



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ, ΕΠΙΧΕΙΡΗΜΑΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΔΙΕΘΝΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ

**ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΑΠΟΦΑΣΕΩΝ
ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΜΕ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΣΤΗΝ
ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ**

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

Μαρίνα Θ. Ρήγα

ΠΕΙΡΑΙΑΣ

ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΣ 2014



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ, ΕΠΙΧΕΙΡΗΜΑΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΔΙΕΘΝΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ

**ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΑΠΟΦΑΣΕΩΝ
ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΜΕ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΣΤΗΝ
ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ**

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

Μαρίνα Θ. Ρήγα

Επιβλέπων Καθηγητής

Καθηγητής Ιωάννης Α. Πολλάλης

ΠΕΙΡΑΙΑΣ

ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΣ 2014



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ, ΕΠΙΧΕΙΡΗΜΑΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΔΙΕΘΝΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ

**ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΑΠΟΦΑΣΕΩΝ
ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΜΕ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΣΤΗΝ
ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ**

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

Μαρίνα Θ. Ρήγα

ΕΠΤΑΜΕΛΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Ιωάννης Πολλάλης (Επιβλέπων), Καθηγητής

Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης, Πανεπιστήμιο Πειραιώς

Παντελής Παντελίδης, Καθηγητής

Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης, Πανεπιστήμιο Πειραιώς

Αθανάσιος Βοζίκης, Επικ. Καθηγητής

Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης, Πανεπιστήμιο Πειραιώς

Πέτρος Καρακίτσος, Καθηγητής

Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ

Δάφνη Καϊτελίδου, Επικ. Καθηγήτρια

Τμήμα Νοσηλευτικής, ΕΚΠΑ

Κωνσταντίνα Κοτταρίδη, Επικ. Καθηγήτρια

Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης, Πανεπιστήμιο Πειραιώς

Κυριάκος Σουλιώτης, Επικ. Καθηγητής

Τμήμα Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου

ΠΕΙΡΑΙΑΣ

ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΣ 2014



UNIVERSITY OF PIRAEUS

SCHOOL OF ECONOMICS, BUSINESS AND INTERNATIONAL STUDIES

DEPARTMENT OF ECONOMICS

**ECONOMIC ANALYSIS & MANAGEMENT
OF DECISION MAKING IN HEALTHCARE:
APPLICATION IN PATIENT SAFETY**

Ph.D. Thesis

Marina T. Riga

Supervised by:

Professor Yannis A. Pollalis

PIRAEUS

FEBRUARY 2014



Ευρωπαϊκή Ένωση
Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο




**ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ
ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑ ΒΙΟΥ ΜΑΘΗΣΗ**
επένδυση στην κοινωνία της γνώσης

**ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΠΑΙΔΕΙΑΣ ΚΑΙ ΘΡΗΣΚΕΥΜΑΤΩΝ
ΕΙΔΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ**



ΕΣΠΑ
2007-2013
πρόγραμμα για την ανάπτυξη
ΕΥΡΩΠΑΪΚΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΤΑΜΕΙΟ

Με τη συγχρηματοδότηση της Ελλάδας και της Ευρωπαϊκής Ένωσης



Η ΠΑΡΟΥΣΑ ΕΡΕΥΝΑ ΕΧΕΙ ΣΥΓΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΘΕΙ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΈΝΩΣΗ (ΕΥΡΩΠΑΪΚΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΤΑΜΕΙΟ - ΕΚΤ) ΚΑΙ ΑΠΟ ΕΘΝΙΚΟΥΣ ΠΟΡΟΥΣ ΜΕΣΩ ΤΟΥ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΙΑΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ «ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑ ΒΙΟΥ ΜΑΘΗΣΗ» ΤΟΥ ΕΘΝΙΚΟΥ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΟΥ ΠΛΑΙΣΙΟΥ ΑΝΑΦΟΡΑΣ (ΕΣΠΑ) – ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΟΥΜΕΝΟ ΕΡΓΟ: ΗΡΑΚΛΕΙΤΟΣ ΙΙ. ΕΠΕΝΔΥΣΗ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΑ ΤΗΣ ΓΝΩΣΗΣ ΜΕΣΩ ΤΟΥ ΕΥΡΩΠΑΪΚΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΤΑΜΕΙΟΥ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΡΑΙΑ

Στο σύζυγό μου

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Ιδιαίτερώς αισθάνομαι την ανάγκη να ευχαριστήσω θερμά τον επιβλέποντα καθηγητή, κ. Γιάννη Α. Πολλάλη, Καθηγητή του τμήματος Οικονομικής Επιστήμης του Πανεπιστημίου Πειραιώς, για την άρτια συνεργασία μας και την πολύτιμη καθοδήγησή του σε κάθε βήμα της έρευνας.

Νοιώθω υποχρέωσή μου να ευχαριστήσω τον Επίκουρο Καθηγητή κ. Αθανάσιο Βοζίκη, για την αμέριστη υποστήριξη και επιστημονική αρωγή που μου προσέφερε σε όλες τις πτυχές της έρευνας καθώς και τον Καθηγητή κ. Παντελή Παντελίδη για τον υποστηρικτικό ρόλο και ενδιαφέρον του στην ερευνητική μου προσπάθεια.

Είμαι ευγνώμων στο πρόγραμμα υποτροφίας «Ηράκλειτος II» του ΕΠΕΑΕΚII για τη σημαντική οικονομική ενίσχυση στο επιστημονικό και ερευνητικό μου έργο.

Κλείνοντας, εκφράζω τις θερμότερες ευχαριστίες μου στο σύζυγό μου, τους γονείς μου και τα αδέρφια μου, για τη διαρκή ψυχολογική υποστήριξη και ηθική συμπαράσταση, κατά τη διάρκεια της εκπόνησης της διδακτορικής διατριβής.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Μαρίνα Θ. Ρήγα: Οικονομική Ανάλυση και Διοίκηση Αποφάσεων στο χώρο της Υγείας με εφαρμογή στην Ασφάλεια του Ασθενούς

(Υπό την επίβλεψη του Καθηγητή κ.Ι. Πολλάλη)

Σε μια εποχή που η χώρα μας, λόγω της οικονομικής ύφεσης που βιώνει, καλείται σε προσπάθεια δημοσιονομικού εξορθολογισμού και συγκράτησης των δαπανών υγείας, έχουν αναδειχθεί με μεγαλύτερη ένταση, οι ανεικονομίες και παραλείψεις του ελληνικού συστήματος υγείας, που ήδη χρονίζαν. Από τη διενεργηθείσα έρευνα σε 680 υποθέσεις ιατρικής αμέλειας, διαπιστώθηκε ότι και στην Ελλάδα, τα ιατρικά σφάλματα όπως δείχνει και η εμπειρία από πολλές χώρες του εξωτερικού, είναι αρκετά και αποτελούν πράγματι ένα σοβαρό ζήτημα για την ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας και την ασφάλεια των ασθενών, με σημαντικές κοινωνικές και οικονομικές διαστάσεις.

Ο μέσος όρος ηλικίας των ασθενών που βίωσαν κάποια αρνητική εμπειρία κατά την επαφή τους με το ελληνικό σύστημα υγείας, ήταν τα 31 έτη ενώ η μέση παρατεταμένη διάρκεια νοσηλείας τους έφτανε τις 83 ημέρες. Το 38,8% των ασθενών που υπέστησαν ιατρικό σφάλμα κατέληξε και στο 32,2% προκλήθηκε μόνιμη αναπηρία. Διαπιστώθηκε επίσης ότι το μέγεθος της βαρύτητας ενός ιατρικού σφάλματος, επηρεάζεται σημαντικά από τον τύπο της μονάδας υγείας που εμφανίζεται, το στάδιο που προκαλείται το ιατρικό σφάλμα, το εάν επρόκειτο για χειρουργικό ή παθολογικό περιστατικό, την ειδικότητα που εμπλέκεται, το ICD-10, κ.ά.

Τα ιατρικά σφάλματα πέρα του ότι μπορούν να απειλήσουν σοβαρά την ασφάλεια του ασθενούς, επιφέρουν και σημαντική οικονομική επιβάρυνση στο σύστημα υγείας, λόγω κυρίως της χρήσης επιπρόσθετων υπηρεσιών υγείας, της παρατεταμένης νοσηλείας σε εξειδικευμένα ή μη τμήματα του νοσοκομείου, των συνεχών επισκέψεων σε ιδιώτες ιατρούς και σε εξωτερικά ιατρεία του νοσοκομείου και της επιπρόσθετης συνταγογράφησης φαρμάκων, ενώ είναι επίσης γεγονός ότι το κόστος αυτό (εμφανές και αφανές) μετακυλιέται στο σύνολο της κοινωνίας. Παράλληλα, η έρευνα έδειξε ότι στις μισές υποθέσεις, οι ασθενείς/συγγενείς αιτούνταν χρηματικές αποζημιώσεις ύψους €600.000 και οι χρηματικές ικανοποιήσεις

που επιδίκασαν τελικά τα ελληνικά διοικητικά και πολιτικά δικαστήρια, ήταν κατά μέσο όρο €300.692. Το ύψος της επιδικασθείσας αποζημίωσης βρέθηκε ότι επηρεάζεται σημαντικά από το μέγεθος της βαρύτητας του ιατρικού σφάλματος, από τον τύπο της μονάδας υγείας που εμφανίστηκε το ιατρικό σφάλμα, κ.ά.

Αντιλαμβανόμενοι την ανάγκη για απόκτηση της γνώσης, γύρω από τα περιστατικά σωματικής βλάβης που είναι ικανά να απειλήσουν σοβαρά την ασφάλεια του ασθενούς και μπορούν όμως να προληφθούν και την προσπάθεια των ιθυνόντων για συγκράτηση των δαπανών υγείας, αναπτύξαμε και εφαρμόσαμε πιλοτικά το MERIS, ένα ολοκληρωμένο σύστημα ανίχνευσης, καταγραφής και ανάλυσης των ιατρικών σφαλμάτων και ανεπιθύμητων περιστατικών.

Το MERIS «φιλοξενεί» το υποχρεωτικό υποσύστημα αναφοράς (*Mandatory Reporting Module*) που προσβλέπει στη συνεχή επιτήρηση των περιστατικών σωματικής βλάβης που συμβαίνουν σε περιβάλλον ΜΕΘ και το υποσύστημα αυτόβουλης (οικειοθελούς) αναφοράς (*Voluntary Reporting Module*) που απευθύνεται στους ίδιους τους πολίτες, με σκοπό την καταγραφή ιατρικών σφαλμάτων και ανεπιθύμητων περιστατικών που έχουν υποστεί οι ίδιοι ή ο κοινωνικός τους περίγυρος.

Υπό το βάρος των σοβαρών, οικονομικών και μη, επιπτώσεων που φέρει η εμφάνιση των περιστατικών σωματικής βλάβης και της διαπίστωσης ότι η βαθύτερη αιτία πρόκλησής τους είναι κυρίως συστημική, απαιτείται συνεχή παρέμβαση και επαγρύπνηση τόσο των ιθυνόντων όσο των πολιτών και επαγγελματιών υγείας, σε συνδυασμό με τη χάραξη μιας εθνικής κεντρικής στρατηγικής και ενός οργανωτικού σχεδιασμού που θα ενέχει καθολική αποδοχή, με στόχο τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας και την προάσπιση της ασφάλειας των ασθενών.

Λέξεις-Κλειδιά: ιατρικό σφάλμα, ασφάλεια ασθενούς, οικονομική επιβάρυνση, συγκράτηση δαπανών υγείας, σύστημα αναφοράς περιστατικών σωματικής βλάβης, Μονάδα Εντατικής Θεραπείας

EXTENDED ABSTRACT

Marina T. Riga: Economic Analysis & Management of Decision Making in Healthcare: Application in Patient Safety

(Supervised by Professor Yannis A. Pollalis)

The economic crisis in Greece uncovered chronic deficiencies and omissions in the health care sector and made it necessary to look into problems concerning the fiscal consolidation and cost containment in the Greek Health System. Based on our research in 680 cases of medical negligence, it was found that in Greece, as in many foreign countries, medical errors exist and can provoke discussion and debate about quality and patient safety issues of health care provision, with multiple and complex social and economic implications.

The mean age of the patients who had a bad experience whilst in the healthcare system, was 31 years, while the average prolonged hospitalization reached 83 inpatient days. Medical errors resulting in death were in 38.8% of patients and permanent disability in 32.2%. It was found that the severity of a medical error was significantly influenced by the type of healthcare provider, the error phase of care, if it is surgical or medical incident, specialty involved, the ICD-10, etc.

Medical errors, apart from the fact that they can seriously threaten patient safety, are associated with a significant financial burden on the healthcare system, mainly due to the use of additional health services, prolonged inpatient stay in specialist hospital and non-hospital units, extra visits to hospital outpatient departments and medical professionals in the private sector as well as extra drug prescriptions. It is also true that this cost (obvious and hidden) is passed down the whole of society. At the same time, the research showed that the claimed compensation for half of our sample, were € 600,000 and the mean compensation awarded by civil courts amounted to € 300,692. The amount of compensation awarded was found to be significantly influenced by the severity of medical error, the type of healthcare provider, etc.

Realizing the need to acquire knowledge about the preventable errors or adverse incidents which can seriously threaten the patient safety in the Greek healthcare system and the need for health care cost containment, we developed and implemented

a pilot program called MERIS, an integrated incident reporting system which detects, records and analyzes medical errors and adverse events. MERIS has a mandatory module for measuring adverse events and medical errors in Intensive Care Unit environment and a voluntary one which is accessible by anybody who wants to report an adverse event or a “near miss” about her/his experience in the Greek health system.

Under the burden of serious economic and social implications of physical harms and the finding that the root causes are mainly systemic in the overall health system, it is vital to initiate a debate among health decision makers, health professionals and citizens about accurate reporting of medical errors. Systematic review of medical errors and a culture of openness can lead to continuous learning for the multi-professionals involved, improvement in quality of care, patients’ safety and experience in the Greek healthcare system as well as reduction in health care cost.

Keywords: medical error; patient safety; financial burden; cost containment; reporting system; Intensive Care Unit

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	(i)
EXTENDED ABSTRACT.....	(iii)
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ.....	(v)
ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ.....	(ix)
ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΠΙΝΑΚΩΝ.....	(xi)
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΜΕ ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ.....	(xv)
Εισαγωγή.....	1
Αντικείμενο και Συμβολή της διατριβής.....	2
Καινοτομία της Έρευνας.....	3
Ερευνητικά ερωτήματα και ερευνητικοί στόχοι.....	5
Λίστα ερευνητικών εργασιών που προέκυψαν κατά τη διάρκεια εκπόνησης της διδακτορικής διατριβής.....	9
Α΄ ΜΕΡΟΣ - ΘΕΩΡΗΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ	
Κεφάλαιο 1	
Ποιότητα στο χώρο της Υγείας.....	13
1.1 Το δίπολο Υγεία – Ασθένεια.....	14
1.2 Η έννοια της Ποιότητας.....	16
1.3 Συστατικά στοιχεία της Ποιότητας.....	17
1.4 Ασφάλεια του ασθενούς: Έννοια & σημεία εφαρμογής.....	18
1.4.1 Κύριες αιτίες πρόκλησης σωματικής βλάβης στον ασθενή.....	21
1.4.2 Το δικαίωμα της ασφάλειας του ασθενούς.....	23
1.5 Πρακτικές – συστήματα ποιότητας μέτρησης ασφάλειας ασθενούς: Διεθνής εμπειρία.....	24
1.6 Πρακτικές – συστήματα ποιότητας μέτρησης ασφάλειας ασθενούς: Ελληνική εμπειρία.....	28
1.7 Συμπεράσματα - Επισκόπηση κεφαλαίου.....	33
Βιβλιογραφία-Αρθρογραφία.....	34

Κεφάλαιο 2

Το Ιατρικό Σφάλμα ως απειλή για την Ασφάλεια του Ασθενούς.....	37
2.1 Ορισμοί ιατρικού σφάλματος και ανεπιθύμητου περιστατικού: Η ουσιαστική διαφορά ανάμεσα στις έννοιες.....	38
2.2 Κύριες αιτίες εμφάνισης ιατρικού σφάλματος και ανεπιθύμητου περιστατικού.....	40
2.3 Κατηγοριοποίηση ιατρικού σφάλματος.....	43
2.4 Προσεγγίσεις – οπτικές του ιατρικού σφάλματος.....	48
2.4.1 Νομική προσέγγιση ιατρικού σφάλματος με βάση το ελληνικό Ιατρικό Δίκαιο.....	49
2.4.2 Οικονομική προσέγγιση ιατρικού σφάλματος.....	53
2.5 Το ιατρικό σφάλμα ως απειλή για την ασφάλεια του ασθενούς – Διεθνής εμπειρία.....	58
2.6 Το ιατρικό σφάλμα ως απειλή για την ασφάλεια του ασθενούς – Ελληνική εμπειρία.....	73
2.7 Συμπεράσματα - Επισκόπηση κεφαλαίου.....	77
Βιβλιογραφία-Αρθρογραφία.....	79

Κεφάλαιο 3

Το Σύστημα Υγείας στην Ελλάδα.....	85
3.1 Η οργανωτική δομή του ελληνικού συστήματος υγείας.....	86
3.2 Η χρηματοδότηση του συστήματος υγείας και οι δαπάνες στον τομέα της υγείας.....	91
3.3 Το Ανθρώπινο Δυναμικό.....	96
3.4 Γενική αξιολόγηση - Συμπεράσματα για το Σύστημα Υγείας στην Ελλάδα μέσα από μια ερευνητική ματιά.....	102
Βιβλιογραφία-Αρθρογραφία.....	108

Β' ΜΕΡΟΣ - ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

Κεφάλαιο 4

Μεθοδολογία σχεδιασμού έρευνας.....	112
4.1 Μεθοδολογικό πλαίσιο 1ου ερευνητικού πεδίου:	
Το Ιατρικό Σφάλμα στην Ελλάδα.....	112
4.1.1 Ερευνητικός στόχος.....	112
4.1.2 Ερευνητική τεκμηρίωση μεθοδολογικής προσέγγισης.....	113
4.1.3 Μεθοδολογικά βήματα ερευνητικής διαδικασίας.....	113
4.2 Μεθοδολογικό πλαίσιο 2ου ερευνητικού πεδίου:	
Σύστημα ανίχνευσης, καταγραφής και ανάλυσης	
ιατρικού σφάλματος και ανεπιθύμητου περιστατικού.....	117
4.2.1 Ερευνητικός στόχος.....	117
4.2.2 Ερευνητική τεκμηρίωση μεθοδολογικής προσέγγισης.....	120
4.2.3 Μεθοδολογικά βήματα ερευνητικής διαδικασίας.....	122
Βιβλιογραφία-Αρθρογραφία.....	134

Κεφάλαιο 5

Αποτελέσματα έρευνας.....	137
5.1 Αποτελέσματα 1ου ερευνητικού πεδίου:	
Το Ιατρικό Σφάλμα στην Ελλάδα.....	137
5.1.1 Περιγραφική στατιστική και διερευνητική ανάλυση δεδομένων (Descriptive Statistics and Exploratory Data Analysis).....	137
5.1.2 Πίνακες διασταύρωσης μεταβλητών (Cross tabulation Analysis).....	156
5.1.3 Έλεγχοι ανεξαρτησίας (χ^2), Μη παραμετρικοί έλεγχοι και συντελεστής συσχέτισης (Chi-square Independence Testing, Nonparametric Tests and Correlations).....	168
5.1.4 Εκτίμηση της οικονομικής επιβάρυνσης του συστήματος υγείας κατά ΚΕΝ εξαιτίας των ιατρικών σφαλμάτων.....	179
5.2 Αποτελέσματα 2ου ερευνητικού πεδίου:	
Σύστημα ανίχνευσης, καταγραφής και ανάλυσης	
ιατρικού σφάλματος και ανεπιθύμητου περιστατικού (MERIS).....	184
5.2.1 Υποχρεωτικό υποσύστημα αναφοράς (Mandatory Reporting Module).....	184

5.2.2 Υποσύστημα αυτόβουλης (οικειοθελούς) αναφοράς ανεπιθύμητων περιστατικών (VoluntaryReportingModule).....	196
Κεφάλαιο 6	
Συμπεράσματα ερευνητικών ευρημάτων – Συζήτηση, Περιορισμοί στην έρευνα & Προτάσεις για μελλοντική παρέμβαση στην έρευνα.....	
6.1 Συμπεράσματα ερευνητικών ευρημάτων – Συζήτηση.....	213
6.2 Περιορισμοί στην έρευνα.....	228
6.3 Προτάσεις για μελλοντική παρέμβαση στην έρευνα.....	231
Βιβλιογραφία-Αρθρογραφία.....	234
ΣΥΓΚΕΝΤΡΩΤΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ – ΑΡΘΡΟΓΡΑΦΙΑ.....	
	239
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	
	264
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α’	
Εκτεταμένοι πίνακες αποτελεσμάτων 1ου ερευνητικού πεδίου:	
Το ιατρικό σφάλμα στην Ελλάδα.....	265
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β’	
Παρουσίαση <i>demo</i> αναφοράς περιστατικών στο προτεινόμενο σύστημα MERIS.....	
	270

ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

Διάγραμμα 2.1: Σχηματική απεικόνιση ιατρικού σφάλματος και ανεπιθύμητου περιστατικού	40
Διάγραμμα 2.2: Κατηγοριοποίηση βαρύτητας πιθανών βλαβών-συνεπειών.....	47
Διάγραμμα 2.3: Συνιστώσες και ροή του κόστους της σωματικής βλάβης.....	54
Διάγραμμα 2.4: Μετεγχειρητική σηψαιμία, 2009.....	67
Διάγραμμα 2.5: Μετεγχειρητική πνευμονική εμβολή ή εν τω βάθει φλεβική θρόμβωση, 2009.....	68
Διάγραμμα 2.6: Τυχαία διάτρηση ή ρήξη, 2009.....	68
Διάγραμμα 2.7: Παραμονή ξένου αντικειμένου στον οργανισμό, κατά τη διάρκεια της επέμβασης.....	69
Διάγραμμα 2.8: Μαιευτική κάκωση, φυσιολογικός τοκετός χωρίς τη χρήση μαιευτικού εργαλείου, κατά το στάδιο της εξώθησης του εμβρύου, 2009.....	70
Διάγραμμα 2.9: Μαιευτική κάκωση, φυσιολογικός τοκετός με τη χρήση μαιευτικού εργαλείου, κατά το στάδιο της εξώθησης του εμβρύου, 2009.....	70
Διάγραμμα 2.10: Ποσοστά εμφάνισης σφάλματος στην Ευρωπαϊκή Ένωση βάσει έρευνας σε πολίτες.....	72
Διάγραμμα 3.1: Υγειονομικές περιφέρειες.....	87
Διάγραμμα 3.2: Νέα οργανωτική δομή του ΕΣΥ.....	88
Διάγραμμα 3.3: Πυραμίδα υγειονομικής περίθαλψης.....	89
Διάγραμμα 3.4: Κατανομή κλινών ανά νομική μορφή θεραπευτηρίων (2009).....	90
Διάγραμμα 3.5: Συνολική (δημόσια και ιδιωτική) δαπάνη υγείας ως % επί του ΑΕΠ σε χώρες του ΕΕ27 (2010).....	92
Διάγραμμα 3.6: Κατά κεφαλή δαπάνη υγείας (δημόσια και ιδιωτική) στις χώρες του ΟΟΣΑ (2011).....	93
Διάγραμμα 3.7: Ποσοστά δαπανών για φάρμακα, υγειονομικό και ορθοπεδικό υλικό, χημικά αντιδραστήρια (2011).....	94
Διάγραμμα 3.8: Ιατροί ανά 1,000 κατοίκους στις χώρες μέλη των ΕΕ27 (2010).....	97
Διάγραμμα 3.9: Γενικοί και Ειδικοί ιατροί ως ποσοστό του συνόλου του ιατρικού δυναμικού στις χώρες μέλη των ΕΕ27 (2010).....	98
Διάγραμμα 3.10: Το νοσηλευτικό προσωπικό ανά 1,000 κατοίκους στις χώρες μέλη των ΕΕ27 (2010).....	100
Διάγραμμα 3.11: Λόγος νοσηλευτών ανά ιατρό στις χώρες μέλη των ΕΕ27 (2010).....	101
Διάγραμμα 4.1: Πλαίσιο εμφάνισης ιατρικού σφάλματος στο σύστημα υγείας.....	117
Διάγραμμα 4.2: Ποσοστό ιατρικών σφαλμάτων με καταδικαστική απόφαση.....	118
Διάγραμμα 4.3: Διαδικασία δικαστικής προσφυγής για ιατρικά σφάλματα.....	119
Διάγραμμα 4.4: Ροή εργασιών του προτεινόμενου συστήματος.....	130

Διάγραμμα 4.5: Αρχιτεκτονική δομή του προτεινόμενου συστήματος.....	133
Διάγραμμα 5.1: Ιστόγραμμα για το έτος που συνέβη το περιστατικό.....	143
Διάγραμμα 5.2: Γραφική απεικόνιση ποσοστού φύλου παθόντος.....	149
Διάγραμμα 5.3: Γραφική απεικόνιση βαρύτητας ιατρικού σφάλματος.....	151
Διάγραμμα 5.4: Γραφική απεικόνιση τύπου ιατρικού σφάλματος.....	152
Διάγραμμα 5.5: Γραφική απεικόνιση αν επρόκειτο για παθολογικό / χειρουργικό περιστατικό.....	153
Διάγραμμα 5.6: Γραφική απεικόνιση συχνότητας των ΚΕΝ.....	154
Διάγραμμα 5.7: Γραφική απεικόνιση συχνότητας χρήσεως ειδικών μονάδων κατά τη διάρκεια νοσηλείας.....	155
Διάγραμμα 5.8: Γραφική απεικόνιση της μέσης οικονομικής επιβάρυνσης των πρώτων 9 ΚΕΝ.....	182
Διάγραμμα 5.9: Εκτίμηση κινδύνου της οικονομικής επιβάρυνσης κατά ΚΕΝ (των 9 πιο κοστοβόρων).....	183
Διάγραμμα 5.10: Αρχική σελίδα του MERIS.....	185
Διάγραμμα 5.11: Γραφική απεικόνιση των συχνοτήτων για τους μήνες που ανιχνεύθηκαν περιστατικά (συγκεντρωτικά στοιχεία).....	187
Διάγραμμα 5.12: Γραφική απεικόνιση του ποσοστού εμφάνισης του φύλου των ασθενών που βίωσαν κάποιο περιστατικό (συγκεντρωτικά στοιχεία).....	187
Διάγραμμα 5.13: Γραφική απεικόνιση ποσοστού εμφάνισης ανεπιθύμητων περιστατικών (βάσει της περιγραφής του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού).....	190
Διάγραμμα 5.14: Γραφική απεικόνιση ποσοστού εμφάνισης κατηγοριών ανεπιθύμητων περιστατικών....	191
Διάγραμμα 5.15: Γραφική απεικόνιση ποσοστού εμφάνισης βαρύτητας ανεπιθύμητων περιστατικών.....	193
Διάγραμμα 5.16: Γραφική απεικόνιση μέσης διάρκειας νοσηλείας με βάση τη βαρύτητα των ανεπιθύμητων περιστατικών.....	193
Διάγραμμα 5.17: Αρχική και κεντρική σελίδα του MERIS σχετικά με το υποσύστημα αυτόβουλης (οικειοθελούς) αναφοράς.....	196
Διάγραμμα 5.18: Γραφική απεικόνιση της συχνότητας των ετών κατά τη διάρκεια των οποίων προκλήθηκε περιστατικό (κατά δήλωση των πολιτών).....	198
Διάγραμμα 5.19: Γραφική απεικόνιση ποσοστού εμφάνισης του τύπου της μονάδας υγείας που προκλήθηκε το περιστατικό (κατά δήλωση των πολιτών).....	198
Διάγραμμα 5.20: Γραφική απεικόνιση ποσοστού εμφάνισης ειδικότητας ιδιωτικού ιατρού που ευθύνεται για την πρόκληση περιστατικού (κατά δήλωση των πολιτών).....	199
Διάγραμμα 5.21: Γραφική απεικόνιση ποσοστού εμφάνισης της διοικητικής περιφέρειας στην οποία ανήκει ο τύπος της μονάδας υγείας που προκλήθηκε το περιστατικό (κατά δήλωση των πολιτών).....	200
Διάγραμμα 5.22: Γραφική απεικόνιση ποσοστού εμφάνισης αναφοράς ή μη του περιστατικού.....	212
Διάγραμμα 5.23: Γραφική απεικόνιση ποσοστού εμφάνισης του αποδέκτη της αναφοράς για το περιστατικό.....	212

ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1.1: Συστατικά στοιχεία Ποιότητας.....	18
Πίνακας 1.2: Κατηγοριοποίηση κύριων αιτιών πρόκλησης σωματικής βλάβης στον ασθενή.....	22
Πίνακας 1.3: Δείκτες μέτρησης ασφάλειας ασθενούς – διεθνής εμπειρία.....	26
Πίνακας 1.4: Πρόσθετοι δείκτες μέτρησης της ασφάλειας του ασθενούς – διεθνής εμπειρία.....	27
Πίνακας 1.5: Πρωτόκολλα διαχείρισης διαδικασιών στα χειρουργεία.....	29
Πίνακας 1.6: Σύστημα υποχρεωτικώς δηλούμενων νοσημάτων.....	31
Πίνακας 1.7: Δείκτες μέτρησης ασφάλειας ασθενούς – ελληνική εμπειρία.....	32
Πίνακας 2.1: Κύριες αιτίες εμφάνισης ιατρικού σφάλματος και ανεπιθύμητου περιστατικού.....	41
Πίνακας 2.2: Τύποι ιατρικού σφάλματος (συγκεντρωτικά).....	44
Πίνακας 2.3: Τύποι ιατρικού σφάλματος.....	46
Πίνακας 2.4: Ελληνικό δικαστικό σύστημα (διαμορφωμένη μορφή).....	53
Πίνακας 2.5: Τα πιο κοστοβόρα ιατρικά σφάλματα για τις Η.Π.Α.....	59
Πίνακας 2.6: Ιατρικά σφάλματα στις Η.Π.Α. (2008-2010).....	60
Πίνακας 2.7: Κύρια λίστα των “Never Events”.....	62
Πίνακας 2.8: Αποσπάσματα ερευνών για το ιατρικό σφάλμα διεθνώς.....	65
Πίνακας 2.9: Το Ιατρικό Σφάλμα στην Ελλάδα.....	74
Πίνακας 2.10: Αρμόδιοι φορείς αναφοράς και έρευνας περιπτώσεων ιατρικού σφάλματος.....	75
Πίνακας 3.1: Η νοσοκομειακή υποδομή στην Ελλάδα (2009).....	90
Πίνακας 3.2: Συνολική δαπάνη υγείας (2011).....	94
Πίνακας 3.3: Αριθμός νοσηλευθέντων (2009-2011) ανά ΥΠε.....	95
Πίνακας 4.1: Ποιοτικές και ποσοτικές μεταβλητές* για το ιατρικό σφάλμα.....	114
Πίνακας 4.2: Πλεονεκτήματα & μειονεκτήματα μεθόδων για την αναφορά-καταγραφή ιατρικών σφαλμάτων και ανεπιθύμητων περιστατικών.....	121
Πίνακας 4.3: Κωδικοποίηση των ενδείξεων.....	125
Πίνακας 4.4: Κατηγορίες ανεπιθύμητων περιστατικών και η εκτεταμένη μορφή τους.....	126
Πίνακας 4.5: Κατηγοριοποίηση βαρύτητας λόγω πρόκλησης ανεπιθύμητου περιστατικού.....	128
Πίνακας 4.6: Συνέπειες ιατρικού σφάλματος και ανεπιθύμητου περιστατικού.....	128
Πίνακας 5.1: Περιγραφικά στατιστικά μέτρα ποσοτικών μεταβλητών.....	137
Πίνακας 5.2: Συχνότητες και ποσοστά ημερών νοσηλείας ≤ 10	138

Πίνακας 5.3: Συχνότητα και ποσοστό εμφάνισης αριθμού εμπλεκόμενων ιατρών σε υπόθεση ιατρικής αμέλειας.....	141
Πίνακας 5.4: Συχνότητες-ποσοστά ανά έτος περιστατικού.....	142
Πίνακας 5.5: Συχνότητες-ποσοστά για τη μονάδα υγείας που συνέβη το περιστατικό.....	143
Πίνακας 5.6: Συχνότητες-ποσοστά για το Νομό που συνέβη το περιστατικό.....	144
Πίνακας 5.7: Συχνότητες-ποσοστά για την ΥΠε που συνέβη το περιστατικό.....	145
Πίνακας 5.8: Συχνότητες-ποσοστά για την ειδικότητα με τη μεγαλύτερη ευθύνη.....	146
Πίνακας 5.9: Συχνότητες-ποσοστά για την ειδικότητα με την αμέσως μικρότερη ευθύνη.....	147
Πίνακας 5.10: Συχνότητες-ποσοστά για την ειδικότητα με τη μικρότερη ευθύνη.....	148
Πίνακας 5.11: Συχνότητες-ποσοστά για διενέργεια ή μη πραγματογνωμοσύνης.....	149
Πίνακας 5.12: Συχνότητες-ποσοστά για φύλο του παθόντος.....	149
Πίνακας 5.13: Συχνότητες-ποσοστά εμφάνισης ομάδων ICD-10.....	150
Πίνακας 5.14: Συχνότητες-ποσοστά βαρύτητας ιατρικού σφάλματος.....	151
Πίνακας 5.15: Συχνότητες-ποσοστά κατά τύπο ιατρικού σφάλματος.....	152
Πίνακας 5.16: Συχνότητες-ποσοστά αν επρόκειτο για παθολογικό / χειρουργικό περιστατικό.....	153
Πίνακας 5.17: Cross tab analysis κωδικού μονάδας υγείας με Υπε.....	157
Πίνακας 5.18: Cross tab analysis κωδικού μονάδας υγείας και ειδικότητας πρώτης ευθύνης με την πιο συχνή εμφάνιση >20 εγγραφές.....	158
Πίνακας 5.19: Cross tab analysis κωδικού μονάδας υγείας και βαρύτητας ιατρικού σφάλματος.....	160
Πίνακας 5.20: Cross tab analysis ειδικότητας μεγαλύτερης ευθύνης με το επίπεδο βαρύτητας ιατρικού σφάλματος (>20 εγγραφές).....	161
Πίνακας 5.21: Cross tab analysis ΥΠε με επίπεδο βαρύτητας ιατρικού σφάλματος.....	162
Πίνακας 5.22: Cross tab analysis βαρύτητας με τύπο ιατρικού σφάλματος.....	163
Πίνακας 5.23: Cross tab analysis βαρύτητας με το εάν επρόκειτο για παθολογικό / χειρουργικό περιστατικό.....	164
Πίνακας 5.24: Cross tab analysis μονάδας υγείας με απαλλαγή ιατρικής ευθύνης.....	165
Πίνακας 5.25: Cross tab analysis ειδικότητας πρώτης ευθύνης με αθώωση (> 5 εγγραφές).....	166
Πίνακας 5.26: Cross tab analysis ομάδας ICD-10 με απαλλαγή ιατρικής ευθύνης (> 5 εγγραφές).....	167
Πίνακας 5.27: Έλεγχος ανεξαρτησίας x2 ειδικότητας α' ευθύνης με βαρύτητα ιατρικού σφάλματος.....	169
Πίνακας 5.28: Έλεγχος ανεξαρτησίας x2 για τύπο ιατρικού σφάλματος με βαρύτητα.....	169
Πίνακας 5.29: Έλεγχος ανεξαρτησίας x2 της φύσεως περιστατικού με βαρύτητα.....	170
Πίνακας 5.30: Έλεγχος ανεξαρτησίας x2 ομάδων ICD-10 με βαρύτητα.....	170
Πίνακας 5.31: Έλεγχος ανεξαρτησίας x2 για τύπο μονάδας υγείας με βαρύτητα.....	171
Πίνακας 5.32: Έλεγχος ανεξαρτησίας x2 για ΥΠε με βαρύτητα.....	172

Πίνακας 5.33: Έλεγχος ανεξαρτησίας χ^2 για φύλο ασθενούς με βαρύτητα.....	172
Πίνακας 5.34: Μη παραμετρικός έλεγχος κατά Kruskal-Wallis για ηλικία ασθενούς σε σχέση με τη βαρύτητα.....	173
Πίνακας 5.35: Μη παραμετρικός έλεγχος κατά Kolmogorov-Smirnov test (K-S test) για το ύψος της επιδικασθείσας αποζημίωσης.....	173
Πίνακας 5.36: Μη παραμετρικός έλεγχος κατά Kruskal Wallis Test για την ειδικότητα α' ευθύνης σε σχέση με το ύψος της επιδικασθείσας αποζημίωσης.....	174
Πίνακας 5.37: Μη παραμετρικός έλεγχος κατά Kruskal Wallis Test για τον τύπο του ιατρικού σφάλματος σε σχέση με το ύψος της επιδικασθείσας αποζημίωσης.....	174
Πίνακας 5.38: Μη παραμετρικός έλεγχος κατά Kruskal Wallis Test για εάν το παθολογικό / χειρουργικό περιστατικό σχετίζεται με το ύψος της επιδικασθείσας αποζημίωσης.....	175
Πίνακας 5.39: Μη παραμετρικός έλεγχος κατά Kruskal Wallis Test για τις ομάδες ICD-10 σε σχέση με το ύψος της επιδικασθείσας αποζημίωσης.....	175
Πίνακας 5.40: Μη παραμετρικός έλεγχος κατά Kruskal Wallis Test για τον τύπο μονάδας υγείας σε σχέση με το ύψος της επιδικασθείσας αποζημίωσης.....	176
Πίνακας 5.41: Μη παραμετρικός έλεγχος κατά Kruskal Wallis Test για ΥΠε σε σχέση με το ύψος της επιδικασθείσας αποζημίωσης.....	176
Πίνακας 5.42: Μη παραμετρικός έλεγχος κατά Kruskal Wallis Test για το φύλο του ασθενούς σε σχέση με το ύψος της επιδικασθείσας αποζημίωσης.....	177
Πίνακας 5.43: Συντελεστής συσχέτισης Spearman για την ηλικία του ασθενούς σε σχέση με το ύψος της επιδικασθείσας αποζημίωσης.....	178
Πίνακας 5.44: Μη παραμετρικός έλεγχος κατά Kruskal Wallis Test για τη βαρύτητα ιατρικού σφάλματος σε σχέση με το ύψος της επιδικασθείσας αποζημίωσης.....	178
Πίνακας 5.45: Περιγραφικά στατιστικά μέτρα της οικονομικής επιβάρυνσης κατά ΚΕΝ (με εγγραφές $\geq 1\%$ της συμμετοχής των ΚΕΝ στο σύνολο της επιβάρυνσης).....	180
Πίνακας 5.46: Κατανομή των 9 πρώτων ΚΕΝ βάσει της μέσης οικονομικής επιβάρυνσης.....	181
Πίνακας 5.47: Συχνότητες-ποσοστά των περιστατικών που ανιχνεύθηκαν ανά έτος.....	186
Πίνακας 5.48: Συχνότητες-ποσοστά ασθενών που βίωσαν κάποιο περιστατικό ανά έτος.....	186
Πίνακας 5.49: Συχνότητες-ποσοστά σχετικά με το συνολικό αριθμό των ασθενών στους οποίους ανιχνεύθηκαν 1 ή 2 περιστατικά.....	186
Πίνακας 5.50: Περιγραφικά μέτρα του φύλου των ασθενών σε σχέση με την ηλικία και τη διάρκεια νοσηλείας τους.....	188
Πίνακας 5.51: Περιγραφικά μέτρα του δείκτη βαρύτητας APACHE II.....	189
Πίνακας 5.52: Συχνότητες-ποσοστά σχετικά με τις ενδείξεις πρόκλησης περιστατικού.....	189
Πίνακας 5.53: Cross tab analysis κατηγοριών ανεπιθύμητων περιστατικών σε σχέση με το περιστατικό που τελικά προκλήθηκε.....	192
Πίνακας 5.54: Cross tab analysis κατηγοριών ανεπιθύμητων περιστατικών σε σχέση με τη βαρύτητα.....	194

Πίνακας 5.55: Cross tab analysis συνέπειας περιστατικού σε σχέση με την κατηγορία που ανήκει το περιστατικό.....	195
Πίνακας 5.56: Cross tab analysis ηλικιακής κατανομής σε σχέση με το φύλο του παθόντος (κατά δήλωση των πολιτών).....	197
Πίνακας 5.57: Συχνότητες-ποσοστά εμφάνισης της διοικητικής περιφέρειας στην οποία ανήκει ο τύπος της μονάδας υγείας που προκλήθηκε το περιστατικό (κατά δήλωση των πολιτών).....	199
Πίνακας 5.58: Cross tab analysis του φύλου σε σχέση με το στάδιο πρόκλησης του ανεπιθύμητου περιστατικού (κατά δήλωση των πολιτών).....	200
Πίνακας 5.59: Cross tab analysis ηλικιακής κατανομής σε σχέση με το στάδιο πρόκλησης του ανεπιθύμητου περιστατικού (κατά δήλωση των πολιτών).....	201
Πίνακας 5.60: Cross tab analysis σταδίου πρόκλησης περιστατικού σε σχέση με τον τύπο του ανεπιθύμητου περιστατικού (κατά δήλωση των πολιτών).....	202
Πίνακας 5.61: Cross tab analysis σταδίου πρόκλησης περιστατικού σε σχέση με τον τύπο μονάδας υγείας (κατά δήλωση των πολιτών).....	203
Πίνακας 5.62: Cross tab analysis ηλικιακής κατανομής σε σχέση με τη βαρύτητα (κατά δήλωση των πολιτών).....	204
Πίνακας 5.63: Cross tab analysis σταδίου πρόκλησης περιστατικού σε σχέση με τη βαρύτητα (κατά δήλωση των πολιτών).....	205
Πίνακας 5.64: Cross tab analysis τύπου περιστατικού σε σχέση με τη βαρύτητα (κατά δήλωση των πολιτών).....	206
Πίνακας 5.65: Cross tab analysis τύπου μονάδας υγείας σε σχέση με τη βαρύτητα (κατά δήλωση των πολιτών).....	207
Πίνακας 5.66: Cross tab analysis τύπου μονάδας υγείας σε σχέση με το αν ενημερώθηκε ο ασθενής για το περιστατικό από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό (κατά δήλωση των πολιτών).....	208
Πίνακας 5.67: Cross tab analysis τύπου περιστατικού σε σχέση με το αν ενημερώθηκε ο ασθενής για το περιστατικό από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό (κατά δήλωση των πολιτών).....	209
Πίνακας 5.68: Cross tab analysis βαρύτητας περιστατικού σε σχέση με το αν ενημερώθηκε ο ασθενής για το περιστατικό από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό (κατά δήλωση των πολιτών).....	211

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΜΕ ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

Ελληνικές

ΑΕΠ	Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν
Α.Κ.	Αστικός Κώδικας
βλ.	βλέπετε
ΕΔΕ	Ένορκη Διοικητική Εξέταση
Ε.Ε.	Ευρωπαϊκή Ένωση
ΕισΝΑΚ	Εισαγωγικός νόμος Αστικού Κώδικα
ΕΚΑΒ	Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας
ΕΣΥ	Εθνικό Σύστημα Υγείας
ΙΚΑ	Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων
ΚΕΝ	Κλειστό Ελληνικό Νοσήλιο
Κ.Ι.Δ.	Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας
ΜΑΠ	Μονάδα Αποκατάστασης και Αποθεραπείας
ΜΑΦ	Μονάδες Αυξημένης Φροντίδας
ΜΔΝ	Μέση Διάρκεια Νοσηλείας
ΜΕΘ	Μονάδα Εντατικής Θεραπείας
ΜΕΝ	Μονάδα Εντατικής Νεογνών
Ν.	Νόμος
Ν	δείγμα
Ν.Δ.	Νομικό Διάταγμα
ΝΠΔΔ	Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου
ΝΠΙΔ	Νομικό Πρόσωπο Ιδιωτικού Δικαίου

ΟΟΣΑ	Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης
ΟΤΑ	Οργανισμός Τοπικής Αυτοδιοίκησης
Π.Κ.	Ποινικός Κώδικας
ΠΟΥ	Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (WHO)
ΣΕΥΥΠ	Σώμα Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας
ΥΠε	Υγειονομική Περιφέρεια Ελλάδας
ΥΥΚΑ	Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης
<u>Ξενόγλωσσες</u>	
DRGs	Diagnosis Related Groups
ICD-10	International Classification of Diseases
ISO	International Organization for Standardization
MERIS	Medical Error Reporting Information System
NHS	National Health Service
NPSA	National Patient Safety Agency

Εισαγωγή

Κύριος στόχος ενός συστήματος υγείας που είναι αποτελεσματικό και παρέχει στους πολίτες του ποιοτικές και αποδοτικές υπηρεσίες υγείας, διαφυλάττοντας συγχρόνως την ασφάλεια του ασθενούς, αποτελεί η μείωση της εμφάνισης ιατρικών σφαλμάτων και ανεπιθύμητων περιστατικών που θα μπορούσαν να είχαν προληφθεί. Αυτός ο τρόπος σκέψης, συνεισφέρει σε μεγάλο βαθμό, στη βελτίωση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας υγείας αλλά και στην ενδυνάμωση της κουλτούρας για την προάσπιση των δικαιωμάτων και της ασφάλειας των ασθενών.

Είναι γεγονός ότι τα ιατρικά σφάλματα και ανεπιθύμητα περιστατικά που εμφανίζονται στο σύστημα υγείας αποτελούν, εδώ και αρκετά χρόνια, μια από τις σημαντικές αιτίες πρόκλησης σωματικής βλάβης, μόνιμης αναπηρίας και θανάτου, παγκοσμίως ενώ συγχρόνως επιφέρουν και αξιόλογη οικονομική επιβάρυνση που μετακυλιέται στο σύνολο της κοινωνίας.

Σε μια εποχή που η χώρα μας βρίσκεται υπό την πίεση της δημοσιονομικής προσαρμογής, λόγω της οικονομικής ύφεσης, η αποτίμηση του πραγματικού οικονομικού κόστους, εξαιτίας των περιστατικών αυτών, δεν είναι εφικτή, κυρίως λόγω της έλλειψης ενός οργανωμένου συστήματος καταγραφής και αναφοράς τους. Παρόλα αυτά όμως υπάρχει η ένδειξη ότι και στη χώρα μας υφίστανται τέτοια περιστατικά, με σημαντικές οικονομικές και κοινωνικές επιπτώσεις.

Ειδικοί, αναγνωρίζουν ότι το ζήτημα της προάσπισης της ποιότητας φροντίδας υγείας και της υγειονομικής ασφάλειας, έχει άρρηκτη σχέση με την παροχή Ποιότητας στο χώρο της υγείας. Συνεπώς, η εμφάνιση των ιατρικών σφαλμάτων και ανεπιθύμητων περιστατικών που σε άλλη περίπτωση θα μπορούσαν να έχουν προληφθεί, αποδεικνύει ένα «έλλειμμα» του συστήματος υγείας να παρέχει ποιοτικές υπηρεσίες υγείας στους πολίτες.

Πολλοί ερευνητές υποστηρίζουν ότι τέτοιου είδους περιστατικά σωματικής βλάβης, συνδέονται κυρίως με τις υπάρχουσες αδυναμίες, παραλείψεις και δυσλειτουργίες του ίδιου του συστήματος υγείας. Κινήσεις προς την κατεύθυνση της

ανίχνευσης και ανάλυσης αυτών των περιστατικών, είναι ικανές να συνεισφέρουν σε μεγάλο βαθμό στην κατανόηση των παραλείψεων του συστήματος υγείας και στην κατάστρωση στρατηγικών, για περιορισμό των περιστατικών σωματικής βλάβης.

Διενεργώντας βιβλιογραφική ανασκόπηση και συλλέγοντας όσο το δυνατόν περισσότερα δεδομένα, επιχειρείται η καταγραφή της υφιστάμενης κατάστασης σε εθνικό και διεθνές επίπεδο και συγχρόνως παρέχεται η δυνατότητα υποβολής μιας τεκμηριωμένης πρότασης για χάραξη στρατηγικής, εθνικής εμβέλειας. Μέσα από αυτή την έρευνα, προσφέρεται εύφορο έδαφος για να τεκμηριωθεί η παγκοσμιότητα του φαινομένου των ιατρικών σφαλμάτων, αφού το ζήτημα αυτό δεν είναι τοπικού χαρακτήρα αλλά απασχολεί όλες τις κυβερνήσεις παγκοσμίως.

Η δημιουργία γνώσης για τα ιατρικά σφάλματα και ανεπιθύμητα περιστατικά που βιώνουν οι ασθενείς κατά την επαφή τους με το Ελληνικό σύστημα υγείας, αποτελεί αξιόπιστο μέσο βελτίωσης της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας προς τον πολίτη, προάσπισης της ασφάλειας του ασθενούς και περιστολής των δαπανών υγείας. Κρίσιμης σημασίας θεωρείται η ύπαρξη μιας κεντρικής με εθνικό χαρακτήρα στρατηγικής και ενός οργανωτικού σχεδιασμού από τους ιθύνοντες που θα ενέχει καθολική αποδοχή, ώστε να επισημανθεί η σημασία της άμεσης αντιμετώπισης του φαινομένου των ιατρικών σφαλμάτων και ανεπιθύμητων περιστατικών.

Αντικείμενο και Συμβολή της διατριβής

Το αντικείμενο της διατριβής είναι η έρευνα των ιατρικών σφαλμάτων και ανεπιθύμητων περιστατικών στην Ελλάδα, η αναζήτηση αρμόδιων φορέων εξέτασης υποθέσεων ιατρικής αμέλειας, η διερεύνηση ύπαρξης συστήματος αναφοράς περιστατικών σωματικής βλάβης, η προσεγγιστική αποτύπωση της οικονομικής επιβάρυνσης του συστήματος υγείας και η υποβολή αναλυτικής και τεκμηριωμένης πρότασης σχεδιασμού εθνικής στρατηγικής σχετικά με την ανίχνευση, καταγραφή, και ανάλυση των περιστατικών σωματικής βλάβης στην Ελλάδα.

Η συμβολή της διδακτορικής έρευνας διαχέεται σε όλη την ελληνική επικράτεια και ωφελεί με όρους ισότητας και κοινωνικής δικαιοσύνης, όλο τον πληθυσμό. Έρευνες έχουν αποδείξει ότι οι κάτοικοι των λιγότερο ανεπτυγμένων

περιφερειών αντιμετωπίζουν τα μεγαλύτερα προβλήματα στην πρόσβαση σε ποιοτικές υπηρεσίες υγείας και υφίστανται το μεγαλύτερο βάρος από τυχόν αδυναμίες και παραλείψεις του συστήματος υγείας. Η ερευνητική αυτή προσπάθεια φιλοδοξεί να συμβάλει στη μείωση του ποιοτικού «χάσματος» των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας σε διαφορετικές ομάδες του πληθυσμού. Έτσι ικανοποιείται η γενική απαίτηση των πολιτών όλης της ελληνικής επικράτειας για ένα σύστημα υγείας το οποίο προσφέρει υψηλού επιπέδου υπηρεσίες υγείας.

Το προτεινόμενο σύστημα αναφοράς περιστατικών σωματικής βλάβης MERIS, παρέχει τη δυνατότητα σε όλους τους πολίτες να δηλώσουν τυχόν αδυναμίες και ελλείψεις του συστήματος υγείας και αυτή η ολοκληρωμένη πρόταση συμβάλλει στη δόμηση ενός συστήματος υγείας που είναι προσανατολισμένο στην προάσπιση της ασφάλειας του ασθενούς, στον περιορισμό των ιατρικών σφαλμάτων και ανεπιθύμητων περιστατικών προς όφελος όλων των πολιτών, αδιακρίτως οικονομικής κατάστασης, τύπου κατοικίας και άλλων δημογραφικών ή κοινωνικών χαρακτηριστικών.

Ακρογωνιαίος λίθος της έρευνας είναι η διερεύνηση των «κενών» που υπάρχουν στον τομέα της λήψης αποφάσεων για τη διαχείριση τέτοιων περιστατικών και η αναζήτηση μοντέλων συνεργασίας με τα εμπλεκόμενα μέλη, ώστε να υιοθετηθεί ένα αποτελεσματικό δίκτυο λήψης αποφάσεων καθολικής αποδοχής.

Καινοτομία της Έρευνας

Με την εκπόνηση της παρούσας διδακτορικής διατριβής προσδοκάται αρχικά μια πλήρης αποτύπωση της υφιστάμενης κατάστασης σε ότι αφορά τα ιατρικά σφάλματα και ανεπιθύμητα περιστατικά στην Ελλάδα. Μέσα από την πολυετή πρωτογενή έρευνα που διεξήγαμε, έχει αναδειχθεί το μέγεθος αυτού του φαινομένου που απασχολεί σε μεγάλο βαθμό και την Ελλάδα και το οποίο μπορεί να θέσει σε κίνδυνο την ασφάλεια του ασθενούς. Επιπλέον, διαφάνηκε ότι και στην Ελλάδα το οικονομικό κόστος εξαιτίας των περιστατικών αυτών, είναι ανησυχητικά υψηλό και το οποίο επιμερίζεται στο σύνολο της ελληνικής οικονομίας.

Η συλλογή, ενοποίηση και αξιοποίηση των πληροφοριών για τα ιατρικά σφάλματα και ανεπιθύμητα περιστατικά μπορούν να αναδείξουν ξεκάθαρα την

αδυναμία του ελληνικού συστήματος υγείας να ανιχνεύσει, καταγράψει και αξιολογήσει τα εν λόγω περιστατικά. Αποκωδικοποιώντας, λοιπόν, σε ένα μεγάλο βαθμό τα προβλήματα που «λιμνάζουν» στο Ελληνικό σύστημα υγείας, είμαστε σε θέση να προτείνουμε μηχανισμούς και εργαλεία πρόληψης και μείωσης των ιατρικών σφαλμάτων και ανεπιθύμητων περιστατικών.

Κινούμενοι σε αυτήν την κατεύθυνση, προχωρήσαμε στη δημιουργία ενός πρότυπου, καινοτόμου συστήματος αναφοράς των ιατρικών σφαλμάτων και των ανεπιθύμητων περιστατικών. Με την ανάπτυξη ενός κεντρικά οργανωμένου συστήματος που καταγράφει, επεξεργάζεται και αναλύει αυτά τα περιστατικά, κάνουμε χρήση των νέων τεχνολογικών μέσων, με απώτερο στόχο τη βελτίωση της ποιότητας και της ασφάλειας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας στον ελληνικό πληθυσμό και τη συγκράτηση των δαπανών υγείας.

Η εφαρμογή του ολοκληρωμένου συστήματος αναφοράς περιστατικών, ως επιστέγασμα της ερευνητικής προσπάθειας, συμβάλλει στη θεμελίωση της εμπιστοσύνης των πολιτών προς το σύστημα υγείας και στη βελτίωση της αποτελεσματικότητας, αποδοτικότητας και αξιοπιστίας του. Επιπλέον, με την υποβολή της πρότασης για χάραξη μιας κεντρικής, με εθνικό χαρακτήρα, στρατηγικής αποσκοπούμε στη δόμηση ενός συστήματος υγείας το οποίο έχει βελτιωμένη οργανωτική υποδομή, αφού η λήψη αποφάσεων στο εσωτερικό και εξωτερικό του περιβάλλον, στηρίζεται σε διαφανή και αντικειμενική πληροφόρηση που παρέχεται, μέσω του προτεινόμενου συστήματος MERIS.

Ένας τέτοιος μηχανισμός αναφοράς των ιατρικών σφαλμάτων και ανεπιθύμητων περιστατικών, μελλοντικά μπορεί να αποτελέσει την απαρχή για τη σταδιακή μείωσή τους και να λειτουργήσει σαν μηχανισμός πρόληψης εμφάνισης τέτοιων περιστατικών. Βασικό στοιχείο της καινοτομίας και πρωτοτυπίας του ερευνητικού εγχειρήματος, αποτελεί το γεγονός ότι μια ανάλογη επιστημονική προσέγγιση για τη μείωση πρόκλησης των περιστατικών σωματικής βλάβης, μέσω ενός οργανωμένου συστήματος ανίχνευσης, αναφοράς και ανάλυσης, δεν έχει επιχειρηθεί μέχρι σήμερα παρόλο που αρκετοί φορείς στην Ελλάδα αναζητούν τρόπους περιορισμού του φαινομένου.

Το σημαντικότερο όφελος από την πολυετή έρευνα του φαινομένου των ιατρικών σφαλμάτων και ανεπιθύμητων περιστατικών, αποτελεί η υποβολή της

πρότασης για χάραξη μιας κεντρικής, με εθνικό χαρακτήρα, στρατηγικής και ενός οργανωτικού σχεδιασμού, τα οποία προδιαγράφουν όλη την απαραίτητη οργανωτική, τεχνολογική και λοιπή υποδομή, για την επιτυχή εφαρμογή του προτεινόμενου συστήματος MERIS.

Ένα άλλο στοιχείο καινοτομίας που καλύπτεται από τη συγκεκριμένη διατριβή, σχετίζεται με το πεδίο της διοίκησης αποφάσεων στον ευρύτερο χώρο της υγείας. Μέσω της ερευνητικής προσπάθειας και εκτεταμένης ανάλυσης των αιτιών της περιορισμένης πληροφόρησης και γνώσης, σχετικά με τα ιατρικά σφάλματα και ανεπιθύμητα περιστατικά, έχουν μπει γερές βάσεις για την έναρξη συζήτησης μεταξύ των ιθυνόντων, επαγγελματιών υγείας και ειδικών σε θέματα πολιτικής υγείας, με στόχο την ορθολογική επαναδιάρθρωση του ελληνικού συστήματος υγείας.

Η διδακτορική έρευνα συμβάλλει στη στενότερη συνεργασία ερευνητικών περιοχών με διαφορετικά γνωστικά αντικείμενα, όπως την Ιατρική Επιστήμη, την Οικονομική Επιστήμη, την Επιστήμη της Οργάνωσης και της Διοίκησης και την Επιστήμη των Τεχνολογιών της Πληροφορίας και της Επικοινωνίας, μέσα από μια κοινή προσπάθεια για την αποτελεσματική αντιμετώπιση μείωσης των περιστατικών σωματικής βλάβης.

Αποτελεί κοινό τόπο για τους ερευνητές το ότι η διασφάλιση της ποιότητας στις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, η προάσπιση της ασφάλειας του ασθενούς, η βελτίωση της ιατρικής αποτελεσματικότητας και ο εξορθολογισμός των δαπανών υγείας, συνιστούν τις βασικές επιδιώξεις των σύγχρονων υγειονομικών μεταρρυθμίσεων.

Ερευνητικά ερωτήματα και ερευνητικοί στόχοι

Πρόσφατες έρευνες, καταδεικνύουν την κρισιμότητα του προβλήματος των ιατρικών σφαλμάτων και ανεπιθύμητων περιστατικών, σε διεθνές επίπεδο. Όσον αφορά τη χώρα μας, τα περιστατικά σωματικής βλάβης, όπως εμφανίζονται μέσα από σποραδικές, μεμονωμένες ερευνητικές προσεγγίσεις, φαίνεται ότι προκαλούν σημαντική οικονομική επιβάρυνση στις προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας και γενικότερα στην ελληνική οικονομία. Το κρισιμότερο όμως στοιχείο είναι ότι εξαιτίας των ιατρικών σφαλμάτων και ανεπιθύμητων περιστατικών που θα

μπορούσαν να έχουν προληφθεί, είναι δυνατό να απειληθεί σοβαρά η ασφάλεια των ασθενών, με αποτέλεσμα κάποιοι από αυτούς να περνούν την υπόλοιπη ζωή τους, με μερική ή ολική αναπηρία ή να καταλήξουν.

⇒ **Ερευνητικό Ερώτημα 1**

Ποια είναι η υφιστάμενη κατάσταση στην Ελλάδα σε σχέση με την εμφάνιση περιστατικών σωματικής βλάβης;

Μέσα από πρωτογενή έρευνα επιδιώκουμε, λαμβάνοντας υπόψη τις κοινωνικές και οικονομικές επιπτώσεις από την πρόκληση περιστατικών σωματικής βλάβης, να συλλέξουμε ένα αντιπροσωπευτικό δείγμα υποθέσεων ιατρικής αμέλειας που διαχειρίζονται ή έχουν διαχειριστεί τα Διοικητικά και Πολιτικά δικαστήρια, με ερευνητικό στόχο την προσεγγιστική αποτύπωση του φαινομένου, στην ελληνική πραγματικότητα.

Με επιπλέον στόχο την απόκτηση παραπάνω γνώσης, σχετικά με την υφιστάμενη κατάσταση εμφάνισης των ιατρικών σφαλμάτων και ανεπιθύμητων περιστατικών, στο Ελληνικό σύστημα υγείας, θα επιχειρήσουμε το σχεδιασμό και την ανάπτυξη ενός συστήματος αναφοράς περιστατικών σωματικής βλάβης που θα απευθύνεται τόσο στο υγειονομικό προσωπικό όσο και στους πολίτες.

Απώτερος σκοπός αυτού του ερευνητικού εγχειρήματος, μέσω της δημιουργίας γνώσης των αιτιών που ευθύνονται για την εμφάνιση των εν λόγω περιστατικών, είναι η ενδυνάμωση της προάσπισης της ασφάλειας του ασθενούς και η ενίσχυση των προληπτικών παρεμβάσεων, για τη μείωση των περιστατικών σωματικής βλάβης, στη χώρα μας.

⇒ **Ερευνητικό Ερώτημα 2**

Υπάρχουν αρμόδιοι φορείς αποδοχής και εξέτασης υποθέσεων ιατρικής αμέλειας;

Η διεθνής εμπειρία έχει δείξει ότι η αναφορά των ιατρικών σφαλμάτων και ανεπιθύμητων περιστατικών, συνεισφέρει στην κατανόηση των αδυναμιών και παραλείψεων του συστήματος υγείας. Ο ερευνητικός στόχος είναι να διερευνήσουμε εάν και στην Ελλάδα, υπάρχει η δυνατότητα για κάποιον πολίτη-ασθενή που έχει πέσει θύμα περιστατικού σωματικής βλάβης, να αποταθεί σε αρμόδιους φορείς

υποδοχής και αναφοράς τέτοιων περιστατικών. Πρόσθετος ερευνητικός στόχος είναι η αναζήτηση σχετικών πληροφοριών στο περιεχόμενο των φακέλων αναφοράς - εξέτασης που διαχειρίζονται οι αρμόδιοι φορείς.

⇒ **Ερευνητικό Ερώτημα 3**

Ποιο είναι το μέγεθος της οικονομικής επιβάρυνσης (προσεγγιστικά) του ελληνικού συστήματος υγείας από τα ιατρικά σφάλματα και ανεπιθύμητα περιστατικά;

Αναδεικνύοντας τη σημερινή κατάσταση στο Ελληνικό σύστημα υγείας, σε σχέση με την πρόκληση περιστατικών σωματικής βλάβης, επιδιώκεται η βελτίωση του βαθμού ασφάλειας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Όμως, γνωρίζουμε από τη διεθνή εμπειρία ότι τα ιατρικά σφάλματα προκαλούν άμεση και έμμεση σημαντική οικονομική επιβάρυνση στον κρατικό προϋπολογισμό.

Με δεδομένες τις σοβαρές συνέπειες που επιφέρουν τα ιατρικά σφάλματα και ανεπιθύμητα περιστατικά στον ασθενή (μερικές-ολικές αναπηρίες, θάνατοι, επανεισαγωγές, παρατεταμένες νοσηλείες, κ.ά.), επιχειρούμε σε μια προσεγγιστική αποτίμηση του οικονομικού κόστους για το σύστημα υγείας, εξαιτίας της εμφάνισης των περιστατικών σωματικής βλάβης, σε μια εποχή που γίνεται πιο επιτακτικό από ποτέ το να περιορίσουμε την εμφάνιση αυτών των περιστατικών.

Η μείωση των ιατρικών σφαλμάτων και ανεπιθύμητων περιστατικών, θα συμβάλλει αποφασιστικά στην αύξηση της παραγωγικότητας, στη μείωση των χαμένων ετών ζωής, στην αύξηση του υγιούς προσδόκιμου ζωής, στη μείωση των αναπηριών με ταυτόχρονη μείωση και των οικονομικών επιπτώσεων στα δημοσιονομικά της Ελλάδας.

⇒ **Ερευνητικό Ερώτημα 4**

Υπάρχει κάποιο οργανωμένο σύστημα καταγραφής, επεξεργασίας και ανάλυσης των ιατρικών σφαλμάτων και ανεπιθύμητων περιστατικών στην Ελλάδα;

Στην Ελλάδα τα περισσότερα ιατρικά σφάλματα και ανεπιθύμητα περιστατικά προέρχονται από αυτόβουλες αναφορές, με αποτέλεσμα να καταγράφεται μικρός αριθμός αυτών. Είναι αποδεκτό ότι η Επιστήμη της Τεχνολογίας της Πληροφορικής

και των Επικοινωνιών (ΤΠΕ), μπορεί να έχει έναν καταλυτικό ρόλο στην ανίχνευση και καταγραφή τέτοιων περιστατικών. Πολλές χώρες του εξωτερικού παρουσιάζουν ήδη ολοκληρωμένα συστήματα αναφοράς περιστατικών σωματικής βλάβης, όπως το Ηνωμένο Βασίλειο, η Δανία, η Αυστραλία, ο Καναδάς και οι ΗΠΑ. Μέσα από τη διεθνή εμπειρία όσον αφορά τις καλές πρακτικές σχεδιασμού και τρόπου υλοποίησης των συστημάτων αναφοράς, θα επιχειρηθεί η σύνταξη προδιαγραφών και ο σχεδιασμός της αρχιτεκτονικής δομής του προτεινόμενου συστήματος ανίχνευσης και αναφοράς ιατρικών σφαλμάτων και ανεπιθύμητων περιστατικών.

Το προτεινόμενο σύστημα μέσω του οποίου θα καταγράφονται, διαχειρίζονται και αναλύονται τα περιστατικά σωματικής βλάβης που προκαλούνται, μέσα στο σύστημα υγείας, φιλοδοξούμε να αποτελέσει ένα χρήσιμο και αξιόπιστο εργαλείο, τόσο βραχυπρόθεσμα όσο και μακροπρόθεσμα, για τη μείωση των ιατρικών σφαλμάτων και ανεπιθύμητων περιστατικών αλλά και για τον εξορθολογισμό και συγκράτηση των δαπανών υγείας.

Επιπλέον, το προτεινόμενο σύστημα, θα συνεισφέρει στην ανίχνευση, καταγραφή, επεξεργασία και αξιολόγηση των περιστατικών σωματικής βλάβης, με αποτέλεσμα τη δημιουργία γνώσης του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού στη λήψη κλινικών αποφάσεων, οι οποίες θα έχουν ως στόχο την αποτελεσματική μείωση των εν λόγω περιστατικών.

Μετά τη σχεδίαση του συστήματος, με βάση τις καλές πρακτικές (*best practices*) αντίστοιχων συστημάτων αναφοράς του εξωτερικού και λαμβάνοντας υπόψη τις ιδιαιτερότητες του ελληνικού συστήματος υγείας, ακολουθεί το στάδιο της υλοποίησης και εφαρμογής. Αυτό το στάδιο θα πραγματοποιηθεί με τη συνεργασία δημόσιας Μονάδας Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) στην οποία και πιλοτικά θα εφαρμοστεί για ένα εύλογο χρονικό διάστημα.

Οι προδιαγραφές του αναγκαίου εξοπλισμού θα καθοριστούν σε συσχέτιση με τη δομή, το μέγεθος και τις λειτουργίες της μονάδας, όπου και θα υλοποιηθεί η πιλοτική εφαρμογή του συστήματος. Με τη λήξη της πιλοτικής εφαρμογής του προτεινόμενου συστήματος, θα ακολουθήσει μια έκθεση αξιολόγησης των ευρημάτων από την παραγωγική λειτουργία αυτού και αποτίμηση της πιλοτικής εφαρμογής του στη ΜΕΘ της δημόσιας νοσοκομειακής μονάδας.

Οι βασικές συνιστώσες για την επιτυχή εφαρμογή του προτεινόμενου συστήματος, αφορούν κυρίως την ευαισθητοποίηση των εμπλεκόμενων μελών, την αποτροπή νομικών, οργανωτικών και τεχνικής φύσεως εμποδίων, τη συνεργασία με τους παρόχους υγείας, τη διάχυση επαρκούς γνώσης για τη διαχείριση του συστήματος και την κατανόηση της αποστολής του, από τα εμπλεκόμενα μέλη.

Σκοπός της πιλοτικής εφαρμογής είναι (μέσω της γνώσης των βαθύτερων αιτιών που είναι υπεύθυνες για την πρόκληση των ιατρικών σφαλμάτων και ανεπιθύμητων περιστατικών), να βελτιωθεί το επίπεδο της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας υγείας, στη μονάδα εφαρμογής και να ενδυναμωθεί η κουλτούρα του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού, σχετικά με την ασφάλεια του ασθενούς. Απώτερος στόχος είναι η δημιουργία ενός περιβάλλοντος, σε εθνικό επίπεδο, όπου η αναφορά των περιστατικών σωματικής βλάβης ενθαρρύνεται, χωρίς την απόδοση ευθυνών (*blame-free*) στους επαγγελματίες υγείας.

Λίστα ερευνητικών εργασιών που προέκυψαν κατά τη διάρκεια εκπόνησης της διδακτορικής διατριβής

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΑ ΠΕΡΙΟΔΙΚΑ (με το σύστημα των κριτών -peer-review journals)

Riga M., Vozikis A., Pollalis Y. “*Medical Errors in Greece: An Economic Analysis of Compensations Awarded by Civil Courts (2000-2009)*”. *OpenJournalofAppliedSciences*, 2014 (in press).

Πολλλάλης Γ., Βοζίκης Α., **Ρήγα Μ.** “*Ποιοτικά Χαρακτηριστικά των Ιατρικών Σφαλμάτων: Ερευνητικά ευρήματα από την Ελλάδα*”. *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 2012, 11(4): 577-592.

Βοζίκης Α., Πολλλάλης Γ., **Ρήγα Μ.**, Μαγκίνα Ν., Στουφής Ν., Τενεκετζή Ζ. “*Σύστημα Ανίχνευσης, Καταγραφής και Ανάλυσης Δυσμενών Συμβάντων: Εφαρμογή σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ICU-MERIS)*”. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 2012, 29(3):345-353.

Βοζίκης Α., **Ρήγα Μ.** “*Αστική ιατρική ευθύνη: Μια προσέγγιση της οικονομικής διάστασης*”. *Τιμητικός Τόμος Πηνελόπης Αγαλλοπούλου, Πανεπιστήμιο Πειραιώς*, 2011, σσ. 169-186, εκδόσεις Σάκκουλα.

ΕΡΓΑΣΙΕΣ ΠΟΥ ΕΧΟΥΝ ΥΠΟΒΑΛΗΘΕΙ ΓΙΑ ΔΗΜΟΣΙΕΥΣΗ ΣΕ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΑ ΠΕΡΙΟΔΙΚΑ (σε διάφορα στάδια κρίσης)

Riga M., Vozikis A., Pollalis Y. “*Innovative patient safety interventions: A global public health perspective*”. *Global Public Health An International Journal for Research, Policy and Practice*, (έχει υποβληθεί σε επρώτη διόρθωση).

Riga M., Vozikis A., Pollalis Y. “*Medical errors in Greece: Main research findings through Greek courts' judgments*”. *Operational Research*, (έχει υποβληθεί και αναμένεται η κρίση).

ΚΕΦΑΛΑΙΟΒΙΒΛΙΟΥ (Book chapter with peer-review)

Vozikis A., **Riga M.** “*Patterns of Medical Errors: A Challenge for Quality Assurance in the Greek Health System*”, Chapter 14 in the book “*Quality Assurance*”, Prof. Savsar M. (ed.), pp. 245-266, Publisher: InTech, 2012.

ΠΡΑΚΤΙΚΑ ΣΥΝΕΔΡΙΩΝ (με το σύστημα των κριτών -peer-review proceedings)

Vozikis A., **Riga M.**, Pollalis Y. “*Medical errors in Greece: Main research findings through Greek courts’ judgments*”, International Symposium & 24th National Conference on Operational Research, 26-28 September 2013, Athens.

Βοζίκης Α., **Ρήγα Μ.**, Πολλάλης Γ. “*Αστική Ιατρική Ευθύνη. Ερευνητικά Ευρήματα & Σύστημα Ανίχνευσης-καταγραφής (ICU-MERIS)*” στο Κανελλοπούλου-Μπότη, Μ. και Παναγοπούλου-Κουτνατζή, Φ. (επιμ.) Τόμο Πρακτικών “*Ιατρική Ευθύνη και Βιοηθική. Σύγχρονες προσεγγίσεις και προοπτικές του μέλλοντος*” Διεπιστημονικό Συνέδριο 1-2 Μαρτίου 2013, Ιόνιο Πανεπιστήμιο, εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης-BrokenHillPublishersLTD, Κύπρος, 2014.

Pollalis Y., Vozikis A., **Riga M.** “*The Landscape of Medical Errors Reporting Systems Worldwide*”, Proceedings of 6th International Scientific Conference in Synergy in Energy, Environment & Tourism (eRA-6), Symposium on Digital Cities, 19-24 September 2011, Piraeus, Greece.

Πολλάλης Γ., Βοζίκης Α., **Ρήγα Μ.** “*Ποιότητα Υπηρεσιών Υγείας & Ασφάλεια του Ασθενή: Η Πρόταση του Πληροφοριακού Συστήματος M.E.R.I.S.*”, Πρακτικά 7ου fsdet, Οικονομικό Πανεπιστήμιο Αθηνών, 13 Μαΐου 2010, Αθήνα.

Pollalis Y., Vozikis A., **Riga M.** “*Medical Errors and Adverse Events in Greece: Information Classification and Measuring Methods*”, Proceedings of 4th International on the Contribution of I.T. to Science, Technology, Society and Education (eRA-4), 24-26 September 2009, Spetses, Greece.

Riga M., Vozikis A. “*M.E.R.I.S : Information System for the identification, collection, analysis and reporting of Medical Errors*”, Scientific Research Papers of Management Information System Laboratory – TEI of Piraeus, Academic Year 2006-2008, pp. 55-80, March 2009, Piraeus.

ΣΥΝΕΔΡΙΑ ΜΕ ΤΟΜΟ ΠΕΡΙΑΗΨΕΩΝ (με το σύστημα των κριτών -peer-review conferences)

Βοζίκης Α., **Ρήγα Μ.**, Μαγκίνα Α., Στουφής Ν., Τενεκετζή Ζ., Πολλάλης Γ. “*Σύστημα ανίχνευσης, καταγραφής & ανάλυσης δυσμενών συμβάντων (ICU-MERIS): Εκτιμήσεις από την πιλοτική εφαρμογή σε Μ.Ε.Θ. δημόσιου νοσοκομείου*”, 8^ο Πανελλήνιο Συνέδριο για τη Διοίκηση, τα Οικονομικά και τις Πολιτικές Υγείας, 13-15 Δεκεμβρίου 2012, Αθήνα.

Πολλάλης Γ., Βοζίκης Α., **Ρήγα Μ.** “*Ιατρικά σφάλματα στην Ελλάδα: Συνέπειες στο κόστος και την ποιότητα υπηρεσιών υγείας με τη χαρτογράφηση κινδύνου*”, 7^ο Πανελλήνιο Συνέδριο για τη Διοίκηση, τα Οικονομικά και τις Πολιτικές Υγείας, 14-17 Δεκεμβρίου 2011, Αθήνα.

Πολλάλης Γ., Βοζίκης Α., **Ρήγα Μ.** “*Ανάπτυξη Συστήματος Ανίχνευσης, Καταγραφής και Ανάλυσης Δυσμενών Συμβάντων: Εφαρμογή σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ICU-MERIS)*”, 6^ο Πανελλήνιο Συνέδριο για τη Διοίκηση, τα Οικονομικά και τις Πολιτικές της Υγείας, 15-18 Δεκεμβρίου 2010, Αθήνα.

Πολλάλης Γ., Βοζίκης Α., **Ρήγα Μ.** “*Αστική ιατρική ευθύνη: Προσέγγιση οικονομικών & ποιοτικών χαρακτηριστικών των αποφάσεων πολιτικών και διοικητικών δικαστηρίων*”, 5^ο Πανελλήνιο Συνέδριο για τη Διοίκηση, τα Οικονομικά και τις Πολιτικές της Υγείας, 2-5 Δεκεμβρίου 2009, Αθήνα.

ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ ΣΕ ΣΥΝΕΔΡΙΑ

Βοζίκης Α., **Ρήγα Μ.**, Πολλάλης Γ. “*Δυσμενής συμβάντα και Ιατρικά λάθη στην Ελλάδα: Η οικονομική διάσταση και συστήματα αναφοράς τους*”, 18^η Επιστημονική ημερίδα με θέμα Το Ιατρικό και Νοσηλευτικό Λάθος στο Νοσοκομείο: Η Έκταση του Προβλήματος και οι Τρόποι Αντιμετώπισής του, Εθνικό Δίκτυο Νοσοκομείων & Υπηρεσιών Προαγωγής Υγείας Ε.Δ.Ν.Υ.Π.Υ., Κωνσταντοπούλειο Γ.Ν.Ν. Ιωνίας, 17 Δεκεμβρίου 2013, Αθήνα.

Vozikis A., **Riga M.**,

Pollalis Y.

“*Innovative systems in patient safety and quality improvement decision making: The MERIS proposal*”, 2ο Πανελλήνιο Φοιτητικό Συνέδριο Ελληνικής Εταιρείας Επιχειρησιακών Ερευνών (Ε.Ε.Ε.Ε.) με θέμα Πράσινη Επιχειρηματικότητα & Εταιρική Κοινωνική Ευθύνη, 13-15 Δεκεμβρίου 2012, Αθήνα.

Πολλάλης Γ., Βοζίκης Α., **Ρήγα Μ.** “*Αναφορά και καταγραφή ανεπιθύμητων συμβαμάτων σε Μ.Ε.Θ.*”, Κλινικό Φροντιστήριο 14^ο Πανελλήνιου Συνεδρίου Εντατικής Θεραπείας με θέμα: Ποιότητα Υπηρεσιών Υγείας: Εφαρμογή στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, Ελληνική Εταιρεία Εντατικής Θεραπείας, 9 Νοεμβρίου 2012, Αθήνα.

Pollalis Y., Vozikis A., **Riga M.** “*An Economic Perspective of Medical Errors in Greece: Research Findings*”, International Conference on Applied Economics – ICOAE, 28-30 June 2012, Sweden, Uppsala.

Βοζίκης Α., **Ρήγα Μ.**, Πολλάλης Γ. “*Ιατρική ευθύνη ενόπιον των αστικών αποφάσεων*”, 38ο Ετήσιο Πανελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο, 16 – 19 Μαΐου 2012, Αθήνα.

Βοζίκης Α., **Ρήγα Μ.**, Πολλάλης Γ. “*Ανίχνευση, καταγραφή και ανάλυση δυσμενών συμβάντων σε Μ.Ε.Θ.: Η πρόταση του ICU-MERIS*”, 7^η Νοσηλευτική Ημερίδα, Γ.Ν.Ν Ιωνίας, Νοσοκομειακή Περίθαλψη και Ασφάλεια των Ασθενών, 17 Μαρτίου 2012, Αθήνα.

Βοζίκης Α., **Ρήγα Μ.**, Πολλάλης Γ. “*Συστήματα Ανίχνευσης, Καταγραφής και Ανάλυσης Δυσμενών Συμβάντων και Ιατρικών Σφαλμάτων*”, Ιατρο-Νομική Ημερίδα, Ιατρική Εταιρεία Αθηνών, 5 Νοεμβρίου 2011, Αθήνα.

Βοζίκης Α., **Ρήγα Μ.**, Πολλάλης Γ. “*Σύστημα Ανίχνευσης, Καταγραφής και Ανάλυσης Δυσμενών Συμβάντων: Συμβολή στη βελτίωση της ποιότητας και τη μείωση του κόστους στη φροντίδα υγείας*”, 6^η Νοσηλευτική Ημερίδα, Γ.Ν.Ν Ιωνίας, Ορθολογική Διαχείριση Πόρων στο Νοσοκομείο, 19 Μαρτίου 2011, Αθήνα.

Πολλάλης Γ., Βοζίκης Α., **Ρήγα Μ.** “*Ξεκινώντας τον ιατρο-νομικό διάλογο*”, Εταιρεία Νέων Ιατρών και Επιστημόνων Υγείας, 27 Νοεμβρίου 2010, Αθήνα.

Βοζίκης Α., Πολλάλης Γ., **Ρήγα Μ.** “*Ιατρικά Σφάλματα: Πλαίσιο μελέτης και συστήματα καταγραφής-αναφοράς*”, Διημερίδα Γ.Ν. «Η Ελπίς» με θέμα Διαχείριση Κινδύνου και Ασφάλεια Ασθενούς, 17 Απριλίου 2010, Αθήνα.

Πολλάλης Γ., Βοζίκης Α., **Ρήγα Μ.** “*Ιατρικά σφάλματα: Ορισμοί, κατηγοριοποιήσεις, μεθοδολογίες ανίχνευσης και συστήματα καταγραφής και αναφοράς*”, Προσυνεδριακό Κλινικό Φροντιστήριο 11^ο Πανελλήνιου Συνεδρίου Εντατικής Θεραπείας με θέμα: Πώς αξιολογούμε την ποιότητα λειτουργίας μιας Μ.Ε.Θ., Ελληνική Εταιρεία Εντατικής Θεραπείας, 5 Νοεμβρίου 2009, Αθήνα.

Α' ΜΕΡΟΣ

ΘΕΩΡΗΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

ΓΑΛΕΞΙΜΟΤΕΡΑ

Κεφάλαιο 1

Ποιότητα στο χώρο της Υγείας

Η έννοια της ποιοτικής παροχής υπηρεσιών υγείας πρωτοεμφανίζεται από τον 19^ο αιώνα όπου μια Βρετανίδα νοσηλεύτρια η F. Nightingale, στην προσπάθειά της να βελτιώσει τις συνθήκες νοσηλείας των ασθενών της, επιχειρεί να καταγράψει το επίπεδο της παρεχόμενης φροντίδας υγείας, με σκοπό την επαναξιολόγησή του, βάσει κάποιων προτύπων καλής πρακτικής (Σαρρής και Γούλα, 2006).

Από εκείνη την απόπειρα διερεύνησης του επιπέδου ποιότητας της φροντίδας υγείας έως σήμερα, έχουν γίνει πολλές προσπάθειες όσον αφορά τον έλεγχο της ποιότητας στο χώρο της υγείας. Κάθε φορά που προκαλείται ένα ανεπιθύμητο περιστατικό κατά τη διάρκεια της παρεχόμενης φροντίδας υγείας ή όταν η τελική έκβαση της ιατρικής πράξης δεν είναι η αναμενόμενη, υπάρχει αρνητικό αντίκτυπο στην ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας υγείας και αποδυναμώνει την προάσπιση των δικαιωμάτων και την ασφάλεια των ασθενών.

Διεθνείς μελέτες στρέφουν το ενδιαφέρον τους στο επίπεδο ασφάλειας της φροντίδας υγείας που δέχεται ένας ασθενής, κατά την επαφή του με το σύστημα υγείας, αφού η ασφάλεια του ασθενή αποτελεί άρρηκτο στοιχείο της Ποιότητας στην Υγεία. Έτσι, η διασφάλιση ενός υψηλού επιπέδου ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας και η θωράκιση της ασφάλειας του ασθενούς, προϋποθέτουν μεν συστημικό σχεδιασμό, που θα οδηγήσει όμως στη μείωση της εμφάνισης των ανεπιθύμητων περιστατικών (Μουμτζόγλου, 2008).

Σε αυτό το κεφάλαιο θα ασχοληθούμε εκτενώς με την εννοιολογική προσέγγιση της Ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας και την αλληλένδετη σχέση της Ποιότητας με την ασφάλεια του ασθενούς, καταλήγοντας σε κάποιες πρακτικές και συστήματα ποιότητας που ακολουθούνται στην Ελλάδα και το εξωτερικό.

Τα σημαντικότερα θέματα στο κεφάλαιο αυτό, είναι:

- Τι εννοούμε με τους όρους Υγεία και Ασθένεια;
- Η έννοια της Ποιότητας και τα συστατικά στοιχεία που την απαρτίζουν
- Ποιος είναι ο συνδετικός κρίκος της ασφάλειας του ασθενούς με την Ποιότητα;
- Τα δικαιώματα του ασθενούς
- Αποτύπωση πρακτικών και συστημάτων Ποιότητας από την Ελληνική και διεθνή εμπειρία

1.1 Το δίπολο Υγεία - Ασθένεια

Ο επίσημος ορισμός της Υγείας όπως έχει διατυπωθεί από τον ΠΟΥ (1946), αναφέρεται σε μια κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλώς στην απουσία ασθένειας ή αναπηρίας (Callahan, 1973). Έτσι λοιπόν, η υγεία ενός ατόμου επηρεάζεται όχι μόνο από καταστάσεις που χρήζουν ιατρικής παρακολούθησης αλλά και από το περιβάλλον στο οποίο δραστηριοποιείται και τις συνθήκες διαβίωσής του.

Από την άλλη πλευρά, αν θα θέλαμε να προσδιορίσουμε την έννοια της ασθένειας ή της αναπηρίας, θα μπορούσε να νοηθεί ως μια κατάσταση που προκαλεί ζημία, βλάβη, πόνο ή ταλαιπωρία στο άτομο που τη βιώνει (Scully, 2004).

Πέρα του ότι η υγεία του καθενός μας μπορεί να επηρεαστεί αρνητικά λόγω ιατρικών προβλημάτων, του περιβάλλοντος και των συνθηκών διαβίωσής μας κ.ά, υπάρχει σοβαρή πιθανότητα σε κάποιο στάδιο της ζωής μας, να προκληθεί κάποια κακή κατάσταση στην υγεία, με μια ενδεχόμενη μορφή προσωρινής ασθένειας ή μόνιμης αναπηρίας, αποκλειστικά και μόνο από ιατρογενείς παράγοντες όπως η κακή ιατρική πράξη ή η κακή ιατρική περίθαλψη, μέσα στο σύστημα υγείας. Αυτό άλλωστε είναι και το ερευνητικό αντικείμενο της συγκεκριμένης διατριβής. Για παράδειγμα, ένα άτομο υπέστη μόνιμη αναπηρία στην ομιλία του λόγω τρώσης των φωνητικών χορδών κατά τη διάρκεια αμυγδαλεκτομής, από ιατρική αμέλεια.

Κάποιοι μελετητές διατυπώνουν την άποψη ότι ο παραπάνω ορισμός του ΠΟΥ μπορεί πλέον να θεωρηθεί ως ανεπαρκής, εκτιμώντας ότι στη σημερινή εποχή επικρατεί η ολιστική προσέγγιση της Υγείας όπου το περιβάλλον (φυσικό, κοινωνικό, πολιτιστικό) και η κληρονομικότητα διασφαλίζουν στο μεγαλύτερο ποσοστό το

επίπεδο υγείας του πληθυσμού (Θεοδώρου, κ.ά., 1997).

Οι οικονομολόγοι της υγείας, προσεγγίζουν τον όρο Υγεία ως ένα διαρκές αγαθό ή ένα είδος κεφαλαίου που παρέχει υπηρεσίες οι οποίες καταναλίσκονται καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής του ατόμου. Βέβαια το αρχικό απόθεμα «κεφαλαίου» της υγείας δεν είναι το ίδιο για όλα τα άτομα διότι εξαρτάται από γενετικούς και άλλους παράγοντες που κάποιες φορές δεν μπορούν και να προσδιοριστούν επακριβώς (SanterreandNeun, 2013).

Συγκεκριμένα, επικρατεί η σκέψη ότι όπως μια επιχείρηση έχει κάποιες εισροές και εκροές έτσι και ένα άτομο που θέλει να «παράγει» υγεία (εκροή), χρησιμοποιεί ιατρικές εισροές όπως το να ακολουθεί έναν υγιεινό τρόπο ζωής και να λαμβάνει όποτε κρίνεται αναγκαίο, ιατρική περίθαλψη με ποικίλα ιατρικά αγαθά και υπηρεσίες υγείας. Ιατρικά αγαθά, επί παραδείγματι, θα ορίζαμε τα συνταγογραφούμενα φάρμακα, τα ορθοπεδικά εμφυτεύματα ενώ ιατρικές υπηρεσίες θα προσδιορίζαμε τις χειρουργικές επεμβάσεις, τις Μονάδες Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών, τις μαγνητικές τομογραφίες.

Έτσι λοιπόν, οι οικονομολόγοι της υγείας, προσδιορίζουν τον όρο Υγεία με βάση «μια γενικευμένη βραχυχρόνια συνάρτηση της παραγωγής της υγείας για ένα άτομο, με την παρακάτω μορφή (Santerre and Neun, 2013):

$$\text{Υγεία} = H (\text{ιατρική περίθαλψη, ιατρική τεχνολογία, προφίλ, τρόπος ζωής, κοινωνικοοικονομική κατάσταση, περιβάλλον})$$

Πέρα όμως το πώς θα ορίσουμε το δίπολο Υγεία και Ασθένεια, οι εννοιολογικές αυτές προσεγγίσεις, παραμένουν ακόμη αρκετά ασαφείς. Μια πιο ακριβής μέτρηση της Υγείας ενός ατόμου, υποστηρίζουν κάποιοι ερευνητές (Drummondetal. 1997) θα μπορούσε να περιλαμβάνει τον αριθμό των ετών που κερδίζονται λόγω μιας ιατρικής παρέμβασης σε σχέση με το συνακόλουθο επίπεδο της ποιότητας της ζωής του ατόμου που θα βιώσει τα επιπλέον χρόνια.

1.2 Η έννοια της Ποιότητας

Ένας ορισμός ευρείας αποδοχής, για την Ποιότητα στο χώρο της Υγείας, δίνεται από το Αμερικάνικο Ινστιτούτο Ιατρικής (1990) και αναφέρεται σε εκείνο το επίπεδο των υπηρεσιών υγείας για τα άτομα και τους πληθυσμούς που αυξάνει την πιθανότητα των επιθυμητών εκβάσεων και είναι σύμφωνο με τους ισχύοντες ιατρικούς κανόνες (IOM, 1990).

Ο συγκεκριμένος ορισμός της Ποιότητας στην Υγεία, εμπεριέχει έννοιες της πρόληψης και της θεραπείας, αναφέρεται σε υπηρεσίες υγείας που στοχεύουν σε θεραπεία σωματικών αλλά και ψυχικών νοσημάτων, απευθύνεται στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό και σε άλλους επαγγελματίες υγείας ενώ βρίσκει εφαρμογή και σε όλες τις μορφές των μονάδων υγείας (IOM, 1999a). Ο ορισμός αυτός αποτελεί ένα ισχυρό και χρήσιμο σημείο αναφοράς για τη διαμόρφωση πρακτικών και συστημάτων αξιολόγησης και βελτίωσης της Ποιότητας στο χώρο της Υγείας (Blumenthal, 1996).

Ο Donabedian (1980) ο γκουρού της διασφάλισης ποιότητας, εισήγαγε στην έννοια της Ποιότητας τρεις διαστάσεις: τη δομή (structure) της μονάδας υγείας που παρέχει τη φροντίδα υγείας, τη διαδικασία (process) κατά την οποία ακολουθούνται καλές ή κακές ιατρικές πρακτικές και το αποτέλεσμα (outcome) της έκβασης από την παρεχόμενη φροντίδα υγείας. Μέχρι και σήμερα, οι τρεις αυτές διαστάσεις του μοντέλου Donabedian, αποτελούν τις θεμελιώδεις αρχές για την αξιολόγηση της ποιότητας στις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας.

Από την προσέγγιση του Donabedian, διαφαίνεται ότι το πλαίσιο στο οποίο έχει δομηθεί μια μονάδα υγείας, μπορεί να επηρεάσει θετικά ή αρνητικά τόσο τις διαδικασίες που θα ακολουθηθούν όσο και το αποτέλεσμα που θα προκύψει το οποίο θα έχει άμεση επίπτωση στην κατάσταση της υγείας του ασθενούς. Για παράδειγμα, αν ο ιατροτεχνολογικός εξοπλισμός καθώς και οι υλικοτεχνικές υποδομές της συγκεκριμένης μονάδας υγείας είναι ανεπαρκείς τότε οι ασθενείς δεν πρόκειται να προσέλθουν για να λάβουν ιατρικές υπηρεσίες, το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό δε θα ακολουθήσει πιστά τις νόρμες και τα πρωτόκολλα ενώ στην περίπτωση που προσέλθουν οι ασθενείς δε θα λάβουν εν τέλει υψηλό ποιοτικό επίπεδο υπηρεσιών υγείας.

Σύμφωνα με μια πιο γενική προσέγγιση, η Ποιότητα στο χώρο της Υγείας εμπίπτει σε έναν όρο εννοιολογικά σύνθετο ο οποίος απαρτίζεται από μια σειρά λογικής σύνθεσης μαθημάτων, μεθόδων και κεκτημένων γνώσεων διαφορετικών επιστημονικών κλάδων (Dalrymple and Drew, 2000). Συγκεκριμένα, για να συσταθεί ένα επιτυχημένο σύστημα ποιότητας σε μια μονάδα υγείας θα πρέπει να συνεισφέρουν ποικίλες Επιστήμες ταυτόχρονα, όπως αυτή της Ιατρικής, της Οργάνωσης και Διοίκησης, με κύριο σημείο εφαρμογής τον Στρατηγικό Σχεδιασμό, της Τεχνολογίας, Επικοινωνίας και Πληροφορικής, κ.ά.

Σε συνέχεια των παραπάνω, είμαστε σε θέση να αντιληφθούμε ότι η Ποιότητα στις μονάδες υγείας, αποτελεί αντικείμενο πολυάριθμων προσπαθειών, εκ μέρους των ιθυνόντων, για άμεσες και αποτελεσματικές πρακτικές υιοθέτησης. Συμπεραίνουμε, λοιπόν, ότι η διαχείριση και ο έλεγχος της ποιότητας σε μονάδες υγείας με ποικίλες μορφές παρεχόμενων ιατρικών υπηρεσιών, αποτελούν σημαντικά σημεία εκκίνησης για τη βελτίωση της ποιότητας στη φροντίδα υγείας και την προάσπιση της ασφάλειας του ασθενούς, την προώθηση της βέλτιστης σχέσης ανάμεσα στην ποιοτική φροντίδα του ασθενούς και την οργανωτική αποδοτικότητα της μονάδας υγείας και γενικότερα για τη διασφάλιση της Υγείας (Kelly, 2006).

1.3 Συστατικά στοιχεία της Ποιότητας

Σύμφωνα με τον ΠΟΥ(WHO, 2006), για την παροχή υψηλής ποιότητας φροντίδας υγείας, θα πρέπει να ικανοποιούνται τα παρακάτω έξι συστατικά στοιχεία από τα οποία εξαρτάται η Ποιότητα στην Υγεία (βλ. πίνακα 1.1). Όπως φαίνεται από τον πίνακα 1.1 και συγκεκριμένα από το έκτο συστατικό στοιχείο της Ποιότητας (*Ασφαλής φροντίδα υγείας*), οι ποιοτικές υπηρεσίες υγείας είναι άρρηκτα συνδεδεμένες με την προάσπιση της ασφάλειας του ασθενούς, κάτι το οποίο θα αναλυθεί εκτενώς στη συνέχεια αυτού του Κεφαλαίου.

Επιπλέον, είναι προφανές ότι η παροχή υψηλής ποιότητας φροντίδας υγείας θα μπορούσε να επηρεαστεί αρνητικά μόνο από την κακή ποιότητα πληροφοριών, την ανορθόδοξη ροή και τη μη πληρότητά τους. Συνεπώς, η καλή ποιότητα, η ορθή ροή και η ακεραιότητα στις πληροφορίες συμβάλλουν θετικά στην αποφυγή πρόκλησης

κάποιου ανεπιθύμητου περιστατικού και ιατρικού σφάλματος (Fadlalla and Wickramasinghe, 2004).

Πίνακας 1.1: Συστατικά στοιχεία Ποιότητας

<i>Αποτελεσματική (effective)</i>	Παρέχει φροντίδα υγείας που δίνει σημασία στα αποτελέσματα και στη βελτίωση των υπηρεσιών υγείας, με βάση τις ανάγκες του πληθυσμού
<i>Αποδοτική (efficient)</i>	Παρέχει ποιοτική φροντίδα υγείας μεγιστοποιώντας την αποδοτικότητα των πόρων
<i>Προσπελάσιμη (accessible)</i>	Παρέχει φροντίδα υγείας στο σωστό χρόνο, τόπο με υψηλού επιπέδου καταρτισμένο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό και με τους βέλτιστους πόρους
<i>Αποδεκτή – προσανατολισμένη στον ασθενή (acceptable / patient-centred)</i>	Παρέχει φροντίδα υγείας που λαμβάνει υπόψη τις ανάγκες και τις αξίες των χρηστών υγείας καθώς και τα πολιτισμικά στοιχεία της κάθε κοινωνίας
<i>Ισότιμη (equitable)</i>	Παρέχει φροντίδα υγείας ισότιμη προς όλους τους χρήστες υγείας ανεξαρτήτου φύλου, εθνικότητας, καταγωγής, κοινωνικοοικονομικής κατάστασης
<i>Ασφαλής (safe)</i>	Παρέχει φροντίδα υγείας όπου ελαχιστοποιούνται οι πιθανότητες πρόκλησης σωματικής βλάβης στον ασθενή από αμέλεια

1.4 Ασφάλεια του ασθενούς: Έννοια & σημεία εφαρμογής

Τα τελευταία χρόνια ενδυναμώνεται η άποψη ότι η προστασία της ασφάλειας του ασθενούς συνιστά τον θεμέλιο λίθο όλων των Πολιτικών Υγείας παγκοσμίως και κυρίως αυτών που σχετίζονται με τη βελτίωση της Ποιότητας στο χώρο της Υγείας. Κάθε πρόγραμμα υγείας που έχει στόχο τη συνεχή βελτίωση της Ποιότητας, θα πρέπει να λογαριάζει την ασφάλεια του ασθενούς, ως ένα αναπόσπαστο στοιχείο της στρατηγικής του (Vozikis and Riga, 2012).

Σύμφωνα με τον ΠΟΥ, η απειλή στην ασφάλεια του ασθενούς, νοείται ως κάθε ακούσιο και/ή απρόβλεπτο, ανεπιθύμητο περιστατικό που θα μπορούσε να προκαλέσει ή τελικά προκάλεσε κάποια σωματική βλάβη σε έναν ή περισσότερους ασθενείς, κατά τη διάρκεια παροχής της ιατρικής περίθαλψης από το Σύστημα Υγείας (C.E., 2006).

Το Αμερικάνικο Ινστιτούτο Ιατρικής ορίζει την ασφάλεια του ασθενούς, ως την πρόληψη από τη σωματική βλάβη μέσω ενός συστήματος παροχής φροντίδας υγείας που προλαμβάνει τα ανεπιθύμητα περιστατικά και τα ιατρικά σφάλματα, μαθαίνει από τα λάθη που συμβαίνουν και είναι βασισμένο στη φιλοσοφία της ασφαλούς διενέργειας των διαδικασιών που αφορούν τόσο τους ασθενείς όσο και τους επαγγελματίες και παρόχους υγείας (Aspden et al., 2004; Clancy et al., 2005).

Επιπλέον, ο Αμερικάνικος οργανισμός για την Έρευνα και την Ποιότητα στην Υγεία (AHRQPSNet), επεκτείνει τον παραπάνω ορισμό που θέλει την ασφάλεια του ασθενούς να είναι η πρόληψη από τη σωματική βλάβη και προτάσσει ότι η ασφάλεια του ασθενούς είναι η απαλλαγή από κάποιο τυχαίο ή δυνητικά προβλέψιμο περιστατικό, κατά τη διάρκεια παροχής της ιατρικής περίθαλψης. Έτσι, οι πρακτικές ή παρεμβάσεις που βελτιώνουν την ασφάλεια των ασθενών είναι αυτές που μειώνουν εν τέλει και την εμφάνιση των ανεπιθύμητων περιστατικών και ιατρικών σφαλμάτων που θα μπορούσαν να έχουν προληφθεί³ (Mitchell and Soule, 2008).

Η προάσπιση της ασφάλειας του ασθενούς, κατά την επαφή του με το σύστημα υγείας αποτελεί εδώ και μια δεκαετία, ζήτημα καίριας σημασίας για τους ιθύνοντες στη χάραξη της Πολιτικής Υγείας, σε παγκόσμιο επίπεδο. Συγκεκριμένα, ο ΠΟΥ κάνει ιδιαίτερη μνεία στην προστασία της ακεραιότητας και της ασφάλειας του ασθενούς και έτσι η Παγκόσμια Συνέλευση για την Υγεία, συντάσσει συγκεκριμένο άρθρο με θέμα «Ποιότητα στη φροντίδα υγείας: Η ασφάλεια του ασθενούς» (WorldHealthAssembly, 2002)

Κατά τη συζήτηση του άρθρου WHA55.18, αρχικά εκφράστηκε ανοιχτά η παγκόσμια ανησυχία ότι ο αυξημένος ρυθμός εμφάνισης των ανεπιθύμητων περιστατικών προξενεί μια υποβάθμιση στην ποιότητα της ιατρικής φροντίδας που απειλεί ταυτόχρονα την ασφάλεια των ασθενών. Δόθηκε ιδιαίτερη έμφαση στο γεγονός ότι τα ανεπιθύμητα αυτά περιστατικά συνιστούν μια σημαντική αιτία πρόκλησης της σωματικής βλάβης των πολιτών, που θα μπορούσε να έχει αποφευχθεί. Επιπλέον, τονίστηκε η υψηλή οικονομική επιβάρυνση για ολόκληρο το Σύστημα Υγείας και το κόστος ευκαιρίας για τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας από την εμφάνιση αυτών των ανεπιθύμητων περιστατικών, στον τομέα της υγείας. Σημειώθηκε επιπλέον ότι τα κράτη μέλη θα μπορούσαν να επιτύχουν σημαντική

³ Στο κεφάλαιο 2, θα γίνει εκτενής ανάλυση των εννοιών για το ανεπιθύμητο περιστατικό και ιατρικό σφάλμα που εμφανίζονται, όταν απειλείται η ασφάλεια των ασθενών.

βελτίωση της αποδοτικότητας των συστημάτων υγείας κυρίως με την πρόληψη των ανεπιθύμητων περιστατικών και με τη βελτίωση της ποιότητας της φροντίδας υγείας όσον αφορά την ασφάλεια του ασθενούς.

Ο ΠΟΥ αναγνωρίζοντας την ανάγκη για προώθηση της ασφάλειας του ασθενούς, ως τη θεμελιώδη αρχή για όλα τα συστήματα υγείας, προτρέπει τα κράτη – μέλη **(α)** να δώσουν τη μεγαλύτερη δυνατή προσοχή στο πρόβλημα της ασφάλειας των ασθενών και **(β)** να αναπτύξουν επιστημονικά τεκμηριωμένα συστήματα και να ενισχύσουν προσπάθειες στραμμένες προς την κατεύθυνση αυτή, της προάσπισης της ασφάλειας των ασθενών και γενικότερα της βελτίωσης της ποιότητας στην ιατρική περίθαλψη.

Μετά από λίγα χρόνια, το Συμβούλιο της Ευρώπης συζητώντας θέματα που αφορούν τη διαχείριση του προβλήματος της ασφάλειας του ασθενούς και την πρόληψη από τα ανεπιθύμητα περιστατικά, ως αιτίες που υποσκάπτουν την Ποιότητα της φροντίδας υγείας, ενέκρινε σύσταση της Επιτροπής Υπουργών στα κράτη μέλη τους σχετικά με την προάσπιση της ασφάλειας των ασθενών (C.E., 2006).

Οι απόψεις της Ευρωπαϊκής Επιτροπής, συμπλέουν με αυτές του ΠΟΥ και «τοποθετεί την ασφάλεια των ασθενών στον πυρήνα των συστημάτων φροντίδας υγείας υψηλής ποιότητας, συγκεντρώνοντας όλους τους παράγοντες που έχουν κάποιο αντίκτυπο στην ασφάλεια των ασθενών» (Επιτροπή Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, 2008). Στην Ευρώπη καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι η ασφάλεια των ασθενών είναι ένα ισχυρό θεμέλιο στη φιλοσοφία της βελτίωσης της Ποιότητας, γι' αυτό όλα τα ευρωπαϊκά συστήματα υγείας, θα πρέπει να κινηθούν προς αυτήν την κατεύθυνση.

Δεν είναι τυχαίο ότι στη Λευκή Βίβλο της Ευρωπαϊκής Επιτροπής για την Υγεία, η ασφάλεια των ασθενών αποτελεί τομέας στρατηγικής δράσης (Commission of the European Communities, 2007). Επιπλέον, στο δεύτερο πρόγραμμα κοινοτικής δράσης στον τομέα της υγείας (2008-2013) (Επιτροπή Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, 2008), η προστασία της ποιότητας και της ασφάλειας της υγείας των ευρωπαίων πολιτών, καθώς και η προώθηση μέτρων για τη βελτίωση τους, βρίσκονται σε θέση υψηλής προτεραιότητας για τα κράτη-μέλη.

Η αρμόδια σε θέματα υγείας Ευρωπαϊκή Επιτροπή παροτρύνει τα κράτη – μέλη

της να προχωρήσουν σε όλες τις δυνατές ενέργειες για την οργάνωση και την προώθηση εκπαιδευτικών προγραμμάτων, σχετιζόμενα με την προστασία της ασφάλειας των ασθενών και τη θωράκιση της ποιότητας στην ιατρική φροντίδα. Κύριοι αποδέκτες των προγραμμάτων αυτών θα είναι οι επαγγελματίες υγείας που θα καταρτιστούν πάνω στους τρόπους παρέμβασης και συνεπώς μείωσης των ανεπιθύμητων περιστατικών.

1.4.1 Κύριες αιτίες πρόκλησης σωματικής βλάβης στον ασθενή

Όπως διατυπώθηκε και πιο παραπάνω, ο ασθενής όταν έρχεται σε επαφή με το Σύστημα Υγείας έχει σοβαρές πιθανότητες να υποστεί κάποια σωματική βλάβη και να απειληθεί η ασφάλειά του. Η έρευνα του Ευρωβαρομέτρου (E.C., 2010) στα 27 κράτη-μέλη του, με θέμα την ασφάλεια του ασθενούς και την ποιότητα στη φροντίδα υγείας, έρχεται να επιβεβαιώσει αυτήν την άποψη. Έτσι, λοιπόν, σχεδόν το ήμισυ των ευρωπαίων πολιτών έχει την πεποίθηση ότι θα μπορούσε να έχει βιώσει κάποια σωματική βλάβη κατά την επαφή του με το Σύστημα Υγείας της χώρας του.

Όπως θα φανεί παρακάτω στον πίνακα 1.2, στις κύριες αιτίες πρόκλησης της σωματικής βλάβης στον ασθενή, αναφέρονται μεταξύ άλλων και τα ιατρικά σφάλματα, ως μια από τις σοβαρές αιτίες που θα μπορούσαν να προκαλέσουν βλάβη. Η παρακάτω κατηγοριοποίηση των κύριων αιτιών πρόκλησης σωματικής βλάβης στον ασθενή, προέρχεται από συνδυασμό των αναφερόμενων στον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας (Κ.Ι.Δ.) και από την ευρύτερα αποδεκτή διεθνή βιβλιογραφία (Πολίτης, 2006; (Null et al., 2004).

