

Άρθρο Ανασκόπησης

Το Ιατρικό Σφάλμα στην Κλινική Πράξη: «Errare Humanum Est»

ΒΑΣΙΛΙΚΗ Κ. ΚΑΤΣΗ*¹, ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ DEAN BOUDOULAS*², ΕΙΡΗΝΗ Δ. ΛΥΤΡΙΒΗ³,
ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΑ ΜΑΣΟΥΡΑ¹, ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ ΤΣΙΟΥΦΗΣ⁴, ΙΩΑΝΝΗΣ ΒΛΑΣΕΡΟΣ¹,
ΙΩΑΝΝΗΣ ΚΑΛΛΙΚΑΖΑΡΟΣ¹, ΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΟΣ ΣΤΕΦΑΝΑΔΗΣ⁴, ΧΑΡΙΣΙΟΣ ΜΠΟΥΝΤΟΥΛΑΣ^{2,5}

¹Καρδιολογική Κλινική Ιπποκράτειο Νοσοκομείο, Αθήνα, Ελλάδα, ²Division of Cardiovascular Medicine, The Ohio State University, Columbus, Ohio, USA, ³Mount Sinai, School of Medicine, New York, New York, USA, ⁴Α' Καρδιολογική Κλινική Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών Ελλάδα, ⁵Ιδρυμα Βιοϊατρικών Ερευνών Ακαδημίας Αθηνών, Ελλάδα

Λέξεις ευρετηρίου:
**Ιατρικό σφάλμα,
ιατρική πράξη,
πρόληψη.**

Ημερ. παραλαβής
εργασίας:
17 Αυγούστου 2012
Ημερ. αποδοχής:
27 Νοεμβρίου 2012

Διεύθυνση
Επικοινωνίας:
Harisios Boudoulas

4185 Mumford Ct,
Columbus, Ohio 43220
USA
e-mail: [boudoulas@
bioacademy.gr](mailto:boudoulas@bioacademy.gr)

Στην καθημερινή κλινική ιατρική πρακτική συμβαίνουν ενίοτε ιατρικά σφάλματα τα οποία δυστυχώς μπορούν να βλάψουν τους ασθενείς και για να προληφθούν και να αποφευχθεί η επανάληψή τους, επιβάλλεται να τα αναγνωρίζουμε και να διδασκόμαστε από αυτά.¹ Ο Judah Folkman στην Ιατρική Σχολή του Χάρβαρντ σε μία διάλεξη στους φοιτητές, δήλωσε: «όταν αναγνωρίσουμε ότι όλες οι προσπάθειές μας να ανακουφίσουν τον ασθενή σε ορισμένες περιπτώσεις τον κάνουν να υποφέρει, τότε είμαστε σε θέση να κατανοήσουμε πως πρέπει να μαθαίνουμε από τα λάθη μας και να εκτιμήσουμε το χρέος που οφείλουμε στον ασθενή για την προσφορά του στην εκπαίδευσή μας».^{1,2}

Τα ιατρικά σφάλμα αποτελεί ένα σοβαρό ζήτημα στην ιατρική πράξη με ατομικές, ηθικές, κοινωνικές και νομικές συνέπειες. Πρέπει να σημειώσουμε τη σημαντική διαφορά ανάμεσα σε ένα λάθος που γίνεται μεταξύ εκπαιδευτών και των μαθητευόμενων πιλότων στην αεροπορία, όπου ένα λάθος μπορεί να οδηγήσει σε τραυματισμό ή θάνατο του ίδιου του εκπαιδευτή ή του εκπαιδευόμενου, ένα ιατρικό λάθος που γίνεται από τον ειδικευμένο ή τον ειδικευόμενο ιατρό, θα έχει επιπτώσεις σε άλλα άτομα.¹

Στην παρούσα ανασκόπηση συζητούνται οι παράγοντες που συμβάλλουν στο ιατρικό σφάλμα καθώς και τα βασικά βήματα που πρέπει να ακολουθηθούν για την αποφυγή του. Οι συγγραφείς της παρούσας ανασκόπησης, που είναι κλινικοί καρδιολόγοι, οι περισσότεροι από τους οποίους εργάζονται για δεκαετίες σε μεγάλα Πανεπιστημιακά νοσοκομεία και στις δύο πλευρές του Ατλαντικού, καταθέτουν σε αυτήν την εμπειρία και τις γνώσεις τους.

