



ΔΙΑΤΜΗΜΑΤΙΚΟ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ
ΣΠΟΥΔΩΝ

ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
&
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ



Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία

**«ΗΘΙΚΟΙ ΚΑΙ ΝΟΜΙΚΟΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΣΜΟΙ ΠΕΡΙ ΤΗ
ΔΙΑΛΟΓΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΕ ΜΑΖΙΚΕΣ ΑΠΩΛΕΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ»**

υπό

ΔΗΜΗΤΡΙΟΥ Π. ΑΛΛΙΟΥ

Γενικού Χειρουργού, Επιμελητή Β' ΕΣΥ

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

Λάρισα, Φεβρουάριος 2024

Επιβλέπουσα:

Άννα Μαυροφόρου, Καθηγήτρια Δεοντολογίας και Βιοηθικής, Τμήμα
Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου Θεσσαλίας

Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή:

1. Άννα Μαυροφόρου, Καθηγήτρια Δεοντολογίας και Βιοηθικής, Τμήμα
Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας
2. Αθανάσιος Γιαννούκας, Καθηγητής Αγγειοχειρουργικής, Τμήμα Ιατρικής,
Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας
3. Ευάγγελος Φραδέλος, Επίκουρος Καθηγητής Κλινικής Νοσηλευτικής,
Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

Τίτλος εργασίας στα αγγλικά:

“Triage in Mass Casualty Incidents – Ethical Dilemmas and Legal Issues”

Περιεχόμενα

Πρόλογος	4
Ευχαριστίες	5
Περίληψη – Abstract	6

ΜΕΡΟΣ Α΄

1. Καταστροφές & Μαζικές Απώλειες Υγείας	8
2. Τρομοκρατία	9
3. Ιατρική Καταστροφών	11
4. Διαλογή ασθενών	12

ΜΕΡΟΣ Β΄

5. Ηθικές θεωρίες και διαλογή ασθενών	22
---------------------------------------------	----

ΜΕΡΟΣ Γ΄

6. Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας	27
----------------------------------------	----

ΜΕΡΟΣ Δ΄

7. Νομικοί προβληματισμοί & ποινική ευθύνη των ιατρών κατά τη διαλογή στις Μαζικές Απώλειες Υγείας	31
8. Παράλειψη – Άρθρο 15 Ποινικού Κώδικα	31
9. Δόλος – Άρθρο 27 Ποινικού Κώδικα	32
10. Κατάσταση ανάγκης – Άρθρο 25 Ποινικού Κώδικα	34
11. Αδυναμία αποφυγής του αδίκου & σύγκρουση καθηκόντων – Άρθρο 33 του Ποινικού Κώδικα	36
12. Αμέλεια – Άρθρο 28 Ποινικού Κώδικα	37

ΜΕΡΟΣ Ε΄

13. Συμπεράσματα	39
------------------------	----

Παράρτημα	41
-----------------	----

Βιβλιογραφία	43
--------------------	----

Πρόλογος

Η παρούσα διπλωματική εργασία συνιστά το επιστέγασμα της φοίτησης μου σε ένα εξαιρετικά ενδιαφέρον Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, το οποίο πραγματικά θεωρώ πως διευρύνει σημαντικά τους γνωστικούς ορίζοντες των ιατρών, οδηγώντας τους να αναθεωρήσουν τον τρόπο σκέψης τους κατά την άσκηση του κλινικού τους έργου.

Η Ιατρική των Καταστροφών αποτελεί ένα επιστημονικό αντικείμενο το οποίο με ενδιαφέρει ιδιαίτερα κλινικά και ακαδημαϊκά, ενώ οι ηθικοί και νομικοί προβληματισμοί που προκύπτουν κατά τη διαλογή των ασθενών σε περιπτώσεις Μαζικών Απωλειών Υγείας όπως αναλύονται στο παρόν πόνημα, είναι κάτι που με απασχόλησε τόσο σε πραγματικά περιστατικά στα οποία απαιτήθηκε να επιχειρήσω ως ιατρός του ΕΚΑΒ, με πιο πρόσφατο παράδειγμα το δυστύχημα της σύγκρουσης συρμών στον Ευαγγελισμό – Τέμπη Λάρισας το 2023 με τους δεκάδες νεκρούς και τραυματίες, όσο και κατά τις σπουδές μου στο πρώτο μεταπτυχιακό πρόγραμμα στο οποίο είχα φοιτήσει πριν 10 έτη όταν ήμουν ακόμα ειδικευόμενος χειρουργός, με τίτλο «Διαχείριση κρίσεων, μαζικών καταστροφών και επειγουσών καταστάσεων» της Σχολής Επιστημών Υγείας του ΕΚΠΑ.

Καθώς τα καταστροφικά γεγονότα αυξάνονται εκθετικά παγκοσμίως λόγω της κλιματικής αλλαγής, της πολυπλοκότητας των κοινωνιών αλλά και του συγκρουσιακού περιβάλλοντος που επικρατεί σε πολλά μέρη του πλανήτη και καθώς όλο και περισσότεροι συνάδελφοι ασχολούνται πλέον με το συγκεκριμένο αντικείμενο της Ιατρικής των Καταστροφών, ελπίζω η συγκεκριμένη εργασία να τους βοηθήσει και να τους οδηγήσει κατά το δυνατόν, στο δύσκολο έργο τους και στα αμείλικτα διλήμματα που θα κληθούν να αντιμετωπίσουν.

Ευχαριστίες

Στους γονείς μου, που με στηρίζουν πάντα, από παιδί σε κάθε βήμα...

Στους δασκάλους μου, που με δίδαξαν κι εξακολουθούν να με διδάσκουν...

Στους διευθυντές μου, για τις πολύτιμες συναδελφικές συμβουλές τους...

Στην επιβλέπουσα της εργασίας μου, κα Άννα Μαυροφόρου, για την καθοδήγησή της κατά την πορεία μου σε αυτό το όμορφο πρόγραμμα μεταπτυχιακών σπουδών...

Περίληψη

Εισαγωγή: Καθώς τα καταστροφικά γεγονότα αυξάνονται εκθετικά παγκοσμίως, το υγειονομικό προσωπικό συχνά έρχεται αντιμέτωπο με τεράστιους αριθμούς ασθενών και τραυματιών που είναι αντικειμενικά αδύνατον να διαχειριστεί. Η διαλογή σε αυτές τις καταστάσεις επιβάλλεται από την Ιατρική των Καταστροφών και αποτελεί τη διαδικασία με την οποία μπορεί να μπει τάξη στο χάος και να σωθούν ζωές, προκύπτουν όμως μέσα από αυτή, σημαντικά ηθικά διλήματα καθώς και νομικές περιπλοκές.

Υλικό και μέθοδος: Η παρούσα εργασία αποτελεί βιβλιογραφική ανασκόπηση με επιλογή διεθνών και ελληνικών άρθρων από βάσεις δεδομένων όπως το “PubMed” και το “Google Scholar” αλλά και ελληνικών συγγραμμάτων.

Αποτελέσματα: Αναλύονται οι κλασικές ηθικές θεωρίες που έχουν θέση στη διαλογή ασθενών, η αρχή της αυτονομίας, της ευεργεσίας, του ωφελιμισμού και της κοινωνικής δικαιοσύνης. Ακολουθώντας μέσα από τη σκοπιά του Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας, παρατίθενται ορισμένες σκέψεις που καθορίζουν τις ενέργειες των υγειονομικών σε μια καταστροφή. Στο τελευταίο μέρος του πονήματος εξετάζονται σημαντικά άρθρα του Ποινικού Κώδικα («Παράλειψη», «Δόλος», «Κατάσταση Ανάγκης», «Σύγκρουση Καθηκόντων», «Αμέλεια») που αφορούν άμεσα τις ενέργειες του ιατρού σε περιπτώσεις Μαζικών Απωλειών Υγείας και γίνεται προσπάθεια να απαντηθεί το ερώτημα κατά πόσον θα μπορούσε να προκύψει ποινική ευθύνη του ιατρού κατά τη διαλογή των ασθενών.

Συμπεράσματα: Σε ένα χαοτικό περιβάλλον, ουδείς δύναται να απαιτήσει από τον ιατρό τα αδύνατα, “*impossibile nulla obligatio est*”. Γι αυτό, παρά το γεγονός ότι η ιατρική φροντίδα των ασθενών αποτελεί νομικό καθήκον των υγειονομικών και παρότι η διαλογή καθαυτή ως διαδικασία αντιτίθεται σε βασικές αρχές του δικαίου και της ηθικής, εν τέλει αυτή επιβάλλεται από τη σκληρή πραγματικότητα και οφείλει να γίνει αποδεκτή από την έννομη τάξη, καθώς ο ιατρός ενεργεί “*lege artis*” και προσπαθεί με σεβασμό στην ανθρώπινη ζωή να επιλύσει τα δύσκολα διλήματα που συναντά, χωρίς διακρίσεις αλλά με αξιοπρέπεια.

Λέξεις κλειδιά: Διαλογή, ποινική ευθύνη, ηθικά διλήματα

Abstract

Introduction: Disasters are increasing globally and healthcare personnel have to deal with huge numbers of patients which is impossible to handle. Triage, the cornerstone of Disaster Medicine, is the only effective way to bring order to chaos and save as many lives as possible, but it doesn't come without major ethical dilemmas and possible legal consequences.

Methods: Review of literature with selection of articles in English and Greek, from databases "PubMed" and "Google Scholar". In addition medical and law textbooks were used as references.

Results: The four pillars of Ethics in Medicine (Beneficence, Non-maleficence, Autonomy, Justice) are stated and their role in disasters and triage is explained. In addition, articles of the Hellenic Code of Medical Ethics and the Hellenic Criminal Code that are in relation with the actions of doctors when performing triage in disasters are analyzed. Finally we try to answer the question, if there is the possibility of legal prosecution for doctors who perform triage, postponing the medical care of some of their patients.

Conclusions: Although triage primarily serves as a strategic tool in case of a disproportion between needs and resources, it implicitly leads to the ultimate question of the worth of human life and thus touches upon the core ethical dimension of disaster medicine. In order to pay due to this question and take responsible, live-saving decisions under disaster conditions, it is essential to give physicians a tool that lightens the burden of decision making. "*Impossibilium nulla obligatio est*"

Key words: Triage, ethical dilemmas, legal issues

ΜΕΡΟΣ Α΄

1. Καταστροφές και Μαζικές Απώλειες Υγείας

Τα καταστροφικά γεγονότα είναι τόσο παλιά όσο κι ο άνθρωπος. Τόσο κατά τους προϊστορικούς όσο και κατά τους ιστορικούς χρόνους, υπάρχουν παλαιοντολογικές ενδείξεις ή επίσημες ιστορικές καταγραφές για μείζονα συμβάντα που επηρέασαν τις ζωές των ανθρώπων της εποχής. Με αφετηρία το μεγάλο κατακλυσμό που αναφέρεται στις μυθολογίες πλείστων πολιτισμών, συνεχίζοντας στην έκρηξη του ηφαιστείου της Σαντορίνης κατά την Υστεροκυκλαδική Περίοδο και το επακόλουθο τσουνάμι που έπληξε την Κρήτη αποτελώντας την απαρχή της παρακμής του Μινωικού πολιτισμού, μέχρι τη σύγχρονη εποχή και την πρόσφατη πανδημία του COVID-19, συνέβησαν πληθώρα καταστροφικών γεγονότων όλων των ειδών. Η κλιματική αλλαγή που είναι πλέον γεγονός, η πολυπλοκότητα των μοντέρνων κοινωνιών, η αστικοποίηση αλλά και το συγκρουσιακό περιβάλλον που κυριαρχεί παγκοσμίως, είναι παράγοντες κινδύνου για εκδήλωση καταστροφικών γεγονότων.

Ο Οργανισμός Ηνωμένων Εθνών ορίζει την καταστροφή ως [1]:

«Μια σοβαρή διαταραχή της λειτουργίας μιας κοινότητας ή μιας κοινωνίας, που προκαλεί εκτεταμένες ανθρώπινες, υλικές, οικονομικές ή περιβαλλοντικές απώλειες και ζημιές, οι οποίες υπερβαίνουν την ικανότητα της πληγείσας κοινότητας ή κοινωνίας να τις αντιμετωπίσει με βάση μόνο τις δικές της δυνάμεις και μέσα»

Ο ανωτέρω ορισμός είναι ευρύς και περιλαμβάνει όλες τις επιπτώσεις ενός καταστροφικού γεγονότος χωρίς να δίνει έμφαση στο κομμάτι της υγειονομικής διαχείρισης του συμβάντος και των ασθενών που προκύπτουν από αυτό. Από ιατρική σκοπιά ως καταστροφή ορίζεται [2]:

«Η κατάσταση κατά την οποία ο αριθμός των ασθενών που χρειάζονται υγειονομική αντιμετώπιση ή/και περίθαλψη μέσα σε ένα δεδομένο χρονικό διάστημα και σε μια δεδομένη περιοχή είναι τέτοιος, ώστε το σύστημα επείγουσας ιατρικής αδυνατεί να τους διαχειριστεί με βάση τα διαθέσιμα μέσα και απαιτείται πρόσθετη εξωτερική βοήθεια»

Ο ανωτέρω ορισμός ισχύει για όλα τα επίπεδα παρεχόμενης ιατρικής φροντίδας τόσο προνοσοκομειακά όσο και σε επίπεδο νοσοκομείων. Κάθε κατάσταση στην οποία οι

υγειονομικές ανάγκες και οι ασθενείς που έχουν προκύψει, υπερβαίνουν τις δυνατότητες και τους διαθέσιμους υλικούς και ανθρώπινους πόρους του συστήματος, ονομάζεται και συμβάν «Μαζικών Απωλειών Υγείας (MAY)» [3]. Οι MAY δεν ορίζονται με απόλυτο αριθμό απωλειών υγείας αλλά με τη δυσαναλογία αναγκών και διαθέσιμων πόρων, που είναι και το χαρακτηριστικό γνώρισμα αυτών των καταστάσεων και είναι ακριβώς αυτό που γεννά τα ηθικά και νομικά διλήμματα καθώς είναι φύσει αδύνατον να λάβουν όλα τα άτομα την ιδανική ιατρική φροντίδα.

Οι καταστροφές διακρίνονται σε φυσικές (Natural Disasters), ανθρωπογενείς (Technological/ Manmade Disasters) και συνδυασμό τους (NaTech Disasters). Οι φυσικές καταστροφές περιλαμβάνουν τις γεωλογικές (σεισμοί, ηφαίστεια, κατολισθήσεις, τσουνάμι), τις υδρομετεωρολογικές (πυρκαγιές, πλημμύρες, καύσωνες, τυφώνες, ξηρασία) και τις βιολογικές (επιδημίες). Οι ανθρωπογενείς καταστροφές περιλαμβάνουν τα συμβάντα στις μεταφορές, τα βιομηχανικά συμβάντα, τις αστοχίες σε εγκαταστάσεις και υποδομές, την τρομοκρατία, τον πόλεμο. Ο συνδυασμός φυσικής και ανθρωπογενούς καταστροφής προκύπτει όταν ένα φυσικό συμβάν συναντήσει το ανθρώπινο περιβάλλον, με κλασικό παράδειγμα το συμβάν στη Fukosima της Ιαπωνίας το 2011, όπου ένας σεισμός στον Ειρηνικό προκάλεσε τσουνάμι και ακολούθως το πλημμυρικό φαινόμενο οδήγησε στην έκρηξη και καταστροφή δύο πυρηνικών αντιδραστήρων του εργοστασίου παραγωγής ηλεκτρικής ενέργειας της περιοχής.

2. Τρομοκρατία

“Kill one, frighten a thousand”

Sun Tzu 4th century BCE

Στην αυγή της νέας χιλιετίας, η τρομοκρατία αποτελεί μία σημαντική πρόκληση για την δομημένη κοινωνία μας. Με τη δημιουργία ενός αισθήματος ανασφάλειας εντός και εκτός των συνόρων των χωρών, διαπερνά τα γεωπολιτικά όρια και μπορεί να πλήξει ανθρώπους όλων των φυλών, θρησκειών, ηλικιών και κοινωνικών τάξεων, ενώ αποτελεί μια υπαρκτή απειλή για την υγεία και την ασφάλεια του παγκόσμιου πληθυσμού αλλά και του περιβάλλοντος. Η τρομοκρατία (ετυμολογικά και τεολογικά), με την απειλή χρήσης ή τη χρήση βίας, ασκεί άμεσο

πλήγμα στην ψυχική υγεία των πολιτών και την κοινωνική συνοχή, επιδιώκοντας την εγκατάσταση του φόβου, του πανικού και της συνεχούς αγωνίας στον πληθυσμό, με παράλληλη πιθανή πολιτική και κρατική αποσταθεροποίηση. Είναι γεγονός ότι η τρομοκρατία είναι σχεδόν τόσο παλαιά όσο και η ανθρώπινη ιστορία, τελευταία όμως οι τρομοκρατικές ενέργειες παρουσιάζουν σημαντική αύξηση παγκοσμίως. Οι ασύμμετρες απειλές, έχουν πλέον αναρριχηθεί στην κορυφή της διεθνούς ατζέντας και της πολιτικής ασφάλειας των κρατών, ενώ ακόμα και μεγάλες διοργανώσεις όπως οι Ολυμπιακοί Αγώνες, αφιερώνουν ένα σημαντικό μέρος του προϋπολογισμού τους στην αντιτρομοκρατία.

Ταυτόχρονα με την εξαιρετικά διαδεδομένη χρήση συμβατικών εκρηκτικών υλών για πρόκληση πληγμάτων, με την ανάπτυξη νέων τεχνολογιών και τη διακίνηση τεχνογνωσίας κυρίως μέσω του διαδικτύου, διαφαίνεται συνεχώς αυξανόμενη η πιθανότητα χρήσης όπλων μαζικής καταστροφής σε τρομοκρατικές ενέργειες. Παράλληλα οι τρομοκράτες επινοούν καινοφανείς τρόπους για χτυπήματα με χαρακτηριστικό παράδειγμα τα εμπορικά αεροπλάνα και τις επιθέσεις αυτοκτονίας τον Σεπτέμβριο του 2001 στις ΗΠΑ στο Πεντάγωνο και του Δίδυμους Πύργους. Οι μείζονες τρομοκρατικές ενέργειες, προκαλώντας μαζικές απώλειες υγείας και καταστροφή των υποδομών, αποτελούν ιδιαίτερη πρόκληση για τις κοινωνίες, τα συστήματα υγείας και τους λοιπούς κρατικούς φορείς, υπερβαίνοντας τις δυνατότητές τους. Τα όπλα μαζικής καταστροφής (Ο.ΜΑ.ΚΑ., Weapons of Mass Destruction, W.M.D.) [4] ορίζονται ως κάθε όπλο ή μηχανισμός που δύναται να προκαλέσει θάνατο ή σοβαρό τραυματισμό μεγάλου αριθμού ανθρώπων μέσω απελευθέρωσης, διασποράς ή/και επίδρασης

- Χημικών ουσιών
- Βιολογικών παραγόντων
- Ραδιενεργών – Πυρηνικών υλικών
- Εκρηκτικών υλών

Σύμφωνα με διεθνείς αναφορές το ερώτημα δεν είναι αν θα προκύψει εκ νέου μια μείζων τρομοκρατική επίθεση, αλλά πού και πότε θα πραγματοποιηθεί αυτή.

3. Ιατρική Καταστροφών

Η βασική αρχή της Ιατρικής Καταστροφών είναι η προσφορά της καλύτερης δυνατής φροντίδας για το μεγαλύτερο δυνατό αριθμό ασθενών με βάση τα διαθέσιμα μέσα και δυνάμεις, εν αντιθέσει με το στόχο της συμβατικής ιατρικής, όπου η προσπάθεια επικεντρώνεται στην παροχή της βέλτιστης δυνατής φροντίδας σε κάθε ασθενή. Η αποτελεσματική ανταπόκριση σε ένα συμβάν ΜΑΥ απαιτεί την υλοποίηση σειράς ενεργειών ώστε να μειωθεί η νοσηρότητα και η θνητότητα των θυμάτων [3,5,6].

Κατά την αρχική ανταπόκριση, η πρώτη ομάδα υγειονομικών που θα αφιχθεί στο σημείο του συμβάντος δεν ξεκινούν τη φροντίδα των ασθενών, αλλά οφείλουν να εκτιμήσουν συνολικά τη σκηνή και να αναγνωρίσουν παραμένοντες κινδύνους, να υπολογίσουν κατά προσέγγιση τον αριθμό των απωλειών, να προσδιορίσουν πρόσθετες ιατρικές δυνάμεις ή εξειδικευμένο προσωπικό και υπηρεσίες που θα πιθανόν θα απαιτηθεί να ενεργήσουν και ακολούθως να διαβιβάσουν τις απαραίτητες πληροφορίες στο συντονιστικό κέντρο. Έπειτα οι πρώτοι ανταποκριτές πρέπει να οριοθετήσουν το χώρο και να σχηματίσουν τις διάφορες ζώνες ανάλογα με τις επιχειρησιακές ανάγκες στο σημείο και να εδραιώσουν ένα τοπικό σύστημα διοίκησης.

Ακολουθεί η φάση της έρευνας και διάσωσης κατά την οποία εντοπίζονται και απομακρύνονται τα θύματα από την περιοχή που έχει πληγεί προς κάποια ασφαλέστερη τοποθεσία. Πέρα από τα ειδικά συνεργεία (Πυροσβεστικό Σώμα & Ειδική Μονάδα Αντιμετώπισης Καταστροφών – ΠΣ/ΕΜΑΚ, Λιμενικό Σώμα, Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας – ΕΚΑΒ, Ελληνική Αστυνομία, Ελληνικός Στρατός...) στη φάση αυτή μπορεί να βοηθήσουν και οι πολίτες της περιοχής ή ακόμα και άτομα που ενεπλάκησαν στο συμβάν αλλά δεν φέρουν βαρείς τραυματισμούς. Ταυτόχρονα αρχίζει και η υγειονομική φροντίδα με τη διαλογή των ασθενών όπως αναλύεται στο επόμενο κεφάλαιο.

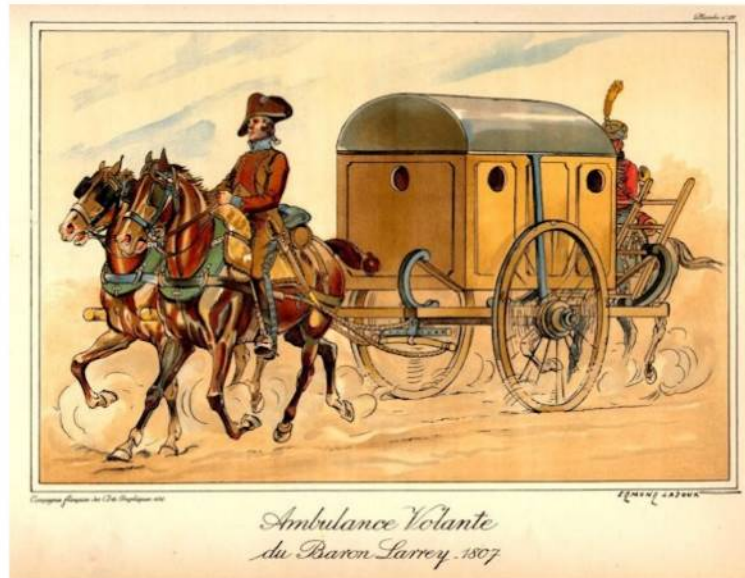
Το επόμενο στάδιο είναι η ιατρική αντιμετώπιση και σταθεροποίηση των ασθενών με προτεραιότητα ανάλογη με την κατηγορία στην οποία ο κάθε ασθενής τοποθετήθηκε συνεπεία της προηγηθείσας διαλογής. Στο στάδιο αυτό παρουσιάζονται σημαντικά προβλήματα καθώς ο όγκος των ασθενών μπορεί να υπερβαίνει τις

δυνατότητες των μέσων που διατίθενται ακόμα και μετά τη διαδικασία της διαλογής. Κατά κανόνα στην αρχή πραγματοποιούνται μόνο βασικές ιατρικές ενέργειες σταθεροποίησης των τραυματιών και εφόσον προκύψει επαρκέστερος αριθμός εξοπλισμού, υλικού και ανθρώπινου δυναμικού, τότε οι ομάδες ιατρικής αντιμετώπισης εφαρμόζουν πιο περίπλοκες παρεμβάσεις.

Η διακομιδή των τραυματιών από το πεδίο προς τους υγειονομικούς σχηματισμούς, αποτελεί το τελευταίο στάδιο της προνοσοκομειακής διαχείρισης σε ένα συμβάν MAY. Είναι μια συντονισμένη προσπάθεια μέσων και δυνάμεων, ενώ ο υπεύθυνος υγειονομικός που συνήθως είναι κάποιος εκπαιδευμένος και έμπειρος διασώστης, λαμβάνει υπ' όψιν την κατάσταση που επικρατεί στο πεδίο, την κρισιμότητα των τραυματιών, τα διαθέσιμα μέσα (ασθενοφόρα, ελικόπτερα, στρατιωτικά φορειοφόρα, λεωφορεία και λοιπά οχήματα...) αλλά και τις δυνατότητες των νοσοκομείων υποδοχής ώστε να μη μεταφερθεί η καταστροφή από τον τόπο του συμβάντος στο νοσοκομείο.

4. Διαλογή

Διαλογή ή “triage”, ονομάζεται η διαδικασία αξιολόγησης και ταξινόμησης των ασθενών ανάλογα με την βαρύτητα της κατάστασής τους, που οδηγεί σε διαφορετική προτεραιότητα για υγειονομική αντιμετώπιση ή/και διακομιδή. Ο όρος προέρχεται από το γαλλικό λήμμα “Trier” που σημαίνει διαλέγω, επιλέγω, ταξινομώ, ενώ η επινόηση του triage αποδίδεται για πρώτη φορά στον αρχίατρο του Ναπολέοντα, Dominique Jean Larrey (1766-1842), τον επικεφαλής στρατιωτικό χειρουργό του αυτοκράτορα περί τα τέλη του 18^{ου} αιώνα, με την εφαρμογή της μεθόδου να οδηγεί σε σημαντική μείωση της θνητότητας στους τραυματίες των πολεμικών συγκρούσεων. Ο Larrey, με υπόβαθρο θεολογικών σπουδών εκτός από την Ιατρική Σχολή, άλλαξε τον τρόπο διαχείρισης των τραυματιών και επέβαλε να αντιμετωπίζονται πρώτοι εκείνοι με τις σοβαρότερες κακώσεις ανεξαρτήτως βαθμού, ενώ μέχρι τότε οι αξιωματικοί είχαν πάντα προτεραιότητα. Παράλληλα επινόησε και τα πρώτα εποχούμενα ασθενοφόρα που ήταν ιπήλατες άμαξες για τη διακομιδή των τραυματιών από το μέτωπο στα μετόπισθεν [7,8]. (Εικόνες 1,2)



Εικόνα 1: Οι ιππήλατες άμαξες του Larrey



Εικόνα 2: Dominique Jean Larrey (1766-1842)

Από του Ναπολέοντειους πολέμους μέχρι και σήμερα, η διαλογή υιοθετήθηκε από τις ένοπλες δυνάμεις των κρατών και εφαρμόζεται σε κάθε σύρραξη. Παράλληλα όμως με την τεχνογνωσία που αποκτήθηκε, η διαλογή μεταφέρθηκε από το στρατιωτικό περιβάλλον στο πολιτικό περιβάλλον σε κάποιες ειδικές καταστάσεις που μοιάζουν με πολεμικό πεδίο αλλά αφορούν πολίτες, τις μαζικές απώλειες υγείας (MAY). Η διαλογή αποτελεί τη κορωνίδα για τη σωστή διαχείριση των συμβάντων MAY, καθώς καθορίζει την ιεράρχηση των ασθενών και την προτεραιότητα των

ενεργειών του προσωπικού σε ένα περιβάλλον περιορισμένων ανθρώπινων και υλικών πόρων αλλά και διαθέσιμων μέσων, όπου οι ανάγκες υπερβαίνουν κατά πολύ τις δυνατότητες του συστήματος. Κατά τη διαλογή σε συμβάντα ΜΑΥ, ο υγειονομικός πρέπει να ξεφύγει από τα στεγανά της καθημερινής ιατρικής πρακτικής και να δράσει κάτω από συνθήκες έντονης πίεσης αλλά και συναισθηματικής φόρτισης. Η φιλοσοφία της παροχής ιατρικής βοήθειας μετατρέπεται από τη λογική της εντατικότερης φροντίδας στους βαρύτερα πάσχοντες, προς τη λογική του μέγιστου δυνατού οφέλους για το μέγιστο δυνατό αριθμό ασθενών, με ηθικά διλήμματα να περιπλέκουν το έργο του εκτελούντος τη διαλογή, προβλήματα που θα μπορούσαν πιθανά να ελαχιστοποιηθούν με την αυστηρή υιοθέτηση αλγορίθμων.

Η διαλογή πρέπει να διαρκεί ελάχιστα, ιδανικά λίγα μόνο δευτερόλεπτα με τα περισσότερα πρωτόκολλα να δίνουν μέγιστο χρόνο 30 δευτερόλεπτα, ενώ δεν περιλαμβάνει πλήρη κλινική εξέταση των θυμάτων, αλλά εκτίμηση ορισμένων μόνο βασικών ζωτικών παραμέτρων όπως είναι η αναπνευστική συχνότητα, η καρδιακή συχνότητα και το επίπεδο συνείδησης. Το άτομο ή η ομάδα που εκτελεί τη διαλογή δεν εμπλέκεται στην περίθαλψη των ασθενών, καθώς επιτρέπονται μόνο ελάχιστοι άμεσοι χειρισμοί διάσωσης ανάλογα με το εκάστοτε εφαρμοζόμενο πρωτόκολλο, όπως η απελευθέρωση του αεραγωγού και η ίσχαιμη περίδεση, που διαρκούν λίγα δευτερόλεπτα και επιτρέπουν στον υγειονομικό που είναι επιφορτισμένος με τη διαλογή να προχωρήσει στην αξιολόγηση των υπόλοιπων ατόμων. Η διαλογή είναι μια δυναμική διαδικασία που θα πρέπει να επαναλαμβάνεται συνεχώς ακόμα και στο ίδιο επίπεδο παροχής φροντίδας καθώς η ίδια η κατάσταση των ασθενών είναι δυναμική, ενώ υποχρεωτικά πραγματοποιείται για κάθε ασθενή τουλάχιστον 3 φορές, στο σημείο του συμβάντος (πρωτογενής και δευτερογενής διαλογή) και κατά την άφιξη στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ). Η πρωτογενής διαλογή συνήθως εκτελείται από εκπαιδευμένο διασώστη με πρωτόκολλα απλά και σύντομα, κατά την πρώτη επαφή των ασθενών με τις υγειονομικές υπηρεσίες στο πεδίο, ενώ η δευτερογενής διαλογή εκτελείται συνήθως από τον υπεύθυνο ιατρό στο πεδίο επιχειρήσεων και περιλαμβάνει μια πιο λεπτομερή αξιολόγηση των ασθενών. Ο υπεύθυνος διαλογής οφείλει να έχει εξαιρετική γνώση των διαθέσιμων ανθρώπινων και υλικών πόρων, καθώς και του συστήματος εκκένωσης και των παρεχόμενων μέσων, όπως επίσης και μια γενική εικόνα του αριθμού και της αδρής κατάστασης του συνόλου των θυμάτων στο σημείο του συμβάντος.

Κατά τη διαλογή, με τη χρήση διάφορων πρωτοκόλλων που έχουν αναπτυχθεί και εφαρμόζονται ανά τον κόσμο, τα θύματα ομαδοποιούνται ανάλογα με τη βαρύτητα της κατάστασής τους και κάθε άτομο λαμβάνει έναν χρωματικό ή αριθμητικό κωδικό, ενώ οι 4-5 ομάδες που σχηματίζονται είναι κατά το μάλλον ή ήττον ίδιες σε όλα τα πρωτόκολλα.

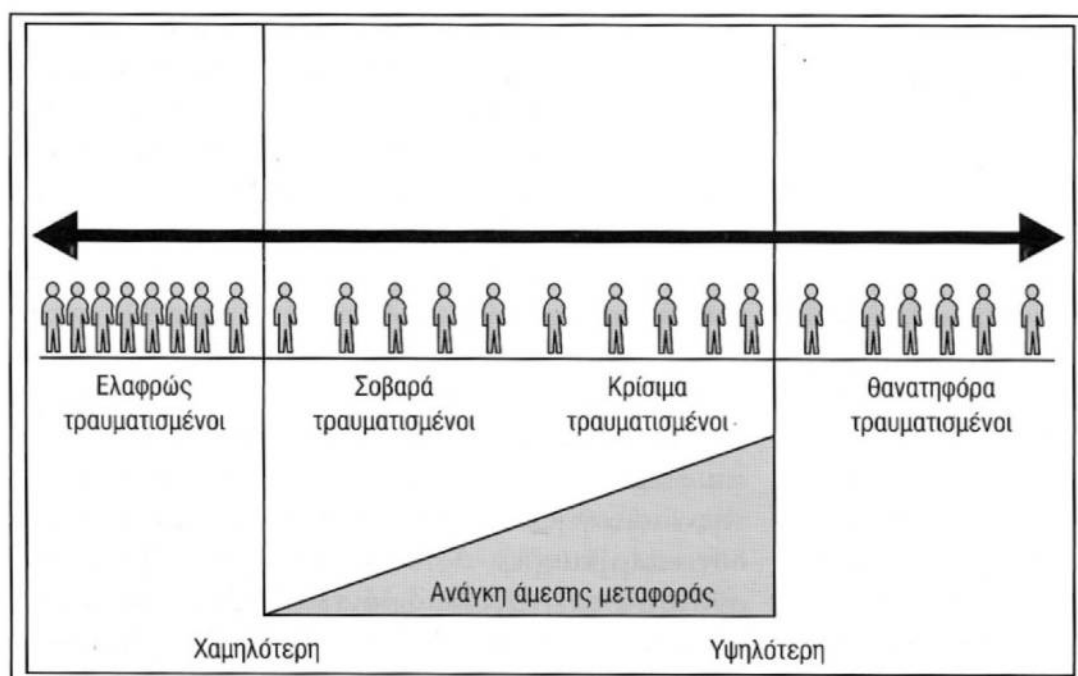
- **Κόκκινη – Προτεραιότητα 1 – Άμεση (Immediate)**
Εδώ εντάσσονται όσοι φέρουν απειλητικές κακώσεις ή παθολογικές καταστάσεις, οι οποίες μπορούν να αντιμετωπιστούν σε μικρό χρόνο και με λίγα σχετικά μέσα, έχοντας μια ικανοποιητική πρόγνωση (π.χ. επισφαλής αεραγωγός, μαζική αιμορραγία, πνευμοθώρακας υπό τάση)
- **Κίτρινη – Προτεραιότητα 2 – Επείγουσα (Urgent)**
Η ομάδα περιλαμβάνει όσους φέρουν σημαντικές κακώσεις, αλλά είναι ικανοί να ανεχθούν μια μικρή καθυστέρηση στην αντιμετώπισή τους χωρίς να αυξάνεται σημαντικά η θνητότητα (π.χ. κατάγματα μακρών οστών και σπονδυλικής στήλης, ελάσσονες κακώσεις θώρακος και κοιλίας, ελάσσων αιμορραγία)
- **Πράσινη – Προτεραιότητα 3 – Μη επείγουσα (Delayed)**
Στην ομάδα αυτή εντάσσονται όσοι φέρουν ελάσσονες κακώσεις και μπορούν να αναμένουν αρκετά μεγάλο χρονικό διάστημα για την παροχή φροντίδας. Εδώ περιλαμβάνονται οι περιπατητικοί ασθενείς με μικρά κατάγματα, τραύματα και εγκαύματα, ή ακόμα και τα άτομα χωρίς εμφανείς κακώσεις.
- **Μαύρη – Νεκροί (Dead)**
Τα άτομα που ανευρίσκονται χωρίς αναπνοή και καρδιακή λειτουργία δεν υποβάλλονται σε διαδικασία ανάνηψης σε περιβάλλον MAY, ανακηρύσσονται νεκροί και διαχωρίζονται από τους επιζώντες στο σημείο του συμβάντος ώστε να μην εμποδίζουν τη διαδικασία της διαλογής και της παροχής ιατρικής φροντίδας ενώ φυλάσσονται ασφαλώς μακριά από αδιάκριτα βλέμματα, μέχρι να πραγματοποιηθεί η ιατροδικαστική εξέταση.
- **Μπλε ή γκρι – Αναμένονται (Expectant)**
Ορισμένα πρωτόκολλα διαλογής έχουν ενσωματώσει μια 5^η κατηγορία στην οποία εντάσσονται τραυματίες που φέρουν τόσο βαρείες κακώσεις (ιδιαίτερα εκτεταμένα εγκαύματα, βαριές κακώσεις του εγκεφάλου), ώστε έχουν μηδενικές πιθανότητες επιβίωσης ακόμα και με τη διάθεση σημαντικών

πόρων, οι οποίοι θα ήταν πολύτιμοι στην παρούσα κατάσταση για την αντιμετώπιση άλλων ασθενών. Στους ασθενείς αυτούς εφόσον υπάρχει δυνατότητα πρέπει να χορηγείται παρηγορητική φροντίδα. Η κατηγορία αυτή είναι ίσως το πιο αμφιλεγόμενο σημείο της διαδικασίας διαλογής, δεν είναι αποδεκτή από πολλούς ειδικούς και εγείρει τα σημαντικότερα ηθικά και νομικά διλήμματα όπως θα αναλυθούν στο Γ΄ και Δ΄ μέρος του παρόντος πονήματος. Δεν είναι τυχαίο που επί του θέματος έχει πάρει θέση και ο Παγκόσμιος Ιατρικός Σύλλογος (World Medical Association – WMA) αναφέροντας επί λέξει: *“It is unethical for a physician to persist, at all costs, at maintaining the life of a patient beyond hope, thereby wasting to no avail scarce resources needed elsewhere”* ότι δηλαδή είναι ανήθικο για τον ιατρό να επιμένει με κάθε κόστος, στη διατήρηση ενός ασθενή στη ζωή που δεν έχει προσδόκιμο επιβίωσης, στερώντας πολύτιμους πόρους που απαιτούνται σε άλλα περιστατικά.[9]



Εικόνα 3: Οι κάρτες διαλογής

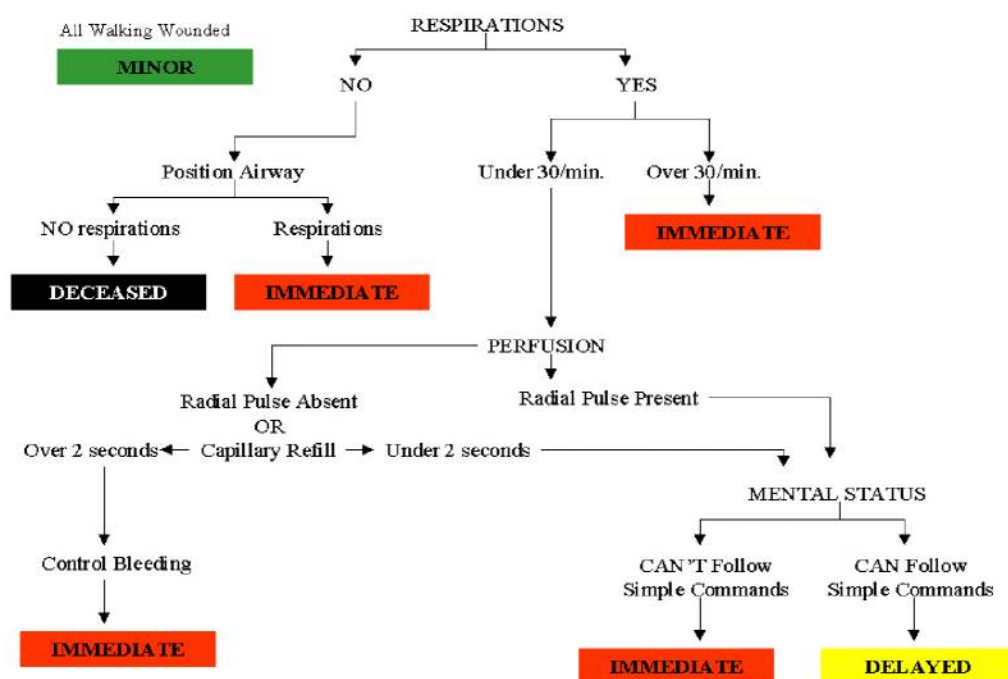
Αφού κατηγοριοποιηθούν οι ασθενείς, τοποθετείται στο κάθε άτομο μια χρωματιστή ετικέτα με το χαρακτηριστικό χρώμα της ομάδας του, πάνω στην οποία αναγράφονται βασικές ιατρικές πληροφορίες για τις κακώσεις που φέρει και τις παρεμβάσεις που έχει λάβει σε προνοσοκομειακό επίπεδο (Εικόνα 3). Κατά τη διάρκεια της αναμονής για την εκκένωση-διακομιδή διενεργούνται πράξεις σταθεροποίησης των ασθενών όπως παροχή οξυγόνου, διασωλήνωση και μηχανική υποστήριξη της αναπνοής, τοποθέτηση ενδοφλέβιων γραμμών για χορήγηση υγρών και φαρμάκων, ανάσχεση εμφανών αιμορραγιών, σταθεροποίηση καταγμάτων και ακινητοποίηση, ενώ πραγματοποιείται συνεχής επαναξιολόγηση των τραυματιών και η δευτερογενής διαλογή [10].



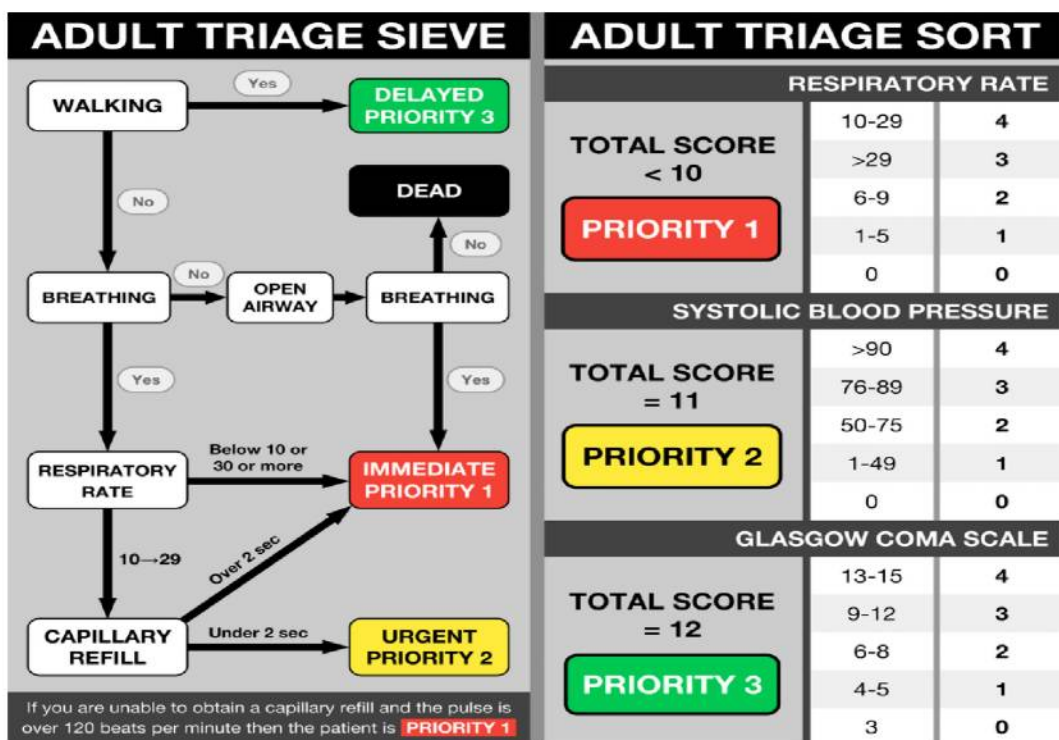
Εικόνα 4: Ανάγκη μεταφοράς ή αντιμετώπισης ασθενών ανάλογα με την κατηγοριοποίηση βάσει ομάδων διαλογής

Το συνηθέστερα χρησιμοποιούμενο πρωτόκολλο πρωτογενούς διαλογής είναι το “Simple Triage and Rapid Treatment – START” (Εικόνα 5), αναπτύχθηκε στις ΗΠΑ τη δεκαετία του 1980 στις ΗΠΑ και με ελάχιστες τροποποιήσεις εφαρμόζεται και σήμερα. Επίσης το έχουν υιοθετήσει ο Καναδάς, η Αυστραλία και το Ισραήλ ενώ χρησιμοποιείται και στην Ελλάδα από το Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας (ΕΚΑΒ) και την Ειδική Μονάδα Αντιμετώπισης Καταστροφών του Πυροσβεστικού Σώματος

(ΕΜΑΚ-ΠΣ). Άλλα συνήθη πρωτόκολλα είναι το SIEVE (Εικόνα 6), που εφαρμόζεται στο Ηνωμένο Βασίλειο και το μεγαλύτερο μέρος της Ευρώπης και το “Sort, Assess, Life saving intervention, Transport – SALT” (Εικόνα 7) που αναπτύχθηκε και προτάθηκε από το Centers for Disease Control and Prevention (CDC) των ΗΠΑ το 2008 και το οποίο τείνει να αντικαταστήσει το “START” σταδιακά σε πολλές υπηρεσίες των ΗΠΑ. Το “SALT” είναι το κύριο πρωτόκολλο που προβλέπει ομάδα “Expectant” και θα απασχολήσει εκτενώς στην εργασία αυτή. Για τη δευτερογενή διαλογή χρησιμοποιείται σχεδόν αποκλειστικά ο αλγόριθμος “SORT” που απαιτεί πιο λεπτομερή αξιολόγηση των ασθενών, καθένας εκ των οποίων λαμβάνει ένα αριθμητικό σκορ μετά από μέτρηση συγκεκριμένων ζωτικών παραμέτρων από ιατρό που βρίσκεται στο πεδίο. Παρακάτω παρατίθενται τα συνηθέστερα χρησιμοποιούμενα πρωτόκολλα διαλογής όπως εφαρμόζονται στην πραγματικότητα με βήματα και διαγράμματα ροής [5,6,10,11].



Εικόνα 5: Ο αλγόριθμος διαλογής “START”

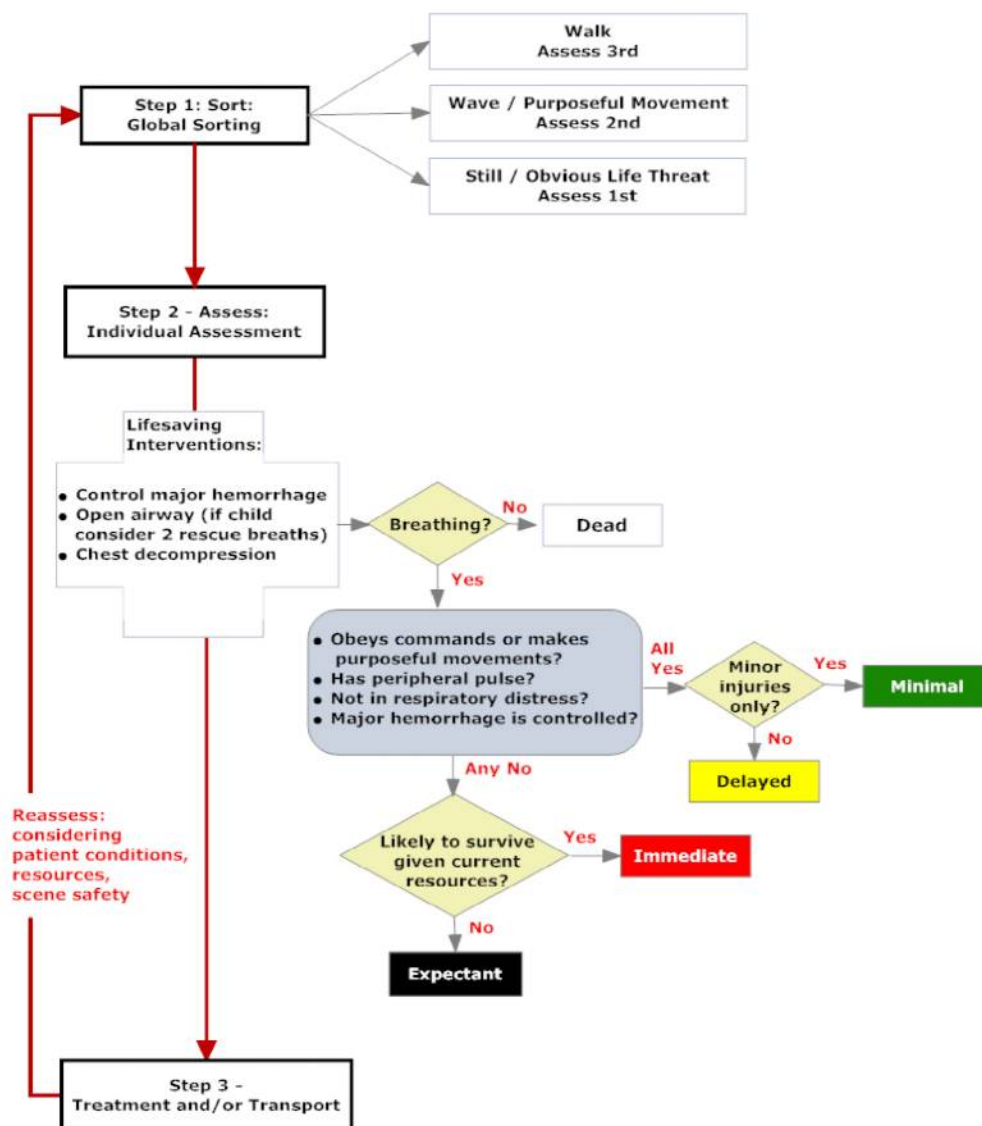


Εικόνα 6: Ο αλγόριθμος SIEVE-SORT

Λέγεται ότι η διαλογή σε μια καταστροφή δεν μπορεί να διδαχθεί, πρέπει να γίνει βίωμα. Εν μέρει αυτό είναι αληθές, καθώς η διαλογή δεν απαιτεί μόνο επιστημονικό γνωστικό υπόβαθρο, αλλά και ένα σύνολο πνευματικών και κινητικών δεξιοτήτων ακόμα και διαίσθησης που θα καταστήσουν κάποιον ικανό να φέρει εις πέρας αυτήν την τόσο σημαντική αποστολή, παρόλα αυτά όμως οι βασικές διαδικασίες, οι αλγόριθμοι και το ιατρικό υπόβαθρο όπως και η συσσωρευθείσα εμπειρία πρέπει να γίνονται κτήμα από όποιον επιθυμεί να στελεχώσει ομάδες ιατρικής καταστροφών. Καθώς η διαλογή πραγματοποιείται ταχέως δεν υπάρχει συνήθως χρόνος για καταγραφή, συνεπώς δεν παρέχεται η δυνατότητα για επίσημη μελέτη με επιστημονικές έρευνες, οπότε οι περισσότερες συστάσεις και οδηγίες για την εκτέλεση της διαλογής βασίζονται σε γενική συναίνεση των ειδικών (consensus opinion).

Ακόμα κι αν η διαλογή των ασθενών εφαρμοστεί με άρτιο τρόπο, όπως και κάθε διαγνωστική εξέταση, έτσι και αυτά τα πρωτόκολλα έχουν συγκεκριμένη ακρίβεια ως προς την ευαισθησία και την ειδικότητά τους, κάτι που είναι αναμενόμενο καθώς εφαρμόζονται σε κάθε ηλικία, σε πολύπλοκα περιστατικά και

σε κάθε είδους συμβάν. Συνεπώς προκύπτουν ασθενείς που έχουν υποστεί υποδιαλογή, που σημαίνει ότι κατηγοριοποιούνται σε ελαφρύτερη ομάδα ενώ η κατάστασή τους είναι στην πραγματικότητα βαρύτερη, κάτι που προφανώς μπορεί να βλάψει σημαντικά τον ασθενή καθώς καθυστερεί η περίθαλψή του, ενώ προκύπτουν και ασθενείς με υπερδιαλογή, οι οποίοι τοποθετούνται σε ομάδα επείγουσας αντιμετώπισης χωρίς να είναι τόσο βαριά πάσχοντες. Στην καθημερινή κλινική πρακτική η υπερδιαλογή είναι ίσως κάτι αρκετά σύνηθες ώστε να προάγεται η ασφάλεια του ασθενή, σε περιβάλλον MAY όμως το φαινόμενο της υπερδιαλογής είναι καταστρεπτικό για την συνολική διαχείριση του συμβάντος, καθώς εξαντλούνται ταχύως και δυσανάλογα οι λιγοστοί διαθέσιμοι πόροι σε ασθενείς που δεν τους έχουν πραγματικά ανάγκη.



Εικόνα 7: Ο αλγόριθμος SALT

Επιπλέον δεν πρέπει να παραγνωρίζεται το γεγονός ότι η διαλογή είναι μια διαδικασία φωτογραφικής αποτύπωσης της στιγμής που αυτή εφαρμόζεται στον κάθε ασθενή, ενώ απεναντίας ο κάθε ασθενής και η κατάσταση του είναι κάτι δυναμικό που μπορεί να μεταβληθεί ανά πάσα στιγμή. Συνεπώς πρέπει να γίνεται, κατά το δυνατόν σε ένα περιβάλλον περιορισμένων πόρων, συνεχής επανεκτίμηση των ασθενών για μεταβολή της παθοφυσιολογίας τους και της κρισιμότητάς τους και να καταστεί η διαλογή μια βιντεοσκόπηση και όχι στιγμιαία φωτογράφιση του κάθε ασθενή, με τη διαλογή να επαναλαμβάνεται πολλαπλές φορές τόσο στα διαφορετικά επίπεδα περίθαλψης όσο και στο πεδίο.

ΜΕΡΟΣ Β΄

5. Ηθικές θεωρίες, Μαζικές Απώλειες Υγείας και διαλογή ασθενών

Η διαλογή των ασθενών, ειδικά σε περιπτώσεις Μαζικών Απωλειών Υγείας, αποτελεί εκ φύσεως μια διαδικασία με πολλούς εγγενείς ηθικούς προβληματισμούς καθώς όπως έχει προαναφερθεί αυτή καθαυτή ως διαδικασία, περιλαμβάνει το «διάλεγμα» των ασθενών ή τραυματιών και τους διαχωρίζει δίνοντας προτεραιότητα σε ορισμένους, ενώ κάποιους άλλους τους αφήνει στην αναμονή. Ακόμα κι όταν η διαλογή πραγματοποιείται με επιστημονικά κριτήρια όπως προβλέπεται από τα πρωτόκολλα και τη διεθνή, κοινώς αποδεκτή βιβλιογραφία, ορισμένες από τις βιοηθικές αρχές μπορεί να παραβιάζονται. Καθώς είναι εξαιρετικά δύσκολο να δοθεί μια τέλεια λύση σε περιπτώσεις όπου υπάρχει σύγκρουση μεταξύ των θεμελιωδών βιοηθικών αρχών, πρέπει να διερευνάται το «ειδικό βάρος» κάθε μιας από τις αρχές που εμπλέκονται (Πινάκας 1) [12,13]. Ακολουθούν οι θεμελιώδεις βιοηθικές αρχές όπως έχουν επικρατήσει διεθνώς και θα μπορούσαν να έχουν θέση κατά τη διαλογή των ασθενών στις Μαζικές Απώλειες Υγείας

	Advantages	Disadvantages	Examples of use	Recommendation
Treating people equally				
Lottery	Hard to corrupt; little information about recipients needed	Ignores other relevant principles	Military draft; schools; vaccination	Include
First-come, first-served	Protects existing doctor-patient relationships; little information about recipients needed	Favours wealthy, powerful, and well-connected; ignores other relevant principles	ICU beds; part of organ allocation	Exclude
Favouring the worst-off; prioritarianism				
Sickest first	Aids those who are suffering right now; appeals to "rule of rescue"; makes sense in temporary scarcity; proxy for being worst off overall	Surreptitious use of prognosis; ignores needs of those who will become sick in future; might falsely assume temporary scarcity; leads to people receiving interventions only after prognosis deteriorates; ignores other relevant principles	Emergency rooms; part of organ allocation	Exclude
Youngest first	Benefits those who have had least life; prudent planners have an interest in living to old age	Undesirable priority to infants over adolescents and young adults; ignores other relevant principles	New NVAC/ACIP pandemic flu vaccine proposal	Include
Maximising total benefits; utilitarianism				
Number of lives saved	Saves more lives, benefiting the greatest number; avoids need for comparative judgments about quality or other aspects of lives	Ignores other relevant principles	Past ACIP/NVAC pandemic flu vaccine policy; bioterrorism response policy; disaster triage	Include
Prognosis or life-years saved	Maximises life-years produced	Ignores other relevant principles, particularly distributive principles	Penicillin allocation; traditional military triage (prognosis) and disaster triage (life-years saved)	Include
Promoting and rewarding social usefulness				
Instrumental value	Helps promote other important values; future oriented	Vulnerable to abuse through choice of prioritised occupations or activities; can direct health resources away from health needs	Past and current NVAC/ACIP pandemic flu vaccine policy	Include but only in some public health emergencies
Reciprocity	Rewards those who implemented important values; past oriented	Vulnerable to abuse; can direct health resources away from health needs; intrusive assessment process	Some organ donation policies	Include only irreplaceable people who have suffered serious losses

Table 1: Simple principles and their core ethical values

Πινάκας 1: Ηθικές θεωρίες & εφαρμογή τους στην ιατρική

A. Αρχή της αυτονομίας. Σύμφωνα με την αρχή της αυτονομίας ο ιατρός είναι υποχρεωμένος να σεβαστεί τις επιθυμίες του κάθε ατόμου, χωρίς να επιβάλλει πατερναλιστικά τις απόψεις που ο ίδιος θεωρεί σωστές, αφήνοντας το άτομο να αποφασίσει ποιο είναι το καλύτερο για τον εαυτό του. Το δικαίωμα της αυτοδιάθεσης είναι ίσως η πλέον βασική αρχή της βιοηθικής. Στις περιπτώσεις ΜΑΥ εφόσον το άτομο κλινικά έχει δυνατότητα συναινεί στη θεραπεία του, ενώ εάν η κατάστασή του είναι τέτοια ώστε να μην υπάρχει δυνατότητα συναίνεσης (λήθαργος - κώμα) και καθώς πιθανότατα δεν θα παρευρίσκονται ούτε οι συγγενείς στο πεδίο του συμβάντος ή θα είναι κι εκείνοι τραυματίες, ο ιατρός προχωράει σε κάθε ενέργεια που θεωρεί σωστή για τη θεραπεία του ασθενή χωρίς να θίγεται η αρχή της αυτονομίας, ακριβώς όπως γίνεται και στα επείγοντα περιστατικά στην ιατρική καθημερινότητα εκτός περιβάλλοντος ΜΑΥ, πχ τραυματίας με τραυματική εγκεφαλική κάκωση σε κώμα από ένα τροχαίο συμβάν όταν υπάρχει αδυναμία συναίνεσης.

B. Οι αρχές της ευεργεσίας και ευημερίας του ασθενή. Βάσει αυτών των αρχών ο ιατρός υποχρεούται να πράττει πάντα με βάσει τα συμφέροντα του ασθενούς και προς την ωφέλεια αυτού. Καθώς όμως κάθε ιατρική ενέργεια μπορεί να επιφέρει και κάποια βλάβη, ο ιατρός οφείλει να συλλογιστεί κατά περίπτωση εάν υπερیشχει το κόστος ή το όφελος και να προχωρήσει στην ιατρική πράξη μόνο σε περίπτωση υπερίσχησης του οφέλους (ώφελείν ή μη βλάπτειν). Η αρχή της ευεργεσίας συνεπώς προσπαθεί να διαφυλάξει την υγεία, την ευδαιμονία και το βέλτιστο συμφέρον του ασθενή, ενίοτε όμως δεν είναι εύκολος ο ακριβής καθορισμός της ευεργεσίας. Τα κύριο που εξετάζεται σε κάθε περίπτωση είναι η διατήρηση των θεμελιωδών φυσιολογικών λειτουργιών που είναι απαραίτητες σε κάθε άνθρωπο για την εξασφάλιση της ζωής και της υγείας του [14].

Στα συμβάντα ΜΑΥ και με βάσει τη διαδικασία της διαλογής όπως αυτή ορίζεται με βάσει τη διεθνή βιβλιογραφία, υπάρχουν κατηγορίες ασθενών και τραυματιών που τουλάχιστον σε αρχικό στάδιο δεν αντιμετωπίζονται άμεσα, παραβιάζοντας έτσι μέσα από αυτήν την παράλειψη την αρχή της ευεργεσίας. Όσοι φέρουν ελάσσονες τραυματισμούς, ακόμα και όσοι φέρουν βαρύτερους τραυματισμούς χωρίς όμως να κινδυνεύει άμεσα η ζωή τους, μετά την κατηγοριοποίησή τους στην κίτρινη ή πράσινη ομάδα, αναγκάζονται να αναμένουν

για ένα μεγάλο συνήθως χρονικό διάστημα χωρίς να λάβουν ή μόνο με μια στοιχειώδη ιατρική φροντίδα, αυξάνοντας έτσι τη πιθανότητα για επιπλοκές ή μόνιμες βλάβες της υγείας τους, κάτι που αντιτίθεται άμεσα στην ατομική αρχή της ευεργεσίας. Φυσικά αυτό δε γίνεται εσκεμμένα, αλλά καθώς οι πόροι δεν επαρκούν δίνεται προτεραιότητα στους βαρύτερα πάσχοντες.

Γ. Η αρχή της κοινωνικής δικαιοσύνης. Επιβάλλει την ισότιμη διαχείριση όλων των ασθενών από τον ιατρό ανάλογα με τις ανάγκες τους, χωρίς καμία διάκριση και μεροληψία. Καθώς όλοι οι ασθενείς έχουν δικαίωμα στο αγαθό της υγείας, οι πόροι θα πρέπει να κατανέμονται δίκαια και με τέτοιο τρόπο ώστε να παρέχεται η καλύτερη δυνατή περίθαλψη για το μεγαλύτερο δυνατόν αριθμό ατόμων. Οι πολίτες θα πρέπει να έχουν ισότιμη πρόσβαση στους καθοριστικούς παράγοντες της υγείας και τα κατά Rawls «πρωταρχικά αγαθά» [15], σε ορισμένες περιπτώσεις όμως είναι δύσκολο να καθοριστεί ποια λύση προάγει περισσότερο την αρχή της δικαιοσύνης [16]. Βασικός προβληματισμός είναι το κριτήριο της χρονικής προτεραιότητας με βάση το οποίο πρέπει να αντιμετωπιστεί πρώτος ο ασθενής που αναζήτησε νωρίτερα βοήθεια στο νοσοκομείο ή που ο ιατρός εντόπισε αρχικά σε ένα πεδίο Μαζικών Απωλειών Υγείας, χωρίς να παίζει ρόλο η βαρύτητα της κατάστασής του. Το κριτήριο αυτό στηρίζεται στην τυχειότητα, όπως ακριβώς και η μέθοδος της κλήρωσης, με τις δύο τελευταίες μεθόδους να προτάσσουν την τυπική και όχι την ουσιαστική ισότητα, με μια φαινομενικά μόνο ισότιμη κατανομή των περιορισμένων πόρων, αδιαφορώντας για τη βαρύτητα της κατάστασης κάθε ασθενή και την πιθανή ύπαρξη ιδιαιτεροτήτων. Συνεπώς οι μέθοδοι της χρονικής προτεραιότητας και της κλήρωσης οφείλουν να αποκλειστούν καθώς βασίζονται στην τύχη, είναι φαινομενικά μόνο αμερόληπτες και δε λαμβάνουν υπ' όψιν ιατρικά κριτήρια για την προτεραιοποίηση των ασθενών και τον διαμοιρασμό των υπαρχόντων πόρων. Επίσης ανεφάρμοστη είναι και η διακριτική μεταχείριση με βάση την ηλικία όπου οι νεότεροι ασθενείς περιθάλπονται πρώτοι, με το σκεπτικό ότι διαθέτουν περισσότερα έτη ζωής σύμφωνα με το προσδόκιμο επιβίωσης. Αυτή η λογική οδηγεί σε ηλικιακό ρατσισμό (ageism) και καταστρατήγηση της αρχής της δικαιοσύνης, ενώ υπονομεύει την αξία της ζωής των ηλικιωμένων ατόμων. Απεναντίας όταν δίνεται προτεραιότητα στους βαρύτερα τραυματισμένους και σοβαρότερα πάσχοντες ασθενείς, όπως γίνεται σε περιπτώσεις ΜΑΥ με βάση τους ιατρικούς κανόνες, δεν καταπατάται η αρχή της δικαιοσύνης, τουναντίον προάγεται ο διανεμητικός χαρακτήρας αυτής και η ουσιαστική ισότητα, με τελικό σκοπό τη διάσωση του μέγιστου δυνατού αριθμού ατόμων. Η αδυναμία

όμως παραμένει σε όμοιας βαρύτητας περιστατικά όπου δε δύναται να υπάρξει εύκολη λύση καθώς η πιθανότητα επιβίωσης είναι ισότιμη και παραμένει αδύνατη η στάθμιση τους.

Ένα ακόμα κριτήριο που θα μπορούσε να συζητηθεί είναι αυτό της κοινωνικής ωφέλειας όπου παρέχεται προτεραιότητα στην περίθαλψη των ασθενών με βάση την κοινωνική τους θέση, όπως γινόταν για παράδειγμα στα πεδία της μάχης μέχρι την εποχή του Larrey, όπου οι αξιωματικοί αντιμετωπίζονταν πάντα πρώτοι πριν τους στρατιώτες. Κατ' αντιστοιχία σε ένα περιβάλλον MAY θα μπορούσε να προηγηθεί ένας επιστήμονας ή ένας δάσκαλος σε σχέση με έναν άνεργο και μια γυναίκα αναπαραγωγικής ηλικίας σε σχέση με κάποια που βρίσκεται στην εμμηνόπαυση εφόσον εκείνοι που ευνοήθηκαν με τη σειρά τους θα μπορούσαν να ανταποδώσουν την ευεργεσία πίσω στην κοινωνία. Το κριτήριο αυτό καταρρίπτεται καθώς αντιτίθεται στην αρχή της δικαιοσύνης, στο συνταγματικό δικαίωμα της ελεύθερης ανάπτυξης της προσωπικότητας σύμφωνα με το άρθρο 5 παρ.1,2 και ευτελίζει την ανθρώπινη αξιοπρέπεια. Το κριτήριο της κοινωνικής ωφέλειας ίσως θα μπορούσε να είναι αποδεκτό μόνο στις περιπτώσεις όπου δίνεται προτεραιότητα στους υγειονομικούς σε ένα συμβάν MAY και ειδικά όπως έγινε την περίοδο της πρόσφατης πανδημίας του COVID-19, καθώς οι υγειονομικοί αποτελούν την πρώτη γραμμή στην αντιμετώπιση τέτοιων καταστάσεων και είναι αυτοί οι οποίοι θα επιστρέψουν στη μάχη της διαχείρισης των ασθενών της καταστροφής μόλις αυτό καταστεί δυνατόν. Κλασικό παράδειγμα αποτέλεσε η άμεση πρόσβαση του υγειονομικού προσωπικού στον εμβολιασμό πριν το ευρύ κοινό κατά την πανδημία του κορωνοϊού, με πρώτη εμβολιαζόμενη στην Ελλάδα, νοσηλεύτρια που υπηρετούσε την περίοδο εκείνη στη ΜΕΘ του Ευαγγελισμού στις 27/12/2020 [17].

Συμπερασματικά, με την αρχή της κοινωνικής δικαιοσύνης που βρίσκει άμεση εφαρμογή στις Μαζικές Απώλειες Υγείας, συνδέονται ζητήματα κατανομής των προτεραιοτήτων στην υγεία, ζητήματα κατανομής της δικαιοσύνης και ζητήματα κοινωνικά δίκαιης κατανομής των πόρων της υγείας, κάτι που έγινε ιδιαίτερα πρόδηλο και κατά την πανδημία του COVID-19 όπου παρουσιάστηκε σημαντική έλλειψη πόρων στα δημόσια συστήματα υγείας και που μπορεί να επανεμφανιστεί σε οποιοδήποτε περιβάλλον MAY. Επιπλέον, καθώς στο Σύνταγμα της Ελλάδας (άρθρα 2 παρ.1 Σ. και 5 παρ.2,3 Σ.) και στην ΕΣΔΑ (άρθρο 2) επιτάσσεται ο σεβασμός της ζωής και της αξίας του ανθρώπου, απαιτείται η επικράτηση της αναλογικής και όχι

της τυπικής ισότητας αναφορικά με την πρόσβαση των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας ακόμα και σε περιπτώσεις ΜΑΥ.

Δ. Η αρχή του ωφελιμισμού. Στον ωφελιμισμό, μια κατεξοχήν συνεπειοκρατική θεωρία, οι πράξεις κρίνονται από το τελικό αποτέλεσμα και όχι από την ενέργεια καθαυτή και καθώς εξ' ορισμού επιδιώκεται το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα για το μεγαλύτερο δυνατό αριθμό ατόμων, το προσωπικό συμφέρον συχνά υποτάσσεται στο συμφέρον του συνόλου. Παρότι δεν είναι πάντα εφικτό να προβλέψουμε τα αποτελέσματα των πράξεών μας, ειδικά σε ένα δυναμικά μεταβαλλόμενο περιβάλλον όπως είναι ένα συμβάν ΜΑΥ, παρότι δεν είναι σαφής ο τρόπος μέτρησης και ποσοτικοποίησης της παραγόμενης ωφέλειας για το σύνολο και παρότι μπορεί να υποπέσουμε στην άνευ όρων αποδοχή της επικίνδυνης αρχής «ο σκοπός αγιάζει τα μέσα», η θεωρία του ωφελιμισμού μοιάζει να ταιριάζει τα μέγιστα στη βασική αρχή της ιατρικής των καταστροφών όπου καθώς οι πόροι δεν επαρκούν, επιδιώκεται η επίτευξη της βέλτιστης δυνατής ιατρικής έκβασης για το μεγαλύτερο δυνατό αριθμό ασθενών με τα μέσα και τις δυνάμεις που διατίθενται κατά περίπτωση.

Συνοψίζοντας την ανάλυση των ανωτέρω ηθικών θεωριών και των επιμέρους κριτηρίων που αναφέρθηκαν ως προς την εφαρμογή τους στις Μαζικές Απώλειες Υγείας, είναι ξεκάθαρη η αδυναμία οποιασδήποτε θεωρίας να ικανοποιήσει από μόνη της με πληρότητα τις ανάγκες της ιατρικής των καταστροφών, παρέχοντας σαφείς απαντήσεις στα ερωτήματα που γεννιούνται κατά τη διαδικασία της διαλογής. Η αρχή του ωφελιμισμού κατά κύριο λόγο, αλλά και η αρχή της κοινωνικής δικαιοσύνης, θα έλεγε κανείς ότι προσεγγίζουν τον ιδεολογικό πυρήνα της ιατρικής καταστροφών που είναι το βέλτιστο αποτέλεσμα για το μεγαλύτερο δυνατό αριθμό ατόμων ή κατά την αγγλοσαξονική έκφραση “the best for the most”.

ΜΕΡΟΣ Γ΄

6. Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας, Μαζικές Απώλειες Υγείας και διαλογή ασθενών

Από την ανάλυση των ηθικών θεωριών, μπορεί να γίνει ίσως αντιληπτή η δυσχερής θέση στην οποία ευρίσκεται ο ιατρός κατά τη διαδικασία διαλογής σε καταστάσεις Μαζικών Απωλειών Υγείας, ειδικά όταν θα πρέπει να επιλέξει ποιον να περιθάλλει μεταξύ δύο ή περισσότερων ασθενών σε παρόμοια βαριά κατάσταση. Ο Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας (ΚΙΔ), το κείμενο που ρυθμίζει την εκτέλεση του ιατρικού λειτουργήματος και είναι νόμος του κράτους (ν.3418/2005), μέσα από ορισμένα άρθρα του καθοδηγεί τον ιατρό σε αυτόν το δύσκολο δρόμο.

Στο άρθρο 2 παρ.1 αναφέρεται ότι η ιατρική αποτελεί λειτουργήμα και πέρα από την αυτονόητη υποχρέωση για διατήρηση, βελτίωση και αποκατάσταση της υγείας, ο ιατρός είναι υποχρεωμένος να ανακουφίζει από τον πόνο τους ανθρώπους που βρίσκονται σε δυσμενή κατάσταση. Στις ΜΑΥ ο πόνος κυριαρχεί και ο ιατρός δεν πρέπει να αμελεί την διαχείρισή του στους τραυματίες, εφόσον υπάρχει δυνατότητα, μαζί με την αντιμετώπιση των κακώσεών τους. Είναι κοινώς παραδεκτό ότι με τα εξελιγμένα μέσα που παρέχει η σύγχρονη ιατρική, ειδικά στο τομέα της φαρμακολογίας, ο ασθενής δεν πρέπει να πονάει, ακόμα κι όταν βρίσκεται βαριά τραυματισμένος (έκφραση αρχής της ευεργεσίας). Επιπλέον στο ίδιο άρθρο παρ.3 αναφέρεται ρητά ότι «το ιατρικό λειτουργήμα διέπεται από απόλυτο σεβασμό στην ανθρώπινη ζωή... και απευθύνεται σε όλους τους ανθρώπους χωρίς διάκριση...» εκφράζοντας για ακόμα μία φορά την αρχή της ευεργεσίας αλλά και την αρχή της κοινωνικής δικαιοσύνης η οποία τονίζεται επίσης και στο άρθρο 4 παρ.1 που αναφέρει ότι «ο ιατρός πρέπει να προάγει τη δίκαιη παροχή φροντίδας υγείας... επίσης να αποφεύγει τη διακριτική μεταχείριση...» κάτι που όπως αναφέρθηκε στο προηγούμενο κεφάλαιο των ηθικών αρχών έχει εφαρμογή και στις περιπτώσεις ΜΑΥ.

Η υποχρέωση για την διατήρηση και βελτίωση της υγείας του ασθενή επαναλαμβάνεται και στο άρθρο 9 παρ.1, κάτι που μπορεί να υπονομευθεί στις ΜΑΥ όπου εστιάζουμε στο σύνολο και όχι στο άτομο. Επιπλέον όμως αναφέρεται στην παρ.2, ότι η άρνηση υπηρεσιών από τον ιατρό προς τον ασθενή μπορεί να είναι αποδεκτή σε «εξαιρετικό, ειδικό λόγο που να καθιστά αντικειμενική αδύνατη την προσφορά υπηρεσιών» όπως για παράδειγμα συμβαίνει σε ένα περιβάλλον ΜΑΥ

όπου είναι θεωρητικά αλλά και ουσιαστικά αδύνατη η παροχή της ιδανικής φροντίδας σε κάθε ασθενή καθώς οι πόροι δεν επαρκούν. Συνεχίζοντας στις παρ. 3 & 5 τονίζεται ότι ο ιατρός έχει υποχρέωση να συνδράμει σε περιπτώσεις επειγόντων περιστατικών ανεξάρτητα από την ειδικότητά του και επίσης οφείλει «να προσφέρει τις ιατρικές υπηρεσίες του σε κάθε περίπτωση επέλευσης έκτακτης ανάγκης ή μαζικής καταστροφής». Συνεπώς είναι ανεπίτρεπτο για τον ιατρό να απέχει από την παροχή υγειονομικής φροντίδας ειδικά σε αυτές τις δύσκολες επείγουσες καταστάσεις και οφείλει να πετύχει το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα «σύμφωνα με τις επιταγές της ιατρικής επιστήμης, εξαντλώντας τις υπάρχουσες κάτω από τις δεδομένες συνθήκες, δυνατότητες». Παρέχεται έτσι ένα γενικό πλαίσιο των υποχρεώσεων ενός ιατρού ειδικά σε περιπτώσεις ΜΑΥ.

Ιδιαίτερη μνεία επιβάλλεται να γίνει στο άρθρο 15 το οποίο αναφέρεται στη σύγκρουση καθηκόντων του ιατρού, μια κατάσταση που πρέπει να διαχειριστούν πολύ συχνότερα οι σύγχρονοι υγειονομικοί σε σχέση με παλαιότερους συναδέλφους τους στα πλαίσια άσκησης του κλινικού έργου και παρότι το συγκεκριμένο άρθρο είναι μικρό σε έκταση, βρίθει νοημάτων και ερμηνειών: «Ο ιατρός που βρίσκεται μπροστά σε σύγκρουση καθηκόντων, αντιμετωπίζει τη σύγκρουση αυτή με βάση την επιστημονική του γνώση, τη σύγκριση των έννομων αγαθών που διακυβεύονται, τον απόλυτο σεβασμό της ανθρώπινης ζωής και αξιοπρέπειας και τη συνείδησή του στα πλαίσια των αρχών του άρθρου 2 του ΚΙΔ». Ενίοτε ο ιατρός βρίσκεται ενώπιον διλημμάτων και καταστάσεων όπου καλείται να δράσει ενώ υπέχει ταυτόχρονα δύο ή περισσότερα αντίρροπα καθήκοντα, νομικά ή ηθικά, σχεδόν ισότιμα μεταξύ τους, οπότε η εκπλήρωση του ενός οδηγεί σε παράβαση του άλλου. Καταλαβαίνει κανείς το ανυπέβλητο δίλλημα όταν ο ιατρός πρέπει να σταθμίσει ισότιμα έννομα αγαθά όπως ανθρώπινη ζωή με ανθρώπινη ζωή, κάτι που μπορεί να προκύψει κατά τη διαδικασία διαλογής σε περιπτώσεις καταστροφών.

Αναλύοντας κάθε τμήμα του άρθρου, ως «επιστημονική γνώση» λογίζεται το σύνολο των προπτυχιακών και μεταπτυχιακών σπουδών στις Ιατρικές σχολές, η εκπαίδευση του ιατρού στα πλαίσια της άσκησής του για την απόκτηση της ειδικότητας που επέλεξε, η συνεχιζόμενη και δια βίου εκπαίδευση σε μετεκπαιδεύσεις, σεμινάρια και συνέδρια, καθώς και η κλινική εμπειρία που έχει αποκτηθεί κατά την εργασία του. Επιστέγασμα σε όλα τα ανωτέρω αποτελεί η μελέτη της διεθνούς βιβλιογραφίας μέσα από επιστημονικά συγγράμματα, ιατρικά περιοδικά και ειδικές βάσεις δεδομένων

του διαδικτύου. Σε κάθε περίπτωση η άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος θα πρέπει να διέπεται από τους «γενικά αποδεκτούς και ισχύοντες κανόνες της ιατρικής επιστήμης» όπως ορίζεται στο άρθρο 2 παρ.3 ΚΙΔ

Κατά τη στάθμιση των έννομων αγαθών που συγκρούονται ο ιατρός πρέπει να επιλέξει εκείνο το αγαθό που υπερέχει έστω και κατ' ελάχιστο έναντι του άλλου, ενώ ουδέποτε επιτρέπεται η στάθμιση της ζωής ως προσβαλλόμενου αγαθού, γεγονός που τονίζεται ιδιαίτερα στο άρθρο 15. Πέρα από την ζωή, αγαθά είναι η ανθρώπινη αξιοπρέπεια, όπως αναφέρεται στο άρθρο 3 παρ.1 (ΚΙΔ), η αυτονομία του ασθενή, η προσωπικότητα κλπ. Ως συνείδηση του ιατρού νοείται η ηθική στάση του απέναντι σε κάποια κατάσταση με βάση την οποία προβαίνει σε μια ενέργεια ή παράλειψη και διέπεται από τις αρχές του άρθρου 2 ΚΙΔ όπως αναλύθηκε ανωτέρω.

Σε μια γενικότερη θεώρηση του Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας αλλά και των ηθικών αρχών, προκύπτει πως γίνεται αναφορά σε ορισμένους γενικούς κανόνες που μπορούν να τεθούν σε εφαρμογή κατά τη διαλογή των ασθενών σε ΜΑΥ όπου προκύπτει σύγκρουση καθηκόντων των ιατρών, ωστόσο σε κανένα σημείο κανόνα δικαίου, σε καμία οδηγία και σε κανένα πρωτόκολλο δεν έχει αποτυπωθεί μέχρι τώρα κάποια εξειδίκευση των κριτηρίων επιλογής με πρακτικό αντίκρισμα, ώστε ο ιατρός να μπορέσει να βασιστεί σε αντικειμενικές παραμέτρους για την απόφασή του. Συνεπώς κανείς μπορεί να συμπεράνει ότι είναι αποδεκτό κάθε ηθικό, ορθολογικό κριτήριο που βασίζεται στα επιστημονικά δεδομένα και στις αρχές της έννομης τάξης και το οποίο δεν προσβάλλει τις βασικές αρχές αυτής, όπως την αξία της ανθρώπινης ζωής που προστατεύεται από το Σύνταγμα και το σύνολο του Δικαίου. Πιθανότατα όμως, απαιτείται στη διαλογή και συνδυαστική εφαρμογή πλέον του ενός κριτηρίων, κανόνων και θεωριών ώστε να επιτευχθεί ικανοποιητικά ο στόχος της αποτελεσματικής διαχείρισης του τεράστιου αριθμού ασθενών σε μια καταστροφή, καθώς καμία αξία δεν είναι από μόνη της ικανή να κατευθύνει τον ιατρό στο πολύπλοκο ζήτημα της διαλογής στις ΜΑΥ. Επιπλέον ο ιατρός θα πρέπει να λάβει σοβαρά υπ' όψιν τις τεράστιες ανάγκες σε συνδυασμό με την αντίστοιχη ένδεια υλικών και ανθρώπινων πόρων αλλά και διαθέσιμων μέσων στις περιπτώσεις Μαζικών Απωλειών Υγείας και να ενεργήσει όπως προστάζει η αρχή της διανεμητικής δικαιοσύνης, προσπαθώντας να

καταναίμει δίκαια τους πόρους και προσπαθώντας να επιτύχει τη βέλτιστη φροντίδα για το μέγιστο δυνατό αριθμό ατόμων, χωρίς καμιά διάθεση για διακρίσεις. Απαραίτητη είναι η διατήρηση των ισορροπιών και η αποφυγή ακραίων φαινομένων έλλειψης ιεράρχησης ή υπερβολικής, ιδιαίτερα αυστηρής εφαρμογής των κριτηρίων της διαλογής, αν και ένα ποσοστό υπέρ και υπό-διαλογής είναι αποδεκτό και στην επιστημονική βιβλιογραφία διεθνώς.

Συμπερασματικά, ένας ιατρός που σέβεται της ηθικές αρχές και τον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας όπως αυτά αναπτύχθηκαν στα προηγούμενα εδάφια, λειτουργεί πάντα σύννομα ανεξάρτητα από τον τρόπο σκέψης του, καθώς φαίνεται πως το Δίκαιο αφήνει το ελεύθερο στον ιατρό να επιλέξει με ποιον τρόπο θα ενεργήσει ώστε να προχωρήσει στην τελική στάθμιση και επιλογή των ασθενών.

ΜΕΡΟΣ Δ΄

7. Νομικοί προβληματισμοί & ποινική ευθύνη των ιατρών κατά τη διαλογή στις Μαζικές Απώλειες Υγείας

Κατά την άσκηση της ιατρικής, υπάρχει περίπτωση να προκύψει σωματική βλάβη ή θάνατος σε ασθενείς και κατά συνέπεια αναδεικνύεται το ζήτημα της πιθανής ποινικής ευθύνης του ιατρού μέσα από πράξεις ή παραλήψεις αυτού, καθώς προσβάλλονται, διαταράσσονται ή διακινδυνεύουν βασικά έννομα αγαθά του ατόμου, όπως η σωματική ακεραιότητα, η υγεία και η ζωή [18]. Θα πρέπει συνεπώς σε περίπτωση σωματικών βλαβών ή και θανάτων, να εξεταστεί τι προβλέπει το Δίκαιο, πώς θα μπορούσε να ερμηνευθεί ο Ποινικός Κώδικας (ΠΚ) και εάν προκύπτει ποινικό αδίκημα μετά από παραβίαση αυτού, στις περιπτώσεις που ο ιατρός αντιμετωπίζει ασθενείς και τραυματίες στα πλαίσια ενός συμβάντος Μαζικών Απωλειών Υγείας, ενεργώντας με βάση τους κοινώς αποδεκτούς επιστημονικούς κανόνες της ιατρικής καταστροφών.

8. Παράλειψη – Άρθρο 15 Ποινικού Κώδικα

Στον Ποινικό Κώδικα και συγκεκριμένα στο άρθρο 15 - Έγκλημα που τελείται με παράλειψη, αναφέρεται ότι: «Όπου ο νόμος για την ύπαρξη αξιόποινης πράξης απαιτεί να έχει επέλθει ορισμένο αποτέλεσμα, η μη αποτροπή του τιμωρείται όπως η πρόκλησή του με ενέργεια, αν ο υπαίτιος της παράλειψης είχε ιδιαίτερη νομική υποχρέωση να παρεμποδίσει την επέλευση του αποτελέσματος». Ως παράλειψη θεωρείται η σωματική αδράνεια η οποία γίνεται αντιληπτή στον εξωτερικό κόσμο και προσβάλλει έννομα αγαθά τρίτων λόγω μη τέλεσης της αναμενόμενης ενέργειας, συνεπώς είναι ξεκάθαρο ότι ακόμα και η παράλειψη μπορεί να χαρακτηριστεί ως έγκλημα, όταν υπάρχει συνάφεια μεταξύ αυτής και του αποτελέσματος και όταν θεωρείται σχεδόν βέβαιη η μη επέλευση του αποτελέσματος εάν ο δράστης προέβαινε στην απαραίτητη ενέργεια [19]. Η «ιδιαίτερη νομική υποχρέωση» που αναφέρεται στο άρθρο 15 ΠΚ είναι αυτονόητη για τους ιατρούς, αλλά υπερτονίζεται και στο άρθρο 9 ΚΙΔ στις

παραγράφους 3 και 5 όπως αναφέρθηκε ανωτέρω, που επιβάλλουν τη συνδρομή του ιατρού, ανεξαρτήτως ειδικότητας και συμβατικής υποχρέωσης, σε περιπτώσεις επειγόντων περιστατικών και μαζικών καταστροφών. Συνεπώς κάθε ιατρός, ο οποίος καθίσταται υπεύθυνος για τη περίθαλψη ενός ατόμου και εγγυητής της ασφάλειάς του, αποκτά ιδιαίτερη νομική υποχρέωση προς τη διάσωσή του με την τέλεση όλων των απαραίτητων ενεργειών [20,21], ενώ εάν ο ασθενής αφεθεί αβοήθητος λόγω αδράνειας του ιατρού και προκληθεί έτσι επιδείνωση της υγείας του ή θάνατος, πληρούνται οι προϋποθέσεις τέλεσης εγκλήματος δια παραλείψεως.

9. Δόλος – Άρθρο 27 Ποινικού Κώδικα

Τα ποινικά αδικήματα για τα οποία ο ιατρός δύναται να είναι υπόλογος κατατάσσονται σε εγκλήματα από πρόθεση ή δόλο και σε εγκλήματα από αμέλεια. Ο δόλος στα πλαίσια του ΠΚ και ως νομική έννοια, διαφέρει από τον δόλο κατά την κοινωνική θεώρηση του όρου, που είναι η κακόβουλη πρόθεση ενός ατόμου και η προσπάθεια εξαπάτησης και εκμετάλλευσης άλλων. Σύμφωνα με το άρθρο 27 ΠΚ περὶ των άλλων: «Με δόλο πράττει όποιος γνωρίζει ότι από την ενέργειά του ενδέχεται να παραχθούν περιστατικά που κατά το νόμο απαρτίζουν την έννοια κάποιας αξιόποινης πράξης και το αποδέχεται». Στη νομική συνεπώς, πέρα από τον άμεσο δόλο που δεν ενδιαφέρει την παρούσα εργασία, υπάρχει και ο ενδεχόμενος δόλος ή «δόλος αποδοχής του ενδεχομένου», όπου ο δράστης δεν επιδοκιμάζει το επερχόμενο αποτέλεσμα αλλά απλώς το αποδέχεται. Με άλλα λόγια, με ενδεχόμενο δόλο πράττει όποιος αποβλέποντας σε κάτι άλλο, εκτιμά ότι η εκπλήρωση της επιδιώξεώς του θα έχει ως πιθανή συνέπεια την πραγμάτωση του αξιόποινου αποτελέσματος και παραταύτα τελεί την εν λόγω πράξη. Αποδέχεται τον κίνδυνο, σταθμίζει τα υπέρ και τα κατά με βάση τα δεδομένα στοιχεία και προβαίνει στην πράξη ενώ αναγνωρίζει το εγκληματικό γεγονός ως πιθανό και το αποδέχεται. Δίνει προτεραιότητα σε μια συμπεριφορά και παραβλέπει την τύχη του έννομου αγαθού που θέτει σε κίνδυνο, προχωρώντας στην επιδίωξη του στόχου του, παρά τον υψηλό βαθμό επικινδυνότητας των ενεργειών του [19].

Τα ανωτέρω γίνονται αντιληπτά όταν ο ιατρός κληθεί να εφαρμόσει τη διαδικασία της διαλογής στα πλαίσια διαχείρισης των ασθενών σε μια καταστροφή. Ο ιατρός με βάση τον αλγόριθμο της διαλογής θα αναβάλλει ή θα παραλείπει να περιθάψει στο πεδίο του συμβάντος κάποια άτομα που κρίνει ότι δεν είναι βαρέως πάσχοντα ή μπορεί να είναι σε σοβαρή κατάσταση αλλά με βάση επιστημονικά κριτήρια θεωρεί ότι πρέπει να προηγηθεί κάποιος άλλος ασθενής, ή τέλος στη χειρότερη περίπτωση μπορεί να υπάρχουν πολλοί κρίσιμα τραυματισμένοι αλλά αντικειμενικά να είναι αδύνατον να αντιμετωπιστούν όλοι ταυτόχρονα. Μια τέτοια κατάσταση είναι συχνή σε ένα μαζικό συμβάν, όπως για παράδειγμα έγινε πρόσφατα στο συρμό των Τεμπών, στο μεγάλο σεισμό της γειτονικής Τουρκίας αλλά και στην πανδημία του κορωνοϊού, όπου πολλάκις δεν υπήρχαν διαθέσιμες κλίνες ΜΕΘ για τη νοσηλεία των διασωληνωμένων ασθενών και οι ιατροί αναγκάζονταν να επιλέξουν ποιος θα εισαχθεί στην εντατική. Ο υγειονομικός, αφήνοντας έναν ασθενή εκτός ΜΕΘ ή αναβάλλοντας την αντιμετώπιση ενός πολυτραυματία στο πεδίο, προφανώς λόγω ανεπάρκειας μέσων και ουδόλως διότι υπάρχει προσωπική έχθρα με τον ασθενή, γνωρίζει πολύ καλά ότι είναι πιθανό να επιδεινωθεί σημαντικά η κατάσταση της υγείας του, με πρόκληση βλαβών και αναπηριών ή ακόμα και να επέλθει ο θάνατος, ενεργώντας έτσι με ενδεχόμενο δόλο. Έμμεσα επιτρέπει την επέλευση των βλαβών ή του θανάτου του ασθενή και αποδέχεται αυτό το αποτέλεσμα, χωρίς φυσικά να το επιθυμεί ή να το επιδοκιμάζει [20].

Μπορεί συνεπώς ο ιατρός να εμπίπτει κατά περίπτωση στο αδίκημα της ανθρωποκτονίας με πρόθεση (299ΠΚ), στο αδίκημα της βαριάς σωματικής βλάβης από πρόθεση (310ΠΚ), στο αδίκημα της παράλειψης λύτρωσης από κίνδυνο ζωής (307ΠΚ), στο αδίκημα της έκθεσης (306ΠΚ). Το 307ΠΚ αναφέρει ότι: «Όποιος με πρόθεση παραλείπει να σώσει άλλον από κίνδυνο ζωής αν και μπορεί να το πράξει χωρίς κίνδυνο της δικής του ζωής ή υγείας, τιμωρείται με φυλάκιση μέχρι ενός έτους», ενώ το 306ΠΚ αναφέρει ότι: «Όποιος εκθέτει άλλον και έτσι τον καθιστά αβοήθητο, καθώς και όποιος με πρόθεση αφήνει αβοήθητο ένα πρόσωπο που το έχει στην προστασία του ή που έχει υποχρέωση να το περιθάψει, τιμωρείται με φυλάκιση». Η έκθεση, που είναι γνήσιο έγκλημα παράλειψης, σύμφωνα με ορισμένους νομικούς μπορεί να στοιχειοθετηθεί κατά τη διενέργεια

διαλογής ασθενών στις καταστροφές, ακόμα και αν δεν προκύψει βλάβη ή θάνατος του ατόμου, αλλά απλά και μόνο από τη θέση του ασθενή σε κίνδυνο [19,20].

10. Κατάσταση ανάγκης - Άρθρο 25 Ποινικού Κώδικα

Κατά τη διαλογή, είναι λογικό ότι ο ιατρός οφείλει να δώσει προτεραιότητα στους ασθενείς που είναι κρίσιμα πάσχοντες ή/και φέρουν κακώσεις απειλητικές για τη ζωή, αφήνοντας του υπόλοιπους ασθενείς που μπορούν με ασφάλεια να περιμένουν, ώστε η διαχείρισή τους να γίνει σε επόμενο στάδιο. Πράγματι σύμφωνα με το άρθρο 25 ΠΚ: «Δεν είναι άδικη η πράξη (ή παράλειψη) που τελεί κάποιος, για να αποτρέψει παρόντα και αναπότρεπτο με άλλα μέσα κίνδυνο, ο οποίος απειλεί το πρόσωπο ή την περιουσία του ίδιου ή κάποιου άλλου χωρίς δική του υπαιτιότητα, αν η βλάβη που προκλήθηκε στον άλλο είναι σημαντικά κατώτερη κατά το είδος και τη σπουδαιότητα από τη βλάβη που απειλήθηκε». Η κατάσταση ανάγκης δηλαδή του άρθρου 25 ΠΚ αίρει το άδικο αφήνοντας την παράλειψη ατιμώρητη, καθώς η σωτηρία του ενός έννομου αγαθού του οποίου η αξία υπερέχει αδιαμφισβήτητα, αυτού της ανθρώπινης ζωής, είναι δυνατή πρακτικά μόνο με την προσβολή του έτερου κατώτερου αγαθού, αυτού της υγείας, κατά τη στάθμιση της σύγκρουσης. Φαίνεται συνεπώς πως η κατάσταση ανάγκης ως λόγος άρσης του αδικού στηρίζεται στην αρχή της κοινωνικής αλληλεγγύης, η οποία επιτάσσει εν προκειμένω την υπεροχή και κατ' επέκταση την προστασία ενός έννομου αγαθού έναντι άλλου όταν τα προσβαλλόμενα αγαθά αυτά δεν είναι ίσης βαρύτητας [19].

Με το άρθρο 25 ΠΚ της κατάστασης ανάγκης, θα μπορούσε ίσως να σταθμιστεί και το δίλημμα κατά το οποίο ο ιατρός θα πρέπει να επιλέξει μεταξύ την αντιμετώπισης ενός κρίσιμα πάσχοντα ο οποίος όμως έχει προσδόκιμο επιβίωσης μετά από την κατάλληλη περίθαλψη και ενός ατόμου που έχει βαρύτερες θανατηφόρες βλάβες, από τις οποίες ο θάνατος επέρχεται άμεσα ανεξάρτητα από τις πιθανές παρεμβάσεις σύμφωνα με τους κανόνες της επιστήμης. Τέτοιες βλάβες για παράδειγμα σε ένα πεδίο ΜΑΥ, θα μπορούσαν να είναι καθολικά εγκαύματα πάνω από 80-90% της επιφάνειας σώματος ή ιδιαίτερα βαριές κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις, με

μηδενική πιθανότητα επιβίωσης και τον θάνατο να επίκειται στις επόμενες ώρες από το συμβάν. Εάν ο ιατρός αφιερώσει χρόνο για την περίθαλψη του τραυματία χωρίς πιθανότητα επιβίωσης, ο ασθενής που είναι κρίσιμα τραυματισμένος αλλά με καλό προσδόκιμο είναι πολύ πιθανό να καταλήξει. Συνεπώς σταθμίζεται η απειλή του έννομου αγαθού της ανθρώπινης ζωής που μπορεί να διασωθεί και από την άλλη μιας ζωής της οποίας το τέλος επίκειται. Θεωρητικά συντρέχουν στην εξαιρετική αυτή περίπτωση που αντιστοιχεί με την μπλε ή γκρι ομάδα διαλογής (“expectant”), οι προϋποθέσεις εφαρμογής του άρθρου 25 ΠΚ, της κατάστασης ανάγκης δηλαδή, που αίρει τον άδικο χαρακτήρα της παράλειψης περίθαλψης του ετοιμοθάνατου ατόμου [20].

Σχετική απόφαση, από τις ελάχιστες στην ελληνική νομολογία, είναι το υπ’ αριθμ. 50/2015 βούλευμα του Συμβουλίου Πλημμελειοδικών Καλαμάτας, σύμφωνα με το οποίο δεν κατηγορήθηκαν οι ιατροί για το έγκλημα της θανατηφόρας έκθεσης ασθενή, του οποίου ο θάνατος ήταν επικείμενος, στερώντας του τη μοναδική διαθέσιμη συσκευή μηχανικής υποστήριξης της αναπνοής, ώστε να διασώσουν έτερη ασθενή με προσδόκιμο επιβίωσης. Στο εν λόγω βούλευμα έγινε δεκτή η ύπαρξη κατάστασης ανάγκης ως λόγος άρσης του αδικού όπως ορίζει το άρθρο 25 ΠΚ. Σκόπιμο είναι να παρατεθεί αυτούσιο το βασικό τμήμα του σκεπτικού του Συμβουλίου: «...το Συμβούλιο έκρινε ότι η έλλογη διαδικασία της σύγκρισης των θεραπόντων ιατρών, αναφορικά με το σε ποιόν από τους δύο (2) ασθενείς τους θα προσφέρουν τέτοιου είδους μηχανική υποστήριξη της αναπνοής τους ή άλλου είδους ιατρική πράξη, η οποία εν προκειμένω εκπορεύεται από το δόγμα ότι θα πρέπει να προτιμηθεί αυτός που έχει περισσότερες πιθανότητες να επιβιώσει, ευρίσκει έρεισμα στην εφαρμογή της διατάξεως του άρθρου 25 παρ. 1 Π.Κ. - περί κατάστασης ανάγκης. Τούτο, δε, καθόσον τα διακυβευόμενα αγαθά (εν προκειμένω της ζωής) είναι ίσης αξίας, πλην όμως με διαφορετικά ποιοτικά χαρακτηριστικά, που βασίζονται σε ιατρικά δεδομένα, που δικαιολογούν την απαιτούμενη ιατρική ενέργεια μόνο στο πρόσωπο, στο οποίο η επενέργειά της πιθανολογείται βάσιμα ότι θα είναι πιο αποτελεσματική, ώστε να διατηρηθεί στη ζωή...».

11. Αδυναμία αποφυγής του αδίκου & σύγκρουση καθηκόντων – Άρθρο 33 Ποινικού Κώδικα

Συχνά όμως δεν προκύπτει σύγκρουση σταθμιζόμενων έννομων αγαθών όπως ανωτέρω, αλλά ο ιατρός πρέπει να αποφασίσει όταν απειλούνται ταυτόχρονα ανθρώπινες ζωές, η προστασία των οποίων επιβάλλεται άνευ όρων και κριτηρίων, κάτω από οποιεσδήποτε συνθήκες όπως ορίζει και το Σύνταγμα με τον απόλυτο σεβασμό αυτής (Άρθρο 5§2). Δε χωρεί συνεπώς καμιά διάκριση επί της ανθρώπινης ζωής, δε χωρεί καμιά ποιοτική ή ποσοτική στάθμισή της, ούτε αναιρείται η υποχρέωση παροχής φροντίδας ακόμα και σε υπερήλικα τραυματία ή σε ύπαρξη ανίατης ασθένειας αυτού. Προκύπτει συνεπώς μια σύγκρουση καθηκόντων του ιατρού, ένα αδιέξοδο ενώπιον μια επικείμενης προσβολής περισσότερων έννομων αγαθών, οπότε και η εκπλήρωση ενός καθήκοντος προϋποθέτει την αδυναμία εκπλήρωσης και άρα την προσβολή ενός άλλου, με αποτέλεσμα έτσι ο ιατρός να ενεργεί αντίθετα προς τις επιταγές του Δικαίου ανεξάρτητα από το καθήκον που θα επιλέξει να εκπληρώσει. Όπως αναφέρθηκε ανωτέρω κατά την ανάλυση του άρθρου 15 ΚΙΔ και όπως ορίζει ο νέος ΠΚ κατά το άρθρο 33 – Αδυναμία αποφυγής του αδίκου: «Η πράξη δεν καταλογίζεται σε εκείνον που την τέλεσε, αν κατά την τέλεσή της αδυνατούσε να συμμορφωθεί προς το δίκαιο λόγω ανυπέρβλητου για τον ίδιο διλήμματος εξαιτίας σύγκρουσης καθηκόντων και η προσβολή που προκλήθηκε από την πράξη είναι κατά το είδος και τη σπουδαιότητα ανάλογη με την προσβολή που απειλήθηκε». Το «τραγικό δίλλημα» [19] άρα αποτελεί λόγο άρσης του καταλογισμού σύμφωνα με τον ΠΚ, ενώ σύμφωνα με άλλους νομικούς μπορεί να αποτελεί και λόγο άρσης του αδίκου [18], δίνοντας έτσι λύση στη συγκρουσιακή κατάσταση στην οποία επέρχεται ο ιατρός κατά την άσκηση του λειτουργήματός του σε καταστροφικά συμβάντα με τη διαδικασία της διαλογής μεταξύ κρίσιμα πασχόντων ασθενών. Συνεπώς όταν ο ιατρός παρέχει φροντίδα σε μερικούς και όχι σε όλους τους κρίσιμα πάσχοντες καθώς βρισκόταν σε αντικειμενική αδυναμία λόγω του πλήθους των ασθενών και της έλλειψης μέσων και όταν ορισμένοι ασθενείς καταλήγουν, η πράξη του (ανθρωποκτονία με ενδεχόμενο δόλο δια παραλείψεως) είναι μεν άδικη ως προς αυτούς που δεν περιέθαλψε και δεν διασώθηκαν, αλλά

δεν καταλογίζεται και μένει ατιμώρητη, υπό την προϋπόθεση ότι αυτός κατά την επίλυση του τραγικού τούτου διλήμματος ενήργησε κατά τα λοιπά σύννομα και όπως ορίζει το άρθρο 15 ΚΙΔ.

12. Αμέλεια – Άρθρο 28 Ποινικού Κώδικα

Ένα ακόμα ζήτημα που πρέπει να εξεταστεί, είναι αυτό της πιθανής αμέλειας του ιατρού κατά τη διαλογή στις καταστροφές. Σύμφωνα με το άρθρο 28 ΠΚ: «Από αμέλεια πράττει όποιος από έλλειψη της προσοχής την οποία όφειλε κατά τις περιστάσεις και μπορούσε να καταβάλει, είτε δεν προέβλεψε το αξιόποιο αποτέλεσμα που προκάλεσε η πράξη του, είτε το προέβλεψε ως δυνατό, πίστεψε όμως ότι δε θα επερχόταν» [19,21]. Για τη στοιχειοθέτηση των αδικημάτων από αμέλεια και λαμβάνοντας υπ' όψιν το παράδειγμα του ιατρού που εκτελεί διαλογή σε περιπτώσεις ΜΑΥ αναβάλλοντας την περίθαλψη ασθενών, θα πρέπει να συντρέχουν σωρευτικά τα παρακάτω στοιχεία:

- Ο ιατρός να μην κατέβαλε την απαιτούμενη κατ' αντικειμενική κρίση προσοχή που όφειλε να καταβάλει ο μέσος συνετός ιατρός ίδιας ειδικότητας με βάση την πείρα, τη κοινή λογική και τους ιατρικούς κανόνες, ευρισκόμενος κάτω από τις ίδιες πραγματικές περιστάσεις.
- Να μπορούσε ο ιατρός βάσει της ιδιότητάς του και των προσωπικών του γνώσεων και ικανοτήτων, να προβλέψει και να αποφύγει το αξιόποιο αποτέλεσμα το οποίο είτε δεν προέβλεψε (μη συνειδητή αμέλεια), είτε πίστεψε ότι δε θα επερχόταν (συνειδητή αμέλεια)
- Να επήλθε το μη επιθυμητό αποτέλεσμα και να υπάρχει αιτιώδης σύνδεσμος μεταξύ ενέργειας ή παράλειψης και αυτού [18,21].

Ένας ιατρός συνεπώς που διενεργεί διαλογή σε ΜΑΥ θεωρούμε ότι είναι απίθανο να είναι απρόσεκτος, επιπόλαιος ή αμελής καθώς δρα με βάση τους κανόνες της επιστήμης, ενώ προφανώς αντιλαμβάνεται ότι υπάρχει σημαντική πιθανότητα βλάβης ή θανάτου για τους ασθενείς των οποίων αναβάλλει την περίθαλψη. Κατά συνέπεια είναι μάλλον σπάνιο το ενδεχόμενο μη συνειδητής ή συνειδητής αμέλειας του ιατρού, οπότε και ο ιατρός δεν επέδειξε την απαραίτητη προσοχή ή πίστεψε ότι δε θα επέλθει το αξιόποιο αποτέλεσμα. Αμέλεια θα μπορούσε να υπάρξει μόνο στην

περίπτωση ιατρικού σφάλματος κατά τη διαλογή, όπου ο ιατρός έκανε υποκατηγοριοποίηση σε χαμηλότερο επίπεδο προτεραιότητας, θέτοντας λάθος διάγνωση, έχοντας όμως ως ελαφρυντικό σε αυτή τη περίπτωση υποδιαλογής την ιδιαίτερη πίεση χρόνου, την ταχύτητα με την οποία πρέπει να εκτελεστεί η διαλογή, την ανεπάρκεια διαγνωστικών εργαλείων στο πεδίο και τις ακραίες συνθήκες που επικρατούν.

Είναι προφανές ότι η διάκριση μεταξύ ενδεχόμενου δόλου και ενσυνείδητης αμέλειας είναι εξαιρετικά δύσκολη, ενώ ακόμα και κατά τη διαδικασία απονομής της Δικαιοσύνης στην πράξη, παρατηρούνται πολλάκις αντικρουόμενες απόψεις, διαφορετικές προσεγγίσεις και ενίοτε εκ διαμέτρου αντίθετες δικαστικές αποφάσεις. Το σημαντικότερο όμως είναι να γίνει αντιληπτό, πως ενώ το γνωσιακό στοιχείο δε διαφέρει καθώς και στις δύο περιπτώσεις προβλέπεται το αξιόποιο αποτέλεσμα που θα προκύψει από την παράλειψη της περίθαλψης εν προκειμένω, διαφέρει το βουλευτικό στοιχείο, δηλαδή στην ενσυνείδητη αμέλεια ο ιατρός πιστεύει πραγματικά ότι θα αποφευχθεί η βλάβη ή ο θάνατος του ασθενή, ενώ στον ενδεχόμενο δόλο ο ιατρός απλώς ελπίζει στην αποφυγή τους [20]. Παρότι ο ενδεχόμενος δόλος ως όρος ηχεί ακραίος όταν χαρακτηρίζει τις πράξεις ή τις (αναγκαστικές) παραλείψεις του ιατρού που ως λειτουργός υγείας επιχειρεί σε ένα πεδίο καταστροφής, εάν ιδωθεί με την αυστηρή νομική έννοια, είναι ακριβώς αυτό: ένας έμπειρος ιατρός που ενεργεί σύμφωνα με τους κανόνες της επιστήμης, παραλείπει να περιθάλψει έναν βαρέως πάσχοντα ασθενή και γνωρίζει πολύ καλά τις συνέπειες της παράλειψης αυτής την ώρα που επιλέγει ή υποχρεώνεται να στραφεί σε έτερο άτομο, που έχει την αυτή ανάγκη περίθαλψης. Προφανώς ο ιατρός δεν δρα με ιδιοτέλεια, προφανώς δεν επιδοκιμάζει το αποτέλεσμα, αλλά το αποδέχεται έστω και αναγκαστικά προκειμένου να διασώσει έναν άλλο ασθενή. Ενδεικτικές είναι και οι αποφάσεις του Αρείου Πάγου που επικυρώνουν τα ανωτέρω και παρατίθενται στο παράρτημα.

ΜΕΡΟΣ Ε΄

13. Συμπεράσματα

Οι Μαζικές Απώλειες Υγείας όταν προκύπτουν, επιβάλλουν στους υγειονομικούς να ενεργήσουν υπό πολύ διαφορετικές συνθήκες σε σχέση με αυτές που έχουν συνηθίσει καθημερινά στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) των νοσοκομείων. Ακόμα και προσωπικό που είναι εκπαιδευμένο στη διαλογή στα ΤΕΠ (επειγοντολόγοι, νοσηλευτές επειγόντων κ.α.) [22] και το οποίο συνεχώς διαχειρίζεται ιδιαίτερα δύσκολα περιστατικά βαρέως πασχόντων και πολυτραυματιών, όταν έρθει η ώρα να επιχειρήσουν στο πεδίο ή ακόμα και εντός νοσοκομείου σε μια καταστροφή προβληματίζονται ιδιαίτερα.

Αναμφίβολα η άσκηση της ιατρικής σε ένα ιδιαίτερα απαιτητικό και ακραίο περιβάλλον όπως είναι αυτό των καταστροφών, φέρει τον ιατρό αντιμέτωπο με τραγικά διλήμματα, καθώς μέσα από τη διαδικασία της διαλογής, συχνά καλείται να επιλέξει ποιους ασθενείς θα περιθάλψει και ποιων τη φροντίδα θα αναβάλλει, κάτι που έρχεται σε πλήρη αντίθεση με αυτό που έχει ορκιστεί αλλά και επιθυμεί να πραγματοποιήσει, την πλήρη και αμέριστη φροντίδα για κάθε ασθενή. Η διαλογή των ασθενών στις καταστροφές μπορεί να έχει δεχθεί επικρίσεις, αλλά αποτελεί ουσιαστικά μονόδρομο ώστε να γίνει η βέλτιστη, ορθολογική αξιοποίηση των περιορισμένων υλικών και ανθρώπινων πόρων για να προκύψει το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα ως σύνολο, για το μεγαλύτερο δυνατό αριθμό ασθενών. Η διαλογή επιβάλλεται από την ιατρική καταστροφών και είναι ευρέως αποδεκτή από την επιστημονική κοινότητα, καθώς σε περίπτωση μη εφαρμογής της, θα προέκυπτε όχι απλά βλάβη της υγείας πολλών ανθρώπων, αλλά και μεγάλος αριθμός θανάτων λόγω της λανθασμένης χρήσης των διαθέσιμων μέσων.

Σε ένα τέτοιο χαοτικό περιβάλλον, ουδείς δύναται να απαιτήσει από τον ιατρό τα αδύνατα, “*impossibile nulla obligatio est*”. Γι αυτό, παρά το γεγονός ότι η ιατρική φροντίδα των ασθενών αποτελεί νομικό καθήκον των υγειονομικών και παρότι η διαλογή καθαυτή ως διαδικασία αντιτίθεται σε βασικές αρχές του δικαίου και της ηθικής, εν τέλει αυτή επιβάλλεται από τη σκληρή

πραγματικότητα και οφείλει να γίνει αποδεκτή από την έννομη τάξη. Όταν ο ιατρός ενεργεί “lege artis” και προσπαθεί με σεβασμό στην ανθρώπινη ζωή μέσα από τις γνώσεις και την εμπειρία του, να επιλύσει τα δύσκολα διλήμματα που συναντά, χωρίς διακρίσεις και με αξιοπρέπεια, τότε η οποιαδήποτε επιλογή του δε θα έπρεπε να ενδιαφέρει το Ποινικό Δίκαιο.

Καθώς η διαλογή πραγματικά αγγίζει τον ηθικό πυρήνα άσκησης της ιατρικής στις καταστροφές, απαραίτητη είναι κατά τη γνώμη του γράφοντος η δημιουργία ενός αλγορίθμου κοινώς αποδεκτού, με ιατρικά, νομικά και ηθικά κριτήρια, ώστε ο ιατρός να απαλλαχθεί από το τεράστιο βάρος της απόφασης. Εν κατακλείδι ο ιατρός δεν παύει να είναι ένας υπεύθυνος και ευσυνείδητος επιστήμονας, που μάχεται υπό ιδιαίτερα αντίξοες συνθήκες για να σώσει τους συνανθρώπους του, θέτοντας πολλάκις ακόμα και την προσωπική του ασφάλεια σε κίνδυνο και δε θα πρέπει να τιμωρείται πράττοντας το αυτονόητο...

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Νομολογία Αρείου Πάγου

- Απόφαση 552 / 2011 (Ζ, Ποινικές) και ομοίως,
- Απόφαση 1530/2008 (Ζ, Ποινικές)

«...Ο “δόλος αποδοχής του ενδεχομένου” και η “ενσυνείδητη αμέλεια” είναι συγγενείς έννοιες, διακρίνονται όμως μεταξύ τους βάσει της στάσεως του δράστη απέναντι στο αξιόποιο αποτέλεσμα, αφού στον μεν δόλο αποδοχής του ενδεχομένου ο δράστης “ελπίζει”, “επιθυμεί” ή έστω “εύχεται” να μην επέλθει αυτό, στην δε ενσυνείδητη αμέλεια “πιστεύει” κάτι τέτοιο.

Εξάλλου κατά τη διάταξη του άρθρου 15 ΠΚ όπου ο νόμος για την ύπαρξη αξιόποινης πράξης απαιτεί να έχει επέλθει ορισμένο αποτέλεσμα, ή μη αποτροπή του τιμωρείται όπως η πρόκλησή του με ενέργεια, αν ο υπαίτιος της παράλειψης είχε ιδιαίτερη νομική υποχρέωση να παρεμποδίσει την επέλευση του αποτελέσματος. Η διάταξη αυτή προβλέπει το δια παραλείψεως τελούμενο έγκλημα, το οποίο θεωρείται υφιστάμενο οσάκις αυτός που παρέλειψε να αποτρέψει την επέλευση αποτελέσματος ανήκοντος στην αντικειμενική υπόσταση ορισμένου εγκλήματος τελέσεως τιμωρείται όπως αυτός που δι' ενεργείας παρήγαγε το αποτέλεσμα, δηλαδή ο δράστης του εγκλήματος τελέσεως. Πρόκειται για ειδική μορφή εγκλήματος, δεδομένου ότι η αντικειμενική υπόστασή του τελείται όχι μόνο δι' ενεργείας, αλλά και δια παραλείψεως, που εξομοιώνεται νομικώς με την δι' ενεργείας παραγωγή του αποτελέσματος. Προϋπόθεση εφαρμογής της είναι η ύπαρξη ιδιαίτερης, δηλαδή ειδικής και όχι γενικής υποχρεώσεως του υπαιτίου για ενέργεια που τείνει στην παρεμπόδιση του αποτελέσματος, για την επέλευση του οποίου ο νόμος απειλεί ορισμένη ποινή...»

- Απόφαση 282 / 2013 (Ζ, Ποινικές)

«...Η “ελπίδα” και κατά μείζονα λόγο η απλή ευχή ή επιθυμία του δράστη να μην επέλθει το προβλεπόμενο από αυτόν ως ενδεχόμενο εγκληματικό αποτέλεσμα, εντάσσονται στο πεδίο του ενδεχόμενου δόλου και όχι στο πεδίο της συγγενούς προς αυτόν εννοίας της “ενσυνείδητης αμέλειας”, για τη συνδρομή της οποίας απαιτείται όχι ελπίδα, αλλά πίστη περί μη επελεύσεως του εγκληματικού αποτελέσματος. Τούτο καθ' όσον η συνέχιση της κινδυνώδους δραστηριότητας, έστω και με την ελπίδα αποφυγής του εγκληματικού αποτελέσματος, καταδεικνύει ότι σπουδαιότερη για το δράστη είναι η επίτευξη του τελικού σκοπού του, παρά η διαφύλαξη του εννόμου

αγαθού, του οποίου πιθανολογείται η βλάβη. Η αποδοχή του εγκληματικού αποτελέσματος αποτελεί, κατά τα ανωτέρω, το κυρίαρχο στοιχείο της έννοιας του ενδεχομένου δόλου και εννοιολογικά είναι εντελώς διαφορετική από την πίστη ότι δεν θα επέλθει το εγκληματικό αποτέλεσμα, η οποία αποτελεί, κατά το άρθρο 28 του ΠΚ, στοιχείο της ενσυνείδητης αμέλειας, αλλά και την ειδοποιό διαφορά μεταξύ αυτής και ενδεχομένου δόλου, αφού η πρόβλεψη του εγκληματικού αποτελέσματος αποτελεί κοινό στοιχείο και των δύο. Δηλαδή ο ενδεχόμενος δόλος και η ενσυνείδητη αμέλεια μοιάζουν στο γνωστικό ή διανοητικό στοιχείο, αφού και στις δύο περιπτώσεις ο δράστης πιθανολογεί την επέλευση του αποτελέσματος. Διαφέρουν όμως ριζικά στο βουλητικό στοιχείο, διότι στην ενσυνείδητη αμέλεια ο δράστης αποκρούει εσωτερικά το αποτέλεσμα, ενεργεί όμως, γιατί εσφαλμένα πιστεύει ότι θα το αποφύγει, ενώ στον ενδεχόμενο δόλο ο δράστης την κρίσιμη χρονική στιγμή της πράξεως ή της παραλείψεώς του δεν απώθησε από τη συνείδησή του το εγκληματικό αποτέλεσμα που είχε προβλέψει και, εντεύθεν, το επιδοκίμασε. Ωστε λοιπόν ενδεχόμενος δόλος υπάρχει όταν ο δράστης γνωρίζει το αποτέλεσμα ως πιθανό (ενδεχόμενο) και το αποδέχεται, υπό την έννοια ότι το επιδοκίμαζει ή συμβιβάζεται με αυτό...»

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. United Nations Office for Disaster Risk Reduction. Accessed January 18, 2022. <https://www.undrr.org/terminology/disaster>
2. Keith Stone, Roger Humphries. CURRENT Diagnosis & Treatment Emergency Medicine Chapter 4. 7th ed. McGraw Hill; 2011
3. Prehospital Trauma Life Support. Ιατρικές Εκδόσεις Λαγός. 2023
4. Antosia R, Cahill J. Bioterrorism and Disaster Medicine. 1st ed. New York: Springer; 2006.
5. Hogan D, Burstein J. Ιατρική Καταστροφών. 1st ed. Αθήνα: Πασχαλίδης; 2010.
6. Graves I, Hunt P. Responding to terrorism, a medical handbook. 1st ed.: Churchill Livingstone; 2011.
7. P.Skandalakis et al. To afford the wounded speedy assistance: Dominique Jean Larrey and Napoleon. World Journal of Surgery (2006) 30: 1392-99
8. H. Nakao, I. Ukai, J Kotani. A review of the history of the origin of triage from a disaster medicine perspective. Acute Medicine & Surgery 2017;4:379-384
9. World Medical Association. Statement on medical ethics in the event of disasters. <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/d7/index.html>. Accessed May 11, 2010.
10. Keyes D, Burstein J, Schwartz R, Swienton R. Medical Response to Terrorism. 1st ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005.
11. E.B. Lerner et al. Mass Casualty Triage: An evaluation of the science and refinement of national guideline. Disaster Med Public Health Preparedness. 2011;5:129-137
12. Persad G, Wertheimer A, Emanuel E. Principles for allocation of scarce medical interventions. Lancet 2009;373:423-31
13. Emanuel E. et al. Fair allocation of scarce medical resources in the time of COVID-19. N Engl J Med 2020 May. 382;21
14. Bester J. The two components of Beneficence and Wellbeing in Medicine: A Restatement and Defense of the Argument. Am J Bioeth, 2020 Jun; 20(5): W4-W11

15. Jon Mandle. Rawls's A Theory of Justice. An introduction. 2009.
Cambridge University Press
16. Cookson R, Dolan P. Principles of justice in health care rationing. Journal of Medical Ethics 2000;26:323-329
17. Emanuel E et al. An ethical framework for global vaccine allocation. Science 2020; Vol369:issue6509
18. Άννα Μαυροφόρου – Γιαννούκα. Ιατρική ευθύνη και ηθική. Πανεπιστημιακές Εκδόσεις Θεσσαλίας. 2012
19. Παρασκευόπουλος Ν., Τα θεμέλια του ποινικού δικαίου. Εκδ Σάκκουλα. 2020
20. Φράγκος Κ., Ιατρική ευθύνη. Εκδ. Σάκκουλα. 2018
21. Βούλτσος Π, Ψαρούλης Δ. Ιατρικό Δίκαιο – Στοιχεία Βιοηθικής. University Studio Press. Β΄ Έκδοση 2021
22. Ποντισίδης Γ και συν. Γνώσεις και δεξιότητες Ελλήνων επαγγελματιών υγείας αναφορικά με τη διαλογή (triage) σε τμήματα επειγόντων περιστατικών. Archives of Hellenic Medicine 2021, 38(4):497-507