



**ΑΝΟΙΚΤΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΚΥΠΡΟΥ**

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

«Ανεπιθύμητα συμβάντα οφειλόμενα σε ιατρική αμέλεια και ιατρικό σφάλμα, ως ζητήματα δημόσιας Υγείας. Η νομική ευθύνη του ιατρού και η σημασία της κοινοποίησης των ανεπιθύμητων συμβάντων»

Παρασκευή Κ. Σκούρτη

Επιβλέπων καθηγητής

Ανδρέας Παυλάκης

Μάιος 2015

Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου

Σχολή Οικονομικών Επιστημών και Διοίκησης

«Ανεπιθύμητα συμβάντα οφειλόμενα σε ιατρική αμέλεια και ιατρικό σφάλμα, ως ζητήματα δημόσιας Υγείας. Η νομική ευθύνη του γιατρού και η σημασία της κοινοποίησης των ανεπιθύμητων συμβάντων»

Παρασκευή Κ. Σκούρτη

Επιβλέπων καθηγητής

Ανδρέας Παυλάκης

Μάιος 2015

Πίνακας Περιεχομένων

Ευχαριστίες.....	VIII
Περίληψη.....	IX
Abstract.....	X
ΠΙΝΑΚΕΣ.....	XI
Διάγραμμα Ροής για τη διαδικασία συγγραφής της διατριβής με τη μέθοδο της συστηματικής ανασκόπησης.....	XI
1. Εισαγωγή	- 1 -
1.1. Καταγραφή του προβλήματος	- 1 -
1.2. Σημασία και αναγκαιότητα της μελέτης.....	- 2 -
1.3. Σκοπός της συγγραφής της παρούσας διατριβής.....	- 3 -
<i>Κεφάλαιο Δεύτερο</i>	- 5 -
2. Κεντρικές έννοιες - Ορισμοί.....	- 5 -
2.1. Ορισμός Ιατρικού Σφάλματος	- 5 -
2.2. Ιστορική αναδρομή. Το σφάλμα και η αμέλεια στο παρελθόν.....	- 6 -
2.3. Διαφοροποιήσεις από την έννοια του σφάλματος.....	- 8 -
2.4. Τύποι σφάλματος και προσδιορισμός υπευθύνων	- 10 -
2.5. Διαχωρισμός των τύπων του ιατρικού σφάλματος σε κατηγορίες	- 12 -
2.6. Το ιατρικό σφάλμα ως ζήτημα δημόσιας Υγείας.....	- 15 -
2.6.1. Στατιστικές αναφορικά με τα ανεπιθύμητα συμβάντα και τα σφάλματα.....	- 15 -
2.6.2. Εξωνοσοκομειακά ανεπιθύμητα συμβάντα.....	- 17 -
2.6.3. Λόγοι για τους οποίους τα ανεπιθύμητα συμβάντα εντός ή εκτός νοσοκομείου θεωρούνται ζητήματα Δημόσιας Υγείας.....	- 18 -
2.6.4. Προκλήσεις και εμπόδια στον τομέα της Έρευνας για την ασφάλεια των ασθενών- -	- 19 -
2.6.5. Προτεινόμενες μεταρρυθμίσεις	- 20 -
<i>Κεφάλαιο Τρίτο</i>	- 21 -

3.	Το ιατρικό σφάλμα στην Ελλάδα	- 21 -
3.1.	Περιπτώσεις ιατρικού σφάλματος που κρίθηκαν από τα δικαστήρια	- 21 -
3.1.1.	Ευρήματα που αφορούν σε ποινικές δίκες	- 22 -
3.1.2.	Στατιστικά ευρήματα που αφορούν σε υποθέσεις Αστικής Ευθύνης του Δημοσίου από την παροχή Υπηρεσιών Υγείας.....	- 23 -
3.1.3.	Υποθέσεις που κρίθηκαν από τα Πολιτικά δικαστήρια. Έρευνες και στατιστικά στοιχεία -	25 -
3.1.4.	Παρατηρήσεις	- 28 -
3.2.	Πιθανά και συχνότερα αίτια των Ιατρικών σφαλμάτων	- 28 -
3.3.	Η συστημική προσέγγιση των ιατρικών σφαλμάτων	- 31 -
	Κεφάλαιο Τέταρτο.....	- 34 -
4.	Η ιατρική ευθύνη σύμφωνα με το Ελληνικό Δίκαιο	- 34 -
4.1.	Η ποινική ευθύνη του ιατρού.....	- 34 -
4.1.1.	Ποινική ευθύνη του ιατρού που προέρχεται από πράξη	- 35 -
4.1.2.	Ποινική ευθύνη του ιατρού που προέρχεται από παράλειψη.....	- 38 -
4.1.3.	Ευθύνη του ιατρού στα επείγοντα περιστατικά.....	- 39 -
4.1.4.	Σύγκρουση καθηκόντων στην παροχή ιατρικής φροντίδας.....	- 39 -
4.1.5.	Ευθύνη των ειδικευόμενων ιατρών.....	- 39 -
4.2.	Η Αστική ευθύνη του ιατρού	- 40 -
4.2.1.	Ενδοσυμβατική ευθύνη του ιατρού	- 41 -
4.2.2.	Αδικοπρακτική ευθύνη του ιατρού	- 41 -
4.2.3.	Η συναίνεση του ασθενούς για την Ιατρική πράξη	- 43 -
	Ποια άτομα είναι ικανά για συναίνεση	- 44 -
	Άρνηση της συναίνεσης	- 45 -
	Προϋποθέσεις.....	- 45 -
4.2.4.	Ευθύνη για αλλότριες πράξεις. Η ευθύνη του ιδιωτικού νοσηλευτηρίου .	- 46 -
4.3.	Αστική ευθύνη του Δημοσίου από την παροχή υπηρεσιών Υγείας	- 47 -
	Κεφάλαιο Πέμπτο	- 53 -

5.	Το ιατρικό σφάλμα στην Ευρώπη.....	- 53 -
5.1.	Γενικά για τη δημόσια Υγεία στο δίκαιο της Ευρωπαϊκής Ένωσης	- 53 -
5.1.1.	Το Ευρωπαϊκό δικαστήριο Ανθρωπίνων δικαιωμάτων	- 54 -
5.1.2.	Προβληματισμοί σχετικά με την εναρμόνιση του Κοινοτικού δικαίου με τα Εθνικά δίκαια στον τομέα της δημόσιας Υγείας	- 54 -
5.2.	Συγκριτική μελέτη των νομικών συστημάτων της Ευρώπης.....	- 55 -
5.2.1.	Τα κυριότερα χαρακτηριστικά του civil law	- 56 -
5.2.2.	Τα κυριότερα χαρακτηριστικά του common law	- 58 -
5.3.	Η ιατρική ευθύνη στο Ηνωμένο Βασίλειο.....	- 60 -
5.3.1.	Παράβαση του ιατρικού καθήκοντος	- 61 -
5.3.2.	Αξιολόγηση των υπό κρίση περιστατικών ιατρικής αμέλειας	- 62 -
5.3.3.	Η διαδικασία στο δικαστήριο	- 62 -
5.3.4.	Η θεμελίωση της ιατρικής αμέλειας	- 63 -
5.3.5.	Η συναίνεση στην ιατρική πράξη	- 65 -
5.3.6.	Χρόνος παραγραφής (limitation Act).....	- 65 -
5.4.	Η ιατρική ευθύνη στις Σκανδιναβικές χώρες.....	- 66 -
5.4.1.	Το πρόγραμμα πρόληψης και επανόρθωσης των ιατρικών σφαλμάτων και ανεπιθύμητων συμβάντων.....	- 66 -
5.4.2.	Αποζημίωση.....	- 67 -
5.4.3.	Νομικά θεμέλια της αποζημίωσης.....	- 68 -
5.4.4.	Η αιτιώδης συνάφεια	- 69 -
5.5.	Η ιατρική ευθύνη στη Γερμανία και στην Αυστρία	- 70 -
5.5.1.	Η διαδικασία	- 71 -
5.5.2.	Στάδια της ταυτοποίησης των βλαβών	- 73 -
5.5.3.	Ευθύνη για αστοχία υλικών	- 74 -
5.5.4.	Αποζημίωση από την κοινωνική πρόνοια	- 75 -
5.5.5.	Αγωγές ιατρικής αμέλειας για ανεπαρκή ενημέρωση	- 75 -
5.5.6.	Η διαδικασία της ιατρικής Διαιτησίας.....	- 75 -

5.5.7.	Πληροφορίες σχετικά με το Πολιτικό δικαστήριο	- 76 -
5.5.8.	Υπεράσπιση για τον ασθενή	- 76 -
5.5.9.	Επιτροπές συμβιβασμού	- 76 -
5.5.10.	Κεφάλαιο για αποζημίωση ασθενών.....	- 77 -
5.6.	Η ιατρική ευθύνη στη Γαλλία.....	- 77 -
5.6.1.	Το ιατρικό σφάλμα	- 77 -
5.6.2.	Η ποινική διαδικασία κατά το Γαλλικό δίκαιο	- 78 -
5.6.3.	Η Πολιτική διαδικασία κατά το Γαλλικό δίκαιο	- 79 -
5.6.4.	Η διοικητική διαδικασία κατά το Γαλλικό δίκαιο	- 80 -
5.6.5.	Διαδικασίες εκτός δικαστηρίων.....	- 80 -
5.7.	Η ιατρική ευθύνη στην Ιταλία	- 82 -
5.7.1.	Η ποινική ευθύνη του ιατρού	- 82 -
5.7.2.	Η αστική ευθύνη του ιατρού.....	- 83 -
5.7.3.	Μέθοδος διαπίστωσης και αξιολόγησης των δυσμενών συμβάντων	- 85 -
	Κεφάλαιο έκτο	- 87 -
6.	Αποτελέσματα– Συζήτηση – Συμπεράσματα	- 87 -
6.1.	Αποτελέσματα.....	- 87 -
6.1.1.	Σχετικά με τη μεθοδολογία της συγγραφής.....	- 87 -
6.1.2.	Παρουσίαση των αποτελεσμάτων με βάση τα ερευνητικά ερωτήματα	- 90 -
6.2.	Συζήτηση	- 93 -
6.2.1.	Εντοπισμός προβλημάτων και αδυναμιών σε συστημικό επίπεδο	- 93 -
6.2.2.	Προβλήματα που εντοπίζονται στο πρόσωπο του ιατρού	- 95 -
6.2.3.	Προβλήματα που εντοπίζονται στον ασθενή.....	- 97 -
6.3.	Συνέπειες.....	- 98 -
6.3.1.	Οικονομικές και κοινωνικές συνέπειες	- 98 -
6.3.2.	Συνέπειες από την επιβάρυνση του δικαστικού συστήματος.....	- 100 -
	Κεφάλαιο έβδομο	- 101 -
7.	Εισηγήσεις	- 101 -

7.1. Προτάσεις για μέτρα πρόληψης και αντιμετώπισης του φαινομένου της αύξησης των ανεπιθύμητων συμβάντων	- 101 -
7.1.1. Η αντιδρώσα ανάλυση (reactive analysis).....	- 102 -
7.1.2. Η προληπτική ανάλυση	- 104 -
7.1.3. Η σημασία της αποκάλυψης των ιατρικών σφαλμάτων.....	- 105 -
7.1.4. Νομοθετικές παρεμβάσεις	- 108 -
Βιβλιογραφία	- 112 -

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Μετά την ολοκλήρωση της συγγραφής της παρούσας διατριβής έχω την ανάγκη και την υποχρέωση να ευχαριστήσω τους ανθρώπους που συνέβαλλαν ηθικά στη συγγραφή της.

Πρώτα από όλους

Ευχαριστώ τον καθηγητή μου κύριο Ανδρέα Παυλάκη όχι μόνο για την τιμή που είχα να επιβλέψει τη συγγραφή της διατριβής μου αλλά και για το γεγονός ότι η γνωριμία με τον εξαιρετικό αυτόν ερευνητή και διδάσκαλο άλλαξε τον τρόπο με τον οποίον αντιμετώπισα η ίδια την επιστημονική έρευνα, η οποία από μια επίπονη διαδικασία μετετράπη σε εποικοδομητική και ωφέλιμη διεργασία χάρη σε εκείνον

Ένα ευχαριστώ είναι λίγο για το σύζυγό μου Λευτέρη Καστελλάνο και τα παιδιά μου Ιωάννα, Μαρία Ελένη και Κωνσταντίνα, διότι είναι η έμπνευση και η δύναμή μου

Ευχαριστώ τον αδελφό μου Γιάννη, γιατί όπως πάντα έτσι και τώρα, υπήρξε συμπαραστάτης σε κάθε προσπάθεια, διατηρώντας άφθαρτη από την απόσταση την αγάπη και το ενδιαφέρον του

Τα τελευταία λόγια ευγνωμοσύνης είναι αφιερωμένα στους αγαπημένους μου γονείς Κωνσταντίνο και Κωνσταντίνα. Θα ήθελα να ελπίζω πως μέσα από αυτή την προσπάθεια αισθάνονται κάποια μικρή δικαίωση στο δύσκολο έργο της ζωής τους

Π.Κ.Σ.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Το ιατρικό σφάλμα αποτελεί ένα φαινόμενο το οποίο λαμβάνει σημαντικές διαστάσεις σε ένα σύστημα υγείας. Τα στατιστικά στοιχεία μάλιστα, τα οποία προκύπτουν από μετρήσεις δεδομένων σχετιζόμενων με το ιατρικό σφάλμα, τείνουν να το αναδείξουν ως πρόβλημα δημόσιας υγείας. Το σφάλμα στο σύστημα υγείας είναι είτε ατομικό, είτε συστημικό. Το δεύτερο θεωρείται σοβαρότερο διότι δύσκολα εντοπίζεται, ώστε να καταστρωθεί σχέδιο αντιμετώπισής του. Το ατομικό σφάλμα όταν δεν οφείλεται σε αμέλεια του ατόμου το οποίο υπέπεσε σε αυτό, μπορεί να είναι ο αντικατοπτρισμός των συστημικών ανεπαρκειών στον τομέα της υγείας οι οποίες χρήζουν επανόρθωσης. Στην Ευρώπη ο καταλογισμός της ιατρικής ευθύνης γίνεται σύμφωνα με το σύστημα απονομής δικαιοσύνης που εφαρμόζεται σε κάθε Ευρωπαϊκή χώρα. Δύο είναι τα κύρια συστήματα: Το civil law, τα ηπειρωτικά δίκαια, σύστημα που εφαρμόζεται και στην Ελλάδα, και το common law που προέρχεται από το Αγγλοσαξονικό δίκαιο. Σύμφωνα με τα συστήματα αυτά, ο ιατρός ευθύνεται ποινικά από αμέλεια, αλλά είναι και αστικώς υπεύθυνος για προκληθείσες ζημίες, είτε από σύμβαση, είτε από αδικοπραξία. Ένα σημαντικό ζήτημα που θίγει η βιβλιογραφία είναι η ευθύνη του ιατρού σε σχέση με τη συναίνεση του ασθενή στην ιατρική πράξη. Η διενέργεια της συστηματικής ανασκόπησης της βιβλιογραφίας που έγινε στην παρούσα διατριβή οδήγησε στον εντοπισμό προβλημάτων και αδυναμιών αφενός σε συστημικό επίπεδο εξαιτίας της πολυπλοκότητας των συστημάτων υγείας, αφετέρου σε προβλήματα που εντοπίζονται στο πρόσωπο του ιατρού, όπως το φαινόμενο της άσκησης αμυντικής ιατρικής και τρίτον σε προβλήματα που εντοπίζονται στους ασθενείς όπως είναι τα ζητήματα δημόσιας υγείας που προκύπτουν εξαιτίας της ύπαρξης των ιατρικών σφαλμάτων. Οι συνέπειες του φαινομένου είναι κυρίως οικονομικές, αλλά εντοπίζονται και σε άλλα πεδία, με χαρακτηριστικό παράδειγμα την επιβάρυνση του δικαστικού συστήματος από την εκδίκαση υποθέσεων ιατρικού σφάλματος. Μέτρα πρόληψης που προτείνονται είναι η προληπτική και αντιδρώσα ανάλυση των αιτιών που οδήγησαν στο ιατρικό σφάλμα μέσω συγκεκριμένων μεθόδων. Τα σημαντικότερα ζητήματα που θίγονται είναι η σημασία της κοινοποίησης των ιατρικών σφαλμάτων στους ασθενείς, τις οικογένειές τους αλλά και στην ιατρική κοινότητα με συγκεκριμένες διαδικασίες. Δίδεται ιδιαίτερη έμφαση στην αναγκαιότητα της αποκάλυψης και της απολογίας για το σφάλμα προς αποφυγή φαινομένων όπως το “second victim” που βιώνει ένα όχι ευκαταφρόνητο ποσοστό ιατρών μετά την ύπαρξη σφάλματος. Τέλος, προτείνονται νομοθετικές παρεμβάσεις σχετικά με το σύστημα αποζημίωσης των ασθενών και αξιολόγησης των σφαλμάτων.

ABSTRACT

Medical error is a phenomenon with great impact on country's health system. Measurements of frequency of appearance of medical error bring out this phenomenon as a main public health problem. Medical error in a public health system could be personal or systemic with the later considered to be the most important because of its difficulty to trace and confront it. Personal error that is not a product of negligence, could reflect the health system insufficiencies needed to be fixed. In the European continent the imputation of medical liability is based on every country's system of justice. Civil law or continental law represent one of the main systems of dispensation of justice (legislation in force in Greece), the second system is the common law which is based on anglosaxonic law. According to the European law physician has a malpractice liability due to negligence at the same time has to compensate for damages by contract or by tort law. Physicians liability which is related to the patient informed consent is another important issue brought out by bibliography. Moreover, retrospective analysis of bibliographic data has led to the detection of problems and weaknesses :a) in systemic level, complexity of health systems, b) in a physicians level, defensive medical practice and c) in a patients level, public health issues due to medical malpractice. Apart from the economic repercussions of this phenomenon there are others such as the burden of justice system. Preventive measures should take into consideration the medical error causes analysis reactive or proactive. Another important issue is the disclosure of medical error to the patients, their families and the medical community. It is emphasized also the necessity of the disclosure and apology of the error in order to minimize the appearance of phenomena like the "second victim" which is very common to physicians after having committed a medical error. Finally, legislative interventions are suggested like reforms either in compensation system or in system of medical error assessment.

ΠΙΝΑΚΕΣ

Διάγραμμα Ροής για τη διαδικασία συγγραφής της διατριβής με τη μέθοδο της συστηματικής ανασκόπησης

Τίτλος διατριβής: «Ανεπιθύμητα συμβάντα οφειλόμενα σε ιατρική αμέλεια και ιατρικό σφάλμα ως ζητήματα δημόσιας υγείας. Η νομική ευθύνη του ιατρού και η σημασία της κοινοποίησης των ανεπιθύμητων συμβάντων»

<p>1. Ερευνητικά ερωτήματα</p>	<ol style="list-style-type: none">1. Τι είναι το ιατρικό σφάλμα και πώς στοιχειοθετείται ιατρική ευθύνη.2. Πώς αντιμετωπίζεται το ιατρικό σφάλμα σε Ευρωπαϊκές χώρες όπως: Σκανδιναβικές χώρες, χώρες του Ευρωπαϊκού πυρήνα όπως Γερμανία, Γαλλία, Αυστρία, αλλά και στον Ευρωπαϊκό νότο, στην Ιταλία. Η Μεγάλη Βρετανία επίσης ερευνάται για τις μεταρρυθμίσεις στο σύστημα Υγείας σχετικά με την αντιμετώπιση του ιατρικού σφάλματος. Αντικείμενο μελέτης είναι επίσης ο τρόπος που αποδίδεται η ιατρική ευθύνη στις χώρες αυτές και ο τρόπος αποζημίωσης.3. Πώς γίνεται απονομή δικαιοσύνης σε περιπτώσεις ιατρικού σφάλματος στην Ελλάδα. Πώς αντιμετωπίζουν τα δικαστήρια την ιατρική αμέλεια και τα ζητήματα σχετικά με τις αποζημιώσεις.4. Αναφορά στις οικονομικές και κοινωνικές συνέπειες του ιατρικού σφάλματος. Η σημασία της κοινοποίησης των ιατρικών σφαλμάτων και η αποφυγή του φαινομένου «second victim» όσον αφορά στον ιατρό.5. Ερευνάται η ανάγκη για κοινή Ευρωπαϊκή αντιμετώπιση του ιατρικού σφάλματος και των συνεπειών του με τη λήψη μέτρων και εφαρμογή στρατηγικών και νομοθετικές
--------------------------------	---

	<p>μεταρρυθμίσεις. Τα προσδοκώμενα αποτελέσματα είναι η αλλαγή σε βάθος χρόνου της κουλτούρας του ιατρικού επαγγέλματος σε σχέση με το σφάλμα, και ποια μπορεί να είναι τα οφέλη μιας κοινής ιατρο – νομικής αντιμετώπισης για το Σύστημα Υγείας και τη Δημόσια υγεία.</p>
<p>2. Κριτήρια συμπερίληψης και αποκλεισμού του υλικού που θα αναζητηθεί για τη συγγραφή της διατριβής</p>	<p>1. Κριτήρια συμπερίληψης: Κατάλληλες να συμπεριληφθούν στη διατριβή κρίνονται Ελληνόφωνα και αγγλόφωνα άρθρα, μελέτες, βιβλία, δημοσιεύσεις σχετικά με τα εξής:</p> <ul style="list-style-type: none"> i. Το ιατρικό σφάλμα, την ιατρική ευθύνη, την ιατρική αμέλεια και τα ζητήματα δημόσιας υγείας και ασφάλειας των ασθενών που προκύπτουν. ii. Την ιατρική ευθύνη των ιατρών όπως θεμελιώνεται στα Ευρωπαϊκά Κράτη και ειδικότερα στις εξής χώρες: Ελλάδα, Ιταλία, Μ. Βρετανία, Γερμανία, Γαλλία, Σκανδιναβικές χώρες. iii. Δικαστικές αποφάσεις. iv. Στατιστικές μελέτες σχετικές με την οικονομική και κοινωνική διάσταση του ιατρικού σφάλματος. v. Μελέτες που έχουν γίνει σχετικά με την κοινοποίηση των σφαλμάτων στην ιατρική κοινότητα και στους ασθενείς και το περιβάλλον του. vi. Μελέτες που αναδεικνύουν την ανάγκη για κοινή Ευρωπαϊκή λήψη νομοθετικών μέτρων, την εγκατάσταση συστημάτων καταγραφής και γενικά την εύρεση κάθε πρόσφορου μέτρου σύμφωνα με το οποίο εκτιμάται ότι θα αντιμετωπισθεί το φαινόμενο. <p>2. Κριτήρια αποκλεισμού:</p> <ul style="list-style-type: none"> i. Δεν είναι προτιμητέες μελέτες οι οποίες αναλύουν πολύ εξειδικευμένες περιπτώσεις ιατρικού σφάλματος (που αφορούν δηλαδή σε συγκεκριμένη πάθηση ή συγκεκριμένη ιατρική ειδικότητα), εκτός εάν περιλαμβάνουν στοιχεία χρήσιμα στη μελέτη στο γενικό τους μέρος. Αποφεύγεται η είσοδος μελετών

	<p>που προέρχονται από χώρες εκτός Ευρωπαϊκής Ένωσης διότι είναι εκτός του πεδίου της μελέτης. Έχουν γίνει κάποιες εξαιρέσεις για κάποιες μελέτες από τις ΗΠΑ τις οποίες επικαλούνται αρκετοί συγγραφείς και θεωρούνται θεμελιώδεις για τη μελέτη και κατανόηση του φαινομένου. Γίνεται επίσης απλή αναφορά σε χώρες όπως η Αυστραλία και η Ν. Ζηλανδία ως παραδείγματα για τον τρόπο διαχείρισης του φαινομένου.</p> <p>ii. Προτιμώνται μελέτες οι οποίες έχουν δημοσιευθεί εντός της τελευταίας πενταετίας διότι κρίνεται ότι αντικατοπτρίζουν με μεγαλύτερη πιστότητα αλλαγές στη νομοθεσία και γενικά στο κοινωνικό και οικονομικό γίγνεσθαι της Ευρωπαϊκής Ηπείρου συμπαράσύροντας και το ζήτημα του σφάλματος και της ιατρικής ευθύνης. Εξαιρέση και πάλι αποτελούν μελέτες οι οποίες πραγματεύονται ζητήματα τα οποία είναι διαχρονικά και δεν παρατηρούνται αλλαγές από τη δημοσίευσή τους έως τη σημερινή πραγματικότητα.</p>
<p>3. Μέθοδος αναζήτησης βιβλιογραφίας</p>	<p>Η αναζήτηση της βιβλιογραφίας έγινε μέσω διεθνών βάσεων δεδομένων όπως:</p> <p>Ebsco databases</p> <p>Jstor</p> <p>Linksource</p> <p>SAGE Journals</p> <p>Science direct</p> <p>Taylor and Francis online</p> <p>Wiley online library</p>

	<p>Springer link</p> <p>Αναζητήθηκαν βιβλιογραφικές παραπομπές μέσω ήδη ανακτημένων άρθρων.</p> <p>Έγινε έρευνα σε επιστημονικά νομικά συγγράμματα και κώδικες.</p>
<p>4. Λέξεις κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν για την αναζήτηση του υλικού στο διαδίκτυο</p>	<p><u>Στα Ελληνικά</u>: «Ιατρικό σφάλμα, ιατρική ευθύνη, ιατρική αμέλεια»</p> <p><u>Στα Αγγλικά</u>: “Medical error, medical malpractice, patient safety, error disclosure”</p>
<p>5. Αξιολόγηση και επιλογή των μελετών</p>	<p>Οι μελέτες που επελέγησαν ήταν εκείνες των οποίων το περιεχόμενό τους ήταν πλήρες (όχι σε περίληψη)</p>
<p>6. Καταγραφή των δεδομένων</p>	<p>Τα δεδομένα που προέκυψαν από την έρευνα των μελετών καταγράφησαν βάσει θεματικών ενοτήτων και χωρίστηκαν κατόπιν σε κεφάλαια</p>

Κεφάλαιο Πρώτο

1. Εισαγωγή

1.1. Καταγραφή του προβλήματος

Το ιατρικό σφάλμα, οι προεκτάσεις του και ο τρόπος διαχείρισής του εμφανίζεται σε πολλές μελέτες σε όλο τον κόσμο και οι ερευνητές έχουν ασχοληθεί με ζητήματα τα οποία η ύπαρξη του ιατρικού σφάλματος επηρεάζει τους εμπλεκομένους σε κοινωνικό, σε οικονομικό επίπεδο και παράλληλα επιδρά στο οικείο σύστημα υγείας, στη νομοθεσία και στη νομολογία. Χώρες όπως οι ΗΠΑ στις οποίες παρατηρούνται υψηλά ποσοστά αγωγών για ιατρική αμέλεια και επιδίκαση πολύ υψηλών αποζημιώσεων σε ασθενείς, προωθούν μεταρρυθμίσεις για την αντιμετώπιση των ιατρικών σφαλμάτων.

Τα μέτρα που λαμβάνονται σχετίζονται με την ενθάρρυνση των ιατρών να γνωστοποιούν, να αποκαλύπτουν το σφάλμα στοχεύοντας σε δύο επιδιώξεις. Η πρώτη έχει ως σκεπτικό τη μελέτη των συνθηκών που συνέτειναν στο να συμβεί το σφάλμα από την ιατρική κοινότητα με στόχο τη μη επανάληψή του. Η δεύτερη σχετίζεται με την προαγωγή της επικοινωνίας μεταξύ των ιατρών και των ασθενών και των οικογενειών τους. Υποστηρίζεται πως μια ειλικρινής αποκάλυψη του σφάλματος από τον ιατρό έχει θετικό αντίκτυπο στον ασθενή και το περιβάλλον του και έχει ως αποτέλεσμα την ελάττωση των περιπτώσεων ιατρικών σφαλμάτων που οδηγούνται στα δικαστήρια⁷. Έχουν μάλιστα θεσπισθεί και νομοθετικές μεταρρυθμίσεις (apology laws) οι οποίες έχουν στόχο να παράσχουν ένα δίκτυο προστασίας στον ιατρό ώστε να μη διστάσει να αποκαλύψει το σφάλμα τόσο στην ιατρική κοινότητα όσο και στον ασθενή. Για παράδειγμα, σε ορισμένες Πολιτείες η αποκάλυψη του ιατρικού σφάλματος απαγορεύεται να χρησιμοποιηθεί ως αποδεικτικό στοιχείο στο δικαστήριο εναντίον του ιατρού⁷. Στην Αυστραλία επίσης παρατηρείται

ότι όλο και περισσότεροι ιατροί έχουν την τάση να γνωστοποιούν ανεπιθύμητα συμβάντα γεγονός που επίσης οφείλεται στις μεταρρυθμίσεις και τις στρατηγικές στο σύστημα υγείας. Ανάλογες ενέργειες προωθούνται στον Καναδά και τη Νέα Ζηλανδία, αλλά και στις Σκανδιναβικές χώρες⁴⁴ όπου σε ορισμένες περιπτώσεις «ατυχημάτων» κατά τη θεραπεία ο ασθενής αποζημιώνεται ανεξάρτητα από την υπαιτιότητα του ιατρού.

Η παρούσα διατριβή πραγματεύεται τον τρόπο που αντιμετωπίζεται το ιατρικό σφάλμα στην Ελλάδα και σε χώρες της Ευρώπης με μεγαλύτερες ή μικρότερες διαφορές στο δίκαιό τους, και μελετώνται ζητήματα όπως η ιατρική ευθύνη, η αποζημίωση του ασθενή ή της οικογένειάς του, που υπέστη τις συνέπειες ενός ιατρικού σφάλματος, οι τρόποι με τους οποίους τα ιατρικά σφάλματα που χαρακτηρίζονται ως αποφευκτά (avoidable), μπορούν να αποφεύγονται.

1.2. Σημασία και αναγκαιότητα της μελέτης

Η αναγκαιότητα της συγγραφής της παρούσας διατριβής προκύπτει από το γεγονός ότι η συνεχής αύξηση των ποσοστών των Ιατρικών σφαλμάτων πανευρωπαϊκά, όπου βρίσκεται και το πεδίο μελέτης, έχει εξελιχθεί σε σημαντικό ζήτημα δημόσιας Υγείας. Επακόλουθο της αύξησης αυτής είναι οι οικονομικές και κοινωνικές δυσμενείς επιπτώσεις που προκύπτουν τόσο εξαιτίας της αύξησης των δαπανών για την περίθαλψη και την αποζημίωση των πληγέντων όσο και με την επιβάρυνση του δικαστικού συστήματος από τους δικαστικούς αγώνες στους οποίους καταφεύγουν οι παθόντες για την ηθική και υλική αποζημίωσή τους. Η αποκάλυψη των σφαλμάτων γίνεται σε μικρό βαθμό, και τα αίτια για αυτό το γεγονός είναι ότι το σύστημα αυτή τη στιγμή είναι τιμωρητικό προς τον ιατρό που υπέπεσε σε ένα τυχαίο σφάλμα, και αν αποκαλυφθεί, ίσως επέλθει για αυτόν οικονομικός και επαγγελματικός εκμηδενισμός, αλλά και η έλλειψη οργανωμένων συστημάτων καταγραφής περιστατικών ανεπιθύμητων συμβάντων. Με αυτό τον τρόπο διαιωνίζεται ένας φαύλος κύκλος μυστικότητας σχετικά με τα ιατρικά σφάλματα για τα οποία δεν υπάρχουν ακριβείς στατιστικές αναλύσεις. Στην παρούσα διατριβή θα γίνει ανάλυση των ζητημάτων που προκύπτουν από τα ιατρικά σφάλματα εξετάζοντας τις ακόλουθες παραμέτρους:

1. Τι είναι το ιατρικό σφάλμα και πώς στοιχειοθετείται ιατρική ευθύνη. Μέσα από έρευνα στη βιβλιογραφία και την αρθρογραφία Ελληνική και Αγγλόφωνη,

γίνεται προσπάθεια να παρατεθεί ο τρόπος με τον οποίον ορίζεται το ιατρικό σφάλμα, ώστε να γίνει κατανοητό πότε υφίσταται και πότε όχι. Σκοπός του ορισμού του σφάλματος είναι να γίνει προσέγγιση στο εάν και πότε υπάρχει ιατρική ευθύνη. Η ιατρική δεοντολογία και η παράβασή της αλλά και το δικαίωμα του ασθενή για ενημερωμένη συγκατάθεση στις ιατρικές πράξεις συνδέονται με τα ιατρικά σφάλματα. Ποιο είναι το μέτρο της ευθύνης του ιδιώτη ιατρού και του ιατρού που εργάζεται ή συνεργάζεται με δημόσιο ή ιδιωτικό θεραπευτήριο.

2. Πώς αντιμετωπίζεται το ιατρικό σφάλμα σε Ευρωπαϊκές χώρες όπως: Σκανδιναβικές χώρες, χώρες του Ευρωπαϊκού πυρήνα όπως Γερμανία, Γαλλία, Αυστρία, αλλά και στον Ευρωπαϊκό νότο, στην Ισπανία. Η Μεγάλη Βρετανία επίσης ερευνάται για τις μεταρρυθμίσεις στο σύστημα Υγείας σχετικά με την αντιμετώπιση του ιατρικού σφάλματος. Αντικείμενο μελέτης είναι επίσης ο τρόπος που αποδίδεται η ιατρική ευθύνη στις χώρες αυτές και ο τρόπος αποζημίωσης.
3. Πώς γίνεται απονομή δικαιοσύνης σε περιπτώσεις ιατρικού σφάλματος στην Ελλάδα. Πώς αντιμετωπίζουν τα δικαστήρια την ιατρική αμέλεια και τα ζητήματα σχετικά με τις αποζημιώσεις.
4. Αναφορά στις οικονομικές και κοινωνικές συνέπειες του ιατρικού σφάλματος.
5. Ερευνάται η ανάγκη για κοινή Ευρωπαϊκή αντιμετώπιση του ιατρικού σφάλματος και των συνεπειών του με τη λήψη μέτρων και εφαρμογή στρατηγικών και νομοθετικές μεταρρυθμίσεις. Τα προσδοκώμενα αποτελέσματα είναι η αλλαγή σε βάθος χρόνου της κουλτούρας του ιατρικού επαγγέλματος σε σχέση με το σφάλμα, και ποια μπορεί να είναι τα οφέλη μιας κοινής ιατρο – νομικής αντιμετώπισης για το Σύστημα Υγείας και τη Δημόσια υγεία.

1.3. Σκοπός της συγγραφής της παρούσας διατριβής

Η ανάδειξη της συμβολής του ιατρικού σφάλματος στη συνεχιζόμενη ιατρική εκπαίδευση:

Προαγωγή της μάθησης ανάμεσα στα μέλη της ιατρικής κοινότητας από περιστατικά ιατρικών

σφαλμάτων. Σε αυτό το στόχο θα μπορούσε να είναι αρωγός ένα σύστημα καταγραφής ιατρικών σφαλμάτων το οποίο να συγκεντρώνει περιστατικά σφαλμάτων που έχουν συμβεί αλλά και περιστατικά «παρά λίγο» σφαλμάτων για εκπαιδευτικούς λόγους. Εντούτοις η μόνη χρήση του συστήματος καταγραφής δεν είναι ή δεν πρέπει να είναι η συνεχιζόμενη εκπαίδευση. Η αναφορά σφαλμάτων και δυσμενών περιστατικών είναι δυνατόν να γίνει εργαλείο για την προαγωγή της ασφάλειας των ασθενών και τη βελτίωση της λειτουργίας του συστήματος Υγείας, σύμφωνα με τη βιβλιογραφία.

Διερεύνηση του τρόπου σύνδεσης του ιατρικού σφάλματος με τη δημόσια υγεία. Η μελέτη τόσο των υψηλών ποσοστών που στατιστικά εμφανίζουν τα ιατρικά σφάλματα όσο και οι επιπτώσεις που έχουν στους ίδιους τους παθόντες, τις οικογένειές τους, την κοινωνία και την οικονομία οδηγεί στο συμπέρασμα πως πρόκειται για ένα ζήτημα δημόσιας Υγείας.

Πρώθηση της διαδικασίας εξωδικαστικής κρίσης αναφορών για ιατρική αμέλεια. Ελάφρυνση του δικαστικού συστήματος από την κρίση για την ύπαρξη ιατρικής αμέλειας από «ειδικούς ιατρο-νομικούς» (medico legal experts) όπως προτείνεται από τη βιβλιογραφία. Οι ειδικοί αυτοί προτείνεται να έχουν συγκεκριμένα προσόντα, και ακολουθώντας συγκεκριμένες κατευθυντήριες γραμμές αναλαμβάνουν να αποφανθούν εάν κάποια περίπτωση ιατρικού σφάλματος πρέπει να οδηγηθεί προς δικαστική κρίση ή όχι. Διερεύνηση του ρόλου που έχουν διαδραματίσει η μέθοδος της Διαιτησίας και της διαμεσολάβησης.

Κατάδειξη του θετικού ρόλου που μπορεί να διαδραματίσει η νομική επιστήμη στη συμβολή της βελτίωσης του επιπέδου ασφάλειας των ασθενών:

Η διερεύνηση κινήτρων που πιθανόν σε βάθος χρόνου να ωθήσουν τους γιατρούς στην αποκάλυψη των ιατρικών σφαλμάτων με την εφαρμογή ανάλογης νομοθεσίας. Απώτερος σκοπός της ενέργειας αυτής είναι η παρακίνηση του γιατρού για την αποκάλυψη του σφάλματος όχι μόνο για τους λόγους που έχουν ήδη αναφερθεί (οφέλη για εκπαίδευση και δημόσια υγεία) αλλά και για την οικονομία και το σύστημα υγείας μέσω της συγκράτησης των δαπανών για την αποκατάσταση των ζημιωθέντων από αποφεύξιμα ιατρικά σφάλματα. Η παροχή των κινήτρων αυτών από τη νομοθεσία μπορούν να έχουν και έναν άλλο στόχο: Την παράλληλη προστασία του γιατρού μετά την αποκάλυψη του ιατρικού σφάλματος ώστε να μη γίνει ο ίδιος το δεύτερο θύμα (second victim) του ιατρικού σφάλματος.

2.Κεντρικές έννοιες - Ορισμοί

2.1. Ορισμός Ιατρικού Σφάλματος

Το νόημα του ιατρικού σφάλματος έχει αποδοθεί με διάφορους τρόπους ώστε να γίνει κατανοητή η ακριβής σημασία του. Η επεξήγησή του έχει αποτυπωθεί ταυτόχρονα μέσω της ιατρικής αλλά και της νομικής σκοπιάς διότι, τόσο για την ερμηνεία του, όσο και για την αναζήτηση των αιτίων του, των συνεπειών του αλλά και των τρόπων αντιμετώπισής του εμπλέκονται και οι δύο επιστήμες.

Για τη διενέργεια μιας ιατρικής πράξης απαιτείται η τήρηση προτύπων^{1,2,4} τα οποία υπαγορεύονται από την ιατρική επιστήμη. Στην περίπτωση που αυτά δεν τηρηθούν και οδηγήσουν σε βλάβη της υγείας ή της σωματικής ακεραιότητας, ή προκαλέσουν ακόμη και το θάνατο του ασθενούς τότε υφίσταται ιατρικό σφάλμα. Οι ιατρικές πράξεις που προέρχονται από κατάρτιση ενός λανθασμένου πλάνου θεραπείας³ το οποίο οδηγεί σε μη επιθυμητό αποτέλεσμα είναι ιατρικό σφάλμα. Σύμφωνα με το Ινστιτούτο Ιατρικής⁵ η αποφεύξιμη δυσμενής έκβαση μιας ιατρικής πράξης ή η εφαρμογή στον ασθενή μιας θεραπείας ή διαγνωστικής μεθόδου ακατάλληλης θεωρείται ιατρικό σφάλμα. Θεμελιώδεις κανόνες της ιατρικής επιστήμης και δεοντολογίας είναι απαραίτητο να διέπουν κάθε ιατρική πράξη ώστε ο ιατρός να πράττει “*lege artis*”.² Η τήρηση των κανόνων αυτών είναι βασική υποχρέωση κάθε συνετού γιατρού, άρα η μη συμμόρφωση σε αυτούς συνεπάγεται ιατρική αμέλεια¹ (medical malpractice). Νομικές συνέπειες στο γιατρό επέρχονται όταν οι αμελείς του ιατρικές πράξεις επιφέρουν βλαπτικά αποτελέσματα στον ασθενή παραβιάζοντας θεμελιώδη δικαιώματά του όπως το δικαίωμα στη

ζωή, στην υγεία, στη σωματική ακεραιότητα, διότι η συμπεριφορά του αυτή αποδοκιμάζεται από το δίκαιο.

Εκτός από την ορθή άσκηση της ιατρικής, ο ιατρός έχει και μια άλλη υποχρέωση απέναντι στον ασθενή, την υποχρέωση να ζητήσει τη συναίνεσή του για τις πράξεις που πρόκειται να εφαρμόσει σε αυτόν, και μάλιστα εφόσον έχει προηγηθεί εκτενής ενημέρωση σχετικά με τη νόσο από την οποία πάσχει, τις θεραπευτικές παρεμβάσεις που μπορούν να γίνουν για την αντιμετώπισή τους, τις εναλλακτικές θεραπείες που ίσως υπάρχουν, και τον πιθανό κίνδυνο της κάθε ιατρικής παρέμβασης. Το ζήτημα της συναίνεσης υπάρχει σε θεωρητικό επίπεδο, αλλά έχει απασχολήσει στην πράξη και τα Ελληνικά δικαστήρια². Εν ολίγοις, είναι μια πράξη μέσω της οποίας εκφράζεται το δικαίωμα του ασθενούς να αυτοκαθορίζεται και να λαμβάνει αποφάσεις σε συνεργασία με τον ιατρό του για την πορεία της ζωής και της υγείας του. Είναι κατοχυρωμένο δικαίωμα του ασθενή το οποίο ερείδεται σε νομοθετικά κείμενα αυξημένης τυπικής ισχύος, στο Ελληνικό Σύνταγμα δηλαδή, αλλά και σε υπερισχύουσες του κοινού δικαίου συνθήκες^{2,6} (συνθήκη Οβιέδο) που έχουν ενσωματωθεί στο Ελληνικό δίκαιο, αλλά και σε κοινά νομοθετικά κείμενα (ν.2071/1992 αρ. 47) και στον κώδικα ιατρικής δεοντολογίας. Η απουσία της συναίνεσης συνεπάγεται έλλειψη νομιμοποίησης του γιατρού να παρέμβει στον συγκεκριμένο ασθενή. Αν ελλείπει η συναίνεση θεμελιώνεται ευθύνη σε βάρος του, ακόμα και αν οι ιατρικές πράξεις που ενήργησε έγιναν *lege artis*, διότι παραβιάζοντας τους προαναφερθέντες κανόνες δικαίου ενήργησε χωρίς τη συγκατάθεσή του και αφαιρέσε από τον ασθενή το δικαίωμα να αποφασίσει ο ίδιος ανάμεσα στις επιλογές που του δίδονται.

2.2. Ιστορική αναδρομή. Το σφάλμα και η αμέλεια στο παρελθόν

Η αντίληψη του ιατρικού σφάλματος στο παρελθόν διαφέρει από το παρόν. Το δόγμα ότι «ο καλός γιατρός δε σφάλει»⁷ είναι χαρακτηριστικό. Το 19^ο αιώνα με την ίδρυση του American Medical Association⁸ η ιδιότητα του σωστού επαγγελματία συνδέθηκε με αξίες όπως η τιμή, η υπόληψη, η ηθική και καθόλου με το νόμο και τη λογοδοσία. Το μόνο αναγνωρισμένο μέσο ελέγχου του γιατρού σε περιπτώσεις αμέλειας ή σφάλματος ήταν η συνείδησή του⁸. Μυστικότητα επικρατούσε ανάμεσα στους γιατρούς όταν κατά την άσκηση της ιατρικής παρουσιαζόταν περιστατικό αμέλειας ή σφάλματος. Τον ίδιο αιώνα έγινε προσπάθεια ένταξης της ιατρικής σχέσης στο δίκαιο των συμβάσεων⁹, όμως δεν ευοδώθηκε διότι δεν μπορούσε να

υπάρξει σύμβαση επί ίσοις όροις. Ο λόγος ήταν ότι οι ασθενείς είχαν άγνοια της ιατρικής ορολογίας αλλά και οι γιατροί δεν έβλεπαν πρόθυμα την εμπορική χροιά που λάμβανε το επάγγελμά τους με την εφαρμογή της σύμβασης. Συγχρόνως με τις κοινωνικές μεταρρυθμίσεις που συνέβαιναν εκείνη την εποχή στη Β. Αμερική, και την αναγνώριση των ατομικών δικαιωμάτων και ελευθεριών εμφανίστηκαν και οι αγωγές για ιατρική αμέλεια.

Στις δυτικές Βιομηχανικές χώρες⁸ η πεποίθηση που επικρατούσε για τον ιατρό που έσφαλλε ήταν ότι ήταν ανεπαρκής επαγγελματικά και κακού χαρακτήρα άνθρωπος. Η αποκάλυψη του σφάλματος ήταν αδιανόητη, εφόσον συνεπαγόταν απώλεια της φήμης και του επαγγελματικού, οικονομικού και κοινωνικού status που απολάμβανε.⁸

Στη Μ. Βρετανία από το 18^ο αιώνα και έπειτα, όσον αφορά στην ιατρική αμέλεια, παρουσιάζεται ανάλογα με τη χρονική περίοδο, εναλλαγή ανάμεσα στον ιατρό και τον ασθενή σχετικά με τη νομική υπεροχή τους σε ζητήματα ιατρικής αμέλειας.⁹ Η κατάσταση αυτή συνεχίστηκε έως το κομβικό σημείο της υπόθεσης Bolam το 1957 οπότε δημιουργήθηκε δεδικασμένο υπέρ των ιατρών. Την ίδια δεκαετία έλαβαν χώρα οι μεταρρυθμίσεις στο Εθνικό Σύστημα Υγείας (NHS). Στα έτη που ακολούθησαν διατηρήθηκε η κυρίαρχη θέση του ιατρού έναντι του ασθενή κυρίως σε σχέση με ζητήματα ιατρικής αμέλειας. Παρά το γεγονός ότι γινόταν προσπάθεια «ιδιωτικοποίησης»⁹ του NHS είχε επίσης παρατηρηθεί αύξηση των αγωγών για αμέλεια. Σύμπτωση παρατηρείται και σε αυτή την περίπτωση της αύξησης των αγωγών με την έγερση ζητημάτων ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Στις αρχές της δεκαετίας του 1990¹⁰ υπάρχει επίσημη αναφορά στα δικαιώματα του ασθενή που εισάγονται στην Ευρωπαϊκή ήπειρο μέσω του WHO Europe με την παρέμβαση έγκριτων ακαδημαϊκών.

Με την έλευση του 21^{ου} αιώνα η ενεργός συμμετοχή του ασθενή στα ζητήματα που αφορούν την υγεία του αποτελεί αίτημα της εποχής.

Η μελέτη του παρελθόντος σχετικά με τον τρόπο άσκησης της ιατρικής και τις σχέσεις του ιατρού με τον ασθενή παρέχουν χρήσιμες πληροφορίες για την πρόοδο που σημειώθηκε στην αναγνώριση των δικαιωμάτων του ασθενή. Παρατηρείται επίσης⁹ πως δεν αποτελεί λύση στην αντιμετώπιση του ιατρικού σφάλματος η παραπομπή του ιατρού στο δικαστήριο. Η συγκριτική μελέτη των ζητημάτων που ανέκυψαν στο παρελθόν μπορεί να οδηγήσει σε ορθές αποφάσεις στη διαχείριση των υπηρεσιών υγείας στο παρόν και στο μέλλον.

2.3. Διαφοροποιήσεις από την έννοια του σφάλματος

Υπάρχουν περιπτώσεις που εντός των διαδικασιών της φροντίδας υγείας μέσα στο σύστημα ο ασθενής μπορεί να υποστεί κάποια βλάβη η οποία όμως δεν οφείλεται σε ιατρικό σφάλμα. Αντιστρόφως, μετά την ύπαρξη σφάλματος δεν ακολουθεί απαραίτητα κάποια βλάβη στον ασθενή. Οι περιπτώσεις αυτές ορίζονται στη βιβλιογραφία και διαφοροποιούνται σαφώς από το ιατρικό σφάλμα:

- I. **Ανεπιθύμητο συμβάν (Adverse event)^{7,11}:** Πρόκειται για μια απρόβλεπτη και δυσάρεστη εξέλιξη που συνεπάγεται βλάβη στην υγεία του ασθενή, όμως δεν οφείλεται σε όλες τις περιπτώσεις σε σφάλμα. Τα ανεπιθύμητα συμβάντα που οφείλονται σε σφάλμα καλούνται «αποφεύξιμα»⁷ (preventable) και προέρχονται από κάποια ανεπαρκή πράξη ενός επαγγελματία υγείας σε σχέση με τα συνήθη πρότυπα, ακόμα και αν είναι ακούσια.¹¹ Σε καμία περίπτωση πάντως δεν οφείλεται σε υποκείμενη νόσο από την οποία ήδη πάσχει ο ασθενής.^{3,12} Σε αυτή την κατηγορία κατατάσσονται οι επιπλοκές και οι οφειλόμενες σε ιατρική αμέλεια (malpractice)¹² βλάβες στην υγεία του ασθενή.

(α) Ιατρική αμέλεια (medical malpractice): Η ιατρική αμέλεια διαφέρει από το ιατρικό σφάλμα ως προς τα εξής:

- i. Απαιτείται παρέκκλιση των ενεργειών του γιατρού από τα συνήθη πρότυπα εφαρμογής μιας ιατρικής πράξης αλλά και από το νόμο.⁷
- ii. Απαιτείται αυξημένος βαθμός ατομικής υπαιτιότητας¹² του γιατρού, δηλαδή αμέλεια κατά το δίκαιο.
- iii. Πρέπει να έχει προκύψει βλάβη στην υγεία του ασθενή.
- iv. Μεταξύ της βλάβης αυτής και της πράξης του γιατρού πρέπει να υπάρχει αιτιώδης συνάφεια.² Αυτό σημαίνει πως πρέπει να αποδεικνύεται πως η συγκεκριμένη βλάβη προήλθε αποκλειστικά από τη συγκεκριμένη πράξη. Με άλλα λόγια, η βλάβη στον ασθενή δεν θα ήταν δυνατόν να προκύψει εάν δεν είχε παρεμβληθεί η αμελής συμπεριφορά του γιατρού. Ιατρική ευθύνη θεμελιώνεται και σε περιπτώσεις παραλείψεων οφειλόμενων ιατρικών ενεργειών.

