



ΑΝΟΙΚΤΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΚΥΠΡΟΥ

14^ο ΠΑΓΚΥΠΡΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ

ΤΙΤΛΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ:

Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας: Μύθος ή Πραγματικότητα

Παυλάκης Α. Λέκτορας Ανοικτού Πανεπιστημίου Κύπρου

Διεύθυνση: Οδός Κύκκου, 25, Στρόβολος, 2062 Λευκωσία
Ηλεκτρονική διεύθυνση: a.pavlakis@ouc.ac.cy
Τηλέφωνα: +357 22 411 620 (εργ) +357 99 314 033 (κιν)
Τηλεομοιότυπο: +357 22 411 639



Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας: Μύθος ή Πραγματικότητα

[Την ημέρα που θα δούμε την αλήθεια
και θα σταματήσουμε να μιλάμε,
είναι η μέρα που θ' αρχίσουμε
να πεθαίνουμε.
[Martin Luther King]

«ΟΥ ΔΩΣΩ ΔΕ ΟΥΔΕ ΦΑΡΜΑΚΟΝ ΟΥΔΕΝΙ ΑΙΤΗΘΕΙΣ ΘΑΝΑΣΙΜΟΝ, ΟΥΔΕ ΥΦΗΓΗΣΟΜΑΙ
ΞΥΜΒΟΥΛΙΗΝ ΤΟΙΗΝ ΔΕ ΟΜΟΙΩΣ ΔΕ ΟΥΔΕ ΓΥΝΑΙΚΙ ΠΕΣΣΟΝ ΦΘΟΡΙΟΝ ΔΩΣΩ»

[Απόσπασμα από τον όρκο του Ιπποκράτη]

Αντί προλόγου

Σύμφωνα με κάποιο ανέκδοτο, το αρχαιότερο, ίσως, επάγγελμα είναι η ιατρική και συγκεκριμένα η ειδικότητα της χειρουργικής. Γιατί ακριβώς, αφού η Εύα πλάστηκε από τις πλευρές του Αδάμ, αυτό πραγματοποιήθηκε με χειρουργική επέμβαση. Φυσικά, κάποιοι άλλοι υποστηρίζουν, σύμφωνα πάντα με το εν λόγω ανέκδοτο, ότι πριν την υλοποίηση της πρώτης χειρουργικής επέμβασης, προϋπήρξε το χάος, που αποτελεί κατασκεύασμα κάποιων άλλων, που δεν είναι της παρούσης για να τους ονομάσουμε.

Σε μεταγενέστερο στάδιο, ο Αδάμ και η Εύα – παρόλο που ζούσαν ζωή χαρισάμενη - σύμφωνα με τας γραφάς, υπέπεσαν στο αδίκημα του προπατορικού αμαρτήματος, οποιοδήποτε και αν ήταν αυτό. Ο Θεός, «Παντογνώστης και Πανταχού Παρών και τα Πάντα Πληρών», παρόλο που γνώριζε επακριβώς τι είχαν κάνει τα μοναδικά μέλη του Παραδείσου, εν τούτοις τους φώναξε, τους ρώτησε σχετικά με τα γεγονότα, άκουσε τις απόψεις τους για το όλο θέμα δηλαδή έγινε



κάποιου είδους δίκη. Ακολούθως, ο Θεός επέβαλε την επιβαλλόμενη ποινή. Πλήρης, δηλαδή, εφαρμογή της φυσικής δικαιοσύνης.

Όπως ήταν φυσικό, τα δυο αυτά γεγονότα (ιατρική πράξη και δίκη) σημάδεψαν την πάρα πέρα πορεία του ανθρώπου και στις μέρες μας παρακολουθούμε συχνά να δικάζεται και να καταδικάζεται - εντός και εκτός δικαστηρίων – στα πλαίσια της καθημερινής ιατρικής πράξης, η αμέλεια.

Εισαγωγή

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 ¹.

Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας αφενός παραμένει διαχρονικό ζητούμενο και αφετέρου αποτελεί ένα αμφιλεγόμενο θέμα. Πέραν τούτου τα συστήματα καθώς και οι σχετικές πολιτικές υγείας περιπλέκονται και περιπλέκουν το όλο θέμα όλο και περισσότερο. Παρόλο που οι παρεμβάσεις του κάθε συστήματος παροχής φροντίδας υλοποιούνται με πρόθεση το όφελος του ατόμου και της κοινωνίας γενικότερα, εντούτοις μερικές φορές προκαλείται βλάβη: τα κλινικά λάθη. Με τα λάθη «τραυματίζεται» παράλληλα και η ποιότητα.

Οι συνεχείς εξελίξεις στον τομέα της υγείας σε συνδυασμό με την αλματώδη αύξηση των επενδύσεων, την προοδευτική επικράτηση σε μεγάλο βαθμό των νέων τεχνολογιών, την αύξηση των πόρων – ανθρωπίνων και υλικών- οδηγούν αναπόδραστα σε προβληματισμό

¹ Παυλάκης Α. Νοσηλευτική Φροντίδα και Νομική Ευθύνη των Νοσηλευτών, ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΑ ΧΡΟΝΙΚΑ, Τόμος 1, τεύχος 2 σελ. 24-26, 1992.



των εμπλεκομένων – παροχέων και χρηστών -γύρω από θέματα ποιότητας, χωρίς φυσικά να παραγνωρίζεται η επάρκεια και η ποσότητα των παρεχομένων υπηρεσιών. Επιπρόσθετα, οι χρήστες εκτός από την επάρκεια και την προσβασιμότητα επιζητούν ποιοτική φροντίδα υγείας σε επίπεδο ικανοποίησης και ανταποκρισιμότητας².

Από πολύ ενωρίς, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) καθόρισε ότι η ποιότητα στο χώρο της υγείας περιλαμβάνει διαγνωστικές και θεραπευτικές πράξεις ώστε να διασφαλίζεται το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα³, ενώ το Υπουργείο Υγείας της Αγγλίας απλουστεύοντας την περί ποιότητας στην υγεία έννοια καθόρισε ότι πρέπει “να γίνονται τα σωστά πράγματα, για τους σωστούς ανθρώπους στο σωστό χρόνο”⁴.

Η αναζήτηση της ποιότητας συγκαταλέγεται ανάμεσα στους στόχους των υπηρεσιών υγείας και τείνει να καλύπτει όλο φάσμα τους. Παράλληλα, η ποιότητα συσχετίζεται με το σύστημα υγείας και τους χρήστες γιατί ακριβώς η ποιότητα δεν παρουσιάζεται εν κενώ αφού αφορά, κατά κύριο λόγο, τους επαγγελματίες και τους χρήστες του συστήματος υγείας. Ταυτόχρονα, η ποιότητα στον τομέα υγείας διαφέρει κατά πολύ από την επιζητούμενη ποιότητα σε άλλους είδους υπηρεσίες ή και στο βιομηχανικό πεδίο⁵.

Ο ορισμός της ποιότητας ενέχει τουλάχιστον δύο όψεις, αυτή του πελάτη/χρήστη και αυτή του παραγωγού του προϊόντος ή της

² Κυριόπουλος Γ. Λιονής Χ., Σουλιώτης Κ., Τσάκος Γ.,(2003), *Η Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας, Εκδόσεις Θεμέλιο*

³ WHO (1993) Continuous quality improvement: A proposal national policy, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen

⁴ Department of Health (1998), *A first class service, quality in the NHS*, London The Stationary Office

⁵ Σιγάλας Ι (1999) *Η ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας*, στο «Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας, Νοσοκομείων. Εμπειρίες, Τάσεις και Προοπτικές», Εκδόσεις ΕΑΠ, Πάτρα



υπηρεσίας. Σύμφωνα με την οπτική του πελάτη, η ποιότητα συνδέεται με τις προσδοκίες και την ικανοποίηση, ενώ από την οπτική του παραγωγού συνδέεται με την ποιότητα σχεδιασμού και την ικανότητα της παραγωγικής διαδικασίας να ανταποκριθεί στις προδιαγραφές, οι οποίες έχουν τεθεί στην φάση του σχεδιασμού. Κατά συνέπεια, ο παραγωγός διασφαλίζει κατά την παραγωγική διαδικασία την ύπαρξη χαρακτηριστικών τα οποία σχετίζονται με τις ανάγκες του πελάτη, και για αυτό τον λόγο τελικά η ποιότητα ετεροπροσδιορίζεται και αξιολογείται από τον πελάτη⁶.

