



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ – ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ- ΤΟΜΕΑΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΣ

ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΙΑΣ ΚΑΙ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗΣ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

**«Η συμβολή του νομικού ελέγχου στην αξιολόγηση ευθυνών
Χειρουργού - Αναισθησιολόγου για ασθενείς που υποβάλλονται σε
αναισθησία στην ιατρική πρακτική»**

Λάμπρος Τζούμας

Δικηγόρος

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

Ιωάννινα, 2024



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ – ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ- ΤΟΜΕΑΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΣ

ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΙΑΣ ΚΑΙ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗΣ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

**«Η συμβολή του νομικού ελέγχου στην αξιολόγηση ευθυνών
Χειρουργού - Αναισθησιολόγου για ασθενείς που υποβάλλονται σε
αναισθησία στην ιατρική πρακτική»**

Λάμπρος Τζούμας

Δικηγόρος

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

Ιωάννινα, 2024

Η έγκριση της διδακτορικής διατριβής από το Τμήμα Ιατρικής της Σχολής Επιστημών Υγείας του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων δεν υποδηλώνει αποδοχή των γνώμων του συγγραφέα (Ν. 5343/32 , άρθρο 202 , παράγραφος 2)

Ημερομηνία αίτησης του κ. Τζούμα Λάμπρου: 5-6-2020

Ημερομηνία ορισμού Τριμελούς Συμβουλευτικής Επιτροπής: Γ.Σ. αριθμ. 947^α/6-10-2020

Μέλη Τριμελούς Συμβουλευτικής Επιτροπής:

Επιβλέπων:

Τζίμας Πέτρος, Αναπληρωτής Καθηγητής Αναισθησιολογίας

Μέλη:

Πασχόπουλος Μηνάς, Καθηγητής Μαιευτικής-Γυναικολογίας

Βλάχος Κωνσταντίνος, Αναπληρωτής Καθηγητής Χειρουργικής

Ημερομηνία ορισμού θέματος: 3-11-2020

«Η συμβολή του νομικού ελέγχου στην αξιολόγηση ευθυνών Χειρουργού-Αναισθησιολόγου για ασθενείς που υποβάλλονται σε αναισθησία στην ιατρική πρακτική»

ΟΡΙΣΜΟΣ ΕΠΤΑΜΕΛΟΥΣ ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ 1095^α/23-4-2024

1. Τζίμας Πέτρος, Καθηγητής Αναισθησιολογίας του Τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων
2. Πασχόπουλος Μηνάς, Καθηγητής Μαιευτικής-Γυναικολογίας του Τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων
3. Βλάχος Κωνσταντίνος, Καθηγητής Χειρουργικής του Τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων
4. Σαμαρά Ευαγγελία, Επίκουρη Καθηγήτρια Αναισθησιολογίας του Τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων
5. Χαρίσης Χαράλαμπος, Καθηγητής Γενικής Χειρουργικής-Μεταμοσχεύσεων του Τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων
6. Δαλακούρας Θεοχάρης, Καθηγητής Ποινικού Δικονομικού Δικαίου του Τμήματος Νομικής του Δημοκρίτειου Πανεπιστημίου Θράκης
7. Λαζαράτος Παναγιώτης, Καθηγητής Διοικητικού Δικαίου της Νομικής Σχολής του ΕΚΠΑ

Έγκριση Διδακτορικής Διατριβής με βαθμό «ΑΡΙΣΤΑ» στις 4-6-2024

Ιωάννινα 20-6-2024

ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

Σπυρίδων Κοντσιώτης

Καθηγητής Νευρολογίας



Αφιερώνεται στους γονείς μου

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Το έναυσμα για το εγχείρημα της διατριβής μου με αυτό το θέμα έρευνας σχετικά με την ιατρική ευθύνη και τον νομικό έλεγχο της το έλαβα από την πολυετή ενασχόληση του δικηγόρου πατέρα μου με δικαστικές υποθέσεις ιατρικής αμέλειας. Απέδωσα και εγώ από τα φοιτητικά μου χρόνια στη Νομική Σχολή και από την περάτωση των νομικών σπουδών μου (προπτυχιακών και μεταπτυχιακών) και από την έναρξη άσκησης της δικηγορίας μεγάλη σημασία και ενδιαφέρον σ' αυτό το ελκυστικό αντικείμενο.

Η τριετής έρευνά μου διεκπεραιώθηκε υπό την αμέριστη, σχεδόν καθημερινή, συμπαράσταση και συνδρομή του έγκριτου Ομότιμου Καθηγητού Αναισθησιολογίας κ. Παπαδόπουλου Γεωργίου, τη σοφή και άγρυπνη επιστημονική καθοδήγηση του διακεκριμένου επιβλέποντος Καθηγητού Αναισθησιολογίας κ. Τζίμα Πέτρου, που με συγκινητικό ενδιαφέρον έσκυψε να φωτίσει με τον πλούτο των γνώσεών του και της εμπειρίας του με υπομονή το δυσχερώς προσβάσιμο σε μένα, το νομικό, ιατρικό πεδίο της έρευνας στο σύνολό του. Το ίδιο ενδιαφέρον επέδειξαν, για τον ίδιο σκοπό της συνδρομής μου, τα άλλα δύο επίλεκτα μέλη της Συμβουλευτικής Επιτροπής – Καθηγητές Μαιευτικής / Γυναικολογίας και Γενικής Χειρουργικής αντίστοιχα κ.κ. Πασχόπουλος Μηνάς και Βλάχος Κωνσταντίνος, με όλως χρήσιμες πληροφορίες και ενημερώσεις μου στο πεδίο του επιστημονικού και τεχνικού αντικειμένου των ειδικοτήτων τους, που είναι μέρος της έρευνας.

Η εμπλοκή των δύο επιστημών, ιατρικής και νομικής, στις δικαστικές υποθέσεις ιατρικής αμέλειας είναι μοιραία, αλλά ταυτόχρονα δυσχερώς συνδυαζόμενη στην αποδεικτική διερεύνηση τέτοιας ποιότητας υποθέσεων, αφού οι προσεγγίσεις είναι διαφορετικές.

Αναζητήθηκε το μεγαλύτερο δυνατό δείγμα δημοσιευμένων δικαστικών αποφάσεων που αφορούν υποθέσεις ιατρικής αμέλειας δέκα (10) χειρουργικών ειδικοτήτων, περιλαμβανομένης αυτής και της Αναισθησιολογίας, σε επίπεδο ποινικό και αστικό για ιατρούς δημόσιων νοσοκομείων και ιδιώτες, ώστε, αφενός με στατιστική ανάλυση να καταδειχθεί ποιες ειδικότητες εμφανίζουν τη συχνότερη δικαστική εμπλοκή και ποια είναι τα κυριότερα κριτήρια της έννομης τάξης (είδη

σφαλμάτων) προς απόδοση ευθύνης, αφετέρου να προσδιορισθεί το κριτήριο με το οποίο η δικαιοσύνη καταλήγει στην κατάφαση ευθύνης των ιατρών των ως άνω ειδικοτήτων, αλλά και τα μέσα απόδειξης που χρησιμοποιούνται για την δικαιοδοτική κρίση της επί τέτοιων υποθέσεων και κατά πόσο αυτή η απόδειξη είναι ορθή και λυσιτελής.

Η ανάλυση των δικαστικών αποφάσεων για κακή ιατρική πρακτική κατά τη διάρκεια αναισθησίας ή χειρουργικής επέμβασης μπορεί να προσφέρει μία ακριβέστερη εικόνα της θνησιμότητας και νοσηρότητας των ασθενών, εξαιτίας των αποδιδόμενων ιατρικών πλημμελειών ανά ειδικότητα και κατά συνέπεια έτσι ίσως να ευαισθητοποιήσει τους επαγγελματίες της υγείας που ανέλαβαν την άσκηση ενός τόσο σπουδαίου λειτουργήματος και να τους οδηγήσει στη βελτίωση των κλινικών αποτελεσμάτων.

Ακόμη, η ανάλυση και αξιολόγηση αυτή οδήγησε και σε πρόταση της έρευνας για μία αναγκαία μεταρρύθμιση του δικαστικού – δικονομικού πλαισίου ελέγχου της ιατρικής συμπεριφοράς, με θεσμικές εγγυήσεις αποδεικτικής συνδρομής της δικαιοσύνης κάθε δικαιοδοσίας από ειδικό σώμα ιατρών σε προδικαστικό επίπεδο και με τεχνικά μέσα καταγραφής των χειρουργικών επεμβάσεων, με σεβασμό στην εγγενή αδυναμία των δικαστικών λειτουργιών, από έλλειμμα ειδικών ιατρικών τεχνικών γνώσεων και από την επισφάλεια των άλλων αποδείξεων, για αποκλεισμό αστοχιών και αδικών κρίσεων και για περιορισμό της εξαιρετικά μακροχρόνιας δικαστικής διαδικασίας που έχει σοβαρότατες αρνητικές συνέπειες για κάθε εμπλεκόμενο.

Η έρευνα αυτή άνοιξε και τους δικούς μου ορίζοντες και οδήγησε στην κατανόηση του σπουδαίου έργου μιας άλλης επιστήμης και της αγωνίας των λειτουργιών της έναντι του δικαστικού ελέγχου της συμπεριφοράς τους και για τη δικαιοσύνη και ορθότητα της δικαστικής κρίσης.

Κλείνω με απόσπασμα των απόψεων του διάσημου αμερικανού καρδιολόγου, πρωτοπόρου, ερευνητή και ακτιβιστή (Βραβείο Nobel για την ειρήνη, 1985) Dr. Bernard Lown, για τον ρόλο του ιατρού, σε ομιλία του τον Απρίλιο του έτους 2012 : *«Η ιατρική είναι ένα κάλεσμα. Είναι ουσιαστικώς μία ηθική επιχείρηση, θεμελιωμένη*

σε ένα συμβόλαιο εμπιστοσύνης ανάμεσα στους επαγγελματίες της υγείας και τους ασθενείς. Η πρωταρχική αποστολή του κλινικού ιατρού είναι να θεραπεύει, να φροντίζει, να προστατεύει τον άρρωστο και να εργάζεται για στην προαγωγή της υγείας όλων. Κεντρική θέση στη σχέση ιατρού-ασθενούς έχει η προσδοκία ότι οι ανάγκες του ασθενούς θα μπαίνουν πρώτες, πάνω και πέρα από προσωπικά συμφέροντα ή τα συμφέροντα τρίτων».

Πίνακας περιεχομένων

1.0	Η ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΥΘΥΝΗ	6
2.0	ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ	9
3.0	ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	14
4.0	ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ	16
4.1	ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ	17
5.0	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	19
6.0	ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΙΑΤΡΙΚΗ ΑΜΕΛΕΙΑ	50
6.1	Μαιευτήρες / Γυναικολόγοι	53
6.2	Γενικοί Χειρουργοί.....	56
6.3	Αναισθησιολόγοι	59
6.4	Ορθοπαιδικοί.....	62
6.5	Νευροχειρουργοί.....	65
6.6	Ω.Ρ.Λ.	68
6.7	Οφθαλμίατροι.....	71
7.0	ΝΟΜΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ	77
8.0	ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	101
9.0	SUMMARY	103
10.0	ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	105
11.0	ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΔΙΚΑΣΤΙΚΩΝ ΑΠΟΦΑΣΕΩΝ.....	114

1.0 Η ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΥΘΥΝΗ

Τον ορισμό της ιατρικής πράξης δίνει το άρθρο 1 παρ.1 του Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας / Κ.Ι.Δ. (Ν. 3418/2005), που αναφέρει ότι ιατρική πράξη είναι εκείνη που έχει ως σκοπό τη με οποιαδήποτε επιστημονική μέθοδο πρόληψη, διάγνωση, θεραπεία και αποκατάσταση της υγείας του ανθρώπου. (1-5)

Η ευθύνη του ιατρού, κατά την εκτέλεση της ιατρικής πράξης, ελέγχεται κυρίως νομικά και η δικαιοσύνη, προκειμένου να ελέγξει αυτή την ευθύνη, χρησιμοποιεί ως κριτήριο αν το ανεπιθύμητο αποτέλεσμα της ιατρικής συμπεριφοράς οφείλεται σε παράβαση των θεμελιωδών αναγνωρισμένων κανόνων της ιατρικής επιστήμης. (6) Ελέγχεται αν η ιατρική πράξη ενεργήθηκε σύμφωνα με τους κανόνες της ιατρικής τέχνης και επιστήμης, όπως αυτοί προσδιορίζονται από τις κατευθυντήριες οδηγίες των αντίστοιχων επιστημονικών εταιρειών ιατρών της ειδικότητας και τη διεθνή ιατρική πρακτική, αποβλέποντας στον μέσο συνετό ιατρό της ειδικότητας. Τα παραπάνω ισχύουν σε επίπεδο διάγνωσης της νόσου του ασθενούς, σε επίπεδο επιλογής - χορήγησης φαρμακευτικής αγωγής, σε επίπεδο επιλογής χειρουργικής επέμβασης, όταν αυτή απαιτείται, και τρόπου εκτέλεσής της, σε επίπεδο επιλογής αναισθησίας και τρόπου εκτέλεσής της, σε επίπεδο αναγκαίας παραπομπής του ασθενούς σε ιατρούς άλλων ειδικοτήτων ή κλήσης τέτοιων ιατρών για συνεργασία, σε επίπεδο ελέγχου και ορθής χρήσης του ιατροτεχνικού εξοπλισμού, σε επίπεδο παρακολούθησης του ασθενούς μετά την ιατρική πράξη – επέμβαση και μετά τη χορήγηση αναισθησίας. (8, 9)

Υπό αυτό το πρίσμα ελέγχεται νομικά η ιατρική συμπεριφορά, ως ενέργεια ή ως παράλειψη και περιλαμβάνει την ενυπόγραφη ενημερωμένη συναίνεση του ασθενούς, σε τρόπο και γλώσσα που πρέπει να είναι καταληπτή από αυτόν και αφορά την επιλογή της θεραπευτικής πράξης ή μεθόδου μεταξύ περισσότερων, με ανάπτυξη των πλεονεκτημάτων και μειονεκτημάτων κάθε μίας, τον κίνδυνο των κυριότερων επιπλοκών τους, ενώ, σε περίπτωση που ο ασθενής επιθυμεί πληρέστερη ενημέρωση, πρέπει να γίνει αναφορά και των πλέον σπάνιων ή και μικρής σημασίας επιπλοκών. Σε περίπτωση ανηλικότητας του ασθενούς, η ως άνω ενημέρωση γίνεται και η συναίνεση αναζητάται στα πρόσωπα των ασκούντων τη γονική μέριμνα επ’

αυτού, σε περίπτωση ασθενούς υπό δικαστική συμπαράσταση στο πρόσωπο του δικαστικού συμπαραστάτη του, ενώ σε περίπτωση απλής (προσωρινής) διατάραξης της συνείδησης ή απώλειας των αισθήσεων του ασθενούς η παραπάνω ενημέρωση θα πρέπει να γίνεται στα «οικεία» κατά το Κ.Ι.Δ. (άρθρα 1 παρ.4 περ. β) πρόσωπα και από αυτά αναζητάται η συναίνεση κατά τα άρθρα 11 και 12 του Κ.Ι.Δ. (7) Νομοθετικό έρεισμα, επίσης, για την αναζήτηση συναίνεσης του ασθενούς για τη εκτέλεση κάθε επέμβασης βρίσκεται και στο άρθρο 5 του Ν. 2619/1998 σχετικά με τη σύμβαση για τα ανθρώπινα δικαιώματα και την βιοϊατρική, που απαιτεί να αναζητάται η συναίνεση του ασθενούς μετά εκ των προτέρων ενημέρωσή του για το σκοπό και τη φύση της επέμβασης και τα επακόλουθα και τους κινδύνους που αυτή συνεπάγεται και είναι ελεύθερα και οποτεδήποτε ανακλητή. Ας σημειωθεί ότι η νομολογία, κατά την πάγια θέση της, για να δεχθεί ότι υφίσταται πράγματι έγκυρη και πλήρης ενημέρωση του ασθενούς, αναζητά σε επίπεδο αποδείξεως έγγραφη ενημέρωση και έγγραφη συναίνεση του ασθενούς, μη αρκούμενη για αποδοχή ισχυρισμού ιατρού περί παροχής τέτοιας σε προφορικό λόγο (βλ. Α.Π. 1344/2011 δημ. Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ), ενώ εκφράσθηκε και αποκλίνουσα θέση της νομολογίας (όπως η υπ' αριθ. 219/2019 απόφαση του Εφετείου Αθηνών - δημ. Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ – αναιρεθείσα από την αμέσως προηγούμενη απόφαση του Α.Π., που αφορά οφθαλμίατρο), η οποία έκρινε ότι δεν προβλέπεται πουθενά γραπτή προεγχειρητική ενημέρωση του ασθενούς και αρκεί και η προφορική και δέχθηκε ότι απέδειξε ο ιατρός την πλήρη και έγκυρη ενημέρωση με προφορικό λόγο. Σε μια τέτοια περίπτωση προφορικής ενημέρωσης είναι δυσχερώς αποδείξιμο το ζήτημα της ενημερωμένης συναίνεσης του ασθενούς και του περιεχομένου της σε δικαστική διαδικασία. Τονίζουμε, ωστόσο, ότι σημαντικό ρόλο έχει και η βέλτιστη σχέση και επικοινωνία μεταξύ ιατρού - ασθενούς και οικείων του ή προσώπων που τον εκπροσωπούν, συγγενών του κλπ., ως μέσο πρόληψης δικαστικών αντιδικιών.

Η ιατρική και η νομική επιστήμη προσεγγίζουν διαφορετικά τα πράγματα, με διαφορετικούς κανόνες και διαφορετικά μεθοδολογικά εργαλεία. Η ιατρική αποτελεί επιστήμη πιθανοτήτων, όπου και η ορθότατη ιατρική συμπεριφορά δεν σημαίνει οπωσδήποτε και επιτυχές αποτέλεσμα. Η οριοθέτηση και αξιολόγηση της ιατρικής

ευθύνης αποτελεί ένα από τα πλέον δυσχερή προβλήματα στο χώρο της δικαιοσύνης και πολλές φορές κρίνεται η τύχη του ιατρού από μια τέτοια δικαστική εμπλοκή.

Ο ιατρός θα πρέπει να ενεργεί πάντοτε σύμφωνα με τους κανόνες της ιατρικής επιστήμης, τέχνης και δεοντολογίας και να επιδεικνύει προς τον ασθενή εκείνο το ενδιαφέρον που αναμένει η κοινωνία και η πολιτεία να δείξει ένας μέσος εξειδικευμένος ιατρός. Θα πρέπει επίσης να λαμβάνει υπόψη του τις σύγχρονες εξελίξεις της ιατρικής. (10)

2.0 ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

Το ιατρικό επάγγελμα θεωρείται ένα από τα πλέον ευγενή επαγγέλματα στον κόσμο, που προσφέρει σημαντική υπηρεσία στην ανθρωπότητα, παρέχοντας με τη δέουσα προσοχή και με επαγγελματική δεξιότητα σημαντικά αποτελέσματα στην αντιμετώπιση των ασθενειών. Και, ενώ σημειώνεται τεράστια πρόοδος στην ιατρική παγκοσμίως, η σχέση ιατρού - ασθενούς επιδεινώνεται και οι καταγγελίες για κακή ιατρική πρακτική αυξάνονται. Ήδη στις Η.Π.Α. έχει αρχίσει να γίνεται λόγος για κρίση της λεγόμενης κακής ιατρικής πρακτικής (medical malpractice), όρος που αντικατοπτρίζει πλήρως την κατάσταση στην οποία έχει περιέλθει το Νομικό Σύστημα αυτής της χώρας, μετά τη θεαματική αύξηση των καταγγελιών για αναζήτηση ποινικών ευθυνών και των αξιώσεων για αποζημίωση σε βάρος ιατρών. (21, 22)

Μία έκθεση της Αμερικανικής Ιατρικής Ένωσης αποκαλύπτει ότι περισσότερο από το 42% όλων των ιατρών έχουν καταγγελθεί κατά τη διάρκεια της καριέρας τους. Από αυτούς το 57% αφορούσε ιατρούς χειρουργικών ειδικοτήτων. (24) Οι ειδικότητες με τους υψηλότερους δείκτες δικαστικών διαδικασιών για κακή ιατρική πρακτική είναι η Γυναικολογία / Μαιευτική, η Γενική Χειρουργική και η Εσωτερική Παθολογία, με το ιατρικό λάθος να μπορεί να συμβαίνει ανεξάρτητα από την εμπειρία των ιατρών, ενώ η έλλειψη ενημερωμένης συγκατάθεσης του ασθενούς συμβάλλει στην απόδοση ευθύνης σε βάρος των ιατρών. (122, 24)

Στη μαιευτική συναντώνται μητρικοί και προγεννητικοί θάνατοι, όπως και βλάβες νεογνών, που μπορούν να συνδεθούν με ιατρική αμέλεια και συνακόλουθη δικαστική εμπλοκή. Όπως προκύπτει από τα στοιχεία μελέτης της Adinma το 76% των επαγγελματιών Μαιευτικής / Γυναικολογίας έχουν καταγγελθεί τουλάχιστον μία φορά. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα οι Μαιευτήρες / Γυναικολόγοι να έχουν ένα από τα υψηλότερα ποσοστά ασφάλισης σε σύγκριση με οποιαδήποτε άλλη ιατρική ειδικότητα. (122) Στην έρευνα των Vincent et al., το 75% των ανώτερων Μαιευτήρων και Γυναικολόγων στο Ηνωμένο Βασίλειο στην περιοχή του Βόρειου Τάμεση είχε εμπλακεί σε δικαστικές διαδικασίες. (23)

Η απειλή μίας δικαστικής διαμάχης και η αξίωση μίας χρηματικής αποζημίωσης στη Μαιευτική είναι εμφανής στην καθημερινή πρακτική, συχνά δε τα

ποσά αποζημίωσης είναι υπέρογκα. (23, 25) Η υπερβολική καθυστέρηση από την απόφαση του ιατρού μέχρι τον τοκετό ή/και η ανεπαρκής φροντίδα παράγουν τεκμήριο ευθύνης στις περισσότερες αιτιάσεις για περιγεννητική εμβρυϊκή ασφυξία ή εγκεφαλική παράλυση. (26)

Στην έρευνα των Berglund et al., τα πιο συνηθισμένα περιστατικά κακής ιατρικής πρακτικής σε σχέση με τον τοκετό ήταν η παράλειψη της εποπτείας της εμβρυϊκής ευεξίας, η παράβλεψη των σημείων εμβρυϊκής ασφυξίας, συμπεριλαμβανομένης της αλόγιστης χρήσης οξυτοκίνης και η επιλογή μη βέλτιστου τρόπου τοκετού. (27)

Οι χρηματικές αποζημιώσεις που καταβλήθηκαν για σωματική βλάβη, σύμφωνα με τη δημοσίευση των Glaser et al., έφθασαν τα 3.234.400 δολάρια, με μέση αποζημίωση 279.384 δολάρια. (32) Ωστόσο, η χρηματική αποζημίωση για κακή ιατρική πρακτική από Μαιευτήρες / Γυναικολόγους συχνά φθάνει σε υπέρογκα ποσά. (30, 31)

Στη γενική χειρουργική, ένα υψηλό ποσοστό καταγγελιών για θάνατο του ασθενούς σε επεμβάσεις γενικής χειρουργικής σχετιζόταν με επέμβαση λαπαροσκοπικής χολοκυστεκτομής. Οι κύριες αιτίες περιλάμβαναν τραυματισμούς χοληφόρων αγγείων. (33, 34) Στην έρευνα των Healey et al., τα λάθη στη φροντίδα των ασθενών συνέβαλαν στο 30% των θανάτων. (35) Παράγων που σχετίζεται στη γενική χειρουργική με κακή ιατρική πρακτική ήταν η ελλιπής παρακολούθηση του ασθενούς, με αποτέλεσμα το θάνατο. Παράγοντες που σχετίστηκαν με την αύξηση της οικονομικής αποζημίωσης ήταν η καθυστέρηση στην εργαστηριακή απεικόνιση, η καθυστέρηση στη διάγνωση και η επανεπέμβαση. (33)

Αντίθετα, στην έρευνα των Wind et al., το ποσοστό των αξιώσεων για επιπλοκές της λαπαροσκόπησης που σχετιζόνταν με την είσοδο του τροκάρ στο χειρουργικό πεδίο ήταν χαμηλότερο (18%). Οι κύριες επιπλοκές ήταν οι τραυματισμοί αγγείων και εντέρου. Μόνο στο 46% των περιπτώσεων η επιπλοκή που σχετίζεται με την είσοδο τροκάρ διαγνώσθηκε διεγχειρητικά. (33) Σε έρευνα των Jung et al., στη Νότια Κορέα, η εσφαλμένη διάγνωση ήταν η πιο κοινή αιτία καταγγελιών, ακολουθούμενη από την κακή μετεγχειρητική διαχείριση. Ως κύρια αιτία

αναφέρθηκε η παράβαση του καθήκοντος περίθαλψης του ασθενούς, ακολουθούμενη από ελλιπή ενημερωμένη συγκατάθεση. (36) Καθόσον αφορά την απόφραξη εντέρου, η κακή ιατρική πρακτική περιλάμβανε σφάλματα στη διάγνωση στο 37%, ακολουθούμενη από ακατάλληλη εκτέλεση μίας διαδικασίας στο 17%. (37) Στην έρευνα των Kassir et al., από 426 αξιώσεις για τα έτη 2009 – 2011, οι 81 (19%) αφορούσαν βαριατρική χειρουργική επέμβαση. Το συρίγγιο ήταν η πιο συνηθισμένη επιπλοκή που οδήγησε σε αιτίαση κακής ιατρικής πρακτικής (43,67%). Η διάρκεια της δικαστικής αντιδικίας ήταν κατά μέσο όρο 2 (1-6) έτη. (38)

Σε περιπτώσεις χειρουργικής σπλάχνων και πεπτικού συστήματος και εξ αυτών δικαστικών αντιδικιών, σύμφωνα με την έρευνα των Tuchtan et al., το 40% αφορούσε τη λαπαροσκοπική χειρουργική, το 28% τη γαστρική παράκαμψη και το 23% τη λαπαροσκοπική επιμήκη γαστρεκτομή (ή «γαστρικό μανίκι»). Οι πιο συχνές αρχικές επιπλοκές ήταν οι διατρήσεις (30%), τα συρίγγια (27%), η απόφραξη του εντέρου (14%), οι αγγειακοί τραυματισμοί (9,5%) και οι λοιμώξεις (περιτονίτιδα, πλευρίτιδα, αποστήματα - 8%). Επανεπέμβαση απαιτήθηκε στο 78% των περιπτώσεων. Αμέλεια εντοπίστηκε στο 30% των περιπτώσεων, το 67% των οποίων οφείλεται σε καθυστερημένη διάγνωση. Το 47% των ασθενών ανέκαμψε πλήρως από τις επιπλοκές. (39)

Στη νευροχειρουργική, το 62,5% των καταγγελιών αφορούσε επεμβάσεις στη σπονδυλική στήλη και το 28,6% επεμβάσεις στην κρανιακή περιοχή. Μόνιμες αρνητικές συνέπειες της επέμβασης αναφέρθηκαν στο 40% των περιπτώσεων και θάνατος στο 22%. Ανεπάρκεια τεκμηρίωσης ή ελλιπής συναίνεση διαπιστώθηκε στο 17% των περιπτώσεων. Το 1/5 των υποθέσεων ήταν ποινικού χαρακτήρα και τα 4/5 αστικού - αποζημιωτικού χαρακτήρα. Η αποζημίωση που επιβλήθηκε κυμαίνονταν από 60.000 έως 600.000 ευρώ. (40) Ο κύριος ιατρικός παράγων που οδήγησε σε αξίωση ήταν η ανεπαρκής απόδοση του Νευροχειρουργού (42,1%), η προεγχειρητική δισκοπάθεια (20,6%) και η τεχνικά μη άρτια χειρουργική επέμβαση στη σπονδυλική στήλη και το νωτιαίο μυελό (21,0%). (41)

Η μέση αποζημίωση για χειρουργική επέμβαση στη σπονδυλική στήλη ήταν 278.362 δολάρια έναντι 423.539 δολαρίων για κακή ιατρική διαχείριση και 438.183

δολαρίων για κρανιακή χειρουργική. Η ακατάλληλη απόδοση και η χειρουργική επέμβαση εκτός ενδείξεων, ήταν οι αιτίες που οδήγησαν στην απόδοση ευθύνης. Οι πιο συνηθισμένοι, προσδιοριστικοί ευθύνης, παράγοντες στην κρανιακή χειρουργική, ήταν λάθη στη διάγνωση και ανεπαρκής απόδοση. (42) Στην έρευνα των Mukherjee et al., οι πιο συνηθισμένες αιτιάσεις των καταγγελλόντων στη χειρουργική της σπονδυλικής στήλης ήταν η εσφαλμένη χειρουργική τεχνική (43%), η καθυστερημένη / λανθασμένη διάγνωση (17%), η έλλειψη τεκμηρίωσης (14%) και η καθυστέρηση της θεραπείας (12%). Οι υψηλότερες μέσες πληρωμές αφορούσαν αξιώσεις για εσφαλμένη χειρουργική τεχνική (230.000 λίρες) και καθυστερημένη / λανθασμένη διάγνωση (212.650 λίρες). Η μέση διάρκεια μεταξύ του κλινικού συμβάντος και της τελικής δικαστικής απόφασης ήταν 664 ημέρες. (43)

Οι υψηλές αποζημιώσεις και ο αυξανόμενος αντίκτυπος της ιατρικής ευθύνης ωθεί τους επαγγελματίες στην άσκηση της λεγόμενης αμυντικής ιατρικής. Στην έρευνα των Debono et al., το 64,5% από 78 ιδιώτες Νευροχειρουργούς στη Γαλλία αντιμετώπισαν μία δικαστική διαμάχη για ιατρική αμέλεια και το 60,2% είχε ήδη αρνηθεί να πραγματοποιήσει χειρουργικές επεμβάσεις υψηλού κινδύνου. Ο φόβος των Νευροχειρουργών ότι θα διωχθούν νομικά προσέθεσε αρνητική πίεση κατά τη διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης για το 55,1% των ερωτηθέντων και το 37,2% από αυτούς είχαν ήδη σκεφθεί να σταματήσουν την άσκηση χειρουργικής, εξαιτίας του φόβου δικαστικής εμπλοκής τους. (44)

Μία άλλη ειδικότητα υψηλού κινδύνου για καταγγελίες κακής ιατρικής πρακτικής και αξιώσεων αποτελεί η αναισθησιολογία. Οι πιο συχνές αιτίες ανθρωποκτονίας από αμέλεια ήταν η δύσκολη διασωλήνωση (12,5%), η απόφραξη αεραγωγού (16,66%) και η εγκεφαλοπάθεια (16,66%). (45) Η εφαρμογή των κατευθυντήριων οδηγιών για τον αεραγωγό από το 1993 έως το 1999 σε σύγκριση με την περίοδο 1985 – 1992 είχε ως αποτέλεσμα τη μείωση των αξιώσεων. Οι επίμονες προσπάθειες διασωλήνωσης συσχετίστηκαν με θάνατο / εγκεφαλοπάθεια. (46)

Οι αξιώσεις εναντίον Αναισθησιολόγων για κακή ιατρική πρακτική, με επακόλουθο το θάνατο ασθενών, ήταν σημαντικά λιγότερες σε οργανωμένα κέντρα

χειρουργικής από τα νοσοκομεία με 100 κλίνες. Βρέθηκε ότι η παχυσαρκία, ως παράγων κινδύνου για τον ασθενή και η συναφής κακή έκβαση, οδηγεί σε αξίωση σε βάρος του Αναισθησιολόγου. Η μέση χρηματική αποζημίωση ήταν 309.066 δολάρια. (47)

Σε παιδιατρικούς ασθενείς, οι αναπνευστικές επιπλοκές συσχετίστηκαν με το ήμισυ (1/2) των αξιώσεων για κακή ιατρική πρακτική κατά τη δεκαετία 1970 - 1980 στη βάση δεδομένων κλειστών (ήδη διευθετημένων) αξιώσεων της Αμερικανικής Αναισθησιολογικής Εταιρείας (American Society of Anesthesiologists / ASA). (48)

Καθόσον αφορά την περιοχική αναισθησία, στην έρευνα των Saba et al., οι περισσότερες από τις επιπλοκές και τις συναφείς αξιώσεις ταξινομήθηκαν ως μόνιμοι μικροτραυματισμοί. Ο μεγαλύτερος αριθμός αξιώσεων αφορούσε τραυματισμούς στο βραχιόνιο πλέγμα μετά από διασκαληνικό αποκλεισμό στη χειρουργική του ώμου. Οι πιο συνηθισμένες βλάβες, που είχαν ως αποτέλεσμα την επιδίκαση αποζημίωσης, ήταν βλάβες μετά από αποκλεισμούς του μηριαίου και του ισχιακού νεύρου. Παράγων που συνέβαλε στους τραυματισμούς ήταν η «Τεχνική Γνώση - Επιδόσεις» του Αναισθησιολόγου, ακολουθούμενος από τον παράγοντα «προϋπάρχων τραυματισμός ή ριζοπάθεια». (49)

Καθόσον αφορά την ανάλυση μηνύσεων / εγκλήσεων και αστικών αγωγών για κακή ιατρική πρακτική Αναισθησιολόγων και ιατρών χειρουργικών ειδικοτήτων στην Ελλάδα υπάρχουν λίγες και πολύ περιορισμένες αναφορές.

3.0 ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Όπως προαναφέρθηκε, η ευθύνη του ιατρού κατά την εκτέλεση της ιατρικής πράξης ελέγχεται κυρίως νομικά και η δικαιοσύνη, προκειμένου να ελέγξει αυτή την ευθύνη, χρησιμοποιεί ως κριτήριο αν το ανεπιθύμητο αποτέλεσμα της ιατρικής συμπεριφοράς οφείλεται σε παράβαση των θεμελιωδών αναγνωρισμένων κανόνων της ιατρικής επιστήμης και τέχνης και αν αυτή η συμπεριφορά είναι σύμφωνη με το αντικειμενικώς επιβαλλόμενο καθήκον επιμέλειας.

Η ανάλυση δικαστικών αποφάσεων κακής ιατρικής πρακτικής κατά τη διάρκεια της αναισθησίας ή μίας χειρουργικής επέμβασης θα μπορούσε να παρέχει μία ακριβέστερη εικόνα της θνησιμότητας και της νοσηρότητας των ασθενών ανά ειδικότητα, μέσω αυτής να αναδειχθούν τρόποι βελτίωσης των κλινικών αποτελεσμάτων και να μειωθεί ο κίνδυνος δικαστικών εμπλοκών των επαγγελματιών της υγείας.

Σκοπός της έρευνας είναι να αναλυθούν μέσα από δημοσιευμένες κυρίως δικαστικές αποφάσεις περιστατικά φερόμενων ιατρικών σφαλμάτων δέκα (10) χειρουργικών ειδικοτήτων, περιλαμβανομένης και αυτής της Αναισθησιολογίας και πιο συγκεκριμένα να απαντηθούν τα κάτωθι ερωτήματα :

1. Σε ποιο ποσοστό υπάρχουν ποινικές καταδικαστικές ή αστικές επιδικαστικές αποζημίωσης υποθέσεις και σε ποιο ποσοστό ποινικές αθωωτικές ή αστικές απαλλακτικές (απορριπτικές αγωγών) υποθέσεις, για ιατρικό σφάλμα Χειρουργού και Αναισθησιολόγου και ποια η στατιστική των υποθέσεων γενικότερα, αλλά και με βάση τις ως άνω διακρίσεις μεταξύ των ειδικοτήτων.
2. Πόσες οι ανθρωποκτονίες και οι σωματικές βλάβες από αμέλεια ανά ειδικότητα, ποιες οι αιτίες τους, σε τι είδους σφάλμα (κριτήριο έννομης τάξης για ευθύνη) αποδίδονται (π.χ. εσφαλμένη εκτέλεση επέμβασης / αναισθησίας) και ποια η σύγκριση των επιπτώσεων των ανθρωποκτονιών - σωματικών βλαβών από αμέλεια, όπως και των προαναφερθέντων κριτηρίων μεταξύ των ειδικοτήτων.

3. Ποιο είναι το κριτήριο της έννομης τάξης, με βάση το οποίο καταλήγει στην ενοχή ή στην αθώωση του εμπλεκόμενου ιατρού σε περίπτωση παραπομπής τους σε ποινική δίκη για ιατρικό σφάλμα (σωματική βλάβη ή ανθρωποκτονία από αμέλεια).
4. Ποιο είναι το κριτήριο για αποζημιωτική ευθύνη ιατρού Χειρουργού ή Αναισθησιολόγου σε περίπτωση αστικής εμπλοκής του και ποιο για την ευθύνη δημόσιου νοσοκομείου, στο οποίο λειτουργεί ως όργανό του ο ιατρός Ε.Σ.Υ. ή ο ιατρός μέλος Δ.Ε.Π.
5. Πώς και υπό ποιες προϋποθέσεις αποδίδεται από τα δικαστήρια ατομική ευθύνη Χειρουργού ή Αναισθησιολόγου και πώς αποδίδεται συνευθύνη (συγκλίνουσα ευθύνη) αυτών από τη συλλειτουργία τους – συνεργασία τους σε ένα χειρουργείο.
6. Ποια είναι η πλέον λυσιτελής και αποτελεσματική απόδειξη της ύπαρξης ή ανυπαρξίας του ιατρικού σφάλματος Χειρουργού ή Αναισθησιολόγου, που θα διευκολύνει τη δικαστική κρίση και θα την καταστήσει ασφαλή, δεδομένης της αδυναμίας, λόγω ελλείψεως τεχνικών ιατρικών γνώσεων του δικαστή, μη εξειδίκευσής του και μη υπάρχοντος προδικαστικού μηχανισμού ειδικών αξιόπιστων πραγματογνωμόνων.

4.0 ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Για την έρευνα αναζητήθηκαν και αναλύθηκαν αποφάσεις δικαστηρίων κάθε βαθμού και κάθε δικαιοδοσίας (ποινικής, αστικής, διοικητικής), όπως και ακυρωτικών δικαστηρίων (Άρειος Πάγος / Α.Π. και Συμβούλιο της Επικρατείας / Σ.τ.Ε.), σχετικές με την ιατρική ευθύνη για τα έτη 1990 – 2020 από τις τράπεζες νομικών πληροφοριών «NOMOS», «Sakkoulasonline.gr», «Τράπεζα Δικηγορικού Συλλόγου Αθηνών», όπως και από νομικά περιοδικά («Νομικό Βήμα», «Ελληνική Δικαιοσύνη», «Ποινικά Χρονικά», «Ποινική Δικαιοσύνη» κ.α.) και λιγότερες αδημοσίευτες.

Πιο συγκεκριμένα αναζητήθηκαν αποφάσεις που αφορούν Χειρουργό και Αναισθησιολόγο (σε συλλειτουργία), ή μόνο Χειρουργό ή μόνο Αναισθησιολόγο στο διάστημα από το έτος 1990 έως το έτος 2020. Οι αποφάσεις αυτές χωρίστηκαν σε αποφάσεις ανά ειδικότητα. Κατόπιν αναζητήθηκαν οι υποθέσεις που αντιστοιχούν σε αυτές και χωρίστηκαν σε υποθέσεις στις οποίες αποδίδεται ευθύνη και σε υποθέσεις στις οποίες δεν αποδίδεται ευθύνη. Στις περιπτώσεις ευθύνης αναζητήθηκαν οι αιτίες ανθρωποκτονιών και σωματικών βλαβών από αμέλεια και κατηγοριοποιήθηκαν ανά είδος ιατρικού σφάλματος. Υπήρξε περαιτέρω κατηγοριοποίηση των υποθέσεων με βάση τις διακρίσεις τους (ποινικές καταδικαστικές, αστικές επιδικαστικές αποζημίωσης, ποινικές αθωωτικές, αστικές απορριπτικές αγωγών αποζημίωσης). Ερευνήθηκε πώς αποδίδεται ατομική ή κοινή ευθύνη ιατρών.

Οι δικαστικές αποφάσεις αναλύθηκαν από έμπειρο Αναισθησιολόγο ή Χειρουργό αντίστοιχα, για τις παραδοχές τους και την τεκμηρίωση της αποδιδόμενης στον ιατρό ευθύνης, με βάση την ιατρική γνώση και εμπειρία.

Μέσα από τις αποφάσεις αυτές αναζητήθηκε αν υπάρχει ένα σταθερό κριτήριο απόδοσης της ευθύνης ανά επίπεδο δικαιοδοσίας, όταν αυτή προσδιορίζεται ως παράβαση συγκεκριμένου κανόνα της ιατρικής επιστήμης και τέχνης και πώς ορίζει η νομολογία τη θέσπιση του κανόνα αυτού και τις πηγές του. Ερευνήθηκε επίσης το βάρος που δίνουν οι δικαστικές αποφάσεις στα αποδεικτικά μέσα που τίθενται υπόψη του δικαστηρίου για την απόδειξη του ιατρικού σφάλματος ή την ανταπόδειξη

και ποιο βαθμό αξιοπιστίας δίνουν σε καθένα από αυτά, ώστε να φανεί ποιο είναι αυτό το αποδεικτικό μέσο που καθορίζει τη δικαστική κρίση και στηρίζει το αποδεικτικό της συμπέρασμα.

Έγινε ακόμη έρευνα σχετική με την αύξηση των οδηγούμενων στη δικαιοσύνη περιπτώσεων φερόμενης ιατρικής αμέλειας από το 1973 έως το 2020 και το λόγο της αύξησης αυτής, παρότι η ιατρική επιστήμη στο διάστημα αυτό έχει κάνει σημαντικές προόδους σε επίπεδο επιστημονικής γνώσης και εξέλιξης – βελτίωσης του ιατροτεχνικού υλικού και εξοπλισμού και των θεραπευτικών μεθόδων.

Έγινε προσπάθεια καταγραφής της ηλικίας των ασθενών, του φύλου τους και του χρόνου της επέμβασης. Εξετάσθηκε, τέλος, εάν οι θάνατοι οφείλονται σε μη τήρηση των οδηγιών ασφαλούς χορήγησης αναισθησίας [όπως ένας (1) Αναισθησιολόγος και μία (1) νοσηλεύτρια σε κάθε χειρουργική αίθουσα], σε ελλιπή προεγχειρητικό έλεγχο, σε πλημμελή έλεγχο αναισθησιολογικών μηχανημάτων, σε μη επίβλεψη ή πλημμελή επίβλεψη εκ μέρους ειδικευμένου Αναισθησιολόγου, στη χορήγηση αναισθησίας από ειδικευόμενο, σε μη παρακολούθηση ή πλημμελή παρακολούθηση ζωτικών λειτουργιών με τις ενδεδειγμένες συσκευές παρακολούθησης και σε μη συνεχή παρακολούθηση του ασθενούς από τον Αναισθησιολόγο. (50, 48, 51, 45, 46, 52)

4.1 ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ

Υπολογίσθηκαν τα ποσοστά των αποφάσεων, των υποθέσεων γενικά, αλλά και με βάση τις διακρίσεις τους ως ποινικές καταδικαστικές, αστικές επιδικαστικές αποζημίωσης, ποινικές αθωωτικές, αστικές απορριπτικές αγωγών αποζημίωσης, οι μέσες τιμές, η σταθερή απόκλιση, η διάμεσος και το εύρος αποζημίωσης για Αναισθησιολόγους, Γενικούς Χειρουργούς, Μαιευτήρες / Γυναικολόγους, Καρδιο - Αγγειοχειρουργούς, Ορθοπαιδικούς, Νευροχειρουργούς, Ουρολόγους, Ωτορινολαρυγγολόγους, Οφθαλμιάτρους και Πλαστικούς Χειρουργούς. Η στατιστική ανάλυση πραγματοποιήθηκε με τη βοήθεια του προγράμματος IBM SPSS Statistics v26. Για τη σύγκριση των επιπτώσεων τόσο των δικαστικών αποφάσεων, των

υποθέσεων γενικά, αλλά και με βάση τις ως άνω διακρίσεις τους, όσο και των ανθρωποκτονιών και σωματικών βλαβών από αμέλεια και των κριτηρίων, με βάση τα οποία αποδόθηκε ευθύνη στους εμπλεκόμενους ιατρούς, μεταξύ των ειδικοτήτων, πραγματοποιήθηκε αρχικά ανάλυση κατά Kolmogorov - Smirnov για τον έλεγχο (test) της κανονικότητας του δείγματος.

Το δείγμα παρουσίασε κανονική κατανομή και πραγματοποιήθηκε ανάλυση με One-way ANOVA για τη σύγκριση των επιπτώσεων των αποφάσεων και των υποθέσεων γενικά, αλλά και με βάση τις διακρίσεις τους κατά τα ως άνω, μεταξύ των ειδικοτήτων, ενώ οι συγκρίσεις των επιπτώσεων των ανθρωποκτονιών - σωματικών βλαβών από αμέλεια και των προαναφερθέντων κριτηρίων, μεταξύ των ειδικοτήτων, πραγματοποιήθηκαν με Post-hoc analysis κατά Bonferroni.

5.0 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Το σύνολο των αποφάσεων (ποινικές, αστικές, διοικητικής δικαιοσύνης), βρίσκονται στο τέλος σε παράρτημα.

