

ΣΕΜΙΝΑΡΙΟ ΕΛΕΓΧΟΥ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ ΕΤΟΥΣ 2010-2011

*ΤΕΤΑΡΤΗ 16 ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΥ 2011*

# ΝΟΜΙΚΗ ΠΛΕΥΡΑ ΤΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ

ΕΥΑΓΓΕΛΟΣ Χ. ΑΛΕΞΟΠΟΥΛΟΣ

ΕΙΔΙΚΟΣ ΙΑΤΡΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ - ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΟΣ

MD, MPH, DS, PhD

[ecalexop@med.uoa.gr](mailto:ecalexop@med.uoa.gr)

[ecalexop@upatras.gr](mailto:ecalexop@upatras.gr)

# ΑΣΦΑΛΙΣΤΗΡΙΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΥΘΥΝΗΣ ΙΑΤΡΩΝ

...στις ειδικές εξαιρέσεις :

Δεν καλύπτονται απαιτήσεις που οφείλονται ή/και προέρχονται άμεσα ή έμμεσα από ευθύνη από μετάδοση μολυσματικών νόσων και ιών, HIV και συνεπειών, .... κ.λπ.

## ΚΟΣΤΟΣ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗΣ ΑΠΟ ΚΑΚΗ ΠΡΑΚΤΙΚΗ

Απογοητευμένοι πελάτες - ασθενείς

Αποζημιώνονται οι ΝΛ??

# ΣΤΟΙΧΕΙΟΘΕΤΗΣΗ ΑΣΤΙΚΗΣ ΕΥΘΥΝΗΣ

Ευθύνες :

οι ιατροί που συνταγογραφούν «αβασάνιστα»...

το νοσηλευτικό προσωπικό, το οποίο συχνά δε λαμβάνει τα στοιχειώδη μέτρα προστασίας π.χ. πλύσιμο των χεριών

οι διοικήσεις των δημοσίων νοσοκομείων και των ιδιωτικών κλινικών, λόγω των πλημμελών και αναποτελεσματικών μέτρων απολύμανσης που εφαρμόζουν στους χώρους τους, των ελλειμμάτων εκπαίδευσης, μηχανισμών καταγραφής και επιτήρησης ...

είναι δυνατό να στοιχειοθετηθεί αστική ευθύνη, τόσο των δημοσίων νοσοκομείων, ως Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου (Ν.Π.Δ.Δ.) και κατ' επέκταση του Δημοσίου, όσο και των ιδιωτικών κλινικών, ως Νομικά Πρόσωπα (Ν.Π.), προς αποζημίωση των ασθενών ή των συγγενών θανόντων ασθενών;!

Το βασικό ζήτημα που αναδεικνύεται σχετικά με την αστική ευθύνη των νοσοκομείων και των κλινικών είναι η δυνατότητα απόδειξης της ευθύνης τους εκ μέρους του ασθενούς ενώπιον των αρμοδίων δικαστηρίων.

Διότι, είναι ευνόητο πως ένας απλός ιδιώτης - ασθενής, τη στιγμή που αποφασίζει να κινηθεί νομικά εναντίον ενός Ν.Π.Δ.Δ., δηλαδή ενός δημοσίου νοσοκομείου ή εναντίον ενός Ν.Π. καλά οργανωμένου νομικά, δηλαδή μιας ιδιωτικής κλινικής, δε διαθέτει αποδεικτικό υλικό ικανό να στηρίξει την αγωγή του, τεκμηριώνοντας τυχόν πταίσμα του αντιδίκου. Επομένως, το μέλλον της αγωγής του διαγράφεται μάλλον δυσοίωνο.

## Διοικητικά Δικαστήρια

το γαλλικό Συμβούλιο της Επικρατείας σε υποθέσεις ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων που έχουν αχθεί ενώπιον του και η απόδειξη της ύπαρξης πταίσματος του δημοσίου νοσοκομείου εκ των πραγμάτων ήταν δυσχερής για τον ενάγοντα - ασθενή, πρόκρινε την εφαρμογή τεκμηρίου περί πταίσματος του νοσοκομείου, χωρίς, ωστόσο, να διασαφηνίζει αν πρόκειται για μαχητό ή αμάχητο.