Διασαφήνιση ορισμένων όρων

Με βάση τον κυπριακή νομοθεσία:

1. **«ασθενής»** σημαίνει φυσικό πρόσωπο το οποίο πάσχει από οποιαδήποτε ασθένεια ή πάθηση ή κάθε πρόσωπο το οποίο ζητά ή στο οποίο παρέχεται φροντίδα υγείας
2. **«υπηρεσίες υγείας»** σημαίνει κάθε μορφή υπηρεσία υγείας του δημόσιου ή του ιδιωτικού τομέα που παρέχεται σε πρόσωπο υπό την ιδιότητά του ως ασθενή.
3. **«φροντίδα υγείας»** σημαίνει κάθε μορφή ιατρικής, οδοντιατρικής, παραϊατρικής, εργαστηριακής, φαρμακευτικής ή νοσηλευτικής υπηρεσίας για πρόληψη, διάγνωση, θεραπεία ή προαγωγή της υγείας, περιλαμβανομένης και της ψυχικής.
4. **η ιατρική πράξη** κατά τεκμήριο είναι νόμιμη⁷.

Το δικαίωμα θεραπείας

Κάθε ασθενής έχει δικαίωμα καλής ποιότητας φροντίδας υγείας, η οποία να χαρακτηρίζεται τόσο από υψηλά τεχνικά επίπεδα όσο και από την ανθρώπινη σχέση μεταξύ του ασθενούς και του παρέχοντος

⁶ Κωσταγιόλας Π., Καϊτελίδου Δ., Χατζοπούλου Μ. (2007) Βελτιώνοντας την Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας. Αθήνα, Εκδ. Παπασωτηρίου

⁷ Ο περί της Κατοχύρωσης και της Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ασθενών Νόμος του 2005 (Ν. (Ι) του 2005



την φροντίδα υγείας, όπως αρμόζει στις ανάγκες της υγείας του και όπως αυτή παρέχεται εντός ευλόγου χρόνου ανάλογα με τις ανάγκες αυτές. Συνεπώς, με την εισαγωγή κάποιου στο ιατρείο ή στο νοσοκομείο, μεταξύ των άλλων, κυριαρχεί το δικαίωμα θεραπείας⁸.

[Παρενθετικά αναφέρεται ότι το δικαίωμα θεραπείας στο αγγλοσαξωνικό δίκαιο, προήλθε από τη βούληση για την προστασία των χρονίως παραμελημένων ασθενών των ψυχιατρείων.]

Το εν λόγω δικαίωμα, κατά την επιστημονικά τεκμηριωμένη άποψη, εμπεριέχει τις ακόλουθες αρχές:

- Αρχή της αξιοπρέπειας του ατόμου.
- Αρχή της εξατομίκευσης.
- Αρχή της περιοδικής αναπροσαρμογής του θεραπευτικού προγράμματος.
- Αρχή της συμμετοχής του ατόμου στη θεραπεία του.
- Αρχή των ελάχιστων περιοριστικών μέσων.
- Αρχή της προστασίας από βλάβες -σωματικές και ψυχικές.
- Αρχή του ανθρώπινου θεραπευτικού περιβάλλοντος.
- Αρχή της παροχής φροντίδας από προσοντούχους επαγγελματίες υγείας.

Υπό το φως των πιο πάνω είναι έκδηλα κατανοητό ότι η επίτευξη του στόχου «ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας» αφενός δεν είναι εύκολη υπόθεση και αφετέρου αποτελεί συνισταμένη πολλών παραγόντων και παραμέτρων. Στην παρούσα εργασία θα παρατεθούν στοιχεία σε σχέση με τα κλινικά λάθη και την ικανοποίηση των ασθενών

ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Η παροχή υψηλής ποιότητας φροντίδα στους ασθενείς αποτελεί κρίσιμης σημασίας διαχρονικό ζητούμενο και συνεχώς επιτείνεται

⁸ Cohen R., Mariano W. Legal Guidebook in Mental Health, The Free Press N. York 1982



για μια σειρά από λόγους όπως η αναποτελεσματικότητα των υγειονομικών υπηρεσιών, η συνεχής αύξηση του κόστους των υπηρεσιών υγείας χωρίς ανάλογη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών, η άνοδος του μορφωτικού και πολιτισμικού επιπέδου της κοινωνίας και κατ' επέκταση αυξανόμενη απαίτηση για καλύτερη αντιμετώπιση⁹.

Η αναζήτηση της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας έχει, συνήθως, ως σημείο εκκίνησης την απουσία της γιατί ίσως η ποιότητα είναι μια πολυδιάστατη έννοια που δύσκολα ορίζεται. Ίσως γι' αυτό τα τελευταία χρόνια υποστηρίζεται από σχετική βιβλιογραφία ότι η παρεχόμενη φροντίδα δεν είναι ανάλογη της επιστημονικής γνώσης, δεν είναι ασφαλής και δεν αφήνει ικανοποιημένους τους ασθενείς και άλλα συναφή αρνητικά ευρήματα^{10,11,12}. Η ποιότητα και η διασφάλισή της απασχολεί προμηθευτές και καταναλωτές των υπηρεσιών υγείας. Ωστόσο, η διαφορετική αντίληψη της ποιότητας προκαλεί συγκρουσιακές εντυπώσεις και χαρακτηρίζει την ιδιοτυπία της διασφάλισης της στις υγειονομικές υπηρεσίες.

Οι παράγοντες προσδιορισμού της ποιότητας εντοπίζονται στην οργανωτική δομή και διαχείριση των πόρων, στη διαδικασία παραγωγής υπηρεσιών και βαθμό ικανοποίησης ασθενών, στην οργανωτική συμπεριφορά του υγειονομικού προσωπικού και στους μηχανισμούς διαχείρισης πληροφοριών. Οι παράγοντες τεκμηριώνουν ποιοτική υποβάθμιση που οφείλεται στη γραφειοκρατία, στην αρνητική συμπεριφορά των δημόσιων λειτουργών υγείας, στο επιχειρησιακό μοτίβο των ιδιωτικών λειτουργών και στην κατάχρηση του υλικοτεχνικού

⁹ Τούντας Γ. (2003), Η έννοια της ποιότητας στην ιατρική και στις υπηρεσίες υγείας. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 20(5):532-546

¹⁰ Institute of Medicine (2001), *To err is human*. . Washington, National Academy Press

¹¹ Institute of Medicine (2001), *Crossing the quality chasm. A new health System for the 21st century*. Washington, National Academy Press

¹² Murray CGL, Frenk J. (2000), A framework for assessing the performance of health care systems. *Bull. World Health Organ*, 78: 717-730



εξοπλισμού (διαγνωστικού και επεμβατικού). Η υποβάθμιση δημιουργεί, μειωμένη υγειονομική αποτελεσματικότητα, αντιστρόφως ανάλογη οικονομική αποδοτικότητα και χαμηλού επιπέδου κοινωνική ωφελιμότητα του συστήματος

Παράλληλα όμως το θεσμικό πλαίσιο προδιαγράφει έμμεσο παρεμβατισμό στη διασφάλιση της ποιότητας και οι συναφείς νομοθεσίες αναφορικά με την εγγραφή σε μητρώα άσκησης επαγγελμάτων υγείας, την εγκαθίδρυση Οργανισμού Ασφάλισης Υγείας και την προστασία τα δικαιώματα ασθενών αποτελούν τα πρώτα βήματα προς αυτή την κατεύθυνση.

Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας και η ικανοποίηση του χρήστη είναι στενά συνυφασμένες έννοιες και ο όποιος βαθμός ικανοποίησης των χρηστών δεν προέρχεται μόνο από τα αποτελέσματα της θεραπευτικής παρέμβασης αλλά και από συνδυασμό της φύσης και του χαρακτήρα των διαδικασιών που εφαρμόζονται στα πλαίσια της συγκεκριμένης παρέμβασης. Είναι καθόλα αυτονόητο ότι ο χρήστης υπηρεσιών υγείας δεν πρέπει να μένει δυσαρεστημένος ή να αισθάνεται ότι οι ανάγκες και οι επιθυμίες του δεν υπολογίζονται γιατί κάτι τέτοιο έρχεται σε αντίφαση με τις σχετικές διακηρύξεις του ΠΟΥ και σίγουρα αποτελεί δείγμα χαμηλής ποιοτικής φροντίδας.

Η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών αποτελεί ένα οικονομικό «εργαλείο» έρευνας αγοράς στον υγειονομικό τομέα. Στο πλαίσιο αυτό, διεθνώς, διεξάγονται ολοένα και περισσότερες έρευνες ικανοποίησης των χρηστών. Παράλληλα, η μέτρηση της ικανοποίησης των χρηστών χρησιμοποιείται για τη μέτρηση της ποιότητας σε περιπτώσεις που δείκτες ποιότητας, όπως τα ποσοστά θνησιμότητας και έκβασης του επιπέδου υγείας δεν μπορούν ή είναι πολύ δύσκολο να μετρηθούν, όπως για παράδειγμα στην



ανακουφιστική φροντίδα⁽⁶⁾. Οι έρευνες ικανοποίησης συχνά μπορεί να λειτουργήσουν ως μηχανισμοί επισήμανσης προβλημάτων ποιότητας για τους παραγωγούς υπηρεσιών υγείας, σχετικά με τις ανάγκες και τις προσδοκίες των χρηστών. Ερευνητές¹³ τονίζουν τη σημασία των ερευνών μέτρησης της ικανοποίησης των χρηστών για την αύξηση της αποδοτικότητας των παραγωγών στον ιδιωτικό υγειονομικό τομέα. Όσον αφορά στο δημόσιο τομέα των υπηρεσιών υγείας, οι έρευνες ικανοποίησης δύνανται να εκφράσουν την άποψη των χρηστών – πολιτών για την χάραξη, ανάπτυξη και εφαρμογή της πολιτικής υπηρεσιών υγείας¹⁴. Υπό αυτήν την έννοια, οι έρευνες ικανοποίησης αποτελούν μια μορφή λογοδοσίας, ως προς την κοινωνική ευθύνη των παραγωγών υπηρεσιών υγείας¹⁵.

Η ικανοποίηση του ασθενή προσδιορίζεται ως μεταβλητή που επηρεάζει αφενός την αποτελεσματικότητα της φροντίδας και αφετέρου τη συνεργασία αυτών που παρέχουν τη συγκεκριμένη φροντίδα¹⁶. Ως δε ικανοποίηση του χρήστη ορίζεται το σύνολο των προσωπικών εκτιμήσεων στα ερεθίσματα που δέχεται από το περιβάλλον της φροντίδας πριν, κατά τη διάρκεια και αμέσως μετά την παραμονή σε νοσηλευτήριο ή και επίσκεψή του σε μια ιατρική μονάδα¹⁷.

¹³ Evason, E. et Whittington, D. (1997), “Patients’ perceptions of quality in a Northern Ireland hospital trust: a focus group study”, *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 10: 7–19

¹⁴ Pollitt, E. (1989), *Malnutrition and Infection in the Classroom*, New York: UNESCO

¹⁵ Sureshchandar, G. S., Rajendran Ch., Anantharaman R.N. (2001), “A holistic model for total quality service”, *Int. J. of Serv. Ind. Man.*, 12(4): 378-412

¹⁶ Korsch B., Gozzi E., Francis V. (1978), Gaps in doctor – patient communication. Doctor –patient interaction and patient satisfaction. *Paediatrics* 42: 855-871 Nov 1978

¹⁷ Τσελέπη Χ. (2000), *Ικανοποίηση των χρηστών υπηρεσιών υγείας*, στο βιβλίο «Κοινωνικές και Πολιτιστικές Πτυχές της Υγείας και της Αρρώστιας», Εκδόσεις ΕΑΠ, Πάτρα



Όπως παρατίθεται στον πίνακα 1 πιο κάτω, σε κλίμακα από το 1 (πολύ φτωχά) μέχρι το 10 (εξαιρετικά), τα τμήματα εξωτερικών ιατρειών του δημοσίου βαθμολογήθηκαν εξαιρετικά καλά σε όλες τις κατηγορίες το 1996 και το 2002¹⁸, εκτός από την δυνατότητα επιλογής ιατρού. Για παράδειγμα, η γενική εντύπωση για την ποιότητα της φροντίδας στα εξωτερικά ιατρεία βαθμολογήθηκε 8.92 (1996) και 8.5 (2002) για το δημόσιο τομέα και ελαφρώς ψηλότερα για τον ιδιωτικό τομέα που ήταν 9.52 (1996) και 9.4 (2002).

Η μεγαλύτερη διακύμανση μεταξύ δημόσιου και ιδιωτικού τομέα παρουσιάστηκε στη δυνατότητα των ασθενών για επιλογή παροχέων και η σχετική κατάταξη για τον ιδιωτικό τομέα ήταν 9.74 το 1996 και 9.7 το 2002 ενώ τα αντίστοιχα ευρήματα στο δημόσιο τομέα ήταν 7.69 και 7.4.

Ο χρόνος που διατίθεται από τους γιατρούς για τους ασθενείς και για τις σχετικές επεξηγήσεις προς αυτούς αποτελεί πεδίο όπου παρατηρείται χάσμα μεταξύ ιδιωτικού και δημόσιου τομέα.

Πίνακας 1. Εκτιμήσεις της ποιότητας φροντίδας στα εξωτερικά ιατρεία το 1996 και 2002

	1996		2002	
	Δημόσιος τομέας	Ιδιωτικός τομέας	Δημόσιος τομέας	Ιδιωτικός τομέας
Αντιλήψεις για την κλινική ποιότητα				
Αποτελεσματικότητα ιατρικών υπηρεσιών	9.04	9.37	8.55	9.20
Ικανότητα του γιατρού για σωστή διάγνωση και θεραπεία	9.21	9.45	8.90	9.40
Αντιλήψεις για διαπροσωπικά θέματα φροντίδας				

¹⁸ Hsiao W, Jakab M. (July 2003) A study of the costs of the national health insurance scheme. Harvard School of Public Health.



περιλαμβανομένων την επικοινωνία γιατρού-ασθενή και την επιλογή				
Εξηγήσεις από το γιατρό για το ιατρικό πρόβλημα, τις εξετάσεις και τις διαδικασίες	8.73	9.54	8.50	9.50
Αβροφροσύνη και βοηθητικότητα του γιατρού	8.80	9.57	8.70	9.50
Σύνολο χρόνου που διατίθεται από το γιατρό για τον ασθενή	8.62	9.42	8.30	9.30
Δυνατότητα επιλογής γιατρού	7.69	9.74	7.40	9.70
Άλλα				
Καθαρότητα και άνεση στους χώρους αναμονής και εξέτασης	9.08	9.55	8.80	9.60
Γενική εντύπωση του ερωτηθέντα	8.92	9.52	8.50	9.40

Πηγή: Hsiao και Jacob 2003

Πρέπει επίσης να επισημανθεί ότι παρατηρείται μείωση σε όλους τους μέσους όρους των παραγόντων που μελετήθηκαν, αντίστοιχα, στον ιδιωτικό και δημόσιο τομέα. Δηλαδή η χρονική περίοδος μου μεσολάβησε μεταξύ των δυο μετρήσεων δεν βοήθησε στη βελτίωση των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας.

