνατότητα των εργαζομένων στο NHS να αναφέρουν περιστατικά που θέτουν σε κίνδυνο την ασφάλεια των ασθενών *ανώνυμα* απευθείας στο σύστημα μέσω μιας διαδικτυακής φόρμας (online).
- Ενθαρρύνεται η αναφορά κάθε περιστατικού συμπεριλαμβανομένων και όσων δεν προκάλεσαν βλάβη στους ασθενείς ή προκάλεσαν ελάχιστο κακό καθώς και των παρ' ολίγον λαθών (near misses)

Τα παράδειγμα του Ηνωμένου Βασιλείου

- Συγκέντρωση πληροφοριών για δυσμενή συμβάντα/έκδοση προειδοποιήσεων προς τις υπόλοιπες νοσοκομειακές μονάδες ώστε να μάθουν από αυτά.
- Πρώτο εξάμηνο εφαρμογής (2003): αναφορά 158 συμβάντων
- 2013: ο αριθμός αυτός ανέβηκε στις περίπου 612.000
- Συμπέρασμα: όχι τρομακτική αύξηση στα ιατρικά λάθη (επιφανειακό), αλλά το γεγονός πως η μη-τιμωρητική αναφορά σφαλμάτων (non-punitive reporting) λειτουργεί στην Αγγλία και το NHS πλέον μαθαίνει από τα λάθη του.

Το παράδειγμα των Η.Π.Α.

- Τα συστήματα ανίχνευσης, καταγραφής και ανάλυσης ιατρικών σφαλμάτων και δυσμενών περιστατικών εκ μέρους των Νοσοκομειακών Μονάδων τείνουν να γίνουν ο κανόνας
- Εδώ και αρκετά χρόνια έχουν αρχίσει να χρησιμοποιούνται από νοσοκομεία σε πολλές πολιτείες (Utah, New York etc) με κάποιες διαφοροποιήσεις ανάμεσά τους.
- Το 2013 προτάθηκε δημόσια στον Πρόεδρο Obama από ειδικούς να καταστεί η αναφορά ιατρικών σφαλμάτων υποχρεωτική.

Το παράδειγμα των Η.Π.Α.

- Παρά την εφαρμογή συστημάτων ανίχνευσης στην Αμερική εδώ και χρόνια δεν τα καταφέρουν όλα τα νοσοκομεία το ίδιο αποτελεσματικά στο να ανιχνεύουν και να καταγράφουν τα ιατρικά σφάλματα
- Αρχίζει να χρησιμοποιείται ένα πολύ εξελιγμένο μέσο ανίχνευσης και καταγραφής το οποίο εντοπίζει 10 φορές περισσότερα λάθη από τα υπόλοιπα συστήματα.
- Institute for Health Improvement
- Global Trigger Tool for Measuring Adverse Events

Προβληματισμοί/Εμπόδια

- Το μεγαλύτερο εμπόδιο παγκοσμίως για την αναφορά των σφαλμάτων και τη μάθηση από αυτά είναι η *ατομοκεντρική προσέγγιση στο λάθος* που επικρατεί σε πολλές χώρες
- *Blame culture*
- Απόδοση προσωπικών-μόνο-ευθυνών/ εξιλαστήρια θύματα
- Το υγειονομικό προσωπικό συχνά φορτώνεται της αδυναμίες ενός ολόκληρου συστήματος/ όχι λόγος απαλλαγής σε ενδεχόμενο δικαστικό αγώνα/ επαγγελματικές, ψυχολογικές,οικονομικές συνέπειες
- Συγκάλυψη λαθών υπό το φόβο της τιμωρίας

Προβληματισμοί/Εμπόδια

- Τα πραγματικά και βαθύτερα αίτια του δυσμενούς συμβάντος (συστημικοί παράγοντες) δεν διερευνώνται, δεν εντοπίζονται και δεν αναλύονται.
- Το Σύστημα Υγείας δεν μαθαίνει από τα λάθη του και δεν διορθώνει τις αδυναμίες του.
- Τα λάθη επαναλαμβάνονται καθώς τα βαθύτερα συστημικά τους αίτια παραμένουν
- Περισσότερα λάθη=περισσότερα έξοδα ,μετακύλιση στις παρεχόμενες υπηρεσίες/ δεν ενισχύεται η ασφάλεια των ασθενών