Με αυτόν τον τρόπο, η γαλλική νομολογία ήδη από το 1979 στις περιπτώσεις πταίσματος περί την οργάνωση και λειτουργία των νοσοκομείων **δίνει την ευκαιρία στους ενάγοντες - ασθενείς που υφίστανται σοβαρή βλάβη, είτε άσχετη προς το σκοπό νοσηλείας τους, είτε δυσανάλογη προς τον ασήμαντο ή τρέχοντα χαρακτήρα της παρεχομένης φροντίδας,** να επικαλεσθούν την ευθύνη του νοσοκομείου, χωρίς να πρέπει να αποδείξουν την ύπαρξη πταίσματος του τελευταίου.

Ακόμα, δηλαδή, κι αν οι θεράποντες ιατροί δε διέπραξαν κανένα πταίσμα π.χ. σχετικά με την αντισηψία, ακόμα κι αν η συγκεκριμένη λοίμωξη εμφανίζεται συχνά σε χειρουργικές επεμβάσεις, το γεγονός ότι αυτή (η λοίμωξη) εμφανίστηκε, παρά το ότι ο ασθενής οπωσδήποτε δεν υπήρξε φορέας της πριν τη χειρουργική επέμβαση, αποτελεί τεκμήριο πταίσματος περί την οργάνωση και λειτουργία του νοσηλευτικού ιδρύματος, με συνακόλουθη τη γέννηση της ευθύνης του προς αποζημίωση του ασθενούς.

Επομένως, σε αυτήν την περίπτωση υφίσταται ευθύνη της υπηρεσίας - ο θεμέλιος λίθος της διοικητικής ευθύνης -, η οποία συνεπάγεται την απαλλαγή των φυσικών προσώπων που ενδεχομένως να συνετέλεσαν στην προσβολή του ασθενούς από την ενδονοσοκομειακή λοίμωξη από την υποχρέωση προς αποζημίωση του.

# Πολιτικά Δικαστήρια

Το παράδειγμα της Γαλλίας (τελευταία 15ετία)

όχι ο ασθενής (ή οι συγγενείς) αλλά το νοσοκομείο έχει το καθήκον να αποδείξει ότι δεν έχει ευθύνη

το να αποδείξει το νοσοκομείο ή η κλινική ότι τηρούσε αυστηρά μέτρα αποστείρωσης και αντισηψίας επίσης δεν αρκούσε από μόνη της για την απόδειξη ότι δεν υπήρξε κανένα πταίσμα κατά την εφαρμογή των μέτρων αυτών [=κρίση βάση του αποτελέσματος, αφού κάτι «πήγε στραβά»].

ΜΕΤΑΤΟΠΙΣΗ από την εφαρμογή της αρχής της σχετικής ευθύνης ως ευθύνης μέσω στον δρόμο για τη μελλοντική αποδοχή στον τομέα αυτόν της ευθύνης ασφάλειας του ασθενούς (από το καθεστώς του τεκμαιρόμενου πταίσματος σ' εκείνο της υποχρέωσης ασφάλειας του αποτελέσματος)

Συνεπώς, πλέον η ευθύνη κατέστη αντικειμενική, καθώς ο ιατρός ή η κλινική απαλλάσσονται μόνο αν αποδείξουν ότι η λοίμωξη οφείλεται σε ξένη αιτία, δηλαδή σε ανωτέρα βία, πράξη τρίτου προσώπου ή πταίσμα του θύματος.

Ταυτόχρονα, όλες αυτές οι περιπτώσεις πρέπει να 'ναι απρόβλεπτες, ακαταμάχητες κι εξωτερικές. Επίσης, η υποχρέωση ασφάλειας αφορά το σύνολο των χώρων ενός ιδιωτικού νοσηλευτηρίου, είτε πρόκειται για περίθαλψη μετά από συνεννόηση, είτε για επείγουσα παροχή φροντίδας, ενώ η ευθύνη ιατρών και κλινικής είναι αλληλέγγυα.

Ο γαλλικός Άρειος Πάγος, λοιπόν, πρόκρινε το κόστος της μη επίτευξης τέλει αντισηψίας (πράγμα ακατόρθωτο, βεβαίως) να μην το υφίσταται ο ασθενής.

# Νομοθεσία

Με το νόμο L-303 της 4ης Απριλίου 2002 ο Γάλλος νομοθέτης καθιερώνει σύστημα αποζημίωσης των κινδύνων που απορρέουν από τη λειτουργία του συστήματος υγείας. Μια από τις διατάξεις του αρθ. 98 ορίζει τα εξής: «Μ' εξαίρεση τις περιπτώσεις ευθύνης λόγω ελαττώματος ενός προϊόντος υγείας, οι (προαναφερθέντες) επαγγελματίες υγείας και οι μονάδες στις οποίες διενεργούνται ατομικές πράξεις πρόληψης, διάγνωσης ή θεραπείας δεν ευθύνονται για τα ζημιογόνα αποτελέσματα των πράξεων αυτών παρά μόνο σε περίπτωση πταίσματος τους».

Επίσης, με άλλη διάταξη ορίζεται ότι: «τα ιδρύματα, οι υπηρεσίες ή οργανισμοί ευθύνονται για τις ζημίες που οφείλονται σε ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις, εκτός κι αν αποδείξουν την ύπαρξη ξένης αιτίας».

... «το ιατρικό ατύχημα, η ιατρογενής μόλυνση ή η ενδονοσοκομειακή λοίμωξη συνιστούν αιτίες που καθιστούν δικαιούχα αποζημίωσης τα θύματα των συναφών βλαβών μέσω της εθνικής αλληλεγγύης, εφόσον τελούν σε άμεση αιτιώδη συνάφεια προς τις προληπτικές, διαγνωστικές ή θεραπευτικές πράξεις που προκάλεσαν συνέπειες αφύσικες στην κατάσταση της υγείας των ασθενών και σοβαρές, ίδια σ' ό,τι αφορά στην απώλεια λειτουργικών ικανοτήτων στην ιδιωτική και επαγγελματική τους ζωή.

Επομένως, γίνεται αντιληπτό ότι αξιοποιήθηκε η προηγούμενη νομολογία, καθώς το κριτήριο του πταίσματος παραμένει το βασικό έρεισμα πάνω στο οποίο θεμελιώνεται η ευθύνη των ιατρών και των μονάδων υγείας σ' ό,τι αφορά στις ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις. Κατ' εξαίρεση, η ευθύνη χωρίς πταίσμα ισχύει ειδικά για τις περιπτώσεις ζημιών από ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις. Με αυτόν τον τρόπο, το Δημόσιο, υπεισερχόμενο στη θέση του εμπλεκόμενου στη διαδικασία περίθαλψης που προκάλεσε τη βλάβη, αναλαμβάνει να αποζημιώσει τον ασθενή, όταν όμως δεν μπορεί να καταλογιστεί στον πρώτο κανένα πταίσμα. Άρα, η αποζημίωση από το Δημόσιο, σε περίπτωση ευθύνης χωρίς πταίσμα, θα επέρχεται στο εξής με μόνη την προϋπόθεση της συνδρομής του ζημιογόνου γεγονότος.

