



ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΗΘΙΚΗ ΣΤΙΣ ΒΙΟΪΑΤΡΙΚΕΣ ΕΠΙΣΤΗΜΕΣ



Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία

«Η διάκριση του ιατρικού σφάλματος από την ιατρική επιπλοκή»

υπό

ΔΗΜΗΤΡΑΣ Μ. ΖΙΩΓΑ
Ασκούμενης δικηγόρου

Η παρούσα υποβλήθηκε για την εκπλήρωση μέρους των απαιτήσεων για την
απόκτηση του Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης
«Δεοντολογία και Ηθική στις Βιοϊατρικές Επιστήμες»

Λάρισα, 2020

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια: Κα. Άννα Μαυροφόρου, Καθηγήτρια Δεοντολογίας και Βιοηθικής, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

Μέλη Εξεταστικής Επιτροπής:

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

«The determination of medical error and medical complication»

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Περίληψη	5
Κεφάλαιο 1 ^ο Εισαγωγή	6
1.1 Σκοπός.....	6
1.2 Μεθοδολογία:	6
ΚΥΡΙΟ ΜΕΡΟΣ:.....	8
Κεφάλαιο 2 ^ο . Ιατρικό σφάλμα - ιατρική επιπλοκή	8
2.1 Ιατρική πράξη. Η γνώμη των ιατρών και η αξιολόγηση των νομικών	8
2.1.1. Πώς αξιολογεί ένας νομικός μία ιατρική πράξη που δεν είχε το προσδοκώμενο αποτέλεσμα;	8
2.1.2 Πως αξιολογεί ένας ιατρός μια ιατρική πράξη που δεν είχε το προσδοκώμενο αποτέλεσμα	9
2.2 Ορισμός ιατρικού σφάλματος.....	10
2.3 Διαπίστωση και κατηγοριοποίηση του ιατρικού σφάλματος	11
2.4 Περιστατικά κατά τα οποία το αποτέλεσμα της ιατρικής πράξης δεν ήταν το αναμενόμενο: Νομολογική επισκόπηση ιατρικών σφαλμάτων.....	15
Κεφάλαιο 3 ^ο . Εκτενέστερη αναφορά στις ιατρικές επιπλοκές	18
3.1 Ορισμός ιατρικής επιπλοκής.....	18
3.2 Νομολογικές αναφορές στην περίπτωση των ιατρικών επιπλοκών	19
Κεφάλαιο 4 ^ο . Ειδικότερες παρατηρήσεις – Κριτική επισκόπηση.....	22
4.1 Σε κοινό πρωτόκολλο οι κατευθυντήριες για την αποφυγή επιπλοκής και σφάλματος – συγκρουσιακά σημεία μεταξύ των δύο εννοιών	22
4.2 Ποιος ο ρόλος τελικά του «μέσου συνετού ιατρού»;	28
Κεφάλαιο 5 ^ο . ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΙΚΕΣ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ	31
Κεφάλαιο 6 ^ο ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	34

«*primum non nocere*»

Περίληψη

Η ιατρική επιστήμη βρίθει περιστατικών κατά τα οποία το αποτέλεσμα της ιατρικής πράξης δεν ήταν το αναμενόμενο: ο ασθενής υπέστη βλάβη στα έννομα αγαθά της υγείας, της ζωής, της σωματικής ακεραιότητας του, είτε επειδή προέκυψε ιατρικό σφάλμα είτε εξαιτίας κάποιας ιατρικής επιπλοκής.

Η παρούσα διπλωματική επικεντρώνεται στην εννοιολογική προσέγγιση του ιατρικού σφάλματος και της ιατρικής επιπλοκής, μέσα από δευτερογενείς πηγές της ιατρικής επιστήμης. Στη συνέχεια, τη σκυτάλη λαμβάνει η παράθεση των απόψεων της νομικής θεωρίας και η θέση της νομολογίας, από όπου προκύπτει η διαφορετική προσέγγιση που επιφυλάσσει για τις υποθέσεις ιατρικού σφάλματος ο νομοθέτης, όπως παρουσιάζεται μέσα από νομολογιακή επισκόπηση υποθέσεων ιατρικού σφάλματος.

Από την ως άνω ανάλυση αφενός προέκυψε ότι, υπάρχει σημαντική διαφοροποίηση των επιπλοκών από τις υποθέσεις των ιατρικών σφαλμάτων, διότι για να φτάσει στο δικαστήριο μία υπόθεση επιπλοκής πρέπει να εξεταστεί η αιτιακή σχέση της επιπλοκής σε συνδυασμό με τα ποσοστά πιθανότητας να επέλθει, η δε πιθανολόγηση αυτή πρέπει να βιβλιογραφείται, εν αντιθέσει με το σφάλμα όπου ο ιατρός κατηγορείται ευθέως για εσφαλμένη ιατρική πράξη, αφετέρου απαντώνται τα ως εκ της ανάλυσης εγειρόμενα ζητήματα με βασικότερα αυτό της τήρησης ενός κοινού πρωτοκόλλου για την αποφυγή επιπλοκής και σφάλματος και εκείνο του ρόλου του «μέσου συνετού ιατρού».

Πάντως από νομικής πλευράς και σε συνάρτηση με τα παραπάνω, πρέπει αργίσι να πούμε ότι το ζήτημα της ευθύνης των ιατρών, είναι συνολικά αποδεικτικό. Αυτό πρακτικά σημαίνει ότι, είναι πολύ σημαντικό ο ιατρός να τηρεί ένα πλήρες ιστορικό/ έναν πλήρη φάκελο των ενεργειών του, για να αποδείξει όσα ορθώς εφήρμοσε και όσα οι κοινώς παραδεκτοί κανόνες της ιατρικής επιστήμης προέβλεπαν.

Λέξεις Κλειδιά: Ιατρική Ευθύνη, Ιατρικό Λάθος (από ιατρικής απόψεως), Ιατρική Αμέλεια (από νομικής απόψεως), Ιατρική Επιπλοκή, Επιμέλεια Μέσου Ιατρού.

Κεφάλαιο 1^ο Εισαγωγή

Από τη στιγμή που ο Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας έδωσε στον ασθενή το δικαίωμα απόλυτης και πλήρους ενημέρωσης κι ο ασθενής αντιλήφθηκε ότι η υποβολή του σε οποιαδήποτε ιατρική πράξη συνιστά αποτέλεσμα της ουσιαστικής συνεργασίας του με τον ιατρό του παύοντας πια ο ιατρός να έχει έναν αυστηρά πρωταγωνιστικό ρόλο, οι καταγγελίες εις βάρος ιατρών και νοσοκομείων ακολούθησαν αυξητική τάση, όπως αποδεικνύεται από την πληθώρα δικαστικών αποφάσεων που διατίθεται αυτή τη στιγμή ακόμη και διαδικτυακά.

Σημείο κομβικό για την ανάλυσή μας, αποτελεί ακριβώς η υπερασπιστική γραμμή που ακολουθείται από την πλευρά ιατρών και νοσοκομείων η οποία έχει να απαντήσει σε πληθώρα νομικών ζητημάτων, όπως μεταξύ άλλων την ύπαρξη ευθύνης του ιατρού, την παραβίαση εκ μέρους του θεμελιωδών διατάξεων του Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας, του αστικού και ποινικού κώδικα, την ύπαρξη ιατρικού σφάλματος ή ιατρικής επιπλοκής, την απόδειξη των όσων θα επικαλεστεί κλπ.. Για την ανάλυση των δύο αυτών διαφορετικών εννοιών και για τον πλήρη διαχωρισμό τους, συντάχθηκε η παρούσα διπλωματική, με εκτενέστερες και ειδικότερες αναφορές: α) στον ορισμό τους β) στα σημεία ομοιότητάς τους γ) στην προσέγγισή τους από τα ελληνικά δικαστήρια δ) στις κατευθυντήριες που μπορούν να ακολουθηθούν από την πλευρά του ιατρικού προσωπικού αποσκοπώντας στον σταδιακό αλλά μεθοδικό περιορισμό των υποθέσεων ιατρικής αμέλειας που εισάγονται στα δικαστήρια.

1.1 Σκοπός

Σκοπός της εν λόγω ΜΔΕ είναι η εννοιολογική προσέγγιση του ιατρικού σφάλματος και της ιατρικής επιπλοκής και η από νομικής σκοπιάς προσέγγιση της συμπεριφοράς του ιατρού στην περίπτωση που προκύψει είτε ιατρικό σφάλμα είτε ιατρική επιπλοκή ώστε οι κατευθυντήριες για την αποφυγή επιπλοκής και σφάλματος να εντάσσονται σε ένα κοινό πρωτόκολλο, εξηγώντας παράλληλα ποιος είναι ο ρόλος του μέσου συνετού ιατρού που λαμβάνεται σε κάθε υπόθεση υπόψη.

1.2 Μεθοδολογία:

Στην παρούσα εργασία ακολουθήθηκε η μέθοδος της βιβλιογραφικής ανασκόπησης. Ειδικότερα συλλέχθηκαν απόψεις και έννοιες από έγκριτα βιβλία της

νομικής επιστήμης, της ιατρικής καθώς και από νομικά και ιατρικά περιοδικά, προκειμένου να καταγραφούν και να αναλυθούν τα καίρια ζητήματα της διπλωματικής που είναι τα εξής: τι είναι ιατρικό σφάλμα και τι ορίζεται ως ιατρική επιπλοκή, πώς αντιμετωπίζονται νομικά οι δύο περιπτώσεις, ποιες είναι οι υποχρεώσεις του ιατρού απέναντι στον ασθενή, εάν μπορούν να ενταχθούν σε ένα κοινό πρωτόκολλο οι κατευθυντήριες για την αποφυγή επιπλοκής και σφάλματος και τέλος ποιος είναι ο ρόλος του μέσου συνετού ιατρού που λαμβάνεται σε κάθε υπόθεση υπόψη. Ολοκληρώνοντας, για την πληρέστερη ανάλυση των παραπάνω ζητημάτων χρησιμοποιήθηκαν ελεγμένες πηγές του διαδικτύου ενώ παράλληλα κατατέθηκε και η άποψη της νομολογίας.

Ως προς τη θεμελίωση των εγειρόμενων ζητημάτων, ακολουθείται η εξής δομή:

Στο πρώτο εισαγωγικό κεφάλαιο δίδεται ο σκοπός και η μεθοδολογία της παρούσας διπλωματικής και στο δεύτερο κεφάλαιο επιχειρείται μια εννοιολογική προσέγγιση του ιατρικού σφάλματος, πώς διαπιστώνεται και πώς κατηγοριοποιείται. Έπειτα, παρουσιάζονται οι de lege lata συνέπειες και δη μέσα από την νομολογιακή επισκόπηση του επίμαχου θέματος.

Ακολουθως, στο τρίτο κεφάλαιο γίνεται προσπάθεια ανάλυσης του τί ορίζουμε ως επιπλοκή, πώς θα πρέπει να ενεργήσει ένας ιατρός προκειμένου να βοηθήσει τον εαυτό του στο δικαστήριο όταν από επιπλοκή ο ασθενής που θεράπευε απεβίωσε ή όταν από επιπλοκή προκλήθηκε σοβαρή βλάβη στην υγεία του, με ειδικότερες νομολογιακές επισημάνσεις, εξετάζοντας και το συντρέχον πταίσμα του ασθενούς σε αυτήν την περίπτωση.

Εν συνεχεία, στο Τέταρτο κεφάλαιο, απαντώνται τα εγειρόμενα ζητήματα ως αυτά προέκυψαν εκ των ανωτέρω, ήτοι εάν μπορούν να ενταχθούν σε ένα κοινό πρωτόκολλο ορισμένες κατευθυντήριες τόσο για την αποφυγή επιπλοκής όσο και σφάλματος και τέλος ποια είναι η συνδρομή του μέσου συνετού ιατρού, ως αμφιλεγόμενο θέμα μεταξύ των 2 επιστημών -ιατρικής και νομικής-.

Η ΜΔΕ ολοκληρώνεται με τις συμπερασματικές παρατηρήσεις και με τη σχετική βιβλιογραφία.

ΚΥΡΙΟ ΜΕΡΟΣ:

Κεφάλαιο 2^ο. Ιατρικό σφάλμα - ιατρική επιπλοκή

Πριν προσεγγίσουμε τις έννοιες του ιατρικού σφάλματος και της ιατρικής επιπλοκής, κρίνεται σκόπιμο να δώσουμε την διαφορετική θέαση και αξιολόγηση των ιατρικών πράξεων από τους ιατρούς και από τους νομικούς.

2.1 Ιατρική πράξη. Η γνώμη των ιατρών και η αξιολόγηση των νομικών

Γενικά θα λέγαμε ότι η υποστήριξη της κατηγορίας από πλευράς του ασθενούς δε θα έπρεπε να βιαστεί να χαρακτηρίσει αμελή τη συμπεριφορά του ιατρού αποδίδοντας ως εκ τούτου στην ιατρική πράξη τον ορισμό του ιατρικού σφάλματος.

2.1.1. Πώς αξιολογεί ένας νομικός μία ιατρική πράξη που δεν είχε το προσδοκώμενο αποτέλεσμα;

Ένας νομικός με γνώμονα τις γνώσεις του και την επιστημονική του κατάρτιση, καταρχήν μπορεί να υπαγάγει τα πραγματικά περιστατικά σε κανόνες δικαίου και να αξιολογήσει αν εκείνοι παραβιάστηκαν. Μ αυτόν τον τρόπο το ιατρικό σφάλμα προκύπτει ουσιαστικά ως νομικό αποτέλεσμα μιας εσφαλμένης ιατρικής πράξης. Για παράδειγμα, όταν ένας μαιευτήρας-γυναικολόγος αμελήσει να αποκαταστήσει την επισιοτομή ασθενούς μετά τον τοκετό, πρόκειται για ιατρικό σφάλμα, αφού δεν ενήργησε καλότεχνα (*lege artis*) όπως ορίζει ο Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας.

Από την άλλη μεριά, είναι εντελώς διαφορετική η αξιολόγηση της επιπλοκής, η επέλευση της οποίας επηρεάζεται συνηθέστερα από την παράβαση της υποχρέωσης ενημέρωσης του ασθενούς από τον ιατρό (βλ. κατωτέρω νομολογία και ειδικότερη αναφορά στο άρθρο 11 του ΚΙΔ). Και τούτο συμβαίνει διότι η ενημέρωση του ασθενούς αντιμετωπίζεται ως εκείνη η ιατρική πράξη η οποία υπόκειται ρητά σε όλους τους κανόνες και στους περιορισμούς που επιβάλλει η ιατρική δεοντολογία. Ενδεικτικά στο άρθρο 11 παρ.1 του ΚΙΔ ορίζεται ότι «ο ιατρός έχει καθήκον αληθείας προς τον ασθενή. Οφείλει να ενημερώνει πλήρως και κατανοητά τον ασθενή για την πραγματική κατάσταση της υγείας του, το περιεχόμενο και τα αποτελέσματα της

προτεινόμενης ιατρικής πράξης, τις συνέπειες και τους ενδεχόμενους κινδύνους ή επιπλοκές από την εκτέλεσή της.....» Η διάταξη αυτή του ΚΙΔ επιβάλλει την πλήρη ενημέρωση του ασθενούς, από το περιεχόμενο και τα αναμενόμενα αποτελέσματα της προτεινόμενης ιατρικής πράξης, μέχρι και τους ενδεχόμενους κινδύνους και επιπλοκές¹.

Έρχεται λοιπόν ο νομικός αντιμέτωπος με δύσκολα ερωτήματα που πρέπει να απαντηθούν όπως: πότε υφίσταται επιπλοκή, ποιος ορίζει την έννοια της επιπλοκής, ποια η αιτιακή σχέση της επιπλοκής με την επιχειρούμενη ιατρική πράξη, ποια η πιθανότητα επέλευσης της. Έδωσε επαρκείς πληροφορίες ο ιατρός στο πλαίσιο της ενημέρωσης του ασθενούς για όλα τα παραπάνω ζητήματα ούτως ώστε να θεωρείται ότι λειτούργησε καλότεχνα (lege artis) κατά την άσκηση των καθηκόντων του; Στο πλαίσιο αυτό, φαίνεται ότι ακόμη και οι πιθανολογούμενες αιτίες γύρω από την επέλευση της επιπλοκής πρέπει να προκύπτουν από την ιατρική βιβλιογραφία ώστε να θεμελιώνουν πρώτα υποχρέωση ενημέρωσης.

2.1.2 Πως αξιολογεί ένας ιατρός μια ιατρική πράξη που δεν είχε το προσδοκώμενο αποτέλεσμα

Η δικαιοδοσία των δικαστηρίων να κρίνουν τα τυχόν ιατρικά λάθη, αμφισβητήθηκε έντονα στο παρελθόν², αμφισβητείται όμως και σήμερα. Οι ιατροί αντιμετωπίζουν διαφορετικά από τους νομικούς μια ιατρική πράξη που δεν είχε το επιθυμητό αποτέλεσμα. Αμφισβητούν κυρίως, μεταξύ άλλων, το γνωστικό υπόβαθρο ελλείπει του οποίου οι νομικοί την αξιολογούν. Ίσως επειδή δεν θεωρούν ότι κάποιος μη γνώστης της ιατρικής επιστήμης, μπορεί να σχηματίσει ορθή και ακριβή άποψη σε ιατρικά ζητήματα, όπως δεν μπορεί ένας ιατρός ελλείπει νομικής κατάρτισης να σχηματίσει ακριβή δικανική πεποίθηση σε νομικά ζητήματα. Μπορεί όμως και η εν γένει επιφυλακτική στάση τους προς την αξιολόγηση των ιατρικών πράξεων από τους

¹ Κ. Κούρκουλου/ Ευ. Λάζαρη ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΙΚΑΙΟΣΥΝΗ «Το περιεχόμενο της ενημέρωσης του ασθενούς υπό τον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας» τόμ.57, τεύχ.3^ο, έτος 2016 Μάιος Ιούνιος, εκδ. ΣΑΚΚΟΥΛΑ. (σελ. 724-725)

² Χαραλαμπίκης Αρ. ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΥΘΥΝΗ νομικές και δεοντολογικές παράμετροι, εκδ. Αθήνα 2016 ΣΑΚΚΟΥΛΑ Βλ. σχετ. υποσημ. Αρ.1 σελ. 2 όπου σε ποινική διαδικασία ενώπιον του Αρείου Πάγου (ΑΠ56/1903) που έλαβε χώρα ήδη προ εκατό περίπου ετών (!!!!!!!) αμφισβητήθηκε από την αναρεσειούσα ιατρό η δυνατότητα των ποινικών δικαστηρίων να κρίνουν τα τυχόν ιατρικά λάθη, καθότι πρόκειται για «γεγονότα απολύτως αβέβαια και ανεπίδεκτα εκτιμήσεως..... τίνες θα δικάσωσιν περί ιατρικών προβλημάτων; Οι δικασταί;»

νομικούς να είναι απόρροια της κρυφής ελπίδας ή της αγωνίας τους να απαλλαγθούν από τις τυχόν κατηγορίες που τους αποδίδονται.

Πρέπει να γίνει κατανοητό πως η δικαιολογημένη ανεπάρκεια των δικαστών σε ιατρικές γνώσεις καλύπτεται από τον θεσμό του ειδικού πραγματογνώμονα, ο οποίος είναι ιατρός συναφούς ή όμοιας ειδικότητας με τον υπόδικο ιατρό και αναλαμβάνει τον ρόλο του αρωγού στο έργο τους, στην διατύπωση δηλαδή της δικανικής κρίσης. Από την άλλη πλευρά και οι ίδιοι οι δικαστές είναι στην πλειοψηφία τους πια εξοικειωμένοι με υποθέσεις του ιατρικού δικαίου και η νομολογία μας βρίθει καλά επεξεργασμένων και άρτια διατυπωμένων κρίσεων επ' αυτών. Τα τελευταία δε χρόνια, έχουν άπαντες αντιληφθεί, νομικοί και ασθενείς, πέρα από τους ιατρούς, πως κάθε αρνητικό ιατρικό αποτέλεσμα δεν αποτελεί απαραίτητα ιατρικό σφάλμα, γι' αυτό και πληθαίνουν οι αθωωτικές κρίσεις εμπλεκόμενων ιατρών σε ιατρικές υποθέσεις σε σχέση με το παρελθόν.

2.2 Ορισμός ιατρικού σφάλματος

Είναι η κατώτερη ή υπολειπόμενη ιατρική πράξη ή ιατρική υπηρεσία από εκείνη που θα πρόσφερε ένας συνετός ιατρός μέσης ικανότητας κάτω από τις ίδιες ή παρόμοιες συνθήκες, η οποία είτε δημιούργησε βλάβη στο έννομο αγαθό της υγείας του ασθενούς [σε οποιοδήποτε στάδιο της εκάστοτε ιατρικής πράξης_πχ. ακόμη και κατά τη διάγνωση³] είτε παρέτεινε τη νοσηλεία του. Ειδικότερα, ιατρικό σφάλμα, είναι κάθε αμελής συμπεριφορά ιατρού η οποία υλοποιείται μέσω μη τήρησης των κανόνων της ιατρικής επιστήμης και τέχνης και μη επίδειξης της απαιτούμενης από τον ιατρό επιμέλειας που πρέπει να επιδεικνύει ο μέσος ιατρός της ειδικότητας του⁴.

Διάφοροι επιστήμονες και ερευνητές, διερωτώμενοι για το «τι ορίζεται σε παγκόσμια κλίμακα ως ιατρικό σφάλμα» κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι ο ορισμός του ιατρικού σφάλματος προκύπτει από το αποτέλεσμα που επιφέρει η ιατρική πράξη/παρεχόμενη ιατρική υπηρεσία⁵ [όπως φαίνεται και από τον ορισμό που

³ Ιατρικό σφάλμα κατά το στάδιο της διάγνωσης, υπάρχει όταν ο ιατρός παραβαίνοντας τους κοινώς αναγνωρισμένους κανόνες της ιατρικής επιστήμης δε διαγιγνώσκει τη νόσο του ασθενούς.

⁴ Σημειώσεις της Α. ΜΑΥΡΟΦΟΡΟΥ, ΠΜΣ Ηθική και Δεοντολογία στις Βιοϊατρικές Επιστήμες, Εξάμηνο Α

⁵ Thomas EJ, Brennan TA. Errors and adverse events in medicine: an overview. In: Vincent C, editor. Clinical risk management: enhancing patient safety. London: BMJ Publishing Group; 2001. p. 31-43.

επιχειρήσαμε να δώσουμε παραπάνω δια της παρούσης] με την δικαιολογία της «Ιπποκρατικής» αρχής «primum non nocere» ήτοι «Πρωτίστως, μην βλάπτεις»^{6,7}.

Με άλλα λόγια, ιατρικό σφάλμα υπάρχει όταν ο ιατρός δεν ανταποκρίνεται στα πρότυπα επιμέλειας που θέτει το δίκαιο για τη συμπεριφορά του προκειμένου να γεννηθεί νομική υποχρέωση ενεργώντας *lege artis* (ήτοι καλότεχνα και αναγκαία)⁸.

2.3 Διαπίστωση και κατηγοριοποίηση του ιατρικού σφάλματος

Στο σημείο αυτό και προτού γίνει εκτενής αναφορά σε δικαστικές αποφάσεις, κρίνουμε σκόπιμο να επισημάνουμε ότι ο εμπλεκόμενος ιατρός οφείλει πάντα να αναδεικνύει στο δικαστήριο το επίπεδο της ιατρικής επιστήμης, το επίπεδο της ειδικότητας του και το επίπεδο των μηχανημάτων ή των εργαλείων που χειρίστηκε, τη χρονική στιγμή που πραγματοποίησε την ιατρική πράξη για την οποία κατηγορείται και όχι την χρονική στιγμή που εξετάζεται η συμπεριφορά του στις δικαστικές αίθουσες⁹. Είναι βέβαιο πως ο χρόνος που μεσολάβησε από την τέλεση της ιατρικής πράξης μέχρι την εκδίκαση της υπόθεσής του στο δικαστήριο στον πρώτο βαθμό, πολλώ δε μάλλον και αργότερα, επηρέασε, εξέλιξε ή βελτίωσε την επιστήμη που υπηρετεί και τα μέσα της (μηχανήματα, εργαλεία, φάρμακα)¹⁰. Δεν θα ήταν συνεπώς ορθό να θεωρήσουμε ότι ο ιατρός προέβη σε ιατρικό σφάλμα επειδή με τα σύγχρονα μέσα, εργαλεία ή φάρμακα θα μπορούσε να συμπεριφερθεί με διαφορετικό τρόπο και να αποφύγει την βλάβη της υγείας του ασθενούς.

Ιατρικό σφάλμα εν στενή εννοία έχουμε όταν ο ιατρός προβαίνει σε λανθασμένο εξ αμελείας χειρισμό κατά τη διάρκεια της τέλεσης μίας ιατρικής

⁶ Defining medical error Can J Surg. 12/2005

⁷ “η αξιολόγηση όλων των ανεπιθύμητων αντιδράσεων, ανεξάρτητα από τη σοβαρότητα, είναι απαραίτητη για τον προσδιορισμό της συνολικής τους επίπτωσης και για την ένδειξη του σωρευτικού κινδύνου που αναλαμβάνει ο ασθενής που εκτίθεται σε πολλά φάρμακα και διαδικασίες που χρησιμοποιούνται στη φροντίδα του.” Schimmel EM. The hazards of hospitalization. Ann Intern Med 1964;60:100-9. [PubMed]

⁸ Βλ. παρουσίαση Χ. Σαρδέλη «Ιατρικό Σφάλμα και Ιατρική Επιπλοκή: πως συνδέονται και πως διαφέρουν αυτές οι έννοιες στην καθημερινή ιατρική πρακτική.... «πρόκειται για την αποτυχία εφαρμογής μίας ορθώς σκοπούμενης ιατρικής πράξης»

⁹ Πχ ιατρός κατηγορείται πως στα πλαίσια εξέτασης εγκύου με υπέρηχους το 2016 προέβη σε πλημμελή διάγνωση, με αποτέλεσμα να έρθει στον κόσμο ένα παιδί με προβλήματα υγείας κινητικά και νοητικά. Το μηχάνημα υπέρηχων που χρησιμοποίησε το 2016 για τον υπερηχογραφικό έλεγχο της εγκύου δεν βοήθησε στη διάγνωση και στον εντοπισμό όλων των προβλημάτων του εμβρύου. Ένα όμως σύγχρονο μηχάνημα υπέρηχων, πιθανολογείται σφοδρώς πως θα είχε καλύτερες δυνατότητες, μεγαλύτερη πιστότητα και ευκρίνεια εικόνας. Συνεπώς, αν εξετασθεί η υπόθεση του ιατρού σε πρωτοβάθμιο δικαστήριο το 2020, ο ιατρός οφείλει να αναδείξει- μέσω του συνηγόρου του- τις δυνατότητες του μηχανήματος που χρησιμοποίησε καθώς και το επίπεδο της ειδικότητάς του το 2016.

¹⁰ Σημειώσεις της Α. ΜΑΥΡΟΦΟΡΟΥ, ΠΜΣ Ηθική και Δεοντολογία στις Βιοϊατρικές Επιστήμες, Εξάμηνο Α, σελ.47

πράξης. Για παράδειγμα κατά τη διάρκεια χειρουργικής επέμβασης, ο ιατρός προβαίνει σε ακούσια τρώση διπλανού οργάνου. Το ιατρικό σφάλμα εν ευρεία εννοία, δεν είναι τόσο στενά συνδεδεμένο με την τέλεση της ιατρικής πράξης αυτής καθ' εαυτής. Ο λόγος για τον οποίο κατηγοριοποιούμε το ιατρικό σφάλμα, αφορά στην εγγύτερη απόδειξη του σταδίου στο οποίο μετέλθε ενεργώντας εσφαλμένα ο ιατρός ενεργώντας μόνος ή ως μέλος μιας ιατρικής ομάδας. Επιμέρους διακρίσεις του είναι οι εξής:

I. Σφάλμα κατά την διάγνωση

Ως σφάλμα κατά τη διάγνωση νοείται η παράλειψη εκ μέρους του ιατρού να ακολουθήσει τους κανόνες της ιατρικής επιστήμης που σχετίζονται με την διαγνωστική διαδικασία. Η παράλειψη του αυτή μπορεί να οφείλεται είτε στη μη δικαιολογημένη άγνοια του ως προς τις βασικές διαγνωστικές αρχές, είτε στη μη ορθή στάθμιση της αναγκαιότητας της διαγνωστικής μεθόδου. Σφάλμα κατά την διάγνωση μπορεί να έχουμε στην περίπτωση που ο γιατρός δεν πήρε πλήρες ιστορικό από τον ασθενή του, ή στην περίπτωση που δεν διενήργησε με επιμέλεια τις αναγκαίες κλινικές εξετάσεις, ή στην περίπτωση που δεν έλαβε υπόψιν του κατά την διαγνωστική διαδικασία τις εργαστηριακές εξετάσεις του ασθενούς. Σφάλμα κατά την διάγνωση, οφειλόμενη στην άγνοια του ιατρού, μπορεί να έχουμε και στην περίπτωση που ο τελευταίος θεώρησε ως περιττή την υποβολή του ασθενούς σε χρήσιμες εργαστηριακές ή κλινικές εξετάσεις ή ερμήνευσε εσφαλμένα τα αποτελέσματα κάποιων από αυτές.

II. Σφάλμα κατά τη θεραπεία

Η εσφαλμένη επιλογή ή εφαρμογή μιας θεραπευτικής μεθόδου την οποία προβλέπουν και ορίζουν οι κανόνες της ιατρικής επιστήμης, αποτελεί την δεύτερη κατηγορία ιατρικού σφάλματος. Η θεραπευτική μέθοδος που τελικά θα ακολουθήσει ο ιατρός θα πρέπει να είναι αποτέλεσμα της στάθμισης του οφέλους και του κόστους των διαθέσιμων, για την περίπτωση του ασθενούς, θεραπευτικών μεθόδων. Ο ιατρός διαπράττει σφάλμα κατά την θεραπεία του ασθενούς, όταν παραλείπει να ενεργήσει έγκαιρα αποβλέποντας στην παρεμπόδιση της σωματικής βλάβης του ασθενούς ή του θανάτου του. Ενδεικτικά αναφέρουμε σφάλμα: κατά την εκτέλεση χειρουργικής ή άλλης επέμβασης, κατά την αναισθησία ή την ανάνηψη, στην παροχή θεραπευτικής αγωγής, στην δοσολογία ή στη μέθοδο του φαρμάκου, μη αποδεκτή καθυστέρηση

στην θεραπεία ή ακόμη και ακατάλληλη ή μη ενδεικνυόμενη θεραπεία, εσφαλμένη επιλογή της εφαρμοσθείσας θεραπευτικής (χειρουργικής) μεθόδου συμφώνως προς τους διεθνώς ισχύοντες κανόνες της ιατρικής επιστήμης, απουσία συνεχούς παρακολούθησης της θεραπείας. Στην ίδια κατηγορία, μπορούμε να εντάξουμε την παράλειψη θεραπευτικής ενημέρωσης ή ενημέρωσης ασφαλείας, όταν δηλαδή ο ασθενής δεν ενημερώνεται για τις στατιστικές πιθανότητες του ανεπιτυχούς της ιατρικής πράξης ή διάγνωσης ή ακόμη και των κινδύνων εμφάνισης ή χειροτέρευσης της υγείας του. Στην περίπτωση αυτή, γίνεται λόγος για αυτό που ορίζουμε ως «σφάλμα στην ανάληψη της επέμβασης», διότι υφίσταται αμέλεια ανάληψης του εγχειρήματος από τον θεράποντα ιατρό. Χρήζει επισημάνσεως στο σημείο αυτό ότι, είναι επιβεβλημένη από τον ΚΙΔ η ενημέρωση του ασθενούς ή των οικείων του, όταν ο ίδιος αδυνατεί να ενημερωθεί και συνιστά εκδήλωση της γενικής υποχρέωσης επιμέλειας του ιατρού, ενώ αποσκοπεί στην αποφυγή διακινδύνευσης της υγείας και της ζωής του ασθενούς. Ακόμη, ιατρικά σφάλματα κατά τη διάρκεια των ενεργειών πρόληψης, όπως η μη παροχή προληπτικής θεραπείας, η απουσία συνεχούς παρακολούθησης της θεραπείας θα μπορούσαν να ενταχθούν στην ίδια κατηγορία.

Καθοριστικό ρόλο στην αποφυγή σφαλμάτων κατά το διαγνωστικό αλλά και κατά το θεραπευτικό στάδιο, παίζει η οικοδόμηση μιας σχέσης εμπιστοσύνης και συνεργασίας μεταξύ ασθενούς και ιατρού, καθώς και η παροχή οδηγιών και συστάσεων του ιατρού προς τον ασθενή σχετικά με το ρόλο της άσκησης, της διατροφής, της λήψης φαρμάκων, την αποφυγή επιβλαβών συνηθειών όπως κάπνισμα, κατανάλωση αλκοόλ κλπ .

Συνοψίζοντας, για την τέλεση οποιασδήποτε ιατρικής πράξης, καθοριστικής σημασίας αποβαίνει η εκ μέρους του ιατρού καθοδήγηση του ασθενούς για τη συμμετοχή και συνεργασία του, η παροχή οδηγιών και συστάσεων για τον τρόπο ζωής του ασθενή (πχ διατροφή, κάπνισμα, άσκηση) και για τη λήψη φαρμάκων, η πληροφόρηση για τον κίνδυνο εμφάνισης ασθένειας, επιπλοκής ή χειροτέρευσης της υγείας του ασθενή (πχ ανάγκη περαιτέρω εξετάσεων, εισαγωγής σε Νοσοκομείο κ.α.).

III. Σφάλμα ανάληψης ευθύνης

Ορθώς και με σαφήνεια αποδίδεται ο ορισμός του παρόντος στην πολύ πρόσφατη δικαστική απόφαση του Στρατοδικείου Ξάνθης (132/2021), διαλαμβάνοντας ότι «Το

σφάλμα ανάληψης υφίσταται σε κάθε περίπτωση που ο ιατρός, ή το νοσοκομείο αναλαμβάνει μια ιατρική πράξη χωρίς να διαθέτει τις ατομικές ικανότητες και τις αντικειμενικές προϋποθέσεις τήρησης του οφειλόμενου αντικειμενικού προτύπου επιμέλειας. Με τη γενική αυτή αρχή, ότι ο ιατρός θα πρέπει να διαθέτει ατομικά προσόντα (γνώσεις, εμπειρίες, ικανότητες), σχετίζεται και το ειδικότερο ζήτημα της υποχρέωσης του ιατρού να ενημερώνεται για τις εξελίξεις της ιατρικής επιστήμης και να προσαρμόζει τις επιλογές και μεθόδους που θα ακολουθήσει στην εκάστοτε περίπτωση ασθενούς. Μια κλασική περίπτωση σφάλματος ανάληψης, είναι το σφάλμα σε διενέργεια μιας ιατρικής πράξης, από «αρχάριο» ιατρό ο οποίος οφείλει να τηρήσει το γενικότερο μέτρο επιμέλειας».

IV. Σφάλμα εποπτείας

Σφάλμα εποπτείας έχουμε όταν ο προϊστάμενος ή ειδικός ιατρός δεν εποπτεύει τον ιατρό ή ειδικευόμενο ιατρό στον οποίο ανέθεσε τη διενέργεια ιατρικών πράξεων με αποτέλεσμα ο τελευταίος να μη διαθέτει τις απαραίτητες γνώσεις και την απαραίτητη εμπειρία για τη διενέργεια ιατρικών πράξεων (σφάλμα περί την ανάθεση).

V. Σφάλμα οργάνωσης

Πρόκειται για το σφάλμα αναφορικά με την οργάνωση της παρεχόμενης ιατρικής υπηρεσίας. Η εν λόγω κατηγορία σφαλμάτων, αφορά σε Νοσοκομεία, Κλινικές και εντάσσεται στην κατηγορία της «κοινής αμέλειας» χωρίς να συνδέεται απαραίτητα με την παράβαση των κανόνων της ιατρικής επιστήμης, ως εκτέθηκε ανωτέρω. (πχ. ιδιωτική κλινική επιτρέπει τη διενέργεια επεμβάσεως βαριατρικής στους χώρους της, ενώ δεν προβλέπεται η λειτουργία του συγκεκριμένου τμήματος.

Τέλος, η κακή επικοινωνία ιατρού και ασθενούς αλλά και ιατρού με τους οικείους του ασθενούς, μπορεί να επιβαρύνει την κατάσταση τείνουσα προς εσφαλμένη ιατρική ενέργεια¹¹.

¹¹ Βλ. και σχετική ανάλυση από Τ. ΚΩΣΤΟΥΛΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ «ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΦΑΛΜΑ : έρευνα βάσει δικαστικών αποφάσεων» σελ.35 (διατίθεται online <https://core.ac.uk/download/pdf/161402367.pdf>)

2.4 Περιστατικά κατά τα οποία το αποτέλεσμα της ιατρικής πράξης δεν ήταν το αναμενόμενο: Νομολογιακή επισκόπηση ιατρικών σφαλμάτων

Όταν οι υποθέσεις ιατρικού σφάλματος ακολουθούν τη δικαστική οδό, αυτό έχει ως αποτέλεσμα τη διαμόρφωση από τα ελληνικά δικαστήρια νομολογίας επί του συγκεκριμένου ζητήματος. Παρακάτω λοιπόν, αναφέρονται οι πιο συνήθεις εσφαλμένες ενέργειες των ιατρών, από τις οποίες προκύπτει ιατρικό σφάλμα και για τις οποίες έχει ήδη σχηματίσει άποψη η νομολογία, οπότε θα γίνει πιο κατανοητή η νομική διάσταση του ζητήματος.

Στο σημείο αυτό θα ξεκινήσω την παράθεση της νομολογίας με μια χαρακτηριστική υπόθεση¹², κατά την οποία ο εναγόμενος ιατρός δεν ενημέρωσε^{13,14,15} την ασθενή του για την καταλληλότητα των ενθεμάτων που τοποθέτησε στον οργανισμό της, ούτε για τις τυχόν επιπλοκές που θα μπορούσε να έχει η συγκεκριμένη ιατρική πράξη, στην οποία την υπέβαλε, με αποτέλεσμα την παραμόρφωση της. Μια παραμόρφωση απότοκη αποκλειστικά του πλημμελούς (από αμέλεια) τρόπου και της προχειρότητας με την οποία ενήργησε¹⁶.

Ο εναγόμενος ιατρός επέδειξε αδικοπρακτική συμπεριφορά σε βάρος της ασθενούς κι ενήργησε κατά τρόπο παράνομο και αντίθετο προς το αντικειμενικώς (βλ. κατωτέρω ειδικά στο κεφάλαιο ανάλυσης του ρόλου του «μέσου συνετού ιατρού») επιβαλλόμενο καθήκον επιμέλειας που υποχρεούται να επιδεικνύει ο θεράπων ιατρός

¹² ΑΠ265/2020 όπου επιδικάστηκε εις βάρος του εναγόμενου ιατρού αποζημίωση 30.000 ευρώ εξαιτίας της παραβίασης εκ μέρους του ιατρού της υποχρέωσης ενημέρωσης του ασθενούς.

¹³ Υποστηρίζεται δε η άποψη της μειοψηφίας σύμφωνα με την οποία η υποχρέωση ενημέρωσης του ασθενή αποτελεί κύρια κι όχι παρεπόμενη υποχρέωση που προκύπτει από την ίδια τη Σύμβαση ανάμεσα στον ιατρό και τον ασθενή. Βλ. αντίθετη άποψη Φουντεδάκη, Ιατρικό Δίκαιο Στοιχεία Βιοηθικής, Δ. Ψαρούλης, Π. Βούλτσος, University Studio Press, εκδ. Θεσσαλ.2010, σελ.196

¹⁴ «Η ενημέρωση πρέπει να είναι έγκυρη και ισχυρή». Το ΣτΕ 252/2020 κρίνει ότι «Έγκυρη η συναίνεση μόνο αν έχει προηγηθεί πλήρους ενημέρωσή του από τον θεράποντα ιατρό για την κατάσταση της υγείας του και την ενδεδειγμένη θεραπευτική αγωγή»

¹⁵ Επίσης, ο ασθενής βαρύνεται με την απόδειξη του ισχυρισμού ότι, αν είχε ενημερωθεί επαρκώς, δεν θα είχε υποβληθεί στην ιατρική πράξη που επέφερε τη ζημία, καθώς ο ισχυρισμός αυτός ουσιαστικά εντάσσεται στη στοιχειοθέτηση αιτιώδους συνδέσμου μεταξύ των παραλείψεων που αφορούν τη συναίνεση και την ενημέρωση και της ζημίας από την ιατρική πράξη (Κ. Φουντεδάκη, «Η συναίνεση του ενημερωμένου ασθενούς», σε Ερευνητικό Δίκτυο Α.Π.Θ. (επιμ.), Ιατρική Ευθύνη από Αμέλεια (Αστική - Ποινική) - Ειδικά Θέματα Ιατρικού Δικαίου, εκδ. 2013, σελ. 19 - 21).

¹⁶ Πλην όμως, σύγχυση προκαλείται από τη παρ.3 του άρ.11 του Ν.3418/2005 ορίζει ότι: «Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να καταβάλλεται κατά την ενημέρωση που αφορά σε ειδικές επεμβάσεις, όπως μεταμοσχεύσεις, μεθόδους ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, επεμβάσεις αλλαγής ή αποκαταστάσεως φύλου, αισθητικές ή κοσμητικές επεμβάσεις». Στην προηγηθείσα διάταξη, λανθασμένα γίνεται λόγος για «αισθητικές ή κοσμητικές» επεμβάσεις, αφού οι όροι «αισθητικές» και «κοσμητικές», αναφερόμενοι σε χειρουργικές επεμβάσεις είναι συνώνυμοι. Βλ. σχετικώς Μ. Κανελλοπούλου-Μπότη, Ενημέρωση και συναίνεση στην πλαστική κοσμητική χειρουργική προσώπου, ΕφΑΔ 3/2015, σελ.196 υπ.12

στους ασθενείς του κι όπως θα ενεργούσε υπό τις ίδιες συνθήκες και περιστάσεις, έχοντας στη διάθεσή του τα ίδια μέσα κάθε συνετός και επιμελής ιατρός της ειδικότητάς του.

Είναι πάγια η θέση της νομολογίας ότι ο ιατρός είναι πρόσωπο υπόχρεο σε ιδιαίτερη επιμέλεια. Συγκεκριμένα, με την Αρεοπαγητική απόφαση ΑΠ830/2009 το δικαστήριο δέχθηκε πως ο νοσοκομειακός ιατρός που τελεί σε εφημερία φέρει ιδιαίτερη νομική υποχρέωση¹⁷ να εμποδίσει την έλευση ζημιογόνου αποτελέσματος στον ασθενή. Μ' αυτό το σκεπτικό καταδικάστηκε νοσοκομειακός ιατρός, ο οποίος εξαιτίας μιας σειράς παραλείψεων, δεν παρεμπόδισε την ανάπτυξη σε νήπιο 28 μηνών βαρείας βακτηριαμίας η οποία το οδήγησε στον μετέπειτα θάνατό του.

Για την περίπτωση θανάτου ασθενούς από ιατρικό σφάλμα αποφάνθηκε και η Αρεοπαγητική απόφαση ΑΠ 1108/2011, όπου ο κατηγορούμενος ιατρός δεν αξιολόγησε με ορθό τρόπο από τις εκδηλώσεις της νόσου του ασθενούς (πόννοι στον οσφύ και στην κοιλιακή χώρα, σφύζουσα μάζα στην κοιλιακή χώρα, δυσφορία και εμετός) και δεν ανησύχησε απ' αυτές. Οι ως άνω ενοχλήσεις-εκδηλώσεις της νόσου του ασθενούς δεν μπορούσαν, σύμφωνα με τους κοινώς αναγνωρισμένους κανόνες της επιστήμης αφενός και του ως άνω ιστορικού του ασθενούς, να αποδοθούν μόνο σε οσφουισχυαλγία του ασθενούς, όπως διέγινωσε με μία απλή εξέταση ο κατηγορούμενος, αλλά αποτελούν και συμπτώματα επικείμενης ρήξης ανευρύσματος. Ειδικότερα ο κατηγορούμενος ιατρός δεν προβληματίστηκε ιδιαίτερα από το ιστορικό του ασθενούς, το περιεχόμενο του παραπεμπτικού του Κέντρου Υγείας και τις αναφορές συγγενικού προσώπου του ασθενούς, που έφερε την ιατρική ιδιότητα. Δεν ζήτησε να γίνουν περαιτέρω εξετάσεις (αιματολογικές, υπερηχογράφημα αορτής και καρδιογράφημα ή έστω απλή μέτρηση αρτηριακής πίεσης) αλλά αρκέστηκε στην κλινική εξέτασή του ασθενούς και δη σε μια απλή τυπική (και ολιγόλεπτη) μυοσκελετική εξέταση του. Η παράλειψή του να δώσει εντολή για περαιτέρω εξετάσεις, είχε ως αποτέλεσμα αφενός να μη διαγνωσθεί έγκαιρα το πρόβλημα του ασθενούς στην κοιλιακή χώρα και δη στη χειρουργηθείσα κοιλιακή αορτή, αφετέρου να επιτραπεί η

¹⁷ κατά το άρθρο 15 του ΠΚ, το οποίο προβλέπει το δια παραλείψεως τελούμενο έγκλημα, "όπου ο νόμος για την ύπαρξη αξιόποινης πράξης απαιτεί να έχει επέλθει το αποτέλεσμα, η μη αποτροπή του τιμωρείται όπως η πρόκληση του με ενέργεια, αν ο υπαίτιος της παραλείψεως είχε ιδιαίτερη νομική υποχρέωση να παρεμποδίσει την επέλευση του αποτελέσματος". Πρόκειται για ειδική μορφή εγκλήματος, όπου η επέλευση του εγκληματικού αποτελέσματος, εξαιτίας της παραλείψεως, ισοδυναμεί νομικώς με την δι' ενεργείας παραγωγή αυτού, εφόσον συντρέχει η προβλεπόμενη στο νόμο ιδιαίτερη νομική υποχρέωση.

αποχώρηση του ασθενούς από το νοσοκομείο, να μην αντιμετωπισθεί έγκαιρα από μια οργανωμένη νοσοκομειακή μονάδα και να επέλθει ο θάνατος του.

Ακόμη κι αν πρόκειται για εξειδικευμένο ιατρό που γνωρίζει πολύ καλά τους αναγνωρισμένους κανόνες της επιστήμης του, με την Αρεοπαγτική απόφαση ΑΠ 1522/2012 απορρίφθηκε η αναίρεση της υπ' αριθμ. 5530/2011 απόφασης του Τριμελούς Εφετείου Θεσσαλονίκης. Ο κατηγορούμενος ιατρός δεν ενήργησε έγκαιρα μετεγχειρητικά τα δέοντα, ενώ, επιπλέον, η ασθενής υπέστη ενδονοσοκομειακή λοίμωξη. Διότι αυτός γνώριζε ως ειδικός ιατρός του τομέα του, ότι η παθούσα ΔΕΝ έπρεπε να υποβληθεί σε τέτοια εγχείρηση με σκοπό να χάσει βάρος, διότι δεν έπασχε από νοσογόνο παχυσαρκία αλλά έπασχε από μέτρια παχυσαρκία, που θα μπορούσε να αντιμετωπιστεί με άλλο τρόπο, ως επίσης γνώριζε ότι η επέμβαση κατά τους αναγνωρισμένους ιατρικούς κανόνες γίνεται με αυστηρά κριτήρια, τα οποία στην περίπτωση αυτή δεν έλαβε υπόψη του καίτοι από το ιστορικό και την κλινική εικόνα της παθούσας όσον και από τις εργαστηριακές εξετάσεις της αυτή δεν είχε εξαντλήσει τους τρόπους συντηρητικής αντιμετώπισης της μέτριας παχυσαρκίας της, δεν αντιμετώπιζε σωματικά ή κοινωνικά προβλήματα λόγω του βάρους της εσφαλμένως διέγινωσε ότι έπρεπε να χειρουργηθεί και εσφαλμένως διαβεβαίωσε την παθούσα ότι τούτο είναι δυνατόν, ενώ κατά τους ανεγνωρισμένους ιατρικούς κανόνες η επέμβαση αντενδείκνυτο και παρέλειψε να την ενημερώσει για τους κινδύνους επιπλοκών που μπορούσαν να προκύψουν μετεγχειρητικώς και έχουν θνησιμότητα σε ποσοστό 0,7%, οπότε θα παρείχετο η δυνατότητα στην παθούσα να αποφασίσει νηφάλια αν έπρεπε να χειρουργηθεί ή όχι.

Στο δίκαιο της ιατρικής ευθύνης ουσιώδη ρόλο διαδραματίζει η απόδειξη της αιτιώδους συνάφειας μεταξύ του ιατρικού σφάλματος κατά τη θεραπεία ασθενούς και της επελθούσης ζημίας του. Αιτιώδης συνάφεια υπάρχει όταν η ζημία οφείλεται στη διαπιστωθείσα λανθασμένη θεραπευτική αγωγή και όταν σύμφωνα με την ιατρική δεοντολογία η ορθή θεραπεία θα είχε αποτρέψει την επέλευση της ζημίας¹⁸. Με την υπ' αριθμ. 4549/2007 απόφαση του Τριμελούς Εφετείου Αθηνών δικαίως αθωώθηκε ο κατηγορούμενος για ιατρική αμέλεια ιατρός, με το εξής σκεπτικό. Αν δεν εξακριβωθεί η αιτία θανάτου του ασθενούς, δεν μπορεί το Δικαστήριο να οδηγηθεί σε πλήρη δικανική πεποίθηση ότι η παράλειψη του κατηγορουμένου ιατρού να προβεί

¹⁸ Βλ. σχετικά Ιατρική ευθύνη και ηθική Άννα Μαυροφόρου-Γιαννούκα, πανεπιστημιακές εκδόσεις Θεσσαλίας, ΒΟΛΟΣ 2012, Σελ. 31.

σε άμεση χειρουργική επέμβαση θα επέφερε το θάνατο του. Ιδιαίτερα όταν με μεγάλη πιθανότητα θα επέρχονταν ο θάνατος του ασθενούς ακόμη κι όταν υποβάλλονταν σε άμεση χειρουργική επέμβαση. Πρέπει επομένως ενόψει του ότι δεν υπάρχει αιτιώδης συνάφεια μεταξύ της αποδιδομένης στον κατηγορούμενο συμπεριφοράς (παράλειψης) και του επελθόντος αποτελέσματος, να κηρυχθεί αθώος της πράξεως της ανθρωποκτονίας από αμέλεια, για την οποία κατηγορείται») - δημ. ΠοινΔ/νη 2/2002].¹⁹

Τέλος, σε άλλη απόφαση, την υπ' αριθμ. 11595/2017 του Μονομελούς Πρωτοδικείου Θεσσαλονίκης, το δικαστήριο αποδέχθηκε την αμελή συμπεριφορά (εγκατάλειψη βελόνα ράμματος στο νεφρό ασθενούς) ολόκληρης της χειρουργικής ομάδας (ιατρών-νοσηλευτών) που συμμετείχε στην ιατρική πράξη. Κατά την διαδικασία της απόδειξης αποκαλύφθηκε ότι ενδεχομένως από εσφαλμένη καταμέτρηση της νοσηλεύτριας κίνηση, παρέμεινε η συγκεκριμένη βελόνα στο σώμα της ασθενούς, πλην όμως και ο επικεφαλής του χειρουργείου είχε υποχρέωση-ευθύνη να ελέγξει την ασφαλή απομάκρυνση από το σώμα της ασθενούς όλων των ιατρικών μέσων-εργαλείων που χρησιμοποιήθηκαν στην ιατρική πράξη.

Κεφάλαιο 3^ο.Εκτενέστερη αναφορά στις ιατρικές επιπλοκές

3.1 Ορισμός ιατρικής επιπλοκής

Ως ιατρική επιπλοκή θα μπορούσαμε να ορίσουμε *«οποιαδήποτε ανεπιθύμητη δυσμενή εξέλιξη που καταλήγει σε βλάβη του ασθενούς. Η ιατρική επιπλοκή μπορεί να είναι ιατρογενής ή μη, αποτρέψιμη ή αναπότρεπτη, αναστρέψιμη ή μόνιμη. Είναι σημαντικό να τονίσουμε ότι δεν πρέπει να συγχέεται η επιπλοκή με την «παρενέργεια» διότι «ως ανεπιθύμητη ενέργεια ή παρενέργεια ορίζεται η δευτερογενής μη επιθυμητή επίδραση ενός φαρμάκου ή μιας θεραπείας»²⁰. Ιατρική επιπλοκή μπορεί να προκύψει είτε ενώ η νόσος εξελίσσεται, είτε ως συνέπεια μίας άλλης νόσου την οποία συχνά επιδεινώνει, είτε ως συνέπεια μίας θεραπευτικής παρέμβασης (πχ. χειρουργική επέμβαση). Τέλος, η συχνότητα μίας ιατρικής επιπλοκής ενδέχεται να μη μπορεί να*

¹⁹ Βλ. σχετικά στην 4894/2019 ΠΛΗΜΜ ΘΕΣΣΑΛ (762433)

²⁰ βλ. σχετ. <https://www.esdi.gr/nex/images/stories/pdf/epimorfosi/2018/sardeli.pdf> σελ.12

προσδιοριστεί ακόμη κι αν είναι σοβαρότατη (πχ. στην περίπτωση των καταγμάτων η λιπώδης εμβολή είναι μία επιπλοκή συχνά θανατηφόρος²¹).

Βασική προϋπόθεση για την αποφυγή των επιπλοκών, είναι η πρόληψη αυτών σε συνδυασμό με την ενημέρωση του ασθενούς για τον κίνδυνο εμφάνισής τους. Πάντως, παρότι οι επιπλοκές είναι συνήθως μετεγχειρητικές, πρέπει να καταβάλλεται κάθε δυνατή προσπάθεια που να κατατείνει στην βελτίωση της γενικής κατάστασης της υγείας του ασθενούς ακόμη και πριν το χειρουργείο και τούτο διότι η πρόληψη των επιπλοκών ξεκινά από την προεγχειρητική περίοδο με την εκτίμηση της πάθησης και των παραγόντων κινδύνου. Θεωρητικά, ως βασικούς λόγους για την υποβολή αγωγής μετά από ιατρική επιπλοκή, οι ασθενείς αναφέρουν την κακή επικοινωνία και την έλλειψη διαφάνειας²².

Ο ιατρός, πλέον είναι ένα ενεργό και πολλές φορές με πρωταγωνιστικό ρόλο, μέλος μιας θεραπευτικής ομάδας, που πραγματοποιεί μία θεραπευτική παρέμβαση σ' ένα ασθενή. «Η παρέμβαση αυτή ξεκινά από το πρώτο σύμπτωμα, διέρχεται από τους λαβυρίνθους της διάγνωσης, της διαφορικής διάγνωσης, της χειρουργικής θεραπείας και πιθανά της μετεγχειρητικής θεραπείας και παρακολούθησης. Περιστασιακά, μία μεταεγχειρητική επιπλοκή εμφανίζεται ως απότοκος άλλης προηγηθείσας επιπλοκής (πχ. έμφραγμα του μυοκαρδίου που ακολουθεί μαζική μετεγχειρητική αιμορραγία). Τα κλινικά σημεία μιας νόσου είναι συνήθως ασαφή κατά τη μετεγχειρητική περίοδο. Για την πρόωρη διάγνωση των μετεγχειρητικών επιπλοκών απαιτείται συχνή επανεξέταση του ασθενούς από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό.»²³

3.2 Νομολογιακές αναφορές στην περίπτωση των ιατρικών επιπλοκών

Παρότι είναι σχετικά πενιχρή η νομολογία ως προς τις περιπτώσεις που φτάνουν τελικώς στο ακροατήριο στηριζόμενες σε ιατρική επιπλοκή, είναι πάγια η θέση της ως προς την αθέμιτη απόκρυψη και παρασιώπηση των ενδεχόμενων

²¹ Κι όχι μόνο στην περίπτωση των καταγμάτων αλλά και σε άλλες καταστάσεις (αιμοσφαιρινοπάθεια, νόσοι του κολλαγόνου, σακχαρώδης διαβήτης, εγκαύματα, λοιμώξεις, νεοπλάσματα) Ι. Πουρνάρας, Ορθοπαιδική Χειρουργική, 2η έκδ. εκδ. Π.Χ.ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ, σελ.364 επ.

²² Complications: acknowledging, managing, and coping with human error, 08/2017 S. Helo and C-A.E Moulton <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5583051/>

²³ Lawrence W.Way, Gerard M. Doherty, ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ, Διάγνωση & Θεραπεία, ιατρικές εκδ. Π.Χ Πασχαλίδης, σελ.33

επιπλοκών που συνεπάγεται η εκάστοτε επέμβαση κι αυτό πρακτικά περιορίζει σημαντικά την κατ' αυτόν τον τρόπο δράση του ιατρού.²⁴

Επί παραδείγματι, η προσφυγή του ασθενούς στις υπηρεσίες ενός ιατρού συγκεκριμένης ειδικότητας, αποτελεί λόγο βαρύτερης ευθύνης του ειδικού (specialiste) αφού γίνεται ακριβώς λόγω της ειδικότητάς του αυτής. Φυσικά αυτό δεν αποκλείει την αδιοπρακτική ευθύνη ακόμη και του ειδικού ιατρού για ζημία που προκάλεσε. Εν προκειμένω, σύμφωνα με την υπ' αριθμ. 8947/2017 απόφαση του Πολυμελούς Πρωτοδικείου Θεσσαλονίκης, οι εναγόμενοι ισχυρίστηκαν ότι η εμφάνιση εκτροπίου στον αριστερό οφθαλμό της ενάγουσας ασθενούς, συνιστούσε τυχαία επιπλοκή την οποία δεν προκάλεσε, ούτε μπορούσε να προβλέψει ο εναγόμενος ιατρός και ότι ανήκει επομένως στις «συνήθεις επιπλοκές» μίας βλεφαροπλαστικής επέμβασης σε ασθενείς μεγάλης ηλικίας. Ο ως άνω ισχυρισμός, κρίθηκε αβάσιμος από το Πολυμελές Πρωτοδικείο Θεσσαλονίκης καθότι α) η εμφάνιση εκτροπίου συνιστά σπάνια επιπλοκή κατά τη διενέργεια βλεφαροπλαστικής επέμβασης σε ποσοστό 0,5% και β) αν το εμφανισθέν στον αριστερό οφθαλμό ήταν απότοκο επιπλοκής του οργανισμού, τότε θα εμφανιζόταν με την ίδια ένταση και έκταση και στο δεξί οφθαλμό, καθώς το DNA, η ηλικία, οι καταχρήσεις και οι λοιπές ενδογενείς περιστάσεις δεν πραγματοποιούν διακρίσεις στο ανθρώπινο πρόσωπο και σώμα, αλλά παρατηρούνται και εντοπίζονται σε κάθε πτυχή ισότιμα με ανάλογη ένταση.

Ειδικότερα στο δικαστήριο αποδείχθηκε: α) ότι ο εναγόμενος ιατρός εν γνώσει του, αθέμιτα απέκρυψε και παρασιώπησε από την ασθενή του τις ενδεχόμενες επιπλοκές της ιατρικής πράξης στην οποία την υπέβαλε, β) ότι η ενημέρωση της ενάγουσας ασθενούς δεν έλαβε έγγραφη μορφή, από την οποία θα μπορούσε με ευχέρεια η τελευταία, να αποδειχτεί το ακριβές περιεχόμενο της και να αντιληφθεί πληρέστερα τα επιδιωκόμενα οφέλη της και τις ελλοχεύουσες επιπλοκές, ώστε να αποφασίσει για την υποβολή της ή όχι στις ένδικες επεμβάσεις.

Από την άλλη, μολονότι η 370/2017 του Τριμελούς Εφετείου (Πλημμελημάτων) Αθηνών έκρινε την αθώωση του ιατρού καθότι «η μεσοθωρακίτιδα ως επιπλοκή από την ως άνω επέμβαση αναφέρεται στην παγκόσμια βιβλιογραφία σε ελάχιστα περιστατικά και η διάγνωσή της υπερβαίνει τα όρια του μέσου συνετού και ικανού

²⁴ 687/2013 ΑΠ (ΝΟΜΟΣ)

ιατρού» (βλ. κατωτέρω ειδικά για τη χρησιμοποίηση του όρου «μέσος συνετός ιατρός» από τα δικαστήρια) διατάχθηκε ύστερα η αναίρεση αυτής (1986/2017 ΑΠ) διότι έκρινε ανεπαρκή την αιτιολογία ως προς την εκδήλωση της επιπλοκής, το είδος, την έκταση και την εξέλιξη αυτής, καθώς και την έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπισή της, ενόψει των συμπτωμάτων και της εν γένει κλινικής εικόνας που παρουσίαζε η ασθενής αμέσως τόσο πριν όσο και μετά την χειρουργική επέμβαση στην οποία υποβλήθηκε.

Χρήζει αναφοράς η περίπτωση όπου κατά τη διάρκεια λαπαροσκοπικής επέμβασης βουβονοκήλης αφαιρέθηκε ύποπτο μórφωμα, το οποίο όμως ήταν ο μοναδικός έκτοπος νεφρός του ασθενούς. Έτσι το Εφετείο Θεσσαλονίκης με την υπ' αριθμ 1954/2017 απόφαση οδηγήθηκε στην δικανική κρίση ότι η αφαίρεση του μορφώματος δεν μπορεί να χαρακτηριστεί επιπλοκή της λαπαροσκόπησης, αλλά για δύο διαφορετικές επεμβάσεις και ο ασθενής υπέστη βλάβη της υγείας του, αφού κατέληξε στο τελικό στάδιο της νεφρικής ανεπάρκειας, που ολοκληρωνόταν σε μία πενταετία, και θα έπρεπε να υποβάλλεται σε αιμοκάθαρση.

Ακόμη, έχει εξετασθεί η περίπτωση να μην υπάρχει αιτιώδης σύνδεσμος στην περίπτωση που ενέργεια ή παράλειψη να συνιστούν οι «συνήθεις ενδείξεις» των κατά περιπτώσεις ιατρικών περιστατικών. Ενδεικτική είναι η υπόθεση της βλάβης που υπέστη στην υγεία του το τέκνο η οποία προκλήθηκε σε χρόνο και από αίτια που δεν συνδέονται με τον τοκετό, διότι, όπως διαπιστώθηκε, το έμβρυο ελέγχθηκε άμεσα καρδιοτοκογραφικώς και παρακολουθείτο συνεχώς, και μετά τη γέννησή του, με καρδιοτοκογράφο, δεν υπέστη ανοξικό επεισόδιο κατά τη διάρκεια του τοκετού, το ότι εμφάνισε δε κεχρωσμένο αμνιακό υγρό αποτελούσε μία συνήθη ένδειξη που δεν απαιτούσε εντονότερες ιατρικές παρεμβάσεις (όπως καισαρική τομή αντί της πραγματοποιηθείσας εμβρυουλκίας) από όσες παρασχέθηκαν στην αναιρεσείουσα και το τέκνο της (1580/2018 ΣτΕ).

Ακόμη, το Διοικητικό Πρωτοδικείο Αθηνών, έκρινε ότι η κλινική επιβάρυνση της ήδη βεβαρυσμένης κατάστασης της υγείας της ασθενούς, δεν συνδέεται αιτιωδώς με τη χορήγηση σε αυτήν του ένδικου εμβολίου της φαρμακευτικής εταιρίας από τα όργανα του νοσοκομείου. Και τούτο δεν ανατρέπεται από τα προσκομιζόμενα ιατρικά έγγραφα διότι δεν προκύπτει ότι με αυτά αποδίδεται αιτιακή σύνδεση των παθήσεων της με τον επίδικο εμβολιασμό της (10929/2019, ΔΠΡ ΑΘ).

Το ποινικό τμήμα του ανωτάτου δικαστηρίου (1209/2019ΑΠ ΠΟΙΝ) οδηγήθηκε σε καταδικαστική κρίση, δηλαδή σε πρόκληση εξ αμελείας σωματικής βλάβης ασθενούς. Εν προκειμένω, το Δικαστήριο ήχθη υπέρ της πλήρους απαγόρευσης της ανάθεσης παρακολούθησης και φροντίδας της ασθενούς στο νοσηλευτικό προσωπικό στην περίπτωση που αυτό δεν έχει τις γνώσεις ούτε την ικανότητα να προβεί σε απαραίτητους ελέγχους πχ αισθητικότητας και κινητικότητας- για να διαγνώσει τις επιπλοκές διότι εξάλλου ο ιατρός σύμφωνα με τους γενικά παραδεκτούς κανόνες της ιατρικής επιστήμης οφείλει να παρακολουθεί ο ίδιος τον ασθενή προκειμένου να διαγνώσει και να προλάβει ενδεχόμενες επιπλοκές ή σε περίπτωση κωλύματος του να αναθέσει την παρακολούθηση σε πρόσωπο που έχει τις ίδιες προς τούτο γνώσεις βάσει του άρ. 21 παρ.5 του ν.3418/2005.

Διαπιστώνεται ολοκληρώνοντας ότι η νομολογία σχετικά με το πώς ερμηνεύουν τα δικαστήρια τις περιπτώσεις ιατρικών επιπλοκών, είναι εξαιρετικά πενιχρή, αφού οι δυσκολίες για τον θεράποντα ιατρό σε μία περίπτωση ιατρικής επιπλοκής ξεκινούν, όταν προσπαθεί να διαφοροποιήσει την αιτία της βλάβης.

Προς υποστήριξη των προειρημένων, αξίζει να αντιπαραβάλουμε την πολύ πρόσφατη ΑΠ265/2020, σύμφωνα με την οποία, η εναγόμενη κλινική τηρούσε ιατρικό φάκελο από τον οποίο επιβεβαιωνόταν η υποβολή της ασθενούς σε μεγέθυνση του στήθους της, παρότι η τελευταία ισχυρίστηκε -εις βάρος του εναγόμενου ιατρού- ότι επιθυμούσε μόνο την ανόρθωση κι όχι την αύξηση στήθους, ισχυρισμός ο οποίος απορρίφθηκε από το Δικαστήριο, δοθέντος του υπάρχοντος ιατρικού φακέλου που τηρούσε η ως άνω εναγόμενη κλινική.

Κεφάλαιο 4^ο. Ειδικότερες παρατηρήσεις – Κριτική επισκόπηση

4.1 Σε κοινό πρωτόκολλο οι κατευθυντήριες για την αποφυγή επιπλοκής και σφάλματος – συγκρουσιακά σημεία μεταξύ των δύο εννοιών

Από την ως άνω ανάλυση, προκύπτει ότι μπορούν δηλαδή να ενταχθούν σε ένα κοινό πρωτόκολλο οι κατευθυντήριες τόσο για την αποφυγή επιπλοκής όσο και σφάλματος. Ωστόσο εμφανίζουν και ορισμένες διαφορές ως προς την ύπαρξή τους.

A) ΣΕ ΚΟΙΝΟ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ ΟΙ ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΠΟΦΥΓΗ ΣΦΑΛΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΕΠΙΠΛΟΚΗΣ- ΚΟΙΝΑ ΣΗΜΕΙΑ ΜΕΤΑΞΥ ΤΩΝ ΔΥΟ ΕΝΝΟΙΩΝ

i. Ο ιατρός προστατεύεται περισσότερο εάν υπάρξει είτε ιατρικό σφάλμα είτε ιατρική επιπλοκή με την τήρηση ιατρικού φακέλου

Πρώτιστο μέλημα επομένως, προς απόδειξη όχι μόνο των όσων ορθώς, καλότεχνα και αναγκαία έπραξε, αποτελεί η τήρηση ιατρικού φακέλου, συνεπεία της λήψης πλήρους ιστορικού και της πλήρους κλινικής εξέτασης που προηγήθηκε. Για παράδειγμα²⁵, θα αποδειχθεί από τη λήψη ορθού ιστορικού ότι ο ασθενής διέκοψε το κάπνισμα για 6 εβδομάδες προεγχειρητικά κατόπιν σχετικής σύστασης του ιατρού, με σκοπό να ελαττώσει τη συχνότητα μετεγχειρητικών επιπλοκών από το αναπνευστικό από 50% σε 10%. Ακόμη, ένας ασθενής ο οποίος λαμβάνει ασπιρίνη ή μικρές δόσεις ηπαρίνης διατρέχει ελαφρώς μεγαλύτερο κίνδυνο εκδήλωσης της επιπλοκής του αιματώματος.

ii. Ο ιατρός προστατεύεται περισσότερο εάν υπάρξει είτε ιατρικό σφάλμα είτε ιατρική επιπλοκή με την έγγραφη λήψη συναίνεσης

Δευτερευόντως, καθοριστικής σημασίας αποβαίνει η έγγραφη λήψη συναίνεσης του ασθενούς, συμπληρώνοντας το έντυπο συναίνεσης. Στην περίπτωση δηλαδή θεραπείας με διατήρηση του μαστού με ακτινοθεραπεία, πρέπει να αποδεικνύεται ότι προεγχειρητικά έγινε πλήρης συζήτηση με την ασθενή για την λογική της εγχείρησης και τις ποικίλες εναλλακτικές θεραπείες²⁶, κι ύστερα να υπογραφεί το σχετικό έντυπο συναίνεσης.

iii. Ο ιατρός προστατεύεται περισσότερο εάν υπάρξει είτε ιατρικό σφάλμα είτε ιατρική επιπλοκή με τη σύσταση οδηγιών και την τήρηση της υποχρεωτικής παρακολούθησης του ασθενούς

Εξίσου σημαντική κρίνεται η σύσταση στον ασθενή για τήρηση οδηγιών μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας του, με την ταυτόχρονη παρακολούθηση του ασθενούς από τον ιατρό μετεγχειρητικά. «Σε ασθενείς σε κρίσιμη κατάσταση, η εμφάνιση επιπλοκών μπορεί να αποφευχθεί με συνεχή παρακολούθηση της αρτηριακής πίεσης

²⁵ Lawrence W.Way, Gerard M. Doherty, ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ, Διάγνωση & Θεραπεία, ιατρικές εκδ. Π.Χ Πασχαλίδης, TOM1 12^η έκδ. σελ.33

²⁶ Idem, σελ. 427

και της καρδιακής λειτουργίας.»²⁷ Ακόμη κι αν ένα περιστατικό δεν ακολουθεί τη συνήθη πορεία ή δεν επιφέρει τα επιθυμητά (κι όχι επιτυχή) αποτελέσματα, σημαντική κρίνεται τόσο η ακλόνητη θέληση του ιατρού για αποκατάσταση όσο και η προσήλωση στο ιατρικό καθήκον υπηρετώντας το «*συμφέρον του ασθενούς*». *Ενώπιον Δικαστηρίου δηλαδή θα πρέπει να αποδείξει ότι κινητοποίησε έγκαιρα τον ασθενή, σύστησε τη χορήγηση υγρών και ηλεκτρολυτών, ενθάρρυνε τον ασθενή να ανασηκωθεί από το κρεβάτι του, να βήξει, να πάρει βαθιές ανάσες, να περπατήσει.*

iv. Ο ιατρός προστατεύεται περισσότερο εάν υπάρξει είτε ιατρικό σφάλμα είτε ιατρική επιπλοκή εφόσον υπάρχει καταγεγραμμένη από το προσωπικό η οργάνωση της δουλειάς του ιατρού

Τέλος, απαραίτητη είναι η καταγραφή από το προσωπικό των ενεργειών του ιατρού, του τρόπου με τον οποίο οργανώνει την δουλειά του, ώστε να αποδεικνύεται ότι υπήρχε -ή όχι- η κατάλληλη υλικοτεχνική υποδομή, συμμετοχή λοιπών μελών του ιατρικού/νοσηλευτικού προσωπικού κ.ά. και να αποφευχθεί η παραπληροφόρηση για όσα προέκυψαν.

v. Ο ιατρός προστατεύεται περισσότερο εάν υπάρξει είτε ιατρικό σφάλμα είτε ιατρική επιπλοκή εφόσον τηρήσει την verbatim εφαρμογή του άρ.11 του ΚΙΔ

Ο νομοθέτης τοποθετεί την περίπτωση επέλευσης βλάβης στη σωματική και ψυχική υγεία του ασθενούς από επιπλοκές, στο άρ. 11 του ΚΙΔ συμφώνως προς το οποίο «*Ο ιατρός έχει καθήκον αληθείας προς τον ασθενή. Οφείλει να ενημερώνει πλήρως και κατανοητά τον ασθενή για την πραγματική κατάσταση της υγείας του, το περιεχόμενο και τα αποτελέσματα της προτεινόμενης ιατρικής πράξης, τις συνέπειες και τους ενδεχόμενους κινδύνους ή επιπλοκές από την εκτέλεσή της, τις εναλλακτικές προτάσεις, καθώς και για τον πιθανό χρόνο αποκατάστασης, έτσι ώστε ο ασθενής να μπορεί να σχηματίζει πλήρη εικόνα των ιατρικών, κοινωνικών και οικονομικών παραγόντων και συνεπειών της κατάστασής του και να προχωρεί, ανάλογα, στη λήψη αποφάσεων*».

Όπως πολύ ορθά έχει υποστηριχθεί, η έκταση της ενημέρωσης ειδικά όσον αφορά τους κινδύνους μίας ιατρικής πράξης αποτελεί συνάρτηση της πιθανότητας επέλευσης ενός κινδύνου (πόσο σπάνια πραγματοποιείται στατιστικά) και της σοβαρότητας

²⁷ idem

πραγματοποίησής του. Συνήθως αναφέρεται ότι ένας κίνδυνος βλάβης της υγείας-εμφάνισης μίας επιπλοκής μίας επέμβασης κλπ άνω του 3% πρέπει να μεταδοθεί, ενώ αλλού υποστηρίζεται ότι και το 1% αρκεί για να θεμελιώσει υποχρέωση ενημέρωσης. Σε κάθε περίπτωση οι αριθμοί αυτοί (3%, 1% κλπ) πρέπει να προκύπτουν από την ιατρική βιβλιογραφία, ώστε να θεμελιώνουν υποχρέωση ενημέρωσης.²⁸

vi. Ο ασθενής μπορεί να κατηγορηθεί για συντρέχον πταίσμα είτε στην περίπτωση που επέλθει ιατρική επιπλοκή είτε επέλθει ιατρικό σφάλμα. Εφόσον δεν αποκρύψει ο ασθενής κι άρα δεν κατηγορηθεί για συντρέχον πταίσμα τότε το αποτέλεσμα της ιατρικής πράξης δεν μπορεί παρά να είναι το αναμενόμενο εφόσον υπάρχει η lege artis διενέργεια των πράξεων από τον ιατρό.

Η κατά τα ανωτέρω σημαντική προϋπόθεση της ενημέρωσης (άρ. 11 ΚΙΔ) δεν πληρείται όταν ο ίδιος ο ασθενής, αποκρύπτει την αλήθεια σχετικά με την κατάσταση της υγείας του ή αποφεύγει να ενημερώσει πλήρως τον ιατρό του σχετικώς (πχ. δεν δίνει επαρκές ιατρικό ιστορικό) καταλήγοντας υπεύθυνος για τη χειροτέρευση της υγείας του.

Ο αστικός νομοθέτης έχει προλάβει τέτοιες τυχόν συμπεριφορές, προβλέποντας στο άρθρο 300ΑΚ ότι «Αν εκείνος που ζημιώθηκε συντέλεσε από δικό του πταίσμα στη ζημία ή την έκτασή της, το δικαστήριο μπορεί να μην επιδικάσει αποζημίωση ή να μειώσει το ποσοστό της»²⁹. Η νομοθετική αυτή πρόβλεψη, ουδόλως εξυπηρετεί την ευνοϊκότερη μεταχείριση ή τα συμφέροντα του ιατρού. Τουναντίον, εστιάζει στο μέτρο που η «έκταση» της ενημέρωσης καθορίζεται αμφιμερώς, με αποτέλεσμα την κατοχύρωση και των δύο, καθότι απαιτείται αμφότεροι να είναι απόλυτα ενημερωμένοι, υπεύθυνοι και συνεπείς. Ενδεικτικά αναφέρω την υπ' αριθμ. 2539/2008 απόφαση του ΣτΕ, με την οποία επιδικάστηκε μειωμένη αποζημίωση στους αιτούντες από το δικαστήριο, καθότι η θανούσα και οι οικείοι της, δεν αποκάλυψαν στους ιατρούς την τεχνητή διακοπή της κύησης του θύματος που είχε

²⁸ Κ. Κούρκουλου/ Ευ. Λάζαρη ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΙΚΑΙΟΣΥΝΗ «Το περιεχόμενο της ενημέρωσης του ασθενούς υπό τον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας» τόμ.57, τεύχ.3^ο, έτος 2016 Μάιος Ιούνιος, εκδ. ΣΑΚΚΟΥΛΑ (σελ.725) Βλ. υποσημ.2 Μ. Κανελλοπούλου-Μπότη, στο συλλογικό έργο «ΕΡΜΗΝΕΙΑ ΚΩΔΙΚΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ».

²⁹ Παράδειγμα: η ασθενής αποκρύπτει το πρόβλημα καρδιάς που έχει κατά τη λήψη του ιατρικού ιστορικού της από το γιατρό της, παρουσία του αρραβωνιαστικού της. ο ιατρός την υποβάλλει στη συμφωνηθείσα ιατρική πράξη και ο οργανισμός της ασθενούς αντιδρά μη αναμενόμενα, παρουσιάζοντας ιατρικές επιπλοκές.

λάβει χώρα σε παρελθόντα χρόνο (προ διημέρου). Η απόκρυψη αυτής της πληροφορίας, συντέλεσε στο ζημιογόνο γεγονός δεδομένου πως αποπροσανατόλισε την προσπάθεια των ιατρών της για ακριβή διάγνωση της πάθησης της.

Συνεπώς σε περίπτωση που ο ασθενής σκοπίμως αποκρύψει ιατρικές πληροφορίες, οι οποίες δυνητικά θα βοηθούσαν στην ορθή διάγνωση της νόσου του και στην καλύτερη διεξαγωγή της ιατρικής πράξης, εξετάζεται η συμβολή του στο μη προσδοκώμενο αποτέλεσμα, αν δηλαδή μέσω της συμπεριφοράς του συνέβαλε ο ίδιος στην αρνητική έκβαση της ιατρικής πράξης στην οποία υποβλήθηκε. Η δε αποζημίωση που θα κληθεί να καταβάλλει ο ιατρός στον ασθενή ή στους οικείους του θα είναι περιορισμένη, δεδομένου ότι ο ίδιος ο ασθενής συνέβαλε στο αρνητικό αποτέλεσμα. Η ευθύνη του ιατρού παραμένει ακέραη εάν είχε την δυνατότητα μέσω της υποβολής του ασθενούς σε ιατρικές πράξεις να αποκαλύψει την σκόπιμη ή μη απόκρυψη πληροφοριών που θα τον οδηγούσαν στην ορθή διάγνωση και δεν το έπραξε.

B) ΣΥΓΚΡΟΥΣΙΑΚΑ ΣΗΜΕΙΑ ΜΕΤΑΞΥ ΤΩΝ ΔΥΟ ΕΝΝΟΙΩΝ

vii. Δεν υπάρχει καταγραφή των περιπτώσεων που ενέχουν ιατρικό σφάλμα

Τα περισσότερα περιστατικά, γίνονται γνωστά στη χώρα μας, χάρη στις αυτόβουλες αναφορές των θυμάτων. Αυτό πρακτικά σημαίνει ότι, δεν υπάρχει καταγραφή περιστατικών που ενέχουν ιατρικό σφάλμα που συμβαίνουν σε ετήσια βάση σε όλη την επικράτεια. Η καταγραφή αποσκοπεί στην ανάληψη πρωτοβουλιών βελτίωσης των διαδικασιών φροντίδας των ασθενών και στην δημιουργία σχέσης ειλικρίνειας και εμπιστοσύνης μεταξύ συστήματος υγείας, ιατρών και ασθενών. Αντιθέτως, η καταγραφή των επιλοκών γίνεται ουσιαστικά με την καταγραφή τους στη βιβλιογραφία.

Έρευνα της ιατρικής Σχολής του ΑΠΘ³⁰ ανέδειξε ότι το 41,7% των ιατρών στα νοσοκομεία της Θεσσαλονίκης εξουθενώνεται επαγγελματικά (burnout), με αποτέλεσμα να ευνοείται η πρόκληση ιατρικών λαθών. Το ποσοστό αυτό προσεγγίζει το 49,1% στους ειδικευόμενους, το 34,3% στους αναισθησιολόγους και το 32,5% στους χειρουργούς, σε κατηγορίες, δηλαδή, ιατρών οι οποίοι εκ των πραγμάτων είναι

³⁰ ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ. Επαγγελματική εξουθένωση γιατρών, φροντίδα υγείας και ασφάλεια ασθενών. Δελτίο τύπου, Θεσσαλονίκη, 2014. Διαθέσιμο στο: <http://www.auth.gr/news/press/17641>

περισσότερο επιρρεπείς σε ιατρικά σφάλματα. Επισημαίνεται στο σημείο αυτό ότι, η χώρα μας οδηγήθηκε ενώπιον Ευρωπαϊκού Δικαστηρίου για το ωράριο των νοσοκομειακών ιατρών, το οποίο συχνότατα υπερβαίνει κατά πολύ τα προβλεπόμενα από την ΕΕ³¹.

Συνεπεία τούτων, κρίνεται σημαντική η συγκρότηση ειδικών επιτροπών με έργο την ανάληψη αφενός της ανάλυσης των καταγεγραμμένων σφαλμάτων αφετέρου της έκδοσης κατευθυντήριων γραμμών που θα εξειδικεύονται σε κάθε κλινική/νοσοκομείο/ιδιωτικό ιατρείο. Οι εν λόγω κατευθυντήριες γραμμές, συνδράμουν στη δημιουργία ενός συγκεντρωτικού και συνολικού «πίνακα» που συνοψίζει και συν τω χρόνω τονίζει τα λάθη, προκειμένου να παρατηρείται η επανάληψη τους ή μη και η ανεύρεση πρακτικών για την αποφυγή τους. Έτσι, κρίνεται απαραίτητη η προώθηση της κουλτούρας ασφάλειας³² (safety culture) έναντι της κουλτούρας επίρριψης ευθυνών (blame culture) σε μεμονωμένα άτομα»³³.

Έτσι, η καταγραφή τους, δημιουργεί μία πλήρη εικόνα πιο ασφαλή, πιο έγκυρη και ενημερωμένη στο κοινό, τόσο για την εξελικτική σχέση ιατρού-ασθενή όσο και για την νέα ενημερωμένη κοινότητα ανθρώπων γύρω από τον τομέα της υγείας στην οποία στοχεύει. Επιπλέον, θα συνδράμει στο να αποφεύγονται οι κοστοβόρες και άσκοπες δικαστικές διαμάχες που τελικώς απορρίπτεται ήδη η κατατεθείσα σε πρώτο βαθμό αγωγή³⁴.

viii. Την ιατρική αμέλεια θα την ορίσει ο δικαστής VS την ιατρική επιπλοκή την ορίζει ο ιατρός.