Συνολικά βρέθηκαν 596 ποινικές, αστικές και διοικητικών δικαστηρίων αποφάσεις, πρώτου, δεύτερου βαθμού και ακυρωτικών δικαστηρίων (Αρείου Πάγου / Α.Π. και Συμβουλίου Επικρατείας / Σ.τ.Ε.) που αφορούσαν Αναισθησιολόγους και ιατρούς χειρουργικών ειδικοτήτων, τόσο σε ατομικό επίπεδο, όσο και σε επίπεδο συλλειτουργίας. Στις αποφάσεις αυτές αντιστοιχούν 290 υποθέσεις, εκ των οποίων οι 147 είναι ποινικές καταδικαστικές, οι 91 αστικές επιδικαστικές αποζημίωσης και οι 52 είναι αθωωτικές – απορριπτικές αγωγών αποζημίωσης (Πίνακας 1).

Η μέση διάρκεια της δικαστικής διαμάχης ήταν $8,08 \pm 2,41$, με εύρος 2–21 έτη.

Πίνακας 1: Επίπτωση των δικαστικών αποφάσεων (I), υποθέσεων (II), ποινικών καταδικαστικών (III), αστικών αποζημιωτικών (IV), αθωωτικών – απορριπτικών αγωγών αποζημίωσης (V) ανά ειδικότητα.

Ειδικότητα	I	II	III	IV	V
	596(100%)	290(100%)	147(51%)	91(31%)	52(18%)
Αναισθησιολόγοι	106(17,78%)	34(11,7%)	15(10%)	12(13,2%)	7(13,5%)
Χειρουργοί	107(17,95%)	51(17,6%)	40(27%)	5(5,5%)	6(11,5%)
Μαιευτήρες-Γυν.	183(30,7%)	88(30,4%)	47(31%)	22(24,2%)	19(36,5%)
Ορθοπαιδικοί	75(12,6%)	28(9,7%)	9(6%)	12(13,2%)	7(13,5%)
Νευροχειρουργοί	52(8,72%)	26(8,9%)	8(5,5%)	13(14,3%)	5(9,6%)
ΩΡΛ	49(8,22%)	16(5,5%)	11(8%)	4(4,4%)	1(1,9%)
Οφθαλμίατροι	36(6,1%)	24(8,3%)	6(4%)	11(12,1%)	7(13,5%)
Ουρολόγοι	15(2,5%)	10(3,5%)	4(3%)	6(6,6%)	
Καρ-Αγγ/ργοί	25(4,19%)	8(2,8%)	5(3,5%)	3(3,3%)	
Πλ.Χειρουργοί	11(1,85%)	5(1,7%)	2(1,4%)	3(3,3%)	
		100%	50,69%	31,39%	17,93%

Πίνακας 2: Δημογραφικά στοιχεία των ασθενών και διάρκεια δικαστικής διαμάχης.

Φύλο	
Άρρεν	134
Θήλυ	156
Ηλικία (έτη)	49 ±22,8 (2 – 79)
Αξιολόγηση κινδύνου	
ASA I	163
ASA II	102
ASA III	27
Διάρκεια δικαστικής διαμάχης (έτη)	8,08 ± 2,41 (2 –21)

Οι υποθέσεις από 1990 – 2005 ήταν 139 και από 2005 – 2020 151 (p> 0,05).

Σύγκριση δικαστικών αποφάσεων

Οι Μαιευτήρες / Γυναικολόγοι έχουν σημαντικά περισσότερες δικαστικές αποφάσεις από όλες τις χειρουργικές ειδικότητες (Πίνακας 3).

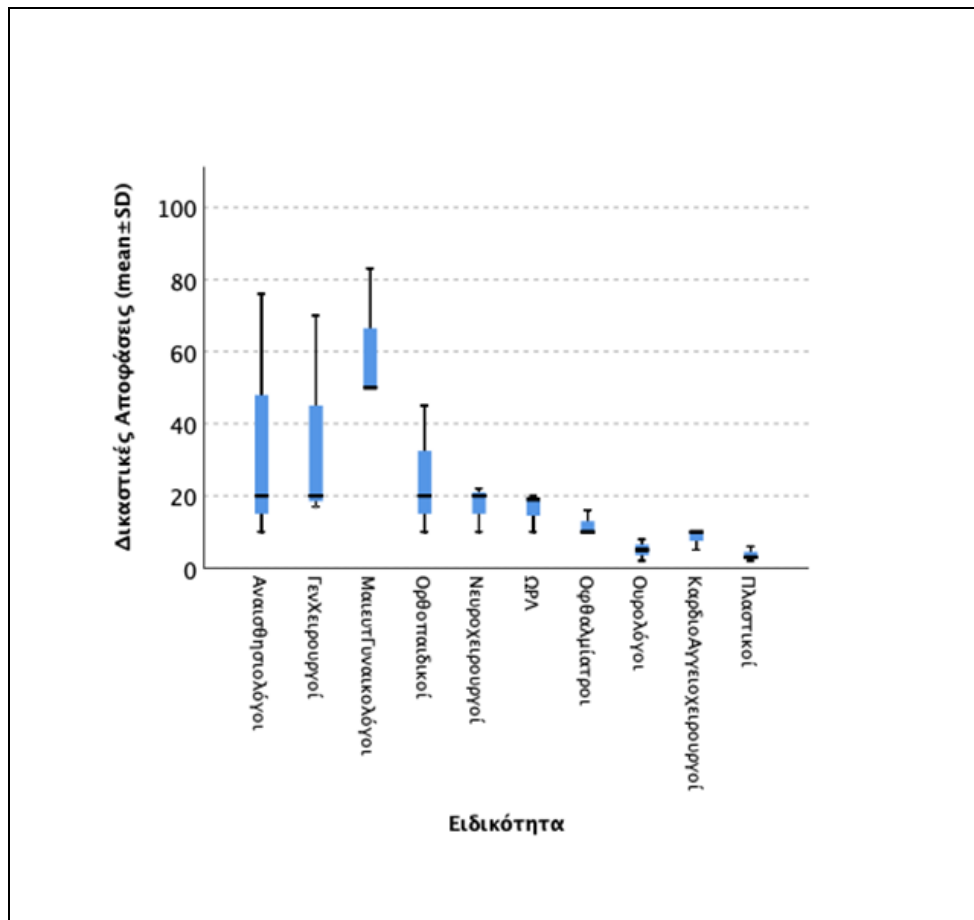
Οι Γενικοί Χειρουργοί έχουν σημαντικά λιγότερες δικαστικές αποφάσεις από τους Μαιευτήρες / Γυναικολόγους, δεν παρουσιάζουν σημαντικές διαφορές με τους Αναισθησιολόγους και έχουν σημαντικά περισσότερες αποφάσεις από όλες τις λοιπές χειρουργικές ειδικότητες (Πίνακας 3).

Οι Αναισθησιολόγοι δεν παρουσιάζουν σημαντικές διαφορές στις δικαστικές αποφάσεις σε σχέση με τους Γενικούς Χειρουργούς, έχουν σημαντικά λιγότερες δικαστικές αποφάσεις από τους Μαιευτήρες / Γυναικολόγους και σημαντικά περισσότερες από τις υπόλοιπες χειρουργικές ειδικότητες (Πίνακας 3).

Πίνακας 3: Σύγκριση των δικαστικών αποφάσεων των Μαιευτήρων / Γυναικολόγων, Γενικών Χειρουργών και Αναισθησιολόγων με εκείνες των υπόλοιπων Χειρουργικών Ειδικοτήτων. (One-way ANOVA test)

ΔΙΚΑΣΤΙΚΕΣ ΑΠΟΦΑΣΕΙΣ			
ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ		N	p - value
Μαιευτήρες-Γυναικολόγοι N=183	Γενικοί Χειρουργοί	107	<0,001
	Αναισθησιολόγοι	106	<0,001
	Ορθοπαιδικοί	75	<0,001
	Νευροχειρουργοί	52	<0,001
	ΩΡΛ	45	<0,001
	Οφθαλμίατροι	36	<0,001
	Καρδιο-Αγγειοχειρουργοί	25	<0,001
	Πλαστικοί Χειρουργοί	11	<0,001

ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ		N	p - value
Γενικοί χειρουργοί N=107	Μαιευτήρες-Γυν.	183	<0,001
	Αναισθησιολόγοι	106	0,920
	Ορθοπαιδικοί	75	0,001
	Νευροχειρουργοί	52	<0,001
	ΩΡΛ	49	<0,001
	Οφθαλμίατροι	36	<0,001
	Ουρολόγοι	15	<0,001
	Καρδιο-Αγγειοχειρουργοί	25	<0,001
	Πλαστικοί Χειρουργοί	11	<0,001
ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ		N	p - value
Αναισθησιολόγοι N=106	Γενικοί Χειρουργοί	107	0,920
	Μαιευτήρες-Γυν.	183	<0,001
	Ορθοπαιδικοί	75	<0,001
	Νευροχειρουργοί	52	<0,001
	ΩΡΛ	49	<0,001
	Οφθαλμίατροι	36	<0,001
	Ουρολόγοι	15	<0,001
	Καρδιο-Αγγειοχειρουργοί	25	<0,001
	Πλαστικοί Χειρουργοί	11	<0,001



Σχήμα 1 : Γραφική απεικόνιση της μέσης τιμής, του εύρους τιμών και του 95% διαστήματος των δικαστικών αποφάσεων ανά ιατρική ειδικότητα.

Σύγκριση υποθέσεων

Οι Μαιευτήρες / Γυναικολόγοι έχουν σημαντικά περισσότερες υποθέσεις από όλες τις χειρουργικές ειδικότητες (Πίνακας 4).

Οι Γενικοί Χειρουργοί έχουν σημαντικά λιγότερες υποθέσεις από τους Μαιευτήρες / Γυναικολόγους και σημαντικά περισσότερες υποθέσεις από όλες τις υπόλοιπες χειρουργικές ειδικότητες (Πίνακας 4).

Οι Αναισθησιολόγοι έχουν σημαντικά λιγότερες υποθέσεις από τους Μαιευτήρες / Γυναικολόγους και τους Γενικούς Χειρουργούς, δεν παρουσιάζουν σημαντικές διαφορές με τους Ορθοπαιδικούς, Νευροχειρουργούς και Οφθαλμίατρους και έχουν σημαντικά περισσότερες από τους ΩΡΛ, Καρδιο – Αγγειοχειρουργούς, Ουρολόγους και Πλαστικούς Χειρουργούς (Πίνακας 4).

Πίνακας 4: Σύγκριση των υποθέσεων των Μαιευτήρων / Γυναικολόγων, Γενικών Χειρουργών και Αναισθησιολόγων με εκείνες των υπόλοιπων Χειρουργικών Ειδικοτήτων. (One-way ANOVA test)

ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ			
ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ		N	p - value
Μαιευτήρες- Γυναικολόγοι N=88	Γενικοί Χειρουργοί	51	<0,004
	Αναισθησιολόγοι	34	<0,001
	Ορθοπαιδικοί	28	<0,001
	Νευροχειρουργοί	26	<0,001
	ΩΡΛ	16	<0,001
	Οφθαλμίατροι	24	<0,001
	Ουρολόγοι	10	<0,001
	Καρδιο-Αγγειοχειρουργοί	25	<0,001
	Πλαστικοί Χειρουργοί	5	<0,001
ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ		N	p - value
Γενικοί Χειρουργοί N=51	Μαιευτήρες-Γυναικολόγοι	88	0,004
	Αναισθησιολόγοι	34	0,038
	Ορθοπαιδικοί	28	<0,001
	Νευροχειρουργοί	26	0,002
	ΩΡΛ	16	<0,001
	Οφθαλμίατροι	24	<0,001
	Ουρολόγοι	10	<0,001
	Καρδιο/Αγγειοχειρουργοί	8	<0,001
	Πλαστικοί Χειρουργοί	5	<0,001
ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ		N	p - value
Αναισθησιολόγοι N=34	Γενικοί Χειρουργοί	51	0,038
	Μαιευτήρες-Γυναικολόγοι	88	<0,001
	Ορθοπαιδικοί	28	0,407
	Νευροχειρουργοί	26	0,263
	ΩΡΛ	16	0,007
	Οφθαλμίατροι	24	0,156
	Ουρολόγοι	10	<0,001
	Καρδιο-Αγγειοχειρουργοί	8	<0,001
	Πλαστικοί Χειρουργοί	5	<0,001

Σύγκριση ποινικών καταδικαστικών υποθέσεων

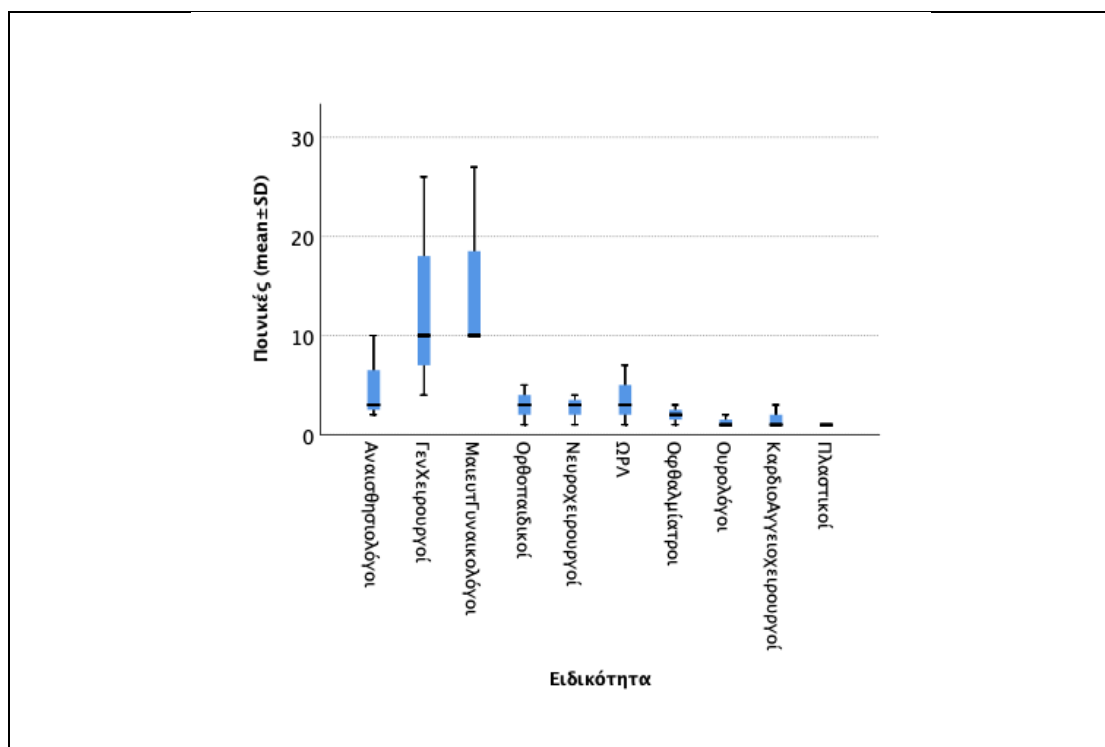
Οι Μαιευτήρες / Γυναικολόγοι δεν έχουν σημαντικές διαφορές με τους Γενικούς Χειρουργούς και έχουν σημαντικά περισσότερες ποινικές καταδικαστικές υποθέσεις από όλες τις υπόλοιπες χειρουργικές ειδικότητες (Πίνακας 5).

Οι Γενικοί Χειρουργοί δεν παρουσιάζουν σημαντικές διαφορές με τους Μαιευτήρες / Γυναικολόγους και έχουν σημαντικά περισσότερες ποινικές καταδικαστικές υποθέσεις από τους Αναισθησιολόγους και τους ιατρούς των υπόλοιπων χειρουργικών ειδικοτήτων (Πίνακας 5).

Οι Αναισθησιολόγοι έχουν σημαντικά λιγότερες ποινικές καταδικαστικές υποθέσεις από τους Μαιευτήρες / Γυναικολόγους και τους Γενικούς Χειρουργούς, δεν παρουσιάζουν σημαντικές διαφορές με Ορθοπαιδικούς, Νευροχειρουργούς, Οφθαλμιάτρους, Ω.Ρ.Λ. και έχουν σημαντικά περισσότερες από τους Ουρολόγους, Καρδιο - Αγγειοχειρουργούς και Πλαστικούς Χειρουργούς (Πίνακας 5).

Πίνακας 5: Σύγκριση των ποινικών καταδικαστικών υποθέσεων των Μαιευτήρων / Γυναικολόγων, Γενικών Χειρουργών και Αναισθησιολόγων με εκείνες των υπόλοιπων χειρουργικών ειδικοτήτων. (One-way ANOVA test)

ΠΟΙΝΙΚΕΣ ΚΑΤΑΔΙΚΑΣΤΙΚΕΣ ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ			
ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ		N	p - value
Μαιευτήρες- Γυναικολόγοι N=47	Γενικοί Χειρουργοί	40	0,396
	Αναισθησιολόγοι	15	<0,001
	Ορθοπαιδικοί	9	<0,001
	Νευροχειρουργοί	8	<0,001
	ΩΡΛ	11	<0,001
	Οφθαλμιάτροι	6	<0,001
	Ουρολόγοι	4	<0,001
	Καρδιο- Αγγειοχειρουργοί	5	<0,001
	Πλαστικοί Χειρουργοί	2	<0,001
ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ		N	p - value
Γενικοί Χειρουργοί N=40	Μαιευτήρες - Γυναικολόγοι	47	0,396
	Αναισθησιολόγοι	15	<0,001
	Ορθοπαιδικοί	9	<0,001
	Νευροχειρουργοί	8	<0,001
	ΩΡΛ	11	<0,001
	Οφθαλμιάτροι	6	<0,001
	Ουρολόγοι	4	<0,001
	Καρδιο/Αγγειοχειρουργοί	3	<0,001
	Πλαστικοί Χειρουργοί	2	<0,001
ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ		N	p - value
Αναισθησιολόγοι N=15	Μαιευτήρες - Γυναικολόγοι	47	<0,001
	Γενικοί Χειρουργοί	40	<0,001
	Ορθοπαιδικοί	9	0,207
	Νευροχειρουργοί	8	0,133
	ΩΡΛ	11	0,417
	Οφθαλμιάτροι	6	0,44
	Ουρολόγοι	4	0,010
	Καρδιο/Αγγειοχειρουργοί	3	0,004
	Πλαστικοί Χειρουργοί	2	<0,001



Σχήμα 2: Γραφική απεικόνιση της μέσης τιμής, του εύρους τιμών και του 95% διαστήματος των ποινικών καταδικαστικών υποθέσεων ανά ιατρική ειδικότητα.

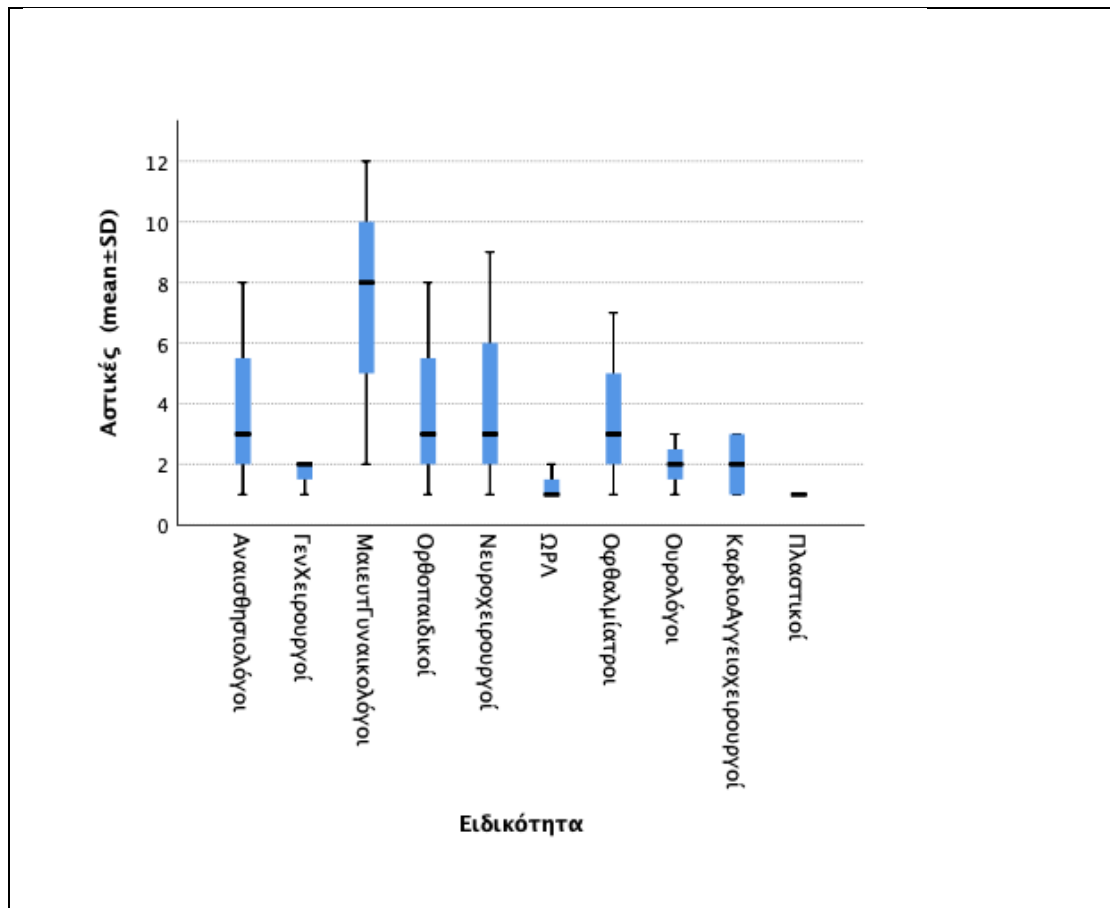
Σύγκριση αστικών αποζημιωτικών υποθέσεων

Οι Μαιευτήρες / Γυναικολόγοι δεν παρουσιάζουν σημαντικές διαφορές στις αστικές αποζημιωτικές υποθέσεις με τους Ανασθησιολόγους, Ορθοπαιδικούς, Νευροχειρουργούς, ενώ έχουν σημαντικά περισσότερες αστικές αποζημιωτικές υποθέσεις από τους Γενικούς Χειρουργούς και τις υπόλοιπες χειρουργικές ειδικότητες (Πίνακας 6).

Πίνακας 6: Σύγκριση των αστικών αποζημιωτικών υποθέσεων των Μαιευτήρων / Γυναικολόγων, Γενικών Χειρουργών και Ανασθησιολόγων με εκείνες των υπόλοιπων χειρουργικών ειδικοτήτων. (One-way ANOVA test)

ΑΣΤΙΚΕΣ ΑΠΟΖΗΜΙΩΤΙΚΕΣ ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ			
ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ		N	p - value
Μαιευτήρες- Γυναικολόγοι N=22	Γενικοί Χειρουργοί	5	0,002
	Ανασθησιολόγοι	12	0,073
	Ορθοπαιδικοί	12	0,073
	Νευροχειρουργοί	13	0,111
	ΩΡΛ	11	0,002
	Οφθαλμίατροι	6	0,046
	Ουρολόγοι	3	<0,001

	Καρδιο- Αγγειοχειρουργοί	3	<0,001
	Πλαστικοί Χειρουργοί	3	<0,001
ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ		N	p - value
Γενικοί Χειρουργοί N=5	Μαιευτήρες - Γυναικολόγοι	22	0,002
	Αναισθησιολόγοι	12	0,083
	Ορθοπαιδικοί	12	0,083
	Νευροχειρουργοί	13	0,054
	ΩΡΛ	4	0,736
	Οφθαλμίατροι	11	0,126
	Ουρολόγοι	6	0,760
	Καρδιο/Αγγειοχειρουργοί	3	0,475
	Πλαστικοί Χειρουργοί	3	0,475
ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ		N	p - value
Αναισθησιολόγοι N=12	Γενικοί Χειρουργοί	5	0,083
	Μαιευτήρες- Γυναικολόγοι	22	0,073
	Ορθοπαιδικοί	12	1,000
	Νευροχειρουργοί	13	0,836
	ΩΡΛ	4	0,041
	Οφθαλμίατροι	11	0,830
	Ουρολόγοι	6	0,148
	Καρδιο - Αγγειοχειρουργοί	3	0,018
	Πλαστικοί Χειρουργοί	3	0,018



Σχήμα 3 : Γραφική απεικόνιση της μέσης τιμής, του εύρους τιμών και του 95% διαστήματος των αστικών αποζημιωτικών υποθέσεων ανά ιατρική ειδικότητα.

ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΕΙΣ

Οι Μαιευτήρες / Γυναικολόγοι έχουν σημαντικά υψηλότερες αποζημιώσεις από τους Αναισθησιολόγους και τις υπόλοιπες χειρουργικές ειδικότητες, [($p < 0,05$), Mann-Whitney U test] (Πίνακας 7). Οι υψηλότερες αποζημιώσεις επιβλήθηκαν για σωματικές βλάβες. Στη μαιευτική / γυναικολογία επιβλήθηκε αποζημίωση 3.228.400 ευρώ, στην αναισθησιολογία 751.740 ευρώ και στην οφθαλμολογία 788.000 ευρώ. Στην καρδιοχειρουργική επιβλήθηκε αποζημίωση 1.467.351 ευρώ για μη διάγνωση παγκρεατίτιδας με αποτέλεσμα τον θάνατο. Ο πίνακας που ακολουθεί δείχνει τις μέσες τιμές, τη σταθερή απόκλιση, το εύρος αποζημίωσης και το 95% CI ανά ειδικότητα (Πίνακας 7).

Πίνακας 7 : Μέσες τιμές, σταθερή απόκλιση, εύρος αποζημιώσεις και 95% CI ανά ειδικότητα.

Ειδικότητα	x ±SD	Range	95% CI		N
			Lower	Upper	
Αναισθησιολόγοι	350.412± 259.060	751.740	337.677,72	379.362,27	6
Γενικοί Χειρουργοί	127.801± 34.303	101.858	117.082,77	138.517,22	5
Μαιευτήρες – Γυν/γοι	471.444±936.696	3.228.400	395.652,60	547.156,10	10
Ορθοπαιδικοί	152.364± 139.510	440.000	130.230,28	174.497,71	10
ΩΡΛ	106.375 ± 90.536	234.500	98.579,63	114.170,36	4
Οφθαλμίατροι	201.264± 298.089	788.000	134.831,70	267.696,29	11
Νευροχειρουργοί	101.701± 90.000	90.000	77.815,61	125.586,38	7

Σύγκριση αθώσεων-απορρίψεων αγωγών αποζημίωσης

Οι Μαιευτήρες / Γυναικολόγοι έχουν σημαντικά περισσότερες ποινικές αθωτικές – αστικές απορριπτικές αγωγών αποζημίωσης υποθέσεις από όλες τις ειδικότητες (Πίνακας 8).

Πίνακας 8 : Σύγκριση των ποινικών αθωτικών – αστικών απορριπτικών αγωγών αποζημίωσης υποθέσεων των Μαιευτήρων / Γυναικολόγων, με εκείνες των υπόλοιπων χειρουργικών ειδικοτήτων. (One-way ANOVA test)

ΑΘΩΣΕΙΣ-ΑΠΟΡΡΙΨΕΙΣ ΑΓΩΓΩΝ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗΣ			
ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ		N	p - value
Μαιευτήρες-Γυναικολόγοι N=19	Γενικοί Χειρουργοί	5	0,015
	Αναισθησιολόγοι	6	0,007
	Ορθοπαιδικοί	7	0,015
	Νευροχειρουργοί	9	0,003
	ΩΡΛ	7	<0,001
	Οφθαλμίατροι	5	0,015
	Ουρολόγοι	-	NA
	Καρδιο-Αγγειοχειρουργοί	-	NA
	Πλαστικοί Χειρουργοί	-	NA

ΑΝΘΡΩΠΟΚΤΟΝΙΕΣ - ΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΒΛΑΒΕΣ ΑΠΟ ΑΜΕΛΕΙΑ

Ο πίνακας που ακολουθεί δείχνει τις ανθρωποκτονίες - σωματικές βλάβες από αμέλεια και τις αθώσεις – απορρίψεις αγωγών αποζημίωσης των ιατρών ανά ειδικότητα.

Πίνακας 9 : Ανθρωποκτονίες - σωματικές βλάβες από αμέλεια και αθώσεις-απορρίψεις αγωγών αποζημίωσης ανά ειδικότητα.

Ειδικότητα	Ανθρωποκτονίες (N=118)	Σωματικές βλάβες (N=120)	Αθώσεις (N=52)
Αναισθησιολόγοι	21 (60,6%)	6 (18%)	7 (21,21%)
Χειρουργοί	28 (55,77%)	17 (32,69%)	6 (11,54%)
Γυναικολόγοι-Μαιευτήρες	34 (38,64%)	35 (39,77%)	19 (21,59%)
Ορθοπαιδικοί	6 (21,43%)	15 (53,57%)	7 (25%)
Νευροχειρουργοί	7 (29,16%)	14 (58,33%)	5 (20,83%)
Ωτορινολαρυγγολόγοι(ΩΡΛ)	12 (75%)	3 (18,75%)	1 (6,25%)
Οφθαλμίατροι	1 (4,16%)	16 (66,66%)	7 (29,16%)
Ουρολόγοι	2 (20%)	8 (80%)	
Καρδιο-Αγγειοχειρουργοί	7	1	
Πλαστικοί Χειρουργοί		5	

Ανθρωποκτονίες από αμέλεια

Οι Μαιευτήρες / Γυναικολόγοι δεν παρουσιάζουν σημαντικές διαφορές στις ανθρωποκτονίες από αμέλεια σε σχέση με τους Γενικούς Χειρουργούς και τους Αναισθησιολόγους, έχουν όμως σημαντικά περισσότερες ανθρωποκτονίες από αμέλεια από τις υπόλοιπες χειρουργικές ειδικότητες (Πίνακας 10).

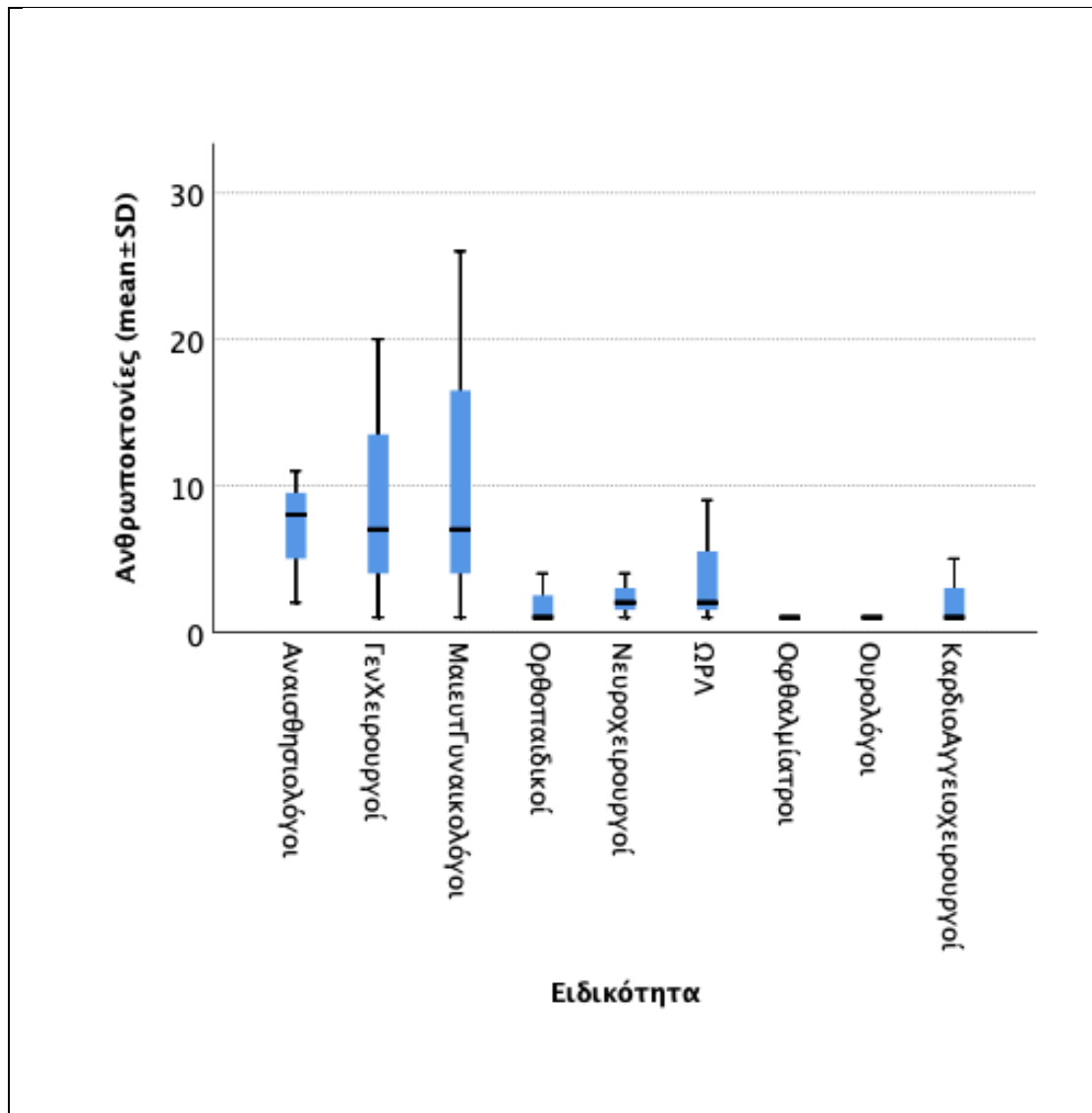
Οι Γενικοί Χειρουργοί δεν παρουσιάζουν σημαντικές διαφορές στις ανθρωποκτονίες από αμέλεια σε σχέση με τους Μαιευτήρες / Γυναικολόγους και Αναισθησιολόγους, έχουν όμως σημαντικά περισσότερες ανθρωποκτονίες από αμέλεια από τις υπόλοιπες χειρουργικές ειδικότητες (Πίνακας 10).

Οι Αναισθησιολόγοι δεν παρουσιάζουν σημαντικές διαφορές στις ανθρωποκτονίες από αμέλεια σε σχέση με τους Μαιευτήρες / Γυναικολόγους, Γενικούς Χειρουργούς

και ΩΡΛ, έχουν όμως σημαντικά περισσότερες ανθρωποκτονίες από αμέλεια σε σχέση με τις υπόλοιπες χειρουργικές ειδικότητες (Πίνακας 10).

Πίνακας 10 : Σύγκριση των ανθρωποκτονιών από αμέλεια των Μαιευτήρων / Γυναικολόγων, Γενικών Χειρουργών και Αναισθησιολόγων με εκείνες των υπόλοιπων χειρουργικών ειδικοτήτων. (Post-hoc analysis κατά Bonferroni)

ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΑΝΘΡΩΠΟΚΤΟΝΙΩΝ ΑΠΟ ΑΜΕΛΕΙΑ			
ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ		N	p - value
Μαιευτήρες- Γυναικολόγοι N=34	Γενικοί Χειρουργοί	28	0,407
	Αναισθησιολόγοι	21	0,059
	Ορθοπαιδικοί	6	<0,001
	Νευροχειρουργοί	7	<0,001
	ΩΡΛ	12	<0,001
	Οφθαλμίατροι	1	<0,001
	Ουρολόγοι	2	<0,001
	Καρδιο-Αγγειοχειρουργοί	7	<0,001
	Πλαστικοί Χειρουργοί	-	NA
ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ		N	p - value
Γενικοί Χειρουργοί N=28	Μαιευτήρες-Γυναικολόγοι	34	0,407
	Αναισθησιολόγοι	21	0,286
	Ορθοπαιδικοί	6	<0,001
	Νευροχειρουργοί	7	<0,001
	ΩΡΛ	12	0,008
	Οφθαλμίατροι	1	<0,001
	Ουρολόγοι	2	<0,001
	Καρδιο-Αγγειοχειρουργοί	7	<0,001
	Πλαστικοί Χειρουργοί	-	NA
ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ		N	p - value
Αναισθησιολόγοι N=21	Γενικοί Χειρουργοί	28	0,286
	Μαιευτήρες-Γυναικολόγοι	34	0,059
	Ορθοπαιδικοί	6	0,003
	Νευροχειρουργοί	7	0,006
	ΩΡΛ	12	0,102
	Οφθαλμίατροι	1	<0,001
	Ουρολόγοι	1	<0,001
	Καρδιο-Αγγειοχειρουργοί	7	0,006
	Πλαστικοί Χειρουργοί	-	NA



Σχήμα 4 : Γραφική απεικόνιση της μέσης τιμής, του εύρους τιμών και του 95% διαστήματος των ανθρωποκτονιών από αμέλεια ανά ιατρική ειδικότητα

Σωματικές βλάβες από αμέλεια

Οι Μαιευτήρες / Γυναικολόγοι έχουν σημαντικά περισσότερες σωματικές βλάβες από αμέλεια σε σχέση με όλες τις χειρουργικές ειδικότητες (Πίνακας 11).

Οι Γενικοί Χειρουργοί δεν παρουσιάζουν σημαντικές διαφορές στις σωματικές βλάβες από αμέλεια σε σχέση με τους Ορθοπαιδικούς, Νευροχειρουργούς, Οφθαλμίατρους και Ουρολόγους, έχουν όμως σημαντικά λιγότερες σωματικές βλάβες από αμέλεια σε σχέση με τους Μαιευτήρες και σημαντικά περισσότερες από

τους Ω.Ρ.Λ., Καρδιοχειρουργούς, Πλαστικούς Χειρουργούς και Αναισθησιολόγους (Πίνακας 11).

Οι Αναισθησιολόγοι έχουν σημαντικά λιγότερες σωματικές βλάβες από αμέλεια σε σχέση με τους Μαιευτήρες / Γυναικολόγους, Γενικούς Χειρουργούς, Ορθοπαιδικούς, Οφθαλμιάτρους και Νευροχειρουργούς και δεν παρουσιάζουν διαφορές με Ω.Ρ.Λ., Ουρολόγους, Καρδιο-Αγγειοχειρουργούς και Πλαστικούς Χειρουργούς (Πίνακας 11).

Πίνακας 11: Σύγκριση των σωματικών βλαβών από αμέλεια των Μαιευτήρων / Γυναικολόγων, Γενικών Χειρουργών και Αναισθησιολόγων με εκείνες των υπόλοιπων χειρουργικών ειδικοτήτων. (Post-hoc analysis κατά Bonferroni)

ΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΒΛΑΒΕΣ ΑΠΟ ΑΜΕΛΕΙΑ			
ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ		N	p - value
Μαιευτήρες- Γυναικολόγοι N=35	Γενικοί Χειρουργοί	17	0,007
	Αναισθησιολόγοι	6	0,001
	Ορθοπαιδικοί	15	<0,001
	Νευροχειρουργοί	14	0,003
	ΩΡΛ	3	0,001
	Οφθαλμιάτροι	16	<0,001
	Ουρολόγοι	8	0,004
	Καρδιο-Αγγειοχειρουργοί	1	<0,001
	Πλαστικοί Χειρουργοί	5	<0,001
ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ		N	p - value
Γενικοί Χειρουργοί N=17	Μαιευτήρες-Γυναικολόγοι	35	0,007
	Αναισθησιολόγοι	6	0,018
	Ορθοπαιδικοί	15	0,723
	Νευροχειρουργοί	14	0,575
	ΩΡΛ	3	0,001
	Οφθαλμιάτροι	16	0,856
	Ουρολόγοι	8	0,063
	Καρδιο/Αγγειοχειρουργοί	1	<0,001
	Πλαστικοί Χειρουργοί	5	0,008
ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ		N	p - value
Αναισθησιολόγοι N=6	Γενικοί Χειρουργοί	17	0,018
	Μαιευτήρες-Γυναικολόγοι	35	<0,001
	Ορθοπαιδικοί	15	0,044
	Νευροχειρουργοί	14	0,036
	ΩΡΛ	3	0,312
	Οφθαλμιάτροι	16	0,028
	Ουρολόγοι	8	0,586
	Καρδιο-Αγγειοχειρουργοί	1	0,057
	Πλαστικοί Χειρουργοί	5	0,760

Συγκλίνουσα ευθύνη υπήρξε σε 20 υποθέσεις. Σε 11 περιπτώσεις μεταξύ Αναισθησιολόγων και ιατρών χειρουργικών ειδικοτήτων και σε 9 μεταξύ ιατρών χειρουργικών ειδικοτήτων.

Οι κυριότερες αιτίες ανθρωποκτονιών και σωματικών βλαβών από αμέλεια παρουσιάζουν μεγάλη διακύμανση και οφείλονται :

Μαιευτική / Γυναικολογία : στη μαιευτική και μετεγχειρητική αιμορραγία (26%), σε βλάβες από κακή διενέργεια χειρουργικής μαιευτικής (21,74%), σε περιγεννητική ασφυξία - μαιευτική παράλυση και νεογνική θνησιμότητα (18,8%) και σε επιπλοκές από γυναικολογικές επεμβάσεις (13%).

Γενική Χειρουργική : σε τρώση αγγείου ή εντέρου σε λαπαροσκοπικές επεμβάσεις (33,33%), σε περιτονίτιδα (40%) και σε επιπλοκές επί βαριατρικών επεμβάσεων (17,77%).

Αναισθησιολογία : σε δύσκολη διαχείριση του αεραγωγού (51,85%), σε επιπλοκές περιοχικής αναισθησίας (26,92% - ένας θάνατος και πέντε μόνιμες βλάβες) και σε μη ορθή χορήγηση φαρμάκων (7,68%).

Ορθοπαιδική : σε επιπλοκές από την χειρουργική της σπονδυλικής στήλης στην οσφυϊκή μοίρα (25% - 7 περιπτώσεις) και οστών (17,26% - 5 περιπτώσεις), σε έλλειψη προσοχής κατά την εκτέλεση της χειρουργικής πράξης (21,8%).

Νευροχειρουργική : σε επιπλοκές από τη χειρουργική της σπονδυλικής στήλης (αυχένα και οσφυϊκής μοίρας - 52%).

Οφθαλμολογία : σε επιπλοκές από επεμβάσεις καταρράκτη και μυωπίας (53%).

Ωτορινολαρυγγολογία : σε επιπλοκές από επεμβάσεις αμυγδαλών και ρινικού διαφράγματος (38,46%).

Η κακή έκβαση οφείλονταν κυρίως σε εσφαλμένη εκτέλεση επέμβασης ή αναισθησίας (69%), σε καθυστερημένη αντιμετώπιση (47%), σε μη έγκαιρη ή λάθος διάγνωση (49%) και σε ελλιπή παρακολούθηση (37%).

Οι πίνακες που ακολουθούν δείχνουν τα κυριότερα κριτήρια και τη σύγκρισή τους , με βάση τα οποία αποδόθηκε ευθύνη στους εμπλεκόμενους ιατρούς για ανθρωποκτονία και σωματικές βλάβες από αμέλεια ανά ειδικότητα.

Πίνακας 12 : Τα κυριότερα κριτήρια με βάση τα οποία αποδόθηκε ευθύνη στους εμπλεκόμενους ιατρούς για ανθρωποκτονίες και σωματικές βλάβες από αμέλεια.

Ειδικότητα	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	S (%) N = 238
Κριτήριο											
Μη έγκαιρη/λάθος διάγνωση	-	17 38%	20 29%	8 38%	6 29%	5 33%	4 23%	6 60%	2 25%	-	56 (23,53%)
Εσφαλμένη εκτέλεση επέμβασης	18 67%	14 31%	15 22%	14 67%	6 29%	6 40%	4 23%	4 67%	2 100%	3 60%	82 (34,45%)
Ελλιπής παρακολούθηση	7 26%	12 27%	20 29%	5 24%	2 10%	2 14%	2 12%	-	2 20%	-	52 (21,8%)
Καθυστερημένη αντιμετώπιση	7 26%	20 44%	25 36%	2 10%	2 10%	5 33%	2 12%	1	1	-	65 (27,31%)
Μη ορθή χορήγηση φαρμάκων ή εσφαλμένη θεραπεία	2	8	4	2	3	2	3	1	-	-	25 (10,5%)
Μη διενέργεια εξετάσεων	-	6	5	-	1	-	-	-	1	-	15 (6,37%)
Ελλιπής ενημερωμένη συναίνεση	2	5	4	1	2	1	1	-	-	-	16 (6,39%)
Μη έγκαιρη μεταφορά σε ΜΕΘ ή ειδικό κέντρο	1	2	5	-	-	-	1	1	-	-	9 (3,78%)
Άλλα κριτήρια *											10 (5,2%)

I = Αναισθησιολόγοι, II = Γενικοί Χειρουργοί, III = Μαιευτήρες / Γυναικολόγοι, IV = Ορθοπαιδικοί, V = Νευροχειρουργοί, VI = Οφθαλμίατροι, VII = ΩΡΛ, VIII = Ουρολόγοι, IX = Κάρδιο – Αγγειοχειρουργοί, X = Πλαστικοί Χειρουργοί

*= Στα άλλα κριτήρια συγκαταλέγονται η μη λήψη ιστορικού, το πρώιμο εξιτήριο, το ελλιπές διάγραμμα αναισθησίας και η παράβαση καθήκοντος.

Σύγκριση κριτηρίων της έννομης τάξης για απόδοση ευθύνης

Πίνακας 13 : Σύγκριση του κριτηρίου «διαγνωστικό λάθος» μεταξύ των Μαιευτήρων / Γυναικολόγων, Γενικών Χειρουργών και των υπόλοιπων χειρουργικών ειδικοτήτων (Post-hoc analysis κατά Bonferroni).

