



ΤΕΙ ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ – ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ &
ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΘΕΜΑ: << Η ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΑΠΟ ΑΔΙΚΟΠΡΑΞΙΑ ΤΟΥ
ΙΑΤΡΟΥ ΣΤΑ ΠΛΑΙΣΙΑ ΤΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΔΙΚΑΙΟΥ>>.

Σπουδαστές:

Κεραμιδά Μαρία Α.Μ : 2007199

Ρεντίφης Νικόλαος Α.Μ: 2007094

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ:

Τσουντας Κων/νος

ΚΑΛΑΜΑΤΑ 2012

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

| | |
|---|----|
| ΕΙΣΑΓΩΓΗ..... | 4 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 ^ο ΤΟ ΘΕΜΑ ΤΗΣ ΗΘΙΚΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΒΙΟΗΘΙΚΗΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΠΟ ΜΕΡΟΥΣ ΤΩΝ ΙΑΤΡΩΝ..... | 7 |
| 1.1. Η ΗΘΙΚΗ ΚΑΙ Η ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑ ΤΩΝ ΙΑΤΡΩΝ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΤΟΥΣ | 7 |
| 1.2. Η ΒΙΟΗΘΙΚΗ ΤΟΣΟ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΟΣΟ ΚΑΙ ΤΩΝ ΙΑΤΡΩΝ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΤΟΥΣ..... | 9 |
| 1.3 Η ΚΑΚΗ ΧΡΗΣΗ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΑΠΟ ΜΕΡΟΥΣ ΤΩΝ ΙΑΤΡΩΝ ΚΑΙ ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΤΟΥΣ | 11 |
| 1.3.1 ΤΑ ΙΑΤΡΙΚΑ ΛΑΘΗ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ..... | 11 |
| 1.3.2. Η ΚΑΚΗ ΧΡΗΣΗ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΑΠΟ ΜΕΡΟΥΣ ΤΩΝ ΙΑΤΡΩΝ ΚΑΙ ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΤΟΥΣ | 12 |
| 1.4 ΤΑ ΑΙΤΙΑ ΤΗΣ ΚΑΚΗΣ ΧΡΗΣΗΣ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΑΠΟ ΜΕΡΟΥΣ ΤΩΝ ΙΑΤΡΩΝ ΚΑΙ ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΤΟΥΣ..... | 14 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 ^ο ΟΙ ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΞΙΕΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΙΑΤΡΟ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΤΟΥ | 18 |
| 2.1. ΟΙ ΧΕΙΡΙΣΜΟΙ ΤΩΝ ΙΑΤΡΩΝ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΤΟΥΣ..... | 19 |
| 2.1.1. Η ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΩΝ ΧΕΙΡΙΣΜΩΝ ΤΩΝ ΙΑΤΡΩΝ ΠΟΥ ΒΑΣΙΖΕΤΑΙ ΣΤΙΣ ΑΡΧΕΣ. 20 | |
| 2.1.2. ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΩΝ ΧΕΙΡΙΣΜΩΝ ΤΩΝ ΙΑΤΡΩΝ ΠΟΥ ΒΑΣΙΖΕΤΑΙ ΣΤΗΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑ. | 21 |
| 2.1.3. Ο ΚΩΔΙΚΑΣ ΗΘΙΚΗΣ ΠΟΥ ΕΚΠΡΟΣΩΠΕΙ Η AMERICAN NURSING ASSOCIATION | 23 |
| 2.2 Η ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗΣ ΑΝΑΜΕΣΑ ΣΤΟΝ ΙΑΤΡΟ ΚΑΙ ΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ..... | 24 |
| 2.3 ΟΙ ΤΡΟΠΟΙ ΜΕ ΤΟΥΣ ΟΠΟΙΟΥΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΟΥΝ ΟΙ ΙΑΤΡΟΙ ΜΕ ΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΑ..... | 29 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 ^ο Η ΑΣΤΙΚΗ ΕΥΘΥΝΗ ΤΩΝ ΙΑΤΡΩΝ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΤΟΥΣ | 32 |
| 3.1. ΓΕΝΙΚΑ | 32 |
| 3.2. Η ΑΣΤΙΚΗ ΕΥΘΥΝΗ ΣΤΗΝ ΠΑΡΟΧΗ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΚΑΙ Ο ΝΕΟΣ ΚΩΔΙΚΑΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ (Ν. 3418/2005) | 33 |
| 3.2.1. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΤΗΣ ΑΣΤΙΚΗΣ ΕΥΘΥΝΗΣ ΣΤΗΝ ΠΑΡΟΧΗ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ | 33 |
| 3.2.2. ΤΟ ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΜΕΝΟ ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΤΗΣ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΝΝΟΜΗ ΤΑΞΗ..... | 33 |
| 3.3. ΤΑ ΥΠΟΚΕΙΜΕΝΑ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΣΕ ΜΙΑ ΙΑΤΡΙΚΗ ΔΙΚΗ..... | 34 |
| 3.3.1. ΤΑ ΝΟΜΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΕ ΜΙΑ ΙΑΤΡΙΚΗ ΔΙΚΗ..... | 34 |
| 3.4. Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΣΦΑΛΜΑΤΟΣ ΚΑΙ Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΟΥ ΣΤΗ ΘΕΜΕΛΙΩΣΗ ΤΗΣ ΑΣΤΙΚΗΣ ΕΥΘΥΝΗΣ..... | 35 |
| 3.4.1. Η ΘΕΜΕΛΙΩΣΗ ΤΗΣ ΑΣΤΙΚΗΣ ΕΥΘΥΝΗΣ | 36 |
| 3.5. Η ΣΥΝΑΙΝΕΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΚΑΙ Η ΑΣΤΙΚΗ ΕΥΘΥΝΗ..... | 42 |
| 3.6. Η ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΣΥΝΑΦΕΙΑ ΩΣ ΑΝΑΓΚΑΙΟ ΣΤΟΙΧΕΙΟ ΤΗΣ ΑΣΤΙΚΗΣ ΕΥΘΥΝΗΣ. 42 | |
| 3.7. ΤΟ ΒΑΡΟΣ ΑΠΟΔΕΙΞΗΣ ΣΤΟ ΑΣΤΙΚΟ ΔΙΚΟΝΟΜΙΚΟ ΔΙΚΑΙΟ..... | 43 |
| ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ..... | 46 |

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ιατρική ασχολούμενη με τον άνθρωπο αναφέρεται σε ουσιαστικά θέματα για αυτόν, δίνοντας μεγάλη βαρύτητα σε ηθικά και δεοντολογικά ζητήματα. Βασίζεται στους ίδιους τους ιατρούς τους οποίους θέλει καλλιεργημένους και υπεύθυνους ανθρώπους, να ασκούν το λειτούργημά τους με σύνεση, συνέπεια και να αντιμετωπίζουν τους γύρω τους είτε ασθενής, είτε συνεργάτες σαν μοναδικές και ανεπανάληπτες προσωπικότητες

Στις ανθρωπιστικές επιστήμες ο όρος «αξία» συχνά εναλλάσσεται με τους στόχους, τις θέσεις και τις πεποιθήσεις. Εντούτοις οι αξίες είναι πιο βασικές από τις θέσεις, τις οποίες και επηρεάζουν. Βρίσκονται στο πυρήνα της ζωής του ανθρώπου και των ενεργειών του, χρησιμεύουν δε σαν κριτήρια με τα οποία επιλέγονται ως επί το πλείστον οι πεποιθήσεις και οι στόχοι. Το θέμα είναι αν υπάρχουν συγκεκριμένες προσωπικές και επαγγελματικές αξίες για τους ιατρούς, αν αυτές συμπίπτουν ή είναι αντιφατικές. Πολλές φορές οι προσωπικές και οι επαγγελματικές αξίες δεν είναι σύμφωνες. Οι ιατρικές συνθήκες, από τις καθημερινές εμπειρίες, ως τις δραματικές καταστάσεις που απειλούν τη ζωή, απαιτούν λήψη αποφάσεων και επομένως οι αξίες αλληλοσυγκρούονται.

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

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

Η παρούσα εργασία έχει στόχο να μελετήσει την αποζημίωση του ασθενούς από αδικοπραξία του ιατρού, στο πλαίσιο του ελληνικού δικαίου. Η μεθοδολογία της εργασίας στηρίζεται στη συλλογή δευτερογενών δεδομένων. Τα δευτερογενή στοιχεία συλλέγονται κυρίως από πηγές, όπως ομιλίες και ημερίδες, ιδιωτικές έρευνες, την Εθνική Στατιστική Υπηρεσία, έρευνες από το διαδίκτυο, αλλά και από περιοδικά και άλλες εκδόσεις που βγαίνουν κυρίως από κρατικούς φορείς. Στην παρούσα εργασία τα δευτερογενή δεδομένα συλλέχθηκαν μέσα από βιβλία άρθρα σε περιοδικά αλλά και μέσα από επίσημους διαδικτυακούς τόπους. Βασικά πλεονεκτήματα των δευτερογενών στοιχείων είναι ότι για τη συλλογή τους απαιτείται χαμηλό κόστος και λιγότερος χρόνος. Με βάση τα κριτήρια τους, τα δευτερογενή στοιχεία της παρούσης έρευνας είναι διαθέσιμα, σχετικά με την εργασία, ακριβή και επαρκή.

Η εργασία ολοκληρώνεται μέσα από τρία κεφάλαια. Το πρώτο κεφάλαιο με τίτλο «Ηθική και Βιοηθική στην υγεία», παρουσιάζει τόσο την ηθική, όσο και την βιοηθική στο χώρο της υγείας, την κακή χρήση των υπηρεσιών υγείας και τα αίτιά τους, τα ιατρικά λάθη, τον τρόπο επικοινωνίας και πληροφόρησης του ασθενούς, αλλά και τις βασικές αρχές που πρέπει να διέπουν την επικοινωνία και την πληροφόρηση.

Το δεύτερο κεφάλαιο, με τίτλο «Οι βασικές αξίες για τον ιατρό», αναλύει την ηθική και τη δεοντολογία, που πρέπει να διέπει το επάγγελμα του ιατρού, τους χειρισμούς του, την προσέγγιση που βασίζεται στις αρχές και στη φροντίδα, τον κώδικα ηθικής της American Nursing association, την επικοινωνία και την πληροφόρηση με την ευρύτερη κοινωνία αλλά και τις στρατηγικές που πρέπει να διέπουν την επικοινωνία με την ευρύτερη κοινωνία.

Το τρίτο και τελευταίο κεφάλαιο με τίτλο «Η ιατρική αστική ευθύνη», παρουσιάζει την αστική ευθύνη στην παροχή ιατρικών υπηρεσιών και το νέο κώδικα ιατρικής δεοντολογίας, επιχειρεί μια σύντομη ιστορική αναδρομή της ιατρικής αστικής ευθύνης, παρουσιάζει το προστατευμένο δικαίωμα, τα υποκείμενα προστασίας, τα νομικά προβλήματα, την έννοια του ιατρικού σφάλματος και τη συμβολή του στη θεμελίωση της αστικής ευθύνης. Επίσης παρουσιάζει τη συναίνεση του ασθενούς και την αστική ευθύνη, την εσωτερική

συνάφεια ως αναγκαίο στοιχείο της αστικής ευθύνης και τέλος το βάρος της απόδειξης.

Στο τέλος της εργασίας παρατίθενται τα βασικά μας συμπεράσματα, βάσει των οποίων, ο ιατρός οφείλει να συμμετέχει στις προσπάθειες του επαγγέλματος στην εφαρμογή και βελτίωση των standards της ιατρικής, να συμμετέχει στις προσπάθειες του επαγγέλματος να ιδρύσει και να διατηρήσει τις συνθήκες εργασίας που θα συμβάλουν σε υψηλή ποιότητα ιατρικής φροντίδας και σε προσπάθειες του επαγγέλματος να προστατέψει το κοινό από την παραπληροφόρηση και κακή εκπροσώπηση και στην διατήρηση της ακεραιότητας της ιατρικής. Τέλος ο ιατρός οφείλει να συνεργάζεται με μέλη των επαγγελματιών υγείας και άλλους πολίτες στην προαγωγή των προσπαθειών της κοινότητας και του έθνους να αντεπεξέλθουν στις ανάγκες υγείας του κοινού.

Η πολυπλοκότητα και η κοινωνιολογική σημασία που διέπει τα ιατρικά θέματα, επιτάσσει είτε τη θαρραλέα παρέμβαση του νομοθέτη, είτε την τολμηρή και διασταλτική ερμηνεία του ισχύοντος δικαίου από τα δικαστήρια και από τον Άρειο Πάγο με στόχο τη κάμψη της ανισότητας και την επαναφορά της ισότητας των όπλων μεταξύ των διαδίκων χωρίς όλη αυτή η νομοθετική ή νομολογιακή κίνηση να καταστεί η λαιμητόμος των φορέων παροχής ιατρικών υπηρεσιών.

Τέλος, ο ιατρός με βάση τη κλινική ηθική το οποίο είναι ένα σχετικά νέο παρακλάδι της ηθικής, απευθύνεται σε ηθικά ζητήματα και προβλήματα που προκύπτουν μέσα στα σχετιζόμενα με την φροντίδα του ασθενούς σε διαφορές θέσεις, στο νοσοκομείο, κατ' οίκον ευκολίες, στην κλινική και στο σπίτι. Ο ιατρός θα πρέπει να γνωρίζει τουλάχιστον δύο κοινές προσεγγίσεις στην κλινική ηθική. Την προσέγγιση που βασίζεται στις αρχές και την προσέγγιση που βασίζεται στην φροντίδα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο ΤΟ ΘΕΜΑ ΤΗΣ ΗΘΙΚΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΒΙΟΗΘΙΚΗΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΠΟ ΜΕΡΟΥΣ ΤΩΝ ΙΑΤΡΩΝ

1.1. Η ΗΘΙΚΗ ΚΑΙ Η ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑ ΤΩΝ ΙΑΤΡΩΝ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΤΟΥΣ

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

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

Ηθικά διλήμματα έχουν τεκμηριωθεί σε 4 περιοχές: (α) στο ιατρικό απόρρητο, (β) στο δικαίωμα των φροντιστών να γνωρίζουν και να αποφασίζουν, (γ) στην κατανομή των περιορισμένων πόρων (οικονομικών, προσωπικού κ.λπ.) και (δ) στη διατήρηση των επαγγελματικών προτύπων. Τα πιο συχνά εμφανιζόμενα θέματα μη ηθικής συμπεριφοράς, που ενοχλούν τους φροντιστές στην πράξη σύμφωνα με έρευνα του 1991, κατά σειρά βαθμολογίας είναι σχετικά με¹:

¹ McDaniel, C. (2006). Hospital Ethics Committees and Nurses' Participation. *Journal Nurs Administration*; 28:47-51.

1. Ανεύθυνες ενέργειες συνεργατών
2. Περιπτώσεις που γίνονται συζητήσεις για ασθενείς με απαράδεκτο τρόπο.
3. Ανισομερή κατανομή πόρων - ανθρωπίνων και υλικών.
4. Παράταση της ζωής με ακραία μέσα.
5. Ανεπαρκή στελέχωση νοσηλευτικών υπηρεσιών.

