

Ο χειρουργός, ο άρρωστος και το ιατρικό λάθος

Γ. Ι. Μπλάτζας
Χειρουργός

Λέγεται πως όταν ρώτησαν τον L. van Beethoven ποιον μουσικό θεωρεί κατάλληλο να ερμηνεύσει ένα από τα αθάνατα έργα του απήντησε: «Αυτόν που κάνει τα λιγότερα λάθη». Θεωρώ ότι η απάντηση θα ταίριαζε απόλυτα για το θέμα και πρόβλημα του ιατρικού λάθους.

Το θέμα είναι μεγάλο, πολύπλευρο, που απαιτεί στρογγυλό τραπέζι ή ημερίδα με πολλούς ομιλητές και ίσως θέμα που θα έπρεπε κανείς να το αποφύγει. Νομίζω όμως ότι είναι πλέον προσωπική υπόθεση του καθενός μας: όλοι μας θα χρειαστούμε γιατρό ή θα χρειαστεί να εμπιστευτούμε τη ζωή μας ή την ακεραιότητά μας, την υγεία μας σε κάποιο γιατρό. Υπάρχει λοιπόν και η πλευρά αυτή του θέματος, η σχέση δηλαδή του γιατρού με τον άρρωστο μέσα από τη σκιά του ιατρικού λάθους. Συνεπώς υπάρχει ένα σημείο που μας αφορά όλους και πιστεύω ότι ακριβώς το σημείο αυτό μπορεί να φωτιστεί όσο επιτρέπει η ώρα, η ικανότητα και τα βιώματα του ομιλούντος. Θα περιοριστούμε λοιπόν στο ανθρωπο-ιατροκεντρικό μέρος. Όλες οι άλλες πλευρές, π.χ. η νομική, η κοινωνική και τα μέσα μαζικής ενημέρωσης, θα προσπαθήσουμε να μείνουν στο περιθώριο, αν μπορεί να λεχθεί έτσι, όπως και τα δεδομένα της στατιστικής και οι βιβλιογραφικές αναφορές. Θα προσπαθήσω να σας μεταφέρω απλά και συνοπτικά, με κάθε ειλικρίνεια όμως, το προσωπικό μου πιστεύω, το προσωπικό μου κοσμοείδωλο όπως διαμορφώθηκε στα 50 χρόνια εξάσκησης της ιατρικής.

Νομίζω ότι θα ήταν απολύτως λογικό και χρήσιμο να ξεκινήσουμε αναλύοντας τα χαρακτηριστικά των δύο παραγόντων, του χειρουργού και του αρρώστου, αναδεικνύοντας και το μη αναφερόμενο στον τίτλο της ομιλίας «περιβάλλον του ασθενούς». Έτσι νομίζω ότι θα αντιληφθούμε όλοι μας τι είναι λάθος, γιατί τόσα «πολλά λάθη», τι σημασία έχει κυρίως για τον άρρωστο αλλά

και για τον γιατρό, γιατί οδηγηθήκαμε εδώ που οδηγηθήκαμε, τι άλλαξε στην ιατρική, τι άλλαξε στις σχέσεις γιατρού-ασθενούς ή στις απαιτήσεις των ασθενών και γιατί, τι ίσως πρέπει να γίνει ή τουλάχιστον να γνωρίζουμε για να αποφεύγουμε τα λάθη μας και από τις δύο πλευρές, ώστε το πρόβλημα να πάρει τις σωστές διαστάσεις, να πάρει κοινωνικό πρόσωπο και να γίνει πράγματι ανθρωπο-ιατροκεντρικό.

A. Ο χειρουργός

Γιατί 'χειρουργός' και όχι 'ιατρός' αφού μιλούμε για ιατρικό λάθος; Για πολλούς λόγους.

Πρώτα απ' όλα πρέπει να σημειωθεί ότι ο χειρουργός είναι γιατρός που ασχολείται με τα χειρουργικά νοσήματα και όχι μόνο με την εγχειρητική. Έπειτα, ως χειρουργός, νομίζω ότι θα μπορούσα καλύτερα να γνωρίζω τις λεπτομέρειες της χειρουργικής δραστηριότητας, τα προβλήματα και τα λάθη του, και τέλος ας μην ξεχνούμε ότι το 90% των ιατρικών λαθών που 'βγαίνουν' κατά οποιοδήποτε τρόπο στη δημοσιότητα αφορούν χειρουργούς διαφόρων ειδικοτήτων.

