

# ΑΝΤΙΛΗΨΗ ΤΗΣ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΙΚΗΣ ΕΥΘΥΝΗΣ ΑΠΟ ΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ, ΤΟΝ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΟ, ΤΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ, ΤΟ ΝΟΜΟ

Συντονισμός: Σταυρούλα ΛΑΚΟΥΜΕΝΤΑ  
Φώτης ΚΑΝΑΚΟΥΔΗΣ

## Η ΑΠΟΨΗ ΤΗΣ ΠΟΛΙΤΕΙΑΣ

(Ποινική δίωξη και Ιατρική ευθύνη του Αναισθησιολόγου από Αμέλεια)

*Δημήτριος ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ*

---

- I. Εισαγωγικές Σκέψεις – Η «δύσκολη» συνάντηση της Νομικής με την Ιατρική Επιστήμη.
- II. Η αναισθησιολογική ευθύνη ως ιατρική ευθύνη – Η μέχρι τώρα θεωρητική προσέγγιση.
- III. Άποψη της Πολιτείας δεν μπορεί να είναι μόνον η άποψη του Εισαγγελέα. (Ο Νόμος –ο Εισαγγελέας– το Ποινικό Δικαστήριο).
- IV. Τα αδικήματα ιατρικής ευθύνης από αμέλεια. (ανθρωποκτονία από αμέλεια, σωματική βλάβη από αμέλεια).
- V. Η εισαγγελική παρέμβαση.
- VI. Προϋποθέσεις (ουσιαστικές) για την άσκηση της ποινικής δίωξης.
- VII. Πρόοδος και περάτωση της προδικασίας.
- VIII. Προϋποθέσεις (ουσιαστικές) για την παραπομπή του κατηγορουμένου ιατρού στο ακροατήριο του ποινικού δικαστηρίου.
- IX. Η ιδιαιτερότητα της ιατρικής ευθύνης από αμέλεια και η δυσχέρεια κατάφασης των «επαρκών ενδείξεων».
- X. Ο βαθμός βεβαιότητας για την αλήθεια της κατηγορίας στο ακροατήριο (δικανική πεποίθηση για την ύπαρξη καταδικαστικής απόφασης).
- XI. Ενδιαφέροντα θέματα από την πρόσφατη Νομολογία των Δικαστηρίων.
- XII. Η αναγκαιότητα της κριτικής των δικαστικών αποφάσεων σε υποθέσεις ιατρικής αμέλειας (ή πώς θα αποφύγουμε τη σύγκρουση Νομικής και Ιατρικής Επιστήμης).
- XIII. Επίλογος.

### ΕΝΔΕΙΚΤΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Καϊάφα–Γκμπάντι Μ.: Η ποινική ευθύνη του αναισθησιολόγου στις ιατροχειρουργικές επεμβάσεις, περιοδικό ΝΟΜΙΚΟ ΒΗΜΑ, τ.37, 1989, σελ.872-883 και περιοδικό ΘΕΜΑΤΑ Αναισθησιολογίας και Εντατικής Ιατρικής, τ.17, Νοε 1998, σελ.33-40.
2. Καραγεώργου Κ.: Η ποινική εκτίμηση των ιατροχειρουργικών επεμβάσεων, 1996.
3. Κότσιανου Σ.: Η ιατρική ευθύνη, β' έκδ. 1977.
4. Μπατζαλέξη Γ.: Η Δίκη στο Ακροατήριο ( κύρια διαδικασία ) σε Υποθέσεις Ιατρικής Ευθύνης από Αμέλεια, ΘΕΜΑΤΑ Αναισθησιολογίας και Εντατικής Ιατρικής, τ.17, Νοε 1998, σελ.25-32.
5. Παπαγεωργίου Δ.: Ποινική Δίωξη και Προδικασία σε Υποθέσεις Ιατρικής Ευθύνης από Αμέλεια, ΘΕΜΑΤΑ Αναισθησιολογίας και Εντατικής Ιατρικής, τ.17, Νοε 1998, σελ.21-24.
6. Τοπάλη Σ.: Η ποινική ευθύνη του ειδικευόμενου ιατρού για σωματική βλάβη ή ανθρωποκτονία από αμέλεια, περιοδικό ΠΟΙΝΙΚΗ ΔΙΚΑΙΟΣΥΝΗ, 2004, σελ.1253-1257.
7. Τσίτσουρα Α.: Ιατρική αμέλεια και ποινική ευθύνη, περιοδικό ΠΟΙΝΙΚΗ ΔΙΚΑΙΟΣΥΝΗ, 2004, σελ.1231-1233.
8. Χαραλαμπίκη Α.: Ιατρική Ευθύνη και Δεοντολογία, 1993.

