



**ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ  
ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ**

**ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ**

**ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**  
**Η ΝΟΜΙΚΗ ΕΥΘΥΝΗ ΑΠΟ**  
**ΤΙΣ ΕΝΔΟΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΕΣ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ**



**ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ: ΚΟΥΚΑΚΗ ΕΥΓΕΝΙΑ**

**ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: Δρ ΤΣΟΥΝΤΑΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ**

**ΚΑΛΑΜΑΤΑ, 2011**

863

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	4
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	5

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup> ΗΘΙΚΗ ΚΑΙ ΒΙΟΗΘΙΚΗ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

1.1. ΗΘΙΚΗ ΚΑΙ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ.....	7
1.2. ΒΙΟΗΘΙΚΗ .....	9
1.3 Η ΚΑΚΗ ΧΡΗΣΗ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ .....	11
1.3.1 ΙΑΤΡΙΚΑ ΛΑΘΗ.....	11
1.3.2. ΚΑΚΗ ΧΡΗΣΗ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ.....	12
1.4 ΑΙΤΙΑ ΚΑΚΗΣ ΧΡΗΣΗΣ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ .....	14
1.5 ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΚΑΙ ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗ .....	15
1.6 ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΜΕ ΤΗ ΚΟΙΝΩΝΙΑΣ.....	16

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup> ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΟΥ ΘΕΜΑΤΟΣ

2.1 ΣΥΝΤΟΜΗ ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ .....	24
2.2 ΟΡΙΣΜΟΣ ΕΝΔΟΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ.....	26
2.3 ΚΟΣΤΟΣ ΑΠΟ ΠΑΡΑΤΑΣΗ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ .....	29
2.4 ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΚΑΙ ΝΟΜΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΕΝΔΟΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ .....	30
2.4.1 ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ:.....	30
2.4.2 ΝΟΜΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ.....	31

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup> ΟΡΓΑΝΑ ΕΛΕΓΧΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

3.1 Η ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΙΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ.....	32
3.2 ΟΡΓΑΝΑ ΕΛΕΓΧΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ .....	32
3.3 ΟΜΑΔΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΚΑΙ ΕΠΕΜΒΑΣΗΣ .....	34
3.4 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΕΛΕΓΧΟΥ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ .....	35
3.5 ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΕΛΕΓΧΟΥ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ.....	36

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup> Η ΙΑΤΡΙΚΗ ΑΣΤΙΚΗ ΕΥΘΥΝΗ

4.1. ΓΕΝΙΚΑ .....	38
4.2. Η ΑΣΤΙΚΗ ΕΥΘΥΝΗ ΣΤΗΝ ΠΑΡΟΧΗ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΚΑΙ Ο ΝΕΟΣ ΚΩΔΙΚΑΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ (Ν. 3418/2005 ).....	39
4.3. Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΣΦΑΛΜΑΤΟΣ ΚΑΙ Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΟΥ ΣΤΗ ΘΕΜΕΛΙΩΣΗ ΤΗΣ ΑΣΤΙΚΗΣ ΕΥΘΥΝΗΣ .....	43
4.4. Η ΣΥΝΑΙΝΕΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΚΑΙ Η ΑΣΤΙΚΗ ΕΥΘΥΝΗ.....	46
4.5. Η ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΣΥΝΑΦΕΙΑ ΩΣ ΑΝΑΓΚΑΙΟ ΣΤΟΙΧΕΙΟ ΤΗΣ ΑΣΤΙΚΗΣ ΕΥΘΥΝΗΣ .....	47
4.6. ΟΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΣΦΑΛΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΑΣΤΙΚΗ ΕΥΘΥΝΗ.....	51
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ .....	59
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	61

## **ΠΕΡΙΛΗΨΗ**

Δεν είναι λίγοι οι επιδημιολόγοι που θεωρούν τις Νοσοκομειακές Λοιμώξεις πρώτη αιτία θανάτου κατά την άσκηση των ιατρικών πράξεων στους χώρους του Νοσοκομείου. Οι επιπτώσεις των ΝΛ επεκτείνονται και στο οικονομικό και κοινωνικό περίγυρο τόσο των ασθενών και των οικείων τους, όσο και στο ίδιο το Νοσηλευτικό σύστημα (ιατροί, Νοσηλευτές, Νοσηλευτικά ιδρύματα).

Η νομική ευθύνη που προκύπτει από το ιατρικό σφάλμα έχει ως άξονα αναφοράς τόσο τον ίδιο τον ιατρό και το νοσηλευτικό προσωπικό όσο και τα ίδια τα Νοσηλεύτηκα ιδρύματα (ιδιωτικά και δημόσια).

Πληθώρα δημοσιευμάτων αναφέρονται σε περιπτώσεις ασθενών που αξίωσαν αποζημιώσεις και έγειραν αστικές ευθύνες κατά του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού και των Νοσηλευτικών ιδρυμάτων για λάθη που πραγματοποιήθηκαν κατά την άσκηση των καθηκόντων τους.

Το κράτος αντιλαμβανόμενο το τεράστιο κοινωνικό και οικονομικό κόστος από την παράταση της παραμονής των ασθενών στα νοσοκομεία και όχι μόνο και προσπαθεί με νομοθετικές ρυθμίσεις να λάβει μέτρα για την πρόληψη και αντιμετώπιση των Νοσοκομειακών λοιμώξεων .

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις είναι συνυφασμένες με την ιστορία των νοσοκομείων. Από την στιγμή που άρχισαν να νοσηλεύονται άρρωστοι σε νοσοκομειακό περιβάλλον, εμφανίζονται και οι ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις καθώς και οι προσπάθειες για τον περιορισμό τους.

Στην εφαρμογή του πλυσίματος των χεριών ως μέτρου για την μείωση των ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων έχουν οδηγήσει, από την μία οι παρατηρήσεις των Semmelweis και Holmes το 1861 και από την άλλη η επικράτηση της μικροβιακής θεωρίας ως αιτίας των λοιμώξεων<sup>1</sup>.

Την δεκαετία του 1940, με αφορμή από την μία την ανακάλυψη και ευρεία χρήση των αντιμικροβιακών και από την άλλη την οργάνωση των νοσοκομείων, ο ιατρός και το νοσηλευτικό προσωπικό είχε την θεωρητική και πρακτική γνώση για την πρόληψη και αντιμετώπιση των λοιμώξεων. Εν τούτοις, δεν είχε θεωρηθεί αναγκαία η ύπαρξη ενός οργάνου το οποίο θα επέβλεπε, σε νοσοκομειακό επίπεδο, την εφαρμογή των αναγκαίων μέτρων για τον έλεγχο των λοιμώξεων<sup>2</sup>.

Ένα μεγάλο μερίδιο ευθύνης για την αντιμετώπιση των λοιμώξεων με επιτυχία φέρουν οι ιατροί που συνταγογραφούν και χορηγούν μεγάλο αριθμό αντιβιοτικών, ο οποίος ενθαρρύνει την ανάπτυξη ανθεκτικών βακτηριακών στελεχών.

Η χορήγηση επίσης των αντιβιοτικών νέας γενιάς χωρίς έλεγχο και για ασήμαντη αφορμή ενθαρρύνει την ανάπτυξη ανθεκτικών βακτηριακών στελεχών. Την ευθύνη φέρουν εκτός, από τους ιατρούς και το νοσηλευτικό προσωπικό, το οποίο συχνά δε λαμβάνει τα στοιχειώδη μέτρα προστασίας όπως για παράδειγμα το πλύσιμο των χεριών, καθώς επίσης και τα Νοσοκομεία.

Με τον τρόπο αυτό, δημιουργούνται από τη μια, ανθεκτικά μικρόβια και

---

<sup>1</sup> Ανευλαβής Ε, (2005) Κλινική Λοιμωξιολογία Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, 193, 630-637, 601-608.

<sup>2</sup> Ανευλαβής Ε, (2005) Κλινική Λοιμωξιολογία Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, 193, 630-637, 601-608.

από την άλλη σταδιακά στη θέση των κατεστραμμένων χλωρίδων συνήθως κάνουν την εμφάνιση τους οι μύκητες, των οποίων η θεραπεία είναι πολύ δύσκολη και σε μερικές περιπτώσεις αδύνατη.

Σήμερα στη χώρα μας το μεγαλύτερο μερίδιο ευθύνης φέρουν οι διοικήσεις των δημοσίων νοσοκομείων και των ιδιωτικών κλινικών, λόγω των πλημμελών και αναποτελεσματικών μέτρων απολύμανσης που εφαρμόζουν στους χώρους τους, περιλαμβανομένων και των ευαίσθητων χώρων των χειρουργείων και των Μ.Ε.Θ<sup>3</sup>.

Η παρούσα μελέτη θα εστιάσει στη νομική ευθύνη των ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων, δίνοντας βαρύτητα στην αποσαφήνιση των πειθαρχικών, αστικών, ποινικών και διοικητικών ευθυνών.

---

<sup>3</sup> . Βουμβουράκης Κ, Ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις: αιτία αποζημίωσης; Perceptum magazine, 26 Μαρτίου 2010,

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup> ΗΘΙΚΗ ΚΑΙ ΒΙΟΗΘΙΚΗ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

### 1.1. ΗΘΙΚΗ ΚΑΙ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

Η φροντίδα των ασθενών είναι συνυφασμένη με τις υπηρεσίες υγείας, τις ηθικές αξίες και τη δεοντολογία, δηλαδή την επιστήμη του καθήκοντος. Η ποιότητα των υπηρεσιών φροντίδας που προσφέρουν οι φροντιστές εξαρτάται όχι μόνο από την επιστημονική και τεχνική κατάρτιση, αλλά και από την ηθική του τοποθέτηση για την αξία του ανθρώπου και της ζωής, την κατάλληλη συμπεριφορά προς ασθενείς και συνεργάτες, καθώς και τις αποφάσεις τους σε κρίσιμες καταστάσεις, στις οποίες αντιμετωπίζουν διλήμματα στην πράξη.

Στην πράξη, «Ηθικά διλήμματα» είναι όλα εκείνα που έχουν σχέση με τις αξίες, τις συνήθειες και πεποιθήσεις αρρώστων ως προς τα θεραπευτικά μέσα και τρόπους διάσωσης της ζωής τους, την πληροφόρηση ή μη του αρρώστου για διαθέσιμες υπηρεσίες υγείας, την εχεμύθεια προσωπικών πληροφοριών, την μη ορθή θεραπεία, τα χειρουργικά ή άλλα νοσοκομειακά ατυχήματα, την τήρηση ποιοτικών κριτηρίων στην πράξη, την αποδοχή και ανάθεση ευθύνης σε αμφίβολες και ηθικής πλευράς καταστάσεις και συνθήκες, καθώς και την ασφάλεια του αρρώστου. Επίσης θέματα κατανομής ανθρώπινων και υλικών πόρων, διάθεση οργάνων σώματος για μεταμόσχευση, προσδιορισμοί προτεραιοτήτων υγείας και νοσηλείας παρουσιάζουν σοβαρά ηθικά και δεοντολογικά προβλήματα για τη διοίκηση υπηρεσιών.

Γενικά η τεκμηρίωση των Ηθικών διλημάτων γίνεται σε τέσσερις περιοχές: (α) στο ιατρικό απόρρητο, (β) στο δικαίωμα των φροντιστών να γνωρίζουν και να αποφασίζουν, (γ) στην κατανομή των περιορισμένων πόρων (οικονομικών, προσωπικού κ.λπ.) και (δ) στη διατήρηση των επαγγελματικών προτύπων. Σύμφωνα με έρευνα του 1991, τα πιο συχνά εμφανιζόμενα θέματα μη ηθικής συμπεριφοράς, που πρακτικά ενοχλούν τους φροντιστές, κατά σειρά βαθμολογίας είναι σχετικά με<sup>4</sup>:

1. Οι ανεύθυνες ενέργειες συνεργατών
2. Οι συζητήσεις για ασθενείς που σε μερικές περιπτώσεις γίνονται με απαράδεκτο τρόπο.

<sup>4</sup> McDaniel, Charlotte, Hospital Ethics Committees and Nurses' Participation. J Nurs Administration. 1998;28:47-51.



3. Η ανισομερή κατανομή πόρων - ανθρωπίνων και υλικών.
4. Η παράταση της ζωής με ακραία μέσα.
5. Η ανεπαρκής στελέχωση νοσηλευτικών υπηρεσιών.

Ποικίλα ηθικά προβλήματα δημιουργεί η φροντίδα των ασθενών που μερικές φορές είναι ειδικά για το επάγγελμα ή σε άλλες περιπτώσεις διαμορφώνονται από αυτό. Χάος και σύγχυση επικρατεί κατά την σύγχρονη φροντίδα υγείας, ειδικά κάτω από το πρίσμα των αυξημένων οικονομικών περιορισμών και της τεχνολογικής επανάστασης με τη δυνατότητα αλλαγής της ποιότητας και της διάρκειας ζωής του ανθρώπου, οι φροντιστές αντιμετωπίζουν ηθικά διλήμματα που πολλές φορές φαίνονται ανυπέρβλητα. Όμως σ' αυτό το χάος δεν χάνονται. Η ίδια η νοσηλευτική παρέχει πυξίδα και άγκυρα, σταθερό σημείο στην καταιγίδα, πηγή υψηλών αξιών και παράδοση πλούσια για κατεύθυνση, κατανόηση και συμπάθεια για τα ανθρώπινα διλήμματα της αρρώστιας και της υγείας.

Πολλές φορές είναι διαφορετικά τα θέματα ηθικής και δεοντολογίας που αντιμετωπίζουν οι ιατροί και οι φροντιστές. Παρόλο που και οι δύο έχουν τα ίδια ερωτήματα σε πολλά θέματα που αφορούν την ιατρική πράξη όπως: για το αν πρέπει να χρησιμοποιηθούν τεχνολογικά μέσα, όταν υπάρχουν ελάχιστες ελπίδες θετικού αποτελέσματος ή να χρησιμοποιηθούν ή όχι τα μέσα ανάνηψης ή αν γνωρίζει ο άρρωστος και αντιλαμβάνεται τους κινδύνους μιας εγχείρησης;

Τους φροντιστές όμως τους απασχολούν και άλλα ειδικά θέματα όπως: για τον αν υπάρχουν αρκετοί φροντιστές υγείας για την παροχή ασφαλούς φροντίδας, για το αν πρέπει να συνεχίζονται οι αναρροφήσεις σε άρρωστο για τον οποίο υπάρχουν οδηγίες αντίθετες, γραπτές ή υπονοούμενες, όπως «όχι ανάνηψη» ή για το αν γίνονται σεβαστές οι επιθυμίες του αρρώστου και πολλά παρόμοια ερωτήματα.

Η τεχνολογική αναγκαιότητα, για ορισμένους, αποτελεί σήμερα το μεγαλύτερο στοιχείο στις υπηρεσίες υγείας. Και για τον λόγο αυτό εφ' όσον υπάρχει πρέπει να χρησιμοποιείται. Τα ηθικά διλήμματα όμως που προκύπτουν από τα κλινικά προβλήματα παρουσιάζονται στην καθημερινή πράξη είναι τα εξής : Πρέπει να χρησιμοποιείται η τεχνολογία απλά γιατί υπάρχει; Παραδείγματα κατάχρησης της τεχνολογίας βρίσκονται σε πολλές



συνηθισμένες καταστάσεις. Ποια η θέση για το φροντιστή που προτιμάει να χορηγήσει υπνωτικό παρά να χρησιμοποιήσει εναλλακτικά μέτρα, όπως να συζητήσει μαζί του για να τον ηρεμήσει και τόσους άλλους δημιουργικούς τρόπους;

Κάθε φροντιστής είναι απαραίτητο να εκτιμά την κατάσταση του ασθενή έτσι ώστε να προσδιορίζει τις επιπτώσεις στην υγεία του καθώς επίσης και αν η κάθε ενέργεια πρόκειται να επιφέρει βλάβη ή αν ο κίνδυνος βλάβης είναι μεγάλος. Η εκτίμηση της κατάστασης του ασθενή επιτυγχάνεται με τη συλλογή και ανάλυση στοιχείων που συλλέγει ο φροντιστής από τον ίδιο τον άρρωστο, την οικογένεια και από τους συνεργάτες του. Η αξιολόγηση των στοιχείων αυτών οδηγεί τον φροντιστή σε υπεύθυνες αποφάσεις και ενέργειες. Επίσης οι ηθικές υποχρεώσεις δεν δικαιολογούνται με παραλήψεις ή παραβάσεις, ο φροντιστής έχει προσωπική ευθύνη και δεν μπορεί να πει: «ακολουθώ τις ιατρικές οδηγίες» πρέπει και απαιτείται περισσότερο ενεργητική θέση. Ο φροντιστής οφείλει να ζυγίζει τις αξίες και τις αρχές, να αξιολογεί επιλογές, ενέργειες και πράξεις με πλήρη γνώση των ηθικών και δεοντολογικών συνεπειών της απόφασής του. Οφείλει, όταν αυτό είναι δυνατόν, να χρησιμοποιεί μηχανισμούς και διαδικασίες που διατίθενται για ελαχιστοποίηση αρνητικών επιπτώσεων στον άρρωστο.

## 1.2.ΒΙΟΗΘΙΚΗ

Ο νοσηλευτής σήμερα έχει να αντιμετωπίσει ζητήματα και πεδία, σχετική με τη βιοηθική, δηλαδή με την επιστήμη της αντιμετώπισης, ανίατων περιπτώσεων και επώδυνων θεραπειών, σε σχέση με τα δικαιώματα του ασθενή να γνωρίζει και τη πάθηση του αλλά και τη θεραπεία την οποία θα υποστεί. Η βιοηθική καλεί τον Νοσηλευτή αλλά και τον γιατρό να είναι ειλικρινής με τον ασθενή και να του δίνουν το δικαίωμα της επιλογής.

Στη περίπτωση του νοσηλευτή ο οποίος δεν έχει την ισχύ και τη επιρροή του γιατρού, τα πράγματα είναι ποιο δύσκολα, μια και σε περίπτωση άρνησης του ιατρού ή των συγγενών να μάθει την αλήθεια ο ασθενής, αυτοί θα πρέπει να αποφασίσουν αν θα αποδεκτούν τη κατάσταση αυτή ή θα την

παρακάμψουν<sup>5</sup>.

Υπάρχουν ζητήματα που αφορούν για παράδειγμα τα δικαιώματα του αρρώστου όπως : την διακοπή της τεχνικής υποστήριξης της ζωής του , την «υποβοηθούμενη» αυτοκτονία κ.ά. Τέτοια θέματα που αφορούσαν την επιστημονική ακεραιότητα δεν συζητιόντουσαν πριν 30 με 40 χρόνια. Σωστό ήταν αυτό που θεωρούσαν οι ιατροί και οι νοσηλευτές και αφορούσε το συμφέρον των ασθενών.

Κοινωνίες που μοιράζονταν τις ίδιες αξίες και είχαν κοινή κουλτούρα δεν διαφωνούσαν σε θέματα και ερωτήματα για το πότε ξεκινάει η ζωή για παράδειγμα και για το πως πρέπει να γίνει η φροντίδα σε κάποιον που πεθαίνει .<sup>5</sup>

Στην σημερινή κοινωνία, το «καλό» για τον ασθενή καθορίζεται από τον ίδιο, την οικογένειά του σε συνεργασία με το υγειονομικό προσωπικό. Μία πληθώρα επιλογών παρέχει πλέον η πρόοδος της τεχνολογίας για τη καλύτερη φροντίδα των προβλημάτων υγείας. Το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό αλλά και οι ασθενείς πρέπει κάθε φορά να αξιολογούν τη σωστή χρήση της τεχνολογίας αυτής. Προσθέτοντας επιπλέον και την πολυπλοκότητα που έχει αποκτήσει η κοινωνία μας που έχει γίνει πολυπολιτισμική. Ας αναλογιστεί κανείς τα ηθικά διλήμματα που προκύπτουν για παράδειγμα όταν έχουν να συνεργαστούν άνθρωποι με διαφορετικά θρησκευτικά πιστεύω<sup>6</sup>.

Πληθώρα φιλοσόφων και θεολόγων για αιώνες , όπως αναφέρθηκε και πιο πάνω, είχαν ασχοληθεί με το ζήτημα του τι σημαίνει «καλή» ζωή. Η συσχέτιση όμως της ηθικής με ερωτήματα σωστής ή όχι συμπεριφοράς στην έρευνα και τη φροντίδα των ασθενών άρχισε τα τελευταία 50 χρόνια. Τα νοσοκομεία και το επιστημονικό προσωπικό άρχισαν να συμβουλευονται ειδικούς σε θέματα ηθικής, για βοήθεια σε πολύπλοκες καταστάσεις που βίωναν στη σύγχρονη άσκηση της κλινικής πράξης.

<sup>5</sup> Lanara VA, Heroism as a Nursing Value ? A Philosophical perspective. Athens,1991:21-54.

<sup>6</sup> Beauchamp T, Childress J, Clouser KD, Principlism and its alleged competitors. Kennedy Inst Ethics J. 1995;5:181-98.

## 1.3 Η ΚΑΚΗ ΧΡΗΣΗ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

### 1.3.1 ΙΑΤΡΙΚΑ ΛΑΘΗ

Υπάρχουν πολλοί ορισμοί του «λάθους». Το Institute of Medicine, αντλώντας από τη γνωσιακή ψυχολογία, χρησιμοποιεί τον πιο κάτω ορισμό, «Λάθος είναι η αποτυχία μίας ενέργειας να ολοκληρωθεί με βάση το οργανωμένο σχέδιο που είχε προβλεφθεί ή η χρήση ενός ατελέσφορου σχεδίου για την επίτευξη ενός στόχου». Από την άλλη ο James Reason έχει κατατάξει τα λάθη (errors) σε τρεις μεθοδολογικές κυρίως διαιρέσεις: λάθη από στιγμιαία απροσεξία (slips), λάθη από μειωμένη συγκέντρωση-παραλείψεις (lapses) και λάθη κατά κύριο λόγο – σφάλματα (mistakes).

Η ποιότητα της υγείας σχετίζεται άμεσα με τρεις βασικές κατηγορίες προβλημάτων τα οποία μειώνουν την πιθανότητα επίτευξης των επιθυμητών αποτελεσμάτων αυτά είναι : τα προβλήματα υπερβολικής χρήσης των υπηρεσιών υγείας (overuse problems), τα προβλήματα μειωμένης χρήσης (underuse problems) και εκείνα από λανθασμένη χρήση (misuse).

