ചികിത്സാ രംഗത്തെ അനീതികൾ

ചികിത്സാനീതി പ്രാവർത്തികമാക്കൽ

ചികിത്സാനീതി

രോഗികളുടെ അവകാശങ്ങൾ സംരക്ഷിക്കാനും ആരോഗ്യകരമായ ഡോക്ടർ രോഗി ബന്ധം വളർത്തി കൊണ്ടുവരാനും ലക്ഷ്യം വയ്ക്കുന്ന ചാരിറ്റബിൾ സംഘടന

റജി. നമ്പർ : TSR/TC/183/2016
പുരുഷോത്തം ബിൽഡിംഗ്, ചെമ്പോട്ടിൽ ലെയിൻ,
തൃശ്ശൂർ 680001.
✆ : 8281038692 , 8281038693
chikithsaneethi@gmail.com

രോഗികളുടെ അവകാശങ്ങൾ

1. ശ്രദ്ധ (Care)

■ രോഗികൾക്ക് അവരുടെ പ്രാഥമികമോ ബന്ധപ്പെട്ടതോ ആയ രോഗങ്ങൾക്കും സാമൂഹിക - സാമ്പത്തിക നിലയ്ക്കും, പ്രായത്തിനും, ലിംഗത്തിനും, ലൈംഗിക ആഭിമുഖ്യത്തിനും, മതത്തിനും, ജാതിയ്ക്കും, സാംസ്കാരിക ഇഷ്ടാനിഷ്ടങ്ങൾക്കും ഭാഷാശീലത്തിനും, ഭൂമിശാസ്ത്രപരമായ ഉറവിടങ്ങൾക്കും, രാഷ്ട്രീയബന്ധങ്ങൾക്കും അതീതമായി ചികിത്സ കിട്ടുവാനുള്ള അവകാശമുണ്ട്.

■ തനിക്കുള്ള മുഴുവൻ പ്രശ്നങ്ങളും തൃപ്തിയാകും വിധം വിവരിക്കാനും ഡോക്ടറുടെ ഇടപെടലില്ലാതെ കേൾക്കാനും അവകാശമുണ്ട്.

2. സ്വകാര്യതയും അന്തസ്സും (Confidentiality & Dignity)

■ വ്യക്തിപരമായ അന്തസ്സോടെയും അപമാനമോ വിവേചനമോ ഇല്ലാതെയും ചികിത്സ ലഭിയ്ക്കുവാനുള്ള അവകാശം.

■ പരിശോധനാ സമയത്തും ചികിത്സാ സമയത്തും സ്വകാര്യത ഉണ്ടായിരിക്കേണ്ടതാണ്.

3. വിവരങ്ങളുടെ ലഭ്യത

■ രോഗിക്ക് നൽകേണ്ടതായ വിവരങ്ങൾ രോഗിക്ക് മനസ്സിലാക്കാൻ എളുപ്പമായ ഭാഷയിൽ ലഭിച്ചിരിക്കേണ്ടതാണ്.

■ രോഗിക്കും കുടുംബാംഗങ്ങൾക്കും രോഗത്തെക്കുറിച്ചും മരുന്നുകളെക്കുറിച്ചും ചികിത്സാമുറകളെകുറിച്ചും പൂർണ്ണമായ വിവരങ്ങൾ ലഭിക്കാൻ അവകാശമുണ്ട്.

■ രോഗിക്കും ബന്ധുക്കൾക്കും വിവരങ്ങൾ മനസ്സിലാക്കി തിരുമാനമെടുക്കുന്നതിനും അനുമതി നൽകുന്നതിനും ഉള്ള രേഖനം ചെയ്ത നടപടിക്രമങ്ങൾ ഉണ്ടായിരിക്കണം.

4. അഭിരുചി പരിഗണന (Preferences)

■ രോഗിക്ക് തന്റെ രോഗാവസ്ഥയെക്കുറിച്ച് മറ്റ് വിദഗ്ദ്ധാഭിപ്രായങ്ങൾ തേടാനുള്ള അവകാശമുണ്ട്.

■ വ്യത്യസ്തമായ ചികിത്സാമുറകളുടെ ലഭ്യതകളെക്കുറിച്ച് അറിയാനുള്ള അവകാശമുണ്ട്.

5. സങ്കടനിവൃത്തിക്കുള്ള അവകാശം

■ ആരോഗ്യരക്ഷാസ്ഥാപനത്തിലെ പരാതി പരിഹാരത്തിന് പ്രതിബദ്ധമായവർക്ക് പരാതി നൽകാനും ന്യായമായ സമയപരിധിക്കകത്ത് നീതി ലഭിക്കുവാനുമുള്ള അവകാശം ഉണ്ട്.

(നാഷണൽ അക്രഡിറ്റേഷൻ ബോർഡ് ഫോർ ഹെൽത്ത് കെയർ ഓർഗനൈസേഷന്റെ (NABH) 'രോഗികളുടെ ചാർട്ടി'ൽ നിന്ന് അവലംബിച്ചത്.)

●

ചികിത്സാ രംഗത്തെ അനീതികൾ

ജനങ്ങളുടെ ആരോഗ്യസംരക്ഷണത്തിൽ താരതമ്യേന മെച്ചപ്പെട്ട അന്തരീക്ഷം നിലനിർത്തിയിരുന്ന കേരളത്തിലെ ആരോഗ്യരംഗം ഇന്ന് അമിതമായ കച്ചവടവൽക്കരണത്തിന്റെ പാതയിലാണ്. സാങ്കേതികവിദ്യയുടെ അമിതമായ ഉപയോഗം, ഉല്പാദനചിലവിനേക്കാൾ എത്രയോ മടങ്ങ് വിലയേറ്റിവിൽക്കുന്ന മരുന്നുകൾ, മനുഷ്യശരീരത്തിന് ഹാനീകരമായ അനവധി മരുന്നുകൾ, സാധാരണക്കാരെ കടക്കെണിയിലേക്ക് തള്ളിവിടുന്ന ആശുപത്രി ചിലവുകൾ, എന്നിങ്ങനെ രോഗികളെ വലയ്ക്കുന്ന പ്രവണതകൾ യാതൊരു നിയന്ത്രണവുമില്ലാതെ വ്യാപകമായികൊണ്ടിരിക്കുന്നു. കേരളം അതിവേഗം രോഗാതുരമായ ഒരു സമൂഹമായി മാറികൊണ്ടിരിക്കുന്നു. ഈ അവസ്ഥയ്ക്ക് പരിഹാരമുണ്ടാകണമെങ്കിൽ വലിയൊരു ജനകീയാരോഗ്യപ്രസ്ഥാനം ഉണ്ടാകണം.

(*'ചികിത്സാനീതി'യുടെ ധാരണാപത്രത്തിൽ നിന്ന്*)

●

ചികിത്സാ രംഗത്തെ അനീതികൾ

ആസ്ത്മയ്ക്കുള്ള ഇൻഹേലറിന് അമേരിക്കയിൽ 125 ഡോളർ വിലയിടുമ്പോൾ കാസട്രോയുടെ നാട്ടിലത് അഞ്ച് പെസോയ്ക്ക് കിട്ടും.

ഒരു കാർഡിയാക്സ്റ്റെന്റ് നിർമിക്കാൻ പത്തുഡോളർ വേണ്ടി വരില്ല. 2000 ഡോളറിനാണത് വിൽക്കുന്നത്. 500 ഡോളർ ഡോക്ടർമാർക്ക് കൊടുക്കും. 1490 ഡോളർ കമ്പനിക്കുള്ളതാണ്. ആശുപത്രിച്ചെലവ് വേറെയും വരും.

കഫക്കെട്ട് നീണ്ടു നിന്നാൽ ക്ഷയം, പനി നാലുദിവസം പിന്നിട്ടാൽ ഡെങ്കി, ശരീരത്തിലെവിടെയെങ്കിലും ചെറിയ തടിപ്പുകണ്ടാൽ കാൻസർ. ഇങ്ങനെയാണ് രോഗനിർണയം പുരോഗമിക്കുന്നത്.

നോക്കൂ, മുഴ ഗർഭപാത്രത്തിൽ മാത്രമല്ല, എല്ലാ അവയവങ്ങളിലും വരും. ജീവൻ നിലനിർത്താൻ, ആരോഗ്യം സംരക്ഷിക്കാൻ ശരീരം നടത്തുന്ന പ്രവർത്തനങ്ങളുടെ ഭാഗമാണത്. ശരീരത്തിൽ ഓരോ നിമിഷവും നടക്കുന്ന മാറ്റങ്ങൾക്കനുസരിച്ച് അത് അപ്രത്യക്ഷമാകും. ഈയിടെ ആഞ്ജലീന ജോളിയുടെ സ്തനം മുറിച്ചുമാറ്റി. അവരുടെ ആന്റിക്ക് അർബുദമുണ്ടായിരുന്നുവെന്നും, പാരമ്പര്യമായി വരാൻ സാധ്യതയുള്ളതിനാൽ സുരക്ഷിതമായി ശസ്ത്രക്രിയ നടത്താമെന്നും ഡോക്ടർ പറഞ്ഞുവത്രെ. തുടർന്ന് യൂട്രസ് എടുത്തു. അവയവങ്ങൾ എടുക്കുന്നതോടെ ശരീരത്തിന്റെ സ്വാഭാവിക രോഗപ്രതിരോധത്തിന്റെ താളം തെറ്റും. ഓരോ രോഗത്തിനും പുതിയ പേരിടാമെന്നല്ലാതെ ആരോഗ്യാവസ്ഥയിലേക്ക് പിന്നീട് രോഗിക്ക് എളുപ്പം തിരിച്ചുപോകാനാവില്ല. സമൂഹത്തിൽ അറിയപ്പെടുന്നവർക്ക് ശസ്ത്രക്രിയ ചെയ്താൽ ഡോക്ടർക്കും ആശുപത്രിയ്ക്കും കൂടുതൽ പണവും അംഗീകാരങ്ങളും കിട്ടും.

എനിക്ക് മരുന്നു ലോബികളുടെ വഞ്ചനയും തട്ടിപ്പുകളും അറിയാമായിരുന്നെങ്കിലും അത് അങ്ങേയറ്റം അധഃപ്പതിച്ചതായി ഈയിടെയാണ് ബോധ്യമായത്. കുട്ടികളെ ബാധിക്കുന്നുണ്ടെന്നു പറയുന്ന (Attention Deficit Hyperactivity Disorder- ADHD) ശിശുരോഗവിദഗ്ധർ കുട്ടികളിൽ രോഗനിർണയം നടത്തി അപകടകാ

രികളായ രാസവിഷങ്ങൾ ഉപയോഗിച്ച് ചികിൽസിച്ചു വരികയാണ്. ADHD യുടെ പിതാവായറിയപ്പെടുന്ന എൺപത്തേഴുകാരനായ പ്രമുഖ മനോരോഗവിദഗ്ധൻ ഡോ. ലിയോൺ ഐസൻബർഗ് ജർമൻ മാസികയിൽ ഈ രോഗം മരുന്നു കമ്പനികൾക്കുവേണ്ടി സൃഷ്ടിച്ചതാണെന്ന് വെളിപ്പെടുത്തി. അദ്ദേഹം മരിക്കുന്നതിന് തൊട്ടുമുമ്പാണ് ഈ സത്യം തുറന്നുപറഞ്ഞത്.