## Η ΑΠΟΨΗ ΤΟΥ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟΥ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ

*Δημήτριος ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ*

---

Η αναισθησιολογία είναι ειδικότητα που απαιτεί γνώσεις και δεξιότητες.

Η θεωρητική κατάρτιση, η τεχνική δεξιότητα και η τεχνολογική εξοικείωση που διαθέτει ο αναισθησιολόγος, δοκιμάζονται και τεκμηριώνονται από το αποτέλεσμα: την «εξασφάλιση» του χειρουργικού ασθενούς.

Η «άρρηκτη» αυτή διασύνδεση του αναισθησιολόγου με τη ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ πράξη και το χειρουργό, ιδίως στη σημερινή ιατρική εποχή, εποχή ομαδικής εργασίας και συνεργασίας, εντάσσει την ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΕΥΘΥΝΗ στη συνυπευθυνότητα με το χειρουργό και στην συλλογική ευθύνη.

Παρά το γεγονός πως η εργασιακή σχέση του αναισθησιολόγου τον διαφοροποιεί σημαντικά στην καθημερινή πρακτική, στον κύριο κοινό παρονομαστή -στο κλινικό έργο- η ευθύνη και συνυπευθυνότητα του αναισθησιολόγου «περιορίζεται» συνήθως στην χρονική περίοδο/διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης και της αφύπνισης και αποσυνδέεται από την λοιπή περιεγχειρητική περίοδο.

Στην διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης η ευθύνη του αναισθησιολόγου θεωρείται και είναι περίπου ισομερής με την ευθύνη του χειρουργού, με διακριτή βέβαια την επί μέρους ευθύνη σε αναισθησιολογικούς χειρισμούς, στους οποίους περιλαμβάνεται και η αφύπνιση του ασθενούς.

Το «ειδικό»/νοσοκομειακό περιβάλλον βιώνοντας την υπάρχουσα πραγματικότητα αναγνωρίζει πλήρως τόσο τη συνυπευθυνότητα όσο και τη διακριτή ευθύνη και την κατανομή αντίστοιχα σε σχέση με την πορεία (εξέλιξη, επιπλοκές) και τελική έκβαση του ασθενούς.

Το «ευρύτερο»/εξωνοσοκομειακό - κοινωνικό περιβάλλον διαφοροποιεί συνήθως την ευθύνη του αναισθησιολόγου, ουσιαστικά και νομικά, κατά περίπτωση:

- την ελαχιστοποιεί, περιορίζοντας την στους αναισθησιολογικούς χρόνους
- την μεγιστοποιεί, αποδίδοντας το σύμβαμα στους αναισθησιολογικούς χειρισμούς

παρά τη δεδομένη και υπαρκτή συνυπευθυνότητα και του χρόνου που σε όλη την περιεγχειρητική περίοδο.

Το περιβάλλον, στενό και ευρύτερο, συσχετίζει την αναισθησιολογική ευθύνη με την ευσυνείδητη ιατρική συμπεριφορά.

Ευθύνη και υποχρέωση του αναισθησιολόγου είναι «να παράσχει τις ευσυνείδητες και ειδικές υπηρεσίες του, σύμφωνα με τα δεδομένα και τις προόδους της ιατρικής επιστήμης, τα διατιθέμενα σ' αυτόν μέσα και όργανα υπό τις δεδομένες κάθε φορά συνθήκες».

Και η ευθύνη αυτή δεν είναι μόνο τυπική/νομική ευθύνη. Είναι πρώτιστα ηθική που υπακούει σε απαράβατες και διαχρονικές αρχές και αξίες, σύμφυτες με το ιατρικό λειτούργημα.

