



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ**  
**ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**  
**ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ**  
**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ**  
**ΣΠΟΥΔΩΝ**  
**ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ**



**ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**«ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΦΑΛΜΑ : έρευνα βάσει δικαστικών αποφάσεων»**

**ΤΡΙΑΝΤΑΦΥΛΛΙΑ Κ. ΚΩΣΤΟΥΛΗ**

Δικηγόρος

**ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ**

Κων/νος Ι. Γουργουλιάνης, Καθηγητής Πνευμονολογίας της Ιατρικής Σχολής Π.Θ.

Γεώργιος Βασιλόπουλος, Καθηγητής Παθολογίας – Αιματολογίας της Ιατρικής Σχολής Π.Θ.

Άννα Μαυροφόρου – Γιαννούκα, Επιστημονική Συνεργάτιδα της Ιατρικής Σχολής Π.Θ.

ΛΑΡΙΣΑ 2017



**UNIVERSITY OF THESSALY**  
**FACULTY OF HEALTH SCIENCES**  
**SCHOOL OF MEDICINE**  
**GRADUATE STUDIES**  
**PRIMARY HEALTHCARE**



**GRADUATE THESIS**  
**«MEDICAL ERROR: judgments based research»**

**TRIANTAFILLIA K. KOSTOULI**  
**LAWYER**

**LARISSA 2017**

*Στον κ. Ιωάννη Ν. Φλώρο  
τ. Υπουργό Υγείας  
με ιδιαίτερη εκτίμηση και σεβασμό.*

## **ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ**

Θα ήθελα να ευχαριστήσω τον επιβλέποντα Καθηγητή Πνευμονολογίας της Ιατρικής Σχολής του Π.Θ. κ. Κ.Ι. Γουργουλιάνη, ο οποίος με εμπιστεύτηκε, με καθοδήγησε και με τις γνώσεις του και την εμπειρία του, συνέβαλε ουσιαστικά στην συγγραφή της διπλωματικής μου εργασίας,

τον Καθηγητή Παθολογίας – Αιματολογίας της Ιατρικής Σχολής του Π.Θ. κ. Γεώργιο Βασιλόπουλο,

την επιστημονική συνεργάτιδα της Ιατρικής Σχολής του Π.Θ. κ. Άννα Μαυροφόρου – Γιαννούκα για την εν γένει συμβολή τους, ως μέλη της συμβουλευτικής επιτροπής, την τ. Επίκουρη Καθηγήτρια Αναισθησιολογίας της Ιατρικής Σχολής του Π.Θ. κ. Γεωργία Σταματίου, για την παρότρυνσή της να συνδυάσω την νομική με την ιατρική επιστήμη, μέσω του συγκεκριμένου μεταπτυχιακού προγράμματος.

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ .....	6
ABSTRACT .....	7
ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ .....	8
ΠΡΟΛΟΓΟΣ .....	9
ΕΙΣΑΓΩΓΗ .....	13
1.ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ.....	14
3. ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΡΑΞΗ .....	18
3.1 Διάκριση ιατρικών πράξεων .....	18
3.2 Ιατρική δεοντολογία .....	19
4.ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΥΘΥΝΗ .....	22
5. ΑΣΤΙΚΗ, ΠΟΙΝΙΚΗ ΚΑΙ ΠΕΙΘΑΡΧΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΥΘΥΝΗ .....	23
5.1 Αστική ευθύνη .....	23
5.2 ΠΟΙΝΙΚΗ ΕΥΘΥΝΗ .....	26
5.2.1 Ιατρική ευθύνη από αμέλεια - Μορφές κατανομής ιατρικών αρμοδιοτήτων .....	29
5.2.2. Κατανομή συγκλίνουσας ιατρικής ευθύνης .....	29
5.3 ΠΕΙΘΑΡΧΙΚΗ ΕΥΘΥΝΗ.....	31
6. ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΦΑΛΜΑ .....	31
6.1 Ορισμός ιατρικού σφάλματος .....	31
6.2 Υπαίτιο και αναίτιο ιατρικό σφάλμα .....	33
7.ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ.....	36
7.1 Σκοπός .....	36
7.2 Δείγμα μελέτης .....	36
7.3 Μέθοδος και διαδικασία .....	36
7.4 Ζητήματα ηθικής και δεοντολογίας.....	37
8. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ .....	38
9. ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	58
9.1 Συμπέρασμα - προτάσεις .....	62
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	67

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

**Εισαγωγή:** Το ιατρικό σφάλμα μπορεί να συμβεί κατά την εκτέλεση ιατρικών πράξεων με συνέπειες τόσο για τον ιατρό όσο και για τον ασθενή. Αποτελεί την βασικότερη προϋπόθεση για την θεμελίωση της ιατρικής ευθύνης.

**Σκοπός:** Ήταν η διερεύνηση των ιατρικών σφαλμάτων σε μια σειρά ιατρικών πράξεων, όπως αυτές αποτυπώνονται σε ποινικές δικαστικές αποφάσεις.

**Μεθοδολογία:** Πρόκειται για ποιοτική μελέτη στην οποία εφαρμόστηκε ανάλυση περιεχομένου. Εξετάστηκαν συνολικά πέντε δικαστικές αποφάσεις του Ανωτάτου Ακυρωτικού Δικαστηρίου της Ποινικής Δικαιοσύνης της Χώρας (Α.Π.) (αμετάκλητες). Η έρευνα πραγματοποιήθηκε στη βάση δεδομένων «ΝΟΜΟΣ» για το χρονικό διάστημα 2007-2014, για το οποίο υπήρχαν διαθέσιμα στοιχεία.

**Αποτελέσματα:** Οι εν λόγω ποινικές υποθέσεις εκδικάστηκαν σε Α' βαθμό στο Τριμελές Πλημμελειοδικείο, σε Β' βαθμό στο Τριμελές Εφετείο και στην συνέχεια στον Άρειο Πάγο. Αποδείχθηκε ότι έλαβαν χώρα πράξεις ή παραλείψεις ιατρών στα πεδία ευθύνης τους. Από τις υπό έρευνα αποφάσεις, προκύπτει ότι οι ασθενείς εμφάνισαν καρδιοαναπνευστικά προβλήματα που οδήγησαν τελικά, στον θάνατό τους. Ιατροί (ειδικοί και ειδικευόμενοι), κατηγορήθηκαν για σωματική βλάβη από αμέλεια (28 ΠΚ & 314 ΠΚ), για ανθρωποκτονία από αμέλεια (28 ΠΚ & 302 ΠΚ) και σε μια από τις υποθέσεις, ιατρός, κατηγορήθηκε, πλέον των άλλων και για το αδίκημα της παθητικής δωροδοκίας (235 ΠΚ). Σε μια από τις υποθέσεις οι ιατροί σε Α' Βαθμό κατηγορήθηκαν για σωματική βλάβη από αμέλεια και στον Β' Βαθμό για ανθρωποκτονία από αμέλεια, κατ'επιτρεπτή μεταβολή του κατηγορητηρίου. Ο Α.Π. έκρινε, στις τέσσερις (4) περιπτώσεις, ως ορθή την καταδικαστική απόφαση του Β'/θμιου Δικαστηρίου (Τρ. Εφ.) ενώ στην μια αθωωτική απόφαση του Β'/θμιου Δικαστηρίου, έκανε δεκτή την αίτηση αναίρεσης και παρέπεμψε την υπόθεση για νέα εκδίκαση στο ίδιο ως άνω Δικαστήριο. Η υπόθεση αυτή τελικά δεν εκδικάστηκε στο Β'/θμιο Δικαστήριο, λόγω παραγραφής του αδικήματος. Οι ποινές κυμάνθηκαν από δώδεκα (12) έως δεκαοκτώ (18) μήνες με ζετή αναστολή.

**Συμπεράσματα:** Οι ιατροί, είτε διέπραξαν διαγνωστικό σφάλμα, είτε σφάλμα θεραπείας, είτε παρέλειψαν την επικοινωνία με ιατρούς άλλων ειδικοτήτων, καθώς και την ενημέρωση του ασθενούς ή των οικείων του. Η τήρηση βασικών κανόνων ιατρικής δεοντολογίας και της ιατρικής επιστήμης και η έγκαιρη ανάληψη πρωτοβουλιών, στο πλαίσιο της διεπιστημονικής συνεργασίας, αποτελούν το κλειδί για την αποφυγή των ιατρικών σφαλμάτων.

**Λέξεις κλειδιά:** ιατρική ποινική ευθύνη, ιατρικό σφάλμα, αμέλεια, δικαστική απόφαση.

## **ABSTRACT**

**Introduction:** Medical errors may occur during medical procedures with consequences not only for physicians but also for patients and is the prerequisite for establishing medical responsibility.

**Objective:** It was to investigate medical errors in a series of medical procedures, as found in criminal court judgements.

**Methodology:** It was a qualitative study conducted with the method of content analysis. Five rulings of the Greek Supreme Court of Cassation (Areios Pagos) were examined (irreversible). The research was performed at the database "NOMOS" for the time period 2007-2014, for which data were available.

**Results:** Those criminal cases were tried by the Three Member Court of First Instance and subsequently by the Three Member Court of Appeals and later by the Supreme Court. The actions or omissions by the physicians were considered established at their respective fields of responsibility. The research showed that patients exhibited cardiorespiratory problems that lead to their death. Physicians (both trainee specialists and specialists) were accused of physical damage due to negligence (28 PC & 314 PC), of negligent manslaughter (28 PC & 302 PC) and at one case the physician was also accused of passive corruption (235 PC). At one case the physicians were accused of physical damage due to negligence by the Court of First Instance and of negligent manslaughter by the Court of Appeals, because of the change of the charges. The Supreme Court ruled at four (4) cases in favor of the convictions of the Court of Appeals, while once it was decided that a case should be referred back to the court, despite the acquittal of the Three Member Court of Appeals. In the end, the case came under the statute of limitations. The sentences ranged from twelve (12) to eighteen (18) months with a three year suspension.

**Conclusions:** The physicians committed either diagnostic or treatment errors, failed to consult with other specialists or to inform the patient. Adhering to basic principles of medical ethics and medicine as well as timely initiatives within the framework of interdisciplinary cooperation are key factors in order to avoid medical errors.

**Key words:** criminal medical responsibility, medical error, negligence, court judgement.

## ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

ΑΚ = Αστικός Κώδικας

ΑΠ = Άρειος Πάγος

ΕισΝΑΚ = Εισαγωγικός Νόμος Αστικού Κώδικα

Κ.Ι.Δ.= Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας

Μ.Ε.Θ. = Μονάδα Εντατικής Θεραπείας

Ν = Νόμος

ΠΚ = Ποινικός Κώδικας

PC = Penal Code

ΠοινΧρ = Ποινικά Χρονικά

Σ = Σύνταγμα της Ελλάδος

ΣτΕ = Συμβούλιο της Επικρατείας

ΤρΕφΑθ = Τριμελές Εφετείο Αθηνών

Τρ.ΕφΘεσ = Τριμελές Εφετείο Θεσσαλονίκης

ΤρΕφΛαρ. = Τριμελές Εφετείο Λάρισας

ΤρΠλημΑθ. = Τριμελές Πλημμελειοδικείο Αθηνών

ΤρΠλημΘεσ = Τριμελές Πλημμελειοδικείο Θεσσαλονίκης

ΤρΠλημΛάρ. = Τριμελές Πλημμελειοδικείο Λάρισας

ΥΚ = Υπαλληλικός Κώδικας

ΦΕΚ = Φύλλο Εφημερίδας της Κυβερνήσεως



## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Ο Ιπποκράτης στον Όρκο του αναφέρει «Διαιτήμασί τε χρήσομαι ἐπ' ὠφελείη καμνόντων κατὰ δύναμιν καὶ κρίσιν ἐμὴν, ἐπὶ δηλήσει δὲ καὶ ἀδίκῃ εἴρξειν». Δηλαδή «θα χρησιμοποιήσω τη θεραπεία για να βοηθήσω τους ασθενείς κατά τη δύναμη και την κρίση μου αλλά ποτέ για να βλάψω ή να αδικήσω». Προέβλεψε, τον 5<sup>ο</sup> αιώνα π.Χ, τις ηθικές και κοινωνικές διαστάσεις των ιατρικών λαθών, κατά την διενέργεια των ιατρικών πράξεων και επεσήμανε ότι πάνω από τους Νόμους και τους Κανόνες είναι το ἦθος, η Συνείδηση, το Χρέος και το Καθήκον του ιατρού.

Η άσκηση της ιατρικής, βασίζεται σε μια συνεχή στάθμιση του αναμενόμενου οφέλους από οποιαδήποτε ιατρική παρέμβαση, σε σχέση με τους πιθανούς κινδύνους ή τις παρενέργειες που μπορεί να προκληθούν από αυτή. Ο ιατρός, οφείλει να γνωρίζει πλήρως τις υπάρχουσες θεραπευτικές επιλογές, φαρμακευτικές ή χειρουργικές, καθώς και τα αναμενόμενα οφέλη και τους πιθανούς κινδύνους, ώστε να επιλέξει εκείνη στην οποία το όφελος υπερτερεί των κινδύνων, υπό την προϋπόθεση της ενημερωμένης συναίνεσης του ασθενούς. Η προσέγγιση αυτή συνιστά την «lege artis» άσκηση της ιατρικής, καθόσον η ιατρική είναι επιστήμη και τέχνη, που ασχολείται με την έρευνα και εφαρμογή μεθόδων και τεχνικών για την πρόληψη, την διάγνωση και την θεραπεία των ασθενειών του ανθρώπου.

Σε κάθε όμως ιατρική πράξη, ακόμη και στην πιο απλή, ενυπάρχει η πιθανότητα της επιπλοκής ή της παρενέργειας ή του θεραπευτικού κινδύνου. Κάθε ιατρική πράξη εμπεριέχει τον κίνδυνο του ιατρικού σφάλματος, της ακατάλληλης ή αμελούς θεραπείας που οδηγεί σε βλάβη ή τραυματισμό του ασθενούς, με συνέπειες που επηρεάζουν τόσο τον ιατρό σε ηθικό, επαγγελματικό και κοινωνικοοικονομικό επίπεδο όσο και τον ασθενή, αφού πρόκειται για την ίδια την ζωή του, με περαιτέρω οικονομικές επιπτώσεις για τα συστήματα υγείας. Για τον ιατρό είναι σημαντικό διότι διακυβεύεται, κυρίως, η ιατρική του φήμη και η υπόληψή του ως επιστήμονα – επαγγελματία και για τον ασθενή η διαφύλαξη των νομίμων δικαιωμάτων του και η δικαστική του προστασία.

Η ύπαρξη του ιατρικού σφάλματος, κατά την διενέργεια μιας ιατρικής πράξης, θεμελιώνει την ιατρική ευθύνη. Τι είναι ιατρική ευθύνη; Μια αντικειμενικά εσφαλμένη ενέργεια, που δημιουργεί απόκλιση από την συνήθη πορεία των πραγμάτων και πιο συγκεκριμένα η παράβαση από τον ιατρό, των κανόνων της ιατρικής επιστήμης, με παράλληλη προσβολή του καθήκοντος επιμέλειας, για τους οποίους δεν μπορεί να εγερθεί αμφισβήτηση, θεμελιώνει την ιατρική ευθύνη.<sup>1</sup>

Στην αναζήτηση της ιατρικής ευθύνης, στα πλαίσια της νομικής επιστήμης, οδήγησαν η αλματώδης πρόοδος της τεχνολογίας, η αναθεώρηση και η αλλαγή

---

<sup>1</sup> Θάνος Πλεύρης, Από την πρόσβαση στον Ιατρικό φάκελο έως την ακροαματική διαδικασία, και Εμ. Λασκαρίδης, Ερμηνεία Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας, 2012.

καθιερωμένων πρακτικών, η αποστασιοποίηση από το κλασικό «πατερναλιστικό μοντέλο» της απόλυτης εμπιστοσύνης του ασθενούς στην αυθεντία του ιατρού, η εγκαθίδρυση του «μοντέλου του ενημερωμένου ασθενούς», οι εξελίξεις στην ιατρική επιστήμη και πράξη και η διαμόρφωση κανόνων δικαίου, στην βάση της αυτονομίας της ανθρώπινης βούλησης. Ο ιατρός, υπέχει ευθύνη αστική, ποινική ή πειθαρχική, για πράξεις του ή παραλείψεις του, που ανάγονται στην άσκηση του επαγγέλματός του.

Με τον όρο ιατρική αστική ευθύνη νοείται η νομική υποχρέωση που υπέχει ο ιατρός για αποκατάσταση (αποζημίωση) του προσώπου που υπέστη βλάβη από μία μη νόμιμη συμπεριφορά (πράξη ή παράλειψη) του ιατρού, κατά την άσκηση της επαγγελματικής του δραστηριότητας η οποία, στο πλαίσιο του αστικού δικαίου, θεμελιώνεται είτε στην ενδοσυμβατική ευθύνη είτε στην αδικοπρακτική ευθύνη είτε υπάρχει συρροή αδικοπρακτικής και ενδοσυμβατικής ευθύνης. [1] Η αστική διαδικασία επικεντρώνεται στην αποζημίωση που ασθενούς αποτιμώντας την υλική ζημία ή την ηθική βλάβη που τυχόν υπέστη ή την ψυχική οδύνη των οικείων του, εάν έχει συμβεί θάνατος από υπαιτιότητα του ιατρού και το ότι η υπαίτια συμπεριφορά του ιατρού προκάλεσε τη ζημία.

Ποινική ιατρική ευθύνη υφίσταται, όταν ο ιατρός με τις πράξεις του ή τις παραλείψεις του παραβιάζει μία ή περισσότερες διατάξεις του Ποινικού Νόμου (άρθρα 302 ΠΚ, 314 ΠΚ, 315 ΠΚ, 288 και 441 του ΠΚ), όταν ο ιατρός ενήργησε πλημμελώς, όταν δεν επέδειξε την επιμέλεια που όφειλε κατά τις περιστάσεις και μπορούσε να καταβάλλει, ώστε να μην προέβλεπε το αξιόποιο αποτέλεσμα της πράξης του ή να το πρόβλεψε ως δυνατό αλλά πίστευε ότι θα το αποφύγει. Τα ποινικά αδικήματα διακρίνονται σε αδικήματα από πρόθεση (δόλο) και σε εγκλήματα από αμέλεια. Επειδή, ο ιατρός, όμως, δεν ενεργεί από δόλο έναντι του ασθενούς του, η συχνότερη κατηγορία εγκλημάτων που αποδίδονται στους ιατρούς είναι τα εξ'αμελείας (ανθρωποκτονία από αμέλεια (302 ΠΚ) και σωματική βλάβη από αμέλεια (314 ΠΚ) για οποιαδήποτε μορφής αμέλεια, βαρεία ή ελαφριά (330 εδ.2 ΠΚ).). Η ποινική διαδικασία ενδιαφέρει την τήρηση της δημόσιας τάξης που την ασκεί ο εισαγγελέας είτε αυτεπάγγελα είτε αφού έλθει σε γνώση του κάποιο γεγονός με έγκληση, μήνυση, μηνυτήρια αναφορά. Στην Ελλάδα, το νομικό πλαίσιο της ιατρικής ευθύνης και η νομολογία καταδεικνύουν ότι το ιατρικό σφάλμα που αποτελεί την βασικότερη προϋπόθεση για την θεμελίωση της ιατρικής ευθύνης τείνει, κυρίως, έως ένα βαθμό, να ποινικοποιηθεί, γεγονός που έχει δυσμενείς συνέπειες για τον ίδιο τον ιατρό, διότι συνδέεται άρρηκτα με την επαγγελματική του δραστηριότητα.

Πλέον της αστικής και ποινικής ευθύνης, η ιατρική ευθύνη μπορεί να είναι και πειθαρχική σε περιπτώσεις πειθαρχικών παραβάσεων των ιατρών, όπως αυτές ορίζονται από τον Νόμο (άρθρο 36 παρ. 1 ΚΙΔ).

Στο πεδίο της διάγνωσης της ιατρικής ευθύνης, συναντώνται η Ιατρική και η Νομική Επιστήμη, όπου η συνεύρεσή τους δεν είναι πάντα ικανή να αποδώσει τα καλύτερα

αποτελέσματα, λόγω των διαφορετικών τρόπων προσέγγισης των πραγμάτων, κανόνων αξιολόγησης και μεθοδολογικών εργαλείων. Εξάλλου η Ιατρική αποφασίζει *ex ante* ενώ η Νομική *ex post*. Το πρόβλημα ενυπάρχει στον τρόπο υπαγωγής της ιατρικής συμπεριφοράς, των ιατρικών περιστατικών στους κανόνες της νομικής επιστήμης, όπου η «*lege artis*» συμπεριφορά του ιατρού δεν συνεπάγεται οπωσδήποτε επιτυχές αποτέλεσμα. Ως εκ τούτου, πρέπει ο ιατρός να γνωρίζει, με τον καλύτερο δυνατό τρόπο το νομικό πλαίσιο και τους ενδεχόμενους κινδύνους που καλείται να αντιμετωπίσει κατά την ενάσκηση των ιατρικών του καθηκόντων[2] αλλά και η νομική επιστήμη θα πρέπει να εξετάζει τις συνθήκες υπό τις οποίες δρά ένας ιατρός, την ευπάθεια του ασθενούς, το κάθε ιατρικό περιστατικό, διότι ο ιατρός δεν εγγυάται την ίαση του ασθενούς, υπόσχεται την εφαρμογή της κατάλληλης θεραπείας με την αντικειμενικά δέουσα επιμέλεια, σύμφωνα με τα σύγχρονα δεδομένα της ιατρικής επιστήμης.

Υπό τις συνθήκες αυτές, ο ιατρός, κατά την άσκηση της επαγγελματικής του δραστηριότητας και δη στο πλαίσιο της διαγνωστικής και θεραπευτικής προσέγγισης των ασθενών, εκτός του ότι επιθυμεί να προσφέρει στους ασθενείς του ολοκληρωμένη φροντίδα, φοβούμενος την εμπλοκή του με την δικαιοσύνη, σε περίπτωση ιατρικού λάθους, καταλήγει να ασκεί «αμυντική ιατρική» δηλαδή αναγκάζεται να υιοθετεί πρακτικές που θα τον θωρακίσουν απέναντι σε μια πιθανή εμπλοκή του με την δικαιοσύνη, οδηγούμενος σε υπερκατανάλωση διαγνωστικών και θεραπευτικών παρεμβάσεων. [1]

Για τον λόγο αυτό, η νομική οπτική γωνία για την απόδοση της δικαιοσύνης, σε περίπτωση ύπαρξης ιατρικής ευθύνης λόγω ιατρικού σφάλματος, απαιτεί σαφή, κατά το δυνατό οριοθέτηση του ιατρικού σφάλματος και αναζήτηση της υπαγωγής του ιατρικού σφάλματος στο νομικό πλαίσιο. Στις περιπτώσεις αυτές πρέπει να διερευνάται εάν υπάρχει και πως ορίζεται το ιατρικό σφάλμα.

Ιατρικό σφάλμα ενυπάρχει όταν οι ιατρικοί χειρισμοί προκαλούν τη βλάβη της υγείας του ασθενή.[1] και συμβαίνει κατά την διάρκεια της διάγνωσης ή της θεραπείας μιας νόσου, ή των ενεργειών πρόληψης, σε περίπτωση έλλειψης συναίνεσης του ασθενή για την διαγνωστική και θεραπευτική διαδικασία, ή σε περίπτωση απουσίας συνεχούς παρακολούθησης της θεραπείας ή κακής επικοινωνίας του ιατρού με τον ασθενή και τους οικείους του, ή ανορθόδοξης χρήσης τεχνολογικού εξοπλισμού.

Οπότε πρέπει, για την απόδοση της δικαιοσύνης να προσδιοριστεί η λάθος διάγνωση, ή ακατάλληλη θεραπεία, η μη άσκηση από τον ιατρό της ιατρικής «*lege artis*», η αδιάφορη συμπεριφορά του ιατρού, η απειρία του και η έλλειψη δεξιοτήτων του, η απουσία του προτύπου επιμέλειας του μέσου συνετού ιατρού σε σχέση με τα πρότυπα της ειδικότητάς του, κατά την διενέργεια της ιατρικής πράξης, εάν η βλάβη του ασθενή προκλήθηκε από ιατρική πράξη ή παράλειψη, και εάν υπήρχε παράνομος χαρακτήρας της ιατρικής πράξης. [1]

Ο νέος Κ.Ι.Δ. με την νομική, ιατρική και κοινωνιολογική προσέγγιση του θέματος περιλαμβάνει νέες ρυθμίσεις οι οποίες δίνουν την δυνατότητα για ουσιαστική συμβολή στις δύσκολες οριακές περιοχές της ιατρικής και νομικής επιστήμης.[1]

Η παρούσα εργασία διερευνά την ποινική ευθύνη των ιατρών, κατά την διενέργεια ιατρικών πράξεων, στις οποίες έχουν συμβεί ιατρικά σφάλματα επί των οποίων θεμελιώνεται η ευθύνη τους, κατηγοριοποιώντας τα είδη των ιατρικών σφαλμάτων και τις προϋποθέσεις υπό τις οποίες θα μπορούσαν να είχαν αποφευχθεί. Ειδικότερα επικεντρώνεται στην μελέτη περιπτώσεων, στις οποίες το ιατρικό σφάλμα, ενέπλεξε συμβάματα από το αναπνευστικό σύστημα. Η διερεύνηση των σχετικών ευθυνών, πραγματοποιείται στην βάση ποινικών δικαστικών αποφάσεων του Α.Π.