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

Τα θέματα ηθικής και δεοντολογίας που αντιμετωπίζουν οι φροντιστές πολλές φορές είναι διαφορετικά από αυτά των ιατρών. Και οι δύο έχουν τα ίδια ερωτήματα ως προς το αν πρέπει να χρησιμοποιηθούν τεχνολογικά μέσα, όταν υπάρχουν ελάχιστες ελπίδες θετικού αποτελέσματος: Να χρησιμοποιηθούν ή όχι τα μέσα ανάνηψης; Γνωρίζει ο άρρωστος και αντιλαμβάνεται τους κινδύνους της εγχείρησης;

Πέρα όμως απ' αυτά είναι και άλλα ειδικά θέματα που απασχολούν τους φροντιστές. Υπάρχουν αρκετοί φροντιστές για την παροχή ασφαλούς φροντίδας; Πρέπει να συνεχίζονται οι αναρροφήσεις σε άρρωστο για τον οποίο υπάρχουν οδηγίες αντίθετες, γραπτές ή υπονοούμενες, όπως «όχι ανάνηψη»; Γίνονται σεβαστές οι επιθυμίες του άρρωστου; Και πολλά παρόμοια ατελείωτα ερωτήματα.

Ορισμένοι λένε, ότι το μεγαλύτερο στοιχείο στις υπηρεσίες υγείας σήμερα είναι η τεχνολογική αναγκαιότητα. Και εφ' όσον υπάρχει η τεχνολογία να χρησιμοποιείται. Το ηθικό δίλημμα είναι: Πρέπει να χρησιμοποιείται η

τεχνολογία απλά γιατί υπάρχει; Παραδείγματα κατάχρησης της τεχνολογίας βρίσκονται σε πολλές συνηθισμένες καταστάσεις. Ποια η θέση για το φροντιστή που προτιμά να χορηγήσει υπνωτικό παρά να χρησιμοποιήσει εναλλακτικά μέτρα, όπως να συζητήσει μαζί του για να τον ηρεμήσει και τόσους άλλους δημιουργικούς τρόπους; Πολλά παρόμοια κλινικά προβλήματα παρουσιάζονται στην καθημερινή πράξη.

Είναι απαραίτητο για τον κάθε φροντιστή να εκτιμά την κατάσταση ώστε να προσδιορίζει τις επιπτώσεις στον άρρωστο αν η κάθε ενέργεια πρόκειται να επιφέρει βλάβη ή αν ο κίνδυνος βλάβης είναι μεγάλος. Αυτό επιτυγχάνεται με τη συλλογή όσο το δυνατόν περισσότερων στοιχείων σχετικά με τον ίδιο τον άρρωστο, την οικογένεια και από τους συνεργάτες και να επιμένει στην ανάλυση των στοιχείων. Ο φροντιστής οφείλει να αποφασίσει υπεύθυνα και να ενεργεί με βάση την αξιολόγηση. Οι ηθικές υποχρεώσεις δεν δικαιολογούνται με παραλήψεις ή παραβάσεις. Έχει προσωπική ευθύνη και δεν μπορεί να πει: «ακολουθώ τις ιατρικές οδηγίες». Απαιτείται περισσότερο ενεργητική θέση. Ο φροντιστής οφείλει να ζυγίζει τις αξίες και τις αρχές, να αξιολογεί επιλογές, ενέργειες και πράξεις με πλήρη γνώση των ηθικών και δεοντολογικών συνεπειών της απόφασής του. Οφείλει, όταν αυτό είναι δυνατόν, να χρησιμοποιεί μηχανισμούς και διαδικασίες που διατίθενται για ελαχιστοποίηση αρνητικών επιπτώσεων στον άρρωστο.

1.2.Η ΒΙΟΗΘΙΚΗ ΤΟΣΟ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΟΣΟ ΚΑΙ ΤΩΝ ΙΑΤΡΩΝ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΤΟΥΣ

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

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

να αποφασίσουν αν θα αποδεχτούν τη κατάσταση αυτή ή θα την παρακάμψουν².

Ζητήματα που αφορούν για παράδειγμα τα δικαιώματα του αρρώστου, διακοπή της τεχνικής υποστήριξης της ζωής, η "υποβοηθούμενη" αυτοκτονία, η επιστημονική ακεραιότητα δεν ήταν κοινά θέματα προς συζήτηση 30 με 40 χρόνια πριν. Το τι ήταν προς το συμφέρον των ασθενών, ήταν αυτό που θεωρούσαν οι ιατροί και οι νοσηλευτές σωστό.

Έτσι ερωτήματα για το πότε ξεκινάει η ζωή για παράδειγμα και για το πως πρέπει να γίνει η φροντίδα σε κάποιον που πεθαίνει δεν αποτελούσαν σημεία διαφωνίας σε κοινωνίες που μοιράζονταν τις ίδιες αξίες και είχαν κοινή κουλτούρα.⁵

Αντίθετα σήμερα το "καλό" για τον ασθενή καθορίζεται από τον ίδιο, την οικογένειά του σε συνεργασία με το υγειονομικό προσωπικό. Η πρόοδος της τεχνολογίας παρέχει πλέον μία πληθώρα επιλογών για τη καλύτερη φροντίδα των προβλημάτων υγείας. Έτσι το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό και οι ασθενείς πρέπει συνεχώς να αξιολογούν τη σωστή χρήση της τεχνολογίας κάθε φορά. Προσθέτοντας επιπλέον και την πολυπλοκότητα που έχει αποκτήσει η κοινωνία μας που έχει γίνει πολυπολιτισμική. Ας αναλογιστεί κανείς τα ηθικά διλήμματα που προκύπτουν για παράδειγμα όταν έχουν να συνεργαστούν άνθρωποι με διαφορετικά θρησκευτικά πιστεύω³.

Από παλιά, όπως αναφέρθηκε και πιο πάνω, οι φιλόσοφοι και οι θεολόγοι είχαν ασχοληθεί επί μακρόν με το ζήτημα του τι σημαίνει "καλή" ζωή, αλλά κυρίως τα τελευταία 50 χρόνια άρχισαν να συσχετίζουν την ηθική με ερωτήματα σωστής ή όχι συμπεριφοράς στην έρευνα και τη φροντίδα των ασθενών. Τα νοσοκομεία και το επιστημονικό προσωπικό άρχισαν να συμβουλευονται ειδικούς σε θέματα ηθικής, για βοήθεια σε πολύπλοκες καταστάσεις που βίωναν στη σύγχρονη άσκηση της κλινικής πράξης.

² Lanara VA, (1991). *Heroism as a Nursing Value ? A Philosophical perspective*. Athens, 21-54.

³ Beauchamp T, Childress J, Clouser KD, (1995). Principlism and its alleged competitors. *Kennedy Inst Ethics J*;5:181-98.

1.3 Η ΚΑΚΗ ΧΡΗΣΗ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΑΠΟ ΜΕΡΟΥΣ ΤΩΝ ΙΑΤΡΩΝ ΚΑΙ ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΤΟΥΣ

1.3.1 ΤΑ ΙΑΤΡΙΚΑ ΛΑΘΗ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Κατ' αρχήν ο ορισμός του λάθους που χρησιμοποιείται από το Institute of Medicine είναι, αντλώντας από τη γνωσιακή ψυχολογία, «η αποτυχία μίας ενέργειας να ολοκληρωθεί με βάση το οργανωμένο σχέδιο που είχε προβλεφθεί ή η χρήση ενός ατελέσφορου σχεδίου για την επίτευξη ενός στόχου». Ο James Reason έχει κατατάξει τα λάθη (errors) σε τρεις μεθοδολογικές κυρίως διαιρέσεις: λάθη από στιγμιαία απροσεξία (slips), λάθη από μειωμένη συγκέντρωση-παραλείψεις (lapses) και λάθη κατά κύριο λόγο – σφάλματα (mistakes).

Τρεις βασικές κατηγορίες προβλημάτων σχετίζονται με την ποιότητα της υγείας, αφού μειώνουν την πιθανότητα επίτευξης των επιθυμητών αποτελεσμάτων: τα προβλήματα υπερβολικής χρήσης των υπηρεσιών υγείας (overuse problems), τα προβλήματα μειωμένης χρήσης (underuse problems) και εκείνα από λανθασμένη χρήση (misuse).

Τα overuse problems εμφανίζονται, όταν παρέχουμε υπηρεσίες υγείας των οποίων η σχεδιαζόμενη ωφέλεια υπολείπεται των πιθανών παρενεργειών της. Τυπικό παράδειγμα αποτελεί η χορήγηση αντιβιοτικών για τη θεραπεία του απλού κρυολογήματος, καίτοι γνωρίζουμε ότι τα αντιβιοτικά δεν έχουν καμία επίδραση επί των ιών, με τελικό απώτερο αποτέλεσμα την ανάπτυξη ανθεκτικών μικροβιακών στελεχών λόγω άσκοπης χορήγησης αντιβιοτικών.

Τα underuse problems προκύπτουν όταν αποτυγχάνουμε να παράσχουμε αποτελεσματική περίθαλψη σε έναν ασθενή με αποτέλεσμα να αδυνατούμε να του προσφέρουμε τα επιθυμητά από αυτόν και το σύστημα αποτελέσματα. Π. χ. όταν παραλείπουμε να εμβολιάσουμε προληπτικά έναν ηλικιωμένο για τη γρίπη, παρ' ότι εκείνος μας επισκέφθηκε για την αντιυπερτασική αγωγή του. Τα misuse problems αποτελούν τη συνηθέστερη κατηγορία ιατρικών λαθών ή τουλάχιστον την εμφανέστερη κατηγορία:

Συμβαίνουν όταν παρέχουμε όντως την πλέον ενδεδειγμένη περίθαλψη και θεραπεία, αλλά χωρίς την απαιτούμενη επάρκεια εξοικείωσης με τη χρησιμοποιούμενη μέθοδο (όπως η συνταγογράφηση φαρμάκων, με τα οποία

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

Δεν πρέπει να μας διαφεύγει ότι οι παράγοντες εκείνοι που μπορούν να προκαλέσουν μειωμένη ικανοποίηση στο χρήστη των Υπηρεσιών Υγείας ταξινομούνται σε δύο μείζονες κατηγορίες: αφ' ενός την ατομική απόδοση κάθε υγειονομικού, αφ' ετέρου την συστημική αντίδραση ενός οργανισμού. Η ατομική απόδοση συνδέεται με την εμφάνιση ατομικών λαθών, ενώ η συστημική αντίδραση ενός οργανισμού συνδέεται με την εμφάνιση συνθηκών «μειωμένης αντίδρασης» στα πιθανά λάθη που είναι μαθηματικά βέβαιο ότι μπορούν να εμφανισθούν σε κάποιο επίπεδο λειτουργίας του συστήματος. Κατά συνέπεια, οι στρατηγικές παρέμβασης θα πρέπει να απευθύνονται στα δύο αυτά ξεχωριστά, αλλά και ταυτόχρονα αλληλένδετα επίπεδα, χωρίς να παραγνωρίζουμε το ρόλο του ίδιου του ασθενούς: πρώτον, βελτίωση των διαδικασιών και δημιουργία μηχανισμών διαχείρισης των λαθών σε συστημικό «μακρο»-επίπεδο, δεύτερον, αξιολόγηση και στοχευμένες εκπαιδευτικές παρεμβάσεις στο ατομικό «μικρο»-επίπεδο, τρίτον ενεργητική συμμετοχή του ασθενή στις διαδικασίες επ' ωφελεία και των δύο επάλληλων επιπέδων⁴.

1.3.2. Η ΚΑΚΗ ΧΡΗΣΗ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΑΠΟ ΜΕΡΟΥΣ ΤΩΝ ΙΑΤΡΩΝ ΚΑΙ ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΤΟΥΣ

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

Η αποτυχία της ιατρικής πράξης ορίζεται με βάση το αποτέλεσμα της

⁴ Κεραμάνης, Ν.Χ., (2007), *Επιδημιολογία – Επιστημολογία*, (Τόμος Πρακτικών, Εισηγήσεων για ιατρικά λάθη Νομικές, Ηθικές, Κοινωνικές και Οικονομικές Διαστάσεις) Ιατρική Εταιρεία Αθηνών

και όχι την ασυμφωνία της με κάποιο πρότυπο συμπεριφοράς. Ως «αποτυχημένη ιατρική πράξη» ορίζεται αυτή που είχε ως συνέπεια τη ζημία του ασθενή που κατά κανόνα θα προκύπτει από την προσβολή αγαθών που απορρέουν από την προσωπικότητα (θάνατος, βλάβη της υγείας). Η «αποτυχία» αναλύεται εμπειρικά σε δύο περιπτώσεις:

α) μη επίτευξη της θεραπείας, δηλαδή του επιδιωκόμενου αποτελέσματος της αποκατάστασης της υγείας του ασθενή, με συνέπεια η κατάστασή του να παραμείνει η ίδια ή συνηθέστερα να χειροτερεύσει,

β) χειροτέρευση της υγείας του ασθενή λόγω παρενεργειών και επιπλοκών της ιατρικής πράξης ανεξάρτητα από την αποκατάσταση του συγκεκριμένου προβλήματος, στο οποίο απέβλεψε η ιατρική πράξη.

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

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

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

- «ο υπέρτατος νόμος είναι η σωτηρία του ασθενή»
- «ο υπέρτατος νόμος είναι η βούληση του ασθενή»

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

1.4 ΤΑ ΑΙΤΙΑ ΤΗΣ ΚΑΚΗΣ ΧΡΗΣΗΣ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΑΠΟ ΜΕΡΟΥΣ ΤΩΝ ΙΑΤΡΩΝ ΚΑΙ ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΤΟΥΣ

Η Οικονομική Ανάλυση θεωρεί την κακή χρήση των υπηρεσιών υγείας ως ένα ανεπιθύμητο υποπροϊόν της παροχής ιατρικής φροντίδας το οποίο όμως παρουσιάζει μία σημαντική πιθανότητα να συμβεί με δυσμενή αποτελέσματα σε όλα τα εμπλεκόμενα μέρη. Σύμφωνα με δημοσίευμα⁵, τόσο στην χώρα μας όσο και σε όλο τον ανεπτυγμένο κόσμο, τα ιατρικά λάθη και η κακή χρήση των υπηρεσιών υγείας ευθύνονται για εκατοντάδες χιλιάδες θανάτους το χρόνο, καταλαμβάνοντας την τέταρτη θέση μετά τις καρδιοπάθειες, τον καρκίνο και τα εγκεφαλικά επεισόδια.