Σε μια άλλη έρευνα¹⁹ που διεξάχθηκε ανάμεσα στους ασθενείς που εισήχθησαν στο Γενικό νοσοκομείο Λευκωσίας κατά την περίοδο Οκτωβρίου-Νοεμβρίου 2004 και αποσκοπούσε στην αξιολόγηση του βαθμού ικανοποίησης των ασθενών στη βάση μιας σειράς παραμέτρων ευγένεια, εξυπηρετικότητα, εμπιστευτικότητα στον χειρισμό προσωπικών στοιχείων, ολική ικανοποίηση, διάθεση για υποστήριξη συγγενών κλπ ως δείκτες για την μέτρηση της ποιότητας

¹⁹ Κατσουρή Κωνσταντίνα (2004), Ικανοποίηση του ασθενή ως δείκτης διασφάλισης της ποιότητας, Αδημοσίευτη μελέτη



της εξυπηρέτησης και φροντίδας των ασθενών που παρέχει το νοσοκομείο (πίνακας 2).

Πίνακας 2

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΔΙΑΦΟΡΩΝ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΩΝ ΑΠΟ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

(1= στον ελάχιστο βαθμό , 5= στο μέγιστο βαθμό)

Υπηρεσία	Μέσος όρος
Προγραμματισμένη εισαγωγή	4,6
Επείγουσα Εισαγωγή	4,5
Σε όλη τη διάρκεια νοσηλείας	4,7
Αξιολόγηση θαλάμων	3,9
Αξιολόγηση γευμάτων	4,2
Επικοινωνία προσωπικού – ασθενών	4,4
Διαδικασία εξιτηρίου	4,3
Αποτελέσματα θεραπείας	4,6



Οι 117 ασθενείς που εισήχθησαν για νοσηλεία στον παθολογικό, χειρουργικό, ορθοπεδικό, καρδιολογικό και νεφρολογικό θάλαμο και συμπλήρωναν αυτοχορηγούμενο ερωτηματολόγιο. Τα ευρήματα τεκμηριώνουν πλήρως την ικανοποίηση των Κυπρίων ασθενών από την φροντίδα που έτυχαν στο γενικό νοσοκομείο Λευκωσίας κατά την πιο πάνω περίοδο. Συγκεκριμένα, οι πιο πολλοί ασθενείς αξιολόγησαν πολύ ψηλά τις παρεχόμενες υπηρεσίες και απτή απόδειξη είναι οι μέσοι όροι των διάφορων παραμέτρων που εκτίθενται στον πίνακα 2.

ΚΛΙΝΙΚΑ ΛΑΘΗ

Η «ιατρική (κλινική) αμέλεια» είναι ένας φορτισμένος συναισθηματικά όρος τόσο για τους ασθενείς όσο και για τους γιατρούς και άλλους επαγγελματίες υγείας²⁰. Οι υπόλοιποι από τους εμπλεκόμενους (δικαστές, δικηγόροι) πρέπει να παρουσιάζουν λιγότερη συναισθηματική φόρτιση σχετικά με το «σωστό» και το «λάθος» ενός ιατρικού ατυχήματος. Λάθη γίνονται σε όλο το στάδιο της επαγγελματικής ζωής. Μερικά είναι αποτέλεσμα αμέλειας, τα πλείστα δεν είναι, μερικά προκαλούν κάποιου είδους βλάβη, πιθανόν τα περισσότερα δεν προκαλούν.

Αναγνωρίζεται ότι ορισμένα ατυχήματα είναι αναπόφευκτα και όντως ορισμένα πάντα θα παρουσιάζονται λόγω επίδειξης αδιαφορίας ή απουσία επαγγελματισμού. Παράλληλα όμως, με την αγωγή για τη βλάβη δεν προσδιορίζονται τα ατυχήματα που αποδίδονται σε «**οργανωτικά λάθη**» ή στις μεθόδους παροχής φροντίδας υγείας

²⁰ Jones M, Medical Negligence, Sweet & Maxwell, London 1996



που βάζουν στην ίδια μοίρα τη μείωση των δαπανών με την αποτελεσματικότητα, καταλήγοντας σε -

- Ø υπερκόπωση προσωπικού,
- Ø ανεπαρκή μέτρα ασφαλείας, και
- Ø έμφαση στην ποσότητα σε βάρος της ποιότητας

Αναφέρθηκε πιο πάνω ότι τα λάθη είναι ανθρώπινα και πάντα θα παρουσιάζονται, που είναι αλήθεια, αλλά ο ασθενής που υπέστη τη βλάβη δικαιούται πληροφόρησης και απολογίας και να ικανοποιηθεί από τη λήψη μέτρων για αποφυγή επανάληψη του λάθους στο μέλλον. Συνεπώς, η πληροφόρηση και η λογοδοσία αποτελούν βασικά στοιχεία των αναγκών των θυμάτων ιατρικού λάθους και είναι σημαντικά, τουλάχιστον, όσο και η αποζημίωση.

Αύξηση περιστατικών αμέλειας (:)

Φαίνεται ότι τα τελευταία είκοσι χρόνια οι περιπτώσεις αμέλειας παρουσιάζουν σταθερή αυξητική τάση, σε ολόκληρο τον κόσμο. Παρόλο όμως της αυξητικής τάσης, που έχει επισημανθεί, από τους αρμόδιους φορείς παροχής υπηρεσιών σε πολλές χώρες, εν τούτοις τα όποια μέτρα και αν έχουν ληφθεί, δεν ήταν τόσο αποτελεσματικά ώστε είτε να μειώσουν τα φαινόμενα ιατρικής αμέλειας είτε, τουλάχιστον, ανακόψουν την ανοδική τους τάση.

Για παράδειγμα στην Αγγλία²¹ μεταξύ των ετών 1990 και 2003 παρατηρείται ότι οι καταβολές για αποζημιώσεις σχεδόν δεκαπλασιάστηκαν σε μέσα σε δέκα χρόνια (πίνακας 3), ενώ παράλληλα παραμένουν σε εκκρεμότητα (το 2003) 12.173 υποθέσεις (πίνακας 4), ενώ μεταξύ των ετών 1998 και 2003 οι πρόνοιες για κλινική αμέλεια αυξήθηκαν από 2,3 σε 5,89 δις στερλίνες (πίνακας 5).

²¹ NHS National Accounts 2001-2003, The Stationery Office, April 2004



Πίνακας 3.

Αριθμός αγωγών και ύψος αποζημιώσεων

Έτος	Αριθμός απαιτήσεων	Αποζημιώσεις (σε εκατ. στερλίνες)
1990-91	1618	53
1991-92	1751	51
1992-93	1738	45
(Ενιαία αντιμετώπιση αγωγών)		
2001		415
2002		446
2003		446

Πίνακας 4

Αριθμός δικαστικών αγωγών²⁰

Εκκρεμείς υποθέσεις 2002	7.628
Νέες περιπτώσεις 2003	10.582
Δικασμένες 2003	6.038
Εκκρεμείς υποθέσεις 2003	12.173

Ίσως, λόγω της πολυπλοκότητας της ανθρώπινης φύσης, της ασθένειας, της ιατρικής πράξης, των επί μέρους λειτουργικών προβλημάτων του κάθε εθνικού συστήματος υγείας καθώς και της εμπλοκής ουκ ολίγων άλλων επαγγελματιών υγείας σε μια συγκεκριμένη περίπτωση, το όλο πρόβλημα οξύνεται συνεχώς.

Πίνακας 5

Προϋπολογισμός δαπανών για ιατρική αμέλεια²⁰

Έτος	Ύψος πρόνοιας
------	---------------



	(σε δις στερλίνες)
1998	2,31
1999	3,16
2000	3,90
2001	4,38
2002	5,25
2003	5,89

Μελέτη που διεξάχθηκε στην Αγγλία έδειξε ότι τη δεκαετία του 90 το κόστος της ιατρικής αμέλειας αυξανόταν 7% ετησίως.²²

Παρομοίως, αλλά αντίπερα του Ατλαντικού, το Αμερικάνικο Ιατρικό Ινστιτούτο²³ επισημαίνει ότι οι φορολογούμενοι πληρώνουν ετησίως 37 δις δολάρια για ιατρική αμέλεια και σχεδόν τα μισά από αυτά δαπανούνται για ιατρική περίθαλψη ατόμων τα οποία έχουν ανάγκη ιατρικής περίθαλψης ένεκα ιατρικών λαθών. Σύμφωνα πάντα με το ίδιο Ινστιτούτο κάθε χρόνο πεθαίνουν πέραν των 100 χιλιάδων ατόμων από αποτρέψιμα ιατρικά λάθη.