Ορισμός

Είναι ευρέως αποδεκτό ότι το ιατρικό σφάλμα δεν είναι ασυνήθιστο στην καθημερινή κλινική πράξη, ωστόσο δεν υπάρχει ένας ενιαίος ακριβής ορισμός για αυτό. Σύμφωνα με το Ινστιτούτο Ιατρικής, κάθε ιατρική πράξη με δυσμενή έκβαση η οποία θα μπορούσε να προληφθεί και/ή η εφαρμογή μιας ακατάλληλης θεραπευτικής ή διαγνωστικής μεθόδου μπορεί να θεωρηθεί ως ιατρικό σφάλμα. Σύμφωνα με έναν άλλο ορισμό, το ιατρικό σφάλμα ορίζεται ως μια ακούσια διαφοροποίηση από τις καθιερωμένες πρακτικές. Σύμφωνα με μια άλλη άποψη που επικρατεί μεταξύ του ιατρικού και παραϊατρικού προ-

σωπικού είναι ότι μία εκτροπή από τα καθιερωμένα, η οποία επισημαίνεται και διορθώνεται από το ιατρικό προσωπικό έγκαιρα, είναι ένα γεγονός που συμβαίνει ως κάτι αναμενόμενο λόγω της ροής εργασίας και όχι απαραίτητα ένα ιατρικό σφάλμα.^{3,4} Από τα παραπάνω είναι φανερό ότι υπάρχει έλλειψη ενός ακριβούς και συγκεκριμένου ορισμού του ιατρικού σφάλματος.

Στην παρούσα ανασκόπηση, θεωρούμε ως ιατρικό σφάλμα κάθε δυσμενή έκβαση η οποία θα μπορούσε να προληφθεί και/ή η εφαρμογή μιας ακατάλληλης θεραπευτικής ή διαγνωστικής θεραπείας.

Επίπτωση και εκκλυτικοί παράγοντες

Η έλλειψη σαφούς ορισμού, καθώς και το γεγονός ότι πολλά ιατρικά λάθη συχνά δεν αναφέρονται, καθιστά δύσκολο τον ακριβή προσδιορισμό και την αποτύπωση της πραγματικής επίπτωσης του ιατρικού σφάλματος. Το ιατρικό σφάλμα, το οποίο στην ακραία του μορφή μπορεί να οδηγήσει σε θάνατο, δεν είναι σπάνιο στην καθημερινή κλινική πρακτική και είναι μάλλον συχνότερο στις κλινικές ειδικότητες παρά στις εργαστηριακές. Για παράδειγμα, η επίπτωση του ιατρικού σφάλματος στην επείγουσα ιατρική, έχει εκτιμηθεί ότι ανέρχεται στο 15%, ενώ στην ακτινολογία και παθολογοανατομία κυμαίνεται από 2% έως 5%.⁴ Ακόμα πιο δύσκολο είναι δε να καθοριστεί η συχνότητα του ιατρικού σφάλματος σε επίπεδο ιδιωτικού ιατρείου ή μικρών ιδιωτικών κλινικών.

Οι παράγοντες που μπορεί να οδηγήσουν σε ιατρικό σφάλμα είναι πολλοί, συμπεριλαμβανομένης της έλλειψης επικοινωνίας μεταξύ του ιατρού και του ασθενούς ή μεταξύ επαγγελματιών υγείας, της ακριβούς εσφαλμένης διάγνωσης, και/ή η εφαρμογή ακατάλληλων χειρισμών στον ασθενή.^{3,5} Συγκεκριμένα, μελέτες έχουν δείξει ότι περίπου το 5% έως 10% των ιατρικών σφαλμάτων οφείλονται σε ανεπαρκή επικοινωνία, το 40% έως 45% σε λανθασμένη ιατρική διάγνωση, και το 20% έως 25% σε λανθασμένο χειρισμό.⁵ Λάθη μπορεί να συμβούν πιο συχνά σε ιατρούς με μικρότερη εμπειρία, ιδιαίτερα όταν είναι εξαιρετικά πολυάσχολοι και όταν αναλαμβάνουν πολύπλοκες περιπτώσεις.^{4,5} Ο ιατρός με υπερβολική αυτοπεποίθηση, που υπερεκτιμά τις δεξιότητες και τις ικανότητές του, μπορεί να οδηγηθεί σε ιατρικό σφάλμα,⁶ ενώ το άγχος και η επαγγελματική εξουθένωση του ιατρικού και του νοσηλευτικού προσωπικού, μπορεί να έχει επιπτώσεις στην ποιότητα της φροντίδας των ασθενών.⁷⁻¹⁰