തലച്ചോറിൽ ഏത് രാസവസ്തുക്കളുടെ അസന്തുലിതാവസ്ഥ കൊണ്ടാണ് അതുപോലുള്ള മാനസികരോഗങ്ങളുണ്ടാകുന്നതെന്നതിന് എന്തെങ്കിലും തെളിവുകളോ പരിശോധനാരീതികളോ നിലവിലില്ല. എല്ലാ മനോരോഗമരുന്നുകളും അനാവശ്യവും ആത്മഹത്യാപ്രവണതയും നരഹത്യാപ്രവണതയും ഉണ്ടാക്കുന്നതുമായിരിക്കും. 1968-ൽ ഐസൻബർഗിന്റെ പുതിയ രോഗത്തിന്റെ കണ്ടുപിടിത്തം ദശലക്ഷണക്കിന് കുട്ടികളെ രാസമരുന്നുകളുടെ അടിമകളാക്കി മാറ്റി. നഴ്സറി മുതൽ ഹൈസ്കൂളിൽ വരെ പഠിക്കുന്ന കുട്ടികൾക്ക് 'റിറ്റാലിൻ' എന്ന മരുന്ന് നല്കുകയായിരുന്നു.

ഈ മരുന്ന് ബ്രൂക്ക് ഹാവൻ നാഷണൽ ലബോറട്ടറി പരിശോധനയ്ക്ക് വിധേയമാക്കിയപ്പോൾ ഔഷധനിർമാണ ശാസ്ത്രമനുസരിച്ച് തന്നെ മയക്കുമരുന്നിനോട് സാദൃശ്യമുള്ളതാണെന്ന് കണ്ടെത്തി. ഇങ്ങനെ മരുന്നു കമ്പനികൾക്കുവേണ്ടി ഇല്ലാത്ത രോഗങ്ങൾ കണ്ടുപിടിക്കുകയും മാരക പ്രത്യാഘാതങ്ങളുണ്ടാക്കുന്ന മയക്കുമരുന്നുകൾ വരെ നല്കി കോടികൾ ലാഭം കൊയ്യുകയും ചെയ്യുന്ന സംവിധാനമായി ആധുനിക വൈദ്യശാസ്ത്രം മാറിക്കഴിഞ്ഞു.

കാൻസറുണ്ടാക്കുന്ന ഇരുനൂറ്റിയമ്പതിലധികം രാസവസ്തുക്കൾ നിങ്ങളുടെ ആഹാരത്തിന്റെ തന്നെയുണ്ടെന്നോർക്കണം. ഇത് ഒഴിവാക്കാതെയാണ് രാസവസ്തുക്കളുടെ വ്യത്യസ്ത ചേരുവകളുപയോഗിച്ച് ഗവേഷകരെ വിലയ്ക്കെടുത്ത് മരുന്നുണ്ടാക്കി വിൽക്കുന്നത്. നിങ്ങൾ മുഖത്ത് പൂശുന്ന പൗഡറും ശരീരത്തിൽ പുരട്ടുന്ന സുഗന്ധദ്രവ്യവും അനുവദനീയമായ അർബുദകാരികളാണ്. ഇതൊക്കെ ഒന്നൊഴിവാക്കിയിട്ടു പോരെ കാൻസർ ചികിത്സക്കുള്ള സൗജന്യ പദ്ധതികൾ പ്രഖ്യാപിക്കുന്നത്.

പണം ഉദ്പാദിപ്പിക്കാത്ത ചികിത്സാരീതി ആർക്കാണു വേണ്ടത്? പണമുണ്ടാക്കുന്ന ഏത് ചികിത്സയും പ്രോത്സാഹിപ്പിക്കാൻ ആളുകൾ മുന്നോട്ടു വരും. ഹൃദയാഘാതത്തിന് പരിഹാരം കാണാവുന്ന ഒരു ഇലക്ട്രോ മാഗ്നറ്റിക് ഉപകരണം ഞങ്ങൾ കണ്ടുപിടിച്ചു. അത് കമേഴ്സ്യലൈസ് ചെയ്യാൻ ഞങ്ങളുടെ ടീം ആഗ്രഹിക്കുന്നില്ല. അതിന്റെ ടെക്നോളജി കൈമാറിയാൽ ദശലക്ഷക്കണക്കിന് ഡോളറുകൾ തരാമെന്നും പറഞ്ഞ് കമ്പനികൾ ക്യൂ നിൽക്കുന്നുണ്ട്. ആശയം അവർക്ക് കൊടുത്താൽ അവരത് കോടികൾക്ക് വിൽക്കും. അപ്പോൾ പാവപ്പെട്ടവർക്ക് ഈ ചികിത്സ അപ്രാപ്യമാകും. എങ്ങനെ ഇവരുടെ ദൂഷിതവലയിത്തിൽ നിന്ന് പുറത്തു കടക്കാമെന്ന് ഞങ്ങൾ കൂട്ടായി ചിന്തിക്കുകയാണ്. പേറ്റന്റിനു വേണ്ടി സർക്കാറിന് അപേക്ഷ കൊടുത്തിട്ട് അഞ്ചു വർഷമായി. കൈക്കൂലി കൊടുത്താൽ നാളെ പേറ്റന്റ് കിട്ടും. ഇതേ പേറ്റന്റ്

ആവശ്യവുമായി കമ്പനികളുടെ ഏജന്റുമാർ നേരിട്ട് പോയി അപേക്ഷ കൊടുത്താൽ ലൈസൻസ് കൈയിൽ വെച്ചു കൊടുക്കുന്ന സംവിധാനമാണ് നിലവിലുള്ളത്.

വിഷാദരോഗം മുതലുള്ള എല്ലാ മാനസിക രോഗങ്ങളും ഇന്ന് രാസമരുന്നുകൾ ഉപയോഗിച്ചാണ് ചികിത്സിക്കുന്നത്. ഈ ചികിത്സക്ക് യാതൊരു ശാസ്ത്രീയതയുമില്ല. രാസവസ്തുക്കൾ തലച്ചോറിനെയാണ് സ്വാധീനിക്കുന്നത്. മനസ്സുമായി അതിന് ബന്ധമൊന്നുമില്ല. സ്കീസോഫ്രീനിയ, മാനിയ തുടങ്ങിയ രോഗങ്ങളുള്ള വ്യക്തി അക്രമാസക്തനായി മാറുന്ന സന്ദർഭത്തിൽ താത്കാലികമായി രോഗിയെ നിയന്ത്രിക്കാൻ ഇത്തരം മരുന്ന് കുറഞ്ഞ ഡോസിൽ കൊടുക്കാമെന്നല്ലാതെ, സ്ഥിരമായി ഈ മരുന്ന് കുറിച്ച് കൊടുക്കുന്നത് രോഗിയുടെ അകാല മരണത്തിലേക്ക് നയിക്കും.

ആശുപത്രിയിൽ പോയാൽ ചോദിക്കുന്നത് കയ്യിൽ എത്ര പൈസയുണ്ട്, സർക്കാർ ജോലിയുണ്ടോ, ഇൻഷുറൻസ് ഉണ്ടോ, ബാങ്കിലാണോ ജോലി എന്നൊക്കെയാണ്. നിങ്ങളുടെ വരുമാനമനുസരിച്ച് അവരുടെ എന്തെല്ലാം ഉപകരണങ്ങളുണ്ടോ അതെല്ലാം പരിശോധനാ സമയത്ത് ഉപയോഗിക്കും. മരുന്നു കമ്പനികൾ അവരുടെ ലാഭത്തിനായി പുതിയ മരുന്നുകൾ കണ്ടുപിടിക്കുന്നത് പരീക്ഷിച്ചുനോക്കണമല്ലോ? ആശുപത്രിയിൽനിന്ന് ഓടിരക്ഷപ്പെടുന്ന രോഗികൾക്ക് പുറകെ ഡോക്ടർമാരും നേഴ്സുമാരും പായുന്ന ചിത്രം ടൈംമാഗസിൻ മുഖചിത്രമായി കൊടുത്തതിനെ ഞാൻ ഒരു പ്രഭാഷണത്തിൽ പരമാർശിച്ചിരുന്നു.

മരുന്നുകമ്പനികളുടെ അതിനികൃഷ്ടമായ വഞ്ചനകൾക്ക് ഭരണകൂടംപോലും കൂട്ടുനിൽക്കുമ്പോൾ, മനുഷ്യന്റെ ഭാവി പ്രതിസന്ധിയിലാവുന്നു.

മരുന്നുകമ്പനികളുടെ വരുമാനം കുറയ്ക്കുന്ന കണ്ടെത്തലുകൾ മൂടിവെയ്ക്കപ്പെടുകയും വിപണിയ്ക്കു വേണ്ടി തിരഞ്ഞെടുക്കപ്പെട്ട കണ്ടുപിടുത്തങ്ങൾ മാത്രം പ്രശസ്ത ജേണലുകളിൽ പ്രസിദ്ധീകരിക്കുകയും ചെയ്യുന്നു. മെഡിക്കൽ ജേണലുകളിലും വെബ്സൈറ്റുകലിലും ലഭ്യമായ 70 ശതമാനം ഗവേഷണപ്രബന്ധങ്ങളും ലേഖനങ്ങളും മരുന്നുകമ്പനികൾക്കു വേണ്ടിയുള്ള

പരസ്യങ്ങൾ മാത്രമാണ്.

(2016 ജൂലൈ 3-9, 10-18 മാതൃഭൂമി ആഴ്ചപതിപ്പിൽ

ഡോ. ബി. എം. ഹെഗ്ഡയുമായുള്ള അഭിമുഖത്തിൽ നിന്നുള്ള ഭാഗങ്ങൾ)

●

ഇന്ത്യയിലെ മെഡിക്കൽ രംഗത്തെ ഇരുണ്ട മേഖലകൾ

സുമിത് മജുംദാർ

ജനകീയ മാധ്യമങ്ങളിലും ഒപ്പം തന്നെ അക്കാദമിക പ്രസിദ്ധീകരണങ്ങളിലും അടുത്തിടെ വന്ന ഒരു പറ്റം ലേഖനങ്ങൾ രാജ്യത്തെ വൈദ്യശാസ്ത്ര പ്രയോഗത്തിൽ ചുരുങ്ങി വരുന്ന ധാർമ്മിക നിലവാരത്തെ കുറിച്ചുള്ള ചർച്ചയെ ഒന്നുകൂടി സജീവമാക്കിയിട്ടുണ്ട്. (ബെർഗെ 2014, ചൗധുരി ആന്റ് നുണ്ടി 2014, സെൻഗുപ്ത ആന്റ് നുണ്ടി 2005) അവയിലെ ഭൂരിപക്ഷം വാദങ്ങളും അവകാശവാദങ്ങളും രാജ്യത്തെ പ്രൊഫഷണൽ മെഡിക്കൽ പ്രാക്ടീഷണർമാരുടെ പ്രൊഫഷണൽ എത്തിക്സിനേയും (തൊഴിൽപരമായ ധാർമ്മികത) ആത്മാർത്ഥതയെയും ചോദ്യം ചെയ്യുന്നു. ഉയർന്ന ഫീസ്നിരക്കുകൾ, അപ്രസക്തവും അമിതവുമായ രോഗനിർണ്ണയ സംവിധാനങ്ങൾ, അയുക്തികമായ മരുന്നു നൽകലുകൾ എന്നിവയുടെയെല്ലാം ഒരു ചേരുവയിലൂടെ രോഗികളെ ചൂഷണം ചെയ്യുന്നതിനെ സംബന്ധിച്ച റിപ്പോർട്ടുകൾ രാജ്യത്തെ ഏറ്റവും അഴിമതി നിറഞ്ഞ മേഖലകളിലൊന്നായി ആരോഗ്യരക്ഷാമേഖല മാറിയിരിക്കുന്നുവെന്ന തരത്തിലുള്ള ചർച്ചകളുയർത്തി വിട്ടിട്ടുണ്ട് മഹാഭൂരിപക്ഷ കേസുകളിലും സർക്കാർ മേഖലയും സ്വകാര്യ മേഖലയും ഒരേപോലെ കുറ്റവാളികളാണെന്നും സ്വകാര്യമേഖല കൂടുതൽ പച്ചയായി ലാഭാർത്തി നിറഞ്ഞ രൂപ മാതൃകകൾ പ്രദർശിപ്പിക്കുന്നുവെന്നും മുകളിൽ സൂചിപ്പിച്ച പഠനങ്ങൾ വാദിക്കുന്നു. ആദർശവാദപരമായ ധാരണകളിൽ നിന്നും പ്രതീക്ഷകളിൽ നിന്നുമുള്ള വൈദ്യശാസ്ത്രമേഖലയുടെ ഈ അകന്നുപോക്ക് എങ്ങനെയാണ് നിയന്ത്രണങ്ങളുടെയും ചട്ടങ്ങളുടേയും ധാർമ്മികത, സാമ്പത്തികം, രാഷ്ട്രീയം എന്നിവയുടെ ഒരു പരസ്പര പ്രതിപ്രവർത്തനവുമായി ബന്ധപ്പെട്ടിരിക്കുന്നു

ആദ്യം തന്നെ നമുക്ക് മെഡിക്കൽ പ്രാക്ടീസിന്റെ ആദർശപരമായ മാനദണ്ഡങ്ങളുടെ വിവിധ വശങ്ങളെ പരിഗണനക്കെടുക്കാം. രോഗസൗഖ്യം നൽകലിന്റെ കലയും ശാസ്ത്രവും വളരെ നീണ്ടൊരു കലയായി പരിഗണിക്കപ്പെട്ടുപോരുന്നത് മനുഷ്യസമുദായത്തിനു നല്കുന്ന ഏറ്റവും വലിയ സേവനമായാണ്. അത് ഈ മേഖലയിൽ പ്രവർത്തിക്കുന്നവർക്ക് ഒരു "മഹത്തായ തൊഴിലിൽ" ഏർപ്പെട്ടിരിക്കുന്നവർ എന്ന ബഹുമാന്യത നല്കി. ആ തൊഴിൽത്തുറയിലെ സ്ഥാപിതമായ ധാർമ്മികമാനദണ്ഡങ്ങളിലൂടെ ശക്തിപ്പെടുത്തപ്പെട്ട് ആ ബഹുമാന്യത വലിയ പ്രതീക്ഷകളായി പരിഭാഷ ചെയ്യപ്പെടുന്നു. ഒരു വൈദ്യന് രോഗിയോടുള്ള ധാർമ്മികത കട

പ്പാടുകൾ പ്രഖ്യാപിക്കുന്ന ഹിപ്പോക്രാറ്റസിന്റെ പ്രതിജ്ഞയിൽ ഈ ധാർമ്മികമാനദണ്ഡങ്ങൾ പര്യാപ്തമായ രീതിയിൽ ചുരുക്കി അവതരിപ്പിക്കപ്പെട്ടിട്ടുണ്ട്. അത്തരത്തിലുള്ള പ്രൊഫഷനിലൂടെ പ്രചോദിപ്പിക്കപ്പെടുന്ന ധാർമ്മിക പ്രതിബദ്ധതകളും, ഒപ്പം തന്നെ പൊതുവായ സമൂഹത്തിന്റെ ജനകീയ പ്രതീക്ഷകളും ചേർന്നാണ് മെഡിക്കൽ പ്രാക്ടീസിന്റെ മാനദണ്ഡങ്ങളെ രൂപപ്പെടുത്തുന്നത്. അതിനെ അടിസ്ഥാനമാക്കിയാണ് വഴിതെറ്റിപ്പോകലുകൾ എത്രയെന്ന കണക്കെടുപ്പുകൾ നടക്കുന്നത്. പക്ഷേ അത്തരം മാനദണ്ഡപരമായ വിധി നിർണ്ണയങ്ങൾ എല്ലാ തൊഴിൽത്തുറകൾക്കും സാധാരണമാണ്. അത് വിവിധ ഡിഗ്രികളിലും തോതുകളിലുമായിരിക്കും. സാമൂഹ്യോന്മുഖമായ തൊഴിൽത്തുറകളെ സംബന്ധിച്ച്, ഉദാഹരണത്തിന് അദ്ധ്യാപനമേഖല, അതിന്റെ ഡിഗ്രി ഉയർന്നതായിരിക്കും. വർദ്ധിച്ചുവരുന്ന സാങ്കേതിക വിദ്യകളും മികവേറിയ പുതിയ രീതികളും പ്രതീക്ഷകളെയും മാനദണ്ഡനിലവാരത്തേയും ഉയർത്തിയിട്ടുണ്ടാകാൻ സാധ്യതയുണ്ട്. അവക്കെതിരെ നിർത്തി പരിശോധിച്ചാണ് വ്യക്തിപരമായ ഇടപെടലുകളെയും തൊഴിൽത്തുറയുടെ മൊത്തം പ്രകടനത്തെയും വിലയിരു ത്തുന്നത്.

മെഡിക്കൽ പ്രാക്ടീസിന്റെയും ആധുനിക വൈദ്യശാസ്ത്രത്തിന്റെയും സമീപകകാല ചരിത്രം ശ്രദ്ധേയമാകുന്നത് വൈദ്യശാസ്ത്ര തൊഴിൽത്തുറയുടെയും ആ തൊഴിൽത്തുറയിൽ നിന്നുയർന്നു വരുന്ന പ്രതീക്ഷകളുടെയും ആദർശപരമായ മാനദണ്ഡങ്ങളെ സംബന്ധിച്ച തത്വങ്ങളുടെ അടിസ്ഥാനത്തെത്തന്നെ പിടിച്ചുലച്ച രണ്ടു പ്രധാന പ്രതിഭാസങ്ങളാലാണ്. ആദ്യത്തേത് മരുന്നു കണ്ടുപിടിത്തം മുതൽ രോഗനിർണ്ണയം വരെയുള്ള വിശാലമേഖലയിൽ പൊടുന്നനെ കടന്നുവന്ന പുത്തൻ സാങ്കേതിക വിദ്യകളുമായി (ആധുനിക, പശ്ചാത്യ, വൈദ്യത്തിന്റെ പ്രയോക്താക്കളിലത് സഹായകസാങ്കേതിക വിദ്യകളിന്മേലുള്ള കൂടുതൽ വലിയ ആശ്രിതത്വം സൃഷ്ടിച്ചിട്ടുണ്ട്) ബന്ധപ്പെട്ടതാണ്. ദുഃഖകരമെന്നു പറയട്ടെ, അത് കടന്നുവന്നത് രോഗിയുടെ ചരിത്രത്തിന്മേലടിസ്ഥാനപ്പെടുത്തി വൈദ്യശാസ്ത്ര അഭിപ്രായം രൂപപ്പെടുത്തുന്നതിലെ നീണ്ട കാലമായി നിലനില്ക്കുന്ന പാരമ്പര്യങ്ങളുടെയും വൈദഗ്ദ്യത്തിന്റെയും ചെലവിലാണ്.

ഒരു പ്രസിദ്ധ കാർഡിയോളജിസ്റ്റായ ബെർണാർഡ് ലോൺ ആഭിപ്രായപ്പെട്ടത് (2007) രോഗ നിർണ്ണയ പരിശോധനകളിലും മെഷീനുകളിൽ നിന്നു കിട്ടുന്ന റിസൾട്ടുകളിലുമുള്ള അമിതാശ്രിതത്വം രോഗികളെ വെറും "കേസുകളും" ഫിസിഷ്യന്മാരെ വെറും ടെക്നോക്രാറ്റുകളുമായി രൂപാന്തരപ്പെടുത്തിയെന്നാണ്. ഞാനീ ലേഖനത്തിൽ പിന്നീട് വാദിക്കാൻ പോകുന്നത് സാങ്കേതിക വിദ്യകളുടെ നിഷേധാത്മക സ്വാധീനം ആരോഗ്യ ചികിത്സാമേഖലയിലെ സാമ്പത്തിക സ്വഭാവത്തെ വക്രീകരിച്ചുവെന്നാണ്. ഫിസിഷ്യനും രോഗിയും തമ്മിലുള്ള ആദ്യ കൂടിക്കാഴ്ചയിൽത്തന്നെ രോഗിയോട് ഒരു പറ്റം പരിശോധനകൾക്ക് വിധേയനാകാൻ നിർദ്ദേശിക്കുമ്പോൾത്തന്നെ ആരോഗ്യ ചികിത്സാദായകനെക്കുറിച്ചുള്ള സംശയത്തിന്റെ ആദ്യത്തെ വിത്തുകൾ പാകപ്പെടുന്നുവെന്ന് യുക്തിസഹമായിത്തന്നെ പരിഗണിക്കാൻ കഴിഞ്ഞേക്കാം. ഈ ടെസ്റ്റുകളുടെ

റിസൾട്ടുകളെ ആശ്രയിച്ചാണ് മിക്കപ്പോഴും മെഡിക്കൽ ഒപ്പീനിയൻ (വൈദ്യശാസ്ത്രപരമായ അഭിപ്രായം) ഉണ്ടാകുക.