Σύμφωνα με το αμερικάνικο Ίδρυμα Henry J. Kaiser Family οι θάνατοι από ιατρική αμέλεια συγκαταλέγονται μεταξύ της πέμπτης και όγδοης αιτίας θανάτου στις ΗΠΑ, ενώ ερευνητές αναφέρουν ότι ποσοστό 5-10% όλων των ασθενών που εισάγονται στα νοσοκομεία θα πέσουν θύμα ιατρικής αμέλειας. Το εύρημα αυτό δεν πρέπει να ξενίζει αφού ο αριθμός των θανάτων είναι ήδη αρκετά μεγάλος, όπως έχει ήδη αναφερθεί ενώ, ετησίως, δυο εκατομμύρια ασθενείς μολύνονται στα νοσοκομεία.²⁴

²² Fenn P, Rickman N, Gray A, Diacon S, Hodges R. Current cost of medical negligence in NHS hospitals: analysis of a claims database. *BMJ* 2000; 320: 1567-1571

²³ <http://www.iom.edu/Object.File/Master>

²⁴ http://www.personalinjuryfyi.com/medical_malpractice.html



Στην Ελλάδα²⁵ δεν υπάρχουν επαρκή στοιχεία που να καθορίζουν επακριβώς το πρόβλημα. Σύμφωνα όμως με την παρατηρούμενη αυξητική τάση των αγωγών εναντίον γιατρών και νοσηλευτηρίων για ιατρικά λάθη και τις συναφείς αρκετά μεγάλες αποζημιώσεις που επιδικάστηκαν το μέγεθος του προβλήματος δεν είναι καθόλου ευκαταφρόνητο. Τηρουμένων των αναλογιών τα ίδια παρατηρούνται και στην Κύπρο

Τέλος, αξίζει να αναφερθεί ότι στην Αγγλία και στις ΗΠΑ καθώς και σε άλλες χώρες ιδρύθηκαν εθελοντικοί σύνδεσμοι προστασίας των θυμάτων ιατρικής αμέλειας και παράλληλα, εξειδικευμένα νομικά γραφεία σε ολόκληρο τον κόσμο αναλύουν (στην ουσία διαφημίζουν), μέσω του διαδικτύου, τις ικανότητες του προσωπικού τους στις υποθέσεις ιατρικής αμέλειας. Τα δυο αυτά στοιχεία, εκτός των άλλων, επισημαίνουν ότι το όλο θέμα πρέπει να τεθεί σε τροχιά αντιμετώπισης.

Ευρωβαρόμετρο

Παρενθετικά, συγκριτικά και για απλή ενημέρωση ίσως αξίζει να αναφερθεί ότι σύμφωνα με το ειδικό Ευρωβαρόμετρο για την υγεία των ενηλίκων στην ΕΕ-15²⁶ που δημοσιεύθηκε το Δεκέμβριο του 2003, οι πιο πολλοί ευρωπαίοι πολίτες, πέραν των 15 χρονών, θεωρούν τους εαυτούς τους υγιείς και μόνο το 5.7% θεωρούν τους εαυτούς τους υγιείς ότι έχουν κακή ή πολύ κακή υγεία. Ποσοστό 25.3% αναφέρει χρόνιο νόσημα, και το 26.3% έχει κινητικές

²⁵ Ταραμπέ Μ., Σταμουλόπουλος Β., Τσαγκαράκης Μ., Οι οικονομικές επιπτώσεις του ιατρικού σφάλματος, www.iatrikionline.gr/IB_103/08-ΕΡΙΚΑΙΡΟΤΗΤΑ_ΤΖΑΓΑΡΑΚ ΙΑΤΡΙΚΟ ΒΗΜΑ σελ 40-44, Απρίλιος – Μάιος 2006

²⁶ Special Eurobarometer 183-7/Wave 58.2 – European Opinion Research Group
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ 17
Ανδρέας Παυλάκης



δυσκολίες ενώ το 6.2% από αυτούς έχει σοβαρές κινητικές δυσκολίες.

Πρέπει να επισημανθεί ότι, αναμφίβολα, τα συστήματα υγείας συμβάλλουν στη διατήρηση της καλής υγείας του πληθυσμού αλλά παράλληλα όμως, αυτά τα ίδια συστήματα υγείας ευθύνονται για ιατρικά λάθη προκαλώντας θανάτους, αναπηρίες ενώ παράλληλα εντρυφά φόβος και ανασφάλεια ανάμεσα στους ευρωπαίους πολίτες για το αναμενόμενο και για πολλούς ευρωπαίους αναπόφευκτο ιατρικό λάθος.

Τα πιο πάνω επιβεβαιώνονται με τα ευρήματα του Ειδικού Ευρωβαρομέτρου για τα Ιατρικά Λάθη (Ιανουάριος 2006)²⁷. Η εν λόγω έρευνα διεξάχθηκε στο δεύτερο ήμισυ του 2005 στα 25 Κράτη - Μέλη της ΕΕ και στα υπό ένταξη κράτη. Σύμφωνα, με την έκδοση αυτή οι παρεμβάσεις στη φροντίδα υγείας έστω και αν αποσκοπούν στη βελτίωση της κατάστασης των ασθενών μερικές φορές τους προκαλούν βλάβη. Τα λάθη στα πλαίσια της ιατρικής φροντίδας μπορεί να παρουσιαστούν οπουδήποτε στο σύστημα υγείας από το νοσοκομείο έως την καθυστερημένη παράδοση αποτελεσμάτων εργαστηριακών εξετάσεων.

Σκοπός της έρευνας ήταν η μελέτη της γενικής αντίληψης για τι ιατρικό λάθος, της εμπειρίας ιατρικού λάθους και των συναφών πρακτικών συνεπειών και κατά συνέπεια η Ευρωπαϊκή Επιτροπή διερευνά για πρώτη φορά σε ευρωπαϊκό επίπεδο τα συστήματα περίθαλψης καθώς και την εμπιστοσύνη των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας. Εξάλλου τα ιατρικά λάθη διενεργούνται στα πλαίσια της δομής και της οργάνωση των υπηρεσιών υγείας μιας χώρας.

Γενικά, βρέθηκε ότι:

²⁷ Special Eurobarometer 241/Wave 64.1& 64.3 – TNS Opinion & Social
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
Ανδρέας Παυλάκης



1. Σχεδόν 4 στους 5 Ευρωπαίους πολίτες (78%) θεωρούν τα ιατρικά σφάλματα σαν σοβαρό πρόβλημα στην χώρα τους.
2. Ποσοστό 78% των Ευρωπαίων πολιτών αναφέρουν ότι έχουν συχνά ακούσει ή διαβάσει για τα ιατρικά σφάλματα.
3. το 23% των Ευρωπαίων πολιτών βίωσε οικογενειακή εμπειρία σοβαρού ιατρικού λάθους ενώ το 18% δηλώνει σοβαρό ιατρικό λάθος στο περιβάλλον του Νοσοκομείου και το 11% δηλώνει σοβαρό σφάλμα στη χορήγηση φαρμάκων.
4. Οι Ευρωπαίοι εμπιστεύονται αφενός τους επαγγελματίες υγείας [οδοντίατροι (74%), γιατροί (69%) και παραϊατρικό προσωπικό (αδόκιμος όρος) (68%)] ότι δε θα κάνουν κάποιο ιατρικό λάθος που θα τους βλάψει, αλλά αφετέρου δεν εμπιστεύονται τα συστήματα υγείας σε σχέση με την παροχή ποιοτικής φροντίδας.
5. Σχεδόν οι μισοί Ευρωπαίοι (48%) πιστεύουν ότι πιθανόν να αντιμετωπίσουν σοβαρό ιατρικό λάθος σε νοσοκομείο λόγω ιατρικού ή και άλλου προσωπικού, ενώ ποσοστό 43% διακατέχεται ανησυχία ότι θα υποφέρει από σοβαρό ιατρικό λάθος.
6. Περισσότεροι από τους μισούς Ευρωπαίους πιστεύουν ότι οι ασθενείς των νοσοκομείων δεν μπορούν αποφύγουν τα σοβαρά ιατρικά λάθη.