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

Επίσης, σε κορυφαία ιατρικά περιοδικά της Αμερικής δημοσιεύτηκαν έρευνες που αναφέρουν ότι «για τις ΗΠΑ τα ιατρικά λάθη είναι η Τρίτη κορυφαία αιτία θανάτου προξενώντας 225.000 απώλειες ζωών κάθε χρόνο». Σύμφωνα με πρόσφατη αναφορά του Ινστιτούτου Ιατρικής των ΗΠΑ

⁵ Βλιάμος Σ. (2008). Οικονομική ανάλυση ιατρικών λαθών. Ανακτήμένο από: http://archive.enet.gr/online/online_text/c=112,dt=10.07.2006,id=32838532

(American Institute of Medicine)⁶, τα ιατρικά λάθη και η κακή χρήση των υπηρεσιών υγείας παρουσιάζονται με διάφορες μορφές, κάθε μία από τις οποίες προκαλεί διαφορετικό αριθμό θανάτων κάθε χρόνο:

- α. περιπτώσεις χειρουργικές επεμβάσεις (12.000 θάνατοι)
- β. λάθη στην χορήγηση φαρμάκων στα νοσοκομεία (7.000 θάνατοι)
- γ. άλλα λάθη στα νοσοκομεία, κυρίως αμέλεια των ιατρών (20.000 θάνατοι)
- δ. λοιμώξεις στα νοσοκομεία (80.000 θάνατοι)
- ε. ανεπιθύμητες παρενέργειες των φαρμάκων και ιατρογενείς ασθένειες που δεν οφείλονται σε λάθη αλλά σε σωστές από ιατρική άποψη πρακτικές (106.000 θάνατοι)

Επιπλέον, στο έγκυρο ιατρικό περιοδικό *American Family Physician*, (1/11/1997)⁷ είχε αναφερθεί σε άρθρο με τίτλο «Ασθένειες Προκαλούμενες από Φάρμακα», ότι: «πρόσφατοι υπολογισμοί συμπεραίνουν ότι κάθε χρόνο περισσότερο από 1 εκατομμύριο ασθενείς παθαίνουν βλάβες στην υγεία τους ενώ ήδη νοσηλεύονται στα νοσοκομεία και 180.000 περίπου πεθαίνουν εξαιτίας αυτών των βλαβών. Είναι γεγονός ότι η σχετιζόμενη με τα φάρμακα νοσηρότητα και θνησιμότητα είναι συνήθεις καταστάσεις και υπολογίζεται ότι στοιχίζουν περισσότερο από 136 δις δολάρια το χρόνο».

Τέλος, στην Μ. Βρετανία τα ιατρικά λάθη θεωρούνται υπεύθυνα για τον θάνατο περίπου 30.000 Βρετανών κάθε χρόνο, ενώ πολύ μεγαλύτερος αριθμός ασθενών ταλαιπωρούνται από επιπλοκές στην υγεία τους εξαιτίας των ιατρικών λαθών (*British Medical Journal*)⁸. Υπάρχει σήμερα καταιγισμός καταγγελιών από πολίτες εναντίον βρετανών ιατρών και του βρετανικού ΕΣΥ.

Παρόμοια αποτελέσματα που αφορούν στα 25 κράτη-μέλη της ΕΕ και

⁶ Βοζίκης Α., Ρήγα Μ. (2008). Τα ιατρικά σφάλματα στην Ελλάδα: Προσεγγίσεις της οικονομικής διάστασης μέσα από αποφάσεις των διοικητικών δικαστηρίων. *Κοινωνία, Οικονομία και Υγεία*, 2:22-44

⁷ Holland EG, Degruy FV. (1997). Drug-induced disorders. *Am Fam Physician*, 56: 1781-8.

⁸ Βλιάμος Σ. (2008). Οικονομική ανάλυση ιατρικών λαθών. Ανακτημένο από: http://archive.enet.gr/online/online_text/c=112,dt=10.07.2006,id=32838532

στις υποψήφιες χώρες έχομε από την έρευνα του “Ευρωβαρόμετρου”⁹, που έγινε στα τέλη του 2005 και παρουσιάσθηκε τον Μάρτιο 2006, με σκοπό να μελετηθούν: Η γενική αντίληψη της έννοιας ‘ιατρικό λάθος’, και κακή χρήση των υπηρεσιών υγείας η εμπειρία ιατρικού λάθους και οι πρακτικές συνέπειες όπως η μέτρηση της εμπιστοσύνης των πολιτών για τους επαγγελματίες υγείας, τα νοσοκομεία κ.λπ.

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

Για την Ελλάδα το ποσοστό αυτό ανέρχεται στο 86%.. Όταν η ερώτηση αναφέρεται στους νοσηλευόμενους ασθενείς, δηλαδή πόσο αυτοί πρέπει να ανησυχούν για την πιθανότητα ιατρικού λάθους, και κακής χρήσης των υπηρεσιών υγείας το 48% των Ευρωπαίων πολιτών αναφέρει ότι πρέπει να ανησυχούν, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για τους Έλληνες είναι το 75% των νοσηλευόμενων πρέπει να ανησυχεί για την περίπτωση ιατρικού λάθους, ενώ η Φινλανδία παρουσιάζει το μικρότερο ποσοστό, 35%.

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

«Αναμφίβολα η ερμηνεία των δεδομένων είναι δύσκολη και πολυπαραγοντική, κανείς όμως δεν μπορεί να αρνηθεί ότι στην Ελλάδα η αντίληψη διαμορφώνεται, ίσως όχι πάντα αδικαιολόγητα, πρωταρχικά από την

⁹ Βλιάμος Σ. (2008). Οικονομική ανάλυση ιατρικών λαθών. Ανακτημένο από: http://archive.enet.gr/online/online_text/c=112,dt=10.07.2006,id=32838532

φημολογία και δευτερευόντως από την πραγματική εμπειρία.» [επισημαίνει η Επίκουρη Καθηγήτρια Ψυχιατρικής και Αντιπρόεδρος Ευρωπαϊκού Κέντρου για τον Έλεγχο και την Πρόληψη των Νόσων Μένη Μαλλιώρα εφημερίδα Πελοπόννησος (25-4-06)]¹⁰.

Τα ιατρικά λάθη και η κακή χρήση των υπηρεσιών υγείας σε όλες τις μορφές έκφρασής τους (θάνατοι από περιττά φάρμακα και περιττές χειρουργικές επεμβάσεις, αμέλεια των ιατρών) έχουν πολλές βασικά αιτίες. Οι ευθύνες των γιατρών δεν έχουν την πρώτη θέση στον κατάλογο αυτόν, αλλά είναι απλά συνέπεια κατά μεγάλο μέρος του συστημικού χαρακτήρα του προβλήματος. Μία συνιστώσα του προβλήματος αυτού, σύμφωνα με ομολογίες και μελέτες γιατρών και άλλων ειδικών, είναι η έλλειψη επαρκών οικονομικών πόρων, η οποία προκαλεί σημαντικές δυσκολίες στην παροχή ιατρικών υπηρεσιών.

¹⁰ Μαλλιώρα, Μ. (2006) Ευρω-φοβία κατά γιατρών!, εφημερίδα Πελοπόννησος στο <http://www.malliori.gr/gr/Contents.aspx?Action=ShowSingle&lang=gr&ContId=38238&CatId=1>

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο ΟΙ ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΞΙΕΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΙΑΤΡΟ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΤΟΥ

Στις ανθρωπιστικές επιστήμες ο όρος «αξία» συχνά εναλλάσσεται με τους στόχους, τις θέσεις και τις πεποιθήσεις. Εντούτοις οι αξίες είναι πιο βασικές από τις θέσεις, τις οποίες και επηρεάζουν. Βρίσκονται στο πυρήνα της ζωής του ανθρώπου και των ενεργειών του, χρησιμεύουν δε σαν κριτήρια με τα οποία επιλέγονται ως επί το πλείστον οι πεποιθήσεις και οι στόχοι.

Το θέμα είναι αν υπάρχουν συγκεκριμένες προσωπικές και επαγγελματικές αξίες για τους ιατρούς, αν αυτές συμπίπτουν ή είναι αντιφατικές. Πολλές φορές οι προσωπικές και οι επαγγελματικές αξίες δεν είναι σύμφωνες. Οι ιατρικές συνθήκες, από τις καθημερινές εμπειρίες, ως τις δραματικές καταστάσεις που απειλούν τη ζωή, απαιτούν λήψη αποφάσεων και επομένως οι αξίες αλληλοσυγκρούονται¹¹.

Η σύγχρονη ιατρική διατηρεί μια αξιολογική προοπτική και πλαίσιο αναφοράς, η οποία βασίζεται στις ακόλουθες αξίες¹²:

1. Φιλεύσπλαχνη φροντίδα και ενδιαφέρον για τον όλο νοσηλευόμενο άνθρωπο.
2. Δέος για το δώρο της ζωής.
3. Σεβασμός στην αξία, αξιοπρέπεια, αυτονομία, και ατομικότητα κάθε ανθρωπίνου οντότητας.
4. Σεβασμός και προστασία των δικαιωμάτων του αρρώστου.
5. Ευθύνη για την παροχή ολοκληρωμένης, εξατομικευμένης και ανθρωπιστικής ιατρικής φροντίδας.
6. Αμέριστη και αδιάκριτη υπηρεσία στο άτομο.
7. Συμβολή των ιατρών στη βελτίωση και ανύψωση της κοινωνίας με την προαγωγή της υγιεινής διαβίωσης των ανθρώπων.

¹¹ Smith JP,(2003), First International Congress on Nursing Law and Ethics, *J Adv Nurs*. 8:263-265.

¹² Binetti P.,(2004), Biotechnology and the birth of a third culture. *J Biol Regul Homeost Agents*; 18:255-60.

Σε συνέδρια τα οποία διοργανώνονται στις μέρες μας αναπτύσσονται θέματα ηθικής και δεοντολογίας. Τα περισσότερα από αυτά εστιάζουν στα ακόλουθα¹³:

1. Το «*αγαπήσεις το πλησίον σου ως εαυτόν*» έχει μεγαλύτερη σημασία τώρα, παρά ποτέ άλλοτε, σαν αποτέλεσμα της παρούσας έμφασης στην τεχνολογική ανάπτυξη και την υποβάθμιση του ανθρώπου.
2. Οι ιατροί είναι ανάγκη να βρίσκονται στο πλευρό του αρρώστου σαν πρόσωπο, ο οποίος δικαιούται σεβασμό και χρειάζεται φροντίδα με δεξιότητες.
3. Η νοσηλεία είναι λειτούργημα και πραγματοποιείται από ιατρούς με αγάπη, αφοσίωση, εμπιστοσύνη, ευσυνειδησία και ικανότητα. Η επιστημονική ιατρική άσκηση χρειάζεται οξεία ηθική και δεοντολογική ευαισθησία.
4. Η έλλειψη γνώσης αποτελεί πρώτου μεγέθους «ανήθικη» συμπεριφορά. Επομένως, οι ιατροί πρέπει να ενδιαφέρονται για την ατομική μας ηθική διαγωγή.

Γενικά, η αγάπη για τον νοσηλευόμενο άνθρωπο και η ανθρωπιστική φροντίδα είναι οι περισσότερο κυριαρχούσες θεμελιώδεις αξίες της ιατρικής σήμερα.

2.1. ΟΙ ΧΕΙΡΙΣΜΟΙ ΤΩΝ ΙΑΤΡΩΝ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΤΟΥΣ

Ο γιατρός με βάση τη κλινική ηθική το οποίο είναι ένα σχετικά νέο παρακλάδι της ηθικής, απευθύνεται σε ηθικά ζητήματα και προβλήματα που προκύπτουν μέσα στα σχετιζόμενα με την φροντίδα του ασθενούς σε διαφορετικές θέσεις, στο νοσοκομείο, κατ' οίκον ευκολίες, στην κλινική και στο σπίτι. Ο γιατρός θα πρέπει να γνωρίζει τουλάχιστον δύο κοινές προσεγγίσεις στην κλινική ηθική. Την προσέγγιση που βασίζεται στις αρχές και την προσέγγιση που βασίζεται στην φροντίδα.

¹³ Judith T. Rochiccioli, Mary S. Tillovy, (1996). *Clinical Nursing Leadership*. Philadelphia-London: SaundersWB, 217-233.

2.1.1. Η ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΩΝ ΧΕΙΡΙΣΜΩΝ ΤΩΝ ΙΑΤΡΩΝ ΠΟΥ ΒΑΣΙΖΕΤΑΙ ΣΤΙΣ ΑΡΧΕΣ.

Μια από τις θεωρίες που ηγούνται στην Βιοηθική και στην κλινική ηθική έχει ορισθεί με μια προσέγγιση τεσσάρων αρχών . Κατέστη ευρέως γνωστή από τους Beauchamp & Childress (2004)¹⁴. Αυτή η προσέγγιση ορίζει τέσσερις ηθικές αρχές που προέρχονται από κοινά πιστεύω και τα χρησιμοποιεί για να ορίσει, συζητήσει και αναλύσει τις ηθικές ιδιομορφίες των ιδιαίτερων καταστάσεων.

Οι τέσσερις αρχές περιλαμβάνουν την αυτονομία, φιλανθρωπία, μη επιβλαβής πρακτική και δικαιοσύνη. Άλλοι θεωρητικοί ορίζουν σαν αρχές την ειλικρίνεια, τήρηση του απορρήτου, αφοσίωση, και αποφυγή της δολοφονίας. Όλα αυτά έχουν δημιουργηθεί ώστε να υποχρεώνουν τους επαγγελματίες υγείας στις εξής σκέψεις: όλα τα πράγματα είναι ίσα, είμαι υποχρεωμένος να σέβομαι τους ασθενείς, να τους ωφελώ, να μην τους προκαλώ κακό, να φέρομαι σε όλους δίκαια, να είμαι ειλικρινής και τα λοιπά.

Ένα ηθικό δίλημμα προκύπτει όταν είμαι ανίκανος να εκτελέσω ταυτόχρονα δύο κύριες υποχρεώσεις. Μια γυναίκα με AIDS σας παρακαλεί να μην ενημερώσετε τον σεξουαλικό της σύντροφο και πατέρα του παιδιού της,ότι αυτή έχει AIDS διότι φοβάται ότι θα την εγκαταλείψει. Ενώ έχετε την υποχρέωση να σεβαστείτε την ιδιωτική της ζωή και να διατηρήσετε τις προσωπικές πληροφορίες μυστικές έχετε επίσης την υποχρέωση να μην προκαλέσετε κακό σε ανίδεους τρίτους. Προφανώς δεν μπορείτε να κάνετε και τα δύο. Δυστυχώς δεν υπάρχει συμφωνία σχετικά με την ιεραρχία των αρχών που καθορίζουν ποιες αρχές μπορεί να υπερέχουν έναντι κάποιων άλλων.

Ο Clouser & Gert (1994) προσφέρουν ένα ισχυρό κριτήριο αυτής της μεθόδου, το οποίο ορίζουν ως Principlism¹⁵. Πολλές νοσηλεύτριες έχουν ασκήσει κριτική σε αυτή την μεθοδολογία γιατί ευρέως διαδεδομένες εκδόσεις φαίνεται να προάγουν ένα είδος αβέβαιας ηθικής του τύπου « να τραβήξω την

¹⁴ Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2009). *Principles of biomedical ethics* (6th ed.). New York: Oxford University Press.

¹⁵ Clouser, K. D., and Gert, B. (1994), 'Morality vs. Principlism', in R. Gillon (ed.) *Principles of Health*

Cure Ethics. John Wiley and Sons, Inc., New York and London

πρίζα ή όχι », η οποία δεν είναι ευαίσθητη στις καθημερινές φροντίδες που παρέχουν οι νοσηλεύτριες.

2.1.2. ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΩΝ ΧΕΙΡΙΣΜΩΝ ΤΩΝ ΙΑΤΡΩΝ ΠΟΥ ΒΑΣΙΖΕΤΑΙ ΣΤΗΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑ.

Η μη ικανοποίηση με την προσέγγιση που βασίζεται στις αρχές για την ιατρική ηθική συνδυασμένη με την ριζοσπαστική δουλειά του Bankowski Z., (2005) στην ηθική ανάπτυξη οδήγησε κάποιες θεωρητικές νοσηλεύτριες να ξεκινήσουν να συνθέτουν μια ηθική της φροντίδας¹⁶.