Πίνακας 1.2: Κατηγοριοποίηση κύριων αιτιών πρόκλησης σωματικής βλάβης στον ασθενή

<i>Επεμβάσεις από ειδικευόμενο</i>	Πρόκληση σωματικής βλάβης λόγω ανεπαρκούς εποπτείας.
<i>Παρέκκλιση από τα σύγχρονα standards της ιατρικής επιστήμης</i>	Πρόκληση σωματικής βλάβης λόγω απόκλισης από τους ιατρικούς κανόνες.
<i>Ιατρικό Σφάλμα</i>	Πρόκληση σωματικής βλάβης λόγω ιατρικής αμέλειας στη διάγνωση, θεραπεία, κ.ά.
<i>Ευθύνη του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού για όργανα και συσκευές που χρησιμοποιεί</i>	Πρόκληση σωματικής βλάβης λόγω ανορθόδοξης λειτουργίας και συντήρησης οργάνων και συσκευών
<i>Συναίνεση ιατρού σε μη επιτρεπτή ιατρική πράξη</i>	Πρόκληση σωματικής βλάβης λόγω μη επιτρεπόμενης ιατρικής παρέμβασης
<i>Ευθύνη της ομάδας</i>	Πρόκληση σωματικής βλάβης λόγω κακής επικοινωνίας του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού
<i>Οργανωτικά προβλήματα νοσοκομείου</i>	Πρόκληση σωματικής βλάβης λόγω ανορθόδοξης κατανομής αρμοδιοτήτων και διαδικασιών
<i>Ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις</i>	Πρόκληση σωματικής βλάβης λόγω μόλυνσεων από λοιμώξεις, ως απόρροια της πλημμελούς παροχής ιατρικών υπηρεσιών
<i>Έλλειψη εξειδικευμένου ιατρικού προσωπικού</i>	Πρόκληση σωματικής βλάβης λόγω έλλειψης σε υψηλά καταρτισμένο ιατρικό προσωπικό
<i>Επιπλοκές και κακή χρήση των φαρμάκων (adverse drug reactions-ADRs)</i>	Πρόκληση σωματικής βλάβης λόγω μη ορθολογικής χρήσης ή λανθασμένης επιλογής των ιατροφαρμακευτικών σκευασμάτων
<i>Έλκη λόγω κατάκλισης (bedsores)</i>	Πρόκληση σωματικής βλάβης λόγω άσκησης και ανώφελης παρατεταμένης νοσηλείας του ασθενούς
<i>Παροχή ανόφελων ιατρικών πράξεων (unnecessary procedures)</i>	Πρόκληση σωματικής βλάβης λόγω αλόγιστης χρήσης ιατρικών σκευασμάτων, εξετάσεων
<i>Διενέργεια άσκοπων χειρουργικών επεμβάσεων (unnecessary surgical procedures)</i>	Πρόκληση σωματικής βλάβης λόγω διενέργειας μη απαραίτητων ιατρικών παρεμβάσεων ή λόγω αμυντικής ιατρικής

1.4.2 Το δικαίωμα της ασφάλειας του ασθενούς

Η Ευρωπαϊκή Χάρτα δικαιωμάτων των ασθενών (Active Citizenship Network, 2002) συντάχθηκε με στόχο την εξασφάλιση της υψηλής ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας στα ευρωπαϊκά Συστήματα Υγείας και ένα από αυτά τα δικαιώματα, αναφέρεται σε αυτό της ασφάλειας του ασθενούς.

«Κάθε άνθρωπος έχει το δικαίωμα απαλλαγής από βλάβη που προκαλείται από την πλημμελή λειτουργία των υπηρεσιών υγείας, τα ιατρικά σφάλματα και λάθη και έχει το δικαίωμα πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας και θεραπείες που πληρούν αυστηρά πρότυπα ασφαλείας».

Για να διασφαλιστεί αυτό το δικαίωμα, οι μονάδες υγείας καθώς και οι ιατρικές τους υπηρεσίες, θα πρέπει να υιοθετούν πρακτικές και συστήματα ποιότητας για την ασφάλεια του ασθενούς και επιπλέον να εξασφαλιστεί ότι ο ιατροτεχνολογικός εξοπλισμός δουλεύει ορθώς και ότι οι χειριστές του ιατρικού εξοπλισμού είναι άρτια καταρτισμένοι για την ασφαλή του χρήση.

Επιπλέον, όλοι οι επαγγελματίες υγείας είναι υπεύθυνοι για τη διασφάλιση των διαδικασιών όλων των σταδίων της θεραπευτικής φροντίδας. Το ιατρικό προσωπικό πρέπει να εκπαιδεύεται συνεχώς στη λήψη μέτρων πρόληψης και παρέμβασης και να μαθαίνει από τα λάθη του, με στόχο την αποφυγή εμφάνισης ανεπιθύμητων περιστατικών και ιατρικών σφαλμάτων. Τέλος, το υπόλοιπο υγειονομικό προσωπικό, θα πρέπει να είναι σε θέση να καταγράφει και να αναφέρει τους υφιστάμενους κινδύνους που μπορούν να απειλήσουν την ασφάλεια των ασθενών και να προλαμβάνει δυνητικά ανεπιθύμητα περιστατικά.

Στη συνέχεια, αναφέρουμε κάποια επιπλέον δικαιώματα των ασθενών που εντάσσονται στην προάσπιση της ασφάλειάς τους, κατά την επαφή με το σύστημα υγείας. Οι ασθενείς θα πρέπει να ενημερώνονται για την πορεία της κατάστασής τους, να τους παρέχεται επαρκή και σαφή πληροφόρηση για τις πιθανές παρενέργειες ή επιπλοκές των ιατρικών πράξεων που πρόκειται να τελεστούν ενώ θα πρέπει να ζητείται η γραπτή συναίνεσή τους, όταν αυτό είναι εφικτό, για την επιλογή της κατάλληλης θεραπείας τους (Vozikis and Riga, 2012; C.E., 2006).

1.5 Πρακτικές – συστήματα ποιότητας μέτρησης ασφάλειας ασθενούς: Διεθνής εμπειρία

Η ασφάλεια των ασθενών, όπως διαπιστώθηκε και παραπάνω, συνιστά ένα απαραίτητο θεμέλιο της Ποιότητας στη φροντίδα υγείας και αποτελεί το κύριο σημείο εφαρμογής στα συστήματα Ποιότητας της υγείας, παγκοσμίως. Συνεπώς, η διασφάλιση της ποιότητας στο χώρο της υγείας, υιοθετεί πρακτικές και συστήματα μέτρησης της ασφάλειας του ασθενούς, με στόχο την προάσπισή του κατά την επαφή του με το Σύστημα Υγείας.

Τα εν λόγω συστήματα και πρακτικές μέτρησης της ασφάλειας, στηρίζονται στη φιλοσοφία της προληπτικής ενέργειας, στην αρχή του συστηματικού ελέγχου των διαδικασιών σε όλα τα στάδια εφαρμογής τους και στην αξία της ανατροφοδότησης των συστημάτων αυτών. Συν τοις άλλοις, η αξιολόγηση της ασφάλειας πραγματοποιείται μέσω ποιοτικών και ποσοτικών μεθόδων (C.E., 2006).

Οι ποιοτικές μέθοδοι αναφέρονται στη χαρτογράφηση όλων των δραστηριοτήτων που εμπλέκονται κατά την παροχή μιας ιατρικής υπηρεσίας. Ο στόχος αυτών των μεθόδων, μέσω της περιγραφικής ανάλυσης των διαδικασιών, είναι η εννοιολογική προσέγγιση της ασφάλειας και ο καθορισμός των εγγενών χαρακτηριστικών της, κατά την παροχή υπηρεσιών και φροντίδας υγείας.

Από την άλλη πλευρά, η ποσοτική προσέγγιση της μέτρησης της ποιότητας και ασφάλειας του ασθενούς, απαιτεί τη χρήση δεικτών και επιδημιολογικών μεθόδων ανάλυσης, οι οποίοι θα πρέπει να καθοριστούν προσεκτικά, να εφαρμοστούν ορθολογικά σε όλα τα στάδια της θεραπευτικής διαδικασίας τόσο στα εξωτερικά ιατρεία όσο και στα νοσοκομεία.

Στόχος της ποσοτικής μεθόδου είναι η συστηματική ποσοτικοποίηση των διαφορετικών πτυχών των διαδικασιών και της τελικής έκβασης της κατάστασης της υγείας του ασθενούς, σχετιζόμενη με:

- ✓ Ανεπιθύμητα περιστατικά
- ✓ Ανεπιθύμητα περιστατικά που προκάλεσαν βλάβη στον ασθενή
- ✓ Ανεπιθύμητα περιστατικά που προκάλεσαν βλάβη στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό
- ✓ Τον κίνδυνο επέλευσης ανεπιθύμητων περιστατικών

Από τη διεθνή εμπειρία, αναφέρουμε κάποια παραδείγματα ποσοτικής μέτρησης της ασφάλειας του ασθενούς, όπως η διενέργεια εκθέσεων παραπόνων ασθενών, η ανάπτυξη και εφαρμογή συστημάτων αναφοράς ανεπιθύμητων περιστατικών και ιατρικών σφαλμάτων που προκλήθηκαν λόγω κακής ιατρικής πρακτικής ή επιπλοκής στον ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό, κ.ά., η χρήση δεικτών που βρίσκουν εφαρμογή σε οργανωτικό επίπεδο όπως για παράδειγμα εάν ένας πάροχος υγείας διαθέτει ηλεκτρονική συνταγογράφηση ή έχει εφαρμόσει ικανές πρακτικές να μειώσουν τα ποσοστά της VAP⁴ (C.E., 2006).

Επιπλέον, η χρήση στοιχείων και δεδομένων των ασθενών που καταγράφονται κατά τη διάρκεια νοσηλείας τους, με σκοπό την ποσοτική μέτρηση της ασφάλειας του ασθενούς, αποτελεί μια πρόσφατη προσέγγιση που ακολουθεί η Αμερική. Από το 2005, η Αμερική (Armestoetal., 2007) στην προσπάθειά της να θεσπίσει ένα πρόγραμμα εθνικής εμβέλειας για την προάσπιση της ασφάλειας του ασθενούς, ψήφισε νομοθεσία (PatientSafetyActof 2005) και έχει ιδρύσει έναν Οργανισμό για την Ασφάλεια του Ασθενούς (PSO) όπου μέλη του είναι οι πάροχοι υγείας και ένας από τους σκοπούς της αποστολής του, είναι η συγκέντρωση στοιχείων για ανεπιθύμητα περιστατικά που έχουν καταγραφεί και τα οποία χαίρουν την πολιτική της προστασίας του απορρήτου και προσωπικών δεδομένων.

Μια παρόμοια μορφή οργανισμού είχε ιδρύσει νωρίτερα, μόλις το 2001 και το Ηνωμένο Βασίλειο (NPSA, 2004) και συγκεκριμένα την Εθνική Υπηρεσία Ασφάλειας των Ασθενών, ώστε να μπορεί να συντονίσει τις προσπάθειες για την καταγραφή των ανεπιθύμητων περιστατικών και των αιτιών που τα προκαλούν όπως και να προωθήσει ενέργειες μάθησης από αυτά για να μην επαναληφθούν.

Τα δεδομένα, λοιπόν, που χρησιμοποιούνται στην ποσοτική μέτρηση της ασφάλειας των ασθενών, αφορούν σε ανεπιθύμητα περιστατικά και ιατρικά σφάλματα και μπορούν να προέρχονται από τα αρχεία του νοσοκομείου και από τους ιατρικούς φακέλους, από εμπιστευτικές εκθέσεις του νοσοκομείου για περιστατικά που απείλησαν την ασφάλεια του ασθενούς ή για παρ' ολίγον λάθη ενώ λαμβάνονται δεδομένα για ιατρικά σφάλματα ή για παρ' ολίγον λάθη, μέσω της διεξαγωγής ενεργητικής επιτήρησης ή παρατήρησης πάνω από την κλίνη, σε πραγματικό χρόνο. Επιπλέον, ολοκληρώνεται η συλλογή των στοιχείων με συνεντεύξεις τόσο σε

⁴Ventilator - associated pneumonia (VAP) ορίζεται ως η πνευμονία σχετιζόμενη με τον αναπνευστήρα και πρόκειται για ενδονοσοκομειακή βακτηριακή πνευμονία που αναπτύσσεται σε ασθενή υπό μηχανικό αερισμό (Wikipedia, the free encyclopedia).

ασθενείς και ιατρονοσηλευτικό προσωπικό ενώ συνεντεύξεις διεξάγονται και στους διοικητές μονάδων υγείας για να αποτυπώσουν ευκρινώς τις οργανωτικές ικανότητες του προσωπικού και το κλίμα – κουλτούρα της ασφάλειας που επικρατεί.

Απώτερος σκοπός της συλλογής των παραπάνω δεδομένων είναι η σύνταξη συγκρίσιμων δεικτών για την ποσοτική μέτρηση της ασφάλειας των ασθενών. Ο ΟΟΣΑ το 2004 συνέταξε μια έκθεση με είκοσι ένα (21) προτεινόμενους δείκτες (OECD, 2004). Αυτοί οι δείκτες αφορούν σε ανεπιθύμητα περιστατικά συγκεκριμένων κλινικών καταστάσεων που απειλούν την ασφάλεια του ασθενή και προκαλούνται κατά τη διάρκεια της νοσοκομειακής περίθαλψης (βλ. πίνακα 1.3).

Πίνακας 1.3: Δείκτες μέτρησης ασφάλειας ασθενούς – διεθνής εμπειρία

<i>Κατηγορία</i>	<i>Τύπος Δείκτη</i>
Ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις	VAP
	Λοίμωξη σε τραύμα
	Λοίμωξη κατά τη διάρκεια νοσηλείας
	Έλκη κατάκλισης
Διεγχειρητικές και μετεγχειρητικές επιπλοκές	Επιπλοκές κατά το στάδιο της αναισθησίας
	Μετεγχειρητικό κάταγμα ισχίου
	Μετεγχειρητική πνευμονική εμβολή (PE) ή εν τω βάθει φλεβική θρόμβωση (DVT)
	Μετεγχειρητική σηψαιμία
	Τεχνικές δυσκολίες κατά τη θεραπευτική διαδικασία
Ανεπιθύμητα περιστατικά που δεν προέρχονται από φυσικά αίτια	Αντίδραση του οργανισμού στη μετάγγιση αίματος
	Λάθος στην ομάδα αίματος
	Επέμβαση σε λάθος πλευρά
	Παραμονή ξένου αντικειμένου (π.χ. γάζα, βελόνα, ιατρικά εργαλεία) στο σώμα του ασθενούς κατά τη διάρκεια της επέμβασης
	Ιατρικός εξοπλισμός που σχετίζεται με ανεπιθύμητες ενέργειες
Μαιευτική	Σφάλμα στη φαρμακευτική αγωγή
	Κάκωση-τραυματισμός στο έμβρυο κατά τη γέννηση
	Μαιευτική κάκωση-τραύμα κατά τον φυσιολογικό τοκετό
	Μαιευτική κάκωση-τραύμα κατά την καισαρική τομή
	Προβλήματα στον τοκετό

Άλλοι παράγοντες που σχετίζονται με ανεπιθύμητα περιστατικά	Πτώση ασθενούς από το κρεβάτι
	Πρόκληση κατάγματος ή ρήξης ισχίου κατά τη διάρκεια νοσηλείας

Πηγή: OECD, 2004 (διαμόρφωση-μτφρ. πρωτότυπου πίνακα)

Είναι λοιπόν εμφανές από τα παραπάνω ότι η ασφάλεια του ασθενούς, ως προαπαιτούμενο στοιχείο αξιολόγησης του επιπέδου ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, μπορεί να μετρηθεί ποσοτικά με τη βοήθεια δεικτών που σχετίζονται με τύπους ανεπιθύμητων περιστατικών. Η διεθνής βιβλιογραφία (OECD, 2004), μας παραπέμπει και σε άλλες πηγές πληροφόρησης για δείκτες μέτρησης της ασφάλειας των ασθενών, όπως φαίνεται στον πίνακα 1.4 που ακολουθεί.

Πίνακας 1.4: Πρόσθετοι δείκτες μέτρησης της ασφάλειας του ασθενούς – διεθνής εμπειρία

Οργανισμοί	Περιγραφή
AHRQ Safety Indicators - Η.Π.Α.	Ανάπτυξη δεικτών μέσω καταγεγραμμένων στοιχείων νοσηλείας
AHRQ/CIHI Safety Indicators - Καναδάς	Ανάπτυξη δεικτών μέσω καταγεγραμμένων στοιχείων νοσηλείας
Australian Council for Safety and Quality in Health Care - Αυστραλία	Ανάπτυξη δεικτών σχετιζόμενοι με ανεπιθύμητα περιστατικά που προκαλούν σοβαρή βλάβη, υπονομεύουν την εμπιστοσύνη των ασθενών και δικαιολογούν επισταμένη έρευνα και ανάλυση
Complications Screening Programme Algorithm Beth Israel Hospital (BIH), Boston – Η.Π.Α.	Ανάπτυξη δεικτών σχετιζόμενοι με επιλοκές που θα μπορούσαν να έχουν προληφθεί
JCAHO IMSystem: Infection Control - – Η.Π.Α.	Ανάπτυξη δεικτών ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων που αφορούν σε αρνητικές εκβάσεις της καταστάσεως του ασθενούς
JCAHO Sentinel events - Η.Π.Α.	Ανάπτυξη δεικτών ανεπιθύμητων περιστατικών μέσω μιας εθελοντικής αναφοράς συμβάντων

Πηγή: OECD, 2004 (διαμόρφωση-μτφρ. πρωτότυπου πίνακα)

Η διαδικασία της ενεργοποίησης και εφαρμογής των παραπάνω δεικτών, καλύπτεται μέσω της ανάπτυξης συστημάτων αναφοράς ανεπιθύμητων περιστατικών. Η διεθνής εμπειρία (Armestoetal., 2007) εφαρμογής τέτοιων συστημάτων που παρακολουθούν το επίπεδο ασφάλειας των ασθενών από χώρες όπως Η.Π.Α., Καναδά, Ηνωμένο Βασίλειο, Ισπανία, Ιρλανδία, Ιταλία εμφανίζεται να είναι σε αρκετά ικανοποιητικό επίπεδο. Τα εν λόγω συστήματα αναφοράς και καταγραφής

που διαθέτουν οι παραπάνω χώρες, εμφανίζουν κάποιες διαφοροποιήσεις μεταξύ τους όπου μπορεί να έχουν εθελοντική ή υποχρεωτική μορφή και το αντικείμενο έρευνάς τους να είναι τα ανεπιθύμητα περιστατικά και τα σφάλματα που συμβαίνουν κατά τη φαρμακευτική αγωγή. Κοινός όμως σκοπός των συστημάτων αναφοράς δεν παύει να αποτελεί η εκτίμηση της συχνότητας και των επιπτώσεων των ανεπιθύμητων περιστατικών και σφαλμάτων που προκαλούνται κατά τη διάρκεια νοσηλείας.

Ολοκληρώνοντας την ανάλυσή μας σχετικά με τις ποιοτικές και ποσοτικές μεθόδους μέτρησης της ασφάλειας του ασθενούς, δε θα πρέπει να παραλείψουμε να αναφέρουμε την χρήση του ISO στον τομέα των υπηρεσιών υγείας. Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή Τυποποίησης (CEN), έχει εκδώσει την οδηγία CEN/TS 15224:2005, ως οδηγό επεξήγησης του προτύπου ISO 9001:2000 με σκοπό τη διαχείριση, τυποποίηση, μέτρηση και τελικά τη βελτίωση της Ποιότητας όλων των δραστηριοτήτων και λειτουργιών σε μια μονάδα υγείας (Μουμτζόγλου, 2008).

1.6 Πρακτικές – συστήματα ποιότητας μέτρησης ασφάλειας ασθενούς: Ελληνική εμπειρία

Αρκετά πρόσφατα η Ελλάδα, στο πλαίσιο της Ευρωπαϊκής κοινοτικής της οδηγίας και βάσει του Ν. 3230/2004, προχώρησε στην εφαρμογή ενός ολοκληρωμένου Σχεδίου Δράσης για τη βελτίωση της Ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, με τομέα προτεραιότητας και την ασφάλεια των ασθενών και με τους παρακάτω στρατηγικούς στόχους (ΥΥΚΑ, 2012; Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, 2013):

- ✓ *«Εφαρμογή μέτρων για την ασφάλεια των ασθενών*
- ✓ *Εφαρμογή και διασπορά καλών πρακτικών στην παροχή των υπηρεσιών υγείας (πρωτόκολλα, κατευθυντήριες γραμμές, διαδικασίες) για τη βελτίωση της ποιότητας και της ασφάλειας των ασθενών*
- ✓ *Διάδοση της γνώσης που προκύπτει από την κλινική παρακολούθηση και τις σχετικές μετρήσεις (Φιλοσοφία των μηδέν λαθών - Μαθαίνουμε από τα λάθη μας). με στόχο τη βελτίωση των παραγόμενων αποτελεσμάτων στην κατάσταση της υγείας του ασθενούς»*

Πρωταρχικό βήμα στην πρωτοβουλία αυτή φαίνεται να αποτελεί η καταγραφή, αποτύπωση της υφιστάμενης κατάστασης των υπηρεσιών υγείας στο χώρο του ΕΣΥ

και η εφαρμογή βασικών διαδικασιών διασφάλισης ποιότητας, με πεδία ενδιαφέροντος όπως την αντιμετώπιση των ενδοноσοκομειακών λοιμώξεων, την ορθολογική χορήγηση φαρμακευτικών σκευασμάτων, την καταγραφή των ροών εργασιών και διαδικασιών στα εργαστήρια, τον ποιοτικό έλεγχο των εργαστηριακών αναλύσεων και τη συντήρηση και επανέλεγχο του εξοπλισμού των νοσοκομείων.

Προς την κατεύθυνση αυτή της προάσπισης της ασφάλειας του ασθενούς, μπορεί να προστεθεί και η έναρξη των διαδικασιών πιστοποίησης οκτώ (8) νοσοκομείων κατά ISO 9001: 2008 ενώ στο σημείο αυτό θα πρέπει να αναφέρουμε την πιστοποίηση της ΜΕΘ του Κωνσταντοπούλειου Γ.Ν. Ν. Ιωνίας με ένα σύστημα δεικτών μέτρησης της ποιότητας, με φορέα εφαρμογής την Ισπανική Εταιρεία Εντατικής Θεραπείας (SEMICYUK) και την αντίστοιχη Ευρωπαϊκή Εταιρεία (ESICM) (ΥΥΚΑ, 2012).

Επιπλέον στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο «Αττικών», ακολουθούνται πρωτόκολλα ιατρονοσηλευτικών πρακτικών ISO που αφορούν τη διαχείριση των διαδικασιών, κατά τη διάρκεια των χειρουργείων και συγκεκριμένα αναφέρονται στον έλεγχο και την πρόληψη ενδοноσοκομειακών λοιμώξεων, στην καταμέτρηση ιατρικών αναλωσίμων και εργαλείων, κ.ά.

Μέσα στην χειρουργική αίθουσα συνεργάζονται πολλές διαφορετικές ειδικότητες επαγγελματιών υγείας, όπως νοσηλευτές χειρουργείου και αναισθησιολογικού, ιατροί χειρουργοί και αναισθησιολόγοι, τραυματιοφορείς, βοηθοί θαλάμου, καθαριστές, τεχνική υπηρεσία νοσοκομείου, κ.ά., οι οποίοι θα πρέπει να εναρμονίζονται με κάποια πρότυπα και κανόνες διασφάλισης του επιπέδου φροντίδας των ασθενών (βλ. πίνακα 1.5) (Τσέκα, 2011).

Πίνακας 1.5: Πρωτόκολλα διαχείρισης διαδικασιών στα χειρουργεία

309		ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΑ
▶	ΚΑΔ 309-01	ΚΑΝΟΝΕΣ ΔΙΑΚΙΝΗΣΗΣ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΕΝΤΟΣ ΚΑΙ ΕΚΤΟΣ ΤΟΥ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟΥ
▶	ΟΕΡ 309-01-01	ΕΝΔΥΜΑΣΙΑ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟΥ
▶	ΟΕΡ 309-01-02	ΧΡΕΩΣΤΙΚΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟΥ
▶	ΟΕΡ 309-01-03	ΚΑΤΑΜΕΤΡΗΣΗ ΕΦΟΔΙΩΝ ΤΗΣ ΕΓΧΕΙΡΗΣΗΣ (ΓΑΖΕΣ, ΒΕΛΟΝΕΣ, ΕΡΓΑΛΕΙΑ)
▶	ΟΕΡ 309-01-04	ΚΑΘΑΡΙΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΤΟΜΕΑ ΤΩΝ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΩΝ
▶	ΟΕΡ 309-01-05	ΟΔΗΓΙΕΣ ΠΛΥΣΙΜΑΤΟΣ ΧΕΡΙΩΝ ΠΡΙΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΓΧΕΙΡΗΣΗ
▶	ΟΕΡ 309-01-06	ΟΜΑΔΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟΥ
▶	ΟΕΡ 309-01-07	ΔΙΕΚΠΕΡΑΙΩΣΗ ΑΓΓΕΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΩΝ ΚΑΙ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ Κ/Δ ΤΟΜΕΑ
▶	ΟΕΡ 309-01-08	ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΚΑΛΥΨΗ ΠΑΡΕΜΒΑΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑΣ

Πηγή: Τσέκα, 2011

Επιπλέον, το Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ.) που εποπτεύεται και χρηματοδοτείται από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, καταβάλλει ιδιαίτερη προσοχή στον περιορισμό της συχνότητας εμφάνισης των ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων, ως κρίσιμο δείκτη μέτρησης της ασφάλειας του ασθενούς.

Η μείωση των ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων μπορεί να επιτευχθεί μέσω της εντατικής επιτήρησης, της λήψης εντατικών μέτρων ελέγχου, της σύστασης ενός προγράμματος ανατροφοδότησης της πληροφορίας στο προσωπικό και μέσω της συνεχούς παρακολούθησης των διαδικασιών από τους κλινικούς ιατρούς. Με αυτό τον τρόπο, θα εντοπιστούν και θα αναλυθούν τα αίτια εμφάνισης των λοιμώξεων με στόχο τη μείωση αυτών των ανεπιθύμητων περιστατικών (Haley et al., 1985; Reilly et al., 2002; Gaynes, 1998).

Οι βασικές αρχές του σχεδίου δράσης πρόληψης και περιορισμού της διασποράς των ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων (Δεδούκου, 2011), εφαρμόστηκαν ήδη πιλοτικά, σε 48 νοσηλευτικά ιδρύματα 1^{ης} και 2^{ης} Υπε, κατά τα τέλη του 2010 και αρχές του Ιανουαρίου του 2011. Βάσει της Ελληνικής εμπειρίας, η μέτρηση του δείκτη συχνότητας εμφάνισης των ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων, προϋποθέτει την επιτήρηση του φαινομένου με τη βοήθεια ενός συστήματος υποχρεωτικώς δηλούμενων νοσημάτων (βλ. πίνακα 1.6) (Δεδούκου, 2011), κάνοντας χρήση αξιόπιστων δεδομένων και ακολούθως αναλύοντας τα στοιχεία αυτά και προσδιορίζοντας στόχους επίτευξης του επιθυμητού αποτελέσματος.

Πέρα όμως από την εντατική επιτήρηση απαιτείται και δράση παρέμβασης κυρίως μέσω της λήψης μέτρων ελέγχου των λοιμώξεων και διεξαγωγής εκπαιδευτικών σεμιναρίων στους εμπλεκόμενους. Το δίπτυχο λοιπόν, επιτήρησης και παρέμβασης, στο πλαίσιο του σχεδίου δράσης περιορισμού των ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων, μπορεί να αποτελέσει αξιόπιστη πρακτική προστασίας της υγειονομικής ασφάλειας του ασθενούς.

Πίνακας 1.6: Σύστημα υποχρεωτικώς δηλούμενων νοσημάτων

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΥΗΣ
ΚΕΝΤΡΟ ΕΛΕΓΧΟΥ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ
 Τμήμα Παρεμβάσεων σε Χώρους Παροχής Υπηρεσιών Υγείας
 Γραφείο Νοσοκομειακών Λοιμώξεων, Μικροβιακής Αντοχής και Στρατηγικής Χρήσης Αντιβιοτικών

Τηλ. για πληροφορίες: **Φαξ για δηλώσεις νοσημάτων**

Δελτίο υποχρεωτικής δήλωσης λοιμώξεων από Gram αρνητικά παθογόνα ανθεκτικά στις καρβαπενέμες

I. Ατομικά στοιχεία – Ιστορικό ασθενή

1) Νοσοκομείο: _____
 2) Κλινική / τμήμα που νοσηλεύεται ο ασθενής: _____
 3) Όνομα ασθενή: _____
 4) Δ.Μ. ασθενή: _____
 5) Ηλικία ασθενή: Έτη _____ Μήνες (εάν <1 έτους) _____
 6) Φύλο ασθενή: Άνδρας Γυναίκα

7) Ημερ. εισαγωγής στο νοσοκομείο: | | - | | - | 2 | 0 | 1 | |
 8) Ημερ. εισαγωγής στην κλινική/τμήμα: | | - | | - | 2 | 0 | 1 | |
 9) Αίτια εισαγωγής στην κλινική/τμήμα: _____
 10) Υποκείμενα νοσήματα: Σακχαρώδης διαβήτης ΧΝΑ
 Ανοσοκαταστολή ΧΑΠ
 11) Διαμονή σε ίδρυμα χρονίως πασχόντων – αίκο ευγηρίας:

II. Μικροοργανισμός που απομονώθηκε

12) Ημερ. 1^η θετικής καλλιέργειας: | | - | | - | 2 | 0 | 1 | |
 13) Υλικό απομόνωσης: Πτύελα Πύον
 Ούρα Βρογχικές εκκρίσεις (ΒΕ)
 Αίμα Βρογχ/κό έκλυμα
 Ποσοτική ανάλυση (ΒΕ) Άκρο ενδογγειακού καθετήρα
 Άλλο, προσδιορίστε: _____

14) Μικροοργανισμός: Acinetobacter Pseudomonas Klebsiella
 15) Μηχανισμός αντοχής: ESBL VIM KPC VIM+KPC NDM-1
 16) Ευαισθησία σε αντιμικροβιακούς παράγοντες: Γενταμίνη Τηγκακυλίνη Καλιμυκίνη
 17) Προϋπάρχων αποικισμός από το ίδιο παθογόνο:

III. Είδος κλινικής λοίμωξης

18) Πνευμονία Κοινότητας
 Ιδρυμάτων παροχής ιατρικής φροντίδας
 Νοσοκομειακή σε μη διασωληνωμένο ασθενή
 Συνδεδεμένη με αναπνευστήρα
 19) Ουρολοίμωξη
 20) Μικροβαιμία Πρωτοπαθής
 Ενδογγειακών καθετήρων
 21) Λοίμωξη χειρουργικού πεδίου
 Επιπολής Εν τω βάθει
 Οργάνου / κοιλότητας
 Είδος χειρουργικής επέμβασης: _____

IV. Παρούσα / προηγούμενη νοσηλεία

22) Στην παρούσα νοσηλεία: Μηχανικός αερισμός Ουροκαθετήρας Κεντρικός αγγειακός καθετήρας
 23) Άλλη νοσηλεία κατά το προηγούμενο δίμηνο: _____
 24) Θεραπεία το προηγούμενο τρίμηνο: Καρβαπενέμες Άλλα αντιμικροβιακά ευρέος φάσματος

V. Τελική έκβαση

Έξοδος Παραμονή στο νοσοκομείο Θάνατος
 Εάν θάνατος σημειώστε ημερομηνία: | | - | | - | 2 | 0 | 1 | |
Σημειώστε Η συμπλήρωση της τελικής έκβασης γίνεται 28 ημέρες μετά από τη λήψη της 1^{ης} θετικής καλλιέργειας

Ημερ. δήλωσης: | | - | | - | 2 | 0 | 1 | |
 Νοσηλευτής Επιτήρησης Λοιμώξεων: _____
 Τηλέφωνο επικοινωνίας: _____
 Θεράπων Ιατρός: _____
 (Υπογραφή – Σφραγίδα) (Υπογραφή – Σφραγίδα)
 Δ/ντης Μικροβιολογικού Εργαστηρίου

Πηγή: Δεδούκου, 2011

Σημαντικά όμως, εδώ και αρκετά χρόνια, βήματα στην κατεύθυνση της διασφάλισης των διαδικασιών προστασίας της ασφάλειας των ασθενών και βελτίωσης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας, έχει να επιδείξει και ο ιδιωτικός τομέας υγείας στην Ελλάδα. Σημειώνεται ότι κάποια ιδιωτικά νοσηλευτικά ιδρύματα στην προσπάθειά τους να βελτιώσουν τις πρακτικές διαχείρισης και ασφάλειας των ασθενών τους, έλαβαν πιστοποίηση του ISO 9001:2008 και κατά TEMOS International.

Επιπλέον, ιδιωτικές μονάδες υγείας αναπτύσσουν στρατηγικές εδραίωσης της ασφάλειας των ασθενών, σύμφωνα με τα πρότυπα της JCI (JointCommissionInternational) (WHO CollaboratingCentreforPatientSafetySolutions, 2007a), όπου πρόκειται για συστηματοποιημένες διαδικασίες διαχείρισης του ασθενούς που προσπαθούν να ελαχιστοποιήσουν ή να εξαλείψουν τελείως τις πιθανότητες εμφάνισης ενός ανεπιθύμητου περιστατικού.

Η στρατηγική των συγκεκριμένων διαδικασιών στηρίζεται στην ανίχνευση ενδείξεων που υποδεικνύουν στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό ότι ενδέχεται να προκληθεί κάποια βλάβη και έτσι να αποφευχθεί προτού συμβεί. Επιπλέον, στο ίδιο πλαίσιο στρατηγικής δράσης, εφαρμόζονται συστήματα αναφοράς και καταγραφής όλων των ανεπιθύμητων συμβάντων καθώς και των παρ' ολίγον λαθών.

Έτσι λοιπόν, μερίδα Ελληνικών ιδιωτικών νοσηλευτικών ιδρυμάτων στρέφουν τις ενέργειές τους στη συνεχή βελτίωση την ποιότητας των παρεχόμενων υγειονομικών υπηρεσιών τους και στην ανίχνευση των παραγόντων εκείνων που ευθύνονται για την εμφάνιση των ανεπιθύμητων περιστατικών, με σκοπό την προάσπιση της ασφάλειας του ασθενούς και την καλή έκβαση στην κατάσταση της υγείας του. Οι δείκτες ασφάλειας, με βάση τους οποίους έχουν πιστοποιηθεί οι ιδιωτικές μονάδες υγείας, από την JCI, είναι οι εξής:

Πίνακας 1.7: Δείκτες μέτρησης ασφάλειας ασθενούς – ελληνική εμπειρία

Κατηγορία	Τύπος Δείκτη
Ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις	Κεντρικές φλεβικές γραμμές
	Λοιμώξεις περιφερικών φλεβών
	Πνευμονία σχετιζόμενη με τον αναπνευστήρα (VAP)
	Ουρολοιμώξεις
	Λοιμώξεις από πολυανθεκτικά μικρόβια
Ανεπιθύμητο περιστατικό που δεν οφείλεται σε φυσικά αίτια	Χειρουργική επέμβαση σε λάθος σημείο ή ασθενή
	Σφάλμα στη χορήγηση φαρμακευτικών σκευασμάτων
Άλλοι παράγοντες	Πτώση του ασθενούς
	Κακή επικοινωνία μεταξύ του προσωπικού

1.7 Συμπεράσματα - Επισκόπηση κεφαλαίου

Σε χώρες του εξωτερικού αλλά και στην Ελλάδα πλέον, γίνονται προσπάθειες στη σωστή κατεύθυνση για την υιοθέτηση πρακτικών και συστημάτων διασφάλισης ποιότητας, με κύριο στόχο την προάσπιση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας για την καλή έκβαση της κατάστασης του ασθενούς. Είναι γεγονός ότι η χρήση μιας σειράς εργαλείων, λύσεων και στρατηγικών για την προστασία της ασφάλειας του ασθενούς, ως τομέας συνεκτικής δράσης στη βελτίωση της Ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας, αποτελεί επιτακτική ανάγκη για τα τωρινά Συστήματα Υγείας, σε παγκόσμιο επίπεδο. Παράλληλα, κάθε επένδυση για την προστασία της ασφάλειας του ασθενούς, πρέπει να λαμβάνεται υπόψη, ως μια οικονομικά αποδοτική κίνηση που προσφέρει υπεραξία στην Ποιότητα Υγείας (QAP, 2001).

Είναι προφανές ότι το ανθρώπινο λάθος υπάρχει εκ φύσεως και δε μπορεί να αποφευχθεί. Παρόλα αυτά, οι επαγγελματίες υγείας είναι δυνατόν να μάθουν από τα λάθη τους και να εκπαιδευτούν για τη μη επανάληψή τους. Έχει διαπιστωθεί (VozikisandRiga, 2012; Βοζίκης, κ.ά., 2012; C.E., 2006) ότι πάροχοι φροντίδας υγείας και οργανισμοί που προσφέρουν ποιοτικές υπηρεσίες υγείας πετυχαίνοντας ένα υψηλό επίπεδο ασφάλειας του ασθενούς, έχουν την ικανότητα να αναγνωρίζουν τα λάθη, να μαθαίνουν από αυτά και να προχωρούν σε ενέργειες πρόληψης, παρέμβασης ή ανάλυσης των ανεπιθύμητων περιστατικών και ιατρικών σφαλμάτων.

Στο επόμενο κεφάλαιο θα έχουμε τη δυνατότητα να προσεγγίσουμε από διάφορες οπτικές την έννοια του ιατρικού σφάλματος και του ανεπιθύμητου περιστατικού ενώ θα διαπιστώσουμε μέσα από την Ελληνική και διεθνή εμπειρία ότι όντως μπορεί να απειληθεί η ασφάλεια του ασθενούς από την εμφάνιση τέτοιων δυσμενών συμβάντων.

Βιβλιογραφία-Αρθρογραφία

Ελληνική

- Βοζίκης, Α., Πολλάλης, Γ. Ρήγα, Μ., Μαγκίνα, Ν., Στουφής, Ν. και Τενεκετζή Ζ. (2012) “Σύστημα ανίχνευσης, καταγραφής και ανάλυσης δυσμενών συμβάντων. Εφαρμογή σε μονάδα εντατικής θεραπείας (ICU-MERIS)”. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 29(3):345-353.
- Δεδούκου, Ξ. (2011) “Επιδημιολογία νοσοκομειακών λοιμώξεων”. *Εκπαιδευτικό σεμινάριο*, 6 Φεβρουαρίου, Γραφείο Νοσοκομειακών Λοιμώξεων, Μικροβιακής Αντοχής και Στρατηγικής Χρήσης Αντιβιοτικών, Ελληνική Εταιρία Ελέγχου Λοιμώξεων, ΚΕΕΛΠΝΟ, Αθήνα.
- Επιτροπή Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων (2008) *Ανακοίνωση της Επιτροπής στο Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο και το Συμβούλιο σχετικά με την ασφάλεια των ασθενών, συμπεριλαμβανομένης της πρόληψης και του ελέγχου των λοιμώξεων που συνδέονται με την υγειονομική περίθαλψη*. Βρυξέλλες, COM(2008) 836.
- Εφημερίδα της Κυβερνήσεως (2013) *Αριθμ. Γ.Π. οικ. 30518/13 (ΦΕΚ – 792 Β/4-4-2013): Καθορισμός Στρατηγικών Στόχων του Υπουργείου Υγείας*.
- Θεοδώρου, Μ., Σαρρής, Μ. και Σούλης, Σ. (1997) “Συστήματα Υγείας και Ελληνική Πραγματικότητα”. εκδ. Παπαζήση, Αθήνα.
- Μουμτζόγλου, Α. (2008) “Ποιότητα και ασφάλεια στη φροντίδα υγείας”. εκδ. MediForce, Επιστήμες Διοίκησης και Οικονομίας της Υγείας, Αθήνα.
- Πολίτης, Χ. (2006) “Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας - Ν. 3418/2005, ερμηνειασχόλια”. εκδ. Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος-Hartling, Αθήνα.
- Σαρρής, Μ. και Γούλα, Α. (2006) “Η ποιότητα ζωής των ασθενών ως κριτήριο-εργαλείο αξιολόγησης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας”. εκδ. Παπαζήση, Κοινωνικές Επιστήμες και Υγεία, Αθήνα.
- Τσέκα, Ι. (2011) “Ελεγχος & πρόληψη λοιμώξεων – Χειρουργείο”. *Εκπαιδευτικό σεμινάριο*, 13 Απριλίου, Ελληνική Εταιρία Ελέγχου Λοιμώξεων, ΚΕΕΛΠΝΟ, Αθήνα.
- Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης Γενική Γραμματεία [ΥΥΚΑ] (2012) *“Έκθεση Αποτελεσμάτων ΥΥΚΑ και των Μονάδων του ΕΣΥ 2011. Η συμπληρωματικότητα εθνικών πολιτικών με τις συγχρηματοδοτούμενες δράσεις στο πλαίσιο του Εθνικού Στρατηγικού Σχεδίου Ανάπτυξης 2007-2013*. Αθήνα.

Ξενόγλωσση

- Active Citizenship Network (2002) “European Charter of patients’ rights”. Basis Document, Rome.
- Armesto, SG, Kelley, E and Wei, L (2007) “Health Care Quality Indicators Project. Patient Safety Data Systems in the OECD: A report of a joint Irish”. *Department of Health - OECD Conference*, 22 March 2007, DELSA/HEA/HCQ(2007)1, Directorate for Employment, Labour and Social Affairs Health Committee.

- Aspden P, Corrigan J, Wolcott J, et al. (2004) Patient safety: achieving a new standard for care. Washington, DC: National Academies Press.
- Blumenthal, D (1996) "Quality of health care. Part 4: The Origins of the Quality-of-Care Debate". *N Engl J Med* 335:1146–1149.
- Callahan, D (1973) "The WHO Definition of 'Health'" *The Hastings Center Studies*, Vol.1 (3), The Concept of Health, pp. 77-87.
<http://www.jstor.org/stable/3527467>.
- Clancy, CM, Farquhar, MB and Sharp, BA (2005) "Patient safety in nursing practice". *J Nurs Care Qual.* Jul–Sep;20(3):193–7.
- Commission of the European Communities (2007) "*White Paper, Together for Health: A Strategic Approach for the EU 2008-2013*". Brussels, COM(2007) 630.
- Council of Europe [C.E.] (2006) "Recommendation Rec7 of the Committee of Ministers to member states on management of patient safety and prevention of adverse events in health care", *965th meeting of the Ministers' Deputies*, Committee of Ministers on 24 May 2006.
- Dalrymple, J. and Drew, E (2000) "Quality: On the Threshold or the Brink?". *Total Quality Management*, 11 (4-6):697-703.
- Donabedian, A (1980) "Explorations in quality assessment and monitoring, Vol. 1: The definition of quality and approaches to its assessment". Ann Arbor, MI: Health Administration Press.
- Drummond, MF, O' Brien BJ, Stoddart GL and Torrance GW (1997) "Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes", 2nd ed. Oxford: Oxford University Press.
- European Commission [E.C.] (2010) "*Patient safety and quality of healthcare - Full report.*" Directorate-General for Health and Consumers, Special Eurobarometer 327/ 72.2.
- Fadlalla, A and Wickramasinghe, N (2004) "An integrative framework for HIPAA-compliant I*IQ healthcare information systems". *International Journal of Healthcare Quality Assurance*, Vol.17 (2):65-74.
- Gaynes, RP (1998) "Surveillance of nosocomial infections". In: Bennett JV, Brachman PS (eds) *Hospital Infections*, 4th Edition. Philadelphia: Lippincott-Raven.
- Haley, RW et al (1985) "The efficacy of infection surveillance and control programs in preventing nosocomial infections in US hospitals". *Am J Epidemiol.* 1985 121(2):182-205.
- IOM (1990) "*Medicare: A Strategy for Quality Assurance*". K.N. Lohr, (ed.) Washington, D.C.: National Academy Press.
- IOM (1999a) "*Measuring the Quality of Health Care. A Statement by the National Roundtable on Health Care Quality*". M.S. Donaldson, (ed.) Washington, D.C.: National Academy Press.
- Kelly, D (2006) "Applying quality management in healthcare: a systems approach", Health Administration Press, AUPHA Press, 2nd ed., Washington, DC.
- Mitchell, PH and Soule, ES (2008) "Defining Patient Safety and Quality Care". In: Hughes RG (ed) *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US).
- National Patient Safety Agency [NPSA] "*Making the NHS a Safer Place*". (London: NPSA) 2004.
- Null, G., Dean, C., Feldman, M., Rasio, D. and Smith, D (2004) "Death by Medicine". *Life Extension Magazine*, pp. 1-17.

- Organisation for Economic Co-operation and Development [OECD] (2004) “*Selecting Indicators for Patient Safety at the Health Systems Level in OECD Countries*”. OECD Health Technical Papers, J. Millar, S. Mattke and the Members of the OECD Patient Safety Panel, DELSA/ELSA/WD/HTP(2004)18, Directorate for Employment, Labour and Social Affairs Health Committee, France.
- QAP (2001) “*Institutionalization of Quality Assurance Project Report*”. Published for the U.S. Agency for International Development (USAID), Bethesda, Maryland, U.S.A.
- Reilly, J, McIntosh, J and Currie, K (2002) “The effect of feedback of performance data on surgical practice”. *Journal of Advanced Nursing* (38) 6: 1-8.
- Santerre, RE and Neun, SP (2013) “Οικονομικά της Υγείας. Θεωρία, Προοπτική & Συστηματική Μελέτη”. Μετάφραση στα ελληνικά και γενική επιμέλεια της ελληνικής έκδοσης Α. Βοζίκης, Μ. Κελέση-Σταυροπούλου. εκδ. Πασχαλίδη, Αθήνα.
- Scully, JL (2004) “Whatisadisease?”. *EMBO Reports*, Vol. 5(7): 650–653.
- Vozikis, A and Riga, M (2012) “Patterns of Medical Errors: A Challenge for Quality Assurance in the Greek Health System”. In: Savsar M (ed) *Quality Assurance and Management*. InTech, Croatia.
- World Health Assembly (2002) “Quality of care: patient safety.” WHA55.18, Agenda item 13.9, *Ninth plenary meeting*, 18 May 2002 A55/VR/92002.
- World Health Organization [WHO] (2006) “*Quality of care. A process for making strategic choices in health systems*”. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, WHO Press, Switzerland.
- WHO Collaborating Centre for Patient Safety Solutions (2007a) “*Performance of Correct Procedure at Correct Body Site*”. Patient Safety Solutions, Vol. 1, solution 4.

Κεφάλαιο 2

Το Ιατρικό Σφάλμα ως απειλή για την Ασφάλεια του Ασθενούς

Η ασφάλεια του ασθενούς, ως συνεκτικό στοιχείο της Ποιότητας, στο χώρο της Υγείας, ενδέχεται να απειληθεί σοβαρά, κατά τη διάρκεια της επαφής του, με το Σύστημα Υγείας. Κύριες αιτίες της πρόκλησης σωματικής βλάβης στον ασθενή, όπως αναλύθηκε διεξοδικά στο προηγούμενο κεφάλαιο, αποτελούν το ιατρικό σφάλμα και το ανεπιθύμητο περιστατικό τα οποία ταυτόχρονα, αξιολογούνται και ως συγκρίσιμοι ποσοτικοί δείκτες μέτρησης του επιπέδου ποιότητας και ασφάλειας του ασθενούς. Είναι λοιπόν γεγονός ότι η εμφάνιση ενός ιατρικού σφάλματος και ανεπιθύμητου περιστατικού, μπορεί να επιφέρει αρνητικό πρόσημο στο επίπεδο της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και να αποδυναμώσει την προώπιση των δικαιωμάτων και την ασφάλεια των ασθενών (Πολλάλης, κ.ά., 2010).

Τα τελευταία χρόνια, τα ιατρικά σφάλματα που θα μπορούσαν να έχουν αποφευχθεί, αποτελούν σημαντική αιτία πρόκλησης σωματικής βλάβης, μόνιμης αναπηρίας και θανάτου, στους ασθενείς παγκοσμίως. Στην Ελλάδα, υπάρχει η ένδειξη της εμφάνισης ιατρικών σφαλμάτων και ανεπιθύμητων περιστατικών, τα οποία οδηγούν σε δυσμενή αποτελέσματα τόσο στην ψυχική όσο και στη σωματική υγεία του κοινωνικού συνόλου. Όλο και περισσότεροι Έλληνες πολίτες ανησυχούν για το ενδεχόμενο να υποστούν ιατρικό σφάλμα και ανεπιθύμητο περιστατικό, ενώ οι αρμόδιοι φορείς που μπορούν να απευθυνθούν είναι ελάχιστοι και χωρίς πολλές αρμοδιότητες ουσιαστικής παρέμβασης (Πολλάλης, κ.ά., 2010; Πολλάλης, κ.ά., 2012).

Σε αυτό το κεφάλαιο θα επιχειρήσουμε τη διεξοδική ανάλυση των εννοιών του ιατρικού σφάλματος και του ανεπιθύμητου περιστατικού, σύμφωνα με την Ελληνική

και διεθνή βιβλιογραφία. Στη συνέχεια, θα επιχειρήσουμε να οριοθετήσουμε τις τρεις διαφορετικές προσεγγίσεις - οπτικές του ιατρικού σφάλματος (νομική, πειθαρχική, οικονομική) και κλείνοντας θα ασχοληθούμε εκτενώς με τη σημερινή εικόνα που παρουσιάζει το φαινόμενο του ιατρικού σφάλματος τόσο στο εξωτερικό όσο και στην Ελλάδα.

Τα σημαντικότερα θέματα στο κεφάλαιο αυτό, είναι:

- Τι ορίζουμε ως Ιατρικό Σφάλμα και Ανεπιθύμητο Περιστατικό και ποια η διαφορά;
- Ποιες είναι οι αιτίες εμφάνισης του ιατρικού σφάλματος και ανεπιθύμητου περιστατικού και ποια είναι η κατηγοριοποίηση του ιατρικού σφάλματος;
- Ποιες είναι οι τρεις προσεγγίσεις – οπτικές του ιατρικού σφάλματος;
- Αποτύπωση της υφιστάμενης κατάστασης σχετικά με το φαινόμενο του ιατρικού σφάλματος, τόσο στο εξωτερικό όσο και στην Ελλάδα

2.1 Ορισμοί ιατρικού σφάλματος και ανεπιθύμητου περιστατικού: Η ουσιαστική διαφορά ανάμεσα στις έννοιες

Για αρκετά χρόνια, ειδικοί στο εξωτερικό διατύπωναν την άποψη ότι τα ιατρικά σφάλματα και τα ανεπιθύμητα περιστατικά υπάρχουν και μπορούν να θέσουν σε κίνδυνο την ασφάλεια των ασθενών, με άμεση επίπτωση στην ποιότητα της φροντίδας υγείας. Το Αμερικάνικο Ινστιτούτο Ιατρικής το 1999, με την έκθεσή του “*To Err is Human: Building a Safer Health System*”, επανέφερε το ζήτημα του ιατρικού σφάλματος και ανεπιθύμητου περιστατικού και πάλι στο προσκήνιο της επικαιρότητας, θέτοντάς το στη σωστή του βάση (IOM, 1999).

Παρακάτω παρατίθενται οι ορισμοί του ιατρικού σφάλματος και ανεπιθύμητου περιστατικού, όπως παρουσιάζονται στην ευρέως αποδεκτή βιβλιογραφία.

Ιατρικό Σφάλμα (Medical Error) ορίζεται ως:

- ⇒ Η αδυναμία μιας προγραμματισμένης ενέργειας να συμπληρωθεί όπως αναμένεται ή η χρήση ενός λάθους σχεδιασμού για να επιτευχθεί ένας στόχος. Τα ιατρικά σφάλματα μπορεί να αναφέρονται στην κακή άσκηση της ιατρικής πρακτικής, στις παρενέργειες των φαρμάκων, στις ιατρικές επεμβάσεις και

στον τεχνολογικό ιατρικό εξοπλισμό (QuIC, 2000).

⇒ Η υπολειπόμενη, της επιβαλλόμενης επιμέλειας στο επάγγελμα του ιατρού, συμπεριφορά λόγω απόκλισης από το επαγγελματικό ιατρικό standard. Ως ιατρικό standard (πρότυπο ποιότητας) μπορεί να χαρακτηριστεί το σύνολο των προδιαγραφών ποιότητας και ασφάλειας στις οποίες πρέπει να ανταποκρίνεται σε ορισμένη περίπτωση η παροχή των ιατρικών υπηρεσιών και προσδιορίζεται από τις αντικειμενικές περιστάσεις, από τα πορίσματα της επιστήμης και από το απόσταγμα της εμπειρίας κατά το χρόνο διενέργειας της ιατρικής πράξης (Ομπέση, 2005; Φουντεδάκη, 2003).

Ανεπιθύμητο Περιστατικό (ή δυσμενές συμβάν) (Adverse Event) ορίζεται ως:

⇒ Η βλάβη που προκλήθηκε από τον ιατρικό χειρισμό μάλλον και όχι από την υπάρχουσα ασθένεια ή κατάσταση του ασθενούς (IOM, 1999).

Ένας βασικός τρόπος προσέγγισης της εννοιολογικής διαφοράς (Garrouste-Orgeas et al., 2012) μεταξύ του ιατρικού σφάλματος και ανεπιθύμητου περιστατικού είναι να στρέψουμε την προσοχή μας στην έκβαση της κατάστασης του ασθενούς. Το ιατρικό σφάλμα στην ουσία είναι ένα σφάλμα το οποίο μπορεί να συμβεί σε οποιοδήποτε στάδιο της θεραπευτικής διαδικασίας (πρόληψη, διάγνωση, θεραπεία) και μπορεί να αφορά σε ανύπαρκτη, εσφαλμένη ή και πλημμελή διάγνωση και θεραπεία μιας νόσου αλλά δε σημαίνει απαραίτητα ότι θα προκαλέσει και βλάβη στον ασθενή. Η συντριπτική πλειοψηφία των ιατρικών σφαλμάτων δε σχετίζεται με ανεπιθύμητα περιστατικά αλλά με την ιατρική αμέλεια, άρα τα σφάλματα αυτά μπορούν να προληφθούν ενώ ενδέχεται να μην προκαλέσουν βλάβη.

Από την άλλη πλευρά, ένα ανεπιθύμητο περιστατικό, εξ' ορισμού, βλάπτει τον ασθενή και τα αίτια της εμφάνισής του δεν οφείλονται στην υπάρχουσα κατάσταση του ασθενούς³. Τα ανεπιθύμητα περιστατικά, όπως φαίνεται και από το διάγραμμα 2.1 που ακολουθεί (Fryer-Edwards et al.), ενδέχεται να προέρχονται από ιατρικά σφάλματα και σε αυτήν την περίπτωση μπορούν να προληφθούν. Κάποια άλλα όμως ανεπιθύμητα περιστατικά που δεν οφείλουν την εμφάνισή τους στα ιατρικά σφάλματα αλλά σε άλλους παράγοντες (π.χ. λανθάνουσες ενέργειες και συνθήκες καθ' όλη τη θεραπευτική διαδικασία), δεν μπορούν εύκολα να προληφθούν. Στην περίπτωση

³βλ. πίνακα 1.2, στο Κεφάλαιο 1

επίσης που ένα ανεπιθύμητο περιστατικό «υποχωρεί» προτού προλάβει να γίνει επιβλαβές για τον ασθενή, έχουμε το παρ' ολίγον λάθος (near-miss).

Διάγραμμα 2.1: Σχηματική απεικόνιση ιατρικού σφάλματος και ανεπιθύμητου περιστατικού



Πηγή: Fryer-Edwards et al. (μικρ. πρωτότυπου διαγράμματος)

Συμπεραίνουμε λοιπόν ότι το κύριο βάρος των ενεργειών και στρατηγικών παρέμβασης, από τους ιθύνοντες, για την πρόληψη και περιορισμό των αιτιών πρόκλησης της σωματικής βλάβης στον ασθενή, θα πρέπει να εστιαστεί στα ιατρικά σφάλματα και στα ανεπιθύμητα περιστατικά που (α) είναι κοστοβόρα, (β) απειλούν την ασφάλεια της παρεχόμενης φροντίδας υγείας του ασθενούς (ανεπιθύμητα περιστατικά με μεσαία & υψηλή βαρύτητα), (γ) προκαλούνται κυρίως λόγω των προβλημάτων στη δομή και στη διάρθρωση του υγειονομικού συστήματος και (ε) μπορούν να προληφθούν, ώστε να αποφευχθεί η επανάληψή τους την επόμενη φορά⁴.

2.2 Κύριες αιτίες εμφάνισης ιατρικού σφάλματος και ανεπιθύμητου περιστατικού

Η προσέγγιση των γενεσιουργών αιτιών της πρόκλησης ιατρικού σφάλματος και ανεπιθύμητου περιστατικού είναι πολυπαραγοντική. Τα ιατρικά σφάλματα και ανεπιθύμητα περιστατικά κατά κύριο λόγο δεν είναι απόρροια ενός ατόμου ή μιας συνθήκης αλλά προκύπτουν, ως αποτέλεσμα πολυποίκιλων ενεργειών και

⁴Στα επόμενα κεφάλαια πρόκειται να εστιάσουμε περαιτέρω στην παραδοχή αυτή.

διαδικασιών καθ' όλη τη διάρκεια της φροντίδας υγείας και σε όλα τα επίπεδα διάρθρωσης του συστήματος υγείας. Στον πίνακα 2.1, παρουσιάζονται οι κύριες αιτίες εμφάνισης του ιατρικού σφάλματος και ανεπιθύμητου περιστατικού (IOM, 1999; Aspden et al., 2007).

Πίνακας 2.1: Κύριες αιτίες εμφάνισης ιατρικού σφάλματος και ανεπιθύμητου περιστατικού

Αιτία	Περιγραφή	Παραπομπή σε σχετικές έρευνες	Πηγή
Πολύπλοκα συστήματα υγείας	Πλήθος πολύπλοκων διαδικασιών στη δομή και την οργάνωση των συστημάτων υγείας	Η υψηλή πολυπλοκότητα στο σύστημα υγείας αναγεννά σύνθετα ιατρικά προβλήματα στους ασθενείς και χαμηλή ποιότητα στη φροντίδα υγείας	(Yaneer Bar-Yam, 2006)
Αυξανόμενη πολυπλοκότητα παροχής υγείας	Παροχή υπηρεσιών υγείας με περίπλοκες ιατροτεχνολογίες, ισχυρά φάρμακα, χρήση ΜΕΘ και με παρατεταμένη νοσηλεία	Η αμείλικτη πίεση χρόνου και η διάσπαση προσοχής συμβάλλουν στην εσφαλμένη ή πλημμελή διάγνωση, θεραπεία και κυρίως αφορά σε τμήμα επειγόντων περιστατικών και ειδικευόμενους	(Boodman, 2013; Dornan et al., 2009)
Πίεση χρόνου	Κατά τη διάρκεια των εφημεριών το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό βρίσκεται υπό έντονη πίεση και άγχος	Ατελής ενημέρωση για αλλεργικές αντιδράσεις, ταυτόχρονη λήψη άλλων φαρμάκων, προηγούμενες διαγνώσεις και αποτελέσματα εξετάσεων	(Zinn, 1995)
Περιβαλλοντικοί παράγοντες	Ο ανεπαρκής φωτισμός, η ζέστη, ο μη επαρκής αερισμός, ο θόρυβος, οι διακοπές που αποσπούν την προσοχή του ιατρού	Ατελής ενημέρωση για πρόσφατες ανεπιθύμητες παρενέργειες συγκεκριμένων φαρμάκων	(Kass, 2001)
Ατελείς πληροφορίες για το ιστορικό των ασθενών	Ατελής ενημέρωση για πρόσφατες ανεπιθύμητες παρενέργειες συγκεκριμένων φαρμάκων	32% των ασθενών που πάσχουν από άσθμα ή ΧΑΠ κάνουν κακή χρήση του ιατρικού σκευάσματος, εκθέτοντας τον οργανισμό τους σε σοβαρό κίνδυνο	(Wieshammer et al., 2007)
Έλλειψη πληροφόρησης για τα φαρμακευτικά σκευάσματα	Ατελής ενημέρωση για πρόσφατες ανεπιθύμητες παρενέργειες συγκεκριμένων φαρμάκων		
Κακή χρήση ιατρικών σκευασμάτων	Εσφαλμένη ή πλημμελής χρήση ιατρικών σκευασμάτων από τον ασθενή λόγω μη λήψης επαρκών οδηγιών από τους επαγγελματίες υγείας		

Κακή συνεννόηση στη χορήγηση φαρμάκων	Εξαιτίας του δυσανάγνωστου γραφικού χαρακτήρα, της σύγχυσης με φάρμακα παρόμοιας ονοματολογίας, της λανθασμένης χρήσης μηδενικών και δεκαδικών ψηφίων στη δοσολογία, της σύγχυσης στο μετρικό σύστημα με άλλες μονάδες και των ακατάλληλων συντομογραφιών	1,5 εκατ. νοσηλεύόμενοι βλάπτονται και αρκετές χιλιάδες πεθαίνουν κάθε χρόνο Η.Π.Α.	(Aspden et al., 2007)
Έλλειψη κατάλληλων ετικετών στα σκευάσματα	Στα νοσοκομεία ακολουθείται η τακτική της προμήθειας μεγάλων ποσοτήτων στα ιατροφαρμακευτικά σκευάσματα και της επανασυσκευασίας σε μικρότερες ποσότητες με αποτέλεσμα να υπάρχει σύγχυση για τη σωστή ονομασία και ημερομηνία λήξης τους	33% των σφαλμάτων στη φαρμακευτική αγωγή αποδίδεται στη σύγχυση που προκαλεί ο τρόπος συσκευασίας και ετικετοποίησης του σκευάσματος	(Berman. 2004)

Σε συνέχεια των παραπάνω, το Αμερικάνικο Ινστιτούτο Ιατρικής (IOM, 2001) με την επόμενη έκθεσή του “Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century”, επέκτεινε τα συμπεράσματα της πρώτης έκθεσης και ορίζει τελικά το ιατρικό σφάλμα σε άλλες σημαντικές διαστάσεις της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας. Υποστηρίζει ότι η πλειονότητα των ιατρικών σφαλμάτων και ανεπιθύμητων περιστατικών είναι προέκταση των συστημικών προβλημάτων που αντιμετωπίζει το Σύστημα Υγείας στο σύνολό του και όχι της κακής άσκησης της ιατρικής πρακτικής από τους επαγγελματίες υγείας, όπως είχε υποστηριχτεί παλιότερα.

Πολλές είναι σήμερα οι φωνές και στην Ελλάδα και διεθνώς που υπερασπίζονται την παραπάνω άποψη (Κατσή, κ.ά., 2013; Λεοτσάκου, 2010; Kelly, 2006; C.E., 2006; Konver et al., 1998; Aiken et al., 2002; Μήτσης, κ.ά., 2012; WHO Collaborating Centre for Patient Safety Solutions, 2007) και φαίνεται ότι τα σύγχρονα συστήματα υγείας δεν έχουν ενστερνιστεί σε μεγάλο βαθμό την κουλτούρα της προάσπισης της ποιότητας και της ασφάλειας στις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας. Συνεπώς το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό και ο εξοπλισμός που περικλείουν το σύστημα υγείας δεν μπορεί να είναι αποκλειστικά υπαίτιοι για τα ιατρικά σφάλματα και ανεπιθύμητα περιστατικά που προκαλούνται αλλά υπεύθυνο είναι το ίδιο το οικοδόμημα του συστήματος υγείας που στηρίζεται πάνω σε δομές που έχουν σχεδιαστεί ανορθόδοξα και λειτουργούν με κακό προγραμματισμό.

Συγκεκριμένα για την Ελλάδα, η υπαιτιότητα - συμβολή και του συστήματος υγείας στην εμφάνιση ιατρικών σφαλμάτων και ανεπιθύμητων περιστατικών που

εκθέτουν σε κίνδυνο την ασφάλεια των ασθενών και οδηγούν σε χαμηλής ποιότητας φροντίδα υγείας, εντοπίζεται κυρίως στην υποστελέχωση σε συγκεκριμένες ειδικότητες τόσο σε εφημερίες όσο και στην κανονική λειτουργία του νοσοκομείου, στο ανεπαρκές επίπεδο εκπαίδευσης του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού, στη μη τήρηση κανόνων και πρακτικών ποιότητας, στο μη ασφαλές εργασιακό περιβάλλον, στη βαρύτητα των περιστατικών, στον αυξημένο φόρτο εργασίας, στο κυκλικό ωράριο, στην επαγγελματική εξουθένωση του υγειονομικού προσωπικού και στην κακή διοικητική οργάνωση και λειτουργία των νοσοκομείων (Πολλάλης, κ.ά., 2012).

Παρόλα αυτά υπάρχει περιθώριο για να γίνουν διορθωτικές κινήσεις στη δομή, στην οργάνωση και στη διαχείριση των υγειονομικών διαδικασιών, αρκεί όλοι οι εμπλεκόμενοι να υιοθετήσουν τη νοοτροπία της αλλαγής για ένα σύγχρονο σύστημα υγείας που θα στοχεύει στην ενίσχυση της ασφάλειας των ασθενών και στη διασφάλιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Μια σχετικά πρόσφατη μελέτη (HealthGrades, 2008) για τα ιατρικά σφάλματα και ανεπιθύμητα περιστατικά που συμβαίνουν κατά τη διάρκεια της νοσηλείας, επιβεβαιώνει τα παραπάνω και δείχνει ότι εάν τα νοσηλευτικά ιδρύματα που εμφανίζουν χαμηλές αποδόσεις ως προς την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγείας κάνουν προσπάθειες προς την άλλη κατεύθυνση ακολουθώντας πρακτικές νοσοκομείων με υψηλό επίπεδο ποιότητας στη φροντίδα υγείας, θα μπορούσαν να έχουν αποφευχθεί 220,106 περιστατικά σωματικής βλάβης και 37,214 θάνατοι.

2.3 Κατηγοριοποίηση ιατρικού σφάλματος

Οι περισσότεροι από εμάς θεωρούμε ότι τα ιατρικά σφάλματα συνήθως σχετίζονται είτε με κάποιο λάθος στην ιατρική συνταγή ή στη δοσολογία του φαρμάκου είτε με λάθος κατά τη διάρκεια του χειρουργείου. Ωστόσο, όπως φάνηκε και παραπάνω, τα ιατρικά σφάλματα, ενδέχεται να προκληθούν σε όλες τις βαθμίδες του συστήματος υγείας, δημόσιου και ιδιωτικού τομέα, όπως νοσηλευτικά ιδρύματα, κλινικές, εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείου, κέντρα υγείας, δομές υγείας, ιδιωτικά ιατρεία και φαρμακεία. ενώ, υπάρχουν και πολλοί τύποι ιατρικού σφάλματος.

Οι ακόλουθες επτά (7) κατηγορίες, συνοψίζουν τους τύπους των ιατρικών

σφαλμάτων που μπορούν να προκληθούν (Lazarou et al., 1998; Vozikis and Riga, 2012).

Πίνακας 2.2 Τύποι ιατρικού σφάλματος (συγκεντρωτικά)

Τύπος ιατρικού σφάλματος	Περιγραφή - Παράδειγμα
Σφάλμα στη φαρμακευτική αγωγή	Σφάλμα λόγω σύγχυσης – παρερμηνείας στην επωνυμία του φαρμάκου και στη δοσολογία <i>Ο ασθενής λαμβάνει λάθος φάρμακο λόγω παρερμηνείας του ονόματος του φαρμάκου</i>
Σφάλμα κατά τη χειρουργική επέμβαση	Λανθασμένη χειρουργική επέμβαση, σε λάθος πλευρά ή σε λάθος ασθενή (wrongsite, wrongprocedure, wrongpersonsurgery) <i>Ο ασθενής υποβάλλεται σε ακρωτηριασμό λάθος ποδιού</i>
Σφάλμα κατά τη διάγνωση	Μια εσφαλμένη ή πλημμελής διάγνωση οδηγεί σε λάθος θεραπευτική οδό <i>Σε έναν ασθενή γίνεται λάθος διάγνωση όπου παρερμηνεύονται τα συμπτώματα που παρουσιάζει και λαμβάνει εν τέλει λανθασμένη θεραπεία έχοντας πολλές πιθανότητες να απειληθεί η ασφάλειά του</i>
Σφάλμα κατά τη χρήση του ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού	Βλάβη στα ιατρικά μηχανήματα <i>Απινιδωτές με νεκρές μπαταρίες ή ενδοφλέβιες αντλίες των οποίων οι βαλβίδες είναι εύκολο να αποσπαστούν ή να εκτοπιστούν, διαταράσσοντας τις δόσεις του φαρμάκου (χορήγηση αυξημένης δοσολογίας σε πολύ σύντομο χρονικό διάστημα)</i>
Λοιμώξεις	Κίνδυνος ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων <i>Ένας ασθενής μπορεί να μολυνθεί με νοσοκομειακή ή μετεγχειρητική λοίμωξη</i>
Σφάλμα κατά τη μετάγγιση αίματος	Η μετάγγιση αίματος πραγματοποιείται πλημμελώς χωρίς να τηρούνται πρωτόκολλα ελέγχου <i>Σε έναν ασθενή χορηγείται λανθασμένη ομάδα αίματος ή μη ελεγμένο – μολυσμένο αίμα</i>
Σφάλμα εξαιτίας της κακής επικοινωνίας μεταξύ των επαγγελματιών υγείας	Σύγχυση - παρερμηνεία στις ιατρικές εντολές <i>Παρέλειψαν να δώσουν γέυμα χωρίς αλάτι στον ασθενή, σύμφωνα με τις οδηγίες του ιατρού</i>

Σε μια ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας, θα παρατηρήσουμε ότι υπάρχουν πολλοί πιθανοί τρόποι για να κατηγοριοποιήσουμε τα ιατρικά σφάλματα, και δε συναντάμε μια καθολικά αποδεκτή ταξινόμησή τους. Έτσι λοιπόν, οι κατηγοριοποιήσεις για τα ιατρικά σφάλματα μπορεί να εμπεριέχουν:

- ✓ Το είδος της παρεχόμενης υπηρεσίας υγείας (π.χ. κατηγοριοποίηση των σφαλμάτων στη φαρμακευτική αγωγή) (NCCMERP, 1998)
- ✓ Τη βαρύτητα της βλάβης που προκλήθηκε (NQF, 2007) (π.χ. σφάλματα που προκάλεσαν σοβαρή σωματική ή ψυχολογική βλάβη ή ακόμη και θάνατο (JCAHO, 2011)
- ✓ Το νομικό ορισμό (π.χ. σφάλματα λόγω ιατρικής αμέλειας) (IOM, 1999)
- ✓ Το τμήμα της μονάδας υγείας που συνέβη το σφάλμα (π.χ. εξωτερικά ιατρεία, ΜΕΘ)
- ✓ Το άτομο που ενεπλάκη στο σφάλμα (ιατρός, νοσηλεύτης, ασθενής)

Επιπλέον, τα ιατρικά σφάλματα κατηγοριοποιούνται με βάση το στάδιο της θεραπευτικής διαδικασίας που εμφανίστηκαν και συγκεκριμένα κατά τη διάρκεια της διάγνωσης, της θεραπείας ή των ενεργειών πρόληψης. Στον πίνακα 2.3, διαφαίνονται αναλυτικά οι τύποι του ιατρικού σφάλματος, όπως κατηγοριοποιούνται σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία (Leape, 1994).

Πίνακας 2.3: Τύποι ιατρικού σφάλματος

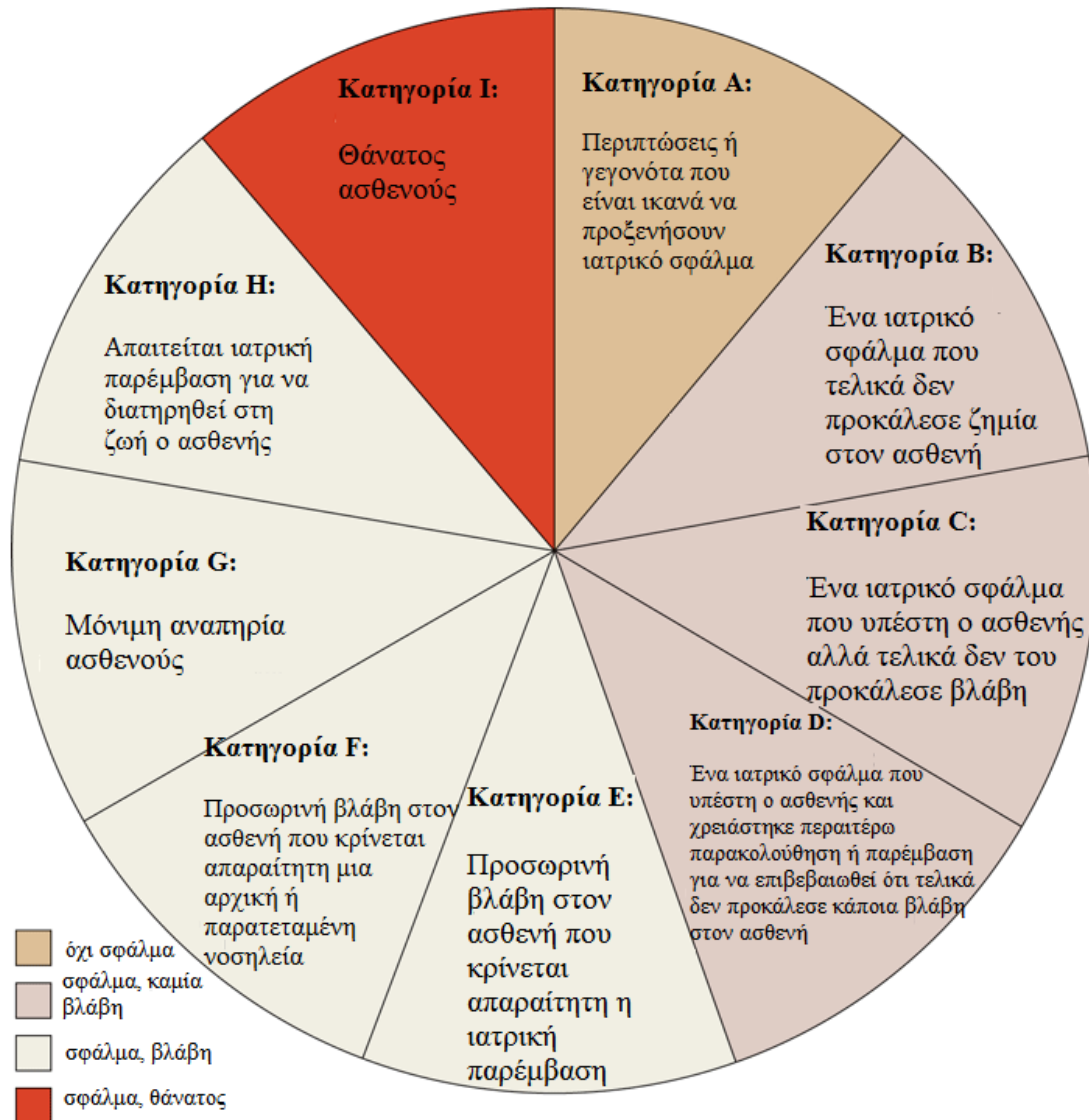
Τύπος	Περιγραφή
Διάγνωση	Σφάλμα ή καθυστέρηση στη διάγνωση
	Μη κατοχή ενδεικνυόμενων εξετάσεων
	Χρήση απαρχαιωμένης-μη ενδεδειγμένης θεραπείας
	Μη έγκαιρη παρέμβαση
Θεραπεία	Σφάλμα στην εκτέλεση μιας χειρουργικής ή άλλης παρέμβασης
	Σφάλμα στην παροχή της θεραπευτικής αγωγής
	Σφάλμα στη δοσολογία ή στην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

Πηγή: Leape, 1994 (διαμόρφωση-μετρ. πρωτότυπου πίνακα)

Όπως αναφέρθηκε στην αρχή του κεφαλαίου, τα ιατρικά σφάλματα δεν προκαλούν απαραίτητα βλάβη στον ασθενή, έτσι λοιπόν παραθέτουμε μία επιπλέον κατηγοριοποίηση που επιχειρεί να αποτυπώσει το βαθμό της βαρύτητας των πιθανών βλαβών - συνεπειών για τον ασθενή από την κακή άσκηση της ιατρικής πρακτικής (Πολλλάλης, κ.ά., 2012).

Το επίπεδο της βαρύτητας (βλ. αναλυτικά διάγραμμα 2.2) των πιθανών βλαβών κυμαίνεται από το καμία βλάβη στον ασθενή (κατηγορίες A έως D) μέχρι την προκληθείσα προσωρινή βλάβη, μόνιμη αναπηρία ή θάνατο (κατηγορίες E έως I). Επισημαίνεται ότι το διάγραμμα 2.2 αποτελεί μια διαμορφωμένη μορφή ταξινόμησης της βαρύτητας των ανεπιθύμητων περιστατικών διότι η αρχική του προσέγγιση αφορούσε στην κατηγοριοποίηση της βαρύτητας των πιθανών βλαβών – συνεπειών, εξαιτίας της φαρμακευτικής αγωγής (NCCMERP, 1998).

Διάγραμμα 2.2: Κατηγοριοποίηση βαρύτητας πιθανών βλαβών-συνεπειών



Πηγή: DiPiro JT, Talbert RL, Yee GC, Matzke GR, Wells BG, Posey LM: *Pharmacotherapy: A Pathophysiologic Approach*, 8th Edition: www.accesspharmacy.com (μτφρ. πρωτότυπου διαγράμματος)

(Copyright © The McGraw-Hill Companies, Inc. All rights reserved.)

2.4 Προσεγγίσεις – οπτικές του ιατρικού σφάλματος

Αναλύθηκε προηγουμένως ότι η ιατρική πρακτική συμβαίνει κατά το στάδιο της πρόληψης, της διάγνωσης και της θεραπείας, με αποκλειστικό σκοπό τη διατήρηση και αποκατάσταση της υγείας του εξεταζόμενου. Επιπλέον, διαπιστώθηκε ότι μέσα στην καθημερινότητα της ιατρικής πράξης, ενδέχεται να υπάρξουν ιατρικά περιστατικά, όπου εξαιτίας διαφόρων αιτιολογικών παραγόντων δεν επιτυγχάνεται τελικά το αναμενόμενο αποτέλεσμα, με κίνδυνο να απειληθεί η ασφάλεια του ασθενούς.

Στις περιπτώσεις αυτές, ο ασθενής και οι συγγενείς, βιώνουν τις συνέπειες της μη θετικής έκβασης της ιατρικής πράξης και αναρωτιούνται αν ο ιατρός κατά την εκτέλεση των καθηκόντων του, ενήργησε με επιμέλεια και σύμφωνα με τους κανόνες που προστάζει η ιατρική επιστήμη. Αν τελικά διαπιστωθεί ότι ο ιατρός υπέπεσε σε σφάλμα και είναι υπαίτιος για την αρνητική έκβαση της κατάστασης του ασθενούς, τότε υπέχει ιατρική ευθύνη η οποία διακρίνεται σε αστική, ποινική και πειθαρχική (Μακρής, 2010).

Τις τελευταίες δεκαετίες, το ζήτημα της ιατρικής ευθύνης αποτέλεσε καίριο σημείο μελέτης και περαιτέρω διερεύνησης στο Ελληνικό και διεθνές δίκαιο, με στόχο την ορθή απονομή των ευθυνών στους υπαίτιους (ποινική & πειθαρχική ευθύνη) και την εκδίκαση χρηματικής αποζημίωσης (αστική ευθύνη) για τη σωματική και ηθική βλάβη των ασθενών ή των συγγενών τους (Χρυσανθάκης, 2010).

Το ιατρικό σφάλμα πέρα από το πεδίο της επαγγελματικής ιατρικής ευθύνης πάνω στο οποίο βρίσκει εφαρμογή, φέρει και ένα πρόσθετο οικονομικό βάρος που επιμερίζεται ταυτοχρόνως στο σύνολο της κοινωνίας. Αυτή η οικονομική επιβάρυνση μπορεί να προέρχεται από τυχόν επανεισαγωγές, παρατεταμένες νοσηλείες, χρήση εξειδικευμένων υπηρεσιών υγείας όπως μονάδες εντατικής θεραπείας, κέντρα αποθεραπείας και αποκατάστασης, κτλ.

Οι κατηγορίες που επιμερίζεται το κόστος αυτό, εκτός από τους ασθενείς και τις οικογένειές τους, αφορούν τον κρατικό προϋπολογισμό, ολόκληρο το σύστημα υγείας όπως δημόσιες και ιδιωτικές μονάδες υγείας, ασφαλιστικά ταμεία, λοιπά δημόσια και

ιδιωτικά ιδρύματα υγείας, ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρίες καθώς και διάφορες επιχειρηματικές μονάδες (Βοζίκης και Ρήγα, 2011).

2.4.1 Νομική προσέγγιση ιατρικού σφάλματος με βάση το Ελληνικό Ιατρικό Δίκαιο

Ο ιατρός κατά την άσκηση της ιατρικής πρακτικής, ενδέχεται να υποπέσει σε πράξεις ή παραλείψεις και να ενεργήσει πλημμελώς, χωρίς την προσήκουσα επιμέλεια που θα επεδείκνυε ο μέσος, συνετός, επιμελής ιατρός κάτω από τις ίδιες συνθήκες και τα μέσα που θα είχε στη διάθεσή του. Σε αυτό το κρίσιμο στοιχείο του μέτρου της επιμέλειας κατά το οποίο θα πρέπει να ενεργεί ο κάθε ιατρός, απαντά ο Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας (Κ.Ι.Δ.), με τον Ν. 3418/2005 (Μακρής, 2010).

Συγκεκριμένα τα άρθρα 2 και 3 του Κ.Ι.Δ. αναφέρουν ότι ο κάθε ιατρός θα πρέπει να ενεργεί “lege artis” δηλαδή με βάση τους γενικά αποδεκτούς κανόνες και τα διδάγματα της ιατρικής επιστήμης. Επισημαίνουν ακόμη, την ανάγκη τήρησης των ιατρικών standards και προσεκτικής μελέτης του ιστορικού και της κλινικής συμπτωματολογίας του ασθενούς, με βάση τις γνώσεις και την πείρα του ιατρού, ώστε να αξιολογηθούν ορθώς τα προσδοκώμενα οφέλη και οι πιθανές βλάβες κάθε επεμβατικού χειρισμού που θα επιχειρηθεί (Ταρλατζής, 2006). Επιπλέον, το άρθρο 4 του Κ.Ι.Δ., κάνει σχετική μνεία στην παροχή ποιοτικής και ασφαλούς φροντίδας υγείας, βελτιστοποιώντας τη σχέση κόστους και αποτελεσματικότητας, ώστε να προλαμβάνεται η εμφάνιση ιατρικών σφαλμάτων και ανεπιθύμητων περιστατικών (Πολίτης, 2006).

Στην αντίθετη περίπτωση που ο ιατρός ενεργήσει διαφορετικά και δεν καταβάλλει την προσήκουσα επιμέλεια όπως θα επιδείκνυε στην αντίστοιχη κατάσταση ο μέσος συνετός και επιμελής ιατρός της ειδικότητάς του, τότε υπέχει ιατρική ευθύνη και βαρύνεται με την κατηγορία της ιατρικής αμέλειας, σύμφωνα και με τα άρθρα 330 του Α.Κ. και 28 του Π.Κ. (Μακρής, 2010).

Η **Ιατρική αμέλεια** ορίζεται ως (Προβατάς, 2009):

⇒ Η πραγματική κατάσταση που διαπιστώνεται η ύπαρξη της πλημμελούς άσκησης των καθηκόντων και βρίσκεται σε αιτιώδη συνάφεια προς την επέλευση ενός ανεπιθύμητου αποτελέσματος.

Θα πρέπει να διευκρινιστεί στο σημείο αυτό ότι ιατρική ευθύνη υφίσταται μόνο όταν ο ιατρός παραλείπει ή δεν πράττει κάτι που γνωρίζει και μπορεί, όπως θα λειτουργούσε σε αντίστοιχη περίπτωση ο μέσος και συνετός ιατρός της ειδικότητάς του και όχι για τη μη έλευση οπωσδήποτε του θετικού αποτελέσματος, κατά την άσκηση της ιατρικής πρακτικής (Προβατάς, 2009).

Επιπλέον, διευκρινίζεται ότι αν και ο νόμος καθορίζει το μέτρο της επιμέλειας για να διαπιστωθεί η ιατρική αμέλεια, λαμβάνει ιδιαίτερα υπόψη του και τις τυχόν αυξημένες γνώσεις, προσόντα και ικανότητες που μπορεί να κατέχει ένας ιατρός, αξιώνοντας από αυτόν ο νόμος, να μην αρκείται στην επιμέλεια του μέσου ιατρού της ειδικότητάς του. Ενδεικτικά αναφέρουμε περιπτώσεις ιατρού που τυγχάνει και πανεπιστημιακός καθηγητής, ιατρού με αξιόλογο επιστημονικό έργο ή εκείνου του ιατρού όπου η χρηματική αποζημίωση για τις υπηρεσίες που προσφέρει είναι επαυξημένη από την αντίστοιχη του μέσου της ειδικότητάς του (Μακρής, 2010).

Η ιατρική αμέλεια είναι στοιχείο καίριας σημασίας για το ιατρικό δίκαιο και όταν ο ιατρός φανεί ότι επιδεικνύει αμέλεια κατά τη διάρκεια της ιατρικής πράξης, υπέχει τρία είδη νομικής ευθύνης (Μακρής, 2010; Προβατάς, 2009; Καρακώστας, 2008; Αντωνίου, 2005; Πολίτης, 2008; Αντωνόπουλος, 2013).

⇒ Αστική ευθύνη

Ο ασθενής ή οι συγγενείς του θεμελιώνουν δικαίωμα χρηματικής αποζημίωσης έναντι του ιατρού ο οποίος με τις πράξεις ή τις παραλείψεις του, λόγω ιατρικής αμέλειας, προκάλεσε ένα μη αναμενόμενο αποτέλεσμα στην κατάσταση της υγείας του ασθενούς. Η αστική ευθύνη διακρίνεται σε:

- Ενδοσυμβατική ευθύνη: Το ιατρικό σφάλμα σχετίζεται με τη μη ή ατελή εκτέλεση των υποχρεώσεων του ιατρού όπως ορίζονται από τη σύμβαση ιατρικής αγωγής μεταξύ του ιδίου και του ασθενούς, με αποτέλεσμα ο ασθενής ως έτερο συμβαλλόμενο μέρος να αξιώνει οικονομική αποζημίωση. Ως σύμβαση ιατρικής αγωγής ορίζουμε τη συμφωνία μεταξύ ιατρού και ασθενούς για τη διενέργεια ιατρικής πράξης όπου με την ολοκλήρωσή της ο ασθενής καταβάλλει το συμφωνημένο αντίτιμο στον ιατρό.
- Αδικοπρακτική ευθύνη: Ο ιατρός υπέχει ευθύνη για αδικοπραξία και υποχρέωση αποζημίωσης έναντι του ασθενούς ή των οικείων του στην περίπτωση κατά την οποία προκλήθηκε ιατρικό σφάλμα ή βλάβη, από άδικη

και παράνομη πράξη που οφείλεται σε υπαιτιότητα από αμέλεια και υφίσταται αποδεδειγμένα αιτιώδης συνάφεια μεταξύ της θετικής ζημίας που προέκυψε και της αρνητικής έκβασης στην κατάσταση της υγείας του ασθενούς (*άρθρα 914 ΑΚ, 922 ΑΚ, 105 ΕισΝΑΚ*).

- Ευθύνη του παρέχοντος υπηρεσίες: Σχετίζεται με την ευθύνη του, παρέχοντος υπηρεσίες υγείας, ιατρού για την προστασία των έννομων αγαθών και δικαιωμάτων του καταναλωτή (*άρθρο 8 Ν. 2251/1994*). Ο ασθενής δύναται να αποδείξει τη σύμβαση ιατρικής αγωγής μεταξύ του ιδίου και του ιατρού και τις παράνομες πράξεις και παραλείψεις στις οποίες υπέπεσε ο ιατρός και οδήγησαν αιτιωδώς στην πρόκληση σωματικής βλάβης. Παράλληλα, ο έτερος διάδικος, ο ιατρός καλείται να αποδείξει ότι δεν υπήρξε ιατρικό σφάλμα και υπαιτιότητα, κατά τη διάρκεια της ιατρικής πράξης, δεν υπήρξε αιτιώδης συνάφεια μεταξύ αυτής της ιατρικής πράξης και της βλάβης που προκλήθηκε στον ασθενή και ότι τηρήθηκαν όλοι οι ενδεδειγμένοι κανόνες της ιατρικής επιστήμης.

Η αστική ευθύνη δεν αφορά μόνο φυσικά αλλά και νομικά πρόσωπα, για παράδειγμα το νοσοκομείο μπορεί να εμφανιστεί στο δικαστήριο, ως διάδικος για υποθέσεις ιατρικής αμέλειας του υγειονομικού του προσωπικού. Έτσι, σε παράνομες πράξεις ή παραλείψεις του προσωπικού του νοσοκομείου, το ιδιωτικό νοσοκομείο υπέχει ευθύνη, ως προστήσασας και έτερος αντισυμβαλλόμενος του ασθενούς. Αν όμως υπάρξει σύμβαση ιατρικής αγωγής και με τον ιατρό και με το νοσοκομείο τότε η αστική ευθύνη είναι εις ολόκληρον και οι εναγόμενοι υποχρεούνται να καταβάλλουν εις ολόκληρον έκαστος χρηματική αποζημίωση στον ασθενή (*άρθρο 914, 922 Αστικού Κώδικα*). Οι ιδιωτικές διαφορές και δικαιοδοσίες για υποθέσεις ιατρικής αμέλειας που αφορούν είτε ιδιώτες ιατρούς είτε ιδιωτικά νοσοκομεία ή κλινικές για αμέλεια του προσωπικού τους, επιλύονται στα Πολιτικά Δικαστήρια (*ΑΚ 334, ΑΚ 922*) (βλ. πίνακα 2.4).

Στην περίπτωση των δημοσίων φορέων υγείας, δεν ισχύει η παραπάνω συμβατική σχέση με τον ιατρό και το νοσοκομείο που συναντάται στα ιδιωτικά νοσοκομεία και κλινικές αλλά πλέον υπάρχει μόνο η αστική ευθύνη του Δημοσίου έναντι του ασθενούς ο οποίος αξιώνει χρηματική αποζημίωση, με προσφυγή του στα Διοικητικά Δικαστήρια και ο αντισυμβαλλόμενος είναι το ίδιο το Δημόσιο (*άρθρα*

105-106 ΕισΝΑΚ) (βλ. πίνακα 2.4).

Σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 38 του Υπαλληλικού Κώδικα, παλαιού και νέου (Ν. 2693/99 και Ν. 3528/2007) και του άρθρου 24 §.1, 2 του Ν. 1397/1983 «Περί Εθνικού Συστήματος Υγείας», οι ιατροί του ΕΣΥ που, με οποιαδήποτε μορφή και σχέση, ανήκουν στο ιατρικό προσωπικό των νοσοκομείων, είναι δημόσιοι υπάλληλοι και δε φέρουν προσωπική ευθύνη έναντι του ζημιωθέντος, διότι την ευθύνη αυτή έχει μόνο το νοσοκομείο στο οποίο υπηρετούν.

Σημειωτέον, σύμφωνα με το άρθρο 1 του Ν. 3754/2009, οι ιατροί που φέρουν και τον τίτλο του πανεπιστημιακού καθηγητή και υπηρετούν σε νοσοκομεία, εξομοιώνονται με τους νοσοκομειακούς ιατρούς, ως προς την αστική τους ευθύνη και έτσι δεν ευθύνονται έναντι τρίτων για βλάβες που προκάλεσαν, κατά την άσκηση των ιατρικών τους καθηκόντων.

Εν συνεχεία, παρά το ανεύθυνο έναντι των τρίτων που φέρουν οι ιατροί, ως δημόσιοι λειτουργοί, υπέχουν ευθύνη έναντι του νοσοκομείου όταν οι παράνομες πράξεις ή παραλείψεις που προκάλεσαν στον ασθενή είναι απότοκος σοβαρής ιατρικής αμέλειας ή δόλου. Συνεπώς το νοσοκομείο με βάση τις παραπάνω διατάξεις δικαιούται και αυτό με τη σειρά του, να στραφεί κατά του ιατρού για την ζημία που υπέστη, μετά την εις βάρος του, εκδίκαση χρηματικής αποζημίωσης του ασθενούς.

⇒ **Ποινική ευθύνη**

Ο ιατρός κηρύσσεται ένοχος όταν με τις παράνομες πράξεις ή παραλείψεις του τελεί ποινικό αδίκημα, παραβιάζοντας σχετικές διατάξεις του Νόμου (*άρθρα 15, 302, 314, 315, 441 ΠΚ*). Τα ποινικά αυτά αδικήματα προέρχονται από ιατρική υπαιτιότητα και τελούνται είτε από πρόθεση (εν συναινέσει ανθρωποκτονία, σωματική βλάβη από πρόθεση) είτε από αμέλεια (ανθρωποκτονία από αμέλεια, σωματική βλάβη από αμέλεια).

⇒ **Πειθαρχική ευθύνη**

Το πειθαρχικό παράπτωμα υφίσταται σε περιπτώσεις παραβάσεων των διατάξεων της Ελληνικής Νομοθεσίας (*άρθρο 36§1 ΚΙΔ*) και σκοπός των πειθαρχικών κυρώσεων είναι να προασπιστεί το κύρος του ιατρικού επαγγέλματος. Σε αυτές τις περιπτώσεις, ο κάθε τοπικός Ιατρικός Σύλλογος μπορεί να επέμβει είτε αυτεπάγγελα είτε κατόπιν καταγγελίας του ζημιωθέντος ασθενούς, για την επιβολή

πειθαρχικών κυρώσεων με τη σύσταση Πειθαρχικού Συμβουλίου. Επιπλέον, αν ο ιατρός υπηρετεί στο ΕΣΥ ή σε άλλους δημόσιους φορείς υγείας, τότε υπέχει και πειθαρχική ευθύνη, σύμφωνα με το Δημοσιοϋπαλληλικό Κώδικα.

Πίνακας 2.4: Ελληνικό δικαστικό σύστημα (διαμορφωμένη μορφή)

Είδη δικαστηρίων	Ονομασία
Πολιτικά δικαστήρια	Ειρηνοδικεία
	Πρωτοδικεία (μονομελή και πολυμελή)
	Εφετεία
	Άρειος Πάγος - Ανώτατο δικαστήριο
Ποινικά δικαστήρια	Πλημμελειοδικεία (μονομελή και τριμελή)
	Μικτά Ορκωτά δικαστήρια
	Εφετεία (τριμελή και πενταμελή)
	Μικτά Ορκωτά Εφετεία
Διοικητικά δικαστήρια	Άρειος Πάγος - Ανώτατο δικαστήριο
	Διοικητικά Πρωτοδικεία (μονομελή και τριμελή)
	Διοικητικά Εφετεία
	Συμβούλιο της Επικρατείας - Ανώτατο δικαστήριο
Στρατιωτικά δικαστήρια	Ελεγκτικό Συνέδριο - Ανώτατο δικαστήριο
	Στρατοδικείο
	Ναυτοδικείο

Πηγή: Βικιπαίδεια, η ελεύθερη εγκυκλοπαίδεια (διαμόρφωση πρωτότυπου πίνακα)

<http://el.wikipedia.org/wiki/%CE%94%CE%B9%CE%BA%CE%B1%CF%83%CF%84%CE%AE%CF%81%CE%B9%CE%BF>

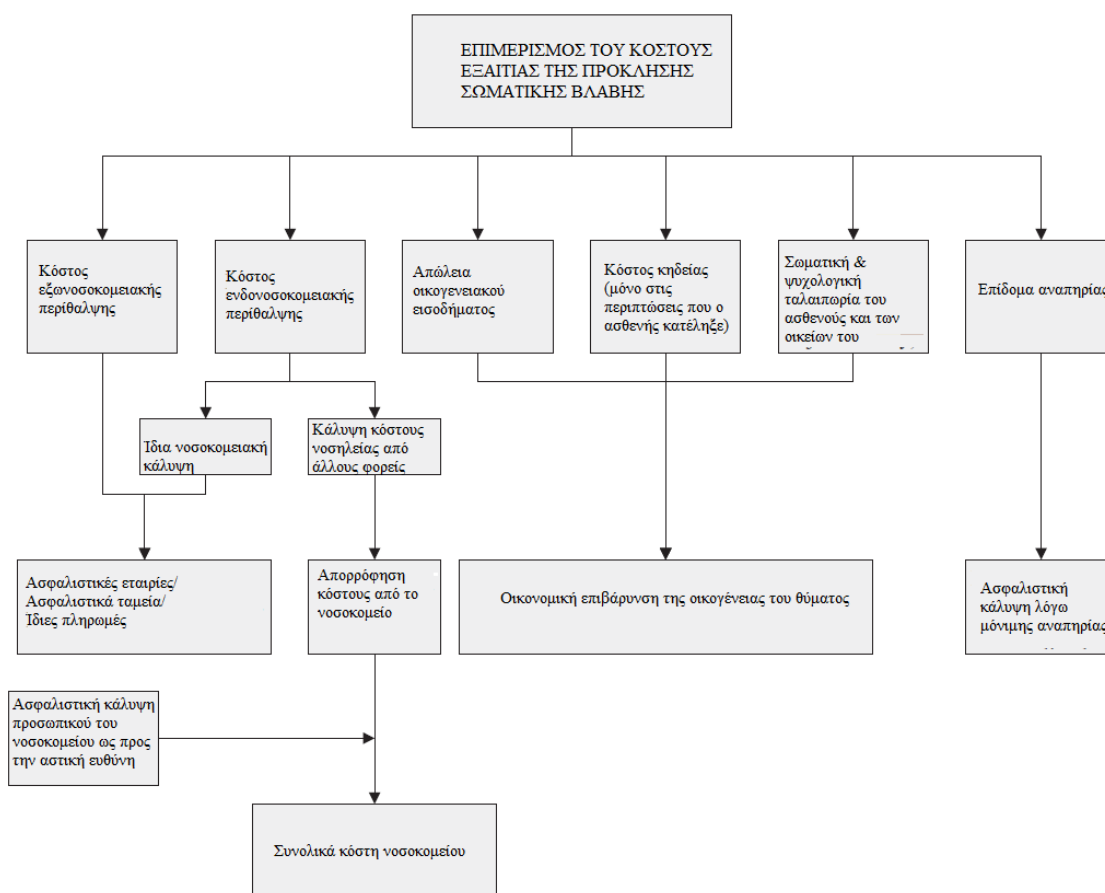
2.4.2 Οικονομική προσέγγιση ιατρικού σφάλματος

Πρόσφατες έρευνες (Melloetal., 2007; Scott, 2009; Vincentetal., 2001; Andel etal., 2012; VozikisandRiga, 2012; Βοζίκης και Ρήγα, 2011) υποστηρίζουν ότι το ιατρικό σφάλμα επιφέρει ένα σημαντικό οικονομικό φορτίο (πέρα από το ψυχολογικό για τους ασθενείς) που επιβαρύνει το σύνολο της κοινωνίας. Το μεγαλύτερο μερίδιο του

κόστους, λόγω των περιστατικών σωματικής βλάβης, σχετίζεται με τις άμεσες δαπάνες υγείας και μετακυλίεται σε άλλες κατηγορίες της κοινωνίας και του τομέα υγείας, εκτός του νοσοκομείου.

Στο διάγραμμα 2.3 (Melloetal., 2007) που ακολουθεί, παρουσιάζονται οι συνιστώσες καθώς και η ροή του κόστους από την πρόκληση σωματικής βλάβης, κατά την άσκηση της ιατρικής πρακτικής.

Διάγραμμα 2.3: Συνιστώσες και ροή του κόστους της σωματικής βλάβης



Πηγή: Melloetal., 2007 (μτφρ. πρωτότυπου πίνακα)

Όπως φαίνεται από το διάγραμμα 2.3, τα ιατρικά σφάλματα και ανεπιθύμητα περιστατικά, ενδέχεται να επιβαρύνουν οικονομικά, διάφορες κατηγορίες του κοινωνικού συνόλου και αναφέρουμε τους κύριους παράγοντες που προξενούν τελικά κόστος: (α) οι επιπρόσθετες υπηρεσίες υγείας, (β) η παρατεταμένη νοσηλεία σε εξειδικευμένα ή μη τμήματα του νοσοκομείου, (γ) οι συνεχείς επισκέψεις σε ιδιώτες ιατρούς και σε εξωτερικά ιατρεία του νοσοκομείου, (δ) η επιπρόσθετη συνταγογράφηση φαρμάκων, (ε) η αγορά ιατρικού εξοπλισμού, τεχνητών μελών και

αναλωσίμων, (στ) οι υπηρεσίες κατ' οίκον φροντίδας υγείας, (ζ) οι φυσικοθεραπείες, (η) οι ιατρικές υπηρεσίες αποκατάστασης και αποθεραπείας, (θ) τα έξοδα κηδείας κ.ά.

Το τελευταίο κόστος αφορά σε ασθενείς που κατέληξαν λόγω του ότι υπέστησαν κάποιο ιατρικό σφάλμα και ανεπιθύμητο περιστατικό για το οποίο όμως οι συγγενείς θεμελιώνουν δικαίωμα αποζημίωσης, κατά την προσφυγή τους στη δικαιοσύνη. Στο σημείο αυτό, να αναφέρουμε ότι ο ίδιος ο ασθενής και οι συγγενείς του, μπορούν να αξιώσουν χρηματική αποζημίωση αθροιστική, για τα προαναφερθέντα κόστη με τα οποία επιβαρύνθηκαν ή γι' αυτά τα κόστη με τα οποία θα επιφορτίζονται και στο μέλλον.

Είναι επίσης γνωστό ότι οι συνέπειες στην κατάσταση της υγείας του ασθενούς, από τα ιατρικά σφάλματα και ανεπιθύμητα περιστατικά, μπορεί να αποβούν καταστροφικές, ιδίως όταν επιφέρουν προσωρινή ή μόνιμη αναπηρία. Σε αυτές τις περιπτώσεις ο ασθενής, πέρα από το ανυπολόγιστο ψυχολογικό φορτίο που φέρει, επιβαρύνεται και οικονομικά αυτός και η οικογένειά του, διότι ευρισκόμενος σε μια κατάσταση ανικανότητας, να μη μπορεί να εργαστεί για μεγάλο χρονικό διάστημα ή καθόλου στο μέλλον, θα απολέσει το οικογενειακό του εισόδημα προερχόμενο από μισθολογικές αποδοχές και άλλες αποδόσεις εσόδων. Επιπλέον, θα πρέπει να προσμετρηθεί και ο χρόνος που αναλώνεται από τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας του ασθενούς, εκφρασμένος πολλές φορές σε απολεσθείσες εργατοώρες, για τη φροντίδα και την επιτήρηση της υγείας του ασθενούς (Drummondetal., 2002).

Μια πηγή εσόδου για τον ασθενή, σε περίπτωση μόνιμης αναπηρίας, μπορεί να είναι το επίδομα αναπηρίας και συναφή προνόμια ή η πρόωρη συνταξιοδότηση λόγω αναπηρίας, που επιβαρύνουν με τη σειρά τους τα κρατικά ασφαλιστικά ταμεία και τις ασφαλιστικές εταιρίες. Στο διάγραμμα 2.3 υπάρχει ένα πεδίο που φέρει τον τίτλο «Σωματική και ψυχολογική ταλαιπωρία του ασθενούς και των οικείων του» και λογίζεται, ως μια συνιστώσα του κόστους, διότι είθισται τα δικαστήρια αστικής ευθύνης στις αποφάσεις τους, να εκδικάζουν σημαντικά ποσά χρηματικής αποζημίωσης και για ηθική βλάβη υπέρ των ασθενών, τα οποία όμως επιβαρύνουν είτε το ίδιο το νοσοκομείο (αν πρόκειται για ιατρό του ΕΣΥ) είτε τις ασφαλιστικές εταιρίες (αν πρόκειται για ιδιώτη ιατρό ή ιδιωτικό νοσοκομείο που καλύπτονται από ασφαλιστικά προγράμματα για ιατρική αστική ευθύνη).

Σε επιβεβαίωση όλων των προαναφερθέντων, έρευνες αναδεικνύουν ακριβώς το γεγονός ότι η οικονομική επιβάρυνση, εξαιτίας των ιατρικών σφαλμάτων και ανεπιθύμητων περιστατικών, είναι υψηλή και επιμερίζεται σε διάφορες κατηγορίες της κοινωνίας. Συγκεκριμένα, μια έρευνα (Thomas et al., 1999) που διενεργήθηκε σε (28) είκοσι οκτώ νοσοκομεία σε (2) δυο πολιτείες της Αμερικής, ανέδειξε ότι η συνολική οικονομική επιβάρυνση από την εμφάνιση των ανεπιθύμητων περιστατικών ανέρχονταν σε \$661,889,000 εκ των οποίων τα \$348,081,00 αφορούσαν σε κόστη υγειονομικής περίθαλψης ενώ το 57% από το υγειονομικό κόστος αφορούσε σε εξωνοσοκομειακή περίθαλψη. Παρομοίως, στην ίδια έρευνα βρέθηκε ότι το συνολικό οικονομικό κόστος για τα ανεπιθύμητα περιστατικά που θα μπορούσαν να έχουν προληφθεί, ανέρχονταν σε \$308,382,000 εκ των οποίων τα \$159,245,000 σχετίζονταν με κόστη υγειονομικής περίθαλψης και το 46% από αυτό το υγειονομικό κόστος αφορούσε σε επιβάρυνση εξωνοσοκομειακή.

Επιπλέον, διαπιστώθηκε από την ίδια έρευνα ότι οι επιπλοκές κατά τη διάρκεια και αμέσως μετά της χειρουργικής επέμβασης, οι ανεπιθύμητες παρενέργειες των φαρμάκων καθώς και οι καθυστερημένες ή εσφαλμένες διαγνώσεις και θεραπείες, συγκεντρώνουν τη μεγαλύτερη οικονομική επιβάρυνση, για το σύνολο της κοινωνίας.

Άλλη έρευνα (Mello et al., 2007) σε ένα δείγμα νοσοκομείων, δείχνει ότι το συνολικό οικονομικό κόστος, από την πρόκληση ανεπιθύμητων περιστατικών και ιατρικών σφαλμάτων, ανέρχεται κατά μέσο όρο σε \$3,260 ανά ασθενή, ενώ μόνο το 22% από το προαναφερόμενο κόστος αφορά στα νοσοκομεία. Το υπόλοιπο κόστος, και συγκεκριμένα το 78% του κόστους όσον αφορά τα ανεπιθύμητα περιστατικά και το 70% του κόστους όσον αφορά τα ιατρικά σφάλματα, επιμερίζεται σε ασφαλιστικές εταιρίες και ταμεία, ακόμη και στους ίδιους τους ασθενείς και τις οικογένειές τους. Η έρευνα αναδεικνύει επίσης ότι η οικονομική αυτή επιβάρυνση για τις κατηγορίες της κοινωνίας, φαίνεται να είναι σημαντική αλλά το αξιοσημείωτο είναι ότι αυτό το οικονομικό βάρος, σε μεγάλο βαθμό, θα μπορούσε να έχει αποφευχθεί, αν λαμβάνονταν μέτρα πρόληψης και περιορισμού των εν λόγω περιστατικών.

Μια επόμενη έρευνα (Johnson et al., 1992) η οποία αυτή τη φορά διενεργήθηκε σε ασθενείς που βίωσαν το ιατρικό σφάλμα, καταγράφει ότι όντως το οικονομικό κόστος επιμερίζεται στο σύνολο της κοινωνίας και συγκεκριμένα αφορά σε (α) κόστος ενδονοσοκομειακής και εξωνοσοκομειακής περίθαλψης, (β) οικονομική ζημία

του ασθενούς από την απώλεια μισθών, λόγω απουσίας του από την εργασία, για σημαντικό χρονικό διάστημα, μαζί με τα υπόλοιπα απολεσθέντα εισοδήματα της οικογένειας.

Μια άλλη έρευνα (Zhan et al., 2006) διαπιστώνει ότι τα νοσοκομεία επιβαρύνονται ετησίως με \$300 εκατομμύρια επιπλέον κόστος, λόγω των ιατρικών σφαλμάτων και ανεπιθύμητων περιστατικών που συμβαίνουν, κατά τη διάρκεια της ιατρικής πράξης. Όμως και αυτή η έρευνα επιβεβαιώνει ότι η οικονομική επιβάρυνση δεν αφορά μόνο τα νοσοκομεία που αναγκάζονται να πληρώνουν για πρόσθετες ημέρες νοσηλείας, επανεισαγωγές και νοσηλείες σε κοστοβόρα εξειδικευμένα τμήματα όπως ΜΕΘ. Σύμφωνα με την έρευνα, τα νοσοκομεία καλύπτουν τα δύο τρίτα του κόστους ενώ το υπόλοιπο κόστος μετακυλιέται στους ίδιους τους ασθενείς επιβαρύνοντάς τους με πρόσθετες ιατρικές δαπάνες για διατήρηση και αποκατάσταση της υγείας τους, σε ασφαλιστικές εταιρίες και σε άλλους ασφαλιστικούς φορείς οι οποίοι υποχρεούνται στη συνεχή κάλυψη δαπανών ιατρικής περίθαλψης και στη χορήγηση επιδομάτων αναπηρίας στους ασθενείς που υπέστησαν ιατρικά σφάλματα και υποφέρουν είτε από χρόνιες ασθένειες ή μόνιμη αναπηρία.