Κατά γενικό κανόνα, μετά από ένα ιατρικό λάθος οι γιατροί αισθάνονται ένοχοι, απογοητευμένοι και θυμωμένοι με τον εαυτό τους.⁸ Με αυτά τα αρνητικά συναισθήματα είναι ακόμη πιο δύσκολο να βρουν το θάρρος να αναφέρουν το σφάλμα τους. Ο φόβος των κυρώσεων, καθώς και ο επερχόμενος επαγγελματικός στιγματισμός, είναι τα πιθανότερα αίτια για τη χαμηλή συχνότητα αναφοράς ιατρικών σφαλμάτων.^{9,10}

Πρόληψη

« Ωφέλειεν, ή μη βλάπτειν » Ιπποκράτης

Η προσεκτική εξέταση και ο προσεκτικός χειρισμός του ασθενούς οδηγεί συνήθως σε μικρότερη πιθανότητα ιατρικού σφάλματος. Κατά τη διάρκεια κάθε σταδίου της διάγνωσης και αντιμετώπισης του ασθενούς, αυτός θα πρέπει να αποτελεί το επίκεντρο κάθε ενέργειας του ιατρού.^{1,11-14} Ο ιατρός πρέπει να εστιάζει την προσοχή του στον ασθενή και να μην διακόπτεται ή απουσιάζει (για παράδειγμα από συσκευές τηλεϊδιοποίησης, κινητά τηλέφωνα κ.ά.), γιατί μπορεί να οδηγηθεί σε ιατρικό σφάλμα. Το προσεκτικό ιατρικό ιστορικό και η λεπτομερής φυσική εξέταση είναι απαραίτητα προκειμένου να ζητηθούν οι κατάλληλες εργαστηριακές εξετάσεις και να γίνει η σωστή διάγνωση.

Στην ιατρική βιβλιογραφία συνοψίζονται οι κλινικές εκδηλώσεις, η διάγνωση και η πρόγνωση μιας συγκεκριμένης ασθένειας. Ωστόσο, ο συγκεκριμένος ασθενής με μια ασθένεια που πιθανόν να συνυπάρχει με άλλα νοσήματα δεν αναφέρεται στη βιβλιογραφία και αυτό καθιστά πιο πολύπλοκη τη διάγνωση και τη θεραπεία. Ένα από τα βασικά καθήκοντα του κλινικού ιατρού είναι να εφαρμόζει την εμπειρία και την γνώση του στο συγκεκριμένο ασθενή.¹⁴ Ας μην ξεχνάμε πως στη βιολογία, η ετερογένεια αποτελεί τον κανόνα και όχι την εξαίρεση. Επιπλέον, τοποθετώντας ο ιατρός τον ασθενή στο κέντρο κάθε ενέργειάς του, οφείλει να εντάξει τα αποτελέσματα των εργαστηριακών εξετάσεων στο συγκεκριμένο προφίλ του ασθενή, ελαττώνοντας έτσι την πιθανότητα ιατρικού σφάλματος. Είναι γνωστό εξάλλου ότι δεν υπάρχει πάντα μια ιδανική εργαστηριακή εξέταση, που θα δώσει όλες τις απαντήσεις στα ερωτήματά μας.