Τα προβλήματα υπερβολικής χρήσης των υπηρεσιών υγείας (overuse problems) κάνουν την εμφάνισή τους, όταν τα ωφέλη των υπηρεσιών υγείας που παρέχουμε υπολείπονται των πιθανών παρενεργειών της. Ένα τυπικό παράδειγμα αποτελεί η χορήγηση αντιβιοτικών για τη θεραπεία του απλού κρυολογήματος, παρόλο που γνωρίζουμε ότι τα αντιβιοτικά δεν έχουν καμία επίδραση επί των ιών, με τελικό απώτερο αποτέλεσμα την ανάπτυξη ανθεκτικών μικροβιακών στελεχών λόγω άσκοπης χορήγησης αντιβιοτικών. Τα προβλήματα μειωμένης χρήσης (underuse problems) προκύπτουν όταν αποτυγχάνουμε να παράσχουμε αποτελεσματική περίθαλψη σε έναν ασθενή με αποτέλεσμα να αδυνατούμε να του προσφέρουμε τα επιθυμητά από αυτόν και το σύστημα αποτελέσματα. Π. χ. όταν παραλείπουμε να εμβολιάσουμε προληπτικά έναν ηλικιωμένο για τη γρίπη, παρ' ότι εκείνος μας επισκέφθηκε για την αντιυπερτασική αγωγή του. Τα προβλήματα από λανθασμένη χρήση (misuse problems) αποτελούν τη συνηθέστερη κατηγορία ιατρικών λαθών ή τουλάχιστον την εμφανέστερη κατηγορία: συμβαίνουν όταν παρέχουμε όντως την πλέον ενδεδειγμένη περίθαλψη και θεραπεία, αλλά χωρίς την απαιτούμενη επάρκεια εξοικείωσης με τη χρησιμοποιούμενη μέθοδο (όπως η συνταγογράφηση φαρμάκων, με τα οποία δεν είμαστε επαρκώς εξοικειωμένοι

με αποτέλεσμα λάθη στη δοσολογία – εξαιρετικά συχνό φαινόμενο πάλι στην Αμερική με συχνό κίνδυνο και για την ίδια τη ζωή του ασθενούς) ή όπως η λανθασμένη ή ανεπαρκής χειρουργική τεχνική σε μία ορθώς κατά τα άλλα καταστρωμένη επεμβατική στρατηγική.

Μειωμένη ικανοποίηση στο χρήστη των Υπηρεσιών Υγείας προκαλούν παράγοντες που ταξινομούνται σε δύο κατηγορίες: αφ' ενός την ατομική απόδοση κάθε υγειονομικού, αφ' ετέρου την συστημική αντίδραση ενός οργανισμού. Η ατομική απόδοση είναι συνδεδεμένη με την εμφάνιση ατομικών λαθών, ενώ η συστημική αντίδραση ενός οργανισμού συνδέεται άμεσα με την εμφάνιση συνθηκών «μειωμένης αντίδρασης» στα πιθανά λάθη που είναι μαθηματικά βέβαιο ότι μπορούν να εμφανισθούν σε κάποιο επίπεδο λειτουργίας του συστήματος. Κατά συνέπεια, οι στρατηγικές παρέμβασης θα πρέπει να απευθύνονται στα δύο αυτά ξεχωριστά, αλλά και ταυτόχρονα αλληλένδετα επίπεδα, χωρίς να παραγνωρίζουμε το ρόλο του ίδιου του ασθενούς: πρώτον, βελτίωση των διαδικασιών και δημιουργία μηχανισμών διαχείρισης των λαθών σε συστημικό «μακρο»-επίπεδο, δεύτερον, αξιολόγηση και στοχευμένες εκπαιδευτικές παρεμβάσεις στο ατομικό «μικρο»-επίπεδο, τρίτον ενεργητική συμμετοχή του ασθενή στις διαδικασίες επ' ωφελεία και των δύο επάλληλων επιπέδων<sup>7</sup>.

### 1.3.2. ΚΑΚΗ ΧΡΗΣΗ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Το medical Mal-practice κυριολεκτικά σημαίνει παράβαση της ιατρικής (επαγγελματικής) δεοντολογίας ή, πιο σωστά, παράβαση των υποχρεώσεων επιμέλειας του γιατρού και συνδυάζεται με την απόδοση ευθυνών στους ιατρούς κατά την άσκηση του επαγγέλματός τους. Στο δίκαιο της ιατρικής ευθύνης έχουν επικρατήσει κάποιοι όροι που αντιστοιχούν σε θεμελιώδεις έννοιες όπως ο όρος «ιατρικό σφάλμα».

Κατά την ιατρική πράξη η «αποτυχία» ορίζεται με βάση το αποτέλεσμα της και όχι την ασυμφωνία της με κάποιο πρότυπο συμπεριφοράς. Ως «αποτυχημένη ιατρική πράξη» ορίζεται αυτή που είχε ως συνέπεια τη ζημία

<sup>7</sup> Κεραμάνης, Ν.Χ., 2007, *Επιδημιολογία – Επιστημολογία*, Τόμος Πρακτικών, Εισηγήσεων για ΙΑΤΡΙΚΑ ΛΑΘΗ Νομικές, Ηθικές, Κοινωνικές και Οικονομικές Διαστάσεις Ιατρική Εταιρεία Αθηνών

του ασθενή που κατά κανόνα θα προκύπτει από την προσβολή αγαθών που απορρέουν από την προσωπικότητα (θάνατος, βλάβη της υγείας). Η «αποτυχία» αναλύεται εμπειρικά σε δύο περιπτώσεις:

α) όταν δεν επιτυγχάνεται η θεραπεία , δηλαδή το επιδιωκόμενο αποτέλεσμα της αποκατάστασης της υγείας του ασθενή, και αυτό έχει ως συνέπεια η κατάστασή του να παραμείνει η ίδια ή συνηθέστερα να χειροτερεύσει,

β) και όταν χειροτερεύει η υγεία του ασθενή λόγω παρενεργειών και επιπλοκών της ιατρικής πράξης ανεξάρτητα από το αν έχει αποκατασταθεί το πρόβλημα της υγείας του για το οποίο έγινε η ιατρική πράξη.

Ως «θεραπευτικός κίνδυνος» είναι η πιθανότητα δυσμενούς εξέλιξης της υγείας του ασθενή ως συνέπεια της ιατρικής πράξης, δεν είναι σαφές αν ο όρος καλύπτει κάθε περίπτωση πρόκλησης ζημίας από την ιατρική πράξη ή μόνο την περίπτωση όπου η ζημία δεν μπορεί να αποδοθεί σε υπαιτιότητα κάποιου προσώπου. Επιπλέον, πιο ακριβές θα πρέπει να αναφέρεται στις συνέπειες που οφείλονται σε τυχαίο γεγονός.

Επίσης, είναι προτιμότερο, τόσο μια ευρεία έννοια που περιλαμβάνει κάθε αιτιωδώς συνδεόμενη με ιατρική πράξη ζημία του ασθενή όσο και μια στενότερη, αυτή που περιλαμβάνει μόνο τις ζημίες που οφείλονται σε τυχαίο γεγονός. Η παράνομη ιατρική πράξη είναι μια πράξη χωρίς θεραπευτικό χαρακτήρα ή μι πράξη αυθαίρετη. Θεραπευτική ιατρική πράξη είναι αυτή η οποία γίνεται από ιατρό και συνιστά κάποιας μορφής παρέμβαση στη σωματική ακεραιότητα ενός άλλου προσώπου (του ασθενή) για ιατρικούς λόγους.

Τέλος αυθαίρετη ιατρική πράξη είναι εκείνη στην οποία δεν έχει προηγηθεί ενημέρωση και δεν καλύπτεται από τη συναίνεση του ασθενή. Η βλάβη που υφίσταται ο ασθενής από μια ιατρική πράξη αφορά το προστατευόμενο στην Α.Κ. 57 δικαίωμα στην προσωπικότητα, του οποίου εκφάνσεις είναι η ζωή, η σωματική ακεραιότητα και η υγεία καθώς και η ελευθερία του προσώπου να αποφασίζει σχετικά με σώμα και την υγεία του (αυτοκαθορισμός). Η δραστηριότητα του ιατρού διέπεται από τις αρχές:

- «ο υπέρτατος νόμος είναι η σωτηρία του ασθενή»



- «ο υπέρτατος νόμος είναι η βούληση του ασθενή»

Ως γενικός και θεμελιώδης προσανατολισμός στα ζητήματα της ιατρικής ευθύνης είναι ο σεβασμός και η προστασία της προσωπικότητας του ασθενή, που κατά κανόνα «απειλείται» στο πλαίσιο της ιατρικής δραστηριότητας.

#### 1.4 ΑΙΤΙΑ ΚΑΚΗΣ ΧΡΗΣΗΣ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Η Οικονομική Ανάλυση θεωρεί την κακή χρήση των υπηρεσιών υγείας ως ένα ανεπιθύμητο υποπροϊόν της παροχής ιατρικής φροντίδας το οποίο όμως παρουσιάζει μία σημαντική πιθανότητα να συμβεί με δυσμενή αποτελέσματα σε όλα τα εμπλεκόμενα μέρη. Σύμφωνα με δημοσίευμα<sup>8</sup>, τόσο στην χώρα μας όσο και σε όλο τον ανεπτυγμένο κόσμο, τα ιατρικά λάθη και η κακή χρήση των υπηρεσιών υγείας ευθύνονται για εκατοντάδες χιλιάδες θανάτους το χρόνο, καταλαμβάνοντας την τέταρτη θέση μετά τις καρδιοπάθειες, τον καρκίνο και τα εγκεφαλικά επεισόδια.

Διακεκριμένοι επιστημόνες που συμμετείχαν ,στο forum με θέμα 'Υγεία και Πολιτικές Υγείας', που πραγματοποιήθηκε στα Ιωάννινα στις 22-23/6/2000, αναφέρθηκαν μεταξύ άλλων στο γεγονός ότι περίπου 20-30 ασθενείς πεθαίνουν κάθε μέρα στην Ελλάδα και περίπου 200 παθαίνουν καθημερινά σοβαρές βλάβες στην υγεία τους, εξαιτίας ιατρικών λαθών, και κακής χρήσης των υπηρεσιών υγείας μεγάλο ποσοστό των οποίων θα μπορούσε να είχε προληφθεί.

Επίσης, σε έρευνες που δημοσιεύτηκαν σε κορυφαία ιατρικά περιοδικά της Αμερικής έχει αναφερθεί ότι «για τις ΗΠΑ τα ιατρικά λάθη είναι η Τρίτη κορυφαία αιτία θανάτου προξενώντας 225.000 απώλειες ζωών κάθε χρόνο». Πρόσφατη αναφορά του Ινστιτούτου Ιατρικής των ΗΠΑ (American Institute of Medicine)<sup>9</sup>, αναφέρει ότι τα ιατρικά λάθη και η κακή χρήση των υπηρεσιών υγείας παρουσιάζονται με διάφορες μορφές, κάθε μία από τις οποίες προκαλεί διαφορετικό αριθμό θανάτων κάθε χρόνο:

- α. περιττές χειρουργικές επεμβάσεις (12.000 θάνατοι)
- β. λάθη στην χορήγηση φαρμάκων στα νοσοκομεία (7.000 θάνατοι)
- γ. άλλα λάθη στα νοσοκομεία, κυρίως αμέλεια των ιατρών (20.000 θάνατοι)

<sup>8</sup> [http://archive.enet.gr/online/online\\_text/c=112,dt=10.07.2006,id=32838532](http://archive.enet.gr/online/online_text/c=112,dt=10.07.2006,id=32838532)

<sup>9</sup> Institute of Medicine. To err is human. Washington DC: National Academy Press, 2000

δ. λοιμώξεις στα νοσοκομεία (80.000 θάνατοι)

ε. ανεπιθύμητες παρενέργειες των φαρμάκων και ιατρογενείς ασθένειες που δεν οφείλονται σε λάθη αλλά σε σωστές από ιατρική άποψη πρακτικές (106.000 θάνατοι)

Στο έγκυρο ιατρικό περιοδικό *American Family Physician*, (1/11/1997)<sup>10</sup> είχε αναφερθεί σε άρθρο με τίτλο «Ασθένειες Προκαλούμενες από Φάρμακα», ότι: «πρόσφατοι υπολογισμοί συμπεραίνουν ότι κάθε χρόνο περισσότερο από 1 εκατομμύριο ασθενείς παθαίνουν βλάβες στην υγεία τους ενώ ήδη νοσηλεύονται στα νοσοκομεία και 180.000 περίπου πεθαίνουν εξαιτίας αυτών των βλαβών. Είναι γεγονός ότι η σχετιζόμενη με τα φάρμακα νοσηρότητα και θνησιμότητα είναι συνήθεις καταστάσεις και υπολογίζεται ότι στοιχίζουν περισσότερο από 136 δις δολάρια το χρόνο.».

Στην Μ. Βρετανία τα ιατρικά λάθη θεωρούνται υπεύθυνα για τον θάνατο περίπου 30.000 Βρετανών κάθε χρόνο, ενώ ένας πολύ μεγαλύτερος αριθμός ασθενών ταλαιπωρούνται από επιπλοκές στην υγεία τους εξαιτίας των ιατρικών λαθών (*British Medical Journal*)<sup>11</sup>. Υπάρχει σήμερα καταγίγισμος καταγγελιών από πολίτες εναντίον βρετανών ιατρών και του βρετανικού ΕΣΥ.

Με τα πιο πάνω αποτελέσματα συμφωνεί και έρευνα που αφορά στα 25 κράτη-μέλη της ΕΕ και στις υποψήφιας χώρες. Στην έρευνα αυτή του 'Ευρωβαρόμετρου'<sup>12</sup>, που έγινε στα τέλη του 2005 και παρουσιάσθηκε τον Μάρτιο 2006, μελετήθηκαν: Η γενική αντίληψη της έννοιας «ιατρικό λάθος», και κακή χρήση των υπηρεσιών υγείας η εμπειρία ιατρικού λάθους και οι πρακτικές συνέπειες όπως η μέτρηση της εμπιστοσύνης των πολιτών για τους επαγγελματίες υγείας, τα νοσοκομεία κ.λ.π.

Τα πιο πάνω αποτελέσματα παρουσιάζουν μεγάλη απόκλιση μεταξύ Κρατών με το μεγαλύτερο ποσοστό να παρατηρείται στην Ιταλία (97%) και το χαμηλότερο στην Φινλανδία (48%). Δηλαδή κατά μέσο όρο, σχεδόν 4 στους 5 Ευρωπαίους πολίτες (78%) θεωρούν τα ιατρικά σφάλματα ως σοβαρό και υπαρκτό πρόβλημα στον χώρο της υγείας στη χώρα τους.

Για την Ελλάδα το ποσοστό αυτό ανέρχεται στο 86%.. Όταν η

<sup>10</sup> Holland EG, Degruy FV. Drug-induced disorders. *Am Fam Physician*. 1997 Nov 1;56(7):1781-8, 1791-2.

<sup>11</sup> *British Medical Journal*, Medical errors 'kill thousands' [http://news.bbc.co.uk/2/hi/uk\\_news/682000.stm](http://news.bbc.co.uk/2/hi/uk_news/682000.stm)

<sup>12</sup> Special Eurobarometer 241. Medical Errors. European Commission 2006.



ερώτηση αναφέρεται στους νοσηλευόμενους ασθενείς, δηλαδή πόσο αυτοί πρέπει να ανησυχούν για την πιθανότητα ιατρικού λάθους, και κακής χρήσης των υπηρεσιών υγείας το 48% των Ευρωπαίων πολιτών αναφέρει ότι πρέπει να ανησυχούν, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για τους Έλληνες είναι το 75% των νοσηλευόμενων πρέπει να ανησυχεί για την περίπτωση ιατρικού λάθους, ενώ η Φινλανδία παρουσιάζει το μικρότερο ποσοστό, 35%.

Σημαντικό είναι ότι το 78% των Ευρωπαίων πολιτών αναφέρουν ότι έχουν συχνά ακούσει ή διαβάσει για τα ιατρικά σφάλματα. Σε αυτήν την ερώτηση οι Έλληνες κατέχουν την πρώτη θέση δηλώνοντας σε ποσοστό 90% ότι έχουν συχνά ακούσει η διαβάσει για ιατρικά σφάλματα που γίνονται στη χώρα τους ενώ δηλώνουν μόνο κατά 13% ότι υπήρξε προσωπική ή οικογενειακή εμπειρία ιατρικού λάθους. Στο σημείο αυτό λοιπόν φαίνεται καθαρά ότι η αντίληψη των Ελλήνων για την πιθανότητα ιατρικού σφάλματος (86%), δεν τεκμηριώνεται από αντίστοιχη εμπειρία αφού μόνο τα 13% αναφέρει κάτι τέτοιο.

«Αναμφίβολα η ερμηνεία των δεδομένων είναι δύσκολη και πολυπαραγοντική, κανείς όμως δεν μπορεί να αρνηθεί ότι στην Ελλάδα η αντίληψη διαμορφώνεται, ίσως όχι πάντα αδικαιολόγητα, πρωταρχικά από την φημολογία και δευτερευόντως από την πραγματική εμπειρία.» [επισημαίνει η Επίκουρη Καθηγήτρια Ψυχιατρικής και Αντιπρόεδρος Ευρωπαϊκού Κέντρου για τον Έλεγχο και την Πρόληψη των Νόσων Μένη Μαλλιώρα εφημερίδα Πελοπόννησος (25-4-06)]<sup>13</sup>.

Πολλές είναι οι αιτίες των ιατρικών λαθών και της κακής χρήσης των υπηρεσιών υγείας σε όλες τις μορφές έκφρασής τους όπως είναι , οι θάνατοι από περιττά φάρμακα και περιττές χειρουργικές επεμβάσεις, η αμέλεια των ιατρών κά. Στις αιτίες αυτές οι ευθύνες των γιατρών δεν έχουν την πρώτη θέση, αλλά είναι απλά συνέπεια κατά μεγάλο μέρος του συστημικού χαρακτήρα του προβλήματος. Μία συνιστώσα του προβλήματος αυτού, σύμφωνα με ομολογίες και μελέτες γιατρών και άλλων ειδικών, είναι η έλλειψη επαρκών οικονομικών πόρων, η οποία προκαλεί σημαντικές δυσκολίες στην παροχή ιατρικών υπηρεσιών.

<sup>13</sup> Μαλλιώρα, Μ. (2006) **Ευρω-φοβία κατά γιατρών!**, εφημερίδα Πελοπόννησος στο <http://www.malliori.gr/gr/Contents.aspx?Action=ShowSingle&lang=gr&ContId=38238&CatId=17>

## 1.5 ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΚΑΙ ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗ

Η δημιουργία και ανάπτυξη σχέσεων με άλλους είναι ο θεμέλιος λίθος της κοινωνίας και αυτό καθορίζεται από την επικοινωνία. Η ποιότητα της επικοινωνίας είναι καθοριστική σε κάθε μορφής σχέση που αναπτύσσεται είτε στην προσωπική ζωή είτε στο επαγγελματικό περιβάλλον είτε γενικότερα σ' οποιαδήποτε επαφή αναπτύσσεται μεταξύ δύο ή και περισσότερων ατόμων.

Μέσα στην οικογένεια, μέσα στο ζευγάρι και στη δουλειά η αποτελεσματική επικοινωνία καθορίζεται από τη μια με τον τρόπο που μιλά το άτομο αλλά από την άλλη και τον τρόπο που ακούει τους άλλους. Η επικοινωνία, επιτρέπει τα να οργανώνονται, να παίρνουν αποφάσεις από κοινού, να εργάζονται μαζί, να υποστηρίζουν ο ένας τον άλλο, να έχουν κοινά ενδιαφέροντα, να συμμερίζονται με τους άλλους τις χαρές, τις λύπες, τις ανησυχίες τους.<sup>14</sup>

Στα πλαίσια ενός Νοσοκομείου θα πρέπει να αναπτύσσονται παρόμοιες σχέσεις, επικοινωνίας. Ουσιαστικά ένα Νοσοκομείο είναι ένα ευρύ κοινωνικό σύνολο στο οποίο αναπτύσσονται σχέσεις. Οι σχέσεις αυτές δεν πρέπει να περιορίζονται μόνο μεταξύ του εμπλεκόμενου σ' ένα Νοσοκομείο ιατρονοσηλευτικού προσωπικού αλλά θα πρέπει να είναι άμεσα συνδεδεμένες και με τους ασθενείς, που ουσιαστικά είναι οι «πελάτες». Φυσικά σε καμία περίπτωση δε θα πρέπει να υπάρχει μια πελατειακή σχέση, όπως ισχύει σε μια επιχείρηση απλά το προσωπικό του Νοσοκομείου και κυρίως οι γιατροί θα πρέπει να σέβονται τις ανάγκες του ασθενή προσπαθώντας να τις καλύψουν με το καλύτερο δυνατό τρόπο.

Η σχέση του γιατρού ασθενή επηρεάζεται πολλές φορές από ένα πλαίσιο εξουσίας, που ασκεί ο πρώτος στο δεύτερο<sup>15</sup>. Ο ασθενής εισάγεται στο Νοσοκομείο με την πάθηση του, αλλά και με το κοινωνικό φορτίο της συγκεκριμένης εποχής και κοινότητας απ' όπου προέρχεται. Η σχέσης εξουσίας αλλά και η ταυτοποίηση του ασθενή με βάση τα χαρακτηριστικά του θα πρέπει να απέχουν, από τις σχέσεις επικοινωνίας του γιατρού με τον δεύτερο. Για το γιατρό ο ασθενής πρέπει να είναι ή ένας πάσχον άνθρωπος ή

<sup>14</sup> Μαντή, Π. και Τσελέπη, Χ., (2000), Κοινωνιολογική και Ψυχολογική Προσέγγιση των Νοσοκομείων / Υπηρεσιών Υγείας, Τόμος Α, ΕΑΠ, Πάτρα.

<sup>15</sup> Ωραιόπουλος Λ.Γ.(1984), Η σχέση Γιατρού-αρρώστου. Η ιστορία, η σημασία και η σύγχρονη κρίση της, *Materis Medica Greca*, τόμος 12, τεύχος 3, Αθήνα, σ. 301-308

ένας άνθρωπος με κάποια ανίατη αρρώστια ή ένας ανώνυμος άνθρωπος ανεξαρτήτου μόρφωσης, ηλικίας, φύλου, εθνικότητας θρησκευτικών και πολιτικών πεποιθήσεων κ.λ.π<sup>16</sup>

Η αντικειμενικότητα του ιατρού προς τον ασθενή θα πρέπει να μεταφράζεται στις άριστες σχέσεις που αναπτύσσονται μεταξύ τους και ειδικά από το γιατρό προς τον ασθενή. Ουσιαστικά ο πρώτος θα πρέπει να επιδιώκει να έχει τις καλύτερες δυνατές σχέσεις με τους ασθενείς του επικοινωνώντας μαζί τους αλλά και προσφέροντας τους τη καλύτερη δυνατή πληροφόρηση ανεξαρτήτως των ατομικών τους χαρακτηριστικών<sup>17</sup>.