Στο σημείο αυτό θα μπορούσαμε να σημειώσουμε ότι τα ασφαλιστικά ταμεία, πέρα από την οικονομική επιβάρυνση που φέρουν, όπως περιγράφηκε προηγουμένως, προσμετρούν και απώλειες από τη μη καταβολή ασφαλιστικών και εργοδοτικών εισφορών από τους εργαζόμενους και τους εργοδότες, αντίστοιχα, σε περίπτωση για παράδειγμα πρόωρης συνταξιοδότησης λόγω αναπηρίας. Σε μακροπρόθεσμη οικονομική ανάλυση, η επιβάρυνση φαίνεται ότι μπορεί να επιμεριστεί και σε άλλες κατηγορίες του κοινωνικού συνόλου καθώς η ποσοστιαία μείωση των καταβληθέντων εισφορών, μπορεί να οδηγήσει σε ποσοστιαία αύξηση των ασφαλιστρών (αν πρόκειται για ασφαλιστικές εταιρίες) και των εισφορών (αν πρόκειται για κρατικά ασφαλιστικά ταμεία) για τους παραμένοντες ασφαλισμένους και εργοδότες (Ταραμπέ, κ.ά., 2006).

Ακόμη μια απόδειξη ότι το οικονομικό κόστος (εμφανές και αφανές) επιμερίζεται στο σύνολο της κοινωνίας, αποτελούν οι εργοδότες που φαίνεται να επιβαρύνονται οικονομικά από τις συνέπειες που επιφέρουν τα ιατρικά σφάλματα στους υπαλλήλους τους. Κυρίως, όταν πρόκειται για εξειδικευμένο προσωπικό που επένδυσαν σε αυτό υλικούς πόρους και εργατοώρες για την εκπαίδευσή του και

ενδέχεται αυτό το ανθρώπινο κεφάλαιο να μην έχει προλάβει να αποσβεστεί. Έτσι εύκολα μπορεί να νοηθεί, το μέγεθος του «κενού» στη θέση που αφήνει ο υπάλληλος που υπέστη ιατρικό σφάλμα, σε περίπτωση μακρόχρονης απουσίας του, μόνιμης αναπηρίας ή θανάτου και την ανάγκη για αναπλήρωση της θέσης αυτής, με όλες τις επακολουθούμενες οικονομικές επιπτώσεις που μπορεί να φέρει αυτή η αλλαγή στην εταιρία (Ταραμπέ, κ.ά., 2006).

2.5 Το ιατρικό σφάλμα ως απειλή για την ασφάλεια του ασθενούς – Διεθνής εμπειρία

Σύμφωνα με τον ΠΟΥ, ένας στους δέκα ασθενείς σε όλον τον κόσμο έχει υποστεί βλάβη, κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του, εξαιτίας των ιατρικών σφαλμάτων που θα μπορούσαν να έχουν προληφθεί. Στις αναπτυσσόμενες χώρες, ο κίνδυνος για την ασφάλεια των ασθενών από την πρόκληση ιατρικού σφάλματος, μπορεί να είναι είκοσι φορές μεγαλύτερος απ' ό,τι στις ανεπτυγμένες χώρες (HOPEProject, 2013). Στη συνέχεια ακολουθεί συλλογή αντιπροσωπευτικών ερευνών από χώρες του εξωτερικού που έχουν βιώσει το φαινόμενο του ιατρικού σφάλματος, ώστε να αποτυπωθεί η σύγχρονη διεθνής εμπειρία.

Στις **Η.Π.Α.**, σύμφωνα με στοιχεία του 2011 (National Journal, 2011), μια στις τρεις εισαγωγές εμφανίζεται ένα ιατρικό σφάλμα ή ανεπιθύμητο περιστατικό, ενώ έχει υπολογιστεί ότι για κάθε δολάριο που δαπανάται στον τομέα της υγείας, τα 18 με 45 σεντς απορροφώνται στην κάλυψη δαπανών λόγω εμφάνισης των ιατρικών σφαλμάτων. Έχουν γίνει αρκετές προσπάθειες, από τους ιθύνοντες, προς τη μείωση των ιατρικών σφαλμάτων και κυρίως μετά τη δημοσίευση των αποτελεσμάτων της έρευνας “ToErrisHuman: BuildingaSaferHealthSystem” του Αμερικάνικου Ινστιτούτο Ιατρικής (IOM, 1999), η οποία κατεδείκνυε ότι 44,000 με 98,000 αμερικανοί πολίτες καταλήγουν σε θάνατο κάθε χρόνο εξαιτίας των ιατρικών σφαλμάτων.

Αν και όλοι οι εμπλεκόμενοι έχουν στρέψει την προσοχή τους στην προάσπιση της ασφάλειας του ασθενούς και παρόλο που έχει περάσει περισσότερο από μια δεκαετία από τη δημοσίευση της έρευνας του Αμερικάνικου Ινστιτούτο Ιατρικής, εξακολουθούν και υπάρχουν σοβαρά ιατρικά σφάλματα. Ερευνητές (National

Journal, 2011) αναφέρουν ότι κάθε εβδομάδα στις Η.Π.Α., έως και 40 ασθενείς υποβάλλονται σε μια διαδικασία που προορίζεται για κάποιον άλλο ή υποβάλλονται σε επέμβαση σε λάθος σημείο του σώματος. Στον πίνακα 2.5 που ακολουθεί, παρουσιάζονται τα πιο κοστοβόρα ιατρικά σφάλματα στις Η.Π.Α. και στις δυο πρώτες θέσεις βρίσκονται οι μετεγχειρητικές λοιμώξεις και τα έλκη κατάκλισης που συγκεντρώνουν και τα μεγαλύτερα ποσοστά πιθανής εμφάνισης (NationalJournal, 2011).

Πίνακας 2.5: Τα πιο κοστοβόρα ιατρικά σφάλματα για τις Η.Π.Α.

Ιατρικά σφάλματα	Αριθμητικά δεδομένα	Συνολικό κόστος ιατρικών σφαλμάτων (σε δις. δολάρια, 2008)
1. Μετεγχειρητικές λοιμώξεις	252,695	3.36
2. Έλκη κατάκλισης	374,964	3.27
3. Επιπλοκές από μη καρδιοχειρουργικά εμφυτεύματα & μοσχεύματα	60,380	1.07
4. Επιπλοκές από χειρουργική επέμβαση χαμηλά στην πλάτη	113,823	1.00
5. Εκτεταμένη αιμορραγία που περιπλέκει τη διαδικασία	78,216	0.68

Πηγή: Project HOPE

Πηγή: NationalJournal, 2011 (μτφρ. προτύπου πίνακα)

<http://www.nationaljournal.com/healthcare/medical-errors-cost-health-care-system-billions-20110407>

Μια πρόσφατη έρευνα (HealthGrades, 2012) που διενεργήθηκε σε 5,000 νοσοκομεία της Αμερικής, ανέλυσε 40 εκατ. νοσηλείες, για το χρονικό διάστημα 2008-2010 και διαπίστωσε την ύπαρξη 254,200 σοβαρών περιπτώσεων που θα μπορούσαν να έχουν προληφθεί. Από αυτά τα περιστατικά προέκυψαν 56,367 θάνατοι ασθενών που υπέστησαν ένα ή περισσότερα ιατρικά σφάλματα (βλ. πίνακα 2.6).

Μεταγενέστερη αντίστοιχη έρευνα σε 4,729 νοσοκομεία της Αμερικής, για το χρονικό διάστημα 2009-2011, κατέδειξε ότι ο αριθμός των ιατρικών σφαλμάτων που βιώνουν οι αμερικανοί πολίτες όπου πολλά από αυτά μπορούν να απειλήσουν σοβαρά την ασφάλειά τους, είναι συνεχώς αυξανόμενος και ανέρχεται στα 287,630 περιστατικά (HealthGrades, 2013).

Πίνακας 2.6 Ιατρικά σφάλματα στις Η.Π.Α. (2008-2010)

Είδος ιατρικού σφάλματος	Το ιατρικό σφάλμα σε αριθμούς	Θάνατοι
Θάνατος κατά τη διάρκεια διαδικασιών όπου η θνησιμότητα είναι συνήθως πολύ χαμηλή	3,509	3,509
Έλκη κατάκλισης κατά τη διάρκεια της νοσηλείας	36,190	3,776
Θάνατος λόγω μετεγχειρητικής επιπλοκής	19,595	19,595
Παραμονή ξένου αντικειμένου στον οργανισμό του ασθενούς κατά τη διάρκεια χειρουργικής επέμβασης	573	18
Εμφάνιση πνευμοθώρακα εξαιτίας της χειρουργικής επέμβασης στο ή γύρω από το στήθος	15,628	2,409
Λοιμώξεις συνδεδεμένες με κεντρικούς φλεβικούς καθετήρες	8,495	843
Κάταγμα του ισχίου μετά από χειρουργική επέμβαση	418	38
Υπερβολική αιμορραγία – εκχύμωση (μελάνιασμα) ως συνέπεια χειρουργικής επέμβασης	17,394	1,253
Διαταραχή της ισορροπίας υγρών – ηλεκτρολυτών μετά τη χειρουργική επέμβαση	2,359	780
Αναπνευστική ανεπάρκεια μετά από χειρουργική επέμβαση	58,686	12,325
Θρόμβοι αίματος στους πνεύμονες και στα πόδια μετά από χειρουργική επέμβαση	69,999	6,773
Ανίχνευση λοίμωξης στην κυκλοφορία του αίματος μετά από χειρουργική επέμβαση	17,572	4,535
Σπάσιμο της κοιλιακής τομής	3,782	513
Σύνολο	254,200	56,367

Πηγή: HealthGrades, 2012 (διαμόρφωση-μτφρ. πρωτότυπου πίνακα)

Μια επόμενη έρευνα για τις Η.Π.Α. αναφέρει ότι το 2008 κατεγράφησαν 1.5 εκατ. ιατρικά σφάλματα που αντιστοιχούν στο 24% των περιστατικών σωματικής βλάβης και προέκυψαν πάνω από 2,500 θάνατοι αμερικανών ασθενών. Επιπλέον, η οικονομική επιβάρυνση από τα παραπάνω σφάλματα για την Αμερικανική οικονομία, ανέρχονταν σε \$19.5 δις. (\$13,000/σφάλμα), όπου το 87% (\$17 δις.) αφορούσε σε επιπλέον κάλυψη δαπανών ενδονοσοκομειακής και εξωνοσοκομειακής περίθαλψης και σε πρόσθετη συνταγογράφηση ενώ υπολογίστηκε σε \$1.1 δις. ή αλλιώς 10 εκατ. ημέρες χαμένης παραγωγικότητας, η απουσία από την εργασία των υπαλλήλων λόγω σωματικής βλάβης από ιατρικά σφάλματα (Shreveetal., 2010).

Στο **Ηνωμένο Βασίλειο**, τα νέα στοιχεία του Εθνικού Συστήματος Υγείας (NHS), καταγράφουν ότι τα τελευταία τέσσερα χρόνια, περισσότεροι από 750 ασθενείς έχουν υποστεί ιατρικά σφάλματα που έθεσαν σε κίνδυνο την ασφάλειά τους (TheTelegraph, 2013) ενώ θα μπορούσαν να έχουν προληφθεί και τα σφάλματα αυτά ανήκουν σε κατηγορίες των “Never Events” (DepartmentofHealth/PatientSafetyandInvestigations, 2012), δηλαδή σε αυτά που δεν πρέπει να συμβαίνουν ποτέ στο NHS (βλ. πίνακα 2.7).

Έτσι, σε περισσότερους από (320) τριακόσιους είκοσι ασθενείς που υποβλήθηκαν σε χειρουργική επέμβαση, παρέμειναν χειρουργικά εργαλεία στο σώμα τους και (214) διακόσιοι δεκατέσσερις ασθενείς υποβλήθηκαν σε χειρουργική επέμβαση σε λάθος πλευρά του σώματος (TheTelegraph, 2010). Άλλα περιστατικά ιατρικού σφάλματος που προέκυψαν από μια έρευνα του BBC, περιελάμβαναν (73) εβδομήντα τρεις περιπτώσεις όπου η τοποθέτηση σωλήνα τροφοδοσίας και χορήγησης φαρμακευτικής αγωγής έγινε στους πνεύμονες αντί του στομάχου και (58) πενήντα οκτώ περιπτώσεις όπου τοποθετήθηκαν λάθος εμφυτεύματα ή προθέσεις (TheTelegraph, 2013).

Πίνακας 2.7: Κύρια λίστα των “Never Events”

Χειρουργική επέμβαση σε λάθος πλευρά του σώματος

Παραμονή ξένων αντικειμένων μέσα στον οργανισμό του ασθενούς
Θάνατος μιας επιτόκου από ακατάσχετη αιμορραγία, μετά από μια προγραμματισμένη καισαρική τομή
Θάνατος ή πρόκληση σοβαρής σωματικής βλάβης σε ασθενή, λόγω μετάγγισης άλλης ομάδας αίματος ή τοποθέτηση λάθος εμφυτεύματος
Θάνατος ή βλάβη στον ασθενή λόγω παγίδευσής του στα προστατευτικά κιγκλιδώματα του κρεβατιού
Θάνατος από υπερδοσολογία ινσουλίνης σε ασθενείς με διαβήτη, κατά τη διάρκεια της νοσηλείας
Χορήγηση σε ασθενή λανθασμένο τύπο ιατρικού αερίου με αποτέλεσμα να υπάρξει κίνδυνος για την ίδια του τη ζωή ή να προκληθούν σοβαρές βλάβες
Θάνατος ή πρόκληση βλάβης στον ασθενή κατά τη λήψη περιοριστικών μέτρων επί κλίνης
Εγκεφαλική βλάβη που προκαλείται από μη έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση του ίκτερου στα νεογνίδια
Εσφαλμένη ταυτοποίηση του ασθενούς
Τοποθέτηση σωλήνα τροφοδοσίας στους πνεύμονες αντί του στομάχου

Πηγή: Department of Health/Patient Safety and Investigations, 2012

Το διάστημα 2011 – 2012 αναφέρθηκαν (161) εκατόν εξήντα ένα περιστατικά ιατρικών σφαλμάτων όπου παρέμειναν ξένα αντικείμενα στο σώμα των ασθενών, όπως επιχρίσματα, βελόνες, βίδες, χειρουργικά εργαλεία και σύρματα. Επιπλέον, για το ίδιο διάστημα κατεγράφησαν (70) εβδομήντα περιστατικά όπου αφορούσαν σε χειρουργική επέμβαση που διεξήχθη σε λάθος πλευρά του σώματος, όπως βιοψία σε λάθος πλευρά για καρκίνο του μαστού, σε επέμβαση όπου η αναισθησία έγινε σε λάθος σημείο και σε επέμβαση σε λάθος μέλος του σώματος. Στη συνέχεια, κατεγράφησαν (41) σαράντα ένα περιστατικά σφάλματος που αφορούσαν σε χρήση λάθους εμφυτεύματος/προθέματος σε επέμβαση γονάτου ή αντικατάσταση ισχίου και ανακαλύφθηκε το σφάλμα ακριβώς μετά την ολοκλήρωση της επέμβασης. Τέλος σε (23) είκοσι τρεις περιπτώσεις βρέθηκε να έχει εκτοπιστεί από τη θέση του ο σωλήνας σίτισης στοματικής ή ρινικής κοιλότητας (The Telegraph, 2012).

Την περίοδο 2009 – 2010 κατεγράφησαν (111) εκατόν έντεκα περιστατικά “NeverEvents” όπου πάνω από τα μισά (57) αφορούσαν σε χειρουργική επέμβαση που έγινε σε λάθος πλευρά. Σύμφωνα με την εθνική υπηρεσία για την ασφάλεια των

ασθενών (NPSA), ο συγκεκριμένος τύπος ιατρικού σφάλματος συναντάται σε ευρεία δέσμη επεμβάσεων και νοσοκομείων. Ακολούθως, τα περιστατικά σφάλματος με την αμέσως επόμενη συχνότητα εμφάνισης, σχετίζονταν με την τοποθέτηση σε λάθος θέση του στοματικού ή ρινικού γαστρικού σωλήνα (41). Συνολικά η οικονομική επιβάρυνση για τον βρετανό φορολογούμενο ανέρχονταν σε £3.9εκατ ή αλλιώς £35,000 για κάθε περιστατικό (NPSA, 2010; TheTelegraph, 2011). Πρόσφατη έρευνα εκτίμησε ότι 1,000 ασθενείς το μήνα καταλήγουν εξαιτίας ενός ιατρικού σφάλματος και συμβαίνουν 11,859 θανάτους στα νοσοκομεία της χώρας, για το έτος 2009 (Hogan et al., 2012).

Έρευνες του 2008 αναδεικνύουν ότι περισσότερα από (350) τριακόσια πενήντα χειρουργικά σφάλματα καταγράφονται κάθε μέρα στη Βρετανία πριν και μετά την επέμβαση, εξαιτίας του ότι οι ιατροί από αμέλεια προχωρούν σε χειρουργικές επεμβάσεις σε λάθος πλευρά του σώματος και μερικές φορές με θανατηφόρα αποτελέσματα ενώ ένας ασθενής ανά ημέρα παραπέμπεται για λάθος επέμβαση (TheTelegraph, 2008a). Σύμφωνα με στοιχεία του Υπουργείου Υγείας για τα έτη 2007 και 2008, συνέβησαν 796,106 περιστατικά και στην πλειοψηφία τους είχαν ως αποτέλεσμα, καμία βλάβη στους ασθενείς. Ωστόσο, προέκυψαν 48,951 περιστατικά ιατρικών σφαλμάτων όπου ο ασθενής υπέστη μέτρια βλάβη, 7,101 σοβαρή βλάβη και τέλος κατεγράφησαν και 3,282 θάνατοι (TheTelegraph, 2008).

Σε συμφωνία των ανωτέρω, έρχονται τα επίσημα στοιχεία του 2008 από το NHS που δείχνουν ότι 11,000 περιστατικά είναι υπαίτια για σοβαρές βλάβες ή και θανάτους κάθε χρόνο. Βέβαια, κάποιος επιμένουν ότι το παραπάνω νούμερο είναι αρκετά υποεκτιμημένο, λαμβάνοντας υπόψη το τι συμβαίνει στην πραγματικότητα (NationalCenterforPolicyAnalysis, 2009). Οι θιασώτες αυτής της άποψης πιστεύουν ότι η πλειοψηφία των χιλιάδων σφαλμάτων ή οι εννέα στους δέκα θανάτους που συμβαίνουν στο NHS οφείλονται στην ύπαρξη «κενών» στο σύστημα υγείας σχετικά με την ασφάλεια του ασθενούς (TheTelegraph, 2008).

Υποστηρίζουν λοιπόν ότι μια καλύτερη εκτίμηση θα μπορούσε να αγγίξει τα 72,000 σφάλματα κάθε χρόνο τα οποία συντελούν στο να καταλήξει ο ασθενής ενώ θα μπορούσαν να έχουν αποφευχθεί. Αυτή η προσέγγιση είναι κάτι περισσότερο από έξι φορές υψηλότερη από την επίσημη εκτίμηση των 11,000 περιστατικών θανάτου ή σοβαρής βλάβης (Parliamentary, 2009). Επιπλέον, η NPSA συνέταξε μια έκθεση που

αναφέρει ότι ένας στους δέκα ασθενείς που εισάγονται στα βρετανικά νοσοκομεία θα υποστούν ένα περιστατικό που ενδέχεται να απειλήσει την ασφάλειά τους, ενώ τα μισά από αυτά τα περιστατικά, θα μπορούσαν να είχαν προληφθεί (TheTelegraph, 2008).

Μια άλλη έρευνα, για το έτος 2005 (Thomsonetal., 2007), υποστηρίζει ότι σημειώθηκαν 425 θάνατοι, κατά τη διάρκεια νοσηλείας οι οποίοι οφείλονται σε ιατρικά σφάλματα που θα μπορούσαν να έχουν προληφθεί. Κάποιοι θάνατοι από αυτοί προήλθαν από ιατρικά σφάλματα που συνέβησαν, κατά το στάδιο της διάγνωσης (71), κάποιοι άλλοι οφείλονταν σε εσφαλμένη εκτίμηση της σοβαρότητας της κατάστασης του ασθενούς ή σε μη ανάληψη των προβλεπόμενων ενεργειών για την άμεση αντιμετώπιση του περιστατικού (64), ενώ κάποιοι άλλοι θάνατοι προήλθαν από επιπλοκές κατά τη διάρκεια της ανάνηψης ασθενών που είχαν υποστεί καρδιακή ανακοπή πρωτότερα (43).

Οι υπόλοιποι θάνατοι αφορούσαν σε μια ευρεία ποικιλία θεμάτων που έθεσαν σε κίνδυνο την ασφάλεια των ασθενών συμπεριλαμβανομένου την εσφαλμένη φαρμακευτική αγωγή, την αυτοκτονία λόγω πλημμελούς άσκησης των καθηκόντων του προσωπικού του νοσοκομείου και τις πράξεις ή παραλείψεις σε τοκετούς (Thomsonetal., 2007).

Μια έρευνα επίσης για το Ηνωμένο Βασίλειο αναφέρει ότι πάνω από 25,000 ασθενείς ετησίως καταλήγουν σε θάνατο από φλεβικά θρομβοεμβολικά επεισόδια, τα οποία θα μπορούσαν να έχουν προληφθεί. Το εκλυόμενο κόστος (άμεσο και έμμεσο) ανέρχεται περίπου στις £ 640 εκατ. (HouseofCommonsHealthCommittee, 2005).

Σε άλλες χώρες του κόσμου φαίνεται επίσης ότι το φαινόμενο των ιατρικών σφαλμάτων είναι υπαρκτό και πολλές φορές η πρόκληση τέτοιων περιστατικών, μπορεί να απειλήσει την ασφάλεια των πολιτών κατά την επαφή τους με το σύστημα υγείας. Σύμφωνα με μια έρευνα (Schoenetal., 2007) που διενεργήθηκε το 2007 σε περίπου 12,000 ασθενείς επτά χωρών (**Αυστραλία, Καναδάς, Νέα Ζηλανδία, Ηνωμένο Βασίλειο, Η.Π.Α., Γερμανία και Ολλανδία**), 12% έως 20% των ασθενών (η Αυστραλία και οι Η.Π.Α. κατείχαν τα υψηλότερα ποσοστά αναφοράς σφαλμάτων) υπέστησαν τουλάχιστον ένα σφάλμα, τα τελευταία δύο χρόνια που μπορεί να σχετιζόταν με ιατρικό σφάλμα, χορήγηση εσφαλμένης δοσολογίας φαρμάκου ή λανθασμένα εργαστηριακά αποτελέσματα.

Ο Καναδάς (17%) και η Νέα Ζηλανδία (16%) έπονταν ενώ αμέσως μετά ακολουθούσαν η Ολλανδία (14%), το Ηνωμένο Βασίλειο (13%) και τελευταία ήταν η Γερμανία (12%) που συγκέντρωνε το μικρότερο ποσοστό αναφοράς σφαλμάτων, ανάμεσα στις επτά υπό εξέταση χώρες. Επιπλέον, η συγκεκριμένη έρευνα έδειξε ότι τα ποσοστά σφάλματος σε ασθενείς με χρόνιες παθήσεις, κυμαινόταν από 16% στη Γερμανία έως 32% στις Η.Π.Α. Στις υπόλοιπες χώρες εμφανίζονται ποσοστά (28%) στον Καναδά, (26%) στην Αυστραλία, (25%) στην Ολλανδία, (24%) Ηνωμένο Βασίλειο, (22%) Νέα Ζηλανδία.

Συνεχίζοντας την ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας σχετικά με το φαινόμενο των ιατρικών σφαλμάτων, έχουν συγκεντρωθεί πρόσφατα ερευνητικά στοιχεία χωρών που έχουν βιώσει το φαινόμενο αυτό, αναδεικνύοντας τη φύση και την έκταση του προβλήματος (βλ. πίνακα 2.8).

Πίνακας 2.8: Αποσπάσματα ερευνών για το ιατρικό σφάλμα διεθνώς

Χώρα	Επίπτωση του ιατρικού σφάλματος	Πηγή
Γερμανία	17,000 θάνατοι κάθε χρόνο που θα μπορούσαν να έχουν αποφευχθεί	(Hoffmann and Rohe, 2010)
Γαλλία	900 περιστατικά ιατρικού σφάλματος καταγράφονται κάθε μέρα 1,192 ιατρικά σφάλματα και 367 (26,8%) ασθενείς υπέστησαν τουλάχιστον ένα ιατρικό σφάλμα	(France24, 2011) (Garrouste-Orgeas et al., 2010)
Ιταλία	90 θάνατοι κάθε μέρα και 30,000-35,000 ετησίως ενώ οι μισοί από αυτοί θα μπορούσαν να αποφευχθούν. Το 32% των θανάτων συμβαίνουν κατά τη διάρκεια της επέμβασης, το 28% στη μετεγχειρητική περίοδο κατά την περίοδο της ανάρρωσης, το 22% σε ΜΕΘ και το 18% σε επεμβατικές πράξεις. Το κόστος από τα ιατρικά σφάλματα ανέρχεται στα €10δισ.	(Wanted in Rome, 2006)

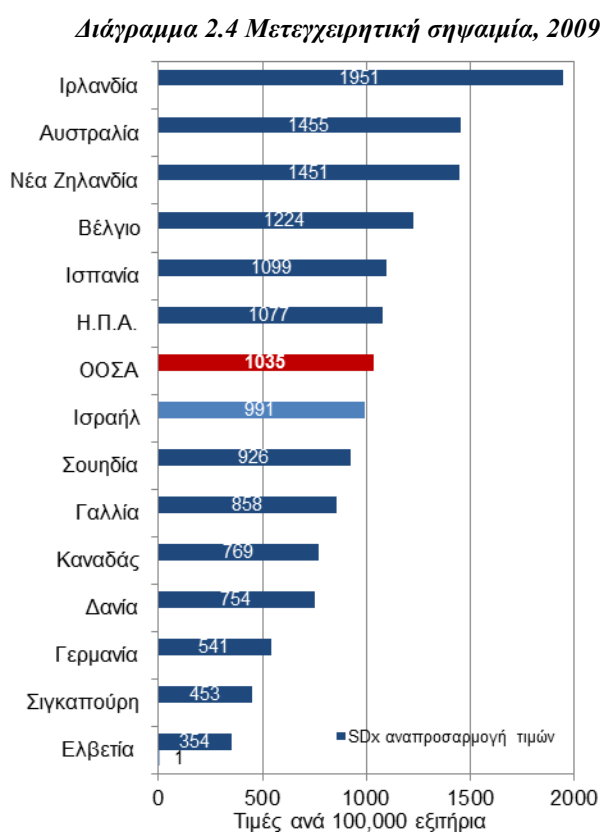
Ολλανδία	2,032 θάνατοι κάθε χρόνο που θα μπορούσαν να αποφευχθούν	(Zegers et al., 2009)
Αυστραλία	18,000 θάνατοι που θα μπορούσαν να έχουν αποφευχθεί και σε περισσότερους από 50,000 ασθενείς προκαλείται αναπηρία, κάθε χρόνο. Κύριοι τύποι σφάλματος είναι η εσφαλμένη διάγνωση και δοσολογία του φαρμάκου	(Weingart et al., 2000)
Καναδάς	9,000 - 24,000 ασθενείς καταλήγουν σε θάνατο κάθε χρόνο ενώ το 37% των περιπτώσεων θα μπορούσαν να έχουν προληφθεί. Επιπλέον 1 στα 81 νεογέννητα που γεννήθηκαν φυσιολογικά υπέστησαν βλάβη, από ένα ήπιο μώλωπα μέχρι μια σοβαρή εγκεφαλική βλάβη	(Baker et al., 2004)
Σαουδική Αραβία	0.5 το ποσοστό θανάτων ανά 100,000 πολίτες. Την περίοδο 2000-2006 κατεγράφησαν 26,000 ιατρικά σφάλματα	(Saudi Gazette, 2009)
Βουλγαρία	7,000 ασθενείς πεθαίνουν κάθε χρόνο	(Novinite JSC, 2010)

Όπως φαίνεται από τη μέχρι τώρα παρουσίαση ενός αντιπροσωπευτικού δείγματος διεθνών ερευνών για την καταγραφή της εικόνας που εμφανίζει το ιατρικό σφάλμα στο εξωτερικό, υπάρχουν αυξημένες ενδείξεις για την ύπαρξη ενός αρκετά ανησυχητικού ποσοστού περιστατικών σφαλμάτων, κατά την άσκηση της ιατρικής πρακτικής. Αυτή η αρνητική εικόνα που παρουσιάζουν τα συστήματα υγείας διεθνώς, κλονίζουν την εμπιστοσύνη των ασθενών για τις παρεχόμενες χαμηλής ποιότητας υπηρεσίες, αφού δεν είναι λίγες οι φορές που οι ασθενείς έρχονται αντιμέτωποι με τον κίνδυνο να απειληθεί σοβαρά η ασφάλειά τους.

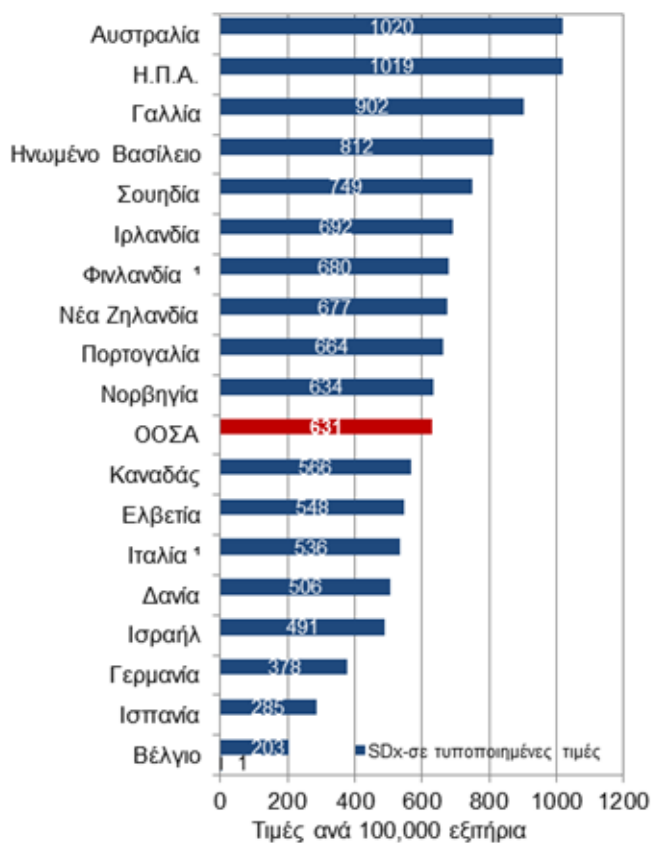
Έτσι λοιπόν σήμερα, αποτελεί κεντρικό μέλημα των ιθυνόντων της πολιτικής υγείας, να διερευνήσουν και αποτυπώσουν την υφιστάμενη κατάσταση του φαινομένου των ιατρικών σφαλμάτων (βλ. διεθνή στοιχεία και αποτελέσματα έρευνας

που ακολουθούν), ώστε να διαμορφώσουν στη συνέχεια μέτρα και πολιτικές, διεθνούς εμβέλειας. Η διασφάλιση της ποιότητας και ασφάλειας της φροντίδας υγείας είναι ζήτημα καίριας σημασίας για τα σύγχρονα συστήματα υγείας (OECD, 2011).

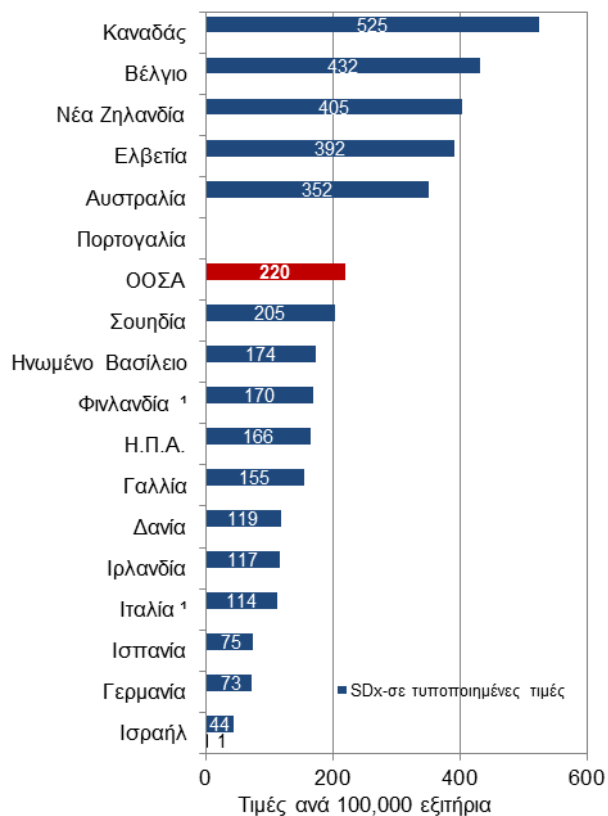
Ακολουθεί, η διαγραμματική απεικόνιση με τα συγκεντρωτικά στοιχεία για κάποιες χώρες-μέλη του ΟΟΣΑ (OECD, 2011a), σχετικά με το σύνολο εμφάνισης κάποιων συγκεκριμένων περιπτώσεων ιατρικού σφάλματος (σηψαιμία, πνευμονική εμβολή ή φλεβική θρόμβωση, τυχαία τρώση, παραμονή ξένου αντικειμένου στο σώμα του ασθενούς) ανά 100,000 εξιτήρια ασθενών. Παρατηρούμε μεταξύ άλλων ότι η Αυστραλία και η Νέα Ζηλανδία εμφανίζουν υψηλή συγκέντρωση τέτοιων περιστατικών ιατρικού σφάλματος και ακολουθεί ο Καναδάς.



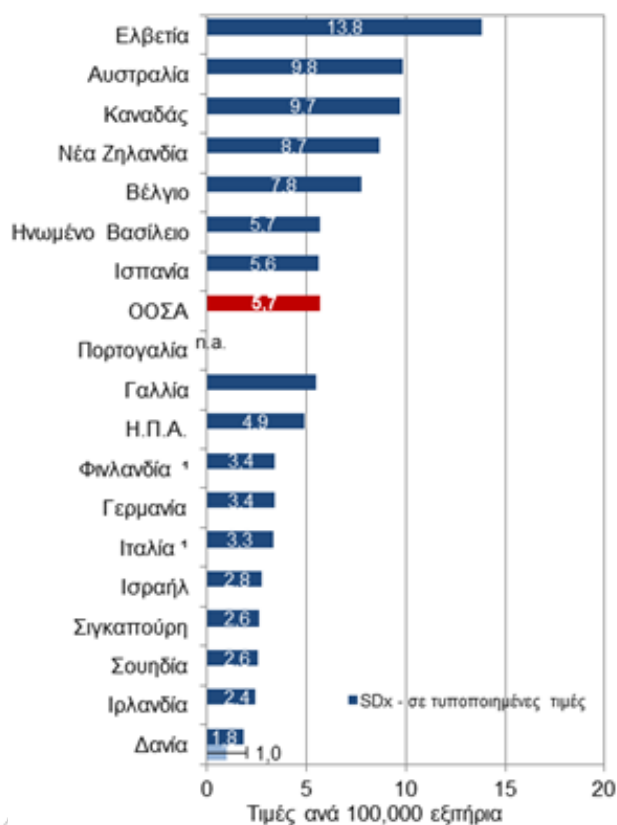
Διάγραμμα 2.5 Μετεγχειρητική πνευμονική εμβολή ή εν τω βάθει φλεβική θρόμβωση, 2009



Διάγραμμα 2.6 Τυχαία διάτρηση ή ρήξη, 2009



Διάγραμμα 2.7 Παραμονή ξένου αντικειμένου στον οργανισμό, κατά τη διάρκεια της επέμβασης



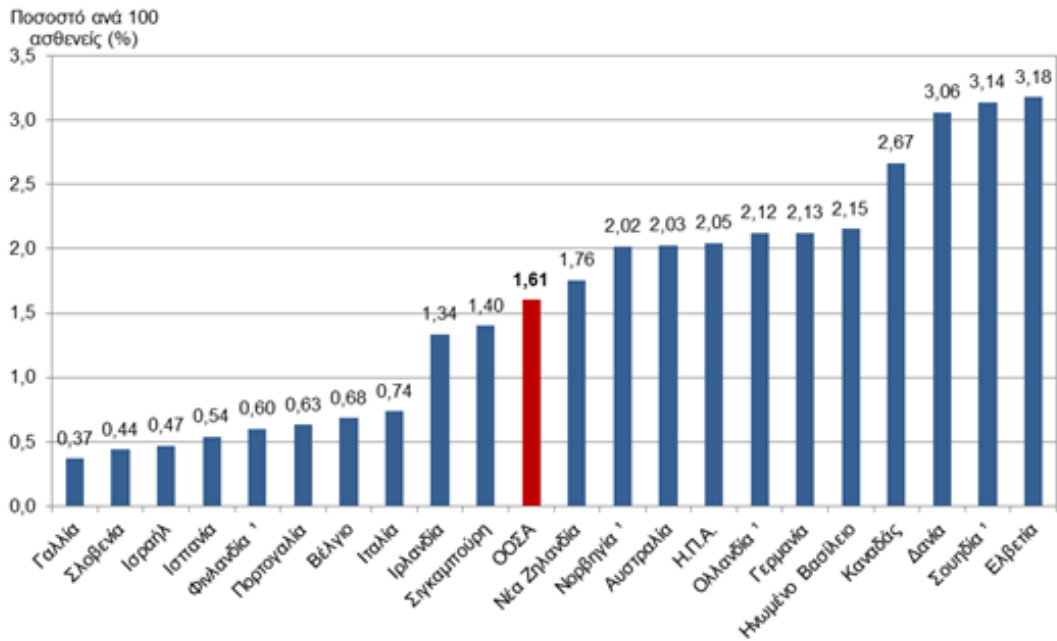
*Ο μέσος αριθμός των δευτερογενών διαγνώσεων είναι <1.5

Πηγή: OECD HealthData, 2011

Στα επόμενα διαγράμματα 2.8 και 2.9 (OECD, 2011; OECD, 2011a), παρουσιάζεται η διακύμανση των ποσοστών εμφάνισης μαιευτικών κακώσεων κατά τη διάρκεια του φυσιολογικού τοκετού με και χωρίς τη χρήση εργαλείου εξώθησης του εμβρύου, για κάποιες χώρες-μέλη του ΟΟΣΑ. Όπως παρατηρούμε η Ελβετία, Σουηδία και Δανία συγκεντρώνουν τα υψηλότερα ποσοστά μαιευτικών κακώσεων, χωρίς τη χρήση μαιευτικού εργαλείου.

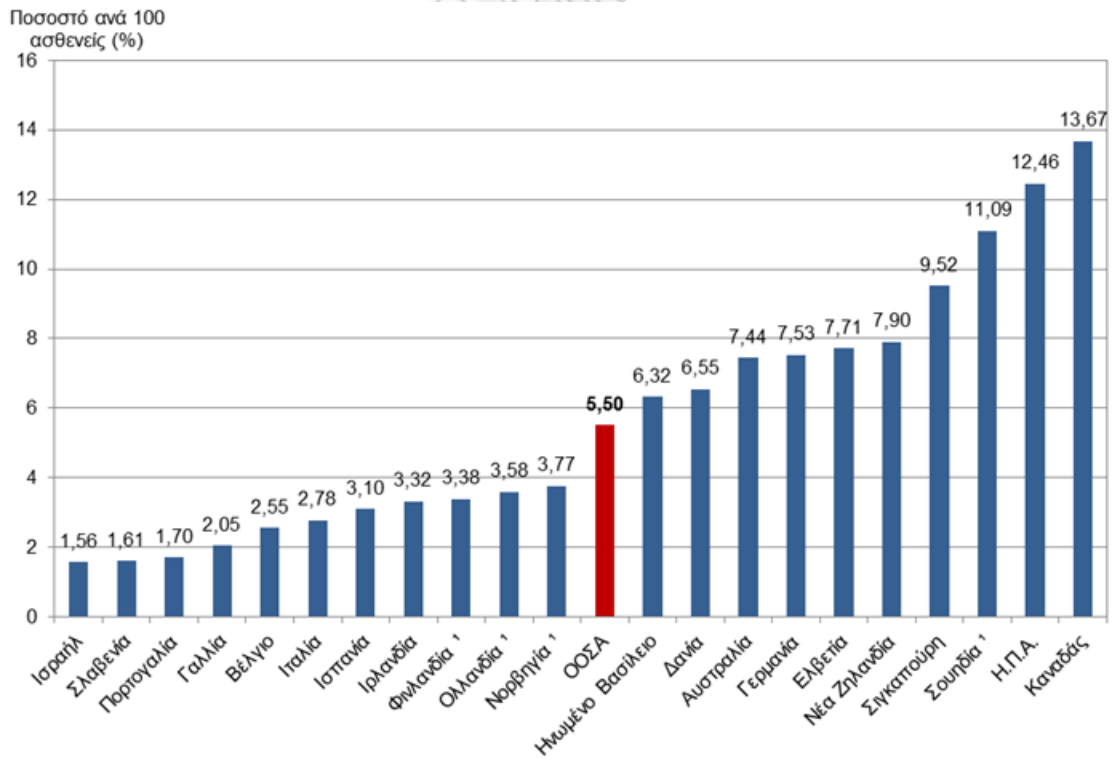
Σχετικά με το διάγραμμα 2.9, ο Καναδάς, οι Η.Π.Α. και η Σουηδία ξεχωρίζουν για τα υψηλότερα ποσοστά αναφοράς μαιευτικών κακώσεων, με τη χρήση εργαλείου κατά τη διάρκεια του φυσιολογικού τοκετού. Παρατηρούμε τέλος, ότι το Βέλγιο, Φινλανδία, Γαλλία, Ιρλανδία, Ισραήλ, Ιταλία, Πορτογαλία, Σλοβενία και Ισπανία παρουσιάζουν σταθερά χαμηλά ποσοστά αναφοράς μαιευτικών κακώσεων και στις δύο περιπτώσεις σφάλματος.

Διάγραμμα 2.8 Μαιευτική κάκωση (φυσιολογικός τοκετός χωρίς τη χρήση μαιευτικού εργαλείου κατά το στάδιο της εξώθησης του εμβρύου, 2009)



¹Δεδομένα από το ιατρικό αρχείο
 Πηγή: OECD HealthData, 2011

Διάγραμμα 2.9 Μαιευτική κάκωση (φυσιολογικός τοκετός με τη χρήση μαιευτικού εργαλείου κατά το στάδιο της εξώθησης του εμβρύου, 2009)

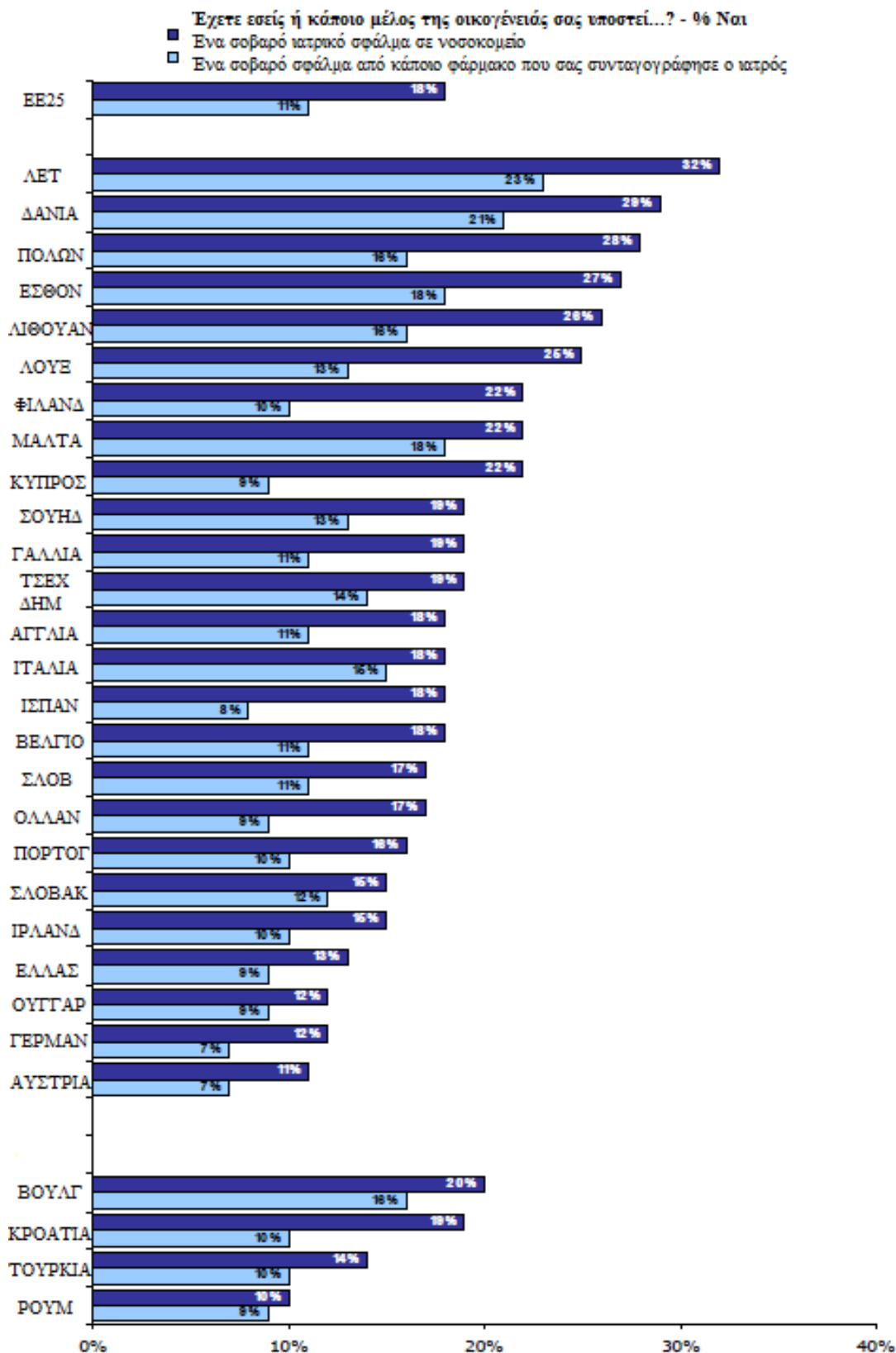


¹Δεδομένα από το ιατρικό αρχείο
 Πηγή: OECD HealthData, 2011

Εν συνεχεία, σύμφωνα με την έρευνα του Ευρωβαρομέτρου (E.C., 2006) που διενεργήθηκε το 2005 στα (25) είκοσι πέντε κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης και με 24,643 συνολικό δείγμα ερωτώμενων, το 29% των Ευρωπαίων πολιτών δηλώνουν ότι έχουν βιώσει τις συνέπειες ενός ιατρικού σφάλματος οι ίδιοι ή κάποιο μέλος στην οικογένειά τους (βλ. διάγραμμα 2.10).

Συγκεκριμένα κατά μέσο όρο, το 18% των πολιτών του δείγματος δηλώνουν ότι οι ίδιοι ή μέλη της οικογένειάς τους έχουν υποστεί ιατρικό σφάλμα κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του σε νοσοκομείο της Ευρωπαϊκής Ένωσης ενώ το 11% αναφέρει ότι του έχει συνταγογραφηθεί λανθασμένη φαρμακευτική αγωγή. Την ίδια στιγμή, τα υψηλότερα ποσοστά καταγραφής ιατρικού σφάλματος συγκεντρώνουν η Λετονία (32%), η Δανία (29%) και η Πολωνία (28%). Η έρευνα αυτή κατέδειξε επίσης ότι το 50% με 70% των σφαλμάτων αυτών, θα μπορούσε να έχει προληφθεί (WHO, 2012). Αντίθετα, η Αυστρία σημειώνει τα λιγότερα ποσοστά εμφάνισης ιατρικών σφαλμάτων (11%) ενώ αμέσως μετά πολύ καλή εικόνα, μεταξύ των 25 κρατών μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, παρουσιάζουν η Γερμανία και η Ουγγαρία.

Διάγραμμα 2.10: Ποσοστά εμφάνισης σφάλματος στην Ευρωπαϊκή Ένωση βάσει έρευνας σε πολίτες



Πηγή: SpecialEurobarometer, 2006 (διαμορφωμένο-μτφρ. από το πρωτότυπο)

Από την έρευνα του Ευρωβαρομέτρου, φάνηκε ότι το φαινόμενο του ιατρικού σφάλματος είναι υπαρκτό και στα ευρωπαϊκά συστήματα υγείας. Περίπου ένας στους πέντε (21%) ευρωπαίους πολίτες που βίωσε ένα ιατρικό σφάλμα θεωρεί ότι αποτελεί σημαντικό πρόβλημα των συστημάτων υγείας και απειλεί την ασφάλειά του.

2.6 Το ιατρικό σφάλμα ως απειλή για την ασφάλεια του ασθενούς – Ελληνική εμπειρία

Σε αντίθεση με το εξωτερικό, στην Ελλάδα δεν είναι δυνατή η καταγραφή των ιατρικών σφαλμάτων που συμβαίνουν κάθε χρόνο, σε όλη την επικράτεια. Η γνώση μας για τα περισσότερα περιστατικά προέρχονται από αυτόβουλες αναφορές, σποραδικά. Η έλλειψη ενός κεντρικά οργανωμένου μηχανισμού συστηματικής ανίχνευσης και καταγραφής των σφαλμάτων, συντελεί στην αδυναμία εύρεσης πρωτογενών δεδομένων, με αποτέλεσμα να δημιουργούνται ανυπέρβλητα εμπόδια στην εξαγωγή αξιόπιστων στατιστικών στοιχείων. Έτσι, δε μπορούμε να είμαστε ενήμεροι για το αν προκαλούνται ιατρικά σφάλματα στις Ελληνικές δομές υγείας και αν ναι, σε ποια έκταση.

Παρόλα αυτά, την τελευταία δεκαετία έχουν γίνει κάποιες φιλότιμες προσπάθειες ερευνητικής προσέγγισης του φαινομένου, μέσα από εκτιμήσεις και έρευνες (βλ. πίνακα 2.9). Αν και ο αριθμός των ερευνών αυτών μπορεί να θεωρηθεί περιορισμένος, είναι ικανός να καταγράψει έστω προσεγγιστικά την υφιστάμενη κατάσταση στη χώρα μας.

Πίνακας 2.9: Το Ιατρικό Σφάλμα στην Ελλάδα

Ερευνητικά αποτελέσματα	Δείγμα έρευνας	Πηγή
Ένα στα δύο ιατρικά σφάλματα προκαλούν θάνατο στον ασθενή, 37% των περιστατικών σοβαρή σωματική βλάβη και περίπου 6,000 ο ετήσιος αριθμός των θανάτων.	56 δικαστικοί φάκελοι και αποφάσεις με υποθέσεις ιατρικού σφάλματος	(Λέων, κ.ά., 2012)
40 ασθενείς υπέστησαν σφάλμα (0.2 σφάλμα/ασθενή) και το 7.5% των περιστατικών απείλησε την ασφάλεια του ασθενούς	200 ασθενείς που υποβλήθηκαν σε χειρουργική επέμβαση	(Λιαχοπούλου, κ.ά., 2012)
Περίπου 20-30 ασθενείς πεθαίνουν κάθε μέρα και περίπου 200 παθαίνουν καθημερινά σοβαρές βλάβες, μεγάλο ποσοστό των οποίων θα μπορούσε να είχε προληφθεί.	Άγνωστο	(Βλιάμος, 2007)

Παρατηρούμε από τα στοιχεία των ερευνών που παρατέθηκαν ότι και στην Ελλάδα υπάρχει η ένδειξη της εμφάνισης ιατρικών σφαλμάτων όπου πολλές φορές είναι ικανά να απειλήσουν την ασφάλεια των ασθενών επιφέροντας σωματική βλάβη, μόνιμη αναπηρία ή ακόμη και θάνατο. Σε περίπτωση λοιπόν που ένας ασθενής έχει πέσει θύμα ιατρικού σφάλματος μπορεί να αποταθεί σε αρμόδιους φορείς υποδοχής και αναφοράς καταγγελιών, οι οποίοι όμως στην πλειοψηφία τους έχουν συμβουλευτικό και διαμεσολαβητικό ρόλο και όχι κυρωτικό (βλ. πίνακα 2.10) (Εφημερίδα της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας, 2001; Συνήγορος του Πολίτη, 2006; Πολίτης, 2008).

Πίνακας 2.10: Αρμόδιοι φορείς αναφοράς και έρευνας περιπτώσεων ιατρικού σφάλματος

Φορέας - Διεύθυνση	Περιγραφή αρμοδιότητας
Διεύθυνση Γραμματείας Σώματος Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας (Σ.Ε.Υ.Υ.Π.)	Υπάγεται στο ΥΥΚΑ και διενεργεί συστηματικές επιθεωρήσεις και ελέγχους σε δομές φροντίδας υγείας δημόσιου και ιδιωτικού τομέα, αυτοβούλως αλλά και μετά από καταγγελία πολιτών, με σκοπό τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και την προστασία της ασφάλειας των ασθενών.
Συνήγορος της Υγείας και της Κοινωνικής Αλληλεγγύης	Ανεξάρτητη αρχή που ασχολείται μόνο με χρήστες δημοσίων υπηρεσιών υγείας και σε περίπτωση υπόνοιας ιατρικού σφάλματος είναι ο διαμεσολαβητής μεταξύ του πολίτη και της μονάδας υγείας. Ετοιμάζει πλήρη φάκελο για λογαριασμό του πολίτη, συλλέγοντας το κρίσιμο υλικό από όλους τους εμπλεκόμενους φορείς, ώστε να προσφύγει εν συνεχεία ο πολίτης στα δικαστήρια και δεν μετέχει περαιτέρω στην ένδικη διαδικασία.
Τοπικοί Ιατρικοί Σύλλογοι & Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος	Σε περίπτωση ιατρικού σφάλματος, ο ιατρός περνάει από το Πειθαρχικό Συμβούλιο του οικείου Ιατρικού Συλλόγου, στον οποίο ανήκει ο γιατρός, για τυχόν επιβολή πειθαρχικών κυρώσεων.
Διεύθυνση διοίκησης μονάδας υγείας	Σε περίπτωση ιατρικού σφάλματος από ιατρό του ΕΣΥ, κινούνται διαδικασίες πειθαρχικής ευθύνης σύμφωνα με το Δημοσιοϋπαλληλικό Κώδικα.

Τα τελευταία χρόνια, οι ασθενείς και οι συγγενείς τους φαίνεται να είναι πιο συνειδητοποιημένοι πάνω στο θέμα των ιατρικών σφαλμάτων και δεν είναι τυχαίο ότι ο αριθμός των υποθέσεων ιατρικής αμέλειας που χειρίζονται τα Ελληνικά δικαστήρια, συνεχώς αυξάνεται, όπως επισημαίνουν ειδικοί από τον ιατρικό και δικαστικό κλάδο (Γώγος, κ.ά., 2010). Πλέον το νομοθετικό πλαίσιο της ιατρικής ευθύνης στηρίζεται σε νέες βάσεις με τον νέο Κ.Ι.Δ. του 2005 και η Ελληνική δικαιοσύνη επιδικάζει υψηλά ποσά χρηματικής αποζημίωσης εις βάρος των ιατρών και νοσοκομείων.

Όλα τα παραπάνω ισχυροποιούν την άποψη ότι και στην Ελλάδα συμβαίνουν ιατρικά σφάλματα ενώ παράλληλα οι Έλληνες πολίτες ανησυχούν για την πιθανότητα να απειληθεί η ασφάλειά τους, κατά την επαφή τους με το σύστημα υγείας. Σε αυτές τις σκέψεις συνηγορούν και πρόσφατες έρευνες του Ευρωβαρομέτρου (E.C., 2006; E.C., 2010). Συγκεκριμένα, σύμφωνα με έρευνα του 2005 σε 1,000 Έλληνες πολίτες, εμφανίζονται να είναι οι πιο ανήσυχοι ανάμεσα στους ευρωπαίους πολίτες για την πιθανότητα να υποστούν ιατρικό σφάλμα, σε ποσοστό 70%.

Επιπλέον στην ερώτηση της έρευνας του 2005 κατά πόσο πρέπει να ανησυχούν οι Έλληνες ασθενείς για την εμφάνιση ενός σοβαρού ιατρικού σφάλματος, κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους στο νοσοκομείο, απαντά θετικά το 75% ενώ σε αντίστοιχη ερώτηση το 2009, το ποσοστό ανεβαίνει στο 83%. Και στις δυο παραπάνω

ερωτήσεις της έρευνας του 2005, ο μέσος όρος της Ε.Ε. είναι στο 40% και 47%, αντίστοιχα.

Στη συνέχεια, με βάση την έρευνα του 2005, το 86% των ελλήνων πολιτών θεωρεί ότι το πρόβλημα με τα ιατρικά σφάλματα είναι σημαντικό στη χώρα τους. Τέλος, στο αν τελικά έχουν υποστεί κάποιο ιατρικό σφάλμα ή σφάλμα στη φαρμακευτική αγωγή, απαντά το 13% ότι πράγματι έχει βιώσει ένα ιατρικό σφάλμα και το 8% ότι έχει υποστεί σφάλμα από χορήγηση του φαρμάκου (βλ. διάγραμμα 2.10). Σε αντίστοιχη ερώτηση στην έρευνα του 2009, το ποσοστό των ελλήνων πολιτών που απειλήθηκε η ασφάλειά του, κατά την επαφή του με το σύστημα υγείας, ανήλθε στο 16%.

Στην έρευνα του Ευρωβαρομέτρου το 2009, φάνηκε επίσης ότι οι Έλληνες πολίτες είναι ανήσυχοι στο να βιώσουν τις συνέπειες από κάποιο σφάλμα που σχετίζεται με εσφαλμένη, ανύπαρκτη ή καθυστερημένη διάγνωση (82%), με χειρουργική επέμβαση ή διαδικασία (73%), με εσφαλμένη φαρμακευτική αγωγή (68%) και με κάποια επιπλοκή στη λειτουργία του ιατρικού εξοπλισμού (60%).

2.7 Συμπεράσματα - Επισκόπηση κεφαλαίου

Το ιατρικό σφάλμα πράγματι είναι ένα υπαρκτό πρόβλημα για τα συστήματα υγείας, παγκοσμίως ενώ δεν είναι λίγες οι φορές που απειλεί σοβαρά την ασφάλεια των ασθενών. Επιπλέον, φάνηκε ότι η οικονομική επιβάρυνση εξαιτίας της πρόκλησης ενός ιατρικού σφάλματος είναι πολύ υψηλή και επιμερίζεται σε πολλές κατηγορίες του κοινωνικού συνόλου.

Σήμερα λοιπόν, η τρέχουσα πραγματικότητα επιτάσσει, τη μεταστροφή και προσαρμογή των συστημάτων υγείας στην κουλτούρα της συνεχούς βελτίωσης της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας και της προάσπισης της ασφάλειας του ασθενούς. Είναι αλήθεια ότι τα τελευταία χρόνια στο εξωτερικό, έχουν γίνει σημαντικές προσπάθειες προς αυτή την κατεύθυνση και παγκόσμιοι όπως και ευρωπαϊκοί οργανισμοί υγείας υπερασπίζονται ένθερμα την άποψη αυτή.

Έτσι λοιπόν, έχουν διενεργηθεί έρευνες στα συστήματα υγείας κάποιων χωρών για να καταγραφεί το επίπεδο της ασφάλειας και ποιότητας των υπηρεσιών υγείας και σε κάποιες από αυτές, έχουν αναπτυχθεί και εφαρμοστεί συστήματα καταγραφής και αναφοράς ιατρικών σφαλμάτων και ανεπιθύμητων περιστατικών ενώ έχουν προωθηθεί και προγράμματα ενημέρωσης, ευαισθητοποίησης και εκπαίδευσης, σχετικά με την αντιμετώπιση των περιστατικών αυτών. Πρωτεργάτης σε αυτή την προσπάθεια της αλλαγής της κουλτούρας, παραμένει η Αμερική αλλά και πολλές χώρες της Ευρώπης και Ασίας έχουν στρέψει την προσοχή τους, στη βελτίωση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας υγείας και στην προάσπιση της ασφάλειας στους ασθενείς (HOPEProject, 2013).

Ένα φωτεινό παράδειγμα, ενσωμάτωσης των αρχών ποιότητας και ασφάλειας ακόμη και από μια τοπική μονάδα υγείας, προέρχεται από την Κίνα (HOPEProject, 2013) και αφορά το παιδιατρικό νοσοκομείο της Σαγκάης. Εκεί πριν λίγα χρόνια, ξεκίνησαν προσπάθειες για τη βελτίωση της ασφάλειας των ασθενών όπου απλουστεύτηκαν οι διαδικασίες ετικετοποίησης των φαρμακευτικών σκευασμάτων και καθετήρων με χρωματική κωδικοποίηση, το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό εκπαιδεύτηκε σε τρόπους αποφυγής μιας ευρείας γκάμας σφαλμάτων και πραγματοποιήθηκαν εκστρατείες ενημέρωσης στους ασθενείς. Το αποτέλεσμα ήταν σε σύντομο χρονικό διάστημα, το παιδιατρικό νοσοκομείο της Σαγκάης να μετατραπεί από μια τοπική μονάδα φροντίδας υγείας σε ένα διεθνώς αναγνωρισμένο νοσοκομείο,

από τη JCI (JointCommissionInternational) το 2010.

Άλλες χώρες, όπως το Ηνωμένο Βασίλειο (TheTelegraph, 2011) στην προσπάθειά του, το NHS να υιοθετήσει μια κουλτούρα προάσπισης της ασφάλειας των ασθενών, ως κρίσιμο συστατικό στοιχείο της Ποιότητας, θεσπίζει σαφή αντικίνητρα όπως τη μη πληρωμή των νοσοκομείων, σε περίπτωση που το προσωπικό τους υποπέσει σε ιατρικά σφάλματα λόγω δικής του πλημμέλειας και προκαλέσει στον ασθενή κάποια σωματική βλάβη ή θάνατο. Στόχος της βρετανικής κυβέρνησης είναι η ενδυνάμωση της νοοτροπίας του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού στην εκμάθηση από τα λάθη του, ώστε να αποφεύγεται η επανάληψή τους στο μέλλον, προασπίζοντας παράλληλα την ποιότητα και την ασφάλεια του ασθενούς.

Όπως αναφέρθηκε και προηγουμένως, κύριο μέλημα των ιθυνόντων πολιτικής υγείας, είναι η διαμόρφωση του υγειονομικού συστήματος προς την κατεύθυνση της προστασίας της ασφάλειας του ασθενούς και την ποιοτική φροντίδα υγείας. Στο επόμενο κεφάλαιο, πρόκειται να παρουσιάσουμε το Ελληνικό σύστημα υγείας, δίνοντας έμφαση στη διάρθρωσή του, στο ανθρώπινο δυναμικό και στα κύρια προβλήματα διαχείρισης που αντιμετωπίζει, ώστε μέσα από την αναζήτηση των αδυναμιών που παρουσιάζει, να βρούμε τρόπους παρέμβασης για ένα Ελληνικό Σύστημα Υγείας που θα ικανοποιεί τη σχέση της ποιοτικής και ασφαλούς φροντίδας υγείας και ταυτόχρονα την οικονομική αποδοτικότητα των πόρων.

Βιβλιογραφία-Αρθρογραφία

Ελληνική

- Αντωνίου, Κ. (2005) “Δικονομικά ζητήματα ιατρικής δίκης”. <http://www.ethemis.gr/wp-content/uploads/2008/07/ergasia3.pdf>.
- Αντωνόπουλος, Β. (2013) “Αστική ευθύνη νοσοκομειακών ιατρών”. Ιατρικός Σύλλογος Πατρών. <http://www.ispatras.gr/>.
- Βλιάμος, Σ. (2007) “Οικονομική Ανάλυση των Ιατρικών Λαθών” στο Θηραίος, Ε., Κεραμάρης, Ν.Χ. και Καπτανής, Σ. (επιμ.) Τόμο Πρακτικών “*Ιατρικά Λάθη, Νομικές, Ηθικές, Κοινωνικές και Οικονομικές Διαστάσεις*”, Ημερίδα Σάββατο 8 Δεκεμβρίου 2007, Ιατρική Εταιρία Αθηνών, Επιτροπή Εκπαίδευσης και Έρευνας, Αθήνα.
- Βοζίκης, Α. και Ρήγα, Μ. (2011) “Αστική ιατρική ευθύνη: Μια προσέγγιση της οικονομικής διάστασης” στο συλλογικό “Τιμητικό Τόμο Πηνελόπης Αγαλλοπούλου”, Τόμος ΙΙ, Πανεπιστήμιο Πειραιώς, εκδ. Αντ. Ν. Σάκκουλα, Αθήνα.
- Γώγος, Κ., Καϊάφα-Γκμπάντι, Μ., Παπαδοπούλου, Α. και Φουντεδάκη, Κ. (2010) “Η ιατρική ευθύνη στην πράξη. Νομολογιακές τάσεις της τελευταίας δεκαετίας”. Ερευνητικό Δίκτυο Α.Π.Θ. Ιατρική Πράξη, Βιοϊατρική και Δίκαιο, εκδόσεις Νομική Βιβλιοθήκη, Αθήνα.
- Εφημερίδα της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας (2001) “*Σύσταση Σ.Ε.Υ.Υ.Π.*”, τεύχος 1ο, αρ. φύλλου 131, άρθρα 1, 2.
- Καράκωστας, Ι. (2008) “Ιατρική Ευθύνη. Χαρακτηριστικά γνωρίσματα & νομική διάσταση κανόνων ιατρικής δεοντολογίας”, εκδ. Νομική Βιβλιοθήκη, Αθήνα.
- Κατσή, Β., Μπούντουλας, Κ., Λυτρίβη, Ε., Μασούρα, Κ., Τσιούφης, Κ., Βλασερός, Ι., Καλλικαζάρος, Ι., Στεφανάδης, Χ. και Μπούντουλας, Χ. (2013) “Το Ιατρικό Σφάλμα στην Κλινική Πράξη: *Errare Humanum Est*”. *Ελληνική Καρδιολογική Επιθεώρηση*, Άρθρο Ανασκόπησης, 54: 24-28.
- Λεοτσάκου, Α. (2010) “Ασφάλεια ασθενών και ποιότητα περίθαλψης – Εποπτική θεώρηση και ρόλος του Προγράμματος για την Ασφάλεια των ασθενών του Π.Ο.Υ., Γενεύη”, *Πρακτικά 2ου εκπαιδευτικού σεμιναρίου για την ποιότητα, Ασφάλεια Ασθενών και Ποιότητα Υπηρεσιών Υγείας. Η Διεθνής Εμπειρία και η Ελληνική Πραγματικότητα*, Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Ειδική Υπηρεσία Διαχείρισης, 11 Δεκεμβρίου, Αθήνα.
- Λέων, Γ., Παπέτα, Α και Βοζίκη, Ο (2012) *Πρακτικά 22ου Συνεδρίου της Διεθνούς Ακαδημίας Ιατροδικαστών*, Κωνσταντινούπολη. http://stithoskopio.blogspot.gr/2012/07/blog-post_7518.html.
- Λιαχοπούλου, Α, Δεληγιαννίδη, Π, Σαρίδη, Μ, Γιαννακοπούλου, Μ και Μπίρμπας, Κ (2012) “Καταγραφή και συσχέτιση των σφαλμάτων που διαπράττονται στη χειρουργική αίθουσα με αιτιολογικούς παράγοντες”. *Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης*, Τόμος 5, Τεύχος 2: 38-59.
- Μακρής, Ι. (2010) “Η ιατρική ευθύνη στην πράξη: Δικαστικές αποφάσεις της τελευταίας δεκαετίας” στο Γώγος, Κ., Καϊάφα-Γκμπάντι, Μ., Παπαδοπούλου, Α. και Φουντεδάκη, Κ. (επιμ.) “Η ιατρική ευθύνη στην πράξη. Νομολογιακές τάσεις της τελευταίας δεκαετίας”, Ερευνητικό Δίκτυο Α.Π.Θ. Ιατρική Πράξη, Βιοϊατρική και Δίκαιο, εκδόσεις Νομική Βιβλιοθήκη, Αθήνα.
- Μήτσης, Δ., Κελέση Μ. και Καπάδοχος Θ. (2012) “Παράγοντες που επηρεάζουν την

- εμφάνιση νοσηλευτικών λαθών στη χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής και η διαχείρισή τους”. *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 11(2):293-312.
- Ομπέση Φ. (2005) “Δίκαιο Νοσηλευτικής Ευθύνης”, ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις, Αθήνα.
- Πολίτης, Χ. (2006) “Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας - Ν. 3418/2005, ερμηνεία-σχόλια”, εκδ. Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος-Hartling, Αθήνα.
- Πολίτης, Χ. (2008) “Ιατρική αμέλεια και πειθαρχική ευθύνη είναι αντισυνταγματική η διεύρυνση της πειθαρχικής ευθύνης του γιατρού, ταυτίζοντας την (σχεδόν) με τη «ραθυμία» και την «ατελή εκπλήρωση καθήκοντος”. http://e-iatros.blogspot.gr/2008/05/blog-post_23.html.
- Πολλλάλης, Γ., Βοζίκης, Α. και Ρήγα Μ. (2010) “Ποιότητα Υπηρεσιών Υγείας & Ασφάλεια του Ασθενή: Η Πρόταση του Πληροφοριακού Συστήματος Μ.Ε.Ρ.Ι.Σ.”, *7ο Φοιτητικό Συνέδριο Διοικητικής Επιστήμης και Τεχνολογίας, Νεανική Επιχειρηματικότητα και Ψηφιακό Περιβάλλον*, Οικονομικό Πανεπιστήμιο Αθηνών, 13 Μαΐου, Αθήνα.
- Πολλλάλης, Γ., Βοζίκης, Α. και Ρήγα Μ. (2012) “Ποιοτικά Χαρακτηριστικά των Ιατρικών Σφαλμάτων: Ερευνητικά ευρήματα από την Ελλάδα”. *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 11(4):577-592.
- Προβατάς, Σ. (2009) “Ιατρική Ευθύνη, Ερμηνεία Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας και όλων όσων δραστηριοποιούνται στο χώρο της υγείας”, εκδ. Zymel, Αθήνα.
- Συνήγορος του Πολίτη (2006) “*Ετήσια Έκθεση του Συνηγόρου του Πολίτη*”, Αθήνα.
- Ταραμπέ, Μ, Σταμουλόπουλος, Β, Τσαγκαράκης, Μ (2006) “Οι οικονομικές επιπτώσεις του ιατρικού σφάλματος”. *Περιοδικό Ιατρικό Βήμα*, τεύχος 103, σ. 40-4.
- Ταρλατζής, Β. (2006) “Νέος Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας - Ν. 3418/2005, Βασικές ρυθμίσεις (νομική, ιατρική, κοινωνιολογική προσέγγιση)”, εκδόσεις Σάκκουλα – Ιατρικό Δίκαιο, Βιοηθική, Αθήνα.
- Φουντεδάκη Κ. (2003) “Αστική ιατρική ευθύνη, Γενική εισαγωγή: Δογματική και δικαιοπολιτική θεώρηση: Θεμελιώδεις έννοιες”, εκδ. Σάκκουλα, Αθήνα.
- Χρυσανθάκης, Χ. (2010) “Η αστική ευθύνη του δημόσιου νοσοκομείου”, εκδ. Νομική Βιβλιοθήκη, Αθήνα.

Ξενόγλωσση

- Aiken, LH, Clarke, SP, et al. (2002) “Hospital nurses staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *JAMA*, 288:1987-1993.
- Andel, C, Davidow, SL, Hollander, M and Moreno, DA (2012) “The Economics of Health Care Quality and Medical Errors”. *Journal of Health Care Finance*, Vol. 39, No. 1, published by Wolters Kluwer Law & Business.
- Aspden, P, Wolcott, J, Bootman, JL and Cronenwett, LR (2007) “Preventing Medication Errors: Quality Chasm Series. Committee on Identifying and Preventing Medication Errors. Washington, DC: The National Academies Press.
- Baker, GR, Norton, PG, Flintoft, V, Blais, R, Brown, A, Cox, J et al. (2004) “The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada”. *CMAJ*, vol.170 no. 11, pp:1678-86.
- Berman, A (2004) “Reducing medication errors through naming, labeling, and packaging”. *J Med Syst*, 28(1):9-29.
- Boodman, SG (2013) “*Doctors' Diagnostic Errors Are Often Not Mentioned But Can Take A Serious Toll*”, Kaiser Health News, Washington Post.

- Council of Europe [C.E.] (2006) “*Recommendation Rec7 of the Committee of Ministers to member states on management of patient safety and prevention of adverse events in health care*”, 965th meeting of the Ministers’ Deputies, Committee of Ministers on 24 May 2006.
- DH/Patient Safety and Investigations (2012) “*The "Never Events" list 2012/13*”. Department of Health, NHS, Patient Safety Policy Team.
- DiPiro JT, Talbert RL, Yee GC, Matzke GR, Wells BG, Posey LM, eds. (2011) “*Pharmacotherapy: A Pathophysiologic Approach*”, 8th Edition, New York: McGraw-Hill.
<http://www.accesspharmacy.com/resourceTOC.aspx?resourceID=669>.
- Dornan, T, Ashcroft, D, Heathfield, H, Lewis, P, Miles, J, Taylor, D, Tully, M and Wass, V (2009) “*An in depth investigation into causes of prescribing errors by foundation trainees in relation to their medical education. EQUIP study. Final report*”. General Medical Council.
- Drummond, MF, O’Brien, BJ, Stoddart, GL and Torrance, GW (2002) “*Μέθοδοι οικονομικής αξιολόγησης των προγραμμάτων υγείας*”. (μτφρ. στα ελληνικά) Γενική επιμέλεια της ελληνικής έκδοσης Ματσαγγάνης, Μ., εκδόσεις Κριτική, Αθήνα.
- European Commission [E.C.] (2006) “*Medical Errors*”. Special Eurobarometer 241 / Wave 64.1 & 64.3 – TNS Opinion & Social, Directorate General SANCO, Directorate General Press and Communication.
- European Commission [E.C.] (2010) “*Patient safety and quality of healthcare*”. Full report, Special Eurobarometer 327 / Wave 72.2 - European Opinion Research Group EEIG, Directorate-General for Health and Consumers, Directorate-General for Communication (“Research and Political Analysis” Unit).
- France24 (2011) “*Medical mistakes*”. Dundas, M (ed).
<http://www.france24.com/en/20110522-2011-05-22-1143-wb-en-health>.
- Fryer-Edwards, K, Back, T, Arnold, RM, Baile, W and Tulsy, J “*Tough Talk: Helping Doctors Approach Difficult Conversations*,” a web-based resource for clinical faculty and physicians. <http://depts.washington.edu/toolbox/>.
- Garrouste-Orgeas, M, Philippart, F, Bruel, C, Max, A, Lau, N and Misset, B (2012) “*Overview of medical errors and adverse events*”. *Ann Intensive Care*, Vol.2, No.2.
- Garrouste-Orgeas, M, Timsit, JF, Vesin, A, Schwebel, C, Arnodo, P, Lefrant, JY et al., (2010) “*Selected Medical Errors in the Intensive Care Unit*”. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, Vol. 181, No. 2, pp. 134-142.
- Health Grades (2008) “*The Fifth Annual Health Grades Patient Safety in American Hospitals Study*”, Patient Safety In American Hospitals.
<http://hg-article-center.s3-website-us-east-1.amazonaws.com/a9/9a/3b64b168487c86c30dc0986dc344/PatientSafetyInAmericanHospitalsStudy2008.pdf>.
- Health Grades (2012) “*Patient Safety and Satisfaction: The State of American Hospitals*”. The Ninth Annual Health grades Patient Safety and Satisfaction Report, Patient Safety In American Hospitals.
<http://hg-article-center.s3-website-us-east-1.amazonaws.com/ea/ef/4ec7d1ee443fa47da64c09318157/HealthGradesPatientSafetySatisfactionReport2012.pdf>.
- Health Grades (2013) “*Variation in Patient Safety Outcomes and the Importance of Being Informed Announcing the Health grades 2013 Patient Safety Excellence*”

- Award™ Recipients*". The Tenth Annual Health grades Patient Safety and Satisfaction Report, Patient Safety In American Hospitals.
<https://d2dcgio3q2u5fb.cloudfront.net/54/b3/4e421ea847c1ba28d357e76b982e/2013-variation-in-patient-safety-outcomes-and-the-importance-of-being-informed.pdf>.
- Hoffmann, B and Rohe, J (2010) "Patient Safety and Error Management, What Causes Adverse Events and How Can They Be Prevented?". *Deutsches Arzteblatt International*, 107 (6), pp. 92-99.
- Hogan, H, Healey, F, Neale, G, Thomson, R, Vincent, C and Black, N (2012) "Preventable deaths due to problems in care in English acute hospitals: a retrospective case record review study". *BMJ Qual Saf*, 21:737-745.
- HOPE Project (2013) "As Patient Safety Awareness Week Begins, Project HOPE Says Education is Key to Avoiding Medical Errors in the Developing World".
<http://www.projecthope.org/news-blogs/press-releases/patient-safety-awareness-week.html>.
- House of Commons Health Committee (2005) "The Prevention of Venous Thromboembolism in Hospitalised Patients". Second Report of Session 2004-2005. London: The Stationery Office Limited.
- IOM (1999) "To Err is human: Building a safer health system". Washington, DC: National Academy Press 28.
- IOM (2001) "Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century". Washington, DC: National Academy Press.
- Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations [JCAHO] (2011) *Sentinel Event Policy and Procedures*.
http://www.jointcommission.org/Sentinel_Event_Policy_and_Procedures/
- Johnson, WG, Brennan, TA, Newhouse, JP, Leape, LL, Lawthers, AG, Hiatt, HH and Weiler, PC (1992) "The Economic Consequences of Medical Injuries: Implications for a No-Fault Insurance Plan". *JAMA*, 267(18):2487-92.
- Kass BL (2001) "Reducing and Preventing Adverse Drug Events to Decrease Hospital Costs: Research in Action, Issue 1. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD.
<http://www.ahrq.gov/research/findings/factsheets/errors-safety/aderia/index.html>
- Kelly, D (2006) "Applying quality management in healthcare: a systems approach", Health Administration Press, AUPHA Press, 2nd ed., Washington, DC.
- Konver, C and Gergen, PJ (1998) "Nurse staffing Levels and adverse events following surgery in U.S hospitals". *Journal of Nursing Scholarship*, 30:315-321.
- Lazarou, J, Pomeranz, BH and Corey, PN (1998) "Incidence of adverse drug reactions in hospitalized patients: a meta-analysis of prospective studies". *JAMA*, 279(15), pp. 1200-5.
- Leape, L (1994) "Error in Medicine". *Journal of the American Medical Association*, 272 (23):1851-57.
- Mello, MM, Studdert, DM, Thomas, EJ, Yoon, CS and Brennan, TA (2007) "Who Pays for Medical Errors? An Analysis of Adverse Event Costs, the Medical Liability System, and Incentives for Patient Safety Improvement". *Journal of Empirical Legal Studies*, Vol. 4, Issue 4, pp. 835-860.
- National Center for Policy Analysis (2009) "Medical Errors: US vs. UK". Gorman, L (ed.). <http://healthblog.ncpa.org/medical-errors-us-vs-uk/>.
- National Coordinating Council on Medication Error Reporting and Prevention [NCC MERP] (1998) *Taxonomy of Medication Errors, Index for Categorizing*

Errors.

- National Journal (2011) “*Medical Errors Cost Health Care System Billions*”. National Journal Health Care. <http://www.nationaljournal.com/healthcare/medical-errors-cost-health-care-system-billions-20110407>.
- National Patient Safety Agency [NPSA] (2010) “*Never Events, annual report 2009/10*”. Department of Health, NHS.
- Novinite JSC (2010) “*7000 Bulgarian Deaths Annually Attributed to Medical Errors*”. http://www.novinite.com/view_news.php?id=113282.
- NQF (2007) *Serious Reportable Events in Healthcare—2006*, Washington, D.C.
- OECD (2011) “*Patient Safety*”. OECD Health Data. <http://www.oecd.org/health/health-systems/healthcarequalityindicators.htm>.
- OECD (2011a) “*Obstetric trauma*”, in *Health at a Glance 2011: OECD Indicators*, OECD Publishing. http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2011-44-en.
- Parliamentary (2009) “*An open, reporting and learning NHS*”, Patient Safety - Health Committee Publications. <http://www.publications.parliament.uk/pa/cm200809/cmselect/cmhealth/151/15108.htm>.
- QuIC (2000) “*Doing what counts for patient safety: Federal actions to reduce medical errors and their impact*”. Report of QuIC to the President. Center for Quality Improvement and Patient Safety (CQuIPS), Rockville, MD. <http://www.quic.gov/report/mederr4.htm#evidence/>.
- Saudi Gazette (2009) “*Patients dissatisfied with careless physicians*”. Shaikh, H (ed). <http://www.saudigazette.com.sa/index.cfm?method=home.regcon&contentID=2009080746034>.
- Schoen, C, Osborn, R, Doty, MM, Bishop, M, Peugh, J and Murukutla, N (2007) “*Toward Higher-Performance Health Systems: Adults' Health Care Experiences In Seven Countries*”. *Health Affairs*, 26, no.6:w717-w734.
- Scott, II RD (2009) “*The Direct Medical costs of Healthcare-Associated Infections in U.S. Hospitals and the Benefits of Prevention*”. Division of Healthcare Quality Promotion, National Center for Preparedness, Detection, and Control of Infectious Diseases, Coordinating Center for Infectious Diseases, Centers for Disease Control and Prevention
- Shreve, J, Van Den Bos, J, Gray, T, Halford, M, Rustagi, K and Ziemkiewicz, Eva (2010) “*The Economic Measurement of Medical Errors*”. Society of Actuaries' Health Section, Milliman.
- The Telegraph (2008) “*Nine out of ten preventable deaths in the NHS are not reported*”. Smith, R (ed). <http://www.telegraph.co.uk/health/3287571/Nine-out-of-ten-preventable-deaths-in-the-NHS-are-not-reported.html>.
- The Telegraph (2008a) “*Report finds 350 surgery errors every day*”. Smith, R (ed). <http://www.telegraph.co.uk/news/uknews/2403789/Report-finds-350-surgery-errors-every-day.html>.
- The Telegraph (2010) “*List of mistakes that should never happen in NHS is extended*”. Smith, R (ed). <http://www.telegraph.co.uk/health/healthnews/8050903/List-of-mistakes-that-should-never-happen-in-NHS-is-extended.html>.
- The Telegraph (2011) “*Hospitals to be stripped of payment for mistakes which should 'never ever' happen*”. Prince, R (ed). <http://www.telegraph.co.uk/news/politics/conservative/8343350/Hospitals-to-be-stripped-of-payment-for-mistakes-which-should-never-ever-happen.html>.

- The Telegraph (2012) “*Hundreds of patients subjected to NHS blunders that 'should never happen'*”. Smith, R (ed).
<http://www.telegraph.co.uk/health/healthnews/9640413/Hundreds-of-patients-subjected-to-NHS-blunders-that-should-never-happen.html>.
- The Telegraph (2013) “*Hundreds of patients have operations on wrong body part*”. Donnelly, L (ed).
<http://www.telegraph.co.uk/health/healthnews/10046623/Hundreds-of-patients-have-operations-on-wrong-body-part.html>.
- Thomas, EJ, Studdert, DM, Newhouse, JP, Zbar, BI, Howard, KM, Williams, EJ and Brennan, TA (1999) “Costs of Medical Injuries in Utah and Colorado”. *Inquiry*, 36(3):255-64.
- Thomson, R, Luettel, D, Healey, F and Scobie, S (2007) “*The fifth report from the Patient Safety Observatory Safer care for the acutely ill patient: learning from serious incidents*”. The National Patient Safety Agency [NPSA], UK.
- Vincent, C, Neale, G and Woloshynowych, M (2001) “Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective record review”. *BMJ*, 322:517-9.
- Vozikis, A and Riga, M (2012) “Patterns of Medical Errors: A Challenge for Quality Assurance in the Greek Health System”. In: Savsar M (ed) *Quality Assurance and Management*. InTech, Croatia.
- Wanted in Rome (2006) “*Medical errors kill Italians*”.
<http://www.wantedinrome.com/news/2290/medical-errors-kill-italians.html>.
- Weingart, SN, McL Wilson, R, Gibberd, RW and Harrison, B (2000) “Epidemiology of medical error”. *West J Med*, 172(6): 390–393.
- WHO Collaborating Centre for Patient Safety Solutions (2007) “*Patient Safety Solutions Preamble - May 2007*”. Patient Safety Solutions, Vol. 1.
- WHO (2012) “*Facts and figures*”. World Health Organization Regional Office for Europe.
<http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/Health-systems/patient-safety/facts-and-figures>.
- Wieshammer et al. (2007) “1 in 3 patients with asthma or COPD misuse inhalers”. CHEST the 73rd annual international scientific assembly, American College of Chest Physicians (ACCP), Chicago, IL, October 23.
http://www.eurekalert.org/pub_releases/2007-10/acoc-1i3101607.php.
- Yaneer Bar-Yam (2006) “Improving the Effectiveness of Health Care and Public Health: A Multiscale Complex Systems Analysis”. *Am J Public Health*, 96(3): 459–466.
- Zegers, M, de Bruijne, MC, Wagner, C, Hoonhout, LH, Waaijman, R, Smits, M, Hout, FA, Zwaan, L, Christiaans-Dingelhoff, I, Timmermans, DR, Groenewegen, PP and van der Wal, G (2009) “Adverse events and potentially preventable deaths in Dutch hospitals: results of a retrospective patient record review study”. *Qual Saf Health Care*. 18(4):297-302.
- Zhan, C, Friedman, B, Mosso, A and Pronovost, P (2006) “Medicare Payment for Selected Adverse Events: Building the Business Case for Investing In Patient Safety”. *Health Affairs*, Vol. 25, no. 5:pp. 1386–1393.
- Zinn, C (1995) “14,000 preventable deaths in Australia”. *BMJ*, 310:1487.

Κεφάλαιο 3

Το Σύστημα Υγείας στην Ελλάδα

Με την πρόσφατη οικονομική ύφεση που πλήττει την Ελλάδα και την ένταξή της στο μνημόνιο που επακολούθησε, το ελληνικό σύστημα υγείας, τα τελευταία χρόνια βρίσκεται στη δίνη συνεχών διαρθρωτικών και οργανωτικών αλλαγών. Η σημερινή οικονομική δυσχέρεια που βιώνει η χώρα μας, ανέσυρε στην επιφάνεια χρόνια προβλήματα και αδυναμίες στο χώρο της υγειονομικής περίθαλψης που αφορούν στην αναποτελεσματική οργάνωση και λειτουργία των δομών υγείας.

Αποδέκτης, πολλές φορές, των ανεπαρκειών του συστήματος υγείας, γίνεται ο ίδιος ο ασθενής, ως χρήστης της φροντίδας υγείας όπου ενδέχεται να υπάρξει έκπτωση στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας που λαμβάνει, με κίνδυνο να απειληθεί σοβαρά η ασφάλειά του.

Το ελληνικό σύστημα υγείας χαρακτηρίζεται ως ένα μικτό σύστημα που επιτρέπει τη συμμετοχή τόσο του δημόσιου όσο και ιδιωτικού τομέα υγείας, ως προς την παροχή και τη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας. Επιπλέον, η διάρθρωση της υγειονομικής περίθαλψης, εκτείνεται σε δυο κύριες κατηγορίες, την πρωτοβάθμια και τη δευτεροβάθμια περίθαλψη όπου η κάθε μια παρέχει διαφορετικό είδος υπηρεσιών υγείας.

Οι ριζικές αλλαγές που σηματοδότησαν το ελληνικό υγειονομικό σκηνικό επήλθαν με το Ν. 1397/83 όπου θεσπίζεται το Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ) και με το Ν. 3527/2007 όπου η χώρα διαιρείται σε 7 υγειονομικές περιφέρειες. Κύρια στόχευση των παραπάνω μεταρρυθμίσεων στον υγειονομικό χάρτη είναι η δωρεάν, καθολική και ισότιμη πρόσβαση των ασθενών σε υπηρεσίες υγείας, μέσα σε ένα αποκεντρωμένο σύστημα που θα ικανοποιεί αποτελεσματικά τις ανάγκες τους (Βοζίκης, 2013).

Παρόλα αυτά, οι ιθύνοντες της πολιτικής υγείας, καλούνται να αντιμετωπίσουν μια σοβαρή πρόκληση, ως επιτακτική ανάγκη της σημερινής εποχής. Πρέπει να ανταποκριθούν στις επιταγές της ελληνικής κοινωνικοοικονομικής πραγματικότητας που επιβάλλουν την περιστολή των δαπανών υγείας, χωρίς όμως να προσπεράσουν τις προκλήσεις του μέλλοντος στο χώρο της υγείας. Συγκεκριμένα, η ανασυγκρότηση του εθνικού συστήματος υγείας, θα πρέπει να γίνει με σύνεση και πλοηγό τη συνεχή βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και την προάσπιση της ασφάλειας του ασθενούς.

Τα σημαντικότερα θέματα στο κεφάλαιο αυτό, είναι:

- Η δομή του ΕΣΥ και τα συστατικά του στοιχεία
- Οι τρόποι χρηματοδότησης του ΕΣΥ και η κατηγοριοποίηση των δαπανών υγείας
- Η διάρθρωση του ανθρώπινου δυναμικού του ΕΣΥ
- Συνολική αξιολόγηση του συστήματος υγείας στην Ελλάδα

3.1 Η οργανωτική δομή του Ελληνικού συστήματος υγείας

Το σύστημα της υγείας στην Ελλάδα είναι ένα μικτό σύστημα το οποίο αναπτύχθηκε στηριζόμενο στην κοινωνική ασφάλιση όπου η ασφαλιστική κάλυψη της περίθαλψης των εργαζομένων γίνεται από τα ασφαλιστικά τους ταμεία (μοντέλο Bismark) ενώ παράλληλα η κύρια χρηματοδότηση του συστήματος υγείας γίνεται από τον κρατικό προϋπολογισμό (άμεσοι και έμμεσοι φόροι) (μοντέλο Beveridge) (Βοζίκης, 2013).

Με τον Ν. 2456/2011, συστάθηκε ο Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ), ως ένας ενιαίος εθνικός φορέας για το 90% του Ελληνικού πληθυσμού, μετά από τη συνένωση μεγάλων ασφαλιστικών ταμείων (ΕΣΔΥ, 2012) και ο οποίος θα λειτουργεί ως αγοραστής υπηρεσιών υγείας.

Το ελληνικό σύστημα υγείας, μέσα στο πέρασμα των ετών, εξελίχθηκε και αναδιαρθρώθηκε εν μέσω αρκετών μεταρρυθμίσεων, με κύριο σταθμό την ίδρυση του ΕΣΥ (Ν. 1397/83). Οι βασικοί πυλώνες του ΕΣΥ από τους οποίους χαρακτηρίζεται είναι (Βοζίκης, 2013):

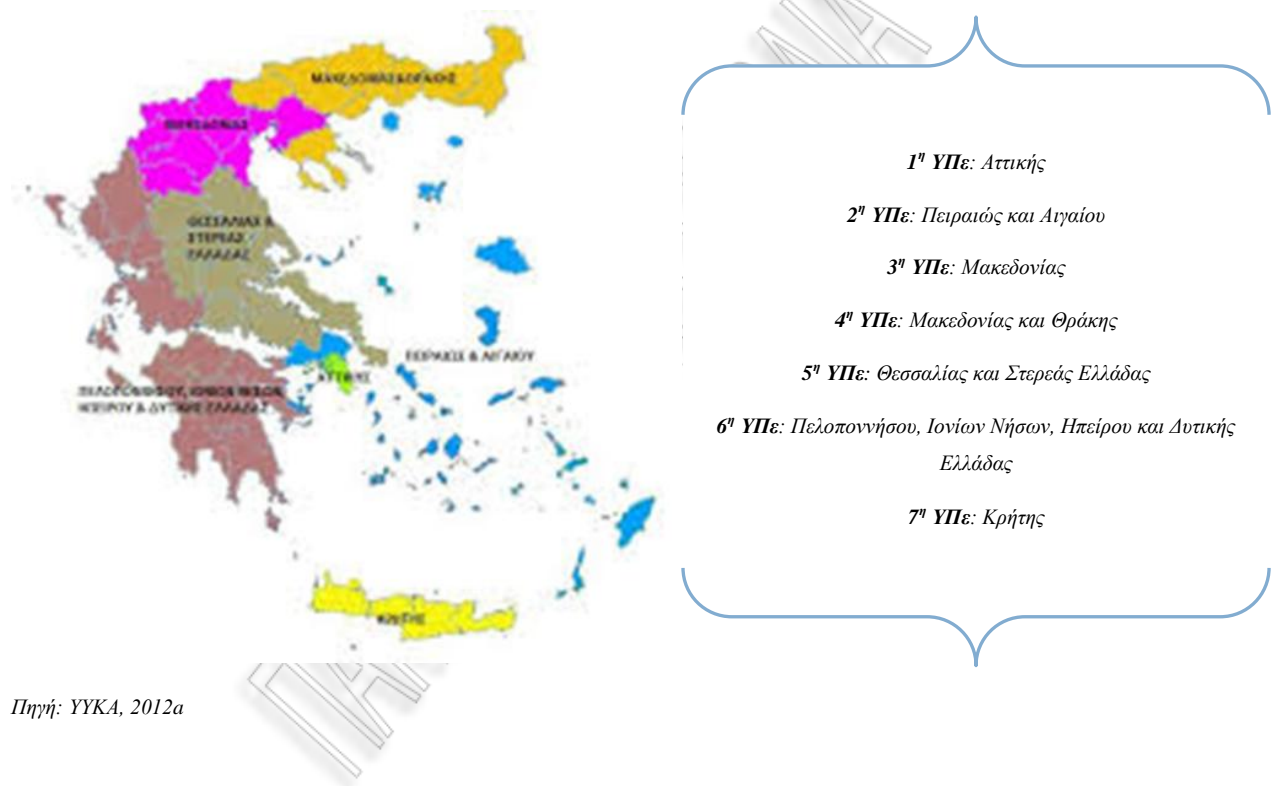
- Η καθολική, δωρεάν και ισότιμη πρόσβαση όλων των ασθενών στις δομές

υγείας

- Η ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (ίδρυση κέντρων υγείας ημιαστικού και αγροτικού τύπου)
- Η αποκέντρωση και η περιφερειακή συγκρότηση του ΕΣΥ

Η τελευταία βασική αρχή του αποκεντρωτικού χαρακτήρα των υπηρεσιών υγείας στο ΕΣΥ πήρε την τελική της μορφή, αρκετά χρόνια μετά, με το Ν. 3527/2007, κατά τον οποίο η ελληνική επικράτεια διαρθρώνεται σε (7) επτά υγειονομικές περιφέρειες, όπως παρουσιάζονται στο διάγραμμα 3.1 (ΥΥΚΑ, 2012a).

Διάγραμμα 3.1: Υγειονομικές περιφέρειες



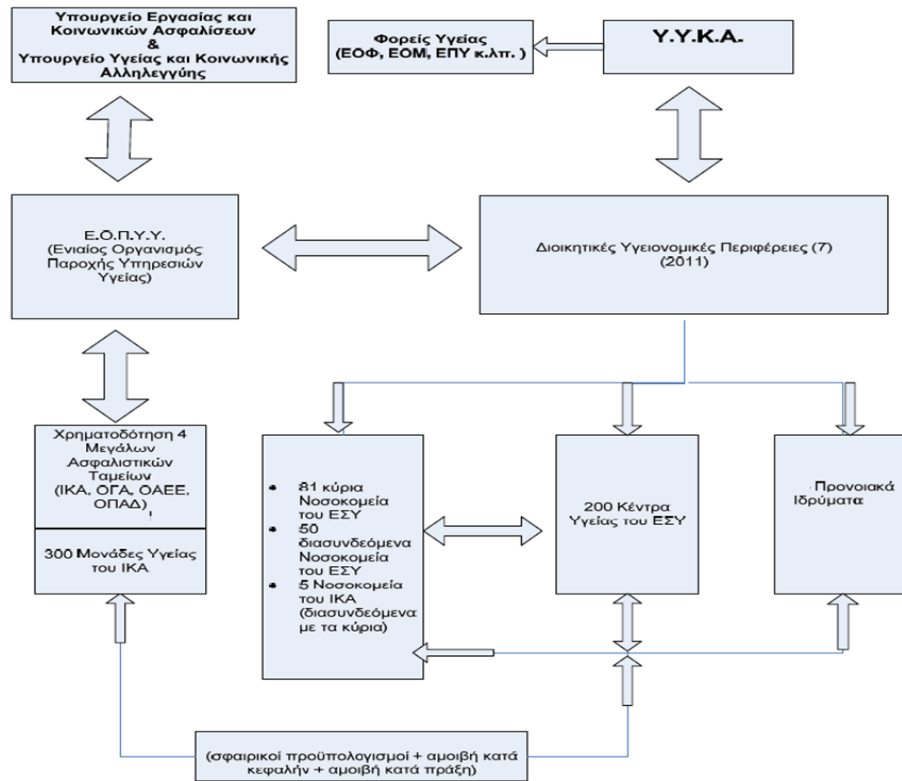
Πηγή: ΥΥΚΑ, 2012a

Ένας από τους κεντρικούς στρατηγικούς στόχους μιας πρότυπης ΥΠε είναι η παροχή υπηρεσιών υγείας υψηλού ποιοτικού επιπέδου με ασθενοκεντρική προσέγγιση, κατά την οποία ο ασθενής βρίσκεται στο κέντρο της φροντίδας, με κύριο μέλημα την προάσπιση της ασφάλειάς του. Συγκεκριμένα, η παροχή ολοκληρωμένης φροντίδας υγείας κατά περιφέρεια, μπορεί να διασφαλίσει τη μείωση πρόκλησης ιατρικών σφαλμάτων και ανεπιθύμητων περιστατικών που θα μπορούσαν να έχουν αποφευχθεί (ΕΚΠΑ, 2011).

Μετά και την ίδρυση του ΕΟΠΥΥ, η νέα αρχιτεκτονική δομή του ΕΣΥ

διαρθρώνεται, όπως απεικονίζεται στο διάγραμμα 3.2 (ΥΥΚΑ, 2012).

Διάγραμμα 3.2: Νέα οργανωτική δομή του ΕΣΥ



Πηγή: ΥΥΚΑ, 2012 (διαμορφωμένο από το πρωτότυπο διάγραμμα)

Το σύστημα υγείας, οργανώνεται και με βάση το είδος και τα χαρακτηριστικά των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης που παρέχονται, σε τρεις τομείς, την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, τη δευτεροβάθμια και την τριτοβάθμια περίθαλψη.

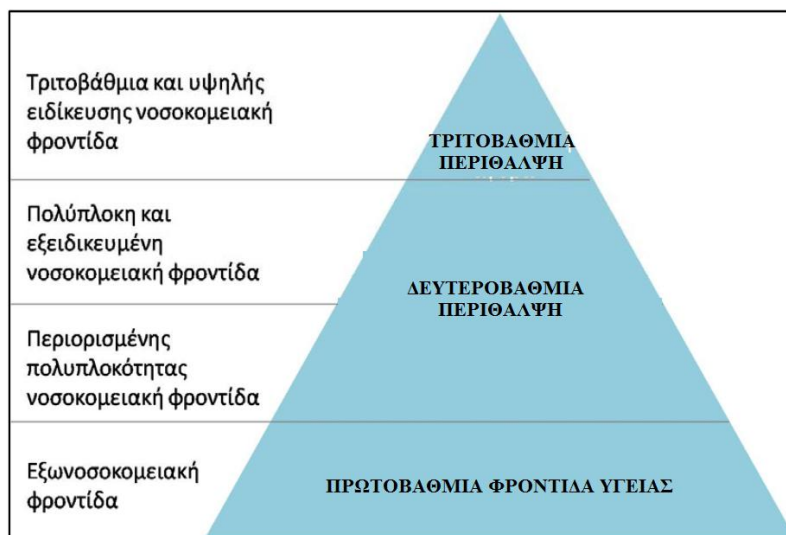
⇒ Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας:

Αφορά στο πρώτο επίπεδο παροχής υπηρεσιών υγείας όπου ο ασθενής έρχεται πρώτη φορά σε επαφή με το σύστημα υγείας είτε επειδή έχει νοσήσει είτε θέλει να λάβει υπηρεσίες πρόληψης ενώ και στις δύο περιπτώσεις, δεν απαιτείται η νοσηλεία του (εξωνοσοκομειακή περίθαλψη) (Βοζίκης, 2013; Θεοδωράκης, 2006).

Είναι γεγονός ότι η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας απορροφά το μεγαλύτερο πλήθος πράξεων που καλύπτονται ασφαλιστικά και αυτό εκφράζεται σε 50 με 70

περίπου εκατ. ιατρικές επισκέψεις, 100 περίπου εκατ. διαγνωστικές και εργαστηριακές εξετάσεις και περισσότερο από 70 εκατ. εκτελέσεις φαρμακευτικών συνταγών (ΕΣΔΥ, 2013) (βλ. διάγραμμα 3.3).

Διάγραμμα 3.3: Πυραμίδα υγειονομικής περίθαλψης



Πηγή: ΕΣΔΥ, 2013 (διαμορφωμένο από το πρωτότυπο διάγραμμα)

Οι δομές στην πρωτοβάθμια φροντίδας υγείας, σύμφωνα με πρόσφατα στοιχεία (Βοζίκης, 2013; ΕΣΔΥ, 2013; Θεοδώρου, κ.ά., 2005; Κυριακάτικη Ελευθεροτυπία, 2011; Το Βήμα, 2001), περιλαμβάνουν 200 περίπου κέντρα υγείας, 1,470 περίπου περιφερειακά ιατρεία, 350 πολυϊατρεία ΙΚΑ, 130 δίκτυα ιατρείων του ΕΣΥ, 100 και πάνω δημοτικά κοινωνικά πολυϊατρεία, αγροτικά ιατρεία, κέντρα υγείας αγροτικού τύπου και τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων, σε όλη την επικράτεια. Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας παρέχεται και ιδιωτικά με παραπάνω από 35,000 ιδιωτικά ιατρεία, 3,200 μικροβιολογικά εργαστήρια, πάνω από 400 διαγνωστικά κέντρα και εξωτερικά ιατρεία ιδιωτικών νοσοκομείων και κλινικών.

⇒ Δευτεροβάθμια περίθαλψη:

Αφορά στην παροχή νοσοκομειακής περίθαλψης που είναι δυνατόν να παρέχεται από νοσηλευτικές μονάδες των ΝΠΔΔ (νοσοκομεία ΕΣΥ, ΙΚΑ, πανεπιστημιακές κλινικές) και των ΝΠΙΔ, από στρατιωτικά και ιδιωτικά νοσοκομεία. Ο πίνακας 3.1 (Βοζίκης, 2013) απεικονίζει με αριθμητικά στοιχεία την ένταση της νοσοκομειακής υποδομής, το έτος 2009, με βάση τη νομική τους μορφή και τον

αριθμό των κλινών τους. Έτσι λοιπόν, με βάση στοιχεία του 2009, λειτουργούν 313 νοσοκομεία ανά την επικράτεια με συνολικό αριθμό κλινών 54,704 εκ των οποίων 38,115 κλίνες (69%) αντιστοιχούν σε 142 νοσοκομεία ΝΠΔΔ και 15,124 κλίνες (28%) σε 166 ιδιωτικά νοσοκομεία, ενώ εν ενεργεία είναι και 1,465 κλίνες (3%) σε 5 νοσηλευτικά ιδρύματα ΝΠΙΔ (διάγραμμα 3.4) (Βοζίκης, 2013).

Πίνακας 3.1: Η νοσοκομειακή υποδομή στην Ελλάδα (2009)

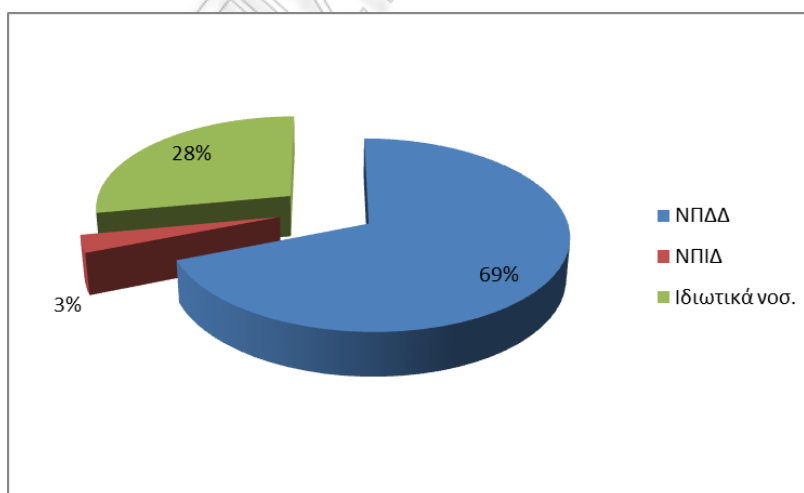
Νοσοκομειακή υποδομή κατά νομική μορφή	Αριθμός μονάδων υγείας	Αριθμός κλινών
Νοσοκομεία*	313	54,704**
ΝΠΔΔ	142	38,115
Ιδιωτικά νοσοκομεία	166	15,124
ΝΠΙΔ	5	1,465

* (δεν περιλαμβάνονται τα στρατιωτικά)

** (περιλαμβάνονται νοσοκομεία που ανήκουν στην αρμοδιότητα του Υπ. Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης, Δικαιοσύνης, νοσοκομεία των ΝΠΔΔ (ΙΚΑ, ΜΤΣ) και πανεπιστημιακά

Πηγή: Βοζίκης, 2013 (διαμορφωμένο από τον πρωτότυπο πίνακα)

Διάγραμμα 3.4: Κατανομή κλινών ανά νομική μορφή θεραπευτηρίων (2009)



Πηγή: Βοζίκης, 2013

Σχετικά με τα ιδιωτικά νοσηλευτικά ιδρύματα, σύμφωνα με πρόσφατη κλαδική μελέτη από τη διεύθυνση οικονομικών μελετών της ICAP Group AE (2010),

διαρθρώνονται σε: (α) κλινικές μεγάλης δυναμικότητας, (β) κλινικές μεσαίας δυναμικότητας και (γ) μικρές νοσηλευτικές μονάδες, ενώ ο μέσος όρος κλινών ανά κλινική φτάνει τις (77) εβδομήντα επτά. Επίσης, σε ξεχωριστή κατηγορία ανήκουν τα νευροψυχιατρικά νοσοκομεία και οι μαιευτικές-γυναικολογικές κλινικές.

⇒ Τριτοβάθμια περίθαλψη:

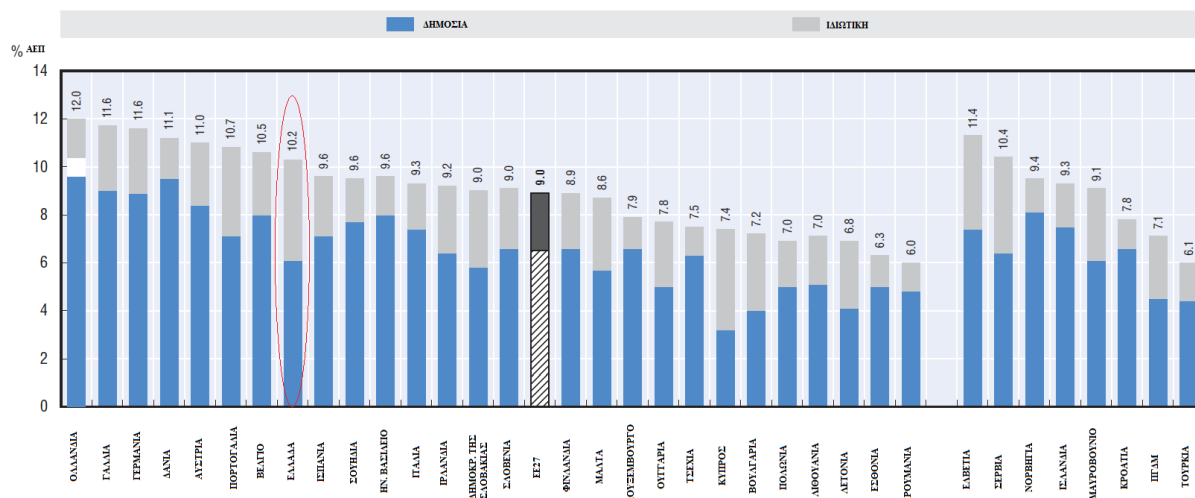
Η διαφορά της με τη δευτεροβάθμια περίθαλψη δεν είναι τόσο ευδιάκριτη, ως προς τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας. Παρόλα αυτά, θα λέγαμε ότι η τριτοβάθμια περίθαλψη αφορά στην παροχή αρκετά πιο σύνθετων και εξειδικευμένων υπηρεσιών υγείας που δεν μπορούν να παρασχεθούν στη δευτεροβάθμια περίθαλψη (βλ. διάγραμμα 3.3). Η τριτοβάθμια περίθαλψη παρέχεται από εξειδικευμένα νοσοκομεία (400) τετρακοσίων κλινών και άνω, πολλές φορές αναφερόμαστε σε πανεπιστημιακά νοσοκομεία και από ειδικά ερευνητικά κέντρα που εκτείνονται σε πολύ περιορισμένο αριθμό, στην ελληνική επικράτεια. Σύμφωνα με στοιχεία του 2001, τα νοσοκομεία που πρόσφεραν τριτοβάθμια περίθαλψη, ανέρχονταν σε (23) είκοσι τρία (Θεοδώρου, κ.ά, 2001).