Κέντρο αυτής της προοπτικής είναι η φύση της σχέσης νοσηλεύτριας-ασθενούς και προσοχή στις ιδιαιτερότητες των ξεχωριστών ασθενών ιδωμένα μέσα στα περιεχόμενα της ζωής τους. Δουλεύοντας με αυτή την μεθοδολογία οι νοσηλεύτριες δίνουν σημασία στις ανθρώπινες ανάγκες και ενδιαφέροντα που υπόκεινται στην ηθική διαμάχη με την πρόθεση να αποκαταστήσουν και να ενισχύσουν τους δεσμούς μεταξύ επαγγελματιών, ασθενών και οικογενειών¹⁷. Ο κώδικας ηθικής της ANA(American Nursing Association)

Ο γιατρός προσφέρει υπηρεσίες με σεβασμό για την ανθρώπινη αξιοπρέπεια και μοναδικότητα για τον πελάτη, ελεύθερη από σκέψεις για κοινωνικό ή οικονομικό status, προσωπικές ιδιότητες, ή την φύση των προβλημάτων υγείας. Ο γιατρός προσέχει το δικαίωμα του πελάτη για ησυχία με το να προστατεύει με γνώση πληροφορίες με εμπιστευτική φύση. Ο γιατρός δρα έτσι ώστε να προστατεύει τον πελάτη και το κοινό όταν η φροντίδα υγείας και η ασφάλεια επηρεάζονται από ανίκανη, ανήθικη ή παράνομη πρακτική οποιουδήποτε προσώπου.

Ο γιατρός αναλαμβάνει ευθύνη και είναι υπόλογος για ξεχωριστές ιατρικές κρίσεις και πράξεις. Ο γιατρός διατηρεί την ικανότητα στην ιατρική. Ο γιατρός εξασκεί πληροφορημένη κρίση και χρησιμοποιεί την ξεχωριστή ικανότητα και προσόντα σαν κριτήρια στην αναζήτηση συμβουλής, αποδοχή

¹⁶ Bankowski Z.,(2005), Ethics and health, *World Health*:2-6.

¹⁷ Κουτσελίνα Α.,(2000), Αναγκαιότητα και αρμοδιότητες των επιτροπών δεοντολογίας. *Ιατρική*, 57:127-129

υπευθυνότητων και αναθέσεις ιατρικών πράξεων σε άλλους.

Ο γιατρός σε δραστηριότητες που προσφέρουν στην συνέχεια της πορείας της ανάπτυξη της γνώσης του επαγγέλματος. Ο γιατρός συμμετέχει στις προσπάθειες του επαγγέλματος στην εφαρμογή και βελτίωση των standards της ιατρικής. Ο γιατρός συμμετέχει στις προσπάθειες του επαγγέλματος να ιδρύσει και να διατηρήσει τις συνθήκες εργασίας που θα συμβάλουν σε υψηλή ποιότητα ιατρικής φροντίδας. Ο γιατρός συμμετέχει στις προσπάθειες του επαγγέλματος να προστατέψει το κοινό από την παραπληροφόρηση και κακή εκπροσώπηση και στην διατήρηση της ακεραιότητας της ιατρικής. Ο γιατρός συνεργάζεται με μέλη των επαγγελματιών υγείας και άλλους πολίτες στην προαγωγή των προσπαθειών της κοινότητας και του έθνους να αντεπεξέλθουν στις ανάγκες υγείας του κοινού.

2.1.3.Ο ΚΩΔΙΚΑΣ ΗΘΙΚΗΣ ΠΟΥ ΕΚΠΡΟΣΩΠΕΙ Η AMERICAN NURSING ASSOCIATION

Η Ηθική είναι η επιστήμη που μελετά τους κανόνες συμπεριφοράς των ανθρώπων στη ζωή και τη δράση. Ηθικός λέγεται ο σχετικός με το ήθος ή τα ήθη, ο σχετικός με τον εσωτερικό κόσμο του ανθρώπου, ο σύμφωνος με τους κανόνες του σωστού, του επιβεβλημένου κατά τη γενική παραδοχή, τίμιος, ενάρετος, χρηστός.

Η Ηθική είναι ο κλάδος της Φιλοσοφίας που ασχολείται με την εύρεση του τι είναι αποδεκτό και ορθό και τι ανάρμοστο και λανθασμένο. Η ηθική υπόκεινται σε μεταβολές που εξαρτώνται από την Κοινωνία στην οποία εφαρμόζεται. Έτσι, παράγοντες που επηρεάζουν το κοινωνικό σύνολο δύνανται να επιφέρουν αλλαγές και στο σώμα της ηθικής.

Αρκετοί θα υποστήριζαν ότι υπάρχουν μερικές ηθικές αρχές οι οποίες είναι παγκόσμιες. Πρόκειται για τις πολύ βασικές αρχές που αφορούν την ελευθερία και αρχές όπως αυτή που μας απαγορεύει να βλάπτουμε τους γύρω μας. Τέτοιου είδους βασικές ηθικές αρχές μπορούμε να υποστηρίξουμε ότι είναι όντως παγκόσμιες και σχετίζονται με την ίδια την φύση του ανθρώπου και ισχύουν για κάθε μορφή κοινωνίας.

Με βάση τα παραπάνω κατανοούμε ότι η μοναχικότητα της ηθικής αναφέρεται σε δεδομένα τα οποία ξεφεύγουν από τα τετριμμένα ηθικά υποδείγματα που ακολουθούνται είτε σε συγκεκριμένα κράτη είτε ανά το κόσμο. Ουσιαστικά πολλά άτομα ξεφεύγουν από την ηθική του συνόλου και λειτουργούν ατομικά με διαφορετικό τρόπο, είτε προσβάλλοντας το ευρύτερο κοινωνικό σύνολο, γι' αυτό και τιμωρούνται, είτε κινούμενα ενάντια στη πορεία του οπότε είτε και πάλι τιμωρούνται είτε αναγνωρίζονται από αυτό συνήθως όμως αρκετά χρόνια μετά.¹⁸

Πιο συγκεκριμένα, στο χώρο της ιατρικής και σύμφωνα με το άρθρο 2 του κώδικα ιατρικής δεοντολογίας, Η άσκηση της ιατρικής είναι λειτουργήμα που αποσκοπεί στη διατήρηση, βελτίωση και αποκατάσταση της σωματικής,

¹⁸ Tepper Marlin J. A., (2008). A brief history of social reporting. Business Respect No 51, www.mailenbaker.net/csr/nl/51.html

πνευματικής και ψυχικής υγείας του ανθρώπου, καθώς και στην ανακούφισή του από τον πόνο.

Ο ιατρός τηρεί τον όρκο του Ιπποκράτη, ασκεί το έργο του σύμφωνα με την ισχύουσα νομοθεσία και πρέπει, κατά την άσκηση του επαγγέλματός του, να αποφεύγει κάθε πράξη ή παράλειψη η οποία μπορεί να βλάψει την τιμή και την αξιοπρέπεια του ιατρού και να κλονίσει την πίστη του κοινού προς το ιατρικό επάγγελμα. Οφείλει, επίσης, να διατηρεί σε υψηλό επίπεδο την επαγγελματική του συμπεριφορά, ώστε να καταξιώνεται στη συνείδηση του κοινωνικού συνόλου και να προάγει το κύρος και την αξιοπιστία του ιατρικού σώματος. Ο ιατρός πρέπει να επιδεικνύει τη συμπεριφορά αυτή όχι μόνον κατά την άσκηση του επαγγέλματός του, αλλά και στο πλαίσιο της γενικότερης κοινωνικής έκφρασης της προσωπικότητάς του.

Ο ιατρός σέβεται την ανθρώπινη ζωή ακόμη και κάτω από απειλή και δεν χρησιμοποιεί τις γνώσεις του ενάντια στις αρχές του ανθρωπισμού. Δεν συντρέχει ούτε παρέχει υποστήριξη σε βασανιστήρια ή άλλες μορφές εξευτελιστικής και απάνθρωπης συμπεριφοράς, οποιαδήποτε και αν είναι η πράξη για την οποία κατηγορείται ή θεωρείται ένοχο ή ύποπτο το θύμα αυτών των διαδικασιών, σε καιρό ειρήνης ή πολέμου.

Ο ιατρός, επικαλούμενος λόγους συνείδησης, έχει δικαίωμα να μη μετέχει σε νόμιμες ιατρικές επεμβάσεις στις οποίες αντιτίθεται συνειδησιακά, εκτός από επείγουσες περιπτώσεις.¹⁹

2.2 Η ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗΣ ΑΝΑΜΕΣΑ ΣΤΟΝ ΙΑΤΡΟ ΚΑΙ ΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ

Η ποιότητα της επικοινωνίας είναι καθοριστική σε κάθε μορφής σχέση που αναπτύσσεται είτε στην προσωπική ζωή είτε στο επαγγελματικό περιβάλλον είτε γενικότερα σ' οποιαδήποτε επαφή αναπτύσσεται μεταξύ δύο ή και περισσότερων ατόμων. Η δημιουργία και ανάπτυξη σχέσεων με άλλους είναι ο θεμέλιος λίθος της κοινωνίας. Η επικοινωνία, επιτρέπει τα να οργανώνονται, να παίρνουν αποφάσεις από κοινού, να εργάζονται μαζί, να

¹⁹ Νόμος 3418/2005 - ΦΕΚ 287/Α'/28.11.2005, Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας «Άρθρο 2»

υποστηρίζουν ο ένας τον άλλο, να έχουν κοινά ενδιαφέροντα, να συμμερίζονται με τους άλλους τις χαρές, τις λύπες, τις ανησυχίες τους. Μέσα στην οικογένεια, μέσα στο ζευγάρι και στη δουλειά η αποτελεσματική επικοινωνία αφορά από τη μια το πώς μιλά το άτομο αλλά και το πώς από την άλλη πώς ακούει τους άλλους²⁰.

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

Η σχέση του γιατρού ασθενή επηρεάζεται πολλές φορές από ένα πλαίσιο εξουσίας, που ασκεί ο πρώτος στο δεύτερο²¹. Ο ασθενής εισάγεται στο Νοσοκομείο με την πάθηση του, αλλά και με το κοινωνικό φορτίο της συγκεκριμένης εποχής και κοινότητας απ' όπου προέρχεται. Η σχέσης εξουσίας αλλά και η ταυτοποίηση του ασθενή με βάση τα χαρακτηριστικά του θα πρέπει να απέχουν, από τις σχέσεις επικοινωνίας του γιατρού με τον δεύτερο. Για το γιατρό ο ασθενής πρέπει να είναι ή ένας πάσχων άνθρωπος ή ένας άνθρωπος με κάποια ανίατη αρρώστια ή ένας ανώνυμος άνθρωπος ανεξαρτήτου μόρφωσης, ηλικίας, φύλου, εθνικότητας θρησκευτικών και πολιτικών πεποιθήσεων κ.λπ²².

²⁰ Μαντή, Π. και Τσελέπη, Χ., (2000), *Κοινωνιολογική και Ψυχολογική Προσέγγιση των Νοσοκομείων / Υπηρεσιών Υγείας*, Τόμος Α, ΕΑΠ, Πάτρα.

²¹ Ωραιόπουλος Λ.Γ.,(2004), Η σχέση Γιατρού-αρρώστου. Η ιστορία, η σημασία και η σύγχρονη κρίση της, *Materis Medica Greca*, 12(3), Αθήνα, σ. 301-308

²² Παράγραφος 4 του Άρθρου 7 του Κεφαλαίου Γ του Νόμου, αναφέρει ότι ο γιατρός πρέπει να παρέχει τις ιατρικές του υπηρεσίες σεβόμενος τις θρησκευτικές, φιλοσοφικές, ηθικές, πολιτικές απόψεις και αντιλήψεις του ασθενή. Συγχρόνως το ίδιο ισχύει για την οικονομική, κοινωνική του κατάσταση

Η αντικειμενικότητα του ιατρού προς τον ασθενή θα πρέπει να μεταφράζεται στις άριστες σχέσεις που αναπτύσσονται μεταξύ τους και ειδικά από το γιατρό προς τον ασθενή. Ουσιαστικά ο πρώτος θα πρέπει να επιδιώκει να έχει τις καλύτερες δυνατές σχέσεις με τους ασθενείς του επικοινωνώντας μαζί τους αλλά και προσφέροντας τους τη καλύτερη δυνατή πληροφόρηση ανεξαρτήτως των ατομικών τους χαρακτηριστικών²³. Η σημασία της σχέσης του γιατρού με τον ασθενή υπογραμμίστηκε από τον Ιπποκράτη αναφέροντας ότι συμβάλει στη διάγνωση και τη θεραπεία του ασθενή. Δυστυχώς στη σύγχρονη εποχή οι περίπλοκες οργανωτικές δομές των Νοσοκομείων αλλά και ο έντονος καταμερισμός εργασίας δεν επιτρέπουν στο σύγχρονο γιατρό να ασκήσει το λειτούργημα του όπως και στο παρελθόν. Η σχέση του γιατρού με τον ασθενή του έχει υποστεί μεγάλες αλλαγές χάνοντας κατά ένα μεγάλο μέρος τον προσωπικό της χαρακτήρα²⁴. Το θέμα είναι ότι θα πρέπει να γίνει κατανοητό ότι ανεξάρτητα από τις αλλαγές που έχει υποστεί η σχέση αυτή, θα πρέπει για να είναι ουσιαστική να πλαισιώνεται από εύρυθμη επικοινωνία και πληροφόρηση.

Οι τεχνικές επικοινωνίας που χρησιμοποιούν οι γιατροί με τους ασθενείς τους παίζουν ένα σημαντικό και καθοριστικό ρόλο στη σχέση μεταξύ ασθενούς και γιατρού. Οι γιατροί οι οποίοι είναι φιλικοί και εγκάρδιοι με τους ασθενείς τους είναι περισσότερο αποτελεσματικοί από αυτούς οι οποίοι κρατούν μια απόμακρη και περισσότερο ψυχρή στάση²⁵. Σε έρευνα που δημοσιεύεται στο έγκυρο ιατρικό περιοδικό *Lancet*, στις 10 Μαρτίου, αναλύονται 25 ανασκοπήσεις που έγιναν διαχρονικά και που εξετάζουν την ποιότητα σχέσης γιατρού - ασθενούς. Τα συμπεράσματα που προέκυψαν ήταν τα ακόλουθα²⁶:

²³ Wright, E. B., Holcombe, C., Salmon, P. (2004). Doctors' communication of trust, care, and respect in breast cancer: qualitative study, *British Medical Journal* ;328:864

²⁴ Δικαίος Κ, Κουτούζης Μ, Πολύζος Ν, Σιγάλας Ι, Χλέτσος Ι(1999),*Βασικές Αρχές Διοίκησης*, ΕΑΠ, σελ.460-462

²⁵ Medbook (2001). Οι ασθενείς αξιολογούν θετικά τους καλούς τρόπους συμπεριφοράς των γιατρών. Ανακτημένο από: <http://www.thelancet.com/journal>

²⁶ Wright, E. B., Holcombe, C., Salmon, P. (2004). Doctors' communication of trust, care, and respect in breast cancer: qualitative study, *British Medical Journal* ;328:864

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

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

Οι ικανότητες επικοινωνίας των γιατρών με τους ασθενείς τους, μπορούν να βελτιωθούν δια μέσου μιας καλύτερης εκπαίδευσης. Το συνεπακόλουθο είναι μια μεγαλύτερη ικανοποίηση των ασθενών και βελτίωση

της ποιότητας ζωής τους. Παρ' όλα αυτά όμως η βελτίωση των δεξιοτήτων επικοινωνίας των γιατρών με τους ασθενείς δεν είναι αρκετή για να καλυτερεύει το τι βιώνουν οι ασθενείς. Οι δεξιότητες που επιδιώκεται να αποκτηθούν από τους γιατρούς κατά την εκπαίδευση τους είναι πολλές και συχνά ακαθόριστες²⁷.