ΚΡΙΤΗΡΙΟ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΛΑΘΟΣ			
ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ		N	p - value
Μαιευτήρες- Γυναικολόγοι N=20	Γενικοί Χειρουργοί	20	0,605
	Ορθοπαιδικοί	8	0,019
	Νευροχειρουργοί	6	0,005
	ΩΡΛ	5	0,002
	Οφθαλμίατροι	4	0,001
	Ουρολόγοι	4	0,001
	Καρδιο-Αγγειοχειρουργοί	2	<0,001
	Πλαστικοί Χειρουργοί	-	NA
ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ		N	p - value
Γενικοί Χειρουργοί N=17	Μαιευτήρες-Γυναικολόγοι	20	0,605
	Ορθοπαιδικοί	8	0,605
	Νευροχειρουργοί	6	0,063
	ΩΡΛ	5	0,018
	Οφθαλμίατροι	4	0,008
	Ουρολόγοι	4	0,004
	Καρδιο/Αγγειοχειρουργοί	4	0,004
	Πλαστικοί Χειρουργοί	-	NA

Πίνακας 14: Σύγκριση του κριτηρίου «κακή εκτέλεση χειρουργικής επέμβασης ή αναισθησίας» μεταξύ των Μαιευτήρων / Γυναικολόγων, Γενικών Χειρουργών, Αναισθησιολόγων και των υπόλοιπων χειρουργικών ειδικοτήτων (Post-hoc analysis κατά Bonferroni).

ΚΡΙΤΗΡΙΟ ΕΣΦΑΛΜΕΝΗ ΕΚΤΕΛΕΣΗ ΕΠΕΜΒΑΣΗΣ			
ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ		N	p - value
Μαιευτήρες- Γυναικολόγοι N=15	Γενικοί Χειρουργοί	14	0,847
	Ορθοπαιδικοί	14	1,000
	Νευροχειρουργοί	6	0,066
	ΩΡΛ	6	0,066
	Οφθαλμίατροι	4	0,016
	Ουρολόγοι	4	0,016
	Καρδιο-Αγγειοχειρουργοί	2	0,002
	Πλαστικοί Χειρουργοί	5	0,034
ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ		N	p - value
Γενικοί Χειρουργοί	Μαιευτήρες-Γυναικολόγοι	15	0,847
	Ορθοπαιδικοί	14	1,000

N=12	Νευροχειρουργοί	6	0,066
	ΩΡΛ	4	0,066
	Οφθαλμίατροι	4	0,016
	Ουρολόγοι	4	0,016
	Καρδιο/Αγγειοχειρουργοί	2	0,002
	Πλαστικοί Χειρουργοί	5	0,034
ΚΡΙΤΗΡΙΟ ΜΗ ΟΡΘΗ ΕΚΤΕΛΕΣΗ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑΣ			
ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ		N	p - value
Αναισθησιολόγοι N=14	Γενικοί Χειρουργοί	14	0,989
	Μαιευτήρες-Γυναικολόγοι	15	0,847
	Ορθοπαιδικοί	14	1,000
	Νευροχειρουργοί	6	0,066
	ΩΡΛ	6	0,066
	Οφθαλμίατροι	4	0,016
	Ουρολόγοι	4	0,016
	Καρδιο-Αγγειοχειρουργοί	2	0,002

Πίνακας 15 : Σύγκριση του κριτηρίου «έλλειψη προσοχής ή παρακολούθησης» μεταξύ των Μαιευτήρων / Γυναικολόγων, Γενικών Χειρουργών, Αναισθησιολόγων και των υπόλοιπων χειρουργικών ειδικοτήτων (Post-hoc analysis κατά Bonferroni).

ΚΡΙΤΗΡΙΟ ΕΛΛΕΙΨΗ ΠΡΟΣΟΧΗΣ Η ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ			
ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ		N	p - value
Μαιευτήρες- Γυναικολόγοι N=20	Γενικοί Χειρουργοί	12	0,140
	Ορθοπαιδικοί	5	0,002
	Νευροχειρουργοί	2	<0,001
	ΩΡΛ	2	<0,001
	Οφθαλμίατροι	2	<0,001
	Ουρολόγοι	-	NA
	Καρδιο-Αγγειοχειρουργοί	2	<0,001
	Πλαστικοί Χειρουργοί	-	NA
ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ		N	p - value
Γενικοί Χειρουργοί N=12	Μαιευτήρες-Γυναικολόγοι	20	0,140
	Αναισθησιολόγοι	7	0,989
	Ορθοπαιδικοί	5	0,083
	Νευροχειρουργοί	2	0,007
	ΩΡΛ	2	0,007
	Οφθαλμίατροι	2	0,007
	Ουρολόγοι	-	NA
	Καρδιο/Αγγειοχειρουργοί	2	0,007
Πλαστικοί Χειρουργοί	-	NA	
ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ		N	p - value
Αναισθησιολόγοι N=7	Γενικοί Χειρουργοί	12	0,989
	Μαιευτήρες-Γυναικολόγοι	20	0,847

	Ορθοπαιδικοί	5	1,000
	Νευροχειρουργοί	2	0,066
	ΩΡΛ	2	0,066
	Οφθαλμίατροι	2	0,016
	Ουρολόγοι	-	NA
	Καρδιο-Αγγειοχειρουργοί	2	0,002

Πίνακας 16 : Σύγκριση του κριτηρίου «καθυστερημένη αντιμετώπιση» μεταξύ των Μαιευτήρων / Γυναικολόγων, Γενικών Χειρουργών, Αναισθησιολόγων και των υπόλοιπων χειρουργικών ειδικοτήτων (Post-hoc analysis κατά Bonferroni).

ΚΡΙΤΗΡΙΟ ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΜΕΝΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ			
ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ		N	p – value
Μαιευτήρες- Γυναικολόγοι N=25	Γενικοί Χειρουργοί	20	0,429
	Ορθοπαιδικοί	2	<0,001
	Νευροχειρουργοί	6	<0,001
	ΩΡΛ	5	<0,001
	Οφθαλμίατροι	2	<0,001
	Ουρολόγοι	1	<0,001
	Καρδιο-Αγγειοχειρουργοί	1	<0,001
	Πλαστικοί Χειρουργοί	-	NA
ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ		N	p – value
Γενικοί Χειρουργοί N=20	Μαιευτήρες-Γυναικολόγοι	25	0,429
	Ορθοπαιδικοί	2	<0,001
	Νευροχειρουργοί	2	<0,001
	ΩΡΛ	5	0,002
	Οφθαλμίατροι	2	<0,001
	Ουρολόγοι	1	<0,001
	Καρδιο-Αγγειοχειρουργοί	1	<0,001
	Πλαστικοί Χειρουργοί	-	NA
ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ		N	p – value
Αναισθησιολόγοι N=7	Γενικοί Χειρουργοί	20	0,005
	Μαιευτήρες-Γυναικολόγοι	25	0,001
	Ορθοπαιδικοί	2	0,092
	Νευροχειρουργοί	2	0,092
	ΩΡΛ	5	0,558
	Οφθαλμίατροι	2	0,092
	Ουρολόγοι	1	0,032
	Καρδιο-Αγγειοχειρουργοί	1	0,032

ΑΝΑΛΥΤΙΚΑ ΟΙ ΑΙΤΙΕΣ ΑΝΘΡΩΠΟΚΤΟΝΙΩΝ ΚΑΙ ΣΩΜΑΤΙΚΩΝ ΒΛΑΒΩΝ

Οι πίνακες που ακολουθούν δείχνουν τις αιτίες ανθρωποκτονιών και σωματικών βλαβών από αμέλεια Αναισθησιολόγων και ιατρών χειρουργικών ειδικοτήτων.

Μαιευτήρες / Γυναικολόγοι

Πίνακας 17 : Αιτίες ανθρωποκτονιών και σωματικών βλαβών από αμέλεια Μαιευτήρα / Γυναικολόγου σε ποινικές καταδικαστικές και αστικές επιδικαστικές αποζημίωσης υποθέσεις.

ΑΝΘΡΩΠΟΚΤΟΝΙΕΣ ΑΠΟ ΑΜΕΛΕΙΑ	
Μαιευτική αιμορραγία	4
Αποκόλληση πλακούντα	3 (320.000€)
Ατονία μήτρας	2
Ρήξη κισών κόλπου και τραχήλου	1
Μετεγχειρητική αιμορραγία	3
Ρήξη μήτρας	3
Ρήξη τραχήλου μήτρας-αιμορραγία	1
Διάτρηση μήτρας-αιμορραγία	1
Θάνατος νεογνού	4
Περιτονίτιδα	3
Μη διάγνωση καρκίνου μήτρας	1
Μη διαγνωσθείσα οξεία νεφρίτιδα	1
Αλλεργία μετά χορήγηση δικλοφαινάκης	1
Προεκλαμψία	1
Καρδιακή πάθηση, χορήγηση αναισθησίας από Γυναικολόγο	1
Τοκετός, επισκληρίδιος, δύπτυχη αορτική βαλβίδα και στένωση (συλλογική ευθύνη)	1
Τρώση τραχείας σε διασωλήνωση (συλλογική ευθύνη)	1
Λαπαροσκόπηση-υπερφόρτωση υγρών	1
Υπερβολική δόση ναρκωτικού, κακή συνεργασία ομάδας (συλλογική ευθύνη)	1

ΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΒΛΑΒΕΣ ΑΠΟ ΑΜΕΛΕΙΑ	
Μαιευτική αιμορραγία-άγρυπνο κώμα	3
Κωνιοτομία-αιμορραγία, υστερεκτομή, στέρηση τεκνοποίησης	1
Ελλiptής παρακολούθηση σε επέμβαση-άγρυπνο κώμα	1
Εγκεφαλοπάθεια ασθενούς	2
Περιγεννητική ασφυξία	5 (88.040€)
Μαιευτική παράλυση, τετραπληγία	3 (75.000€)
Παράλυση βραχιονίου πλέγματος	2
Κυστική ίνωση, ελλiptής ενημέρωση	1 (500.000€)
Μη έγκαιρη διάγνωση νεφρικής ανεπάρκειας σε επίτοκο	1
Έκτρωση σε εξωμήτρια κύηση	1
Εσφαλμένη εξέταση πυελογραφίας-διακοπή κύησης	1
Εσφαλμένη διάγνωση περί ινομύματος, υπήρχε κύηση	1
Προεκλαμψία, καισαρική-αφαίρεση κυοφορούμενου (900γρ)	1
Τραυματισμός ουρητήρα, βλάβη αρ. νεφρού σε υστερεκτομή	1
Κακή ενημέρωση σε έγκυο, ενώ διένυε τον 8 ^ο μήνα κύησης	1 (6.000€)
Περινεοτομία-ορθοκολπικό συρίγγιο, 5 επεμβάσεις	1
Τοκετός, αιμορραγία, ξεχάστηκε γάζα-κυστικό μόρφωμα	1
Απώλεια συρμάτινου οδηγού στην κοίλη φλέβα	1
Ξεχασμένη γάζα	2
Ξεχασμένη σπασμένη βελόνα στον μαστό	1 (40.000€)
Βλάβες σε πλαστική μαστού	1
Έκθεση σε κίνδυνο, ο Μαιευτήρας μεθυσμένος ενήργησε καισαρική αντί φυσιολογικού τοκετού-υπήρξε κίνδυνος ζωής για μητέρα και νεογνό από ακατάσχετη αιμορραγία	1
Διάτρηση λεπτού εντέρου σε υστερεκτομία	1
Βλάβες μετά λιποαναρρόφηση	1 (40.000€)
Σήψη μετά από καισαρική τομή	1 (3.228.400€)
Πυελοπεριτονίτιδα σε απόξεση	1 (300.000€)

Σε δύο (2) περιπτώσεις ανθρωποκτονίας από αμέλεια υπήρξε οριστική παύση ποινικής δίωξης λόγω παραγραφής.

Γενικοί Χειρουργοί

Πίνακας 18 : Αιτίες ανθρωποκτονιών και σωματικών βλαβών από αμέλεια Γενικού Χειρουργού σε ποινικές καταδικαστικές και αστικές επιδικαστικές αποζημίωσης υποθέσεις.

ΑΝΘΡΩΠΟΚΤΟΝΙΕΣ ΑΠΟ ΑΜΕΛΕΙΑ	
Λαπαροσκοπική Χειρουργική-αιμορραγία	5
Λαπαροσκόπηση-τρώση εντέρου	6
Περιτονίτιδα	8
Λιποαναρρόφηση, καταστολή-απόφραξη αεραγωγού	1
Τρώση καρωτίδας και σφαγίτιδας σε επείγουσα τραχειοτομή	1
Καταστολή σε ασθενή με υποσκληρίδιο αιμάτωμα	1
Δήγμα φιδιού, μη μέριμνα για αιμοκάθαρση	1
Μεσοθωρακίτιδα μετά από ολική θυρεοειδεκτομή	1
Ειλεός	2
Επέμβαση οισοφάγου-αφαίρεση γαστρικού σωλήνα δεν έγινε οισοφαγογραφία και απεικονιστικός έλεγχος	1
Πτώση από γκρεμό, σύνδρομο ραβδομύλυσης	1
Σε 4 περιπτώσεις αποδόθηκε ευθύνη σε 5 ειδικευόμενους. Σε μία από αυτές αποδόθηκε σε ειδικευόμενο και Χειρουργό.	
ΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΒΛΑΒΕΣ ΑΠΟ ΑΜΕΛΕΙΑ	
Λαπαροσκοπική χειρουργική-τρώση αγγείου	2
Λαπαροσκόπηση-τρώση αορτής	2
Χολοκυστεκτομή-επανεπέμβαση χωρίς παροχέτευση	1
Βλάβη από πλημμελή συντήρηση νοσοκομειακού εξοπλισμού	1
Κακή εκτίμηση, δεν έγινε αξονική θώρακος μετά από τροχάιο	1
Μη ενδεδειγμένη θεραπεία-άτονα έλκη μεγάλων δακτύλων μετεγχειρητικά	1
Βουβωνοκλήη-διατομή λαγωνοβουβωνικού νεύρου	1 (120.000€)
Ελλιπής συναίνεση σε επέμβαση βουβωνοκλήη-θρόμβωση αρτηρίας	1

Επέμβαση όγκου άνω κοιλίας, έπρεπε να γίνει χημειοθεραπεία	1
Σωματικές βλάβες σε νεογνό 2000 γρ.	1
Σιγμοειδεκτομή , συρραφή ουρητήρα-νέκρωση νεφρού.	1
Μη αφαίρεση όγκου επινεφριδίου στην πρώτη επέμβαση	1
Λοίμωξη πλέγματος σε επέμβαση κήλης (ευθύνη και κλινικής)	1
Μη ορθός καθαρισμός τραύματος	1
Εσφαλμένη αφαίρεση έκτοπου μοναδικού νεφρού	1
Ξεχασμένη βελόνα ρομποτικού μηχανήματος	1

Αναισθησιολόγοι

Πίνακας 19 : Αιτίες ανθρωποκτονιών και σωματικών βλαβών από αμέλεια Αναισθησιολόγου σε ποινικές καταδικαστικές και αστικές επιδικαστικές αποζημίωσης υποθέσεις.

ΑΝΘΡΩΠΟΚΤΟΝΙΕΣ ΑΠΟ ΑΜΕΛΕΙΑ	
Δύσκολη διασωλήνωση	8
Απόφραξη αεραγωγού	4
Ανάθεση αναισθησίας σε ειδικευόμενο χωρίς επίβλεψη	1
Χορήγηση N ₂ O χωρίς O ₂ με παλιό μηχάνημα αναισθησίας	1
Ανακοπή μετά την 3η δόση μορφίνης και τοπικού αναισθητικού επισκληριδίας	1
Υπερφόρτωση υγρών από λαπαροσκόπηση, ελλιπής τιτλοποίηση υγρών	1
Υπερβολική δόση ναρκωτικού	1
Διάτρηση μήτρας-αιμορραγία, αναισθησία σε Ιατρείο	1
Δεν διαγνώσθηκε προεγχειρητικό έμφραγμα	1
Πνευμοθώρακας υπό τάση, απών ο Αναισθησιολόγος	1
ΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΒΛΑΒΕΣ ΑΠΟ ΑΜΕΛΕΙΑ	
Απόφραξη αεραγωγού-εγκεφαλοπάθεια	2
Βλάβη πλέγματος από ραχιαία αναισθησία	1 (146.735€)
Αιμάτωμα από επισκληρίδιο αναισθησία	1
Αραχνοειδίτιδα από επισκληρίδιο αναισθησία	1

Επισκληρίδιος για καισαρική σε ασθενή με δίπτυχη αορτική βαλβίδα με στένωση-καρδιακή ανεπάρκεια.	1
--	---

Ορθοπαιδικοί

Πίνακας 20 : Αιτίες ανθρωποκτονιών και σωματικών βλαβών από αμέλεια Ορθοπαιδικού σε ποινικές καταδικαστικές και αστικές επιδικαστικές αποζημίωσης υποθέσεις.

ΑΝΘΡΩΠΟΚΤΟΝΙΕΣ ΑΠΟ ΑΜΕΛΕΙΑ	
Δισκοπάθεια, έλκος, γαστρορραγία, καθυστέρηση στην αγωγή	1
Μυοπεριτοναϊκός πόνος, χορήγησε εσφαλμένα τοπικό αναισθητικό με κορτιζόνη μακράς διάρκειας στην έσω σφαγίτιδα	1
Τρώση αγγείου κατά την έγχυση τσιμέντου	1
Μετεγχειρητικό έμφραγμα	1
Πνευμονική εμβολή	1
Μηνιγγίτιδα μετά σπονδυλοδεσία	1
ΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΒΛΑΒΕΣ ΑΠΟ ΑΜΕΛΕΙΑ	
Πεταλεκτομή-παραπληγία, ιππουριδική συνδρομή	1
Μετεγχειρητική μηνιγγίτιδα μετά από σπονδυλοδεσία	1
Προσβολή νωτιαίου μυελού επί σπονδυλοδεσίας	1
Τραυματισμός ιγνυακής αρτηρίας σε χειρουργείο γόνατος	1
Διαδερμική οστεοτομία-ολική ρήξη τένοντα, που οδήγησε σε σοβαρές οστεοαρθρικές αλλοιώσεις της πρώτης μεταταρσιοφαλαγγικής άρθρωσης	1
Σπονδυλοδεσία, δεν υπήρχε ένδειξη, τραυματισμός ρίζας νεύρου από βίδα	1
Σπονδυλοδεσία, δεν αφαιρέθηκε ο όγκος	1
Παραπληγία μετά από τροχάιο	1 (300.000€)
Πεταλεκτομή-ιππουριδική συνδρομή	1 (230.000€)
Ισχιαλγία-ιππουριδική συνδρομή	1 (230.000€)
Αρθροπλαστική ισχίου-επιμήκυνση άκρου	1 (30.000€)

Μη αναγκαίος ακρωτηριασμός	1 (450.000€)
Τρώση κερκιδικού νεύρου	1 (26.705€)
Βλάβη σε αφαίρεση υλικών κνήμης	1 (40.000€)
Μη ορθή αντιμετώπιση οστεομυελίτιδας	1 (10.000€)
Επέμβαση προσαγωγών-ατροφία όρχεος	1 (60.000€)
Παράλυση περινιαίου νεύρου μετά οστεοτομία	1
Προσβολή νωτιαίου μυελού σε επέμβαση	1

Καρδιοχειρουργοί - Αγγειοχειρουργοί

Πίνακας 21 : Αιτίες ανθρωποκτονιών και σωματικών βλαβών από αμέλεια Καρδιοχειρουργού - Αγγειοχειρουργού σε ποινικές καταδικαστικές και αστικές επιδικαστικές αποζημίωσης υποθέσεις.

ΑΝΘΡΩΠΟΚΤΟΝΙΕΣ ΑΠΟ ΑΜΕΛΕΙΑ	
Ευθύνη Θωρακοχειρουργού και Νευροχειρουργού για θάνατο ασθενούς μετά από τροχαίο, δεν υπεβλήθη σε σωστές εξετάσεις	1
Επέμβαση ανοικτής καρδιάς-κακή εκτέλεση	1
Αγγειοχειρουργική επέμβαση-κακή εκτέλεση	1
Πρόωρο εξιτήριο μετά Κ/Χ επέμβαση	1
Εσφαλμένη μέθοδος αντιμετώπισης ανευρύσματος κοιλιακής αορτής	1
Επέμβαση κιρσών δεξιού σκέλους-θρόμβωση	1
Μη διαγνωσθείσα παγκρεατίτιδα	1
ΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΒΛΑΒΕΣ ΑΠΟ ΑΜΕΛΕΙΑ	
Εγκατάλειψη βελόνας σύριγγας στο δεξιό ημιθωράκιο, κατά επέμβαση διπλού bypass-ψυχικό σοκ ασθενή, λήψη ψυχοφαρμάκων	1

Ωτορινολαρυγγολόγοι (ΩΡΛ)

Πίνακας 22 : Αιτίες ανθρωποκτονιών και σωματικών βλαβών από αμέλεια Ω.Ρ.Λ. σε ποινικές καταδικαστικές και αστικές επιδικαστικές αποζημίωσης υποθέσεις.

ΑΝΘΡΩΠΟΚΤΟΝΙΕΣ ΑΠΟ ΑΜΕΛΕΙΑ	
ΩΡΛ και Αναισθησιολόγος	
Σε παιδί χωρίς προνάρκωση χαμηλές αναισθητικές δόσεις-πνευμοθώρακας υπό τάση, ο Αναισθησιολόγος απουσίαζε από το χειρουργείο, ο ΩΡΛ δεν φρόντισε για ΜΕΘ	1
Υψηλές δόσεις πεντοθάλης-το παιδί δεν ανένηψε, η κλινική δεν είχε άδεια κλινικής ΩΡΛ, ο ΩΡΛ επέλεξε τον Αναισθησιολόγο, συνέχισε μάλιστα να χειρουργεί, όταν αντιλήφθηκε το γεγονός	1
Διασωλήνωση στον οισοφάγο, ευθύνη ΩΡΛ και Αναισθησιολόγου	1
ΩΡΛ	
Επέμβαση για αφαίρεση αποστήματος, ατελής τομή-σήψη	1
Αμυγδαλεκτομή, το τοπικό αναισθητικό περιείχε οινόπνευμα	1
Χειρουργική διαφράγματος-αιμορραγία, κάταγμα ηθμοειδούς οστού, ενδοκρανιακή επικοινωνία	1
Απόφραξη αεραγωγού από οδοντοστοιχία. Αποζημίωση από πρωτόδικο δικαστήριο 700.000€, μεταρρύθμιση του ποσού από Εφετείο σε 260 000€	1
Ανακοπή μετά την έγχυση τοπικού αναισθητικού με αδρεναλίνη υψηλής συγκέντρωσης	1
Αφαίρεση πολύποδα λάρυγγα-πνιγμονή από αιμορραγία	1
ΩΡΛ σε εφημερία ετοιμότητας δεν προσήλθε στο νοσοκομείο μετά από κλήση, έδωσε τηλεφωνικά οδηγίες για ασθενή με αιμόπτυση από Ca υποφάρυγγα, αποζημίωση 70.000€	1
ΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΒΛΑΒΕΣ ΑΠΟ ΑΜΕΛΕΙΑ	
Επέμβαση ρινικού διαφράγματος με λέιζερ, καυτηριασμός κάτω ρινικών κογχών-διάτρηση ρινικού διαφράγματος, δύο εγκαύματα στην πρόσθια επιφάνεια μηρού από διαθερμία, πρόωρη αφαίρεση φύλου σιλικόνης-σύμφυση αριστερής κάτω ρινικής κόγχης και διαφράγματος, αποζημίωση 25.500€	1
Αμυγδαλεκτομή-κακώσεις πέραν του φυσιολογικού στην περιοχή	1

του στοματοφάρυγγα, εκτομή του γλωσσοφαρυγγικού νεύρου	
Όζοι φωνητικών χορδών, χειρουργική αφαίρεσή τους δια μικρολαρυγγοσκόπησης με μαχαιρίδιο, με ταυτόχρονη εξαίρεση τμήματος ιστοτεμαχίων εκτός ανατομικών περιοχών και εξαίρεση δεσμίδων φωνητικού μύος-δυσφωνία, βράγχος φωνής, όφειλε να παραπέμψει τον ασθενή σε ειδικό, αποζημίωση 70.000 €	1

Οφθαλμίατροι

Πίνακας 23 : Αιτίες ανθρωποκτονιών και σωματικών βλαβών από αμέλεια Οφθαλμίατρου σε ποινικές καταδικαστικές και αστικές επιδικαστικές αποζημίωσης υποθέσεις.

ΑΝΘΡΩΠΟΚΤΟΝΙΕΣ ΑΠΟ ΑΜΕΛΕΙΑ	
Εξόρυξη δεξιού οφθαλμού σε μελάνωμα, παράλειψη υποβολής ασθενούς σε κατάλληλη θεραπεία-μετάσταση	1
ΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΒΛΑΒΕΣ ΑΠΟ ΑΜΕΛΕΙΑ	
Επέμβαση καταρράκτη, περιορισμένη πρόσθια υαλοειδεκτομή-ενδοφθαλμίτιδα, εξόρυξη οφθαλμού	1
Τύφλωση	1
Πόνοι, αδυναμία ανάκτησης όρασης	1
Τραυματισμός κερατοειδούς-κερατοπάθεια	1 (12.000€)
Φωτοδιαθλαστική επέμβαση κερατοσμίλευσης, κακός χειρισμός κερατοτόμου, μη ενημέρωση μετεγχειρητικά για νέα επέμβαση.	1 (37.367€)
Φωτοδιαθλαστική κερατεκτομή-βλάβη οφθαλμού επανεπεμβάσεις, απόκρυψη επιπλοκών	1 (58.000€)
Πρόκληση ιατρογενούς κερατεκτασίας, μη πλήρης ενημέρωση-απομείωση πάχους κερατοειδούς	1 (622.748€)
Επέμβαση μυωπίας-δημιουργία καταρράκτη και γλαυκώματος	1
Διάγνωση επιπεφυκίτιδας, ενώ είχε αποκόλληση αμφιβληστροειδούς	2
Διέγνωσε γλαύκωμα άμφω, ενώ είχε εξόφθαλμο	1 (20.000€)

Κερατίτιδα από ακανθαμοιβάδα-αποκόλληση αμφιβληστροειδούς, μεταμοσχεύσεις κερατοειδούς-υψηλή μυωπία, αφακία, γλαύκωμα, θολότητα όραση	1
Διαχωριστική γραμμή σε αμφιβληστροειδοπάθεια προωρότητας, καθυστερημένη επανεξέταση και επέμβαση	1 (800.000€)
Κολλύριο σε μυωπία 14 βαθμών-αιφνίδια θόλωση, αποκόλληση αμφιβληστροειδούς, πολλαπλές επεμβάσεις, απώλεια όρασης	1
Αφαίρεση σκαγιού από οφθαλμό-απώλεια όρασης	1 (30.000€)
Τύφλωση μετά αποκόλληση αμφιβληστροειδούς σε νεογνό, παράλειψη βυθοσκόπησης	1 (30.000€)

Νευροχειρουργοί

Πίνακας 24 : Αιτίες ανθρωποκτονιών και σωματικών βλαβών από αμέλεια Νευροχειρουργού σε ποινικές καταδικαστικές και αστικές επιδικαστικές αποζημίωσης υποθέσεις.

ΑΝΘΡΩΠΟΚΤΟΝΙΕΣ ΑΠΟ ΑΜΕΛΕΙΑ	
Σπονδυλοδεσία στον αυχένα-μετεγχειρητική μηνιγγίτιδα	1 (130.000€)
Μετατραυματική υπαραχνοειδής αιμορραγία, κάταγμα δεξιού ιγμορίου άντρου, πυρετός, μαζική πνευμονική εμβολή	1 (130.000€)
Πνευμονική εμβολή μετά από μυελογραφία για κήλες Σπονδυλικής στήλης και όχι CT-στικτή ενδοεγκεφαλική αιμορραγία, ισχαιμικό έμφρακτο, υπέρπυκνες στικτές περιοχές στη δεξιά βρεγματική περιοχή, ήπιο εγκεφαλικό οίδημα	1
Αφαίρεση επισκληριδίων και υποσκληριδίων αποστημάτων,	1 (127.210€)

αυχενοθωρακική πεταλεκτομή, μηνιγγοπλαστική, παροχέτευση-αποστήματα. Εσφαλμένη διάγνωση και θεραπευτική αγωγή, μη υποβολή σε τομογραφία, αφαίρεση μόνο μερικών αποστημάτων-σήψη	
Νευρίνωμα εγκεφάλου και τοποθέτηση μοσχεύματος μήνιγγας, επέμβαση σπονδυλοδεσίας αυχένα από ορθοπεδικό-επιμόλυνση τεχνικής μήνιγγος, αφαίρεση μοσχεύματος, νέα τεχνική μήνιγγα, μηνιγγίτιδα	1
Σπονδυλοδεσία στον αυχένα-μηνιγγίτιδα	1
ΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΒΛΑΒΕΣ ΑΠΟ ΑΜΕΛΕΙΑ	
Επέμβαση ΑΜΣΣ, κάκωση νωτιαίου μυελού	2
Επέμβαση ΑΜΣΣ-κάκωση νεύρου	1
Λαπαροσκόπηση, αυχενική δισκεκτομή, οστεοσύνθεση-αναπηρία, μη ενημέρωση για κινδύνους	1
Εσφαλμένη διάγνωση και καθυστέρηση επέμβασης στη σπονδυλική στήλη-τετραπληγία	1 (100.000€)
Λάθος διάγνωση συριγγομυελίας, όγκος στον νωτιαίο Μυελό-επέμβαση στο εξωτερικό	1 (83.000€)
Λαπαροσκοπική χειρουργική αυχένα, πλημμέλεια ενημέρωσης για επιπλοκές	1
Κάταγμα, εξάρθρωμα Α6/Α7, επέμβαση-γωνίωση της ΑΜΣΣ, πιεστικά φαινόμενα επί του νωτιαίου μυελού, οίδημα, λοίμωξη οστικού εμφυτεύματος και μαλακών μορίων, καταστροφή νωτιαίου μυελού, αναπηρία, νοσηλεία στη Γερμανία	1
Πεταλεκτομή και σπονδυλοδεσία, έπρεπε να γίνει δισκεκτομή.	1
Σπονδυλοδεσία Ο3-Ο5, τοποθέτηση βίδας ενδοκαναλικά-τραυματισμός ριζών Ο4-Ο5	1 (40.000€)
Αιμαγγειοβλάστωμα 4ης κοιλίας, παρεγκεφαλιδική αιμορραγία, προτάθηκε παρακολούθηση στο Λονδίνο-επιδείνωση και επέμβαση 3 έτη αργότερα, χωρίς ενημέρωση για επιπλοκές και χωρίς τη συγκατάθεση του ασθενούς, τοποθέτηση βαλβίδας που προκάλεσε παρεγκεφαλιδική σημειολογία και αρ. ημιπάρεση, αναπηρία	1

Ρήξη τένοντα, εσφαλμένοι διεγχειρητικοί χειρισμοί-βλάβη μέσου νεύρου αριστερού καρπού. Ευθύνη Ορθοπαιδικών και Νευροχειρουργού	1
--	---

Ουρολόγοι

Πίνακας 25: Αιτίες ανθρωποκτονιών και σωματικών βλαβών από αμέλεια Ουρολόγου σε ποινικές καταδικαστικές και αστικές επιδικαστικές αποζημίωσης υποθέσεις.

ΑΝΘΡΩΠΟΚΤΟΝΙΕΣ ΑΠΟ ΑΜΕΛΕΙΑ	
Αντιμετωπίστηκε για νεφρολιθίαση, είχε διάτρηση έλκους δωδεκαδακτύλου	1
Μη διαγνωσθέν έμφραγμα προεγχειρητικά	1
ΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΒΛΑΒΕΣ ΑΠΟ ΑΜΕΛΕΙΑ	
Προστατεκτομή με laser-έντονη ακράτεια ούρων	1
Προστατεκτομή με laser-εγκαύματα και μόνιμη ακράτεια ούρων	1
Πλημμελής ενημέρωση-ολική προστατεκτομή	1
Βλάβη προσαγωγών, θυροειδούς νεύρου-ακράτεια, έλλειψη στύσης	1
Δεν εξαίρεσε μόρφωμα εκτός νεφρού, αλλά τον υγιή νεφρό	1 (190.755€)
Ασθενής με ένα νεφρό, λιθίαση, μη ορθή διάγνωση	1 (25.000€)
Κακός χειρισμός λιθοτρίπτη-τραυματισμός νεφρού	1 (30.000€)
Προστατεκτομή για καρκίνο χωρίς ιστολογική εξέταση, ο προστάτης είχε δυσπλαστικές αλλοιώσεις	1 (29.000€)
Δεν διέγνωσε έγκαιρα ευμέγεθες νεφρικό νεόπλασμα	1 (150.000€)

6.0 ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΙΑΤΡΙΚΗ ΑΜΕΛΕΙΑ

Αυτή η μελέτη παρέχει μία επισκόπηση των ισχυρισμών (αιτιάσεων) ιατρικής αμέλειας δέκα (10) χειρουργικών ειδικοτήτων στην Ελλάδα από το έτος 1990 έως το έτος 2020. Ένα από τα κυριότερα ευρήματα της έρευνάς μας είναι η χαμηλή επίπτωση υποθέσεων ιατρικής αμέλειας σε σύγκριση με κράτη με σχεδόν ίδιο ή μικρότερο πληθυσμό, με βάση τη βιβλιογραφία.

Για παράδειγμα στη Σουηδία, για τα έτη 1990 – 2005 βρέθηκαν 177 υποθέσεις (αξιώσεις) διευθετημένες με αποζημίωση των καταγγελλόντων για σοβαρή ασφυξία βρεφών από ιατρική αμέλεια Μαιευτήρα. (27) Στην έρευνά μας υπήρξαν μόνο 5 περιπτώσεις απόδοσης ευθύνης για περιγεννητική ασφυξία. Στο Βέλγιο για τα έτη 1996 – 2006 βρέθηκαν 427 υποθέσεις (αξιώσεις) διευθετημένες υπέρ των καταγγελλόντων για ιατρική αμέλεια Χειρουργού. Το 63% αυτών αφορούσε επιπλοκές στη μείζονα χειρουργική και το 48% διεγχειρητικά λάθη. Το 6% αφορούσε θανάτους (N=26). (120) Στην έρευνά μας υπήρξαν 46 υποθέσεις απόδοσης ευθύνης Χειρουργού με 28 θανάτους. Στην Ελβετία για τα έτη 1987 – 2008 βρέθηκαν 171 συμβάντα (αξιώσεις) από αναισθησία, διευθετημένα υπέρ των καταγγελλόντων, με τα 93 να αφορούν την περιοχική αναισθησία. Στην έρευνά μας από τις 32 υποθέσεις απόδοσης ευθύνης για ιατρική αμέλεια Αναισθησιολόγου οι 6 αφορούσαν την περιοχική αναισθησία. (121)

Παρά τους περιορισμούς της έρευνας, με κυριότερο τις μη δημοσιευμένες δικαστικές αποφάσεις, κατέστη δυνατός ο εντοπισμός των αιτιών που οδήγησαν σε επιπλοκές κατά τη διενέργεια αναισθησίας και χειρουργικής επέμβασης.

Τα διαφορετικά νομικά συστήματα ενδέχεται να συμβάλλουν στην ασυμφωνία της προαναφερθείσας χαμηλής επίπτωσης στην έρευνά μας σε σύγκριση με τη βιβλιογραφία, υπό την έννοια της διαβάθμισης της δυσχέρειας απόδειξης της ιατρικής αμέλειας, αναλόγως του αποδεικτικού καθεστώτος που υιοθετεί καθένα. Όσο δυσχερέστερα αποδεικνύεται η ιατρική αμέλεια, τόσο περισσότερο αποθαρρύνεται η προσφυγή στη δικαιοσύνη, όπως ίσως και στη χώρα μας. Ακόμη, οι διαφορετικές νοοτροπίες μεταξύ των λαών και οι διαφορετικές σχέσεις του ασθενούς με τον ιατρό πιθανώς συμβάλλουν σ' αυτή την ασυμφωνία, υπό την έννοια

ότι στην Ελλάδα δύσκολα τίθεται υπό αμφισβήτηση η ιατρική συμπεριφορά και, αν αυτό συμβεί, δύσκολα αποφασίζεται η δικαστική αντιπαράθεση με τον ιατρό, με δεδομένο παράγοντα το υψηλό κόστος δικαστικής εμπλοκής, σε συνδυασμό με τα χαμηλά εισοδήματα και την υψηλή μέση διάρκεια δικαστικής διαμάχης, που αποτελούν αποτρεπτικούς παράγοντες. Πέραν αυτού, στην έρευνά μας δεν υπάρχουν αξιώσεις για ήπιες ή μέτριου βαθμού σωματικές βλάβες, που θα είχαν αυξήσει τον αριθμό των υποθέσεων. (116-119) Σε άλλες χώρες, όπως το Ηνωμένο Βασίλειο, όλα τα νομικά έξοδα σε ορισμένες περιπτώσεις παρέχονται από το κράτος και η επιδίωξη ικανοποίησης αξιώσεων χαμηλής αξίας μπορεί να είναι πιο αυξημένη, ενώ, όπως και στη χώρα μας και στο εξωτερικό, το κόστος προσφυγής στη δικαιοσύνη είναι υψηλό. (119, 115)

Σε αντίθεση με τη βιβλιογραφία (40, 111), στην έρευνά μας το ποσοστό αστικών υποθέσεων (31,37%) ήταν μικρότερο από το ποσοστό των ποινικών υποθέσεων (61,76%). Οι μέσες αποζημιώσεις που επιβλήθηκαν κυμάνθηκαν από 101.701 ± 90.000 ευρώ έως 471.444 ± 936.696 ευρώ, με το υψηλότερο ποσό χρηματικών αποζημιώσεων να έχει επιδικασθεί μετά το έτος 2000. Η αύξηση του ύψους των αποζημιώσεων με την πάροδο του χρόνου είναι σε συμφωνία με τη διεθνή βιβλιογραφία. (45, 84, 86, 87, 114) Αυτή η αύξηση του ύψους των αποζημιώσεων και η επιδίκαση υπέρογκων ποσών μπορούν να οδηγήσουν σε επιβάρυνση των προϋπολογισμών των νοσοκομείων, σε τυχόν καταλογισμούς σε βάρος των νοσοκομειακών ιατρών από το Ελεγκτικό Συνέδριο, σε εξαναγκασμό των ιατρών (νοσοκομειακών ή ιδιωτών) ή ιδιωτικών κλινικών σε ασφάλισή τους, με καταβολή ιδιαίτερα υψηλών ασφαλίσεων και, στο χειρότερο όλων, σε άσκηση «αμυντικής ιατρικής», εκδήλωση της οποίας είναι η υποβολή ασθενών σε υπερβολικές και κοστοβόρες εξετάσεις ή υπερβολικές νοσηλείες ή άσκοπες παραπομπές σε ειδικά κέντρα και σε Μ.Ε.Θ., με περαιτέρω οικονομικές επιπτώσεις στο σύστημα υγείας και αντανακλαστικές δυσμενείς συνέπειες και σε βάρος των ασφαλισμένων. (114)

Σε αντίθεση με τη βιβλιογραφία, στην έρευνά μας παρατηρήθηκε επίσης ένα σημαντικό χαμηλό ποσοστό (8,49%) συνευθύνης για ανθρωποκτονία και σωματικές βλάβες από αμέλεια. (83)

Στην έρευνά μας, υπήρξαν 16 υποθέσεις (6,39%) για μη ενημέρωση των ασθενών ή πλημμελή ενημέρωσή τους για επιπλοκές σε επεμβάσεις ή επανεπεμβάσεις. Όπως είναι προφανές, η έγκαιρη, τουλάχιστον την προηγούμενη ημέρα της επέμβασης, ενυπόγραφη ενημερωμένη συναίνεση για επιλογή της συγκεκριμένης επέμβασης με τις κυριότερες πιθανές επιπλοκές, αποτελεί ένα σημαντικό στοιχείο για την «άμυνα» των ιατρών. Ωστόσο, σημαντικό ρόλο παίζει και η βέλτιστη σχέση και επικοινωνία μεταξύ ιατρού και ασθενούς ή οικείων του ή αντιπροσώπων του, ως μέσο πρόληψης σχετικών αντιδικιών.

Στην έρευνά μας, ο αριθμός των υποθέσεων ιατρικής αμέλειας δεν παρουσίασε αύξηση κατά τη χρονική περίοδο 2005 - 2020 σε σύγκριση με το διάστημα 1990 - 2005. Αυτό, παρά το γεγονός ότι οι χειρουργικές επεμβάσεις αυξήθηκαν σημαντικά μετά το έτος 2000, καθώς αυξήθηκαν σημαντικά οι χειρουργικές κλίνες στα δημόσια Νοσοκομεία και τέθηκαν σε πλήρη λειτουργία δύο (2) νέα Πανεπιστημιακά Νοσοκομεία και έξι (6) μεγάλα Ιδιωτικά Νοσοκομεία. Συμβολή στο γεγονός αυτό πιθανώς έχει ο πιο σύγχρονος χειρουργικός εξοπλισμός (συμπεριλαμβανομένου και του αναισθησιολογικού) που διαθέτουν πλέον τα Νοσοκομεία, όπως και η αρτιότερη και σύγχρονη εκπαίδευση των ιατρών.

Σημαντικά μεγαλύτερη διάρκεια δικαστικής διαμάχης ($8,08 \pm 2,41$ έτη) καταγράφηκε στην έρευνά μας σε σύγκριση με την βιβλιογραφία. (121) Μία ποινική ή αστική διαδικασία για ιατρική αμέλεια αποτελεί μία οδυνηρή εμπειρία για τους εμπλεκόμενους ιατρούς, αφού οι περισσότεροι υποβλήθηκαν σε πολυετή δικαστική ταλαιπωρία, με συνοδό δοκιμασία σε πειθαρχικές διαδικασίες, με αποτέλεσμα την ψυχική επιβάρυνση, την ηθική βλάβη, την ανάλωση πολύτιμου χρόνου και τη σημαντική οικονομική επιβάρυνσή τους, ενίοτε δε η δοκιμασία αυτή του ιατρού συνοδεύεται, πριν τη δικαστική κατάληξη, από αρνητική δημοσιότητα στα μέσα μαζικής ενημέρωσης ή στο διαδίκτυο, με αποτέλεσμα την επιπλέον προσβολή του ιατρού από άδικο διασυρμό του και διαπόμπευσή του.