3.2 Η χρηματοδότηση του συστήματος υγείας και οι δαπάνες στον τομέα της υγείας

Η συνολική υγειονομική δαπάνη (δημόσια και ιδιωτική) στην Ελλάδα, σύμφωνα με στοιχεία του ΟΟΣΑ (Βοζίκης, 2013), το 2010 έφτασε το 10.2% του ΑΕΠ (11^η θέση), ξεπερνώντας και το μέσο όρο των κρατών μελών του ΟΟΣΑ (9.5). Παρομοίως, η Ελλάδα παρουσίαζε την ίδια εικόνα, ανάμεσα και στα κράτη μέλη της Ευρώπης των 27 (EE27) για το ίδιο έτος, όπου σημειωνόταν υψηλός όγκος συνολικών δαπανών στην υγεία (βλ. διάγραμμα 3.5) (Οικονόμου, 2012; OECD, 2012).

Όσον αφορά τις ιδιωτικές δαπάνες για αγορά αγαθών και υπηρεσιών υγείας το 2010, αν και στα άλλα κράτη μέλη των EE27, η δημόσια δαπάνη υπερτερεί κατά πολύ σε σχέση με την ιδιωτική (βλ. διάγραμμα 3.5), στη χώρα μας η αναλογία της ιδιωτικής δαπάνης, ως % επί του ΑΕΠ ήταν 4.2% όταν ο μέσος όρος των EE27 για το ίδιο έτος ήταν μόλις 2.4% (OECD, 2012).

Διάγραμμα 3.5: Συνολική (δημόσια και ιδιωτική) δαπάνη υγείας ως % επί του ΑΕΠ σε χώρες του ΕΕ27 (2010)

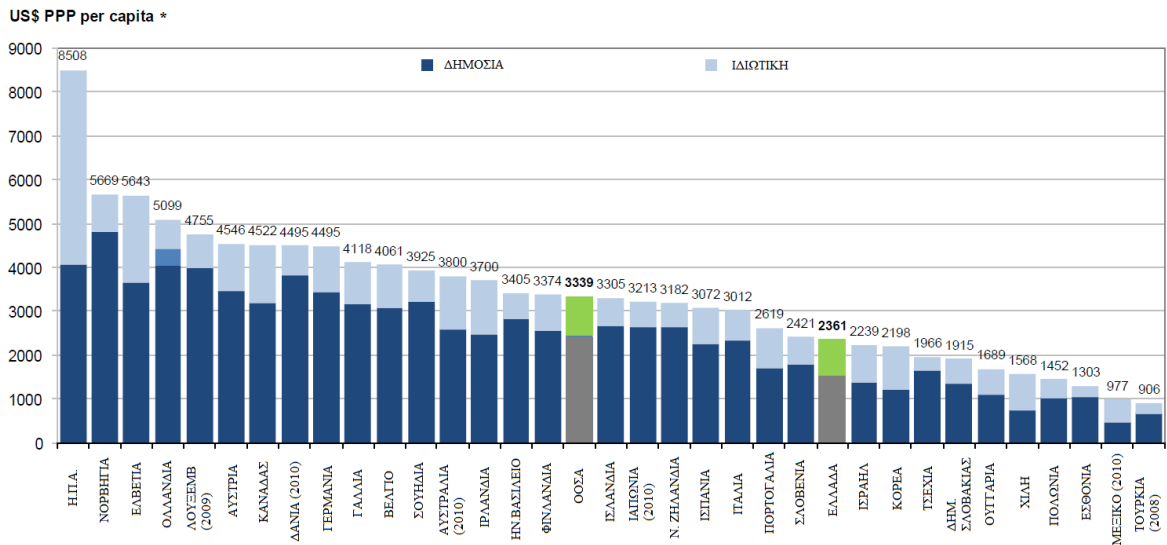


Πηγή: OECD Health Data 2012, Eurostat Statistics Database, WHO Global Health Expenditure Database (μτφρ.)

Παρόλα αυτά, η τελευταία μελέτη του ΟΟΣΑ (OECD, 2013) για την Ελλάδα το έτος 2011, καταγράφει μια σημαντική μείωση των συνολικών δαπανών στην υγεία που αντιπροσωπεύει το 9.1% του ΑΕΠ το οποίο βρίσκεται ελαφρώς χαμηλότερα από τον μέσο όρο των κρατών μελών του ΟΟΣΑ (9.3%). Επιπλέον, σύμφωνα με τα τελευταία επίσημα στοιχεία, η Ελλάδα κατατάσσεται κάτω από το μέσο όρο του ΟΟΣΑ όσον αφορά την κατά κεφαλή δαπάνη υγείας (δημόσια και ιδιωτική) (βλ. διάγραμμα 3.6). Η έρευνα του ΟΟΣΑ επισημαίνει ακόμη ότι οι δαπάνες για την υγεία στην Ελλάδα αυξάνονταν με ταχύ ρυθμό μεταξύ 2000 και 2009 κατά μέσο όρο 5,7% ετησίως ενώ από το 2010 όσο και το 2011 σημείωσαν μείωση κατά 11%.

Συνάμα, από την έρευνα (OECD, 2013) φάνηκε ότι στην Ελλάδα ο δημόσιος τομέας είναι η κύρια πηγή χρηματοδότησης της υγείας, όπως συμβαίνει άλλωστε και στην πλειονότητα των κρατών μελών του ΟΟΣΑ και έτσι το 2011 το 65% των δαπανών για την υγεία χρηματοδοτήθηκε από δημόσιες πηγές κάτι το οποίο βέβαια είναι πολύ χαμηλότερο από το μέσο όρο του ΟΟΣΑ (72%). Τα πρόσφατα κυβερνητικά μέτρα περιστολής της δημόσιας δαπάνης στην υγεία καθώς και η μειωμένη αγοραστική δύναμη των νοικοκυριών για ιδιωτικές δαπάνες, φαίνεται να ευθύνονται για την αλλαγή της πρότερης κατάστασης.

Διάγραμμα 3.6: Κατά κεφαλή δαπάνη υγείας (δημόσια και ιδιωτική) στις χώρες του ΟΟΣΑ (2011)



* Τα αριθμητικά δεδομένα είναι προσαρμοσμένα στην ισοτιμία US\$ PPP με σκοπό τη σύγκριση των δαπανών υγείας των χωρών, σε μια κοινή βάση

Πηγή: OECD Health Data 2013(μτφρ.)

Σύμφωνα επίσης, με επίσημα στοιχεία της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής για το 2011, η δημόσια δαπάνη για την υγεία ανήλθε περίπου σε €13δισ (βλ. πίνακα 3.2). Εκτιμήσεις αναφέρουν ότι μέχρι το τέλος του 2013, οι δημόσιες δαπάνες στην υγεία, θα μειωθούν περίπου στα 11 δισ., υπό τη σκέπη του ελέγχου του κόστους και της συγκράτησης της δαπάνης στο χώρο της υγείας, ως μέρος των μνημονιακών δεσμεύσεων της χώρας (ΕΣΔΥ, 2012).

Επιπλέον, σύμφωνα με τα στοιχεία της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής η ιδιωτική δαπάνη για το έτος 2011 έφτασε στο 32.5% της συνολικής δαπάνης υγείας και η δημόσια δαπάνη ήταν επαυξημένη κατά ελάχιστα παραπάνω από το διπλάσιο της ιδιωτικής (67.5%) (βλ. πίνακα 3.2) (ΕΣΔΥ, 2012), κάτι το οποίο επιβεβαιώνει και η έρευνα του ΟΟΣΑ, όπως αναφέρθηκε προηγουμένως.

Πρέπει να αναφέρουμε στο σημείο αυτό ότι ήδη έχει περιοριστεί σημαντικά η ιδιωτική δαπάνη (μείωση >35% το 2011) σε σχέση με την περίοδο πριν την οικονομική ύφεση που οι ιδιωτικές δαπάνες για την υγεία άγγιζαν και μέχρι το 40% της συνολικής. Εκτιμήσεις αναφέρουν ότι η αναλογία της ιδιωτικής δαπάνης στην Ελλάδα, με τη χώρα υπό δημοσιονομική επιτήρηση, θα τείνει να είναι συνεχώς μειούμενη, λόγω της μειωμένης αγοραστικής δύναμης των σημερινών νοικοκυριών να διαθέσουν ίδιους πόρους για την αγορά ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας. Το 2012

προβλέπονταν μείωση στις ιδιωτικές δαπάνες υγείας >50% (Βοζίκης, 2013).

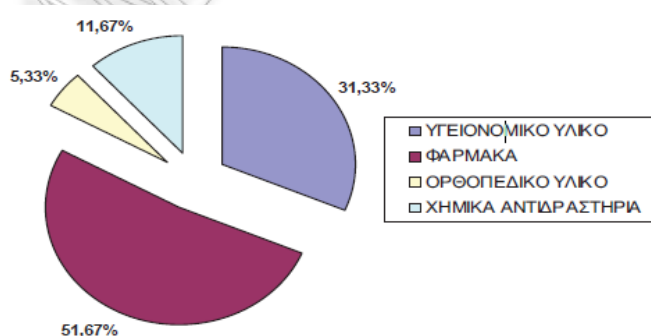
Πίνακας 3.2: Συνολική δαπάνη υγείας (2011)

	Συνολική (σε δις €)	Κατά κεφαλήν (σε €)	%
Δημόσια δαπάνη	13,120	1,217.2	67,5
Ιδιωτική δαπάνη	6,318	585,7	32,5
Σύνολο	19,438	1,802.9	100

Πηγή: ΕΣΔΥ, 2012

Το 2011, οι συνολικές δαπάνες των νοσοκομείων ΕΣΥ ανήλθαν σε €2,450 δις., εκ των οποίων τα €1,610 δις. (66%) απορροφήθηκαν σε δαπάνες για φαρμακευτικά σκευάσματα (51,67%), υγειονομικό (31,33%) και ορθοπεδικό υλικό (5,33%) καθώς και για χημικά αντιδραστήρια (11,67%) (βλ. διάγραμμα 3.7) (ΥΥΚΑ, 2012). Τα υπόλοιπα €840 εκατ. κατανεμήθηκαν σε αγορά λοιπών αγαθών και υπηρεσιών (€587εκατ.) (π.χ. αναλώσιμα, τρόφιμα, ποτά, outsourcing, ΔΕΚΟ), σε μισθοδοσία του επικουρικού προσωπικού (€220εκατ.) και σε επιπρόσθετες δαπάνες (€32εκατ.) (υπερωρίες, λειτουργικά έξοδα με την ενσωμάτωση των νοσοκομείων του ΙΚΑ στο ΕΣΥ) (ΥΥΚΑ, 2012).

Διάγραμμα 3.7: Ποσοστά δαπανών για φάρμακα, υγειονομικό και ορθοπεδικό υλικό, χημικά αντιδραστήρια (2011)



Πηγή: ΥΥΚΑ, 2012

Επιπλέον, σύμφωνα με στοιχεία του 2011, οι ασθενείς που νοσηλεύτηκαν σε νοσοκομεία του ΕΣΥ ήταν κατά 6% περισσότεροι σε σχέση με το 2010 (βλ. πίνακα 3.3) (ΥΥΚΑ, 2012) ενώ όσον αφορά τη μέση διάρκεια νοσηλείας για κάθε ασθενή άγγιξε τις 4.13 ημέρες. Το αντίστοιχο νούμερο των ΕΕ26 για τη Μ.Δ.Ν. του 2010,

ήταν στις 3.6 (OECD, 2012).

Πίνακας 3.3: Αριθμός νοσηλευθέντων (2009-2011) ανά ΥΠε

ΔΥΠε	Αριθμός νοσηλευθέντων 2009	Αριθμός νοσηλευθέντων 2010	Αριθμός νοσηλευθέντων 2011	% μεταβολή 2010-2009	% μεταβολή 2011-2010
1η	473.750	540.888	594.456	14%	10%
2η	204.270	269.789	279.863	32%	4%
3η	181.031	248.443	271.404	37%	9%
4η	290.405	308.633	317.163	6%	3%
5η	170.461	212.615	229.983	25%	8%
6η	268.720	362.574	376.313	35%	4%
7η	96.036	145.258	149.283	51%	3%
ΣΥΝΟΛΟ	1.684.673	2.088.199	2.218.465	24%	6%

*Δεν περιλαμβάνονται τα περιστατικά της μονάδας βραχείας νοσηλείας των ογκολογικών νοσοκομείων

Πηγή: ΥΓΚΑ, 2012

Σχετικά τώρα με τις πηγές χρηματοδότησης του συστήματος της υγείας στην Ελλάδα, ισχύει ο μικτός τύπος χρηματοδότησης όπου οι πόροι μπορεί να προέρχονται είτε από τον κρατικό προϋπολογισμό (δημόσιοι) είτε από την υποχρεωτική κοινωνική ασφάλιση (εισφορές εργαζομένων, εργοδοτών και αυτοαπασχολούμενων) είτε από ιδιωτικούς πόρους (ιδιωτική ασφάλεια υγείας, ίδια κεφάλαια) (Αδαμακίδου και Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, 2009). Βέβαια, το χρηματοδοτικό πλαίσιο κάθε πηγής εξεύρεσης πόρων, κυμαίνεται ανάλογα με τον τύπο των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας, αν πρόκειται δηλαδή, για κλειστή περίθαλψη, ανοικτή φροντίδα και σε ποια νομική μορφή ανήκει η μονάδα υγείας που παρέχει τις υπηρεσίες (Βοζίκης, 2013).

Η χρηματοδότηση των δημόσιων υπηρεσιών υγείας γίνεται μέσω των ασφαλιστικών ταμείων όπου καταβάλλουν το κόστος των νοσηλίων του ασφαλισμένου στα νοσοκομεία του ΕΣΥ, σε πλασματική αξία (καλύπτουν μόνο το 20-25% της πραγματικής αξίας). Επιπλέον, η χρηματοδότηση μπορεί να πραγματοποιηθεί με βάση το κλειστό ενοποιημένο νοσήλιο (KEN-DRGs), όπου πάλι η κάθε υπηρεσία υγείας τιμολογείται σε πολύ πιο χαμηλό κόστος από το πραγματικό (Βοζίκης, 2013).

Κατά γενική ομολογία, η κύρια χρηματοδότηση του Ελληνικού συστήματος υγείας προέρχεται από τον κρατικό προϋπολογισμό μέσω άμεσης και έμμεσης φορολογίας. Συγκεκριμένα, ο κρατικός προϋπολογισμός διασφαλίζει το 70% των

εσόδων των νομαρχιακών νοσοκομείων, το 50% των περιφερειακών νοσοκομείων, το 25% των ψυχιατρικών και το 60% των ειδικών νοσοκομείων (π.χ. αντικαρκινικά) (Τούντας, κ.ά., 2008).

Σύμφωνα με τον ΟΟΣΑ (OECD, 2010), η χρηματοδότηση των δημοσίων νοσοκομείων εξασφαλίζεται από τον κρατικό προϋπολογισμό και από ένα σχήμα πληρωμών που αποτελείται από τα ασφαλιστικά ταμεία και τον ίδιο τον ασφαλισμένο (outrocketpayments), σε αναλογία 70% - 30% αντίστοιχα.

3.3 Το Ανθρώπινο Δυναμικό

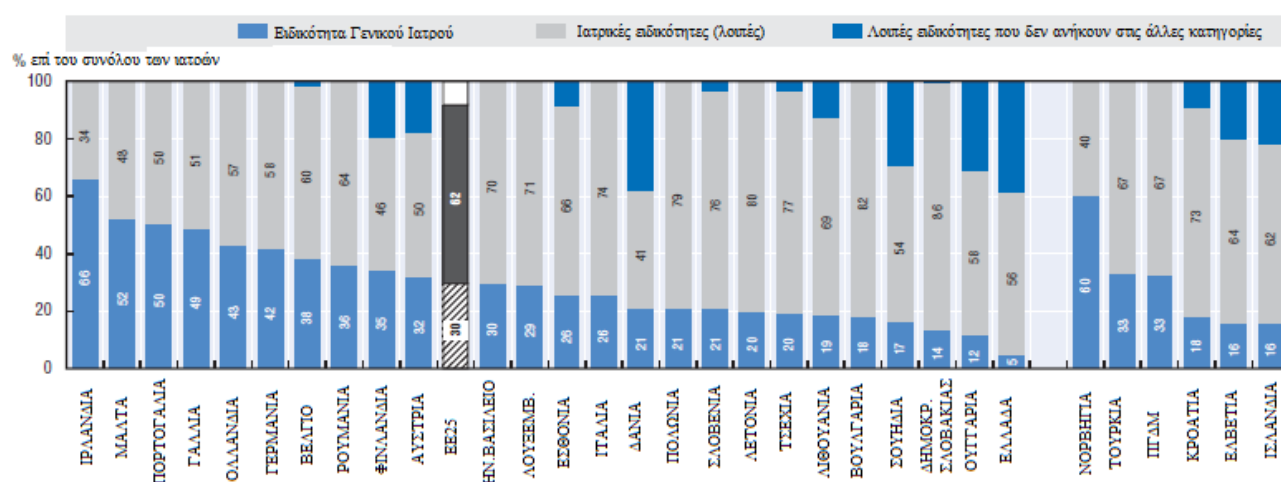
Σύμφωνα με επίσημα στοιχεία το 2010 (OECD, 2012), η Ελλάδα κατείχε μακράν, το μεγαλύτερο αριθμό των ιατρών ανά κάτοικο, με 6.1 ιατρούς ανά 1,000 κατοίκους, σχεδόν διπλάσιο από το μέσο όρο της ΕΕ27 που έφτανε μόλις τους 3.4 ιατρούς (βλ. διάγραμμα 3.8). Αντίστοιχα, για το έτος 2011 (OECD, 2013), παρέμεινε η ίδια αναλογία ελλήνων ιατρών ανά 1,000 κατοίκους, με μέσο όρο στις χώρες μέλη του ΟΟΣΑ μόλις 3.2.

Στο σημείο αυτό, πρέπει να σημειώσουμε ότι ο ρυθμός αύξησης των ιατρών ήταν ιδιαίτερα ραγδαίος, από το 2000 που ξεκίνησε από το υψηλότερο επίπεδο μέχρι και το 2008, ενώ ο αριθμός των ιατρών ανά κάτοικο έχει σταθεροποιηθεί, από την έναρξη της παγκόσμιας οικονομικής ύφεσης το 2008 (OECD, 2012). Παρόλα αυτά, αν και το νούμερο έχει σταθεροποιηθεί τα τελευταία χρόνια, παραμένει η Ελλάδα στην πρώτη θέση.

Ερευνητές (Γεωργούλιας, κ.ά., 2003) επισημαίνουν ότι ένα τέτοιο υψηλό νούμερο μπορεί να έχει τελικά αρνητική επίπτωση στην παρεχόμενη ποιότητα των υπηρεσιών υγείας και συνεπώς στην ασφάλεια του ασθενούς, αφού η πολιτεία δεν έχει μεριμνήσει για τη σχεδίαση προγραμμάτων συνεχούς κατάρτισης, ώστε να καλύψει επαρκώς αυτόν τον αριθμό ιατρών.

κατανέμεται στις υπόλοιπες ιατρικές ειδικότητες. Επιπλέον, η συντριπτική πλειοψηφία των ειδικευμένων ιατρών εργάζεται στην πρωτεύουσα και τη συμπρωτεύουσα (Γεωργούλιας, κ.ά., 2003).

Διάγραμμα 3.9: Γενικοί και Ειδικοί ιατροί ως ποσοστό του συνόλου του ιατρικού δυναμικού στις χώρες μέλη των ΕΕ27 (2010)



Πηγή: OECD Health Data 2012, Eurostat Statistics Database (μτφρ.)

Σύμφωνα με πρόσφατη έρευνα (Πέλεχας και Αντωνιάδης, 2013), σε δείγμα 77 ελλήνων ιατρών δυο περιφερειακών νοσοκομείων, η εργασιακή ικανοποίηση του ιατρικού δυναμικού, κυμαίνεται από σχεδόν ανύπαρκτη έως μέτρια. Οι ερευνητές επισημαίνουν ότι αυτός ο χαμηλός βαθμός εργασιακής ικανοποίησης των ιατρών από τις δομές του Ελληνικού συστήματος υγείας, υποδηλώνει την ύπαρξη σοβαρών οργανωτικών και λειτουργικών αδυναμιών στην καθημερινή ιατρική πρακτική και όλα αυτά τα προβλήματα μεγεθύνονται, εν μέσω της οικονομικής ύφεσης που βιώνει η χώρα μας.

Συγκεκριμένα, ο φόρτος εργασίας εξαιτίας της υποστελέχωσης κυρίως στα περιφερειακά νοσηλευτικά ιδρύματα, οι εφημερίες, το κυκλικό ωράριο, η πρόσφατη αυξημένη προσέλευση ασθενών που παρατηρείται στα δημόσια νοσοκομεία, η πίεση χρόνου και γενικότερα οι έντονα αγχωτικές καταστάσεις που βιώνουν οι ιατροί καθημερινά, μπορούν να αποτελέσουν παράγοντες χαμηλής εργασιακής ικανοποίησης. Σύμφωνα με τους ερευνητές, το ιατρικό δυναμικό με αυτό το επίπεδο ικανοποίησης νοιώθει να μην εμπιστεύεται το ελληνικό σύστημα υγείας και να

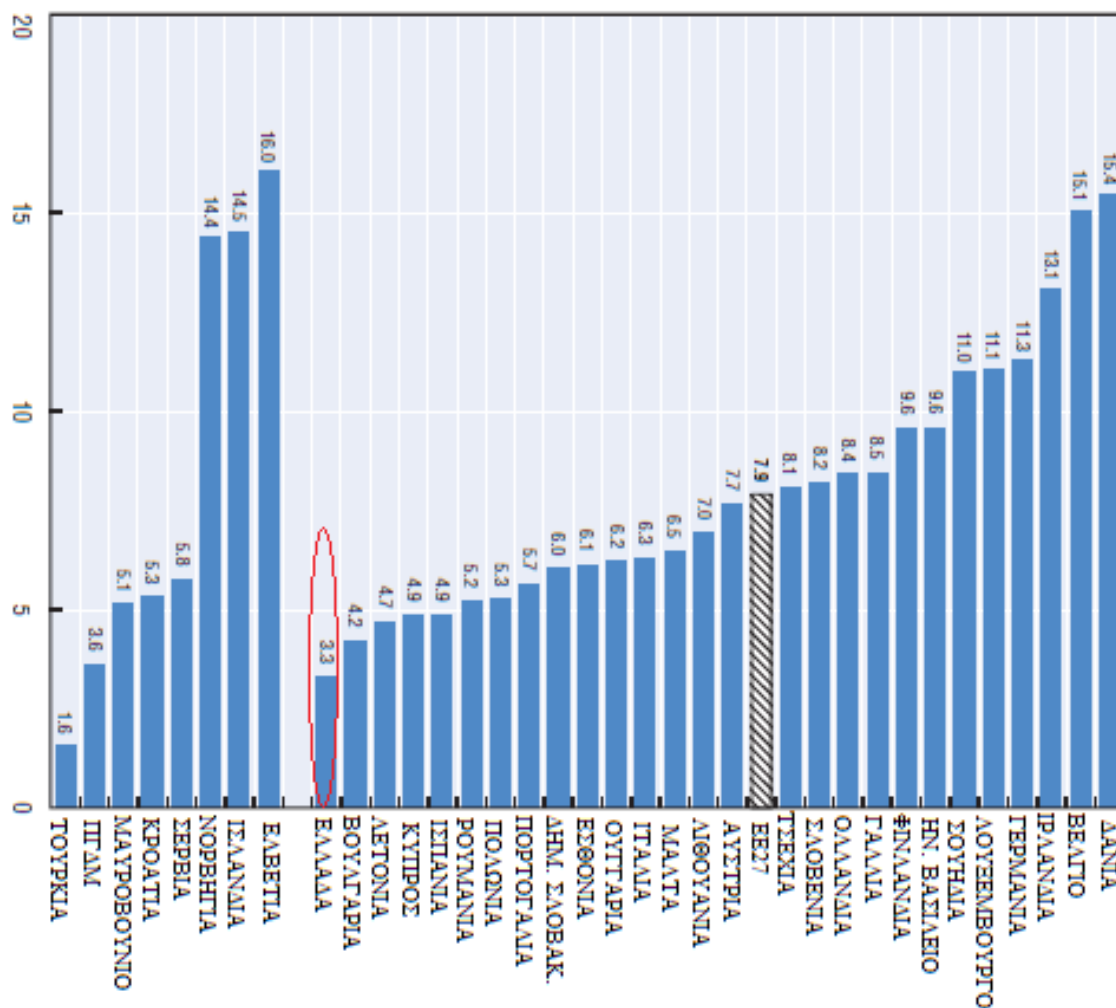
αναζητεί αλλού καλύτερες συνθήκες εργασίας.

Το νοσηλευτικό προσωπικό, από την άλλη πλευρά, διαδραματίζει έναν κρίσιμο ρόλο στην παροχή φροντίδας υγείας όχι μόνο στα νοσοκομεία και κέντρα αποθεραπείας και αποκατάστασης ασθενών με χρόνιες ασθένειες, αλλά και στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας με την κατ' οίκον φροντίδα σε ασθενείς με χρόνιες παθήσεις.

Ωστόσο, στην Ελλάδα σημειώνονται πολύ μεγάλες ελλείψεις σε νοσηλευτές, ενώ το πρόβλημα αυτό αναμένεται να ενταθεί στο μέλλον, καθώς η ζήτηση για νοσηλευτικό προσωπικό συνεχώς θα αυξάνεται, όπως αναφέρουν επίσημες έρευνες του εξωτερικού (OECD, 2012). Οι πτυχιούχοι νοσηλευτές στην Ελλάδα ανέρχονται στους 18,691 την ίδια στιγμή που ο ΠΟΥ αναφέρει ότι με βάση τα σύγχρονα πρωτόκολλα παροχής φροντίδας υγείας και τις ανάγκες του Ελληνικού πληθυσμού, ο αριθμός θα έπρεπε να άγγιζε τους 110,000 (Βοζίκης, 2013).

Σύμφωνα με επίσημα στοιχεία του 2010 (OECD, 2012), στην Ελλάδα αντιστοιχούν λιγότεροι από (4) τέσσερις νοσηλευτές ανά 1,000 κατοίκους, την ίδια στιγμή που ο μέσος όρος των ΕΕ27 για το ίδιο έτος ήταν κοντά στους (8) οκτώ νοσηλευτές (βλ. διάγραμμα 3.10) (OECD, 2012). Αντίστοιχα, ανάμεσα στις χώρες μέλη του ΟΟΣΑ για το έτος 2009 (OECD, 2013), καταγράψαμε την ίδια αναλογία νοσηλευτικού προσωπικού ανά 1,000 κατοίκους, η οποία υπολείπεται κατά πολύ το μέσο όρο (8.7).

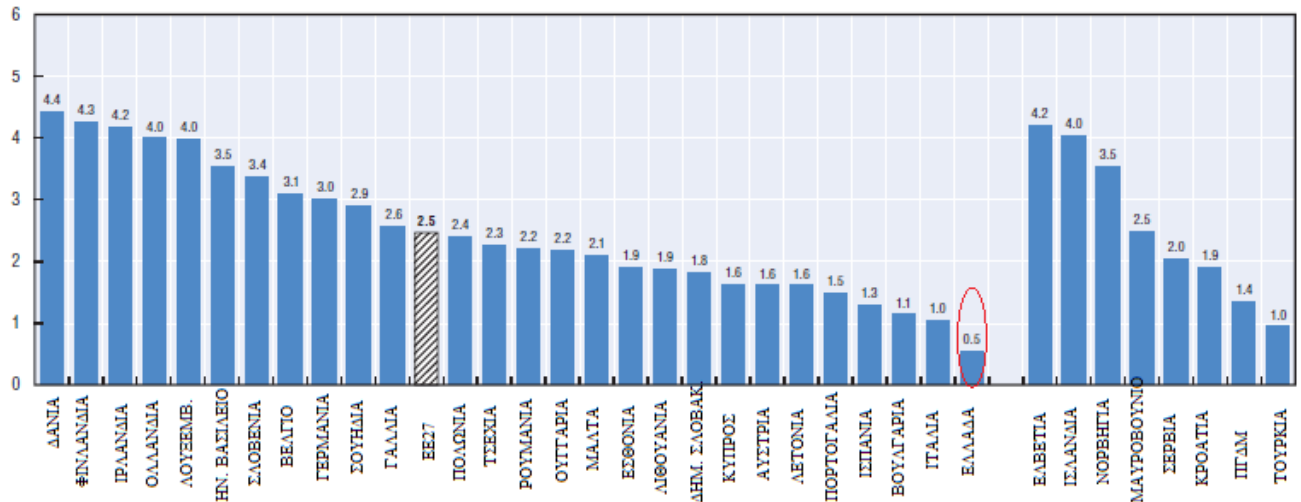
Διάγραμμα 3.10: Το νοσηλευτικό προσωπικό ανά 1,000 κατοίκους στις χώρες μέλη των ΕΕ27 (2010)



Πηγή: OECD Health Data 2012, Eurostat Statistics Database, WHO European Health for All Database (μτφρ.)

Επιπλέον, το 2010 η αναλογία των νοσηλευτών προς ιατρό, ήταν κάτι λιγότερο από ένας νοσηλευτής για κάθε ιατρό (0.5) όταν ο μέσος όρος των ΕΕ27 για το ίδιο έτος αντιστοιχούσαν 2.5 νοσηλευτές ανά ιατρό (βλ. διάγραμμα 3.11). Στις περισσότερες χώρες των ΕΕ27, η αναλογία ήταν από δύο έως τέσσερις νοσηλευτές ανά ιατρό. Η συγκεκριμένη έρευνα επισημαίνει ότι στην Ελλάδα, υπάρχουν σοβαρές ενδείξεις για πλεόνασμα του ιατρικού δυναμικού και έλλειψη του νοσηλευτικού προσωπικού, με αποτέλεσμα να ανακύπτουν προβλήματα στην οργάνωση και την άσκηση της ιατρικής πρακτικής, με άμεσο αποδέκτη τον ίδιο τον ασθενή (OECD, 2009; Chaloff, 2008).

Διάγραμμα 3.11: Λόγος νοσηλευτών ανά ιατρό στις χώρες μέλη των ΕΕ27 (2010)



Πηγή: OECD Health Data 2012, Eurostat Statistics Database, WHO European Health for All Database (μτφρ.)

Τέλος, τα αποτελέσματα μιας διεθνούς έρευνας έρχονται να επισημάνουν για ακόμη μια φορά την αδυναμία του συστήματος υγείας να αξιοποιήσει με αποδοτικό τρόπο το νοσηλευτικό προσωπικό. Συγκεκριμένα μια πρόσφατη έρευνα (Aiken et al., 2012) σε Ευρώπη και Αμερική που εμπεριείχε δείγμα και από 24 ελληνικά νοσοκομεία και 367 έλληνες νοσηλευτές για τη μέτρηση του επιπέδου ικανοποίησής τους από το αντικείμενο και το χώρο της εργασίας τους, κατέδειξε ότι οι έλληνες νοσηλευτές παρουσιάζουν υψηλά επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης (78%), δυσαρέσκειας από την εργασία τους (56%) και τάσεις για να αλλάξουν εργασία (49%).

Ερευνητές παρατηρούν ελλείψεις και σε άλλα επαγγέλματα υγείας τα οποία παράγουν έναν επικουρικό αλλά πλέον βασικό ρόλο, κατά τη διάρκεια της θεραπευτικής διαδικασίας. Αναφερόμαστε σε επαγγελματίες υγείας με εξειδικευμένο πεδίο ιατρικών και τεχνικών γνώσεων, όπως οι κλινικοί μηχανικοί, οι φυσικοί της ιατρικής, οι ηλεκτρονικοί ιατρικών μηχανημάτων και γενικότερα οι επαγγελματίες με αντικείμενο τη σύγχρονη ιατρική και βιοϊατρική τεχνολογία (Θεοδώρου, κ.ά, 2001). Σύμφωνα με μελέτες, έχουν καταγραφεί πάνω από (300) τριακόσια επαγγέλματα στο χώρο της υγείας (Υφαντόπουλος, 2006).

3.4 Γενική αξιολόγηση - Συμπεράσματα για το Σύστημα Υγείας στην Ελλάδα μέσα από μια ερευνητική ματιά

Είναι γνωστό ότι τα συστήματα υγείας που διαθέτουν ένα σωστά οργανωμένο και ασφαλές εργασιακό περιβάλλον στους επαγγελματίες υγείας καθώς και δυνατότητες συνεχούς κατάρτισης και κίνητρα ανέλιξής τους, καταγράφουν υψηλά επίπεδα ικανοποίησης τόσο των επαγγελματιών υγείας όσο και των ίδιων των χρηστών υγείας, ως αυταπόδεικτο στοιχείο ποιότητας και ασφάλειας της φροντίδας υγείας. Έτσι λοιπόν, πάνω σε αυτή τη θεώρηση, μια διεθνής έρευνα (Aiken et al., 2012) που πραγματοποιήθηκε σε Ευρώπη και Αμερική, κατέδειξε κάποια σημαντικά στοιχεία για το ελληνικό σύστημα υγείας, σε δείγμα 24 ελληνικών νοσοκομείων, 367 ελλήνων νοσηλευτών και 616 ασθενών.

Σύμφωνα λοιπόν με τα αποτελέσματα της έρευνας, το 47% του δείγματος των νοσηλευτών θεωρεί ότι στους θαλάμους νοσηλείας παρέχονται μέτριες προς κακές υπηρεσίες υγείας ενώ σχεδόν το ένα πέμπτο των νοσηλευτών, βαθμολόγησε το νοσοκομείο που εργάζεται, με χαμηλό δείκτη ως προς την ασφάλεια του ασθενούς. Οι ερευνητές επισημαίνουν ότι οι κακές αξιολογήσεις του νοσηλευτικού προσωπικού για το ελληνικό σύστημα υγείας, οφείλονται κατά κύριο λόγο στο ότι σήμερα ο τομέας της υγείας πλήττεται πιο πολύ από ποτέ, ευρισκόμενος στη δίνη της οικονομικής ύφεσης που βιώνει η χώρας μας.

Από την πλευρά των ασθενών του δείγματος, μόνο το 42% δίνει άριστη βαθμολογία στο νοσοκομείο που νοσηλεύτηκε και οι μισοί ασθενείς (53%) είναι διατεθειμένοι να συστήσουν το νοσοκομείο για τις υπηρεσίες του. Παρόλα αυτά, στην ερώτηση που είχε να κάνει με την εντύπωση που αποκόμισε ο ασθενής απευθείας από το νοσηλευτικό προσωπικό κατά τη διάρκεια της παροχής της φροντίδας υγείας, τα ποσοστά είναι πολύ υψηλά εξαιρώντας το σεβασμό, την ευγένεια και την υπομονή του νοσηλευτικού προσωπικού.

Για αυτό το οξύμωρο σχήμα των απαντήσεων των ασθενών, μια εξήγηση που θα μπορούσε να δοθεί είναι ότι οι ασθενείς στην κατ' ιδίαν επικοινωνία τους με το νοσηλευτικό προσωπικό έμειναν πολύ ικανοποιημένοι από τον τρόπο που τους παρασχέθηκε η φροντίδα υγείας αλλά λιγότερο ικανοποιημένοι με τον τρόπο

οργάνωσης και λειτουργίας του νοσοκομείου ή με τις υπόλοιπες δομές του Ελληνικού συστήματος υγείας.

Όπως διαπιστώνουν οι ερευνητές, μια πιο ορθολογική και αποτελεσματική διαχείριση των οργανωτικών και λειτουργικών αδυναμιών των ελληνικών νοσοκομείων, μπορεί να επιλύσει καίρια προβλήματα καθημερινής πρακτικής της παρεχόμενης φροντίδας υγείας. Δεν είναι τυχαίο ότι ο τρόπος στελέχωσης και κατανομής του νοσηλευτικού προσωπικού, το επίπεδο της διοικητικής υποστήριξης στην παροχή της νοσηλευτικής φροντίδας, το εργασιακό περιβάλλον και το επίπεδο των σχέσεων του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού και η δυνατότητα συμμετοχής στη διαδικασία λήψης αποφάσεων για τις προτεραιότητες στην ποιότητα φροντίδας, συσχετίζονται σημαντικά με την προάσπιση της ασφάλειας του ασθενούς και τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

Μια άλλη έρευνα (Paranikolaou and Ntani, 2008) που διενεργήθηκε το 2008 σε δείγμα 367 ασθενών που νοσηλεύτηκαν το λιγότερο τρεις μέρες σε ελληνικό νοσοκομείο, έδειξε ότι οι ασθενείς είχαν μεγάλη λίστα αναμονής είτε για να κλείσουν ένα ραντεβού είτε μετά την εξέτασή τους να κάνουν εισαγωγή στο νοσοκομείο. Επιπλέον, οι περισσότεροι ασθενείς εντόπισαν ελλείψεις προσωπικού στο νοσοκομείο αλλά παρόλα αυτά, η συνολική ικανοποίηση των ασθενών από το σύστημα υγείας, ήταν υψηλή.

Οι ερευνητές επισημαίνουν ότι τα παραπάνω αποτελέσματα της γενικής αξιολόγησης της παρεχόμενης υπηρεσίας υγείας, εγείρουν κάποιους προβληματισμούς. Αν και οι ασθενείς αναμένεται να λειτουργήσουν ως καταναλωτές υπηρεσιών οι οποίοι αξιολογούν ορθολογικά όλες τις πτυχές της φροντίδας υγείας που λαμβάνουν, παρόλα αυτά θεωρούν οι ερευνητές ότι εμφανίζονται κάποιοι περιορισμοί στην έρευνα. Η ευαίσθητη σχέση που έχει αναπτύξει ο ασθενής με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό καθώς και η μειονεκτική θέση στην οποία βρίσκεται ο ασθενής, ενδέχεται να επηρεάσουν τα αποτελέσματα της έρευνας.

Σύμφωνα με την έκθεση του ΠΟΥ, το ελληνικό σύστημα υγείας βρισκόταν στη 14^η θέση κατά σειρά κατάταξης των ανεπτυγμένων χωρών, ανάμεσα σε 16 χώρες μέλη του ΟΟΣΑ, σημειώνοντας το χαμηλότερο επίπεδο ως προς τη συνολική ικανοποίηση των χρηστών υγείας από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας (WHO, 2000; Valentineetal., 2003).

Αναλυτικότερα, η ενδονοσοκομειακή περίθαλψη, κατείχε τη χειρότερη επίδοση σχετικά με το επίπεδο αυτονομίας, επικοινωνίας, αξιοπρέπειας και δυνατότητας άμεσης επέμβασης στα περιστατικά, τη δεύτερη χειρότερη επίδοση στην επιλογή του ιατρικού προσωπικού και στην κοινωνική υποστήριξη και η τέταρτη χειρότερη επίδοση στην εμπιστευτικότητα των ιατρικών πληροφοριών. Σχετικά με τις δομές που αφορούν στα εξωτερικά ιατρεία, το ελληνικό σύστημα υγείας κατέγραφε την χαμηλότερη απόδοση σε όλους τους δείκτες, εκτός από το στοιχείο της εμπιστευτικότητας, όπου η Ελλάδα είχε την τέταρτη κατά σειρά χειρότερη επίδοση.

Λίγα χρόνια μετέπειτα έρχεται και μια έρευνα στα κράτη μέλη των ΕΕ15 για να επιβεβαιώσει τα ανωτέρω ευρήματα, όπου το ελληνικό σύστημα υγείας λαμβάνει την τελευταία θέση ως προς το επίπεδο ικανοποίησης των χρηστών υγείας από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας (E.C., 2003).

Αν και το ελληνικό σύστημα υγείας όλα τα περασμένα χρόνια δεχόταν συνεχείς δομικές μεταβολές, με στόχευση την αποτελεσματικότερη οργάνωση και λειτουργία του και από την άλλη πλευρά, ο όγκος των απορροφημένων πόρων για δαπάνες στην υγεία ήταν πολύ υψηλός μέχρι το 2009, όπως προαναφέρθηκε σε προηγούμενη ενότητα του κεφαλαίου, έρχονται δύο πρόσφατες έρευνες που επισημαίνουν σημαντικές αδυναμίες και ελλείψεις του συστήματος υγείας.

Η πρώτη έρευνα διενεργήθηκε από τον ΟΟΣΑ (OECD, 2009a) όπου σκιαγραφεί ένα εθνικό σύστημα υγείας που προσφέρει χαμηλής ποιότητας υπηρεσίες υγείας διότι υστερεί σε στελέχωση και σε σύγχρονες ιατρικές τεχνολογίες αλλά πολύ περισσότερο διότι είναι ένα πολύπλοκο και συγκεντρωτικό σύστημα που στηρίζεται σε μη σύγχρονες δομές διοικούμενες κατά την πλειοψηφία τους με ανορθόδοξο και αναποτελεσματική μέθοδο. Θα πρέπει να σημειωθεί στο σημείο αυτό ότι η πρωτοβουλία που ελήφθη για μια αποκεντρωμένη διοίκηση των υγειονομικών περιφερειών, με τη διαίρεση της ελληνικής επικράτειας σε επτά ΥΠε, αξιολογείται θετικά, από τους περισσότερους εμπλεκόμενους αλλά χρήζει σειρά βελτιώσεων.

Η επόμενη έρευνα έρχεται να επιβεβαιώσει τα ευρήματα της πρώτης, αφού το ελληνικό σύστημα υγείας τοποθετείται στον ευρωπαϊκό πίνακα κατάταξης καταναλωτών υπηρεσιών υγείας στην 22^η θέση ανάμεσα σε 30 ευρωπαϊκές χώρες, για το επίπεδο φιλικότητάς του στον χρήστη υγείας (HealthConsumerPowerhouse, 2012).

Πολλοί είναι όμως και οι έλληνες ερευνητές που συμφωνούν τα ευρήματά τους με αυτά των ξένων εμπειρογνομώνων. Σε συνέχεια των παραπάνω, επισημαίνουν ότι τα ελληνικά νοσοκομεία δε φαίνεται να εφαρμόζουν συστήματα διασφάλισης ποιότητας και προάσπισης της ασφάλειας του ασθενούς που προέρχονται από έναν κεντρικά οργανωμένο σχεδιασμό καθολικής αποδοχής. Στις περισσότερες περιπτώσεις, η εφαρμογή των προγραμμάτων ποιότητας και ασφάλειας είναι περιορισμένης έκτασης και απότοκος μεμονωμένων πρωτοβουλιών των επαγγελματιών υγείας (Theodorokioglou and Tsiotras, 2000).

Εν τέλει, όλες οι ερευνητικές προσεγγίσεις, συγκλίνουν στο ότι το ελληνικό σύστημα υγείας, όλα τα προηγούμενα χρόνια, παρά και τις συνεχείς οργανωτικές αλλαγές στις οποίες υποβαλλόταν, υπέφερε από ουσιαστικές αδυναμίες που αφορούσαν κυρίως στον τρόπο οργάνωσης και λειτουργίας του συστήματος, τη μέθοδο χρηματοδότησης και το επίπεδο ποιότητας της φροντίδας υγείας που προσέφερε.

Αποτελεί, ως γενική αντίληψη ότι το ελληνικό σύστημα υγείας, συνεχίζει ακόμη και σήμερα, παρά την παρούσα οικονομική συγκυρία που βιώνει η χώρα μας, να οργανώνεται και να διοικείται, με τρόπο πολύπλοκο και άναρχο, υιοθετώντας απαρχαιωμένες πρακτικές που δε συμβαδίζουν με την κουλτούρα της ποιότητας στο χώρο της υγείας και τις σύγχρονες εξελίξεις στη φροντίδα υγείας.

Συγκεκριμένα, στο ελληνικό σύστημα υγείας κυριαρχούν δομές υγείας για να φιλοξενούν κατά κύριο λόγο τη δευτεροβάθμια περίθαλψη, λιγότερο τη τριτοβάθμια και σχεδόν σε περιορισμένη μορφή την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Το αποτέλεσμα είναι να μην υπάρχει ορθολογική κατανομή των διαθέσιμων πόρων για την υγεία και οι δράσεις για πρόληψη και προαγωγή της υγείας, να περνούν σε δεύτερη μοίρα. Κατά καιρούς, υπάρχουν πρωτοβουλίες για σύσταση αστικών κέντρων υγείας και δομών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας αλλά όλα αυτά τα εγχειρήματα βρίσκονται στο επίπεδο του αρχικού σχεδιασμού (Economidou, 2010).

Τα τελευταία χρόνια, τα περισσότερα συστήματα υγείας του εξωτερικού, ακολουθώντας τις επιταγές του ΠΟΥ (WorldHealthAssembly, 2002), έχουν εφαρμόσει πρακτικές συνεχούς βελτίωσης της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας και υιοθετήσει κουλτούρα προάσπισης της ασφάλειας του ασθενούς. Η ασφάλεια κατά τη διάρκεια της παροχής της υγειονομικής περίθαλψης,

όπως αναφέρθηκε στα προηγούμενα κεφάλαια, αποτελεί ένα νέο δείκτη μέτρησης της απόδοσης του συστήματος υγείας, σε σχέση με τους τομείς του κόστους και της ποιότητας στη φροντίδα υγείας (Veillard, 2005; IOM, 2001). Η διεθνής εμπειρία έχει δείξει, κατά κοινή ομολογία, ότι οι ποιοτικές και ασφαλείς υπηρεσίες υγείας μπορούν να διασφαλίσουν την οικονομική αποδοτικότητα των πόρων, κάτι το οποίο σήμερα αποτελεί επιτακτική ανάγκη λόγω των περιορισμένων οικονομικών δυνατοτήτων του Ελληνικού συστήματος υγείας (Armestoetal., 2007).

Το απόσταγμα από τη διενεργηθείσα ερευνητική ανασκόπηση ελληνικών και διεθνών προσεγγίσεων για τις ανεπάρκειες του Ελληνικού συστήματος υγείας, μπορεί να αποδοθεί σε κάποιες καταληκτικές σκέψεις. Η πρόσφατη δημοσιονομική κρίση που πλήττει τη χώρα μας, ανέδειξε με μεγαλύτερη ένταση, τα προβλήματα και αδυναμίες του Ελληνικού συστήματος υγείας, που ήδη χρονίζαν. Οι ανεπάρκειες αυτές αφορούν κυρίως στην οργάνωση και διάρθρωση των βασικών δομών του συστήματος υγείας, στην καθημερινή πρακτική παροχής των υπηρεσιών υγείας τόσο στην ενδονοσοκομειακή όσο και εξωνοσοκομειακή περίθαλψη και στη μέθοδο χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας.

Παρόλα αυτά ειδικοί (Κυριόπουλος, 2011; Βοζίκης, 2013) επισημαίνουν ότι κάθε απότομη, ανορθόδοξη, χωρίς στρατηγικό σχεδιασμό, απόπειρα μετατροπής της υπάρχουσας κατάστασης, θα μπορεί να επιφέρει μόνο αρνητικό πρόσημο στην αναδιάρθρωση του Ελληνικού συστήματος υγείας. Η όποια μεταρρυθμιστική πολιτική ανασυγκρότησης του υγειονομικού συστήματος, θα πρέπει να στηρίζεται σε πρακτικές διασφάλισης ποιότητας στη φροντίδα υγείας και να υπηρετεί τις σύγχρονες εξελίξεις και διεθνείς επιταγές που επικρατούν στον υγειονομικό τομέα.

Στο ζήτημα της προάσπισης του επιπέδου ποιότητας και ασφάλειας του ασθενούς στις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, το οποίο άπτεται και του αντικειμένου της διδακτορικής διατριβής, προτείνεται η καθολική εφαρμογή ενός συστήματος ανίχνευσης και ανάλυσης των ιατρικών σφαλμάτων και ανεπιθύμητων περιστατικών, σε μονάδες υγείας που μακροπρόθεσμα μπορεί να συμβάλει θετικά στον περιορισμό της εμφάνισης τέτοιων περιστατικών και στην εξοικονόμηση σημαντικών πόρων από όλο το σύστημα υγείας και το ελληνικό δημόσιο (βλ. Κεφάλαιο 2).

Τα μηνύματα που λαμβάνουμε, από αντίστοιχες πρακτικές που εφαρμόζονται εδώ και αρκετά χρόνια σε συστήματα υγείας του εξωτερικού, συγκλίνουν σε ένα

κοινό σημείο. Η βελτίωση της ποιότητας στη φροντίδα υγείας και η προάσπιση της ασφάλειας του ασθενούς, προσφέρουν στο ίδιο το σύστημα υγείας ανοιχτές διόδους συγκράτησης της αύξησης των δαπανών υγείας και ελέγχου του επιπλέον κόστους, λόγω μείωσης των κοστοβόρων επιπλοκών και περιττών επανεισαγωγών και παρατεταμένων νοσηλειών, που προκαλούν τα ιατρικά σφάλματα και τα ανεπιθύμητα περιστατικά (OECD, 2004).

Εν κατακλείδι, η οργάνωση και διαχείριση της φροντίδας υγείας που στηρίζεται στις αρχές προστασίας της ποιότητας και ασφάλειας των υπηρεσιών υγείας, επιτρέπει στα συστήματα υγείας να εξοικονομούν πόρους για να τους επενδύουν, με μεγαλύτερη σύνεση, στους τομείς που τους έχουν πραγματικά ανάγκη. Ένα σύστημα υγείας που παρέχει ποιοτική και ασφαλή φροντίδα υγείας στους χρήστες του, καταφέρνει να συγκρατεί τις υγειονομικές δαπάνες, βελτιστοποιώντας τη σχέση της οικονομικής αποδοτικότητας των πόρων και της ιατρικής αποτελεσματικότητας (OECD, 2004).

Βιβλιογραφία-Αρθρογραφία

Ελληνική

- Αδαμακίδου, Θ. και Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου Α. (2009) “Οι Μέθοδοι Χρηματοδότησης της Νοσοκομειακής και της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα”. *ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ*, 48(1): 37–49.
- Βοζίκης, Α. (2013) “Το Σύστημα Υγείας στην Ελλάδα” στο Santerre, REandNeun, SP (eds) “Οικονομικά της Υγείας. Θεωρία, Προοπτική & Συστηματική Μελέτη”. μτφρ. στα ελληνικά και γενική επιμέλεια της ελληνικής έκδοσης Α. Βοζίκης, Μ. Κελέση-Σταυροπούλου, εκδ. Πασχαλίδη, Αθήνα.
- Γεωργούλιας, Α., Λιούμπας, Δ. και Μαρουδιάς, Ν. (2003) “Ιατρικός πληθωρισμός – Εισαγωγή στην Ωτορινολαρυγγολογία”. *Ελληνική Ωτορινολαρυγγολογία – Χειρουργική κεφαλής και τραχήλου*, Τεύχος 12.
- Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών [ΕΚΠΑ] (2011) “Επιχειρησιακό Σχέδιο Αναδιάρθρωσης Νοσοκομείων”. Εργαστήριο Οργάνωσης και Αξιολόγησης Υπηρεσιών Υγείας, τμ. Νοσηλευτικής, Σχολή Επιστημών Υγείας. <http://platon.cc.uoa.gr/~reconweb/new2/index.php/2011-02-23-13-09-11/2011-02-23-13-13-54?start=1>.
- Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας [ΕΣΔΥ] (2012) “Ανασυγκρότηση και χρηματοδότηση της ασφάλισης υγείας, Το εγχείρημα του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ)”, Αθήνα.
- Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας [ΕΣΔΥ] (2013) “Η Πρωτοβάθμια φροντίδα ως «πύλη εισόδου» των διαρθρωτικών αλλαγών στην υγεία”, Αθήνα.
- Θεοδωράκης, Π. (2006) “Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας” στο Σουλιώτης, Κ. “Πολιτική και Οικονομία της Υγείας. Στρατηγικός Σχεδιασμός – Οργάνωση και Διοίκηση – Οικονομική Λειτουργία – Τομεακές Πολιτικές”. Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου Σχολή Κοινωνικών Επιστημών, τμ. Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής, εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα.
- Θεοδώρου, Μ, Σαρρής, Μ και Σούλης, Σ. (2001) “Συστήματα υγείας”. εκδ. Παπαζήση, Αθήνα.
- Θεοδώρου, Μ, Σίσκου, Ο, Καϊτελίδου, Δ, Φαρατσέλη, Ο και Λιαρόπουλος, Λ (2005) “Η οργάνωση και διοίκηση των υπηρεσιών ΠΦΥ στην Ελλάδα” στο Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Τρίτο Περιφερειακό Σύστημα Υγείας-Πρόνοιας Αττικής (επιμ.) “Θεωρία και Πρακτική της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας”, Πειραιάς.
- Κυριακάτικη Ελευθεροτυπία (2011) “«Ράμπο» στα εργαστήρια”. Ευθυμιάδου, Δ. (αρθρογράφος). <http://www.enet.gr/?i=news.el.article&id=316577>.
- Κυριόπουλος, Γ. (2011) “Πέραν του “Μνημονίου”: ανασυγκρότηση ή collapsus στο σύστημα υγείας”. Ειδική Επιτροπή Ανεξάρτητων Εμπειρογνομόνων για την Υγεία. http://www.nsph.gr/files/009_Oikonomikon_Ygeias/%CE%9A%CE%B5%CE%AF%CE%BC%CE%B5%CE%BD%CE%BF%20%CE%9A%CE%B1%CE%B8%20%CE%9A%CF%85%CF%81%CE%B9%CF%8C%CF%80%CE%BF%CF%85%CE%BB%CE%BF%CF%85.pdf.
- Οικονόμου, Χ. (2012) “Το θεσμικό πλαίσιο παροχών ασθενείας στην Ελλάδα: Ο ρόλος και η λειτουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας”. Επιστημονικές Εκθέσεις / 7.

- Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ Παρατηρητήριο Οικονομικών και Κοινωνικών Εξελίξεων, Αθήνα.
- Πέλεχας, Ε. και Αντωνιάδης Α. (2013) “Συγκριτική μελέτη ικανοποίησης του ιατρικού και του νοσηλευτικού προσωπικού σε δύο νοσοκομεία της Ελλάδας”. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 30(3):325-334.
- Το Βήμα (2001) “Οι κανόνες για τα διαγνωστικά κέντρα”. Φυντανίδου Ε. (αρθρογράφος). <http://www.tovima.gr/relatedarticles/article/?aid=131815>.
- Τούντας, Γ., κ.ά (2008) “Η υγεία του ελληνικού πληθυσμού 1996-2006”. Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας.
- Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης [ΥΥΚΑ] (2012α) “Υγειονομικές Περιφέρειες”. <http://www.moh.gov.gr/articles/health/c26-xrhsimoi-syndesmoi/ygeionomikes-perifereies/146-ygeionomikes-perifereies>.
- Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης Γενική Γραμματεία (ΥΥΚΑ) (2012) “Έκθεση Αποτελεσμάτων ΥΥΚΑ και των Μονάδων του ΕΣΥ 2011. Η συμπληρωματικότητα εθνικών πολιτικών με τις συγχρηματοδοτούμενες δράσεις στο πλαίσιο του Εθνικού Στρατηγικού Σχεδίου Ανάπτυξης 2007-2013. Αθήνα.
- Υφαντόπουλος, Γ. (2006) “Τα οικονομικά της υγείας, θεωρία και πολιτική”, 2^η έκδοση, εκδ. Τυπωθήτω, Αθήνα.

Ξενόγλωσση

- Aiken, LH, Sermeus, W, VandenHeede, K, Sloane, DM, Busse, R, McKee, Metal. (2012) “Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States”. *BMJ*, 344:e1717 doi: 10.1136/bmj.e1717.
- Armesto, SG, Kelley, E and Wei, L (2007) “Health Care Quality Indicators Project. Patient Safety Data Systems in the OECD: A report of a joint Irish”. *Department of Health - OECD Conference*, 22 March 2007, DELSA/HEA/HCQ(2007)1, Directorate for Employment, Labour and Social Affairs Health Committee.
- Chaloff, J (2008) “*Mismatches in the Formal Sector, Expansion of the Informal Sector: Immigration of Health Professionals to Italy*”. OECD Health Working Papers, No. 34, OECD Publishing, Paris.
- Economou, C (2010) “Greece: Health system review”. *Health Systems in Transition*, Vol. 12 No. 7. European Observatory on Health Systems and Policies.
- European Commission [E.C.] (2003) “Standard Eurobarometer”, DG SANCO.
- Health Consumer Powerhouse (2012) “*The Euro Health Consumer Index 2012*”. Brussels.
- ICAPGroup (2010) “*Ιδιωτικές Υπηρεσίες Υγείας*”, κλαδική μελέτη. Διεύθυνση Οικονομικών Μελετών, Αθήνα.
- Institute of Medicine [IOM] (2001) “*Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*”. Washington, DC: National Academy Press.
- OECD (2004) “*Selecting Indicators for Patient Safety at the Health Systems Level in OECD Countries*”. OECD Health Technical Papers, J. Millar, S. Mattke and the Members of the OECD Patient Safety Panel, DELSA/ELSA/WD/HTP(2004)18, Directorate for Employment, Labour and Social Affairs Health Committee, France.
- OECD (2009) “*OECD Economic Surveys: Greece*”. OECD Publishing, Paris. http://dx.doi.org/10.1787/eco_surveys-grc-2011-en.

- OECD (2009a) “*Health Care System in Greece, OECD Public Management reviews: Strengthening Public Administration Reform in Greece*”, Paris.
- OECD (2010) “*Health Data 2010*”. Paris.
- OECD (2012) “*Health at a Glance: Europe 2012*”. OECD Publishing.
<http://dx.doi.org/10.1787/9789264183896-en>.
- OECD (2013) “*OECD Health Data 2013*”. OECD Health Statistics (database).
<http://www.oecd.org/els/health-systems/Briefing-Note-GREECE-2013.pdf>.
- Papanikolaou, V and Ntani, S (2008) “Addressing the paradoxes of satisfaction with hospital care”. *Int J Health Care Qual Assur*, 21(6):548-61.
- Theodorokioglou, Y and Tsiotras, G (2000) “The need for the introduction of quality management into Greek health care”. *Total Quality Management and Business Excellence*, 11(8):1153–1165.
- Valentine, N et al. (2003) “Patient experiences with health services: Population surveys from 16 OECD countries”. In: Murray, Ch, Evans, D (eds.) *Health systems performance assessment: Debates, methods and empiricism*. Geneva, World Health Organization: 643–652.
- Veillard, J, Champagne, F, Klazinga, N, Kazandjian, V, Arah, OA and Guisset, AL (2005) “A performance assessment framework for hospitals: the WHO regional office for Europe PATH project”. *International Journal of Quality in Health Care*, 17: pp. 487-496.
- World Health Assembly (2002) “Quality of care: patient safety.” WHA55.18, Agenda item 13.9, *Ninth plenary meeting*, 18 May 2002 A55/VR/92002.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΡΑΙΑ

Β' ΜΕΡΟΣ

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

ΓΑΛΕΡΙΣΤΗΜΟΤΕΡΑ

Κεφάλαιο 4

Μεθοδολογία σχεδιασμού έρευνας

4.1 Μεθοδολογικό πλαίσιο 1^ο ερευνητικού πεδίου: Το Ιατρικό Σφάλμα στην Ελλάδα

4.1.1 Ερευνητικός στόχος

Στο Ελληνικό σύστημα υγείας, όπως προαναφέρθηκε εκτενώς και στην ενότητα 2.6 του Κεφαλαίου 2, λόγω της αδυναμίας που παρουσιάζει στην καταγραφή των ιατρικών σφαλμάτων, ελλείπει ενός κεντρικά οργανωμένου μηχανισμού συστηματικής αναφοράς τους, οι πηγές τροφοδότησης για το ιατρικό σφάλμα στην Ελλάδα, είναι πολύ περιορισμένες. Συγκεκριμένα, οι μονάδες υγείας (δημόσιες και ιδιωτικές) στην Ελλάδα, δε φαίνεται να διαθέτουν μια κεντρικά οργανωμένη βάση δεδομένων αναφοράς και καταγραφής των ιατρικών σφαλμάτων και η εξωτερίκευση αυτών των περιστατικών, προέρχεται μόνο από μεμονωμένες σποραδικές αυτόβουλες αναφορές.

Μέχρι σήμερα, στην Ελλάδα έχει διενεργηθεί ένας ελάχιστος αριθμός ερευνών, περιορισμένης έκτασης και δείγματος που καταγράφουν μόνο ποιοτικά χαρακτηριστικά των σφαλμάτων. Έτσι λοιπόν, στο 1^ο ερευνητικό πεδίο θα επιχειρηθεί η κάλυψη του «κενού» εύρεσης στατιστικών στοιχείων για το ιατρικό σφάλμα σε όλη την Ελλάδα. Θα διεξαχθεί πρωτογενής έρευνα των ποιοτικών αλλά και οικονομικών χαρακτηριστικών των ιατρικών σφαλμάτων στο Ελληνικό σύστημα υγείας, μέσα από δικαστικές υποθέσεις ιατρικής αμέλειας.

4.1.2 Ερευνητική τεκμηρίωση μεθοδολογικής προσέγγισης

Η ανάλυση δικαστικών αποφάσεων ιατρικής ευθύνης επιλέχθηκε, ως η πιο αντικειμενική, έγκυρη, αξιόπιστη και επίσημη ερευνητική μέθοδος για την άντληση πρωτογενών δεδομένων που μπορούν να αποτυπώσουν ευκρινώς την κατάσταση στην Ελλάδα, σχετικά με το ιατρικό σφάλμα. Είναι αντιληπτό ότι οι κανόνες δικαίου που διέπουν την ακροαματική διαδικασία αξιολόγησης του ιατρικού συμβάντος με την παράλληλη χρήση των αποδεικτικών μέσων (π.χ. πραγματογνωμοσύνη από εμπειρογνώμονες, τεχνικούς συμβούλους, ιατρικές γνωματεύσεις, κ.ά) διασφαλίζουν, στο βαθμό του δυνατού, την αλήθεια των γεγονότων.

4.1.3 Μεθοδολογικά βήματα ερευνητικής διαδικασίας

Το μέγεθος του δείγματος ανέρχεται σε 680 περιπτώσεις ιατρικής αμέλειας που έχουν συμβεί κυρίως τις τελευταίες δύο δεκαετίες, σε όλη την επικράτεια. Η ερευνητική διαδικασία περιλαμβάνει διεξοδική ανάλυση και λεπτομερή επισκόπηση του περιεχομένου του φακέλου και του σκεπτικού της δικαστικής απόφασης από τα Πολιτικά, Διοικητικά, Ποινικά ή Στρατιωτικά δικαστήρια. Στη συνέχεια καταγράφονται και κωδικοποιούνται εκείνα τα στοιχεία που αφορούν οικονομικές και άλλες μεταβλητές και διατηρούνται σε μια βάση δεδομένων (βλ. πίνακα 4.1) όπου έχει διασφαλιστεί και η αποφυγή διπλογραφιών ιδίου περιστατικού, μέσω της καταχώρησης του αριθμού και του έτους της δικαστικής απόφασης, για κάθε συμβάν.

Πίνακας 4.1: Ποιοτικές και ποσοτικές μεταβλητές* για το ιατρικό σφάλμα

<p><i>Έτος που συνέβη το περιστατικό</i></p>	<p>Κωδικός μονάδας υγείας¹ (αν το περιστατικό συνέβη σε:)</p> <p>Δημόσια νοσοκομεία/Νοσοκομεία-Κέντρα Υγείας/Κέντρα υγείας/ Περιφερειακά Ιατρεία/ΕΚΑΒ/ Ιδιωτικές κλινικές-Ιατρικά Κέντρα/Δομές Πρόληψης & Απεξάρτησης/Δομές Ψυχικής Υγείας/Δομές Δημόσιας Υγείας/Ιατρεία Ασφαλιστικών Φορέων/ Ιδιωτικά Ιατρεία/ Ιατρεία Ο.Τ.Α./ Οδοντιατρεία/Διαγνωστικά Εργαστήρια/ Φαρμακεία/Δομές ΙΚΑ/Ινστιτούτα Αισθητικής-Αδυνατίσματος/Δομές Προστασίας Παιδιού, Νέων και Οικογένειας/Δομές Ατόμων με Αναπηρία</p>	<p>Νομός που ανήκει η μονάδα υγείας όπου συνέβη το περιστατικό (από τους 51 Νομούς της επικράτειας)</p>
<p><i>ΥΠε στην οποία ανήκει η εξεταζόμενη μονάδα υγείας</i> (από τις 7 ΥΠε)</p>	<p>Ειδικότητες ιατρών² με τη μεγαλύτερη ιατρική ευθύνη, την αμέσως μικρότερη & την πιο μικρή ευθύνη (αφορούν σε:)</p> <p>Εσωτερική Παθολογία/Γενική Ιατρική/ Καρδιολογία-Καρδιοχειρουργική/ Πνευμονολογία/Αλλεργιολογία/ Γαστρεντερολογία/Νεφρολογία/ Αιματολογία/Ενδοκρινολογία/ Ρευματολογία/Δερματολογία- Αφροδισιολογία/Νευρολογία/ Ψυχιατρική-Ψυχολογία/Παιδιατρική/ Γενική Χειρουργική/Ουρολογία/ Ορθοπεδική/Φυσιατρική- Φυσικοθεραπεία/Οφθαλμολογία/ ΩΡΛ/Παιδοχειρουργική/ Νευροχειρουργική/Θωρακοχειρουργική/ Αγγειοχειρουργική/Πλαστική Χειρουργική/Ανασθησιολογία/ Μαιευτική-Γυναικολογία/Ακτινολογία/ Πυρηνική Ιατρική/Ακτινοθεραπευτική- Ογκολογία/Μικροβιολογία/ Παθολογική Ανατομική/Κυτταρολογία/ Ιατροδικαστική-Τοξικολογία/Κοινωνική Ιατρική/Γενική Οδοντιατρική- Ορθοδοντική/Γναθοχειρουργική/ Εντατικολογία/Ειδικευόμενος/ Ανειδίκευτος/Νοσηλευτική</p>	<p>Αριθμός εμπλεκόμενων ιατρών για το περιστατικό</p>
<p><i>Ύπαρξη ή όχι ΕΔΕ</i></p> <p><i>Φύλο του θύματος ιατρικού σφάλματος</i></p>	<p>Πόρισμα της ΕΔΕ αθωωτικό/καταψηφιστικό</p> <p>Ηλικία του θύματος ιατρικού σφάλματος</p>	<p>Ύπαρξη πραγματογνωμοσύνης</p> <p>Κωδικός ICD10³</p>
<p>Ομάδα ICD10⁴</p>	<p>Ημέρες νοσηλείας</p>	<p>Βαρύτητα ιατρικού σφάλματος⁵: Προσωρινή βλάβη (απαραίτητη η ιατρική παρέμβαση) Προσωρινή βλάβη (κρίνεται απαραίτητη η νοσηλεία) Μόνιμη αναπηρία Απαιτείται ιατρική παρέμβαση Θάνατος</p>

Στάδιο που συνέβη το περιστατικό ⁶ : Σφάλμα κατά τη Διάγνωση Σφάλμα Ενεργειών Πρόληψης Σφάλμα κατά τη Θεραπεία Άλλες Αιτίες	Παθολογικό/Χειρουργικό (το είδος του περιστατικού)	Κωδικός DRG ⁷
Κωδικός MDC ⁸	Κόστος ανά DRG-KEN ⁹	Υπαρξη επανεισαγωγής
Ημέρες παράτασης νοσηλείας	Εκτίμηση συνολικής επιβάρυνσης κατά KEN εξαιτίας του ιατρικού σφάλματος	Χρήση ειδικών μονάδων κατά τη διάρκεια νοσηλείας (ΜΕΘ, ΜΕΝ, κ.ά)
Αιτούμενη αποζημίωση (ποσό)	Επιδικασθείσα αποζημίωση (ποσό)	% κάλυψης αιτούμενης από την επιδικασθείσα αποζημίωση
Ποινική ευθύνη σε μήνες φυλάκισης με αναστολή (αριθμός)	Χρονικό χάσμα μεταξύ αγωγής και απόφασης	Εξωδικαστικός διακανονισμός (ποσό)

Παρατηρήσεις:

*Σε αρκετές μεταβλητές συναντάται και η κατηγορία “άγνωστο”, σε περιπτώσεις όπου κατά την ερευνητική διαδικασία δεν κατέστη δυνατό να ανευρεθούν στοιχεία είτε διότι όντως δεν υπήρχαν είτε εμείς δε μπορούσαμε να τα εντοπίσουμε, με τα μέσα που διαθέταμε.

¹Για την κωδικοποίηση των μονάδων υγείας, βασιστήκαμε στον οδηγό κωδικοποίησης των δομών και των υπηρεσιών υγείας, από το ΥΥΚΑ (Πηγή: Υγειονομικός χάρτης, χάρτης υπηρεσιών υγείας. <http://ygeiamap.gov.gr/pois-map/>.)

²Οι ιατρικές ειδικότητες έχουν οριστεί με βάση το άρθρο 7 του Ν.Δ. 3366 20/23 Σεπτεμβρίου 1955 (ΦΕΚ Α'/ 258), σχετικά με την άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος, τις ιατρικές ειδικότητες και άλλες διατάξεις. <http://www.mednet.gr/law/law1.htm>.

^{3,4}Βασιστήκαμε στον κατάλογο κωδικών της διεθνούς ταξινόμησης νόσων και συναφών προβλημάτων υγείας ICD-10 του ΠΟΥ (2008). Συγκεκριμένα, για κάθε εξεταζόμενο περιστατικό καταχωρούμε την ομάδα της νόσου από την οποία πάσχει αρχικά ο ασθενής και τον ειδικό κωδικό της.

⁵Αναφέρεται στη διαμορφωμένη μορφή κατηγοριοποίησης της βαρύτητας του ιατρικού σφάλματος που υπέστη ο ασθενής, σύμφωνα με το NCCMERP (1998) (βλ. ενότητα 2.3, κεφαλαίου 2).

⁶Αναφέρεται στο στάδιο της θεραπευτικής διαδικασίας που συνέβη το ιατρικό σφάλμα (Leape, 1994) (βλ. ενότητα 2.3, κεφαλαίου 2).

^{7,8,9}Βασιστήκαμε στην κωδικοποίηση των Κλειστών Ελληνικών Νοσηλίων (KEN) (DiagnosisRelatedGroups - DRGs) όπως περιγράφονται στο ΦΕΚ 946/Β'/2012, για να παραθέσουμε το εκλυόμενο αποτέλεσμα (ασθένεια, πάθηση ή διαταραχή) στην κατάσταση της υγείας του ασθενούς, αφότου υπέστη το ιατρικό σφάλμα, καθώς και την τιμολόγηση ανά KEN ενώ για την τιμολόγηση του ημερήσιου νοσηλίου στηριχθήκαμε στην υπ' αριθμ. Υ4α/οικ. 105.604/27.9.2011-ΦΕΚ2150/Β'/27.9.2011. Η κωδικοποίηση του MDC (MajorDiagnosticCategory) αφορά στην ταξινόμηση της κατηγορίας της προκληθείσας ασθένειας από το ιατρικό σφάλμα.

Γίνεται η χρήση του στατιστικού προγράμματος SPSS 20 και εφαρμόζεται απλή περιγραφική στατιστική ανάλυση (συχνότητες, μέσοι όροι, διάμεσοι, τυπικές αποκλίσεις, πλήθος και συντελεστές μεταβλητότητας, διασπορές, ασυμμετρίες) προκειμένου να αναζητηθούν ποιοτικές και ποσοτικές πληροφορίες χαρτογράφησης του ιατρικού σφάλματος στην Ελλάδα.

Επιπλέον, δημιουργούμε πίνακες διπλής εισόδου (crosstabulation analysis) αναλύοντας πολλαπλές μεταβλητές (οριζόντια και κάθετα), για να εξάγουμε αξιολογούς συσχετισμούς μεταξύ τους. Στη συνέχεια, για να εξετάσουμε αν και κατά πόσο, η βαρύτητα του ιατρικού σφάλματος και το ύψος της επιδικασθείσας αποζημίωσης, επηρεάζονται από άλλες μεταβλητές, κάνουμε χρήση εργαλείων στατιστικού ελέγχου.

Ακολούθως, επιχειρούμε να εκτιμήσουμε τον κίνδυνο της συνολικής οικονομικής επιβάρυνσης, κατά ΚΕΝ και βάσει του ημερήσιου νοσηλίου, από την πρόκληση των ιατρικών σφαλμάτων, για το Ελληνικό σύστημα υγείας. Συγκεκριμένα, συνδυάζοντας την κοστολόγηση των ΚΕΝ, σύμφωνα με την πρόσφατη οικονομική αναπροσαρμογή και για προκαθορισμένη μέση διάρκεια νοσηλείας (ΦΕΚ 946/Β'/2012), με το νέο μειωμένο ημερήσιο κόστος νοσηλείας (υπ' αριθμ. Υ4α/οικ. 105.604/27.9.2011-ΦΕΚ2150/Β'/27.9.2011), προσπαθούμε να διερευνήσουμε την προκληθείσα οικονομική επιβάρυνση για το σύστημα υγείας, από τις παρατεταμένες νοσηλείες και τις επανεισαγωγές, εξαιτίας των ιατρικών σφαλμάτων. Το αποτέλεσμα της παραπάνω προσέγγισης, απεικονίζεται γραφικά σε μια μήτρα κινδύνου, κάνοντας χρήση της διεθνούς εμπειρίας στην εφαρμογή του εργαλείου μεθοδολογίας της χαρτογράφησης κινδύνου (NPSA, 2008).

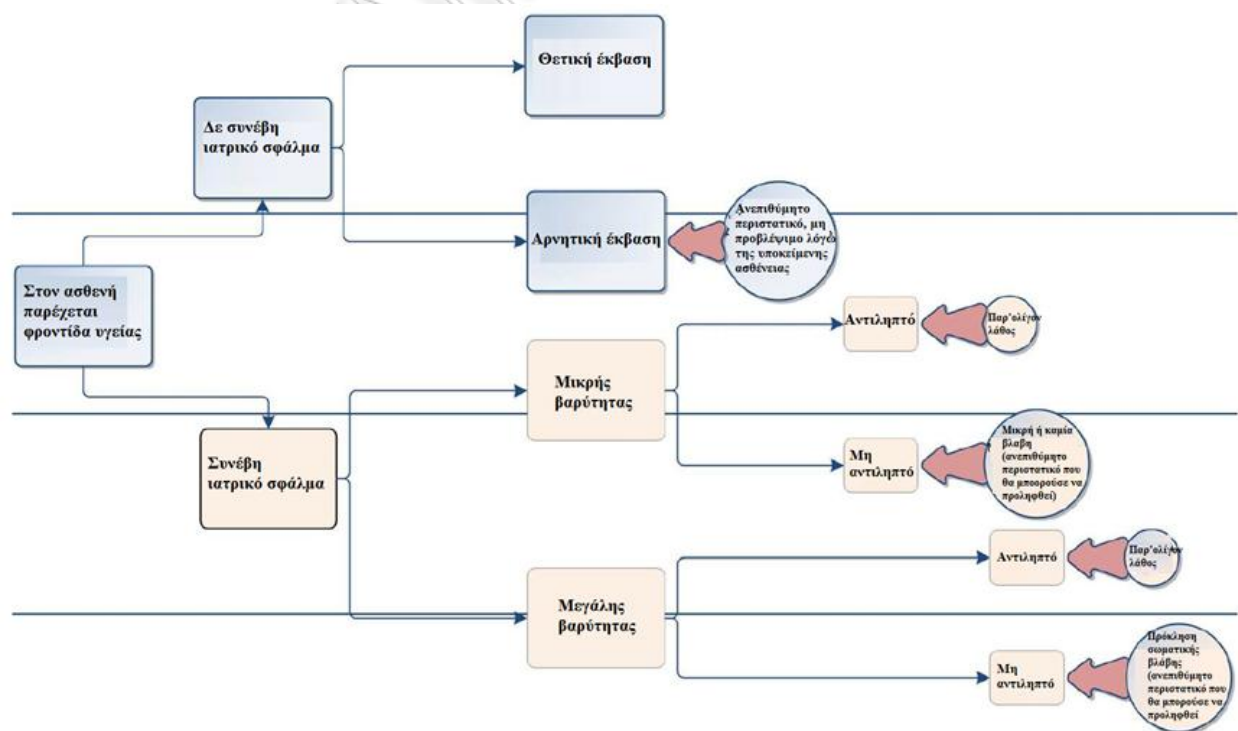
4.2 Μεθοδολογικό πλαίσιο 2^ο ερευνητικού πεδίου: Σύστημα ανίχνευσης, καταγραφής και ανάλυσης ιατρικού σφάλματος και ανεπιθύμητου περιστατικού

4.2.1 Ερευνητικός στόχος

Ένας ενδεχόμενος περιορισμός της ερευνητικής διαδικασίας για το ιατρικό σφάλμα στην Ελλάδα που αναλύθηκε προηγουμένως (1^ο ερευνητικό πεδίο), έγκειται στο ότι μέσα από την ανάλυση των δικαστικών αποφάσεων ιατρικής αμέλειας, μπορούμε να προσεγγίσουμε μόνο την τάση του φαινομένου και όχι εν τέλει την πραγματική επικρατούσα κατάσταση.

Έρευνες (BovbjergandRaymond, 2003; Melló, 2002;QuIC, 2000; VozikisandRiga, 2012; Βοζίκης και Ρήγα, 2008), επισημαίνουν ότι ο πραγματικός αριθμός των ιατρικών σφαλμάτων, μικρής και μεγάλης βαρύτητας που προκαλούνται, κατά τη διάρκεια της παροχής φροντίδας υγείας, ενδέχεται να είναι πολύ πιο μεγάλος από τον εκτιμώμενο, αφού κάποια από τα σφάλματα αυτά δε γίνονται αντιληπτά ενώ τελικά είναι υπεύθυνα για την πρόκληση μικρής ή σοβαρής σωματικής βλάβης που θα μπορούσε να έχει προληφθεί (βλ. διάγραμμα 4.1).

Διάγραμμα 4.1: Πλαίσιο εμφάνισης ιατρικού σφάλματος στο σύστημα υγείας

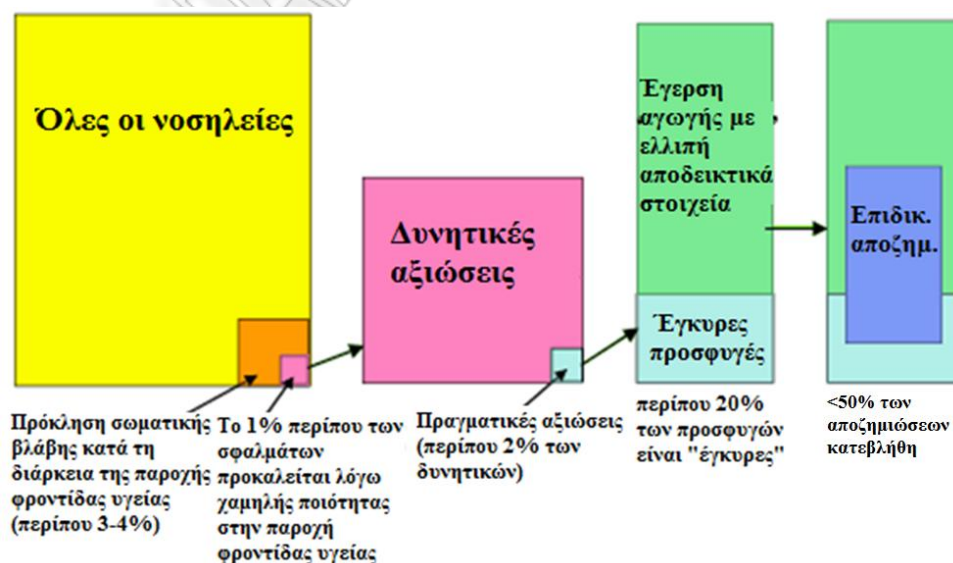


Πηγή: QuIC, 2000; VozikisandRiga, 2012 (μετάφραση στο πρωτότυπο διάγραμμα)

Επιπλέον, από τα ιατρικά σφάλματα που συμβαίνουν μόνο ένα μικρό μέρος από αυτά τελικά κοινοποιείται προς τα έξω. Οι λόγοι που δεν εξωτερικεύεται το μεγαλύτερο ποσοστό των ιατρικών σφαλμάτων, κατά πολλούς ερευνητές (Elgieetal., 1993; InsuranceInformationInstitute, 2003; Bonbjerg and Raymond, 2003), θα μπορούσαν να σχετίζονται με το γεγονός ότι οι ίδιοι ασθενείς συχνά δεν είναι ενήμεροι ή δεν είναι εύκολο αντιληπτό στο ότι έχουν υποστεί ιατρικό σφάλμα ενώ και στην περίπτωση που είναι γνώστες του περιστατικού, δεν προχωρούν σε περαιτέρω ενέργειες αφού στην πλειοψηφία τους τα ιατρικά σφάλματα προκαλούν μικρές και προσωρινές βλάβες. Επιπλέον, δεν είναι λίγες οι φορές που οι ασθενείς δεν είναι σε θέση να αποδείξουν ότι συντρέχει αιτιώδης συνάφεια ανάμεσα στη σωματική βλάβη που έχουν υποστεί και στις πράξεις ή παραλείψεις του ιατρού.

Από αυτά τα ιατρικά σφάλματα που τελικά αναφέρονται, μόνο ένα μικρότερο τμήμα προχωρά τη δικαστική οδό διότι πολλές αγωγές ελλείπει αποδεικτικών στοιχείων κατά τη διάρκεια της προκαταρκτικής έρευνας, απορρίπτονται πριν από τη δίκη ενώ σε ένα ακόμη μεγαλύτερο ποσοστό των περιπτώσεων ολοκληρώνεται η δίκη με μια επιβαρυντική απόφαση για τον ενάγοντα (GAO,1987). Το αποτέλεσμα είναι σε ελάχιστες υποθέσεις από αυτές να επιδικάζονται χρηματικές αποζημιώσεις στους ασθενείς ή στους συγγενείς των θυμάτων. Στο διάγραμμα 4.2 που ακολουθεί αποτυπώνεται γραφικά το πραγματικό ποσοστό (κατά προσέγγιση) των αγωγών που τελεσιδικεί υπέρ επιδίκασης χρηματικής ικανοποίησης στον ασθενή ή τους συγγενείς του.

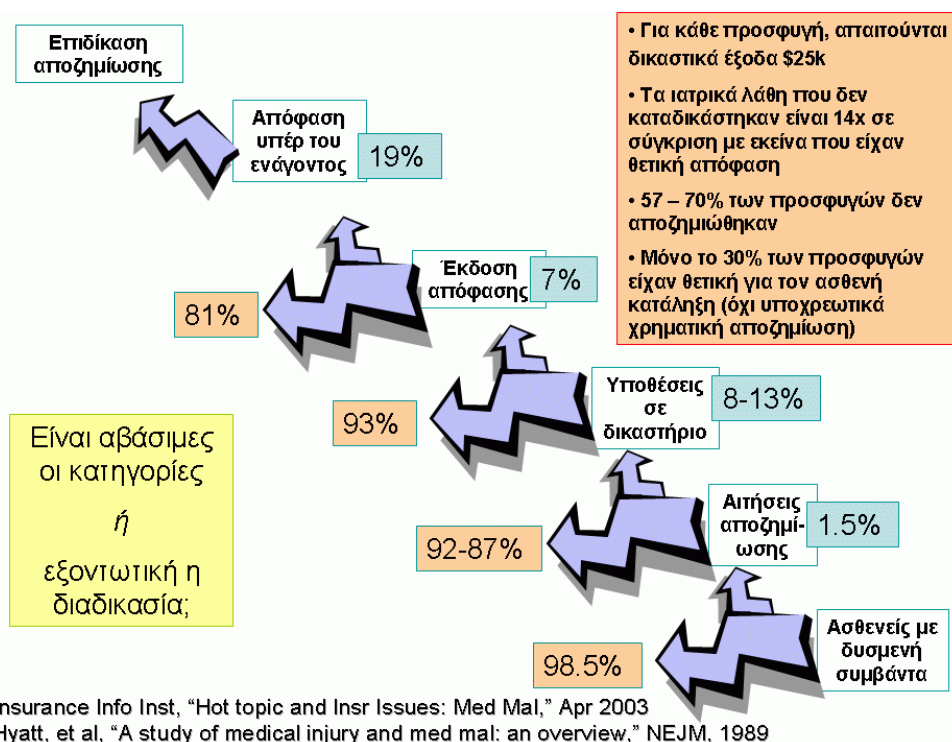
Διάγραμμα 4.2: Ποσοστό ιατρικών σφαλμάτων με καταδικαστική απόφαση



Πηγή: BonbjergandRaymond, 2003(μετάφραση από πρωτότυπο διάγραμμα)

Άλλοι ερευνητές (InsuranceInformationInstitute, 2003; Hyattetal., 1989), υποστηρίζουν ότι πράγματι οι ασθενείς δε διατίθενται να αναφέρουν δημοσίως το ιατρικό σφάλμα και να μηνύσουν τον ιατρό διότι η μετέπειτα προσφυγή στα δικαστήρια προσβλέπει σε μια εξοντωτική χρονοβόρα διαδικασία με υψηλή οικονομική και ψυχολογική ζημία για τους ασθενείς και τους συγγενείς ενώ η έκβαση της δίκης παραμένει άγνωστη (βλ. διάγραμμα 4.3).

Διάγραμμα 4.3: Διαδικασία δικαστικής προσφυγής για ιατρικά σφάλματα



Έτσι λοιπόν, σκοπός του συγκεκριμένου ερευνητικού πεδίου είναι η ανάπτυξη και εφαρμογή ενός συστήματος που θα εγκατασταθεί μέσα στη μονάδα υγείας και θα ανιχνεύει και καταγράφει σε πραγματικό χρόνο, ιατρικά σφάλματα και ανεπιθύμητα περιστατικά, μαζί με τα βασικά χαρακτηριστικά και τους παράγοντες που συνέβαλαν στην πρόκλησή τους. Με αυτό τον τρόπο, διασφαλίζεται ο εντοπισμός όλων εκείνων των συμβάντων εν τη γενέσει τους, που είναι ικανά να προκαλέσουν μικρής ή μεγάλης βαρύτητας σωματική βλάβη, απειλώντας την ασφάλεια του ασθενούς και τα οποία θα μπορούσαν να έχουν προληφθεί.

Μακροπρόθεσμα, μέσα από ενέργειες πρόληψης, παρέμβασης ή απλά ανάλυσης των αιτιών που συνετέλεσαν στην πρόκληση των ιατρικών σφαλμάτων και ανεπιθύμητων περιστατικών, θα επιτευχθεί η σταδιακή μείωση των βλαβών αυτών

(Βοζίκης, κ.ά, 2012). Παράλληλα, η πανελλαδική εφαρμογή του συγκεκριμένου συστήματος, θα μας προσδώσει μια πληρέστερη εικόνα του πραγματικού αριθμού των ιατρικών σφαλμάτων και ανεπιθύμητων περιστατικών που συμβαίνουν στην Ελλάδα.

4.2.2 Ερευνητική τεκμηρίωση μεθοδολογικής προσέγγισης

Η διεθνής βιβλιογραφία(ThomasandPetersen, 2003), έχει να επιδείξει μια πλειάδα από μεθόδους αναγνώρισης και καταγραφής των ιατρικών σφαλμάτων και ανεπιθύμητων περιστατικών όπου η κάθε μια έχει εξελιχθεί με την πάροδο του χρόνου και έχει προσαρμοστεί σε συστήματα υγείας, με διαφορετικές ανάγκες και απαιτήσεις, ικανοποιώντας κάθε φορά ένα συγκεκριμένο σκοπό. Επιπλέον, κάθε μία από τις μεθόδους αυτές, παρουσιάζει ιδιαίτερες δυνατότητες και πλεονεκτήματα, όπως αδυναμίες και περιορισμούς (βλ. πίνακα 4.2). Οι παραδοσιακές μέθοδοι αναφοράς και καταγραφής των ιατρικών σφαλμάτων και ανεπιθύμητων περιστατικών στο εξωτερικό, περιλαμβάνουν συνήθως επισκόπηση του αρχείου του νοσοκομείου, αναδρομικούς ελέγχους των ιατρικών φακέλων των ασθενών, πληροφοριακά συστήματα αναφοράς και καταγραφής και μερικές φορές επιτήρηση «παρά την κλίνη» των διαδικασιών.

Η διεθνής εμπειρία (ThomasandPetersen, 2003) των περασμένων ετών, κατέδειξε ότι η μελέτη νοσολογικών δεδομένων, η επιτόπια παρατήρηση - αυτοψία, η ανάλυση υποθέσεων ιατρικής αμέλειας και τα συστήματα αναφοράς και καταγραφής, δε διασφαλίζουν σε μεγάλο βαθμό, αξιόπιστες και ακριβείς εκτιμήσεις για τα ιατρικά σφάλματα και ανεπιθύμητα περιστατικά ενώθα πρέπει να διερευνηθεί περαιτέρω το επίπεδο αποτελεσματικότητάς τους, για την προάσπιση της ασφάλειας των ασθενών. Επιπλέον, όσον αφορά τις μεθόδους της κλινικής παρατήρησης της φροντίδας υγείας και της επίβλεψης «παρά την κλίνη», πέραν της χρονοβόρας και δαπανηρής διαδικασίας, φαίνεται να έχουν σχετικά περιορισμένη ικανότητα στο να ανιχνεύουν και καταγράφουν όλα τα συμβάντα διότι υπάρχει περίπτωση να συμβαίνουν σε διαφορετικό χρόνο ή τόπο από αυτόν που πραγματοποιείται η επιτήρηση.

Πίνακας 4.2: Πλεονεκτήματα & μειονεκτήματα μεθόδων για την αναφορά-καταγραφή ιατρικών σφαλμάτων και ανεπιθύμητων περιστατικών

Μέθοδος	Πλεονεκτήματα	Μειονεκτήματα
1. Μελέτη στοιχείων νοσηρότητας, θνησιμότητας και από επιτόπια παρατήρηση (αυτοψία)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Διερεύνηση των παραγόντων που συνετέλεσαν στην πρόκληση σωματικής βλάβης ή στο θάνατο ✓ Φιλική μέθοδος προς τους επαγγελματίες, παρόχους υγείας 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Προκαταλαμβάνεται το αποτέλεσμα της μελέτης ✓ Μεροληπτική καταγραφή στοιχείων ✓ Επικέντρωση σε σφάλματα κατά το στάδιο της διάγνωσης ✓ Μη συχνή χρήση της μεθόδου
2. Ανάλυση αιτιών (cause analysis)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Προσφέρει τη δυνατότητα για προληπτικές παρεμβάσεις ✓ Χρήση πρόσφατων στοιχείων 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Προκαταλαμβάνεται το αποτέλεσμα της μελέτης ✓ Επικέντρωση στα σφάλματα μεγάλης βαρύτητας ✓ Ανεπαρκής μέθοδος στην πράξη
3. Ανάλυση δικαστικών φακέλων	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Καταγραφή στοιχείων από πολλαπλές οπτικές γωνίες (ασθενείς, παρόχους υγείας, δικηγόρους) 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Προκαταλαμβάνεται το αποτέλεσμα της μελέτης ✓ Μεροληπτική καταγραφή στοιχείων ✓ Μη τυποποιημένη μορφή πηγής δεδομένων
4. Συστήματα αναφοράς και καταγραφής ιατρικού σφάλματος	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Παρέχουν πολλά στοιχεία σε βάθος χρόνου ✓ Μπορεί να αποτελέσουν μέρος της καθημερινής πρακτικής των επαγγελματιών υγείας 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Μεροληπτική καταγραφή στοιχείων ✓ Προκαταλαμβάνεται το αποτέλεσμα της μελέτης
5. Ανάλυση δεδομένων από το αρχείο του νοσοκομείου	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Χρήση άμεσα διαθέσιμων δεδομένων ✓ Ανέξοδη μέθοδος 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Μπορεί να στηριχθεί σε ελλιπή και ανακριβή στοιχεία ✓ Τα δεδομένα είναι αποκομμένα από την κλινική παρατήρηση
6. Ανασκόπηση ιατρικών φακέλων	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Χρήση άμεσα διαθέσιμων δεδομένων ✓ Συνήθης μέθοδος 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Τα συμπεράσματα για τα ανεπιθύμητα περιστατικά δεν είναι αξιόπιστα ✓ Οι ιατρικοί φάκελοι ενδέχεται να περιέχουν ελλιπή στοιχεία ✓ Προκαταλαμβάνεται το αποτέλεσμα της μελέτης
7. Επισκόπηση του ηλεκτρονικού ιατρικού φακέλου	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ανέξοδη μέθοδος μετά την αρχική επένδυση ✓ Ανιχνεύει και καταγράφει σφάλματα σε πραγματικό χρόνο ✓ Ενσωματώνει πολλαπλές πηγές δεδομένων 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Πιθανότητα εισαγωγής λανθασμένων, μεροληπτικών δεδομένων, εξαιτίας της ανθρώπινης παρουσίας ✓ Δαπανηρό στην εφαρμογή
8. Παρατήρηση των παρεχόμενων διαδικασιών φροντίδας υγείας	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ακριβή και σαφή δεδομένα ✓ Παρέχει δεδομένα που σε άλλη περίπτωση δε θα ήταν διαθέσιμα ✓ Ανίχνευση περισσότερων σφαλμάτων «σε πραγματικό χρόνο» 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Χρονοβόρα και δαπανηρή διαδικασία ✓ Δυσκολία στην εκπαίδευση αξιόπιστων παρατηρητών ✓ Ανακύπτει προβληματισμός σχετικά με το ζήτημα τήρησης της εμπιστευτικότητας ✓ Πιθανός κίνδυνος υπερπληροφόρησης και αποπροσανατολισμού από το στόχο
9. Ενεργή διαδικασία επίβλεψης «παρά την κλίνη»	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ακριβή και σαφή δεδομένα για τα ανεπιθύμητα περιστατικά 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Χρονοβόρα και δαπανηρή διαδικασία

Πηγή: Thomas and Petersen, 2003 (διαμόρφωση και μετάφραση στον πρωτότυπο πίνακα)

Έτσι λοιπόν, για την περίπτωση του Ελληνικού συστήματος υγείας, η ενδεικνυόμενη μέθοδος, για την αποτελεσματική αναγνώριση και καταγραφή των ιατρικών σφαλμάτων και ανεπιθύμητων περιστατικών είναι μεν η ανάπτυξη ενός συστήματος καταγραφής και αναφοράς που θα στηρίζεται όμως στην έννοια των ενδείξεων (triggertool) (Βοζίκης, κ.ά., 2012).

Η καινοτομία ενός τέτοιου συστήματος ανίχνευσης, καταγραφής και ανάλυσης των ιατρικών σφαλμάτων και ανεπιθύμητων περιστατικών έγκειται στον τρόπο αναγνώρισή τους, μέσω του ιατρικού φακέλου και με τη χρήση της τεχνικής των ενδείξεων για τον εντοπισμό των κύριων αιτιών που τα προκάλεσαν. Η μέθοδος αυτή μπορεί να παρέχει περισσότερες πληροφορίες σε σύγκριση με άλλες μεθόδους όπως για παράδειγμα, την απλή ανασκόπηση των ιατρικών φακέλων ενώ επικουρεί σημαντικά στο σχεδιασμό προληπτικών παρεμβάσεων για τη βελτίωση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας υγείας αλλά και την προστασία της ασφάλειας του ασθενούς (VozikisandRiga, 2012).

Η έννοια των ενδείξεων στην ανίχνευση των ανεπιθύμητων περιστατικών, εισήχθη για πρώτη φορά, από τον Jick (1974) και πριν από μερικά χρόνια ερευνητές εφήρμοσαν την τεχνική των ενδείξεων ως μεθοδολογικό εργαλείο για τον εντοπισμό ανεπιθύμητων περιστατικών που σχετίζονται με τη φαρμακευτική αγωγή (Classen et al., 1992; Rozich et al. 2003).

4.2.3 Μεθοδολογικά βήματα ερευνητικής διαδικασίας

Επιλέχθηκε η ανάπτυξη και η υλοποίηση ενός συστήματος ανίχνευσης, καταγραφής και ανάλυσης των ιατρικών σφαλμάτων και ανεπιθύμητων περιστατικών σε περιβάλλον ΜΕΘ. Η επιλογή του περιβάλλοντος της ΜΕΘ για την πιλοτική εφαρμογή του προτεινόμενου συστήματος, δεν έγινε τυχαία. Σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία (Graf, 2003; Kaushaletal., 2007), ο αριθμός των ιατρικών σφαλμάτων που συμβαίνουν σε ΜΕΘ φαίνεται να είναι συγκριτικά μεγαλύτερος σε σχέση με αυτόν που εμφανίζεται σε άλλες μονάδες φροντίδας υγείας ενώ ερευνητές επίσης (Nulletal., 2007; Curtisetal., 2006) υπογραμμίζουν ότι στις ΜΕΘ υπάρχουν αυξημένες πιθανότητες να τεθεί σε κίνδυνο η ασφάλεια των ασθενών.

Η ιδιορρυθμία του περιβάλλοντος της ΜΕΘ (Bates, 1998; Nulletal., 2007;

Thomasetal., 2000; Curtisetal., 2006) έγκειται αρχικά στο ιδιαίτερο ύφος και χαρακτηριστικά των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας όπου νοσηλεύονται βαριά ιατρικά περιστατικά ασθενών με μηχανική υποστήριξη των ζωτικών τους οργάνων και με έναν υπαρκτό ή δυνητικό κίνδυνο θανάτου. Επιπλέον, στη ΜΕΘ ελλοχεύει η αυξημένη πιθανότητα να καταλήξει ο ασθενής, ως ίδιον της ομολογουμένως, δύσκολης δομής και οργάνωσης που παρουσιάζει, σε σχέση με άλλες κλινικές μονάδες.

Το προτεινόμενο σύστημα (Βοζίκης, κ.ά., 2012) στο στάδιο του σχεδιασμού και της ανάπτυξής του, συνδυάζει την εμπειρία εφαρμογής του εργαλείου μεθοδολογίας TriggerToolforMeasuringAdverseDrugEvents του InstituteforHealthcareImprovement (IHI)(GriffinandResar, 2009), με τη λιγότερο εκτενώς εφαρμοσμένη μεθοδολογία του ICUAdverseEventTriggerTool του VHA/IHI (2002). Επιπλέον, υιοθετεί τη φιλοσοφία καταγραφής και αναφοράς των ιατρικών σφαλμάτων του IntensiveCareUnitSafetyReportingSystem (ICUSRS), όπως ακολουθείται από την SocietyofCriticalCareMedicine (SCCM) (Holzmuelleretal., 2005) και του CriticalIncidentReportinginCriticalCare, όπως ορίζεται από το CounciloftheIntensiveCareSociety (Webbetal., 2006).

Συγχρόνως, για να διασφαλιστεί η εγκυρότητα, η αξιοπιστία και η επιστημονική ακεραιότητα των κωδικοποιήσεων που πρόκειται να περιληφθούν στο προτεινόμενο σύστημα, η μεθοδολογία του συστήματος κινείται σύμφωνα με την ευρύτατα αποδεκτή κατηγοριοποίηση σε μείζονες κατηγορίες των δυσμενών συμβάντων της AustralianIncidentMonitoringStudyinIntensiveCareUnit (AIMS-ICU) (Beckmannetal., 1996), σε συνδυασμό με την CriticalCareSafetyStudy (CCSS) της HarvardWorkHoursandHealthStudy (Rothschildetal., 2005) και σε αντιστοιχία με την κατηγοριοποίηση που αναπτύχθηκε από ιατρούς και νοσηλευτές, ειδικούς σε θέματα εντατικής θεραπείας και με μακρόχρονη εμπειρία, προσαρμοσμένη στις ιδιομορφίες, απαιτήσεις και ανάγκες των Ελληνικών ΜΕΘ αλλά και στους διεθνείς κανόνες και πρότυπα μελέτης ανεπιθύμητων περιστατικών σε ΜΕΘ.

Η συνήθης πρακτική ανασκόπησης του ιατρικού φακέλου, αφορά σε μελέτη όλου του ιστορικού των ιατρικών παρεμβάσεων στις οποίες υποβλήθηκε ο ασθενής, κατά τη διάρκεια της θεραπευτικής διαδικασίας. Η συγκεκριμένη μέθοδος ελέγχου του ιατρικού φακέλου εμφανίζει αρκετές διαφοροποιήσεις σε σχέση με την προτεινόμενη μεθοδολογία ανίχνευσης και καταγραφής ανεπιθύμητων περιστατικών.

Τα μεθοδολογικά βήματα που προτείνονται για το τελικό στάδιο της εφαρμογής του προτεινόμενου συστήματος, βασίζονται σε μια σειρά διεργασιών σχετικές με: **(α)** την ενημέρωση-εκπαίδευση του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού για τη διαδικασία δειγματοληψίας-επιλογής των ιατρικών φακέλων, **(β)** το συστηματικό και προγραμματισμένο τρόπο εξέτασης, ερμηνείας και καταγραφής στο σύστημα, των πληροφοριών που περιέχονται στον ιατρικό φάκελο, σύμφωνα με τις επιλεγθείσες κωδικοποιήσεις.

Σχετικά με τον τρόπο επιλογής των ιατρικών φακέλων που θα ενταχθούν στη διαδικασία επισκόπησης, η μεθοδολογία που ακολουθείται ορίζει την τυχαία επιλογή διότι βασίζεται στη φιλοσοφία στο να ελεγχθούν ιατρικοί φάκελοι που θα αφορούν σε διαφορετικές ομάδες διαχείρισης ασθενειών. Συγκεκριμένα, ένας γενικός κανόνας που μπορεί να ακολουθηθεί είναι να επιλέγονται προς επισκόπηση 10 ιατρικοί φάκελοι κάθε δύο εβδομάδες ή 20 ιατρικοί φάκελοι κάθε μήνα. Στην περίπτωση, όμως που η ΜΕΘ διαχειρίζεται μικρότερο αριθμό διαφορετικών περιστατικών, τότε προτείνεται η εξέταση σε μηνιαία βάση όλων των ιατρικών φακέλων των ασθενών που λαμβάνουν εξιτήριο από τη ΜΕΘ.

Σημαντική προϋπόθεση στη σωστή επιλογή των ιατρικών φακέλων και στις δύο περιπτώσεις, αποτελεί η διάρκεια νοσηλείας στη ΜΕΘ που θα πρέπει να είναι τουλάχιστον δύο ημέρες και άνω, διότι η διεθνής εμπειρία αναφέρει ότι λιγότερες ημέρες στη ΜΕΘ δεν μπορούν να παρέχουν ικανό όγκο δεδομένων. Σημειωτέον, οι ημέρες νοσηλείας στη ΜΕΘ καταμετρώνται με βάση την ημερομηνία εισαγωγής και την ημερομηνία του εξιτηρίου και όχι βάσει ωρών.

Η επισκόπηση του ιατρικού φακέλου του ασθενούς, όπως γίνεται αντιληπτό, αποτελεί κεντρική διαδικασία στη συγκεκριμένη μεθοδολογία, προκειμένου να ανιχνευθούν εκείνες οι ενδείξεις, όπως εμφανίζονται στο προτεινόμενο σύστημα, που θα κατευθύνουν τον ερευνητή σε πιθανά ανεπιθύμητα περιστατικά (GriffinandResar, 2009). Σε περίπτωση που ο ερευνητής βάσει των ενδείξεων, εντοπίζει περισσότερα του ενός ανεπιθύμητα περιστατικά, τότε προχωρά σε ξεχωριστή καταχώρηση αυτών των περιστατικών, ώστε να ακολουθείται η διαδικασία της μιας καταχώρησης ανά φορά. Παρακάτω ακολουθεί ο πίνακας με τις κωδικοποιημένες ενδείξεις που χρησιμοποιούνται στο σύστημα (βλ. πίνακα 4.3).

Το προτεινόμενο σύστημα προϋποθέτει ότι ο ερευνητής θα επικεντρώνεται στην αναζήτηση εκείνου μόνο του τμήματος του ιατρικού φακέλου στο οποίο τον έχει

κατευθύνει η ένδειξη από το σύστημα, ώστε να εντοπίσει τα πιθανά υποκείμενα ανεπιθύμητα περιστατικά που σχετίζονται με την ένδειξη. Για παράδειγμα, η χορήγηση της βιταμίνης Κ αποτελεί μια ένδειξη πιθανής εμφάνισης ενός ανεπιθύμητου περιστατικού που κινητοποιεί τον ερευνητή να αναζητήσει περαιτέρω πληροφορίες στο συγκεκριμένο τμήμα του ιατρικού φακέλου που σχετίζεται με τη χορήγηση της φαρμακευτικής αγωγής, ώστε να διαπιστώσει την πιθανή σύνδεση της ένδειξης με την εμφάνιση του ανεπιθύμητου περιστατικού.

Πίνακας 4.3: Κωδικοποίηση των ενδείξεων

Ενδείξεις σχετιζόμενες με Δυσμενή Συμβάντα		
Κωδικός	Περιγραφή	
ICU01	Θετική αιμοκαλλιέργεια	<input type="checkbox"/>
ICU02	Απτόμη πτώση του Αιματοκρίτη (Hct) ή της Αιμοσφαιρίνης (Hgb) κατά 4 μονάδες ή παραπάνω	<input type="checkbox"/>
ICU03	Θετικό σε λοίμωξη C. Difficile	<input type="checkbox"/>
ICU04	Χρόνος μερικής θρομβοπλαστικής (PTT) και Διεθνές Κανονικοποιημένο Πηλίκο (INR)	<input type="checkbox"/>
ICU05	Γλυκόζη <50 mg/dl	<input type="checkbox"/>
ICU06	Αύξηση συγκέντρωσης ουρίας αίματος BUN ή ορός κρεατινίνης δύο φορές (2x) πάνω από την τιμή βάσης	<input type="checkbox"/>
ICU07	Ραδιολογικές εξετάσεις για Clot ή Emboli	<input type="checkbox"/>
ICU08	Χορήγηση Kayexalate	<input type="checkbox"/>
ICU09	Χορήγηση Fenistil	<input type="checkbox"/>
ICU10	Χορήγηση Vitamin K	<input type="checkbox"/>
ICU11	Χορήγηση Flumazenil (Romazicon)	<input type="checkbox"/>
ICU12	Χορήγηση Naloxone (Narcan)	<input type="checkbox"/>
ICU13	Χορήγηση αντι-διαρροϊκών/ anti-καθαρτικών	<input type="checkbox"/>
ICU14	Κωδικοποιημένα μηνύματα	<input type="checkbox"/>
ICU15	Εμφάνιση πνευμονίας στη μονάδα	<input type="checkbox"/>
ICU16	Επανεισαγωγή στη μονάδα	<input type="checkbox"/>
ICU17	Νέα έναρξη (αιμο)διάλυσης	<input type="checkbox"/>
ICU18	Διαδικασίες εντός της μονάδας	<input type="checkbox"/>
ICU19	Διασωλήνωση- Καθετηριασμός/ Επαναδιασωλήνωση Επανακαθετηριασμός	<input type="checkbox"/>
ICU20	Αιφνίδια διακοπή φαρμακευτικής αγωγής	<input type="checkbox"/>
ICU21	Υπερβολική καταστολή/Λήθαργος/Υπόταση	<input type="checkbox"/>
ICU22	Άλλο	<input type="checkbox"/>
ICU00	Άγνωστο	<input type="checkbox"/>

Η προτεινόμενη διαδικασία της επισκόπησης του ιατρικού φακέλου περιλαμβάνει δύο κατάλληλα εκπαιδευμένα άτομα ή ομάδες ατόμων των δύο από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό που θα εξετάζουν ξεχωριστά, τυχαία επιλεγμένους ιατρικούς φακέλους ασθενών. Ο χρόνος που απαιτείται να διατεθεί από τον ερευνητή για κάθε ιατρικό φάκελο, είναι περίπου 15–20 min, δηλαδή θα πρέπει να εφαρμοστεί ο «κανόνας των 20 min», ανεξάρτητα με τον όγκο των δεδομένων που περιέχει ο ιατρικός φάκελος, ώστε να διασφαλιστεί η ορθή εφαρμογή της μεθοδολογίας.

Με τη συγκεκριμένη μέθοδο επισκόπησης του ιατρικού φακέλου, ο ερευνητής κατευθύνεται από το σύστημα να εξετάσει μόνο εκείνες τις ενότητες που του έχει υποδείξει ότι υπάρχει ένδειξη για πιθανή εμφάνιση ανεπιθύμητου περιστατικού και έτσι επιτυγχάνεται η εξέταση πολυσέλιδων ιατρικών φακέλων, σε ένα σύντομο χρονικό διάστημα.

Είναι σημαντικό να τονιστεί ότι η εν λόγω μεθοδολογία δεν προσβλέπει στην ανίχνευση όλων των ανεπιθύμητων περιστατικών που μπορεί να περιέχει ένας ιατρικός φάκελος, αλλά σε μια λήψη ενός ικανού δείγματος περιστατικών που θα συμβάλλει στον μετέπειτα επανασχεδιασμό της ΜΕΘ, με σκοπό την προάσπιση της ασφάλειας του ασθενούς και τη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών στη ΜΕΘ.