Ευρωβαρόμετρο. Γενικότερες συγκρίσεις

Οι Κύπριοι με μεγάλο ποσοστό (85%) που δεν απέχει και πάρα πολύ από το μέσο όρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ-25 =78%) πιστεύουν ότι τα ιατρικά λάθη συνιστούν σοβαρό πρόβλημα για την Κύπρο και αυτό επιβεβαιώνεται τόσο από την ανησυχία τους (53%) (ΕΕ-25 =40%) ότι θα βιώσουν κάποιο ιατρικό λάθος, ενώ το 66% (ΕΕ-25 =47%) των Κυπρίων πιστεύει ότι οι ασθενείς στα νοσοκομεία πρέπει να ανησυχούν για ιατρικά λάθη (πίνακας 6).



Επιπρόσθετα, οι Κύπριοι (70%) και οι Έλληνες (75%) με μεγάλη απόκλιση από το την ΕΕ-25 (47%) πιστεύουν ότι υπάρχει μεγάλη πιθανότητα να διαπραχθεί ιατρικό λάθος σε νοσοκομείο.

Τα πιο πάνω ευρήματα δεν πρέπει να ξενίζουν αφού σχεδόν εννέα στους δέκα δηλώνουν ότι διαβάζουν ή και ακούν για ιατρικά λάθη. Το ποσοστό αυτό είναι σχεδόν το ίδιο με το αντίστοιχο ελληνικό αλλά ψηλότερο από το μέσο ευρωπαϊκό όρο (78%). Αν συγκριθούν με βάση τη συχνότητα (συχνά ή μερικές φορές), οι Έλληνες ενημερώνονται συχνά για ιατρικά λάθη με μεγαλύτερο ποσοστό (61%) έναντι των Κυπρίων (45%).

Ένας στους πέντε (22%) Κυπρίους είχε προσωπική εμπειρία ιατρικού λάθους σε νοσοκομείο ενώ σχεδόν ένας στους δέκα (9%) πήρε λάθος φάρμακο συνταγογραφημένο από γιατρό. Τα αντίστοιχα ποσοστά για την Ελλάδα είναι 13% και 9%.

Τα πιο πάνω ποσοστά τόσο σε σχέση με την ενημέρωση όσο και σχέση με την προσωπική εμπειρία για ιατρικό λάθος είναι αρκετά ψηλά αν λάβουμε υπόψη ότι δεν παρατηρούνται ή τουλάχιστον δε δημοσιοποιούνται συχνά τέτοια φαινόμενα. Ενώ παράλληλα, οι σχετικές δικαστικές αποφάσεις δεν τεκμηριώνουν κάτι τέτοιο, τουλάχιστον σε επίπεδο εμφάνισης περιπτώσεων.

Όπως ήταν αναμενόμενο λιγότεροι από το ένα τρίτο έχει εμπιστοσύνη στους επαγγελματίες υγείας (γιατροί, οδοντίατροι, παραϊατρικό προσωπικό) που αποτελεί περίπου το μισό ποσοστό από το αντίστοιχο της ΕΕ – 25, αλλά σχεδόν είναι το ίδιο με το αντίστοιχο Ελληνικό.

Τέλος, οι Κύπριοι (29%) κατατάσσονται στη 19^η θέση από όλους τους Ευρωπαίους που πιστεύουν ότι είναι πιθανόν να αποφευχθεί



ιατρικό λάθος σε νοσοκομείο, ενώ οι Έλληνες (38%) κατέλαβαν τη 16^η θέση, με πρώτη τη Δανία αφού επτά στους δέκα Δανούς πιστεύει ότι είναι πιθανόν να αποφευχθεί σοβαρό ιατρικό λάθος στο νοσοκομείο. Στον πίνακα 6 πιο κάτω παρατίθενται αναλυτικά οι τοποθετήσεις, επί των ερωτήσεων του ερωτηματολογίου, των Κυπρίων, των Ελλήνων, των Ευρωπαίων πολιτών (μέσος όρος) και των πολιτών της χώρας με το ψηλότερο ποσοστό για την κάθε ερώτηση.

Πίνακας 6

Απόψεις πολιτών Κύπρου, Ελλάδας και Μ.Ο. χωρών ΕΕ25 για τα ιατρικά λάθη

Ερώτηση	ΕΕ25 %	ΚΥΠΡΟΣ %	ΕΛΛΑΔΑ %	Χώρα με ψηλότερο %
Σημαντικότητα ιατρικών λαθών	78	85 (67*)	86	Ιταλία (97%)
Ανησυχία για βίωση ιατρικού λάθους	40	53 (53*)	70	Λιθουανία (70%)
Ανησυχία για ιατρικό λάθος σε νοσοκομείο	47	66 (54*)	75	Ελλάδα (75%)
Πιθανότητα ιατρικού λάθους σε νοσοκομείο	47	66 (54*)	75	Λεττονία (83%)
Ενημέρωση για ιατρικά λάθη [Συχνά]	34	45 (35*)	61	Ελλάδα (61%)
Ενημέρωση για ιατρικά λάθη [μερικές φορές]	44	44 (36*)	29	Ιταλία (40%)



Πίνακας 6(συν)				
Ερώτηση	ΕΕ25 %	ΚΥΠΡΟΣ %	ΕΛΛΑΔΑ %	Χώρα με ψηλότερο %
Εμπειρία ιατρικών λαθών [σε νοσοκομείο]	18	22 (20*)	13	Λετονία (32%)
Εμπειρία ιατρικών λαθών [φάρμακο από γιατρό]	11	9 (16*)	9	Λετονία (23%)
Εμπιστοσύνη (στους γιατρούς)	69	28 (41*)	25	Βέλγιο (85%)
Εμπιστοσύνη (στους οδοντιάτρους)	74	30 (38*)	35	Βέλγιο (90%)
Εμπιστοσύνη (στο παραϊατρικό προσωπικό)	68	27 (33*)	24	Βέλγιο (86%)
Αποφυγή ιατρικού λάθους σε νοσοκομείο	40	29 (35*)	38	Δανία (70%)

(*) Οι αριθμοί στις παρενθέσεις αναφέρονται στους Τουρκοκύπριους

Πηγή: Special Eurobarometer 241/Wave 64.1& 64.3 – TNS Opinion & Social

[Σημ.: Γνωστού όντος ότι η ΕΕ θέτει ψηλά επίπεδα και απαιτήσεις στη διεξαγωγή τέτοιων ερευνών θεωρήθηκε περιττή καθώς και αφόρητη τυπολατρία η παράθεση της μεθοδολογίας και άλλων συναφών λεπτομερειών. Απλώς αναφέρεται ότι ήταν παγκύπρια κάλυψε τις περιοχές που ελέγχονται από την Κυπριακή Δημοκρατία καθώς και τις υπό τούρκικη κατοχή περιοχές της Κύπρου.]



Κυπριακή πραγματικότητα

Στους πίνακες που ακολουθούν πιο κάτω παρατίθενται αναλυτικά οι τοποθετήσεις, επί των ερωτήσεων του ερωτηματολογίου, των Κυπρίων πολιτών.