Υπάρχουν όμως δύο συγκεκριμένοι λόγοι.

1^ο. Αποφυγή πλατειασμού. Κάθε ειδικότητα έχει τις ιδιαιτερότητές της αυτόνομα αλλά και στις σχέσεις της με τις άλλες ειδικότητες, άλλοτε χαλαρά και άλλοτε απολύτως εξαρτώμενες από τη σχέση αυτή, σε σημείο που πολλές φορές να εκτρέπεται από την ορθή αντίληψη – διάγνωση – και σχεδιασμό των ιατρικών ενεργειών και πράξεων.

2^ο. Η διαφορά στην τέχνη του χειρουργού από τις άλλες ειδικότητες της ιατρικής.

Θα γίνω σαφής. Στη χειρουργική δεν μιλούμε μόνο για την κλίνη του ασθενούς όπως γενικά λέμε στην ιατρική, αλλά λόγω της εγχειρητικής πράξεως, της εγχείρησης, για χειρουργικό τραπέζι. Ο άρρωστος είναι πάνω σ' αυτό ανυπερά-

οπισθος χωρίς δυνατότητα αντίδρασης, σε βαθύ ύπνο, ίσως ένα βήμα προ του θανάτου, εγκαταλειμμένος στα χέρια του χειρουργού και του Θεού που «στέκεται πίσω του» (H. Killian). Η κάθε κίνηση του χειρουργού είναι μια ενέργεια χωρίς επιστροφή και μία λάθος κίνηση, ένα 'λάθος' βήμα απαιτεί πολλά διορθωτικά με βαρύ συχνά τίμημα για τον άρρωστο. Πόσες φορές, σκέπτομαι, θα μας έβαζαν τις φωνές οι ανθρωπίνιο ιστοί αν είχαν φωνή...

Ο αφορισμός του Ιπποκράτη: «Ο βίος βραχύς, η δε τέχνη μακρά, ο δε καιρός οξύς, η δε πείρα σφαλερή, η δε κρίσις χαλεπή», νομίζω ότι ταιριάζει απόλυτα στους χειρουργούς. Πρέπει να έρθει κανείς στη θέση του ενεργήσαντος χειρουργού και στις συνθήκες της στιγμής, αρρώστου και περιβάλλοντος, που έγινε μία πράξη για να κρίνει σωστά με όση σφαλερή πείρα και χαλεπή κρίση διαθέτει.

Θα ήθελα να σημειώσω δύο επιπλέον λόγια για τους χειρουργούς.

Η συντριπτική πλειοψηφία των χειρουργών διακρίνεται για την πληρότητα εξάσκησης, για την πείρα, για την ικανότητα, για τις γνώσεις, για την ηθική τους (αρετή). Παρόλα αυτά δεν παύουν να είναι τεχνίτες και οι ενέργειές τους να υπόκεινται στο ανθρώπινο, το τεχνικό λάθος. Θα μπορούσαμε να πούμε πολλά στο σημείο αυτό, όπως π.χ. τι σημαίνει χειρουργική ικανότητα ή δεινότητα, αντίληψη της επερχόμενης κρίσης ή καταστροφής, πρόβλεψη των επιπλοκών και φυσικά πρόληψη κατά το δυνατόν. Όμως είμαι υποχρεωμένος να αναφερθώ σε κάποιους χειρουργούς που αποτελούν βέβαια πολύ μικρή μειοψηφία, τουλάχιστον αν μη τι άλλο, επειδή ευθύνη για το ιατρικό λάθος έχουν και οι άρρωστοι εις ό,τι αφορά την επιλογή του γιατρού τους.

Στη μικρή αυτή ομάδα θα έλεγα ανήκουν χειρουργοί που τους χαρακτηρίζει έλλειψη βασικών γνώσεων ή χειρότερα δεν έχουν επίγνωση της ελλιπούς εκπαίδευσης και μειωμένης ικανότητάς τους. Το χειρότερο είναι ότι υπάρχουν και ικανοί, που όμως για λόγους πολλούς μη ιατρικούς ή εκπαίδευσης παρασύρονται στη δίνη της 'ιατρικής νέμεσης'. Εδώ δυστυχώς ισχύει αυτό που είπε ο Πλάτων ότι «επιστήμη (γνώση) χωρίς αρετή ίσον πανουργία», με ό,τι αυτό σημαίνει για το ιατρικό λάθος.

Ανέφερα την 'Ιατρική Νέμεση' του Ivan Illich, και θα ήθελα να πω ότι ο συγγραφέας μπορεί να

είναι ριζοσπάστης και επιθετικός, άλλα η μελέτη του βιβλίου αφήνει μία πικρή γεύση για το πού οδήγησε τους γιατρούς η εκβιομηχάνιση της ιατρικής και το κυνήγι του χρήματος, όχι αποκλειστικά από τους ιατρούς, αλλά αντίθετα κυρίως από την ιατρική βιομηχανία.

Έτσι νομίζω έχουμε προϋδαστεί για το λάθος από την πλευρά του γιατρού.

B. Ο άρρωστος και το περιβάλλον του

Ο άρρωστος έρχεται στον γιατρό με αγωνία και με μία επιθυμία και απαίτηση. Να γίνει καλά αλλά να μην υποφέρει ή να υποφέρει όσο γίνεται λιγότερο και να βγει αλώβητος από την περιπέτεια. Όμως δεν είναι μόνος. Τον περιβάλλει η αγάπη, η στοργή, η αφοσίωση και όποιο άλλο ευγενικό συναίσθημα θέλετε των δικών του. Μόνο που εδώ γίνεται ένα λάθος: η υπερβολή, θετικά ή αρνητικά. Δεν έχει σημασία. Σημασία έχει ότι μπορεί να αλλοιωθεί η πορεία της ιατρικής προσπάθειας και να προκύψει κατά τη γνώμη τους το ιατρικό λάθος. Και να φτάσουμε όχι απλά στο μήπως, αλλά στο πού έκανε λάθος ο χειρουργός.

Όταν η στοργή και η αγάπη εμποδίζουν τον συγγενή να δει κατάματα την πραγματικότητα και να συμμαχήσει μαζί της, είναι πολύ εύκολο να 'βρεθεί' το λάθος, να ανακαλυφθεί ή να επινοηθεί στην κυριολεξία. Όχι ότι μπορεί να μην υπήρξε, αλλά το όποιο αποτέλεσμα δεν προέκυψε από λάθος του τεχνίτη πάνω σε κάτι άψυχο (στο ξύλο ας πούμε), αλλά σε ανθρώπινο οργανισμό, που βρίσκεται κάτω από πίεση, από τραύμα (εγχείρηση), έχει μία ασταθή ισορροπία, που ανά πάσα στιγμή μπορεί να καταρρεύσει παρά τις όχι απλά φιλότιμες, αλλά απελπισμένες προσπάθειες του χειρουργού.

Νομίζω πως μετά τη σκιαγράφηση των δύο πόλων-πρωταγωνιστών διαφάνηκε το πώς μπορεί να οδηγηθούμε στο ιατρικό λάθος ή στην 'αναζήτηση' του ιατρικού λάθους. Αναλύοντας τώρα αυτό καθ' αυτό το ιατρικό λάθος θα δούμε πώς το αντιλαμβάνεται ο χειρουργός και πώς εμπλέκονται οι δύο πόλοι-παράγοντες αφετέρου. Ένα σημαντικό στοιχείο που θα βοηθήσει είναι ποιες καταστάσεις ή συνθήκες ευνοούν και αναπαράγουν συνεχώς την υπόνοια, αν όχι τη βεβαιότητα, ότι υπάρχει ή έγινε λάθος.

Θα δούμε δύο στοιχεία που δεν λαμβάνονται όσο σοβαρά πρέπει ή δίδεται άλλη ερμηνεία.