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το ιατρικό σφάλμα, είναι η ακατάλληλη ή αμελής θεραπεία που οδηγεί σε βλάβη ή τραυματισμό του ασθενή [1], όταν ο ιατρός παραβαίνει τους κανόνες και τις αρχές της ιατρικής επιστήμης, παραβιάζει το «lege artis». Ωστόσο, με μια πιο ελαστική ερμηνεία, «ιατρικό σφάλμα» συνιστά η οποιαδήποτε αμελής συμπεριφορά με επιπτώσεις, χωρίς να είναι απαραίτητη η αναφορά στους κανόνες της ιατρικής επιστήμης. Η συχνότητα του ιατρικού σφάλματος είναι σημαντική ακόμη και στα πλέον αναπτυγμένα, από άποψη υγειονομικών υπηρεσιών, κράτη. Δεν αποτελούν μόνο μείζον θέμα για τον ασθενή αλλά έχουν σοβαρές κοινωνικές και οικονομικές προεκτάσεις. Για τον λόγο αυτό αποτελούν αντικείμενο εντατικής έρευνας στον τομέα της πολιτικής της υγείας. Αναφέρεται ότι 98.000 θάνατοι ετησίως αποδίδονται στα ιατρικά σφάλματα σε νοσοκομεία των ΗΠΑ, τα αντίστοιχα μεγέθη ετησίως, για το Ηνωμένο Βασίλειο είναι 20.000 – 30.000 θάνατοι ενώ στην Γερμανία εκτιμάται ότι 30.000 ασθενείς, περίπου, έρχονται αντιμέτωποι με ιατρικά σφάλματα και στην Νέα Ζηλανδία 50.000 ασθενείς. Εκτιμάται ότι 10% – 15% έχουν υποστεί τις συνέπειες του ιατρικού σφάλματος σε Νοσοκομεία ενώ το 10% των ασθενών που εισάγονται σε Νοσοκομεία της Ευρωπαϊκής Ένωσης, υφίστανται ιατρογενείς επιπλοκές, ενδονοσοκομειακά. [3]

Το ιατρικό σφάλμα αποτελεί, διεθνώς, την συχνότερη αιτία αγωγών αποζημίωσης εναντίον των ιατρών. Η βασικότερη προϋπόθεση για την θεμελίωση της ιατρικής ευθύνης είναι το σφάλμα κατά την άσκηση της ιατρικής. Η εκτίμηση του σφάλματος βασίζεται στην ύπαρξη πλημμελούς ιατρικής συμπεριφοράς, δηλ. συμπεριφοράς του ιατρού που αντιβαίνει στους κανόνες της ιατρικής επιστήμης. [4]

Οι κυριότερες αιτίες αύξησης των αγωγών εναντίον των ιατρών είναι «...η αύξηση του αριθμού των ιατρικών πράξεων και η γενικευμένη χρήση τεχνολογικών μέσων, η απόλυτη ποινικοποίηση της ιατρικής πράξης σε Αμερική και Ευρώπη, οι μη ρεαλιστικές προσδοκίες των ασθενών από τους ιατρούς και την ιατρική επιστήμη, η ευκολία του μέσου κοινωνού πρόσβασης σε πηγές που μπορεί να αντλήσει πληροφορίες για ιατρικά ζητήματα που τον ενδιαφέρουν, η διερεύνηση των εμπλεκόμενων προσώπων στην διάγνωση και θεραπεία, η τάση εκλαΐκευσης της Ιατρικής από τα ΜΜΕ».[4]

Ιατρικά λάθη ή σσονος σημασίας δεν απασχολούν συνήθως την δικαιοσύνη, όταν δεν προκαλούν σοβαρή και μόνιμη βλάβη. Οι ασθενείς και οι οικείοι τους προσφεύγουν στην Δικαιοσύνη, στοχεύοντας αρχικά στην ποινική καταδίκη των ιατρών και στη συνέχεια στην επιδίκαση αστικής αποζημίωσης ή χρηματικής ικανοποίησης για ηθική βλάβη ή ψυχική οδύνη. [4]

## 1.ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Το ζήτημα της ιατρικής ευθύνης έχει απασχολήσει ασθενείς και ιατρούς από την αρχαιότητα έως σήμερα. Ο γνωστός για την αυστηρότητα του Κώδικας του Χαμουραπί (18ος πΧ), περιείχε διατάξεις για ποινές και αμοιβές των ιατρών. Είτε επρόκειτο για ελεύθερο είτε για δούλο, οι ποινές ήταν εξοντωτικές, στην περίπτωση που προκαλούσαν βλάβη του ασθενούς ή τον θάνατο του. Οι ποινές αυτές κατέληγαν έως και ακρωτηριασμό των χεριών του ιατρού στην περίπτωση που η χειρουργική επέμβαση προκαλούσε σοβαρή σωματική βλάβη. [5]

Στην **αρχαία Ελλάδα** αντίθετα τονιζόταν η αναγκαιότητα για την ιερή άσκηση της ιατρικής. Ο ιατρός έκρινε, εάν θα αναλάμβανε τον ασθενή και εάν θεωρούσε την πάθησή του ανίατη, τον παρέπεμπε στα Ασκληπιεία, όπου τον αναλάμβαναν οι ιερείς – ιατροί. Γενικότερα, επικρατούσε μια θεοκρατική αντίληψη στην άσκηση της ιατρικής, με αποτέλεσμα, να μην έχουν θεσπιστεί κανόνες σχετικοί με την ιατρική ευθύνη και να επικρατεί το ανεύθυνο των ιατρών.

Ωστόσο, τον 7<sup>ο</sup> αι. πΧ, επί Δράκωντος, θεσπίστηκαν αυστηροί νόμοι για την ιατρική ευθύνη που προέβλεπαν σκληρή σωματική τιμωρία ή ακόμη και τον θάνατο. Μισό αιώνα αργότερα, επί Σόλωνα, η αυστηρή δρακόντεια νομοθεσία καταργείται και θεσπίζονται νέοι Νόμοι. Τότε, η ιατρική αρχίζει να οριοθετείται ως ιατρική επιστήμη. Ουσιαστικά, στην Ελλάδα τέθηκαν για πρώτη φορά, οι κανόνες της επιστημονικής ιατρικής και ο ίδιος ο Ιπποκράτης τον 5ο αι. πΧ., ανέδειξε την δύναμη της ιατρικής γνώσης, την σωστή εφαρμογή της οποίας θεωρούσε ακρογωνιαίο λίθο για την αποφυγή των ιατρικών σφαλμάτων.

Στην **Αίγυπτο**, ο ιατρός όφειλε να ακολουθεί κανόνες περί ιατρικής ευθύνης, οι οποίοι είχαν καθιερωθεί από τα ιερά. Στο ρωμαϊκό δίκαιο, η ιατρική ευθύνη απέκτησε ρητή ποινική και αστική διάσταση και προβλέπονταν οι ανάλογες κυρώσεις. Ωστόσο, οι κατευθυντήριες οδηγίες για την σωστή θεραπεία εξέλειπαν εκείνη την εποχή, με αποτέλεσμα το ιατρικό λάθος, κατά την νοσηλεία του ασθενούς, να μην μπορεί να οριστεί με σαφήνεια. Παρόλο που ο θάνατος ασθενούς, αποτελούσε αδίκημα, οι ιατροί απαλλάσσονταν από την ευθύνη, λόγω της δυσκολίας απόδειξης του σφάλματος τους. Επίσης, τότε θεμελιώθηκε η υποχρέωση για αποζημίωση ακόμα και σε ελαφρότατη αμέλεια από την πλευρά του ιατρού (Ακουίλιος Νόμος).

Στην **Βυζαντινή περίοδο**, η ιατρική στηρίχθηκε στην ελληνορωμαϊκή παράδοση αλλά είχε να επιδείξει και ισχυρή θεουργική πλευρά. Για πρώτη φορά η ιατρική ασκείται και από γυναίκες που ειδικούνται στην ιατρική και γυναικολογία και εργάζονται σε νοσηλευτικά ιδρύματα, συνήθως, της Εκκλησίας. Τα Νοσοκομεία ήταν πολύ καλά οργανωμένα, οι ιατρικές υπηρεσίες παρέχονταν αποκλειστικά σε αυτά και οι ασθενείς νοσηλεύονταν, κατά

κανόνα, δωρεάν. Πραγματοποιούνταν λεπτές χειρουργικές επεμβάσεις (ουρολογικές, πλαστικές) και πραγματοποιούνταν πειράματα σε ανθρώπους (συνήθως καταδίκους), προκειμένου να εμπλουτιστούν οι ιατρικές γνώσεις. Για να στοιχειοθετεί η ποινική ευθύνη, σε περίπτωση βλάβης ή θανάτου του ασθενούς, το σφάλμα του ιατρού, έπρεπε να αποδειχθεί, μετά από σχετική πραγματογνωμοσύνη. Οι ποινές διέφεραν, ανάλογα με την σοβαρότητα και τις συνέπειές του στον ασθενή. Κατά κάποιο τρόπο, υπήρχε πρόβλεψη αστικής ευθύνης, αφού η ολική μερική δήμευση της περιουσίας τους ήταν μεταξύ των προσδοκώμενων ποινών. Άλλες ποινές ήταν η διαπόμπευση, η εξορία, η καταναγκαστική εργασία στα μεταλλεία και στις βαρύτερες περιπτώσεις, θάνατος δια ξίφους.

Στον **Μεσαίωνα**, η ιατρική είχε την τύχη των λοιπών θετικών επιστημών και ασκούνταν ανεξέλεγκτα. Μετά την γαλλική επανάσταση, τέθηκαν οι νομικές βάσεις της ιατρικής ευθύνης και εκατό χρόνια αργότερα εκδόθηκε ο πρώτος νόμος για την άσκηση της ιατρικής, χωρίς όμως και πάλι να ρυθμίζεται το ζήτημα της ιατρικής ευθύνης.

Στο **λυκανυγές του 20ου αι.**, στο αγγλοσαξονικό δίκαιο, υπήρχε πρόβλεψη για την άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος, σύμφωνα με τις καθιερωμένες γνώσεις και πρακτικές. Έως τότε ίσχυε το απόλυτο ή το λιγότερο απόλυτο προνόμιο του ιατρού, ο οποίος επέιχε ευθύνη σε περίπτωση που αποδεικνυόταν δόλος για την πράξη του.[5]

## 2. ΤΟ ΝΟΜΙΜΟ ΚΑΙ ΤΟ ΗΘΙΚΟ ΣΤΗΝ ΙΑΤΡΙΚΗ

Στην «Ηθική», η όποια αποδοκιμασία της πράξης ανάγεται σε προσωπικά και κοινωνικά ερείσματα ενώ στο «Νόμιμο», επικρέμεται η απειλή της τιμωρίας. Πρόκειται για ένα κατ'ουσία κρατικό εξαναγκασμό, ο οποίος απουσιάζει στην περίπτωση της ηθικής. Η ιατρική επιστήμη, προερχόμενη από την ηθική επιταγή «salus aegroti suprema lex est», κινείται μεταξύ γνώσεων που επιτρέπουν την βελτίωση ή την αποκατάσταση της υγείας του ανθρώπου και συχνά και την διάσωση της ζωής και κανόνων – ηθικών επιταγών – που καθορίζουν τα όρια του επιτρεπτού της επέμβασης του ανθρώπου στο αγαθό της ζωής και της υγείας άλλου ανθρώπου.[6]

Η Ιατρική Ηθική βασίζεται στις ακόλουθες τέσσερις θεμελιώδεις αρχές:

- 1) **στην αρχή της προτεραιότητας της ευημερίας του ασθενούς**, κατά την οποία ο ιατρός προσπαθεί να καλλιεργήσει την εμπιστοσύνη του ασθενούς προς το πρόσωπό του,
- 2) **στην αρχή της αγαθοεργίας (beneficence)**, κατά την οποία ο ιατρός έχει την υποχρέωση να ενεργεί πάντα για την ωφέλεια του ασθενούς ή όταν αυτό δεν είναι δυνατό να αποφεύγει να πράττει, οτιδήποτε βλαβερό για αυτόν,
- 3) **στην αρχή της αυτονομίας του ασθενούς**, κατά την οποία ο ιατρός είναι υποχρεωμένος να σέβεται το δικαίωμα του ασθενούς για τον αυτοκαθορισμό και την αυτοδιάθεσή του σε θέματα που αφορούν το σώμα και την υγεία του, ανεξάρτητα από τις δικές του θεραπευτικές επιλογές και υποδείξεις,
- 4) **στην αρχή της κοινωνικής δικαιοσύνης** που αφορά την ισότιμη προσέγγιση όλων των ασθενών από τους ιατρούς.[4]

Η αποκρυστάλλωση των αρχών αυτών στις ημέρες μας, διήλθε μιας μεγάλης επιστημονικής διαδρομής, με την οποία η απόδοση ευθυνών, μετατέθηκε από την απόλυτη «ανευθυνότητα» του ιατρού, στην στοιχειοθέτηση της ιατρικής ποινικής, αστικής και πειθαρχικής ευθύνης. Σήμερα, επιχειρείται, πλέον, η μεταστροφή της ιατρικής προσέγγισης από την κλασική ιατροκεντρική, σε μια πιο ολιστική προσέγγιση, βασισμένη στην υγεία και στον ίδιο τον ασθενή.

Οι κυριότερες θεωρίες που αναπτύχθηκαν σχετικά με την ευθύνη των ιατρών, κατά την διενέργεια των ιατρικών πράξεων, είναι:

**α. Θεωρία της απόλυτης ανευθυνότητας του ιατρού:** Στις αρχές του 19ου αιώνα στην Γαλλία είχε διαμορφωθεί η άποψη, ότι οι ιατροί δεν υπέχουν καμία ευθύνη κατά την εκτέλεση του έργου τους, με εξαίρεση τις περιπτώσεις που ενήργησαν με πρόθεση. Το απολύτως ανεύθυνο των ιατρών, βασίστηκε στο επιχείρημα ότι το δίπλωμα για την άσκηση



του ιατρικού επαγγέλματος παράγει αμάχητο τεκμήριο ικανότητας, με αποτέλεσμα τον αποκλεισμό της ευθύνης των ιατρών από ιατρικά σφάλματα. Επιπλέον, η απόλυτη ανευθυνότητα του ιατρού, στηρίχθηκε και στην έλλειψη ειδικών ποινικών νομοθετημάτων σχετικά με τα ιατρικά σφάλματα, επομένως στη μη καθιέρωση ιατρικής ευθύνης.

**β. Θεωρία της ελαττωμένης ευθύνης του ιατρού:** Εκτός των περιπτώσεων που τον ιατρό βαρύνει πρόθεση, οπότε ευθύνεται, περιορίζεται η ευθύνη του, μόνο στις περιπτώσεις που ενήργησε με βαριά αμέλεια, ενώ δεν είναι υπεύθυνος για πράξεις που ενήργησε με ελαφρά αμέλεια.

**γ. Θεωρία της πλήρους υπευθυνότητας του ιατρού** (κρατούσα άποψη): Ο ιατρός κατά την άσκηση των καθηκόντων του, ευθύνεται για βαριά και ελαφρά αμέλεια. Ευθύνεται, σύμφωνα με τους κανόνες του κοινού δικαίου, χωρίς προνομιακή μεταχείριση. Υπάρχει πλήρης ευθύνη του ιατρού για οποιασδήποτε μορφής αμέλεια, ενώ η αυτονόητη ευθύνη του ιατρού όταν ενεργεί από πρόθεση εξετάζεται χωριστά. Ο ιατρός υπέχει ευθύνη για οποιαδήποτε πράξη του, ανεξάρτητα από τη βαρύτητα του αποτελέσματος που προκάλεσε. [7]

Όσον αφορά τις ποινικές συνέπειες της αστοχίας των ιατρικών πράξεων, δεν θεωρούνται δεδομένες ακόμη και από ακαδημαϊκούς, κάποιοι από τους οποίους πρεσβεύουν ότι δεν θα πρέπει να επικρέμεται η απειλή της ποινικής δίωξης, όταν διενεργούνται ιατρικές πράξεις για θεραπευτικό σκοπό (σύμφωνα με την θεωρία της ελαττωμένης ευθύνης του ιατρού, η ευθύνη στοιχειοθετείται μόνο όταν υπάρχει δόλος ή βαριά αμέλεια). Ωστόσο η διάχυση της ενημέρωσης προς το κοινό, κατέστησε ανενεργό το «ιατρικό προνόμιο» και ανέδειξε το δικαίωμα της λεγόμενης «ενημερωμένης συναίνεσης» του ασθενούς. [6,8,9]

### 3. ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΡΑΞΗ

Στο άρθρο 1 παρ. 1 ΚΙΔ, ως ιατρική πράξη ορίζεται «εκείνη που έχει ως σκοπό την με οποιονδήποτε επιστημονική μέθοδο, πρόληψη, διάγνωση, θεραπεία και αποκατάσταση της υγείας του ανθρώπου». Κάθε ιατρική πράξη, ακόμη και οι πιο απλές, εμπεριέχουν κινδύνους παθολογικών καταστάσεων που συμβαίνουν κατά την εξέλιξη ή ως συνέπεια μιας άλλης νόσου είτε κατά την διάρκεια ή ως συνέπεια μιας θεραπευτικής παρέμβασης ή ανεπιθύμητων παρενεργειών (π.χ. ανεπιθύμητη επίδραση μιας θεραπείας). Ο ιατρός οφείλει να γνωρίζει πλήρως τις υπάρχουσες θεραπευτικές επιλογές καθώς και τα οφέλη και τους κινδύνους, προκειμένου να επιλέγει για τον ασθενή του την θεραπεία με τα περισσότερα οφέλη σε σχέση με τους κινδύνους, με την ενημερωμένη, πάντα, συναίνεση του ασθενή. [1]

#### 3.1 Διάκριση ιατρικών πράξεων

Η υγεία και η σωματική ακεραιότητα του ανθρώπου προστατεύονται ρητά από το Σύνταγμα (αρθ. 7 παρ. 2). Η συνταγματική αυτή επιταγή βρίσκει την έκφρασή της στα άρθρα 308 επ. του Ποινικού κώδικα (ΠΚ). Κατά την πάγια μάλιστα νομολογία και θεωρία, η ιατρική πράξη που διενεργείται ενάντια στους κανόνες της ιατρικής επιστήμης («lege artis») και προκαλεί βλάβη στην υγεία ή σωματική κάκωση του ασθενούς, συνιστά σωματική βλάβη δυνάμει των άρθρων 308 επ. ΠΚ. [7]

Λόγω της εξέτασης, στην παρούσα μελέτη, ποινικών υποθέσεων, η κατηγοριοποίηση των ιατρικών πράξεων σε «stricto sensu» και «lato sensu», κρίνεται ότι βοηθά στην κατανόηση και κατηγοριοποίηση της ιατρικής ποινικής ευθύνης.

#### α. Ιατρικές πράξεις «stricto sensu»

Οι ιατρικές πράξεις «stricto sensu» αποτυπώνονται στην παρ. 1 του άρθρου 1 ΚΙΔ και συνιστούν ουσιαστικά τον πυρήνα της προβληματικής σχετικά με την ιατρική ποινική ευθύνη, πραγματοποιούνται για διαγνωστικούς θεραπευτικούς ή ακόμη και για προληπτικούς λόγους και είναι πάντοτε επιβλαβείς για την υγεία ή την σωματική ακεραιότητα του ασθενούς (εγχειρητικοί χειρισμοί, παροχή αναισθησίας, ακτινοβολίες). Σε αυτές τις περιπτώσεις ο ιατρός, σταθμίζει την σχέση κόστους - οφέλους για τον ασθενή. Ακόμη, ωστόσο και όταν το αναμενόμενο όφελος υπερέρχει σημαντικά της δυνητικής ή πραγματικής βλάβης που προκαλείται στην υγεία ή στην σωματική ακεραιότητα του ασθενούς από την ιατρική πράξη, η ποινική ευθύνη μπορεί και πάλι να αποδοθεί σε οποιονδήποτε ελλιπή ή και λανθασμένο χειρισμό του ιατρού, κατ'άρθρο 308 ΠΚ σε συνδυασμό με το άρθρο 314 ΠΚ ή ακόμη και για ανθρωποκτονία από αμέλεια (302 ΠΚ). Η ιατρική ποινική ευθύνη, αφορά ακριβώς σε αυτές τις ιατρικές πράξεις «stricto sensu» που διενεργούνται για την πρόληψη, βελτίωση και

θεραπεία ή εν τέλει αποκατάσταση της υγείας του ασθενούς, αλλά δεν καταλήγουν στο επιθυμητό αποτέλεσμα, λόγω της αμελούς συμπεριφοράς του ιατρού. [5,7]

### **β. Ιατρικές πράξεις «lato sensu»<sup>2</sup>**

Στις **ιατρικές πράξεις «lato sensu»** ανήκουν η διάγνωση, η ιατρική συμβουλή και η συνταγογράφηση, η θεραπευτική έρευνα και οι πειραματισμοί. Σε αντίθεση με τις ιατρικές πράξεις «stricto sensu»<sup>3</sup> οι εν λόγω ιατρικές πράξεις δεν περιέχουν την προαναφερθείσα ως προς τις πρώτες εγγενή αντίφαση. Όμως και σε αυτές, μπορεί να αποδειχτεί ιατρική ποινική ευθύνη, όχι για κάποιο ιατρικό σφάλμα, αλλά σε συνάρτηση άλλης, εκδηλωμένης παραβατικής συμπεριφοράς του ιατρού, που εκδηλώνεται «επ' ευκαιρία». Ενδεικτικά, πρόκειται για τις προβλεπόμενες στα άρθρα 288 παρ. 2 ΠΚ (παρεμπόδιση αποτροπής κινδύνου και παράλειψη οφειλόμενης βοήθειας»), άρθρο 300 ΠΚ («ανθρωποκτονία με συναίνεση»), άρθρο 301 ΠΚ («συμμετοχή σε αυτοκτονία»), άρθρο 441 ΠΚ («άρνηση ιατρών»). [6,7]

### **3.2 Ιατρική δεοντολογία**

Ο ισχύων Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας (ΚΙΔ) [Ν. 3418/2005], διατυπώνει τους γενικούς κανόνες άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος. [5] Η σημασία των κανόνων ιατρικής δεοντολογίας εμφανίζεται και από τις διεθνείς προσπάθειες σχηματισμού ενιαίων κανόνων ιατρικής συμπεριφοράς. Οι κανόνες δεοντολογίας οριοθετούν το εύρος της θεμιτής δράσης και καθορίζουν τα κριτήρια για την ευθύνη του ιατρού, το παράνομο και την υπαιτιότητα. Οι κανόνες ιατρικής δεοντολογίας, από κανόνες επαγγελματικής ηθικής έχουν εξελιχθεί σε κανόνες δικαίου που ρυθμίζουν τη συμπεριφορά ιατρών - ασθενών και ως εκ τούτου αποκτούν υποχρεωτική ισχύ και γίνονται αποδεκτοί από το σύστημα δικαίου.

Με το Ν. 3418/2005 τέθηκε σε ισχύ ο νέος Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας (Κ.Ι.Δ.) ο οποίος συνιστά ειδική νομοθεσία για την άσκηση της ιατρικής επιστήμης που υπαγορεύει τα πλαίσια της συμπεριφοράς του ιατρού. Πρεσβεύει ότι ο ιατρός οφείλει να ενεργεί με την δέουσα επιμέλεια, προσοχή και ικανότητα, ακολουθώντας το ισχύον νομικό και ηθικό πλαίσιο [10,11]. Ο ιατρός πρέπει επίσης να συμμορφώνεται, με βάση την πείρα και τις δεξιότητες που απέκτησε, με ένα ορισμένο «πρότυπο επιμέλειας» («standard») το οποίο ανταποκρίνεται στον μέσο επιμελή συνετό ιατρό της ειδικότητάς του. Ως πρότυπο επιμέλειας (προδιαγραφές ποιότητας, standard) θεωρείται το σύνολο των ενεργειών και πρακτικών

---

<sup>2</sup> Λατ. «κατ' ευρεία έννοια»

<sup>3</sup> Λατ. «εν στενή έννοια»

(πρότυπα συμπεριφοράς) που καθορίζονται από την επιστήμη και την εμπειρία στη συγκεκριμένη περίπτωση.

Ειδικότερα, στο άρθρο 2 ΚΙΔ ορίζεται η άσκηση της ιατρικής ως λειτούργημα και ορίζονται ως βασικοί στόχοι της η πρόληψη, η θεραπεία, η αποκατάσταση και η ανακούφιση. Επισημαίνεται ότι ο ιατρός, τηρώντας τον Όρκο του Ιπποκράτη, πρέπει να συμμορφώνεται με τους κανόνες της ιατρικής επιστήμης και γενικότερα να ασκεί την ιατρική με σεβασμό προς τα ανθρώπινα δικαιώματα, αποφεύγοντας την διακριτική μεταχείριση των ανθρώπων.

Το άρθρο 3 ΚΙΔ καθιερώνει το θεμελιώδες δικαίωμα του ιατρού σε ηθική και ειδικότερα σε επιστημονική ανεξαρτησία, δικαίωμα που όπως τονίζεται και στην αιτιολογική έκθεση του Ν. 3418/2005, λειτουργεί και προς όφελος των ασθενών. [5]

Τέλος, το άρθρο 4 ΚΙΔ απαιτεί ρητά την ίση μεταχείριση των ασθενών. Στο άρθρο 8 του ΚΙΔ διατυπώνεται ότι ο ιατρός οφείλει να φροντίζει για την ανάπτυξη σχέσεων αμοιβαίας εμπιστοσύνης και σεβασμού μεταξύ αυτού και του ασθενή. Οφείλει να ακούει τους ασθενείς του, να τους συμπεριφέρεται με σεβασμό και κατανόηση και να σέβεται τις απόψεις, την ιδιωτικότητα και την αξιοπρέπειά τους.

Στο άρθρο 11 παρ. 1 του ΚΙΔ αναφέρεται ο αυτοτελής ρόλος της ενημερωμένης συναίνεσης του ασθενούς ως νομιμοποιητικός λόγος για τη διενέργεια οποιασδήποτε ιατρικής επέμβασης.[1,7,11] Ουσιαστικά, η διάταξη αυτή αποτελεί συμμόρφωση του εθνικού δικαίου στις διεθνείς επιταγές της ιατρικής δεοντολογίας, σκοπεύοντας στην προστασία του αυτοκαθορισμού και της αυτοδιάθεσης του ασθενούς σε θέματα που αφορούν την υγεία του, παρέχοντάς του πληρέστερη προστασία από κινδύνους παραβίασής της.

Υποστηρίζεται ότι το κριτήριο της ενημέρωσης είναι εκείνο του «μέσου συνετού ασθενούς», σύμφωνα με το οποίο ο ιατρός οφείλει να αποκαλύψει στον ασθενή εκείνα τα στοιχεία που πρέπει και που θα ήθελε να γνωρίζει ένας μέσος συνετός ασθενής για να διαμορφώσει μια απόφαση.[12]

Στο πλαίσιο της ιατρικής αμέλειας, η ελληνική νομολογία εφαρμόζει το «ιατρικό κριτήριο», με βάση το οποίο ο ιατρός οφείλει να ενημερώσει τον ασθενή όσο θα τον ενημέρωνε ένας μέσος ικανός ιατρός της ειδικότητάς του. Η ενημέρωση του ασθενούς πρέπει να είναι σαφής και κατανοητή όχι μόνο αντικειμενικά, για το μέσο λογικό ασθενή, αλλά και υποκειμενικά για τον ασθενή για τον οποίο πρόκειται. Επομένως, η ενημέρωση του ασθενούς, όσο και αν έχουν διαμορφωθεί γι' αυτήν τα αντικειμενικά κριτήρια, διαφέρει από ασθενή σε ασθενή και η προφορική προσωπική επαφή ιατρού – ασθενούς δημιουργεί έναν σύνδεσμο εμπιστοσύνης μεταξύ τους που επιτρέπει στον ιατρό να διαγνώσει αν ο ασθενής έχει πράγματι αντιληφθεί το περιεχόμενο της ενημέρωσης.[13]

Η σχέση αυτή δεν μπορεί να τυποποιηθεί κατά το πρότυπο των γενικών όρων των συναλλαγών, όπως είναι τα έντυπα ενημέρωσης σε μονάδες υγείας που υπογράφονται από ασθενείς με φράσεις «με πλήρη γνώση όλων των ενδεχόμενων για τη ζωή μου

κινδύνων». Τα έντυπα αυτά δεν παρέχουν την αναγκαία ενημέρωση, με αποτέλεσμα η τυχόν ακολουθούσα συναίνεση να είναι ανίσχυρη.[6] Κατά κανόνα, μια τέτοια βεβαίωση συνιστά απλό τεκμήριο ότι γενικά έχει προηγηθεί προφορική συνεννόηση.[14]

Το δικαίωμα ενημέρωσης φέρει ο ασθενής και σε περίπτωση που δεν έχει την ικανότητα να συναινέσει για την διενέργεια μιας ιατρικής πράξης, ο ιατρός τον ενημερώνει στον βαθμό που είναι εφικτό, άλλως ενημερώνει τους οικείους του που έχουν την ικανότητα να συναινέσουν και εάν ο ασθενής είναι ανήλικος τα πρόσωπα που ασκούν τη γονική μέριμνα ή έχουν την επιμέλειά του. [15]

Δέον να επισημανθεί, ότι εκτός από τον Κ.Ι.Δ., οι λεγόμενες «Κατευθυντήριες Αρχές» αποτελούν κανόνες «καλής ιατρικής πρακτικής» που ανταποκρίνονται στα πρότυπα επιμέλειας με τα οποία πρέπει να ασκείται η ιατρική επιστήμη. Αυτά διαμορφώνονται με βάση την επιστημονική γνώση, την πρακτική εμπειρία και την επαγγελματική αποδοχή. [9-11]

#### 4.ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΥΘΥΝΗ

Η ιατρική ευθύνη είναι ευθύνη επαγγελματική και εξειδικεύεται τόσο στο αρ. 24 του ΑΝ. 1565/1939 όσο και στους γενικούς κανόνες επιμέλειας που ρυθμίζουν τον τρόπο δράσης των ιατρών σε συγκεκριμένη περίπτωση [ΣτΕ 2463/98]. Σύμφωνα με το νέο Κ.Ι.Δ., η άσκηση της ιατρικής είναι «*λειτουργήματα που αποσκοπεί στη διατήρηση, βελτίωση και αποκατάσταση της σωματικής, ψυχικής και πνευματικής υγείας του ανθρώπου, καθώς και στην ανακούφιση του από τον πόνο (αρ. 2 παρ. 1) και ο κάθε ιατρός ανεξαρτήτως τομέα απασχόλησης, πρέπει ενεργεί με βάση τους κανόνες της τεκμηριωμένης και βασισμένης σε ενδείξεις ιατρικής επιστήμης (αρ. 3 παρ. 2)*». Σε αντίθετη περίπτωση επέχει ιατρική ευθύνη [3,4] η οποία, πολλές φορές, είναι συνώνυμη με την ιατρική αμέλεια ή το ιατρικό σφάλμα.