Η συλλογή δεδομένων από προηγούμενες νοσηλείες είναι ύψιστης σημασίας και μπορεί να ελαχιστοποιήσει το ιατρικό σφάλμα.^{12,13} Θα πρέπει να τονιστεί ότι τόσο η ιατρική επιστήμη, όσο και η ασθέ-

νεια εξελίσσονται. Έτσι, σε περιπτώσεις αβεβαιότητας, η επανεκτίμηση του ασθενούς μπορεί να παρέχει περισσότερες πληροφορίες που σχετίζονται με τη διάγνωση. Κατά τη διάρκεια της διαγνωστικής προσέγγισης, η ακρίβεια της αρχικής διάγνωσης, θα πρέπει να ελέγχεται σε κάθε βήμα, και να επιβεβαιώνεται ή να αναθεωρείται. Σε κληρονομικές παθήσεις δε η αξιολόγηση των μελών της οικογένειας μπορεί να είναι απαραίτητη.^{1,14}

Η τεχνολογία είναι απαραίτητη στη σύγχρονη ιατρική πράξη και είναι εξαιρετικά σημαντική για την αντιμετώπιση του ασθενούς, αποκτά δε όλο και μεγαλύτερη σημασία. Οι ιατροί όμως δεν μπορούν να γνωρίζουν και να εξειδικεύονται σε όλες τις διαθέσιμες τεχνικές. Οι κλινικοί ιατροί, ωστόσο, θα πρέπει να κατανοούν τη χρησιμότητα και τους περιορισμούς των τεχνικών που χρησιμοποιούν, καθώς και πότε και πώς πρέπει να εφαρμόζουν αυτές τις τεχνικές στους ασθενείς τους.^{1,14}

Είναι γνωστό σε όλους μας πως τα φάρμακα έχουν παρενέργειες και μπορεί να έχουν διαφορετικές επιπτώσεις σε διαφορετικούς ασθενείς, ενώ συχνά υπάρχουν αλληλεπιδράσεις με άλλα φάρμακα, ιδίως σε ασθενείς που θεραπεύονται ταυτόχρονα με τέσσερα ή περισσότερα σκευάσματα. Μελέτες έχουν δείξει ότι οι ανεπιθύμητες ενέργειες ενός φαρμάκου μπορεί να οδηγήσουν συχνά σε νοσηλείες, που θα μπορούσαν να αποφευχθούν, ιδιαίτερα σε ηλικιωμένους ασθενείς. Ο ιατρός θα πρέπει να γνωρίζει τη φαρμακοκινητική και φαρμακοδυναμική των φαρμάκων και τις πιθανές αλληλεπιδράσεις τους με άλλα φάρμακα και να εξετάσει όλα τα σκευάσματα που λαμβάνει ο ασθενής για να είναι σίγουρος ότι τα συμπτώματα του δεν σχετίζονται με τη φαρμακευτική του αγωγή.^{1,14-18}

Η επικοινωνία μεταξύ του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού είναι πολύ σημαντική. Κάθε ασθενής που παραπέμπεται σε άλλο ιατρό ή νοσοκομείο θα πρέπει να έχει μαζί του μια σύντομη ιατρική έκθεση, η οποία θα περιγράφει το ιατρικό πρόβλημα, τα εργαστηριακά ευρήματα και θα θέτει συγκεκριμένα ερωτήματα. Ομοίως μετά το εξιτήριο του ασθενούς από το νοσοκομείο, ένα σύντομο ενημερωτικό νοσηλείας πρέπει να αποστέλλεται στο θεράποντα ιατρό του ασθενούς, αναφέροντας τη διάγνωση και τα ευρήματα, τη θεραπεία και τη συνιστώμενη παρακολούθηση.^{1,12-14}

Τέλος, οι ιατροί δεν θα πρέπει να αποκλίνουν από την πρακτική τους και θα πρέπει να αντιστέκονται στις εξωτερικές πιέσεις όταν πρόκειται για τη νοσηλεία ενός υψηλά ιστάμενου προσώπου. Η βιολο-

γία εξάλλου είναι η ίδια, άσχετα από την κοινωνική θέση των ατόμων.¹

Παρά τις μεθόδους που αναφέρθηκαν για την ελαχιστοποίηση του ιατρικού σφάλματος, σφάλματα μπορεί να συμβούν. Η πρόληψη του ιατρικού σφάλματος στο μέλλον απαιτεί τη λεπτομερή διερεύνηση για την πιθανή αιτία των σφαλμάτων που έχουν προηγηθεί, ενώ ο ιατρός πρέπει να μάθει από το λάθος του, ώστε να αποφευχθεί παρόμοιο σφάλμα στο μέλλον.^{1,12,13}