Συγκεκριμένα παρατίθενται οι σχετικές απόψεις των Κυπρίων, κατά φύλο και κατά ηλικιακή ομάδα, για ευρύ πεδίο θεμάτων γύρω από τα κλινικά λάθη και ειδικότερα σχετικά με:

- Τη συχνότητα που άκουσαν ή διάβασαν για κλινικά λάθη,
- τη σημαντικότητα του φαινομένου,
- την εμπιστοσύνη που έχουν προς τους επαγγελματίες υγείας,
- τη βίωση – προσωπικά ή μέλος της οικογένειας – κλινικού λάθους,
- την πιθανότητα ένας ασθενής να βιώσει ή να αποφύγει ιατρικό λάθος σε νοσηλευτήριο,
- την ανησυχία τους, γενικά, βίωσης κλινικού λάθους,
- την προσδοκία τους για ανησυχία των ασθενών των νοσηλευτηρίων βίωσης κλινικού λάθους

Πίνακας 7

Ποσοστό ατόμων που άκουσαν ή διάβασαν για ιατρικά λάθη κατά φύλο και κατά ηλικία

n=502

Φύλο	Συχνά	Μερικές φορές	Σπάνια	Ποτέ	ΔΞ	Σύνολο
Άνδρες	19,5	18,7	4,4	0	0,2	42,8
Γυναίκες	25,7	25,5	5,8	0,2	0	57,2
Ηλικιακές ομάδες						



15-24 χρ	4,6	5,6	3,4	0	0,2	
25-39 χρ	10,2	9	2,4	0	0	
40-54 χρ	11,4	13,3	1,8	0	0	
55+ χρ	19,1	16,3	2,6	0,2	0	

Πίνακας 8

**Σημαντικότητα ιατρικών λαθών κατά φύλο
και κατά ηλικία**

Φύλο	Σημαντικό	Αρκετά σημαντικό	Όχι πολύ σημαντικό	Καθόλου	ΔΞ
Άνδρες	17,9	16,1	7,4	1,2	0,2
Γυναίκες	24,9	25,3	6,8	0	0,2
Ηλικιακές ομάδες					
15-24 χρ	7,0	5,2	0,8	0,6	0,2
25-39 χρ	10,8	7,6	3,2	0	0
40-54 χρ	11,0	12,4	2,8	0,4	0
55+ χρ	14,1	16,3	7,4	0,2	0,2



Πίνακας 9

Εμπιστοσύνη του κοινού προς τους **γιατρούς** ότι δε θα κάνουν λάθος που θα προκαλέσει βλάβη κατά φύλο και κατά ηλικιακή ομάδα (%)

n=502

Φύλο	Πολύ σίγουρος	Αρκετά σίγουρος	Όχι πολύ σίγουρος	Καθόλου σίγουρος	ΔΞ
Άνδρες	3	10,8	19,7	8,2	1,2
Γυναίκες	2	10,6	33,1	10	1,6
Ηλικιακές ομάδες					
15-24 χρ	0,8	3,8	5,8	2,6	0,8
25-39 χρ	1,0	5,2	11,6	3,6	0,2
40-54 χρ	1,4	5,2	14,5	4,6	0,8
55+ χρ	1,8	7,2	20,9	7,4	1

Πίνακας 10

Εμπιστοσύνη του κοινού προς **το άλλο προσωπικό** ότι δε θα κάνουν λάθος που θα προκαλέσει βλάβη κατά φύλο και κατά ηλικιακή ομάδα (%)

n=502

Φύλο	Πολύ σίγουρος	Αρκετά σίγουρος	Όχι πολύ σίγουρος	Καθόλου σίγουρος	ΔΞ
Άνδρες	4	8,4	21,5	7,4	1,6
Γυναίκες	2	11,4	32,9	9,4	1,6



Ηλικιακές ομάδες					
15-24 χρ	0,8	2,8	6,6	2,8	0,8
25-39 χρ	0,8	5	11,8	3,8	0,2
40-54 χρ	1,6	5,8	14,7	3,6	0,8
55+ χρ	2,8	6,2	21,3	6,6	1,4

Πίνακας 11

Εμπιστοσύνη του κοινού προς τους οδοντίατρους ότι δε θα κάνουν λάθος που θα προκαλέσει βλάβη κατά φύλο και κατά ηλικιακή ομάδα (%)

n=502

Φύλο	Πολύ σίγουρος	Αρκετά σίγουρος	Όχι πολύ σίγουρος	Καθόλου σίγουρος	ΔΞ
Άνδρες	2,8	10,4	20,3	7,2	2,2
Γυναίκες	1,6	13,7	29,5	9,2	3,2
Ηλικιακές ομάδες					
15-24 χρ	0,6	4,6	4,8	2,4	1,4
25-39 χρ	1	4,8	11,6	3,4	0,8
40-54 χρ	0,6	6,4	14,7	13,5	1,2
55+ χρ	2,2	8,4	18,7	7	2



Πίνακας 11

Εμπιστοσύνη του κοινού προς τους λειτουργούς υγείας ότι
δε θα κάνουν λάθος που θα προκαλέσει βλάβη κατά φύλο
και κατά κατηγορία επαγγελματιών υγείας (%)
(Συνοπτική παρουσίαση)

Εμπιστοσύνη	Γιατροί		Οδοντίατροι		Νοσηλευτές κ.α	
	Α	Γ	Α	Γ	Α	Γ
Πολύ σίγουρος	3	2	2,8	1,6	4	2
Αρκετά σίγουρος	10,8	10,6	10,4	13,7	8,4	11,4
Όχι πολύ σίγουρος	19,7	33,1	20,3	29,5	21,5	32,9
Καθόλου σίγουρος	8,2	10	7,2	9,2	7,4	9,4
Δεν ξέρω	1,2	1,6	2,2	3,2	1,6	1,6

Πίνακας 13

Βίωση (προσωπικά ή μέλος της οικογένειας) σοβαρού
ιατρικού λάθους σε νοσοκομείο κατά φύλο και ηλικιακή
ομάδα
(%)

n=502

Φύλο	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΔΞ
Άνδρες	10	32,9	0



Γυναίκες	12,4	44,6	0,2
Ηλικιακές ομάδες			
15-24 χρ	1,6	12,2	0
25-39 χρ	6,4	14,9	0,2
40-54 χρ	6,2	20,3	0
55+ χρ	8,2	30,1	0

Πίνακας 14

Βίωση (προσωπικά ή μέλος της οικογένειας) σοβαρού ιατρικού λάθους λόγω λανθασμένης συνταγογράφησης φαρμάκου κατά φύλο και ηλικιακή ομάδα (%)

n=502

Φύλο	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΔΞ
Άνδρες	4	38,4	0,4
Γυναίκες	5,4	51,6	0,2
Ηλικιακές ομάδες			
15-24 χρ	0,6	12,9	0,2
25-39 χρ	3	18,3	0,2
40-54 χρ	2,6	23,9	0
55+ χρ	3,2	34,9	0,2



Πίνακας 15

**Πιθανότητα ιατρικού λάθους σε νοσοκομείο λόγω
λανθασμένων χειρισμών των επαγγελματιών υγείας κατά
φύλο και κατά ηλικιακή ομάδα (%)**

Φύλο	Πολύ πιθανό	Αρκετά πιθανό	Όχι πολύ πιθανό	Καθόλου πιθανό	ΔΞ
Άνδρες	12,7	15,3	13,3	1,2	0,2
Γυναίκες	16,5	25,5	13,9	0,4	0,8
Ηλικιακές ομάδες					
15-24 χρ	4,4	4,2	4,2	0,8	0,2
25-39 χρ	8	7,8	5,6	0	0,2
40-54 χρ	7,4	12,5	6,2	0,4	0
55+ χρ	9,6	16,3	11,4	0,4	0,6

Πίνακας 16

**Πιθανότητα αποφυγής ιατρικού λάθους σε νοσοκομείο
κατά φύλο και κατά ηλικιακή ομάδα (%)**

Φύλο	Πολύ πιθανό	Αρκετά πιθανό	Όχι πολύ πιθανό	Καθόλου πιθανό	ΔΞ
Άνδρες	4,4	10,8	19,1	6,8	1,8