Ιατρική ευθύνη είναι η αντικειμενική εσφαλμένη ενέργεια που συνδέεται με παράβαση από τον ιατρό των κανόνων της ιατρικής επιστήμης, για τους οποίους δε μπορεί να γεννηθεί αμφισβήτηση με παράλληλη προσβολή του καθήκοντος επιμέλειας [ΑΠ 97/07, ΑΠ 21/01, ΑΠ 419/00, ΑΠ 1211/07, ΑΠ 1337/05, ΑΠ 2463/05, ΑΠ 355/04, ΑΠ 1953/01, ΑΠ 601/00, ΑΠ 1282/95] λ.χ. η εσφαλμένη διάγνωση (διαγνωστική πλάνη) που οδηγεί στην εσφαλμένη αντιμετώπιση του περιστατικού συνιστά εξωτερικά αμελή ιατρική παράλειψη και άρα ιατρικό σφάλμα]. [16,17]

Στο δικαϊκό μας σύστημα, ο ιατρός μπορεί να υπέχει ευθύνη για πράξεις του ή παραλείψεις του που ανάγονται στην άσκηση τους επαγγέλματος του:

α) Αστική, στην περίπτωση που ο ασθενής ή οι οικείοι του (σε περίπτωση θανάτου) θεμελιώνουν δικαίωμα αποζημίωσης έναντι του ιατρού που τον ανέλαβε,

β) Ποινική στις περιπτώσεις που ο γιατρός κρίνεται ένοχος για τις αξιόποινες πράξεις οι οποίες προβλέπονται σε συγκεκριμένες διατάξεις του Ποινικού Κώδικα, όπως εκείνες των άρθρων 15 Π.Κ., 28 Π.Κ., 302 Π.Κ., 314 Π.Κ., 315§1εδ.1,2 Π.Κ., 288§2, 441 Π.Κ.,

γ) Πειθαρχική, σε περιπτώσεις πειθαρχικών παραβάσεων των ιατρών, όπως αυτές ορίζονται από τον νόμο (βλ. ά. 36§1 ΚΙΔ ).

## 5. ΑΣΤΙΚΗ, ΠΟΙΝΙΚΗ ΚΑΙ ΠΕΙΘΑΡΧΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΥΘΥΝΗ

### 5.1 Αστική ευθύνη

Τα τελευταία χρόνια, η αστική ιατρική ευθύνη έχει αποτελέσει, λόγω της ραγδαίας αύξησης των αγωγών σε βάρος των ιατρών και της απειλής των υπέρογκων αποζημιώσεων, αντικείμενο εκτεταμένης νομολογιακής και θεωρητικής επεξεργασίας και αντιμετώπισης σε πολλές έννομες τάξεις του κόσμου και ιδίως της Ευρώπης, γεγονός το οποίο έχει σαφώς αρνητικά αποτελέσματα τόσο για τους ιατρούς όσο και για τους ασθενείς και τους οικείους τους. Στις υποθέσεις της αστικής ιατρικής ευθύνης, ο ιατρός διακυβεύει, πλέον των άλλων, κυρίως, την ιατρική του φήμη και την υπόληψή του ως επιστήμονα – επαγγελματία, ενώ ο ασθενής απαιτεί τη διαφύλαξη των νομίμων δικαιωμάτων του και τη δικαστική του προστασία. Το Δικαστήριο καλείται να διαγνώσει την αλήθεια και να καταλογίσει τυχόν ευθύνες και αποζημίωση «όταν η ζημία του ασθενούς από την αποτυχημένη ιατρική πράξη, συνδέεται αιτιωδώς με υπαίτια, εκ μέρους του ιατρού, συμπεριφορά...». [1]

Κρίσιμα ζητήματα για την κατανόηση της ιατρικής αστικής ευθύνης είναι «... η έννοια και οι επιμέρους κατηγορίες του ιατρικού σφάλματος, η ευθύνη του ιατρού που επιχειρεί ιατρική πράξη, χωρίς την απαιτούμενη από τον Νόμο προηγούμενη ενημέρωση και συναίνεση του ασθενούς, η νομική θεμελίωση της υποχρέωσης των ιατρών προς αποζημίωση λόγω ιατρικού σφάλματος, οι προϋποθέσεις γένεσης της αδικοπρακτικής ευθύνης του ιατρού, η νομική διάσταση των κανόνων δεοντολογίας που περιέχονται στις διατάξεις του ΚΙΔ (Ν. 3418/2005), τα κριτήρια εξειδίκευσης της ιατρικής αμέλειας καθώς και η ένταξη της ευθύνης του ιατρού και στη ρυθμιστική εμβέλεια του άρθρου 8 του Ν. 2251/1994 για την προστασία του καταναλωτή» (...).[1]

Το ιατρικό σφάλμα συνιστά παράβαση των συμβατικών υποχρεώσεων του ιατρού και αποτελεί νόμιμο λόγο δημιουργίας ενδοσυμβατικής ευθύνης του. Μπορεί να συνιστά είτε πλημμελή υποχρέωση της κύριας υποχρέωσης του ιατρού είτε ολική μη εκπλήρωση όλων των υποχρεώσεων του. Αποτελεί την βασικότερη προϋπόθεση για την θεμελίωση τόσο της ενδοσυμβατικής όσο και της αδικοπρακτικής ευθύνης.[4] Η υποχρέωση των ιατρών προς αποζημίωση, λόγω ιατρικού σφάλματος, θεμελιώνεται άλλοτε στην ενδοσυμβατική ευθύνη και άλλοτε στη αδικοπρακτική ευθύνη, ενώ υπάρχει και διπλή νομική θεμελίωση (συρροή αδικοπρακτικής και ενδοσυμβατικής ευθύνης).

Η αποζημίωση διακρίνεται σε αποζημίωση λόγω θανάτου φυσικού προσώπου, σε αποζημίωση λόγω βλάβης του σώματος ή της υγείας και σε χρηματική ικανοποίηση λόγω ηθικής βλάβης για την άδικη πράξη που υπέστη ο παθών (ασθενής) από τις πράξεις ή παραλείψεις του ιατρού ή λόγω ψυχικής οδύνης, όταν έχει επέλθει ο θάνατος.

Ενδοσυμβατική ιατρική ευθύνη υφίσταται όταν η υποχρέωση για αποζημίωση θεμελιώνεται σε προϋφιστάμενη σύμβαση, σε συμφωνία δηλ. που είχε επιτευχθεί μεταξύ του ζημιώσαντος και ζημιωθέντος (σύμβαση ιατρικής αγωγής μεταξύ ιατρού και ασθενούς). Η μη εκτέλεση ή η ατελής εκπλήρωση των όρων της σύμβασης δημιουργεί στο έτερο συμβαλλόμενο μέρος μεταξύ άλλων και αξίωση αποζημίωσης στηριζόμενη στις διατάξεις των άρθρων 648, 652 και 676 ΑΚ.<sup>4</sup> όπου αποκαθίσταται μόνο η περιουσιακή ζημία και δεν προβλέπεται δυνατότητα ανόρθωσης της ηθικής βλάβης (άρθρο 299 ΑΚ).

Αδικοπρακτική ευθύνη υφίσταται στην περίπτωση υποχρέωσης αποζημίωσης του ζημιωθέντος από τον ζημιώσαντα ιατρό, χωρίς να έχει καταρτισθεί μεταξύ τους καμία σύμβαση, η δε υποχρέωση αποζημίωσης του παθόντος στηρίζεται στις διατάξεις σχετικά με την τέλεση της αδικοπραξίας (914ΑΚ) για την θεμελίωση της οποίας θα πρέπει να συντρέχουν η βλάβη του ασθενούς (της ζωής του ή της υγείας του), η πράξη ή η παράλειψη του ιατρού η οποία αντιβαίνει σε ρητές διατάξεις του Νόμου και η υπαιτιότητα του ιατρού, δηλαδή η παράνομη συμπεριφορά του ιατρού να οφείλεται σε δόλο ή αμέλειά του. Στα πλαίσια της ευθύνης αυτής αποκαθίσταται πέρα από την περιουσιακή ζημία και η ηθική βλάβη κατ'άρθρο 932 ΑΚ.

Η νομολογία επικαλείται σταθερά την παραβίαση του άρθρου 24 του ΑΝ. 1565/1939 «περί κώδικος ασκήσεως ιατρικού επαγγέλματος», που διατηρήθηκε σε ισχύ κατά το άρθρο 47 ΕισΝΑΚ και στις περισσότερες δικαστικές αποφάσεις που το ιατρικό σφάλμα κρίνεται ως αδικοπραξία, υιοθετείται η άποψη της σωρευτικής θεμελίωσής του, τόσο ως αποτέλεσμα της ιατρικής πράξης όσο και ως συμπεριφορά του ιατρού που το προξένησε.

Τα Ελληνικά Δικαστήρια, για τη θεμελίωση της ιατρικής αμέλειας, επικαλούνται την παραβίαση του ως άνω άρθρου από το οποίο, σε συνδυασμό με τα άρθρα 914, 330, 297-299, 281 και 288 ΑΚ, προκύπτει ότι ο ιατρός είναι υποχρεωμένος να συμμορφώνεται σε κάθε περίπτωση παροχής ιατρικών υπηρεσιών προς τις θεμελιώδεις αρχές της ιατρικής επιστήμης και της πείρας που έχει αποκτηθεί και να επιδεικνύει επιμέλεια. Ευθύνεται, εάν ενήργησε κατά παράβαση των κανόνων αυτών και δεν επέδειξε την απαιτούμενη επιμέλεια και με την αμελή συμπεριφορά του επήλθε το ζημιολογικό αποτέλεσμα στην υγεία του ασθενούς (ΑΠ 1444/2012, 496/2010 ΝΟΜΟΣ). Αντίθετα, ουδεμία ευθύνη φέρει εάν ενήργησε «lege artis» και ειδικότερα όπως θα ενεργούσε κάτω από τις ίδιες συνθήκες και με τα ίδια στην διάθεσή του μέσα, ο συνετός και επιμελής ιατρός (ΑΠ181/2011, ΝΟΜΟΣ).

Οι αγωγές που αφορούν την καταβολή αποζημίωσης λόγω ιατρικής αμέλειας και στρέφονται κατά των ιδιωτών ιατρών ή κατά των ιατρών και των ιδιωτικών Κλινικών στις οποίες προσφέρουν τις υπηρεσίες τους και κατά ασφαλιστικών εταιριών με τις οποίες οι

---

<sup>4</sup> Γεωργιάδης Α, ο.π. ειδικό μέρος σελ. 179 επ.



ιατροί έχουν συνάψει ατομικές συμβάσεις αστικής επαγγελματικής ευθύνης, εκδικάζονται από το αρμόδιο καθ' ύλη δικαστήριο (Μονομελές ή Πολυμελές Πρωτοδικείο).

Αναφορικά με την ευθύνη των ιδιωτικών Κλινικών για τις ιατρικές πράξεις ή παραλείψεις των εργαζομένων σε αυτές, προκύπτει ότι υπάρχει ευθύνη τους κατά την διάταξη του άρθρου 922 ΑΚ. Πρόκειται για γνήσια ευθύνη αντικειμενική, δικαιολογητικό λόγο της οποίας αποτελεί το γεγονός ότι η ιδιωτική Κλινική (προστήσας) ωφελείται από τις υπηρεσίες του ιατρού (προστηθέντος) και ως εκ τούτου φέρει ευθύνη για τους κινδύνους που προκύπτουν από την δραστηριότητα του τελευταίου, ακόμη και στην περίπτωση που υφίσταται μια χαλαρή μορφή συνεργασίας μεταξύ του ιατρού και της Κλινικής εφόσον η επαγγελματική δραστηριότητα του ιατρού εμπίπτει στον επιχειρηματικό κύκλο δράσης της Κλινικής. Η Κλινική δεν υπέχει ευθύνη, μόνο στην περίπτωση οι σχετικές ιατρικές πράξεις διενεργήθηκαν χωρίς την διαμεσολάβησή της.

Επισημαίνεται ότι υπάρχουν πολλές δικαστικές αποφάσεις οι οποίες έκαναν δεκτές τις προσεπικλήσεις και τις παρεμπόπτουσες αγωγές που άσκησαν οι εναγόμενοι ιατροί, για αποζημίωση λόγω ιατρικής αμέλειας, κατά των ασφαλιστικών εταιριών με τις οποίες υπέγραψαν ατομική σύμβαση ασφάλισης για επαγγελματική ευθύνη.

Αναφορικά με τους ιατρούς που απασχολούνται σε νοσηλευτικά ιδρύματα ή σε ιδρύματα του ευρύτερου δημόσιου τομέα, στη νομολογία των Διοικητικών Δικαστηρίων (ΔΕΦΑΘ 160/2001) και του ΣτΕ, επικρατεί η άποψη ότι μεταξύ ιατρού και ασθενούς υπάρχει μία σχέση Δημοσίου Δικαίου, οπότε για την εκδίκαση των αγωγών αποζημίωσης από ιατρική αμέλεια, αρμόδια είναι τα Διοικητικά Δικαστήρια κατ' εφαρμογή των άρθρων 105 και 106 ΕισΝΑΚ. [1,4] Από το συνδυασμό των άρθρων 105 και 106 ΕισΝΑΚ και του άρθρου 8 του Ν. 2251/1994 «περί προστασίας των καταναλωτών», προκύπτει ότι ο ασθενής, για να αξιώσει αποζημίωση, οφείλει να αποδείξει ότι προσδοκούσε παροχή από κρατικό νοσοκομείο, την ύπαρξη ζημίας του, το ιατρικό σφάλμα που τέλεσε ο ιατρός από πράξεις ή παραλείψεις του και συνιστούν παραβίαση των υποχρεώσεών του καθώς και τον αιτιώδη σύνδεσμο μεταξύ της παροχής της δημόσιας υπηρεσίας και της επελθούσας ζημίας. Το Κράτος ή το ΝΠΔΔ οφείλει να αποδείξει ότι οι ιατοί του δεν προέβησαν σε καμία παράνομη πράξη ή παράλειψη και ότι δεν υφίσταται αιτιώδης σύνδεσμος μεταξύ της συμπεριφοράς τους και της φερόμενης ζημίας από τον ασθενή. Το Δικαστήριο, εφόσον συντρέχουν οι προϋποθέσεις του άρθρου 105 του ΕισΝΑΚ, μπορεί να επιδικάσει σε βάρος του Δημοσίου εύλογη χρηματική ικανοποίηση για την ικανοποίηση της ηθικής βλάβης του ζημιωθέντος, κατ' ανάλογη εφαρμογή των διατάξεων του άρθρου 932 του ΑΚ (ΣτΕ 2796/06, ΣτΕ 2463/98).

Το 2012, ενόψει της επελθούσας οικονομικής κρίσης, το Υπουργείο Οικονομικών με εγκύκλιό του, ενεργοποίησε διάταξη του ΥΚ με την οποία εγκαθιδρύεται η αστική ευθύνη όλων των δημοσίων υπαλλήλων (ιατρών, επιμελητών ή ειδικευόμενων ή διευθυντών καθώς και ιατρών μελών ΔΕΠ) που εργάζονται για λογαριασμό του δημοσίου.[4] Σύμφωνα με την

ως άνω διάταξη σε περίπτωση κατά την οποία οι δημόσιοι υπάλληλοι που με δόλο ή βαρεία αμέλεια, κατά την εκτέλεση των καθηκόντων τους, έγιναν υπαίτιοι να ζημιωθεί το δημόσιο, υποχρεώνονται πλέον να πληρώσουν προς το κράτος τις ζημιές που του προξένησαν. Εάν αποδειχθεί δηλαδή περίπτωση δόλου ιατρού, κατά την εκτέλεση των καθηκόντων του, παραπέμπεται υποχρεωτικώς στο Ελεγκτικό Συνέδριο. Εάν αποδειχθεί περίπτωση βαρείας αμέλειας και ο ιατρός παραπεμφθεί, το Ελεγκτικό Συνέδριο, εκτιμώντας τις ειδικές περιστάσεις, μπορεί να καταλογίσει σε αυτόν μέρος μόνο της ζημιάς που επήλθε στο Δημόσιο ή της αποζημίωσης που το τελευταίο υποχρεώθηκε να καταβάλει. Σε περίπτωση που περισσότεροι τους ενός ιατροί, κατά την εκτέλεση των καθηκόντων τους, προξένησαν από κοινού ζημιά στο Δημόσιο ευθύνονται εις ολόκληρον κατά τις διατάξεις του Αστικού Δικαίου». [4] Δηλαδή, το Δημόσιο (εν προκειμένω το Νοσοκομείο) θα στρέφεται και αναγωγικά κατά του υπαίτιου ιατρού, αφού υποχρεωθεί να καταβάλλει στον ασθενή ή στους οικείους του, αποζημίωση κατά τις διατάξεις της αστικής ευθύνης. Η διαδικασία κινείται από τον Γενικό Επίτροπο Επικρατείας του Ελεγκτικού Συνεδρίου, ο οποίος ενημερώνεται από τις αρμόδιες υπηρεσίες, οι οποίες καταβάλλουν τα χρήματα στους ζημιωθέντες [1]

## 5.2 ΠΟΙΝΙΚΗ ΕΥΘΥΝΗ

Ποινική ευθύνη είναι η ευθύνη που έχει ο ιατρός όταν με πράξεις ή παραλείψεις του προκαλεί κάποιο ποινικό αδίκημα, δηλαδή παραβιάζει διατάξεις του Ποινικού Κώδικα (ΠΚ), με συνέπεια την επιβολή ποινής. Τα ποινικά αδικήματα τελούνται από πρόθεση (δόλο) (304 ΠΚ, 307 ΠΚ) και από αμέλεια (302 ΠΚ, 341 ΠΚ). Στο ελληνικό δίκαιο, η ευθύνη του ιατρού παραμένει μέχρι σήμερα κυρίως ζήτημα του ποινικού δικαίου, με την έννοια ότι η συντριπτική πλειοψηφία των δικών αφορά την ποινική ευθύνη. Δεν υπάρχουν ειδικές διατάξεις για την ποινική ευθύνη των ιατρών. Οι διατάξεις των άρθρων που αφορούν την αμέλεια ισχύουν και για τους ιατρούς (14, 15, 28, 302, 314 και 315 ΠΚ). Στην ποινική ευθύνη των ιατρών, η έμφαση βρίσκεται στην τιμωρία του (αμελούς) ιατρού και όχι στην αποκατάσταση των ζημιωθέντων προσώπων. Ο ιατρός συνήθως κατηγορείται για αδικήματα τελούμενα από αμέλεια (μη συνειδητή) είτε πρόκειται για βαριά είτε για επικίνδυνη είτε για θανατηφόρα σωματική βλάβη είτε για ανθρωποκτονία. Λεκτέον ότι, η νομολογία του ΑΠ, θεωρεί ότι ο ιατρός ευθύνεται ακόμη και για ελαφριά αμέλεια, «... αν κατά την εκτέλεση των ιατρικών του καθηκόντων παρέβη την υποχρέωσή του να ενεργήσει σύμφωνα με τις θεμελιώδεις αρχές της ιατρικής επιστήμης και της πείρας που έχει αποκτηθεί, επιδεικνύοντας την δέουσα επιμέλεια δηλαδή αυτή που αναμένεται από τον μέσο εκπρόσωπο του κύκλου του» [1]

Η ανθρωποκτονία από αμέλεια (302 ΠΚ) και η σωματική βλάβη από αμέλεια (314 ΠΚ) αποτυπώνουν το ιατρικό σφάλμα. Οι ποινικές διώξεις για ανθρωποκτονία ή σωματική

βλάβη από αμέλεια, συνήθως ακολουθούν την υποβολή έγκλησης από τους ασθενείς ή από τους οικείους τους ενώ η διαδικασία μπορεί να κινηθεί αυτεπάγγελτα και από τον Εισαγγελέα, λόγω της ιδιαίτερης νομικής υποχρέωσης του ιατρού που απορρέει από τον Νόμο (ΚΙΔ), την σύμβαση ιατρικής αγωγής και από προηγούμενη επικίνδυνη ενέργεια του.

Η ιατρική ποινική ευθύνη προκύπτει είτε από πράξη (π.χ. διενέργεια μιας επέμβασης) είτε όταν παραλείπεται η εκτέλεση μιας πράξης (παράλειψη). Η ανθρωποκτονία από αμέλεια θεμελιώνεται όταν υπάρχει αιτιώδης σύνδεσμος μεταξύ της πράξης ή παράλειψης του δράστη και του επελθόντος αποτελέσματος, σχέση που δεν είναι εύκολο να διαπιστωθεί, ειδικά όταν παρεμβαίνουν πράξεις ή παραλείψεις τρίτων ή και του ίδιου του ασθενούς. Η συμπεριφορά κάθε εμπλεκόμενου προσώπου αξιολογείται αυτοτελώς, για κάθε ξεχωριστή ενέργεια ή παράλειψη που συνδέεται αιτιωδώς με το αποτέλεσμα.

Για την στοιχειοθέτηση των αδικημάτων της αμέλειας θα πρέπει να συντρέχουν σωρευτικά:

- να μην καταβλήθηκε από τον δράστη η επιβαλλόμενη κατ'αντικειμενική κρίση, προσοχή, την οποία κάθε μετρίως και ευσυνείδητος άνθρωπος οφείλει κάτω από τις ίδιες πραγματικές περιστάσεις που επικρατούν στις συναλλαγές να καταβάλλει, με βάση τους νομικούς κανόνες, τις συνθήκες που επικρατούν στις συναλλαγές και της κοινής, κατά την συνήθη πορεία των πραγμάτων πείρας και λογικής.
- να μπορούσε ο δράστης βάσει των προσωπικών περιστάσεων, γνώσεων, ιδιομορφιών και ικανοτήτων και κυρίως εξαιτίας της υπηρεσίας, του επαγγέλματος του, να προβλέψει και να αποφύγει το αξιόποιο αποτέλεσμα όμως να μην το έπραξε να επήλθε το μη προσδοκώμενο αποτέλεσμα και
- να υπάρχει αιτιώδης σύνδεσμος μεταξύ ενέργειας ή παραλείψεως του δράστη και του επελθόντος αποτελέσματος.

Για την τεκμηρίωση της ανθρωποκτονίας ή της σωματικής βλάβης από ιατρικές πράξεις πρέπει :

- να μην έχει επιλεγεί η ενδεδειγμένη, με βάση τους γενικά αναγνωρισμένους κανόνες, μέθοδος για την αντιμετώπιση του ιατρικού προβλήματος,
- ο ιατρός να μην έχει ενημερώσει τον ασθενή (άρθρο 11 ΚΙΔ),
- ο ασθενής να μην έχει δώσει την συναίνεσή του για την πραγματοποίηση της ιατρικής πράξης (άρθρο 12ΚΙΔ),
- η ιατρική πράξη να διενεργήθηκε κατά παράβαση των κανόνων της επιστήμης και της τέχνης («lege artis»). Εάν κατά την διενέργεια μιας ιατρικής πράξης, έχουν τηρηθεί οι ανωτέρω προϋποθέσεις, ο ιατρός δεν φέρει καμία ευθύνη.

Ο ιατρός είναι υποχρεωμένος να τηρεί τους κανόνες της ιατρικής επιστήμης και τέχνης και να καταβάλλει κάθε δυνατή προσπάθεια να θεραπεύσει τον ασθενή. Ακόμη και εάν η πράξη του ιατρού κριθεί άδικη τελικά, ήτοι γίνει αποδεκτό ότι δεν ενημέρωσε πλήρως

τον ασθενή, ότι υπερέβη τα όρια της δοθείσας συναίνεσης ή ότι τέλεσε την πράξη κατά παράβαση των κοινώς αναγνωρισμένων κανόνων, θα πρέπει - επιπλέον και αυτοτελώς - να εξετάζεται αν συντρέχουν τα στοιχεία της αμέλειας, τόσο τα οντολογικά όσο και τα αξιολογικά, όπως περιγράφονται στο άρθρο 28 ΠΚ.

Τα οντολογικά στοιχεία είναι κρίσιμα για να καταλήξει το Δικαστήριο στο είδος της αμέλειας. Στις δικαστικές αποφάσεις πρέπει, να αναφέρεται αν ο ιατρός γνώριζε ως ενδεχόμενο το αποτέλεσμα της σωματικής βλάβης και αδιαφόρησε (ενσυνείδητη αμέλεια α΄ βαθμού), το γνώριζε ως πιθανό και προσπάθησε, χωρίς επιτυχία, να το αποφύγει (ενσυνείδητη αμέλεια β΄ βαθμού) ή αν αγνοούσε πλήρως την πιθανότητα επέλευσης του αποτελέσματος (ασυνείδητη αμέλεια). [5,17,20,21].

Κατά πάγια αρεοπαγητική νομολογία, το δικαστήριο της ουσίας όταν απαγγέλει καταδίκη για έγκλημα αμέλειας, πρέπει να εκθέτει στην απόφασή του με σαφήνεια ποιό από τα παραπάνω είδη αμέλειας συνέτρεξε, διακρίνοντας σε κάθε περίπτωση μεταξύ ενσυνείδητης και ασυνείδητης αμέλειας. Σε ότι αφορά τα αξιολογικά στοιχεία της αμέλειας, ο ιατρός ευθύνεται μόνο εάν η πράξη του οφείλεται σε έλλειψη προσοχής την οποία όφειλε και μπορούσε να επιδείξει (άρθρο 28 ΠΚ).

Όσον αφορά τα αδικήματα της ανθρωποκτονίας ή της σωματικής βλάβης από παράλειψη, η ποινική ευθύνη του ιατρού τεκμηριώνεται όταν, ο ιατρός δεν έδρασε καθόλου ή δεν έδρασε εγκαίρως, με αποτέλεσμα τον θάνατο ή την σωματική βλάβη του ασθενούς. Στην περίπτωση αυτή πρέπει να απαντώνται τα εξής ερωτήματα:

- ποιά ενέργεια όφειλε να κάνει ο ιατρός;
- πότε έπρεπε να την κάνει;
- πως αυτή η παράλειψη συνδέεται με τον θάνατο του ασθενούς;

Κατά την πάγια νομολογία, μια παράλειψη συνδέεται αιτιωδώς με το αποτέλεσμα του θανάτου ή της σωματικής βλάβης, όταν πιθανολογείται με βασιμότητα, που αγγίζει τα όρια της βεβαιότητας, ότι η εκπλήρωση της υποχρέωσης θα μπορούσε να αποτρέψει την εμφάνιση του κινδύνου ή να ανακόψει, έστω για σύντομο χρονικό διάστημα, την εξέλιξη του προς τη βλάβη εννόμου αγαθού, ώστε τελικά να μην επέλθει το αξιόποιο αποτέλεσμα.