Υπάρχουν διάφορες διαδικασίες και/ή πρωτόκολλα που έχουν τεθεί σε εφαρμογή σε πολλά ιατρικά ιδρύματα για την πρόληψη ή τη μείωση της συχνότητας εμφάνισης του ιατρικού σφάλματος.¹⁹⁻³² Επιπλέον, η συστηματική εξέταση των παραγόντων που συνέβαλαν στο σφάλμα θα έχει ως αποτέλεσμα την πρόληψη του σφάλματος στο μέλλον. Ένα παράδειγμα μιας συστηματικής προσέγγισης που έχει συσταθεί για την πρόληψη ιατρικών σφαλμάτων εφαρμόζεται στο αιμοδυναμικό εργαστήριο του Ohio State University Medical Center, στο Τμήμα Καρδιαγγειακής Ιατρικής, και περιγράφεται συνοπτικά παρακάτω.

Σε γενικές γραμμές ο ασθενής προσεγγίζεται με τυποποιημένο τρόπο, με στόχο να μειωθεί το ιατρικό σφάλμα. Επίσης, επανεξετάζονται δεδομένα του παρελθόντος που συνέβαλαν σε κάποιο σφάλμα, ώστε να αναγνωριστεί το πρόβλημα που υπάρχει.

Το πρώτο βήμα ξεκινά πριν ακόμα ο ασθενής εισέλθει στο αιμοδυναμικό εργαστήριο. Εξειδικευμένες νοσηλεύτριες λαμβάνουν λεπτομερές ιστορικό, πριν ο ασθενής υποβληθεί σε καθετηριασμό. Εάν παρατηρηθεί κάποια αντένδειξη σχετικά με τη διαδικασία αμέσως αναφέρεται στον επεμβατικό καρδιολόγο που πρόκειται να εκτελέσει την επέμβαση. Για παράδειγμα, ένας ασθενής ο οποίος δεν είναι κατάλληλος για μακροχρόνια διπλή αντιαιμοπεταλιακή αγωγή δεν θα λάβει stents κεκαλυμμένα με φαρμακευτικές ουσίες (drug eluting stent -DES). Αυτή η πληροφορία θα μεταφερθεί στον επεμβατικό καρδιολόγο, ο οποίος με τη σειρά του είναι υπεύθυνος για την τελική απόφαση, πριν την επέμβαση. Αυτό είναι το πρώτο βήμα για την αποφυγή του ιατρικού σφάλματος.

Όταν ο ασθενής είναι έτοιμος πια για την επέμβαση, εισέρχεται στο αιμοδυναμικό εργαστήριο και πριν την έναρξη της επέμβασης γίνεται μια τελευταία ταυτοποίηση των πληροφοριών από όλη την ομάδα, που περιλαμβάνει την επιβεβαίωση της ταυτότητας του ασθενούς (όνομα, ημερομηνία γέννησης, αριθμός ιατρικού μητρώου), προκειμένου να αποφευχθεί

οποιοδήποτε σφάλμα (π.χ. νεφρική δυσλειτουργία, αλλεργία στο σκιαγραφικό αντίθεσης, αντένδειξη για τη διπλή αντιαιμοπεταλιακή θεραπεία, κίνδυνος αιμορραγίας, θρομβοκυτταροπενία, μη συμμόρφωση του ασθενούς κ.ά.). Κάθε μέλος της ομάδας έχει την ευκαιρία να μιλήσει, εάν κρίνει ότι υπάρχει κάποια αντένδειξη. Επιπλέον, κατά τη διάρκεια της επέμβασης υπάρχουν και άλλα «μέτρα» για την αποφυγή ιατρικών σφαλμάτων όπως π.χ. η κοινοποίηση σε ολόκληρη την επεμβατική ομάδα για κάθε 100 cc του σκιαγραφικού που χρησιμοποιούνται ώστε να ελαχιστοποιηθεί η πιθανότητα νεφροτοξικότητας.

