



**ΔΙΑΤΜΗΜΑΤΙΚΟ  
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ  
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ  
ΣΠΟΥΔΩΝ**

ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ  
σε συνεργασία με  
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ  
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ



***Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία***

**" ΑΣΤΙΚΗ ΚΑΙ ΠΟΙΝΙΚΗ ΕΥΘΥΝΗ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΩΝ "**

υπό

**ΕΥΘΑΛΙΑΣ ΑΘ. ΖΩΓΡΑΦΟΥ**

Χειρουργού Οδοντιάτρου

Υπεβλήθη για την εκπλήρωση μέρους των  
απαιτήσεων για την απόκτηση του  
Διπλώματος Μεταπτυχιακών Σπουδών  
*«Δεοντολογία και Ηθική στις Βιοϊατρικές Επιστήμες»*

Λάρισα, 2023

**Επιβλέπουσα:**

*Άννα Μαυροφόρου: Καθηγήτρια Δεοντολογίας και Ηθικής και μέλος της Επιτροπής Δεοντολογίας και Ηθικής, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας.*

**Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή:**

*1. Άννα Μαυροφόρου: Καθηγήτρια Δεοντολογίας και Ηθικής και μέλος της Επιτροπής Δεοντολογίας και Ηθικής, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας. - (Επιβλέπουσα)*

*2. Αθανάσιος Γιαννούκας, Καθηγητής Αγγειοχειρουργικής, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας*

*3. Χαράλαμπος Σκουλάκης, Καθηγητής Ωτορινολαρυγγολογίας, Τμήμα Ιατρικής Πανεπιστημίου Θεσσαλίας*

**Τίτλος εργασίας στα αγγλικά:**

“Civil and criminal liability of the dentists”

## **Ευχαριστίες**

Η παρούσα διπλωματική εκπονήθηκε στο πλαίσιο του προγράμματος μεταπτυχιακών σπουδών «*Δεοντολογία και Ηθική στις Βιοϊατρικές Επιστήμες*», ένα πολύ ενδιαφέρον πρόγραμμα, από το οποίο αποκόμισα γνώσεις και εφόδια, απαραίτητα για την επαγγελματική μου πορεία.

Θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά την επιβλέπουσα καθηγήτρια μου κα. Μαυροφόρου Άννα για τις πολύτιμες συμβουλές, τις εύστοχες παρατηρήσεις και τη συνεχή καθοδήγησή της κατά τη διάρκεια της εκπόνησής της.

## Περιεχόμενα

Εισαγωγή.....	5
Abstract.....	6
1. Η Οδοντιατρική μέσα στο χρόνο.....	7
2. Ιατρική Ευθύνη - Αμυντική Οδοντιατρική.....	8
2.1 Ελληνική Νομολογία.....	12
2.2 Αστική Ευθύνη.....	20
2.3 Ποινική Ευθύνη.....	22
3. Η σχέση Ιατρικής και Νομικής Επιστήμης.....	25
4. Το Νομικό Πλαίσιο της Αστικής Οδοντιατρικής Ευθύνης.....	26
5. Η Ενημέρωση του ασθενούς στην Οδοντιατρική Θεραπεία.....	30
6. Η Συναίνεση του ασθενούς.....	31
7. Οδοντιατρικό σφάλμα.....	34
8. Συμπεράσματα.....	35
9. Βιβλιογραφία, Δικαστικές αποφάσεις.....	39

## **Εισαγωγή**

Δύο έννοιες απόλυτα συνδεδεμένες τόσο με την ατομική ευθύνη, όσο και με την επαγγελματική ολότητα των εμπλεκομένων –όχι μόνο στην υγειονομική κοινότητα, αλλά σε οποιαδήποτε ανθρώπινη δραστηριότητα- είναι η ηθική και η δεοντολογία. Όσο αφορά στην ιατρική, η ηθική διάσταση έχει ως στόχο να δώσει απαντήσεις σε μια σειρά ιατρικών διλημάτων, τα οποία συναντά καθημερινά ο ιατρός. Μιλώντας συγκεκριμένα για την οδοντιατρική, πρόκειται για την εκ των επιστημών υγείας, που εκ προοιμίου θέτει στο επίκεντρο τον ίδιο τον άνθρωπο, βρίσκεται στον πυρήνα της ηθικής και κύριος σκοπός είναι εν κατακλείδι η ανακούφιση του ασθενή από τον στοματικό πόνο. Σε αυτό το πλαίσιο, ωστόσο, η συνείδηση του κάθε οδοντιάτρου δε θα μπορούσε να αποτελεί το μοναδικό γνώμονα αντιμετώπισης των ιατρικών διλημάτων -καθώς κάτι τέτοιο θα έθετε αυθαίρετα ζητήματα- με αποτέλεσμα η συνύπαρξη κανόνων ηθικής και δεοντολογίας να καθίσταται απαραίτητη. Σημειώνεται ότι τα ηθικά και δεοντολογικά ζητήματα των υγειονομικών εκφράζονται μέσα από τους κώδικες δεοντολογίας, οι οποίοι κυρίως αποτυπώνονται ως νόμοι του κράτους.

Με τη συγκεκριμένη εργασία επιχειρώ μια σύντομη επανεξέταση και παρουσίαση της προόδου της οδοντιατρικής δεοντολογίας, όσον αφορά την ευθύνη του επαγγέλματος. Ο στόχος μου είναι διττός: Αφενός η αξιολόγηση του υπάρχοντος δεοντολογικού πλαισίου και αφετέρου η νομική προστασία των εκπροσώπων του οδοντιατρικού επαγγέλματος στο σύγχρονο κοινωνικό περιβάλλον.

## **Abstract**

The ethics and code of conduct constitute two concepts inextricably intertwined with professionals' individual responsibility and with their professional integrity, not only in the domain of healthcare but also in every field of human activity. The integration of ethics into the field of medicine is not intended to form a counterfeit sense of duty but has the aim to serve as the scope of answers to various medical dilemmas which the doctor encounters in daily medical acts. Dentistry, like all Health Sciences whose main focus is man, is in essence the ethics, it is a philosophy, it is love for scientific research into the truth with the only purpose of alleviating buccal pain. However, resolving medical dilemmas cannot be realized based on a dentist's conscience, without the existence of a framework of moral rules and code of conduct, as such a matter would pose an issue of arbitrariness. The dimensions of ethics and code of conduct in the professions in the healthcare domain manifest themselves through the codes of conduct which are usually put forth as laws of a state.

With the present thesis, I attempt to do a review of the development of the code of conduct in Dentistry, emphasizing the responsibility the professional in this field bears. My aim is twofold; on the one hand, the evaluation of the existing framework of conduct and on the other hand, the legal protection of the representatives of Dentistry in the modern social environment.

## 1. Η Οδοντιατρική μέσα στο χρόνο

Η ιστορία της Οδοντιατρικής είναι χιλιάδων ετών. Χαρακτηριστικά, η πρώτη απόδειξη για την ύπαρξη άσκησης της, χρονολογείται από το 7000 π.Χ. Ενδείξεις δοντιών, τα οποία έχουν τροχιστεί παρουσιάζουν ευρήματα από τις πρώτες Χαράπειες περιόδους του πολιτισμού της κοιλάδας του Ινδού (3.300 π.Χ.). Χρονικά τοποθετούνται πριν από 9.000 χρόνια. Από εκεί και πέρα ο τίτλος του οδοντιάτρου συναντάται στην αρχαία Αίγυπτο από την εποχή του Παλαιού Βασιλείου και μετά, ενώ όσον αφορά στην αρχαία Ελλάδα, ο Ηρόδοτος τον 5<sup>ο</sup> αιώνα π.Χ. παρέχει τις πρώτες πληροφορίες για την άσκηση της οδοντιατρικής, περιγράφοντας τρόπους αντιμετώπισης αλλοιωμένων από τερηδόνα δοντιών, εξαγωγής δοντιών, σταθεροποίησης δοντιών και καταγμάτων γνάθων. Παράλληλα, οι πρώτοι Οδοντίατροι θεωρούνταν μάγοι, που «εξαφάνιζαν» τα οδοντιατρικά προβλήματα, επικοινωνώντας με πνεύματα..

Με αφετηρία την ιστορία των αρχαίων λαών (Σουμέριοι, Αιγύπτιοι, Λατίνοι και Αρχαίοι Έλληνες) και κατά το πέρασ των αιώνων, η Οδοντιατρική, περνώντας πολλά στάδια, εξελίσσεται και «κατορθώνει» να αναδειχθεί στη σπουδαία επιστήμη του σήμερα.

Εκτός από την ίδια την επιστήμη, η ευθύνη που φέρουν οι ιατροί που την ασκούν χρονολογείται, επίσης, στην αρχαιότητα. Στη Βαβυλώνα ο Κώδικας του Χαμουραμπί θεσπίζει για πρώτη φορά την ιατρική ευθύνη. Στην Αίγυπτο οι ιατροί απαλλάσσονταν από κάθε κατηγορία όταν αδυνατούσαν να εξασφαλίσουν την σωτηρία του ασθενή, ακολουθώντας τα γραφόμενα των ιερών βιβλίων, ενώ αν παρέκκλιναν από τα γραμμένα, τους περίμενε η καταδίκη σε θάνατο. Στην Ιταλία, οι Ρωμαίοι θεσμοθέτησαν διατάξεις, που εξασφάλιζαν τόσο την ισχυροποίηση του ιατρικού επαγγέλματος όσο και την προστασία της υγείας των πολιτών, ενώ στον ελλαδικό χώρο υιοθετήθηκαν ορισμένες βασικές αρχές, με πιο χαρακτηριστική αυτή σύμφωνα με την οποία ο ιατρός έχει την υποχρέωση να μην προκαλέσει βλαπτικές ενέργειες σε βάρος του ασθενή του.

Όσον αφορά στο σήμερα, στη χώρα μας ο Κώδικας Οδοντιατρικής Δεοντολογίας (Π.Δ. 39/2009), από κοινού με το νόμο 1026/1980, απαρτίζουν την κύρια νομική βάση που ρυθμίζει την άσκηση του οδοντιατρικού επαγγέλματος.

## 2. Ιατρική Ευθύνη - Αμυντική Οδοντιατρική

Αναφορικά με την ευθύνη των ιατρών σε ιατρικά σφάλματα –ανεξαρτήτως βαρύτητας-, πρέπει να σημειωθεί ότι στο παρελθόν δεν τους βάραινε, παρά μόνο για όσα αποδεικνυόταν ότι διέπονταν από δόλο. Η ιατρική ευθύνη καθιερώθηκε αργότερα και για σφάλματα που προκαλούνταν από βαρεία αμέλεια. Οι ιατροί όλων των ειδικοτήτων, σήμερα, συμπεριλαμβανομένων προφανώς των οδοντιάτρων ευθύνονται για κάθε ιατρικό σφάλμα, είτε αυτό προκλήθηκε από δόλο, είτε από αμέλεια. Πέρα από ποινικό, η συγκεκριμένη διαβάθμιση της ευθύνης του ιατρού έχει και ουσιαστικό ενδιαφέρον και αυτό γιατί επηρεάζει την επιμέτρηση της ενδεχόμενη ποινής, η οποία θα του αποδοθεί.

Όπως ορίζει το ποινικό μας σύστημα η με δόλο πρόκληση θανάτου στον ασθενή ή η εκ προθέσεως πρόκληση βλάβης στον ασθενή, τιμωρείται βαρύτερα από την ανθρωποκτονία εξ αμελείας ή την πρόκληση σωματικής βλάβης εξ αμελείας. Παράλληλα, το εάν ο οδοντίατρος προέβη σε βαριά ή ελαφριά αμελή συμπεριφορά, έχει επίσης σημασία καθώς τιμωρείται βαρύτερα η πρώτη, όπως είναι λογικό. Πλέον και σε πολλές περιπτώσεις η ιατρική ευθύνη συγχέεται ή τείνει να θεωρείται συνώνυμη τόσο με την ιατρική αμέλεια όσο και με το ιατρικό σφάλμα. τα οποία αποτελούν συχνά και διαχρονικά αναπόφευκτα προβλήματα κατά την άσκηση της ιατρικής πράξης ανέκαθεν και παγκοσμίως. Πρέπει να γίνει συνείδηση ότι σε ορισμένες περιπτώσεις είναι αδύνατον να αποφευχθούν τα ιατρικά λάθη, από τους ανθρώπους (ήτοι ιατρούς), που επαγγέλλονται και έχουν ως καθήκον τη φροντίδα ασθενών. Το ζητούμενο είναι τα όποια λάθη να είναι όσο το δυνατόν μικρά, αναστρέψιμα και όχι μοιραία. Ο οδοντίατρος υποχρεούται να επιδεικνύει την ανάλογη επιμέλεια, αλλά δεν υποχρεούται στο να εξασφαλίσει ένα προκαθορισμένο αποτέλεσμα. Τα ιατρικά σφάλματα που ενδεχομένως μπορεί να προκύψουν κατά περιπτώσεις, τα οποία δεν οφείλονται στην υπαιτιότητα του οδοντιάτρου, δεν μπορούν να τον καταστήσουν υπεύθυνο, κυρίως εξαιτίας του ότι δεν έχει

διασφαλιστεί μία βέβαιη πρόγνωση, αλλά ούτε και απόλυτη ακρίβεια των αποτελεσμάτων της θεραπείας από την πλευρά της ιατρικής επιστήμης.

Δεδομένο θα πρέπει να θεωρείται ότι όλοι όσοι υπηρετούν την ιατρική επιστήμη, το πράττουν πραγματοποιώντας τις απαραίτητες θυσίες και έχοντας ως γνώμονα την ευσυνειδησία, που ο προσωπικός τους κώδικας αξιών επιβάλλει. Ωστόσο, ας μην παραβλέπουμε ότι κάθε ασθενής διαθέτει έναν ξεχωριστό οργανισμό, και έκαστος αποτελεί μια μοναδική μηχανή, η οποία μπορεί να αντιδράσει διαφορετικά και απρόβλεπτα. Αυτό σημαίνει ότι μπορεί να υπάρξει αντίδραση μη αναμενόμενη ή και επιπλοκή, ακόμη και σε μία καλότεχνη ιατρική πράξη. Έτσι θα πρέπει να γίνει η διασαφήνιση της έννοιας της επιπλοκής, ώστε να μη συγχέεται με εκείνη του ιατρικού λάθους. Επιπρόσθετα, το μείζον ζήτημα της ιατρικής ευθύνης, που βαραινεί τους θεράποντες ιατρούς, δεν θα πρέπει να μετατρέπεται σε άγχος και απειλή κατά την άσκηση του ιατρικού λειτουργήματος.

Εάν θέλουμε να δούμε για ποιο λόγο όλο και περισσότεροι ασθενείς προσφεύγουν εναντίον των ιατρών, θα πρέπει να εξετάσουμε πολλούς παράγοντες, κυρίως κοινωνικούς. Παλαιότερα οι ιατροί, οι οποίοι ήταν αριθμητικά λίγοι και δυσεύρετοι τύγχαναν εξαιρετικού σεβασμού και σχεδόν ουδείς αμφισβητούσε τη δουλειά τους. Γι' αυτό εξάλλου σπάνια έως ποτέ δεν οδηγούνταν στη δικαιοσύνη τυχόν αστοχίες ή μη προσδοκώμενα αποτελέσματα των ενεργειών τους. Κατά το ελληνικό παραδοσιακό πρότυπο που αποτελούσε κανόνα ιδίως σε κλειστές κοινωνίες έως και τις δεκαετίες του '50-'60 ο ιατρός, ο δήμαρχος, ο δάσκαλος, ο παπάς, και ο δικηγόρος, αποτελούσαν την «νομενκλατούρα» του χωριού. Κάπως έτσι οι όποιες ιατρικές αστοχίες «βαφτίζονταν» «θέλημα Θεού», με τον κοινό θνητό-ιατρό να αδυνατεί να το αποτρέψει.