Αναγκαία προϋπόθεση, για την θεμελίωση της ιατρικής ευθύνης, είναι η ύπαρξη ιδιαίτερης νομικής υποχρέωσης για την τέλεση της συγκεκριμένης πράξης η οποία κατά πάγια νομολογία, μπορεί να πηγάζει από τον νόμο, σύμβαση ή προηγούμενη πράξη που προκάλεσε τον κίνδυνο. Στην νομολογία, γίνεται δεκτό ότι η ιδιαίτερη νομική υποχρέωση μπορεί να πηγάζει από σύμπλεγμα νομικών καθηκόντων που συνδέονται με ορισμένη έννομη σχέση του υπαιτίου [ΑΠ 640/2011, ΠοινΧρ 2012, σελ. 654]. Με την αναφορά αυτή δεν εισάγεται κατά κυριολεξία μια νέα πηγή ιδιαίτερης νομικής υποχρέωσης κατά το άρθρο 15 ΠΚ αλλά διευκρινίζεται με ποιά έννοια η υποχρέωση προκύπτει από τον Νόμο. [18,19]

Επειδή ανθρωποκτονία και σωματική βλάβη μπορούν να προκληθούν στα πλαίσια ορθής άσκησης της ιατρικής, υπάρχει και ο κανόνας της «επιτρεπόμενης κινδυνώδους δράσης». Σε κάθε ιατρική πράξη τα προσδοκώμενα οφέλη θα πρέπει να είναι σημαντικότερα από τους πιθανούς κινδύνους και αυτό λειτουργεί ως λόγος άρσης του άδικου χαρακτήρα της πράξης. Η ιατρική πράξη είναι σύννομη, εάν υπάρχει βάσιμη πιθανότητα οφέλους ή τουλάχιστον είναι δυνατή η στάθμιση των θετικών και αρνητικών συνεπειών της έρευνας (στάθμιση οφέλους – κινδύνου). Σημειώνεται ότι η συναίνεση του ασθενούς, μετά από επαρκή ενημέρωσή του από τον ιατρό, δεν μετακυλύει αναγκαστικά την ευθύνη σε αυτόν και μπορεί να δικαιολογήσει μόνο τις απλές σωματικές βλάβες. [18,19] Ούτε την πρόκληση θανάτου ούτε την βαριά σωματική βλάβη.

### **5.2.1 Ιατρική ευθύνη από αμέλεια - Μορφές κατανομής ιατρικών αρμοδιοτήτων**

Η απόδοση ποινικής ευθύνης για μια σωματική βλάβη ή ανθρωποκτονία από αμέλεια προϋποθέτει τα εξής:

- α. η πράξη του ιατρού να μπορεί να χαρακτηριστεί εξωτερικά αμελής [1], δηλ επικίνδυνη για το έννομο αγαθό της υγείας και της ζωής του ασθενούς,
- β. η επικίνδυνη πράξη να συνδέεται αιτιωδώς με το ζημιογόνο αποτέλεσμα,
- γ. ο ιατρός να έχει επιδείξει έλλειψη προσοχής την οποία «όφειλε» και μπορούσε να καταβάλλει υπό τις συγκεκριμένες συνθήκες αλλά και αυτός μπορούσε να καταβάλλει με τις προσωπικές του ικανότητες, εξαιτίας της οποίας είτε δεν πρόβλεψε ως ενδεχόμενο επέλευσης του ζημιογόνου αποτελέσματος είτε το πρόβλεψε ως πιθανό, αλλά θεώρησε ότι θα αποφευχθεί. [1]

### **5.2.2. Κατανομή συγκλίνουσας ιατρικής ευθύνης**

Στο πλαίσιο παροχής ιατρικής φροντίδας και ιατρικών πράξεων, απαιτείται η συμμετοχή περισσότερων ιατρών διαφορετικών ειδικοτήτων (συγκλίνουσα δράση), ειδικότερα στο πεδίο των ιατροχειρουργικών επεμβάσεων. Στην συγκλίνουσα ιατρική ευθύνη εφαρμόζονται η «αρχή της εμπιστοσύνης» και η «αρχή της κινδυνώδους δράσης», ώστε ο κάθε ιατρός, δεν οφείλει να λάβει υπόψη του το ενδεχόμενο σφάλματος του άλλου, εκτός αν υπάρχουν σοβαρές ενδείξεις για τέτοια πιθανότητα. Ο κάθε ιατρός φέρει την ευθύνη της ίδιας του συμπεριφοράς στον τομέα της δράσης του.

Δύο τύποι κατανομής της συγκλίνουσας ευθύνης:

- α) η οριζόντια και β) η κάθετη.

- **Οριζόντια κατανομή:** η κατανομή που υπάρχει μεταξύ προσώπων τα οποία δεν τελούν το ένα υπό του άλλου, όπως μεταξύ ειδικών ιατρών στην περίπτωση που

συμμετέχουν περισσότεροι του ενός ειδικοί, όπως στην περίπτωση των βαριατρικών επεμβάσεων [5] κατά τις οποίες εκτός από τον βαριάτρο – χειρουργό και τον αναισθησιολόγο συχνά συμμετέχουν καρδιολόγοι ή νεφρολόγοι ιατροί άλλων ειδικοτήτων, ανάλογα με το ιστορικό του ασθενούς. Η οριζόντια κατανομή εμφανίζεται, κυρίως, μεταξύ χειρουργού και αναισθησιολόγου (ή χειρουργού με μαιευτήρα – γυναικολόγο) διότι είναι οι κατ'έξοχή εκτεθειμένοι σε ενδεχόμενα σφάλματα και χρεώνονται το ατυχές αποτέλεσμα που μπορεί να οδηγήσει στην βαριά σωματική βλάβη ή ακόμη και στον θάνατο του ασθενούς.

- **Κάθετη κατανομή:** παρατηρείται, κυρίως, στα δημόσια νοσοκομεία και αναφέρεται στην ιεραρχική σχέση των ιατρών μεταξύ τους. Κλασική περίπτωση κάθετης κατανομής αποτελεί εκείνη μεταξύ ειδικών και ειδικευόμενων ιατρού. Πολλές φορές συμβαίνει οι ειδικοί ιατροί να επιτρέπουν στους ειδικευόμενους ιατρούς να ενεργούν αυτόνομα, γεγονός που δεν θα πρέπει να συμβαίνει ακόμη και εάν τους έχουν δώσει τις κατάλληλες οδηγίες. Για τους ειδικευόμενους ιατρούς, εξατομικεύεται η ευθύνη, ενώ για τους διευθυντές ειδικούς ιατρούς, αναγνωρίζεται ως προς τους ειδικευόμενους «ιδιαίτερη νομική υποχρέωση». Ο ειδικός ιατρός έχει «ιδιαίτερη νομική υποχρέωση» ως προς τον ειδικευόμενο ιατρό που πρέπει να εποπτεύεται ιδιαίτερα αν είναι αρχάριος (ΑΠ 1384/2001). Σε αυτή την περίπτωση ευθύνη έχει ο ειδικός ιατρός και σε περίπτωση ιατρικού σφάλματος ευθύνεται αποκλειστικά. Το πρόβλημα που τίθεται στις περιπτώσεις αυτές είναι η ποινική ευθύνη των ειδικευόμενων ιατρών οι οποίοι τελούνται υπό καθεστώς εκπαίδευσης, δεν έχουν τα απαραίτητα εφόδια για την αντιμετώπιση δύσκολων ιατρικών περιστατικών, πλέον τούτου όμως αναγκάζονται να εργάζονται σε αντίξοες συνθήκες και δη στα πλαίσια των εφημεριών των δημοσίων νοσοκομείων να αντιμετωπίζουν μόνοι τους σοβαρά ιατρικά περιστατικά. Από την νομολογιακή πρακτική, το σφάλμα που αποδίδεται κυρίως στους ειδικευόμενους είναι η παράλειψη ειδοποίησης του ειδικού ιατρού ή η πλημμελής εκτέλεση ιατρικών πράξεων που χαρακτηρίζονται βασικές. Τέτοια ευθύνη υπάρχει όταν ο ειδικευόμενος αναλαμβάνει ιατρικό περιστατικό χωρίς να έχει τις κατάλληλες ιατρικές γνώσεις και δεν αναφέρει την ανεπάρκειά του και δεν ζητά την υποστήριξη των ειδικών (σφάλμα ανάληψης). Ο ειδικευόμενος ιατρός οφείλει κατά την είσοδο, στο νοσοκομείο επείγοντος περιστατικού και εφόσον απουσιάζει ο ειδικός ιατρός, να παρέχει τις πρώτες βοήθειες, να εκτελεί άλλες στοιχειώδεις ιατρικές πράξεις και να παραγγέλνει την διενέργεια των απαραίτητων διαγνωστικών εξετάσεων. Σε περίπτωση που το παραλείπει, τότε είναι ποινικά υπόλογος για οποιαδήποτε επιβάρυνση της υγείας του ασθενούς. Επίσης, ποινική ευθύνη υπάρχει όταν η δράση του ειδικού και του ειδικευόμενου συμπίπτουν στην αντιμετώπιση του ίδιου περιστατικού.[17,22,23]

Στην περίπτωση της συνεργασίας μιας ιατρικής ομάδας, οι συνεργαζόμενοι ιατροί οφείλουν να επιδεικνύουν υψηλό αίσθημα ευθύνης, συναδελφικότητα και εμπιστοσύνη (άρθρο 10 παρ. 2 Ν. 3418/2005 (Κ.Ι.Δ.) και όταν πρόκειται να αποδοθούν ευθύνες,

ελέγχονται οι ενέργειες στις οποίες προέβη ο κάθε συγκεκριμένος ιατρός σε σχέση με τον ασθενή.[1]

Ο ΑΠ αναφορικά με την εμπλοκή περισσότερων προσώπων σε σχέση με μια αρνητική έκβαση χρησιμοποιεί την ακόλουθη φράση «εάν στην επέλευση του αποτελέσματος του εξ'αμελείας θανάτου του παθόντος συνετέλεσαν περισσότερες πράξεις η παραλείψεις διαφόρων προσώπων τότε για τον προσδιορισμό της ευθύνης του καθενός, κάθε ξεχωριστή ενέργεια ή παράλειψη συνδέεται αιτιωδώς με το αποτέλεσμα, εφόσον αυτή καθεαυτή, κατά την κοινή αντίληψη, τελεί μόνη ή με άλλου προσώπου, σε σχέση άμεσης αιτιότητας με το αποτέλεσμα». [1]

### 5.3 ΠΕΙΘΑΡΧΙΚΗ ΕΥΘΥΝΗ

Η πειθαρχική ευθύνη των ιατρών απορρέει από την παράβαση συγκεκριμένων διατάξεων της ελληνικής νομοθεσίας οι οποίες αφορούν την άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος - λειτουργήματος και έχει ως συνέπεια την επιβολή πειθαρχικών κυρώσεων σε αυτούς με σκοπό να διαφυλαχθεί και να αποκατασταθεί το κύρος και η αξιοπρέπεια του ιατρικού σώματος. Στις περιπτώσεις πειθαρχικής ευθύνης ιατρών, την αρμοδιότητα επιβολής πειθαρχικών ποινών έχουν τα πειθαρχικά όργανα του τοπικού Ιατρικού Συλλόγου που ανήκει ο ιατρός (Πρόεδρος, Πειθαρχικό Συμβούλιο ) και το Ανώτατο Πειθαρχικό Συμβούλιο Ιατρών.

## 6. ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΦΑΛΜΑ

### 6.1 Ορισμός ιατρικού σφάλματος

**Ιατρικό σφάλμα (medical malpractice)** είναι η συμπεριφορά ιατρού που αξιολογείται ως υπολειπόμενη της επιβαλλόμενης στο επάγγελμά του και στη συγκεκριμένη περίπτωση επιμέλειας, κατά κανόνα, επειδή ο ιατρός δεν τηρεί το επαγγελματικό του standard ή επειδή παραβιάζει τους κανόνες της ιατρικής επιστήμης και τέχνης («lege artis»). [24] που δεν επιδέχεται αμφισβήτηση ή όταν χρησιμοποιούνται μέθοδοι για τους οποίους δεν υπάρχει επιστημονική τεκμηρίωση. [1] Ο ιατρός δεν υπόσχεται την ίαση του ασθενούς, οφείλει όμως να επιδείξει συμπεριφορά σύμφωνη προς ορισμένα πρότυπα. Εάν ο ιατρός από αμέλεια του δεν καταβάλλει την προσοχή που οφείλει να επιδείξει, υπάρχει ιατρικό σφάλμα το οποίο ανάγεται στην συμπεριφορά του ιατρού.

Τα κριτήρια για την εξειδίκευση του ιατρικού σφάλματος έχουν θετικά και αρνητικά πρόσημα. Το κριτήριο του μέσου συνετού ιατρού που τηρεί τους κανόνες της ιατρικής

επιστήμης («lege artis»), το πρότυπο της ποιότητας του ιατρού και τα standards του επαγγέλματος πρέπει να εστιάζουν στην αποκάλυψη της επιμέλειας ή μη του ιατρού στο συγκεκριμένο ασθενή, στην συμπεριφορά του και όχι στο αποτέλεσμα της συμπεριφοράς. Επιμελής ιατρός είναι αυτός που προβαίνει στις απαραίτητες για τον ασθενή ενέργειες, παραβιάζοντας, εάν είναι αναγκαίο, όχι μόνο την συνήθη επαγγελματική πρακτική αλλά και κάποιους κανόνες ή ιατρικά standards διότι ο ιατρός οφείλει να επιλέγει εκείνη την μέθοδο θεραπείας που κατά την κρίση του υπερτερεί έναντι άλλων θεραπειών για τον ασθενή. Επίσης, επιμελής είναι ο ιατρός που δεν παραβιάζει αδικαιολόγητα αναγνωρισμένους και αναμφισβήτητους θεμελιώδεις κανόνες της ιατρικής επιστήμης, οφείλει όμως να παραλείπει μεθόδους για τις οποίες δεν υπάρχουν τεκμηριωμένα επιστημονικά εχέγγυα.[1]

Για την κρίση του ιατρικού σφάλματος ή μη, θα πρέπει να λαμβάνονται υπ' όψιν Οι αντικειμενικές συνθήκες της παροχής των υπηρεσιών, το είδος της ιατρικής πράξης, η ευπάθεια του ασθενή καθώς επίσης και τα αυξημένα προσόντα του ιατρού ή οι αυξημένες δυνατότητες του νοσηλευτικού ιδρύματος. Επίσης ο ασθενής είναι αυτόνομος να αποφασίζει μετά από πλήρη ενημέρωσή του για το εάν θα συναινέσει στην διενέργεια μια ιατρικής πράξης, δικαίωμα το οποίο έχει θεσπιστεί στον ΚΙΔ και στην Οικουμενική Διακήρυξη για την Βιοηθική και τα ανθρώπινα δικαιώματα (Γενική Συνέλευση UNESCO 2005).[1].

Στις δίκες που σχετίζονται με την ιατρική ευθύνη, σημαντικό ρόλο διαδραματίζουν, ενδεικτικά, τα διαγνωστικά σφάλματα, η αμέλεια εποπτείας των ειδικευόμενων ιατρών και η εσφαλμένη επιλογή θεραπείας, η παράλειψη της επιβεβλημένης ενημέρωσης του ασθενούς και η συναίνεσή του για την διενέργεια μιας θεραπευτικής ή διαγνωστικής πράξης, η απουσία συνεχούς παρακολούθησης της θεραπείας, η κακή επικοινωνία ιατρού και ασθενούς, ή του ιατρού και οικείων του.

Σε κάθε ιατρική πράξη στην οποία υπάρχει υπόνοια ιατρικού σφάλματος πρέπει να εξετάζεται εάν υπήρξε ζημία (σωματική βλάβη, θάνατος), εάν υπήρξε πράγματι ιατρικό λάθος (διαγνωστικό ή τεχνικό σφάλμα), το οποίο επιπλέον θα μπορούσε να αποδοθεί σε αμέλεια του ιατρού και εάν υπάρχει αιτιώδης συνάφεια μεταξύ του ιατρικού λάθους και του ζημιογόνου αποτελέσματος.[1] Αιτιώδης συνάφεια υφίσταται «... όταν η ζημία οφείλεται στην διαπιστωθείσα λανθασμένη θεραπευτική αγωγή και όταν κατά την ιατρική δεοντολογία η ορθή θεραπεία θα είχε αποτρέψει την επέλευση της ζημίας». [4] Ο ζημιωθείς, πλέον των άλλων αντιμετωπίζει προβλήματα στην απόδειξη του ιατρικού σφάλματος και της αιτιώδους συνάφειας μεταξύ αυτού και της επελθούσας ζημιάς. Το γεγονός της συναδερφικής αλληλεγγύης μεταξύ των ιατρών, των επιπλοκών, κατά την διενέργεια μιας θεραπευτικής πράξης αλλά και των αντιτιθέμενων επιστημονικών απόψεων, δύνανται να αποδυναμώσουν την απόδειξη της αιτιώδους συνάφειας μεταξύ της συμπεριφοράς του ιατρού και του επελθόντος βλαπτικού αποτελέσματος.



Για την νομική διερεύνησή του ιατρικού σφάλματος, χρησιμοποιούνται μάρτυρες με ειδικές γνώσεις, εργαστηριακές εξετάσεις για την πάθηση και την πορεία του ασθενή τα οποία δύσκολα εκτιμώνται στην πράξη. Επίσης ένορκες διοικητικές εξετάσεις (ΕΔΕ) όταν οι ιατροί κρίνονται από ιατρούς στο πλαίσιο της πειθαρχικής δίωξης, ιατρικά συγγράμματα, αποτελέσματα νεκροψιών και η πραγματογνωμοσύνη των ειδικών πραγματογνωμόνων. [1]

Βεβαίως, ο ιατρός δεν υπέχει ευθύνη για βλάβη ασθενούς, όταν ενήργησε με ευσυνειδησία, έκανε την διάγνωσή του με επιμέλεια και προσοχή και προέβη σε θεραπεία κατά τους κανόνες της ιατρικής επιστήμης. Σφάλματα που έγιναν κατά την διάγνωση και κατά την θεραπεία του ασθενούς δεν καθιστούν υπεύθυνο τον ιατρό, όταν τα σφάλματα αυτά δεν οφείλονται σε αμέλεια ή σε έλλειψη ειδικών γνώσεων. [1]

## **6.2 Υπαίτιο και αναίτιο ιατρικό σφάλμα**

**Υπαίτιο ιατρικό σφάλμα** υφίσταται όταν ο ιατρός κατά την διαδικασία συγκέντρωσης και αξιολόγησης των στοιχείων που απαιτούνται για την διάγνωση, επιδεικνύει αμέλεια ή όταν μια λανθασμένη ιατρική διάγνωση συνδέεται αιτιακά με την βλάβη στην υγεία του ασθενούς, στην σωματική του ακεραιότητα, στην ζωή του. Ενδεικτικά, ο ασθενής αποκρύπτει από τον ιατρό του σοβαρό πρόβλημα υγείας κατά την λήψη του ιατρικού ιστορικού αλλά και ο ιατρός στα πλαίσια προεγχειρητικού ελέγχου δεν τον υποβάλλει στις κατάλληλες εξετάσεις, ώστε να «ηδύνατο» να το διαγνώσει.

**Αναίτιο ιατρικό σφάλμα** υφίσταται όταν η ακριβής διάγνωση τέθηκε, χωρίς να διαπιστωθεί αμέλεια κατά την διαδικασία συγκέντρωσης και αξιολόγησης των στοιχείων αλλά οι πληροφορίες και τα ευρήματα κατά την αξιολόγηση υπέδειξαν στον ιατρό μια άλλη πάθηση.

## **6.3 Παράγοντες που συμβάλουν στην πρόκληση ιατρικού σφάλματος**

Στην πρόκληση ιατρικού σφάλματος συμβάλλουν:

- 1) τα περίπλοκα συστήματα υγείας με ανεπαρκή εκπαίδευση ιατρών, υπερωριακή εργασία ιατρών, επαγγελματική εξουθένωση ιατρών, η αμυντική ιατρική,**
- 2) η απροθυμία ή την αδυναμία των ιατρών να παράσχουν σωστά στον ασθενή την επιβεβλημένη από τον ΚΙΔ, ενημέρωση,**
- 3) η απουσία εποπτείας των ειδικευόμενων ιατρών, από ειδικούς ιατρούς,**
- 4) η πίεση του χρόνου,**

- 5) η κακή συνεννόηση για τη χορήγηση φαρμάκων, λόγω δυσανάγνωστου γραφικού χαρακτήρα και ακατάλληλων συντομογραφιών, σύγχυση με φάρμακα παρόμοιας ονοματολογίας,
- 6) η απουσία διασφάλισης συστήματος ποιότητας, η παρέκκλιση από τα σύγχρονα standards της ιατρικής επιστήμης,
- 7) η απουσία ανίχνευσης καταγραφής και ανάλυσης των ιατρικών σφαλμάτων,
- 8) οι ελλείψεις οικονομικών πόρων και οι οργανωτικές αδυναμίες των νοσηλευτικών ιδρυμάτων,
- 9) η αμυντική ιατρική και οι διαφωνίες και οι προστριβές μεταξύ του προσωπικού, ήτοι κυρίως τα προβλήματα επικοινωνίας μεταξύ των ιατρών.

### **Κατηγορίες ιατρικών σφαλμάτων**

1. **Σφάλμα κατά την διάρκεια της διάγνωσης** είναι η παράλειψη διαγνωστικής μεθόδου από τον ιατρό είτε λόγω άγνοιας είτε λόγω μη ορθής στάθμισης της αναγκαιότητας. Αναφέρονται ενδεικτικά: η λανθασμένη διάγνωση λόγω πλημμελούς λήψης ιστορικού, ή μη διενέργειας κλινικής εξέτασης ή λόγω πλημμελούς εξέτασης του ασθενούς ή παράλειψης παραγγελίας αναγκαίων εργαστηριακών εξετάσεων, είτε από λόγους άγνοιας, είτε διότι κρίθηκαν περιττές, ή λόγω εσφαλμένης ερμηνείας κλινικών ή εργαστηριακών ευρημάτων, ή λόγω υπερβολικής σημασίας σε κάποια παθολογικά στοιχεία, όχι όμως παθογνωμονικά ευρήματα, ώστε η διάγνωση να αποπροσανατολιστεί. [1,5,25]. Σφάλμα ή καθυστέρηση στην διάγνωση, μη διενέργεια ενδεικνύμενων εξετάσεων, ακατάλληλη, μη ενδεικνύμενη θεραπεία.

2. **Σφάλμα κατά την διάρκεια της θεραπείας** είναι η εσφαλμένη επιλογή ή εφαρμογή θεραπευτικής μεθόδου, κατά τους κανόνες της ιατρικής επιστήμης, για την νόσο ή η παράλειψη του ιατρού να ενεργήσει έγκαιρα για την παρεμπόδιση της σωματικής βλάβης του ασθενούς ή του θανάτου του. Ενδεικτικά αναφέρονται: σφάλμα στην εκτέλεση χειρουργικής ή άλλης παρέμβασης, σφάλμα κατά την αναισθησία ή την ανάνηψη, εσφαλμένη επιλογή της εφαρμοσθείσας θεραπευτικής (χειρουργικής) μεθόδου κατά τους διεθνώς ισχύοντες κανόνες της ιατρικής επιστήμης, σφάλμα στην παροχή θεραπευτικής αγωγής, σφάλμα στην δοσολογία ή στην μέθοδο του φαρμάκου, μη αποδεκτή καθυστέρηση στην θεραπεία, ακατάλληλη, μη ενδεικνύμενη θεραπεία, απουσία συνεχούς παρακολούθησης της θεραπείας. Επίσης, ως υποκατηγορία των ιατρικών σφαλμάτων κατά την διάρκεια της θεραπείας, θα μπορούσε να τεθεί και η **παράλειψη θεραπευτικής ενημέρωσης ή ενημέρωσης ασφαλείας**, δηλ. όταν ο ασθενής δεν ενημερώνεται για τις στατιστικές πιθανότητες μιας αποτυχίας μιας ιατρικής πράξης ή διάγνωσης, ή όταν δεν πληροφορείται για τον κίνδυνο εμφάνισης, ασθένειας ή χειροτέρευσης της υγείας του. Στην περίπτωση αυτή ο ιατρός διαπράττει σφάλμα στην

ανάληψη της επέμβασης και υφίσταται αμέλεια ανάληψης του εγχειρήματος από τον ιατρό. Η ενημέρωση του ασθενούς ή των οικείων του, σε περίπτωση που ο ίδιος αδυνατεί να ενημερωθεί, είναι επιβεβλημένη από τον ΚΙΑ, συνιστά εκδήλωση της γενικής υποχρέωσης επιμέλειας του ιατρού και αποσκοπεί στην αποφυγή διακινδύνευσης της ζωής ή της υγείας του ασθενή. Έχει κριθεί νομολογιακά ότι εμπίπτουν στην κατηγορία αυτή η μη καθοδήγηση ασθενή για τη συμμετοχή και συνεργασία του σε ορισμένη ιατρική πράξη, η μη παροχή οδηγιών για τη λήψη φαρμάκων, η μη πληροφόρηση για τον κίνδυνο εμφάνισης ασθένειας, επιπλοκής ή χειροτέρευσης της υγείας του ασθενή (πχ ανάγκη περαιτέρω εξετάσεων, εισαγωγής σε Νοσοκομείο κ.α.), η μη παροχή οδηγιών και συστάσεων για τον τρόπο ζωής του ασθενή (πχ διατροφή, κάπνισμα, άσκηση), η μη ενημέρωση για τις στατιστικές πιθανότητες αποτυχίας μίας ιατρικής πράξης ή διάγνωσης, η μη γνωστοποίηση ιατρικού σφάλματος που έχει διαπράξει ο ίδιος ή άλλος ιατρός, η μη προσπάθεια ιατρού να μεταπείσει ασθενή που αρνείται μία αναγκαία ιατρική πράξη ή θεραπεία. Ως επιπλέον υποκατηγορία θα μπορούσαν να τεθούν **τα ιατρικά σφάλματα κατά την διάρκεια των ενεργειών πρόληψης** όπως η μη παροχή προληπτικής θεραπείας, η απουσία συνεχούς παρακολούθησης της θεραπείας.

**3. Σφάλμα ανάληψης ευθύνης:** η διενέργεια από τον ιατρό ιατρικής πράξης, χωρίς να διαθέτει τις ατομικές ικανότητες και τις αντικειμενικές προϋποθέσεις για την τήρηση του οφειλόμενου αντικειμενικού προτύπου επιμέλειας. Αναφέρονται ενδεικτικά: ειδικευόμενος ιατρός αναλαμβάνει την θεραπεία ασθενούς χωρίς να έχει επαρκείς γνώσεις και δεν αναζητά την σύμπραξη ειδικού.

**4. Σφάλμα εποπτείας,** όταν ο ειδικός ιατρός δεν εποπτεύει τον ειδικευόμενο ιατρό.

**5. Σφάλμα οργάνωσης** είναι το σφάλμα που σχετίζεται με την οργάνωση της παρεχόμενης ιατρικής υπηρεσίας. Αυτή η κατηγορία σφαλμάτων αφορά σε Νοσοκομεία, Κλινικές και εντάσσεται στην κατηγορία της «κοινής αμέλειας» μη σχετιζόμενη με την παράβαση των κανόνων της ιατρικής επιστήμης.[1,5,25] Ιδιωτική Κλινική επιτρέπει να διενεργούνται επεμβάσεις βαριατρικής στους χώρους της ενώ δεν προβλέπεται η λειτουργία του τμήματος.

**6. Άλλες αιτίες:** Κακή επικοινωνία ιατρού και ασθενούς, ιατρού και οικείων του ασθενούς, ανορθόδοξη χρήση τεχνολογικού εξοπλισμού

## **7.ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ**

### **7.1 Σκοπός**

Η ποινική διαδικασία στις υποθέσεις της ιατρικής αμέλειας αντιμετωπίζει πολλαπλές δυσχέρειες. Η Δικαιοσύνη συναντά δυσκολίες στο έργο της τόσο στο επίπεδο ανάδειξης των πραγματικών περιστατικών που θα αποτελέσει την ελάχιστο σκέψη του δικανικού συλλογισμού όσο και στο επίπεδο της υπαγωγής στο νομικό μέρος (μείζονα σκέψη). Με την υπαγωγή αυτή, άγεται το Δικαστήριο στην κατάφαση ή όχι της αξιόποινης πράξης της ιατρικής αμέλειας.

Για τον λόγο αυτό θεωρήθηκε απαραίτητη η διατύπωση σκέψεων και προβληματισμών με επίκληση ανωνύμων υποθέσεων και στατιστικών στοιχείων σε υποθέσεις ποινικής ιατρικής αμέλειας. Η παρούσα μελέτη αποσκοπεί στη διερεύνηση των ιατρικών σφαλμάτων, όπως αυτές αποτυπώνονται σε ποινικές δικαστικές αποφάσεις.

Με την εργασία αυτή επιδιώκεται να εντοπιστούν τα είδη των σφαλμάτων που μπορούν να αποβούν μοιραία για τον ασθενή αλλά και να διακυβεύσουν το επιστημονικό κύρος των ιατρών.

Τα επιμέρους ερωτήματα που τίθενται προς διερεύνηση είναι:

- α. Ποιά είναι τα είδη των σφαλμάτων και ποιά απαντώνται συχνότερα στις υπό έρευνα αποφάσεις;
- β. Θα μπορούσαν τα ιατρικά αυτά σφάλματα να είχαν αποφευχθεί και υπό ποιές προϋποθέσεις, ώστε να μην υφίστατο η ιατρική αμέλεια;

### **7.2 Δείγμα μελέτης**

Επρόκειτο συνολικά για πέντε (5) δικαστικές αποφάσεις του Α.Π., οι οποίες πληρούσαν τα εξής κριτήρια:

1. Οι αποφάσεις να αφορούν σε προβλήματα του αναπνευστικού συστήματος,
2. Οι αποφάσεις να αφορούν σε σωματικές βλάβες ή θάνατο του ασθενούς,
3. Οι αποφάσεις να έχουν καταστεί αμετάκλητες, ώστε να διερευνηθεί η αλληλουχία εκδίκασής τους.

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε στη βάση δεδομένων «ΝΟΜΟΣ» για το χρονικό διάστημα 2007-2014, για το οποίο υπήρχαν διαθέσιμα στοιχεία.

### **7.3 Μέθοδος και διαδικασία**

Πρόκειται για ποιοτική έρευνα. Εφαρμόστηκε ανάλυση περιεχομένου (Banister et al., 1994). Όλες οι αποφάσεις εκτυπώθηκαν με σκοπό να αξιολογηθούν λεπτομερώς και να

ελεγχθεί η αλληλουχία των γεγονότων και να γίνει η συγκριτική μελέτη τους. Προκειμένου να επιτευχθεί μια διεξοδική κατανόηση του υλικού, η ερευνήτρια, διάβασε προσεκτικά τις αποφάσεις και κατέταξε τις περιπτώσεις των ιατρικών σφαλμάτων σε κατηγορίες ανάλογα με το είδος τους. Τα σφάλματα διακρίθηκαν σε σφάλματα διαγνωστικά, ανάληψης, θεραπείας, οργάνωσης και αποδιδόμενα σε άλλες αιτίες (π.χ. κακή επικοινωνία ιατρού και ασθενούς).

#### **7.4 Ζητήματα ηθικής και δεοντολογίας**

Η παρούσα έρευνα μερίμνησε για την τήρηση της ανωνυμίας των φυσικών προσώπων και εμπλεκόμενων κλινικών. Η Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας του Μεταπτυχιακού Προγράμματος ενέκρινε το πρωτόκολλο και την πραγματοποίηση της έρευνας.

## 8. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Οι υπό έρευνα ποινικές υποθέσεις εκδικάστηκαν σε Α΄ βαθμό στο Τριμελές Πλημμελειοδικείο, σε Β΄ βαθμό στο Τριμελές Εφετείο και στην συνέχεια στον Άρειο Πάγο. Θεωρήθηκε αποδειχθέν ότι έλαβαν χώρα πράξεις ή παραλείψεις ιατρών στα αντίστοιχα πεδία ευθύνης τους. Ειδικότερα, ιατροί (ειδικοί και ειδικευόμενοι) κατηγορήθηκαν για σωματική βλάβη από αμέλεια (28 ΠΚ & 314 ΠΚ), για ανθρωποκτονία από αμέλεια (28 ΠΚ & 302 ΠΚ) και σε μια υπόθεση ιατρός κατηγορήθηκε, πλέον των άλλων και για το αδίκημα της παθητικής δωροδοκίας (235 ΠΚ). Σε μια από τις υπό εξέταση υποθέσεις, ιατροί, κατηγορήθηκαν σε Α΄ βαθμό (Τρ.Πλημ.) για το αδίκημα της σωματικής βλάβης από αμέλεια (28 ΠΚ & 314 ΠΚ) και αθώωθηκαν. Ο Αντεισαγγελέας Πρωτοδικών άσκησε έφεση και η υπόθεση εκδικάστηκε σε Β΄ βαθμό από το Τριμελές Εφετείο, όπου υπήρξε μεταβολή του κατηγορητηρίου από το αδίκημα της σωματικής βλάβης από αμέλεια στο αδίκημα της ανθρωποκτονίας από αμέλεια (28 ΠΚ & 302 ΠΚ) και οι ιατροί καταδικάστηκαν σε ποινή φυλάκισης δεκαοκτώ (18) μηνών ο καθένας με 3ετή αναστολή. Επίσης παρατηρείται, ότι σε μια υπόθεση, εκδόθηκε από το Α΄/Θμιο Δικαστήριο (Τρ.Πλημ.) αθωωτική απόφαση για τον κατηγορούμενο ιατρό, ασκήθηκε έφεση από τον Αντεισαγγελέα Πρωτοδικών και στην συνέχεια εκδόθηκε από το Β΄/Θμιο Δικαστήριο (Τρ.Εφ.) αθωωτική απόφαση. Ο Εισαγγελέας του Α.Π. άσκησε αίτηση αναίρεσης κατά της αθωωτικής απόφασης, η οποία έγινε δεκτή, αναίρεσε την απόφαση του Β΄/Θμιο Δικαστηρίου (Τρ. Εφ.) και παρέπεμψε την υπόθεση για νέα εκδίκαση στο ίδιο ως άνω Δικαστήριο. Το Τριμελές Εφετείο, με απόφασή του, έπαυσε οριστικά την ποινική δίωξη που ασκήθηκε σε βάρος του ιατρού, λόγω παραγραφής του αδικήματος, δυνάμει των άρθρων 51 ΠΚ, 111 παρ. 3 και 5ΠΚ & 112 ΠΚ, καθόσον από την ημέρα επέλευσης του συμβάντος (θάνατος ασθενούς στις 19.11.2006) έως την ημεροχρονολογία εκδίκασης της υπόθεσης (19.11.2014), είχε παρέλθει, κατά μια ημέρα, ο χρόνος των οκτώ (8) ετών, εντός του οποίου θα πρέπει να ολοκληρωθεί, εκ του Νόμου, η διαδικασία εκδίκασης της υπόθεσης. Γενικά, οι ποινές κυμαίνονται από δώδεκα (12) έως δεκαοκτώ (18) μήνες με 3ετή αναστολή.

Πίνακας 1. Η αλληλουχία εκδίκασης των ποινικών υποθέσεων

ΤΟΠΟΣ ΧΡΟΝΟΣ ΣΥΜΒΑΝΤΟΣ	ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ	ΠΡΩΤ/ΘΜΙΟ ΔΙΚΑΣΤΗΡΙΟ			ΔΕΥΤ/ΘΜΙΟ ΔΙΚΑΣΤΗΡΙΟ			ΑΠΟΦΑΣΗ ΑΠ	ΠΑΡΑΠΟΜΠΗ ΚΑΙ ΕΠΑΝΑΛΗΨΗ	ΤΕΛΙΚΗ ΑΙΤΙΟΛΟΓΗΣΗ
		ΣΥΝΘΕΣΗ ΔΙΚΑΣΤΗΡΙΟΥ	ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ	ΑΠΟΦΑΣΗ	ΣΥΝΘΕΣΗ ΔΙΚΑΣΤΗΡΙ- ΟΥ	ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ	ΑΠΟΦΑΣΗ			
ΛΑΡΙΣΑ 16.10.2003	ΠΝΕΥΜΟΝΙΑ ΑΠΟ ΕΙΣΡΟΦΗΣΗ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑΣ ΓΙΑ ΔΕΙΝΕΡΓΕΙΑ ΤΟΚΕΤΟΥ (Καισαρική τομή) 6 χρόνια μετά (2009) η ασθενής κατέληξε από λοίμωξη του αναπνευστικού μετά από άγρυπνο κώμα.	ΤΡΙΜΕΛΕΣ ΠΛΗΜΜΕΛΕΙΟΔΙ- ΚΕΙΟ ( Χρόνος εκδίκασης 2010)	ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΒΛΑΒΗ ΕΞ ΑΠΟ- ΜΕΛΕΙΑ ΑΠΟ ΥΠΟΧΡΕΟ (αριθμ. κατηγ: 2, ένας αναισθησιολόγο- ς και ένας μαιευτήρας – χειρουργός)	ΑΘΩΩ- ΤΙΚΗ (άσκηση εφέσεως από τον Αντεισαγγ- ελέα Πρωτοδικ- ών Λάρισας)	ΤΡΙΜΕΛΕΣ ΕΦΕΤΕΙΟ ΛΑΡΙΣΑΣ (Χρόνος εκδίκασης 2011)	ΑΝΘΡΩΠΟ- ΚΤΟΝΙΑ ΑΠΟ ΑΜΕΛΕΙΑ (αριθμ. κατηγ: 2, ένας αναισθησι- ολόγος και ένας μαιευτήρ- ας – χειρουργό- ς)	ΚΑΤΑΔΙΚΑ- ΣΤΙΚΗ: (ποινή φυλάκιση ς 18 μηνών σε κάθε ένα κατηγορο- ύμενο, με Ζετή αναστολή)	Απέρριψε τις αιτήσεις αναρέσεων (Χρόνος εκδίκασης 2012)		

ΑΘΗΝΑ 12.01.2002 & 13.01.2002	ΠΟΛΥΟΡΓΑΝΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ, ΣΗΠΤΙΚΟ ΣΟΚ, ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΙΣΧΑΙΜΙΑ	ΤΡΙΜΕΛΕΣ ΠΛΗΜΜΕΛΕΙΟΔΙΚΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ (Χρόνος εκδίκασης 2006)	ΑΝΘΡΩΠΟΚΤΟΝΙΑ ΑΠΟ ΑΜΕΛΕΙΑ (αριθμ. κατηγ.: 2, ειδικευόμενος ιατρός – παιδίατρος & ειδικευμένη ιατρός - παιδίατρος)	ΚΑΤΑΔΙΚΑΣΤΙΚΗ: (ποινή φυλάκισης 18 μηνών σε κάθε ένα κατηγορούμενο με Ζετή αναστολή	ΤΡΙΜΕΛΕΣ ΕΦΕΤΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ (Χρόνος εκδίκασης 2007)	ΑΝΘΡΩΠΟΚΤΟΝΙΑ ΑΠΟ ΑΜΕΛΕΙΑ (αριθμ. κατηγ.: 2, ειδικευόμενος ιατρός – παιδίατρος & ειδικευμένη ιατρός – παιδίατρος)	ΚΑΤΑΔΙΚΑΣΤΙΚΗ: (ποινή φυλάκισης στον α' κατηγορούμενο 12 μήνες με Ζετή αναστολή και παύση οριστικά της ποινικής δίωξης για την β' κατηγορούμενη, λόγω θανάτου)	Απέρριψε την ασκηθείσα από τον α' κατηγορούμενο αναίρεση κατά της καταδικαστικής απόφασης του Τριμελούς Εφετείου Αθηνών (Χρόνος εκδίκασης 2009)		
ΑΘΗΝΑ 12.10.2000	ΜΑΖΙΚΗ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΕΜΒΟΛΗ	ΤΡΙΜΕΛΕΣ ΠΛΗΜΜΕΛΕΙΟΔΙΚΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ (Χρόνος εκδίκασης: 2005)	ΑΝΘΡΩΠΟΚΤΟΝΙΑ ΑΠΟ ΑΜΕΛΕΙΑ (αριθμ. κατηγ.: 2, ειδικός ιατρός – νευροχειρουργός & ειδικευόμενος ιατρός – βοηθός νευροχειρουργός)	ΚΑΤΑΔΙΚΑΣΤΙΚΗ: (ποινή φυλάκισης 15 μηνών σε κάθε ένα κατηγορούμενο με Ζετή αναστολή	ΤΡΙΜΕΛΕΣ ΕΦΕΤΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ (Χρόνος εκδίκασης 2006)	ΑΝΘΡΩΠΟΚΤΟΝΙΑ ΑΠΟ ΑΜΕΛΕΙΑ (αριθμ. κατηγ.: 2, ειδικός ιατρός – νευροχειρουργός & ειδικευόμενος ιατρός – βοηθός νευροχειρουργός)	ΚΑΤΑΔΙΚΑΣΤΙΚΗ: (ποινή φυλάκισης σε 15 μηνών με Ζετή αναστολή για κάθε ένα κατηγορούμενο)	Αναιρεί εν μέρει την απόφαση του Τριμελούς Εφετείου Αθηνών και μόνο όσον αφορά την καταψηφιστική διάταξή της, περί επιδικάσεως υπέρ των Ν και Μ χρηματικής ικανοποίησεως, λόγω ψυχικής οδύνης, ποσού σαράντα πέντε ευρώ, κατ`		



								ίσα μέρη στον καθένα. Απαλείφει την παραπάνω καταψηφιστική διάταξη από την ως άνω αναρσειβαλλόμενη απόφαση & απορρίπτει κατά τα λοιπά τις αιτήσεις αναρρέσεων κατά της αποφάσεως του Τριμελούς Εφετείου Αθηνών (Χρόνος εκδίκασης 2007)		
ΑΘΗΝΑ 19.11.2006	ΜΑΖΙΚΗ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΕΜΒΟΛΗ (κεντρικού και περιφερικού τύπου) επί εδάφους τραυματικής αιτιολογίας χρόνιας φλεβικής ανεπάρκειας-ατόνων ελκών της δεξιάς κνήμης, εν μέσω καρδιαγγειακής καταπληξίας (shock) και ηλεκτρομηχανικού διαχωρισμού της καρδιακής λειτουργίας.	ΤΡΙΜΕΛΕΣ ΠΛΗΜΜΕΛΕΙΟΔΙΚΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ (Χρόνος εκδίκασης 2013)	ΑΝΘΡΩΠΟΚΤΟΝΙΑ ΑΠΟ ΑΜΕΛΕΙΑ (αριθμ. κατηγ.: 1, ειδικός ιατρός – αγγειοχειρουργός)	ΑΘΩΩΤΙΚΗ (η εισαγγελική ή πρόταση καταδικαστική - άσκηση εφέσεως από τον Εισαγγελέα Πρωτοδικών Αθηνών κατά της αθωωτικής αποφάσεως	ΤΡΙΜΕΛΕΣ ΕΦΕΤΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ (Χρόνος εκδίκασης 2014)	ΑΝΘΡΩΠΟΚΤΟΝΙΑ ΑΠΟ ΑΜΕΛΕΙΑ (αριθμ. κατηγ.: 1, ειδικός ιατρός – αγγειοχειρουργός)	ΑΘΩΩΤΙΚΗ (η εισαγγελική πρόταση καταδικαστική - άσκηση εφέσεως από τον Εισαγγελέα του Αρείου Πάγου κατά της αθωωτικής	Αναρεί την απόφαση του Τριμελούς Εφετείου Αθηνών. Παραπέμπει την υπόθεση για νέα εκδίκαση στο ίδιο δικαστήριο (ΤΡΙΜΕΛΕΣ ΕΦΕΤΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ) ( Χρόνος εκδίκασης 17.11.2014)	ΤΡΙΜΕΛΕΣ ΕΦΕΤΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ Παύει οριστικά την ποινική δίωξη του που ασκήθηκε εναντίον του κατηγορουμένου λόγω παραγραφής του αδικήματος, δυνάμει των άρθρων 51 ΠΚ,	

				ς του Τριμελούς Πλη/κείου Αθηνών)			ς αποφάσε ως του Τριμελούς Εφετείου Αθηνών)		111 παρ. 3 και 5ΠΚ & 112 ΠΚ. (Χρ.εκδ: 19.11.2014)	
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ 19. 01.2005 έως 01.02.2005	Σύνδρομο ενδαγγειακής πήξης, σηψαιμία, ισχαμία μυοκαρδίου επί εδάφους λοβώδους πνευμονίας οφειλόμενης στον μύκητα Candida albicans και σηψαιμία.	ΤΡΙΜΕΛΕΣ ΠΛΗΜΜΕΛΕΙΟΔΙ ΚΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ (Χρόνος εκδίκασης 2011)	ΑΝΘΡΩΠΟ ΚΤΟΝΙΑ ΑΠΟ ΑΜΕΛΕΙΑ & ΠΑΘΗΤΙΚΗ ΔΩΡΟΔΙΚΙΑ (αριθμ. κατηγ.: 1 , ειδικός ιατρός – εξειδικευμένος χειρουργός, Καθηγητής Πανεπιστημίου)	ΚΑΤΑΔΙΚΑΣ ΤΙΚΗ: (ποινή φυλάκισης 18 μηνών με ζετή αναστολή )	ΤΡΙΜΕΛΕΣ ΕΦΕΤΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟ ΝΙΚΗΣ (ΧΡΟΝΟΣ ΕΚΔΙΚΑΣΗ Σ 2012)	ΑΝΘΡΩΠΟ ΚΤΟΝΙΑ ΑΠΟ ΑΜΕΛΕΙΑ (αριθμ. κατηγ.:1 ειδικός ιατρός – εξειδικευμ ένος χειρουργό ς, Καθηγητή ς Πανεπιστ ημίου)	Καταδικα στική (ποινή φυλάκιση ς 18 μηνών με Ζετή αναστολή)	Απορρίπτει την ανάιρεση κατά της απόφασης του Τριμελούς Εφετείου Θεσσαλονίκης.		

Στην συνέχεια παρατίθενται οι αποφάσεις του Αρείου Πάγου οργανωμένες σε τρεις ενότητες:

α) συνοπτική περιγραφή του ιατρικού περιστατικού,

β) τα ζητήματα της ιατρικής ευθύνης ( ιατρικά σφάλματα) σε κάθε υπόθεση και

γ) χρονική αλληλουχία των γεγονότων που οδήγησαν σε βλάβη της υγείας ή στον θάνατο του ασθενούς.

Παράλληλα επισημαίνονται και τα κύρια σημεία της κάθε απόφασης του Αρείου Πάγου.

## ΑΠ 1311/2012

### Σύντομη περιγραφή των γεγονότων

Η «Α. Χ.- Κ.», γεννηθείσα στις 09.11.1963, διένυε την 36η εβδομάδα της κύησης, όταν, κατόπιν υπόδειξης του μαιευτήρα – χειρουργού - γυναικολόγου της Σ. Ν., εισήχθη στις 16.10.2003 περί ώρα 06:30 περίπου στην ιδιωτική μαιευτική κλινική της Λάρισας «...», προκειμένου να υποβληθεί σε τοκετό με καισαρική τομή. Κατά την προετοιμασία του χειρουργείου, ο ιατρός-αναισθησιολόγος «Σ. Μ.», ο οποίος σε συνεργασία με τον «Σ.Ν», είχε αναλάβει την αναισθησιολογική επιμέλεια της επέμβασης, υπέδειξε στην «Α.Χ.» τη μέθοδο της γενικής αναισθησίας ως κατάλληλη για την περαίωση της καισαρικής τομής. Κατά την προετοιμασία του χειρουργείου, ο ιατρός-αναισθησιολόγος, ο οποίος σε συνεργασία με τον «Σ.Ν» είχε αναλάβει την αναισθησιολογική επιμέλεια της επέμβασης, υπέδειξε στην «Α.Χ.» τη μέθοδο της γενικής αναισθησίας ως κατάλληλη για την περαίωση της καισαρικής τομής. Εν συνεχεία, περί ώρα 07:45 περίπου, η επίτοκος εισήχθη στο χειρουργείο αφού προηγουμένως είχε υποβληθεί σε γενική αναισθησία, παρόντες δε πλην των κατηγορουμένων ήταν ως βοηθός χειρουργός ο μαιευτήρας-γυναικολόγος «Α.Κ.» και η μαία «Κ.Λ.». Κατά την ανωτέρω χρονική στιγμή, ο Σ. Μ. επιχείρησε να διασωληνώσει την επίτοκο, πλην όμως είτε για λόγους υποκειμενικής αδυναμίας είτε για λόγους αντικειμενικής αδυναμίας, τους οποίους δεν είχε διαγνώσει προηγουμένως κατά την εκτίμηση του αεραγωγού της δεν το κατόρθωσε, παρά τις προσπάθειες (τρεις στον αριθμό) που κατέβαλε. Τελικώς, ο αναισθησιολόγος, δεν προχώρησε σε αφύπνιση της επιτόκου αλλά αντί για την εν λόγω μέθοδο επέλεξε να εξασφαλίσει τον αερισμό της επιτόκου με τη χρήση λαρυγγικής μάσκας. Όσον αφορά στον ίδιο τον τοκετό, αυτός διεκπεραιώθηκε επιτυχώς με τη γέννηση ενός υγιούς θήλεος τέκνου, η δε επέμβαση ολοκληρώθηκε, περί ώρα 08:10 περίπου, οπότε το μεν νεογνό παρεδόθη σε παιδίατρο, η δε λεχωίδα πλέον «Α.Χ.Κ.» παρέμεινε στο χειρουργείο προς ανάνηψη. Η τελευταία συνήλθε από το χειρουργείο, περίπου στις 08:30, σε κακή όμως κατάσταση, δεδομένου ότι εμφάνιζε δύσπνοια, υποξαιμία, δηλαδή χαμηλό κορεσμό του οξυγόνου στο αίμα, και ταχυκαρδία. Για την αντιμετώπιση της υποξαιμίας, χρησιμοποιήθηκε από τους κατηγορουμένους προσωπική μάσκα οξυγόνου (που είναι διαφορετική της λαρυγγικής μάσκας), όμως βλέποντας ότι η κατάσταση της δεν βελτιωνόταν με τη μάσκα αλλά επιδειωνόταν, κάλεσαν περί ώρα 09:00 περίπου τον ιατρό - αναισθησιολόγο «Γ. Π.» που και ο ίδιος διαπίστωσε τα προαναφερθέντα συμπτώματα. Μετά την εξέταση της ασθενούς από τον «Γ.Π.» και ενώ τα συμπτώματα παρέμεναν χωρίς να υπάρχει ουδεμία ένδειξη και προοπτική βελτίωσης, οι κατηγορούμενοι ότι ενδεχομένως τα αίτια της κατάστασης αυτής είναι καρδιολογικής φύσης κάλεσαν περί ώρα 09:30 περίπου τον ιατρό-καρδιολόγο Σ. Κ. για να εξετάσει την ασθενή. Ο τελευταίος, εξέτασε την «Α.Χ.Κ.» και διαπίστωσε ότι εμφάνιζε έντονη δύσπνοια, υγρούς ρόγχους στους πνεύμονες φλεβοκομβική ταχυκαρδία και χορήγησε

δε σε αυτή φάρμακα καρδιοτόνωσης και διούρησης, που όμως δεν είχαν αποτέλεσμα. Τελικώς, οι κατηγορούμενοι, αντιλαμβανόμενοι, ότι απαιτείτο επείγουσα διακομιδή της ασθενούς σε οργανωμένη νοσηλευτική μονάδα δημόσιου νοσοκομείου περί ώρα 11:05 κάλεσαν το ΕΚΑΒ, το οποίο μετέβη στην Κλινική «...» στις 11:12 και την μετέφερε στις 11:28 στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών του Γενικού Νοσοκομείου Λάρισας, όπου υποβλήθηκε άμεσα σε εξετάσεις και επειδή δεν υπήρχαν κλίνες εντατικής θεραπείας μεταφέρθηκε την ίδια ημέρα περί ώρα 15:00 περίπου στο Γενικό Νοσοκομείο Βόλου. Η ασθενής παρέμεινε στη Μ.Ε.Θ. του Γ.Ν. Βόλου από τις 16.10.2003 έως τις 27.10.2003 οπότε και διακομίσθηκε στη Μ.Ε.Θ. του Γ.Ν. Λάρισας. Στις 27.1.2004 η ασθενής μεταφέρεται στο Π.Π.Ν.Α. για τοποθέτηση βαλβίδας αντιμετώπισης υδροκεφάλου και συνέχιση της υποστηρικτικής αγωγής όπου νοσηλεύεται έως τις 09.02.2004 και έκτοτε παρέμεινε σε κατάσταση άγρυπνου κώματος, υποφέροντας από πόνους, δακρύζοντας κατά διαστήματα, φέροντας τραχειοστομία και γαστροστομία, αντιδρώντας στα επώδυνα εξωτερικά ερεθίσματα, μέχρι που τελικά το 2009, απεβίωσε μετά από λοίμωξη του αναπνευστικού, απότοκη της μακροχρόνιας νοσηλείας της στη Μ.Ε.Θ.

#### **Πράξεις των κατηγορουμένων (προεγχειρητικό στάδιο)**

1<sup>ο</sup> σφάλμα : εσφαλμένη εκτίμηση δυσκολιών διασωλήνωσης

2<sup>ο</sup> σφάλμα: χορήγηση αναισθησίας αντί αφύπνισης σε προγραμματισμένη επέμβαση (δεν επιχειρήθηκε περιοχική αναισθησία ή βέλτιστη προσπάθεια διασωλήνωσης) με εφαρμογή λαρυγγικής μάσκας η οποία σε περίπτωση που δεν τοποθετηθεί σωστ, επιτρέπει τη διαφυγή αέρος με συνέπεια μείωση του αερισμού και διάταση του στομάχου. Δεν εξασφαλίζει στεγανό αεραγωγό και υπάρχει πάντοτε ο κίνδυνος εισρόφησης, ιδίως στις περιπτώσεις με πλήρη στόμαχο.

#### **Πράξεις των κατηγορουμένων (μετεγχειρητικό στάδιο)**

3<sup>ο</sup> σφάλμα: στην συγκεκριμένη ιδιωτική κλινική αφενός μεν δεν υπήρχε η δυνατότητα να διακριβωθούν τα αίτια των συμπτωμάτων που εμφάνισε η ασθενής, μέσω πλήρους ακτινολογικού, εργαστηριακού, βιοχημικού και καρδιολογικού ελέγχου

**Παράλειψη:** παρακολούθηση κορεσμού

4<sup>ο</sup> σφάλμα (συγκλίνουσα δράση των ιατρών - οριζόντια κατανομή ευθύνης): οι ιατροί (αναισθησιολόγος και χειρουργός – μαιευτήρας) ενώ δεν μπορούσαν οι ίδιοι να εξασφαλίσουν τον επαρκή αερισμό της με διασωλήνωση, χωρίς να λάβουν υπόψη τους τη σοβαρότητα της κατάστασης της, αφού εμφάνιζε παρατεταμένη και προοδευτικά επιδεινούμενη υποξαιμία, έντονη δύσπνοια, υγρούς ρόγχους στους πνεύμονες, ταχυκαρδία,

προτίμησαν να καλέσουν συναδέλφους τους προς εκτίμηση της κατάστασης, μολονότι ουδεμία δυνατότητα υπήρχε προς αντιμετώπιση των συμπτωμάτων.

### **Σύνοψη γεγονότων - ανάδειξη της ιατρικής ευθύνης**

Προγραμματισμένος τοκετός (καισαρική τομή)

Δυσκολίες διασωλήνωσης και εσφαλμένη μέθοδος αναισθησίας

Εισρόφηση (δύσπνοια-υποξαιμία-παχυκαρσία-πνευμονικό οίδημα)

Καθυστέρηση διακομιδής

Υποξαιμία παρατεταμένη

Εγκεφαλοπάθεια

Εισαγωγή σε ΜΕΘ

Άγρυπνο κώμα

Θάνατος μετά από 6 χρόνια (2003-2009)

## ΑΠ 830/2009

### Σύντομη περιγραφή των γεγονότων

Στις 12.01.2002, ο «...», ηλικίας 28 μηνών ασθενής, εισήχθη, λόγω της σοβαρότητας της κατάστασης της υγείας του τις πρωινές ώρες της 12ης Ιανουαρίου 2002 στην Πανεπιστημιακή Παιδιατρική Κλινική του Περιφερειακού Γενικού Νοσοκομείου «...» μετά από σύσταση της παιδιάτρου και επιμελήτριας Α' «...» λόγω της σοβαρότατης κατάστασης της υγείας του και της άσχημης κλινικής εικόνας του. Εμφάνιζε υψηλό πυρετό 39ο C, ο οποίος αναφερόταν από 48ώρου, εκπνευστικό γογγυσμό, αναπνευστική δυσχέρεια, ταχύπνοια, λαρυγγική φωνή χροιάς, αμυγδαλίτιδα με εξέρυθρα παράσιθια με λευκωπό επίχρισμα, αριστερά πλευροδυνία. Από τις ιατρικές εξετάσεις του αίματος παρουσίαζε ελαττωμένα λευκά αιμοσφαίρια (λευκοπενία - ουδετεροπενία). Κατόπιν, εξαιτίας σειράς παραλείψεων, το αποτέλεσμα ήταν να αναπτυχθεί στο ασθενές νήπιο κατά το χρόνο που νοσηλευόταν στην ανωτέρω Παιδιατρική Κλινική βαρεία βακτηριαμία η οποία σε συνδυασμό και με τη λοβώδη πνευμονία, οδήγησε στον θάνατό του που επήλθε την 13η Ιανουαρίου 2002.