Κάθε επιπλοκή που σχετίζεται με την επέμβαση, εξετάζεται από επιτροπή εξειδικευμένων νοσηλευτών και επεμβατικών καρδιολόγων. Κάθε εβδομάδα υπάρχει μια συνεδρίαση ειδικών επεμβατικής καρδιολογίας που εξετάζει τις επιπλοκές, προκειμένου να διδάχθουν τόσο οι ειδικοί ιατροί όσο και οι ειδικευόμενοι. Επιπλέον, κάθε τρεις μήνες σε κάθε επεμβατικό καρδιολόγο παρουσιάζεται μια πλήρης λίστα από τις επιπλοκές του, προκειμένου αυτές να επανεξεταστούν λεπτομερώς και να διαπιστωθεί τι ακριβώς συνέβη και πώς αυτό το σφάλμα μπορεί να αποφευχθεί, αν είναι εφικτό, στο μέλλον. Επιπλέον, κάθε τρεις μήνες πραγματοποιείται μια ανοιχτή συνεδρία σε ολόκληρο το Τμήμα Καρδιαγγειακής Ιατρικής με θέμα τη νοσηρότητα και τη θνησιμότητα.

Όταν εντοπίζεται ένα πρόβλημα, συγκροτείται μια επιτροπή για την αντιμετώπιση του. Για παράδειγμα, για τη μείωση τυχόν αυξημένων αιμορραγικών επιπλοκών, συγκροτείται μια επιτροπή που αποτελείται από νοσηλευτές, φαρμακολόγους, και επεμβατικούς καρδιολόγους, για την ανάπτυξη πρωτοκόλλων για τη μείωση του κινδύνου αιμορραγίας που σχετίζεται με τη διαδερμική στεφανιαία παρέμβαση (PCI). Τα θέματα που ενδεχομένως μπορεί να απασχολήσουν την επιτροπή είναι η κατάλληλη δοσολογία του αντιπηκτικού σκευάσματος, ο χρόνος αφαίρεσης του αρτηριακού θηκαριού, καθώς και ο χρόνος κινητοποίησης του ασθενούς. Επιπλέον, η προσπέλαση μέσω της κερκιδικής αρτηρίας σε σχέση με τη μηριαία ενδέχεται να οδηγήσει σε μειωμένο αιμορραγικό κίνδυνο. Στόχος της επιτροπής είναι ο εντοπισμός του προβλήματος και η εφαρμογή μεθόδων στους ασθενείς για να αποφευχθεί η αιμορραγία που σχετίζεται με την PCI. Παρόμοιες τακτικές μπορεί να εφαρμοστούν σε οποιαδήποτε διαγνωστική ή θεραπευτική διαδικασία, όπως η ηλεκτροφυσιολογική μελέτη, η κολονοσκόπηση ή χειρουργικές επεμβάσεις υπό τοπική ή γενική αναισθησία.

Κάθε νοσοκομείο και/ή ιδιωτική κλινική θα πρέ-

πει να έχει συγκεκριμένες μεθόδους παρακολούθησης της κακής έκβασης ή των επιπλοκών καθώς και εβδομαδιαία ή μηνιαία αναφορά νοσηρότητας και θνησιμότητας. Επίσης οι ιατροί που ασκούν ελεύθερο επάγγελμα, θα πρέπει να συζητούν τα σφάλματά τους με έναν έμπιστο έμπειρο ιατρό για να βοηθήσει στην εντόπιση πιθανών αιτιών.^{1,12-14,32}

Η έρευνα επίσης επικεντρώνεται στο σχεδιασμό των νοσοκομείων, δεδομένου ότι τόσο ο θόρυβος, ο μη επαρκής αερισμός ή ο φωτισμός, όσο και άλλοι παράγοντες που μπορεί να συνδέονται με την ασφάλεια του ασθενούς, και σε ορισμένες περιπτώσεις, μπορεί να προδιαθέτουν το νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό σε σφάλματα.²⁴