Η μη έγκαιρη ή λάθος διάγνωση, η καθυστερημένη αντιμετώπιση του ασθενούς, η ελλιπής παρακολούθηση και η μη άρτια εκτέλεση αναισθησίας ή χειρουργικής επέμβασης αποτέλεσαν τα κυριότερα κριτήρια με βάση τα οποία

αποδόθηκε ευθύνη στους εμπλεκόμενους ιατρούς για ανθρωποκτονίες και σωματικές βλάβες από αμέλεια. Τα αποτελέσματα αυτά είναι σε συμφωνία με την βιβλιογραφία. (23, 26, 34, 35, 59, 60, 113)

6.1 Μαιευτήρες / Γυναικολόγοι

Στην έρευνά μας, οι περισσότερες υποθέσεις γενικά, αλλά και με βάση τις διακρίσεις τους ως ποινικές καταδικαστικές, αστικές επιδικαστικές αποζημίωσης, ποινικές αθωωτικές και αστικές απορριπτικές αγωγών αποζημίωσης, αφορούσαν Μαιευτήρες / Γυναικολόγους. Οι αιτίες θανάτου και σωματικών βλαβών από κακή ιατρική πρακτική είχαν μεγάλη διακύμανση, με πιο συχνή την αιμορραγία και την περιγεννητική ασφυξία, που οφείλονταν σε εσφαλμένη ή καθυστερημένη διάγνωση ή ανεπαρκή φροντίδα. Η μητρική αιμορραγία, η νεογνική θνησιμότητα και η νεογνική εγκεφαλοπάθεια αποτελούν παγκόσμιο πρόβλημα. (48, 28, 62) Η χρήση πρωτοκόλλων μαζικής μετάγγισης και κλινικών ασκήσεων έχει αποδειχθεί ότι βελτιώνει τα αποτελέσματα από την αιμορραγία. (63, 60) Σημαντικό ρόλο στην κατάρτιση της ομάδας Μαιευτήρων, Αναισθησιολόγων και νοσηλευτών, στη συντονισμένη διαχείριση, καθώς και στην ανάπτυξη πρωτοβουλιών ασφάλειας και ποιότητας μπορεί να παίξει στο μέλλον η προσομοίωση για καλύτερη εκπαίδευση. (60, 61, 28, 64, 65)

Στην έρευνά μας, οι πιο συχνές περιπτώσεις σωματικών βλαβών υπήρξαν η εγκεφαλοπάθεια του νεογνού, η μαιευτική παράλυση – τετραπληγία και η παράλυση βραχιονίου πλέγματος, που οφείλονταν σε καθυστέρηση από την απόφαση μέχρι τον τοκετό ή / και σε ανεπαρκή φροντίδα, ενώ η εγκεφαλοπάθεια της επιτόκου ή ασθενούς γυναίκας οφείλονταν σε μαιευτική αιμορραγία ή σε καταστρατήγηση των κανόνων ασφάλειας από τον Γυναικολόγο και τον Αναισθησιολόγο. Τα αποτελέσματα της έρευνάς μας είναι σε συμφωνία με τη μελέτη των Deshpande et al., σύμφωνα με την οποία, μεταξύ των παραγόντων που επηρέασαν την απόφαση για αξιώσεις, ήταν η ανεπαρκής ποιότητα φροντίδας των επιτόκων. (61)

Η υπερβολική καθυστέρηση από την απόφαση μέχρι τον τοκετό και/ή η ανεπαρκής φροντίδα ενέχονται και κατά τον Pierre στις περισσότερες αιτιάσεις για περιγεννητική εμβρυϊκή ασφυξία ή εγκεφαλική παράλυση. Οι περισσότερες αιτιάσεις σχετικά με την εμβρυϊκή ασφυξία ή εγκεφαλική παράλυση βασίζονται σε μη φυσιολογικά πρότυπα εμβρυϊκού καρδιακού ρυθμού και αποδίδονται σε υπερβολική καθυστέρηση από την απόφαση μέχρι τον τοκετό και/ή ανεπαρκή φροντίδα. (26)

Στην έρευνα των Berglund et al., από 472 περιπτώσεις, τα 177 βρέφη θεωρήθηκαν ότι υπέφεραν από σοβαρή ασφυξία λόγω κακής πρακτικής σε σχέση με τον τοκετό. Τα πιο συνηθισμένα περιστατικά κακής πρακτικής σε σχέση με τον τοκετό ήταν η παράλειψη της εποπτείας της εμβρυϊκής ευεξίας σε 173 περιπτώσεις (98%), η παραμέληση και μη αξιολόγηση των σημείων της εμβρυϊκής ασφυξίας σε 126 περιπτώσεις (71%), συμπεριλαμβανομένης της απρόσεκτης χρήσης οξυτοκίνης σε 126 περιπτώσεις (71%) και της επιλογής μη βέλτιστου τρόπου τοκετού σε 92 περιπτώσεις (52%). (27)

Σύμφωνα τους Cohen et al., οι περισσότερες αιτιάσεις εναντίον Μαιευτήρα / Γυναικολόγου σχετίζονται κυρίως με τη διαχείριση του περιστατικού και του τοκετού. Αν και σε πολλές από αυτές τις περιπτώσεις αποδίδεται στο Μαιευτήρα μη ορθή παρακολούθηση του εμβρύου κατά τη διάρκεια της εργασίας για ενδείξεις στέρησης οξυγόνου, υπάρχει στις περισσότερες περιπτώσεις ένας ισχυρισμός (αιτίαση) σχετικά με τη μη ορθή λήψη αποφάσεων και με τη μη ορθή τήρηση του χρόνου και του τρόπου του τοκετού. (28)

Η ιστολογική εξέταση του πλακούντα παίζει σημαντικό ρόλο στον δικαστικό έλεγχο των υποθέσεων, για να επιβεβαιωθούν αιφνίδια καταστροφικά συμβάντα που προέκυψαν πριν ή κατά τη διάρκεια του τοκετού ή για την ανίχνευση μη εμφανών θρομβωτικών διεργασιών που επηρεάζουν την οξυγόνωση του εμβρύου, μοτίβα μειωμένου αποθεματικού πλακούντα και προσαρμοστικές αποκρίσεις στη χρόνια υποξία. (29) Μπορεί, επίσης, η ιστολογική εξέταση να αποκλείσει την ενδομητρική υποξία, αποκαλύπτοντας ορισμένα ιστολογικά σχήματα τυπικά της οξείας χοριοαμνιονίτιδας και της φλεγμονώδους απόκρισης του εμβρύου ή συμβατά με μεταβολικές ασθένειες. (62)

Ο θάνατος ή η σωματική βλάβη του νεογνού αποτέλεσε θέμα συζήτησης στη Νομική επιστήμη. Σύμφωνα με μία άποψη, στο χώρο του ποινικού δικαίου άνθρωπος υπάρχει από τη στιγμή, που, ανεξάρτητα από τα συμπτώματα, τεθεί σε κίνηση η φυσική αλληλουχία φάσεων που οδηγεί στη διαδικασία του τοκετού. Τη θέση αυτή ακολούθησαν (αν και όχι ρητά) οι αποφάσεις Α.Π. 34/1981 (δημ. Ποινικά Χρονικά ΛΑ, 433), Α.Π. 1671/2003, Εφετείου Αιγαίου 72/2008 και το 132/2007 βούλευμα του Συμβουλίου Πλημμελειοδικών Ρόδου (δημ. Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ) Κατ' άλλη άποψη, άνθρωπος υφίσταται από τη στιγμή της εξόδου από τη μητρική κοιλία και μέρους μόνο του σώματος του νεογέννητου. Η θέση αυτή υιοθετήθηκε ρητά από το βούλευμα του Συμβουλίου Πλημμελειοδικών Λάρισας με αριθμό 74/2000 και από την απόφαση του Τριμελούς Πλημμελειοδικείου Αθηνών με αριθμό 1963/2013 (δημ. Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ). Κοινός τόπος και των δύο απόψεων είναι ότι, από τη στιγμή που το έμβρυο είναι ήδη νεκρό στην κοιλιά της μητέρας του, δεν μπορεί να γίνει λόγος για θάνατο νεογνού. Ο προβληματισμός για το πότε υπάρχει ανθρώπινη ζωή υφίσταται διότι η νομική άποψη επηρεάζεται από την ιατρική επιστήμη και τις εκάστοτε επικρατούσες ηθικοθρησκευτικές αντιλήψεις, αφετέρου διότι ο Ποινικός Κώδικας / Π.Κ. δεν επεκτείνει την προστασία της ανθρώπινης ζωής σε χρόνο προγενέστερο της γέννησης. Στον χώρο του αστικού δικαίου ορίζεται από το άρθρο 35 του Αστικού Κώδικα / Α.Κ. ότι «πρόσωπο αρχίζει να υπάρχει μόλις γεννηθεί ζωντανό», δηλαδή απαιτείται πλήρης αποχωρισμός από το μητρικό σώμα (χωρίς να είναι απαραίτητο να αποκοπεί ο ομφάλιος λώρος) και η διαπίστωση, κατά τους κανόνες ιατρικής επιστήμης, ότι υφίσταται κάποια ενεργή βιοτική λειτουργία, χωρίς να απαιτείται να είναι και βιώσιμο. Από τις αποφάσεις της νομολογίας με την ως άνω θέση ενδεικτικά αναφέρεται η Α.Π. 1408/2015 (δημ. Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ), όπως η ίδια θέση εκφράζεται και στην ελληνική θεωρία. (19)

Όπως αναφέρει στην εργασία του «Κύηση – συγκρούσεις δικαιωμάτων μεταξύ προσώπων και εμβρύων» σε ΔτΑ 73/2017 σελ. 561-578 – δημ. Τ.Ν.Π. Sakkoulasonline.gr, ο συγγραφέας Ε. Μάλλιος, στην έννοια της «βιωσιμότητας» ως αντίβαρο στο δικαίωμα της άμβλωσης, αναφέρθηκε πρώτη η αμερικανική νομολογία. Ήδη από το 1973, στην απόφαση «σταθμό» Roe v. Wade, το Ανώτατο Δικαστήριο έκρινε ότι η γυναίκα έχει δικαίωμα στην άμβλωση. Αντίστοιχα, απέρριψε

το επιχείρημα της Πολιτείας του Τέξας ότι το κυοφορούμενο είναι «πρόσωπο», διαπιστώνοντας ότι δικαιώματα αναγνωρίζονται σε πρόσωπα, κρίνοντας ότι το κυοφορούμενο δεν αναγνωρίζεται ως πρόσωπο με την πλήρη έννοια του όρου. Το Ευρωπαϊκό Δικαστήριο Δικαιωμάτων του Ανθρώπου (Ε.Δ.Δ.Α.) δεν έλαβε στο ζήτημα αυτό καθαρή - απόλυτη θέση. Και τούτο, λόγω των διαφορετικών ηθικών, φιλοσοφικών, ιατρικών, θρησκευτικών και νομικών προσεγγίσεων όσον αφορά την προστασία του εμβρύου. Έτσι, έκρινε ότι δεν είναι ούτε εφικτό, ούτε επιθυμητό να απαντήσει αφηρημένα ότι το έμβρυο είναι πρόσωπο, σύμφωνα με το άρθρο 2 της Ευρωπαϊκής Σύμβασης Δικαιωμάτων του Ανθρώπου (Ε.Σ.Δ.Α.).

Στην έρευνά μας, η πλειονότητα των ποινικών καταδικαστικών και αστικών επιδικαστικών αποζημίωσης υποθέσεων για ανθρωποκτονία ή σωματική βλάβη από αμέλεια αφορούσε Μαιευτήρες / Γυναικολόγους, όπως προαναφέρθηκε. Στην έρευνα του Habek, στο 63% των περιπτώσεων κακής ιατρικής πρακτικής ήταν υπεύθυνος Μαιευτήρας, στο 23,18% Μαιευτήρας και Αναισθησιολόγος, στο 5,79% ιατρός των Τ.Ε.Π., στο 4,34% Γυναικολόγος και στο 2,89% Μαία. (60)

Οι χρηματικές αποζημιώσεις που επιδικάσθηκαν για σωματική βλάβη ή θάνατο κυμαίνονται από 6.000 έως 3.228.400 ευρώ. Στην έρευνα των Glaser et al., η μέση αποζημίωση ήταν 279.384 δολάρια και η διαδικασία που σχετίσθηκε με το υψηλότερο ποσοστό αξιώσεων με αποζημιωτική κατάληξη ήταν η αναρροφητική εμβρυουλκία. (32) Ωστόσο, η χρηματική αποζημίωση για κακή ιατρική πρακτική από Μαιευτήρες / Γυναικολόγους συχνά φθάνει σε υπέρογκα ποσά. (30, 31)

Στην έρευνά μας, υπήρξαν ποινικές αθώσεις – απορρίψεις αστικών αγωγών για Γυναικολόγους / Μαιευτήρες σε 19 περιπτώσεις, καθώς δεν αποδείχθηκε κακή ιατρική πρακτική εκ μέρους τους. Στην πραγματικότητα, όμως, η εξαιρετικά επίπονη και χρονοβόρα δικαστική δοκιμασία στην οποία υποβλήθηκαν, θα λέγαμε πως ισοδυναμεί με απόδοση ευθύνης (μέση διάρκεια δικαστικής διαμάχης 8 έτη).

6.2 Γενικοί Χειρουργοί

Στην έρευνά μας, η πιο συχνή αιτία θανάτου αφορούσε επιπλοκές της λαπαροσκοπικής χειρουργικής λόγω τρώσης αγγείου ή εντέρου με καθυστερημένη

διαχείριση. Στην έρευνα των de Reuver et al., ευθύνη για κακή ιατρική πρακτική αναγνωρίστηκε σε 16 (18%) από 88 περιπτώσεις. Παράγων που σχετίστηκε με κακή ιατρική πρακτική ήταν η ελλιπής παρακολούθηση του ασθενούς. Παράγοντες που σχετίστηκαν με την αύξηση της αποζημίωσης ήταν η καθυστέρηση στην εργαστηριακή απεικόνιση, η καθυστέρηση στη διάγνωση και η επανεπέμβαση μετά από λαπαροτομία. (56) Στην έρευνα των Kienzle et al., κακή ιατρική πρακτική διαπιστώθηκε σε 25 από 44 καταγγελίες που αφορούσαν λαπαροσκοπικές επεμβάσεις χολυδόχου κύστεως. Αυτές περιλάμβαναν τραυματισμούς χοληφόρων αγγείων. Σε μία περίπτωση υπήρξε ανεπαρκής ενημέρωση. (34)

Στην έρευνα των Wind et al., το 18% (41 αξιώσεις) όλων των επιπλοκών της λαπαροσκόπησης κατά το διάστημα 1993 – 2005 σχετίστηκαν με την είσοδο του λαπαροσκοπικού τροκάρ. Υπήρξαν 18 τραυματισμοί αγγείων, 30 τραυματισμοί εντέρου και 3 ακόμη άλλοι τραυματισμοί. Ο αγγειακός τραυματισμός συνδέθηκε αποκλειστικά με κλειστή είσοδο. Μόνο σε 19 (46%) των ασθενών η επιπλοκή που σχετίστηκε με την είσοδο τροκάρ διαγνώστηκε διεγχειρητικά. Δεν υπήρξε θνητότητα και η πλειοψηφία των ασθενών προέβαλε αξίωση αποζημίωσης για μεγαλύτερο χρόνο παραμονής στο νοσοκομείο και σχετικά έξοδα. (33) Στην έρευνα των Moreira et al., η πλειονότητα των καταγγελιών (75,4%) για θάνατο του ασθενούς σε επεμβάσεις γενικής χειρουργικής οφείλονταν στη λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή. (112)

Στην έρευνά μας, το λάθος ή η μη έγκαιρη διάγνωση, κυρίως για φλεγμονές εντέρου με επακόλουθο την περιτονίτιδα, είχε επίπτωση 22,22%. Στην έρευνα των Jung et al., η εσφαλμένη διάγνωση (30,8%) ήταν η πλέον συνήθης αιτία καταγγελιών για το διάστημα 2005 έως 2010, ακολουθούμενη από τη διαχείριση μετά τη χειρουργική επέμβαση (27,7%). Η διάρκεια της δικαστικής διαμάχης ήταν 3,2 έτη. Το μέσο ποσό αποζημίωσης ήταν $59.708.983 \pm 67.307.264$ (εύρος 1.700.000 - 365.201.482) γουάν Κορέας. Παράβαση καθήκοντος στην περίθαλψη αναφέρθηκε σε 49 περιπτώσεις, παράβαση της ενημερωμένης συναίνεσης σε 7 περιπτώσεις, παράβαση του καθήκοντος περίθαλψης και συναίνεσης μετά από ενημέρωση σε 5 περιπτώσεις. (36) Στην έρευνα των Choudhry et al., η αποτυχία διάγνωσης και η μη έγκαιρη διαχείριση της απόφραξης του εντέρου αφορούσε το 69% των περιπτώσεων

(N=107). Συνολικά, το 54% (N=84) των περιπτώσεων κρίθηκε υπέρ του διωκομένου (ιατρού). Θνητότητα σημειώθηκε στο 61% (N=96) των περιπτώσεων. Η μέση αποζημίωση ήταν 1.136.220 (εύρος 29.575 - 12.535.000) δολάρια. (123)

Στην έρευνα των Brown et al., η κακή ιατρική πρακτική στα έτη 1985 – 2007 περιλάμβανε σφάλματα στη διάγνωση στο 37%, ακολουθούμενη από ακατάλληλη εκτέλεση μιας διαδικασίας στο 17%. Οι επειγοντολόγοι ήταν οι πρωταρχικά διωκόμενοι στο 19% των καταγγελιών. Το οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου (AMI 5%), τα κατάγματα (6%) και η οξεία σκληροειδίτιδα (2%) ήταν οι συνθήκες που σχετίστηκαν με τον υψηλότερο αριθμό αξιώσεων. Το 29% των αξιώσεων για αποζημίωση διευθετήθηκαν με διακανονισμό, ενώ με την πάροδο του χρόνου οι μέσες αποζημιώσεις και τα δικαστικά έξοδα υπερδιπλασιάστηκαν και, τόσο ο συνολικός αριθμός των αξιώσεων, όσο και ο αριθμός των διευθετηθεισών με αποζημίωση αξιώσεων μειώθηκαν. (37)

Στην έρευνά μας, η επίπτωση θανάτου από χειρουργική παχυσαρκίας ήταν 18,5%. Η καθυστερημένη διάγνωση και διαχείριση των επιπλοκών ήταν το κύριο σφάλμα που διαπιστώθηκε. Η βαριατρική χειρουργική για σοβαρή παχυσαρκία αποτελεί μία αποτελεσματική και αποδεκτή θεραπεία για παρατεταμένη απώλεια βάρους. Ωστόσο, ενέχει σημαντικούς κινδύνους και συνεχίζει να επηρεάζει σημαντικά τη γενική χειρουργική πρακτική. Όπως προαναφέρθηκε, στην έρευνα των Kassir et al., από 426 περιπτώσεις αντιδικιών επί σπλαγχνικής και πεπτικής χειρουργικής για τα έτη 2009 – 2011, οι 81 (19%) αφορούσαν βαριατρική χειρουργική επέμβαση. Το συρίγγιο ήταν η πιο συνηθισμένη επιπλοκή που οδήγησε σε αιτίαση περί κακής ιατρικής πρακτικής (43,67%). Η διάρκεια της αντιδικίας ήταν κατά μέσο όρο 2 (1 - 6) έτη. (38) Στην έρευνα των Tuchtan et al., μεταξύ των αιτιάσεων που οδήγησαν σε καταγγελίες, το 40% αφορούσε τη λαπαροσκοπική χειρουργική, το 28% τη γαστρική παράκαμψη και το 23% την επιμήκη γαστρεκτομή («γαστρικό μανίκι»). Οι πιο συχνές αρχικές επιπλοκές ήταν οι διατρήσεις (30%), τα συρίγγια (27%), η απόφραξη του εντέρου (14%), οι αγγειακοί τραυματισμοί (9,5%) και οι λοιμώξεις - περιτονίτιδα, πλευρίτιδα, αποστήματα (8%). Επανεπέμβαση απαιτήθηκε στο 78% των περιπτώσεων. Αμέλεια εντοπίστηκε στο 30% των περιπτώσεων, το 67% των

οποίων οφείλεται σε καθυστερημένη διάγνωση. Το 47% των ασθενών ανέκαμψε πλήρως από τις επιπλοκές. (39) Στην έρευνα των Weber et al., το ποσοστό των αξιώσεων για κακή ιατρική πρακτική στη χειρουργική της παχυσαρκίας από 69% για τα έτη 1990 - 1999 μειώθηκε σε 36% για τα έτη 2000 - 2009, ενώ η μέση αποζημίωση αυξήθηκε από 94.000 σε 368.000 δολάρια. (57)

6.3 Αναισθησιολόγοι

Στην έρευνά μας, 21 ασθενείς, η πλειονότητα των οποίων ήταν νέοι άνθρωποι (συμπεριλαμβάνονται 4 παιδιά), έχασαν τη ζωή τους από αμέλεια Αναισθησιολόγου. Παρόλο που υπάρχουν εγγενείς περιορισμοί στην ανάλυση των δικαστικών αποφάσεων, με κυριότερον τις μη δημοσιευμένες αποφάσεις, στην έρευνά μας έχουν εντοπιστεί σημαντικές αναισθητικές επιπλοκές και μηχανισμοί. Ο μικρός αριθμός των ανθρωποκτονιών από αμέλεια Αναισθησιολόγων, παρά τη σημαντική αύξηση των χειρουργικών κλινών και επεμβάσεων μετά το έτος 2000, πιθανότατα οφείλεται στην εφαρμογή των κατευθυντήριων οδηγιών ασφαλούς χορήγησης αναισθησίας (Υ4α/3592/1996 απόφαση Υπ. Υγείας και Πρόνοιας - ΦΕΚ Β 1044/25-11-1997), στην καλύτερη εκπαίδευση των Αναισθησιολόγων, οι περισσότεροι των οποίων έχουν πλέον 5ετή και όχι 3ετή εκπαίδευση, στην εξασφάλιση σύγχρονου εξοπλισμού στα αναισθησιολογικά τμήματα και στη χρήση νεότερων αναισθητικών φαρμάκων με μικρότερη διάρκεια δράσης. Στην έρευνα των Lee et al., η εισαγωγή της χρήσης καπνογράφου και παλμικού οξύμετρου (μέτρηση SpO₂) οδήγησε σε μείωση της σοβαρότητας της βλάβης, για την οποία προβάλλονταν αιτιάσεις περί κακής πρακτικής αναισθησίας. (51) Στην έρευνα των Olivar et al., για το διάστημα 1980 – 2005 τα ποσοστά αξιώσεων των ασθενών για αμέλεια Αναισθησιολόγου ήταν σημαντικά χαμηλότερα κατά τα έτη 1990 – 2001. Τα αποτελέσματα αυτά αναδεικνύουν τη συμμετοχή των Αναισθησιολόγων σε πολυεπιστημονική φροντίδα τραυμάτων και οργανωμένα συστήματα. (45)

Οι πιο συχνές αιτίες ανθρωποκτονιών από αμέλεια ήταν η δύσκολη διασωλήνωση, η απόφραξη αεραγωγού και η εγκεφαλοπάθεια. Τα αποτελέσματα αυτά είναι σε συμφωνία με εκείνα της διεθνούς βιβλιογραφίας. Στην έρευνα των

Peterson et al., καταδείχθηκε ότι η εφαρμογή των κατευθυντήριων οδηγιών για τον αεραγωγό από το 1993 έως το 1999, σε σύγκριση με την περίοδο 1985 – 1992, είχε ως αποτέλεσμα τη μείωση των αξιώσεων. Οι επίμονες προσπάθειες διασωλήνωσης συσχετίστηκαν με θάνατο / εγκεφαλοπάθεια. (46) Στην έρευνα των Ranum et al., σε 607 «κλειστές» (διευθετημένες) αξιώσεις για τα έτη 2007 – 2012 παράγοντας κινδύνου που οδηγεί σε αξίωση βρέθηκε να είναι η παχυσαρκία. Η μέση χρηματική αποζημίωση ήταν 309.066 δολάρια. (47)

Στην έρευνα των Jimenez et al., από το 1973 έως το 2000 σημειώθηκε μείωση του ποσοστού των αξιώσεων για θάνατο / εγκεφαλοπάθεια και για ανεπαρκή αερισμό / οξυγόνωση σε παιδιατρικούς ασθενείς. Ωστόσο, οι αιτιάσεις για θάνατο (41%) και εγκεφαλοπάθεια (21%) παρέμειναν οι κυρίαρχες στις αξιώσεις παιδιατρικής αναισθησίας κατά τη δεκαετία του 1990. Οι μισές από τις αιτιάσεις στο διάστημα 1990 - 2000 αφορούσαν ασθενείς ηλικίας τριών (3) ετών ή και μικρότερης, ενώ το ένα πέμπτο (1/5) ήταν ASA 3 - 5. (48)

Καταλογισμός ιατρικής αμέλειας για βλάβες από περιοχική αναισθησία υπήρξε σε 6 (22,22%) των υποθέσεων απόδοσης ευθύνης και αφορούσαν 7 ασθενείς. Υπήρξαν 2 ανακοπές, εκ των οποίων στη 1 ο ασθενής κατέληξε και 5 ασθενείς υπέστησαν μόνιμες βλάβες. Οι κυριότερες αιτίες των τραυματισμών ήταν η ελλιπής απόδοση ή εμπειρία ή τεχνική γνώση του Αναισθησιολόγου και η ελλιπής παρακολούθηση. Τα αποτελέσματα αυτά είναι σε συμφωνία με τη βιβλιογραφία. (50, 53, 55) Στην έρευνα των Lienhart et al., σε 41 αξιώσεις για θάνατο / νευρική βλάβη ασθενών που αντιμετωπίστηκαν σε πανεπιστημιακά νοσοκομεία του Παρισιού από το Δεκέμβριο του 1977 έως το 1994 τα πιο συχνά προβλήματα ήταν οι νευρολογικές επιπλοκές της υπαραχνοειδούς ή επισκληρίδιας αναισθησίας (N=10 – 24,4%) και οι συνέπειες της δύσκολης διασωλήνωσης ή της εισρόφησης του στομαχικού περιεχομένου (N=5 -12,2%). (54)

Στην έρευνα των Kent et al., οι αιτιάσεις περί κακής πρακτικής σε ορθοπαιδικές επεμβάσεις στα άκρα (1.592 αξιώσεις στο διάστημα 2000 – 2013) αφορούσαν κυρίως βλάβες νεύρων (26%), βλάβες από περιοχική αναισθησία (26%), βλάβες από άλλους τύπους αναισθησίας (14%). Εννέα (9) στους δέκα (10) ασθενείς

με αξιώσεις από πρόκληση επισκληρίδιων αιματωμάτων έλαβαν αντιπηκτικό φάρμακο και όλοι είχαν σοβαρούς μακροχρόνιους τραυματισμούς, ενώ η διάγνωση και η θεραπεία της βλάβης καθυστέρησε σημαντικά στις περισσότερες περιπτώσεις. Κεντρικές ισχαιμικές βλάβες σε ασθενείς που υποβλήθηκαν σε επέμβαση σε ημικαθιστική θέση δεν εμφανίστηκαν αποκλειστικά σ' αυτούς που είχαν θεωρηθεί υψηλού κινδύνου για ισχαιμικό εγκεφαλικό επεισόδιο. (50)

Όπως προαναφέρθηκε, στην έρευνα των Saba et al., σε 62 αξιώσεις από το έτος 2006 έως το έτος 2016, που σχετίζονται με περιοχική αναισθησία, οι περισσότερες από αυτές ταξινομήθηκαν ως μόνιμοι μικροτραυματισμοί. Ο μεγαλύτερος αριθμός αξιώσεων αφορούσε τραυματισμούς στο βραχιόνιο πλέγμα από διασκαληνικό αποκλεισμό στη χειρουργική του ώμου. Οι βλάβες από τους αποκλεισμούς του μηριαίου και του ισχιακού νεύρου ήταν οι πιο συνηθισμένοι αποκλεισμοί, που είχαν ως αποτέλεσμα την αποζημίωση. Παράγων που συνέβαλε στους τραυματισμούς ήταν η «τεχνική γνώση / επιδόσεις» του Αναισθησιολόγου, ακολουθούμενος από τον «προϋπάρχοντα τραυματισμό ή ριζοπάθεια». (49)

Στην έρευνα των Huang et al., σε 45 αξιώσεις κατά τα έτη 2007 – 2016 ασθενών ηλικίας 6 έως 82 ετών για βλάβες μετά από υπαραχνοειδή ή επισκληρίδιο αναισθησία, αποζημιώσεις επιδικάσθηκαν στο 20% αυτών. Ο μεγαλύτερος αριθμός αξιώσεων αφορούσε υπολειμματική αδυναμία και ριζοπάθεια που οφείλεται σε επισκληρίδιο αναισθησία. Ο μεγαλύτερος παράγων που συνέβαλε σε αυτούς τους τραυματισμούς ήταν η "τεχνική γνώση ή απόδοση" του Αναισθησιολόγου, ακολουθούμενος από τον παράγοντα "έλλειψη ή σφάλμα τεκμηρίωσης". (53)

Στην έρευνά των Aïssou et al., μελετήθηκαν νευρολογικές επιπλοκές περιοχικής αναισθησίας από αρχεία υποθέσεων περιφερειακών επιτροπών συνδιαλλαγής και αποζημίωσης (CRCI), όπου συμμετείχαν εμπειρογνώμονες, για το διάστημα μεταξύ των ετών 2003 - 2008. Οι βλάβες που αξιολογήθηκαν ήταν πολύ μεταβλητές. Η περιφερειακή επιτροπή συνδιαλλαγής και αποζημίωσης (CRCI) ακολούθησε γενικά τις γνώμες των εμπειρογνομόνων, εκτός από μερικές περιπτώσεις όπου τα αποδεικτικά στοιχεία επέτρεψαν μία διαφορετική άποψη χωρίς να απαιτείται διαφορετική εκτίμηση. Συμπερασματικά, ο διορισμός

εμπειρογνωμόνων δεν φαίνεται να είχε συνέπειες στην εκτίμηση ζημιών, αλλά μπορεί να αλλάξει την ισορροπία μεταξύ αιτιών της βλάβης που σχετίζονται με ιατρική αμέλεια και των αιτιών της βλάβης που δεν σχετίζονται με ιατρική αμέλεια, υπέρ των τελευταίων. (55)

6.4 Ορθοπαιδικοί

Στην έρευνά μας, η επίπτωση υποθέσεων ιατρικής αμέλειας Ορθοπαιδικών ήταν χαμηλή, παρά το γεγονός ότι είναι ευρέως γνωστό πως η ορθοπαιδική είναι ένας κλινικός κλάδος που διατρέχει υψηλό κίνδυνο για αξιώσεις κακής ιατρικής πρακτικής. (68-71) Η επίπτωση κακής ιατρικής πρακτικής Ορθοπαιδικών ήταν σημαντικά χαμηλή σε σύγκριση με εκείνη των Γυναικολόγων / Μαιευτήρων, των Γενικών Χειρουργών και Αναισθησιολόγων στην Ελλάδα. Σε 6 υποθέσεις αποδόθηκε ευθύνη για ανθρωποκτονία από αμέλεια και σε 18 υποθέσεις για σωματικές βλάβες από αμέλεια. Στο 56% των περιπτώσεων ανθρωποκτονιών και σωματικών βλαβών από αμέλεια υπήρξε κακή ιατρική πρακτική κατά τη χειρουργική επέμβαση. Οι αιτίες θανάτου και σωματικών βλαβών από κακή ιατρική πρακτική είχαν μεγάλη διακύμανση. Στην έρευνα των Casali et al., βρέθηκε ότι το 50% των Ορθοπαιδικών που ενεπλάκησαν μία τουλάχιστον φορά σε δικαστική διαδικασία είχαν να αντιμετωπίσουν πολλαπλές αξιώσεις εναντίον τους μέχρι το τέλος της καριέρας τους. Αντίθετα, για τον Αναισθησιολόγο υπήρχε σωρευτικός 10ετής κίνδυνος να εμπλακεί σε μία τουλάχιστον δικαστική διαδικασία για ιατρική αμέλεια σε ποσοστό περίπου 7% και κίνδυνος να εμπλακεί σε δύο ή περισσότερες δικαστικές διαδικασίες σε ποσοστό περίπου 1%. (74)

Στην έρευνα των Tarantino et al., βρέθηκε ότι ο κίνδυνος μίας ορθοπαιδικής αμέλειας ήταν χαμηλότερος από τον αντίστοιχο κίνδυνο για έναν Γενικό ή Πλαστικό Χειρουργό, αλλά υψηλότερος από τον αντίστοιχο κίνδυνο για ένα Γυναικολόγο. (66) Υπάρχει μάλιστα η τάση, οι αιτιάσεις περί ορθοπαιδικής αμέλειας να στοχεύουν στο προσωπικό των γενικών νοσοκομείων, σε αντίθεση με τα εξειδικευμένα ορθοπαιδικά νοσοκομεία. Αυτά τα στοιχεία υπογραμμίζουν τον εγγενή κίνδυνο για αξιώσεις σε βάρος ενός πολύ δύσκολου και απαιτητικού χειρουργικού κλάδου. Επιπλέον, ένα

ιδιαίτερο χαρακτηριστικό της ορθοπαιδικής είναι οι στενοί δεσμοί της με εταιρείες ιατρικής μηχανικής που αναπτύσσουν τεχνητά εμφυτεύματα και προθέσεις, έτσι ώστε η ορθοπαιδική θεωρείται συνήθως από τους ασθενείς ότι ευθύνεται «εκείνη» και όχι ο κατασκευαστής για κακή απόδοση τεχνητής συσκευής. (68, 69, 75, 74)

Στην έρευνά μας, υπήρξε υπόθεση για αμέλεια Ορθοπαιδικού σε 1 περίπτωση παραπληγίας μετά από τροχαίο ατύχημα. Στην έρευνα των Casali et al., η τραυματολογία αντιπροσωπεύει το 25% των αιτιάσεων (74), κάτι το οποίο αποδίδεται πιθανώς σε μία επιφανειακή προεγχειρητική προσέγγιση. Ένας από τους υποτιθέμενους ψυχολογικούς λόγους για αιτιάσεις περί αμέλειας, μετά από χειρουργικές επεμβάσεις σε τραυματίες, είναι ότι ο ασθενής δεν έχει κανένα αίσθημα ασθένειας ή αναπηρίας προεγχειρητικά. Μερικοί συγγραφείς έχουν διαπιστώσει ότι η τραυματολογία παίζει σημαντικό ρόλο, ίσως όσο και η εκλεκτική ορθοπαιδική χειρουργική, στη δημιουργία αιτιάσεων περί αμέλειας. (81, 70, 99) Οι απρόβλεπτες διεγχειρητικές επιπλοκές και η ουσιαστική αποτυχία της χειρουργικής θεραπείας είναι επομένως από τα πιο κοινά σημεία εκκίνησης για μία αιτίαση περί κακής ιατρικής πρακτικής. Στην έρευνά μας, εσφαλμένη χειρουργική τεχνική με τραυματισμούς νωτιαίου μυελού και νεύρων κατά τη χειρουργική επέμβαση σπονδυλικής στήλης υπήρξε σε 5 (20%) περιπτώσεις, τραυματισμός νεύρων σε άλλες επεμβάσεις σε 3 (12%) περιπτώσεις, εσφαλμένη διάγνωση ή καθυστερημένη αντιμετώπιση σε 2 (8%) περιπτώσεις.

Όπως έχει σημειωθεί και στη βιβλιογραφία (66-68, 73, 102-104) οι καλύτερες και μεγαλύτερες καμπύλες εκμάθησης για τους επίδοξους Ορθοπαιδικούς χειρουργούς, ο καλύτερος προεγχειρητικός σχεδιασμός και η καλύτερη προεγχειρητική επικοινωνία με τον ασθενή θα μπορούσαν να αποτρέψουν ένα σημαντικό μέρος των σε βάρος τους αιτιάσεων. Τέτοιες αλλαγές θα μπορούσαν να επηρεάσουν θετικά τόσο σε τεχνικά, όσο και σε μη τεχνικά ορθοπαιδικά λάθη, να περιορίσουν τις κακές συνέπειες των καθημερινών ιατρικών δραστηριοτήτων των Ορθοπαιδικών χειρουργών που περιγράφονται από τους Patel et al. (71) και να μειώσουν την άσκηση της λεγόμενης αμυντικής ιατρικής, με τον φάυλο από αυτή κύκλο να αυξάνει το ιατρικό κόστος χωρίς κανένα όφελος για τον ασθενή. (70, 100, 105)

Στην έρευνά μας, οι αιτιάσεις για επιπλοκές σε επεμβάσεις κάτω άκρων ανήλθαν στο 28%. Στη διεθνή βιβλιογραφία οι αιτιάσεις αυτές αντιστοιχούν στο 65% περίπου όλων των αιτιάσεων. (66) Στην εργασία των Casali et al., παρατηρήθηκε μία τάση για αιτιάσεις περί κακής ιατρικής πρακτικής να επικεντρώνεται στα κάτω άκρα, περισσότερο από την πανταχού παρούσα μετατραυματική χειρουργική. (74) Οι αιτιάσεις που επικεντρώνονται στις ιατρογενείς επιπλοκές των χειρουργείων αντικατάστασης ισχίου και γόνατος δείχνουν έντονα αυτή την τάση, με τον τραυματισμό του ισχιακού νεύρου να είναι το κρίσιμο ανεπιθύμητο συμβάν για τις χειρουργικές επεμβάσεις αντικατάστασης ισχίου και τη μόλυνση της μετεγχειρητικής πρόθεσης το κρίσιμο ανεπιθύμητο συμβάν για τις χειρουργικές επεμβάσεις αντικατάστασης γόνατος. (75) Οι ισχυρισμοί για αποτυχίες χειρουργικής επέμβασης αντικατάστασης γόνατος συχνά σχετίζονται με την εμφύτευση μιας υπερμεγέθους πρόθεσης και πιστεύεται ότι η αυστηρή χρήση πλήρων προεγχειρητικών λιστών ελέγχου θα μπορούσε να περιορίσει σημαντικά τέτοιες αιτιάσεις. (70, 98)

Στην έρευνά μας, υπήρξε απόδοση συνευθύνης Ορθοπαιδικού και Αναισθησιολόγου σε 1 περίπτωση, που τελικά δικαιώθηκαν μετά ανααιρετική απόφαση. Στην έρευνα των Genovese et al., υπήρξε τεχνική επιβεβαίωση ορθοπαιδικής αμέλειας για περισσότερο από το 50% των αιτιάσεων περί αμέλειας στο ερευνηθέν αρχείο υποθέσεων. Η αντίστοιχη τιμή για τους Αναισθησιολόγους ήταν χαμηλότερη (39%, $p < 0,05$). (72)

Στην έρευνά μας, υπήρξαν 2 (8,33%) αιτιάσεις σχετικά με νοσοκομειακές λοιμώξεις. Σύμφωνα με την έρευνα των Casali et al. (74), οι αιτιάσεις σχετικά με νοσοκομειακές λοιμώξεις ανήλθαν στο 14% όλων των αξιώσεων. Αφορούσαν κυρίως εκλεκτικές προσθετικές επεμβάσεις στο ισχίο ή στα γόνατα. Οι λοιμώξεις από μετατραυματική χειρουργική επέμβαση είναι λιγότερο πιθανό να προκαλέσουν αξιώσεις, πιθανώς επειδή αυτοί οι ασθενείς υποστηρίζουν ότι η μόλυνση συνδέεται με το αρχικό τραύμα, παρά με τη θεραπευτική χειρουργική επέμβαση.

Σε 1 περίπτωση της έρευνάς μας, υπήρξε θάνατος από πνευμονική εμβολή. Στην έρευνα των Casali et al., το ποσοστό των επεισοδίων φλεβικών θρομβώσεων και πνευμονικής εμβολής (DVT / PTE) ήταν πολύ χαμηλότερο από το ποσοστό των

νοσοκομειακών λοιμώξεων που προκαλούνται από κακή ιατρική πρακτική. (74) Η προφύλαξη από DVT / PTE είναι συχνά δύσκολη (76, 77) και ο μόνος τρόπος για να μειωθεί ο κίνδυνος μίας αξίωσης κακής ιατρικής πρακτικής είναι η χορήγηση σωστής προφύλαξης. (74) Η χειρότερη έκβαση για DVT / PTE είναι προφανώς ο θάνατος του ασθενούς, του οποίου η αιτία συχνά έχει δυσχερή κλινική διάγνωση. Σε τέτοιες περιπτώσεις μπορούν να εμπλακούν ιατροδικαστές, προκειμένου να διαπιστωθεί η αιτία θανάτου και η ποιότητα της προφύλαξης που πραγματοποιήθηκε, αφού δεν δύναται να γίνει αυτόματη σύνδεση μεταξύ της εμφάνισης επεισοδίου PTE και αμέλειας περί την προφύλαξη. (74, 76, 101)

6.5 Νευροχειρουργοί

Στην έρευνά μας, βρέθηκαν 52 δικαστικές αποφάσεις που αφορούν : 8 ποινικές καταδικαστικές υποθέσεις, 13 αστικές επιδικαστικές αποζημίωσης υποθέσεις και 5 αθωωτικές - απορριπτικές αγωγών αποζημίωσης υποθέσεις. Σε σύγκριση με άλλες χειρουργικές ειδικότητες, όπως Μαιευτήρες / Γυναικολόγοι, Γενικοί Χειρουργοί και Αναισθησιολόγοι, το σύνολο των υποθέσεων που αφορούν Νευροχειρουργούς ήταν σημαντικά μικρότερο. (81, 82)

Στην έρευνά μας, υπήρξαν 6 (33,33%) υποθέσεις απόδοσης ευθύνης για ανθρωποκτονίες από αμέλεια και 12 (57%) υποθέσεις απόδοσης ευθύνης για σωματικές βλάβες από αμέλεια. Το 75% των περιπτώσεων (N=15) αφορούσαν επιπλοκές της χειρουργικής της σπονδυλικής στήλης, 8 από τις οποίες αφορούσαν επιπλοκές επεμβάσεων στην αυχενική μοίρα. Κύριες αιτίες των επιπλοκών ήταν η εσφαλμένη ή καθυστερημένη διάγνωση ή θεραπεία, η εσφαλμένη χειρουργική τεχνική και η έλλειψη προσοχής κατά τη διάρκεια της επέμβασης. Επιβαρυντικοί παράγοντες στην απόδοση ευθύνης του Νευροχειρουργού ήταν η έλλειψη ιστορικού (N=1), η έλλειψη ενημέρωσης (N=2), η έλλειψη συναίνεσης του ασθενούς (N=1) και η μη τεκμηρίωση της ανάγκης διενέργειας της συγκεκριμένης επέμβασης. Η μέση διάρκεια μέχρι την τελική εκδίκαση της υπόθεσης ήταν 3 – 19 έτη και οι αποζημιώσεις που επιδικάσθηκαν κυμάνθηκαν από 40.000 έως 130.000 ευρώ.

Τα αποτελέσματα αυτά είναι σε συμφωνία με τη διεθνή βιβλιογραφία. Στην έρευνα των Santiago – Sáez et al., το 62,5% των επεμβάσεων αφορούσε τη σπονδυλική στήλη και το 28,6% το κρανίο. Μόνιμες συνέπειες των επιπλοκών της επέμβασης αναφέρθηκαν στο 40% των περιπτώσεων και θάνατος στο 22%. Ανεπάρκεια τεκμηρίωσης ή έλλειψη συναίνεσης διαπιστώθηκε στο 17% των καταγγελιών. Το ένα πέμπτο (1/5) των υποθέσεων ήταν ποινικού χαρακτήρα και τα τέσσερα πέμπτα (4/5) αυτών αστικού – αποζημιωτικού χαρακτήρα. Η αποζημίωση που επιβλήθηκε κυμαίνονταν από 60.000 έως 600.000 ευρώ. (40) Στην έρευνα των Elsamadicy et al., σε 2.131 «κλειστές» (διευθετημένες) υποθέσεις η πλειονότητα αυτών αφορούσε σωματικές βλάβες μετά από επέμβαση σπονδυλικής στήλης. Ανθρωποκτονία από αμέλεια στις υποθέσεις αυτές αφορούσε το 22,91% (85 ασθενείς). Κύριοι ιατρικοί παράγοντες που οδήγησαν σε αξιώσεις ήταν η ανεπαρκής απόδοση του Νευροχειρουργού (42,1%), η προεγχειρητική δισκοπάθεια (20,6%) και η χειρουργική επέμβαση στη σπονδυλική στήλη και το νωτιαίο μυελό (21,0%). (41) Στην έρευνα των Taylor et al., η μέση αποζημίωση για χειρουργική επέμβαση στη σπονδυλική στήλη ήταν 278.362 έναντι 423.539 δολαρίων για ιατρική διαχείριση και 438.183 δολαρίων για κρανιακή χειρουργική. Η ακατάλληλη απόδοση, το εσφαλμένο χειρουργείο και η μη ενδεδειγμένη διαδικασία ήταν οι αιτίες που οδήγησαν στην απόδοση ευθύνης. Οι πιο συνηθισμένοι υποτιθέμενοι παράγοντες στην κρανιακή χειρουργική ήταν λάθη στη διάγνωση και ακατάλληλη απόδοση. (42)

Στην έρευνα των Mukherjee et al., από τις 48 «κλειστές» (διευθετημένες) αξιώσεις, οι 42 αφορούσαν χειρουργική επέμβαση στη σπονδυλική στήλη. Οι πιο συνηθισμένοι λόγοι των αιτιάσεων ήταν η εσφαλμένη χειρουργική τεχνική (43%), η καθυστερημένη / λανθασμένη διάγνωση (17%), η έλλειψη τεκμηρίωσης (14%) και η καθυστέρηση της θεραπείας (12%). Οι υψηλότερες μέσες αποζημιώσεις αφορούσαν αξιώσεις για εσφαλμένη χειρουργική τεχνική (230.000 λίρες) και καθυστερημένη / λανθασμένη διάγνωση (212.650 λίρες). Η μέση διάρκεια μεταξύ του κλινικού συμβάντος και της τελικής δικαστικής απόφασης ήταν 664 ημέρες. (43)

Στην έρευνά μας, δεν υπήρξε δικαστική καταγραφή συνευθύνης Νευροχειρουργού και Αναισθησιολόγου. Στην έρευνα των Simonsen et al., σε 315 «κλειστές» (διευθετημένες) αξιώσεις μετά από επεμβάσεις κεφαλής και αυχένα, οι

τραυματισμοί των νεύρων ήταν 20,3%, οι τραυματισμοί του οισοφάγου 4,4%, οι τραυματισμοί αγγείων 3,5%, οι μετεγχειρητικές λοιμώξεις 0,6% και οι αναισθησιολογικές επιπλοκές από τη διαχείριση του αεραγωγού 8,6%. Στην έρευνα αυτή οι περιεγχειρητικές επιπλοκές αντιπροσώπευαν το 53,7% σε επεμβάσεις κεφαλής και αυχένα, η καθυστέρηση ή μη διάγνωση το 34,6% και η επιμονή ή υποτροπή της νόσου το 6,7%. (95)

Οι υψηλές αποζημιώσεις και οι αρνητικές συνέπειες από την απόδοση ιατρικής ευθύνης ωθεί τους επαγγελματίες – ιατρούς στην άσκηση της λεγόμενης αμυντικής ιατρικής. (110) Όπως προαναφέρθηκε, στην έρευνα των Debono et al., το 64,5% από 78 ιδιώτες Νευροχειρουργούς στη Γαλλία αντιμετώπισαν μία δικαστική διαμάχη για ιατρική αμέλεια και το 60,2% είχε ήδη αρνηθεί να πραγματοποιήσει χειρουργικές επεμβάσεις υψηλού ρίσκου. Ο φόβος ότι θα καταγγεληθούν πρόσθεσε αρνητική πίεση κατά τη διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης για το 55,1% των ερωτηθέντων και το 37,2% από αυτούς είχε ήδη σκεφθεί να σταματήσει την άσκηση χειρουργικής εξαιτίας αυτού του κινδύνου. (44) Ιδιαίτερα στις Η.Π.Α. οι συμπεριφορές αποφυγής έκθεσης σε κίνδυνο και οι αμυντικές πρακτικές των Νευροχειρουργών είναι διαδεδομένες και σχετίζονται τόσο με υποκειμενικά, όσο και με αντικειμενικά μέτρα πρόληψης του κινδύνου εμπλοκής τους. Οι αμυντικές ιατρικές πρακτικές δεν προωθούν τη φροντίδα με επίκεντρο τον ασθενή και μπορεί να συμβάλλουν στην αύξηση της αναποτελεσματικότητας σε ένα ήδη φορολογούμενο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης. (96) Στην έρευνα των Din et al., σε ηλεκτρονική έρευνα στις Η.Π.Α. βρέθηκε ότι οι Νευροχειρουργοί της σπονδυλικής στήλης ήταν περίπου 3 φορές πιο πιθανό να ασκήσουν αμυντική ιατρική σε σύγκριση με τους μη ασχολούμενους με τη σπονδυλική στήλη Νευροχειρουργούς κατά την εφαρμογή διαδικασιών υψηλού κινδύνου. (97) Για την Ελλάδα δεν υπάρχουν αντίστοιχες δημοσιεύσεις, ωστόσο είναι γνωστό ότι η αμυντική ιατρική ασκείται σιωπηλά από πολλούς ιατρούς, ανεξαρτήτως ειδικότητας.