### Πράξεις του κατηγορουμένου - ειδικευομένου

1<sup>ο</sup> σφάλμα: να μην παρακολουθεί την εξέλιξη της καταστάσεως της υγείας του νηπίου ασθενούς,

2<sup>ο</sup> σφάλμα: δεν έλεγξε επαρκώς την νοσολογική κατάσταση του ασθενούς νηπίου που συνεχώς και ραγδαία επιδεινωνόταν

3<sup>ο</sup> σφάλμα: δεν αξιολόγησε σύμφωνα με τους κανόνες της ιατρικής επιστήμης τα κλινικά και εργαστηριακά ευρήματα ώστε να εφαρμόσει, είτε ο ίδιος από μόνος του, είτε σε συνεννόηση με τον εφημερεύοντα ειδικευμένο παιδίατρο, κατάλληλη θεραπευτική αγωγή που θα απέτρεπε την χειροτέρευση της κατάστασης της υγείας του νηπίου και το σηψαιμικό του θάνατο

4<sup>ο</sup> Σφάλμα: Μη ορθή αξιολόγηση των ευρημάτων από τη γενική αίματος-πιθανή σηψαιμία

### ΣΥΝΕΠΕΙΑ:

- να μην διαπιστωθεί η υπάρχουσα μικροβιακή λοίμωξη και η πνευμονία του αριστερού κάτω λοβού του πνεύμονα που παρουσίαζε το ως άνω νήπιο το οποίο όπως διαπιστώθηκε **από τη νεκροψία** εμφάνιζε πύκνωση του αριστερού κάτω λοβού του πνεύμονα με κυψελίδες πληρούμενες από εξιδρωματικά στοιχεία, με ινική και ερυθρά αιμοσφαίρια και αποστήματα με άφθονους κόκκους,
- **να μην προβεί**, είτε ο ίδιος από μόνος του, είτε σε συνεννόηση με τον εφημερεύοντα ειδικευμένο παιδίατρο, **στην ιατρικώς ενδεδειγμένη για την περίπτωση αυτή άμεση χορήγηση ενδοφλέβιας αντιβιοτικής αγωγής που επιβαλλόταν για την**

αντιμετώπιση της μικροβιακής λοίμωξης, ούτε στη χορήγηση οξυγόνου στο νήπιο που συνέχιζε να έχει αναπνευστική δυσχέρεια για να προληφθεί και εμποδισθεί η ανάπτυξη σηψαιμίας,

- να αντιμετωπισθεί εσφαλμένα το νήπιο ως πάσχον από ιογενή λοίμωξη του αναπνευστικού και να περιορισθεί η νοσηλεία του από της εισαγωγής του τις πρωινές ώρες της 12ης Ιανουαρίου 2002 μέχρι και τις βράδυνες ώρες της ίδιας ημέρας στη χορήγηση αντιπυρετικού και βρογχοδιασταλτικού. και μόνον αργά το βράδυ της ίδιας ημέρας να χορηγηθεί στο ασθενές νήπιο αντιβιοτικό αμοξυκυκλίνης (Amoxil 250mg), πλην όμως όχι ενδοφλεβίως, όπως επιβαλλόταν για να δράσει αμέσως, αλλά δια του στόματος, να αναπτυχθεί στο ασθενές νήπιο κατά το χρόνο που νοσηλευόταν στην ανωτέρω Παιδιατρική Κλινική βαρεία βακτηριαμία που χαρακτηρίζεται ως σηψαιμία, η οποία σε συνδυασμό και με τη λοβώδη πνευμονία να οδηγήσει σε πολυοργανική ανεπάρκεια - σηπτικό σοκ, με αποτέλεσμα την καρδιακή ισχαιμία του ασθενούς νηπίου, την μη ανατάξιμη καρδιακή κάμψη του και την πρόκληση από τη σηψαιμία ως γενεσιουργού αιτίας του θανάτου του που επήλθε τις μεσημβρινές ώρες της 13ης Ιανουαρίου 2002.

#### **Σύνοψη γεγονότων - ανάδειξη της ιατρικής ευθύνης**

- Διακομιδή με εικόνα σοβαρής λοίμωξης αναπνευστικού
- Σημεία τοξικότητας (πυρετός 39<sup>0</sup> C, εκπνευστικός γογγυσμός, αναπνευστική δυσχέρεια, ταχύπνοια, αμυγδαλίτιδα με εξέρυθρα παράστημα με λευκωπό επίχρισμα, ελαττωμένα λευκά αιμοσφαίρια (λευκοπενία - ουδετεροπενία).
- **Σειρά παραλείψεων:** αμέλεια επικοινωνίας με τον ειδικό, πλημμελής παρακολούθηση του νηπίου
- **Σφάλμα:** μη χορήγηση αντιβίωσης IV
- **Θάνατος**

## ΑΠ 1010/2007

### Σύντομη περιγραφή των γεγονότων

Στις 19 Οκτωβρίου 2000 και ώρα 14.20' ο «...» οδηγώντας μοτοποδήλατο τραυματίστηκε σε τροχαίο ατύχημα και μεταφέρθηκε με ασθενοφόρο στο Νοσοκομείο Ασκληπιείο Βούλας για τις πρώτες βοήθειες. Στη συνέχεια μεταφέρθηκε στο εφημερεύον νοσοκομείο «...» και συγκεκριμένα στο θάλαμο «...» επειγόντων παραστατικών, συνοδευόμενος από την εγκαλούσα μητέρα του. Όταν έφθασε στο νοσοκομείο «...», ο ασθενής διαπιστώθηκε ότι είχε πυρετό (38<sup>0</sup>C), παρουσίαζε ταχυπαλμία, δύσπνοια και πόνο στο στήθος, υπέστη δε και μία κρίση κατά τη διάρκεια της οποίας προσπάθησε να κατέβει από το φορείο, ήταν δηλαδή συγχυτικοδιεγερτικός. Μετά από μακρά αναμονή τον εξέτασε ορθοπαιδικός, ο οποίος αφού έδωσε εντολή για ακτινολογικές εξετάσεις και τον παρέπεμψε για εξετάσεις σε πλαστικό χειρουργό και σε θωρακοχειρουργό. Στις 21.00' της ίδιας ημέρας τον εξέτασε ο δεύτερος κατηγορούμενος Χ, ειδικευόμενος βοηθός νευροχειρουργός της νευροχειρουργικής κλινικής του πιο πάνω νοσοκομείου. Η μητέρα του, γνωστοποίησε τα ανωτέρω συμπτώματα, καθώς και ότι ο υιός της είχε νοσηλευθεί το Μάρτιο του ίδιου έτους για μυοκαρδίτιδα στο Ιπποκράτειο Νοσοκομείο, αυτός όμως απεφάνθη ότι ο τραυματίας είχε υποστεί μόνο εγκεφαλική διάσειση και ότι μπορούσε να πάει στο σπίτι του. Η εγκαλούσα επέμεινε και πάλι να υποβληθεί ο υιός της σε περαιτέρω εξετάσεις και τελικά ο δεύτερος κατηγορούμενος συνήνεσε και παρήγγειλε αξονική τομογραφία του εγκεφάλου και ανέφερε ότι το αποτέλεσμα ήταν αρνητικό, ενώ, όπως προέκυψε εκ των υστέρων, με την αξονική τομογραφία είχε διαγνωσθεί ότι «τίθεται υπόνοια ύπαρξης ήπιας μετατραυματικής υπαραχοειδούς αιμορραγίας» και ότι «επί κλινικών ενδείξεων συνιστάται επανέλεγχος», καθώς και ότι «παρατηρείται εικόνα κατάγματος του δεξιού ιγμορείου άντρου». Ο «...» στην προσπάθειά του να αναχωρήσει από το νοσοκομείο, έπεσε από το κρεβάτι και εισήχθη στη Νευροχειρουργική Κλινική του Νοσοκομείου στις 24.00' περίπου της ίδιας ημέρας. Καθ' όλη τη διάρκεια της νύκτας, εξακολουθούσε να έχει πόνο στο στήθος, ταχυπαλμία, δύσπνοια, βήχα και παραισθήσεις. Στις 20.10.2000 το πρωί, ο ασθενής εξετάστηκε από τον πρώτο κατηγορούμενο «Ζ», νευροχειρουργό, επιμελητή Α' της Νευροχειρουργικής Κλινικής του πιο πάνω Νοσοκομείου. Του αναφέρθηκε η συμπτωματολογία του ασθενούς καθώς και το γεγονός της νοσηλείας του εξαιτίας της μυοκαρδίτιδας και εκείνος συνέστησε για το βήχα το αντιβηχικό-αποχρεμπτικό φάρμακο «...» και καραμέλες «...». Η όλη κατάσταση του ασθενούς όμως συνέχιζε να επιδεινώνεται, παρουσιάζοντας τα ίδια συμπτώματα ενώ ο πρώτος κατηγορούμενος ενέμενε στην θέση του ότι δεν έχει κάποιο πρόβλημα.

Στις 21.10.2010 το πρωί, ο πρώτος κατηγορούμενος εξέτασε και πάλι τον ασθενή και ενημέρωσε την μητέρα του ασθενούς ότι οι εξετάσεις αίματος έδειξαν αυξημένα τα λευκά αιμοσφαίρια. Στις 12.00 μ.μ. της ίδιας ημέρας αφαιρέθηκε ο ορός από τον ασθενή και στις 1.00 π.μ. αυτός παρουσίασε επιδείνωση, στις δε εκκλήσεις της εγκαλούσας – μητέρας του



ασθενή και ο πρώτος κατηγορούμενος εμμονικά της ανέφερε ότι δεν έχει πρόβλημα. Τις απογευματινές ώρες της ίδιας ημέρας (4.00' έως 6.00'), ο ασθενής ήταν πολύ χλωμός και κάποια στιγμή έβγαλε αίμα από το στόμα. Ειδοποιήθηκε νοσοκόμος ο οποίος διέγινε ότι αυτό οφειλόταν στο τραύμα που είχε στο χείλος, ενώ το τραύμα αυτό δεν ήταν πια ανοικτό. Στις 8.00 το βράδυ, καρδιολόγος εξέτασε τον ασθενή ο οποίος αποφάνθηκε ότι δεν έχει καρδιολογικό πρόβλημα. Στη συνέχεια η κατάσταση του ασθενούς συνεχώς επιδειωνόταν, η νοσοκόμα χορήγησε στον ασθενή ηρεμιστικό χάπι, κατ'εντολή του νευροχειρουργού αλλά τα συμπτώματα συνεχώς αυξάνονταν και για αυτό τον λόγο έκαναν στον ασθενή ένεση. Όμως η κατάσταση του ασθενούς συνεχώς επιδειωνόταν και ο δεύτερος κατηγορούμενος του έκανε και άλλη ηρεμιστική ένεση και έφυγε. Στη συνέχεια η κατάσταση του ασθενούς έγινε ακόμα πιο βαριά και αφού υπέστη νέα αιμόπτυση, στις 04.25' της 22ας Οκτωβρίου 2000 απεβίωσε. Ο θάνατός του, όπως διαπιστώθηκε εκ των υστέρων, επήλθε συνεπεία μαζικής πνευμονικής εμβολής.

#### **Πράξεις του νευροχειρουργού**

- στις 20.10.2000 ο ασθενής εξετάστηκε από τον νευροχειρουργό Ζ, επιμελητή Α' της νευροχειρουργικής κλινικής του πιο πάνω νοσοκομείου και ενώ είχε σοβαρά συμπτώματα του συνέστησε αντιβηχικό-αποχρεμπτικό φάρμακο «...» και καραμέλες «...».
- το πρωί στις 21.10.2000 παρουσιάστηκε αύξηση των λευκών αιμοσφαιρίων, έγινε ενημέρωση. Παρότι τα άλλα συμπτώματα παρέμεναν ο κατηγορούμενος ήταν καθησυχαστικός.

#### **Πράξεις του ειδικευόμενου βοηθού νευροχειρουργού**

- Η εγκαλούσα – μητέρα του αποβιώσαντος του γνωστοποίησε τα συμπτώματα καθώς και ότι ο υιός της είχε νοσηλευθεί το Μάρτιο του ίδιου έτους για μυοκαρδίτιδα στο Ιπποκράτειο νοσοκομείο, αυτός όμως **απεφάνθη ότι ο τραυματίας είχε υποστεί μόνο εγκεφαλική διάσειση και ότι μπορούσε να πάει στο σπίτι του.**
- συνήνεσε και **παρήγγειλε αξονική τομογραφία του εγκεφάλου**, μετά από επιμονή της μητέρας του ασθενούς, μετά τη διενέργεια της οποίας ανακοίνωσε στην εγκαλούσα ότι το αποτέλεσμα ήταν **αρνητικό ενώ με την αξονική τομογραφία είχε διαγνωσθεί ότι «τίθεται υπόνοια ύπαρξης ήπιας μετατραυματικής υπαραχνοειδούς αιμορραγίας» και ότι «επί κλινικών ενδείξεων συνιστάται επανέλεγχος», καθώς και ότι «παρατηρείται εικόνα κατάγματος του δεξιού ιγμορείου άντρου».**

- Εισήγαγε τον ασθενή στη νευροχειρουργική κλινική του νοσοκομείου στις 24.00΄ περίπου της ίδιας ημέρας.
- στις 8 το βράδυ 21.10.2010 κάλεσε τον καρδιολόγο «...», ο οποίος αποφάνθηκε ότι δεν έχει καρδιολογικό πρόβλημα.
- έδωσε εντολή για χορήγηση ηρεμιστικού στον ασθενή και του έκανε δύο ηρεμιστικές ενέσεις και αναχώρησε.

#### Σύνοψη γεγονότων - ανάδειξη της ιατρικής ευθύνης

- Διακομιδή ώρα 14.20΄ μετά από τροχαίο
- πυρετός (38<sup>0</sup> C), ταχυπαλμία, δύσπνοια και πόνο στο στήθος, συγχυτικοδιεγερτικός.
- Μετά από μακρά αναμονή τον εξέτασε ορθοπαιδικός, ακτινολογικές εξετάσεις, παραπομπή σε πλαστικό χειρουργό και σε θωρακοχειρουργό.
- Στις 21.00΄ της ίδιας ημέρας τον εξέτασε ειδικευόμενος βοηθός νευροχειρουργός της νευροχειρουργικής κλινικής του πιο πάνω νοσοκομείου.
- Ιστορικό μυοκαρδίτιδας στο Ιπποκράτειο νοσοκομείο

1<sup>ο</sup> σφάλμα : μόνο εγκεφαλική διάσειση και ότι μπορούσε να πάει στο σπίτι του.

- Επιμονή μητέρας ► αξονική τομογραφία του εγκεφάλου

2<sup>ο</sup> σφάλμα : ανέφερε ότι το αποτέλεσμα ήταν αρνητικό, ενώ, όπως προέκυψε εκ των υστέρων, με την αξονική τομογραφία είχε διαγνωσθεί ότι «τίθεται υπόνοια ύπαρξης ήπιας μετατραυματικής υπαραχνοειδούς αιμορραγίας» και ότι «επί κλινικών ενδείξεων συνιστάται επανέλεγχος», καθώς και ότι «παρατηρείται εικόνα κατάγματος του δεξιού ιγμορείου άντρου».

- Εικόνα επιδεινούμενη, εισαγωγή σε Ν/χκη κλινική
- Επόμενο πρωί

3<sup>ο</sup> σφάλμα: Ο ένας εκ των ιατρών επιμένει στην θέση του ότι ο ασθενής δεν έχει κάποιο πρόβλημα.

- **Επιδείνωση**, αιμόπτυση, στις 04.25΄.
- Ο θάνατός του, όπως διαπιστώθηκε εκ των υστέρων, επήλθε συνεπεία μαζικής πνευμονικής εμβολής.

## ΑΠ 1102/2014

### Σύντομη περιγραφή των γεγονότων

Ο «Π.Σ.», ηλικίας κατά τον χρόνο του θανάτου του 29 ετών, έπασχε από εκτεταμένους κισσούς δεξιού σκέλους και φλεβικό έλκος κνήμης, είχε υποβληθεί το έτος 1995, το 2001 σε εκτεταμένες αγγειοχειρουργικές εγχειρήσεις. Κατά το έτος 2005, επισκέφθηκε πολλές φορές το Νοσοκομείο «...», όπου διαγνώστηκε και πάλι το φλεβικό έλκος και του χορηγήθηκε φαρμακευτική αγωγή. Τον Ιούλιο του έτους 2006, επισκέφτηκε τον κατηγορούμενο ιατρό αγγειοχειρουργό, για την αντιμετώπιση του προβλήματός του. Ο τελευταίος του συνέστησε εξετάσεις και την υποβολή του σε Doppler φλεβών κάτω άκρων και μετά το τέλος της θεραπευτικής αγωγής, να υποβληθεί εκ νέου σε χειρουργική επέμβαση για την αφαίρεση των κισσών και την απολίνωση των φλεβών. Ο ασθενής εισήχθη στο Νοσοκομείο «...» στις 30.10.2006, υποβλήθηκε στον απαιτούμενο προεγχειρητικό έλεγχο και την επομένη του εγένετο από τον κατηγορούμενο εκρίζωση των κισσών και απολίνωση των διαπιτραινουσών ΔΕ άκρου ποδός. Η ανωτέρω επέμβαση αφαίρεσης κισσών κάτω άκρων, εγένετο από τον κατηγορούμενο σύμφωνα με τους κανόνες της ιατρικής επιστήμης. Ο ασθενής ανήνεψε, και κατά την έξοδό του χορηγήθηκε αγωγή αντιβίωσης και αναλγητικά. Η ανωτέρω επέμβαση στην οποία προέβη ο κατηγορούμενος στον εν λόγω ασθενή, χαρακτηρίζεται, από άποψη κινδύνου θρομβοεμβολής, χαμηλού κινδύνου. Η χειρουργική επέμβαση στην οποία προέβη ο κατηγορούμενος, δεν μπορεί να χαρακτηριστεί μετρίου ή υψηλού κινδύνου, θρομβοεμβολής, από το γεγονός και μόνο της υποτροπής της στον συγκεκριμένο ασθενή κατά τα προαναφερόμενα. Ο κατηγορούμενος δεν όφειλε να χορηγήσει στον ασθενή φαρμακευτική αγωγή θρομβοπροφύλαξης, παρά μόνο να συστήσει πλήρη και άμεση κινητοποίηση, σύσταση, στην οποία προέβη ο κατηγορούμενος παρακολουθούσε τακτικά την μετεγχειρητική πορεία του ανωτέρω ασθενή του στο Νοσοκομείο «...», όπου ο τελευταίος προσερχόταν για το λόγο αυτό και προκειμένου να του γίνονται οι αλλαγές των επιθέματων των ελκών. Ειδικότερα ο «Π.Σ.» προσήλθε στο ανωτέρω νοσοκομείο στις 02,03, 06, 08 και 13.11.2006, όπου ο κατηγορούμενος τον εξέταζε κλινικά και του άλλαζε τα επιθέματα των ελκών. Στην τελευταία επίσκεψη στις 13.11.2006, ο κατηγορούμενος εξέτασε τον ασθενή κλινικά, προέβη σε μερική αφαίρεση των ραμμάτων και ακολούθως προγραμματίστηκε νέα επίσκεψη για τις 20.11.2006, προκειμένου να γίνει η αφαίρεση και των υπολοίπων ραμμάτων. Κατά την τελευταία αυτή επίσκεψη, κανένα κλινικό σύμπτωμα εμφάνισης θρόμβου δεν παρατηρήθηκε. Ωστόσο ο «Π.Σ.» στις 18 προς 19.11.2006, εμφάνισε έντονη δύσπνοια, υπέστη πνευμονική εμβολή και κατέληξε.

### **Πράξεις του κατηγορουμένου – ερευνητέα από το Δικαστήριο**

1<sup>ο</sup> σφάλμα : ενώ είδε την ύπαρξη των ατόνων ελκών και την φλεγμονή των διά την επούλωση των οποίων χορήγησε αγωγή μετά την έξοδο του ασθενούς από το νοσοκομείο, την επέμβαση τη χαρακτήρισε χαμηλού κινδύνου και όχι μετρίου ή υψηλού κινδύνου για πρόκληση θρομβοεμβολής

2<sup>ο</sup> σφάλμα : ενώ το πόδι του ασθενούς εξακολουθούσε να πονά και να είναι παγωμένο και ωχρό, ο ιατρός δεν τον υπέβαλε σε αγωγή παρά τις διαμαρτυρίες και οχλήσεις του ασθενούς για την κατάσταση της υγείας του χειρουργημένου σκέλους

3<sup>ο</sup> σφάλμα : ανεπαρκής κινητοποίηση του ασθενούς (:)

### **Σύνοψη γεγονότων - ανάδειξη της ιατρικής ευθύνης**

Ιστορικό σειράς επεμβάσεων για κίρσους κάτω άκρων

Χωρίς σαφείς προδιαθεσικούς παράγοντες κινδύνου φλεβοθρόμβωσης

επέμβαση αφαίρεσης κίρσων κάτω άκρων,

ασαφής περιγραφή συμπτωμάτων από τον ασθενή

αντιμετώπιση (κάλτσες συμπίεσης, αντιβίωση)

Μη χορήγηση θρομβοπροφύλαξης

Εμφάνιση πνευμονικής εμβολής

**Δεν ανεδείχθη σφάλμα ή παράλειψη, καθόσον ακολουθήθηκαν τα προβλεπόμενα διεθνή πρωτόκολλα**

*Στην επόμενη απόφαση, λόγω της ποσότητας των κρίσιμων πληροφοριών τα γεγονότα παρατίθενται περισσότερο αναλυτικά.*

**Σύντομη περιγραφή των γεγονότων**

Η θανούσα Μ. Μ. ηλικίας 33 ετών, κατοικούσε όσο ζούσε στην «...», αυτή περί της αρχές του 2005 μετά από υπόδειξη της συγγενούς της μάρτυρος «Δ.Γ.» επικοινωνήσε τηλεφωνικά με τον κατηγορούμενο Καθηγητή Χειρουργικής γιατί αυτή αντιμετώπιζε πρόβλημα παχυσαρκίας και είχε πληροφορηθεί ότι μπορεί αυτό να αντιμετωπισθεί χειρουργικά από τον κατηγορούμενο ο οποίος ασχολείτο συστηματικά με τις σχετικές χειρουργικές επεμβάσεις. Μετά από αρκετές τηλεφωνικές επικοινωνίες της θανούσας με τον κατηγορούμενο αποφάσισε αυτή να υποβληθεί στη σχετική χειρουργική επέμβαση, παρά τις αντιρρήσεις που πρόβαλλε ο σύζυγος της, δοθέντος άλλωστε ότι ο κατηγορούμενος τη διαβεβαίωσε ότι η χειρουργική αντιμετώπιση της παχυσαρκίας αποτελεί χειρουργική επέμβαση ρουτίνας και δεν ενέχει κινδύνους. Μετά από αυτά η «Μ.Μ.» αποφάσισε να υποβληθεί στη χειρουργική επέμβαση στο Νοσοκομείο «...» στη Θεσσαλονίκη, ως αμοιβή δε για την επέμβαση αυτή ζήτησε να λάβει ο κατηγορούμενος το ποσό των 5.000,00 Ευρώ. Στις 16.01.2005 η «Μ.Μ.» ήλθε στη Θεσσαλονίκη, αφού εξασφάλισε το ποσό των 5.500,00 Ευρώ, ήτοι ποσό 2.000,00 Ευρώ ανέλαβε από κοινό τραπεζικό λογαριασμό που διατηρούσε στην Αγροτική Τράπεζα με τον σύζυγό της και ποσό 3.500,00 Ευρώ έλαβε ο τελευταίος με την μορφή δανείου από την ίδια Τράπεζα. Την ίδια μέρα αυτή με την παρουσία της άνω μάρτυρος «Δ. Γ.» συναντήθηκε για πρώτη φορά με τον κατηγορούμενο στην ιδιωτική κλινική «...» όπου συμφώνησε να υποβληθεί λαπαροσκοπικά σε κάθετη γαστροπλαστική με διαχωρισμό και συρραφή. Στις 18.01.2005, ημέρα Τρίτη αυτή εισήχθη στο Νοσοκομείο «...» στη Γ' Χειρουργική Κλινική, όπου εργάζεται ο κατηγορούμενος, ενώ η εισαγωγή της δεν είχε εγγραφεί ούτε στο Βιβλίο Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων ούτε σ' αυτό των επειγόντων, όπως αναφέρεται στην σχετική έκθεση ελέγχου του ΣΕΥΥΠ. Η εισαγωγή της έγινε με διάγνωση «Νοσογόνος Παχυσαρκία», όπως αναφέρεται στο έγγραφο με τίτλο «ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΣΘΕΝΟΥΣ» στο οποίο αναφέρεται ως ημέρα εισόδου η 17.01.2005 και στην συνέχεια εισαγωγή 18.01.2005 σύμφωνα δε με τις ενδείξεις που αναγράφονται στο εν λόγω έγγραφο αυτή είχε βάρος 108 Kg, ύψος 1,72m και δείκτη μάζας σώματος (BMI) 36,5 KG/m<sup>2</sup>. Στο ίδιο έγγραφο στην ένδειξη Προηγηθείσες κακώσεις αναγράφεται «αναφέρει σοβαρά ψυχολογικά προβλήματα λόγω του πάχους» και στην ένδειξη οικογενειακό ιστορικό "παχύσαρκος πατέρας». Μετά την εισαγωγή της θανούσας στο άνω Νοσοκομείο, αυτή υποβλήθηκε σε προεγχειρητικό έλεγχο σύμφωνα με τον οποίο δεν υπήρξαν παθολογικά ευρήματα και έτσι στις 19.01.2005 αυτή εισήχθη στο χειρουργείο προκειμένου να υποβληθεί σε κάθετη γαστροπλαστική, η οποία ξεκίνησε λαπαροσκοπικά, πλην όμως επειδή το ενδοσκόπιο εμφάνισε βλάβη η λαπαροσκοπική τεχνική μετατράπηκε σε ανοικτή επέμβαση μετά το πέρας της οποίας η ασθενής, αφού ανένηψε κανονικά μεταφέρθηκε για νοσηλεία σε θάλαμο της κλινικής φέροντας μία παροχέτευση. Από την πρώτη μέρα της επέμβασης όμως η ασθενής