Στον πίνακα 4.4 που ακολουθεί παρουσιάζονται οι κατηγορίες των ανεπιθύμητων περιστατικών με τους κωδικούς 1 έως 7 που συνδέονται με τις παραπάνω ενδείξεις καθώς και η εκτεταμένη τους μορφή. Παρατηρούμε ότι το προτεινόμενο σύστημα ακόμη μπορεί να εντάξει στο περιβάλλον του και περιστατικά που δεν είναι αποτέλεσμα λανθασμένου χειρισμού αλλά προκύπτουν εξαιτίας άλλων παραγόντων (Leape, 1994; NQF, 2007; GriffinandResar, 2009)

Πίνακας 4.4: Κατηγορίες ανεπιθύμητων περιστατικών και η εκτεταμένη μορφή τους

Κατηγορία Δυσμενούς Συμβάντος		Βαρύτητα Συμβάντος					
Κωδικός	Περιγραφή	A-D	E	F	G	H	I
1	Σχετιζόμενα με διασωλήνωση/μηχανικό αερισμό	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Σχετιζόμενα με φάρμακα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Σχετιζόμενα με αγγειακές γραμμές	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Σχετιζόμενα με μηχανήματα/συσσκευές/αναλώσιμα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Σχετιζόμενα με διαχείριση του ασθενή/περιβάλλον	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Σχετιζόμενα με Διαχείριση της μονάδας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	άγνωστο	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Κατηγορία δυσμενούς συμβάντος

Κωδικός Δυσμενούς Συμβάντος	Κατηγορία δυσμενούς συμβάντος		Κωδικός Δυσμενούς Συμβάντος	Κατηγορία δυσμενούς συμβάντος	
1	απόφραξη τραχειοσωλήνα	<input type="checkbox"/>	4	πλημμελής λειτουργία λαρυγγοσκοπίου	<input type="checkbox"/>
1	τυχαία αποσωλήνωση	<input type="checkbox"/>	4	λανθασμένη ρύθμιση αναπνευστήρα	<input type="checkbox"/>
1	κακή λειτουργία αναρρόφησης	<input type="checkbox"/>	4	κακή λειτουργία απινιδωτή	<input type="checkbox"/>
1	κακή λειτουργία αναπνευστήρα	<input type="checkbox"/>	4	πλημμελής λειτουργία αντλίας φαρμάκων	<input type="checkbox"/>
1	κακή λειτουργία AMBU	<input type="checkbox"/>	4	απόφραξη ουροκαθετήρα	<input type="checkbox"/>
1	άλλο	<input type="checkbox"/>	4	άλλο	<input type="checkbox"/>
2	παράλειψη χορήγησης φαρμάκου	<input type="checkbox"/>	5	χορήγηση αίματος-παραγώγων σε λάθος ασθενή	<input type="checkbox"/>
2	λάθος δοσολογίας φαρμάκου	<input type="checkbox"/>	5	πτώση-τραυματισμός ασθενή	<input type="checkbox"/>
2	λανθασμένη προετοιμασία -χορήγηση φαρμάκων-παραντερικών διαλυμάτων	<input type="checkbox"/>	5	κατακλίσεις	<input type="checkbox"/>
2	χορήγηση φαρμάκων-διαλυμάτων σε λάθος ασθενή	<input type="checkbox"/>	5	νοσοκομειακές λοιμώξεις	<input type="checkbox"/>
2	άλλο	<input type="checkbox"/>	5	πρώιμη εντερική σίτιση	<input type="checkbox"/>
3	απόφραξη κεντρικού φλεβικού ή αρτηριακού καθετήρα	<input type="checkbox"/>	5	άλλο	<input type="checkbox"/>
3	τυχαία αφαίρεση κεντρικού φλεβικού ή αρτηριακού καθετήρα	<input type="checkbox"/>	6	άλλο	<input type="checkbox"/>
3	λάθη κατά την εισαγωγή κεντρικού φλεβικού ή αρτηριακού καθετήρα	<input type="checkbox"/>	7	άλλο	<input type="checkbox"/>
3	άλλο	<input type="checkbox"/>			

Όπως έχει ήδη αναφερθεί στην ενότητα 2.1 Κεφάλαιο 2, κάποια ανεπιθύμητα περιστατικά ενδέχεται να προέρχονται από ιατρικά σφάλματα και το χαρακτηριστικό τους γνώρισμα είναι ότι μπορούν να προληφθούν. Έτσι λοιπόν, βάσει αυτής της παραδοχής, το προτεινόμενο σύστημα προκειμένου να παρέχει τη δυνατότητα ανίχνευσης και ανάλυσης των κυρίων αιτιών εμφάνισης των ιατρικών σφαλμάτων RootCauseAnalysis (RCA), σε μεταγενέστερο χρόνο, καταγράφει και ιατρικά σφάλματα τα οποία εντάσσονται ομαδοποιημένα σε κάθε μια από τις παραπάνω κατηγορίες των ανεπιθύμητων περιστατικών, σε κωδικοποιημένη μορφή και τα οποία επιλέχθηκαν με κριτήριο τη συχνότητα εμφάνισής τους στη ΜΕΘ, αλλά και τη βαρύτητα των συνεπειών τους (GriffinandResar, 2009).

Παρατηρούμε από τον πίνακα 4.4 ότι το σύστημα προσφέρει επιπλέον τη δυνατότητα στον ερευνητή να καταχωρεί δίπλα σε κάθε ιατρικό σφάλμα ή ανεπιθύμητο περιστατικό που ανιχνεύεται, το επίπεδο της βαρύτητας δηλαδή το αν η βλάβη που προξένησε στον ασθενή είναι μικρής ή μεγάλης έκτασης, σύμφωνα με την κατηγοριοποίηση του NCCMERP (1998), όπως αναλύθηκε εκτενώς στην ενότητα 2.3 του Κεφαλαίου 2 (βλ. πίνακα 4.5). Εν συνεχεία, το σύστημα υποδεικνύει στον ερευνητή τις συνέπειες-βλάβες που τυγχάνει να έχει υποστεί ο ασθενής, εξαιτίας της πρόκλησης ιατρικού σφάλματος και ανεπιθύμητου περιστατικού, κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του στη ΜΕΘ (βλ. πίνακα 4.6).

Πίνακας 4.5: Κατηγοριοποίηση βαρύτητας λόγω πρόκλησης ανεπιθύμητου περιστατικού

Ανάλυση κατηγορίας βαρύτητας	
•	Κατηγορία A-D: Καμμία βλάβη στον ασθενή.
•	Κατηγορία E: Προσωρινή βλάβη στον ασθενή, που κρίνεται απαραίτητη η ιατρική παρέμβαση.
•	Κατηγορία F: Προσωρινή βλάβη στον ασθενή που κρίνεται απαραίτητη μια επανεισαγωγή ή παρατεταμένη νοσηλεία στη ΜΕΘ ή σε άλλη μονάδα.
•	Κατηγορία G: Μόνιμη αναπηρία ασθενούς.
•	Κατηγορία H: Απαιτείται ιατρική παρέμβαση για να διατηρηθεί στη ζωή ο ασθενής.
•	Κατηγορία I: Θάνατος ασθενούς.

Πίνακας 4.6: Συνέπειες ιατρικού σφάλματος και ανεπιθύμητου περιστατικού

Συνέπεια περιστατικού	
Περιγραφή	
Απώλεια αίματος	<input type="checkbox"/>
Τραυματισμός ασθενούς	<input type="checkbox"/>
Κωδικοποιημένα μηνύματα	<input type="checkbox"/>
Πνευμοθώρακας - αιμοθώρακας	<input type="checkbox"/>
Επανεισαγωγή στη μονάδα	<input type="checkbox"/>
Εισφόρηση	<input type="checkbox"/>
Επαναδιασωλήνωση	<input type="checkbox"/>
Καρδιακή ανακοπή	<input type="checkbox"/>
Υπερβολική πτώση / αύξηση αρτηριακής πίεσης	<input type="checkbox"/>
Ταχυκαρδία - βραδυκαρδία	<input type="checkbox"/>
Αλλεργική αντίδραση	<input type="checkbox"/>
Αιφνίδια υποξυγοναιμία (Sat<80%, PO2<60mmhg)	<input type="checkbox"/>
άλλο	<input type="checkbox"/>

Για την επιτυχή εφαρμογή και την εύρυθμη λειτουργία του συστήματος, προτείνεται να τεθούν (3) τρία άτομα επικεφαλής του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού, ένας ιατρός και δυο νοσηλευτές, οι οποίοι θα είναι επιφορτισμένοι με την ευθύνη του εσωτερικού συντονισμού της λειτουργίας του συστήματος (GriffinandResar, 2009). Θα πρέπει να διευκρινιστεί επίσης ότι η ηλεκτρονική

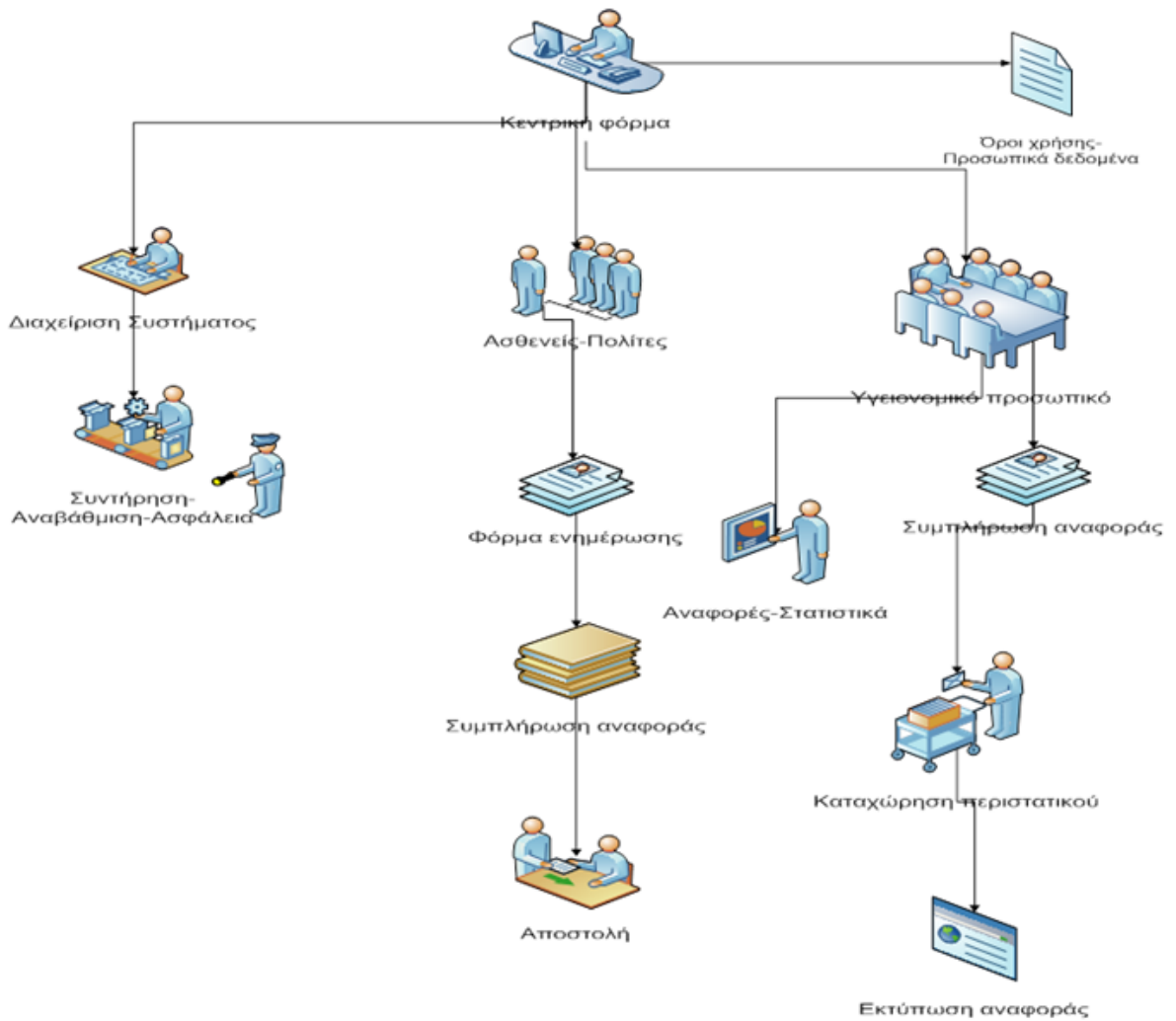
καταχώρηση των ιατρικών σφαλμάτων και ανεπιθύμητων περιστατικών στο σύστημα από το υγειονομικό προσωπικό της ΜΕΘ, έχει υποχρεωτικό χαρακτήρα.

Το προτεινόμενο σύστημα, λοιπόν, υποστηρίζεται από ένα περιβάλλον που λειτουργεί με αυτοματοποιημένες διαδικασίες και ακολουθεί μια ροή εργασιών (workflow) που μπορεί να επαναληφθεί πολλές φορές μέσα σε μια ημέρα (βλ. διάγραμμα 4.4). Αυτή η ροή εργασιών απαρτίζεται από μια σειρά συνδεδεμένων βημάτων όπου οι πληροφορίες και εργασίες (tasks) τις οποίες διαχειρίζεται ο ερευνητής, μεταφέρονται από το ένα τμήμα της διαδικασίας στο άλλο, στο οποίο γίνεται η επεξεργασία και η ανάλυση των δεδομένων αυτών, σύμφωνα με ένα προκαθορισμένο σύνολο κανόνων και προτύπων λειτουργίας της μονάδας, προκειμένου να επιτευχθεί ο στόχος της ανίχνευσης, καταγραφής και ανάλυσης των ιατρικών σφαλμάτων και ανεπιθύμητων περιστατικών.

Το προτεινόμενο σύστημα, όμως, πέρα από το υποχρεωτικό υποσύστημα αναφοράς (mandatoryreportingmodule), «φιλοξενεί» και το υποσύστημα αυτόβουλης (οικειοθελούς) αναφοράς ιατρικών σφαλμάτων και ανεπιθύμητων περιστατικών το οποίο απευθύνεται στους ίδιους τους πολίτες (voluntaryreportingmodule) και λειτουργεί ως ένα συμπληρωματικό εργαλείο για την προστασία της ασφάλειας του ασθενούς και τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, στο Ελληνικό σύστημα υγείας (RigaandVozikis, 2009). Στο διάγραμμα 4.4 απεικονίζεται γραφικά η ακολουθία αυτών των ενεργειών που αφορά στους ασθενείς-πολίτες.

Η διαμόρφωση της μεθοδολογίας και ο σχεδιασμός της αρχιτεκτονικής του υποσυστήματος της αυτόβουλης (οικειοθελούς) αναφοράς, στηρίζονται στη διεθνή εμπειρία χωρών για την ανάπτυξη παρόμοιων συστημάτων αναφοράς και καταγραφής συμβάντων που απευθύνονται σε ασθενείς-πολίτες, όπως το NPSA της Βρετανίας (Milchetal., 2006) ενώ υιοθετούν τη φιλοσοφία της ασφάλειας του ασθενούς και την ποιότητα της παροχής φροντίδας υγείας, όπως προτάσσει η ειδική έρευνα του Ευρωβαρόμετρου (E.C., 2010).

Διάγραμμα 4.4: Ροή εργασιών του προτεινόμενου συστήματος



Συγκεκριμένα, το υποσύστημα της αυτόβουλης (οικειοθελούς) αναφοράς, εισάγει ορισμένα στοιχεία, πλήρως προσαρμοσμένα στην Ελληνική πραγματικότητα, τα οποία αφορούν στην ταυτότητα του ατόμου που αναφέρει το περιστατικό (αν είναι ο ίδιος ο παθών, συγγενής, κ.ά.), το είδος και τη σύντομη περιγραφή του περιστατικού, το σημείο παροχής της φροντίδας υγείας και το στάδιο της θεραπευτικής διαδικασίας, κατά τη διάρκεια της οποίας συνέβη το περιστατικό, το πότε συνέβη, την ειδικότητα που ενεπλάκη, τη βαρύτητα του περιστατικού, το φύλο και την ηλικία του θύματος, το αν υπήρξε σχετική ενημέρωση από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, στο αν τελικά αναφέρθηκε από τον ασθενή ή τους συγγενείς του το συμβάν και σε ποιον και τέλος στην πιθανότητα που έχει κάποιος να

βιώσει ένα ιατρικό σφάλμα και ανεπιθύμητο περιστατικό, κατά την επαφή του με το Ελληνικό σύστημα υγείας.

Το εν λόγω υποσύστημα επιπλέον, έχει εθελοντικό χαρακτήρα και προσφέρει ανοικτή πρόσβαση (openaccess) σε όλους τους πολίτες για να αναφέρουν παρ' ολίγον λάθη (nearmisses), ιατρικά σφάλματα και ανεπιθύμητα περιστατικά που έχουν βιώσει είτε οι ίδιοι είτε ο κοινωνικός τους περίγυρος. Είναι σημαντικό να τονιστεί ότι το υποσύστημα της αυτόβουλης (οικειοθελούς) αναφοράς δεν αποσκοπεί στη διερεύνηση μεμονωμένων περιστατικών ενώ είναι με τέτοιο τρόπο δομημένο που αποφεύγεται οποιοδήποτε είδος ταυτοποίησης ασθενών και επαγγελματιών υγείας.

Συγκεντρωτικά, τα κύρια μεθοδολογικά μέσα και υλικά που είναι προαπαιτούμενα στην υλοποίηση του προτεινόμενου συστήματος, αφορούν σε: **(α)** υπολογιστικό σύστημα, για το υποχρεωτικό υποσύστημα, εγκατεστημένο μέσα στη μονάδα του νοσοκομείου και αποτελούμενο από τα βασικά στοιχεία όσον αφορά το υλικό (hardware) και το λογισμικό (software) για την καταχώρηση των περιστατικών που θα προκύψουν από την επισκόπηση των ιατρικών φακέλων **(β)** δυνατότητα για απλή σύνδεση στο διαδίκτυο, αν και το υποχρεωτικό υποσύστημα έχει τη δυνατότητα να υποστηρίζεται και τοπικά από τη μονάδα του νοσοκομείου **(γ)** κατασκευή ιστοσελίδας, για να φιλοξενήσει και τα δύο υποσυστήματα, χωρίς να απαιτούνται ιδιαίτερες γνώσεις προγραμματισμού για τη σχεδιάσή της **(δ)** σχετικό εκπαιδευτικό - ενημερωτικό υλικό και για τα δύο υποσυστήματα που θα απευθύνεται στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό και στους ασθενείς-πολίτες αντίστοιχα, με σκοπό τη διάχυση της γνώσης αναφορικά με τη διαδικασία καταχώρησης των πληροφοριών στο σύστημα καθώς και την ενδυνάμωση της κουλτούρας για την προάσπιση της ασφάλειας του ασθενούς και της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας υγείας.

Το προτεινόμενο σύστημα, όπως αφήνεται να εννοηθεί με την πρότερη ανάλυσή μας, προϋποθέτει τη στενή συνεργασία ερευνητικών περιοχών, με διαφορετικά γνωστικά αντικείμενα, όπως την Ιατρική Επιστήμη αλλά και την Επιστήμη των Τεχνολογιών της Πληροφορικής και της Επικοινωνίας, κάνοντας χρήση σύγχρονων τεχνολογικών μέσων. Να τονίσουμε στο σημείο αυτό ότι η χρήση του συστήματος προαπαιτεί βασικές γνώσεις πληροφορικής για χειρισμό του υπολογιστή και περιήγηση στο διαδίκτυο.

Επιπλέον, η ανάληψη της διαχείρισης και των δύο υποσυστημάτων από κάποιον φορέα που δε θα εμπλέκεται άμεσα στη διαδικασία καταχώρησης των

περιστατικών, θα είναι ικανή να διασφαλίσει την ακεραιότητα του προτεινόμενου συστήματος. Σε αυτή τη φάση, της πιλοτικής εφαρμογής του συστήματος, η ομάδα εργασίας που μετέχει στο σχεδιασμό και την ανάπτυξη του συστήματος είναι εξουσιοδοτημένη για τη στατιστική επεξεργασία και ανάλυση των δεδομένων που έχουν καταγραφεί, την τεχνική υποστήριξη των ιστοσελίδων του συστήματος και την ακεραιότητα των ευαίσθητων δεδομένων που καταχωρούνται στο σύστημα, κάνοντας χρήση συγκεκριμένου κωδικού πρόσβασης και ονόματος χρήστη. Η διαχείριση του συστήματος γίνεται εξ' αποστάσεως με τη χρήση ενός τουλάχιστον υπολογιστή που έχει εγκαταστημένο βασικό υλικό (hardware) και λογισμικό (software) και με μια απλή σύνδεση στο διαδίκτυο.

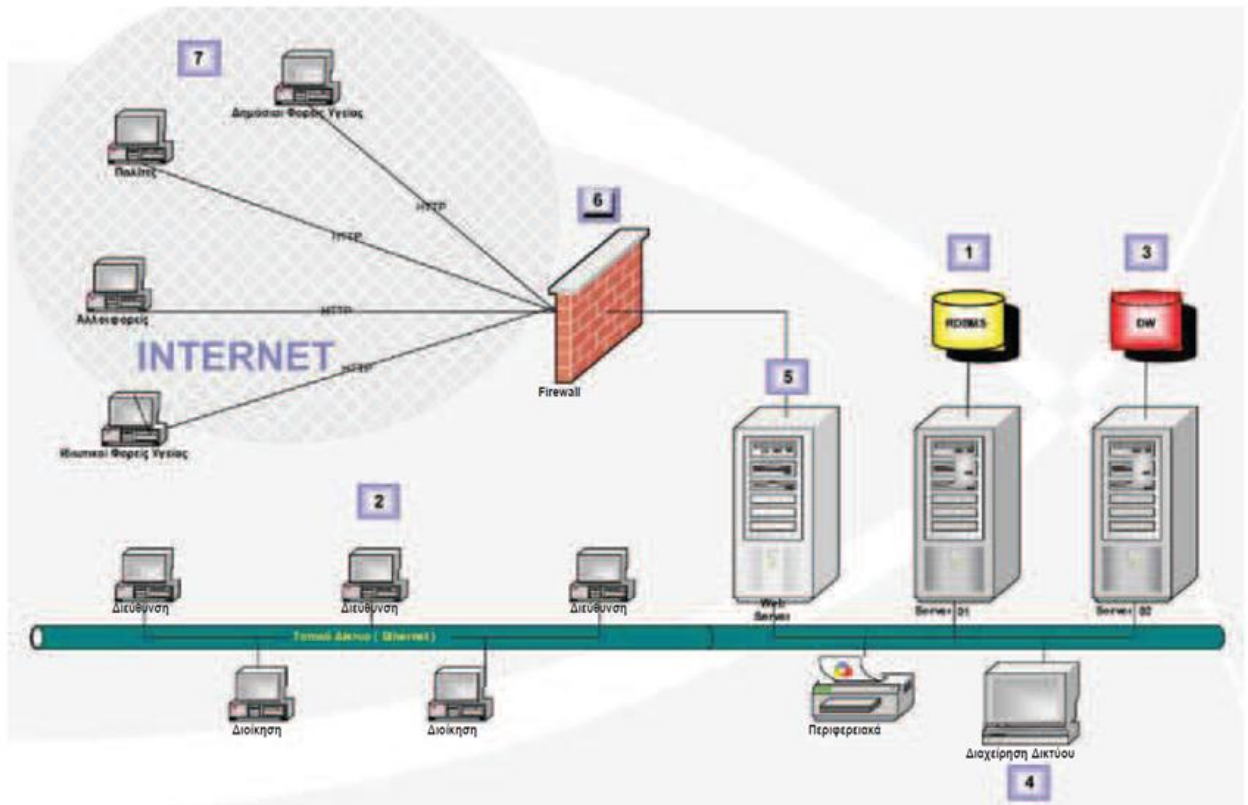
Είναι σαφές ότι το προτεινόμενο σύστημα λειτουργώντας σε ένα τέτοιο περιβάλλον εργασίας που διαχειρίζεται ευαίσθητες πληροφορίες και προσωπικά δεδομένα, προϋποθέτει απαραίτητα την ύπαρξη ενός συστήματος ασφάλειας διαχείρισης δεδομένων. Έτσι λοιπόν, το σύστημα πρέπει να βρίσκεται σε ένα ασφαλές περιβάλλον, για την προστασία και την ασφάλεια τόσο των πληροφοριών όσο και των προσωπικών δεδομένων που διαχειρίζεται.

Συγκεκριμένα, η σύνδεση στο υποχρεωτικό σύστημα γίνεται με συγκεκριμένο κωδικό πρόσβασης και όνομα χρήστη και η τεχνική του διαχείριση υποστηρίζεται μέσω διαδικτύου, με όλες εκείνες τις απαραίτητες ασφαλιστικές δικλίδες (firewalls) για αποτροπή της κακόβουλης χρήσης του από τρίτους. Παρομοίως, η διαχείριση του εθελοντικού υποσυστήματος γίνεται σε ένα προστατευμένο διαδικτυακό περιβάλλον, ώστε να διασφαλιστεί η προστασία, η ακεραιότητα και το απόρρητο των προσωπικών δεδομένων και πληροφοριών που καταχωρούν οι πολίτες.

Το προτεινόμενο σύστημα, λοιπόν, είναι web-based (Βοζίκης, κ.ά., 2012) (βλ. διάγραμμα 4.5) όπου όλα τα δεδομένα καταχωρούνται μέσω του διαδικτύου, αποθηκεύονται και στη συνέχεια πραγματοποιείται η επεξεργασία και ανάλυσή τους, με την εξαγωγή στατιστικών αποτελεσμάτων, σε πραγματικό χρόνο. Να σημειώσουμε όμως στο σημείο αυτό ότι αν και στο υποχρεωτικό υποσύστημα παρέχεται μερικώς, η δυνατότητα της ανατροφοδότησης και της άμεσης στατιστικής παρακολούθησης των καταχωρημένων δεδομένων ακόμη και από τους συντονιστές της ΜΕΘ, δεν μπορεί να ισχύσει κάτι αντίστοιχο για το υποσύστημα της αυτόβουλης (οικειοθελούς) αναφοράς. Σχετικά με αυτό το υποσύστημα, αποτελεί μέριμνά μας η διασφάλιση του απορρήτου όλων των προσωπικών δεδομένων που λαμβάνονται από τους πολίτες και

έτσι δεν κοινοποιείται τίποτα προς τα έξω αλλά γίνεται μόνο εσωτερική χρήση των καταχωρημένων πληροφοριών και αποκλειστικά για ερευνητικό σκοπό.

Διάγραμμα 4.5: Αρχιτεκτονική δομή του προτεινόμενου συστήματος



Βιβλιογραφία-Αρθρογραφία

Ελληνική

- Βοζίκης, Α., Πολλάλης, Γ. Ρήγα, Μ., Μαγκίνα, Ν., Στουφής, Ν. και Τενεκετζή Ζ. (2012) “Σύστημα ανίχνευσης, καταγραφής και ανάλυσης δυσμενών συμβάντων. Εφαρμογή σε μονάδα εντατικής θεραπείας (ICU-MERIS)”. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 29(3):345-353.
- Βοζίκης, Α. και Ρήγα, Μ. (2008) “Τα ιατρικά σφάλματα στην Ελλάδα: Προσεγγίσεις της οικονομικής διάστασης μέσα από αποφάσεις των διοικητικών δικαστηρίων”. *Κοινωνία, Οικονομία και Υγεία*, 2:22-44.
- ΠΟΥ (2008) “Διεθνής Στατιστική Ταξινόμηση Νόσων και Συναφών Προβλημάτων Υγείας-ICD10”. ΥΥΚΑ, ΕΣΔΥ (επιστημονική ευθύνη και επιμέλεια μετάφρασης και προσαρμογής στην Ελληνική γλώσσα), Δέκατη Αναθεώρηση, Τόμος 1: Κατάλογος Κωδικών Τεύχος Α', Γενεύη.
- Υγειονομικός χάρτης (2013) “Χάρτης υπηρεσιών υγείας”. ΥΥΚΑ. <http://ygeiamap.gov.gr/pois-map/>.
- ΦΕΚΑ/ 258, άρθρο 7 του Ν.Δ. 3366 20/23 Σεπτεμβρίου 1955 “Σχετικά με τηνάσκηση του ιατρικού επαγγέλματος, τις ιατρικές ειδικότητες και άλλες διατάξεις”. <http://www.mednet.gr/law/law1.htm>.
- ΦΕΚ 946/Β'/2012 “Κλειστά Ελληνικά Νοσήλια και Ημερήσιο Νοσήλιο στο ΕΣΥ”.
- ΦΕΚ 2150/Β'/2011 “Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια και Ημερήσιο Νοσήλιο στο ΕΣΥ”.

Ξενόγλωσση

- Beckmann, U, West, L, Groombridge, G et al (1996) “The Australian incident monitoring study in intensive care: AIMS-ICU The development and evaluation of an incident reporting system in intensive care”. *Anaesthesia and Intensive Care*, 24(3):314–9.
- Bovbjerg, RR and Raymond, B (2003) “Patient safety, just compensation and medical liability reform”. Kaiser Permanente Institute for Health Policy, Oakland.
- Classen, DC, Pestotnik, SL, Evans, RS and Burke, JP (1992) “Description of a computerized adverse drug event monitor using a hospital information system”. *Hosp Pharm*, 27:774, 776–779, 783.
- Curtis, JR, Cook, DJ, Wall, RJ, Angus, DC, Bion, J, Kacmarek R et al. (2006) “Intensive care unit quality improvement: A “how-to” guide for the interdisciplinary team”. *Crit Care Med*, 34: 211–218.
- Elgie, R, Caulfield, TA and Christie, MI (1993) “Medical injuries and malpractice: is it time for “no fault?” *Health Law J*, 1:97-117.
- European Commission [E.C.] (2010) “Patient safety and quality of healthcare - Full report”. Special Eurobarometer 327/ 72.2, Directorate-General for Health and Consumers,.
- GAO [U.S. General Accounting Office] (1987) “Medical Malpractice: Characteristics of Claims Closed in 1984”. Washington, DC: GAO, (publication no. GAO/HRD-87-55).
- Graf, J (2003) “Do you know the frequency of errors in your intensive care unit?” *Crit Care Med*, 31:1277–1278.
- Griffin, FA and Resar, RK (2009) “IHI Global trigger tool for measuring adverse events”. IHI Innovation Series white paper, 2nd edn. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement. <http://www.ihl.org/knowledge/Pages/IHIWhitePapers/IHIGlobalTriggerToolWh>

[itePaper.aspx](#).

- Holzmueller, C, Pronovost, P, Dickman, F, Thompson, D, Wu, A, Lubomski, L, Fahey, M, Steinwachs, D, Engineer, L, Jaffrey, A, Morlock, L and Dorman, T (2005) “Creating the web-based intensive care unit safety reporting system”. *J Am Med Inform Assoc*, 12(2): 130–139.
- Hyatt et al. (1989) “A study of medical injury and med mal: an overview”. *NEJM*.
- Insurance Information Institute (2003) “Hot topic and Insurance Issues: Med Mal”. <http://www.iii.org/media/hottopics/insurance/medicalmal>.
- Jick, H (1974) “Drugs – remarkably nontoxic”. *N Engl J Med*, 291:824–828.
- Kaushal, R, Bates, DW, Franz, C, Soukup, JR, Rothschild, JM (2007) “Costs of adverse events in intensive care units”. *Crit Care Med*, 35(11):2479-83.
- Leape, L (1994) “Error in Medicine”. *Journal of the American Medical Association*, 272 (23):1851-57.
- Mello, M (2002) “Does the Tort System Improve Medical Quality?” *Presentation to World Medical Leaders*, New York City, October 25.
- Milch, CE, Salem, DN, Pauker, SG, Lundquist, TG, Kumar, S and Chen, J (2006) “Voluntary electronic reporting of medical errors and adverse events: An analysis of 92,547 reports from 26 acute care hospitals”. *J Gen Intern Med*, 21(2):165-170.
- National Coordinating Council on Medication Error Reporting and Prevention [NCC MERP] (1998) *Taxonomy of Medication Errors, Index for Categorizing Errors*.
- National Patient Safety Agency [NPSA] (2008) “A risk matrix for risk managers”. <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/EasySiteWeb/getresource.axd?AssetID=60149&...>
- National Quality Forum [NQF] (2007) “Serious reportable events in healthcare”. Washington, DC, pp.5–7.
- Null, G, Dean, C, Feldman, M, Rasio, D and Smith, D (2007) “Death by medicine”. *Life Extension Magazine*. http://www.lef.org/magazine/mag2004/mar2004_aws_i_death_01.htm.
- Quality Interagency Coordination Task Force [QuIC] (2000) “Doing what counts for patient safety: Federal actions to reduce medical errors and their impact”. Report to the President.
- Riga, M and Vozikis, A (2009) “M.E.R.I.S: Information System for the identification, collection, analysis and reporting of Medical Errors”. Scientific Research Papers of Management Information System Laboratory, TEI of Piraeus, Academic Year 2006-2008, pp. 55-80.
- Rothschild, JM, Landrigan, CP, Cronin, JW et al (2005) “The critical care safety study: The incidence and nature of adverse events and serious medical errors in intensive care”. *Crit Care Med*, 33(8):1694–1700.
- Rozich, JD, Haraden, CR and Resar, RK (2003) “Adverse drug event trigger tool: A practical methodology for measuring medication related harm”. *Qual Saf Health Care*, 12:194–200.
- Thomas, EJ and Petersen, LA (2003) “Measuring Errors and Adverse Events in Health Care”. *Journal of General Internal Medicine*, 18 (1), pp.61–67.
- Thomas, EJ, Studdert, DM, Runciman, WB, Webb, RK, Sexton, EJ, Wilson, RM et al. (2000) “A comparison of iatrogenic injury studies in Australia and the USA, I: Context, methods, casemix, population, patient and hospital characteristics”. *Int J Qual Health Care*, 12:371–378.
- VHA/Institute for Healthcare Improvement [VHA/IHI] (2002) “IHI Intensive care unit (ICU) Adverse event trigger tool IDICU Project”, Version 1.

- <http://www.ihl.org/knowledge/Pages/Tools/ICUAdverseEventTriggerTool.aspx>.
- Vozikis, A and Riga, M (2012) "Patterns of Medical Errors: A Challenge for Quality Assurance in the Greek Health System". In: Savsar M (ed) Quality Assurance and Management. InTech, Croatia.
- Webb, A, Fee, CAh, Cockings, J, Endacott, R, Guha, A, Hopkinson, R, Marjoribanks, S, Norton, A, Pittard, A, Reader, T, Ridley, S, Thomas, T, Fintel, von N, Watson, D and Wenstone, R (2006) "Standards for critical incident reporting in critical care". Council of the Intensive Care Society. http://www.anaesthesiaconference.kiev.ua/Downloads/ICU%20icsincident%20reporting_2006.pdf.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΡΑΙΑ

Κεφάλαιο 5

Αποτελέσματα έρευνας

5.1 Αποτελέσματα 1^{ου} ερευνητικού πεδίου: Το Ιατρικό Σφάλμα στην Ελλάδα

5.1.1 Περιγραφική στατιστική και διερευνητική ανάλυση δεδομένων (*Descriptive Statistics and Exploratory Data Analysis*)

Επιχειρήθηκε η διεξοδική ανάλυση και λεπτομερής επισκόπηση του περιεχομένου του φακέλου και του σκεπτικού της δικαστικής απόφασης, σε δείγμα 680 υποθέσεων ιατρικού σφάλματος, προερχόμενες από Πολιτικά, Διοικητικά, Ποινικά και Στρατιωτικά δικαστήρια. Με τη χρήση των σημαντικότερων περιγραφικών στατιστικών μέτρων (*Mean, Median, Std. Deviation, Range, Minimum, Maximum, Frequency, Percent, κ.ά.*) σε ποσοτικές και ποιοτικές μεταβλητές (βλ. πίνακα 4.1, Κεφάλαιο 4), καταλήξαμε στην εξαγωγή των παρακάτω στατιστικών αποτελεσμάτων (βλ. πίνακα 5.1-5.16, διάγραμμα 5.1-5.7).

Ποσοτικές μεταβλητές

Πίνακας 5.1: Περιγραφικά στατιστικά μέτρα ποσοτικών μεταβλητών

	ΑΡΙΘΜ_ΕΜΠΛΕΚ	ΗΛΙΚΙΑ	ΗΜΕΡ_ΝΟΣ	ΑΙΤΟΥΜ_ΑΠΟΖΗΜ	ΕΠΙΔΙΚΑΣΘ_ΑΠΟΖΗΜ	@_ΑΙΤΟΥΜΕΝΗΣ	ΧΡ_ΧΑΣΜΑ_ΑΓΩΓ_ΑΠΟΦ	ΗΜΕΡ_ΠΑΡΑΤ_ΝΟΣΗΛ	ΠΟΙΝΗ_ΜΗΝ
N Valid	680	277	680	228	218	141	287	544	76
Mean	1,30	30,98	1,86	1,152,265.0769	300,691.8168	,27996	6,62	83,10	17,47
Median	1,00	30,00	,00	600,000	127,500.0000	,19912	7,00	99,00	15,00
Std. Deviation	,670	24,265	8,301	1,452,164.91451	557,364.0445	,271925	3,401	42,065	9,486
Range	5	85	105	8,239,526.54	3,684,400.00	1,047	21	509	44
Minimum	0	0	0	1,023.56	0.00	,000	1	1	4
Maximum	5	85	105	8,240,550.10	3,684,400.00	1,047	22	510	48

Σε N=277 καταγράφεται η ηλικία του ασθενούς όταν συνέβη το συμβάν και φαίνεται ότι κατά μέσο όρο είναι 30,98 ετών ενώ στις μισές τουλάχιστον υποθέσεις ο ασθενής είναι μέχρι και 30 ετών. Δεδομένου επίσης ότι η τυπική απόκλιση είναι ίση με 24,265 μονάδες, κρίνεται μεγάλη η διασπορά και το δείγμα μας ανομοιογενές, ως προς την ηλικία των ασθενών.

Στο σύνολο του δείγματος καταγράφονται οι ημέρες νοσηλείας, κατά τη διάρκεια των οποίων συνέβη το περιστατικό. Από τη στατιστική επεξεργασία του N=680 προκύπτει ότι κατά μέσο όρο οι ασθενείς νοσηλεύτηκαν κατά 1,86 ημέρες, η τυπική απόκλιση είναι ίση με 8,301 μονάδες και έτσι η διασπορά κρίνεται μεγάλη και το δείγμα μας ανομοιογενές, ως προς τις ημέρες που χρειάστηκαν να νοσηλευτούν οι ασθενείς. Στον πίνακα 5.2 που ακολουθεί, παρουσιάζονται οι συχνότητες και τα ποσοστά για μέχρι και 10 ημερών νοσηλείας. Όμως, θα πρέπει να σημειώσουμε ότι στη συγκεκριμένη μεταβλητή η κατηγορία “άγνωστο” εμφανίζεται στην πλειοψηφία των υποθέσεων ιατρικής αμέλειας και συγκεκριμένα σε ποσοστό 74,6%, με αποτέλεσμα να μην είμαστε σε θέση να εξάγουμε αξιόπιστα συμπεράσματα για το σύνολο των ημερών που νοσηλεύτηκε ο ασθενής.

Πίνακας 5.2: Συχνότητες και ποσοστά ημερών νοσηλείας ≤ 10

	Ημέρες νοσηλείας	Συχνότητα	Ποσοστό (%) επί του συνόλου των έγκυρων απαντήσεων
Valid	άγνωστο	507	74,6
	1	86	12,6
	2	20	2,9
	3	7	1,0
	4	8	1,2
	5	8	1,2
	7	7	1,0
	9	1	0,1

	10	7	1,0

	N	680	100,0

Όσον αφορά τις ημέρες παράτασης νοσηλείας, λόγω επανεισαγωγής του περιστατικού που εμφανίζονται σε $N=544$, προκύπτει ότι κατά μέσο όρο η παράταση νοσηλείας ανέρχεται σε 83,1 ημέρες ενώ στις μισές υποθέσεις τουλάχιστον η παράταση νοσηλείας αφορά το πολύ σε 99 ημέρες. Δεδομένου επίσης ότι η τυπική απόκλιση είναι ίση με 42,065 μονάδες, κρίνεται μεγάλη η διασπορά και το δείγμα μας ανομοιογενές, ως προς την παράταση νοσηλείας.

Σε $N=228$ καταγράφεται η αιτούμενη αποζημίωση, όπου κατά μέσο όρο ανέρχεται σε € 1.152.265 ενώ στις μισές υποθέσεις τουλάχιστον η αιτούμενη αποζημίωση είναι το πολύ € 600.000. Δεδομένου επίσης ότι η τυπική απόκλιση είναι ίση με € 1.452.165 μονάδες, κρίνεται μεγάλη η διασπορά και το δείγμα μας ανομοιογενές, ως προς το μέγεθος των αποζημιώσεων που αιτούνται οι ασθενείς ή συγγενείς τους. Επιπλέον, το δείγμα παρουσιάζει έντονη θετική ασυμμετρία και τα περισσότερα ποσά των αξιώσεων εντοπίζονται κάτω από το μέσο όρο της αιτούμενης αποζημίωσης.

Σε $N=218$ καταγράφεται η επιδικασθείσα αποζημίωση όπου κατά μέσο όρο είναι στα € 300.692 ενώ στις μισές υποθέσεις τουλάχιστον η αιτούμενη αποζημίωση είναι το πολύ € 127.500. Δεδομένου επίσης ότι η τυπική απόκλιση είναι ίση με € 557.364 μονάδες, κρίνεται μεγάλη η διασπορά και το δείγμα μας ανομοιογενές, ως προς το μέγεθος των αποζημιώσεων που επιδικάστηκε τελικά στους ασθενείς ή συγγενείς τους. Επιπλέον, το δείγμα παρουσιάζει έντονη θετική ασυμμετρία με τα περισσότερα ποσά που επιδικάσαν τα Ελληνικά δικαστήρια να εντοπίζονται κάτω από το μέσο όρο της επιδικασθείσας αποζημίωσης.

Σε $N=141$ καταγράφεται το ποσοστό της αιτούμενης αποζημίωσης που τελικά επιδικάστηκε όπου κατά μέσο όρο ανέρχεται σε 28% ενώ τουλάχιστον στις μισές υποθέσεις το ποσοστό αυτό είναι το πολύ 20%. Δεδομένου επίσης ότι η τυπική απόκλιση είναι ίση με 0,27 μονάδες, κρίνεται μεγάλη η διασπορά και το δείγμα μας ανομοιογενές, ως προς το ποσοστό της αιτούμενης αποζημίωσης που τελικά επιδικάστηκε. Επιπλέον, το δείγμα παρουσιάζει έντονη θετική ασυμμετρία με τις περισσότερες τιμές της μεταβλητής να εντοπίζονται κάτω από το μέσο ποσοστό της αιτούμενης αποζημίωσης που τελικά επιδικάστηκε.

Κατά τη διάρκεια της έρευνας που διεξήχθη σε υποθέσεις ιατρικής αμέλειας, δεν κατέστη δυνατό με τα μέσα που διαθέταμε να έχουμε πρόσβαση και να καταγράψουμε ένα αξιόλογο δείγμα περιστατικών που προχώρησαν σε εξωδικαστικό διακανονισμό, διότι πρόκειται για ευαίσθητες πληροφορίες που δε δημοσιοποιούνται σε τρίτους. Παρόλα αυτά, καταφέραμε να εντοπίσουμε τέσσερις υποθέσεις που επιλύθηκαν εξωδικαστικά, το χρονικό διάστημα 2005 έως 2013 ενώ κατά μέσο όρο το ποσό του εξωδικαστικού διακανονισμού ήταν ίσο με € 322.022.

Τα ιατρικά σφάλματα που υπέστησαν οι ασθενείς των συγκεκριμένων υποθέσεων αφορούσαν κυρίως σε μόνιμη αναπηρία και σε προσωρινή βλάβη που είναι απαραίτητη η ιατρική παρέμβαση και σχετίζονταν με σφάλμα κατά τη θεραπεία. Οι μισές αφορούσαν σε ιδιωτικά νοσοκομεία ή κλινικές, μία σε διαγνωστικό κέντρο και μία σε δημόσιο νοσοκομείο ενώ οι τρεις υποθέσεις εκδικάστηκαν σε πρώτο βαθμό. Συγκεκριμένα, για τις δύο υποθέσεις με τα ιδιωτικά νοσοκομεία, η εκτέλεση της χρηματικής απαίτησης μέσω εξωδικαστικής διαδικασίας κάλυπτε το 44% και 135% (αντίστοιχα) της αποζημίωσης που επιδίκασαν τα Πρωτοδικεία ενώ όσον αφορά την περίπτωση του δημόσιου νοσοκομείου, το 95% της επιδικασθείσας. Σχετικά με το διαγνωστικό κέντρο που κατά τη διάρκεια των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, προκλήθηκε βλάβη σε ασθενή, επιχειρήθηκε εξωδικαστικός συμβιβασμός, χωρίς να έχει προηγηθεί προσφυγή σε Πολιτικά δικαστήρια.

Στο σύνολο του δείγματος, προκύπτει ότι ο αριθμός των εμπλεκόμενων ιατρών για υπόθεση ιατρικής αμέλειας, ανέρχεται κατά μέσο όρο σε 1,3 ιατρούς ενώ στις μισές τουλάχιστον υποθέσεις, το πλήθος των εμπλεκόμενων ιατρών είναι ίσο με 1. Δεδομένου επίσης ότι η τυπική απόκλιση είναι ίση με 0,67 μονάδες, κρίνεται μεγάλη η διασπορά και το δείγμα μας ανομοιογενές, ως προς το πλήθος των εμπλεκόμενων ιατρών. Από την κατανομή του αριθμού των εμπλεκόμενων ιατρών σε N=680, όπως φαίνεται στον ακόλουθο πίνακα 5.3, προκύπτει ότι η εμφάνιση ενός εμπλεκόμενου ιατρού αφορά στο 76,3% του δείγματος ενώ για δυο εμπλεκόμενους ιατρούς στο 15,1%.

Πίνακας 5.3: Συχνότητα και ποσοστό εμφάνισης αριθμού εμπλεκόμενων ιατρών σε υπόθεση ιατρικής αμέλειας

Αριθμός εμπλεκόμενων ιατρών		Συχνότητα	Ποσοστό (%) επί του συνόλου των έγκυρων απαντήσεων
Valid	άγνωστο	9	1,3
	1	519	76,3
	2	103	15,1
	3	39	5,7
	4	9	1,3
	5	1	,1
	N	680	100,0

Σε N=76 καταγράφεται η ποιινή φυλάκισης (με αναστολή) σε μήνες, όπου κατά μέσο όρο η ποινή που υπεβλήθη σε ιατρούς από τα Ποινικά δικαστήρια είναι ίση με 17,47 μήνες φυλάκισης ενώ στις μισές ποινικές υποθέσεις τουλάχιστον η ποινή είναι το πολύ 15 μήνες φυλάκισης, με αναστολή. Δεδομένου επίσης ότι η τυπική απόκλιση είναι ίση με 9,486 μονάδες, κρίνεται μεγάλη η διασπορά και το δείγμα μας ανομοιογενές, ως προς την ποινή φυλάκισης.

Σε N=287 καταγράφεται το χρονικό χάσμα αγωγής-απόφασης, όπου κατά μέσο όρο είναι ίσο με 6,62 έτη ενώ στις μισές τουλάχιστον υποθέσεις ιατρικής αμέλειας, το χρονικό χάσμα αγωγής-απόφασης είναι το πολύ 7 έτη. Δεδομένου επίσης ότι η τυπική απόκλιση είναι ίση με 3,401 μονάδες, κρίνεται μεγάλη η διασπορά και το δείγμα μας ανομοιογενές, ως προς το χρονικό χάσμα αγωγής-απόφασης. Επιπλέον, το δείγμα παρουσιάζει έντονη θετική ασυμμετρία με τις περισσότερες τιμές της μεταβλητής να εντοπίζονται κάτω από το μέσο χρονικό χάσμα αγωγής-απόφασης.

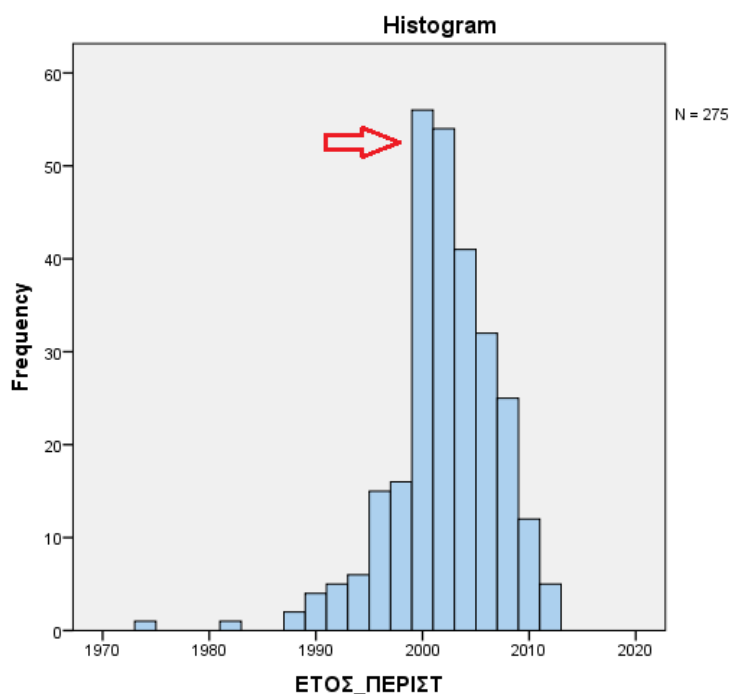
Ποιοτικές μεταβλητές

Σε N=275 καταγράφεται το έτος περιστατικού όπου με βάση τον πίνακα 5.4 και το διάγραμμα 5.1 που ακολουθούν, στα τέλη του 90' και μέχρι κυρίως τα μέσα της τελευταίας δεκαετίας, συγκεντρώνονται οι περισσότερες παρατηρήσεις.

Πίνακας 5.4: Συχνότητες-ποσοστά ανά έτος περιστατικού

Έτος περιστατικού	Συχνότητα	Ποσοστό (%) επί του συνόλου των έγκυρων απαντήσεων
Valid	1974	,4
	1981	,4
	1987	,4
	1988	,4
	1989	,7
	1990	,7
	1991	1,5
	1992	,4
	1993	2,2
	1995	2,9
	1996	2,5
	1997	2,2
	1998	3,6
	1999	8,7
	2000	11,6
	2001	12,4
	2002	7,3
	2003	10,5
	2004	4,4
	2005	7,6
	2006	4,0
	2007	5,8
	2008	3,3
	2009	2,5
2010	1,8	
2011	,7	
2012	1,1	
N	275	100,0

Διάγραμμα 5.1: Ιστόγραμμα για το έτος που συνέβη το περιστατικό



Στο σύνολο του δείγματος, καταγράφεται η μονάδα υγείας που συνέβη το περιστατικό, με τα δημόσια και ιδιωτικά νοσοκομεία να βρίσκονται στις δυο πρώτες θέσεις (βλ. πίνακα 5.5).

Πίνακας 5.5: Συχνότητες-ποσοστά για τη μονάδα υγείας που συνέβη το περιστατικό

Μονάδα υγείας		Συχνότητα	Ποσοστό (%) επί του συνόλου των έγκυρων απαντήσεων
Valid	άγνωστο	73	10,7
	Δημόσια Νοσοκομεία	314	46,2
	Νοσοκομεία-Κέντρα Υγείας	1	,1
	Κέντρα Υγείας	1	,1
	ΕΚΑΒ	1	,1
	Ιδιωτικές Κλινικές-Ιατρικά Κέντρα	221	32,5
	Δομές Δημόσιας Υγείας	5	,7

Ιατρεία Ασφαλιστικών Φορέων	2	,3
Ιδιωτικά Ιατρεία	44	6,5
Οδοντιατρεία	2	,3
Διαγνωστικά Εργαστήρια	7	1,0
Δομές ΙΚΑ	6	,9
Ινστιτούτα Αισθητικής- Αδυνατίσματος	2	,3
Δομές Προστασίας Παιδιού, Νέων & Οικογένειας	1	,1
N	680	100,0

Στο σύνολο του δείγματος καταγράφεται ο Νομός που συνέβη το περιστατικό όπου από τον πίνακα 5.6 φαίνεται ότι ο Νομός Αττικής συγκεντρώνει τις περισσότερες εγγραφές περιστατικών ενώ σε μεγάλη απόσταση ακολουθεί ο Νομός Θεσσαλονίκης. Βέβαια παρατηρούμε στο σημείο αυτό ότι η κατηγορία “άγνωστο” εμφανίζεται σε παραπάνω από τις μισές υποθέσεις του δείγματος, λόγω της αντικειμενικής αδυναμίας πρόσβασης σε δεδομένα που εμπίπτουν σε ευαίσθητες πληροφορίες.

Πίνακας 5.6: Συχνότητες-ποσοστά για το Νομό που συνέβη το περιστατικό

Νομός	Συχνότητα	Ποσοστό (%) επί του συνόλου των έγκυρων απαντήσεων
άγνωστο	361	53,1
ΑΙΤΩΛΟΑΚΑΡΝΑΝΙΑΣ	5	,7
ΑΡΓΟΛΙΔΑΣ	1	,1
ΑΤΤΙΚΗΣ	198	29,1
ΑΧΑΪΑΣ	7	1,0
ΔΡΑΜΑΣ	1	,1
ΔΩΔΕΚΑΝΗΣΩΝ	5	,7
ΕΒΡΟΥ	2	,3
ΗΛΕΙΑΣ	1	,1
ΗΜΑΘΙΑΣ	1	,1
ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ	7	1,0
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ	49	7,2
ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ	2	,3
ΚΑΒΑΛΑΣ	1	,1
ΚΑΣΤΟΡΙΑΣ	1	,1

ΚΕΡΚΥΡΑΣ	6	,9
ΚΟΡΙΝΘΙΑΣ	1	,1
ΚΥΚΛΑΔΩΝ	1	,1
ΛΑΡΙΣΗΣ	6	,9
ΛΑΣΙΘΙΟΥ	1	,1
ΛΕΣΒΟΥ	3	,4
ΜΑΓΝΗΣΙΑΣ	1	,1
ΜΕΣΣΗΝΙΑΣ	5	,7
ΞΑΝΘΗΣ	1	,1
ΠΕΛΛΑΣ	3	,4
ΠΡΕΒΕΖΗΣ	2	,3
ΡΟΔΟΠΗΣ	1	,1
ΣΑΜΟΥ	1	,1
ΣΕΡΡΩΝ	1	,1
ΤΡΙΚΑΛΩΝ	1	,1
ΦΘΙΩΤΙΔΑΣ	1	,1
ΧΑΝΙΩΝ	2	,3
ΧΙΟΥ	1	,1
N	680	100,0

Σε N=320, καταγράφεται η ΥΠε που συνέβη το περιστατικό, όπου η 1^η (60,9%) και η 4^η (17,5%) υγειονομική περιφέρεια εμφανίζουν τις περισσότερες παρατηρήσεις (βλ. πίνακα 5.7).

Πίνακας 5.7: Συχνότητες-ποσοστά για την ΥΠε που συνέβη το περιστατικό

ΥΠε	Συχνότητα	Ποσοστό (%) επί του συνόλου των έγκυρων απαντήσεων
1η ΑΤΤΙΚΗΣ	195	60,9
2η ΠΕΙΡΑΙΩΣ-ΑΙΓΑΙΟΥ	15	4,7
3η ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ	5	1,6
4η ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ-ΘΡΑΚΗΣ	56	17,5
5η ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ-ΣΤΕΡΕΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ	9	2,8
6η ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ-ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ-ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ-ΗΠΕΙΡΟΥ	29	9,1
7η ΚΡΗΤΗΣ	11	3,4
N	320	100,0

Σχεδόν στο σύνολο του δείγματος, καταγράφεται η ειδικότητα με τη μεγαλύτερη ευθύνη και έτσι με ποσοστό 25% η Μαιευτική – Γυναικολογία, εμφανίζεται πρώτη στη λίστα και στη συνέχεια σε μεγάλη απόσταση, ακολουθεί η Γενική Χειρουργική (16,9%) (βλ. πίνακα 5.8). Σε N=155 καταγράφεται η ειδικότητα με την αμέσως μικρότερη ευθύνη όπου η Γενική Χειρουργική (16,1%) βρίσκεται στην πρώτη θέση ενώ ακολουθεί η Καρδιολογία-Καρδιοχειρουργική (12,9%) και σε μικρή απόσταση από τη δεύτερη, εμφανίζεται η ειδικότητα της Αναισθησιολογίας (12,3%) (βλ. πίνακα 5.9). Σε N=50 καταγράφεται η ειδικότητα με τη μικρότερη ευθύνη όπου η Νοσηλευτική συγκεντρώνει τις περισσότερες εγγραφές (24%), αφού το νοσηλευτικό προσωπικό επιτελεί επικουρικό ρόλο στη θεραπευτική διαδικασία και ακολουθεί με αρκετά μικρότερο ποσοστό (14%) η ειδικότητα της Εσωτερικής Παθολογίας (βλ. πίνακα 5.10).

Πίνακας 5.8: Συχνότητες-ποσοστά για την ειδικότητα με τη μεγαλύτερη ευθύνη

Ειδικότητα με τη μεγαλύτερη ευθύνη		Συχνότητα	Ποσοστό (%) επί του συνόλου των έγκυρων απαντήσεων
Valid	άγνωστη	29	4,3
	Εσωτερική Παθολογία	41	6,0
	Γενική Ιατρική	4	,6
	Καρδιολογία-Καρδιοχειρουργική	51	7,5
	Πνευμονολογία	2	,3
	Γαστρεντερολογία	10	1,5
	Νεφρολογία	2	,3
	Αιματολογία	2	,3
	Ενδοκρινολογία	2	,3
	Δερματολογία - Αφροδισιολογία	5	,7
	Νευρολογία	1	,1
	Ψυχιατρική - Ψυχολογία	4	,6
	Παιδιατρική	11	1,6
	Γενική Χειρουργική	115	16,9
	Ουρολογία	13	1,9
	Ορθοπαιδική	47	6,9
	Φυσιολογική - Φυσικοθεραπεία	1	,1
	Οφθαλμολογία	26	3,8
	Ωτορινολαρυγγολογία	10	1,5
	Παιδοχειρουργική	4	,6

Νευροχειρουργική	16	2,4
Θωρακοχειρουργική	4	,6
Αγγειοχειρουργική	3	,4
Πλαστική Χειρουργική	11	1,6
Αναισθησιολογία	41	6,0
Μαιευτική - Γυναικολογία	170	25,0
Ακτινολογία	5	,7
Ακτινοθεραπευτική - Ογκολογία	1	,1
Μικροβιολογία	17	2,5
Παθολογική Ανατομική	1	,1
Κυτταρολογία	1	,1
Γενική Οδοντιατρική - Ορθοδοντική	5	,7
Ανειδίκευτος	2	,3
Ειδικευόμενος	11	1,6
Νοσηλευτική	11	1,6
N	679	100,0

Πίνακας 5.9: Συχνότητες-ποσοστά για την ειδικότητα με την αμέσως μικρότερη ευθύνη

Ειδικότητα με την αμέσως μικρότερη ευθύνη		Συχνότητα	Ποσοστό (%) επί του συνόλου των έγκυρων απαντήσεων
Valid	άγνωστη	1	,6
	Εσωτερική Παθολογία	9	5,8
	Καρδιολογία-Καρδιοχειρουργική	20	12,9
	Γαστρεντερολογία	2	1,3
	Νεφρολογία	1	,6
	Ενδοκρινολογία	2	1,3
	Παιδιατρική	3	1,9
	Γενική Χειρουργική	25	16,1
	Ορθοπεδική	6	3,9
	Οφθαλμολογία	2	1,3
	Ωτορινολαρυγγολογία	4	2,6
	Νευροχειρουργική	9	5,8
	Θωρακοχειρουργική	1	,6
	Αγγειοχειρουργική	2	1,3
	Πλαστική Χειρουργική	1	,6
	Αναισθησιολογία	19	12,3
	Μαιευτική - Γυναικολογία	15	9,7
	Ακτινολογία	5	3,2

	Ακτινοθεραπευτική - Ογκολογία	3	1,9
	Μικροβιολογία	2	1,3
	Παθολογική Ανατομική	1	,6
	Ανειδίκευτος	1	,6
	Ειδικευόμενος	8	5,2
	Νοσηλευτική	13	8,4
	N	155	100,0

Πίνακας 5.10: Συχνότητες-ποσοστά για την ειδικότητα με τη μικρότερη ευθύνη

Ειδικότητα με τη μικρότερη ευθύνη		Συχνότητα	Ποσοστό (%) επί του συνόλου των έγκυρων απαντήσεων
Valid	Εσωτερική Παθολογία	7	14,0
	Καρδιολογία-Καρδιοχειρουργική	6	12,0
	Γαστρεντερολογία	1	2,0
	Δερματολογία - Αφροδισιολογία	1	2,0
	Νευρολογία	2	4,0
	Γενική Χειρουργική	3	6,0
	Ορθοπαιδική	1	2,0
	Παιδοχειρουργική	1	2,0
	Νευροχειρουργική	3	6,0
	Πλαστική Χειρουργική	1	2,0
	Αναισθησιολογία	4	8,0
	Μαιευτική - Γυναικολογία	2	4,0
	Πυρηνική Ιατρική	1	2,0
	Ακτινοθεραπευτική - Ογκολογία	1	2,0
	Εντατικολογία	1	2,0
	Ειδικευόμενος	3	6,0
	Νοσηλευτική	12	24,0
	N	50	100,0

Στο σύνολο του δείγματος, ο πίνακας 5.11 παρουσιάζει τις συχνότητες και τα ποσοστά για την ύπαρξη ή μη πραγματογνωμοσύνης και παρατηρούμε ότι στο 16,3% των υποθέσεων ιατρικής αμέλειας διατάχθηκε ιατρική ή ιατροδικαστική πραγματογνωμοσύνη.

Πίνακας 5.11: Συχνότητες-ποσοστά για διενέργεια ή μη πραγματογνωμοσύνης

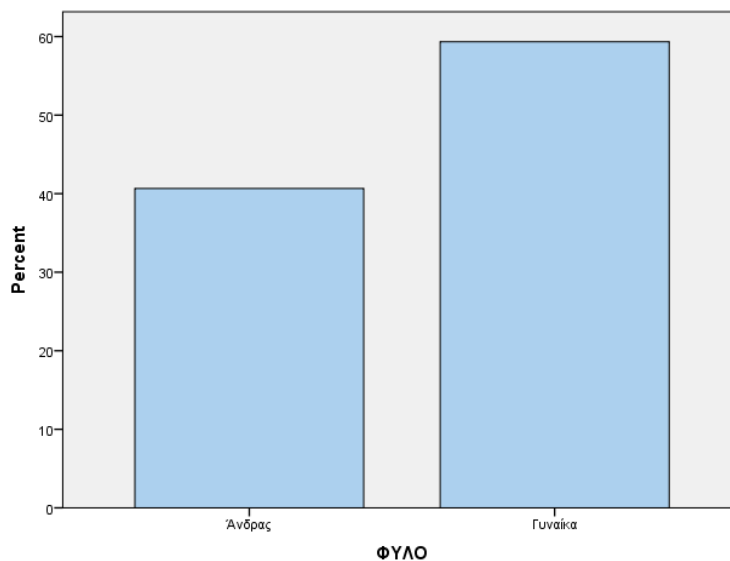
Υπαρξη πραγματογνωμοσύνης		Συχνότητα	Ποσοστό (%) επί του συνόλου των έγκυρων απαντήσεων
Valid	όχι	569	83,7
	ναι	111	16,3
	N	680	100,0

Σε N=487 καταγράφεται το φύλο του παθόντος και όπως φαίνεται από τον πίνακα 5.12 και το διάγραμμα 5.2, οι γυναίκες εμφανίζονται σε παραπάνω από τις μισές υποθέσεις (59,3%) να έχουν βιώσει κάποιο περιστατικό έναντι των ανδρών (40,7%).

Πίνακας 5.12: Συχνότητες-ποσοστά για φύλο του παθόντος

Φύλο		Συχνότητα	Ποσοστό (%) επί του συνόλου των έγκυρων απαντήσεων
Valid	Άνδρας	198	40,7
	Γυναίκα	289	59,3
	N	487	100,0

Διάγραμμα 5.2: Γραφική απεικόνιση ποσοστού φύλου παθόντος



Σε N=607 καταγράφονται οι ομάδες ICD-10 για τον ασθενή, κατά την εισαγωγή του στο σύστημα υγείας, σύμφωνα με τη διεθνώς αναγνωρισμένη ταξινόμηση της νόσου και των προβλημάτων υγείας. Από τον πίνακα 5.13, επιβεβαιώνεται ότι το πιο «συχνά εμφανιζόμενο» φύλο σε υποθέσεις ιατρικής αμέλειας, είναι οι γυναίκες και ο πιο «συχνός» λόγος εισαγωγής αυτών, στο σύστημα υγείας, σχετίζεται με την ομάδα O00-O99: Κύηση, τοκετό και λοχεία. Σε αρκετά μεγάλη απόσταση, ακολουθεί η ομάδα K00-K92: Παθήσεις του πεπτικού συστήματος (12,2%).

Πίνακας 5.13: Συχνότητες-ποσοστά εμφάνισης ομάδων ICD-10

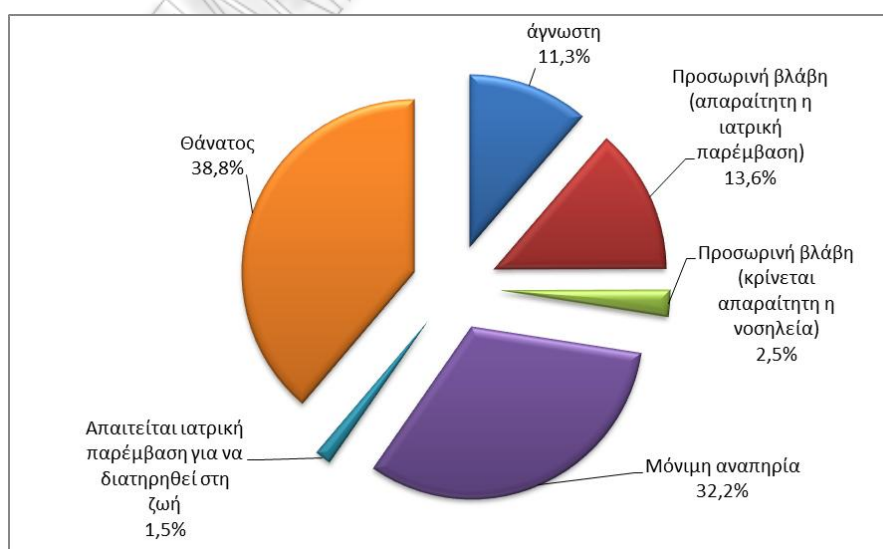
Ομάδα ICD-10	Συχνότητα	Ποσοστό (%) επί του συνόλου των έγκυρων απαντήσεων
Valid		
Ορισμένα λοιμώδη και παρασιτικά νοσήματα (A00-A99)	15	2,5
Νεοπλάσματα (C00-D48)	28	4,6
Παθήσεις του αίματος, των αιμοποιητικών οργάνων και ορισμένες διαταραχές του ανοσολογικού μηχανισμού (D50- D89)	2	,3
Ενδοκρινικές, διατροφικές και μεταβολικές παθήσεις (E00-E90)	20	3,3
Ψυχικές διαταραχές και διαταραχές συμπεριφοράς (F00 - F99)	9	1,5
Παθήσεις του νευρικού συστήματος (G00-G99)	7	1,2
Παθήσεις του οφθαλμού και των εξαρτημάτων του (H00-H59)	27	4,4
Παθήσεις του ωτός και της μαστοειδούς απόφυσης (H60-H95)	1	,2
Παθήσεις του κυκλοφορικού συστήματος (I00-I99)	72	11,9
Παθήσεις του αναπνευστικού συστήματος (J00-J99)	30	4,9
Παθήσεις του πεπτικού συστήματος (K00-K92)	74	12,2
Παθήσεις του δέρματος και του υποδόριου ιστού (L00-L99)	5	,8
Παθήσεις του μυοσκελετικού συστήματος και του συνδετικού ιστού (M00-M99)	51	8,4
Παθήσεις του ουροποιογεννητικού συστήματος (N00-N99)	58	9,6
Κύηση, τοκετός και λοχεία (O00-O99)	124	20,4
Καταστάσεις που έχουν την αρχή τους στην περιγεννητική περίοδο (P00-P96)	3	,5
Συγγενείς ανωμαλίες, διαμαρτίες της διάπλασης και χρωμοσωμικές ανωμαλίες (Q00-Q99)	13	2,1
Συμπτώματα, σημεία και παθολογικά κλινικά και εργαστηριακά ευρήματα που δεν ταξινομούνται αλλού (R00-R99)	6	1,0
Συνέπειες τραυματισμού, δηλητηρίασης και ορισμένες άλλες εξογενείς αιτίες (S00-T98)	21	3,5
Εξωγενή αίτια νοσηρότητας και θνησιμότητας (V01-Y98)	10	1,6
Παράγοντες που επηρεάζουν την κατάσταση της υγείας και την επικοινωνία με τις υπηρεσίες υγείας (Z00-Z99)	31	5,1
N	607	100,0

Σε N=521 υποθέσεις ιατρικής αμέλειας καταγράφεται η βαρύτητα του ιατρικού σφάλματος και φαίνεται ότι οι συνέπειες από την πρόκληση ενός ιατρικού σφάλματος που συγκεντρώνουν τις περισσότερες εγγραφές, αφορούν σε θάνατο (38,8%) και μόνιμη αναπηρία (32,2%) (βλ. πίνακα 5.14 και διάγραμμα 5.3).

Πίνακας 5.14: Συχνότητες-ποσοστά βαρύτητας ιατρικού σφάλματος

Βαρύτητα ιατρικού σφάλματος	Συχνότητα	Ποσοστό (%) επί του συνόλου των έγκυρων απαντήσεων
άγνωστη	59	11,3
Προσωρινή βλάβη (απαραίτητη η ιατρική παρέμβαση)	71	13,6
Προσωρινή βλάβη (κρίνεται απαραίτητη η νοσηλεία)	13	2,5
Μόνιμη αναπηρία	168	32,2
Απαιτείται ιατρική παρέμβαση για να διατηρηθεί στη ζωή	8	1,5
Θάνατος	202	38,8
N	521	100,0

Διάγραμμα 5.3: Γραφική απεικόνιση βαρύτητας ιατρικού σφάλματος

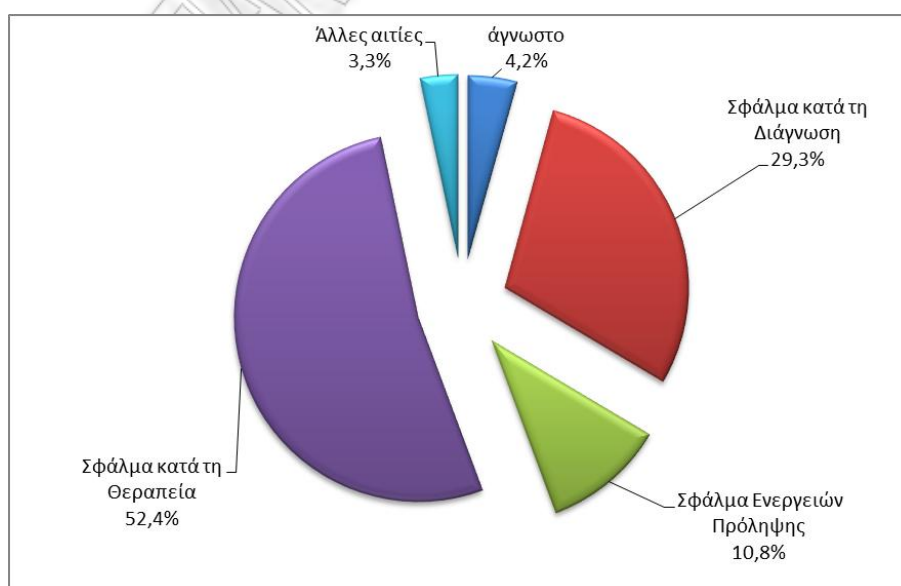


Σε N=519 καταγράφεται ο τύπος του ιατρικού σφάλματος και με βάση τον πίνακα 5.15 και το διάγραμμα 5.4 φαίνεται ότι τα περισσότερα ιατρικά σφάλματα συμβαίνουν κατά τη διάρκεια της θεραπείας (52,4%) ενώ αρκετά περιστατικά σημειώνονται στο στάδιο της διάγνωσης (29,3%).

Πίνακας 5.15: Συχνότητες-ποσοστά κατά τύπο ιατρικού σφάλματος

Τύπος Ιατρικού Σφάλματος	Συχνότητα	Ποσοστό (%) επί του συνόλου των έγκυρων απαντήσεων
άγνωστο	22	4,2
Σφάλμα κατά τη Διάγνωση	152	29,3
Σφάλμα Ενεργειών Πρόληψης	56	10,8
Σφάλμα κατά τη Θεραπεία	272	52,4
Άλλες αιτίες	17	3,3
N	519	100,0

Διάγραμμα 5.4: Γραφική απεικόνιση τύπου ιατρικού σφάλματος

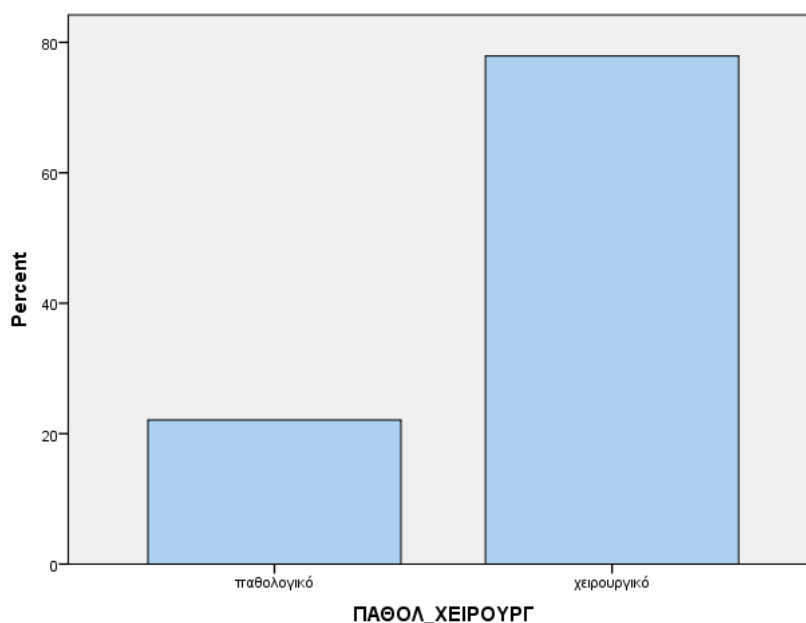


Σε N=670 καταγράφεται το είδος του περιστατικού εάν επρόκειτο δηλαδή για χειρουργικό ή παθολογικό περιστατικό και από ότι φαίνεται από τη στατιστική επεξεργασία αυτής της μεταβλητής, τα χειρουργικά περιστατικά είναι περισσότερο επιρρεπή στην πρόκληση ενός ιατρικού σφάλματος και σε ποσοστό 77,9% (βλ. πίνακα 5.16 και διάγραμμα 5.5).

Πίνακας 5.16: Συχνότητες-ποσοστά αν επρόκειτο για παθολογικό / χειρουργικό περιστατικό

παθολογικό / χειρουργικό περιστατικό		Συχνότητα	Ποσοστό (%) επί του συνόλου των έγκυρων απαντήσεων
Valid	παθολογικό	148	22,1
	χειρουργικό	522	77,9
	N	670	100,0

Διάγραμμα 5.5: Γραφική απεικόνιση αν επρόκειτο για παθολογικό / χειρουργικό περιστατικό

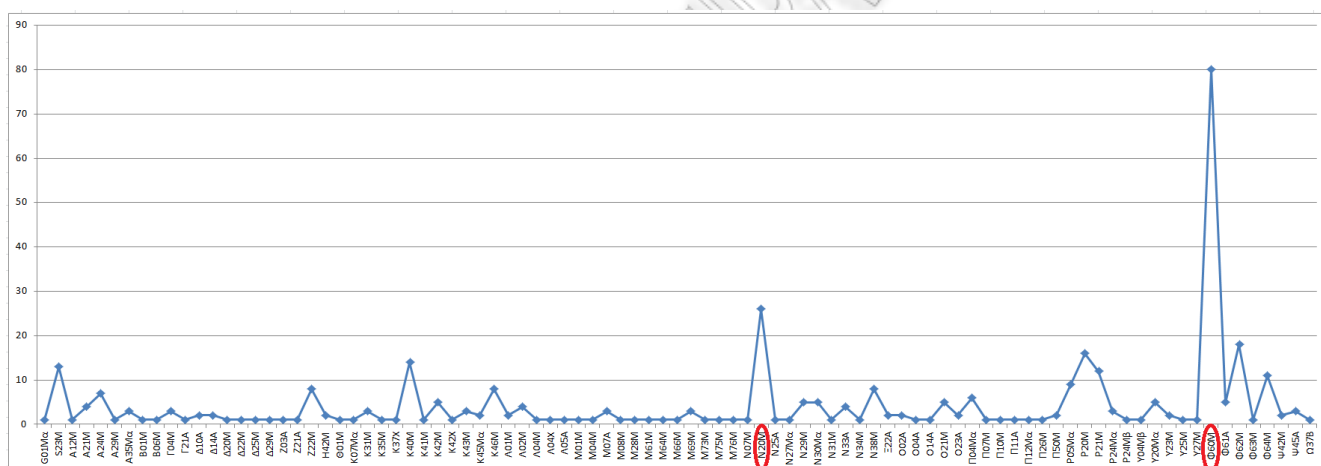


Σε N=373 κατέστη δυνατό να καταχωρήσουμε το εκλυόμενο αποτέλεσμα (ασθένεια, πάθηση ή διαταραχή) στην κατάσταση της υγείας του ασθενούς, αφότου υπέστη το ιατρικό σφάλμα, βασισμένοι στην κωδικοποίηση των Κλειστών Ελληνικών Νοσηλίων(KEN) (DiagnosisRelatedGroups - DRGs). Στο διάγραμμα 5.6 που ακολουθεί, απεικονίζονται γραφικά οι συχνότητες όλων των KEN που εμφανίζονται

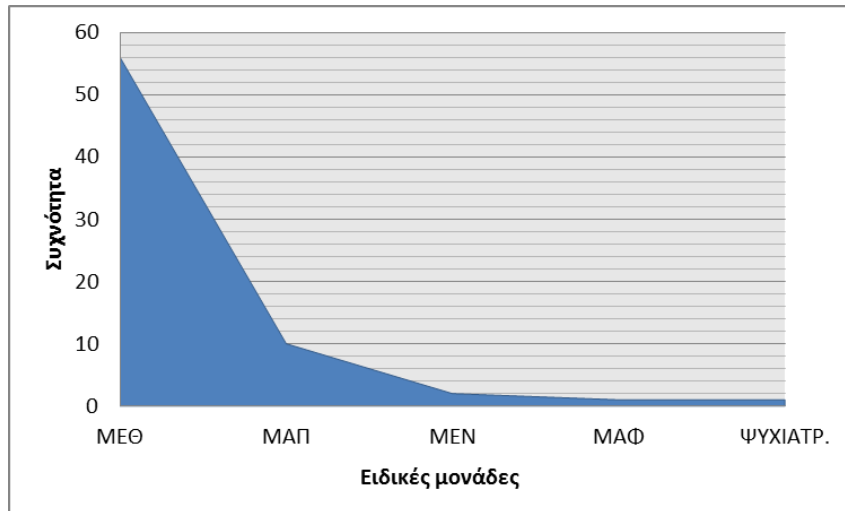
στο δείγμα μας.

Παρατηρούμε ότι ο κωδικός ΚΕΝ Φ60Μ ο οποίος περιγράφεται «*Τραυματισμοί με καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις – επιπλοκές*» και ανήκει στην *TKA21: Τραυματισμοί, δηλητηριάσεις και τοξικές επιδράσεις φαρμάκων (Φ)*, συγκεντρώνει τις περισσότερες εγγραφές στο δείγμα μας (80) ενώ ο αμέσως επόμενος κωδικός ΚΕΝ εμφανίζει μόλις 26 εγγραφές και αφορά στον κωδικό ΚΕΝ N20M ο οποίος περιγράφεται «*Οξεία εμφάνιση παραπληγίας/τετραπληγίας με ή χωρίς χειρουργικές επεμβάσεις με καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις – επιπλοκές*» που ανήκει στην *TKA01: Παθήσεις και διαταραχές του νευρικού συστήματος (N)*.

Διάγραμμα 5.6: Γραφική απεικόνιση συχνότητας των ΚΕΝ



Διάγραμμα 5.7: Γραφική απεικόνιση συχνότητας χρήσεως ειδικών μονάδων κατά τη διάρκεια νοσηλείας



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΡΤΕΡΑΣ

5.1.2 Πίνακες διασταύρωσης μεταβλητών (Crosstabulation Analysis)

Επιλέχθηκε η δημιουργία πινάκων διπλής εισόδου εξετάζοντας πολλαπλές μεταβλητές (οριζόντια και κάθετα), από αυτές που παρουσιάστηκαν προηγουμένως, για να αναλυθούν οι αλληλοεξαρτώμενοι συσχετισμοί που προκύπτουν, ώστε να εξαχθούν χρήσιμα συμπεράσματα για τα χαρακτηριστικά του δείγματος.

Κωδικός μονάδας υγείας έναντι ΥΠε

Από τον πίνακα 5.17, παρατηρούμε ότι σε N=320 υποθέσεις όπου έχει καταγραφεί τόσο ο κώδικας μονάδας υγείας όσο και η υγειονομική περιφέρεια στην οποία ανήκει, τα δημόσια νοσοκομεία και οι ιδιωτικές κλινικές-ιατρικά κέντρα όπως και η 1^η και 4^η ΥΠε, παρουσιάζουν ενδιαφέροντα χαρακτηριστικά, άξια προς σχολιασμό.

Συγκεκριμένα, η 1^η ΥΠε της Αττικής βρίσκεται στην πρώτη θέση μεταξύ των επτά υγειονομικών περιφερειών, συγκεντρώνοντας τις περισσότερες μονάδες υγείας που είχαν ανάμειξη σε υπόθεση ιατρικής αμέλειας, με ποσοστό 60,9% (195 στις 320). Το 46,7% της 1^{ης} ΥΠε αφορά ιδιωτικές κλινικές-ιατρικά κέντρα ενώ το 42,1% αφορά δημόσια νοσοκομεία. Η δεύτερη στην κατά σειρά κατάταξη ΥΠε που συγκεντρώνει τις αμέσως λιγότερες μονάδες υγείας που είχαν εμπλοκή σε τέτοια περιστατικά, είναι η 4^η ΥΠε της Μακεδονίας-Θράκης, με ποσοστό 17,5%.

Επιπλέον, παρατηρούμε ότι στο συνολικό μας δείγμα, το 47,5% αφορά δημόσια νοσοκομεία ενώ το 41,9% αφορά ιδιωτικές κλινικές-ιατρικά κέντρα. Επιπλέον, το 53,9% των δημόσιων νοσοκομείων (82 στα 152) ανήκουν στην 1^η ΥΠε και το 17,8% στην 4^η ΥΠε. Αντίστοιχα, το 67,9% των ιδιωτικών κλινικών-ιατρικών κέντρων (91 στα 134) ανήκουν στην 1^η ΥΠε και το 18,7% στην 4^η ΥΠε.

Πίνακας 5.17: Crosstabanalysis κωδικού μονάδας υγείας με ΥΠε

		ΥΠε							Total
		1η ΑΤΤΙΚΗΣ	2η ΠΕΙΡΑΙΩΣ-ΑΙΓΑΙΟΥ	3η ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ	4η ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ-ΘΡΑΚΗΣ	5η ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ-ΣΤΕΡΕΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ	6η ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ-ΙΟΝΙΩΝ-ΝΗΣΩΝ-ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ-ΗΠΕΙΡΟΥ	7η ΚΡΗΤΗΣ	
	% within ΚΩΔ_ΜΥ	50,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	25,0%	25,0%	100,0%
	% within ΥΠε	1,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	3,4%	9,1%	1,2%
	% of Total	0,6%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,3%	0,3%	1,2%
Δημόσια Νοσοκομεία	Count	82	12	4	27	2	17	8	152
	% within ΚΩΔ_ΜΥ	53,9%	7,9%	2,6%	17,8%	1,3%	11,2%	5,3%	100,0%
	% within ΥΠε	42,1%	80,0%	80,0%	48,2%	22,2%	58,6%	72,7%	47,5%
Ιδιωτικές Κλινικές-Ιατρικά Κέντρα	Count	91	2	1	25	5	8	2	134
	% within ΚΩΔ_ΜΥ	67,9%	1,5%	0,7%	18,7%	3,7%	6,0%	1,5%	100,0%
	% within ΥΠε	46,7%	13,3%	20,0%	44,6%	55,6%	27,6%	18,2%	41,9%
Δομές Δημόσιας Υγείας	Count	0	0	0	2	0	0	0	2
	% within ΚΩΔ_ΜΥ	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
	% within ΥΠε	0,0%	0,0%	0,0%	3,6%	0,0%	0,0%	0,0%	0,6%
Ιατρεία Ασφαλιστικών Φορέων	Count	1	0	0	0	0	1	0	2
	% within ΚΩΔ_ΜΥ	50,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	50,0%	0,0%	100,0%
	% within ΥΠε	0,5%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	3,4%	0,0%	0,6%
Ιδιωτικά Ιατρεία	Count	9	1	0	2	2	1	0	15
	% within ΚΩΔ_ΜΥ	60,0%	6,7%	0,0%	13,3%	13,3%	6,7%	0,0%	100,0%
	% within ΥΠε	4,6%	6,7%	0,0%	3,6%	22,2%	3,4%	0,0%	4,7%
Διαγνωστικά Εργαστήρια	Count	5	0	0	0	0	0	0	5
	% within ΚΩΔ_ΜΥ	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
	% within ΥΠε	2,6%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,6%
Δομές ΙΚΑ	Count	4	0	0	0	0	0	0	4
	% within ΚΩΔ_ΜΥ	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
	% within ΥΠε	2,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,2%
Ινστιτούτα Αισθητικής-Αδυνατίσματος	Count	1	0	0	0	0	0	0	1
	% within ΚΩΔ_ΜΥ	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
	% within ΥΠε	0,5%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,3%
Δομές Προστασίας Παιδιού, Νέων & Οικογένειας	Count	0	0	0	0	0	1	0	1
	% within ΚΩΔ_ΜΥ	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%
	% within ΥΠε	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	3,4%	0,0%	0,3%
Total	Count	195	15	5	56	9	29	11	320
	% within ΚΩΔ_ΜΥ	60,9%	4,7%	1,6%	17,5%	2,8%	9,1%	3,4%	100,0%
	% within ΥΠε	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% of Total	60,9%	4,7%	1,6%	17,5%	2,8%	9,1%	3,4%	100,0%

Κωδικός μονάδας υγείας έναντι ειδικότητας με τη μεγαλύτερη ευθύνη

Σε N=678 καταγράφεται ταυτόχρονα η μονάδα υγείας που συνέβη το περιστατικό και η ειδικότητα που φέρει τη μεγαλύτερη ευθύνη στην πρόκλησή του. Είναι αξιοσημείωτο ότι οι μονάδες υγείας με τις περισσότερες συγκεντρώσεις ιατρικών ειδικοτήτων πρώτης ευθύνης στην πρόκληση ιατρικού σφάλματος είναι τα δημόσια νοσοκομεία, σε ποσοστό 46,2% και ακολουθούν οι ιδιωτικές κλινικές-ιατρικά κέντρα, σε ποσοστό 32,6%.

Στον πίνακα 5.18 αποτυπώνονται μόνο οι ειδικότητες πρώτης ευθύνης με την πιο συχνή εμφάνιση > 20 εγγραφές και παρατηρούμε ότι οι περισσότεροι ιατροί που

φαίνεται να έχουν εμπλοκή σε κάποιο ιατρικό σφάλμα προέρχονται από τις ειδικότητες της Μαιευτικής-Γυναικολογίας και Γενικής Χειρουργικής. Στο 41,6% των ιδιωτικών κλινικών-ιατρικών κέντρων εμπλέκεται η ειδικότητα της Μαιευτικής-Γυναικολογίας έναντι του 10,5% στα δημόσια νοσοκομεία. Επιπλέον, στο 20,8% των δημόσιων νοσοκομείων φαίνεται να εμπλέκεται σε περιστατικά ιατρικής αμέλειας, η ειδικότητα της Γενικής Χειρουργικής έναντι του 17,6% που συναντάται στις ιδιωτικές κλινικές – ιατρικά κέντρα.

Πίνακας 5.18: Crosstabanalysis κωδικού μονάδας υγείας και ειδικότητας πρώτης ευθύνης με την πιο συχνή εμφάνιση >20 εγγραφές

ΚΩΔ_ΜΥ		ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ_Α_ΙΑΤΡΟΥ						
		Εσωτερική Παθολογία	Καρδιολογία-Καρδιοχειρουργική	Γενική Χειρουργική	Ορθοπαιδική	Οφθαλμολογία	Ανασθησιολογία	Μαιευτική - Γυναικολογία
ΚΩΔ_ΜΥ άγνωστο	Count	1	6	8	3	1	8	27
	% within ΚΩΔ_ΜΥ	1,4%	8,3%	11,1%	4,2%	1,4%	11,1%	37,5%
	% within ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ_Α_ΙΑΤΡΟΥ	2,4%	11,8%	7,0%	6,5%	3,8%	19,5%	15,9%
	% of Total	,1%	,9%	1,2%	,4%	,1%	1,2%	4,0%
Δημόσια Νοσοκομεία	Count	34	27	65	25	14	18	33
	% within ΚΩΔ_ΜΥ	10,9%	8,6%	20,8%	8,0%	4,5%	5,8%	10,5%
	% within ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ_Α_ΙΑΤΡΟΥ	82,9%	52,9%	56,5%	54,3%	53,8%	43,9%	19,4%
	% of Total	5,0%	4,0%	9,6%	3,7%	2,1%	2,7%	4,9%
Νοσοκομεία-Κέντρα Υγείας	Count	1	0	0	0	0	0	0
	% within ΚΩΔ_ΜΥ	100,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%
	% within ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ_Α_ΙΑΤΡΟΥ	2,4%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%
	% of Total	,1%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%
Ιδιωτικές Κλινικές-Ιατρικά Κέντρα	Count	2	17	39	16	8	12	92
	% within ΚΩΔ_ΜΥ	,9%	7,7%	17,6%	7,2%	3,6%	5,4%	41,6%
	% within ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ_Α_ΙΑΤΡΟΥ	4,9%	33,3%	33,9%	34,8%	30,8%	29,3%	54,1%
	% of Total	,3%	2,5%	5,8%	2,4%	1,2%	1,8%	13,6%
Ιατροί Ασφαλιστικών Φορέων	Count	0	0	0	0	0	0	1
	% within ΚΩΔ_ΜΥ	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	50,0%
	% within ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ_Α_ΙΑΤΡΟΥ	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	,6%
	% of Total	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	,1%
Ιδιωτικά Ιατρεία	Count	3	0	1	2	3	0	17
	% within ΚΩΔ_ΜΥ	6,8%	,0%	2,3%	4,5%	6,8%	,0%	38,6%
	% within ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ_Α_ΙΑΤΡΟΥ	7,3%	,0%	,9%	4,3%	11,5%	,0%	10,0%
	% of Total	,4%	,0%	,1%	,3%	,4%	,0%	2,5%
Διαγνωστικά Εργαστήρια	Count	0	1	0	0	0	1	0
	% within ΚΩΔ_ΜΥ	,0%	14,3%	,0%	,0%	,0%	14,3%	,0%
	% within ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ_Α_ΙΑΤΡΟΥ	,0%	2,0%	,0%	,0%	,0%	2,4%	,0%
	% of Total	,0%	,1%	,0%	,0%	,0%	,1%	,0%
Δομές ΙΚΑ	Count	0	0	2	0	0	2	0
	% within ΚΩΔ_ΜΥ	,0%	,0%	33,3%	,0%	,0%	33,3%	,0%
	% within ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ_Α_ΙΑΤΡΟΥ	,0%	,0%	1,7%	,0%	,0%	4,9%	,0%
	% of Total	,0%	,0%	,3%	,0%	,0%	,3%	,0%
Total	Count	41	51	115	46	26	41	170
	% within ΚΩΔ_ΜΥ	6,0%	7,5%	17,0%	6,8%	3,8%	6,0%	25,1%
	% within ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ_Α_ΙΑΤΡΟΥ	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% of Total	6,0%	7,5%	17,0%	6,8%	3,8%	6,0%	25,1%

Κωδικός μονάδας υγείας έναντι βαρύτητας ιατρικού σφάλματος

Σε N=521 υποθέσεις ιατρικής αμέλειας καταγράφεται η μονάδα υγείας στην οποία συνέβη το ιατρικό σφάλμα σε σχέση με το επίπεδο βαρύτητας του σφάλματος αυτού. Από τον πίνακα 5.19 παρατηρούμε ότι τα περισσότερα ιατρικά σφάλματα είχαν ως συνέπεια το θάνατο, σε ποσοστό 38,8% (202 στα 521) ενώ ως δεύτερη κατά σειρά συνέπεια, τη μόνιμη αναπηρία, σε ποσοστό 32,2% (168 στα 521). Επίσης, με βάση το συνολικό δείγμα N=521, παραπάνω από τα μισά ιατρικά σφάλματα (55,3%) συνέβησαν στα δημόσια νοσοκομεία και το 25,7% προκλήθηκε κατά τη διάρκεια της νοσηλείας, σε ιδιωτικές κλινικές-ιατρικά κέντρα.

Έτσι λοιπόν, στο 45,1% των δημόσιων νοσοκομείων (130 στα 288) προκλήθηκε θάνατος, στο 31,6% μόνιμη αναπηρία ενώ στο 11,5% προσωρινή βλάβη που ήταν απαραίτητη η ιατρική παρέμβαση. Επιπλέον, στο 35,1% των ιδιωτικών κλινικών-ιατρικών κέντρων (47 στα 134) ο ασθενής υπέστη μόνιμη αναπηρία, στο 32,1% ο ασθενής κατέληξε και στο 16,4% ο ασθενής υπέστη προσωρινή βλάβη που ήταν απαραίτητη η ιατρική παρέμβαση.

Πίνακας 5.19: Crosstabanalysis κωδικού μονάδας υγείας και βαρύτητας ιατρικού σφάλματος

ΜΟΝΑΔΕΣ ΥΓΕΙΑΣ		ΚΩΔ ΜΥ * ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΦΑΛΜΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑ Crosstabulation						Total
		ΚΩΔ ΜΥ	ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΦΑΛΜΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑ				ΚΩΔ ΜΥ	
		άγνωστο	Προσωρινή βλάβη (απαραίτητη ή ιατρική παρέμβαση)	Προσωρινή βλάβη (κρίνεται απαραίτητη ή νοσηλεία)	Μόνιμη αναπηρία	Απαιτείται ιατρική παρέμβαση για να διατηρηθεί στη ζωή	Θάνατος	
άγνωστο	Count	18	4	0	16	0	14	52
	% within ΚΩΔ ΜΥ	34,6%	7,7%	0,0%	30,8%	0,0%	26,9%	100,0%
	% within ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΦΑΛΜΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑ	30,5%	5,6%	0,0%	9,5%	0,0%	6,9%	10,0%
Δημόσια Νοσοκομεία	Count	17	33	10	91	7	130	288
	% within ΚΩΔ ΜΥ	5,9%	11,5%	3,5%	31,6%	2,4%	45,1%	100,0%
	% within ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΦΑΛΜΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑ	28,8%	46,5%	76,9%	54,2%	87,5%	64,4%	55,3%
Νοσοκομεία-Κέντρα Υγείας	Count	0	0	0	0	0	1	1
	% within ΚΩΔ ΜΥ	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%
	% within ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΦΑΛΜΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑ	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,5%	0,2%
Κέντρα Υγείας	Count	1	0	0	0	0	0	1
	% within ΚΩΔ ΜΥ	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
	% within ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΦΑΛΜΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑ	1,7%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,2%
Ιδιωτικές Κινητικές-Ιατρικά Κέντρα	Count	19	22	2	47	1	43	134
	% within ΚΩΔ ΜΥ	14,2%	16,4%	1,5%	35,1%	0,7%	32,1%	100,0%
	% within ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΦΑΛΜΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑ	32,2%	31,0%	15,4%	28,0%	12,5%	21,3%	25,7%
Δομές Δημόσιας Υγείας	Count	0	0	0	1	0	3	4
	% within ΚΩΔ ΜΥ	0,0%	0,0%	0,0%	25,0%	0,0%	75,0%	100,0%
	% within ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΦΑΛΜΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑ	0,0%	0,0%	0,0%	0,6%	0,0%	1,5%	0,8%
Ιατρικά Ασφαλιστικών Φορέων	Count	0	0	0	1	0	1	2
	% within ΚΩΔ ΜΥ	0,0%	0,0%	0,0%	50,0%	0,0%	50,0%	100,0%
	% within ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΦΑΛΜΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑ	0,0%	0,0%	0,0%	0,6%	0,0%	0,5%	0,4%
Ιδιωτικά Ιατρεία	Count	3	7	1	6	0	7	24
	% within ΚΩΔ ΜΥ	12,5%	29,2%	4,2%	25,0%	0,0%	29,2%	100,0%
	% within ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΦΑΛΜΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑ	5,1%	9,9%	7,7%	3,6%	0,0%	3,5%	4,6%
Οδοντοπείρια	Count	0	2	0	0	0	0	2
	% within ΚΩΔ ΜΥ	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
	% within ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΦΑΛΜΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑ	0,0%	2,8%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,4%
Διαγνωστικά Εργαστήρια	Count	1	1	0	0	0	2	4
	% within ΚΩΔ ΜΥ	25,0%	25,0%	0,0%	0,0%	0,0%	50,0%	100,0%
	% within ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΦΑΛΜΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑ	1,7%	1,4%	0,0%	0,0%	0,0%	1,0%	0,8%
Δομές ΙΚΑ	Count	0	0	0	6	0	0	6
	% within ΚΩΔ ΜΥ	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%
	% within ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΦΑΛΜΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑ	0,0%	0,0%	0,0%	3,6%	0,0%	0,0%	1,2%
Ινστιτούτα Διορθωτικής-Αδυνατισμού	Count	0	2	0	0	0	0	2
	% within ΚΩΔ ΜΥ	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
	% within ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΦΑΛΜΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑ	0,0%	2,8%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,4%
Δομές Προστασίας Πεπτικού, Νέων & Οικογένειας	Count	0	0	0	0	0	1	1
	% within ΚΩΔ ΜΥ	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%
	% within ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΦΑΛΜΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑ	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,5%	0,2%
Total	Count	59	71	13	168	8	202	521
	% within ΚΩΔ ΜΥ	11,3%	13,6%	2,5%	32,2%	1,5%	38,8%	100,0%
	% within ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΦΑΛΜΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑ	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Ειδικότητα με τη μεγαλύτερη ευθύνη έναντι βαρύτητας ιατρικού σφάλματος

Σε N=521 καταγράφεται η ειδικότητα πρώτης ευθύνης σε σχέση με το επίπεδο βαρύτητας του ιατρικού σφάλματος που φαίνεται να έχει προκληθεί, κατά τη διάρκεια της άσκησης της ιατρικής πρακτικής. Στον πίνακα 5.20 παρουσιάζονται εκείνες μόνο οι ειδικότητες πρώτης ευθύνης που εμπλέκονται σε παραπάνω από 20 περιστατικά ιατρικής αμέλειας.

Από τον πίνακα 5.20 παρατηρούμε ότι η ειδικότητα της Μαιευτικής-Γυναικολογίας εμπλέκεται στα περισσότερα περιστατικά, σε ποσοστό 23,2% (121 στα 521) και το 37,2% αυτών στα οποία είχε εμπλοκή η Μαιευτική-Γυναικολογία αφορούσαν σε μόνιμη αναπηρία. Στη δεύτερη κατά σειρά κατάταξη και σε ποσοστό 17,5% βρίσκεται η ειδικότητα της Γενικής Χειρουργικής, η οποία φαίνεται να είναι υπεύθυνη για περιστατικά που είχαν ως συνέπεια το θάνατο (40,7%) και μόνιμη αναπηρία (38,5%).

Πίνακας 5.20: Crosstabanalysis ειδικότητας μεγαλύτερης ευθύνης με το επίπεδο βαρύτητας ιατρικού σφάλματος (>20 εγγραφές)

ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ Α' ΕΥΘΥΝΗΣ		ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ Α' ΙΑΤΡΟΥ * ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΦΑΛΜΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑ Crosstabulation						Total
		άγνωστη	Προσωρινή βλάβη (απαραίτητη η ιατρική παρέμβαση)	Προσωρινή βλάβη (κρίνεται απαραίτητη η νοσηλεία)	Μόνιμη αναπηρία	Απαιτείται ιατρική παρέμβαση για να διατηρηθεί στη ζωή	Θάνατος	
Εσωτερική Παθολογία	Count	2	1	0	0	1	29	33
	% within ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ_Α_ΙΑΤΡΟΥ	6.1%	3.0%	0.0%	0.0%	3.0%	87.9%	100.0%
	% within ΙΑΤΡΙΚΟ_ΣΦΑΛΜΑ_ΒΑΡΥΤΗΤΑ	3.4%	1.4%	0.0%	0.0%	12.5%	14.4%	6.3%
Καρδιολογία-Καρδιοχειρουργική	Count	0	4	3	5	0	23	35
	% within ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ_Α_ΙΑΤΡΟΥ	0.0%	11.4%	8.6%	14.3%	0.0%	65.7%	100.0%
	% within ΙΑΤΡΙΚΟ_ΣΦΑΛΜΑ_ΒΑΡΥΤΗΤΑ	0.0%	5.6%	23.1%	3.0%	0.0%	11.4%	6.7%
Γενική Χειρουργική	Count	7	10	1	35	1	37	91
	% within ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ_Α_ΙΑΤΡΟΥ	7.7%	11.0%	1.1%	38.5%	1.1%	40.7%	100.0%
	% within ΙΑΤΡΙΚΟ_ΣΦΑΛΜΑ_ΒΑΡΥΤΗΤΑ	11.9%	14.1%	7.7%	20.8%	12.5%	18.3%	17.5%
Ορθοπαιδική	Count	2	7	0	21	2	4	36
	% within ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ_Α_ΙΑΤΡΟΥ	5.6%	19.4%	0.0%	58.3%	5.6%	11.1%	100.0%
	% within ΙΑΤΡΙΚΟ_ΣΦΑΛΜΑ_ΒΑΡΥΤΗΤΑ	3.4%	9.9%	0.0%	12.5%	25.0%	2.0%	6.9%
Αναισθησιολογία	Count	5	3	3	12	0	10	33
	% within ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ_Α_ΙΑΤΡΟΥ	15.2%	9.1%	9.1%	36.4%	0.0%	30.3%	100.0%
	% within ΙΑΤΡΙΚΟ_ΣΦΑΛΜΑ_ΒΑΡΥΤΗΤΑ	8.5%	4.2%	23.1%	7.1%	0.0%	5.0%	6.3%
Μαιευτική - Γυναικολογία	Count	24	16	4	45	2	30	121
	% within ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ_Α_ΙΑΤΡΟΥ	19.8%	13.2%	3.3%	37.2%	1.7%	24.8%	100.0%
	% within ΙΑΤΡΙΚΟ_ΣΦΑΛΜΑ_ΒΑΡΥΤΗΤΑ	40.7%	22.5%	30.8%	26.8%	25.0%	14.9%	23.2%
Total	Count	59	71	13	168	8	202	521
	% within ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ_Α_ΙΑΤΡΟΥ	11.3%	13.6%	2.5%	32.2%	1.5%	38.8%	100.0%
	% within ΙΑΤΡΙΚΟ_ΣΦΑΛΜΑ_ΒΑΡΥΤΗΤΑ	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

ΥΠε έναντι βαρύτητας ιατρικού σφάλματος

Σε N=232 καταγράφεται η ΥΠε σε σχέση με το επίπεδο της βαρύτητας του ιατρικού σφάλματος. Από τον πίνακα 5.21 παρατηρούμε ότι τα περισσότερα ιατρικά σφάλματα που συμβαίνουν στην 1^η ΥΠε Αττικής σχετίζονται με μόνιμη αναπηρία (35%) και θάνατο (34,3%) ενώ το 15,3% αφορά σε ιατρικά σφάλματα που ο ασθενής έχει υποστεί προσωρινή βλάβη και είναι απαραίτητη η ιατρική παρέμβαση. Επιπλέον, είναι χαρακτηριστικό ότι η 1^η ΥΠε σε σχέση με τις υπόλοιπες υγειονομικές περιφέρειες συγκεντρώνει στους κόλπους της, πάνω από τα μισά ιατρικά σφάλματα που έχουν ως συνέπεια είτε την προσωρινή βλάβη που είναι απαραίτητη η ιατρική παρέμβαση (67,7%), είτε τη μόνιμη αναπηρία (66,7%) είτε το θάνατο (46,1%). Στη

συνέχεια η αμέσως επόμενη ΥΠε που συσσωρεύει τις περισσότερες εγγραφές ως προς το επίπεδο βαρύτητας ιατρικού σφάλματος είναι η 4^η ΥΠε Μακεδονίας-Θράκης και είναι άξιο σχολιασμού ότι το 50% των ιατρικών σφαλμάτων της, έχουν ως συνέπεια το θάνατο.

Πίνακας 5.21: Crosstabanalysis ΥΠε με επίπεδο βαρύτητας ιατρικού σφάλματος

ΥΠΕ		ΥΠΕ * ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΦΑΛΜΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑ Crosstabulation						Total
		άγνοοση	Προσωρινή βλάβη (απαραίτητη ή ιατρική παρέμβαση)	Προσωρινή βλάβη (κρίνεται απαραίτητη ή νοσηρσία)	Μόνιμη αναπηρία	Απαιτείται ιατρική παρέμβαση για να διατηρηθεί στη ζωή	Θάνατος	
1η ΑΤΤΙΚΗΣ	Count	14	21	5	48	2	47	137
	% within ΥΠΕ	10,2%	15,3%	3,6%	35,0%	1,5%	34,3%	100,0%
	% within ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΦΑΛΜΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑ	82,4%	67,7%	71,4%	66,7%	66,7%	46,1%	59,1%
	% of Total	6,0%	9,1%	2,2%	20,7%	0,9%	20,3%	59,1%
2η ΠΕΙΡΑΙΩΣ-ΑΙΓΑΙΟΥ	Count	0	0	0	3	0	8	11
	% within ΥΠΕ	0,0%	0,0%	0,0%	27,3%	0,0%	72,7%	100,0%
	% within ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΦΑΛΜΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑ	0,0%	0,0%	0,0%	4,2%	0,0%	7,8%	4,7%
	% of Total	0,0%	0,0%	0,0%	1,3%	0,0%	3,4%	4,7%
3η ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ	Count	0	1	1	0	0	3	5
	% within ΥΠΕ	0,0%	20,0%	20,0%	0,0%	0,0%	60,0%	100,0%
	% within ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΦΑΛΜΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑ	0,0%	3,2%	14,3%	0,0%	0,0%	2,9%	2,2%
	% of Total	0,0%	0,4%	0,4%	0,0%	0,0%	1,3%	2,2%
4η ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ-ΘΡΑΚΗΣ	Count	1	8	0	11	0	20	40
	% within ΥΠΕ	2,5%	20,0%	0,0%	27,5%	0,0%	50,0%	100,0%
	% within ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΦΑΛΜΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑ	5,9%	25,8%	0,0%	15,3%	0,0%	19,6%	17,2%
	% of Total	0,4%	3,4%	0,0%	4,7%	0,0%	8,6%	17,2%
5η ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ-ΣΤΕΡΕΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ	Count	0	0	0	1	0	3	4
	% within ΥΠΕ	0,0%	0,0%	0,0%	25,0%	0,0%	75,0%	100,0%
	% within ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΦΑΛΜΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑ	0,0%	0,0%	0,0%	1,4%	0,0%	2,9%	1,7%
	% of Total	0,0%	0,0%	0,0%	0,4%	0,0%	1,3%	1,7%
6η ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ-ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ-ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ-ΗΠΕΙΡΟΥ	Count	2	1	0	5	1	15	24
	% within ΥΠΕ	8,3%	4,2%	0,0%	20,8%	4,2%	62,5%	100,0%
	% within ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΦΑΛΜΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑ	11,8%	3,2%	0,0%	6,9%	33,3%	14,7%	10,3%
	% of Total	0,9%	0,4%	0,0%	2,2%	0,4%	6,5%	10,3%
7η ΚΡΗΤΗΣ	Count	0	0	1	4	0	6	11
	% within ΥΠΕ	0,0%	0,0%	9,1%	36,4%	0,0%	54,5%	100,0%
	% within ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΦΑΛΜΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑ	0,0%	0,0%	14,3%	5,6%	0,0%	5,9%	4,7%
	% of Total	0,0%	0,0%	0,4%	1,7%	0,0%	2,6%	4,7%
Total	Count	17	31	7	72	3	102	232
	% within ΥΠΕ	7,3%	13,4%	3,0%	31,0%	1,3%	44,0%	100,0%
	% within ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΦΑΛΜΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑ	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% of Total	7,3%	13,4%	3,0%	31,0%	1,3%	44,0%	100,0%

Βαρύτητα έναντι τύπου ιατρικού σφάλματος

Σε N=517 καταγράφεται η βαρύτητα σε σχέση με τον τύπο του ιατρικού σφάλματος. Από τον πίνακα 5.22 παρατηρούμε ότι το 66,7% των ιατρικών σφαλμάτων που προκάλεσε στους ασθενείς μόνιμη αναπηρία, συνέβηκε κατά τη διάρκεια της θεραπείας. Επιπλέον, στο 56,6% των ιατρικών σφαλμάτων που προκλήθηκαν, κατά τη διάρκεια της διάγνωσης, οι ασθενείς κατέληξαν.