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

Ένας πολύ σημαντικός τομέας στον οποίο εφαρμόζονται τα πιο πάνω, είναι η φροντίδα των ανίατων ασθενειών.

Είναι γεγονός ότι όταν οι ασθενείς νιώθουν ευάλωτοι και ότι η ζωή τους απειλείται, αναζητούν μορφές και προσωπικότητες στις οποίες συνδέονται για να νιώθουν ασφάλεια. Οι γιατροί που εμπνέουν εμπιστοσύνη στους ασθενείς τους λόγω των ικανοτήτων και της πραγματογνωμοσύνης τους, οι γιατροί που σέβονται τους ασθενείς τους και τους θεωρούν ως ίσους, παράλληλα με το ότι αναπτύσσουν μια μοναδική ανθρώπινη ζεστή σχέση με τον κάθε ασθενή τους, μπορούν να κερδίσουν την εκτίμηση τους και να τους δώσουν το αίσθημα ασφάλειας που χρειάζονται όταν βρίσκονται σε ευάλωτη θέση και η ζωή τους απειλείται. Οι ασθενείς χρειάζονται καλή επικοινωνία και πληροφόρηση για να μπορούν ελπίζουν και να εμπιστεύονται. Χρειάζονται ένα γιατρό που να νιώθουν ότι είναι ικανός, ότι τους δίνει ιδιαίτερη και ξεχωριστή σημασία, ότι τους λέει την αλήθεια, ότι κάνει για αυτούς πράγματα που δεν είναι υποχρεωμένος να τα κάνει αλλά τα κάνει για να τους προσφέρει περισσότερα και ότι έχει και άλλες ανθρώπινες αξίες παίρνοντας χρόνο να μιλήσει μαζί τους

²⁷ Medlook (2004). Πως θέλουν οι ασθενείς το γιατρό τους;. Ανακτημένο από: http://www.medlook.net.cy/article.asp?item_id=1292

και για άλλα πράγματα εκτός από την ασθένεια.

Το βασικό είναι ότι αυτή η σχέση πληροφόρησης και επικοινωνίας θα πρέπει να πλαισιώνεται από τον κώδικα δεοντολογίας. Αυτό που πρέπει να αποφευχθεί μέσα από το κώδικα είναι να μην υπάρχει εκμετάλλευση της κατάστασης του ασθενή από το γιατρό. Ο γιατρός θα πρέπει να σέβεται τη κατάσταση του και μην χρησιμοποιεί την επιρροή και την εξουσία που έχει πάνω στον άρρωστο. Ο γιατρός θα πρέπει να τηρεί τις αποστάσεις, να μη δίνει ψεύτικες ελπίδες, να μη βλέπει τον ασθενή του ως πελάτη ενδιαφερόμενος για το κέρδος, να σέβεται την οικογενειακή του κατάσταση, να μην εκμεταλλεύεται τους συγγενείς του κ.λπ. Όταν η επικοινωνία και η πληροφόρηση αλλοιώνεται από τα παραπάνω τότε χάνει τη σημασία και το στόχο της.

2.3 ΟΙ ΤΡΟΠΟΙ ΜΕ ΤΟΥΣ ΟΠΟΙΟΥΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΟΥΝ ΟΙ ΙΑΤΡΟΙ ΜΕ ΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΑ

Για μια μεγάλη χρονική περίοδο, σχεδόν μέχρι τις τελευταίες δεκαετίες το νοσοκομείο, ήταν ένας απαραίτητος θεσμός της κοινωνίας. Ουσιαστικά λειτουργούσε στο απυρόβλητο και είχε το σεβασμό όλων²⁸. Τα τελευταία χρόνια και ενώ υπάρχει η δυνατότητα τα Νοσοκομεία να προβάλουν το έργο τους μέσα από τα ΜΜΕ, έχει αναπτυχθεί ένα πνεύμα αντιπαλότητας το οποίο είναι απόρροια της λανθασμένης χρήσης των μέσων (Τηλεόραση, εφημερίδες, Ίντερνετ κ.λπ) από τους επαγγελματίες υγείας και ειδικά τους γιατρούς. Τα ΜΜΕ παίζουν μεγάλο ρόλο στη διαμόρφωση απόψεων και συνειδήσεων επηρεάζοντας τις απόψεις της κοινής γνώμης, διαμορφώνοντας τις προσδοκίες των πολιτών της χώρας. Η ευαισθησία που διακρίνει το κοινό για τα θέματα υγείας, όπως είναι φυσικό, προσελκύει δημοσιότητα. Ακόμα και ο ίδιος ο οργανισμός ή οι επαγγελματίες υγείας επιδιώκουν συχνά τη δημοσιότητα για λόγους αναγνώρισης ή και προβολής των επιτυχιών τους.

Όμως οι στρατηγικές ενημέρωσης του κοινού σε θέματα υγείας, είτε

²⁸ Δικαίος Κ, Κουτούζης Μ, Πολύζος Ν, Σιγάλας Ι, Χλέτσος Ι(1999),*Βασικές Αρχές Διοίκησης*, ΕΑΠ, σελ. 465-466

αυτή γίνεται από τους ίδιους του οργανισμούς υγείας και τους επαγγελματίες είτε από τους δημοσιογράφους, επιβάλλει υπευθυνότητα, αντικειμενικότητα και άριστη γνώση του αντικείμενου. Οι στρατηγικές πληροφόρησης ενός δημόσιου Νοσοκομείου δε μπορεί και δε πρέπει να εστιάζουν σε αποσπασματικές ενημερώσεις με σκοπό τον εντυπωσιασμό. Οι ενημερώσεις πρέπει να ελέγχονται και με βάση το κώδικα δεοντολογίας θα πρέπει να είναι πλαισιωμένες από εμπειριστατωμένες απόψεις που σκοπό έχουν να βοηθήσουν το κοινό να προφυλαχτεί, αλλά και να βελτιώσει τον τρόπο ζωής του. Σύμφωνα με το Κώδικα δεοντολογίας οι γιατροί τους οποίους και μελετάμε δε μπορούν να προβάλλονται, δε μπορούν να διαφημίζονται, δεν πρέπει να προβάλουν το έργο τους, δε πρέπει να επιδιώκουν να προσεγγίζουν πελατεία. Οι γιατροί οφείλουν απλά να ασκούν το λειτούργημα τους και με βάση αυτό να πορεύονται. Η όποια στρατηγική αναπτύξει ένα Νοσοκομείο θα πρέπει να έχει καθαρά ενημερωτικό χαρακτήρα. Ένα Νοσοκομείο δεν είναι επιχείρηση και δεν έχει το δικαίωμα να διαφημίζεται ή να προσπαθεί να προσελκύσει τους «ασθενείς-πελάτες» έναντι άλλων Νοσοκομείων. Σύμφωνα με τις παραπάνω αρχές καταλήγουμε στις ακόλουθες στρατηγικές επικοινωνίας με τη κοινωνία:

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

ανιδιοτελή και χωρίς απώτερο στόχο ενημέρωση τα Νοσοκομεία θα κέρδιζαν την εμπιστοσύνη του κοινού, ενώ συγχρόνως θα επικοινωνούσαν και με το κοινωνικό σύνολο.

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

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

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο Η ΑΣΤΙΚΗ ΕΥΘΥΝΗ ΤΩΝ ΙΑΤΡΩΝ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΤΟΥΣ

3.1. ΓΕΝΙΚΑ

«Από τις τέχνες, που αρμόζει να τις ασκούν ελεύθεροι άνθρωποι, η ιατρική δεν είναι καθόλου κατώτερη ως προς την ομορφιά, τη σπουδαιότητα και την ευχαρίστηση που παρέχει, για δε τους φιλομαθείς έχει μεγάλη θεωρητική αξία, αφού αντικείμενό της έχει τη σωτηρία και την υγεία»²⁹ Από τη ρήση αυτή του Πλουτάρχου, μπορεί εύκολα να γίνει αντιληπτή η διαχρονική αξία της ιατρικής – τέχνης όπως την ονόμαζαν οι αρχαίοι Έλληνες – με τη σημερινή της σημασία να αποκτά ολοένα μεγαλύτερο εύρος ανάμεσα σε θεωρητικούς και εφαρμοστές του δικαίου

Η ιατρική δίκη παρουσιάζει κάποιες ιδιομορφίες καθώς δεν είναι μονοδιάστατη. Παράλληλα με την αστική της διάσταση, είναι δυνατόν ορισμένες φορές να ενυπάρχει και η ποινική, αλλά και η πειθαρχική της πλευρά, με τη νομολογία στη χώρα μας να έχει ασχοληθεί κυρίως με το ποινικό κομμάτι της. Όσον αφορά το αστικό τμήμα της ιατρικής δίκης, εκτός από τα ουσιαστικού δικαίου ζητήματα – όπως η ιατρική ευθύνη, οι αξιώσεις του ενάγοντος, κ.α. – ανακύπτουν και σημαντικά προβλήματα δικονομικής υφής, τα οποία έχουν ως κύρια κατεύθυνσή τους τη δικαιοδοσία, τη νομιμοποίηση – ενεργητική και παθητική – το βάρος αποδείξεως των πραγματικών περιστατικών καθώς και τα αποδεικτικά μέσα, τα οποία μπορούν να χρησιμοποιήσουν οι διάδικοι και το δικαστήριο για την απόδειξη των ισχυρισμών τους.³⁰

²⁹ Πλουτάρχου Υγιεινά παραγγέλματα, (HΘ.122c). Το αρχαίο κείμενο έχει ως εξής: " Των δ' ελευθερίων τεχνών ιατρική το μὲν γλαφυρόν καί περιττόν καί επιπερπές ουδεμιάς ενδεέστερον έχει, θεωρητικόν δε μέγα τοις φιλομαθοῦσι, την σωτηρίαν καί την υγείαν."

³⁰ Ανδρουλιδάκη-Δημητριάδη Ι. (1993). Η υποχρέωση ενημέρωσης του ασθενούς, Συμβολή στη διακρίβωση της αστικής ιατρικής ευθύνης. Αθήνα – Κομοτηνή , Εκδόσεις Σάκουλα, σελ.13

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

3.2.1. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΤΗΣ ΑΣΤΙΚΗΣ ΕΥΘΥΝΗΣ ΣΤΗΝ ΠΑΡΟΧΗ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ

Επειδή το ιατρικό επάγγελμα ή η εξάσκηση της ιατρικής επιστήμης δεν είναι πρόσφατα δημιουργήματα των σύγχρονων κοινωνιών και της ανθρώπινης διανοήσης αλλά χρονολογείται από τα αρχαία χρόνια, είναι λογικό να υπάρχουν αναφορές (1.700 π.Χ.), ενώ στην αρχαία Ελλάδα, ήταν μεγάλη η ανάπτυξη της ιατρικής επιστήμης με τον όρκο του Ιπποκράτη να αποτελεί σταθερό σημείο αναφοράς και στις μέρες μας.

Στο πέρασμα των χρόνων, με την εξέλιξη των φυσικών επιστημών αλλά και κοινωνιών η ιατρική συμβάδισε με τη γενικότερη αυτή πρόοδο χωρίς να χάσει τη διαλεκτική της σχέση με το δίκαιο.

3.2.2. ΤΟ ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΜΕΝΟ ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΤΗΣ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΝΝΟΜΗ ΤΑΞΗ

Στην περίπτωση της ιατρικής δίκης – και επειδή ακριβώς αναφερόμαστε σε δίκη, το οποίο σημαίνει ότι έχει θιγεί ένα έννομο δικαίωμα του ενάγοντος – υπάρχει μια πολλαπλότητα των προστατευτέων δικαιωμάτων από την έννομη τάξη. Προστατευμένα δικαιώματα σε μια ιατρική δίκη αποτελούν το δικαίωμα της ζωής, της σωματικής ακεραιότητας και της υγείας εκείνου που είτε κάνει χρήση είτε έχει δικαίωμα να κάνει χρήση ιατρικών υπηρεσιών³¹. Επομένως, γίνεται αντιληπτό ότι εν τέλει το δικαίωμα στην προσωπικότητα του α.57 ΑΚ, εκδηλώσεις αυτού του ενιαίου και αυτοτελούς δικαιώματος είναι η ζωή, η σωματική ακεραιότητα και η υγεία . Εκτός όμως από τα σωματικά αγαθά τα οποία εμπίπτουν στο πεδίο εφαρμογής της διαταγής του α.57 ΑΚ , είναι δυνατό και η προσαρμογή άλλων εκφάνσεων

³¹ Δωρής Φ. Θεμελιώδη ζητήματα της αστικής ευθύνης των γιατρών στο ελληνικό δίκαιο, πρακτικά Συνεδρίου Ευρωπαϊκής Ένωσης νέων νομικών, σελ.35, στο Αντωνίου Κ. (1993). *Δικονομικά ζητήματα ιατρικής δίκης*. Ανακτημένο από: <http://www.ethemis.gr/wp-content/uploads/2008/07/ergasia3.pdf>

του όπως η τιμή για παράδειγμα με την ανακοίνωση απορρήτων που είχε εμπιστευθεί ο ασθενής του, και η ψυχική υγεία, με τη μετάδοση κάποιας ασθένειας εξαιτίας ελλιπούς καθαρισμού των ιατρικών εργαλείων ή με την πρόκληση κάποιας δυσμορφίας εξαιτίας μη επιτυχημένης πλαστικής εγχείρησης. Τέλος, το δικαίωμα στην προσωπικότητα καλύπτει και την ελευθερία του προσώπου – ασθενούς να αποφασίζει σχετικά με το σώμα και την υγεία του (αυτοκαθορισμός). Το δικαίωμα του ασθενούς να αποφασίζει σχετικά με το σώμα και την υγεία του, συνδέεται άρρηκτα με την υποχρέωση ενημέρωσης του εκ μέρους των ιατρών, αφού μόνο μέσα από την ενημέρωση δίνεται στον ασθενή η δυνατότητα να εκφράσει τη βούλησή του

3.3. ΤΑ ΥΠΟΚΕΙΜΕΝΑ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΣΕ ΜΙΑ ΙΑΤΡΙΚΗ ΔΙΚΗ

Ιατρική δίκη είναι η δίκη, ένα από τα υποκείμενα της οποίας έχει την ιατρική ιδιότητα ή προσφέρει ιατρικές υπηρεσίες. τα πρόσωπα τα οποία συμπλέκονται σε μια ιατρική δίκη είναι αφενός ο ασθενής και αφετέρου ο παρέχων τις ιατρικές υπηρεσίες φορέας είτε αυτός λέγεται ιδιώτης γιατρός είτε ασφαλιστικό ταμείο είτε ιδιωτικό ή δημόσιο νοσοκομείο.

Στο σημείο αυτό, όμως, πρέπει να γίνει ο διαχωρισμός ανάμεσα στο υποκείμενο το οποίο ο νόμος προστατεύει και στο πρόσωπο το οποίο νομιμοποιείται ενεργητικά να προβάλλει τις αξιώσεις του ενώπιον των δικαστικών αρχών. Έτσι, αν το αγαθό το οποίο υπέστη βλάβη από την πράξη ή παράλειψη του παρέχοντος ιατρικές υπηρεσίες είναι η ζωή του ασθενούς, τότε νομιμοποιούνται ενεργητικά οι στενοί συγγενείς του θανούντος, σύμφωνα με τα άρθρα 928 και 932 ΑΚ.