1. Η επιπλοκή. Και μόνο αν δει κανείς στα συγγράμματα της χειρουργικής πόσος χώρος διατίθεται για να περιγραφούν οι επιπλοκές, αναμενόμενες ή απρόβλεπτες, σε σχέση με την περιγραφή της εγχείρησης βεβαιώνεται για τη σημασία που έχουν οι επιπλοκές στην έκβαση της εγχείρησης. Μπορεί ή μπορούν οι επιπλοκές να αποφευχθούν; Ναι, αλλά μέχρι ενός σημείου, όσο η ανοσοβιολογία του ασθενούς επιτρέπει. Η εμφάνισή της επιπλοκής δεν είναι λάθος ή δεν πρέπει αβασάνιστα να εκλαμβάνεται ως λάθος.

2. Η στατιστική. Τι σημαίνει κίνδυνος απώλειας ζωής ή μέλους με ό,τι σημαίνει για τον άρρωστο σε κάποιο ποσοστό; Τίποτε. Δεν χάνεται το τόσο τοις εκατό του ασθενούς αλλά όλος ο άνθρωπος.

Ας προσθέσουμε και ένα ακόμα. Την επιλογή της μεθόδου θεραπείας παραδεκτή, αποδεκτή, σωτήρια για ασθενείς, αλλά ίσως όχι για όλους τους ασθενείς. Πέρα από αυτό και κάτι ακόμη: Καλή και σωστή η μέθοδος, η εγχειρητική μέθοδος, αλλά στα χέρια εκείνου που την ξέρει καλά, και κυρίως ξέρει τις παγίδες και τις πιθανές επιπλοκές. Ή ακόμα αν δεχθούμε ότι όλα έγιναν καλά, η μέθοδος ήταν σωστή, η αγωγή σωστή, υπάρχουν δύο αστάθητοι παράγοντες. α) Δεν είναι ο άρρωστος στην καλύτερη κατάσταση βιολογικά. β) Οι συνθήκες εγχείρησης δεν ήταν οι επιθυμητές. Εδώ επιτρέψτε μου να πω ότι η ευθύνη βαρύνει ΚΑΙ τον ασθενή. Η εγχείρηση δεν είναι παρά θεραπεία για συγκεκριμένη πάθηση που θεραπεύεται μόνο με εγχείρηση ή που η εγχείρηση αποτελεί τη μόνη λύση. Το χειρουργικό νόσημα απαιτεί εγχείρηση. Η καθυστέρηση είτε εξαιτίας του γιατρού (αυτό είναι λάθος) είτε εξαιτίας του αρρώστου, μπορεί να αποβεί μοιραία ή στην καλύτερη περίπτωση να πληρώσει βαρύ τίμημα ο άρρωστος ή σε ακεραιότητα σωματική ή σε ταλαιπωρία.

Τι είναι λοιπόν ιατρικό λάθος;

Για τον χειρουργό:

Στην πράξη λάθος ενέργεια ή ενέργεια-πράξη έξω από τα παραδεδωμένα. Δεν συζητώ καθόλου την μη ανταπόκριση στην ανάγκη, στην επείγουσα κλήση, στη στενή και προσεκτική παρακολούθηση του ασθενούς. Επίσης δεν συζητώ για λάθος αυταπόδεικτο, όπως είναι εγχείρηση άλλη από εκείνη που έπρεπε να εκτελεστεί ή και

διενέργεια εγχείρησης εκεί που δεν ήταν απαραίτητη κ.ο.κ.

Όμως για τα επείγοντα προβλήματα θα πρέπει να πούμε δύο επιπλέον λέξεις. Είναι λάθος ότι η ταχεία επέμβαση προδικάζει ευτυχές πάντα αποτέλεσμα και ότι η ατυχής έκβαση ή η αναπηρία που παραμένει δεν οφείλεται κατά κανόνα στην ιατρική επέμβαση αλλά στην αιτία που προκάλεσε την επείγουσα αναζήτηση και άμεση ανταπόκριση του γιατρού. Φυσικά όλα εξαρτώνται από τις συνθήκες κάτω από τις οποίες παρασχέθηκε η ιατρική βοήθεια.

Να συμπληρώσω ότι σε τέτοιες καταστάσεις η ιατρική πρόοδος και η τεχνολογία δεν αποτελούν εχέγγυο επιτυχίας –ίσως το αντίθετο. Θα αναφερθώ πιο κάτω στον ψευδή ευδαιμονισμό, επανάπαυση εκ μέρους των ιατρών, διαστρέβλωση και αμφισβήτηση από την πλευρά του ασθενούς και των συγγενών του.