(β) Επιπλοκές (complications): Ο όρος «επιπλοκή» σύμφωνα με τον D. Zientec¹² περιλαμβάνει συμβάντα τα οποία «ενέχουν γνωστό βαθμό διακινδύνευσης ή ανεπιθύμητων ενεργειών» τα

οποία όμως έχουν γνωστοποιηθεί στον ασθενή μέσω της ενημερωμένης συναίνεσης. Στο ίδιο πλαίσιο ενημέρωσης έχουν τεθεί υπόψη του ασθενή στατιστικά στοιχεία για τη συχνότητα εμφάνισής τους. Η ειδοποιός διαφορά είναι πως μια επιπλοκή μπορεί να εμφανιστεί κατά τη διάρκεια μιας ιατρικής πράξης ή θεραπευτικής παρέμβασης ακόμα και αν αυτή έγινε *lege artis*. Σύμφωνα με τον καθηγητή Β. Ταρλατζή² ακόμα και οι ορθές ιατρικές πράξεις οι οποίες δεν αποκλίνουν των ορθών ιατρικών πρακτικών ενέχουν τον κίνδυνο επιπλοκής ή «θεραπευτικού κινδύνου». Επιπλοκή, δηλαδή, είναι η κατάσταση κατά την οποία παρουσιάζεται επιδείνωση στην κατάσταση του ασθενούς που είτε οφείλεται στην εξέλιξη της νόσου από την οποία πάσχει, είτε ως συνέπεια μιας άλλης νόσου. Επίσης, χρησιμοποιείται και ο όρος «ανεπιθύμητη ενέργεια» ή «παρενέργεια» για να υποδηλώσει τη δευτερογενή ή ανεπιθύμητη αντίδραση μιας θεραπείας².

- II. **Το «παρ' ολίγο σφάλμα» (missed adverse event, near miss, near call)**^{8,11}: Ο όρος αυτός χρησιμοποιείται για να υποδηλώσει εσφαλμένες πράξεις ή διαδικασίες οι οποίες θα μπορούσαν να έχουν δυσμενή έκβαση για την υγεία του ασθενή, αλλά είτε εντοπίστηκαν και διορθώθηκαν προτού καταλήξουν σε ανεπιθύμητο συμβάν, είτε δεν είχαν τελικώς βλαπτική επίδραση στον ασθενή.
- III. **Το «Sentinel event»**^{11,13}: Πρόκειται για ένα πάρα πολύ σοβαρό συμβάν (ίσως και θανατηφόρο) το οποίο έχει τα αίτιά του εντοπισμένα σε δυσλειτουργίες του συστήματος και η αρνητική του απήχηση είναι τόσο έντονη ώστε να αναπτυχθεί ανάμεσα στα μέλη της κοινωνίας δυσπιστία και αποδοκιμασία έναντι των υπηρεσιών υγείας.

Επισημάνσεις σχετικά με το ιατρικό σφάλμα και την ιατρική αμέλεια

Τα ανεπιθύμητα συμβάντα, όπως προαναφέρθηκε, έχουν ως υποσύνολο τα αποφεύξιμα ανεπιθύμητα συμβάντα, ορισμός ο οποίος είναι συνώνυμος με τον όρο «ιατρικό σφάλμα»^{7,12}. Τα ανεπιθύμητα συμβάντα που προέρχονται από αμελή συμπεριφορά αποτελούν υποσύνολο των ιατρικών σφαλμάτων¹² και για να θεμελιωθεί η αμελής αυτή συμπεριφορά είναι αναγκαίο να πληρούνται τα νομικά κριτήρια που έχουν ήδη αναφερθεί. Η τέλεση ενός σφάλματος το οποίο προέρχεται από αμελή συμπεριφορά, εκτός από τις νομικές επιπτώσεις που έχει και πρέπει να έχει στον τελέσαντα, συνεπάγεται και της ηθικής υποχρέωσης της συγγνώμης¹².

Ανάμεσα στο ιατρικό σφάλμα και στην ιατρική αμέλεια υπάρχει μια σημαντική ειδοποιός διαφορά¹². Η διαφορά αυτή έγκειται στο γεγονός ότι στην περίπτωση του σφάλματος η

βαθύτερη αιτιολογία πρέπει να αναζητηθεί σε συστημικό και όχι σε ατομικό επίπεδο, παρά το γεγονός ότι ο πράττων είναι συγκεκριμένο άτομο και ψευδώς παρουσιάζεται η ευθύνη ως ατομική. Αντιθέτως, στην περίπτωση της ιατρικής αμέλειας υπάρχει αυξημένος βαθμός ατομικής ευθύνης, που συνίσταται σε παράβαση κανόνων δικαίου, είτε σε ότι αφορά πράξεις ή παραλείψεις του ιατρού, είτε για την ανάληψη ενός εγχειρήματος από τον ιατρό για το οποίο εν γνώσει του δεν είναι ικανός^{2,12}. Προϋπόθεση για να υφίσταται νομικό πταίσμα του ιατρού είναι η επέλευση βλάβης οποιουδήποτε βαθμού στον ασθενή. Τότε, εάν η βλάβη και η αμελής πράξη ή παράλειψη συνδέονται αιτιωδώς, η συμπεριφορά του ιατρού είναι αποδοκιμαστέα από το δίκαιο². Αντιθέτως, το ιατρικό σφάλμα αξιολογείται ως γεγονός ακόμα και αν δεν προκληθεί βλάβη στον ασθενή, στο λεγόμενο «παρ’ ολίγον λάθος». Εάν πάντως επέλθει βλάβη στην υγεία του ασθενούς αλλά ελλείπει το στοιχείο της υποκειμενικής υπόστασης, δηλαδή η αμελής συμπεριφορά, ο πράττων ιατρός δεν υφίσταται κάποια νομική επίπτωση, αλλά έχει ηθική υποχρέωση έναντι των ασθενών και των οικείων τους να κοινοποιήσει το σφάλμα και να απολογηθεί για αυτό¹².

2.4. Τύποι σφάλματος και προσδιορισμός υπευθύνων

Όπως έχει ορισθεί, το σφάλμα είναι μια συμπεριφορά που αποκλίνει από τα πρότυπα άσκησης της ιατρικής. Η οπτική γωνία αυτή αποτυπώνει το σφάλμα ως «αδέξια» και «λάθος» πράξη, ενώ εάν ιδωθεί από νομικής πλευράς το σφάλμα είναι η αιτία της παραβίασης δικαιωμάτων του ασθενή και της γέννησης ευθύνης στο πρόσωπο του γιατρού με πιθανότητα να επέλθουν νομικές συνέπειες σε αυτόν¹.

Συνήθως στη βιβλιογραφία με τον όρο “medical error” οι συγγραφείς αναφέρονται σε σφάλματα που έχουν γίνει από ιατρό.

Χάριν της μελέτης των σφαλμάτων στο χώρο της υγείας γίνεται από τους συγγραφείς ένας διαχωρισμός μεταξύ τους σε προσωπικά και συστημικά, με σκοπό την αποδοτικότερη αντιμετώπιση του φαινομένου στο σύστημα υγείας.

A. **Ατομική προσέγγιση:** Είναι οι μη ορθές πρακτικές ή διαδικασίες που ενεργούνται σε ατομικό επίπεδο οι οποίες έχουν ως αποτέλεσμα να συμβεί κάποιο σφάλμα ή βλάβη στην υγεία του ασθενούς.¹¹

Υποκατηγορίες των ατομικών σφαλμάτων είναι:

- i. **Σφάλματα αντίληψης:** Σύμφωνα με τους Smorti et al.¹¹ η εμφάνιση των σφαλμάτων αυτών σχετίζεται με τις μεθόδους που χρησιμοποιεί ένα άτομο για την αναγνώριση και επεξεργασία πληροφοριών καθώς και για τη λήψη αποφάσεων, οι οποίες γίνονται με «διαισθητικό τρόπο». Θεωρείται όμως πως ο συγκεκριμένος τρόπος λήψης αποφάσεων είναι δυνατόν να οδηγήσει σε συστηματικό σφάλμα (bias)¹¹. Οι ίδιοι συγγραφείς αναλύουν τα προσωπικά σφάλματα αναλόγως της γνωστικής διαδικασίας που ακολουθήθηκε για τη λήψη τους.
- ii. **Σφάλματα που αφορούν διαδικασίες δεξιότητας:** Σε αυτή την περίπτωση οι αντιδράσεις του προσώπου είναι αυτόματες- μηχανικές και εξαρτώνται από ένα ερέθισμα. Από την εσφαλμένη ερμηνεία του ερεθίσματος αυτού προκύπτει το σφάλμα.¹¹
- iii. **Σφάλματα κατά τις διαδικασίες που ενέχουν εφαρμογή κανόνων:** Τα σφάλματα σε αυτή την περίπτωση προκύπτουν διότι το άτομο δεν ακολουθεί ή αγνοεί θεσπισμένους κανόνες και το παράπτωμα που προκύπτει από αυτή τη συμπεριφορά ονομάζεται «λάθος» (mistake)¹¹.
- iv. **Σφάλματα που προκύπτουν από συμπεριφορές που εξαρτώνται από τη γνώση:** Σε αυτή την περίπτωση το σφάλμα προκύπτει εξαιτίας κάποιας εσφαλμένης στρατηγικής που ακολουθείται από το άτομο για την αντιμετώπιση ενός περιστατικού για το οποίο όμως δεν έχει την ανάλογη γνώση ή εμπειρία.

Οι υποκατηγορίες αυτές των ατομικών σφαλμάτων δεν είναι μεταξύ τους ανεξάρτητες αλλά αλληλεπιδρούν.¹¹

Συστημική προσέγγιση: Η προσέγγιση αυτή απομακρύνεται από την ατομική λογική και εξετάζει το σφάλμα ως αποτέλεσμα της αποτυχίας του συστήματος. Προκύπτει από τη διάδραση οργανωτικών στοιχείων και τεχνολογικών παραγόντων με το ανθρώπινο στοιχείο. Σύμφωνα με τους Smorti et al.¹¹ τα συστημικά σφάλματα υποδιαιρούνται σε:

- v. **Σφάλματα ενεργείας:** Είναι εσφαλμένες πράξεις ή παραλείψεις ενός ατόμου εντός μιας διαδικασίας οι οποίες είναι άμεσα αναγνωρίσιμες.
- vi. **Λανθάνοντα ή αφανή σφάλματα:** Είναι μια σειρά δυνητικά εσφαλμένων διαδικασιών, προτύπων ή πρωτοκόλλων που εφαρμόζονται σε έναν οργανισμό και αποτελούν τα βαθύτερα αίτια για την παρουσία ενός εμφανούς σφάλματος στο σύστημα. Ως υπεύθυνο για αυτό εμφανίζεται ένα άτομο. Η θεωρία για αυτά τα είδη σφαλμάτων προβαίνει στην εξής ανάλυση: Πρόκειται για σφάλματα εν είδει «αλυσίδας»¹¹ τα οποία δεν γίνονται αντιληπτά από τις δικλείδες ασφαλείας του συστήματος και «εισχωρούν» στην καθημερινή πρακτική δια μέσου «χασμάτων» και «οπών», οι οποίες έχουν διαφύγει του ελέγχου.¹¹

2.5. Διαχωρισμός των τύπων του ιατρικού σφάλματος σε κατηγορίες

Τα είδη των ιατρικών σφαλμάτων θα ήταν χρήσιμο να διαχωριστούν σε κατηγορίες, ώστε να γίνει ευχερέστερη τόσο η αναγνώριση του βαθμού της βλάβης που επήλθε στον ασθενή, αν όντως έχει προκύψει βλάβη, όσο και της διαπίστωσης του ακριβούς σταδίου της φροντίδας Υγείας κατά το οποίο προέκυψε το σφάλμα. Οι ακόλουθες κατηγοριοποιήσεις των Lear (1993) και του National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (1998) όπως παρουσιάζονται μεταξύ άλλων σε μελέτες των Βοζίκη, Ρήγα και Πολλάλη^{4,19,21}. Όσον αφορά στα στάδια της φροντίδας Υγείας που προκύπτει ένα σφάλμα η κατηγοριοποίηση προκύπτει από τον πίνακα που ακολουθεί (Lear 1993):

Στάδιο ΦροντίδαςΤύπος σφάλματος

<p><i>Κατά το στάδιο Της Διάγνωσης</i></p>	<ul style="list-style-type: none">• Εσφαλμένη ή καθυστερημένη διάγνωση• Μη πραγματοποίηση των απαιτούμενων διαγνωστικών εξετάσεων• Εφαρμογή πεπερασμένου επιστημονικά θεραπευτικού σχήματος• Μη έγκαιρη παρέμβαση
<p><i>Κατά το στάδιο Της Θεραπείας</i></p>	<ul style="list-style-type: none">• Ύπαρξη σφάλματος κατά τη διάρκεια χειρουργικής επέμβασης ή άλλης θεραπευτικής παρέμβασης• Ύπαρξη σφάλματος κατά τη θεραπευτική αγωγή• Ύπαρξη σφάλματος στη δοσολογία ή την οδό χορήγησης του φαρμάκου• Αποφεύξιμη καθυστέρηση στη θεραπεία• Εφαρμογή ακατάλληλης ή μη ενδεικνυόμενης θεραπείας
<p><i>Κατά το στάδιο της πρόληψης</i></p>	<ul style="list-style-type: none">• Αποτυχία στην εφαρμογή ενεργειών πρόληψης• Ανεπαρκής καταγραφή και παρακολούθηση μετά τη χορήγηση της θεραπείας
<p><i>Σε οποιοδήποτε στάδιο</i></p>	<ul style="list-style-type: none">• Αποτυχία στην επικοινωνία• Σφάλματα του τεχνολογικού εξοπλισμού• Άλλα συστημικά σφάλματα

Όσον αφορά στη βαρύτητα των επιπτώσεων του σφάλματος στον ασθενή υπάρχει η κατηγοριοποίηση του National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (1998) που παρουσιάζει σε «στάδια» τις επιπτώσεις των σφαλμάτων, και αρχίζει από την ύπαρξη γεγονότων που θα μπορούσαν δυνητικά να οδηγήσουν στην ύπαρξη κάποιου δυσμενούς συμβάντος και καταλήγουν βαθμηδόν στο θάνατο του ασθενούς.

<u>Κατηγορία</u>	<u>Επιπτώσεις</u>
<i>Κατηγορία Α</i>	Γεγονότα ή συνθήκες ικανά να οδηγήσουν σε σφάλμα
<i>Κατηγορία Β</i>	Ύπαρξη σφάλματος που όμως δεν είχε επίδραση στον ασθενή
<i>Κατηγορία C</i>	Ύπαρξη σφάλματος που επηρέασε τον ασθενή χωρίς να προξενήσει βλάβη
<i>Κατηγορία D</i>	Ύπαρξη σφάλματος με επίδραση στον ασθενή και απαιτήθηκε παρακολούθηση και παρεμβάσεις ώστε να διαπιστωθεί πως ο ασθενής δεν υπέστη βλάβη
<i>Κατηγορία E</i>	Προσωρινή βλάβη στον ασθενή η οποία χρειάστηκε κάποια παρέμβαση
<i>Κατηγορία F</i>	Προσωρινή βλάβη στον ασθενή η οποία είχε ως αποτέλεσμα τη μακρά ή βραχεία νοσηλεία του
<i>Κατηγορία G</i>	Μόνιμη βλάβη στον ασθενή
<i>Κατηγορία H</i>	Απαιτούνται παρεμβάσεις για τη διατήρηση του ασθενούς στη ζωή
<i>Κατηγορία I</i>	Θάνατος του ασθενούς

2.6. Το ιατρικό σφάλμα ως ζήτημα δημόσιας Υγείας

Στη συνέχεια εξετάζεται η σύνδεση του ιατρικού σφάλματος με τη δημόσια Υγεία

2.6.1. Στατιστικές αναφορικά με τα ανεπιθύμητα συμβάντα και τα σφάλματα

Σε στατιστικές που δημοσιεύονται στον ιστότοπο του WHO Europe αναφέρονται τα εξής στοιχεία¹⁴:

1. Σε ποσοστό 8-10% των νοσηλευόμενων ασθενών που είναι πολίτες κρατών μελών της Ε.Ε. έχει συμβεί περιστατικό ιατρικού σφάλματος ή ανεπιθύμητο περιστατικό.
2. Οι ίδιοι οι Ευρωπαίοι πολίτες δηλώνουν σε ποσοστό 23% ότι τους έχει επηρεάσει κάποιο ιατρικό σφάλμα, ενώ το 18% δηλώνει ότι έχει υποστεί σοβαρό ιατρικό σφάλμα.
3. Υπάρχουν αποδεικτικά στοιχεία πως αυτού του είδους οι βλάβες στους ασθενείς μπορούν να προληφθούν σε ποσοστό 50-70,2% προσεγγίζοντας συστηματικά τον τρόπο αντιμετώπισης των ιατρικών σφαλμάτων με επίκεντρο την ασφάλεια των ασθενών.
4. Τέλος στατιστικές οδηγούν στο συμπέρασμα πως με τα κατάλληλα μέτρα αντιμετώπισης των ανεπιθύμητων συμβάντων μόνο στην Ε.Ε. θα είχε επωφελή αποτελέσματα όπως: Πρόληψη περισσότερων από 750.000 περιστατικών βλαπτικών ιατρικών σφαλμάτων ανά έτος, τα οποία μεταφράζονται σε:
 - i. 3.200.000 λιγότερες ημέρες νοσηλείας
 - ii. 260.000 λιγότερα περιστατικά μόνιμης ανικανότητας.
 - iii. 95.000 λιγότερους θανάτους ανά έτος.

Στη μελέτη των Kohn et al. “To err is human” (1999)^{7,15} καθίσταται σαφές πως το ζήτημα των ανεπιθύμητων συμβάντων είναι σημαντικό διότι οι επιπτώσεις του φαινομένου στον πληθυσμό είναι τέτοιες ώστε σε δεδομένη χρονική περίοδο σημειώθηκαν περισσότεροι θάνατοι οφειλόμενοι στο φαινόμενο του ιατρικού σφάλματος παρά από αίτια όπως τροχαία ατυχήματα ή καρκίνο του μαστού¹⁵. Στις αρχές της δεκαετίας του 1990 δημοσιεύτηκε σε μελέτη του Harvard Medical Practice Study⁸ ότι το 70% των ανεπιθύμητων συμβάντων είναι αποφεύξιμα, τα οποία , όπως προκύπτει από προαναφερθέντα ορισμό, ταυτίζονται με τα σφάλματα. Περισσότερες μελέτες έχουν κατά καιρούς εκπονηθεί, και εμφανίζουν τα αποφεύξιμα ανεπιθύμητα συμβάντα

να έχουν υψηλά ποσοστά ή μετρούν τις οικονομικές και κοινωνικές επιπτώσεις του φαινομένου. Κάποιες από αυτές είναι οι ακόλουθες:

IOM Research (2008)¹⁷

100.000 θάνατοι στις ΗΠΑ αποδίδονται ετησίως σε ιατρικά σφάλματα

Έκθεση του Ηνωμένου Βασιλείου που αφορά στα Δημόσια νοσοκομεία¹⁷

- i. Κατά τη δεκαετία του 1990 το κόστος για την ιατρική αμέλεια αυξήθηκε κατά 7% σε ετήσια βάση.
- ii. Οι δαπάνες για αποζημιώσεις εξαιτίας ιατρικών σφαλμάτων κατά το έτος 2003 υπερέβη τα 400.000.000 λίρες Αγγλίας.

Iberoamerican Adverce event Study⁸

Σε μελέτη που έγινε σε 5 Λατινοαμερικανικές χώρες υπολογίστηκε ότι κατά το έτος 2011 το ποσοστό των ανεπιθύμητων συμβάντων άγγιξε το 10.5%. Τα έξι στα δέκα εκτιμάται πως ήταν αποφεύξιμα ενώ περισσότερα από τα 2/3 εξ αυτών ήταν θανατηφόρα ή προκάλεσαν ανικανότητα.

WHO Patient Safety 2006-2008⁸

Η μελέτη έγινε σε 26 νοσοκομεία της Ανατολικής Μεσογείου και της Αφρικής ανέδειξε ότι 8 στα 10 άτομα από τους υπό μελέτη ασθενείς υπέστησαν κάποιο βλαπτικό για την υγεία τους συμβάν κατά τη φροντίδα υγείας. Το 1/3 εξ αυτών κατέληξε, ενώ 4 στα 5 συμβάντα θα μπορούσαν να προληφθούν.

Institute for Health Care Improvement (IHI 2010)⁸

Το ινστιτούτο ανέπτυξε ένα σύστημα καταγραφής των βλαβών από τα ανεπιθύμητα συμβάντα. Σε μελέτη που έγινε στις ΗΠΑ με γνώμονα το συγκεκριμένο σύστημα, τα αποτελέσματα κατέδειξαν ότι στο σύνολο των εισαγωγών στο νοσοκομείο τα βλαπτικά συμβάντα κατέχουν ποσοστό 25% από τα οποία το 63% θα μπορούσε να προληφθεί.

Η έρευνα του Ευρωβαρόμετρου που διεξήχθη το 2005 στα Ευρωπαϊκά κράτη μέλη σχετικά με τα ιατρικά σφάλματα και ανεπιθύμητα συμβάντα παρουσιάζει ενδιαφέροντα αποτελέσματα κάποια εκ των οποίων είναι τα ακόλουθα:

- i. Σχεδόν το σύνολο των Ευρωπαίων πολιτών (εξαιρουμένων των Φινλανδών) κατατάσσουν τα ιατρικά σφάλματα ως «σημαντικό ζήτημα» για την πατρίδα τους, και θεωρείται ως εξέχον ζήτημα.
- ii. Παρά το γεγονός ότι οι περισσότεροι Ευρωπαίοι πολίτες εμπιστεύονται τους επαγγελματίες υγείας ένα μη ευκαταφρόνητο ποσοστό εκφράζει έλλειψη εμπιστοσύνης σε γιατρούς και λοιπό υγειονομικό προσωπικό.
- iii. Γενικά οι Ευρωπαίοι πολίτες ανησυχούν σε ποσοστό 50% πως είναι πιθανό στην πατρίδα τους να συμβεί ένα περιστατικό μη αρμόζον κατά τη φροντίδα υγείας.
- iv. Ένα ποσοστό 40% ανησυχεί ότι θα εμπλακεί σε ένα περιστατικό ιατρικού σφάλματος.

2.6.2. Εξωνοσοκομειακά ανεπιθύμητα συμβάντα

Τα ανεπιθύμητα συμβάντα έχουν κατά κύριο λόγο μελετηθεί εντός των πλαισίων των νοσοκομειακών δομών⁸. Τα περιστατικά όμως αυτά καταλαμβάνουν ευρύτερο πεδίο και φαίνεται πως μπορούν να συμβούν σε όλες τις δομές παροχής υπηρεσιών υγείας. Μάλιστα αναφέρεται⁸ πως η πλειονότητα των υπηρεσιών φροντίδας υγείας προσφέρονται εκτός νοσοκομείων σε ασθενείς, και αφορούν στην παροχή υπηρεσιών σε διάφορα επίπεδα και πεδία, από όλους τους παρόχους υπηρεσιών υγείας (ιατρούς, νοσηλευτές, φαρμακοποιούς). Η μη ύπαρξη τρόπων και μέσων παρακολούθησης και καταγραφής των συμβάντων αυτών αποτελεί πρόβλημα και έχει ως αποτέλεσμα να μην υπάρχει δυνατότητα να μελετηθούν, με επακόλουθο να αυξάνονται εκθετικά⁸. Το 2013 σε μελέτη του Ευρωβαρόμετρου στην οποία συμμετείχαν 28 κράτη μέλη και είχε ως αντικείμενο την ασφάλεια των ασθενών και την ποιότητα στην παροχή υπηρεσιών υγείας⁸, ποσοστό 53% επί των 27.000 ερωτηθέντων ανέφερε ότι υπέστη κάποια βλάβη εντός των νοσοκομειακών δομών, ενώ ποσοστό 50% υπέστη βλάβη κατά την εξωνοσοκομειακή φροντίδα. Επίσης, σύμφωνα με τη Sharpe⁸, συγγράμματα τα οποία αναφέρονται στο φαινόμενο των ιατρικών σφαλμάτων συνήθως δεν περιλαμβάνουν

αιτιολογικούς παράγοντες όπως έλλειψη καθαρού ύδατος ή ανενεργό ιατρικό εξοπλισμό, υποστελέχωση των υπηρεσιών και υπερπληρότητα των κλινών, παράγοντες οι οποίοι, κατά τη συγγραφέα, «συνδράμουν στην ανισότητα όσον αφορά την ποιότητα παροχής υπηρεσιών υγείας τόσο σε Εθνικό όσο και σε Διεθνές επίπεδο». Σύμφωνα με άλλη μελέτη¹⁸ ποσοστό 5% μη νοσηλευόμενων ασθενών έχει υποστεί τις συνέπειες μιας «ανεπιθύμητης αντίδρασης φαρμάκου» (Adverse drug reaction, ADR)¹⁸. Επίσης σύμφωνα με την ίδια μελέτη, τα ανεπιθύμητα συμβάντα που σχετίζονται με φαρμακευτική θεραπεία εκτός νοσοκομείου, και εφαρμόζεται σε ηλικιωμένα άτομα θα μπορούσαν να είχαν αποτραπεί σε ποσοστό 95%.¹⁸

2.6.3. Λόγοι για τους οποίους τα ανεπιθύμητα συμβάντα εντός ή εκτός νοσοκομείου θεωρούνται ζητήματα Δημόσιας Υγείας

Υπάρχουν στατιστικές οι οποίες αναφέρονται στη συχνότητα εμφάνισης των ανεπιθύμητων συμβάντων αλλά και στον κοινωνικό αντίκτυπο που αυτά έχουν, τόσο στο επίπεδο των δυσμενών τους αποτελεσμάτων (θάνατοι, ανικανότητα κ.α.) όσο και στα υψηλά ποσοστά των ανθρώπων οι οποίοι εμφανίζονται να ανησυχούν ότι πρόκειται να υποστούν ένα ανεπιθύμητο συμβάν με τις επιβλαβείς του συνέπειες. Το γεγονός ότι τμήμα των Ευρωπαίων πολιτών «αναμένει» ότι κάποιο δυσμενές συμβάν θα συμβεί και στους ίδιους¹⁶ ίσως να σημαίνει πως οι πολίτες αυτοί έχουν απολέσει την εμπιστοσύνη τους στην αποτελεσματικότητα του Συστήματος Υγείας.

Γενικά, το γεγονός της ύπαρξης αυξημένων ποσοστών εμφάνισης δυσμενών συμβάντων οδηγεί στην έκφραση της ανάγκης να τεθεί ως προεξάρχον ζήτημα η ασφάλεια των ασθενών⁷. Την ανάγκη αυτή έχει διακηρύξει ήδη από το 2002 ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας υπογραμμίζοντας την ανάγκη να λογίζεται το ζήτημα της ασφάλειας των ασθενών ως «η θεμελιώδης αρχή όλων των Συστημάτων Υγείας»⁷. Ομοίως το Συμβούλιο της Ευρώπης το 2006 χαρακτήρισε το ζήτημα της ασφάλειας των ασθενών ως «ακρογωνιαίο λίθο για την προαγωγή της ποιότητας στην παροχή υπηρεσιών υγείας»⁷. Αρκετοί Διεθνείς Οργανισμοί ευαισθητοποιήθηκαν με έναυσμα τη δημοσιότητα που έλαβαν κάποια ανεπιθύμητα συμβάντα τα οποία απασχόλησαν την κοινή γνώμη, με αποτέλεσμα να επικεντρώσουν την προσοχή τους στο ζήτημα της ασφάλειας των ασθενών. Τέτοιοι Οργανισμοί σύμφωνα με τους Shah et al.¹⁸ είναι:

- i. Joint Commission (USA, global).
- ii. Agency for Healthcare research and Quality. (USA).
- iii. National Patient Safety Agency. (UK).
- iv. Canadian Patient Safety Institute. (Canada).

- v. Australian Commission on Safety and Quality in Healthcare. (Australia).
- vi. Η Ομοσπονδιακή Κυβέρνηση των ΗΠΑ υποσχέθηκε να δαπανήσει ποσό ύψους 50.000.000 Αμερικανικών Δολαρίων ανά έτος στην έρευνα για την ασφάλεια των ασθενών. (2001).
- vii. Πολλοί Οργανισμοί οι οποίοι παρέχουν υπηρεσίες Υγείας μαζί με χιλιάδες επαγγελματίες υγείας επιβεβαίωσαν τη συμμετοχή τους στις ενέργειες για την ασφάλεια των ασθενών.

Η ελάττωση των ποσοστών που αντιστοιχούν στα ιατρικά σφάλματα, κατ' απαίτηση της κοινωνίας⁷ είναι απαραίτητη και πρέπει να ληφθεί μέριμνα προς αυτή την κατεύθυνση. Πρέπει να γίνει αναζήτηση των τρόπων και των μέτρων πρόληψης και να εφαρμοστούν εφόσον κριθούν επαρκή.

2.6.4. Προκλήσεις και εμπόδια στον τομέα της Έρευνας για την ασφάλεια των ασθενών

Παρά το ότι, σύμφωνα με μελετητές¹⁸, δεν αμφισβητείται το γεγονός ότι το ζήτημα της ασφάλειας των ασθενών είναι εξέχουσας σημασίας, η έρευνα στον τομέα αυτό έρχεται αντιμέτωπη με ορισμένες προκλήσεις, όπως η αμφισημία σχετικά με το εάν ένα γεγονός αποτελεί αποφεύξιμο δυσμενές συμβάν (ιατρικό σφάλμα δηλαδή) ή αν εντάσσεται στις καταγεγραμμένες επιπλοκές. Οι συγγραφείς¹⁸ φέρνουν ως παράδειγμα την περίπτωση της πρόκλησης πνευμοθώρακα κατά τη διαδικασία τοποθέτησης κεντρικής φλεβικής γραμμής, και βάσει του συγκεκριμένου παραδείγματος τίθεται το ερώτημα εάν πρόκειται για κακό χειρισμό ή απλό ανεπιθύμητο συμβάν. Το γεγονός ότι αυτή η αμφισημία είναι υπαρκτή οδηγεί σε διάφορες αντιξοότητες σχετικά με τον υπολογισμό των ποσοστών¹⁸. Η απουσία συστημάτων παρακολούθησης και καταγραφής αποτελεί μια ακόμη πρόκληση για την έρευνα¹⁸. Ο τρόπος καταγραφής επί του παρόντος βασίζεται στην ιδιωτική πρωτοβουλία και πολλοί επαγγελματίες είναι απέναντι στη μέθοδο αυτή δυσμενώς διακείμενοι. Πιθανά αίτια γι' αυτή την προκατάληψη είναι ο φόβος της εμπλοκής σε δικαστικές διαμάχες, για καταβολή αποζημίωσης ή ο φόβος για επαγγελματικό εκμηδενισμό⁷. Ταυτόχρονα, για τους ίδιους λόγους αμφισβητείται ακόμα και το γεγονός ότι το ιατρικό σφάλμα είναι ένα φαινόμενο που έχει λάβει μεγάλες διαστάσεις¹⁸. Η διεξαγωγή Τυχαίοποιημένης Ελεγχόμενης Δοκιμασίας, ερευνητική μέθοδος η οποία θεωρείται από τις πιο έγκυρες, δεν είναι κατά τους συγγραφείς¹⁸ ηθικά ορθή. Ο λόγος είναι ότι μπορεί κατά τη διαδικασία να προκληθεί περισσότερη βλάβη παρά όφελος για τους ασθενείς. Οι μελέτες σχεδιασμού ποιοτικής αναβάθμισης απαιτούν εξειδικευμένους ερευνητές οι οποίοι είναι

επί του παρόντος ελάχιστοι¹⁸. Τέλος η έλλειψη κονδυλίων για τις ανάγκες της έρευνας που αντιμετωπίζουν τα ερευνητικά ιδρύματα αποτελεί ανασταλτικό παράγοντα για την πορεία της έρευνας. Η υπάρχουσα χρηματοδότηση διατίθεται μάλλον για τη διεξαγωγή νέων ερευνών παρά για τη θεμελίωση των ήδη υπαρχόντων¹⁸.

2.6.5. Προτεινόμενες μεταρρυθμίσεις

Σύμφωνα με τους ειδικούς⁷ απαιτούνται θεμελιώδεις μεταρρυθμίσεις για την εγκατάλειψη της αντίληψης του ιατρού ως αλάθητου επαγγελματία και την αποδοχή μιας νέας κουλτούρας με επίκεντρο την ασφάλεια των ασθενών. Σύμφωνα με τον Guillod (2013)⁷ κάποια προτεινόμενα μέτρα μπορεί να είναι τα ακόλουθα:

- i. Καθορισμός νέου τρόπου για την εκπαίδευση τόσο των ιατρών όσο και των λοιπών επαγγελματιών υγείας, σε θέματα που αφορούν επικοινωνιακές δεξιότητες και διαχείρισης ζητημάτων κλινικού κινδύνου.
- ii. Εγκατάσταση συστημάτων καταγραφής δυσμενών συμβάντων.
- iii. Βελτίωση των υπαρχόντων πρωτοκόλλων.
- iv. Προαγωγή της κοινοποίησης των σφαλμάτων στους ασθενείς και τις οικογένειές των, αναδομώντας κλίμα εμπιστοσύνης και διαφάνειας.
- v. Εγκατάλειψη του υπάρχοντος συστήματος αστικής αποζημίωσης που βασίζεται σε ατομική ευθύνη και υιοθέτηση ενός σχεδίου αποζημίωσης ανεξάρτητου από την ύπαρξη υπαιτιότητας ώστε ο γιατρός να κοινοποιεί τα συμβάντα χωρίς δισταγμό, έχοντας το φόβο να εναχθεί από τον ασθενή ή τους συγγενείς.
- vi. Κατάργηση της ποινικής δίωξης των επαγγελματιών υγείας σε περίπτωση που ο ασθενής υποστεί ανυπαίτια βλάβη κατά τη διαδικασία της θεραπείας.

3. Το ιατρικό σφάλμα στην Ελλάδα

Τα ανεπιθύμητα συμβάντα, αποφεύξιμα και μη, αποτελούν φαινόμενο που επηρεάζει και την Ελλάδα^{4,19} και έχει ως συνέπεια οι Έλληνες να είναι διακείμενοι δυσμενώς προς το φαινόμενο. Το ίδιο προκύπτει εάν μελετηθούν τα αποτελέσματα της έρευνας του Ευρωβαρόμετρου¹⁶ σύμφωνα με την οποία το 13% των Ελλήνων έχει υποστεί τις βλαπτικές συνέπειες ενός ιατρικού σφάλματος εντός νοσοκομείου και το 9% έχει υποστεί βλάβη που οφείλεται σε σφάλμα σχετικό με συνταγογράφηση φαρμάκων. Οι Έλληνες «ανησυχούν» ότι μπορεί να υποστούν τις συνέπειες ενός ιατρικού σφάλματος σε ποσοστό 70%, και ακόμα υψηλότερο ποσοστό 86%, θεωρεί σοβαρό το ζήτημα των ιατρικών σφαλμάτων στην Ελλάδα.

Τα ιατρικά σφάλματα έχουν σημαντικό αντίκτυπο¹⁹ τόσο στο επίπεδο της ποιότητας στην παροχή υπηρεσιών Υγείας, κατά συνέπεια και στην ασφάλεια των ασθενών, όσο και σε σχέση με το ζήτημα της καταβολής αποζημιώσεων στους ασθενείς κατόπιν προσφυγής τους στα δικαστήρια. Στη συνέχεια παρουσιάζονται δημοσιευμένα στοιχεία από επιστημονικές έρευνες που παρουσιάζουν υποθέσεις που κρίθηκαν από τα Ελληνικά δικαστήρια ώστε να γίνει προσπάθεια εξαγωγής συμπερασμάτων σχετικά με τον τρόπο που αντιμετωπίζονται οι υπό κρίση υποθέσεις, τις ιατρικές ειδικότητες που εμπλέκονται συχνότερα, το ύψος των αποζημιώσεων που επιδικάστηκαν στην υπό έρευνα περίοδο.

3.1. Περιπτώσεις ιατρικού σφάλματος που κρίθηκαν από τα δικαστήρια

Ακολουθεί παράθεση μελετών σχετικά με περιστατικά ιατρικών σφαλμάτων που έχουν αχθεί προς κρίση στα Ποινικά, Διοικητικά και Πολιτικά δικαστήρια, και παρουσιάζονται ενδεικτικά τα αποτελέσματα των μελετών αυτών ώστε να δοθεί η διάσταση του προβλήματος στην Ελληνική πραγματικότητα.

3.1.1. Ευρήματα που αφορούν σε ποινικές δίκες

Πηγή για τα στατιστικά στοιχεία που ακολουθούν είναι έρευνα που διεξήχθη από τους νομικούς Τοπάλη και Χοβαρδά και δημοσιεύονται στον 1^ο τόμο του Ερευνητικού Δικτύου του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης με τίτλο «Η ιατρική Ευθύνη στην πράξη»²⁰. Η συλλογή των στοιχείων αυτών προκύπτει από δημοσιευμένες αποφάσεις σε νομικά περιοδικά και εκτείνεται χρονικά ανάμεσα στη δεκαετία 1998-2009, και μέσω αυτών συνάγονται συμπεράσματα για τις τάσεις της νομολογίας.

Ερευνήθηκαν 101 αποφάσεις δικαστηρίων διαφόρων βαθμίδων, και 25 εξ αυτών είναι βουλεύματα Δικαστικών Συμβουλίων σε 1^ο και 2^ο βαθμό με τα εξής ευρήματα:

Ιατρικές ειδικότητες: Θα αναφερθούν ενδεικτικά οι πρώτες 10 σε συχνότητα ειδικότητες.

- i. Μαιευτήρες- Γυναικολόγοι ήταν οι 21 στους 101 και για τους 13 υπήρξε δυσμενής κρίση.
- ii. Χειρουργοί ήταν οι 20 στους 101 και για τους 16 υπήρξε δυσμενής κρίση.
- iii. Αναισθησιολόγοι ήταν οι 12 στους 101 και για τους 10 υπήρξε δυσμενής κρίση.
- iv. Παθολόγοι ήταν οι 7 στους 101 και για τους 5 υπήρξε δυσμενής κρίση.
- v. Καρδιοχειρουργοί ήταν οι 6 στους 101 και για τους 5 υπήρξε δυσμενής κρίση.
- vi. Ορθοπαιδικοί ήταν οι 6 στους 101 και για τους 4 υπήρξε δυσμενής κρίση.
- vii. Παιδίατροι ήταν οι 5 στους 101 και για τους 4 υπήρξε δυσμενής κρίση.
- viii. Πλαστικοί Χειρουργοί ήταν οι 4 στους 101 και για τους 3 υπήρξε δυσμενής κρίση.
- ix. Χειρουργοί Ωτορινολαρυγγολόγοι ήταν οι 3 και για τους 2 υπήρξε δυσμενής κρίση.

Στην ίδια έρευνα²⁰ αναφέρεται πως στις περισσότερες από τις ερευνηθείσες περιπτώσεις το αδίκημα σε βάρος του ασθενούς για το οποίο κατηγορήθηκε ο ιατρός ήταν είτε ανθρωποκτονία εξ αμελείας, ή σωματική βλάβη εξ αμελείας. Παρατηρείται επίσης ότι στις περισσότερες περιπτώσεις η δικαστική κρίση για τους κατηγορούμενους ήταν δυσμενής, δηλαδή ο ιατρός καταδικάστηκε από το δικαστήριο για την τέλεση των αδικημάτων για τα οποία είχε κατηγορηθεί.

3.1.2. Στατιστικά ευρήματα που αφορούν σε υποθέσεις Αστικής Ευθύνης του Δημοσίου από την παροχή Υπηρεσιών Υγείας

Πρόκειται για υποθέσεις που έχουν εκδικασθεί από τα Διοικητικά Δικαστήρια. Σε αυτές τις δίκες ο παθών ασθενής ή οι κληρονόμοι του ασκούν αγωγή κατά του Δημοσίου και απαιτούν χρηματικές αποζημιώσεις για βλάβες που υπέστησαν εξαιτίας ιατρικού σφάλματος για το οποίο ευθύνεται ένα όργανο του Δημοσίου νοσηλευτικού ιδρύματος, το οποίο (όργανο) τελεί σε υπαλληλική σχέση με το νοσοκομείο²⁰.

Τα ευρήματα που παρουσιάζονται προέρχονται από δύο ερευνητικές εργασίες. Η πρώτη²⁰ έγινε από τους νομικούς Κόκοτα και Κυβέλο, και εστιάζει κυρίως σε κρίσεις του Συμβουλίου της Επικρατείας σχετικά με αιτήσεις ακυρώσεως αποφάσεων για αποζημιώσεις του Δημοσίου σε ιδιώτες που προκύπτουν από ιατρικό σφάλμα και έγιναν κατά τα έτη 1998-2008. Οι αποφάσεις αυτές δημοσιεύθηκαν σε νομικά περιοδικά και στη βάση δεδομένων «ΝΟΜΟΣ». Επίσης στοιχεία συλλέχθηκαν από τους ερευνητές και από το Δικηγορικό Σύλλογο Αθηνών. Η δεύτερη έρευνα^{4,21} έγινε από τους Βοζίκη και Ρήγα και μελετά υποθέσεις αποζημιώσεων που επιδικάσθηκαν κατά τα έτη 2003-2007. Η έρευνα αυτή εστιάζει στα οικονομικά στοιχεία που προκύπτουν από 31 τελεσίδικες αποφάσεις Διοικητικών Δικαστηρίων οι οποίες προσφέρουν πληροφορίες σχετικά με το ύψος των αποζημιώσεων, τις συνήθως εμπλεκόμενες ιατρικές ειδικότητες και άλλα χρήσιμα στοιχεία.

Στην πρώτη έρευνα²⁰ εξετάστηκαν 20 υποθέσεις εκ των οποίων προκύπτουν τα εξής:

- i. Δικαιούχοι της αποζημίωσης ήταν μόνο το οικογενειακό περιβάλλον του παθόντα στις 9 περιπτώσεις. Μόνο ο ίδιος ο παθών ήταν στις 9 επίσης περιπτώσεις, ενώ σε 1 περίπτωση δικαιούχοι ήταν και η παθούσα και η οικογένειά της. Σε 1 περίπτωση έγινε παραπομπή της δίκης στο Εφετείο προς διευκρίνιση των πραγματικών περιστατικών
- ii. Από τις 20 εν συνόλω περιπτώσεις, αποζημίωση επιδικάστηκε στις 18. Σε 2 εξ αυτών έγινε εν μέρει δεκτό το αίτημα για αποζημίωση, σχετικά με το ύψος αυτής διότι:
 - (α) Στη μία περίπτωση οι δαπάνες δεν αποδείχθηκε ότι είχαν καταβληθεί από την παθούσα.
 - (β) Στην άλλη περίπτωση οι αιτούμενες δαπάνες είχαν ήδη καταβληθεί από το ασφαλιστικό ταμείο της παθούσης.

- iii. Σε 1 εκ των 20 περιπτώσεων απορρίφθηκε η αγωγή για αποζημίωση που έγινε από την οικογένεια του παθόντα διότι δε διαπιστώθηκε καμία παρανομία εκ μέρους του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου.
- iv. Σε αυτή την έρευνα δεν περιλαμβάνονται μόνο υποθέσεις που αφορούν σε ιατρούς, αλλά και σε σφάλματα άλλων επαγγελματιών ΝΠΔΔ, όπως το ΕΚΑΒ, ή άλλες κατηγορίες οργάνων, όπως: Νοσηλευτές, τεχνικοί και διοικητικοί Υπάλληλοι.
- v. Το ύψος των αποζημιώσεων που κατέβαλλε το Ελληνικό Δημόσιο σε αποζημιώσεις σύμφωνα με τη συγκεκριμένη έρευνα ανέρχεται σε ποσό που αγγίζει σχεδόν τα 2.000.000 ευρώ. Οι αποζημιώσεις που επιδικάστηκαν στους δικαιούχους πριν την αλλαγή του νομίσματος ανήλθαν περίπου στο ποσόν των 440.000.000 δραχμών. Διευκρινίζεται ότι τα ποσά που αναφέρονται προέκυψαν από πρόσθεση των ποσών που αναφέρουν οι ερευνητές ότι επιδικάστηκαν κατά δικαιούχο και αναφέρονται κατά προσέγγιση.

Μια παρατήρηση που θα μπορούσε να γίνει είναι ότι και σε αυτή την περίπτωση οι αποφάσεις που δικαιώνουν τους παθόντες ή τις οικογένειές τους είναι σαφώς περισσότερες, για την ακρίβεια μόνο μία είναι αρνητική προς τους ενάγοντες.

Στη δεύτερη έρευνα^{4,21} τα οικονομικά στοιχεία προκύπτουν από επιδίκαση αποζημιώσεων άλλης βαθμίδας Δικαστηρίων και σαφώς δεν πρέπει να ιδωθεί αθροιστικά σε σχέση με την προηγούμενη. Από αυτή την έρευνα είναι πολύ ενδιαφέρουσες οι πληροφορίες σχετικά με τις αυξητικές τάσεις που παρουσιάζουν οι αγωγές των πολιτών κατά Δημοσίων Νοσοκομείων εντός του μελετώμενου διαστήματος και οι ειδικότητες που εμπλέκονται σε σφάλματα συχνότερα, τα ποσοστά των οποίων παρουσιάζουν ομοιότητες με εκείνες των ποινικών δικαστηρίων που ήδη αναφέρθηκαν. Αναλυτικότερα:

Σύμφωνα με τα στοιχεία που έχουν αναλύσει οι ερευνητές, οι ειδικότητες «υψηλού κινδύνου» είναι όλες οι χειρουργικές ειδικότητες και οι αναισθησιολόγοι. Χαρακτηρίζονται με αυτό τον τρόπο από τις ασφαλιστικές εταιρίες διότι σε γιατρούς αυτών των ειδικοτήτων επιδικάζονται τα υψηλότερα ποσά αποζημίωσης^{4,21}. Σε ποσοστά επί τοις εκατό οι συχνότερα εμπλεκόμενες ιατρικές ειδικότητες στο δείγμα που ερευνήθηκε είναι οι:

- i. Χειρουργοί σε ποσοστό 33% (10 στις 31 περιπτώσεις)
- ii. Αναισθησιολόγοι σε ποσοστό 13% (4 στις 31 περιπτώσεις)
- iii. Ειδικευόμενοι ψ-ιατροί σε ποσοστό 13% (4 στις 31 περιπτώσεις)

- iv. Ορθοπαιδικοί σε ποσοστό 10% (3 στις 31 περιπτώσεις)
- v. Γαστρεντερολόγοι σε ποσοστό 6% (2 στις 31 περιπτώσεις)
- vi. Καρδιολόγοι σε ποσοστό 6% (2 στις 31 περιπτώσεις)
- vii. Οφθαλμίατροι σε ποσοστό 3% (2 στις 31 περιπτώσεις)
- viii. Σε ποσοστό 13% (5 στις 31 περιπτώσεις) εμπλέκονται άλλες ειδικότητες οι οποίες δεν αναφέρονται

Το σύνολο των χρηματικών αποζημιώσεων που επιδικάστηκαν από τα Δικαστήρια στους δικαιούχους κατά το διάστημα αυτό ανέρχεται συνολικά στο ποσό των 14.357.022 ευρώ.

Οι επιπτώσεις στους παθόντες από τα σφάλματα που οδηγήθηκαν στα δικαστήρια προς κρίση είναι:

- i. Στο 36% των περιπτώσεων ήταν ο θάνατος του ασθενούς
- ii. Στο 29% των περιπτώσεων ήταν προσωρινή βλάβη για την αποκατάσταση της οποίας κρίθηκε απαραίτητη η ιατρική παρέμβαση

Οι ερευνητές παρατηρούν επίσης πως η μέση αποζημίωση σύμφωνα με τα ευρήματα της μελέτης τους, που αφορά σε θανατηφόρα συμβάντα είναι χαμηλότερη σε σχέση με τη μέση αποζημίωση για μόνιμη βαρύτερη σωματική βλάβη^{4,21}.

Αξίζει να σημειωθεί ότι όπως καταγράφεται στην ίδια έρευνα από το έτος 2003 έως το έτος 2007 παρατηρούνται «έντονα αυξητικές τάσεις» στην κατ' έτος αποζημίωση. Το υψηλότερο ποσόν αθροιστικά επιδικάστηκε το 2006 (3.841.719 ευρώ) από το Διοικητικό Πρωτοδικείο^{4,21}, χωρίς να αναφέρεται το είδος του σφάλματος ή της βλάβης που προκλήθηκε από αυτό.

3.1.3. Υποθέσεις που κρίθηκαν από τα Πολιτικά δικαστήρια.

Έρευνες και στατιστικά στοιχεία

Πιο κάτω παρατίθενται στοιχεία που αφορούν σε αποφάσεις πολιτικών δικαστηρίων, και στις πληροφορίες που αυτές παρέχουν σχετικά με την κρίση υποθέσεων ιατρικού σφάλματος. Στα πολιτικά δικαστήρια καταφεύγει ο παθών (ο ασθενής ή οι αντ' αυτού δικαιούχοι) ώστε να ζητήσει την επιδίκαση σε αυτόν ενός χρηματικού ποσού, ώστε να αποζημιωθεί για τη βλάβη υλική ή ηθική που υπέστη εξαιτίας σφάλματος ενός ιδιώτη ιατρού.

Για τους σκοπούς της μελέτης των στατιστικών στοιχείων που προσφέρουν οι αποφάσεις των Πολιτικών δικαστηρίων θα μελετηθούν δύο ερευνητικές εργασίες. Η πρώτη²⁰ αφορά στην έρευνα της νομικού Ζαρκινού που διεξήχθη υπό την αιγίδα του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης. Τα δεδομένα της έρευνας είναι τα ακόλουθα:

Μελετήθηκαν 38 αποφάσεις Πολιτικών δικαστηρίων διαφόρων βαθμών (Αρείου Πάγου, Εφετείου και Πρωτοδικείου) κατά τη χρονική περίοδο 1998-2009. Από τη μελέτη τους προκύπτει ότι²⁰:

- I. Επειδή οι προς κρίση υποθέσεις της συγκεκριμένης χρονικής περιόδου υπερβαίνουν κατά πολύ αριθμητικά όσες είχαν εκδοθεί τα προηγούμενα έτη προκύπτει το συμπέρασμα ότι οι υποθέσεις που άγονται προς κρίση στα πολιτικά δικαστήρια παρουσιάζουν αυξανόμενη συχνότητα.
- II. Από τις 38 αγωγές που κρίθηκαν από τα δικαστήρια οι 36 αφορούν σε ιατρικό σφάλμα ενώ μόνο οι 2 αφορούν σε παράβαση εκ μέρους του γιατρού της κατά νόμο υποχρέωσής του για ενημέρωση του ασθενούς²⁰.
- III. Οι συχνότερα εμπλεκόμενες ειδικότητες σε σύνολο 38 αποφάσεων είναι:
 - i. Μαιευτήρες-Γυναικολόγοι σε 8 αποφάσεις
 - ii. Καρδιοχειρουργοί σε 6 αποφάσεις
 - iii. Χειρουργοί σε 6 αποφάσεις
 - iv. Πλαστικοί χειρουργοί σε 2 αποφάσεις
 - v. Αναισθησιολόγοι σε 2 αποφάσεις
 - vi. Οι ειδικότητες αυτές χαρακτηρίζονται και σε αυτή την έρευνα ως «υψηλού κινδύνου»²⁰ και αυτό οφείλεται αφενός στον αυξημένο βαθμό επικινδυνότητας των ιατρικών πράξεων και αφετέρου στη βαρύτητα των συνεπειών που επέρχονται στον παθόντα σε περίπτωση που συμβεί σφάλμα.
- IV. Στις 21 περιπτώσεις οι αγωγές κατά των ιατρών ή των κλινικών γίνονται δεκτές ενώ οι δέκα απορρίπτονται. Όσον αφορά τις υπόλοιπες, πιθανόν δεν αναφέρονται διότι δεν υφίσταται ασφαλής γνώση του διατακτικού τους²⁰.

- V. Το υψηλότερο ποσό που επιδικάστηκε στο υπό μελέτη χρονικό διάστημα είναι ύψους 1.910.000 ευρώ το 2007 (επικυρωτική απόφαση του Εφετείου από τον Άρειο Πάγο) στους συγγενείς θανούσης νεαρής γυναίκας από ρήξη τραχείας από σφάλμα Αναισθησιολόγων.
- VI. Δεν μπορεί να υπάρξει συσχετισμός ανάμεσα στο ύψος των επιδικαζόμενων ποσών και στην ύπαρξη ασφάλισης αστικής ευθύνης του γιατρού διότι δεν τεκμηριώνεται ύπαρξη ασφάλισης με βεβαιότητα παρά μόνο για τις 7 εκ των αποφάσεων που μελετήθηκαν²⁰.

Η δεύτερη ερευνητική εργασία που μελετάται για τις ανάγκες της διερεύνησης των υποθέσεων που άγονται στα πολιτικά δικαστήρια προς κρίση έγινε από τους M Riga et al. (2014) και δημοσιεύεται στο περιοδικό "Open journal of Applied sciencies"²². Αφορά σε οικονομική ανάλυση στοιχείων που προκύπτουν από αποφάσεις Πολιτικών δικαστηρίων κατά την περίοδο 2000-2009 και μελετήθηκαν 128 περιπτώσεις αποφάσεων. Τα ευρήματα της συγκεκριμένης έρευνας ήταν τα ακόλουθα:

1. Οι ειδικότητες των Γενικών χειρουργών, των Μαιευτήρων-Γυναικολόγων, των Αναισθησιολόγων και Νευροχειρουργών έχουν μεγαλύτερη εμπλοκή σε ιατρικά σφάλματα.
2. Τα μεγαλύτερα ποσά που επιδικάστηκαν για το συγκεκριμένο χρονικό διάστημα αφορούσαν σε βλάβες που ανήκουν στην κατηγορία G και στην κατηγορία I δηλαδή, για περιπτώσεις θανάτου του ασθενή και για μόνιμη βλάβη στην υγεία του ασθενή. Αξιοσημείωτο είναι πως επιδικάστηκαν από τα δικαστήρια μικρότερες αποζημιώσεις για σφάλμα της κατηγορίας H (απαιτείται παρέμβαση για να κρατηθεί ο ασθενής στη ζωή), το οποίο είναι μεγαλύτερης βαρύτητας, παρά για σφάλμα της κατηγορίας F (προσωρινή βλάβη στον ασθενή η οποία απαιτεί βραχυχρόνια ή μακροχρόνια νοσηλεία), το οποίο είναι μικρότερης βαρύτητας²².
3. Η μέση αποζημίωση για την ειδικότητα των Μαιευτήρων – Γυναικολόγων ανέρχεται σε 612,561 ευρώ ενώ κατά σειρά ύψους μέσης αποζημίωσης ακολουθούν Νευροχειρουργοί, Μικροβιολόγοι, Γενικοί χειρουργοί και Αναισθησιολόγοι.

4. Σύμφωνα με την έρευνα²² τα ποσά που επιδικάζονται για ιατρικά σφάλματα από τα Πολιτικά δικαστήρια είναι ανησυχητικά υψηλά. Αλλά η συχνότητα και το ύψος των αποζημιώσεων έχουν ραγδαία αύξηση τα τελευταία έτη.

3.1.4. Παρατηρήσεις

Μελετώντας τα στοιχεία που αντλήθηκαν από τις έρευνες σχετικά με την Ελληνική πραγματικότητα σχετικά με το ιατρικό σφάλμα, θα μπορούσαν να γίνουν οι εξής παρατηρήσεις:

1. Οι περισσότερες αποφάσεις των δικαστηρίων ανεξαρτήτως αρμοδιότητας είναι καταδικαστικές προς τους γιατρούς.
2. Οι ειδικότητες που συχνότερα άγονται στα δικαστήρια είναι χειρουργικές ειδικότητες και αναισθησιολόγοι, αλλά κυρίως η ειδικότητα των Μαιευτήρων – Γυναικολόγων. Το γεγονός αυτό αιτιολογείται από τον υψηλό βαθμό επικινδυνότητας της άσκησης της ιατρικής πρακτικής από τις συγκεκριμένες ειδικότητες.
3. Η συχνότητα που άγονται στα δικαστήρια υποθέσεις ιατρικού σφάλματος είναι αυξανόμενη ανά τα έτη.
4. Τα χρηματικά ποσά που δαπανώνται για αποζημιώσεις ασθενών εξ αιτίας ιατρικών σφαλμάτων παρουσιάζουν βαθμιαία αύξηση σε σχέση με παλαιότερα έτη.
5. Οι βλάβες για τις οποίες συχνότερα δικάζονται οι γιατροί είναι ανθρωποκτονία εξ αμελείας και πρόκληση βαριάς σωματικής βλάβης.

Παρατηρείται επίσης ότι, όπως διαπιστώνουν και οι έρευνες^{19,20,21,22} στην Ελλάδα είναι πολύ δύσκολο να εντοπιστούν και να καταμετρηθούν περιστατικά ιατρικού σφάλματος διότι προς το παρόν δεν υπάρχει κανένα επίσημο σύστημα καταγραφής και επεξεργασίας των στοιχείων περιστατικών τέτοιων, τα οποία θα μπορούσαν να προσφέρουν χρήσιμο υλικό τόσο για λόγους τήρησης στατιστικών στοιχείων, όσο και για εκπαιδευτικούς λόγους.

3.2. Πιθανά και συχνότερα αίτια των Ιατρικών σφαλμάτων

Από τα στατιστικά στοιχεία που παρουσιάστηκαν από την Ελλάδα και το εξωτερικό, προκύπτει πως τα ανεπιθύμητα συμβάντα και τα ιατρικά σφάλματα παρουσιάζουν υψηλά και αυξανόμενα

ποσοστά. Μελέτες²³ από διάφορες χώρες καταδεικνύουν ότι ο μέσος όρος της επίπτωσης των ανεπιθύμητων συμβάντων εντός νοσοκομείων ανέρχεται σε ποσοστό 9,2%, ενώ το ποσοστό των θανατηφόρων ανεπιθύμητων συμβάντων είναι 7,2%. Οι επιπτώσεις των ιατρικών σφαλμάτων είναι δυσμενείς όχι μόνο σε ανθρώπινο επίπεδο λόγω της ύπαρξης απώλειας της ανθρώπινης ζωής και σωματικής βλάβης των ασθενών, αλλά και σε οικονομικό επίπεδο, διότι υπάρχει απώλεια εισοδήματος και πρόσθετες υγειονομικές δαπάνες²³. Συνέπεια όλων αυτών των γεγονότων είναι να τίθεται υπό δοκιμασία το αίσθημα ασφάλειας των ασθενών²⁴.

Ο προβληματισμός σχετικά με τους βαθύτερους αιτιολογικούς παράγοντες διαπιστώνεται σε αρκετές ερευνητικές μελέτες στις οποίες οι ερευνητές καταλήγουν στο συμπέρασμα^{4,12,19} ότι είναι ορθότερο να θεωρηθεί πως τα αίτια της αύξησης των ποσοστών των ιατρικών σφαλμάτων βρίσκονται σε παράγοντες συστημικούς και εκεί θα πρέπει να αναζητηθούν³.

Η ατομική προσέγγιση των σφαλμάτων¹¹, δηλαδή η χαμηλής ποιότητας παροχή υπηρεσιών Υγείας από το άτομο, ενέχει συνήθως τον κίνδυνο της αντιμετώπισης του συγκεκριμένου επαγγελματία με πειθαρχικά μέτρα, τα οποία θέτουν στο στόχαστρο τη συγκεκριμένη ατομική συμπεριφορά. Εντούτοις, αυτόματα, με την αυστηρή, κατηγορητική⁴ αντιμετώπιση προς τον επαγγελματία που έσφαλλε, διαφεύγουν της προσοχής οι πραγματικοί αιτιολογικοί παράγοντες οι οποίοι ίσως βρίσκονται μακριά από την ατομική αυτή προσέγγιση.

Τα συνηθέστερα αίτια των ιατρικών σφαλμάτων τα οποία γίνονται εμφανή στο χώρο της φροντίδας Υγείας σύμφωνα με τη βιβλιογραφία είναι τα ακόλουθα:

- I. Ποσοτική και ποιοτική υποστελέχωση¹⁹
- II. Μη ασφαλείς συνθήκες εργασίας¹⁹
- III. Βεβαρημένη κατάσταση της υγείας των ασθενών¹⁹
- IV. Έντονος φόρτος εργασίας^{1,19,24,27} σε συνδυασμό με πίεση χρόνου²¹
- V. Η Επαγγελματική εξουθένωση^{1,19,26} (burnout). Σύνδρομο που εμφανίζεται συχνά ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας και γίνεται εμφανές μέσω τριών χαρακτηριστικών σημείων: Τη συναισθηματική εξάντληση, την αποπροσωποποίηση ή τον κυνισμό και την αίσθηση αναποτελεσματικότητας μέσω της έλλειψης προσωπικών επιτευγμάτων²⁶
- VI. Πολυπλοκότητα των συστημάτων Υγείας^{4,21,23,24}. Τα συστήματα Υγείας είναι μεταξύ άλλων πολύπλοκα διότι²³:

- i. Στο χώρο της φροντίδας Υγείας εμπλέκονται περίπλοκες διαδικασίες και παράγοντες όπως τεχνολογικός εξοπλισμός.
 - ii. Οι παράγοντες αυτοί είναι αλληλοσυνδεόμενοι και αλληλοεξαρτώμενοι. Εάν συμβεί σφάλμα σε κάποιον από αυτούς επηρεάζονται και οι υπόλοιποι με απρόβλεπτες συνέπειες. Το πρόβλημα αυτό επιτείνεται όσο απομακρύνεται η πηγή του σφάλματος από τους παράγοντες στους οποίους ασκεί επιρροή.
 - iii. Οι παράγοντες αυτοί είναι στενότερα συνδεδεμένοι με αποτέλεσμα την ταχεία μετάδοση των συνεπειών του σφάλματος.
 - iv. Τα Συστήματα Υγείας είναι σχεδιασμένα από ανθρώπους και διευθύνονται από αυτούς. Είναι, επομένως, ανθρωπίνως αδύνατη η πρόβλεψη κάθε πιθανής συνέπειας τυχόν αποφάσεων ή ενεργειών εντός του συστήματος.
- VII. Υπερεκτίμηση εκ μέρους των ίδιων των ιατρών των δυνατοτήτων τους σε συνθήκες κόπωσης και άγχους^{24,25}
- VIII. Μειωμένη απόδοση στην εργασία εξ αιτίας παραγόντων όπως: Έλλειψη ύπνου, η οποία προκαλεί σε συνδυασμό με συνθήκες ψυχικής πίεσης και φόρτου εργασίας φαινόμενα διάσπασης της προσοχής, παράγοντες οι οποίοι οδηγούν σε αυξημένη πιθανότητα εμφάνισης σφάλματος διότι ακόμα και η εκτέλεση πολύ οικείων διεργασιών από το άτομο²⁴ καθίσταται δύσκολη υπό αυτές τις συνθήκες
- IX. Θορυβώδες περιβάλλον στο χώρο εργασίας^{21,24} , ακατάλληλος φωτισμός και ζέστη είναι παράγοντες ικανοί να αποσπάσουν την προσοχή του ιατρού από το έργο του
- X. Δυσλειτουργίες στον τρόπο επικοινωνίας^{1,24,25,26,27}. Ύπαρξη πολύ μικρού ή πολύ μεγάλου όγκου πληροφοριών
- XI. Αποτυχία στη συνεννόηση μεταξύ των εμπλεκόμενων σε μια κατάσταση υψηλού κινδύνου^{21,21}. Συμβαίνει, επί παραδείγματι, όταν οι ασθενείς κατά τη λήψη του ιστορικού δεν έκαναν γνωστή κάποια αλλεργία σε φαρμακευτική ουσία
- XII. Ελλιπής μεταφορά πληροφοριών^{1,21,24}. Έλλειψη πληροφόρησης για παρενέργειες που παρουσιάστηκαν πρόσφατα σε κάποια φαρμακευτική αγωγή
- XIII. Αποτυχίες της ιεραρχίας^{4,24}
- XIV. Έλλειψη κατάλληλων ετικετών στα φαρμακευτικά σκευάσματα²¹

Τα σφάλματα είναι ένα «παρα- προϊόν»²⁴ που οι ιατροί που προσφέρουν το μέγιστο των δυνατοτήτων τους δεν μπορούν να το αποφύγουν μέσα σε ένα σύστημα που επιτρέπει την ύπαρξη σφαλμάτων^{24,28}. Ο τομέας των υπηρεσιών υγείας δεν θεωρείται ασφαλής εκατό τοις

εκατό, αλλά έχει υψηλή διακινδύνευση απλώς και μόνο γιατί βασίζεται σε ανθρώπους για να λειτουργήσει²⁴.

3.3. Η συστημική προσέγγιση των ιατρικών σφαλμάτων

Ανακεφαλαιώνοντας, τα συστήματα Υγείας θεωρούνται οργανισμοί ευάλωτοι στα σφάλματα εξαιτίας κυρίως της πολυπλοκότητας που τα χαρακτηρίζει, και του γεγονότος ότι μέσα σε αυτά εκτελούνται διεργασίες υψηλής διακινδύνευσης²³. Η ύπαρξη του ανθρώπινου παράγοντα δεν επιτρέπει τον αποκλεισμό της γέννησης σφαλμάτων στο σύστημα. Αντιθέτως, η δόμηση ενός συστήματος Υγείας εύρωστου²³, το οποίο βρίσκεται σε πλήρη ετοιμότητα, με τη βεβαιότητα ότι θα συμβεί το σφάλμα, μπορεί να οδηγήσει στην κατάσταση όπου η ύπαρξη σφάλματος δε θα συνεπάγεται απαραίτητα την ύπαρξη βλάβης στον ασθενή²³. Για την επίτευξη του στόχου της αναβάθμισης της ποιότητας στις υπηρεσίες Υγείας απαιτείται ελάττωση του ποσοστού των βλαβών στους ασθενείς που προκαλούνται από ιατρικά σφάλματα. Άρα θα πρέπει να διαχωριστεί η έννοια του σφάλματος από αυτήν της βλάβης⁴, αφού άλλωστε τα σφάλματα δεν οδηγούν πάντα σε βλάβη. Η μελέτη τους λοιπόν πρέπει να γίνει χωριστά ώστε να διαπιστωθούν οι συστημικοί παράγοντες που αποτέλεσαν τη βαθύτερη αιτιολογία του σφάλματος.

Η ύπαρξη πολλαπλών αιτιολογικών παραγόντων^{11,24,28} καθιστούν την ίδια τη συστημική προσέγγιση πολύπλοκη. Σε ένα σύστημα υγείας, σύμφωνα με τον Reason²⁸ απαντώνται διάφορες μορφές «εμποδίων» τα οποία βρίσκονται ανάμεσα στον ιατρό και τον ασθενή με σκοπό να δημιουργήσουν τείχη άμυνας κατά του ιατρικού σφάλματος και έχουν τη μορφή κανόνων ασφαλείας, πρωτοκόλλων ή διαδικασιών ελέγχου της διοίκησης. Όσο πιο περίπλοκες είναι οι διαδικασίες αυτές, τόσο πιθανότερο είναι να συμβεί ευθυγράμμιση των κενών, των παθογενειών που υπάρχουν σε αυτά τα εμπόδια, και δια μέσου αυτών να προκύψει επικίνδυνο συμβάν (hazard) και να προκαλέσει ανθρώπινες απώλειες (human losses)²⁸. Σε αυτή τη διαδικασία συμβάλλει καθοριστικά και ο παράγοντας τύχη και το φαινόμενο αυτό της αιτιολογίας των ατυχημάτων στο χώρο της υγείας ονομάστηκε από το δημιουργό του, τον Reason^{28,29} “Swiss cheese model”. Το μοντέλο αυτό στρέφει την προσοχή στο σύστημα υγείας εξαιρώντας την αντίθεσή του προς τον ατομικό παράγοντα, και στον

παράγοντα τύχη δημιουργώντας αντίθεση προς την ηθελημένη πράξη για την εμφάνιση ιατρικών σφαλμάτων²⁹. Η μελέτη δομών υψηλού κινδύνου²⁸ κατέδειξε την ύπαρξη μιας κατάστασης που χαρακτηρίζει συστήματα υγείας και καλείται «Σύνδρομο» Ευάλωτου Συστήματος (Vulnerable System Syndrome)²⁸ στο οποίο υπάρχουν τα εξής χαρακτηριστικά γνωρίσματα: Ατομική ενοχοποίηση, άρνηση της ύπαρξης συστημικών παραγόντων γενεσιουργών αιτίων για τα σφάλματα, και κοντόφθαλμη προσκόλληση στους οικονομικούς δείκτες και δείκτες παραγωγικότητας.

Σε ένα σύστημα υγείας παρουσιάζονται δύο ειδών σφάλματα που αφορούν στο συστημικό επίπεδο. Τα ενεργά και τα λανθάνοντα^{11,24}. Τα ενεργά είναι όσα συνήθως γίνονται ορατά, και στοχοποιείται ένας συγκεκριμένος επαγγελματίας ως υπεύθυνος για κάποια εσφαλμένη πράξη ή κάποια παράλειψη. Τα λανθάνοντα σφάλματα^{11,24} δε γίνονται άμεσα αντιληπτά, και είναι συνήθως αδυναμίες του συστήματος σε επίπεδο διαδικασιών διοικητικής ή οργανωτικής φύσεως ή ειδικών πρωτοκόλλων. Σφάλματα σε αυτό το επίπεδο μπορούν να γίνουν υπό ορισμένες συνθήκες που επηρεάζουν το άτομο (κόπωση, έλλειψη ύπνου και φόρτος εργασίας), το οποίο άτομο είναι απλώς ο «φορέας» της ευθύνης, ο πράττων το σφάλμα. Τότε ενεργοποιείται συνήθως μια τιμωρητική προς το άτομο διαδικασία, η οποία λειτουργεί ονειδιστικά²⁸ προς τον επαγγελματία ο οποίος καλείται για επανεκπαίδευση. Η διαδικασία αυτή έχει ως αποτέλεσμα να παραμένουν άλυτα τα πραγματικά προβλήματα που ίσως υπάρχουν. Η διοίκηση του Οργανισμού πρέπει να λάβει τις σωστές αποφάσεις για την αναζήτηση των γενεσιουργών αιτίων των σφαλμάτων²⁸. Για αυτό το λόγο τα άτομα που ασκούν τη διοίκηση πρέπει να έχουν την ετοιμότητα και τη γνώση ώστε να αναγνωρίσουν πως συνήθως, τα σφάλματα είναι συστημικά και να προβούν σε καθολικές μεταρρυθμίσεις. Τα αποτελέσματα αυτών των μεταρρυθμίσεων, εκτός των βελτιώσεων που θα επιφέρουν όσον αφορά στα ιατρικά σφάλματα, είναι ικανές να επιφέρουν και τη βελτίωση των οικονομικών δεικτών, και δεικτών παραγωγικότητας²⁸. Στόχος όλων αυτών των ενεργειών πρέπει να είναι η ελάττωση της ταλαιπωρίας των ασθενών⁴.

Ιδιαίτερη, πάντως, προσοχή απαιτείται όσον αφορά στην υπερβολική προσήλωση στη συστημική προσέγγιση¹² διότι ελλοχεύει ο κίνδυνος της στροφής της προσοχής μακριά από τα ατομικά σφάλματα. Η απομάκρυνση αυτή μπορεί να συνεπάγεται την αποφυγή των ευθυνών και των ηθικών υποχρεώσεων για ένα δυσμενές συμβάν, που έχει ο επαγγελματίας που το έπραξε. Είναι αναγκαία η διατήρηση της ατομικής ευθύνης, και όχι η αποφυγή της, όπου

υπάρχει¹¹, ώστε να θεμελιωθεί η αλληλεπίδραση του επαγγελματία με τις δομές του συστήματος τεχνολογικές ή διοικητικές. Συνεπώς, πρέπει να αποφεύγονται οι γενικεύσεις που υπαγορεύουν την ολική διάζευξη των συστηματικών από τα ατομικά σφάλματα¹¹. Σύμφωνα με τον Reason²⁸ «το καλύτερο σύστημα είναι εκείνο που αναμένει ότι κάθε μέρα θα συμβεί το μεγαλύτερο σφάλμα. Οι καλύτεροι άνθρωποι υποπίπτουν στα χειρότερα σφάλματα».

4. Η ιατρική ευθύνη σύμφωνα με το Ελληνικό Δίκαιο

Στο παρόν κεφάλαιο θα εξετασθεί η αντιμετώπιση της ιατρικής αμέλειας από το Ελληνικό Δίκαιο. Θα ακολουθήσει ανάλυση της θεμελίωσης της ποινικής και αστικής ευθύνης του ιατρού, καθώς και ανάλυση της αστικής ευθύνης του Ελληνικού Δημοσίου έναντι των παθόντων από ιατρική αμέλεια των οργάνων του.

4.1. Η ποινική ευθύνη του ιατρού

Το ζήτημα του καταλογισμού της ποινικής ευθύνης του ιατρού είτε για ανθρωποκτονία, είτε για σωματική βλάβη από αμέλεια, αδικήματα που κατά κύριο λόγο εξετάζονται²⁰, απασχολεί με αυξανόμενο ρυθμό τα δικαστήρια. Η διαδικασία που απαιτείται ώστε ο ιατρός να διωχθεί ποινικά συνήθως έχει ως αφετηρία την έγκληση εκ μέρους του ασθενούς ή των συγγενών του². Εντούτοις ιδίως σε περιπτώσεις ανθρωποκτονίας ο Εισαγγελέας υποχρεούται αυτεπάγγελτα να εξετάσει την υπόθεση. Το ίδιο όμως συμβαίνει και στις περιπτώσεις πρόκλησης σωματικής βλάβης από τον ιατρό, διότι σύμφωνα με τον Ποινικό Κώδικα άρθρο 315 παράγραφος 1, επειδή πρόκειται για πράξη που τελέσθηκε από πρόσωπο που έχει ιδιαίτερη υποχρέωση λόγω του επαγγέλματός του στην καταβολή ιδιαίτερης προσοχής και επιμέλειας, μπορεί να διωχθεί ανέγκλητα^{2,20}.

Για την κατάφαση της αντικειμενικής υπόστασης των αδικημάτων αυτών σύμφωνα με την Χοβαρδά^{2,20} απαιτούνται οι ακόλουθες προϋποθέσεις:

- i. Η ύπαρξη εξωτερικής αμέλειας που προέρχεται από κάποια πράξη ή παράλειψη
- ii. Το αξιόποιο αποτέλεσμα
- iii. Ο αιτιώδης σύνδεσμος μεταξύ των δύο προηγούμενων προϋποθέσεων

4.1.1. Ποινική ευθύνη του ιατρού που προέρχεται από πράξη

4.1.1.1. Αντικειμενική υπόσταση

Απαραίτητη προϋπόθεση για την κατάφαση της αντικειμενικής υπόστασης τέτοιου αδικήματος είναι μια πράξη, ανθρωποκτονία ή σωματική βλάβη από τον ιατρό, από την οποία προήλθε βλάβη στον ασθενή, και μάλιστα, η πράξη αυτή του ιατρού να τελεί σε σχέση αιτίου και αιτιατού με τη βλάβη του ασθενή. Σύμφωνα με την καθηγήτρια του Ποινικού Δικαίου Ε. Συμεωνίδου-Καστανίδου² είναι αναγκαίο για τη θεμελίωση της ευθύνης του ιατρού να αποδεικνύεται ότι η συγκεκριμένη πράξη ήταν η γενεσιουργός της βλάβης. Η νομολογία δεν έχει αποδεχθεί τη σύνδεση της αμέλειας με το πιθανό σφάλμα², και ορίζει απαραίτητη προϋπόθεση για να πληρωθεί η αντικειμενική υπόσταση του αδικήματος την επέλευση του βλαπτικού αποτελέσματος. Πάντως, σύμφωνα πάλι με τη νομολογία, αδίκημα θεμελιώνεται όχι μόνο στην περίπτωση που η ιατρική πράξη από μόνη της, έχει προκαλέσει βλάβη στον ασθενή αλλά ακόμα και όταν η πράξη έχει συμβάλλει ουσιωδώς στην ανθρωποκτονία ή τη σωματική βλάβη, περίπτωση η οποία εξετάζεται σε αρκετές περιπτώσεις όπου κρίνονται πράξεις ή παραλείψεις περισσότερων του ενός προσώπων².

Το γεγονός ότι το ιατρικό επάγγελμα ενέχει πράξεις υψηλής διακινδύνευσης είναι ένα στοιχείο το οποίο συμβάλλει σε μη κατάφαση ποινικής ευθύνης σε ορισμένες περιπτώσεις. Δηλαδή, μια πράξη που αρχικώς θεωρήθηκε άδικη, τελικώς να δικαιολογηθεί και να μην τιμωρηθεί^{2,20}. Η «επιτρεπόμενη κινδυνώδης δράση» αποτελεί κατά το Ποινικό Δίκαιο λόγο άρσης του αδίκου χαρακτήρα της πράξης. Αυτό συμβαίνει γιατί από την άσκηση της ιατρικής επιστήμης η οποία ενέχει κινδυνώδεις ενέργειες η κοινωνία προσδοκά περισσότερα οφέλη από τους πιθανούς κινδύνους που έχει² και, μολονότι μπορεί να έχει προσβληθεί ένα έννομο αγαθό του ασθενούς (αρχικά άδικη πράξη), η άσκησή της θεωρείται αναγκαία (λόγος άρσης του αδίκου)², χωρίς να είναι υποχρεωτικό να επέλθει θεραπεία. Για να αρθεί ο άδικος χαρακτήρας της πράξης του ιατρού και να απαλλαγεί από την ευθύνη πρέπει να συντρέχουν οι ακόλουθες προϋποθέσεις. (Συμεωνίδου-Καστανίδου)²:

- i. Η μέθοδος που επιλέγεται για την αντιμετώπιση του προβλήματος που αντιμετωπίζει ο ασθενής να είναι αναγνωρισμένοι από την ιατρική επιστήμη. Σύμφωνα και με τον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας^{30,31} (άρθρα: 2, 8.5, 3.3, 3.4, 13, 24.4, 28.12) η μέθοδος πρέπει να αποσκοπεί στη βελτίωση της υγείας του ασθενούς και απαγορεύει τη χρήση αγωγής που δεν αποβαίνει προς το συμφέρον του ασθενούς, παράλειψη της χρήσης μεθόδων με μη

επαρκή επιστημονική τεκμηρίωση, διαγνωστικές ή θεραπευτικές μέθοδοι θεωρούνται πειραματικές αν δεν εφαρμόζονται από τη διεθνή επιστημονική κοινότητα και η εφαρμογή τους επιτρέπεται μόνο κατόπιν έγκρισης από το Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας. Όσον αφορά την αντιμετώπιση των ψυχικά ασθενών, η εφαρμογή επεμβάσεων «*ιδιαίτερα παρεμβατικών ή μη αναστρέψιμων*»² επιτρέπεται αφού προηγηθεί η απαραίτητη επιστημονική τεκμηρίωση.

- ii. Σύμφωνα με το άρθρο 11 του Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας^{30,31} για την ενημερωμένη συναίνεση του ασθενούς, ο ιατρός οφείλει να παράσχει κάθε πληροφορία στον ασθενή σχετικά με τους κινδύνους της συγκεκριμένης ιατρικής πράξης, των εναλλακτικών μεθόδων, και τους λόγους για τους οποίους ο ιατρός θεωρεί προτιμότερη τη συγκεκριμένη μέθοδο². Η ενημέρωση αυτή πρέπει να γίνει με τρόπο τέτοιο ώστε ο ασθενής να είναι βέβαιο ότι έχει κατανοήσει το περιεχόμενο αυτής της ενημέρωσης, ακόμα και αν ο ασθενής δεν είναι σε θέση (λόγω ανηλικότητας ή έλλειψης καταλογισμού), και να δώσει τη συναίνεσή του. Σε αυτές τις περιπτώσεις οι κατά νόμο αρμόδιοι να συναινέσουν είναι οι γονείς ή ο δικαστικός συμπαραστάτης. Ακόμα και στις ιδιαίτερες περιπτώσεις που η ενδελεχής ενημέρωση θα οδηγούσε τον ασθενή σε ψυχική κατάρρευση² ο ιατρός οφείλει να προβεί σε γενική ενημέρωση.
- iii. Παροχή της συναίνεσης από τον ασθενή για τη συγκεκριμένη ιατρική πράξη (άρθρο 12 του Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας³¹). Η συναίνεση είναι ελεύθερα ανακλητή από τον ασθενή και αυτό μπορεί να συμβεί έως και την τελευταία στιγμή προ της ιατρικής πράξης. Πρέπει να περιλαμβάνει επακριβώς το περιεχόμενό της και να μην γίνονται αποκλίσεις από αυτήν παρά μόνο μικρής σημασίας, με το πρόσχημα της «εικαζόμενης συναίνεσης»².
- iv. Η *lege artis* εφαρμογή της ιατρικής πράξης, αν και ο ορισμός αυτός δεν είναι απόλυτο για το πώς πραγματώνεται στην ιατρική πρακτική. Σύμφωνα με τον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας^{31,2} μόνο η παραβίαση των «ισχυόντων γενικά παραδεκτών κανόνων» ελέγχεται. Δεν είναι κρίσιμο το γεγονός αν ο ιατρός ήταν απόλυτα εξειδικευμένος, εάν δεν έκανε τίποτα λιγότερο από έναν απόλυτα εξειδικευμένο ιατρό, αντίθετα, δεν δικαιολογείται η ιατρική πράξη εάν δεν τηρήθηκαν οι κανόνες της επιμέλειας από αυτόν επειδή δεν είχε τις ανάλογες γνώσεις, με αποτέλεσμα να θέσει σε κίνδυνο τη ζωή και τη σωματική ακεραιότητα του ασθενούς².

Για το δικαστή που επιλαμβάνεται της κρίσης της ιατρικής ευθύνης η απόδειξη των προϋποθέσεων αυτών δεν είναι εύκολη, γιατί δεν διαθέτει τις απαιτούμενες εξειδικευμένες

γνώσεις. Γι' αυτό τον λόγο το δικαστήριο καταφεύγει στη βοήθεια άλλων ιατρών ως πραγματογνωμόνων, οι οποίοι αξιολογούν τη συγκεκριμένη ιατρική πράξη όχι σύμφωνα με τις γνώσεις και τις τεχνικές² που θεωρούνται ενδεδειγμένες κατά το χρόνο που διεξάγεται η δίκη, αλλά κατά το χρόνο που έγινε η υπό κρίση ιατρική πράξη. Σύμφωνα με τη Συμεωνίδου-Καστανίδου, η αποδεικτική διαδικασία καθίσταται δυσχερής με τις πραγματογνωμοσύνες γιατί είτε είναι μεταξύ τους αντιφατικές, είτε είναι τόσο ασαφείς ώστε να μην είναι καθόλου χρήσιμες προς τη δικαστική κρίση. Σε αυτή την περίπτωση ο δικαστής μπορεί να μην τις λάβει υπόψη του, αλλά η δικαιολόγηση αυτής της κρίσης είναι ιδιαιτέρως δύσκολη.

Η πραγματοποίηση ή όχι της ενημέρωσης του ασθενούς αποτελεί άλλη μια δύσκολη ως προς την απόδειξή της διαδικασία. Ο λόγος που αυτό συμβαίνει, είναι ότι συνήθως αυτή γίνεται προφορικά κατά κανόνα, συνεπώς η τεκμηρίωση της ορθής πραγματοποίησής της δεν είναι κάποιες φορές εφικτή².

4.1.1.2. Υποκειμενική υπόσταση

Σύμφωνα με το άρθρο 28 του Ποινικού Κώδικα (*«Αμέλεια: Από αμέλεια πράττει όποιος από έλλειψη προσοχής την οποία όφειλε κατά τις περιστάσεις και μπορούσε να καταβάλει είτε δεν πρόβλεψε το αξιόποιο αποτέλεσμα που προκάλεσε η πράξη του, είτε το προέβλεψε ως δυνατό, πίστεψε όμως ότι δεν θα επερχόταν»*)³² θα πρέπει αυτοτελώς^{2,20} να ελέγχεται από το δικαστήριο η αμελής συμπεριφορά του ιατρού. Το είδος της αμέλειας προσδιορίζεται ως εξής:

- i. Ενσυνείδητη αμέλεια πρώτου βαθμού. (Ο ιατρός γνώριζε ως ενδεχόμενο το αποτέλεσμα της σωματικής βλάβης και αδιαφόρησε)²
- ii. Ενσυνείδητη αμέλεια δευτέρου βαθμού. (Ο ιατρός γνώριζε ως πιθανό το αποτέλεσμα και προσπάθησε ανεπιτυχώς να το αποφύγει)²
- iii. Ασυνείδητη αμέλεια. (Δε γνώριζε καθόλου την πιθανότητα να επέλθει το αποτέλεσμα)²

Ο προσδιορισμός του είδους της αμελείας είναι απαραίτητος τόσο για την προσμέτρηση της ποινής, όσο και για τον έλεγχο της χρήσης ορθής ή μη διάταξης του Ποινικού Κώδικα για τη λήψη της απόφασης²⁰.

Για την κατάφαση της υποκειμενικής ευθύνης πρέπει να αποδειχθεί πως ο ιατρός δεν επέδειξε την προσοχή που όφειλε και μπορούσε να επιδείξει. Δηλαδή θα πρέπει να υπάρχει δυνατότητα με βάση τις αντικειμενικές συνθήκες, να μπορεί να πράξει ο ιατρός όσα σύμφωνα με τις προσωπικές του δυνατότητες οφείλει².

4.1.2. Ποινική ευθύνη του ιατρού που προέρχεται από παράλειψη

Σύμφωνα με το άρθρο 15 του Ποινικού Κώδικα³² («Έγκλημα που τελείται με παράλειψη: Όπου ο νόμος για την ύπαρξη αξιόποινης πράξης απαιτεί να έχει επέλθει ορισμένο αποτέλεσμα, η μη αποτροπή του τιμωρείται όπως η πρόκλησή του με ενέργεια, αν ο υπαίτιος της παράλειψης είχε ιδιαίτερη νομική υποχρέωση να παρεμποδίσει την επέλευση του αποτελέσματος»). Τα εγκλήματα της σωματικής βλάβης και της ανθρωποκτονίας θεωρούνται εγκλήματα αποτελέσματος και για αυτό το λόγο μπορούν, όπως υπαγορεύει ο κανόνας δικαίου να τελεστούν και διά παραλείψεως². Σύμφωνα με τη Συμεωνίδου-Καστανίδου² για να θεμελιωθεί η ευθύνη του ιατρού διά παραλείψεως πρέπει να πληρούνται οι ακόλουθοι όροι και να αναφέρονται στην απόφαση του δικαστηρίου:

- i. Η συγκεκριμένη οφειλόμενη εκ μέρους του ιατρού ενέργεια
- ii. Ο χρόνος κατά τον οποίο όφειλε να την πραγματοποιήσει
- iii. Ο αιτιώδης σύνδεσμος μεταξύ της παράλειψης του ιατρού και της προκληθείσας σωματικής βλάβης ή ανθρωποκτονίας

Η αιτιώδης συνάφεια αποδεικνύεται σύμφωνα με τη νομολογία², όταν θεωρείται σχεδόν βέβαιο πως εάν ο ιατρός είχε ενεργήσει, θα είχε αποτραπεί το βλαπτικό αποτέλεσμα, ή έστω, θα είχε ανακοπεί η πορεία της εξέλιξης της βλάβης έστω και για μικρό χρονικό διάστημα²⁰.

Σύμφωνα με τον κανόνα Δικαίου, εκτός των άλλων προϋποθέσεων, για να θεμελιωθεί έγκλημα δια παραλείψεως, πρέπει να υπάρχει ιδιαίτερη νομική υποχρέωση για την τέλεση της πράξης, η οποία προκύπτει από το νόμο, από σύμβαση ή εξαιτίας προηγούμενης πράξης που προκάλεσε τον κίνδυνο². Ο νόμος από τον οποίον ερείδεται η ιδιαίτερη νομική υποχρέωση του ιατρού είναι ο κώδικας ιατρικής δεοντολογίας, ο οποίος σε διάφορα άρθρα του υπαγορεύει την υποχρέωση τέλεσης συγκεκριμένων πράξεων.

Η ευθύνη του ιατρού μπορεί πάντως για ηθικούς λόγους να περιοριστεί². Σύμφωνα με τον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας^{2,31} στο άρθρο 3.5, ο ιατρός για λόγους συνείδησης μπορεί να αρνηθεί τη συμμετοχή του σε αμφισβητούμενες ιατρικές επεμβάσεις εκτός από τις καταστάσεις επείγοντος. Ενδεικτικά επίσης αναφέρονται περιπτώσεις ιατρικών πράξεων τις οποίες ο ιατρός μπορεί να αρνηθεί να ενεργήσει, όπως εκείνες που σχετίζονται με την υποβοηθούμενη αναπαραγωγή ή τη διακοπή της κύησης (άρθρα 30.5 και 31). Μπορεί επίσης να αρνηθεί την πραγματοποίηση μιας επέμβασης εάν έχει αντικειμενικό κώλυμα προς αυτό, ή στερείται της απαιτούμενης επιστημονικής επάρκειας (άρθρο 9.2). Εάν κρίνει ο ιατρός ότι πρέπει να διακόψει την παροχή υπηρεσιών για προσωπικούς ή επιστημονικούς λόγους, μπορεί να το πράξει, εάν δεν

τίθεται σε κίνδυνο η ζωή ή η υγεία του ασθενούς, μπορεί μάλιστα εάν του ζητηθεί να συστήσει κάποιον συνάδελφό του ώστε να τον αναπληρώσει.

Ιδιαίτερη νομική υποχρέωση επίσης έχει ο ιατρός απέναντι στον ασθενή του από τη σύμβαση που συνάπτεται μεταξύ τους, η οποία συνήθως είναι άτυπη², αρκεί να προκύπτουν σαφώς από αυτήν οι υποχρεώσεις του ιατρού.

Ιδιαίτερη νομική υποχρέωση από προηγούμενη δική του πράξη έχει ο ιατρός όταν η αστάθεια στην κατάσταση της υγείας του ασθενούς προκλήθηκε από επικίνδυνη δική του εσφαλμένη παρέμβαση, οπότε, σε αυτή την περίπτωση υποχρεούται να τη διορθώσει².

4.1.3. Ευθύνη του ιατρού στα επείγοντα περιστατικά

Σύμφωνα με τον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας³¹ στο άρθρο 9 παράγραφος 3 αναφέρεται πως ο ιατρός οφείλει να παράσχει τη βοήθειά του σε περίπτωση επείγοντος περιστατικού ανεξάρτητα από την ειδικότητά του^{2,20}. Ο νόμος προβλέπει την επιβολή της υποχρέωσης αυτής στον ιατρό ώστε να διαφυλαχθούν τα έννομα αγαθά της ζωής και της υγείας του ασθενούς, ανακόπτοντας την πορεία του βλαπτικού παράγοντα ωσότου αναλάβει ο ειδικός ιατρός. Στην περίπτωση που ο ιατρός δεν πράξει την υποχρέωση αυτή που του θέτει ο νόμος και επέλθει το βλαπτικό αποτέλεσμα θα ευθύνεται ανάλογα με το έννομο αγαθό που υπέστη βλάβη.

4.1.4. Σύγκρουση καθηκόντων στην παροχή ιατρικής φροντίδας

Πρόκειται για μια κατάσταση κατά την οποία ο ιατρός καλείται να αντιμετωπίσει πάνω από ένα επείγοντα περιστατικά (τροχαίο ατύχημα) και πρέπει να επιλέξει ποιο θα αντιμετωπίσει πρώτο^{2,20}. Σε αυτή την περίπτωση, σύμφωνα με τα οριζόμενα και στον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας στο άρθρο 15, η αντιμετώπισή τους θα πρέπει να γίνει σύμφωνα με το έννομο αγαθό το οποίο διακυβεύεται, με τη συνείδησή του και το σεβασμό της ανθρώπινης ζωής και αξιοπρέπειας.

4.1.5. Ευθύνη των ειδικευόμενων ιατρών

Το καθεστώς εκπαίδευσης υπό το οποίο βρίσκεται ο ειδικευόμενος ιατρός, δεν επιτρέπει ίσως την αντιμετώπιση εξειδικευμένων περιστατικών της συγκεκριμένης ειδικότητας. Για αυτό το λόγο ο ειδικευόμενος τιμωρείται συνήθως² στις περιπτώσεις όπου παρέλειψε να ειδοποιήσει τον ειδικευμένο ιατρό, εξετάζοντας εάν με τις γνώσεις που διέθετε, όφειλε και μπορούσε να διαγνώσει την κρισιμότητα της κατάστασης και να προβεί στην κλήση εμπειρότερου ιατρού. Άλλη περίπτωση κατά τη νομολογία που τιμωρείται ο ειδικευόμενος είναι όταν δεν δύναται να

παράσχει ούτε τη βασική² ιατρική φροντίδα. Σε κάθε περίπτωση πάντως ο ειδικευμένος ιατρός υπό την επίβλεψη του οποίου βρίσκεται ο ειδικευόμενος δεν απαλλάσσεται της ευθύνης του, η οποία αξιολογείται αυτοτελώς².

4.2. Η Αστική ευθύνη του ιατρού

Με τον όρο «αστική ευθύνη του ιατρού» σύμφωνα με τη Ζαρκινού²⁰ περιγράφεται η υποχρέωση του ιατρού προς καταβολή αποζημίωσης, για ζημίες που προκάλεσε στον ασθενή ή σε τρίτα πρόσωπα, (συγγενείς) κατά την άσκηση των καθηκόντων του και της επαγγελματικής του δραστηριότητας.

Σύμφωνα με τον καθηγητή Σταθόπουλο³³ προϋπόθεση για τη γέννηση της υποχρέωσης για αποζημίωση είναι η ύπαρξη ενός ζημιογόνου γεγονότος και η νομοθετική πρόβλεψη που υπάρχει για να θεμελιωθεί (νόμιμος λόγος ευθύνης)³³, χωρίς αυτές οι δύο προϋποθέσεις να είναι από μόνες τους αρκετές. Για να οφείλει να επανορθώσει όποιος προκάλεσε ζημία, πρέπει μεταξύ της ζημίας και του νόμιμου λόγου ευθύνης να υπάρχει αιτιώδης συνάφεια. Σκοπός, δε, της ευθύνης του ζημιώσαντα για αποζημίωση είναι η προστασία από το Δίκαιο του ατόμου που ζημιώθηκε³³ μέσω της παροχής σε αυτόν ενός αντισταθμίσιμου προς εξισορρόπηση της ζημίας, δηλαδή με την προσφορά κάποιας υλικής ικανοποίησης για την υλική και ηθική ζημία που υπέστη. Άρα σκοπός δεν είναι η τιμωρία του ζημιώσαντα, όπως ισχύει για την ποινική ευθύνη, αλλά η προστασία του ζημιωθέντα³³.

Όπως έχει ήδη αναφερθεί, γενεσιουργός της αστικής ευθύνης του ιατρού αποτελεί η εσφαλμένη ιατρική πράξη η οποία είχε βλαπτικό αποτέλεσμα στον ασθενή προσβάλλοντας τα έννομα αγαθά της ζωής και της υγείας του. Η εσφαλμένη αυτή ιατρική πράξη πρέπει να συνδέεται αιτιωδώς με το βλαπτικό για τον ασθενή αποτέλεσμα ώστε να θεμελιωθεί ευθύνη του ιατρού^{2,20}. Επομένως οι αγωγές προς αποζημίωση κατά των ιατρών αφορούν παράνομες και υπαίτιες πράξεις ή παραλείψεις τους. Οι αγωγές αυτές στρέφονται είτε κατά του ιατρού ατομικά, ή και κατά του ιδιωτικού θεραπευτηρίου στο οποίο παρέχει τις υπηρεσίες του².

Κατά το Αστικό Δίκαιο η υποχρέωση του ιατρού προς αποζημίωση απορρέει είτε από ενδοσυμβατική ευθύνη, είτε από εξωσυμβατική ή αδικοπρακτική ευθύνη ή σε περιπτώσεις που και τα δύο είδη ευθύνης συρρέουν².

4.2.1. Ενδοσυμβατική ευθύνη του ιατρού

Η ευθύνη του ιατρού από σύμβαση συνίσταται στην αθέτηση της συμφωνίας που είχε συνάψει με τον ασθενή ή της πλημμελούς εκπλήρωσής της³³, όπως προκύπτει από τα άρθρα 648, 652 και 676 του Αστικού Κώδικα². Οι συμβάσεις αυτές δημιουργούνται ώστε ο ένας συμβαλλόμενος, να παρέχει στον άλλον υπηρεσίες για ένα συγκεκριμένο χρονικό διάστημα. Δηλαδή, ο ιατρός είναι υποχρεωμένος προς παροχή των υπηρεσιών του σύμφωνα με το περιεχόμενο της, συνήθως άτυπης σύμβασης, στον ασθενή. Η διαδικασία αυτή δεν περιλαμβάνει κάποιον τύπο, αλλά γίνεται με επίσκεψη του ασθενούς στο γραφείο του ιατρού και συμφωνείται και από τις δύο πλευρές η παροχή κάποιας ιατρικής υπηρεσίας από τον ιατρό. Η υποχρέωση, μεταξύ άλλων², προς αποζημίωση γεννάται σε περίπτωση που οι όροι της σύμβασης αυτής δεν εκπληρωθούν καθόλου ή εκπληρωθούν ατελώς³⁴. Η πλειονότητα των δικαστικών αποφάσεων² που έκριναν τέτοιες υποθέσεις χαρακτήρισαν το είδος της σύμβασης ως σύμβαση ανεξάρτητης παροχής υπηρεσιών, και οι υπόλοιπες τη χαρακτήρισαν ως σύμβαση έργου.

4.2.2. Αδικοπρακτική ευθύνη του ιατρού

Για να θεμελιώνεται ευθύνη από αδικοπραξία απαιτούνται σύμφωνα με το ενοχικό δίκαιο³³, τα ακόλουθα στοιχεία ώστε να πληρωθεί το πραγματικό του κανόνα δικαίου, δηλαδή του άρθρου 914 του Αστικού Κώδικα³⁵ («Όποιος ζημιώσει άλλον παράνομα και υπαίτια έχει υποχρέωση να τον αποζημιώσει»):

- i. Ανθρώπινη ζημιογόνος ενέργεια
- ii. Το στοιχείο του παρανόμου
- iii. Ο ζημιώσας να έχει ικανότητα προς καταλογισμό
- iv. Υπαιτιότητα
- v. Ύπαρξη ζημιογόνου αποτελέσματος
- vi. Αιτιώδης σύνδεσμος μεταξύ της παράνομης και υπαίτιας πράξης ενός προσώπου που είναι ικανό προς καταλογισμό και του ζημιογόνου αποτελέσματος

Γενικά όσον αφορά στην ιατρική αστική ευθύνη^{2,20}:

Ανθρώπινη ζημιογόνος ενέργεια υφίσταται εξαιτίας πράξης ή παράλειψης του ιατρού, ο οποίος προσβάλλει θεμελιώδη δικαιώματα όπως προσβολή προσωπικότητας κατά το άρθρο 59 του Αστικού Κώδικα και έννομα συμφέροντα του ασθενούς² τα οποία πηγάζουν από κανόνες δικαίου.

Ο παράνομος χαρακτήρας του ιατρικού σφάλματος θεμελιώνεται στο γεγονός ότι παραβιάζονται θεμελιώδεις κανόνες και αρχές της ιατρικής επιστήμης και πείρας καθώς και κανόνες του γενικού καθήκοντος πρόνοιας οι οποίες επιβάλλουν στον ιατρό την εκπλήρωση των υποχρεώσεών του σύμφωνα με το πρότυπο του μέσου συνετού ιατρού της ειδικότητάς του. Παράνομη είναι μια ιατρική πράξη που, είτε είναι εσφαλμένη, είτε ο ιατρός την εφάρμοσε χωρίς να ενημερώσει προηγουμένως τον ασθενή και να λάβει τη συναίνεσή του². Τα πολιτικά δικαστήρια με τη νομολογία τους^{2,20} έκριναν ότι η παροχή υπηρεσιών από τον ιατρό εμπίπτει στο πεδίο του νόμου 2251/94 περί προστασίας καταναλωτών^{2,30}, γιατί ο ιατρός είναι επαγγελματίας που παρέχει ανεξάρτητα τις υπηρεσίες του και δεν λαμβάνει υποδείξεις προς αυτό από τον ασθενή, αλλά ο τρόπος που θα ενεργήσει έγκειται απόλυτα στην ευχέρειά του και στην επιστημονική του ελευθερία²⁰. Η ευθύνη του ιατρού είναι νόθος αντικειμενική^{2,33}, δηλαδή το βάρος απόδειξης αντιστρέφεται, και ο ασθενής που ζημιώθηκε οφείλει να αποδείξει την ύπαρξη της παροχής των ιατρικών υπηρεσιών, τη ζημία που υπέστη και τον μεταξύ τους αιτιώδη σύνδεσμο. Δεν υποχρεούται όμως να προσδιορίσει τη συγκεκριμένη πράξη ή παράλειψη που προκάλεσε τη ζημία και να την αποδείξει στο δικαστήριο, αλλά τη σύνδεση της ζημίας του με τον εν γένει δέοντα τρόπο που πρέπει να πραγματοποιείται η παροχή υπηρεσιών. Αντίθετα, ο ιατρός καλείται να αποδείξει ότι δεν έχει ενεργήσει τη συγκεκριμένη πράξη που προκάλεσε τη ζημία, ή ότι η συγκεκριμένη πράξη και η ζημία που έχει προκληθεί στον ασθενή δεν συνδέονται αιτιωδώς². Σύμφωνα δε με τη αρτιότερη τροποποίηση του νόμου 2251/94 με τον 3587/2007, («Ο παρέχων υπηρεσίες ευθύνεται για κάθε περιουσιακή ζημία ή ηθική βλάβη που προκάλεσε παράνομα και υπαίτια, με πράξη ή παράλειψή του, κατά την παροχή αυτών στον καταναλωτή. Ως παρέχων υπηρεσίες νοείται όποιος, στο πλαίσιο της άσκησης επαγγελματικής δραστηριότητας παρέχει υπηρεσία κατά τρόπο ανεξάρτητο») ο ιατρός καλείται να αποδείξει όχι μόνο την έλλειψη υπαιτιότητας όσον αφορά στη ζημία του ασθενούς αλλά και την έλλειψη του παράνομου χαρακτήρα της πράξης²⁰. Ο Άρειος Πάγος με νομολογία του σε κρίση ανάλογης υπόθεσης δημιουργεί τεκμήριο παρανομίας και υπαιτιότητας του παρέχοντος υπηρεσίες. Μπορεί επίσης να επικαλεστεί και κάποιο λόγο ο οποίος είτε αίρει, είτε περιορίζει την ευθύνη του. Επομένως, για τη θεμελίωση της ιατρικής αδικοπρακτικής ευθύνης προϋποτίθεται η ύπαρξη και παράνομης και υπαίτιας πράξης. Σύμφωνα με τη διπλή λειτουργία της αμέλειας^{2,20} η παρανομία και η υπαιτιότητα συντρέχουν ταυτόχρονα. Συνεπώς εάν γίνει παραβίαση, σύμφωνα με το διευρυμένο χαρακτήρα του παρανόμου, της γενικής υποχρέωσης πρόνοιας και ασφάλειας του μέσου συνετού ιατρού, όπως ήδη αναφέρθηκε, η πράξη του περιβάλλεται και από παράνομο και από υπαίτιο χαρακτήρα. Αμέλεια υπάρχει στην ιατρική πρακτική, όταν το ζημιογόνο αποτέλεσμα επέρχεται μετά από παράλειψη του υπαιτίου να

καταβάλλει την επιμέλεια του μέσου συνετού εκπροσώπου του επαγγελματικού του κύκλου, την οποία αν είχε καταβάλλει, το ζημιογόνο αποτέλεσμα θα είχε αποτραπεί. Όμως ο ιατρός είτε δεν προέβλεψε ως όφειλε το αποτέλεσμα, είτε το προέβλεψε αλλά ήλπιζε να το αποφύγει^{2,20}.

Σε ότι αφορά τον αιτιώδη σύνδεσμο μεταξύ του ιατρικού σφάλματος και της ζημίας του ασθενούς, ακολουθείται η θεωρία της πρόσφορης αιτιώδους συνάφειας². Τούτο σημαίνει πως, η παράνομη και υπαίτια πράξη του ζημιώσαντος βρίσκεται σε αιτιώδη συνάφεια με το ζημιογόνο αποτέλεσμα, αν ήταν ικανή να προκαλέσει ζημία κατά την κανονική και συνηθισμένη ροή των καταστάσεων.

4.2.3. Η συναίνεση του ασθενούς για την Ιατρική πράξη

Η έννοια της συναίνεσης του ασθενούς στην ιατρική πράξη αποτυπώνει την υποχρέωση του ιατρού προς παροχή κάθε πληροφορίας στον ασθενή που αφορά στη γενική κατάσταση της υγείας του και στην ενημέρωση σχετικά με μια ιατρική πράξη στην οποία πρόκειται να προβεί. Η υποχρέωση αυτή του ιατρού πηγάζει από την Ευρωπαϊκή Σύμβαση του Οβιέδο για τα ανθρώπινα δικαιώματα και τη βιοϊατρική (1997) όπως ενσωματώθηκε στην Ελληνική νομοθεσία (νόμος 2619/98) και υπερισχύει του κοινού Δικαίου². Επίσης, ο Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας στα άρθρα 11 και 12 ρύθμισε ζητήματα ενημέρωσης και συναίνεσης αντίστοιχα. Το δικαίωμα του ασθενούς σε βουλευτική αυτονομία, αυτοδιάθεση και ενημέρωση² που πραγματώνεται μέσα από την ενημερωμένη συναίνεση αποτυπώνεται επίσης στα άρθρα 5 παράγραφος 1, 2 παράγραφος 1 και 9 παράγραφος 1 του Ελληνικού Συντάγματος που κατοχυρώνει τα δικαιώματα στην ελεύθερη ανάπτυξη της προσωπικότητας, της ανθρώπινης αξίας ως υπέρτατου αγαθού και της προστασίας του ιδιωτικού βίου².

Τα στοιχεία της συναίνεσης σύμφωνα με την καθηγήτρια Αστικού Δικαίου Α. Φουντεδάκη² είναι νομικά σημαντικά, και υπάρχουν κάποιοι θεωρητικοί σχηματισμοί σχετικά με τη μη ύπαρξη της συναίνεσης. Σύμφωνα με μια θεωρία η μη ύπαρξη έγκυρης συναίνεσης για τη διενέργεια μιας ιατρικής πράξης σημαίνει ότι αντίκειται σε όλες τις διατάξεις νόμου που αναφέρθηκαν, και επιπρόσθετα αποτελεί και παραβίαση της σύμβασης που έχει συναφθεί μεταξύ ιατρού και ασθενή. Η ιατρική πράξη αυτή δηλαδή, είναι καταρχήν παράνομη και αυθαίρετη, και ο ιατρός εκτός από την ευθύνη από τη σύμβαση που φέρει, στερεί από τον ασθενή το δικαίωμα να

αποφασίσει ο ίδιος για την υγεία του γεγονός το οποίο σύμφωνα με το άρθρο 57 του Αστικού κώδικα³⁵ («Δικαίωμα στην προσωπικότητα: Όποιος προσβάλλεται παράνομα στην προσωπικότητά του έχει δικαίωμα να απαιτήσει να αρθεί η προσβολή και να μην επαναληφθεί στο μέλλον.....Αξίωση αποζημίωσης σύμφωνα με τις διατάξεις για τις αδικοπράξεις δεν αποκλείεται.»), συνιστά προσβολή της προσωπικότητάς του². Σύμφωνα με αυτή τη θεωρία, κάθε παρέμβαση από τον ιατρό στον άρρωστο συνιστά παράνομη βλάβη ακόμα και αν γίνεται *lege artis*, ως εξομοιούμενη με κοινό τραυματισμό, και επιρρίπτεται σε αυτόν το σύνολο του θεραπευτικού κινδύνου. Σύμφωνα με την κρατούσα στο Ελληνικό δίκαιο θεωρία, η συναίνεση στην ιατρική πράξη αποτελεί λόγο άρσης του καταρχήν παράνομου χαρακτήρα της πράξης και αποτελεί «ειδικότερη μορφή συναίνεσης του παθόντος»². Επομένως παράνομη βλάβη του ασθενή αποτελεί εκείνη η ιατρική πράξη για την οποία δεν υπήρξε προηγούμενη συναίνεση από τον ασθενή. Μια άλλη άποψη² χαρακτηρίζει την ιατρική πράξη που αποβαίνει προς όφελος του ασθενούς ως καταρχήν νόμιμη πράξη. Εάν όμως δε ληφθεί προς τούτο η συναίνεση του ασθενούς τότε η πράξη αποτελεί παράνομη προσβολή της προσωπικότητάς του, άποψη η οποία παρουσιάζεται ως η ορθότερη². Επομένως, σύμφωνα με αυτήν, ο ασθενής δικαιούται να αξιώσει αποκατάσταση για κάθε αυθαίρετη ιατρική πράξη, ανεξάρτητα από την ύπαρξη ιατρικού σφάλματος, διότι ο παράνομος χαρακτήρας της πράξης σχετίζεται με καθεαυτή την έλλειψη συναίνεσης και όχι με την ιατρική πράξη². Το ζήτημα δηλαδή της συναίνεσης αποσυνδέεται από το ιατρικό σφάλμα, και αποτελεί αυτοτελή νόμιμο λόγο ευθύνης². Σύμφωνα με τη Φουντεδάκη² ο χαρακτηρισμός της ιατρικής πράξης ως καταρχήν παράνομης ή όχι, άλλωστε οι διαφορές στις θεωρίες που προαναφέρθηκαν έγκεινται ακριβώς σε αυτό το σημείο, εκδηλώνεται σε διάφορα θέματα αστικής ευθύνης του ιατρού και δεν είναι μόνο θεωρητική. Άρα για να επιλεγεί κάποια από τις τρεις εκδοχές πρέπει πρώτα να εξετάζονται οι συνέπειες που μπορεί να έχει η κάθε μία².

Ποια άτομα είναι ικανά για συναίνεση

Σύμφωνα με τον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας ικανά να συναινέσουν είναι άτομα ενήλικα, και δεν πάσχουν από κάποια ψυχική ή διανοητική διαταραχή. Σε τέτοιες περιπτώσεις ή περίπτωση ανήλικου ασθενή, τη συγκατάθεση καλούνται να δώσουν είτε οι γονείς οι οποίοι ασκούν τη γονική μέριμνα, είτε ο δικαστικός συμπαραστάτης². Στην περίπτωση που ο ασθενής, αν και ικανός να συναινέσει, αδυνατεί προσωρινά λόγω απώλειας συνείδησης, τότε εξαρτάται από το εάν η αντιμετώπιση του προβλήματος υγείας του έχει επείγοντα χαρακτήρα. Εάν δεν είναι επείγον να προβεί ο ιατρός σε κάποια ιατρική πράξη στο συγκεκριμένο ασθενή και η απώλεια συνείδησης είναι προσωρινή, τότε είναι ορθότερο να λάβει τη συγκατάθεση του ιδίου

όταν ανακτήσει τη συνείδησή του. Αν η κατάσταση στην οποία βρίσκεται ο ασθενής είναι επείγουσα και απειλεί τη ζωή του, και δε μπορεί να αναζητηθεί κανείς από τα άτομα του περιβάλλοντος του ασθενούς ώστε να συναινέσει αντί αυτού, τότε ο ιατρός μπορεί άμεσα να προβεί στην ιατρική πράξη χωρίς τη συναίνεση του ασθενούς². Ο Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας στο άρθρο 12 αναφέρει τα πρόσωπα που μπορεί να αναζητήσει ο ιατρός εάν πρέπει να λάβει τη συγκατάθεση από τους οικείους στην περίπτωση έλλειψης ικανότητας για συναίνεση από τον ασθενή για μεγάλο χρονικό διάστημα, εάν είναι σε κώμα για παράδειγμα.

Άρνηση της συναίνεσης

- i. Άρνηση από τρίτο πρόσωπο: Σε αυτή την περίπτωση ο νόμος δίνει τη δυνατότητα κατ' αρχήν της άρνησης σε ένα πρόσωπο το οποίο είναι υπεύθυνο για κάποιο άλλο (ο γονέας για τον ανήλικο)². Υπάρχει πάντως η δυνατότητα στην περίπτωση που υπάρχει κίνδυνος για τη ζωή του ασθενούς και το άτομο που τον αντιπροσωπεύει αρνείται να δώσει τη συναίνεσή του για την ιατρική πράξη, να παρέμβει ο Εισαγγελέας Πρωτοδικών κατόπιν αίτησης των ιατρών ώστε να πραγματοποιηθεί κάποια ιατρική παρέμβαση με επείγοντα χαρακτήρα².
- ii. Άρνηση από τον ίδιο τον ασθενή ικανό προς συναίνεση: Σύμφωνα με τα νομοθετικά κείμενα² ο ασθενής δεν είναι δυνατό να υποχρεωθεί να παράσχει τη συναίνεσή του για κάποια ιατρική πράξη ακόμα και αν η άρνησή του έχει δυσμενείς συνέπειες στην υγεία του. Προϋπόθεση του αποδεκτού της άρνησης είναι να έχει προηγηθεί εκτενής ενημέρωση για τις συνέπειες².

Προϋποθέσεις

Θεμελιώδης προϋπόθεση για την ορθή λήψη της συναίνεσης είναι η εκτενής ενημέρωση η οποία πρέπει να προηγείται. Η ενημέρωση αυτή σχετίζεται με την προτεινόμενη ιατρική πράξη και πρέπει να είναι σαφής και κατανοητή, με παράθεση όλων των στοιχείων που θα επιτρέψουν στον ασθενή να λάβει τη σωστή για τον ίδιο απόφαση². Ο νόμος επίσης δίνει τη δυνατότητα στον ασθενή, εάν το επιλέξει, να παραιτηθεί από το δικαίωμα της ενημέρωσης, αρκεί να είναι επιλογή του ίδιου και όχι του ιατρού².

Άλλες προϋποθέσεις για την εγκυρότητα της συναίνεσης είναι να μην έχει ληφθεί από τον ασθενή υπό καθεστώς πλάνης, απάτης ή απειλής, και να μην αντίκειται στα χρηστά ήθη ή στο νόμο. Η συναίνεση είναι μια διαδικασία που δε χρειάζεται να υποβληθεί καταρχήν σε τύπο και δίδεται ακόμα και σιωπηρά μετά τη διαδικασία της ενημέρωσης². Η έγγραφη συναίνεση πάντως,

έχει αποδεικτική χρήση, αλλά συνήθως τα έντυπα της συναίνεσης που υπάρχουν, οδηγούν τον ασθενή να δηλώσει με συνοπτικές διαδικασίες ότι έχει λάβει γνώση και συναινεί, και δεν έχουν καμία αξία. Έγγραφο συναίνεση πρέπει να παρέχεται σε ιατρικές παρεμβάσεις όπως η υποβοηθούμενη αναπαραγωγή, οι μεταμοσχεύσεις ή η ιατρική έρευνα². Τέλος, πρέπει να αναφερθεί εκ νέου πως η συναίνεση είναι ελεύθερα ανακλητή εκ μέρους του ασθενούς σε οποιοδήποτε στάδιο της ιατρικής παρέμβασης ή θεραπείας.

4.2.4. Ευθύνη για αλλότριες πράξεις. Η ευθύνη του ιδιωτικού νοσηλευτηρίου

Στο Ελληνικό δίκαιο η ευθύνη ενός ιδιωτικού νοσηλευτηρίου θεμελιώνεται στη διάταξη του άρθρου 922 του Αστικού Κώδικα³⁵: («Ευθύνη του προστήσαντος. Ο κύριος ή ο προστήσας κάποιον άλλον σε μια υπηρεσία ευθύνεται για τη ζημία που ο υπηρέτης ή ο προστηθείς προξένησε σε τρίτον παράνομα κατά την υπηρεσία του»). Η ευθύνη που προκύπτει μέσα από τον κανόνα δικαίου, είναι ότι το ιδιωτικό νοσηλευτήριο έχει, βάσει της αρχής της καλής πίστης, την υποχρέωση να προβαίνει σε προσεκτική επιλογή των συνεργατών ιατρών οι οποίοι δραστηριοποιούνται στις εγκαταστάσεις της για δύο λόγους. Αφενός διότι μέσω της αύξησης του πελατολογίου του γεγονός που προκύπτει από την ιατρική δραστηριότητα, αποκομίζει οικονομικά οφέλη και αφετέρου, μέσω της συνεργασίας του με διαπρεπείς και περιώνυμους ιατρούς αποκτά κύρος²⁰. Η ευθύνη αυτή είναι γνήσια αντικειμενική, που σημαίνει πως το ιδιωτικό νοσηλευτήριο ευθύνεται ανεξάρτητα από πταίσμα του όσον αφορά στην επιλογή του ιατρού, και δεν μπορεί να απαλλαγεί από αυτήν²⁰. Η νομολογία μέσω των αποφάσεών της αναζητεί συνήθως μια σχέση εξάρτησης, έστω και «χαλαρής»²⁰ μορφής, όπως αναφέρεται στις αποφάσεις, ανάμεσα στον ιατρό και το ιδιωτικό νοσηλευτήριο ώστε να θεμελιωθεί σχέση πρόσθησης ανάμεσά τους. Επειδή υπήρξαν νομικές δυσκολίες στη θεμελίωση της σχέσης αυτής, η θεωρία προτείνει να αντικατασταθεί το κριτήριο της «εξάρτησης»²⁰ με ένα άλλο που σχετίζεται με την ένταξη των επαγγελματικών δραστηριοτήτων του ιατρού εντός του κύκλου επιχειρηματικής και κοινωνικής δραστηριότητας του ιδιωτικού νοσηλευτηρίου ώστε να γίνει θεμελίωση της ευθύνης της για τις πράξεις του ιατρού²⁰.

4.3. Αστική ευθύνη του Δημοσίου από την παροχή υπηρεσιών Υγείας

Ο όρος «Αστική ευθύνη του Δημοσίου»³⁶ υποδηλώνει την υποχρέωση προς χρηματική αποζημίωση των νομικών προσώπων δημοσίου δικαίου για τις ζημιολογικές συνέπειες πράξεων, παραλείψεων ή υλικών ενεργειών των οργάνων τους υπό τις προϋποθέσεις των άρθρων 105 και 106 του Εισαγωγικού Νόμου του Αστικού Κώδικα³⁵: («Άρθρο 105: Για παράνομες πράξεις ή παραλείψεις των οργάνων του δημοσίου κατά την άσκηση της δημόσιας εξουσίας που τους έχει ανατεθεί, το δημόσιο ενέχεται σε αποζημίωση, εκτός αν η πράξη ή η παράλειψη έγινε κατά παράβαση διάταξης, που υπάρχει για χάρη του γενικού συμφέροντος. Μαζί με το δημόσιο ευθύνεται και εις ολόκληρον και το υπαίτιο πρόσωπο, με την επιφύλαξη των ειδικών διατάξεων για την ευθύνη των υπουργών. Άρθρο 106: Οι διατάξεις των δύο προηγούμενων άρθρων εφαρμόζονται και για την ευθύνη των δήμων, των κοινοτήτων ή των άλλων νομικών προσώπων δημοσίου δικαίου από πράξεις ή παραλείψεις των οργάνων που βρίσκονται στην υπηρεσία τους»). Η ευθύνη του Δημοσίου είναι αντικειμενική, δεν εξαρτάται δηλαδή από τυχόν πταίσμα του οργάνου του³⁶. Η ευθύνη υφίσταται επίσης λόγω παραβίασης των κανόνων δικαίου για την εσωτερική νομιμότητα της δράσης των οργάνων του. Στην περίπτωση που υπάρχει ευθύνη για παροχή ιατρικών υπηρεσιών το παράνομο της ιατρικής πράξης εντοπίζεται στο γεγονός ότι οι ενέργειες του ιατρού δεν ήταν σύμφωνες με τις αρχές και τους κανόνες της ιατρικής επιστήμης, και δεν επέδειξε ιδιαίτερη επιμέλεια ως όφειλε³⁶. Οι ενέργειές του δηλαδή, δεν έγιναν *lege artis*. Η ευθύνη για τις ενέργειες του ιατρού δεν βαρύνει γενικά το κράτος αλλά το νοσοκομείο, διότι είναι αυτοτελές πρόσωπο δημοσίου δικαίου²⁰.

Σύμφωνα με τους κανόνες δικαίου που προαναφέρθηκαν για τη θεμελίωση της ευθύνης του δημοσίου νοσοκομείου για τις πράξεις του ιατρού πρέπει να ισχύουν σωρευτικά οι ακόλουθες προϋποθέσεις²⁰

- i. Η ζημία να προέρχεται από υλικές ενέργειες ή παραλείψεις και όχι από διοικητικές πράξεις. Να προέρχεται επίσης, από όργανα με την ευρεία έννοια, δηλαδή φυσικά πρόσωπα που τελούν σε ειδική νομική σχέση²⁰ παρέχοντας τις υπηρεσίες τους στο νοσηλευτικό ίδρυμα. Τα όργανα αυτά δεν είναι απαραίτητο να είναι μόνο ιατροί, αλλά και άλλοι επαγγελματίες που συνδέονται με σχέση εργασίας δημοσίου δικαίου. Ανάμεσα στον ασθενή και το νοσοκομείο πάντως, δεν απαιτείται σύναψη κάποιας περαιτέρω συμφωνίας ώστε να θεμελιώνεται ευθύνη του ιδρύματος²⁰.

- ii. Η ζημία, η οποία στην προκειμένη περίπτωση είναι η βλάβη στην υγεία ή τη σωματική ακεραιότητα του ασθενούς μπορεί να είναι εμφανής, δηλαδή μια ορατή, έκδηλη βλάβη (θάνατος ή αναπηρία), ή αφανής, δηλαδή κάποια βλάβη στην ψυχική σφαίρα του ασθενούς χωρίς να είναι ορατή²⁰. Η ζημία συνίσταται στα ακόλουθα στοιχεία:
- I. Ηθική βλάβη, σε περίπτωση που βλάπτονται έννομα αγαθά τα οποία συνδέονται με την προσωπικότητα του ασθενούς (ζωή, υγεία)²⁰.
 - II. Σε περιουσιακή, υλική ζημία. Αυτή διακρίνεται σε θετική ζημία, δηλαδή την εκ των πραγμάτων μείωση της περιουσίας του εξαιτίας εξόδων που οφείλονται στη ζημία που υπέστη ο ασθενής, και σε διαφυγόντα κέρδη ή αποθετική ζημία, τα οποία ισοδυναμούν με τη μη αποκομιδή εισοδημάτων από αυτόν που βλάφθηκε λόγω της ζημίας που υπέστη²⁰ (απώλεια εισοδημάτων από την εργασία λόγω μακράς αποχής από αυτήν και η οποία οφείλεται στη βλάβη).
 - III. Τα στοιχεία αυτά πρέπει να συνδέονται αιτιωδώς στα εξής πεδία:
 - i. Αιτιώδης συνάφεια πρέπει να υπάρχει μεταξύ ζημίας και ζημιογόνου παράνομης ενέργειας σύμφωνα με τη θεωρία της πρόσφορης αιτιώδους συνάφειας, δηλαδή κατά την ομαλή και κανονική ροή των πραγμάτων²⁰ και με αντικειμενική πρόγνωση να μπορεί να επέλθει το ζημιογόνο αποτέλεσμα. Αυτή η συνάφεια καλείται εξωτερική.
 - ii. Αιτιώδης συνάφεια επίσης πρέπει να υπάρχει μεταξύ της ζημιογόνου και παράνομης ενέργειας και των καθηκόντων δημόσιας εξουσίας που ανετέθησαν στο όργανο²⁰. Τούτο σημαίνει πως η παράνομη πράξη ή παράλειψη πρέπει να έχει συμβεί κατά την άσκηση των καθηκόντων του, ή επ' ευκαιρία, ή κατά κατάχρηση αυτών. Αυτή η συνάφεια καλείται εσωτερική. Αν αυτός ο αιτιώδης σύνδεσμος διακοπεί, τότε θεμελιώνεται ευθύνη μόνο του οργάνου²⁰.

Ο παράνομος χαρακτήρας της ζημίας προκύπτει συνήθως από την παραβίαση άρθρων του Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας τα οποία είναι διατυπωμένα με τρόπο τέτοιο ώστε να καλύπτονται όλες οι περιπτώσεις και ειδικότητες²⁰. Σύμφωνα με αυτές ο ιατρός έχει «ιδιαιτέρο καθήκον», έχει δηλαδή την υποχρέωση να επιδεικνύει αυξημένο βαθμό επιμέλειας διότι η ιατρική πράξη θεωρείται κινδυνώδης, αλλά δε χρειάζεται να υπερβεί το μέτρο αυτό. Για να ευθύνεται πάντως το νοσοκομείο έναντι του ιδιώτη που υπέστη βλάβη δεν είναι απαραίτητο το όργανο να έχει προβεί στην παραβίαση συγκεκριμένου κανόνα δικαίου, αλλά αρκεί η συμπεριφορά του ή οι

ενέργειές του να ήταν αντίθετες προς τις αρχές της καλής πίστης και τα διδάγματα της κοινής πείρας²⁰. Άλλα κριτήρια που χρησιμοποιούνται από το δικαστήριο ώστε να διαπιστωθεί εάν υπάρχει παράβαση του ιδιαίτερου καθήκοντος του ιατρού είναι: Οργανωτικές διατάξεις, εγκύκλιοι, αόριστοι δεοντολογικοί κανόνες²⁰.

Για την αποζημίωση του ιδιώτη από το δημόσιο, επειδή όπως αναφέρθηκε, η ευθύνη του είναι αντικειμενική και δεν απαιτείται υπαιτιότητα³⁶. Αν όμως το στοιχείο της υπαιτιότητας είναι υπαρκτό εκ μέρους του οργάνου, ενεργοποιείται ο μηχανισμός της αναγωγής²⁰. Αναγωγή στην προκειμένη περίπτωση σημαίνει πως εάν το Δημόσιο καταβάλλει αποζημίωση στον παθόντα από συγκεκριμένο βαθμό υπαιτιότητας του οργάνου, έχει δικαίωμα να απαιτήσει εκ των υστέρων το ποσόν αναγωγικά από το ίδιο το όργανο. Αυτό δε μπορεί να συμβεί για κάθε πταίσμα του οργάνου, αλλά μόνο στις περιπτώσεις κατά τις οποίες το όργανο ευθύνεται για δόλο ή βαριά αμέλεια³⁶.

Η αστική ευθύνη του δημοσίου μπορεί να περιοριστεί στις ακόλουθες περιπτώσεις: Εάν κριθεί ότι υπάρχει συντρέχον πταίσμα του παθόντος²⁰ (δηλαδή όταν ως ένα βαθμό ευθύνεται και ο παθών), όταν παρέλθει πενταετία από το τέλος του οικονομικού έτους που γεννήθηκε η αξίωση ή έγινε δικαστικά επιδιώξιμη. Τέλος, σε περιπτώσεις συμψηφισμού της ζημίας με την ωφέλεια, αρκεί η απόκτηση της ωφέλειας να συνδέεται αιτιωδώς με το ζημιογόνο γεγονός³⁶.

Αστική ευθύνη του δημοσίου νοσοκομείου συντρέχει στον τομέα της παροχής υπηρεσιών υγείας προκύπτει όταν ένας ιδιώτης βλάπτεται από τις πράξεις ή παραλείψεις και άλλων επαγγελματιών εκτός από τους ιατρούς (νοσηλευτές, τεχνικούς, βοηθητικό προσωπικό)²⁰. Επομένως, η ζημιογόνος συμπεριφορά όσον αφορά στις υπηρεσίες Υγείας διακρίνεται σε δύο κατηγορίες:

- i. Βλάβες από ιατρικά σφάλματα.
- ii. Βλάβες από πράξεις ή παραλείψεις του νοσηλευτικού και λοιπού προσωπικού των δημόσιων νοσοκομείων.

Το πεδίο έρευνας της παρούσας διατριβής εμπίπτει στην πρώτη κατηγορία.

Σύμφωνα με τη νομολογία των διοικητικών δικαστηρίων²⁰ τα ιατρικά σφάλματα διακρίνονται στις ακόλουθες κατηγορίες:

- I. Ιατρικά σφάλματα που λαμβάνουν χώρα κατά το στάδιο της διάγνωσης και θεραπείας

- i. Στάδιο διάγνωσης: Το συνηθέστερο σφάλμα που καταγράφεται στις αποφάσεις των δικαστηρίων²⁰ είναι η μη έγκαιρη και εσφαλμένη διάγνωση κάποιας νόσου, με αποτέλεσμα να έπεται εσφαλμένη θεραπευτική αγωγή ή πλήρης απουσία της, με συνέπεια την επιδείνωση της υγείας του ασθενούς, ακόμη και το θάνατό του. Σε αυτή την κατηγορία εμπλέκονται κυρίως ιατροί παθολόγοι²⁰. Η νομολογία δέχεται ως έγκαιρη και ορθή τη διάγνωση της νόσου η οποία διέρχεται από την ακόλουθη αλληλουχία ενεργειών²⁰: Κατά το αρχικό στάδιο της εισαγωγής στο νοσοκομείο, ο ασθενής θα πρέπει να υποβάλλεται στις ενδεδειγμένες εξετάσεις, κατόπιν, με τη σωστή αξιοποίηση των αποτελεσμάτων των εξετάσεων θα πρέπει να σχηματίζεται επιστημονικά ορθή άποψη για την κατάσταση της υγείας του, και έπειτα θα πρέπει να γίνεται επιλογή της κατάλληλης θεραπευτικής αγωγής στην οποία πρέπει να υποβάλλεται ο ασθενής²⁰.
 - ii. Στάδιο θεραπείας: Σε αυτή την κατηγορία εντάσσονται οι περιπτώσεις ιατρικού σφάλματος που, αν και έχει γίνει με ορθό τρόπο η διάγνωση για την κατάσταση της υγείας του ασθενούς, εντούτοις, του χορηγείται λάθος θεραπεία²⁰. Αυτή η κρίση γίνεται από το δικαστήριο σταθμίζοντας τις εναλλακτικές θεραπείες που προτείνονται για κάποια συγκεκριμένη περίπτωση ασθενούς, και συμπεραίνοντας πως κάποια άλλη από τις ενδεδειγμένες θεραπείες θα πρόσφερε μεγαλύτερο όφελος στον ασθενή. Ως επικρατέστερο αίτιο των σφαλμάτων αυτού του σταδίου εμφανίζεται η έλλειψη συντονισμού μεταξύ των ιατρών όταν εμπλέκονται περισσότεροι του ενός²⁰. Σημαντικά σε αυτή την κατηγορία είναι επίσης τα σφάλματα που έχουν σχέση με την ενημέρωση του ασθενούς και τη συναίνεσή του για τη χορήγηση κάποιας θεραπείας που συνεπάγεται σοβαρών επιπλοκών.
- II. Ιατρικά σφάλματα που λαμβάνουν χώρα κατά το προεγχειρητικό, περιεγχειρητικό και μετεγχειρητικό στάδιο:
- i. Σφάλματα κατά το χειρισμό των χειρουργικών εργαλείων: Σε αυτό το στάδιο εξετάζονται βλάβες στην υγεία του ασθενούς, κάποιες θανατηφόρες εξαιτίας του μη ορθού χειρισμού των χειρουργικών εργαλείων ή την μη αφαίρεση κάποιου χειρουργικού εργαλείου ή άλλου χειρουργικού υλικού

από το χειρουργικό πεδίο με αποτέλεσμα να εγκαταλειφθεί εντός της χειρουργικής τομής.

- ii. Σφάλματα κατά τη χορήγηση αναισθησίας και κατά την ανάνηψη από αυτήν: Τα σφάλματα κατά την αναισθησία σχετίζονται είτε με λανθασμένη επιλογή μεθόδου αναισθησίας, ή με αλλεργικές αντιδράσεις από τη χορήγηση κάποιου φαρμάκου. Η ιδιαιτερότητα των σφαλμάτων κατά την αναισθησία και την ανάνηψη είναι ότι οι βλάβες που προκαλούνται στον ασθενή μπορεί να είναι ιδιαίτερα βαριές και μη αναστρέψιμες²⁰.

Το ζήτημα της ανωτέρας βίας

Στη δικαστική κρίση είναι δυνατόν να ληφθούν υπόψη παράγοντες οι οποίοι πιθανόν να επηρεάσουν προς το χειρότερο την κατάσταση της υγείας του ασθενούς ακόμα και αν οι ιατροί επέδειξαν τη δέουσα επιμέλεια, χορήγησαν τη δέουσα θεραπεία, και γενικότερα δε διαπιστώνεται κάποιο ιατρικό σφάλμα ή παράνομη συμπεριφορά τους κατά την άσκηση των καθηκόντων τους. Θεωρεί λοιπόν το δικαστήριο ότι ανέκυψε η ύπαρξη κάποιου αστάθμητου παράγοντα ο οποίος διακόπτει τον αιτιώδη σύνδεσμο των ενεργειών του οργάνου με τη βλάβη, εξαιτίας του οποίου χειροτέρευσε η υγεία του ασθενούς, και καμία ιατρική παρέμβαση δε θα ήταν δυνατόν να ανακόψει αυτή την εξέλιξη. Υπάρχει δηλαδή ένα πεδίο «κρατικού ανευθύνου»²⁰ με πολύ στενά πάντως όρια το οποίο κρίνεται με πλήθος παραγόντων.

Προσωπική ευθύνη του οργάνου παράλληλα με την Αστική ευθύνη του δημοσίου

Εκτός από την ευθύνη που φέρει το δημόσιο νοσοκομείο για την αποζημίωση του ασθενή που υπέστη βλάβη από παράνομη και υπαίτια πράξη ή παράλειψη των οργάνων του, υπάρχουν και μορφές ευθύνης τις οποίες φέρουν απευθείας τα υπαίτια άτομα²⁰.

Αστική ευθύνη του ιατρού

Ο ιατρός ο οποίος τελεί σε υπαλληλική εξάρτηση με το δημόσιο νοσοκομείο βάσει του άρθρου 38 του Υπαλληλικού κώδικα «δεν ευθύνεται έναντι τρίτων κατ' ενάσκηση της ανατεθείσας σε αυτόν δημόσιας υπηρεσίας, παρά μόνον έναντι του νομικού προσώπου που καλείται να καταβάλλει αποζημίωση στον παθόντα»²⁰. Για το ζήτημα που είχε προκύψει σχετικά με την ευθύνη των Πανεπιστημιακών ιατρών οι οποίοι εργάζονται βέβαια στον ίδιο χώρο και με τις ίδιες συνθήκες με τους υπολοίπους ιατρούς, αλλά δεν υπάγονται στον Υπαλληλικό κώδικα, προέκυψε νομοθετική επίλυση με το νόμο 3754/2009 άρθρο 1, ο οποίος εξομοιώνει όσον αφορά την αστική ευθύνη, τους νοσοκομειακούς με τους Πανεπιστημιακούς ιατρούς²⁰.

Ποινική ευθύνη του ιατρού

Παράλληλα με την ύπαρξη αστικής ευθύνης του δημοσίου, εξετάζεται μέσω των ιδίων πραγματικών περιστατικών η ύπαρξη ποινικής ευθύνης του υπαιτίου ιατρού λόγω προσβολής του εννόμου αγαθού της υγείας²⁰.

Πειθαρχική ευθύνη του ιατρού

Ανεξάρτητα από την ύπαρξη ή μη ποινικής ευθύνης, γεννάται ζήτημα ύπαρξης πειθαρχικής ευθύνης του οργάνου έναντι της υπηρεσίας για παράβαση υποχρεώσεων, η οποία ευθύνη συνεπάγεται πειθαρχικών ποινών οι οποίες προβλέπονται από τον Υπαλληλικό κώδικα. Οι οικείοι ιατρικοί σύλλογοι επίσης, είναι δυνατόν να επιβάλλουν τις προβλεπόμενες για παραβίαση κανόνων δεοντολογίας ποινές στον παραβάτη ιατρό. Αξίζει να σημειωθεί πως, σύμφωνα με το άρθρο 114 του Υπαλληλικού κώδικα τα αποδεδειγμένα από την ποινική διαδικασία περιστατικά δεσμεύουν τον πειθαρχικό προϊστάμενο σε μη απόκλιση από αυτά²⁰.

5. Το ιατρικό σφάλμα στην Ευρώπη

Στο παρόν κεφάλαιο εξετάζεται η αντιμετώπιση του ιατρικού σφάλματος και εφαρμογή του δίκαιου της αποζημίωσης σύμφωνα με τα νομικά συστήματα που επικρατούν στην Ευρωπαϊκή ήπειρο (civil law και common law) και περιγράφεται συνοπτικά η διαδικασία αντιμετώπισης του ζητήματος στις χώρες της Ευρώπης και μελετώνται οι ομοιότητες και διαφορές.

5.1. Γενικά για τη δημόσια Υγεία στο δίκαιο της Ευρωπαϊκής Ένωσης

Ενόψει της προόδου που υπάρχει σε ζητήματα της τεχνολογίας και της ιατρικής επιστήμης ανακύπτουν περίπλοκα νομικά ζητήματα σε πανευρωπαϊκό επίπεδο, και για αυτό το λόγο προωθείται από την Ευρωπαϊκή Ένωση σύγκλιση σε σχέση με τις στρατηγικές Υγείας με στόχο τη βελτίωση σε ότι αφορά στα ανθρώπινα δικαιώματα και τη βιοϊατρική, υπό την αιγίδα του Συμβουλίου της Ευρώπης³⁷.

Η ανάγκη για κοινό ευρωπαϊκό προσανατολισμό του δικαίου της υγείας δεν προκύπτει μόνο εξαιτίας της ελεύθερης μετακίνησης των πολιτών της Ευρώπης, των επαγγελματιών Υγείας και της ελεύθερης διακίνησης των υγειονομικών προϊόντων, αλλά οφείλεται και στην ανάπτυξη των ερευνών και καινοτομιών στον τομέα της ιατρικής και φαρμακευτικής επιστήμης, τα αποτελέσματα των οποίων πρέπει να αποβούν προς όφελος όλων των πολιτών³⁷. Εντούτοις, οι οικονομικές πιέσεις που ασκούνται εξαιτίας των υψηλών υγειονομικών αναγκών και των αντίστοιχα υψηλών δαπανών που απαιτούνται για την έρευνα, οδηγούν την ατομική νομική κατάσταση σε μεγάλη διακινδύνευση, διότι οι παράγοντες αυτοί θέτουν υπό πίεση το ατομικό δικαίωμα της ελευθερίας επιλογής όσον αφορά την Υγεία³⁷. Το γεγονός αυτό προκύπτει από τον συνδυασμό της ραγδαίας ανάπτυξης της βιομηχανίας στην Ευρωπαϊκή αγορά με την

εμπορευματοποίηση της Υγείας, μιας κατάστασης που λαμβάνει χώρα σε έδαφος στενότητας και περιορισμού των οικονομικών πόρων.

5.1.1. Το Ευρωπαϊκό δικαστήριο Ανθρωπίνων δικαιωμάτων

Το Δικαστήριο Ανθρωπίνων δικαιωμάτων έχει διαδραματίσει σημαντικό ρόλο σε ζητήματα φροντίδας Υγείας. Οι υποθέσεις που τίθενται υπό την κρίση του σχετίζονται με παραβιάσεις ατομικών δικαιωμάτων³⁷. Με νομολογία του κατέδειξε πως τα ατομικά και πολιτικά δικαιώματα που προκύπτουν από την Ευρωπαϊκή Σύμβαση Ανθρωπίνων δικαιωμάτων δεν είναι ανεξάρτητα από την οικονομική και κοινωνική τους διάσταση. Νομολογία σχετική με θέματα υγείας αφορά κυρίως στο δικαίωμα στη ζωή ή απαγόρευση των βασανιστηρίων. Τέλος, οι αποφάσεις περιλαμβάνουν συνδυασμό επανορθώσεων χρηματικών ή μη, μαζί με προτάσεις για αλλαγή νομοθεσίας³⁷.

5.1.2. Προβληματισμοί σχετικά με την εναρμόνιση του Κοινοτικού δικαίου με τα Εθνικά δίκαια στον τομέα της Δημόσιας Υγείας

Σε ότι αφορά ζητήματα δημόσιας Υγείας, ο εναρμονισμός, η ενσωμάτωση των οδηγιών που τίθενται από τους Ευρωπαϊκούς θεσμούς από τα Εθνικά δίκαια ενέχει δυσκολίες. Σύμφωνα με τους Peterkova et al.³⁸ αφενός οι προσδιορισμοί των συνθηκών της Ευρωπαϊκής Ένωσης σχετικά με το κατώτατο επιτρεπόμενο επίπεδο για τη δημόσια Υγεία, το οποίο μπορεί να επιτευχθεί εάν ληφθούν νομικές δεσμευτικές ρυθμίσεις, και αφετέρου, οι αρχές της επικουρικότητας και της «συμπληρωματικής αρμοδιότητας»³⁸ που αφορούν σε νομοθετικές δράσεις της Ευρωπαϊκής Ένωσης, οι οποίες έχουν κυρίαρχο χαρακτήρα στα Εθνικά δίκαια, δυσχεραίνουν την πορεία της εναρμόνισης.

Η ενσωμάτωση των Κανονισμών και Οδηγιών από τα Εθνικά δίκαια των κρατών μελών είναι δεσμευτική. Στην περίπτωση που ένα κράτος μέλος παραλείψει αυτή την υποχρέωση, το ίδιο είναι υπαίτιο για τυχόν ζημιά που ίσως προκύψει σε έναν ιδιώτη εξαιτίας της παράλειψης αυτής³⁸. Παρ' όλα αυτά, η εξασφάλιση μιας αποζημίωσης δεν εξομοιώνεται με την αναγνώριση του ατομικού δικαιώματος που συνδέεται με τη μη ενσωματωθείσα οδηγία. Μια λύση θα μπορούσε να υπάρξει με την αυτόματη και ευθεία οριζόντια ενσωμάτωση. Τα Εθνικά δικαστήρια υποχρεούνται στην ερμηνεία των νόμων σε αρμονία με το κοινοτικό δίκαιο (έμμεση οριζόντια επενέργεια)³⁸. Αν όμως για το συγκεκριμένο υπό κρίση θέμα, είτε δεν υπάρχει συγκεκριμένη

πρόβλεψη στο εθνικό δίκαιο, ή η υπάρχουσα δεν είναι συμβατή με την Οδηγία δημιουργείται πρόβλημα, διότι η *contra legem* ερμηνεία δεν είναι επιτρεπτή³⁸.

Ο στόχος πάντως είναι να εφαρμόζεται διασυννοριακά η ισχύς των κανόνων που αφορούν σε θέματα φροντίδας Υγείας και να θεσπιστούν γενικές αρχές ώστε να υπάρχουν εγγυήσεις³⁸ σε ζητήματα ασφάλειας, ποιότητας και συνέχειας στη φροντίδα υγείας. Παρά το γεγονός όμως ότι ο προορισμός της Οδηγίας είναι ο προσδιορισμός ενός κοινού πλαισίου ανάμεσα στα κράτη μέλη ώστε να υπάρχει κοινή αντιμετώπιση για έναν Ευρωπαίο πολίτη ο οποίος θα αναζητήσει υπηρεσίες φροντίδας Υγείας σε όλα τα κράτη, καθώς και ασφάλεια δικαίου ως προς τα δικαιώματά του, για τους λόγους που προαναφέρθηκαν η επένεργεια αυτή της Οδηγίας πρέπει να θεωρείται περιορισμένη³⁸.

5.2. Συγκριτική μελέτη των νομικών συστημάτων της Ευρώπης

Το φαινόμενο του ιατρικού σφάλματος είναι υπαρκτό σε όλο τον κόσμο. Έντονος προβληματισμός υπάρχει σχετικά με τον τρόπο εκδίκασης υποθέσεων ιατρικής ευθύνης³⁹ εντός της Ευρωπαϊκής ηπείρου λόγω των διαφορών που προκύπτουν στον τρόπο που κάθε κράτος εστιάζει σε νομικά θέματα που αφορούν στο δίκαιο της αποζημίωσης. Εκτός από την αύξηση των περιστατικών ιατρικού σφάλματος ένας σημαντικός λόγος που επιβάλλει τη συγκριτική μελέτη των Ευρωπαϊκών νομικών συστημάτων είναι η ελεύθερη μετακίνηση και εγκατάσταση των επαγγελματιών Υγείας εντός των Ευρωπαϊκών κρατών μελών της Ένωσης⁴⁰.

Μελετώντας το δίκαιο της αποζημίωσης διαπιστώνεται πως στις περισσότερες περιπτώσεις έχει παγιωθεί ένα σύστημα σύμφωνα με το οποίο αναγνωρίζεται η ύπαρξη σφάλματος χωρίς να προηγείται πραγματική διερεύνηση για την ύπαρξή του⁴⁰, και το γεγονός αυτό θέτει υπό αμφισβήτηση την επάρκεια των εθνικών συστημάτων σχετικά με την αποζημίωση. Συγκεκριμένα, τεκμαίρεται ότι ο ιατρός έχει υποπέσει σε σφάλμα και ουσιαστικά υποχρεούται σε αποζημίωση εάν ο ασθενής δεν θεραπευθεί⁴⁰. Ο τρόπος για να ανατραπεί το σύστημα που επιφορτίζει τον ιατρό με το βάρος της απόδειξης της μη υπαιτιότητάς του είναι η παραδοχή πως μπορεί να προκύψει κάποιο μη προβλέψιμο γεγονός ικανό να ανατρέψει το επιθυμητό θεραπευτικό αποτέλεσμα⁴⁰.

Η μελέτη των νομικών συστημάτων, πάντως, ενέχει δυσκολίες, διότι αποτυπώνονται μεταξύ τους αρκετές διαφορές, υπογραμμίζοντας τις μεταξύ των Ευρωπαϊκών περιοχών ιδιαιτερότητες σε ιστορικό, κοινωνικό και οικονομικό επίπεδο⁴⁰. Οι διαφορές τους εντοπίζονται τόσο στο ουσιαστικό δίκαιο, όσο και στο δικονομικό δίκαιο και την οργάνωση των δικαστηρίων³⁹.

Το σύστημα που θεωρείται επικρατέστερο στην Ευρωπαϊκή ήπειρο, αλλά και σε ολόκληρο τον κόσμο, είναι το civil law³⁹. Το common law χρησιμοποιείται στις χώρες που εφαρμόζουν το Αγγλοσαξονικό δίκαιο (Μεγάλη Βρετανία, χώρες κοινοπολιτείας, ΗΠΑ, Πακιστάν και άλλες). Κανένα εκ των δύο δε μπορεί να χαρακτηριστεί καλύτερο από το άλλο³⁹, εφόσον ο ιατρός με κανένα από τα δύο συστήματα δε θεωρείται πιο προστατευμένος, εκτός εάν η χώρα του εφαρμόζει σύστημα αποζημίωσης των ασθενών ανεξάρτητο από την υπαιτιότητα του ιατρού^{39,40}.

5.2.1. Τα κυριότερα χαρακτηριστικά του civil law

Το συγκεκριμένο νομικό σύστημα επικρατεί στις λεγόμενες χώρες της ηπειρωτικής Ευρώπης, στις Σκανδιναβικές χώρες και στις πρώην κομμουνιστικές χώρες, χωρίς να είναι πανομοιότυπος ο τρόπος άσκησής του σε κάθε κράτος. Το ηπειρωτικό δίκαιο πηγάζει από το Ρωμαϊκό δίκαιο³⁹, αν και αυτό ήταν δευτερεύουσα πηγή⁴¹ και εφαρμοζόταν στις περιπτώσεις που δεν υπήρχαν ανάλογες προβλέψεις στους τοπικούς κανόνες ή έθιμα, των οποίων πάντως η ερμηνεία γινόταν με βάση το Ρωμαϊκό δίκαιο. Το κυριότερο χαρακτηριστικό του είναι η κωδικοποίηση των κανόνων δικαίου^{39,41} και το δικονομικό του σύστημα είναι κυρίως ανακριτικό³⁹. Η δικαιοσύνη αποδίδεται από δικαστές με ειδικές σπουδές και μεγάλη εμπειρία³⁰. Η απόδοση της δικαιοσύνης στις χώρες που εφαρμόζεται το civil law δεν δεσμεύεται από το δικαστικό προηγούμενο αλλά από την εφαρμογή της νομοθεσίας^{39,41}. Ο ρόλος πάντως της νομολογίας παραμένει ισχυρός αλλά όχι δεσμευτικός. Στο σύστημα αυτό διαχωρίζονται τα δικονομικά ζητήματα από τα ζητήματα ουσίας και ρυθμίζονται χωριστά από το νόμο³⁹. Συνήθως τα δικαστήρια που δικάζουν υποθέσεις ιατρικής αμέλειας δεν περιέχουν στη σύνθεσή τους σώμα ενόρκων, παρά μόνο επαγγελματίες δικαστές με μεγάλη εμπειρία³⁹. Οι αποζημιώσεις που επιδικάζονται σε παθόντες ασθενείς δεν είναι τις περισσότερες φορές εντυπωσιακά υψηλές³⁹.

Αγωγές για ιατρική αμέλεια

Οι υποθέσεις ιατρικής αμέλειας συνίστανται κατά κύριο λόγο σε υπαιτιότητα για σφάλματα «τεχνικής φύσης»³⁹ όπως εσφαλμένη διάγνωση ή θεραπεία. Γενικά, πρέπει να αποδειχθεί η εσφαλμένη ιατρική ενέργεια, η προκληθείσα βλάβη στον ασθενή και το γεγονός ότι η βλάβη αυτή προήλθε από την εσφαλμένη ιατρική ενέργεια³⁹.

Βάρος απόδειξης

Στις περισσότερες χώρες που ακολουθούν το συγκεκριμένο νομικό σύστημα, προεξάρχων είναι ο αμελής χαρακτήρας της ιατρικής πράξης, άρα δεν απαιτείται αυστηρά η ύπαρξη υπαιτιότητας. Συνήθως κρίνεται απαραίτητη η γνωμοδότηση ειδικών πραγματογνωμόνων ώστε να επιβεβαιωθεί το επίπεδο του προτύπου φροντίδας υγείας που αφορά στη συγκεκριμένη περίπτωση ούτως ώστε να αποδειχθεί εάν έγινε παραβίασή του με τη συγκεκριμένη ιατρική πράξη³⁹. Το βάρος απόδειξης του σφάλματος φέρει ο ασθενής έχοντας την εύνοια του δικαστηρίου ως προς την αποδοχή των ισχυρισμών του στη βάση τους³⁹, ενώ ο ιατρός φέρει το βάρος απόδειξης για το γεγονός ότι η ιατρική πράξη στην οποία προέβη ήταν συνειδητή, ορθή και έγκαιρη³⁹.

Αιτιώδης σύνδεσμος

Στο θέμα του αιτιώδους συνδέσμου υπάρχουν διαφορές στην προσέγγιση ανάμεσα στις χώρες. Άλλοτε γίνεται αναλογική προσέγγιση³⁹ και άλλοτε πρέπει να αποδειχθεί το σύνολο των ισχυρισμών (all or nothing approach), αλλά με ευμενέστερα κριτήρια για την πλευρά του ασθενή³⁹.

Δικαστήρια

Στο συγκεκριμένο σύστημα η αρμοδιότητα των δικαστηρίων που εκδικάζουν υποθέσεις ιατρικού σφάλματος ενδέχεται να διαφέρει ανάλογα με το διαχωρισμό που δέχεται η κάθε χώρα σε σχέση με το εάν το νοσοκομείο στο οποίο έγινε το συμβάν είναι δημόσιο ή ιδιωτικό³⁹. Υποθέσεις που αφορούν σε δημόσια νοσοκομεία εκδικάζονται σε διοικητικά δικαστήρια, και όσες αφορούν σε ιδιωτικά στα κοινά (ordinary courts) δικαστήρια³⁹. Πάντως σε κάποιες χώρες όπως Αυστρία, Γερμανία και στις Κάτω Χώρες δεν υφίσταται αυτός ο διαχωρισμός, επομένως όλες οι διαφορές που προκύπτουν από ιατρικό σφάλμα εκδικάζονται από τα κοινά δικαστήρια. Οι ποινικές υποθέσεις εκδικάζονται πάντοτε στα Ποινικά δικαστήρια³⁹.

Ευθύνη του νοσοκομείου

Στις περιπτώσεις που είναι δύσκολο να βρεθεί το πρόσωπο που ευθύνεται για τη βλάβη του ασθενή, και στις περιπτώσεις όπου το βλαπτικό αποτέλεσμα δεν οφειλόταν σε ενέργεια συγκεκριμένου προσώπου αλλά ήταν απόρροια μιας αλληλουχίας καταστάσεων (συστημικά σφάλματα) θεωρείται ότι φέρει ευθύνη το νοσηλευτικό ίδρυμα³⁹. Στον Ολλανδικό Αστικό Κώδικα, θεωρείται το νοσοκομείο υπεύθυνο για συμβάντα που συμβαίνουν στις εγκαταστάσεις του, αλλά στρέφεται έπειτα αναγωγικά κατά του ιατρού³⁹.

Συναίνεση στην ιατρική πράξη

Η συναίνεση αποτελεί το δεύτερο πιο σημαντικό λόγο για τον οποίον μπορεί να είναι υπαίτιος ο ιατρός³⁹ και έχει ως νομική βάση την προσβολή της προσωπικότητας του ασθενούς παραλείποντας να λάβει ενημερωμένη συναίνεση για την ιατρική πράξη στην οποία πρόκειται να προβεί. Η ενημέρωση αυτή περιλαμβάνει λεπτομερείς πληροφορίες σχετικά με τη θεραπεία που προτείνει ο ιατρός, ή τη διαγνωστική εξέταση που πρόκειται να λάβει χώρα, και γενικά την κατάσταση της υγείας του ασθενούς³⁹. Εξαιρούνται από το δικαίωμα της ενημέρωσης οι ασθενείς οι οποίοι με δική τους πρωτοβουλία δεν επιθυμούν να ενημερωθούν. Στις χώρες όπου εφαρμόζεται το civil law υπάρχουν κάποιες διαφορές σχετικά με τις πληροφορίες που δικαιούνται οι ασθενείς να λάβουν από τον ιατρό. Στις περισσότερες από αυτές τις χώρες αρκεί να αποκαλυφθούν οι σοβαρότεροι και προβλέψιμοι κίνδυνοι, αλλά στη Γερμανία ο ασθενής ενημερώνεται για όσες επιπλοκές, σοβαρές και μη, αφορούν στο συγκεκριμένο ασθενή, και στη Γαλλία ο ιατρός υποχρεούται να ενημερώσει για όλους τους πιθανούς κινδύνους³⁹. Τις περισσότερες φορές το βάρος απόδειξης των πραγματικών περιστατικών φέρει ο ιατρός, ο οποίος φέρει την ευθύνη για υλικές και μη βλάβες στον ασθενή αν παραβιάσει την υποχρέωσή του να λάβει συναίνεση. Πάντως στην περίπτωση που ο ιατρός παρέλειψε να δώσει στον ασθενή κάποιες μη σημαντικές πληροφορίες, μέσω διαφόρων τεχνικών μεθόδων, υπάρχει απομείωση της αποζημίωσης που δικαιούται ο ασθενής ή και πλήρης παράκαμψή της³⁹.

5.2.2. Τα κυριότερα χαρακτηριστικά του common law

Το αγγλοσαξονικό δίκαιο δε δέχθηκε μεγάλες επιρροές από το Ρωμαϊκό δίκαιο⁴¹, αλλά πηγές του υπήρξαν το Δανικό, το Νορμανδικό, και κυρίως επηρεάστηκε από Σαξονικές πηγές. Μετά το 1066 όλες οι εξουσίες συγκεντρώνονταν στο Βασιλιά και τα μέλη του Βασιλικού Συμβουλίου, του Curia Regis⁴¹. Όμως μετά το 12^ο αιώνα λειτουργούσαν τα Βασιλικά Δικαστήρια στο Westminster τα οποία τα προτιμούσαν οι διάδικοι ως αποτελεσματικότερα, και γι' αυτό το λόγο τα δικαστήρια αυτά ταξίδευαν σε όλη τη χώρα με αποτέλεσμα να εφαρμόζονται οι ίδιοι εθιμικοί κανόνες παντού. Για να δικάσουν αυτά τα δικαστήρια αναφέρονταν σε προηγούμενες δικαστικές αποφάσεις για όμοιες υποθέσεις, καθιερώνοντας την αρχή του stare decisis που σημαίνει αρχή του δικαστικού προηγούμενου⁴¹. Αυτή ήταν η αρχή του common law.

Equity

Σύστημα κανόνων που δημιουργήθηκαν από τη δικαστική πράξη με σκοπό να καλυφθούν τα κενά του common law, χωρίς επιστημονικό σχέδιο όπως η δημιουργία κανόνων στα δίκαια της

ηπειρωτικής Ευρώπης^{39,41}. Οι κανόνες αυτοί σταδιακά συγχωνεύθηκαν με το σύνολο των δεδικασμένων και αποτελεί πηγή δικαίου για το δικαστή. Βασική διαφορά από τα ηπειρωτικά δίκαια λοιπόν, αποτελεί το δόγμα της δεσμευτικότητας των προηγούμενων δικαστικών αποφάσεων³⁹.

Αγωγές για ιατρική αμέλεια

Στην αγωγή για ιατρική αμέλεια ο ενάγων πρέπει να αποδείξει πως συντρέχουν σωρευτικά τα ακόλουθα τέσσερα στοιχεία για να θεμελιωθεί η αγωγή (tort of negligence)^{39,42}.

- i. Καθήκον φροντίδας: Ο ιατρός έχει υποχρέωση για παροχή στον ασθενή ιατρικής φροντίδας που αντιστοιχεί σε αποδεκτά πρότυπα⁴².
- ii. Αθέτηση του καθήκοντος: Πρέπει να αποδειχθεί πως ο ιατρός απέτυχε στην εκπλήρωση του καθήκοντός του, παρέχοντας φροντίδα κατώτερη από τα αποδεκτά πρότυπα. Η ποσοτικοποίηση του προτύπου αποτέλεσε πρόβλημα για τη δικαστική κρίση, αλλά αποφασίστηκε τελικά πως ένας ιατρός δεν είναι αμελής όταν οι ενέργειές του υποστηρίζονται από μια σημαντική μερίδα της ιατρικής κοινότητας⁴².
- iii. Πρόκληση ζημίας στον ασθενή εξαιτίας της αθέτησης του ιατρικού καθήκοντος: Η ύπαρξη της ζημίας στον ασθενή είναι θεμελιώδους σημασίας για την ευστάθεια της αγωγής³⁹. Χωρίς την ύπαρξη ζημίας η αγωγή στερείται νομικής βάσης ακόμα και αν ο ιατρός συμπεριφέρθηκε αμελώς³⁹.
- iv. Αιτιώδης σύνδεσμος μεταξύ της ζημίας και της αθέτησης του καθήκοντος: Να υπάρχει εγγύτατος αιτιώδης σύνδεσμος μεταξύ της ζημίας και των ενεργειών του ιατρού³⁹

Βάρος απόδειξης

Η προσέγγιση γίνεται σύμφωνα με την αρχή «res ipsa loquitur»³⁹ δηλαδή με την κατασκευή μιας υπόθεσης σχετικά με τη βλάβη από μέρους του ασθενή, την οποία μπορεί να αντικρούσει η υπεράσπιση αποδεικνύοντας πως η αιτία που προκάλεσε τη βλάβη ήταν άλλη και όχι η συγκεκριμένη ιατρική πράξη.

Αιτιώδης σύνδεσμος

Σχετικά με το θέμα του αιτιώδους συνδέσμου στο Αγγλικό δίκαιο, αρκεί να αποδειχθεί πως η πρόκληση της βλάβης ήταν πιθανότερη εξαιτίας της ιατρικής πράξης, παρά η μη πρόκλησή της (more probable than not)³⁹. Εάν θεωρηθεί πιθανό σε ποσοστό πάνω από 50% τότε ο ενάγων μπορεί να αξιώσει πλήρη αποζημίωση³⁹.

Δικαστήρια

Στο common law οι ποινικές και οι αστικές υποθέσεις εκδικάζονται σε δικαστήρια διαφορετικής δικαιοδοσίας³⁹. Πάντως, ο διαχωρισμός των νοσοκομείων σε δημόσια και ιδιωτικά δε σχετίζεται με τον τρόπο εκδίκασης της υπόθεσης, άλλωστε στο Ηνωμένο Βασίλειο τα περισσότερα νοσοκομεία εντάσσονται στο δημόσιο σύστημα υγείας³⁹.

Συναίνεση στην ιατρική πράξη

Προϋποθέσεις για την ορθή διαδικασία όσον αφορά τη συναίνεση του ασθενούς στην ιατρική πράξη και την αποφυγή αγωγών σχετικών με τη συναίνεση είναι⁴²: Η απόλυτη ευθύνη για τη διασφάλιση της λήψης σωστής συναίνεσης ανήκει στον ιατρό. Ο ασθενής μπορεί να δώσει αυτοπροσώπως τη συναίνεσή του για την ιατρική πράξη εφόσον είναι ψυχικά υγιής, δεν βρίσκεται σε κατάσταση απώλειας συνείδησης και είναι ενήλικος. Για την παροχή συναίνεσης για ιατρική πράξη που αφορά σε ανήλικα άτομα υπεύθυνοι να την παράσχουν είναι οι γονείς. Η ικανότητα για συναίνεση προσδιορίζεται από τη δυνατότητα του ασθενούς να κατανοήσει τις προσλαμβανόμενες πληροφορίες, δηλαδή το σκοπό και τη φύση της ιατρικής πράξης, τις συνήθεις επιπλοκές και τις εναλλακτικές παρεμβάσεις που προτείνει η επιστήμη, ώστε να λάβει τις ορθότερες αποφάσεις για την υγεία του. Ο έγγραφος τύπος στη συναίνεση δεν αποτελεί νομική δέσμευση για τον ιατρό, αλλά η ύπαρξή του μπορεί να αποτελέσει αποδεικτικό στοιχείο⁴².

Ακολουθεί μελέτη του τρόπου με τον οποίο αντιμετωπίζουν οι χώρες της Ευρώπης το ιατρικό σφάλμα, την ιατρική αμέλεια και τις νομικές παραμέτρους στο θέμα της συναίνεσης στην ιατρική πράξη.

5.3. Η ιατρική ευθύνη στο Ηνωμένο Βασίλειο

Το νομικό σύστημα που εφαρμόζεται στο Ηνωμένο Βασίλειο είναι το common law, από το οποίο πηγάζουν τα νομικά στοιχεία που συνθέτουν την ιατρική ευθύνη⁴⁰. Τα καθήκοντα του ιατρικού επαγγέλματος υπαγορεύονται κυρίως από το General Medical Council (GMC), το οποίο θεσπίστηκε μέσω της «Ιατρικής Συνθήκης» (Medical Act) το 1983⁴⁰, ισχύει έως και σήμερα με κάποιες τροποποιήσεις και αποτελεί το νομικό στήριγμα του GMC. Λειτουργεί παράλληλα με το δικαστικό σύστημα και καλύπτει τόσο το δίκαιο της Αγγλίας όσο και της Σκωτίας. Οι αρμοδιότητές του είναι οι ακόλουθες⁴⁰:

- i. Ορίζει τις αρχές της Καλής Ιατρικής Πρακτικής οι οποίες πρέπει να τηρούνται κατά την άσκηση της ιατρικής
- ii. Διασφάλιση της ποιότητας και συντονισμός όλων των βαθμίδων της Πανεπιστημιακής εκπαίδευσης στην ιατρική επιστήμη
- iii. Εγγράφει στα μητρώα του και αδειοδοτεί τους ιατρούς τόσο κατά την έναρξη του ιατρικού επαγγέλματος όσο και στη συνέχεια κατά την άσκησή του
- iv. Κρίνει με δίκαιο τρόπο τους ιατρούς οι οποίοι βρίσκονται σε καθεστώς αμφισβήτησης της ικανότητάς τους να ασκούν το ιατρικό επάγγελμα

5.3.1. Παράβαση του ιατρικού καθήκοντος

Παράβαση των κανόνων δεοντολογίας που διέπουν το ιατρικό επάγγελμα παρατηρούνται σε ζητήματα σχετικά με το ιατρικό απόρρητο, με την επαγγελματική απόδοση του ιατρού ή με την αναρμοδιότητα στην ανάληψη ενός ιατρικού εγχειρήματος⁴⁰. Τέτοιες παραβάσεις περιέρχονται στη γνώση του GMC συνήθως μετά την καταφυγή του ασθενή στα αστικά δικαστήρια για αίτηση αποζημίωσης, και εξετάζει την πιθανότητα επιβολής πειθαρχικών κυρώσεων στον ιατρό, ο οποίος οδηγείται και στα ποινικά δικαστήρια εάν θεωρηθεί πως έπραξε μια ποινικώς κολάσιμη εσφαλμένη ιατρική πράξη. Ο ιατρός πάντως αξιολογείται τόσο από το δικαστήριο όσο και από τον GMC βάσει ρεαλιστικών απαιτήσεων και όχι βάσει κοινωνικών και ηθικών χαρακτηριστικών τα οποία λίγοι μπορούν να επιτύχουν. Μετά την ολοκλήρωση της διαδικασίας στα αστικά δικαστήρια, ο ιατρός καλείται σε ακρόαση από τον GMC ώστε να αποφασισθεί εάν θα του επιβληθούν ποινές. Η αυστηρότερη ποινή είναι η διαγραφή από τα ιατρικά μητρώα, με συνέπεια την απώλεια της δυνατότητας άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος. Μέσω διαδικασιών που ακολουθούνται από τον GMC, ο ιατρός αξιολογείται για την ικανότητά του να ασκεί την ιατρική, και οι επιτροπές συνεδριάζουν δημόσια εκτός των περιπτώσεων που αφορούν σε προβλήματα σωματικής ή ψυχικής υγείας του ιατρού. Αν κριθεί μη ικανοποιητική η άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος από το συγκεκριμένο ιατρό τότε ο GMC δύναται να προβεί στις ακόλουθες πράξεις⁴⁰:

- i. Να μην ενεργήσει καθόλου
- ii. Να γίνουν αποδεκτά από την επιτροπή τα επιχειρήματα του ιατρού εφόσον είναι πειστικά και ασφαλή για τους ασθενείς και το κοινωνικό σύνολο
- iii. Να θέσει υπό όρους την εγγραφή του ιατρού
- iv. Να αναστείλει την εγγραφή του ιατρού

- v. Να διαγράψει τον ιατρό από τα μητρώα του ώστε να μη μπορεί να ασκήσει το ιατρικό επάγγελμα
- vi. Εάν ο ιατρός τελικά αποκαλυφθεί πως είναι ικανός να ασκεί το επάγγελμα, του εφιστά την προσοχή ώστε να το ασκεί με το δέοντα τρόπο

5.3.2. Αξιολόγηση των υπό κρίση περιστατικών ιατρικής αμέλειας

Οι επαγγελματίες που διενεργούν τέτοιες αξιολογήσεις στο Ηνωμένο Βασίλειο προέρχονται από ειδικότητες σχετικές με το είδος του σφάλματος⁴⁰.

Σε ζώντες ασθενείς η αξιολόγηση γίνεται από ιατρούς ή επαγγελματίες της ανάλογης με τη βλάβη ειδικότητας αρκεί να μην υπάρχει σύγκρουση ενδιαφέροντος ανάμεσα στους εμπλεκόμενους στην υπόθεση και τον πραγματογνώμονα. Οι ειδικοί αυτοί διορίζονται από τους συνηγόρους είτε του ενάγοντος (του ασθενή), είτε του εναγομένου (εκ μέρους του NHS)⁴⁰. Σε περιπτώσεις θανάτου γίνεται παθολογοανατομική εξέταση από παθολογοανατόμο ή και από ιατρό της οικείας ειδικότητας με την αιτία θανάτου εφόσον απαιτούνται περαιτέρω εξετάσεις. Το θέμα σε περιπτώσεις αιφνιδίων θανάτων επιλαμβάνεται μια ανεξάρτητη δικαστική και ανακριτική αρχή (Coroner's enquiry) η οποία εξετάζει για ποιο λόγο απεβίωσε ο ασθενής ακόμα και εάν δεν είναι απαραίτητη η απονομή ευθύνης σε κάποιον. Μέσω της συγκεκριμένης ακροαματικής διαδικασίας αποτιμάται πάντως και το ενδεχόμενο ύπαρξης υπαιτιότητας ή τίθεται ζήτημα ιατρικής αμέλειας⁴⁰.

Ως σύμβουλοι λειτουργούν και άλλοι επαγγελματίες υγείας εκ μέρους ασφαλιστικών εταιριών, οι οποίοι παρέχουν οδηγίες στον ιατρό και διευθετούν ζητήματα εκπροσώπησης του ιατρού στο δικαστήριο από συνηγόρους, καθώς και άλλα συναφή ζητήματα, τα οποία όπως αναφέρθηκε, λειτουργούν παράλληλα με τις επιτροπές αξιολόγησης του ιατρού από το GMC⁴⁰.

5.3.3. Η διαδικασία στο δικαστήριο

Η συνήθης νομική βάση για τη θεμελίωση της ιατρικής αμέλειας στο Ηνωμένο Βασίλειο είναι η αγωγή για αδικοπραξία (tort of negligence στην Αγγλία και delict of negligence στη Σκωτία)⁴³. Συνήθως δεν υπάρχει στα πλαίσια του NHS συμβατική σχέση μεταξύ ασθενή και ιατρού και γι' αυτό το λόγο η αγωγή για αποζημίωση από συμβατική ευθύνη είναι σπάνια στο Ηνωμένο Βασίλειο. Πάντως σύμφωνα με μια απόφαση δικαστηρίου της Σκωτίας (Dow v. Tayside University Hospitals NHS trust) υπάρχει δυνατότητα να στηριχθεί αγωγή για ενδοσυμβατική ευθύνη ιατρού

εφόσον αυτή προκύπτει ξεκάθαρα από σύμβαση στην οποία θεωρείται ότι προσχώρησε ο ιατρός και όχι στην απορρέουσα από το νόμο υποχρέωσή του προς παροχή ιατρικής περίθαλψης⁴³ εντός του NHS. Εάν βέβαια πρόκειται για ιδιωτική συμβατική σχέση που δεν εμπίπτει στα πλαίσια του NHS τότε είναι βέβαιο πως η ευθύνη του ιατρού είναι ενδοσυμβατική.

5.3.4. Η θεμελίωση της ιατρικής αμέλειας

Για να υπάρξει θεμελίωση της ιατρικής αμέλειας πρέπει να αποδειχθεί από τον ενάγοντα ότι συντρέχουν στο πρόσωπο του ιατρού τα εξής^{40,43}:

Το καθήκον για παροχή ιατρικής φροντίδας

Η σχέση μεταξύ ιατρού και ασθενή πρέπει να είναι συμβατή με το λεγόμενο “test of Caparo v. Dickman” από την ομώνυμη απόφαση, και απαιτεί «οι απώλειες του ενάγοντος πρέπει να μπορούν να προβλεφθούν, πρέπει να υπάρχει εγγύτητα ανάμεσα στα δύο μέρη και να είναι επιβεβλημένη, βάσει της λογικής, η παροχή ιατρικής φροντίδας»⁴³.

Το πρότυπο της ιατρικής φροντίδας

Ο ιατρός πρέπει να πληροί το πρότυπο του μέσου και λογικού εκπαιδευμένου ιατρού. Αν ο ενάγων αποδείξει πως ο ιατρός υπήρξε κατώτερος του προτύπου αυτού μπορεί να θεμελιώσει αμέλεια^{40,43}. Στην απόφαση Bolam v. Friern Hospital Management Committee^{40,43,44} η οποία υπήρξε σημαντικό δεδικασμένο για το Αγγλικό δίκαιο, καθιερώθηκε μια δοκιμασία για τη διαπίστωση του επιπέδου του ιατρού σε σχέση με το πρότυπο ιατρικής φροντίδας το οποίο έγινε γνωστό ως Bolam test: «Ο ιατρός δεν είναι ένοχος για αμέλεια εάν έχει ενεργήσει σύμφωνα με κάποια πρακτική την οποίαν αποδέχονται ως κατάλληλη ένα σύνολο ειδικευμένων στη συγκεκριμένη πρακτική ιατρών.....απλώς επειδή υπάρχει μια ομάδα (ιατρών) οι οποίοι έχουν αντίθετη άποψη»⁴³. Σύμφωνα με αυτό το τεστ όταν υπάρχουν δύο αντικρουόμενες απόψεις τις οποίες αποδέχονται δύο ομάδες ιατρών αντίστοιχα, και ο εναγόμενος είναι σύμφωνος με τη μία από τις δύο, τότε δεν μπορεί να κριθεί αμελής^{40,43,44}. Η απόφαση αυτή ελάχιστα τροποποιήθηκε από την νεότερη απόφαση Bolitho v. City and Hackney Health Authority η οποία υπαγορεύει ότι «Ακόμη και αν μια θεραπευτική μέθοδος υποστηρίζεται από μια ομάδα ιατρών, η μέθοδος αυτή θα πρέπει και πάλι να υπόκειται σε λογική ανάλυση εάν χρησιμοποιηθεί ως μέσον υπεράσπισης»⁴⁰. Δηλαδή, πρέπει να αποδειχθεί πως ο ιατρός κατέφυγε στη συγκεκριμένη μέθοδο έπειτα από λογική ανάλυση και στάθμιση των κινδύνων με τα οφέλη από την παρέμβαση αυτή⁴³.

Αιτιώδης συνάφεια

Ουσιώδες στοιχείο της αγωγής για ιατρική αμέλεια αποτελεί η απόδειξη της σχέσης αιτίου και αιτιατού ανάμεσα στη ζημία που υπέστη ο ασθενής και την ιατρική πράξη^{40,43}. Η απόδειξη αυτή θεωρείται αρκετά δύσκολη, και με αυτήν βαρύνεται ο ενάγων, η οποία βασίζεται σε δοκιμασίες που βασίζονται σε στάθμιση πιθανοτήτων⁴³.

To “but for” test

Η δοκιμασία αυτή αποτελεί βοήθημα για το δικαστήριο ως προς τη διαπίστωση της ύπαρξης αιτιώδους συνάφειας ή όχι. Ο τρόπος που γίνεται είναι ο εξής: Τίθεται ένα ερώτημα με ιστορική χροιά, δηλαδή «τι συνέβη στην πραγματικότητα;». Κατόπιν τίθεται ένα ερώτημα με υποθετική χροιά, δηλαδή «τι θα συνέβαινε εάν ο κατηγορούμενος δεν ήταν αμελής;». Εάν οι απαντήσεις στα δύο ερωτήματα έχουν σημαντική διαφορά μεταξύ τους τότε αποδεικνύεται η αιτιώδης συνάφεια και άρα η αμέλεια του κατηγορουμένου ιατρού⁴⁰.

Η θεωρία της «Υλικής συνεισφοράς» (The doctrine of Material Contribution)

Η θεωρία αυτή χρησιμοποιείται όταν δεν υπάρχουν αρκετά αποδεικτικά στοιχεία για τη θεμελίωση της αιτιώδους συνάφειας με το but for test, και προσπαθεί να αποδείξει πως η παράβαση του καθήκοντος για παροχή ιατρικής φροντίδας είχε κάποια υλική συνεισφορά στη βλάβη⁴³, άρα, ο παράγοντας της αδικοπραξίας θα μπορούσε να θεωρηθεί ως αιτιώδης για την πρόκληση της βλάβης⁴⁰.

Η χρήση προτύπων κατευθυντήριων οδηγιών (Guidelines)

Η δημιουργία αυτών των κατευθυντήριων οδηγιών έγινε από το National Institute for Health and Clinical Excellence ώστε να πιστοποιούνται τα επίπεδα των προτύπων φροντίδας Υγείας και να θεωρείται αμελής από το δικαστήριο ο ιατρός ο οποίος βρίσκεται χαμηλότερα από αυτά στην αξιολόγηση⁴⁰. Η χρήση των οδηγιών αυτών έχει δεχθεί επικρίσεις διότι παρουσιάστηκαν σφάλματα και ανισότητες με τη χρήση τους⁴³. Υπάρχει επίσης η πεποίθηση πως οι ιατροί θα έχουν δυσκολίες στην εκπλήρωση μιας ορθής επαγγελματικής κρίσης κατά την επαφή τους με τον ασθενή προσπαθώντας να εκπληρώσουν τις προϋποθέσεις των κατευθυντήριων οδηγιών⁴³

Το σφάλμα

Το ουσιωδέστερο, ίσως, στοιχείο για να ευσταθεί μια αγωγή για αποζημίωση στο δίκαιο του Ηνωμένου Βασιλείου είναι η απόδειξη πως ο ασθενής υπέστη μια βλάβη συνεπεία παροχής μη ορθής φροντίδας από τον ιατρό⁴⁰. Ιδιαίτερα δυσχερής είναι η απόδειξη ότι η βλάβη δεν

οφείλεται σε προϋπάρχουσα νόσο, ή ότι με μια εναλλακτική θεραπεία η κατάσταση της υγείας του ασθενούς θα ήταν καλύτερη⁴⁰.

5.3.5. Η συναίνεση στην ιατρική πράξη

Η ιδιαίτερη σημασία της συναίνεσης στην ιατρική πράξη, η οποία έπεται εκτενούς ενημέρωσης από τον ιατρό ως απόδειξη πως ο ασθενής συμφωνεί στην ανάθεσή της στον ιατρό⁴² αποτελεί μια σημαντική παράμετρο η οποία έχει απασχολήσει τα δικαστήρια στο Ηνωμένο Βασίλειο. Αν ο ασθενής πιστεύει πως ο ιατρός ανέλαβε τη φροντίδα του χωρίς ο ίδιος να συναινέσει, η θεωρία υποστηρίζει δύο τρόπους με τους οποίους ο ασθενής μπορεί να εναγάγει τον ιατρό. Ο ένας τρόπος είναι ασκώντας τη λεγόμενη tort of Battery⁴². Σύμφωνα με αυτή την αγωγή κάθε παρέμβαση στο σώμα του ασθενούς είναι παράνομη και όχι μόνο η μη προσήκουσα σύμφωνα με τα ιατρικά πρότυπα. Τα δικαστήρια του Ηνωμένου Βασιλείου είναι απρόθυμα να δημιουργήσουν δεδικασμένο εκδίδοντας μια απόφαση θετική προς κάποιον ασθενή που άσκησε tort of Battery ως βάση για ζήτημα που αφορά στη συναίνεση και καθιστά την ιατρική πράξη παράνομη όχι ως εσφαλμένη αλλά εξομοιώνοντάς την με οποιαδήποτε προσβολή της σωματικής ακεραιότητας. Ο δεύτερος τρόπος που υποστηρίζει η θεωρία είναι η άσκηση από τον ασθενή της tort of negligence⁴² εάν θεωρεί πως η συναίνεσή του δεν ελήφθη από τον ιατρό με τον προσήκοντα τρόπο. Σε αυτή την αγωγή τα δικαστήρια ανταποκρίνονται θετικά, και εάν η συναίνεση δεν πληροί τις προϋποθέσεις που θέτει ο νόμος, τότε ο ασθενής αποζημιώνεται.

5.3.6. Χρόνος παραγραφής (limitation Act)

Για να είναι έγκυρη μια αγωγή για αποζημίωση που αφορά σε ιατρική αμέλεια πρέπει να ασκηθεί από τον ενάγοντα σε ένα περιορισμένο χρονικό διάστημα, που ορίζεται σε τρία έτη. Μετά την πάροδο της τριετίας υπάρχει κίνδυνος να χαθεί το δικαίωμα του ασθενούς να ασκήσει αγωγή⁴⁰. Παρά ταύτα η ίδια η limitation act θέτει κάποιες εξαιρέσεις στον κανόνα των τριών ετών:

- i. Μέχρι την ενηλικίωση του ατόμου δεν ξεκινά ο χρόνος παραγραφής
- ii. Ο χρόνος παραγραφής αρχίζει να μετρά από το χρόνο που η βλάβη περιήλθε στη γνώση του ασθενή (όχι από το χρόνο που συνέβη)
- iii. Δεν υπάρχει χρόνος παραγραφής για τον εν δυνάμει ενάγοντα ο οποίος αντιμετωπίζει ψυχική νόσο
- iv. Οι δικαστές έχουν τη διακριτική ευχέρεια να καταργούν το χρόνο παραγραφής.

5.4. Η ιατρική ευθύνη στις Σκανδιναβικές χώρες

Για να γίνει κατανοητή η προσέγγιση του δικαίου της αποζημίωσης στις χώρες της Σκανδιναβίας θα ήταν χρήσιμη μια αναφορά στο σύστημα κοινωνικής πρόνοιας που εφαρμόζεται στις χώρες αυτές. Κατ' αρχάς, η πρόσβαση στις κοινωνικές υπηρεσίες είναι δικαίωμα όλων των μόνιμων κατοίκων και υπηκόων και όχι μόνο όσων εργάζονται ή βρίσκονται σε ανάγκη⁴⁴. Πρόκειται για ένα πλήρες και περιεκτικό σύστημα κοινωνικής αλληλεγγύης του οποίου οι υπηρεσίες είτε παρέχονται δωρεάν είτε είναι επιδοτούμενες, και αφορούν, όχι στις βασικές ανάγκες αλλά πληρούν τα υψηλότερα πρότυπα αυτών των αναγκών. Πρόκειται για ένα σύστημα που προωθεί την αρχή της ισότητας ανάμεσα στους κατοίκους⁴⁴.

Το δίκαιο της αποζημίωσης που εφαρμόζεται στις χώρες της Σκανδιναβίας έχει ως πυρήνα το πταίσμα⁴⁴, το οποίο συνυπάρχει με τέσσερις βασικές έννοιες οι οποίες είναι οι ακόλουθες: Το σφάλμα (culpa), την αιτιώδη συνάφεια, την επάρκεια και τη ζημία. Ο κανόνας του σφάλματος (the culpa rule) βρίσκεται στον πυρήνα του δικαίου της αποζημίωσης και η βασική του σημασία είναι πως η υπαιτιότητα συνεπάγεται αμέλεια. Θεμελιώδης υπήρξε η αλλαγή του Σκανδιναβικού προτύπου από τη λογική του σφάλματος στην αναζήτηση ασφαλιστικών λύσεων. Βασική ιδέα του συστήματος αυτού είναι ότι οι τραυματισμοί πρέπει πάντοτε να αποζημιώνονται. Χρηματοδοτικές πηγές αυτού του συστήματος είναι ένας συνδυασμός δημόσιας και ιδιωτικής ασφάλισης και σε μικρό ποσοστό αποζημιώσεις που έχουν επιδικασθεί από το δικαστήριο⁴⁴. Ειδικότερα, τα κόστη αυτά δεν επιβαρύνουν απευθείας το φορολογούμενο πολίτη αλλά προέρχονται μέσω της ασφάλισης του μέρους εκείνου του οποίου οι δραστηριότητες θεωρούνται κινδυνώδεις. Ένα από αυτά τα συστήματα ασφάλισης αφορά στους τραυματισμούς ασθενών, το οποίο έχει ουσιαστικά περιθωριοποιήσει το σύστημα αποζημίωσης που εξαρτάται από υπαιτιότητα⁴⁴.

5.4.1. Το πρόγραμμα πρόληψης και επανόρθωσης των ιατρικών σφαλμάτων και ανεπιθύμητων συμβάντων

Ανάμεσα στις χώρες της Σκανδιναβίας δε σημειώνονται αξιολογές διαφορές σχετικά με την οργάνωση των υπηρεσιών Υγείας. Η χρηματοδότηση των υπηρεσιών αυτών είναι δημόσια και προέρχεται από τη φορολογία (σύστημα Beveridge). Αναπτυσσόμενος είναι επίσης και ο ιδιωτικός τομέας στην Υγεία⁴⁴. Η κρατική πάντως χρηματοδότηση έχει αντίκτυπο και στα ύψη

των ανεξάρτητων από υπαιτιότητα αποζημιώσεων, εφόσον εκείνες προέρχονται τελικά από τους φορολογούμενους. Η αδειοδότηση των επαγγελματιών υγείας γίνεται άμεσα από το κράτος με το οποίο συνομολογούνται δικαιώματα και υποχρεώσεις και αυτό είναι υπεύθυνο για τον έλεγχο της απόδοσης του επαγγελματία αλλά και για τις κυρώσεις που πρέπει να επιβληθούν σε αυτόν σε περιπτώσεις αμέλειας. Μπορεί ακόμα και να αποσύρει την άδεια ασκήσεως επαγγέλματος. Ένας ακόμη μηχανισμός πρόληψης φαινομένων αμέλειας αποτελεί ένα σύστημα στο οποίο ο ασθενής μπορεί να εκφράσει παράπονα σχετικά με την καταπάτηση των δικαιωμάτων του, ή να αναφέρει περιπτώσεις αμέλειας⁴⁴. Αυτή η αναφορά ανεπιθύμητων περιστατικών θεωρείται υποχρέωση διότι συμβάλλει στη βελτίωση του επιπέδου ασφάλειας των ασθενών και χρησιμοποιείται κυρίως για εκπαιδευτικούς σκοπούς που αφορούν στην πρόληψη.

Τα συστήματα αποζημίωσης υιοθετήθηκαν από κάθε Σκανδιναβική χώρα ξεχωριστά, με πρώτη τη Σουηδία, όπου το πρώτο σύστημα αποζημίωσης άρχισε να λειτουργεί από το 1975. Εφόσον τα συστήματα των χωρών της Σκανδιναβίας έχουν μικρές διαφορές θα χρησιμοποιηθεί ως πρότυπο το Σουηδικό σύστημα, όπου η ασφάλιση αστικής ευθύνης είναι υποχρεωτική και έχει θεσμοθετηθεί από την Patient Insurance Act⁴⁴. Η ιατρική αμέλεια είναι ένα ζήτημα που οι Σκανδιναβικές χώρες ήταν ιδιαίτερα εύστοχες σχετικά με την πρόληψή του και αυτό είναι ένα ισχυρό επιχείρημα υπέρ του συστήματος αποζημίωσης που εφαρμόζεται εκεί. Οι αρνητικές συνέπειες είναι πως η νομοθεσία που σχετίζεται με την αμέλεια περιέχει ασάφειες, εξαιτίας ίσως του γεγονότος ότι η δικαστική εμπειρία στην ιατρική αμέλεια είναι περιορισμένη⁴⁴.

5.4.2. Αποζημίωση

Υπάρχουν τρεις τρόποι να απαιτήσει αποζημίωση κάποιος ασθενής που υπέστη βλάβη. Ο πρώτος είναι να αποζημιωθεί από το κρατικό σχέδιο αποζημίωσης, ο δεύτερος είναι να αποζημιωθεί από την προσωπική του ασφάλεια και ο τρίτος είναι να ασκήσει αγωγή για αποζημίωση κάνοντας χρήση των δικαιωμάτων του τα οποία πηγάζουν από το δίκαιο της αποζημίωσης⁴⁴. Πιο συχνά χρησιμοποιείται ο πρώτος τρόπος. Εκτός από τη Δανία, όλες οι άλλες χώρες δίνουν τη δυνατότητα στον ασθενή να επιλέξει μεταξύ της δικαστικής οδού ή της κρατικής αποζημίωσης εφόσον το επιθυμεί. Στη Δανία, όποιος δικαιούται κρατικής αποζημίωσης απαγορεύεται να καταφύγει στη δικαιοσύνη. Εντούτοις το δικαίωμα της δικαστικής διεκδίκησης σπάνια χρησιμοποιείται διότι υπάρχουν αποτρεπτικοί παράγοντες προς αυτό, όπως το γεγονός ότι το βάρος απόδειξης τόσο της βλάβης, όσο του σφάλματος και της αιτιώδους συνάφειας το έχει ο ενάγων, δηλαδή ο ασθενής. Η διακινδύνευση της αποζημίωσης μέσω ενός δικαστικού

αγώνα δε συμφέρει τους ασθενείς, γι' αυτό το λόγο, στη δικαστική κρίση καταφεύγουν όσοι υπέστησαν βλάβες τις οποίες δεν καλύπτει η ασφαλιστική σύμβαση⁴⁴.

5.4.3. Νομικά θεμέλια της αποζημίωσης

Το πρότυπο του έμπειρου ειδικού

Σύμφωνα με το πρότυπο αυτό, ο ασθενής που υπέστη βλάβη πρέπει να αποζημιωθεί εάν στις δεδομένες συνθήκες, κατά τη θεραπεία ή κατά την εξέταση, ένας έμπειρος ειδικός θα έπραττε με άλλον τρόπο ούτως ώστε να αποφευχθεί η βλάβη⁴⁴. Με τον όρο «έμπειρος ειδικός» (Experienced Specialist) εννοείται το άριστο και όχι το μέσο πρότυπο. Πρόκειται για μια αντικειμενική αξιολόγηση με ένα θεωρητικό δίλημμα όπου στη θέση του «ιατρού» τοποθετείται ο «άριστος ιατρός», παρά το γεγονός ότι η ποιότητα της θεραπείας που δικαιούται να λάβει ο ασθενής εξαρτάται από τους υγειονομικούς πόρους ή τις εγκαταστάσεις που βρίσκονται στη δεδομένη στιγμή διαθέσιμοι. Συνεπώς, εάν αποδειχθεί πως ο ιατρός με τα μέσα που διέθετε τη δεδομένη στιγμή έπραξε άριστα τότε δεν υπάρχει δικαίωμα αποζημίωσης⁴⁴. Σε μη επείγουσες περιπτώσεις πάντως, ο ιατρός υποχρεούται να παραπέμψει τον ασθενή σε νοσοκομείο που διαθέτει τα κατάλληλα μέσα για την αντιμετώπιση της κατάστασής του. Κατά την αντιμετώπιση επειγουσών περιπτώσεων που η διακομιδή του ασθενούς δε θα βελτίωνε την κατάστασή του ή δεν θα αποτελούσε αποτρεπτικό για τη βλάβη παράγοντα, τότε δεν δικαιούται αποζημίωσης⁴⁴.

Αστοχία Υλικού ή μηχανική βλάβη

Σε αυτές τις περιπτώσεις θεωρείται πως υπάρχει υπαιτιότητα, και συνεπώς καταβάλλεται αποζημίωση, ανεξάρτητα από το πόσο σημαντικό ή ασήμαντο, μικρό ή μεγάλο ήταν το μηχάνημα ή το υλικό που δε λειτούργησε. Τα αίτια της βλάβης είναι επίσης αδιάφορα. Ο ασθενής μπορεί πάντως σε αυτή την περίπτωση να διεκδικήσει αποζημίωση που θεμελιώνεται στη συνθήκη για την υπαιτιότητα σχετικά με τα προϊόντα (Product Liability Act)⁴⁴, της οποίας το ποσόν είναι όμοιο με εκείνο της ειδικής αποζημίωσης για τους ασθενείς.

Η εναλλακτική θεραπεία

Σύμφωνα με αυτό τον κανόνα, ο ασθενής δικαιούται να αποζημιωθεί εάν, σε κάποια εκ των υστέρων αξιολόγηση ανακαλυφθεί πως υπήρξε κάποια εναλλακτική θεραπεία εφάμιλλη αυτής που εφαρμόστηκε στον ασθενή ως προς την αποτελεσματικότητά της αλλά θα αποτελούσε καλύτερη επιλογή για το συγκεκριμένο ασθενή. Η αποζημίωση αυτή βασίζεται σε εκ των υστέρων εξέταση των πραγματικών περιστατικών, άρα δεν είναι δυνατή η πρόβλεψη της έκβασής της. Ο συγκεκριμένος τρόπος αποζημίωσης δεν απαιτεί υπαιτιότητα⁴⁴.

Η ανοχή σε λογικά επίπεδα

Εάν κατά τη διαδικασία της θεραπείας ή της διαγνωστικής διαδικασίας ο ασθενής υποστεί κάποια βλάβη, λοίμωξη ή γίνει σε αυτόν κάποια εσφαλμένη διάγνωση σε επίπεδα υψηλότερα από εκείνα που είναι υποχρεωμένος να ανεχθεί τότε του οφείλεται αποζημίωση. Λαμβάνονται υπόψιν παράγοντες όπως η βαρύτητα και η σπανιότητα της βλάβης, η γενικότερη κατάσταση της υγείας του ασθενούς, και η «γενική πιθανότητα του κινδύνου για την επέλευση της βλάβης»⁴⁴. Η διαπίστωση γίνεται μέσω του κανόνα του προτύπου του έμπειρου ειδικού⁴⁴.

5.4.4. Η αιτιώδης συνάφεια

Η αιτιώδης συνάφεια είναι βασικό στοιχείο της νομικής θεμελίωσης τόσο στο δίκαιο της αποζημίωσης όσο και στο δίκαιο της ασφάλισης των ασθενών. Στο δίκαιο των χωρών της Σκανδιναβίας η διαπίστωση της αιτιώδους συνάφειας δε γίνεται με το συνήθη αυστηρό τρόπο αλλά με ρεαλιστικά κριτήρια⁴⁴, και χρήση ευέλικτων μεθόδων. Η κύρια και πιο αποδεκτή από τους νομικούς μέθοδος που χρησιμοποιείται από το δικαστήριο πραγματοποιείται σε δύο στάδια. Στο πρώτο γίνεται διερεύνηση των πραγματικών αιτιωδών περιστατικών (factual causation inquiry) όπου διαπιστώνεται εάν η αμελής πράξη του εναγομένου πράγματι προκάλεσε βλάβη στον ενάγοντα. Στο δεύτερο γίνεται εξέταση της επάρκειας του αιτιώδους περιστατικού (adequate causation inquiry) ως προς τη δυνατότητά του να προκαλέσει τη συγκεκριμένη ζημία στον ενάγοντα. Δεν υπάρχουν γραπτοί κανόνες σχετικά με τον τρόπο διαπίστωσης της αιτιώδους συνάφειας, αλλά η διαδικασία πραγματοποιείται με βάση τους γενικούς άγραφους κανόνες που διέπουν το δίκαιο της αποζημίωσης. Πηγές στις οποίες καταφεύγουν οι νομικοί επιστήμονες ώστε να επιλύσουν το ζήτημα του αιτιώδους συνδέσμου αποτελούν οι αποφάσεις των ανωτάτων Δικαστηρίων και η νομική βιβλιογραφία⁴⁴. Σε δικαστικές κρίσεις για ιατρική αμέλεια πάντως έχουν χρησιμοποιηθεί και άλλες θεωρίες ως προς την αιτιώδη συνάφεια όπως η θεωρία «της χαμένης ευκαιρίας» (loss of chance), και της πιθανολογούμενης αιτιολογίας (probabilistic causation) σε περίπτωση αποδεικτικών δυσχερειών⁴⁴ σε περιπτώσεις ιατρικής αμέλειας.

Αξιολόγηση των ζημιών

Όπως αναφέρθηκε και προηγούμενα, η αποζημίωση που διεκδικείται δικαστικά είναι ίδια με εκείνη που δίδεται από την ειδική ασφάλιση για τους ασθενείς. Το ύψος της αποζημίωσης στις χώρες της Σκανδιναβίας είναι χαμηλότερο και περιορισμένο σε σχέση με άλλες χώρες και γι' αυτό το λόγο οι ελάχιστονες βλάβες δεν αποζημιώνονται⁴⁴.

5.5. Η ιατρική ευθύνη στη Γερμανία και στην Αυστρία

Στις Γερμανόφωνες χώρες, ανεξάρτητα από διαφορές που υπάρχουν στη νομοθεσία, οι μέθοδοι της διερεύνησης για την ύπαρξη ιατρικής αμέλειας είναι όμοιες⁴⁰ και γι' αυτό το λόγο θα μελετηθούν μαζί.

Στη Γερμανία, τα δικαιώματα και οι επαγγελματικές υποχρεώσεις των ιατρών καταγράφονται στους «Επαγγελματικούς Κανονισμούς», ενώ στην Αυστρία είναι μέρος του ιατρικού Δικαίου⁴⁶. Σε αυτά τα νομοθετικά κείμενα καθιερώνεται η ανεξαρτησία στην άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος αλλά και η προσωπική ευθύνη του ιατρού για τις ιατρικές πράξεις στις οποίες προβαίνει⁴⁰. Συνεπώς στην περίπτωση που διαπιστωθεί ότι ο ιατρός με πράξεις του έχει προκαλέσει διαταραχές στην υγεία ενός ασθενή, σωματικές βλάβες ή ακόμα και θάνατο, τότε υπάρχουν νομικές επιπτώσεις γι' αυτόν όπως ορίζουν οι διατάξεις του αστικού και ποινικού κώδικα, καθώς και η διοικητική νομοθεσία για τις περιπτώσεις αυτές. Το βάρος απόδειξης φέρει ο ασθενής. Στη διαδικασία της συλλογής αποδεικτικών στοιχείων συμμετέχει ένας έμπειρος ειδικός επιστήμονας ο Medical expert ο οποίος έχει την ευθύνη, εφόσον το απαιτήσει ο εισαγγελέας ή τα πολιτικά δικαστήρια ή ο οικείος ιατρικός σύλλογος, να καταρτίσει μια αναφορά όπου πρέπει να αναφέρονται όλα τα γεγονότα που οδήγησαν στο ανεπιθύμητο συμβάν, καθώς και την παρούσα μετά τη βλάβη κατάσταση του ασθενούς, αφού γίνει ενδελεχής έρευνα στον ιατρικό του φάκελο, αλλά και σειρά εξετάσεων στον ίδιο⁴⁰. Η διερεύνηση αυτή πραγματοποιείται με σκοπό να απαντηθούν τα ερωτήματα που αφορούν στο εάν ο ιατρός έσφαλλε, εάν ο ασθενής απέδειξε την ύπαρξη βλάβης στην υγεία του, ή σε περιπτώσεις θανάτου ποια ήταν η αιτία, και τέλος, εάν μεταξύ της σωματικής βλάβης ή του θανάτου και της ιατρικής πράξης υπάρχει αιτιώδης συνάφεια⁴⁰.

Στην Αυστρία το θεμέλιο της σχέσης ιατρού και ασθενή είναι το δίκαιο της σύμβασης⁴⁶, ανεξάρτητα εάν λαμβάνει ο ασθενής θεραπεία στα πλαίσια ενός δημοσίου ή ιδιωτικού νοσηλευτηρίου. Το δίκαιο αυτό καλύπτει όχι μόνο τα άτομα που υπέστησαν βλάβη αλλά και τρίτα μέρη όπως σύζυγοι, τέκνα και γονείς, οι οποίοι μπορούν να εγείρουν αγωγή για αποζημίωση αυτοτελώς⁴⁵. Το βάρος απόδειξης είναι αντεστραμμένο σε περιπτώσεις απλής αμέλειας, συνεπώς ο ιατρός πρέπει να αποδείξει ότι δεν ήταν υπαίτιος για αθέτηση της

σύμβασης, ενώ σε περιπτώσεις μείζονος αμέλειας ο ενάγων βαρύνεται με την απόδειξη των πραγματικών περιστατικών.

Ο ιατρός που καταδικάζεται για αμέλεια, εκτός από την αποζημίωση που καλείται να καταβάλλει στον ασθενή ή την ποινή φυλάκισης που πρέπει να εκτίσει, εξετάζεται και από ειδικές επιτροπές του οικείου ιατρικού Συλλόγου. Τα θεσμικά αυτά όργανα έχουν δικούς τους κανόνες πειθαρχικής τιμωρίας για τον ιατρό, οι οποίοι είναι εγκεκριμένοι από το Υπουργείο Υγείας, και οι αποφάσεις τους γίνονται σεβαστές τόσο από τον ιατρό, όσο και από τον ασθενή⁴⁰.

5.5.1. Η διαδικασία

Εάν διαπιστωθεί η ύπαρξη βλάβης ή θανάτου σε έναν ασθενή με υπόνοιες ύπαρξης ιατρικής αμέλειας, ο ασθενής ή οι συγγενείς του θανόντος έχουν τις ακόλουθες δυνατότητες⁴⁰: Μπορούν να καταγγείλουν το γεγονός στο αστυνομικό τμήμα⁴⁵ ή τον εισαγγελέα, ο οποίος παραγγέλλει ορισμένες διαδικασίες. Αν υπάρχει θάνατος ασθενούς οι δύο αυτοί θεσμοί υποχρεούνται να επέμβουν. Σε αυτή την περίπτωση διορίζεται ειδικός ιατρός για τη διενέργεια εξωτερικής εξέτασης της σωρού, ο οποίος πρέπει να ενημερώσει τις αρχές εάν θεωρεί πως ο θάνατος προκλήθηκε από κάποιο ασυνήθιστο αίτιο⁴⁰. Ο κατηγορούμενος ιατρός μαζί με όσους επαγγελματίες εμπλέκονται στο ανεπιθύμητο συμβάν καλούνται για κατάθεση. Το δικαστήριο για να σχηματίσει ορθή άποψη ανακτά όλες τις ιατρικές εξετάσεις (ακτινογραφίες, αιματολογικές, ιστολογικές, αυτοψίες ιατρών), και αν το κρίνει αναγκαίο ζητεί τη διεξαγωγή περαιτέρω εξετάσεων⁴⁰. Ο εισαγγελέας δύναται να καλέσει ως πραγματογνώμονες άλλους ειδικούς ιατρούς οι οποίοι καλούνται να απαντήσουν γραπτώς σε μια σειρά ερωτήσεων. Αν ο ασθενής υπέστη βλάβη αλλά βρίσκεται στη ζωή τότε διαπιστώνεται μετά από ιατρική εξέταση η παρούσα κατάστασή του. Εάν έχει επέλθει θάνατος στον ασθενή τότε διατάσσεται η διενέργεια νεκροτομής. Κατόπιν, ο δικαστής καλείται να αποφασίσει εάν ο ιατρός ενήργησε με αμέλεια ή όχι, και δύναται να του καταλογίσει χρηματική ποινή ή να παραπέμψει την υπόθεση στο ποινικό δικαστήριο^{40,45}, όπου συνήθως ο ιατρός αθώνεται λόγω έλλειψης τεκμηρίων ότι η υπόθεση αφορά στην προστασία του δημοσίου συμφέροντος. Το βάρος της απόδειξης των πραγματικών περιστατικών παραμένει στην κατηγορούσα αρχή⁴⁵. Το δικαστήριο απονέμει ποινή στον ιατρό πάρα πολύ σπάνια, και κατά τις περιπτώσεις εκείνες που θεωρεί ότι ο κατηγορούμενος μπορεί να γίνει υπότροπος ή ο βαθμός της υπαιτιότητας ήταν μείζων. Γενικά, πάντως, ο καταδικασθείς υποχρεούται στην καταβολή ενός προστίμου⁴⁵.

Άλλη δυνατότητα που έχουν οι ασθενείς ή οι συγγενείς τους, αν θέλουν να αποφύγουν την προηγούμενη διαδικασία είναι να καταφύγουν στα Πολιτικά δικαστήρια ζητώντας αποζημίωση, όπου θα πρέπει να αποδείξουν την ύπαρξη αμέλειας, εκτός από τις περιπτώσεις σοβαρού σφάλματος ή γραφειοκρατικού σφάλματος, οπότε το βάρος απόδειξης έχει ο ιατρός⁴⁰. Η αγωγή μπορεί να έχει ως θεμέλιο τόσο τη συμβατική όσο και την εξωσυμβατική ευθύνη του ιατρού⁴⁵. Σε αυτό το πλαίσιο μπορούν να προσκομίσουν στο δικαστήριο τις απαραίτητες εξετάσεις ως τεκμήρια, και κάποιες φορές να γίνει εξέταση μαρτύρων. Επίσης χρησιμοποιούνται εκθέσεις από τους ειδικούς ιατρούς (Medical experts) των οποίων ο ρόλος σε κάθε στάδιο της έρευνας θεωρείται ιδιαίτερα σημαντικός. Δεν κρίνεται απαραίτητο να είναι ειδικοί ιατρονομικοί επιστήμονες (medico – legal experts), αλλά κρίνεται θετική η οικειότητα του ειδικού με κάποιες νομικές γνώσεις⁴⁰. Τέλος, είτε γίνεται εξωδικαστικός συμβιβασμός, είτε υπάρχει δικαστική απόφαση. Οι αστικές και οι ποινικές δίκες δεν διεξάγονται ταυτόχρονα, συνήθως προηγείται η δεύτερη.

Πειθαρχικές κυρώσεις

Ο ιατρός υποχρεούται επίσης να λογοδοτήσει τόσο στον εργοδότη του όσο και σε διάφορες επιτροπές που αφορούν στο ιατρικό επάγγελμα, της περιοχής όπου υπάγεται. Επειδή ο ιατρός φέρει την υποχρέωση να ασκεί το επάγγελμά του με τη δέουσα επιμέλεια αλλά και να παρακολουθεί τις εξελίξεις της ιατρικής επιστήμης, εάν αποδειχθεί πως έχει παραβιάσει τους συγκεκριμένους κανόνες παραπέμπεται στα διοικητικά δικαστήρια όπου εκδικάζονται τα πειθαρχικά ιατρικά παραπτώματα. Εάν υπάρξει καταδικαστική απόφαση για τον ιατρό από το ποινικό δικαστήριο τότε η πολιτεία διατηρεί το δικαίωμα να αναστείλει την άδεια άσκησης επαγγέλματος του ιατρού⁴⁵.

Μια τρίτη επιλογή που είναι διαθέσιμη τόσο για τους ασθενείς όσο και για τους ιατρούς είναι να αποταθούν σε μια επιτροπή ειδικών ιατρών από όλες τις ιατρικές ειδικότητες (Chamber of Physicians) οι οποίοι διορίζονται για αυτό το σκοπό και εργάζονται εθελοντικά⁴⁰. Απαραίτητη είναι η υποβολή γραπτής αίτησης. Ακολουθεί η απάντηση της επιτροπής που είναι επίσης γραπτή, αφού εξεταστούν όλα τα διαθέσιμα στοιχεία. Δε γίνεται εξέταση μαρτύρων. Η διαδικασία αυτή επιτρέπει στους ασθενείς να διεκδικήσουν τα δικαιώματά τους, και τον ιατρό να αποκρούσει απαράδεκτες κατηγορίες⁴⁰. Μετά το πέρας αυτής της διαδικασίας μπορεί να

ακολουθήσει εξωδικαστικός συμβιβασμός και με τη συμμετοχή της ασφαλιστικής εταιρίας, ή να ακολουθήσει δικαστικός αγώνας.

5.5.2. Στάδια της ταυτοποίησης των βλαβών

Πρώτο στάδιο

Στο πρώτο στάδιο τίθεται ο ακριβής ορισμός του συμβάντος ώστε να καταστεί σαφές το γενεσιουργό αίτιο της βλάβης. Αν ήταν δηλαδή ένα ανεπιθύμητο συμβάν που προκάλεσε τη βλάβη, ή επιπλοκή της ήδη υπάρχουσας νόσου⁴⁰.

Δεύτερο στάδιο

Σε αυτό το στάδιο όλων των εξετάσεων και εγγράφων, θεραπευτικών σχημάτων και διαγνώσεων που σχετίζονται με τον ασθενή καθώς και το ιατρικό ιστορικό του και διεξάγεται από τον Medical expert⁴⁰. Εξετάζεται η λήψη συναίνεσης από τον ασθενή για ιατρικές πράξεις που έγιναν σε αυτόν, και η έρευνα, αν υπάρχει αυτή η δυνατότητα εκτείνεται και στα υλικά που χρησιμοποιήθηκαν σε αυτόν (σύριγγες, ασκοί χορήγησης αίματος). Διερευνάται το είδος της θεραπείας, συντηρητική ή χειρουργική. Η βασική αναζήτηση σε αυτό το στάδιο σχετίζεται με τον επαγγελματία υγείας που έπραξε το σφάλμα. Το πρότυπο των ιατρικών δραστηριοτήτων αποτελεί η «γενικώς αποδεκτή τρέχουσα γνώση της ιατρικής επιστήμης»⁴⁰ και βάσει αυτού του προτύπου έχουν θεσπιστεί κατευθυντήριες γραμμές από πηγές της εθνικής και διεθνούς επιστημονικής βιβλιογραφίας που λειτουργούν ως μέσον επιβεβαίωσης της ορθής ιατρικής πρακτικής⁴⁰. Ο Medical expert διενεργεί αυτή την επιβεβαίωση και συμπεραίνει εάν η σωματική βλάβη ή ο θάνατος συνδέονται με την ιατρική πράξη.

Τύποι Ιατρικού σφάλματος

Ιατρικό σφάλμα προκύπτει όταν ο ιατρός αποτυγχάνει στην εκπλήρωση της αντικειμενικά απαραίτητη ιατρική φροντίδα που θεμελιώνεται στη γενικώς αποδεκτή τρέχουσα γνώση της ιατρικής επιστήμης και των τρεχουσών συνθηκών. Επίσης, ο ιατρός έχει υποχρέωση να ενεργεί με βάση τη γενική επιμέλεια που απαιτείται από έναν επιμελή ιατρό⁴⁰. Σύμφωνα με τους Rajanowski et. al.⁴⁰ διάφορα είδη αμέλειας μπορούν να εντοπισθούν στις διαδικασίες, σε εσφαλμένη ανάληψη καθηκόντων, στη συνεργασία με άλλα μέλη της ιατρικής κοινότητας, σε μη χορήγηση ή εσφαλμένη θεραπεία. Σύμφωνα με τους ίδιους συγγραφείς⁴⁰ κάποια τυπικά παραδείγματα σφαλμάτων αποτελούν η εσφαλμένη χορήγηση θεραπείας, λάθος χειρουργική

τεχνική, εσφαλμένη διάγνωση, ελλιπής διαγνωστικός έλεγχος του ασθενή. Σφάλματα επίσης παρατηρούνται και σε σχέση με την ενημερωμένη συναίνεση⁴⁰.

Αιτιώδης σύνδεσμος μεταξύ βλάβης και ιατρικής πράξης – Τρίτο στάδιο

Για την αναζήτηση του αιτιώδους συνδέσμου κυρίαρχες είναι οι εξής θεωρίες⁴⁰:

Θεωρία της ισοδυναμίας: Εάν δεν υπήρχε η συγκεκριμένη ιατρική πράξη, δε θα επερχόταν ποτέ το δυσμενές αποτέλεσμα στον ασθενή.

Θεωρία της επάρκειας: Ικανή και αναγκαία συνθήκη (condition sine qua non) ώστε να επέλθει το δυσμενές αποτέλεσμα στον ασθενή υπήρξε η συγκεκριμένη ιατρική πράξη

Θεωρία της συνάφειας: Σε αυτή τη θεωρία η αιτιότητα και η νομική υποχρέωση διαφοροποιούνται. Στις ποινικές υποθέσεις η υπαιτιότητα του κατηγορουμένου πρέπει να αποδειχθεί με κάθε βεβαιότητα και χωρίς καμία αμφιβολία, ενώ στο αστικό δίκαιο η υπαιτιότητα αποδίδεται μόνο σε συνθήκες αναγκαίες για την πρόκληση της βλάβης. Η αιτιώδης συνάφεια ανευρίσκεται με τη θεωρία της ισοδυναμίας. Σε περιπτώσεις ιατρικής αμέλειας η βλάβη στον ασθενή είναι αποτέλεσμα αμελούς συμπεριφοράς. Ο Medical expert που διερευνά την υπόθεση πρέπει αφενός να ανακαλύψει εάν ήταν δυνατή η αποτροπή του δυσμενούς αποτελέσματος και αφετέρου εάν ο ιατρός δεν είχε επιδείξει αμελή συμπεριφορά, θα είχε αποφευχθεί το συγκεκριμένο σφάλμα.

Τέλος ο Medical expert καταθέτει γραπτό υπόμνημα με τα αποτελέσματα της έρευνάς του το οποίο έχει συγκεκριμένη δομή⁴⁰.

Ακολουθούν χαρακτηριστικές ρυθμίσεις του Γερμανικού κράτους όσον αφορά σε θέματα αποζημίωσης, ενημέρωσης και διαιτησίας.

5.5.3. Ευθύνη για αστοχία υλικών

Η αποζημίωση που δικαιούται ο ασθενής που υπέστη βλάβη εξαιτίας ελαττωματικού εξοπλισμού ή γενικά εξαιτίας αστοχίας υγειονομικού υλικού, είναι εντελώς ανεξάρτητη από υπαιτιότητα⁴⁵. Ιδιαίτερη έμφαση δίδεται στην ευθύνη των φαρμακοβιομηχανιών όσον αφορά στην ενημέρωση των ασθενών σχετικά με τις ανεπιθύμητες ενέργειες των φαρμάκων.

5.5.4. Αποζημίωση από την κοινωνική πρόνοια

Για όσους ασθενείς υπέστησαν βλάβη ή ανικανότητα αλλά δε δικαιούνται να λάβουν αποζημίωση από άλλη πηγή, το Γερμανικό κράτος τους βοηθά με γενναιόδωρα προγράμματα⁴⁵. Αναλαμβάνει το κόστος παρατεταμένης θεραπείας ή της νοσηλευτικής φροντίδας σε μακροχρόνια ανικανότητα. Σε παροδική ανικανότητα για εργασία, ο εργοδότης μισθοδοτεί τον εργαζόμενο για διάστημα έξι εβδομάδων απουσίας, και ακολουθεί μειωμένος μισθός για δεκαοκτώ μήνες, ή αργότερα του απονέμεται μειωμένη σύνταξη⁴⁵.

5.5.5. Αγωγές ιατρικής αμέλειας για ανεπαρκή ενημέρωση

Σε αυτού του είδους τις αγωγές ο ασθενής διαμαρτύρεται διότι δεν είχε την απαιτούμενη ενημέρωση από τον ιατρό σχετικά με τους κινδύνους της συγκεκριμένης θεραπείας στην οποία υποβάλλεται⁴⁵. Στο πλαίσιο αυτής της ενημέρωσης εντάσσεται η πλήρης περιγραφή τόσο των κινδύνων της συγκεκριμένης θεραπείας όσο και των εναλλακτικών θεραπειών. Άρα υπάρχει ελάττωμα στη συναίνεση που έδωσε ο ασθενής προς την ιατρική πράξη, επομένως ο ιατρός φέρει την ευθύνη για οποιαδήποτε δυσμενή επενέργεια της θεραπείας στον ασθενή. Όπως και σε άλλες χώρες, ο ιατρός ευθύνεται ποινικά γιατί η εφαρμογή μιας τέτοιας θεραπείας συνιστά παράνομη επέμβαση στον ασθενή που εξομοιώνεται με έναν κοινό τραυματισμό⁴⁵, αλλά δεν υπάρχει στο Γερμανικό δίκαιο διαχωρισμός σχετικά με τη σωματική βλάβη του ασθενούς, δηλαδή όπως στο Αγγλικό δίκαιο που διαχωρίζεται σε tort of Battery και tort of Negligence. Με την απόδειξη ότι υπήρχε ορθώς καταρτισθείσα ενημερωμένη συναίνεση βαρύνεται ο ιατρός. Η Αυστρία⁴⁶ έχει προσαρμόσει μέσα στις διατάξεις του ποινικού της κώδικα νομοθετική πρόβλεψη για παροχή θεραπείας χωρίς εξουσιοδότηση.

5.5.6. Η διαδικασία της ιατρικής Διαιτησίας

Ο μηχανισμός της ιατρικής διαιτησίας έχει σκοπό τον εξωδικαστικό συμβιβασμό των δύο μερών, δηλαδή του ασθενούς που υπέστη βλάβη και της ασφαλιστικής εταιρίας που θα καταβάλλει αποζημίωση, με σκοπό την αποφυγή της δικαστικής διαμάχης⁴⁵. Οι επιτροπές διαιτησίας άρχισαν το έργο τους στα μέσα της δεκαετίας του 1970^{45,47} και σήμερα το 25% των υπό εξέταση υποθέσεων ιατρικής ευθύνης επιλύονται δωρεάν⁴⁷ μέσω αυτού του μηχανισμού από τις δώδεκα επιτροπές διαιτησίας που λειτουργούν σήμερα.

Σύμφωνα με έρευνα των Knaak και Parzeller⁴⁸ που έγινε σε αποφάσεις δικαστηρίων του Γερμανικού κράτους που έκριναν υποθέσεις ιατρικής αμέλειας, τα $\frac{2}{3}$ των υποθέσεων στις οποίες απονεμήθηκε αποζημίωση στους ασθενείς έγινε μέσω συμβιβασμού ακόμα και πριν τη θέσπιση

νόμου που ενίσχυε τα δικαιώματα των ασθενών. Ο νόμος αυτός επέφερε μεταβολές στο Γερμανικό Αστικό Κώδικα υπέρ της θέσης των ασθενών, συγκεκριμένα όσον αφορά στο δικαίωμα ενημέρωσης για τη φροντίδα υγείας, κατά την ύπαρξη σφαλμάτων κατά τη θεραπευτική διαδικασία, και για την αντιστροφή του βάρους απόδειξης το οποίο βρίσκεται στον ιατρό για τις εξής περιπτώσεις: Σε σφάλματα κατά τη διαδικασία της διάγνωσης, στην υποψία ότι ο ασθενής δεν ενημερώθηκε λόγω έλλειψης κάποιων εγγράφων⁴⁸.

Ακολουθούν χαρακτηριστικά στοιχεία ρυθμίσεων του Αυστριακού κράτους που αφορούν στην οργάνωση του Πολιτικού δικαστηρίου και στις εξωδικαστικές επιλογές των εμπλεκομένων σε υπόθεση ιατρικής αμέλειας.

5.5.7. Πληροφορίες σχετικά με το Πολιτικό δικαστήριο

Στα Αυστριακά Πολιτικά δικαστήρια δε συμμετέχει σώμα ενόρκων, αλλά για υποθέσεις ιατρικής ευθύνης και απονομή αποζημίωσης αποφασίζει μόνος ο δικαστής⁴⁶. Άλλο ένα χαρακτηριστικό σημείο είναι πως το δικαστήριο διορίζει ειδικούς επιστήμονες ακόμα και εάν οι διάδικοι έχουν κάποιο δικό τους σύμβουλο ειδικό επιστήμονα. Τέλος, στα δικαστήρια της Αυστρίας ισχύει πως τα έξοδα της δίκης επωμίζεται ο διάδικος που χάνει τη δίκη⁴⁶.

5.5.8. Υπεράσπιση για τον ασθενή

Οι επαρχίες έχουν υπό την αιγίδα τους ανεξάρτητες επιτροπές ειδικών που παρέχουν δωρεάν τις υπηρεσίες τους στους ασθενείς που πιστεύουν πως έχουν υποστεί τις δυσμενείς συνέπειες κάποιας βλάβης κατά τη φροντίδα Υγείας⁴⁶. Δεν παρέχουν υπηρεσίες εκπροσώπησης σε δικαστήριο, αλλά ενημερώνουν τους ασθενείς σχετικά με τις επιλογές τους, διαπραγματεύονται με τις ασφαλιστικές εταιρίες, και διορίζουν ειδικούς αξιολογητές. Η σημαντικότερη προσφορά της επιτροπής είναι ότι αποτελεί τον επίσημο φορέα ακρόασης των ασθενών, και στα πλαίσια αυτής της λειτουργίας πραγματοποιείται διαλογή των αναφερόμενων περιστατικών⁴⁶.

5.5.9. Επιτροπές συμβιβασμού

Στις επιτροπές αυτές καταφεύγουν και ιατροί αλλά και ασθενείς. Ανάμεσα στα μέλη τους υπάρχει τουλάχιστον ένας ιατρός και ένας δικαστής. Παρέχουν τις υπηρεσίες τους ακόμα και με ανεπίσημο αίτημα εθελοντικά και στόχος τους είναι να επιλυθεί η υπόθεση δημιουργώντας συζήτηση και με τη συμμετοχή ειδικών επιστημόνων⁴⁶. Τα αποτελέσματα της διαδικασίας δεν είναι δεσμευτικά και δεν αφαιρούν το δικαίωμα στον ασθενή να καταφύγει, εάν το επιθυμεί σε

δικαστική επίλυση της υπόθεσής του. Αν η συζήτηση καταλήξει εις βάρος του ιατρού τότε απονέμεται στον ασθενή ένα κατ' αποκοπή ποσόν ως αποζημίωση⁴⁶.

5.5.10. Κεφάλαιο για αποζημίωση ασθενών

Στην Αυστρία λειτουργεί ο θεσμός του κεφαλαίου για αποζημίωση ασθενών που έχουν υποστεί κάποια υλική ή ηθική βλάβη κατά τη νοσηλεία τους και χρηματοδοτείται από τους ίδιους τους ασθενείς, οι οποίοι χρεώνονται επιπλέον 0,73 Ευρώ ανά ημέρα νοσηλείας για τις ανάγκες αυτού του κεφαλαίου⁴⁶. Ο εν λόγω θεσμός, χρησιμοποιείται σε περιπτώσεις που η αποζημίωση δεν δύναται να δοθεί στον ασθενή λόγω περιπλοκής στην υπόθεσή του ή όταν ο ασθενής υφίσταται κάποια πολύ σπάνια επιπλοκή με συντριπτικά αρνητικές συνέπειες για τον ίδιο, ακόμα και αν είχε γι' αυτό προειδοποιηθεί. Δεν αποκλείεται να αναζητήσει δικαστική επίλυση της υπόθεσής του αλλά αν κερδίσει υποχρεούται να επιστρέψει το ποσόν στο κεφάλαιο⁴⁶.

5.6. Η ιατρική ευθύνη στη Γαλλία

5.6.1. Το ιατρικό σφάλμα

Μετά τη μεταρρύθμιση του νομικού καθεστώτος στη Γαλλία το 2002, η ιατρική ευθύνη θεμελιώνεται στο δίκαιο της σύμβασης. Συγκεκριμένα, ο ασθενής έχει την υποχρέωση να καταβάλλει το τίμημα για την παροχή υπηρεσιών από τον ιατρό και να ακολουθεί τις οδηγίες του. Ο ιατρός υποχρεούται να χορηγήσει την καταλληλότερη θεραπεία η οποία θα αποβεί προς όφελος του ασθενούς με αναγνωρισμένη επάρκεια και με εγγύηση για την άριστη φροντίδα υγείας «σύμφωνα με την τεκμηριωμένη ιατρική γνώση»⁴⁰. Απόδοση ευθύνης στον ιατρό δεν εξαρτάται από τα θετικά ή μη αποτελέσματα της ιατρικής του πράξης, αλλά εξαρτάται από το εάν στις συγκεκριμένες συνθήκες έπραξε όπως ο μέσος καλός ιατρός. Ιατρικές πράξεις που έχουν στόχο την πρόληψη δεν πρέπει να θέτουν σε κίνδυνο την υγεία του ασθενούς⁴⁰.

Η αποτίμηση της ύπαρξης ιατρικού σφάλματος για να γίνει δυνατή η εκτίμηση αν το συμβάν πληροί το πραγματικό ενός κανόνα δικαίου ώστε να παραπεμφθεί ο ιατρός στην κρίση της δικαιοσύνης γίνεται ως εξής: Σε περίπλοκες περιπτώσεις που είναι και οι συχνότερα εμφανιζόμενες, γίνεται αντιπαραβολή με κάποιους κανόνες οι οποίοι έχουν θεσπιστεί από ειδικούς επιστήμονες και χρησιμεύουν στην αξιολόγηση των σφαλμάτων από τους δικαστές. Οι κανόνες αυτοί έχουν τη μορφή επιστημονικά τεκμηριωμένων στοιχείων με επιστημονικές πηγές

και είναι εγκεκριμένοι από την Ανώτατη Αρχή για την Υγεία. Συχνά γίνεται αναφορά σε επιστημονική ιατρική βιβλιογραφία για τον προσδιορισμό του σφάλματος και υπάρχουν αρκετές αντιπαραθέσεις ανάμεσα στους ιατρούς, ειδικά σε περιπτώσεις όπου συντρέχουν πολλοί παράγοντες σε έναν ασθενή οι οποίοι θα μπορούσαν εκτός από το ιατρικό σφάλμα να είχαν προκαλέσει δυσμενείς συνέπειες, είτε πρόκειται για σωματική βλάβη είτε για θάνατο⁴⁰.

Η ιατρική ευθύνη στη Γαλλία είναι ποινική, αστική, και διοικητική. Ακολουθεί αναφορά στις διαδικασίες που ακολουθούνται για κάθε τομέα του δικαίου⁴⁰.

5.6.2. Η ποινική διαδικασία κατά το Γαλλικό δίκαιο

Ανεξάρτητα αν κάποιος ιατρός εργάζεται σε ιδιωτικό ή δημόσιο νοσηλευτήριο, εάν συντρέχουν λόγοι δημοσίου συμφέροντος μπορεί κάποιος να υποβάλλει μήνυση σε βάρος του, δικαίωμα που διαθέτει και ο Επίτροπος αυτοπροσώπως⁴⁰, αλλά συνήθως προηγείται κάποια καταγγελία που έχει γίνει σε βάρος του ιατρού είτε στην αστυνομία είτε στη χωροφυλακή, και με αυτό τον τρόπο περιέρχεται στη γνώση του Επιτρόπου. Ο Επίτροπος, ο οποίος είναι ένας κατώτερος δικαστικός λειτουργός, έχει εξουσία να αποφασίζει για την τύχη της καταγγελίας και όχι να διεξάγει δικαστικές κρίσεις. Σε περίπτωση απόρριψης δε χωρεί ένσταση. Αν γίνει δεκτή υπάρχουν δύο περιπτώσεις. Αν πρόκειται για απλή υπόθεση ο ιατρός παραπέμπεται σε δικαστή για ακρόαση, αν είναι σύνθετη υπόθεση παραπέμπεται προς κρίση στο *juge d' instruction*. Τα άρθρα του ποινικού κώδικα που παραβιάζονται συνήθως είναι αυτά που αφορούν στη σωματική βλάβη εξ αμελείας και στην παράλειψη παροχής βοήθειας σε άτομο που κινδυνεύει. Η ποινή για τον ιατρό σπάνια είναι φυλάκιση. Συνήθως περιλαμβάνει χρηματικό πρόστιμο ή περιορισμό της επαγγελματικής του δραστηριότητας, αλλά είναι μια διαδικασία εξαιρετικά ψυχοφθόρος γι' αυτόν διότι τέτοιες υποθέσεις συμβάλλουν στην αμαύρωση της φήμης του εξαιτίας της αρνητικής δημοσιότητας⁴⁰.

Αν υπάρχει θάνατος του ασθενούς τότε ο Επίτροπος ζητεί τη διενέργεια αυτοψίας από τον ειδικό ιατρο – νομικό επιστήμονα (*Medico legal expert*), και αφού λάβει τη γραπτή του έκθεση παραπέμπει τη δικογραφία στο *juge d' instruction*. Στον ειδικό αυτό επιστήμονα απευθύνεται ο Επίτροπος σχεδόν σε κάθε περίπτωση ιατρικού σφάλματος⁴⁰.

Αν υπέστη σωματική βλάβη ένας ασθενής τότε το δικαστήριο επεξεργάζεται τη δικογραφία και αν χρειαστεί η γνώμη ειδικών επιστημόνων την παραπέμπει σε αυτούς σφραγισμένη.

Αν γίνει προανάκριση για το περιστατικό, το δικαστήριο καλεί ως πραγματογνώμονες ιατρούς διαφόρων ειδικοτήτων, κυρίως της ίδιας ειδικότητας με τον ιατρό που κατηγορείται λόγω εξοικείωσης με παρόμοια περιστατικά. Ο Medico legal expert παρεμβαίνει στη διαδικασία ώστε να αξιολογήσει την έκταση της βλάβης και τον αιτιώδη σύνδεσμο με την ιατρική πράξη⁴⁰.

5.6.3. Η Πολιτική διαδικασία κατά το Γαλλικό δίκαιο

Η Πολιτική διαδικασία αφορά κυρίως στους ιατρούς οι οποίοι εργάζονται εκτός των νοσοκομειακών δομών που ανήκουν στο Γαλλικό δημόσιο, και αφορούν σε περιστατικά που έχουν συμβεί σε ιδιωτικές κλινικές και χειρουργεία. Για να οδηγηθεί μια υπόθεση ενός ιατρού στα Πολιτικά Δικαστήρια απαιτούνται ορισμένες προϋποθέσεις. Κατ' αρχάς είναι απαραίτητη η ύπαρξη μιας εσφαλμένης ιατρικής ενέργειας που οδήγησε σε δυσμενή επίπτωση στην υγεία του ασθενούς, και η ευθεία, βέβαιη και αποκλειστική αιτιώδης συνάφεια μεταξύ τους. Ο ασθενής βαρύνεται με την απόδειξη των ισχυρισμών του εκτός ελαχίστων εξαιρέσεων. Σε περίπτωση ύπαρξης αμφιβολιών δεν ωφελείται ο ασθενής. Στην περίπτωση χρήσης ενθεμάτων ή οδοντικών εμφυτευμάτων δεν δικαιολογείται αρνητικό αποτέλεσμα σχετικά με το υλικό. Υπεύθυνοι είναι ο ιατρός και ο προμηθευτής.

Ονομάζονται τεχνικά τα σφάλματα, αν στο συμβάν εμπλέκεται ιατρικός εξοπλισμός, στο χειρουργείο ή κατά τη διαδικασία διαγνωστικών εξετάσεων. Σφάλματα σχετικά με την έλλειψη ενημερωμένης συναίνεσης γίνονται όταν ο ιατρός δεν εκπλήρωσε την υποχρέωσή του να λάβει τη συναίνεση του ασθενούς για την ιατρική πράξη με τον ορθό τρόπο. Η ενημέρωση προς τον ασθενή πρέπει να γίνεται με τρόπο κατανοητό, να γίνουν γνωστά τα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα της προτεινόμενης θεραπείας, και να του δοθεί χρόνος να αποφασίσει και να γίνει εγγράφως. Αν ο ασθενής βρίσκεται σε κατάσταση απώλειας συνείδησης, τότε πρέπει να συναινέσει ένας κοντινός συγγενής⁴⁰. Οι υποχρεώσεις αυτές αίρονται μόνο σε επείγουσες καταστάσεις. Στο Γαλλικό δίκαιο υφίσταται η θεωρία της χαμένης ευκαιρίας και αναφέρεται στις περιπτώσεις εκείνες όπου δεν ενημερώθηκε ο ασθενής από τον ιατρό, ως όφειλε, για το γεγονός ότι μπορεί να αρνηθεί τη θεραπεία, ή για την ύπαρξη εναλλακτικών τρόπων θεραπείας. Τότε η σωματική βλάβη για την οποία θα κατηγορηθεί ο ιατρός δε σχετίζεται με τη χρήση εσφαλμένης τεχνικής αλλά με την αφαίρεση από τον ασθενή του δικαιώματος να αποφασίσει για την υγεία του⁴⁰.

Για να διεξαχθεί δικαστικός αγώνας, ο ασθενής πρέπει να έχει δικηγόρο με δικά του έξοδα, αλλά παρέχεται και δωρεάν νομική βοήθεια για τους απόρους. Ο δικαστής ορίζει έναν ειδικό για

την αξιολόγηση των σωματικών βλαβών επιστήμονα, ίσως και τον *Medico legal expert*, και η αμοιβή του καταβάλλεται από τον ασθενή αν αποζημιωθεί. Σε περίπτωση θανάτου ο *Medico legal expert* μπορεί να διοριστεί μόνος ή ως συνεργάτης για τη διενέργεια αξιολογήσεων. Η διαδικασία προϋποθέτει τα στοιχεία της δικογραφίας να περιέρχονται στη γνώση των διαδίκων και του δικαστή⁴⁰ ταυτόχρονα.

5.6.4. Η διοικητική διαδικασία κατά το Γαλλικό δίκαιο

Όταν υπάρχει υπόθεση ιατρικής αμέλειας ή σφάλματος στην οποία ενέχεται ιατρός ο οποίος εργάζεται έμμισθος σε δημόσιο Γαλλικό νοσοκομείο, αυτή εκδικάζεται στα διοικητικά δικαστήρια. Ο ιατρός αυτός καλύπτεται πλήρως από τις δομές του δημοσίου νοσοκομείου, του οποίου η ασφάλεια καταβάλλει την αποζημίωση αν αυτή εκδικαστεί. Η διαδικασία από τα υπόλοιπα δικαστήρια διαφέρει μόνο ως προς το γεγονός ότι για τις γραπτές εκθέσεις των εμπειρογνώμωνων λαμβάνει πρώτα γνώση ο δικαστής και έπειτα τις διανέμει στους διαδίκους. Τα διοικητικά δικαστήρια δεν διαθέτουν δικό τους κατάλογο με ειδικούς επιστήμονες οι οποίοι συμμετέχουν στη διαδικασία ως εμπειρογνώμονες αλλά χρησιμοποιείται γι' αυτό το σκοπό ο κατάλογος των Πολιτικών δικαστηρίων. Στα διοικητικά δικαστήρια δεν αναγνωρίζεται συντρέχον πταίσμα ή η θεωρία της χαμένης ευκαιρίας, αναγνωρίζεται μόνο η ύπαρξη σφάλματος, το οποίο συνεπάγεται υποχρέωση αποζημίωσης στον παθόντα.

Εξαιρεση από την κάλυψη που παρέχει το δημόσιο νοσοκομείο στον ιατρό αποτελούν οι περιπτώσεις «αποσυνδεδεμένων» από το σώμα του οργανισμού σφαλμάτων στα οποία υπέπεσε ο ιατρός. Πρόκειται για σφάλματα ποινικού κυρίως χαρακτήρα, αυξημένου βαθμού υπαιτιότητας, και ιδιαίτερης βαρύτητας⁴⁰.

5.6.5. Διαδικασίες εκτός δικαστηρίων

Πειθαρχικό Συμβούλιο των ιατρών (Conseil de l'Ordre des Medecins)

Η διαδικασία αναφοράς στο πειθαρχικό συμβούλιο έχει ως εξής: Οι αναφορές για ένα συμβάν γίνονται στο Συμβούλιο τμημάτων. Αν η υπόθεση αφορά σε έναν ιατρό του ιδιωτικού τομέα, η αναφορά διαβιβάζεται, χωρίς αξιολόγηση του περιεχομένου, στην Περιφερειακή Πειθαρχική επιτροπή. Αν πρόκειται για ιατρό του Γαλλικού δημοσίου, το Συμβούλιο τμημάτων διαδραματίζει το ρόλο του Επιτρόπου και, ανάλογα με την απόφασή του είτε προωθεί είτε απορρίπτει την καταγγελία⁴⁰. Η Πειθαρχική επιτροπή αντιστοιχεί στην πρώτη βαθμίδα εξέτασης μιας υπόθεσης.

Αν γίνει ένσταση, προχωρεί στο Πειθαρχικό Συμβούλιο. Το Πειθαρχικό Συμβούλιο διαθέτει κώδικα 45 άρθρων, και εντός αυτού του κώδικα γίνεται αναφορά σε σφάλματα τα οποία επισύρουν και ποινική δίωξη όπως, παράλειψη παροχής βοήθειας σε ασθενή που κινδυνεύει και παραβίαση του επαγγελματικού απορρήτου⁴⁰.

Κρατική επιτροπή συμβιβασμού και αποζημίωσης από ιατρικά ανεπιθύμητα συμβάντα

Η επιτροπή αυτή αποτελεί μια σημαντική καινοτομία της νομοθετικής μεταρρύθμισης του 2002 στη Γαλλία όσον αφορά στην κοινωνική αλληλεγγύη και στο ιατρικό δίκαιο^{39,40,49}. Ο σκοπός που επιτελεί είναι η αποζημίωση των παθόντων που υπέστησαν βλάβες εξ αιτίας ιατρικού σφάλματος αλλά και βλάβες εντός του θεραπευτικού κινδύνου, και προσβολή από ορισμένες σοβαρές ιατρογενείς λοιμώξεις⁴⁰. Τα οικονομικά μέσα καταβάλλονται από την κοινωνική αλληλεγγύη και οι διαδικασίες είναι εντελώς δωρεάν.

Για όσους πολίτες δικαιούνται παρέχεται δωρεάν νομική βοήθεια. Γενικά η διαδικασία είναι αρκετά συντομότερη από τη λήψη της αναφοράς, συμπεριλαμβανομένου του χρόνου της σύνταξης της έκθεσης του εμπειρογνώμονα (9-10 μήνες) από εκείνη των Πολιτικών Δικαστηρίων (έως 5 έτη). Οι εμπειρογνώμονες αυτοί βρίσκονται στον κατάλογο της επιτροπής και έχουν λάβει πανεπιστημιακή εξειδίκευση στα ιατρικά ατυχήματα⁴⁰.

Ο κρατικός φορέας ο οποίος συντονίζει την απονομή αποζημιώσεων λέγεται Office National d' Indemnisation des Accidents Medicaux (ONIAM). Αποζημιώσεις δικαιούνται άτομα που ανήκουν σε ορισμένες κατηγορίες όπως:

- i. Άτομα που υπέστησαν μερική μόνιμη ανικανότητα που υπερβαίνει το 25%
- ii. Άτομα που αδυνατούν να εργαστούν για έξι συναπτούς μήνες ή δώδεκα μη συναπτούς
- iii. Άτομα που αδυνατούν να αναλάβουν εργασία
- iv. Άτομα που αντιμετωπίζουν σοβαρή πτώση του βιοτικού τους επιπέδου. Με πρόσφατο θέσπισμα καθορίστηκε ότι σε αυτή την κατηγορία ανήκουν άτομα όταν η καθημερινή ζωή παρακωλύεται σε ποσοστό άνω του 50% για διάστημα τουλάχιστον έξι μηνών, και έγινε αποδεκτό από διάφορους ασφαλιστικούς οργανισμούς και εμπειρογνώμονες.

Εάν συμβεί ένα ανεπιθύμητο συμβάν, ο παθών αιτείται αποζημίωσης από την Κρατική Επιτροπή συμβιβασμού και αποζημίωσης³⁹. Εάν η Επιτροπή δεν ανακαλύψει ιατρικό σφάλμα αποζημιώνει τον ασθενή από το Κρατικό Γαλλικό Κεφάλαιο. Ο ασθενής μπορεί να καταθέσει αγωγή κατά του οργανισμού αυτού εάν θεωρεί πως το ποσό της αποζημίωσης δεν είναι

επαρκές. Εάν η Επιτροπή εισηγηθεί πως το συμβάν προήλθε από ιατρικό σφάλμα και άρα ο ιατρός είναι υπαίτιος γι' αυτό, η ασφαλιστική εταιρία στην οποία υποχρεωτικά ασφαρίζεται ο ιατρός είτε κάνει προσφορά ενός ποσού για αποζημίωση στον ασθενή, είτε αρνείται να χορηγήσει αποζημίωση^{39,40}. Στη δεύτερη περίπτωση ο ασθενής αποζημιώνεται από το Κρατικό Γαλλικό Κεφάλαιο, το οποίο κινεί τις διαδικασίες για την είσπραξη του ποσού της αποζημίωσης από την ασφαλιστική εταιρία^{39,49}. Εάν το ποσό που διεκδικεί ο ασθενής υπερβαίνει του ποσού που επιθυμεί να χορηγήσει η ασφαλιστική και δεν είναι εφικτός κάποιος συμβιβασμός τότε ο ασθενής καταθέτει αγωγή για δικαστική επίλυση της διαφοράς³⁹.

Σε περίπτωση θανάτου γίνεται εξονυχιστικός έλεγχος στα στοιχεία από τους ειδικούς ιατρο – νομικούς ώστε να εντοπισθούν τα αίτια του θανάτου⁴⁰. Η συνήθης δυσκολία σε τέτοιες περιπτώσεις είναι να γίνει σαφές εάν πρόκειται για ιατρικό σφάλμα ή για συμβάν που περιλαμβάνεται στα πλαίσια του θεραπευτικού κινδύνου, συνεπώς, ο ειδικός εξαντλεί κάθε περιθώριο στον έλεγχο ώστε να αποκλεισθεί η μια ή η άλλη πιθανότητα πριν εκδώσει το πόρισμά του⁴⁰. Μόνο σε περιπτώσεις ανυπαίτιου συμβάντος προερχόμενου από θεραπευτικό κίνδυνο δίδεται στην οικογένεια του θανόντος αποζημίωση από το Κρατικό Κεφάλαιο. Αν ο θάνατος προήλθε από ιατρικό σφάλμα τότε η αποζημίωση δίδεται από την ασφαλιστική εταιρία του ιατρού ο οποίος είναι υπαίτιος^{40,49}.

5.7. Η ιατρική ευθύνη στην Ιταλία

Η νομική ευθύνη του ιατρού στην Ιταλία προκύπτει εάν διαπιστωθεί παράνομη συμπεριφορά μέσω των συνεπειών των πράξεών του. Η ευθύνη είναι αστική και ποινική. Η αστική ευθύνη του ιατρού θεμελιώνεται κυρίως στο δίκαιο της σύμβασης όπου ο ιατρός ευθύνεται απέναντι στον ασθενή όπως ο οφειλέτης στο Αστικό δίκαιο⁴⁰ για μη εκπλήρωση της σύμβασης.

5.7.1. Η ποινική ευθύνη του ιατρού

Ο ιατρός άγεται στο ποινικό δικαστήριο συνήθως με τις κατηγορίες της υπαίτιας ή της αμελούς πρόκλησης βλάβης ή της πρόκλησης θανάτου εξ' αμελείας που προέρχονται από πράξη ή παράλειψη η οποία πληροί το πραγματικό ενός κανόνα του ποινικού δικαίου. Η διαδικασία αρχίζει με την ενημέρωση του δημοσίου Κατηγόρου με δύο τρόπους. Είτε με καταγγελία που καλείται *notitia criminis*, είτε με έγκληση στο πρόσωπο του ιατρού. Στην πρώτη περίπτωση κατατάσσονται τα αυτεπάγγελτα διωκόμενα εγκλήματα, ενώ στη δεύτερη εκείνα που διώκονται κατόπιν έγκλησης, η οποία μάλιστα είναι ανακλητή εφόσον ο παθών το επιθυμεί.

Η αξιόποινη συμπεριφορά περιλαμβάνει δύο σκέλη. Αφενός το γενικό και αφετέρου το συγκεκριμένο σφάλμα. Το γενικό χαρακτηρίζεται από τα εξής: Από την ύπαρξη αμέλειας, δηλαδή, από το ότι η ιατρική ενέργεια δεν έγινε σύμφωνα με τους κοινούς κανόνες τους οποίους αποδέχονται οι περισσότεροι ιατροί. Από απερισκεψία, αποτυχία δηλαδή να προνοήσει για τις τυχόν δυσμενείς συνέπειες των πράξεών του. Τέλος χαρακτηρίζεται από έλλειψη εμπειρίας σχετικά με άλλους ιατρούς της ίδιας ειδικότητας όσον αφορά στην άψογη εκτέλεση μιας ιατρικής πράξης στις ίδιες συνθήκες.

Τα συγκεκριμένα σφάλματα συνιστούν την παραβίαση κανόνων τους οποίους ο ιατρός όφειλε να γνωρίζει και αφορούν σε κανόνες δικαίου ή κανόνες ιεραρχίας που διαμορφώνουν τον τρόπο της καλής ιατρικής πρακτικής.

Η παράλληλη απαίτηση του ασθενούς για αποζημίωση μπορεί να εκπληρωθεί εάν καταθέσει αγωγή στο κατά τόπον αρμόδιο Πολιτικό Δικαστήριο, υποχρεωτικά με τον ίδιο συνήγορο, και τα ένδικα βοηθήματα που μπορεί να χρησιμοποιήσει είναι δύο: Η δικαστική κλήση (summons) και η καταγγελία (complaint). Οι απαιτήσεις για αποζημίωση στην Ιταλία τακτοποιούνται μόνο δικαστικά.

5.7.2. Η αστική ευθύνη του ιατρού

Σύμφωνα με το Ιταλικό αστικό δίκαιο ο ιατρός είναι υποχρεωμένος να καταβάλλει αποζημίωση για κάθε «ευδιάκριτη» ζημία που προκάλεσε σε ασθενή. Το σκεπτικό των κανόνων δικαίου που ρυθμίζουν αυτή τη σχέση είναι η μετάθεση του κόστους της ζημίας από το ζημιωθέντα στο ζημιώσαντα και την επαναφορά των πραγμάτων στην πρότερη κατάσταση όπου είναι δυνατόν, ειδάλλως, την απονομή μιας ισοδύναμης αποζημίωσης. Αναφέρθηκε πρωτίτερα πως η αστική ευθύνη του ιατρού θεμελιώνεται στο δίκαιο της σύμβασης, το οποίο ισχύει μόνο για τον ιατρό ο οποίος εργάζεται αυτόνομα. Αν ο ιατρός εργάζεται σε δημόσιο ή ιδιωτικό νοσηλευτήριο τότε θεωρείται ότι η συμβατική σχέση συνάπτεται με αυτό και όχι με τον ιατρό βάσει απόφασης του Ανωτάτου Δικαστηρίου. Στο ενδεχόμενο που ο ιατρός διατηρεί και τις δύο ιδιότητες δηλαδή και απασχολείται στις εγκαταστάσεις ενός νοσηλευτηρίου αλλά και λειτουργεί παράλληλα ως ελεύθερος επαγγελματίας, τότε υπερισχύει η συμβατική ευθύνη σε περίπτωση πρόκλησης βλάβης.

Ο ιατρός στα πλαίσια της σύμβασης που συνάπτει με τον ασθενή δεν υποχρεούται να του υποσχεθεί πλήρη θεραπεία, αλλά ότι θα καταβάλλει κάθε δυνατή προσπάθεια να επιτύχει όσα

του επιτρέπει η πρόοδος της ιατρικής προς όφελος του ασθενούς. Από αυτό τον κανόνα εξαιρούνται ορισμένες ειδικότητες όπως επί παραδείγματι η αισθητική χειρουργική για ευνόητους λόγους.

Το ανεπιθύμητο συμβάν πρέπει να αποδειχθεί πως προήλθε από εσφαλμένη επαγγελματική συμπεριφορά του ιατρού, και το βάρος απόδειξης σε περίπτωση συμβατικής ευθύνης βρίσκεται στον ιατρό που καλείται να αποδείξει πως οι λόγοι που οδήγησαν στο συμβάν είναι ανεξάρτητοι από τον ίδιο. Ο χρόνος παραγραφής είναι 10 έτη από τη λήψη γνώσης για το συμβάν. Στην αδικοπρακτική ευθύνη (αναφέρεται όχι στην ύπαρξη σφάλματος αλλά στην παράνομη συμπεριφορά εκ μέρους του ιατρού) το βάρος απόδειξης έχει ο ασθενής ο οποίος καλείται να αποδείξει την ύπαρξη της βλάβης, την εσφαλμένη ιατρική πράξη και τη μεταξύ τους αιτιώδη συνάφεια. Ο χρόνος παραγραφής σε αυτή την περίπτωση είναι 5 έτη. Συνήθως το πταίσμα το οποίο διέπραξε ο ιατρός οφείλεται σε ελαφρά αμέλεια, εκτός ελαχίστων εξαιρέσεων που αφορούν σε ορισμένα «δύσκολα περιστατικά», οφείλεται σε βαριά αμέλεια ή δόλο.

Η ιατρική αμέλεια

Η ύπαρξη ιατρικής αμέλειας προσδιορίζεται από τους ακόλουθους παράγοντες:

- i. Την ύπαρξη συμβατικής σχέσης
- ii. Την μεταβολή επί τα χείρω της υγείας του ασθενούς
- iii. Τον υπολογισμό του βαθμού υπαιτιότητας
- iv. Την ύπαρξη ή όχι της ορθώς καταρτισθείσας συναίνεσης του ασθενούς στην ιατρική πράξη

Ο αιτιώδης σύνδεσμος

Η απόδειξη του αιτιώδους συνδέσμου μεταξύ της εσφαλμένης ιατρικής πράξης και της βλάβης στην υγεία του ασθενούς είναι απαραίτητη για τον προσδιορισμό του ακριβούς ζημιογόνου παράγοντα και αν αυτός οφείλεται στην πράξη ή στην παράλειψη του ιατρού. Άλλωστε για τη θεμελίωση μιας αγωγής έναντι του ιατρού είναι κρίσιμη η απόδειξη της ύπαρξης αιτιώδους συνδέσμου για το Ιταλικό δίκαιο. Υπάρχουν πολλές θεωρίες για αυτό το σκοπό, αλλά η κρατούσα θεωρία στην Ιταλική νομολογία είναι η θεωρία της εξίσωσης ή «conditio sine qua non». Η θεωρία αυτή ορίζει ότι υπάρχουν ισοδύναμα στοιχεία τα οποία συνέβαλλαν στην έλευση του ζημιογόνου συμβάντος, και χωρίς αυτά δεν θα ήταν δυνατόν να επέλθει ζημία. Θεωρείται ως ικανή και αναγκαία συνθήκη η παρουσία αυτών των στοιχείων ώστε να υπάρχει το δυσμενές συμβάν στον ασθενή. Η εξίσωση η οποία περιγράφει η θεωρία αντιστοιχεί στον τρόπο που αξιολογείται κάθε

ένας παράγοντας που συνέβαλλε στην έλευση του αποτελέσματος. Δηλαδή, θεωρεί ισοδύναμο κάθε παράγοντα χωρίς να θέτει διαχωρισμό ανάμεσά τους⁴⁰.

5.7.3. Μέθοδος διαπίστωσης και αξιολόγησης των δυσμενών συμβάντων

Η αξιολόγηση της κατάστασης αρχίζει με την ενδελεχή εξέταση του ασθενή, αν πρόκειται για σωματική βλάβη ή με τη νεκροτομή εάν πρόκειται για θάνατο ασθενούς. Διαπιστώνοντας τα αίτια του δυσμενούς συμβάντος γίνεται αντιπαραβολή με τους κανόνες της ιατρικής επιστήμης ώστε να διαπιστωθεί κατά πόσον έχουν αυτοί τηρηθεί ανατρέχοντας στην επιστημονική ιατρική βιβλιογραφία, σε κοινά αποδεκτούς από την ιατρική κοινότητα κανόνες ή σε ανακοινώσεις συνεδρίων. Αν διαπιστωθεί πως υπάρχει εκ μέρους του ιατρού απόκλιση από τους κανόνες αναζητείται αιτιώδης συνάφεια ανάμεσα στην ιατρική πράξη και το δυσμενές αποτέλεσμα για τον ασθενή⁴⁰.

Την τυχόν αναζήτηση ποινικής ευθύνης του ιατρού αναλαμβάνει ένας δικαστικός ο οποίος διορίζει έναν τεχνικό εμπειρογνώμονα για το στάδιο που ερευνάται η ευθύνη, ή έναν ειδικό επιστήμονα για το στάδιο της δίκης. Σύμφωνα με το Ιταλικό δίκαιο ο ιατρός, αν κριθεί ένοχος θα πρέπει να είναι «πέραν πάσης αμφιβολίας». Αρκετές φορές πάντως είναι δύσκολη η διάκριση κατά την έρευνα από τον ειδικό επιστήμονα που τη διεξάγει ανάμεσα στην αξιόποινη διαχείριση και στο συγχωρητέο σφάλμα⁴⁰.

Η ίδια διαδικασία ακολουθείται και για τη διαπίστωση της αστικής ιατρικής ευθύνης. Η μόνη διαφορά είναι ότι απαιτείται πιο «χαλαρός» αιτιώδης σύνδεσμος, και διαπιστώνεται με τη θεωρία του «πιθανότερου ενδεχομένου» (more likely than not)⁴⁰.

Μελέτη των αποφάσεων κυρίως του Ανωτάτου Ιταλικού δικαστηρίου καταδεικνύει πως η νομολογία δεν δέχεται τη σωματική βλάβη ως ένα ανεξάρτητο συμβάν, αλλά ως «υπαρξιακή βλάβη» με προεκτάσεις στις εκφάνσεις της ζωής με τις οποίες σχετίζεται⁴⁰. Ως εκ τούτου η έρευνα του Ανατόμου αναφέρεται στη βιολογική ζημία του ασθενούς στο μέτρο που επηρεάζει την υγεία και την ευζωία του. Επειδή η ζωή και η υγεία είναι θεμελιώδη ανθρώπινα δικαιώματα, η δυσμενής επίδραση μιας ιατρικής πράξης σε αυτά θεωρείται παραβίαση θεμελιωδών δικαιωμάτων. Σύμφωνα με το Ιταλικό δίκαιο είναι απαραίτητη ποσοτική αλλά και ποιοτική αξιολόγηση της βλάβης συνολικά στην υγεία του ασθενούς, εφόσον το νομικό της σύστημα

αποδέχεται ως βιολογική βλάβη και την επιδείνωση συγκεκριμένων συνήθων ανθρώπινων λειτουργιών⁴⁰.

Ο ποσοτικός και ποιοτικός προσδιορισμός της βλάβης περιλαμβάνει τον υπολογισμό της έκτασης της βλάβης, αν προκαλεί ανικανότητα και σε ποιο βαθμό, αν είναι προσωρινή ή μόνιμη, και την επίδραση που έχει αυτή ως προς την κοινωνική ζωή του ατόμου⁴⁰. Σύμφωνα με τον Ιταλικό αστικό κώδικα κάθε βλάβη, ανεξάρτητα από το βαθμό υπαιτιότητας πρέπει να αποζημιώνεται από το υπαίτιο άτομο, αποκαθιστώντας την ισορροπία με την προσπάθεια επαναφοράς των πραγμάτων στην πρότερή τους κατάσταση καταβάλλοντας αποζημίωση. Η αποζημίωση περιλαμβάνει τόσο τη θετική ζημία όσο και τα διαφυγόντα κέρδη (για παράδειγμα, απώλεια εισοδημάτων που προέρχεται από ανικανότητα για εργασία). Η αποζημίωση αυτή υπολογίζεται μέσω ενός συστήματος πιστωτικών μονάδων που αντιστοιχούν σε κάθε βλάβη, και αναφέρονται σε έναν πίνακα υπολογισμού από όπου προκύπτει το ποσό⁴⁰. Αποζημίωση οφείλεται επίσης και για ηθική βλάβη, ο υπολογισμός της οποίας γίνεται απευθείας από το δικαστή.

6. Αποτελέσματα- Συζήτηση – Συμπεράσματα

6.1. Αποτελέσματα

6.1.1. Σχετικά με τη μεθοδολογία της συγγραφής

Για τη συγγραφή της παρούσας διατριβής χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος της συστηματικής ανασκόπησης. Η επιλογή των μελετών που συμπεριελήφθησαν στη διατριβή έγινε σύμφωνα με την προϋπόθεση ότι περιέχουν αναλύσεις εννοιών, ποσοτικές ή ποιοτικές έρευνες σχετικά με τα ακόλουθα θέματα:

- i. Το ιατρικό σφάλμα, την ιατρική ευθύνη, την ιατρική αμέλεια και τα ζητήματα δημόσιας υγείας και ασφάλειας των ασθενών που προκύπτουν. Την έκταση που λαμβάνει το φαινόμενο ως ζήτημα δημόσιας υγείας και την άποψη των ερευνητών για τους πιθανούς τρόπους αντιμετώπισής του.
- ii. Την ιατρική ευθύνη των ιατρών όπως θεμελιώνεται στα Ευρωπαϊκά Κράτη και ειδικότερα σε χώρες όπως: Ελλάδα, Ιταλία, Μ. Βρετανία, Γερμανία, Γαλλία, Σκανδιναβικές χώρες. Η επιλογή των χωρών αυτών έγινε με βάση το νομικό σύστημα που χρησιμοποιεί η κάθε μια από αυτές, τις διαφορές από τα άλλα Ευρωπαϊκά κράτη και τις διαδικασίες που ακολουθούνται αφού γίνει αντιληπτό ένα ανεπιθύμητο συμβάν. Οι υπόλοιπες Ευρωπαϊκές χώρες δεν συμπεριελήφθησαν γιατί υπήρχαν στις διαδικασίες τους πολλές ομοιότητες με συστήματα τα οποία έχουν ήδη περιγραφεί. Η απουσία συναφών μελετών για την Κύπρο που να καταγράφουν το δικαστικό σύστημα και τον τρόπο κρίσης των υποθέσεων ιατρικής αμέλειας, σε συνδυασμό με στατιστικές μελέτες σχετικά με τα

αποτελέσματα είχε ως συνέπεια να μην καταγραφεί η συγκεκριμένη χώρα στη διατριβή.

- iii. Δικαστικές αποφάσεις από υποθέσεις ιατρικής αμέλειας στην Ελλάδα. Οι μελέτες που έχουν γίνει στον τομέα αυτό είναι περιορισμένες και έχουν γίνει με ατομική πρωτοβουλία αλλά και σημαντικά δύσκολη εργασία των ερευνητών δεδομένου ότι στην Ελλάδα δεν υπάρχει κεντρικό σύστημα καταγραφής των στατιστικών αποτελεσμάτων δικαστικών αποφάσεων. Επομένως, οι ερευνητές μελέτησαν τους φακέλους των αποφάσεων έναν προς ένα χωριστά για κάθε δικαστική δικαιοδοσία (Ποινικά, Πολιτικά και Διοικητικά δικαστήρια).
- iv. Στατιστικές μελέτες σχετικές με την οικονομική και κοινωνική διάσταση του ιατρικού σφάλματος.
- v. Μελέτες που έχουν γίνει σχετικά με την κοινοποίηση των σφαλμάτων στην ιατρική κοινότητα και στους ασθενείς και το περιβάλλον του καταγράφοντας τα θετικά και αρνητικά στοιχεία που μπορεί να έχει ο τρόπος αυτός αντιμετώπισης των ανεπιθύμητων συμβάντων, ο τρόπος που υποδέχονται οι ασθενείς την έντιμη και απολογητική στάση του ιατρού, αλλά και τις τεχνικές που προτείνει η βιβλιογραφία για τη μέθοδο αυτή που συμβάλλει στη διαχείριση κινδύνου στο νοσοκομείο
- vi. Μελέτες που αναδεικνύουν την ανάγκη για κοινή Ευρωπαϊκή λήψη νομοθετικών μέτρων, την εγκατάσταση συστημάτων καταγραφής και γενικά την εύρεση κάθε πρόσφορου μέτρου σύμφωνα με το οποίο εκτιμάται ότι θα αντιμετωπισθεί το φαινόμενο.

Κάποιες μελέτες δεν ήταν δυνατόν να συμπεριληφθούν στη διατριβή και αυτές είχαν τα ακόλουθα χαρακτηριστικά:

- i. Δεν είναι προτιμητέες μελέτες οι οποίες αναλύουν πολύ εξειδικευμένες περιπτώσεις ιατρικού σφάλματος (που αφορούν δηλαδή σε συγκεκριμένη πάθηση ή συγκεκριμένη ιατρική ειδικότητα), εκτός εάν περιλαμβάνουν στοιχεία χρήσιμα στη μελέτη στο γενικό τους μέρος. Αποφεύγεται η είσοδος μελετών που προέρχονται από χώρες εκτός Ευρωπαϊκής Ένωσης διότι είναι εκτός του πεδίου της μελέτης. Έχουν γίνει κάποιες εξαιρέσεις για κάποιες μελέτες από τις ΗΠΑ τις οποίες επικαλούνται αρκετοί συγγραφείς και θεωρούνται θεμελιώδεις για τη

μελέτη και κατανόηση του φαινομένου. Γίνεται επίσης απλή αναφορά σε χώρες όπως η Αυστραλία και η Ν. Ζηλανδία ως παραδείγματα για τον τρόπο διαχείρισης του φαινομένου.

- ii. Προτιμώνται μελέτες οι οποίες έχουν δημοσιευθεί εντός της τελευταίας πενταετίας, εκτός ελαχίστων εξαιρέσεων, διότι κρίνεται ότι αντικατοπτρίζουν με μεγαλύτερη πιστότητα αλλαγές στη νομοθεσία και γενικά στο κοινωνικό και οικονομικό γίνεσθαι της Ευρωπαϊκής Ηπείρου συμπαρασύροντας και το ζήτημα του σφάλματος και της ιατρικής ευθύνης. Εξάιρεση και πάλι αποτελούν μελέτες οι οποίες πραγματεύονται ζητήματα τα οποία είναι διαχρονικά και δεν παρατηρούνται αλλαγές από τη δημοσίευσή τους έως τη σημερινή πραγματικότητα.

Οι μελέτες που συμπεριελήφθησαν ήταν Ελληνόφωνές και Αγγλόφωνες και προήλθαν από βιβλία, δημοσιεύσεις σε επιστημονικά περιοδικά, κώδικες νομοθεσίας, πρακτικά συνεδρίων.

Αναζήτηση της βιβλιογραφίας έγινε κυρίως μέσω διεθνών βάσεων δεδομένων όπως:

1. Ebsco databases
2. Jstor
3. Linksource
4. SAGE Journals
5. Science direct
6. Taylor and Francis online
7. Wiley online library
8. Springer link
9. Αναζητήθηκαν βιβλιογραφικές παραπομπές μέσω ήδη ανακτημένων άρθρων.
10. Έγινε έρευνα σε επιστημονικά νομικά συγγράμματα και κώδικες

Οι λέξεις κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν για την αναζήτηση του υλικού στο διαδίκτυο ήταν οι ακόλουθες:

Στα Ελληνικά: «Ιατρικό σφάλμα, ιατρική ευθύνη, ιατρική αμέλεια»

Στα Αγγλικά: “Medical error, medical malpractice, patient safety, error disclosure”

Η αξιολόγηση και επιλογή των μελετών έγινε σύμφωνα με τη συμβατότητά τους με τα δεδομένα που προαναφέρθηκαν. Οι περισσότερες μελέτες στο γενικό τους μέρος ανέλυαν τους

ορισμούς των βασικών εννοιών, και έκαναν αναφορά σε παλαιότερες μελέτες και σε στατιστικά στοιχεία. Τα νομικά συγγράμματα χρησιμοποιήθηκαν ώστε να επεξηγηθούν και να γίνουν σαφείς στον αναγνώστη έννοιες της νομικής επιστήμης που είναι απαραίτητες ώστε να γίνει κατανοητός ο τρόπος με τον οποίον αποδίδεται η ιατρική ευθύνη τόσο στην Ελλάδα όσο και στις υπόλοιπες Ευρωπαϊκές χώρες. Άρθρα από τους κώδικες της Ελληνικής νομοθεσίας σχετικά με το Αστικό και Ποινικό δίκαιο αναφέρθηκαν μέσα στο κείμενο χάριν της σφαιρικής μελέτης του θεωρητικού μέρους της ιατρικής ευθύνης στην Ελληνική έννομη τάξη. Αριθμητικά στοιχεία χρησιμοποιήθηκαν μόνο για τα στατιστικά. Για την εξαγωγή συμπερασμάτων από τα υπό μελέτη ζητήματα χρησιμοποιήθηκαν ποιοτικά χαρακτηριστικά και όχι ποσοτικά μεγέθη.

6.1.2. Παρουσίαση των αποτελεσμάτων με βάση τα ερευνητικά ερωτήματα

Πρώτο ερευνητικό ερώτημα

Το ανεπιθύμητα συμβάντα είναι δυσμενείς καταστάσεις που συμβαίνουν στο χώρο της υγείας και έχουν είτε προβλέψιμο είτε απρόβλεπτο χαρακτήρα. Στα προβλέψιμα ανεπιθύμητα συμβάντα ανήκει το υπό μελέτη φαινόμενο του ιατρικού σφάλματος και αποτελεί τη συντριπτική πλειοψηφία των ανεπιθύμητων συμβάντων. Η ιατρική αμέλεια ασφαλώς αντικατοπτρίζει κάποια εσφαλμένη ενέργεια ή παράλειψη του ιατρού, έχει όμως παράνομο χαρακτήρα και παρουσιάζει αυξημένο βαθμό υπαιτιότητας κατά το δίκαιο. Και στις δύο πάντως περιπτώσεις η ιατρική πράξη κρίνεται κατώτερη από τα πρότυπα άσκησης της ιατρικής. Δεν πληροί δηλαδή τους όρους της *lege artis* εφαρμογής. Η επιπλοκή χαρακτηρίζει μια δυσάρεστη εξέλιξη στην υγεία του ασθενούς, η οποία όμως συνήθως, σχετίζεται με την υποκείμενη νόσο και όχι με κάποια ιατρική παρέμβαση.

Εκτός από την τήρηση των ιατρικών προτύπων υπάρχει ένας άλλος παράγοντας που προϋποτίθεται ώστε να μην χαρακτηρίζεται παράνομη (κατ' αρχήν ή εκ των υστέρων) μια ιατρική πράξη. Είναι η συναίνεση του ασθενούς στην ιατρική πράξη και μάλιστα όταν έχει προηγηθεί πριν τη λήψη της ενδελεχής ενημέρωσης του ασθενούς για την ιατρική παρέμβαση που πρόκειται να γίνει σε αυτόν, για τις πιθανές επιπλοκές, για τις εναλλακτικές λύσεις που προτείνει η επιστήμη για τη συγκεκριμένη περίπτωση, και τέλος τα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα που έχουν όλες οι εναλλακτικές ώστε να λάβει ο ασθενής για τον εαυτό του την καλύτερη δυνατή απόφαση. Σημαντικό στοιχείο της ενημέρωσης αποτελεί η γνωστοποίηση στον ασθενή ότι έχει δικαίωμα άρνησης της ιατρικής πράξης αφού ενημερωθεί φυσικά για τις συνέπειες. Η συναίνεση στην ιατρική πράξη είναι σημαντικότερο δικαίωμα του ασθενούς, στενά συνυφασμένο με το

δικαίωμα του αυτοκαθορισμού που πηγάζει από νομοθετικά κείμενα διεθνούς εμβέλειας όπως η συνθήκη του Οβιέδο, αλλά και από τη νομοθεσία της κάθε Ευρωπαϊκής χώρας.

Οι μελετητές διαχωρίζουν τα σφάλματα σε ατομικά και συστημικά. Τα είδη των ατομικών σφαλμάτων είναι: Σφάλματα στην αντίληψη, στη δεξιότητα, στην εφαρμογή κανόνων και σε αυτά που είναι σχετικά με την έλλειψη γνώσης και εμπειρίας. Τα συστημικά σφάλματα θεωρούνται τα πιο σημαντικά στο σύστημα υγείας. Είναι δύο ειδών, τα σφάλματα ενεργείας και τα λανθάνοντα ή αφανή σφάλματα. Τα σφάλματα ενεργείας ή εμφανή συνήθως έχουν ως αιχμή του δόρατος ένα άτομο το οποίο φαίνεται υπαίτιο για τη δυσμενή έκβαση, τα αίτια όμως της αποτυχίας του ατόμου κείνται βαθύτερα στο σύστημα, και μπορεί να αφορούν σε ζητήματα στα οποία απαιτείται συστημική παρέμβαση για την επίλυσή τους. Τα αφανή σφάλματα είναι ατέλειες του συστήματος οι οποίες εισχωρούν από κενά ασφαλείας που υπάρχουν σε πρωτόκολλα ή διαδικασίες με αποτέλεσμα να φτάσουν με τη μορφή δυσμενούς συμβάντος στον ασθενή. Συχνότερα αίτια των σφαλμάτων που αποδίδονται στο σύστημα είναι η επαγγελματική εξουθένωση, ποσοτική και ποιοτική υποστελέχωση, αλλά κυρίως η πολυπλοκότητα και η παρουσία του ανθρώπινου παράγοντα, η οποία είναι το βασικό γενεσιουργό αίτιο από τον οποίον εκπορεύονται τα σφάλματα. «Το σφάλλιν ανθρώπινον».

Τα ανεπιθύμητα συμβάντα στο χώρο της υγείας, και μάλιστα τα προβλέψιμα, έχουν λάβει σύμφωνα με τις στατιστικές ανησυχητικές διαστάσεις, και επειδή θεωρείται ότι απειλούν την ασφάλεια των ασθενών, αξία που υπερασπίζεται το Ευρωπαϊκό ιδεώδες, ανακηρύσσεται σε ζήτημα δημόσιας υγείας. Δεν είναι μόνο τα υψηλά ποσοστά που παρουσιάζει κάθε χώρα, αλλά και το ποσοστό των Ευρωπαίων πολιτών που ανησυχούν πως θα υποστούν ένα ιατρικό σφάλμα στη χώρα τους είναι αρκετά υψηλά.

Δεύτερο ερευνητικό ερώτημα

Η ιατρική ευθύνη στην Ελληνική έννομη τάξη είναι τριών ειδών. Αστική ευθύνη, διότι αν ο ιατρός έχει προκαλέσει ζημία στον ασθενή του οφείλει αποζημίωση. Η ευθύνη αυτή πηγάζει είτε από σύμβαση, είτε από αδικοπραξία, είτε από προσβολή θεμελιωδών ανθρωπίνων δικαιωμάτων του ασθενούς που έχουν σχέση με τη συναίνεση στην ιατρική πράξη. Εν κατακλείδι, για τη θεμελίωση της αστικής ευθύνης απαιτούνται τα ακόλουθα στοιχεία : Η ύπαρξη ζημίας στον ασθενή υλική ή ηθική, η ύπαρξη της εσφαλμένης ιατρικής πράξης, και ο αιτιώδης σύνδεσμος μεταξύ τους. Αν κάποιος από τα στοιχεία αυτά ελλείπει, δεν θεμελιώνεται ευθύνη. Οι υποθέσεις αστικής ευθύνης ανήκουν στη δικαιοδοσία των Πολιτικών δικαστηρίων και κρίνονται από αυτά.

Η ποινική ευθύνη του ιατρού για τα εγκλήματα της ανθρωποκτονίας από αμέλεια και της πρόκλησης σωματικής βλάβης καταφάσκει όταν πληρούνται οι εξής προϋποθέσεις:

- i. Η ύπαρξη εξωτερικής αμέλειας που προέρχεται από κάποια πράξη ή παράλειψη
- ii. Το αξιόποιο αποτέλεσμα
- iii. Ο αιτιώδης σύνδεσμος μεταξύ των δύο προηγούμενων προϋποθέσεων

Η ποινική ευθύνη από παράλειψη προκύπτει από το ιδιαίτερο νομικό καθήκον του ιατρού που πηγάζει από το νόμο, σύμφωνα με τον οποίο, όταν ο ιατρός παραλείπει να αποτρέψει ένα ζημιογόνο για τον ασθενή παράγοντα ο οποίος τελικώς προκαλεί βλάβη σε αυτόν, τελεί δια παραλείψεως έγκλημα και τιμωρείται για αυτό σαν να ήταν έγκλημα ενεργείας. Απαιτούνται για τη θεμελίωσή του οι εξής προϋποθέσεις:

- i. Η συγκεκριμένη οφειλόμενη εκ μέρους του ιατρού ενέργεια
- ii. Ο χρόνος κατά τον οποίο όφειλε να την πραγματοποιήσει
- iii. Ο αιτιώδης σύνδεσμος μεταξύ της παράλειψης του ιατρού και της προκληθείσας σωματικής βλάβης ή ανθρωποκτονίας

Η αστική ευθύνη του δημοσίου θεμελιώνεται στο ανεύθυνο του υπαλλήλου κατά τον υπαλληλικό κώδικα και τον Εισαγωγικό Νόμο του Αστικού Κώδικα όπου προβλέπεται ότι το Ελληνικό δημόσιο οφείλει αποζημίωση για βλάβη που προκάλεσε ο υπάλληλος και μάλιστα κατά την υπηρεσία.

Τρίτο ερευνητικό ερώτημα

Εξετάστηκε ο τρόπος αντιμετώπισης, από Ευρωπαϊκές χώρες, του ιατρικού σφάλματος και της αμέλειας, καθώς και ο τρόπος που κάθε κράτος χρησιμοποιεί για την απονομή αποζημίωσης. Επίσης έγινε συγκριτική μελέτη των κύριων νομικών συστημάτων που επικρατούν στην Ευρωπαϊκή ήπειρο.

Τέταρτο ερευνητικό ερώτημα

Οι οικονομικές και κοινωνικές συνέπειες του σφάλματος εντοπίστηκαν και έγινε ανάλυσή τους.

Πέμπτο ερευνητικό ερώτημα

Η έρευνα σχετικά με το ζήτημα του ιατρικού σφάλματος ανέδειξε την ανάγκη για κοινή ιατρονομική αντιμετώπιση με αλλαγή στην κουλτούρα του ιατρικού επαγγέλματος και

νομοθετικές μεταρρυθμίσεις. Διαπιστώθηκε η ανάγκη κοινής Ευρωπαϊκής ρύθμισης εξαιτίας των δικαιωμάτων των Ευρωπαίων πολιτών που απορρέουν από τη Συνθήκη της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

6.2. Συζήτηση

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα που προέκυψαν από τη συστηματική ανασκόπηση που προηγήθηκε προκύπτουν τα εξής ζητήματα: Τα κύρια προβλήματα που εντοπίζονται είναι η ύπαρξη των συστημικών αιτιών τα οποία είναι ικανά να οδηγήσουν στην πρόκληση ανεπιθύμητων συμβάντων, η επίδραση των συμβάντων αυτών στη συμπεριφορά και τρόπο άσκησης της ιατρικής επιστήμης από πλευράς του ιατρού, αλλά και οι συνέπειες που τα συμβάντα αυτά επιφέρουν στον ίδιο τον ασθενή ως προς τη χειροτέρευση της υγείας του, αλλά και ως προς την άσκηση των δικαιωμάτων του. Αδυναμίες παρατηρούνται σχετικά με τα νομικά συστήματα και τον τρόπο αξίωσης αποζημίωσης από τον ασθενή διερευνώνται οι οικονομικές και κοινωνικές συνέπειες του ιατρικού σφάλματος. Τέλος, διερευνώνται και προτείνονται παρεμβάσεις σύμφωνα με τη βιβλιογραφία.

6.2.1. Εντοπισμός προβλημάτων και αδυναμιών σε συστημικό επίπεδο

Παρά το γεγονός ότι το ζήτημα της ασφάλειας των ασθενών βρίσκεται σε προτεραιότητα σε διεθνές επίπεδο⁵⁰ η πρόοδος που έχει επιτευχθεί στον τομέα αυτό δεν είναι η αναμενόμενη. Σύμφωνα με μελετητές⁵¹ τα ιατρικά σφάλματα, και μάλιστα όσα συμβαίνουν στα νοσοκομεία, αποτελούν ένα γνώριμο πρόβλημα στα άτομα που διοικούν τους οργανισμούς φροντίδας υγείας, αλλά αποσπούν πολύ λίγο την προσοχή τους. Άλλα φαινόμενα που παρατηρούνται είναι έλλειψη των κατάλληλων, ιδίως τεχνολογικών, εργαλείων, έλλειψη ανταλλαγής πληροφοριών μεταξύ των νοσοκομείων, ο φόβος των νομικών συνεπειών από τους ιατρούς, λήψη μη αποτελεσματικών μέτρων και ανεπαρκής σχεδιασμός, και τέλος, εφαρμογή προτύπων για την ασφάλεια του ασθενούς χωρίς συστημικό προσανατολισμό⁵⁰. Μεγάλο ποσοστό ασθενών υπέστησαν βλάβες από ανεπιθύμητα συμβάντα στο νοσοκομείο, ως αποτέλεσμα της κακής οργάνωσης, της δυσλειτουργίας και της ασυνέπειας του συστήματος φροντίδας υγείας⁵¹, και διατυπώνονται αμφιβολίες για το εάν και κατά πόσον υπήρξαν αποτελεσματικές οι εφαρμοσθείσες παρεμβάσεις⁵⁰.

Τα κυριότερα προβλήματα που παρατηρούνται σε συστημικό επίπεδο είναι η πολυπλοκότητα, η έλλειψη επικοινωνίας και η κουλτούρα ευθύνης και τιμωρίας.

Η πολυπλοκότητα των συστημάτων υγείας

Το σύστημα υγείας είναι ένας πολύπλοκος οργανισμός, που διαθέτει πολύπλοκες διαδικασίες, πολυάριθμους επαγγελματίες διαφόρων ειδικοτήτων, εξοπλισμό, διαδικασίες, οργανωτικές δομές²⁴. Σε αυτό το περιβάλλον είναι πιθανότερο να συμβούν τα λεγόμενα λανθάνοντα σφάλματα^{11,18,24} των οποίων ο εντοπισμός είναι δυσχερέστατος διότι τα αίτιά τους κρύβονται ακριβώς σε αυτή την πολυπλοκότητα. Κάποιες από αυτές τις αδυναμίες του συστήματος που σχετίζονται με την πολυπλοκότητά του είναι οι πολύπλοκες διαδικασίες, η επαγγελματική εξουθένωση των επαγγελματιών υγείας²², ανεπαρκής εκπαίδευση²⁴, και οι ανεπαρκείς στρατηγικές από τη διοίκηση. Η αναγνώριση των αδυναμιών αυτών περιορίζεται στην αντιμετώπιση του ατόμου που έπραξε το σφάλμα, θέτοντας πολυπλοκότερες διαδικασίες, περισσότερους κανονισμούς και νέες διαδικασίες²⁴ αφήνοντας ουσιαστικά άθικτο το πραγματικό πρόβλημα το οποίο βρίσκεται κρυμμένο στο σύστημα. Σε έρευνα των Renkema et. al.⁵² έγινε φανερό πως όσο η φροντίδα υγείας γίνεται πολυπλοκότερη, τόσο αυξάνεται η πιθανότητα εμφάνισης ενός ανεπιθύμητου συμβάντος. Η πολυπλοκότητα του συστήματος ευθύνεται και για τα αυξημένα ποσοστά θνησιμότητας⁵² που έχουν ως επακόλουθο την αναζήτηση ευθυνών. Άρα, η πολυπλοκότητα του συστήματος οδηγεί τελικά σε αναζήτηση ευθυνών.

Η έλλειψη επικοινωνίας στο σύστημα υγείας

Ένα από τα κυριότερα αίτια για την εμφάνιση των ιατρικών σφαλμάτων είναι οι δυσχέρειες στην επικοινωνία⁵¹. Παρατηρείται έλλειψη αποτελεσματικής συνεργασίας μεταξύ των ατόμων που απαρτίζουν το σύνολο ενός οργανισμού. Το γεγονός ότι οι επαγγελματίες υγείας δεν επενδύουν στη μεταξύ τους συνεργασία ώστε να παραχθούν θετικά αποτελέσματα προς τον ασθενή είναι δυσάρεστο και αντικατοπτρίζεται στα αποτελέσματα των ερευνών⁵¹. Η μεταφορά της πληροφορίας από ένα τμήμα του οργανισμού σε ένα άλλο είναι κάποιες φορές δύσκολο και αποτελεί παράγοντα κινδύνου πρόκλησης σφάλματος, εφόσον, εάν σε μια συνιστώσα του οργανισμού υπάρξει κάποιο σφάλμα στην πληροφορία, τότε αυτό μεταφέρεται ως λανθασμένη πληροφορία από το συγκεκριμένο σημείο στους μετέπειτα αποδέκτες²³. Η έλλειψη κατηγοριοποίησης των σφαλμάτων αποτελεί κατά τους Taib et. al.²³ έλλειψη οργάνωσης της πληροφορίας με αποτέλεσμα να μην είναι δυνατή η αξιοποίησή της σε συστημικό επίπεδο. Η αποφυγή ανταλλαγής πληροφοριών από τους ιατρούς ως προς τους ασθενείς στους οποίους παρέχουν τις υπηρεσίες τους έχει ως αποτέλεσμα να μη διακινείται σημαντική γνώση που σκοπεύει στην αποφυγή συστημικών σφαλμάτων⁵¹. Αρκετοί ιατροί δε χρησιμοποιούν ηλεκτρονικό αρχείο για την οργάνωση της εργασίας τους, όχι μόνο διότι σε κάποιες περιπτώσεις

δεν είναι διαθέσιμο, αλλά διότι επιλέγουν τα χειρόγραφα αρχεία στερώντας από το σύστημα πολύτιμες πληροφορίες⁵¹.

Η κουλτούρα ευθύνης και τιμωρίας

Σύμφωνα με τους Kalra et. al.²⁴ η μεγαλύτερη παραγωγή ιατρικών σφαλμάτων και, κατά συνέπεια, χαμηλής ποιότητας υπηρεσιών υγείας είναι η κουλτούρα ευθύνης και τιμωρίας, που χαρακτηρίζει σήμερα το Σύστημα Υγείας. Πρόκειται για ένα σύστημα ιεραρχίας που βασίζεται στον έλεγχο, και κύρια χαρακτηριστικά του είναι η αποφυγή ανάληψης κάποιου εγχειρήματος από τον ιατρό, και φόβος για την επίκριση και την τιμωρία που μπορεί να σημαίνει η εμπλοκή του σε κάποιο ανεπιθύμητο συμβάν. Συνέπεια αυτής της φοβίας είναι η τήρηση τακτικής μυστικότητας από τον επαγγελματία υγείας όσον αφορά προβλήματα που τον έχουν απασχολήσει, παρ' ολίγον λάθη και τυχαίες αποκλίσεις από τους κανονισμούς που ο οργανισμός προβλέπει²⁴. Η προώθηση της ατομικής ευθύνης δημιουργεί ένα τιμωρητικό περιβάλλον για τον ιατρό, γεγονός το οποίο συνεπάγεται η αποκάλυψη του σφάλματος να φαντάζει ένα κινδυνώδες εγχείρημα που μπορεί να τον καταστήσει υπόδικο⁷, με περαιτέρω συνέπειες την έλλειψη της διδαχής που θα μπορούσε να προσφέρει το σφάλμα αν αποκαλυπτόταν και διατίθετο προς μελέτη στην ιατρική κοινότητα με προοπτική να μην επαναληφθεί. Όλος αυτός ο ατέρμονος φαύλος κύκλος της φοβίας για το σφάλμα οδηγεί στη συντήρηση χαμηλών επιπέδων ποιότητας στη φροντίδα υγείας και στην αύξηση των ποσοστών των βλαβών και των θανάτων στον πληθυσμό, ώστε να έχουν πλέον λάβει τα ανεπιθύμητα συμβάντα διαστάσεις ζητήματος δημόσιας υγείας⁷. Ο ιατρός είναι ένας επαγγελματίας ο οποίος κατά το υπάρχον σύστημα δεν έχει το δικαίωμα να σφάλει.

6.2.2. Προβλήματα που εντοπίζονται στο πρόσωπο του ιατρού

Αναφέρθηκε πριν πως η μορφή του συστήματος επηρεάζει αρνητικά τον ιατρό ως προς τη διαχείριση του σφάλματος από τον ίδιο αλλά και από τους επαγγελματίες που τον περιβάλλουν. Ο ιατρός παρά τη φύση του επαγγέλματός του να ενεργεί υπέρ του ασθενούς⁵², ο φόβος που τον διακατέχει σχετικά με την εμπλοκή του σε έναν δικαστικό αγώνα εξαιτίας ενός ανεπιθύμητου συμβάντος, στρέφεται τελικά εναντίον του ασθενή. Δύο αρκετά σημαντικά φαινόμενα, εκτός από την αποφυγή της αναφοράς των σφαλμάτων, που παρατηρούνται και πηγάζουν από το φόβο της δικαστικής δίωξης είναι η άσκηση αμυντικής ιατρικής και ο φόβος της κοινοποίησης του σφάλματος στον ασθενή ή τους συγγενείς του.

Η άσκηση αμυντικής ιατρικής

Ο όρος αυτός έχει την έννοια ότι ο ιατρός ενεργεί περιττές ιατρικές διαδικασίες και εξετάσεις, οι οποίες αποκλίνουν από τις προτεινόμενες από τα πρότυπα της ιατρικής, επίσης, δεν δέχεται να αναλάβει ασθενείς με σοβαρό πρόβλημα υγείας φοβούμενος τη δικαστική δίωξη για αμέλεια⁵². Έτσι δημιουργείται η αίσθηση στον ιατρό πως διεξάγοντας όλες αυτές τις περιττές ενέργειες περιχαράκωνει τον εαυτό του έναντι της αγωγής. Εφαρμόζει έναν «μειονεκτικό»⁵³ τρόπο άσκησης της ιατρικής, που έχει ως συνέπεια τις αυξημένες δαπάνες για θεραπείες και άχρηστες όσο και επώδυνες για τον ασθενή εξετάσεις⁵⁴. Η αμυντική ιατρική είναι δύσκολο να εντοπισθεί διότι δεν είναι σαφές πότε υπάρχει και πότε όχι, ακόμα και με έρευνα σε κάθε περιστατικό⁵⁴, οπότε εξακολουθεί να δαπανάται χρήμα, και να τίθεται σε κίνδυνο η ασφάλεια του ασθενή εξαιτίας του φαινομένου.

Γενικά, η αρνητική επίδραση που ασκεί ο φόβος της δικαστικής δίωξης έχει εμφανείς και δυσάρεστες συνέπειες για τον ιατρό. Όπως αναφέρουν οι Elwahaab και Doherty⁵³ σε έρευνα που έγινε στην Ιρλανδία σε μια μονάδα νοσηλείας νεογνών, οι 35 στους 38 επαγγελματίες υγείας ενεπλάκησαν σε δυσμενές περιστατικό ή σε σφάλμα που αφορούσε στην ασφάλεια του ασθενή τουλάχιστον μια φορά στην καριέρα τους. Η ίδια μελέτη αναφέρει πως η απουσία της δυνατότητας του ιατρού να μιλήσει για το σφάλμα του εξαιτίας του τιμωρητικού χαρακτήρα του συστήματος, έχει ως αποτέλεσμα τα αυξημένα επίπεδα άγχους, έντονης ψυχικής πίεσης, και ασφαλώς, την απώλεια της δυνατότητας να διδαχθεί από το σφάλμα του. Σε ασκήσεις προσομοίωσης σε χειρουργούς διαφόρων ετών εμπειρίας⁵³ μελετήθηκε ο τρόπος που αντιδρούν σε ένα υποτιθέμενο ανεπιθύμητο συμβάν. Τα ευρήματα της προσομοίωσης ήταν ότι κάποιοι από τους αρχαιότερους σε εμπειρία ιατρούς, βοηθούμενοι από τις γνώσεις τους κατάφεραν να αντιμετωπίσουν την υποτιθέμενη κρίση, αλλά οι νεότεροι δεν τα κατάφεραν. Όλοι πάντως επέδειξαν απώλεια της αυτοπεποίθησής τους, απώλεια της ικανότητας για σωστή λήψη αποφάσεων και κατώτερη των προσδοκιών ικανότητα για επικοινωνία και επιστημονική κρίση⁵³. Οι νεότεροι ιατροί είναι πιο επιρρεπείς στα ανεπιθύμητα συμβάντα^{25,53}, και σε άτομα με ανάλογη εμπειρία συμβαίνει το 71% των σφαλμάτων. Επίσης, όταν οι ιατροί ενεργούν ενστικτωδώς υπάρχουν περισσότερες πιθανότητες να υποπέσουν σε σφάλμα. Η ενστικτώδης σκέψη προκύπτει κυρίως σε περιπτώσεις έντονης κόπωσης, υπερεργασίας και σε επαναλαμβανόμενες εφαρμογές⁵³.

Το φαινόμενο “second victim”

Ο ασθενής είναι ο πρώτος παθών (first victim), το θύμα ενός ανεπιθύμητου συμβάντος⁵³. Ο ιατρός, ο οποίος υφίσταται μεγάλη και δυσμενή επιρροή από το συμβάν θεωρείται το δεύτερο θύμα (second victim). Ο όρος αυτός εισήχθη το 2000 (Wu)^{55,56} όπου αναφέρεται πως «σε κάθε σοβαρό περιστατικό σχετικό με την ασφάλεια του ασθενούς υπάρχουν τουλάχιστον δύο θύματα». Ο αντίκτυπος στον ιατρό εξαιτίας του ανεπιθύμητου συμβάντος για το οποίο είναι υπεύθυνος είναι ιδιαίτερα αρνητικός. Οι Elwahaab και Doherty⁵³ σε έρευνά τους έδειξαν ότι το 82% των ιατρών υπέφεραν από συναισθήματα με αρνητική χροιά μετά από ένα δυσμενές συμβάν για τον ασθενή τους. Σύμφωνα με τους ίδιους συγγραφείς, η φύση και η βαρύτητα των αρνητικών συναισθημάτων διαφέρουν από ιατρό σε ιατρό. Τα συμπτώματα που συνήθως παρουσιάζονται είναι απώλεια της αυτοπεποίθησης, δυσκολίες στον ύπνο, μειωμένη επαγγελματική ικανοποίηση, και ανησυχία σχετικά με τη φήμη και την επαγγελματική τους υπόσταση. Ορισμένες βαριές περιπτώσεις αναφέρουν ισχυρό μετατραυματικό stress και χαμηλό επίπεδο ποιότητας ζωής εντός και εκτός εργασίας⁵³. Μια αγωγή για έναν ιατρό αποτελεί ένα από τα πιο καταστροφικά γεγονότα για τη συναισθηματική του σφαίρα⁵⁷ και ανάλογα συναισθήματα υπάρχουν και στο στάδιο της διερεύνησης. Επομένως είναι απαραίτητο να αναζητηθούν κάποιες λύσεις για το πρόβλημα σε επίπεδο συστημικό, αν και κάποιοι οργανισμοί έχουν ήδη λάβει κάποια μέτρα προς υποστήριξη των ιατρών που υποφέρουν. Ένας από αυτούς είναι το Johns Hopkins Hospital όπου λειτουργεί ένα κέντρο αντιμετώπισης του φαινομένου, παρέχοντας στήριξη στους επαγγελματίες υγείας του νοσοκομείου⁵⁷.

6.2.3. Προβλήματα που εντοπίζονται στον ασθενή

Το ζήτημα της δημόσιας υγείας

Τα ανεπιθύμητα συμβάντα αποτελούν ένα πρόβλημα το οποίο, όπως έχει ήδη περιγραφεί, παρουσιάζει σημαντικά στατιστικά ευρήματα σε σχέση με την επίπτωση στον πληθυσμό, αλλά και σε ότι αφορά στο φόβο που προξενεί σε όσους δεν είχαν παρόμοια εμπειρία, ότι μπορεί και οι ίδιοι να υποστούν τις συνέπειες ενός δυσμενούς συμβάντος. Τα σφάλματα κατά τη φροντίδα υγείας αποτελούν το γενεσιουργό αίτιο για πολλούς θανάτους και σωματικές βλάβες²³ των οποίων το εύρος είναι μεγάλο σχετικά με τις επιπτώσεις στον ασθενή²⁴. Με το ζήτημα έχει ασχοληθεί εκτενώς και ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, ο οποίος ανακήρυξε την ασφάλεια των ασθενών ως ζήτημα κορυφαίας σημασίας⁸, και το Συμβούλιο της Ευρώπης⁷ που πρότεινε την ίδρυση συστήματος αναφοράς ώστε να γίνει προσπάθεια αντιμετώπισης των αιτίων, και

αναγνώριση των ειδών των σφαλμάτων, χωρίς τιμωρητικό χαρακτήρα, για τις ανάγκες της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης.

Το ζήτημα της αποζημίωσης

Μετά το σφάλμα ο ασθενής και οι συγγενείς του υποφέρουν από τις συνέπειες του δυσμενούς συμβάντος το οποίο υπέστησαν και, σύμφωνα με το δίκαιο των χωρών της Ευρώπης το οποίο και μελετήθηκε, του οφείλεται αποζημίωση. Εντούτοις, στις περισσότερες Ευρωπαϊκές χώρες ο δρόμος για την αποζημίωση διέρχεται δια μέσου της αδικοπρακτικής ευθύνης⁷, έτσι ο ασθενής αναπόφευκτα θα οδηγηθεί στις δικαστικές αίθουσες προς διεκδίκηση της αποζημίωσής του. Γενικά, επειδή η αναπαράσταση μέσω του δικαίου των αποδείξεων των δυσμενών συμβάντων ex post είναι ιδιαίτερος δύσκολη, οι νομικοί που εκπροσωπούν κάθε πλευρά οδηγούν τη διαφορά προς εξωδικαστική επίλυση, ώστε η πλευρά του ασθενή να λάβει κάποια αποζημίωση σε εύλογο χρονικό διάστημα, αλλά και η πλευρά του ιατρού να αποφύγει ίσως μια σίγουρη καταδίκη⁷. Μέχρι στιγμής μόνο οι Σκανδιναβικές χώρες εφαρμόζουν σχέδιο αποζημίωσης χωρίς να απαιτείται υπαιτιότητα, και η Γαλλία μετά τη μεταρρύθμιση του 2002, εφαρμόζει σχέδιο αποζημίωσης μέσω της κοινωνικής πρόνοιας.

6.3. ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ

Οι κυριότερες συνέπειες του φαινομένου των ανεπιθύμητων συμβάντων, όπως έγινε φανερό, είναι οικονομικές και κοινωνικές. Σημαντικό πρόβλημα έχει επίσης προκληθεί και στο δικαστικό σύστημα εξαιτίας του φόρτου από την εκδίκαση υποθέσεων ιατρικού σφάλματος.

6.3.1. Οικονομικές και κοινωνικές συνέπειες

Το κόστος των υψηλών ποσοστών των ανεπιθύμητων συμβάντων σε οικονομικό και κοινωνικό επίπεδο είναι εμφανές και εντοπίζεται σε πολλά επίπεδα. Έρευνα⁵¹ που έγινε στις ΗΠΑ από το Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης λοιμώξεων αναφέρει ότι οι νοσοκομειακές λοιμώξεις προσβάλλουν περισσότερους από 2 εκατομμύρια ασθενείς κάθε χρόνο, και το κόστος τους ανέρχεται σε 11 δις. δολάρια κάθε χρόνο. Σε άλλη έρευνα⁵¹ που έγινε το 2007 αναφέρεται πως το ετήσιο κόστος σε φροντίδα υγείας που δεν είναι απαραίτητη, ως απότοκο του φαινομένου του ηθικού κινδύνου, ανέρχεται στο ποσό των 700 δις δολαρίων. Υπολογίζεται επίσης⁵⁸ πως το έτος 2008 στις ΗΠΑ έλαβαν χώρα 161 655 περιστατικά ανεπιθύμητων συμβάντων, ενώ το 2009 αυξήθηκαν στα 170 201. Τα συμβάντα αυτά κόστισαν στην οικονομία των ΗΠΑ 985 εκατομμύρια

δολάρια το 2008 και πάνω από 1 δις δολάρια το 2009⁵⁸. Τα συχνότερα εμφανιζόμενα ανεπιθύμητα συμβάντα είναι τα έλκη των κατακλίσεων και οι μετεγχειρητικές λοιμώξεις⁵⁸.

Οι διαστάσεις που μπορεί να λάβει ένα ανεπιθύμητο συμβάν είναι μεγάλες και δεν περιορίζονται μόνο στον ασθενή που τις υφίσταται αλλά εκτείνεται και στο οικογενειακό κοινωνικό και επαγγελματικό του περιβάλλον. Οι οικονομικές και κοινωνικές συνέπειες είναι αλληλένδετες και είναι δύσκολο να γίνει η μελέτη τους χωριστά.

Οι συνέπειες στον ασθενή

Ο ασθενής που υπέστη ένα δυσμενές συμβάν²⁵, εκτός από τη σωματική και ψυχική οδύνη που υφίσταται, έχει και σοβαρές οικονομικές επιπτώσεις. Αυτές προέρχονται από πρόσθετα έξοδα που καταβάλλει για την αποκατάσταση της βλάβης του, από διαφυγόντα εισοδήματα λόγω απουσίας από την εργασία του, και βέβαια, εάν αποφασίσει να διεκδικήσει αποζημίωση για τη βλάβη του, έξοδα για το δικαστικό αγώνα που ξεκινά.

Οι συνέπειες στο οικογενειακό περιβάλλον

Η ύπαρξη ενός ανθρώπου με σωματική βλάβη επηρεάζει άμεσα το οικογενειακό του περιβάλλον, επιβαρύνοντάς το όχι μόνο ψυχικά και συναισθηματικά αλλά και οικονομικά²⁵. Η φροντίδα του ανθρώπου που υπέστη βλάβη απαιτεί πρόσθετες οικονομικές εκροές οι οποίες προέρχονται είτε από διαφυγόντα εισοδήματα των μελών της οικογενείας λόγω απουσίας από την εργασία τους χάριν της φροντίδας του ασθενούς, είτε από πρόσθετα έξοδα που διατίθενται σε άτομο το οποίο προσλαμβάνεται για να φροντίζει τον ασθενή. Είναι περιττό να αναφερθεί ότι σε περίπτωση θανάτου του ασθενούς είναι ανυπολόγιστο το κόστος της ψυχικής οδύνης.

Οι συνέπειες στον ιατρό

Ο ιατρός, το δεύτερο θύμα του σφάλματος, έχει πολλές επιπτώσεις από ένα ανεπιθύμητο συμβάν για το οποίο είναι υπεύθυνος⁵³. Εκτός από τις σοβαρές ψυχοσυναισθηματικές συνέπειες για τις οποίες έγινε αναφορά προηγουμένως, υπάρχουν και συνέπειες οικονομικές, εφόσον θα αναγκαστεί να υπερασπιστεί τον εαυτό του στο δικαστήριο όπου θα δικαστεί για το σφάλμα του²⁵. Η αποζημίωση που πιθανόν να καταβάλλει μπορεί να είναι για αυτόν εξοντωτική. Η ποινική του καταδίκη ίσως αποτελέσει μεγάλο πλήγμα για τον ίδιο και την οικογένειά του. Εκτός όμως από τις θετικές ζημιές υφίσταται και συνέπειες οι οποίες δύσκολα μπορούν να αποτιμηθούν σε χρήμα. Αυτές είναι η απώλεια της επαγγελματικής υπόληψης της οποίας έχαιρε, ο επαγγελματικός του εκμηδενισμός⁸, η απώλεια της εμπιστοσύνης από τους ασθενείς του²⁵.

Οι συνέπειες για το νοσοκομείο

Έχει ήδη γίνει λόγος για την ευθύνη του δημοσίου για τις πράξεις του ιατρού, το οποίο καλείται να αποζημιώσει τον ασθενή για σφάλμα του υπαλλήλου του. Το γεγονός αυτό έχει σοβαρές οικονομικές επιπτώσεις στον προϋπολογισμό του νοσοκομείου, και κατ' επέκταση στο φορολογούμενο πολίτη²⁵. Οικονομική επιβάρυνση για το νοσοκομείο, για τα ασφαλιστικά ταμεία και κατ' επέκταση για τον κρατικό προϋπολογισμό αποτελεί και η παράταση της νοσηλείας του ασθενή ώστε να αποκατασταθεί η βλάβη του, η οποία ενδεχομένως να είναι και αρκετά δαπανηρή.

6.3.2. Συνέπειες από την επιβάρυνση του δικαστικού συστήματος

Έχει γίνει εκτενής αναφορά στην παρούσα διατριβή για την αύξηση που έχουν σημειώσει οι υποθέσεις ιατρικού σφάλματος που άγονται προς επίλυση στα δικαστήρια^{2,20,22}. Αυτό συμβαίνει διότι ο ασθενής επιθυμεί να αποζημιωθεί, και δεδομένου ότι στην Ελλάδα αλλά και στις περισσότερες Ευρωπαϊκές χώρες⁷ η αστική ευθύνη έχει ως βάση την υπαιτιότητα, η οποία για να αποδειχθεί πρέπει να γίνει δικαστική κρίση, επομένως τα δικαστήρια επιφορτίζονται με συνεχώς αυξανόμενες, σύμφωνα με τα στατιστικά, υποθέσεις ιατρικού σφάλματος. Η επιβάρυνση του δικαστικού συστήματος συνεπάγεται ίσως και καθυστέρηση στην εκδίκαση της υπόθεσης, έτσι ο στόχος της αποζημίωσης⁷ ο οποίος είναι η αποκατάσταση των ζημιών του ασθενή δεν μπορεί να εκπληρώσει το στόχο της με τόση καθυστέρηση, αλλά και να γίνει αποκατάσταση του αισθήματος δικαίου.

7. Εισηγήσεις

Για την αντιμετώπιση των ανεπιθύμητων συμβάντων γενικά απαιτείται η λήψη μέτρων σε ζητήματα που αφορούν στην αλλαγή της νομοθεσίας, στις μεταρρυθμίσεις σχετικά με την αποζημίωση, στην αλλαγή του τρόπου που αντιμετωπίζει το σύστημα υγείας έως και σήμερα τα ιατρικά σφάλματα. Απαιτούνται παρεμβάσεις ώστε να δομηθούν πιο εύρωστοι οργανισμοί με δεκτικότητα ως προς την εκπαίδευση που μπορούν να προσφέρουν τα ιατρικά σφάλματα, αλλά και να γίνει θωράκισή τους απέναντι στο φαινόμενο χωρίς να στοχοποιούνται σε ατομικό επίπεδο επαγγελματίες των οποίων το σφάλμα είχε συστημικά αίτια, αλλά και χωρίς να μένει ατιμώρητος ο υπαίτιος αμελής επαγγελματίας.