# Ο ΑΣΘΕΝΉΣ ΔΕΝ ΝΟΣΗΛΕΎΕΤΑΙ ΓΙΑ ΝΑ ...ΑΡΡΩΣΤΗΣΕΙ Ή ΝΑ ΠΕΘΆΝΕΙ

ΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΤΩΝ Ν.Λ. ΕΧΕ ΛΑΒΕΙ ΕΚΡΗΤΙΚΕΣ  
ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΣΤΗ ΧΩΡΑ ΜΑΣ

- ↑↑ ΚΟΣΤΟΣ (ΑΜ - ΕΜΜ)
- ΠΑΡΑΤΑΣΗ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ
- ↑ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ / ΘΝΗΤΟΤΗΤΑ
- ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ
- ....

Παράμετροι του προβλήματος

ΕΛΛΕΙΨΗ ΤΕΚΜΗΡΙΩΣΗΣ

[ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ – ΟΙΚΟΝΟΜΙΑ – ΕΛΕΓΧΟΣ – ΠΟΛΙΤΙΚΗ – ΚΟΙΝΩΝΙΑ]

Τεκμηριωμένη κλινική πρακτική

Ποια διαγνωστική δοκιμασία να επιλέξω;

Ποιο φάρμακο ή θεραπευτική αγωγή πρέπει να επιλέξω;

Ποια θα έχει το βέλτιστο όφελος/κόστος ;

Συστήματα διαχείρισης ιατρικών πληροφοριών

Ανύπαρκτα (σχεδόν)

Εκτίμηση από τον πελάτη (ασθενή)

Αδιάφορη??

Ιατρικό-κεντρικό μοντέλο

Ανεπάρκειες στελέχωσης ... (νοσηλευτικό προσωπικό)

Σε ό,τι αφορά τις «άχρηστες» πράξεις, ενδεικτική είναι η περίπτωση των καισαρικών τομών (ΚΤ): Δύο πρόσφατες μελέτες καταγράφουν ανησυχητικά υψηλό ποσοστό ΚΤ στην περιοχή του Ηρακλείου (45%) και στην περιοχή της Αθήνας (50%), σε αντίθεση με το εκτιμώμενο από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας ποσοστό που κυμαίνεται μεταξύ 10%-15%. Διαπιστώθηκε, επίσης, ότι οι Ελληνίδες που νοσηλεύονται σε δημόσια νοσοκομεία έχουν 2,7 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να υποβληθούν σε ΚΤ από τις μετανάστριες. Στα ιδιωτικά νοσοκομεία, οι γυναίκες με ιδιωτική ασφάλιση είχαν 7,73 φορές περισσότερες πιθανότητες να υποβληθούν σε ΚΤ συγκριτικά με εκείνες που πλήρωσαν άμεσα.

Το ποσοστό των ΚΤ μειώνεται σημαντικά τα Σάββατα και τις Κυριακές στα δημόσια νοσοκομεία, και την Κυριακή στα ιδιωτικά νοσοκομεία, ενώ το ποσοστό των φυσιολογικών τοκετών αυξάνεται τα Σαββατοκύριακα. Η πτώση αυτή στο ποσοστό των ΚΤ απεικονίζει ότι η διαδικασία αυτή δεν εκτελείται λόγω έκτακτης ανάγκης όπως θα έπρεπε να είναι. Επιπλέον, τα αποτελέσματα δείχνουν ότι η πιθανότητα εκτέλεσης ΚΤ αυξάνεται σημαντικά τις ώρες εργασίας σε αντίθεση με τις βραδινές ώρες. Πέραν του κόστους, η πρακτική της υποβολής μιας γυναίκας σε ΚΤ επηρεάζει σημαντικά τις πιθανές εκβάσεις της υγείας τόσο της μητέρας όσο και του νεογνού.