Αυτή την ευθύνη επιδεικνύει κατά τεκμήριο ο αναισθησιολόγος και αυτήν την ευθύνη και υπευθυνότητα του αναγνωρίζει το περιβάλλον, παρότι το «στενό»/εργασιακό περιβάλλον την συναρτά με την προσπάθεια ενώ το «ευρύτερο»/κοινωνικό την συσχετίζει με το αποτέλεσμα.

## Η ΑΠΟΨΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΚΟΙΝΗΣ ΓΝΩΜΗΣ

*Ιορδάνης ΠΡΟΥΣΑΝΙΔΗΣ*

---

- Η άποψη του ασθενούς και της κοινής γνώμης

A] 1. Αναμφίβολα, είναι χρήσιμη η θεματολογία του 9<sup>ου</sup> Συνεδρίου Αναισθησιολογίας και Εντατικής Ιατρικής.

Η άποψη του ασθενούς και της κοινής γνώμης στις μέρες μας έχει ξεχωρη σημασία. Και τούτο διότι πολλαπλά χρησιμοποιείται.

2. Θεωρώ αναγκαίο να δημοσιοποιήσω το περιεχόμενο των όρων που χρησιμοποιώ:

- ▶ Άποψη = Προσωπική γνώμη για κάτι, τρόπος θεώρησης ενός θέματος
- ▶ Γνώμη = Αυτό που πιστεύει κανείς για συγκεκριμένο ζήτημα
- ▶ Κοινή γνώμη = Η άποψη που επικρατεί σε μεγάλο μέρος των μελών μιας κοινωνίας για συγκεκριμένο κοινωνικό θέμα.

(βλ. λεξικό Γ. Μπαμπινιώτη)

B] 1. Το ερώτημα: Μπορεί ο ασθενής να έχει άποψη για τον αναισθησιολόγο; Κι' αν έχει, η άποψη είναι υποκειμενική ή αντικειμενική;

Κι' άλλο ερώτημα: Ποιοι όροι καθορίζουν την όποια άποψη του ασθενούς; Τους καθορίζει ο ίδιος;

Τελευταίο ερώτημα: Η άποψη του συγκεκριμένου ασθενούς έχει ενδιαφέρον;

2. Οι απαντήσεις στα ερωτήματα:

Ο αναισθησιολόγος είναι η αθέατη πλευρά της ιατρικής. Ο ασθενής δεν τον επισκέπτεται και δεν το γνωρίζει. Οπωσδήποτε δε συνδέεται μαζί του. Είναι αναγκαίος για να πραγματοποιήσει ο χειρουργός την επέμβαση. Δε γνωρίζει, ο ασθενής, το έργο του και ούτε μπορεί να το κατανοήσει. Ξέρει ότι τον κοιμίζει (ναρκώνει), για να μην καταλαβαίνει. Ξέρει ότι τον βοηθά να ξυπνήσει (ανανήψει). Ότι ήταν στην απόλυτη επιστημονική «εξουσία» του αναισθησιολόγου δεν το γνωρίζει. Κι' αν του το πουν, θα πρόκειται για διηγηματικό λόγο κι' όχι βιωματικό κι' έτσι εμπειρικό. Θα πρόκειται για μη συνειδητοποιημένη κατάσταση, με την έννοια της πρόσληψης και της κατανόησης. Η νάρκωση είναι κατάσταση μη λειτουργίας της νόησης. Όλα αυτά συντελούν στο να μην έχει ο ασθενής άποψη για τον αναισθησιολόγο.

Υπάρχει κι' ένα καθοριστικό στοιχείο, που αποκλείει από τον ασθενή την άποψη για την όποια αναισθησιολογική ευθύνη. Το στοιχείο είναι τούτο:

Αν όλα εξελιχθούν καλά, ο ασθενής χαίρεται και ευχαριστεί το χειρουργό. Αν τα πράγματα εξελιχθούν αρνητικά, από τυχόν ευθύνη του αναισθησιολόγου, ο ασθενής περιέρχεται σε κατάσταση που αποκλείει τη λειτουργία του νου. Δεν προσλαμβάνει τίποτε κι' αν προσλαμβάνει, δε μπορεί να εκφραστεί κι' έτσι να δηλωποιηθεί η όποια άποψη για τον αναισθησιολόγο. Η βλάβη, που έχει υποστεί, το αποκλείει. Αν αποκατασταθεί η βλάβη, θα καταστεί δέκτης πληροφόρησης της κρισιμότητας στην οποία βρέθηκε. Να συνειδητοποιήσει τα αίτια και να αξιολογήσει την τυχόν ευθύνη (από πράξη ή παράλειψη) του αναισθησιολόγου δε μπορεί, για λόγους αντικειμενικούς – η κατάσταση, στην οποία ήταν, δεν το επιτρέπει. Κι' αν ακόμα ήταν σε θέση να προσλάβει κάτι, η άγνοιά του για το έργο του αναισθησιολόγου τον εμποδίζει να αξιολογήσει και να καταλήξει σε άποψη.

Αυστηρά μιλώντας, ο ασθενής δε μπορεί να έχει άποψη για τον αναισθησιολόγο. Κι' αν τυχόν εξωτερικεύσει άποψη, θα είναι εξωγενής κατάσταση, την οποία την προσλαμβάνει και κατανοεί με τους όρους που τρίτοι, αυτοί που διηγούνται, θέτουν.

Ο λόγος και βέβαια η άποψη του όποιου ασθενούς και για την τυχόν ευθύνη του αναισθησιολόγου μπορεί να είναι και υποβολιμαίος. Το υποβολιμαίο δεν προϋποθέτει, κατ' ανάγκη, κακότητα ή σκοπιμότητα. Η έλλειψη αυτή μπορεί να προσδώσει κύρος στην άποψη, που με τον τρόπο αυτό (από λόγο άσχετων τρίτων) σχηματίζεται. Το κύρος όμως της όποιας άποψης θα είναι αληθοφανές. Θα είναι πλάσμα κι' όχι κατάσταση. Θα είναι κάτι που έχει αφορμή, η οποία απλά επέτρεψε τη συσσώρευση και δι' αυτής γενίκευση, που καταλήγει στο ανάθεμα του αναισθησιολόγου.

Γ] Η κοινή γνώμη, ως λογική συνέπεια όσων εκτέθηκαν, δε μπορεί να έχει άποψη για την αναισθησιολογική ευθύνη.

Αναμφίβολα, η αναισθησιολογία και το έργο καθ' εαυτό του αναισθησιολόγου δε συνιστά κοινωνικό θέμα. Το λογικό θα ήταν να μην υπάρχει άποψη. Η άποψη προϋποθέτει, μ' έναν οποιονδήποτε τρόπο, συμμετοχή σε κάτι, ότι αυτό το κάτι αντικειμενοποιείται και επηρεάζει τον καθημερινό βίο των ατόμων κι' έτσι καθίσταται κοινωνικό θέμα. Το αποτέλεσμα είναι να απασχολεί τους ανθρώπους και να διαμορφώνεται γνώμη. Πώς διαμορφώνεται; Σίγουρα λειψά και στρεβλά, αν αναλογιστούμε ότι υπάρχουν, πια, και διαμορφωτές της κοινής γνώμης. Οι διαμορφωτές της κοινής γνώμης εκκινούν από κάπου και στοχεύουν κάπου. Να ένα άλλο σοβαρό ζήτημα, που έχει να κάνει και με την εικονική πραγματικότητα και πώς εντάσσεται σ' αυτήν το θέμα του συνεδρίου σας.

Παθογένεια της εποχής μας θεωρώ την επίκληση της κοινής γνώμης. Σκεφτείτε το ευμετάβλητό της. Η εικονική πραγματικότητα, που επιβάλλεται στη συνείδηση ως πραγματικότητα, για να υπάρχει και να επιφέρει αποτέλεσμα, πρέπει συνεχώς ν' αλλάζει, για να μην αποκαλυφθεί.

Ελάχιστος όρος για να υπάρξει γνώμη για κάτι, είναι αυτό το κάτι να έχει στοιχεία, που προκαλούν γενικότερο ενδιαφέρον. Είναι ακόμη η δυνατότητα κατανόησης των όρων που προκάλεσαν το ζήτημα, με αποτέλεσμα την διατύπωση γνώμης. Η ενοποιημένη γνώμη για κοινωνικό θέμα ονομάζεται κοινή γνώμη. Κοινή γνώμη, βέβαια, που μπορεί και να ποδηγετείται. Το ζήτημα, που μ' ευκαιρία τούτης της εισήγησης θίγεται, δεν είναι

αντικείμενο, βέβαια, του συνεδρίου σας. Συνέχεται, όμως, με το θέμα της εισήγησής μου και αποτελεί όρο για την κατανόησή της.

Κοινή γνώμη δε μπορεί να υπάρξει για την αναισθησιολογική ευθύνη. Και τούτο διότι:

i. Η ασθένεια του ανθρώπου και η αντιμετώπισή της από την ιατρική, μ' εμπλοκή και αναισθησιολόγου, δεν θα πάψει να είναι ατομική, προσωπική υπόθεση, ως κατάσταση κι' όχι ως παροχή υπηρεσιών υγείας, που συνιστά κοινωνικό θέμα και κατ' επέκταση πολιτικό.

ii. Η ανεπιτυχής αντιμετώπιση της ασθένειας ενός ατόμου, μ' εμπλοκή και αναισθησιολόγου, είναι οδυνηρή κατάληξη για τους ανθρώπους του περιβάλλοντος του ασθενούς, οι οποίοι, όσο πολλοί κι' αν είναι, δεν είναι τόσοι που να καθίσταται η ενιαιοποιημένη γνώμη τους κοινή γνώμη. Αν όμως το αρνητικό αποτέλεσμα επήλθε για λόγους που ανάγονται στο σύστημα υγείας, η γνώμη, επειδή έχει να κάνει με κοινωνικό ζήτημα, και εξόχως πολιτικό, σχηματοποιείται και καθίσταται κοινή γνώμη, με ό,τι αυτό συνεπάγεται.

iii. Ο ασθενής, αν εξελιχθεί αρνητικά το αναισθησιολογικό έργο, παύει να υπάρχει ή να σκέφτεται κι' έτσι δεν έχει γνώμη.

Υπάρχει «κοινή γνώμη» για την παροχή ιατρικών υπηρεσιών; Η απάντηση είναι ναι, αλλά όχι αυστηρά για το έργο των γιατρών και ειδικότερα των αναισθησιολόγων. Η καταφατική, βέβαια, απάντηση έχει να κάνει με τα εισαγωγικά που τέθηκαν στον όρο «κοινή γνώμη». Η δημοσιότητα, η κατασπάραξη από τις Τ.Υ, προπαντός, και τις φυλλάδες, το ανάθεμα που εκτοξεύεται, προκαλούν θέση, η οποία, τι ειρωνεία, υπηρετεί, αντικειμενικά, τη θέση, που με την σειρά της αυξάνει την τιμή του χρόνου διαφήμισης, όσο αυτή (η θέση) υψηλότερη είναι. Το μόνο που μένει είναι η αρνητική εικόνα, η οποία οδηγεί, αν επαναλαμβάνεται, με όποιες διαφοροποιήσεις, σε πλασματική αντίληψη των πραγμάτων, με αποτέλεσμα την ποδηγέτηση της κοινής γνώμης και διάσωσης, έστω και προσωρινά, του συστήματος υγείας.

Ν' αναρωτηθούμε, γιατί κατασπαράζονται οι γιατροί και μάλιστα αποκλειστικά οι γιατροί του Ε.Σ.Υ; Στις ιδιωτικές κλινικές δεν συμβαίνουν αρνητικά πράγματα;

Κατανοώ, έτσι, την «κοινή γνώμη» και για την αναισθησιολογική ευθύνη ως το μέσο, το οποίο, αφού κατασκευαστεί, χρησιμοποιείται για την επίτευξη στόχων. Ο γιατρός χρησιμοποιείται και καθίσταται, πόσο τραγικό, ο αποδιοπομπαίος τράγος, στο όνομα της «κοινής γνώμης». Το σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας, που συνιστά κοινωνικό ζήτημα, με τον τρόπο αυτό αφήνεται στο απυρόβλητο. Αναμφίβολα, εξυπηρετεί η κατάσταση αυτή, πρώτα – πρώτα, το σύστημα που διαχειρίζεται τις υπηρεσίες παροχής υπηρεσιών υγείας. Για την εξυπηρέτηση αυτή κατασκευάζεται και στη συνέχεια χρησιμοποιείται η άποψη του ασθενούς και προπαντός της κοινής γνώμης. Στις μέρες μας η ορθολογική θεώρηση των πραγμάτων, η γνώση των νόμων κίνησης των πραγμάτων δεν είναι δεδομένα πράγματα. Γι' αυτό και η όποια άποψη του ασθενούς, η όποια άποψη της κοινής γνώμης, για την ευθύνη του αναισθησιολόγου, πρέπει να κατανοηθεί με βάση αυτό – το ανορθολογικό, την άγνοια των νόμων κίνησης των κοινωνικών πραγμάτων, την παρέμβαση των όποιων διαμορφωτών της κοινής γνώμης.