Για τον άρρωστο και τους συγγενείς:

Ποιο θεωρείται λάθος; Καθετί που δεν πήγε καλά ή όπως το ήθελαν ή όπως πίστευαν ότι θα γίνει. Από το σημείο αυτό ξεκινάει η αμφιβολία και το «μήπως έγινε λάθος» στο «πού έγινε το λάθος». Κάνοντας μία παρέκκλιση νομίζω ότι μόνο ένα θεσμοθετημένο όργανο πολυπαραγοντικό θα μπορούσε να δώσει πραγματική ερμηνεία του «λάθους» και να αποδώσει «τα του Καίσαρος τω Καίσαρι».

Θεωρώ πως πρέπει να αναφερθώ και στην πλάνη. Σε όλες τις επιστήμες υπήρξε και υπάρχει πλάνη, σε άλλες λίγο και σε άλλες πολύ. Στην ιατρική νομίζω ότι η δυναμική ισορροπία του ασθενούς είναι το καταλληλότερο υπόστρωμα για να υπάρξει 'πλάνη και λάθος'.

Θα ήθελα να πούμε λίγα λόγια και για μια άλλη πτυχή του θέματος. Ο χειρουργός δεν υπάρχει και δεν ενεργεί μόνος: υπάρχει υποχρεωτικά η ιατρονοσηλευτική αλυσίδα. Δεν φτάνει ο χειρουργός αυτόματα ή άμεσα (κατευθείαν δηλαδή) στο σημείο που μπορεί να γίνει το ιατρικό λάθος, όπως το αντιλαμβάνεται ο περισσότερος κόσμος. Τα περιθώρια μέσα στα οποία μπορεί να γίνει ιατρικό λάθος είναι ευρύτατα, αρχίζουν από τον γιατρό της πρώτης επαφής για να φτάσουν στη στιγμή που δίδεται το εξιτήριο. Αντιλαμβάνεστε, είμαι βέβαιος, όλη την αλληλουχία των γεγονότων όπου ενεργούν, αδερφές, νοσοκόμοι, τραυματιοφορείς, υποστηρικτικό προσωπικό, μέ-

χρι να φτάσει ο χειρουργός στο αίσιο τέλος της εγχείρησης, και στη συνέχεια η νοσηλεία, η παρακολούθηση, η αντιμετώπιση (δηλαδή η ετοιμότητα), για αναμενόμενες ή όχι επιπλοκές ή απλώς αντιδράσεις διαφορετικής βαρύτητας του ασθενούς.

Υπάρχει και μία άλλη πτυχή για το ιατρικό λάθος που πρέπει να αναπτυχθεί πριν κλείσουμε την ομιλία, για την οποία και σας ζητώ λίγη ακόμα υπομονή. Γιατί τα τελευταία χρόνια δεν υπάρχει σχεδόν χειρουργός για τον οποίο να μη δημιουργήθηκε υπόνοια ή ακόμα και αγωγή για ιατρικό λάθος; Γιατί όταν άρχισα την ειδικότητα οι συγγενείς απλά ζητούσαν να μάθουν γιατί πέθανε «επί της χειρουργικής τραπέζης» ο άρρωστος τους και ουδέποτε κατηγορούνταν οι γιατροί, ενώ σήμερα είμαστε στο σημείο που ανέφερα πιο πάνω;

Το πρώτο αίτιο είναι η δημιουργία προσδοκιών από την ιατρική. Θα είμαι σαφής. Τι σας λέει η έκφραση «σήμερα που η επιστήμη προόδευσε ή που κάνει θαύματα»; Πρόκειται για ολισθηρότητα που οδηγεί στη στρέβλωση. Η επιστήμη προόδευσε, η χειρουργική κάνει θαύματα, αλλά ο ασθενής είναι πάντα ο ίδιος, και όχι μόνον. Γιατροί και άρρωστοι διευρύνουμε τα όρια της εφαρμογής των νέων τεχνολογιών, υπερεκτιμώντας τις δυνατότητες της ασταθούς λειτουργίας του ασθενούς, και βέβαια μπορεί να πετυχαίνουν οι γιατροί εκεί που και πριν από 30 έως 50 χρόνια δεν θα το σκέπτονταν καν να επέμβουν, αλλά όχι σε όλες τις περιπτώσεις και φυσικά σ' αυτές που δεν υπάρχει επιτυχία, «υπάρχει λάθος».