Στην ιατρική επιπλοκή το συμβάν ήταν μια αναπόφευκτη επιπλοκή της διαδικασίας ενώ στο ιατρικό σφάλμα ο ιατρός κατηγορείται ευθέως για εσφαλμένη ιατρική πράξη.

³¹ ΙΑΤΡΟΝΕΤ. ΕΣΥ: Στο Ευρωπαϊκό Δικαστήριο η Ελλάδα για το ωράριο των γιατρών. Διαθέσιμο στο: <http://www.iatronet.gr/eidiseis-nea/perithalpsi-asfalisi/news/27131/esy-sto-evrwpako-dikastirio-i-ellada-gia-to-wrario-twn-giatrwn.html>

³² «..... είναι χαρακτηριστική η πρόταση του Institute of Medicine στις ΗΠΑ, σύμφωνα με την οποία «η μεγαλύτερη πρόκληση για ένα ασφαλέστερο σύστημα υγείας είναι η μεταβολή της κουλτούρας από μια όπου τα άτομα κατηγορούνται για τα λάθη τους, σε μια όπου τα λάθη αντιμετωπίζονται όχι ως προσωπικές αποτυχίες αλλά ως ευκαιρίες για τη βελτίωση του συστήματος και την πρόληψη των λαθών» Α. Παναγιώτου <http://www.mednet.gr/archives/2015-3/pdf/354.pdf> Αναφορά ιατρικών σφαλμάτων και ασφάλεια ασθενών. Η ορθή προσέγγιση του σφάλματος και ο ρόλος του νομικού πλαισίου της ιατρικής ευθύνης, σελ. 360

³³ idem

³⁴ Ιδέ ανωτέρω υπόθεση με ΕΚΠΑ ΚΑΙ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ στο κεφάλαιο των επιπλοκών

ix. Τι πρέπει να αποδείξει ο ιατρός στην περίπτωση επιπλοκής

Ο ιατρός προκειμένου να βοηθήσει τον εαυτό του στο δικαστήριο όταν από επιπλοκή ο ασθενής που θεραπεύε απεβίωσε ή όταν από επιπλοκή προκλήθηκε σοβαρή βλάβη στην υγεία του, πρέπει να αποδείξει αφενός ότι ενημέρωσε προεγχειρητικά τον ασθενή του για την εμφάνιση των επιπλοκών κι αφετέρου ότι οι επιπλοκές που επήλθαν εντάσσεται στο πλαίσιο των συνήθων φαινομένων που θα ανέμενε οποιοσδήποτε ιατρός θα ενεργούσε την ιατρική πράξη και καθώς η ύπαρξή τους βιβλιογραφείται. Αντιθέτως, ο ιατρός στην περίπτωση του ιατρικού σφάλματος θα πρέπει να αποδείξει ότι δεν παραβίασε καμία διάταξη νόμου που εγείρει νομική ευθύνη του απέναντι στον ασθενή του.

4.2 Ποιος ο ρόλος τελικά του «μέσου συνετού ιατρού»;

Αμελής δεν είναι ο ιατρός που ενεργεί *contra leges artis*, αλλά όπως αναφέρθηκε κατά τη νομολογιακή επισκόπηση του ζητήματος, *εκείνος που δεν ενήργησε όπως ο μέσος συνετός ιατρός θα ενεργούσε κάτω από τις ίδιες περιστάσεις και προϋποθέσεις*. Δια της παρούσης, ο όρος, χρησιμοποιείται πρωτίστως για την αξιολόγηση της κλινικής πρακτικής και έρευνας και δευτερευόντως για την κρίση στην οποία θα αχθεί το Δικαστήριο, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι δεν αποσκοπεί στη δίκαιη ισορροπία μεταξύ των αντικρουόμενων συμφερόντων. Εξάλλου, η ιατρική ευθύνη, εντάσσεται στο ευρύτερο πλαίσιο της επαγγελματικής ευθύνης, σημείο αναφοράς της οποίας αποτελεί ο μέσος εκπρόσωπος του επαγγελματικού κύκλου στον οποίο ανήκει το πρόσωπο που ενεργεί εντός του γενικού πλαισίου των δραστηριοτήτων του.

Από πλευράς νομικής αντιμετώπισης του ιατρού³⁵, το εγειρόμενο ιατρικό σφάλμα εξετάζεται με κριτήριο την επιμέλεια που θα επιδείκνυε υπό τις ίδιες συνθήκες ο μέσος συνετός ιατρός της ειδικότητάς του κι όχι αντίστοιχα ένας

³⁵(ΑΠ 122/2019) προϋποθέσεις από ΑΡ.302ΠΚ ΠΑΡ.1 ΚΑΙ 28ΠΚ:

α) να μην καταβλήθηκε από το δράση η επιβαλλόμενη κατ' αντικειμενική κρίση προσοχή, την οποία κάθε μετρίως συνετός και ευσυνείδητος άνθρωπος οφείλει υπό τις ίδιες πραγματικές περιστάσεις να καταβάλει, με βάση τους νομικούς κανόνες, τις συνήθειες που επικρατούν στις συναλλαγές και την κοινή, κατά την συνήθη πορεία των πραγμάτων, πείρα και λογική,

β) να μπορούσε αυτός, με βάση τις προσωπικές του περιστάσεις, ιδιότητες, γνώσεις και ικανότητες και, κυρίως, εξαιτίας της υπηρεσίας του ή του επαγγέλματος του, να προβλέψει και ν' αποφύγει το αξιόποιο αποτέλεσμα, το οποίο από έλλειψη της προαναφερόμενης προσοχής, είτε δεν προέβλεψε, είτε το προέβλεψε ως δυνατό, πίστευε όμως ότι δεν θα επερχόταν και γ) να υπάρχει αιτιώδης σύνδεσμος μεταξύ της ενέργειας ή παραλείψεως του δράστη και του αποτελέσματος που επήλθε.

ακαδημαϊκός ιατρός υψηλότατων προσόντων/μέλος ΔΕΠ κλπ. Ακόμη κι αν το διέπραξε εκείνος, η πράξη του δε θα κριθεί βάσει των δικών του επιδόσεων, αλλά βάσει της επιμέλειας που όφειλε να δείξει ή που θα έπρεπε να δείξει ο μέσος συνετός ιατρός της ειδικότητάς του. Και τούτο διότι, δεν επηρεάζει η ποσότητα και η ποιότητα των γνώσεων του ή ακόμη των εξειδικευμένων γνώσεων του³⁶.

Γενικά μπορεί να λεχθεί ότι το μέτρο της οφειλόμενης από τις περιστάσεις περίσκεψης του συγκεκριμένου ιατρού, πρέπει να είναι η προσοχή που δείχνει κάθε μέσος ιατρός αν βρεθεί, αν όχι κάτω από τις ίδιες, σε παρόμοιες συνθήκες με αυτές που βρέθηκε και ενήργησε ο κρινόμενος ιατρός. Ωστόσο, λαμβάνονται υπόψη και οι προσωπικές περιστάσεις ιδιότητες γνώσεις και ικανότητες του δράστη, με αποτέλεσμα η απαιτούμενη προσοχή να διαφοροποιείται μεταξύ μη ειδικών (ειδικευόμενων) και ειδικευμένων ιατρών, καθ' όσον οι τελευταίοι έχουν τις απαραίτητες γνώσεις που τους καθιστούν ικανότερους να αντιμετωπίσουν τα περιστατικά που ανάγονται στην ειδικότητα τους.

Ειδικότερα, σύμφωνα με τη διάταξη του άρ.3 παρ.2 ν. 3418/2005 «Ο ιατρός ενεργεί με βάση α) την εκπαίδευση που του έχει παρασχεθεί κατά τη διάρκεια των προπτυχιακών του σπουδών, την άσκηση του για την απόκτηση τίτλου ιατρικής ειδικότητας και τη συνεχιζόμενη ιατρική του εκπαίδευση, β) την πείρα και τις δεξιότητες που αποκτά κατά την άσκηση της ιατρικής και γ) τους κανόνες της τεκμηριωμένης και βασισμένης σε ενδείξεις ιατρικής επιστήμης».

Η εν λόγω διάταξη αποτυπώνει την ιδιαίτερη σημασία στις ιδιαίτερες γνώσεις και ικανότητες του ιατρού, οι οποίες λαμβάνονται υπόψη για την επίταση της ευθύνης του. Η οφειλόμενη προσοχή πρέπει να καταφάσκεται και στην περίπτωση του ανειδίκευτου ιατρού, όταν η διάγνωση του ανακύπτοντος προβλήματος δεν προϋποθέτει ειδικές ή επιπλέον ιατρικές γνώσεις, που προσδίδει στον ιατρό η απόκτηση μιας ειδικότητας, αλλά μπορεί να επιτευχθεί και με τις βασικές γνώσεις της ιατρικής επιστήμης, που κάθε ιατρός πρέπει να διαθέτει.³⁷

³⁶ Διατυπώνεται η άποψη στο σημείο αυτό, ότι μέτρο του «μέσου συνετού ιατρού» αποτελεί βαρύμετρο για τον Δικαστή, προκειμένου ο τελευταίος να εμμένει σε μία δίκαιη ισορροπία μεταξύ των μερών και να πράττει τα ανάλογα στο «συνήθως συμβαίνον».

³⁷ Ειδικά όσον αφορά στους ειδικευόμενους ιατρούς, αυτοί ενεργούν ιατρικές πράξεις υπό την εποπτεία και την καθοδήγηση των ειδικευμένων ιατρών. Για τις ιατρικές πράξεις που απαιτούν εξειδικευμένες γνώσεις, οι ειδικευόμενοι οφείλουν να ενημερώσουν άμεσα και χωρίς οιαδήποτε καθυστέρηση τους ειδικευμένους ιατρούς, άλλως βαρύνονται με «σφάλμα περί την ανάληψη». Επίσης ευθύνονται εάν ενεργούν κατά παράβαση των οδηγιών και των υποδείξεων των ειδικευμένων ιατρών.

Ενδεικτικά και προς αλληλουχία με τα ανωτέρω, αναφέρεται στο σημείο αυτό πως στην προαναφερθείσα ΑΠ830/2009 το Δικαστήριο απέρριψε την αναίρεση του ήδη καταδικασθέντος σε πρώτο κι έπειτα σε δεύτερο βαθμό. Το Εφετείο δέχτηκε ότι «παρόλο που διαπιστώθηκε από τις ιατρικές εξετάσεις του αίματος του ότι παρουσίαζε ελαττωμένα λευκά αιμοσφαίρια (λευκοπενία - ουδετεροπενία), δηλαδή πρόδρομα συμπτώματα σηψαιμίας, ο κατηγορούμενος με την ως άνω ιδιότητα του, του εφημερεύοντος νοσοκομειακού ιατρού στην ανωτέρω Παιδιατρική Κλινική κατά το προαναφερθέν χρονικό διάστημα, αν και όφειλε λόγω του επαγγέλματος του ιατρού και μπορούσε να επιδείξει την επιβαλλόμενη κατ' αντικειμενική κρίση προσοχή και επιμέλεια που κάθε μέσος συνετός ιατρός θα κατέβαλλε και να παρακολουθεί την εξέλιξη της κατά τα ανωτέρω άσχημης κατάστασης της υγείας του ως άνω νηπίου ασθενούς ούτως ώστε να προβεί στις απαραίτητες ενέργειες για την αντιμετώπιση της ασθένειας του και τη μη επιδείνωση της κατάστασης της υγείας του, εντούτοις παρέλειψε να παρακολουθεί την εξέλιξη της καταστάσεως της υγείας του νηπίου ασθενούς, δεν έλεγξε επαρκώς την νοσολογική κατάσταση του ασθενούς νηπίου που συνεχώς και ραγδαία επιδειωνόταν, ούτε αξιολόγησε σύμφωνα με τους κανόνες της ιατρικής επιστήμης τα κλινικά και εργαστηριακά ευρήματα ώστε να εφαρμόσει, είτε ο ίδιος από μόνος του, είτε σε συνεννόηση με τον εφημερεύοντα ειδικευμένο παιδίατρο³⁸».

Επομένως, ο «μέσος ιατρός» αποτελεί σημαντικό κριτήριο για την νομική αξιολόγηση των περιστατικών, διότι μέσω εκείνου υποδεικνύεται σιωπηρά η τήρηση των όσων οι κοινώς παραδεκτοί κανόνες της ιατρικής επιστήμης ορίζουν. Τέλος, τονίζεται πως ο ιατρός γενικά δεν διαβεβαιώνει, δεν εγγυάται το ακίνδυνο από τη μία, ούτε το επιτυχές από την άλλη αποτέλεσμα της ιατρικής πράξεως. Υποχρεούται προεγχειρητικά να ενημερώνει αφενός ως προς το είδος αφετέρου ως προς τους κινδύνους και τις πιθανότητες αποτυχίας της θεραπείας που επιλέγει, κι' αυτό, προκειμένου ο ασθενής, ενημερωμένος πλέον, να οδηγηθεί σε έγγραφη-έγκυρη συναίνεση ως προς τη διενέργεια της ιατρικής πράξης.

Περαιτέρω, συντρέχουν οι προϋποθέσεις ευθύνης και των τελευταίων (ειδικευμένων ιατρών), όταν αναθέτουν στους ειδικευόμενους τη διενέργεια ιατρικών πράξεων, στις οποίες οι τελευταίοι αδυνατούν να ανταποκριθούν («σφάλμα περί την ανάθεση») λόγω έλλειψης εμπειρίας και γνώσεων.