Οι ιατροί προσπαθώντας να προσφέρουν τις βέλτιστες υπηρεσίες, μπορεί να αγωνιούν όταν βρίσκονται αντιμέτωποι με έναν εξαιρετικά υψηλού κινδύνου ασθενή. Μια δυσμενής έκβαση λόγω αποφυγής επέμβασης και/ή η εκτέλεση μιας δυνητικά περιττής επέμβασης, μπορεί να θεωρηθεί ως ιατρικό σφάλμα. Σε αυτήν την περίπτωση θα πρέπει να εφαρμοσθεί μια συγκεκριμένη και προκαθορισμένη προσέγγιση. Μια επιτροπή εμπειρογνομόνων πρέπει να καθορίσει εάν η επέμβαση θα πρέπει ή δεν θα πρέπει να πραγματοποιηθεί, μεταθέτοντας την αποκλειστική ευθύνη της απόφασης από το ένα άτομο σε μια ομάδα εμπειρογνομόνων. Με αυτό τον τρόπο, η έκβαση της επέμβασης, δεν θα πρέπει να συμπεριλαμβάνεται στις «στατιστικές» του ιατρού που πραγματοποίησε την επέμβαση, έτσι ώστε οι ιατροί να ανησυχούν περισσότερο για την ασφάλεια των ασθενών τους και λιγότερο για τις «στατιστικές» τους. Η δημοσιοποίηση της απόδοσης του ιατρού, όμως, αποτελεί μια κοινή πρακτική στην Ιατρική σήμερα και αυτό μπορεί να έχει σημαντικές επιπτώσεις στη σταδιοδρομία των ιατρών και μπορεί να επηρεάσει τη φήμη τους, το διορισμό, ή την προαγωγή τους κλπ.

Συμπερασματικά

Το ιατρικό σφάλμα είναι γνωστό από την αρχαιότητα. Ο Ιπποκράτης αναφέρει ότι θα πρέπει να τιμάται ο ιατρός που κάνει τα λιγότερα λάθη. Το ιατρικό σφάλμα δεν είναι ασυνήθιστο στην καθημέρα κλινική πράξη, έτσι οι ιατροί πρέπει να λαμβάνουν μέτρα, προκειμένου να το αποφύγουν.

Υπάρχουν διάφορα βήματα που μπορούν να ακολουθηθούν για την αποφυγή του ιατρικού σφάλματος. Εάν προκύψει κάποιο σφάλμα, οι ιατροί θα πρέπει να ενθαρρύνονται να το συζητήσουν, ώστε να αποφευχθεί η επανάληψη του ίδιου σφάλματος στο

μέλλον. Εβδομαδιαίες συνεδρίες συμπεριλαμβανομένων των στατιστικών νοσηρότητας και θνησιμότητας θα πρέπει να πραγματοποιούνται σε κάθε τομέα και αποτελούν σημαντικά βήματα για την αναγνώριση και αποφυγή του ιατρικού σφάλματος στο μέλλον. Στους ιατρούς κατά τη διάρκεια της ειδικότητάς τους θα πρέπει να τονίζεται πως είναι απαραίτητο να αναφέρουν το ιατρικό λάθος και να διδάσκονται από αυτό.^{1,14,32,33} Το σημαντικότερο όμως, είναι η δημιουργία ιατρών υψηλής μόρφωσης, με αίσθημα φροντίδας για τον ασθενή και υψηλές ηθικές αξίες που να κατανοούν την πολυπλοκότητα της κλινικής πράξης στη σύγχρονη εποχή της τεχνολογίας.^{1,14}