Στην έρευνά μας, υπήρξαν 3 περιπτώσεις απόδοσης ευθύνης λόγω ελλιπούς ενημέρωσης του ασθενούς για πιθανές επιπλοκές, ενώ σε άλλες 2 η ενημερωμένη συναίνεση συνέβαλε στην απαλλαγή τους από την ευθύνη. Η εφαρμογή της έγγραφης ενημερωμένης συναίνεσης των ασθενών αποτελεί μια σημαντική πτυχή

της κλινικής πρακτικής. Οι Νευροχειρουργοί έχουν καθήκον να παρέχουν στους ασθενείς όλες τις σχετικές πληροφορίες που τους επιτρέπουν να λαμβάνουν αποφάσεις σχετικά με την υποβολή τους σε θεραπευτική ιατρική πράξη. Ένας παράγων που περιορίζει την ικανότητα παροχής συγκατάθεσης μετά από ενημέρωση είναι η γνωστική εξασθένηση. Υπάρχει σίγουρα περιθώριο βελτίωσης της διαδικασίας συναίνεσης μετά από ενημέρωση στις περιπτώσεις αυτές με πολλαπλούς τρόπους.

Ιδιαίτερη εντύπωση προκαλεί το γεγονός ότι σε μία ποινική υπόθεση υπήρξαν 8 εμπλεκόμενοι ιατροί και νοσηλευτές, οι οποίοι τελικά αθώωθηκαν. Σίγουρα στην υπόθεση αυτή υπήρξε έλλειψη κατανόησης του προβλήματος και της ιατρικής λειτουργίας από τον ασκήσαντα την ποινική δίωξη. Από την άλλη μεριά η συλλογική ευθύνη στο ποινικό δίκαιο είναι αδιανόητη, έστω και αν εμφανίζεται με τον μανδύα της συναυτουργίας, που στην πραγματικότητα δεν υπάρχει. Πρόκειται για πρόβλημα που συναντάται συχνά στη δικαστηριακή πρακτική σε επίπεδο ποινικής δίωξης και λιγότερο σε επίπεδο αστικής αγωγής.

6.6 Ω.Ρ.Λ.

Στην έρευνά μας, υπήρξαν 10 υποθέσεις απόδοσης ευθύνης για ανθρωποκτονία από αμέλεια και 3 υποθέσεις απόδοσης ευθύνης για σωματικές βλάβες από αμέλεια. Στις υποθέσεις αυτές δεν τηρήθηκαν οι κατευθυντήριες οδηγίες ασφαλούς χορήγησης αναισθησίας, υπήρξε μη ορθή συνεργασία μελών ομάδας ιατρών, μη παραπομπή του ασθενούς σε εξειδικευμένο κέντρο, εσφαλμένη χειρουργική τεχνική ή ιατρική θεραπεία και ελλιπής παρακολούθηση του ασθενούς. Σε σύγκριση με άλλες χειρουργικές ειδικότητες στην Ελλάδα το σύνολο των υποθέσεων αυτών είναι σημαντικά μικρότερο. (81, 82) Σε αντίθεση με τη διεθνή βιβλιογραφία το 75% των υποθέσεων ήταν ποινικού χαρακτήρα, οι αποζημιώσεις κυμάνθηκαν από 25.500 έως και 260.000 ευρώ, ενώ η διάρκεια της δικαστικής διαμάχης ήταν μεγάλη. (78-80)

Στην έρευνα των Ceremsak et al., αναφέρθηκε ακατάλληλη χειρουργική απόδοση στο 49% και αποτυχία διάγνωσης / παραπομπής / θεραπείας στο 32%. Στατιστικά σημαντικές διαφορές βρέθηκαν σε θέματα συναίνεσης, αποτυχίας διάγνωσης / παραπομπής / θεραπείας και ακατάλληλης χειρουργικής απόδοσης. Από τις υποθέσεις που κατέληξαν υπέρ του ενάγοντος, η μέση αποζημίωση ήταν 4,24 εκατ. (από 150.000 έως - 10,25 εκατ.) δολάρια. (79)

Στην έρευνα των Breen et al., που μελέτησαν «κλειστές» (διευθετημένες) υποθέσεις από το 1991 έως το 2018, σημειώθηκε σημαντική μείωση στον αριθμό των αποζημιώσεων (από 272 σε 81) και σημαντική αύξηση των μέσων αποζημιώσεων. Οι μέσες αποζημιώσεις αυξήθηκαν σημαντικά από 248.848 σε 420.386 δολάρια και από 96.813 σε 275.000 δολάρια αντίστοιχα. Το ποσό αποζημίωσης συσχετίστηκε με τη σοβαρότητα της υποτιθέμενης κακής ιατρικής πρακτικής και την ηλικία του ασθενούς. (78)

Στην έρευνά μας, συνευθύνη για ανθρωποκτονία από αμέλεια Αναισθησιολόγου και ΩΡΛ υπήρξε σε 3 υποθέσεις, λόγω καταστρατήγησης των κανόνων χορήγησης αναισθησίας, λόγω ελλιπούς παρακολούθησης, δύσκολης διασωλήνωσης, όπως επίσης λόγω κακής συνεργασίας μεταξύ των ειδικοτήτων. Πρόκειται για 1 ενήλικα ασθενή και 2 παιδιά ηλικίας 8 και 9 ετών. Στην έρευνα των Ideker et al., σε 28 περιπτώσεις που υποβλήθηκαν σε αμυγδαλεκτομή συνευθύνη ΩΡΛ και Αναισθησιολόγου υπήρξε στο 46,4% και τα μέσα ποσά αποζημίωσης που επιδικάσθηκαν ανήλθαν σε 4.558.716 δολάρια. Αυτά τα περιστατικά αφορούσαν δύσκολη / ακατάλληλη διασωλήνωση στο 39,3%, μη τήρηση του προτύπου περίθαλψης στο 57% και οδήγησαν σε θάνατο στο 60,7%. (83)

Στην έρευνα των Rose et al., επί υποθέσεων ιατρικής αμέλειας σε παιδιατρικούς ασθενείς η θνησιμότητα ήταν 35,9%, ο μόνιμος τραυματισμός 44,9%, η λανθασμένη διάγνωση / αδυναμία έγκαιρης διάγνωσης 41%. Οι ΩΡΛ ήταν καταγγελλόμενοι σε 42 (53,8%) περιπτώσεις, με τους Παιδιάτρους και Αναισθησιολόγους να ακολουθούν. Οι επιπλοκές που σχετίσθηκαν με την ανεπαρκή διαχείριση του αεραγωγού κατά την εισαγωγή στην αναισθησία και οι μόνιμοι τραυματισμοί αύξησαν σημαντικά το μέγεθος των αποζημιώσεων. (84)

Στην έρευνά μας, υπήρξαν 1 υπόθεση με απόδοση ευθύνης ανθρωποκτονίας από αμέλεια και 1 υπόθεση επί της οποίας απαλλάχθηκε της ευθύνης ο ιατρός για

διαρροή ENY μετά από επέμβαση στο διάφραγμα και στο ηθμοειδές αντίστοιχα. Στην έρευνα των Kovalerchik et al., σε 16 υποθέσεις ιατρογενούς απώλειας ENY που βρέθηκαν στο «Westlaw legal database (Thomson Reuters, New York, NY)» οι 10 κρίθηκαν υπέρ του καταγγελλόμενου. Στις υπόλοιπες οι μέσες αποζημιώσεις που επιδικάσθηκαν ήταν 1,1 εκατομμύρια δολάρια, ενώ σε εξωδικαστικούς συμβιβασμούς ήταν κατά μέσο όρο 966.887 δολάρια. Οι πιο συχνοί φερόμενοι παράγοντες που αναφέρθηκαν για δικαστικές διαφορές περιλαμβάνουν την ανάγκη επιπλέον χειρουργικής επέμβασης στο 88,9%, την ανάπτυξη μηνιγγίτιδας στο 50% και την αδυναμία έγκαιρης αναγνώρισης επιπλοκών στο 44,4%. Στο ένα τρίτο (1/3) των περιπτώσεων υποστηρίχθηκαν αντιληπτά ελλείμματα στη συγκατάθεση μετά από ενημέρωση. (85)

Σε έρευνα των Svider et al., μελετήθηκαν αξιώσεις για τραυματισμό εγκεφαλικών νεύρων στη χειρουργική των κόγχων οφθαλμού. Οι πιο συχνά καταγγελλόμενοι ήταν οι ΩΡΛ και οι Γενικοί Χειρουργοί. Η μέση αποζημίωση που επιδικάσθηκε ήταν 1,7 εκατομμύρια δολάρια. Η αποζημίωση που επιδικάσθηκε στις περιπτώσεις που κρίθηκαν υπέρ του καταγγέλλοντος, ήταν κατά μέσο όρο 1,13 εκατομμύρια δολάρια, σε εξωδικαστικούς συμβιβασμούς ήταν 1,78 εκατομμύρια δολάρια (487.500 – 3,9 εκατομμύρια δολάρια), ενώ οι αποζημιώσεις που επιδικάσθηκαν από την κριτική επιτροπή ήταν, κατά μέσο όρο, 472.661 (εύρος 75.000 - 763.214) δολάρια. Οι επιπλοκές που προέρχονται από ενδοσκοπική χειρουργική κόλπων ήταν οι πιο συχνές (50%). Η διπλωπία ήταν η πιο κοινή ιατρική καταγγελία στο 50%. Οι παράγοντες που επηρεάζουν την έκβαση του περιστατικού περιλάμβαναν την ηλικία, τη θέση στη χειρουργική αίθουσα, την ελλιπή ενημερωμένη συναίνεση, την υποτιθέμενα περιττή χειρουργική επέμβαση που απαιτούσαν οι ιατροί ως πρόσθετη χειρουργική επέμβαση για την αποκατάσταση μίας επιπλοκής και την έγκαιρη αναγνώριση των επιπλοκών. (86)

Στην έρευνα των Ceremsak et al., η μέση αποζημίωση ήταν 4,24 εκατ. (εύρος 150.000 - 10,25 εκατ.) δολάρια. Η ρινολογία ήταν η πιο συχνά εμπλεκόμενη υποειδικότητα (28% όλων των περιπτώσεων), ακολουθούμενη από χειρουργική επέμβαση κεφαλής και τραχήλου (17%) και πλαστική προσώπου (7%). Η στατιστική ανάλυση των παραγόντων έδειξε σημαντικές διαφορές σε θέματα συναίνεσης,

αποτυχίας διάγνωσης / παραπομπής / θεραπείας και ακατάλληλης χειρουργικής απόδοσης μεταξύ των υποειδικοτήτων. (79)

Άλλες σημαντικές επιπλοκές που οδήγησαν σε δικαστική διαμάχη στη διεθνή βιβλιογραφία αφορούν την ιατρογενή δυσφαγία, την απώλεια ακοής, τη διάγνωση και θεραπεία καρκίνου του στόματος, τη διατομή νεύρων της σπονδυλικής στήλης, την ιατρογενή μηνιγγίτιδα και τη βλάβη λαρυγγικών νεύρων. Στις υποθέσεις αυτές οι παράγοντες που οδήγησαν σε δικαστική διαμάχη ήταν η ελλιπής ενημέρωση, η εσφαλμένη ή καθυστερημένη διάγνωση, η εσφαλμένη χειρουργική επέμβαση και η εσφαλμένη αντιμετώπιση της επιπλοκής. (80, 84, 87, 106-109)

Από τα παραπάνω, προκύπτει ότι η έλλειψη προσοχής στη χορήγηση φαρμάκων, η ελλιπής ενημέρωση, η εσφαλμένη χειρουργική τεχνική, η μη παραπομπή του ασθενούς σε εξειδικευμένα κέντρα και η μη τήρηση των κατευθυντήριων οδηγιών συμβάλλουν στη δημιουργία αστικής και ποινικής ευθύνης των ιατρών. Σημαντική φαίνεται και η παραδοχή ευθύνης περισσότερων ιατρών (συνευθύνης) που ενεργούν ως ομάδα κατά τη διενέργεια χειρουργικής επεμβάσεως σε περιπτώσεις επιπλοκών.

6.7 Οφθαλμίατροι

Λαμβάνοντας υπόψη τον τεράστιο αριθμό των χειρουργικών επεμβάσεων που εκτελέστηκαν στον οφθαλμό, η επίπτωση δικαστικών υποθέσεων για κακή ιατρική πρακτική Οφθαλμιάτρων ήταν χαμηλή σε αντίθεση με εκείνη για ιατρούς άλλων χειρουργικών ειδικοτήτων στην Ελλάδα. (81, 82) Τα αποτελέσματα αυτά είναι σε συμφωνία με τη διεθνή βιβλιογραφία. Στην έρευνα των Thompson et al., από τις 90.743 «κλειστές» (διευθετημένες) υποθέσεις για κακή ιατρική πρακτική κατά Οφθαλμιάτρων και ιατρών άλλων ειδικοτήτων μόνο το 2,6% (2.325) αφορούσαν Οφθαλμιάτρους και το 2,2% περίπου (564 / 24.670) όλων των πληρωμένων απαιτήσεων. (88)

Στην έρευνά μας, υπήρξε 1 περίπτωση απόδοσης ευθύνης για ανθρωποκτονία από αμέλεια, λόγω παράλειψης υποβολής ασθενούς σε κατάλληλη θεραπεία από μελάνωμα δεξιού οφθαλμού, μετά από εξόρυξη οφθαλμού, με

αποτέλεσμα τη μετάσταση και το θάνατό του. Η διαμάχη για αμέλεια Οφθαλμιάτρων σε ασθενείς με κακοήθεια στον οφθαλμό αντιπροσώπευε το 1,5% όλων των δικαστικών υποθέσεων οφθαλμολογίας στη βάση δεδομένων της «Ophthalmic Mutual Insurance Company» των Ηνωμένων Πολιτειών Αμερικής και το 1,2% στο «National Health Service Litigation Authority database» στο Ηνωμένο Βασίλειο. (90, 93) Στην έρευνα των Engelhard et al. (89), αξιολογήθηκαν 16 περιπτώσεις δικαστικής διαμάχης Οφθαλμιάτρων με ασθενείς με κακοήθεια οφθαλμού για το διάστημα από το 1930 έως το 2014. Σε 10 περιπτώσεις (56,30%) η δικαστική διαμάχη επιλύθηκε υπέρ του καταγγελλόμενου. Η αποτυχία διάγνωσης ήταν η πιο κοινή αιτία και αφορούσε 5 περιπτώσεις μελανώματος χοριοειδούς, με μόνο 1 υπόθεση να καταλήγει σε αποζημίωση. Στην πλειονότητα των περιπτώσεων υπήρξε ανεπαρκής παρέμβαση, με αποτέλεσμα απώλεια όρασης ή και θάνατο. Σε αντίθεση με άλλες υποειδικότητες στην οφθαλμολογία, η τύφλωση ή ο πρόωρος θάνατος ήταν κοινά στοιχεία σε όλες τις περιπτώσεις, υπογραμμίζοντας τόσο τη σημασία της έγκαιρης διάγνωσης και θεραπείας, όσο και τη δυσκολία που ενυπάρχει στη διάγνωση κακοήθειας στον οφθαλμό.

Στην έρευνά μας, η πλειονότητα των υποθέσεων αφορούσε επιπλοκές μετά από χειρουργική επέμβαση καταρράκτη και κερατοειδούς. Στην έρευνα των Thompson et al., οι επεμβάσεις καταρράκτη και κερατοειδούς ήταν οι πιο διαδεδομένες για κακή ιατρική πρακτική και αντιστοιχούσαν στο 50% όλων των υποθέσεων. Ωστόσο, μόνο το 24% των «κλειστών» (διευθετημένων) υποθέσεων κατά των Οφθαλμιάτρων κατέληξε σε πληρωμή. Τα δύο τρίτα (2/3) απορρίφθηκαν, αποσύρθηκαν. (88)

Στην έρευνά μας, υπήρξαν 5 υποθέσεις απόδοσης ευθύνης για αποκόλληση αμφιβληστροειδούς, που αφορούσαν : α) καθυστερημένη επανεξέταση και επέμβαση, β) εσφαλμένη διάγνωση επιπεφυκίτιδας, γ) μη διενέργεια βυθοσκόπησης σε νεογνό με αποκόλληση αμφιβληστροειδούς, δ) εσφαλμένη θεραπεία. Η ρηγματογενής αποκόλληση του αμφιβληστροειδούς είναι η πιο συνηθισμένη διάγνωση που παρουσιάζεται στις περισσότερες μελέτες σχετικά με τις διαφορές ιατρικής αμέλειας Οφθαλμιάτρων. Στην έρευνα του Kraushar, σε ερωτηματολόγιο Οφθαλμιάτρων – Χειρουργών, η αμέλεια κατά τη θεραπεία (χειρουργική ή ιατρική)

ρηγματογενούς αποκόλλησης του αμφιβληστροειδούς (63%) ήταν πιο συχνή από την αμέλεια στη διάγνωση (10%). Η μειωμένη όραση μετά τη θεραπεία (40%), η αποτυχημένη χειρουργική επέμβαση (13%) και η μη βελτίωση της όρασης (10%) ήταν οι πιο συχνές ιατρικές αστοχίες. (92)

Στην έρευνά μας, υπήρξε 1 υπόθεση απόδοσης ευθύνης λόγω καθυστερημένης διάγνωσης κερατίτιδας από ακανθαμοιβάδα. Η λοίμωξη αυτή είναι σπάνια, προσβάλλει πιο συχνά χρήστες φακών επαφής και στην περίπτωση μας είχε ως αποτέλεσμα τη νέκρωση του κερατοειδούς. Στην έρευνα των Reddy et al., σε 25 περιπτώσεις καταγγελιών που σχετίζονται με ραγοειδίτιδα στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής από το 1930 έως το 2014 οι πιο συχνές διαγνώσεις ήταν οι ιογενείς αμφιβληστροειδίτιδες (28%), η ιρίτιδα (12%), η σύφιλη (8%) και η τοξοπλάσμωση (8%). Επτά (7) από αυτές (28%) επιλύθηκαν με διακανονισμό, με μέσες προσαρμοσμένες αποζημιώσεις 724.302 (διάμεση 409.390, εύρος 127.837 - 2.021.887) δολάρια. Δύο (2) καταγγελίες (8%) κατέληξαν σε κρίση υπέρ του καταγγέλλοντος, με αντίστοιχες επιδικασίες αποζημιώσεων 1.399.800 και 630.799 δολάρια. (91)

Στην έρευνά μας, δεν υπήρξε καμία υπόθεση που να σχετίζεται με την τοποπεριοχική ή γενική αναισθησία. Οι αντίστοιχες καταγγελίες για ιατρική αμέλεια είναι σπάνιες στη διεθνή βιβλιογραφία, μπορεί όμως να προκύψουν σοβαρές επιπλοκές. Στην έρευνα των Morley et al., για τα έτη 1995 – 2006 βρέθηκαν 63 υποθέσεις που σχετίζονται με την αναισθησία με 50 καταγγέλλοντες. Οι επιπλοκές περιλάμβαναν : διάτρηση του οφθαλμού (N=17), θάνατο (N=13), οπισθοβολβική αιμορραγία (N=7), βλάβη του οπτικού νεύρου (N=4), αγγειακές αποφράξεις (N=2), πόνο (N=2), κίνηση των οφθαλμών ή της κεφαλής κατά την καταστολή με αποτέλεσμα τραυματισμό (N=2), 1 περίπτωση διπλωπίας και 1 περίπτωση απώλειας οδόντων κατά τη διασωλήνωση. (93)

Στην έρευνά μας, υπήρξαν 3 υποθέσεις για μη αρχική ενημέρωση των ασθενών ή μη ενημέρωση για επιπλοκές που έφεραν ανάγκη επανεπέμβασης, γεγονότα που αποτέλεσαν επιβαρυντικούς παράγοντες στην απόδοση ευθύνης στον Οφθαλμίατρο. Αντίθετα, η ενυπόγραφη ενημερωμένη συναίνεση του ασθενούς

για ενδεχόμενες επιπλοκές σε 3 περιπτώσεις συνέβαλε στην απαλλαγή από ευθύνη των Οφθαλμιάτρων. Η έγκαιρη, τουλάχιστον την προηγούμενη της επέμβασης, ενυπόγραφη ενημερωμένη συγκατάθεση για πιθανές επιπλοκές αποτελεί ένα σημαντικό στοιχείο για την «άμυνα» του ιατρού, όπως έχει προαναφερθεί. Ωστόσο, η απόφαση με αριθμό 219/2019 του Εφετείου Αθηνών (δημ. Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ), που αφορά Οφθαλμίατρο, έκρινε ότι δεν προβλέπεται πουθενά γραπτή προεγχειρητική ενημέρωση του ασθενούς και αρκεί και η προφορική. Σε 5 από τις αστικές αποζημιωτικές υποθέσεις επιδικάσθηκε μέση αποζημίωση 26.227 (12.000 - 58.000) ευρώ, με την ιατρική αμέλεια σε επεμβάσεις για μυωπία να έχει τις υψηλότερες αποζημιώσεις. Στην έρευνα του Nadeem το 46% από 651 «κλειστές» αξιώσεις για ιατρική αμέλεια Οφθαλμιάτρων στην Αγγλία για τα έτη 1995 – 2006, κατέληξε σε αποζημίωση, με το μεγαλύτερο μέρος των ιατρών να καταδικάζεται σε καταβολή μέσης αποζημίωσης 37.100 λιρών. Τις υψηλότερες μέσες αποζημιώσεις (170.000 λίρες) είχε η παιδιατρική οφθαλμολογία. (94)

Σε μία (1) από τις υποθέσεις της έρευνάς μας επιβλήθηκε αποζημίωση 800.000 ευρώ. Πρόκειται για την περίπτωση καθυστερημένης επανεξέτασης και επέμβασης σε ασθενή με διαχωριστική γραμμή σε αμφιβληστροειδοπάθεια προωρότητας. Σε μια άλλη υπόθεση επιβλήθηκε αποζημίωση 622.748 ευρώ. Πρόκειται για την περίπτωση πρόκλησης ιατρογενούς κερατεκτασίας και μη πλήρους ενημέρωσης σε επέμβαση μυωπίας. Οι αποζημιώσεις αυτές θυμίζουν αποφάσεις αμερικανικών δικαστηρίων, κάτι το οποίο μπορεί να οδηγήσει σε επιβάρυνση των προϋπολογισμών των νοσοκομείων, σε τυχόν σοβαρούς καταλογισμούς σε βάρος των ιατρών των νοσοκομείων, σε καταβολή υπέρογκων ασφαλιστρών αστικής ευθύνης από πλευράς ιατρών και από πλευράς ιδιωτικών κλινικών και σε αμυντική ιατρική, με περαιτέρω οικονομικές επιπτώσεις στο σύστημα υγείας και αντανακλαστικές συνέπειες στους ασφαλισμένους, όπως σημειώθηκε παραπάνω. Στην έρευνα των Thompson et al., η μέση αποζημίωση ήταν υψηλότερη για τις επεμβάσεις του κερατοειδούς (304.476) από τις επεμβάσεις υαλοειδούς (270.141) ή τις βλεφαροπλαστικές (222.471 δολάρια). (88)

Στην έρευνά μας, υπήρξε απαλλαγή από την ευθύνη Οφθαλμιάτρων σε 7 υποθέσεις για ιατρική αμέλεια, καθώς δεν αποδείχθηκε κακή ιατρική πρακτική εκ

μέρους τους. Στην πραγματικότητα, όμως, είναι σαν να «τιμωρήθηκαν». Όπως προαναφέρθηκε, η πολυετής δικαστική εμπλοκή ενός ιατρού αποτελεί μια αρκετά οδυνηρή εμπειρία.

Συμπεράσματα

Η μη έγκαιρη ή η εσφαλμένη διάγνωση, η ελλιπής παρακολούθηση, η εσφαλμένη εκτέλεση αναισθησίας ή επέμβασης και η καθυστερημένη αντιμετώπιση αποτέλεσαν τα κυριότερα κριτήρια με βάση τα οποία αποδόθηκε ευθύνη στους εμπλεκόμενους ιατρούς για ανθρωποκτονίες και σωματικές βλάβες από αμέλεια. Το εύρημα αυτό, όπως προαναφέρθηκε, είναι σε συμφωνία με τη βιβλιογραφία.

Για τη βελτίωση των αποτελεσμάτων και την αποφυγή νομικής εμπλοκής απαιτείται η έγκαιρη αντιμετώπιση του ασθενούς, η συνεχής παρακολούθησή του, η υψηλή εξειδίκευση μέσω συνεχούς εκπαίδευσης, η εφαρμογή των κατευθυντήριων οδηγιών, η βελτίωση των χειρουργικών δεξιοτήτων και εμπειρία.

Η έγγραφη ενημερωμένη συγκατάθεση του ασθενούς, τουλάχιστον μία ημέρα πριν την εκτέλεση της ιατρικής πράξης, για ενδεχόμενες επιπλοκές της επιλεγείσας θεραπευτικής πράξης, μπορεί να συμβάλει σημαντικά στη δικαστική τύχη του ιατρού σε περίπτωση εμπλοκής του σε υποθέσεις ιατρικής αμέλειας με αιτίαση περί πλημμελούς ενημερώσεως.

Οι νομικές πτυχές της ιατρικής αμέλειας πρέπει επίσης να αποτελέσουν μέρος της ιατρικής εκπαίδευσης ήδη κατά τη διάρκεια των προπτυχιακών σπουδών, διότι «κανείς δεν συγχωρείται όταν ισχυρίζεται την άγνοια του νόμου». (58)

Είναι σημαντικό να υπάρχει ένα Εθνικό Κέντρο Αναφοράς επιπλοκών επί ιατρικών πράξεων, παρέχοντας τη δυνατότητα σε ιατρούς αντιστοίχων ειδικοτήτων να μελετούν τα δεδομένα και αρχεία του ως άνω κέντρου, με σκοπό τη βελτίωση των αποτελεσμάτων των ιατρικών πράξεών τους και την προστασία τους έναντι πιθανών δικαστικών εμπλοκών τους. (46)

Για τη βελτίωση της νομικής θέσης του καταγγελλόμενου ιατρού, που συχνά είναι επισφαλής, απαιτείται, εν είδει πρωτοκόλλου, μια σαφής και κατά το δυνατόν λεπτομερής καταγεγραμμένη τεκμηρίωση των ευρημάτων ιατρικής εξέτασης και των ενδείξεων για την προγραμματισμένη επέμβαση και καταγραφή της πλήρους ενημερωμένης συγκατάθεσης του ασθενούς. Στην ίδια κατεύθυνση σκόπιμη παρίσταται η όσο το δυνατόν ακριβέστερη καταγραφή του εκάστοτε συντακτέου πρακτικού χειρουργείου και διαγράμματος αναισθησίας. (40)

Αυτονόητο είναι ότι μία συστηματική, εύρυθμη και καλά σχεδιασμένη διαχείριση μετεγχειρητικών επιπλοκών, μέσω κλινικών ασκήσεων και πρωτοκόλλων, μπορεί να συμβάλει καθοριστικά τόσο στην αποφυγή δικαστικής εμπλοκής, όσο και στην καλύτερη αντιμετώπιση επί κατηγορίας κακής ιατρικής πρακτικής. (59)

Απαιτείται επίσης άμεση νομοθετική μεταρρύθμιση του πλαισίου αναζήτησης τυχόν ευθύνης των ιατρών σε επίπεδο αστικό και ποινικό, προκειμένου να γίνεται ταχεία εκκαθάριση των σχετικών υποθέσεων και με τα κατάλληλα μέσα, ώστε να μην υποβάλλονται οι εμπλεκόμενοι ιατροί σε μια τέτοια μακρόχρονη και επίπονη ταλαιπωρία που επάγεται δυσμενέστερες συνέπειες σε επίπεδο ψυχικής δοκιμασίας, ηθικής βλάβης, ανάλωσης πολύτιμου χρόνου, οικονομικής επιβάρυνσης, διαπόμπευσης από αρνητική δημοσιότητα πριν ακόμα εκδοθεί δικαστική κρίση και οδήγησής τους στη λεγόμενη αμυντική ιατρική. Πιο συγκεκριμένα, πρέπει να συγκροτηθούν θεσμικά όργανα – σώματα ειδικών πραγματογνωμόνων – ιατρών αντιστοίχων ειδικοτήτων για την υποχρεωτική προκαταρκτική έρευνα των περιστατικών φερόμενης ιατρικής αμέλειας, αμέσως μετά τη θέση τους υπόψη της δικαιοσύνης (με κατάθεση αστικής αγωγής, υποβολή έγκλησης - μήνυσης ή αυτεπάγγελτη ποινική διερεύνηση), προκειμένου σε τακτή προθεσμία να παρέχουν σχετική αιτιολογημένη έκθεση περί υπάρξεως ή μη ιατρικού σφάλματος και έτσι η ακολουθούσα δικαστική διαδικασία και δικαιοδοτική κρίση να είναι ταχεία και να ερείδεται σε ασφαλές αποδεικτικό έρεισμα. Εκτενέστερη αναφορά της συγκεκριμένης πρότασης γίνεται κατωτέρω.

7.0 ΝΟΜΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

Στην πλειονότητα των περιπτώσεων της παρούσας έρευνας η δικαστική κρίση περί απόδοσης ευθύνης στον ιατρό ήταν σωστή, σύμφωνα με τη γνώμη των εμπειρογνομόνων και του νομικού της έρευνας.

Οι ειδικότητες του Αναισθησιολόγου και του Χειρουργού είναι στενά συνδεδεμένες. Ο Αναισθησιολόγος θέτει τον ασθενή σε αναισθησία, ώστε να χειρουργηθεί. Και οι δύο οφείλουν να παρέχουν την απαραίτητη ενημέρωση και να λαμβάνουν τη συναίνεση του ασθενούς για κάθε πράξη τους.

Σε νομική μελέτη, που έγινε στην Ελλάδα για καταγραφή τάσεων στις δημοσιευμένες δικαστικές αποφάσεις ιατρικής ευθύνης στη δεκαετία 2000 - 2010 από το Ερευνητικό Δίκτυο του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης / Α.Π.Θ. «Ιατρική πράξη, Βιοϊατρική και Δίκαιο» αποτυπώθηκε αυξητική τάση των δικών με αντικείμενο το ιατρικό λάθος και των περιπτώσεων αποδόσεως από τα δικαστήρια ευθύνης του ιατρού. Η ίδια αυξητική τάση εμφανίσθηκε εντονότερη στην επόμενη δεκαετία. (11)

Η αστική ιατρική ευθύνη εντάσσεται στο γενικότερο πλαίσιο της επαγγελματικής ευθύνης, ενώ η ποινική ευθύνη προκύπτει από την αξιολόγηση της συμπεριφοράς του ιατρού (ως πράξης ή παράλειψης) με βάση τους κανόνες του ποινικού δικαίου. Η πειθαρχική ευθύνη αφορά άλλες δυσμενείς συνέπειες δημοσίου δικαίου χαρακτήρα για τον ιατρό, αφού τυποποιούνται οι πράξεις και παραλείψεις του στην άσκηση της ιατρικής ως πειθαρχικά παραπτώματα, προβλεπόμενα από το νόμο και τιμωρούμενα είτε από πειθαρχικά όργανα του δημοσίου είτε από πειθαρχικά όργανα των ιατρικών συλλόγων. Μάλιστα, με το άρθρο 183 παρ.6 του Ν. 4957/2022 προβλέφθηκε ότι στους ιατρούς μέλη Δ.Ε.Π. που υπηρετούν σε πανεπιστημιακές κλινικές, εργαστήρια και ειδικές μονάδες νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ. , εφαρμόζεται, κατά την άσκηση του κλινικού τους έργου εντός των νοσοκομείων, το πειθαρχικό δίκαιο των ιατρών του Ε.Σ.Υ. και ελέγχονται πειθαρχικά για τις πράξεις ή παραλείψεις τους από τα αντίστοιχα πειθαρχικά όργανα του Ε.Σ.Υ.

Σε επίπεδο αστικής ευθύνης, το ιατρικό λάθος, κατά την ορθότερη άποψη που επικρατεί σήμερα στην ελληνική θεωρία (12), πρέπει να θεωρηθεί περίπτωση παράνομης συμπεριφοράς κατά το άρθρο 914 του Α.Κ. και η παρανομία της συμπεριφοράς του ιατρού κρίνεται από τη μη τήρηση των κανόνων που διέπουν την άσκηση της ιατρικής και του επαγγέλματός του και τη μη επίδειξη της οφειλόμενης επιμέλειας. Νομοθετικός ορισμός του ιατρικού σφάλματος δεν υπάρχει στο δίκαιό μας. Η νομολογία χρησιμοποιούσε έως πρόσφατα, πέραν της διατάξεως του άρθρου 914 του Α.Κ. και το άρθρο 24 του Α.Ν. 1565/1939 «περί κώδικος ασκήσεως του ιατρικού επαγγέλματος», που όριζε ότι : *«Ο ιατρός οφείλει να παρέχει μετά ζήλου, ευσυνειδησίας και αφοσιώσεως την ιατρικήν αυτού συνδρομήν, συμφώνως προς τας θεμελιώδεις αρχάς της ιατρικής επιστήμης και της κτηθείσης πείρας, τηρών τας ισχύουσας διατάξεις περί διαφυλάξεως της υγείας των ασθενών και προστασίας των υγιών»*. Η διάταξη αυτή καταργήθηκε με το άρθρο 341 Ν. 4512/2018 και έκτοτε η νομολογία χρησιμοποιεί μόνο τις διατάξεις των άρθρων 2 παρ. 3 εδ. α, 3 παρ. 2 και 3 και 10 παρ. 1, 2 και 3 του Ν. 3418/2005 («Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας»), οι οποίες εκσυγχρονίζουν και εξειδικεύουν πλέον το ζητούμενο πρότυπο της ορθής ιατρικής συμπεριφοράς, ορίζοντας ότι: *«Το ιατρικό λειτούργημα ασκείται σύμφωνα με τους γενικά αποδεκτούς και ισχύοντες κανόνες της ιατρικής επιστήμης»* (άρθρο 2 παρ. 3 εδ. α'). *«Ο ιατρός ενεργεί με βάση: α) την εκπαίδευση που του έχει παρασχεθεί κατά τη διάρκεια των προπτυχιακών του σπουδών, την άσκησή του για την απόκτηση τίτλου ιατρικής ειδικότητας και τη συνεχιζόμενη ιατρική του εκπαίδευση, β) την πείρα και τις δεξιότητες που αποκτά κατά την άσκηση της ιατρικής και γ) τους κανόνες της τεκμηριωμένης και βασισμένης σε ενδείξεις ιατρικής επιστήμης»* (άρθρο 3 παρ. 2). *«Ο ιατρός, κατά την άσκηση της ιατρικής, ενεργεί με πλήρη ελευθερία, στο πλαίσιο των γενικά αποδεκτών κανόνων και μεθόδων της ιατρικής επιστήμης, όπως αυτοί διαμορφώνονται με βάση τα αποτελέσματα της εφαρμοσμένης σύγχρονης επιστημονικής έρευνας. Έχει δικαίωμα για επιλογή μεθόδου θεραπείας, την οποία κρίνει ότι υπερτερεί σημαντικά έναντι άλλης, για τον συγκεκριμένο ασθενή, με βάση τους σύγχρονους κανόνες της ιατρικής επιστήμης και παραλείπει τη χρήση μεθόδων που δεν έχουν επαρκή επιστημονική τεκμηρίωση»* (άρθρο 3 παρ. 3). *«Η άσκηση της ιατρικής γίνεται σύμφωνα με τους γενικά παραδεκτούς κανόνες της ιατρικής επιστήμης. Ο ιατρός έχει υποχρέωση συνεχιζόμενης δια βίου εκπαίδευσης και*

ενημέρωσης σχετικά με τις εξελίξεις της ιατρικής επιστήμης και της ειδικότητάς του» (άρθρο 10 παρ. 1). «Η υποχρέωση αυτή περιλαμβάνει όχι μόνο τις ιατρικές γνώσεις, αλλά και τις κλινικές δεξιότητες, καθώς και τις ικανότητες συνεργασίας σε ομάδα, οι οποίες είναι απαραίτητες για την παροχή ποιοτικής φροντίδας υγείας....(άρθρο 10 παρ. 2). "Ο ιατρός οφείλει να αναγνωρίζει τα όρια των επαγγελματικών του ικανοτήτων και να συμβουλευέται τους συναδέλφους του» (άρθρο 10 παρ. 3).

Κατά τη νομολογία, (βλ. ενδεικτικά Α.Π. 1381/2022 δημ. Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ) η αδικοπρακτική – αποζημιωτική ευθύνη του ιατρού θεμελιώνεται αν αυτός ενεργήσει από αμέλεια, η οποία υπάρχει στις περιπτώσεις εκείνες που το ανεπιθύμητο αποτέλεσμα οφείλεται σε παραβίαση των θεμελιωδών αναγνωρισμένων κανόνων της ιατρικής επιστήμης και η ενέργειά του δεν είναι σύμφωνη με το αντικειμενικώς επιβαλλόμενο καθήκον επιμέλειας. Δηλαδή, θα πρέπει να μην καταβλήθηκε από τον ιατρό η επιβαλλόμενη κατά αντικειμενική κρίση προσοχή και επιμέλεια, την οποία ο μέσος εκπρόσωπος του κύκλου του (βλ. ενδεικτικά αποφάσεις Α.Π. 687/2013, 1009/2013, 181/2011 δημ. Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ), θα μπορούσε και όφειλε να καταβάλει κάτω από τις ίδιες πραγματικές περιστάσεις και συγχρόνως να υπάρχει αιτιώδης σύνδεσμος μεταξύ της ιατρικής πράξης ή παράλειψης και του αξιοποίνου μη επιδιωκόμενου αποτελέσματος. Κατ' εφαρμογή των ανωτέρω, στο χώρο της ιατρικής ευθύνης γίνεται κάθε φορά αναγωγή στην ειδικότητα του κάθε ιατρού για την ανεύρεση του προτύπου επιμελείας, το οποίο σχηματίζεται από τα κατά κοινή συνείδηση και αντικειμενική κρίση δεοντολογικώς κρατούντα σε ορισμένη ειδικότητα ιατρού. Έτσι, αν, στο πλαίσιο μίας ιατρικής πράξης, παραβιασθούν οι κανόνες και αρχές της ιατρικής επιστήμης και εμπειρίας ή (και) οι, εκ του γενικού καθήκοντος πρόνοιας και ασφάλειας απορρέουσες υποχρεώσεις επιμέλειας του μέσου συνετού ιατρού της ειδικότητας του ζημιώσαντος, τότε η συμπεριφορά αυτή είναι παράνομη και, συγχρόνως, υπαίτια (βλ. ενδεικτικά Α.Π. 460/2023, 1598/2017 δημ. Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ). Αντιθέτως, ουδεμία ευθύνη φέρει ο ιατρός, αν ενήργησε σύμφωνα με τους ως άνω κανόνες (*lege artis*), και ειδικότερα, όπως θα ενεργούσε υπό τις ίδιες συνθήκες και περιστάσεις και έχοντας στη διάθεσή του τα ίδια μέσα ένας μέσος, συνετός και επιμελής ιατρός (Α.Π. 693/2020, 1478/2018, 1343/2017 δημ. Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ). Η αδικοπρακτική ευθύνη του ιατρού ρυθμίζεται ως προς ορισμένα

ζητήματα, όπως κατωτέρω αναφέρεται, και από το άρθρο 8 του Ν. 2251/1994 για την «προστασία των καταναλωτών», που αποδίδει τη λεγόμενη νόθο αντικειμενική ευθύνη, αντιστρέφοντας το βάρος απόδειξης όχι μόνο του υποκειμενικού πταίσματος, αλλά και της παρανομίας και της αιτιώδους συναφείας (χωρίς να σημαίνει ότι δεν πρέπει να αποδειχθεί από τον ενάγοντα αιτιώδης συνάφεια τουλάχιστον μεταξύ της παροχής ιατρικής υπηρεσίας και της ζημίας του). Δηλαδή δημιουργείται τεκμήριο ως νόμιμος λόγος αστικής ευθύνης του ιατρού και βαρύνεται αυτός να αποδείξει ότι δεν έχει υποπέσει σε παράνομη και υπαίτια συμπεριφορά ή ότι δεν υπάρχει αιτιώδης σύνδεση της συμπεριφοράς του αυτής με τη ζημία του ασθενούς, ώστε να απαλλαγεί της ευθύνης. Η εφαρμογή του άρθρου 8 του Ν. 2251/1994 γίνεται γιατί ο ιατρός παρέχει τις ιατρικές υπηρεσίες του κατά τρόπο ανεξάρτητο, δηλαδή χωρίς να υπόκειται σε συγκεκριμένες υποδείξεις ή οδηγίες του ασθενούς, αλλά έχει την πρωτοβουλία και την ευχέρεια να προσδιορίζει ο ίδιος τον τρόπο παροχής των υπηρεσιών του (Α.Π. 460/2023, 424/2012, 1227/2007 δημ. Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ).

Ορθότερη, κατά την άποψη της Κατερίνας Φουντεδάκη («Αστική Ιατρική Ευθύνη», 2023 εκδ. ΝΟΜΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ, σελ. 288 επ.), είναι η θέση ότι το άρθρο 8 Ν. 2251/1994 πρέπει να εφαρμόζεται και στην παροχή ιατρικών υπηρεσιών από το δημόσιο ή από ν.π.δ.δ. (όπως νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ.). Μετά την τροποποίηση του Ν. 2251/1994 από το Ν. 3587/2007, η άποψη αυτή βρίσκει έρεισμα στο άρθρο 1 παρ.4 Ν. 2251/1994 που προβλέπει την εφαρμογή του νόμου «σε κάθε προμηθευτή, φυσικό ή νομικό πρόσωπο, οποιασδήποτε μορφής, του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα», εφαρμογή που είναι επιβεβλημένη και στην παροχή υπηρεσιών υγείας από δημόσιο φορέα, ώστε να μην έχει ο κατά κανόνα οικονομικά ασθενέστερος ασθενής της δημόσιας περίθαλψης ήσσονα προστασία σε σχέση με τον ασθενή που προσφεύγει στην ιδιωτική ιατρική. Επειδή το άρθρο 8 του Ν. 2251/1994 δεν καθιερώνει αυτοτελή λόγο ευθύνης, η εφαρμογή του στις υπηρεσίες της υγείας από δημόσιο φορέα έχει την έννοια ότι εξακολουθεί να υπάγεται στα άρθρα 105 και 106 Εισαγωγικού Νόμου Αστικού Κώδικα (Εισ.Ν.Α.Κ.), με παράλληλη ισχύ και των ειδικότερων ρυθμίσεων του άρθρου 8 για την κατανομή του βάρους απόδειξης και τα κριτήρια εξειδίκευσης της παράνομης συμπεριφοράς, χωρίς να προστίθεται ως

προυπόθεση ευθύνης του δημόσιου νοσοκομείου η υπαιτιότητα του οργάνου του, που δεν την προβλέπουν τα άρθρα 105 και 106 Εισ.Ν.Α.Κ. Η εφαρμογή του άρθρου 8 Ν. 2251/1994 γίνεται κυρίως από τα αστικά δικαστήρια, ενώ τα διοικητικά δικαστήρια ουσίας και το ΣτΕ δεν εφαρμόζουν το άρθρο 8 Ν. 2251/1994 για απόδοση ιατρικής ευθύνης οργάνων δημοσίου νοσοκομείου (βλ. ΣτΕ 1910/2020, Δ.Πρ.Αθ. 7966/2019 δημ. Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ), περιοριζόμενα στην εφαρμογή των άρθρων 105 και 106 Εισ.Ν.Α.Κ. και του Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας. Κατά την άποψη, μάλιστα, της ως άνω συγγραφέως (ο.π. σελ. 299 και σελ. 88-89) ο ορισμός από το άρθρο 8 Ν. 2251/1994 της λεγόμενης νόθου αντικειμενικής ευθύνης του ιατρού πρέπει να περιορίζεται κυρίως σε περιπτώσεις για ζημίες αναγόμενες σε θέματα ανήκοντα ολοκληρωτικά στη σφαίρα ελέγχου του ιατρικού φορέα, όπως αυτές που προκαλούνται από τις νοσοκομειακές λοιμώξεις, από μετάγγιση μολυσμένου αίματος και από τη χρήση εξοπλισμού ιατρικής τεχνολογίας και από την ως τώρα νομολογιακή εφαρμογή του άρθρου 8 του ως άνω νόμου δεν προκύπτει μετατροπή της ιατρικής ευθύνης σε ευθύνη από διακινδύνευση ή σε εγγυητική ευθύνη από ενοχή αποτελέσματος. Η ίδια συγγραφέας προτείνει τον περιορισμό της ρύθμισης του άρθρου 8 Ν. 2251/1994, με νομοθετική αναθεώρηση – συμπλήρωση, ώστε η διάταξη να εφαρμόζεται στον έλεγχο ευθύνης από ιατρικό σφάλμα όταν προκαλείται ζημία από τη λειτουργία του ιατρικού εξοπλισμού, από νοσοκομειακή λοίμωξη, από την οργάνωση και λειτουργία του νοσηλευτικού ιδρύματος και από τη διάθεση μολυσμένου αίματος και παραγώγων αυτού (ο.π. σελ. 89), ώστε, κατά την άποψή μας, να δικαιολογείται το τεκμήριο της παρανομίας, υπαιτιότητας και αιτιώδους συναφείας στα πλαίσια της νόθου αντικειμενικής ευθύνης.