παραπονήθηκε στους συγγενείς της που την συνόδευαν αλλά και στον κατηγορούμενο όταν την εξέτασε το βράδυ της ημέρας αυτής ότι δεν νοιώθει καλά, πλην όμως ο τελευταίος την καθησύχασε και χαρακτήρισε τις διαμαρτυρίες της γκρίνια. Την ίδια ημέρα και μετά το πέρας της επίσκεψης η άνω μάρτυς «Δ.Γ.» παρέδωσε στον κατηγορούμενο εκτός του θαλάμου νοσηλείας το ποσό των 5.000,00 Ευρώ για την συμφωνηθείσα αμοιβή του. Τις επόμενες δύο ημέρες, ήτοι 20.01.2005 και 21.01.2005, η θανούσα παρέμεινε νοσηλευόμενη, πλην όμως η μετεγχειρητική της κατάσταση δεν έβαινε συνεχώς βελτιούμενη αντίθετα αυτή δυσκολευόταν στην αναπνοή και εξέφραζε τις διαμαρτυρίες της, στις 21.01.2005 δε κατά τις βραδινές ώρες διαπιστώθηκε πως αυτή είχε ταχυκαρδία και ελαφρά δυσχέρεια αναπνοής, γι' αυτό της χορηγήθηκε οξυγόνο και στο σχετικό έγγραφο πορεία νόσου αναφέρεται (πιθανολογείται λόγω μετεγχειρητικού άλγους). Στις 22.01.2005 η «Μ.Μ.», επειδή εμφάνιζε δύσπνοια και δυσχέρεια στην αναπνοή υποβάλλεται σε ακτινογραφία θώρακος και διαπιστώνεται αριστερή υπεζωκοτική συλλογή και υπαερισμός βάσης (αρ) πνεύμονα στην συνέχεια αυτή υποβάλλεται σε αξονική τομογραφία με «ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ - Δύσπνοια ατελεκτασία (αρ) πνεύμονα. Από την αξονική τομογραφία διαπιστώνεται - Ατελεκτασία (αρ.) κάτω λοβού, οπισθίου, έσω τμήματος κάτω λοβού. - Υπεζωκοτική αντίδραση (αρ). - Συλλογή υποκάψια στην παρυφή του σπληνός». Τότε ο κατηγορούμενος προέβη σε παρακέντηση στο αριστερό ημιθώρακιο της θανούσης και με την παρακέντηση αφαιρέθηκε από την περιοχή αυτή η συλλογή 500 ml υγρού. Το ίδιο βράδυ η θανούσα εμφανίζει κοιλιακό άλγος και η κατάσταση της υγείας της Μ. Μ. παρουσιάζει συνεχή επιδείνωση. Την επομένη ημέρα, ήτοι στις 23.01.2005, επειδή πιθανολογήθηκε πλέον ότι υπάρχει διαφυγή από το περιεχόμενο του στομάχου της θανούσας από τη γραμμή συρραφής έγινε έλεγχος με «κυανούν του μεθυλενίου» και διαπιστώθηκε ότι πράγματι υπήρχε «διαφυγή περιεχομένου στομάχου από γραμμή συρραφής» και διακόπτεται έτσι η σίτιση της ασθενούς γίνεται επίσης ακτινολογικός έλεγχος του θώρακος και στο σχετικό έγγραφο αναφέρεται «Κλινικές πληροφορίες- Δύσπνοια, ατελεκτασία (αρ.) βάσεως (από 22.01.2005)», πλην όμως δεν αναφέρεται το ακτινολογικό πόρισμα (βλ σχετ. έγγραφο πορείας νόσου και το από 23.01.2005 έγγραφο του ακτινολογικού εργαστηρίου). Την επόμενη ημέρα 24.01.2005 με τον χαρακτηρισμό επείγον χειρουργείο η ασθενής οδηγείται πάλι στο χειρουργείο με σκοπό την επιδιόρθωση της γραμμής συρραφής, στο σχετικό έγγραφο πορεία νόσου αναφέρεται εκτός των άλλων «... ωστόσο λόγω μη ικανοποιητικής βελτίωσης της αναπνευστικής δυσχέρειας και πυώδους εκροής από το τραύμα αποφασίζεται χ/ο ερευνητική λαπαροτομία - αρνητική για διαφυγή από τη γραμμή συρραφής του στομάχου - διαπιστώνεται μικρή ποσότητα οροαιματικού υγρού στις πύλες του σπλήνα - αναρρόφηση έκπλυση περιοχής και τοποθέτηση παροχέτευσης, επίσης mini billau σε αριστερό ημιθώρακιο προληπτικά 100 CC ορώδες υγρό. Στο από 24.01.2005 διάγραμμα αναισθησίας των ιατρών αναισθησιολόγων «Δ.Β.», «Μ.Φ.» που κλήθηκαν επειγόντως να χορηγήσουν αναισθησία στην ασθενή, στη θέση διεγχειρητική

διάγνωση αναφέρεται «ενδοκοιλιακή (υποδιαφραγματική) συλλογή» και αναφερόμενη επέμβαση «παροχέτευση - έκπλυση περιτοναϊκής κοιλότητας-τοποθέτηση παροχετεύσεων και στο αριστερό ημιθώρακιο προληπτικά». Στο πληροφοριακό σημείωμα του Νοσοκομείου που επισυνάφθηκε στο παραπεμπτικό για την νεκροτομή αναφέρεται «24.01.2005 Επείγον χειρουργείο για διαφυγή στην αναστόμωση στομάχου - περιτονίτις - διακομιδή στη ΜΕΘ ΠΡΧ». Ο ενώπιον του ακροατηρίου εξετασθείς μάρτυς «Δ.Β.», ιατρός αναισθησιολόγος, καταθέτει ότι η κατάσταση της ασθενούς στις 24.01.2005 ήταν ιδιαίτερα σοβαρή και εισήχθη επειγόντως το βράδυ στο χειρουργείο, αυτή είχε μεγάλη δύσπνοια, ορθόπνοια, ταχύπνοια, υποξυγοναιμία, ταχυκαρδία, διέγερση και αίσθημα επικείμενου θανάτου «..... έλεγε θα πεθάνω ...» αναφέρει στην κατάθεσή του. Επίσης ο ίδιος μάρτυς αναφέρει ότι η Μ. Μ. στις 24.01.2005 είχε γενικευμένη φλεγμονή, στις τέσσερις δε το πρωί είχε ταχυκαρδία, ταχύπνοια, λευκοκυττάρωση, πυρετό ήταν σε προθάλαμο για σηψαιμία. Μετά το πέρας της επέμβασης η ασθενής διακομίσθηκε διασωληνομένη στη ΜΕΘ της Προπαιδευτικής Χειρουργικής Κλινικής ήδη δε αυτή εμφάνιζε προβλήματα στην λειτουργία δύο ζωτικών οργάνων ήτοι της καρδιάς και των πνευμόνων (SIRS). Την επομένη ημέρα με εντολή του κατηγορουμένου η ασθενής αποδιασωληνώθηκε και διακομίσθηκε ξανά σε θάλαμο της Γ' Χειρουργικής Κλινικής, πλην όμως η κατάσταση της υγείας της παρουσιάζει ραγδαία επιδείνωση, αφού αυτή εμφάνισε έντονη ανησυχία επιδείνωση της αναπνευστικής λειτουργίας με έντονη δύσπνοια και υπέρπνοια, οίδημα άμφω κάτω άκρων και κύανωση. Στις 26.01.2005 η ασθενής υποβάλλεται σε ακτινογραφία θώρακος με ευρήματα «πλευριτική αντίδραση ΑΡ, πύκνωση, ΑΡ κάτω λοβού», της χορηγείται οξυγόνο, πλην όμως το απόγευμα η κατάσταση της υγείας της επιδεινώνεται και ιδιαίτερα η αναπνευστική λειτουργία και για πρώτη φορά καλείται από τον κατηγορούμενο ο εντατικολόγος - αναισθησιολόγος «Χ. Σ.». Ο τελευταίος διέγνωσε ταχύπνοια - δύσπνοια - ταχυσφυγμία - προθανάτια κατάσταση και ζήτησε την συνδρομή της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας Αναισθησιολογίας (ΜΕΘΑ) για την υποστήριξη της δεξιάς καρδιάς και του αναπνευστικού, γιατί ήδη αυτή εμφάνιζε δεξιά καρδιακή ανεπάρκεια και αναπνευστική ανεπάρκεια τελικώς όμως μεταφέρεται στην ΜΕΘ της Προπαιδευτικής Χειρουργικής Κλινικής, όπου διασωληνώνεται εκ νέου. Τις επόμενες ημέρες η κατάσταση της υγείας της ασθενούς επιδεινώνεται και ο άνω ιατρός «Χ.Σ.» ενημέρωσε τους οικείους της για την κρισιμότητα της κατάστασης της. Το απόγευμα της ίδιας μέρας και ενώ η ασθενής βρισκόταν σε ιδιαίτερα κρίσιμη κατάσταση και οι οικείοι της ενημερώθηκαν ότι είναι σχεδόν αναπόφευκτη η κατάληξη της αφού η κατάσταση της υγείας της δεν ήταν πλέον ανατάξιμη, αυτή εισήχθη και πάλι από τον κατηγορούμενο στο χειρουργείο για τρίτη επέμβαση «για επείγουσα λαπαροτομία το απόγευμα, καθαρισμός κοιλιακής χώρας (τομή λαπαροτομίας ανοιχτή)», όπως αναφέρεται στο άνω έγγραφο. Στο σχετικό διάγραμμα αναισθησίας αναφέρεται επίσης «εγχειρητική διάγνωση - επέμβαση λαπαροτομία - πλύση κοιλίας - παραμονή ανοιχτής κοιλίας». Στην συνέχεια στις 20.20', η

ασθενής μεταφέρεται και πάλι στη ΜΕ «Επιστροφή από Χ/Ο με σοβαρή υποξυγοναιμία και αιμοδυναμική αστάθεια κοιλία ανοικτή ... στην ένδειξη διάγνωση δε διάγνωση αναφέρεται, εκτός των άλλων, πολυοργανική δυσλειτουργίας». Στην κατάσταση αυτή, ήτοι με ανοικτή κοιλία πολυοργανική ανεπάρκεια, σοβαρή υποξυγοναιμία και σε καταστολή συνεχίστηκε η νοσηλεία της θανούσας στις 29.01.2005. Την επομένη ημέρα στις 30.01.2005 κατά τη διάρκεια χειρουργικών πλύσεων της κοιλίας έλαβε χώρα αθρόα αιμορραγία από τις παροχετεύσεις, έτσι η «Μ.Μ.» σε κατάσταση μη αναστρέψιμη και με σχεδόν ανύπαρκτες πιθανότητες επιβίωσης εισάγεται και πάλι για τέταρτη φορά στο χειρουργείο για «Αιμόσταση - Καθαρισμό - Πλύσεις περιτοναϊκής κοιλότητας». Στις 30.01.2005 και στις 31.01.2005 συνεχίστηκε η νοσηλεία της στη Β' ΜΕΘ με μηχανική υποστήριξη των ζωτικών της λειτουργιών καθώς και μεγάλη ινότροπη υποστήριξη, η κατάσταση της υγείας της όμως, συνεχώς επιδειωνόταν, εμφάνιζε αναστροφή αερίων και η κατάσταση της δεν ήταν πλέον αναστρέψιμη. Μετά από όλα τα ανωτέρω η ασθενής εμφάνισε πλέον «σύνδρομο ενδαγγειακής τήξης, σηψαιμία, ισχαιμία μυοκαρδίου επί εδάφους λοβώδους πνευμονίας οφειλόμενης στον ενδονοσοκομειακό μύκητα *Candida albicans*» από τον οποίο προσβλήθηκε κατά τη διάρκεια της νοσηλείας της και έτσι αυτή παρά τις προσπάθειες των ιατρών στις 01.02.2005 περί ώρα 05.50 κατέληξε.

#### **Πράξεις του κατηγορουμένου**

- 1° σφάλμα: εσφαλμένη κατηγοριοποίηση (νοσογόνος παχυσαρκία)
- 2° σφάλμα: μη εγγραφή στα μητρώα ασθενών του νοσοκομείου (βιβλίο τακτικών εξωτερικών ιατρικών και βιβλίο επειγόντων)
- 3° σφάλμα : υποτίμηση αιτιάσεων ασθενούς (κακή συνεννόηση ιατρού – ασθενούς)
- 4° σφάλμα: μη έγκαιρη παραπομπή σε ΜΕΘ, μη διενέργεια εργαστηριακών εξετάσεων
- 5ο σφάλμα (παράλειψη): μη ενημέρωση της ασθενούς για τους δυνητικούς κινδύνους της επέμβασης

#### ***Παθητική δωροδοκία***

#### **Σύνοψη γεγονότων - ανάδειξη της ιατρικής ευθύνης**

Προγραμματισμένη επέμβαση για παχυσαρκία

Μετατροπή της λαπαροσκοπικής επέμβασης σε ανοικτή

Μετεγχειρητικά ταχυκαρδία και ελαφρά δυσχέρεια αναπνοής

Διαπιστώνεται ρήξη συρραφής

Συνολικά ακολουθούν 3 χειρουργεία μετά το πρώτο, τα δύο κατά την παραμονή στη ΜΕΘ.

Η κατάσταση επιδεινώνεται και η ασθενής καταλήγει



**Πίνακας 2. Είδη σφαλμάτων**

<b>Σφάλματα</b>	
Διαγνωστικά	Η περίπτωση της εσφαλμένης κατηγοριοποίησης της νοσογόνου παχυσαρκίας, η εσφαλμένη εκτίμηση των δυσκολιών διασωλήνωσης, η λανθασμένη ανάγνωση της αξονικής τομογραφίας, μη σωστή εκτίμηση εργαστηριακών εξετάσεων, μη αξιολόγηση ωχρότητας και αιμόπτυσης (υπόθεση του ασθενούς από τροχαίο), εσφαλμένη διάγνωση ιογενούς αντί μικροβιακής λοίμωξης στο νήπιο, εσφαλμένη διάγνωση λοίμωξης και συνακόλουθη εσφαλμένη χορήγησης θεραπευτικής αγωγής (υπόθεση χειρουργικής επέμβασης για παχυσαρκία), παρακολούθηση του κορεσμού στην έγκυο γυναίκα
Ανάληψης	Η καθυστέρηση παραπομπής των περιστατικών που οφείλεται σε εσφαλμένη εκτίμηση για τις θεραπευτικές τους δυνατότητες (καθυστέρηση στη διακομιδή της εγκύου σε ΜΕΘ, μη έγκαιρη μεταφορά της ασθενούς σε ΜΕΘ (υπόθεση χειρουργικής επέμβασης για παχυσαρκία), μη επικοινωνία με τον ιεραρχικά ανώτερο στην περίπτωση του ειδικευομένου παιδιάτρου)
Θεραπείας	Η χορήγηση ανεπαρκούς αντιβιοτικής αγωγής στο νήπιο, η μη αρχική αντιμετώπιση της παχυσαρκίας με συντηρητικά μέτρα, η σύσταση για αντιβηχικό και αποχρεμπτικό (υπόθεση του ασθενούς από τροχαίο), η μη ενημέρωση της παχύσαρκης γυναίκας για τους κινδύνους της χειρουργικής επέμβασης και τις θεραπευτικές επιλογές.

## 9. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Τρία είναι τα κύρια σημεία που αναδείχθηκαν από τη μελέτη των ποινικών δικαστικών αποφάσεων. Πρόκειται κυρίως για σφάλματα διάγνωσης, θεραπείας, ανάληψης, εποπτείας, οργάνωσης, για πλημμελή επικοινωνία ιατρού - ασθενούς και οικείων του, για πλημμελή επικοινωνία μεταξύ ιατρών διαφορετικών ειδικοτήτων από την οποία προκύπτει η «οριζόντια» ή / και «κάθετη» κατανομή ευθύνης τους. Επίσης, σημαντικό ρόλο στην τελική έκβαση της κάθε εξεταζόμενης ποινικής υπόθεσης διαδραμάτισε η ύπαρξη ή μη πρότερης ενημέρωσης και συναίνεσης του ασθενούς στις θεραπευτικές επιλογές.

Ιδιαίτερη σημασία, όπως προκύπτει από τις εν λόγω δικαστικές αποφάσεις, έχει η συνεργασία μεταξύ ιατρών των ιδίων ή διαφορετικών ειδικοτήτων. Η παροχή της σύγχρονης ιατρικής φροντίδας απαιτεί συχνά τη διεπιστημονική συνεργασία και την πολυπρόσωπη συμμετοχή. Πρόκειται για τη λεγόμενη «συγκλίνουσα δράση», με τη συμμετοχή περισσότερων του ενός ιατρών διαφορετικών ειδικοτήτων, ιδιαίτερα δε στο πεδίο των χειρουργικών επεμβάσεων. [26,27]

Στις υποθέσεις που εξετάστηκαν, η επικοινωνία μεταξύ των ιατρών αφορούσε στην οριζόντια κατανομή και στην κάθετη κατανομή ευθύνης. Κλασική περίπτωση οριζόντιας κατανομής είναι η στενή σχέση χειρουργού – αναισθησιολόγου, η συντρέχουσα αμέλεια των οποίων έχει απασχολήσει επανειλημμένα τα ποινικά δικαστήρια, όπως άλλωστε φαίνεται και σε μία από τις εξετασθείσες αποφάσεις [υπόθεση ένα (1) ], καθόσον είναι οι κατεξοχήν εκτεθειμένοι σε ενδεχόμενα σφάλματα. Παράλληλα αναδεικνύονται και τα μειονεκτήματα της υψηλής εξειδίκευσης, αφού η πιθανότητα της διάγνωσης ενός πνευμονικού οιδήματος δεν θα πρέπει να διαφεύγει της προσοχής ενός εξειδικευμένου ιατρού, όπως στην υπόθεση πέντε (5) της παρούσας μελέτης. Το πρόβλημα ωστόσο εστιάζεται στην οριοθέτηση της ποινικής ευθύνης στους συμμετέχοντες ιατρούς κατά τον τομέα της αρμοδιότητάς τους, εν προκειμένω του αναισθησιολόγου και του χειρουργού – μαιευτήρα, οι οποίοι τελικά ευθύνονται στην υπό εξέταση υπόθεση διότι συνετέλεσαν με πράξεις τους ή παραλείψεις τους στην επέλευση το αποτελέσματος (θάνατος της εγκύου) και κάθε ξεχωριστή ενέργειά τους ή παράλειψη συνδέεται αιτιωδώς με το ζημιογόνο αποτέλεσμα.

Η περίπτωση πλημμελούς άσκησης των καθηκόντων του ειδικευόμενου ιατρού αναδεικνύει τα προβλήματα στην κάθετη κατανομή των αρμοδιοτήτων, που ανακύπτουν κατεξοχήν στα δημόσια νοσοκομεία και αναφέρεται στην ιεραρχική σχέση των ιατρών μεταξύ τους. Ο ειδικευόμενος ιατρός αφενός είναι πτυχιούχος της ιατρικής και καλείται «να φροντίσει για την διατήρηση, βελτίωση και αποκατάσταση της σωματικής, πνευματικής και ψυχικής υγείας του ανθρώπου καθώς και στην ανακούφισή του από τον πόνο» (άρθρο 2 παρ. 1 ΚΙΔ) και αφετέρου ως ειδικευόμενος εκπαιδεύεται για την απόκτηση των εξειδικευμένων γνώσεων σε συγκεκριμένο γνωστικό αντικείμενο. Στην πραγματικότητα, αν και τελεί υπό

καθεστώς εκπαίδευσης, καλείται να φέρει σε πέρας ένα βαρύ έργο, υπό αντίξοες συνθήκες, αντιμετωπίζοντας μόνος του σοβαρά περιστατικά στα πλαίσια εφημερίας, για αυτό τον λόγο υπάρχουν αρκετές δικαστικές αποφάσεις που αφορούν την ευθύνη των ειδικευομένων. Το βασικό σφάλμα που αποδίδεται στον ειδικευόμενο ιατρό, είναι η παράλειψη ειδοποίησης του ειδικού ιατρού αλλά και το σφάλμα ανάληψης ή η πλημμελής εκτέλεση βασικών ιατρικών πράξεων (λήψη ιατρικού ιστορικού). Αν λοιπόν αναλάβει ευθύνες δυσανάλογες και συχνά ασαφώς οριζόμενες σε σχέση με την έως τότε εκπαίδευσή του («ιατρικό σφάλμα ανάληψης») και προβεί στη διενέργεια συγκεκριμένης ιατρικής πράξης αυτοβούλως, χωρίς να παραπέμψει τον συγκεκριμένο ασθενή στον ειδικό ιατρό ή να ζητήσει την σύμπραξή του, τότε ενέχει ευθύνη, η οποία τον βαρύνει, εφόσον η έκβαση της υγείας του ασθενούς είναι αρνητική. Στην περίπτωση, όμως που ο ειδικός εγκρίνει την διενέργεια μιας ιατρικής πράξης από τον ειδικευόμενο, υφίσταται συντρέχουσα ποινική ευθύνη (από αμέλεια) του ειδικού και του ειδικευόμενου ιατρού, καθόσον αποδειχθεί ότι ο ειδικός ιατρός, αν και ήταν ενήμερος για την πιθανή ανεπάρκεια του ειδικευόμενου ιατρού, του ανέθεσε την ιατρική πράξη («ιατρικό σφάλμα ανάθεσης»), ο δε ειδικευόμενος την ανέλαβε («ιατρικό σφάλμα ανάληψης»).

Ένα βασικό ζήτημα που απασχολεί τη δικαστηριακή πρακτική και που αφορά ειδικότερα στην πράξη τους χειρουργούς, είναι το πρόβλημα της ενημέρωσης του ασθενή. Η σχετική υποχρέωση, διατυπώνεται ρητά στο άρθρο 11 ΚΙΔ. και αποτελεί συμμόρφωση του εθνικού δικαίου στις διεθνείς επιταγές της ιατρικής δεοντολογίας, θεσπίζεται δε η προστασία του αυτοκαθορισμού και της αυτοδιάθεσης του ασθενούς σε θέματα που αφορούν την υγεία του. Ο ιατρός οφείλει να σέβεται το δικαίωμα της αυτοδιάθεσης του ασθενούς σε θέματα υγείας του και να μην θεωρεί ότι η σοφία των επιλογών του θα πρέπει να υπερκεράζει την βούληση του ασθενούς. Ειδικότερα στην περίπτωση πέντε (5) ο ιατρός – Καθηγητής Πανεπιστημίου δεν ενημέρωσε πλήρως την παχύσαρκτη ασθενή του για τους πιθανούς κινδύνους της χειρουργικής επέμβασης ούτε για άλλες εναλλακτικές θεραπευτικές επιλογές, προκειμένου να συναινέσει ή όχι στην διενέργεια της χειρουργικής επέμβασης στην οποία τελικά υποβλήθηκε.

Σημαντικό πρόβλημα αποτελεί η έλλειψη από τους ιατρούς της βαρύνουσας σημασίας στα λεγόμενα των ασθενών αλλά και των οικείων τους. Το κατά πόσο ο ιατρός «ακούει» τον ασθενή του, αποτελεί ένα θέμα που παραπέμπει σε φαινόμενα αλαζονείας εκ μέρους των επαγγελματιών υγείας. Επίσης προβληματισμό δημιουργεί η εκ μέρους των ιατρών υποβάθμιση των συμπτωμάτων των ασθενών, η αναγωγή τους στην ψυχική σφαίρα του κάθε ασθενούς, η μη σωστή αξιολόγησή τους και η μη ορθή αναζήτηση και αξιολόγηση του ιατρικού ιστορικού..

Επίσης, σε όλες τις υπό έρευνα υποθέσεις, επρόκειτο για νόσους που ανήκουν στο γνωστικό αντικείμενο διαφορετικών ειδικοτήτων αλλά λόγω της θανατηφόρας φύσης τους, ο ιατρός οφείλει πάντοτε να υποψιάζεται, ακόμα και επί αμβληχρών συμπτωμάτων.

Πιο συγκεκριμένα, κατά απόφαση, διαπιστώνονται τα εξής κρίσιμα σημεία αμέλειας:

Στην υπ' αριθμ. 1311/2012 απόφαση του ΑΠ, το δικαστήριο δέχθηκε ότι η βλάβη στην υγεία της ασθενούς κατά το στάδιο της ανάνηψής της από την αναισθησία οφείλεται στην παραβίαση, από τον αναισθησιολόγο, του κοινώς αναγνωρισμένου κανόνα της ιατρικής επιστήμης που επέβαλε την αφύπνιση της ασθενούς, ενόψει της δυσκολίας διασωλήνωσής της και στην εσφαλμένη εφαρμογή και χρήση της λαρυγγικής μάσκας. Το δικαστήριο αναγνώρισε δε ευθύνη και των δύο ιατρών, δηλαδή του αναισθησιολόγου και του χειρουργού - γυναικολόγου, για τη μετέπειτα διαχείριση του περιστατικού, λόγω της πολύωρης παραμονής της ασθενούς στην ιδιωτική κλινική, παρά τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων της. Οι παραλείψεις αυτές ήταν καθοριστικές για την μη ανακοπή της πορείας προς τον θάνατο της ασθενούς, την πρόκληση του οποίου συμπροσδιόρισαν βεβαίως και οι πράξεις και οι παραλείψεις του γυναικολόγου ιατρού [οριζόντια συγκλίνουσα ευθύνη δύο ειδικών ιατρών – ανθρωποκτονία από αμέλεια (μη συνειδητή) με πράξεις και παραλείψεις τους].

Στην υπ' αριθμ. 830/2009 απόφαση του ΑΠ, ο ειδικευόμενος ιατρός παρέλειψε να παρακολουθεί την εξέλιξη της κατάστασής της υγείας του νηπίου ασθενούς, δεν συνεννοήθηκε με τον εφημερεύοντα ειδικευμένο παιδίατρο και παρέλειψε να χορηγήσει την κατάλληλη θεραπευτική αγωγή που θα απέτρεπε την επιδείνωση της κατάστασής του. Εν προκειμένω, το δικάσαν Εφετείο με την απόφασή του, καταδίκασε τον αναιρεσειόντα (ιατρό), για ανθρωποκτονία από αμέλεια (μη συνειδητή) που τελέστηκε με παραλείψεις του, κατ' άρθρα 15, 28 και 302 του ΠΚ. Ορθά δε, εφαρμόστηκε και η ουσιαστική ποινική διάταξη του άρθρου 15 ΠΚ, αφού συνέτρεχαν οι προϋποθέσεις εφαρμογής της, ως εκ του ότι η αμέλεια του αναιρεσειόντος, αποτέλεσε σύνολο συμπεριφοράς που προηγήθηκε της ανθρωποκτονίας που προξένησε. Εξάλλου, γίνεται δεκτό ότι για τη στοιχειοθέτηση εξ αμελείας εγκλήματος εκ μέρους κάποιου που έχει ιδιαίτερη νομική υποχρέωση κατ' άρθρο 15 ΠΚ, προϋποτίθεται ότι η αμέλεια δεν συνίσταται σε ορισμένη ενέργεια ή παράλειψη, αλλά αποτελεί σύνολο συμπεριφοράς του δράστη, όπως αναφέρεται και στην εδώ εξεταζόμενη απόφαση.

Στην υπ' αριθμ. 1010/2007 απόφαση του ΑΠ, αναφέρεται χαρακτηριστικά ότι οι ιατροί δεν διέγνωσαν την πιθανότητα θρομβώσεως στον ασθενή, ενώ είχαν τον απαραίτητο χρόνο, ούτε τον υπέβαλαν στις κατάλληλες προς τούτο εξετάσεις, αλλά ούτε και μερίμνησαν για την εισαγωγή του στη ΜΕΘ. Αποτέλεσμα ήταν ο ασθενής να υποστεί περιφερική πνευμονική εμβολή η οποία εξελίχθηκε σε μαζική και να επέλθει ο θάνατος του ασθενούς. Ορθή και αιτιολογημένη η καταδίκη των αναιρεσειόντων ιατρών οι οποίοι καταδικάστηκαν από το Δικαστήριο (Τρ.Εφ.Αθ), για το αδίκημα της ανθρωποκτονίας από αμέλεια (μη συνειδητή), κατ' άρθρα 28 ΠΚ και 302 ΠΚ. Το Δικαστήριο ορθά προσδιόρισε τη μορφή της συντρέχουσας μη συνειδητής αμέλειας των ιατρών, δεχόμενο ότι από έλλειψη της προσοχής που αυτοί όφειλαν από τις περιστάσεις και μπορούσαν να καταβάλουν, δεν προέβλεψαν το

αξιόποιο αποτέλεσμα που προκάλεσε η μη υποβολή του ασθενούς «...» στις ειδικές εργαστηριακές εξετάσεις, προς διαπίστωση της περιφερικής πνευμονικής εμβολής την οποία αυτός είχε υποστεί καθώς και στην προβλεπόμενη αντιπηκτική αγωγή. Πλέον αυτών, ιατρικό σφάλμα αποτελεί η παραμέληση από τους ιατρούς της εισαγωγής του ασθενούς σε ΜΕΘ, προς παροχή ειδικής ιατρικής φροντίδας και παρακολούθησής του, με αποτέλεσμα να επέλθει ο θάνατός του. Το αδίκημα της ανθρωποκτονίας από αμέλεια τελέστηκε, όχι με παράλειψη αλλά με πλημμελή ενέργεια.