Πίνακας 5.22: Crosstabanalysis βαρύτητας με τύπο ιατρικού σφάλματος

			ΚΩΔΙΚ_ΤΥΠΟΥ_ΙΣ					Total
			άγνωστη	Σφάλμα κατά τη Διάγνωση	Σφάλμα Ενεργειών Πρόληψης	Σφάλμα κατά τη Θεραπεία	Άλλες αιτίες	
ΙΑΤΡΙΚΟ_ΣΦΑΛΜΑ_ΒΑΡΥΤ HTA	άγνωστη	Count	15	8	3	32	0	58
		% within ΙΑΤΡΙΚΟ_ΣΦΑΛΜΑ_ΒΑΡΥΤ HTA	25,9%	13,8%	5,2%	55,2%	0,0%	100,0%
		% within ΚΩΔΙΚ_ΤΥΠΟΥ_ΙΣ	68,2%	5,3%	5,4%	11,8%	0,0%	11,2%
		% of Total	2,9%	1,5%	0,6%	6,2%	0,0%	11,2%
	Προσωρινή βλάβη (απαραίτητη ή ιατρική παρέμβαση)	Count	0	19	8	39	5	71
		% within ΙΑΤΡΙΚΟ_ΣΦΑΛΜΑ_ΒΑΡΥΤ HTA	0,0%	26,8%	11,3%	54,9%	7,0%	100,0%
		% within ΚΩΔΙΚ_ΤΥΠΟΥ_ΙΣ	0,0%	12,5%	14,3%	14,4%	31,2%	13,7%
		% of Total	0,0%	3,7%	1,5%	7,5%	1,0%	13,7%
	Προσωρινή βλάβη (κρίνεται απαραίτητη η νοσηλεία)	Count	0	3	3	4	3	13
		% within ΙΑΤΡΙΚΟ_ΣΦΑΛΜΑ_ΒΑΡΥΤ HTA	0,0%	23,1%	23,1%	30,8%	23,1%	100,0%
		% within ΚΩΔΙΚ_ΤΥΠΟΥ_ΙΣ	0,0%	2,0%	5,4%	1,5%	18,8%	2,5%
		% of Total	0,0%	0,6%	0,6%	0,8%	0,6%	2,5%
	Μόνιμη αναπηρία	Count	1	33	18	112	4	168
		% within ΙΑΤΡΙΚΟ_ΣΦΑΛΜΑ_ΒΑΡΥΤ HTA	0,6%	19,6%	10,7%	66,7%	2,4%	100,0%
		% within ΚΩΔΙΚ_ΤΥΠΟΥ_ΙΣ	4,5%	21,7%	32,1%	41,3%	25,0%	32,5%
		% of Total	0,2%	6,4%	3,5%	21,7%	0,8%	32,5%
	Απαιτείται ιατρική παρέμβαση για να διατηρηθεί στη ζωή	Count	0	3	2	3	0	8
		% within ΙΑΤΡΙΚΟ_ΣΦΑΛΜΑ_ΒΑΡΥΤ HTA	0,0%	37,5%	25,0%	37,5%	0,0%	100,0%
		% within ΚΩΔΙΚ_ΤΥΠΟΥ_ΙΣ	0,0%	2,0%	3,6%	1,1%	0,0%	1,5%
		% of Total	0,0%	0,6%	0,4%	0,6%	0,0%	1,5%
Θάνατος	Count	6	86	22	81	4	199	
	% within ΙΑΤΡΙΚΟ_ΣΦΑΛΜΑ_ΒΑΡΥΤ HTA	3,0%	43,2%	11,1%	40,7%	2,0%	100,0%	
	% within ΚΩΔΙΚ_ΤΥΠΟΥ_ΙΣ	27,3%	56,6%	39,3%	29,9%	25,0%	38,5%	
	% of Total	1,2%	16,6%	4,3%	15,7%	0,8%	38,5%	
Total	Count	22	152	56	271	16	517	
	% within ΙΑΤΡΙΚΟ_ΣΦΑΛΜΑ_ΒΑΡΥΤ HTA	4,3%	29,4%	10,8%	52,4%	3,1%	100,0%	
	% within ΚΩΔΙΚ_ΤΥΠΟΥ_ΙΣ	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	4,3%	29,4%	10,8%	52,4%	3,1%	100,0%	

Βαρύτητα έναντι παθολογικού/χειρουργικού περιστατικού

Σε N=511 καταγράφεται η βαρύτητα του ιατρικού σφάλματος σε σχέση με το εάν επρόκειτο για παθολογικό / χειρουργικό περιστατικό. Από τον πίνακα 5.23 διαπιστώνουμε ότι η συντριπτική πλειοψηφία των ασθενών που υπέστη μόνιμη αναπηρία (91%) καθώς και περίπου το 60% των ασθενών που κατέληξε, προήλθαν από χειρουργικό περιστατικό. Επιπλέον, το 67% των περιστατικών που είναι παθολογικής φύσεως, καταλήγει σε θάνατο.

Πίνακας 5.23: Crosstabanalysis βαρύτητας με το εάν επρόκειτο για παθολογικό / χειρουργικό περιστατικό

			ΠΑΘΟΛ_ΧΕΙΡΟΥΡΓ		Total
			παθολογικό	χειρουργικό	
ΙΑΤΡΙΚΟ_ΣΦΑΛΜΑ_ΒΑΡΥΤ HTA	άγνωστη	Count	11	44	55
		% within ΙΑΤΡΙΚΟ_ΣΦΑΛΜΑ_ΒΑΡΥΤ HTA	20,0%	80,0%	100,0%
		% within ΠΑΘΟΛ_ΧΕΙΡΟΥΡΓ	9,1%	11,3%	10,8%
		% of Total	2,2%	8,6%	10,8%
	Προσωρινή βλάβη (απαραίτητη η ιατρική παρέμβαση)	Count	9	62	71
		% within ΙΑΤΡΙΚΟ_ΣΦΑΛΜΑ_ΒΑΡΥΤ HTA	12,7%	87,3%	100,0%
		% within ΠΑΘΟΛ_ΧΕΙΡΟΥΡΓ	7,4%	15,9%	13,9%
		% of Total	1,8%	12,1%	13,9%
	Προσωρινή βλάβη (κρίνεται απαραίτητη η νοσηλεία)	Count	2	11	13
		% within ΙΑΤΡΙΚΟ_ΣΦΑΛΜΑ_ΒΑΡΥΤ HTA	15,4%	84,6%	100,0%
		% within ΠΑΘΟΛ_ΧΕΙΡΟΥΡΓ	1,7%	2,8%	2,5%
		% of Total	0,4%	2,2%	2,5%
Μόνιμη αναπηρία	Count	15	151	166	
	% within ΙΑΤΡΙΚΟ_ΣΦΑΛΜΑ_ΒΑΡΥΤ HTA	9,0%	91,0%	100,0%	
	% within ΠΑΘΟΛ_ΧΕΙΡΟΥΡΓ	12,4%	38,7%	32,5%	
	% of Total	2,9%	29,5%	32,5%	
Απαιτείται ιατρική παρέμβαση για να διατηρηθεί στη ζωή	Count	3	5	8	
	% within ΙΑΤΡΙΚΟ_ΣΦΑΛΜΑ_ΒΑΡΥΤ HTA	37,5%	62,5%	100,0%	
	% within ΠΑΘΟΛ_ΧΕΙΡΟΥΡΓ	2,5%	1,3%	1,6%	
	% of Total	0,6%	1,0%	1,6%	
Θάνατος	Count	81	117	198	
	% within ΙΑΤΡΙΚΟ_ΣΦΑΛΜΑ_ΒΑΡΥΤ HTA	40,9%	59,1%	100,0%	
	% within ΠΑΘΟΛ_ΧΕΙΡΟΥΡΓ	66,9%	30,0%	38,7%	
	% of Total	15,9%	22,9%	38,7%	
Total	Count	121	390	511	
	% within ΙΑΤΡΙΚΟ_ΣΦΑΛΜΑ_ΒΑΡΥΤ HTA	23,7%	76,3%	100,0%	
	% within ΠΑΘΟΛ_ΧΕΙΡΟΥΡΓ	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	23,7%	76,3%	100,0%	

Κωδικός μονάδας υγείας έναντι απαλλαγής της ιατρικής ευθύνης

Από τον πίνακα 5.24 είναι εμφανές ότι σε N=85 όπου καταγράφεται η μονάδα υγείας και το στοιχείο της απαλλαγής ευθύνης του επαγγελματία υγεία από τα Ελληνικά δικαστήρια, σχεδόν οι εν τω ήμισυ εμπλεκόμενοι ιατροί (40%) που απηλλάγη της ιατρικής τους ευθύνης, προέρχονται από ιδιωτικές κλινικές-ιατρικά κέντρα, ενώ μόλις το 25,9% των αθώσεων, αφορούσαν τα δημόσια νοσοκομεία.

Πίνακας 5.24: Crosstabanalysis μονάδας υγείας με απαλλαγή ιατρικής ευθύνης

ΚΩΔ_ΜΥ		ΑΠΑΛΛΑΓΗ ΕΥΘΥΝΗΣ
άγνωστο	Count	17
	% within ΚΩΔ_ΜΥ	100,0%
	% within ΑΘΩΟΣ	20,0%
	% of Total	20,0%
Δημόσια Νοσοκομεία	Count	22
	% within ΚΩΔ_ΜΥ	100,0%
	% within ΑΘΩΟΣ	25,9%
	% of Total	25,9%
ΕΚΑΒ	Count	1
	% within ΚΩΔ_ΜΥ	100,0%
	% within ΑΘΩΟΣ	1,2%
	% of Total	1,2%
Ιδιωτικές Κλινικές-Ιατρικά Κέντρα	Count	34
	% within ΚΩΔ_ΜΥ	100,0%
	% within ΑΘΩΟΣ	40,0%
	% of Total	40,0%
Ιδιωτικά Ιατρεία	Count	10
	% within ΚΩΔ_ΜΥ	100,0%
	% within ΑΘΩΟΣ	11,8%
	% of Total	11,8%
Διαγνωστικά Εργαστήρια	Count	1
	% within ΚΩΔ_ΜΥ	100,0%
	% within ΑΘΩΟΣ	1,2%
	% of Total	1,2%
Total	Count	85
	% within ΚΩΔ_ΜΥ	100,0%
	% within ΑΘΩΟΣ	100,0%
	% of Total	100,0%

Ειδικότητα πρώτης ευθύνης έναντι αθώωσης

Σε N=85 καταγράφεται η ειδικότητα με τη μεγαλύτερη ευθύνη κατά την τέλεση ενός ιατρικού σφάλματος σε σχέση με το αν τα Ελληνικά δικαστήρια αποφάσισαν την απαλλαγή των κατηγοριών ιατρικής αμέλειας. Στον πίνακα 5.25 αποτυπώνονται εκείνες οι ειδικότητες πρώτης ευθύνης οι οποίες συγκεντρώνουν από 5 και πάνω απαλλαγές. Από τον πίνακα 5.25 παρατηρούμε ότι η ειδικότητα της Μαιευτικής-Γυναικολογίας συλλέγει το μεγαλύτερο ποσοστό απαλλαγών (37,6%) και ακολουθεί στη συνέχεια η ειδικότητα της Καρδιολογίας-Καρδιοχειρουργικής.

Πίνακας 5.25: Crosstabanalysis ειδικότητας πρώτης ευθύνης με αθώωση (> 5 εγγραφές)

ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ_Α_ΙΑΤΡΟΥ		ΑΠΑΛΛΑΓΗ ΕΥΘΥΝΗΣ
Εσωτερική Παθολογία	Count	7
	% within ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ_Α_ΙΑΤΡΟΥ	100,0%
	% within ΑΘΩΟΣ	8,2%
	% of Total	8,2%
Καρδιολογία-Καρδιοχειρουργική	Count	9
	% within ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ_Α_ΙΑΤΡΟΥ	100,0%
	% within ΑΘΩΟΣ	10,6%
	% of Total	10,6%
Γενική Χειρουργική	Count	7
	% within ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ_Α_ΙΑΤΡΟΥ	100,0%
	% within ΑΘΩΟΣ	8,2%
	% of Total	8,2%
Οφθαλμολογία	Count	5
	% within ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ_Α_ΙΑΤΡΟΥ	100,0%
	% within ΑΘΩΟΣ	5,9%
	% of Total	5,9%
Ανασθησιολογία	Count	5
	% within ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ_Α_ΙΑΤΡΟΥ	100,0%
	% within ΑΘΩΟΣ	5,9%
	% of Total	5,9%
Μαιευτική - Γυναικολογία	Count	32
	% within ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ_Α_ΙΑΤΡΟΥ	100,0%
	% within ΑΘΩΟΣ	37,6%
	% of Total	37,6%
Total	Count	85
	% within ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ_Α_ΙΑΤΡΟΥ	100,0%
	% within ΑΘΩΟΣ	100,0%
	% of Total	100,0%

Ομάδα ICD-10 έναντι αθώωσης

Σε N=81 καταγράφεται η ομάδα ICD-10, δηλαδή το νόσημα με το οποίο εισήχθη ο ασθενής στο σύστημα υγείας σε σχέση με την αθωωτική απαλλαγή των εμπλεκόμενων ειδικοτήτων. Στον πίνακα 5.26 παρουσιάζονται οι ομάδες ICD-10 για τις οποίες υπήρξε απαλλαγή των κατηγοριών, πάνω από 5 φορές. Στον πίνακα 5.26 παρατηρούμε ότι το 1/3 των αθώσεων αφορά σε εισαγωγές ασθενών γυναικών που άνηκαν στην ομάδα O00-O99: Κύηση, τοκετός και λοχεία. Σε δεύτερη κατά σειρά κατάταξη βρίσκεται η ομάδα I00-I99: Παθήσεις του κυκλοφορικού συστήματος.

Πίνακας 5.26: Crosstabanalysis ομάδας ICD-10 με απαλλαγή ιατρικής ευθύνης (> 5 εγγραφές)

ΟΜΑΔΑ_ICD_10		ΑΠΑΛΛΑΓΗ ΕΥΘΥΝΗΣ	
Παθήσεις του οφθαλμού και των εξαρτημάτων του (H00-H59)	Count	5	
	% within ΟΜΑΔΑ_ICD_10	100,0%	
	% within ΑΘΩΟΣ	6,2%	
		% of Total	6,2%
Παθήσεις του κυκλοφορικού συστήματος (I00-I99)	Count	12	
	% within ΟΜΑΔΑ_ICD_10	100,0%	
	% within ΑΘΩΟΣ	14,8%	
		% of Total	14,8%
Παθήσεις του πεπτικού συστήματος (K00-K92)	Count	8	
	% within ΟΜΑΔΑ_ICD_10	100,0%	
	% within ΑΘΩΟΣ	9,9%	
		% of Total	9,9%
Κύηση, τοκετός και λοχεία (O00-O99)	Count	27	
	% within ΟΜΑΔΑ_ICD_10	100,0%	
	% within ΑΘΩΟΣ	33,3%	
		% of Total	33,3%
Παράγοντες που επηρεάζουν την κατάσταση της υγείας και την επικοινωνία με τις υπηρεσίες υγείας (Z00-Z99)	Count	8	
	% within ΟΜΑΔΑ_ICD_10	100,0%	
	% within ΑΘΩΟΣ	9,9%	
		% of Total	9,9%
Total	Count	81	
	% within ΟΜΑΔΑ_ICD_10	100,0%	
	% within ΑΘΩΟΣ	100,0%	
		% of Total	100,0%

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ

5.1.3 Έλεγχοι ανεξαρτησίας (χ^2), Μη παραμετρικοί έλεγχοι και συντελεστής συσχέτισης (*Chi-square Independence Testing, Nonparametric Tests and Correlations*)

Επιδιώξαμε να προχωρήσουμε σε ανάλυση συσχέτισης της βαρύτητας του ιατρικού σφάλματος και του ύψους της επιδικασθείσας αποζημίωσης με μεταβλητές, όπως την ειδικότητα ιατρού με τη μεγαλύτερη ευθύνη, το στάδιο που συνέβη το ιατρικό σφάλμα, το εάν επρόκειτο για παθολογικό ή χειρουργικό περιστατικό, το ICD - 10, τον τύπο της μονάδας υγείας, την ΥΠε, το φύλο, την ηλικία και τη βαρύτητα.

Συγκεκριμένα, με τη χρήση χ^2 ελέγχων ανεξαρτησίας, μη παραμετρικής μεθοδολογίας και συσχέτισεων, επιχειρήσαμε να διαπιστώσουμε κατά πόσο και εάν επηρεάζεται η βαρύτητα του ιατρικού σφάλματος (5.27-5.34) και το ύψος της επιδικασθείσας αποζημίωσης (5.35-5.44), από τις παραπάνω μεταβλητές.

Ακολουθούν οι πίνακες (5.27-5.34) των μεταβλητών εκείνων που με τη βοήθεια των χ^2 ελέγχων ανεξαρτησίας και του μη παραμετρικού ελέγχου κατά Kruskal-Wallis, εμφανίστηκαν ως στατιστικά σημαντικές ή μη, σε σχέση με τη βαρύτητα του ιατρικού σφάλματος.

Ειδικότητα με τη μεγαλύτερη ευθύνη

Από τον πίνακα 5.27, παρατηρούμε ότι το $p\text{-value} = 0,000 < 0,05$ και λαμβάνοντας υπόψη την εξίσωση (1),

$$\begin{cases} H_0: \text{Ασήμαντος παράγοντας} \\ H_1: \text{Σημαντικός παράγοντας} \end{cases} \quad (1)$$

σε επίπεδο σημαντικότητας 5% ($\alpha=0,05$), απορρίπτεται η μηδενική υπόθεση ανεξαρτησίας (H_0). Συνεπώς, αποφαίνεται ότι η βαρύτητα του ιατρικού σφάλματος επηρεάζεται σημαντικά από την ειδικότητα με τη μεγαλύτερη ευθύνη.

Πίνακας 5.27: Έλεγχος ανεξαρτησίας χ^2 ειδικότητας α' ευθύνης με βαρύτητα ιατρικού σφάλματος

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	286,814 ^a	165	,000
Likelihood Ratio	274,702	165	,000
N of Valid Cases	521		

a. 183 cells (89,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,02.

Κωδικός τύπου ιατρικού σφάλματος

Από τον πίνακα 5.28, παρατηρούμε ότι το $p\text{-value} = 0,000 < 0,05$ και λαμβάνοντας υπόψη την εξίσωση (1),

$$\begin{cases} H_0: \text{Ασήμαντος παράγοντας} \\ H_1: \text{Σημαντικός παράγοντας} \end{cases} \quad (1)$$

σε επίπεδο σημαντικότητας 5% ($\alpha=0,05$), απορρίπτεται η μηδενική υπόθεση ανεξαρτησίας (H_0). Συνεπώς, αποφαινεται ότι η βαρύτητα του ιατρικού σφάλματος επηρεάζεται σημαντικά από τον κωδικό τύπου ιατρικού σφάλματος.

Πίνακας 5.28: Έλεγχος ανεξαρτησίας χ^2 για τύπο ιατρικού σφάλματος με βαρύτητα

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	139,076 ^a	20	,000
Likelihood Ratio	102,889	20	,000
N of Valid Cases	517		

a. 13 cells (43,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,25.

Παθολογικό / Χειρουργικό περιστατικό

Από τον πίνακα 5.29, παρατηρούμε ότι το $p\text{-value} = 0,000 < 0,05$ και λαμβάνοντας υπόψη την εξίσωση (1),

$$\begin{cases} H_0: \text{Ασήμαντος παράγοντας} \\ H_1: \text{Σημαντικός παράγοντας} \end{cases} \quad (1)$$

σε επίπεδο σημαντικότητας 5% ($\alpha=0,05$), απορρίπτεται η μηδενική υπόθεση ανεξαρτησίας (H_0). Συνεπώς, αποφαίνεται ότι η βαρύτητα του ιατρικού σφάλματος επηρεάζεται σημαντικά από τη φύση του περιστατικού.

Πίνακας 5.29: Έλεγχος ανεξαρτησίας χ^2 της φύσεως περιστατικού με βαρύτητα

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	58,730 ^a	5	,000
Likelihood Ratio	59,992	5	,000
N of Valid Cases	511		

a. 2 cells (16,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,89.

Ομάδες ICD-10

Από τον πίνακα 5.30, παρατηρούμε ότι το $p\text{-value} = 0,000 < 0,05$ και λαμβάνοντας υπόψη την εξίσωση (1),

$$\begin{cases} H_0: \text{Ασήμαντος παράγοντας} \\ H_1: \text{Σημαντικός παράγοντας} \end{cases} \quad (1)$$

σε επίπεδο σημαντικότητας 5% ($\alpha=0,05$), απορρίπτεται η μηδενική υπόθεση ανεξαρτησίας (H_0). Συνεπώς, αποφαίνεται ότι η βαρύτητα του ιατρικού σφάλματος επηρεάζεται σημαντικά από τις ομάδες ICD-10.

Πίνακας 5.30: Έλεγχος ανεξαρτησίας χ^2 ομάδων ICD-10 με βαρύτητα

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	180,855 ^a	100	,000
Likelihood Ratio	178,174	100	,000
N of Valid Cases	453		

a. 97 cells (77,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,02.

Τύπο μονάδας υγείας

Από τον πίνακα 5.31, παρατηρούμε ότι το $p\text{-value} = 0,000 < 0,05$ και λαμβάνοντας υπόψη την εξίσωση (1),

$$\begin{cases} H_0: \text{Ασήμαντος παράγοντας} \\ H_1: \text{Σημαντικός παράγοντας} \end{cases} \quad (1)$$

σε επίπεδο σημαντικότητας 5% ($\alpha=0,05$), απορρίπτεται η μηδενική υπόθεση ανεξαρτησίας (H_0). Συνεπώς, αποφαινεται ότι η βαρύτητα του ιατρικού σφάλματος επηρεάζεται σημαντικά από τον τύπο της μονάδας υγείας που συνέβη το περιστατικό.

Πίνακας 5.31: Έλεγχος ανεξαρτησίας χ^2 για τύπο μονάδας υγείας με βαρύτητα

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	109,949 ^a	60	,000
Likelihood Ratio	95,650	60	,002
N of Valid Cases	521		
a. 63 cells (80,8%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,02.			

ΥΠε

Από τον πίνακα 5.32, παρατηρούμε ότι το $p\text{-value} = 0,234 > 0,05$ και λαμβάνοντας υπόψη την εξίσωση (1),

$$\begin{cases} H_0: \text{Ασήμαντος παράγοντας} \\ H_1: \text{Σημαντικός παράγοντας} \end{cases} \quad (1)$$

σε επίπεδο σημαντικότητας 5% ($\alpha=0,05$), δεν απορρίπτεται η μηδενική υπόθεση ανεξαρτησίας (H_0). Συνεπώς, αποφαινεται ότι η βαρύτητα του ιατρικού σφάλματος δε σχετίζεται ισχυρά με την ΥΠε.

Πίνακας 5.32: Έλεγχος ανεξαρτησίας χ^2 για ΥΠε με βαρύτητα

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	35,237 ^a	30	,234
Likelihood Ratio	42,237	30	,068
N of Valid Cases	232		
a. 33 cells (78,6%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,05.			

Φύλο του ασθενούς

Από τον πίνακα 5.33, παρατηρούμε ότι το $p\text{-value} = 0,010 < 0,05$ και λαμβάνοντας υπόψη την εξίσωση (1),

$$\begin{cases} H_0: \text{Ασήμαντος παράγοντας} \\ H_1: \text{Σημαντικός παράγοντας} \end{cases} \quad (1)$$

σε επίπεδο σημαντικότητας 5% ($\alpha=0,05$), απορρίπτεται η μηδενική υπόθεση ανεξαρτησίας (H_0). Συνεπώς, αποφαίνεται ότι η βαρύτητα του ιατρικού σφάλματος επηρεάζεται σημαντικά από το φύλο ασθενούς.

Πίνακας 5.33: Έλεγχος ανεξαρτησίας χ^2 για φύλο ασθενούς με βαρύτητα

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	14,987 ^a	5	,010
Likelihood Ratio	16,352	5	,006
N of Valid Cases	363		
a. 3 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,21.			

Ηλικία του ασθενούς

Από τον πίνακα 5.34, με τη χρήση του μη παραμετρικού ελέγχου κατά Kruskal-Wallis λόγω έλλειψης κανονικότητας των παρατηρήσεων της ηλικίας του ασθενούς, παρατηρούμε ότι το $p\text{-value} = 0,034 < 0,05$ και έτσι σε επίπεδο σημαντικότητας 5% ($\alpha=0,05$), απορρίπτεται η μηδενική υπόθεση ισότητας των επιπέδων. Συνεπώς, αποφαίνεται ότι η βαρύτητα του ιατρικού σφάλματος σχετίζεται ισχυρά με την ηλικία

του ασθενούς.

Πίνακας 5.34: Μη παραμετρικός έλεγχος κατά Kruskal-Wallis για ηλικία ασθενούς σε σχέση με τη βαρύτητα

Test Statistics ^{a,b}	
	ΗΛΙΚΙΑ
Chi-Square	4,481
df	1
Asymp. Sig.	,034
a. Kruskal Wallis Test	
b. Grouping Variable: ΒΑΡΥΤΗΤΑ	

Ακολουθούν οι πίνακες (5.35-5.44) των μεταβλητών εκείνων που με τη βοήθεια των μη παραμετρικών ελέγχων, λόγω έλλειψης κανονικότητας των παρατηρήσεων της επιδικασθείσας αποζημίωσης (βλ. πίνακα 5.35) και του συντελεστή συσχέτισης κατά Spearman, διερευνούμε εάν είναι στατιστικά σημαντικές ή μη σε σχέση με το ύψος της επιδικασθείσας αποζημίωσης.

Πίνακας 5.35: Μη παραμετρικός έλεγχος κατά Kolmogorov-Smirnov test (K-S test) για το ύψος της επιδικασθείσας αποζημίωσης

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test		
		ΕΠΙΔΙΚΑΣΘ_ΑΠΟΖΗΜ
N		218
Normal Parameters ^{a, b}	Mean	300,691.8168
	Std. Deviation	557,364.0445
Most Extreme Differences	Absolute	,295
	Positive	,229
	Negative	-,295
Kolmogorov-Smirnov Z		4,352
Asymp. Sig. (2-tailed)		,000

a. Test distribution is Normal.
b. Calculated from data.

Ειδικότητα με τη μεγαλύτερη ευθύνη

Από τον πίνακα 5.36, παρατηρούμε ότι το $p\text{-value} = 0,436 > 0,05$ και έτσι σε επίπεδο σημαντικότητας 5% ($\alpha=0,05$), δεν απορρίπτεται η μηδενική υπόθεση ισότητας των επιπέδων. Συνεπώς, αποφαίνεται ότι το ύψος της επιδικασθείσας

αποζημίωσης δεν επηρεάζεται ισχυρά από την ειδικότητα με τη μεγαλύτερη ευθύνη.

Πίνακας 5.36: Μη παραμετρικός έλεγχος κατά Kruskal Wallis Test για την ειδικότητα α' ευθύνης σε σχέση με το ύψος της επιδικασθείσας αποζημίωσης

Test Statistics ^{a,b}	
	ΕΠΙΔΙΚΑΣΘ_ ΑΠΟΖΗΜ
Chi-Square	26,503
df	26
Asymp. Sig.	,436
a. Kruskal Wallis Test	
b. Grouping Variable: ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ_Α' ΕΥΘΥΝΗΣ	

Κωδικός τύπου ιατρικού σφάλματος

Από τον πίνακα 5.37, παρατηρούμε ότι το p-value = 0,937 > 0,05 και έτσι σε επίπεδο σημαντικότητας 5% ($\alpha=0,05$), δεν απορρίπτεται η μηδενική υπόθεση ισότητας των επιπέδων. Συνεπώς, αποφαινεται ότι το ύψος της επιδικασθείσας αποζημίωσης δεν επηρεάζεται ισχυρά από τον τύπο του ιατρικού σφάλματος.

Πίνακας 5.37: Μη παραμετρικός έλεγχος κατά Kruskal Wallis Test για τον τύπο του ιατρικού σφάλματος σε σχέση με το ύψος της επιδικασθείσας αποζημίωσης

Test Statistics ^{a,b}	
	ΕΠΙΔΙΚΑΣΘ_ ΑΠΟΖΗΜ
Chi-Square	,809
df	4
Asymp. Sig.	,937
a. Kruskal Wallis Test	
b. Grouping Variable: ΤΥΠ_ΣΦΑΛΜ	

Παθολογικό / Χειρουργικό περιστατικό

Από τον πίνακα 5.38, παρατηρούμε ότι το $p\text{-value} = 0,830 > 0,05$ και έτσι σε επίπεδο σημαντικότητας 5% ($\alpha=0,05$), δεν απορρίπτεται η μηδενική υπόθεση ισότητας των επιπέδων. Συνεπώς, αποφαινεται ότι το ύψος της επιδικασθείσας αποζημίωσης δεν επηρεάζεται ισχυρά από το εάν επρόκειτο για παθολογικό / χειρουργικό περιστατικό.

Πίνακας 5.38: Μη παραμετρικός έλεγχος κατά Kruskal Wallis Test για εάν το παθολογικό / χειρουργικό περιστατικό σχετίζεται με το ύψος της επιδικασθείσας αποζημίωσης

Test Statistics ^{a,b}	
	ΕΠΙΔΙΚΑΣΘ_ ΑΠΟΖΗΜ
Chi-Square	,046
df	1
Asymp. Sig.	,830
a. Kruskal Wallis Test	
b. Grouping Variable: ΠΑΘΟΛ_ΧΕΙΡΟΥΡΓ	

Ομάδες ICD-10

Από τον πίνακα 5.39, παρατηρούμε ότι το $p\text{-value} = 0,273 > 0,05$ και έτσι σε επίπεδο σημαντικότητας 5% ($\alpha=0,05$), δεν απορρίπτεται η μηδενική υπόθεση ισότητας των επιπέδων. Συνεπώς, αποφαινεται ότι το ύψος της επιδικασθείσας αποζημίωσης δεν επηρεάζεται ισχυρά από τις ομάδες ICD-10.

Πίνακας 5.39: Μη παραμετρικός έλεγχος κατά Kruskal Wallis Test για τις ομάδες ICD-10 σε σχέση με το ύψος της επιδικασθείσας αποζημίωσης

Test Statistics ^{a,b}	
	ΕΠΙΔΙΚΑΣΘ_ ΑΠΟΖΗΜ
Chi-Square	21,121
df	18

Asymp. Sig.	,273
a. Kruskal Wallis Test	
b. Grouping Variable: ΟΜΑΔΑ_ICD_10	

Τύπο μονάδας υγείας

Από τον πίνακα 5.40, παρατηρούμε ότι το $p\text{-value} = 0,002 < 0,05$ και έτσι σε επίπεδο σημαντικότητας 5% ($\alpha=0,05$), απορρίπτεται η μηδενική υπόθεση ισότητας των επιπέδων. Συνεπώς, αποφαίνεται ότι το ύψος της επιδικασθείσας αποζημίωσης επηρεάζεται ισχυρά από τον τύπο μονάδας υγείας.

Πίνακας 5.40: Μη παραμετρικός έλεγχος κατά Kruskal Wallis Test για τον τύπο μονάδας υγείας σε σχέση με το ύψος της επιδικασθείσας αποζημίωσης

Test Statistics ^{a,b}	
	ΕΠΙΔΙΚΑΣΘ_ ΑΠΟΖΗΜ
Chi-Square	24,738
df	8
Asymp. Sig.	,002
a. Kruskal Wallis Test	
b. Grouping Variable: ΚΩΔ_MY	

ΥΠε

Από τον πίνακα 5.41, παρατηρούμε ότι το $p\text{-value} = 0,042 < 0,05$ και έτσι σε επίπεδο σημαντικότητας 5% ($\alpha=0,05$), απορρίπτεται η μηδενική υπόθεση ισότητας των επιπέδων. Συνεπώς, αποφαίνεται ότι το ύψος της επιδικασθείσας αποζημίωσης επηρεάζεται ισχυρά από την ΥΠε.

Πίνακας 5.41: Μη παραμετρικός έλεγχος κατά Kruskal Wallis Test για ΥΠε σε σχέση με το ύψος της επιδικασθείσας αποζημίωσης

Test Statistics ^a	
	ΕΠΙΔΙΚΑΣΘ_ ΑΠΟΖΗΜ
N	166
Median	143,367.5000
Chi-Square	13,090 ^b

df	6
Asymp. Sig.	,042
a. Grouping Variable: ΥΠΕ	
b. 10 cells (71,4%) have expected frequencies less than 5. The minimum expected cell frequency is 1,0.	

Φύλο του ασθενούς

Από τον πίνακα 5.42, παρατηρούμε ότι το $p\text{-value} = 0,905 > 0,05$ και έτσι σε επίπεδο σημαντικότητας 5% ($\alpha=0,05$), δεν απορρίπτεται η μηδενική υπόθεση ισότητας των επιπέδων. Συνεπώς, αποφαίνεται ότι το ύψος της επιδικασθείσας αποζημίωσης δεν επηρεάζεται ισχυρά από το φύλο του ασθενούς.

Πίνακας 5.42: Μη παραμετρικός έλεγχος κατά Kruskal Wallis Test για το φύλο του ασθενούς σε σχέση με το ύψος της επιδικασθείσας αποζημίωσης

Test Statistics ^{a,b}	
	ΕΠΙΔΙΚΑΣΘ_ΑΠ ΟΖΗΜ
Chi-Square	,014
df	1
Asymp. Sig.	,905
a. Kruskal Wallis Test	
b. Grouping Variable: GENDER	

Ηλικία του ασθενούς

Από τον πίνακα 5.43, παρατηρούμε ότι ο συντελεστής συσχέτισης Spearman είναι ίσος με $-0,018$ και το αντίστοιχο $p\text{-value} = 0,839 > 0,05$ και έτσι σε επίπεδο σημαντικότητας 5% ($\alpha=0,05$), δεν απορρίπτεται η μηδενική υπόθεση ανεξαρτησίας (H_0). Συνεπώς, αποφαίνεται ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ του ύψους της επιδικασθείσας αποζημίωσης και της ηλικίας του ασθενούς.

Πίνακας 5.43: Συντελεστής συσχέτισης Spearman για την ηλικία του ασθενούς σε σχέση με το ύψος της επιδικασθείσας αποζημίωσης

Correlations				
			ΕΠΙΔΙΚΑΣΘ_ ΑΠΟΖΗΜ	ΗΛΙΚΙΑ
Spearman's rho	ΕΠΙΔΙΚΑΣΘ_ΑΠΟΖΗΜ	Correlation Coefficient	1,000	-,018
		Sig. (2-tailed)	.	,839
		N	218	133
	ΗΛΙΚΙΑ	Correlation Coefficient	-,018	1,000
		Sig. (2-tailed)	,839	.
		N	133	277

Βαρύτητα ιατρικού σφάλματος

Από τον πίνακα 5.44, παρατηρούμε ότι το $p\text{-value} = 0,000 < 0,05$ και έτσι σε επίπεδο σημαντικότητας 5% ($\alpha=0,05$), απορρίπτεται η μηδενική υπόθεση ισότητας των επιπέδων. Συνεπώς, αποφαίνεται ότι το ύψος της επιδικασθείσας αποζημίωσης επηρεάζεται ισχυρά από τη βαρύτητα του ιατρικού σφάλματος. Στη συνέχεια, στο Παράρτημα Α' παρουσιάζονται τα περιγραφικά στατιστικά μέτρα του ύψους της επιδικασθείσας αποζημίωσης ανά βαρύτητα ιατρικού σφάλματος, παρατηρώντας ότι τα υψηλότερα ποσά επιδικασθείσας αποζημίωσης αφορούσαν σε ιατρικά σφάλματα που οδήγησαν σε θάνατο ή προκάλεσαν μόνιμη αναπηρία σε ασθενείς ενώ τα χαμηλότερα ποσά επιδικάσθηκαν για ιατρικά σφάλματα που προξένησαν προσωρινή βλάβη στους ασθενείς, με απαραίτητη την ιατρική παρέμβαση.

Πίνακας 5.44: Μη παραμετρικός έλεγχος κατά Kruskal Wallis Test για τη βαρύτητα ιατρικού σφάλματος σε σχέση με το ύψος της επιδικασθείσας αποζημίωσης

Test Statistics ^{a,b}	
	ΕΠΙΔΙΚΑΣΘ_ΑΠ ΟΖΗΜ
Chi-Square	39,549
df	1
Asymp. Sig.	,000
a. Kruskal Wallis Test	
b. Grouping Variable: ΒΑΡΥΤΗΤΑ	

5.1.4 Εκτίμηση της οικονομικής επιβάρυνσης του συστήματος υγείας κατά KEN εξαιτίας των ιατρικών σφαλμάτων

Στην προσπάθειά μας να εκτιμήσουμε την επιβάρυνση του συστήματος υγείας, εξαιτίας της πρόκλησης των ιατρικών σφαλμάτων, σε N=373 καταγράφουμε τη συχνότητα εμφάνισης εκείνων των KEN (DRGs) που παρουσιάζουν συμμετοχή $\geq 1\%$ στη συνολική επιβάρυνση και διάφορα περιγραφικά στατιστικά μέτρα (*Sum, Mean, Std. Deviation, % of Total Sum*) της συνολικής οικονομικής επίπτωσης ανά KEN (βλ. πίνακα 5.45). Αντίστοιχα, στο Παράρτημα Α', εμφανίζεται το % συμμετοχής όλων των KEN στη συνολική επιβάρυνση του συστήματος υγείας, σε N=373.

Από τον πίνακα 5.45, παρατηρούμε ότι ο κωδικός KEN Φ60M «*Τραυματισμοί με καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις – επιπλοκές*» εμφανίζει το μεγαλύτερο ποσοστό συχνότητας ως προς το συνολικό N=373 (21,4%) και η συμμετοχή του στη συνολική επιβάρυνση αγγίζει το 15,3%. Επιπλέον, στο συγκεκριμένο πίνακα παρουσιάζεται ο κωδικός KEN N20M «*Οξεία εμφάνιση παραπληγιάς/τετραπληγιάς με ή χωρίς χειρουργικές επεμβάσεις με καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις – επιπλοκές*» όπου παρατηρούμε ότι το % της συχνότητάς του, επί του συνολικού δείγματος είναι αρκετά χαμηλό (7,0%) ενώ ταυτόχρονα εμφανίζεται να προξενεί σημαντική επιβάρυνση στο σύστημα υγείας, κατέχοντας το μεγαλύτερο ποσοστό συμμετοχής, επί του συνόλου (19,8%). Συμπεραίνουμε λοιπόν ότι το συγκεκριμένο KEN, αν και παρουσιάζεται σε μικρό αριθμό εγγραφών επί του συνολικού δείγματος, είναι ικανό να προκαλέσει μεγάλη οικονομική επιβάρυνση στο σύστημα υγείας.

Ακολούθως, στον πίνακα 5.46 και στο διάγραμμα 5.8, παρουσιάζονται τα 9 πρώτα KEN, σύμφωνα με τη μέση οικονομική επιβάρυνση. Διαπιστώνουμε ότι σε έναν ασθενή που υπέστη ιατρικό σφάλμα και αξιολογήθηκε η κατάσταση της υγείας του με τον κωδικό KENM07A «*Ακρωτηριασμός*», η μέση επιβάρυνση του συστήματος υγείας είναι €11.990 που αποτελεί και την υψηλότερη μέση τιμή σε N=373. Είναι γεγονός ότι ο κωδικός KENM07A, αντιστοιχεί σε πολύ βαριά περιστατικά τα οποία εάν και εμφανίζονται μόλις 3 φορές (0,8%), προσμετρούνται ως τα πιο κοστοβόρα για το σύστημα υγείας, σύμφωνα με τη μέση οικονομική επιβάρυνση.

Πίνακας 5.45: Περιγραφικά στατιστικά μέτρα της οικονομικής επιβάρυνσης κατά ΚΕΝ (με εγγραφές ≥ 1% της συμμετοχής των ΚΕΝ στο σύνολο της επιβάρυνσης)

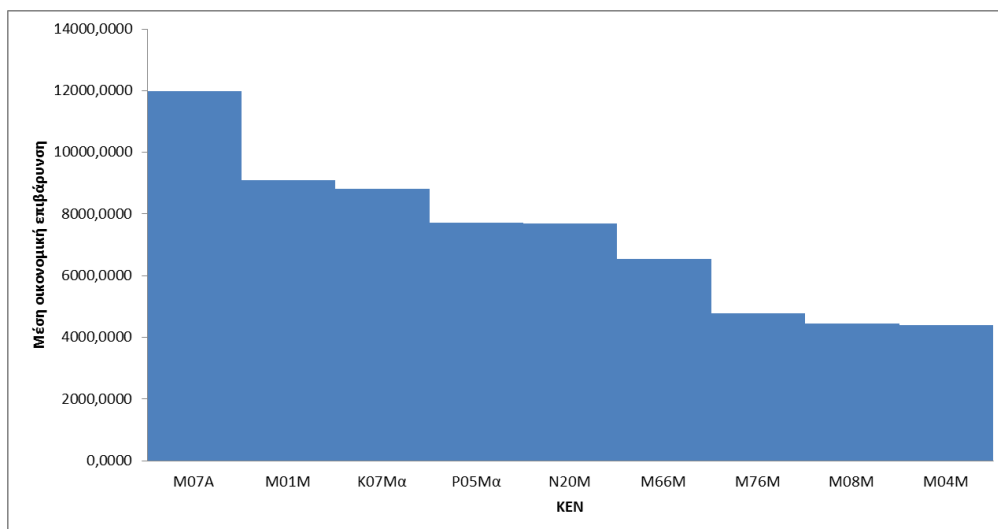
TOTAL_COST_EST_OF_IMPACT						
ΚΕΝ (DRG)	N	% of Total N	Sum	Mean	Std. Deviation	% of Total Sum
N20M Οξεία εμφάνιση παραπληγίας/τετραπληγίας με ή χωρίς χειρουργικές επεμβάσεις με καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις – επιπλοκές	26	7,0%	199830,00	7685,7692	11003,03819	19,8%
Φ60M Τραυματισμοί με καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις – επιπλοκές	80	21,4%	153890,00	1923,6250	2917,66703	15,3%
P05Ma Ασθένειες σχετιζόμενες με τον HIV με καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις – επιπλοκές	9	2,4%	69516,00	7724,0000	240,00000	6,9%
P20M Σηψαιμία με καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις – επιπλοκές	16	4,3%	46056,00	2878,5000	1608,79458	4,6%
P21M Μετεγχειρητικές και μετατραυματικές λοιμώξεις με καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις – επιπλοκές	12	3,2%	42452,00	3537,6667	3298,21945	4,2%
M07A Ακροτηριασμός	3	,8%	35970,00	11990,0000	9191,90405	3,6%
X23M Άλλο follow up μετά από χειρουργική επέμβαση και ιατρική φροντίδα, με καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις – επιπλοκές	13	3,5%	28847,00	2219,0000	648,99923	2,9%
Π04Ma Λύση περιτοναϊκών συμφύσεων με καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις – επιπλοκές	6	1,6%	26088,00	4348,0000	3233,32646	2,6%
K40M Διαταραχές του κυκλοφορικού με OEM (οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου) χωρίς επεμβατικό καρδιακό καθετηριασμό, με καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις – επιπλοκές	14	3,8%	25452,00	1818,0000	0,00000	2,5%
Φ62M Δηλητηριάσεις/τοξικές επιδράσεις φαρμάκων και άλλων ουσιών με καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις – επιπλοκές	18	4,8%	23004,00	1278,0000	403,05087	2,3%
Z22M Άλλα εγκαύματα με συνυπάρχουσες παθήσεις – επιπλοκές	8	2,1%	22746,00	2843,2500	1783,16683	2,3%
Y20Ma Νεφρική ανεπάρκεια με καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις – επιπλοκές	5	1,3%	21165,00	4233,0000	3577,70876	2,1%

N30Ma Αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο και άλλες διαταραχές των εγκεφαλικών αγγείων με καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις – επιπλοκές	5	1,3%	20295,00	4059,0000	3541,93168	2,0%
Φ64M Άλλος τραυματισμός, δηλητηρίαση και τοξική επίδραση με καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις – επιπλοκές	11	2,9%	18419,00	1674,4545	899,18145	1,8%
N38M Ενδοκρανιακή (κρανιοεγκεφαλική) κάκωση με καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις – επιπλοκές	8	2,1%	16920,00	2115,0000	0,00000	1,7%
A24M Πνευμονικό οίδημα και αναπνευστική ανεπάρκεια με καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις – επιπλοκές	7	1,9%	11585,00	1655,0000	0,00000	1,2%
P24Ma Άλλα λοιμώδη και παρασιτικά νοσήματα με καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις – επιπλοκές	3	,8%	11319,00	3773,0000	0,00000	1,1%
K46M Αρρυθμία, καρδιακή ανακοπή και διαταραχές αγωγιμότητας με καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις – επιπλοκές	8	2,1%	10770,00	1346,2500	286,37825	1,1%
:	:	:	:	:	:	:
N	373	100,0%	1006842,00	2699,3083	3984,41687	100,0%

Πίνακας 5.46: Κατανομή των 9 πρώτων KEN βάσει της μέσης οικονομικής επιβάρυνσης

TOTAL_COST_EST_OF_IMPACT						
DRG	N	% of Total N	Sum	Mean	Std. Deviation	% of Total Sum
M07A	3	,8%	35970,00	11990,0000	9191,90405	3,6%
M01M	1	,3%	9107,00	9107,0000	.	,9%
K07Ma	1	,3%	8818,00	8818,0000	.	,9%
P05Ma	9	2,4%	69516,00	7724,0000	240,00000	6,9%
N20M	26	7,0%	199830,00	7685,7692	11003,03819	19,8%
M66M	1	,3%	6534,00	6534,0000	.	,6%
M76M	1	,3%	4774,00	4774,0000	.	,5%
M08M	1	,3%	4449,00	4449,0000	.	,4%
M04M	1	,3%	4400,00	4400,0000	.	,4%
:	:	:	:	:	:	:
N	373	100,0%	1006842,00	2699,3083	3984,41687	100,0%

Διάγραμμα 5.8: Γραφική απεικόνιση της μέσης οικονομικής επιβάρυνσης των πρώτων 9 KEN



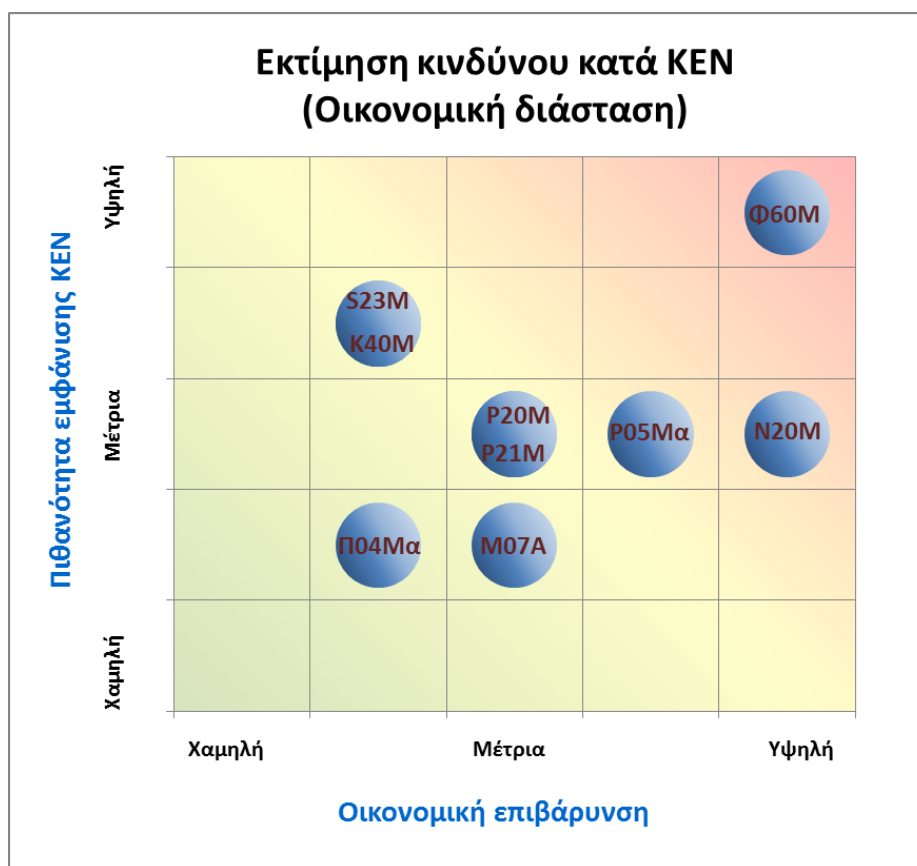
Στη συνέχεια, επιχειρήσαμε να εκτιμήσουμε τον κίνδυνο της συνολικής οικονομικής επιβάρυνσης του συστήματος υγείας κατά KEN, αξιολογώντας τα (9) εννέα πρώτα KEN (DRGs) που συμμετέχουν περισσότερο στο σύνολο της επιβάρυνσης (βλ. πίνακα 5.45). Κάνοντας χρήση των περιγραφικών στατιστικών μέτρων του πίνακα 5.45, απεικονίζεται γραφικά η πιθανότητα εμφάνισης των KEN σε σχέση με το επίπεδο της συμμετοχής τους στη συνολική επιβάρυνση του συστήματος υγείας (βλ. διάγραμμα 5.9).

Μέσα από αυτήν την χαρτογράφηση του κινδύνου, διαπιστώνουμε ότι ο κωδικός KEN Φ60Μ «Τραυματισμοί με καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις – επιπλοκές» με τον οποίο αξιολογήθηκε η κατάσταση της υγείας του ασθενούς, αφότου υπέστη το ιατρικό σφάλμα, συγκεντρώνει υψηλή πιθανότητα - βεβαιότητα να συμβεί ή επαναληφθεί ενδεχομένως και σε άλλους ασθενείς, σε τακτά χρονικά διαστήματα στο μέλλον ενώ ταυτόχρονα προκαλεί υψηλή επιβάρυνση στο σύστημα υγείας, σε οικονομικούς όρους.

Επιπλέον, ο κωδικός KENN20M «Οξεία εμφάνιση παραπληγίας/τετραπληγίας με ή χωρίς χειρουργικές επεμβάσεις με καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις – επιπλοκές», είναι πιθανόν να εμφανιστεί, ως απόρροια κάποιου περιστατικού ιατρικού σφάλματος ενώ συγχρόνως έχει υψηλή οικονομική επίπτωση

για το σύστημα υγείας. Παρατηρούμε επίσης από το διάγραμμα 5.9 ότι υπάρχει μέτρια πιθανότητα να αξιολογηθεί η κατάσταση της υγείας των ασθενών, ακριβώς μετά την πρόκληση του ιατρικού σφάλματος, με βάση άλλους τέσσερις τουλάχιστον κωδικούς ΚΕΝ (P20M, P21M, P05Μα, Μ07Α) οι οποίοι όμως επιβαρύνουν το σύστημα υγείας, σε οικονομικούς όρους από μέτρια έως αρκετά.

Διάγραμμα 5.9: Εκτίμηση κινδύνου της οικονομικής επιβάρυνσης κατά ΚΕΝ (των 9 πιο κοστοβόρων)



5.2 Αποτελέσματα 2^{ου} ερευνητικού πεδίου: Σύστημα ανίχνευσης, καταγραφής και ανάλυσης ιατρικού σφάλματος και ανεπιθύμητου περιστατικού (MERIS)

5.2.1 Υποχρεωτικό υποσύστημα αναφοράς (Mandatory Reporting Module)

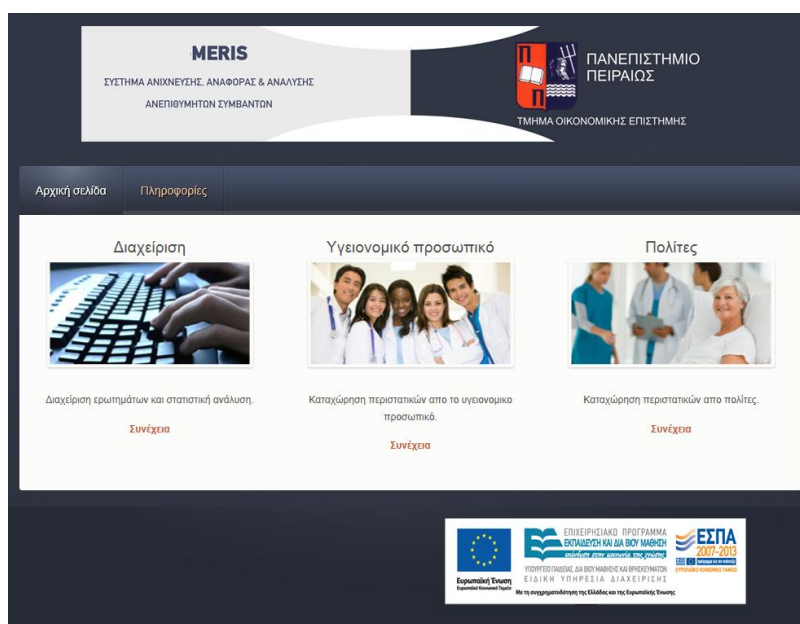
Επιχειρήθηκε πιλοτική εφαρμογή του προτεινόμενου συστήματος ανίχνευσης, καταγραφής και ανάλυσης των ιατρικών σφαλμάτων και ανεπιθύμητων περιστατικών, με το ακρωνύμιο **MERIS** (*Medical Error Reporting Information System*) και συγκεκριμένα του υποσυστήματος της υποχρεωτικής αναφοράς, σε περιβάλλον ΜΕΘ ενός μεγάλου δημόσιου νοσοκομείου της Αττικής, δυναμικότητας 279 κλινών.

Πρόκειται για ένα νοσηλευτικό ίδρυμα που προσφέρει τις υπηρεσίες υγείας στους χρήστες του, εδώ και περίπου εικοσιπέντε έτη ενώ καλύπτει τις υγειονομικές ανάγκες κατοίκων μεσοαστικών προαστίων του λεκανοπεδίου της Αττικής, διατηρώντας όμως το χαρακτήρα του ως «το Νοσοκομείο της γειτονιάς». Στη δυναμική του συγκεκριμένου νοσοκομείου εντάσσονται τομείς όπως ο Εργαστηριακός, Παθολογικός, Χειρουργικός και Ψυχιατρικός, έτσι ώστε να επιτελούνται επαρκώς οι περισσότερες κλινικές δραστηριότητες.

Στη ΜΕΘ του συγκεκριμένου νοσηλευτικού ιδρύματος, δυναμικότητας 9 κλινών νοσηλείας, με τη συμμετοχή του προσωπικού, λειτούργησε πιλοτικά το υποχρεωτικό υποσύστημα αναφοράς του MERIS, κατά τη συνολική χρονική περίοδο Ιανουάριο του 2012 έως και Δεκέμβριο του 2013, χωρίς απαραίτητα για το διάστημα αυτό, το υποσύστημα υποχρεωτικής αναφοράς, να λειτουργεί στην πλήρη μορφή του.

Παρακάτω παρουσιάζεται η αρχική σελίδα του MERIS που εμπεριέχει το υποχρεωτικό υποσύστημα αναφοράς, αυτό του υγειονομικού προσωπικού καθώς και το πεδίο της διαχείρισης στο οποίο λαμβάνουν χώρα όλες οι απαραίτητες ενέργειες, για την τεχνική υποστήριξη του MERIS (διάγραμμα 5.10). Επιπλέον, στο Παράρτημα Β', γίνεται ειδική αναφορά στη σειρά διαδικασιών ανίχνευσης και καταγραφής των ιατρικών σφαλμάτων και ανεπιθύμητων περιστατικών σε περιβάλλον ΜΕΘ, που ακολουθούνται στο υποχρεωτικό υποσύστημα αναφοράς (οθόνες 1 έως 7), με τη χρήση ενός εικονικού παραδείγματος καταχώρησης περιστατικού από τον ιατρικό φάκελο του ασθενούς.

Διάγραμμα 5.10: Αρχική σελίδα του MERIS



Έτσι λοιπόν, κατά τη διάρκεια της πιλοτικής εφαρμογής του υποχρεωτικού υποσυστήματος αναφοράς του MERIS στην υπό εξέταση ΜΕΘ, ανιχνεύθηκαν 52 ιατρικά σφάλματα και ανεπιθύμητα περιστατικά, εκ των οποίων τα 31 περιστατικά (59,6%) προκλήθηκαν το 2012 και τα υπόλοιπα 21 (40,4%) το 2013 (βλ. πίνακα 5.47). Οι νοσηλευόμενοι ασθενείς στη ΜΕΘ που βίωσαν κάποιο περιστατικό, στο χρονικό διάστημα που λειτουργούσε πιλοτικά το υποχρεωτικό υποσύστημα αναφοράς του MERIS, ανέρχονταν συνολικά σε 48, από τους οποίους το 56,3% των ασθενών προέρχονταν από εισαγωγή στη ΜΕΘ το 2012 και το 43,8% από εισαγωγή του 2013 (βλ. πίνακα 5.48).

Παρατηρούμε από τους πίνακες 5.47 και 5.48 ότι σε κάποιους ασθενείς από τους 27 που ανήκαν στις εισαγωγές του έτους 2012, ανιχνεύθηκαν παραπάνω από ένα ανεπιθύμητα περιστατικά, κάτι το οποίο δεν το συναντάμε στο έτος 2013. Συνεπώς, στο συνολικό χρονικό διάστημα της πιλοτικής εφαρμογής του υποχρεωτικού υποσυστήματος αναφοράς του MERIS, το 8,3% αφορούσε σε ασθενείς που τους ανιχνεύτηκε παραπάνω από ένα ανεπιθύμητο περιστατικό (βλ. πίνακα 5.49).

Πίνακας 5.47: Συχνότητες-ποσοστά των περιστατικών που ανιχνεύθηκαν ανά έτος

Περιστατικά / έτος	Συχνότητα	Ποσοστό (%) επί του συνόλου των έγκυρων απαντήσεων
2012	31	59,6
2013	21	40,4
N	52	100,0

Πίνακας 5.48: Συχνότητες-ποσοστά ασθενών που βίωσαν κάποιο περιστατικό ανά έτος

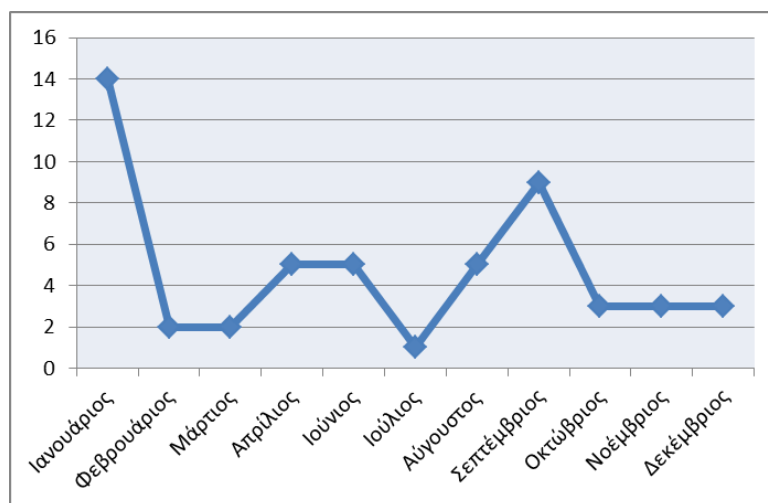
Ασθενείς που βίωσαν περιστατικό / έτος	Συχνότητα	Ποσοστό (%) επί του συνόλου των έγκυρων απαντήσεων
Valid		
2012	27	56,3
2013	21	43,8
N	48	100,0

Πίνακας 5.49: Συχνότητες-ποσοστά σχετικά με το συνολικό αριθμό των ασθενών στους οποίους ανιχνεύθηκαν 1 ή 2 περιστατικά

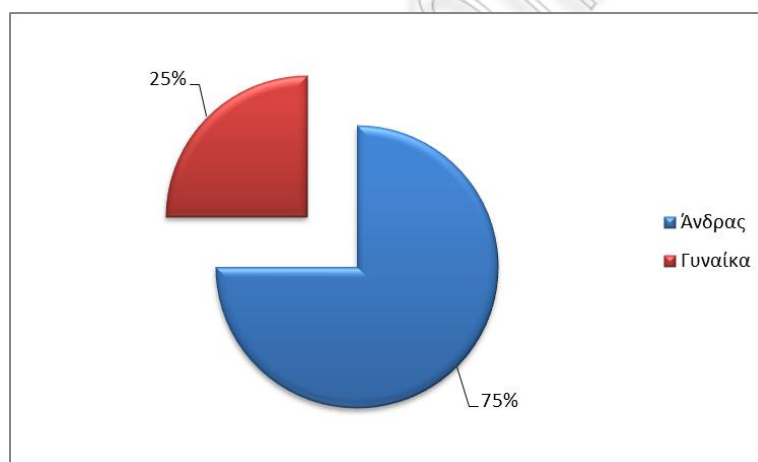
Αριθμός ασθενών με 1 ή 2 περιστατικά (σε συνολικό διάστημα)	Συχνότητα	Ποσοστό (%) επί του συνόλου των έγκυρων απαντήσεων
Valid		
1	44	91,7
2	4	8,3
N	48	100,0

Παράλληλα, για το συνολικό χρόνο εφαρμογής του υποσυστήματος της υποχρεωτικής αναφοράς του MERIS στη ΜΕΘ, φαίνεται από το διάγραμμα 5.11 ότι στους μήνες Ιανουάριο και Σεπτέμβριο ανιχνεύθηκαν τα περισσότερα ιατρικά σφάλματα και ανεπιθύμητα περιστατικά ενώ για το μήνα Μάιο, δε σημειώθηκε κάποιο περιστατικό. Στο διάγραμμα 5.12, επίσης απεικονίζεται, η κατανομή των ασθενών ανά φύλο για όλο το υπό εξέταση χρονικό διάστημα, διακρίνοντας την υπεροχή του ανδρικού φύλου στο να βιώσουν ένα ή περισσότερα περιστατικά.

Διάγραμμα 5.11: Γραφική απεικόνιση των συχνοτήτων για τους μήνες που ανιχνεύθηκαν περιστατικά (συγκεντρωτικά στοιχεία)



Διάγραμμα 5.12: Γραφική απεικόνιση του ποσοστού εμφάνισης του φύλου των ασθενών που βίωσαν κάποιο περιστατικό (συγκεντρωτικά στοιχεία)



Όσον αφορά το μέσο όρο ηλικίας των ασθενών στους οποίους ανιχνεύτηκε κάποιο περιστατικό ανέρχονταν περίπου στα 63 έτη, για όλο το χρονικό διάστημα της πιλοτικής εφαρμογής του υποχρεωτικού υποσυστήματος αναφοράς του MERIS, ενώ η μέση διάρκεια της νοσηλείας τους στη ΜΕΘ ήταν 24 ημέρες (βλ. πίνακα 5.50). Στον ίδιο πίνακα παρατηρούμε επιπλέον, ότι η μέση ηλικία των ασθενών του ανδρικού φύλου που βίωσαν κάποιο περιστατικό ήταν περίπου τα 60 έτη ενώ αντίστοιχα των ασθενών του γυναικείου φύλου, η μέση ηλικία ήταν περίπου τα 72 έτη. Ταυτόχρονα, η μέση διάρκεια νοσηλείας των γυναικών ασθενών στις οποίες

ανιχνεύτηκε κάποιο περιστατικό ήταν περίπου 26 ημέρες στη ΜΕΘ, σε αντίθεση με τους άρρενες ασθενείς που νοσηλεύτηκαν 3 λιγότερες κατά μέσο όρο ημέρες από τις γυναίκες ασθενείς και 1 λιγότερη ημέρα σε σχέση με τη συνολική μέση διάρκεια νοσηλείας στη ΜΕΘ (23,38) (βλ. πίνακα 5.50).

Πίνακας 5.50: Περιγραφικά μέτρα του φύλου των ασθενών σε σχέση με την ηλικία και τη διάρκεια νοσηλείας τους

Φύλο		Διάρκεια Νοσηλείας	Ηλικία
Ανδρας	N	32	32
	Mean	23,38	59,91
	Std. Deviation	16,690	14,722
Γυναίκα	N	12	12
	Mean	25,75	71,75
	Std. Deviation	13,936	12,786
Σύνολο δείγμ.	N	44	44
	Mean	24,02	63,14
	Std. Deviation	15,864	15,051

Στη συνέχεια, στον πίνακα 5.51, παρουσιάζονται τα περιγραφικά μέτρα (μέσος όρος, Min, Max) του δείκτη βαρύτητας APACHEII⁹, για N=34 ιατρικά σφάλματα και ανεπιθύμητα περιστατικά που εντοπίστηκαν από το υποχρεωτικό υποσύστημα αναφοράς στη ΜΕΘ. Ο μέσος δείκτης βαρύτητας APACHEII, των ασθενών που βίωσαν κάποιο ανεπιθύμητο περιστατικό, κατά τη διάρκεια της πιλοτικής εφαρμογής του υποσυστήματος της υποχρεωτικής αναφοράς του MERIS, είναι 17.

Σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία (Chen et al., 2007), οι ασθενείς που βαθμολογούνται με δείκτη βαρύτητας APACHE II ≥ 17 , εκτιμάται ότι συγκεντρώνουν μεγαλύτερη πιθανότητα θανάτου, ως έκβαση σε σύγκριση με εκείνους τους ασθενείς που βαθμολογούνται με δείκτη βαρύτητας APACHE II < 17 . Συνεπώς παρατηρούμε, ότι στους ασθενείς του δείγματός μας οι οποίοι βαθμολογούνται με μέσο δείκτη βαρύτητας APACHE II ≥ 17 και αποτελούν ήδη

⁹ Το APACHE (Acute Physiology and Chronic Health Evaluation) II αφορά σε ένα γενικό σύστημα βαθμολόγησης της βαρύτητας της νόσου και πρόγνωσης της έκβασης ενήλικων ασθενών στη ΜΕΘ, με σκοπό τη διερεύνηση της αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας της εντατικής φροντίδας υγείας (Γκολφινόπουλου, κ.ά., 2006; <http://www.icu.gr/Pdf/Synedria/scoring.pdf>).

βεβαρυμμένα περιστατικά, ανιχνεύτηκε κάποιο ιατρικό σφάλμα και ανεπιθύμητο περιστατικό.

Πίνακας 5.51: Περιγραφικά μέτρα του δείκτη βαρύτητας APACHE II

N	34
Valid	
Mean	17
Minimum	4
Maximum	34

Ακολουθώντας στη συνέχεια τη μεθοδολογία των ενδείξεων βάσει της οποίας διενεργείται η επισκόπηση του ιατρικού φακέλου του ασθενούς και μέσω του υποχρεωτικού υποσυστήματος αναφοράς του MERIS, ανιχνεύονται οι ενδείξεις εκείνες της πιθανής εμφάνισης ιατρικού σφάλματος και ανεπιθύμητου περιστατικού οι οποίες κατευθύνουν μετέπειτα τον ερευνητή να αναζητήσει περαιτέρω πληροφορίες σε σχετικά τμήματα του ιατρικού φακέλου, ώστε να διαπιστώσει τα πιθανά συμβάντα που σχετίζονται με τις ενδείξεις.

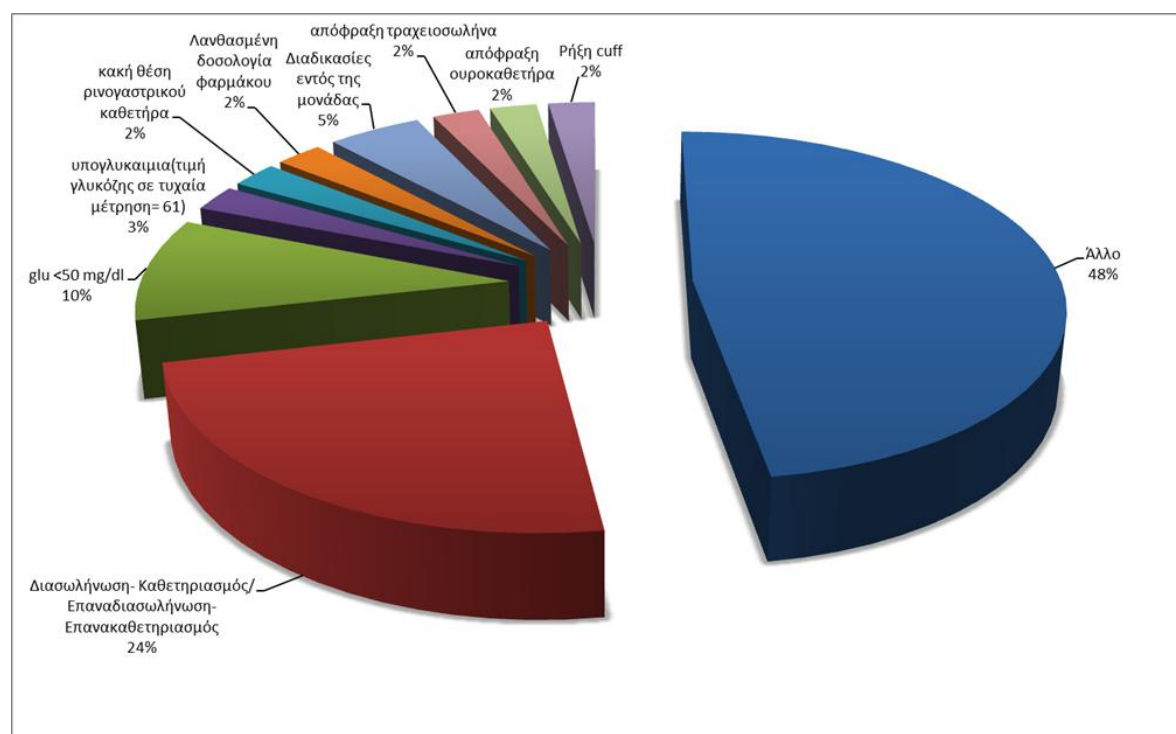
Έτσι λοιπόν, από τον πίνακα 5.52, παρατηρούμε ότι κατά το χρονικό διάστημα της πιλοτικής εφαρμογής του υποχρεωτικού υποσυστήματος αναφοράς του MERIS, ανιχνεύτηκαν 53 ενδείξεις (δυνατότητα πολλαπλής καταχώρησης ενδείξεων), οι οποίες κινητοποίησαν τον ερευνητή στον εντοπισμό των παρακάτω ανεπιθύμητων περιστατικών, όπως περιγράφονται στα διαγράμματα 5.13 και 5.14.

Πίνακας 5.52: Συχνότητες-ποσοστά σχετικά με τις ενδείξεις πρόκλησης περιστατικού

Ενδείξεις πρόκλησης περιστατικού		Συχνότητα	Ποσοστό (%) επί του συνόλου των έγκυρων απαντήσεων
N=53	ICU00	11	20,8
	ICU05	4	7,5
	ICU18	2	3,8
	ICU19	10	18,9
	ICU22	26	49,1

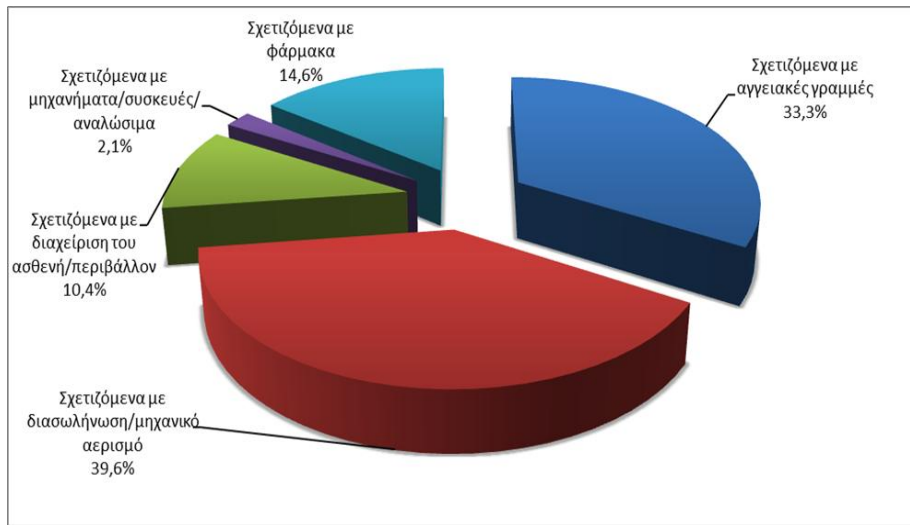
Συγκεκριμένα, στο διάγραμμα 5.13, φαίνονται οι ηλεκτρονικές καταχωρήσεις των ανεπιθύμητων περιστατικών, όπως αυτές διατυπώθηκαν από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό και παρατηρούμε ότι το 24% των ανεπιθύμητων περιστατικών που βίωσαν οι ασθενείς της ΜΕΘ, προήλθε από Διασωλήνωση – Καθετηριασμό / Επαναδιασωλήνωση – Επανακαθετηριασμό.

Διάγραμμα 5.13: Γραφική απεικόνιση ποσοστού εμφάνισης ανεπιθύμητων περιστατικών (βάσει της περιγραφής του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού)



Όσον αφορά το διάγραμμα 5.14 που απεικονίζει τα ποσοστά εμφάνισης των κατηγοριών των ανεπιθύμητων περιστατικών που προκλήθηκαν καθ' όλη τη διάρκεια της πιλοτικής εφαρμογής του υποχρεωτικού υποσυστήματος αναφοράς του MERIS, διακρίνουμε ότι περίπου το 40% των περιστατικών που βίωσαν οι νοσηλευόμενοι ασθενείς στη ΜΕΘ, ήταν σχετιζόμενα με διασωλήνωση / μηχανικό αερισμό ενώ το 1/3 των συνολικών ανεπιθύμητων περιστατικών ήταν σχετιζόμενα με αγγειακές γραμμές.

Διάγραμμα 5.14: Γραφική απεικόνιση ποσοστού εμφάνισης κατηγοριών ανεπιθύμητων περιστατικών



Παράλληλα, στον πίνακα 5.53 παρουσιάζεται η κάθε κατηγορία των ανεπιθύμητων περιστατικών σε σχέση με το τελικό περιστατικό που προκλήθηκε στον ασθενή, στην εξεταζόμενη χρονική περίοδο, μέσα στη ΜΕΘ. Έτσι λοιπόν για $N=46$, επαληθεύεται η πρότερη ανάλυσή μας δηλαδή ότι τα περισσότερα ανεπιθύμητα περιστατικά εμφανίζονται στις κατηγορίες διασωλήνωση / μηχανικό αερισμό και αγγειακές γραμμές. Συγκεκριμένα παρατηρούμε ότι περίπου το 22% της κατηγορίας των αγγειακών γραμμών σχετίζεται με σφάλματα κατά την εισαγωγή κεντρικού φλεβικού ή αρτηριακού καθετήρα και περίπου το 9% της ίδιας κατηγορίας με τυχαία αφαίρεση κεντρικού φλεβικού ή αρτηριακού καθετήρα. Παρομοίως, από τον πίνακα 5.53, παρατηρούμε ότι περίπου το 18% των περιστατικών που αφορούν σε τυχαία αποσωλήνωση και το 11% των περιστατικών που αφορούν σε απόφραξη τραχειοσωλήνα, σχετίζονται με την κατηγορία διασωλήνωση / μηχανικό αερισμό.

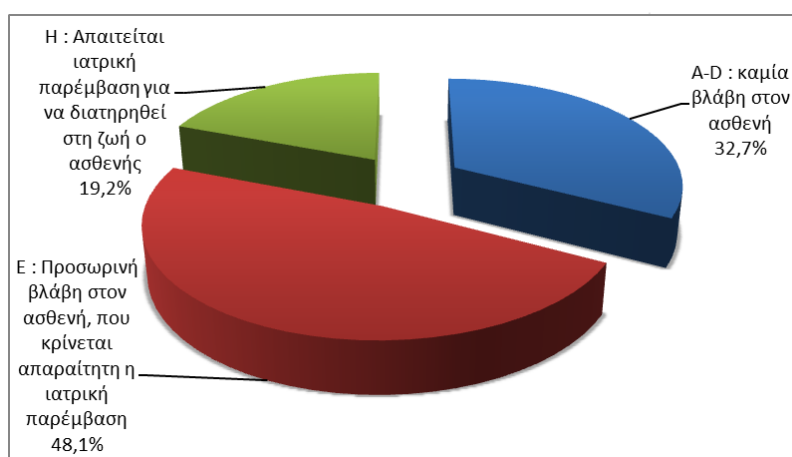
Πίνακας 5.53: Crosstabanalysis κατηγοριών ανεπιθύμητων περιστατικών σε σχέση με το περιστατικό που τελικά προκλήθηκε

			Κατηγορία Δυσμενούς Συμβάντος					Total
			Σχετιζόμενα με αγγειακές γραμμές	Σχετιζόμενα με διασωλήνωση/μηχανικό αερισμό	Σχετιζόμενα με διαχείριση του ασθενή/περιβάλλον	Σχετιζόμενα με μηχανήματα/συσκευές/αναλώσιμα	Σχετιζόμενα με φάρμακα	
Δυσμενές συμβάν	απόφραξη κεντρικού φλεβικού ή αρτηριακού καθετήρα	Count	1	0	0	0	0	1
		% of Total	2,2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	2,2%
	απόφραξη τραχειοσωλήνα	Count	0	5	0	0	0	5
		% of Total	0,0%	10,9%	0,0%	0,0%	0,0%	10,9%
	ατελεκτασία λόγω παρατεταμένης παραμονής του ασθενούς σε πλάγια θέση	Count	0	0	1	0	0	1
		% of Total	0,0%	0,0%	2,2%	0,0%	0,0%	2,2%
	βραδυκαρδία λόγω κλειστού βηματοδότη	Count	0	0	1	0	0	1
		% of Total	0,0%	0,0%	2,2%	0,0%	0,0%	2,2%
	Βρογχοσκόπηση	Count	0	1	0	0	0	1
		% of Total	0,0%	2,2%	0,0%	0,0%	0,0%	2,2%
	Δυσμενές συμβάν κατά την τραχειοστομία	Count	0	1	0	0	0	1
		% of Total	0,0%	2,2%	0,0%	0,0%	0,0%	2,2%
	Ελαττωματικός τραχειοσωλήνας	Count	0	0	0	1	0	1
		% of Total	0,0%	0,0%	0,0%	2,2%	0,0%	2,2%
	Επαναδιασωλήνωση	Count	0	1	0	0	0	1
		% of Total	0,0%	2,2%	0,0%	0,0%	0,0%	2,2%
	θρομβοφλεβίτιδα από περιφερικό φλεβοκαθετήρα	Count	1	0	0	0	0	1
		% of Total	2,2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	2,2%
	κακή θέση ρινογαστρικού καθετήρα σε τυχαίο έλεγχο	Count	0	0	1	0	0	1
		% of Total	0,0%	0,0%	2,2%	0,0%	0,0%	2,2%
	λάθη κατά την εισαγωγή κεντρικού φλεβικού ή αρτηριακού καθετήρα	Count	10	0	0	0	0	10
		% of Total	21,7%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	21,7%
	Λανθασμένη δοσολογία φαρμάκου	Count	0	0	0	0	5	5
		% of Total	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	10,9%	10,9%
	παραλείψη χορήγησης φαρμάκου	Count	0	0	0	0	1	1
		% of Total	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	2,2%	2,2%
	τυχαία αποσωλήνωση	Count	0	8	0	0	0	8
		% of Total	0,0%	17,4%	0,0%	0,0%	0,0%	17,4%
	τυχαία αφαίρεση κεντρικού φλεβικού ή αρτηριακού καθετήρα	Count	4	0	0	0	0	4
		% of Total	8,7%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	8,7%
	υπογλυκαιμία (τιμή γλυκόζης σε τυχαία μέτρηση <50)	Count	0	0	2	0	0	2
		% of Total	0,0%	0,0%	4,3%	0,0%	0,0%	4,3%
	υποδόριο εμφύσημα μετά από την αποσωλήνωση	Count	0	1	0	0	0	1
		% of Total	0,0%	2,2%	0,0%	0,0%	0,0%	2,2%
	χαμηλή τιμή σακχάρου αίματος κατά τη διάρκεια σταδιακής χορήγησης διαλύματος ινσουλίνης	Count	0	0	0	0	1	1
		% of Total	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	2,2%	2,2%
Total	Count		16	17	5	1	7	46
	% of Total		34,8%	37,0%	10,9%	2,2%	15,2%	100,0%

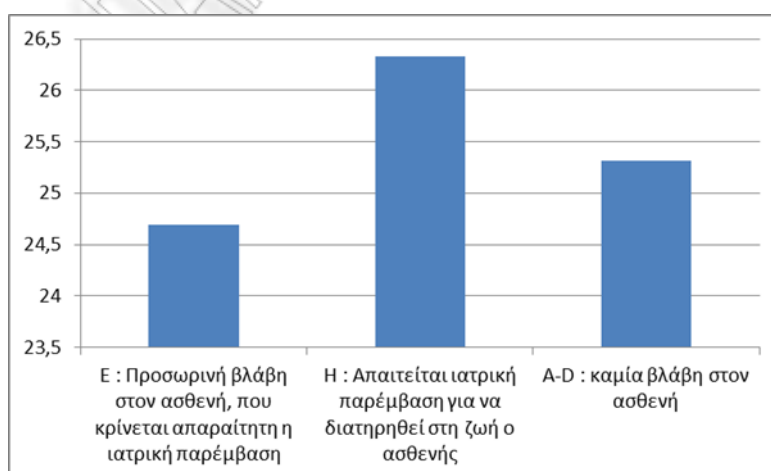
Επιπλέον, στο διάγραμμα 5.15 παρατηρούμε ότι για το συνολικό δείγμα των ανεπιθύμητων περιστατικών και ιατρικών σφαλμάτων (N=52) που ανιχνεύτηκαν κατά τη διάρκεια της πιλοτικής εφαρμογής του υποχρεωτικού υποσυστήματος αναφοράς του MERIS, το 48% των ασθενών βίωσε μια προσωρινή βλάβη που κρίθηκε απαραίτητη η ιατρική παρέμβαση.

Παράλληλα, μέσα από το διάγραμμα 5.16 που παρουσιάζονται οι μέσες τιμές της διάρκειας νοσηλείας των ασθενών ανά βαρύτητα, φαίνεται ότι η μέση νοσηλεία των ασθενών στους οποίους απαιτήθηκε ιατρική παρέμβαση για να διατηρηθούν στη ζωή, ήταν περίπου 26 ημέρες, ενώ 1 ημέρα λιγότερη νοσηλεύτηκαν κατά μέσο όρο οι ασθενείς που υπέστησαν προσωρινή βλάβη με απαραίτητη την ιατρική παρέμβαση.

Διάγραμμα 5.15: Γραφική απεικόνιση ποσοστού εμφάνισης βαρύτητας ανεπιθύμητων περιστατικών



Διάγραμμα 5.16: Γραφική απεικόνιση μέσης διάρκειας νοσηλείας με βάση τη βαρύτητα των ανεπιθύμητων περιστατικών



Όσον αφορά τις κατηγορίες των ανεπιθύμητων περιστατικών σε σχέση με την προκληθείσα βαρύτητα στην κατάσταση του ασθενούς, ο πίνακας 5.54 σε N=48 παρατηρήσεις, καταδεικνύει ότι σε ασθενείς που υπέστησαν προσωρινή βλάβη και στους οποίους κρίθηκε απαραίτητη η ιατρική παρέμβαση, εντοπίστηκαν σφάλματα σχετιζόμενα κυρίως με αγγειακές γραμμές (22,9%) και με διασωλήνωση / μηχανικό αερισμό (16,7%). Αντίστοιχα σε ασθενείς που απαιτήθηκε ιατρική παρέμβαση για να διατηρηθούν στη ζωή, εντοπίστηκαν κυρίως σφάλματα σχετιζόμενα με διασωλήνωση /μηχανικό αερισμό (16,7%).

Πίνακας 5.54: Crosstabanalysis κατηγοριών ανεπιθύμητων περιστατικών σε σχέση με τη βαρύτητα

Κωδικός βαρύτητας	A-D : καμία βλάβη στον ασθενή	Count	Κατηγορία Δυσμενούς Συμβάντος				Σχετιζόμενα με φάρμακα	Total
			Σχετιζόμενα με αγγειακές γραμμές	Σχετιζόμενα με διασωλήνωση/μηχανικό αερισμό	Σχετιζόμενα με διαχείριση του ασθενή/περιβάλλον	Σχετιζόμενα με μηχανήματα/συσκευές/αναλώσιμα		
	A-D : καμία βλάβη στον ασθενή	Count	3	3	2	0	7	15
	A-D : καμία βλάβη στον ασθενή	% of Total	6,2%	6,2%	4,2%	0,0%	14,6%	31,2%
	E : Προσωρινή βλάβη στον ασθενή, που κρίνεται απαραίτητη η ιατρική παρέμβαση	Count	11	8	3	1	0	23
	E : Προσωρινή βλάβη στον ασθενή, που κρίνεται απαραίτητη η ιατρική παρέμβαση	% of Total	22,9%	16,7%	6,2%	2,1%	0,0%	47,9%
	H : Απαιτείται ιατρική παρέμβαση για να διατηρηθεί στη ζωή ο ασθενής	Count	2	8	0	0	0	10
	H : Απαιτείται ιατρική παρέμβαση για να διατηρηθεί στη ζωή ο ασθενής	% of Total	4,2%	16,7%	0,0%	0,0%	0,0%	20,8%
Total		Count	16	19	5	1	7	48
Total		% of Total	33,3%	39,6%	10,4%	2,1%	14,6%	100,0%

Σχετικά με τη συνέπεια που προκάλεσε τελικά το ανεπιθύμητο περιστατικό που ανιχνεύτηκε, μέσω της πιλοτικής εφαρμογής του υποχρεωτικού υποσυστήματος αναφοράς του MERIS, παρατηρούμε από τον πίνακα 5.55 σε N=48 περιστατικά ότι οι συνέπειες που αφορούν σε επαναδιασωλήνωση (22,9%) και σε πνευμοθώρακα – αιμοθώρακα (14,6%), συγκεντρώνουν τις περισσότερες εγγραφές. Επιπλέον, από τον πίνακα 5.55 φαίνεται ότι το 85,7% του πνευμοθώρακα – αιμοθώρακα, προέρχεται από περιστατικά σχετιζόμενα με αγγειακές γραμμές ενώ το 81,8% της επαναδιασωλήνωσης, οφείλεται σε περιστατικά σχετιζόμενα με διασωλήνωση /μηχανικό αερισμό.

Πίνακας 5.55: Crosstabanalysis συνέπειας περιστατικού σε σχέση με την κατηγορία που ανήκει το περιστατικό

			Συνέπεια περιστατικού								Total
			Αιφνίδια υποξυγοναιμία (Sat<80% PO2<60mmHg)	άλλο	Απώλεια αίματος	Επανάδιασωλήνωση	Καρδιακή ανακοπή	Πνευμοθώρακας - αιμοθώρακας	Ταχυκαρδία - βραδυκαρδία	Υπερβολική πτώση / αύξηση αρτηριακής πίεσης	
Κατηγορία Δυσμενούς Συμβάντος	Σχετιζόμενα με αγγειακές γραμμές	Count	0	5	3	1	0	6	0	1	16
		% within Συνέπεια περιστατικού	0,0%	31,2%	100,0%	9,1%	0,0%	85,7%	0,0%	50,0%	33,3%
		% of Total	0,0%	10,4%	6,2%	2,1%	0,0%	12,5%	0,0%	2,1%	33,3%
	Σχετιζόμενα με διασωλήνωση/μηχανικό αερισμό	Count	4	2	0	9	1	1	1	1	19
		% within Συνέπεια περιστατικού	100,0%	12,5%	0,0%	81,8%	100,0%	14,3%	25,0%	50,0%	39,6%
		% of Total	8,3%	4,2%	0,0%	18,8%	2,1%	2,1%	2,1%	2,1%	39,6%
Σχετιζόμενα με διαχείριση του ασθενή/περιβάλλον	Count	0	2	0	0	0	0	3	0	5	
	% within Συνέπεια περιστατικού	0,0%	12,5%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	75,0%	0,0%	10,4%	
	% of Total	0,0%	4,2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	6,2%	0,0%	10,4%	
Σχετιζόμενα με μηχανήματα/συσκευές/ανάλωσιμα	Count	0	0	0	1	0	0	0	0	1	
	% within Συνέπεια περιστατικού	0,0%	0,0%	0,0%	9,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	2,1%	
	% of Total	0,0%	0,0%	0,0%	2,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	2,1%	
Σχετιζόμενα με φάρμακα	Count	0	7	0	0	0	0	0	0	7	
	% within Συνέπεια περιστατικού	0,0%	43,8%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	14,6%	
	% of Total	0,0%	14,6%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	14,6%	
Total	Count	4	16	3	11	1	7	4	2	48	
	% within Συνέπεια περιστατικού	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	8,3%	33,3%	6,2%	22,9%	2,1%	14,6%	8,3%	4,2%	100,0%	

5.2.2 Υποσύστημα αυτόβουλης(οικειοθελούς) αναφοράς ανεπιθύμητων περιστατικών (VoluntaryReportingModule)

Κατά τη χρονική περίοδο Νοεμβρίου 2012 - Ιουνίου 2013, επιχειρήθηκε πιλοτική εφαρμογή του υποσυστήματος της αυτόβουλης (οικειοθελούς) αναφοράς του MERIS, απευθυνόμενο στους ίδιους τους πολίτες, με σκοπό την καταχώρηση και καταγραφή ιατρικών σφαλμάτων και ανεπιθύμητων περιστατικών που έχουν υποστεί οι ίδιοι ή ο κοινωνικός τους περίγυρος.

Παρακάτω ακολουθούν η αρχική και κεντρική σελίδα του υποσυστήματος της αυτόβουλης (οικειοθελούς) αναφοράς (διάγραμμα 5.17). Επιπλέον, στο Παράρτημα Β', γίνεται ειδική αναφορά στη σειρά διαδικασιών και στον τρόπο καταχώρησης και καταγραφής των ιατρικών σφαλμάτων και ανεπιθύμητων περιστατικών (οθόνες 1α έως 4α), με τη χρήση ενός εικονικού παραδείγματος καταχώρησης της εμπειρίας των ίδιων των πολιτών-ασθενών που βίωσαν, κατά την επαφή τους με το Ελληνικό σύστημα υγείας.

Διάγραμμα 5.17: Αρχική και κεντρική σελίδα του MERIS σχετικά με το υποσύστημα αυτόβουλης (οικειοθελούς) αναφοράς



MERIS: Υποσύστημα Αυτόβουλης Αναφοράς Ανεπιθύμητων Περιστατικών

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

Στο τμήμα Οικονομικής Επιστήμης του Πανεπιστημίου Πειραιώς έχουμε αναπτύξει ένα σύστημα ανήγνευσης, αναφοράς και ανάλυσης ανεπιθύμητων περιστατικών με την ονομασία MERIS. Η πιλοτική εφαρμογή του συστήματος MERIS διεξάγεται στο πλαίσιο της διδακτορικής διατριβής της υποψήφιας διδάκτορας Ρήγα Μαρίνας και στην ομάδα εργασίας συμμετέχουν ο Καθηγητής Γιάννης Πολλάλης και ο Επίκουρος Καθηγητής Θανάσης Βαζίκης.

Τα δυσμενή συμβάντα είναι αθέλητα και απρόσμενα περιστατικά, τα οποία θα μπορούσαν να προκαλέσουν, ή προκάλεσαν, βλάβη σε έναν ή περισσότερους ασθενείς, κατά τη διάρκεια παραχής της φροντίδας υγείας στο σύστημα υγείας.

Το MERIS παρέχει τη δυνατότητα υποβολής αυτόβουλων (οικειοθελών) αναφορών με στοιχεία ανεπιθύμητων περιστατικών, μέσα από μια κατανοητή, σύντομη και ασφαλή διαδικασία. Πρωταρχικός σκοπός μας είναι να εμπλουχίζεται συνεχώς η γνώση μας σχετικά με την ασφάλεια του ασθενούς, χωρίς να αποσκοπούμε στη αναζήτηση και απόδοση ευθυνών σε μονάδες υγείας και υγειονομικό προσωπικό. Συγχρόνως, επιδιώκουμε να καλλιεργήσουμε κουλτούρα ενθάρρυνσης του υγειονομικού προσωπικού και των πολιτών, για την ανάδειξη και αντιμετώπιση περιστατικών που απειλούν την ασφάλεια του ασθενή και υποβαθμίζουν την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας υγείας.

Αν έχετε ερωτήσεις ή απορίες σχετικά με το περιεχόμενο ή τη διαδικασία υποβολής της αναφοράς σας, παρακαλούμε επικοινωνήστε στο avozik@uniipi.gr ή στο marina.riga@yahoo.com.

ΑΠΟΔΟΧΗ ΟΡΩΝ

Είναι σημαντικό να γνωρίζετε και να αποδεχτείτε τα παρακάτω τρία χαρακτηριστικά της αναφοράς σας στο MERIS:

1. Το MERIS δεν έχει σκοπό τη διερεύνηση μεμονωμένων περιστατικών ή παραπάνων σχετικά με τη φροντίδα υγείας που σας παρέχει το σύστημα υγείας.
2. Το MERIS δεν αποθηκεύει και δε δημοσιεύει πληροφορίες, που να αναφέρονται σε συγκεκριμένους πολίτες, ασθενείς ή μέλη του υγειονομικού προσωπικού.
3. Συμπληρώνοντας τις φόρμες που ακολουθούν, παραχωρείτε στους ερευνητές την άδεια να διαχειριστούν τις πληροφορίες που παρέχετε, με μοναδικό σκοπό την προστασία της ασφάλειας του ασθενούς και τη βελτίωση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας υγείας.

Σας ευχαριστούμε για τη συνεργασία.

Συνεχίζοντας, αποδέχεστε τους παραπάνω όρους.

Η παρούσα έρευνα έχει συγχρηματοδοτηθεί από την Ευρωπαϊκή Ένωση (Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο - ΕΚΤ) και από εθνικούς πόρους μέσω του Επιχειρησιακού Προγράμματος «Εκπαίδευση και Δια Βίου Μάθηση» του Εθνικού Στρατηγικού Πλαισίου Αναφοράς (ΕΣΠΑ) - Ερευνητικό Χρηματοδοτούμενο Έργο: Ηράκλειτος II. Επίθεση στην κοινωνία της γνώσης μέσω του Ευρωπαϊκού Κοινωνικού Ταμείου

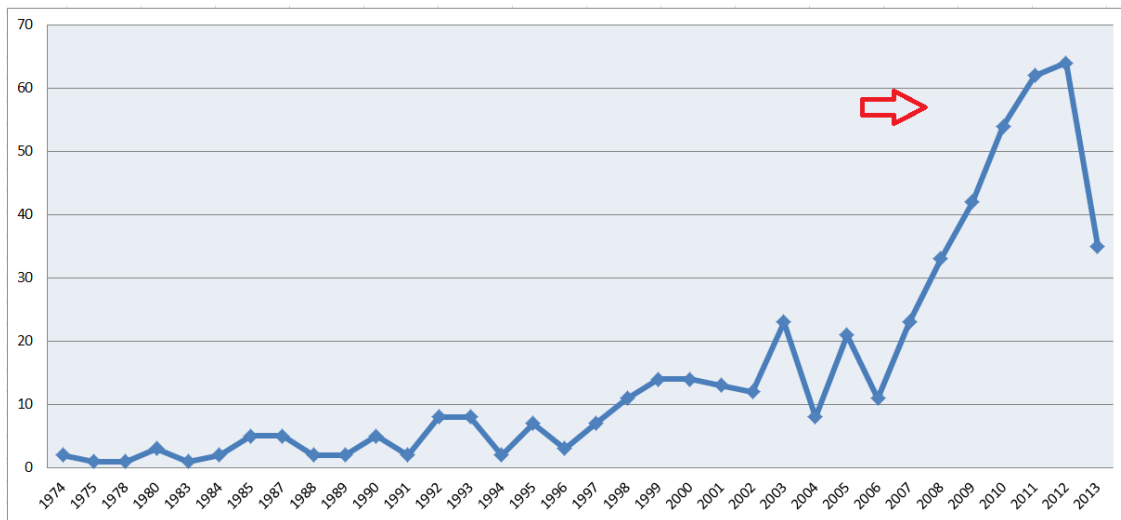
Κατά τη διάρκεια υλοποίησης της πιλοτικής λειτουργίας του υποσυστήματος της αυτόβουλης (οικειοθελούς) αναφοράς, κατεγράφησαν 510 περιστατικά σε όλη την Ελληνική επικράτεια, εκ των οποίων το 52,4% των ασθενών που βίωσαν κάποιο ιατρικό σφάλμα και ανεπιθύμητο περιστατικό ήταν άνδρες και το υπόλοιπο 47,6% γυναίκες. Από το σύνολο του δείγματος N=510, παρατηρούμε επίσης ότι παραπάνω από τους μισούς ασθενείς (58,4%) που βίωσαν τέτοιες εμπειρίες, κατά την επαφή τους με το σύστημα υγείας, ανήκουν στις παραγωγικές και δυναμικές ηλικιακές ομάδες 25-44 και 45-64. Συγκεκριμένα, το 58,9% που ανήκει στην ηλικιακή ομάδα 45-64 αφορά σε άνδρες και το 41,1% σε γυναίκες ενώ το 55,4% που ανήκει στην ηλικιακή ομάδα 25-44 αφορά σε γυναίκες (βλ. πίνακα 5.56).

Πίνακας 5.56: Crosstabanalysis ηλικιακής κατανομής σε σχέση με το φύλο του παθόντος (κατά δήλωση των πολιτών)

Ηλικιακή κατανομή * Φύλο παθόντος Crosstabulation					
Ηλικιακή κατανομή			Φύλο παθόντος		Total
			Ανδρας	Γυναίκα	
<15	Count		18	22	40
	% within Ηλικιακή κατανομή		45,0%	55,0%	100,0%
	% within Φύλο παθόντος		6,7%	9,1%	7,8%
	% of Total		3,5%	4,3%	7,8%
16-24	Count		42	43	85
	% within Ηλικιακή κατανομή		49,4%	50,6%	100,0%
	% within Φύλο παθόντος		15,7%	17,7%	16,7%
	% of Total		8,2%	8,4%	16,7%
25-44	Count		58	72	130
	% within Ηλικιακή κατανομή		44,6%	55,4%	100,0%
	% within Φύλο παθόντος		21,7%	29,6%	25,5%
	% of Total		11,4%	14,1%	25,5%
45-64	Count		99	69	168
	% within Ηλικιακή κατανομή		58,9%	41,1%	100,0%
	% within Φύλο παθόντος		37,1%	28,4%	32,9%
	% of Total		19,4%	13,5%	32,9%
>65	Count		50	37	87
	% within Ηλικιακή κατανομή		57,5%	42,5%	100,0%
	% within Φύλο παθόντος		18,7%	15,2%	17,1%
	% of Total		9,8%	7,3%	17,1%
Total	Count		267	243	510
	% within Ηλικιακή κατανομή		52,4%	47,6%	100,0%
	% within Φύλο παθόντος		100,0%	100,0%	100,0%
	% of Total		52,4%	47,6%	100,0%

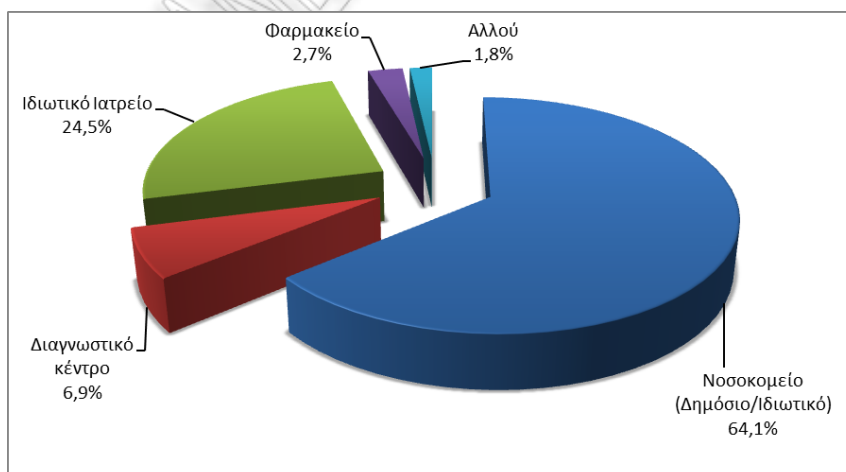
Σε N=506 καταγράφεται το έτος που συνέβη το περιστατικό, κατά δήλωση των πολιτών (βλ. διάγραμμα 5.18). Από το έτος 2007 μέχρι και το 2012 κατά τη διάρκεια του οποίου σημειώνονται και οι περισσότερες εγγραφές (12,6%) παρατηρείται μια προοδευτική αύξηση των δηλωθέντων συμβάντων.

Διάγραμμα 5.18: Γραφική απεικόνιση της συχνότητας των ετών κατά τη διάρκεια των οποίων προκλήθηκε περιστατικό (κατά δήλωση των πολιτών)



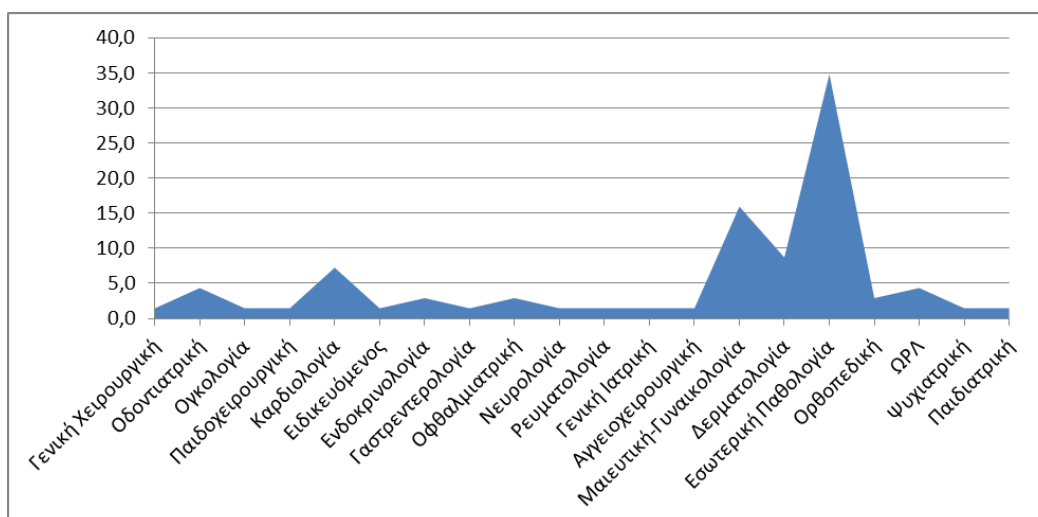
Στο σύνολο του δείγματος N=510 καταγράφεται ο τύπος της μονάδας υγείας που προκλήθηκε το περιστατικό (κατά δήλωση των πολιτών), όπου φαίνεται ότι οι πολίτες-ασθενείς βίωσαν μια δυσάρεστη εμπειρία όταν εισήχθησαν σε νοσοκομείο (δημόσιο / ιδιωτικό) (64,1%) (βλ. διάγραμμα 5.19).

Διάγραμμα 5.19: Γραφική απεικόνιση ποσοστού εμφάνισης του τύπου της μονάδας υγείας που προκλήθηκε το περιστατικό (κατά δήλωση των πολιτών)



Σε N=69 καταγράφεται η ειδικότητα του ιδιωτικού ιατρού που ευθύνεται για την πρόκληση του περιστατικού (κατά δήλωση των πολιτών), όπου στο διάγραμμα 5.20 φαίνεται ότι η Εσωτερική Παθολογία (34,8%) και ακολούθως, η Μαιευτική-Γυναικολογία (15,9%), συγκεντρώνουν τις περισσότερες αναφορές.

Διάγραμμα 5.20: Γραφική απεικόνιση ποσοστού εμφάνισης ειδικότητας ιδιωτικού ιατρού που ευθύνεται για την πρόκληση περιστατικού (κατά δήλωση των πολιτών)

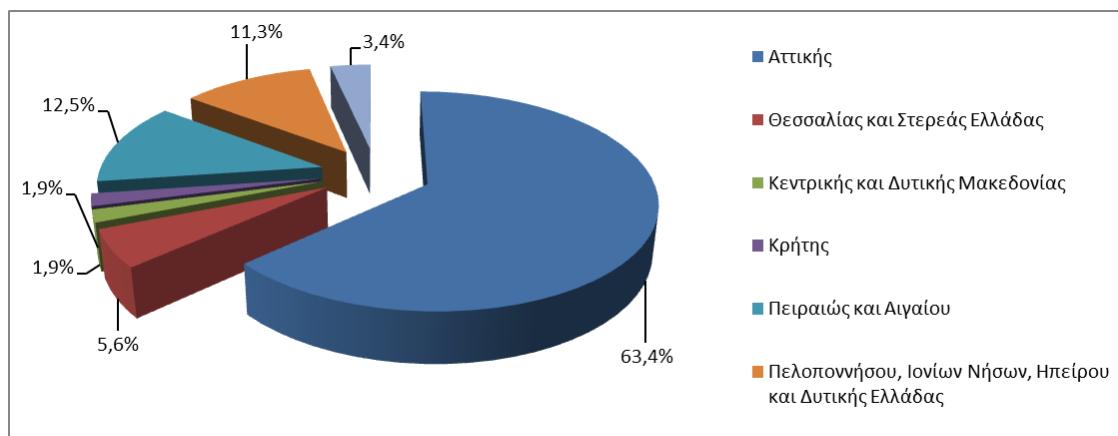


Σε N=320 καταγράφεται η διοικητική περιφέρεια στην οποία ανήκει ο τύπος της μονάδας υγείας που προκλήθηκε το περιστατικό (κατά δήλωση των πολιτών) όπου παρατηρούμε ότι το 63,4% των δηλωθέντων περιστατικών αφορούσαν σε μονάδες υγείας που ανήκουν στη διοικητική περιφέρεια της Αττικής (βλ. πίνακα 5.57 και διάγραμμα 5.21).

Πίνακας 5.57: Συχνότητες-ποσοστά εμφάνισης της διοικητικής περιφέρειας στην οποία ανήκει ο τύπος της μονάδας υγείας που προκλήθηκε το περιστατικό (κατά δήλωση των πολιτών)

Διοικητική Περιφέρεια		Συχνότητα	Ποσοστό (%) επί του συνόλου των έγκυρων απαντήσεων
Valid	Αττικής	203	63,4
	Δεν γνωρίζω	11	3,4
	Θεσσαλίας και Στερεάς Ελλάδας	18	5,6
	Κεντρικής και Δυτικής Μακεδονίας	6	1,9
	Κρήτης	6	1,9
	Πειραιώς και Αιγαίου	40	12,5
	Πελοποννήσου, Ιονίων Νήσων, Ηπείρου και Δυτικής Ελλάδας	36	11,3
	N	320	100,0

Διάγραμμα 5.21: Γραφική απεικόνιση ποσοστού εμφάνισης της διοικητικής περιφέρειας στην οποία ανήκει ο τύπος της μονάδας υγείας που προκλήθηκε το περιστατικό (κατά δήλωση των πολιτών)



Στο σύνολο του δείγματος N=510 καταγράφεται το φύλο του παθόντος σε σχέση με το στάδιο της φροντίδας υγείας κατά τη διάρκεια της οποίας προκλήθηκε το περιστατικό (κατά δήλωση των πολιτών). Από τον πίνακα 5.58 παρατηρούμε ότι δε σημειώνονται σημαντικές διαφοροποιήσεις μεταξύ ανδρών και γυναικών όσον αφορά το στάδιο πρόκλησης του ανεπιθύμητου περιστατικού. Επί παραδείγματι, φαίνεται ότι κατά τη διάρκεια της θεραπείας που έχουν αναφερθεί και τα περισσότερα περιστατικά (245 στα 510), οι άνδρες παθόντες ανέρχονται σε 132 και οι γυναίκες που βίωσαν τέτοιου είδους εμπειρία σε 113.