## Η ΑΠΟΨΗ ΤΟΥ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΟΥ

*Ελένη ΠΑΕΣΙΑ*

Κάθε γιατρός στη καθημερινή επαγγελματική του πράξη βαδίζει μέσα σ' ένα νομικό ναρκοπέδιο “ως πρόβατο επί σφαγή”. Γιατί βέβαια καθήκον και έργο του είναι η φροντίδα και θεραπεία των ασθενών και όχι η γνώση των μυστικών του πολυδαίδαλου λαβύρινθου που λέγεται ιατρική ευθύνη.

Η έννοια του ιατρικού σφάλματος δεν ορίζεται στη νομοθεσία.

Σύμφωνα με τον Αστικό Κώδικα (άρθρο 330 εδ. 2) “αμέλεια υπάρχει οσάκις δεν καταβάλλεται η απαιτούμενη επιμέλεια για τις συναλλαγές”.

Ενώ κατά τον Ποινικό Κώδικα (άρθρο 28) “εξ αμελείας πράττει όταν προκαλεί κάκωση ή σωματική βλάβη λόγω ελλείψεως προσοχής, την οποία όφειλε εκ των περιστάσεων και μπορούσε να καταβάλει, είτε γιατί δεν προέβλεψε τις συνέπειες της πράξης του (ή παράλειψης), τις οποίες όφειλε και μπορούσε να προβλέψει, είτε

διότι τις προέβλεψε, αλλά ελπίζοντας ότι δεν θα επέλθουν, δεν έλαβε τις αναγκαίες προφυλάξεις για να τις προλάβει”.

Έτσι, ως ιατρικό σφάλμα χαρακτηρίζεται από την ελληνική αλλά και τη διεθνή νομολογία, η παράβαση των εν γένει γνωστών ισχυόντων κανόνων της ιατρικής επιστήμης και τέχνης. Δηλ. ο γιατρός είναι υποχρεωμένος να τηρεί τους εκάστοτε ισχύοντες κανόνες της ιατρικής επιστήμης και τέχνης.

Είναι φανερό ότι δεν γίνεται καμία διάκριση ανάμεσα στις ιατρικές ειδικότητες.

Όμως η άσκηση της αναισθησιολογίας (και πολύ περισσότερο της περιεγχειρητικής ιατρικής) παρουσιάζει αρκετές ιδιαιτερότητες, ορισμένες μάλιστα μοναδικές, σε σχέση με τις άλλες ιατρικές ειδικότητες και την άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος γενικά.

- Ο αναισθησιολόγος ασκεί την ειδικότητά του κατά μεγάλο μέρος σ’ ένα περιβάλλον υψηλής εντάσεως εργασίας, όπως είναι το χειρουργείο. Η σωματική και ψυχική κόπωση είναι πολύ πιο πιθανό να συμβεί στον αναισθησιολόγο συγκριτικά με άλλους εργαζόμενους στον ίδιο χώρο, που έχουν πιο ευέλικτο ωράριο εργασίας.
- Καταναλώνει το μεγαλύτερο μέρος του χρόνου του “συνεργαζόμενος” με γιατρούς άλλων ειδικοτήτων κυρίως χειρουργούς, αλλά και πολλούς άλλους, που προκύπτουν από τις πολλαπλές του δραστηριότητες (προεγχειρητική προετοιμασία, μετεγχειρητική αντιμετώπιση, διακομιδή βαρέως πασχόντων, αντιμετώπιση επειγόντων στο ΤΕΠ και όλο το νοσοκομείο, εξυπηρέτηση άλλων τμημάτων κλπ.). Με αυτό τον τρόπο είναι υποχρεωμένος να “συμπράξει” σε ενέργειες που είτε δεν γνωρίζει αν είναι ορθές, είτε, ακόμη χειρότερα, γνωρίζει ότι δεν είναι αλλά δεν μπορεί να αντιδράσει. Είναι χαρακτηριστικό ότι εάν υπάρξει μια άτυχη έκβαση, ο αναισθησιολόγος μπορεί να εμπλακεί εκ των υστέρων (γιατί χορήγησε αναισθησία) ενώ, όπως είναι γνωστό πολύ λίγες φορές του αναγνωρίζεται το δικαίωμα της άρνησης, όσο και εάν τεκμηριώνει την άποψή του.
- Η αναισθησιολογία είναι μια εξαιρετικά παρεμβατική ειδικότητα και μάλιστα σε ζωτικά σημεία του ασθενούς, τα οποία τις περισσότερες φορές δεν αποτελούν καν την αιτία που ο ασθενής προσέρχεται για αντιμετώπιση. Η χορήγηση αναισθησίας συνήθως αποτελεί το “μέσον” για να επιτευχθεί κάποια άλλη πράξη (π.χ. χειρουργική επέμβαση) που θα θεραπεύσει ή θα προσφέρει διαγνωστική βοήθεια.
- Η ασφαλής χορήγηση αναισθησίας απαιτεί περιβάλλον με υψηλή οργάνωση και εξελιγμένη τεχνολογική υποδομή, στοιχεία για τα οποία πολύ σπάνια λαμβάνεται υπ’ όψη η γνώμη του αναισθησιολόγου. Δεδομένου δε ότι μόνο σε τέτοιους χώρους είναι δυνατόν να εργαστεί ο αναισθησιολόγος (νοσοκομεία, κλινικές), πολύ συχνά επωμίζεται και τις ευθύνες της Πολιτείας.
- Στη κοινωνική ζωή περισσότερο προβαλλόμενο είναι το έργο του “σωτήρα” χειρουργού, ο οποίος καρπώνεται σχεδόν αποκλειστικά τη σωτηρία του ασθενούς, ενώ ο αναισθησιολόγος βρίσκεται στο περιθώριο της ιατρικής δραστηριότητας. Όταν όμως κάτι “δεν πάει καλά” υφίσταται και αυτός εξ ίσου με τον χειρουργό το κόστος του ενδεχόμενου σφάλματος. Δηλ. Ο αναισθησιολόγος είναι άνισος ως προς το “κέρδος” αλλά ίσος ως προς τη “ζημία”.

Εξαιτίας των ιδιαιτεροτήτων που αναφέρθηκαν αλλά και λόγω του κλίματος που έχει δημιουργηθεί κυρίως από τα ΜΜΕ τα τελευταία χρόνια, ο αναισθησιολόγος βρίσκεται συχνά αντιμέτωπος με ένα εχθρικό περιβάλλον από τη πλευρά του ασθενούς και των συγγενών του.

Δυστυχώς, η κοινή γνώμη απαιτεί αλάνθαστους γιατρούς που οφείλουν να θεραπεύουν το 100% των ασθενών που χειρίζονται, επίδοση που είναι βεβαίως εξωπραγματική.

Προφανώς αυτή η αντίληψη απορρέει από το γεγονός ότι η ζωή και η υγεία είναι τα πολυτιμότερα αγαθά.

Όσο όμως επιβαρύνεται το δίκαιο κατά την άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος τόσο οδηγούμαστε στην άσκηση αμυντικής ιατρικής, στην έλλειψη κάθε δημιουργικής πρωτοβουλίας, ενώ ταυτόχρονα δυσκολεύει η παραδοχή των ενδεχόμενων λαθών (προκειμένου να διατηρηθεί η εικόνα του αλάνθαστου).

Από την άλλη μεριά, η πλημμελής ενημέρωση του ασθενή είναι συχνά η αιτία που η σχέση εμπιστοσύνης μεταξύ γιατρού και ασθενή διαταράσσεται και οδηγεί σε εμπλοκή με τη δικαιοσύνη.

Γνωρίζουμε ότι πολύ συχνά οι ασθενείς, στα πλαίσια της ενημέρωσης ακούν για “απλή επέμβαση”, “ρουτίνα” κ.λπ., αποκτώντας έτσι λανθασμένες εντυπώσεις και προσδοκίες.

Από τη μεριά μας, θα πρέπει να παραδεχθούμε ότι στην ουσία της άσκησης του επαγγέλματός μας ενυπάρχει το στοιχείο της διακινδύνευσης, που οφείλουμε να αντιμετωπίσουμε επιδιώκοντας υψηλή κατάρτιση, δεοντολογική συμπεριφορά και άριστη τεχνική κατάρτιση.

Η κοινή γνώμη θα πρέπει και αυτή να καταλάβει ότι όταν δημιουργείται κλίμα πολεμικής αντιπαράθεσης μεταξύ γιατρών και ασθενών δεν διευκολύνεται η σωστή αντιμετώπιση των προβλημάτων του συστήματος υγείας και αυτό τελικά το πληρώνουν και οι γιατροί και οι ασθενείς.

Τι θα μπορούσαμε να προτείνουμε για βελτίωση της κατάστασης:

1. Κατανόηση από όλους τους ενδιαφερόμενους και κυρίως από την Πολιτεία, ότι η βασική αιτία των ιατρικών λαθών δεν είναι οι απρόσεκτοι άνθρωποι αλλά τα προβληματικά συστήματα παροχής υπηρεσιών που “επωάζουν” το λάθος. Δηλ. οι ελλείψεις στο σχεδιασμό, την οργάνωση, τη συντήρηση, στην εκπαίδευση και στη διοίκηση, που δημιουργούν συνθήκες μέσα στις οποίες οι άνθρωποι έχουν περισσότερες πιθανότητες να κάνουν λάθη.
2. Να σταματήσουν τα ΜΜΕ μέσα από γενικεύσεις να σπιλώνουν ολόκληρο κλάδο, στο κινήγι της τηλεθέασης, ακρόασης, αύξησης αναγνωστικού κοινού, αλλά να ασκούν δημόσιο έλεγχο τεκμηριωμένα και χωρίς υπερβολές.
3. Σωστή ενημέρωση του κοινού ώστε να μη περιμένει από τους γιατρούς σφάλματα.
4. Εξασφάλιση της αναγκαίας υποδομής και του σύγχρονου εξοπλισμού.
5. Πρόβλεψη και συστηματική επιδίωξη ιατρικής παιδείας υψηλού επιπέδου.
6. Απομάκρυνση από πρακτικές και συνθήκες που υποβαθμίζουν την εργασίας και δυσχεραίνουν τις σχέσεις με τον ασθενή.
7. Έλεγχος στις αντιδεοντολογικές συμπεριφορές και στις αμελείς νοοτροπίες και τέλος
8. Αμβλυνση του επαγγελματικού και επιστημονικού ανταγωνισμού.

Και πάνω από όλα πρέπει να γίνει σε όλους κατανοητό ότι το κόστος και η ποιότητα της περίθαλψης καθώς και η ασφάλεια των ασθενών αποτελούν συγκοινωνούντα δοχεία. Όταν κάποιος παράγοντας ξεφεύγει, απορυθμίζονται και οι άλλοι.

Γι’ αυτό, το ενδιαφέρον της Πολιτείας (του Υπουργείου) πρέπει έγκαιρα να στραφεί στο θέμα της ασφάλειας των ασθενών, για να μην εμπεδωθεί ο φαύλος κύκλος των μηνύσεων, αποζημιώσεων, αύξηση ασφαλιστρών αμυντικής ιατρικής κ.ο.κ. όπως συνέβη στα ΗΠΑ.

#### **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

1. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, eds, To err is human: building a safer health system, National Academy Press, Washington DC 2000.
2. Lee t. A Broader Concept of Medical errors NEJM 2002 347:1965-67.
3. Κουτσελίνης Α.Σ. Η Ιατρική Αμέλεια. Επιθεώρηση Υγείας, Μάρτιος–Απρίλιος 2001, 27-33.
4. Πολίτη Χ.Τ. Το Ιατρικό Σφάλμα. Ιατρικό Βήμα, Νοέμβριος 1989, 33-35.