3.3.1. ΤΑ ΝΟΜΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΕ ΜΙΑ ΙΑΤΡΙΚΗ ΔΙΚΗ

Τα κυριότερα προβλήματα τα οποία καλείται να προσέξει και να αντιμετωπίσει είτε συνήγορος του ενάγοντος ή του εναγομένου είτε ο δικαστής είναι:

- i) η δικαιοδοσία, το αν δηλαδή οι διαφορές οι οποίες ανακύπτουν από κάποιο ιατρικό σφάλμα υπάγονται στη δικαιοδοσία των πολιτικών ή διοικητικών δικαστηρίων
- ii) η κατά τόπον και καθ' ύλην των ως άνω δικαστηρίων
- iii) η νομιμοποίηση, ενεργητική και παθητική
- iv) η απόδειξη και η κατανομή του βάρους αποδείξεως
- v) τα αποδεικτικά μέσα

Το κυριότερο, βεβαίως, ζήτημα το οποίο έχει προκαλέσει την έντονη ενασχόληση της θεωρίας αποτελεί η κατανομή του βάρους αποδείξεως στους αντιδίκους και η κάμψη του αυστηρού κανόνα του άρθρου 338 ΚΠολΔ με διάφορες θεωρητικές κατασκευές προς παροχή αποδεικτικών διευκολύνσεων στον ενάγοντα-ασθενή.

3.4.Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΣΦΑΛΜΑΤΟΣ ΚΑΙ Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΟΥ ΣΤΗ ΘΕΜΕΛΙΩΣΗ ΤΗΣ ΑΣΤΙΚΗΣ ΕΥΘΥΝΗΣ

Η ευθύνη του ιατρού για αδικοπραξία προϋποθέτει ένα σφάλμα του κατά την αντιμετώπιση της κατάστασης στην οποία καλείται να επέμβει. Πρόκειται για το ιατρικό σφάλμα το οποίο προκαλεί αιτιωδώς ζημιά σε ένα πρόσωπο, επειδή προσβάλλεται η ζωή ή η υγεία του.

Ιατρικό σφάλμα ορίζεται ως η κακή ή αντιεπιστημονική διενέργεια ιατρικών πράξεων, με το στοιχείο της παράνομης συμπεριφοράς να αποτελεί συστατικό της στοιχείο, συμπεριφορά δηλαδή η οποία παραβιάζει τις υποχρεώσεις επιμέλειας του γιατρού.

Ιατρική πράξη είναι αυτή που συντελεί στη διάγνωση ή στη θεραπεία αρρώστων, καθώς και εκείνη, που χωρίς να έχει θεραπευτικό σκοπό, συνιστά επίδραση στον ανθρώπινο οργανισμό ή συμβάλει στη διάγνωση ασθένειας μέσω χειρουργικών μέσων ή μηχανημάτων³²

³² Ανδρουλιδάκη-Δημητριάδη Ι. (1993). Η υποχρέωση ενημέρωσης του ασθενούς, Συμβολή στη διακρίβωση της αστικής ιατρικής ευθύνης. Αθήνα – Κομοτηνή, Εκδόσεις Σάκκουλα, σελ.6

Επομένως, ως ιατρικό σφάλμα μπορούμε να εννοήσουμε την αποτυχημένη ιατρική πράξη, η οποία από μόνη της δεν συνιστά παρανομία, αλλά απαιτεί ένα πρόσθετο στοιχείο, αυτό της παράβασης των υποχρεώσεων επιμέλειας του γιατρού.

Σημασία διαχωρισμού ενδοσυμβατικής και αδικοπρακτικής ευθύνης:

Ο διαχωρισμός και η εξακρίβωση του είδους της ευθύνης που υπέχει ο γιατρός έναντι του ασθενούς είναι ιδιαίτερα σημαντικός παράγοντας για την εξέλιξη μιας ιατρικής δίκης. στην ενδοσυμβατική ευθύνη η υπαιτιότητα του ζημιώσαντος τεκμαίρεται μαχητή, δηλαδή αυτός θα πρέπει να αποδείξει ότι δεν είχε υπαιτιότητα αν θέλει να απαλλαγεί, ενώ στην αδικοπρακτική ευθύνη το βάρος απόδειξης όλων των πραγματικών περιστατικών που στοιχειοθετούν τις προϋποθέσεις της αξίωσης, επομένως και την υπαιτιότητα, φέρει ο ζημιωθείς.³³

3.4.1. Η ΘΕΜΕΛΙΩΣΗ ΤΗΣ ΑΣΤΙΚΗΣ ΕΥΘΥΝΗΣ

Η ανάγκη εξειδίκευσης της αστικής ευθύνης του γιατρού κρίνεται επιβεβλημένη καθώς ο διαχωρισμός ο οποίος προκύπτει, διαμορφώνει και άλλα ζητήματα ιδιαίτερα σημαντικά στην εξέλιξη της ιατρικής δίκης όπως στη κατανομή του βάρους αποδείξεως, τις αξιώσεις του ενάγοντα κτλ.

Η αστική ευθύνη του γιατρού υφίσταται μια τριχοτόμηση ανάλογα με τη πηγή την οποία προκύπτει και διακρίνεται σε :

α) ενδοσυμβατική, εφ' όσον πηγή της έννομης σχέσης που διαμορφώνεται μεταξύ γιατρού και ασθενή αποτελεί η σύμβαση ιατρικής αγωγής, λαμβανομένης μάλιστα υπ' όψιν της μόρφωσης και των ειδικών γνώσεων και ικανοτήτων του, όπως αυτό ορίζεται στο άρθρο 652 ΑΚ³⁴

³³ Σταθόπουλος Μ. (1998). Γενικό Ενοχικό Δίκαιο, Τρίτη έκδοση, Αθήνα – Κομοτηνή , Εκδόσεις Σάκκουλα σελ.290, Για το πρόβλημα δικαιοπρακτικής και αδικοπρακτικής ευθύνης

³⁴ Ζέπος, Η ευθύνη του γιατρού, ΝοΒ 1973.6 στο Αντωνίου Κ. (1993). Δικονομικά ζητήματα ιατρικής δίκης. Ανακτημένο από: <http://www.ethemis.gr/wp-content/uploads/2008/07/ergasia3.pdf>

β) αδικοπρακτική, εφ' όσον πηγή της ευθύνης του γιατρού αποτελεί μια άδικη πράξη του, οσάκις δεν ακολουθεί τις θεμελιώδεις αρχές της ιατρικής επιστήμης και της κτηθείσας πείρας και δεν τηρεί όλες τις ισχύουσες διατάξεις για τη διαφύλαξη των ασθενών και προστασίας των υγιών.

γ) εκτός από την ενδοσυμβατική και την αδικοπρακτική ευθύνη, ο γιατρός υπέχει ευθύνη και σύμφωνα με το α.8 Ν. 2251/1994 για την προστασία του καταναλωτή από τον παρέχοντα υπηρεσίες

i) Ενδοσυμβατική ευθύνη: Μεταξύ γιατρού και ασθενούς συνάπτεται μια σύμβαση, η σύμβαση ιατρικής αγωγής. Εφόσον δεν εμπλέκεται κάποιος δημόσιος φορέας – οπότε στην περίπτωση αυτή δεν υπάρχει συμβατική σχέση με τον γιατρό αλλά πλέον, υφίσταται μόνο αστική ευθύνη του Δημοσίου κατά τα άρθρα 105-106 ΕισΝΑΚ και η διαφορά υπάγεται στη δικαιοδοσία των διοικητικών δικαστηρίων – και περιοριζόμαστε στο σχήμα γιατρός – ασθενής, ως σύμβαση ιατρικής αγωγής μπορεί να οριστεί η ενοχική σύμβαση με την οποία ο γιατρός υπόσχεται τη διενέργεια ιατρικών πράξεων οποιασδήποτε μορφής σε ορισμένο πρόσωπο ή σε σχέση μ' αυτό και το τελευταίο υπόσχεται να καταβάλει στο γιατρό τη συμφωνημένη αμοιβή. Ως προς τη νομική φύση της, στη θεωρία έχουν υποστηριχθεί διάφορες απόψεις με κύριες κατευθύνσεις το χαρακτηρισμό της ως σύμβασης παροχής ανεξάρτητων υπηρεσιών, σύμβασης έργου ή σύμβασης εργασίας³⁵

ii) Αδικοπρακτική ευθύνη: Οι διατάξεις της συμβατικής ευθύνης βρίσκουν εφαρμογή επειδή μεταξύ γιατρού και ασθενούς συνάπτεται ρητά, σιωπηρά ή de facto, σύμβαση αστικής φύσης, η σύμβαση ιατρικής αγωγής. Οι κανόνες της εξωσυμβατικής ευθύνης βρίσκουν εφαρμογή, διότι ανεξάρτητα από την ύπαρξη συμβατικού δεσμού η ιατρική πράξη θίγει έννομα αγαθά του ασθενούς, τα οποία γενικότερα προστατεύονται από την έννομη τάξη. Η ευθύνη του ιατρού για αδικοπραξία προϋποθέτει ένα σφάλμα του κατά την αντιμετώπιση της κατάστασης στην οποία καλείται να επέμβει. Πρόκειται για ιατρικό σφάλμα το οποίο προκαλεί αιωδώς ζημία σε ένα πρόσωπο, επειδή προσβάλλεται η ζωή ή η υγεία του. Ιατρικό σφάλμα ορίζεται ως η κακή ή

³⁵ Ανδρουλιδάκη-Δημητριάδη Ι. (1993). Η υποχρέωση ενημέρωσης του ασθενούς, Συμβολή στη διακρίβωση της αστικής ιατρικής ευθύνης. Αθήνα – Κομοτηνή, Εκδόσεις Σάκκουλα,, σελ.13

αντιεπισημονική διενέργεια ιατρικών πράξεων, με το στοιχείο της παράνομης συμπεριφοράς να αποτελεί συστατικό της στοιχείο Ιατρική πράξη είναι αυτή που συντελεί στη διάγνωση ή στη θεραπεία αρρώστων, καθώς και εκείνη, που χωρίς να έχει θεραπευτικό σκοπό, συνιστά επίδραση στον ανθρώπινο οργανισμό ή συμβάλει στη διάγνωση ασθένειας μέσω χειρουργικών μέσων ή μηχανημάτων³⁶

iii) Σημασία διαχωρισμού ενδοσυμβατικής και αδικοπρακτικής ευθύνης:

Ο διαχωρισμός και η εξακρίβωση του είδους της ευθύνης που υπέχει ο γιατρός έναντι του ασθενούς είναι ιδιαίτερα σημαντικός παράγοντας για την εξέλιξη μιας ιατρικής δίκης. Από τη μια πλευρά, η παραγραφή στην ενδοσυμβατική από την αδικοπρακτική ευθύνη διαφέρει. Έτσι, στην ευθύνη από τη σύμβαση ιατρικής αγωγής, η παραγραφή είναι 20ετής (ΑΚ 249), ενώ αντίστοιχα στην αδικοπραξία η παραγραφή είναι 5ετής, από τότε που ο παθών έλαβε γνώση της ζημίας (ΑΚ 937).

Έτσι, στην ενδοσυμβατική ευθύνη η υπαιτιότητα του ζημιώσαντος τεκμαίρεται μαχητή, δηλαδή αυτός θα πρέπει να αποδείξει ότι δεν είχε υπαιτιότητα αν θέλει να απαλλαγεί, ενώ στην αδικοπρακτική ευθύνη το βάρος απόδειξης όλων των πραγματικών περιστατικών που στοιχειοθετούν τις προϋποθέσεις της αξίωσης, επομένως και την υπαιτιότητα, φέρει ο ζημιωμένος³⁷

Τέλος, εξίσου μεγάλης σημασίας αποτελεί το γεγονός ότι εφόσον ο ενάγων επικαλεστεί συμβατική ευθύνη του γιατρού – εναγόμενου θα πρέπει να αρκεστεί στην αποκατάσταση της περιουσιακής του μόνο ζημίας και δεν θα μπορέσει να αξιώσει και αποζημίωση για ηθική βλάβη, ενώ εφόσον τελικά επιλέξει τη λύση της αδικοπραξίας τότε θα μπορέσει να ικανοποιήσει και την αξίωση για ηθική βλάβη.

³⁶ Φουντεδάκη Κ. (2004). Αστική Ιατρική Ευθύνη, Αθήνα – Κομοτηνή , Εκδόσεις Σάκκουλα σελ.27, για το δικαίωμα αυτοδιάθεσης και Ανδρουλιδάκη-Δημητριάδη Ι. (1993). Η υποχρέωση ενημέρωσης του ασθενούς, Συμβολή στη διακρίβωση της αστικής ιατρικής ευθύνης. Αθήνα – Κομοτηνή , Εκδόσεις Σάκκουλα, σελ.93 επ.

³⁷ Σταθόπουλος Μ. (1998). *Γενικό Ενοχικό Δίκαιο*, Τρίτη έκδοση, . Αθήνα – Κομοτηνή , Εκδόσεις Σάκκουλα,σελ.290, Για το πρόβλημα δικαιοπρακτικής και αδικοπρακτικής ευθύνης

iv) Συνέπειες παραβίασης ενδοσυμβατικής ή αδικοπρακτικής ευθύνης:

Στην περίπτωση κατά την οποία ο γιατρός έχει παραβεί τις υποχρεώσεις που απορρέουν είτε από τη σύμβαση ιατρικής αγωγής είτε από την άδικη και παράνομη πράξη του δίνεται η ευχέρεια και η δυνατότητα στον ενάγοντα – ασθενή να αξιώσει την αποκατάσταση της ζημίας του.

Πιο εξειδικευμένα η παραπάνω αποζημίωση μπορεί να περιλαμβάνει: Απώλεια μισθών ή κερδών λόγω απουσίας ή ανικανότητας για εργασία, περαιτέρω έξοδα για πληρωμή άλλων γιατρών, νοσοκομείων, φαρμάκων, ειδικών τροφών, ελάττωση του αναμενόμενου πιθανού χρόνου ζωής, ειδικά στις γυναίκες, σε περιπτώσεις που μία δυσμορφία περιορίζει τις πιθανότητες γάμου ή μια φυσική ανικανότητα αντίστοιχα περιορίζει τη δυνατότητα για τεκνοποίηση

Στην περίπτωση όμως που ο ενάγων θελήσει να θεμελιώσει το αίτημά του στην ενδοσυμβατική ευθύνη του ιατρού, τότε δεν θα μπορέσει να ζητήσει και αποκατάσταση της ηθικής βλάβης (ΑΚ 932) που υπέστη, αίτημα το οποίο θα μπορεί να ικανοποιηθεί στην περίπτωση της αδικοπραξίας. Επαφίεται τελικά, στη διακριτική ευχέρεια του ενάγοντος να επικαλεστεί είτε την ενδοσυμβατική είτε την αδικοπρακτική ευθύνη του εναγομένου – γιατρού με τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα που συνεπάγεται η κάθε επιλογή

v) Αμέλεια στο αστικό δίκαιο: Θεμελιώδη έννοια για τη θεμελίωση της ευθύνης του γιατρού αποτελεί η αμέλεια. Σύμφωνα με το άρθρο 330 εδ. 2 ΑΚ αμέλεια υπάρχει όταν δεν καταβάλλεται η επιμέλεια που απαιτείται στις συναλλαγές. Στο ισχύον δίκαιο, επικρατεί αυτή η αντικειμενικότερη αντίληψη της αμέλειας καθώς κρίσιμες θα θεωρηθούν οι δυνατότητες ενός μέσου συνετού ευσυνείδητου ανθρώπου, δηλαδή σημασία για τον καθορισμό της επιμέλειας ενός ανθρώπου θα έχει ο τυπικός εκπρόσωπος του κύκλου του . Η αντικειμενική αυτή διάσταση της αμέλειας εκδηλώνεται με την παραβίαση των κανόνων συμπεριφοράς που επιβάλλονται σ' ένα συγκεκριμένο κύκλο προσώπων, η οποία στο μέτρο που συνιστά απόκλιση από την επιβαλλόμενη στις συναλλαγές επιμέλεια είναι και πράξη υπαίτια, ικανοποιώντας το κριτήριο της υποκειμενικής – πταισματικής ευθύνης που απαιτεί ο Αστικός Κώδικας.

Μεταφέροντας τη γενική αυτή τοποθέτηση στο χώρο του ιατρικού δικαίου, αμελής διενέργεια ιατρικής πράξης υπάρχει οσάκις ο γιατρός

προβαίνει από αμέλεια σε λανθασμένη διάγνωση ή πρόγνωση τη ασθένειας του αρρώστου, όταν διενεργεί μια εγχείρηση ή επέμβαση χωρίς να ακολουθήσει τους γενικά αποδεκτούς κανόνες της ιατρικής επιστήμης, όταν δεν αντιμετωπίζει με την απαιτούμενη από το νόμο επιμέλεια ένα επείγον περιστατικό. Η νομολογία έχει πλέον, πάγια θέση πάνω στο ζήτημα της αμέλειας. Σύμφωνα με την ΑΠ 1270/1989, ο ιατρός ευθύνεται σε αποζημίωση για τη ζημιά που έπαθε ο ασθενής ελάτης του από κάθε αμέλειά του, ακόμη και ελαφρά, εάν κατά την εκτέλεση των ιατρικών του καθηκόντων, παρέβη την υποχρέωση επιμέλειάς του να ενεργήσει *lege artis*, ήτοι σύμφωνα με τις θεμελιώδεις αρχές της ιατρικής επιστήμης, ενώ για παράβαση γενικώς παραδεδωγμένων και αναγνωρισμένων κανόνων της ιατρικής επιστήμης κάνουν λόγο οι αποφάσεις του εφετείου Αθηνών 4495/2002 και 7092/2001.

Τέλος εξίσου σημαντική ως προς την έκταση και το εύρος της επιμέλεια την οποία υποχρεούται σημαντική ως προς την έκταση και το εύρος της επιμέλειας την οποία υποχρεούται να δεικνύει ο ιατρός, είναι και πάλι η απόφαση ΑΠ 1270/1989, η οποία αναφέρει ότι ο ιατρός υποχρεούται να καταβάλλει κάθε επιμέλεια αναμενόμενη από την επαγγελματική του δραστηριότητα και κατά συνέπεια ευθύνεται «δια παν πταίσμα" δηλαδή, ακόμη και για ελαφριά αμέλεια. Αυτή η συμπεριφορά, η οποία τελικά συνεπάγεται και την ευθύνη του γιατρού είναι εκείνη η οποία διαφοροποιείται από το επίπεδο του μέσου ιατρού ως τυπικού εκπροσώπου της ιατρικής ειδικότητας που έχει αυτός.

vi) Ιατρική ευθύνη σύμφωνα με τον ν. 2251/1994: Το ζήτημα της ιατρικής ευθύνης το συναντούμε και στο νόμο 2251/1994 για την προστασία του καταναλωτή και πιο συγκεκριμένα στο άρθρο 8 περί ευθύνης του παρέχοντος υπηρεσίες.

vii) Υποχρεώσεις Ιατρού: Κύριες υποχρεώσεις του ιατρού, από τις οποίες απορρέουν κατά κανόνα και οι δυνατότητες θεμελίωσης της ευθύνης του σε περίπτωση παραβίασής τους είναι οι ακόλουθες:

1. Υποχρέωση διαγνώσεως, θεραπείας και επεμβάσεως, όπου αυτό είναι απαραίτητο ή αλλιώς η υποχρέωση παροχής ιατρικής φροντίδας.

2. Υποχρέωση ενημέρωσης και εξασφάλισης συναινέσεως, πλην εξαιρέσεων, του ασθενούς. Η ενημέρωση αυτή, σε μια από τις μορφές της («θεραπευτική» ενημέρωση) αποτελεί ειδικότερη εκδήλωση των υποχρεώσεων επιμέλειας του γιατρού και επομένως περιεχόμενο της υποχρέωσης παροχής ιατρικής φροντίδας.

3. Υποχρέωση τήρησης στοιχείων.

4. Υποχρέωση απορρήτου.

5. Η υποχρέωση του γιατρού για αυτοπρόσωπη εκτέλεση της σύμβασης, η οποία απορρέει και δικαιολογείται από τη σχέση εμπιστοσύνης μεταξύ ασθενούς και ιατρού που αναπτύσσεται μεταξύ τους, χωρίς βέβαια αυτή να αποκλείει και τη συνδρομή βοηθητικών προσώπων για την εκτέλεση δευτερεύουσας σημασίας ιατρικών πράξεων.

viii) Απαλλακτικές ρήτρες: Η θεωρία και η νομολογία έχουν σαφή θέση απέναντι στη χρήση και στο επιτρεπτό απαλλακτικών ρητρών στο χώρο της ιατρικής ευθύνης. Η συνομολόγηση απαλλακτικών ρητρών υπέρ του γιατρού ή του νοσοκομείου ή των βοηθών εκπλήρωσης και προστηθέντων, οι οποίες προβλέπουν τον περιορισμό της ευθύνης του γιατρού στο δόλο και στη βαριά αμέλεια ή την απαλλαγή του, είναι αντίθετη στην πάγια νομολογία, η οποία θεωρεί τις συμφωνίες αυτές άκυρες, αφού οι κανόνες για την προστασία των αγαθών της ζωής, της σωματικής ακεραιότητας και της υγείας είναι δημοσίας τάξεως και δεν επιτρέπουν απόκλιση με ιδιωτική βούληση.

De lege ferenda Προτάσεις: Η διαφορετική αντιμετώπιση την οποία επιφυλάσσει ο Έλληνας νομοθέτης στην οριοθέτηση και απόδειξη της ιατρικής αστικής ευθύνης είτε στα πλαίσια των διατάξεων του Αστικού κώδικα διακρίνοντας την σε ενδοσυμβατική και αδικοπρακτική είτε στο πλαίσιο της προστασίας που παρέχει στον καταναλωτή μέσα από το ν. 2251/1994 και πιο εξειδικευμένα από τις διατάξεις οι οποίες καθορίζουν την ευθύνη του παρέχοντος υπηρεσίες, επιβάλλει μια διαλεκτική αλληλοσυμπλήρωσή τους προκειμένου ο νόμος ούτε επιεικής να είναι αλλά ούτε και υπέρμετρα αυστηρός.

3.5. Η ΣΥΝΑΙΝΕΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΚΑΙ Η ΑΣΤΙΚΗ ΕΥΘΥΝΗ

Η υποχρέωση ενημέρωσης του ασθενούς – όπου αυτή είναι δυνατή – είναι θεμελιώδους σημασίας για τη θεμελίωση της αστικής ευθύνης του γιατρού καθώς αυτή είναι που αποτελεί το δικαιολογητικό λόγο της μετέπειτα συναίνεσης ή άρνησής του στις επικείμενες ενέργειες του γιατρού.

Αυτό που δεν πρέπει να παραληφθεί είναι ότι η ενημέρωση του ασθενούς προκύπτει από διάφορους παράγοντες όπως το επίπεδο μόρφωσης και αντίληψης του ασθενούς, το επείγον της επέμβασης και η ψυχική επιβάρυνση του ασθενούς, ενώ επίσης η παράλειψη κατάλληλης ενημέρωσης και λήψεως εγκύρου συναινέσεως μπορεί να θεμελιώσει την αστική ευθύνη του ιατρού είτε συμβατικά είτε και αδικοπρακτικά. Και η ιδιαίτερη αυτή σημασία της έλλειψης ενημέρωσης αποκτά μεγαλύτερη βαρύτητα καθώς πλήττει τα συνταγματικώς κατοχυρωμένα δικαιώματα της ανθρώπινης αξίας και αξιοπρέπειας (2 § 1 Σ) και της ελεύθερης ανάπτυξης της προσωπικότητας (α.5 § 1 Σ) ακόμα και όταν η αυτόγνωμη επέμβαση – η οποία δικαιολογείται μόνο σε ειδικές περιπτώσεις – ήταν επιτυχής αλλά διενεργήθηκε χωρίς τη νομικά ισχυρή συναίνεση του ασθενούς³⁸

3.6. Η ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΣΥΝΑΦΕΙΑ ΩΣ ΑΝΑΓΚΑΙΟ ΣΤΟΙΧΕΙΟ ΤΗΣ ΑΣΤΙΚΗΣ ΕΥΘΥΝΗΣ

Σύμφωνα με τη διατύπωση του άρθρου 8 ν. 2251/1994, η παράγραφος 1 ορίζει ότι: «Ο παρέχων υπηρεσίες (δηλαδή, ο γιατρός στη δική μας περίπτωση) ευθύνεται για κάθε ζημία που προκάλεσε υπαιτίως κατά την παροχή των υπηρεσιών», ενώ οι παράγραφοι 3 & 4 κατανέμουν το βάρος απόδειξης ως εξής:

«Ο ζημιωθείς υποχρεούται να αποδείξει τη ζημία και την αιτιώδη συνάφεια μεταξύ της παροχής της υπηρεσίας και της ζημίας» ενώ

³⁸ Πολίτης Χ. , Κατανομή του βάρους απόδειξης στη δίκη της ιατρικής ευθύνης, Δ18.401, στο Αντωνίου Κ. (1993). *Δικονομικά ζητήματα ιατρικής δίκης*. Ανακτημένο από: <http://www.ethemis.gr/wp-content/uploads/2008/07/ergasia3.pdf>

«Ο παρέχων τις υπηρεσίες φέρει το βάρος της απόδειξης της έλλειψης υπαιτιότητας».

Και είναι πολύ σημαντική η αποδεικτική αυτή καινοτομία που επιφέρει το άρθρο 8 καθώς ο ασθενής δεν οφείλει πλέον να αποδείξει το ιατρικό σφάλμα, αλλά αρκεί να αποδείξει την αιτιώδη συνάφεια ανάμεσα στην ιατρική πράξη και στη ζημία που υπέστη.³⁹

3.7. ΤΟ ΒΑΡΟΣ ΑΠΟΔΕΙΞΗΣ ΣΤΟ ΑΣΤΙΚΟ ΔΙΚΟΝΟΜΙΚΟ ΔΙΚΑΙΟ

Η έννοια της αποδείξεως στο αστικό δικονομικό μας δίκαιο θα ήταν κενή περιεχομένου αν δεν συμπληρωνόταν από την αντίστοιχη υποχρέωση των διαδίκων να αποδεικνύουν με σαφήνεια τους πραγματικούς ισχυρισμούς που επικαλούνται.

Πολύ δε μάλλον, η σημασία του βάρους αποδείξεως αποκτά ιδιαίτερη βαρύτητα κάτω από την παντοδυναμία του συζητητικού συστήματος στην πολιτική δίκη, όπου οι διάδικοι καλούνται να συμβάλλουν ενεργά στη διαμόρφωση, εξελικτική πορεία και τελική έκβασή της. Επομένως, ζητούμενο είναι να καθορισθεί ποιων γεγονότων το βάρος απόδειξης φέρει κάθε διάδικος και ποια είναι και σε βάρος τίνος διαδίκου η συνέπεια της μη αποδείξεώς τους⁴⁰. Υπό το φως της Παλιάς Πολιτικής Δικονομίας, στην οποία υπήρχε και ρητή διάταξη, το βάρος απόδειξης διαχωρίζεται σε υποκειμενικό και αντικειμενικό.

Το υποκειμενικό βάρος απόδειξης καθορίζει το ποιος διάδικος θα πρέπει να επιφορτισθεί με την ευθύνη προσκομιδής του αποδεικτικού υλικού, δηλαδή αποτελεί καθήκον του διαδίκου να αποδείξει τους προτεινόμενους ισχυρισμούς του προκειμένου να επιτευχθεί ο αντικειμενικός σκοπός του, που δεν είναι άλλος από την ευόδωση του εκάστοτε αγωγικού αιτήματος. Η διττή

³⁹ Πολίτης, Κατανομή του βάρους απόδειξης στη δίκη της ιατρικής ευθύνης, Δ18.401, στο Αντωνίου Κ. (1993). *Δικονομικά ζητήματα ιατρικής δίκης*. Ανακτήμένο από: <http://www.ethemis.gr/wp-content/uploads/2008/07/ergasia3.pdf>

⁴⁰ Γεωργιάδης Α. Νομολογιακές θέσεις στη κατανομή του βάρους αποδείξεως, στο Αντωνίου Κ. (1993). *Δικονομικά ζητήματα ιατρικής δίκης*. Ανακτήμένο από: <http://www.ethemis.gr/wp-content/uploads/2008/07/ergasia3.pdf>

έννοια του βάρους αποδείξεως συμπληρώνεται από την αντικειμενική της υπόσταση, το αντικειμενικό βάρος αποδείξεως το οποίο και καθορίζει σε ποιόν διάδικο θα καταλογισθεί ως έννομη συνέπεια ο κίνδυνος της δικαστικής κρίσεως για το γνωστικό αδιέξοδο, ως προς τον πραγματικό ισχυρισμό ο οποίος αποτελεί την ιστορική βάση της αιτήσεως παροχής εννόμου προστασίας. Με απλά, δηλαδή, λόγια το υποκειμενικό βάρος απόδειξης συμπυκνώνεται στο ερώτημα ποιος βαρύνεται με την απόδειξη των πραγματικών περιστατικών (βάρος προς απόδειξη) ενώ το αντικειμενικό στο ερώτημα, ποιος ζημιώνεται από την αδυναμία απόδειξης των κρίσιμων ισχυρισμών, από την κατάσταση δηλαδή του non liquet (βάρος μη απόδειξης)

Βασικός κανόνας: Ο Έλληνας νομοθέτης, για την οριοθέτηση του βάρους αποδείξεως για καθέναν από τους διαδίκους, θέσπισε τη θετική διάταξη του άρθρου 338 § 1 ΚΠολΔ, σύμφωνα με την οποία κάθε διάδικος οφείλει να αποδείξει τα πραγματικά γεγονότα που είναι αναγκαία για να υποστηρίξει τη αυτοτελή αίτηση του⁴¹. Με τη διάταξη αυτή, καθιερώνεται ένα δικονομικό βάρος στον διάδικο, ο οποίος αν δεν μπορέσει να ανταποκριθεί σ' αυτό, η αγωγή του θα απορριφθεί ως ουσία αβάσιμη ή αόριστη. Μεταφέροντας τον θεμελιώδη αυτόν κανόνα στον χώρο της ιατρικής ευθύνης, η πρώτη εντύπωση που δημιουργείται μας οδηγεί στο ανελαστικό και δυσχερές σημείο για τον ενάγοντα ασθενή να έχει εκείνος την υποχρέωση να αποδεικνύει όλα εκείνα τα ουσιώδη γεγονότα που αποτελούν την ελάχιστη πρόταση του συλλογισμού του δικαστή προς έκδοση της αποφάσεως. Εν τέλει δηλαδή, η αδυναμία του ασθενούς προς απόδειξη των ισχυρισμών του θα ισοδυναμούσε κατά κανόνα με απόρριψη της αγωγής του ως αβάσιμης.

Εκτός από τη γενική, όμως αρχή του άρθρου 338 § 1 ΚΠολΔ, υπάρχουν ικανές σε αριθμό διατάξεις σε ουσιαστικούς νόμους, οι οποίες ορίζουν ποιος από τους διαδίκους φέρει το βάρος αποδείξεως της συνδρομής των προϋποθέσεων εφαρμογής τους πχ άρθρα (397, 418, 517, 600, 905,

⁴¹ Άνθιμος Α. Βάρος αποδείξεως και παρεμφερείς έννοιες Θεωρητική τεκμηρίωση της αναγκαιότητας αυτοτέλειας του βάρους απόδειξης στην πολιτική δίκη Δ 2 8.783, στο Αντωνίου Κ. (1993). *Δικονομικά ζητήματα ιατρικής δίκης*. Ανακτημένο από: <http://www.ethemis.gr/wp-content/uploads/2008/07/ergasia3.pdf>

1843, 1845 ΑΚ), ενώ κανόνες κατανομής του βάρους αποδείξεως περιέχουν επίσης και οι διατάξεις με τις οποίες εισάγονται τεκμήρια (π.χ. άρθρα 38, 1046, 1100, 1111, 1386, 1469 ΑΚ)

Στην περίπτωση δε, της ιατρικής ευθύνης, η κατανομή του βάρους αποδείξεως θα γίνει σύμφωνα με τις διατάξεις των άρθρων 336 ΑΚ (για την ενδοσυμβατική ευθύνη) και 914 ΑΚ (για την αδικοπρακτική), καθώς επίσης και σύμφωνα με το άρθρο 8 ν. 2251/1994 για την ευθύνη του παρέχοντος ιατρικές υπηρεσίες. Με βάση το ισχύον καθεστώς, με βάση δηλαδή το άρθρο 338 § 1 ΚΠολΔ, το βάρος αποδείξεως κατά κύριο λόγο πέφτει στους ώμους του ασθενούς ή των κληρονόμων του, ως συνέπεια της αυστηρής εφαρμογής της άκαμπτης διάταξης του ως άνω άρθρου. Η επιλογή όμως του Έλληνα νομοθέτη να διατυπώσει με τέτοιον τρόπο το άρθρο 338 § 1 ΚΠολΔ δεν ήταν τυχαία, αλλά αποτέλεσμα στάθμισης διαφόρων συμφερόντων και παραγόντων.

Βασικό νομικό θεμέλιο της διάταξης του άρθρου 338 § 1 ΚΠολΔ, αποτελεί το δικαίωμα δικαστικής προστασίας, το οποίο κατοχυρώνεται στο άρθρο 20Σ και στο άρθρο 6 § 1 της ΕΣΔΑ110, καθώς επίσης επαρκή θεμελίωση προσφέρει και το άρθρο 4 § 1 Σ με την κατοχυρωμένη αρχή της ισότητας, η οποία βρίσκει τη δικονομική της έκφανση στο άρθρο ΚΠολΔ. Το δε άρθρο 110 ΚΠολΔ στην ιατρική δίκη μπορεί να εφαρμοστεί υπό την έννοια ότι τόσο ο ασθενής όσο και ο γιατρός πρέπει να τυγχάνουν ίσης μεταχείρισης και να απολαμβάνουν εξίσου και την ισότητα των δικονομικών τους όπλων. Υπό την έννοια αυτή, φρονώ ότι ο κανόνας της διάταξης του άρθρου 338 § 1 ΚΠολΔ σε συνδυασμό με τις εγγενείς αντιθέσεις και ανισότητες-δυσχέρειες που εκπορεύονται από τη σχέση ασθενούς-γιατρού δεν βρίσκεται σε πλήρη αρμονία με τις επιταγές του άρθρου 110 ΚΠολΔ. Και στο σημείο αυτό είναι σημαντική η συμβολή της θεωρίας προκειμένου να καμφθεί η ως άνω δυσλειτουργία του άρθρου 338§ 1 ΚΠολΔ στην ιδιαιτερότητα της ιατρικής πράξης.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Σκοπός της παρούσης εργασίας ήταν να μελετήσει την αποζημίωση του ασθενούς από αδικοπραξία του ιατρού, στο πλαίσιο του ελληνικού δικαίου. Συνοψίζοντας τις βασικές θέσεις της παρούσης εργασίας, μπορούμε να πούμε ότι η ποιότητα των υπηρεσιών φροντίδας που προσφέρουν οι ιατροί εξαρτάται όχι μόνο από την επιστημονική και τεχνική τους κατάρτιση, αλλά και από την ηθική τους τοποθέτηση για την αξία του ανθρώπου και της ζωής, την κατάλληλη συμπεριφορά προς ασθενείς και συνεργάτες, καθώς και τις αποφάσεις τους σε κρίσιμες καταστάσεις, στις οποίες αντιμετωπίζουν νοσηλευτικά διλήμματα στην πράξη.

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

Ηθικά διλήμματα έχουν τεκμηριωθεί σε 4 περιοχές: (α) στο ιατρικό απόρρητο, (β) στο δικαίωμα των ιατρών να γνωρίζουν και να αποφασίζουν, (γ) στην κατανομή των περιορισμένων πόρων (οικονομικών, προσωπικού κ.λπ.) και (δ) στη διατήρηση των επαγγελματικών προτύπων.

Η ιατρική άσκηση δημιουργεί ποικιλία ηθικών προβλημάτων που είναι ειδικά για το επάγγελμα ή διαμορφώνονται από αυτό. Μέσα στο χάος και τη σύγχυση της σύγχρονης φροντίδας υγείας, ειδικά κάτω από το πρίσμα των αυξημένων οικονομικών περιορισμών και της τεχνολογικής επανάστασης με τη δυνατότητα αλλαγής της ποιότητας και της διάρκειας ζωής του ανθρώπου, οι ιατροί αντιμετωπίζουν ηθικά διλήμματα που πολλές φορές φαίνονται ανυπέρβλητα. Όμως σ' αυτό το χάος δεν χάνονται. Η ίδια η ιατρική παρέχει

πυξίδα και άγκυρα, σταθερό σημείο στην καταιγίδα, πηγή υψηλών αξιών και παράδοση πλούσια για κατεύθυνση, κατανόηση και συμπάθεια για τα ανθρώπινα διλήμματα της αρρώστιας και της υγείας.

Ωστόσο δεν είναι λίγες οι φορές, που η αδικοπραξία των ιατρών στοιχίζει στον ασθενή. Παρ' όλο που η ελληνική νομολογία μόνο τα τελευταία χρόνια έχει γίνει δέκτης τέτοιων περιπτώσεων, θα έχει μεγάλο ενδιαφέρον κατά πόσο θα εναρμονιστεί με τις προτάσεις της θεωρητικής νομικής επιστήμης προκειμένου να καμφθούν οι όποιες ανισότητες υπάρχουν εκ φύσεως στα ιατρικά θέματα και ιδιαίτερα στα θεμελιώδη για την έκβαση της δίκης ζητήματα της απόδειξης.

Η πολυπλοκότητα αλλά και κοινωνιολογική σημασία τέτοιου είδους δικών (ιατρικών θεμάτων), επιτάσσει είτε η θαρραλέα παρέμβαση του νομοθέτη είτε με τη τολμηρή και διασταλτική ερμηνεία του ισχύοντος δικαίου από τα δικαστήρια από τα δικαστήρια της ουσίας και από τον Άρειο Πάγο με στόχο πάντοτε τη κάμψη της ανισότητας και την επαναφορά της ισότητας των όπλων μεταξύ των διαδίκων χωρίς όλη αυτή η νομοθετική ή νομολογιακή κίνηση να καταστεί η λαιμητόμος των φορέων παροχής ιατρικών υπηρεσιών.

Με τη κατάλληλη στάθμιση των συμφερόντων και με γνώμονα τη προστασίας της δημόσιας υγείας είναι δυνατή η επαναριοθέτηση ορισμένων ακρογωνιαίων ζητημάτων προκειμένου να υφίστανται οι απαραίτητες δικλείδες προστασίας και των συνταγματικώς κατοχυρωμένων δικαιωμάτων υγείας και ελεύθερης ανάπτυξης της προσωπικότητας αλλά και της σωστής και ευσυνείδητης άσκησης των ιατρικών επαγγελματιών.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική

- Ανδρουλιδάκη-Δημητριάδη Ι. (1993). *Η υποχρέωση ενημέρωσης του ασθενούς, Συμβολή στη διακρίβωση της αστικής ιατρικής ευθύνης*. Αθήνα – Κομοτηνή: Σάκκουλα
- Ανθιμος Α. Βάρος αποδείξεως και παρεμφερείς έννοιες Θεωρητική τεκμηρίωση της αναγκαιότητας αυτοτέλειας του βάρους απόδειξης στην πολιτική δίκη Δ 2 8.783, στο Αντωνίου Κ. (1993). *Δικονομικά ζητήματα ιατρικής δίκης*. Ανακτημένο από: <http://www.ethemis.gr/wp-content/uploads/2008/07/ergasia3.pdf>
- Βλιάμος Σ. (2008). *Οικονομική ανάλυση ιατρικών λαθών*. Ανακτημένο από: http://archive.enet.gr/online/online_text/c=112,dt=10.07.2006,id=328385
32
- Βοζίκης Α., Ρήγα Μ. (2008). Τα ιατρικά σφάλματα στην Ελλάδα: Προσεγγίσεις της οικονομικής διάστασης μέσα από αποφάσεις των διοικητικών δικαστηρίων. *Κοινωνία, Οικονομία και Υγεία*, 2:22-44
- Γεωργιάδης Α. Νομολογιακές θέσεις στη κατανομή του βάρους αποδείξεως, στο Αντωνίου Κ. (1993). *Δικονομικά ζητήματα ιατρικής δίκης*. Ανακτημένο από: <http://www.ethemis.gr/wp-content/uploads/2008/07/ergasia3.pdf>
- Δικαίος Κ, Κουτούζης Μ, Πολύζος Ν, Σιγάλας Ι, Χλέτσος Ι(1999),*Βασικές Αρχές Διοίκησης*, ΕΑΠ
- Δωρής Φ. Θεμελιώδη ζητήματα της αστικής ευθύνης των γιατρών στο ελληνικό δίκαιο, πρακτικά Συνεδρίου Ευρωπαϊκής Ένωσης νέων νομικών, σελ.35, στο Αντωνίου Κ. (1993). *Δικονομικά ζητήματα ιατρικής δίκης*. Ανακτημένο από: <http://www.ethemis.gr/wp-content/uploads/2008/07/ergasia3.pdf>
- Ζέπος, Η ευθύνη του ιατρού, ΝοΒ 1973.6 στο Αντωνίου Κ. (1993). *Δικονομικά ζητήματα ιατρικής δίκης*. Ανακτημένο από: <http://www.ethemis.gr/wp-content/uploads/2008/07/ergasia3.pdf>
- Κεραμάνης, Ν.Χ, (2007), *Επιδημιολογία – Επιστημολογία*, (Τόμος Πρακτικών, Εισηγήσεων για ιατρικά λάθη Νομικές, Ηθικές, Κοινωνικές και Οικονομικές Διαστάσεις) Ιατρική Εταιρεία Αθηνών

- Κουτσελίνη Α.,(2000), Αναγκαιότητα και αρμοδιότητες των επιτροπών δεοντολογίας. *Ιατρική*, 57:127-129
- Μαλλιώρα, Μ. (2006) Ευρω-φοβία κατά γιατρών!, *εφημερίδα Πελοπόννησος* στο <http://www.malliori.gr/gr/Contents.aspx?Action=ShowSingle&lang=gr&ContentId=38238&CatId=17>
- Μαντή, Π. και Τσελέπη, Χ., (2000), *Κοινωνιολογική και Ψυχολογική Προσέγγιση των Νοσοκομείων / Υπηρεσιών Υγείας*, Τόμος Α, ΕΑΠ, Πάτρα.
- Νόμος 3418/2005 - ΦΕΚ 287/Α'/28.11.2005, Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας «Άρθρο 2»
- Πολίτης Χ. , Κατανομή του βάρους απόδειξης στη δίκη της ιατρικής ευθύνης, Δ18.401, στο Αντωνίου Κ. (1993). *Δικονομικά ζητήματα ιατρικής δίκης*. Ανακτημένο από: <http://www.ethemis.gr/wp-content/uploads/2008/07/ergasia3.pdf>
- Σταθόπουλος Μ. (1998). *Γενικό Ενοχικό Δίκαιο*, (3^η έκδ.), Αθήνα – Κομοτηνή: Σάκκουλα
- Φουντεδάκη Κ. (2004). Αστική Ιατρική Ευθύνη, Αθήνα – Κομοτηνή: Σάκκουλα
- Ωραιόπουλος Λ.Γ.(1984), Η σχέση Γιατρού-αρρώστου. Η ιστορία, η σημασία και η σύγχρονη κρίση της, *Materis Medica Greca*, 12(3), 301-308

Ξενόγλωσση

- Bankowski Z.,(2005), Ethics and health, *World Health*:2-6.
- Beauchamp T, Childress J, Clouser KD, (1995). Principlism and its alleged competitors. *Kennedy Institute of Ethics Journal*;5:181-98.
- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2009). *Principles of biomedical ethics* (6th ed.). New York: Oxford University Press.
- Binetti P.,(2004), Biotechnology and the birth of a third culture. *Journal of Biological Regulators & Homeostatic Agents*; 18:255-60.
- Clouser, K. D., and Gert, B. (1994), 'Morality vs. Principlism', in R. Gillon (ed.) *Principles of Health Care Ethics*. New York and London: John Wiley and Sons, Inc.

- Holland EG, Degruy FV. (1997). Drug-induced disorders. *American Family Physician*, 56:1781–8.
- Judith T. Rochiccioli, Mary S. Tillovry, (1996). *Clinical Nursing Leadership*. Philadelphia-London: SaundersWB, 217-233.
- Lanara VA, (1991). *Heroism as a Nursing Value? A Philosophical perspective*. Athens, 21-54.
- McDaniel, C., (2006). Hospital Ethics Committees and Nurses' Participation. *Journal of Nursing Administration*, 28:47-51.
- Medlook (2001). Οι ασθενείς αξιολογούν θετικά τους καλούς τρόπους συμπεριφοράς των γιατρών. Ανακτημένο από: <http://www.thelancet.com/journal>
- Medlook (2004). Πως θέλουν οι ασθενείς το γιατρό τους;. Ανακτημένο από: http://www.medlook.net.cy/article.asp?item_id=1292
- Smith JP,(2003), First International Congress on Nursing Law and Ethics, *Journal of Advanced Nursing* 8:263-265.
- Tepper Marlin J. A. (2008). A brief history of social reporting. *Business Respect* No 51, www.mallenbaker.net/csr/nl/51.html
- Wright, E. B., Holcombe, C., Salmon, P. (2004). Doctors' communication of trust, care, and respect in breast cancer: qualitative study. *British Medical Journal* ;328:864