Γυναίκες	3,2	12,5	25,3	13,1	3
Ηλικιακές ομάδες					
15-24 χρ	1,6	2,4	5,6	3,2	1
25-39 χρ	1	5,4	10,6	3,8	0,8
40-54 χρ	1,4	7	11,6	5,6	1
55+ χρ	3,6	8,6	16,7	7,4	2

Πίνακας 17

**Προσωπική ανησυχία για βίωση ιατρικού λάθους
κατά φύλο και κατά ηλικιακή ομάδα (%)**

Φύλο	Πολύ ανήσυχος	Αρκετά ανήσυχος	Όχι πολύ ανήσυχος	Καθόλου ανήσυχος	ΔΞ
Άνδρες	7,8	11,4	17,3	5,4	1
Γυναίκες	13,7	21,1	19,1	3,2	0
Ηλικιακές ομάδες					
15-24 χρ	2,6	4	5	2	0,2
25-39 χρ	5,4	6,8	7,8	1,4	0,2
40-54 χρ	5,4	9,4	10	1,6	0,2
55+ χρ	8,2	12,4	13,7	3,6	0,4

Πίνακας 18



**Ανησυχία ασθενών των νοσηλευτηρίων για βίωση ιατρικού
λάθους κατά φύλο και κατά ηλικιακή ομάδα (%)**

Φύλο	Πολύ ανήσυχος	Αρκετά ανήσυχος	Όχι πολύ ανήσυχος	Καθόλου ανήσυχος	ΔΞ
Άνδρες	11,6	14,7	14,7	1,4	0,4
Γυναίκες	17,9	21,7	16,9	0,2	0,4
Ηλικιακές ομάδες					
15-24 χρ	5,4	3,6	4,2	0,2	0,4
25-39 χρ	7,2	7,8	6,4	0,2	0
40-54 χρ	7	10,4	9	0,2	0
55+ χρ	10	14,7	12,2	1	0,4

Γενικά μπορεί να λεχθεί ότι οι Κύπριοι δεν είναι ευχαριστημένοι από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας – δεν είναι διασαφηνισμένο αν οι αναφορές είναι για το δημόσιο ή και τον ιδιωτικό τομέα. Ως γνωστό στην Κύπρο δεν έχει εφαρμοσθεί σύστημα υγείας - καθολικής κάλυψης του πληθυσμού. Σε γενικές γραμμές, οι σχετικές απόψεις των Τουρκοκυπρίων ταυτίζονται με αυτές των Ελληνοκυπρίων, με κάποιες διαφοροποιήσεις ως προς τα ποσοστά. Πέραν τούτου δεν υπάρχουν σαφείς και επαρκείς πληροφορίες για το εν γένει σύστημα υπηρεσιών υγείας στις κατεχόμενες από τον τούρκικο στρατό περιοχές της Κυπριακής Δημοκρατίας.

Μιλώντας για Κυπριακή πραγματικότητα πρέπει να επισημανθεί ότι για πρώτη φορά στα χρονικά της Κυπριακής Δικαιοσύνης δύο γιατροί κρίθηκαν από ποινικό δικαστήριο ένοχοι για ιατρική αμέλεια και θεωρήθηκαν υπεύθυνοι για το ενδεχόμενο πρόκλησης θανάτου ενός



έφηβου²⁸. Αξίζει να σημειωθεί ότι οι δυο γιατροί καταδικάστηκαν με βάση τα άρθρα 210 και 236 (ε) του Ποινικού Κώδικα, ο ένας σε διετή φυλάκιση με τριετή αναστολή και ο άλλος σε χρηματική ποινή ύψους 2000 λιρών.²⁹ Οι γονείς του παιδιού και οι καταδικασθέντες εφεσίβαλαν την σχετική απόφαση. Τελικά, το εφετείο απάλλαξε τους γιατρούς.

Ο δικαστής στην απόφαση του, ανάμεσα σε άλλα επισημαίνει ότι: «η κυπριακή νομολογία είναι πολύ φτωχή σε θέματα ποινών σε επαγγελματίες υγείας, οι οποίοι επιδεικνύουν ολιγωρία ή αδιαφορία στην άσκηση του επαγγέλματός τους, με την έννοια ότι αναλαμβάνουν δυσανάλογα μεγάλους κινδύνους για την υγεία του ασθενούς.» Το εν λόγω απόσπασμα της απόφασης παρατίθεται για να επισημανθεί ότι η κυπριακή νομολογία είναι πολύ πτωχή στο θέμα «ιατρική αμέλεια».

Αξίζει ίσως τον κόπο να διαβάσουμε, μέσα σε τρεις γραμμές, περιγραφή κλινικής αμέλειας: «Πώς είναι δυνατόν, μια νέα και ωραία κοπέλα, μόλις 22 Μαΐων, να πεθαίνει μετά από 32 ολόκληρες ημέρες νοσηλείας σε κρατικό νοσοκομείο; Πώς εξηγείται ο θάνατος μιας νεαρής γυναίκας, ύστερα από ένα τροχαίο, όπου διαγνώστηκε ότι είχε μόνο θλάση σπονδύλου; Πώς μετεξελίχθηκε η κατάσταση της σε υψηλούς πυρετούς, ίκτερο και διάτρηση δωδεκαδακτύλου, για να πεθάνει, τελικά, από καρδιά; Ας εξηγήσει, λοιπόν, κάποιος στους χαροκαμένους γονείς της Μαρίνας, γιατί η κόρη τους δεν ζει πια, επειδή, ίσως, να επεδείχθη κλινική αμέλεια, η οποία την οδήγησε στον τάφο³⁰».

²⁸ Εφημερίδα «Σημερινή», 4 Αυγούστου 2004, Λευκωσία

²⁹ Ποινικός Κώδικας: Άρθρο 210 «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 τις δυο χιλιάδες πεντακόσιες λίρες.» Άρθρο 236 (ε) «Όποιος, με τέτοιο αλόγιστο τρόπο, βεβιασμένο ή αμελή, ώστε να θέτει σε κίνδυνο ανθρώπινη ζωή ή να είναι ενδεχόμενο να προκαλέσει σωματική βλάβη σε άλλο -- ... (ε) προβαίνει σε ιατρική ή χειρουργική θεραπεία σε πρόσωπο του οποίου ανέλαβε τη θεραπεία, είναι ένοχος πλημμελήματος.»

³⁰ Εφημερίδα «Σημερινή», 16 Δεκεμβρίου 2001, Λευκωσία



Αντί Επιλόγου

Ζωές χάνονται. Ζωές βρίσκονται σε κίνδυνο. Επαγγελματικές σταδιοδρομίες βρίσκονται σε κίνδυνο. Επαγγελματικές σταδιοδρομίες χάνονται.

Αναντίλεκτα, πρέπει να αποφασιστούν και να εφαρμοστούν μέτρα για να εξαλειφθεί ή τουλάχιστον να μειωθεί στο ελάχιστο το φαινόμενο αυτό, που πλήττει ασθενείς, συγγενείς, γιατρούς, συστήματα υγείας, την ανθρώπινη αξιοπρέπεια, την οικογενειακή γαλήνη – ασθενών – γιατρών και άλλων πάρα πολλών.

Δε θα ακολουθήσω την πεπατημένη για να προτείνω κάποια μέτρα. Αυτό θα γίνει γιατί πρέπει να γίνει από άλλους. Τα όποια μέτρα όμως πρέπει να συνάδουν με την κουλτούρα ώστε να είναι αποτελεσματικά γνωρίζοντας ότι οι δαπάνες για την αποκατάσταση των θυμάτων ιατρικής αμέλειας μπορεί να χρησιμοποιηθούν για προγράμματα πρόληψης και κατ' επέκταση βελτίωση της ποιότητας ζωής.

Επισημαίνεται και αυτό: Για την οικογένεια που βίωσε ιατρική αμέλεια με μη αναστρέψιμο αποτέλεσμα το ποσοστό απώλειας είναι 100% (εκατόν τοις εκατό), ανεξάρτητα αν για το γενικό πληθυσμό η συγκεκριμένη επίπτωση είναι ένα στο εκατομμύριο.