Η λάμψη του επαγγέλματος άρχισε να χάνεται μέσα στα χρόνια, με τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης, να παίζουν έναν σημαντικό (αρνητικό) ρόλο. Ως επί των πλείστων αυτά επικεντρώνονταν στο κακό ιατρικό αποτέλεσμα και δε δίσταζαν αβίαστα να το παρουσιάζουν ως ιατρικό σφάλμα, χωρίς να εξετάζουν εάν αυτό οφειλόταν σε κακότεχνη συμπεριφορά του ιατρού ή εάν αυτό ήταν απότοκο μίας καλότεχνης ιατρικής πράξης, στην οποία δεν ανταποκρίθηκε ο ταλαιπωρημένος από άλλα υποκείμενα νοσήματα οργανισμός του ασθενή.

Φυσικά μπορούν να αναφερθούν και άλλες αιτίες: Δεν είναι ανοίκειες οι περιπτώσεις ιατρών σε κρατικά νοσοκομεία, οι οποίοι είναι κακοπληρωμένοι και σε εξοντωτικές εφημερίες προσπαθούν να εξυπηρετήσουν ασθενείς που αναμένουν στους διαδρόμους. Προφανώς η εξίσωση των μισθών τους, με αυτών ανειδίκευτων δημοσίων υπαλλήλων δημιουργεί προβλήματα. Δε μπορεί να έχει την απαίτηση κάποιος να λειτουργεί στο 100% ένας ιατρός κρατικού νοσοκομείου, ο οποίος έχει επενδύσει στις σπουδές τους, χωρίς να έχει παράλληλα κάποια κίνητρα, που στην προκειμένη περίπτωση είναι οικονομικά. Η αρχή της ισότητας του Συντάγματος απαιτεί τα όμοια να πληρώνονται με τρόπο που αναλογεί στην επένδυση των σπουδών τους, στο προσφέρον έργο και στην επικινδυνότητα, ενώ τα άνισα να αμείβονται αναλογικά με το τι προσφέρουν.

Μάλιστα είναι αρκετές και οι φορές, που οι ίδιοι οι ιατροί –που βρίσκονται μεταξύ φθοράς και αφθαρσίας- χρεώνονται τις παθογένειες του συστήματος υγείας (υπερφόρτωση νοσοκομείων, ώρες αναμονής στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών), ενώ ο κίνδυνος λάθους υποβόσκει, λόγω της εξάντλησης και της πίεσης, που υφίστανται.

Ο τρόπος, με τον οποίον διαχειρίστηκαν το περιστατικό μετά την εκ προθέσεως ή εξ αμελείας τέλεση του ιατρικού σφάλματος, συγκαταλέγεται επίσης στις αιτίες αύξησης των αγωγών και των μηνύσεων που ασκούνται κατά των ιατρών. Τα ερωτήματα είναι συγκεκριμένα: Επενέβησαν διορθωτικά στις περιπτώσεις που η βλάβη των ασθενών ήταν μερικώς ή ολικώς αναστρέψιμη; Έδειξαν το ενδιαφέρον τους ως άνθρωποι και ως επιστήμονες; Ή μήπως εξαφανίστηκαν εγκαταλείποντας τον ασθενή στη μοίρα του, εξαγριώνοντας τον ίδιο ή τους οικείους του;

Για να επανέλθουμε στα προβληματικά κρατικά νοσοκομεία, η δυσπιστία που έχει γίνει συνείδηση στους ασθενείς απέναντί τους, αποτελεί παράγοντα που ωθεί τους ασθενείς εναντίον των ιατρών. Οι ασθενείς είναι αρχής εξ αρχής αρνητικά διακείμενοι, με δεδομένη σιγουριά ότι θα εξυπηρετηθούν μόνο με... μοχλούς πίεσης προς τους ιατρούς. Προσέρχονται με συγγενείς και φίλους που λειτουργούν ως όχλος και αργότερα ως πιθανοί μάρτυρες μιας όχι αίσιας έκβασης μιας επέμβασης. Να σημειωθεί ότι στο τελευταίο παίζει ρόλο η εντύπωση ότι οι ιατροί έχουν οικονομική επιφάνεια, εξ ου και το κίνητρο άσκησης μηνύσεων και αγωγών.

Δε θα πρέπει να αφήνουμε στο περιθώριο τις «πληγές» που άφησε η οικονομική κρίση. Αρχικά τα ιατρικά λάθη αυξήθηκαν, κάτι που βρίσκει την εξήγησή του στο ότι ικανοί ιατροί αποφάσισαν να φύγουν στο εξωτερικό αναζητώντας καλύτερους μισθούς και συνθήκες εργασίες. Αυτό το ιατρικό «brain drain» έχει ως αποτέλεσμα να υπάρχει υποστελέχωση σε έμπειρους ιατρούς, οι ειδικευόμενοι μειώνονται, ενώ αυξάνονται και οι ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις λόγω της ανεπάρκειας οικονομικών πόρων. Επίσης –και πάντα με γνώμονα τον οικονομικό παράγοντα- οι ασθενείς ή οι συγγενείς τους, σε περίπτωση θανάτου, επιζητούν συχνότερα δικαίωση μέσω αγωγών ή μηνύσεων.

Κάπου εδώ και λόγω των παραπάνω προκύπτει η αμυντική ιατρική, στην οποία καταφεύγουν πολλοί ιατροί λόγω του φόβου και του άγχους που βιώνουν στην καθημερινότητά τους. Πρόκειται ουσιαστικά για μία ιατρική πρακτική ιδιαίτερα διαδεδομένη στις ΗΠΑ και στις ειδικότητες υψηλού κινδύνου, που διασώζει τους ιατρούς από αγωγές αποζημιώσεων. Συγκεκριμένα, ο ιατρός προχωρά σε ιατρικές πράξεις με μεθοδολογία, την οποία γνωρίζει επαρκώς και διστάζει να εφαρμόσει καινοτόμες ιατρικές πράξεις, που μπορεί να τον εκθέσουν σε δικαστικές περιπέτειες. Χαρακτηριστικό του αρνητικού αντίκτυπου της συγκεκριμένης τακτικής είναι το ότι στο περιοδικό *Science* από το 1978 έχει τονιστεί, ότι όχι μόνο προκαλεί αύξηση του κόστους περίθαλψης του ασθενή, αλλά ταυτόχρονα τον θέτει σε κίνδυνο πρόκλησης βλάβης από μη αναγκαίες ιατρικές πράξεις.

Σύμφωνα με το Congressional Office of Technology Assessment (1994), η αμυντική ιατρική περιλαμβάνει δύο κύριες κατηγορίες συμπεριφοράς:

α) Αρχικά, η συμπεριφορά αξιοπιστίας, κατά την οποία ο ιατρός επιβάλλει στον ασθενή την διενέργεια πρόσθετων και ίσως περιττών διαγνωστικών εξετάσεων ή και ιατρικών πράξεων, που στοχεύουν στην αποτροπή υποβολής αγωγών για ιατρική αμέλεια και στην ύπαρξη τεκμηριωμένων στοιχείων, ότι ο ιατρός ακολούθησε τα ενδεδειγμένα πρότυπα θεραπείας.

β) Έπειτα, η συμπεριφορά αποφυγής, κατά την οποία ο ιατρός αποφεύγει ιατρικές πράξεις υψηλού κινδύνου.

Συγκεκριμένα στη χώρα μας, η αμυντική ιατρική λογίζεται ως ένα αναπτυσσόμενο πρόβλημα. Όπως υποστηρίζεται σε δημοσιεύματα, οι ίδιοι επαγγελματίες υγείας

θεωρούν ότι πολλοί ιατροί, ακόμη και πιο έμπειροι, ακολουθούν «σιωπηλά», υπό το φόβο αγωγών σε βάρος τους την αμυντική ιατρική. Συνεπώς συναντάται συχνά το φαινόμενο ο ιατρός να υποβάλλει τον ασθενή σε πλήθος διαγνωστικών εξετάσεων υπό το φόβο να μην μπορεί να θεμελιωθεί η οποιαδήποτε κατηγορία σε βάρος του, είτε για αμέλεια είτε για σφάλμα.

Η «ανάγκη» και διάθεση των ιατρών να είναι νομικά προστατευμένοι, τους οδήγησε στο να μην επιχειρούν καινούργιες πρακτικές και έτσι επηρεάστηκε σημαντικά ο τρόπος άσκησης της ιατρικής και επιβραδύνθηκε η εξέλιξή της. Ως εκ τούτου, οι ιατροί θέλησαν να υιοθετήσουν γνώριμες, δοκιμασμένες, και όχι εξελιγμένες πρακτικές, ώστε να είναι προστατευμένοι από δικαστικές εμπλοκές. Ωστόσο, δε λήφθηκε υπόψιν ότι αυτό θα οδηγούσε εν τέλει στην απώλεια εμπιστοσύνης των ασθενών.

Η αμυντική ιατρική, χρήζει βαθιάς διερεύνησης, προκειμένου και οι ασθενείς να προστατεύονται από τυχόν ιατρικά σφάλματα και οι ιατροί από τυχόν αβάσιμες διώξεις. Επιδίωξη αμφοτέρων των πλευρών είναι η ασφαλούς και σωστής ιατρική πράξη.

## **2.1 Ελληνική Νομολογία**

Όπως προαναφέρθηκε, αποτελεί πλέον σύνηθες φαινόμενο το να ακολουθούν θύματα ασθενείς και συγγενείς του, τη δικαστική οδό, αναζητώντας αστικές και ποινικές ευθύνες. Κάπου εδώ θα πρέπει να αναφερθεί, ότι πλέον τα δικαστήρια, σε μεγάλο βαθμό δικαιώνουν όλους όσους προσφεύγουν στη δικαιοσύνη και επιδικάζουν πρωτόγνωρες για την Ελληνική Νομολογία χρηματικές αποζημιώσεις για ηθική, σωματική βλάβη και ψυχική οδύνη.

Ακολουθούν χαρακτηριστικά παραδείγματα δικαστικών αποφάσεων αμέλειας οδοντιάτρων:

Άρειος Πάγος 1009/2013. Δεκτή η αγωγή ασθενούς, στην οποία εκθέτει ότι η επισκέφθηκε τον εναγόμενο, που είναι οδοντίατρος, στο ιατρείο του για να υποβληθεί σε ενδοδοντική θεραπεία (απονεύρωση) του δεύτερου αριστερού κοπήρα της άνω γνάθου. Μετά την ολοκλήρωση της διαδικασίας απονεύρωσης, ο εναγόμενος έπρεπε

να προβεί σε αποστείρωση του δοντιού χρησιμοποιώντας προς τούτο υδροξείδιο του ασβεστίου. Το υδροξείδιο του ασβεστίου χρησιμοποιείται στην οδοντιατρική για την απολύμανση του δοντιού, διατίθεται για την χρήση αυτή σε μορφή σκόνης ή σε μορφή πάστας σε ειδικές πλαστικές σύριγγες για εύκολη τοποθέτηση ... Είναι υλικό υδατοδιαλυτό και εξαιρετικά καυστικό για τους ιστούς, ιδιαίτερα σε υγρό περιβάλλον, όπως το στόμα και ο οφθαλμός, σύμφωνα με την προσκομιζόμενη από τους διαδίκους βιβλιογραφία. Στην συγκεκριμένη περίπτωση, ο εναγόμενος χρησιμοποίησε για άγνωστο λόγο σύριγγα μεταλλική, αντί της ειδικής κατά τα ανωτέρω πλαστικής σύριγγας, στην προσπάθειά του δε να εκχύσει το υλικό αυτό στο δόντι της εναγούσης, η οποία καθ' όλη τη διάρκεια της επέμβασης καθόταν σε ημιύπτια θέση στο ειδικό οδοντιατρικό κάθισμα, απέτυχε. Κατόπιν αυτού αναζήτησε άλλη σύριγγα από την βοηθό του ... και αφού δεν βρέθηκε, επιχείρησε να εκχύσει το υλικό στο δόντι με την ίδια σύριγγα. Παρότι όμως γνώριζε λόγω της ιδιότητάς του, ότι το υλικό αυτό πήζει εύκολα και είναι ιδιαίτερα καυστικό, ότι η μεταλλική σύριγγα που χρησιμοποιούσε δεν ήταν κατάλληλη, εφόσον ο ίδιος είχε αναζητήσει να χρησιμοποιήσει άλλη αντί αυτής, δεν φρόντισε πριν προβεί στην δεύτερη προσπάθεια να βεβαιωθεί ότι η σύριγγα λειτουργεί κανονικά και ότι το υλικό ρέει και δεν έχει πήξει, επιχειρώντας χρήση της σε ασφαλές περιβάλλον, μακράν της εναγούσης, όπως θα έπραττε υπό τις ίδιες συνθήκες και με τα ίδια μέσα ο μέσος συνετός και επιμελής οδοντίατρος κατά την εκτέλεση των ιατρικών του καθηκόντων ώστε να διαφυλάξει την υγεία της ασθενούς του, όπως είχε υποχρέωση από τον κώδικα ασκήσεως ιατρικού επαγγέλματος (άρθρο 24 ΑΝ 1565/1939). Αντίθετα, επιχείρησε για δεύτερη φορά την έκχυση, χωρίς να λάβει τα προαναφερόμενα μέτρα και χωρίς έστω να προειδοποιήσει την ενάγουσα να κρατήσει κλειστούς τους οφθαλμούς της, ασκώντας μεγάλη πίεση στην σύριγγα λόγω της προηγούμενης δυσλειτουργίας αυτής, αλλά και της εν τω μεταξύ πήξεως του υλικού, με αποτέλεσμα το υλικό να εκτοξευτεί με δύναμη και να εισέλθει στον αριστερό οφθαλμό της εναγούσης, προκαλώντας της σωματική βλάβη και συγκεκριμένα έγκαυμα του κερατοειδούς και του επιπεφυκότος. Σύμφωνα με τα περιστατικά αυτά αποκλειστικά υπαίτιος της σωματικής βλάβης της εναγούσης είναι ο εναγόμενος, ο οποίος παρέλειψε από αμέλεια να προβεί στις προαναφερόμενες ενέργειες, στις οποίες αν είχε προβεί δεν θα είχε επέλθει το ζημιογόνο αποτέλεσμα. Για την πράξη αυτή της σωματικής βλάβης της εναγούσης, ο εναγόμενος έχει καταδικασθεί αμετακλήτως με τις αποφάσεις 11621 και 9056/2006 του Τριμελούς Πλημ/κείου και του Εφετείου Αθηνών αντίστοιχα.

Εφετείο Λάρισας 216/2014. Δεκτή η αγωγή τριών ασθενών που ισχυρίστηκαν ότι επισκέφθηκαν διαδοχικά κατά τα ειδικότερα αναφερόμενα στην αγωγή τους χρονικά διαστήματα την εναγομένη, η οποία έχει την ειδικότητα της οδοντιάτρου χειρουργού, στο ιατρείο της και αυτή ανέλαβε τη θεραπεία τους, στα πλαίσια της οποίας υπέβαλε την κάθε μία τους στις οδοντικές θεραπείες που αναφέρουν με λεπτομέρεια στην αγωγή τους (απονευρώσεις, εμφράξεις κλπ). Ότι η εναγομένη εκτέλεσε τις ως άνω θεραπείες με ανεπιτηδειότητα και αμέλεια που συνίσταται στην εσφαλμένη διάγνωση, καθώς δεν υφίστατο λόγος να υποβληθούν αυτές στις εν λόγω θεραπείες, αλλά και πλημμελή θεραπευτική αγωγή, διότι οι θεραπείες αυτές ήταν ελλιπείς, με αποτέλεσμα στη μεν πρώτη και δεύτερη από αυτές, να σπάσει από ένα δόντι, όλες δε αυτές να πρέπει να επαναλάβουν τις θεραπείες προς αποτροπή απώλειας άλλων οδόντων και αποτροπής αλλαγής του χρώματός τους, κατά τα ειδικότερα αναφερόμενα στην αγωγή.

Άρειος Πάγος 853/2017 (Α' ΔΗΜΟΣΙΕΥΣΗ ΝΟΜΟΣ). Δεκτή η αγωγή γονέων ενεργούντων ως ασκούντες τη γονική μέριμνα της ανήλικης κόρης τους που εξέθεσαν ότι “κατά το μήνα Μάιο του έτους 2000, η εναγόμενη, οδοντίατρος ανέλαβε να διενεργήσει οδοντιατρικές και ορθοδοντικές εργασίες στην οδοντοστοιχία της, ανήλικης θυγατέρας τους προκειμένου να αντιμετωπιστεί πρόβλημα ανατολής ευμεγεθών μονίμων οδόντων. Κατά τη διάρκεια της θεραπείας αυτής, η οποία συνεχίστηκε μέχρι τον μήνα Μάιο του έτους 2004, η εναγόμενη τοποθέτησε ειδικούς ελαστικούς δακτυλίους, “λαστιχάκια” στην οδοντοστοιχία της, υποδεικνύοντας της ότι δεν έπρεπε να αφαιρούνται, ούτε κατά τη διάρκεια της νύκτας. Λίγες ημέρες αργότερα και ενώ αυτή (ενάγουσα) ακολουθούσε επακριβώς τις υποδείξεις της, άρχισε να νιώθει έντονους πόνους, ενώ οι ειδικοί ελαστικοί δακτύλιοι “λαστιχάκια” εξαφανίστηκαν. Η εναγόμενη οδοντίατρος ενημερώθηκε αμέσως προς τούτο, ωστόσο καθυσάχασε αυτή και τους γονείς της και της χορήγησε αναλγητικά φάρμακα, χωρίς κανένα αποτέλεσμα. Τελικά οι τελευταίοι αναγκάστηκαν να απευθυνθούν σε άλλους ιατρούς διαφόρων ειδικοτήτων και, μετά από σειρά εξειδικευμένων ιατρικών εξετάσεων, στις οποίες υποβλήθηκε αυτή (ενάγουσα), διαπιστώθηκε ότι “οι ειδικοί ελαστικοί δακτύλιοι “λαστιχάκια” είχαν εισχωρήσει πολύ βαθιά στα ούλα, με αποτέλεσμα να απορροφηθούν από αυτά και να προκληθεί, εκτός των άλλων, έντονη φλεγμονή, οίδημα και καθίζηση των ούλων στην περιοχή των άνω κεντρικών τομέων, οι οποίοι ήταν “ενωμένοι” με σύνθετη ρητίνη, που επεκτεινόταν και υποουλικά, ενώ

βρίσκονταν σε τραυματική σύγκλειση με τους τομείς της κάτω γνάθου, καθώς και έντονη κινητικότητα των δοντιών 11 και 21 και αιμορραγία αυτών κατά την ανίχνευση”. Τελικά οι ειδικοί ελαστικοί δακτύλιοι αφαιρέθηκαν μετά από χειρουργική επέμβαση, στην οποία υποβλήθηκε (η ενάγουσα), στις 14-1-2005, από τον γναθοχειρουργό, Κ. Ν., και στη συνέχεια ακολουθήθηκε θεραπεία αποκατάστασης, ωστόσο η οδοντοστοιχία της έχει υποστεί μόνιμη βλάβη, ενώ στο μέλλον απαιτείται να υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση για προσθετική αποκατάσταση των δοντιών 11 και 21, με δημιουργία οστικού μοσχεύματος και εμφυτεύματα, όπως αναλυτικό εκτίθεται στην αγωγή. Η βλάβη αυτή οφείλεται σε αμελή συμπεριφορά της εναγομένης – οδοντιάτρου, η οποία, κατά την άσκηση των ιατρικών της καθηκόντων, δεν ενήργησε, όπως όφειλε και μπορούσε, σύμφωνα με τους ενδεδειγμένους κανόνες της ιατρικής επιστήμης και ειδικότερα, αφενός μεν χρησιμοποίησε ελαστικό νήμα γύρω από τη βάση των δοντιών, χωρίς προηγουμένως αυτό, είτε να έχει σταθεροποιηθεί με κάποιου είδους συνδετήρα ή άγκιστρο, είτε να έχει συνδεθεί απευθείας με τα δόντια ή με τους ορθοδοντικούς συνδέσμους αφετέρου δε, μολονότι ενημερώθηκε ότι οι ειδικοί ελαστικοί δακτύλιοι είχαν εξαφανιστεί και ότι η αυτή (ενάγουσα) υπέφερε από έντονο άλγος, σε ουδεμία ενδεδειγμένη ιατρική ενέργεια προέβη, προς αποφυγή ή μείωση της ανωτέρω προκληθείσης βλάβης, κατά τα ειδικότερα εκτιθέμενα στην ένδικη αγωγή.

ΕιρΕλευσίνας 10/2015. Η εναγόμενη-οδοντίατρος, από αμέλειά της, ήτοι από έλλειψη της προσοχής που όφειλε από τις περιστάσεις και μπορούσε να επιδείξει, την οποία θα επιδείκνυε ο μέσος συνετός ιατρός υπό τις ίδιες συνθήκες, δεν τήρησε τους κοινώς παραδεδεγμένους κανόνες της οδοντιατρικής επιστήμης, αφού κατά την εκτέλεση των ιατρικών καθηκόντων της παραβίασε την υποχρέωση της επιμέλειας να ενεργεί κατά τους θεμελιώδεις κανόνες της επιστήμης της, όσον αφορά την προετοιμασία των δοντιών 11, 21 και 22 της ενάγουσας για την τοποθέτηση κεραμικών όψεων, κατά την οποία τρόχιζε τις επιφάνειες αυτών ως το βάθος της οδοντίνης ουσίας, με αποτέλεσμα να μην είναι πλέον δυνατή η συγκόλληση κεραμικών όψεων και να απαιτείται τοποθέτηση κεραμικών στεφανών για την αποκατάσταση των δοντιών της ενάγουσας, υπό την έννοια της κακής εφαρμογής της εν λόγω θεραπείας στην ασθενή, αλλά και εγκατέλειψε στη συνέχεια την ασθενή για χρονικό διάστημα πλέον του διμήνου, αφήνοντας παράλληλα τα υπό θεραπεία δόντια αυτής εκτεθειμένα στο στοματικό περιβάλλον, κατά παράβαση της αυτονόητης υποχρέωσης, που απορρέει

από τη διάταξη του άρθρου 24 του Α.Ν. 1565/1939. Από την ανωτέρω παράνομη και υπαίτια συμπεριφορά της, που αποτελεί αδικοπραξία, η ενάγουσα υπέστη ζημία, που συνίσταται στη βλάβη της υγείας των δοντιών της, για την αποκατάσταση της οποίας χρειάστηκε να προβεί σε αποκατάσταση των δοντιών της. Περαιτέρω αποδείχθηκε ότι η ενάγουσα, εξαιτίας της προαναφερθείσας αδικοπρακτικής συμπεριφοράς των εναγομένων, υπέστη ηθική βλάβη και δικαιούται χρηματικής ικανοποίησης, καθώς πέραν της βλάβης της υγείας της, από τις 21.06.2012 έως τις 30.08.2012 δεν μπορούσε να κυκλοφορήσει, να εμφανισθεί στην εργασία της, αλλά και να κάνει θερινές διακοπές, λόγω της εμφάνισης των τριών πρόσθιων δοντιών της άνω γνάθου της. Συνεπώς, η κρινόμενη αγωγή έγινε δεκτή και υποχρεώνει την πρώτη εναγομένη να καταβάλει στην ενάγουσα το ποσό χιλίων πεντακοσίων τριάντα (1.530,00) ευρώ, ως αποζημίωση και ποσό χιλίων διακοσίων (1.200,00) ευρώ, ως χρηματική ικανοποίηση για την ηθική βλάβη της ενάγουσας και συνολικά ποσό δυο χιλιάδων επτακοσίων τριάντα (2.730,00) ευρώ.

Στις ΗΠΑ και στην Πολιτεία του Michigan (Μίσιγκαν) δικαστές κατέληξαν σε μια ετυμηγορία, με την οποία καταδικάστηκε γναθοχειρουργός για οδοντιατρική/ιατρική αμέλεια κατά την εξαγωγή φρονιμίτη, στην καταβολή αποζημίωσης 2,75 εκατομμυρίων δολαρίων για την παραπάνω πράξη του. Στην υπό κρίση περίπτωση, ένας γενικός οδοντίατρος παρέπεμψε έναν ασθενή σε έναν γναθοχειρουργό για να αφαιρέσει τον κάτω αριστερό φρονιμίτη. Κατά τη διάρκεια μιας αρχικής επίσκεψης στο ιατρείο, ο γναθοχειρουργός έκανε μια πανοραμική ακτινογραφία ολόκληρου του στόματος του ασθενούς. Από την ανωτέρω εξέταση δημιουργήθηκε αμφιβολία σχετικά με ένα σκοτεινό σημείο στην κάτω γνάθο του ασθενούς, κοντά στον φρονιμίτη που ήθελε να εξάγει και διέταξε αξονική τομογραφία. Παράλληλα συνέστησε βιοψία για να διαπιστωθεί εάν η συγκεκριμένη περιοχή ήταν καρκινική. Ο ασθενής κάποιους μήνες αργότερα έκανε την αξονική τομογραφία, αλλά ο ακτινολόγος ανέφερε ότι δεν ήταν η βέλτιστη, επειδή η σάρωση δεν έγινε με ενδοφλέβια σκιαγραφική ουσία (IV). Για το λόγο αυτό ο ακτινολόγος συνέστησε μαγνητική τομογραφία με IV σκιαγραφικό. Για ορισμένους τύπους αξονικής τομογραφίας και μαγνητικής τομογραφίας, η χρήση IV σκιαγραφικού είναι απαραίτητη για να μπορεί ο ακτινολόγος να δει περιοχές που προκαλούν ανησυχία. Ωστόσο, ο γναθοχειρουργός θεώρησε ότι η μαγνητική τομογραφία με σκιαγραφικό δεν ήταν απαραίτητη και αποφάσισε να προχωρήσει στην εξαγωγή του

φρονιμίτη του ασθενούς. Μια εβδομάδα αργότερα, ο ασθενής επέστρεψε στο ιατρείο του γναθοχειρουργού και παρείχε τη συγκατάθεσή του για τη διαδικασία τομής και βιοψίας.

Σύμφωνα με τη μήνυση και τα στοιχεία στη δίκη, μετά την καταστολή του ασθενούς, ο γναθοχειρουργός αποφάσισε να πραγματοποιήσει εκτομή και βιοψία. Αντί να πάρει δείγμα ιστού, ο χειρουργός επέλεξε να αφαιρέσει ολόκληρη τη μάζα. Καθώς αφαίρεσε αυτό που νόμιζε ότι ήταν μια κυστική μάζα, ο γναθοχειρουργός τραυμάτισε την καρωτίδα και τις γλωσσικές αρτηρίες του ασθενούς, προκαλώντας αιμορραγία στην περιοχή. Ο ασθενής μεταφέρθηκε με ασθενοφόρο σε νοσοκομείο για επείγουσα χειρουργική επέμβαση. Ο ασθενής ακολούθησε αξίωση οδοντιατρικής αμέλειας, ισχυριζόμενος ότι ο γναθοχειρουργός δεν έλαβε την κατάλληλη ενημερωμένη συναίνεση, δεν τήρησε τους κανόνες της οδοντιατρικής επιστήμης με το να μην ζητήσει μαγνητική τομογραφία με IV σκιαγραφικό, δεν δοκίμασε λιγότερο επεμβατικά μέσα όπως η αναρρόφηση με βελόνα αλλά αφαίρεσε με χειρουργική φρέζα ολόκληρη τη μάζα με αποτέλεσμα να καταστρέψει τα αιμοφόρα αγγεία. Ο γναθοχειρουργός υποστήριξε ότι δεν παραβίασε το πρωτόκολλο θεραπείας και αρνήθηκε να κάνει οποιαδήποτε πρόταση προδικαστικής διευθέτησης της υπόθεσης.

Εύκολα γίνεται αντιληπτό από τα προαναφερθέντα ότι υπάρχει μία συνάρτηση της οικονομικής κατάστασης των οδοντιάτρων (και των αμοιβών τους) και των οικονομικών αξιώσεων των ασθενών και αργότερα των ενδεχόμενων ετυμηγοριών των δικαστηρίων. Κάνοντας μια επισκόπηση σε δύο παρόμοιες μελέτες σχετικά με αγωγές οδοντιατρικής αμέλειας θα παρατηρήσουμε τα εξής:

Στις ΗΠΑ βάσει των ετυμηγοριών που σχετίζονται με αγωγές οδοντιατρικής αμέλειας στο χώρο της ενδοδοντίας, σύμφωνα με την νομική βάση δεδομένων LexisNexis που χρησιμοποιήθηκε για την αναζήτηση περιπτώσεων ενδοδοντικής αμέλειας, από 1/01/2000 έως 31/12/2021 εντοπίστηκαν συνολικά 650 περιπτώσεις, 97 εκ των οποίων συμπεριλήφθηκαν στην τελική ανάλυση. 84 (86,6%) από τους 97 κατηγορούμενους ήταν γενικοί οδοντίατροι. Από τις 97 υποθέσεις, 42 ευνόησαν τον ενάγοντα, 53 ευνόησαν τον εναγόμενο, 1 ήταν μερική νίκη/ήττα των διαδίκων και 1 επιλύθηκε εξωδικαστικά. Οι κύριοι ισχυρισμοί των ασθενών αφορούσαν σε παραισθησία, διάτρηση ρίζας, μη χρήση ελαστικού φράγματος (απομονωτήρα), λάθος θεραπεία δοντιών και λοιμώξεις. Οι ενάγοντες ήταν 36 άνδρες (37,1%), 59 γυναίκες (60,8%)

και 2 (2,1%) ήταν ζευγάρια. Από τις 95 υποθέσεις το 45,3% αφορούσαν σε λανθασμένη ή καθυστερημένη διάγνωση, το 27,4% σε ανεπαρκή αποκάλυψη πληροφοριών, το 77,9% σε μη τήρηση των πρωτοκόλλων της ενδοδοντικής θεραπείας, με συνακόλουθο αποτέλεσμα ιατρογενείς βλάβες όπως θραύση εργαλείου, σχηματισμό βάρθρου και διάτρηση ακρορριζικού τρήματος. Σε αυτή τη μελέτη, οι οδοντίατροι βρέθηκαν να ευθύνονται για την διάτρηση της ρίζας σε ποσοστό 83,3%.

Από τις 95 υποθέσεις, οι 33 αφορούσαν σε καταγγελίες που έλαβαν χώρα μετά το πέρας της ενδοδοντικής θεραπείας. Προηγούμενες μελέτες δείχνουν ότι μετεπεμβατικές επιπλοκές μπορεί να εμφανιστούν σε 1,5%-20% των περιπτώσεων μετά από ενδοδοντική θεραπεία και θα πρέπει να θεωρούνται ως παρενέργειες και όχι ως επιπλοκές. Στις περιπτώσεις μετεπεμβατικών επιπλοκών, οι οδοντίατροι καταδικάστηκαν σε όλες τις περιπτώσεις (κατηγορίες) που αφορούσαν στην πρόκληση παραισθησίας. Αν και αυτά τα περιστατικά είναι σχετικά σπάνια, οι συνέπειές τους είναι σοβαρές και μπορεί να οδηγήσουν σε ισόβια προβλήματα. Η παραισθησία μετά από ενδοδοντική θεραπεία, προκαλείται συχνά από εξώθηση υλικών πλήρωσης ή υγρών από τα φυσιολογικά όρια της ρίζας προκαλώντας βλάβες στα νεύρα των γνάθων. Τέλος, οι ενάγοντες κέρδισαν σε 15 από τις 20 περιπτώσεις (75,0%) που αποδίδονται σε μετεπεμβατικές λοιμώξεις.

Στην Ταϊβάν, τώρα, οι περισσότερες ιατρικές διαφορές υπόκεινται σε ποινικές διαδικασίες. Ανάλυση των αποφάσεων εγκληματικής ιατρικής αμέλειας του Ανώτατου Δικαστηρίου της χώρας αποκαλύπτει ότι οι ποινές φυλάκισης κυμαίνονται από 1 έως 12 μήνες. Βάσει, λοιπόν, των δικαστικών αποφάσεων που συλλέχθηκαν από το Σύστημα Ανάκτησης Δικαστικού Νόμου και Κανονισμών της Ταϊβάν (<https://law.judicial.gov.tw>), σχετικά με ποινικές οδοντιατρικές αμέλειες, από την 1/01/ 2000 έως τις 30/6/ 2021, εντοπίστηκαν 37 υποθέσεις και 28 ποινικές αποφάσεις για οδοντιατρική αμέλεια, που ήταν επιλέξιμες για τελική ανάλυση, καθώς 9 κατηγορίες διευθετήθηκαν.

Λαμβάνοντας υπόψη τις ετυμηγορίες οδοντιατρικών αξιώσεων σύμφωνα με τις οδοντιατρικές ειδικότητες, οι εμφυτευματολόγοι είναι στη 1η θέση με ποσοστό (35,7%), οι στοματικοί χειρουργοί (25%), ακολουθούν οι ενδοδοντολόγοι και οι

παιδοδοντίατροι (14,3%), οι προσθετολόγοι (7,1%) και τέλος, οι χειρουργοί οδοντίατροι (3,6%).

Μεταξύ των 28 υποθέσεων, οι οδοντίατροι κρίθηκαν ένοχοι σε 10, εκ των οποίων 6 ήταν για οδοντιατρική θεραπεία με εμφυτευμάτα, 2 για χειρουργική επέμβαση, 1 για προσθετική αποκατάσταση και 1 για παιδοδοντιατρική θεραπεία. Οι κύριοι λόγοι του κατηγορητήριου ήταν η έλλειψη ενημέρωσης και συναίνεσης του ασθενούς, ο ιατρογενής τραυματισμός, το λανθασμένο σχέδιο θεραπείας, οι λοιμώξεις, η εσφαλμένη εξαγωγή δοντιών και η παραισθησία. Οι ποινές στις 10 υποθέσεις κυμαίνονταν από 20 ημέρες έως 6 μήνες φυλάκιση (μέσος όρος 86,4 ημέρες). Κατά μέσο όρο, η περίοδος ποινής ήταν μεγαλύτερη για τις περιπτώσεις εμφυτευμάτων (97,5 ημέρες) από τις άλλες ειδικότητες (69,75 ημέρες). Ωστόσο, όλες οι ποινές φυλάκισης ήταν μικρότερες από 6 μήνες και μπορούσαν να μετατραπούν σε πρόστιμα.

Όπως προαναφέραμε, στην Ελλάδα είναι ο Κώδικας Οδοντιατρικής Δεοντολογίας (Π.Δ. 39/2009), ο οποίος από κοινού με το νόμο 1026/1980, καταρτίζουν το νομικό ρυθμιστικό πλαίσιο άσκησης της οδοντιατρικής επιστήμης.

Η ευθύνη του Οδοντίατρου διασπάται σε τρεις κατηγορίες:

- Την αστική ευθύνη. Ο Οδοντίατρος έχει υποχρέωση αποζημίωσης προς τον ασθενή εάν του προκαλέσει υπαιτίως ζημία κατά την άσκηση του επαγγέλματος .
- Την ποινική ευθύνη. Η πολιτεία τιμωρεί τον Οδοντίατρο για πρόκληση σωματικής βλάβης ή θανάτου με βάση τις διατάξεις του Ποινικού Κώδικα.
- Την πειθαρχική ευθύνη απέναντι στην Οδοντιατρική Κοινότητα, η οποία προκύπτει από ενδεχόμενη παράβαση κάποιου καθήκοντος ή υποχρέωσης, τα οποία επιβάλλει ο Κώδικας Οδοντιατρικής Δεοντολογίας.

## 2.2 Αστική Ευθύνη

Η αστική ευθύνη του γιατρού έγκειται στην υποχρέωση καταβολής αποζημίωσης για τη ζημία που τυχόν έχει προκαλέσει στον ασθενή. Θεμελιώδης βάση της αστικής

ιατρικής ευθύνης αποτελεί τις περισσότερες φορές, το λεγόμενο ιατρικό σφάλμα, στο πλαίσιο του οποίου περιλαμβάνονται τόσο οι αποτυχημένες ιατρικές πράξεις όσο και οι παραλείψεις του ιατρού. Υπό ένα ευρύτερο πρίσμα, ιατρικό σφάλμα μπορεί να χαρακτηριστεί οποιαδήποτε αμελής συμπεριφορά του ιατρού, χωρίς απαραίτητα αυτό να αφορά σε παραβίαση κάποιου ιατρικού κανόνα, ενώ υπό μία στενότερη έννοια, ιατρικό σφάλμα αποτελεί μια ιατρική πράξη, η οποία δεν διενεργείται, γεγονός που αντιτίθεται με τους κατ' εξοχήν τηρουμένους κανόνες της ιατρικής. Εκτός όμως από το ιατρικό σφάλμα, ακρογωνιαίος λίθος της αστικής ευθύνης είναι και η διενέργεια ιατρικής πράξης, που πραγματοποιήθηκε χωρίς ο ασθενής να συναινέσει. Σε αμφότερες τις περιπτώσεις – τόσο του ιατρικού σφάλματος όσο και στην έλλειψη συναίνεσης- συνίσταται συρροή λόγων ευθύνης, ενδοσυμβατικής, αλλά και αδιοπρακτικής.

Όσον αφορά στον οδοντίατρο, αυτός οφείλει αποζημίωση, εάν ενεργήσει από δόλο ή αμέλεια, στην περίπτωση δηλαδή που ο οδοντίατρος προβεί σε οποιαδήποτε- ακόμα και ελαφρά- ενέργεια ή παράλειψη, που παραβαίνουν τα διδάγματα της οδοντιατρικής επιστήμης. Αντιθέτως, δεν φέρει καμία ευθύνη στην περίπτωση που ενήργησε, ακολουθώντας τους ανωτέρω κανόνες (lege artis) και πιο συγκεκριμένα αν ενήργησε αντιστοίχως με τον τρόπο που θα το έκανε έχοντας στη διάθεσή του τα ίδια μέσα και κάτω από όμοιες συνθήκες και περιστάσεις ένας συνετός και επιμελής οδοντίατρος.

Ιδιαίτερη μνεία πρέπει να γίνει σχετικά με το γεγονός ότι η συνδρομή ειδικότητας του οδοντίατρου αποτελεί λόγο μεγαλύτερης ευθύνης του ιατρού, επειδή σε αυτή την περίπτωση ο ασθενής έρχεται, τις περισσότερες φορές, αντιμέτωπος με μεγαλύτερη οικονομική επιβάρυνση, διότι καλείται να προσφύγει στις εν λόγω υπηρεσίες εξαιτίας της ειδικότητας αυτής.

Για τον οδοντίατρο ο όρος «αμέλεια» μπορεί να περιλαμβάνει τις ακόλουθες περιπτώσεις: α) την εσφαλμένη διάγνωση, (η οποία έρχεται σε αντιδιαστολή με τη σωστή, που προϋποθέτει αρχικά τη λήψη του ιστορικού του κάθε ασθενή, έπειτα την εξέτασή του, την πραγματοποίηση των απαραίτητων εργαστηριακών εξετάσεων ή/και ακτινογραφιών και συμβουλή άλλων ιατρών) ή τη μη διάγνωση μιας νόσου, η οποία κατ' επέκταση έχει ως συνέπεια την μη ενημέρωση στον ασθενή για τον κίνδυνο της υγείας και της ζωής του. β) την λανθασμένη θεραπευτική αγωγή, στην οποία μπορεί

να οδηγηθεί παρακάμπτοντας τα πρωτόκολλα της ιατρικής επιστήμης. Στην εν λόγω περίπτωση η αμέλεια του οδοντίατρου έγκειται στο σφάλμα της επιλογής της θεραπείας, η οποία επιφέρει κακό στον ασθενή. Εν προκειμένω η αμέλεια είναι πιθανόν να σχετίζεται με άγνοια της κατάλληλης θεραπείας για συγκεκριμένη περίπτωση ή στην επιλογή μίας μη ενδεδειγμένης θεραπείας και μεθόδου, διαφορετικής των γενικών αρχών της ιατρικής επιστήμης, γ) το να μην παραπεμφθεί σε εξειδικευμένο ιατρό, αλλά και την εκτέλεση μιας ιατρικής πράξης, δίχως τις απαραίτητες γνώσεις και ικανότητες, δ) τη μη επίδειξη της ανάλογης ιατρικής μέριμνας και επιμέλειας.

Τα κριτήρια, τα οποία εξετάζονται στο πλαίσιο της διερεύνησης για την ύπαρξη της αστικής ευθύνης κατά στην άσκηση της οδοντιατρικής πράξης και τα οποία καθορίζουν αν μια καταγγελία για ιατρική αμέλεια θα θεωρηθεί πετυχημένη είναι τα εξής:

1. Η υποχρέωση του ιατρού για παροχή φροντίδας προς τον ασθενή
2. Η διερεύνηση του αν υπήρξε παραβίαση αυτού του καθήκοντος από τον ιατρό, με την αποτυχία παροχής επιμελούς φροντίδας να διαπιστώνεται με βάση τα όσα ορίζει ο νόμος. Ο οδοντίατρος ελέγχεται κυρίως ως προς την εφαρμογή των ενδεδειγμένων επιστημονικών μεθόδων και όχι για το τελικό αποτέλεσμα
3. Η βλάβη την οποία υπέστη ο ασθενής, ως αποτέλεσμα των παραπάνω. Παράλληλα, ο ασθενής είναι εκείνος ο οποίος φέρει το βάρος της απόδειξης, ότι η πλημμελής άσκηση του ιατρικού καθήκοντος αποτελεί το αίτιο της βλάβης που υπέστη και ότι αυτό συνιστά αμέλεια από την πλευρά του ιατρού.

«Το κάθε κράτος στο οποίο παρέχεται η θεραπεία, υποχρεούται να εξασφαλίσει ότι υπάρχουν συστήματα ασφάλισης επαγγελματικής ευθύνης ή εγγύηση ή παρόμοια ρύθμιση που είναι ισοδύναμη ή ουσιαστικά συγκρίσιμη ως προς το σκοπό της και κατάλληλη για τη φύση και το βαθμό του κινδύνου», αναφέρει το άρθρο 4 παράγραφος δ της κοινοτικής οδηγίας 24/2011 της Ευρωπαϊκής Ένωσης, ως προς την εφαρμογή των δικαιωμάτων των ασθενών στο πλαίσιο της διασυνοριακής υγειονομικής περίθαλψης. Στο άρθρο 21 αναφέρεται ότι τα κράτη μέλη καλούνται να συμμορφωθούν με την παρούσα Οδηγία έως τις 25 Οκτωβρίου 2013, θέτοντας σε ισχύ τις αναγκαίες νομοθετικές, κανονιστικές και διοικητικές διατάξεις. Ο λόγος για

τον οποίο θεσπίστηκε η συγκεκριμένη ρύθμιση έγκειται στο γεγονός ότι σε κάθε χώρα μέλος της ΕΕ είναι σε ισχύ διαφορετικό νομικό σύστημα σχετικά με τις αποζημιώσεις των ασθενών εξαιτίας ιατρικής αμέλειας, είτε πρόκειται για ποινική ευθύνη είτε για αστική, ενώ κάποιες χώρες διαθέτουν ένα αρκετά περίπλοκο σύστημα, που καθιστά ιδιαίτερα χρονοβόρα τη διαδικασία του να λάβει ο ασθενής την αποζημίωση, που δικαιούται. Επομένως, όπως συνεπάγεται από τα ανωτέρω, όλοι οι οδοντίατροι, οι οποίοι ασκούν το επάγγελμά τους εντός των συνόρων της χώρας τους, υποχρεούνται να διαθέτουν ασφάλεια αστικής ευθύνης.

### **2.3 Ποινική Ευθύνη**

Η ευθύνη του ιατρού, ο οποίος διενεργεί πράξεις ή παραλήψεις που παραβιάζουν διατάξεις του ποινικού κώδικα, χαρακτηρίζεται ποινική. Για να αποδοθεί ποινική ευθύνη στον ιατρό, βασική προϋπόθεση είναι ότι οι πράξεις ή οι παραλήψεις του στοιχειοθετούν και πληρούν τα βασικά στοιχεία της αντικειμενικής και της υποκειμενικής υπόστασης κάποιου ποινικού αδικήματος.

Όσον αφορά στο τι μπορεί να θεωρηθεί ποινικό αδίκημα, ως τέτοιο ορίζεται η προσβολή ενός αγαθού, το οποίο προστατεύει ο νόμος (έννομο αγαθό) και το οποίο ο νομοθέτης προβλέπει συγκεκριμένη ποινή. Σε δύο κατηγορία διαχωρίζονται τα ποινικά αδικήματα, τα οποία επιφέρουν ιατρική ποινική ευθύνη: «εγκλήματα από πρόθεση/δόλο» και «εγκλήματα από αμέλεια». Κατά συνέπεια, κατά περίπτωση και ανάλογα τα στοιχεία που την συνθέτουν, ο γιατρός δύναται να διαπράξει ποινικό αδίκημα εκ προθέσεως ή εξ αμελείας.

Εν προκειμένω είναι σημαντικό να τονιστεί ότι τα εκ προθέσεως ιατρικά λάθη είναι στατιστικά μηδαμινά, σε αντίθεση με τον πολύ μεγάλο αριθμό ιατρικών λαθών που διαπράττονται εξ αμελείας. Τα ελληνικά δικαστήρια αντιμετωπίζουν συχνότερα ιατρικά λάθη, που διαπράττονται εξ αμελείας από τον ιατρό κατά την εκτέλεση των καθηκόντων του.

Εν προκειμένω ιατρική αμέλεια αποτελεί η έλλειψη προσοχής του ιατρού, την οποία όφειλε και μπορούσε να καταβάλει, τηρώντας τους γενικούς ιατρικούς κανόνες, αλλά και εκείνους που αφορούν στον τομέα της ειδικότητάς του. Επιπλέον θα πρέπει να

στοιχειοθετηθεί μία αιτιώδης συνάφεια ανάμεσα στην αμέλεια και την ανακύνασα βλάβη της υγείας του ασθενούς, η οποία επήλθε ως συνέπεια αυτής.

Είναι εύλογο να θεωρηθεί πως καταρχήν το ιατρικό λειτούργημα εκ φύσεως δεν συνάδει με δόλια συμπεριφορά. Επομένως, θα πρέπει να αποκλείσουμε κατά κανόνα περιπτώσεις οδοντιάτρων που, κατά τη διάρκεια τέλεσης της ιατρικής πράξης, όπως λόγου χάρη τοποθέτηση ή προσθετική αποκατάσταση των εμφυτευμάτων, επιδιώκουν να προκαλέσουν σωματική βλάβη (δόλος πρώτου βαθμού), ή γνωρίζουν με βεβαιότητα ότι οι ενέργειές τους προκαλούν ζημία στον ασθενή και το αποδέχονται (δόλος δεύτερου βαθμού). Περαιτέρω, κατά τη διενέργεια μία ιατρικής πράξης θα πρέπει να εξετασθεί με μεγάλη προσοχή και η ύπαρξη του λεγόμενου «ενδεχόμενου δόλου», ο οποίος μπορεί να στοιχειοθετήσει ποινική διάσταση, σε περίπτωση παρακινδυνευμένης χειρουργικής τοποθέτησης εμφυτευμάτων σε σημείο της γνάθου, η οποία αντενδείκνυται σύμφωνα με τους κανόνες της επιστήμης και του οδοντιατρικού επαγγέλματος (για παράδειγμα η τοποθέτηση των εμφυτευμάτων σε σημείο με εξαιρετικά αδύνατο οστό ή πολύ κοντά σε ιγμόρειο ή νεύρο κλπ.). Σε αυτή την περίπτωση θεωρείται ότι ο οδοντίατρος γνωρίζει ή σε έναν βαθμό συναισθάνεται (χωρίς να είναι βέβαιος) το ενδεχόμενο της ύπαρξης κινδύνου πρόκλησης στοματικής βλάβης στον ασθενή, αλλά επιλέγει να προχωρήσει στην επέμβαση, ελπίζοντας πως το ζημιόγνοο αποτέλεσμα θα αποφευχθεί. Το υποτιθέμενο αυτό σενάριο στοιχειοθετεί, λοιπόν, το αδίκημα της πρόκλησης σωματικής βλάβης με ενδεχόμενο δόλο (άρθρο 308 Π.Κ.) και όχι εκείνο της σωματικής βλάβης από αμέλεια (άρθρο 314 Π.Κ.). Ωστόσο μία ακόμα πτυχή που θα πρέπει να εξεταστεί είναι εκείνη της «ενσυνείδητης αμέλειας», η οποία στο παράδειγμα με την παρακινδυνευμένη τοποθέτηση εμφυτευμάτων, θα στοιχειοθετούταν εάν ο θεράπων οδοντίατρος γνώριζε μεν τον ενδεχόμενο κίνδυνο πρόκλησης στοματικής βλάβης (σε αυτό το σημείο υπάρχει κοινός τόπος με τον «ενδεχόμενο δόλο»), ωστόσο είτε από επιπολαιότητα είτε επειδή πίστευε ειλικρινώς ότι ο κίνδυνος δεν θα επέλθει, παρέλειψε να τον υπολογίσει. Να σημειωθεί πως όταν ο οδοντίατρος πραγματοποιεί μία χειρουργική επέμβαση (πχ. εμφυτεύματα) χωρίς να ακολουθεί τους κανόνες που η επιστήμη ορίζει, τότε ανακύπτει ένα από τα δυσχερέστερα ζητήματα του ποινικού δικαίου: η διάκριση των ορίων ανάμεσα στον «ενδεχόμενο δόλο» και τη «ενσυνείδητη αμέλεια».

Αξίζει να σημειωθεί πως η πιο συνήθης ποινική διάσταση, που αφορά στο ζήτημα των εμφυτευμάτων, δεν είναι άλλο από το αδίκημα πρόκλησης σωματικής βλάβης από αμέλεια. Σύμφωνα με τη νομολογία και όπως προαναφέρθηκε, ιατρική αμέλεια υπάρχει στην περίπτωση που ο μέσος ενσυνείδητος ιατρός υποπίπτει σε μία έλλειψη προσοχής, την οποία όφειλε και κατά περιστάσεις μπορούσε να επιδείξει. Όσον αφορά στον βαθμό της αμέλειας (ελαφρύτατη, ελαφρά, βαριά), αυτή δεν βρίσκεται απαραίτητα σε συνάρτηση με την προκληθείσα ζημία, ωστόσο λαμβάνεται υπόψη από το δικαστήριο για την τελική επιμέτρηση της ποινής του δράστη του αδικήματος.

Επιπλέον, πρέπει να επισημανθεί το ότι εν προκειμένω η ποινική δίωξη δεν μπορεί να ασκηθεί αυτεπάγγελτα, αλλά μόνο έπειτα από έγκληση του ασθενή, που υπέστη τη βλάβη ή σε περίπτωση ανήλικου, δικαίωμα έγκλησης έχει και ο νόμιμος αντιπρόσωπός του.

Καταλήγοντας, σχετικά με την πρόκληση σωματικής βλάβης κατά την τοποθέτηση εμφυτευμάτων, πρέπει γίνουν οι παρακάτω διευκρινίσεις: Πρώτον, για να καταδικαστεί οδοντίατρος από το ποινικό δικαστήριο είναι απαραίτητο ο εκάστοτε ασθενής να έχει προχωρήσει σε επακριβή καθορισμό της σωματικής βλάβης, την οποία υπέστη. Δεν αρκεί να παραθέσει την όποια ταλαιπωρία έχει υποστεί. Δεύτερον, το δικαστήριο στο πλαίσιο της απόφασής του θα πρέπει να αιτιολογεί ποιο εκ των δύο ειδών αμέλειας (ενσυνείδητη ή μη) συνέτρεξε στην συγκεκριμένη περίπτωση από πλευράς του γιατρού. Τρίτον, σύμφωνα την νομολογία, όσον αφορά στα θέματα ιατρικής ευθύνης, η στάση του εκάστοτε κατηγορούμενου γιατρού κρίνεται με βάση το «όφειλε και μπορούσε», έχοντας ως μέσο σύγκρισης «την προσοχή που δείχνει ο μέσος επιμελής ιατρός της αντίστοιχης ειδικότητας και θέσης».

### **3. Η σχέση Ιατρικής και Νομικής Επιστήμης**

Μπορεί εκ πρώτης όψεως η Νομική και η Ιατρική να μην παρουσιάζουν κοινά σημεία, με την πρώτη να ανήκει στον χώρο των θεωρητικών επιστημών και τη δεύτερη σε εκείνον των θετικών, ωστόσο τις συνδέουν πολλές ομοιότητες. Αρχικά, αμφότερες ανήκουν στις ανθρωπιστικές επιστήμες. Επιπλέον, ιδιαίτερης μνείας χρήζει και η κοινή ορολογία που χρησιμοποιείται στα δύο αυτά πεδία, με την επισήμανση πως εννοιολογικά υπάρχουν διαφορές. Ο όρος «αγωγή», αποτελεί

χαρακτηριστικό παράδειγμα. Στο πλαίσιο της ιατρικής επιστήμης αναφέρεται στην αποκατάσταση της υγείας του ασθενούς – εν προκειμένω οι ιατροί αναζητούν την ορθή θεραπευτική αγωγή για τον εκάστοτε ασθενή-, ενώ στη νομική αφορά στην αποκατάσταση προσβολής δικαιωμάτων, με επιστήμονες του κλάδου να αναζητούν την αποδεικτική θεμελίωση της αγωγής που κατατίθεται κατά προσώπων. Επιπροσθέτως, ένας ακόμα κοινός όρος, που συναντάται και στις δύο επιστήμες παρουσιάζοντας, όμως, διαφορετικές προεκτάσεις, είναι αυτός της «παθογένειας»· η ιατρική επιστήμη ασχολείται με την παθογένεια των οργάνων του σώματος, την ώρα που στη νομική η παθογένεια αφορά στις έννομες σχέσεις. Το ίδιο συμβαίνει και με τον όρο «προσβολή». Στην ιατρική γίνεται λόγος για προσβολή του ανθρωπίνου σώματος από μικροοργανισμούς και στη νομική επιστήμη για προσβολή των δικαιωμάτων. Μία ακόμη ομοιότητα ανάμεσα στις δύο επιστήμες είναι η κοινή υποχρέωση τήρησης επαγγελματικής εχεμύθειας. Επίσης, τόσο η ιατρική όσο και η νομική παίζουν έναν κυρίως κατασταλτικό ρόλο στην παθογένεια της υγείας και της κοινωνίας αντίστοιχα, καθώς σπάνια προσφεύγει κανείς προληπτικά στους επαγγελματίες των δύο αυτών κλάδων, αν και σε πολλές περιπτώσεις η πρόληψη θεωρείται σημαντικότερη της καταστολής. Κλείνοντας, θα πρέπει να αναφερθεί πως ανέκαθεν μεταξύ της ιατρικής και της νομικής επιστήμης σημείο τριβής αποτελεί η ιατρική αστική και ποινική ευθύνη. Επομένως, γίνεται αντιληπτό ότι θα πρέπει να είναι ξεκάθαρα τα μεταξύ τους όρια, ώστε ο κάθε επαγγελματίας να γνωρίζει επακριβώς πότε ξεκινά η δική του ευθύνη. Με αυτόν τον τρόπο η κοινωνία μπορεί να προστατευτεί από ενδεχόμενη μη συμφωνία του κάθε μέρους με τα εκάστοτε πορίσματα, που προκύπτουν από την άσκηση της κάθε επιστήμης. Η οριοθέτηση αυτή, πρέπει να γίνεται μέσα από γόνιμο διάλογο ανάμεσα σε όλα τα εμπλεκόμενα μέρη. Γι' αυτό, άλλωστε, οφείλει ο ιατρός να λαμβάνει υπόψη τον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας, ώστε να μη φτάσει στο σημείο να κλονιστεί η σχέση εμπιστοσύνης που χτίζει με τον ασθενή. Με άλλα λόγια ο Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας πρέπει να χρησιμοποιείται προς γνώση τόσο των δικαιωμάτων όσο και των υποχρεώσεων και των δύο πλευρών, με στόχο να ενισχύει την μεταξύ τους εμπιστοσύνη. Έτσι, λοιπόν, θα μπορούσαμε να φτάσουμε στην σωστή έκδοση αποφάσεων, αλλά και στην σωστή ιατρική πρακτική.

#### **4. Το Νομικό Πλαίσιο της Αστικής Οδοντιατρικής Ευθύνης**

Ο οδοντιατρικός κόσμος άρχισε να εκφράζει προβληματισμούς σχετικά με την ηθική διάσταση της Οδοντιατρικής μετά τη δεκαετία του 1920. Μέχρι εκείνο το σημείο, το κύριο ζήτημα ήταν η κατοχύρωση του επαγγέλματος και ταυτόχρονα η δίωξη όλων όσοι ασκούσαν παράνομα το επάγγελμα. Αναζητώντας την σχετική με την οδοντιατρική δεοντολογία βιβλιογραφία, στέκεται κανείς στο χρονολογημένο το 1925 άρθρο του Π. Πανταζή. Σε αυτό γίνεται αναφορά στις αρετές που πρέπει να διέπουν τον οδοντίατρο, αλλά και στο δεοντολογικό πλαίσιο μέσα στο οποίο καλείται να λειτουργήσει. Παρόμοιες προσπάθειες εμφανίζονται και σε άρθρα των Θ. Θεοδωρή και Κ. Χαριτάκη, ενώ άξια αναφοράς είναι και η παρέμβαση του φοιτητή, Ι.Σιδερή, ο οποίος το 1935, μιλά για τα «καθήκοντα των αυριανών επιστημόνων» και εν συνεχεία αναπτύσσει τα καθήκοντα των φοιτητών σε ό, τι αφορά «τινά άτοπα συμβαίνοντα εν τη Σχολή ημών και τα οποία απάδουσι προς την αξιοπρέπειαν ημών ως φοιτητών και ως ανθρώπων μεταμορφωμένων» (Μήτσης, 1993). Το 1947 δημοσίευση του Ι. Ζούκου αναφέρεται στην Οδοντιατρική Δεοντολογία, κατατάσσοντας τα καθήκοντα του οδοντιάτρου σε τέσσερις κατηγορίες, οι οποίες αφορούν: 1. στην αξιοπρέπεια προς την επιστήμη του, 2. στη συμπεριφορά του προς τους συναδέλφους, 3. στη συμπεριφορά του προς τους πελάτες του και 4. στις υποχρεώσεις του προς την πολιτεία και το κράτος.

Μπορεί, λοιπόν, κανείς να παρατηρήσει πως μετά το 1925, ξεκινά η συζήτηση περί ανάγκης δημιουργίας θεμέλιων κατευθυντήριων οδηγιών, οι οποίες και θα καθορίζουν την άσκηση του οδοντιατρικού επαγγέλματος. Η εν λόγω συζήτηση τείνει να παγιωθεί στα τέλη της δεκαετίας του 1930. Νομική αφετηρία του πρώτου Κώδικα Οδοντιατρικής Δεοντολογίας είναι ο νόμος 1565/1939 (ΦΕΚ Α' 16/1939) «περί κώδικος ασκήσεως του Ιατρικού Επαγγέλματος», οι διατάξεις του οποίου επεκτάθηκαν τότε και στους οδοντιάτρους. Τότε ανατίθεται στον ΠΟΣ (Πανελλήνιος Οδοντιατρικός Σύλλογος) η δημιουργία δεοντολογικού κανονισμού των καθηκόντων και υποχρεώσεων των οδοντιάτρων, που θα βοηθήσει -μαζί με άλλους κανόνες- στην περιφρούρηση της τιμής και της αξιοπρέπεια του επαγγέλματος. Κατ' άρθρο 24 του Α.Ν. 1565/1939, που διατηρήθηκε σε ισχύ κατά το άρθρο 47 ΕισΝΑΚ, «ο ιατρός οφείλει να παρέχει με ζήλο, ευσυνειδησία και αφοσίωση την ιατρική του συνδρομή, σύμφωνα με τις θεμελιώδεις αρχές της ιατρικής επιστήμης και της κτηθείσας πείρας τηρώντας τις ισχύουσες διατάξεις για την διαφύλαξη των ασθενών και προστασία των υγιών».

Έντεκα χρόνια αργότερα εκδίδεται το Βασιλικό Διάταγμα της 11.7/5.8.1950 (ΦΕΚ Α' 169/1950) «Περί Δεοντολογικού κανονισμού Οδοντιάτρων», που αποτελεί τον πρώτο ολοκληρωμένο κώδικα δεοντολογίας, με το 1ο άρθρο του Κανονισμού να ορίζει τα παρακάτω: «Άρθρο 1. Έκαστος Οδοντίατρος, ασκών το έργο του, συμφώνως προς τους κειμένους νόμους και εν τω πνεύματι των ηθών και εθίμων της συγχρόνου Ελληνικής κοινωνίας, πρέπει, κατά την άσκησιν του επαγγέλματός του, να αποφεύγει πάσαν πράξιν ή παράλειψιν, δυναμένη να παραβλάψη την τιμήν και αξιοπρέπειαν του Οδοντιατρικού επαγγέλματος, και να κλονίση την πίστιν του κοινού προς αυτό».

Επόμενος σταθμός στην ιστορική αναδρομή του νομικού πλαισίου που αφορά στους οδοντιάτρους είναι το 1981, όταν και εκδίδεται από την Παγκόσμια Ιατρική Ένωση η *Διακήρυξη της Λισαβόνας*, αποτελώντας έναν ιατρικό οδηγό επαγγελματικής συμπεριφοράς και παράλληλα, διαμορφώνοντας τα δικαιώματα του ασθενή υπό την μορφή κανόνων, οι οποίοι θα είναι αποδεκτοί από τα σύγχρονα κράτη. Η εν λόγω Διακήρυξη αναγνωρίζει στον ασθενή:

- Την πληροφόρηση που είναι αναγκαία για να λάβει τις αποφάσεις του.
- Την κατανόηση του σκοπού κάθε εξέτασης ή θεραπείας, ποια τα αποτελέσματά τους και ποιες θα είναι οι συνέπειες αν αρνηθεί να παράσχει συναίνεση.
- Την πλήρη ενημέρωση για την κατάσταση της υγείας του. Στο πλαίσιο αυτό η ενημέρωση θα πρέπει να αρμόζει στην τοπική κουλτούρα και να δίνεται με τέτοιο τρόπο ώστε ο ασθενής να μπορεί να καταλάβει.

Στην Ελλάδα με τον Ν. 2619/1998 (ΦΕΚ Α' 132/19/6/98) κυρώνεται η Σύμβαση του Συμβουλίου της Ευρώπης για την προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και της αξιοπρέπειας του ατόμου σε σχέση με τις εφαρμογές της βιολογίας και της ιατρικής, η οποία υπογράφηκε το 1997 και είναι γνωστή ως «Σύμβαση για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα και τη Βιοϊατρική». Επιπλέον, στις 28.11.2005 τίθεται σε ισχύ ο Νόμος 3418/2005, «Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας» (ΦΕΚ Α 287/28-11-2005), και στις 1/4/2009 ο «Κώδικας Οδοντιατρικής Δεοντολογίας» (ΠΔ 39/2009– ΦΕΚ Α' 55/2009), ο οποίος μαζί με το Ν.1026/1980 (ο κύριος νόμος που διέπει τη λειτουργία τόσο των Οδοντιατρικών Συλλόγων, όσο και της Ελληνικής Οδοντιατρικής Ομοσπονδίας), αποτελούν τις θεμελιώδεις βάσεις του νομικού πλαισίου για την άσκηση του οδοντιατρικού επαγγέλματος.

Πιο συγκεκριμένα, ο Κώδικας Οδοντιατρικής Δεοντολογίας αφορά στις υποχρεώσεις και στα δικαιώματα των οδοντιάτρων. Κύριοι στόχοι του είναι η σύνθεση ενός ιδεολογικού πλαισίου που θα περιβάλλει το επάγγελμα, η ενίσχυση της έννοιας «επαγγελματική ευθύνη», η βελτίωση της εικόνας του επαγγέλματος, η παροχή κατευθύνσεων, η ευαισθητοποίηση και η βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών.

Σύμφωνα με το άρθρο 1 του ΠΔ. 39/2009, «το λειτούργημα του οδοντιάτρου αποσκοπεί στην εξασφάλιση της στοματικής υγείας του ανθρώπου, δηλαδή στην πρόληψη, διάγνωση, θεραπεία και ανακούφιση από τον πόνο των ανωμαλιών και ασθενειών των οδόντων, του στόματος, των γνάθων και των γύρω ιστών. Η άσκηση του λειτουργήματος πρέπει να γίνεται σύμφωνα με τους γενικά αποδεκτούς κανόνες της επιστήμης και να χαρακτηρίζεται από απόλυτο σεβασμό στη ζωή και την ανθρώπινη αξιοπρέπεια».

Στο άρθρο 2 του ΚΟΔ ορίζεται η συμπεριφορά του οδοντιάτρου, η οποία πρέπει να συνάδει με την νομοθεσία, που βρίσκεται σε ισχύ, αλλά και με το πνεύμα των ηθών και των εθίμων της σύγχρονης κοινωνίας. Ο οδοντίατρος στο πλαίσιο αυτό πρέπει να «αποφεύγει κάθε πράξη, ή παράλειψη, η οποία δύναται να βλάψει την τιμή και την αξιοπρέπεια του και να κλονίσει την πίστη του κοινού προς αυτό και οφείλει να διατηρεί σε υψηλότατο επίπεδο την επαγγελματική του συμπεριφορά, ώστε να καταξιώνεται στη συνείδηση του κοινωνικού συνόλου και να προάγεται το κύρος και η αξιοπιστία του οδοντιατρικού σώματος». Επίσης, το ίδιο άρθρο προβλέπει ότι ο «οδοντίατρος πρέπει να επιδεικνύει την ως άνω συμπεριφορά και έξω από τα πλαίσια άσκησης του επαγγέλματός του».

Ιδιαίτερη μνεία πρέπει να γίνει στο άρθρο 4 του ΚΟΔ, όπου ορίζεται ρητώς η υποχρέωση του επαγγελματία οδοντιάτρου να «παρέχει τις υπηρεσίες του με την ίδια ευσυνειδησία σε όλους τους ασθενείς ανεξάρτητα από την οικονομική κατάσταση, την εθνικότητα, τη φυλή, τις θρησκευτικές ή πολιτικές πεποιθήσεις ή άλλες ιδιαιτερότητες».

Εκτός, όμως από το αμιγώς ιατρικό έργο, για τον οδοντίατρο ο νέος ΚΟΔ προβλέπει έναν διευρυμένο ρόλο στο κοινωνικό πλαίσιο και στο άρθρο 20 του ΠΔ 39/2009 αναπτύσσει τη σχέση του με το κοινωνικό σύνολο, αναφέροντας, μεταξύ άλλων, πως «ο οδοντίατρος οφείλει να ενεργεί κατά τρόπο, ώστε να μη διακυβεύεται η τιμή και η υπόληψη του οδοντιατρικού επαγγέλματος» και προσθέτοντας στη συνέχεια πως

«οδοντίατρος πρέπει να συμμετέχει κατά το μέτρο των αρμοδιοτήτων και των δυνατοτήτων του στη σταθερή βελτίωση της ποιότητας των φροντίδων με την έρευνα, ή τη διαρκή τελειοποίηση του τρόπου προσφοράς τους στον ασθενή, οι οποίες είναι σύμφωνες με τα δεδομένα της επιστήμης». Επιπροσθέτως, ειδική αναφορά οφείλουμε να κάνουμε και στο κεφάλαιο Η' του ΚΟΔ. Συγκεκριμένα, το άρθρο 45 αναφέρεται στην οδοντιατρική έρευνα και στις προϋποθέσεις αυτής, οι οποίες διασφαλίζουν την προστασία του ατόμου ως ερευνητικού υποκειμένου.

Παρά το γεγονός πως ο Κώδικας Οδοντιατρικής Δεοντολογίας αποτελεί την βάση για την θεσμοθέτηση βασικών αρχών που διέπουν το επάγγελμα, αυτό δεν σημαίνει πως δεν υπάρχουν κάποιες ελλείψεις ιδιάζουσας σημασίας, που αφορούν στην απουσία ρητής αναφοράς στη δέσμευση του οδοντίατρου να προσφέρει τις υπηρεσίες του σε συγκεκριμένες κατηγορίες ασθενών. Αντίθετα, σε κράτη του εξωτερικού οι νομοθέτες έχουν υπογραμμίσει ότι η άρνηση παροχής οδοντιατρικής φροντίδας σε οροθετικούς και σε ασθενείς με άλλα αιματογενώς μεταδιδόμενα νοσήματα αντίκειται στο ήθος του επαγγέλματος. Για παράδειγμα, ο δεοντολογικός κώδικας της Αμερικανικής Οδοντιατρικής Ομοσπονδίας (ADA), προβλέπει την υποχρέωση των οδοντιάτρων να προσφέρουν τις υπηρεσίες τους σε ασθενείς με AIDS. Πιο συγκεκριμένα: «Ο οδοντίατρος έχει την υποχρέωση να προσφέρει τις υπηρεσίες του σε αυτούς που το έχουν ανάγκη. Η απόφασή του να μη προσφέρει οδοντιατρική θεραπεία σε έναν ασθενή επειδή είναι φορέας αιματογενών μεταδιδόμενων νοσημάτων, αντίκειται στο επαγγελματικό ήθος του οδοντίατρου» (ADA, 2012).

Βέβαια, στον ελληνικό Κώδικα Οδοντιατρικής Δεοντολογίας, στο κεφάλαιο Β', το οποίο αναφέρεται στις σχέσεις οδοντίατρου - ασθενή γενικά και συγκεκριμένα στο άρθρο 5 ανακύπτει το θέμα της δυνατότητας άρνησης του οδοντίατρου να παράσχει τις υπηρεσίες του. Όπως συγκεκριμένα αναφέρεται: «Εκτός από την περίπτωση της κατεπείγουσας ανάγκης, ή αυτής κατά την οποία θα παρέβαινε τα ανθρωπιστικά του καθήκοντα, ο οδοντίατρος διατηρεί το δικαίωμα να αρνηθεί την παροχή υπηρεσιών, όταν υπάρχουν σχέσεις με τον ασθενή, που εμποδίζουν την ευσυνείδητη και απρόσκοπτη παροχή των υπηρεσιών του». Συμπληρωματικά, η δεύτερη παράγραφος στο ίδιο ακριβώς άρθρο προβλέπει ότι «ο οδοντίατρος έχει το δικαίωμα να διακόψει την παροχή των υπηρεσιών του προς τον ασθενή για τους λόγους, που αναφέρονται ανωτέρω, εφόσον όμως εξασφαλισθεί, ότι θα προσφερθούν στον ασθενή οδοντιατρικές υπηρεσίες από άλλον οδοντίατρο».

## 5. Η Ενημέρωση του ασθενούς στην Οδοντιατρική Θεραπεία

Μία από τις βασικές αρχές που διέπουν τον Κώδικα Οδοντιατρικής Δεοντολογίας αφορά στην ενημέρωση του ασθενούς. Όπως ορίζει η πρώτη παράγραφος του άρθρου 6 του ΚΟΔ «ο οδοντίατρος οφείλει καταρχήν να ενημερώνεται για τη γενική κατάσταση της υγείας του ασθενή με τη λήψη ιστορικού». Στο ίδιο άρθρο στις παραγράφους που ακολουθούν (2,3) αναλύεται διεξοδικά το δικαίωμα του ασθενή στην ενημέρωση για την οδοντιατρική θεραπεία στην οποία θα υποβληθεί.

Συγκεκριμένα αναφέρεται: «2. Κατά κανόνα και εκτός από τις επείγουσες περιπτώσεις ο οδοντίατρος οφείλει να ενημερώνει τον ασθενή για τα αναμενόμενα αποτελέσματα και τις συνέπειες της προτεινόμενης, ή ενδεδειγμένης θεραπευτικής αγωγής, ή τις εναλλακτικές μορφές θεραπείας, για τους τυχόν κινδύνους και τα διάφορα προληπτικά και μεταθεραπευτικά μέτρα, που πρέπει να ληφθούν, καθώς επίσης και για το συνολικό κόστος της θεραπείας. Ο ασθενής, εφόσον δεν επιθυμεί να ενημερωθεί ο ίδιος προσωπικά, μπορεί να επιλέξει να ενημερωθεί πρόσωπο της προτίμησής του.3.Ο οδοντίατρος έχει καθήκον πλήρους ενημέρωσης προς τον ασθενή, δύναται όμως να αποκρύψει, ή να αποκαλύψει μέρος της αλήθειας για τη νόσο, εφόσον διαβλέπει, ότι η ενημέρωση αυτή δυνατόν να προκαλέσει σοβαρή ψυχοσωματική διαταραχή στο συγκεκριμένο άτομο. Στις περιπτώσεις αυτές οφείλει, για την προστασία της υγείας του ασθενή, να ενημερώσει πλήρως τους πλησιέστερους συγγενείς του».

Σε αυτό το πλαίσιο και σε συνδυασμό με την δικαστική απόφαση του Συμβουλίου της Επικρατείας (ΣτΕ) υπ' αριθμόν ΣτΕ 252/2020, στην οποία αναφέρεται ότι ο ιατρός υποχρεούται σε πλήρη ενημέρωση του ασθενούς καλύπτει περιπτώσεις που δεν αφορούν αποκλειστικά σε ιατρικά περιστατικά. Πιο αναλυτικά, πλέον θεωρείται δεδομένο ότι η σύγχρονη οδοντιατρική καλείται, εκτός από θέματα υγείας, να αντιμετωπίσει και ζητήματα που αφορούν στο αισθητικό κομμάτι της οδοντοστοιχίας, με μοντέρνες τεχνικές, οι οποίες εφαρμόζονται προκειμένου να διορθωθούν επουσιώδεις ατέλειες και επιδιώκουν να προσδώσουν κάλλος. Και σε αυτή την περίπτωση, λοιπόν, ο οδοντίατρος οφείλει να ενημερώσει με κάθε λεπτομέρεια τον ασθενή, σχετικά με τις πιθανότητες αποτυχίας, αλλά και για όλες τις συνέπειες ή

παρενέργειες αυτών των παρεμβάσεων, ακόμα κι αν στατιστικά αυτές είναι περιορισμένες. Μάλιστα, είναι αυξημένη η υποχρέωση του οδοντίατρου για πλήρη ενημέρωση του ασθενή κατά την διενέργεια επεμβάσεων αισθητικής φύσης και αυτό γιατί απουσιάζει ο θεραπευτικός σκοπός.

## **6. Η Συναίνεση του ασθενούς**

Αφού ο ασθενής έχει ενημερωθεί πλήρως σχετικά με την κατάσταση της υγείας του, ακολουθεί το εξέχον ζήτημα της συναίνεσης στην θεραπεία που θα προτείνει ο οδοντίατρος. Σύμφωνα με το άρθρο 7 του Κώδικα Οδοντιατρικής Δεοντολογίας: «Ο οδοντίατρος πριν από την εκτέλεση οποιασδήποτε οδοντιατρικής θεραπείας, πρέπει να έχει βεβαιωθεί, ότι έχει τη συναίνεση του ασθενή. (...) Με τον όρο συναίνεση νοείται ότι ο ασθενής έχει ενημερωθεί, έχει κατανοήσει όσον το δυνατόν περισσότερο και έχει αποδεχτεί όλα όσα αναφέρονται στην παράγραφο 2 του άρθρου 6».

Η υποχρέωση του οδοντίατρου να μην πραγματοποιεί οδοντιατρικές ενέργειες χωρίς τη συναίνεση του ασθενή προβλέπεται, επίσης, στον Χάρτη Θεμελιωδών Δικαιωμάτων της Ευρωπαϊκής Ένωσης και σε άλλα κείμενα παγκοσμίως, που αφορούν σε κανόνες ιατρικής δεοντολογίας, όπως είναι η «Οικουμενική Διακήρυξη της UNESCO για το ανθρώπινο γονιδίωμα και τα δικαιώματα του ανθρώπου».

Όσον αφορά στο Σύνταγμα της Ελλάδος, το δικαίωμα του ασθενή να αποφασίζει - αφού προηγουμένως έχει ενημερωθεί επαρκώς- για το αν θα αποδεχθεί ή θα αρνηθεί οποιαδήποτε επέμβαση στο σώμα του στο πλαίσιο της αυτονομίας και της αυτοδιάθεσής του, κατοχυρώνεται με το άρθρο 2 περί προστασίας της ανθρώπινης αξίας, αλλά και με το άρθρο 5, που αναφέρεται στην ελεύθερη ανάπτυξη της προσωπικότητας του ατόμου και την προσωπική του ελευθερία.

Πώς προκύπτει, όμως, μία ισχυρή και έγκυρη συναίνεση από την πλευρά του ασθενή; Οι προϋποθέσεις που την συνιστούν είναι οι ακόλουθες:

α) Το άτομο που την παρέχει πρέπει να είναι ικανό, δηλαδή, ο ασθενής να είναι σε θέση να εκτιμά ορθά τις συνέπειες, που θα επιφέρει η εκάστοτε διενεργούμενη σε αυτόν πράξη

β) Η βούλησή του να είναι γνήσια, δηλαδή να αποτελεί αληθινό προϊόν και έκφραση ελευθερίας για την οποία απαιτείται πλήρη επίγνωση της σημασίας της (informed consent, consentement libreeteclairé). Η συναίνεση θεωρείται ανίσχυρη, αν η βούληση από την οποία προήλθε είναι απόρροια εξαπάτησης ή πλάνης

γ) Η συναίνεση να χορηγείται πριν την οποιαδήποτε διενέργεια ιατρικής πράξης

δ) Η συναίνεση πρέπει να δοθεί με εξωτερικευμένο τρόπο

ε) Η συναίνεση να μην προσκρούει στα χρηστά ήθη. Αυτό συμβαίνει όταν το προσδοκώμενο όφλεος από την ιατρική πράξη, υπολείπεται της βλάβης και των συνδεόμενων κινδύνων. Επιπλέον, ο οδοντίατρος έχει την υποχρέωση να απέχει από οποιαδήποτε επέμβαση, η οποία περιλαμβάνει κινδύνους δυσανάλογους σε σχέση με τα οφέλη που μπορεί να προσφέρει, ακόμα και αν ο ασθενής εκφράσει τη θέληση και τη συναίνεσή του να πραγματοποιηθεί αυτή. Ειδικά στις περιπτώσεις αισθητικών και κοσμικών επεμβάσεων υποχρεούται να απέχει πράξεων που εκθέτουν τον πελάτη σε οποιονδήποτε κίνδυνο.

Έτσι, λοιπόν, σε περίπτωση, που δεν πληρούνται οι προαναφερόμενες προϋποθέσεις της συναίνεσης, η ιατρική πράξη που διενεργείται, συνιστά παράνομη προσβολή της προσωπικότητας του ασθενούς, υπό την ειδική έκφραση του αυτοκαθορισμού και της βουλευτικής αυτονομίας του. Κατ' επέκταση σε αυτή την περίπτωση ο ασθενής αποκτά αξίωση αποζημίωσης για ηθική βλάβη, καθώς στερήθηκε την δυνατότητα να αποφασίσει ο ίδιος, όπως ο νόμος προβλέπει, αν θα συναινέσει ή όχι. Για την αποκατάσταση της μη περιουσιακής αυτής ζημίας δεν απαιτείται υπαιτιότητα.

Το ρητά κατοχυρωμένο δικαίωμα της ενημερωμένης συναίνεσης του ασθενή αποτελεί μία από τις πιο σημαντικές καινοτομίες του ΚΟΔ. Όπως έχει ήδη αναφερθεί το άρθρο 6 προβλέπει πως εκτός από την υποχρέωση του ασθενή να ενημερώσει για τη γενική κατάσταση της υγείας του, δίνοντάς το ιατρικό ιστορικό του, ο οδοντίατρος από την πλευρά του οφείλει επίσης, να ενημερώνει πλήρως τον ασθενή. Εδώ, η λέξη «πλήρης» έχει τοποθετηθεί ώστε να υπερτονίσει την υποχρέωση του οδοντιάτρου να παρέχει στον ασθενή όλα τα στοιχεία, τα οποία αφορούν στην περίπτωσή του και τα οποία αν τα γνωρίζει θα παίξουν ρόλο στην απόφαση που θα πάρει να συναινέσει ή όχι στην οδοντιατρική πράξη. Το γεγονός ότι ο νομοθέτης σε επόμενο άρθρο (7) ορίζει τη συναίνεση -«με τον όρο συναίνεση νοείται ότι ο ασθενής έχει πλήρη

ενημέρωση, κατανοήση και έχει αποδοχή όλων όσων αναφέρονται στην παράγραφο 2 του άρθρου 6»- αναδεικνύει τη σημασία της στη βάση της πλήρους ενημέρωσης του ασθενούς.

Σύμφωνα με τα προαναφερθέντα η βασική προϋπόθεση για να θεωρηθεί η συναίνεση ισχυρή και έγκυρη είναι η ικανότητα του ατόμου να συναινέσει. Το άρθρο 8 αναφέρει ότι για τον ασθενή, ο οποίος δεν έχει υπερβεί το 16ο έτος της ηλικίας του, είναι απαραίτητη η συναίνεση γονέα ή κηδεμόνα, ενώ για εκείνον, χωρίς ικανότητα συναίνεσης λόγω ψυχικής ή διανοητικής αναπηρίας, η συναίνεση δίνεται από τον δικαστικό συμπαραστάτη, εφόσον υπάρχει ή από τους οικείους του ασθενή.

Εν προκειμένω, όμως, μπορεί να προκύψει περίπτωση, στο πλαίσιο της οποίας οι πλησιέστεροι συγγενείς του ασθενή, διαφωνούν σχετικά με την εκτέλεση της οδοντιατρικής πράξης. Τι γίνεται, λοιπόν, όταν διαφωνούν οικείοι του ασθενή, που έχουν τον ίδιο βαθμό συγγένειας μαζί του; Ο ΚΟΔ δεν προβλέπει σχετική απάντηση και το νομοθετικό κενό που υπάρχει έρχεται να το καλύψει αναλογικά η εφαρμογή του άρθρου 1512 του Αστικού Κώδικα, το οποίο αναφέρει: «Κατά την άσκηση της γονικής μέριμνας οι γονείς καταβάλλουν προσπάθεια για την εξεύρεση κοινά αποδεκτών λύσεων. Αν διαφωνούν, αποφασίζει το δικαστήριο». Επομένως, και στο ανωτέρω παράδειγμα το δικαστήριο είναι αυτό που θα κληθεί να αποφασίσει. Ωστόσο, σύμφωνα με το άρθρο 8 παράγραφος 2 σε περίπτωση που συντρέχει κατεπείγουσα περίπτωση και ο ασθενής δεν δύναται να συναινέσει εξαιτίας της κατάστασης της υγείας του, τότε, ουδεμία σημασία έχει αν ανακύπτουν διαφωνίες μεταξύ των συγγενών, καθώς ο οδοντίατρος είναι αυτός που αναλαμβάνει να εκτελέσει κάθε επείγουσα οδοντιατρική πράξη για την πρόληψη, προστασία και αποκατάσταση της στοματικής υγείας του ασθενή.

Τόσο η συναίνεση όσο και η ενημέρωση μπορεί να δοθεί προφορικά, σιωπηρά ή εγγράφως. Η συναίνεση είναι ελεύθερα ανακλητή μέχρι την πραγμάτωση της ιατρικής πράξης, ενώ σύμφωνα με το άρθρο 12 παράγραφος 2γ του Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας, θεωρείται ανίσχυρη η συναίνεση του ασθενή, αν αποτέλεσε προϊόν πλάνης, απειλής ή και απάτης και στην περίπτωση αυτή δεν απαιτείται η δικαστική της ακύρωση.

Σε χώρες του εξωτερικού, όπως λόγω χάρη στη Γερμανία, υπάρχει για τους ασθενείς ένα έντυπο συναίνεσης και ενημέρωσης, με το οποίο ο κάθε ασθενής δηλώνει ότι έχει

ενημερωθεί πλήρως για τους κινδύνους της οδοντιατρικής επέμβασης στην οποία θα υποβληθεί και συναινεί. Πρόκειται για ένα έντυπο, το οποίο, ίσως θα έπρεπε να χρησιμοποιείται και στην Ελλάδα, καθώς σε πιθανή διαμάχη ιατρικού λάθους, θα αποτελούσε εξαιρετικά χρήσιμο αποδεικτικό μέσο.

## **7. Οδοντιατρικό σφάλμα**

Εκ των σημαντικότερων προβλημάτων της δημόσιας υγείας και μία απειλή για την ασφάλεια των ασθενών είναι το «ιατρικό σφάλμα», το οποίο σύμφωνα με μελέτη, που διεξήχθη το 2016 στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής αποτελεί την τρίτη αιτία θανάτου μετά από καρδιακές ασθένειες και καρκίνο. Τι ορίζεται, όμως, ως ιατρικό σφάλμα; Σύμφωνα με το Ινστιτούτο Ιατρικής των Εθνικών Ακαδημιών των ΗΠΑ «*The Err Is Human: Building a Safer Health System*», περίπτωση ιατρικού σφάλματος προκύπτει όταν α). μία δράση αποτυγχάνει να υλοποιηθεί σύμφωνα με τα προβλεπόμενα, β). εξ αρχής χρησιμοποιείται ένα λάθος σχέδιο θεραπείας για την επίτευξη ενός στόχου, γ) απουσιάζει η επιβαλλόμενη προσοχή στην ιατρική θεραπεία. Όπως γίνεται εύκολα αντιληπτό, ο ιατρός που υπέπεσε σε ιατρικό σφάλμα, καλείται να αντιμετωπίσει ατομικές, κοινωνικές, ηθικές, αλλά και νομικές συνέπειες. Ωστόσο, σε αυτό το σημείο, πρέπει να προστεθεί πως τόσο λόγω αντικειμενικών όσο και υποκειμενικών συνθηκών ένα ποσοστό ιατρικών σφαλμάτων μοιάζει να είναι αναπόφευκτο. Αξίζει να αναφέρουμε πως στην Ελλάδα παρατηρείται τις τελευταίες δεκαετίες μία αυξητική τάση των μηνύσεων και των αγωγών κατά των ιατρών εξαιτίας της εμφάνισης ιατρικών σφαλμάτων.

Όσον αφορά στο οδοντιατρικό σφάλμα, αυτό υφίσταται κατά τη διάγνωση, λόγω ελλιπής συλλογής, για την ορθή διάγνωση στοιχεία ή λόγω εσφαλμένης ερμηνείας των κλινικών ευρημάτων, διότι δεν δίνει την απαιτούμενη προσοχή και δεν παρουσιάζει την επιβαλλόμενη επιμέλεια που χρειάζεται η περίπτωση.

Ποιοι είναι όμως οι παράγοντες εκείνοι, που μπορούν να οδηγήσουν έναν επαγγελματία σε οδοντιατρικό σφάλμα; Μεταξύ άλλων, οι βασικές αιτίες είναι οι εξής: λανθασμένη ιατρική διάγνωση, εσφαλμένη εκτέλεση ιατρικής πράξης, μη παροχή προληπτικής θεραπείας, λανθασμένη φαρμακευτική αγωγή, έλλειψη επικοινωνίας μεταξύ ιατρού/ασθενή ή μεταξύ των επαγγελματιών υγείας, απουσία

συνεχούς παρακολούθησης της θεραπείας, άγχος και συνθήκες εργασίας, εργασιακή εξουθένωση του ιατρού και υπερεκτίμηση των ικανοτήτων του.

Τόσο στην χώρα μας όσο και παγκοσμίως τα οδοντιατρικά σφάλματα αποτελούν πρόβλημα μείζονος σημασίας, επηρεάζοντας τόσο τον ασθενή όσο και ολόκληρο το σύστημα υγείας.

Η εκθετική τάση των αιτιών που οδηγούν στα ιατρικά σφάλματα και στις συνέπειές τους, επιβάλλει αρχικά την κατανόηση του προβλήματος και έπειτα την αναζήτηση μέτρων πρόληψης, που θα βοηθήσουν στη λύση του. Παράλληλα, αρωγοί στην προσπάθεια αυτή, θα ήταν η εύρεση ενός κοινού αποδεκτού ορισμού για το ιατρικό σφάλμα, με σκοπό την συγκέντρωση στοιχείων και δεδομένων, αλλά και η εφαρμογή ενός προγράμματος αναφοράς και ανάλυσης των ιατρικών σφαλμάτων, αποσκοπώντας στην αναβάθμιση και τη βελτίωση του υγειονομικού συστήματος.

## **8. Συμπεράσματα**

Σε μία κοινωνία, που τις τελευταίες δεκαετίες έχει έρθει αντιμέτωπη σχεδόν με κάθε είδους κρίση (οικονομική, κοινωνική και υγειονομική), πρέπει να αναδειχθεί και αναγνωριστεί πως οι ιατροί έχουν αναλάβει μία ιερή αποστολή και προσπαθούν να ανταπεξέλθουν στα καθήκοντά τους μέσα σε, πολλές φορές αντίξοες συνθήκες, τόσο στα δημόσια νοσοκομεία όσο και στον ιδιωτικό τομέα.

Χαρακτηριστικό παράδειγμα σχετικά με την ανασφάλεια και τις δυσκολίες που βιώνει ο ιατρικός κόσμος, αποτελεί έρευνα, η οποία έλαβε χώρα στις ΗΠΑ με τη συμμετοχή 10.170 ιατρών και η οποία παρουσιάστηκε σε πρόσφατη ημερίδα του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου (15/03/2023). Σύμφωνα με τη συγκεκριμένη έρευνα:

- Το 60% δηλώνει ενοχλημένο από τις διαδικτυακές «γνώσεις», των ασθενών.
- Το 54% παρουσιάζει χαμηλό ηθικό.
- Το 49% υποφέρει από σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης.
- Το 49% δεν επιθυμεί τα παιδιά του να ακολουθήσουν το ίδιο επάγγελμα.

- Το 48% θέλει να συνταξιοδοτηθεί άμεσα.

Αν εξαιρέσουμε, λοιπόν, τη νομοθετική ρύθμιση που προέκυψε εν μέσω έξαρσης της πανδημίας και που αφορά στον περιορισμό της αστικής ευθύνης των ιατρών για τα περιστατικά Covid-19 εξαιτίας της επείγουσας ιατρικής ανάγκης, θα λέγαμε, πως είναι ανάγκη να συζητηθεί από την αρχή το συνολικό θεσμικό πλαίσιο.

Από τα βασικά ζητήματα, τα οποία πρέπει να τεθούν στο τραπέζι είναι η ανάγκη μίας νέα νομικής ρύθμισης, η οποία θα αφορά στο γεγονός ότι πολιτικά και διοικητικά δικαστήρια, επιδικάζουν τελευταία όλο και μεγαλύτερες αποζημιώσεις σε ιατρούς λόγω ιατρικής αμέλειας. Κανείς δεν θα μπορούσε να αμφισβητήσει την ευθύνη που φέρουν οι ιατροί για τα σφάλματα και τις αμέλειες, στις οποίες υποπίπτουν, ωστόσο δεν θα πρέπει να καταδιώκονται για παρενέργειες και επιπλοκές, καθώς έτσι οι περισσότεροι θα στραφούν στην άσκηση μίας «αμυντικής ιατρικής», για να μην χρειαστεί να λογοδοτήσουν σε μία «αμυντική Δικαιοσύνη». Μάλιστα από άλλη αμερικανική έρευνα - η οποία παρουσιάστηκε στην προαναφερθείσα ημερίδα-, προκύπτει ότι το 77% των ιατρών έχει την πεποίθηση ότι η άσκηση «αμυντικής ιατρικής» θα περιοριστεί αν γίνει μία ουσιαστική μεταρρύθμιση σε θέματα ιατρικής ευθύνης, ενώ επίσης, επισημάνθηκε ότι οι μεταρρυθμίσεις που προστατεύουν τον ιατρό, μειώνουν αρκετά την πραγματοποίηση περιττών ακτινογραφιών αλλά και άλλων εξετάσεων.

Εν προκειμένω παρουσιάζεται η ανάγκη να βρεθεί μία λύση από την πλευρά της ιατρικής κοινότητας ώστε το ιατρικό προσωπικό σε δημόσιο και ιδιωτικό τομέα να μην οδηγείται στα δικαστήρια με αφορμή αβάσιμων κατηγοριών. Επιπροσθέτως, πρέπει να θεωρηθεί αναγκαία η αναμόρφωση του θεσμού των πραγματογνωμόνων σε δίκες που έχουν να κάνουν με ιατρικά σφάλματα, με τη δημιουργία ενός Προδικαστικού Γνωμοδοτικού Συμβουλίου, το οποίο θα λειτουργεί αποτρεπτικά σε αβάσιμες δικαστικές προσφυγές ασθενών. Ιδιαίτερη αναφορά πρέπει να γίνει και στην μεγάλη ανάγκη που υπάρχει για στελέχωση των δημοσίων υπηρεσιών, ώστε οι ιατροί να μην οδηγούνται στην εργασιακή εξουθένωση και να καθίστανται επιρρεπείς σε ιατρικά σφάλματα, όπως επίσης και στη σημασία που θα έχει η δημιουργία ιατρικών πρωτοκόλλων, τα οποία θα αποτελούν οδηγό στην ιατρική πράξη και μέτρο αξιολόγησης των ιατρικών σφαλμάτων.

Όσον αφορά στο κομμάτι της Ασφάλισης της Αστικής Ιατρικής Ευθύνης, στην Ελλάδα δεν πρόκειται για κάτι που είναι υποχρεωτικό. Αντιθέτως, στη Γερμανία σε κάποια κρατίδια είναι υποχρεωτική η ασφάλιση της επαγγελματικής ευθύνης των ιατρών, ενώ σε κάποια άλλα αποτελεί βασική προϋπόθεση για την άσκηση του επαγγέλματος. Μάλιστα, ακόμα και για τους φοιτητές της ιατρικής προβλέπεται υποχρεωτική ασφάλιση. Το ίδιο συμβαίνει και στη Γαλλία, όπου εκ του νόμου είναι υποχρεωτική η ασφάλιση όλων των παρόχων υγείας, ενώ στην Ολλανδία η ιδιωτική ασφάλιση της αστικής ευθύνης δεν είναι υποχρεωτική, την επιβάλλουν, τα νοσοκομεία. Οι διαφοροποιήσεις που παρουσιάζονται στον τομέα της υγείας στις ευρωπαϊκές χώρες, έχει ωθήσει την ΕΕ στο να δοκιμάσει να αλλάξει τα δεδομένα. Έτσι, πραγματοποιείται μία προσπάθεια ενοποίησης των συστημάτων και των πολιτικών υγείας, που έχει ως βασικό σκοπό να προσφέρει την ίδια δυνατότητα στους ασθενείς να λαμβάνουν υγειονομική περίθαλψη σε όλη την ΕΕ και, παράλληλα, στους ιατρούς να μπορούν να εργαστούν σε διάφορες χώρες της Ένωσης.

Στο πλαίσιο αυτό η Οδηγία 2011/24/ΕΕ της 9.3.2011 «περί εφαρμογής των δικαιωμάτων των ασθενών στο πλαίσιο της διασυνοριακής υγειονομικής περίθαλψης» ενσωματώθηκε στο Ελληνικό Δίκαιο με τον ν. 4213/2013 σύμφωνα με τον οποίο «οι εθνικές αρχές διασφαλίζουν ότι για τη θεραπεία που παρέχεται στην Ελλάδα, οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης υπάγονται υποχρεωτικά σε σύστημα ασφάλισης επαγγελματικής ευθύνης ή εγγύηση ή παρόμοια ρύθμιση που είναι ισοδύναμη ως προς το σκοπό της και κατάλληλη για τη φύση και το βαθμό του κινδύνου είτε μέσω των οικείων επαγγελματικών συλλόγων είτε ατομικά είτε με ευθύνη του φορέα απασχόλησής τους».

Στο συγκεκριμένο άρθρο 4 παράγραφος 2β, το τελευταίο εδάφιο αναφέρει: «Με απόφαση του Υπουργού Υγείας θα προσδιοριστεί κάθε λεπτομέρεια που σχετίζεται με την παραπάνω υποχρέωση των παροχών υγειονομικής περίθαλψης». Ωστόσο δεν έχει εκδοθεί έως και σήμερα η οριζόμενη στο άρθρο 4 Υπουργική Απόφαση, σύμφωνα με την οποία θα προσδιοριστούν οι λεπτομέρειες ασφάλισης των υπόχρεων. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να μην μπορεί να ενεργοποιηθεί, σύμφωνα με τα οριζόμενα στο άρθρο 26 § 5 Ασφ.Ν., η ρύθμιση του άρθρου αυτού και η ασφάλιση αστικής ιατρικής ευθύνης να ρυθμίζεται στο πλαίσιο του άρθρου 25 Ασφ.Ν. για τις γενικές ή προαιρετικές ασφαλίσεις ευθύνης.

Όπως προκύπτει τόσο από την πρότερη εμπειρία όσο και από διεθνείς μελέτες , ο ιατρός οφείλει πάνω από όλα να αναγνωρίζει ότι οι ασθενείς χρειάζονται μεγαλύτερη προστασία από ότι ο «μέσος καταναλωτής», καθώς η υγεία δεν μπορεί να θεωρηθεί ένα εμπορικό προϊόν, στο οποίο ο ιατρός επεμβαίνει απλώς και μόνο με στόχο να μειώσει το μέγεθος της ζημίας της. Ας μην ξεχνάμε πως εκτός από το αμιγώς ιατρικό κομμάτι, ο ιατρός υπηρετεί και το ανθρωπιστικό, όταν για παράδειγμα κληθεί να συμπαρασταθεί στον ασθενή ή στους οικείους του.

Είναι εύλογο να συμπεράνουμε πως μπορεί η υποχρεωτική ασφάλιση να είναι ενδεχομένως δύσκολο να εφαρμοστεί σε καθολικό ευρωπαϊκό επίπεδο, καθώς μία τέτοια προσπάθεια απαιτεί συγχρονισμό και συνεργασία πολλών παραγόντων, ωστόσο είναι δεδομένο πως θα συμβάλλει στην παροχή πιο ασφαλών υπηρεσιών.

Ωστόσο εδώ αναδύεται το εξής ερώτημα: Εάν ο ιατρός προβεί όντως σε ασφάλιση αστικής ευθύνης, με αποτέλεσμα να μην χρειαστεί να καταβάλει οποιοδήποτε ποσό ως αποζημίωση στην περίπτωση που ο ασθενής του που υπέστη κάποιου είδους ζημία, τότε ίσως θα αντιμετώπιζε τους επόμενους ασθενείς του με μειωμένη από την απαιτούμενη επιμέλεια και προσοχή, την οποία πρέπει να επιδεικνύει κατά τη διενέργεια των ιατρικών πράξεων; Με άλλα λόγια θα επηρεαζόταν η ευσυνειδησία του; Αυτό, λοιπόν, πολύ δύσκολα θα συνέβαινε, καθώς μπορεί χάρη στην ασφάλιση της αστικής ευθύνης ο ιατρός να μην είναι αυτός που θα κληθεί να αποζημιώσει τον ασθενή, ωστόσο οι ιατρικές του πράξεις που επέφεραν την ζημία, δεν παύουν να έχουν ως επίπτωση, ποινική αλλά και πειθαρχική ευθύνη. Επιπλέον, δεν αποκλείεται το γεγονός οι όροι της ασφαλιστικής σύμβασης να γίνουν δυσμενέστεροι, κάτι που επιδεινώνει περαιτέρω τη θέση του ιατρού. Συν τοις άλλοις τον αναγκάζει να επιδεικνύει πάντοτε την πρέπουσα επιμέλεια κατά την άσκηση του επαγγέλματός του.

Η ασφάλιση της αστικής ευθύνης του ιατρού, βάσει της οποίας, η ασφαλιστική εταιρεία καταβάλλει αντ' αυτού το ποσό της αποζημίωσης, επιφέρει οφέλη και στον ασθενή, ο οποίος σε αυτή την περίπτωση μπορεί στρέψει τις αστικές του αξιώσεις κατά ενός ακόμα προσώπου, με αποτέλεσμα να έχει περισσότερες πιθανότητες να ικανοποιηθεί.

Η δημιουργία μίας σχέσης εμπιστοσύνη ανάμεσα σε ασθενή, ιατρό ή οδοντίατρο αν και αποτελεί πάντα το ζητούμενο, δεν μπορεί να θεωρηθεί δεδομένη. Επομένως, οι επαγγελματίες της οδοντιατρικής επιστήμης καλούνται να αντιμετωπίσουν αυτή την

πραγματικότητα με όσα μέσα διαθέτουν. Οι ίδιοι από την πλευρά τους οφείλουν να τηρούν όλους τους κανόνες της ιατρικής επιστήμης κατά την άσκηση της επαγγελματικής τους δραστηριότητας και να λαμβάνουν και να διαφυλάσσουν τις έγγραφες συναινέσεις, που δίνονται με έμφαση στη λεπτομέρεια από τους ασθενείς. Επίσης, θα πρέπει να συνάπτουν ασφαλιστήρια συμβόλαια αστικής ευθύνης, μιας και ένα συμβόλαιο αστικής ευθύνης καλύπτει την επαγγελματική ευθύνη από τη νόμιμη άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος, για οποιαδήποτε αμέλεια, σφάλμα, ιατρικό λάθος ή παράλειψη, κατά την άσκηση των ιατρικών καθηκόντων του ασφαλισμένου ιατρού, καθώς και για ατυχήματα στον εργασιακό του χώρο. Το συμβόλαιο αυτό ο οδοντίατρος μπορεί να το κάνει μεμονωμένα με ασφαλιστική εταιρεία της επιλογής τους ή να επιδιώξει να συμμετάσχει σε ομαδικό ασφαλιστήριο συμβόλαιο αστικής ευθύνης κάποιου εκ των οδοντιατρικών συλλόγων,

Παράλληλα όμως με τα ασφαλιστήρια συμβόλαια, η οδοντιατρική πράξη πρέπει να βασίζεται στην «ενημέρωση, προσέγγιση και προφύλαξη», σύμφωνα με τον Καθηγητή Οδοντιατρικής, Φώτης Μήτσης, ο οποίος προ δεκαετιών ακόμα, κατόρθωσε -με λίγα μόνο λόγια- να αποτυπώσει την ουσία της οδοντιατρικής επιστήμης από την σκοπιά της ηθικής: «Ας μην ξεχνάμε ότι η ανθρωπιά και η ηθική είναι μέσα στο επάγγελμά μας και δεν μπορούμε να την απομονώσουμε. Για την καλύτερη ασφάλειά μας το μόνο που πρέπει να κάνουμε είναι ενημέρωση, προσέγγιση, προφύλαξη. Αυτή θα είναι η προστασία μας. Ας παραμείνουμε ως εκπρόσωποι του κοινωνικού ανθρωπισμού -ακόμη κι αν είμαστε τελευταίοι- για να έχουμε την ικανοποίηση ότι αμβλύνοντας τον ανθρώπινο πόνο-σωματικό και ψυχικό- τροφοδοτούμε την ίδια μας τη ζωή και την ψυχή μας». (Μήτσης, 1991).

## **Βιβλιογραφία, Δικαστικές αποφάσεις**

{1} «Stone age man used dentist drill». *BBC News*. 2006-04-06.

- {2} Κουτρούμπας, Δημήτριος (Σεπτέμβριος–Δεκέμβριος 2016). «Οδοντίατροι στην Αρχαιότητα». *Οδοντοστοματολογική Πρόοδος*: 492.
- {3} Κουτρούμπας, Δημήτριος (2016). *Η Οδοντιατρική στον Αρχαίο Κόσμο. Ερευνητική Μονογραφία*. Αθήνα: Ε.Κ.Π.Α. σελ. 355-358. ISBN 978-960-93-8402-5
- {4} Προεδρικό Διάταγμα 39/2009: *Κώδικας οδοντιατρικής δεοντολογίας*, (ΦΕΚ 55/Α/2009), 01-04-2009
- {5} <https://www.harrispolitiss.gr/iatriki-eythyni--erotisis-apantisis-w-18421>
- {6} Tancredi, LR & Barondess, JA. (1978). The problem of defensive medicine. *Science*. 26; 200 (4344): 879-82
- {7} Άρειος Πάγος 1009/2013 (Α΄ ΔΗΜΟΣΙΕΥΣΗ ΝΟΜΟΣ, Ε7 2014/428), 853/2017 (Α΄ ΔΗΜΟΣΙΕΥΣΗ ΝΟΜΟΣ)
- {8} Εφετείο Λάρισας 216/2014
- {9} ΕιρΕλευσίνας 10/2015
- {10} <https://painterfirm.com/a/3433/Jury-awards-275-million-verdict-against-oral-surgeon-in-dentalmedical-malpractice-case>
- {11} <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36643243/>
- {12} <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34663527/>
- {13} <https://curia.gr/to-nomiko-plaisio-tis-astikis-odontiatrikis-efthinis/>
- {14} Tortious liability. Legal approach and dentist's responsibility A. PAPADOPOULOS, A. BOUZALA, A. PANTAZIS, P. STAVRIANOU Department of Endodontics (Forensic Dentistry), School of Devntistry, Faculty of Health Sciences, Aristotle University of Thessaloniki. ΣΤΟΜΑ 2016; 44 : 57 – 60
- {15} Άρθρο 914 Αστικού Κώδικα (ΑΚ)
- {16} Οδηγία 2011/24/ΕΕ του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου
- {17} Ποινικός Κώδικας (Νόμος 4619/2019)
- {18} Νόμος 4512/2018 - Πειθαρχικά παραπτώματα

{19} Νόμος 1026/1980 - ΦΕΚ 48/Α/26-2-1980.Περί των Οδοντιατρικών Συλλόγων, της Ελληνικής Οδοντιατρικής Ομοσπονδίας (Ε.Ο.Ο.).

{20} Νόμος 3418/2005. Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας

{21} ΣτΕ 252/2020

{22} Μήτσης, Φ.Ι., (1993). Αναδρομές και Μνήμες: Από το Οδοιπορικό της Ελληνικής Οδοντιατρικής.

{23} Αυλογιάρη, Ε., Ζησιού Ι. & Τανισκίδου, Α.Μ.(2012). «Νομική Διάσταση του Κώδικα Οδοντιατρικής Δεοντολογίας». Lawnet.gr, <http://www.lawnet.gr/news/nomikidiastasi-tou-kodika-odontiatrikis-deontologias-26625.html>.

{24} Β.Σακελλαροπούλου, Η Ποινική Αντιμετώπιση του Ιατρικού Σφάλματος και η συναίνεση του ασθενούς στην ιατρική πράξη, Β' έκδ., 2011

{25} Κ. Φουντεδάκη, Αστική Ιατρική Ευθύνη, 2003

{26} Σ. Κοτσιάνου, Η Ιατρική Ευθύνη, Αστική – Ποινική, 1976

{27} Άρθρο 5 της Σύμβασης του Οβιέδο, α. 47 παρ. 3 ν. 2071/1992

{28} Makary M, Daniel M: Medical error the third leading cause of death in the US. BMJ 2016; 353: i2139

{29} Institute of Medicine, Committee on Quality of Health Care in America. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS: To Err Is Human: Building a Safer Health System. Washington: National Academy Press, 2000.

{30} Τζίβα Έφη, Ασφάλιση Ιατρικής Ευθύνης, εκδόσεις Νομική Βιβλιοθήκη, Αθήνα, 2014.

{31} Βαρσάνη, Βούτσινος, Επαγγελματική αστική ευθύνη ιατρών, Ενημερωτική Συγκέντρωση της Ένωσης Ασφαλιστικών Εταιρειών Ελλάδος. [http://www.eaee.gr/cms/index.php?option=com\\_content&view=article&id=328&Itemid=266&lang=el](http://www.eaee.gr/cms/index.php?option=com_content&view=article&id=328&Itemid=266&lang=el)

{32} [http://ec.europa.eu/health/cross\\_border\\_care/policy/index\\_el.htm](http://ec.europa.eu/health/cross_border_care/policy/index_el.htm)

{33} 260EE L 88 της 4.4.2011 σ.45-65.  
ΦΕΚ Α' ΑΡ.ΦΥΛΛΟΥ 261/ 9.12.2013.

{34} General Dental Council. Standards for the Dental team. (<https://www.gdc-uk.org/Dentalprofessionals/Standards/Documents/StandardsfortheDentalTeam.pdf>).

{35} Stavrianos C, Papadopoulos C, Vasiliadis L, Pantazis A, Kokkas A. The role of expert witness in the adversarial English and welsh legal system. Research Journal of Medical Sciences, 2011; 5(1):4-7.