7.1. Προτάσεις για μέτρα πρόληψης και αντιμετώπισης του φαινομένου της αύξησης των ανεπιθύμητων συμβάντων

Γενικά ο χώρος της υγείας χρειάζεται μεταρρυθμίσεις τέτοιες ώστε να βοηθήσουν στη μετατροπή του σημερινού τιμωρητικού συστήματος σε ένα εύρωστο και ανθεκτικό στα σφάλματα σύστημα²³. Ο στόχος αυτός μπορεί να επιτευχθεί με γνώση και μελέτη των ιατρικών σφαλμάτων μέσω συστημάτων αναφοράς και καταγραφής, με κατηγοριοποίηση των σφαλμάτων για ευκολότερο εντοπισμό τους, με μελέτη φακέλων και άλλες παρεμβάσεις που προτείνει η βιβλιογραφία. Για τον εντοπισμό και την ανάλυση των αιτίων που οδήγησαν στο σφάλμα οι Smorti et. al.¹¹ προτείνουν δύο τύπους ανάλυσης, την ανάλυση που βασίζεται στην αντίδραση και την ανάλυση που βασίζεται στην πρόληψη.

7.1.1. Η αντιδρώσα ανάλυση (reactive analysis)

Τα εργαλεία του συγκεκριμένου τύπου ανάλυσης είναι τα ακόλουθα:

Τα συστήματα αναφοράς

Πρόκειται για ένα σύστημα συγκέντρωσης πληροφοριών γύρω από το ανεπιθύμητο συμβάν που αφορά στη φύση και στα αίτια του σφάλματος, αλλά και διάφορες άλλες πληροφορίες όπως τα άτομα που ενεπλάκησαν, τα αποτελέσματα και η βαρύτητά τους. Σε κάποιους οργανισμούς χρησιμοποιούνται συστήματα εθελοντικής αναφοράς ή αναθεώρηση διαγράμματος δια χειρός (manual chart review)⁵⁹, αλλά αυτά θεωρούνται πλέον αναχρονιστικά. Σύγχρονα και αποτελεσματικά θεωρούνται τα αυτοματοποιημένα συστήματα αναφοράς περιστατικών σχετικών με την ασφάλεια των ασθενών, με τη χρήση ηλεκτρονικών συστημάτων «πυροδότησης» (triggers) αναλύουν με ακρίβεια τα ανεπιθύμητα συμβάντα και εντοπίζουν τις τυχόν αδυναμίες του συστήματος. Τα triggers είναι στοιχεία στον ιατρικό φάκελο του ασθενούς και παρέχουν στοιχεία στον ερευνητή για το εάν ο συγκεκριμένος ασθενής μπορεί σύμφωνα με την κλινική του κατάσταση να βρίσκεται σε ομάδα υψηλού κινδύνου για δυσμενές συμβάν⁵⁹. Πάντως ένα από τα επιτυχημένα manual chart reviews για την ανίχνευση των ανεπιθύμητων συμβάντων που υιοθετήθηκε από το «Ινστιτούτο για τη βελτίωση της φροντίδας Υγείας»^{59,60} και λέγεται “Global Trigger Tool”, το οποίο είναι αρκετά αξιόπιστο και έχει χρησιμοποιηθεί σε αρκετές μελέτες. Τα αυτοματοποιημένα συστήματα αναφοράς είναι ψηφιακά εργαλεία και παρουσιάζουν πλεονεκτήματα έναντι των μη ψηφιακών. Επεξεργάζονται μεγαλύτερο όγκο δεδομένων ταχύτερα και ακριβέστερα, και παράλληλα έχουν τη δυνατότητα να ανακαλύπτουν τα τρωτά σημεία σε ένα σύστημα⁵⁹.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας⁶¹ προτείνει ένα σύστημα αναφοράς ανεπιθύμητων συμβάντων με δυνατότητα παγκόσμιας χρήσης. Πρόκειται για το DRAFT Minimal Information Model for Patient Safety και προορίζεται για να καταγράφει και να συγκρίνει τα βασικά στοιχεία δυσμενών περιστατικών, με σκοπό να αποκτήσουν ομοιογένεια ώστε να προσφέρονται προς συγκέντρωση και σύγκριση σε Εθνικό και Διεθνές επίπεδο⁶¹.

Οι Riga et. al. προτείνουν ένα σύστημα έρευνας και ανάλυσης δυσμενών συμβάντων και ιατρικών σφαλμάτων σε περιβάλλον Μονάδας εντατικής θεραπείας, το οποίο δοκιμάστηκε σε διάφορα Ελληνικά νοσοκομεία⁶². Πρόκειται για το σύστημα MERIS, το οποίο χρησιμοποιεί μεθοδολογία που περιλαμβάνει trigger tools, αλλά διαθέτει και σύστημα εθελοντικής αναφοράς συνδεδεμένο στο διαδίκτυο. Σύμφωνα με τη συγκεκριμένη έρευνα⁶² το σύστημα αυτό μπορεί να

προσφέρει σημαντικά οφέλη στο σύστημα υγείας ανιχνεύοντας και προβάλλοντας τα αδύνατα σημεία του.

Ενημέρωση σχετικά με την ασφάλεια (Briefing on safety)

Πρόκειται για μια συνάντηση στην οποία οι συμμετέχοντες έχουν επιφορτιστεί με το καθήκον να αναγνωρίσουν εν δυνάμει κινδύνους στους ασθενείς οι οποίοι προκύπτουν από ερωτήσεις και μέσω παρατήρησης. Η μέθοδος αυτή είναι μη τιμωρητική και ενθαρρύνει το δημόσιο διάλογο και την άμιλλα μεταξύ των επαγγελματιών υγείας¹¹.

To focus group

Πρόκειται για συζήτηση μεταξύ ιατρών που ενεπλάκησαν σε ένα δυσμενές συμβάν και γίνεται υπό το συντονισμό ενός ατόμου με σκοπό την ανάλυση του συμβάντος, τα γνωστικά στοιχεία που προκύπτουν, τα κίνητρα και τα συναισθήματα των συμμετεχόντων¹¹. Η ιδιαιτερότητα της μεθόδου έγκειται στην εξέταση συναισθημάτων και προσωπικών σχέσεων ιατρού και ασθενή.

Η ανασκόπηση των ιατρικών φακέλων

Αυτός ο τρόπος ανίχνευσης των ανεπιθύμητων συμβάντων προσφέρεται για τη διαπίστωση κατά πόσο τηρήθηκαν τα πρωτόκολλα, και του τρόπου λήψης αποφάσεων¹¹, και συνάμα, είναι δυνατόν μέσω αυτού να γίνει διαπίστωση της ύπαρξης λανθανόντων συστημικών σφαλμάτων.

Σε μελέτη των Vincent et. al.⁶³ έγινε ανασκόπηση ιατρικών φακέλων σε νοσοκομεία της Μ. Βρετανίας ώστε να διαπιστωθεί κατά πόσον είναι εφικτή η ανίχνευση δυσμενών συμβάντων με τη μέθοδο αυτή, και εάν μπορούν να γίνουν κάποιοι αρχικοί υπολογισμοί για το κόστος και την επίπτωσή τους. Μετά από μελέτη 1014 φακέλων, τα ευρήματά τους ήταν πως τα δυσμενή συμβάντα έχουν, εκτός από τις δυσμενείς επιπτώσεις στους ασθενείς και τεράστιες οικονομικές συνέπειες⁶³.

Σε άλλη μελέτη που έγινε επίσης στη Μ. Βρετανία από τους Davis et.al.⁶⁴, η ανασκόπηση των φακέλων συνδυάστηκε με αναφορές των ίδιων των ασθενών, οι οποίοι, όπως θεωρήθηκε από τους μελετητές μπορούσαν να δώσουν χρήσιμες πληροφορίες στην καταγραφή των ανεπιθύμητων συμβάντων, διότι μέσω της παρατήρησης κρίνουν τον τρόπο παροχής της φροντίδας υγείας, αναφέρουν ελάσσονα σφάλματα, και λιγότερο συχνά, κάποια καταστροφικά συμβάντα τα οποία δεν υπάρχουν καταγεγραμμένα στο φάκελο. Η μελέτη αυτή ανέδειξε μεταξύ άλλων και τη σημασία της επικοινωνίας ειδικά σε ζητήματα θεραπείας, διότι η μη σωστή ενημέρωση ενδεχομένως να οδηγήσει σε επανεισαγωγή στο νοσοκομείο και πρόσθετα έξοδα. Τα

μεγαλύτερα προβλήματα που ανέδειξαν οι ασθενείς είχαν διαπροσωπικό χαρακτήρα με, σημαντικότερο πρόβλημα αυτό της λήψης ανεπαρκούς αναλγησίας, εξαιτίας του γεγονότος ότι οι επαγγελματίες υγείας δεν μπόρεσαν να κατανοήσουν τις ανάγκες για αναλγησία λόγω φόρτου εργασίας.

Ο κλινικός έλεγχος (clinical audit)

Πρόκειται για μια μέθοδο που προϋποθέτει συστηματικό έλεγχο της φροντίδας με συγκεκριμένα κριτήρια, προς αναγνώριση κινδύνων της κλινικής δραστηριότητας, την ταυτοποίηση παραγόντων πρόκλησης ανεπιθύμητων συμβάντων, και εύρεση μέτρων αντιμετώπισης¹¹.

Σύμφωνα με την Hanskamp – Sebrechts et. al.⁶⁵ η μέθοδος αυτή σκοπεύει στην πρώιμη ανακάλυψη των κινδύνων και στη συνεχή βελτίωση του επιπέδου ασφάλειας των ασθενών. Οι έλεγχοι εφαρμόζονται στα νοσοκομεία με σκοπό την ανάλυση της χρήσης μη ασφαλούς φροντίδας και την αποτίμηση των αποτελεσμάτων στη νοσοκομειακή φροντίδα και την έρευνα σχετικά με τις διαδικασίες που τη θεμελιώνουν.

Η ανάλυση των βαθύτερων αιτίων (Root cause analysis)

Σύμφωνα με τους Khorsandi et. al.⁶⁶ η ανάλυση αυτή παρέχει την αιτιολογία των βλαπτικών προς τον ασθενή συμβάντων, και συμβάλλει στην εξεύρεση προτάσεων για την ελαχιστοποίηση τέτοιων περιστατικών. Αποτελεί έναν σημαντικό παράγοντα στον τομέα της διαχείρισης κινδύνου και έχει πολλές δυνατότητες, αρκεί να γίνεται σωστή αναφορά των δυσμενών συμβάντων. Σε αυτό τον τομέα βοηθούν συγκεκριμένα πρωτόκολλα αναφοράς για την αντικειμενική και επαρκή ανάλυση των καταστροφικών συμβάντων (sentinel events).

7.1.2. Η προληπτική ανάλυση

Failure Mode and Effect analysis (FMEA)

Η μέθοδος αυτή χρησιμοποιείται για τη μελέτη του κατά πόσο είναι ευάλωτες οι διαδικασίες με σκοπό την ανακάλυψη των αδυναμιών του συστήματος και των πιθανών παραγόντων αποτυχίας¹¹. Σύμφωνα με τους Shebl et. al.⁶⁷, πρόκειται για μια μέθοδο που χρησιμοποιήθηκε τη δεκαετία του 1990 σε αυτοκινητοβιομηχανίες και στη διαστημική έρευνα. Η χρησιμότητά του είναι στην καταγραφή και κατανόηση διαδικασιών φροντίδας που αφορούν σε πολλαπλές ομάδες. Αμφισβητείται πάντως η εγκυρότητά τους, και σύμφωνα με τους συγκεκριμένους ερευνητές, η έρευνα στη φροντίδα υγείας δε θα έπρεπε να βασίζεται μόνο στη συγκεκριμένη

μέθοδο για τη διερεύνηση ζητημάτων ασφάλειας ασθενών, ωστόσο τουλάχιστον ελεγχθεί το θέμα της εγκυρότητάς της.

7.1.3. Η σημασία της αποκάλυψης των ιατρικών σφαλμάτων

Η κοινοποίηση των σφαλμάτων στους ασθενείς και τις οικογένειές τους που υπέστησαν ένα βλαπτικό για την υγεία τους συμβάν αποτελεί έναν έντιμο και άμεσο τρόπο επικοινωνίας, που προβάλλει τη συμπάθεια του ιατρού για το συμβάν⁴⁷. Στις αρχές της δεκαετίας του 1990 υπήρχε μεγάλη αύξηση των δικαστικών δαπανών εξαιτίας των υψηλών ποσοστών των περιστατικών σφάλματος που έβαιναν προς δικαστική κρίση. Διαπιστώθηκε λοιπόν η ανάγκη όχι μόνο για συγκράτηση αυτών των δαπανών, αλλά και για αποκατάσταση του θετικού κλίματος εντός του συστήματος φροντίδας υγείας. Οι λόγοι που οδήγησαν στην ανάπτυξη του συστήματος αποκάλυψης σφαλμάτων⁴⁷ ήταν οι διαρκώς αυξανόμενες δικαστικές δαπάνες, η επικέντρωση στην ελαχιστοποίηση των οργανωτικών κινδύνων, η επαναδόμηση του κλίματος εμπιστοσύνης μεταξύ των ιατρών και των ασθενών και η βελτίωση της ποιότητας στη φροντίδα υγείας.

Η κοινοποίηση των ανεπιθύμητων συμβάντων και η έκφραση συγγνώμης για αυτά μπορεί να αποβεί θετική τόσο για τον ασθενή όσο και για τον ιατρό, ο οποίος υφίσταται πολύ δυσάρεστες συνέπειες εξαιτίας του σφάλματός του. Έρευνες έχουν δείξει⁶⁸ πως αυτό είναι και από τις δύο πλευρές επιθυμητό, όμως σπάνια ο ιατρός παρέχει επαρκείς πληροφορίες για το συμβάν. Οι λόγοι για τους οποίους αποφεύγεται η αποκάλυψη σύμφωνα με την Robbenholt⁶⁸ είναι ο φόβος για πιθανή δικαστική δίωξη, γεγονός που δεν επιβεβαιώνεται, αλλά και η υπάρχουσα κουλτούρα του ιατρικού επαγγέλματος, καθώς επίσης και οι ψυχολογικές δυσκολίες σχετικά με την αντιμετώπιση των λαθών από το άτομο. Η συγκεκριμένη έρευνα έδειξε πως η συγγνώμη ως μέρος της διαδικασίας αποκάλυψης του σφάλματος μπορεί να αποβεί ωφέλιμη και για τα δύο μέρη, αν και χρειάζεται περαιτέρω διερεύνηση για τα αίτια διότι ένα δυσμενές συμβάν δεν οφείλεται πάντα σε κακό ιατρικό χειρισμό.

Σε μια αναδρομική μελέτη⁶⁹ που έγινε υπό την αιγίδα του Πανεπιστημίου του Michigan από το 1995 έως το 2007 εφαρμόζοντας ένα πρόγραμμα πλήρους αποκάλυψης των ανεπιθύμητων συμβάντων στους ασθενείς, σε συνδυασμό με πρόγραμμα αποζημίωσης, υπήρχαν τα εξής αποτελέσματα. Χαμηλότερα επίπεδα στις αιτήσεις για αποζημίωση, εκπορευόμενα από μείωση των αγωγών για δικαστική επίλυση, μικρότερο κόστος που σχετίζεται με τη ιατρική ευθύνη και μείωση του χρόνου διευθέτησης των υποθέσεων. Γίνεται λοιπόν φανερό από τη συγκεκριμένη

έρευνα πως είναι δυνατή η σύσταση ενός προγράμματος για την αποκάλυψη των σφαλμάτων χωρίς να αυξάνονται οι αγωγές και οι δικαστικές δαπάνες⁶⁹.

Διαδικασία της αποκάλυψης του δυσμενούς συμβάντος

Σύμφωνα με τον Youngson⁷⁰ η διαδικασία της αποκάλυψης πρέπει να περιλαμβάνει τη διαδοχή κάποιων ενεργειών, οι οποίες, ανάλογα με την ιδιαιτερότητα του περιστατικού, αν δηλαδή πρόκειται για ανήλικο ασθενή ή υπάρχει θάνατος ή ο ασθενής παρουσιάζει περιορισμένη γνωστική ικανότητα, μπορούν να διαμορφώνονται ανάλογα.

- i. Ανακάλυψη και διερεύνηση του σφάλματος και έγκαιρη έγγραφη αναγνώριση της ύπαρξης σφάλματος
- ii. Εφαρμογή άμεσης θεραπείας ώστε να μετριαστούν οι συνέπειές του και οι περαιτέρω βλάβες
- iii. Αξιολόγηση των συνθηκών και σύσταση ομάδας διερεύνησης
- iv. Έγγραφη και προφορική απολογία συμπεριλαμβανοντας τα έως τώρα γνωστά αίτια
- v. Προσφορά κάθε βοήθειας, υλικής και ηθικής, καθώς και δημιουργία προγράμματος επικοινωνίας
- vi. Έγκαιρη και επίσημη απάντηση σε ερωτήματα
- vii. Η ανάλυση του συμβάντος πρέπει να περιέχει παραδείγματα αλλαγής στην εφαρμογή της ιατρικής πράξης και πώς είναι δυνατή η επίτευξή της

Αρκετές φορές ο ιατρός δυσκολεύεται να αντιμετωπίσει το γεγονός ότι έσφαλλε προκαλώντας βλάβη στον ασθενή του. Σε έρευνα των May και Plews-Ogan⁷¹ έγινε φανερό πως ένας τρόπος για να βελτιωθεί η κατάσταση όσον αφορά τις δυσμενείς συνέπειες του σφάλματος προς τον ιατρό είναι να συζητήσει γι' αυτό με άτομα του περιβάλλοντός του, με την ιατρική ομάδα, με τον μέντορά του και ασφαλώς με τον ασθενή και την οικογένειά του. Το συμπέρασμα είναι πως η ουσιαστική συζήτηση του ιατρού σχετικά με την εμπειρία του ανεπιθύμητου συμβάντος σχετίζεται με τη δυνατότητά του να ανακάμψει μετά από το συμβάν⁷¹. Ειδικά οι νέοι σε εμπειρία ιατροί, οι οποίοι είναι πιο επιρρεπείς στα σφάλματα⁷² έχουν ανάγκη να διδαχθούν από αυτά και όχι να τα λησμονήσουν ώστε να αποφύγουν την ταπείνωση από το περιβάλλον. Και σε αυτή την έρευνα προωθείται η συζήτηση ως μέσον βελτίωσης της κατάστασης, μαζί με παρεμβάσεις αλλαγής της κουλτούρας της αισχύνης και της τιμωρίας, όπως είναι οι μεταρρυθμίσεις στην ιατρική εκπαίδευση, η προώθηση της ομαδικής εργασίας, και η ανάπτυξη των κοινωνικών και γνωστικών δεξιοτήτων του ιατρού⁷².

Ιδιαίτερη βαρύτητα πρέπει να δοθεί επίσης από τον ιατρό κατά την αποκάλυψη του δυσμενούς συμβάντος στην ενημέρωση στον ασθενή σχετικά με την κατάστασή του μετά τη βλάβη όσον αφορά σωματική ανικανότητα που μπορεί να αντιμετωπίζει, ψυχοκοινωνικά προβλήματα, το ζήτημα του χρόνιου πόνου, το ζήτημα της κατάθλιψης⁷³. Στην ίδια έρευνα αναφέρεται πως ο ασθενής που υπέστη βλάβη σκέπτεται και εκτιμά περισσότερο μια απολογητική συζήτηση με τον ιατρό που ευθύνεται, παρά την αναζήτηση τρόπων αποζημίωσης⁷³.

Από πλευράς οργανισμού, η αποκάλυψη πρέπει να αποτελεί μέρος των υποχρεώσεων που απορρέουν από τη διαχείριση κινδύνων και της ασφάλειας των ασθενών, διατυπώνοντας τη διαβεβαίωση πως ως συστημικό σφάλμα έχει καταγραφεί ώστε να μην επαναληφθεί⁷⁴. Στις υποχρεώσεις του οργανισμού πρέπει να υπάγεται η εκπαίδευση του ιατρού σε τεχνικές επικοινωνίας, και η χρήση εργαλείων βελτίωσης της απόδοσης.

Η διαχείριση του κινδύνου

Ένας ανασταλτικός παράγοντας κατά της αποκάλυψης των σφαλμάτων, αλλά και το αίτιο της άσκησης αμυντικής ιατρικής είναι ο φόβος της δικαστικής δίωξης, αλλά αυτή ακριβώς η δραστηριότητα που αποκλίνει από τα πρότυπα μπορεί να αποφέρει αντίθετα από τα επιθυμητά αποτελέσματα⁷⁵. Υπάρχουν τρόποι αποφυγής του κινδύνου της αγωγής αν η επαγγελματική συμπεριφορά του ιατρού κινείται στα ακόλουθα πλαίσια σύμφωνα με τον Fong⁷⁵: Άσκηση της ορθής ιατρικής, αποτελεσματική επικοινωνία με τους ασθενείς, τήρηση κατάλληλων και επαρκών αρχείων, λήψη συναίνεσης, διασφάλιση ότι ο ιατρός είναι προσεγγίσιμος στον ασθενή και επιδεικνύει τη δέουσα προσοχή.

Η άσκηση της αμυντικής ιατρικής είναι στενά συνυφασμένη με το ζήτημα της διαχείρισης του κινδύνου³⁹, το οποίο είναι αρκετά σημαντικό αλλά παραγκωνισμένο. Η διαχείριση του κινδύνου ορίζεται ως «κουλτούρα, δομές και διαδικασίες οι οποίες στοχεύουν κατ' ευθείαν στην αποτελεσματική διαχείριση των εν δυνάμει περιστάσεων και των δυσμενών τους επιπτώσεων»³⁹. Σύμφωνα με τον Burdon³⁹ αποτελεί τη λύση του προβλήματος της άσκησης αμυντικής ιατρικής. Η διαχείριση του κινδύνου διέπεται από τις ακόλουθες αρχές:

- i. Τήρηση σωστών αρχείων
- ii. Καταγραφή όλων των συζητήσεων με τον ασθενή
- iii. Αποφυγή μεταβολής στοιχείων εντός των αρχείων
- iv. Διατήρηση της επαφής με τον ασθενή ώστε να ελέγχονται οι παραπομπές και οι εξετάσεις
- v. Έλεγχος του ιστορικού πριν τη συγγραφή ιατρικής οδηγίας

- vi. Αποφυγή διαγνώσεων και σύστασης θεραπείας από το τηλέφωνο
- vii. Γνωστοποίηση του ενδιαφέροντος από τον ιατρό στον ασθενή
- viii. Αφιέρωση αρκετού χρόνου στον ασθενή
- ix. Προληπτικές ενέργειες εναντίον των δυσμενών συμβάντων
- x. Επικοινωνία με τον οργανισμό υπεράσπισης των ιατρών (medical defense organization)

Γίνεται αντιληπτό από τους κανόνες ότι κυρίαρχο στοιχείο τους είναι η λεκτική, μη λεκτική και γραπτή επικοινωνία, η οποία μαζί με την ενημέρωση για τις εξελίξεις της ιατρικής και την επαγρύπνηση για την αναγνώριση των δυσμενών συμβάντων αποτελούν στοιχεία μπορούν να αποτελέσουν μέσα αποτροπής του φαινομένου³⁹.

7.1.4. Νομοθετικές παρεμβάσεις

Στη σύσταση 7 του Συμβουλίου της Ευρώπης το 2006 που αφορά στη διαχείριση της ασφάλειας των ασθενών και την πρόληψη των ανεπιθύμητων συμβάντων προτάθηκε ως σημαντική η συμβολή της νομοθεσίας, και τονίσθηκε ο ρυθμιστικός της ρόλος σε σχέση με την Υγεία, επομένως οι αλλαγές στην κουλτούρα του συστήματος που απαιτούνται μπορούν να πραγματοποιηθούν με τη συμβολή του δικαίου⁷.

Οι νομοθετικές αλλαγές που μπορούν να προωθηθούν δεν είναι απαραίτητο να χρησιμοποιηθούν ως μέσο καταναγκασμού, αλλά ως μέσο εναρμόνισης των δικαιωμάτων των ιατρών με εκείνα των ασθενών με τον πιο επωφελή τρόπο. Παράδειγμα αποτελεί η θέσπιση με νόμο της χρήσης των συστημάτων αναφοράς ώστε να έχουν όλοι την υποχρέωση να τα χρησιμοποιούν. Η αλήθεια και η εμπιστοσύνη μπορεί να εδραιωθεί με τις ανάλογες νομοθετικές προβλέψεις, οι οποίες μπορούν να πηγάζουν και να θεμελιώνονται στις έρευνες στον τομέα της υγείας. Τα ακλόνητα τεκμήρια που προκύπτουν από την εφαρμοσμένη έρευνα, μπορούν να αποτελέσουν εργαλείο νομοθέτησης πολύ εγκυρότερο από μια απλή, και ίσως αυθαίρετη γνώμη⁷.

Πιθανές μεταρρυθμίσεις

Σε προηγούμενη αναφορά έγινε λόγος για την ατομική ευθύνη που ισχύει στα περισσότερα Ευρωπαϊκά κράτη σχετικά με το δίκαιο της αποζημίωσης έχει μεταξύ άλλων ως αποτέλεσμα την υπερφόρτωση του δικαστικού συστήματος. Η θέσπιση συστημάτων αποζημίωσης ανεξάρτητα από υπαιτιότητα, σε όσα κράτη δεν υπάρχουν θα μπορούσε να αποτελέσει λύση για το πρόβλημα, η αναβάθμιση του ρόλου του *Medico legal expert*, η προώθηση της εξωδικαστικής

επίλυσης των διαφορών ή η εισαγωγή τους στη διαιτησία, θα μπορούσαν να αποτελέσουν κάποιες πιθανές μεταρρυθμίσεις. Όσον αφορά στον τομέα της έρευνας, εκτός από τους υπόλοιπους τομείς, η μελέτη των στοιχείων που παρέχουν οι φάκελοι των δικογραφιών από υποθέσεις αμέλειας μπορούν να προσφέρουν υπηρεσίες στην πρόληψη και προαγωγή του ζητήματος της ασφάλειας.

Προτάσεις για γενικές νομοθετικές παρεμβάσεις

Σε προηγούμενες αναφορές έγινε σαφές πως για τους ασθενείς είναι προτιμότερη μια απολογητική συζήτηση με τον ιατρό που έσφαλλε παρά μια εμπλοκή σε δικαστικούς αγώνες. Σε χώρες όπως η Αυστραλία, ο Καναδάς, η Νέα Ζηλανδία⁷ έχουν θεσπιστεί νόμοι που καθιστούν υποχρεωτική την αποκάλυψη των σφαλμάτων, και νόμοι σχετικοί με την απολογία (disclosure and apology laws), οι οποίοι μάλιστα δεν μπορούν να χρησιμοποιηθούν από το δικαστήριο ως ομολογία αμέλειας. Η επιτυχία αυτών των νόμων στηρίζεται σε δύο σημαντικούς παράγοντες. Αφενός, πρέπει να θεσπιστούν και τα ανάλογα κίνητρα ώστε να υπάρξει ώθηση των ιατρών προς την αποκάλυψη και την απολογία εκτός από τον υποχρεωτικό τους χαρακτήρα, και αφετέρου, μια τέτοια μεταρρύθμιση δε μπορεί να είναι επιτυχημένη εάν δεν προωθηθεί σε παγκόσμιο επίπεδο. Αλλαγές στους ποινικούς νόμους και κατάργηση της αυτεπάγγελτης δίωξης ώστε να δίδεται η ευκαιρία στους εμπλεκόμενους να επιλύουν εξωδικαστικά τις διαφορές τους⁷. Θέσπιση, σύμφωνα και με την αντίστοιχη Ευρωπαϊκή οδηγία του 2006 περί άμεσης κοινοποίησης του σφάλματος στον ασθενή, ενός συστήματος αναφοράς με κύρια χαρακτηριστικά τα ακόλουθα:

- i. Εθελοντικό
- ii. Μη τιμωρητικό
- iii. Εμπιστευτικό στις περιπτώσεις που επιτρέπεται
- iv. Ανώνυμο

Άλλες παρεμβάσεις που προτείνονται⁷ είναι ο εναρμονισμός του Ευρωπαϊκού δικαίου σε θέματα υγείας ώστε να μην υπάρχουν διαφορές ανάμεσα στα κράτη, εφόσον η Συνθήκη της Ευρωπαϊκής ένωσης προβλέπει την ελεύθερη διακίνηση επαγγελματιών και την ελεύθερη εγκατάσταση των Ευρωπαίων πολιτών.

Η έρευνα των δικογραφιών

Η έρευνα των δικογραφιών προτείνεται ως εναλλακτικός τρόπος διερεύνησης υποθέσεων ιατρικής αμέλειας, και η χρήση των στοιχείων τους για την ελάττωση των αγωγών για αμέλεια και ανάλογη συγκράτηση των δαπανών. Σε έρευνα των Steven et. al⁷⁶ οι ιατρικές κοινότητες των

αναισθησιολόγων και των μαιευτήρων χρησιμοποιώντας στοιχεία από τις δικογραφίες δημιούργησαν κατευθυντήριες γραμμές, και κατάφεραν να μειώσουν τα ποσοστά των αγωγών και του ανάλογου κόστους, και να αυξήσουν τα επίπεδα ικανοποίησής τους. Συνεπώς, με τη μελέτη των ιατρικών φακέλων μπορεί να επιτευχθεί το ίδιο αποτέλεσμα με μια νομοθετική μεταρρύθμιση, δηλαδή την ελάττωση των ποσοστών των ανεπιθύμητων συμβάντων, με τη συγκράτηση των δαπανών και τέλος, την προαγωγή της ασφάλειας των ασθενών⁷⁶.

Σύστημα αποζημίωσης για τα ανεπιθύμητα συμβάντα στην Ευρώπη

Οι Σκανδιναβικές χώρες και η Γαλλία εφαρμόζουν σύστημα άμεσης αποζημίωσης του ασθενή που επλήγη από κάποιο ανεπιθύμητο συμβάν χωρίς την επιβάρυνση του δικαστικού συστήματος ή τη μομφή κατά του ιατρού. Τα δύο συστήματα έχουν μεταξύ τους διαφορές, αλλά επιτυγχάνουν τον ίδιο στόχο που είναι η άμεση αποζημίωση του ασθενή. Σε έρευνα των Kachalia et. al.⁷⁷, αφού μελετήθηκαν χώρες που εφαρμόζουν σύστημα αποζημίωσης ανεξάρτητο από υπαιτιότητα, προτείνουν ως νομικό θεμέλιο για την απονομή αποζημίωσης όχι την αμέλεια, αλλά μια ευρύτερη έννοια την «αποφευξιμότητα» (avoidability). Σύμφωνα με αυτή την πρόταση μεταρρύθμισης ο ασθενής λαμβάνει αποζημίωση εάν αποδείξει πως το δυσμενές συμβάν δεν θα είχε προκληθεί εάν η ιατρική πράξη είχε γίνει από τον καλύτερο ιατρό στο βέλτιστο δυνατό σύστημα.

O Medico legal expert

Τον Ιούνιο του 2011 διεξήχθη στη Ρώμη το συνέδριο της Ευρωπαϊκής Ακαδημίας Ιατρικού Δικαίου όπου έγινε η σύσταση κανόνων για την αξιολόγηση και αποτίμηση της ιατρικής ευθύνης στην Ευρώπη^{40,78}. Μαζί με τους κανόνες αυτούς έγινε και ο ορισμός των ελάχιστων προσόντων που απαιτούνται για τον Medico legal expert ο οποίος καλείται να αξιολογήσει και να αποφανθεί με την έρευνά του που καθοδηγείται από τους κανόνες που προαναφέρθηκαν, εάν υπήρξε ιατρικό σφάλμα ή παράβλεψη σημαντικών κανόνων από τον ιατρό. Ο επιστήμονας αυτός⁷⁹, επειδή είναι απόλυτα ειδικός στην κρίση του θα μπορούσε να είναι χρήσιμος όχι μόνο για τη διεξαγωγή δικαστικής πραγματογνωμοσύνης, αλλά και για να αποφασίσει εάν ένα ανεπιθύμητο συμβάν οφείλεται σε αμέλεια ή όχι ώστε να αχθεί η υπόθεση προς δικαστική κρίση ή προς εξωδικαστική διευθέτηση. Παρόμοια είναι τα καθήκοντα του ειδικού αυτού επιστήμονα στην περιοχή της Καταλονίας στην Ισπανία όπου η υπηρεσία που σχετίζεται με την επαγγελματική υπαιτιότητα και ανήκει στο Καταλανικό Ιατρικό Κολλέγιο, εμπιστεύεται τον Medico legal expert

ώστε να κρίνει σε συνεργασία με έναν νομικό εάν το Κολλέγιο οφείλει αποζημίωση σε ασθενείς που υπέστησαν βλάβη από ιατρική πράξη.

Βιβλιογραφία

1. Mujovic-Zornic H. "Physician's error: Medical or legal concept?" *Med Law* (2010)29:159-169.
2. Καϊάφα-Γκμπάντι Μ., Παπαγεωργίου Δ., Συμεωνίδου-Καστανίδου Ε., Ταρλατζής Β., Τάσκος Ν., Φουντεδάκη Κ. «Ιατρική Ευθύνη από αμέλεια. (Αστική-Ποινική). Ειδικά θέματα Ιατρικού Δικαίου. Ερευνητικό Δίκτυο ΑΠΘ. Ιατρική Πράξη, Βιοϊατρική και Δίκαιο, Τόμος 3^{ος}. Εκδόσεις Νομική Βιβλιοθήκη 2013.
3. Βοζίκης Α., Πολλάλης Γ., Ρήγα Μ., Μαγκίνα Ν., Στουφής Ν., Τενεκετζή Ζ. «Σύστημα ανίχνευσης, καταγραφής και ανάλυσης δυσμενών συμβάντων. Εφαρμογή σε ΜΕΘ. (ICU-MERIS). *Archives of Hellenic Medicine* 2012, 29(3):345-353.
4. Athanassios Vozikis and Marina Riga (2012). *Patterns of Medical Errors: A Challenge for Quality Assurance in the Greek Health System*, Quality Assurance and Management, Prof. Mehmet Savsar (Ed.), ISBN: 978-95351-0378-3, InTech, Available from: <http://www.intechopen.com/books/quality-assurance-andmanagement/patterns-of-medical-errors-a-challenge-for-quality-assurance-in-the-greek-health-system>
5. Κατση Β., Boudoulas Κ., Λυτριβη Ε., Μασουρα Κ., Τσιουφης Κ., Βλασερος Ι., Καλλικαζαρος Ι., Στεφανάδης Χ., Μπουντουλας Χ. «Το ιατρικό σφάλμα στην κλινική πράξη: Errare Humanum est». Άρθρο ανασκόπησης. *Ελληνική Καρδιολογική Επιθεώρηση* 2013, 54:24-28.
6. Ομπέση Φ. «Οριοθέτηση της ενημέρωσης των ασθενών από γιατρούς και νοσηλευτές. Νομική προσέγγιση». Ειδικό άρθρο. *Νοσηλευτική* 2011, 50(1):30-34.
7. Olivier Guilliod. "Medical error disclosure and Patient Safety: Legal aspects" *Review . Journal of Public Health Research* 2013; volume 2:e31 p.182-185.
8. Sharpe A.V. "Mistakes, Medical" *Encyclopedia of global bioethics* DOI 10.1007/978-3-05544-2_296-1 Springer Science Bussiness Media Dordrecht 2015.
9. Price K. "The art of medicine. Towards a history of medical negligence" www.thelancet.com vol.375 Jan16 2010 p. 192-193.
10. Fallberg L. "Do doctors know about their legal responsibilities?" *European Journal of Health Law* 13:91-93 2006.
11. Smorti A., Zarantonello R., Tani F., Gensini G.F.: "Medical error and systems of signaling: conceptual and linguistic definition". *Intern Emerg Med* 9:681-688. 2014.
12. Zientec D. "Medical Error, Malpractice and complications: A moral geography". *HEC Forum* 22:145-157. 2010.
13. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations [JCAHO] (2011) *Sentinel Event Policy and Procedures*. http://www.jointcommission.org/Sentinel_Event_Policy_and_Procedures
14. www.euro.who.int Medical error. Data and statistics. (Ημερομηνία: Ιανουάριος 2015).
15. Institute of Medicine [IOM] (1999) *To Err Is Human: Building a Safer Health System*. National Academy Press, Washington DC.
16. European Commission "Special Eurobarometer 241-Medical Errors" January 2006.

17. Pavlakis A., Soteriades E., "Medical Errors in Cyprus: The 2005 Eurobarometer Survey" *International Journal of Caring Sciences*; Sep-Dec 2012, Vol. 5 Issue 3, p295
18. Sneha Shah , Michelle Patch, Julius Cuong Pham "Systems Approach to Patient Safety" G. Li and S.P. Baker (eds.), *Injury Research: Theories, Methods, and Approaches*, DOI 10.1007/978-1-4614-1599-2_33, © Springer Science+Business Media, LLC 2012
19. Πολλάλης Γ., Βοζίκης Α., Ρήγα Μ. «Ποιοτικά χαρακτηριστικά των ιατρικών σφαλμάτων: Ερευνητικά ευρήματα από την Ελλάδα». Το Βήμα του Ασκληπιού 11^{ος} τόμος, 4^ο τεύχος, Οκτ. – Δεκ. 2012.
20. Γώγος Κ, Καϊάφα- Γκμπάντι Μ., Παπαδοπούλου Λ., Φουντεδάκη Α. «Η Ιατρική ευθύνη στην πράξη. Νομολογιακές τάσεις της τελευταίας δεκαετίας» Ερευνητικό Δίκτυο Α.Π.Θ. Ιατρική Πράξη, Βιοϊατρική και Δίκαιο. Εκδόσεις Νομική Βιβλιοθήκη 2010.
21. Βοζίκης Α. , Ρήγα Μ. «Τα ιατρικά σφάλματα στην Ελλάδα: Προσεγγίσεις της οικονομικής διάστασης μέσα από αποφάσεις των διοικητικών δικαστηρίων». Ερευνητικό άρθρο. Κοινωνία, Οικονομία και Υγεία. 2008, 2:22-44.
22. Riga, M., Vozikis, A. and Pollalis, Y. (2014) Medical Errors in Greece: An Economic Analysis of Compensations Awarded by Civil Courts (2000-2009). *Open Journal of Applied Sciences*, 4, 168-175.
23. I.A. Taib, Mcintosh A.S, Caronecchia C., Baysari M. "A review of medical error taxonomies: A human factors perspective" *Safety Science* 49 (2011) 607–615
24. Kalra J., Kalra N., Baniak N. "Medical error, disclosure and patient safety: A global view of quality care" *Clinical Biochemistry* 46 (2013) 1161-1169
25. Ταραμπέ Μ., Σταμούλοπουλος Β., Τσαγκαράκης Μ., «Οι οικονομικές επιπτώσεις του ιατρικού σφάλματος» *ΙΑΤΡΙΚΟ ΒΗΜΑ • ΑΠΡΙΛΙΟΣ - ΜΑΪΟΣ 2006* σελ. 40-44
26. Παππά Ε.Α., Αναγνωστόπουλος Φ., Νιάκας Δ., «Επαγγελματική εξουθένωση ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού και οι επιπτώσεις της στο επίπεδο των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας» *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 2008, 25(1):94-101
27. Λιαχοπούλου Α., Δελγιαννίδη Π., Γιαννακοπούλου Μ., Μπίρμπας Κ., «Σφάλματα από το ιατρικό και το νοσηλευτικό προσωπικό στη χειρουργική αίθουσα» *Νοσηλευτική* 2012, 51(1): 93-103
28. J T Reason, J Carthey, M R de Leval «Diagnosing "vulnerable system syndrome": an essential prerequisite to effective risk management» *Quality in Health Care* 2001;10(Suppl II):ii21–ii25
29. Perneger T. "The swiss cheese model of safety incidents: are there holes in the metaphor?" *BMC Health Services Research* 2005, 5:71
30. Πέτρου Ε., Καραλή Β., Ντάνος Α., Παντελίδης Π. «Το νομικό πλαίσιο της ιατρικής ευθύνης Συγκριτική διάσταση Ελλάδας και Ελβετίας» *ARCHIVES OF HELLENIC MEDICINE* 2015, 32(1):85-91
31. Καράκωστας Ι. «Ιατρική Ευθύνη. Χαρακτηριστικά γνωρίσματα και νομική διάσταση κανόνων ιατρικής δεοντολογίας» Εκδόσεις Νομική Βιβλιοθήκη 2008
32. Ποινικός Κώδικας έκδοση 2013 (Επιμέλεια: Μ.Ι. Σπυριδάκης) Εκδόσεις Αντ. Σάκκουλας
33. Σταθόπουλος Μ «Επιτομή γενικού ενοχικού δικαίου» Εκδόσεις Σάκκουλα Αθήνα – Θεσσαλονίκη 2004 (Ανατύπωση 2013)

34. Γεωργιάδης Α. «Ενοχικό δίκαιο γενικό μέρος» Δίκαιο & Οικονομία - Π. Ν. Σάκκουλας 2015
35. Αστικός Κώδικας και Εισαγωγικός Νόμος (Επιμέλεια Μ. Ι. Σπυριδάκης) Εκδόσεις Αντ. Σάκκουλας
36. Γέροντας Α., Λύτρας Σ., Παυλόπουλος Π., Σιούτη Γλ., Φλογαΐτης Σ. «Διοικητικό Δίκαιο» Β΄ Έκδοση Εκδόσεις Σάκκουλα Αθήνα – Θεσσαλονίκη 2010
37. Editorial “Health Law: Facing the European Challenges” European Journal of Health Law 17 (2010) 1-10
38. Peterková H., Císarová D., Sovoná O., Holcapek T. “THE PHENOMENON OF HARMONISATION IN EUROPEAN MEDICAL LAW” MedLaw (2012) 31:1-17
39. R.G. Beran (ed.), Legal and Forensic Medicine, DOI 10.1007/978-3-642-32338-6_61, # Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2013
40. S. D. Ferrara et al. (eds.), Malpractice and Medical Liability, DOI: 10.1007/978-3-642-35831-9_1, Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2013
41. Μουσαΐρα Ε. «Συγκριτικό Δίκαιο» Εκδόσεις Νομική Βιβλιοθήκη 2012
42. Dawson – Bowling S. “Medical negligence and informed consent: an overview” Surgery 29:2 (97- 100). Elsevier Ltd. 2010
43. Goldberg R. “Medical Malpractice and Compensation in the UK” 87Chi.-Kent. L.Rev.131(2012).Available:<http://scholarship.kentlaw.iit.edu/cklawreview/vol87/iss1/7>
44. Vibe Ulfbeck, Mette Hartlev & Marten Schultz, Malpractice in Scandinavia, 87Chi.Kent.L.Rev.111(2012).Available:<http://scholarship.kentlaw.iit.edu/cklawreview/vol87/iss1/6>
45. Marc S. Stauch, Medical Malpractice and Compensation in Germany, 86Chi.-Kent.L.Rev.1139(2011).Available:<http://scholarship.kentlaw.iit.edu/cklawreview/vol86/iss3/7>
46. Bernhard A. Koch, Medical Malpractice in Austria, 86Chi.-Kent. L. Rev.1027 (2011).Available:<http://scholarship.kentlaw.iit.edu/cklawreview/vol86/iss3/3>
47. McLennan S., Beitat K., Lauterberg J. Vollmann J. “Regulating open disclosure: a German Perspective” International Journal for Quality in Health Care 2012; vol. 24 n.1 : pp.23-27
48. Jan-Paul Knaak & Markus Parzeller “Court decisions on medical malpractice” Int J Legal Med (2014) 128:1049–1057
49. Genevieve Helleringer, Medical Malpractice and Compensation in France: Part II: Compensation Based on National Solidarity, 86Chi.Kent. L. Rev.1125 (2011).Available:<http://scholarship.kentlaw.iit.edu/cklawreview/vol86/iss3/>
50. Amalberti R., Bengamou D., Auroy Y., Laurent D. “ Adverse events in medicine: Easy to count, complicated to understand, and complex to prevent” Journal of Biomedical Informatics 44 (2011) 390–394
51. Healey B., McGowan M., “The enormous cost of medical errors” Academy of Health Care Management Journal, Volume 6, Number 1, 2010
52. Renkema E., Broekhuis M., Ahaus K. “Conditions that influence the impact of malpractice litigation risk on physicians’ behavior regarding patient safety” BMC Health Services Research 2014, 14:38

53. Elwahab S., Doherty E. "What about doctors? The impact of medical errors" *The Surgeon, Journal of the Royal Colleges of Surgeons of Edinburgh and Ireland* 12 (2014) 297-300
54. Healey B., Kopen D., Smith J., "Physicians, defensive medicine and ethics" *Academy of Health Care Management Journal*, Volume 7, Number 1, 2011
55. Seys D., Wu A., Van Gerven E., Vleugels A., Euwema M., Panella M., Scott S., Conway J., Sermeus W., Vanhaecht K., "Health Care Professionals as Second Victims after Adverse Events: A Systematic Review" *Evaluation & the Health Professions* 36(2) 135-162 The Author(s) 2012 Reprints and permission: sagepub.com/journalsPermissions.nav DOI: 10.1177/0163278712458918 ehp.sagepub.com
56. McCay L., Wu A. "Medical error: the second victim" *British Journal of Hospital Medicine*, October 2012, Vol73, No10 (C146-C148)
57. Wu A., Steckelberg R., "Medical error, incident investigation and the second victim: doing better but feeling worse?" *BMJ Qual Saf* April 2012 Vol 21 No 4 (267-270)
58. David G., Gunnarson C., Waters H., Horblyk R., Kaplan H., "Economic measurement of medical errors using a hospital claims database" *Value in health* 16 (2013) 305 – 310
59. Kirkendall E., "Patient Safety – Automated Detection and Reporting" J.J. Hutton (ed.), *Pediatric Biomedical Informatics: Computer Applications in Pediatric Research, Translational Bioinformatics* 2, DOI 10.1007/978-94-007-5149-1 14, © Springer Science and Business Media Dordrecht 2012
60. Scales D. Jr, Schulman K., EDITORIAL. *HSR : Health Services Research* 49:5 (October2014) (1401-1406)
61. World Health Organization 2014 Working Paper "PRELIMINARY VERSION OF MINIMAL INFORMATION MODEL FOR PATIENT SAFETY" (www.who.int)
62. Riga M., Vozikis A., Pollalis Y., Souliotis K., " MERIS (medical error reporting information system) as an innovative patient safety intervention: A health policy perspective" *Health policy* 119 (2015) 539-548
63. Vincent C., Neale G., Woloshynowych M., "Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective record review" *Bmj* vol. 322 3 March 2001 (517-519)
64. Davis R., Sevdalis N., Neale G., Massey R., Vincent C. "Hospital patients' reports of medical errors and undesirable events in their health care" *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 19 (2013) 875–881 John Wiley & Sons Ltd 2012
65. Hanskamp-Sebregts M., Zegers M., Boeijen W., Westert G., van Gorp P., Wollersheim H. "Effects of auditing patient safety in hospital care: design of a mixed-method evaluation" *Hanskamp-Sebregts et al. BMC Health Services Research* 2013, 13:226
66. Khorsandi M., Skouras C., Beatson K., Alijani A., "Quality review of an adverse incident reporting system and root cause analysis of serious adverse surgical incidents in a teaching hospital of Scotland" *Patient Safety in Surgery* 2012, 6:21
67. Shebl N. A., Franklin B. D., Barber N. "Failure mode and effects analysis outputs: are they valid?" *BMC Health Services Research* 2012, 12:150
68. Robbennolt J., "Apologies and Medical Error" *Clinical Orthopaedics and Related Research* Volume 467, Number 2, February 2009 (376-382)
69. Kachalia A., Kaufman S., Boothman R., Anderson S., Welch K., Saint S., Rogers M. "Liability Claims and Costs Before and After Implementation of a Medical Error Disclosure Program" *American College of Physicians* Volume 153 Number 4 August 2010 (213-222)

70. Youngson G., "Medical error and disclosure- A view from the U.K." *The surgeon Journal of the Royal Colleges of Surgeons of Edinburgh and Ireland* 12 (2014) 68-72
71. May N., Plews - Ogan M. "The role of talking (and keeping silent) in physician coping with medical error: a qualitative study" *Patient Education and Counseling* 88 (2012) 449–454
72. Tevlin R., Doherty E., Traynor O., "Improving disclosure and management of medical error – an opportunity to transform the surgeons of tomorrow" *The surgeon Journal of the Royal Colleges of Surgeons of Edinburgh and Ireland* 11 (2013) 338 – 343
73. Fallowfield L. "Communication with patients after errors" *Journal of Health Services Research & Policy* Vol 15 Suppl 1, 2010: 56–59 The Royal Society of Medicine Press Ltd 2010
74. Orlando R., "Disclosure of Complications and Error" D.S. Tichansky, J. Morton, and D.B. Jones (eds.), *The SAGES Manual of Quality, Outcomes and Patient Safety*, DOI 10.1007/978-1-4419-7901-8_16, Springer Science and Business Media, LLC 2012
75. I.W. Fong, *Medico-Legal Issues in Infectious Diseases, Emerging Infectious Diseases of the 21st Century*, DOI 10.1007/978-1-4419-8053-3_1, Springer Science and Business Media, LLC 2011
76. Pegalis S., Bal S. "Closed Medical Negligence Claims Can Drive Patient Safety and Reduce Litigation" *Clinical Orthopaedics and Related Research* Volume 470, Number 5, May 2012:1398–1404
77. Kachalia A., Mello M., Troyen B., Studdert D., "Beyond negligence: Avoidability and medical injury compensation" *Social Science & Medicine* 66 (2008) 387–402
78. Ferrara S. D., Baccino E., Bajanowski T., Boscolo – Berto R., Castellano M., De Angel R., Pauliukevicius A., Ricci P., Vanezis P., Nuno Vieira D., Viel G., Villanueva E., (The EALM working group on Medical Malpractice). " Malpractice and medical liability. European guidelines on methods of ascertainment and criteria of evaluation" *Int J. Legal Med* (2013) 127:545-557
79. Gómez-Durán E. L., Martin-Fumadó C., Arimany-Manso J. "Legal medicine contributions to patient safety. From ascertainment and evaluation to research in medical liability" *Int J Legal Med* (2013) 127:1051–1053