Βέβαια θα αναφερθώ πάλι στην 'ιατρική νέμεση'. Και να θέλουμε τώρα να γυρίσουμε πίσω ή να βάλουμε τα πράγματα στη σωστή βάση δεν μας αφήνει η ιατρική βιομηχανία ή το ιατρικό οικονομικό επιχειρείν. Ευτυχώς όμως, φτάσαμε σήμερα οι χειρουργοί να συζητούμε σοβαρά και υπεύθυνα ποιοι και πώς πρέπει να χρησιμοποιούν τη νέα τεχνολογία προς όφελος των ασθενών. Γιατί; 1^ο, γιατί η νέα τεχνολογία απαιτεί δύο στοιχεία: (α) ο χειρουργός να είναι καλός στην κλασική ιατρική-χειρουργική, (β) να ξέρει

καλά τους κανόνες και τις λεπτομέρειες των νέων τεχνολογιών, οι οποίες τεχνικές αναμφίβολα θα είναι το μέλλον της χειρουργικής προς όφελος των ασθενών. 2^ο, διότι αν δεν γίνει αυτό, δηλαδή ο έλεγχος και η σωστή εφαρμογή και μένει μόνο ο ενθουσιασμός και η πλάνη ότι κάνει θαύματα η χειρουργική, τότε η αμφισβήτηση που υπάρχει σήμερα θα γίνει αύριο χιονοστιβάδα.

Ο ίδιος ο χειρουργός πρέπει να ξεκαθαρίσει το τοπίο, πρέπει να λέει (στους συγγενείς βέβαια) όσο γίνεται πιο ωμά και ειλικρινά τα πράγματα, ώστε να μην υπάρχουν ψευδαισθήσεις και διαστρεβλώσεις. Θα γίνει βέβαια δυσάρεστος ή οι συγγενείς θα στραφούν σε άλλο χειρουργό που θα τους είναι ευχάριστος. Έτσι όμως πολλά δυσμενή αποτελέσματα δεν θα ερμηνεύονται με το «μήπως έγινε λάθος» αλλά με το «μας τα είπε αυτά ο γιατρός πριν από την εγχείρηση». Υπάρχει και η άλλη πλευρά του λόφου, που αφορά απολύτως τον χειρουργό. Θα την ονομάσω ευδαιμονισμό. Ο χειρουργός σήμερα αισθάνεται άρχοντας. Όλη η τεχνολογία και τεχνογνωσία για ακριβή διάγνωση και εφαρμογή της καταλληλότερης μεθόδου είναι στα πόδια του. Αρκεί να σκύψει να την πάρει και να τη χρησιμοποιήσει σωστά. Φοβούμαι όμως ότι σε κάποιες περιπτώσεις αυτό το 'σύμπλεγμα ανωτερότητας' δημιουργεί μέσα του την πεποίθηση ότι 'πάντοτε' μπορεί. Αυτό εύκολα οδηγεί σε χαλάρωση, σε επανάπαυση και τελικά σε υπερεκτίμηση των δυνατοτήτων του. Το έδαφος είναι πλέον κατάλληλο για την ανάπτυξη του άνθους του 'ιατρικού λάθους'.

Θα τελειώσω πάλι με αναφορά στη μουσική. Ο καθένας από μας με τα γονιδιά μας και το DNA μας αποτελούμε κυριολεκτικά ένα αριστούργημα, ένα ανεπανάληπτο δημιούργημα, μοναδικό, την ωραιότερη μουσική σύνθεση που βγήκε από τα χέρια του Δημιουργού μας. «Στώμεν καλώς» λοιπόν: ο γιατρός ας εκτελέσει τη μοναδική αυτή παρτιτούρα με τα λιγότερα λάθη και με τον βαθύτατο σεβασμό, και ο άρρωστος ας προσέχει τότε και σε ποιον θα αναθέτει με απόλυτη εμπιστοσύνη τη φροντίδα του θεϊκού αυτού δημιουργήματος.