Στην υπ' αριθμ. 1102/2014 απόφαση του ΑΠ, κρίθηκε ως μη ορθή, η αθωωτική απόφαση του Εφετείου Αθηνών, λόγω ανεπαρκούς αιτιολόγησης. Συγκεκριμένα, κατά την άποψη του ΑΠ, δεν αιτιολογήθηκε με σαφήνεια από το Β'θμιο Δικαστήριο, για ποιο λόγο ο ιατρός, εφόσον παρατήρησε την ύπαρξη ατόνων ελκών και τη φλεγμονή, χαρακτήρισε την επέμβαση χαμηλού κινδύνου και όχι μετρίου. Το Β'θμιο Δικαστήριο, με την απόφασή του, κήρυξε αθώο τον ιατρό «...» για την πράξη της ανθρωποκτονίας από αμέλεια, αφού έκρινε ότι αυτός, ως θεράπων αγγειοχειρουργός ιατρός, αντιμετώπισε, σύμφωνα με τους κανόνες της ιατρικής επιστήμης, τη μετεγχειρητική κατάσταση του ασθενούς του «...» με συστάσεις για κινητοποίηση και με τακτική εξέταση του χειρουργημένου ποδιού και ότι δεν όφειλε να χορηγήσει φαρμακευτική αντιπηκτική αγωγή για την προφύλαξη της υγείας και ζωής του τελευταίου, ο οποίος τελικά κατέληξε από μαζική πνευμονική θρομβοεμβολή, δεκαεννέα (19) ημέρες μετά τη χειρουργική επέμβαση. Ο αναιρεσείων Εισαγγελέας του ΑΠ άσκησε αίτηση αναίρεσης κατά της απόφασης του Β'θμίου Δικαστηρίου (Εφετείου) για έλλειψη ειδικής και εμπειριστατωμένης αιτιολογίας η οποία έγινε δεκτή και παρέπεμψε για εκ νέου συζήτηση την υπόθεση στο ως άνω Δικαστήριο το οποίο έπαυσε οριστικά την ποινική δίωξη, λόγω παραγραφής του αδικήματος.

Στην υπ' αριθμ. 1522/2012 απόφαση του ΑΠ, στοιχειοθετείται εσφαλμένη διάγνωση, λόγω υποβολής της ασθενούς στην χειρουργική επέμβαση, η οποία δεν ενδεικνυόταν, αφού αυτή δεν έπασχε από νοσογόνο παχυσαρκία καθώς και στην παράλειψη ενημέρωσης της ασθενούς για τους κινδύνους επιπλοκών που μπορούν να προκύψουν μετεγχειρητικά και οδηγούν στο θάνατο σε ποσοστό 0,7%. Επίσης, υπήρξε εσφαλμένη εκτίμηση και αντιμετώπιση της μετεγχειρητικής κατάστασης της ασθενούς. Εν προκειμένω, το Β'θμιο Δικαστήριο με την απόφασή του, καταδίκασε τον αναιρεσείοντα (ιατρό), για ανθρωποκτονία από αμέλεια (μη συνειδητή) που τελέστηκε με πράξεις και παραλείψεις του, κατ' άρθρα 15, 28 και 302 του ΠΚ. και για παθητική δωροδοκία κατ' άρθρο 235 ΠΚ.

### *Περιορισμοί*

Η ανάλυση στην παρούσα μελέτη των δεδομένων βασίστηκε στην αναφορά των ιατρικών σφαλμάτων, όπως αυτές αποτυπώθηκαν στις υπό έρευνα δικαστικές ποινικές αποφάσεις. Η έρευνα δεν επεκτάθηκε σε άλλες βάσεις δεδομένων, λόγω μη εξασφάλισης

πρόσβασης από την ερευνήτρια. Ο αριθμός των αποφάσεων που αξιολογήθηκαν ήταν μικρός αλλά πρέπει να ληφθεί υπόψη ο περιορισμένος αριθμός των ποινικών δικαστικών αποφάσεων στην Ελλάδα για το ιατρικό σφάλμα - την ιατρική αμέλεια σε σχέση με τα κριτήρια που τέθηκαν στην παρούσα μελέτη.

## 9.1 Συμπέρασμα - προτάσεις

Τα ιατρικά σφάλματα συνιστούν σοβαρό ζήτημα για την ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας και την ασφάλεια των ασθενών. Ο ιατρικός χώρος αποτελεί ένα ιδιαίτερα σύνθετο περιβάλλον, όπου μπορεί να λάβουν χώρα ποικίλα σφάλματα, τόσο ατομικής και συλλογικής προέλευσης όσο και συστημικής προσέγγισης.

Η μεγάλη αύξηση των δικαστικών διώξεων και η απειλή των υπέρογκων αποζημιώσεων, των αγωγών και των μηνύσεων σε βάρος των ιατρών, έχει επηρεάσει σημαντικά τον τρόπο άσκησης της ιατρικής, οδηγώντας σε «αμυντική» ιατρική, η οποία επιφέρει δυσμενείς και απρόβλεπτες συνέπειες για το σύστημα υγείας. Οι ιατροί, στο πλαίσιο της διαγνωστικής και θεραπευτικής προσέγγισης των ασθενών, υιοθετούν πρακτικές που θεωρούν ότι θα τους προστατεύσουν από δικαστικές περιπέτειες και προβαίνουν σε καταχρηστική άσκηση της ιατρικής. Προβαίνουν σε υπερκατανάλωση διαγνωστικών και θεραπευτικών παρεμβάσεων που μπορεί να επιφέρουν βλαπτικές συνέπειες στην υγεία των ασθενών. Αυτές μπορεί να θεωρηθούν ως αντιεπιστημονικές ή μη απαραίτητες ή και ακατάλληλες να διενεργηθούν, αλλά είναι και δαπανηρές, διογκώνοντας τα χρέη των ασφαλιστικών ταμείων. Επιπρόσθετα, υφίσταται ο κίνδυνος να οδηγηθούν οι ιατροί σε παραίτηση από το ιατρικό επάγγελμα, είτε εξαιτίας των αγχογόνων συνθηκών, είτε εξαιτίας της δυσκολίας τους να ανταποκριθούν στα ήδη αυξημένα ασφάλιστρα των ασφαλιστικών εταιριών, ιδίως στην δύσκολη οικονομική συγκυρία που διέρχεται η Χώρα, γεγονός το οποίο ήδη συμβαίνει στην Αμερική. Για τον λόγο αυτό πρέπει να ανευρεθεί μια χρυσή τομή ανάμεσα στην προστασία των ασθενών από ιατρικά σφάλματα αλλά και των ιατρών από άδικες διώξεις, με στόχο τη σωστή και ασφαλή άσκηση της ιατρικής.[28-30]

Όπως προέκυψε και από την παρούσα μελέτη, η αιτιολογία των ιατρικών σφαλμάτων είναι πολυπαραγοντική. Τα συστημικά προβλήματα αλλά και ο ανθρώπινος παράγοντας οδηγούν σε εσφαλμένες εκτιμήσεις και διαγνώσεις, όπως και σε πλημμελή επικοινωνία μεταξύ ιατρών διαφορετικών ειδικοτήτων. Ενδεικτικά αναφέρονται ως συστημικά προβλήματα, η άσκηση της ιατρικής που βασίζεται, πλέον, σε νέες και πιο περίπλοκες τεχνολογίες, οδηγώντας σε αναθεώρηση ή αλλαγή των καθιερωμένων προτύπων για τα οποία ο ιατρός οφείλει να ενημερώνεται ενδελεχώς, άλλως μπορεί να προβεί σε ιατρικό σφάλμα. Μια πρόταση αντιμετώπισης του προβλήματος θα ήταν η καθιέρωση ως υποχρεωτικής της δια βίου εκπαίδευσης και επαγγελματικής αναβάθμισης των ιατρών σχετικά με την εξέλιξη

της ιατρικής επιστήμης στην ειδικότητά τους και στις νέες τεχνολογίες. Στο θέμα αυτό, αρνητικά επιδρά και η οικονομική διάσταση στην άσκηση της ιατρικής, όπως το οικονομικό ενδιαφέρον των νομικών που απασχολούνται με αυτές τις υποθέσεις, σε ποινικό και αστικό επίπεδο, το οποίο θα μπορούσε να οριοθετηθεί με την καθιέρωση ανωτάτου ορίου αποζημίωσης για κάθε κατηγορία βλάβης που επιδικάζεται. Η λειτουργία των νοσοκομείων και των ασφαλιστικών ταμείων, σε περίοδο κρίσης, παρουσιάζουν σοβαρά προβλήματα, όπως είναι η μεγάλη προσέλευση ασθενών στην οποία αντιπαρατίθεται ο μικρός αριθμός ιατρικού προσωπικού, οι ελλείψεις των υλικών και των οικονομικών πόρων ακόμη και για τις λειτουργικές ανάγκες των νοσοκομείων. Συνεπώς, ο στόχος θα πρέπει να είναι η μεγαλύτερη δυνατή βελτίωση της ιατρικής φροντίδας. Διότι η τεκμηριωμένη ιατρική φροντίδα θα συμβάλλει στην βελτίωση της αποτελεσματικότητας και της ασφάλειας των ιατρικών πράξεων και στην εξοικονόμηση πόρων.

Αναφορικά με τον ανθρώπινο παράγοντα, πρέπει να αναφερθεί ότι η επιβεβλημένη ενημέρωση των ασθενών ή των οικείων τους, περιπλέκεται αφενός από την απροθυμία ή την αδυναμία των ιατρών να την παράσχουν σωστά αλλά και από την έλλειψη κατανόησης των πρώτων, των ορίων της ιατρικής και των εγγενών περιορισμών που εμπεριέχει η άσκησή της. Οι ασθενείς, υποσυνείδητα, θεωρούν ότι η ιατρική αντιμετωπίζει όλα τα προβλήματα που αναφύονται τόσο κατά το στάδιο της διάγνωσης όσο και της θεραπείας, χωρίς επιπλοκές. Το πρόβλημα αυτό διογκώνεται, κυρίως, λόγω της ανεξέλεγκτης πληροφόρησης και ενημέρωσης του μέσου κοινωνού πρόσβασης σε πηγές που μπορεί να αντλήσει πληροφορίες, ορθές ή μη, για ιατρικά ζητήματα που τον ενδιαφέρουν, μέσω του internet και από την τάση εκλαΐκευσης της Ιατρικής από τα ΜΜΕ. Συνεπώς, όταν υπάρξει πλημμελής ενημέρωση από τον ιατρό ή λανθασμένη κατανόηση από τον ασθενή, της πραγματικής κατάστασης της υγείας του, των ενδεχόμενων επιπλοκών μιας επέμβασης ή της προόδου μιας θεραπευτικής μεθόδου, αβίαστα σχεδόν, ο ίδιο ή οι οικείοι του προβαίνουν σε δικαστική διεκδίκηση, ποινική ή αστική, των αξιώσεών του. Κρίνεται αναγκαία η ανθρωποκεντρική προσέγγιση προς τον ασθενή η οποία συνίσταται στην βελτίωση της επικοινωνίας ιατρού – ασθενούς η οποία προσφέρει αφενός μεν ψυχολογικά οφέλη στον ασθενή αλλά και συνδράμει ουσιαστικά στην παροχή ποιοτικών ιατρικών υπηρεσιών και μπορεί να διαδραματίσει καθοριστικό ρόλο στην αποφυγή ενός δικαστικού αγώνα. Ως εκ τούτου, θεωρείται απαραίτητη η πλήρης ενημέρωση όλων των ενδιαφερομένων για τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις που αναφύονται στις σχέσεις ιατρού – ασθενούς καθώς και η πλήρης κατανόηση του νομικού πλαισίου που διέπει την ιατρική πράξη και ευθύνη.[1]

Η αντιμετώπιση των ιατρικών σφαλμάτων θα πρέπει να περιλαμβάνει μια διεπιστημονική προσέγγιση, με σωστή τεκμηρίωση και αναλυτική τήρηση ιατρικού αρχείου. Ο ιατρός πρέπει να διατηρεί την εποπτεία και να δικαιολογεί την επιλογή συγκεκριμένης διαγνωστικής ή θεραπευτικής αγωγής και τη «lege artis» παροχή ιατρικών υπηρεσιών. Η

Πολιτεία επίσης, θα πρέπει να μεριμνήσει, ώστε να βελτιωθούν οι συνθήκες εργασίας των ιατρών και να αποφεύγεται η υπεραπασχόλησή τους με τη συνακόλουθη κόπωση και τις καταστρεπτικές της επιπτώσεις και να τους παρέχονται τα απαραίτητα μέσα και οι δυνατότητες για να ενεργήσουν άμεσα. Η βελτίωση της υλικοτεχνικής υποδομής στα νοσηλευτικά ιδρύματα κρίνεται επιβεβλημένη «επένδυση», αν αναλογιστεί κανείς τα υπέρογκα ποσά αποζημιώσεων που μπορεί να αναγκαστεί να καταβάλλει το Δημόσιο στην περίπτωση των ιατρικών σφαλμάτων.

Προκειμένου δε, η πιθανότητα ιατρικού σφάλματος να μην επικρέμεται ως άλλη «δαμόκλειος σπάθη» πάνω από τον ιατρό, θα μπορούσε να καθιερωθεί το λεγόμενο σύστημα «μη ευθύνης» (no fault). Σύμφωνα με αυτό το σύστημα, σε μια προσπάθεια να αποφευχθεί, κυρίως, η ποινική δίωξη του ιατρού, ο ασθενής θα δύναται να αποζημιώνεται, άμεσα, στην λογική της αντικειμενικής ευθύνης του ιατρού, από κεφάλαιο που θα δημιουργείται από ασφαλιστικές εισφορές των ιατρών, ακόμη και με τη συμμετοχή του κράτους ή/και των ασθενών. Ιδιωτικές Κλινικές και Νοσοκομεία πρέπει να υποχρεώσουν τους ιατρούς τους να έχουν ασφαλιστική κάλυψη και μάλιστα για ένα συγκεκριμένο κατώτατο λογικό ποσό.

Βεβαίως, κρίνεται αναγκαία η δημιουργία σε όλες τις ειδικότητες «Κατευθυντηρίων Οδηγιών» (Guidelines), η δημιουργία «τυπικών διαδικασιών λειτουργίας» και διαδικασιών «Ποιοτικού Ελέγχου», η καθιέρωση προδικαστικής διαδικασίας διερεύνησης και αξιολόγησης περιστατικών με δυσμενή έκβαση, κατά την οποία οι ιατροί θα ενημερώνονται για τα ιατρικά λάθη και την αποφυγή τους, η αναθεώρηση του συστήματος επίλυσης των αστικών υποθέσεων ιατρικής ευθύνης με το σύστημα διαμεσολάβησης, η αναβάθμιση του συστήματος υγείας και ιδιαίτερα της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

Όσον αφορά τον την συνάντηση της νομικής με την ιατρική επιστήμη, στο πεδίο της διερεύνησης του ιατρικού σφάλματος, της ιατρικής αμέλειας, επισημαίνεται ότι οι κανόνες της νομικής επιστήμης δεν μπορούν να συμβάλλουν πάντοτε σε ασφαλή εξαγωγή συμπερασμάτων στον χώρο της Ιατρικής, μιας επιστήμης «πιθανοτήτων», όπου η «lege artis» συμπεριφορά ενός ιατρού δεν συνεπάγεται οπωσδήποτε επιτυχές αποτέλεσμα κατά την διενέργεια μιας ιατρικής πράξης. Επειδή η αξιολόγηση και η τεκμηρίωση του ιατρικού σφάλματος είναι δυσχερής από τους νομικούς, οι οποίοι δε διαθέτουν εξειδικευμένες γνώσεις, κρίνεται απαραίτητη αφενός μεν η συμμετοχή ειδικών ιατρών στις συνθέσεις των δικαστηρίων και δή ποινικών, ως ενόρκων, αφετέρου δε η δημιουργία ενός σώματος ιατρών με εξειδικευμένες γνώσεις που θα γνωμοδοτούν, ενώπιον των Δικαστηρίων, αλλά και σε προδικαστικό στάδιο, συμβάλλοντας ουσιαστικά στην εξωδικαστική επίλυση των διαφορών μεταξύ ασθενών, ιατρών και νοσηλευτικών ιδρυμάτων.

Σημαντικός θα ήταν ο ρόλος της θέσπισης ειδικού νομοθετικού πλαισίου για την ιατρική ευθύνη, ώστε να υπάρχουν σαφή όρια εντός των οποίων θα απευθύνονται οι ζημιωθέντες στις δικαστικές αρχές, προκειμένου να υπάρξει ένας «φραγμός» στις διώξεις των



ιατρών. Επισημαίνεται ότι έχει τεθεί το θέμα της ειδικότερης ρύθμισης της ποινικής ευθύνης των ιατρών με την θέσπιση ειδικότερων εγκλημάτων, αλλά είναι δύσκολο να καθοριστούν δογματικά οι υπαίτιες ενέργειες ή παραλείψεις των ιατρών που θα συνιστούσαν την ιατρική ευθύνη, διότι η ιδιοτυπία που παρουσιάζει το κάθε ιατρικό περιστατικό δεν διευκολύνει την ειδικότερη τυποποίηση. Το είδος και η έκταση της βλάβης στην υγεία του ασθενούς, η αιτιακή της σχέση με την ενέργεια ή παράλειψη του υπαιτίου ιατρού δεν είναι δυνατό να εξομοιώνεται με άλλη. Οι κανόνες της ιατρικής επιστήμης είναι δεν είναι απόλυτοι, είναι δε διατυπωμένοι με τρόπο ώστε να συστηματοποιήσουν την γνώση. Κατά τον τρόπο αυτό δεν καθίσταται εφικτή η τυποποίηση των ενεργειών ή παραλείψεων του ιατρού, λόγω της μοναδικότητας του κάθε ιατρικού περιστατικού. Για τον λόγο αυτό πρέπει να γίνει αντιληπτή η έννοια του ιατρικού σφάλματος, οι κατηγορίες του, η ευθύνη του ιατρού στις περιπτώσεις που δεν έχει λάβει, πριν από την διενέργεια μιας ιατρικής πράξης, την απαιτούμενη συναίνεση του ασθενούς, η νομική θεμελίωση της υποχρέωσής του για αποζημίωση, εξαιτίας ιατρικού σφάλματος. Αναφορικά με την υποχρέωση του ιατρού για την συναίνεση του ασθενούς μετά από ενημέρωσή του, εάν καλλιεργηθεί η απαιτούμενη συνείδηση για την τήρηση των κανόνων δεοντολογίας απέναντι στον ασθενή, εάν ο ιατρός το δικαίωμα της αυτοδιάθεσης του ασθενούς και δεν προβαίνει σε ιατρική πράξη χωρίς την συναίνεσή του, τότε μπορεί να θεωρηθεί ότι το Δίκαιο δεν θα παρέμβει [1].

Συνοψίζοντας, η τήρηση των βασικών κανόνων ιατρικής δεοντολογίας και η έγκαιρη ανάληψη πρωτοβουλιών στο πλαίσιο της διεπιστημονικής συνεργασίας, αποτελούν το κλειδί για την αποφυγή των ιατρικών σφαλμάτων. Επισημαίνεται, ωστόσο, ότι η μελέτη εκ των υστέρων από τρίτους και «επί χάρτου», της ιατρικής ευθύνης γίνεται «εν ψυχρώ», με άνεση χρόνου και με σχολαστική διερεύνηση των συμβάντων, συνήθως αξιοποιώντας τις ισχύουσες κατευθυντήριες οδηγίες και τα σχετικά πρωτόκολλα. Όλα αυτά είναι πάρα πολύ δύσκολο να εφαρμοστούν στην πράξη, ειδικά σε καθεστώς εφημερίας. Εκεί, οι πραγματικές δυνατότητες των ιατρών, που συχνά εργάζονται πέραν των ανθρωπίνων ορίων αλλά και κατά παράβαση των ευρωπαϊκών οδηγιών, υπολείπονται πολύ του ιδεατού και αποτελεί πεποίθηση της γράφουσας ότι αυτό το στοιχείο πρέπει να συν - αξιολογείται στο τελικό καταμερισμό των ευθυνών.

Εν κατακλείδι, οι ιατροί οφείλουν, κατά την Ιπποκρατική παραίνεση «ωφελείν ή μή βλάπτειν», να τηρούν με συνέπεια τις αρχές που διέπουν την Ιατρική Επιστήμη, με σκοπό την αποκατάσταση τόσο της σωματικής και ψυχικής υγείας του ασθενούς αλλά και την πρόληψη της σωματικής βλάβης ή του θανάτου, απότοκο ιατρικών σφαλμάτων. Το αίτημα δεν είναι η εξάλειψη των ακούσιων ιατρικών σφαλμάτων, αλλά η αποφυγή ή η ελαχιστοποίησή τους, επ'ωφελεία του ασθενούς. Χρειάζεται μετάβαση από μια «παθολογική» κουλτούρα, όπου αποκρύπτονται λάθη και τιμωρούνται οι αποτυχίες, σε μια κουλτούρα ασφάλειας των ασθενών, όπου τα λάθη αντιμετωπίζονται ως αναπόφευκτο μέρος της πραγματικότητας και

γίνεται προσπάθεια να αναγνωρίζονται προληπτικά οι λανθάνοντες κίνδυνοι. Τα παραπάνω θα έχουν θετικές συνέπειες, λόγω της αναβάθμισης των προσφερομένων υπηρεσιών υγείας, τόσο για τους ιατρούς, για τους ασθενείς όσο και για το σύστημα υγείας.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Καιάφα-Γκμπάντι Μ, Παπαγεωργίου Δ, Συμεωνίδου-Καστανίδου Ε, Ταρλατζής Β, Τάσκος Ν, Φουντεδάκη Κ. Ιατρική ευθύνη από αμέλεια Αστική – Ποινική). Ειδικά θέματα ιατρικού δικαίου. Νομική βιβλιοθήκη, Θεσσαλονίκη, 2013.
2. Πλεύρης Αθ. Η ποινική ευθύνη στην ιατρική πράξη. Νομική βιβλιοθήκη, 2007.
3. Πολλαλής Γ, Βοζικής Α, Ρήγα Μ. Ποιοτικά χαρακτηριστικά των ιατρικών σφαλμάτων. Ερευνητικά ευρήματα από την Ελλάδα. Το Βήμα του Ασκληπιού. 2012; 11:577–592.
4. Μαυροφόρου-Γιαννούκα Α. Ιατρική ευθύνη και ηθική. Πανεπιστημιακές εκδόσεις Θεσσαλίας, Βόλος, 2012
5. Λιούρδη ΑΣ. Ιατρική ποινική ευθύνη. Γενικές έννοιες και ειδικά ζητήματα. Νομική βιβλιοθήκη, 2014.
6. Σακελλαροπούλου Β. Η ποινική αντιμετώπιση του ιατρικού σφάλματος και η συναίνεση του ασθενούς στην ιατρική πράξη. Β΄ έκδοση. Εκδόσεις Σάκκουλα, Αθήνα, 2011.
7. Καραγεώργος Κ. Η ποινική εκτίμηση των ιατροχειρουργικών πράξεων. Σάκκουλας 1996.
8. Γολεμάτης Β. Ιατρικά λάθη στην Αρχαία Ελληνική ιατρική. [www.medtime.gr](http://www.medtime.gr).
9. Φούσας Α. Νομικά προβλήματα κατά την άσκηση της ιατρικής αστική ιατρική ευθύνη. Συμπόσιο της Επαγγελματικής Ένωσης Ουρολόγων Ελλάδος Ε.Ε.Ο.Ε. Λουτράκι, 2-9-2005. [www.antonisfousas.gr](http://www.antonisfousas.gr)
10. Καρακώστας Ι. Η ιατρική ευθύνη Χαρακτηριστικά γνωρίσματα & νομική διάσταση κανόνων ιατρικής δεοντολογίας. Νομική Βιβλιοθήκη, Αθήνα, 2008.
11. Ψαρούλης Δ, Βούλτσος Π. Ιατρικό Δίκαιο Στοιχεία Βιοηθικής. Α΄ έκδοση. University Studio Press, Θεσσαλονίκη, 2010.
12. Ψαρούδα – Μπενάκη Α. Το ιατρικόν καθήκον διαφώτισεως του ασθενούς ως προϋπόθεση της συναίνεσώς του, ΠοινΧρ 1974, σ. 643.
13. Πολίτης Χ., "Καθήκον παροχής διαφώτισης και λήψης συναίνεσης στις ιατρικές πράξεις", δημοσιευμένο σε <http://www.iatrika-xronika.gr/files/2003/13-5-2003-1.pdf>
14. Baumgärtel G., Η ιατρική ευθύνη – ουσιαστικό δίκαιο και κατανομή του βάρους απόδειξης, Αρμ 1993
15. Ανδρουλιδάκη – Δημητριάδη Ι., "Η υποχρέωση ενημέρωσης του ασθενούς", εκδ. Αντ. Ν. Σάκκουλα, Αθήνα – Κομοτηνή, 1993
16. Gittler GJ, Goldstein EJ. The elements of medical malpractice: an overview. Clin Infect Dis. 1996;23:1152–1155.
17. Bal BS. An introduction to medical malpractice in the United States. Clin Orthop Relat Res. 2009;467:339-47.
18. Αλεξιάδης Σ. Εισαγωγή στο ιατρικό δίκαιο. Σάκκουλας 1993.
19. Αναπλιώτη – Βαζαίου Ε.. Γενικές Αρχές Ιατρικού Δικαίου. Σάκκουλας, 1993.

20. Peeples R, Harris CT, Metzloff TB. Settlement has many faces: physicians, attorneys and medical malpractice. *J Health Soc Behav.* 2000;41:333–346.
21. Mello MM, Brennan TA. Deterrence of medical errors: therapy and evidence for malpractice reform. *Tex Law Rev.* 2002;80: 1628–1631.
22. Goldrich MS. Report of the Council on Ethical and Judicial Affairs. Washington, DC: American Medical Association; 2004.
23. Medical Malpractice. Implications of Rising Premiums on Access to Health Care. Washington, D.C. U.S. General Accounting Office. August 2003. Available at: <http://www.gao.gov/new.items/d03836.pdf>. Accessed Oct. 13, 2008.
24. Φουντεδάκη Κ. Ανθρώπινη αναπαραγωγή και αστική ιατρική ευθύνη. Εκδόσεις Σάκουλα, Αθήνα, 2007.
25. Στυλιανίδης Α. Επιτέλους, ας μη φοβόμαστε να μιλήσουμε για ιατρικά λάθη. [http://filoftero.blogspot.com/2011/07blog-post\\_9634.html](http://filoftero.blogspot.com/2011/07blog-post_9634.html)
26. Ομπέση Φ. Δίκαιο Νοσηλευτικής Ευθύνης. Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα, 2005.
27. Λιουρδη ΑΓ. Νομική ευθύνη στις ιατροχειρουργικές επεμβάσεις. [www.exe1928.gr](http://www.exe1928.gr)
28. Παπαδοκωστάκη Α. Αποζημιώσεις μετά τις καταδίκες 704.325 [http://aecon.gr/index.php?option=com\\_content&view=article&id=180&Itemid=129](http://aecon.gr/index.php?option=com_content&view=article&id=180&Itemid=129)
29. Γώγος Κ., Καϊάφα-Γκμπάντι Μ, Παπαδοπούλου Λ, Φουντεδάκη Κ. Η ιατρική ευθύνη στην πράξη Νομολογιακές τάσεις της τελευταίας δεκαετίας. Νομική Βιβλιοθήκη, Αθήνα, 2010.
30. Medical Malpractice Systems around the Globe: Examples from the US tort liability system and the Swedish no fault system. Washington, DC: World Bank. 2004. Available at: [http://194.84.38.65/files/esw\\_files/malpractice\\_systems\\_eng.pdf](http://194.84.38.65/files/esw_files/malpractice_systems_eng.pdf). Accessed Oct. 13, 2008.