Πρώτος ο Ιπποκράτης επισημαίνει την σημασία της σχέσης του γιατρού με τον ασθενή και αναφέρει ότι η σχέση αυτή συμβάλει ουσιαστικά στη διάγνωση και τη θεραπεία του ασθενή. Δυστυχώς στη σύγχρονη εποχή οι περίπλοκες οργανωτικές δομές των Νοσοκομείων αλλά και ο έντονος καταμερισμός εργασίας δεν επιτρέπουν στο σύγχρονο γιατρό να ασκήσει το λειτούργημα του όπως και στο παρελθόν<sup>18</sup>. Η σχέση του γιατρού με τον ασθενή του έχει υποστεί μεγάλες αλλαγές χάνοντας κατά ένα μεγάλο μέρος τον προσωπικό της χαρακτήρα<sup>19</sup>. Το θέμα είναι ότι θα πρέπει να γίνει κατανοητό ότι ανεξάρτητα από τις αλλαγές που έχει υποστεί η σχέση αυτή, θα πρέπει για να είναι ουσιαστική να πλαισιώνεται από εύρυθμη επικοινωνία και πληροφόρηση.

Στη σχέση που αναπτύσσεται μεταξύ ασθενούς και γιατρού, καθοριστικό ρόλο παίζουν, οι τεχνικές επικοινωνίας που χρησιμοποιούν οι γιατροί. Η φιλικότητα και εγκαρδιότητα των γιατρών απέναντι στους ασθενείς είναι πιο αποτελεσματική από την απόμακρη και ψυχρή στάση που έχουν μερικοί γιατροί.<sup>20</sup> Σε έρευνα που δημοσιεύεται στο έγκυρο ιατρικό περιοδικό Lancet, στις 10 Μαρτίου, αναλύονται 25 ανασκοπήσεις που έγιναν διαχρονικά

<sup>16</sup> Παράγραφος 4 του Άρθρου 7 του Κεφαλαίου Γ του Νόμου, αναφέρει ότι ο γιατρός πρέπει να παρέχει τις ιατρικές του υπηρεσίες σεβόμενος τις θρησκευτικές, φιλοσοφικές, ηθικές, πολιτικές απόψεις και αντιλήψεις του ασθενή. Συγχρόνως το ίδιο ισχύει για την οικονομική, κοινωνική του κατάσταση

<sup>17</sup> Doctors' communication of trust, care, and respect in breast cancer: qualitative study , British Medical Journal 2004;328:864, 10 Απριλίου 2004

<sup>18</sup> <http://www.thelancet.com/journal>

<sup>19</sup> Δικαίος Κ, Κουτούζης Μ, Πολύζος Ν, Σιγάλας Ι, Χλέτσος Ι(1999), Βασικές Αρχές Διοίκησης, ΕΑΠ, σελ 460-462

<sup>20</sup> <http://www.thelancet.com/journal>

και που εξετάζουν την ποιότητα σχέσης γιατρού - ασθενούς. Τα συμπεράσματα που προέκυψαν ήταν τα ακόλουθα<sup>21</sup>:

1. Οι γιατροί οι οποίοι είχαν μια ζεστή και φιλική σχέση με τους ασθενείς τους ήταν περισσότερο αποτελεσματικοί από αυτούς οι οποίοι κρατούσαν μια ψυχρή και περισσότερο επίσημη προσέγγιση. Ακόμα στις περιπτώσεις που ο ασθενής βίωνε σαν αβέβαιη την προσέγγιση του γιατρού είχε αρνητικές επιπτώσεις.
2. Οι καλοί τρόποι συμπεριφοράς των γιατρών σε συνδυασμό με την εξατομικευμένη φιλική προσέγγιση προς τους ασθενείς τους, κατά την διάρκεια της κλινικής εξέτασης και ιδιαίτερα όταν ο ασθενής βρίσκεται λόγω της κατάστασης του στο κρεβάτι, έχουν καλύτερη επίδραση και αποτελεσματικότητα.
3. Η παραχώρηση λεπτομερούς και θετικής πληροφόρησης από τον γιατρό προς τον ασθενή, αυξάνει το αίσθημα σιγουριάς και εμπιστοσύνης του ασθενούς και βελτιώνει την ποιότητα φροντίδας και τα αποτελέσματά της.
4. Σε περιπτώσεις που γιατροί κρατήσουν μια πιο απότομη, σύντομη και τραχιά προσέγγιση τότε αυτό βιώνεται αρνητικά από τους ασθενείς και μπορεί να έχει δυσάρεστα αποτελέσματα.

Καθοριστική σημασία έχει η σχέση μεταξύ γιατρού και ασθενούς. Επίσης καθοριστική επίδραση στη αποτελεσματικότητα της ολοκληρωτικής φροντίδας που πρέπει να παρέχεται προς τους ασθενείς έχουν, οι καλοί τρόποι, η φιλική προσέγγιση, ο σεβασμός της προσωπικότητας του ασθενούς, η ικανοποίηση της ανάγκης για συνεχή κατατοπιστική πληροφόρηση, η καλή οπτική επαφή, η προσοχή που πρέπει να δίνεται στα μη λεκτικά μηνύματα («η γλώσσα του σώματος»). Δυστυχώς συχνά πολλοί γιατροί δεν επικοινωνούν με σωστό τρόπο με τους ασθενείς τους. Αυτό συμβαίνει σε μεγαλύτερο βαθμό όταν πρόκειται για ασθενείς με ανίατες ασθένειες. Η ανακοίνωση της διάγνωσης είναι τραυματική και οι ασθενείς δεν λαμβάνουν όλη την αναγκαία βοήθεια για να καταλάβουν όλες τις θεραπευτικές επιλογές που έχουν.

---

<sup>21</sup> Doctors' communication of trust, care, and respect in breast cancer: qualitative study , British Medical Journal 2004;328:864, 10 Απριλίου 2004

<sup>21</sup> Doctors' communication of trust, care, and respect in breast cancer: qualitative study , British Medical Journal 2004;328:864, 10 Απριλίου 2004

Η εκπαίδευση παίζει καθοριστικό ρόλο στην ανάπτυξη των ικανοτήτων επικοινωνίας των γιατρών και νοσηλευτών με τους ασθενείς τους. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα την μεγαλύτερη ικανοποίηση των ασθενών και την βελτίωση της ποιότητας ζωής τους. Από την άλλη μεριά όμως η βελτίωση των δεξιοτήτων επικοινωνίας των γιατρών και νοσηλευτών με τους ασθενείς δεν είναι πάντα αρκετή για να καλυτερεύσει το τι βιώνουν οι ασθενείς. Οι δεξιότητες που επιδιώκεται να αποκτηθούν από τους γιατρούς κατά την εκπαίδευση τους είναι πολλές και συχνά ακαθόριστες<sup>22</sup>.

Μεγάλη έμφαση δίνεται πολλές φορές στη μεγιστοποίηση της πληροφόρησης, στη συγκατάνευση του ασθενούς για μια θεραπεία μετά από πλήρη ενημέρωση, στη συμμετοχή του ασθενούς στη λήψη της θεραπευτικής απόφασης και στη συζήτηση των συναισθηματικών πτυχών που συνοδεύουν μια ασθένεια. Παρά τα δεδομένα αυτά, φαίνεται ότι η κατάσταση όπως παρουσιάζεται σήμερα δεν είναι ικανοποιητική. Είναι σημαντικό να γίνει περισσότερη έρευνα με έμφαση στο τι θέλουν και τι προσδοκούν οι ασθενείς από τους γιατρούς τους. Δεν πρέπει να παραμένουν οι γιατροί σε αυτά που εκείνοι νομίζουν ότι είναι σημαντικότερα για τους ασθενείς τους.

Τα πιο πάνω εφαρμόζονται σε έναν πολύ σημαντικό τομέα που δεν είναι άλλος από την φροντίδα των ανίατων ασθενειών.

Είναι γεγονός ότι όταν οι ασθενείς νιώθουν ευάλωτοι και ότι η ζωή τους απειλείται, αναζητούν μορφές και προσωπικότητες στις οποίες συνδέονται για να νιώθουν ασφάλεια.

Οι γιατροί που εμπνέουν εμπιστοσύνη στους ασθενείς τους λόγω των ικανοτήτων και της πραγματογνωμοσύνης τους, οι γιατροί που σέβονται τους ασθενείς τους και τους θεωρούν ως ίσους, παράλληλα με το ότι αναπτύσσουν μια μοναδική ανθρώπινη ζεστή σχέση με τον κάθε ασθενή τους, μπορούν να κερδίσουν την εκτίμηση τους και να τους δώσουν το αίσθημα ασφάλειας που χρειάζονται όταν βρίσκονται σε ευάλωτη θέση και η ζωή τους απειλείται. Οι ασθενείς για να μπορούν ελπίζουν και να εμπιστεύονται χρειάζεται να έχουν από την μία καλή επικοινωνία και από την άλλη σωστή και έγκυρη πληροφόρηση. Επίσης χρειάζονται ένα γιατρό που να νιώθουν ότι είναι ικανός, ότι τους δίνει ιδιαίτερη και ξεχωριστή σημασία, ότι τους λέει την

<sup>22</sup> The Lancet - 24 March 2007-Vol. 369, Issue 9566, page 965)



αλήθεια, ότι κάνει για αυτούς πράγματα που δεν είναι υποχρεωμένος να τα κάνει αλλά τα κάνει για να τους προσφέρει περισσότερα και ότι έχει και άλλες ανθρώπινες αξίες παίρνοντας χρόνο να μιλήσει μαζί τους και για άλλα πράγματα εκτός από την ασθένεια.

Ο κώδικας ιατρικής δεοντολογίας πρέπει να πλαισιώνεται από την σχέση πληροφόρησης και επικοινωνίας . Ένα βασικό στοιχείο που πρέπει να αποφευχθεί μέσα από το κώδικα ιατρικής δεοντολογίας είναι να μην υπάρχει εκμετάλλευση της κατάστασης του ασθενή από το γιατρό.

Ο γιατρός θα πρέπει να σέβεται τη κατάσταση του και μην χρησιμοποιεί την επιρροή και την εξουσία που έχει πάνω στον άρρωστο. Ο γιατρός θα πρέπει να τηρεί τις αποστάσεις, να μη δίνει ψεύτικες ελπίδες, να μη βλέπει τον ασθενή του ως πελάτη ενδιαφερόμενος για το κέρδος, να σέβεται την οικογενειακή του κατάσταση, να μην εκμεταλλεύεται τους συγγενείς του κ.λ.π. Όταν η επικοινωνία και η πληροφόρηση αλλοιώνεται από τα παραπάνω τότε χάνει τη σημασία και το στόχο της.

## **1.6 ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΜΕ ΤΗ ΚΟΙΝΩΝΙΑΣ**

Για μια μεγάλη χρονική περίοδο, σχεδόν μέχρι τις τελευταίες δεκαετίες το νοσοκομείο, ήταν ένας απαραίτητος θεσμός της κοινωνίας. Ουσιαστικά λειτουργούσε στο απυρόβλητο και είχε το σεβασμό όλων<sup>23</sup>.

Τα τελευταία χρόνια και ενώ υπάρχει η δυνατότητα τα Νοσοκομεία να προβάλλουν το έργο τους μέσα από τα ΜΜΕ, έχει αναπτυχθεί ένα πνεύμα αντιπαλότητας το οποίο είναι απόρροια της λανθασμένης χρήσης των μέσων (Τηλεόραση, εφημερίδες, Ίντερνετ κ.λ.π) από τους επαγγελματίες υγείας και ειδικά τους γιατρούς. Τα ΜΜΕ παίζουν μεγάλο ρόλο στη διαμόρφωση απόψεων και συνειδήσεων επηρεάζοντας τις απόψεις της κοινής γνώμης, διαμορφώνοντας τις προσδοκίες των πολιτών της χώρας.

Η ευαισθησία που διακρίνει το κοινό για τα θέματα υγείας, όπως είναι φυσικό, προσελκύει δημοσιότητα. Ακόμα και ο ίδιος ο οργανισμός ή οι επαγγελματίες υγείας επιδιώκουν συχνά τη δημοσιότητα για λόγους αναγνώρισης ή και προβολής των επιτυχιών τους.

<sup>23</sup> Δικαίος Κ, Κουτούζης Μ, Πολύζος Ν, Σιγάλας Ι, Χλέτσος Ι(1999),Βασικές Αρχές Διοίκησης, ΕΑΠ, σελ 465-466

Όμως οι στρατηγικές ενημέρωσης του κοινού σε θέματα υγείας, είτε αυτή γίνεται από τους ίδιους του οργανισμούς υγείας και τους επαγγελματίες είτε από τους δημοσιογράφους, επιβάλλει υπευθυνότητα, αντικειμενικότητα και άριστη γνώση του αντικειμένου.

Οι στρατηγικές πληροφόρησης ενός δημόσιου Νοσοκομείου δε μπορεί και δε πρέπει να εστιάζουν σε αποσπασματικές ενημερώσεις με σκοπό τον εντυπωσιασμό. Οι ενημερώσεις πρέπει να ελέγχονται και με βάση το κώδικα δεοντολογίας θα πρέπει να είναι πλαισιωμένες από εμπειριστατωμένες απόψεις που σκοπό έχουν να βοηθήσουν το κοινό να προφυλαχτεί, αλλά και να βελτιώσει τον τρόπο ζωής του.

Σύμφωνα με το Κώδικα δεοντολογίας οι γιατροί τους οποίους και μελετάμε δε μπορούν να προβάλλονται, δε μπορούν να διαφημίζονται, δεν πρέπει να προβάλουν το έργο τους, δε πρέπει να επιδιώκουν να προσεγγίζουν πελατεία. Οι γιατροί οφείλουν απλά να ασκούν το λειτούργημά τους και με βάση αυτό να πορεύονται. Η όποια στρατηγική αναπτύξει ένα Νοσοκομείο θα πρέπει να έχει καθαρά ενημερωτικό χαρακτήρα. Ένα Νοσοκομείο δεν είναι επιχείρηση και δεν έχει το δικαίωμα να διαφημίζεται ή να προσπαθεί να προσελκύσει τους «ασθενείς-πελάτες» έναντι άλλων Νοσοκομείων. Σύμφωνα με τις παραπάνω αρχές καταλήγουμε στις ακόλουθες στρατηγικές επικοινωνίας με τη κοινωνία:

1. Τα Νοσοκομεία θα πρέπει να επιδιώκουν να χρησιμοποιούν τα ΜΜΕ (τηλεόραση, εφημερίδες, ραδιόφωνο κ.λ.π) μόνο για να ενημερώνουν και κατόπιν προσέλκυσης των Μέσων και αφού έχουν κάτι να προσφέρουν μέσα από τη πληροφόρηση στο κοινό. Για παράδειγμα τη περίοδο που έχουμε την έξαρση μιας νόσου μια στρατηγική επικοινωνίας με τη κοινωνία, θα ήταν τα δημόσια Νοσοκομεία να έστελναν ένα ειδικό επιστήμονα να ενημερώσει και όχι αυθαίρετα το κάθε κανάλι να καλούσε τον οποιοδήποτε για να πει τη γνώμη του, με σκοπό την προβολή και των δυο και του μέσου και του ιατρού. Στη πρώτη περίπτωση το κοινό θα εκτιμούσε την ενημέρωση στη δεύτερη θα την απαξίωνε.
2. Τα Νοσοκομεία μέσα από τους ειδικούς συνεργάτες του θα μπορούσε να στέλνουν σε συγκεκριμένες εφημερίδες και περιοδικά άρθρα τα



οποία να προβάλλονται από τις εφημερίδες ως επιστημονικά χωρίς όμως να προβάλουν ή να διαφημίσουν κάποιο φορέα. Μέσα από την ανιδιοτελή και χωρίς απώτερο στόχο ενημέρωση τα Νοσοκομεία θα κέρδιζαν την εμπιστοσύνη του κοινού, ενώ συγχρόνως θα επικοινωνούσαν και με το κοινωνικό σύνολο.

Τα Νοσοκομεία θα πρέπει να δημιουργήσουν ιστοσελίδες ανοιχτές προς το κοινό οι οποίες απλά θα ενημερώνουν το κοινό για ασθένειες, για θέματα πρόληψης, για βλαβερές συνέπειες διαφόρων φαινομένων όπως το τσιγάρο κ.λ.π. Σε καμία περίπτωση δε θα πρόβαλαν εγκαταστάσεις, γιατρούς κ.λ.π. Σκοπός των ιστοσελίδων θα ήταν η χωρίς όφελος ενημέρωση του κοινού, η οποία θα γινόταν αποδεκτή εξαιτίας του στόχου της αλλά και του σκοπού που ήθελε να επιτύχει.

Η επικοινωνία είτε σ' επίπεδο γιατρών είτε σ' επίπεδο Νοσοκομείων σύμφωνα με το κώδικα δεοντολογίας μπορεί να γίνει αποτελεσματική, όχι όμως για να προβάλει κάποιο φορέα ή κάποιους επαγγελματίες αλλά για να ενημερώσει και να προστατέψει το κοινό. Η επικοινωνία και η πληροφόρηση είναι απαραίτητη στις σχέσεις ασθενών γιατρών και κοινωνίας Νοσοκομείων, όμως για να μην απαξιώνεται από το ευρύτερο κοινωνικό σύνολο, θα πρέπει να στηρίζεται στις νόρμες και στους κανόνες του ιατρικού κώδικα δεοντολογίας.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup> ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΟΥ ΘΕΜΑΤΟΣ

### 2.1 ΣΥΝΤΟΜΗ ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Οι Νοσοκομειακές Λοιμώξεις αποτελούν σχετικά σύγχρονο αντικείμενο μελέτης. Αυτή η διαπίστωση φαίνεται ότι ιστορικά διαψεύδεται, αφού οι λοιμώξεις απασχολούσαν το ανθρώπινο γένος ήδη από την αρχαιότητα. Συγκεκριμένα οι Έλληνες και οι Ρωμαίοι έκαιγαν θείο και διάφορα αρωματικά ξύλα για να απολυμαίνουν τους χώρους κατά τη διάρκεια θρησκευτικών τελετών. Ο Ιπποκράτης δίδασκε τους μαθητές του να περιποιούνται τα τραύματα με βρασμένο νερό και κρασί<sup>24</sup>.

Από παρατηρήσεις που έγιναν και αφορούσαν την συχνότητα εμφάνισης της επιλόχειας λοίμωξης, ο Holmes παρατήρησε το 1843, ότι, οφειλόταν στα κοινά εργαλεία, που εχρησιμοποιούντο σε τοκετούς και νεκροτομές ενώ ο Semmelweis συνέστησε πλύσιμο με διάλυμα χλωροασβέστου, σύσταση που οδήγησε σε ραγδαία μείωση της θνητότητας της ασθένειας αυτής<sup>25</sup>.

Τις σύγχρονες βασικές αρχές για το σχεδιασμό των νοσοκομείων και των τεχνικών για την φροντίδα των ασθενών, οι οποίες μείωσαν θεαματικά τη θνητότητα καθιερώθηκαν το 1855, από την Florence Nightingale σε νοσοκομείο του Σκουτάρι. Ο πρώτος που δοκίμασε το καρβολικό ή φαινικό οξύ στην πρόληψη των λοιμώξεων σε επιλεγμένα κατάγματα και τραύματα το 1865, ήταν ο Lister, οι αρχές του συμπληρώθηκαν λίγο αργότερα από τον Pauster, που θεωρείται εκείνος που έθεσε και τις βάσεις της Μικροβιολογίας.

Η ανακάλυψη και εφαρμογή της πενικιλίνης στην κλινική πράξη σηματοδοτεί τον 20ο αιώνα. Αργότερα με την απομόνωση χρυσίζοντος Σταφυλόκοκκου ανθεκτικού στην πενικιλίνη εμφανίζεται το πρόβλημα των Νοσοκομειακών Λοιμώξεων. Η παρουσία του στελέχους αυτού επέβαλε την ανάγκη καθιέρωσης προγράμματος ελέγχου των λοιμώξεων στα νοσοκομεία. Τα νοσοκομεία για να αντιμετωπίσουν το εκτεταμένο πρόβλημα Πανδημιών από στελέχη ανθεκτικά στα τότε αντιβιοτικά που αναφέρονται στις ΗΠΑ,

<sup>24</sup> Αποστολοπούλου Ε., Νοσοκομειακές Λοιμώξεις, Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα, 2000

<sup>25</sup> Αποστολοπούλου Ε., Νοσοκομειακές Λοιμώξεις, Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα, 2000

οργάνωσαν επιτροπές ελέγχου των λοιμώξεων με σκοπό, να συντονίσουν τις προσπάθειες ελέγχου των λοιμώξεων στα διάφορα τμήματα του νοσοκομείου και να αναπτύξουν νέα στρατηγική για τον έλεγχο επιδημιών.

Το Κέντρο Ελέγχου των Νοσημάτων (CDC - Center for Disease Control) συμμετείχε οργανώνοντας μονάδα έρευνας, ειδικά για τη διερεύνηση επιδημιών στα νοσοκομεία και συμμετείχε ουσιαστικά στον προγραμματισμό αυτό. Τα πορίσματα της πανεθνικής αυτής προσπάθειας στις ΗΠΑ συγκεντρώθηκαν για πρώτη φορά στην Atlanta το 1958, όπου τέθηκαν και νέα θέματα, όπως η θεραπεία των φορέων Σταφυλόκοκκου, η υποχρεωτική δήλωση και καταγραφή των περιπτώσεων αυτών και η ενθάρρυνση των άσηπτων τεχνικών<sup>26</sup>.

Κατά τα έτη 1959 στην Ευρώπη και 1960 στις ΗΠΑ στο πρόγραμμα ελέγχου των λοιμώξεων αποκτά τη θέση του και ο νοσηλευτής, ο οποίος ασχολείται πλέον αποκλειστικά με τις Νοσοκομειακές Λοιμώξεις. Οι ερευνητές του CDC κατέληξαν ότι χρειάζεται ένας νοσηλευτής ανά 250 κρεβάτια, που θα έχει πλήρη και αποκλειστική απασχόληση τον έλεγχο των λοιμώξεων. Για τον λόγο αυτό συγκροτήθηκε πρόγραμμα εκπαίδευσης, που το παρακολούθησαν 5.000 νοσηλευτές τη δεκαετία 1974-83.

Επίσης το 1970, το CDC συγκρότησε το 1<sup>ο</sup> διεθνές συνέδριο των λοιμώξεων στην Atlanta. Στην διάρκεια του συνεδρίου συζητήθηκε για πρώτη φορά η περιορισμένη σπουδαιότητα της δειγματοληψίας του περιβάλλοντος και δόθηκε έμφαση στα μικροβιολογικά, κλινικά και επιδημιολογικά χαρακτηριστικά των Νοσοκομειακών Λοιμώξεων, όπως και στους παράγοντες του ξενιστή, που προδιαθέτουν στη λοίμωξη. Επίσης, τονίσθηκε ο ρόλος του μικροβιολογικού εργαστηρίου σαν πηγή πληροφοριών για τις ΝΛ<sup>27</sup>.