Προβληματισμοί/Εμπόδια

- Ο βασικός λόγος που σε πολλές χώρες εξακολουθεί να προσεγγίζεται το ιατρικό λάθος με τον τρόπο αυτό είναι το νομικό πλαίσιο της ιατρικής ευθύνης (ευθύνη από πταίσμα)
- Παράδειγμα: στη χώρα μας ποινικοποίηση του ιατρικού λαθους με στόχο: την τιμωρία του θεωρούμενου ως ενόχου, την οικονομική και ψυχική αποζημίωση παθόντος ή συγγενών, χρήση της δίωξης για παραδειγματισμό και συνετισμό όλων των ιατρών/αποτρεπτικός χαρακτήρας (adversarial system)
- Λανθασμένη προσέγγιση, διότι

Προβληματισμοί/Εμπόδια

- Το ανθρώπινο λάθος, εξ ορισμού ακούσιο, δεν είναι εύκολο να «αποθαρρυνθεί» μέσω της αποτρεπτικής λειτουργίας του δικαίου (Alan Merry, Alexander McCall Smith, Errors, Medicine and the Law)
- η ευθύνη εξαρτάται από το αποτέλεσμα μίας πράξης κι όχι από τον επιλήψιμο της χαρακτήρα. Έμφαση δίδεται μόνο όταν προκαλείται θάνατος ή σοβαρή βλάβη. Ένα σύστημα αποτροπής λαθών με τόσο τυχαίες βάσεις είναι απίθανο να λειτουργήσει αποτελεσματικά.

Συμπεράσματα-Προτάσεις

- Τα ιατρικά σφάλματα, ως κατά κύριο λόγο ανθρώπινα λάθη είναι αναπόφευκτα. Πολλά ωστόσο από αυτά οφείλονται σε βαθύτερους συστημικούς παράγοντες και συνθήκες. Αυτά ακριβώς τα σφάλματα και τα δυσμενή συμβάντα είναι εκείνα που μπορούν να προληφθούν/αποτραπούν.
- Αυτό θα γίνει μέσω νομοθετικών παρεμβάσεων που θα παρέχουν κίνητρα (ανωνυμία, απουσία κυρώσεων/τιμωρίας) στο ιατρικό προσωπικό να αναφέρει τα σφάλματα που λαμβάνουν χώρα.
- Είναι επίσης απαραίτητη η ταυτόχρονη δημιουργία συστημάτων καταγραφής και ανάλυσης δυσμενών συμβάντων.

Συμπεράσματα-Προτάσεις

- Συγκρότηση Ειδικών Επιτροπών που θα αναλαμβάνουν τόσο την ενδελεχή ανάλυση των σφαλμάτων όσο και την έκδοση κατευθυντήριων γραμμών/οδηγιών και τη λήψη μέτρων για τη θεραπεία των συστημικών αδυναμιών που εντοπίζονται.
- Με άλλα λόγια, προώθηση του safety culture έναντι του blame culture.
- Ενδεχομένως και μία αλλαγή στο σύστημα ιατρικής ευθύνης σε *no-fault* θα καθιστούσε πιο αποτελεσματικά τα παραπάνω μέτρα μιας και οι ιατροί απαλλαγμένοι από τη «δαμόκλειο σπάθη» μιας πιθανής καταδίκης θα εκθέτουν τα πραγματικά περιστατικά.

Συμπεράσματα-Προτάσεις

- Το σύστημα, τότε, θα επικεντρώνεται στην διόρθωση των αδυναμιών του κι όχι στην αναζήτηση του ενόχου.
- **Τελος**, είναι φανερό πως η λήψη των παραπάνω μέτρων θα έχει θετικές συνέπειες για όλους:
- **Ασθενείς:**ενίσχυση της ασφάλειάς τους και βελτίωση των παρεχόμενων σε αυτούς υπηρεσιών,βελτίωση της υγείας
- **Ιατρικό προσωπικό:** δημιουργία «ασφαλέστερου» εργασιακού περιβάλλοντος χωρίς τον καθημερινό κίνδυνο δυσμενών συμβάντων να ελλοχεύει

Συμπεράσματα-Προτάσεις

- και το ίδιο το Σύστημα Υγείας:περισσότερη διαφάνεια,όχι συγκάλυψη, διόρθωση αδυναμιών,λιγότερα σφάλματα,λιγότερα έξοδα.Συνολική αναβάθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών περίθαλψης.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΩ ΠΟΛΥ!