~ 1,2 εκατομμύρια νοσηλεύονται κάθε χρόνο στα δημόσια και ιδιωτικά νοσοκομεία

Άγνωστα παραμένουν:

τα αποτελέσματα της νοσηλείας τους

η ποιότητα των ιατρικών υπηρεσιών

Η αποτελεσματικότητα θεραπευτικών παρεμβάσεων

Το 65-70% των δαπανών υγείας καταναλώνεται

από το 10% των ασθενών (συν-νοσηρότητα / αποσπασματική διαχείριση)

**Κλειδί η ποιότητα για να αλλάξει πρόσωπο το ΕΣΥ**

ΗΜΕΡΗΣΙΑ, 29/1/2011

Συνέντευξη του **ΗΛΙΑ ΜΟΣΙΑΛΟΥ**,

Οι υπηρεσίες και οι διαδικασίες στο σύστημα υγείας αποκτούν αξία στο βαθμό που ανταποκρίνονται αποτελεσματικά στα προβλήματα και τις ανάγκες του ασθενούς

Σε τελική ανάλυση απόδοση σημαίνει:

επίτευξη βελτιωμένων αποτελεσμάτων στην υγεία και όχι απλώς δημιουργία μεγάλου αριθμού εξετάσεων και επεμβάσεων. Αδιάφορα από την τεχνική τους αρτιότητα και πολυπλοκότητα, οι ιατρικές ενέργειες που δεν έχουν ορατό θετικό αποτέλεσμα για την υγεία του ασθενούς θα πρέπει να αποφεύγονται. Τα σύγχρονα συστήματα υγείας αποβλέπουν στον αναπροσανατολισμό της προσφοράς υπηρεσιών υγείας από τον όγκο δραστηριότητας στη βελτίωση των πραγματικών αποτελεσμάτων.

**Κλειδί η ποιότητα για να αλλάξει πρόσωπο το ΕΣΥ**

ΗΜΕΡΗΣΙΑ, 29/1/2011

Συνέντευξη του **ΗΛΙΑ ΜΟΣΙΑΛΟΥ**,

Η ουσία είναι η πρόληψη της νοσηρότητας και της θνησιμότητας και η παροχή υψηλής ποιότητας φροντίδας

Οι μελέτες κόστους- αποτελεσματικότητας και τα συστήματα ποιότητας είναι εργαλεία δεν είναι η λύση...

**Η πρόληψη των ΝΛ**

**Προστατεύει τους εργαζόμενους (άμεσα / έμμεσα)**

**Προάγει το κλίμα συνεργασίας και την ικανοποίηση**

**Μειώνει την μικροβιακή (πολυ)ανθεκτικότητα**

# ΥΠΟΛΟΓΙΖΕΤΑΙ ΌΤΙ ΤΟ ΠΙΟ ΑΚΡΙΒΌ ΠΡΌΓΡΑΜΜΑ ΕΛ ΘΑ ΠΑΡΑΞΕΙ ΟΦΕΛΟΣ ΑΠΌ ΠΡΌΛΗΨΗ <15% ΤΩΝ ΝΛ

Υπάρχει συμφωνία στα εξής:  
αποτελεσματικά προγράμματα έλεγχου προλαμβάνουν το  
30-70% των ΝΛ

(με μετριοπαθείς ίδιους υπολογισμούς - Ελλάς)

700.000 νοσηλευόμενοι

35.000 ΝΛ (5%)

3.500 θάνατοι (10%)

>100.000 ημέρες νοσηλείας

Κόστος ανά λοίμωξη (διεθνή δεδομένα, από 500 - 50000  
ευρώ ανά λοίμωξη)

# ΓΙΑΤΙ ΔΕΝ ΠΕΙΘΩ-ΕΙΣ-ΕΙ; ΓΙΑΤΙ ΠΑΝΤΑ ΑΦΟΡΑ ΚΑΠΟΙΟΥΣ ΆΛΛΟΥΣ

## Τι πρέπει να κάνουμε:

επιδίωξη καθολικής συμμετοχή

συνέχεια και συνέπεια στην προσπάθεια

Διεκδικήσεις χωρίς φόβο

Σεβασμός στους εργαζόμενους και στους ασθενείς

Εκπαίδευση και πρακτική

## Τι δεν πρέπει να κάνουμε:

προσκόλληση στα πρότυπα και στους στόχους ποιότητας  
εκ των έξω, όχι χρήση ως εφελτήριο συνδικαλιστικής  
εμπλοκής, συνθηκολόγηση, αδιαφορία

# ΜΕΤΡΑ ΓΙΑ ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΕΛΕΓΧΟ ΤΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ

Παρακολούθηση και καταγραφή  
(SURVEILLANCE)

(ν. λοιμώξεων, χρήση και αντοχές  
αντιμικροβιακών, προληπτικές μετρήσεις και  
εκτιμήσεις επικινδυνότητας & επάρκειας μέτρων  
π.χ. απολύμανσης )

Εκπαίδευση και πρακτικές

(πλύσιμο των χεριών, απομόνωση ασθενών,  
ΜΑΠ, υψηλού κινδύνου ασθενείς, καθαριότητα  
κ.ά.)

# ΝΟΜΟΘΕΤΙΚΑ ΜΕΤΡΑ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ

σύσταση των επιτροπών Ελέγχου Λοιμώξεων των Νοσοκομείων (2001)

ΚΕΕΛΠΝΟ

# ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΈΣ ΛΟΙΜΨΕΙΣ

Παρότι στα νοσοκομεία υπάρχουν θεσμοθετημένες Επιτροπές Λοιμώξεων με αντικείμενο την καταγραφή και επιτήρηση, δεν συγκεντρώνονται αξιόπιστα στοιχεία μικροβιακών αντοχών και χρήσης αντιμικροβιακών φαρμάκων για τα περισσότερα νοσοκομεία, γεγονός που συνεπάγεται την αδυναμία έγκαιρης και έγκυρης αποτύπωσης των δεδομένων και ανάλογης λήψης μέτρων.

Επιπλέον, υπάρχουν παραδείγματα άρνησης μικροβιολογικών τμημάτων να προσκομίζουν τα δεδομένα μικροβιακών αντοχών τους στην Επιτροπή Λοιμώξεων του υπουργείου Υγείας ή και στο ΚΕΕΛΠΝΟ με τον ισχυρισμό ότι αποτελούν «δικά τους στοιχεία», καθώς και άρνηση κλινικών τμημάτων να παρέχουν στοιχεία της νοσηλείας των ασθενών τους προκειμένου να αιτιολογηθεί η ορθή ή μη χορήγηση αντιβιοτικών. Είναι επομένως απαραίτητο να αναπτύξουμε ένα εθνικό πρόγραμμα αντιμετώπισης των ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων με υποχρεωτική συμμετοχή όλων των δημόσιων και ιδιωτικών φορέων παροχής υπηρεσιών υγείας.

**Κλειδί η ποιότητα για να αλλάξει πρόσωπο το ΕΣΥ**

ΗΜΕΡΗΣΙΑ, 29/1/2011

Συνέντευξη του **ΗΛΙΑ ΜΟΣΙΑΛΟΥ**,

# ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΕΣ ΚΑΙ ΣΥΝΕΡΓΕΙΕΣ

Επιτροπές Ελέγχου Λοιμώξεων των Νοσοκομείων  
(νοσηλευτής ελέγχου λοιμώξεων)

ΤΙ ΖΗΤΑΜΕ ΑΠΟ :

Μικροβιολογικά εργαστήρια (επιδημιολογία μικροβιακής αντοχής)

Διευθύνσεις Ιατρικής και Νοσηλευτικής Υπηρεσίας

Λοιμωξιολόγους

Φαρμακείο (κατανάλωση αντιβιοτικών ανά θάλαμο/κλινική/αντιβιοτικό)

Τμήμα απολύμανσης εργαλείων

Τμήμα ή εργολαβία καθαριότητας

Τεχνική υπηρεσία (συστήματα κλιματισμού/υδραυλικά)

Εντομοκτονία-μυοκτονία

Σίτιση

Ιατρείο εργασίας

Πρακτικές υγιεινής - απολύμανσης - αντισηψίας - αποστείρωσης

Καταγραφή και επιτήρηση ΝΛ