Από το 1970 έως το 1976, το 25% περίπου των νοσοκομείων στις ΗΠΑ είχαν μειώσει ή είχαν διακόψει τις καθημερινές καλλιέργειες του περιβάλλοντος και το 50% είχε ένα αποτελεσματικό πρόγραμμα καταγραφής των λοιμώξεων, καθώς επίσης και επιτροπή ελέγχου των λοιμώξεων. Επίσης το 42% των νοσοκομείων αυτών είχε ένα νοσηλευτή, να ασχολείται με τον

<sup>26</sup> Αποστολοπούλου Ε., Νοσοκομειακές Λοιμώξεις, Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα, 2000

<sup>27</sup> Αποστολοπούλου Ε., Νοσοκομειακές Λοιμώξεις, Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα, 2000

έλεγχο των λοιμώξεων, τουλάχιστον κατά τα ήμισυ του ωραρίου του.

Κατά το 2<sup>ο</sup> διεθνές συνέδριο των ΝΛ, το 1980, κυριάρχησε ο προβληματισμός σχετικά με την επιδημιολογία, τα σύγχρονα προγράμματα και την επέκταση της έρευνας των Νοσοκομειακών Λοιμώξεων. Το 1981, το CDC έδωσε σε κάθε νοσοκομείο οδηγίες για τον έλεγχο του νοσοκομειακού περιβάλλοντος, που αφορούσαν , το πλύσιμο των χεριών , στην αντισηψία, την απολύμανση , την καθαριότητα, και την αποστείρωση των αντικειμένων, τη μικροβιολογική παρακολούθηση του περιβάλλοντος και του προσωπικού του νοσοκομείου<sup>28</sup>.

Το CDC καθιέρωσε οδηγίες για την πρόληψη των λοιμώξεων των χειρουργικών τραυμάτων το 1982. Οι οδηγίες αυτές αναθεωρήθηκαν το 1984 από 150 ειδικούς επιστήμονες ελέγχου των λοιμώξεων η αναθεώρηση αφορούσε τα αντισηπτικά του δέρματος , την προεγχειρητική προετοιμασία του δέρματος, και τα αντιμικροβιακά σκευάσματα για το πλύσιμο των χεριών.

Το 1982 με την εγκύκλιο Α1 ΟΙΚ-5433/19.5.82 του Υπουργείου Υγείας Πρόνοιας συγκροτήθηκαν Επιτροπές Νοσοκομειακών Λοιμώξεων (ΕΝΛ) σε όλα τα νοσοκομεία στη χώρα μας. Η συγκρότηση των επιτροπών αυτών αποτελεί δυνητικά θετικό μέτρο για τον έλεγχο των λοιμώξεων, δεδομένου ότι το σχετικό αντικείμενο ήταν άγνωστο στη χώρα μας χωρίς όμως το ίδιο να ισχύει και για το πρόβλημα των ΝΛ στα νοσοκομεία του ελληνικού χώρου<sup>29</sup>.

## 2.2 ΟΡΙΣΜΟΣ ΕΝΔΟΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ

«Οι ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις αναφέρονται σε κάθε ασθένεια που προκαλείται από μικροοργανισμούς και προσβάλλει ασθενείς μετά την είσοδο τους στο νοσηλευτικό ίδρυμα, είτε για νοσηλεία, είτε για παροχή πρώτων βοηθειών» , με βάση τον ορισμό του γαλλικού Υπουργείου Υγείας<sup>30</sup>.

Τα συμπτώματα της λοίμωξης παρουσιάζονται κατά τη διάρκεια της παραμονής ενός ασθενούς στο νοσοκομείο ή μετά την έξοδο. Εντοπίζονται

<sup>28</sup> Αποστολοπούλου Ε., Νοσοκομειακές Λοιμώξεις, Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα, 2000

<sup>29</sup> Αποστολοπούλου Ε., Νοσοκομειακές Λοιμώξεις, Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα, 2000

<sup>30</sup> Βουμβουράκης Κ.,(2010),Ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις: αιτία αποζημίωσης, ΕΘΝΟΣΛΙΝΕ

κυρίως μέσω κλινικών, μικροβιολογικών ή ορολογικών ευρημάτων». Αναλόγως του τρόπου μετάδοσης τους, διακρίνονται σε ενδογενείς και εξωγενείς<sup>31</sup>.

Στη διάκριση των ΝΛ συμβάλλει το διαφορετικό φάσμα μικρόβιων που ευθύνονται για τις λοιμώξεις κάθε κατηγορίας. Οι διάφοροι μικροοργανισμοί που προκαλούν λοιμώξεις της κοινότητας παρουσιάζουν ευαισθησία στα υπάρχοντα αντιβιοτικά. Από την άλλη μεριά, μέσα στα νοσοκομεία, η κατάχρηση των αντιβιοτικών έχει δημιουργήσει ανθεκτικά στελέχη μικρόβιων που προκαλούν δυσίατες λοιμώξεις. Τα στελέχη αυτά δημιουργούνται με το μηχανισμό της φυσικής επιλογής και έχουν την ικανότητα να μεταδίδονται από ασθενή σε ασθενή. Σε αυτές τις περιπτώσεις, η αγωγή με αντιβιοτικά αποτυγχάνει, με αποτέλεσμα την αύξηση της νοσηρότητας και θνητότητας. Στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) οι νοσοκομειακές λοιμώξεις συγκαταλέγονται στα κύρια αίτια θανάτου<sup>32</sup>.

Το Εθνικό Σύστημα Καταγραφής και Επιδημιολογικής Εποπτείας Νοσοκομειακών Λοιμώξεων του CDC (National Nosocomial Infections Surveillance System, NNIS) ως νοσοκομειακή λοίμωξη θεωρεί μια κατάσταση εντοπισμένη ή συστηματική η οποία<sup>33</sup>:

α. Προέρχεται από μία ανεπιθύμητη αντίδραση του οργανισμού στην ύπαρξη και παρουσία ενός ή πολλών λοιμογόνων παραγόντων ή της τοξίνης του και

β. Επίσης η λοίμωξη αυτή δεν υπήρχε ούτε βρισκόταν στο στάδιο επώασης κατά την ώρα της εισαγωγής του ασθενούς στο νοσοκομείο. Για τη πλειονότητα των νοσοκομειακών λοιμώξεων που οφείλονται σε βακτήρια, η λοίμωξη γίνεται φανερή 48 ώρες ή περισσότερο μετά την εισαγωγή του ασθενούς στο νοσοκομείο (όσο και η συνήθης χρόνος επώασης). Εν τούτοις, επειδή η περίοδος επώασης διαφέρει στα διάφορα είδη βακτηρίων και

<sup>31</sup> Ευρωπαϊκά Νέα, «Αυξάνονται οι ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις», Ιατρικό Βήμα, Απρίλιος - Μάιος - Ιούνιος 2007

<sup>32</sup> Ayliffe G, Babb J, Taylor L (2000) Νοσοκομειακές λοιμώξεις Αρχές και πρόληψη, Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, 21-30, 36-38, 45-52, 78-82, 108-122, 129-138

<sup>33</sup> Αποστολοπούλου Ε., Νοσοκομειακές Λοιμώξεις, Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα, 2000, Κατσουγιαννόπουλος Β., Λοιμώξεις, Εκδόσεις Αφσί Κυριακίδη, Θεσσαλονίκη, 2001



επηρεάζεται από την υποκείμενη νόσο και κατάσταση του ασθενούς, κάθε λοίμωξη, για να θεωρηθεί ως νοσοκομειακή, θα πρέπει να εξετάζεται ξεχωριστά για να διαπιστωθεί εάν συνδέεται με τη νοσηλεία του ασθενούς στο νοσοκομείο.

Στο σημείο αυτό μπορούμε να πούμε ότι οι νοσοκομειακές λοιμώξεις δεν προσβάλλουν μόνο τους ασθενείς του νοσοκομείου αλλά μπορούν να προσβάλλουν το νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό, καθώς επίσης τους επισκέπτες, και οιονδήποτε έρχεται σε επαφή με το χώρο του νοσοκομείου<sup>34</sup>.

Επίσης νοσοκομειακές θεωρούνται και οι λοιμώξεις οι οποίες έχουν αποκτηθεί μέσα στο νοσοκομείο (η μόλυνση έγινε μέσα στο νοσοκομείο) αλλά τα συμπτώματα έγιναν εμφανή μετά την έξοδο του ασθενούς από το νοσοκομείο, αφού η περίοδος επώασής τους είναι χρονικά πολύ μεγαλύτερη από τη χρονική διάρκεια παραμονής του ασθενούς στο νοσοκομείο.

Μερικές από τις λοιμώξεις, εκδηλώνονται κλινικά συνήθως μετά την έξοδο του ασθενούς από το νοσοκομείο τέτοιες είναι: η ηπατίτιδα Β, μερικές λοιμώξεις νεογέννητων, η πλειοψηφία των αποστημάτων του μαστού των νέων μητέρων και έως και το 25% των λοιμώξεων της μετεγχειρητικής τομής. Επίσης Νοσοκομειακή θεωρείται κάθε λοίμωξη νεογέννητου, η οποία αποκτάται λόγω της διόδου του κατά την ώρα του τοκετού διαμέσου των γεννητικών οργάνων της μητέρας του<sup>35</sup>.

Δεν θεωρείται νοσοκομειακή μια λοίμωξη στις παρακάτω περιπτώσεις<sup>36</sup>:

α. Δεν θεωρείται νοσοκομειακή η επιπλοκή ή η επέκταση μίας λοίμωξης, η οποία υπήρχε κατά την ώρα της εισαγωγής του ασθενούς στο νοσοκομείο, εκτός εάν η αλλαγή του παθογόνου μικροοργανισμού ή τα συμπτώματα υποδεικνύουν ισχυρά ότι ο ασθενής απέκτησε και μια ακόμη νέα, νοσοκομειακή, λοίμωξη και

β. Δεν θεωρείται νοσοκομειακή η λοίμωξη νεογέννητου για την οποία είναι γνωστό, ή έχει αποδειχτεί, ότι αποκτήθηκε διαπλακουντιακά ενδομητρίως

<sup>34</sup> Αποστολοπούλου Ε., Νοσοκομειακές Λοιμώξεις, Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα, 2000

<sup>35</sup> Αποστολοπούλου Ε., Νοσοκομειακές Λοιμώξεις, Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα, 2000, Κατσουγιαννόπουλος Β., Λοιμώξεις, Εκδόσεις Αφοί Κυριακίδη, Θεσσαλονίκη, 2001

<sup>36</sup> Αποστολοπούλου Ε., Νοσοκομειακές Λοιμώξεις, Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα, 2000

(τοξοπλάσωση, ερυθρά, μεγαλοκυταροϊός, σύφιλη) και η οποία έγινε φανερή σε 48 ώρες ή λιγότερο μετά τη γέννηση.

Για το 15% της θνησιμότητας μέσα στα νοσοκομεία αλλά και κατά την περίοδο ανάρρωσης κάποιου ασθενούς μετά την μεταφορά του στο σπίτι οφείλονται στις νοσοκομειακές λοιμώξεις..

Γενικά λοίμωξη είναι κάθε νόσος η οποία προκαλείται από μικροοργανισμούς. Νοσοκομειακή όμως είναι αυτή που θα εκδηλωθεί 48 ώρες μετά από την είσοδο του ασθενούς στο νοσοκομείο και δεν έχει σχέση με την επώαση μικροοργανισμού από το οικείο περιβάλλον του. Υπάρχουν όμως και εξαιρέσεις που συμβαίνουν και πέραν του 48ωρου και συνδέονται με παρεμβατικές πράξεις όπως καθετηριασμός καρδιάς, της κύστεως κ.α<sup>37</sup>.

Ως νοσοκομειακή θεωρείται επίσης και η λοίμωξη η οποία εκδηλώνεται εντός 10-30 ημερών από την έξοδο του ασθενούς από το νοσοκομείο, ή εντός δυο μηνών μετά από χειρουργική επέμβαση. Ένα από τα βασικά ζητήματα των νοσοκομειακών λοιμώξεων είναι η συχνότητά τους. Οι Ν.Λ μειώνονται σταδιακά κατά την τελευταία 30ετία στα περισσότερα μέρη του κόσμου, λόγω της βελτίωσης των παρερχόμενων υπηρεσιών υγείας. Ωστόσο οι νοσοκομειακές λοιμώξεις εξακολουθούν να είναι ένα παγκόσμιο φαινόμενο.

Οι ΝΛ μπορούν να οδηγήσουν σε σημαντικά προβλήματα της υγείας των ασθενών και μερικές φορές ακόμα και στον θάνατο<sup>38</sup>. Τα κύρια είδη νοσοκομειακών λοιμώξεων είναι η νοσοκομειακή πνευμονία, η σηψαιμία, οι ουρολοιμώξεις, και οι λοιμώξεις χειρουργικών τραυμάτων και εγκαυμάτων<sup>39</sup>.

## 2.3 ΚΟΣΤΟΣ ΑΠΟ ΠΑΡΑΤΑΣΗ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ

Το κόστος για κάθε λοίμωξη χειρουργικής θέσης από \$3.062 έως \$40.000 για κάθε λοίμωξη του ουροποιητικού συστήματος κυμαίνεται από \$558-\$593. \$2.734, για κάθε αιματωγενή λοίμωξη και \$4.947 για κάθε

<sup>37</sup> Ayliffe G, Babb J., Taylor L (2000) Νοσοκομειακές λοιμώξεις Αρχές και πρόληψη, Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, 21-30, 36-38, 45-52, 78-82, 108-122, 129-138

<sup>38</sup> Ayliffe G, Babb J., Taylor L (2000) Νοσοκομειακές λοιμώξεις Αρχές και πρόληψη, Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, 21-30, 36-38, 45-52, 78-82, 108-122, 129-138

<sup>39</sup> Ayliffe G, Babb J., Taylor L (2000) Νοσοκομειακές λοιμώξεις Αρχές και πρόληψη, Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, 21-30, 36-38, 45-52, 78-82, 108-122, 129-138



νοσοκομειακή πνευμονία. Έχει βρεθεί ότι περίπου 1,5 επιπλέον εκατομμύρια δολάρια ξοδεύονται εξαιτίας της νοσοκομειακής πνευμονίας<sup>40</sup>.

Η παράταση της νοσηλείας για κάθε λοίμωξη έχει ως εξής: από 1-4 ημέρες κυμαίνεται η παράταση νοσηλείας για τις λοιμώξεις του ουροποιητικού συστήματος,. Από 3-8 ημέρες κυμαίνεται η παράταση νοσηλείας για τις λοιμώξεις χειρουργικής θέσης, από 7-21 για τις αιματογενείς λοιμώξεις και για την νοσοκομειακή πνευμονία η παράταση νοσηλείας κυμαίνεται από 7-30 ημέρες.

Στην διάρκεια του τέταρτου δεκαετές συνεδρίου για τις νοσοκομειακές λοιμώξεις στην Ατλάντα, το Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Λοιμώξεων, ανέφερε ότι 5 δισεκατομμύρια δολάρια κάθε χρόνο προστέθηκαν στον προϋπολογισμό για την Υγεία, σαν αποτέλεσμα των λοιμώξεων που αποκτούν οι ασθενείς κατά την νοσηλεία τους για κάποιο άλλο πρόβλημα υγείας που αντιμετώπιζαν. Η ευρύτερη εφαρμογή των κατευθυντήριων γραμμών και των μέτρων πρόληψης ενάντια στις νοσοκομειακές λοιμώξεις θα εξοικονομούσε περισσότερα από 2,76 δισεκατομμύρια δολάρια.

## **2.4 ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΚΑΙ ΝΟΜΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΕΝΔΟΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ**

### **2.4.1 ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ:**

Τα νοσοκομεία που εφαρμόζουν προγράμματα επαναχρησιμοποίησης, σύμφωνα με οικονομικές κριτικές, υποστηρίζεται ότι δεν λαμβάνουν υπόψη το νομικό κόστος που θα προκύψει, εάν ο ασθενής τραυματιστεί ή πεθάνει από μιας χρήσεως συσκευή που επαναχρησιμοποιήθηκε. Άλλοι επίσης υποστηρίζουν ότι αυτό το ρίσκο θα μειωθεί, με την καθιέρωση ενός κατάλληλου προγράμματος Διασφάλισης Ποιότητας.

---

<sup>40</sup> Αποστολοπούλου Ε., Νοσοκομειακές Λοιμώξεις, Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα, 2000

#### 2.4.2 ΝΟΜΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

Η επαναχρησιμοποίηση εξοπλισμού μιας χρήσεως, δημιουργεί τόσο νομικά όσο και οικονομικά προβλήματα. Υποθέσεις που ανήκουν στους τομείς ιατρικής αμέλειας, της αξιοπιστίας του προϊόντος και της ατομικής βλάβης δίνουν εργασία σε περισσότερους από 1.000.000 δικηγόρους . Επίσης και τα ηθικά προβλήματα από την επαναχρησιμοποίηση εξοπλισμού μιας χρήσεως είναι πιο βαθιά. Το βασικό ηθικό ζήτημα πρέπει να έχει σχέση με το πόσο η κάθε διαδικασία είναι αρκετά ωφέλιμη σε σχέση με τις αξίες της δικαιοσύνης, της αυτονομίας και τον κίνδυνο βλάβης<sup>41</sup>.

---

<sup>41</sup> Αποστολοπούλου Ε., Νοσοκομειακές Λοιμώξεις, Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα, 2000

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup> ΟΡΓΑΝΑ ΕΛΕΓΧΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

### 3.1 Η ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΙΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ

Σήμερα η κατάσταση στη χώρα μας είναι δύσκολη σε σχέση με τις ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις. Το συγκεκριμένο συμπέρασμα προκύπτει από έρευνα της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Συγκεκριμένα βάση της έρευνας αυτής οι λοιμώξεις από επικίνδυνα μικρόβια, τα οποία καταφέρνουν να αντιστέκονται στα αντιβιοτικά, δεν κυμαίνονται στο 2% όπως στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, αλλά τείνουν ακόμα και στο 50%. Ουσιαστικά υπολογίζεται ότι ένας στους πέντε ασθενείς με ενδονοσοκομειακή λοίμωξη χάνει τη ζωή του.

Ενδεικτικά μπορούμε να αναφερθούμε ότι το 2009 από τον Ιούλιο έως το Δεκέμβριο 582 άτομα προσβλήθηκαν από επικίνδυνη λοίμωξη μέσα στις ΜΕΘ ή στις κλινικές. Την ίδια περίοδο, στα μισά νοσοκομεία της χώρας κατεγράφησαν κρούσματα σοβαρών λοιμώξεων<sup>42</sup>.

Το 2009 σημειώθηκαν στις Μ.Ε.Θ. περίπου 800 περιστατικά σηψαιμίας από μικρόβια, σύμφωνα με στοιχεία του Ελληνικού Δικτύου Μελέτης της Μικροβιακής Αντοχής<sup>43</sup>. Τα περισσότερο ευπρόσβλητα τμήματα των νοσοκομείων είναι οι Μ.Ε.Θ ενώ ακολουθούν οι χειρουργικές και παθολογικές κλινικές.

Σαν επακόλουθο των ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων είναι η υψηλή θνησιμότητα, η παρατεταμένη νοσηρότητα, η αυξημένη πιθανότητα ανάγκης νέας χειρουργικής επέμβασης, η αναγκαστική παράταση της νοσηλείας τους, η λήψη περισσότερων φαρμάκων και τέλος η ψυχική επιβάρυνση τους.

### 3.2 ΟΡΓΑΝΑ ΕΛΕΓΧΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ

Στην Ελλάδα η πολιτική πρόληψης και ελέγχου των Νοσοκομειακών Λοιμώξεων εκφράζεται με την σύσταση τριών ειδικών οργάνων για τον έλεγχο των Νοσοκομειακών Λοιμώξεων, τα οποία λειτουργούν σε κεντρικό και

<sup>42</sup> Κρητικός Γ, Γιατί η Ελλάδα κατέχει το πανευρωπαϊκό ρεκόρ, ΕΘΝΟΣΟΝLINE

<sup>43</sup> Κρητικός Γ, Γιατί η Ελλάδα κατέχει το πανευρωπαϊκό ρεκόρ, ΕΘΝΟΣΟΝLINE

περιφερικό επίπεδο σε όλα τα νοσοκομεία της χώρας. Τα όργανα αυτά είναι<sup>44</sup>:

1. Η Κεντρική Επιτροπή Νοσοκομειακών Λοιμώξεων Υπουργείου Υγείας (ΚΕΝΛ-ΥΠ.Υ.)
2. Τα κέντρα Υποστήριξης Νοσοκομειακών Λοιμώξεων.
3. Οι επιτροπές Νοσοκομειακών Λοιμώξεων των νοσοκομείων

Το Έργο της ΚΕΝΛ του ΥΠ.Υ είναι το ακόλουθο:

1. Να χαράσσει ενιαία πολιτική Νοσοκομειακών Λοιμώξεων.
2. Να διαμορφώνει πρόγραμμα καταγραφής και παρακολούθησης των Νοσοκομειακών Λοιμώξεων.
3. Να υποστηρίζει την λειτουργία όλων των ειδικών οργάνων για τον έλεγχο των Νοσοκομειακών Λοιμώξεων σε εθνικό επίπεδο.

Το Κέντρο υποστήριξης Νοσοκομειακών Λοιμώξεων έχει έργο του:

1. Να παρέχει κλινική, εργαστηριακή και επιδημιολογική υποστήριξη.
2. Να παρέχει μετεκπαίδευση στους Νοσηλευτές.
3. Να υποστηρίζει την λειτουργία όλων των Επιτροπών Νοσοκομειακών Λοιμώξεων των νοσοκομείων που υπάγονται σε αυτό.

Η Επιτροπή Νοσοκομειακών Λοιμώξεων είναι υπεύθυνη για την υλοποίηση του προγράμματος καταγραφής, παρακολούθησης και ελέγχου των Νοσοκομειακών Λοιμώξεων στο νοσοκομείο της, η οποία στελεχώνεται ακολούθως το προσωπικό της επιτροπής αυτής συνήθως αποτελείται από ένα γιατρό ο οποίος ορίζεται ως πρόεδρος της Επιτροπής και έναν συντονιστή ελέγχου λοιμώξεων, ο οποίος συνήθως είναι νοσηλευτής και εργάζεται με πλήρη απασχόληση για τον έλεγχο των λοιμώξεων.

Η επιτροπή νοσοκομειακών λοιμώξεων πρέπει να είναι νοσοκομειακή επιτροπή και να περιλαμβάνει αντιπροσώπους από την Νοσηλευτική, Ιατρική, Διοικητική Υπηρεσία και το Μικροβιολογικό εργαστήριο. Ο αριθμός των μελών της Επιτροπής Νοσοκομειακών Λοιμώξεων εξαρτάται από το μέγεθος και τον τύπο του νοσοκομείου και από τις δραστηριότητες του προγράμματος ελέγχου λοιμώξεων.