Βιβλιογραφία

1. Wooley CF, Boudoulas H. Clinician. *Hellenic J Cardiol.* 1993; 34: 241-243.
2. Folkman S. *The New York Times*. Editor Section. June 6, 1975.
3. Tamuz M, Thomas EJ, Franchois KE. Defining and classifying medical error: lessons for patient safety reporting systems. *Qual Saf Health Care.* 2004; 13: 13-20.
4. Thomas EJ, Brennan T. Errors and adverse events in medicine: An overview. In *Clinical Risk Management: Enhancing Patient Safety* Edited by: Vincent CA. London, BMJ Publishing 2001.
5. Wu AW, Folkman S, McPhee SJ, Lo B. Do house officers learn from mistakes? *JAMA.* 1991; 265: 2089-2094.
6. Berner E, Graber M. Overconfidence as a Cause of Diagnostic Error in Medicine. *Am J Med.* 2008; 121: S2-23.
7. Young JQ, Ranji SR, Wachter RM, Lee CM, Niehaus B, Auerbach AD. «July effect»: impact of the academic year-end changeover on patient outcomes: a systematic review. *Ann Intern Med.* 2011; 155: 309-315.
8. Delbanco T, Bell SK. Guilty, afraid, and alone--struggling with medical error. *N Engl J Med.* 2007; 357: 1682-1683.
9. Norman G, Eva K. Diagnostic error and clinical reasoning. *Medical Education.* 2010; 44: 94-100.
10. Graber ML. Diagnostic error in internal medicine. *Arch Int Med.* 2005; 165: 1493-1499.
11. Boudoulas H. Medical education. *Hellenic Iatriki.* 2006; 72: 228-230.
12. Boudoulas H. The well-rounded clinician. *Hellenic J Cardiol.* 2005; 46: 317.
13. Boudoulas H. Medical error in clinical practice. *Hellenic J Cardiol.* 2006; 47: 129-130.
14. Wooley CF, Sparks EA, Olsen S, Boudoulas H. A cardiovascular teaching laboratory: the master class in ambulatory teaching. *Hellenic J Cardiol.* 2008; 49: 7-16.
15. Budnitz DS, Lovegrove MC, Shehab N, Richards CL. Emergency hospitalizations for adverse drug events in older Americans. *N Engl J Med.* 2011; 365: 2002-2012.
16. Geleris P, Boudoulas H. Problems related to the application of guidelines in clinical practice: a critical analysis. *Hellenic J Cardiol.* 2011; 52: 97-102.
17. Mendelson TB, Meltzer M, Campbell EG, Caplan AL, Kirkpatrick JN. Conflicts of interest in cardiovascular clinical practice guidelines. *Arch Intern Med.* 2011; 171: 577-578.
18. Moore TJ, Cohen MR, Furberg CD. Serious adverse drug events reported to the Food and Drug Administration, 1998-2005. *Arch Intern Med.* 2007; 167: 1752-1759.
19. Jagsi R, Kitch BT, Weinstein DF, Campbell EG, Hutter M, Weissman JS. Residents report on adverse events and their causes. *Arch Intern Med.* 2005; 165: 2607-2613.
20. Reason J. Understanding adverse events: human factors. *Qual Health Care.* 1995; 4: 80-89.
21. Singh H, Thomas EJ, Petersen LA, Studdert DM. Medical errors involving trainees: a study of closed malpractice claims from 5 insurers. *Arch Intern Med.* 2007; 167: 2030-2036.
22. Paxton JH, Rubinfeld IS. Medical errors education: A prospective study of a new educational tool. *Am J Med Qual.* 2010; 25: 135-142.
23. Kaldjian LC, Forman-Hoffman VL, Jones EW, Wu BJ, Levi BH, Rosenthal GE. Do faculty and resident physicians discuss their medical errors? *J Med Ethics.* 2008; 34: 717-722.
24. Joseph A, Rashid M. The architecture of safety: hospital design. *Curr Opin Crit Care.* 2007; 13: 714-719.
25. Pierluissi E, Fischer MA, Campbell AR, Landefeld CS. Discussion of medical errors in morbidity and mortality conferences. *JAMA.* 2003; 290: 2838-2842.
26. Mulligan MA, Nechodom P. Errors and analysis of errors. *Clin Obstet Gynecol.* 2008; 51: 656-665.
27. Woodward HI, Mytton OT, Lemer C, et al. What have we learned about interventions to reduce medical errors? *Ann Rev Public Health.* 2010; 31: 479-497.
28. Gallagher TH, Studdert D, Levinson W. Disclosing harmful medical errors to patients. *N Engl J Med.* 2007; 356: 2713-2719.
29. Gallagher TH, Levinson W. Disclosing harmful medical errors to patients: a time for professional action. *Arch Intern Med.* 2005; 165: 1819-1824.
30. Aronson JK. Medication errors: what they are, how they happen, and how to avoid them. *QJM.* 2009; 102: 513-521.
31. Myers JD. Preventing iatrogenic complications. *N Engl J Med.* 1981; 304: 664-665.
32. Mattern WD, Weinholtz D, Friedman CP. The attending physician as teacher. *N Engl J Med.* 1983; 308: 1129-1132.
33. Schiff GD, Hasan O, Kim S, et al. Diagnostic error in medicine: analysis of 583 physician-reported errors. *Arch Intern Med.* 2009; 169: 1881-1887.