Πίνακας 5.58: Crosstabanalysis του φύλου σε σχέση με το στάδιο πρόκλησης του ανεπιθύμητου περιστατικού (κατά δήλωση των πολιτών)

Τύπος / στάδιο πρόκλησης περιστατικού		Φύλο		N
		Άνδρας	Γυναίκα	
Κατά την Πρόληψη	Count	24	28	52
	% within Τύπος / στάδιο πρόκλησης περιστατικού	9,0%	11,5%	10,2%
Κατά τη Διάγνωση	Count	95	91	186
	% within Τύπος / στάδιο πρόκλησης περιστατικού	35,6%	37,4%	36,5%
Κατά τη Θεραπεία	Count	132	113	245
	% within Τύπος / στάδιο πρόκλησης περιστατικού	49,4%	46,5%	48,0%
Δε γνωρίζω	Count	16	11	27
	% within Τύπος / στάδιο πρόκλησης περιστατικού	6,0%	4,5%	5,3%
N	Count	267	243	510
	% within Τύπος / στάδιο πρόκλησης περιστατικού	100,0%	100,0%	100,0%

Στο σύνολο του δείγματος N=510 καταγράφεται η ηλικιακή κατανομή σε σχέση με το στάδιο πρόκλησης του περιστατικού (κατά δήλωση των πολιτών), όπως παρουσιάζεται στον πίνακα 5.59. Παρατηρούμε ότι παραπάνω από το 1/3 των περιστατικών που συνέβησαν στο στάδιο της θεραπείας, αφορά ασθενείς που ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα 45-64. Επιπλέον, περίπου το 60% των περιστατικών που προκλήθηκαν κατά τη διάρκεια της διάγνωσης αφορά σε ασθενείς που ανήκουν στις ηλικιακές ομάδες 25-44 και 45-64.

Πίνακας 5.59: Crosstabanalysis ηλικιακής κατανομής σε σχέση με το στάδιο πρόκλησης του ανεπιθύμητου περιστατικού (κατά δήλωση των πολιτών)

Τύπος / στάδιο πρόκλησης περιστατικού	Ηλικιακή κατανομή					N	
	<15	16-24	25-44	45-64	>65		
Κατά την Πρόληψη	Count	10	11	16	11	4	52
	% within Τύπος / στάδιο πρόκλησης περιστατικού	19,2%	21,2%	30,8%	21,2%	7,7%	100,0%
	% of Total	2,0%	2,2%	3,1%	2,2%	0,8%	10,2%
Κατά τη Διάγνωση	Count	10	32	52	59	33	186
	% within Τύπος / στάδιο πρόκλησης περιστατικού	5,4%	17,2%	28,0%	31,7%	17,7%	100,0%
	% of Total	2,0%	6,3%	10,2%	11,6%	6,5%	36,5%
Κατά τη Θεραπεία	Count	17	37	55	88	48	245
	% within Τύπος / στάδιο πρόκλησης περιστατικού	6,9%	15,1%	22,4%	35,9%	19,6%	100,0%
	% of Total	3,3%	7,3%	10,8%	17,3%	9,4%	48,0%
Δε γνωρίζω	Count	3	5	7	10	2	27
	% within Τύπος / στάδιο πρόκλησης περιστατικού	11,1%	18,5%	25,9%	37,0%	7,4%	100,0%
	% of Total	0,6%	1,0%	1,4%	2,0%	0,4%	5,3%
Σύνολο	Count	40	85	130	168	87	510
	% within Τύπος / στάδιο πρόκλησης περιστατικού	7,8%	16,7%	25,5%	32,9%	17,1%	100,0%
	% of Total	7,8%	16,7%	25,5%	32,9%	17,1%	100,0%

Στο σύνολο του δείγματος N=510 καταγράφεται το στάδιο της φροντίδας υγείας που συνέβη το περιστατικό σε σχέση με τον τύπο του ανεπιθύμητου περιστατικού (κατά δήλωση των πολιτών). Από τον πίνακα 5.60 φαίνεται ότι τα περισσότερα ανεπιθύμητα περιστατικά και ιατρικά σφάλματα συνέβησαν κατά τη διάρκεια της θεραπείας όπου κατά δήλωση των πολιτών-ασθενών, σχεδόν το 1/3 των περιστατικών που προκλήθηκαν στο στάδιο της θεραπείας, αφορούσε σε σφάλμα στη φαρμακευτική αγωγή, το 22% σε νοσοκομειακή λοίμωξη και το 19,2% σε χειρουργικό σφάλμα. Επιπλέον, το 41% των περιστατικών σε N=510, προκλήθηκε από ελλιπή, λανθασμένη ή και καθυστερημένη διάγνωση της κατάστασης της υγείας του ασθενούς, με το 74,6% αυτών, όπως είναι αναμενόμενο, να σημειώνεται κατά τη διάρκεια της διάγνωσης.

Πίνακας 5.60: Crosstabanalysis σταδίου πρόκλησης περιστατικού σε σχέση με τον τύπο του ανεπιθύμητου περιστατικού (κατά δήλωση των πολιτών)

			Τύπος ανεπιθύμητου περιστατικού						Σύνολο	
			Νοσοκομειακή Λοίμωξη	Δεν έγινε διάγνωση/ λανθασμένη/ καθυστερημένη διάγνωση	Χειρουργικό Σφάλμα	Σφάλμα στη φαρμακευτική αγωγή	Σφάλμα στον ιατρικό εξοπλισμό	Άλλο		Δε γνωρίζω τι το προκάλεσε
Στάδιο πρόκλησης περιστατικού	Κατά την Πρόληψη	Count	6	25	0	6	4	8	3	52
		% within Στάδιο πρόκλησης περιστατικού	11,5%	48,1%	0,0%	11,5%	7,7%	15,4%	5,8%	100,0%
		% within Τύπος ανεπιθύμητου περιστατικού	9,0%	12,0%	0,0%	6,7%	9,5%	38,1%	10,7%	10,2%
		% of Total	1,2%	4,9%	0,0%	1,2%	0,8%	1,6%	0,6%	10,2%
	Κατά τη Διάγνωση	Count	4	156	4	8	6	4	4	186
		% within Στάδιο πρόκλησης περιστατικού	2,2%	83,9%	2,2%	4,3%	3,2%	2,2%	2,2%	100,0%
		% within Τύπος ανεπιθύμητου περιστατικού	6,0%	74,6%	7,5%	8,9%	14,3%	19,0%	14,3%	36,5%
		% of Total	0,8%	30,6%	0,8%	1,6%	1,2%	0,8%	0,8%	36,5%
	Κατά τη Θεραπεία	Count	54	25	47	75	29	9	6	245
		% within Στάδιο πρόκλησης περιστατικού	22,0%	10,2%	19,2%	30,6%	11,8%	3,7%	2,4%	100,0%
		% within Τύπος ανεπιθύμητου περιστατικού	80,6%	12,0%	88,7%	83,3%	69,0%	42,9%	21,4%	48,0%
		% of Total	10,6%	4,9%	9,2%	14,7%	5,7%	1,8%	1,2%	48,0%
Δε γνωρίζω	Count	3	3	2	1	3	0	15	27	
	% within Στάδιο πρόκλησης περιστατικού	11,1%	11,1%	7,4%	3,7%	11,1%	0,0%	55,6%	100,0%	
	% within Τύπος ανεπιθύμητου περιστατικού	4,5%	1,4%	3,8%	1,1%	7,1%	0,0%	53,6%	5,3%	
	% of Total	0,6%	0,6%	0,4%	0,2%	0,6%	0,0%	2,9%	5,3%	
Σύνολο	Count	67	209	53	90	42	21	28	510	
	% within Στάδιο πρόκλησης περιστατικού	13,1%	41,0%	10,4%	17,6%	8,2%	4,1%	5,5%	100,0%	
	% within Τύπος ανεπιθύμητου περιστατικού	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	13,1%	41,0%	10,4%	17,6%	8,2%	4,1%	5,5%	100,0%	

Στο σύνολο του δείγματος N=510 καταγράφεται στάδιο της φροντίδας υγείας που συνέβη το περιστατικό (κατά δήλωση των πολιτών) σε σχέση με τον τύπο μονάδας υγείας. Από τον πίνακα 5.61 παρατηρούμε ότι το 76,7% των περιστατικών που προκλήθηκαν κατά τη διάρκεια της θεραπείας, προέρχονταν από νοσοκομείο (δημόσιο / ιδιωτικό) ενώ το 44% των περιστατικών των ιδιωτικών ιατρείων, προκλήθηκαν κατά τη διάρκεια της διάγνωσης.

Πίνακας 5.61: Crosstabanalysis σταδίου πρόκλησης περιστατικού σε σχέση με τον τύπο μονάδας υγείας (κατά δήλωση των πολιτών)

			Τύπος μονάδας υγείας					Σύνολο
			Νοσοκομείο (Δημόσιο/Ιδιωτικό)	Διαγνωστικό κέντρο	Ιδιωτικό ιατρείο	Φαρμακείο	Άλλού	
Στάδιο πρόκλησης περιστατικού	Κατά την Πρόληψη	Count	23	4	22	2	1	52
		% within Στάδιο πρόκλησης περιστατικού	44,2%	7,7%	42,3%	3,8%	1,9%	100,0%
		% within Τύπος μονάδας υγείας	7,0%	11,4%	17,6%	14,3%	11,1%	10,2%
		% of Total	4,5%	0,8%	4,3%	0,4%	0,2%	10,2%
	Κατά τη Διάγνωση	Count	101	24	55	2	4	186
		% within Στάδιο πρόκλησης περιστατικού	54,3%	12,9%	29,6%	1,1%	2,2%	100,0%
		% within Τύπος μονάδας υγείας	30,9%	68,6%	44,0%	14,3%	44,4%	36,5%
		% of Total	19,8%	4,7%	10,8%	0,4%	0,8%	36,5%
	Κατά τη Θεραπεία	Count	188	4	41	10	2	245
		% within Στάδιο πρόκλησης περιστατικού	76,7%	1,6%	16,7%	4,1%	0,8%	100,0%
		% within Τύπος μονάδας υγείας	57,5%	11,4%	32,8%	71,4%	22,2%	48,0%
		% of Total	36,9%	0,8%	8,0%	2,0%	0,4%	48,0%
Δε γνωρίζω	Count	15	3	7	0	2	27	
	% within Στάδιο πρόκλησης περιστατικού	55,6%	11,1%	25,9%	0,0%	7,4%	100,0%	
	% within Τύπος μονάδας υγείας	4,6%	8,6%	5,6%	0,0%	22,2%	5,3%	
	% of Total	2,9%	0,6%	1,4%	0,0%	0,4%	5,3%	
Σύνολο	Count	327	35	125	14	9	510	
	% within Στάδιο πρόκλησης περιστατικού	64,1%	6,9%	24,5%	2,7%	1,8%	100,0%	
	% within Τύπος μονάδας υγείας	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	64,1%	6,9%	24,5%	2,7%	1,8%	100,0%	

Στο σύνολο του δείγματος N=510 καταγράφεται η ηλικιακή κατανομή σε σχέση με τη βαρύτητα του περιστατικού (κατά δήλωση των πολιτών). Από τον πίνακα 5.62 παρατηρούμε ότι σε παραπάνω από τα μισά καταγεγραμμένα περιστατικά (53,5%) οι ασθενείς (κατά δήλωσή τους) υπέστησαν προσωρινή βλάβη που κρίθηκε απαραίτητη είτε η ιατρική παρέμβαση είτε η επανεισαγωγή ή παρατεταμένη νοσηλεία τους. Επίσης, είναι άξιο σχολιασμού ότι στο 22,7% των εγγραφών, όπου το ανεπιθύμητο περιστατικό «υποχώρησε» προτού προλάβει να γίνει επιβλαβές για τον ασθενή (near-

miss), δεν αναφέρθηκε κάποια βλάβη στην υγεία του ασθενούς. Επιπλέον, φαίνεται ότι το 43,1% της ηλικιακής ομάδας 25-44 υπέστη προσωρινή βλάβη που κρίθηκε απαραίτητη η ιατρική παρέμβαση ενώ το 31,5% της ηλικιακής ομάδας 45-64 υπέστη προσωρινή βλάβη που κρίθηκε απαραίτητη η επανεισαγωγή ή παρατεταμένη νοσηλεία.

Πίνακας 5.62: Crosstabanalysis ηλικιακής κατανομής σε σχέση με τη βαρύτητα (κατά δήλωση των πολιτών)

			Ηλικιακή κατανομή					Σύνολο
			<15	16-24	25-44	45-64	>65	
Βαρύτητα	A-D: καμία βλάβη	Count	14	33	30	33	6	116
		% within Βαρύτητα	12,1%	28,4%	25,9%	28,4%	5,2%	100,0%
		% within Ηλικιακή κατανομή	35,0%	38,8%	23,1%	19,6%	6,9%	22,7%
		% of Total	2,7%	6,5%	5,9%	6,5%	1,2%	22,7%
	E: Προσωρινή βλάβη που κρίθηκε απαραίτητη η ιατρική παρέμβαση	Count	10	31	56	30	22	149
		% within Βαρύτητα	6,7%	20,8%	37,6%	20,1%	14,8%	100,0%
		% within Ηλικιακή κατανομή	25,0%	36,5%	43,1%	17,9%	25,3%	29,2%
		% of Total	2,0%	6,1%	11,0%	5,9%	4,3%	29,2%
	F: Προσωρινή βλάβη που κρίθηκε απαραίτητη η επανεισαγωγή ή παρατεταμένη νοσηλεία	Count	4	16	27	53	24	124
		% within Βαρύτητα	3,2%	12,9%	21,8%	42,7%	19,4%	100,0%
		% within Ηλικιακή κατανομή	10,0%	18,8%	20,8%	31,5%	27,6%	24,3%
		% of Total	0,8%	3,1%	5,3%	10,4%	4,7%	24,3%
	G: Μόνιμη αναπηρία	Count	8	0	1	12	4	25
		% within Βαρύτητα	32,0%	0,0%	4,0%	48,0%	16,0%	100,0%
		% within Ηλικιακή κατανομή	20,0%	0,0%	0,8%	7,1%	4,6%	4,9%
		% of Total	1,6%	0,0%	0,2%	2,4%	0,8%	4,9%
	H: Απαιτήθηκε ιατρική παρέμβαση ή μηχανική υποστήριξη για να διατηρηθεί στη ζωή	Count	2	2	11	12	6	33
		% within Βαρύτητα	6,1%	6,1%	33,3%	36,4%	18,2%	100,0%
		% within Ηλικιακή κατανομή	5,0%	2,4%	8,5%	7,1%	6,9%	6,5%
		% of Total	0,4%	0,4%	2,2%	2,4%	1,2%	6,5%
	I: Θάνατος	Count	2	3	5	28	25	63
		% within Βαρύτητα	3,2%	4,8%	7,9%	44,4%	39,7%	100,0%
		% within Ηλικιακή κατανομή	5,0%	3,5%	3,8%	16,7%	28,7%	12,4%
		% of Total	0,4%	0,6%	1,0%	5,5%	4,9%	12,4%
Σύνολο		Count	40	85	130	168	87	510
		% within Βαρύτητα	7,8%	16,7%	25,5%	32,9%	17,1%	100,0%
		% within Ηλικιακή κατανομή	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% of Total	7,8%	16,7%	25,5%	32,9%	17,1%	100,0%

Στο σύνολο του δείγματος N=510 καταγράφεται στάδιο της φροντίδας υγείας που συνέβη το περιστατικό σε σχέση με τη βαρύτητα (κατά δήλωση των πολιτών), όπου φαίνεται στον πίνακα 5.63 ότι η πλειοψηφία των περιστατικών (59,7%) που οδηγούν σε προσωρινή βλάβη που κρίνεται απαραίτητη η επανεισαγωγή ή παρατεταμένη νοσηλεία, συμβαίνει κατά τη διάρκεια της θεραπείας. Επιπλέον, το 33,9% των

δηλωθέντων περιστατικών που προέκυψαν στο στάδιο της διάγνωσης, προκάλεσαν προσωρινή βλάβη που κρίθηκε απαραίτητη η ιατρική παρέμβαση.

Πίνακας 5.63: Crosstabanalysis σταδίου πρόκλησης περιστατικού σε σχέση με τη βαρύτητα (κατά δήλωση των πολιτών)

	Στάδιο πρόκλησης περιστατικού				Σύνολο	
	Κατά την Πρόληψη	Κατά τη Διάγνωση	Κατά τη Θεραπεία	Δε γνωρίζω		
Βαρύτητα A-D: καμία βλάβη	Count	27	46	33	10	116
	% within Βαρύτητα	23,3%	39,7%	28,4%	8,6%	100,0%
	% within Στάδιο πρόκλησης περιστατικού	51,9%	24,7%	13,5%	37,0%	22,7%
	% of Total	5,3%	9,0%	6,5%	2,0%	22,7%
E: Προσωρινή βλάβη που κρίθηκε απαραίτητη η ιατρική παρέμβαση	Count	16	63	60	10	149
	% within Βαρύτητα	10,7%	42,3%	40,3%	6,7%	100,0%
	% within Στάδιο πρόκλησης περιστατικού	30,8%	33,9%	24,5%	37,0%	29,2%
	% of Total	3,1%	12,4%	11,8%	2,0%	29,2%
F: Προσωρινή βλάβη που κρίθηκε απαραίτητη η επανεισαγωγή ή παρατεταμένη νοσηλεία	Count	3	44	74	3	124
	% within Βαρύτητα	2,4%	35,5%	59,7%	2,4%	100,0%
	% within Στάδιο πρόκλησης περιστατικού	5,8%	23,7%	30,2%	11,1%	24,3%
	% of Total	0,6%	8,6%	14,5%	0,6%	24,3%
G: Μόνιμη αναπηρία	Count	3	5	17	0	25
	% within Βαρύτητα	12,0%	20,0%	68,0%	0,0%	100,0%
	% within Στάδιο πρόκλησης περιστατικού	5,8%	2,7%	6,9%	0,0%	4,9%
	% of Total	0,6%	1,0%	3,3%	0,0%	4,9%
H: Απαιτήθηκε ιατρική παρέμβαση ή μηχανική υποστήριξη για να διατηρηθεί στη ζωή	Count	0	9	23	1	33
	% within Βαρύτητα	0,0%	27,3%	69,7%	3,0%	100,0%
	% within Στάδιο πρόκλησης περιστατικού	0,0%	4,8%	9,4%	3,7%	6,5%
	% of Total	0,0%	1,8%	4,5%	0,2%	6,5%
I: Θάνατος	Count	3	19	38	3	63
	% within Βαρύτητα	4,8%	30,2%	60,3%	4,8%	100,0%
	% within Στάδιο πρόκλησης περιστατικού	5,8%	10,2%	15,5%	11,1%	12,4%
	% of Total	0,6%	3,7%	7,5%	0,6%	12,4%
Σύνολο	Count	52	186	245	27	510
	% within Βαρύτητα	10,2%	36,5%	48,0%	5,3%	100,0%
	% within Στάδιο πρόκλησης περιστατικού	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% of Total	10,2%	36,5%	48,0%	5,3%	100,0%

Στο σύνολο του δείγματος N=510 καταγράφεται τύπος του περιστατικού σε σχέση με τη βαρύτητα (κατά δήλωση των πολιτών), όπως φαίνεται στον πίνακα 5.64. Το 44,3% των περιστατικών που προκάλεσαν στον ασθενή προσωρινή βλάβη που κρίθηκε απαραίτητη η ιατρική παρέμβαση, προήλθε από ελλιπή, λανθασμένη ή και καθυστερημένη διάγνωση στην κατάσταση της υγείας του ασθενούς ενώ το 1/3 των σφαλμάτων που συνέβησαν κατά τη χορήγηση της φαρμακευτικής αγωγής, οδήγησαν τον ασθενή σε προσωρινή βλάβη που κρίθηκε απαραίτητη η ιατρική παρέμβαση. Επιπλέον, σε αναφορές των πολιτών-ασθενών για τον τύπο του περιστατικού που

σχετίζεται με ελλιπή, λανθασμένη ή και καθυστερημένη διάγνωση, παρατηρούμε ότι στο 13,4% αυτού του τύπου περιστατικού, προκλήθηκε θάνατος και στο 25,4% των περιστατικών που οφείλονταν σε νοσοκομειακή λοίμωξη, ο ασθενής και πάλι κατέληξε.

Πίνακας 5.64: Crosstabanalysis τύπου περιστατικού σε σχέση με τη βαρύτητα (κατά δήλωση των πολιτών)

		Βαρύτητα						Total	
		A-D: καμία βλάβη	E: προσωρινή βλάβη που κρίθηκε απαραίτητη η ιατρική παρέμβαση	F: προσωρινή βλάβη που κρίθηκε απαραίτητη η επανεισαγωγή ή παρατεταμένη νοσηλεία	G: μόνιμη αναπηρία	H: απαιτήθηκε ιατρική παρέμβαση ή μηχανική υποστήριξη για να διατηρηθεί στη ζωή	I: θάνατος		
Τύπος περιστατικού	Νοσοκομειακή Λοίμωξη	Count	4	14	26	1	5	17	67
		% within Τύπος περιστατικού	6,0%	20,9%	38,8%	1,5%	7,5%	25,4%	100,0%
		% within Βαρύτητα	3,4%	9,4%	21,0%	4,0%	15,2%	27,0%	13,1%
		% of Total	0,8%	2,7%	5,1%	0,2%	1,0%	3,3%	13,1%
Δεν έγινε διάγνωση/ λανθασμένη, καθυστερημένη διάγνωση		Count	57	66	44	5	9	28	209
		% within Τύπος περιστατικού	27,3%	31,6%	21,1%	2,4%	4,3%	13,4%	100,0%
		% within Βαρύτητα	49,1%	44,3%	35,5%	20,0%	27,3%	44,4%	41,0%
		% of Total	11,2%	12,9%	8,6%	1,0%	1,8%	5,5%	41,0%
Χειρουργικό Σφάλμα		Count	1	11	16	9	9	7	53
		% within Τύπος περιστατικού	1,9%	20,8%	30,2%	17,0%	17,0%	13,2%	100,0%
		% within Βαρύτητα	0,9%	7,4%	12,9%	36,0%	27,3%	11,1%	10,4%
		% of Total	0,2%	2,2%	3,1%	1,8%	1,8%	1,4%	10,4%
Σφάλμα στη φαρμακευτική αγωγή		Count	29	30	18	4	5	4	90
		% within Τύπος περιστατικού	32,2%	33,3%	20,0%	4,4%	5,6%	4,4%	100,0%
		% within Βαρύτητα	25,0%	20,1%	14,5%	16,0%	15,2%	6,3%	17,6%
		% of Total	5,7%	5,9%	3,5%	0,8%	1,0%	0,8%	17,6%
Σφάλμα στον ιατρικό εξοπλισμό		Count	6	11	13	4	5	3	42
		% within Τύπος περιστατικού	14,3%	26,2%	31,0%	9,5%	11,9%	7,1%	100,0%
		% within Βαρύτητα	5,2%	7,4%	10,5%	16,0%	15,2%	4,8%	8,2%
		% of Total	1,2%	2,2%	2,5%	0,8%	1,0%	0,6%	8,2%
Άλλο		Count	7	6	3	2	0	3	21
		% within Τύπος περιστατικού	33,3%	28,6%	14,3%	9,5%	0,0%	14,3%	100,0%
		% within Βαρύτητα	6,0%	4,0%	2,4%	8,0%	0,0%	4,8%	4,1%
		% of Total	1,4%	1,2%	0,6%	0,4%	0,0%	0,6%	4,1%
Δε γνωρίζω τι το προκάλεσε		Count	12	11	4	0	0	1	28
		% within Τύπος περιστατικού	42,9%	39,3%	14,3%	0,0%	0,0%	3,6%	100,0%
		% within Βαρύτητα	10,3%	7,4%	3,2%	0,0%	0,0%	1,6%	5,5%
		% of Total	2,4%	2,2%	0,8%	0,0%	0,0%	0,2%	5,5%
Total		Count	116	149	124	25	33	63	510
		% within Τύπος περιστατικού	22,7%	29,2%	24,3%	4,9%	6,5%	12,4%	100,0%
		% within Βαρύτητα	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% of Total	22,7%	29,2%	24,3%	4,9%	6,5%	12,4%	100,0%

Στο σύνολο του δείγματος N=510 καταγράφεται τύπος της μονάδας υγείας σε σχέση με τη βαρύτητα (κατά δήλωση των πολιτών) και έτσι από τον πίνακα 5.65, παρατηρούμε ότι η συντριπτική πλειοψηφία (80,6%) των αναφερόμενων περιστατικών που προκάλεσαν προσωρινή βλάβη που κρίθηκε απαραίτητη η επανεισαγωγή ή παρατεταμένη νοσηλεία, αφορούσε σε περιστατικά που έλαβαν χώρα σε νοσοκομείο (δημόσιο / ιδιωτικό). Επιπλέον, το 38,4% των περιστατικών που

συνέβησαν σε ιδιωτικό ιατρείο, προκάλεσαν στον ασθενή προσωρινή βλάβη που κρίθηκε απαραίτητη η ιατρική παρέμβαση.

Πίνακας 5.65: Crosstabanalysis τύπου μονάδας υγείας σε σχέση με τη βαρύτητα (κατά δήλωση των πολιτών)

			Τύπος μονάδας υγείας					Σύνολο
			Νοσοκομείο (Δημόσιο/Ιδιωτικό)	Διαγνωστικό κέντρο	Ιδιωτικό ιατρείο	Φαρμακείο	Άλλο	
Βαρύτητα	A-D: καμία βλάβη	Count	46	13	44	8	5	116
		% within Βαρύτητα	39,7%	11,2%	37,9%	6,9%	4,3%	100,0%
		% within Τύπος μονάδας υγείας	14,1%	37,1%	35,2%	57,1%	55,6%	22,7%
		% of Total	9,0%	2,5%	8,6%	1,6%	1,0%	22,7%
E: Προσωρινή βλάβη που κρίθηκε απαραίτητη η ιατρική παρέμβαση		Count	78	16	48	5	2	149
		% within Βαρύτητα	52,3%	10,7%	32,2%	3,4%	1,3%	100,0%
		% within Τύπος μονάδας υγείας	23,9%	45,7%	38,4%	35,7%	22,2%	29,2%
		% of Total	15,3%	3,1%	9,4%	1,0%	0,4%	29,2%
F: Προσωρινή βλάβη που κρίθηκε απαραίτητη η επανεισαγωγή ή παρατεταμένη νοσηλεία		Count	100	4	19	1	0	124
		% within Βαρύτητα	80,6%	3,2%	15,3%	0,8%	0,0%	100,0%
		% within Τύπος μονάδας υγείας	30,6%	11,4%	15,2%	7,1%	0,0%	24,3%
		% of Total	19,6%	0,8%	3,7%	0,2%	0,0%	24,3%
G: Μόνιμη αναπηρία		Count	21	0	4	0	0	25
		% within Βαρύτητα	84,0%	0,0%	16,0%	0,0%	0,0%	100,0%
		% within Τύπος μονάδας υγείας	6,4%	0,0%	3,2%	0,0%	0,0%	4,9%
		% of Total	4,1%	0,0%	0,8%	0,0%	0,0%	4,9%
H: Απαιτήθηκε ιατρική παρέμβαση ή μηχανική υποστήριξη για να διατηρηθεί στη ζωή		Count	29	1	3	0	0	33
		% within Βαρύτητα	87,9%	3,0%	9,1%	0,0%	0,0%	100,0%
		% within Τύπος μονάδας υγείας	8,9%	2,9%	2,4%	0,0%	0,0%	6,5%
		% of Total	5,7%	0,2%	0,6%	0,0%	0,0%	6,5%
I: Θάνατος		Count	53	1	7	0	2	63
		% within Βαρύτητα	84,1%	1,6%	11,1%	0,0%	3,2%	100,0%
		% within Τύπος μονάδας υγείας	16,2%	2,9%	5,6%	0,0%	22,2%	12,4%
		% of Total	10,4%	0,2%	1,4%	0,0%	0,4%	12,4%
Σύνολο		Count	327	35	125	14	9	510
		% within Βαρύτητα	64,1%	6,9%	24,5%	2,7%	1,8%	100,0%
		% within Τύπος μονάδας υγείας	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% of Total	64,1%	6,9%	24,5%	2,7%	1,8%	100,0%

Στο σύνολο του δείγματος N=510 καταγράφεται τύπος της μονάδας υγείας σε σχέση με το αν υπήρξε ενημέρωση για το περιστατικό από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό (κατά δήλωση των πολιτών) και όπως φαίνεται από τον πίνακα 5.66, μόλις στις μισές καταχωρήσεις (49,8%), οι ασθενείς δηλώνουν ότι πράγματι τους ενημέρωσε το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό για την ύπαρξη ιατρικού σφάλματος και ανεπιθύμητου περιστατικού. Η συντριπτική πλειοψηφία (71,7%) των ενημερώσεων των ασθενών για την πρόκληση του περιστατικού προήλθε από νοσοκομείο (δημόσιο / ιδιωτικό) και δεύτερο στην κατάταξη, βρίσκεται το ιδιωτικό ιατρείο με 19,3%.

Πίνακας 5.66: Crosstabanalysis τύπου μονάδας υγείας σε σχέση με το αν ενημερώθηκε ο ασθενής για το περιστατικό από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό (κατά δήλωση των πολιτών)

			Ενημέρωση ασθενούς για το περιστατικό			Total
			Ναι	Όχι	Δε γνωρίζω	
Τύπος μονάδας υγείας	Νοσοκομείο (Δημόσιο/Ιδιωτικό)	Count	182	109	36	327
		% within Τύπος μονάδας υγείας	55,7%	33,3%	11,0%	100,0%
		% within Ενημέρωση ασθενούς για το περιστατικό	71,7%	54,8%	63,2%	64,1%
		% of Total	35,7%	21,4%	7,1%	64,1%
Διαγνωστικό κέντρο		Count	14	18	3	35
		% within Τύπος μονάδας υγείας	40,0%	51,4%	8,6%	100,0%
		% within Ενημέρωση ασθενούς για το περιστατικό	5,5%	9,0%	5,3%	6,9%
		% of Total	2,7%	3,5%	0,6%	6,9%
Ιδιωτικό Ιατρείο		Count	49	60	16	125
		% within Τύπος μονάδας υγείας	39,2%	48,0%	12,8%	100,0%
		% within Ενημέρωση ασθενούς για το περιστατικό	19,3%	30,2%	28,1%	24,5%
		% of Total	9,6%	11,8%	3,1%	24,5%
Φαρμακείο		Count	4	9	1	14
		% within Τύπος μονάδας υγείας	28,6%	64,3%	7,1%	100,0%
		% within Ενημέρωση ασθενούς για το περιστατικό	1,6%	4,5%	1,8%	2,7%
		% of Total	0,8%	1,8%	0,2%	2,7%
Άλλο		Count	5	3	1	9
		% within Τύπος μονάδας υγείας	55,6%	33,3%	11,1%	100,0%
		% within Ενημέρωση ασθενούς για το περιστατικό	2,0%	1,5%	1,8%	1,8%
		% of Total	1,0%	0,6%	0,2%	1,8%
Total		Count	254	199	57	510
		% within Τύπος μονάδας υγείας	49,8%	39,0%	11,2%	100,0%
		% within Ενημέρωση ασθενούς για το περιστατικό	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% of Total	49,8%	39,0%	11,2%	100,0%

Στο σύνολο του δείγματος N=510 καταγράφεται τύπος του περιστατικού σε σχέση με το αν υπήρξε ενημέρωση για το περιστατικό από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό (κατά δήλωση των πολιτών). Από τον πίνακα 5.67, παρατηρούμε ότι το 31,9% των περιπτώσεων όπου οι ασθενείς ενημερώθηκαν για την πρόκληση του ανεπιθύμητου περιστατικού, αφορούσε σε ελλιπή, λανθασμένη ή και καθυστερημένη διάγνωση στην κατάσταση της υγείας του ασθενούς, ενώ για την ύπαρξη του ίδιου περιστατικού, το 53,8% των ασθενών δεν έλαβαν αντίστοιχη ενημέρωση. Επιπλέον, για το 64,2% των περιστατικών που αφορούν τόσο σε νοσοκομειακή λοίμωξη όσο

και σε χειρουργικό σφάλμα, οι ασθενείς ενημερώθηκαν. Επίσης, για το 48,9% των περιστατικών που αφορούν σε σφάλμα κατά τη χορήγηση της φαρμακευτικής αγωγής, οι ασθενείς έλαβαν ενημέρωση σε αντίθεση με το 37,8% που δεν έλαβαν αντίστοιχη ενημέρωση για την πρόκληση του συγκεκριμένου περιστατικού.

Πίνακας 5.67: Crosstabanalysis τύπου περιστατικού σε σχέση με το αν ενημερώθηκε ο ασθενής για το περιστατικό από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό (κατά δήλωση των πολιτών)

			ενημέρωση ασθενούς			Total
			Ναι	Όχι	Δε γνωρίζω	
τύπος περιστατικού	Νοσοκομειακή Λοίμωξη	Count	43	15	9	67
		% within τύπος περιστατικού	64,2%	22,4%	13,4%	100,0%
		% within ενημέρωση ασθενούς	16,9%	7,5%	15,8%	13,1%
		% of Total	8,4%	2,9%	1,8%	13,1%
	Δεν έγινε διάγνωση/ λανθασμένη, καθυστερημένη διάγνωση	Count	81	107	21	209
		% within τύπος περιστατικού	38,8%	51,2%	10,0%	100,0%
		% within ενημέρωση ασθενούς	31,9%	53,8%	36,8%	41,0%
		% of Total	15,9%	21,0%	4,1%	41,0%
	Χειρουργικό Σφάλμα	Count	34	17	2	53
		% within τύπος περιστατικού	64,2%	32,1%	3,8%	100,0%
		% within ενημέρωση ασθενούς	13,4%	8,5%	3,5%	10,4%
		% of Total	6,7%	3,3%	0,4%	10,4%
	Σφάλμα στη φαρμακευτική αγωγή	Count	44	34	12	90
		% within τύπος περιστατικού	48,9%	37,8%	13,3%	100,0%
		% within ενημέρωση ασθενούς	17,3%	17,1%	21,1%	17,6%
		% of Total	8,6%	6,7%	2,4%	17,6%
	Σφάλμα στον ιατρικό εξοπλισμό	Count	30	9	3	42
		% within τύπος περιστατικού	71,4%	21,4%	7,1%	100,0%
		% within ενημέρωση ασθενούς	11,8%	4,5%	5,3%	8,2%
		% of Total	5,9%	1,8%	0,6%	8,2%
	Άλλο	Count	10	11	0	21
		% within τύπος περιστατικού	47,6%	52,4%	0,0%	100,0%
		% within ενημέρωση ασθενούς	3,9%	5,5%	0,0%	4,1%
		% of Total	2,0%	2,2%	0,0%	4,1%
	Δε γνωρίζω τι το προκάλεσε	Count	12	6	10	28
		% within τύπος περιστατικού	42,9%	21,4%	35,7%	100,0%
		% within ενημέρωση ασθενούς	4,7%	3,0%	17,5%	5,5%
		% of Total	2,4%	1,2%	2,0%	5,5%
Total		Count	254	199	57	510
		% within τύπος περιστατικού	49,8%	39,0%	11,2%	100,0%
		% within ενημέρωση ασθενούς	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% of Total	49,8%	39,0%	11,2%	100,0%

Στο σύνολο του δείγματος N=510 καταγράφεται βαρύτητα του περιστατικού σε σχέση με το αν υπήρξε ενημέρωση για το περιστατικό από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό (κατά δήλωση των πολιτών). Από τον πίνακα 5.68 παρατηρούμε ότι για το 63,7% των ασθενών που υπέστησαν προσωρινή βλάβη που κρίθηκε απαραίτητη η επανεισαγωγή ή παρατεταμένη νοσηλεία, υπήρξε ενημέρωση σε αντίθεση με το 28,2% που δεν ενημερώθηκε, αντίστοιχα.

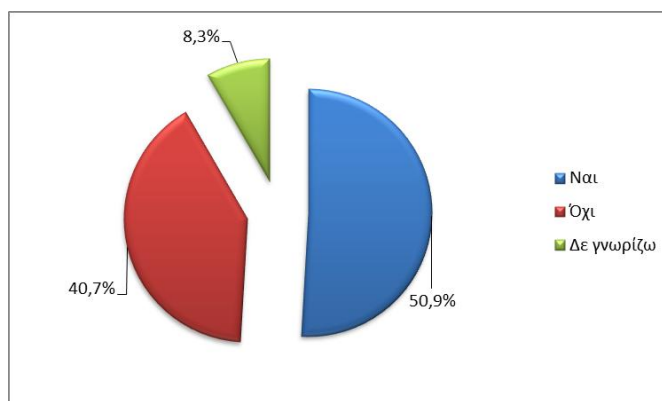
Επιπλέον, το 46,3% των ασθενών που βίωσαν μια προσωρινή βλάβη που κρίθηκε απαραίτητη η ιατρική παρέμβαση, είχε λάβει ενημέρωση για το περιστατικό από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό ενώ το 43% δεν είχε κάποια τέτοιου είδους ενημέρωση (κατά δήλωση των πολιτών). Επίσης, στις μισές περιπτώσεις (50,9%) των πολιτών που αν και βίωσαν ένα περιστατικό (κατά δήλωσή τους) αλλά δεν υπέστησαν κάποια σωματική βλάβη, δεν έλαβαν κάποια ενημέρωση από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό.

Πίνακας 5.68: Crosstabanalysis βαρύτητας περιστατικού σε σχέση με το αν ενημερώθηκε ο ασθενής για το περιστατικό από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό (κατά δήλωση των πολιτών)

			Ενημέρωση ασθενούς για το περιστατικό			Total
			Ναι	Όχι	Δε γνωρίζω	
Βαρύτητα	A-D: καμία βλάβη	Count	46	59	11	116
		% within Βαρύτητα	39,7%	50,9%	9,5%	100,0%
		% within Ενημέρωση ασθενούς για το περιστατικό	18,1%	29,6%	19,3%	22,7%
		% of Total	9,0%	11,6%	2,2%	22,7%
E: προσωρινή βλάβη που κρίθηκε απαραίτητη η ιατρική παρέμβαση	Count	69	64	16	149	
	% within Βαρύτητα	46,3%	43,0%	10,7%	100,0%	
	% within Ενημέρωση ασθενούς για το περιστατικό	27,2%	32,2%	28,1%	29,2%	
	% of Total	13,5%	12,5%	3,1%	29,2%	
F: προσωρινή βλάβη που κρίθηκε απαραίτητη η επανεισαγωγή ή παρατεταμένη νοσηλεία	Count	79	35	10	124	
	% within Βαρύτητα	63,7%	28,2%	8,1%	100,0%	
	% within Ενημέρωση ασθενούς για το περιστατικό	31,1%	17,6%	17,5%	24,3%	
	% of Total	15,5%	6,9%	2,0%	24,3%	
G: μόνιμη αναπηρία	Count	13	9	3	25	
	% within Βαρύτητα	52,0%	36,0%	12,0%	100,0%	
	% within Ενημέρωση ασθενούς για το περιστατικό	5,1%	4,5%	5,3%	4,9%	
	% of Total	2,5%	1,8%	0,6%	4,9%	
H: απαιτήθηκε ιατρική παρέμβαση ή μηχανική υποστήριξη για να διατηρηθεί στη ζωή	Count	24	7	2	33	
	% within Βαρύτητα	72,7%	21,2%	6,1%	100,0%	
	% within Ενημέρωση ασθενούς για το περιστατικό	9,4%	3,5%	3,5%	6,5%	
	% of Total	4,7%	1,4%	0,4%	6,5%	
I: θάνατος	Count	23	25	15	63	
	% within Βαρύτητα	36,5%	39,7%	23,8%	100,0%	
	% within Ενημέρωση ασθενούς για το περιστατικό	9,1%	12,6%	26,3%	12,4%	
	% of Total	4,5%	4,9%	2,9%	12,4%	
Total	Count	254	199	57	510	
	% within Βαρύτητα	49,8%	39,0%	11,2%	100,0%	
	% within Ενημέρωση ασθενούς για το περιστατικό	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	49,8%	39,0%	11,2%	100,0%	

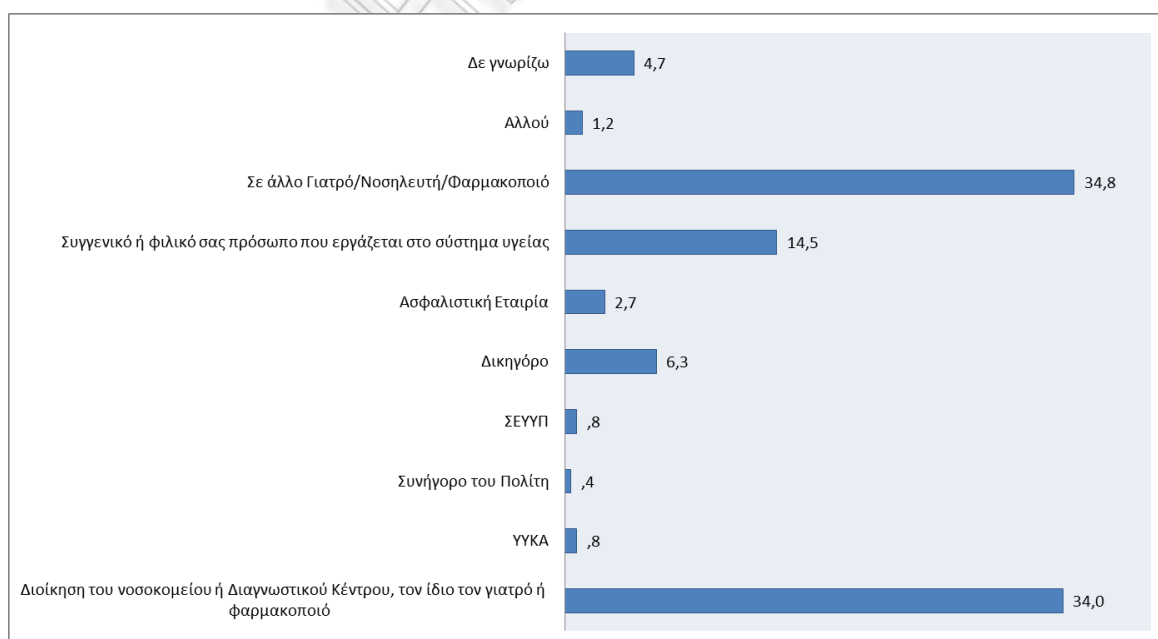
Σε N=324 καταγράφεται εάν οι ίδιοι οι ασθενείς ή κάποιο μέλος της οικογένειάς τους, ανέφεραν το περιστατικό που βίωσαν (κατά δήλωσή τους), κατά την επαφή τους με το Ελληνικό σύστημα υγείας και από το διάγραμμα 5.22 παρατηρούμε ότι οι μισοί πολίτες-ασθενείς (50,9%) του δείγματος, ανέφεραν την εμπειρία τους.

Διάγραμμα 5.22: Γραφική απεικόνιση ποσοστού εμφάνισης αναφοράς ή μη του περιστατικού



Σε N=256 καταγράφονται τα άτομα και οι αρμόδιοι φορείς-οργανισμοί, στους οποίους αναφέρθηκε το περιστατικό (κατά δήλωση των πολιτών) και από το διάγραμμα 5.23 παρατηρούμε ότι το 68,8% συνολικά ανέφερε το περιστατικό στη διοίκηση του νοσοκομείου ή του διαγνωστικού κέντρου, στον ίδιο τον γιατρό ή φαρμακοποιό ή σε άλλον γιατρό / νοσηλεύτη / φαρμακοποιό και ακολουθεί με 14,5% η αναφορά του περιστατικού σε συγγενικό ή φιλικό πρόσωπο του ασθενούς που εργάζεται στο σύστημα υγείας.

Διάγραμμα 5.23: Γραφική απεικόνιση ποσοστού εμφάνισης του αποδέκτη της αναφοράς για το περιστατικό



Κεφάλαιο 6*

Συμπεράσματα ερευνητικών ευρημάτων – Συζήτηση, Περιορισμοί στην έρευνα & Προτάσεις για μελλοντική παρέμβαση στην έρευνα

6.1 Συμπεράσματα ερευνητικών ευρημάτων – Συζήτηση

Η οικονομική ύφεση που βιώνει τα τελευταία χρόνια η χώρα μας, επιτάσσει την ανάγκη εξορθολογισμού και συγκράτησης των δαπανών του συστήματος υγείας, με κύριο γνώμονα την προώθηση της ασφάλειας του ασθενούς και τη διασφάλιση του επιπέδου ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Στην Ελλάδα, σε αντίθεση με άλλες αναπτυγμένες χώρες στον παγκόσμιο χάρτη, δεν είναι δυνατή η απόκτηση της γνώσης σχετικά με τα ιατρικά σφάλματα και ανεπιθύμητα περιστατικά που βιώνουν οι ασθενείς, κατά την επαφή τους με το σύστημα υγείας, κυρίως λόγω της έλλειψης ενός οργανωμένου συστήματος πληροφόρησης. Η όποια πληροφορία υπάρχει σχετικά με αυτό το θέμα, προέρχεται από σποραδικές, μεμονωμένες πρωτοβουλίες, περιορισμένης έκτασης.

Στο πλαίσιο εκπόνησης της διδακτορικής διατριβής επιχειρήσαμε να διενεργήσουμε πρωτογενή έρευνα, αντλώντας πρωτογενή δεδομένα από διαφορετικές πηγές, με κεντρικό στόχο τη διερεύνηση της υφιστάμενης κατάστασης, ως προς το

* Αυτοτελή μέρη του κεφαλαίου που συγγράφηκε στο πλαίσιο εκπόνησης της παρούσας διδακτορικής διατριβής, εμπεριέχονται σε δημοσιεύσεις ελληνικών και διεθνών επιστημονικών περιοδικών (βλ. πίνακα εργασιών που έχουν παρουσιαστεί και δημοσιευτεί στο τμήμα της Εισαγωγής)

επίπεδο εμφάνισης των ιατρικών σφαλμάτων και το μέγεθος της οικονομικής τους επιβάρυνσης για το Ελληνικό σύστημα υγείας.

Από τη διενεργηθείσα έρευνα, διαπιστώθηκε ότι και στην Ελλάδα, τα ιατρικά σφάλματα όπως δείχνει και η εμπειρία από πολλές χώρες του εξωτερικού (QuIC, 2000; IOM, 1999; IOM, 2001; E.C., 2006), είναι υπαρκτά και αποτελούν πράγματι ένα σοβαρό ζήτημα για την ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας και την ασφάλεια των ασθενών, με σημαντικές κοινωνικές και οικονομικές διαστάσεις.

Από το αντιπροσωπευτικό δείγμα των 680 υποθέσεων ιατρικής αμέλειας που διαχειριστήκαμε, βρέθηκε ότι ο μέσος όρος ηλικίας των ασθενών που βίωσαν κάποια αρνητική εμπειρία κατά την επαφή τους με το σύστημα υγείας, ήταν μόλις τα 31 έτη ζωής ενώ η μέση παρατεταμένη διάρκεια νοσηλείας τους έφτανε τις 83 ημέρες. Επιπλέον, από τους ασθενείς που υπέστησαν ιατρικό σφάλμα, το 38,8% κατέληξε και στο 32,2% προκλήθηκε μόνιμη αναπηρία κάτι το οποίο έρχεται σε συμφωνία με μια μελέτη που έγινε στη Νέα Υόρκη, σχετική με σφάλματα στη χορήγηση της φαρμακευτικής αγωγής (Duthieetal., 2005). Διαπιστώθηκε επίσης από την έρευνα ότι το μέγεθος της βαρύτητας ενός ιατρικού σφάλματος επηρεάζεται σημαντικά από τον τύπο της μονάδας υγείας που εμφανίζεται, το στάδιο που προκαλείται το ιατρικό σφάλμα, το εάν επρόκειτο για χειρουργικό ή παθολογικό περιστατικό, την ειδικότητα που εμπλέκεται, το ICD-10, κ.ά.

Στη συνέχεια, τα μισά από τα ιατρικά σφάλματα (52,4%) του δείγματος, κατεγράφησαν κατά τη διάρκεια της θεραπείας ενώ σε αρκετές από τις υποθέσεις που ερευνηθήκαν, οι ασθενείς χρειάστηκαν να κάνουν χρήση των υπηρεσιών υγείας που παρέχονται από ειδικές μονάδες όπως η ΜΕΘ, όπου το πραγματικό κόστος ανά ημέρα νοσηλείας ενός ασθενούς, ανέρχεται περίπου στα €1.000.

Το έντονο ενδιαφέρον για τα ιατρικά σφάλματα σε όλες τις ανεπτυγμένες χώρες προέκυψε ακριβώς λόγω της δυσμενούς επίδρασής τους στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και στην ασφάλεια των ασθενών. Πρόσφατες στατιστικές αναλύσεις δείχνουν ότι στην Ευρωπαϊκή Ένωση θα μπορούσαν να έχουν προληφθεί περισσότερες από 750.000 περιπτώσεις ιατρικών σφαλμάτων ανά έτος που θα μεταφράζονταν σε πάνω από 3,2 εκατομμύρια λιγότερες ημέρες νοσηλείας, 260.000 λιγότερα περιστατικά μόνιμης αναπηρίας και 95.000 λιγότεροι θάνατοι ετησίως, αν εφαρμόζονταν επακριβώς οι στρατηγικές για τη μείωση των

ανεπιθύμητων περιστατικών και ιατρικών σφαλμάτων (WHO, 2012).

Μια πρόσφατη μελέτη, εκτιμά ότι οι αμερικανοί πολίτες που καταλήγουν εξαιτίας των ιατρικών σφαλμάτων, σχεδόν έχουν διπλασιαστεί σε σχέση με την προηγούμενη δεκαετία (HearstCorporation, 2009). Επίσης σύμφωνα με στοιχεία της Ευρώπης, το φαινόμενο των ιατρικών σφαλμάτων φαίνεται να αποτελεί ένα σημαντικό ζήτημα για τα συστήματα υγείας, καθώς συμβαίνουν ιατρικά σφάλματα σε 8% έως 12% του συνόλου των νοσηλείων. Επιπλέον, στο Ηνωμένο Βασίλειο αναφέρονται 850.000 ανεπιθύμητα περιστατικά ετησίως που αφορούν σε 10% των εισαγωγών σε νοσοκομείο ενώ παρόμοια στοιχεία δίδονται για χώρες όπως την Ισπανία, τη Γαλλία και τη Δανία (WHO, 2012).

Με βάση στοιχεία από το Βρετανικό σύστημα υγείας NHS, σε επισκόπηση των 1.000 ιατρικών φακέλων που έγινε αναδρομικά, διαπιστώθηκε ότι το 11% των ασθενών είχε υποστεί σωματική βλάβη από ένα ανεπιθύμητο περιστατικό ενώ στους μισούς από αυτούς θα μπορούσε να είχε προληφθεί. Επιπλέον, τα στοιχεία έδειξαν ότι ένας σημαντικός αριθμός ιατρικών σφαλμάτων που προκλήθηκαν, οδήγησαν τους ασθενείς σε μόνιμη αναπηρία ή θάνατο (Vincentetal., 2001).

Στην Αυστρία σε 14.179 ασθενείς που εισήχθησαν για νοσηλεία, το 16,6%, βίωσε κάποιο ανεπιθύμητο περιστατικό ενώ το 51% αυτών θα μπορούσε να έχει προληφθεί. Η συγκεκριμένη έρευνα αναφέρει ακόμη ότι από τους ασθενείς που είχαν μια τέτοια εμπειρία κατά την επαφή τους με το σύστημα υγείας, το 13,7% υπέστη μόνιμη αναπηρία και το 4,9% κατέληξε σε θάνατο (Wilson etal., 1995).

Μια έρευνα στις Η.Π.Α. αναφέρει ότι κάθε χρόνο σημειώνονται 5.000 θάνατοι από ιατρικά σφάλματα (Hayward and Hofer, 2001) ενώ μια άλλη αμερικανική μελέτη, δείχνει ότι το 27% των ανεπιθύμητων περιστατικών που σημειώθηκαν, ήταν απόρροια ιατρικής αμέλειας (Studdertetal., 2000). Μια άλλη μελέτη δείχνει ότι σε δείγμα 465 ανεπιθύμητων περιστατικών, τα 127 οφείλονται σε ιατρική αμέλεια εκ των οποίων το 61% σχετίζεται με χειρουργικά σφάλματα, το 12% αναφέρεται σε σφάλματα από χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής και το 11% σε σφάλματα που συνδέονται με μη χειρουργικές διαδικασίες (Melloetal., 2007).

Συνεπώς, από τα παραπάνω ευρήματα τόσο της δικής μας έρευνας όσο και από τις διεθνείς έρευνες, είναι εύκολο να αντιληφθούμε τις απορρέουσες κοινωνικές και

οικονομικές προεκτάσεις που προξενούν τα ιατρικά σφάλματα, λόγω της χρήσης των επιπρόσθετων υπηρεσιών υγείας, της παρατεταμένης νοσηλείας σε εξειδικευμένα ή μη τμήματα του νοσοκομείου, των συνεχών επισκέψεων σε ιδιώτες ιατρούς και σε εξωτερικά ιατρεία του νοσοκομείου, της επιπρόσθετης συνταγογράφησης φαρμάκων, της αγοράς ιατρικού εξοπλισμού, τεχνητών μελών και αναλωσίμων, των υπηρεσιών κατ' οίκον φροντίδας υγείας, των ιατρικών υπηρεσιών αποκατάστασης και αποθεραπείας, κ.ά.

Τα ιατρικά σφάλματα, όπως αναλύθηκε εκτενώς στο Κεφάλαιο 2, επιφέρουν σημαντική οικονομική επιβάρυνση στο σύστημα υγείας (προϋπολογισμοί νοσοκομείων, ασφαλιστικά ταμεία, ασφαλιστικές εταιρίες, κ.ά.) όπου το κόστος αυτό (εμφανές και αφανές) μετακυλιέται και στο σύνολο της κοινωνίας. Επιπλέον, σημαντικός αποδέκτης του οικονομικού φορτίου από την εμφάνιση των ιατρικών σφαλμάτων αποτελεί ο ίδιος ο ασθενής και το οικογενειακό του περιβάλλον (ίδια συμμετοχή στην αγορά υπηρεσιών υγείας, φαρμάκων, εξοπλισμού, διαφυγόντα κέρδη και απώλεια οικογενειακού εισοδήματος όταν επρόκειτο για ασθενείς που ανήκουν στον οικονομικά ενεργό πληθυσμό, κ.ά.).

Μια αμερικάνικη έρευνα δείχνει ότι η οικονομική επιβάρυνση για το σύστημα υγείας, εξαιτίας των ιατρικών σφαλμάτων που προκάλεσαν στον ασθενή προσωρινή βλάβη, ανήλθε σε \$324 εκατομμύρια (CenterforJusticeandDemocracy, 2010). Μια άλλη μελέτη, έδειξε ότι τα περιστατικά σωματικής βλάβης που ανιχνεύτηκαν σε ένα δείγμα 465 ιατρικών φακέλων, κόστισαν \$1.791.358 και για 127 περιπτώσεις που οφείλονταν σε ιατρική αμέλεια, το Αμερικανικό σύστημα υγείας επιβαρύνθηκε με \$905.719 (Melloetal., 2007). Μια άλλη έρευνα δείχνει ότι τα κρούσματα σωματικής βλάβης κοστίζουν \$6.300.000 εκ των οποίων τα \$1.500.000 αφορούν σε ιατρικά σφάλματα (Clark, 2010).

Σύμφωνα με κάποια άλλη έρευνα, τα ανεπιθύμητα περιστατικά επιβαρύνουν την Αγγλία και την Ουαλία με £1 δισ. ανά έτος και με 3 εκατομμύρια επιπλέον ημέρες νοσηλείας (AlbertiKGMM, 2001) ενώ σε μια ισπανική έρευνα που διενεργήθηκε σε νοσοκομείο, φάνηκε ότι η ετήσια οικονομική επιβάρυνση που αποδίδονταν σε σφάλματα στη χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής, ανήλθε σε €76.000 (Pinillaetal., 2006).

Με την ένταξη της Ελλάδας στο μνημόνιο, ο ρυθμός και η έκταση της

δημοσιονομικής προσαρμογής στον κλάδο της υγείας, προστάζει πιο επιτακτικά από ποτέ, την ανάγκη για επίλυση των προβλημάτων που αφορούν στη συγκράτηση των δαπανών στο Ελληνικό σύστημα υγείας. Στην έρευνα που διενεργήσαμε διαπιστώθηκαν αρκετοί επιβαρυντικοί παράγοντες που σχετίζονται με την πρόκληση των ιατρικών σφαλμάτων και συντελούν στην αύξηση των δαπανών υγείας.

Συγκεκριμένα, σε περιστατικά ιατρικών σφαλμάτων των οποίων η αποζημίωση για τη χρήση των εκάστοτε υπηρεσιών υγείας, υπολογίστηκε βάσει ΚΕΝ και του τιμολογίου ημερήσιας νοσηλείας, εκτιμάται ότι η μέση οικονομική επιβάρυνση για το Ελληνικό σύστημα υγείας, ανέρχεται σε €2.700. Επιπλέον, περιστατικά ιατρικού σφάλματος που φέρουν το ΚΕΝ Ν20Μ «Οξεία εμφάνιση παραπληγίας/τετραπληγίας με ή χωρίς χειρουργικές επεμβάσεις με καταστροφικές (συστηματικές) συνυπάρχουσες παθήσεις–επιπλοκές» και ΚΕΝ Φ60Μ «Τραυματισμοί με καταστροφικές (συστηματικές) ή σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις–επιπλοκές», συγκεντρώνουν υψηλή πιθανότητα έως βεβαιότητα να επαναληφθούν σε ασθενείς στο εγγύς μέλλον, με ταυτόχρονη υψηλή επιβάρυνση σε οικονομικούς όρους για το σύστημα υγείας.

Στη συνέχεια, από την πιλοτική εφαρμογή του υποχρεωτικού υποσυστήματος αναφοράς του MERIS στη ΜΕΘ, τα ερευνητικά μας ευρήματα για το έτος 2012, κατέδειξαν ότι η μέση διάρκεια νοσηλείας για τους 27 ασθενείς της ΜΕΘ που βίωσαν τουλάχιστον ένα ανεπιθύμητο περιστατικό, ήταν 24,65 ημέρες. Αυτό σημαίνει περίπου 9 πρόσθετες ημέρες νοσηλείας, σε σύγκριση με τη μέση διάρκεια νοσηλείας που αφορά στο συνολικό αριθμό των εισαγωγών των ασθενών, στην υπό εξέταση ΜΕΘ. Η οικονομική επιβάρυνση, εξαιτίας του πρόσθετου πραγματικού κόστους νοσηλείας των ασθενών που βίωσαν τουλάχιστον ένα ανεπιθύμητο περιστατικό, εκτιμάται σε €9.260 ανά ανεπιθύμητο περιστατικό. Αυτό αντιστοιχεί σε περίπου €250.020 ετήσιο επιπρόσθετο συνολικό κόστος υγειονομικής περίθαλψης, μόνο για τη ΜΕΘ του συγκεκριμένου δημόσιου νοσοκομείου στο οποίο διεξήχθη η έρευνα.

Επιπρόσθετα, δε μπορεί να παραληφθεί να σχολιαστεί και η συσχέτιση των ιατρικών σφαλμάτων με τη σημαντική οικονομική επιβάρυνση του συστήματος υγείας (προϋπολογισμοί νοσοκομείων, ασφαλιστικές εταιρίες, εμπλεκόμενοι ιατροί), από τις δικαστικές διαδικασίες θεμελίωσης του δικαιώματος των ασθενών για χρηματικές αποζημιώσεις (ZhanandMiller, 2003).

Από την ανάλυση των υποθέσεων ιατρικής αμέλειας του δείγματος, φάνηκε ότι

στις μισές υποθέσεις, οι ασθενείς/συγγενείς αιτούνταν χρηματικές αποζημιώσεις ύψους €600.000 και ταυτόχρονα οι χρηματικές ικανοποιήσεις που επιδίκασαν τελικά τα ελληνικά διοικητικά και πολιτικά δικαστήρια ήταν κατά μέσο όρο €300.692, κάτι το οποίο συμφωνεί και με τα πρόσφατα δεδομένα άλλων ερευνητών (Φουντεδάκη, 2014; Παπακωνσταντίνου, 2014). Επιπλέον, από την έρευνα διαπιστώθηκε ότι το ύψος της επιδικασθείσας αποζημίωσης επηρεάζεται σημαντικά από το μέγεθος της βαρύτητας του ιατρικού σφάλματος, από τον τύπο της μονάδας υγείας που εμφανίστηκε το ιατρικό σφάλμα, κ.ά.

Θα πρέπει να σημειωθεί στο σημείο αυτό ότι οι δικαστικές διενέξεις για υποθέσεις ιατρικής αμέλειας είναι αρκετά χρονοβόρες και κοστοβόρες για τους εμπλεκόμενους και προσθέτουν ένα επιπλέον οικονομικό φορτίο, στο σύνολο της κοινωνίας. Μεταξύ των ετών 2000 και 2001 παρατηρήθηκε από την έρευνα, η υψηλότερη συγκέντρωση υποθέσεων ιατρικής αμέλειας, με μια αυξητική τάση αυτών των υποθέσεων μέχρι και το 2007, στοιχείο το οποίο έρχεται σε συμφωνία και με άλλους ερευνητές (Φουντεδάκη, 2014; Παπακωνσταντίνου, 2014). Η πτώση των υποθέσεων ιατρικής αμέλειας από το 2008 που καταγράφει η έρευνα, δεν οφείλεται στη μείωση εμφάνισης του φαινομένου των ιατρικών σφαλμάτων αλλά στην καθυστέρηση της δημοσίευσης των δικαστικών αποφάσεων, λόγω του χρονικού χάσματος (thesettlementlag) μεταξύ κατάθεσης της αγωγής και αποφάσεως του δικαστηρίου, έστω και του πρώτου βαθμού που είναι σχεδόν 7 χρόνια, κατά μέσο όρο.

Υπό αυτό το βάρος των σοβαρών οικονομικών συνεπειών που προκαλούν τα ανεπιθύμητα περιστατικά και ιατρικά σφάλματα, σε μια εποχή που η χώρα μας καλείται σε δημοσιονομική προσπάθεια εξορθολογισμού των δαπανών υγείας, κρίνεται καίριας σημασίας η μέριμνα των ιθυνόντων για ενέργειες πρόληψης και παρέμβασης που θα συμβάλλουν στη μείωση των περιστατικών σωματικής βλάβης και στον περιορισμό του οικονομικού κόστους, για το σύνολο της κοινωνίας. Η ενδυνάμωση της συνεργασίας μεταξύ των ασθενών-πολιτών, παρόχων υγείας και ιατρονοσηλευτικού προσωπικού, μπορεί κάλλιστα να συνεισφέρει στη μείωση της συνολικής οικονομικής επιβάρυνσης του συστήματος υγείας, στη βελτίωση της κατάστασης της υγείας και στην προάσπιση της ασφάλειας των ασθενών (Neumannetal., 1996).

Οι επεμβατικές ιατρικές ειδικότητες φαίνεται να εμφανίζουν τα πιο υψηλά ποσοστά συγκέντρωσης ιατρικών σφαλμάτων και ανεπιθύμητων περιστατικών. Με βάση τα ερευνητικά μας ευρήματα, σχετικά με τις ειδικότητες εκείνες που είναι πιο «επιρρεπείς» στην πρόκληση κάποιου ιατρικού σφάλματος και ανεπιθύμητου περιστατικού, φάνηκε ότι είναι οι ειδικότητες της Μαιευτικής-Γυναικολογίας, της Γενικής Χειρουργικής, της Καρδιολογίας-Καρδιοχειρουργικής, της Ορθοπαιδικής, της Εσωτερικής Παθολογίας και της Αναισθησιολογίας. Επιπλέον, οι ειδικότητες της Μαιευτικής-Γυναικολογίας και της Γενικής Χειρουργικής συγκεντρώνουν τα υψηλότερα ποσοστά πρόκλησης βλάβης, με συνέπεια τη μόνιμη αναπηρία ή και το θάνατο.

Τα ευρήματά μας είναι συνεπή και συμφωνούν με τα αποτελέσματα άλλων ερευνών, όπως προκύπτει από τη διεθνή βιβλιογραφία (Studdert et al., 2004; Bates et al., 1995; Null et al., 2007; General Cologne Re., 2002). Σε έρευνα του Υπουργείου Υγείας των Η.Π.Α., οι ειδικότητες της Γενικής Χειρουργικής και της Μαιευτικής-Γυναικολογίας εμφανίζονται με τη μεγαλύτερη συμμετοχή σε περιστατικά σωματικής βλάβης από ιατρική αμέλεια (USDeptofHealthandHumanServices, 2002).

Σύμφωνα με άλλη έρευνα, οι ειδικότητες που συγκεντρώνουν τα μεγαλύτερα ποσοστά εμφάνισης ιατρικού σφάλματος και ανεπιθύμητου περιστατικού, είναι οι ειδικότητες της Αγγειοχειρουργικής, της Μαιευτικής-Γυναικολογίας, της Καρδιολογίας-Καρδιοχειρουργικής και της Νευροχειρουργικής (U.S. Congress, 1994). Μια πρόσφατη έρευνα (UtahDepartmentofHealth, 2010) δείχνει ότι το 58% των ανεπιθύμητων περιστατικών αφορά σε χειρουργικά σφάλματα και το 25% από αυτά σχετίζονται με παραμονή ξένου αντικειμένου στον οργανισμό του ασθενούς ενώ είναι αξιοσημείωτο ότι τα περισσότερα περιστατικά παρατηρούνται στην ειδικότητα της Μαιευτικής - Γυναικολογίας.

Από το συγκεκριμένο ερευνητικό μας εγχείρημα όμως, διαπιστώθηκε ότι σημαντική υπαιτιότητα-συμβολή στην εμφάνιση των ιατρικών σφαλμάτων και ανεπιθύμητων περιστατικών αποτελούν οι δυσλειτουργίες, παραλείψεις, αδυναμίες του συστήματος υγείας, κάτι το οποίο έρχεται σε συμφωνία και με τη διεθνή βιβλιογραφία (Kelly, 2006; C.E., 2006). Σύμφωνα με μια αμερικάνικη έρευνα, το 42% των ανεπιθύμητων περιστατικών που απείλησαν την ασφάλεια του ασθενούς, έχουν προκληθεί από μη χειρουργικά περιστατικά και συγκεκριμένα σχετίζονται με

θέματα διαχείρισης της υγειονομικής περίθαλψης και του νοσοκομείου, γενικότερα (UtahDepartmentofHealth, 2010).

Οι συστημικοί παράγοντες εντοπίζονται κυρίως στην πολυπλοκότητα των διαδικασιών που υπαγορεύει το σύστημα υγείας, στην υποστελέχωση σε προσωπικό (ποσοτική και ποιοτική), στο μη ασφαλές εργασιακό περιβάλλον, στη βαρύτητα των περιστατικών, στον αυξημένο φόρτο εργασίας, στο κυκλικό ωράριο και την επαγγελματική εξουθένωση (KonverandGergen, 1998; Aikenetal., 2002; VHA/IHI, 2002). Επιπλέον, η ανεπαρκής στελέχωση κυρίως σε νοσηλευτές και το ανεπαρκές επίπεδο εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας, θεωρούνται από τις σημαντικότερες ίσως παραμέτρους που θέτουν σε κίνδυνο την ασφάλεια των ασθενών και οδηγούν σε παροχή χαμηλής ποιότητας φροντίδας υγείας (Μήτσης, κ.ά., 2012).

Αυτός ο έντονος προβληματισμός σχετικά με τα ιατρικά σφάλματα συναντάται σε όλες σχεδόν τις χώρες παγκοσμίως, στις οποίες έχει αναδειχθεί η αναγκαιότητα της ανάπτυξης και υλοποίησης πληροφοριακών συστημάτων ανίχνευσης, καταγραφής και ανάλυσης των ανεπιθύμητων περιστατικών και ιατρικών σφαλμάτων (NQF, 2010; HouseofCommons, 2009; E.C., 2008; USDeptofHealthandHumanServices, 2011; Gregory, 2008).

Οι Η.Π.Α. έχουν αναπτύξει μια μεγάλη ποικιλία των συστημάτων αυτών εδώ και αρκετά χρόνια τα οποία καταγράφουν ανεπιθύμητα περιστατικά και ιατρικά σφάλματα, αναλύοντας παράλληλα τις κύριες αιτίες πρόκλησής τους (RootCauseAnalysis - RCA) αποκτώντας έτσι ένα υψηλό βαθμό γνώσης στα πληροφοριακά συστήματα για την υγεία (ConsumersUnion, 2009; LeapfrogGroup, 2006).

Παραδείγματα αυτών των προσπαθειών είναι το MedicalEventReportingSystemforTransfusionMedicine [MERS-TM] καθώς και το USPharmacopeia'sMEDMARXReportingSystem (Vozikis, 2009).

Υιοθετώντας τη φιλοσοφία των Η.Π.Α. για το σχεδιασμό των πληροφοριακών συστημάτων για την υγεία, χώρες όπως η Αυστραλία και ο Καναδάς, ανέπτυξαν παρόμοια συστήματα αναφοράς του ιατρικού σφάλματος και ανεπιθύμητου περιστατικού. Επιπλέον, αρκετές δυτικοευρωπαϊκές χώρες αναγνώρισαν τη σημασία ανάπτυξης των παραπάνω συστημάτων, όπως η Ολλανδία, Ηνωμένο Βασίλειο (Αγγλία και Ουαλία) και η Δανία (Vozikis, 2009) ενώ και σε άλλες ευρωπαϊκές

χώρες, όπως στην Αυστρία, το Βέλγιο, την Τσεχική Δημοκρατία, την Ιρλανδία, τη Γαλλία, τη Φινλανδία, τη Νορβηγία, την Ισπανία, τη Σουηδία και στην Ελβετία έχει επιτευχθεί σημαντική πρόοδος στην ανάπτυξη συστημάτων αναφοράς και καταγραφής περιστατικών που σχετίζονται με την ασφάλεια των ασθενών (Douri, 2009; Thomsonetal., 2011).

Ωστόσο, ακόμη και χώρες με μια μακρά ιστορία στην αναφορά των περιστατικών σωματικής βλάβης, πρέπει να καταβάλλουν ιδιαίτερες προσπάθειες κατά το σχεδιασμό των συστημάτων αναφοράς σφάλματος, ώστε να προωθήσουν σε μεγαλύτερο βαθμό την κουλτούρα για βελτίωση του επιπέδου ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας υγείας και προάσπιση της ασφάλειας των ασθενών (TunisandGelband, 1994). Επιπλέον, πέρα από τα συστήματα αναφοράς περιστατικών, στη διεθνή βιβλιογραφία συναντώνται και άλλες πρακτικές ποσοτικοποίησης των ανεπιθύμητων περιστατικών και ιατρικών σφαλμάτων όπως η αναδρομική επισκόπηση των ιατρικών φακέλων των ασθενών ή ο έλεγχος και παρατήρηση «παρά την κλίνη».

Γενικότερα πάντως τα συστήματα αναφοράς και καταγραφής περιστατικών σωματικής βλάβης, σύμφωνα με διεθνείς έρευνες έχουν δείξει ότι στη σχέση κόστους-αποτελεσματικότητας, εξοικονομούν χρόνο και αποβλέπουν σε χαμηλότερο κόστος σε σύγκριση με τη μέθοδο της επισκόπησης του ιατρικού φακέλου (ECRIInstitute, 2011). Επί παραδείγματι, μια έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε ΜΕΘ νοσοκομείου της Αυστραλίας με 12 κλίνες και 164 εισαγωγές ασθενών, αναφέρει ότι το σύστημα καταγραφής ανεπιθύμητων περιστατικών και ιατρικών σφαλμάτων, ανίχνευσε περισσότερα σφάλματα που θα μπορούσαν να έχουν προληφθεί και σε λιγότερο χρόνο, σε σχέση με τη μέθοδο επισκόπησης των ιατρικών σφαλμάτων (Beckmannetal., 2003).

Σε αντίθεση με το εξωτερικό, στην Ελλάδα, αν και υπάρχουν οι ενδείξεις της εμφάνισης ενός σημαντικού αριθμού ιατρικών σφαλμάτων και ανεπιθύμητων περιστατικών που αρκετές φορές μπορούν να θέσουν σε κίνδυνο την ασφάλεια των ασθενών, παρατηρείται έλλειψη ενός τέτοιου οργανωμένου μηχανισμού συστηματικής ανίχνευσης, καταγραφής και διαχείρισης των περιστατικών αυτών. Η ανίχνευση τέτοιων περιστατικών, βασίζεται αποκλειστικά σε αυτόβουλες, σποραδικές αναφορές ενώ η πλειοψηφία των ιατρικών φακέλων είναι γεμάτοι με χειρόγραφες

σημειώσεις που συχνά τους καθιστούν ελλιπείς και δύσχρηστους.

Στο πλαίσιο της έρευνας και αντιλαμβανόμενοι, την καίρια σημασία που θα είχε για το σημερινό Ελληνικό σύστημα υγείας, η λειτουργία ενός αντίστοιχου πληροφοριακού συστήματος, όπως το υποχρεωτικό υποσύστημα αναφοράς του MERIS που είναι προσαρμοσμένο στις ανάγκες της ελληνικής πραγματικότητας, αναπτύχθηκε και υλοποιήθηκε πιλοτικά σε δημόσια ΜΕΘ όπου το υγειονομικό προσωπικό αναφέρει υποχρεωτικά όλα τα περιστατικά σωματικής βλάβης που εμφανίζονται στη μονάδα, ακολουθώντας τη μεθοδολογία των ενδείξεων. Σύμφωνα με τη διεθνή εμπειρία, πολλά από τα ιατρικά σφάλματα και ανεπιθύμητα περιστατικά εντοπίζονται σε περιβάλλον ΜΕΘ (Orgeasetal., 2008) και συγκεκριμένα σε μια έρευνα σε 3.875 αναφορές από 2 νοσοκομεία στη Νότια Καλιφόρνια, το 21% των περιστατικών σημειώθηκε σε ΜΕΘ (Nuckolsetal., 2007).

Σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία (Classen etal., 2011), τα συστήματα εκείνα που υιοθετούν την εμπειρία εφαρμογής των ενδείξεων στην ανίχνευση και καταγραφή ανεπιθύμητων περιστατικών και ιατρικών σφαλμάτων, εντοπίζουν τουλάχιστον δέκα φορές περισσότερα επιβεβαιωμένα, σοβαρά περιστατικά σε σχέση με τις άλλες μεθόδους αναφοράς που μπορούν να αποτυγχάνουν να ανιχνεύουν περιστατικά σωματικής βλάβης, μέχρι και σε ποσοστό 90%. Οι ερευνητές συνεχίζουν λέγοντας ότι οι υπόλοιπες μέθοδοι αναφοράς περιστατικών, καταλήγουν σε παραπλανητικά συμπεράσματα, σχετικά με το τρέχον επίπεδο ασφάλειας της φροντίδας υγείας και δίδουν τελικά λανθασμένη κατεύθυνση στις προσπάθειες για βελτίωση της ασφάλειας των ασθενών.

Ένα πληροφοριακό σύστημα που κάνει χρήση των ενδείξεων για την ανίχνευση και ανάλυση των ιατρικών σφαλμάτων και ανεπιθύμητων περιστατικών, αποβλέπει στην κατάστρωση στρατηγικών για πρόληψη και περιορισμό τους και κρίνεται ως ένα σημαντικό εργαλείο στην κατανόηση των παραλείψεων του συστήματος υγείας και στις προσπάθειες εξισορρόπησης των ενδονοσοκομειακών και εξωνοσοκομειακών δαπανών υγείας, με κύρια στόχευση πάντα τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και την προάσπιση της ασφάλειας του ασθενούς.

Το υποχρεωτικό υποσύστημα αναφοράς του MERIS, κατά τη διάρκεια της πιλοτικής του εφαρμογής, σε χρονικό διάστημα 23 μηνών, ανίχνευσε σε 48 ασθενείς με μέσο όρο ηλικίας τα 63 έτη και μέση διάρκεια νοσηλείας τις 24 ημέρες, συνολικά

52 ανεπιθύμητα περιστατικά. Ο χρόνος που χρειαζόταν το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό για την ηλεκτρονική καταχώρηση των δυσμενών περιστατικών που είχαν ανιχνευθεί, άγγιζε κατά μέσο όρο τα 4 έως 6 min., αφού σχεδόν όλες οι ερωτήσεις που έπρεπε να συμπληρωθούν είναι κλειστού τύπου, πολλαπλής επιλογής από dropdownmenu (dropdowncheckboxlist).

Το συγκεκριμένο υποσύστημα του MERIS, αξιολογήθηκε ως μια φιλική, γρήγορη, ασφαλής, αποτελεσματική και αξιόπιστη πρόταση στη διαδικασία ανίχνευσης και καταγραφής των ανεπιθύμητων περιστατικών και ιατρικών σφαλμάτων σε ΜΕΘ, χωρίς να αποσκοπεί στο να καταλογίσει ευθύνες για την πρόκληση των περιστατικών αυτών. Επίσης κατάφερε να συμβάλλει στον εντοπισμό των κύριων αιτιών-παραγόντων που προκαλούν αυτά τα περιστατικά, αναδεικνύοντας σοβαρές παραλείψεις του ελληνικού συστήματος υγείας. Αποτέλεσμα αυτού, είναι ότι στο προσωπικό της ΜΕΘ δόθηκε η δυνατότητα να γνωρίσουν τις βαθύτερες αιτίες εμφάνισης των ανεπιθύμητων περιστατικών και ιατρικών σφαλμάτων και αυτό αποτελεί την απαρχή για να προχωρήσουν στις κατάλληλες παρεμβάσεις για τη μείωσή τους και γενικότερα τη βελτίωση του επιπέδου των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, στη δική τους ΜΕΘ.

Το προτεινόμενο σύστημα υποχρεωτικής αναφοράς του MERIS, προσβλέπει στη συνεχή επιτήρηση του φαινομένου των ανεπιθύμητων περιστατικών και ιατρικών σφαλμάτων σε περιβάλλον ΜΕΘ, παρέχει μια χρήσιμη πηγή αντιπροσωπευτικής πληροφόρησης στη ΜΕΘ σχετικά με τα περιστατικά σωματικής βλάβης, καθώς υποστηρίζει την παρουσίαση αναλυτικών και συγκεντρωτικών διαχρονικών στατιστικών στοιχείων σε πραγματικό χρόνο, ενώ συγχρόνως αποτελεί πολύτιμο εργαλείο για συγκρίσεις με άλλες μονάδες εντατικής θεραπείας. Επιπλέον, η προσαρμογή, συμμετοχή και αποδοχή του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού έδειξε να είναι ιδιαίτερος ικανοποιητική, με αποτέλεσμα το σύστημα υποχρεωτικής αναφοράς του MERIS να ληφθεί ως ένα παράδειγμα καλής πρακτικής για τα υπόλοιπα δημόσια νοσοκομεία όσον αφορά τη μέτρηση της ποιότητας σε νοσοκομεία του ΕΣΥ (ΥΥΚΑ, 2012).

Το συγκεκριμένο υποσύστημα σχεδιάστηκε βασισμένο σε μια φιλοσοφία όπου η σειρά διαδικασιών ανίχνευσης και καταγραφής των ανεπιθύμητων περιστατικών και ιατρικών σφαλμάτων, μπορεί να προσδώσει υπεραξία μόνο εάν τα δεδομένα αυτά

αναλυθούν και αξιολογηθούν, προσφέροντας ταυτόχρονα ανατροφοδότηση στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό και σε όλους τους υπόλοιπους επαγγελματίες υγείας που θα ήθελαν να αποκτήσουν γνώση και να μάθουν από τα λάθη αυτά, ώστε να μπορούν να τα αποφύγουν και οι ίδιοι, στην περίπτωση που αντιμετωπίσουν αντίστοιχο περιστατικό (Campione, 2011).

Η μεθοδολογία που χρησιμοποιήθηκε και τα ευρήματα που προέκυψαν, κατά την υλοποίηση του υποχρεωτικού υποσυστήματος αναφοράς του MERIS, είναι συνεπή και συμφωνούν με έρευνες της διεθνούς βιβλιογραφίας. Συγκεκριμένα, ερευνητές από το Πανεπιστήμιο JohnsHopkins ανέπτυξαν ένα αντίστοιχο σύστημα σε ΜΕΘ (IntensiveCareUnitSafetyReportingSystem [ICUSRS]), όπου εντοπίστηκαν 24 περιστατικά σε διάστημα 10 μηνών (Holzmuelleretal., 2005).

Από την έρευνα που διενεργήσαμε στη ΜΕΘ, μέσω του συστήματος υποχρεωτικής αναφοράς του MERIS, στο 48,1% απαιτήθηκε ιατρική παρέμβαση (Μ.Δ.Ν=25 ημέρες) και στο 19,2% απαιτήθηκε ιατρική παρέμβαση για να διατηρηθεί στη ζωή ο ασθενής (Μ.Δ.Ν=26 ημέρες), ενώ σε έρευνα του εξωτερικού το αντίστοιχο ποσοστό ανέρχονταν σε 9,9% και το 3% σε θάνατο του ασθενούς (Osmonetal., 2004).

Επιπλέον, από την έρευνά μας διαπιστώθηκε ότι η συντριπτική πλειοψηφία (72,9%) των ανεπιθύμητων περιστατικών σχετίζονταν με λανθασμένες θεραπευτικές πρακτικές, όπως για παράδειγμα απόφραξη τραχειοσωλήνα και σφάλματα κατά την εισαγωγή κεντρικού φλεβικού ή αρτηριακού καθετήρα ενώ ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό (14,6%) σχετίζονταν με σφάλματα στη χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής. Επίσης, το 10,4% των περιστατικών ήταν σχετιζόμενο με σφάλματα στη διαχείριση του ασθενούς/περιβάλλοντος και το 2,1% με δυσλειτουργία του ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού. Οι συνέπειες από την πρόκληση των παραπάνω περιστατικών σωματικής βλάβης, αφορούν σε επιπλοκές (π.χ. επαναδιασωλήνωση: 22,9%) και δυσλειτουργίες (π.χ. πνευμοθώρακας-αιμοθώρακας: 14,6%) στην κατάσταση του ασθενούς.

Τα ευρήματά μας συμφωνούν με μια μελέτη όπου στο 21% των περιστατικών σωματικής βλάβης που σημειώθηκαν σε ΜΕΘ, ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό σφαλμάτων αφορούσε σε λανθασμένους θεραπευτικούς χειρισμούς, σε λανθασμένη φαρμακευτική αγωγή, σε πτώσεις των ασθενών και σε αποτυχία λειτουργίας των ιατρικών μηχανημάτων (Nuckolsetal., 2007). Σε αντίστοιχη μελέτη που παρουσιάζουν ερευνητές από το νοσοκομείο του Missouri, το 36,5% των σφαλμάτων

σχετίζονταν με επιπλοκές κατά τη θεραπευτική διαδικασία, 20,2% σε λανθασμένη φαρμακευτική αγωγή και 7,9% σε βλάβη του εξοπλισμού (Osmonetal., 2004).

Ένα σημαντικό εύρημα που παρατηρήθηκε, κατά το δεύτερο έτος της πιλοτικής λειτουργίας του συγκεκριμένου υποσυστήματος, αφορά στη μείωση σχεδόν στο 1/3 της εμφάνισης των περιστατικών σωματικής βλάβης, στην υπό εξέταση ΜΕΘ κάτι το οποίο έρχεται σε συμφωνία με μια έρευνα αποτίμησης του εργαλείου των ενδείξεων όπου και εκεί παρατηρήθηκε μια πτωτική τάση των ανεπιθύμητων περιστατικών και ιατρικών σφαλμάτων που θα μπορούσαν να έχουν προληφθεί (Campione, 2011).

Στο πλαίσιο της ολοκληρωμένης πρότασης για την ανίχνευση, καταγραφή και ανάλυση των ιατρικών σφαλμάτων και ανεπιθύμητων περιστατικών, προχωρήσαμε και στην ανάπτυξη του υποσυστήματος της αυτόβουλης (οικειοθελούς) αναφοράς του MERIS. Το συγκεκριμένο υποσύστημα, μέσω της ενεργούς συμμετοχής των πολιτών-ασθενών στην αναφορά ιατρικών σφαλμάτων και ανεπιθύμητων περιστατικών, λειτουργεί ως ένα συμπληρωματικό εργαλείο απόκτησης της γνώσης για τα περιστατικά σωματικής βλάβης που βιώνουν οι πολίτες-ασθενείς και ως ένα μέσο για τη συνεχή αξιολόγηση του επιπέδου της ασφάλειας των ασθενών και της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας υγείας.

Οι ερωτήσεις που καλούνταν να απαντήσουν οι πολίτες στο εν λόγω υποσύστημα είναι διατυπωμένες, με τρόπο απλό και κατανοητό, εμπεριέχουν επεξήγηση όπου χρειάζεται, οι απαντήσεις δίδονται σχεδόν όλες μέσω των checklists και dropdownchecklists και ο χρόνος για την υποβολή της αναφοράς του περιστατικού, σε μόλις δυο οθόνες του υποσυστήματος, κυμαίνεται μεταξύ 2 έως 3 min. Καθ' όλη τη διάρκεια της πιλοτικής εφαρμογής του υποσυστήματος της αυτόβουλης (οικειοθελούς) αναφοράς του MERIS, προσπαθήσαμε να το γνωστοποιήσουμε και κοινοποιήσουμε προς το ευρύτερο κοινό, μέσα από τον έντυπο και ηλεκτρονικό ημερήσιο Τύπο, σε μέσα κοινωνικής δικτύωσης (socialmedia) και σε ημερίδες, συνέδρια, σχετικού αντικειμένου, όπου έτυχε θερμής ανταπόκρισης από τους πολίτες.

Από την ανάλυση των δεδομένων της πιλοτικής φάσης του υποσυστήματος της αυτόβουλης (οικειοθελούς) αναφοράς του MERIS, παρατηρήθηκε ότι τα περισσότερα ανεπιθύμητα περιστατικά και ιατρικά σφάλματα προκλήθηκαν κατά τη διάρκεια της θεραπείας, αφορούσαν σε προσωρινή βλάβη που κρίθηκε απαραίτητη η ιατρική

παρέμβαση και προήλθαν λόγω ελλιπούς, λανθασμένης ή και καθυστερημένης διάγνωσης, κατά δήλωση των πολιτών-ασθενών.

Επιπλέον, το γεγονός ότι μόνο στις μισές περιπτώσεις του δείγματος υπήρξε ενημέρωση του ασθενούς ή των συγγενών του (κατά δήλωση των πολιτών) για την εμφάνιση του ανεπιθύμητου περιστατικού και ιατρικού σφάλματος, από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, αποτυπώνει ένα υπαρκτό έλλειμμα «κειδικής παιδείας ασφάλειας» στο Ελληνικό σύστημα υγείας, το οποίο θα πρέπει να αντιμετωπιστεί με τη δέουσα σοβαρότητα και την προσήκουσα υπευθυνότητα, από τους ιθύνοντες (Κογεβίνας, 2014). Ένα ενθαρρυντικό βήμα όμως στη διαφύλαξη της ποιότητας και ασφάλειας της παρεχόμενης φροντίδας υγείας, είναι ότι αν και οι μισοί πολίτες-ασθενείς δήλωσαν ότι ανέφεραν το περιστατικό, ο χαρακτήρας αυτών των αναφορών, κατά κύριο λόγο δεν ήταν καταγγελτικός, αλλά περισσότερο περιέκλειε το στοιχείο της ενημέρωσης και συμμόρφωσης.

Το υποσύστημα της αυτόβουλης (οικειοθελούς) αναφοράς του MERIS θεωρούμε ότι είναι φιλικό προς τον κάθε χρήστη και του εξασφαλίζει μια άνετη, ασφαλή και γρήγορη πλοήγηση. Τα συγκεκριμένα χαρακτηριστικά στοιχεία του εν λόγω υποσυστήματος, έρχονται σε πλήρη συμφωνία με τις οδηγίες του NQF (2010) για προάσπιση της ευκολίας της χρήσης και της ελεύθερης πρόσβασης για το κοινό, για τη διασφάλιση της διαφάνειας και την ενίσχυση της πρακτικότητας, κατά τη διάρκεια της λειτουργίας των αυτόβουλων συστημάτων αναφοράς.

Τα χαρακτηριστικά του υποσυστήματος της αυτόβουλης (οικειοθελούς) αναφοράς του MERIS, όπως το εύκολο και φιλικό περιβάλλον εργασίας που διαθέτει, καθώς και η γνώση που αποκτιέται, συμφωνούν με αυτά των διεθνών συστημάτων αυτόβουλης αναφοράς, όπως του Ηνωμένου Βασιλείου, της Δανίας και της Ιρλανδίας. Ωστόσο, η πλειοψηφία αυτών των προσπαθειών αυτόβουλης αναφοράς συνδέεται κυρίως με δήλωση ανεπιθύμητων ενεργειών χορήγησης φαρμάκων ή μετά από εμβολιασμό (SmetzerandCohen, 2007).

Έτσι ορισμένες μόνο χώρες, όπως το Ηνωμένο Βασίλειο και η Δανία, έχουν υιοθετήσει ολοκληρωμένα συστήματα αυτόβουλης αναφοράς ανεπιθύμητων περιστατικών και ιατρικών σφαλμάτων που απευθύνονται αποκλειστικά και μόνο στους πολίτες-ασθενείς (Milchet al., 2006; Doupi, 2009) και τα οποία είναι βασισμένα σε αντίστοιχη φιλοσοφία με αυτή του υποσυστήματος της αυτόβουλης (οικειοθελούς)

αναφοράς του MERIS.

Η Δανία πρόσφατα ανέπτυξε σύστημα αυτόβουλης αναφοράς για την πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια περίθαλψη, όπου οι πολίτες-ασθενείς και οι επαγγελματίες υγείας έχουν τη δυνατότητα να αναφέρουν ιατρικά σφάλματα και ανεπιθύμητα περιστατικά που βίωσαν οι ίδιοι ή έγινε αντιληπτό από εκείνους για κάποιον άλλον πολίτη που υπέστη τέτοιου είδους περιστατικό. Το συγκεκριμένο σύστημα που ακολουθεί την ίδια μεθοδολογία με αυτήν του υποσυστήματος της αυτόβουλης (οικειοθελούς) αναφοράς του MERIS, είναι αποτελεσματικό και φιλικό στη χρήση, διαφυλάττοντας την ανωνυμία των χρηστών (CSC Healthcare EMEA, 2011).

Οι Η.Π.Α., υπό το βάρος των πρόσφατων ευρημάτων που έδειξαν ότι σε μία στις τρεις εισαγωγές ασθενών είχε προκληθεί περιστατικό σωματικής βλάβης, τα περισσότερα από τα οποία δεν είχαν ανιχνευτεί από το σύστημα αναφοράς που διατηρούσαν τα νοσοκομεία του δείγματος (Classen et al., 2011), ανακοίνωσαν την έναρξη λειτουργίας ενός αντίστοιχου συστήματος αυτόβουλης αναφοράς που θα απευθύνεται στους ασθενείς και τους πολίτες, με σκοπό την ενίσχυση της ασφάλειας των ασθενών και της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας υγείας (TheNewYorkTimes, 2012). Οι ιθύνοντες εκτιμούν ότι με αυτή τη νέα πρωτοβουλία θα μειωθούν τα ιατρικά σφάλματα, θα σωθούν περισσότεροι από 60.000 ασθενείς ενώ θα εξοικονομηθούν \$35 δις. δαπάνες υγείας, σε διάστημα τριών ετών (Classen et al., 2011).

Θεωρούμε ότι αυταπόδεικτο στοιχείο της επιτυχούς εφαρμογής και διαχείρισης και των δυο υποσυστημάτων αναφοράς του MERIS, αποτελεί το γεγονός ότι συνεχίζουν ακόμη και σήμερα να λειτουργούν απρόσκοπτα και στο ακέραιο, παρέχοντας στους ενδιαφερόμενους πολύτιμη γνώση σχετικά με τα ιατρικά σφάλματα και τα ανεπιθύμητα περιστατικά, μέσω της διαδικασίας ανίχνευσης, καταγραφής και ανάλυσής τους.

Καταλήγοντας, θα πρέπει να γίνει σαφές ότι σε καμία περίπτωση το προτεινόμενο σύστημα MERIS, δε σκοπεύει να αποτελέσει το εναρκτήριο λάκτισμα για να αποδοθούν ευθύνες στους επαγγελματίες υγείας ή να ληφθεί ως αποδεικτικό μέσο σε ενδεχόμενη δικαστική προσφυγή. Τα δυο υποσυστήματα υπάρχουν μόνο για ερευνητικούς σκοπούς, προσβλέποντας μόνο στην προάσπιση της ασφάλειας του

ασθενούς και στη βελτίωση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας υγείας.

6.2 Περιορισμοί στην έρευνα

Η ερευνητική μας προσπάθεια παρουσιάζει κάποιους περιορισμούς όσον αφορά τη δημιουργία της βάσης δεδομένων και την υλοποίηση του προτεινόμενου συστήματος MERIS. Σχετικά με την εύρεση υποθέσεων ιατρικής αμέλειας, υπήρχε περιορισμένο πεδίο πηγών άντλησης δεδομένων, ήταν σχεδόν ανύπαρκτη η ήδη καταγεγραμμένη γνώση σε οικονομικά και άλλα χαρακτηριστικά ενώ τα ευαίσθητα προσωπικά δεδομένα αποτέλεσαν ένα σοβαρό σκόπελο για να έχουμε ελεύθερη πρόσβαση στον πλήρη φάκελο της υπόθεσης ιατρικής αμέλειας.

Σχετικά με το προτεινόμενο σύστημα MERIS και συγκεκριμένα με το υποσύστημα της αυτόβουλης (οικειοθελούς) αναφοράς, υπήρχε περιορισμός στην ευρεία διάχυση και δημοσιοποίησή του και πιθανός αποκλεισμός εκείνων των πολιτών-ασθενών που δεν είναι εξοικειωμένοι με τις τεχνολογίες υπολογιστών και το διαδίκτυο. Από την άλλη πλευρά, ενδέχεται να μην έχει αναφερθεί στο υποχρεωτικό υποσύστημα αναφοράς, ο πραγματικός αριθμός των ανεπιθύμητων περιστατικών και ιατρικών σφαλμάτων που συνέβησαν στη μονάδα εφαρμογής.

Σύμφωνα με τη διεθνή εμπειρία, μόλις το 5% και όχι περισσότερο από το 20% των περιστατικών σωματικής βλάβης αναφέρονται (Barczaketal., 1997; Batesetal., 1995; Leape, 1994; Starfield, 2000a; Starfield, 2000b; Thomasetal., 2000b). Συγκεκριμένα, σε μια μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε δυο κλινικές μαιευτικής στο Ηνωμένο Βασίλειο, διαπιστώθηκε ότι μόνο περίπου το ένα τέταρτο των ανεπιθύμητων συμβάντων, είχε αναφερθεί.

Μια ανάλυση από Wald και Shojania (2001) διαπίστωσε ότι μόνο το 1,5% του συνόλου των ανεπιθύμητων περιστατικών είναι αποτέλεσμα αναφοράς στο σύστημα καταγραφής τέτοιων περιστατικών και μόνο το 6% των σφαλμάτων στη φαρμακευτική αγωγή, έχει ανιχνευτεί. Η συγκεκριμένη έρευνα παραθέτει επίσης την εκτίμηση του Αμερικάνικου Κολεγίου Χειρουργών κατά την οποία μόνο το 5-30% των χειρουργικών σφαλμάτων που προκαλούνται, αναφέρονται. Σε μια άλλη μελέτη, μόνο το 20% των ανεπιθύμητων περιστατικών που ανιχνεύτηκε, αφορούσε σε χειρουργικά σφάλματα (Vincentetal., 1999).

Από την παράθεση του παραπάνω δείγματος μελετών, είναι κατανοητό ότι όλα τα στατιστικά στοιχεία που αφορούν στα ιατρικά σφάλματα και ανεπιθύμητα περιστατικά καθώς και στη θνησιμότητα που προκύπτει από αυτά, μπορεί ουσιαστικά να είναι αρκετά υποεκτιμημένα και να γίνονται συντηρητικές εκτιμήσεις, σε σχέση με το τι συμβαίνει στην πραγματικότητα. Κάποιοι ερευνητές προχωρώντας ένα βήμα πιο πέρα, σχολιάζουν λέγοντας ότι αν τα νοσοκομεία αναφέρουν τον πραγματικό αριθμό των ιατρικών σφαλμάτων και ανεπιθύμητων περιστατικών που θα μπορούσαν να έχουν προληφθεί, θα είναι περίπου 20 φορές μεγαλύτερος, από αυτόν που τελικά δηλώνεται (Vincent et al., 1999).

Έχει φανεί ότι οι κύριοι παράγοντες που επιδρούν στην απροθυμία και τη μειωμένη συμμετοχή του προσωπικού στην αναφορά των ιατρικών σφαλμάτων και ανεπιθύμητων περιστατικών, συσχετίζονται με την πολυπλοκότητα των συστημάτων υγείας, τον αυξημένο φόρτο εργασίας, το φόβο της πιθανής μετακύλισης και επίρριψης των ευθυνών, συμπεριλαμβανομένου του φόβου της δικαστικής προσφυγής από τους ασθενείς/συγγενείς και τη διαφύλαξη της καλής φήμης του νοσοκομείου (Bates et al., 1995). Συν τοις άλλοις, η ανεπαρκής εφαρμογή των συστημάτων αναφοράς και η έλλειψη κατάρτισης του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού, αποτελούν τις κύριες αιτίες στη διαμόρφωση εσφαλμένης αντίληψης των εμπλεκομένων για την αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα των εν λόγω συστημάτων αναφοράς περιστατικών σωματικής βλάβης.

Είναι επίσης γεγονός ότι στο σύνολο των δημόσιων νοσοκομείων δεν έχει επιτευχθεί το επιθυμητό επίπεδο λειτουργικής αυτονομίας των πληροφοριακών συστημάτων υγείας στη διαχείριση της κλινικής/μονάδας, αφού μόλις ένας μικρός αριθμός αυτών έχει υλοποιηθεί και λειτουργήσει πλήρως ή μερικώς (ΥΥΚΑ, 2012). Επιπλέον το σημερινό Ελληνικό σύστημα υγείας, δεν έχει προχωρήσει στη λήψη μιας δέσμης ενεργειών παρακίνησης και ενθάρρυνσης των επαγγελματιών υγείας, σχετικά με την αναφορά ιατρικών σφαλμάτων και ανεπιθύμητων περιστατικών, ώστε να διαφυλάσσεται η ασφάλεια των ασθενών. Συνεπώς, το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό διατηρεί μια επιφυλακτική στάση απέναντι στην αναφορά περιστατικών σωματικής βλάβης, λόγω του επικείμενου κινδύνου μετάθεσης ευθυνών και του φόβου κατάθεσης αγωγών από τους ασθενείς. Ως εκ τούτου, μόνο ένα μικρό μέρος από αυτά τα περιστατικά, τελικά ανιχνεύεται.

Για να εξασφαλιστεί λοιπόν το γεγονός ότι όλα τα περιστατικά σωματικής βλάβης που συμβαίνουν στη ΜΕΘ, αναφέρονται από το υγειονομικό προσωπικό, θα πρέπει να υπάρξει ευαισθητοποίηση και εκπαίδευση του ιατρικού και λοιπού υγειονομικού προσωπικού, με κεντρικό στόχο την ενίσχυση και ενδυνάμωση της κουλτούρας για την προάσπιση της ασφάλειας των ασθενών και βελτίωση της παρεχόμενης φροντίδας υγείας. Επιπλέον, η προώθηση ενός συνεκτικού και ολοκληρωμένου πλαισίου πολιτικής υγείας που θα προσανατολίζεται στο σχεδιασμό και στην ανάπτυξη συστημάτων διασφάλισης ποιότητας και ελέγχου των ιατρικών πράξεων, μπορεί να αποτελέσει ένα θεμελιώδες συστατικό στοιχείο για την ευδοκίμηση αυτού του εγχειρήματος (National Coalition on Health Care and the Institute for Healthcare Improvement, 2000; EAHP, 2006).

Θα πρέπει να τονιστεί στο σημείο αυτό ότι η συγκεκριμένη διδακτορική έρευνα, δε στοχεύει στην ενοχοποίηση των επαγγελματιών υγείας για την πρόκληση περιστατικών σωματικής βλάβης, λόγω ιατρικής αμέλειας αλλά στην προσεγγιστική αποτύπωση τόσο της υφιστάμενης κατάστασης όσο και της οικονομικής επιβάρυνσης του ελληνικού συστήματος υγείας, εξαιτίας αυτών των περιστατικών. Είναι γεγονός ότι ιατρικά σφάλματα υφίστανται και θα συνεχίσουν να υφίστανται, τα οποία πέρα από την όποια ατομική ευθύνη των επαγγελματιών υγείας, οφείλονται κυρίως, όπως γενικότερα είναι αποδεκτό, σε δυσλειτουργίες, παραλείψεις και αδυναμίες των συστημάτων υγείας. Το ζητούμενο λοιπόν, δεν είναι η εξάλειψη των ιατρικών σφαλμάτων και ανεπιθύμητων περιστατικών, αλλά η γνώση των βαθύτερων αιτιών που τα προκαλούν και η στράτευση όλων των εμπλεκόμενων μελών, σε μια κοινή προσπάθεια μείωσης τους, αφού σε κάθε περίπτωση το μεγαλύτερο μέρος τους μπορεί να προληφθεί.

6.3 Προτάσεις για μελλοντική παρέμβαση στην έρευνα

Η συλλογή, ανάλυση και αξιοποίηση της πληροφορίας από τα ιατρικά σφάλματα και ανεπιθύμητα περιστατικά, μπορούν να προσφέρουν μια σημαντική βελτίωση στην ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας προς τον πολίτη-ασθενή, στη γνώση για τον τρόπο εμφάνισης των περιστατικών αυτών και στην προσπάθεια για εξοικονόμηση πόρων στον τομέα υγείας. Η υποβολή αναφορών σε ένα σύστημα ανίχνευσης και καταγραφής ιατρικών σφαλμάτων και ανεπιθύμητων περιστατικών, αποτελεί αναπόσπαστο μέρος για τη συνεχή εκτίμηση και αποτίμηση των πραγματικών κινδύνων, σε σχέση με την ασφάλεια του ασθενούς και την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας υγείας.

Ένας τέτοιος μηχανισμός μελλοντικά μπορεί να λειτουργήσει και ως μηχανισμός πρόληψης των ιατρικών σφαλμάτων και ανεπιθύμητων περιστατικών, συνεισφέροντας ουσιαστικά σε προσπάθειες βελτίωσης της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας και προάσπισης της ασφάλειας των ασθενών. Συγκεκριμένα, το υποσύστημα της υποχρεωτικής αναφοράς του MERIS προσφέρει τη δυνατότητα στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό να παρακολουθήσει και επαναλάβει όσες φορές επιθυμεί την πορεία του σφάλματος, έτσι ώστε να ανιχνεύσει όλες εκείνες τις ρίζες-αιτίες καθώς και τα βασικά τους χαρακτηριστικά που συνέβαλαν στην πρόκληση του ανεπιθύμητου περιστατικού, για να μπορεί να το αποφύγει στο μέλλον.

Το συγκεκριμένο υποσύστημα μπορεί να λειτουργήσει, ως ένα ιδιαίτερα χρήσιμο εργαλείο για τα σφάλματα εκείνα που ανιχνεύτηκαν και δεν προκάλεσαν βλάβη στον ασθενή (παρ' ολίγον λάθη - nearmisses), αλλά στο εγγύς μέλλον ενδέχεται να επιφέρουν κάποια βλάβη, γι' αυτό θα πρέπει το προσωπικό να ενεργήσει προληπτικά, αναλύοντας διεξοδικά την πορεία που ακολουθήθηκε, για να αποφευχθεί η εμφάνισή τους.

Επιπλέον, το υποσύστημα της υποχρεωτικής αναφοράς του MERIS, μπορεί να παραμετροποιηθεί προκειμένου να καλύψει ανάγκες και άλλων κλινικών (π.χ. Παθολογική) ενώ δύναται να συσταθεί και λειτουργήσει αποτελεσματικά σε κάθε σύστημα υγείας σε παγκόσμιο επίπεδο, προσαρμοσμένο στις ανάγκες και τις ιδιαιτερότητες της κάθε χώρας.

Από την άλλη πλευρά, το υποσύστημα της αυτόβουλης (οικειοθελούς) αναφοράς του MERIS, λειτουργεί ως ένα συμπληρωματικό εργαλείο για τη δημιουργία μιας πιο εμπειστατωμένης γνώσης πάνω στα ιατρικά σφάλματα και ανεπιθύμητα περιστατικά. Ο πολίτης τα τελευταία χρόνια είναι αρκετά πιο συνειδητοποιημένος στο θέμα της προάσπισης των δικαιωμάτων και της ασφάλειας του ασθενούς και ως χρήστης των υπηρεσιών υγείας ή έχοντας το ρόλο του συνοδού, είναι ικανός να παρατηρεί εκ των έσω, αδυναμίες, παραλείψεις και δυσλειτουργίες του συστήματος υγείας όπου λόγω του φόρτου εργασίας των εργαζομένων στην υγεία, να μη γίνονται εγκαίρως αντιληπτά.

Πολλές μελέτες υποστηρίζουν ότι τα συστήματα εκείνα που κάνουν χρήση της τεχνολογίας της Πληροφορίας και της Επικοινωνίας [ΤΠΕ] είναι ικανά στο να συνεισφέρουν σημαντικά οφέλη στον τομέα της ασφάλειας των ασθενών (Bates, 2000). Ωστόσο, αυτή η δυνατότητα που προσφέρουν τα Πληροφοριακά Συστήματα Υγείας, μπορεί να πραγματοποιηθεί και τα οφέλη αυτά να επιτευχθούν, σε βέλτιστο βαθμό, μόνο εάν τα εν λόγω συστήματα υλοποιούνται κατά τρόπο ολοκληρωμένο (E.C., 2007). Αυτή η σύζευξη των πολλαπλών λειτουργιών, εξορθολογίζει τις πολύπλοκες διαδικασίες της παρεχόμενης φροντίδας υγείας και μειώνει το κόστος διαχείρισης των πληροφοριών που αφορούν στους ασθενείς (Raghupathi, 1997).

Πρότασή μας είναι η δημιουργία ενός φορέα/οργανισμού ο οποίος θα κατέχει εκείνη τη νομική υπόσταση και οργανωτική υποδομή που θα του επιτρέπει την τεκμηριωμένη και απρόσκοπτη παρακολούθηση των ιατρικών σφαλμάτων και ανεπιθύμητων περιστατικών, μέσω ενός ολοκληρωμένου κεντρικού πληροφοριακού συστήματος ανίχνευσης, καταγραφής και ανάλυσης των περιστατικών αυτών, αντίστοιχο με το προτεινόμενο σύστημα MERIS και με όλες τις ασφαλιστικές δικλίδες που απαιτούνται. Με τη βοήθεια αυτού του συστήματος αναφοράς, επιτυγχάνεται η διαχείριση και η επισκόπηση των περιστατικών σωματικής βλάβης που συμβαίνουν στο Ελληνικό σύστημα υγείας, η δημιουργία γνώσης μέσω της ανάλυσης σε πραγματικό χρόνο (real-time) των στατιστικών ευρημάτων και η άρση κάποιων περιορισμών στην εφαρμογή του υποσυστήματος (π.χ. δυνατότητα και μη ηλεκτρονικής υποβολής αναφοράς, εξομάλυνση διαδικασιών ελέγχου διπλότυπων εγγραφών).

Είναι κοινώς γνωστό ότι και το πλέον άριστα δομημένο σύστημα αναφοράς

περιστατικών, με τους καλύτερους οιωνούς, μπορεί να αποτύχει παταγωδώς, αν δε συγκεντρώσει τη θερμή υποστήριξη των εμπλεκομένων μελών. Επίσης, κάθε σύστημα που άπτεται των κοινωνικών ευαίσθητων θεμάτων, όπως την υγεία των πολιτών, όσο καλά σχεδιασμένο κι αν είναι, χρειάζεται την εθνική συμμετοχή και υποστήριξη όλου του κοινωνικού συνόλου, για να επιτύχει την αποστολή του.