Με τα κριτήρια παράνομης συμπεριφοράς των ιατρών – οργάνων δημοσίων νοσοκομείων (παράνομη συμπεριφορά και όχι παράνομο αποτέλεσμα) θα κριθεί και η αστική ευθύνη των νομικών προσώπων των δημοσίων νοσοκομείων, κατ'εφαρμογή των άρθρων 105 και 106 Εισ.Ν.Α.Κ., ευθύνη που ορίζεται ως αντικειμενική από τις διατάξεις αυτές, όταν τα δημόσια νοσοκομεία ενάγονται στα διοικητικά δικαστήρια για ιατρικά σφάλματα των οργάνων τους – ιατρών, αφού κατά τον Υπαλληλικό Κώδικα (άρθρο 38) καλύπτουν την αστική ευθύνη των οργάνων τους, ενώ

δεν υπάρχει νομιμοποίηση παθητική για άσκηση αγωγής κατά των προσώπων των ιατρών των δημόσιων νοσοκομείων.

Ως προς το ζήτημα της αστικής ευθύνης περισσότερων ιατρών για το ίδιο ζημιογόνο συμβάν, κατ' εφαρμογή της διατάξεως του άρθρου 926 Α.Κ., υπάρχει «ευθύνη εις ολόκληρον» και ισχύει κυρίως στην περίπτωση συγκλίνουσας δράσης περισσότερων ιατρών στην εκτέλεση της ιατρικής πράξης. Εδώ ερευνάται αν η συμπεριφορά καθενός μετέχοντος στην ιατρική πράξη είναι παράνομη και υπαίτια (αμελής), που αποτελεί τον αναγκαίο και πρόσφορο όρο για πρόκληση της ζημίας. Ομιλούμε για την αναφερόμενη στη νομολογία «πρόσφορη αιτιότητα», που προσδιορίζεται ως εξής: *«Αιτιώδης σύνδεσμος υπάρχει όταν η παράνομη και υπαίτια συμπεριφορά του δράστη ήταν σύμφωνα με τα διδάγματα της κοινής πείρας ικανή, κατά τη συνήθη και κανονική των πραγμάτων πορεία, να επιφέρει τη ζημία και την επέφερε στη συγκεκριμένη περίπτωση»* (βλ. ενδεικτικά Α.Π. 1344/2021, 693/2020, Εφ.Αθ. 1845/2022 και Π.Πρ.Θεσ-νίκης 2374/2023 δημ. Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ). Η αιτιώδης συνάφεια αναζητάται κατά τον ίδιο τρόπο και με την ίδια θεωρία της πρόσφορης αιτιότητας και σε επίπεδο υποθέσεων που αφορούν έναν ατομικά ιατρό.

Για την κοινή υπαιτιότητα (συνυπαιτιότητα) στο χώρο της αστικής ιατρικής ευθύνης η σε βάρος των ιατρών αγωγή θεμελιώνεται στα άρθρα 914 και 926 εδ.1 Α.Κ. και πρέπει ο ενάγων να επικαλεσθεί γεγονότα που στηρίζουν το παράνομο και το υπαίτιο της συμπεριφοράς του καθενός ιατρού, χωριστά από τους λοιπούς εναγόμενους και να τεκμηριώσει την αιτιώδη σχέση με την παραπάνω αρχή της πρόσφορης αιτιότητας που δέχεται η νομολογία, μεταξύ της παράνομης και υπαίτιας συμπεριφοράς καθενός μετέχοντος της ιατρικής πράξης με το αρνητικό αποτέλεσμα. Η νομολογία εφαρμόζει στο επίπεδο της αστικής ιατρικής ευθύνης και το άρθρο 8 παρ. 6 Ν. 2251/1994 «περί προστασίας καταναλωτών», το οποίο ρητά ορίζει ότι: *«Αν περισσότερα πρόσωπα ευθύνονται για την ίδια ζημία τα πρόσωπα αυτά υπέχουν εις ολόκληρον ευθύνη έναντι του ζημιωθέντος»*. Η διάταξη του άρθρου 926 εδ.1 Α.Κ., που καθιερώνει αδικοπρακτική ευθύνη, έχει συμπληρωματική εφαρμογή επί της ειδικής διάταξης του άρθρου 8 παρ.6 Ν. 2251/1994, που καθιερώνει νόθο αντικειμενική ευθύνη. (13) Η νομολογία, προκειμένου να εφαρμόσει και τις δύο παραπάνω διατάξεις, έκρινε ότι, όταν περισσότεροι ιατροί που παρέχουν υπηρεσίες

συμπράττουν σε μία «ενιαία συλλογική πράξη», τότε ο ασθενής που υπέστη τη ζημία, ή οι συγγενείς του, αν απεβίωσε, οφείλουν να αποδείξουν μόνο τον αιτιώδη σύνδεσμο μεταξύ της ζημίας με την εν γένει από κοινού παροχή υπηρεσιών και όχι με τη συμπεριφορά του καθενός από τους συλλογικά συμπράξαντες ιατρούς. Η απόφαση του Αρείου Πάγου με αριθμό 1227/2007 (δημ. Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ), έκρινε υπόθεση χειρουργικής γυναικολογικής επέμβασης με συμμετοχή Χειρουργού Μαιευτήρα / Γυναικολόγου, Αναισθησιολόγου και ΩΡΛ (που κλήθηκε ο τελευταίος μετά επιλοκή) και δέχθηκε ότι καθένας ιατρός, για να απαλλαγεί της ευθύνης, πρέπει να αποδείξει ότι η δική του συμπεριφορά δεν συγκεντρώνει τα στοιχεία παρανομίας και υπαιτιότητας, δηλαδή δεν συγκροτεί ιατρικό σφάλμα, ή να αποδείξει ότι, κι αν ακόμα συγκεντρώνει αυτά τα στοιχεία, δεν υπάρχει αιτιώδης συμβολή στη ζημία του ασθενούς, δεχθείσα ότι η συμπεριφορά όλων των μετεχόντων ιατρών εντάσσεται στη λεγόμενη «ενιαία συλλογική πράξη». Η άποψη αυτή της νομολογίας παρέχει την εντύπωση ότι ταυτίζεται εδώ η ρύθμιση του άρθρου 926 Α.Κ. για την εις ολόκληρον ευθύνη από ζημία εκ περισσοτέρων (δηλ. από κοινή πράξη) με αυτή της έννοιας της «ενιαίας συλλογικής πράξης», ενώ δεν ταυτίζονται, αλλά η έννοια της «ενιαίας συλλογικής πράξης» έχει στενότερο περιεχόμενο και μόνο όταν συνιστούν συμπεριφορές μίας ενότητας, καλείται σε εφαρμογή το άρθρο 8 παρ.6 Ν. 2251/1994 «περί προστασίας καταναλωτών». (14) Κατά τη θεωρία, ορθότερο είναι να κρίνεται χωριστά η συμπεριφορά κάθε ιατρού μετέχοντος κοινής ιατρικής πράξης. (15)

Σε περιπτώσεις διαδοχικών ιατρικών σφαλμάτων (που δύναται να υπάρξουν επί της αναγκαίας συλλειτουργίας Χειρουργού και Αναισθησιολόγου) τίθεται το ζήτημα της λεγόμενης υποθετικής αιτιότητας, περίπτωση κατά την οποία ο δεύτερος ιατρός δύναται να ισχυρισθεί ότι ο θάνατος ή η βλάβη της υγείας του ασθενούς θα επερχόταν έτσι κι αλλιώς από τη συμπεριφορά του πρώτου ιατρού. Η υποθετική αιτιότητα αναφέρεται σε μεταγενέστερα περιστατικά που θα επέφεραν την ίδια ζημία. Η κρατούσα στη θεωρία (16), όπως και στη νομολογία άποψη (βλ. Εφ.Πειρ. 664/2002 Ελ.Δνη 2003, 203, Π.Πρ.Θεσ. 12941/2014 Αρμεν. 2016, 40) δεν αναγνωρίζει επίδραση της υποθετικής αιτίας. Συνεπώς, σε περιπτώσεις βαριά αρρώστων, που θεωρούνται ως εκ της ασθένειάς τους καταδικασμένοι για απώλεια ζωής, η αποδοχή της υποθετικής αιτιότητας θα σήμαινε ότι πάντα ο ιατρός θα απαλλασσόταν της

ευθύνης, ακόμα κι αν είχε υποπέσει σε βαρύτατο ιατρικό σφάλμα, ενώ η ζωή στο σύστημα του ποινικού μας δικαίου είναι το ύψιστο έννομο αγαθό, που απολαύει της απόλυτης προστασίας από τη έννομη τάξη και συνεπώς είναι προστατευτέο και από τον ιατρό (όπως και η υγεία) ακόμα κι αν υπολείπονται λεπτά ζωής στον άνθρωπο. Είναι, όμως, άλλο πράγμα η σωρευτική ή διπλή αιτιότητα, αφού στη διπλή αιτιότητα η ζημία προκαλείται από μία «υπερχειλίζουσα» αιτιότητα, κατάσταση που σημαίνει ότι είναι λογικά αναγκαίο να μην «πρόλαβε» η μία συμπεριφορά να επιφέρει μόνη της τη ζημία, αλλά να επενήργησαν μαζί περισσότερες συμπεριφορές, να ανέπτυξαν πλήρως την ενέργειά τους μέχρι να προκληθεί η ζημία και να προκάλεσαν μαζί τη ζημία, οπότε καθένας εκ των ιατρών πρέπει να θεωρηθεί υπαίτιος για το σύνολο της ζημίας. Παράδειγμα, ο Χειρουργός από εσφαλμένο χειρουργικό χειρισμό προκαλεί κατακλυσμιαία αιμορραγία, μη αναστρέψιμη, και ταυτόχρονα ο Αναισθησιολόγος παραλείπει να αποκαταστήσει την κανονική ροή του οξυγόνου, με συνέπεια να πεθάνει ο ασθενής σε λίγα λεπτά και από τις δύο παραπάνω αιτίες. Αντίθετα, όταν σε έναν ασθενή προκαλούνται διαφορετικής λειτουργίας ή διαφορετικής χρονικής ενέργειας αίτια για επέλευση της ίδιας ζημίας, θα υπάρχει διακοπή της αιτιώδους συνάφειας, με την έννοια ότι το ένα αίτιο επιφέρει τη ζημία, ενώ τα υπόλοιπα δεν πρόλαβαν να ενεργήσουν, όπως για παράδειγμα όταν ο ασθενής απέκτησε, από ιατρικό λάθος, θανατηφόρα λοίμωξη, αλλά πέθανε από εσφαλμένη χορήγηση αναισθησίας (τα ανωτέρω αναφέρει η Κ. Φουντεδάκη – 16).

Σε σχέση με την κατανομή αρμοδιοτήτων στο χειρουργείο η τάση της νομολογίας είναι να θεωρείται ο Χειρουργός συνυπεύθυνος για τα λάθη που διαπράττουν στο χειρουργείο συλλειτουργούντα μέλη ιατροί ή νοσηλευτές και εργαλειοδότες, που συμπράττουν στην χειρουργική επέμβαση και έχει κριθεί ότι ο Χειρουργός ευθύνεται και για σφάλματα του Αναισθησιολόγου (βλ. απόφαση Α.Π. 1187/2017 δημ. Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ, που επικύρωσε απόφαση του Εφ.Λάρισας με αριθμό 217/2014 δημ. Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ, η οποία, όπως και η πρωτόδικη απόφαση, έκρινε ότι ο Χειρουργός δεν αντιλήφθηκε ότι η εκ μέρους του Αναισθησιολόγου παρακολούθηση των ζωτικών λειτουργιών του ασθενούς δεν ήταν επαρκής και συνέχισε την επέμβαση, χωρίς πρόσθετη εποπτεία του ασθενούς για επιπλοκές που επήλθαν). Αποφάσεις που δέχθηκαν ευθύνη του Χειρουργού και για άλλα, πρόσθετα

σφάλματα, που δεν ταυτίζονται με αυτά του Αναισθησιολόγου είναι ενδεικτικά οι Α.Π. 1069/2013 σε ποινική υπόθεση (δημ. Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ) και η Α.Π. 1311/2012 (δημ. Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ) και σε επίπεδο αστικής διεκδίκησης η Δ.Πρ.Αθ. 10933/1977 (δημ. Τ.Ν.Π. Δ.Σ.Α.) και η Πολ.Πρωτ.Καρδίτσας 33/2018 (δημ. Αρμεν. 2018, 1642). Με τη δικαστική κρίση της Α.Π. 1187/2017 (ο.π.), αναγνωρίζεται ότι ο Χειρουργός έχει υποχρέωση εποπτείας για την εκτέλεση της αναισθησίας, καθώς και για τους χειρισμούς του ίδιου του Αναισθησιολόγου, σαν να είναι προστηθείς έναντι προστήσαντος. Όμως, κριτήρια προστήσεως, υπό την έννοια ότι ο Αναισθησιολόγος, που συνήθως συνάπτει χωριστή σύμβαση με τον ασθενή, τίθεται υπό την εποπτεία του Χειρουργού ή υπό την παροχή γενικών οδηγιών από αυτόν ή ότι εντάσσεται στο πεδίο επαγγελματικής δράσης του Χειρουργού και χρησιμοποιείται από τον τελευταίο για αποκόμιση οφέλους, δεν μπορούν να συντρέχουν στη σχέση Χειρουργού - Αναισθησιολόγου, αφού ο Αναισθησιολόγος είναι ανεξάρτητος επαγγελματίας και οι γενικές οδηγίες για το πού και πότε θα προσφέρει τις υπηρεσίες του συνήθως καθορίζονται από το νοσηλευτικό φορέα και όχι από το Χειρουργό. Η αναγνώριση μίας συνολικής σφαίρας ευθύνης του Χειρουργού για κάθε ζήτημα σχετικό με τη χειρουργική επέμβαση, από το στάδιο χορήγησης αναισθησίας μέχρι την καταμέτρηση χειρουργικών εργαλείων, ζητήματα που στην πράξη και με βάση την ιατρική εμπειρία ανατίθενται σε άλλα πρόσωπα, αποτελεί κατασκευή απομακρυσμένη από την πραγματικότητα και από την αρχή κατανομής των αρμοδιοτήτων και ευθυνών σε ένα χειρουργείο. Η νομολογία φαίνεται να μεταβάλλεται τελευταία και να δέχεται ότι δεν είναι ο Χειρουργός πάντοτε υπεύθυνος για τα άλλα συμπράττοντα στο χειρουργείο πρόσωπα (βλ. Εφ.Λαρ. 298/2015 δημ. Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ, Π.Πρ.Θεσ/νίκης 12605/2019 Πειραιϊκή Νομολογία 2021, 65). Όλα παραπάνω αναλυτικά αναφέρει η Κ. Φουντεδάκη. (17)

Κατά τα προλεχθέντα, τα πρόσωπα των ιδιωτών ιατρών υπέχουν εις ολόκληρον ευθύνη έναντι του ζημιωθέντος (άρθρα 914 και 926 Α.Κ., 8 παρ. 6 Ν. 2251/1994) και έχουν δικαίωμα αναγωγής μεταξύ τους, ανάλογα με την ευθύνη του καθενός στην επέλευση της ζημίας (άρθρο 927 Α.Κ.), πράγμα που σημαίνει ότι ο καταβαλών το σύνολο της αποζημίωσης στρέφεται με αγωγή κατά των συνυπαιτίων, αναζητώντας να προσδιορίσει το δικαστήριο το μέτρο (ποσοστό) της ευθύνης

καθενός και να επιδικάσει αναλόγως στον εξ αναγωγής ενάγοντα και αν δεν μπορεί να εξακριβωθεί το ακριβές μέτρο - ποσοστό της ευθύνης καθενός, η ζημία κατανέμεται σε όλους τους συνυπαιτίους κατά ίσα μέρη. Σημειωτέον δε, ότι τα ιδιωτικά νοσοκομεία και οι ιδιωτικές κλινικές φέρουν, κατά το άρθρο 922 Α.Κ., αντικειμενική ευθύνη εις ολόκληρον με τους εκτελούντες τις ιατρικές πράξεις ιατρούς που απασχολούν ή στους οποίους επιτρέπουν την εκτέλεση ιατρικών πράξεων στις εγκαταστάσεις τους (ευθύνη από τη σχέση πρόσθησης - βλ. Α.Π. 17/2023, 418/2018, 259/2021 δημ. Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ). Και στην τελευταία περίπτωση υπάρχει δικαίωμα αναγωγής μεταξύ των ενεχομένων.

Οι αστικές αξιώσεις συγγενών θανόντων ασθενών ή ζώντων ασθενών για ευθύνη ιατρών – οργάνων δημοσίων νοσοκομείων, λόγω της υπαλληλικής ιδιότητας των ιατρών αυτών, απευθύνονται κατά των νομικών προσώπων των νοσοκομείων, που κατά το νόμο (Υπαλληλικό Κώδικα – Ν. 3528/2007, άρθρα 2 και 38, σε συνδυασμό με τα άρθρα 105 και 106 Εισ.Ν.Α.Κ.) καλύπτουν την αστική ευθύνη των δημοσίων υπαλλήλων ιατρών (μελών Δ.Ε.Π. Α.Ε.Ι. ή Ε.Σ.Υ. – βλ. Α.Π. 1194/2021 δημ. Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ), με δυνατότητα του δημοσίου νοσοκομείου να ζητήσει με αγωγή κατά του δημοσίου ιατρού – οργάνου του την αποζημίωση που κατέβαλε σε τρίτον (οικογένεια θανόντος ασθενούς ή στον ίδιο τον ασθενή) σε περίπτωση βαριάς αμέλειας του ιατρού στην πρόκληση θανάτου ή σωματικής βλάβης (άρθρο 38 παρ.1 Ν. 3528/2007) ή και με δυνατότητα του Ελεγκτικού Συνεδρίου (άρθρα 118 - 129 και 357 Ν. 4700/2020) να επιβάλει καταλογισμό ολόκληρης ή μέρους της αποζημίωσης που πληρώθηκε εκ μέρους του δημοσίου νοσοκομείου, πάλι σε περίπτωση βαριάς αμέλειας του ιατρού.

Επειδή υπήρξε στη νομολογία διχασμός για το αν την αστική ευθύνη των ιατρών μελών Δ.Ε.Π. Α.Ε.Ι. που λειτουργούν σε πανεπιστημιακές κλινικές του Ε.Σ.Υ. καλύπτουν τα νομικά πρόσωπα των δημοσίων νοσοκομείων σε περίπτωση ιατρικής αμέλειάς τους, παρά το γεγονός ότι ο νεότερος υπαλληλικός Κώδικας (Ν. 3528/2007) με το άρθρο του 2 περιλαμβάνει και αυτούς (που ούτως ή άλλως, κατά το άρθρο 16 παρ.6 Συντάγματος χαρακτηρίζονται δημόσιοι λειτουργοί), στην έκταση εφαρμογής του, χωρίς να προβλέπεται από ειδικό νόμο άλλη ρύθμιση που να τους εξαιρεί από την εφαρμογή του άρθρου 38 του Ν. 3528/2007, ο νομοθέτης (άρθρο 1 παρ.2 Ν.

3457/2009) αποσαφήνισε, εκ του περισσού, ότι η αστική ευθύνη των ιατρών μελών Δ.Ε.Π. Α.Ε.Ι. καλύπτεται από το οικείο νομικό πρόσωπο του νοσοκομείου, ορίζοντας ρητά ότι : *«οι ισχύουσες για την αστική ευθύνη των νοσοκομειακών ιατρών διατάξεις εφαρμόζονται και για τους πανεπιστημιακούς ιατρούς».*

Σε ποινικό επίπεδο, η διερεύνηση για απόδοση ευθύνης στον ιατρό γίνεται υπό τους όρους των κανόνων του ουσιαστικού ποινικού δικαίου (πληρώσεως της αντικειμενικής και υποκειμενικής υποστάσεως του αδικήματος) και του δικονομικού ποινικού δικαίου (τηρήσεως των διαδικαστικών κανόνων). Η ευθύνη είναι καθαρά υποκειμενική και ο ιατρός που ελέγχεται για ιατρικό σφάλμα είναι υπεύθυνος και τελεί ποινικό αδίκημα ανθρωποκτονίας από αμέλεια (άρθρο 302 Π.Κ.) ή σωματικής βλάβης από αμέλεια (άρθρο 314 Π.Κ.), υπό τους όρους του άρθρου 28 Π.Κ. και σε συνδυασμό με τους ορισμούς του Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας και σε περίπτωση παράλειψης σε συνδυασμό με το άρθρο 15 Π.Κ.

Αν για το ίδιο αποτέλεσμα σε βάρος της ζωής ή της υγείας του ασθενούς εμπλέκονται περισσότεροι ιατροί, ως εκ της συλλειτουργίας τους (όπως Χειρουργός και Αναισθησιολόγος που αφορά η έρευνά μας) ή της διαδοχικής λειτουργίας τους, τίθεται το θέμα της «συγκλίνουσας αμέλειας», μη νοούμενης συναυτουργίας (άρθρο 45 Π.Κ.) που ισχύει για τα εγκλήματα από δόλο και καθέναν τιμωρείται ως αυτουργός της πράξης. (20) Η δικαστική αποδεικτική διερεύνηση γίνεται ως προς την ευθύνη καθενός από τους συμπράττοντες στην ιατρική πράξη ιατρούς, με βάση τις αρμοδιότητές τους, την κατανομή αυτών, την τήρηση εκ μέρους καθενός από αυτούς των κοινώς αναγνωρισμένων κανόνων της ιατρικής επιστήμης, για τους οποίους δεν μπορεί να γεννηθεί αμφισβήτηση, εφόσον η αντίστοιχη ενέργεια ή παράλειψή του δεν ήταν σύμφωνη με το αντικειμενικά επιβαλλόμενο καθήκον επιμελείας, που απορρέει από την άσκηση του επαγγέλματός του και ανάγεται σε νομική υποχρέωσή του με επιτακτικούς κανόνες.

Κατά την πάγια νομολογία των ποινικών δικαστηρίων, σύμφωνα με τη διάταξη του άρθρου 28 του Π.Κ. *«από αμέλεια πράττει όποιος από έλλειψη της προσοχής την οποία όφειλε κατά τις περιστάσεις και μπορούσε να καταβάλει, είτε δεν πρόβλεψε το αξιόποιο αποτέλεσμα που προκάλεσε η πράξη του, είτε το πρόβλεψε ως δυνατό,*

πίστεψε όμως ότι δεν θα επερχόταν». Κατά την έννοια της ως άνω διάταξης η αμέλεια διακρίνεται σε μη συνειδητή, η οποία συντρέχει όταν ο δράστης, από έλλειψη της προσήκουσας προσοχής, δεν προβλέπει το αξιόποιο αποτέλεσμα, το οποίο προκαλεί η πράξη του, και σε ενσυνείδητη, η οποία συντρέχει όταν ο δράστης προβλέπει μεν ότι από τη συμπεριφορά του μπορεί να επέλθει το αποτέλεσμα αυτό, πιστεύει όμως ότι αυτό δεν θα επέλθει. Η παράλειψη, ως έννοια, ενυπάρχει σε κάθε είδος αμέλειας, αφού το ένα σκέλος της ευθύνης συνίσταται στη μη καταβολή της προσοχής, δηλαδή σε παράλειψη. Όταν, όμως, η αμέλεια δεν συνίσταται σε ορισμένη παράλειψη, αλλά σε σύνολο συμπεριφοράς που προηγήθηκε του αποτελέσματος, τότε για τη θεμελίωση της ανθρωποκτονίας από αμέλεια, ως εγκλήματος που τελείται με παράλειψη, απαιτείται η συνδρομή και των όρων του άρθρου 15 παρ. 1 του Π.Κ., κατά το οποίο : «όπου ο νόμος για την ύπαρξη αξιόποινης πράξης απαιτεί να έχει επέλθει ορισμένο αποτέλεσμα, η μη αποτροπή του τιμωρείται όπως η πρόκλησή του με ενέργεια, αν ο υπαίτιος της παράλειψης είχε ιδιαίτερη νομική υποχρέωση να προβεί σε ενέργεια για την αποτροπή του αποτελέσματος. Η ιδιαίτερη νομική υποχρέωση πηγάζει από νόμο, σύμβαση ή προηγούμενη επικίνδυνη ενέργεια του υπαιτίου». Από την τελευταία αυτή διάταξη συνάγεται ότι αναγκαία προϋπόθεση της εφαρμογής της είναι η ύπαρξη ιδιαίτερης (δηλαδή ειδικής και όχι γενικής) υποχρέωσης του υπαιτίου προς ενέργεια, που τείνει στην παρεμπόδιση του αποτελέσματος, για την επέλευση του οποίου ο νόμος απειλεί ορισμένη ποινή. Η ιδιαίτερη νομική υποχρέωση, η οποία επιφορτίζει τον υπαίτιο της παράλειψης με τη δημιουργία και τη διασφάλιση πραγματικής κατάστασης που εξυπηρετεί και διαφυλάσσει τα έννομα αγαθά που προσβάλλονται με την επέλευση του εγκληματικού αποτελέσματος, μπορεί να πηγάζει: α) από ρητή διάταξη νόμου ή από σύμπλεγμα νομικών καθηκόντων, που συνδέονται με ορισμένη έννομη θέση του υποχρέου, β) από ειδική σχέση που δημιουργήθηκε, είτε από σύμβαση, είτε απλώς από προηγούμενη ενέργεια, με την οποία ο υπαίτιος της παράλειψης αναδέχθηκε εκουσίως την αποτροπή κινδύνων στο μέλλον και γ) από προηγούμενη πράξη του υπαιτίου (ενέργεια ή παράλειψη), συνεπεία της οποίας δημιουργήθηκε ο κίνδυνος επέλευσης του εγκληματικού αποτελέσματος. Στην περίπτωση που η αξιόποινη πράξη της ανθρωποκτονίας από αμέλεια ή της σωματικής βλάβης από αμέλεια είναι απότοκη της συντρέχουσας αμέλειας περισσοτέρων του ενός προσώπων, καθένα

από αυτά κρίνεται ως προς την ευθύνη του αυτοτελώς και ανεξάρτητα από τα άλλα, κατά το λόγο της αμέλειας που επέδειξε και εφόσον το αποτέλεσμα που επήλθε τελεί σε αιτιώδη σύνδεσμο προς αυτή. Η πράξη ή η παράλειψη του δράστη τελεί σε αιτιώδη σύνδεσμο με το αποτέλεσμα που επήλθε, όταν αυτή, κατά την κοινή αντίληψη, είναι εκείνη που άμεσα προκάλεσε το αποτέλεσμα και, συνεπώς, βρίσκεται σε άμεση αιτιότητα προς αυτό. Αρκεί, για τη θεμελίωση της ευθύνης, η πράξη ή η παράλειψη να ήταν ένας από τους ενεργούς παραγωγικούς όρους του αποτελέσματος, χωρίς τον οποίο δεν θα επερχόταν αυτό, είναι δε αδιάφορο αν συνέβαλαν και άλλοι όροι, αμέσως ή εμμέσως, διότι η κρατούσα στο ποινικό δίκαιο (σε νομολογία και θεωρία) άποψη ακολουθεί τα πορίσματα της θεωρίας του ισοδυνάμου των όρων (*conditio sine qua non*), με την παραλλαγή της «ενεργού αιτίας», σε αντίθεση με τη θεωρία της πρόσφορης αιτιότητας, η οποία επικρατεί ως προς την αστική ευθύνη. Σύμφωνα με τη θεωρία του ισοδυνάμου των όρων, όρος ενός αποτελέσματος είναι κάθε τι το οποίο δεν είναι δυνατόν να απαλειφθεί χωρίς να παύσει αυτόματα να υπάρχει και το συγκεκριμένο αποτέλεσμα, όλοι δε οι όροι είναι ισοδύναμοι στην αιτιώδη αυτή «αλυσίδα», διότι, αν σπάσει ένας από αυτούς, τότε καταστρέφεται και η αλυσίδα (βλ. Α.Π. 713/2023, 939/2020, 157/2017, 1057/2016, 516/2015 δημ. Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ, Α.Π. 682/2021 δημ. Τ.Ν.Π. Sakkoulasonline.gr). Έτσι, για τη θεμελίωση της αξιόποινης πράξης της ανθρωποκτονίας από αμέλεια ή της σωματικής βλάβης από αμέλεια απαιτείται : α) να μην καταβλήθηκε από το δράστη η επιβαλλόμενη κατ' αντικειμενική κρίση προσοχή, την οποία κάθε μετρίως συνετός και ευσυνείδητος άνθρωπος οφείλει υπό τις ίδιες πραγματικές περιστάσεις να καταβάλει, με βάση τους νομικούς κανόνες, τις συνήθειες που επικρατούν στις συναλλαγές και την κοινή, κατά τη συνήθη πορεία των πραγμάτων, πείρα και λογική, β) να μπορούσε αυτός, με βάση τις προσωπικές του περιστάσεις, ιδιότητες, γνώσεις και ικανότητες και, κυρίως, εξαιτίας της υπηρεσίας του ή του επαγγέλματος του, να προβλέψει και να αποφύγει το αξιόποιο αποτέλεσμα, το οποίο από έλλειψη της προαναφερόμενης προσοχής, είτε δεν πρόβλεψε, είτε το πρόβλεψε ως δυνατό, πίστευε όμως ότι δεν θα επερχόταν και γ) να υπάρχει αιτιώδης σύνδεσμος μεταξύ της ενέργειας ή παράλειψης του δράστη και του αποτελέσματος που επήλθε. Με τις προϋποθέσεις αυτές θεμελιώνεται ειδικότερα ποινική ευθύνη του ιατρού για ανθρωποκτονία από αμέλεια ή σωματική

βλάβη από αμέλεια, όταν το ζημιογόνο αποτέλεσμα οφείλεται σε παράβαση από αυτόν των κοινώς αναγνωρισμένων κανόνων της ιατρικής επιστήμης, για τους οποίους δεν μπορεί να γεννηθεί αμφισβήτηση, εφόσον η αντίστοιχη ενέργεια ή παράλειψή του δεν ήταν σύμφωνη με το αντικειμενικά επιβαλλόμενο καθήκον επιμέλειας, που απορρέει από την άσκηση του επαγγέλματός του και ανάγεται σε νομική υποχρέωσή του με επιτακτικούς κανόνες, καθώς και από την εγγυητική θέση αυτού απέναντι στην ασφάλεια της ζωής ή της υγείας του ασθενούς, η οποία δημιουργείται κατά την εκτέλεση της ιατρικής πράξης. Ειδικότερα, μετά την κατάργηση, με το άρθρο 341 του Ν. 4512/2018, του άρθρου 24 του διατηρηθέντος σε ισχύ και μετά την εισαγωγή του Α.Κ., κατά το άρθρο 47 του Εισ.Ν.Α.Κ., Α.Ν. 1565/1939 *«Περί κώδικος ασκήσεως του ιατρικού επαγγέλματος»*, το οποίο όριζε ότι *«ο ιατρός οφείλει να παρέχη μετά ζήλου, ευσυνειδησίας και αφοσιώσεως την ιατρικήν αυτού συνδρομήν, συμφώνως προς τας θεμελιώδεις αρχάς της ιατρικής επιστήμης, και της κτηθείσης πείρας, τηρών τας ισχυούσας διατάξεις περί διαφυλάξεως των ασθενών και προστασίας των υγείων»*, η ιδιαίτερη νομική υποχρέωση του ιατρού να αποτρέψει το αξιόποιο αποτέλεσμα του θανάτου του ασθενούς θεμελιώνεται στις διατάξεις των άρθρων 2 παρ. 3 εδ. α', 3 παρ. 2 και 3 και 10 παρ. 1, 2 και 3 του Ν. 3418/2005 *«Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας»*, οι οποίες εκσυγχρονίζουν και εξειδικεύουν πλέον το ζητούμενο πρότυπο της ορθής ιατρικής συμπεριφοράς, όπως αναφέρθηκαν παραπάνω. Συνεπώς, η ιδιαίτερη αυτή νομική υποχρέωση του ιατρού να αποτρέψει το αξιόποιο αποτέλεσμα του θανάτου του ασθενούς απορρέει από το επάγγελμά του, από τις αμέσως προαναφερόμενες διατάξεις νόμου και από την εγγυητική θέση αυτού απέναντι στην ασφάλεια της ζωής ή της υγείας του ασθενούς, που δημιουργείται κατά την εκτέλεση της ιατρικής πράξης. Έτσι, ελέγχεται ο ιατρός για κάθε ενέργεια ή παράλειψή του, σχετική με την παρακολούθηση της πορείας του ασθενούς, δηλαδή αν τήρησε την ακολουθητέα ιατρική αγωγή και αν ενήργησε τις επιβαλλόμενες εξετάσεις ή και άλλες επεμβατικές ιατρικές πράξεις προς αντιμετώπιση παρενέργειας ή επιπλοκής που μπορούσε να επιφέρει βλάβη της υγείας του ασθενούς ή ακόμη και το θάνατό του, αν έλαβε ενημερωμένη συναίνεση του ασθενούς, όπως κάθε μέσος ιατρός της ειδικότητάς του θα έπραττε υπό τις ίδιες περιστάσεις, όντας σε γνώση του ιστορικού και των συμπτωμάτων του ασθενούς και έχοντας τη δυνατότητα και την εμπειρία να

προβλέπει τα δυσμενή αυτά συμπτώματα και τις ακολουθούσες βλάβες που εμφανίζουν ασθενείς υποβαλλόμενοι σε ιατρική επέμβαση (βλ. Α.Π. 460/2023, 693/2020, 122/2019, 285/2019 δημ. Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ). Ακόμη, ο ιατρός ευθύνεται, αν από επιπολαιότητα ή άγνοια των πραγμάτων, τα οποία έπρεπε να γνωρίζει, δεν ακολούθησε τις γενικά αποδεκτές αρχές της ιατρικής επιστήμης ή αναγνωρισμένες σύγχρονες μεθόδους, εφόσον η άγνοια, η επιπολαιότητα ή η απρονοησία του τον οδήγησαν σε εσφαλμένη διάγνωση ή εσφαλμένη θεραπευτική αγωγή ή επέμβαση για να αποτραπούν προσβολές ή κίνδυνοι κατά της σωματικής ακεραιότητας, της υγείας ή της ζωής. Πρέπει να σημειωθεί ότι η αδυναμία πρόβλεψης του ενδεχομένου να προκύψει αξιοποιήσιμου αποτελέσματος καθίσταται ποινικά κολάσιμο υποκειμενικό μέγεθος, εφόσον ο δράστης όφειλε αντικειμενικά κατά τις περιστάσεις και μπορούσε υποκειμενικά, με βάση τις προσωπικές του ικανότητες, να προβλέψει το αποτέλεσμα ως δυνατό και να το αποφύγει. Ειδικότερα, όσον αφορά στην οφειλόμενη από τον ιατρό προσοχή, αυτή δεν είναι δυνατόν να καθορισθεί σχηματικά και δογματικά εκ προοιμίου, αλλά βρίσκεται πάντοτε σε συνάρτηση με τις αντικειμενικές και υποκειμενικές συνθήκες και περιστάσεις της συγκεκριμένης περιπτώσεως. Οι υπαίτιες ενέργειες και παραλείψεις του ιατρού δεν είναι δυνατόν να τυποποιηθούν, δεδομένου ότι κάθε ιατρικό περιστατικό παρουσιάζει μοναδικότητα και ιδιοτυπία, καθοριστική των ενδεδειγμένων ενεργειών του ιατρού και, συνεπώς, προσδιοριστική της επιμέλειας την οποία αυτός πρέπει να καταβάλει. Η εκτίμηση και η αξιολόγηση των αντικειμενικών δεδομένων εξαρτάται από το βαθμό και την ποιότητα της γνώσης και της εμπειρίας του επιλαμβανόμενου ιατρού. Γενικά, μπορεί να λεχθεί ότι το μέτρο της οφειλόμενης από τις περιστάσεις περίσκεψης του συγκεκριμένου ιατρού πρέπει να είναι η προσοχή την οποία δείχνει κάθε μέσος ιατρός, αν βρεθεί κάτω από τις ίδιες ή παρόμοιες συνθήκες. Ωστόσο, λαμβάνονται υπόψη και οι προσωπικές περιστάσεις, ιδιότητες, γνώσεις και ικανότητες του δράστη, με αποτέλεσμα η απαιτούμενη προσοχή να διαφοροποιείται μεταξύ μη ειδικών (ειδικευόμενων) και ειδικευμένων ιατρών, καθόσον οι τελευταίοι έχουν τις απαραίτητες γνώσεις που τους καθιστούν ικανότερους να αντιμετωπίσουν τα σχετικά με την ειδικότητά τους περιστατικά. Όπως προαναφέρθηκε, κατά τη διάταξη του άρθρου 3 παρ. 2 του Ν. 3418/2005 : «Ο ιατρός ενεργεί με βάση: α) την εκπαίδευση που του έχει παρασχεθεί κατά τη διάρκεια των προπτυχιακών του σπουδών, την άσκησή του για την απόκτηση τίτλου ιατρικής

ειδικότητας και τη συνεχιζόμενη ιατρική του εκπαίδευση, β) την πείρα και τις δεξιότητες που αποκτά κατά την άσκηση της ιατρικής και γ) τους κανόνες της τεκμηριωμένης και βασισμένης σε ενδείξεις ιατρικής επιστήμης». Η οφειλόμενη προσοχή πρέπει να καταφάσκει και στην περίπτωση του ανειδίκευτου ιατρού, όταν η διάγνωση του ανακύπτοντος προβλήματος δεν προϋποθέτει ειδικές ή επιπλέον ιατρικές γνώσεις, τις οποίες προσδίδει στον ιατρό η απόκτηση μίας ειδικότητας, αλλά μπορεί να επιτευχθεί και με τις βασικές γνώσεις της ιατρικής επιστήμης, τις οποίες κάθε ιατρός πρέπει να διαθέτει. Ειδικότερα, όσον αφορά στους ειδικευόμενους ιατρούς, αυτοί ενεργούν ιατρικές πράξεις υπό την εποπτεία και την καθοδήγηση των ειδικευμένων ιατρών. Ο σκοπός, εξάλλου, της απασχόλησής τους, ως ειδικευομένων, είναι να αποκομίσουν, μέσα από την πρακτική εξάσκηση, την απαραίτητη γνώση και εμπειρία, έτσι ώστε να καταστούν και οι ίδιοι ειδικευμένοι. Ωστόσο, οι ειδικευόμενοι ιατροί μπορούν, ανάλογα και με το χρονικό διάστημα της εξειδίκευσής τους που έχει διανυθεί, να ενεργούν ιατρικές πράξεις, για τις οποίες δεν απαιτούνται ιδιαίτερες ιατρικές γνώσεις, ευθύνονται δε γι' αυτές, αν δεν παράσχουν ή αν παράσχουν πλημμελώς ιατρική αρωγή. Για τις ιατρικές πράξεις που απαιτούν εξειδικευμένες γνώσεις, οι ειδικευόμενοι ιατροί οφείλουν να ενημερώνουν άμεσα και χωρίς οποιαδήποτε καθυστέρηση τους ειδικευμένους ιατρούς, αλλιώς βαρύνονται με σφάλμα περί την ανάληψη (βλ. Α.Π. 32/2017 δημ. Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ). Επίσης, ευθύνονται, αν ενεργούν κατά παράβαση των οδηγιών και των υποδείξεων των ειδικευμένων ιατρών. Συντρέχουν, όμως, οι προϋποθέσεις ευθύνης και των τελευταίων (ειδικευμένων ιατρών), όταν αναθέτουν στους ειδικευόμενους ιατρούς τη διενέργεια ιατρικών πράξεων, στις οποίες οι τελευταίοι αδυνατούν να ανταποκριθούν (σφάλμα περί την ανάθεση) λόγω έλλειψης εμπειρίας και γνώσεων, χωρίς τη δική τους εποπτεία (βλ. ενδεικτικά Α.Π. 1161/2020, 122/2019 δημ. Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ).

Πρέπει εδώ να σημειωθεί, σε σχέση με την ποινική και την αστική δίκη, ότι το δεδικασμένο που παράγεται από μια απόφαση αστικού δικαστηρίου δεν δεσμεύει το ποινικό δικαστήριο για την ίδια υπόθεση (άρθρο 62 Κωδ.Ποιν.Δικ.), αποτελεί, όμως, γι' αυτό στοιχείο που το εκτιμά ελεύθερα μαζί με τις άλλες αποδείξεις και ούτε το αντίστροφο κατά κανόνα ισχύει (βλ. Ολ.Α.Π. 4/2020 δημ. Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ). Με νεότερη ρύθμισή του ο Κώδικας Διοικητικής Δικονομίας (Κ.Δ.Δ.) από το έτος 2016

όρισε στο άρθρο 5 παρ.2 αυτού ότι η αμετάκλητη επί της ουσίας απόφαση του ποινικού δικαστηρίου ως προς την ενοχή του δράστη και το αμετακλήτως αποφαινόμενο επί της ουσίας βούλευμα να μη γίνει κατηγορία, δεσμεύουν το διοικητικό δικαστήριο. Κατ' εφαρμογή αυτής της διάταξης αρχικά η νομολογία δέχθηκε ότι δεσμεύονται τα διοικητικά δικαστήρια που δίκάζαν υποθέσεις ιατρικής ευθύνης κατά δημοσίων νοσοκομείων, αλλά η νεότερη νομολογία του ΣτΕ (απόφαση 156/2022 δημ. Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ) δέχθηκε ότι η διάταξη αυτή του άρθρου 5 παρ.2 του Κώδικα Διοικητικής Δικονομίας (Κ.Δ.Δ.) δεν δημιουργεί δέσμευση για υποθέσεις όπου η αγωγή του ενάγοντος στηρίζεται στα άρθρα 105 και 106 Εισ.Ν.Α.Κ. και πάντα οι αγωγές κατά δημοσίων νοσοκομείων από ιατρικά σφάλματα οργάνων τους στηρίζονται σ' αυτές τις διατάξεις.