Η Επιτροπή Νοσοκομειακών Λοιμώξεων πρέπει να λαμβάνει αποτελεσματικά μέτρα για την λήψη, την αναγνώριση και τον έλεγχο των λοιμώξεων, έργο της οποίας είναι να επεμβαίνει άμεσα και χωρίς έγκριση του

---

<sup>44</sup> Αποστολοπούλου Ε., Νοσοκομειακές Λοιμώξεις, Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα, 2000

Κέντρου Υποστήριξης σε περίπτωση επιδημίας στο νοσοκομείο ή σε περίπτωση άμεσης κάλυψης του Υγειονομικού προσωπικού του νοσοκομείου λόγω ύπαρξης κρούσματος μεταδοτικού λοιμώδους νοσήματος. Άλλες δράσεις της είναι οι ακόλουθες:

β. Να ζητά ειδικές μικροβιολογικές εξετάσεις και τον έλεγχο στα αντιβιοτικά από το μικροβιολογικό εργαστήριο.

γ. Να συνεργάζεται με τα κέντρα υποστήριξης, την Κεντρική Επιτροπή Νοσοκομειακών Λοιμώξεων, το Διοικητικό Συμβούλιο την νοσηλευτική υπηρεσία και την επιστημονική επιτροπή του νοσοκομείου.

δ. Να παρέχει γραπτές, σαφείς οδηγίες τόσο όσον αφορά την στρατηγική όσο και την πρακτική που απευθύνονται σε όλα τα τμήματα του νοσοκομείου.

### **3.3 ΟΜΑΔΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΚΑΙ ΕΠΕΜΒΑΣΗΣ**

Το έργο της Επιτροπής Νοσοκομειακών Λοιμώξεων υλοποιείται άριστα από έναν πυρήνα, την Ομάδα Εργασίας και Επέμβασης η οποία περιλαμβάνει την Πρόεδρο της Επιτροπής Νοσοκομειακών Λοιμώξεων, το Νοσηλευτή Επιτροπής Λοιμώξεων, τον επιδημιολόγο-υγιεινολόγο κλινικό γιατρό και τον Διοικητικό Διευθυντή του νοσοκομείου.

Ένας από τους σημαντικούς ρόλους της Ομάδας Εργασίας και Επέμβασης είναι η παροχή πληροφοριών στους κλινικούς νοσηλευτές. Επιπλέον, είναι σημαντικό το προσωπικό που ασχολείται με τις Νοσοκομειακές Λοιμώξεις να έρχεται σε άμεση επαφή με κάποιον από τα μέλη της Ομάδας Εργασίας και Επέμβασης. Οι αρμοδιότητες της Ομάδας Εργασίας και Επέμβασης είναι:

1. Η εκπαίδευση του προσωπικού σε όλα τα θέματα ελέγχου λοιμώξεων.
2. Η βελτίωση και η παρακολούθηση των ασφαλών πρακτικών της φροντίδας του ασθενή.
3. Η παροχή συμβουλών για την αποστείρωση του νέου κλινικού εξοπλισμού την προστασία των ασθενών και του προσωπικού τον ασφαλή χειρισμό των κλινικών απορριμμάτων και τον σχεδιασμό και τις κτιριακές εγκαταστάσεις.

### 3.4 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΕΛΕΓΧΟΥ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ

Κατά τον 2<sup>ο</sup> Παγκόσμιο Πόλεμο το Ιατρικό Συμβούλιο Έρευνας των Ηνωμένων Πολιτειών Αμερικής συνέστησε τον διορισμό ειδικού προσώπου για να εμποδίσει τις λοιμώξεις των τραυματιών. Το 1944 ακολούθησε η πρόταση να υπάρχει σε κάθε νοσοκομείο μια πολυκλαδική επιτροπή για να διερευνά και να σχεδιάζει τα μέτρα για τον έλεγχο των λοιμώξεων.

Ο πρώτος Νοσηλευτής Ελέγχου Λοιμώξεων διορίστηκε το 1959 στην Βρετανία, όταν η σταφυλοκοκκική σηψαιμία δημιούργησε σοβαρό πρόβλημα μεταξύ του νοσηλευτικού προσωπικού σκοπός του ήταν να συνεργασθεί με τον μικροβιολόγο και να διερευνήσει τις λοιμώξεις μεταξύ του προσωπικού. Η θέση του νοσηλευτή στον έλεγχο των λοιμώξεων είναι ζωτικής σημασίας.

#### Αντικειμενικός σκοπός του Νοσηλευτή Ελέγχου Λοιμώξεων

Ο Νοσηλευτής Ελέγχου Λοιμώξεων αποτελεί συνδετικό κρίκο μεταξύ της Επιτροπής Ελέγχου Λοιμώξεων και των άλλων τμημάτων του νοσοκομείου. Ο κύριος αντικειμενικός σκοπός του είναι η εξασφάλιση υψηλής ποιότητας φροντίδα του ασθενή και η πρόληψη των Νοσοκομειακών Λοιμώξεων με τους παρακάτω τρόπους:

1. Με την εξάλειψη των κινδύνων πρόκλησης των νοσοκομειακών Λοιμώξεων στους ασθενείς και το προσωπικό με την συνεχή ή περιοδική καταγραφή και παρακολούθηση των λοιμώξεων και των πρακτικών φροντίδας του ασθενή.

2. Με την διδασκαλία του νοσηλευτικού προσωπικού σε ότι αφορά την αλλαγή των επικίνδυνων πρακτικών της φροντίδας του ασθενή με άλλες με προληπτικό χαρακτήρα. Σήμερα στην Ελλάδα, τα κλινικά καθήκοντα-Ευθύνες του Νοσηλευτή Ελέγχου Λοιμώξεων είναι τα ακόλουθα<sup>45</sup>:

1. Να συνεργάζεται στενά με τον επιδημιολόγο του νοσοκομείου

2. Να προσφέρει κλινικές συμβουλές και υποστήριξη στους νοσηλευτές, τις μαίες, τους επισκέπτες υγείας και σε άλλο μη κλινικό προσωπικό σε θέματα ελέγχου λοιμώξεων και να εξασφαλίζει ένα ασφαλές περιβάλλον για τους

<sup>45</sup> Αποστολοπούλου Ε., Νοσοκομειακές Λοιμώξεις, Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα, 2000, Μερκούρης Α., Καλαφάτη Μ., Καλογράνα Δ., Λεμονίδου Χ. Εφαρμογή προληπτικών μέτρων από το νοσηλευτικό προσωπικό για τον έλεγχο των λοιμώξεων σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας. Νοσηλευτική 2, (2001), 49-57.



ασθενείς και το προσωπικό.

3. Να επιτρέπει και να συμβουλεύει γενικά τις τεχνικές απομόνωσης και σε συγκεκριμένες κλινικές καταστάσεις.

4. Να ερμηνεύει τις μικροβιολογικές απαντήσεις στο νοσηλευτικό προσωπικό.

5. Να συλλέγει σχετικές πληροφορίες εκ μέρους της Ομάδας Εργασίας και Επέμβασης.

6. Να αναγνωρίζει τους δυνητικούς κινδύνους της λοίμωξης και να προτείνει κατάλληλη διορθωτική δράση στο σχετικό πρόσωπο.

7. Να συνεργάζεται με την Ομάδα Εργασίας και Επέμβασης για την αναγνώριση, την διερεύνηση και τον έλεγχο των επιδημιών των λοιμώξεων.

8. Να διεξάγει περιοδική επίβλεψη των διαδικασιών της καθαριότητας των σκευασμάτων που χρησιμοποιούνται από την αρχή έως το τέλος της διαδικασίας της καθαριότητας αλλά και της διαχείρισης των νοσοκομειακών αποβλήτων καθώς και επίβλεψη των χώρων παρασκευής των τροφίμων (κουζίνα).

9. Να εξασφαλίζει την έναρξη των κατάλληλων σχημάτων αντιβιώσεων στην κάθε περίπτωση λοίμωξης.

Τα Ερευνητικά καθήκοντα του Νοσηλευτή Ελέγχου Λοιμώξεων είναι τα ακόλουθα:

1. Να συμμετέχει με το κατάλληλο κλινικό προσωπικό σε προγράμματα έρευνας που σχετίζονται με τις Νοσοκομειακές Λοιμώξεις.
2. Να εκτιμά την εφαρμογή των τεχνικών ελέγχου λοιμώξεων.

### **3.5 ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΕΛΕΓΧΟΥ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ**

Η μείωση των παραγόντων κινδύνου των λοιμώξεων που δημιουργούνται στο νοσοκομείο για την προστασία των ασθενών, των εργαζομένων και των επισκεπτών αποτελεί τον πρωταρχικό ρόλο του Προγράμματος Ελέγχου Λοιμώξεων. Οι λειτουργίες ενός αποτελεσματικού προγράμματος ελέγχου λοιμώξεων διαιρούνται στους εξής τομείς<sup>46</sup>:

---

<sup>46</sup> Αποστολοπούλου Ε., Νοσοκομειακές Λοιμώξεις, Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα, 2000

1. Καταγραφή των επιδημιών
2. Εκπαίδευση
3. Υγεία των εργαζομένων στο νοσοκομείο
4. Ανασκόπηση της χρήσης των αντιβιοτικών σε σύγκριση με τα δεδομένα της αντιμικροβιακής ευαισθησίας των μικροβίων.
5. Ανάπτυξη πολιτικών και διαδικασιών ελέγχου λοιμώξεων.
6. Εκτίμηση νέων προϊόντων
7. Εκτίμηση της ποιότητας μέσω επιδημιολογικών προγραμμάτων του νοσοκομείου.

Το Πρόγραμμα Ελέγχου Λοιμώξεων ως πρωταρχική διοικητική λειτουργία έχει την ανάπτυξη, την εκτίμηση και σχεδίαση των πολιτικών και των διαδικασιών που μειώνουν τον κίνδυνο των νοσοκομειακών λοιμώξεων.

Ένας μεγάλος αριθμός νέων προϊόντων κυκλοφορεί στην αγορά κάθε χρόνο, τα οποία μπορεί να εισάγονται στο νοσοκομείο με λίγα δεδομένα που να υποστηρίζουν την αποτελεσματικότητά τους ή τα πλεονεκτήματά τους σε σύγκριση με τα υπάρχοντα προϊόντα. Το Πρόγραμμα Ελέγχου Λοιμώξεων του νοσοκομείου πρέπει να εκτιμά τα υπάρχοντα δεδομένα πάνω στα νέα προϊόντα και να κάνει συστάσεις σχετικά με την εισαγωγή τους στο νοσοκομείο.

Τα στοιχεία της παρακολούθησης της ποιότητας περιλαμβάνουν συλλογή και ανάλυση δεδομένων, ερμηνεία, διορθωτικές ενέργειες για την βελτίωση της κακής ποιότητας και επαλήθευση ότι οι διορθωτικές ενέργειες έχουν πράγματι βελτιώσει την ποιότητα. Η εκτίμηση της ποιότητας πρέπει να γίνεται σε κάθε στάδιο του προγράμματος φροντίδας του αρρώστου στο νοσοκομείο, κατά την είσοδό του κατά την διάρκεια της νοσηλείας και κατά την διαδικασία της εξόδου. Κύριος σκοπός του προγράμματος είναι η παροχή ποιοτικής φροντίδας στους ασθενείς. Το πρόγραμμα περιλαμβάνει γραπτές οδηγίες και πρακτικές για όλα τα τμήματα του νοσοκομείου<sup>47</sup>.

---

<sup>47</sup> Αποστολοπούλου Ε., Νοσοκομειακές Λοιμώξεις, Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα, 2000

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup> Η ΙΑΤΡΙΚΗ ΑΣΤΙΚΗ ΕΥΘΥΝΗ

### 4.1. ΓΕΝΙΚΑ

Το Σύνταγμα με το άρθρο 21 παρ.3 κατοχυρώνει την υγεία ως κοινωνικό αγαθό και υποχρεώνει το Κράτος να μεριμνά για την υγεία των πολιτών, κατοχυρώνοντας έτσι συνταγματικά την διασφαλιστική διάσταση του δικαιώματος στην υγεία.<sup>48</sup>

Το προστατευτικό περιεχόμενο του δικαιώματος ορίζεται επιπλέον στη νέα διάταξη του άρθρου 5 παρ.5 του Συντάγματος, όπου ο αναθεωρητικός νομοθέτης αναφέρεται *expressis verbis* στην προστασία της υγείας και της γενετικής ταυτότητας. Σύμφωνα με τις ρητές συνταγματικές διατάξεις το περιεχόμενο του δικαιώματος στην υγεία στρέφεται μόνον προς το Κράτος, το οποίο και υποχρεούται όχι μόνο να σέβεται αλλά και να προστατεύει την υγεία του πολίτη από επιθετικές ενέργειες συνανθρώπων του δικαίωμα<sup>49</sup>.

Όλα τα παραπάνω αποτελούν τον βασικό λόγο που το σύγχρονο κράτος αντιμετωπίζει την οργάνωση και λειτουργία των κρατικών νοσοκομείων ως το βασικό μέσο για την βελτίωση της υγείας των πολιτών. Με τον τρόπο αυτό η υγεία του πολίτη δεν αντιμετωπίζεται μόνο ως δημόσιο αγαθό, αλλά ως γενικό δημόσιο συμφέρον<sup>50</sup>.

Όσο αφορά την έννοια της αστικής ευθύνης του Δημοσίου και των ΝΠΔΔ για ζημιογόνες πράξεις ή παραλείψεις των οργάνων τους περιλαμβάνει κάθε περίπτωση, που τα νομικά αυτά πρόσωπα οφείλουν να αποκαταστήσουν τη ζημία που προκλήθηκε σε πολίτες από τη δράση των οργάνων τους<sup>51</sup>.

Τα άρθρα 104, 105 και 106 του ΕισΝ ΑΚ εκφράζουν Νομοθετικά και θεμελιώνουν τις αρχές της πρόστασης. Έτσι η αστική ευθύνη θεμελιώνεται νομικά μέσω της παρανομίας της πράξης των οργάνων του δημοσίου ή του

<sup>48</sup> Φουντεδάκη Κ., (2003), Αστική Ιατρική Ευθύνη, εκδ. Σάκκουλα Α.Ε, Αθήνα

<sup>49</sup> (Χρυσόγονος Κ, Ατομικά και Κοινωνικά Δικαιώματα, εκδ. Σάκκουλας, Αθήνα 2006

<sup>50</sup> Εμμανουηλίδης Δ, Παπαγιάννης Ι, Αστική Ευθύνη από παράνομες ιατρικές πράξεις ή παραλείψεις δημοσίων νοσηλευτικών ιδρυμάτων, ΕΔΔΔ 2000

<sup>51</sup> Τσαμπάση Α, Το δίκαιο της Αστικής ευθύνης του Δημοσίου ενώπιον των διοικητικών δικαστηρίων, ΘΠΔΔ 2008

ΝΠΔΔ, δηλ. παραβίαση κάποιου κανόνα<sup>52</sup>.

Από όλα τα παραπάνω είναι σχεδόν αυτονόητο ότι το πεδίο της αστικής ευθύνης καλύπτει και την παροχή των ιατρικών υπηρεσιών στους πολίτες στα δημόσια νοσηλευτικά ιδρύματα. Ωστόσο, το ερώτημα που τίθεται είναι αν η αστική ευθύνη περιλαμβάνει πράξεις ή παραλείψεις χωρίς εξαίρεση όλων των συσχετιζόμενων με την παροχή των ιατρικών υπηρεσιών δηλ. ιατρών και νοσηλευτών, ή αν για την αστική ευθύνη υπάρχει διαφοροποίηση στο ποιος από τους εμπλεκόμενους θα κάνει το σφάλμα κατά την παρεχόμενη υπηρεσία, ιατρός ή νοσηλεύτης.

#### **4.2. Η ΑΣΤΙΚΗ ΕΥΘΥΝΗ ΣΤΗΝ ΠΑΡΟΧΗ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΚΑΙ Ο ΝΕΟΣ ΚΩΔΙΚΑΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ (Ν. 3418/2005 )**

Σύμφωνα με την γραμματική διατύπωση των άρθρων 105 και 106 ΕισΝΑΚ για την απαίτηση πολίτη σε αποζημίωση λόγω αστικής ευθύνης θα πρέπει τα όργανα του ΝΠΔΔ ή του δημοσίου κατά την άσκηση της δημόσιας εξουσίας, που τους έχει ανατεθεί, μη νόμιμα να προβούν σε πράξεις ή παραλείψουν να ενεργήσουν. Μοναδική εξαίρεση αναγνωρίζεται όταν αυτή η πράξη ή η παράλειψη έγινε κατά παράβαση διάταξης, που θεσπίστηκε χάριν του δημοσίου συμφέροντος.

Τα κριτήρια δηλ. που κατά τρόπο σωρευτικό έθεσε ο νομοθέτης προκείμενου να στοιχειοθετηθεί ευθύνη του δημοσίου λόγω παράνομης συμπεριφοράς οργάνου του είναι: η παράνομη πράξη ή παράλειψη, να προέρχεται από όργανο του δημοσίου, να τελεί σε εσωτερική συνάφεια με τη ανατεθειμένη δημόσια υπηρεσία, να έχει προκληθεί ζημία και τέλος να προκύπτει αιτιώδης σύνδεσμος μεταξύ της παράνομης συμπεριφοράς και της επελθούσης ζημίας<sup>53</sup>.

Όπως ερμηνεύθηκε από τη νομολογία η διάταξη του άρθρου 105 ΕισΝΑΚ, στην έννοια της πράξης περιλαμβάνονται εκτός από τις εκτελεστές διοικητικές πράξεις και κάθε εν γένει ενέργεια που προέρχεται από την

<sup>52</sup> Ράικος Δ, Πτυχές της κατ. άρθρο 105 ΕισΝΑΚ προϋπόθεσης της εσωτερικής συνάφειας για τη θεμελίωση αστικής ευθύνης του δημοσίου, ΘΠΔΔ 2008

<sup>53</sup> Στασινόπουλος Μ, Αστική Ευθύνη, Αθήναι 1968

συμπεριφορά του οργάνου της δημόσιας υπηρεσίας, όπως κανονιστικές, μη εκτελεστές διοικητικές πράξεις, προπαρασκευαστικές πράξεις, γνωμοδοτήσεις υλικές πράξεις κτλ. Ειδικότερα οι τελευταίες είναι αυτές που προκαλούν και τον μεγαλύτερο προβληματισμό, αφού η εσωτερική συνάφεια και η παρανομία της ενέργειας είναι δύσκολο να καταφανούν. Έτσι ο ζημιωθείς πολίτης οφείλει εκτός από την απόδειξη του στοιχείου ότι η δράση του οργάνου εντάσσεται μέσα στο πλαίσιο της οργάνωσης και λειτουργίας της δημόσιας υπηρεσίας, επιπλέον να καταδείξει και το παράνομο της δράσης αυτού.

Το δεύτερο όμως προϋποθέτει την ύπαρξη συγκεκριμένου κανόνα, που να επιτάσσει συγκεκριμένη συμπεριφορά, οπότε εύκολα σε περίπτωση παραβίασής του να μπορεί να αναδειχθεί η πλήρωση της προϋπόθεσης της παρανομίας. Ωστόσο, για τις υλικές ενέργειες αυτό δεν είναι πάντα τόσο εύκολο να αποδειχθεί.

Όπως εύστοχα υποστηρίζεται, η διάταξη του άρθρου 105 του ΕισΝΑΚ ως προς την προϋπόθεση της παρανομίας της ζημιογόνου πράξης αποτελεί «λευκό κανόνα δίκαιου», με την έννοια ότι τυγχάνει εφαρμογής μόνο σε συνδυασμό με άλλους κανόνες<sup>54</sup>.

Οι κανόνες αυτοί ορίζουν το πλαίσιο της νόμιμης δράσης του διοικητικού οργάνου, οπότε η τυχόν εκτροπή του από αυτό θα αποτελέσει το κριτήριο για τον έλεγχο της υπαγωγής ή μη της προκληθείσης ζημιάς στο καθεστώς της αστικής ευθύνης<sup>55</sup>.

Για τον ιατρό οι κανόνες που οριοθετούν το πλαίσιο της νόμιμης συμπεριφοράς του περιλαμβάνονται στα άρθρα 13 και 24 του Ν. 1565/1936 (Κώδικας άσκησης ιατρικού επαγγέλματος) στα οποία προβλέπεται ότι ο ιατρός οφείλει να ασκεί το επάγγελμα του ευσυνείδητα και σύμφωνα με τις θεμελιώσεις αρχές της ιατρικής επιστήμης<sup>56</sup>.

Ουσιαστικά οι εν λόγω διατάξεις αναφέρονται σε κάθε τι που επιβάλλει

---

<sup>54</sup> Κατσιγιάννης Φ, Η ευθύνη του δημοσίου για αποζημίωση κατά το άρθρο 105 ΕισΝΑΚ από παράνομες πράξεις ή παραλείψεις των αστυνομικών οργάνων κατά την άσκηση της υπηρεσίας τους ή κατά κατάχρηση αυτής, ΘΠΔΔ 2009

<sup>55</sup> Δετσαρίδης Χ, Ζητήματα Αστικής Ευθύνης του νοσηλευτικού προσωπικού των δημοσίων νοσηλευτικών ιδρυμάτων, Αρχ.Ν 2009

<sup>56</sup> ΦΕΚ Α 167/25.07.2001. Άρθρο 13



το καθήκον του προκειμένου να δοθεί στον ασθενή η καλύτερη δυνατή παροχή των υπηρεσιών του και να προστατευθεί από οποιαδήποτε βλάβη ή κίνδυνο. Ωστόσο, τους κανόνες αυτούς δεν θα πρέπει να τους εκλάβουμε ως γενικούς και αφηρημένους κανόνες συμπεριφοράς, αλλά όπως κρίθηκε από τη νομολογία των Διοικητικών Δικαστηρίων, ως αντικειμενικούς όρους οργάνωσης και λειτουργίας των κρατικών υπηρεσιών υγείας<sup>57</sup>.

Με αυτήν την προσέγγιση η υποχρέωση παροχής υπηρεσιών με γνώμονα το συμφέρον του ασθενούς, ο απεριόριστος σεβασμός στην αξία της ανθρώπινης ζωής, και η προστασία του ασθενούς από οποιαδήποτε βλάβη ή κίνδυνο, αποτελούν συγκεκριμένους κανόνες δράσης και λειτουργίας οι οποίοι θα εξειδικευτούν μέσα από την νομολογιακή τους αντιμετώπιση.

Θα πρέπει να επισημανθεί ότι ειδικότερα στον χώρο της παροχής ιατρικών και νοσηλευτικών υπηρεσιών το έργο αυτό είναι ιδιαίτερα δύσκολο, αφού η εκ μέρους του δικαστή προσέγγιση των ζητημάτων με βάση μόνο την πείρα και τη λογική δεν φαίνεται επαρκής αν δεν συνοδεύεται από ειδικά επιστημονικά πορίσματα<sup>58</sup>.

Οι θεραπευτικές επιλογές αφορούν σε ιατρικά - τεχνικά ζητήματα που δεν υπόκεινται σε δικαστικό έλεγχο και σχετίζονται από τα σχετικά ιατρικά - στατιστικά δεδομένα. Με την έννοια αυτή θα πρέπει να προκληθεί λόγω της παράνομης συμπεριφοράς ζημίας στον υπό θεραπεία πολίτη και η βλάβη αυτή να τελεί σε αιτιώδη σύνδεσμο προς την παράνομη πράξη και μάλιστα ο αιτιώδης σύνδεσμος πρέπει να είναι πρόσφορος.

Το γεγονός αυτό δίδει πρόσθετη ευθύνη στο ιατρό αφού ως θεράπων οφείλει να αντιμετωπίσει και τις τυχόν εξαιρετικές περιπτώσεις ή ιδιότητες ασθενών που θα του τύχουν συνδυάζοντας, τη γνώση της εξαιρετικής αυτής περίπτωσης με τη δυνατότητα έγκαιρης, αντιμετώπισής της με βάση τα

---

<sup>57</sup> ΣτΕ 2463/1998 ΕΔΔΔ 2000)

<sup>58</sup> Δετσαρίδης Χ, Ζητήματα Αστικής Ευθύνης του νοσηλευτικού προσωπικού των δημοσίων νοσηλευτικών ιδρυμάτων, Αρχ.Ν 2009, Εμμανουηλίδης Δ, Παπαγιάννης Ι, Αστική Ευθύνη από παράνομες ιατρικές πράξεις ή παραλείψεις δημοσίων νοσηλευτικών ιδρυμάτων, ΕΔΔΔ 2000

δεδομένα της επιστήμης<sup>59</sup>.

Η παρανομία της όποιας παράλειψης ή ενέργειας του ιατρού βρίσκει έρεισμα στο συνταγματικώς κατοχυρωμένο δικαίωμα για προστασία της υγείας. Μόνο με την επίκληση των συνταγματικών διατάξεων είναι πολύ δύσκολο στο δικαστή να καταλήξει στην αιτούμενη απευθείας παράβαση αντικειμενικών κανόνων δικαίου, ώστε να θεμελιωθεί η αστική ευθύνη λόγω παράνομης συμπεριφοράς του οργάνου του δημοσίου ή του ΝΠΔΔ<sup>60</sup>.

Για το λόγο αυτό είναι αναγκαία η υπαγωγή της πράξης ή παράλειψης του ιατρού σε ειδικότερες διατάξεις, όπου πλέον η υποχρέωση και το πλαίσιο ευθύνης συγκεκριμενοποιούνται. Ήδη, με το νόμο 3418/2005 εισήχθη στο χώρα μας ο νέος Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας με τον οποίο καθορίζονται συγκεκριμένα τα πλαίσια της ιατρικής δεοντολογίας και της βιοηθικής στη χώρα μας, εκφράζονται οι χαρακτηριστικότερες όψεις της σημερινής πολύπλευρης και κοινωνικά καίριας δραστηριότητας της ιατρικής και συγκεκριμενοποιούνται οι κανόνες προστασίας της αυτονομίας του ασθενούς.

Η γενικότερη ιατρική αστική ευθύνη στο μεγαλύτερο της μέρος λειτουργεί προληπτικά με την έννοια ότι ωθεί το γιατρό προς την τήρηση της απαιτούμενης επιμέλειας και την αποφυγή ενεργειών που θα έθεταν σε κίνδυνο τα έννομα αγαθά του ασθενούς.

Εκτός από τις διατάξεις των άρθρων 13 και 124 του Ν. 1565/1939, ο ΚΙΔ στο άρθρο 2 παρ. 2 προβλέπει ότι ο ιατρός οφείλει να αποφεύγει κάθε πράξη ή παράλειψη η οποία μπορεί να βλάψει την τιμή και την αξιοπρέπεια του ιατρού και να κλονίσει την πίστη του κοινού προς το ιατρικό επάγγελμα, και επιπλέον στο άρθρο 4 παρ. 3 καθορίζει ότι οφείλει να προχωρεί μόνο στις ιατρικές πράξεις οι οποίες είναι απαραίτητες για την εξασφάλιση της ποιότητας, της ασφάλειας και της αποτελεσματικότητας της υγειονομικής φροντίδας ή της θεραπείας που παρέχεται.

Γενικότερα, η ευθύνη που προκύπτει από τη συμπεριφορά του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού κινείται πάνω σε μια λεπτή γραμμή

<sup>59</sup> Χρυσανθάκης Χ, Η αστική ευθύνη του δημοσίου νοσοκομείου λόγω ιατρικού σφάλματος ως παδίο όσμωσης της ιατρικής και νομικής επιστήμης, ΘΠΔΔ 2010

<sup>60</sup> Δετσαρίδης Χ, Ζητήματα Αστικής Ευθύνης του νοσηλευτικού προσωπικού των δημοσίων νοσηλευτικών ιδρυμάτων, Αρχ.Ν 2009

ισορροπίας, με όχι πάντοτε σαφή όρια, τα οποία διαχωρίζουν το δυσανάλογο αυστηρό απ' το αποτελεσματικό και κατ' επέκταση τον κίνδυνο της αμυντικής ιατρικής από την επιθυμητή μείωση του θεραπευτικού κινδύνου και την αποτελεσματική προστασία της υγείας του ασθενούς<sup>61</sup>.

#### **4.3.Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΣΦΑΛΜΑΤΟΣ ΚΑΙ Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΟΥ ΣΤΗ ΘΕΜΕΛΙΩΣΗ ΤΗΣ ΑΣΤΙΚΗΣ ΕΥΘΥΝΗΣ**

Για να υπάρξει υποχρέωση αποζημίωσης στα πλαίσια της ιατρικής αστικής ευθύνης αναγκαία προϋπόθεση είναι η τέλεση από το όργανο μη νόμιμης ενέργειας ή παρανόμως να αδρανήσει να πράξει κάθε τι που οφείλει. Η όλη αυτή παράνομη συμπεριφορά στο πλαίσιο της ιατρικής αστικής ευθύνης χαρακτηρίζεται ως ιατρικό σφάλμα και ουσιαστικά αποτελεί το πεδίο αναφοράς της ιατρικής ευθύνης. Η έννοια του λάθους χειρισμού μιας ιατρικής περίπτωσης που ενσαρκώνει τον ορισμό του ιατρικού σφάλματος, δεν συναντάται ρητά σε συγκεκριμένους κανόνες, αλλά προκύπτει εξ αντιδιαστολής από την παραβίαση κανόνων που κατά γενικό τρόπο προσδιορίζουν τις υποχρεώσεις του γιατρού και τον επιβεβλημένο σε κάθε περίπτωση τρόπο ενέργειας του<sup>62</sup>.

Για τον ιατρό η νομολογία δέχθηκε ότι η παράβαση του άρθρου 24 του ΑΝ 1565/1939 που αναφέρεται στην ευσυνειδησία, το ζήλο, την επιμέλεια και την τήρηση των κανόνων της ιατρικής επιστήμης, αποτελεί ιατρικό σφάλμα. Μάλιστα δε αντιμετωπίστηκε ως παραβίαση του αντικειμενικού κανόνα συμπεριφοράς και υποχρεώσεων του θεράποντος ιατρού<sup>63</sup>.

Έτσι, ο ιατρός που δεν έχει την ανάλογη επιμέλεια, δεν τηρεί το επαγγελματικό του standard και παραβιάζει τους κανόνες της ιατρικής επιστήμης και τέχνης, τελεί ιατρικό σφάλμα, το οποίο όταν προκαλεί ζημία σε ασθενή που νοσηλεύεται σε δημόσιο νοσηλευτικό ίδρυμα, εμπίπτει στο νομικό πλαίσιο της αστικής ευθύνης του δημοσίου και των ΝΠΔΔ. Στην περίπτωση αυτή το μόνο που θα απομένει είναι να αποδειχθεί ότι συνδέεται αιτιωδώς με

<sup>61</sup> Φουντεδάκη Κ., (2003), Αστική Ιατρική Ευθύνη, εκδ. Σάκκουλα Α.Ε., Αθήνα

<sup>62</sup> Φουντεδάκη Κ., (2003), Αστική Ιατρική Ευθύνη, εκδ. Σάκκουλα Α.Ε., Αθήνα

<sup>63</sup> ΣτΕ 2463/1998 ΕΔΔΔ 2000

την επελθούσα ζημία του ασθενούς για να πληρωθούν όλες οι προϋποθέσεις εφαρμογής των άρθρων 105 και 106 ΕισΝΑΚ.

Τα άρθρα αυτά καθιερώνουν για κάθε λειτουργό της ιατρικής επιστήμης την υποχρέωση να ασκεί το επάγγελμα του με ευσυνειδησία, να διαφυλάσσει την αξιοπρέπεια του επαγγέλματος και την εμπιστοσύνη των άλλων προς αυτό και τέλος να παρέχει στους ασθενείς ιατρικές φροντίδες τηρώντας τις θεμελιώδεις αρχές της ιατρικής επιστήμης, τα διδάγματα της κτηθείσης ελευθερίας και τις ισχύουσες διατάξεις περί διαφυλάξεως των ασθενών και προστασίας των υγιών προσώπων.

Ειδικότερα, το άρθρο 24 του α.ν.1565/1939, όπως γίνεται δεκτό, αποτελεί ένα γενικό κανόνα *lege artis* ασκήσεως του ιατρικού επαγγέλματος, ο οποίος σε κάθε περίπτωση μπορεί να στηρίξει τις ιδιωτικού δικαίου αξιώσεις αποζημίωσης για ιατρικά σφάλματα. Στο πλαίσιο αυτό η νομολογία δέχθηκε ότι η επίδειξη της προσήκουσας επιμέλειας και προσοχής *de lege artis* αποκλείει την ευθύνη, αν ο ιατρός ενήργησε, όπως θα ενεργούσε υπό τις ίδιες συνθήκες και περιστάσεις και τα μέσα που είχε στη διάθεσή του συνετός και επιμελής ιατρός. Αντίθετα η μη επίδειξη της προσήκουσας προσοχής κατά την τέλεση της ιατρικής πράξης γεννά ευθύνη.

Η τεχνική δε αυτή κρίση περί του ενδεδειγμένου ή μη συγκεκριμένης ιατρικής δραστηριότητας ανάγεται τελικά σε νομική κρίση περί της νομιμότητας ή της παρανομίας της, δεδομένου ότι η συνολική νομική οργάνωση της κρατικής υγείας ανάγει επιτακτικά σε νομικό δέον την επιχείρηση των επιστημονικά ενδεδειγμένων ιατρικών πράξεων και την αποφυγή των επιστημονικά αντενδεικνυόμενων παραλείψεων.

Έτσι ακόμη και αν δεν παραβιάζεται συγκεκριμένη διάταξη νόμου η παράβαση της διοικητικής υποχρέωσης επιμέλειας της οργανωτικής μονάδας του νοσοκομείου και η παράβαση των υπηρεσιακών καθηκόντων των οργάνων της έναντι τρίτων, οδηγεί σύμφωνα με πάγια νομολογία των διοικητικών δικαστηρίων σε κατάφαση της παρανομίας. Με πάγια νομολογία τα διοικητικά δικαστήρια έχουν κρίνει, σε σχετικές υποθέσεις, ερμηνεύοντας τα άρθρα 105 και 106 ΕισΝΑΚ ότι πρόκειται για παράνομη υλική δράση των οργάνων του κράτους. Με τον τρόπο αυτό υιοθετούν μία διευρυμένη έννοια για το παράνομη και παρέχουν έτσι την πληρέστερη δυνατή προστασία του

διοικουμένου - ασθενούς.

Παρατηρείται ότι η νομολογία σε ζητήματα ιατρικής αστικής ευθύνης δεν επικεντρώνει την παρανομία της υλικής ενέργειας στην παράβαση συγκεκριμένων διατάξεων, αλλά αναφέρεται κατά τρόπο γενικό στην παραβίαση καθηκόντων που απορρέουν από την κείμενη νομοθεσία, τα δεδομένα της κοινής πείρας και τις αρχές της καλής πίστης τα οποία προσιδιάζουν στη συγκεκριμένη δημόσια υπηρεσία.

Ακολούθησε την ίδια προσέγγιση που δέχεται η θεωρία ότι παρανομία υπάρχει όχι μόνο όταν τα όργανα του δημοσίου παραβιάζουν συγκεκριμένη διάταξη νόμου, άλλα και όταν δεν τηρείται κατά τα διδάγματα της κοινής πείρας το νοούμενο υπηρεσιακό καθήκον μέσα στο αφηρημένο συγκρότημα της υπηρεσίας. Χωρίς να αναζητείται το υπηρεσιακό καθήκον, συνδέεται γενικά και αόριστα με την αποστολή της κάθε φορά κρινόμενης συγκεκριμένης υπηρεσίας.

Η γενική αυτή προσέγγιση προσιδιάζει περισσότερο στο ιατρικό σφάλμα το οποίο τις περισσότερες φορές όταν αφορά επιλογή θεραπείας και γενικότερα τρόπου αντιμετώπισης της ασθένειας κρίνεται με βάση τους κανόνες της ιατρικής επιστήμης.

Στην περίπτωση όμως που το σφάλμα εντοπίζεται στην οργάνωση της παροχής της ιατρικής υπηρεσίας, της οφειλόμενης επιμέλειας και γενικά της κατανομής των αρμοδιοτήτων μεταξύ των προσώπων που εμπλέκονται στην ιατρική αγωγή, καθώς και του ελέγχου και της επίβλεψης της, τότε είναι αναγκαίο να καταφύγουμε στην διαπίστωση της παραβίασης των συγκεκριμένων κανόνων που ρυθμίζουν την συμμετοχή του καθενός εμπλεκόμενου στην παρεχόμενη ιατρική φροντίδα<sup>64</sup>.

Άλλωστε, σε κάθε περίπτωση θα πρέπει να αναδειχθεί η παράβαση του υπηρεσιακού καθήκοντος και κατ'επέκταση να ορισθεί το πταίσμα το υπαλλήλου που αποτελεί και το θεμελιακό στοιχείο της παρανομίας. Διαφορετικά δεν μπορεί να αποδοθεί ευθύνη στα πλαίσια του άρθρου 105

---

<sup>64</sup> Δετσαρίδης Χ, Ζητήματα Αστικής Ευθύνης του νοσηλευτικού προσωπικού των δημοσίων νοσηλευτικών ιδρυμάτων, Αρχ.Ν 2009



ΕισΝΑΚ, αφού εκλείπει το στοιχείο της υπαιτιότητας<sup>65</sup>.

Μάλιστα όπως ορθά υποστηρίζεται έχει πλέον ξεπεραστεί η αντίληψη που υπήρχε παλιότερα στη νομολογία ότι η ευθύνη του κράτους είναι αντικειμενική<sup>66</sup>.

Η ευθύνη θα πρέπει σε κάθε περίπτωση να ορίζεται ως προερχόμενη από συγκεκριμένη παράνομη συμπεριφορά, ώστε κατά την επιμέτρηση της να προκύπτει, όπου υπάρχει και η τυχόν συνυπαιτιότητα από το συντρέχον πταίσμα του ζημιωθέντος.

#### **4.4. Η ΣΥΝΑΙΝΕΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΚΑΙ Η ΑΣΤΙΚΗ ΕΥΘΥΝΗ**

Ο νέος ΚΙΔ κάνει ιδιαίτερη αναφορά στο άρθρο 12 στο ζήτημα της συναίνεσης του ασθενούς για την επιχειρούμενη ιατρική πράξη (ΔΕΔΦΠειραιά 391/2008) . Στην διάταξη ορίζεται ρητά ότι για να είναι η συναίνεση έγκυρη και ισχυρή θα πρέπει πρώτον να παρέχεται μετά από πλήρη, σαφή και κατανοητή ενημέρωση, δεύτερον να μην είναι αποτέλεσμα πλάνης, απάτης ή απειλής, και τέλος τρίτον να καλύπτει πλήρως την ιατρική πράξη και κατά το συγκεκριμένο περιεχόμενό της και κατά το χρόνο της εκτέλεσής της. Η υποχρέωση του γιατρού να μη διενεργεί ιατρικές πράξεις χωρίς τη συναίνεση του ασθενούς, καθώς και η υποχρέωσή του να παρέχει στον ασθενή πληροφορίες αφενός για τη γενική κατάσταση της υγείας του, αφετέρου για τη φύση, το σκοπό και τους κινδύνους επικείμενης ιατρικής πράξης (υποχρέωση ενημέρωσης του ασθενούς) αποτυπώνονται στην Ευρωπαϊκή Σύμβαση για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα και τη Βιοϊατρική (Σύμβαση του Οβιέδο, 1997), που ισχύει στην Ελλάδα υπερισχύοντας του κοινού δικαίου (ν. 2619/1998), στα άρθρα 5-10.

Για τους νοσοκομειακούς ασθενείς προϋπήρχε το άρθρο 47 ν. 2071/1992. Πάντως, και χωρίς αυτές τις ειδικές ρυθμίσεις, η «συναίνεση του ενημερωμένου ασθενούς» βρίσκει και συνταγματική θεμελίωση, στα άρθρα 5 § 1, 2 § 1 και 9 § 1 Σ. Η συναίνεση του ασθενούς είναι στοιχείο με μεγάλη

<sup>65</sup> Στασινόπουλος Μ, Αστική Ευθύνη, Αθήναι 1968

<sup>66</sup> Τσαμπάση Α, Το δίκαιο της Αστικής ευθύνης του Δημοσίου ενώπιον των διοικητικών δικαστηρίων, ΘΠΔΔ 2008

σημασία για την αστική ιατρική ευθύνη. Η ιατρική πράξη που διενεργείται χωρίς την έγκυρη συναίνεση του ασθενούς, ακόμη και αν εκτελείται σύμφωνα με όλους τους κανόνες της ιατρικής, παραβιάζει τις διατάξεις του νόμου που προαναφέρθηκαν, καθώς και την τυχόν υπάρχουσα σύμβαση μεταξύ γιατρού και ασθενούς. Επιπλέον, συνιστά και παράνομη προσβολή της προσωπικότητας (ΑΚ 57), στην ειδικότερη έκφασή της, που είναι το δικαίωμα κάθε προσώπου να αυτοκαθορίζεται σε σχέση με το σώμα και την υγεία του. Η θεραπευτική ιατρική πράξη είναι καθεαυτή μια νόμιμη πράξη (δηλαδή δεν συνιστά παράνομη σωματική βλάβη), η οποία όμως καθίσταται παράνομη προσβολή της προσωπικότητας του ασθενούς, αν διενεργείται χωρίς τη συναίνεσή του. Η παρανομία της πράξης έγκειται στη διενέργειά της χωρίς την απαιτούμενη συναίνεση του ασθενούς και όχι στην ύπαρξη ιατρικού σφάλματος.

Στα πλαίσια αυτά βρίσκεται και η νομολογία των ΔΔ η οποία δέχεται ότι υπάρχει υποχρέωση του ιατρού να ενημερώνει τον ασθενή για την ύπαρξη και άλλων επιστημονικώς αποδεκτών ιατρικών μεθόδων αντιμετώπισης του προβλήματος του και ότι η μη σχετική ενημέρωση του στερεί τη δυνατότητα να επιλέξει, μεταξύ των υφιστάμενων θεραπευτικών λύσεων.

#### **4.5. Η ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΣΥΝΑΦΕΙΑ ΩΣ ΑΝΑΓΚΑΙΟ ΣΤΟΙΧΕΙΟ ΤΗΣ ΑΣΤΙΚΗΣ ΕΥΘΥΝΗΣ**

Στη γραμματική διατύπωση του άρθρου 105 του ΕισΝΑΚ αναφέρεται μια ακόμη προϋπόθεση η οποία θα πρέπει να συντρέχει σωρευτικά για να έχει υποχρέωση το δημόσιο σε αποζημίωση, η παράνομη συμπεριφορά (πράξη ή παράλειψη) του οργάνου να γίνεται κατά την άσκηση της δημόσιας εξουσίας που του έχει ανατεθεί.

Επιπλέον δηλ. ο νομοθέτης απαιτεί να υπάρχει η ονομαζόμενη από την θεωρία και νομολογία εσωτερική συνάφεια, δηλ. σχέση μεταξύ της παράνομης πράξης ή παράλειψης ή υλικής ενέργειας του οργάνου και της δημόσιας εξουσίας που του ανατέθηκε<sup>67</sup>.

---

<sup>67</sup> Παυλόπουλος Π, Η αστική ευθύνη του Δημοσίου, Αντ.Ν.Σάκκουλα, Αθήνα- Κομοτηνή 1989

Χαρακτηριστικά γίνεται δεκτό ότι το Δημόσιο ευθύνεται σε αποζημίωση για τη ζημία που προκαλείται σε φυσικό ή νομικό πρόσωπο από την έκδοση μη νόμιμης εκτελεστής διοικητικής πράξεως ή από τη μη νόμιμη παράλειψη εκδόσεως τέτοιας πράξεως ή από μη νόμιμες υλικές ενέργειες ή μη νόμιμες παραλείψεις οφειλομένων υλικών ενεργειών εκ μέρους των οργάνων του, στις περιπτώσεις που αυτές προέρχονται από την οργάνωση και λειτουργία των δημοσίων υπηρεσιών και δεν συνάπτονται με την ιδιωτική διαχείριση του Δημοσίου ούτε οφείλονται σε προσωπικό πταίσμα οργάνου του που ενήργησε εκτός του κύκλου των υπηρεσιακών καθηκόντων του.

Στην έννοια της «δημόσιας υπηρεσίας», από την οργάνωση και λειτουργία της οποίας είναι δυνατόν να προέρχεται συμπεριφορά (πράξη, παράλειψη ή υλική ενέργεια) κρατικών οργάνων που μπορεί να θεμελιώσει αξίωση για αποζημίωση, πρέπει να υπαχθεί και η κρατική παροχή ιατρικών υπηρεσιών στο σύνολο των πολιτών, την ευθύνη της οποίας αναλαμβάνει το κράτος ως πραγμάτωση του συνταγματικά κατοχυρωμένου κοινωνικού δικαιώματος επί της υγείας.

Από τη διάταξη σαφώς προκύπτει ότι πράξεις οργάνων του δημοσίου και των ΝΠΔΔ που δεν γίνονται στα πλαίσια των αρμοδιοτήτων της οργανωτικής μονάδας που υπάγονται, αλλά έχουν χαρακτήρα ιδιωτικό και διάφορο της λειτουργίας του κράτους, δεν εμπίπτουν στις διατάξεις περί αστικής ευθύνης του δημοσίου<sup>68</sup>.

Οριοθετείται το πεδίο των δραστηριοτήτων των οργάνων του δημοσίου στο πλαίσιο μόνο όσων αφορούν την υπηρεσία που τους έχει ανατεθεί και αυτό που πλέον επιζητείται είναι η διαπίστωση του στοιχείου της εσωτερικής συνάφειας<sup>69</sup>.

Το κρίσιμο θέμα σε αυτό δεν είναι το ποιος έχει προβεί στην πράξη ή παράλειψη αλλά βασικά το είδος της λειτουργίας που επιτέλεσε. Στο νομικό πλαίσιο της αστικής ευθύνης δεν υπάγεται κάθε πράξη του οργάνου του δημοσίου, αλλά η παράνομη - ζημιογόνα πράξη που έγινε για την εκπλήρωση συγκεκριμένων καθηκόντων, που του επιβλήθηκαν.

<sup>68</sup> Στασινόπουλος Μ, Αστική Ευθύνη, Αθήναι 1968

<sup>69</sup> Μαθιουδάκης Ι, Η αστική ευθύνη του κράτους, εκδ. ANION, Θεσσαλονίκη, 2006,

Ένα από τα χαρακτηριστικά ζητήματα που αποτελεί κομβικό ζήτημα για τη θεμελίωση της αστικής ευθύνης είναι να υπάρχει στενός εσωτερικός και εξωτερικός δεσμός μεταξύ της συμπεριφοράς του οργάνου και των ανατεθειμένων σε αυτό καθηκόντων<sup>70</sup>.

Σε άλλη περίπτωση, και ειδικά όταν το στοιχείο της εσωτερικής συνάφειας εκλείπει, το όργανο ευθύνεται προσωπικά με βάσει τις γενικές περί αδικοπραξίας διατάξεις. Έτσι παρατηρούμαι ότι το κρίσιμο σημείο για την ύπαρξη αστικής ευθύνης είναι ιατρική πράξη που τελείται να προέρχεται από οποιοδήποτε όργανο του νοσοκομείου, ιατρό, νοσηλεύτη ή διοικητικό προσωπικό, ενώ είναι αδιάφορη η σχέση που συνδέει τον απασχολούμενο με το νοσοκομείο, αφού δεν ασκεί έννομη επιρροή για τη δημιουργία της ευθύνης<sup>71</sup>.

Αυτό συνεπάγεται ότι ο ιατρός ή ο οποιοδήποτε εμπλεκόμενος στη θεραπεία του ασθενούς μπορεί να συνδέεται με το νοσοκομείο με σχέση δημόσιου ή ιδιωτικού δικαίου. Το ερευνητέο κάθε φορά είναι αν το συγκεκριμένο πρόσωπο να ενέργησε στο πλαίσιο των καθηκόντων του, έστω και κατά παράβαση των υπηρεσιακών οδηγιών που είχε λάβει.

Δεν υπάρχει αμφιβολία ότι, η παροχή νοσηλευτικών υπηρεσιών και η παροχή υγείας γενικότερα περιλαμβάνεται στην έννοια της δημόσιας εξουσίας. Κατά συνέπεια κάθε πράξη ή παράλειψη του ιατρού που συναρτάται με την οργάνωση και λειτουργία του κρατικού δημόσιου νοσοκομείου εμπίπτει στις διατάξεις περί αστικής ευθύνης των άρθρων 105 και 106 του ΕισΝΑΚ.

Η απαιτούμενη προς τούτο εσωτερική συνάφεια θα υφίσταται σε κάθε περίπτωση που παρέχεται υπηρεσία από τον ιατρό με σειρά υλικών πράξεων ή παραλείψεων, εκτός αν οι ζημιογόνες πράξεις του βρίσκονται πέραν του κύκλου των καθηκόντων του<sup>72</sup>. Ουσιαστικά θα πρέπει δηλ. για την γέννηση

<sup>70</sup> Δετσαρίδης Χ, Ζητήματα Αστικής Ευθύνης του νοσηλευτικού προσωπικού των δημοσίων νοσηλευτικών ιδρυμάτων, Αρχ.Ν 2009

<sup>71</sup> Χρυσανθάκης Χ, Η αστική ευθύνη του δημοσίου νοσοκομείου λόγω ιατρικού σφάλματος ως παδίο όσμωσης της ιατρικής και νομικής επιστήμης, ΘΠΔΔ 2010

<sup>72</sup> Εμμανουηλίδης Δ, Παπαγιάννης Ι, Αστική Ευθύνη από παράνομες ιατρικές πράξεις ή παραλείψεις δημοσίων νοσηλευτικών ιδρυμάτων, ΕΔΔΔ 2000, Εμμανουηλίδης Δ, Παπαγιάννης Ι, Αστική Ευθύνη από παράνομες ιατρικές πράξεις ή παραλείψεις δημοσίων νοσηλευτικών ιδρυμάτων, ΕΔΔΔ 2000

αστικής ευθύνης η ζημιογόνος δράση του να είναι σχετική με τη μονομερή δραστηριότητα του δημοσίου νομικού προσώπου στο οποίο ανήκει εν προκειμένω το δημόσιο νοσηλευτικό ίδρυμα<sup>73</sup>.

Με αυτή την σχετικά αυστηρή αντιμετώπιση της εσωτερικής συνάφειας τίθεται το ζήτημα αν υπάρχει αστική ευθύνη στην περίπτωση που ο ιατρός ενήργησε εκτός του κύκλου ευθύνης του, όπως αν εκτέλεσε κατά παράβαση των καθηκόντων του αυστηρά ιατρική υπηρεσία.

Στο θέμα αυτό γενικά η νομολογία επέδειξε ευρύτητα στην προσέγγιση της έννοιας της εσωτερικής συνάφειας. Έτσι έγινε δεκτό ότι η παράνομη πράξη ή παράλειψη του δημοσίου οργάνου τελεί σε εσωτερική συνάφεια όταν εκδηλώνεται επ' ευκαιρία ή κατά κατάχρηση της ανατεθειμένης στο όργανο δημόσιας εξουσίας. Όταν δηλ. τέλεσε την παράνομη πράξη λόγω των δυνατοτήτων που του παρασχέθηκαν από την εκτέλεση των καθηκόντων του ή όταν η πράξη βρισκόταν στον κύκλο των καθηκόντων του και εξήλθε των ορίων τους<sup>74</sup>.

Με την έννοια αυτήν υπάρχει αστική ευθύνη, όταν η ζημιογόνος πράξη τελέσθηκε καθ' υπέρβαση των ανατεθέντων καθηκόντων ή επ' ευκαιρία ή με αφορμή την υπηρεσία, αλλά κατά παράβαση των διαταγών που έχουν δοθεί στα όργανα και τελεί σε εσωτερική αιτιώδη συνάφεια προς την εκτέλεση της υπηρεσίας τους. Η ζημιογόνος πράξη θεωρείται ότι τελέσθηκε κατά την υπηρεσία και όταν ακόμα υπάρχει κατάχρηση υπηρεσίας, όταν δηλ. η ζημιογόνος πράξη τελέσθηκε μέσα μεν στα όρια των καθηκόντων του, αλλά κατά παράβαση των οδηγιών που δόθηκαν σ' αυτόν<sup>75</sup>.

Το εννοιολογικό περιεχόμενο της εσωτερικής συνάφειας με την αντιμετώπιση αυτή αποκτά άλλη διάσταση και για την ύπαρξή της ερευνάται αφενός, αν η ζημιογόνος πράξη ή παράλειψη εμπίπτει στον κύκλο της δράσης (λειτουργικό, επιχειρηματικό, επαγγελματικό, κοινωνικό, κλπ) του οργάνου και

---

<sup>73</sup> Δετσαρίδης Χ, Ζητήματα Αστικής Ευθύνης του νοσηλευτικού προσωπικού των δημοσίων νοσηλευτικών ιδρυμάτων, Αρχ.Ν 2009

<sup>74</sup> Μαθιουδάκης Ι, Η αστική ευθύνη του κράτους, εκδ. ANION, Θεσσαλονίκη, 2006,

<sup>75</sup> Δετσαρίδης Χ, Ζητήματα Αστικής Ευθύνης του νοσηλευτικού προσωπικού των δημοσίων νοσηλευτικών ιδρυμάτων, Αρχ.Ν 2009



αφετέρου αν οι κίνδυνοι που προκύπτουν από το παραπάνω ζημιογόνο γεγονός εμπίπτουν στις συνηθισμένες ή τις χαρακτηριστικές γι' αυτήν πράξεις<sup>76</sup>.

Ανεξάρτητα από το γεγονός της υπαιτιότητας του ιατρού στην τέλεση της ζημιογόνου πράξης, δηλ. δόλου ή αμέλειας, θα πρέπει να γίνει δεκτό ότι η αστική ευθύνη συνεχίζει να υφίσταται και ως εκ τούτου ο πολίτης έχει αξίωση αποζημίωσης από το δημόσιο νοσοκομείο. Άλλωστε, η διατύπωση του άρθρου 105 του ΕισΝΑΚ δεν αφήνει περιθώρια στο να εξαρτήσουμε το εύρος της εσωτερικής συνάφειας από την υπαιτιότητα που το όργανο του δημοσίου έχει, ακόμη και αν αυτή είναι δόλος ή βαριά αμέλεια.

#### **4.6. ΟΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΣΦΑΛΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΑΣΤΙΚΗ ΕΥΘΥΝΗ**

Πολλά δημοσιεύματα τα τελευταία χρόνια αναφέρονται σε περιπτώσεις ιατρικών σφαλμάτων που πολλές φορές αποβαίνουν μοιραία για τη ζωή των ασθενών. Η υπερβολική εμπιστοσύνη που έχουν οι ιατροί στη μνήμη τους, η μη συνειδητοποίηση ότι η κόπωση συνδέεται άρρηκτα με μειωμένη απόδοση στην εργασία, οι διαφωνίες και οι προστριβές μεταξύ του προσωπικού αποτελούν τα κυριότερα αίτια πρόκλησης ιατρικού σφάλματος. Μάλιστα, τα ιατρικά σφάλματα συμβαίνουν συχνότερα όταν οι ιατροί είναι άπειροι και όταν διδάσκονται καινούριες μεθόδους και τεχνικές.

Το ιατρικό σφάλμα ανεξάρτητα από την μορφή του, δημιουργεί επιπρόσθετα οικονομικά βάρη, τόσο στον ίδιο τον ασθενή και στους συγγενείς του, όσο και στον ιατρό, στην κλινική, στους νοσηλευτές, στα ασφαλιστικά ταμεία, και στο νοσοκομείο. Δηλαδή μπορούμε να πούμε ότι κατ' επέκταση επιβαρύνεται ολόκληρος ο τομέας της Υγείας και η οικονομία γενικότερα.

Ο ίδιος ο άρρωστος και οι συγγενείς του είναι αυτοί που θίγονται άμεσα οικονομικά από ένα ιατρικό σφάλμα. Η παρατεταμένη παραμονή του στο νοσοκομείο είναι απόρροια της βλάβης που μπορεί να προκληθεί εξαιτίας ενός ιατρικού σφάλματος. Στο σημείο αυτό ενδεικτικά μπορούμε να αναφέρουμε ότι

<sup>76</sup> Δετσαρίδης Χ, Ζητήματα Αστικής Ευθύνης του νοσηλευτικού προσωπικού των δημοσίων νοσηλευτικών ιδρυμάτων, Αρχ.Ν 2009

στην Αμερική οι τραυματισμοί από ιατρικό σφάλμα, με συνέπεια τη μόνιμη ανικανότητα ή την παρατεταμένη παραμονή του αρρώστου στο νοσοκομείο, ανέρχονται ετησίως σε 1,3 εκατομμύρια ασθενείς.

Από όλα τα παραπάνω συνεπάγεται περισσότερα έξοδα αλλά και απώλεια εσόδων για τον ίδιο τον ασθενή και τους οικείους του, επιπλέον έξοδα για περαιτέρω νοσηλεία, απώλεια χρόνου και χρημάτων για την αποκατάσταση της βλάβης που προκλήθηκε λόγω του ιατρικού σφάλματος, απώλεια εργατοωρών και εισοδήματος εξαιτίας της απουσίας του από την εργασία και τις υπόλοιπες δραστηριότητες.

Οι επιπτώσεις στους συγγενείς του αρρώστου, προκειμένου να βρίσκονται κοντά στον άνθρωπό τους και να τον φροντίζουν είναι πολλές. Πολλοί από αυτούς αναγκάζονται να απουσιάσουν από την εργασία τους (κόστος σε χρόνο ή χρήμα που υφίστανται τα συγγενικά πρόσωπα) ή να καταφύγουν στις «αποκλειστικές νοσοκόμες», κάτι που έχει ως αποτέλεσμα την ακόμα μεγαλύτερη οικονομική επιβάρυνση των ίδιων των ασθενών, των συγγενών τους, αλλά και των ασφαλιστικών τους ταμείων. Και το οικονομικό βάρος επιβάλλει με τη σειρά του έντονη συναισθηματική πίεση, τόσο σε εκείνους που αντιμετωπίζουν τη δαπάνη όσο και στις οικογένειές τους.

Κατά την εκτέλεση της ιατρικής πράξης, μια μόνιμη ανικανότητα δημιουργεί συνήθως ακόμα μεγαλύτερο αίσθημα ανασφάλειας στον ίδιο τον άρρωστο και στους οικείους του που σαν αποτέλεσμα έχει να τους ωθήσει στην κατάθεση αγωγών κατά των θεραπόντων ιατρών και των νοσηλευτικών ιδρυμάτων, εγείροντας αξιώσεις για οικονομική αποζημίωση και ξοδεύοντας παράλληλα σημαντικά πόσα για έξοδα δικηγόρων. Η ιατρική αμέλεια, εκτός από τις οικονομικές συνέπειες στον ασθενή, έχει σοβαρότατες οικονομικές συνέπειες και στον ιατρό και την οικογένειά του.

Ο πρώτος ενάντια στον οποίον θα στραφεί ο ασθενής και οι συγγενείς του είναι ο ιατρός ζητώντας δικαιοσύνη και κατ' επέκταση οικονομική αποζημίωση για περιουσιακή ζημία, ψυχική οδύνη ή ηθική βλάβη. Ο ιατρός που θα αντιμετωπίσει την οργή τους βρίσκεται ομολογουμένως σε δεινή θέση, γιατί διακυβεύεται η τιμή και η υπόληψή του ως ανθρώπου, η επιστημονική του υπόσταση και τελικά η επαγγελματική του εξέλιξη. Έτσι χάνει την εμπιστοσύνη στον εαυτό του και περιορίζει την άσκηση της ιατρικής ή

παραπέμπει τους ασθενείς του σε άλλους ιατρούς. Ο ιατρός θα οδηγηθεί στα ποινικά (ποινική ευθύνη) και στα πολιτικά δικαστήρια (αστική ευθύνη). Θα επιβαρυνθεί οικονομικά, προκειμένου να αποδείξει την αθωότητά του και θα σπιλωθεί ηθικά.

Μια ποινική καταδίκη επιφέρει αυτομάτως αμαύρωση του ποινικού μητρώου του ιατρού. Δεν υπάρχει κάτι αντίστοιχο στο πεδίο της αστικής ευθύνης, ο καταλογισμός της οποίας όμως μπορεί να οδηγήσει τον ιατρό ακόμα και σε οικονομική αφαίμαξη, καθώς η αστική του ευθύνη είναι ουσιαστικά η υποχρέωσή του να αποζημιώσει τον ασθενή.

Η αστική ευθύνη του γιατρού ισχύει και για την περίπτωση που ο ιατρός παρέχει τις υπηρεσίες του μέσω ενός νοσηλευτικού φορέα (κρατικού ή ιδιωτικού), είτε συνδέεται με το φορέα αυτό με σχέση εργασίας είτε ακόμα απλώς χρησιμοποιεί τα μέσα και τις εγκαταστάσεις του. Το μόνο στοιχείο που διαφοροποιεί την ευθύνη του είναι το γεγονός ότι συνυπεύθυνο θα είναι και το νοσοκομείο ή η κλινική όπου έλαβε χώρα το ιατρικό σφάλμα.

Στην περίπτωση αυτή ο ασθενής θα εγείρει την αξίωσή του για αποζημίωση τόσο κατά της κλινικής όσο και κατά του ιατρού. Στην περίπτωση του κρατικού φορέα η κατάσταση εμφανίζεται εν μέρει διαφοροποιημένη, αφού ο ιατρός που παρέχει τις ιατρικές του υπηρεσίες υπό την ιδιότητα του δημοσίου υπαλλήλου απαλλάσσεται από την υποχρέωση για αποζημίωση, εντασσόμενος στο γενικό κανόνα της έλλειψης προσωπικής ευθύνης των δημοσίων υπαλλήλων.

Σε αυτήν την περίπτωση ο ιατρός - δημόσιος λειτουργός θα οδηγηθεί στα ποινικά και στα πολιτικά δικαστήρια και θα επιβαρυνθεί οικονομικά, προκειμένου να αποδείξει την αθωότητά του, ενώ μια ποινική καταδίκη θα επιφέρει αυτομάτως αμαύρωση του ποινικού του μητρώου. Θα κινδυνεύσει η επιστημονική του υπόσταση ως ιατρού αφού θα κλονιστεί η εμπιστοσύνη του κόσμου, των συναδέλφων και των συνεργατών του στο πρόσωπό του. Θα χάσει την αυτοπεποίθηση και το κύρος του.

Όλα αυτά θα έχουν ως επακόλουθο τη δυσφήμιση, την κοινωνική απομόνωση, την απόλυση και τελικά την οικονομική αφαίμαξη. Ακόμα, ίσως ζητηθεί να αποδοθούν αστικές ή και ποινικές ευθύνες και σε κάποιους από τις παραϊατρικές υπηρεσίες υγείας, κυρίως νοσηλευτές-τριες, είτε επειδή ως

συνεργάτες του ιδιώτη ιατρού θεωρούνται συνυπεύθυνοι, είτε επειδή κάποιος επίορκος ιατρός του νοσηλευτικού ιδρύματος θα προσπαθήσει να τους προσάψει ευθύνες και να αποποιηθεί τα δικά του σφάλματα. Η οικονομική επιβάρυνση για έξοδα δικηγόρων, προκειμένου να αποδειχθεί η αθωότητά τους στα δικαστήρια, είναι δεδομένη.

Αναφέρθηκε ήδη ότι η βλάβη που θα προκληθεί στον άρρωστο εξαιτίας ενός ιατρικού σφάλματος οδηγεί σε περαιτέρω παραμονή του στο νοσοκομείο και συνεπώς σε αύξηση του χρόνου - άρα και του κόστους νοσηλείας, αφού η αύξηση του χρόνου νοσηλείας σημαίνει επιπλέον φάρμακα, υγειονομικό υλικό, εργατώρες, εργαστηριακές και διαγνωστικές εξετάσεις.

Έτσι, εκτός από τις οικονομικές αποζημιώσεις των ασθενών και των οικείων συγγενών τους από τυχόν ιατρικά σφάλματα που θα επιδικαστούν από τα πολιτικά δικαστήρια, το νοσοκομείο καλείται να καλύψει και τις αυξημένες δαπάνες των διαφόρων τμημάτων και κατ' επέκταση το αυξημένο κόστος λειτουργίας τους.

Τα δημόσια νοσηλευτικά ιδρύματα λειτουργούν ως μη κερδοσκοπικοί οργανισμοί, με σκοπό την εξυπηρέτηση των ευρύτερων απαιτήσεων της κοινωνίας και την κάλυψη ορισμένων αναγκών του πληθυσμού, και δεν ενδιαφέρονται για τη μεγιστοποίηση του κέρδους (ή την ελαχιστοποίηση του κόστους), αφού η επιβίωσή τους είναι εξασφαλισμένη από τις κρατικές επιχορηγήσεις και έτσι η ύπαρξή τους δεν εξαρτάται από τα τυχόν έσοδα και έξοδά τους<sup>77</sup>.

Ωστόσο κυρίαρχη επιδίωξη των οργανισμών αυτών είναι η ανάπτυξή τους και ουσιαστικά η διατήρηση ή και η αύξηση του μεριδίου της αγοράς. Η επιδίωξη αυτή βέβαια αυτόματα συνεπάγεται και επιδίωξη της μεγιστοποίησης της οποιασδήποτε θετικής διαφοράς μεταξύ των εσόδων και των εξόδων.

Όσον αφορά στις ιδιωτικές κλινικές και στα ιδιωτικά νοσοκομεία, βασικός σκοπός είναι η επιβίωσή των ασθενών, η οποία επιτυγχάνεται δια της προσέλκυσης τους και της ύπαρξης θετικού ισοζυγίου μεταξύ των εσόδων και των εξόδων τους. Τα ιατρικά σφάλματα όχι μόνο δυσφημίζουν τα

<sup>77</sup> Ταραμπε Μ, Σταμουλοπουλος 2, Τσαγκαράκης Μ Οι οικονομικές επιπτώσεις του ιατρικού σφάλματος, ΙΑΤΡΙΚΟ ΒΗΜΑ • ΑΠΡΙΛΙΟΣ - ΜΑΙΟΣ 2006

νοσηλευτικά ιδρύματα, αλλά μειώνουν την «πελατεία» αυτό σε συνδυασμό με τις αυξημένες δαπάνες και τις αποζημιώσεις για αστική ευθύνη, ηθική βλάβη, ψυχική οδύνη δημιουργεί τεράστια προβλήματα ακόμα και τη διαφορά εσόδων - εξόδων.

Συνεπώς, το όποιο προσωρινό όφελος του νοσηλευτικού ιδρύματος από νοσήλια, λόγω της μεγαλύτερης παραμονής του ασθενούς εξαιτίας του ιατρικού σφάλματος, σε μια πορεία χρόνου εκμηδενίζεται και μετατρέπεται σε ζημιά. Η παράταση όμως του χρόνου νοσηλείας του αρρώστου συνεπάγεται αυτόματα και επιπλέον οικονομική επιβάρυνση των ασφαλιστικών ταμείων.

Όσο πιο μεγάλη είναι η παραμονή στο νοσοκομείο αυτό έχει ως αποτέλεσμα περισσότερες ημέρες νοσηλείας και περισσότερα έξοδα, προκειμένου να αποκατασταθεί η ζημιά. Από την άλλη αν η ζημιά που προκλήθηκε είναι ανεπανόρθωτη, τα ασφαλιστικά ταμεία επιβαρύνονται με αποζημίωση, πρόωρη σύνταξη, τεχνητά μέλη κ.λπ. Και δεν είναι μόνο τα επιπλέον έξοδα που καταβάλλουν τα ασφαλιστικά ταμεία για τον αυξημένο χρόνο νοσηλείας ή για διάφορες αποζημιώσεις.