Για το λόγο αυτό, απαιτείται συνεχή παρέμβαση και επαγρύπνηση τόσο των ιθυνόντων όσο των πολιτών και επαγγελματιών υγείας, σε συνδυασμό με τη χάραξη μιας εθνικής κεντρικής στρατηγικής και ενός οργανωτικού σχεδιασμού που θα ενέχει καθολική αποδοχή, ώστε να δοθεί η δέουσα σημασία άμεσης θέσπισης μέτρων πρόληψης για μείωση των περιστατικών σωματικής βλάβης.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΡΑΙΑ

Βιβλιογραφία-Αρθρογραφία

Ελληνική

- Κογεβίνας, Α. (2014) “Πώς κτίζονται τα ιατρικά λάθη και πώς τα διαχειρίζεται η σύγχρονη ιατρική” στο Κανελλοπούλου-Μπότη, Μ. και Παναγοπούλου-Κουτνατζή, Φ. (επιμ.) Τόμο Πρακτικών “*Ιατρική Ευθύνη και Βιοηθική. Σύγχρονες προσεγγίσεις και προοπτικές του μέλλοντος*” Διεπιστημονικό Συνέδριο 1-2 Μαρτίου 2013, Ιόνιο Πανεπιστήμιο, εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης-BrokenHillPublishersLTD, Κύπρος.
- Μήτσης, Δ., Κελέση Μ. και Καπάδοχος Θ. (2012) “Παράγοντες που επηρεάζουν την εμφάνιση νοσηλευτικών λαθών στη χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής και η διαχείρισή τους”. *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 11(2):293-312.
- Παπακωνσταντίνου, Ι. (2014) “Ανατομία μιας δίκης για ιατρική αμέλεια” στο Κανελλοπούλου-Μπότη, Μ. και Παναγοπούλου-Κουτνατζή, Φ. (επιμ.) Τόμο Πρακτικών “*Ιατρική Ευθύνη και Βιοηθική. Σύγχρονες προσεγγίσεις και προοπτικές του μέλλοντος*” Διεπιστημονικό Συνέδριο 1-2 Μαρτίου 2013, Ιόνιο Πανεπιστήμιο, εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης-BrokenHillPublishersLTD, Κύπρος.
- Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης Γενική Γραμματεία [ΥΥΚΑ] (2012) “*Έκθεση Αποτελεσμάτων ΥΥΚΑ και των Μονάδων του ΕΣΥ 2011. Η συμπληρωματικότητα εθνικών πολιτικών με τις συγχρηματοδοτούμενες δράσεις στο πλαίσιο του Εθνικού Στρατηγικού Σχεδίου Ανάπτυξης 2007-2013*”. Αθήνα.
- Φουντεδάκη, Κ. (2014) “Σύγχρονες νομολογιακές εξελίξεις για την ιατρική ευθύνη” στο Κανελλοπούλου-Μπότη, Μ. και Παναγοπούλου-Κουτνατζή, Φ. (επιμ.) Τόμο Πρακτικών “*Ιατρική Ευθύνη και Βιοηθική. Σύγχρονες προσεγγίσεις και προοπτικές του μέλλοντος*” Διεπιστημονικό Συνέδριο 1-2 Μαρτίου 2013, Ιόνιο Πανεπιστήμιο, εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης-BrokenHillPublishersLTD, Κύπρος.

Ξενόγλωσση

- Aiken LH, Clarke SP, et al. (2002) “Hospital nurses staffing and patient Mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction”. *JAMA*;288:1987-1993.
- Alberti, K.G.M.M. (2001) “Medical errors: a common problem. It is time to get serious about them”. *BMJ*, 322(7285): 501-2.
- Barczak, CA, Barnett, RI, Childs, EJ and Bosley, LM (1997) “Fourth national pressure ulcer prevalence survey”. *Advances in Wound Care*. 10(4), pp. 18-26.
- Bates, DW (2000) “Using information technology to reduce rates of medication errors in hospitals”. *BMJ*, 320(7237): 788–791.
- Bates, DW, Cullen, DJ, Laird N, Petersen LA, Small SD, Servi D, et al. (1995) “Incidence of adverse drug events and potential adverse drug events. Implications for prevention”. *JAMA ADE Prevention Study Group*, 274(1):29-34.
- Beckmann, U, Bohringer, C, Carless, R et al. (2003) “Evaluation of two methods for quality improvement in intensive care: facilitated incident monitoring and retrospective medical chart review”. *Crit Care Med*, 31(4):1006-1011.
- Campione, JR (2011) “*Comparing Global Adverse Events in Hospitals*”. North

- Carolina Center for Hospital Quality and Patient Safety. http://content.healthaffairs.org/content/30/4/581.abstract/reply#healthaff_el_461078.
- Center for Justice and Democracy (2010) “*Recent Medical Malpractice Studies: Alarming And Costly Medical Errors; Major Errors Go Unreported; Lawsuits Continue To Drop*”. <http://www.mslegal.com/downloads/Center-Justice-Democracy-Medical-Malpractice-Study-December2010.pdf>.
- Clark, C (2010) “*Top 10 Most Costly, Frequent Medical Errors, for Health Leaders Media*”. http://www.healthleadersmedia.com/industry_survey.
- Classen, DC, Resar, R, Griffin, F, Federico, F, Frankel, T, Kimmel, N, Whittington, J C, Frankel, A, Seger, A and James, BC (2011) “Global Trigger Tool Shows That Adverse Events In Hospitals May Be Ten Times Greater Than Previously Measured”. *Health Aff*, 30(4):581-589. doi: 10.1377/hlthaff.2011.0190.
- Consumers Union (2009) “*To Err is Human – To Delay is Deadly. Ten years later, a million lives lost, billions of dollars wasted*”. <http://www.safepatientproject.org>.
- Council of Europe [C.E.] (2006) “*Recommendation Rec7 of the Committee of Ministers to member states on management of patient safety and prevention of adverse events in health care*”. 965th meeting of the Ministers’ Deputies, Committee of Ministers.
- CSC Healthcare EMEA (2011) “*Denmark protects patients with CSC adverse incident service*”. <http://ehealth.eletsonline.com/2010/08/denmark-protects-patients-with-csc-adverse-incident-service/>.
- Doupi, P (2009) “*National Reporting Systems for Patient Safety Incidents. A review of the situation in Europe*”. (Report 13/2009). Finland: National Institute for Health and Welfare.
- Duthie, E., Favreau, B., Ruperto, A., Mannion, J., Flink, E and Leslie, R (2005) “Quantitative and Qualitative Analysis of Medication Errors: The New York Experience”. *Advances in Patient Safety*, Vol. 1, pp. 131-144.
- ECRI Institute (2011) “*HRC member survey: Adverse event reporting*”. Risk Management Reporter, the newsletter of the Healthcare Risk Control System, USA. https://www.ecri.org/Documents/ESource/RM_Monthly_eSource/Adverse_Event_0411.pdf.
- European Association of Hospital Pharmacists [EAHP] (2006) “*Patient Safety. European Journal of Hospital Pharmacy Practice*”. Belgium. http://ec.europa.eu/health/archive/ph_systems/docs/ev_20080617_rd03_en.pdf.
- European Commission [E.C.] (2006) “*Euro barometer. Special Euro barometer 241 - Medical Errors*”. Directorate General Press and Communication, 241:4-27.
- European Commission [E.C.] (2007) “*E-Health for Safety. Impact of ICT on Patient Safety and Risk Management in Healthcare*”. European Commission Directorate-General Information Society and Media, ICT for Health, Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
- European Commission [E.C.] (2008) “*Report on the open consultation on Patient Safety in the European Union*”. D.G. for Health and Consumers. Brussels.
- General Cologne Re. (2002) “*Insurance Issues in Europe: Impending Changes in the European Health Care Sector and the Effect on Risk Management and Malpractice Insurance*”. Geneva.
- Gregory, D (2008) “*Adverse Health Event Management: International and Canadian Practices, A Background Document Prepared for the Task Force on Adverse Health Events*”. Ottawa.

- Hayward, RA and Hofer, TP (2001) "Estimating Hospital Deaths Due to Medical Errors". *JAMA*, 286(4):415-420.
- Hearst Corporation (2009) "Hearst national investigation finds Americans are continuing to die in staggering numbers from preventable medical injuries". New York. <http://www.hearst.com/press-room/pr-560-20090809.html/>
- Holzmueller, C, Pronovost, P, Dickman, F, Thompson, D, Wu, A, Lubomski, L, Fahey, M, Steinwachs, D, Engineer, L, Jaffrey, A, Morlock, L and Dorman, T (2005) "Creating the web-based intensive care unit safety reporting system". *J Am Med Inform Assoc*, 12(2): 130–139.
- House of Commons, Health Committee (2009) "Patient Safety: Sixth Report of Session 2008-09", Vol. 1, London.
- Institute of Medicine [IOM] (1999) "To Err is Human: Building a Safer Health System". Washington, D.C.: National Academy Press.
- Institute of Medicine [IOM] (2001) "Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century". Washington, DC: National Academy Press.
- Kelly, D (2006) "Applying quality management in healthcare: a systems approach". 2nd ed, Washington, DC: Health Administration Press, AUPHA Press.
- Konver, C and Gergen, PJ (1998) "Nurse staffing Levels and adverse events following surgery in U.S hospitals". *Journal of Nursing Scholarship*, 30:315-321.
- Leape, LL (1994) "Error in Medicine". *JAMA*, 272:1851-1857.
- Leapfrog Group (2006) "The Leapfrog Group Issues Call for Hospitals to Commit to New Policy on Health Care "Never Events". http://www.leapfroggroup.org/media/file/Never_Events_release_FINAL.pdf
- Mello, M, Studdert, D, Thomas, E, Yoon, C and Brennan, T (2007) "Who Pays for Medical Errors? An Analysis of Adverse Event Costs, The Medical Liability System and Incentives for Patient Safety Improvement. *Journal of Empirical Legal Studies*, 4(4):835–860.
- Milch, CE, Salem, DN, Pauker, SG, Lundquist, TG, Kumar, S and Chen, J (2006) "Voluntary electronic reporting of medical errors and adverse events: An analysis of 92,547 reports from 26 acute care hospitals". *J Gen Intern Med*, 21(2):165-170.
- National Coalition on Health Care and the Institute for Healthcare Improvement (2000) *Reducing Medical Errors and Improving Patient Safety Success Stories From the Front Lines of Medicine*. Monograph, in Accelerating Change Today (A.C.T.) for America's Health.
- National Quality Forum [NQF] (2010) "National voluntary consensus standards for public reporting of patient safety event information: A consensus report". Washington, DC: NQF, pp.13-18.
- Neumann, PJ, Parente, ST and Paramore, LC (1996) "Potential savings from using information technology applications in health care in the United States". *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 12(3), 425-435.
- Nuckols, TK, Bell, DS, Liu, H et al. (2007) "Rates and types of events reported to established incident reporting systems in two US hospitals". *Qual Saf Health*, 16:164-8.
- Null G, Dean C, Feldman M, Rasio D and Smith D (2007) "Death by Medicine". Life Extension Foundation.
- Orgeas, MG, Timsit, JF, Soufir, L, Tafflet, M, Adrie, C, Philippart, F et al. (2008) "Impact of adverse events on outcomes in intensive care unit patients". *Critical*

- Care Medicine*, 36(7):2041-2047.
- Osmon S, Harris, CB, Dunagan, WC, et al. (2004) "Reporting of medical errors: an intensive care unit experience". *Crit Care Med*, 32:727-33.
- Pinilla, J, Murillo, C, Carrasco, G and Humet, C (2006) "Case-control analysis of the financial cost of medication errors in hospitalized patients". *Eur J Health Economics*, 7:66-71.
- Quality Interagency Coordination Task Force [QuIC] (2000) "Report to the President. Doing What Counts for Patient Safety: Federal Actions to Reduce Medical Errors and Their Impact". <http://www.quic.gov/report/mederr4.htm#evidence>.
- Raghupathi, W (1997) "Health care information systems". *Communications of the ACM*, 40, 8: 81-82.
- Smetzer, J and Cohen, M (2007) "Medication error reporting systems". In: Cohen, M (ed) Medication errors, 2nd edn. Washington, DC: American Pharmacists Association (APhA).
- Starfield, B (2000a) "Is US health really the best in the world?" *JAMA*, 284(4):483-5.
- Starfield, B (2000b) "Deficiencies in US medical care". *JAMA*, 284(17):2184-5.
- Studdert, DM, Mello, MM and Brennan, TA (2004) "Medical Malpractice". *N Engl J Med*, 350(3):283-292.
- Studdert, DM, Thomas, EJ, Burstin, HR et al. (2000) "Negligent Care and Malpractice Claiming Behavior in Utah and Colorado". *38 Medical Care*, p. 250.
- The New York Times (2012) "New System for Patients to Report Medical Mistakes". Robert Pear (ed.), September 23, on page A20. <http://www.nytimes.com/2012/09/23/health/new-system-for-patients-to-report-medical-mistakes.html>.
- Thomas, EJ, Studdert, DM, Burstin, HR, Orav, EJ, Zeena, T, Williams, EJ, et al. (2000b) "Incidence and types of adverse events and negligent care in Utah and Colorado". *Medical Care*, 38(3):261-271.
- Thomson, S, Osborn, R, Squires, D and Reed, SJ (2011) "International profiles of Health care systems: Australia, Canada, Denmark, England, France, Germany, Italy, Japan, the Netherlands, New Zealand, Norway, Sweden, Switzerland, and the United States". New York: The Commonwealth Fund.
- Tunis, SR and Gelband, H (1994) "Health care technology in the United States". *Health Policy*, 30(1-3): 335-396.
- U.S. Congress (1994) "Defensive Medicine and Medical Malpractice". Office of Technology Assessment. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- US Dept of Health and Human Services (2002) "Confronting the New Health Care Crisis: Improving Health Care Quality and Lowering Costs By Fixing Our Medical Liability System". Washington, D.C.: Office of the Assistant Secretary for Planning and Evaluation.
- U.S. Dept of Health and Human Services (2011) "National Strategy for Quality Improvement in Health Care: Report to Congress". Washington, D.C.
- Utah Department of Health (2010) "Utah Sentinel Events Data Report, Identifying Opportunities for Improvement", Health Insight and Utah Hospitals & Health Systems Association, 2009. <http://health.utah.gov/psi/>
- VHA/Institute for Healthcare Improvement [VHA/IHI] (2002) "IHI Intensive care unit (ICU) Adverse event trigger tool IDICU Project", v.1. <http://www.ihl.org/knowledge/Pages/Tools/ICUAdverseEventTriggerTool.aspx>.
- Vincent, C, Neale, G and Woloshynowych, M (2001) "Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective record review". *BMJ*, 322:517-9.

- Vincent, C, Stanhope, N and Crowley-Murphy, M (1999) “Reasons for not reporting adverse incidents: an empirical study”. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 5(1):13-21.
- Vozikis, A and Riga, M (2008) “M.E.R.I.S.: Information System for the identification, collection, analysis and reporting of Medical Errors”. *2nd International Scientific Conference R A-2*, Proceedings, Piraeus, pp.423-437.
- Vozikis, A (2009) “Information management of medical errors in Greece: The MERIS proposal”. *International Journal of Information Management*, 29(1):15–26.
- Wald, H and Shojania, KG (2001) “Incident reporting. Evidence Report/Technology Assessment”. In: Shojania, KG, Duncan, BW, McDonald, KM, et al., (eds), *Making Health Care Safer: A Critical Analysis of Patient Safety Practices*. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, No. 43. AHRQ publication 01-E058.
- Wilson, RM, Runciman, WB, Gibberd, RW, Harrison, BT, Newby, L and Hamilton, JD (1995) “The Quality in Australian Health Care Study”. *Med J Aust*, 163(9):458-71.
- World Health Organization [WHO] (2012) “Facts and figures”. World Health Organization Regional Office for Europe. <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/Health-systems/patient-safety/facts-and-figures>
- Zhan, C and Miller, MR (2003) “Excess length of stay, charges, and mortality attributable to medical injuries during hospitalization”. *JAMA*, 290:1868-1874.

ΣΥΓΚΕΝΤΡΩΤΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ-ΑΡΘΡΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική

- Αδαμακίδου, Θ. και Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου Α. (2009) “Οι Μέθοδοι Χρηματοδότησης της Νοσοκομειακής και της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα”. *Νοσηλευτική*, 48(1): 37–49.
- Αντωνίου, Κ. (2005) “Δικονομικά ζητήματα ιατρικής δίκης”. <http://www.ethemis.gr/wp-content/uploads/2008/07/ergasia3.pdf>.
- Αντωνόπουλος, Β. (2013) “Αστική ευθύνη νοσοκομειακών ιατρών”. *Ιατρικός Σύλλογος Πατρών*. <http://www.ispatras.gr/>.
- Βλιάμος, Σ. (2007) “Οικονομική Ανάλυση των Ιατρικών Λαθών” στο Θηραίος, Ε., Κεραμάρης, Ν.Χ. και Καπτανής, Σ. (επιμ.) Τόμο Πρακτικών “*Ιατρικά Λάθη, Νομικές, Ηθικές, Κοινωνικές και Οικονομικές Διαστάσεις*”, Ημερίδα Σάββατο 8 Δεκεμβρίου 2007, Ιατρική Εταιρία Αθηνών, Επιτροπή Εκπαίδευσης και Έρευνας, Αθήνα.
- Βοζίκης, Α. (2013) “Το Σύστημα Υγείας στην Ελλάδα” στο Santerre, REandNeun, SP (eds) “Οικονομικά της Υγείας. Θεωρία, Προοπτική & Συστηματική Μελέτη”. μτφρ. στα ελληνικά και γενική επιμέλεια της ελληνικής έκδοσης Α. Βοζίκης, Μ. Κελέση-Σταυροπούλου, εκδ. Πασχαλίδη, Αθήνα.
- Βοζίκης, Α., Πολλάλης, Γ. Ρήγα, Μ., Μαγκίνα, Ν., Στουφής, Ν. και Τενεκετζή Ζ. (2012) “Σύστημα ανίχνευσης, καταγραφής και ανάλυσης δυσμενών συμβάντων. Εφαρμογή σε μονάδα εντατικής θεραπείας (ICU-MERIS)”. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 29(3):345-353.
- Βοζίκης, Α. και Ρήγα, Μ. (2008) “Τα ιατρικά σφάλματα στην Ελλάδα: Προσεγγίσεις της οικονομικής διάστασης μέσα από αποφάσεις των διοικητικών δικαστηρίων”. *Κοινωνία, Οικονομία και Υγεία*, 2:22-44.

- Βοζίκης, Α. και Ρήγα, Μ. (2011) “Αστική ιατρική ευθύνη: Μια προσέγγιση της οικονομικής διάστασης” στο συλλογικό “Τιμητικό Τόμο Πηνελόπης Αγαλλοπούλου”, Τόμος ΙΙ, Πανεπιστήμιο Πειραιώς, εκδ. Αντ. Ν. Σάκκουλα, Αθήνα.
- Γεωργούλιας, Α., Λιούμπας, Δ. και Μαρουδιάς, Ν. (2003) “Ιατρικός πληθωρισμός – Εισαγωγή στην Ωτορινολαρυγγολογία”. *Ελληνική Ωτορινολαρυγγολογία – Χειρουργική κεφαλής και τραχήλου*, Τεύχος 12.
- Γκολφινόπουλου, Κ., Δαφνή, Ο., Κουβατσέας, Γ., Καραγιάννης, Γ., Παπαδήμα, Κ. και Αρμαγανίδης, Α. (2006) “Σύγκριση δεικτών βαρύτητας νόσου σε μονάδα εντατικής θεραπείας”. *Νοσηλευτική*, 45(1):78–91.
- Γώγος, Κ., Καϊάφα-Γκμπάντι, Μ., Παπαδοπούλου, Α. και Φουντεδάκη, Κ. (2010) “Η ιατρική ευθύνη στην πράξη. Νομολογιακές τάσεις της τελευταίας δεκαετίας”. Ερευνητικό Δίκτυο Α.Π.Θ. Ιατρική Πράξη, Βιοϊατρική και Δίκαιο, εκδόσεις Νομική Βιβλιοθήκη, Αθήνα.
- Δεδούκου, Ξ. (2011) “Επιδημιολογία νοσοκομειακών λοιμώξεων”. *Εκπαιδευτικό σεμινάριο*, 6 Φεβρουαρίου, Γραφείο Νοσοκομειακών Λοιμώξεων, Μικροβιακής Αντοχής και Στρατηγικής Χρήσης Αντιβιοτικών, Ελληνική Εταιρία Ελέγχου Λοιμώξεων, ΚΕΕΛΠΝΟ, Αθήνα.
- Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών [ΕΚΠΑ] (2011) “*Επιχειρησιακό Σχέδιο Αναδιάρθρωσης Νοσοκομείων*”. Εργαστήριο Οργάνωσης και Αξιολόγησης Υπηρεσιών Υγείας, τμ. Νοσηλευτικής, Σχολή Επιστημών Υγείας. <http://platon.cc.uoa.gr/~reconweb/new2/index.php/2011-02-23-13-09-11/2011-02-23-13-13-54?start=1>.
- Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας [ΕΣΔΥ] (2012) “*Ανασυγκρότηση και χρηματοδότηση της ασφάλισης υγείας, Το εγχείρημα του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ)*”, Αθήνα.
- Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας [ΕΣΔΥ] (2013) “*Η Πρωτοβάθμια φροντίδα ως «πύλη εισόδου» των διαρθρωτικών αλλαγών στην υγεία*”, Αθήνα.
- Επιτροπή Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων (2008) *Ανακοίνωση της Επιτροπής στο Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο και το Συμβούλιο σχετικά με την ασφάλεια των ασθενών, συμπεριλαμβανομένης της πρόληψης και του ελέγχου των λοιμώξεων*

που συνδέονται με την υγειονομική περίθαλψη. Βρυξέλλες, COM(2008) 836.

Εφημερίδα της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας (2001) “Σύσταση Σ.Ε.Υ.Υ.Π.”, τεύχος 1ο , αρ. φύλλου 131, άρθρα 1, 2.

Εφημερίδα της Κυβερνήσεως (2013) *Αριθμ. Γ.Π. οικ. 30518/13 (ΦΕΚ – 792 Β/4-4-2013): Καθορισμός Στρατηγικών Στόχων του Υπουργείου Υγείας.*

Θεοδωράκης, Π. (2006) “Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας” στο Σουλιώτης, Κ. “Πολιτική και Οικονομία της Υγείας. Στρατηγικός Σχεδιασμός – Οργάνωση και Διοίκηση – Οικονομική Λειτουργία – Τομεακές Πολιτικές”. Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου Σχολή Κοινωνικών Επιστημών, τμ. Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής, εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα.

Θεοδώρου, Μ., Σαρρής, Μ. και Σούλης, Σ. (1997) “Συστήματα Υγείας και Ελληνική Πραγματικότητα”. εκδ. Παπαζήση, Αθήνα.

Θεοδώρου, Μ, Σαρρής, Μ και Σούλης, Σ. (2001) “Συστήματα υγείας”. εκδ. Παπαζήση, Αθήνα.

Θεοδώρου, Μ, Σίσκου, Ο, Καϊτελίδου, Δ, Φαρατσέλη, Ο και Λιαρόπουλος, Λ (2005) “Η οργάνωση και διοίκηση των υπηρεσιών ΠΦΥ στην Ελλάδα” στο Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Τρίτο Περιφερειακό Σύστημα Υγείας-Πρόνοιας Αττικής (επιμ.) “Θεωρία και Πρακτική της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας”, Πειραιάς.

Καράκωστας, Ι. (2008) “Ιατρική Ευθύνη. Χαρακτηριστικά γνωρίσματα & νομική διάσταση κανόνων ιατρικής δεοντολογίας”, εκδ. Νομική Βιβλιοθήκη, Αθήνα.

Κατσή, Β., Μπούντουλας, Κ., Λυτρίβη, Ε., Μασούρα, Κ., Τσιούφης, Κ., Βλασερός, Ι., Καλλικαζάρος, Ι., Στεφανάδης, Χ. και Μπούντουλας, Χ. (2013) “Το Ιατρικό Σφάλμα στην Κλινική Πράξη: Errare Humanum Est”. *Ελληνική Καρδιολογική Επιθεώρηση*, Άρθρο Ανασκόπησης, 54: 24-28.

Κογεβίνας, Α. (2014) “Πώς κτίζονται τα ιατρικά λάθη και πώς τα διαχειρίζεται η σύγχρονη ιατρική” στο Κανελλοπούλου-Μπότη, Μ. και Παναγοπούλου-Κουτνατζή, Φ. (επιμ.) Τόμο Πρακτικών “*Ιατρική Ευθύνη και Βιοηθική. Σύγχρονες προσεγγίσεις και προοπτικές του μέλλοντος*” Διεπιστημονικό Συνέδριο 1-2 Μαρτίου 2013, Ιόνιο Πανεπιστήμιο, εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης-

BrokenHillPublishersLTD, Κύπρος.

Κυριακάτικη Ελευθεροτυπία (2011) “«Ράμπο» στα εργαστήρια”. Ευθυμιάδου, Δ. (αρθρογράφος). <http://www.enet.gr/?i=news.el.article&id=316577>.

Κυριόπουλος, Γ. (2011) “Πέραν του “Μνημονίου”: ανασυγκρότηση ή *collapsus* στο σύστημα υγείας”. Ειδική Επιτροπή Ανεξάρτητων Εμπειρογνομόνων για την Υγεία.

http://www.nsph.gr/files/009_Oikonomikon_Ygeias/%CE%9A%CE%B5%CE%AF%CE%BC%CE%B5%CE%BD%CE%BF%20%CE%9A%CE%B1%CE%B8%20%CE%9A%CF%85%CF%81%CE%B9%CF%8C%CF%80%CE%BF%CF%85%CE%BB%CE%BF%CF%85.pdf.

Λεοτσάκου, Α. (2010) “Ασφάλεια ασθενών και ποιότητα περίθαλψης – Εποπτική θεώρηση και ρόλος του Προγράμματος για την Ασφάλεια των ασθενών του Π.Ο.Υ., Γενεύη”, *Πρακτικά 2ου εκπαιδευτικού σεμιναρίου για την ποιότητα, Ασφάλεια Ασθενών και Ποιότητα Υπηρεσιών Υγείας. Η Διεθνής Εμπειρία και η Ελληνική Πραγματικότητα*, Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Ειδική Υπηρεσία Διαχείρισης, 11 Δεκεμβρίου, Αθήνα.

Λέων, Γ., Παπέτα, Α και Βοζίκη, Ο (2012) *Πρακτικά 22ου Συνεδρίου της Διεθνούς Ακαδημίας Ιατροδικαστών*, Κωνσταντινούπολη.

http://stithoskopio.blogspot.gr/2012/07/blog-post_7518.html.

Λιαχοπούλου, Α, Δεληγιαννίδη, Π, Σαρίδη, Μ, Γιαννακοπούλου, Μ και Μπίρμπας, Κ (2012) “Καταγραφή και συσχέτιση των σφαλμάτων που διαπράττονται στη χειρουργική αίθουσα με αιτιολογικούς παράγοντες”. *Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης*, Τόμος 5, Τεύχος 2: 38-59.

Μαγκίνα, Ν. “Συστήματα βαρύτητας και πρόγνωσης της έκβασης ασθενών ΜΕΘ”. <http://www.icu.gr/Pdf/Synedria/scoring.pdf>.

Μακρής, Ι. (2010) “Η ιατρική ευθύνη στην πράξη: Δικαστικές αποφάσεις της τελευταίας δεκαετίας” στο Γώγος, Κ., Καϊάφα-Γκμπάντι, Μ., Παπαδοπούλου, Λ. και Φουντεδάκη, Κ. (επιμ.) “Η ιατρική ευθύνη στην πράξη. Νομολογιακές τάσεις της τελευταίας δεκαετίας”, Ερευνητικό Δίκτυο Α.Π.Θ. Ιατρική Πράξη, Βιοϊατρική και Δίκαιο, εκδόσεις Νομική Βιβλιοθήκη, Αθήνα.

- Μήτσης, Δ., Κελέση Μ. και Καπάδοχος Θ. (2012) “Παράγοντες που επηρεάζουν την εμφάνιση νοσηλευτικών λαθών στη χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής και η διαχείρισή τους”. *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 11(2):293-312.
- Μουμτζόγλου, Α. (2008) “Ποιότητα και ασφάλεια στη φροντίδα υγείας”. εκδ. MediForce, Επιστήμες Διοίκησης και Οικονομίας της Υγείας, Αθήνα.
- Οικονόμου, Χ. (2012) “Το θεσμικό πλαίσιο παροχών ασθενείας στην Ελλάδα: Ο ρόλος και η λειτουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας”. Επιστημονικές Εκθέσεις / 7. Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ Παρατηρητήριο Οικονομικών και Κοινωνικών Εξελίξεων, Αθήνα.
- Ομπέση Φ. (2005) “Δίκαιο Νοσηλευτικής Ευθύνης”, ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις, Αθήνα.
- Παπακωνσταντίνου, Ι. (2014) “Ανατομία μιας δίκης για ιατρική αμέλεια” στο Κανελλοπούλου-Μπότη, Μ. και Παναγοπούλου-Κουτνατζή, Φ. (επιμ.) Τόμο Πρακτικών “*Ιατρική Ευθύνη και Βιοηθική. Σύγχρονες προσεγγίσεις και προοπτικές του μέλλοντος*” Διεπιστημονικό Συνέδριο 1-2 Μαρτίου 2013, Ιόνιο Πανεπιστήμιο, εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης-BrokenHillPublishersLTD, Κύπρος.
- Πέλεχας, Ε. και Αντωνιάδης Α. (2013) “Συγκριτική μελέτη ικανοποίησης του ιατρικού και του νοσηλευτικού προσωπικού σε δύο νοσοκομεία της Ελλάδας”. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 30(3):325-334.
- Πολίτης, Χ. (2006) “Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας - Ν. 3418/2005, ερμηνεία-σχόλια”, εκδ. Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος-Hartling, Αθήνα.
- Πολίτης, Χ. (2008) “Ιατρική αμέλεια και πειθαρχική ευθύνη είναι αντισυνταγματική η διεύρυνση της πειθαρχικής ευθύνης του γιατρού, ταυτίζοντας την (σχεδόν) με τη «ραθυμία» και την «ατελή εκπλήρωση καθήκοντος”. http://e-iatros.blogspot.gr/2008/05/blog-post_23.html.
- Πολλλάλης, Γ., Βοζίκης, Α. και Ρήγα Μ. (2010) “Ποιότητα Υπηρεσιών Υγείας & Ασφάλεια του Ασθενή: Η Πρόταση του Πληροφοριακού Συστήματος Μ.Ε.Ρ.Ι.Σ.”, *7ο Φοιτητικό Συνέδριο Διοικητικής Επιστήμης και Τεχνολογίας, Νεανική Επιχειρηματικότητα και Ψηφιακό Περιβάλλον*, Οικονομικό Πανεπιστήμιο Αθηνών, 13 Μαΐου, Αθήνα.

- Πολλάλης, Γ., Βοζίκης, Α. και Ρήγα Μ. (2012) “Ποιοτικά Χαρακτηριστικά των Ιατρικών Σφαλμάτων: Ερευνητικά ευρήματα από την Ελλάδα”. *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 11(4):577-592.
- ΠΟΥ (2008) “Διεθνής Στατιστική Ταξινόμηση Νόσων και Συναφών Προβλημάτων Υγείας-ICD10”. ΥΥΚΑ, ΕΣΔΥ (επιστημονική ευθύνη και επιμέλεια μετάφρασης και προσαρμογής στην Ελληνική γλώσσα), Δέκατη Αναθεώρηση, Τόμος 1: Κατάλογος Κωδικών Τεύχος Α', Γενεύη.
- Προβατάς, Σ. (2009) “Ιατρική Ευθύνη, Ερμηνεία Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας και όλων όσων δραστηριοποιούνται στο χώρο της υγείας”, εκδ. Zymel, Αθήνα.
- Σαρρής, Μ. και Γούλα, Α. (2006) “Η ποιότητα ζωής των ασθενών ως κριτήριο-εργαλείο αξιολόγησης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας”. εκδ. Παπαζήση, Κοινωνικές Επιστήμες και Υγεία, Αθήνα.
- Συνήγορος του Πολίτη (2006) “Ετήσια Έκθεση του Συνηγόρου του Πολίτη”, Αθήνα.
- Το Βήμα (2001) “Οι κανόνες για τα διαγνωστικά κέντρα”. Φυντανίδου Ε. (αρθρογράφος). <http://www.tovima.gr/relatedarticles/article/?aid=131815>.
- Ταραμπέ, Μ, Σταμουλόπουλος, Β και Τσαγκαράκης, Μ (2006) “Οι οικονομικές επιπτώσεις του ιατρικού σφάλματος”. *Περιοδικό Ιατρικό Βήμα*, τεύχος 103, σ. 40-4.
- Ταρλατζής, Β. (2006) “Νέος Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας - Ν. 3418/2005, Βασικές ρυθμίσεις (νομική, ιατρική, κοινωνιολογική προσέγγιση)”, εκδόσεις Σάκκουλα – Ιατρικό Δίκαιο, Βιοηθική, Αθήνα.
- Τούντας, Γ., κ.ά (2008) “Η υγεία του ελληνικού πληθυσμού 1996-2006”. Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας.
- Τσέκα, Ι. (2011) “Έλεγχος & πρόληψη λοιμώξεων – Χειρουργείο”. *Εκπαιδευτικό σεμινάριο*, 13 Απριλίου, Ελληνική Εταιρία Ελέγχου Λοιμώξεων, ΚΕΕΛΠΝΟ, Αθήνα.
- Υγειονομικός χάρτης (2013) “Χάρτης υπηρεσιών υγείας”. ΥΥΚΑ. <http://ygeiama.gov.gr/pois-map/>.
- Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης Γενική Γραμματεία [ΥΥΚΑ] (2012) “Έκθεση Αποτελεσμάτων ΥΥΚΑ και των Μονάδων του ΕΣΥ 2011. Η

συμπληρωματικότητα εθνικών πολιτικών με τις συγχρηματοδοτούμενες δράσεις στο πλαίσιο του Εθνικού Στρατηγικού Σχεδίου Ανάπτυξης 2007-2013. Αθήνα.

Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης [ΥΥΚΑ] (2012a) “Υγειονομικές Περιφέρειες”. <http://www.moh.gov.gr/articles/health/c26-xrhisimoi-syndesmoi/ygeionomikes-perifereies/146-ygeionomikes-perifereies>.

Υφαντόπουλος, Γ. (2006) “Τα οικονομικά της υγείας, θεωρία και πολιτική”, 2^η έκδοση, εκδ. Τυπωθήτω, Αθήνα.

ΦΕΚΑ/ 258, άρθρο 7 του Ν.Δ. 3366 20/23 Σεπτεμβρίου 1955 “Σχετικά με την άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος, τις ιατρικές ειδικότητες και άλλες διατάξεις”. <http://www.mednet.gr/law/law1.htm>.

ΦΕΚ 2150/Β’/2011 “Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια και Ημερήσιο Νοσήλιο στο ΕΣΥ”.

ΦΕΚ 946/Β’/2012 “Κλειστά Ελληνικά Νοσήλια και Ημερήσιο Νοσήλιο στο ΕΣΥ”.

Φουντεδάκη Κ. (2003) “Αστική ιατρική ευθύνη, Γενική εισαγωγή: Δογματική και δικαιοπολιτική θεώρηση: Θεμελιώδεις έννοιες”, εκδ. Σάκκουλα, Αθήνα.

Φουντεδάκη, Κ. (2014) “Σύγχρονες νομολογιακές εξελίξεις για την ιατρική ευθύνη” στο Κανελλοπούλου-Μπότη, Μ. και Παναγοπούλου-Κουτνατζή, Φ. (επιμ.) Τόμο Πρακτικών “*Ιατρική Ευθύνη και Βιοηθική. Σύγχρονες προσεγγίσεις και προοπτικές του μέλλοντος*” Διεπιστημονικό Συνέδριο 1-2 Μαρτίου 2013, Ιόνιο Πανεπιστήμιο, εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης-BrokenHillPublishersLTD, Κύπρος.

Χρυσανθάκης, Χ. (2010) “Η αστική ευθύνη του δημόσιου νοσοκομείου”, εκδ. ΝομικήΒιβλιοθήκη, Αθήνα.

Ξενόγλωσση

- Active Citizenship Network (2002) “European Charter of patients’ rights”. Basis Document, Rome.
- Aiken, LH, Clarke, SP, et al. (2002) “Hospital nurses staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *JAMA*, 288:1987-1993.
- Aiken, LH, Sermeus, W, Van den Heede, K, Sloane, DM, Busse, R, McKee, M et al. (2012) “Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States”. *BMJ*, 344:e1717 doi: 10.1136/bmj.e1717.
- Alberti, K.G.M.M. (2001) “Medical errors: a common problem. It is time to get serious about them”. *BMJ*, 322(7285): 501-2.
- Andel, C, Davidow, SL, Hollander, M and Moreno, DA (2012) “The Economics of Health Care Quality and Medical Errors”. *Journal of Health Care Finance*, Vol. 39, No. 1, published by Wolters Kluwer Law & Business.
- Armesto, SG, Kelley, E and Wei, L (2007) “*Health Care Quality Indicators Project. Patient Safety Data Systems in the OECD: A report of a joint Irish*”. *Department of Health - OECD Conference*, 22 March 2007, DELSA/HEA/HCQ(2007)1, Directorate for Employment, Labour and Social Affairs Health Committee.
- Aspden P, Corrigan J, Wolcott J, et al. (2004) “Patient safety: achieving a new standard for care”. Washington, DC: National Academies Press.
- Aspden, P, Wolcott, J, Bootman, JL and Cronenwett, LR (2007) “Preventing Medication Errors: Quality Chasm Series. Committee on Identifying and Preventing Medication Errors. Washington, DC: The National Academies Press.
- Baker, GR, Norton, PG, Flintoft, V, Blais, R, Brown, A, Cox, J et al. (2004) “The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada”. *CMAJ*, vol.170 no. 11, pp:1678-86.
- Barczak, CA, Barnett, RI, Childs, EJ and Bosley, LM (1997) “Fourth national pressure ulcer prevalence survey”. *Advances in Wound Care*. 10(4), pp. 18-26.
- Bates, DW, Cullen, DJ, Laird N, Petersen LA, Small SD, Servi D, et al. (1995)

“Incidence of adverse drug events and potential adverse drug events. Implications for prevention”. *JAMA ADE Prevention Study Group*, 274(1):29-34.

Bates, DW (2000) “Using information technology to reduce rates of medication errors in hospitals”. *BMJ*, 320(7237): 788–791.

Beckmann, U, Bohringer, C, Carless, R et al. (2003) “Evaluation of two methods for quality improvement in intensive care: facilitated incident monitoring and retrospective medical chart review”. *Crit Care Med*, 31(4):1006-1011.

Beckmann, U, West, L, Groombridge, G et al (1996) “The Australian incident monitoring study in intensive care: AIMS-ICU The development and evaluation of an incident reporting system in intensive care”. *Anaesthesia and Intensive Care*, 24(3):314–9.

Berman, A (2004) “Reducing medication errors through naming, labeling, and packaging”. *J Med Syst*, 28(1):9-29.

Blumenthal, D (1996) “Quality of health care. Part 4: The Origins of the Quality-of-Care Debate”. *N Engl J Med* 335:1146–1149.

Boodman, SG (2013) “*Doctors' Diagnostic Errors Are Often Not Mentioned But Can Take A Serious Toll*”. Kaiser Health News, Washington Post.

Bovbjerg, RR and Raymond, B (2003) “Patient safety, just compensation and medical liability reform”. Kaiser Permanente Institute for Health Policy, Oakland.

Callahan, D (1973) “The WHO Definition of 'Health'”. *The Hastings Center Studies*, Vol.1 (3), The Concept of Health, pp. 77-87.

<http://www.jstor.org/stable/3527467>.

Campione, JR (2011) “*Comparing Global Adverse Events in Hospitals*”. North Carolina Center for Hospital Quality and Patient Safety. http://content.healthaffairs.org/content/30/4/581.abstract/reply#healthaff_el_461078.

Center for Justice and Democracy (2010) “*Recent Medical Malpractice Studies: Alarming And Costly Medical Errors; Major Errors Go Unreported; Lawsuits Continue To Drop*”. <http://www.mslegal.com/downloads/Center-Justice->

- Chaloff, J (2008) “*Mismatches in the Formal Sector, Expansion of the Informal Sector: Immigration of Health Professionals to Italy*”. OECD Health Working Papers, No. 34, OECD Publishing, Paris.
- Clancy, CM, Farquhar, MB, Sharp, BA (2005) “Patient safety in nursing practice”. *J Nurs Care Qual.* Jul–Sep;20(3):193–7.
- Clark, C (2010) “*Top 10 Most Costly, Frequent Medical Errors, for Health Leaders Media*”. http://www.healthleadersmedia.com/industry_survey.
- Classen, DC, Pestotnik, SL, Evans, RS and Burke, JP (1992) “Description of a computerized adverse drug event monitor using a hospital information system”. *Hosp Pharm*, 27:774, 776–779, 783.
- Classen, DC, Resar, R, Griffin, F, Federico, F, Frankel, T, Kimmel, N, Whittington, J C, Frankel, A, Seger, A and James, BC (2011) “Global Trigger Tool Shows That Adverse Events In Hospitals May Be Ten Times Greater Than Previously Measured”. *Health Aff* , 30(4):581-589. doi: 10.1377/hlthaff.2011.0190.
- Commission of the European Communities (2007) “*White Paper, Together for Health: A Strategic Approach for the EU 2008-2013*”. Brussels, COM(2007) 630.
- Consumers Union (2009) “*To Err is Human – To Delay is Deadly. Ten years later, a million lives lost, billions of dollars wasted*”. <http://www.safepatientproject.org>.
- Council of Europe [C.E.] (2006) “*Recommendation Rec7 of the Committee of Ministers to member states on management of patient safety and prevention of adverse events in health care*”, 965th meeting of the Ministers’ Deputies, Committee of Ministers on 24 May 2006.
- CSC Healthcare EMEA (2011) “*Denmark protects patients with CSC adverse incident service*”. <http://ehealth.eletsonline.com/2010/08/denmark-protects-patients-with-csc-adverse-incident-service/>.
- Curtis, JR, Cook, DJ, Wall, RJ, Angus, DC, Bion, J, Kacmarek R et al. (2006) “Intensive care unit quality improvement: A “how-to” guide for the interdisciplinary team”. *Crit Care Med*, 34: 211–218.

- Dalrymple, J. and Drew, E (2000) "Quality: On the Threshold or the Brink?". *Total Quality Management*, 11 (4-6):697-703.
- DH/Patient Safety and Investigations (2012) "*The "Never Events" list 2012/13*". Department of Health, NHS, Patient Safety Policy Team.
- DiPiro JT, Talbert RL, Yee GC, Matzke GR, Wells BG, Posey LM (2011) "Pharmacotherapy: A Pathophysiologic Approach", 8th Edition, New York: McGraw-Hill.
<http://www.accesspharmacy.com/resourceTOC.aspx?resourceID=669>.
- Donabedian, A (1980) "Explorations in quality assessment and monitoring, Vol. 1: The definition of quality and approaches to its assessment". Ann Arbor, MI: Health Administration Press.
- Dornan, T, Ashcroft, D, Heathfield, H, Lewis, P, Miles, J, Taylor, D, Tully, M and Wass, V (2009) "*An in depth investigation into causes of prescribing errors by foundation trainees in relation to their medical education. EQUIP study. Final report*". General Medical Council.
- Doupi, P (2009) "*National Reporting Systems for Patient Safety Incidents. A review of the situation in Europe*". (Report 13/2009). Finland: National Institute for Health and Welfare.
- Drummond, MF, O' Brien BJ, Stoddart GL, Torrance GW (1997) "Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes", 2nd ed. Oxford: Oxford University Press.
- Drummond, MF, O'Brien, BJ, Stoddart, GL, Torrance, GW (2002) "Μέθοδοι οικονομικής αξιολόγησης των προγραμμάτων υγείας". (μτφρ. στα ελληνικά) Γενική επιμέλεια της ελληνικής έκδοσης Ματσαγγάνης, Μ., εκδόσεις Κριτική, Αθήνα.
- Duthie, E., Favreau, B., Ruperto, A., Mannion, J., Flink, E and Leslie, R (2005) "Quantitative and Qualitative Analysis of Medication Errors: The New York Experience". *Advances in Patient Safety*, Vol. 1, pp. 131-144.
- Economou, C (2010) "Greece: Health system review". *Health Systems in Transition*, Vol. 12 No. 7. European Observatory on Health Systems and Policies.

ECRI Institute, (2011) “*HRC member survey: Adverse event reporting*”. Risk Management Reporter, the newsletter of the Healthcare Risk Control System, USA.

https://www.ecri.org/Documents/Esource/RM_Monthly_eSource/Adverse_Event_0411.pdf.

Elgie, R, Caulfield, TA and Christie, MI (1993) “Medical injuries and malpractice: is it time for “no fault?” *Health Law J*, 1:97-117.

European Association of Hospital Pharmacists [EAHP] (2006) “*Patient Safety. European Journal of Hospital Pharmacy Practice*”. Belgium.
http://ec.europa.eu/health/archive/ph_systems/docs/ev_20080617_rd03_en.pdf.

European Commission [E.C.] (2003) “Standard Eurobarometer”, DG SANCO.

European Commission [E.C.] (2006) “*Medical Errors*”. Special Eurobarometer 241 / Wave 64.1 & 64.3 – TNS Opinion & Social, Directorate General SANCO, Directorate General Press and Communication.

European Commission [E.C.] (2007) “*E-Health for Safety. Impact of ICT on Patient Safety and Risk Management in Healthcare*”. European Commission Directorate-General Information Society and Media, ICT for Health, Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.

European Commission [E.C.] (2008) “*Report on the open consultation on Patient Safety in the European Union*”. D.G. for Health and Consumers. Brussels.

European Commission [E.C.] (2010) “*Patient safety and quality of healthcare*”. Full report, Special Eurobarometer 327 / Wave 72.2 - European Opinion Research Group EEIG, Directorate-General for Health and Consumers, Directorate-General for Communication (“Research and Political Analysis” Unit).

Fadlalla, A and Wickramasinghe, N (2004) “An integrative framework for HIPAA-compliant I*IQ healthcare information systems”. *International Journal of Healthcare Quality Assurance*, Vol.17 (2):65-74.

France24 (2011) “*Medical mistakes*”. Dundas, M (ed).

<http://www.france24.com/en/20110522-2011-05-22-1143-wb-en-health>.

Fryer-Edwards, K, Back, T, Arnold, RM, Baile, W and Tulsy, J “Tough Talk:

Helping Doctors Approach Difficult Conversations,” a web-based resource for clinical faculty and physicians. <http://depts.washington.edu/toolbox/>.

GAO [U.S. General Accounting Office] (1987) “Medical Malpractice: Characteristics of Claims Closed in 1984”. Washington, DC: GAO, (publication no. GAO/HRD-87-55).

Garrouste-Orgeas, M, Philippart, F, Bruel, C, Max, A, Lau, N and Misset, B (2012) “Overview of medical errors and adverse events”. *Ann Intensive Care*, Vol.2, No.2.

Garrouste-Orgeas, M, Timsit, JF, Vesin, A, Schwebel, C, Arnodo, P, Lefrant, JY et al., (2010) “Selected Medical Errors in the Intensive Care Unit”. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, Vol. 181, No. 2, pp. 134-142.

Gaynes, RP (1998) “Surveillance of nosocomial infections”. In: Bennett JV, Brachman PS (eds) *Hospital Infections*, 4th Edition. Philadelphia: Lippincott-Raven.

General Cologne Re. (2002) “*Insurance Issues in Europe: Impending Changes in the European Health Care Sector and the Effect on Risk Management and Malpractice Insurance*”. Geneva.

Graf, J (2003) “Do you know the frequency of errors in your intensive care unit?” *Crit Care Med*, 31:1277–1278.

Gregory, D. (2008) “*Adverse Health Event Management: International and Canadian Practices, A Background Document Prepared for the Task Force on Adverse Health Events*”. Ottawa.

Griffin, FA and Resar, RK (2009) “*IHI Global trigger tool for measuring adverse events*”. IHI Innovation Series white paper, 2nd edn. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement.
<http://www.ihl.org/knowledge/Pages/IHIWhitePapers/IHIGlobalTriggerToolWhitePaper.aspx>.

Haley, RW et al (1985) “The efficacy of infection surveillance and control programs in preventing nosocomial infections in US hospitals”. *Am J Epidemiol*. 1985

121(2):182-205.

Hayward, RA and Hofer, TP (2001) “Estimating Hospital Deaths Due to Medical Errors”. *JAMA*, 286(4):415-420.

Health Consumer Powerhouse (2012) “*The Euro Health Consumer Index 2012*”. Brussels.

Health Grades (2008) “*The Fifth Annual Health Grades Patient Safety in American Hospitals Study*”, Patient Safety In American Hospitals. <http://hg-article-center.s3-website-us-east-1.amazonaws.com/a9/9a/3b64b168487c86c30dc0986dc344/PatientSafetyInAmericanHospitalsStudy2008.pdf>.

Health Grades (2012) “*Patient Safety and Satisfaction: The State of American Hospitals*”. The Ninth Annual Health grades Patient Safety and Satisfaction Report, Patient Safety In American Hospitals.

<http://hg-article-center.s3-website-us-east-1.amazonaws.com/ea/ef/4ec7d1ee443fa47da64c09318157/HealthGradesPatientSafetySatisfactionReport2012.pdf>.

Health Grades (2013) “*Variation in Patient Safety Outcomes and the Importance of Being Informed Announcing the Health grades 2013 Patient Safety Excellence Award™ Recipients*”. The Tenth Annual Health grades Patient Safety and Satisfaction Report, Patient Safety In American Hospitals.

<https://d2dcgio3q2u5fb.cloudfront.net/54/b3/4e421ea847c1ba28d357e76b982e/2013-variation-in-patient-safety-outcomes-and-the-importance-of-being-informed.pdf>.

Hearst Corporation (2009) “*Hearst national investigation finds Americans are continuing to die in staggering numbers from preventable medical injuries*”. New York. <http://www.hearst.com/press-room/pr-560-20090809.html/>

Hoffmann, B and Rohe, J (2010) “Patient Safety and Error Management, What Causes Adverse Events and How Can They Be Prevented?”. *Deutsches Arzteblatt International*, 107 (6), pp. 92-99.

Hogan, H, Healey, F, Neale, G, Thomson, R, Vincent, C and Black, N (2012)

- “Preventable deaths due to problems in care in English acute hospitals: a retrospective case record review study”. *BMJ Qual Saf*, 21:737–745.
- Holzmueller, C, Pronovost, P, Dickman, F, Thompson, D, Wu, A, Lubomski, L, Fahey, M, Steinwachs, D, Engineer, L, Jaffrey, A, Morlock, L and Dorman, T (2005) “Creating the web-based intensive care unit safety reporting system”. *J Am Med Inform Assoc*, 12(2): 130–139.
- HOPE Project (2013) “As Patient Safety Awareness Week Begins, Project HOPE Says Education is Key to Avoiding Medical Errors in the Developing World”. <http://www.projecthope.org/news-blogs/press-releases/patient-safety-awareness-week.html>.
- House of Commons Health Committee (2005) “*The Prevention of Venous Thromboembolism in Hospitalised Patients*”. Second Report of Session 2004–2005. London: The Stationery Office Limited.
- House of Commons, Health Committee (2009) “*Patient Safety: Sixth Report of Session 2008-09*”, Vol. 1, London.
- Hyatt et al. (1989) “A study of medical injury and med mal: an overview”. *NEJM*.
- ICAPGroup (2010) “*Ιδιωτικές Υπηρεσίες Υγείας*”, κλαδική μελέτη. Διεύθυνση Οικονομικών Μελετών, Αθήνα.
- Insurance Information Institute (2003) “*Hot topic and Insurance Issues: Med Mal*”. <http://www.iii.org/media/hottopics/insurance/medicalmal>.
- IOM (1990) “*Medicare: A Strategy for Quality Assurance*”. K.N. Lohr, (ed.) Washington, D.C.: National Academy Press.
- IOM (1999a) “*Measuring the Quality of Health Care. A Statement by the National Roundtable on Health Care Quality*”. M.S. Donaldson, (ed.) Washington, D.C.: National Academy Press.
- IOM (1999) “*To Err is human: Building a safer health system*”. Washington, DC: National Academy Press 28.
- IOM (2001) “*Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*”. Washington, DC: National Academy Press.

- Jick, H (1974) “Drugs – remarkably nontoxic”. *N Engl J Med*, 291:824–828.
- Johnson, WG, Brennan, TA, Newhouse, JP, Leape, LL, Lawthers, AG, Hiatt, HH and Weiler, PC (1992) “The Economic Consequences of Medical Injuries: Implications for a No-Fault Insurance Plan”. *JAMA*, 267(18):2487-92.
- Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations [JCAHO] (2011) *Sentinel Event Policy and Procedures*.
- http://www.jointcommission.org/Sentinel_Event_Policy_and_Procedures/
- Kass BL (2001) “Reducing and Preventing Adverse Drug Events to Decrease Hospital Costs: Research in Action, Issue 1. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD.
- <http://www.ahrq.gov/research/findings/factsheets/errors-safety/aderia/index.html>
- Kaushal, R, Bates, DW, Franz, C, Soukup, JR, Rothschild, JM (2007) “Costs of adverse events in intensive care units”. *Crit Care Med*, 35(11):2479-83.
- Kelly, D (2006) “Applying quality management in healthcare: a systems approach”, Health Administration Press, AUPHA Press, 2nd ed., Washington, DC.
- Konver, C and Gergen, PJ (1998) “Nurse staffing Levels and adverse events following surgery in U.S hospitals”. *Journal of Nursing Scholarship*, 30:315-321.
- Lazarou, J, Pomeranz, BH and Corey, PN (1998) “Incidence of adverse drug reactions in hospitalized patients: a meta-analysis of prospective studies”. *JAMA*, 279(15), pp. 1200-5.
- Leape, L (1994) “Error in Medicine”. *Journal of the American Medical Association*, 272 (23):1851-57.
- Leapfrog Group (2006) “*The Leapfrog Group Issues Call for Hospitals to Commit to New Policy on Health Care “Never Events”*”.
- http://www.leapfroggroup.org/media/file/Never_Events_release_FINAL.pdf
- Mello, M (2002) “Does the Tort System Improve Medical Quality?” *Presentation to World Medical Leaders*, New York City, October 25.
- Mello, M, Studdert, D, Thomas, E, Yoon, C and Brennan, T (2007) “Who Pays for

- Medical Errors? An Analysis of Adverse Event Costs, The Medical Liability System and Incentives for Patient Safety Improvement”. *Journal of Empirical Legal Studies*, 4(4):835–860.
- Milch, CE, Salem, DN, Pauker, SG, Lundquist, TG, Kumar, S and Chen, J (2006) “Voluntary electronic reporting of medical errors and adverse events: An analysis of 92,547 reports from 26 acute care hospitals”. *J Gen Intern Med*, 21(2):165-170.
- Mitchell, PH and Soule, ES (2008) “Defining Patient Safety and Quality Care”. In: Hughes RG (ed) *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US).
- National Center for Policy Analysis (2009) “*Medical Errors: US vs. UK*”. Gorman, L (ed.). <http://healthblog.ncpa.org/medical-errors-us-vs-uk/>.
- National Coalition on Health Care and the Institute for Healthcare Improvement (2000) *Reducing Medical Errors and Improving Patient Safety Success Stories From the Front Lines of Medicine*. Monograph, in *Accelerating Change Today (A.C.T.) for America’s Health*.
- National Coordinating Council on Medication Error Reporting and Prevention [NCC MERP] (1998) *Taxonomy of Medication Errors, Index for Categorizing Errors*.
- National Journal (2011) “*Medical Errors Cost Health Care System Billions*”. National Journal Health Care. <http://www.nationaljournal.com/healthcare/medical-errors-cost-health-care-system-billions-20110407>.
- National Patient Safety Agency [NPSA] (2004) “*Making the NHS a Safer Place*”. (London: NPSA).
- National Patient Safety Agency [NPSA] (2008) “*A risk matrix for risk managers*”. <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/EasySiteWeb/getresource.axd?AssetID=60149&...>
- National Patient Safety Agency [NPSA] (2010) “*Never Events, annual report 2009/10*”. Department of Health, NHS.
- National Quality Forum [NQF] (2007) “*Serious reportable events in healthcare*”. Washington, DC, pp.5–7.

- Neumann, PJ, Parente, ST and Paramore, LC (1996) “Potential savings from using information technology applications in health care in the United States”. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 12(3), 425-435.
- Novinite JSC (2010) “7000 Bulgarian Deaths Annually Attributed to Medical Errors”. http://www.novinite.com/view_news.php?id=113282.
- NQF (2010) “National voluntary consensus standards for public reporting of patient safety event information: A consensus report”. Washington, DC: NQF, pp.13-18.
- Nuckols, TK, Bell, DS, Liu, H et al. (2007) “Rates and types of events reported to established incident reporting systems in two US hospitals”. *Qual Saf Health*, 16:164-8.
- Null, G, Dean, C, Feldman, M, Rasio, D and Smith, D (2007) “Death by medicine”. *Life Extension Magazine*.
http://www.lef.org/magazine/mag2004/mar2004_awsj_death_01.htm.
- OECD (2004) “Selecting Indicators for Patient Safety at the Health Systems Level in OECD Countries”. OECD Health Technical Papers, J. Millar, S. Mattke and the Members of the OECD Patient Safety Panel, DELSA/ELSA/WD/HTP(2004)18, Directorate for Employment, Labour and Social Affairs Health Committee, France.
- OECD (2009) “OECD Economic Surveys: Greece”. OECD Publishing, Paris.
http://dx.doi.org/10.1787/eco_surveys-grc-2011-en.
- OECD (2009a) “Health Care System in Greece, OECD Public Management reviews: Strengthening Public Administration Reform in Greece”, Paris.
- OECD (2010) “Health Data 2010”. Paris.
- OECD (2011) “Patient Safety”. OECD Health Data.
<http://www.oecd.org/health/health-systems/healthcarequalityindicators.htm>.
- OECD (2011a) “Obstetric trauma”, in Health at a Glance 2011: OECD Indicators, OECD Publishing. http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2011-44-en.

- OECD (2012) “*Health at a Glance: Europe 2012*”. OECD Publishing.
<http://dx.doi.org/10.1787/9789264183896-en>.
- OECD (2013) “*OECD Health Data 2013*”. OECD Health Statistics (database).<http://www.oecd.org/els/health-systems/Briefing-Note-GREECE-2013.pdf>.
- Orgeas, MG, Timsit, JF, Soufir, L, Tafflet, M, Adrie, C, Philippart, F et al. (2008) “Impact of adverse events on outcomes in intensive care unit patients”. *Critical Care Medicine*, 36(7):2041-2047.
- Osmon S, Harris, CB, Dunagan, WC, et al. (2004) “Reporting of medical errors: an intensive care unit experience”. *Crit Care Med*, 32:727-33.
- Papanikolaou, V and Ntani, S (2008) “Addressing the paradoxes of satisfaction with hospital care”. *Int J Health Care Qual Assur*, 21(6):548-61.
- Parliamentary (2009) “*An open, reporting and learning NHS*”, Patient Safety - Health Committee Publications.
<http://www.publications.parliament.uk/pa/cm200809/cmselect/cmhealth/151/15108.htm>.
- Pinilla, J, Murillo, C, Carrasco, G and Humet, C (2006) “Case-control analysis of the financial cost of medication errors in hospitalized patients”. *Eur J Health Economics*, 7:66–71.
- QAP (2001) “*Institutionalization of Quality Assurance Project Report*”. Published for the U.S. Agency for International Development (USAID), Bethesda, Maryland, U.S.A.
- QuIC (2000) “*Doing what counts for patient safety: Federal actions to reduce medical errors and their impact*”. Report of QuIC to the President. Center for Quality Improvement and Patient Safety (CQuIPS), Rockville, MD.
<http://www.quic.gov/report/mederr4.htm#evidence/>.
- Raghupathi, W (1997) “Health care information systems”. *Communications of the ACM*, 40, 8: 81-82.
- Reilly, J, McIntosh, J and Currie, K (2002) “The effect of feedback of performance data on surgical practice”. *Journal of Advanced Nursing* (38) 6: 1-8.

- Riga, M and Vozikis, A (2009) “M.E.R.I.S: Information System for the identification, collection, analysis and reporting of Medical Errors”. *Scientific Research Papers of Management Information System Laboratory*, TEI of Piraeus, Academic Year 2006-2008, pp. 55-80.
- Rothschild, JM, Landrigan, CP, Cronin, JW et al (2005) “The critical care safety study: The incidence and nature of adverse events and serious medical errors in intensive care”. *Crit Care Med*, 33(8):1694–1700.
- Rozich, JD, Haraden, CR and Resar, RK (2003) “Adverse drug event trigger tool: A practical methodology for measuring medication related harm”. *Qual Saf Health Care*, 12:194–200.
- Santerre, RE and Neun, SP (2013) “Οικονομικά της Υγείας, Θεωρία, Προοπτική & Συστηματική Μελέτη”. Μετάφραση στα ελληνικά και γενική επιμέλεια της ελληνικής έκδοσης Α. Βοζίκης, Μ. Κελέση-Σταυροπούλου. εκδ. Πασχαλίδη, Αθήνα.
- Saudi Gazette (2009) “*Patients dissatisfied with careless physicians*”. Shaikh, H (ed). <http://www.saudigazette.com.sa/index.cfm?method=home.regcon&contentID=2009080746034>.
- Schoen, C, Osborn, R, Doty, MM, Bishop, M, Peugh, J and Murukutla, N (2007) “Toward Higher-Performance Health Systems: Adults' Health Care Experiences In Seven Countries”. *Health Affairs*, 26, no.6:w717-w734.
- Scott, II RD (2009) “*The Direct Medical costs of Healthcare-Associated Infections in U.S. Hospitals and the Benefits of Prevention*”. Division of Healthcare Quality Promotion, National Center for Preparedness, Detection, and Control of Infectious Diseases, Coordinating Center for Infectious Diseases, Centers for Disease Control and Prevention
- Scully, JL (2004) “Whatisadisease?” *EMBO Reports*, Vol. 5(7): 650–653.
- Shreve, J, Van Den Bos, J, Gray, T, Halford, M, Rustagi, K and Ziemkiewicz, Eva (2010) “*The Economic Measurement of Medical Errors*”. Society of Actuaries' Health Section, Milliman.
- Smetzer, J and Cohen, M (2007) “Medication error reporting systems” In: Cohen, M

- (ed) Medication errors, 2nd edn. Washington, DC: American Pharmacists Association (APhA).
- Starfield, B (2000a) “Is US health really the best in the world?” *JAMA*, 284(4):483-5.
- Starfield, B (2000b) “Deficiencies in US medical care”. *JAMA*, 284(17):2184-5.
- Studdert, DM, Mello, MM and Brennan, TA (2004) “Medical Malpractice”. *N Engl J Med*, 350(3):283-292.
- Studdert, DM, Thomas, EJ, Burstin, HR et al. (2000) “Negligent Care and Malpractice Claiming Behavior in Utah and Colorado”, *38 Medical Care*, p. 250.
- The New York Times (2012) “*New System for Patients to Report Medical Mistakes*”. Robert Pear (ed.), September 23, on page A20.
<http://www.nytimes.com/2012/09/23/health/new-system-for-patients-to-report-medical-mistakes.html>.
- Theodorokioglou, Y and Tsiotras, G (2000) “The need for the introduction of quality management into Greek health care”. *Total Quality Management and Business Excellence*, 11(8):1153–1165.
- The Telegraph (2008) “*Nine out of ten preventable deaths in the NHS are not reported*”. Smith, R (ed).
<http://www.telegraph.co.uk/health/3287571/Nine-out-of-ten-preventable-deaths-in-the-NHS-are-not-reported.html>.
- The Telegraph (2008a) “*Report finds 350 surgery errors every day*”. Smith, R (ed).<http://www.telegraph.co.uk/news/uknews/2403789/Report-finds-350-surgery-errors-every-day.html>.
- The Telegraph (2010) “*List of mistakes that should never happen in NHS is extended*”. Smith, R (ed).
<http://www.telegraph.co.uk/health/healthnews/8050903/List-of-mistakes-that-should-never-happen-in-NHS-is-extended.html>.
- The Telegraph (2011) “*Hospitals to be stripped of payment for mistakes which should ‘never ever’ happen*”. Prince, R (ed).

<http://www.telegraph.co.uk/news/politics/conservative/8343350/Hospitals-to-be-stripped-of-payment-for-mistakes-which-should-never-ever-happen.html>.

The Telegraph (2012) “*Hundreds of patients subjected to NHS blunders that 'should never happen'*”. Smith, R (ed).

<http://www.telegraph.co.uk/health/healthnews/9640413/Hundreds-of-patients-subjected-to-NHS-blunders-that-should-never-happen.html>.

The Telegraph (2013) “*Hundreds of patients have operations on wrong body part*”. Donnelly, L (ed).

<http://www.telegraph.co.uk/health/healthnews/10046623/Hundreds-of-patients-have-operations-on-wrong-body-part.html>.

Thomas, EJ and Petersen, LA (2003) “Measuring Errors and Adverse Events in Health Care”. *Journal of General Internal Medicine*, 18 (1), pp.61–67.

Thomas, EJ, Studdert, DM, Burstin, HR, Orav, EJ, Zeena, T, Williams, EJ, et al. (2000b) “Incidence and types of adverse events and negligent care in Utah and Colorado”. *Medical Care*, 38(3):261–271.

Thomas, EJ, Studdert, DM, Newhouse, JP, Zbar, BI, Howard, KM, Williams, EJ and Brennan, TA (1999) “Costs of Medical Injuries in Utah and Colorado”. *Inquiry*, 36(3):255-64.

Thomas, EJ, Studdert, DM, Runciman, WB, Webb, RK, Sexton, EJ, Wilson, RM et al. (2000) “A comparison of iatrogenic injury studies in Australia and the USA, I: Context, methods, casemix, population, patient and hospital characteristics”. *Int J Qual Health Care*, 12:371–378.

Thomson, R, Luettel, D, Healey, F and Scobie, S (2007) “*The fifth report from the Patient Safety Observatory Safer care for the acutely ill patient: learning from serious incidents*”. The National Patient Safety Agency [NPSA], UK.

Thomson, S, Osborn, R, Squires, D and Reed, SJ (2011) “*International profiles of Health care systems: Australia, Canada, Denmark, England, France, Germany, Italy, Japan, the Netherlands, New Zealand, Norway, Sweden, Switzerland, and the United States*”. New York: The Commonwealth Fund.

Tunis, SR and Gelband, H (1994) “Health care technology in the United States”.

- Health Policy*, 30(1–3): 335–396.
- U.S. Congress, (1994) “*Defensive Medicine and Medical Malpractice*”. Office of Technology Assessment. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- US Dept of Health and Human Services (2002) “*Confronting the New Health Care Crisis: Improving Health Care Quality and Lowering Costs By Fixing Our Medical Liability System*”. Washington, D.C.: Office of the Assistant Secretary for Planning and Evaluation.
- U.S. Dept of Health and Human Services (2011) “*National Strategy for Quality Improvement in Health Care: Report to Congress*”. Washington, D.C.
- Utah Department of Health (2010) “*Utah Sentinel Events Data Report, Identifying Opportunities for Improvement*”, Health Insight and Utah Hospitals & Health Systems Association, 2009. <http://health.utah.gov/psi/>
- Valentine, N et al. (2003) “Patient experiences with health services: Population surveys from 16 OECD countries”. In: Murray, Ch and Evans, D (eds.) *Health systems performance assessment: Debates, methods and empiricism*. Geneva, World Health Organization: 643–652.
- Veillard, J, Champagne, F, Klazinga, N, Kazandjian, V, Arah, OA and Guisset, AL (2005) “A performance assessment framework for hospitals: the WHO regional office for Europe PATH project”. *International Journal of Quality in Health Care*, 17: pp. 487-496.
- VHA/Institute for Healthcare Improvement [VHA/IHI] (2002) “*IHI Intensive care unit (ICU) Adverse event trigger tool IDICU Project*”, v.1. <http://www.ihl.org/knowledge/Pages/Tools/ICUAdverseEventTriggerTool.aspx>.
- Vincent, C, Neale, G and Woloshynowych, M (2001) “Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective record review”. *BMJ*, 322:517-9.
- Vincent, C, Stanhope, N and Crowley-Murphy, M (1999) “Reasons for not reporting adverse incidents: an empirical study”. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 5(1):13-21.
- Vozikis, A (2009) “Information management of medical errors in Greece: The MERIS proposal”. *International Journal of Information Management*,

29(1):15–26.

Vozikis, A and Riga, M (2008) “M.E.R.I.S.: Information System for the identification, collection, analysis and reporting of Medical Errors”. *2nd International Scientific Conference R A-2*, Proceedings, Piraeus, pp.423-437.

Vozikis, A and Riga, M (2012) “Patterns of Medical Errors: A Challenge for Quality Assurance in the Greek Health System”. In: Savsar M (ed) *Quality Assurance and Management*. InTech, Croatia.

Wald, H and Shojania, KG (2001) “Incident reporting. Evidence Report/Technology Assessment”. In: Shojania, KG, Duncan, BW, McDonald, KM, et al., (eds), *Making Health Care Safer: A Critical Analysis of Patient Safety Practices*. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, No. 43. AHRQ publication 01-E058.

Wanted in Rome (2006) “*Medical errors kill Italians*”.

<http://www.wantedinrome.com/news/2290/medical-errors-kill-italians.html>.

Webb, A, Fee, CAh, Cockings, J, Endacott, R, Guha, A, Hopkinson, R, Marjoribanks, S, Norton, A, Pittard, A, Reader, T, Ridley, S, Thomas, T, Fintel, von N, Watson, D and Wenstone, R (2006) “*Standards for critical incident reporting in critical care*”. Council of the Intensive Care Society. http://www.anaesthesiaconference.kiev.ua/Downloads/ICU%20icsincident%20reporting_2006.pdf.

Weingart, SN, McL Wilson, R, Gibberd, RW and Harrison, B (2000) “Epidemiology of medical error”. *West J Med*, 172(6): 390–393.

WHO (2006) “*Quality of care. A process for making strategic choices in health systems*”. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, WHO Press, Switzerland.

WHO (2012) “*Facts and figures*”. World Health Organization Regional Office for Europe.

<http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/Health-systems/patient-safety/facts-and-figures>.

WHO Collaborating Centre for Patient Safety Solutions (2007) “*Patient Safety*

Solutions Preamble - May 2007". Patient Safety Solutions, Vol. 1.

WHO Collaborating Centre for Patient Safety Solutions (2007a) "*Performance of Correct Procedure at Correct Body Site*". Patient Safety Solutions, Vol. 1, solution 4.

Wieshammer et al. (2007) "1 in 3 patients with asthma or COPD misuse inhalers". CHEST the 73rd annual international scientific assembly, American College of Chest Physicians (ACCP), Chicago, IL, October 23. http://www.eurekalert.org/pub_releases/2007-10/acoc-1i3101607.php.

Wilson, RM, Runciman, WB, Gibberd, RW, Harrison, BT, Newby, L and Hamilton, JD (1995) "The Quality in Australian Health Care Study". *Med J Aust*, 163(9):458-71.

World Health Assembly (2002) "Quality of care: patient safety." WHA55.18, Agenda item 13.9, *Ninth plenary meeting*, 18 May 2002 A55/VR/92002.

Yaneer Bar-Yam (2006) "Improving the Effectiveness of Health Care and Public Health: A Multiscale Complex Systems Analysis". *Am J Public Health*, 96(3): 459-466.

Zegers, M, de Bruijne, MC, Wagner, C, Hoonhout, LH, Waaijman, R, Smits, M, Hout, FA, Zwaan, L, Christiaans-Dingelhoff, I, Timmermans, DR, Groenewegen, PP and van der Wal, G (2009) "Adverse events and potentially preventable deaths in Dutch hospitals: results of a retrospective patient record review study". *Qual Saf Health Care*. 18(4):297-302.

Zhan, C, Friedman, B, Mosso, A and Pronovost, P (2006) "Medicare Payment for Selected Adverse Events: Building the Business Case for Investing In Patient Safety". *Health Affairs*, Vol. 25, no. 5:pp. 1386-1393.

Zhan, C and Miller, MR (2003) "Excess length of stay, charges, and mortality attributable to medical injuries during hospitalization". *JAMA*, 290:1868-1874.

Zinn, C (1995) "14,000 preventable deaths in Australia". *BMJ*, 310:1487.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α΄

ΕΚΤΕΤΑΜΕΝΟΙ ΠΙΝΑΚΕΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ 1ου ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟΥ ΠΕΔΙΟΥ: ΤΟ ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΦΑΛΜΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Τα περιγραφικά στατιστικά μέτρα του ύψους της επιδικασθείσας αποζημίωσης ανά
βαρύτητα ιατρικού σφάλματος

ΙΑΤΡΙΚΟ_ΣΦΑΛΜΑ_ΒΑΡΥΤΗΤΑ		Statistic	Std. Error	
ΕΠΙΔΙΚΑΣΘ_ΑΠΟΖΗΜ	0	Mean	171885,5723	
		95% Lower Confidence Interval for Mean	84466,5006	
		95% Upper Confidence Interval for Mean	259304,6440	
		5% Trimmed Mean	163206,1915	
		Median	102715,0000	
		Variance	20927429406,014	
		Std. Deviation	144663,15843	
		Minimum	0,00	
		Maximum	500000,00	
		Range	500000,00	
		Interquartile Range	239585,34	
		Skewness	,961	,616
		Kurtosis	,511	1,191
	999		Mean	4500,0000
			95% Lower Confidence Interval for Mean	--4918,6082
			95% Upper Confidence Interval for Mean	13918,6082
			5% Trimmed Mean	0,0000
		Median	0,0000	
		Variance	405000000,000	
		Std. Deviation	20124,61180	
		Minimum	0,00	
		Maximum	90000,00	
		Range	90000,00	
		Interquartile Range	0,00	
		Skewness	4,472	,512
		Kurtosis	20,000	,992
E			Mean	42927,5235
			95% Lower Confidence Interval for Mean	26044,7019
			95% Upper Confidence Interval for Mean	59810,3451
			5% Trimmed Mean	35975,8658
		Median	30000,0000	
		Variance	2341246064,707	
		Std. Deviation	48386,42438	
		Minimum	0,00	

	Maximum	250000,00	
	Range	250000,00	
	Interquartile Range	36242,50	
	Skewness	2,852	,403
	Kurtosis	10,106	,788
F	Mean	152265,4867	47411,93464
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound 42933,3693 Upper Bound 261597,6040	
	5% Trimmed Mean	145408,6135	
	Median	140000,0000	
	Variance	20231023918,768	
	Std. Deviation	142235,80393	
	Minimum	8807,00	
	Maximum	419147,69	
	Range	410340,69	
	Interquartile Range	229930,35	
	Skewness	,931	,717
	Kurtosis	,152	1,400
G	Mean	333195,5155	44594,68500
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound 244396,1530 Upper Bound 421994,8780	
	5% Trimmed Mean	285412,7127	
	Median	175136,3100	
	Variance	155117502545,996	
	Std. Deviation	393849,59381	
	Minimum	4108,58	
	Maximum	2,25E+06	
	Range	2249298,59	
	Interquartile Range	456456,30	
	Skewness	2,216	,272
	Kurtosis	6,720	,538
H	Mean	98938,0000	62128,00000
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound --690473,0878 Upper Bound 888349,0878	
	5% Trimmed Mean		
	Median	98938,0000	
	Variance	7719776768,000	
	Std. Deviation	87862,26020	
	Minimum	36810,00	
	Maximum	161066,00	
	Range	124256,00	
	Interquartile Range		
	Skewness		
	Kurtosis		
I	Mean	551762,1329	110838,71689

95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	330126,4205	
	Upper Bound	773397,8453	
5% Trimmed Mean		409522,5670	
Median		296735,1400	
Variance		761683712070,521	
Std. Deviation		872744,92956	
Minimum		0,00	
Maximum		3,68E+06	
Range		3684400,00	
Interquartile Range		303025,76	
Skewness		2,982	,304
Kurtosis		8,173	,599

Το % συμμετοχής όλων των ΚΕΝ στη συνολική επιβάρυνση του συστήματος υγείας

TOTAL_COST_EST_OF_IMPACT						
DRG	N	% of Total N	Sum	Mean	Std. Deviation	% of Total Sum
N20M	26	7,0%	199830,00	7685,7692	11003,03819	19,8%
Φ60M	80	21,4%	153890,00	1923,6250	2917,66703	15,3%
P05Mα	9	2,4%	69516,00	7724,0000	240,00000	6,9%
P20M	16	4,3%	46056,00	2878,5000	1608,79458	4,6%
P21M	12	3,2%	42452,00	3537,6667	3298,21945	4,2%
M07A	3	,8%	35970,00	11990,0000	9191,90405	3,6%
S23M	13	3,5%	28847,00	2219,0000	648,99923	2,9%
Π04Mα	6	1,6%	26088,00	4348,0000	3233,32646	2,6%
K40M	14	3,8%	25452,00	1818,0000	0,00000	2,5%
Φ62M	18	4,8%	23004,00	1278,0000	403,05087	2,3%
Z22M	8	2,1%	22746,00	2843,2500	1783,16683	2,3%
Υ20Mα	5	1,3%	21165,00	4233,0000	3577,70876	2,1%
N30Mα	5	1,3%	20295,00	4059,0000	3541,93168	2,0%
Φ64M	11	2,9%	18419,00	1674,4545	899,18145	1,8%
N38M	8	2,1%	16920,00	2115,0000	0,00000	1,7%
A24M	7	1,9%	11585,00	1655,0000	0,00000	1,2%
P24Mα	3	,8%	11319,00	3773,0000	0,00000	1,1%
K46M	8	2,1%	10770,00	1346,2500	286,37825	1,1%
K42M	5	1,3%	9340,00	1868,0000	0,00000	,9%
M01M	1	,3%	9107,00	9107,0000	.	,9%
K07Mα	1	,3%	8818,00	8818,0000	.	,9%
O21M	5	1,3%	8295,00	1659,0000	1811,21506	,8%
A21M	4	1,1%	7952,00	1988,0000	0,00000	,8%
Δ14A	2	,5%	7758,00	3879,0000	63,63961	,8%
Λ01M	2	,5%	7010,00	3505,0000	3118,34091	,7%
M66M	1	,3%	6534,00	6534,0000	.	,6%
Ψ42M	2	,5%	5840,00	2920,0000	0,00000	,6%

N29M	5	1,3%	5590,00	1118,0000	0,00000	,6%
K31M	3	,8%	5559,00	1853,0000	0,00000	,6%
Γ04M	3	,8%	5400,00	1800,0000	0,00000	,5%
Υ23M	2	,5%	5198,00	2599,0000	1463,71104	,5%
M69M	3	,8%	5040,00	1680,0000	259,80762	,5%
M76M	1	,3%	4774,00	4774,0000	.	,5%
M08M	1	,3%	4449,00	4449,0000	.	,4%
K45Mα	2	,5%	4414,00	2207,0000	0,00000	,4%
M04M	1	,3%	4400,00	4400,0000	.	,4%
Λ02M	4	1,1%	4400,00	1100,0000	0,00000	,4%
K41M	1	,3%	4365,00	4365,0000	.	,4%
A35Mα	3	,8%	4245,00	1415,0000	0,00000	,4%
H42M	2	,5%	4010,00	2005,0000	353,55339	,4%
Θ01M	1	,3%	4005,00	4005,0000	.	,4%
Π12Mα	1	,3%	3797,00	3797,0000	.	,4%
O02A	2	,5%	3558,00	1779,0000	445,47727	,4%
K42X	1	,3%	3549,00	3549,0000	.	,4%
Ψ45A	3	,8%	3450,00	1150,0000	160,23420	,3%
B01M	1	,3%	3230,00	3230,0000	.	,3%
N34M	1	,3%	3170,00	3170,0000	.	,3%
K43M	3	,8%	3036,00	1012,0000	0,00000	,3%
G01Mα	1	,3%	2860,00	2860,0000	.	,3%
M28M	1	,3%	2849,00	2849,0000	.	,3%
N33A	4	1,1%	2688,00	672,0000	0,00000	,3%
Δ20M	1	,3%	2669,00	2669,0000	.	,3%
M61M	1	,3%	2650,00	2650,0000	.	,3%
M64M	1	,3%	2427,00	2427,0000	.	,2%
Υ04Mβ	1	,3%	2361,00	2361,0000	.	,2%
Z03A	1	,3%	2312,00	2312,0000	.	,2%
N27Mα	1	,3%	2299,00	2299,0000	.	,2%
N07M	1	,3%	2284,00	2284,0000	.	,2%
Δ29M	1	,3%	2171,00	2171,0000	.	,2%
Π50M	2	,5%	2066,00	1033,0000	0,00000	,2%
M73M	1	,3%	2044,00	2044,0000	.	,2%
Π26M	1	,3%	2000,00	2000,0000	.	,2%
Π10M	1	,3%	1697,00	1697,0000	.	,2%
M75M	1	,3%	1545,00	1545,0000	.	,2%
K35M	1	,3%	1525,00	1525,0000	.	,2%
Υ27M	1	,3%	1521,00	1521,0000	.	,2%
Α12M	1	,3%	1500,00	1500,0000	.	,1%
Π07M	1	,3%	1409,00	1409,0000	.	,1%
P24Mβ	1	,3%	1401,00	1401,0000	.	,1%
Φ61A	5	1,3%	1400,00	280,0000	0,00000	,1%
N31M	1	,3%	1372,00	1372,0000	.	,1%
O04A	1	,3%	1328,00	1328,0000	.	,1%
Φ63M	1	,3%	1245,00	1245,0000	.	,1%
Δ10A	2	,5%	1222,00	611,0000	0,00000	,1%

B06M	1	,3%	1212,00	1212,0000	.	,1%
Λ04M	1	,3%	1200,00	1200,0000	.	,1%
Λ25M	1	,3%	1105,00	1105,0000	.	,1%
Ξ22A	2	,5%	1028,00	514,0000	0,00000	,1%
Δ22M	1	,3%	965,00	965,0000	.	,1%
Υ25M	1	,3%	900,00	900,0000	.	,1%
Z21A	1	,3%	848,00	848,0000	.	,1%
Α29M	1	,3%	792,00	792,0000	.	,1%
Ο23A	2	,5%	560,00	280,0000	0,00000	,1%
Π11A	1	,3%	514,00	514,0000	.	,1%
N25A	1	,3%	439,00	439,0000	.	,0%
Λ04X	1	,3%	400,00	400,0000	.	,0%
Ο14A	1	,3%	369,00	369,0000	.	,0%
K37X	1	,3%	355,00	355,0000	.	,0%
Γ21A	1	,3%	343,00	343,0000	.	,0%
Λ05A	1	,3%	200,00	200,0000	.	,0%
Ω37B	1	,3%	150,00	150,0000	.	,0%
Total	373	100,0%	1006842,00	2699,3083	3984,41687	100,0%

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β΄

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ DEMO ΑΝΑΦΟΡΑΣ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΣΤΟ ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΟ ΣΥΣΤΗΜΑ MERIS

Παρουσίαση demo καταχώρησης περιστατικού στο υποχρεωτικό υποσύστημα αναφοράς (*mandatory reporting module*)

Ο ερευνητής που θέλει να ξεκινήσει την καταχώρηση των δεδομένων στο MERIS, θα πατήσει το σύνδεσμο Συνέχεια στο υγειονομικό προσωπικό, της αρχικής σελίδας του συστήματος. Πριν την έναρξη της καταχώρησης, έχει τη δυνατότητα να περιηγηθεί στις Πληροφορίες όπου μπορεί να λάβει μια συνοπτική ενημέρωση για το είδος και το σκοπό της συγκεκριμένης ερευνητικής διαδικασίας.

Αρχική σελίδα του MERIS σχετικά με το υποχρεωτικό υποσύστημα αναφοράς

The screenshot shows the home page of the MERIS system. The header includes the MERIS logo and the text 'ΣΥΣΤΗΜΑ ΑΝΙΧΝΕΥΣΗΣ, ΑΝΑΦΟΡΑΣ & ΑΝΑΛΥΣΗΣ ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΩΝ ΣΥΜΒΑΝΤΩΝ'. To the right is the logo of the University of Piraeus and the Department of Economic Sciences. Below the header, there are three main sections: 'Διαχείριση' (Management), 'Υγειονομικό προσωπικό' (Medical staff), and 'Πολίτες' (Citizens). Each section has a corresponding image and a 'Συνέχεια' (Continue) button. At the bottom, there are logos for the European Union, the Ministry of Health, and the NSRF (ΕΣΠΑ 2007-2013).

MERIS
ΣΥΣΤΗΜΑ ΑΝΙΧΝΕΥΣΗΣ, ΑΝΑΦΟΡΑΣ & ΑΝΑΛΥΣΗΣ
ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΩΝ ΣΥΜΒΑΝΤΩΝ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ
ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ

Αρχική σελίδα Πληροφορίες

15
Μαρ 12

Πληροφορίες

ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ
ΕΣΠΑ
2007-2010
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΥΝΕΡΓΑΤΙΚΗΣ ΔΡΑΣΗΣ
ΜΕΤΡΑ ΚΑΤΑ ΤΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΙΑΚΗΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ «ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΑΣ»
ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΙΑΚΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ «ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΑΣ»

Η ΠΑΡΟΥΣΑ ΕΡΕΥΝΑ ΕΧΕΙ ΣΥΧΡΗΜΑΤΟΛΟΓΗΣΕΙ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ (ΕΥΡΩΠΑΪΚΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΤΑΜΕΙΟ - ΕΚΤ) ΚΑΙ ΑΠΟ ΕΘΝΙΚΟΥΣ ΠΟΡΟΥΣ ΜΕΣΩ ΤΟΥ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΙΑΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ «ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΑΣ» ΤΟΥ ΕΘΝΙΚΟΥ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΟΥ ΠΛΑΙΣΙΟΥ ΑΝΑΦΟΡΑΣ (ΕΣΠΑ) - ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΧΡΗΜΑΤΟΛΟΓΟΥΜΕΝΟ ΕΡΓΟ: ΗΡΑΚΛΕΙΟΣ ΙΙ. ΕΠΕΝΔΥΣΗ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΑ ΤΗΣ ΓΝΩΣΗΣ ΜΕΣΩ ΤΟΥ ΕΥΡΩΠΑΪΚΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΤΑΜΕΙΟΥ

Το τμήμα Οικονομικής Επιστήμης του Πανεπιστημίου Πειραιώς έχει αναπτύξει ένα σύστημα ανίχνευσης, αναφοράς και ανάλυσης ιατρικών σφαλμάτων και ανεπιθύμητων συμβάντων σε περιβάλλον Μ.Ε.Θ. με την ονομασία MERIS®.

Η πιλοτική εφαρμογή του συστήματος MERIS® διεξάγεται στο πλαίσιο της διδακτορικής διατριβής της υποψήφιας διδάκτορας Ρήγα Μαρίνας και στην ομάδα εργασίας συμμετέχουν ο Καθηγητής Γιάννης Παλλάλης και ο Επίκ. Καθηγητής Αθανάσιος Βοζίκης, μέλη Δ.Ε.Π. του Τμήματος Οικονομικής Επιστήμης του Πανεπιστημίου Πειραιώς.

Τα ανεπιθύμητα συμβάντα είναι σθέλητα και απρόσμενα περιστατικά, τα οποία θα μπορούσαν να προκαλέσουν, ή προκάλεσαν, βλάβη σε έναν ή περισσότερους ασθενείς, κατά τη διάρκεια παροχής της φροντίδας υγείας στο σύστημα υγείας.

Το MERIS παρέχει τη δυνατότητα υποβολής αναφορών με στοιχεία ανεπιθύμητων περιστατικών, μέσα από μια κατανοητή, σύντομη και ασφαλή διαδικασία.

Πρωταρχικός σκοπός μας είναι να εμπλουτίζεται συνεχώς η γνώση μας σχετικά με την ασφάλεια του ασθενούς, χωρίς να αποσκοπούμε στη αναζήτηση και απόδοση ευθυνών σε μονάδες υγείας και υγειονομικό προσωπικό.


Συγχρόνως, επιδιώκουμε να καλλιεργήσουμε κουλτούρα ενθάρρυνσης του υγειονομικού προσωπικού και των πολιτών, για την ανάδειξη και αντιμετώπιση περιστατικών που απειλούν την ασφάλεια του ασθενή και υποβαθμίζουν την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας υγείας.

Αν έχετε ερωτήσεις ή απορίες σχετικά με τις οθόνες που ακολουθούν παρακαλούμε επικοινωνείτε στο avozik@unipi.gr ή στο marina.riga@yahoo.com.

Παραθέτουμε, στη συνέχεια τις οθόνες του α' υποσυστήματος (Υγειονομικό προσωπικό) του MERIS, μέσα από ένα εικονικό παράδειγμα καταχώρησης περιστατικού από τον ιατρικό φάκελο του ασθενούς (οθόνες 1 έως 7).


Οθόνη 1

MERIS
ΣΥΣΤΗΜΑ ΑΝΙΧΝΕΥΣΗΣ, ΑΝΑΦΟΡΑΣ & ΑΝΑΛΥΣΗΣ
ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΩΝ ΣΥΜΒΑΝΤΩΝ

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**
ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ

Αρχική σελίδα Πληροφορίες

Σύνδεση

Όνομα Χρήστη 

Κωδικός πρόσβασης

Να με θυμάσαι

- > Ξεχάσατε τον Κωδικό σας;
- > Ξεχάσατε το Όνομα Χρήστη;
- > Εγγραφή

Οθόνη 2

Αρχική σελίδα Πληροφορίες

Καταγραφή Δυσμενών Συμβάντων

Μονάδα Υγείας*

Κλινική μονάδα*

Έτος αναφοράς*

Μήνας Αναφοράς*

Εβδομάδα αναφοράς*

Οθόνη 4

Αρχική σελίδα Πληροφορίες

Καταγραφή Δυσμενών Συμβάντων

Αποσύνδεση

Ενδείξεις δυσμενούς συμβάντος*

- ICU00 Άγνωστο
- ICU01 Θετική αιμοκαλλιέργεια
- ICU02 Απότομη πτώση του Αιματοκρίτη (Hct) ή της Αιμοσφαιρίνης (Hg) κατά 4 μονάδες ή παραπάνω
- ICU03 Θετικό σε λοίμωξη C. Difficile
- ICU04 *Χρόνος μερικής θρομβοπλαστίνης (PTT) και Διεθνές Κανονικοποιημένο Πηλίκο (INR)*
- ICU05 Γλυκόζη <50 mg/dl
- ICU06 Αύξηση συγκέντρωσης ουρίας αίματος BUN ή ορός κρεατινίνης δύο φορές (2x) πάνω από την τιμή βάσης
- ICU07 Ραδιολογικές εξετάσεις για Clot ή Emboli
- ICU08 Χορήγηση Kayexalate
- ICU09 Χορήγηση Fenistil
- ICU10 Χορήγηση Vitamin K
- ICU11 Χορήγηση Flumazenil (Romazicon)
- ICU12 Χορήγηση Naloxone (Narcan)
- ICU13 Χορήγηση αντι-διαρροϊκών/anti-καθαρτικών
- ICU14 Κωδικοποιημένα μηνύματα
- ICU15 Εμφάνιση πνευμονίας στη μονάδα
- ICU16 Επανεισαγωγή στη μονάδα
- ICU17 Νέα έναρξη (αιμο)διάλυσης
- ICU18 Διαδικασίες εντός της μονάδας
- ICU19 Διασωλήνωση- Καθετηριασμός/ Επαναδιασωλήνωση-Επανακαθετηριασμός
- ICU20 Αιφνίδια διακοπή φαρμακευτικής αγωγής
- ICU21 Υπερβολική καταστολή/Λήθαργος/Υπόταση
- ICU22 Άλλο

<< Πίσω Επόμενο >>

Οθόνη 5

Αρχική σελίδα Πληροφορίες

Καταγραφή Δυσμενών Συμβάντων

Αποσύνδεση

Χαρακτηριστικά περιστατικού

Εξωτερικό περιστατικό;
Αυτό το δυσμενές περιστατικό συνέβη πριν την εισαγωγή στη μονάδα ή το νοσοκομείο.

Ναι
 Όχι

Επανεισαγωγή εντός 48ώρου;
Αυτό το Δυσμενές Συμβάν συνδέθηκε με προηγούμενη εισαγωγή, μέσα στις προηγούμενες 48 ώρες.

Ναι
 Όχι

Επανεισαγωγή εντός 30 ημερών;
Αυτό το Δυσμενές Συμβάν συνδέθηκε με προηγούμενη εισαγωγή, μέσα στις προηγούμενες 30 ημέρες.

Ναι
 Όχι

<< Πίσω Επόμενο >>

Οθόνη 6

Αρχική σελίδα Πληροφορίες

Καταγραφή Δυσμενών Συμβάντων

Αποσύνδεση

Κατηγορία Δυσμενούς Συμβάντος*

Σχετιζόμενα με διασωλήνωση/μηχανικό αερισμό

<< Πίσω Επόμενο >>

Οθόνη 7

Αρχική σελίδα Πληροφορίες

Καταγραφή Δυσμενών Συμβάντων

Αποσύνδεση

Δυσμενές συμβάν*
Σχετιζόμενο με διασωλήνωση/μηχανικό αερισμό
τυχαία αποσωλήνωση

Σχόλια*
Πρέπει να συμπληρώνονται όταν επιλέγεται "άλλο" ή "άγνωστο"

Συνέπεια περιστατικού*

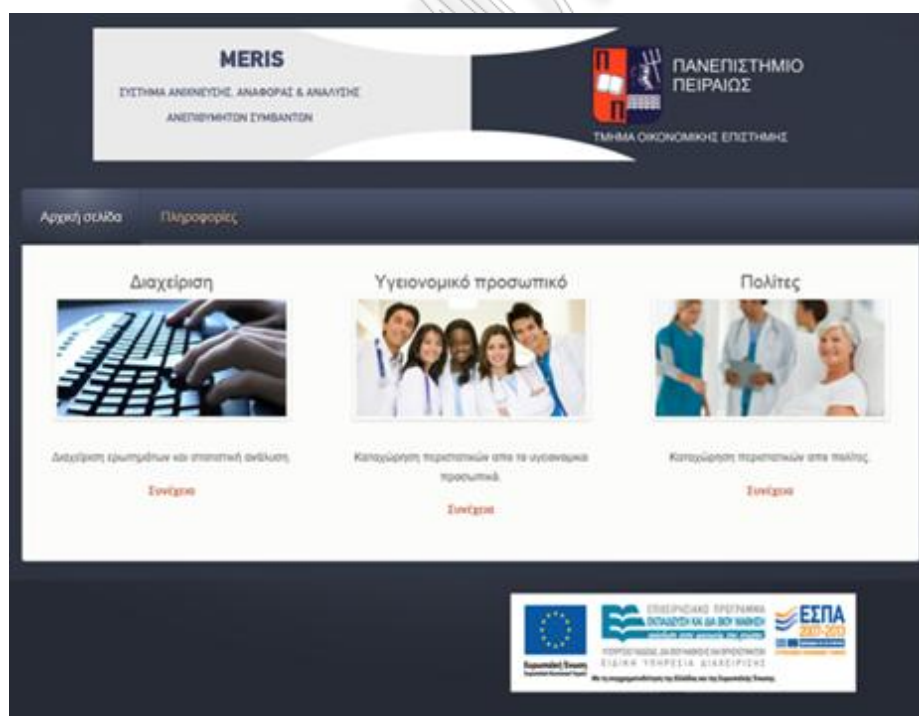
- Απώλεια αίματος
- Τραυματισμός ασθενούς
- Πνευμοθώρακας - αιμοθώρακας
- Εισφόρηση
- Επαναδιασωλήνωση
- Καρδιακή ανακοπή
- Υπερβολική πτώση / αύξηση αρτηριακής πίεσης
- Ταχυκαρδία - βραδυκαρδία
- Αλλεργική αντίδραση
- Αιφνίδια υποξυγοναιμία (Sat<80%, PO2<60mmhg)
- άλλο

<< Πίσω Υποβολή

Παρουσίαση demo καταχώρησης περιστατικού στο υποσύστημα αυτόβουλης (οικειοθελούς) αναφοράς (*voluntaryreportingmodule*)

Οι πολίτες μπορούν να καταχωρήσουν το ιατρικό σφάλμα και ανεπιθύμητο περιστατικό που έχουν υποστεί οι ίδιοι ή οι γνωστοί/συγγενείς τους, πατώντας το σύνδεσμο Συνέχεια στο πεδίο Πολίτες, της αρχικήςσελίδας του MERIS και θα μεταφερθούν στην κεντρική σελίδα του MERIS που αφορά στο υποσύστημα αυτόβουλης (οικειοθελούς) αναφοράς. Εκεί, πριν την έναρξη της διαδικασίας καταχώρησης, οι πολίτες έχουν την ευκαιρία να ενημερωθούν για το αντικείμενο και το σκοπό της έρευνας καθώς και να υποβάλλουν τη δήλωση αποδοχής όρων συμμετοχής στη συγκεκριμένη έρευνα, όπως φαίνεται από τις παρακάτω οθόνες που ακολουθούν.

Αρχική σελίδα του MERIS σχετικά με το υποσύστημα αυτόβουλης (οικειοθελούς) αναφοράς



MERIS: Υποσύστημα Αυτόβουλης Αναφοράς Ανεπιθύμητων Περιστατικών

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

Στο τμήμα Οικονομικής Επιστήμης του Πανεπιστημίου Πειραιώς έχουμε αναπτύξει ένα σύστημα ανίχνευσης, αναφοράς και ανάλυσης ανεπιθύμητων περιστατικών με την ονομασία MERIS. Η πιλοτική εφαρμογή του συστήματος MERIS διεξάγεται στο πλαίσιο της διδακτορικής διατριβής της υποψήφιας διδάκτορος Ρήγα Μαρίνας και στην ομάδα εργασίας συμμετέχουν ο Καθηγητής Γιάννης Πολλάλης και ο Επίκουρος Καθηγητής Θανάσης Βοζίκης.

Τα δυσμενή συμβάντα είναι αθέλητα και απρόσμενα περιστατικά, τα οποία θα μπορούσαν να προκαλέσουν, ή προκάλεσαν, βλάβη σε έναν ή περισσότερους ασθενείς, κατά τη διάρκεια παροχής της φροντίδας υγείας στο σύστημα υγείας.

Το MERIS παρέχει τη δυνατότητα υποβολής αυτόβουλων (οικειοθελών) αναφορών με στοιχεία ανεπιθύμητων περιστατικών, μέσα από μια κατανοητή, σύντομη και ασφαλή διαδικασία. Πρωταρχικός σκοπός μας είναι να εμπλουτίζεται συνεχώς η γνώση μας σχετικά με την ασφάλεια του ασθενούς, χωρίς να αποσκοπούμε στη αναζήτηση και απόδοση ευθυνών σε μονάδες υγείας και υγειονομικό προσωπικό. Συγχρόνως, επιδιώκουμε να καλλιεργήσουμε κουλτούρα ενθάρρυνσης του υγειονομικού προσωπικού και των πολιτών, για την ανάδειξη και αντιμετώπιση περιστατικών που απειλούν την ασφάλεια του ασθενή και υποβαθμίζουν την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας υγείας.

Αν έχετε ερωτήσεις ή απορίες σχετικά με το περιεχόμενο ή τη διαδικασία υποβολής της αναφοράς σας, παρακαλούμε επικοινωνήστε στο avozik@unipi.gr ή στο marina.riga@yahoo.com.

ΑΠΟΔΟΧΗ ΟΡΩΝ

Είναι σημαντικό να γνωρίζετε και να αποδεχτείτε τα παρακάτω τρία χαρακτηριστικά της αναφοράς σας στο MERIS:

1. Το MERIS δεν έχει σκοπό τη διερεύνηση μεμονωμένων περιστατικών ή παραπόνων σχετικά με τη φροντίδα υγείας που σας παρέχει το σύστημα υγείας.
2. Το MERIS δεν αποθηκεύει και δε δημοσιεύει πληροφορίες, που να αναφέρονται σε συγκεκριμένους πολίτες, ασθενείς ή μέλη του υγειονομικού προσωπικού.
3. Συμπληρώνοντας τις φόρμες που ακολουθούν, παραχωρείτε στους ερευνητές την άδεια να διαχειριστούν τις πληροφορίες που παρέχετε, με μοναδικό σκοπό την προστασία της ασφάλειας του ασθενούς και τη βελτίωση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας υγείας.

Σας ευχαριστούμε για τη συνεργασία.

Συνεχίζοντας, αποδέχεστε τους παραπάνω όρους.

Συνέχεια »

Η παρούσα έρευνα έχει συγχρηματοδοτηθεί από την Ευρωπαϊκή Ένωση (Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο - ΕΚΤ) και από εθνικούς πόρους μέσω του Επιχειρησιακού Προγράμματος «Εκπαίδευση και Δια Βίου Μάθηση» του Εθνικού Στρατηγικού Πλαισίου Αναφοράς (ΕΣΠΑ) – Ερευνητικό Χρηματοδοτούμενο Έργο: Ηράκλειτος II. Επένδυση στην κοινωνία της γνώσης μέσω του Ευρωπαϊκού Κοινωνικού Ταμείου

Παραθέτουμε, στη συνέχεια, τις οθόνες του β' υποσυστήματος (Πολίτες) του MERIS, μέσα από ένα εικονικό παράδειγμα καταχώρησης περιστατικού που βίωσε ο ασθενής, κατά την επαφή του με το σύστημα υγείας (οθόνες 1α έως 4α).

MERIS: Υποσύστημα Αυτόβουλης Αναφοράς Ανεπιθύμητων Περιστατικών

* Απαιτείται

Αυτόβουλη Αναφορά Ανεπιθύμητων Περιστατικών (Δυσμενών Συμβάντων)

Λυπούμαστε που εσείς ο ίδιος ή κάποιος από το περιβάλλον σας, βίωσε ένα ανεπιθύμητο περιστατικό στην παροχή φροντίδας υγείας. Θα θέλαμε να μάθουμε γι' αυτήν την εμπειρία σας, ώστε να μην ξανασυμβεί παρόμοιο περιστατικό σε εσάς ή σε κάποιον άλλον.

Οι πληροφορίες που θα μας παρέχετε θα μας βοηθήσουν σε αυτήν την κατεύθυνση.

Παρακαλούμε μη παραλείψετε να απαντήσετε στις ερωτήσεις με την ένδειξη *.

Εσείς που υποβάλετε την αναφορά είσαστε *

Επιλέξτε, την ιδιότητά σας

- Ο ίδιος ο παθών
 Συγγενής ή φίλος
 Άλλο:

Σε ποιο στάδιο της φροντίδας συνέβη το ανεπιθύμητο περιστατικό; *

Σε περίπτωση πολλαπλών λαθών σε διαφορετικά στάδια, τότε επιλέξτε όλα όσα ταιριάζουν

- Κατά την Πρόληψη
 Κατά τη Διάγνωση
 Κατά τη Θεραπεία
 Δε γνωρίζω

Ποιο από τα παρακάτω θεωρείτε ότι προκάλεσε το ανεπιθύμητο περιστατικό; *

Σε περίπτωση πολλαπλών αιτιών, τότε επιλέξτε όλα όσα ταιριάζουν

- Νοσοκομειακή Λοίμωξη
 Δεν έγινε διάγνωση/ έγινε λανθασμένη ή καθυστερημένη διάγνωση
 Χειρουργικό Λάθος
 Λάθος στη φαρμακευτική αγωγή
 Λάθος στον ιατρικό εξοπλισμό
 Δε γνωρίζω τι το προκάλεσε
 Άλλο:

Οθόνη 1α (συνέχεια)

Σε περίπτωση εμφάνισης του συμβάντος σε Νοσοκομείο ή Διαγνωστικό κέντρο, δηλώνεται προαιρετικά η επωνυμία και το τμήμα.

Τι συνέπεια επέφερε το ανεπιθύμητο περιστατικό στον ασθενή; *

Σε περίπτωση πολλαπλών συνεπειών, επιλέξτε τη βαρύτερη

- Καμία βλάβη
- Προσωρινή βλάβη που κρίθηκε απαραίτητη η ιατρική παρέμβαση
- Προσωρινή βλάβη που κρίθηκε απαραίτητη η επανεισαγωγή ή παρατεταμένη νοσηλεία
- Μόνιμη αναπηρία
- Απαιτήθηκε ιατρική παρέμβαση ή μηχανική υποστήριξη για να διατηρηθεί στη ζωή
- Θάνατος

Που συνέβη το ανεπιθύμητο περιστατικό; *

Σε περίπτωση πολλαπλών ανεπιθύμητων περαστικών σε διαφορετικά σημεία, επιλέξτε το αρχικό σημείο παροχής της φροντίδας υγείας

- Νοσοκομείο
- Διαγνωστικό Κέντρο
- Ιδιωτικό Ιατρείο
- Φαρμακείο
- Άλλο:

« Πίσω Συνέχεια »

Οθόνη 2α

MERIS: Υποσύστημα Αυτόβουλης Αναφοράς Ανεπιθύμητων Περιστατικών

Επωνυμία και Κλινική/Μονάδα/Τμήμα Νοσοκομείου

Επωνυμία και Κλινική/Μονάδα/Τμήμα Νοσοκομείου

« Πίσω Συνέχεια »

Οθόνη 1α (συνέχεια)

Σε περίπτωση εμφάνισης του συμβάντος σε ιδιωτικό ιατρείο, δηλώνεται προαιρετικά η ειδικότητα του εμπλεκόμενου ιατρού.

Τι συνέπεια επέφερε το ανεπιθύμητο περιστατικό στον ασθενή; *

Σε περίπτωση πολλαπλών συνεπειών, επιλέξτε τη βαρύτερη

- Καμία βλάβη
- Προσωρινή βλάβη που κρίθηκε απαραίτητη η ιατρική παρέμβαση
- Προσωρινή βλάβη που κρίθηκε απαραίτητη η επανεισαγωγή ή παρατεταμένη νοσηλεία
- Μόνιμη αναπηρία
- Απαιτήθηκε ιατρική παρέμβαση ή μηχανική υποστήριξη για να διατηρηθεί στη ζωή
- Θάνατος

Που συνέβη το ανεπιθύμητο περιστατικό; *

Σε περίπτωση πολλαπλών ανεπιθύμητων πτεραστικών σε διαφορετικά σημεία, επιλέξτε το αρχικό σημείο παροχής της φροντίδας υγείας

- Νοσοκομείο
- Διαγνωστικό Κέντρο
- Ιδιωτικό Ιατρείο
- Φαρμακείο
- Άλλο:

« Πίσω

Συνέχεια »

Οθόνη 2α

MERIS: Υποσύστημα Αυτόβουλης Αναφοράς Ανεπιθύμητων Περιστατικών

Ειδικότητα Ιατρού

Ειδικότητα Ιατρού

xxxxxxxxx x

« Πίσω

Συνέχεια »

MERIS: Υποσύστημα Αυτόβουλης Αναφοράς Ανεπιθύμητων Περιστατικών

* Απαιτείται

Το παραπάνω ανήκει στην Περιφέρεια;

- Αττικής
- Πειραιώς και Αιγαίου
- Κεντρικής και Δυτικής Μακεδονίας
- Ανατολικής Μακεδονίας και Θράκης
- Θεσσαλίας και Στερεάς Ελλάδας
- Πελοποννήσου, Ιονίων Νήσων, Ηπείρου και Δυτικής Ελλάδας
- Κρήτης
- Δεν γνωρίζω

Ποιο έτος συνέβη το ανεπιθύμητο περιστατικό;

2011

Το (ιατρικό/νοσηλευτικό/άλλο) προσωπικό σας ενημέρωσε σχετικά με το ανεπιθύμητο περιστατικό;

- Ναι
- Όχι
- Δεν γνωρίζω

Οθόνη 3α (συνέχεια)

Φύλο του παθόντα *

- Άνδρας
 Γυναίκα

Ηλικία του παθόντα

Επιλέξτε την ομάδα ηλικιών, με βάση την ηλικία του παθόντα κατά το χρόνο του ανεπιθύμητου περιστατικού

- έως 15 ετών
 16 - 24 ετών
 25 - 44 ετών
 45 - 64 ετών
 65 ετών και άνω

Εσείς ή κάποιο μέλος της οικογένειάς σας, αναφέρατε αυτό το ανεπιθύμητο περιστατικό;

- Ναι
 Όχι
 Δεν γνωρίζω

Αν ναι, σε ποιους, από τους παρακάτω, αναφέρατε αυτό το ανεπιθύμητο περιστατικό;

Επιτρέπεται η πολλαπλή επιλογή

- Διοίκηση του νοσοκομείου ή Διαγνωστικού Κέντρου, τον ίδιο τον γιατρό ή φαρμακοποιό
 Υπουργείο Υγείας
 Συνήγορο του Πολίτη
 Σώμα Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας
 Δικηγόρο
 Ασφαλιστική Εταιρία
 Συγγενικό ή φιλικό σας πρόσωπο που εργάζεται στο σύστημα υγείας
 Σε άλλο Γιατρό/Νοσηλεύτη/Φαρμακοποιό
 Δεν γνωρίζω
 Άλλο:

