Neapolis University

HEPHAESTUS Repository **http://hephaestus.nup.ac.cy**

Department of Economics and Business þÿ M a s t e r o f B u s i n e s s A d m i n i s t r a t i o n (œ ' ')

2015-07

þÿ ¤ ¿ ½ ¿ ¼ ¹ º Ì À » ± ¯ Ã ¹ ¿ ´ ¹ ± Ç µ ¯ Á ¹ Ã

þÿ ¹ ± Ä Á ¹ º ® Â º ± ¹ ½ ¿ Ã · » µ Å Ä ¹ º ® Â

þÿ ± ¼ - » µ ¹ ± Â Ã Ä · ½ º » ¹ ½ ¹ º ® À Á ± º Ä

Tsaggari, Nikoletta

þÿ Á Ì ³ Á ± ¼ ¼ ± " · ¼ Ì Ã ¹ ± Â " ¹ ¿ ¯ º · Ã · Â , £ Ç ¿ » ® Ÿ ¹ º ¿ ½ ¿ ¼ ¹ º Î ½ • À ¹ Ã Ä · ¼ Î ½ & " ¿ ¯ º · Ã
þÿ ± ½ µ À ¹ Ã Ä ® ¼ ¹ ¿ • µ ¬ À ¿ » ¹ Â ¬ Æ ¿ Å

http://hdl.handle.net/11728/6983

Downloaded from HEPHAESTUS Repository, Neapolis University institutional repository

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΝΕΑΠΟΛΗΣ ΠΑΦΟΥ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΣΤΗΝ ΔΗΜΟΣΙΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗ

«ΤΟ ΝΟΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΑΜΕΛΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΡΑΚΤΙΚΗ»

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Της φοιτήτριας

ΤΣΑΓΓΑΡΗΣ ΝΙΚΟΛΕΤΤΑΣ

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΔΡ. Κ. ΑΘΑΝΑΣΟΠΟΥΛΟΣ

ΠΑΦΟΣ ΙΟΥΛΙΟΣ 2015

ΘΕΜΑ: «ΤΟ ΝΟΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΑΜΕΛΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΡΑΞΗ»

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η ιατρική είναι μια πανάρχαια επιστήμη. Οι αρχαίοι λαοί, ακόμα και πριν από την εποχή του πατέρα της Ιατρικής Ιπποκράτη, βασισμένοι στην παρατήρηση και στις γνώσεις της εποχής τους , άρχισαν να διατυπώνουν τις πρακτικές τους απόψεις και να θεμελιώνουν τις βασικές αρχές της Ιατρικής, αποτελώντας την πρώτη εδραιωμένη επιστήμη. Παράλληλα, κι έχοντας εδραιωθεί η σημασία της προσφοράς της στις τότε κοινωνίες, άρχισαν να διατυπώνονται οι πρώτοι νόμοι για την άσκηση της Ιατρικής.

Στην εποχής μας, οι υποθέσεις ιατρικής αμέλειας, αποτελούν συχνή τροφή των μέσων μαζικής ενημέρωσης. Οι ασθενείς κι οι συγγενείς των ασθενών, που υποτίθενται ότι έχουν ζημιωθεί, όχι μόνο απαιτούν την παραδειγματική τιμωρία των υπαίτιων ιατρών και νοσηλευτών στα ποινικά δικαστήρια, αλλά απαιτούν δυσθεώρητες χρηματικές αποζημιώσεις, στα αστικά. Και φυσικά, δεν πρέπει να παραλείπεται ο δημόσιος διασυρμός του ιατρού, ο οποίος αρκετές φορές είναι το εξιλαστήριο θύμα του ανεπαρκούς συστήματος υγείας. Το ιατρικό λάθος είναι, συχνά, το τελικό αποτέλεσμα σε μια αλυσίδα συμβάντων, τα οποία πυροδοτούνται από λανθασμένο σχεδιασμό του συστήματος, που είτε επάγει τα λάθη είτε δυσχεραίνει τον εντοπισμό τους.

Για να στοιχειοθετηθεί ιατρική αμέλεια πρέπει να συντρέχουν οι εξής τέσσερεις συνθήκες : ο ιατρός ή ο νοσηλευτής να θεωρείται υπεύθυνος για τον συγκεκριμένο ασθενή, η μη καταβολή από τον ιατρό ή νοσηλευτή της επιβαλλόμενης προσοχής, που κάθε μέτριος ιατρός και νοσηλευτής οφείλει να καταβάλλει με βάση τις κοινές και καταξιωμένες ιατρικές πρακτικές καθώς επίσης κι η δυνατότητα βάσει

των προσωπικών περιστάσεων, της εμπειρίας και των γνώσεων να αποφευχθεί η σωματική βλάβη, η σωματική βλάβη ή θάνατος να προκλήθηκε λόγω της λανθασμένης ενέργειας του ιατρού ή του νοσηλευτή και φυσικά αυτή καθεαυτή η σωματική βλάβη ή θάνατος.

Σκοπός της παρούσης εργασίας είναι η κατανόηση της σύνδεσης της ιατρικής και νοσηλευτικής αμέλειας με την καθημερινή κλινική πράξη. Η διερεύνηση και διατύπωση της ιατρικής αμέλειας και πως αυτή τεκμηριώνεται βασιζόμενη στην ελληνική νομοθεσία. Παράλληλα, θα γίνει ανασκόπηση της νομολογίας που διέπει το ιατρικό δίκαιο στην χώρα μας και προσπάθεια σύγκρισης με το ιατρικό δίκαιο άλλων Ευρωπαϊκών χωρών και των Ηνωμένων Πολιτειών. Στο σημείο αυτό έχει θέση να αναφερθεί πως το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό σήμερα, αντιμετωπίζει τον ασθενή βασιζόμενο στην «αμυντική» ιατρική, σκεπτόμενο κυρίως την αποφυγή νομικής εμπλοκής, αντί της ίασης του ασθενούς. Αξίζει κανείς να αναφερθεί στο πώς η διεθνής ιατρική κοινότητα διαχειρίζεται το πρόβλημα αυτό, τι προβληματισμοί έχουν διατυπωθεί και προς τα πού κατευθύνονται , ώστε να ξεπεραστεί το πρόβλημα αυτό. Τέλος εστιάζουμε σε κάποια νομικά θέματα, που αφορούν αποκλειστικά το νοσηλευτικό προσωπικό, λόγω της ιδιαίτερης θέσης που κατέχει, τον ρόλο που διαδραματίζει, και που αρκετές φορές αποτελεί το συνδετικό κρίκο μεταξύ ιατρού και αρρώστου καθώς και το ότι πολλές φορές θεωρείται ο εκπρόσωπος των διοικητικών υπηρεσιών των νοσηλευτικών ιδρυμάτων σε εικοσιτετράωρη βάση.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ 6

2. ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ 10

3. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΦΟΡΑ ΤΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΣΦΑΛΜΑΤΟΣ 16

4. ΤΟ ΙΑΤΡΙΚΟ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΣΦΑΛΜΑ ΣΗΜΕΡΑ 20

5. ΙΑΤΡΙΚΟ ΔΙΚΑΙΟ , ΑΣΤΙΚΗ ΚΑΙ ΠΟΙΝΙΚΗ ΕΥΘΥΝΗ 39

6. ΚΑΝΟΝΙΣΜΟΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΠΡΑΚΤΙΚΩΝ 60

7. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ 74

1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Δεν υπάρχει χώρος για λάθη στη σύγχρονη ιατρική. Η κοινωνία έχει αναθέσει στους γιατρούς την κατανόηση και αντιμετώπιση των ασθενειών. Αν και λέγεται συχνά πως οι γιατροί είναι μόνο άνθρωποι, οι επιστημονικές ανακαλύψεις των τελευταίων δεκαετιών, η πρόοδος της τεχνολογίας , η τελειοποίηση των εργαστηριακών εξετάσεων κι η έλευση πρωτοπόρων καινοτομιών , έχουν δημιουργήσει την προσδοκία για τελειότητα. Οι ασθενείς αμφισβητούν το αλάθητο, που είχε καθιερωθεί στο παρελθόν για τον ιατρό και ζητούν να εξεταστεί το ενδεχόμενο της αμέλειας στην περίπτωση που η θεραπεία τους ή κάποιου δικού τους προσώπου δεν έχει το προσδοκώμενο αποτέλεσμα. Τα νοσοκομεία αντιδρούν σε κάθε περίπτωση σφάλματος, ως ανωμαλία, για την οποία η λύση είναι να κατηγορηθεί ένα άτομο , συνήθως γιατρός ή ακόμη και νοσηλευτής , με τη υπόσχεση ότι δεν θα συμβεί ποτέ ξανά. Παραδόξως, αυτή η προσέγγιση έχει στρέψει την προσοχή από τον έλεγχο του υπάρχοντος συστήματος που πιθανόν να οφείλεται για το σφάλμα, στον έλεγχο μιας μονάδας. Πολλά λάθη οφείλονται λόγω των καθιερωμένων διαδικασιών ή ανεπαρκών συσκευών, κι παρόλα αυτά συνεχίζεται να καταλογίζονται ευθύνες στον γιατρό ή τον νοσηλευτή. Έτσι, αν θεωρήσουμε τους ασθενείς τα πρώτα θύματα, οι γιατροί κι οι νοσηλευτές είναι τα δεύτερα θύματα. Νοσηλευτές , φαρμακοποιοί και άλλα μέλη της ομάδας υγειονομικής περίθαλψης είναι επίσης επιρρεπείς σε λάθη. Με δεδομένη όμως, την ιεραρχία του νοσοκομείου έχουν μικρότερα περιθώρια λάθους κι

επίσης μικρότερη πιθανότητα να υποπέσει σε κάποιον το ενδεχόμενο σφάλμα και να ασχοληθεί κάποιος με τα λάθη τους.[1]

Το πρόβλημα της ασφάλειας των ασθενών έχει επανειλημμένα προσδιοριστεί στην ιατρική βιβλιογραφία από τα μέσα της δεκαετίας του 1950. Αποκαλύψεις για θανάτους και σωματικές βλάβες ασθενών, από ιατρικό ή νοσηλευτικό σφάλμα σπανίως είχαν επίδραση στην καθημερινή άσκηση της ιατρικής. Μόλις πρόσφατα έγινε συστηματική προσπάθεια για την μείωση ή εξάλειψη των θανάτων που μπορούν να προληφθούν, αλλά συμβαίνουν κάθε χρόνο στα νοσοκομεία. Αυτή η κριτική ανιχνεύει τη διάχυση της καινοτομίας στον καταλογισμό του ιατρικού σφάλματος, στην μείωση της δημόσιας διαπόμπευσης του υγειονομικού επαγγέλματος, που συνέβη ως αποτέλεσμα των περιπτώσεων που εμφανίστηκαν στα μέσα ενημέρωσης. Η είδηση του θανάτου από ιατρική αμέλεια πυροδοτεί μια παρόμοια διαδικασία σε όλα τα μέσα ενημέρωσης.

Θα πρέπει όμως παράλληλα να διασφαλίζεται, ότι ο γιατρός και ειδικότερα ο χειρουργός δεν θα πρέπει να είναι ο αποδιοπομπαίος τράγος για οποιαδήποτε δυσάρεστη εξέλιξη της ιατρικής πράξης που διενεργεί για την οποία δεν έχει ο ίδιος καμία υπαιτιότητα. Δυστυχώς, τα τελευταία χρόνια, διαπιστώνεται το γεγονός, να καταλογίζονται ευθύνες και στο νοσηλευτικό προσωπικό, οι οποίες αν και διέπονται από το ίδιο νομικό πλαίσιο, τους καταλογίζονται συνήθως ελαφρυντικά, μιας και θεωρείται ο ιατρός, αυτός που έχει το γενικό πρόσταγμα και φέρει την ευθύνη. Οι περισσότερες περιπτώσεις που έχουν εμπλακεί νοσηλευτές σε περιπτώσεις αμέλειας, αφορούν αμέλεια άσκησης του νοσηλευτικού επαγγέλματος. Θα πρέπει δηλαδή, να έχει θεωρηθεί είτε από τον ασθενή και τους οικείους του , είτε από τον ίδιο τον ιατρό

[1] Albert W Wu (2000) Medical error: the second victim BMJ 2000;320:726–7

ή το νοσηλευτικό ίδρυμα που είχε την ευθύνη περίθαλψης του θύματος, πως πλημμελής άσκηση των νοσηλευτικών καθηκόντων οδήγησε στη ατυχή κατάληξη. [2]

Παλιότερα υπήρχαν λιγότεροι γιατροί, και ο κόσμος έδειχνε εξαιρετικό σεβασμό. Ο γιατρός ήταν αυθεντία κι ένας μικρός θεός. Κανένας κοινός θνητός, δεν μπορούσε να τον αμφισβητήσει κι επιπλέον αν κάποιος ασθενής ή συγγενής ζητούσε μια δεύτερη γνώμη, αντιμετώπιζε το μένος και την απαξίωση του γιατρού του. Επομένως τα ιατρικά σφάλματα δεν ονομάζονταν έτσι, αλλά ήταν προφανώς θέλημα Θεού μια επιπλοκή, μια εσφαλμένη ενέργεια, μια εσφαλμένη διάγνωση.[3]

Μπορεί η ατυχής εξέλιξη να μην οφείλεται σε σφάλμα του γιατρού, αλλά σε ρίσκο της ίδιας της επέμβασης ή και σε ταλαιπωρημένο οργανισμό του ασθενούς με υποκείμενα νοσήματα. Όπως αναφέρθηκε κι αλλού, δυστυχώς οι γιατροί και το νοσηλευτικό αποτελούν τους αποδιοπομπαίους τράγους ενός ανεπαρκούς συστήματος. Ο ασθενής όμως δεν έχει απέναντί του το σύστημα αλλά έναν άνθρωπο λειτουργό, όπου όχι μόνο ξεσπά απάνω του το θυμό του πολλές φορές , αλλά θεωρεί υπαίτιο αυτόν για την ατυχή έκβαση.

Η έννοια της ιατρικής ευθύνης, αλλάζει σύμφωνα με τις ιατρικές εξελίξεις. Η ιατρική ή νοσηλευτική αμέλεια στοιχειοθετείται κάθε φορά, σύμφωνα με τις εκάστοτε ισχύουσες πρακτικές της εποχής της θεραπείας. Πριν μερικά χρόνια, ως ενδεδειγμένη θεραπεία για το έλκος στομάχου ήταν η βαγοτομή, δηλαδή χειρουργική εκτομή του νεύρου που νευρώνει το στομάχι. Με την εξέλιξη της επιστήμης και την ανακάλυψη του Helicobacter Pylori, η χειρουργική θεραπεία αντικαταστάθηκε με την

[2] B. Sonny Bal (2009) An Introduction to Medical Malpractice in the United States Clin Orthop Relat Res, 467:339–347

[3] ΓΟΛΕΜΑΤΗΣ Β. (2007) Ιατρικά Λάθη στην Αρχαία Ελληνική Ιατρική, Πρακτικά Ημερίδας Ιατρικά Λάθη 8 Δεκεμβρίου 2007

θεραπεία εκρίζωσης. Σήμερα ένα έλκος θεραπεύεται τις περισσότερες φορές πλήρως, εκτός αν είναι ιατρικά παραμελημένο. Ο γιατρός λοιπόν που θα εφαρμόζει θεραπείες προηγούμενων δεκαετιών θα έχει ευθύνη για όποια ζημιά υποστεί ο ασθενής, ενώ αντίστοιχα στις προηγούμενες δεκαετίες ο γιατρός που θα απαρνιόταν την ανούσια σήμερα, συγκεκριμένη χειρουργική επέμβαση θα επικρινόταν από την επιστημονική κοινότητα της εποχής του.

Ευθύνη επομένως, σύμφωνα με τα παραπάνω, έχει ο γιατρός αν δεν τηρήσει τους κανόνες της ιατρικής επιστήμης βασισμένοι στην ιατρική επί των ενδείξεων (evidence based medicine) ή από άγνοια ή από απερισκεψία προκαλέση σωματική βλάβη ή θάνατο. Θα πρέπει όμως να ξεκαθαριστεί η έννοια της επιπλοκής από την βλάβη από αμέλεια. Σημαντικός παράγοντας είναι η διαπίστωση ότι ο γιατρός έδρασε lege artis, σύμφωνα με τους κανόνες της ιατρικής επιστήμης ή αν υπέπεσε σε σφάλμα.[4]

Σπάνιες είναι οι περιπτώσεις όπου η ευθύνη του γιατρού ή του νοσηλευτή είναι προφανής. Περιπτώσεις όπως αυτές που κατά καιρούς αναφέρονται στα μέσα ενημέρωσης παλαιότερα, πως γιατρός άφησε εργαλείο μέσα στον ασθενή ή νοσηλευτής έδωσε λάθος φάρμακο , τείνουν να γίνουν στις μέρες μας εξωτικές.[5]

[4] Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine (2000), To Err Is Human: Building a Safer Health System, NATIONAL ACADEMY PRESS,125-144

[5] ΠΡΟΒΑΤΑΣ Σ. (2012) Οι προϋποθέσεις για τη θεμελίωση της κατηγορίας της σωματικής βλάβης από αμέλεια. Available http://www.provataslaw.gr

2 ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Σκοπός της παρούσης είναι η ως το δυνατόν πληρέστερη αναφορά, από έναν μη νομικό τους νόμους που διέπουν το ιατρικό και νοσηλευτικό σφάλμα στις μέρες μας. Αρχικά θα κάνουμε μια ιστορική αναφορά και εν συνεχεία θα αναφερθούμε τι επικρατεί όσον αφορά το ιατρικό σφάλμα στον αρχικά στον υπόλοιπο αναπτυγμένο κόσμο κι εν συνεχεία ειδικά στην Ελλάδα και στην Κύπρο. Ακολούθως θα εστιάσουμε στις νοσηλευτικές πρακτικές που τηρούνται σήμερα για τον εκμηδενισμό του ιατρικού σφάλματος και τέλος θα αναφερθούμε στα συμπεράσματα και τις προτάσεις που μπορούν να εξαχθούν από την παρούσα.

Στο σημείο αυτό θα θέλαμε να τονίσουμε, πως το κόστος του ιατρικού σφάλματος σήμερα, δεν περιορίζεται μόνο στην αποζημιώση που καλείται να καταβάλει ο ιατρός ή το νοσηλευτικό ίδρυμα , σε περίπτωση που στοιχειοθετηθεί ιατρικό σφάλμα, αλλά και την επιβάρυνση που βιώνει το σύστημα υγείας , λόγω της αμυντικής ιατρικής που ολοένα και αναπτύσσεται περισσότερο. Οι ιατροί καταφεύγουν σε υπερπληθώρα παραγγελίας ιατρικών εξετάσεων, παράταση νοσηλείας κι υπερσυνταγογράφηση, προκειμένου να μειώσουν όσο γίνεται την πιθανότητα να κατηγορηθούν για ιατρικό σφάλμα. Παράλληλα οι ασφαλιστικές εταιρείες που παρέχουν ασφάλιση αστικής ευθύνης, λόγω της αυξημένης συχνότητας εκδίκασης αποζημιώσεων, αυξάνουν τα ασφάλιστρα με αποτέλεσμα το οικονομικό αυτό βάρος να μετακυλά στο σύστημα υγείας και στον ασθενής. [67]

[6] ΤΟΥΝΤΑΣ Γ. (2007) Η αξιολόγηση των θεραπευτικών παρεμβάσεων κι η τεκμηριωμένη φροντίδα υγείας Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2007, 24(1):22–33

[7] ΠΟΛΙΤΗΣ Χ., (2004) Σύγχρονες παραδοχές για την Ιατρική Ευθύνη. Οδεύουμε προς Αμυντική Ιατρική;» Κλινικά Χρονικά , Μάιος 2004, 61-70

Η πίεση των μέσων ενημέρωσης και της κοινής γνώμης οδηγεί στην εσφαλμένη αντιμετώπιση των γιατρών ενώπιον των δικαστηρίων. Τα δικαστήρια αποδίδουν στο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό ευθύνη εργολάβου, ορίζοντας ως μόνο αποδεκτό αποτέλεσμα της νοσηλείας την ίαση του ασθενούς και κάθε τι άλλο να θεωρείται ιατρικό σφάλμα και παράλειψη. Μη αναγνωρίζοντας ότι ο άνθρωπος έχει φυσική κατάληξη τον θάνατο και πολλές φορές η έκβαση της πορείας της νόσου του αρρώστου εξαρτάται από αστάθμητους παράγοντες. Ο ασθενής κι οι οικείοι του είναι εξ ορισμού το θύμα και ο ιατρός και το νοσηλευτικό προσωπικό οι θύτες. Είναι χαρακτηριστικό ότι βασιζόμενοι στο αστικό κώδικα, πολλοί νομικοί αντιμετωπίζουν την χειρουργική επέμβαση, αλλά κι οποιαδήποτε θεραπευτική παρέμβαση, ως σωματική βλάβη με ενδεχόμενο δόλο, ξεπερνώντας κατά πολύ την περίπτωση της απλής αμέλειας. Γίνεται παράθεση και αξιολόγηση ιατρικών πράξεων και παρεμβάσεων, αξιολογούνται ως επαρκείς ή ελλιπείς, από τους νομικούς , είτε τους δικαστές και τους εισαγγελείς, είτε τους συνήγορους, οι οποίοι τις περισσότερες περιπτώσεις βασίζονται και στηρίζουν την γραμμή τους, πάνω σε πραγματογνωμοσύνες, αμφίβολου ποιότητας, χωρίς οι ίδιοι ούτε να έχουν γενικές έστω ιατρικές γνώσεις, ούτε κι ειδίκευση στο ιατρικό δίκαιο. Ο δικαστής και ο συνήγορος, οι οποίοι θα ασχοληθούν την μια μέρα με κτηματικές διαφορές, την επόμενη θα ασχοληθούν με πιθανή περίπτωση ιατρικής αμέλειας, και θα αναζητούν πληροφορίες σε λεπτομέρειες, από τις οποίες θα προσπαθήσουν να εξάγουν τα δικά τους συμπεράσματα, εμφανίζοντας χαρακτηριστική ευκολία, ενώ πολλές φορές γιατροί άλλων ειδικοτήτων μπορεί να δηλώνουν αδυναμία εξήγησης. Δυστυχώς, το νομικό πλαίσιο της χώρας μας, δεν προβλέπει ενασχόληση με το ιατρικό δίκαιο, αποκλειστικά εξειδικευμένων νομικών κύκλων. Παράλληλα, η εικόνα του ασθενή με σοβαρή αναπηρία σε σύγκριση με την εικόνα του υγιούς γιατρού, δημιουργεί εκ των

πραγμάτων την ανάπτυξη συναισθήματος συμπόνιας προς τον άτυχο άρρωστο. Επίσης, είναι πολύ δύσκολο να εξηγηθεί με νομικούς όρους και να διαχωριστεί η έννοια του σφάλματος και αυτή της επιπλοκής. Άλλωστε, είναι φυσικό επακόλουθο, ένας δικαστής ο οποίος έβγαλε την προηγούμενη ημέρα καταδικαστική απόφαση σε έναν εργολάβο για κακοτεχνία, την επόμενη ημέρα να εκδώσει καταδικαστική απόφαση σε έναν γιατρό για βαρειά σωματική βλάβη. Δυστυχώς για τους περισσότερους νομικούς κύκλους, σωματική βλάβη σημαίνει κακοτεχνία του γιατρού. Για τους νοσηλευτές υπάρχουν ανάλογες προκαταλήψεις, όπως του ότι είναι συνεργοί των γιατρών και δεν βρίσκονται στο πλευρό του αρρώστου. [8]

Είναι γεγονός πως ιατρικά λάθη συμβαίνουν, και δυστυχώς θα συνεχίσουν να συμβαίνουν. Για το λόγω αυτό, υπάρχουν δικηγορικές εταιρείες οι οποίες προσεγγίζουν τον άρρωστο , ο οποίος έχει πάρει εξιτήριο και του ζητούν την άδεια να ελέγξουν τον ιατρικό του φάκελο και σε περίπτωση που βρεθεί κάποιο ιατρικό σφάλμα να κινήσουν τις νομικές διαδικασίες. Υπόσχονται μηδενική αμοιβή, παρά μόνο διεκδικούν μερίδιο από την πιθανή αποζημίωση. Όλα αυτά οδήγησαν στο να ασφαλίζονται όλοι οι ιατροί σε εταιρείες αστικής ευθύνης, ανεξαρτήτως αν ασχολούνται στο δημόσιο ή ιδιωτικό τομέα. Η τάση αυτή πέρασε και στους νοσηλευτές, οι οποίοι κι αυτοί έχουν αρχίσει να ασφαλίζονται σε εταιρείες αστικής ευθύνης, ενώ στην Αμερική απαιτείται να κάνουν ασφάλιση αστικής ευθύνες και οι σπουδαστές νοσηλευτικής. Τα έξοδα για την ιατρική ευθύνη εξωθούν πλέον αρκετούς γιατρούς σε παραίτηση στις ΗΠΑ, κι αποχή από την ενεργό ιατρική. Είναι πλέον σαφές στους ιατρικούς κύκλους διεθνώς, ότι το μοντέλο που έχει επικρατήσει, με την μόδα των αξιώσεων για αποζημίωση, γίνεται επικίνδυνο. Η ιατρική έχει πλέον μετατραπεί σε αμυντική ιατρική, παραγγέλνοντας πλειάδα εξετάσεων, προκειμένου ο

[8] ΧΑΡΑΛΑΜΠΑΚΗΣ Α.(1193) Ιατρική Ευθύνη και Δεοντολογία Σακκούλας 1993, 93-97

γιατρός να νιώσει ασφαλής, αυξάνοντας σημαντικά το κόστος για τα ασφαλιστικά ταμεία. Παράλληλα, μειώνεται αισθητά το ενδιαφέρον των νέων ιατρών, προς ειδικότητες όπως η ορθοπεδική κι η γυναικολογία, που διατρέχουν μεγάλο κίνδυνο αγωγής κι επιπρόσθετα οι ασφαλιστικές εταιρείες απαιτούν υψηλά ασφάλιστρα για κάλυψη αστικής ευθύνης. Το μέλλον της άσκησης της ιατρικής και της νοσηλευτικής , θα προβλέπει πλέον , σε κάθε κλινική και νοσηλευτικό τμήμα να υπάρχει κι ο εξειδικευμένος κι αποκλειστικός δικηγόρος.[9]

Για την μείωση των ιατρικών σφαλμάτων είναι αναγκαία η θέσπιση μιας ανεξάρτητης αρχής αναφορά σφαλμάτων και μιας αρχής υπεύθυνης για τη συγκέντρωση των στοιχείων και την παρακολούθηση της ορθής διεξαγωγής της διαδικασίας. Οι νέες θεσμικές αλλαγές θα πρέπει να συνδεθούν άμεσα με το σύστημα διασφάλισης και βελτίωσης ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας.

Για το λόγο αυτό απαιτείται η έγκαιρη, συνεχιζόμενη και αποτελεσματική ενημέρωση των ιατρικών και παραϊατρικών λειτουργών της υγείας, η διαρκής ανατροφοδότηση των συστημάτων αξιολόγησης και ο ποιοτικός έλεγχος των υποστηρικτών υπηρεσιών υγείας. Ο διαρκής αυτοέλεγχος με το σύστημα επαναξιολόγησης θα πρέπει πλέον να ενσωματωθεί στην καθημερινή ιατρική πράξη, για να επιτευχθεί περαιτέρω βελτίωση της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Οι αλλαγές θα πρέπει να τεθούν σε 3 επίπεδα. Αρχικά στην καλύτερη εκπαίδευση του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού . Ακολούθως είναι απαραίτητο να εισαχθεί η έννοια του risk management στην διοίκηση των μονάδων υγείας. Σε αυτό το στάδιο είναι απαραίτητη η νομοθετική ρύθμιση. Εν συνεχεία είναι απαραίτητη η δημιουργία ενός

[9] ΠΛΕΥΡΗΣ Α. (2007) Η ποινική ευθύνη στην ιατρική πράξη, Νομική Βιβλιοθήκη, 112-116

οργανισμού για την καταγραφή των ιατρικών σφαλμάτων σε εθνικό επίπεδο, στοχεύοντας στην βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας , κι όχι την επιβολή κυρώσεων. Η πορεία προς αυτήν την κατεύθυνση κάθε άλλο παρά εύκολη φαίνεται, καθώς στο ελληνικό σύστημα υγείας δεν ακολουθούνται οι σύγχρονες μεθόδοι διοίκησης και συνεπώς η αρχή θα πρέπει να γίνει σχεδόν από μηδενική βάση. Αυτό είναι σημαντικό και πρέπει το εθνικό σύστημα υγείας να στοχεύει στην βελτίωση της ασφάλειας του ασθενούς και στη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Επιπρόσθετα μια στείρα αντιγραφή ξένων συστημάτων δεν θα οδηγούσε στην δημιουργική αξιοποίηση των βέλτιστων πρακτικών.[10]

Η διαχείριση κινδύνων σχετικά με τα ιατρικά σφάλματα αποτελεί ένα θέμα που τα τελευταία χρόνια, απασχολεί όλο και περισσότερο το ελληνικό σύστημα υγείας. Για το λόγο αυτό η ανάγκη για λήψη μέτρων υπέρ της ασφάλειας του ασθενούς είναι επιτακτική. Ο χώρος της υγείας χαρακτηρίζεται από πολλές ιδιομορφίες, κυριότερη εκ των οποίων είναι η αυξημένη πολυπλοκότητα, που δεν προκαλείται μόνο από τον μεγάλο αριθμό προσωπικού, αλλά και από την ευρεία χρήση της τεχνολογίας και την ιδιαίτερη αλληλεπίδραση του τομέα υγείας με άλλους τομείς της κοινωνίας.

Τα ιατρικά σφάλματα είναι αναπόφευκτα. Συνέβαιναν πάντα και θα εξακολουθούν να συμβαίνουν, γιατί κάθε σύστημα είναι συνδεδεμένο με ορισμένες εγγενείς αδυναμίες , για το λόγο αυτό η συνεχής ενασχόληση με την πιθανότητα επιτυχίας πρέπει να είναι ενσωματωμένη στην καθημερινή πρακτική του οργανισμού. Βάσει αυτού μπορούν να υπάρξουν πολλές διαφορετικές εκδοχές των συστημάτων διαχείρισης κινδύνων, όμως όλα πρέπει να περιστρέφονται γύρω από τα εξής

[10] ΠΟΛΙΤΗΣ Χ., (2004) Σύγχρονες παραδοχές για την Ιατρική Ευθύνη. Οδεύουμε προς Αμυντική Ιατρική;» Κλινικά Χρονικά , Μάιος 2004, 61-70

γνωρίσματα: την ασφάλεια του ασθενούς, την σαφή ανάθεση καθηκόντων, των σεβασμό της ανθρώπινης φύσης, την ενίσχυση της αποτελεσματικής λειτουργίας των ομάδων, την προσδοκία ακόμα και του πιο απίθανου σφάλματος και τη δημιουργία ενός περιβάλλοντος συνεχιζόμενης εκπαίδευσης δίχως της απειλής των κυρώσεων.[11]

[11] ΜΟΥΝΤΟΚΑΛΑΚΗΣ Θ., (2006) Η Νέα Ιατρική, Βασισμένη σε ενδείξεις, επικεντρωμένη στον άρρωστο, 117-145

3 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΦΟΡΑ ΤΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΣΦΑΛΜΑΤΟΣ

Η ιδέα ότι κάθε άτομο που εισέρχεται σε ένα μαθητευόμενο επάγγελμα, αναλαμβάνει να φέρει την ευθύνη στην άσκηση σε εύλογο βαθμό, της μέριμνας και της ικανότητας χρονολογείται από τους νόμους της αρχαίας Ρώμης.(38) Κείμενα για την ιατρική ευθύνη μπορούν να αναχθούν στο 2030 π.Χ., όταν ο Κώδικας Χαμουραμπί κάνει αναφορά στην τιμωρία του ιατρικού λάθους: «Αν ο γιατρός έχει αντιμετωπίσει μια πάθηση ενός ευγενούς με ένα νυστέρι από μπρούντζο και έχει προκαλέσει ανεπανόρθωτη βλάβη του ευγενούς ή ο ευγενής πεθάνει, ή έχει ανοίξει ένα απόστημα του ματιού ενός ευγενούς με ένα χάλκινο νυστέρι, και προκάλεσε την απώλεια του ματιού του κυρίου, η τιμωρία είναι να του κόψουν το χέρι. " Ο κώδικας αυτούς περιελάμβανε νόμους για την άσκηση διαφόρων επαγγελμάτων, συμπεριλαμβανομένου και της ιατρικής. Προέβλεπε αμοιβές των ιατρών αναλόγως τις παρεχόμενες υπηρεσίες τους και παράλληλα ποινές για πλημμελή άσκηση των καθηκόντων τους. Ο κώδικας ήταν ιδιαίτερα αυστηρώς και στόχευε στην όσο το δυνατόν πιο επιμελή άσκηση των ιατρικών καθηκόντων και την αποτροπή παρακινδυνευμένων επεμβάσεων και σφαλμάτων.[12]

Ακολούθως στην αρχαία Ελλάδα, ακολούθησαν οι επόμενοι κώδικες ιατρικής δεοντολογίας. Τα Ασκληπιεία εκτός από χώροι λατρείας του Ασκληπειού, ήταν και χώροι θεραπείας των σοβαρών παθήσεων που δεν μπορούσαν να θεραπευτούν από τους κοινούς ιατρούς και αναθέτονταν η θεραπεία τους στους ιερείς-θεραπευτές. Έτσι εκμηδενιζόταν η συνέπεια καταλογισμού ιατρικού σφάλματος. Ακολούθως η

[12] ΓΟΛΕΜΑΤΗΣ Β. (2007) Ιατρικά Λάθη στην Αρχαία Ελληνική Ιατρική, Πρακτικά Ημερίδας Ιατρικά Λάθη 8 Δεκεμβρίου 2007

καθιέρωση της ιατρικής μεθοδολογίας από τον πατέρα της Ιατρικής Ιπποκράτη, συστήνει ότι όποιος εφαρμόζει τις βασικές αρχές της Ιατρικής , δύσκολα θα υποπέσει σε σφάλμα.[13]

Τα επόμενα χρόνια, σύμφωνα με το ρωμαϊκό δίκαιο, η ιατρική αμέλεια ήταν αναγνωρισμένο λάθος. Γύρω στο 1200 μ.Χ., το ρωμαϊκό δίκαιο επεκτάθηκε και εισάγεται στην ηπειρωτική Ευρώπη. Μετά τη νορμανδική κατάκτηση του 1066, το αγγλικό κοινό δίκαιο αναπτύχθηκε, κατά τη διάρκεια της βασιλείας του Ριχάρδου του Λεοντόκαρδου κατά το τέλος του 12ου αιώνα. Τα αρχεία αυτά διατηρούνται και σήμερα και παρέχουν μια κατατοπιστική πηγή των ιατρικών αποφάσεων για αμέλεια, έως τη σύγχρονη εποχή. Μια πρώτη περίπτωση κατηγορίας για ιατρική αμέλεια στην Αγγλία, για παράδειγμα, έκρινε ότι τόσο ο ναύτης ενός πλοίου όσο και ο πλοίαρχος, μπορούν να ασκήσουν αγωγή για αποζημίωση κατά ενός γιατρού ο οποίος είχε αντιμετωπίσει τον ναύτη και επιδείνωση την υγεία του με τη χρησιμοποίηση "Ανθυγιεινής ιατρικής . " [14]

Στις Ηνωμένες Πολιτείες, οι περιπτώσεις ιατρικής αμέλειας άρχισαν αν εμφανίζονται περί το 1800.Ωστόσο, πριν από τη δεκαετία του 1960, νομικές απαιτήσεις για ιατρική αμέλεια ήταν σπάνιες, και είχαν μικρή επίδραση στην πρακτική της ιατρικής . Από το 1960 η συχνότητα των ιατρικών αξιώσεων για ιατρική αμέλεια έχει αυξηθεί και σήμερα, αγωγές από τους ζημιωθέντες ασθενείς που αιτιούνται ιατρική αμέλεια είναι σχετικά κοινή πρακτική στις Ηνωμένες Πολιτείες. Μια έρευνα αναφέρει πως χειρουργοί που ειδικεύονται στις

[13] Ν.ΤΡΑΚΑ (2011) Η Ιατρική στην Αρχαιότητα, Αρχαιολογία και Τέχνες , 6, 6-9
[14] ΤΟΥΝΤΑΣ Γ. (2007) Η αξιολόγηση των θεραπευτικών παρεμβάσεων κι η τεκμηριωμένη φροντίδα υγείας Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2007, 24(1):22–33

αρθροπλαστικές , πάνω από το 70% των ερωτηθέντων είχαν εναχθεί τουλάχιστον μια φορά για ιατρική αμέλεια κατά τη διάρκεια της σταδιοδρομίας τους .[15]

Μια πρωτοποριακή έκθεση που διανέμεται από το Ινστιτούτο Ιατρικής, έχει αυξήσει την ευαισθητοποίηση για τον αριθμό των σφαλμάτων που συμβαίνουν μέσα στα νοσοκομεία των Ηνωμένων Πολιτειών. Η έκθεση αναφέρει ότι κάπου μεταξύ 44.000 έως 98.000 άνθρωποι πεθαίνουν από ιατρικά λάθη κάθε χρόνο (Corrigan, Donaldson, & Kohn,2000). Το Ινστιτούτο Ιατρικής έχει καθορίσει ένα σφάλμα ως «η αποτυχία μιας προγραμματισμένης δράσης που πρέπει να ολοκληρωθεί όπως προβλεπόταν ή η χρήση λάθος σχεδίου για την επίτευξη ενός σκοπού »(Corrigan, Donaldson, και Kohn, 2000, σ. 28). Πιο συγκεκριμένα, ένα σφάλμα μπορεί να ερμηνευθεί ως λάθος διάγνωση, ως λάθος εκτέλεσης μιας επεμβατικής διαδικασίας, είτε μια λάθος δοσολογία φαρμάκων ή λάθος ή ελαττωματικός εξοπλισμός, καθώς και μια σειρά από άλλες ακούσιες πράξεις που οδηγούν σε αποτυχία της θεραπευτικής προσέγγισης.[16]

Το βασικό γνώρισμα του δικαίου της αστικής ιατρικής ευθύνης σε διεθνές επίπεδο είναι ότι έχει διαμορφωθεί εκτός του αγγλοσαξωνικού δικαίου. Η νομολογία ουσιαστικά προσαρμόζει τις γενικές αρχές και διατάξεις της αστικής ευθύνης στη σχέση του γιατρού με τον ασθενή. Στο γαλλικό αλλά και στο γερμανικό δίκαιο η νομοθεσία εστιάζεται στην άρση της αδικίας που συνέβη εις βάρος του ασθενή και στην αποκατάσταση μιας φαινομενικής έστω ισορροπίας.

[15] Sara Bleich (2005) Medical Errors: Five Years After the IOM Report The Commonwealth Fund/John F. Kennedy School of Government Bipartisan Congressional Health Policy Conference, January 13–15, 2005

[16] Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (2005), Strategies for Improving the Medical Liability System and Preventing the Patient injury 19-28

Η σχέση μεταξύ γιατρού κι ασθενή έχει διαταραχθεί τις τελευταίες δεκαετίες. Αφενός η πρόοδος της ιατρικής επιστήμης οδήγησε στην αύξηση των ιατρικών παρεμβάσεων και παράλληλα των προσδοκιών των ασθενών. Σήμερα αντιμετωπίζονται πολλοί ασθενείς οι οποίοι παλαιότερα θα είχαν πεθάνει. Παράλληλα η πρόοδος αυτή συνετέλεσε στο οι ασθενείς να τρέφουν μεγαλύτερες προσδοκίες και να έχουν περισσότερες απαιτήσεις από τους γιατρούς και τους νοσηλευτές στις μέρες μας. [17]

[17] ΜΟΥΝΤΟΚΑΛΑΚΗΣ Θ., (2006) Η Νέα Ιατρική, Βασισμένη σε ενδείξεις, επικεντρωμένη στον άρρωστο, 117-145

4 ΤΟ ΙΑΤΡΙΚΟ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΣΦΑΛΜΑ ΣΗΜΕΡΑ

Τις προηγούμενες δεκαετίες, πριν από την ανάπτυξη της επαγγελματικής πρακτικής νοσηλευτικής, οι νοσηλευτές κρίνονταν με βάση το ίδιο πρότυπο φροντίδας με τον απλό άνθρωπο ή γυναίκα. Μια νοσηλεύτρια δεν θεωρείται ένας επαγγελματίας υγείας ο οποίος παρέδιδε εξειδικευμένη περίθαλψη. Συχνά, αν και κρατούσαν σημειώσεις νοσηλευτικής, δεν θεωρούνταν μέρος του ιατρικού αρχείου.

Με την πάροδο του χρόνου, το πεδίο εφαρμογής της νοσηλευτικής πρακτικής έχει επεκταθεί, οι τεχνολογίες έχουν αλλάξει, και οι νοσηλεύτριες προέρχονται από τα υψηλότερα επίπεδα εκπαίδευσης. Με τις αλλαγές αυτές, υπήρξε μια αλλαγή στον τρόπο με τον οποίο αντιμετωπίζεται το πρότυπο φροντίδας από τους νοσηλευτές, που θα απορρέει από την εξειδικευμένη νοσηλευτική γνώση και την κοινή νοσηλευτική πρακτική. Με τον αυξανόμενο όγκο της νοσηλευτικής γνώσης απορρέεται μεγαλύτερη ευθύνη, όχι μόνο όσον αφορά τη χρήση της προηγμένης τεχνολογίας, αλλά και στον τρόπο με τον οποίο η περίθαλψη παρέχεται.[18]

Η νομική έννοια του προτύπου της φροντίδας για τους νοσηλευτές, μοιάζει πολύ με το Σύνταγμα, είναι μια ζωντανή έννοια. Είναι ευρεία και αφήνει περιθώρια για ερμηνεία και όσο η πρακτική της νοσηλευτικής και το νοσηλευτικό περιβάλλον εξελίσσονται και αλλάζουν. Κατευθυντήριες οδηγίες και πολιτικές παρέχουν πιο συγκεκριμένες πληροφορίες σχετικά με την παράδοση ορισμένων πτυχών της

[18] ΑΝΕΥΛΑΒΗΣ Ε. (2010) Ιατρικά λάθη. Φταίνε μόνο οι γιατροί; http://anevlavis.gr/?page_id=114

νοσηλευτικής φροντίδας, όπως ερμηνεύεται από τα επιμέρους ιδρύματα, επιστημονικές εταιρείες ή οργανισμούς.[19]

Το 1975, οι νοσηλευτές προσδιορίσθηκαν τελικώς, ως επαγγελματίες άξιοι της προστασίας του νόμου που παρέχεται στους άλλους επαγγελματίες υγείας, και τους χορηγήθηκε νομική προστασία , που μπορεί να εναχθεί στη βάση της νοσηλευτικής πρακτικής. Από τον Ιούλιο του 1975, έχει καταγραφεί ένας ισχυρισμός για αμέλεια κατά μιας νοσηλεύτριας, ο οποίος αποφάνθηκε ως αμέλεια (Chase ν. Sabin, 1994). Αυτό σήμαινε ότι οι νοσηλευτές έχουν αναγνωριστεί ως παρέχοντες εξειδικευμένη περίθαλψη και θεραπεία με βάση τις αρχές της νοσηλευτικής. Η γνώση μιας νοσηλεύτριας και η παράδοση της νοσηλευτικής φροντίδας δεν ήταν πλέον σε σύγκριση με το πρότυπο ενός συνηθισμένου ανθρώπου. Στο Μίτσιγκαν, ο αναθεωρημένος δικαστικός νόμος του 1961 ορίζει ότι η αστική αγωγή για αμέλεια μπορεί να στοιχειοθετηθεί έναντι κάθε προσώπου που δηλώνει να είναι μέλος μιας κρατικής άδειας επαγγέλματος. [20]

Προστασία για τους νοσηλευτές παρέχεται από το νομικό πλαίσιο σε κάθε μεμονωμένο κράτος. Επιπλέον, τα κρατικά δικαστήρια ερμηνεύουν το νομοθετικό πλαίσιο και παράγουν γραπτές γνωμοδοτήσεις που εξηγεί την ερμηνεία του νόμου.Σε ορισμένες χώρες, οι νοσοκόμες που προστατεύονται σύμφωνα με το καταστατικό που διέπει την «παραγραφή». Το όριο παραγραφής είναι το χρονικό διάστημα που μετά από μια υποτιθέμενη ζημία κατά τη διάρκεια της οποίας ο ενάγων (ζημιωθείς) μπορεί να ασκήσει την αγωγή του. Αν μια νοσοκόμα, υπόκειται μόνο σε απλή αμέλεια, η

[19] ΤΣΟΥΝΗΣ Α., ΣΑΡΑΦΗΣ Π. (2012) Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας, Ηθική και δεοντολογία στην κλινική πράξη: το ιατρικό απόρρητο και η προστασία των προσωπικών δεδομένων στη σύγχρονη πραγματικότητα, Τόμος 4, Τεύχος 2, 63-70

[20] Monica L. Law (2013) Recommendations For Prevention Of Medical Errors Through An Empirical Investigation of the Error Reporting Systems With Acute Care Hospitals in Pennsylvania American Journal of Health Sciences – Fourth Quarter 2013, Vol 4, 46-51

παραγραφή μπορεί να επιμηκυνθεί σημαντικά. Σε γενικές γραμμές, η προθεσμία παραγραφής για ιατρικές πράξεις είναι 5 έτη από την ημερομηνία του περιστατικού που φέρεται να είναι η αιτία της βλάβης.[21]

Όπως αναφέρθηκε προηγουμένως, οι νοσηλευτές προστατεύονται από νόμους που επιτρέπουν σε άλλους νοσηλευτές να καταθέσουν σχετικά με ό, τι θα έκανε σε μια παρόμοια κατάσταση με μια παρόμοια ασθενή. Ωστόσο, ορισμένα κράτη, όπως εξακολουθούν να διατηρούν ένα τοπικό ελάχιστο στάνταρ επίπεδο νοσηλευτικής φροντίδας. Ως αποτέλεσμα, η τυπική νοσηλευτική φροντίδα είναι ότι θα έκανε μια μέση νοσηλεύτρια στην ίδια ή σε παρόμοια κατάσταση, με το ίδιο ή παρόμοιο ασθενή, στην συγκεκριμένη περιοχή. Ωστόσο, όπως η καθημερινή νοσηλευτική πρακτική επεκτείνεται και προηγμένες νοσηλευτές πρακτικές εφαρμόζονται, τείνει το νοσηλευτικό επάγγελμα να γίνει πιο εξειδικευμένο και πιστοποιημένο σε διεθνές επίπεδο, με θέσπιση κατευθυντήριων οδηγιών από ευρωπαϊκές και διεθνείς επιστημονικές εταιρείες.[22]

Στο παρελθόν, οι γιατροί ή άλλοι επαγγελματίες του τομέα της υγείας θα μπορούσαν να καταθέσουν τις απόψεις τους σχετικά με το πρότυπο φροντίδας από τους νοσηλευτές. Αυτό δεν γίνεται. Μόνο μια νοσηλεύτρια θεωρείται ότι έχει το ειδικό χαρακτήρα της γνώσης, της εκπαίδευσης της κατάρτισης και της εμπειρίας, να παρέχουν μαρτυρία σχετικά με το τι ο μέσος όρος νοσηλευτής θα κάνει, κάτω από τις ίδιες ή παρόμοιες συνθήκες, για έναν ασθενή που παρουσιάζει με την ίδια ή παρόμοια πάθηση.

[21] ΦΟΥΝΤΕΔΑΚΗΣ Κ. (2003) Αστική Ιατρική Ευθύνη , Εκδόσεις Σάκκουλα, 135-137

[22] National Academy of Sciences Health IT and Patient Safety: Building Safer Systems for Better Care , (2012) Committee on Patient Safety and Health Information Technology; Institute of Medicine, 24-36

Ο νομικός ορισμός του προτύπου της φροντίδας για τους νοσηλευτές είναι μια ευρεία δήλωση. Το πρότυπο της θεραπείας καθορίζεται από το μέσο όρο της εύλογης νοσηλεύτριας, που ασκεί υπό τις ίδιες ή παρόμοιες συνθήκες την παροχή φροντίδας για τον ίδιο ή παρόμοιο ασθενή. Οι πολιτικές των νοσοκομείων ή οι κατευθυντήριες γραμμές δεν καθορίζουν υποχρεωτικά το πρότυπο φροντίδας για τους νοσηλευτές, όπως θα μπορούσε να οριστεί στο νομικό περιβάλλον. Κατευθυντήριες οδηγίες ενός ιδρύματος είναι γενικά πιο ειδικά για τη φροντίδα και την περίθαλψη που παρέχεται σε αυτό το συγκεκριμένο ίδρυμα.[23]

Οι νοσηλευτές θεωρούνται ότι έχουν μια γενική γνώση νοσηλευτικής ως ειδικοί, όπως οι γιατροί. Είναι σημαντικό για τους νοσηλευτές να κατανοήσουν ότι το πρότυπο της φροντίδας για τους νοσηλευτές είναι μόνο αυτό της νοσηλευτικής περίθαλψης και δεν εμπεριέχει στοιχεία ιατρικής θεραπευτικής παρέμβασης. Επιπλέον, θα πρέπει να λαμβάνεται σοβαρά υπόψιν , ότι πλεον υπάρχουν κι εξειδικευμένες ειδικότητες νοσηλευτών. Για παράδειγμα, μια νοσηλεύτρια φροντίδας τραύματος θα πραγματοποιηθεί με το πρότυπο της εύλογης νοσηλεύτριας φροντίδας των πληγών, που ασκεί επάγγελμα υπό τις ίδιες ή παρόμοιες συνθήκες, κατά το έτος που συνέβη το περιστατικό.[24]

Πιο συγκεκριμένα για μια νοσηλεύτρια φροντίδας πληγών, το πρότυπο θεραπείας θα ήταν ότι μια μέση νοσηλεύτρια που ασκείται στον τομέα της φροντίδας τραύματος και την παροχή νοσηλευτικής φροντίδας σε ίδια ή παρόμοια ασθενή κάτω από τις ίδιες ή παρόμοιες συνθήκες. Υπάρχει μια τάση προς ένα εθνικό πρότυπο

[23] ΙΣΑ (2006) Ιατρική αμέλεια και πειθαρχική ευθύνη. Ενημέρωση ΙΣΑ, τ. 193, Οκτ.-Νοέ. 2006, σ. 53-59
[24] Bishop A (2014) Patient safety and engagement at the frontlines of healthcare. Healthc Q. 2014;17 Spec No:36-40

φροντίδας για αυτές τις νοσοκόμες του οποίου οι πιστοποιήσεις αναφέρουν ότι έχουν πιστοποιηθεί από την εθνική ένωση των νοσηλευτών.[25]

Στις περιπτώσεις των εξειδικευμένων νοσηλευτικών πρακτικών όπως στην περίπτωση πιστοποιημένων νοσηλευτών αναισθησιολογικού το πρότυπο της περίθαλψης θα είναι για ένα εξειδικευμένο νοσηλευτικό περιβάλλον. Σε γενικές γραμμές, η προηγμένη νοσηλευτική πρακτική απαιτεί ειδικά προσόντα, συμπεριλαμβανομένων ένα προηγμένο πτυχίο σε ένα συγκεκριμένο τομέα εξειδίκευσης. Σύνθετη νοσηλευτική πρακτική μπορεί επίσης να ζητήσει πιστοποίηση από την εθνική ένωση και ειδική άδεια από το κράτος μέσω του διοικητικού συμβουλίου της νοσηλευτικής. Τα κρατικά συμβούλια της νοσηλευτικής μπορεί να καθορίσουν το πεδίο της νοσηλευτικής πρακτικής μέσω καταστατικού.[26]

Το νομικό πρότυπο φροντίδας για μια προηγμένη νοσηλευτική πρακτική είναι η παρεχόμενη φροντίδα από την μέση νοσηλεύτρια με την συγκεκριμένη εξειδίκευση.. Νοσοκόμες μπορούν να ασκήσουν σε εξαρτημένη ή ανεξάρτητη σχέση ρόλους σε πολλές διαφορετικές περιπτώσεις νοσηλευτικής φροντίδας.

Νοσηλευτική αμέλεια είναι η παράβαση καθήκοντος ή η αναποτελεσματική εκτέλεση καθήκοντος από έναν επαγγελματία υγείαςπου έχει ως αποτέλεσμα σωματική βλάβη ή ακόμα και θάνατο σε έναν ασθενή . Η νοσηλευτική αμέλεια θεμελιώνεται όταν οι νοσηλευτές αδυνατούν να αξιολογήσουν και να παρακολουθήσουν την κατάσταση του ασθενούς, να ακολουθήσουν τα στάνταρ πρότυπα φροντίδας, να χρησιμοποιήσουν τον εξοπλισμό με υπεύθυνο τρόπο, να μην χορηγήσουν την θεραπεία με την ενδεδειγμένη μέθοδο, να καλέσουν τον υπεύθυνο

[25] Sorrel AL (2014) Hand in hand , Tex Med. 2014 Dec 1;110(12):37-41.

[26] THE RICHARD AND HINDA ROSENTHAL LECTURES (2003) Keeping Patients Safe Transforming the Work Environment of Nurses THE NATIONAL ACADEMIES PRESS, 154-61

γιατρό όταν χρειαστεί, να διατηρούν ενήμερους τους νοσηλευτικούς φακέλους και να μην πράττουν ως συμπαραστάτες του ασθενούς και δεν ακολουθούν τις διοικητικές οδηγίες που τους αναλογούν.

Για να αποδειχθεί αμέλεια, 4 από τα ακόλουθα στοιχεία πρέπει να αποδειχθούν από τον ενάγοντα: η νοσηλεύτρια είχε καθήκον για τον συγκεκριμένο ασθενή, η νοσηλεύτρια παρέβη την υποχρέωση απέναντί του, όπως διέπεται από τον επαγγελματικό της κώδικα, συνέβη σωματική βλάβη ή θάνατος του ασθενή, και υπήρχε μια αιτιώδης σχέση μεταξύ της παράβασης καθήκοντος και της βλάβης του ασθενούς .Ως εκ τούτου, στον καθορισμό εάν έχει συμβεί αμέλεια, αυτά τα 4 στοιχεία πρέπει να εξεταστούν προσεκτικά. Πρώτον, έκανε η νοσηλεύτρια το καθήκον της απέναντι στον ασθενή; Αυτό σημαίνει ότι η νοσηλεύτρια είχε εμπλακεί ενεργά στην παροχή νοσηλευτικής φροντίδας στον ασθενή. Δεύτερον, συνέβη μια παραβίαση αυτού του καθήκοντος; Με άλλα λόγια, η νοσηλεύτρια είχε διαπράξει μια πράξη ή παράλειψη στην πράξη τη φροντίδα του ασθενούς και έκανε η ίδια η πράξη ή παράλειψη ως αποτέλεσμα βλάβη στον ασθενή;[27]

Το τρίτο στοιχείο είναι η "γενεσιουργός αιτία.» Το ερώτημα εδώ είναι αν η πράξη ή η παράλειψη προκάλεσαν καμία βλάβη στον ασθενή. Αν η δράση δεν οδηγήσει σε βλάβη ή ζημία, δεν υπήρχε αμέλεια. Τέλος, το τέταρτο στοιχείο είναι η βλάβη. Τι κακό συνέβη ως αποτέλεσμα της δράσης της παράλειψης κατά τη διάρκεια της παροχής της νοσηλευτικής φροντίδας; Μια νοσηλεύτρια θα μπορούσε να έχει πράξει μια ενέργεια που να μην ήταν η προβλεπόμενη για τη νοσηλεία του ασθενούς, αλλά

[27] Taylor L, (2011) Fundamentals of Nursing, 108-131

να μην αποτελεί αδίκημα, εφόσον η πράξη ή η παράλειψη δεν είχε ως αποτέλεσμα βλάβη στον ασθενή.[28]

Στην παρακάτω περίπτωση, παρουσιάζονται παραδείγματα των αθέμιτων πρακτικών που σχετίζονται με τη φροντίδα τραυμάτων. Μια ογδοντάχρονη ασθενής εισήχθη σε μονάδα νοσηλείας, και μια πληγή εντοπίστηκε στη δεξιά φτέρνα της. Αν και φροντίδα δόθηκε για την πληγή στην φτέρνα, η νοσηλεύτρια απέτυχε να ολοκληρώσει μια αξιολόγηση του δέρματος από την κορυφή ως τα νύχια και να αξιολογήσει τον κίνδυνο του ασθενούς για την ανάπτυξη έλκους πίεσης. Ως αποτέλεσμα, ένα μεγάλο έλκος εκ πίεσεως αναπτύσσεται στο ιερό οστό. Όταν αυτή η πληγή τελικά εντοπίστηκε, ήταν ένα έλκος πίεσης σταδίου IV και πήρε αρκετούς μήνες επιπρόσθετη θεραπεία για τη θεραπεία, συμπεριλαμβανομένης της νοσηλευτικής φροντίδας στο σπίτι.[29]

Η ανάλυση της υπόθεσης θα είναι ως εξής: Μήπως η νοσοκόμα είχε καθήκον κι ενεργό συμμετοχή στη νοσηλευτική φροντίδα του ασθενούς; Παραβίασε το καθήκον; Η νοσοκόμα απέτυχε να εκτιμήσει πλήρως τον ασθενή και, ως αποτέλεσμα, ένα ιερό έλκος αναπτύσσεται ύπερθεν του ιερού οστού. Ήταν αποτυχία της νοσοκόμας να αξιολογήσει πλήρως τον ασθενή αιτία της ζημίας για τον ασθενή; Ναι. Κατά την εισαγωγή, ο ασθενής δεν είχε βλάβη του δέρματος στο ιερό οστό. Η πληγή ανακαλύφθηκε κατά τη μεταφορά σε άλλη εγκατάσταση. Τέλος, υπήρξε βλάβη; Μια πληγή που αναπτύχθηκε στο ιερό οστό, και η ζημιά περιλαμβάνει και το οικονομικό κόστος για επιπλέον νοσοκομειακή και νοσηλευτική φροντίδα στο σπίτι, σε μείωση της κινητικότητας, και συναισθηματική δυσφορία.

[28] ΦΟΥΝΤΕΔΑΚΗΣ Κ. (2003) Αστική Ιατρική Ευθύνη , Εκδόσεις Σάκκουλα, 256-262
[29] ΧΑΡΑΛΑΜΠΑΚΗΣ Α.(1993) Ιατρική Ευθύνη και Δεοντολογία Σακκούλας, 162-67

Στην πραγματικότητα, αυτό ήταν μια πραγματική υπόθεση που κατέληξε σε μια διευθέτηση. Το σημείο κλειδί είναι η προστασία των ασθενών με την εφαρμογή της πλήρους διαδικασία της νοσηλευτικής και εμπεριστατωμένη τεκμηρίωση.

Οι νοσηλευτές πρέπει να είναι γνώστες των νομικών κινδύνων κατά την παροχή νοσηλευτικής φροντίδας. Οι παρακάτω δράσεις μπορούν να ελαχιστοποιήσουν τον κίνδυνο μιας νοσηλεύτριας να διωχθεί για αμέλεια: να γνωρίζει το νομικό πλαίσιο της νοσηλευτικής πρακτικής στην χώρα που εργάζεται καθώς και ιδιαίτερους κανόνες στο ίδρυμα που εργάζεται, να μένει ενημερωμένη με τις τελευταίες εξελίξεις στο πεδίο της, να αξιολογεί τους ασθενείς σύμφωνα με τις οδηγίες των θεράποντων ιατρών καθώς και με την πολιτική της νοσηλευτικής υπηρεσίας στον χώρο όπου εργάζεται, να αναφέρει αμέσως ότι υποπέσει στην αντίληψή της καθώς και να το καταγράφει στο νοσηλευτικό φύλλο και να διατηρεί καλό επίπεδο επικοινωνίας με τον ασθενή και το περιβάλλον του.[30]

Ένα ιδιαίτερο κομμάτι που εμπλέκει τη νοσηλευτική πρακτική όχι μόνο με περιπτώσεις σωματικής βλάβης αλλά ακόμη και με ενδεχόμενο δόλο είναι η ευθανασία. Στην ιατρική που ασχολείται με ασθενείς τελικού σταδίου , όπως καρκινοπαθείς, τίθεται το ζήτημα της ευθανασίας. Αυτό που πρέπει να τονιστεί πρώτα από όλα είναι ότι το θέμα της ευθανασίας πέρα από την όποια ηθική, κοινωνική ή ιατρική του διάσταση είναι κατεξοχήν θέμα νομικό, καθώς το Ελληνικό Σύνταγμα ορίζει ως υποχρέωση της πολιτείας να προστατεύσει τη ζωή των πολιτών της. [31]

[30] ΠΟΛΙΤΗΣ ΧΑΡΗΣ 2006 Η αποτίμηση της ιατρικής ευθύνης. Συνήγορος, τ. 53, , σ. 43-46.

[31] ΚΟΥΤΣΕΛΙΝΗΣ Α. (2002)Ιατροδικαστική , 74-76

Ένα δεύτερο σημείο που πρέπει να αποσαφηνιστεί είναι ότι η παροχή βοήθειας κατά το θάνατο, όπως π.χ. η χορήγηση αναλγητικών, χωρίς όμως η πράξη να οδηγεί σε αφαίρεση της ζωής, δεν εμπίπτει εννοιολογικά καν στην πράξη της ανθρωποκτονίας, αφού εδώ δεν προκαλείται ο θάνατος του ασθενή από την πράξη του ιατρού και με αυτή την έννοια τούτος είναι ποινικά αδιάφορος. Το θέμα της ευθανασίας τίθεται όταν τα χορηγούμενα στον ασθενή αναλγητικά έχουν είτε ως άμεση συνέπεια, είτε ως έμμεση παρενέργεια την πρόκληση θανάτου. Αν τα χορηγούμενα αναλγητικά έχουν απλώς ως ενδεχόμενη παρενέργεια, που δεν μπορεί να εκτιμηθεί πλήρως, την πρόκληση θανάτου ή από μια μακροχρόνια φαρμακευτική αγωγή δεν μπορεί να αποκλειστεί η βλάβη που οδηγεί στο θάνατο, τότε η πράξη του γιατρού ως έμμεση ενεργητική ευθανασία όπως ονομάζεται, θα μπορούσε να μη θεωρηθεί άδικη υπό ορισμένες προϋποθέσεις, δηλαδή εφόσον εμφανίζεται ως επιτρεπόμενη επικίνδυνη δράση, που είναι και από άλλες περιπτώσεις ιατρικής δραστηριότητας γνωστή και υπάρχει προηγουμένως ενημέρωση και συναίνεση του ασθενή και ιατρικά ενδεδειγμένη λειτουργία του ιατρού. [32]

Αντίθετα η διακοπή μιας θεραπευτικής αγωγής που θα μπορούσε να παρατείνει τη ζωή του επώδυνα θνήσκοντα ασθενούς, δηλαδή η λεγόμενη παθητική ευθανασία, εφόσον όμως ο ασθενής θέλει μετά από ενημέρωσή του από τον ιατρό για τα υπάρχοντα μέσα παράτασης της ζωής του και με τη δήλωση της σχετικής του συγκατάθεσης. Αν αντίθετα ο ασθενής επιθυμεί την παράταση της ζωής του παρά το επώδυνο της νόσου, όσο και αν τούτο θεωρείται μάταιο από τον ιατρό, αυτός έχει υποχρέωση να εφαρμόσει όλα τα υπάρχοντα μέσα για την παράταση της ζωής του

[32] ΦΟΥΝΤΕΔΑΚΗΣ Κ. (2003) Αστική Ιατρική Ευθύνη , Εκδόσεις Σάκκουλα, 201-209

ασθενή, γιατί διαφορετικά διαπράττει άδικη πράξη δόλιας ανθρωποκτονίας με παράλειψη. [33]

Για τις περιπτώσεις τέλος, που ο ασθενής δεν είναι σε θέση να αποφασίσει έγκυρα ή να εκφράσει τη βούλησή του, αντίστοιχη υποχρέωση και ευθύνη του ιατρού υπάρχει, μόνο αν είναι εφικτή η διατήρηση της φυσιολογικής λειτουργίας του οργανισμού του. Αντίθετα, αν είναι εφικτή μόνο μια τεχνητή παράταση της ζωής, ενώ παράλληλα ο ασθενής έχει χάσει αμετάκλητα τις αισθήσεις του, η άρνηση του ιατρού από τη λήψη μέτρων τεχνητής παράτασης της ζωής δεν είναι άδικη πράξη.

Η πρόληψη των ιατρικών λαθών είναι υψίστης ανησυχίας για τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης. Οι συγκεκριμένες αποτυχίες που συμβαίνουν είναι επίσης σημαντικό, διότι, προκειμένου να αποφευχθούν τα λάθη, θα πρέπει πρώτα να γνωρίζουμε πώς συνέβη το σφάλμα, και που το σύστημα απέτυχε.(15) Καθίσταται κρίσιμο η αξιολόγηση του συστήματος, προκειμένου να αποφευχθεί η εμφάνιση των ιατρικών και νοσηλευτικών λαθών. Τα συστήματα πρέπει να αξιολογηθούν προκειμένου να αξιολογήσουν τις πιθανές βλάβες. Ο Rossett (1995) περιέγραψε τις ανάγκες αξιολόγησης ως αρχική έρευνα των πληροφοριών σχετικά με την κατάσταση. Ο Rossett (1995) ενσωμάτωσε το έργο του Bandura (1977) σε ένα σύστημα που αναγνωρίζει τέσσερα είδη αιτίες: Πρώτον, η έλλειψη γνώσεων ή δεξιοτήτων. Δεύτερον, ένα ελαττωματικό περιβάλλον. Τρίτον, ακατάλληλα κίνητρα. Και τέταρτον, χωρίς κίνητρα των εργαζομένων. Ποια είναι η αξία τους προς το έργο; Ποια είναι η εσωτερική κατάσταση των ατόμων που εμπλέκονται; [34]

[33] ΠΡΟΒΑΤΑΣ Σ. 2012 Ερμηνεία κώδικα ιατρικής δεοντολογίας κι όσων δραστηριοποιούνται στο χώρο της υγείας. Available http://www.provataslaw.gr

[34] Anderson R, (2005) Medical Malpractice, a physician's sourcebook, 70-105, Humanpress

Το Ινστιτούτο για την Υγεία Βελτίωση (IHI) (2013) αναφέρει ότι η ανοικτή ανταλλαγή πληροφοριών απαιτεί να υπάρχει μια φιλοσοφία μη τιμωρητικής απάντηση που επιβραβεύει την αναφορά των ζητημάτων και εκδηλώσεις ασφάλειας και κάνεις να μην τιμωρήσει τα μέλη του προσωπικού που εμπλέκονται σε λάθη ή σε ανεπιθύμητες ενέργειες που σχετίζονται με τις αποτυχίες του συστήματος.(17) Ωστόσο, προκειμένου να αντιμετωπιστούν πιθανές βλάβες του συστήματος, η διαχείριση πρέπει να γνωρίζει τι είναι ελαττωματικό στο πλαίσιο του συστήματος. Η διεξαγωγή αξιολόγησης μπορεί να βοηθήσει τη διοίκηση του νοσοκομείου να εκτιμήσει τι πρέπει να αλλάξει, προκειμένου για τα συστήματα που πρέπει να επισκευαστεί.[35]

Οι αποτυχίες του συστήματος έχουν αναγνωριστεί ως ένας σημαντικός παράγοντας στην εμφάνιση των ιατρικών λαθών.Στη συνέχεια, η έρευνα άλλαξε το επίκεντρό της από τα άτομα στα συστήματα, με στόχο τη βελτίωση των συστημάτων για την μείωση των λαθών (Adams, Jaffe, & Rosenbloom, 2001). Επιπλέον, Cooper (2001) αναφέρει ότι "ακόμη και αν υπάρχουν αποτελεσματικές θεραπείες, μεγάλο μέρος της έρευνας που χρειάζεται στον τομέα των ιατρικών λαθών εστιάζεται προκειμένου να μάθουν για την υποκείμενη αιτία των σφαλμάτων και αστοχίες του συστήματος.[36]

Έχει αναφερθεί ότι οι επαγγελματίες του τομέα της υγείας είναι μεταξύ του πιο μορφωμένου και αφοσιωμένου εργατικού δυναμικού. Που όμως μπορεί να οφείλεται το ιατρικό και νοσηλευτικό σφάλμα; Μελέτες δείχνουν ότι το πρόβλημα δεν είναι με

[35] Bernadette Fernandez (2005) Medical Malpractice:The Role of Patient Safety Initiatives Congressional Research Service - The Library of Congress, 58-71

[36] Sara Bleich (2005) Medical Errors: Five Years After the IOM Report The Commonwealth Fund/John F. Kennedy School of Government Bipartisan Congressional Health Policy Conference, January 13–15, 2005

τους εργαζομένους της υγειονομικής περίθαλψης, αλλά με τα συστήματα στα οποία λειτουργούν αυτοί οι άνθρωποι. Τα Εθνικά Συστήματα Υγείας πρέπει να γίνουν ασφαλέστερα, προκειμένου να μειωθούν τα ιατρικά λάθη (Corrigan, Donaldson, και Kohn, 2000). Ο Nancy Dickey (2000), ένας πρώην πρόεδρος της Αμερικανικής Ιατρικής Εταιρείας, έχει πει ότι «την αντιμετώπιση πρέπει να την αλλάξει το σύστημα (-τα) προκειμένου λιγότερα λάθη να συμβούν . Η διασφάλιση της ασφάλειας των ασθενών περιλαμβάνει την ίδρυση στα συστήματα υγείας διαδικασιών που αυξάνουν την αξιοπιστία της φροντίδας του ασθενούς.[37]

Χορήγηση φαρμάκων που σχετίζονται με νοσηλευτικά σφάλματα συμβαίνουν συχνά στα νοσοκομεία και παρόλο που όλα δεν προκαλούν μη αναστρέψιμη βλάβη, εκείνα που κάνουν είναι ιδιαίτερα βλαβερή και δαπανηρή. Μια πρόσφατη μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε δύο αναγνωρισμένου κύρους πανεπιστημιακά νοσοκομεία, διαπίστωσε ότι περίπου δύο από κάθε 100 εισαγωγές παρουσίασαν μια αποτρέψιμη ανεπιθύμητη ενέργεια του φαρμάκου, με αποτέλεσμα, κατά μέσο όρο, να αυξηθεί το κόστος για το νοσοκομείο στα 4.700 δολάρια ανά εισαγωγή , περίπου $ 2,800,000 ετησίως για ένα νοσοκομείο 700-κρεβάτιων.10 Εάν αυτά τα ευρήματα γενικευθούν, το αυξημένο κόστος του νοσοκομείου και μόνο που μπορούν να προληφθούν από ανεπιθύμητες ενέργειες από εσφαλμένη χορήγηση φαρμάκων είναι περίπου 2 δισεκατομμύρια δολάρια σε εθνικό επίπεδο.[38]

Τα στοιχεία αυτά προσφέρουν μόνο μια πολύ μέτρια εκτίμηση του μεγέθους του προβλήματος δεδομένου ότι οι ασθενείς του νοσοκομείου αντιπροσωπεύουν μόνο

[37] Sara Bleich (2005) Medical Errors: Five Years After the IOM Report The Commonwealth Fund/John F. Kennedy School of Government Bipartisan Congressional Health Policy Conference, January 13–15, 2005

[38] Nir Menachemi (2008) Quality of Care in Accredited and Nonaccredited Ambulatory Surgical Centers Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, 129-133

ένα μικρό ποσοστό του συνολικού πληθυσμού που βρίσκεται σε κίνδυνο. Αν και πολλές από τις διαθέσιμες μελέτες έχουν επικεντρωθεί στο περιβάλλον του νοσοκομείου, τα ιατρικά και νοσηλευτικά λάθη παρουσιάζονται ως πρόβλημα σε οποιοδήποτε περιβάλλον, όχι μόνο στα νοσοκομεία.

Αν και η βιβλιογραφία σχετικά με τα σφάλματα στον τομέα της υγείας έχει αυξηθεί κατά την τελευταία δεκαετία και μερικές αξιοσημείωτες μελέτες έχουν καταλήξει σε σημαντικά αποτελέσματα, εντούτοις δεν υπάρχει μια πλήρης εικόνα της επιδημιολογίας των ιατρικών και νοσηλευτικών λαθών. Πολλές μελέτες επικεντρώνονται σε ασθενείς που παρουσιάζουν ζημία και παρέχουν πολύτιμες πληροφορίες για το μέγεθος της ζημίας που απορρέει από τα λάθη. Άλλες μελέτες, πιο περιορισμένες σε αριθμό, επικεντρώνονται στην εμφάνιση σφαλμάτων, τόσο εκείνων που οδηγούν σε βλάβη όσο και εκείνων που δεν κάνουν . Περισσότερα είναι γνωστά για τα λάθη που συμβαίνουν στα νοσοκομεία από ό, τι σε άλλους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης.[39]

Η σύνθεση και η ερμηνεία των ευρημάτων στη βιβλιογραφία σχετικά με τα σφάλματα στην υγειονομική περίθαλψη είναι περίπλοκη λόγω της απουσίας τυποποιημένης ονοματολογίας. Για τους σκοπούς της παρούσας εργασίας, οι όροι των σφαλμάτων και ανεπιθύμητων συμβάντων ορίζονται ως εξής:

Ορίζεται ως σφάλμα η αποτυχία μιας σχεδιασμένης δράσης που πρέπει να ολοκληρωθεί ως προορίζεται (δηλαδή, σφάλμα εκτέλεσης) ή η χρήση ενός λάθος σχεδίου για την επίτευξη ενός στόχου (δηλαδή, σφάλμα στον σχεδιασμό) .[40]

[39] Monica L. Law (2013) Recommendations For Prevention Of Medical Errors Through An Empirical Investigation of the Error Reporting Systems With Acute Care Hospitals in Pennsylvania American Journal of Health Sciences – Fourth Quarter 2013, Vol 4, 96-99

[40] ΙΣΑ (2006) Ιατρική αμέλεια και πειθαρχική ευθύνη. Ενημέρωση ΙΣΑ, τ. 193, Οκτ.-Νοέ. 2006, σ. 53-59

Ένα ανεπιθύμητο συμβάν είναι μια ζημία που προκλήθηκε από ιατρική και νοσηλευτική διαχείριση και όχι από την υποκείμενη κατάσταση του ασθενούς. Ένα ανεπιθύμητο συμβάν οφείλεται σε σφάλμα εάν είναι αποτρέψιμη ανεπιθύμητη ενέργεια. Ανεπιθύμητες ενέργειες που θα μπορούσαν να προληφθούν, ικανοποιούν νομικά κριτήρια που χρησιμοποιούνται για τον καθορισμό της αμέλειας (δηλαδή, η περίθαλψη που παρέχεται απέτυχε να ανταποκριθεί στο πρότυπο της περίθαλψης που εύλογα αναμένεται από έναν μέσο ιατρό) .[41]

Η κοινή αρχική αντίδραση όταν παρουσιάζεται ένα ιατρικό ή νοσηλευτικό σφάλμα είναι να βρεθεί και να κατηγορηθεί κάποιος. Ωστόσο, ακόμη και φαινομενικά μόνο γεγονότα ή σφάλματα οφείλονται πιο συχνά στη σύγκλιση των πολλαπλών παραγόντων που συμβάλλουν. Κατηγορώντας ένα άτομο δεν αλλάζουν αυτοί οι παράγοντες και το ίδιο σφάλμα είναι πιθανό να επαναληφθεί. Πρόληψη σφαλμάτων και τη βελτίωση της ασφάλειας των ασθενών απαιτούν συστήματα προσέγγιση με σκοπό να τροποποιηθούν οι συνθήκες που συμβάλλουν σε σφάλματα. Οι άνθρωποι που εργάζονται στον τομέα της υγείας είναι μεταξύ των πιο μορφωμένων και αφοσιωμένων εργατικών δυναμικών σε κάθε κλάδο.

Η κατηγορία για πρόκληση ανεπανόρθωτης σωματικής βλάβης ή ακόμη και θάνατου από ιατρική ή νοσηλευτική αμέλεια είναι ένα σκοτεινό σημείο στην καριέρα τους. Μόλις κατατεθεί η αγωγή, ο εναγόμενος γιατρός ή νοσηλευτής πρέπει να ασχοληθεί με το άγνωστο νομικό έδαφος, όπου οι στόχοι, η επαγγελματική

[41] ΠΟΛΙΤΗΣ ΧΑΡΗΣ 2006 Η αποτίμηση της ιατρικής ευθύνης. Συνήγορος, τ. 53, , σ. 43-46.

συμπεριφορά, και οι διαδικασίες που ακολουθούνται από τα μέρη της διαφοράς είναι διαφορετική από την πρακτική της ιατρικής.[42]

Σύμφωνα με έκθεση που δημοσιεύθηκε από την Παγκόσμια Τράπεζα, το άμεσο κόστος διαχείρισης για περιπτώσεις ιατρικού σφάλματος στις Ηνωμένες Πολιτείες ανέρχεται σε 4,86 δισεκατομμύρια δολάρια το 1991. Ο αριθμός αυτός αντικατοπτρίζει τα ασφάλιστρα που καταβάλλονται από τους γιατρούς και τα νοσοκομεία. Μια έκθεση που εκδόθηκε από το αμερικανικό υπουργείο Υγείας και Ανθρωπίνων Υπηρεσιών εκτιμά ότι το κόστος της ασφάλισης μόνο για τους ιατρούς ανέρχεται σε 6,3 δισεκατομμύρια δολάρια το 2002, με ένα πρόσθετο κόστος 108 δισεκατομμυρίων δολαρίων σχετιζόμενο με την πρακτική της αμυντικής ιατρικής, δηλαδή, τα έξοδα που σχετίζονται με την συμπεριφορά του γιατρού υπό το βάρους της απειλής μιας δίκης που αντλείται από την ιατρική αμέλεια . Ενώ τα νομικά συστήματα στις υπόλοιπες ανεπτυγμένες χώρες για την περίπτωση ιατρικής αμέλειας έχουν αξιώσεις ανάλογες με αυτές των Ηνωμένων Πολιτειών. [43]

Στο βρετανικό σύστημα η ιατρική αμέλεια βασίζεται σε δικαστήρια όπου θα αποφανθούν ύστερα καταγγελιών ασθενών. Οι περισσότεροι γιατροί στην Αγγλία είναι ασφαλισμένοι από την Εθνική Υπηρεσία Υγείας (NHS) η οποία χειρίζεται όλες τις νομικές και οικονομικές πτυχές της άσκησης της ιατρικής. Οι γιατροί κι οι λοιποί εργαζόμενοι του NHS δεν είναι προσωπικά υπεύθυνοι για αξιώσεις βασιζόμενες σε αμέλεια και για τον λόγο αυτό δεν χρειάζεται να ασφαλίζονται για αστική ευθύνη για τον λόγο αυτό. Οι οικονομικές αξιώσεις των ασθενών καλύπτονται από τις κεντρικές

[42] ΠΡΟΒΑΤΑΣ Σ. 2012 Ερμηνεία κώδικα ιατρικής δεοντολογίας κι όσων δραστηριοποιούνται στο χώρο της υγείας. Available http://www.provataslaw.gr

[43] Sara Bleich (2005) Medical Errors: Five Years After the IOM Report The Commonwealth Fund/John F. Kennedy School of Government Bipartisan Congressional Health Policy Conference, January 13–15, 2005, 62-66

υπηρεσίες του συστήματος υγείας. Οι κατηγορίες για ιατρική αμέλεια στο Ηνωμένο Βασίλειο είναι λιγότερο συχνές, αλλά το νομικό πλαίσιο των αξιώσεων για ιατρική αμέλεια είναι παρόμοιο με τις Ηνωμένες Πολιτείες. Η συμμόρφωση με τη συνήθη πρακτική είναι η κύρια άμυνα σε έναν ισχυρισμό για ιατρική αμέλεια στην Αγγλία. Η δέουσα επιμέλεια ορίζεται ως η πράξη σύμφωνη με τις ιατρικές πρακτικές εκείνης της εποχής .[44]

Στη Γαλλία, η ιατρική αμέλεια ακολουθούσε παρόμοια διαδικασία με τις Ηνωμένες Πολιτείες μέχρι το 2002 . Ο ασθενής θα μπορούσε να υποβάλει αγωγή για ιατρική αμέλεια, και να διευθετήσει εξωδικαστικά ή να προχωρήσει σε δίκη. Από το 2002 η νομοθεσία άλλαξε κι εισήγαγε ένα δικαστικό σύστημα, άνευ πταίσματος στο ο οποίο οι ασθενείς θα μπορούσαν να εγείρουν αξιώσεις ενός περιφεριακού συστήματος διακυβέρνησης και τα χρήματα της αποζημίωσης προέρχεται από ένα εθνικό ταμείο που χρηματοδοτείται από ασφάλιστρα που διατίθενται στους γιατρούς και στα νοσοκομεία.[45]

Στη Γερμανία, οι ιατρικές απαιτήσεις αμέλεια αναφέρονται στα συμβούλια διαμεσολάβησης που απαρτίζονται από επιτροπές εμπειρογνωμόνων, η οποίες έχουν συσταθεί από τους γιατρούς. Ο ασθενής μπορεί να απορρίψει την διαδικασία της διαμεσολάβησης και να παραπέμψει την υπόθεσή του στα αρμόδια δικαστήρια, όπου το νομικό πλαίσιο που εξετάζει την ιατρική αμέλεια είναι παρόμοιο με αυτό των ΗΠΑ.[46]

Η Σουηδία, η Φινλανδία, η Δανία και η Νορβηγία επίσης έχουν υιοθετήσει το σύστημα αποζημίωσης των ιατρικών σφαλμάτων άνευ καταλογισμού πταίσματος

[44] James L Reinertsen (2000) Let's talk about error *West J Med* 2000;172:356-357
[45] ΠΕΤΡΟΥ Ε. 2014 Το νομικό πλαίσιο της Ιατρικής Ευθύνης. Συγκριτική διάσταση Ελλάδας και Ελβετίας. ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ 2015, 32(1):85-91
[46] Sorrel AL (2014) Hand in hand , Tex Med. 2014 Dec 1;110(12):37-41.

στον ιατρό, λειτουργώντας εκτός δικαστηρίων. Τα συστήματα αυτά είναι σχεδιασμένα να αντισταθμίζουν τα κόστη που λογίζονται στους ασθενείς για την ζημιά που προκλήθηκε με επιπλοκές που σχετίζονται με την ιατρική περίθαλψη.[47]

Στην Ιαπωνία, σχεδόν οι μισοί από τους γιατρούς καλύπτονται από την συλλογική ασφάλεια για αμέλεια που έχει προβλεφθεί από τον ιατρικό σύλλογο. Η ιδιωτική κάλυψη είναι διαθέσιμη , αν και δεν απαιτείται εκ του νόμου. Το πρόγραμμα επαγγελματικής ευθύνης προσφέρει έναν εξωδικαστικό συμβιβασμό, βασισμένο σε ένα σύστημα αξιολόγησης το οποίο είναι ταχύτερο και λιγότερο δαπανηρό, αλλά κατηγορείται πως είναι προκατειλημμένο υπέρ των ιατρών. Οι αποφάσεις του διοικητικού συμβουλίου είναι δεσμευτικές , αλλά οι ασθενείς μπορούν να μηνύσουν το συμβούλιο. Σε αντίθεση με ότι συμβαίνει στις Ηνωμένες Πολιτείες, στην περίπτωση σωματικής βλάβης ή θανάτου από αμέλεια, μπορεί να κινηθούν και ποινικές διαδικασίες με σύλληψη του ιατρού ή νοσηλευτή.[48]

Στον Καναδά, ακολουθείται παρόμοιο σύστημα με τις ΗΠΑ, αλλά λιγότερες αξιώσεις έχουν κατατεθεί, και η συχνότητα των απαιτήσεων που σχετίζονται με την ιατρική αμέλεια έχει μειωθεί σταθερά από το 1997. Η μείωση αυτή πιθανώς σχετίζεται με τη βελτίωση των πρωτοβουλιών για την ασφάλεια των παρεχόμενων υπηρεσιών προς τους ασθενείς και την συμμετοχή γιατρών και νοσηλευτών σε προγράμματα συνεχιζόμενης εκπαίδευσης.

Η Αυστραλία έχει επίσης ενα πιο κοινωνικοποιημένο σύστημα υγείας από τις Ηνωμένες Πολιτείες, αν και οι κατηγορίες για ιατρική αμέλεια είναι παρόμοιες με εκείνες των Ηνωμένων Πολιτειών. Η νομοθεσία της ιατρικής αμέλειας, είναι

[47] John R. Clarke (2013) The use of collaboration to implement evidence-based safe practices Journal of Public Health Research 2013; 2:e26-28

[48] B. Sonny Bal (2009) An Introduction to Medical Malpractice in the United States Clin Orthop Relat Res, 467:339–347

βασισμένη στο αγγλικό κοινό δίκαιο. Δυο μεγάλες ασφαλιστικές εταιρείες της Αυστραλίας πτώχευσαν λόγω των διεκδικήσεων αποζημιώσεων για ιατρική αμέλεια. Το γεγονός αυτό οδήγησε σε μεγάλη αύξηση των ασφαλίστρων, και στη συζήτηση σχετικά με μεταρρυθμίσεις των αδικοπραξιών και αλλαγή του νομοθετικού πλαισίου.[49]

Στο ελληνικό δίκαιο η ευθύνη του γιατρού παραμένει μέχρι σήμερα ζήτημα του ποινικού δικαίου . Τα τελευταία χρόνια δημοσιεύονται όλο και περισσότερες αποφάσεις ιατρικής αστικής ευθύνης, με ένα μεγάλο ποσοστό αυτών να αφορά περιστατικά που συνέβησαν σε νοσοκομεία του ΕΣΥ. Παράλληλα άρχισαν να εμφανίζονται όλο και πιο συχνά αποφάσεις των διοικητικών δικαστηρίων και του ΣτΕ. Η κατάσταση αυτή εξηγεί και το γεγογονός ότι μέχρι πρότεινος οι γιατροί δεν αναζητούσαν ασφαλιστική κάλυψη αστικής ευθύνης, μιας κι όλες οι προσφυγές στα αστικά δικαστήρια γινόντουσαν εις βάρος των νοσηλευτικών ιδρυμάτων. Τα τελευταία χρόνια όλο και περισσότεροι γιατροί αναζητούν κάλυψη αστικής ευθύνης ασχέτως αν εργάζονται στον δημόσιο ή στον ιδιωτικό τομέα. Μάλιστα στα μεγαλύτερα ιδιωτικά ιατρικά κέντρα η ασφάλιση αστικής ευθύνης για τους ιατρούς που εργάζονται σε αυτά είναι υποχρεωτική. Στατιστικά στοιχεία αναφορικά με τον αριθμό των υποθέσεων και της έκβασής τους δεν υπάρχουν. Η επεξεργασία των θεμάτων της ιατρικής ευθύνης είναι περιορισμένη, αν την συγκρίνουμε με την αντίστοιχη ξένη βιβλιογραφία, παρόλα αυτά όμως τον ενδιαφέρον συνεχώς αυξάνεται. Οι υποθέσεις ιατρικής αστικής ευθύνης κάθε άλλο παρά αδιάφορη αφήνουν την κοινή γνώμη , λαμβάνοντας υπόψη βέβαια και την υπερβολική προβολή τους από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης. Η εξέλιξη στον τομέα της ιατρικής αστικής

[49] Dicuccio MH (2014) The Relationship Between Patient Safety Culture and Patient Outcomes: A Systematic Review. J Patient Saf. 2014 Feb 27., 89-93

ευθύνης που σημειώθηκε στις υπόλοιπες ευρωπαϊκές χώρες προχώρησε και στην ελληνική κοινωνία. Η διεύρυνση της πρακτικής σημασίας της ιατρικής αστικής ευθύνης εμφανίστηκε και στο ελληνικό δίκαιο. Το ελληνικό δίκαιο μάλιστα, προσφέρει στον ασθενή μεγαλύτερη δυνατότητα ικανοποίησης των αξιώσεών, αφού με τη νομοθετική ρύθμιση του άρθρου 8 ν.2251/1194, ενισχύει σε αντίθεση με τις άλλες ευρωπαΙκες χώρες, σημαντικά την επιχειρηματολογία του ασθενούς. [50]

[50] ΠΕΤΡΟΥ Ε. 2014 Το νομικό πλαίσιο της Ιατρικής Ευθύνης. Συγκριτική διάσταση Ελλάδας και Ελβετίας. ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ 2015, 32(1):85-91

5 ΙΑΤΡΙΚΟ ΔΙΚΑΙΟ , ΑΣΤΙΚΗ ΚΑΙ ΠΟΙΝΙΚΗ ΕΥΘΥΝΗ

Ως ιατρικό δίκαιο , ορίζεται σήμερα , το σύνολο των κανόνων δικαίου που διέπουν κάθε έννομη σχέση του γιατρού ως επαγγελματία, απέναντι προς τον ασθενή και την κοινωνία γενικότερα. Οι ευρύτεροι όροι όπως το δίκαιο της υγείας περιλαμβάνουν κι άλλα θέματα, όπως τα δικαιώματα ασθενών και το δίκαιο που διέπει την παραγωγή και την χρήση προϊόντων όπως τα φάρμακα και τα καλλυντικά. Στον όρο ιατρικό δίκαιο, εντάσσονται και οι κανόνες δικαίου που αφορούν κι άλλα επαγγέλματα, όπως οι οδοντίατροι, οι φαρμακοποιοί κι οι νοσηλευτές. [51]

Η ιατρική αστική ευθύνη συνδέεται άρρηκτα με την άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος καθώς και των λοιπών παραϊατρικών όπως αποκαλούνται επαγγελμάτων, όπως αυτό του νοσηλευτή. Η αστική ευθύνη έγκειται με την υποχρέωση καταβολής αποζημίωσης που οφείλει ο ιατρός ή ο νοσηλευτής, όταν κατά την άσκηση της επαγγελματικής τους δραστηριότητας προξενεί βλάβη, στον ασθενή ή σε άλλα πρόσωπα. Όπως χαρακτηριστικά αναφέρεται στη νομική βιβλιογραφία, η αστική ευθύνη αντιμετωπίζεται υπό το πρίσμα της προς αποζημίωση ενοχής. [52]

Η ποινική ευθύνη του ιατρού και των συναφών επαγγελμάτων, όπως του νοσηλευτή, περιλαμβάνει τις δυσμενείς συνέπειες για τον γιατρό ή το νοσηλευτή, όπως αυτές προβλέπονται από το ποινικό δίκαιο και στοιχειοθετούνται βάση των παραπτωμάτων που έπεσε ο γιατρός ή ο νοσηλευτής και επιβάλλονται από τα ποινικά

[51] ΦΟΥΝΤΕΔΑΚΗΣ Κ. (2003) Αστική Ιατρική Ευθύνη , Εκδόσεις Σάκκουλα, 205-208

[52] ΠΛΕΥΡΗΣ Α. (2007) Η ποινική ευθύνη στην ιατρική πράξη, Νομική Βιβλιοθήκη, 32-37

δικαστήρια. Παράλληλα , υπάρχει κι η πειθαρχική ευθύνη, που στοιχειοθετείται βάση των πειθαρχικών παραπτωμάτων που έπεσε ο γιατρός ή ο νοσηλευτής κι εξετάζεται από τα αρμόδια πειθαρχικά όργανα είτε του επαγγελματικού συλλόγου που ανήκει είτε του ιδρύματος δημοσίου δικαίου, στο οποίο ανήκει και παρέχει τις υπηρεσίες του. Ένας γιατρός ή νοσηλευτής μπορεί να κατηγορηθεί και για αστική ευθύνη, αλλά και για ποινική και πειθαρχική και αξίζει να σημειωθεί πως η απόφαση του αστικού δικαστηρίου δεν δεσμεύει το ποινικό δικαστήριο, ούτε το αντίστροφο.[53]

Η ιατρική αστική ευθύνη εντάσσεται περισσότερο στο γενικότερο πλαίσιο της επαγγελματικής ευθύνης, παρά του ιατρικού δικαίου. Αντιμετωπίζεται δηλαδή, ως η ευθύνη του προσώπου που παραβαίνει τις υποχρεώσεις του που διέπουν την επαγγελματική του δραστηριότητα, και συγκεκριμένα την παροχή υπηρεσιών.

Η ιατρική αστική ευθύνη θεμελιώνεται στην αποτυχημένη ιατρική πράξη. Η αποτυχημένη ιατρική ή νοσηλευτική πράξη , αναλύεται κυρίως είτε στην μη επίτευξη της θεραπείας του ασθενούς , είτε στην χειροτέρευση της κατάστασης της υγείας του, που μπορεί να οδηγήσει και τον θάνατο. Από αυτή την έννοια της αποτυχημένης ιατρικής πράξης, γίνεται μια διάκριση ανάμεσα στην βλάβη που οφείλεται αιτιωδώς στην ίδια τη νοσηλευτική ή ιατρική πράξη ή παράλειψη και αυτής που οφείλεται στην αναπόφευκτη εξέλιξη της υγείας του.[54]

Στο σημείο αυτό θα πρέπει να τονιστεί πως κατά την διαδικασία στοιχειοθέτησης του αστικού δικαιώματος του ασθενούς, διερευνώνται και τα ενδιάμεσα στάδια που μεσολαβούν μεταξύ του αρνητικού αποτελέσματος για την υγεία του ασθενούς και του γιατρού κι εξετάζονται όλα τα αίτια που τυχόν να οδήγησαν σε αυτό το ατυχές

[53] ΑΝΑΣΤΑΣΙΑΔΗΣ Γ. (2012) Ιατρικό λάθος κι αστική ευθύνη των ιατρών, Ιατρικά Θέματα 32 9-11

[54] ΧΑΡΑΛΑΜΠΑΚΗΣ Α.(1993) Ιατρική Ευθύνη και Δεοντολογία Σακκούλας 1993, 301-305

αποτέλεσμα. Τέτοια αίτια μπορεί να είναι εκτός της συμπεριφοράς του γιατρού, πράξεις και παραλείψεις , άλλων ατόμων, όπως του ίδιου του ασθενή, των συγγενών του καθώς και εμπλεκόμενων νοσηλευτών. Μάλιστα, μπορεί να τεκμηριωθεί πως κάποιο τυχαίο γεγονός μπορεί να οδηγεί στην εμπλοκή κάποιου τρίτου προσώπου. Έτσι, η δικαιοσύνη καλείται να αποφανθεί ποιο πρόσωπο φέρει την υπαιτιότητα και δεν είναι απαραίτητο, πως ο γιατρός φέρει πάντα τον αποκλειστικό κίνδυνο κατά την εκτέλεση των θεραπευτικών παρεμβάσεων και της όλης νοσηλευτικής φροντίδας του ασθενούς.

Το πρόβλημα της κατανομής των ζημιών όταν υπάρχει αρνητική εξέλιξη της υγείας ενός προσώπου , ύστερα από οποιαδήποτε ιατρική και νοσηλευτική παρέμβαση, δεν μπορεί να αποδοθεί βασιζόμενη στις βασικές αρχές του αστικού δίκαιου. Το ισχύον ελληνικό δίκαιο της αστικής ευθύνης προβλέπει ένα πρόσωπο να καταβάλει αποζημίωση προκειμένου να αποκαταστήσει ζημιά άλλου προσώπου, όταν η ζημιά αυτή οφείλεται σε παράνομη και υπαίτια πράξη του κι όταν δεν οφείλεται σε δική του πράξη, αλλά του καταλογίζεται ευθύνη από ειδική διάταξη του νόμου, με βάση τα κριτήρια της ευθύνης από διακινδύνευση.

Είναι σαφές ότι ο Αστικός Κώδικας , αναγνωρίζει πως δεν πρέπει να επιρρίπτονται ζημιές κι ευθύνες στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, όταν η επιδείνωση της κατάστασης του ασθενούς είναι αναπόφευκτη. Προβλέπει όμως (ΑΚ914,3310) να καταλογίζει ευθύνες , όταν το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό κατά την διάρκεια ιατρικής ή νοσηλευτικής πράξης συμπεριφέρεται παράνομα κι με αμέλεια προκάλεσε την βλάβη του ασθενούς. [55]

[55] ΦΟΥΝΤΕΔΑΚΗΣ Κ. (2003) Αστική Ιατρική Ευθύνη , Εκδόσεις Σάκκουλα, 178-182

Ο γιατρός δεν υπόσχεται ούτε αναλαμβάνει την υποχρέωση να θεραπεύσει τον ασθενή, και μόνο μια ατυχής κατάληξη δεν είναι αρκετή για να επισύρει αιτήματα αποζημιώσεων. Προκειμένου να στοιχειοθετηθούν αστικές αποζημιώσεις , πρέπει να αποδειχθεί και να θεμελιωθεί η παράβαση των συμβατικών υποχρεώσεων του ιατρού και του νοσηλευτή. Το περίφημο ιατρικό σφάλμα, ορίζεται ως η υπολειπόμενη συμπεριφορά του ιατρού ή νοσηλευτή έναντι ενός ή περισσότερων προτύπων που θα έπρεπε να τηρηθούν (lege artis), η οποία συνιστά παράβαση των υποχρεώσεων που έχουν αναλάβει , και εφόσον στοιχειοθετηθεί κι η υπαιτιότητα ως προς του αποτελέσματος, θεμελιώνεται η υποχρέωση καταβολής αποζημίωσης. Αν δεν υπάρχει η τεκμηρίωση του σφάλματος, οι αξιώσεις αποζημιώσεων δεν μπορούν να στοιχειοθετηθούν. Ο γιατρός ευθύνεται μόνο εφόσον υπαίτια παραβαίνει κάποια συμβατική υποχρέωση επιμέλειας ή παρανομεί με κάποιο άλλο τρόπο. Σε κάθε άλλη περίπτωση ο ασθενής δεν μπορεί να στραφεί εναντίον του γιατρού ή του νοσηλευτή. Επομένως στον ασθενή επιρρίπτεται όχι μόνο ο κίνδυνος από την αναπόφευκτη εξέλιξη της υγείας του, αλλά και ο θεραπευτικός κίνδυνος με στενή έννοια. [56]

Δεν υπάρχει κανένα μέρος του κόσμου όπου να διασφαλίζεται ο ασθενής ότι δεν θα έχει επιπλοκές. Τις γνωστές επιλογές που θα έχει μια ιατρική επέμβαση τις αντιμετωπίζουν οι γιατροί, λ.χ. υπολογίζουν την αιμορραγία και παραγγέλνουν εκ των προτέρων πόσες μονάδες αίματος να υπάρχουν έτοιμες, υπολογίζουν ότι μετά από μια επέμβαση υπάρχει κίνδυνος πνευμονικής εμβολής και σηκώνουν γρήγορα τον ασθενή να περπατήσει, με τις λοιμώξεις λαμβάνουν σοβαρά μέτρα αντισηψίας κ.ο.κ. Αυτές είναι οι συνήθεις επιπλοκές που αποτελούν όμως και τη ρουτίνα ή μέρος αναπόσπαστο μιας επέμβασης. Αν βεβαίως δεν συμβούν, τόσο το καλύτερο.

[56] ΦΟΥΝΤΕΔΑΚΗΣ Κ. (2003) Αστική Ιατρική Ευθύνη , Εκδόσεις Σάκκουλα, 315-319

Υπάρχουν όμως και οι σοβαρές επιπλοκές σε ποσοστό πολύ μικρό, που είναι σοβαρές και αναφέρονται μεν στη βιβλιογραφία και στην πρακτική, αλλά, όπως είπαμε κανείς δεν γνωρίζει πότε και σε ποιον ασθενή θα συμβούν.

Πέρα από τις περιπτώσεις ατυχούς αποτελέσματος λόγω εσφαλμένης θεραπευτικής προσέγγισης, μπορεί να στοιχειοθετηθεί αμέλεια και λόγω εσφαλμένης διάγνωσης. Το δικαστήριο θα εξετάσει αν ο γιατρός έκανε τις κατάλληλες διαγνωστικές ενέργειες, εξετάσεις κλινικές, εργαστηριακές, απεικονιστικές, που θα βοηθούσαν στο να θέσει μια ασφαλή διάγνωση. Αν παρόλα αυτά απέτυχε να θέσει διάγνωση όχι από δική του υπαιτιότητα, αλλά εξαιτίας του ότι η νόσος δεν είχε εμφανή συμπτώματα, αλλά «κρυβόταν καλά» ή δεν υπήρχε και επαρκής χρόνος για ασφαλή διάγνωση, τότε η πλανημένη διάγνωση δεν καταλογίζεται στο γιατρό. Να φέρουμε ένα παράδειγμα. Η σκωληκοειδίτιδα παρουσιάζεται με ορισμένα συμπτώματα, πόνος στο δεξί λαγόνιο βόθρο, που εντοπίζεται με την πάροδο του χρόνου, (σημείο McBurney, Lanz, Rovsing, λαγονοψοΐτη κλπ.), υπάρχει δε και λευκοκυττάρωση. Αν κανένα από τα σημεία δεν βρίσκεται και τα λευκοκύτταρα είναι φυσιολογικά, τότε είναι φυσικό να υπάρξει πλάνη για το γιατρό. Ένας πόνος στην κοιλιά, εμετοί, διάρροια ή κεφαλαλγίες μπορεί να σημαίνουν από την πιο ελαφριά νόσο μέχρι την πιο βαριά. Ο γιατρός ξεκινά με ένα βασικό αλγόριθμο. Από το πιο συχνό στο πιο σύνθετο και πολύπλοκο και ιδίως σπάνιο. Όταν λ.χ. ένα νεογνό έχει υψηλό πυρετό το πρώτο που θα σκεφθεί θα είναι μια ίωση, αλλά καλό θα ήταν να γίνει και μια καλλιέργεια για να ταυτοποιηθεί ο παθογόνος μικροοργανισμός. Θα γίνει και μια πλήρης εξέταση των νευρολογικών σημείων, ιδίως αυχενική δυσκαμψία, φωτοφοβία κλπ. Όμως πρέπει να γνωρίζουμε ότι το σπάνιο και εξαιρετικό αν είναι οξύ, πολλές φορές δεν υπάρχει χρόνος για να διαγνωσθεί. Το ζήτημα της διαγνωστικής πλάνης είναι ιδιαίτερα σημαντικό και θα μπορούσαν να γραφτούν

βιβλία. Εδώ βοηθούν οι αποφάσεις των δικαστηρίων, η νομολογία, που δημιουργεί τυπολογία ιατρικών σφαλμάτων.[57]

Η νομοθεσία του ιατρικού αστικού δίκαιου πηγάζει από τα νομικά πλαίσια που ρυθμίζουν άμεσα το ζήτημα της αστικής ευθύνης και από τα νομικά πλαίσια τα οποία δεν αναφέρονται ευθέως στην ιατρική αστική ευθύνη, αλλά κατά έμμεσο τρόπο, ρυθμίζοντας τις υποχρεώσεις του γιατρού. Σε αυτή την κατηγορία ανήκουν τα νομικά κείμενα τα οποία αναφέρονται στην άσκηση της ιατρικής και νοσηλευτικής πρακτικής γενικά., στον κώδικα ιατρικής δεοντολογίας και στην ρύθμιση των ιατρικών και νοσηλευτικών πράξεων. [58]

Το βασικό μέρος του ελληνικού ιατρικού δικαίου έχει ως αντικείμενο θέματα που δεν συνδέονται άμεσα με την ιατρική αστική ευθύνη, αλλά αφορούν γενικότερες διατάξεις περί την ιατρική όπως τις προϋποθέσεις για την απόκτηση άδειας ιατρικού επαγγέλματος, γενικά περί την ιατρική εκπαίδευση, την οργάνωση του ΕΣΥ, την παροχή ιατρικών υπηρεσιών από δημόσιους κι ιδιωτικούς φορείς κλπ. Με την ιατρική ευθύνη σχετίζονται μόνο οι νόμοι που καθορίζουν εμμέσως ή αμέσως τις ευθύνες και τις υποχρεώσεις του γιατρούς και του νοσηλευτή ως προς τον ασθενή. Στο ελληνικό δίκαιο, τέτοιοι νόμοι περιέχονται στον ΑΝ 1565/1939 «περί κώδικος ασκήσεως ιατρικού επαγγέλματος», το άρθρο 23 για την τήρηση του ιατρικού απορρήτου, το 24 για την υποχρέωση μέριμνας προς τους ασθενείς και το 25 περί υποχρέωσης ιατρικής συνδρομής. Στο Βασιλικό Διάταγμα 25.5/6.7.1955 «περί κανονισμού ιατρικής δεοντολογίας» στο άρθρο 7 για την υποχρέωση ίσης μέριμνας προς όλους τους ασθενείς, το άρθρο 13 για την άρνηση και διακοπή της παροχής των υπηρεσιών του ιατρού, το άρθρο 18 για την τήρηση του απορρήτου. Στο κυρωτικό της Ευρωπαϊκής

[57] ΠΟΛΙΤΗΣ ΧΑΡΗΣ 2006 Η αποτίμηση της ιατρικής ευθύνης. Συνήγορος, τ. 53, , σ. 43-46
[58] ΦΟΥΝΤΕΔΑΚΗΣ Κ. (2003) Αστική Ιατρική Ευθύνη , Εκδόσεις Σάκκουλα, 232-245

Σύμβασης για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα και την Βιοϊατρική αναφέρονται στα άρθρα 5 εως 10 η υποχρέωση του ιατρού να ενεργεί μόνο με τη συναίνεσαη του ασθενούς και η υποχρέωση της ενημέρωσης του ασθενούς για την κατάσταση και τους κινδύνους της υγείας του. Το άρθρο 47 του νόμου 2071/1992 ρυθμίζει τα δικαιώματα ειδικά για τον νοσοκομειακό ασθενή. Οι ρυθμίσεις αυτές αναφέρονται στις ποινικές και πειθαρχικές κυρώσεις, ενώ δεν αναφέρονται ρητά στην ιατρική αστική ευθύνη, δημιουργώντας ερωτηματικά ως προς το βάρος που πιθανόν να έχουν ως προς την αστική ευθύνη. Κατά μια προσέγγιση, οι παραπάνω κανόνες αναφέρονται σε θέματα ιατρικής δεοντολογίας , έχουν μόνο κατευθυντήριο δράση και δεν επιδρούν στην αστική ευθύνη. Κατά μια άλλη όμως, οι κανόνες αυτοί κωδικοποιούν τις υποχρεώσεις του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού και αποτελούν την πηγή του αστικού δικαίου , πλαισιώνοντας το υπάρχον αστικό δίκαιο της χώρας. [59]

Οι παραπάνω κανόνες δεν αποσκοπούν στην ρύθμιση της αστικής ευθύνης. Η παραβίαση όμως των κανόνων αυτών , που θεσπίζουν υποχρεώσεις έναντι του ασθενούς , συνιστά παρανομία με την έννοια του Αστικού Κώδικα 914 , με συνέπεια να στοιχειοθετείται αξίωση αποκατάσταση της ζημιάς του ασθενούς ή και των οικείων του. Στόχος των κανόνων αυτών δεν είναι μόνο η διαφύλαξη της εύρυθμης λειτουργίας του δημόσιου συμφέροντος αλλά κι η προστασία κάθε ασθενούς ατομικά. Η άποψη αυτή φαίνεται καθαρά σε όλες τις περιπτώσεις αποφάσεων θεμάτων ιατρικής αστικής ευθύνης, οι οποίες όλες παραπέμπουν στο άρθρο 24 του ΑΝ 1565/1939, αναφορικά με τις υποχρεώσεις του ιατρού. [60]

[59] ΤΣΟΥΝΗΣ Α., ΣΑΡΑΦΗΣ Π. (2012) Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας, Ηθική και δεοντολογία στην κλινική πράξη: το ιατρικό απόρρητο και η προστασία των προσωπικών δεδομένων στη σύγχρονη πραγματικότητα, Τόμος 4, Τεύχος 2, 63-70

[60] ΦΟΥΝΤΕΔΑΚΗΣ Κ. (2003) Αστική Ιατρική Ευθύνη , Εκδόσεις Σάκκουλα 224-243

Με εξαίρεση του άρθρου 8 ν.2251/1994, στο ελληνικό δίκαιο δεν υπάρχει ειδικό νομοθετικό πλαίσιο που να εξετάζει την ιατρική ευθύνη κι ειδικά την ιατρική αστική ευθύνη. Με βάση τους γενικούς κανόνες της αστικής ευθύνης διαμορφώνεται για την ιατρική αστική ευθύνη ένα σύστημα , το οποίο ισχύει κατά μεγάλο βαθμό στην ελληνικό δίκαιο. Το σύστημα αυτό αποζημιώσεων στην ουσία αποτελεί μια μεταφορά των γενικών κανόνων που αφορούν την αποζημίωση ενοχής, που απορρέει είτε από την παράβαση συμβατικής υποχρέωσης είτε από αδικοπραξία , στο πεδίο αποκατάστασης των ζημιών που οφείλονται σε ιατρικές και νοσηλευτικές πράξεις. Είναι δυνατή κατά αυτόν τον τρόπο, η θεώρηση του ιατρικού και νοσηλευτικού σφάλματος, ως μια θετική ενέργεια ή παράλειψη που παραβιάζει την σύμβαση που συνδέει τον γιατρό και τον ασθενή και παράλληλα συνιστά μια παρανομία, ως παράβαση της γενικής υποχρέωσης πρόνοιας και ασφάλειας στις συναλλαγές, με την έννοια που αποδίδεται στο πεδίο της ιατρικής ευθύνης. Η υπαιτιότητα του γιατρού με την μορφή της αμέλειας διακρίνεται από την αντικειμενική παράβαση των υποχρεώσεων αλλά στην πλειονότητα των περιπτώσεων συντρέχει παράλληλα με αυτή.[61]

Είναι ορθότερη , η υπαγωγή της σύμβασης της ιατρικής αγωγής στον τύπο σύμβασης παροχής ανεξάρτητων υπηρεσιών. Η νομική αξιολόγηση της ιατρικής πράξης είναι μια δυσχερής διαδικασία. Είναι δύσκολο να χαρακτηριστεί μια ιατρική πράξη με νομικές έννοιες, ως επιτυχής ή όχι, ορθή η εσφαλμένη, ακόμη και να ξεκαθαριστεί αν διενεργήθηκε με την έγκυρη συναίνεση του ασθενούς, και ο ασθενής μέχρι ποιο σημείο της πράξης θεωρείται ότι έχει συνενέσει. Στην τελευταία περίπτωση έχουμε την λεγόμενη αυθαίρετη ιατρική πράξη, όταν ο ασθενής δεν έχει ενημερωθεί επαρκώς σχετικά με τη φύση, το σκοπό και τους κινδύνους της.

[61] ΠΟΛΙΤΗΣ Χ., (2004) Σύγχρονες παραδοχές για την Ιατρική Ευθύνη. Οδεύουμε προς Αμυντική Ιατρική;» Κλινικά Χρονικά , Μάιος 2004, 61-70

Τα προβλήματα εμφανίζονται στον εννοιολογικό προσδιορισμό της ιατρικής πράξης και της οριοθέτησής της. Είναι δύσκολο να χαρακτηριστεί μια ιατρική πράξη είτε ως νόμιμη, είτε ως παράνομη, μιας και επικρατούν δυο αντιλήψεις στην νομολογία. Η πρώτη αντιμετωπίζει κάθε ιατρική πράξη, ως προσβολή της προσωπικότητας του ασθενούς, σωματική βλάβη και προσβολή του δικαιώματος του ατόμου να αυτοπροσδιορίζεται αναφορικά με το σώμα του και την υγεία του. Σε αυτήν την παράνομη προσβολή της προσωπικότητας και της σωματική ακεραιότητας του ατόμου, η έγκυρη κι έγκαιρη συναίνεση του ασθενούς λειτουργεί, ως λόγος άρσης της παρανομίας, εκ μέρους του ιατρού και του νοσηλευτή. Η δεύτερη άποψη θεωρεί μια ιατρική πράξη, η οποία γίνεται για λόγους θεραπευτικής αναγκαιότητας, ως πράξη απαλλαγμένη από παρανομία. Κατά την άποψη αυτή , θέμα παρανομίας της ιατρικής ή νοσηλευτικής πράξης μπορεί να εμφανιστεί, όταν είτε υπάρχει αμέλεια είτε η παρέμβαση ήταν αυθαίρετη χωρίς την έγκυρη συναίνεση του ασθενούς. Στην τελευταία περίπτωση η ιατρική πράξη προσβάλλει την προσωπικότητα του ασθενούς και το δικαίωμά του στον αυτοπροσδιορισμό ως προς το σώμα και την υγεία.

Το πρόβλημα της προσαρμογής των αξιώσεων ιατρικής αστικής ευθύνης στους κανόνες αστικής ευθύνης έγκειται όχι μόνο στην διατύπωση της αξιώσεως αλλά και των έννομων συνεπειών που συνδέονται με την κάθε ενδεχόμενη αξίωσης. Είναι αναγκαία μια δικαιοπολιτική θεώρηση της ιατρικής ευθύνης, εξετάζοντας τις δυνατές εκδοχές νομοθετικής αντιμετώπισης . Μια άποψη είναι η διατήρηση των ήδη διαμορφωμένων βασικών παραδοχών της ιατρικής ευθύνης, που εστιάζονται στο ιατρικό σφάλμα ή και στην παράβαση των υποχρεώσεων , με μια προσπάθεια βελτίωσης των ερμηνειών ώστε να αποφευχθεί η δημιουργία ενός συστήματος αμυντικής ιατρικής. Μια δεύτερη άποψη είναι η αλλαγή της στοιχειοθέτησης της ιατρικής ευθύνης και την εισαγωγή της έννοιας της ευθύνης από διακινδύνευση.

Τέλος, μια τρίτη είναι η αντιμετώπιση της ιατρικής ευθύνης, μέσα από το αποκλειστικό πρίσμα της αστικής ευθύνης, με μέλημα την αποκατάσταση των ζημιών μέσω ενός συστήματος αστικής ασφάλισης των προσώπων που μπορεί να εμπλέκονται.

Δεδομένου ότι οι ρόλοι και τα καθήκοντα των νοσηλευτών επεκτείνονται, το ίδιο συμβαίνει και με τη νομική τους ευθύνη. Στο παρελθόν, πολλές νοσηλεύτριες εργάστηκαν υπό την επίβλεψη ιατρών, λίγες είχαν ασφάλιση αστικής ευθύνης, κι ακόμη και αν οι πράξεις τους ήταν η άμεση αιτία της βλάβης ενός ασθενή, η κύρια ευθύνη για τη δράση βάραινε τον οργανισμό που απασχολούνταν ή τον θεράποντα γιατρό. Στη σύγχρονη πρακτική, οι νοσηλευτές εμπλέκονται με την αξιολόγηση και τη διάγνωση των ασθενών και να σχεδιάζουν, υλοποιούν, και αξιολογούν τη νοσηλευτική φροντίδα. Πλήρης νομική ευθύνη και λογοδοσία για αυτές τις νοσηλευτική δράσεις επιρρίπτονται στη νοσηλεύτρια. Οι νοσηλευτές γίνονται όλο και περισσότερο τα θύματα τόσο της πολιτικής αυτής όσο και ποινικών υποθέσεων αμέλειας και που προσέρχονται στο δικαστήριο για να υπερασπιστούν την πρακτική τους. Παρά το γεγονός ότι πολλοί νοσηλευτές συνεχίζουν να εργάζονται σε παραδοσιακές μονάδες υγείας όπως τα νοσοκομεία και τα γηροκομεία, περισσότεροι νοσηλευτές εργάζονται σε μη παραδοσιακές μονάδες , όπως σε νοσηλευτικές υπηρεσίες κατ'οίκον, κλινικές κοινότητας, κέντρα ημερήσιας φροντίδας, και στην διαχείριση μονάδων υγείας. Νοσηλευτές ανώτερης εκπαίδευσης, μπορεί να ακολουθούν ανεξάρτητες πρακτικές. Ποτέ δεν ήταν πιο σημαντικό για τους νοσηλευτές να τεκμηριώνουν τις πράξεις τους προσεκτικά και να ενεργούν με τρόπους που να προλαμβάνουν κατηγορίες για αμέλεια. Νοσηλευτές που επιθυμούν να αποφύγουν τις νομικές συγκρούσεις πρέπει να αναπτύξουν σχέση εμπιστοσύνης νοσηλευτή-ασθενή , κατά το πεδίο εφαρμογής των αρμοδιοτήτων τους. Είναι κοινή

παραδοχή πως ο ικανοποιημένος ασθενής σπανίως θα καταφερθεί εναντίον του γιατρού ή του νοσηλευτή που εμπλέκεται στην θεραπεία του.[62]

Ο νόμος είναι ένα πρότυπο κανόνων συμπεριφοράς που θεσπίζεται και τηρείται υπό την άμεση ή έμμεση ευθύνη της κυβέρνησης και αποσκοπεί κυρίως στην προστασία των δικαιωμάτων του κοινού. Δημοσίου δικαίου είναι ο νόμος με τον οποίο η κυβέρνηση εμπλέκεται άμεσα και ρυθμίζει τις σχέσεις μεταξύ των πολιτών με την κυβέρνηση. Νόμοι ιδιωτικού δικαίου, που ονομάζεται επίσης και αστικό δίκαιο, ρυθμίζουν τις σχέσεις μεταξύ των πολιτών. Το αστικό δίκαιο περιλαμβάνει τους νόμους που αφορούν τις συμβάσεις, την κυριότητα των ακινήτων, καθώς και την πρακτική της νοσηλευτικής, της ιατρικής, της φαρμακευτικής και της οδοντιατρικής.

Τι ισχύει στην Κύπρο

Στην Αμερική η δημοσιοποίηση των ονομάτων των νοσοκομείων που κατηγορήθηκαν για ιατρική αμέλεια, αποτελεί αντικείμενο πολιτειακού νόμου. Ο ίδιος νόμος ο οποίος τέθηκε σε ισχύ από το 2007, απαιτεί από τα νοσοκομεία που εμπλέκονται σε υποθέσεις ασθενών με σημαντικές σωματικές βλάβες ή και θάνατο να ενημερώνουν τις αρμόδιες αρχές. Βεβαίως αυτό δεν ισχύει για την Κύπρο. Δηλαδή, στην Κύπρο δεν δημοσιοποιούνται ονόματα ιατρών ή νοσοκομείων που ενεπλάκησαν σε υποθέσεις ιατρικής αμέλειας, και δημοσιεύονται μόνο οι δικαστικές αποφάσεις. Ότι δηλαδή συμβαίνει με τις υπόλοιπες δικαστικές αποφάσεις κι υποθέσεις. Για την Κύπρο δεν υπάρχουν επίσημα στατιστικά στοιχεία για περιπτώσεις ιατρικής αμέλειας, κάτι όμως το οποίο δυστυχώς δεν σημαίνει πως δεν υπάρχουν περιστατικά ιατρικής αμέλειας κι ιατρικών σφαλμάτων.

[62] Bishop A (2014) Patient safety and engagement at the frontlines of healthcare. Healthc Q. 2014;17 Spec No:36-40

Το δικαστικό σύστημα της Κύπρου, που διέπει την εκδίκαση υποθέσεων ιατρικής αμέλειας, είναι κάτι αντίστοιχο με αυτών της Ελλάδας και του Ηνωμένου Βασιλείου. Βασίζεται στην αδικοπρακτική ευθύνη δημιουργώντας ιδιαίτερες δυσκολίες στην άσκηση της ιατρικής, προκαλώντας ανασφάλεια στους επαγγελματίες υγείας και προωθεί την αμυντική ιατρική. Η αμυντική ιατρική αυξάνει την ταλαιπωρία των ασθενών, διογκώνοντας την παραγγελία των ιατρικών εξετάσεων και αυξάνει υπέρμετρα τα χρέη των ασφαλιστικών ταμείων. Στην Ελλάδα κρίθηκαν αναγκαίες νομοθετικές αλλαγές, οπότε το 1985 το νομικό καθεστώς άλλαξε με την κατάργηση της αναγκαστικής ποινικής δίωξης του ιατρού από τον ζημειούμενο ασθενή, μια απαραίτητη προϋπόθεση προκειμένου εν συνεχεία να διεκδικήσει αποζημίωση λόγω ιατρικής αμέλειας. Μια διαδικασία που ήταν άνευ νοήματος, καθώς οι γιατροί τις περισσότερες φορές, απαλλάσσονταν από τα Δικαστήρια λόγω έλλειψης επαρκών στοιχείων, ενώ από την άλλη η όποια καταδίκη σε ολιγόμηνη ποινή φυλάκισης μπορούσε να εξαγοραστεί βάσει του ισχύοντος στην Ελλάδα νομοθετικού συστήματος.[63]

Αντίθετα, στην Κύπρο είναι γεγονός ότι ο αριθμός των αγωγών που καταχωρούνται παραμένει ακόμη σε χαμηλά επίπεδα, συγκριτικά πάντοτε με τις άλλες Ευρωπαϊκές χώρες. Υπάρχουν πάρα πολλές περιπτώσεις, οι οποίες αφορούν σωματικές βλάβες από λάθη, παραλείψεις και ιατρική αμέλεια, που δε δημοσιοποιούνται είτε γιατί ποτέ δε φτάνουν στις αίθουσες των δικαστηρίων, είτε δε γίνονται αντιληπτές από τα ΜΜΕ. Αυτό, πιθανό, να οφείλεται και στη μεγάλη δυσκολία τεκμηρίωσης της ιατρικής αμέλειας αλλά και της δυσκολίας να προσκομιστεί μαρτυρία από ιατρούς εναντίον του ιατρού που κατηγορείται. Διότι, όσο κυνικό και ψυχρό μπορεί να ακούγεται, υπόθεση ιατρικής αμέλειας δεν

[63] Ηλιάδης Α., Ανδρέου Ε., (2011) Ιατρική Αμέλεια. Τι προβλέπει ο Ποινικός Κώδικας της Ελληνικής και Κυπριακής Νομοθεσίας, ΣΤΟΜΑ 2011;39: 97-106

επιτυγχάνεται, εάν δεν παρουσιαστεί ενώπιον Δικαστηρίου σχετική, σοβαρή και αντικειμενική ιατρική πραγματογνωμοσύνη. Παρόλα ταύτα, διαφαίνεται όμως η αυξητική τάση στην καταχώρηση υποθέσεων ιατρικής αμέλειας στα Δικαστήρια και αυτό οφείλεται περισσότερο στο γεγονός ότι οι ασθενείς γνωρίζουν πλέον και διεκδικούν τα δικαιώματά τους. Επιπλέον, μεγάλη σημασία παίζει και η ενημέρωση του πολίτη από τα ΜΜΕ, και όχι μόνο, με τη δημοσιοποίηση σοβαρών περιστατικών και η αναφορά σε λανθασμένες διαγνώσεις θεραπείες και νοσηλεία. Η ιατρική και οδοντιατρική πράξη αποτελεί μια ιδιαίτερη μορφή κοινωνικής και επαγγελματικής σχέσης, η οποία λόγω των ιδιαιτεροτήτων της δεν καθορίζεται άμεσα από το Δίκαιο. Κάθε ιατρική πράξη προσβάλλει τη σωματική ακεραιότητα και κατά δεύτερο την προσωπικότητα και την ιδιωτική ζωή του προσώπου-ασθενή. Έτσι, κάθε ενέργεια του ιατρού εμπεριέχει εν δυνάμει ένα κίνδυνο, ο οποίος σύμφωνα με το νόμο των πιθανοτήτων κάποτε πραγματοποιείται: Η ιατρική είναι μια εμπειρική επιστήμη και το τυχαίο περιβάλλει αναπόφευκτα κάθε διαγνωστική θεραπευτική ή προληπτική πράξη. Από τη μία πλευρά, ο ασθενής προσφεύγει στο γιατρό (μειονεκτική θέση ασθενούς) κατά κανόνα για να θεραπευτεί και υφίσταται ποικίλες επεμβάσεις ή θεραπείες με ενδεχόμενο να υποστεί βλάβη στα προσωπικά έννομα αγαθά του: ζωή, υγεία, σωματική ακεραιότητα. Ο ασθενής στη προσπάθειά του να αποκαταστήσει τη βλάβη καταφεύγει, συνήθως, στα Δικαστήρια, όπου εκεί αντιμετωπίζει σημαντικές διαδικαστικές και, ιδίως, αποδεικτικές δυσκολίες και σχεδόν πάντοτε βλέπει την υπόθεση του να κρίνεται με βάση μια ιατρική πραγματογνωμοσύνη. Από την άλλη, όμως, ο ιατρός έχει και αυτός την ανάγκη αυξημένης προστασίας. Δεν μπορεί να παραγνωρίζεται η επικινδυνότητα της άσκησης της ιατρικής.[64]

[64] Ηλιάδης Α., Ανδρέου Ε., (2011) Ιατρική Αμέλεια. Τι προβλέπει ο Ποινικός Κώδικας της Ελληνικής και Κυπριακής Νομοθεσίας, ΣΤΟΜΑ 2011;39: 97-106

Με αντικείμενο τη δραστηριότητά του για τον άνθρωπο και κατά κανόνα τον πάσχοντα άνθρωπο, ο γιατρός καλείται να αντιμετωπίσει και να θεραπεύσει μια παθολογική κατάσταση για την οποία όχι μόνο δεν ευθύνεται, αλλά αποβλέπει αντιθέτως στη βελτίωσή της. Στο πλαίσιο αυτό, μπορεί να προκύψει το ιατρικό λάθος, το οποίο δεν παύει να είναι ανθρώπινο σε μερικές περιπτώσεις. Ο ιατρός έρχεται αντιμέτωπος με τον κίνδυνο του ιατρικού λάθους καθημερινά, αγωνιζόμενος να διαφυλάξει τα έννομα αγαθά της ζωής, της υγείας και της σωματικής ακεραιότητας του ασθενούς του και το γεγονός ότι αμείβεται, όπως κάθε επαγγελματίας, δεν αναιρεί ούτε θα πρέπει να απογυμνώνει τη δραστηριότητά του από τον ανθρωπιστικό της χαρακτήρα.[65]

Ιατρική Αμέλεια πράττει όποιος από έλλειψη της προσοχής, της οποίας όφειλε κατά τις περιστάσεις και μπορούσε να καταβάλει είτε επειδή δεν προέβλεψε το αξιόποινο αποτέλεσμα που προκάλεσε η πράξη του είτε το προέβλεψε, αλλά υπέθεσε ότι δε θα συνέβαινε, και εν τέλει διέπραξε. Η πλημμελής ιατρική συμπεριφορά εμπεριέχει ένα εσωτερικό στοιχείο την λανθασμένη νοητική και ψυχική λειτουργία του γιατρού, λόγω πλάνης ή έλλειψης προσοχής, και ένα εξωτερικό στοιχείο την κακότεχνη και ελαττωματική διεξαγωγή της ιατρικής πράξης, η οποία μπορεί να επιφέρει σωματική βλάβη ή το θάνατο του ασθενή. Μια ακόμα παράμετρος της είναι η παράλειψη λήψης συναίνεσης ή λήψη της με αντικανονικό τρόπο ή για άλλο λόγο ή λοιπές περιπτώσεις όπως η παραβίαση του απορρήτου. Η ιατρική ευθύνη στην Κύπρο ταξινομείται στις πιο κάτω κατηγορίες: 1) Ποινική Ευθύνη (Criminal liability),2)

[65] Ηλιάδης Α., Ανδρέου Ε., (2011) Ιατρική Αμέλεια. Τι προβλέπει ο Ποινικός Κώδικας της Ελληνικής και Κυπριακής Νομοθεσίας, ΣΤΟΜΑ 2011;39: 97-106

Ευθύνη που πηγάζει από συμβατική υποχρέωση (Contractual liability), 3) Αστική Ευθύνη (Tortious liability), 4) Πειθαρχική Ευθύνη (Disciplinary liability).[66]

Ποινική ευθύνη υπέχει ο γιατρός που με τις πράξεις ή τις παραλείψεις του παραβιάζει μια ή περισσότερες διατάξεις του Ποινικού Δικαίου και διαχωρίζεται στις περιπτώσεις, όπου η θεραπεία ή νοσηλεία επιφέρει το θάνατο ενός ασθενή ή εκεί, όπου η θεραπεία ή νοσηλεία έχει θέσει σε κίνδυνο την ανθρώπινη ζωή. Οι πρόνοιες των άρθρων 210 και 236(ε) του Ποινικού Κώδικα όπου προνοείται η επιβολή ποινής φυλάκισης μέχρι 4 χρόνια ή η επιβολή προστίμου μέχρι €4.272,00 και ποινή φυλάκισης μέχρι δύο χρόνια και/ή ποινή προστίμου μέχρι €2.563,00, αντιστοίχως, τυγχάνουν ανάλογης εφαρμογής.[67]

Ο ασθενής μπορεί να στραφεί δικαστικώς έναντίον του γιατρού και για παράβαση συμβατικής υποχρέωσης όταν, εκ των προτέρων, έχει ρητώς συμφωνήσει με το γιατρό του για ποια θεραπεία θα ακολουθηθεί. Πρώτιστη υποχρέωση του ιατρού, βεβαίως, είναι να θεραπεύσει τον ασθενή, αλλά το σημαντικό είναι ότι, χωρίς τη συναίνεση του ασθενή, το δικαίωμα αυτό του αφαιρείται. Γίνεται, λοιπόν, ξεκάθαρο πως η υποχρέωση του γιατρού εξαφανίζεται, όταν ο ασθενής προβάλλει ρητή άρνηση για τη θεραπεία του, η οποία και αποτελεί αποκλειστικό του δικαίωμα. Για να λειτουργήσει, λοιπόν, η υποχρέωση του γιατρού προς θεραπεία, θα πρέπει ο ασθενής ρητώς ή σιωπηρώς να το ζητήσει από το γιατρό του και στη συνέχεια να συναινέσει στην κάθε ιατρική πράξη που θα επακολουθήσει. Το γενικό αίτημα του ασθενή προς θεραπεία δεν παρέχει το απεριόριστο δικαίωμα στο γιατρό να προβαίνει σε οποιαδήποτε ενέργεια χωρίς την ειδική συγκατάθεση του ασθενή για κάθε επί μέρους πράξη, η οποία δυνατό να αποτελεί μέρος της όλης θεραπείας. Ο ασθενής πρέπει να

[66] Oyewo O. Constitutional Provision and Administrative Disciplinary Powers : the Medical and Dental Disciplinary Tribunal in Review (2002), Nig J Health Biomedical Sciences 2002; 1:29-34
[67] Ιστοσελίδα ΝΟΜΟΤΕΛΕΙΑ, www.nomotelia.gr

έχει πλήρη πληροφόρηση τόσο για το πρόβλημα υγείας που παρουσιάζει, όσο και για όλες τις ενέργειες της θεραπείας του που θα ακολουθήσει ο γιατρός και να δώσει στο τέλος τη συγκατάθεσή του, αφού προηγουμένως βεβαίως κατανοήσει τις θεραπευτικές ενέργειες που θα ακολουθήσει ο γιατρός, ώστε η συγκατάθεση του να είναι ισχυρή και στη συνέχεια να μη μπορεί να προσβληθεί. Για πολύπλοκες εγχειρήσεις ή άλλες ιατρικές και νοσηλευτικές θεραπευτικές επεμβάσεις είναι λογικό ότι η συναίνεση του ασθενή θα πρέπει να αποτυπώνεται εγγράφως, χωρίς να σημαίνει ότι η προφορική συναίνεση δεν επαρκεί και δεν νομιμοποιεί τον ιατρό για τη διενέργεια των απαραιτήτων ιατρικών πράξεων, αν αναλογισθούμε ότι ο γιατρός δυνατό να καλύπτεται νομικά και από τη σιωπηρή συναίνεση του ασθενούς. Είναι αυτονόητο, ότι για πολύπλοκες χειρουργικές επεμβάσεις η συναίνεση του ασθενή πρέπει να αποτυπώνεται εγγράφως. Ο σεβασμός της αυτονομίας του ασθενούς συνδέεται, πολύ στενά, με το θεσμό της συνειδητής συγκατάθεσης. Η συνειδητή συγκατάθεση (informed consent) είναι η πρακτική κατά την οποία ο ασθενής συγκατατίθεται στη διενέργεια μιας θεραπευτικής πράξης ή στη συμμετοχή του σε μια ερευνητική διαδικασία μετά από σχετική και πλήρη ενημέρωση που του δίνει τη δυνατότητα αποδοχής ή άρνησης αυτών που του προτείνονται. [68]

Αστική ευθύνη έχει ο γιατρός, όταν με τις πράξεις ή τις παραλήψεις του παραβιάζει μία ή περισσότερες διατάξεις του αστικού κώδικα4-6. Με τον καταλογισμό της αστικής ευθύνης στον υπαίτιο γιατρό, δημιουργείται από το νόμο η υποχρέωση στο γιατρό να ικανοποιήσει χρηματικά και να αποζημιώσει το άτομο που υπέφερε από τις ενέργειες του. Είναι αποδεκτό ότι ο ιατρός δεν αναλαμβάνει υποχρέωση αποτελεσματικής θεραπείας, αλλά πλήρους και συνεπούς ιατρικής προσφοράς. Ο ιατρός έχει, βεβαίως, ως πρώτιστη υποχρέωση να προσπαθήσει να

[68] THE RICHARD AND HINDA ROSENTHAL LECTURES (2003) Keeping Patients Safe Transforming the Work Environment of Nurses THE NATIONAL ACADEMIES PRESS, 67-69

προσφέρει θεραπεία στον ασθενή, αλλά το σημαντικό είναι ότι χωρίς τη συναίνεση του ασθενή το δικαίωμα αυτό αφαιρείται. Το θέμα είναι τεράστιο και οδηγεί, τις περισσότερες φορές, το γιατρό σε πλήρη αδυναμία εκπληρώσεως της υποχρέωσής του, με συνέπεια να υποστεί πλήρη προσωπική και οικογενειακή καταστροφή. Σύμφωνα με τις νομικές αρχές του Κοινοδικαίου η αμελής πράξη ενός γιατρού ανοίγει δύο επιλογές: α) Αγωγή που στηρίζεται σε Επίθεση. Η επέμβαση, εκ μέρους του γιατρού, χωρίς την έγκριση του ασθενή εναντίον του δεύτερου συνιστά επίθεση, π.χ. οποιουδήποτε είδους χειρουργική επέμβαση χωρίς την έγκριση του ασθενούς. Σε τέτοια περίπτωση η ευθύνη είναι απόλυτη και ο ασθενής, ο οποίος δεν έδωσε τη συγκατάθεσή του για οποιαδήποτε θεραπεία ή επέμβαση, μπορεί να προβεί σε λήψη νομικών μέτρων έναντι του γιατρού, χωρίς να απαιτείται να αποδείξει ότι έχει υποστεί σωματικό τραυματισμό ή τραύματα που δεν είναι άμεσο αποτέλεσμα της ιατρικής επέμβασης. β) Αγωγή που στηρίζεται στο αστικό αδίκημα της Αμέλειας (Negligence). Σύμφωνα με τις πρόνοιες του άρθρου 51(1) του περί Αστικών Αδικημάτων Νόμου, Κεφ.148: «Αμέλεια συνίσταται: στην τέλεση πράξης την οποία υπό τις περιστάσεις δε θα τελούσε λογικό συνετό πρόσωπο ή στην παράλειψη τέλεσης πράξης την οποία υπό τις περιστάσεις τέτοιο πρόσωπο θα τελούσε ή στην παράλειψη καταβολής τέτοιας δεξιότητας ή επιμέλειας για την άσκηση επαγγέλματος, επιτηδεύματος ή ασχολίας όπως ένα λογικό συνετό πρόσωπο, που έχει τα προσόντα για την άσκηση του επαγγέλματος αυτού, επιτηδεύματος ή ασχολίας προσόντα, θα κατέβαλλε υπό τις περιστάσεις, και στην πρόκληση ζημιάς εξαιτίας αυτής. [69]

Με το πέρασμα των χρόνων, οι αρχές που έθεσε το Κοινοδίκαιο και η επικρατούσα άποψη ότι ένας οποιοσδήποτε επαγγελματίας είτε γιατρός είτε, δεν

[69] Ηλιάδης Α., Ανδρέου Ε., (2011) Ιατρική Αμέλεια. Τι προβλέπει ο Ποινικός Κώδικας της Ελληνικής και Κυπριακής Νομοθεσίας, ΣΤΟΜΑ 2011;39: 97-106

μπορούσε να βρεθεί ένοχος παρά μόνο για σοβαρή αμέλεια (gross negligence), έχει αλλάξει με την υιοθέτηση της θέσης ότι δεν μπορεί να υπάρχει διαφοροποίηση στην έκταση της αμέλειας: το καθήκον ενός γιατρού, όπως και κάθε άλλου επαγγελματία είναι να επιτελέσει το καθήκον του, να ασκήσει με λογική φροντίδα και προσοχή το λειτούργημά του. Αναλαμβάνει την υποχρέωση εξάσκησης του επαγγέλματος του με ένα λογικό βαθμό προσοχής και επιδεξιότητας και δεν αναμένεται ότι θα είναι πάντα επιτυχής στο έργο που αναλαμβάνει. Εκ των πραγμάτων, ο ασθενής βρίσκεται σε μειονεκτική θέση, ο καθώς ήδη από την αρχή της σχέσης του με το γιατρό, κατά κανόνα, βαρύνεται με την ασθένεια και υφίσταται, στη συνέχεια, ποικίλες επεμβάσεις ή/και βλάβες στα προσωπικά έννομα αγαθά του, ζωή, υγεία, σωματική ακεραιότητα. Ο ασθενής αντιμετωπίζει σημαντικές διαδικαστικές και ιδίως αποδεικτικές δυσκολίες και, σχεδόν, πάντοτε βλέπει την υπόθεσή του να κρίνεται με βάση μια ιατρική πραγματογνωμοσύνη. Ο γιατρός, και ειδικότερα ο χειρουργός, δε βαρύνεται με «ενοχή αποτελέσματος» από τη σύμβαση που καταρτίσθηκε με τον ασθενή, δεν αναλαμβάνει να πετύχει συγκεκριμένο θεραπευτικό αποτέλεσμα, που επιδιώκεται με τη συμφωνηθείσα εγχείρηση, όμως, ευθύνεται με «ενοχή αμελείας» και, συνεπώς, είναι υποχρεωμένος να ακολουθήσει και να τηρήσει μια συγκεκριμένη συμπεριφορά για να πετύχει το συγκεκριμένο αποτέλεσμα: εκείνο για το οποίο ενημερώθηκε ο ασθενής από το συγκεκριμένο γιατρό. Σε κάθε τέτοια περίπτωση ο γιατρός δεν πρέπει να αντικρίζεται ως «εργολάβος». Στο Γαλλικό και Αγγλοσαξονικό Δίκαιο, η ιατρική πράξη ενέχει το τεκμήριο της νομιμότητας, αντίθετα με το Γερμανικό και Ελληνικό Δίκαιο όπου η νομιμότητα της πράξης θα πρέπει να αποδειχθεί, ο αδικοπρακτικός χαρακτήρας αίρεται κάτω από τις προϋποθέσεις που ορίζει ο Νόμος8-10.[70]

[70] ΦΟΥΝΤΕΔΑΚΗΣ Κ. (2003) Αστική Ιατρική Ευθύνη , Εκδόσεις Σάκκουλα, 305-311

Το θέμα της αιτιώδους συνάφειας προκύπτει όταν είναι βέβαιο ότι δεύτερη κατάσταση προέκυψε εξαιτίας της πρώτης. Το θέμα αυτό, έχει εξεταστεί σε πολλές αποφάσεις Αγγλικών Δικαστηρίων, αλλά και Κυπριακών, που ακολουθούν ουσιαστικά τη νομολογία των Αγγλικών Δικαστηρίων. Θα πρέπει ο ενάγων να αποδείξει την αιτιώδη συνάφεια μεταξύ της αμέλειας του ιατρικού λειτουργού και της βλάβης ή της ασθένειας ή της επιδείνωσης, η οποία έχει επέλθει στην κατάσταση της υγείας του. Στην περίπτωση όπου το ζημιογόνο αποτέλεσμα ή μια ασθένεια οφείλεται σε έναν αριθμό πιθανών λόγων, ένας από τους οποίους είναι και η αμέλεια ενός ιατρικού λειτουργού, θα πρέπει και πάλι να αποδειχθεί η αιτιώδης συνάφεια. Η θετική συσχέτιση του αποτελέσματος προς την προηγηθείσα πλημμελή συμπεριφορά του γιατρού αποτελεί απαραίτητο στοιχείο για την επιτυχία της αξίωσης του παθόντος. Στην Κύπρο, το άρθρο 55 του περί Αστικών Αδικημάτων Νόμου Κεφ.148 εισαγάγει την αρχή res ipsa loquitur, οπότε σε αυτή την περίπτωση το βάρος μετατοπίζεται στους ώμους του εναγόμενου για να αποδείξει ότι αποκλείεται αμέλεια εκ μέρους του. Εκεί, λοιπόν, όπου ο ενάγοντας δεν μπορούσε να γνωρίζει ή δεν είχε τα μέσα να γνωρίζει πώς συνέβηκε το παθογόνο ή ζημιογόνο γεγονός και η ζημιά προκλήθηκε από ένα αντικείμενο που βρισκόταν κάτω από τον αποκλειστικό έλεγχο του ιατρού και η ζημιά είναι περισσότερο συμβατή με αμέλεια άσκησης εύλογης φροντίδας, εκ μέρους του ιατρού ή του νοσηλευτή.[71]

Πειθαρχική ευθύνη φέρει ο ιατρός ή ο νοσηλευτής, όταν η συμπεριφορά του είναι ασυμβίβαστη με το ιατρικό λειτούργημα ή όταν υπάρχει παράβαση των ιατρικών του καθηκόντων. Μέσα στις βασικές υποχρεώσεις του ιατρού είναι, επίσης, η λήψη της συναίνεσης του ασθενούς για τη θεραπεία και την πορεία που θα ακολουθηθεί για τη

[71] Oyewo O. Constitutional Provision and Administrative Disciplinary Powers : the Medical and Dental Disciplinary Tribunal in Review (2002), Nig J Health Biomedical Sciences 2002; 1:29-34

θεραπεία, καθώς και η διαφύλαξη του ιατρικού απορρήτου. Οι περί Ιατρικής Επαγγελματικής Δεοντολογίας Κανονισμοί 1991 Κ.Δ.Π.100/91 προνοούν και αναφέρουν ότι ο γιατρός «εκτελεί το έργο του ευσυνείδητα, ανθρωπιστικά και σύμφωνα με τα ιατρικά ήθη και θέσμια».[72]

Η διαφύλαξη του ιατρικού απόρρητου μπορεί έμμεσα να αποτελεί μια έκφανση της σχέσης ιατρού και ασθενή, σχέση που χαρακτηρίζεται από πολλούς ιερή, ιδίως στις περιπτώσεις ασθενούς και ψυχιάτρου, όπου γίνεται αντιληπτό πως, εκεί, ο ασθενής αποκαλύπτει κάποτε πολύ προσωπικές σκέψεις, επιθυμίες ή ακόμα και γεγονότα. Η σχέση αυτή διέπεται από τις περί Ιατρικής Επαγγελματικής Δεοντολογίας Κανονισμούς του 1991 (Δ.Κ.Π. 100/91). Ο γιατρός δεν μπορεί να αποκαλύψει τις όποιες πληροφορίες που του δίνει ο ασθενής, υποχρέωση όμως που δεν είναι απόλυτη και μπορεί η αποκάλυψη να γίνει σύμφωνα με τις πρόνοιες του άρθρου 13 των Κανονισμών σε περίπτωση που το Δικαστήριο διατάσσει να δοθούν συγκεκριμένες πληροφορίες για τον ασθενή, αλλά και στις περιπτώσεις όπου ο γιατρός αποκαλύπτει πληροφορίες, η μη αποκάλυψη των οποίων μπορεί να συνεπάγεται σοβαρό κίνδυνο για την υγεία ή τη σωματική ακεραιότητα άλλων ατόμων. Το ιατρικό απόρρητο υποχωρεί, υπό ορισμένες προϋποθέσεις, έναντι της δημόσιας υγείας, όπως π.χ. με την HIV λοίμωξη.

Μέσα στο πλαίσιο προστασίας των ασθενών έχει εγκριθεί ο Νόμος περί Κατοχύρωσης και Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ασθενών (αρ. 1(Ι)/2005). Ο πιο πάνω Νόμος προνοεί μεταξύ άλλων τα εξής: α) Κάθε ασθενής έχει δικαίωμα σε καλής ποιότητας φροντίδα υγείας, όπως αρμόζει στις ανάγκες της υγείας του, που πρέπει να παρέχεται μέσα σε εύλογο χρόνο.β) Κάθε ασθενής έχει το δικαίωμα

[72] ΠΛΕΥΡΗΣ Α. (2007) Η ποινική ευθύνη στην ιατρική πράξη, Νομική Βιβλιοθήκη, 71-75

ολοκληρωμένης ιατρικής πληροφόρησης, εκτός αν παραιτηθεί γραπτώς από το δικαίωμα αυτό. Η υποχρέωση πληροφόρησης δεν εφαρμόζεται όταν υπάρχει βάσιμος λόγος ότι οι πληροφορίες μπορεί να προκαλέσουν σοβαρή βλάβη στην πνευματική ή φυσική υγεία του ασθενή. γ) Η ιατρική πληροφόρηση του ασθενή περιλαμβάνει διαδικασίες που αφορούν τη διάγνωση, περιγραφή του οφέλους και της πιθανότητας επιτυχίας της προτεινόμενης θεραπείας, τους άμεσους ή έμμεσους κινδύνους της υποβολής σε συγκεκριμένη θεραπεία ή της άρνησης θεραπείας, την πιθανότητα επιτυχίας, τους ενεχόμενους κινδύνους των διαφόρων εναλλακτικών μορφών θεραπείας και το κόστος των προτεινόμενων θεραπευτικών επιλογών, τη διαδικασία της θεραπείας, τη διάρκεια της, τον πόνο, και την ταλαιπωρία που συνεπάγεται για τον ασθενή, την πρόγνωση, αν αυτό είναι εφικτό, τα αποτελέσματα, τις ανεπιθύμητες ενέργειες των φαρμάκων, και τυχόν αλληλεπίδρασή τους με άλλα φάρμακα, και τη κατάσταση της υγείας και τον μετέπειτα τρόπο ζωής.[73]

[73] ΙΣΑ (2000), , Το μέλλον μιας αυταπάτης ή το ηθικό δίδαγμα πώς η απόδοση κοινωνικής δικαιοσύνης σε ένα ατελές νομικό σύστημα ενέχει κινδύνους, Ιατρική Ενημέρωση ΙΣΑ (154) Απρ-Μάϊος 2000

6 ΚΑΝΟΝΙΣΜΟΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΠΡΑΚΤΙΚΩΝ

Εκούσια πρότυπα, αναπτύσσονται και εφαρμόζονται από τις νοσηλευτικές οργανώσεις, χωρίς να είναι υποχρεωτικό, αλλά χρησιμοποιούνται ως κατευθυντήριες γραμμές καθώς και για την αξιολόγηση συνεχώς , με βάση τα συγκεκριμένα πρότυπα , των μελών τους. Οι οργανώσεις αυτές καθοδηγούνται από τη δική τους εκτίμηση των αναγκών της κοινωνίας για την περίθαλψη και από τις προσδοκίες του κοινού για την νοσηλευτική. Παραδείγματα προαιρετικών προτύπων περιλαμβάνουν όσα έχουν καταρτιστεί από την αμερικανική ένωση νοσηλευτών (ANA). Νομικά πρότυπα, από την άλλη πλευρά, που αναπτύχθηκαν από τον νομοθέτη και υλοποιούνται από εντολή που δόθηκε από το κράτος για να καθοριστούν οι ελάχιστες απαιτήσεις για την εκπαίδευση των νοσηλευτών, να καθοριστούν οι απαιτήσεις για την άδεια ή την εγγραφή, και για να αποφασιστεί πότε η άδεια μιας νοσηλεύτριας μπορεί να ανασταλεί ή να ανακληθεί. [74]

Η αδικοπραξία μπορεί να είναι εκούσια ή ακούσια πράξη. Μερικές από τις εκ προθέσεως αδικοπραξίες για τις οποίες μπορεί να πραγματοποιήσει μπορεί να περιλαμβάνει επίθεση και βιαιοπραγία, δυσφήμιση του χαρακτήρα, παρείσφρηση και προσβολή της ιδιωτικής ζωής, παράνομη κράτηση και απάτη. Ένα άτομο διαπράττει εκ προθέσεως αδικοπραξία όταν θεωρείται ότι έχει γνώση των επιτρεπόμενων νομικών ορίων των λέξεων ή πράξεων του. Η παραβίαση των ορίων αυτών είναι αντικείμενο δικαστικής δίωξης. Για παράδειγμα, αν και υπάρχουν πολιτικές που προσδιορίζουν πότε μια νοσηλεύτρια μπορεί να χρησιμοποιεί συστήματα συγκράτησης για την προστασία ενός ανίκανου ασθενή, απαγορεύεται σε έναν ικανό

[74] M L Millenson (2002) Pushing the profession: how the news media turned patient safety into a priority Qual Saf Health Care 2002;11:57–63

να αυτοεξυπηρετείται ασθενή να χορηγήσει δια της βιας φάρμακα και θεραπεία, αυτό θεωρείται επίθεση και βιαιοπραγία. Οι ακούσιες αδικοπραξίες αναφέρονται ως αμέλεια. Μια νοσηλεύτρια που παραλείπει να τηρήσει τις κατάλληλες προφυλάξεις για να αποτραπεί βλάβη του ασθενούς , (πτώση, βλάβη του δέρματος) υπόκειται στην επιβάρυνση της αμέλειας. Μια πράξη που είναι μια αδικοπραξία μπορεί επίσης να είναι ένα έγκλημα. Για παράδειγμα, βαριά αμέλεια επιδεικνύει ο δράστης όταν βρεθεί ένοχος πλήρης αδιαφορίας για μια άλλη ζωή και μπορεί να ξεκινήσει τόσο η αστική όσο και η ποινική διαδικασία και εν συνέχεια διώκεται τόσο με βάση τους κώδικες του αστικού, όσο και αυτών του ποινικού δικαίου.[75]

Επίθεση είναι μια απειλή ή μια προσπάθεια να επιτευχθεί σωματική επαφή με ένα άλλο πρόσωπο, χωρίς τη συγκατάθεση του προσώπου αυτού. Η βιαιοπραγία είναι μια επίθεση που πραγματοποιείται και περιλαμβάνει εσκεμμένη, και βίαιη ή εξ αμελείας επαφή του σώματος άλλου ατόμου ή τα ρούχα του ή οτιδήποτε συνδέεται με ή που κατέχονται από το άλλο πρόσωπο. Η δια της βίας να αφαίρεση των ρούχων του ασθενούς, η χορήγηση μια ένεση μετά από άρνηση του ασθενούς, και η ακινητοποίηση ενός ασθενούς στο κρεβάτι του, είναι όλα αυτά παραδείγματα βιαιοπραγίας. Ακόμα κι η απειλή εκ μέρους του νοσηλευτή να προβεί σε οποιαδήποτε από αυτές τις ενέργειες, εάν ο ασθενής δεν συνεργάζεται θεωρείται επίθεση και καταστρατήγηση της ελευθερίας του ατόμου. Επιτρέπεται σε μία νοσηλεύτρια να προβεί σε παρόμοιες πράξεις, αυστηρά μόνο στις περιπτώσεις που κινδυνεύει η σωματική της ακεραιότητα, ή η σωματική ακεραιότητα του ίδιου του ασθενούς ή κάποιου τρίτου. Επιτρέπονται μόνο οι απαραίτητες ενέργειες αυτοπροστασίας ή για την προστασία κάποιου άλλου. Κάθε άτομο έχει το δικαίωμα της ελεύθερης

[75] THE RICHARD AND HINDA ROSENTHAL LECTURES (2003) Keeping Patients Safe Transforming the Work Environment of Nurses THE NATIONAL ACADEMIES PRESS, 87-89

αυτοδιάθεσης, και για το λόγο αυτό ενήλικες ασθενείς, που βρίσκονται σε εγρήγορση κι είναι προσανατολισμένοι, έχουν το δικαίωμα να αρνηθούν οποιαδήποτε θεραπεία κι οποιαδήποτε παρέμβαση. Το γεγονός ότι η θεραπεία είναι επιθυμητή και γίνεται για το συμφέρον του ασθενούς δεν επιτρέπει τη νοσοκόμα ή τον γιατρό να προχωρήσει χωρίς τη συγκατάθεση του ασθενούς ή για να πάει πέρα από τα ‘’όρια’’ χωρίς να έχει δώσει τη συγκατάθεσή του ο ασθενής .[76]

Δυσφήμηση του χαρακτήρα είναι μια σκόπιμη μορφή αδικοπραξίας κατά την οποία κάποιος κάνει υποτιμητικά σχόλια εις βάρος κάποιου άλλου, προκειμένου να τον μειώσει. Η συκοφαντία είναι προφορική δυσφήμηση της προσωπικότητας ενός ατόμου. Δυσφήμηση είναι η συκοφαντία που γίνεται γραπτά. Δυσφήμιση του χαρακτήρα είναι λόγος για την επιδίκαση αποζημίωση σε βάρος του νοσηλευτή και προς όφελος του ασθενούς. Η αποζημίωση απονέμεται στον προσφεύγοντα με βάση το ποσό της ζημίας που μπορεί να αιτιολογήσει ότι υπέστη από τον κατηγορούμενο. Νοσηλευτές που προβαίνουν σε ψευδείς ή υπερβολικές δηλώσεις για τους ασθενείς ή τους συναδέλφους τους διατρέχουν τον κίνδυνο μήνυσης για συκοφαντική δυσφήμιση ή δυσφήμηση. Ένα πρόσωπο που κατηγορείται για συκοφαντική δυσφήμιση ή συκοφαντικής δυσφήμησης μπορεί να διαπιστωθεί ότι δεν ευθύνεται εάν μπορεί να αποδειχθεί ότι η δήλωση έγινε για να μην τραυματίσει άλλο, αλλά αποδεικνύεται ότι έγινε με σκοπό να προστατευτεί ή να υπερασπιστεί κάποιο άτομο, (π.χ., απόδειξη της συναίνεσης, διαπίστωση της αλήθειας των λεγομένων κάποιου προσώπου).[77]

Στις ΗΠΑ, το Ανώτατο Δικαστήριο ΗΠΑ έχει ερμηνεύσει το δικαίωμα κατά εισβολή της ιδιωτικής ζωής, όπως είναι συνυφασμένω με το Σύνταγμα των ΗΠΑ.

[76] Taylor L, (2011) Fundamentals of Nursing, 108-131

[77] Leape L., (2005) Five years after the To Err is Human. What have we learned? JAMA May 2005, 293

Δίνεται στους πολίτες το δικαίωμα της ιδιωτικής ζωής και το δικαίωμα να μένουν μόνοι τους. Τα πολιτειακά δικαστήρια στις ΗΠΑ, έχουν επίσης ισχυρή την διαφύλαξη του δικαιώματος του ασθενούς οι προσωπικές πληροφορίες τους και αυτές σχετικά με την πάθησή τους να παραμένουν εμπιστευτικές. Όλες οι πληροφορίες που αφορούν τους ασθενείς , θεωρούνται ευαίσθητα προσωπικά και για αυτό είναι εμπιστευτικές, είτε είναι γραμμένες σε χαρτί, είτε αποθηκεύονται σε έναν υπολογιστή, ή μεταφέρονται με την ομιλία. Αυτό περιλαμβάνει το όνομα και όλα τα στοιχεία αναγνώρισης, όπως διεύθυνση, τηλέφωνο και κινητό, αριθμός κοινωνικής ασφάλισης, καθώς και κάθε άλλες προσωπικές πληροφορίες. Περιλαμβάνει επίσης το λόγο για τον οποίο ο ασθενής είναι άρρωστος ή βρίσκεται στο νοσοκομείο, το ιατρείο, ή την κλινική, οι θεραπείες που αυτός λαμβάνει, καθώς και πληροφορίες σχετικά με το ατομικό του αναμνηστικό . Προστατευόμενες πληροφορίες για την υγεία μπορούν να βρεθούν στο ιατρικό φάκελο του ασθενή, στα συστήματα πληροφορικής, στις τηλεφωνικές κλήσεις και στα φωνητικά μηνύματα, είτε ακόμη και σε μεταδόσεις φαξ, ή και e-mails που περιέχουν πληροφορίες για τον ασθενή, καθώς και κατά την διάρκεια συζητήσεων για τους ασθενείς μεταξύ του κλινικού προσωπικού. Το Αμερικάνικο Κογκρέσο ψήφισε το 1996 την Πράξη Ευθύνης και Διασφάλισης Υγείας (HIPAA) το 1996 και οι τελικές ρυθμίσεις δημοσιεύθηκαν τον Δεκέμβριο του 2000, και κυκλοφόρησε τον Αύγουστο του 2002. Οι περισσότεροι οργανισμοί απαιτούν από τους εργαζομένους να υποβληθούν σε κατάλληλη εκπαίδευση βασισμένη στους κανόνες της HIPAA εκπαίδευση και να υπογράφουν μια συμφωνία εμπιστευτικότητας κατά την πρόσληψή τους. Σύμφωνα με το HIPAA, οι ασθενείς έχουν το δικαίωμα: να διαβάζουν και να κρατούν αντίγραφο του ιατρικού τους φακέλου, να ενημερώνονται για το τι περιέχεται στον ιατρικό τους φάκελο, να ενημερώνονται για τις γνωστοποιήσεις που μπορεί να κοινοποιεί σε τρίτους ένα

ίδρυμα, ανεξάρτητα αν πρόκειται για την θεραπεία του ασθενή, για πληρωμή ή για άλλες λειτουργίες του τομέα υγείας, να ζητούν τον περιορισμό ορισμένων κοινοποιήσεων που τους αφορούν και να επιλέγουν τον τρόπο με τον οποίο θα λαμβάνουν πληροφορίες για την υγεία τους. [78]

Εάν ένα νοσηλευτικό ίδρυμα υγείας θέλει να κοινοποιήσει σε τρίτους πληροφορίες κάποιου ασθενή, ο ασθενής θα πρέπει να κληθεί να υπογράψει ειδική άδεια συγκατάθεσης. Το δόγμα όσον αφορά την διατύπωση του ιατρικού και νοσηλευτικού απορρήτου είναι ότι ο ασθενής βρίσκεται σε μια προστατευμένη σχέση και ο γιατρός μόνο κάτω υπό συγκεκριμένες περιστάσεις μπορεί να υποχρεωθεί από τις δικαστικές αρχές και μόνο, να φανερώσει εμπιστευτικές πληροφορίες χωρίς τη συναίνεση του ασθενούς. Οι νόμοι του κράτους καθορίζουν κατά όμοιο τρόπο και την σχέση εμπιστευτικότητας που διέπει τους νοσηλευτές με τους ασθενείς. Δημοσιοποίηση εμπιστευτικών πληροφοριών, όπως κατά τον τρόπο όπως ανάρμοστα να συζητείται το πρόβλημα του ασθενούς με ένα τρίτο άτομο, μπορεί να να ερμηνευθεί ως παραβίαση της ιδιωτικής ζωής και μπορεί να προκαλέσει για τον νοσηλευτή αστική και ποινική ευθύνη. Οι ποινή μπορεί να είναι καταβολή υπέρογκης αποζημίωσης ή ακόμη και φυλάκιση, ακόμη κι αν η παραβίαση του απορρήτου συμβεί ακούσια.[79]

Ορισμένες πράξεις για τις οποίες ένας νοσηλευτής θα μπορούσε να κατηγορηθεί για παραβίαση της ιδιωτικής ζωής είναι: άσκοπη έκθεση των ασθενών, ενώ διακινούνται μέσω ενός διαδρόμου ή φροντίζοντας τους σε χώρους που μοιράζονται με άλλους, μιλώντας με τους ασθενείς , κι ειδικά όσον αφορά θέματα υγείας τους ή άλλα προσωπικά, σε χώρους που δεν διαθέτουν ηχομόνωση, συζητώντας

[78] Nir Menachemi (2008) Quality of Care in Accredited and Nonaccredited Ambulatory Surgical Centers Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, 77-81
[79] Taylor L, (2011) Fundamentals of Nursing, 108-131

πληροφορίες των ασθενών με άτομα που δεν δικαιούνται πληροφόρηση (π.χ., με τον εργοδότη του ασθενούς ή τον Τύπο), πιέζοντας τον ασθενή να αναφέρει πληροφορίες που δεν είναι αναγκαίες την περίθαλψή του, αλληλεπίδραση με την οικογένεια του ασθενούς με τρόπους που δεν επιτρέπονται από τον ασθενή, αναφορά των στοιχείων του ασθενούς σε διαλέξεις ή σε μαθήματα, χωρίς απόκρυψη της ταυτότητάς του, και συμμετοχή του ασθενούς σε έρευνα χωρίς να λαμβάνονται οι κατάλληλες προφυλάξεις για εξασφάλιση της ανωνυμίας του. Κατά καιρούς, το δικαίωμα του ατόμου στην ιδιωτική ζωή μπορεί να έρχεται σε σύγκρουση με άλλα δικαιώματα, όπως το δικαίωμα του κοινού στην πληροφόρηση. Σε περίπτωση αμφιβολίας για την αποκάλυψη εμπιστευτικών πληροφοριών, ο νοσηλευτής πρέπει να συμβουλεύεται την επιτροπή δεοντολογίας του νοσηλευτικού ιδρύματος όπου βρίσκεται και του θεσμικού οργάνου που υπάγεται.[80]

Αδικαιολόγητη κράτηση για νοσηλεία ή παρεμπόδιση της εξόδου ενός ασθενούς, χωρίς την συγκατάθεσή του, αποτελούν το αδίκημα της παράνομης κράτησης. Ένα άτομο, αν δεν έχει ψυχιατρικό νόσημα ή άνοια, έχει δηλαδή ‘σώας τας φρένας’ δεν μπορεί να υποχρεωθεί και να συγκρατηθεί δια της βιας σε μια νοσηλευτική μονάδα, ακόμη κι όταν οι επαγγελματίες υγείας πιστεύουν πως πρέπει να μείνει γιατί η ζωή του διατρέχει σοβαρό κίνδυνο. Στην περίπτωση αυτή υπάρχουν ειδικά έντυπα, όπου αναλύονται στον ασθενή εμπεριστατωμένα κι ακριβώς η κατάσταση της υγείας του, η σοβαρότητα της και οι κίνδυνοι που διατρέχει σε περίπτωση που αρνηθεί θεραπεία και νοσηλεία. , όπου ο ασθενής υπογράφει ότι έχει επίγνωση της κατάστασης και αναλαμβάνει αυτός την ευθύνη για τον κίνδυνο της ζωής του που διατρέχει με την άρνηση θεραπείας κι έξοδό του από το νοσοκομείο Οι άνθρωποι που είναι ψυχικά

[80] Melanie Wasserman (2014) Identifying and Preventing Medical Errors in PatientsWith Limited English Proficiency:Key Findings and Tools for the Field Journal for Healthcare Quality Vol. 36, No. 3, pp. 5–16

ασθενεί μπορεί να νοσηλευθούν σε ένα ψυχιατρικό ή νοσηλευτικό ίδρυμα για θεραπεία χωρίς τη θέλησή τους (ακούσια νοσηλεία), μόνο όταν αποδειχθεί ότι είναι επιβλαβής για τον εαυτό τους ή για τρίτους. Επίσης, νοσηλεύονται ακούσια και στην περίπτωση που πάσχουν από μια άλλη μη ψυχική νόσο, αλλά αποδεδειγμένα και με ψυχιατρική γνωμάτευση δεν έχουν την ικανότητα να αποφασίζουν για τον εαυτό τους. Στην περίπτωσή αυτή όμως, για να προχωρήσει ο θεράπων σε παρεμβατικές πράξεις, πρέπει να έχει την έγκριση στην περίπτωση που υπάρχει, του έχοντα την επιμέλεια του αρρώστου ή στην περίπτωση που δεν υπάρχει , την έγκριση του εισαγγελέα υπηρεσίας.

Η απάτη είναι ηθελημένη και σκόπιμη διαστρέβλωση της αλήθειας που θα μπορούσε να προκαλέσει ή έχει προκαλέσει ζημία ή βλάβη σε πρόσωπο ή περιουσία.. Ένα άτομο με δόλο παραποιώντας τον εαυτό του και να λάβει άδεια άσκησης επαγγέλματος νοσηλευτή μπορεί να διωχθεί. Επίσης, παραποιώντας την καταγραφή και την έκβαση μιας επεμβατικής πράξης ή θεραπείας, συνιστά απάτη και μπορεί να προκαλέσει αξιώσεις αστικής ευθύνης από το θύμα.[81]

Αμέλεια ορίζεται ως εκτέλεση μιας πράξης που εύλογα θα μπορούσε να κάνει ένα μέσο εξειδικευμένο πρόσωπο, κάτω από παρόμοιες συνθήκες θα μπορούσε να κάνει επιτυχώς, ή αντίστοιχα θα απέφευγε να κάνει . Στον ορισμό αυτό , ως αμέλεια ορίζεται είτε μια πράξη είτε μια παράλειψη η οποία αντιτίθεται στην καθημέρα νοσηλευτική πράξη.

Για να στοιχειοθετηθεί αμέλεια θα πρέπει να αποδειχθούν έχουν συμβεί τα εξής τέσσερα στοιχεία: καθήκον, παράβαση καθήκοντος, η αιτιώδης συνάφεια και ζημιά.

[81] ΙΣΑ (2000), , Το μέλλον μιας αυταπάτης ή το ηθικό δίδαγμα πώς η απόδοση κοινωνικής δικαιοσύνης σε ένα ατελές νομικό σύστημα ενέχει κινδύνους, Ιατρική Ενημέρωση ΙΣΑ (154) Απρ-Μάϊος 2000

Ως καθήκον αναφέρεται η υποχρέωση που έχει ο νοσηλευτής να συμπεριφέρεται με την δέουσα προσοχή κι υπευθυνότητα, όπως ορίζεται από τα κατάλληλα πρότυπα περίθαλψης. Παράβαση καθήκοντος είναι η αποτυχία του νοσηλευτή να ανταποκριθεί στο πρότυπο της περίθαλψης. Η αιτιώδης συνάφεια, είναι το πιο δύσκολο στοιχείο που πρέπει να αποδειχθεί και συνδέει την αδυναμία να ανταποκριθεί ο νοσηλευτής στο μέσο πρότυπο φροντίδας με την ζημιά που προκλήθηκε στον ασθενή . Η ζημιά είναι ο νομικός όρος για την σωματική ή ψυχική βλάβη που προκλήθηκε στον ασθενή, βάση της οποίας εγείρεται το δικαίωμα για αποζημίωση.[82]

Ένα παράδειγμα της αλληλουχίας των τεσσάρων αυτών στοιχείων είναι το εξής: οι νοσηλευτές είναι το προσωπικό του νοσοκομείου που είναι υπεύθυνο για την φροντίδα του ασθενούς, να προειδοποιεί τους ιατρούς για αλλαγές στην κατάσταση της υγείας του ασθενούς και να λαμβάνει κατάλληλα μέτρα ασφάλειας για τον ασθενή. Παράβαση καθήκοντος είναι η παράλειψη να αναφερθεί στον θεράποντα ιατρό ότι ένας ηλικιωμένος ασθενής εμφάνισε περίοδο σύγχυσης κι επιπλέον να ληφθούν όλα τα κατάλληλα μέτρα για την ασφάλεια του ασθενούς. Αιτιώδης συνάφεια είναι η μη λήψη μέτρων για την ασφάλεια του ασθενούς και η μη έγκαιρη ενημέρωση του ιατρού, με αποτέλεσμα ο ασθενής να πέσει από το κρεβάτι του και να πάθει κάταγμα του δεξιού ισχίου. Ζημιά είναι το κάταγμα που έπαθε ο ασθενής, ο οποίος βρίσκεται ακινητοποιημένος και σε πόνο, με αποτέλεσμα να επιμηκυνθεί η νοσηλεία του , να έχει ανάγκη συνεχούς κάποιου ατόμου δίπλα του να τον προσέχει και να ακολουθήσει μακροχρόνιο πρόγραμμα αποκατάστασης. Και δεν συζητάμε καθόλου για την περίπτωση, τυχόν επιπλοκών που μπορούν να προκύψουν από το

[82] Taylor L, (2011) Fundamentals of Nursing, 108-131

κάταγμα αυτό, διακυβεύοντας ακόμα περισσότερο την ζωή του ασθενούς και παράλληλα αυξάνοντας τις αξιώσεις αστικής ευθύνης. [83]

Είτε η υπεράσπιση , είτε ο κατήγορος δικηγόρος μπορεί να καλέσουν έναν νοσηλευτή σχετικά με ένα περιστατικό εκδίκασης αστική ευθύνης. Ο μάρτυρας ο οποίος ορκίζεται για να καταθέσει στηρίζει την μαρτυρία του είτε αναφέροντας ως αυτήκοος ή αυτόπτης μάρτυρας, είτε καταφεύγοντας στα προβλεπόμενα αρχεία. όταν ένας νοσηλευτής ρωτηθεί για ένα περιστατικό αμέλειας, μπορεί να πει πως δεν θυμάμαι τον ασθενή ή το περιστατικό, αλλά ανατρέχοντας τον νοσηλευτικό φάκελο βλέπω ότι νοσηλευόταν για αυτό το λόγο και ελάμβανε αυτή τη θεραπεία. Είναι ολέθριο λάθος και ποινικό κολάσιμο, η μη τήρηση νοσηλευτικού φακέλου ή ακόμη χειρότερα η παραποίηση νοσηλευτικού φάκελου. Σε περίπτωση αμφιβολίας σχετικά με τα γεγονότα, θα πρέπει ο μάρτυρας να το δηλώσει ρητά.[84]

Μια νοσηλεύτρια μπορεί να κληθεί από οποιοδήποτε δικηγόρο για να καταθέσει ως πραγματογνώμονας, προκειμένου να εξηγήσει στον δικαστή και ενόρκους τι συνέβη , βασιζόμενη στο ιστορικό του ασθενούς και να εκφράσει την άποψή σχετικά με το αν η νοσηλευτική φροντίδα πληρούσε τα αποδεκτά πρότυπα. Μια πραγματογνώμων νοσηλεύτρια χρειάζεται ένα γερό εκπαιδευτικό υπόβαθρο και πλούσια κλινική εμπειρία. Επίσης χρειάζεται να κατέχει τις νομικές πτυχές της νοσηλευτικής και των αθέμιτων πρακτικών ευθύνης.

Έχουν θεσπιστεί μια ποικιλία ασφαλιστικών δικλείδων στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης, τόσο για την προστασία των νοσηλευτών από την έκθεση σε κινδύνους νομικής φύσης κατά την εκτέλεση των καθηκόντων τους, όσο και για την διασφάλιση

[83] Dicuccio MH (2014) The Relationship Between Patient Safety Culture and Patient Outcomes: A Systematic Review. J Patient Saf. 2014 Feb 27.
[84] Taylor L, (2011) Fundamentals of Nursing, 108-131

της νοσηλευτικής πρακτικής σε ένα περιβάλλον που ενισχύει το αίσθημα ασφάλειας των ασθενών. Έτσι έχουν θεσπιστεί κανόνες, όπως αυτός του να μην επιτρέπεται ακόμη κι η σωματική επαφή με ένα ασθενή, ο οποίος δεν συναινεί σε οποιαδήποτε νοσηλευτική πράξη. Παράλληλα σε όλους τους νοσηλευτικούς οργανισμούς, έχουν εφαρμοστεί κανόνες ενημέρωσης των ασθενών για όλες τις θεραπείες ρουτίνες, για κάθε εξειδικευμένη διαγνωστική διαδικασία, ιατρική ή χειρουργική θεραπεία και συγκατάθεσής τους. Η συγκατάθεση πρέπει να είναι γραπτή και να ορίζεται ακριβώς η διαδικασία που πρόκειται να εκτελεστεί, και πρέπει να υπογράφεται από τον ασθενή ή το πρόσωπο που είναι νομικά υπεύθυνο. Η ενυπόγραφη συγκατάθεση δεν είναι απαραίτητη σε μια κατάσταση έκτακτης ανάγκης, εάν υπάρχει άμεση απειλή για τη ζωή ή την υγεία του ασθενούς, εάν οι ειδικοί συμφωνούν ότι πρόκειται για επείγον περιστατικό, και εάν ο ασθενής δεν είναι σε θέση να συναινέσει και νόμιμα εξουσιοδοτημένο άτομο δεν μπορεί να βρεθεί. Η λήψη συγκατάθεσης προφυλάσσει κατά ένα βαθμό από τις αγωγές που στόχο έχουν να αποδείξουν ότι καταστρατηγήθηκε το δικαίωμα της αυτοδιάθεσης και σε ένα μικρό μόνο βαθμό αποδεικνύουν την διαχείριση κινδύνου που αναφέρθηκε προηγουμένως. Επουδενί δεν προφυλάσσουν τον ιατρό ή το νοσηλευτή από τις περιπτώσεις αμέλειας. Στοιχεία της εν επιγνώσει συναίνεσης περιλαμβάνουν τη γνωστοποίηση, τη κατανόηση, την αρμοδιότητα, και τη προθυμία του ασθενούς για εκτέλεση της πράξης. Η συγγραφή του έντυπου συναίνεσης είναι αρμοδιότητα ως επί το πλείστον του ιατρού. Ο ρόλος της νοσηλεύτριας είναι να επιβεβαιώσει ότι ο ασθενής υπέγραψε το συγκεκριμένο έντυπο και να το διατηρήσει στο νοσηλευτικό φάκελο. Δεν είναι αρμοδιότητα της να εξηγήσει το περιεχόμενο του εντύπου, ούτε να προτείνει εναλλακτικές θεραπείες.[85]

[85] Taylor L, (2011) Fundamentals of Nursing, 108-131

Όλο και περισσότερο, οι νοσηλευτές είναι μέρος της διεπιστημονικής ομάδας που συζητούν με τον ασθενή και ζητούν συναίνεση για την πραγματοποίηση παρεμβάσεων (π.χ., μεταμόσχευση μυελού των οστών). Η τεκμηρίωση της διαδικασίας συναίνεσης μέσω της χρήσης ενός εντύπου συγκατάθεσης δεν θα πρέπει να συγχέεται με τη πραγματική εξήγηση που δίνεται στον ασθενή και την ενημερωμένη συγκατάθεση . Κατά την τεκμηρίωση της συγκατάθεσης, εκ μέρους του νοσηλευτή, αξιολογείται κατά πόσον ο ασθενής κατανοεί οτι αυτός ή αυτή έχει την ισχύ της υπογραφής και ενεργεί εθελοντικά, και οφείλει να αναφέρει στο γιατρό οποιαδήποτε προβλήματα. Ο καλύτερος τρόπος για να καταλάβει ένας νοσηλευτής ότι ο ασθενής έχει καταλάβει την περίπτωση και την θεραπεία που του ζητείται να υπογράψει την συγκατάθεση είναι να του ζητηθεί να περιγράψει τη διαδικασία με δικά του λόγια. Οι νοσηλευτές βρίσκονται συχνά σε θέση να αμφισβητούν την κατανόηση του ασθενούς της προτεινόμενης διαδικασίας και τους κινδύνους της ή την ικανότητα του ασθενούς να συναινέσει εθελοντικά στη διαδικασία. Κωλύματα αποτελούν η επίδραση του άγχους, του πόνου, η φαρμακευτική αγωγή, η κατάθλιψη, η αδυναμία να γνωρίζει την γλώσσα, και η προσωρινή ή μόνιμη απώλεια του προσανατολισμού και η σύγχυση. Όταν ζητούν από το νοσηλευτή να υπογράψει κι αυτός το έντυπο συγκατάθεσης, μαζί με τον ιατρό και τον ασθενή, υπογράφει ως μάρτυρας , ότι έχει δει τον ασθενή να υπογράφει το έντυπο. Σε περιπτώσεις μη τήρησης των κανόνων τήρησης λήψεων συναινέσεων από τον ασθενή, ο νοσηλευτής μπορεί να βρεθεί κατηγορούμενος για απάτη ή ακόμη και συμμέτοχος σε βιαιοπραγία και σωματική βλάβη εκ προθέσεως. Παράλληλα, η άρνηση ενός ασθενούς να μην υπογράψει μια συναίνεση πρέπει να είναι τεκμηριωμένη, και ο ασθενής θα πρέπει να ενημερώνεται για τις πιθανές συνέπειες της άρνησης. Ο ασθενής πρέπει να υπογράψει ένα ειδικό έντυπο όπου να αναφέρει την άρνησή του να συναινέσει και την

αποδέσμευση των νοσηλευτών, των ιατρών και του νοσηλευτικού οργανισμού, από την ευθύνη για τα αποτελέσματα της πράξης αυτής. Η δήλωση αυτή θα πρέπει να γίνεται και να υπογράφεται παρουσία μαρτύρων.[86]

Μια σύμβαση μπορεί να οριστεί ως η ανταλλαγή των υποσχέσεων μεταξύ των δύο μερών. Η συμφωνία μπορεί να είναι γραπτή ή δια του στόματος, αν και οι προφορικές συμβάσεις μπορεί να είναι πιο δύσκολο να αποδειχθούν. Ο νόμος των συμβάσεων περιλαμβάνει και συμβάσεις για παροχή μιας θεραπείας, έτσι το άτομο που δέχεται την θεραπεία μπορεί να κατηγορήσει το άλλο μέρος, ότι έσπασε την σύμβαση για κάποιο λόγο και να διεκδικήσει αποζημίωση. Για να είναι μια σύμβαση νομικά εκτελεστή, θα πρέπει να περιλαμβάνει πραγματική συναίνεση των δυο μερών, για επίτευξη ενός νόμιμου σκοπού και να είναι της μορφής που απαιτείται από το νόμο. Νοσηλευτές συνάπτουν νομικά έγκυρες και δεσμευτικές συμβάσεις τόσο με τους εργοδότες τους , όσο και με τους ασθενείς τους. Έτσι, είναι σημαντικό να κατανοήσει ο νοσηλευτής τις υποχρεώσεις που έχει αι ως προς τον εργοδότη του αλλά κι ως προς τους ασθενείς. Μπορεί να είναι ένοχος για παραβιάσεις της σύμβασης, εάν αρνείται να δεχθεί λογικές αναθέσεις, ή επανειλημμένα αποτυγχάνει να ολοκληρώνει την προβλεπόμενη εργασία. Οι συμβάσεις με τους ασθενείς αντίθετα, συχνά υπονοούνται. Δεν μπορεί να υπάρχει μια γραπτή σύμβαση που να ορίζει τι είναι λογικό να περιμένει ένας ασθενής από τους νοσηλευτές, αλλά στο δικαστήριο θα υποστηρίξει ότι υπάρχει ένα σιωπηρό συμβόλαιο που υποχρεώνει τον νοσηλευτή να είναι αρμόδιος για την παροχή υπεύθυνης φροντίδας.[87]

[86] Narayan T Venkatraman (2008) To err is human: Quality management practices in surgical oral pathology, a safety net for medico-legal complications Journal of Oral and Maxillofacial Pathology
[87] Taylor L, (2011) Fundamentals of Nursing, 108-131

Η αναθεώρηση του 2001 του κώδικα δεοντολογίας του Αμερικανικού Συλλόγου Νοσηλευτών, αναφέρει ότι ο νοσηλευτής "συμμετέχει στη δημιουργία, διατήρηση και βελτίωση του περιβάλλοντος της υγειονομικής περίθαλψης και τις συνθήκες εργασίας συμβάλλοντας στην παροχή ποιοτικής φροντίδας υγείας, σύμφωνα με τις αξίες του επαγγέλματος μέσω της ατομικής και συλλογικής δράσης. " Παρά το γεγονός ότι οι ατομικές συμβάσεις εξυπηρετούν επαρκώς πολλούς νοσηλευτές, ένας αυξανόμενος αριθμός νοσηλευτών έχουν ενώσει τις επιμέρους ομάδες εργαζομένων προάσπιση καλύτερα των συμφερόντων τους και των δικαιωμάτων τους. [88]

Η αποτελεσματική και σύγχρονη πρακτική παραμένει η πιο σημαντική εγγύηση για ένα νοσηλευτή προκειμένου να αποφύγει νομικές περιπέτειες. Κάθε νοσηλευτής είναι υπεύθυνος για τις νομικές συνέπειες της νοσηλευτικής. Η προσεκτική τεκμηρίωση είναι το κλειδί για την διαφύλαξη μιας υψηλής πρακτικής, διατηρώντας ένα υψηλό επίπεδο εκπαίδευσης και έχοντας επαρκή κλινική εμπειρία. Εγγυήσεις για την αποφυγή νομικών περιπετειών μπορεί να αποτελέσουν ο σεβασμός στα νομικά όρια της νοσηλευτικής πρακτικής, η τήρηση των θεσμικών διαδικασιών, η συνεχιζόμενη εκπαίδευση, η αξιολόγηση των αρμοδιοτήτων που μπορεί να ανατεθούν κι η άρνηση εκτέλεσης πράξεων που δεν περιλαμβάνονται στο καθηκοντολόγιο του νοσηλευτή ή είναι πέραν των δυνατοτήτων του, τήρηση των δικαιωμάτων των ασθενών και τήρηση επιμελών νοσηλευτικών φακέλων. Η αποτελεσματική σύγχρονη νοσηλευτική πρακτική προϋποθέτει ανάπτυξη ευαισθησίας σε πρόληψη τραυματισμού του ασθενούς, όπως από πτώσεις και εφαρμογή τεχνικών που περιορίζουν τον ασθενή.

[88] Taylor L, (2011) Fundamentals of Nursing, 108-131

Ο νόμος του Καλού Σαμαρείτη, αποσκοπεί στην προστασία των επαγγελματιών υγείας, όταν παρέχουν βοήθεια σε ανθρώπους και καταστάσεις έκτακτης αγάγκης. Για παράδειγμα, μια νοσηλεύτρια μπορεί να προσφέρει πρώτες βοήθειες στον τόπο ενός τροχαίου ατυχήματος, δίχως τον φόβο των νομικών συνεπειών, αντίθετα αν αρνηθεί να προσφέρει την βοήθεια της μπορεί να κατηγορηθεί για βαρειά αμέλεια. Σε 48 πολιτείες των ΗΠΑ έχουν εφαρμογή οι νόμοι για τον Καλό Σαμαρείτη., ενώ δεν έχει καθιερωθεί σε όλα τα ευρωπαϊκά κράτη. Ανεξάρτητα όμως, πως έχει διατυπωθεί ο νόμος, σε όλα τα κράτη αναγνωρίζεται η υποχρέωση ο νοσηλευτής αν βρεθεί σε επείγουσες καταστάσεις να συνδράμει. Όταν ο επαγγελματίας υγείας θέλει να βοηθήσει ένα άτομο σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης χωρίς να είναι δυνατή η λήψη συγκατάθεσης , οφείλει να βασιστεί στην αρχή της συνετής διαχείρισης της βοήθειας που θα πρόσφερε ο μέσος νοσηλευτής σε ανάλογες συνθήκες. [89]

[89] Taylor L, (2011) Fundamentals of Nursing, 108-131

7 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Η Ιατρική είναι μια πανάρχαια επιστήμη, η οποία από νωρίς εισήγαγε κανόνες για την άσκησή της, περνώντας από τα χέρια των μάγων-ιερουργών, στα χέρια των δασκάλων θεραπευτών. Παράλληλα με την εφαρμογή των κανόνων της ιατρικής άρχισαν να θεσπίζονται οι νόμοι κατά την άσκησή της. Ο όρκος του πατέρα της Ιατρικής Ιπποκράτη, μπορεί να θεωρηθεί από πολλούς κι ότι είχε εκείνη την εποχή και τη μορφή νόμου. Ο νόμος αυτός είχε θεσπιστεί από ιατρό και απευθυνόταν σε γιατρούς. Δεν τόνιζε μόνο τις ευθύνες του ιατρού ως προς τον άρρωστο, αλλά και τις υποχρεώσεις του ασθενούς προς τον ιατρό του και κυρίως τις υποχρεώσεις του ενός ιατρού προς τον συνάδερφό του. Μπορεί να θεωρηθεί οτί είναι ένας περιεκτικός κώδικας ιατρικής δεοντολογίας, που παραμένει ουσιώδης μέχρι τις μέρες μας. Με την πάροδο των ετών η θέση του ιατρού στην κοινωνία καταξιωνόταν όλο και περισσότερο. Παράλληλα, αναγνωρίστηκε η ανάγκη ύπαρξης εξειδικευμένου προσωπικού, με επιστημονικές γνώσεις, που να πλαισιώνει τον ιατρό στην καθημερινή άσκηση της ιατρικής, καθώς επίσης κι η ανάγκη εξειδίκευση της ιατρικής. Την ίδια χρονική περίοδο ξεκίνησε κι η τεχνολογική επανάσταση κι η ιατρική άρχισε να δημιουργεί άλματα. Στις μέρες μας αρκετές ασθένειες του παρελθόντος έχουν καταπολεμηθεί κι υπάρχει ελπίδα να εξαλειφθούν κι άλλες στο μέλλον. Παράλληλα το νοσηλευτικό επάγγελμα, αποκτά ισχυρότερα επιστημονικά θεμέλια κι ξεφεύγει από τις εμπειρικές πρακτικές του παρελθόντος. Τα γεγονότα αυτά όμως, αντί να ισχυροποιήσουν την θέση του ιατρού και του νοσηλευτικού προσωπικού στην κοινωνία, την αποδυνάμωσαν. Ο ιατρός αυθεντία των περασμένων δεκαετιών τίθεται υπό διαρκή αμφισβήτηση κι η νοσηλεύτρια , αδερφή όπως

αποκαλείτο παλαιότερα, δεν θεωρείται πλεόν αρωγός και συμπάσχουσα του αρρώστου, αλλά μια εργαζόμενη που έχει πολλές υποχρεώσεις κι ελάχιστα δικαιώματα. Αποτέλεσμα είναι να παρατηρούνται συνεχώς αυξανόμενες αγωγές και μηνύσεις κατά γιατρών και επικρατεί η αυξανόμενη τάση να ζητούνται υψηλές αποζημιώσεις εις βάρος των ιατρών και να επισύρονται σοβαρές ποινικές κυρώσεις. Καθημερινά, βρίσκουμε στα μέσα μαζικής ενημέρωσης, περιπτώσεις κατηγοριών για ιατρική αμέλεια και πολλές φορές ο ιατρός και το νοσηλευτικό προσωπικό είναι ένοχοι μέχρι αποδείξεως του εναντίου. Η πίεση των μέσων ενημέρωσης και της κοινής γνώμης οδηγεί στην εσφαλμένη αντιμετώπιση των γιατρών ενώπιον των δικαστηρίων. Τα δικαστήρια αποδίδουν στο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό ευθύνη εργολάβου, ορίζοντας ως μόνο αποδεκτό αποτέλεσμα της νοσηλείας την ίαση του ασθενούς και κάθε τι άλλο να θεωρείται ιατρικό σφάλμα και παράλειψη. Μη αναγνωρίζοντας ότι ο άνθρωπος έχει φυσική κατάληξη τον θάνατο και πολλές φορές η έκβαση της πορείας της νόσου του αρρώστου εξαρτάται από αστάθμητους παράγοντες. Ο ασθενής κι οι οικείοι του είναι εξ ορισμού το θύμα και ο ιατρός και το νοσηλευτικό προσωπικό οι θύτες. Είναι χαρακτηριστικό ότι βασιζόμενοι στο αστικό κώδικα, πολλοί νομικοί αντιμετωπίζουν την χειρουργική επέμβαση, αλλά κι οποιαδήποτε θεραπευτική παρέμβαση, ως σωματική βλάβη με ενδεχόμενο δόλο, ξεπερνώντας κατά πολύ την περίπτωση της απλής αμέλειας. Γίνεται παράθεση και αξιολόγηση ιατρικών πράξεων και παρεμβάσεων, αξιολογούνται ως επαρκείς ή ελλιπείς, από τους νομικούς , είτε τους δικαστές και τους εισαγγελείς, είτε τους συνήγορους, οι οποίοι τις περισσότερες περιπτώσεις βασίζονται και στηρίζουν την γραμμή τους, πάνω σε πραγματογνωμοσύνες, αμφίβολου ποιότητας, χωρίς οι ίδιοι ούτε να έχουν γενικές έστω ιατρικές γνώσεις, ούτε κι ειδίκευση στο ιατρικό δίκαιο. Ο δικαστής και ο συνήγορος, οι οποίοι θα ασχοληθούν την μια μέρα με κτηματικές

διαφορές, την επόμενη θα ασχοληθούν με πιθανή περίπτωση ιατρικής αμέλειας, και θα αναζητούν πληροφορίες σε λεπτομέρειες, από τις οποίες θα προσπαθήσουν να εξάγουν τα δικά τους συμπεράσματα, εμφανίζοντας χαρακτηριστική ευκολία, ενώ πολλές φορές γιατροί άλλων ειδικοτήτων μπορεί να δηλώνουν αδυναμία εξήγησης. Δυστυχώς, το νομικό πλαίσιο της χώρας μας, δεν προβλέπει ενασχόληση με το ιατρικό δίκαιο, αποκλειστικά εξειδικευμένων νομικών κύκλων. Παράλληλα, η εικόνα του ασθενή με σοβαρή αναπηρία σε σύγκριση με την εικόνα του υγιούς γιατρού, δημιουργεί εκ των πραγμάτων την ανάπτυξη συναισθήματος συμπόνιας προς τον άτυχο άρρωστο. Επίσης, είναι πολύ δύσκολο να εξηγηθεί με νομικούς όρους και να διαχωριστεί η έννοια του σφάλματος και αυτή της επιπλοκής. Άλλωστε, είναι φυσικό επακόλουθο, ένας δικαστής ο οποίος έβγαλε την προηγούμενη ημέρα καταδικαστική απόφαση σε έναν εργολάβο για κακοτεχνία, την επόμενη ημέρα να εκδώσει καταδικαστική απόφαση σε έναν γιατρό για βαρειά σωματική βλάβη. Δυστυχώς για τους περισσότερους νομικούς κύκλους, σωματική βλάβη σημαίνει κακοτεχνία του γιατρού. Για τους νοσηλευτές υπάρχουν ανάλογες προκαταλήψεις, όπως του ότι είναι συνεργοί των γιατρών και δεν βρίσκονται στο πλευρό του αρρώστου. [90]

Είναι γεγονός πως ιατρικά λάθη συμβαίνουν, και δυστυχώς θα συνεχίσουν να συμβαίνουν. Για το λόγω αυτό, υπάρχουν δικηγορικές εταιρείες οι οποίες προσεγγίζουν τον άρρωστο , ο οποίος έχει πάρει εξιτήριο και του ζητούν την άδεια να ελέγξουν τον ιατρικό του φάκελο και σε περίπτωση που βρεθεί κάποιο ιατρικό σφάλμα να κινήσουν τις νομικές διαδικασίες. Υπόσχονται μηδενική αμοιβή, παρά μόνο διεκδικούν μερίδιο από την πιθανή αποζημίωση. Όλα αυτά οδήγησαν στο να ασφαλίζονται όλοι οι ιατροί σε εταιρείες αστικής ευθύνης, ανεξαρτήτως αν ασχολούνται στο δημόσιο ή ιδιωτικό τομέα. Η τάση αυτή πέρασε και στους

[90] Bobby Daly (2014) A Decade After To Err Is Human: What Should Health Care Leaders be Doing? PEJ MAY-JUNE/2014

νοσηλευτές, οι οποίοι κι αυτοί έχουν αρχίσει να ασφαλίζονται σε εταιρείες αστικής ευθύνης, ενώ στην Αμερική απαιτείται να κάνουν ασφάλιση αστικής ευθύνες και οι σπουδαστές νοσηλευτικής. Τα έξοδα για την ιατρική ευθύνη εξωθούν πλέον αρκετούς γιατρούς σε παραίτηση στις ΗΠΑ, κι αποχή από την ενεργό ιατρική. Είναι πλέον σαφές στους ιατρικούς κύκλους διεθνώς, ότι το μοντέλο που έχει επικρατήσει, με την μόδα των αξιώσεων για αποζημίωση, γίνεται επικίνδυνο. Η ιατρική έχει πλέον μετατραπεί σε αμυντική ιατρική, παραγγέλνοντας πλειάδα εξετάσεων, προκειμένου ο γιατρός να νιώσει ασφαλής, αυξάνοντας σημαντικά το κόστος για τα ασφαλιστικά ταμεία. Παράλληλα, μειώνεται αισθητά το ενδιαφέρον των νέων ιατρών, προς ειδικότητες όπως η ορθοπεδική κι η γυναικολογία, που διατρέχουν μεγάλο κίνδυνο αγωγής κι επιπρόσθετα οι ασφαλιστικές εταιρείες απαιτούν υψηλά ασφάλιστρα για κάλυψη αστικής ευθύνης. Το μέλλον της άσκησης της ιατρικής και της νοσηλευτικής , θα προβλέπει πλέον , σε κάθε κλινική και νοσηλευτικό τμήμα να υπάρχει κι ο εξειδικευμένος κι αποκλειστικός δικηγόρος.

Στην Ελλάδα δεν έχει θεσμοθετηθεί ακόμα ο ρόλος του risk management ως εργαλείο μάνατζμεντ στα νοσοκομεία. Το ζήτημα αντιμετωπίζεται μόνο από τη νομική σκοπιά, η οποία σε καμιά περίπτωση δεν είναι επαρκής για την κάλυψη των σύγχρονων διοικητικών αναγκών των υπηρεσιών υγείας. Αναφέρεται συνοπτικά, ότι ως ιατρικό σφάλμα θεωρείται η συμπεριφορά του γιατρού που αξιολογείται ως υπολειπόμενη της επιβαλλόμενης στο επάγγελμά του και στη συγκεκριμένη περίπτωση επιμέλειας. Όσον αφορά τα νοσοκομεία, είναι ενδιαφέρον πως πολλές θεωρίες δέχονται πως τα πρότυπα ποιότητας της δημόσιας περίθαλψης υπολείπονται της ιδιωτικής γιατί δεν ισχύει η συμβατική σχέση μεταξύ ιατρού και ασθενή λόγω του ότι ο δεύτερος στα δημόσια νοσοκομεία δεν καταβάλει αμοιβή. Επίσης στα δημόσια νοσοκομεία, η ανάπτυξη κι εξέλιξη των παρεχόμενων υπηρεσιών καθορίζονται από

την κρατική επιχορήγηση, οπότε αρκετές δυσλειτουργίες που οφείλονται σε ελλειπή υλικοτεχνικό εξοπλισμό ή ακόμη κι ανθρώπινο δυναμικό, μπορεί να αποδοθούν ως αιτίες γένεσης ιατρικού σφάλματος. Έτσι ένα δημόσιο νοσηλευτικό ίδρυμα που διαθέτει μια νοσηλεύτρια ανά 30 ασθενείς , ενώ τα πρότυπα επιβάλουν 3 σε κάθε βάρδια, δεν ευθύνεται το νοσηλευτικό ίδρυμα σε περίπτωση σφάλματος, γιατί το κράτος δεν έκανε τις απαραίτητες προσλήψεις. Αντίθετα ευθύνεται, αν τα αρμόδια όργανα του νοσοκομείου δεν μερίμνησαν να αιτηθούν προσλήψεις για το υποστελεχωμένο τμήμα τους. Η νοσηλεύτρια όμως, σε περίπτωση που κάνει κάποιο σφάλμα λόγω υπερκόπωσης, παραμένει να κινδυνεύει να βρεθεί κατηγορούμενη. Επομένως, εύκολα συμπεραίνει κανείς πως προκειμένου να μειωθούν τα ιατρικά και τα νοσηλευτικά σφάλματα, είναι απαραίτητο να διασφαλίζεται ο απαραίτητος αριθμός νοσηλευτών ανά βάρδια, προκειμένου να παρέχονται ασφαλείς ιατρικές υπηρεσίες.

Τα τελευταία χρόνια έχει θεσπιστεί ο ρόλος του Συνήγορου της Υγείας, αλλά ο ρόλος του είναι αρκετά περιορισμένος προς το παρόν. Παρόλο που διαχειρίζεται ένα σχετικό μικρό αριθμό υποθέσεων ιατρικών σφαλμάτων, τα πορίσματά του χρησιμοποιούνται επιτυχώς στα δικαστήρια. Εκτός από την απουσία κυρωτικών αρμοδιοτήτων , το κύριο πρόβλημα είναι ότι σε συνεργασία με τα ελληνικά δημόσια νοσοκομεία δεν είναι αποτελεσματικές οι πειθαρχικές διαδικασίες που απαιτεί ο συνήγορος.

Για την μείωση των ιατρικών σφαλμάτων είναι αναγκαία η θέσπιση μιας ανεξάρτητης αρχής αναφορά σφαλμάτων και μιας αρχής υπεύθυνης για τη συγκέντρωση των στοιχείων και την παρακολούθηση της ορθής διεξαγωγής της διαδικασίας. Οι νέες θεσμικές αλλαγές θα πρέπει να συνδεθούν άμεσα με το σύστημα διασφάλισης και βελτίωσης ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας.

Για το λόγο αυτό απαιτείται η έγκαιρη, συνεχιζόμενη και αποτελεσματική ενημέρωση των ιατρικών και παραϊατρικών λειτουργών της υγείας, η διαρκής ανατροφοδότηση των συστημάτων αξιολόγησης και ο ποιοτικός έλεγχος των υποστηρικτών υπηρεσιών υγείας. Ο διαρκής αυτοέλεγχος με το σύστημα επαναξιολόγησης θα πρέπει πλέον να ενσωματωθεί στην καθημερινή ιατρική πράξη, για να επιτευχθεί περαιτέρω βελτίωση της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Οι αλλαγές θα πρέπει να τεθούν σε 3 επίπεδα. Αρχικά στην καλύτερη εκπαίδευση του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού . Ακολούθως είναι απαραίτητο να εισαχθεί η έννοια του risk management στην διοίκηση των μονάδων υγείας. Σε αυτό το στάδιο είναι απαραίτητη η νομοθετική ρύθμιση. Εν συνεχεία είναι απαραίτητη η δημιουργία ενός οργανισμού για την καταγραφή των ιατρικών σφαλμάτων σε εθνικό επίπεδο, στοχεύοντας στην βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας , κι όχι την επιβολή κυρώσεων. Η πορεία προς αυτήν την κατεύθυνση κάθε άλλο παρά εύκολη φαίνεται, καθώς στο ελληνικό σύστημα υγείας δεν ακολουθούνται οι σύγχρονες μεθόδοι διοίκησης και συνεπώς η αρχή θα πρέπει να γίνει σχεδόν από μηδενική βάση. Αυτό είναι σημαντικό και πρέπει το εθνικό σύστημα υγείας να στοχεύει στην βελτίωση της ασφάλειας του ασθενούς και στη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Επιπρόσθετα μια στείρα αντιγραφή ξένων συστημάτων δεν θα οδηγούσε στην δημιουργική αξιοποίηση των βέλτιστων πρακτικών.

Η διαχείριση κινδύνων σχετικά με τα ιατρικά σφάλματα αποτελεί ένα θέμα που τα τελευταία χρόνια, απασχολεί όλο και περισσότερο το ελληνικό σύστημα υγείας. Για το λόγο αυτό η ανάγκη για λήψη μέτρων υπέρ της ασφάλειας του ασθενούς είναι επιτακτική. Ο χώρος της υγείας χαρακτηρίζεται από πολλές ιδιομορφίες, κυριότερη εκ των οποίων είναι η αυξημένη πολυπλοκότητα, που δεν προκαλείται μόνο από τον

μεγάλο αριθμό προσωπικού, αλλά και από την ευρεία χρήση της τεχνολογίας και την ιδιαίτερη αλληλεπίδραση του τομέα υγείας με άλλους τομείς της κοινωνίας.

Τα ιατρικά σφάλματα είναι αναπόφευκτα. Συνέβαιναν πάντα και θα εξακολουθούν να συμβαίνουν, γιατί κάθε σύστημα είναι συνδεδεμένο με ορισμένες εγγενείς αδυναμίες , για το λόγο αυτό η συνεχής ενασχόληση με την πιθανότητα επιτυχίας πρέπει να είναι ενσωματωμένη στην καθημερινή πρακτική του οργανισμού. Βάσει αυτού μπορούν να υπάρξουν πολλές διαφορετικές εκδοχές των συστημάτων διαχείρισης κινδύνων, όμως όλα πρέπει να περιστρέφονται γύρω από τα εξής γνωρίσματα: την ασφάλεια του ασθενούς, την σαφή ανάθεση καθηκόντων, των σεβασμό της ανθρώπινης φύσης, την ενίσχυση της αποτελεσματικής λειτουργίας των ομάδων, την προσδοκία ακόμα και του πιο απίθανου σφάλματος και τη δημιουργία ενός περιβάλλοντος συνεχιζόμενης εκπαίδευσης δίχως της απειλής των κυρώσεων.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. B. Sonny Bal (2009) An Introduction to Medical Malpractice in the United States Clin Orthop Relat Res, 467:339–347[i]
2. Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine (2000), To Err Is Human: Building a Safer Health System, NATIONAL ACADEMY PRESS
3. ΠΡΟΒΑΤΑΣ Σ. (2012) Οι προϋποθέσεις για τη θεμελίωση της κατηγορίας της σωματικής βλάβης από αμέλεια. Available http://www.provataslaw.gr
4. ΦΟΥΝΤΕΔΑΚΗΣ Κ. (2003) Αστική Ιατρική Ευθύνη , Εκδόσεις Σάκκουλα
5. ΠΟΛΙΤΗΣ ΧΑΡΗΣ 2006 Η αποτίμηση της ιατρικής ευθύνης. Συνήγορος, τ. 53, , σ. 43-46.
6. ΙΣΑ (2006) Ιατρική αμέλεια και πειθαρχική ευθύνη. Ενημέρωση ΙΣΑ, τ. 193, Οκτ.-Νοέ. 2006, σ. 53-59.
7. ΠΕΤΡΟΥ Ε. 2014 Το νομικό πλαίσιο της Ιατρικής Ευθύνης. Συγκριτική διάσταση Ελλάδας και Ελβετίας. ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ 2015, 32(1):85-91
8. ΓΟΛΕΜΑΤΗΣ Β. (2007) Ιατρικά Λάθη στην Αρχαία Ελληνική Ιατρική, Πρακτικά Ημερίδας Ιατρικά Λάθη 8 Δεκεμβρίου 2007
9. ΤΟΥΝΤΑΣ Γ. (2007) Η αξιολόγηση των θεραπευτικών παρεμβάσεων κι η τεκμηριωμένη φροντίδα υγείας Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2007, 24(1):22–33
10. ΑΝΕΥΛΑΒΗΣ Ε. (2010) Ιατρικά λάθη. Φταίνε μόνο οι γιατροί; http://anevlavis.gr/?page_id=114
11. ΠΡΟΒΑΤΑΣ Σ. 2012 Ερμηνεία κώδικα ιατρικής δεοντολογίας κι όσων δραστηριοποιούνται στο χώρο της υγείας. Available http://www.provataslaw.gr
12. ΑΝΑΣΤΑΣΙΑΔΗΣ Γ. (2012) Ιατρικό λάθος κι αστική ευθύνη των ιατρών, Ιατρικά Θέματα 32 9-11
13. ΧΑΡΑΛΑΜΠΑΚΗΣ Α.(1193) Ιατρική Ευθύνη και Δεοντολογία Σακκούλας 1993
14. ΚΟΥΤΣΕΛΙΝΗΣ Α. (2002)Ιατροδικαστική
15. ΠΛΕΥΡΗΣ Α. (2007) Η ποινική ευθύνη στην ιατρική πράξη, Νομική Βιβλιοθήκη
16. Sara Bleich (2005) Medical Errors: Five Years After the IOM Report The Commonwealth Fund/John F. Kennedy School of Government Bipartisan Congressional Health Policy Conference, January 13–15, 2005
17. Monica L. Law (2013) Recommendations For Prevention Of Medical Errors Through An Empirical Investigation of the Error Reporting Systems With Acute Care Hospitals in Pennsylvania American Journal of Health Sciences – Fourth Quarter 2013, Vol 4

18. National Academy of Sciences Health IT and Patient Safety: Building Safer Systems for Better Care , (2012) Committee on Patient Safety and Health Information Technology; Institute of Medicine
19. Bobby Daly (2014) A Decade After *To Err Is Human*: What Should Health Care Leaders be Doing? PEJ MAY-JUNE/2014
20. Bishop A (2014) Patient safety and engagement at the frontlines of healthcare. Healthc Q. 2014;17 Spec No:36-40
21. Sorrel AL (2014) Hand in hand , Tex Med. 2014 Dec 1;110(12):37-41.
22. Dicuccio MH (2014) The Relationship Between Patient Safety Culture and Patient Outcomes: A Systematic Review. J Patient Saf. 2014 Feb 27.
23. Melanie Wasserman (2014) Identifying and Preventing Medical Errors in PatientsWith Limited English Proficiency:Key Findings and Tools for the Field Journal for Healthcare Quality Vol. 36, No. 3, pp. 5–16
24. John R. Clarke (2013) The use of collaboration to implement evidence-based safe practices Journal of Public Health Research 2013; 2:e26
25. THE RICHARD AND HINDA ROSENTHAL LECTURES (2003) Keeping Patients Safe Transforming the Work Environment of Nurses THE NATIONAL ACADEMIES PRESS
26. James L Reinertsen (2000) Let's talk about error *West J Med* 2000;172:356-357
27. Albert W Wu (2000) Medical error: the second victim BMJ 2000;320:726–7
28. Nir Menachemi (2008) Quality of Care in Accredited and Nonaccredited Ambulatory Surgical Centers Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations
29. M L Millenson (2002) Pushing the profession: how the news media turned patient safety into a priority Qual Saf Health Care 2002;11:57–63
30. Narayan T Venkatraman (2008) To err is human: Quality management practices in surgical oral pathology, a safety net for medico-legal complications Journal of Oral and Maxillofacial Pathology
31. Bernadette Fernandez (2005) Medical Malpractice:The Role of Patient Safety Initiatives Congressional Research Service - The Library of Congress
32. ΤΣΟΥΝΗΣ Α., ΣΑΡΑΦΗΣ Π. (2012) Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας, Ηθική και δεοντολογία στην κλινική πράξη: το ιατρικό απόρρητο και η προστασία των προσωπικών δεδομένων στη σύγχρονη πραγματικότητα, Τόμος 4, Τεύχος 2, 63-70
33. Anderson R, (2005) Medical Malpractice, a physician's sourcebook, 70-105, Humanpress
34. ΙΣΑ (2000), , Το μέλλον μιας αυταπάτης ή το ηθικό δίδαγμα πώς η απόδοση κοινωνικής δικαιοσύνης σε ένα ατελές νομικό σύστημα ενέχει κινδύνους, Ιατρική Ενημέρωση ΙΣΑ (154) Απρ-Μάϊος 2000
35. Taylor L, (2011) Fundamentals of Nursing, 108-131
36. ΠΟΛΙΤΗΣ Χ., (2004) Σύγχρονες παραδοχές για την Ιατρική Ευθύνη. Οδεύουμε προς Αμυντική Ιατρική;» Κλινικά Χρονικά , Μάιος 2004, 61-70
37. Leape L., (2005) Five years after the To Err is Human. What have we learned? JAMA May 2005, 293
38. ΜΟΥΝΤΟΚΑΛΑΚΗΣ Θ., (2006) Η Νέα Ιατρική, Βασισμένη σε ενδείξεις, επικεντρωμένη στον άρρωστο, 117-145
39. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (2005), Strategies for Improving the Medical Liability System and Preventing the Patient injury 19-28

40. Ηλιάδης Α., Ανδρέου Ε., (2011) Ιατρική Αμέλεια. Τι προβλέπει ο Ποινικός Κώδικας της Ελληνικής και Κυπριακής Νομοθεσίας, ΣΤΟΜΑ 2011;39: 97-106
41. Oyewo O. Constitutional Provision and Administrative Disciplinary Powers : the Medical and Dental Disciplinary Tribunal in Review (2002), Nig J Health Biomedical Sciences 2002; 1:29-34
42. Ομπέση Φ., (2005), Δίκαιο Νοσηλευτικής Ευθύνη, εκδόσεις ΒΗΤΑ
43. Ιστοσελίδα ΝΟΜΟΤΕΛΕΙΑ, www.nomotelia.gr