Ένα σημαντικό στοιχείο του ιατρικού σφάλματος είναι και τα έσοδα που χάνουν από τις εισφορές των εργαζομένων και των εργοδοτών για όλο αυτό το διάστημα νοσηλείας. Το κόστος αυτό θα μετακυλήσει μέσω της αύξησης των ασφαλιστρών (εάν πρόκειται για ιδιωτικές εταιρείες ασφάλισης) ή μέσω της αύξησης των εισφορών (εάν πρόκειται για κρατικούς ασφαλιστικούς και λοιπούς φορείς κοινωνικής ασφάλισης) στους ασφαλισμένους, στους εργοδότες και γενικά στο ευρύτερο κοινωνικό σύνολο. Οι εργοδότες επίσης θίγονται οικονομικά από ένα ιατρικό σφάλμα, ιδιαίτερα στις περιπτώσεις που πρόκειται για άκρως εξειδικευμένο υπάλληλο, για την εκπαίδευση του οποίου δαπανήθηκε χρόνος και χρήμα, ο οποίος αποτελεί κεφάλαιο για την εταιρεία που δεν έχει αποσβεσθεί ακόμα. Η μακροχρόνια απουσία ή η μόνιμη αναπηρία ή ακόμα και ο θάνατος ενός τέτοιου υπαλλήλου εξαιτίας ενός ιατρικού σφάλματος θα στοιχίσει στην εταιρεία χρόνο, χρήμα και κεφάλαιο, καθώς η άμεση αντικατάστασή του είναι πολύ δύσκολη έως αδύνατη<sup>78</sup>.

<sup>78</sup> Ταραμπτε Μ, Σταμουλοπουλος 2, Τσαγκαρακης Μ Οι οικονομικές επιπτώσεις του ιατρικού σφάλματος, ΙΑΤΡΙΚΟ ΒΗΜΑ • ΑΠΡΙΛΙΟΣ - ΜΑΪΟΣ 2006



Τα στατιστικά στοιχεία που υπάρχουν για την Ελλάδα δεν είναι επαρκή. Αν αναλογιστούμε όμως ότι τα τελευταία χρόνια οι αγωγές κατά ιατρών και νοσοκομείων για αποζημιώσεις εξαιτίας ιατρικών σφαλμάτων έχουν αυξηθεί κατακόρυφα και αν λάβουμε υπόψη μας τις μεγάλες αποζημιώσεις που επιδικάστηκαν σε περιπτώσεις ιατρικού σφάλματος σε ελληνικά δικαστήρια, το μέγεθος των αποζημιώσεων που θα κληθεί να καταβάλει το Ελληνικό Δημόσιο δε θα είναι καθόλου ευκαταφρόνητο<sup>79</sup>.

Ενδεικτικά αναφέρουμε τα εξής περιστατικά: ποσό 586.940 € και 4.400 € το μήνα για δυο χρόνια σε γυναίκα, ως προσωρινή αποζημίωση για μια σειρά από σοβαρές παραλείψεις και σφάλματα που αποδίδονται στον αναισθησιολόγο και στο χειρουργό κατά την εισαγωγή της για τη διενέργεια χειρουργικής πλαστικής επέμβασης μαστού, συνέπεια των οποίων ήταν να μείνει σχεδόν φυτό με αναπηρία 100% (σύνδρομο στελέχους βαριάς μορφής), 440.205 € για μικρό κορίτσι στη Ρόδο που κατέληξε από μη ελεγμένο, μολυσμένο αίμα, εφάπαξ 513.570 € σε συγγενείς ασθενούς που, όπως η απόφαση έδειξε, κατά τη διάρκεια λαπαροσκοπικής χολοκυστεκτομής για αφαίρεση λίθων επήλθε από ιατρικό σφάλμα διπλή τρώση της αορτής μήκους 3-4 χιλιοστών, με αποτέλεσμα κατακλυσμιαία αιμορραγία και ανακοπή της ασθενούς.

Παρακάτω αναφέρονται μερικές από την σωρεία αγωγών που αναμένεται να εκδικασθούν και αφορούν τα ιατρικά σφάλματα, όπως: 1.267.790 € για επικαλούμενο σφάλμα μαιευτήρα ,αγωγή 733.675 € για τοποθέτηση βηματοδότη και λοίμωξη , αγωγή για αποζημίωση 586.940 € για εσφαλμένη επέμβαση καταρράκτη, 586.940 € για θάνατο από βρογχοπνευμονία, 968.450 € για θάνατο ασθενούς λόγω μετάγγισης μολυσμένου με HIV αίματος, 1.209.095 € για λάθη από αποκοπή νεύρων σε γυναίκα, 1.866.470 € για επικαλούμενο σφάλμα αναισθησιολόγου που άφησε κατά την αγωγή χωρίς οξυγόνωση εγκέφαλο ασθενούς με αποτέλεσμα αναπηρία κ.λπ<sup>80</sup>.

<sup>79</sup> Ταραμπέ Μ, Σταμουλοπούλου Ζ, Τσαγκαράκης Μ Οι οικονομικές επιπτώσεις του ιατρικού σφάλματος, ΙΑΤΡΙΚΟ ΒΗΜΑ • ΑΠΡΙΛΙΟΣ - ΜΑΪΟΣ 2006

<sup>80</sup> <http://www.drmed.gr/default.asp>. Ειδήσεις: Αποζημίωση 513 χιλιάδων ευρώ κατά του [...] για ιατρικό σφάλμα (Ρεπ. αποκλ. Έθνος).(19.06.2002)

Επιπρόσθετα, η αύξηση του χρόνου παραμονής των ασθενών στα νοσοκομεία, λόγω του ιατρικού σφάλματος, μεγαλώνει και τον κίνδυνο μιας επικείμενης ενδοноσοκομειακής λοίμωξης, για τη θεραπεία της οποίας απαιτείται ακόμα μεγαλύτερος χρόνος νοσηλείας, με όλα τα επακόλουθα<sup>81</sup>.

Θετικές οικονομικές επιπτώσεις τα ιατρικά σφάλματα, έχουν για τις φαρμακευτικές εταιρείες και τους προμηθευτές υγειονομικού υλικού, που προμηθεύουν το νοσοκομείο με φάρμακα και λοιπό υγειονομικό υλικό. Αυτό συμβαίνει βραχυπρόθεσμα και για όσο χρονικό διάστημα το νοσηλευτικό ίδρυμα δύναται να ανταποκριθεί στις υποχρεώσεις του απέναντί τους. Από την άλλη μακροπρόθεσμα, οι αυξημένες νοσοκομειακές δαπάνες και η αδυναμία των ασφαλιστικών οργανισμών να εξοφλήσουν τις οικονομικές τους υποχρεώσεις προς τα νοσοκομεία δημιουργούν νοσοκομειακό έλλειμμα (το οποίο διογκώνεται ακόμα περισσότερο εξαιτίας των ιατρικών σφαλμάτων) ή αυξάνουν το ήδη υπάρχον, κάτι που μεταφράζεται κάποια στιγμή σε καθυστέρηση -ή και αδυναμία- εξόφλησης των υποχρεώσεων των νοσοκομείων προς τους προμηθευτές, με ό,τι αυτό συνεπάγεται<sup>82</sup>.

Γενικά οι δαπάνες υγείας, ιδιαίτερα στα δημόσια συστήματα, συχνά αποτελούν σοβαρή πηγή προβλημάτων για τους εθνικούς προϋπολογισμούς και συμβάλλουν στη δημιουργία δημοσιονομικών ελλειμμάτων. Επιπλέον, οι οικονομίες των προηγμένων χωρών αντιμετωπίζουν σήμερα ένα δομικό και σύνθετο πρόβλημα χρηματοδότησης των κοινωνικών δαπανών, το οποίο οφείλεται στην τεχνολογική πρόοδο και τις δυσμενείς δημογραφικές εξελίξεις. Η εικόνα αυτή επιδεινώνεται όσον αφορά στις δαπάνες που αφορούν τη Δημόσια Υγεία, αν προστεθούν και οι επιπλέον (έκτακτες) δαπάνες από το πρόβλημα των ιατρικών σφαλμάτων. Η χρηματοδότηση μέσω δανεισμού, η αύξηση των ασφαλιστικών εισφορών και η θέσπιση ειδικών φόρων κατανάλωσης (π.χ. στον καπνό και το αλκοόλ) είναι μερικά από τα μέτρα για να χρηματοδοτηθούν τα ελλείμματα των δημόσιων υπηρεσιών υγείας. Και έτσι μέρος από την αύξηση των δαπανών στην υγεία επεκτείνεται σε ολόκληρο το

<sup>81</sup> Ταραμπε Μ, Σταμουλοπουλος 2, Τσαγκαρακης Μ Οι οικονομικές επιπτώσεις του ιατρικού σφάλματος, ΙΑΤΡΙΚΟ ΒΗΜΑ • ΑΠΡΙΛΙΟΣ - ΜΑΙΟΣ 2006

<sup>82</sup> Ταραμπε Μ, Σταμουλοπουλος 2, Τσαγκαρακης Μ Οι οικονομικές επιπτώσεις του ιατρικού σφάλματος, ΙΑΤΡΙΚΟ ΒΗΜΑ • ΑΠΡΙΛΙΟΣ - ΜΑΙΟΣ 2006

κοινωνικό σύνολο<sup>83</sup>.

Στο σημείο αυτό αξίζει να αναφερθεί ότι χρέη των ελληνικών δημόσιων νοσοκομείων που το ύψος άγγιζε τα 200 δισ. δρχ. (περίπου 587 εκατ. ευρώ) προς τους προμηθευτές τους ρυθμίστηκαν με κρατικά ομόλογα το έτος 1997. Τέσσερα χρόνια αργότερα τα χρέη των νοσοκομείων είχαν φτάσει στα 350 δισ. δρχ. (περίπου 1,027 δισ. ευρώ) και εξοφλήθηκαν κι αυτά με νέα ρύθμιση και αποδοχή από πλευράς των προμηθευτών ενός ποσοστού έκπτωσης επί του συνολικού χρέους. Σε λιγότερα από τέσσερα χρόνια μετά από την τελευταία ρύθμιση, τα χρέη των νοσοκομείων προς τους προμηθευτές μέχρι τις 23-12-2004 ανέρχονται σε 2,5 δισ. ευρώ περίπου, από τα οποία περίπου 2,2 δισ. θα καλυφθούν με νέα ρύθμιση<sup>84</sup>.

Στο σημείο αυτό, θα θέλαμε να επισημάνουμε ότι οι αγωγές για ιατρική αμέλεια αυξάνουν το κόστος της ασφάλισης για ιατρική αμέλεια και επειδή η ασφάλιση για ιατρική αμέλεια αποτελεί κόστος για τους παρέχοντες ιατρική περίθαλψη, η αύξηση των ασφαλιστρών συμβάλλει στην αύξηση του κόστους ιατρικής περίθαλψης. Από την άλλη μεριά, ο φόβος για αγωγές έναντι της ιατρικής αμέλειας παρακινεί τους ιατρούς να συνιστούν θεραπείες και τεστ που υπό άλλες συνθήκες θα είχαν αποφύγει, αυξάνοντας με τον τρόπο αυτό ακόμα περισσότερο το κόστος της υγειονομικής περίθαλψης.

---

<sup>83</sup> Ταραμπε Μ, Σταμουλοπουλος 2, Τσαγκαρακης Μ Οι οικονομικές επιπτώσεις του ιατρικού σφάλματος, ΙΑΤΡΙΚΟ ΒΗΜΑ • ΑΠΡΙΛΙΟΣ - ΜΑΪΟΣ 2006

<sup>84</sup> Ταραμπε Μ, Σταμουλοπουλος 2, Τσαγκαρακης Μ Οι οικονομικές επιπτώσεις του ιατρικού σφάλματος, ΙΑΤΡΙΚΟ ΒΗΜΑ • ΑΠΡΙΛΙΟΣ - ΜΑΪΟΣ 2006

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Ένα από τα βασικά ζητήματα που αναδεικνύονται και αφορούν την αστική ευθύνη των νοσοκομείων και των κλινικών δεν είναι άλλο από την δυνατότητα απόδειξης της ευθύνης αυτής από τον ασθενή ενώπιον των αρμοδίων δικαστηρίων. Δυστυχώς ένας απλός ιδιώτης – ασθενής τη στιγμή που αποφασίζει να κινηθεί νομικά εναντίον ενός Ν.Π.Δ.Δ., δηλαδή ενός δημοσίου νοσοκομείου ή εναντίον ενός Ν.Π. που είναι καλά οργανωμένου νομικά, ή μιας ιδιωτικής κλινικής, δε διαθέτει αποδεικτικό υλικό ικανό να στηρίξει την αγωγή του, τεκμηριώνοντας τυχόν πταίσμα του αντιδίκου. Επομένως, το μέλλον της αγωγής του διαγράφεται μάλλον δυσοίωνα.<sup>85</sup>

Με τη θέσπιση ειδικών οργάνων για την πρόληψη και την καταστολή των Νοσοκομειακών λοιμώξεων, ο Έλληνας νομοθέτης συμβάλλει σημαντικά στην αντιμετώπιση τους, όσο αυτό είναι δυνατόν. Αρχικά, το 1985 συστάθηκαν Επιτροπές Ενδονοσοκομειακών Λοιμώξεων (Ν. 2519/1997 (Φ.Ε.Κ. 165 Α)), τόσο σε επίπεδο κεντρικής εξουσίας στο Υπουργείο Υγείας, όσο και σε κάθε νοσοκομείο, με λεπτομερή καθορισμό του έργου, των αρμοδιοτήτων και της λειτουργίας τους, παράλληλα με τη δημιουργία κέντρων υποστήριξης και με τη συνεχή εκπαίδευση και μετεκπαίδευση του νοσοκομειακού προσωπικού σε σχέση με τις λοιμώξεις. Αργότερα, το 2001 η Κεντρική Επιτροπή Ενδονοσοκομειακών Λοιμώξεων καταργήθηκε (Ν. 2955/2001 (Φ.Ε.Κ. 256 Α)) και όλες οι αρμοδιότητες της μεταβιβάστηκαν στο Κέντρο Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων (Κ.Ε.Ε.Λ.)<sup>86</sup>.

Από όλα τα παραπάνω αντιλαμβανόμαστε την σημαντική οικονομική επιβάρυνση των υγειονομικών κονδυλίων από το ιατρικό σφάλμα. Ως εκ τούτου απαιτείται η έγκαιρη, συνεχιζόμενη και αποτελεσματική ενημέρωση των ιατρικών και παραϊατρικών λειτουργών υγείας, η διαρκής ανατροφοδότηση των συστημάτων αξιολόγησης και ο ποιοτικός έλεγχος των υποστηρικτικών υπηρεσιών υγείας. Με τον διαρκή αυτοέλεγχο που προσφέρει το σύστημα επαναξιολόγησης (audit) και το οποίο θα πρέπει

<sup>85</sup> Βουμβουράκης Κ, Ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις: αιτία αποζημίωσης; Perceptum magazine, 26 Μαρτίου 2010,

<sup>86</sup> Βουμβουράκης Κ, Ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις: αιτία αποζημίωσης; Perceptum magazine, 26 Μαρτίου 2010,

πλέον να ενσωματωθεί στην καθημερινή ιατρική πράξη, θα προσφέρει περαιτέρω βελτίωση της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας<sup>87</sup>.

---

<sup>87</sup> Ταραμπέ Μ, Σταμουλοπουλος 2, Τσαγκαρακης Μ Οι οικονομικές επιπτώσεις του ιατρικού σφάλματος, ΙΑΤΡΙΚΟ ΒΗΜΑ • ΑΠΡΙΛΙΟΣ - ΜΑΙΟΣ 2006



## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

### ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ

1. Ayliffe G, Babb J, Taylor L (2000) Νοσοκομειακές λοιμώξεις Αρχές και πρόληψη, Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, 21-30, 36-38, 45-52, 78-82, 108-122, 129-138
2. Beauchamp T, Childress J, Clouser KD, Principlism and its alleged competitors. Kennedy Inst Ethics J. 1995;5:181-98.
3. British Medical Journal, Medical errors 'kill thousands'  
[http://news.bbc.co.uk/2/hi/uk\\_news/682000.stm](http://news.bbc.co.uk/2/hi/uk_news/682000.stm)
4. Doctors' communication of trust, care, and respect in breast cancer: qualitative study , British Medical Journal 2004;328:864, 10 Απριλίου 2004
5. Holland EG, Degruy FV. Drug-induced disorders. Am Fam Physician. 1997 Nov 1;56(7):1781-8, 1791-2.
6. [http://archive.enet.gr/online/online\\_text/c=112,dt=10.07.2006,id=32838532](http://archive.enet.gr/online/online_text/c=112,dt=10.07.2006,id=32838532)
7. <http://www.drmed.gr/default.asp>. Ειδήσεις: Αποζημίωση 513 χιλιάδων ευρώ κατά του [...] για ιατρικό σφάλμα (Ρεπ. αποκλ. Έθνος).(19.06.2002)
8. <http://www.thelancet.com/journal>
9. Institute of Medicine. To err is human. Washington DC: National Academy Press, 2000
10. Lanara VA, Heroism as a Nursing Value ? A Philosophical perspective. Athens,1991:21-54.
11. McDaniel, Charlotte, Hospital Ethics Committees and Nurses' Participation. J Nurs Administration. 1998;28:47-51.
12. Special Eurobarometer 241. Medical Errors. European Commission 2006.
13. The Lancet - 24 March 2007-Vol. 369, Issue 9566, page 965)

### ΕΛΛΗΝΙΚΗ

14. Ανευλαβής Ε, (2005) Κλινική Λοιμωξιολογία Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, 193, 630-637, 601-608.

15. Αποστολοπούλου Ε., Νοσοκομειακές Λοιμώξεις, Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα, 2000
16. Βουμβουράκης Κ., (2010), Ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις: αιτία αποζημίωσης, ΕΘΝΟΣLINE
17. Δετσαρίδης Χ, Ζητήματα Αστικής Ευθύνης του νοσηλευτικού προσωπικού των δημοσίων νοσηλευτικών ιδρυμάτων, Αρχ.Ν 2009,
18. Δικαίος Κ, Κουτούζης Μ, Πολύζος Ν, Σιγάλας Ι, Χλέτσος Ι (1999), Βασικές Αρχές Διοίκησης, ΕΑΠ, σελ 465-466
19. Εμμανουηλίδης Δ, Παπαγιάννης Ι, Αστική Ευθύνη από παράνομες ιατρικές πράξεις ή παραλείψεις δημοσίων νοσηλευτικών ιδρυμάτων, ΕΔΔΔ 2000
20. Ευρωπαϊκά Νέα, «Αυξάνονται οι ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις», Ιατρικό Βήμα, Απρίλιος - Μάιος - Ιούνιος 2007
21. Κατσίγιαννης Φ, Η ευθύνη του δημοσίου για αποζημίωση κατά το άρθρο 105 ΕισΝΑΚ από παράνομες πράξεις ή παραλείψεις των αστυνομικών οργάνων κατά την άσκηση της υπηρεσίας τους ή κατά κατάχρηση αυτής, ΘΠΔΔ 2009
22. Κεραμάνης, Ν.Χ, 2007, Επιδημιολογία – Επιστημολογία, Τόμος Πρακτικών, Εισηγήσεων για ΙΑΤΡΙΚΑ ΛΑΘΗ Νομικές, Ηθικές, Κοινωνικές και Οικονομικές Διαστάσεις Ιατρική Εταιρεία Αθηνών
23. Κρητικός Γ, Γιατί η Ελλάδα κατέχει το πανευρωπαϊκό ρεκόρ, ΕΘΝΟΣONLINE
24. Μαθιουδάκης Ι, Η αστική ευθύνη του κράτους, εκδ. ANION, Θεσσαλονίκη, 2006,
25. Μαλλιώρα, Μ. (2006) **Ευρω-φοβία κατά γιατρών!**, εφημερίδα Πελοπόννησος στο <http://www.malliori.gr/gr/Contents.aspx?Action=ShowSingle&lang=gr&ContId=38238&CatId=17>
26. Μαντή, Π. και Τσελέπη, Χ., (2000), Κοινωνιολογική και Ψυχολογική Προσέγγιση των Νοσοκομείων / Υπηρεσιών Υγείας , Τόμος Α, ΕΑΠ, Πάτρα.
27. Μερκούρης Α., Καλαφάτη Μ., Καλογράνα Δ., Λεμονίδου Χ. Εφαρμογή προληπτικών μέτρων από το νοσηλευτικό προσωπικό για τον έλεγχο

- των λοιμώξεων σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας. Νοσηλευτική 2, (2001), 49-57.
28. Παράγραφος 4 του Άρθρου 7 του Κεφαλαίου Γ του Νόμου, αναφέρει ότι ο γιατρός πρέπει να παρέχει τις ιατρικές του υπηρεσίες σεβόμενος τις θρησκευτικές, φιλοσοφικές, ηθικές, πολιτικές απόψεις και αντιλήψεις του ασθενή. Συγχρόνως το ίδιο ισχύει για την οικονομική, κοινωνική του κατάσταση
29. Παυλόπουλος Π, Η αστική ευθύνη του Δημοσίου, Αντ.Ν.Σάκκουλα, Αθήνα- Κομοτηνή 1989
30. Ράικος Δ, Πτυχές της κατ. άρθρο 105 ΕισΝΑΚ προϋπόθεσης της εσωτερικής συνάφειας για τη θεμελίωση αστικής ευθύνης του δημοσίου, ΘΠΔΔ 2008
31. Στασινόπουλος Μ, Αστική Ευθύνη, Αθήναι 1968
32. ΣτΕ 2463/1998 ΕΔΔΔ 2000
33. Ταρμπτε Μ, Σταμούλοπουλος 2, Τσαγκαράκης Μ Οι οικονομικές επιπτώσεις του ιατρικού σφάλματος, ΙΑΤΡΙΚΟ ΒΗΜΑ • ΑΠΡΙΛΙΟΣ - ΜΑΪΟΣ 2006
34. Τσαμπάση Α, Το δίκαιο της Αστικής ευθύνης του Δημοσίου ενώπιον των διοικητικών δικαστηρίων, ΘΠΔΔ 2008
35. ΦΕΚ Α 167/25.07.2001. Άρθρο 13
36. Φουντεδάκη Κ., (2003), Αστική Ιατρική Ευθύνη, εκδ. Σάκκουλα Α.Ε, Αθήνα
37. Φουντεδάκη Κ., (2003), Αστική Ιατρική Ευθύνη, εκδ. Σάκκουλα Α.Ε, Αθήνα
38. Χρυσανθάκης Χ, Η αστική ευθύνη του δημοσίου νοσοκομείου λόγω ιατρικού σφάλματος ως παδίο όσμωσης της ιατρικής και νομικής επιστήμης, Θ 2010
39. Χρυσανθάκης Χ, Η αστική ευθύνη του δημοσίου νοσοκομείου λόγω ιατρικού σφάλματος ως πεδίο όσμωσης της ιατρικής και νομικής επιστήμης, ΘΠΔΔ 2010
40. Χρυσόγονος Κ, Ατομικά και Κοινωνικά Δικαιώματα, εκδ. Σάκκουλας, Αθήνα 2006

41. Ωραιόπουλος Λ.Γ(1984), Η σχέση Γιατρού-αρρώστου. Η ιστορία, η σημασία και η σύγχρονη κρίση της, *Materis Medica Greca*, τόμος 12, τεύχος 3, Αθήνα, σ. 301-308