



ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ  
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ



ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ  
**ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΗΘΙΚΗ ΣΤΙΣ ΒΙΟΪΑΤΡΙΚΕΣ ΕΠΙΣΤΗΜΕΣ**

*Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία*

**«Η ΒΙΟΗΘΙΚΗ ΔΙΑΣΤΑΣΗ ΣΤΗΝ ΙΑΤΡΙΚΗ ΔΙΑΜΕΣΟΛΑΒΗΣΗ »**

υπό

**ΟΛΥΜΠΙΑ Ν. ΛΙΟΥΠΗ**

Δικηγόρου – Διαμεσολαβητή

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

Λάρισα, 2022

**Επιβλέπουσα:**

*Άννα Μαυροφόρου - Γιαννούκα, Καθηγήτρια Δεοντολογίας - Βιοηθικής, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας*

**Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή:**

- 1. Άννα Μαυροφόρου - Γιαννούκα, Καθηγήτρια Δεοντολογίας - Βιοηθικής, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας*
- 2. Αθανάσιος Γιαννούκας, Καθηγητής Αγγειοχειρουργικής, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας*
- 3. Γεώργιος Κούβελος, Επίκουρος Καθηγητής Αγγειοχειρουργικής - Ενδοαγγειακής Χειρουργικής, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας*

**Τίτλος εργασίας στα αγγλικά:**

**“BIOETHICS IN MEDICAL MEDIATION”**

## *Πίνακας περιεχομένων*

<i>Πρόλογος.....</i>	<i>4</i>
<i>Περίληψη .....</i>	<i>5</i>
<i>Abstract .....</i>	<i>6</i>
<i>1. Εισαγωγή.....</i>	<i>7</i>
<i>1.1 Βιοηθική.....</i>	<i>7</i>
<i>1.2 Διαμεσολάβηση και Ιατρική Διαμεσολάβηση.....</i>	<i>9</i>
<i>2. Σκοπός.....</i>	<i>14</i>
<i>3. Μεθοδολογία .....</i>	<i>14</i>
<i>4. Αποτελέσματα.....</i>	<i>15</i>
<i>5.1 Ιατρικά σφάλματα .....</i>	<i>15</i>
<i>5.2 Διλλήματα τέλους της ζωής - Ο θεσμός της μάταιης θεραπείας.....</i>	<i>18</i>
<i>5.3 Ευθανασία.....</i>	<i>20</i>
<i>5.4 Αμβλώσεις.....</i>	<i>22</i>
<i>5.5 Υποβοηθούμενη αναπαραγωγή - Παρένθετη Μητρότητα.....</i>	<i>24</i>
<i>5.6 Ο ρόλος του ιατρικού διαμεσολαβητή.....</i>	<i>25</i>
<i>5.7 Γενική Συζήτηση - Συμπέρασμα.....</i>	<i>26</i>
<i>6. Βιβλιογραφικές αναφορές.....</i>	<i>28</i>

## Πρόλογος

Βρίσκεστε ξαπλωμένοι στο κρεβάτι ενός νοσοκομείου. Έχετε προχωρημένη νόσο του Πάρκινσον. Δε μπορείτε να περπατήσετε, να κάνετε μπάνιο, να ντυθείτε, να τραπεζίτε, να εκτελέσετε μόνος τις πιο ιδιωτικές λειτουργίες σας. Με δυσκολία αναγνωρίζεται πλέον την οικογένειά σας ή τα άτομα που σας φροντίζουν. Η ασθένειά σας έχει φτάσει σε ένα σημείο, στο οποίο δε μπορείτε πλέον να λαμβάνετε επαρκείς ποσότητες τροφής από το στόμα και ο γιατρός θέλει να εισάγει ένα ρινοκαθετήρα σίτισης. Ο σύζυγός σας αρνείται να συναινέσει. Ο γιατρός πιστεύει ότι ο ρινοκαθετήρας είναι ιατρικά ενδεδειγμένος. Θα μπορούσατε στην πραγματικότητα να ζήσετε περισσότερο από ένα χρόνο με έναν ρινοκαθετήρα. Αλλά ο σύζυγος το αρνείται. Είστε σε θέση να καταλαβαίνετε ότι υπάρχει μεγάλη ένταση, το περιβάλλον είναι αρνητικά φορτισμένο και το μόνο που εισπράττετε είναι το τοξικό κλίμα που έχει δημιουργηθεί τριγύρω σας. Αυτή είναι η αρχή μιας συγκρουσιακής κατάστασης που μπορεί να λυθεί με δύο τρόπους. Ένας τρόπος επίλυσης της, είναι η δικαστική οδός, όπου ένας δικαστής χωρίς ειδικές γνώσεις ιατρικής και βασιζόμενος στα γεγονότα, θα αποφασίσει για λογαριασμό σας. Εναλλακτικά, η υπόθεση μπορεί να μπει στη διαδικασία της διαμεσολάβησης, όπου ένας ειδικά καταρτισμένος σε ιατρικά θέματα διαμεσολαβητής, αφού πρώτα αποφορτίσει τ' αρνητικά συναισθήματα των μερών και δημιουργήσει ένα κλίμα εμπιστοσύνης και συνεργασίας, θα βοηθήσει το γιατρό και το σύζυγό σας να προσπαθήσουν να καταλήξουν σε μια από κοινού συμφωνία. Μια συμφωνία που θα είναι προϊόν της δικής τους βούλησης με γνώμονα το συμφέρον σας (του ασθενούς). Εσείς τι θα επιλέγατε;

## Περίληψη

Σκοπός αυτής της διατριβής είναι να μελετήσει την εφαρμογή του θεσμού της Ιατρικής Διαμεσολάβησης πάνω σε ευαίσθητα ιατρικά ζητήματα που έχουν έντονη βιοηθική διάσταση. Μέσα από την ανασκόπηση βιβλιογραφικών πηγών ταυτοποιήθηκαν τα κύρια πεδία εφαρμογής του θεσμού. Η Ιατρική Διαμεσολάβηση έχει εφαρμοστεί με επιτυχία στα (1) ιατρικά σφάλματα - που οφείλονται σε αμέλεια ή όχι - (2) στο ευαίσθητο θέμα των διλημάτων του τέλους της ζωής και της μάταιης θεραπείας, (3) στην ευθανασία - παθητική ή ενεργητική - (4) στις αμβλώσεις και (5) στην υποβοηθούμενη αναπαραγωγή και κυρίως στο θέμα της δανεικής μήτρας ή παρένθετης μητέρας. Οι πέντε αυτοί τομείς αναλύθηκαν διεξοδικά. Η ιατρική διαμεσολάβηση είναι μια ευγενική, εναλλακτική διαδικασία διευθέτησης διαφορών που προκύπτουν στο χώρο της υγείας για θέματα που μπορούν ή δε μπορούν να λυθούν στο δικαστήριο και πλεονεκτεί έναντι της δικαστικής οδού. Μάλιστα, σε θέματα με έντονο βιοηθικό ενδιαφέρον, όπως είναι κατά κύριο λόγο τα ιατρικά ζητήματα, σταθμίζει, μέσα από μια εμπιστευτική αλλά ταυτόχρονα ανοικτή διαδικασία, όλες τις παραμέτρους με τρόπο που ικανοποιεί τα εμπλεκόμενα μέλη, πάντα στο πλαίσιο της νομιμότητας.

Λέξεις - κλειδιά: Βιοηθική, Ιατρική Διαμεσολάβηση, Ιατρικά σφάλματα, Διλήματα του τέλους της ζωής, Ευθανασία, Αμβλώσεις, Υποβοηθούμενη αναπαραγωγή.

## **Abstract**

The aim of this thesis is to explore the use of Medical Mediation on sensitive medical issues with a strong bioethical component. We reviewed the literature and identified the main fields of application of Medical Mediation. It has been successfully applied to (1) medical errors - negligent or not - (2) the sensitive issue of end - of - life dilemmas and futile treatment, (3) euthanasia - passive or active - (4) abortion and (5) assisted reproduction mainly in the case of the surrogate mother. These five areas were extensively discussed. Medical mediation is a friendly, alternative process for resolving disputes that arise in health and can or cannot be resolved in a courtroom. In either case it is preferable to litigation. In fact, for matters with a strong bioethical component, as is often the case in medical disputes, it weighs in, through a confidential but at the same time open process, the interests of all parties and attempts to reach a mutually satisfying agreement within the limits of law.

**Keywords:** Bioethics, Medical Mediation, Medical Errors, End-of-Life Dilemmas, Euthanasia, Abortions, Assisted Reproduction.

## 1. Εισαγωγή

Στη ζωή οι έννοιες που δημιουργούν γέφυρες είναι από τη φύση τους δυναμικές. Γεννούν ένα αίσθημα εξέλιξης, κάτι που μπορεί να συνεχιστεί με τρόπο δημιουργικό, μια ελπίδα ότι κάτι ετοιμάζεται να αλλάξει. Δύο τέτοιες έννοιες είναι οι έννοιες της Βιοηθικής και της Διαμεσολάβησης. Η πρώτη στήνει γέφυρες ανάμεσα στην επιστημονική πρόοδο και τις ηθικές αξίες και η δεύτερη ανάμεσα στην δικαιοσύνη και τις ανθρώπινες διαφορές.

### 1.1 Βιοηθική

Η Βιοηθική αποτελεί το σημαντικότερο κλάδο της εφαρμοσμένης ηθικής. Πρόκειται για την έρευνα των ηθικών προβλημάτων και διλημμάτων που προκύπτουν από την ραγδαία ανάπτυξη των βιοεπιστημών και της βιοτεχνολογίας. Έκανε την εμφάνιση της πριν τριάντα χρόνια, πρώτα στην Αμερική και έπειτα στην Ευρώπη, απαντώντας στην ανάγκη να επιλυθούν τα ηθικά προβλήματα που προκύπτουν από (α) την πρόοδο της Ιατρικής Επιστήμης αλλά και (β) τα πειράματα που συνδέονται με τη βιολογική ύπαρξη του ανθρώπου.

Ο όρος «Βιοηθική - Bioethics» έχει αντικαταστήσει τον όρο «Medical Ethics - Ιατρική Ηθική ή Ιατρική Δεοντολογία», που χρησιμοποιήθηκε τα προηγούμενα χρόνια. Η Βιοηθική οφείλει το όνομά της στον Αμερικανό ογκολόγο γιατρό Van Rensselaer Potter, ο οποίος χρησιμοποίησε τον όρο πρώτος, το 1970, σε άρθρο του με τίτλο «Βιοηθική: η επιστήμη της επιβίωσης» (1) και τον επόμενο χρόνο στο βιβλίο του «Βιοηθική: Γέφυρα της το μέλλον» (2). Ο Potter για να φτιάξει το όνομα χρησιμοποίησε το πρώτο συνθετικό «bio», από το ελληνικό «βίος», αντιπροσωπεύοντας έτσι την επιστήμη και τη γνώση της βιολογίας και το δεύτερο συνθετικό «ethics» από την ελληνική λέξη «ηθική», το οποίο αντιπροσώπευε το ηθικό σύστημα αξιών. Το συνθετικό «βίος» την εισάγει στο πεδίο της επιστήμης της τεχνολογίας, της βιολογίας, της ιατρικής, ενώ το δεύτερο στο ευρύ πεδίο του πνεύματος, των αξιών, της αξιοπρέπειας και του σεβασμού στην ανθρώπινη φύση. Τα δυο αυτά συνθετικά του όρου, άρρηκτα συνδεδεμένα μεταξύ της, προσδιορίζουν το αντικείμενο της Βιοηθικής Επιστήμης.

Η Βιοηθική ασχολείται με ένα ευρύ πεδίο ζητημάτων και ηθικών προβληματισμών. Αποτελεί, μια γέφυρα, τον τόπο συνάντησης πολλών επιστημών όπως της Ιατρικής, της Βιολογίας, του Δικαίου και της Θεολογίας και επεμβαίνει για να θέσει όρια στην ανεξέλεγκτη πορεία των επιτευγμάτων της επιστήμης. Στην ουσία προσπαθεί να παίξει το ρόλο της ασφαλιστικής δικλείδας για τον σεβασμό στην ανθρώπινη ζωή (3). Η κλωνοποίηση και η γενετική τεχνολογία, η χρήση βλαστοκυτάρων, η υποβοηθούμενη αναπαραγωγή με όλες τις παρεμφερείς υποπεριπτώσεις της - δηλαδή, η παρένθετη μητρότητα, η τεχνητή γονιμοποίηση, η ομόλογη και ετερόλογη γονιμοποίηση και η μικρογονιμοποίηση - οι μεταμοσχεύσεις, η ευθανασία - ενεργητική και παθητική - η υποβοήθηση στην αυτοκτονία, μέχρι και τα γενετικά μεταλλαγμένα τρόφιμα, τα γενετικά δεδομένα και η διαχείρισή τους αποτελούν ζητήματα που εγείρουν έντονες βιοηθικές ανησυχίες σε παγκόσμιο επίπεδο καθώς κάθε γενιά έχει ευθύνη για την επόμενη. Και αν και μπορεί κάποιος να αποφασίσει να καταστρέψει τον εαυτό του, κάνοντας χρήση του δικαιώματος της αυτονομίας, δεν έχει το δικαίωμα να κάνει το ίδιο μια γενιά για την επόμενη ορμώμενη από ένα αίσθημα αυτοκαταστροφής.

Η Βιοηθική σε καμία περίπτωση δεν αντιμάχεται την επιστημονική έρευνα αλλά στο όνομα της ανθρώπινης αξίας υψώνει ως ανάχωμα την αρχή της ευθύνης σε τυχόν αλαζονικά και αστόχαστα οράματα της γενετικής μηχανικής, της «ανθρωπογονίας» και της «ανθρωποτεχνικής» (4). Τέσσερις αρχές συγκεντρώνουν την ουσία της (5):

1. Η Αρχή του σεβασμού της αυτονομίας. Κάθε άτομο μπορεί να διαθέτει τον εαυτό του ελεύθερα όπως αυτό επιλέγει και χωρίς να περιορίζεται από εσωτερικούς ή / και εξωτερικούς παράγοντες. Επιπλέον, σύμφωνα με αυτή την αρχή, ο ασθενής πρέπει να έχει αυτονομία σκέψης, πρόθεσης και δράσης όταν λαμβάνει αποφάσεις σχετικά με την υγειονομική περίθαλψη. Η διαδικασία λήψης αποφάσεων πρέπει να είναι απαλλαγμένη από εξαναγκασμό. Για να μπορεί ένας ασθενής να λάβει μια πλήρως τεκμηριωμένη απόφαση, πρέπει να κατανοήσει όλους τους κινδύνους και τα οφέλη της διαδικασίας και την πιθανότητα επιτυχίας.
2. Η Αρχή της ευεργεσίας. Σύμφωνα με αυτή την αρχή, κάθε ιατρική πράξη παρέχεται με σκοπό να κάνει καλό στον ασθενή. Οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης οφείλουν να παρέχουν διαρκώς τις καλύτερες δυνατές υπηρεσίες στους ασθενείς με στόχο το μεγαλύτερο δυνατό καθαρό όφελος.



3. Η Αρχή της μη πρόκλησης βλάβης. Σύμφωνα με αυτή την αρχή, κάθε ιατρική πράξη δεν πρέπει να βλάπτει τον εμπλεκόμενο ασθενή ή τρίτους που έχουν εμπλακεί άμεσα ή έμμεσα. Κάθε ενέργεια και απόφαση πρέπει να έχει θετικό ισοζύγιο ωφέλειας – κόστους για το άτομο συνυπολογίζοντας πάντοτε τις ηθικές του αξίες.
4. Η Αρχή της δικαιοσύνης. Σύμφωνα με αυτή την αρχή, ο πάροχος υγειονομικής περίθαλψης πρέπει να διασφαλίζει τη δίκαιη κατανομή των σπάνιων πόρων, το σεβασμό των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και των ηθικών αξιών για όλα τα μέλη του κοινωνικού συνόλου.

### ***1.2 Διαμεσολάβηση και Ιατρική Διαμεσολάβηση***

Η Διαμεσολάβηση αποτελεί μια εκ των βασικών μεθόδων εναλλακτικής επίλυσης διαφορών. Η εναλλακτική επίλυση διαφορών βασίζεται στην αρχή ότι τα μέρη θα πρέπει να είναι σε θέση να επιλέξουν τα ίδια πως θα επιλύσουν τις διαφορές τους ενώ η δικαστική διαδικασία θα πρέπει να είναι η έσχατη λύση. Η ανάπτυξή της συνδέεται με την παθολογία λειτουργίας της κρατικής δικαιοσύνης και με την μειωμένη αποτελεσματικότητα στην παροχή έννομης προστασίας. Τα βασικότερα μέσα εναλλακτικής επίλυσης διαφορών, δηλαδή τα μέσα που οδηγούν στην επίλυση μιας διαφοράς χωρίς την έκδοση δικαστικής απόφασης, είναι:

1. Η Διαπραγμάτευση. Η διαπραγμάτευση είναι συχνά η πρώτη επιλογή για όσους επιθυμούν να επιλύσουν μια διαφορά. Τα εμπλεκόμενα μέρη προσπαθούν να καταλήξουν σε συμφωνία με το μικρότερο κόστος και τη μεγαλύτερη δυνατή ωφέλεια. Στη διαπραγμάτευση δεν υπάρχει το αμερόληπτο τρίτο μέρος που βοηθά τα μέρη. Τα μέρη πρέπει μόνα τους να συνεργαστούν για να καταλήξουν σε συμφωνία.
2. Η Πρώιμη Ουδέτερη Αξιολόγηση. Η πρώιμη ουδέτερη αξιολόγηση διενεργείται από έναν τρίτο μετά από εντολή και του ενός ή και των δύο μερών. Ο ουδέτερος τρίτος δε συμμετέχει στη διαδικασία αλλά προσφέρει μία ανεξάρτητη αξιολόγηση της διαφοράς ώστε τα μέρη να αντιληφθούν καλύτερα τη θέση τους, τα δυνατά τους σημεία, τα μειονεκτήματά τους αλλά και να σταθμίσουν την πιθανή έκβαση μιας προσφυγής στην δικαιοσύνη.

3. Η Συμφιλίωση. Η συμφιλίωση είναι μια συχνή μέθοδος εναλλακτικής επίλυσης διαφορών για και οικογενειακές εργασιακές διαφορές. Τα μέρη εκούσια προσφεύγουν σε αυτή, όπως και στην διαμεσολάβηση, αλλά εδώ ο ουδέτερος τρίτος - ο συμφιλιωτής – παρεμβαίνει στην διαδικασία προτείνει λύσεις λείει την γνώμη του και παρέχει συμβουλές επί νομικών ζητημάτων αφού αξιολογήσει την κατάσταση και τα διάφορα επιχειρήματα.
4. Η Διαμεσολάβηση. Στη διαμεσολάβηση, ο διαμεσολαβητής είναι ένα από κοινού αποδεκτό ουδέτερο μέρος που έχει το ρόλο να βοηθήσει στην επικοινωνία μεταξύ των δύο μερών που έχουν τη διαφορά ώστε να επιτευχθεί μια λύση. Ο διαμεσολαβητής θα συζητήσει ανοιχτά τα θέματα και θα προσπαθήσει να βοηθήσει τα μέρη να καταλήξουν σε συμφωνία, αλλά γενικά δεν θα προσφέρει τη δική του γνώμη ή αξιολόγηση.
5. Η Διαιτησία. Στη διαιτησία, ο διαιτητής είναι ένα ουδέτερο τρίτο μέρος που τα μέρη έχουν ορίσει για την επίλυση της διαφοράς. Ο διαιτητής είναι ειδικός στον τομέα στον οποίο προκύπτει η διαφορά. Πρόκειται για έναν δικαστή – διαιτητή, ο οποίος προτού λάβει την τελική απόφαση, θα ακούσει και τα δύο μέρη. Όταν ένας διαιτητής έχει καταλήξει σε τελική απόφαση, αυτή η απόφαση είναι νομικά δεσμευτική και παράγει δεδικασμένο και εκτελεστότητα όπως οι αποφάσεις των δικαστηρίων.

Η Διαμεσολάβηση είναι μια σπονδυλωτή διαδικασία, με αρχή μέση και τέλος, στην οποία δύο ή περισσότερα μέρη μιας διαφοράς, με τη βοήθεια ενός ουδέτερου και αμερόληπτου τρίτου, του διαμεσολαβητή, επιχειρούν εκουσίως να καταλήξουν σε συμφωνία σχετικά με την επίλυση της διαφοράς τους. Η διαδικασία μπορεί να κινηθεί είτε με πρωτοβουλία των μερών είτε να προταθεί ή να διαταχθεί από δικαστήριο ή να προβλέπεται από τη νομοθεσία. Η ευελιξία της διαδικασίας και οι δεξιότητες του Διαμεσολαβητή την καθιστούν ως ένα πραγματικά μοναδικό εργαλείο ειδικά στην περίπτωση της επίλυσης διαφορών ιατρικής φύσης(6).

Υπάρχει μια μακρά παράδοση διαμεσολάβησης σε όλες τις κοινωνίες και θρησκείες του κόσμου. Πρόκειται για μια διαδικασία που συμβαδίζει με τη δημιουργία των ανθρώπινων κοινωνιών. Στο χριστιανικό πολιτισμό, όταν κάποιος έβρισκε καταφύγιο σε έναν ναό, οι ιερείς αναλάμβαναν το ρόλο του διαμεσολαβητή με τους διώκτες του. Επιπλέον, ο χριστιανικός κλήρος κατά τον μεσαίωνα ανέλαβε ενεργό και ουσιαστικό ρόλο διαμεσολαβητή σε πλήθος οικογενειακών και διπλωματικών διαφορών. Και μέχρι την Αναγέννηση η Καθολική αλλά και η Ορθόδοξη εκκλησία

λειτουργήσαν ως κατεξοχήν κέντρα διαμεσολάβησης και επίλυσης συγκρούσεων μεταξύ όχι μόνο ατόμων αλλά και κοινωνικών και πολιτικών ομάδων, που πολλές φορές συγκροτούνταν και σε διεθνές επίπεδο. Το ίδιο συνέβαινε για αιώνες με του ραβίνους ενώ και η ισλαμική κουλτούρα έχει μια ισχυρή παράδοση στη διαμεσολάβηση. Στη μέση Ανατολή και στην Ινδονησία, περιοχές, δηλαδή, με κυρίαρχο το μουσουλμανικό στοιχείο, οι quadis (μεσολαβητές) ερμηνεύουν και εφαρμόζουν το νόμο της Σαρία, κυρίως στο «πλαίσιο της προσπάθειας να διατηρήσουν μια κοινωνική αρμονία μέσω της επίτευξης μιας κοινά αποδεκτής λύσης σε μία διαφορά» (7). Στην κινεζική, την ιαπωνική, αλλά και τις άλλες ασιατικές κουλτούρες, ο Κομφουκιανισμός με το Βουδισμό, προάγουν τις αρχές της συναίνεσης και της αρμονίας, σε κοινωνικό και προσωπικό επίπεδο και τη συμβιβαστική επίλυση των διαφορών. Σε αυτούς τους πολιτισμούς, η προσφυγή στην δικαστική οδό θεωρείται ως μια έσχατη λύση και συνήθως ένδειξη αδυναμίας. Μάλιστα, στην Ιαπωνία, αποτελεί αναφαίρετο στοιχείο της επιχειρηματικής κουλτούρας, όπου οι μεσάζοντες (shokai-sha) και οι διαμεσολαβητές (chukai -sha) παίζουν ένα καθοριστικό ρόλο στην εξομάλυνση των επιχειρηματικών διενέξεων.

Η ανάπτυξη της επανορθωτικής δικαιοσύνης, η αυξανόμενη ευαισθησία για τα ανθρώπινα δικαιώματα και η ολοένα και μεγαλύτερη διεύρυνση της εφαρμογής δημοκρατικών διαδικασιών οδήγησε, από τον 20<sup>ο</sup> αιώνα και μετά, στη σταδιακή θεσμοθέτηση μιας διαδικασίας που εφαρμοζόταν εμπειρικά για αιώνες. Στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής, για πρώτη φορά το 1913, το Υπουργείο Εργασίας κατήρτισε ένα κατάλογο «Επιτρόπων Συμφιλίωσης» και ένα σύστημα εναλλακτικής επίλυσης διαφορών, που μετεξελίχθηκαν στην «Υπηρεσία Συμφιλίωσης Ηνωμένων Πολιτειών» και, το 1947, πήραν τη μορφή της Ομοσπονδιακής Υπηρεσίας Διαμεσολάβησης και Συνδιαλλαγής. Στην Αγγλία, ιδρύθηκε η Υπηρεσία Συμβουλευτικής Συνδιαλλαγής και Διαιτησίας για την επίλυση εργατικών διαφορών μια υπηρεσία που τη δεκαετία του 1990 επεκτάθηκε στην εφαρμογή της διαμεσολάβησης στο οικογενειακό δίκαιο. Τέλος, το 1996, η έκθεση του Woolf (8) - The Woolf Report - παρότρυνε τα μέρη και τους δικηγόρους τους να αναζητούν την εξωδικαστική επίλυση των διαφορών. Η έκθεση αυτή υιοθετήθηκε από το Κοινοβούλιο και έγινε νόμος το 1999. Την ίδια χρονιά, το Ευρωπαϊκό συμβούλιο συνεδρίασε στο Τάμπερε της Φινλανδίας και προσκάλεσε τα κράτη μέλη να δημιουργήσουν εναλλακτικές εξωδικαστικές διαδικασίες, ενώ τον Μάιο του 2000, υιοθέτησε τα συμπεράσματα για τους εναλλακτικούς τρόπους επίλυσης των διαφορών στο αστικό και εμπορικό δίκαιο. Ακολούθησαν οδηγίες της Ε.Ε., όπως η

2008/52/EK, που προάγει τον φιλικό διακανονισμό των διαφορών και την προσφυγή στη διαμεσολάβηση. Σύμφωνα με την οδηγία δόθηκε προθεσμία έως τον Μάιο του 2011, στα κράτη - μέλη για να ενσωματώσουν τη διαμεσολάβηση στο Εθνικό δίκαιο. Η Ελλάδα μετέφερε την οδηγία στο Εθνικό της δίκαιο, μεταξύ των πρώτων, με το νόμο 3898/2010, στις 16 Δεκεμβρίου 2010. Αυτή η γρήγορη ενσωμάτωση οφείλεται εν μέρει και στη μνημονιακή υποχρέωση για την εισαγωγή θεσμών και διαδικασιών που θα οδηγούσαν στην ταχύτερη απονομή της δικαιοσύνης. Ο νόμος αυτός εισήγαγε την διαμεσολάβηση στις αστικές και εμπορικές υποθέσεις ενώ με το νόμο 4512/2018 καθιερώθηκε η υποχρέωση προσπάθειας επίλυσης των υποθέσεων μέσω της διαμεσολαβητικής οδού, με την υποχρεωτική αρχική συνεδρία, πριν την προσφυγή στα δικαστήρια. Έτσι θεσμοθετήθηκε και στην Ελλάδα ένας θεσμός που εφαρμοζόταν εδώ κι αιώνες με πολλούς και διαφορετικούς τρόπους. Στην Αρχαϊκή εποχή (800 - 450 π.Χ.) υπήρχαν διαιτητές και συμβιβαστές, στην Κλασική Περίοδο (459 - 323 π.Χ.) η πρακτική της διακριτικής μεταφοράς από τρίτο προτάσεων και αντιπροτάσεων μεταξύ των μερών μιας διαφοράς, στην Χριστιανική Εκκλησία κατά την Ρωμαϊκή περίοδο στην Ελλάδα (146 π.Χ.) οι Απόστολοι, με τις επιστολές τους, κάνουν αναφορά στην επίλυση των διαφορών μεταξύ χριστιανών με τη μεσολάβηση Χριστιανών της ίδιας Εκκλησίας και κατά τη Βυζαντινή περίοδο η Εξάβιβλος όριζε πως ο αιρετός κριτής εξέδιδε μια απόφαση δεσμευτική και ο συμβιβαστής συμβούλευε τα μέρη για την επίλυση των διαφορών μέσω συμφωνίας (9). Στην ορεινή Κρήτη ο σασμός ήταν η διαδικασία στην οποία, μετά από τη γέννηση μιας διαφοράς, ένα πρόσωπο κύρους και κοινωνικής επιρροής, «ο σάστης», επενέβαινε για να βρεθεί μια συμβιβαστική λύση.

Η εφαρμογή της διαμεσολάβησης στο χώρο της υγείας καλείται ιατρική διαμεσολάβηση. Και η ιατρική διαμεσολάβηση, ως εξειδικευμένος κλάδος της διαμεσολάβησης, είναι υποχρεωτική για τις αστικές ιατρικές υποθέσεις. Μάλιστα, ο νομοθέτης αναγνωρίζοντας την αξία εφαρμογής της διαμεσολάβησης στο χώρο της υγείας αναφέρεται συγκεκριμένα στις διαφορές που αφορούν σε απαιτήσεις αποζημίωσης ασθενών ή των οικείων τους σε βάρος ιατρών, οι οποίες ανακύπτουν κατά την άσκηση της επαγγελματικής δραστηριότητας των τελευταίων (Ν4512/2018, άρθρο 182 παρ. 1ε). Βέβαια, η ιατρική διαμεσολάβηση δεν εξαντλείται και δε θα πρέπει να εξαντλείται μόνο στην περίπτωση των ιατρικών σφαλμάτων. Στο εξωτερικό έχει θεσμοθετηθεί και εφαρμόζεται εδώ και χρόνια. Φυσικά, υπάρχουν διαφορές μεταξύ των κρατών, ως προς το εύρος εφαρμογής της ιατρικής διαμεσολάβησης στα θέματα που ανακύπτουν, διαφορές που εξαρτώνται από τις κοινωνικές και πολιτισμικές

συνθήκες, όπως αυτές εκφράζονται μέσα από το διαφορετικό φιλοσοφικό υπόβαθρο του νομικού πλαισίου των χωρών. Αυτές οι διαφορές είναι περισσότερο διακριτές μεταξύ των δυτικών και μη δυτικών κοινωνιών με τις δυτικές κοινωνίες να εμφανίζουν μια σχετική ομοιογένεια ως προς την εφαρμογή και αποδοχή του θεσμού. Σε γενικές γραμμές, όπως ακριβώς η διαμεσολάβηση έτσι και με η ιατρική διαμεσολάβηση έχει θεσμοθετηθεί εδώ και αρκετά χρόνια. Ενδεικτικά αναφέρεται ότι στις Η.Π.Α. και το Η.Β. - που όπως είδαμε παραπάνω ήταν πρωτεργάτες για την εφαρμογή του θεσμού - υπάρχουν πλέον οργανωμένες δομές διαμεσολάβησης μέσα στις δομές υγείας καθώς και εξειδικευμένα ιδιωτικά κέντρα για το σκοπό αυτό. Η ιατρική διαμεσολάβηση, αν και δεν είναι υποχρεωτική στην πλειονότητα των Πολιτειών της Αμερικής ή στο Η.Β. έχει ενσωματωθεί πλήρως στην κουλτούρα των λαών με αποτέλεσμα η πλειονότητα των υποθέσεων να διευθετείται με τη βοήθεια των διαμεσολαβητών. Σε δεύτερο χρόνο και άλλες δυτικές χώρες, όπως, για παράδειγμα, το Βέλγιο, η Ισπανία και η Σλοβακία υιοθέτησαν διαμεσολαβητικές τακτικές στο χώρο της υγείας. Στο Βέλγιο υπάρχουν ιατρικοί διαμεσολαβητές που συνδράμουν διαφορετικές πολιτισμικές ομάδες να κατανοήσουν το κρατικό σύστημα υγείας και να ενταχθούν χωρίς προβλήματα σε αυτό. Στην Ισπανία, ο ιατρικός διαμεσολαβητής αποφασίζει σε ολόένα και αυξανόμενο χρόνο με το χρόνο αριθμό περιπτώσεων για την τύχη ασθενών που βρίσκονται σε κρίσιμη κατάσταση. Τέλος, στη Σλοβακία οι ιατρικοί διαμεσολαβητές συνδράμουν άτομα με ειδικές ανάγκες να λύσουν προβλήματα ένταξης τους στο σύστημα υγείας.

Σε ορισμένες περιπτώσεις που εγείρονται έντονοι βιοηθικοί προβληματισμοί, ο όρος Βιοηθική Διαμεσολάβηση χρησιμοποιείται ως ταυτόσημος της Ιατρικής Διαμεσολάβησης. Η Βιοηθική Διαμεσολάβηση ενισχύει την ικανοποίηση των ασθενών, αυξάνει την εμπιστοσύνη στους επαγγελματίες υγείας, βελτιώνει την ποιότητα του κλινικού εργασιακού περιβάλλοντος, προάγει τη θετική εικόνα του ιδρύματος υγειονομικής περίθαλψης, προλαμβάνει νομικές επιπλοκές και συμβάλλει στη διαχείριση κινδύνου. Η Βιοηθική Διαμεσολάβηση είναι πιο αποτελεσματική ως μέθοδος παρέμβασης όταν εφαρμόζεται αμέσως μόλις εμφανιστούν τα πρώτα σημάδια διαφωνίας. Σκοπός της είναι να αποτρέψει την κορύφωση της διαφωνίας, την μετατροπή της σε σύγκρουση και πιθανή αντιδικία (10).

Στην Ιατρική Διαμεσολάβηση υπάγονται υποθέσεις που αφορούν, κατά κύριο λόγο, διαφορές μεταξύ νοσηλευτικών ιδρυμάτων, γιατρών, νοσηλευτικού προσωπικού και ασθενών. Μπορούν, όμως, ακόμη να υπαχθούν και διαφορές μεταξύ συναδέλφων κάποιου ιδρύματος υγείας ή και επαγγελματιών υγείας. Η διαμεσολάβηση στο χώρο

της υγείας, μπορεί να αποτελέσει σημείο εκκίνησης για την αποκατάσταση της εμπιστοσύνης και τη διευκόλυνση της κατανόησης μεταξύ γιατρών και ασθενών. Ακόμη και στην περίπτωση που η διαμεσολάβηση δεν καταλήξει σε συμφωνία έχει γίνει μια αρχή καλύτερη για την σχέση των μερών καθώς έχουν ήδη εντοπίσει και διευκρινίσει ζητήματα πριν εισέλθουν στην αίθουσα του δικαστηρίου και είναι πιο θετικά διακείμενοι ως προς την επίλυση τους.

## **2. Σκοπός**

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να μελετήσει την εφαρμογή του θεσμού της διαμεσολάβησης ως μέσου εναλλακτικής επίλυσης των διαφορών ή ευαίσθητων ζητημάτων στο χώρο της υγείας όταν σε αυτά εγείρονται βιοηθικοί προβληματισμοί.

## **3. Μεθοδολογία**

Πρόκειται για ποιοτική μελέτη που βασίστηκε στην ανασκόπηση βιβλιογραφικών πηγών με σκοπό να συλλεχθούν επιστημονικά δεδομένα για την εφαρμογή του θεσμού της διαμεσολάβησης σε θέματα Βιοηθικής στο χώρο της υγείας. Δηλαδή, δεν ενδιέφερε η εύρεση ανεξάρτητων πηγών που παρουσίαζαν μόνο την Ιατρική Διαμεσολάβηση ή μόνο τις αρχές της Βιοηθικής στο χώρο της υγείας αλλά πηγές που μελετούσαν τον συνδυασμό τους, δηλαδή, την εφαρμογή μεθόδων της Διαμεσολάβησης σε ιατρικές υποθέσεις με έντονα βιοηθικά στοιχεία.

Η αναζήτηση διενεργήθηκε σε εθνικές και διεθνείς ηλεκτρονικές βάσεις ερευνητικών δημοσιεύσεων. Πιο συγκεκριμένα, σε ότι αφορά τις εθνικές πηγές, η αναζήτηση πραγματοποιήθηκε μέσα από το Εθνικό Αρχείο Διδακτορικών Διατριβών (<https://www.didaktorika.gr/>) και από τα αποθετήρια μεταπτυχιακών διατριβών των Ελληνικών Πανεπιστημίων (π.χ. το Ιδρυματικό Καταθετήριο Επιστημονικών Εργασιών του ΑΠΘ - <https://ikee.lib.auth.gr/>). Οι διεθνείς ηλεκτρονικές βάσεις που χρησιμοποιήθηκαν ήταν το Pubmed (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>), το Scopus (<https://www.scopus.com/>) και το Google Scholar (<https://scholar.google.com>). Η γλώσσα αναζήτησης στις διεθνείς βάσεις περιορίστηκε στην Αγγλική. Τέλος,

πληροφορίες αντλήθηκαν και από βιβλία πάνω στο αντικείμενο της Ιατρικής Διαμεσολάβησης και της Βιοηθικής.

Μετά από την πρώτη αναζήτηση ακολούθησε ενδελεχής επισκόπηση των ταυτοποιηθέντων πηγών, με ανάγνωση των περιλήψεων ώστε να επιλεγούν εκείνες που αφορούσαν το αντικείμενο της παρούσας μεταπτυχιακής διατριβής. Για τις πηγές που θεωρήθηκαν κατάλληλες ανακτήθηκε και μελετήθηκε το πλήρες κείμενο όπου αυτό ήταν εφικτό.

#### **4. Αποτελέσματα**

Τα ιατρικά ζητήματα, στα οποία έχει εφαρμογή ο θεσμός της Διαμεσολάβησης ή υπάρχουν οι καλύτερες προοπτικές για να αξιοποιηθεί προς όφελος τόσο των ασθενών όσο και του ιατρικού προσωπικού (ιατροί, νοσηλευτές, κ.λ.π.) μπορούν να διακριθούν σε πέντε κατηγορίες. Η πρώτη κατηγορία είναι αυτή των ιατρικών σφαλμάτων. Συγκεκριμένα, των σφαλμάτων για τα οποία υφίσταται αστική ευθύνη καθώς για υποθέσεις που ενέχουν ποινική ευθύνη ο νόμος δεν επιτρέπει την εφαρμογή του θεσμού της διαμεσολάβησης. Η δεύτερη κατηγορία αφορά τη χρήση της διαμεσολάβησης στο ευαίσθητο θέμα διλημάτων στο τέλος της ζωής (end - of - life dilemmas), δηλαδή, αναφορικά με το χρόνο διακοπής της αποκαλούμενης «μάταιης» θεραπείας. Η τρίτη κατηγορία αφορά την ευθανασία με τη συγκατάθεση του ασθενούς, είτε πρόκειται για παθητική ευθανασία είτε για υποβοηθούμενη από το γιατρό αυτοκτονία. Στη τρίτη αυτή περίπτωση έμφαση δίνεται και στην περίπτωση που οι ασθενείς είναι παιδιά. Στην τέταρτη κατηγορία εντάσσονται τα θέματα που αφορούν την άμβλωση και την πρόωρη διακοπή της ζωής των εμβρύων. Τέλος, η πέμπτη κατηγορία αφορά στην επίλυση των βιοηθικών ζητημάτων που προκύπτουν στον τομέα της ιατρικά υποβοηθούμενης αναπαραγωγής και ιδιαίτερα σε περιπτώσεις παρένθετης μητρότητας.

#### **5. Συζήτηση**

##### **5.1 Ιατρικά σφάλματα**

Η πλειονότητα των περιπτώσεων στις οποίες έχει χρησιμοποιηθεί η Ιατρική Διαμεσολάβηση είναι αυτή των ιατρικών σφαλμάτων. Οι υποθέσεις ιατρικών σφαλμάτων έχουν ιδιότητες που τις καθιστούν ιδανικές για διαμεσολάβηση. Κάποια ιατρικά σφάλματα είναι αποτέλεσμα εσφαλμένων αποφάσεων ή μη ορθής κρίσης, που όμως δεν οφείλονται σε αμέλεια ενώ σε άλλες περιπτώσεις τα σφάλματα οφείλονται σε λανθασμένη κρίση σε τέτοιο βαθμό ώστε να συνιστούν αμέλεια. Σε κάθε περίπτωση όμως η ανάγκη των ασθενών είναι ίδια. Η επιθυμία τους είναι να μάθουν τι προκάλεσε το συγκεκριμένο αποτέλεσμα, να καταλάβουν πώς θα μπορούσε να αποφευχθεί ή να μην επαναληφθεί στο μέλλον και τελικά να προσδιορίσουν το ύψος και το είδος της αποζημίωσης που τους αναλογεί. Όμως, η εστίαση αμιγώς στην οικονομική διαμάχη οδηγεί σε μια μακρά διένεξη που αγνοεί τα συναισθηματικά και βιοηθικά στοιχεία του συμβάντος, όπως τις οικογενειακές και τις συναισθηματικές ανάγκες του ενάγοντα αλλά και του εναγόμενου ιατρού καθώς και των οικογενειών τους. Και οι δυο πλευρές βρίσκονται σε συνθήκες πίεσης. Δεν μπορεί να αγνοηθεί όμως ότι οι γιατροί και οι επαγγελματίες υγείας ασκούν ένα λειτούργημα με ζήλο και αφοσίωση που συχνά αγγίζει τα όρια της αυταπάρνης. Από την άλλη μεριά οι ασθενείς αναζητούν μια «δικαίωση» για ό,τι τους συνέβη. Ενώ η δικαστική διαμάχη μπορεί να διαρκέσει χρόνια μέχρι οι ασθενείς να αποζημιωθούν ή/και οι γιατροί να αποκαταστήσουν τη φήμη τους, το όνομά τους, η διαμεσολάβηση προσφέρει έναν ταχύ, ευγενικό και αμοιβαία επωφελή τρόπο επίλυσης της σύγκρουσης (11; 12).

Υπάρχει όμως και μια βιοηθική διάσταση που δε μπορεί να αγνοηθεί. Η ιατρική διαμεσολάβηση, ως μια εμπιστευτική διαδικασία που δεν προάγει την αντιμαχία αλλά το φιλικό διακανονισμό, διευκολύνει τη λήψη βιοηθικών αποφάσεων στην επίλυση ζητημάτων που αφορούν το σφάλμα στην ιατρική πράξη (13). Δεν είναι επομένως τυχαίο ότι συχνά η διαμεσολάβηση που αφορά διαφορές στον χώρο της υγείας αναφέρεται και ως Βιοηθική Διαμεσολάβηση (14). Βέβαια, στην περίπτωση αρκετών ιατρικών σφαλμάτων δεν υπάρχει ένα βιοηθικό στοιχείο αλλά η αντιμαχία οφείλεται είτε σε προβλήματα επικοινωνίας είτε σε διαφορές στο χαρακτήρα ή αφορά προσωπικές διαφορές. Για το λόγο αυτό, σε τέτοιες περιπτώσεις προτιμάται ο όρος Ιατρική Διαμεσολάβηση (15). Έντονο βιοηθικό στοιχείο υπάρχει σε ζητήματα που αφορούν την εφαρμογή μάταιης θεραπείας και διλλήματα για το τέλος της ζωής, που θα αναλυθούν παρακάτω. Υπάρχει όμως βιοηθικό στοιχείο και σε αρκετά ιατρικά σφάλματα. Για παράδειγμα, στις περιπτώσεις του «wrongful life», δηλαδή, στις περιπτώσεις που αφορούν τη γέννηση ατόμων με σοβαρές γενετικές παθήσεις ή



συγγενείς ανωμαλίες επειδή ο γιατρός λόγω αμέλειας δε διέγνωσε την πάθηση κατά τη διάρκεια της κύησης, οι αξιώσεις που εγείρονται από τους γονείς ή το παιδί έχουν έντονη βιοηθική διάσταση (16). Η αμέλεια του γιατρού σε αυτή την περίπτωση δεν άφησε την επιλογή στους γονείς να αποφασίσουν την διακοπή της κύησης, μια επιλογή που αποτελεί έναν βιοηθικό προβληματισμό. Τέτοιες αξιώσεις όταν εγείρονται από την πλευρά των γονέων συνήθως γίνονται αποδεκτές. Αντίθετα, όταν το ίδιο το παιδί εγείρει την αγωγή για τη βλάβη που έχει υποστεί συνήθως δεν γίνεται αποδεκτή επειδή δεν θα μπορούσε να θεωρηθεί η γέννηση ως ζημία για το παιδί γιατί με τον τρόπο αυτό θα υπήρχε απαξίωση της ζωής (17). Εξαίρεση αποτελεί η υπόθεση Perruche όπου το γαλλικό ακυρωτικό δικαστήριο αποφάσισε να αποζημιώσει και το παιδί με το σκεπτικό των δυσχερειών που θα έχει στη ζωή του εξαιτίας των περιορισμών και των διακρίσεων. Με τον τρόπο αυτό αποκατέστησε τη ζημία. Προφανώς, σε αυτές τις περιπτώσεις η ιατρική - βιοηθική διαμεσολάβηση αποτελεί έναν ιδανικό τρόπο επίλυσης των συγκρούσεων (18).

Ένα επιπλέον σημαντικό πλεονέκτημα της ιατρικής - βιοηθικής διαμεσολάβησης, στην περίπτωση των ιατρικών σφαλμάτων, σε αντίθεση με την αντιδικία, είναι ότι μπορεί να αξιοποιήσει την «θεραπευτική» αξία της συγγνώμης. Έχει διαπιστωθεί ότι, σε περιπτώσεις που πράγματι έχει συντελεστεί ιατρικό σφάλμα, η έκφραση της συγγνώμης από τους γιατρούς προς τους ασθενείς και τις οικογένειες τους είναι καταλυτικός παράγοντας για την επίλυση της διαμάχης επειδή προσφέρει τη δυνατότητα συγχώρεσης αλλά και την παροχή στο θύμα της εξήγησης που αναμφίβολα επιθυμεί (19). Μία ενέργεια, με την οποία ο γιατρός μπορεί να δείξει ειλικρινή μεταμέλεια και ενσυναίσθηση - η οποία, όμως, είναι δύσκολο να χρησιμοποιηθεί στα πλαίσια μίας δικαστικής διαμάχης χωρίς να είναι, στην πλειονότητα των περιπτώσεων, επιβαρυντική για αυτόν - μπορεί άνετα να χρησιμοποιηθεί στην διαδικασία της ιατρικής - βιοηθικής διαμεσολάβησης. Συγκεκριμένα, σε μία δικαστική διαμάχη ακόμα και αν ο γιατρός επιθυμεί να ζητήσει συγγνώμη αυτό σπανιότατα μπορεί να συμβεί γιατί δεν είναι προς το συμφέρον ούτε το ίδιου ούτε των δομών υγείας. Η συγγνώμη συνεπάγεται ανάληψη ευθύνης και σπάνια μπορεί να θεωρηθεί προς το συμφέρον του νοσοκομείου. Έτσι είναι σχεδόν αδύνατο μια υπερασπιστική τακτική, στα πλαίσια μίας δικαστικής διαμάχης, να περιλαμβάνει μία συγγνώμη (20). Η διαμεσολάβηση αντίθετα, ως μια απολύτως εμπιστευτική διαδικασία, επιτρέπει την ουσιαστική επικοινωνία και δίνει τη δυνατότητα στον γιατρό να αναγνωρίσει το ιατρικό σφάλμα του. Αυτό έχει τεράστια σημασία γιατί η συγγνώμη είναι καταλύτης στις περιπτώσεις των ιατρικών

σφαλμάτων. Αφενός έχει την αξία της κάθαρσης αφού επιτρέπει στο γιατρό να αναγνωρίσει το σφάλμα του. Αφετέρου οι ασθενείς πολλές φορές το μόνο που επιθυμούν είναι μια συγγνώμη (21), έχουν την ανάγκη να ακούσουν την παραδοχή του σφάλματος αλλά και να δουν ένα σχέδιο που θα αποτρέψει την επανάληψη παρόμοιων σφαλμάτων στο μέλλον. Η συγγνώμη, λειτουργεί ως μέσο διευκόλυνσης της διαμεσολάβησης και συντελεί στην μετακίνηση των μερών, από τα αρχικά δυσμενή τους συναισθήματα και μία αδιάλλακτη θέση, προς μια αμοιβαία επωφελή λύση. Προφανώς, εάν χρησιμοποιηθεί σωστά και έγκαιρα, συμβάλει περαιτέρω στην αποφυγή μιας δικαστικής διαμάχης, αφού καταπραΰνει τα συναισθήματα του ασθενούς ή κάποιου από τα μέλη της οικογένειάς του, που σε αντίθετη περίπτωση θα μπορούσε να είναι πιο θυμωμένο και επιθετικό και συνεπώς λιγότερο δεκτικό στο συμβιβασμό. Με τον τρόπο αυτό αυξάνονται οι πιθανότητες επιτυχίας της ιατρικής διαμεσολάβησης και της επίτευξης μιας ταχείας και αμοιβαία επωφελούς λύσης (22; 23).

## **5.2 Διλήμματα τέλους της ζωής - Ο θεσμός της μάταιης θεραπείας.**

Τα διλήμματα τέλους της ζωής αφορούν στην απόφαση για τη διακοπή μιας θεραπείας που πλέον δεν έχει νόημα, της μάταιης θεραπείας (24). Όταν οι ασθενείς βρίσκονται στο τελικό στάδιο μιας ασθένειας προκύπτουν διαφορές ανάμεσα στους ίδιους και τους ιατρούς για το εάν πρέπει να παραταθεί μία θεραπεία η οποία είναι μάταιη. Βέβαια, συνηθέστερα οι διαφορές αυτές προκύπτουν ανάμεσα στους συγγενείς και τους οικείους των ασθενών και τους ιατρούς επειδή οι ασθενείς τελικού σταδίου δεν έχουν συνείδηση. Αυτές οι διαφορές οφείλονται σε τρεις συνιστώσες που πολλές φορές δε συμπίπτουν. Η πρώτη συνιστώσα, είναι η επιστημονικά τεκμηριωμένη άποψη των γιατρών, η οποία βασίζεται στην κλινική εικόνα του ασθενούς σε σχέση με τα επιδημιολογικά δεδομένα που είναι γνωστά και τις στατιστικές πιθανότητες. Εδώ, αξίζει να σημειωθεί, πως, αν και είναι ασύνηθες, μπορεί να υπάρξει και διάσταση απόψεων μεταξύ των ιατρών για το αν και κατά πόσο μία θεραπεία είναι μάταιη ή όχι, διάσταση απόψεων, η οποία συνήθως δε βασίζεται σε διαφορετικά δεδομένα αλλά στην διαφορετική ερμηνεία αυτών εξαιτίας του διαφορετικού προσωπικού κώδικα αξιών που μπορεί να έχουν οι γιατροί. Η δεύτερη συνιστώσα αφορά στο συναισθηματικό,

ηθικό και θρησκευτικό προφίλ των μελών της οικογένειας του ασθενούς. Υπάρχουν συναισθήματα όπως έντονη θλίψη, άγχος, φόβος, αβεβαιότητα, θυμός και ενοχή. Υπάρχουν οι αξίες της κάθε οικογένειας αλλά και τα θρησκευτικά τους πιστεύω που διαφοροποιούνται ανάλογα με τις ομάδες στις οποίες ανήκουν και το διαφορετικό πολιτισμικό και μορφωτικό υπόβαθρο. Ακόμα και σε ομάδες με παρόμοιο ηθικό και θρησκευτικό προφίλ μπορεί να υπάρχουν διαφοροποιήσεις ανάλογα με το κοινωνικό και οικονομικό τους επίπεδο. Τα μέλη της οικογένειας μπορεί επίσης να διαφωνούν μεταξύ τους ως προς το τι είναι καλύτερο για τον ασθενή. Αυτό μπορεί να οφείλεται σε διαφορές μεταξύ των μελών της οικογένειας ως προς την ικανότητά τους να κατανοούν σημαντικές ιατρικές έννοιες, τη βαρύτητα που δίνουν στις μικρές πιθανότητες, τις απόψεις τους για την ποιότητα ζωής και την εμπιστοσύνη τους στο ιατρικό επάγγελμα. Αυτές οι διαφορές μπορεί να οφείλονται σε διαφορετικά επίπεδα εκπαίδευσης και εμπειρίες ζωής. Τέλος, η τρίτη συνιστώσα είναι, η επιθυμία του ασθενούς, όταν έχουν γίνει δηλώσεις από μέρους του - γραπτές ή προφορικές (living wills) - ως προς την διατήρησή του στη ζωή όταν πλέον δεν υπάρχει πιθανότητα ανάκαμψης αλλά και πώς αυτή ερμηνεύεται διαφορετικά από την κάθε πλευρά αλλά και μεταξύ των οικείων του (25).

Στην περίπτωση διαφωνιών για τον τερματισμό της υποστήριξης ζωής, που προκύπτουν όταν οι προαναφερθείσες συνιστώσες δε συγκλίνουν, τόσο οι γιατροί όσο και τα μέλη της οικογένειας συνήθως επιθυμούν ή τουλάχιστον θα πρέπει να επιθυμούν να αποφύγουν τις δικαστικές διαδικασίες, που κατά κανόνα είναι χρονοβόρες και προσθέτουν στο ψυχικό βάρος μίας δύσκολης ήδη κατάστασης. Το περιβάλλον της ιατρικής διαμεσολάβησης για τέτοια ζητήματα με έντονο το βιοηθικό στοιχείο είναι ιδανικό. Η διαμεσολάβηση, σε αυτές τις περιπτώσεις, λειτουργεί ως μια θεραπευτική διαδικασία. Και αυτό γιατί είναι εμπιστευτική, καλύπτεται από το απόρρητο και έτσι οι δυο πλευρές νιώθουν άνετα να μιλήσουν και να εκφράσουν τις απόψεις τους και να αποφορτιστούν από τα αρνητικά συναισθήματα που μπορεί να έχει η μια για την άλλη. Με τον τρόπο αυτό είναι ευκολότερο να βρεθεί μια λύση προσανατολισμένη στα συμφέροντα και στην επιθυμία του ασθενούς που ταυτόχρονα συμβαδίζει με τις ηθικές αρχές άσκησης του ιατρικού λειτουργήματος (26). Η διαμεσολάβησή, ως μια διαδικασία ευέλικτη και εθελοντική, η οποία αγκαλιάζει τα συμφέροντα όλων των μερών δίνοντας όμως βαρύτητα στο συμφέρον του ασθενούς, διατηρεί τις καλές σχέσεις του γιατρού με την οικογένεια και η διαφορά διευθετείται με τρόπο συναινετικό και με γνώμονα το συμφέρον του ασθενούς (27).

Υπάρχει όμως και ένα όριο στην διαδικασία της ιατρικής μεσολάβησης στη συγκεκριμένη περίπτωση. Σήμερα, η δύναμη της ιατρικής τεχνολογίας, δίνει τη δυνατότητα υποστήριξης των ζωτικών λειτουργιών για μεγάλο χρονικό διάστημα χωρίς όμως να είναι δυνατή η βελτίωση ή ανάρρωση του ασθενούς, πλήρης ή μερική. Χωρίς, δηλαδή, να ωφελεί τον ασθενή. Αυτή η παρατεταμένη και «μάταιη» διατήρηση στη ζωή, που θα μπορούσε να θεωρηθεί και ως σπατάλη σπάνιων πόρων που θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν επωφελώς για άλλους ασθενείς, δεν είναι βιοηθικά αποδεκτή. Κάποιοι (28; 29) θεωρούν πως η διαμεσολάβηση ως διαδικασία τείνει να οδηγεί σε μη ιατρικά βέλτιστες αποφάσεις υπό το βάρος της πίεσης των απαιτήσεων των συγγενών. Αν και αυτό μπορεί να συμβεί, δε σημαίνει ότι ένας ευέλικτος και χρήσιμος θεσμός δεν είναι προτιμότερος της δικαστικής οδού. Ας μη ξεχνάμε, πως η διαμεσολάβηση γίνεται πάντα μέσα στα πλαίσια της νομιμότητάς και πως το ισχύον νομικό πλαίσιο προβλέπει ότι ένας γιατρός δεν χρειάζεται να παρέχει θεραπεία που δεν έχει κανένα ιατρικό όφελος ή επιτείνει την ταλαιπωρία ή τον πόνο όταν έχει χαθεί η ελπίδα.

### **5.3 Ευθανασία**

Η διακοπή της μάταιης θεραπείας που αναφέρθηκε παραπάνω στην ουσία αποτελεί μία μορφή ευθανασίας. Η ευθανασία εννοιολογικά παραπέμπει στον καλό (ευ-) θάνατο, δηλαδή, στον ωραίο, τον γαλήνιο, τον αξιοπρεπή θάνατο. Όπως και στη μάταιη θεραπεία, η ζωή αφαιρείται με στόχο τη λύτρωση του προσώπου που υποφέρει όταν πια δεν υπάρχει ελπίδα βελτίωσης. Με την ευρεία έννοια, η διακοπή της μάταιης θεραπείας είναι σε κάθε περίπτωση μία μορφή ευθανασίας, ενεργητική ή παθητική. Στην ενεργητική ευθανασία, ο θάνατος επέρχεται μετά από μια πράξη του «δράστη» (συνήθως του ιατρού - επαγγελματία υγείας) - σε αυτή την περίπτωση μιλάμε για άμεση ενεργητική ευθανασία - ή μετά τη χορήγηση θεραπείας ανακούφισης που μπορεί όμως να έχεις ως παρενέργεια το θάνατο (σε αυτή την περίπτωση μιλάμε για έμμεση ενεργητική ευθανασία). Στην παθητική ευθανασία, ο θάνατος επέρχεται ως αποτέλεσμα της παράλειψης μιας ενέργειας που θα μπορούσε να τον αποτρέψει (30). Ο διαχωρισμός αυτός ανάμεσα στην ενεργητική και παθητική ευθανασία αποτελεί ένα αμφιλεγόμενο σημείο για τη Βιοηθική. Σύμφωνα με μια άποψη, την οποία και ενστερνίζεται μεγάλος αριθμός γιατρών, θεωρείται ηθικά επιτρεπτή, τουλάχιστον σε

κάποιες περιπτώσεις, η διακοπή της θεραπείας που τελικά θα έχει ως αποτέλεσμα τον θάνατο του ασθενούς παρά μια άμεση ενέργεια που θα επιφέρει και άμεσα τον θάνατο. Η παθητική ευθανασία γίνεται ηθικά αποδεκτή ενώ η ενεργητική αποτελεί «πράξη φόνου» και, ως τέτοια, δεν γίνεται αποδεκτή από ηθικής πλευράς (31; 32). Προφανώς, ένα σύνολο ηθικών αξιών, κοινωνικών συνθηκών και θρησκευτικών πεποιθήσεων που διαφοροποιείται μεταξύ κοινωνιών αλλά και μεταξύ ατόμων μέσα στο ίδιο κοινωνικό σύνολο, δημιουργεί μία γκρίζα ζώνη για τις περιπτώσεις στις οποίες είναι βιοηθικά αποδεκτή και ιατρικά ορθή η επιλογή της ευθανασίας.

Στην ευθανασία όπως και στα διλήμματα του τέλους της ζωής, των οποίων η ευθανασία είναι στην ουσία μία υποπερίπτωση, η ιατρική - καλύτερα βιοηθική - διαμεσολάβηση αποτελεί το ιδανικό εργαλείο για την λήψη τέτοιων αποφάσεων (33; 26; 34). Άλλωστε, όπως όλα τα διλήμματα έτσι και τα διλήμματα του τέλους της ζωής δεν μπορούν να λυθούν ή να εξαφανιστούν, πάρα μόνο να διευθετηθούν. Το ερώτημα για το αν και κατά πόσο πρέπει να παρατείνεται η ζωή υπάρχει από αρχαιοτάτων χρόνων. Αν και στον Όρκο του Ιπποκράτη, εμμέσως δεν προκρίνεται η εφαρμογή της ευθανασίας, μέσω της απαγόρευσης χορήγησης θανατηφόρου φαρμάκου - δηλαδή στην ουσία απαγορεύεται η ενεργητική ευθανασία - οι αρχαίοι Έλληνες θεωρούσαν την ευθανασία ή την αυτοκτονία ως μια έντιμη και αξιοθαύμαστη πράξη, όταν λόγω γήρατος ή ανίατης ασθένειας προοιωνίζονταν ένας βασανιστικός βίος (30).

Ιδιαίτερη περίπτωση εφαρμογής της ευθανασίας, κυρίως παθητικής πάρα ενεργητικής, είναι η ευθανασία στην περίπτωση των παιδιών. Στην περίπτωση που ο ασθενής τελικού σταδίου είναι παιδί μείζον θέμα προκύπτει όταν υπάρχει διαφωνία ανάμεσα στους γιατρούς και τους γονείς. Πρόκειται για μια εξαιρετικά δύσκολη κατάσταση καθώς οι γονείς τις περισσότερες φορές αρνούνται να δουν την πραγματικότητα έχοντας την ελπίδα ότι κάτι θα αλλάξει στην κατάστασή του παιδιού τους. Ο γιατρός που πολλές φορές συνηθισμένος από τέτοιες καταστάσεις εξηγεί την κατάσταση στους γονείς παραθέτοντας τα ιατρικά δεδομένα και χωρίς να μπει στη θέση τους μπορεί να ακούγεται αρκετά ψυχρός και απόμακρος. Αναμφίβολα, πρόκειται για δύσκολα διαχειρίσιμη κατάσταση όταν οι γονείς έχουν μια διαφορετική γνώμη για τη θεραπεία ή πρέπει να αποφασίσουν αν θα αφήσουν ή όχι το παιδί στη ζωή, εφόσον δεν υπάρχει πια ωφέλεια ή ελπίδα. Σε αυτή την ευαίσθητη περίπτωση ο ιατρικός - βιοηθικός διαμεσολαβητής παίζει καταλυτικό ρόλο και διευκολύνει τους γονείς να πάρουν μια τόσο δύσκολη απόφαση για το παιδί τους. Επίσης, με την ειδική κατάρτιση πάνω σε τέτοιου είδους θέματα αλλά και χρησιμοποιώντας την ενσυναίσθηση -

βάζοντας δηλαδή τον εαυτό του στη θέση τους - δίνει το χρόνο στους γονείς να εισακουστούν και να εκφράσουν τα αρνητικά τους συναισθήματα για ό,τι συμβαίνει. Προφανώς, σε αυτή την τόσο δύσκολη περίπτωση δεν μπορεί με κανένα τρόπο να θεωρηθεί ότι η επίλυση μέσω της δικαστικής οδού θα ήταν μία διαδικασία που πλεονεκτεί με οποιοδήποτε τρόπο.

#### **5.4 Αμβλώσεις**

Η έντονη βιοηθική διάσταση των αμβλώσεων απασχολεί διαχρονικά τις κοινωνίες. Μάλιστα, το θέμα επανήλθε στη δημοσιότητα κατά τη διάρκεια γραφής αυτής της διατριβής, μέσα από τις έντονες εκδηλώσεις διαμαρτυρίας σε Πολιτείες των Η.Π.Α. καθώς το Αμερικάνικο Ακυρωτικό Δικαστήριο απαγόρευσε στις γυναίκες το δικαίωμα επιλογής στην άμβλωση (35).

Ως άμβλωση, γενικά, ορίζεται η πράξη της πρόωρης γέννησης απογόνων, ο πρόωρος τοκετός και η αποβολή. Η άμβλωση είναι εκούσια έκτρωση, που γίνεται από το γιατρό μετά από αίτηση της εγκύου και λαμβάνοντας την συναίνεσή της. Διαφέρει από την έκτρωση η οποία ορίζεται ως η αυτόματη ή τεχνητή διακοπή όταν το έμβρυο δεν είναι ακόμη βιώσιμο. Στην ιατρική, η πράξη της άμβλωσης ορίζεται ως ο τερματισμός της εγκυμοσύνης οποιαδήποτε στιγμή πριν το έμβρυο φτάσει σε κατάσταση βιωσιμότητας. Βιωσιμότητα είναι η ικανότητα του εμβρύου να επιβιώνει μετά την αφαίρεση από το αμνιακό σάκο (36).

Η ηθική αξία της αγέννητης ζωής είναι ένα από τα πλέον αμφιλεγόμενα ζητήματα στο πεδίο της Βιοηθικής. Στο εν λόγω θέμα διασταυρώνουν τις απόψεις τους μελετητές πολλών επιστημονικών πεδίων όπως της Ιατρικής, της Νομικής, της Φιλοσοφίας και της Θεολογίας αλλά η συζήτηση είναι ατελέσφορη. Εδώ η δυσκολία εύρεσης μιας λύσης έγκυται στη διαφορετική προσέγγιση που έχει ο εκάστοτε μελετητής αναφορικά με την εξέλιξη της ανθρώπινης ζωής αλλά και στην έλλειψη βιολογικών στοιχείων για τον εμβρυακό οργανισμό. Το ερώτημα που γεννάται στο πλαίσιο αυτό, είναι αν το έμβρυο αποτελεί φορέα ηθικών δικαιωμάτων, ως ολοκληρωμένος άνθρωπος, καθώς στην περίπτωση αυτή η άμβλωση αποτελεί ηθικά κολάσιμη πράξη. Στον αντίποδα βρίσκεται η θεωρία που υποστηρίζει ότι τα ηθικά δικαιώματα αποκτώνται κατά τη στιγμή της γέννησης. Σε αυτή την περίπτωση η

άμβλωση, όπως και οποιαδήποτε άλλη ενέργεια στο κυοφορούμενο, είναι ηθικά αποδεκτή (37; 38)

Φλέγον ζήτημα αποτελεί το χρονικό σημείο απόκτησης των ηθικών δικαιωμάτων από το έμβρυο. Εδώ οι διαφορετικές θεωρίες έρχονται από τρεις κατηγορίες μελετητών. Η πρώτη κατηγορία, των συντηρητικών, υποστηρίζει ότι το έμβρυο αποτελεί ανθρώπινο οργανισμό από τη στιγμή της σύλληψης του και έχει ηθικά δικαιώματα. Η άμβλωση δεν είναι ηθικά αποδεκτή σε αυτή τη περίπτωση. Η δεύτερη κατηγορία, των μετριοπαθών, θεωρεί πως το έμβρυο αποκτά την ηθική του αξία από το στάδιο της βιωσιμότητας και έπειτα. Επομένως, η διακοπή της κύησης είναι ηθικώς επιτρεπτή μέχρι αυτό το σημείο, αλλά όχι πέραν αυτού. Τέλος, οι φιλελεύθεροι, πιστεύουν πως το κυοφορούμενο δεν έχει αυτονομία, καθώς οργανικά είναι εξαρτημένο από τη μητέρα και ως εκ τούτου δεν είναι άξιο σεβασμού παρά μόνο μετά τη γέννησή του. Κατά τους φιλελευθέρους η πράξη της άμβλωσης είναι ηθικά αποδεκτή σε οποιαδήποτε στιγμή κατά τη διάρκεια της κύησης (39; 40).

Έντονοι ηθικοί προβληματισμοί προκύπτουν στη περίπτωση που θεωρήσουμε το έμβρυο ως ανθρώπινο ον από τη στιγμή της σύλληψης οπότε και έχει ίσα δικαιώματα, όπως κάθε άνθρωπος. Ειδικά σε αυτή την περίπτωση προκύπτουν σοβαρά ερευνητικά ερωτήματα. Αν, δηλαδή, θεωρήσουμε ότι το έμβρυο είναι ανθρώπινο ον η πράξη της άμβλωσης είναι, σε οποιαδήποτε στιγμή της κύησης, ηθικά λανθασμένη. Ειδικά σε αυτή την περίπτωση προκύπτουν σοβαρά ερευνητικά ερωτήματα, όπως: Έχει η ζωή της μητέρας μεγαλύτερη αξία από τη ζωή του εμβρύου; Αν όχι, με τι κριτήριο μπορεί ο γιατρός να διαλέξει, σε περίπτωση που κινδυνεύει η ζωή της μητέρας, ποια από τις δύο ζωές θα ματαιώσει; Δεν καταπατά τα ανθρώπινα δικαιώματα του εμβρύου; Αν η μητέρα, κάνοντας χρήση του δικαιώματος της αυτονομίας, επιλέξει την άμβλωση, δηλαδή, την εκούσια έκτρωση, δεν τελεί φόνο; Και γιατί το έμβρυο αφού έχει ίσα δικαιώματα δεν μπορεί αυτό να επιλέξει σώζοντας έτσι τη δική του ζωή; Μόνο και μόνο επειδή ο γιατρός και η κυοφορούσα δεν το βλέπουν και δεν το ακούν; Επειδή το παιδί δεν έχει φωνή να της ζητήσει, μάτια να την κοιτάξει, χέρια για να την κάνει να νιώσει την ύπαρξή του και να την πείσει να το αφήσει να ζήσει; Μπορεί η μητέρα, βασιζόμενη στο δικαίωμα της αυτοδιάθεσης, να ματαιώσει κάτ' επιλογή της τη ζωή του;

Και σε αυτές τις περιπτώσεις με ξεκάθαρη την βιοηθική διάσταση η ιατρική διαμεσολάβηση έρχεται να βάλει στο τραπέζι την αξία της ζωής, και με τη βοήθεια του ειδικά εκπαιδευμένου βιοηθικού – ιατρικού διαμεσολαβητή, που τις περισσότερες

φορές είναι μέλος μιας βιοηθικής επιτροπής, αφού πρώτα αποφορτίσει τα συναισθήματα των μερών, ιεραρχεί τα ιατρικά γεγονότα και αναλύει τα ηθικά ζητήματα. Τα μέρη νιώθουν ότι έχουν το χώρο και το χρόνο να εκφραστούν και κάποιον να ακούει τους προβληματισμούς τους, διευκολύνοντας τη σκέψη τους και οδηγώντας τους μέσα από το ασφαλές περιβάλλον της διαμεσολάβησης να κάνουν τη προσωπική τους επιλογή, με σεβασμό στο έμβρυο αλλά και στο δικαίωμα της αυτονομίας. Μια τέτοια διαδρομή με γνώμονα το συμφέρον των μερών που πρέπει να κάνουν την επιλογή τους βάσει του δικαιώματος της αυτονομίας, δεν είναι το ίδιο εύκολη να ληφθεί υπό το ψυχρό ζύγι ενός δικαστή.

### ***5.5 Υποβοηθούμενη αναπαραγωγή - Παρένθετη Μητρότητα***

Ως ιατρικά υποβοηθούμενη αναπαραγωγή ορίζεται κάθε περίπτωση κυοφορίας και τεκνοποίησης που δεν προκύπτει ως απόρροια της σεξουαλικής ένωσης ανάμεσα στο ετερόφυλο ζευγάρι αλλά με τη χρήση κατάλληλων ιατρικών μεθόδων όπως, η τεχνητή σπερματέγχυση, η εξωσωματική γονιμοποίηση και η παρένθετη μητρότητα. Στην περίπτωση της ιατρικά υποβοηθούμενης αναπαραγωγής προκύπτουν ερωτήματα με βιοηθική διάσταση. Για παράδειγμα, στην περίπτωση της παραγωγής με τεχνητό τρόπο πολλαπλών εμβρύων, μετά την επιτυχή εμφύτευση του ενός, πρέπει να αποφασιστεί αν θα θανατωθούν ή θα χρησιμοποιηθούν ερευνητικά τα εναπομείναντα ενώ δεν είναι ξεκάθαρο ποιος πρέπει να πάρει αυτή την απόφαση (41). Επιπλέον, αν όπως αναφέρθηκε προηγουμένως τα έμβρυα θεωρούνται από τη σύλληψη τους ανθρώπινη οντότητα, πως είναι δυνατόν κάποιος να λάβει μία απόφαση για αυτά καταπατώντας τα δικαιώματά τους. Στην περίπτωση της ετερόλογης γονιμοποίησης η δωρεά γενετικού υλικού από έναν άγνωστο δότη δημιουργεί απογόνους με ασαφή καταγωγή. Είναι προτιμότερη αυτή η επιλογή από την υιοθεσία ενός παιδιού που γεννήθηκε με φυσικό τρόπο;

Μια σημαντική περίπτωση με ιδιαίτερα βιοηθικά διλήμματα αφορά στην επιλογή της παρένθετης μητρότητας. Δηλαδή, στη διαδικασία κατά την οποία μια γυναίκα «δανείζει» τη μήτρα της (surrogate mother) και κυοφορεί για λογαριασμό ενός υπογόνιμου - αγόνιμου ζευγαριού. Σε αυτή την υπόθεση ποια είναι τα δικαιώματα της δότριας; Οι γονείς αν αρνηθούν να παραλάβουν το παιδί πια τα δικαιώματα του



εμβρύου; Έχει το δικαίωμα η δότρια κατά τη διάρκεια της κυοφορίας να επιλέξει έναν τρόπο ζωής επιβλαβή για το έμβρυο; Έχει το δικαίωμα η δότρια να αρνηθεί να παραδώσει το τέκνο;

Όλα τα παραπάνω ερωτήματα έχουν έντονη βιοηθική διάσταση και ο θεσμός της διαμεσολάβησης μπορεί να είναι χρήσιμος για την επίλυση τους. Για παράδειγμα, στη διαπραγμάτευση των όρων μιας συμφωνίας παρένθετης μητρότητας η διαμεσολάβηση θα μπορούσε να αποτελέσει μια δημιουργική εναλλακτική λύση έναντι των χρονοβόρων νομικών προσεγγίσεων για την επίλυση των πολύπλοκων νέων οικογενειακών δυναμικών. Ο σκοπός των συμφωνιών παρένθετης μητρότητας είναι να μετριάσουν τον συναισθηματικό αντίκτυπο σε όλα τα εμπλεκόμενα μέρη. Το νομικό σύστημα δεν καλύπτει τις ψυχολογικές ανάγκες με κόστος να βλάψει τις οικογένειες στη διαδικασία (42; 43). Η διαμεσολάβηση θα μπορούσε να χρησιμεύσει ως πολύτιμη πλατφόρμα για την παροχή στους μελλοντικούς γονείς, παρένθετες γυναίκες, δότες και στους συζύγους τους προστασίες και κατευθυντήριες γραμμές για τη δομή της νέας τους οικογενειακής δυναμικής ακριβώς με τον ίδιο τρόπο που η οικογενειακή διαμεσολάβηση έχει χρησιμοποιηθεί ως εργαλείο σε υποθέσεις υιοθεσίας. Εδώ, ο διαμεσολαβητής, ως ουδέτερος τρίτος, που θα ενημερώσει ενδελεχώς τα μέρη για όλα τα πιθανά ενδεχόμενα, μέσα σε ένα περιβάλλον φιλικό αλλά συνάμα απόλυτα εμπιστευτικό παίζει καθοριστικό ρόλο (44; 45).

### **5.6 Ο ρόλος του ιατρικού διαμεσολαβητή**

Από την ανάλυση των παραπάνω καθίσταται σαφές πως ο ιατρικός διαμεσολαβητής, πέρα από τη βασική εκπαίδευση που λαμβάνει κάθε διαμεσολαβητής, χρειάζεται περαιτέρω εξειδίκευση για να χειριστεί τα τόσο ευαίσθητα θέματα του χώρου της υγείας. Κάθε διαμεσολαβητής οφείλει να έχει καλές επικοινωνιακές δεξιότητες όπως είναι η ενεργητική ακρόαση, η μη λεκτική επικοινωνία, η ερώτηση, η παράφραση, ο προβληματισμός, η αναπλαισίωση, η σύνοψη και ο έλεγχος της πραγματικότητας. Επίσης πρέπει να έχει διαπροσωπικές δεξιότητες όπως η οικοδόμηση σχέσεων, η επίδειξη σεβασμού, η ενσυναίσθηση και η αφύπνιση της ηθικής άποψης των εμπλεκόμενων μερών, η διάκριση θέσεων από τα συμφέροντα και η διαχείριση της διαδικασίας. Αυτά τα προσόντα είναι αναγκαία σε κάθε

διαμεσολάβηση και μέρος της εκπαίδευσης κάθε διαμεσολαβητή, αλλά ιδιαίτερα κρίσιμα στην περίπτωση της βιοηθικής διαμεσολάβησης. Επιπλέον, ο ιατρικός διαμεσολαβητής ή μάλλον καλύτερα ο βιοηθικός διαμεσολαβητής οφείλει να γνωρίζει τον κώδικα ιατρικής δεοντολογίας, τις αρχές της βιοηθικής (βλέπε ενότητα 1.1), την ασφάλιση αστικής ιατρικής ευθύνης και φυσικά την κλινική πραγματικότητα. Ο στόχος της ιατρικής διαμεσολάβησης είναι να επιτευχθεί μια λύση της διαφοράς, η οποία να είναι επικεντρωμένη στον ασθενή και αποδεκτή από όλους τους εμπλεκόμενους. Μια λύση, όμως, που θα πρέπει να συμμορφώνεται με το νόμο και τις αρχές της ιατρικής ηθικής. Η ιατρική – βιοηθική διαμεσολάβηση αποσκοπεί στη διευκόλυνση της συναινετικής επίλυσης ενός διλήμματος ή μιας κοινής απόφασης σχετικά με το καλύτερο σχέδιο φροντίδας για τον ασθενή, ενώ ταυτόχρονα σέβεται τις ανάγκες, τα δικαιώματα και τις πολιτιστικές αξίες των ασθενών.

Σύμφωνα με το ισχύον νομικό πλαίσιο στην συντριπτική πλειονότητα των χωρών που έχουν εισάγει τη διαμεσολάβηση στο χώρο της υγείας, ο ιατρικός διαμεσολαβητής δεν αποφασίζει αλλά είναι ο ουδέτερος και αμερόληπτος τρίτος που έχοντας τις προαναφερθείσες γνώσεις και δεξιότητες βοηθά τα μέρη εκουσίως να καταλήξουν σε συμφωνία σχετικά με την επίλυση της διαφοράς τους. Ενίοτε, σε περιπτώσεις που τα μέρη δεν μπορούν να καταλήξουν σε συμφωνία, μπορούν να ζητήσουν από το διαμεσολαβητή να προτείνει τη λύση που θεωρεί πιο ώριμη τη δεδομένη χρονική στιγμή.

## **5.7 Γενική Συζήτηση - Συμπέρασμα**

Η διαδικασία της Διαμεσολάβησης είναι πραγματικά μια αλλαγή τρόπου σκέψης, μια αλλαγή κουλτούρας, καθώς βοηθάει τα μέρη να δουν την πραγματική ουσία της διαφοράς με τρόπο εξαιρετικά διακριτικό, με απόλυτη εχεμύθεια και ασφάλεια. Τα μέρη φθάνουν στη δική τους λύση μόνοι τους. Η επιθυμία τους για πρώτη φορά γίνεται απόφαση. Αυτό είναι κρίσιμο για τα ευαίσθητα ιατρικά θέματα με έντονα βιοηθικά στοιχεία. Σε μια Ιατρική Διαμεσολάβηση υπάρχει ιδιαίτερα βαρύ κλίμα, με πολλά έντονα αρνητικά συναισθήματα. Οι ασθενείς (ή οι συγγενείς τους) που παρευρίσκονται στη διαδικασία αρχίζουν να νιώθουν άνετα, καθώς υπάρχει κάποιος ανεξάρτητος τρίτος - ο Διαμεσολαβητής - που μπορεί να αντιληφθεί και να κατανοήσει

τα συναισθήματά τους. Επίσης, ο Διαμεσολαβητής βοηθά τα μέρη να “ακουστούν”, να καταθέσουν τις απόψεις τους ελεύθερα, μέσα στο ασφαλές περιβάλλον της διαδικασίας. Βοηθά τα μέρη να αντιληφθούν την πραγματική ουσία της διαφοράς χωρίς να θιγούν τα συμφέροντα ή να πληγεί η αξιοπρέπεια και η προσωπικότητα των μερών. Επιπλέον, το απόρρητο, η τήρηση της εμπιστευτικότητας αλλά και της εχεμύθειας ωφελεί και τα νοσηλευτικά ιδρύματα αφού προστατεύει και την εικόνα τους. Ο ιατρός ή το νοσοκομείο εκτίθεται λιγότερο δημόσια, προστατεύοντας την επαγγελματική του φήμη, η οποία μπορεί να πληγεί άσχετα με το τυχόν δικονομικό αποτέλεσμα. Τελικά, εξισορροπεί τις επιθυμίες των γιατρών να είναι άνθρωποι και τις επιθυμίες των ασθενών να λάβουν απαντήσεις. Και επέρχεται η λύτρωση (οικονομική ή/και συναισθηματική) για τον ασθενή και την οικογένειά του που με τη διαμεσολάβηση προσπερνούν το συναισθηματικά δυσβάσταχτο κι επίπονο μονοπάτι μιας μακροχρόνιας δικαστικής διαμάχης.

## 6. Βιβλιογραφικές αναφορές

1. Potter VR. Bioethics, the science of survival. Perspectives in biology and medicine. 1970; 14(1): 127 - 53.
2. Potter VR. Bioethics: bridge to the future. 1971;
3. Kemp P. The Bioethical Turn. 1998;
4. Jonas H. Philosophical reflections on experimenting with human subjects. In: Biomedical Ethics and the Law. Springer; 1979. p. 239 - 64.
5. Gillon R. Medical ethics: four principles plus attention to scope. BMJ. 1994; 309: 184 - 8.
6. Γιαννοπούλου Ζ. ΔΙΑΜΕΣΟΛΑΒΗΣΗ. Από τη θεωρία στην πράξη. ΝΟΜΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ; 2021.
7. Hourani A. A history of the Arab peoples: Updated edition. Faber & Faber; 2013.
8. Zander M. The Woolf Report: Forwards or Backwards for the New Lord Chancellor?. Arbitration: The International Journal of Arbitration, Mediation and Dispute Management. 1998; 64 (2).
9. Αντωνέλος Σ, Πλέσσα Ε. ΔΙΑΜΕΣΟΛΑΒΗΣΗ σε αστικές και εμπορικές υποθέσεις. ΣΑΚΚΟΥΛΑ; 2014.
10. Avlogiari E, Konsta A, Tzitzzi E. Bioethics Mediation in Health Care Settings: An Innovative Approach to Shaping Shared Solutions in Ethics Disputes. GLOBAL BIOETHICS ENQUIRY. 2017; : 20.
11. Bello T. Mediation-Negotiation: A Template Therapy for Global Conflicts. Available at SSRN 3474429. 2019;
12. Gitchell RL, Plattner A. Mediation: A Viable Alternative to Litigation for Medical Malpractice Cases. DePaul J Health Care L. 1997; 2: 421.
13. Lee DW, Lai PB. The practice of mediation to resolve clinical, bioethical, and medical malpractice disputes. Hong Kong Med J. 2015; 21: 560–4.
14. Dubler NN, Liebman CB. Bioethics: Mediating conflict in the hospital environment. Dispute Resolution Journal. 2004; 59(2): 32.
15. Fiester A. Mediation and moral aporia. Journal of Clinical Ethics. 2007;18 (4): 355.
16. Dubler NN, Liebman CB. Bioethics mediation: A guide to shaping shared solutions. Vanderbilt University Press; 2011.
17. Κουδουνιά Ι. Grasping the Legal and Bioethical Issues of “Wrongful life”. Bioethica. 2018; 4.

18. Benston S. What's Law Got to Do with It: Why We Should Mediate, Rather than Litigate, Cases of Wrongful Life. *Cardozo J Conflict Resol.* 2013; 15: 243.
19. Williams AG. The Cure for What Ails: A Realistic Remedy for the Medical Malpractice Crisis. *Stan L & Pol'y Rev.* 2012; 23: 477.
20. Norman B. Strategic Apologies in Medical Malpractice Mediation. *Pepp Disp Resol LJ.* 2020; 20: 60.
21. O'Hara EA, Yarn D. On apology and consilience. *Wash L Rev.* 2002; 77: 1121.
22. Kichaven J. A California Correction? Legislature Will Consider Allowing Attorney Malpractice Proof from Mediation. *Alternatives to the High Cost of Litigation.* 2017; 35(7): 97 - 110.
23. Afrassiab Z. Why Mediation & Sorry Make Sense: Apology Statutes as a Catalyst for Change in Medical Malpractice. *J Disp Resol.* 2019; : 197.
24. Schneiderman LJ, Jecker NS, Jonsen AR. Medical futility: its meaning and ethical implications. *Ann Intern Med.* 1990; 112: 949 - 54.
25. Bowman KW. Communication, negotiation, and mediation: dealing with conflict in end-of-life decisions. *J Palliat Care.* 2000;16 Suppl: S17 - 23.
26. Bassel A. Order at the end of life: Establishing a clear and fair mechanism for the resolution of futility disputes. *Vand L Rev.* 2010; 63: 491.
27. Will JF. Dying with Dignity; Living with Laws (and Ethics).. *Hastings Cent Rep.* 2019; 49: 6 - 7.
28. Pope TM, Waldman E. Futility: The limits of mediation. *Chest.* 2008; 134(4): 888.
29. Pope TM, Waldman EA. Mediation at the end of life: getting beyond the limits of the talking cure. *Ohio St J on Disp Resol.* 2007; 23: 143.
30. Μαυροφόρου - Γιαννούκα Ά. Ιατρική Ευθύνη και Ηθική. Πανεπιστημιακές Εκδόσεις Θεσσαλίας; 2012.
31. Rachels J, others. Active and passive euthanasia. *Bioethics: An Introduction to the History, Methods, and Practice.* 1975; - : 77 - 82.
32. Pence GE. Classic Cases in Medical Ethics: Accounts of Cases That Have Shaped Medical Ethics, with Philosophical, Legal, and Historical Backgrounds. 2004;
33. Shelton DM. Keeping End - of - Life Decisions Away from Courts After Thirty Years of Failure: Bioethical Mediation as an Alternative for Resolving end - of - Life Disputes. *Hamline L Rev.* 2008; 31: 103.
34. McClay C. Mediation in Medical Treatment: A More Effective Way to Manage Disputes. *Cath UL Rev.* 2019; 68: 525.

35. Lewandowska M. The fall of Roe <i>v</i> Wade: the fight for abortion rights is universal. *BMJ*. 2022; 377: o1608.
36. Cioffi A, Cioffi F, Rinaldi R. Reflections about abortion limitation. *Cien Saude Colet*. 2021; 26: 3787 - 90.
37. Macklin R. Abortion laws in the United States: Turning the calendar back 50 years? *Indian J Med Ethics*. 2022; - : - 4.
38. Rennison C, Woodhead EJ, Horan C, Lohr PA, Kavanagh J. Abortion education in UK medical schools: a survey of medical educators. *BMJ Sex Reprod Health*. 2022;
39. Fisher M, Ben SI, Solt I, Burke YZ. Pregnancy Prevention and Termination of Pregnancy in Adolescence: Facts, Ethics, Law and Politics. *Isr Med Assoc J*. 2015; 17: 665 - 8.
40. De ZS, Zanini G, Mishtal J, Garnsey C, Ziegler AK, Gerds C. Gestational age limits for abortion and cross - border reproductive care in Europe: a mixed-methods study. *BJOG*. 2021; 128: 838 - 45.
41. Zegers-Hochschild F, Dickens BM, Dughman-Manzur S. Human Rights To In Vitro Fertilization. *JBRA Assist Reprod*. 2014; 18: 27 - 31.
42. Lee JY. Surrogacy: beyond the commercial/altruistic distinction. *Journal of Medical Ethics*. 2022;
43. Shah S, Ergler C, Hohmann-Marriott B. The other side of the story: Intended parents' surrogacy journeys, stigma and relational reproductive justice. *Health Place*. 2022; 74: 102769.
44. Amirthalingam K. Medical dispute resolution, patient safety and the doctor - patient relationship. *Singapore Med J*. 2017; 58: 681 - 4.
45. Sohn DH, Bal BS. Medical malpractice reform: the role of alternative dispute resolution. *Clin Orthop Relat Res*. 2012; 470:1370 - 8.