രണ്ടാമത്തെ ഘടകം ആഗോള സാമ്പത്തിക ക്രമത്തിന്റെ സംഭാവനയാണ്. അതിന്റെ പ്രത്യാഘാതം ഒരു പക്ഷെ കൂടുതൽ ദൂരവ്യാപകമാണ്. മറ്റേതു സാധാരണ ഉപഭോഗച്ചരക്കുകളുടെയും കാര്യത്തിലെന്നപോലെ സാധാരണ പരമ്പരാഗത ചന്തകളിൽ സ്വതന്ത്രമായി കച്ചവടം നടത്താവുന്നതായി ആരോഗ്യ ചികിത്സാമേഖലയെ സ്വാധീനിക്കുന്നതിന് സ്വതന്ത്രവിപണി വാദക്കാർക്കും നവ ലിബറൽ സിദ്ധാന്തങ്ങൾക്കും സാധ്യമായിട്ടുണ്ട്. പെല്ലെഗ്രിനോ (1999) യെപ്പോലെ വൈദ്യവും തത്വചിന്തയും തമ്മിലുള്ള പരസ്പര പ്രവർത്തനങ്ങളെ സൂക്ഷ്മമായി വീക്ഷിക്കുന്നവർ നിരീക്ഷിച്ചതു പോലെ, ആരോഗ്യ ചികിത്സയുടെ "കമ്പോള വൽക്കരണ"ത്തിനടിയിൽ നിലനില്ക്കുന്ന നിഗമനങ്ങൾ രണ്ടു തരത്തിൽ ആഴത്തിൽ തെറ്റുള്ളവയാണ്. ധാർമ്മികതയുടേയും സാമൂഹ്യമായ കീഴ്‌വഴക്കങ്ങളുടേയും തലത്തിലും, അതിനേക്കാളുമേറെ ഗൗരവമായി സാമ്പത്തിക സിദ്ധാന്തത്തിന്റെ തന്നെ തലത്തിലും. ചരക്കുവൽക്കരണത്തിന്റെ അനന്തരഫലങ്ങൾ ധാർമ്മികമായി സ്ഥായിയായി നിലനിൽക്കാൻ കഴിയാത്തവയായി സമൂഹത്തിനും ഫിസിഷ്യൻമാർക്കും രോഗികൾക്കും ഹാനീകരവുമാണെന്ന്" കണക്കാക്കപ്പെടുന്നു. അതാകെ വിജയിക്കുന്നത് ഒരു ഫിസിഷ്യന്റെ റോളിനെ ഒരു ചികിത്സകനെന്ന നിലയിൽ നിന്ന് ഒരു പണമുണ്ടാക്കൽ കാരൻ എന്ന നിലയിലേക്ക് കൃത്രിമമായി വേർതിരിക്കുന്നതിൽ മാത്രമാണ്.

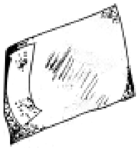
ഒട്ടേറെ നിരീക്ഷകർ അഭിപ്രായപ്പെട്ടത് വളരെ വലിയ വിഭാഗം മെഡിക്കൽ പ്രാക്ടീഷ്ണർമാർ ഈ മാറ്റങ്ങളോട് പ്രതികരിച്ചത് വൈദ്യശാസ്ത്ര വിശ്വാസ പ്രമാണങ്ങൾക്ക് കടകവിരുദ്ധമായാണെന്നാണ്. സർവ്വവ്യാപിയായ സാങ്കേതിക വിദ്യ, ആർത്തിപിടിച്ച ആരോഗ്യ ചികിത്സ മേഖലയിലെ വിപണിയുടെ ലാഭചോദനകൾ, അപചയപ്പെടുന്ന തത്വങ്ങൾ എന്നിവയുടെ മിശ്രിതം ഒരു പറ്റം ധനാർത്തി നിറഞ്ഞ പ്രൊഫഷണലുകളെ സൃഷ്ടിച്ചിരിക്കുന്നു. മർച്ചന്റ് ഒഫ് വെനീസിൽ അന്റോണിയോയിൽ നിന്ന് തന്റെ പങ്കായ ഒരു റാത്തൽ മാംസം എങ്ങനെയും മുറിച്ചെടുക്കാൻ വെമ്പൽകൊള്ളുന്ന ക്രൂരനായ ഷൈലോക്കിനെ പോലെ മെഡിക്കൽ രംഗത്ത് ഉയർന്നുവരുന്ന ഈ മഫിയാ സംഘം തങ്ങളുടെ പണപ്പെട്ടി നിറക്കുന്നതിൽ യാതൊരു മനശ്ചാഞ്ചല്യവും കാട്ടാതിരിക്കുകയും അങ്ങനെ തങ്ങളുടെ മൊത്തം പ്രൊഫഷന്റേയും സകല മഹനീയതകളേയും ഇല്ലാതാക്കുന്നതിലേക്ക് എത്തിച്ചേരുകയും ചെയ്തിരിക്കുന്നു...

പരിഭാഷ: **പി.ജെ. ബേബി**

(ഫ്ലെയിം *മെഡിക്കൽ ബുള്ളറ്റിനിൽ പ്രസിദ്ധീകരിച്ച* ***ഇക്കണോമിക് & പൊളിറ്റക്കൽ വീക്കിലി*** *ലേഖനത്തിൽ നിന്ന് നിന്ന്*)

●

ചികിത്സാനീതി
പ്രാവർത്തികമാക്കൽ



ഇന്ത്യൻ മെഡിക്കൽ കൗൺസിലിൽ റജിസ്റ്റർ ചെയ്യുമ്പോൾ ഡോക്ടർമാർ ചെയ്യുന്ന പ്രതിജ്ഞ

1. ഞാൻ മനുഷ്യകുലത്തിന്റെ സേവനത്തിനായി എന്റെ ജീവിതം സമർപ്പിക്കുന്നതാണ് എന്ന് ഇതിനാൽ പ്രതിജ്ഞ ചെയ്യുന്നു.
2. എന്ത് ഭീഷണിയുണ്ടായാലും എന്റെ വൈദ്യശാസ്ത്ര സംബന്ധമായ അറിവിനെമാനുഷിക മൂല്യങ്ങൾക്കെതിരായി ഉപയോഗിക്കുന്നതല്ല.
3. ഞാൻ മനുഷ്യജീവനോട്, ഗർഭധാരണസമയം മുതൽ അത്യന്തം ബഹുമാനം പുലർത്തുന്നതാണ്.
4. ഞാൻ എന്റെ തൊഴിലിനും രോഗിയ്ക്കും ഇടയിൽ മതം, പൗരത്വം, വംശം, കക്ഷിരാഷ്ട്രീയം സാമൂഹിക അവസ്ഥ തുടങ്ങിയ പരിഗണനകൾ ഒന്നും കടന്നുവരാൻ അനുവ ദിയ്ക്കുകയില്ല.
5. ഞാൻ എന്റെ തൊഴിൽ മനസ്സാക്ഷിക്കനുസൃതമായും അന്തസ്സോടുകൂടിയും നിർവ്വഹിക്കുന്നതാണ്.
6. എന്റെ പ്രഥമ പരിഗണന രോഗിയുടെ ആരോഗ്യം മാത്രമായിരിക്കും.
7. എനിക്ക് ലഭിച്ച രഹസ്യ വിവരങ്ങൾ ഞാൻ സൂക്ഷിക്കുന്നതാണ്.
8. ഞാൻ എന്റെ അദ്ധ്യാപകരോട് ബഹുമാനവും നന്ദിയും ഉള്ളവനായിരിക്കും.
9. വൈദ്യമുക്തിയുടെ മഹത്തായ പാരമ്പര്യവും അന്തസ്സും പരിരക്ഷിക്കുന്നതിന് എന്റെ എല്ലാ ശക്തിയും ഉപയോഗിക്കുന്നതാണ്.
10. ഞാൻ എന്റെ സഹപ്രവർത്തകരോട് ബഹുമാനത്തോടും മാന്യതയോടും കൂടി പെരുമാറുന്നതാണ്.
11. ഞാൻ ഇന്ത്യൻ മെഡിക്കൽ കൗൺസിലിന്റെ 2002 ലെ തൊഴിൽപരമായ പെരുമാറ്റരീതി, മര്യാദ, ധാർമ്മികത തുടങ്ങിയവയെ സംബന്ധിച്ച നിയമങ്ങൾക്ക് വിധേയമായി പ്രവർത്തിക്കുന്നതാണ്.

ഡോക്ടർമാരുടെ തൊഴിൽ സംബന്ധമായ പെരുമാറ്റരീതി, മര്യാദ, ധാർമ്മികത എന്നിവ സംബന്ധിച്ച് മെഡിക്കൽ കൗൺസിൽ ഓഫ് ഇന്ത്യ നോട്ടിഫിക്കേഷൻ
No. MCI-211/(2)/2001 Registration

(കേരളീയം മാസിക -പരിഭാഷ: അഞ്ജലി)

●

LEGAL REMEDIES FOR MEDICAL NEGLIGENCE

Dr. Bindumol. V.C
Asst. Prof.& Director, Medical Law Centre,
Govt. Law College, Eranakulam

INTRODUCTION

Medicine being noble profession of saving human life medical men occupies a special status in society. Commitment, compassion, empathy, competence and integrity are the core values of the medical profession. Medical Profession stands apart in this respect that the academic proficiency that a medical man acquires is tested in his fellow human beings, to nurture them back to health, to help them lead a normal useful life. So an area of glory surrounds the medical man. But here too the legal arm of the watchdog of society has to exert its might to protect the individual from the non-ethical and unscrupulous person who exploits his professional skills to aggrandize his personal self importance.

The personal bond based on mutual faith that raised in the past between the doctor and the patient, has been gradually replaced by a sort of contractual mindset where patient is a consumer and the doctor a provider of service. The patients too look upon doctors not with reverence but with apprehension. Hence law too has to reflect this social change and protect the interest of both.

Earlier medical profession was considered to be beyond the control of law for the reason that they were service oriented and strictly maintained the professional etiquette. In State of Punjab v. Shiv Ram,[1] it was held that in recent times the self-regulatory standards in the profession have shown a decline and this can be attributed to the overwhelming impact of commercialization of the sector. There are reports against doctors of exploitative medical practices, misuse of diagnostic procedures, brokering deals for sale of human organs etc. It

cannot be denied that black sheep have entered the profession and that the profession has been unable to isolate them effectively. The need for external regulation to supplement professional regulation is constantly growing. The high costs and investments involved in the delivery of medical care have made it an entrepreneurial activity wherein the professionals look to reaping maximum returns on such investment. Medical practice has always had a place of honour in society; currently the balance between service and business is shifting towards business and this calls for improved and effective regulation, whether internal or external. There is need for introspection by doctors-individually and collectively. They must rise to the occasion and enforce discipline and high standards in the profession by assuming an active role.

The influence exerted by a doctor is unique. The relationship between the doctor and the patient is not equally balanced. The attitude of a patient is poised between trust in the learning of another and the general distress of one who is in a state of uncertainty and such ambivalence naturally leads to a sense of inferiority and it is, therefore, the function of medical ethics to ensure that the superiority of the doctor is not abused in any manner[2]

There is no doubt that the doctor-patient relationship is a pious relationship and a doctor certainly performs a divine act, at times, in the same manner as a judge does. However, in this increasingly materialistic and consumerist society, patients have been largely reduced to the position of mere consumers and most of the doctors have brought themselves down to the position of mere service providers. Undoubtedly the number of medical negligence cases against doctors, hospitals and nursing homes in the consumer forum are increasing day by day. The Supreme court of India while discussing medical negligence in a recent judgment observed that doctors, hospitals, nursing homes and other connected establishments are to be dealt with strictly if they are found to be negligent with the patients which come to them pawning al their money with the hope to live a better life with dignity. The patients irrespective of their social, cultural and economic back ground are entitled to be treated with diginity which not only forms their fundamental right but also their human right[3] Balram Prasad v. Kunal Saha (2014)1SCC 384.

Confidentiality of information gained while treating a patient has to be strictly maintained by doctor. It is a professional obligation. When there is a conflict between state's need to protect Public health and the patient's right of

confidentiality Indian Law recognizes the state's interest as is evident from Mr. X v. Hospital Z.[4]

Patients are in a position to make a personal choice about their lives including health care. The duties of the doctor would include a duty to tell patients all relevant and available information about risks, benefits and alternatives of treatment. Consent being the cornerstone of the medical treatment, it must be obtained after giving adequate information to the extent of patient's capability to understand and in the language he understands. Law must recognize and protect the right to know of the patient.

In medical negligence cases medical record is an important evidence on which rests the outcome of the case. Right to Information Act, 2005 gives patients a right to access their records within the Government Hospital. In practice, patients are frequently given their X-rays and pathology reports to keep. But it requires a doctor's interpretation in order to make sense to the patient. It is the professional obligation of doctors to give patients access to medical records.

A victim of Medical negligence has the following remedies

	Who conducts it	How is it started	Purpose	Criteria used	Outcome
Criminal Negligence	Criminal Court	Prosecution	Punishment	Gross Negligence	Imprisonment
Negligence	Civil Court	By the presentation of plaint	Compensation	Bolam Test	Compensation
Professional bodies Medical Council of India, Indian Medical Association	Disciplinary Committee	By complaints	To assess fitness to practice	Professional conduct regulations	Suspension, erasure from register.
Deficiency in Service	Consumer fora	By complaints	Compensation	Bolam Test	Compensation
Employer's disciplinary	Director of Health Service	By complaints	To protect patients	Departmental rules	Removal

ചികിത്സാനീതി

Constitutional obligation to provide emergency medical care is laid down in Paramanda Katara v. Union of India.[5]

In A.S. Mittal v. State of U.P [6]. Compensation on humanitarian grounds was granted by the Supreme Court who had lost their vision at an eye camp for cataract operation.

Seeking remedy under the law of tort.

In an action for negligence against a doctor, as in any other action for negligence, the plaintiff has to prove 1) that the defendant was under a duty to take a reasonable care towards the plaintiff to avoid the damage complained of or not to cause damage to the plaintiff by failure to use reasonable care; 2) that there was a breach of duty on the part of the defendant and 3) that the breach of duty was the legal cause of damage complained of and such damages was reasonably forseeable.[7]

Indian courts follow Bolam test with regard to Medical Negligence. A doctor is said to be not negligent if he is acting in accordance with the practice accepted as proper by a reasonable body of medical men skilled in that particular art.[8]

The civil liability of Medical Profession is determined by Bolam test. Under it the standard of care expected of a doctor is one that is accepted as proper by responsible body of medical men skilled in the particular art. Expert evidence is an essential requirement as we still rely on Bolam. It focuses not on the patient's interest but on the views of the medical profession. Furthermore court is excluded from that determination. Doctors may adopt unreasonable practice to protect their interest. Whether the doctor's interest conform to the standard of reasonable care demanded by law is for the court to decide.

The difficulties faced by litigants in ordinary civil cases are applicable here also. Large amount of court fee, delay in disposal of cases, dismissal due to technicalities, difficulty to prove negligence cases due to lack of expert evidence deters an ordinary litigant from taking this path. When the proof of negligence is not within the reach of the patient, the rule "res ipsa loquitur" may be invoked The doctrine is an exception to the general rule that the person who asserts negligence must prove the same. In application of "res ipsa loquitur" the patient has only to prove the circumstances in which the event occurred. It is the doctor who knows about the treatment he

use, who shall justify the treatment he gave and if he cannot absolve himself to the satisfaction of the court, he will then be liable for negligence.

Heirarchy of civil Justice delivery system

Supreme Court

High court

District Court

Court of Subordinate Judge

Munsiff's Court

Here the purposes is compensation and deterrence.

Limitation :- Action for damages based on negligence will be governed by Article 113 of the Limitation Act. Action is to be initiated within 3 year from the date when the right to sue accrues. The right to sue accrues only when a cause of action arises. As per Article 81- legal representatives may institute any suit for damage within one year from the date of the person. **Medical Service under Consumer Protection Act:-** The machinery provided by the Consumer Protection Act. 1986 can definitely be interpreted as an additional forum where aggrieved persons can agitate their grievance against medical professional and be ensured of a simple, inexpensive and quick redressal of their complaints. Section 2(1) (o) of the Act defines Service. It is pertinent to observe that medical service would not find a place in the list of services enumerated in the definition. The decision of the Supreme Court in V.P. Shanta finally settled the matter.

Heirarchy of the Consumer Forum

Supreme Court

National Commission

State Commission

District Forum

Shall have jurisdiction to entertain complaints were the value of goods or services and the compensation if any claimed does not exceed 20 lakhs and State Commission Shall have jurisdiction to entertain complaints were the value of goods or services and the compensation if any claimed does not exceed 1 crore. For a claim exceeding 1 crore National Commission shall have jurisdiction.

Indian Medical Association v. V.P. Shanta[9], it was held that medical practitioners, hospitals and nursing homes are also covered under the Consumer Protection Act, 1986. It was held that consultation, diagnosis and treatment rendered by the medical practitioners or at hospitals, nursing homes, health centers, dispensaries were part of the definition of "Service" under the Act except where the same is rendered free of charge or where the medical officer is employed for rendering services to the employer. Hence, all medical service suffering from deficiency and negligence is covered under the provisions of the Consumer Protection Act.

Sec. 24A of the Act deal with limitation – 2 years from the date on which the cause of action has arises .

In Nizam Institute of Medical Sciences v. Prasanth S.Dhanaka[10], the complainant who was an engineering student and suffering from recurring fever. The X-ray examination revealed tumor in left hemi thorax with erosion of ribs and vertebra. Even then without having MRI or Mylography done, cardiothoracic surgeon exercised the tumor and found vertebral body eroded. Operation resulted in acute paraplegia of the complainant. MRI or Myelography at the pre-operation stage would have shown necessity of a neurosurgeon at the time of operation and the paraplegia perhaps avoided. Consent was no taken for removal of tumor but only for excision biopsy. The hospital and the surgeon were held liable for negligence. When the matter reached the Supreme Court, the complainant who was then 40 years, was gainfully employed as an IT Engineer. The nature of his work required him to travel to different locations but as he was confined to a wheelchair, he was unable to do so on his own and needed a driver-cum-attendant. The total amount of compensation allowed was Rs. 1,00,00,000/- with interest at 6% till the date of payment giving due credit for any compensation already paid.

Liability of Medical Professionals under Criminal Law:-

In a criminal case, the state, through a prosecutor, initiates the lawsuit. A civil wrong is against an individual whereas criminal wrongs are against the public at large. The criminal liability for medical negligence is an extremely controversial issue. In criminal law, mens rea, a Latin term which means guilty mind, is one of the necessary elements of crime. The Latin phrase actus non facit reum

nisi menns sit rea, means that 'the act does not make a person guilty unless the mind is also guilty. For criminal prosecution, there must be actus reus accompanied by some level of means rea. In the Dr. Jacob Mathew case,[11] late Jiwan lal Sharma was admitted as a patient in a private ward of CMC Hospital, Ludhiana, when he was at a terminal stage of cancer. He had breathing difficulty and the duty nurse called doctors to attend to him. After about 20 to 25 minutes, Dr. Jacob Mathew and Dr. Allen Joseph came to attend to the patient and an oxygen cylinder was connected to the patient's mouth, but the cylinder was empty. There was no other gas cylinder and the patient ultimately died.

Supreme Court issued guidelines for criminal prosecution.These guidelines are:-

1. A private complaint may not be entertained unless the complainant has produced prima facie evidence before the court in the form of a credible opinion given by another competent doctor to support the charge of rashness or negligence on the part of the accused doctor.

2. The investigating officer should, before proceeding against the doctor accused of rash or negligent act or omission, obtain an independent and competent medical opinion preferably from a doctor in government service qualified in that branch of medical practice who can normally be expected to give an impartial and unbiased opinion applying Bolam's test to the facts collected in the investigation.

3. A doctor accused of rashness or negligence, may not be arrested in a routine manner (simply because a charge has been leveled against him).

Unless his arrest is necessary for furthering the investigation or for collecting evidence or unless the investigation officer feels satisfied that the doctor proceeded against would not make himself available to face the prosecution unless arrested, the arrest may be withheld.

INDIAN PENAL CODE AND LIABILITY OF MEDICAL PRACTITIONERS

Medical negligence as a crime raises several question 1) Whether a doctor can be arrested at the subjective discretion of the Police? 2) Whether it is justifiable to judge a doctor on

the basis of a single act? 3) Competency of the court to determine medical negligence cases without the help of an expert. 4)Whether a different standard is applicable for recording a finding of negligence when a doctor is to be held guilty of negligence. 5) Many incidents involve a contribution from more than one person and the tendency is to blame the last identifiable person. 6)Another feature is the uncertain nature of the medical knowledge. 7) Sometimes things may have gone wrong due to inadequacies of the system like lack of necessary equipment. 8) whether it is prudent to punish a doctor, as his actual intention is to help an ailing patient?

Section 304A- Causing death by negligence: This section applied to cases where there is no intention to cause death and there is no knowledge that the act done will cause death. Whosoever causes death of a person by doing any rash or negligent act no amounting to culpable homicide, shall be punished with imprisonment of either description for a term, which may extend to two years, or with fine, or with both.

Section 336-Act endangering life or personal safety of others: Whoever does any act so rashly or negligently as to endanger the human life or the personal safety of others shall be punished with imprisonment of either description for a term which may extend up to three months, or with fine which may extend to Rs. 250, or with both.

Section 337 – causing hurt by act endangering life or personal safety of others:- Whoever cause hurt to any person by any act so rashly or negligently as a endanger the human life or the personal safety of other, shall be punished with imprisonment of either description for a term which may extent to six months, or with fine which may extend to Rs.500, or with both.

Section 338- Causing grievous hurt by act endangering life or personal safety of others: Whoever causes grieveous hurt to any person by doing any act so rashly or negligently as to endanger the human life, or the personal safety or others, shall be punished with imprisonment of either description for a term which may extend to two years, or with fine which may extend to Rs. 1,000/- or with both.

4.

In R v. Adomako[12] the defendant was an anaesthetist during an eye operation on a patient. In the course of the operation the tube from the ventilator supplying oxygen to the patient became disconnected. The defendant failed

to notice the disconnection for six minutes before the patient suffered a cardiac arrest, from which he subsequently died. The defendant was charged with manslaughter. The expert evidence at his trial was that any competent anaesthetist who was looking at his patient should have realized total disconnection within seconds. The judge directed the jury that the test to be applied was whether the defendant had been guilty of gross negligence. The defendant was convicted. He appealed to the court of Appeal on the ground that judge had wrongly directed the jury by applying the test of gross negligence for manaslaughter. Lord Mackay of Clashfern LC while dismissing the appeal observed that the ordinary principles of the law of negligence apply to ascertain whether or not the defendant has been in breach of a duty of care towards the victim who has died. If such a breach of duty is established the next question is shether that breach of duty caused the death of the victim. If so jury must got on to consider whether that breach of duty should be characterized as gross negligence and therefore as a crime. This will depend on the seriousness of the breach of duty committed by the defendant in all circumstances in which the defendant was placed when it occurred. The jury will have to consider whether the extent to which the defendant's conduct departed from the proper standard of care incumbent upon him, involving as it must have done a risk of death to the patient, was such should be judged criminal.

Court of appeal had spelt out a number of situations where gross negligence might exist. While these were not expressly approved by the House of Lords, they remain indicative of the sort of case, which might constitute manslaughter due to criminal negligence. The first of these was where health professionals have shown an obvious indifference to risks to the patient. The second were aware of the risk, but decided to run it. Third was where their attempt to avoid a known risk were so grossly negligent that the jury believed that they deserved to be punished. The fourth was where there was inattention or failure to advert to a serious risk that went beyond mere inadvertence[13].

When a criminal case is registered under Section 304-A of the Indian penal code, against an erring Medical professional, the general trend which can be seen in various High Courts is to quash the same invoking the

extra ordinary inherent jurisdiction under Section 482 Cr.P.C. Supreme Court considered the question of criminal liability of Medical practitioners in Jacob Mathew and laid down certain guidelines. Attributing Criminal negligence to qualified medical practitioners is rare in India. But quacks are dealt with rigorously. This approached was greeted with relief by medical profession already concerned about increasing legal regulation.

Role of Medical council of India in Self Regulation.

Section 20A of Indian Medical Council Act 1956 deal with professional misconduct. In exercise of the powers conferred under Section 20-A read with Section 33m MCI framed Indian Medical council (Professional Conduct, Etiquette and Ethics) Regulations 2002. Any form of complaint, with regard to professional misconduct on the part of a physician, can be brought before the appropriate medical council for disciplinary action. On receipt of such a complaint Medical Council will hold an enquiry and will give an opportunity to the concerned Physician to be heard in person or to be head in person or to be represented by a lawyer. If the Physician is ultimately found to be guilty, the Medical Council may award removal (for some period of forever) from the Register, the name of the Physician who is found to be guilty. Deletion from the Register shall be widely publicized in local press as well as in the publication of different medical associations, societies, bodies. In cases of temporary removal of name from the Register, the appropriate council may also direct that the name so removed shall be restored to the register on the expiry of the concerned period. Decision shall be taken within a time limit of 6 months. While the complaint is pending, the court may restrain the concerned physician from performing the procedure or practice that is under scrutiny. Issue of professional incompetence shall be considered and judged by a competent physicians, as per the guideline prescribed by the MCI.

In a complaint[14] Medical Certificates were issued without physically examining a nurse as she was actually in abroad on the date of issuance of medical certificates. Doctor gave an explanation that the lady was present before him on each time and signed on the certificate in front of him. Personal hearing was given to the doctor. The Committee was convinced that there was an oversight on the part of the doctor who did not take particular care to record the identity of the individual.

It was resolved to issue a warning letter to doctor not to issue such medical certificate.

Voluntary Self-Regulation :- The Indian Medical Association has constituted an Ethics Committee to safeguard the ethical standards in medical profession. The Committee consists of a Chairman, Secretary and 10 senior reputed doctors as members. The appointment is by way of nomination. President and Secretary of IMA are ex-officio members. They can receive complaints from the general public and also from doctors. Complaints can be against doctors or hospitals. A copy of complaint is sent to the concerned doctor seeking his explanation. In suitable cases committee will reprimand the concerned doctor.

The main defects of the present system are

1. There is a very low level of complaints.
2. The decisions are not subject to external scrutiny
3. There is no lay representation
4. Disciplinary cases are not disseminated to the public and not even to professionals.

To conclude it is submitted that law is an inadequate tool to control medical profession.

●

(Footnotes)

[1] (2005) 7SCC1

[2]

G.B. Pattanaik, J in M/s Spring Meadows Hospital v. Harjol Ahluwaliam ARI 1998 SC 1801.

[4] AIR1999SC495

[5] 1989ACJ1000(SC)

[6] AIR1989 SC 1571

[7] Philips India v. Kunju Punnu AIR 1975 Bom 306, 314

[8] Bolam v. Friern Hospital management Committee (1957) IWLR 582.

[9] Indian Medical Association v. V.P. Shanta ARI 1996 SC 550.

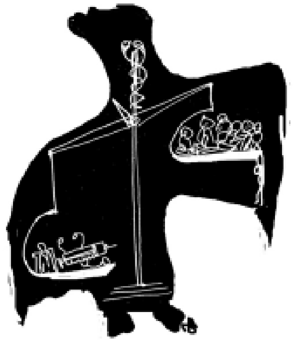
[10] AIR 2009 SC (supp)1503.

[11] Jacob Mathew v. State of Punjab and another, Criminal Appeal No. 144-145 of 2004, decided by Supreme court on 5 August2005, (2005) 6SCC1.

[12] (1994)3 All Er 79.

[13] Jonathan Montgomery, Health Care Law 188 (2nd edn., 2002)

[14] No. E2623/04/MC/ compl



PRIMORDIAL SOUP- HEALTH IN LEGISLATION

Dr. Bismi Gopalakrishnan.,
Associate Professor and Head.,
Department of Law., University of Kerala

INTRODUCTION

The framers of the Indian Constitution recognized the mandate on the part of the state to improve the health. But rather than treating health as a fundamental right they treated it as a directive principle. The obligation of the State to ensure the creation and the sustaining of conditions congenial to good health is cast by the constitutional directives contained in Articles 39, 42 and 47.[1] As per these directives the State has to direct its policy towards securing that health and strength of workers, men and women, and the tender age of children are not abused and that citizens are not forced by economic necessity to enter avocations unsuited to their age or strength and that children are given opportunities and facilities to develop in a healthy manner and in conditions of freedom of dignity and that childhood and youth are protected against exploitation and against moral and material abandoned.

The State is also required to make provision for just and human conditions of work and for maternity benefit. Again it becomes the primary duty of the State to endeavor the raising of the level of nutrition and standard of living of its people and improvement of public health and to bring about prohibition of the consumption, except for medicinal purposes of intoxicating drinks and of drugs which are injurious to health Protection and improvement of environment is also made oneof the cardinal duties of the state.

The State legislature is also empowered to make laws with respect to public health and sanitation, hospitals and dispensaries. Both the Centre[1] and the States[2] have power to legislate in the matters of social security and social insurance, medical professions and prevention of the extension from one state to another of infections of contagious diseases or pests affecting man, animals and plants. The Directive Principles of State Policy[3] represent the minimum national consensus on the basic socio-economic objectives at the time of framing the Constitution. These directives are fundamental in the governance of the country. They can be stated as the rock bottom level of the socio –economic development that the state is obliged to secure and maintain.[4]

However Directive Principles of State Policy are non-justiciable and their status is only that of a directive to the government. This has caused to undermine the philosophy behind the inclusion of Directive Principles in the State Policy.[5] So it is often argued that if Directive Principles of State Policy were absent in the Constitution it would not have made any difference because economic justice and public welfare could have been realized through fundamental rights read together with restrictions.[6]

Legal Justification : But at the same time it must be admitted that a close reading of the Directive Principles enjoins the government to provide comprehensive, creative, preventive, promotional and rehabilitative health services and proper nutrition to all the people of India.[7] In tune with these a plethora of welfare legislations have been enacted by the state. These statutes do not come in a single neat legislative package marked Health Law. It consists of many different types of legislation, which have little in common except the benign purpose of advancing public health. However for convenience sake these legislations can be classified as follows.

1. Health legislations prohibiting conduct injurious to health.
2. Health legislations authorizing programmes and services to protect or promote health.
3. Health legislations establishing surveillance over the quality of care.
4. Health legislations regulating ethical issues in health care.

Legislations to prevent the spread of disease by providing for environmental sanitations, waste disposal and conduct injurious to health,[8] regulating air and water quality controlling,[9] the purity and safety of food and drugs,[10] and assuring sound working conditions[11] comes under the category of health legislations prohibiting conduct injurious to health. A bunch of legislation which deal with nuclear energy , radiation and scanning equipments also falls within this quarter.

The State's role in providing services for specific groups such as women,[12] children,[13] prisoners,[14] mentally,[15] and physically handicapped person,[16] often result in drafting health legislations. These legislations coupled with legislations dealing with providing specific services in case of communicable disease and emergency services[17] fall under the second category. Social security measures pertaining to workers also fall into this bandwagon.

Legislations have also been enacted to ensure that physicians are qualified and the hospitals and nursing homes meet acceptable standards.[18] Such health legislations fall under the third category.

In the past medical ethics was concerned largely with personal behaviors and individual rights. But in recent years ethical issues affecting the health of population have become prominent because of health care inequities in allocation of resources, rationing of scarce health care services, individual rights of patients and social responsibility of doctors. In India though awareness to medical ethics is catching up, legislation in this area is scarce.[19]

These legislation cover a wide range of health issues. This implies that if legislations are properly enacted it becomes the essential basis of authority for all public health actions.[20]

However having set the wheels in motion for an ambitious plan of state sponsored medicine we never paused to reevaluate the situation and the direction in which we were progressing in health. We forgot that for laws to be effective it is necessary to take into account the social process inherent in our society. Enactment of a statute does not mean that desired goal would be attained automatically.[21] But it has to be effectively implemented. And to assure quality, accessibility and affordability in health proper implementation must be the rule rather than an exception.

●

(Footnotes)

1

Thus

Art 47

reads: "The State shall regard the raising of the level of nutrition and the standard of living of its people and the improvement of public health as among primary duties and, in particular, the state shall endeavor to bring about prohibition of the consumption except for medicinal purposes of intoxicating drinks and ways which are injuries to health".

Art 39

reads: "The State shall in particular direct its policy towards securing (e) that the health and strength of workers men and women and the tender age of children are not abused and that citizens are not forced by economic necessity to enter avocations unsuited to their age or strength". Art 41 reads: "The state shall within the limits of its economic capacity and development make effective provision for securing the right to work, to education and to public assistance incases of unemployment, old age, sickn

ess and disablement, and in other cases of underserved want". Art.42 reads: "The State shall make provision for securing just and humane condition of work and maternity relief".

1

List I Entry 28 reads "Port quarantine, including hospitals connected therewith; Seamen

's and marine hospitals.

List I Entry 47 reads "Insurance"

List III Entry 19 reads "Drugs and Poisons"; Entry 26 reads "Medical Profession"

List III Entry 29 reads "Prevention of the extension from one state to another of infections or contagious diseases or pests affecting men, animals or plants.

2

List II Entry 6 reads "Public health, and sanitation; hospitals and dispensaries.

List II Entry 9 reads "Relief of the disabled and unemployable"

List II Entry 15 reads “Preservation, protection and improvement of stock and prevention of animal diseases, veterinary training and practice”

3 The framers of our Constitution borrowed the idea of enacting Directive Principles from the Irish Constitution.

4 S.S.GiriShankar, “ Constitution and Regulation Of Economy,” (1998) XXII *Ac.L.Rev,* 23 at 48.

5 In the Constituent Assembly no discussion took place regarding human right aspect of health. Debates were restricted to general issues of public health ie prohibition of intoxicating drinks.

6 *See*, H.M.Seervai, *Constitutional Law of India* VolII (4th ed., 1993), pp.1932-45

7 D. Banerji, “Back to Black Death,” (1994)XXIV *EPW*, 2568.

8 S.11 of Environment Protection Act 1980, S.7, 20 of Cigarettes and Other Tobacco Products (Prohibition Of Advertisement And Regulation Of Trade And Commerce, Production, Supply And Distribution) Act, 2003

9 S.20 of Water Prevention and Control of Pollution Act 1974; S.3, 16,17 of Air (Prevention and Control of Pollution) Act 1981

10 S.2,4,5,7,15, of Prevention of Food Adulteration Act,1954, See also, Agriculture Produce (Grading and Marketing) Act 1937

S.8, 5,18 of Drugs and Cosmetics Act, 1940; S.3 of Drugs and Magic Remedies (Objectionable Advertisement) Act 1954

11 S.8, 9 of Plantation Labour Act 1951; See also Dangerous Machines Regulation Act 1983

12 Medical Termination of Pregnancy Act 1971, Prenatal Diagnostic Techniques (Regulation and Prevention of Misuse) Act 1994, The Pre-Natal Diagnostic techniques (Regulation And Prevention of Misuse) Amendment Act 2002

13 Infant Milk Substitutes Amendment Act 2002

14

S.20(1) Prisoners Act 1900

15 The Mental Health Act, 1987

16 The Persons with Disabilities (Equal Opportunities, Protection of Right and Full participation) Act 1995.

17 Epidemic Diseases Act.1897.

18 The Indian Medical Council Act, 1956, Indian Medical Council Regulations 2002, The Dentist Act 1948, The Nursing Council Act 1947,

The Pharmacy Act 1948

19 *See*

S.3, 4,7,19 of The Transplantation Of Human Organs Act 1994 provides regulatory machinery for the removal, storage and transplantation of organs for therapeutic needs.

20 *See*

, Ruth Roemer,

‘

‘Health Legislation As a tool for Public Health and Health Policy,” (1998) 49(1)
Int.Dig.Hlth.Leg
.89, 90.
See also
, Helen Leenen, “Health Law and Health Legislations-Possibilities and Limits,” (1998)49(1)
Int.Dig.Hlth.Leg
,77,77,Bobbie Jackson,
“Health Legislation,”(1998)316
BMJ
164,164

ശരിയായ ചികിത്സ ലഭിക്കാതെ കളമശ്ശേരി ഗവ: മെഡിക്കൽ കോളേജിൽ മെഡിക്കൽ വിദ്യാർത്ഥിനി മരിക്കാനിടയായത് - ഒരു അവലോകന കുറിപ്പ്.

ഡോ. പ്രിൻസ്. കെ.ജെ

(സെക്രട്ടറി, ചികിത്സാനീതി)

കളമശ്ശേരി ഗവ: മെഡിക്കൽ കോളേജ് രണ്ടാം വർഷ വിദ്യാർത്ഥിനി ഷംന തൻസീം പനിയെ തുടർന്നാണ് അതേ കോളേജ് ആശുപത്രിയിൽ 19.07.16ന് രാവിലെ പ്രവേശിപ്പിക്കപ്പെട്ടത്. കുത്തി വെച്ച മരുന്നിന്റെ റിയാക്ഷൻ ശരിയായി ചികിത്സിക്കപ്പെടാത്തതിനെ തുടർന്ന് അന്ന് വൈകുന്നേരത്തോടെ ഷംന മരിക്കുകയാണുണ്ടായത്. ആശുപത്രിയിൽ അനഫൈലാക്സിസ് റിയാക്ഷൻ ചികിത്സിക്കുന്നതിനാവശ്യമായ മരുന്നുകളോ, പ്രവർത്തനക്ഷമമായ ഉപകരണങ്ങളോ, ആംബുലൻസോ ഇല്ലാതിരുന്നതുകൊണ്ടാണ് മകൾ മരിച്ചത് എന്ന് ആരോപിച്ച് ഷംനയുടെ മാതാപിതാക്കൾ സ്ഥാപനത്തിന് എതിരെ പോലീസിൽ കേസ് കൊടുത്തിരിക്കുകയാണ്. ഷംനയുടെ പോസ്റ്റ്മാർട്ടം നടന്നത് ആലപ്പുഴ മെഡിക്കൾ കോളേജിലാണ്. കളമശ്ശേരി പോലീസ് 304 എ വകുപ്പനുസരിച്ച് കേസ് എടുത്തിട്ടുണ്ട്.

മെഡിക്കൽ കോളേജ് ആശുപത്രി അധികൃതർ പറയുന്നത് ടെസ്റ്റ് ഡോസ് കൊടുത്തതിന് ശേഷമാണ് ''സെഫലോസ്പോറിൻ'' എന്ന മരുന്ന് ഷംനയ്ക്ക് നൽകിയത് എന്നാണ്. ടെസ്റ്റ് ഡോസിൽ ഒരു റിയാക്ഷനും കണ്ടിരുന്നില്ല. അതേ തുടർന്ന മുഴുവൻ ഡോസും

[redacted]

നൽകിയ ഉടനെ ഷംന കുഴഞ്ഞു വീഴുകയാണുണ്ടായത്. കൂടെ യുണ്ടായിരുന്ന മെഡിക്കൽ വിദ്യാർത്ഥികൾ പറയുന്നത് കുഴഞ്ഞു വീണ അത്യാഹിതം സംഭവിച്ചതിനെ തുടർന്ന് അടിയന്തിര ചികിത്സക്ക് ആവശ്യമായ മരുന്നുകളോ ഉപകരണങ്ങളോ സമീപത്ത് ഉണ്ടായിരുന്നില്ല എന്നാണ്. ശരിയായ മരുന്നുകളും പ്രവർത്തനക്ഷമമായ ഉപകരണങ്ങളും സമീപത്ത് ഉണ്ടായിരുന്നുവെങ്കിൽ തങ്ങളുടെ സഹപാഠി രക്ഷപ്പെടുമായിരുന്നു എന്നാണ് ഇവർ പറയുന്നത്.

അനഫൈലാക്സിസ് ലോകത്തെമ്പാടും പെട്ടെന്നുള്ള മരണത്തിന് ഇടയാക്കുന്ന പ്രധാനപ്പെട്ട കാരണങ്ങളിലൊന്നാണ്. ഇതിന്റെ ചികിത്സയുടെ കാതലായ വശം അഡ്രിനാലിൻ എന്ന മരുന്ന് അടിയന്തിരമായി കുത്തിവെയ്ക്കുകയും പ്രാപ്തരായവർ പുനർ ജീവന ക്രിയകൾ (Cardio pulmonary Resuscitation (CPR)) ഉടനെ നടത്തുകയും ചെയ്യുക എന്നതാണ്. അനഫൈലാക്സ് റിയാക്ഷൻ തിരിച്ചറിയുന്നതിലെ അപാകതയും അത് കൈകാര്യം ചെയ്യുന്നതിലെ പ്രാപ്തിക്കുറവും രോഗിയുടെ ജീവൻ അപകടത്തിലാക്കുകയും ചികിത്സകനെ വിവാദത്തിലേക്കും നിയമവ്യവഹാരത്തിലേക്കും നയിക്കാനിട വരുത്തുകയും ചെയ്യുന്നു.

ഗുരുതരമായ അലർജിക് റിയാക്ഷനുകളുടെ എല്ലാ ദോഷഫലങ്ങളും ചികിത്സാ പിഴവുകളായി കണക്കാക്കപ്പെടുന്നില്ല. ഇവിടെ ചികിത്സാ പിഴവുകളായി കരുതുന്നതിന് ചില മാനദണ്ഢങ്ങളുണ്ട്. (1) ചികിത്സകന് ആ രോഗിയുടെ പരിചരണത്തിന്റെ ചുമതല ഉണ്ടായിരിക്കുകയും അയാളുടെ ചുമതല നിർവ്വഹണത്തിൽ വീഴ്ച്ചയുണ്ടായതായും സ്ഥാപിക്കപ്പെടണം. (2) ചികിത്സകൻ യുക്തിഭദ്രമായി പ്രവർത്തിക്കുന്നതിൽ പരാജയപ്പെടുകയും രോഗിക്ക് ഉണ്ടായേക്കാവുന്ന ദോഷഫലങ്ങളെ മുൻകൂട്ടി കാണാൻ കഴിയാതിരിക്കുകയും രോഗിക്ക് ഉണ്ടായ ദോഷഫലങ്ങളെ തടയുന്നതിന് അത്തരം സാഹചര്യത്തിൽ പ്രതീക്ഷിക്കാവുന്ന പ്രാപ്തിയോടെയും ശുഷ്കാന്തിയോടെയും പ്രവർത്തിക്കാൻ പരാജയപ്പെടുകയും ചെയ്തിരിക്കണം. (3) ചികിത്സകന്റെ ചികിത്സാ പെരുമാറ്റമാണ് രോഗിയ്ക്ക് ഉണ്ടായ ദോഷഫലങ്ങളുടെ നിയമാനുസൃതമായ കാരണമെന്ന് തെളിയിക്കപ്പെടണം. ഇവ മൂന്നും തെളിയിക്കാനുള്ള ഭാരം പരാതിക്കാരന്റേതാണ്.

അനഫൈലാക്സിസ് ചികിത്സയുടെ അംഗീകൃത മാനദണ്ഢങ്ങൾ നോക്കുക: അഡ്രിനാലിൻ എന്ന മരുന്ന് അടിയന്തിരമായി

[redacted]

[redacted]

കുത്തി വെയ്ക്കുക എന്നത് ഒന്നാമത്തെ ചികിത്സാമുറയായി അംഗീകരിക്കപ്പെട്ടതാണ്. സി.പി. ആർ നൽകിയിരിക്കണം എന്നതും അവിതർക്കിതമായ കാര്യമാണ്. സ്റ്റീറോയ്ഡ്, ആന്റി ഹിസ്റ്റാമിനിക് തുടങ്ങിയവ നൽകിയിരിക്കണമെന്നത് സാർവ്വത്രികമായി അംഗീകരിക്കപ്പെട്ടിട്ടുള്ളവയല്ല. അംഗീകൃത ചികിത്സാമുറകൾ പാലിച്ചിരുന്നുവെന്ന് തെളിഞ്ഞാൽ ഉന്നത നിലവാരത്തിൽ ചികിത്സ നൽകിയോ എന്ന തല്ല, സാഹചര്യത്തിനനുസരിച്ച് വിവേകപൂർവ്വമായ നിലയിൽ പ്രവർത്തിച്ചുവോ എന്നതാണ് നിയമപരമായി പരിഗണിക്കപ്പെടുക.

ചികിത്സകന്റെ ചുമതല എന്നത് (1) അയാളുടെ മേഖലക്ക് അനുയോജ്യമായ സ്റ്റാൻഡേർഡ് എന്തായിരിക്കണം എന്ന് അറിഞ്ഞിരിക്കണം. (2) അടിയന്തിര ചികിത്സക്ക് ആവശ്യമായ മരുന്നുകളും പ്രവർത്തനക്ഷമമായ ഉപകരണങ്ങളുടെ ലഭ്യതയും ഉറപ്പുവരുത്തിയിരിക്കണം. ടെസ്റ്റ് ഡോസുകൾ പോലും മാരകഫലങ്ങൾ ഉണ്ടാക്കുന്നവയാണ് എന്ന് അറിവുണ്ടായിരിക്കണം. (3) ചികിത്സകനോ ചികിത്സാ സഹായികളോ ചെയ്യുന്ന പ്രവർത്തികൾ അവരുടെ ചുമതലയിൽ പെടുന്നതോ ലക്ഷ്യങ്ങളിൽ പെടുന്നതോ ആണെങ്കിലും പരോക്ഷ ലബ്ധമായ ഉത്തരവാദിത്വത്തിന്റെ പേരിൽ (vicarious liability) ചികിത്സയിലെ പിഴവുകൾക്ക് ബന്ധപ്പെട്ട തൊഴിൽദായകർക്കും ബാധ്യത ഉണ്ടായിരിക്കുന്നതാണ്. നിയപരമായി നോക്കിയ മെഡിക്കൽ റെക്കോർഡിലെ എല്ലാ കുറിപ്പുകളും തിയ്യതിയോടു കൂടി ഒപ്പിട്ടതായിരിക്കണം . രോഗനിലയെക്കുറിച്ചുള്ള വിലയിരുത്തലിലേക്ക് നയിക്കുന്ന എല്ലാ രോഗലക്ഷണങ്ങളും കണ്ടെത്തലുകളും രേഖപ്പെടുത്തിയിരിക്കേണ്ടത് അത്യാവശ്യമാണ്. ജീവന സൂചകങ്ങൾ (vital signs) നിരീക്ഷക്കപ്പെടണം. നൽകിയ മരുന്നുകളുടെ പേരും സമയവും വ്യക്തമായി എഴുതിയിരിക്കണം. നേഴ്സിംഗ് നോട്സ് വളരെ പ്രധാനമാണ്. കാരണം അവ നിയമ വ്യവസ്ഥയിൽ സ്ഥിതീകരണ തെളിവുകളാണ്.

അനഫൈലാക്സിസ് ഉണ്ടാക്കിനിടയുള്ള മരുന്നുകളുടെ ടെസ്റ്റ് ഡോസ് കൊടുക്കുന്ന ഏത് ചികിത്സകനും രോഗിയുടെ സുരക്ഷിതത്വം ഉറപ്പാക്കാനുള്ള ചുമതലയുണ്ട്. ഇതിൽ (1) പുനർജ്ജീവനത്തിനുള്ള (എക്സ്പൈറി കഴിയാത്ത) എല്ലാ മരുന്നുകളും ലഭ്യമാക്കിയിരിക്കണം. ഓക്സിജൻ ലാറിൻജിയോസ്കോപ്, എന്റോട്രെക്കിയൽ ട്യൂബ്, നിരീക്ഷണോപകരണങ്ങൾ തുടങ്ങിയ പ്രസക്തമായ എല്ലാ ഉപകരണങ്ങളും പ്രവർത്തനസജ്ജമായി ലഭ്യമാക്കിയിരിക്കണം. (2) ചികിത്സകന് അഡ്വാൻസ് ലൈഫ് സപ്പോർട്ട്

[redacted]

[redacted]

(ALS) രീതികളെകുറിച്ച് പര്യാപ്തമായ അറിവുണ്ടായിരിക്കണം (3) അലർജികളെക്കുറിച്ച് രോഗിയുടെ മുൻകാല ചരിത്രം ശേഖരിച്ചിരിക്കണം.

ഇതുവരെ പറഞ്ഞ കാര്യങ്ങൾ വച്ച് പരിശോധിച്ചാൽ ഷംനയുടെ കാര്യത്തിലുണ്ടായ ചികിത്സാ പിഴവുകൾക്ക് മെഡിക്കൽ കോളേജ് ആശുപത്രി അധകൃതരും ചികിത്സകനും നേഴ്സുമാരും ഉത്തരവാദപ്പെട്ടവരായിരിക്കുമെന്ന് കണ്ടെത്താവുന്നതാണ്. അറിയപ്പെടുന്ന ഒരു അലർജിക് റിയാക്ഷനെ മുൻകൂട്ടി കണ്ടെത്തുന്നതിനോ, അത്തരമൊരു അവസ്ഥ ഉണ്ടായാൽ അത് പരിഹരിക്കാനാവശ്യമായ സംവിധാനങ്ങൾ മുൻകൂട്ടി തയ്യാറാക്കുന്നതിനോ, അപ്രതീക്ഷിതമായി അത് ഉണ്ടായപ്പോൾ വിജയകരമായി കൈകാര്യം ചെയ്യുന്നതിനോ ഷംനയുടെ ചികിത്സകർ പരാജയപ്പെട്ടിരുന്നത് കൊണ്ട് ഒരു ഉന്നത വിദ്യാഭ്യാസ സ്ഥാപനത്തിലെ വിദ്യാർത്ഥിനിക്ക് സ്വന്തം സ്ഥാപനത്തിൽ വെച്ച് തന്നെ വിലപെട്ട ജീവൻ വെടിയേണ്ടി വന്നിരിക്കുന്നു എന്നത് നമ്മുടെയൊക്കെ കണ്ണുകൾ തുറപ്പിക്കേണ്ടതാണ്.

●

[redacted]

ചികിത്സാപിഴവുകളുമായി ബന്ധപ്പെട്ട കേസുകളിൽ അത്യാവശ്യം ചെയ്യേണ്ടത്

1) പോലീസിൽ പരാതിപ്പെടുക

2) മരണം സംഭവിച്ച കേസാണെങ്കിൽ പോലിസിനോട് പോസ്റ്റ്മോർട്ടം ആവശ്യപ്പെടാം

3) ചികിത്സാ രേഖകൾ ആവശ്യപ്പെട്ടുകൊണ്ട് സെക്ഷൻ 1,3,2 പ്രകാരം (മെഡിക്കൽ കൗൺസിൽ റെഗുലേഷൻ 2002) ചൂണ്ടികാട്ടി ഹോസ്പിറ്റൽ അധികാരികൾക്കും ഡോക്ടർമാർക്കും അപേക്ഷ സമർപ്പിക്കേണ്ടതാണ്. നിയമപ്രകാരം 72 മണിക്കൂറിനുള്ളിൽ അത് രോഗിയ്ക്കോ അവർ അധികാരപ്പെടുത്തുന്ന ബന്ധപ്പെട്ട അധികാരികൾ ക്കോ ഹോസ്പിറ്റൽ അധികാരികൾ പ്രസ്തുത രേഖകൾ ലഭ്യമാക്കേണ്ടതാണ്.

4) മെഡിക്കൽ കൗൺസിലിന് (കേരളത്തിലാണെങ്കിൽ ട്രാവൻകൂർ കൊച്ചിൻ മെഡിക്കൽ കൗൺസിൽ) തെളിവുകളുടെ പകർപ്പ് സഹിതം പരാതി കൊടുക്കണം.

5) ഗവൺമെന്റ് ആശുപത്രികളുമായി ബന്ധപ്പെട്ട കേസുകളിൽ സംസ്ഥാന വിജിലൻസ് ഓഫീസുമായോ ലോകായുക്തയുമായോ നടപടികൾക്കുവേണ്ടി പരാതികൊടുക്കാവുന്നതാണ

ചികിത്സാനീതിയുടെ നിയമാവലിയിൽ പറയുന്ന ഉദ്ദേശലക്ഷ്യങ്ങൾ ഇവയാണ്.

1. കേരളത്തിലെ ആരോഗ്യരംഗത്ത് രോഗികളുടെ അവകാശ സംരക്ഷണത്തിനായി പ്രവർത്തിക്കുക.
2. ആരോഗ്യരംഗത്ത് ചികിത്സകരും, മരുന്ന് വിതരണക്കാരും ആശുപത്രികളും രോഗികൾക്ക് നേരെ നടത്തുന്ന നിയമലംഘനങ്ങളെക്കുറിച്ച് രോഗികളുടേയും സാധാരണക്കാരുടെയും ഇടയിൽ പ്രചരണം നടത്തുക.
3. നിയമലംഘനം നടത്തുന്ന ആശുപത്രികൾ, ചികിത്സകർ, മരുന്നു നിർമ്മാണ വിതരണക്കാർ തുടങ്ങിയവർക്കിടയിൽ അവർ നടത്തുന്ന നിയമലംഘനങ്ങളെക്കുറിച്ചും അതിന്റെ ഭവിഷ്യത്തുകളെകുറിച്ചും വിവിധ മാർഗ്ഗങ്ങൾ ഉപയോഗിച്ച് പ്രചാരം നടത്തുക.
4. ഡോക്ടർമാർക്കും ആശുപത്രികൾക്കുമെതിരെ നിയമവിരുദ്ധമായി പ്രതികരിക്കുന്ന സംഭവങ്ങൾ ഉണ്ടാക്കുന്നത് ഒഴിവാക്കാൻ ലക്ഷ്യമാക്കുന്ന തരം പ്രചാരണം നടത്തുക.
5. ഡോക്ടർമാരും രോഗികളും തമ്മിലുള്ള ബന്ധം ആരോഗ്യകരമാക്കുന്നതിന് വേണ്ടിയുള്ള പ്രവർത്തനങ്ങൾ നടത്തുക.
6. ഇത്തരം പ്രചരണങ്ങൾക്കായി സാധാരണ രീതികളെ കൂടാതെ സാമൂഹ്യമാധ്യമങ്ങൾ പരമാവധി പ്രയോജനപ്പെടുത്തുക.
7. രോഗികളുടെ നേരെ നടത്തുന്ന നിയമലംഘനങ്ങൾ എന്ന് പ്രത്യക്ഷത്തിൽ തെളിയുന്ന സംഭവത്തിൽ സജീവമായി ഇടപെടുകയും ഇരകളാകന്ന രോഗികൾക്ക് പ്രതിരോധത്തിനാവശ്യമായ നിയമോപദേശവും മറ്റു മാർഗ്ഗനിർദ്ദേശങ്ങളും നൽകുകയും ചെയ്യുക.
8. ഇത്തരം എല്ലാ പ്രവർത്തനങ്ങളും വെബ് സൈറ്റിലൂടെ സുതാര്യമായി നിലനിർത്തുക മുഴുവൻ വരവുചിലവ് കണക്കുകളും വെബ്സൈറ്റിൽ ലഭ്യമാക്കുക.
9. സംസ്ഥാന ഉപഭോക്തൃ കോടതികളിലും മറ്റു കോടതികളിലും മേൽ ലക്ഷ്യങ്ങൾക്കായി ബന്ധപ്പെട്ടു പ്രവർത്തിക്കുക.
10. ചികിത്സാനീതി പ്രാവർത്തികമാക്കാൻ സഹായിക്കുന്ന ഒരു വിഭവകേന്ദ്രമായി ഈ സംരംഭത്തെ വളർത്തുക.

സംഭാവന: ₹ 20/..