³⁸ Απόσπασμα απόφασης από την ΝΟΜΟΣ

Κεφάλαιο 5°. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΙΚΕΣ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ

Στον πυρήνα της δικανικής κρίσης πάντως, βρίσκεται συχνότατα ο «μέσος συνετός ιατρός της ειδικότητας» ή αλλιώς «ο μέσος εκπρόσωπος του κύκλου του», όπως νομολογιακώς εξετάσθηκε ανωτέρω. Διότι ναι μεν ο αμελής ιατρός, θα αποδεχθεί και τις συνέπειες της αμέλειας του. Ο δε δικαστής όμως οφείλει πάντα να τηρεί μία δίκαιη ισορροπία ανάμεσα στα αντιτιθέμενα συμφέροντα, με παράλληλη προστασία των θεμελιωδών δικαιωμάτων (ΑΠ 747/2017) και δη στην περίπτωση επιδίκασης αποζημίωσης, εφαρμόζοντας την αρχή της αναλογικότητας, ως γενική νομική αρχή αυξημένης μάλιστα τυπικής ισχύος. Τούτο πρακτικά σημαίνει ότι, η σχετική κρίση του Δικαστηρίου, δεν πρέπει να υπερβαίνει τα ακραία όρια της διακριτικής του ευχέρειας, πράγμα που αν συμβαίνει ελέγχεται ως παραβίαση της ως άνω γενικής νομικής αρχής, ήτοι ως πλημμέλειας του άρ. 559 αρ.1 και 19 ΚΠολΔ.

Μάλιστα, για την επίταση των δυσχερειών αυτών, μέρος των ευθυνών αποδίδεται και στην έκβαση των υποθέσεων, αφού όπως εξετάσθηκε ανωτέρω, μια αθωωτική απόφαση υπέρ του ιατρού μπορεί να ανατραπεί (370/2017 του Τριμελούς Εφετείου (Πλημμελημάτων) Αθηνών, σελ.21 της παρούσας). Σημείο στο οποίο χωλαίνει η νομική προσέγγιση μιας περίπτωσης ιατρικής επιπλοκής είναι αφενός ο ελλιπής προσδιορισμός του ύψους των αποζημιώσεων κι αφετέρου οι δυσκολίες που συνεπάγεται η έλλειψη αποδεικτικών μέσων προς υποστήριξη της θέσης του (πχ. κατά τον τοκετό ο ιατρός δεν μπορεί να αποδείξει ότι οι πιέσεις που ασκούσε στην ασθενή-εγκυμονούσα ήταν οι επιτρεπόμενες και συνήθως ενδεδειγμένες).

Από την ενδεικτική νομολογιακή επισκόπηση, διαπιστώνεται ότι η περιπτώσιολογία υποθέσεων, αποτελεί συχνά μία εκ νέου μελέτη του τι ορίζουμε ως ιατρική ευθύνη, ποια έννομα προστατευόμενα αγαθά θίγονται, πως θίγονται κά. Όσον αφορά στην αιτία της ιατρικής επιπλοκής, θεμελιώνεται μόνο στη διεθνή βιβλιογραφία της ιατρικής επιστήμης η οποία καθορίζει κατά προσέγγιση τα αναμενόμενα ποσοστά επιπλοκών, εφόσον δηλαδή οι αιτίες εμφάνισης συγκαταλέγονται μεταξύ των καταγεγραμμένων βιβλιογραφικά επιπλοκών κι ως εκ τούτου γίνεται λόγος για συνήθεις ενδείξεις τις οποίες εντόπισε ο ιατρός και διαχειρίστηκε ορθώς, εκτίμησε έγκαιρα και προεχόντως επέστησε στον ασθενή την προσοχή ενημερώνοντάς τον για τις επιπλοκές που μπορεί να προκύψουν.

Ο δε ασθενής, από τη δική του πλευρά, πρέπει να ενημερώνεται σε γλώσσα που κατανοεί (διάλεκτος, κουλτούρα κλπ) απευθείας από τον ιατρό κι όχι από το προσωπικό της κλινικής, γραπτά ή προφορικά. Η γραπτή ενημέρωση αποδεικνύει ό,τι συνέβη και κατοχυρώνει νομικά και ιατρικά τον ιατρό. Εφόσον γίνει η ενημέρωση προφορικά, καλό είναι να ενημερώνεται σχετικά το ιατρικό αρχείο του ασθενή και να υπογράφουν σα μάρτυρες άλλοι ιατροί και νοσηλευτές. Άλλως ο ασθενής έχει έλλειμα απαραίτητων γνώσεων και η συναίνεση ως εκ τούτου που θα χορηγήσει είναι άκυρη.

Συνεπεία τούτων, το έργο απονομής της δικαιοσύνης γίνεται δυσκολότερο και πιο απαιτητικό, όταν φτάνει στο δικαστήριο μία περίπτωση ιατρικής ευθύνης. Ενδεικτικά, προτείνεται η τήρηση (βάσει πλήρους ονοματολογίας ασθένειας, συμπτωματολογίας, κλινικής αντιμετώπισης κλπ) και η διαρκής ενημέρωση ενός αρχείου καταγραφής των περιστατικών ιατρικής ευθύνης αλλά και των ενεργειών που ακολούθησαν μετεγχειρητικά προς όφελος του ασθενούς μέσα από την σφυρηλάτηση του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης ως πιο ισχυρού. Αυτό φυσικά θα εξαρτηθεί από την εφαρμογή εξειδικευμένων κατευθυντήριων οδηγιών, βασισμένες αφενός σε αυτό που ορίζεται ως «Ορθή ιατρική πρακτική» (Good Clinical Practice - GCP) και αφετέρου στην «Τεκμηριωμένη ιατρική» (Evidence Based Medicine). Στο ίδιο ρυθμιστικό πλαίσιο, εντάσσεται και η καθιέρωση εσωτερικών (ενδοκλινικών) διαδικασιών ελέγχου (auditing) ιδιαίτερα στα περιστατικά με δυσμενή έκβαση ή εμφάνιση επιπλοκών.

Ολοκληρώνοντας, διαπιστώθηκε ότι η σε θεωρητικό επίπεδο μελέτη του πλαισίου μέσα στο οποίο ενεργεί ο ιατρός από το πώς αυτό εξετάζεται στην πράξη απέχει παρασάγγας. Δηλαδή, όταν θεωρητικά οι ιατρικές επιπλοκές και οι αιτίες υπάρξεώς τους διαφοροποιούνται ολοσχερώς από αυτές των ιατρικών σφαλμάτων, δεν υπάρχει σαφής διαφοροποίηση για την υπερασπιστική γραμμή που πρέπει να ακολουθήσει ο ιατρός, ή ακόμη όταν η ύπαρξη ενός οργανωμένου συστήματος καταγραφής ιατρικών σφαλμάτων αποβαίνει καθοριστικής σημασίας για την μελέτη της ιατρικής ευθύνης στον ελλαδικό χώρο, αυτό στην πράξη είναι ελλιπές. Ήδη βέβαια, είναι σημαντική η πρόοδος που έχει γίνει με την κατηγοριοποίηση των ιατρικών σφαλμάτων, καθώς αποσκοπεί στην εγγύτερη απόδειξη του σταδίου στο οποίο μετέλθε ενεργώντας εσφαλμένα ο ιατρός ενεργώντας μόνος ή ως μέλος μιας ιατρικής ομάδας. Καίτοι, πρέπει να τονίσουμε ότι, εάν δεν λειτουργούν όλοι οι

κρατικοί θεσμοί, η δικαιοσύνη, η διοίκηση κλπ, δεν μπορεί ένας τομέας της υγείας να τύχει της ανάλογης προσοχής. Και σε τούτο δεν βοηθά φυσικά η μη καταγραφή των ιατρικών σφαλμάτων που συμβαίνουν κάθε χρόνο σε όλη την επικράτεια. Τέλος, μοναδική πηγή γνώσης για τα περισσότερα περιστατικά αποτελούν οι σποραδικές αυτόβουλες αναφορές των θυμάτων.

Κεφάλαιο 6^ο ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- [1] Ιατρική ευθύνη και ηθική Άννα Μαυροφόρου-Γιαννούκα, πανεπιστημιακές εκδόσεις Θεσσαλίας, ΒΟΛΟΣ 2012
- [2] Βιοηθικοί προβληματισμοί στην ιατρική δεοντολογία, Αρχιμανδρίτης Μακάριος Γρινιεζάκης Άννα Μαυροφόρου- Γιαννούκα
- [3] Η ιατρική ευθύνη στην πράξη , εκδ. ΝΟΜΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ, 2010, Κ. Γώγος, Μ. Καϊάφα-Γκμπάντι, Λ. Παπαδοπούλου, Κ. Φουντεδάκη.
- [4] Ιατρική Ευθύνη Νομικές και Δεοντολογικές Παράμετροι, Α. Χαραλαμπίκης, εκδ. ΣΑΚΚΟΥΛΑ, 2016
- [5] Επιπλοκή Ιατρικής Πράξης - Θεραπευτικός Κίνδυνος – Ιατρικό Σφάλμα – Lege Artis Ιατρική Πράξη: Χρήσιμες Ιατρικές Έννοιες για τους Εφαρμοστές του Δικαίου Βασίλειος Κ. Ταρλατζής Καθηγητής Μαιευτικής – Γυναικολογίας & Ανθρώπινης Αναπαραγωγής Ιατρική Σχολή Α.Π.Θ. Αν. Πρόεδρος Συμβουλίου Α.Π.Θ. (ΔΙΑΤΙΘΕΤΑΙ ONLINE mrbc.gr)
- [6] The effect of organisational culture on patient safety June 2013 Nursing standard: official newspaper of the Royal College of Nursing 27(43):50-56 DOI: 10.7748/ns2013.06.27.43.50.e7280 Source: PubMed (διατίθεται online https://www.researchgate.net/publication/256288916_The_effect_of_organisational_culture_on_patient_safety)
- [7] ΙΑΤΡΙΚΟ ΔΙΚΑΙΟ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΒΙΟΗΘΙΚΗΣ- ΔΗΜ. ΨΑΡΟΥΛΗΣ, ΠΟΛ. ΒΟΥΛΤΣΟΣ, εκδ. UNIVERSITY STUDIO PRESS, ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ, 2010.
- [8] Ιατρική Ευθύνη. Χαρακτηριστικά Γνωρίσματα και νομική διάσταση κανόνων ιατρικής δεοντολογίας. Καρακώστας Ι. , εκδ. Νομική Βιβλιοθήκη 2008.
- [9] Ανθρώπινη Αναπαραγωγή και αστική ιατρική ευθύνη. Φουντεδάκη. Δημοσιεύσεις ιατρικού δικαίου και βιοηθικής, εκδ.ΣΑΚΚΟΥΛΑ 2007.
- [10] "Textbook of Patient Safety and Clinical Risk Management", Springer Science and Business Media LLC, 2021
- [11] Πλεύρης Α. Η ποινική ευθύνη στην ιατρική πράξη, εκδ.ΝΟΜΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ, 2007
- [12] Γεωργιάδης Απ., Ενοχικό Δίκαιο, Γενικό Μέρος (2^η εκδ), Εκδόσεις Π.Ν ΣΑΚΚΟΥΛΑ, 2015
- [13] Γεωργιάδης Απ., Εγχειρίδιο Ειδικού Ενοχικού Δικαίου, εκδ. Π.Ν. ΣΑΚΚΟΥΛΑ, 2014
- [14] Σακελλαροπούλου Β. Η ποινική αντιμετώπιση του ιατρικού σφάλματος. Εκδ.ΣΑΚΚΟΥΛΑ ΑΘΗΝΑ -ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ 2007

[15] <https://pergamos.lib.uoa.gr/uoa/dl/frontend/file/lib/default/data/1321592/theFile> ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ της Αικατερίνης Παναγιώτη Φωτοπούλου «Το ιατρικό σφάλμα κατά τη θεωρία και τη νομολογία-ειδικά το διαγνωστικό και θεραπευτικό σφάλμα».

[16] <https://core.ac.uk/download/pdf/161402367.pdf> ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ της Τ. ΚΩΣΤΟΥΛΗ «ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΦΑΛΜΑ : έρευνα βάσει δικαστικών αποφάσεων»

[17] Lawrence W.Way, Gerard M. Doherty, ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ, Διάγνωση & Θεραπεία, ιατρικές εκδ. Π.Χ Πασχαλίδης, ΤΟΜ1 12η έκδ., μεταφρασμένο

[18] Ανδρουλιδάκη- Δημητριάδη Ι., «Η υποχρέωση ενημέρωσης του ασθενούς», εκδ. ΣΑΚΚΟΥΛΑ, Αθήνα-Κομοτηνή, 1993

[19] Καρακώστας Ι., Η ιατρική ευθύνη- Χαρακτηριστικά γνωρίσματα και νομική διάσταση κανόνων ιατρικής δεοντολογίας, Νομική Βιβλιοθήκη, Αθήνα, 2008

[20] Μηλιόπουλος, Όταν το δικαστικό σύστημα αντιμετωπίζει την ιατρική ευθύνη του πλαστικού χειρουργού (Η οπτική ενός δικαστικού λειτουργού για τις θαυμαστές εξελίξεις της πλαστικής χειρουργικής), Αρμ 2008, 180 επ.

[21] Α. Λιούρδη, Ιατρική Ποινική Ευθύνη, Γενικές Έννοιες και Ειδικά Ζητήματα, Νομική Βιβλιοθήκη, 2014

[22] Α.-Ν. Κουκούλης, Εγχειρίδιο ιατρικής ευθύνης και δεοντολογίας, Νομική Βιβλιοθήκη, 2020

ΔΙΑΔΙΚΤΥΑΚΕΣ ΠΗΓΕΣ:

[1] ΝΟΜΟΣ https://lawdb.intrasoftnet.com/nomos/nomos_frame.html

[2] <https://www.kathimerini.gr/opinion/1060875/oi-exoythenomenoi-giatroi-kai-i-amyntiki-iatriki/>

[3] www.mednet.gr

[4] www.esdi.gr

[5] www.lawspot.gr

[6] www.tandlakartidningen.se

[7] www.sakkoulas.gr

[8] www.med.auth.gr

[9] <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>

[10] www.bioethics.gr

[11] <https://www.esdi.gr/nex/images/stories/pdf/epimorfosi/2018/alikakos.pdf>

[12] <http://ikee.lib.auth.gr/record/282969/files/GRI-2016-16553.pdf>

[13] https://www.youtube.com/watch?v=WSLAM0_6G-A&t=2244s ΙΑΤΡΙΚΗ
ΕΥΘΥΝΗ ΙΔΙΑΙΤΕΡΑ ΕΝ ΜΕΣΩ ΤΗΣ ΠΑΝΔΗΜΙΑΣ COVID-19 υπό την αιγίδα
του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου