

ΒΙΑ ΕΝΑΝΤΙΟΝ ΤΟΥ ΙΑΤΡΟΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ

Σύμφωνα με στοιχεία που ανακοινώθηκαν πρόσφατα στην περιοδική αναφορά Υπηρεσιών Υγείας (Health Service Report), οι επιθέσεις που έγιναν σε εργαζόμενους νοσοκομείων και ιατρείων του Εθνικού Συστήματος Υγείας της Μ. Βρετανίας κατά το έτος 2000 ανέρχονται σε 511. Το μεγαλύτερο ποσοστό αφορά στο προσωπικό της «πρώτης γραμμής», νοσηλεύτριες και γιατρούς στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών, καθώς και γενικούς γιατρούς. Ο αριθμός των περιστατικών έχει αυξηθεί κατά 20% συγκριτικά με το προηγούμενο έτος (419 επιθέσεις), παρά την ειδική εκστρατεία ενημέρωσης από το Υπουργείο Υγείας (zero tolerance campaign, www.nhs.uk/zero-tolerance), που ξεκίνησε τον Οκτώβριο του 1999. Ειδικές αφίσες και κάρτες, που υπενθυμίζουν το πρόβλημα, έχουν τοποθετηθεί στα νοσοκομεία και στα ιατρεία γενικών γιατρών καλώντας το κοινό να μη μένει αμέτοχο και να στηρίζει το προσωπικό, όταν παρίσταται σε ανάλογες βίαιες εκδηλώσεις. Γιατροί και νοσηλεύτριες, εκτός από εκατοντάδες περιπτώσεις φραστικών επιθέσεων, αντιμετωπίζουν πλέον οξύθυμους ασθενείς ή και συγγενείς, που επιτίθενται με όργανα, όπως μαχαίρια, μπουκάλια ή σύριγγες. Αποτέλεσμα, πάντως, της εκστρατείας ήταν η αύξηση αφενός των επίσημων αναφορών του προσωπικού για τις επιθέσεις που υφίσταται και αφετέρου των μέτρων ασφαλείας στα νοσοκομεία. Περίπου 77% των νοσοκομείων έχουν τοποθετήσει κλειστά κυκλώματα τηλεόρασης, 75% έχουν πλήρη κάλυψη με προσωπικό ασφαλείας και το 93% φροντίζει να ενημερώνει ή να εκπαιδεύει το προσωπικό στους ειδικούς χειρισμούς που απαιτούνται για την αντιμετώπιση βίαιων επιθέσεων.

Μια έρευνα, εξάλλου, που δημοσιεύθηκε πρόσφατα (*Arch Dis Child* 2001, 84:106-108), αναφέρει ότι οι ειδικευόμενοι παιδίατροι υφίστανται επιθέσεις, που αποδίδονται στον ιδιαίτερα αυξημένο βαθμό άγχους των ατόμων (γονείς) που αντιμετωπίζουν. Σε ένα μικρό δείγμα 75 ειδικευομένων από τρεις διαφορετικές περιοχές της Μ. Βρετανίας, ποσοστό περίπου 91% αναφέρει ότι έχει υποστεί κάποιου είδους επίθεση τουλάχιστον σε μία περίπτωση κατά τη διάρκεια της εκπαίδευσής του. Σω-

ματική βία αναφέρει ποσοστό 5,3% και απόπειρα επίθεσης 10%. Το ενδιαφέρον είναι ότι 41 από τα 68 άτομα, που είχαν εμπειρία επίθεσης οποιουδήποτε τύπου, ανέφεραν ότι το περιστατικό τους επηρέασε ιδιαίτερα και τους απασχολούσε και μετά το τέλος της εργασίας, ενώ μόνο σε μία περίπτωση ο γιατρός έλαβε εξειδικευμένη συμβουλευτική φροντίδα/υποστήριξη. Ποσοστό μικρότερο του 10% ανέφερε ότι είχε εκπαιδευτεί στο χειρισμό παρόμοιων περιστατικών, αν και το 99% θεωρεί ότι μια τέτοιου είδους εκπαίδευση είναι αναγκαία. Τέλος, επίσημη αναφορά του συμβάντος στη διοίκηση του νοσοκομείου έγινε μόνο από το 13,2%.

ΑΜΥΝΤΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ;

Οι απειλές των ασθενών ή των συνοδών τους επηρεάζουν τη στάση των γιατρών προς την κατεύθυνση μιας περισσότερο «αμυντικής Ιατρικής» (defensive medicine = η παραγγελία εργαστηριακών εξετάσεων ή θεραπευτικών πράξεων/επεμβάσεων, με στόχο περισσότερο την προστασία του γιατρού από κάθε είδους πιθανή κριτική, παρά τη διάγνωση και τη θεραπεία του ασθενούς). Αυτό είναι το συμπέρασμα μιας τυχαίοποιημένης μελέτης που έγινε στη Νορβηγία (*Lancet* 2001, 357:1258-1261). Πρόκειται για μια ιδιαίτερα ενδιαφέρουσα έρευνα των επιπτώσεων του «ιατρονομικού κλίματος», ιδιαίτερα χαρακτηριστικού στις ΗΠΑ, στη διαδικασία λήψης της κλινικής απόφασης.

Οι συμμετέχοντες ρωτήθηκαν για τις εμπειρίες τους σχετικά με κάποιου τύπου απειλή ή επίσημη καταγγελία. Όπως αναφέρεται στο άρθρο, οι άμεσες απειλές ασθενών ή συγγενών με σκοπό την τροποποίηση της στάσης του γιατρού μπορεί να ποικίλλουν από την απλή μορφή της «διασταύρωσης της απόφασης με μια δεύτερη γνώμη» μέχρι τη μορφή της καταγγελίας σε διάφορες αρμόδιες υγειονομικές αρχές, τα μέσα μαζικής ενημέρωσης ή την εισαγγελία.

Οι συμμετέχοντες κλήθηκαν, επίσης, να επιλέξουν τον τρόπο που θα χειρίζονταν πέντε κλινικά σενάρια (αναφέρονται τα αποτελέσματα από δύο). Στο πρώτο περιγράφεται η περίπτωση ασθενούς, του οποίου πρόσφατα

απεβίωσε κάποιο φιλικό πρόσωπο από έμφραγμα του μυοκαρδίου. Πριν από δύο εβδομάδες ο ασθενής είχε προσέλθει για εξέταση, η οποία δεν είχε αποκαλύψει σημεία καρδιαγγειακής νόσου. Ο ασθενής επαναπροσέρχεται αναφέροντας πόνο στο θώρακα, που δεν μοιάζει να είναι καρδιακής αιτιολογίας. Στο δεύτερο σενάριο περιγράφεται η περίπτωση γυναίκας με διαλείπουσα κεφαλαλγία από τριετίας, με αντανάκλαση του πόνου στον αυχένα και στους ώμους, που φαίνεται να σχετίζεται με stress. Ο νευρολογικός έλεγχος ήταν αρνητικός.

Στο 50% των συμμετεχόντων, τα σενάρια που στάλθηκαν περιείχαν επιπλέον απειλές από τους ασθενείς ή συγγενείς τους. Στην περίπτωση του ασθενούς με το θωρακικό πόνο, οι συγγενείς απειλούσαν το γιατρό με καταγγελία στις εφημερίδες. Στην περίπτωση της κεφαλαλγίας, η ασθενής απειλούσε το γιατρό με αναφορά στην τοπική υγειονομική αρχή, αν δεν της έδινε παραπεμπτικό για εξέταση από εξειδικευμένο νευρολόγο.

Στο ερωτηματολόγιο της έρευνας απάντησαν τελικά 988 γιατροί διαφόρων ειδικοτήτων. Το δείγμα είχε την ίδια κατανομή όσον αφορά την ηλικία και το φύλο με τα 12.808 μέλη του Νορβηγικού Ιατρικού Συλλόγου. Το 59% ανέφερε εμπειρία κάποιου τύπου απειλής και ποσοστό που έφθανε στο 47% ανέφερε εμπειρία καταγγελίας, όπως αρνητική αναφορά, παράπονα/καταγγελίες στα μέσα μαζικής ενημέρωσης ή αιτήσεις για εισαγγελική παρέμβαση [συχνότερα άνδρες (51%) και οικογενειακοί γιατροί (58%)]. Οι εμπειρίες αυτές δεν φάνηκε να επηρεάζουν την επιλογή τακτικής του γιατρού στα διάφορα κλινικά σενάρια. Όταν όμως το σενάριο περιελάμβανε κάποιου τύπου απειλή, οι γιατροί έδειξαν να «συμμορφώνονται» στις επιθυμίες των ασθενών ή των συγγενών τους (πίν. 1).

ΙΑΤΡΙΚΑ ΣΦΑΛΜΑΤΑ

Με πρωτοσέλιδους τίτλους, όπως «Σκοτώθηκε από ...νοσοκομείο», το τελευταίο διάστημα, σειρά ιατρικών λαθών έχουν αποτελέσει αφορμή για μια μεγάλη συζήτηση, στη Μ. Βρετανία, σχετικά με τις διαστάσεις του προβλήματος. Πριν από μια δεκαετία περίπου, άρθρο σύνταξης του *British Medical Journal* αναφερόταν στην ανάγκη για εκτεταμένη έρευνα του θέματος, με αφορμή τη δημοσίευση των αποτελεσμάτων μελέτης 30.000 εισαγωγών σε νοσοκομεία της Ν. Υόρκης. Ιατρικά λάθη είχαν αναγνωριστεί στο 4% των ασθενών, ενώ περίπου 14% των ατόμων της ομάδας αυτής απεβίωσαν, εκτός των άλλων, και εξαιτίας του ιατρικού σφάλματος. Είχε υπολογιστεί τότε πως, αν στη Μ. Βρετανία υπήρχε παρόμοια συχνότητα σφαλμάτων με αυτή της αμερικανικής μελέτης, περίπου 300.000 ασθενείς ανά έτος στα νοσοκομεία της χώρας υφίστανται τις όποιες συνέπειες ιατρικών λαθών, ενώ ο θάνατος 45.0000 οφείλεται σε κάποιο βαθμό και στο ιατρικό λάθος. Οι *Times* αναδημοσίευσαν το σχόλιο του περιοδικού και, τελικά, ο τότε πρόεδρος του Royal College of Physicians άσκησε έντονη κριτική στο περιοδικό για διασπορά πανικού χωρίς αιτία.

Έπρεπε να περάσουν 10 χρόνια για να δημοσιευθεί στο ίδιο περιοδικό (*Br Med J* 2001, 322:517-519) μια πιλοτική μελέτη σχετικά με τα ιατρικά σφάλματα σε δύο νοσοκομεία του Λονδίνου, η οποία αποδεικνύει ότι οι τότε εκτιμήσεις ήταν μάλλον «συντηρητικές». Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, περίπου στο 11% των ασθενών διαπιστώθηκαν ανεπιθύμητα συμβάματα, που θα ήταν δυνατό να προληφθούν από το προσωπικό στο 50% των περιπτώσεων. Το 33,3% των ανεπιθύμητων συμβαμάτων είχε ως αποτέλεσμα μέσου ή μεγαλύτερου

Πίνακας 1. Χειρισμός ασθενών από τους γιατρούς σε δύο πιθανά κλινικά σενάρια. Αποτελέσματα έρευνας στη Νορβηγία.

	Με απειλή	Χωρίς απειλή
<i>Περίπτωση με θωρακικό πόνο</i>		
Σύνολο απαντήσεων	491	480
Καθυσυχασμός του ασθενούς	82 (17%)	135 (28%)
Παραγγελία ηλεκτροκαρδιογραφικού ελέγχου	192 (39%)	200 (42%)
Επείγουσα παραπομπή στο νοσοκομείο	217 (44%)	145 (30%)
<i>Περίπτωση ασθενούς με κεφαλαλγία</i>		
Σύνολο απαντήσεων	490	480
Καθυσυχασμός του ασθενούς	25 (5%)	24 (5%)
Παραπομπή για φυσικοθεραπεία	187 (38%)	338 (70%)
Παραγγελία ακτινογραφίας κρανίου	2 (0,4%)	2 (0,4%)
Παραγγελία ακτινολογικού ελέγχου ή αξονικής τομογραφίας εγκεφάλου	46 (9%)	38 (8%)
Παραπομπή σε νευρολόγο	230 (47%)	78 (16%)

βαθμού αναπηρία, ενώ σε ποσοστό που φθάνει το 8% το ανεπιθύμητο συμβάν συνέβαλε στο θάνατο του ασθενούς. Όπως υπογραμμίζουν οι συγγραφείς, ανεξάρτητα από τη βαρύτητα του συμβάματος, το αποτέλεσμα είναι η τεράστια οικονομική επιβάρυνση του συστήματος υγείας. Υπολογίζεται ότι η παράταση της παραμονής στο νοσοκομείο, σε περιπτώσεις ιατρικών σφαλμάτων, επιβαρύνει το σύστημα υγείας με ένα δισεκατομμύριο λίρες το χρόνο. Ο νυν πρόεδρος, πάντως, του Royal College of Physicians, με άρθρο του στο ίδιο τεύχος του *British Medical Journal*, υποστηρίζει την πρόταση των συγγραφέων της μελέτης για δημιουργία εθνικού συστήματος καταγραφής των «ανεπιθύμητων συμβαμάτων», με σκοπό όχι τόσο την απόδοση ευθυνών, όσο τη βελτίωση των επαγγελματιών υγείας από τη γνώση των σφαλμάτων τους.

Από την άλλη πλευρά, διάφορες οργανώσεις δραστηριοποιούνται, σε πολλές χώρες, με στόχο την προστασία τόσο των ασθενών όσο και των γιατρών, από τις συνέπειες των ιατρικών σφαλμάτων. Η φιλανθρωπική Οργάνωση για τα Θύματα Ιατρικών Σφαλμάτων (Action for Victims of Medical Accidents, www.avma.org.uk) δραστηριοποιείται στη Μ. Βρετανία από εικοσαετίας, προσφέροντας τις υπηρεσίες της σε πλήθος ασθενών. Η οργάνωση παρέχει δωρεάν πληροφορίες, επεξηγήσεις και συμβουλές σχετικά με ανεπιθύμητα συμβαμάτα εξαιτίας ιατρικών σφαλμάτων, τηλεφωνικές οδηγίες για τον τρόπο, με τον οποίο μπορεί ο ασθενής να απευθυνθεί στις

αρμόδιες υπηρεσίες για επίσημη καταγγελία ή να διεκδικήσει αποζημίωση, ενώ παρέχεται και ειδική συμβουλευτική/συναισθηματική υποστήριξη.

Η Ένωση για την Προστασία των Επαγγελματιών Υγείας (The Medical Defence Union, www.the-mdu.com) είναι ένας μη κερδοσκοπικός οργανισμός, που έχει σκοπό την παροχή βοήθειας και συμβουλευτικών υπηρεσιών σχετικά με ιατρονομικά προβλήματα ή ζητήματα ιατρικής ηθικής. Ιδρύθηκε με βάση την αρχή «από γιατρούς για τους γιατρούς» και από το 1985 προσφέρει καθόλο το 24ωρο τις υπηρεσίες του στους συνδρομητές του (γιατροί, οδοντίατροι, νοσηλευτικό προσωπικό).

Τέλος, από την άλλη πλευρά του Ατλαντικού, ιδιαίτερο ενδιαφέρον έχει η επίσκεψη στην ιστοσελίδα The Online Medical Malpractice Magazine (www.a-r-m.org/home.htm). Εκεί υπάρχουν αναλυτικές πληροφορίες για οτιδήποτε σχετικό με ιατρικά σφάλματα, αποζημιώσεις και ασφάλειες ασθενών και γιατρών. Επίσης, κάθε ενδιαφερόμενος μπορεί να ελέγξει το γιατρό του (“Check your Doctor”) αναζητώντας τυχόν «ιστορικό σφαλμάτων» του, καθώς αρκετές Πολιτείες των ΗΠΑ παρέχουν πλέον δημόσια παρόμοιες πληροφορίες (www.healthcarechoices.org/profile.htm). Για περισσότερο απαιτητικούς ασθενείς υπάρχουν ιδιωτικές εταιρείες, όπως η American Find Inc (www.americafind.net1), που στην τιμή των \$59 δίνει «εκτεταμένες» πληροφορίες για το γιατρό (σπουδές, εμπειρία, ιστορικό ιατρονομικών εμπλοκών κ.λπ.).