Οι αποδεικτικές δυσχέρειες στις δίκες ιατρικών σφαλμάτων αστικής, ποινικής ή διοικητικής δικαιοδοσίας είναι διαπιστωμένες από τη δικαστηριακή πρακτική. Συχνά παρατηρείται το φαινόμενο της ομαδικής παραπομπής ιατρών σε ποινικά ακροατήρια με κατηγορητήρια εισαγγελέων, ενώ την ελεγχόμενη ιατρική πράξη ενήργησε ένας ιατρός ή λιγότεροι από τους παραπεμπόμενους ιατρούς και τούτο συμβαίνει από την αδυναμία του φορέα της ποινικής αξίωσης της πολιτείας για διαχωρισμό και προσδιορισμό των ευθυνών στο πρώιμο επίπεδο αυτής της προδικαστικής αξιολόγησης. Το έλλειμμα ειδικής τεχνικής γνώσης εκ μέρους των δικαστών, των εισαγγελικών λειτουργών και των δικηγόρων, άγει σε εκμετάλλευση του κενού, δεδομένων των διακυβευόμενων συμφερόντων πολλές φορές υψηλότατου οικονομικού μεγέθους, με όψιμη (σε σχέση με τον χρόνο του ιατρικού συμβάντος) εμφάνιση στις αστικές και ποινικές δίκες μαρτύρων ιδιωτών, κυρίως ιατροδικαστών, που δεν έχουν ιατρική γνώση του επιπέδου της ειδικότητας του κρινόμενου ειδικού ή υποειδικού ιατρού, όψιμη εμφάνιση των ίδιων ως τεχνικών συμβούλων των διαδίκων μερών, που παρέχουν και εκθέσεις πραγματογνωμοσύνης, τις περισσότερες φορές εκ διαμέτρου αντίθετες με αυτές της άλλης διαδίκου πλευράς. Από την άλλη, η εξαιρετικά μεγάλη διάρκεια μίας ποινικής δίκης ή αστικής δίκης σε διοικητικό δικαστήριο (με μικρότερο συνήθως εύρος χρόνου της αντίστοιχης δίκης σε αστικό δικαστήριο) απομακρύνει τραγικά χρονικά την απόδειξη από τον θάνατο του ασθενούς ή την επέλευση της σωματικής βλάβης σ' αυτόν, χωρίς να έχει

διενεργηθεί τις περισσότερες φορές ιατροδικαστική διερεύνηση από κρατικό ιατροδικαστή (Πανεπιστημιακού Εργαστηρίου ή Ιατροδικαστικής Υπηρεσίας) και χωρίς να υφίσταται αντίστοιχη έκθεση νεκροψίας - νεκροτομής, ιστοπαθολογικής ή τοξικολογικής διερεύνησης ή έκθεση εξέτασης του ζώντος ασθενούς. Ενίοτε, κατ' αυτεπάγγελτη ενέργεια του Εισαγγελέα ή των προανακριτικών υπαλλήλων, διορίζεται εκ των υστέρων και μετά πάροδο μακρού χρόνου (ετών) από το θάνατο και την ταφή του θανόντος ασθενούς ή την επέλευση της σωματικής βλάβης ζώντος ασθενούς, ιατροδικαστής από τον σχετικό κατάλογο πραγματογνωμόνων ή από Πανεπιστημιακό Εργαστήριο ή Ιατροδικαστική Υπηρεσία και του παρέχεται ο ιατρικός φάκελος του τεθνεώτος και ταφέντος ή ζώντος ασθενούς, ώστε από αυτόν, μετά μελέτη των στοιχείων ή και εξέταση του ζώντος ασθενούς, να αποφανθεί (άρθρα 368 επ. Κώδικα Πολιτικής Δικονομίας / Κ.Πολ.Δ. για υποθέσεις στα πολιτικά δικαστήρια, άρθρα 178, 183 επ. Κώδικα Ποινικής Δικονομίας / Κ.Π.Δ. για ποινικά δικαστήρια, άρθρα 159 επ. Κώδικα Διοικητικής Δικονομίας / Κ.Δ.Δ. για διοικητικά δικαστήρια). Η βοήθεια του ιατροδικαστή μπορεί λυσιτελώς και απολύτως να αφορά στον προσδιορισμό της αιτίας αιφνίδιου θανάτου ή του χρόνου θανάτου ενός ασθενούς ή στην παροχή τοξικολογικών δεδομένων σε σχέση με παρασχεθείσα φαρμακευτική αγωγή ή λήψη άλλων ουσιών. Σε περίπτωση ταφής και μη υφισταμένης νεκροψίας - νεκροτομής, ιστοπαθολογικής και τοξικολογικής εξέτασης, είναι εξαιρετικά πενιχρή η αποδεικτική συνεισφορά της κρίσης του ιατροδικαστή, πέραν, επαναλαμβάνουμε, του γεγονότος ότι ο ιατροδικαστής δεν κατέχει την ιατρική γνώση της ειδικότητας ή υποειδικότητας του κρινόμενου - κατηγορούμενου ή εναγόμενου ιατρού ή ιατρού - οργάνου του εναγομένου στα διοικητικά δικαστήρια δημόσιου νοσοκομείου. Έχει παρατηρηθεί το φαινόμενο συγγενείς τεθνεώτος ασθενούς να μη ζητούν την ιατροδικαστική διερεύνηση του θανάτου, παρά τις αιτιάσεις τους για ιατρικό σφάλμα, ώστε να μην υφίσταται σχετική ιατροδικαστική - ιστοπαθολογική και τοξικολογική έκθεση, οπότε με μεγαλύτερη ευχέρεια διατυπώνουν ισχυρισμούς για ιατρική αμέλεια. Ο ανυποψίαστος για δίωξη (αστική - ποινική) ιατρός δεν έχει την πρόνοια να ζητήσει ο ίδιος την ως άνω διερεύνηση και βρίσκεται έκτοτε σε αποδεικτικό μειονέκτημα, όταν ελέγχεται αστικά, ποινικά ή πειθαρχικά για ιατρικό σφάλμα. Μάλιστα, σε επίπεδο εθνικής νομολογίας, το βούλευμα του Συμβουλίου Εφετών Πατρών με αριθ. 77/2021 (δημ. Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)

έκρινε ότι είναι αναγκαία πάντοτε η διενέργεια ιατροδικαστικής νεκροτομής σε περιπτώσεις υπόνοιας ιατρικής αμέλειας επί θανάτου παρέχοντος υπόνοια ή προφανώς μη φυσικού, με επίκληση της Συστάσεως Νο R (99) 3 του Συμβουλίου των Υπουργών των Κρατών - Μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης προς εναρμόνιση των κανόνων των ιατροδικαστικών πράξεων, που υιοθετήθηκε από το Συμβούλιο Υπουργών στις 2-2-1999. Μοιραία, η δικαστική κρίση καθίσταται επισφαλής, αφού δεν αρκούν οι μαρτυρικές καταθέσεις του ιδίου του υποστάντος σωματική βλάβη ασθενούς ή των συγγενών τεθνεώτος ασθενούς, που μόνο στα πλαίσια ποινικής δίκης προβλέπονται, και οι οποίοι από θέση συμφέροντος (όταν υφίσταται και αστική διεκδίκηση) εισφέρουν συναίσθημα, δραματοποιούν τις καταστάσεις, ενίοτε απαξιώνουν την ιατρική επιστήμη, ενώ με την ίδια υποψία αναξιοπιστίας ελέγχονται και οι μάρτυρες υπεράσπισης – ανταπόδειξης του κρινόμενου (κατηγορουμένου ή εναγόμενου) ιατρού, που είναι συνήθως ιατροί και βαρύνονται με την υποψία της «συναδελφικήςαλληλεγγύης» ή «συντεχνίας», ενίοτε υπερβάλλοντες και εμφανίζοντας ως επιπλοκή κάθε δυσμενή εξέλιξη επί της υγείας έως και την απώλεια της ζωής του ασθενούς, ώστε να μη γίνεται λόγος περί ευθύνης του ελεγχόμενου ιατρού και οι εισφερόμενοι από τη δικογραφία ή από μαρτυρίες ιατρών ή ιατροδικαστών ή σχετικές εκθέσεις πραγματογνωμοσύνης τεχνικοί ιατρικοί όροι, δεν γίνονται ευχερώς κατανοητοί. Ήδη, οι υποθέσεις ιατρικής αμέλειας σε επίπεδο αστικής δίκης δικάζονται με τη νέα τακτική διαδικασία του Ν. 4335/2015 και δεν υπάρχουν μάρτυρες εξεταζόμενοι στο ακροατήριο, ώστε να δοκιμάσει ο δικαστής την όποια αξιοπιστία τους, αλλά προσάγονται μόνο ένορκες βεβαιώσεις μαρτύρων σε έτοιμα συνήθως κείμενα με μειωμένη αξιοπιστία και χωρίς δικαίωμα των διαδίκων να προβαίνουν σε ερωτήσεις. Εξάλλου, αμφίβολης αξίας είναι οι «μάρτυρες με ειδικές γνώσεις» που προβλέπονται στο άρθρο 203 Κ.Π.Δ. Πρόκειται για μάρτυρες που καλούνται, αν το δικαστήριο θεωρήσει αναγκαία την κρίση προσώπων με εντελώς ειδικές γνώσεις, για να διαγνώσουν κατάσταση πραγμάτων που δεν υπάρχει πια και για το λόγο αυτό δεν μπορεί να αποτελέσει αντικείμενο πραγματογνωμοσύνης. Στην πραγματικότητα δεν είναι μάρτυρες, αλλά αποτελούν τεχνικούς συμβούλους των διαδίκων, αφού ένας διάδικος με οικονομική άνεση, με το τέχνασμα της «μαρτυριοποίησης» μπορεί να καλέσει και εξετάσει μεγάλο αριθμό ειδικών και να επηρεάσει, ευλόγως, τη δικαστική κρίση. Αλλά, και μόνη η κλήτευση

τέτοιων όλως ειδικών μαρτύρων στην προδικασία ή στο ακροατήριο, για να κρίνουν επί συμβεβηκότος στο απώτερο παρελθόν γεγονότος, σημαίνει όλως αμφίβολη και επισφαλής ερμηνεία ήδη αποδειχθέντων περιστατικών. Σε επίπεδο έρευνας υποθέσεων ιατρικού σφάλματος τίποτα δεν μπορεί να προσφέρει το, ούτως ή άλλως, επισφαλές αυτό αποδεικτικό μέσο. Πρέπει ακόμη να σημειωθεί ότι η νεκροτομή, όταν διενεργείται, διενεργείται χωρίς τον ιατρικό φάκελο του τεθνεώτος και ο ιατροδικαστής, όταν προκύψει ποινική διαδικασία και κληθεί ως μάρτυρας ή ως πραγματογνώμονας, τότε, δηλαδή πολύ καθυστερημένα, λαμβάνει γνώση του ιατρικού φακέλου του τεθνεώτος, ενώ πάντοτε θα υπάρχουν και αντίθετες εκθέσεις τεχνικών συμβούλων των διαδίκων. Ο δικαστής καλείται να κατανοήσει αρχικώς την ιατρική πράξη, τον τρόπο διενέργειάς της, που ειδικά σε επίπεδο χειρουργικής επιλογής και διεκπεραίωσης και παροχής αναισθησίας και αναισθησιολογικών τεχνικών πράξεων (π.χ. διασωλήνωση) είναι εξαιρετικά τεχνικός και έκτοτε να προσδιορίσει και εντοπίσει το ιατρικό σφάλμα, την πλημμέλεια της ιατρικής πράξης και να επιχειρήσει την αιτιώδη σύνδεση συμπεριφοράς και αποτελέσματος. Το ίδιο αποδεικτικό μειονέκτημα υποψίας μεροληψίας και ελλείψεως αντικειμενικότητας φέρουν και οι εκατέρωθεν προσαγόμενες πραγματογνωμοσύνες ή εκθέσεις τεχνικών συμβούλων των διαδίκων.

Όπως επισημαίνει η εγκύκλιος με αριθ. 14/2021 του Εισαγγελέα του Αρείου Πάγου προς τους Εισαγγελείς Εφετών και Πρωτοδικών της χώρας (δημ. Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ), η οποία εκδόθηκε με αφορμή απόφαση του Ευρωπαϊκού Δικαστηρίου Δικαιωμάτων του Ανθρώπου (Ε.Δ.Δ.Α.) επί προσφυγής κατά της Ελλάδας για υπόθεση ιατρικής αμέλειας, η Ευρωπαϊκή Σύμβαση Δικαιωμάτων του Ανθρώπου (Ε.Σ.Δ.Α.), (άρθρα 1, 2 και 6) θέτει δικονομική υποχρέωση των συμβαλλομένων κρατών «για θέσπιση ενός αποτελεσματικού και ανεξάρτητου δικαστικού συστήματος ικανού, σε περίπτωση θανάτου ενός ατόμου που τελεί υπό την ευθύνη επαγγελματιών της υγείας, είτε αυτοί ανήκουν στο δημόσιο, είτε στον ιδιωτικό τομέα, να εξακριβώσει την αιτία του θανάτου και να υποχρεώσει τους τυχόν υπεύθυνους να λογοδοτήσουν για τις πράξεις τους» και επισημαίνει προς τους Εισαγγελείς και οριζόμενους κατά τις διατάξεις του Κ.Π.Δ. πραγματογνώμονες να εξασφαλίζουν τις εγγυήσεις αξιόπιστης διερεύνησης καταγγελιών για θανάτους από ιατρική αμέλεια.

Ενόψει αυτού του αποδεικτικού αδιεξόδου ή τουλάχιστον της αποδεικτικής δυσχέρειας η πρόταση της έρευνάς μας είναι να θεσμοθετηθεί, στα πλαίσια των δικονομικών κανόνων, η δημιουργία ειδικού Σώματος Πραγματογνωμόνων αμιγώς ιατρών ειδικών, από νοσοκομεία της χώρας (Ε.Σ.Υ. και Πανεπιστημιακά) με θητεία περιορισμένη (π.χ. τριετή), στους οποίους θα ανατίθεται (μετά την υποβολή εγκλήσεως ή μηνύσεως ή όταν αυτεπαγγέλτως επιληφθεί Εισαγγελέας ή μετά την κατάθεση αγωγής σε αστικό ή διοικητικό δικαστήριο) ως υποχρεωτικό στάδιο προδικασίας που θα διακόπτει και την παραγραφή, με σύνθεση μελών ανάλογη της ειδικότητας του εκάστοτε κρινόμενου ιατρού. Η Επιτροπή αυτή θα προβαίνει στη μελέτη του οικείου φακέλου με παραλαβή και κάθε σχετικού εγγράφου των διαδίκων, ώστε σε τακτή σύντομη προθεσμία να αποφαινεται με ειδικά αιτιολογημένη έκθεσή της περί υπάρξεως ή μη ιατρικής αμέλειας και θα υποβάλλεται στην αρμόδια εισαγγελική ή προανακριτική αρχή ή δικαστήριο. Σε περιπτώσεις καθυστερημένης υποβολής εγκλήσεων ή μηνύσεων ή καθυστερημένης αυτεπάγγελτης εξέτασης από τον αρμόδιο Εισαγγελέα και όταν απειλείται κίνδυνος ποινικής παραγραφής η έκθεση της ως άνω Επιτροπής θα αξιολογηθεί από το δικαστήριο στο οποίο θα εισαχθεί η υπόθεση. Είναι προφανές ότι αυτή η έκθεση δεν θα υποκαθιστά την εισαγγελική ή δικαστική κρίση, αλλά θα εκτιμάται ελεύθερα από το δικαστήριο ή τον Εισαγγελέα, ως πραγματογνωμοσύνη (βλ. άρθρα 177 Κ.Π.Δ., 387 Κ.Πολ.Δ., 148 Κ.Δ.Δ.), είναι, όμως, βέβαιο ότι θα παρέχει τα εχέγγυα αξιοπιστίας και θα αποτελεί βοήθημα ικανό για την εισαγγελική αρχή και τα δικαστήρια στον ερευνητικό - διωκτικό ή δικαιοδοτικό ρόλο τους αντίστοιχα, ενώ είναι εξαιρετικά πιθανό να οδηγήσει σε επίπεδο αστικών διεκδικήσεων σε συμβιβασμό των διαδίκων μερών ή και του ασφαλιστή του εναγομένου, όταν υπάρχει, σταθμίζοντας οι διάδικοι με ασφάλεια τα συμφέροντά τους. Η συνέχιση μίας αστικής διαδικασίας (ενώπιον αστικών ή διοικητικών δικαστηρίων) θα μπορεί να γίνει με διαδικαστική ενέργεια που θα ορίσει ο νόμος (κλήση, δήλωση κλπ.). Απαιτείται να προβλεφθεί νομοθετικά η δυνατότητα και των δημοσίων εναγομένων νοσοκομείων να συμβιβάζονται μετά το στάδιο αυτό, με αποφάσεις των διοικητικών συμβουλίων τους και μετά γνωμοδότηση των νομικών υπηρεσιών τους. Αντί δυνατότητας απευθείας εξώδικου ή δικαστικού συμβιβασμού των διαδίκων μερών κατά τους όρους του Κ.Πολ.Δ., μπορεί να προβλεφθεί η δυνατότητα επεκτάσεως του θεσμού της διαμεσολάβησης

του Ν. 4640/2019 με υποχρεωτικότητα μετά την κατάθεση της προαναφερόμενης έκθεσης του ειδικού σώματος πραγματογνωμόνων και σε τακτή προθεσμία, με συμπερίληψη στη διαδικασία αυτή και των δημόσιων νοσοκομείων που ενάγονται στα διοικητικά δικαστήρια και με αντίστοιχη θέσπιση διοικητικών δικονομικών κανόνων. Ο θεσμός αυτός της προδικαστικής επίλυσης των σχετικών διαφορών είναι ήδη διαδεδομένος σε άλλα ευρωπαϊκά δίκαια υπό διάφορες εκδοχές και με συμμετοχή και νομικών. Για παράδειγμα στη Γερμανία λειτουργούν σώματα (Επιτροπές) υπό την ευθύνη των οικείων ιατρικών συλλόγων, στην Αγγλία υπάρχει προδικασία εξέτασης αιτιάσεων κατά ιατρών στο πλαίσιο του Εθνικού Συστήματος Υγείας, στη Γαλλία ανεξάρτητες Επιτροπές και έχει αποδώσει καρπούς, κυρίως στην αποσυμφόρηση της ποινικής και αστικής δικαιοσύνης και στην ταχύτερη επίλυση των διαφορών των εμπλεκομένων. Εξάλλου, η θεσμοθέτηση του παραπάνω προτεινόμενου σώματος ειδικών, που θα λειτουργεί σε προδικαστικό κυρίως στάδιο, θα συνεισφέρει στην εκπλήρωση της «δίκαιης δίκης», κορυφαίας δικονομικής αρχής, που αξιώνει με υπερνομοθετική ισχύ η Ευρωπαϊκή Σύμβαση Δικαιωμάτων του Ανθρώπου (άρθρο 6 παρ.1 εδ. α) και το Διεθνές Σύμφωνο για τα Ατομικά και Πολιτικά Δικαιώματα / Δ.Σ.Α.Π.Δ (άρθρο 14 πα.1 εδ. β), αφού, μέσω αυτού του θεσμού, επιτυγχάνονται οι επί μέρους αρχές της «δίκαιης δίκης», ήτοι η ταχεία εκκαθάριση των δικαστικών υποθέσεων (τήρηση εύλογου χρόνου), η ελεγχσιμότητα της διαδικασίας μέσω της ορθής, σαφούς και εμπειριστατωμένης αιτιολογίας, που μπορεί να στηριχθεί σε ένα αξιόπιστο αποδεικτικό μέσο που παρέχει και τη βάση δημιουργίας του ορθού αποδεικτικού πορίσματος μίας δικαστικής απόφασης και εν τέλει η επίτευξη της αναζητούμενης ουσιαστικής αλήθειας. (18) Ας σημειωθεί ότι η ελληνική έννομη τάξη, αναγνωρίζοντας εμμέσως, αλλά σαφώς, ότι υπάρχει υπέρβαση του εύλογου χρόνου περάτωσης της ποινικής διαδικασίας, που απαιτούν οι ως άνω υπερνομοθετικής ισχύος διατάξεις, περιέλαβε με το άρθρο 7 παρ.3 Ν. 4239/2014 (που τροποποίησε το άρθρο 79 του Π.Κ.) ως κριτήριο ευνοϊκής δικαστικής επιμέτρησης της ποινής την υπέρβαση της εύλογης διάρκειας της δικαστικής διαδικασίας, χωρίς ευθύνη του κατηγορουμένου και ταυτόχρονα καθιέρωσε ως ελαφρυντική περίσταση υπέρ του κατηγορουμένου τη μη εύλογη διάρκεια της ποινικής διαδικασίας χωρίς υπαιτιότητά του, με το άρθρο 84 παρ.3 του Π.Κ.

Ταυτόχρονα, όμως, για την ευόδωση αυτού του θεσμού και την παροχή μεγαλύτερης ασφάλειας στην κρίση ενός τέτοιου προτεινόμενου, κατά τα ως άνω, οργάνου από ιατρούς, θα πρέπει να θεσμοθετηθεί νομοθετικά η καταγραφή της χειρουργικής και αναισθητικής διαδικασίας με βιντεοληπτικό μέσο από αρχής μέχρι τέλους της επεμβάσεως, το οποίο θα τίθεται στη διάθεση του ως άνω ειδικού σώματος προς αξιολόγηση, με λυσιτελή έλεγχο των χειρισμών και ενεργειών των Χειρουργών και Αναισθησιολόγων και με υποχρέωση πλήρους και καταληπτής εγγράφου συναινέσεως του ασθενούς προ της επεμβάσεως, που θα περιλαμβάνει και τη συναίνεσή του για καταγραφή της χειρουργικής επεμβάσεως με βιντεοληπτικό μέσο για αποδεικτική πιθανή δικαστική χρήση και θα αποτελεί στοιχείο του φακέλου του ασθενούς μαζί με τα πρακτικά χειρουργείου, τα διαγράμματα αναισθησίας και τα λοιπά έγγραφα.

Τέλος, όπως προαναφέρθηκε, πρέπει να θεσμοθετηθεί η επιμόρφωση των δικαστικών λειτουργών σε ζητήματα ιατρικής αμέλειας, ενώ στα προγράμματα προπτυχιακών σπουδών των ιατρικών σχολών πρέπει να ενταχθεί ως μάθημα η ιατρική αμέλεια, αν όχι αυτοτελώς, στα πλαίσια της διδασκόμενης ιατροδικαστικής, με τη συνδρομή και νομικού επιστήμονα, ώστε να γνωρίζουν οι μελλοντικοί ιατροί το νομικό πλαίσιο ελέγχου της ιατρικής συμπεριφοράς τους (από τη λήψη της συναίνεσης του ασθενούς έως την περαίωση της ιατρικής πράξης, με τον δέοντα χειρισμό επί επιπλοκών), ώστε να περιορίζουν την εμπλοκή τους σε δικαστικές ή πειθαρχικές διαδικασίες, ζήτημα που απασχόλησε και τη διεθνή βιβλιογραφία (58), ενώ κρίνεται σκόπιμο, για τον ίδιο παραπάνω λόγο και για βελτίωση της αντιμετώπισης των περιστατικών, να έχουν τη δυνατότητα οι προπτυχιακοί ή μεταπτυχιακοί φοιτητές της ιατρικής, οι ειδικευόμενοι ή ειδικοί ιατροί κάθε ειδικότητας να προστρέχουν στα δεδομένα ενός Εθνικού Κέντρου Αναφοράς Επιπλοκών που πρέπει επίσης να συσταθεί, ώστε να αποτελεί πολύτιμο αρχείο παροχής γνώσης και πληροφορίας για την ορθή διαχείριση των περιστατικών και των τυχόν επιπλοκών τους, που αντίστοιχα θα είναι και προς όφελος του ασθενούς.

8.0 ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η συμβολή του νομικού ελέγχου στην αξιολόγηση ευθυνών Χειρουργού - Αναισθησιολόγου για ασθενείς που υποβάλλονται σε αναισθησία στην ιατρική πρακτική

Τζούμας Λάμπρος

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η ανάλυση δικαστικών αποφάσεων κακής ιατρικής πρακτικής κατά τη διάρκεια της αναισθησίας ή μίας χειρουργικής επέμβασης, μπορεί να παρέχει μια λεπτομερή εικόνα της θνησιμότητας και της νοσηρότητας των ασθενών και των αιτιών που οδήγησαν σε κακή ιατρική πρακτική.

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της έρευνας αυτής είναι να αναλυθούν μέσα από δημοσιευμένες κυρίως δικαστικές αποφάσεις περιστατικά φερόμενων ιατρικών σφαλμάτων από Αναισθησιολόγους και ιατρούς χειρουργικών ειδικοτήτων στην Ελλάδα.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Αναζητήθηκαν δικαστικές αποφάσεις για κακή ιατρική πρακτική που αφορούσαν Αναισθησιολόγους και ιατρούς χειρουργικών ειδικοτήτων κυρίως από ελληνικές νομικές τράπεζες και περιοδικά. Καταγράφηκαν οι αιτίες ανθρωποκτονιών και σωματικών βλαβών από αμέλεια και ερευνήθηκε το κριτήριο απόδοσης της ευθύνης.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Βρέθηκαν 596 αποφάσεις που αντιστοιχούν σε 290 υποθέσεις, από τις οποίες οι 147 ήταν ποινικές καταδικαστικές, 91 αστικές - επιδικαστικές αποζημίωσης αφορώσες 118 ανθρωποκτονίες και 120 σωματικές βλάβες από αμέλεια λόγω κακής ιατρικής πρακτικής, ενώ 52 ήταν ποινικές αθωωτικές – αστικές απορριπτικές αγωγών αποζημίωσης. Οι Μαιευτήρες / Γυναικολόγοι είναι η ειδικότητα με την πιο συχνή εμπλοκή σε υποθέσεις ιατρικής αμέλειας. Ακολουθεί η γενική χειρουργική και η αναισθησιολογία. Η μη συνεχής και επιτεταμένη παρακολούθηση, η εσφαλμένη / καθυστερημένη διάγνωση και η εσφαλμένη χειρουργική / αναισθησιολογική πρακτική εμφανίζονται ως οι κύριες αιτίες ανθρωποκτονιών και σωματικών βλαβών από αμέλεια.

Στο 80% των περιπτώσεων η κακή έκβαση θα μπορούσε να αποφευχθεί, εάν υπήρχε συνεχής παρακολούθηση και εάν τηρούνταν οι κατευθυντήριες οδηγίες για την αντιμετώπιση του προβλήματος.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Για την αποφυγή κακής ιατρικής πρακτικής και τη βελτίωση των αποτελεσμάτων απαιτείται λήψη ιστορικού, ενημερωμένη συναίνεση, συνεχής παρακολούθηση και τήρηση των κατευθυντήριων οδηγιών για την αντιμετώπιση του προβλήματος.

9.0 SUMMARY

The contribution of legal control to the assessment of surgeon – anesthesiologist liability for patients undergoing anesthesia in medical malpractice

Tzoumas Lampros

BACKGROUND: The analysis of court decisions about medical malpractice during anesthesia or surgery, may provide a better view of patient morbidity and mortality and also a better view of causes that led to medical malpractice.

STUDY OBJECTIVE: Purpose of this study is the analysis, mainly through published court decisions, of alleged medical malpractice incidents, related to anesthesiology or surgery specialties in Greece.

MATERIALS AND METHODS: Greek court decisions were researched relative to medical malpractice with references to anesthesiology or surgery specialties mainly from Greek law databases and magazines. Causes of deaths and injuries were recorded and court's criterion accountability was investigated.

RESULTS: 596 court decisions corresponded to 290 claims were retrieved. 147 of the claims resulted to conviction verdicts and 91 to judgements for the plaintiffs and referred to 118 deaths and 120 injuries due to medical malpractice. 52 out of the 290 claims resulted to verdicts of acquittal – judgments for the defendants. Obstetric and Gynecology was the specialty with the most frequent involvement in medical malpractice cases. General surgeons and Anesthesiologists are following. Discontinuous monitoring, wrong or delayed diagnosis and disagreement to the standards operation of Anesthesiologists and Surgeons during anesthesia or surgery are the main causes of deaths and injuries.

In 80% of cases of proven malpractice, the unfavorable outcome may had been avoided if continuous monitoring was applicated and determined guidelines were followed.

CONCLUSIONS: In order to avoid medical malpractice claims, it is prudent to perform a full patient examination and medical history interview, acquire the patient's informed consent prior to any procedure, apply continuous monitoring and follow the international guidelines to address any complication.

10.0 ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Λασκαρίδης Εμ. Ερμηνεία Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας, εκδ. Νομική Βιβλιοθήκη, Αθήνα 2013, σελ. 1–9.
2. Λιούρδη Α. Ιατρική Ποινική Ευθύνη - Γενικές έννοιες & Ειδικά ζητήματα, εκδ. Νομική Βιβλιοθήκη, Αθήνα 2014, σελ. 23–26.
3. Πλεύρης Αθ. Η Ποινική Ευθύνη στην Ιατρική Πράξη, εκδ. Νομική Βιβλιοθήκη, Αθήνα 2007, σελ. 10–19.
4. Μαραγκάκη Ε. Ιατρική Δεοντολογία & Ποινικό Δίκαιο, εκδ. Σάκκουλα, Αθήνα-Θεσσαλονίκη 2011, σελ. 10-11.
5. Φουντεδάκη Κ. Παραδόσεις Αστικής Ιατρικής Ευθύνης, εκδ. Νομική Βιβλιοθήκη, Αθήνα 2018, σελ. 33–34.
6. Φράγκος Κ. Ιατρική Ευθύνη, εκδ. Σάκκουλα, Αθήνα-Θεσσαλονίκη 2018, σελ. 6, 7 και 269.
7. Λασκαρίδης Εμ. Ερμηνεία Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας, εκδ. Νομική Βιβλιοθήκη, Αθήνα 2013, σελ. 122–156.
8. Φουντεδάκη Κ. Παραδόσεις Αστικής Ιατρικής Ευθύνης, εκδ. Νομική Βιβλιοθήκη, Αθήνα 2018, σελ. 65 επ.
9. Χαραλαμπίδης Αρ. Ιατρική Ευθύνη, εκδ. Π.Ν. Σάκκουλα, Αθήνα 2016, σελ. 303 επ.
10. Λασκαρίδης Εμ. Ερμηνεία Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας, εκδ. Νομική Βιβλιοθήκη, Αθήνα 2013, σελ. 15-19.
11. Γώγος Κ., Καϊάφα-Γκμπάντι Μ., Παπαδοπούλου Λ., Φουντεδάκη Κ. Η Ιατρική Ευθύνη στην Πράξη - Νομολογιακές Τάσεις της Τελευταίας Δεκαετίας, εκδ. Νομική Βιβλιοθήκη, Αθήνα 2010, Βοζίκης Α., Ρήγα Μ., Πολλάλης Γ., σε Κανελλοπούλου-Μπότη Μ., Παναγοπούλου-Κουτνατζή Φ. - Ιατρική Ευθύνη και Βιοηθική, Ιατρικές Εκδόσεις Π. Χ. Πασχαλίδη, 2013, σελ. 64 επ. και Φουντεδάκη Κ. Αστική Ιατρική Ευθύνη, εκδ. Νομική Βιβλιοθήκη, Αθήνα 2023, σελ. 30, 31.
12. Φουντεδάκη Κ. Παραδόσεις Αστικής Ιατρικής Ευθύνης, εκδ. Νομική Βιβλιοθήκη, Αθήνα 2018, σελ. 48.
13. Φουντεδάκη Κ. Αστική Ιατρική Ευθύνη, εκδ. Νομική Βιβλιοθήκη, Αθήνα 2023, σελ. 378.
14. Φουντεδάκη Κ. Αστική Ιατρική Ευθύνη, εκδ. Νομική Βιβλιοθήκη, Αθήνα 2023, σελ. 379.

15. Φουντεδάκη Κ. Αστική Ιατρική Ευθύνη, εκδ. Νομική Βιβλιοθήκη, Αθήνα 2023, σελ. 380.
16. Φουντεδάκη Κ. Αστική Ιατρική Ευθύνη, εκδ. Νομική Βιβλιοθήκη, Αθήνα 2023, σελ. 388, 389, Γεωργιάδης Απ. Γενικό Ενοχικό 153-154, Γεωργιάδης Αστ. Γενικό Ενοχικό Ι, 139.
17. Φουντεδάκη Κ. Αστική Ιατρική Ευθύνη, εκδ. Νομική Βιβλιοθήκη, Αθήνα 2023, σελ. 244, 245, 246.
18. Δαλακούρας Θ. Ποινικό Δικονομικό Δίκαιο τ. Ι, εκδόσεις Π.Ν. Σάκκουλα - εκδ.2^η, Αθήνα 2019, σελ. 56-57.
19. Μαργαρίτης Μ. Επίτομη Ερμηνεία Αστικού Κώδικα και Εισ.Ν.Α.Κ., εκδ. Σάκκουλα , Αθήνα-Θεσσαλονίκη 2016 υπό άρθρο 35, σελ. 38.
20. Φράγκος Κ. Ποινικός Κώδικας, εκδ. Σάκκουλα, Αθήνα-Θεσσαλονίκη 2020, υπό άρθρο 28 σελ. 261 επ. και Φράγκος Κ. Ιατρική Ευθύνη, εκδ. Σάκκουλα, Αθήνα-Θεσσαλονίκη 2018, σελ. 315 επ.
21. Jena AB, Chandra A, Lakdawalla D, Seabury S. Outcomes of medical malpractice litigation against US physicians. Arch Intern Med 2012; 172: 892– 894.
22. Cascardo D. The medical malpractice crisis: what is the cause? Is there a cure? J Med Pract Manage. Mar-Apr 2007;22(5):283-6.
23. Vincent C, Bark P, Jones A, Olivieri L. The impact of litigation on obstetricians and gynecologists. J Obstet Gynaecol. 1994;14:381–7.
24. Wortz G. Reducing liability risk through informed consent. J Med Pract Manage. Jan-Feb 2011;26(4):203-8.
25. Angelini DJ, Greenwald L. Closed claims analysis of 65 medical malpractice cases involving nurse-midwives. J Midwifery Womens Health Nov-Dec 2005;50(6):454-60.
26. Pierre F. [Medical-legal aspects: the obstetrician as a defendant or as an expert]. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). 2003 Feb;32(1 Suppl):1S114-8.
27. Berglund S, Grunewald C, Pettersson H, Cnattingius S. Severe asphyxia due to delivery-related malpractice in Sweden 1990–2005. BJOG. 2008 Feb; 115(3): 316–323.
28. Cohen WR, Schiffrin BS. Medical negligence lawsuits relating to labor and delivery. Clin Perinatol 2007 Jun;34(2):345-60, vii-viii.
29. Boog G. [Cerebral palsy and perinatal asphyxia (II--Medicolegal implications and prevention)]. Gynecol Obstet Fertil. 2011 Mar;39(3):146-73.
30. Cohn M. Baltimore jury's record \$229 million malpractice verdict may change a life – but likely not the system. The Baltimore Sun. Jul 4, 2019.

31. Sheridan S. Single mother wins \$50 million in medical malpractice case. Expert institute. Nov. 14, 2019.
32. Glaser LM, Alvi FA, Milad MP. Trends in malpractice claims for obstetric and gynecologic procedures, 2005 through 2014. *Am J Obstet Gynecol* 2017 Sep;217(3):340.e1-340.e6.
33. Wind J, Cremers JEL, van Berge Henegouwen MI, Gouma DJ, Jansen FW, Bemelman WA. Medical liability insurance claims on entry-related complications in laparoscopy. *Surg Endosc* . 2007 Nov;21(11):2094-9.
34. Kienzle HF. [Malpractice in laparoscopic cholecystectomy. Results of cases recently considered by the Expert Commission]. *Zentralbl Chir*. 1999;124(6):535-41.
35. Healey MA, Shackford SR, Osler TM, Rogers FB, Burns E. Complications in Surgical Patients. *Arch Surg*, 2002; 137(5) 611 – 61.
36. Jung JY, Kim SY, Kim DG, Kim CB, et al. Analysis of lawsuit cases in the Department of Surgery in Korea. *Ann Surg Treat Res*. 2018 Mar;94(3):113-117.
37. Brown TW, McCarthy ML, Kelen GD, Levy F. An epidemiologic study of closed emergency department malpractice claims in a national database of physician malpractice insurers. *Acad Emerg Med*. 2010 May;17(5):553-60.
38. Kassir R, Lointier P, Papastathi-Boureau C, Fiquet JM, Blanc P. Medicolegal Analysis of 81 Malpractice Claims Against Bariatric Surgeons in France. *Obes Surg*. 2020 May;30(5):1726-1735.
39. Tuchtan L, Kassir R, Sastre B, Gouillat C, Piercecchi-Marti MD, Bartoli C. Medico-legal analysis of legal complaints in bariatric surgery: a 15-year retrospective study. *Surg Obes Relat Dis*. 2016 May;12(4):903-909.
40. Santiago-Sáez A, Perea-Pérez B, Labajo-González E, Albarrán-Juan ME, Barcia JA. [Analysis of judicial sentences against neurosurgeons resolved in second court of justice in Spain in the period from 1995 to 2007]. *Neurocirugia (Astur)* 2010 Feb;21(1):53-60.
41. Elsamadicy AA, Sergesketter AR, Frakes MD, Lad SP. Review of Neurosurgery Medical Professional Liability Claims in the United States. *Neurosurgery* 2018 Nov 1;83(5):997-1006.
42. Taylor CL. Neurosurgical practice liability: relative risk by procedure type. *Neurosurgery*. 2014 Dec;75(6):609-13; discussion 613.
43. Mukherjee S, Pringle C, Crocker M. A nine-year review of medicolegal claims in neurosurgery. *Ann R Coll Surg Engl* 2014 May;96(4):266-70.

44. Debono B, Hamel O, Guillain A, Durand A, Rué M, Sabatier P, Lonjon G, Dran G, French Society of Private Neurosurgeons (SFNCL). Impact of malpractice liability among spine surgeons: A national survey of French private neurosurgeons. *Neurochirurgie* 2020 Aug;66(4):219-224.
45. Olivar H, Sharar SR, Stephens LS, Posner KL, Domino KB. Similar liability for trauma and nontrauma surgical anesthesia: a closed claims analysis. *Anesth Analg* 2012 Nov;115(5):1196-203.
46. Peterson GN, Domino KB, Caplan RA, Posner KL, Lee LA, Cheney FW. Management of the difficult airway: a closed claims analysis. *Anesthesiology*. 2005 Jul;103(1):33-9.
47. Ranum D, Ma H, Shapiro FE, Chang B, Urman RD. Analysis of patient injury based on anesthesiology closed claims data from a major malpractice insurer. *J Healthc Risk Manag* 2014;34(2):31-42.
48. Jimenez N, Posner KL, Cheney FW, Caplan RA, Lee LA, Domino KB. An update on pediatric anesthesia liability: a closed claims analysis. *Anesth Analg*. 2007 Jan;104(1):147-53.
49. Saba R, Brovman EY, Kang D, Greenberg P, Kaye AD, Urman RD. A Contemporary Medicolegal Analysis of Injury Related to Peripheral Nerve Blocks. *Pain Physician*. 2019 Jul;22(4):389-400.
50. Kent CD, Stephens LS, Posner KL, Domino KB. What Adverse Events and Injuries Are Cited in Anesthesia Malpractice Claims for Nonspine Orthopaedic Surgery? *Clin Orthop Relat Res*. 2017 Dec;475(12):2941-2951.
51. Lee LA, Domino K. The Closed Claims Project. Has it influenced anesthetic practice and outcome? *Anesthesiol Clin North Am* 2002 Sep;20(3):485-501.
52. Li H, Wu X, Sun T, et al. Claims, liabilities, injuries and compensation payments of medical malpractice litigation cases in China from 1998 to 2011. *BMC Health Serv Res*. 2014; 14: 390.
53. Huang H, Yao D, Saba R, Brovman EY, Kang D, Greenberg P, Urman RD. A Contemporary medicolegal claims analysis of injuries related to neuraxial anesthesia between 2007 and 2016. *J Clin Anesth*. 2019 Nov;57:66-71.
54. Lienhart A, Chigot JP. [Claims related to anesthesia at the University Hospitals of Paris]. *Ann Fr Anesth Reanim* 1996;15(2):215-9.
55. Aïssou M, Lemesle D, Abbas S, Lienhart A. [Neurological complications of the regional anesthesia: analysis of the expertises and conclusions of the Regional Commissions for Conciliation and Compensation]. *Ann Fr Anesth Reanim*. 2012 May;31(5):447-53.

56. de Reuver PR, Wind J, Cremers JE, Busch OR, van Gulik TM, Gouma DJ. Litigation after laparoscopic cholecystectomy: an evaluation of the Dutch arbitration system for medical malpractice. *J Am Coll Surg* . 2008 Feb;206(2):328-34.
57. Weber CE, Talbot LJ, Geller JM, Kuo MC, Wai PY, Kuo PC. Obesity and trends in malpractice claims for physicians and surgeons. *Surgery*. 2013 Aug;154(2):299-304.
58. Trésallet C, Cardin JL, Belghiti J, Cortes A, Martinod E. Medical expert witness testimony in France and in Europe. *J Visc Surg* 2019 Sep;156 Suppl 1:S3-S6.
59. Davies JM, Stephens LS. Obstetric Anesthesia Liability Concerns. *Clin Obstet Gynecol*. 2017 Jun;60(2):431-446.
60. Habek D. Forensic expertise in obstetrics and gynecology - Forensic expert experience. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2021 Jan;256:1-5.
61. Deshpande SP, Deshpande SS. Factors impacting perceived threat of malpractice lawsuits by various medical specialists. *Health Care Manag (Frederick)*. Jan-Mar 2011;30(1):55-65.
62. Habek D. Forensic expertise in obstetrics and gynecology - Forensic expert experience *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2021 Jan;256:1-5.
63. Shevell T, Malone FD. Management of obstetric hemorrhage. *Semin Peritanol*. 2003 Feb;27(1):86-104.
64. Satin AJ. Simulation in Obstetrics. *Obstetric Gynecol* 2018 ; 132: 199 – 209.
65. Geneva: WHO; 2007. World Health Organization. Maternal mortality in 2005: Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA, and the World Bank.
66. Tarantino U, Giai Via A, Macrì E, et al. Professional liability in orthopaedics and traumatology in Italy. *Clin Orthop Relat Res*. 2013 Oct;471(10):3349-57.
67. Traina F. Medical malpractice: the experience in Italy. *Clin Orthop Relat Res*. 2009;467:434–442.
68. Gould MT, Langworthy MJ, Santore R, Provencher MT. An analysis of orthopaedic liability in the acute care setting. *Clin Orthop Relat Res*. 2003 Feb;(407):59-66.
69. Quraishi NA, Hammett TC, Todd DB, et al. Malpractice litigation and the spine: the NHS perspective on 235 successful claims in England. *Eur Spine J*. 2012;21:196–199.
70. Khan IH, Jamil W, Lynn SM, et al. Analysis of NHSLA claims in orthopedic surgery. *Orthopedics*. 2012;35:e726–e731.
71. Patel P, Robinson BS, Novicoff WM, et al. The disruptive orthopaedic surgeon: implications for patient safety and malpractice liability. *J Bone Joint Surg Am*. 2011;93:e1261–e1266.

72. Genovese U, Blandino A, Midolo R, Casali MB. Alleged malpractice in anesthesiology: analysis of a series of private insurance claims. *Minerva Anestesiol.* 2016;82:202–209.
73. Atrey A, Gupte CM, Corbett SA. Review of successful litigation against English health trusts in the treatment of adults with orthopaedic pathology: clinical governance lessons learned. *J Bone Joint Surg Am.* 2010 Dec 15;92(18):e36.
74. Casali MB, Blandino A, Del Sordo S, Vignali G, Novello S, Travaini G, Berlusconi M, Genovese U. Alleged malpractice in orthopaedics. Analysis of a series of medmal insurance claims. *J Orthop Traumatol.* 2018 Dec; 19(1): 7.
75. McWilliams AB, Douglas SL, Redmond AC, et al. Litigation after hip and knee replacement in the National Health Service. *Bone Joint J.* 2013;95:122–126.
76. Mobilia F, Casali MB, Gallieni M, Genovese UR. Lethal pulmonary thromboembolism: an autopsy-based study on a rare but legally relevant event. *Med Sci Law.* 2014;54:78–83.
77. Fortuni G. The forensic medical aspects of thromboembolic risk in orthopaedic surgery. *Chir Organi Mov.* 2005;90:317–322.
78. Breen CT, Mehra S. An Analysis of Otolaryngology Medical Malpractice Payments From the National Practitioner Data Bank. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2021 Mar;164(3):589-594.
79. Ceremsak J, Miller LE, Gomez ED. A Review of Otolaryngology Malpractice Cases with Associated Court Proceedings from 2010 to 2019. *Laryngoscope.* 2021 Apr;131(4):E1081-E1085.
80. Shah SN, Ramirez AV, Haroun KB, Chaaban MR. Medical Liability in Sinus Surgery: A Westlaw Database, Analysis From 2000 to 2017. *Am J Rhinol Allergy* 2020 Sep;34(5):642-649.
81. Tzoumas L, Samara E, Tzoumas K, et al. (July 06, 2021) Medico-Legal Analysis of General Surgery Cases in Greece: A 48 Year Study. *Cureus* 13(7): e16205.
82. Tzoumas L, Samara E, Tzoumas K, Tzimas P, Papadopoulos G. Medical liability in anesthesiology. Greek courts decisions analysis. *Scientific Chronicles* 2021; 26(1): 129-139.
83. Ideker HC, Julakanti JS, Momin NA, Chaaban MR. Determination of legal responsibility in shared airway management between anesthesiology and otolaryngology. *Head Neck* 2019 Dec;41(12):4181-4188.

84. Rose C, Svider PF, Sheyn A, Meadows LN, Eloy JA, Coticchia J, Folbe AJ. Protecting the most vulnerable: litigation from pediatric otolaryngologic procedures and conditions. *Laryngoscope* 2014 Sep;124(9):2161-6.
85. Kovalerchik O, Mady LJ, Svider PF, Mauro AC, Baredes S, Liu JK, Eloy JA. Physician accountability in iatrogenic cerebrospinal fluid leak litigation. *Int Forum Allergy Rhinol*. 2013 Sep;3(9):722-5.
86. Svider PF, Kovalerchik O, Mauro AC, Baredes S, Eloy JA. Legal liability in iatrogenic orbital injury. *Laryngoscope* 2013 Sep;123(9):2099-103.
87. Motta S, Testa D, Cesari U, Quaremba G, Motta G. Medical liability, defensive medicine and professional insurance in otolaryngology. *BMC Res Notes*. 2015; 8: 343.
88. Thompson AC, Parikh PD, Lad EM. Review of Ophthalmology Medical Professional Liability Claims in the United States from 2006 through 2015. *Ophthalmology* 2018 May;125(5):631-641.
89. Engelhard SB, Aronow ME, Shah CT, Sim AJ, Reddy AK. Malpractice Litigation in Ocular Oncology. *Ocul Oncol Pathol* 2018 Apr;4(3):135-140.
90. Mathew RG, Ferguson V, Hingorani M. Clinical negligence in ophthalmology: fifteen years of National Health Service litigation authority data. *Ophthalmology* 2013;120:859–864.
91. Reddy AK, Engelhard SB, Shah CT, Sim AJ, Thorne JE. Medical Malpractice in Uveitis: A Review of Clinical Entities and Outcomes. *Ocul Immunol Inflamm*. 2018;26(2):242-248.
92. Kraushar MF. Medical malpractice experiences of vitreoretinal specialists: risk prevention strategies. *Retina*. 2003 Aug;23(4):523-9.
93. Morley M, Menke AM, Nanji KC. Ocular Anesthesia-Related Closed Claims from Ophthalmic Mutual Insurance Company 2008-2018. *Ophthalmology* 2020 Jul;127(7):852-858.
94. Ali N. A decade of clinical negligence in ophthalmology. *BMC Ophthalmol* 2007 Dec 20;7:20.
95. Simonsen AR, Duncavage JA, Becker SS. Malpractice in head and neck surgery: a review of cases. *Otolaryngol Head Neck Surg* . 2012 Jul;147(1):69-73.
96. Smith TR, Habib A, Rosenow JM, Nahed BV, Babu MA, Cybulski G, Fessler R, Batjer HH, Heary RF. Defensive medicine in neurosurgery: does state-level liability risk matter? *Neurosurgery*. 2015 Feb;76(2):105-13; discussion 113-4.

97. Din RS, Yan SC, Cote DJ, Acosta MA, Smith TR. Defensive Medicine in U.S. Spine Neurosurgery. *Spine (Phila Pa 1976)* 2017 Feb;42(3):177-185.
98. Chen A, Patel NK, Khan Y, et al. The cost of adverse events from knee surgery in the United Kingdom: an in-depth review of the National Health Service Litigation Authority database. *Knee*. 2015;22:286–291.
99. Stewart RM, Johnston J, Geoghegan K, et al. Trauma surgery malpractice risk. *Ann Surg*. 2005;241:969–977.
100. Morris JA, Carrillo Y, Jenkins JM, et al. Surgical adverse events, risk management, and malpractice outcome: morbidity and mortality review is not enough. *Ann Surg*. 2003;237:844–851.
101. Ferrara SD, Baccino E, Bajanowski T, et al. Malpractice and medical liability. European Guidelines on Methods of Ascertainment and Criteria of Evaluation. *Int J Legal Med*. 2013;127:545–557.
102. Fontanetta P, Mackenzie DA, Rosman M. Missed, maluniting, and malunited fractures of the lateral humeral condyle in children. *J Trauma*. 1978;18:329–335.
103. Schrier JCM, Palmen LN, Verheyen CCPM, et al. Patient-reported outcome measures in hallux valgus surgery. A review of literature. *Foot Ankle Surg*. 2015;21:11–15.
104. Gidwani S, Zaidi SMR, Bircher MD. Medical negligence in orthopaedic surgery: a review of 130 consecutive medical negligence reports. *J Bone Joint Surg Br*. 2009;91:151–156.
105. Office of Technology Assessment (1994). *Defensive medicine and medical malpractice (OTA-H-602)*. U.S. Government Printing Office, Washington, DC.
106. Badger C, Verma SP. A tough pill to swallow: Medicolegal liability and dysphagia. *Am J Otolaryngol*. Nov-Dec 2018;39(6):698-703.
107. Ruhl DS, Cable BB, Martell DW. Medication associated with hearing loss: 25 years of medical malpractice cases in the United States. *Otolaryngol Head Neck Surg* . 2014 Sep;151(3):431-7.
108. Lydiatt DD. Cancer of the oral cavity and medical malpractice. *Laryngoscope*. 2002 May;112(5):816-9.
109. Morris LGT, Ziff DJS, DeLacure MD. Malpractice litigation after surgical injury of the spinal accessory nerve: an evidence-based analysis. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2008 Jan;134(1):102-7.
110. Jena AB, Seabury S, Lakdawalla D, Chandra A. Malpractice Risk According to Physician Specialty. *N Engl J Med* 2011; 365:629-636.

111. Watari T. Malpractice Claims of Internal Medicine Involving Diagnostic and System Errors in Japan. *Intern Med.* 2021 Sep 15;60(18):2919-25.
112. Moreira H, Magalhães T, Dinis-Oliveira RJ, Taveira-Gomes A. Forensic evaluation of medical liability cases in general surgery. *Med Sci Law* 2014 Oct;54(4):193-202.
113. Yu E. 'Largest Medical Malpractice Verdict in U.S. History' Awarded To Maryland Woman. *WAMU 88.5.* Sep 26, 2019.
114. Nahed BV, Babu MA, Smith TR, Heary RF. Malpractice Liability and Defensive Medicine: A National Survey of Neurosurgeons. *PLoS One* 2012;7(6):e39237.
115. Studdert DM, Mello MM, Gawande AA, Gandhi TK, Kachalia A, Yoon C, et al. Claims, errors, and compensation payments in medical malpractice litigation. *N Engl J Med.* 2006;354(19):2024-33.
116. Moen V, Dahlgren N, Irestedt L. Severe neurological complications after central neuraxial blockades in Sweden 1990–1999. *Anesthesiology* 2004; 101: 950– 9.
117. Auroy Y, Narchi P, Messiah A, Litt L, Rouvier B, Samii K. Serious complications related to regional anaesthesia. Results of a prospective survey in France. *Anesthesiology* 1997; 87: 479– 86.
118. Lee LA, Posner KL, Domino K, Caplan RA, Cheney FW. Injuries Associated with Regional Anesthesia in the 1980s and 1990s. A Closed Claims Analysis. *Anesthesiology* 2004; 101: 143– 52.
119. Cook TM, Counsell D, Wildsmith JAW. Major complications of central neuraxial block: report on the Third National Audit Project of the Royal College of Anaesthetists. *British Journal of Anaesthesia* 2009; 102: 179– 90.
120. Somville FJMP, van Sprundel M, Somville J. Analysis of surgical errors in malpractice claims in Belgium. *Acta Chir Belg* .2010 Jan-Feb;110(1):11-8.
121. Staender S, Schaer H, Clergue F, Gerber H, Pasch T, Skarvan K, Meister B. A Swiss Anaesthesiology Closed Claims Analysis: report of events in the years 1987–2008. *Eur J Anaesthesiol.* 2011 Feb;28(2):85-91.
122. Adinma JIB. Litigations and the Obstetrician in Clinical Practice. *Ann Med Health Sci Res.* 2016 Mar-Apr; 6(2): 74-79.
123. Choudhry AJ, Haddad NN, Rivera M, Morris DS, Zietlow SP, Schiller HJ, Jenkins DH, Chowdhury NM, Zielinski MD. Medical malpractice in the management of small bowel obstruction: A 33-year review of case law. *Surgery.* 2016 Oct;160(4):1017 – 1027.

11.0 ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΔΙΚΑΣΤΙΚΩΝ ΑΠΟΦΑΣΕΩΝ

1.	Τριμ. Εφ.Θεσ. 19/1972 (Ποιν.Χρ. ΚΒ 1972)
2.	ΑΠ 235/1975 (αδημ.)
3.	ΑΠ 169/1979 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
4.	Τριμ.Εφ.Θεσ. 145/1982 (Ε.Ε.Ν. 1982,422)
5.	ΑΠ 490/1996 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
6.	Συμβ.Πλημ.Δράμας 86/2001 (αδημ.)
7.	ΑΠ 2432/2003 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
8.	ΑΠ 1337/2005 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
9.	Τριμ.Εφ.Αθ. 3254/2005 (αδημ.)
10.	ΑΠ 822/2006 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
11.	Τρ Εφ.Αθηνών 11159/2005 (αδημ.)
12.	ΑΠ 1757/2007 (Sakkoulasonline.gr)
13.	Τριμ.Εφ.Αθ. 3492/2009 (αδημ.)
14.	ΑΠ 2313/2009 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
15.	Τριμ.Εφ.Πλημ.Αθ. 3599/2011 (αδημ.)
16.	ΑΠ 759/2012 (Sakkoulasonline.gr)
17.	Τριμ.Εφ. Λαρ. 1435/2011 (αδημ.)
18.	ΑΠ 1311/2012 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
19.	ΜΟΕ Πατρών 113/2013 (αδημ.)
20.	ΑΠ 165/2017 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
21.	Τριμ.Εφ.Αθ. 4583/2014 (αδημ.)
22.	ΑΠ 809/2015 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
23.	Τριμ.Εφ.Αθ.2151/2014 (αδημ.)
24.	ΑΠ 1446/2017 (Sakkoulasonline.gr)
25.	Τριμ.Εφ.Θεσ.574/2017 (αδημ.)
26.	ΑΠ 184/2018 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
27.	Τριμ.Πλημ.Αθ. 1192/2015 (αδημ.)
28.	ΑΠ 1114/2016 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
29.	Τριμ.Πλημ.Κοζ. 384/2018 (αδημ.)
30.	ΑΠ 1209/2019 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
31.	ΜΟΕ Πατρών 153/2018 (αδημ.)
32.	ΑΠ 1284/2019 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
33.	Τριμ.Εφ.Θεσ.4367/2008 (αδημ.)
34.	ΑΠ 1141/2010 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
35.	Τριμ.Εφ.Κερκ. 125/2001 (αδημ.)
36.	ΑΠ 1438/2001 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
37.	Τριμ.Εφ.Αθ.6993/2004 (αδημ.)
38.	Τριμ.Εφ.Λαρ. 1435/2011 (αδημ.)
39.	ΑΠ 1311/ 2012 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
40.	Τριμ.Εφ.Λαρ. 888/2014 (αδημ.)
41.	ΑΠ 230/2015 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
42.	Τριμ.Εφ.Θεσ. 3429/2014 (αδημ.)
43.	ΑΠ 782/2015 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
44.	Διατ.Εισ.ΠλημΑθ.8599/2018 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
45.	ΑΠ 2432/2003 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
46.	Τριμ.Εφ.Κερκ. 82/2000 (αδημ.)
47.	ΑΠ 1354/2000 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)

48.	Τριμ.Εφ.Κρήτης 1Α/2013 (αδημ.)
49.	ΑΠ 1069/2013 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
50.	Τρ.Εφ.Θεσ-νίκης 3525/2014 (αδημ.)
51.	ΑΠ 809 /2015 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
52.	Δ.Πρ.Αθ. 13203/2006 (αδημ.)
53.	Δ.Εφ.Αθ. 987/2008 (αδημ.)
54.	ΣτΕ 3793/2014 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
55.	Τριμ.Εφ.Κερκ. 200/2014 (αδημ.)
56.	ΑΠ 1800/2016 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
57.	Τριμ.Πλημ.Αθ. 29829/2016 (αδημ.)
58.	ΑΠ 1059/2017 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
59.	Εφ.Θεσ. 2085/2020 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
60.	Δ.Πρ.Αθ. 311/2021 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
61.	Δ.Εφ.Αθ. 1630/2021 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
62.	Εφ.Λαρ. 432/2019 (ΙΣΟΚΡΑΤΗΣ)
63.	Εφ.Λαρ. 47/2021 (ΙΣΟΚΡΑΤΗΣ)
64.	Μον.Πλημ.Λαρ. 619/2016 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
65.	Δ.Πρ.Αθ. 637/2004 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
66.	Τριμ.Εφ.Λαρ. 217/2014 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
67.	Δ.Πρ.Αθ. 6352/2002 (αδημ.)
68.	Δ.Εφ. Αθ. 3131/2004 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
69.	ΣτΕ 1018/2008 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
70.	Δ.Πρ.Θεσ. 2504/2002 (αδημ.)
71.	Δ.Εφ.Θεσ.1786/2005 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
72.	ΣτΕ 5/2011 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
73.	Π.Πρ.Λαρ. 56/2014 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
74.	ΑΠ 55/2023 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
75.	Τριμ.Εφ.Λαρ. 298/2015 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
76.	Ολ. Ελ.Συν.2922/2015 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
77.	Δ.Πρ.Αθ. 7130/2020 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
78.	Δ.Πρ.Θεσ. 3627/2008 (αδημ.)
79.	Δ.Εφ.Θεσ. 998/2011 (αδημ.)
80.	ΣτΕ 675/2021 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
81.	ΑΠ 1187/2017 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
82.	Δ.Πρ.Αθ. 4397/2009 (αδημ.)
83.	Δ.Εφ.Αθ. 82/2012 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
84.	Π.Πρ.Αθ.2137/2003 (αδημ.)
85.	Τριμ.Εφ. Αθ. 3726/2006 (αδημ.)
86.	ΑΠ 1227/2007 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
87.	Π.Πρ.Λαρ. 191/2012 (αδημ.)
88.	Π.Πρ.Δράμας 70/2004 (αδημ.)
89.	Εφ.Θράκης 458/2007 (αδημ.)
90.	ΑΠ 496/2010 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
91.	Π.Πρ.Κατερ. 32/2006 (αδημ.)
92.	Τριμ.Εφ.Θεσ.1064/2012 (αδημ.)
93.	ΑΠ 894/2014 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
94.	Π.ΠρΛαρ.56/2014 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
95.	Τριμ.Εφ.Λαρ.298/2015 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
96.	Π.Πρ.Καρδ. 33/2018 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
97.	Δ.Πρ.Αθ. 10933/1997 (Ελ. Δνη 1998, 1171)

98.	ΑΠ 419/2000 (Ποιν.Χρον.2000, 910 επ.)
99.	Τριμ.Εφ.Ναυπλ.486/1999 (αδημ.)
100.	ΑΠ 21/2001 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
101.	ΑΠ 601/2000 (ΝοΒ 2000, 1477επ.)
102.	Συμβ.Α.Π.2038/2008 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
103.	Τριμ.Εφ.Θεσ. 286/2007 (αδημ.)
104.	ΑΠ 543/2008 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
105.	Τριμ.Εφ.Πατρ.1473Α, 1930/2007 (αδημ.)
106.	ΑΠ 338/2009 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
107.	Τριμ.Εφ.Αθ. 10805/2010 (αδημ.)
108.	Τριμ.Εφ.Θεσ.1825/2011 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
109.	ΑΠ 1308/2011 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
110.	Τριμ.Εφ.Θεσ.5530/2011 (αδημ.)
111.	ΑΠ 1522/ 2012 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
112.	Τριμ.Εφ.Θεσ.20380/2011 (αδημ.)
113.	Τριμ.Εφ.Θρ. 903/2012)αδημ.)
114.	ΑΠ 1034/2013 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
115.	Τριμ.Εφ.Αθ.10805/2010 (αδημ.)
116.	ΑΠ 45/2013 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
117.	Τριμ.Εφ.Θρ. 314/2013 (αδημ.)
118.	ΑΠ 675/ 2014 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
119.	Τριμ.Πλημ.Καλαμ.996/2015 (αδημ.)
120.	Τριμ.Εφ.Πειρ.1539-1629/2014 (αδημ.)
121.	ΑΠ 1349 /2016 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
122.	Τριμ.Εφ.Αθ.4251,4375/2015 (αδημ.)
123.	ΑΠ 35/2016 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
124.	Τριμ.Πλημ.Θεσ.9952/2015 (αδημ.)
125.	Τριμ.Εφ.Αθ.1317/2018 (αδημ.)
126.	ΑΠ 915/2019 (Sakkoulasonline.gr)
127.	Τριμ.Εφ.Αθ.2700/2016 (αδημ.)
128.	ΑΠ 1753/2016 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
129.	Τριμ.Εφ.Θεσ. 1825/2011 (αδημ.)
130.	Α.Π. 1308/2011 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
131.	Τριμ.Εφ.Αθ.3506/2016 (αδημ.)
132.	ΑΠ 157/2017 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
133.	Τριμ.Εφ.Αθ.220/2017, 825/2017 (αδημ.)
134.	Α.Π. 795/2018 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
135.	Τριμ.Πλημ.Βολ.589/ 2018 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
136.	Τριμ.Εφ.Θρ.152/2018 (αδημ.)
137.	ΑΠ 43/2019 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
138.	Εφ.Δωδ.168/2019 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
139.	ΑΠ 1058/1995, Ποιν. Χρ. ΜΣΤ (1996), 486 επ.
140.	Συμβ.Εφ.Θρ.62/2001, Ποιν.Δ/νη 2001, 1125επ.
141.	Τριμ.Πλημ.Ροδ. 3016/2003 (αδημ.)
142.	Τριμ.Εφ.Δωδ.53/2018 (αδημ.)
143.	ΑΠ 1848/2008 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
144.	ΑΠ 1644/2002 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
145.	Συμβ.Πλημ.Αθ. 2273/2004 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
146.	Πλημ.Ξανθ. 1593/2004 Ποιν.Δ/νη 2004,817επ.
147.	Συμβ.Πλημ.Θεσ.684/2008 (αδημ.).

148.	Συμβ.ΑΠ 2038/2008 (Sakkoulasonline.gr)
149.	Τριμ.Εφ.Ναυπλ.663/2010 (αδημ.)
150.	ΑΠ 1720/2010(Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
151.	Τριμ.Εφ.Αθ. 1158/2009 (αδημ.)
152.	ΑΠ 1721/ 2010 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
153.	Τριμ.Πλημ.Αθ.8951/2008 (αδημ.)
154.	ΑΠ 1060/2010 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
155.	Π.ΠρΘεσ.12941/2014 (Sakkoulasonline.gr)
156.	ΑΠ 1522/2012 (Sakkoulasonline.gr)
157.	Τριμ.Εφ.Αθ.2801/2014 (αδημ.)
158.	ΑΠ 1162/2019 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
159.	Τριμ.Εφ.Θρ.1312/ 2016 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
160.	ΑΠ 986/2017 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
161.	Τριμ.Εφ.Αθ.4301/2005 (αδημ.)
162.	ΑΠ 611/2007, Ποιν. Δικ. 2007, σ. 1379:
163.	Τριμ.Πλημ.Θεσ.4894/2019 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
164.	Τριμ.Εφ.Αθ. 3506/2016 (αδημ.)
165.	ΑΠ 157/2017 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
166.	Τριμ.Εφ.Θεσ.1989/2017 (αδημ.)
167.	ΑΠ 655/2019 (Sakkoulasonline.gr)
168.	Τριμ.Πλημ.Αθ. 21436/ 2017 (αδημ.)
169.	ΑΠ 107/2019 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
170.	Συμβ.ΑΠ 796/1998 (Ποιν.Χρον.1999,351 επ.)
171.	Τριμ.Εφ.Αθ.9940/2012 (αδημ.)
172.	Τριμ.Πλημ.Αθ. 32951/2013 (αδημ.)
173.	ΑΠ 825/2014 (Sakkoulasonline.gr)
174.	Τριμ.Εφ.Δυτ.Ελλ.303/2015 (αδημ.)
175.	ΑΠ 1285/2016 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
176.	Τριμ.Πλημ.Θεσ. 4894/2019 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
177.	Τριμ.Εφ.Αθ. 1890/2016 (αδημ.)
178.	ΑΠ 1634/2016 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
179.	Τριμ.Εφ.Αθ. 370/2017 (αδημ.)
180.	ΑΠ 1986/2017 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
181.	Δ.Πρ.Αθ. 1405/1999 (αδημ.)
182.	Δ.Εφ.Αθ. 1026/2000 (αδημ.)
183.	ΣτΕ 3081/2003 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
184.	Δ.Πρ.Αθ.13600/2007 (αδημ.)
185.	Δ.Εφ.Αθ. 1231/2009 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
186.	Δ.Πρ.Θεσ. 2840/2002 (αδημ.)
187.	Δ.Εφ.Θεσ. 2071/2005 (αδημ.)
188.	ΣτΕ 572/2013 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
189.	Π.Πρ.Αθ. 5739/2013 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
190.	Π.Πρ.Αθ.3000/2014 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
191.	Π.Πρ.Θεσ. 12941/2014 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
192.	Τριμ.Εφ.Θεσ.1954/2017 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
193.	Μ.Πρ.Αθ.3692/2016 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
194.	Π.Πρ.Θεσ. 9849/2013 (αδημ.)
195.	Δ.Εφ.Αθ. 1231/2009 (αδημ.)
196.	ΣτΕ 15/2018 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
197.	ΑΠ 555/1997 (Ποιν.Χρ. ΜΗ 126 επ.)

198.	Τριμ.Εφ.Αθ.4594/2005 (αδημ.)
199.	ΑΠ 97/2007 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
200.	Συμβ.Πλημ.Ροδ. 132/2007 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
201.	Τριμ.Εφ.Αθ. 552/2013 (αδημ.)
202.	ΑΠ 882/2014 (Sakkoulasonline.gr)
203.	Τριμ.Εφ.Κρήτης 294/2006 (αδημ.)
204.	ΑΠ 1709/2007 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
205.	Τριμ.Εφ.Θεσ. 2622/2006 (αδημ.)
206.	ΑΠ 1211/2007 (Ποιν.Λόγος 2007, 857 επ.)
207.	Τριμ.Εφ.Κρήτης 842/2016 (αδημ.)
208.	ΑΠ 1589/2007 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
209.	Τριμ.Εφ.Λαρ. 540/2008 (αδημ.)
210.	ΑΠ 2474/2008 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
211.	Τριμ.Εφ.Αθ.9222/2008 (αδημ.)
212.	ΑΠ 335/2010 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
213.	Τριμ.Εφ.Αθ. 4548/2011 (αδημ.)
214.	ΑΠ 746/2013 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
215.	Τριμ.Εφ.Θρ.289/2013 (αδημ.)
216.	ΑΠ 1269/2013 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
217.	Μον.Πλημ.Θεσ. 20075/2013 (Ποιν.Δ/νη 2014, 565 επ.)
218.	Τριμ.Εφ.Πατρ.302/2009 (αδημ.)
219.	ΑΠ 1609/2009 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
220.	Τριμ.Εφ.Θεσ. 3619/2013 (αδημ.)
221.	ΑΠ 472/2014 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
222.	ΑΠ 782/2015 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
223.	Τριμ.Εφ.Πατρ. 294/2016 (αδημ.)
224.	ΑΠ 1419/2016 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
225.	ΑΠ 2474/2008 (ΙΣΟΚΡΑΤΗΣ).
226.	Τριμ.Εφ.Κρ. 1337/2012 (αδημ.)
227.	ΑΠ 880/2013 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
228.	Τριμ.Εφ.Θεσ. 2380/2011 (αδημ.)
229.	ΑΠ 236/2012 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
230.	Τριμ.Εφ.Πατρ.208/2015 (αδημ.)
231.	ΑΠ 1057/2016 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
232.	Τριμ.Εφ.Ναυπλ.129/2015 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
233.	Τριμ.Εφ.Θεσ. 3406/2015 (αδημ.)
234.	ΑΠ 1033/2016 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
235.	Τριμ.Εφ.Αθ. 6185/2016 (αδημ.)
236.	ΑΠ 1505/2017 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
237.	Τριμ.Εφ.Αθ. 2215/2017 (αδημ.)
238.	ΑΠ 365/2018 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
239.	Τριμ.Εφ.Δυτ.Μακ. 198/2018 (αδημ.)
240.	ΑΠ 234/2019 (Sakkoulasonline.gr)
241.	ΑΠ 1211/2007 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
242.	Συμβ.Πλημ.Πατρ. 403/2020 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
243.	Τριμ.Εφ.Λαρ. 809/2002 (αδημ.)
244.	ΑΠ 76/2004 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
245.	Τριμ.Πλημ.Κορ.1312,2016/2016 (αδημ.)
246.	ΑΠ 649/2017 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
247.	Τριμ.Πλημ.Αθ.79937/2002 (αδημ.)

248.	ΑΠ 1671/2003 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
249.	Τριμ.Πλημ.Θεσ. 1011/2014 (αδημ.)
250.	ΑΠ 182/2015 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
251.	Συμβ.Πλημ.Θεσ. 1091/1999 (αδημ.)
252.	Συμβ.ΑΠ 490/2000 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
253.	Τριμ.Εφ.Θεσ. 629/2016 (αδημ.)
254.	ΑΠ 32/2017 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
255.	Τριμ.Εφ.Αθ. 12064/2002 (αδημ.)
256.	ΑΠ 392/2005 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
257.	Τριμ.Πλημ.Πειρ. 5576/2006 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
258.	Τριμ.Πλημ.Ροδόπης 712/2018 (αδημ.)
259.	ΑΠ 1380/2019 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
260.	ΑΠ 2013/2004 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
261.	Τριμ.Εφ.Θεσ. 3149/2004 (αδημ.)
262.	ΑΠ 264/2006 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
263.	Τριμ.Εφ.Αιγ. 72/2008 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
264.	Τριμ.Εφ.Κερκ. 151/2008 (αδημ.)
265.	ΑΠ 1812/2008 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
266.	Τριμ.Εφ.Αθ. 1747/2008 (αδημ.)
267.	ΑΠ 449/2009 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
268.	Τριμ.Εφ.Πατρ. 1051/2012 (αδημ.)
269.	ΑΠ 156/2013 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
270.	Τριμ.Εφ.Αθ. 9482/2012 (αδημ.)
271.	ΑΠ 1350/2013 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
272.	Τριμ. Εφ. Αθ. 9654/2013 (αδημ.)
273.	ΑΠ 442/2014 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
274.	Τριμ.Εφ.Αθ. 8586/2003 (αδημ.)
275.	ΑΠ 1266/2004 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
276.	Διατ.Εισ.Πλημ.Αθ. 8599/2018 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
277.	Τριμ.Πλημ.Αθ. 1963/2013 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
278.	Τριμ.Πλημ.Λαρ. 74/2000 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
279.	Συμβ.ΑΠ 728/1988 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
280.	Τριμ.Πλημ.Καλαμ. 1270/2015 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
281.	Τριμ.Πλημ.Αθ. 30449/2015 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
282.	Τριμ.Πλημ.Αθ. 21422/2010 (Ποιν.Δ/νη 2010,1270 επ.)
283.	Τριμ.Πλημ.Αθ.42284 ^α /2015 (αδημ.)
284.	ΑΠ 634/2017 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
285.	Συμβ.Πλημ.Κερκ.125/2005 (Ποιν.Δ/νη 2006, 32 επ.)
286.	Τριμ.Πλημ.Θεσ. 2089/2000 (αδημ.)
287.	ΑΠ 402/2011 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
288.	Τριμ.Πλημ.Αγρ. 1313/2002 (Sakkoulasonline.gr)
289.	Συμβ.Πλημ.Ροδ. 51/2005 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
290.	Τριμ.Πλημ.Πειρ. 6365/2013 (αδημ.)
291.	ΑΠ 877/2014 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
292.	Μον.Πλημ.Χανίων 3475/2015 (αδημ.)
293.	ΑΠ 1261/2016 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
294.	Τριμ.Πλημ.Ηρακλ.793/2008 (αδημ.)
295.	Τριμ.Εφ.Αθ. 976/2010 (αδημ.)
296.	ΑΠ 956/2010 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
297.	Τριμ.Εφ.Αθ.6095/2015 (αδημ.)

298.	ΑΠ 625/2017 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
299.	ΑΠ 1562013 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
300.	Τριμ.Πλημ.Ροδοπ.712/2018 (αδημ.)
301.	Τριμ.Εφ.Δυτ.Μακ. 86/2019 (αδημ.)
302.	ΑΠ 1615/2019 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
303.	Τριμ.Εφ.Πατρ. 302/2009 (αδημ.)
304.	ΑΠ 1609/2019 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
305.	ΑΠ 1431/2010 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
306.	Εφ.Αθ. 197/1988 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
307.	Εφ.Αθ. 5152/2002 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
308.	Π.Πρ.Αρτ.136/2005 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
309.	Εφ.Ιωαν. 375/2008 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
310.	ΑΠ 726/2012 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
311.	ΣτΕ 1613/2005 (Sakkoulasonline.gr)
312.	Εφ.Λαρ. 544/2007 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
313.	Δ.Εφ.Αθ. 2085/2015 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
314.	Μ.Πρ.Αθ. 3692/2016 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
315.	Π.Πρ.Θεσ. 33096/2007 (Sakkoulasonline.gr)
316.	Δ.Πρ.Ροδ. 648/2006 (αδημ.)
317.	Δ.Εφ.Πειρ. 727/2009 (αδημ.)
318.	ΣτΕ 2376/2017 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
319.	Δ.Πρ.Αθ. 1117/2008 (αδημ.)
320.	Δ.Εφ.Αθ. 2391/2009 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
321.	Δ.Πρ.Καλαμ. 4/2009 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
322.	Εφ.Αθ. 3/2009 (αδημ.)
323.	ΑΠ 1631/2010 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
324.	Π.Πρ.Αθ. 27/2011 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
325.	Εφ.Κρ. 307/2008 (αδημ.)
326.	ΑΠ 1355/2011 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
327.	Π.Πρ.Θεσ. 2279/2001 (αδημ.)
328.	Εφ.Θεσ. 3037/2002 (αδημ.)
329.	ΑΠ 154/2011 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
330.	Εφ.Πειρ. 22/2011 (αδημ.)
331.	ΑΠ 10/2013 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
332.	Π.Πρ.Αθ. 3267/2013 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
333.	Π.Πρ.Θεσ. 15044/2013 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
334.	Π.Πρ.Αθ. 1339/2014 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
335.	Π.Πρ.Κατερ. 216/2008 (αδημ.)
336.	Εφ.Θεσ. 459/2012 (αδημ.)
337.	ΑΠ 633/2014 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
338.	Π.Πρ.Αθ. 2985/2015 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
339.	Π.Πρ.Αθ. 7059/2010 (αδημ.)
340.	Εφ.Αθ. 5006/2012 (αδημ.)
341.	ΑΠ 427/2015 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
342.	Π.Πρ.Αθ. 37031/2003 (αδημ.)
343.	Εφ.Αθ. 54/2010 (αδημ.)
344.	ΑΠ 974/2014 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
345.	Π.Πρ.Θεσ. 21841/2012 (αδημ.)
346.	Εφ.Θεσ. 2165/2015 (αδημ.)
347.	ΑΠ 418/2018 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)

348.	Π.Πρ.Θεσ. 12987/2012 (αδημ.)
349.	Εφ.Θεσ. 1948/2015 (αδημ.)
350.	ΑΠ 1418/2017 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
351.	Π.Πρ.Θεσ. 8413/2005 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
352.	Μ.Πρ.Θεσ. 15576/2017 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
353.	Δ.Εφ.Πατρ. 60/2018 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
354.	Δ.Εφ.Αθ. 3123/2008 (αδημ.)
355.	ΣτΕ 1580/2018 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
356.	Π.Πρ.Θεσ. 5352/2020 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
357.	Μ.Πρ.Θεσ. 11595/2017 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
358.	Δ.Πρ.Αθ. 10933/1997 (Ελ.Δ/νη 1998, 1171 επ.)
359.	Δ.Πρ.Αθ. 4397/2009 (αδημ.)
360.	Δ.Εφ.Αθ. 82/2012 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
361.	Τριμ.Εφ.Αθ. 5674/1995 (Ποιν.Χρρ. 1996, 1630 επ.)
362.	Τριμ.Εφ.Θεσ. 1467/2007 (αδημ.)
363.	ΑΠ 1888/2009 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
364.	Τριμ.Εφ.Θεσ. 3157/2008 (αδημ.)
365.	ΑΠ 1532/2009 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
366.	Εφ.Αθ. 3726/2006 (αδημ.)
367.	ΑΠ 1226/2007 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
368.	Τριμ.Εφ.Θεσ. 3939/2005 (αδημ.)
369.	ΑΠ 1941/2007 (Sakkoulasonline.gr)
370.	Τριμ.Εφ.Θεσ. 3175/2008 (αδημ.)
371.	ΑΠ 1532/2009 (Sakkoulasonline.gr)
372.	Τριμ.Εφ.Αθ. 2624/2013 (αδημ.)
373.	ΑΠ 149/2014 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
374.	ΑΠ 1332/2014 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
375.	Εφ.Λαρ. 508/2008 (αδημ.)
376.	Εφ.Λαρ. 843/2006 (αδημ.)
377.	ΑΠ 1424/2007 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
378.	Τριμ.Εφ.Θεσ. 2591/2007 (αδημ.)
379.	ΑΠ 1091/2008 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
380.	Τριμ.Εφ.Θεσ. 2027/2014 (αδημ.)
381.	ΑΠ 695/2017 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
382.	Τριμ.Πλημ.Θεσ. 164/2017 (αδημ.)
383.	ΑΠ 1346/2017 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
384.	Τριμ.Εφ.Αθ. 2801/2014 (αδημ.)
385.	Τριμ.Πλημ.Πατρ. 1206/2018 (αδημ.)
386.	ΑΠ 568/2019 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
387.	Δ.Πρ.Πειρ. 2101/2006 (αδημ.)
388.	Δ.Εφ.Πειρ. 2164/2009 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
389.	Π.Πρ.Αθ. 3669/2013 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
390.	Εφ.Θεσ. 2373/2010 (αδημ.)
391.	ΑΠ 1429/2012 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
392.	Δ.Πρ.Αθ. 8235/2010 (αδημ.)
393.	Δ.Εφ.Αθ. 1267/2012 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
394.	Δ.Πρ.Αθ. 18895/2009 (αδημ.)
395.	Δ.Εφ.Αθ. 6933/2014 (αδημ.)
396.	ΣτΕ 252/2020 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
397.	Δ.Πρ.Πειρ. 2689/2005 (αδημ.)

398.	Δ.Εφ.Πειρ. 391/2008 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
399.	ΣτΕ 2112/2019 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
400.	Π.Πρ.Θεσ. 9962/2007 (αδημ.)
401.	Εφ.Θεσ. 368/2009 (αδημ.)
402.	ΑΠ 180/2011 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
403.	Π.Πρ.Θεσ. 4277/2011 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
404.	Εφ.Αθ. 147/2010 (αδημ.)
405.	ΑΠ 1444/2012 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
406.	Δ.Εφ.Τριπ. 477/2008 (αδημ.)
407.	ΣτΕ 1140/2017 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
408.	Δ.Πρ.Μυτιλ. 1/2010 (αδημ.)
409.	Δ.Εφ.Πειρ. 45/2013 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
410.	Δ.Πρ.Αθ. 9425/2011 (αδημ.)
411.	Δ.Εφ.Αθ. 4378/2013 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
412.	Π.Πρ.Αθ. 5413/2013 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
413.	Π.Πρ.Λαρ. 275/2005 (αδημ.)
414.	ΑΠ 1683/2014 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
415.	Π.Πρ.Πειρ. 4631/2013 (αδημ.)
416.	Εφ.Πειρ. 23/2016 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
417.	Π.Πρ.Πειρ. 4333/2010 (αδημ.)
418.	Εφ.Πειρ. 402/2014 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
419.	Δ.Εφ.Αθ. 61/2015 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
420.	Π.Πρ.Θεσ. 10862/2016 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
421.	Εφ.Αθ. 5432/2015 (αδημ.)
422.	ΑΠ 1478/2018 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
423.	Εφ.Θεσ. 2252/2014 (αδημ.)
424.	ΑΠ 846/2017 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
425.	Δ.Πρ.Αθ. 34/2019 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
426.	Εφ.Αθ. 7056/2014 (αδημ.)
427.	ΑΠ 1343/2017 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
428.	Διατ.Εισ.Εφ.Πειρ. 30/2018 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
429.	Α.Π. 1332/2014 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
430.	Π.Πρ.Ηλείας 20/2020 (Δ.Δίκη 2006, 796 επ. και ΝΟΜΟΣ)
431.	Συμβ.Πλημ.Αγρ. 8/2000 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
432.	Πεντ.Αναθ.Δικ. 421/2009 (αδημ.)
433.	ΑΠ 669/2011 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
434.	Τριμ.Εφ.Αθ. 11158/2009 (αδημ.)
435.	ΑΠ 1721/2010 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
436.	Τριμ.Πλημ.Θεσ. 19962/2002 (αδημ.)
437.	ΑΠ 1659/2003 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
438.	Τριμ.Εφ.Θεσ. 380/2004 (αδημ.)
439.	ΑΠ 2368/2005 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
440.	Τριμ.Εφ.Αθ. 1567/2006 (αδημ.)
441.	ΑΠ 1010/2007 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
442.	Τριμ.Εφ.Αθ. 4804/2013 (αδημ.)
443.	ΑΠ 1102/2014 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
444.	Τριμ.Εφ.Θεσ. 3280/2015 (αδημ.)
445.	ΑΠ 1135/2017 (Sakkoulasonline.gr)
446.	Π.Πρ.Αθ. 6231/2004 (αδημ.)
447.	Εφ.Αθ. 847/2006 (αδημ.)

448.	ΑΠ 2/2009 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
449.	Π.Πρ.Θεσ. 12552/2003 (αδημ.)
450.	Εφ.Θεσ. 2690/2004 (αδημ.)
451.	ΑΠ 2208/2007 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
452.	ΟΛ.Α.Π. 3/2009 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
453.	Εφ.Αθ. 4964/2008 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
454.	Μ.Πρ.Αθ. 370/2013 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
455.	ΑΠ 566/1996 (Ποιν.Χρον. 1967, 233 επ.)
456.	ΑΠ 1135/1993 (Ποιν.Χρ. ΜΓ 855 επ.)
457.	Τριμ.Εφ.Θεσ. 102/2005 (αδημ.)
458.	ΑΠ 58/2007 (Sakkoulasonline.gr)
459.	Τριμ.Εφ.Λαρ. 407/2010 (αδημ.)
460.	ΑΠ 159/2011 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
461.	Τριμ.Εφ.Θεσ. 1162/2014 (αδημ.)
462.	ΑΠ 750/2015 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
463.	Τριμ.Εφ.Κρήτης 1 ^Α /2013 (αδημ.)
464.	ΑΠ 1069/2013 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
465.	Τριμ.Εφ.Θεσ. 3425/2014 (αδημ.)
466.	ΑΠ 880/1989 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
467.	Τριμ.Πλημ.Θεσ. 9772/2007 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
468.	Εφ.Θεσ. 3127/2009 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
469.	ΑΠ 673/1987 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
470.	ΑΠ 672/1989 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
471.	Δ.Πρ.Βερ. 192/2006 (αδημ.)
472.	Δ.Εφ.Θεσ. 494/2009 (αδημ.)
473.	ΣτΕ 2473/2019 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
474.	Δ.Πρ.Αθ. 8593/2011 (αδημ.)
475.	Δ.Εφ.Αθ. 2443/2012 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
476.	Δ.Πρ.Αθ. 6833/2011 (αδημ.)
477.	Δ.Εφ.Αθ. 736/2014 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
478.	Δ.Εφ.Αθ. 3076/2008 (αδημ.)
479.	ΣτΕ 116/2009 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
480.	Δ.Πρ.Ιωαν. 581/2020 (αδημ.)
481.	Δ.Εφ.Ιωαν. 231/2022 (αδημ.)
482.	Τριμ.Ναυτοδ.Πειρ. 7/2015 (αδημ.)
483.	Αναθ.Δικ. 315/2016 (αδημ.)
484.	ΑΠ 1906/2017 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
485.	Π.Πρ.Αθ. 1650/2011 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
486.	Τριμ.Εφ.Αθ. 5433/2008 (αδημ.)
487.	Δ.Πρ.Πειρ. 1394/2007 (αδημ.)
488.	Δ.Εφ.Πειρ. 60/2009 (αδημ.)
489.	ΣτΕ 2669/2015 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
490.	Π.Πρ.Λαρ. 777/2015 (αδημ.)
491.	Εφ.Λαρ. 61/2017 (αδημ.)
492.	ΑΠ 249/2020 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
493.	Τριμ.Πλημ.Πατρ. 1880/2015 (αδημ.)
494.	ΑΠ 1167/2016 (Sakkoulasonline.gr)
495.	Τριμ.Εφ. Θεσ. 3157/2008 (αδημ.)
496.	Τριμ.Εφ.Αθ. 9940/2012 (αδημ.)
497.	Τριμ.Εφ.Αθ. 8951/2008 (αδημ.)

498.	Δ.Πρ.Πατρ. 1617/2015 (αδημ.)
499.	Δ.Εφ.Πατρ. 133/2018 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
500.	Δ.Εφ.Θεσ. 821/2014 (αδημ.)
501.	ΣτΕ 805/2020 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
502.	Δ.Πρ.Αθ. 6956/2001 (αδημ.)
503.	Δ.Εφ.Αθ. 2322/2012 (αδημ.)
504.	ΣτΕ 300/2020 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
505.	Δ.Πρ.Θεσ.1265/2001 (αδημ.)
506.	Δ.Εφ.Θεσ. 2572/2003 (αδημ.)
507.	ΣτΕ 424/2012 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
508.	Δ.Πρ.Θεσ. 2926/2011 (αδημ.)
509.	Μον.Πλημ.Λαρ. 619/2017 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
510.	Π.Πρ.Αθ. 2431/2012 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
511.	Τριμ.Εφ. Θεσ. 2763/2009 (αδημ.)
512.	ΑΠ 202/2010 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
513.	Εφ.Θεσ. 692/2010 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
514.	Π.Πρ.Αθ. 1124/2010 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
515.	Εφ.Αθ. 2421/2014 (αδημ.)
516.	ΑΠ 221/2016 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
517.	Π.Πρ.Θεσ. 12775/2005 (αδημ.)
518.	Εφ.Θεσ. 1818/2009 (αδημ.)
519.	ΑΠ 161/2013 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
520.	Δ.Πρ.Αθ. 19807/2010 (αδημ.)
521.	Δ.Εφ.Αθ. 1001/2014 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
522.	ΑΠ 971/2013 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
523.	Π.Πρ.Αθ. 3597/2008 (αδημ.)
524.	Εφ.Αθ. 1539/2017 (αδημ.)
525.	ΑΠ 1305/2018 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
526.	Τριμ.Εφ.Αθ. 1728/2016 (αδημ.)
527.	ΑΠ 468/2017 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
528.	Εφ.Θεσ. 2332/2007 (αδημ.)
529.	ΑΠ 1741/2013 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
530.	Π.Πρ.Αθ. 1164/2014 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
531.	Εφ.Αθ. 296/2018 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
532.	ΑΠ 265/2020 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
533.	Π.Πρ.Θεσ. 8947/2017 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
534.	Τριμ.Πλημ.Θεσ. 17210/2009 (αδημ.)
535.	Τριμ.Εφ.Θεσ. 1825/2011 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
536.	Μ.Πρ.Θεσ. 537/2019 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
537.	Εφ.Αθ. 5874/2005 (αδημ.)
538.	ΑΠ 2196/2007 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
539.	Εφ.Θεσ. 1954/2017 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
540.	Π.Πρ.Αθ. 2733/2015 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
541.	Π.Πρ.Αθ. 443/2014 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
542.	Π.Πρ.Καρδ. 21/2018 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
543.	Τριμ.Πλημ.Αθ. 29829/2016 (αδημ.)
544.	ΑΠ 1059/2017 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
545.	Συμβ.Πλημ.Αθ. 2273/2004 (Sakkoulasonline.gr)
546.	Δ.Εφ.Χαν. 205/2019 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
547.	Δ.Πρ.Θεσ. 2707/1999 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)

548.	Δ.Εφ.Θεσ. 1962/2004 (αδημ.)
549.	ΣτΕ 3421/2009 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
550.	Εφ.Θεσ. 1905/2006 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
551.	Π.Πρ.Αθ. 2551/2013 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
552.	Π.Πρ.Αθ. 5583/2013 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
553.	Δ.Πρ.Ιωαν. 792/1997 (αδημ.)
554.	Δ.Εφ.Ιωαν. 130/2009 (αδημ.)
555.	ΣτΕ 2430/2018 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
556.	Δ.Εφ.Ιωαν. 173/2020 (αδημ.)
557.	Εφ.Αθ. 6515/2011 (αδημ.)
558.	ΑΠ 687/2013 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
559.	Εφ.Πειρ. 514/2018 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
560.	ΑΠ 864/2020 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
561.	Δ.Πρ.Θεσ. 3540/2006 (αδημ.)
562.	ΔΕφ.Θεσ. 1228/2008 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
563.	Π.Πρ.Αθ. 6116/2011 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
564.	Π.Πρ.Αθ. 3843/2013 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
565.	Διατ.Εισ.Εφ. Θεσ. 154/1998 και 174/2018 ΝΟΜΟΣ
566.	Αναθ.Δικ. 162/2007 (αδημ.)
567.	ΑΠ 1446/2008 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
568.	Τριμ.Εφ.Καλαμ. 405/2011 (αδημ.)
569.	ΑΠ 159/2012 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
570.	Αναθ.Δικ. 197/2014 (αδημ.)
571.	ΑΠ 1050/2016 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
572.	Π.Πρ.Αθ. 3432/2008 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
573.	Π.Πρ.Αθ. 1679/2013 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
574.	Εφ.Αθ. 219/2019 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
575.	Δ.Πρ.Αθ. 10888/2019 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
576.	ΑΠ 1381/2022 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
577.	ΑΠ 1009/2013 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
578.	ΑΠ 181/2011 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
579.	ΑΠ 460/2023 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
580.	ΑΠ 1598/2017 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
581.	ΑΠ 693/2020 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
582.	ΑΠ 424/2012 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
583.	ΣτΕ 1910/2020 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
584.	Δ.Πρ.Αθ. 7966/2019 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
585.	ΑΠ 1344/2021 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
586.	Εφ.Αθ. 1845/2022 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
587.	Π.Πρ.Θεσ. 2374/2023 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
588.	Εφ.Πειρ. 664/2002 (Ελ.Δνη 2003, 203)
589.	ΑΠ 217/2014 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
590.	Δ.Πρ.Αθ. 10933/1997 (Τ.Ν.Π. Δ.Σ.Α.)
591.	Π.Πρ.Καρδ. 33/2018 (Αρμεν. 2018, 1642)
592.	Εφ.Λαρ. 298/2015 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
593.	Π.Πρ.Θεσ. 12605/2019 (Πειρ.Νομολ.2021, 65)
594.	ΑΠ 17/2023 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
595.	ΑΠ 259/2021 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
596.	ΑΠ 1194/2021 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
597.	ΑΠ 713/2023 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)

598.	ΑΠ 939/2020 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
599.	ΑΠ 516/2015 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
600.	ΑΠ 682/2021 (Sakkoulasonline.gr)
601.	ΑΠ 122/2019 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
602.	ΑΠ 285/2019 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
603.	ΑΠ 1161/2020 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
604.	Ολ.Α.Π. 4/2020 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
605.	ΣτΕ 156/2022 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
606.	Συμβ.Εφ.Πατρ. 77/2021 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
607.	Εγκ.Εισ. Α.Π. 14/2021 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
608.	ΑΠ 41/2023 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
609.	Δ.Εφ.Αθ. 3277/2022 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
610.	Εφ.Αθ. 6507/2022 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
611.	Εφ.Αθ. 4833/2022 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)
612.	Εφ.Πειρ. 196/2023 (Τ.Ν.Π. ΝΟΜΟΣ)