



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ**

**ΤΟΜΕΑΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΣ
ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΙΑΣ ΚΑΙ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗΣ
ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ**

Η ΣΥΝΑΙΝΕΣΗ ΣΤΗΝ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑ ΚΑΙ ΑΠΟΡΡΕΟΥΣΕΣ ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΥΘΥΝΕΣ

ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ Γ. ΒΡΥΩΝΗ

Δικηγόρος - ΜΔΕ Ποινικού Δικαίου - Ποινικής Δικονομίας

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

ΙΩΑΝΝΙΝΑ 2012



**Η έγκριση της διδακτορικής διατριβής από την Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου
Ιωαννίνων, δεν υποδηλώνει αποδοχή των γνώμων του συγγραφέα.**

(Νόμος 5343/32, άρθρο 202)

Ημερομηνία αίτησης της κ Βρυώνη Αικατερίνης: 1-2-2008

Ημερομηνία ορισμού Τριμελούς Συμβουλευτικής Επιτροπής: 631^α/18-3-2008

Μέλη Τριμελούς Συμβουλευτικής Επιτροπής:

Επιβλέπων

Παπαδόπουλος Γεώργιος Καθηγητής Αναισθησιολογίας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

Μέλη

Βουγιουκλάκης Θεόδωρος Καθηγητής Ιατροδικαστικής –Τοξικολογίας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

Αρναούτογλου Ελένη Λέκτορας Αναισθησιολογίας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

Ημερομηνία ορισμού θέματος: 26-3-2008

«Η συναίνεση στην αναισθησία και οι απορρέουσες ιατρικές ευθύνες»

ΔΙΟΡΙΣΜΟΣ ΕΠΤΑΜΕΛΟΥΣ ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ : 731^α/6-3-2012

Αποστολάκης Ευστράτιος	Καθηγητής Καρδιοχειρουργικής, Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων
Βουγιουκλάκης Θεόδωρος	Καθηγητής Ιατροδικαστικής και Τοξικολογίας, Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων
Παπαδόπουλο Γεώργιος	Καθηγητής Αναισθησιολογίας, Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων
Αρναούτογλου Ελένη	Επίκουρη Καθηγήτρια Αναισθησιολογίας, Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων
Γκλαντζούνης Γεώργιος	Επίκουρος Καθηγητής Χειρουργικής –Μεταμοσχεύσεων, Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων
Χαρίσης Χαράλαμπος	Επίκουρος Καθηγητής Γενικής Χειρουργικής-Μεταμοσχεύσεων, Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων
Βλάχος Κωνσταντίνος	Λέκτορας Χειρουργικής, Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

Έγκριση Διδακτορικής Διατριβής με βαθμό «ΑΡΙΣΤΑ» στις 26-3-2012

ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΣΧΟΛΗΣ

Μαργαρίτα Τζαφλίδου

Καθηγήτρια Ιατρικής Φυσικής

Η Γραμματέας της Σχολής


ΜΑΡΙΑ ΚΑΠΙΤΟΠΟΥΛΟΥ

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

Πρόλογος.....	11
1.0. Εισαγωγή	15
1.1. Η σχέση ιατρού και ασθενούς διαμέσου των αιώνων	16
1.1.1. Το ιστορικό άλμα από την πληροφόρηση τους ασθενούς στην πληροφορημένη συναίνεση, όπως σκιαγραφείται σε δικαστικές αποφάσεις σταθμούς.....	18
1.1.2. Η νομιμοποίηση της ιατρικής παροχής.....	22
1.1.3. Η δίκη της Νυρεμβέργης	23
1.1.4. Η διακήρυξη της Γενεύης (1948)	24
1.1.5. Το ζήτημα της ιατρικής ευθύνης στην ελληνική δικαιοσύνη πραγματικότητα.....	24
1.1.6. Συγκριτική επισκόπηση	26
1.2. Η νομική φύση της ιατρικής σχέσεως.....	29
1.3. Το θεσμικό πλαίσιο της ιατρικής δεοντολογίας.....	30
1.4. Η πληροφορημένη συναίνεση σήμερα.....	22
1.4.1. Η υποχρέωση προς ενημέρωση (παροχή πληροφοριών)	22
1.4.2. Τα κριτήρια (ακολουθούμενα πρότυπα) της ενημέρωσης	34
1.4.3. Ο τύπος της ενημέρωσης	35
1.4.4. Σύγκρουση νομικών καθηκόντων	35
1.4.5. Παραίτηση από το δικαίωμα της ενημέρωσης.....	36
1.4.6. Η συναίνεση του ενημερωμένου ασθενούς και η φύση αυτής.....	39
1.4.7. Η συναίνεση του ανηλικού ασθενούς	42
1.5. Η υποχρέωση ενημέρωσης και λήψης συναινέσεως ιδίως επί των ιατροχειρουργικών επεμβάσεων	46
1.5.1. Το προεγχειρητικό στάδιο	47
1.5.2. Το διεγχειρητικό στάδιο.....	47
1.5.3. Τα κριτήρια της «εικαζόμενης συναίνεσης» και «νομικής συγκρούσεως καθηκόντων» ως ειδικότερων λόγων άρσεως του αδικού ...	48
1.5.4. Η ενημέρωση από τον αναισθησιολόγο	49
1.6. Πότε δεν απαιτείται η συναίνεση του ασθενούς.....	50
1.7. Έννομες συνέπειες αυτογνωμόνων ιατρικών πράξεων	53
1.8. Ειδικότερα ζητήματα	55

2.0. Σκοπός της έρευνας.....	65
3.0. Υλικό και μέθοδος της έρευνας	67
4.0. Στατιστική ανάλυση	71
5.0. Αποτελέσματα.....	73
6.0. Συζήτηση	83
7.0. Περίληψη	87
8.0 Summary	89
9.0 Βιβλιογραφία.....	91

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Γερμανικό Ομοσπονδιακό Ακυρωτικό Δικαστήριο (BGH) 4 StR 549/2006

«Ο κατηγορούμενος χειρουργός διατηρούσε ιατρείο στο οποίο από το 2001 πραγματοποιούσε επεμβάσεις αισθητικής φύσεως, ειδικευόμενος στην λιποαναρρόφηση. Σε μια τέτοια επέμβαση υπεβλήθη και ο παθών στα τέλη Απριλίου-αρχές Μαΐου 2002 στο ιατρείο του κατηγορουμένου με την παρουσία αναισθησιολόγου και μιας νοσοκόμας, προκειμένου να του αφαιρεθεί κοιλιακό λίπος. Η επέμβαση έγινε αρχικώς με τοπική και ακολούθως με ολική αναισθησία, ο δε ασθενής είχε ενημερωθεί για τους κινδύνους που εγκυμονούσε τόσο η λιποαναρρόφηση όσο και η διαδικασία ναρκώσεως\$ κατά την επέμβαση αυτή δεν παρουσιάσθηκε καμία επιπλοκή.

Στις 29.6.2002 πραγματοποιήθηκε και δεύτερη επέμβαση στον ίδιο ασθενή, προκειμένου να εξαφανισθούν οι ουλές που προκλήθηκαν από την πρώτη επέμβαση, αλλά επιπλέον και για να αφαιρεθεί νέα ποσότητα κοιλιακού λίπους. Τούτη την φορά η αναισθησία θα ήταν μόνο τοπική, νέα δε ενημέρωση του ασθενούς για τους κινδύνους της λιποαναρρόφησης δεν έλαβε χώρα, ούτε υπέγραψε ο ίδιος κάποια δήλωση ότι συναινεί στην όλη διαδικασία. Επειδή την ημέρα κατά την οποία είχε προγραμματισθεί η δεύτερη αυτή επέμβαση δεν υπήρχε διαθέσιμη νοσοκόμα, ο κατηγορούμενος παρακάλεσε έναν φοιτητή Χημείας που ήταν αδαής περί τα ιατρικά να του προσφέρει σχετική βοήθεια. Περί τις 10.30 ο κατηγορούμενος χορήγησε αρχικώς στον παθόντα ένα υπνωτικό και αργότερα δύο ακόμη φάρμακα, ένα αγχολυτικό και ένα οπιούχο αναλγητικό. Ταυτοχρόνως τοποθέτησε στον παθόντα πιεσόμετρο και μάσκα οξυγόνου και τον συνέδεσε με τον ηλεκτροκαρδιογράφο.

Κατά τις 12.00 ξεκίνησε η επέμβαση, για τους σκοπούς της οποίας ο κατηγορούμενος πρόεβη σε έγχυση 4 λίτρων προβλεπόμενου διαλύματος στην κοιλία του ασθενούς. Επειδή, όμως, ο τελευταίος παραπονέθηκε ότι πονάει, ο κατηγορούμενος του χορήγησε επιπλέον 7,5 mg αναλγητικού, οπότε ο ασθενής έπεσε σε ύπνο και άρχισε να ροχαλίζει. Τότε ο κατηγορούμενος ξεκίνησε την διαδικασία της λιποαναρρόφησης, χωρίς να έχει συνειδητοποιήσει ότι λόγω της συνδυασμένης χορήγησης των τριών φαρμάκων υπήρχε αυξημένος κίνδυνος να προκληθούν αναπνευστικά προβλήματα στον ασθενή και χωρίς μάλιστα να τον ανησυχήσει το γεγονός ότι ο παθών είχε πέσει σε βαθύ ύπνο, κάτι που αποτελούσε ένδειξη φαρμακευτικής υπερδοσολογίας. Το ότι το οξυγόνο είχε ελαττωθεί προέκυπτε από το θόλωμα της μάσκας οξυγόνου. Ο κατηγορούμενος, ο οποίος δεν μπόρεσε να αξιολογήσει το συγκεκριμένο γεγονός, όφειλε σ' εκείνο ακριβώς το χρονικό σημείο να διακόψει την επέμβαση και να λάβει τα κατάλληλα μέτρα. Πολύ καθυστερημένα, δηλαδή μόλις είκοσι λεπτά αργότερα, ο κατηγορούμενος αντελήφθη ότι κάτι δεν πάει καλά, οπότε αναγκάστηκε να σταματήσει την διαδικασία. Στην συνέχεια προσπάθησε να συνδέσει τον ασθενή με την συσκευή του οξυγόνου,

πλην όμως ματαιώς. Χωρίς να σκεφθεί εν τω μεταξύ να χορηγήσει κάποια φάρμακα για την ανάκτηση του οξυγόνου, κάλεσε ιατρική βοήθεια, όχι όμως εγκαίρως, καθώς δεν είχε πρόχειρο τον τηλεφωνικό αριθμό των πρώτων βοηθειών. Προτού φθάσει η ιατρική βοήθεια, ο ασθενής απεβίωσε συνεπεία υπερβολικής δόσης φαρμάκων. Μετά τον θάνατο του ασθενούς, ο κατηγορούμενος ζήτησε από την σύζυγό του να «πράξει όπως ο παθών» και να υπογράψει ένα έντυπο με το οποίο θα έδινε την συναίνεσή της στην επέμβαση.

Το δικαστήριο της ουσίας καταδίκασε τον κατηγορούμενο για ανθρωποκτονία εξ αμελείας σε ποινή στερητική της ελευθερίας δύο ετών και έξι μηνών. Αντιθέτως, δέχθηκε ότι ο κατηγορούμενος δεν τέλεσε θανατηφόρο σωματική βλάβη, διότι η υποθετική συναίνεση του παθόντος αποκλείει τον άδικο χαρακτήρα της διενέργειας της επεμβάσεως και, ως εκ τούτου, η υπερβολική δόση των χορηγηθέντων φαρμάκων αποδόθηκε σε αμέλεια του κατηγορουμένου.

Σκεπτικό

Η αίτηση αναιρέσεως που υπεβλήθη από την πολιτικώς ενάγουσα κρίνεται κατ' ουσίαν βάσιμη, διότι το δικαστήριο της ουσίας δέχθηκε ότι ο κατηγορούμενος δεν τέλεσε εκ προθέσεως σωματική βλάβη εις βάρος του ασθενούς και ότι, κατά συνέπεια, δεν θεμελιώνεται το έγκλημα της θανατηφόρου σωματικής βλάβης.

Η παραδοχή της προσβαλλομένης ότι ο άδικος χαρακτήρας της δεύτερης λιποαναρρόφησης που πραγματοποιήθηκε από τον κατηγορούμενο αποκλείεται λόγω της (υποθετικής) συναίνεσεως του παθόντος είναι εσφαλμένη.

Το δικαστήριο της ουσίας ορθώς μεν εκκίνησε από την θέση ότι οι ιατρικές επεμβάσεις θεραπευτικής φύσεως συνιστούν (εκ προθέσεως τελούμενες) πράξεις σωματικής βλάβης και κατά τούτο χρήζουν κατά βάση της συναίνεσεως του ασθενούς για να θεωρηθούν νόμιμες. Ωστόσο, η συναίνεση αυτή μπορεί να δοθεί με έγκυρο τρόπο, μόνο όταν ο ασθενής διαφωτίστηκε προσηκόντως σε ό,τι αφορά την επέμβαση, την ακολουθητέα πορεία της, τις πιθανότητες επιτυχούς εκβάσεως, τους κινδύνους και τις εναλλακτικές δυνατότητες θεραπευτικής αντιμετώπισης. Στην προκειμένη περίπτωση, αυτό δεν συνέβη.

Δεν είναι, πάντως, εσφαλμένη η θέση της προσβαλλομένης ότι ο άδικος χαρακτήρας της επεμβάσεως αποκλείεται και στην περίπτωση κατά την οποία υφίσταται μεν ένα έλλειμμα ως προς την διαφώτιση του ασθενούς –όπως συνέβη εδώ κατά την νέα επέμβαση–, αυτός όμως κρίνεται ότι θα είχε συναίνεσει στην εν τέλει διενεργηθείσα επέμβαση, αν είχε διαφωτισθεί επαρκώς.

Το δικαστήριο της ουσίας έκανε δεκτό ότι στην προκειμένη περίπτωση υφίστατο υποθετική συναίνεση του παθόντος στην σωματική βλάβη που θα προκαλείτο από την διενέργεια της

επεμβάσεως, με το σκεπτικό ότι ο κατηγορούμενος δεν ενημέρωσε μεν τον ασθενή του πριν από την επίμαχη επέμβαση, πλην όμως τον είχε διαφωτίσει σχετικά με «όλους τους κινδύνους που εγκυμονεί μια λιποαναρρόφηση» κι αυτός ήταν σύμφωνος με την πραγματοποίηση της επέμβασης, εξ αυτού δε του λόγου θα είχε δώσει την συναίνεσή του και στην διενέργεια της επεμβάσεως που ακολούθησε, ακόμη κι αν είχε μεσολαβήσει εκ νέου διαφώτισή του. Η αξιολόγηση αυτή παραγνωρίζει το γεγονός ότι η συναίνεση σε μια ιατρική επέμβαση θεραπευτικής φύσεως αφορά μόνο μια θεραπευτική αντιμετώπιση που λαμβάνει χώρα *lege artis*, δηλαδή σύμφωνα με τους κανόνες της ιατρικής επιστήμης. Σε ό,τι αφορά, όμως, την δεύτερη επέμβαση, αυτή –σε αντίθεση με την πρώτη, που είχε πραγματοποιηθεί στα τέλη Απριλίου-αρχές Μαΐου 2002– διεξήχθη κατά τρόπον που δεν ανταποκρινόταν στις απαιτήσεις της ιατρικής επιστήμης. Σύμφωνα με τα διαπιστωθέντα πραγματικά περιστατικά, πέραν του ότι, υπό τις δεδομένες συνθήκες, δεν επελέγη η ορθή μέθοδος ναρκώσεως του ασθενούς (του έγινε τοπική και όχι ολική αναισθησία), δεν διασφαλίστηκε η συνεχής μέσω μόνιτορ παρακολούθηση του ασθενούς κατά την διεξαγωγή της επεμβάσεως, αφού ο κατηγορούμενος χρησιμοποίησε ως βοηθητικό πρόσωπο έναν αδαή περί τα ιατρικά πράγματα φοιτητή και όχι μια εκπαιδευμένη νοσοκόμα\$ ενόψει δε της πλημμελούς προετοιμασίας του κατηγορουμένου ως προς την αντιμετώπιση κάποιας έκτακτης ανάγκης, το γεγονός αυτό συνιστούσε μια ιδιαίτερη επίταση των κινδύνων που εγκυμονούσε το συγκεκριμένο εγχείρημα.

Κατ' ακολουθίαν των ανωτέρω, το δικαστήριο της ουσίας όφειλε –στο πλαίσιο της κρίσης περί του αν υφίστατο εν προκειμένω (υποθετική) συναίνεση του ασθενούς– να μην λάβει υπόψιν του μόνο τις συνθήκες της πρώτης επεμβάσεως, η οποία διεξήχθη σύμφωνα με τους κανόνες της ιατρικής επιστήμης, αλλά επιπλέον να ερευνήσει και να συνεκτιμήσει το αν ο παθών θα είχε συναίνεσει στην δεύτερη επέμβαση εν γνώσει του ότι οι συνθήκες υπό τις οποίες θα διεξαγόταν θα εμφάνιζαν απόκλιση σε σχέση με εκείνες που επικράτησαν κατά την πρώτη επέμβαση. Η καταφατική απάντηση στο ερώτημα αυτό πρέπει να αποκλεισθεί, δεδομένου ότι εδώ δεν επρόκειτο για μια ιατρικώς ενδεδειγμένη επέμβαση με επείγοντα χαρακτήρα, αλλά για μια επέμβαση αισθητικής φύσεως, η οποία ως τέτοια πρέπει να πληροί όρους πολύ πιο επακριβούς διαφώτισης του ασθενούς.

Όταν, όμως, ελλείπει η (υποθετική) συναίνεση του ασθενούς, η χειρουργική επέμβαση του ιατρού συνιστά μια σωματική βλάβη που διατηρεί τον άδικο χαρακτήρα της. Η τοιαύτη, εκ προθέσεως τελεσθείσα πράξη του κατηγορουμένου θα μπορούσε να μην του καταλογισθεί, μόνο στην περίπτωση κατά την οποία αυτός θα εκκινούσε πεπλανημένως από την ύπαρξη γεγονότων που αποκλείουν το άδικο, τούτο ωστόσο δεν προκύπτει από τα μέχρι τούδε διαπιστωθέντα πραγματικά περιστατικά.»

Η δημοσιευόμενη αυτή απόφαση στα Ποινικά Χρονικά το 2008 σελ.470 από τον Π.Δ.Χριστόπουλο πραγματεύεται δύο ζητήματα που επανειλημμένως απασχολούν τη

νομολογία των δικαστηρίων: την ποινική αντιμετώπιση του ιατρικού σφάλματος και τις απορρέουσες συνέπειες της υπάρχουσας ή τυχόν ελλείπουσας συναίνεσης του ασθενούς στην αναισθησία και τις εν γένει ιατροχειρουργικές επεμβάσεις, αναδεικνύει δε εναργώς τη στενή σχέση που υφίσταται μεταξύ δύο επιστημών με διαφορετικό γνωστικό αντικείμενο, της Ιατρικής και του Δικαίου: Η σχέση αυτή εντοπίζεται στον άνθρωπο, ως κεντρικό σημείο αναφοράς και των δύο επιστημών, ως φορέα θεμελιωδών δικαιωμάτων και υποχρεώσεων.

Η συναίνεση του ασθενούς πριν από τη διενέργεια μιας ιατρικής πράξης αποτελεί καίριο ζήτημα του ιατρικού δικαίου. Ο Νέος Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας θεσπίζει λεπτομερείς ρυθμίσεις και να καλύψει νομοθετικά κενά του παρελθόντος, διευθετώντας με σαφή τρόπο, ανάμεσα σ' άλλα, και το θέμα της συναίνεσης. Ωστόσο, δε λείπουν ατέλειες στη διατύπωσή του, οι οποίες δυσχεραίνουν την εφαρμογή του καθώς και παραλείψεις, όπως η μη ρύθμιση της περίπτωσης λήψης συναίνεσης όταν ο ασθενής δεν έχει τις αισθήσεις του.

Οι διατάξεις του Νέου ΚΙΔ διαπνέονται από πνεύμα προστασίας των ατομικών ελευθεριών, σεβασμού της ανθρώπινης ζωής και εκφράζουν το αλληλεγγυητικό καθήκον του ιατρού. Επιπλέον, ισορροπούν μεταξύ του πατερναλιστικού μοντέλου, σύμφωνα με το οποίο ο ιατρός είναι κυρίαρχος στη σχέση του με τον ασθενή, ως αν πατέρας προς το παιδί του, και της θεμελιώδους αυτονομίας, δυνάμει της οποίας ο ασθενής διαμορφώνει τις αποφάσεις του κατά βούληση.

Στα κεφάλαια που ακολουθούν, μετά από μία σύντομη ιστορική αναδρομή στην εγκαθίδρυση της ιδιάζουσας φύσεως της ιατρικής σχέσεως, θα ασχοληθούμε με την συγκριτική επισκόπηση δικαίου, διερευνώντας τα ισχύοντα σε άλλες έννομες τάξεις, ενώ παράλληλα διερευνάται διεξοδικά το ειδικότερο ζήτημα της συναίνεσης του ασθενούς στην αναισθησία, καθώς τούτο, τελεί σε άμεση συνάφεια με το γενικότερο πρόβλημα της ιατρικής αμέλειας.

Ευχαριστώ θερμά τον καθηγητή της Αναισθησιολογίας κ. Γεώργιο Παπαδόπουλο που πρόθυμα δέχθηκε να αναλάβει την επίβλεψη της διδακτορικής αυτής διατριβής και που τόσο εύστοχα υποστήριξε την υποψηφιότητά μου ως νομικού για τη διεπιστημονική προσέγγιση του σημαντικού αυτού θέματος, καθώς επίσης και τα υπόλοιπα μέλη της τριμελούς επιτροπής και ειδικά τον καθηγητή της Ιατροδικαστικής κ. Θεόδωρο Βουγιουκλάκη για την συμβολή του στην ιατρονομική προσέγγιση του σημαντικού αυτού θέματος.

1.0 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η αρχή της προηγούμενης συναίνεσης κατόπιν ενημέρωσης του ασθενούς αναμφισβήτητα αξίζει μια ιδιαίτερη προσοχή. Και τούτο διότι, απευθυνόμενη στην νομιμοποίηση και συνακόλουθα την θεμιτή αποδοχή των ιατρικών πράξεων, μετουσιώνει εμπράκτως το δικαίωμα της αυτονομίας του ατόμου, ήτοι το δικαίωμα εκάστου να αποφασίζει μόνος του, όταν χρειάζεται να αναζητήσει μια ιατρική ή χειρουργική παροχή.(1 - 6) Η συναίνεση κατόπιν ενημέρωσης, αν και επηρέασε αντιφατικά την καθημερινή δραστηριότητα του ιατρού, τυγχάνει σήμερα ευρείας αποδοχής, κατακτώντας ακόμη μεγαλύτερη αξία στους ιατρονομικούς κύκλους.(1 - 5)

Η αξία αυτή δεν είναι παρά η κοινή διαπίστωση, ότι η θεσμική (νομική) ισχύς της αρχής της συναίνεσεως κατόπιν ενημέρωσης είναι απαραίτητη, *sine qua non* προϋπόθεση για την εφαρμογή της στην πράξη, όπου πλέον τυχόν πρακτικά προβλήματα, επιλύονται ιατρο- νομικώς βάσει της θεμελιώδους «*αρχής της εμπιστοσύνης*», που διαπνέει εν γένει τις σχέσεις μεταξύ ιατρού- ασθενούς, ως και το ίδιο το ρυθμιστικό πλαίσιο της σχέσης αυτής, το ιατρικό δίκαιο *lato sensu*. Προκύπτει λοιπόν το ερώτημα εάν, πρακτικά, ο ασθενής σε σύντομο χρονικό διάστημα, δύναται να αποκτήσει ένα ικανοποιητικό επίπεδο γνώσης, προκειμένου να είναι σε θέση να προσλαμβάνει πληροφορίες (πρωτίστως ιατρικές), να τις αναλύει, να τις επεξεργάζεται, και εν τέλει να αποφασίζει, συν-καθορίζοντας, συμβάλλοντας ο ίδιος στην ενδεδειγμένη θεραπεία (ή χειρουργική αντιμετώπισή) του.

Εντούτοις, η θεσμοθετημένη αυτή (και *de facto*, άλλωστε, προϋπάρχουσα) εμπιστοσύνη του ασθενούς, και η οποία συγκροτεί την βασική συνιστώσα της συναίνεσης, θέτει εν προκειμένω και ερωτήματα περί του τύπου της, γραπτού, προφορικού, ή αρκούσης ακόμη και μιας σιωπηρά συναγόμενης βουλήσεως συναίνεσεως. Κατά την κρατούσα, ωστόσο, άποψη, ορθότερον είναι η ύπαρξη της συναίνεσης να αποδεικνύεται τυπικώς, ήτοι δι' εγγράφου, ώστε η κατανομή δικαιωμάτων και υποχρεώσεων (αληθείας, τήρηση της εκ του νόμου απαιτούμενης επιμελείας, *de lege artis* διεξαγωγή του ιατρικού εγχειρήματος κ. ά.) μεταξύ των μερών της λεπτής τούτης ιατρικής σχέσης, να προσλαμβάνει επίσημο χαρακτήρα, αντικειμενικώς και αποδεικτικώς ελέγξιμο.

1.1. Η σχέση ιατρού και ασθενούς διαμέσου των αιώνων

Θέτοντας ως αφετηρία της έρευνάς μας τις απαρχές του ανθρώπινου πολιτισμού, εντείνοντας μάλιστα το ενδιαφέρον στην ιδιάζουσα εμπιστευτική σχέση που αναπτύσσεται μεταξύ ιατρού και ασθενούς, ο πρώτος «χάρτης» δικαιωμάτων του ασθενούς, μία πρώτη εθιμική καταγραφή αυτών, τοποθετείται χρονικά στον όρκο του Ιπποκράτη (460-370 πΧ). Σύμφωνα με αυτόν, *«όσα κατά τη διάρκεια της θεραπείας θα δω ή θα ακούσω ή, πέρα από τις ασχολίες μου στην καθημερινή ζωή, όσα δεν πρέπει ποτέ να κοινολογούμαι στους έξω, θα τα αποσιωπώ, θεωρώντας ότι αυτά είναι μυστικά»*.(7,8,9)

Από τη διαχρονική μελέτη των έργων του Ιπποκράτη προκύπτει ότι η σχέση μεταξύ των ιατρών και της εκάστοτε κρατούσας κοινωνίας, τελούσε σε συνάρτηση αφενός μεν του στόχου του ιατρικού λειτουργήματος αφετέρου δε των τεθέντων περιορισμών αυτού: *«Ο ιατρός πρέπει να τείνει προς δύο σκοπούς, να βοηθάει και να μην ζημιώνει»*. Πρέπει επίσης ν' αποφεύγει εκείνη την συμπεριφορά, που υπό την ισχύουσα σήμερα ορολογική προσέγγιση διατυπώνεται με την έκφραση *«θεραπευτική εμμονή»*: (9) *«Πρωτίστως, ορίζω εκείνο που θεωρώ τι πρόκειται να είναι η ιατρική:...ν' απελευθερώνω τους ασθενείς από τις ταλαιπωρίες, να περιορίζω την σφοδρότητα των νόσων και να μη θεραπεύω εκείνους που κυριεύονται από ανίατες ασθένειες, συνειδητοποιώντας έτσι ότι η ιατρική δεν είναι πια σε θέση να το πράξει»*.

Ο Ιπποκρατικός ιατρός αποτελεί έτσι μία μορφή που ανησυχεί πρωτίστως για την ταλαιπωρία του ασθενή, δεν παραλείπει ωστόσο να μεριμνήσει για τον εαυτόν του, θέτοντας την λεπτή εκείνη οριογραμμή, η προσπέλαση της οποίας θα συνιστούσε *in concreto* μια αθέμιτη, και κατά την κρατούσα κοινωνική ηθική, απαγορευμένη εμπλοκή στον θάνατο του ασθενούς. (9)

Στο έργο του Ιπποκράτη *“Προγνωστική”* υπενθυμίζεται επίσης: *“ θα προφυλαχθούμε από κάθε μομφή εάν θα προβλέψουμε και θα προμηνύσουμε εκείνους που μοιραία θα αποβιώσουν και αντίθετα εκείνους που θα θεραπευθούν”*. Στο ιστορικό αυτό κείμενο αυτό η έννοια της συναίνεσης και της αυτοδιάθεσης του ατόμου είναι ανύπαρκτη. Ωστόσο διαφαίνεται έντονα παρουσία μίας προφυλακτικής στάσης του ιατρού και προς τούτο, της προληπτικής ενημέρωσης. Αναδύεται έτσι η τάση περιθωριοποίησης του ασθενή και συντίθεται η αρχή του περιορισμού της ιατρικής πράξης.

Επιμένοντας στην Ιπποκρατική παράδοση, η σχέση μεταξύ ιατρού και ασθενή σταθεροποιήθηκε διαχρονικά, διαμορφώνοντας έτσι δύο αξιωματικά κριτήρια: (1 - 9)

- Αφενός διαπλάθεται η επαγγελματική υποχρέωση, με γνώμονα το καλό του ασθενούς.
- Σε δεύτερο δε επίπεδο, αναδύεται η υποχρέωση του τελευταίου να δεχθεί πλήρως τις αποφάσεις, τις επιλογές και το έργο του θεράποντος ιατρού, ενείδει ενός κυριαρχούντος, για τα πρότυπα της εποχής, πατερναλιστικού προτύπου.

Κατόπιν των ανωτέρω, και λαμβάνοντας υπ' όψιν τα δεδομένα της εποχής εκείνης, ο Ιπποκρατικός ιατρός όφειλε σε κάθε περίπτωση να σεβαστεί την αρχή της επαγγελματικής ευθύνης, ηθικά ισχυρής τόσο από θρησκευτικής όσον και από νομικής απόψεως, με αποτέλεσμα να ενεργεί, ασκώντας το λειτούργημά του, υπό καθεστώς σχετικής "αυθαιρεσίας".

Οι αντιλήψεις βεβαίως αυτές, συνδυαζόμενες με την μακρά πεποίθηση αλλά και βεβαιότητα ότι ο θεράπων ιατρός ενεργεί αποκλειστικά προς το συμφέρον του ασθενούς, διαδόθηκαν στην πάροδο του χρόνου, προσλαμβάνοντας τη μορφή μιας οιονεί εθιμικής-νομικής ασυλίας. Έτσι, η ιατρική σχέση, διαμορφώθηκε διαχρονικά επί τη βάση ενός πατερναλιστικού- μονοπωλιακού προτύπου, όπου ο ιατρός ασκούσε κυριαρχικά μεν, ανέλεγκτα δε, το λειτούργημά του. (10, 11) Την καθιερωμένη πλέον αντίληψη της ιερότητας του ιατρικού λειτουργήματος σεβάστηκε και ο χριστιανισμός, που ουσιαστικά δεν αλλοίωσε την ηθική χροιά του Ιπποκρατικού προστάγματος.

Η ανωτέρω περιγραφόμενη θρησκευτική- ιδεολογική προσέγγιση δεν ήταν προνόμιο μόνο για τον λαό, αλλά και για τον χριστιανό ιατρό, που την έθετε ως αποστολή, ως ιερατικό λειτούργημα. Συνεπώς, επιφορτισμένος με την εξουσία που απέρρεε από την επαγγελματική του θέση και το ανατεθειμένο εις αυτόν έργο, θεωρούσε επιβεβλημένη υποχρέωση να αποφασίζει και να επιλέγει μονοπωλιακώς γι' τον ασθενή του. (1 - 10)

Κατά την μεσαιωνική περίοδο, η χριστιανική ιατρική διαμορφώθηκε και διαπλάσθηκε πρωτίστως σε πανεπιστημιακές σχολές εμφορούμενες από ένα έντονο θρησκευτικό-θεολογικό υπόβαθρο. Η υγεία και συγχρόνως η ιατρική, αποτελούσαν κατά τη συλλογική αντίληψη «θεία δώρα», οι δε ιατροί επιστήμονες αποκρυσταλλώνουν πλέον την ιδιότητά τους, ως φορείς του «αγαθού της θεραπείας» του ασθενούς. (9, 12)

Η ανωτέρω έντονη πατερναλιστική συμπεριφορά, η οποία αποτέλεσε προϊόν όχι μόνον ιστορικής συγκυρίας, αλλά πρωτίστως δικαιοπολιτικών επιλογών της εποχής, καθίστατο πολύ περισσότερο αισθητή, όταν ο ασθενής εκουσίως δεν συμμορφωνόταν ή απέρριπτε την επιβαλλόμενη θεραπεία, οπότε πλέον ο ιατρός διέθετε την ευχέρεια να τον περιθάλπει ακόμη και ενάντια στην βούλησή του. (Ακόμη και εφαρμόζοντας σωματική

δύναμη, επειδή ήταν επιτρεπτό να επεμβαίνει.) Και τούτο, διότι ο ασθενής μη κατέχοντας τις γνώσεις, αλλ' ούτε και την εξουσία να αντιτίθεται στις αποφάσεις του ιατρού, αποτελούσε κατά κυριολεξίαν το «ασθενές» μέρος της υφισταμένης σχέσεως, στερούμενο την οιαδήποτε δυνατότητα πρωτοβουλίας ή εκούσιας απόφασης. Ο ιατρός, αντίθετα, αντλώντας ισχύ από την γνώση της επιστήμης, είχε τη δυνατότητα να κρίνει κυριαρχικώς και μονομερώς «τι εστί καλό γι' αυτόν». Δηλαδή, σύμφωνα με την επιστήμη και την συνείδηση, ο ιατρός ως εύσπλαχνος πατέρας, πιστός στον πατερναλιστικό ρόλο του, και επικαλούμενος την θεμελιακή αρχή του συμφέροντος του ασθενούς, κατείχε την πλήρη εξουσία να αντιπαράτιθεται με τον ασθενή, να αθετεί τις προσδοκίες του, να επιλέγει δι' ονόματος αυτού, εν τέλει δε να τον καταλείπει δίχως οποιαδήποτε μορφή αυτονομίας-αυτοδιαθέσεως. Ο πατερναλιστικός ιατρός, παρ' όλο προσεκτικός και ευσυνείδητος, δεν ενημερώνει τον ασθενή και τους οικείους του, καθώς τούτο, εθμικά, δε διαλαμβάνεται στις υποχρεώσεις του.

Καθίσταται ήδη σαφές εκ των ανωτέρω ότι, στη χρονική αυτή περίοδο μελέτης, η συναίνεση στην ιατρική παροχή αποτελούσε κατ' ουσίαν έννοια άγνωστη, νομικώς ανύπαρκτη, εν μέρει δε και αντιτιθέμενη στη μονομερώς διαμορφωμένη ιατρική σχέση της εποχής. (9): Επρόκειτο ουσιαστικά για μια δυνατή σχέση εμπιστοσύνης, προσανατολισμένη στην, από χιλιετίας καθιερωμένη, εθμική ψυχολογική υπόταξη του ασθενή. Ο τελευταίος, συμπεριφερόταν πάντοτε με ευγνωμοσύνη, αποζητώντας την ιατρική φροντίδα, πλην όμως ουδέποτε απαιτούσε οποιαδήποτε αποσαφήνιση για την ενδεδειγμένη θεραπεία. Ο δε ιατρός, απέφευγε να τον ενημερώνει, όπως και τους οικείους του. (1, 2, 4)

1.1.1. Το ιστορικό άλμα από την πληροφόρηση τους ασθενούς στην πληροφορημένη συναίνεση, όπως σκιαγραφείται σε δικαστικές αποφάσεις- σταθμούς

Η αρχή της αυτονομίας και της αυτοδιαθέσεως, ως συγκλίνουσες και επί μέρους εκφάνσεις της γενικότερης ελευθερίας του ατόμου, φαίνονται να αναδύονται στην πολιτική φιλοσοφία του δέκατου εβδόμου αιώνα στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής, οι οποίες υιοθετούν νόμους της Αγγλίας στην επικράτειά τους.(9) Οι νόμοι αυτοί, τιθέμενοι σε εφαρμογή περί τον δέκατο όγδοο αιώνα, αφορούσαν πρωτίστως προβληματισμούς σχετικούς με το δικαίωμα αυτοδιάθεσης, περιοριζόταν όμως μόνο στο δικαίωμα του ασθενή να συγκατατίθεται στην ιατρική διαδικασία. (8,10) Εν συνεχεία,

ακολουθεί μια σειρά σημαντικών υποθέσεων στα νομικά χρονικά των Ηνωμένων Πολιτειών, κατόπιν μηνύσεων ασθενών κατά των θεραπόντων ιατρών, κυρίως λόγω της ελλιπούς ενημέρωσης που τους παρασχέθηκε, μέχρις ότου καταλήξουμε, στο εικοστό αιώνα, στην αρχή της “συναίνεσης κατόπιν ενημέρωσης”, η οποία, ως γνωρίζουμε, προϋποθέτει και ενσωματώνει όχι μόνον το θεμελιακό ατομικό δικαίωμα της αυτοδιαθέσεως, ως ειδικότερο δικαίωμα εκάστου στην προσωπικότητα, αλλά και το αναφαίρετο δικαίωμα της ενημέρωσης.

Όσον αφορά ειδικότερα στο αναγκαίο προσπατιούμεο της συναίνεσης, τα Ανώτερα Αμερικάνικα Δικαστήρια του 1800, θεωρούν ως “ιστορικό προηγούμεο” την περίπτωση *Slater*, ο οποίος κατήγγειλε τους ιατρούς Baker και Stapleton, ότι, κατά την επανεξέτασή του, ακουσίως προέβησαν σε χειρισμούς διόρθωσης κατάγματος με ψευδάρθρωση, δίχως δηλαδή την συναίνεσή του. Οι ως άνω κατηγορηθέντες ιατροί εν τέλει καταδικάστηκαν, και τούτο διότι η ιατρική απόφαση να εφαρμόσουν διορθωτικό μηχανισμό με κάταγμα στον υπό κρίση ασθενή υλοποιήθηκε χωρίς την έγκριση και την συγκατάθεσή του. Οι δικαστές της ουσίας, αιτιολογώντας την περί ενοχής απόφαση τους, αξιολόγησαν ότι η συμπεριφορά των ιατρών αντιτίθετο προς τους κανόνες της ιατρικής επιστήμης, με το σκεπτικό ότι ο ασθενής έπρεπε προηγουμένως και κατ’ ορθό τρόπο να ενημερωθεί για όλες τις επεμβάσεις στις οποίες έμελλε να υποβληθεί, ούτως ώστε να αποφασίσει ενσυνειδήτως για την νέα επέμβαση. (13)

Εξάλλου, το νομικό εκείνο στίγμα, στο οποίο, ως αφετηριακό γεγονός, ανακλύπει για πρώτη φορά η στενή σχέση αλληλεξάρτησης μεταξύ συναίνεσης και ενημέρωσης, δεν αποτελεί παρά η υπόθεση *Carpenter (1870)*, αναφορικά με την δόλια επαγγελματική συμπεριφορά. (9) Στην υπό κρίση υπόθεση, ο ιατρός Blaker αντιμετώπισε μία εξάρθρωση αγκώνα με μία νέα μέθοδο, στην οποία αργότερα, οι δικαστές εντόπισαν κατ’ ουσίαν την αποτυχία του εγχειρήματος, ενώ περαιτέρω, εκρίθη ότι προσέφερε στον ασθενή εσφαλμένες και παραπλανητικές πληροφορίες. Πράγματι, κατά τη διάρκεια της ακροαματικής διαδικασίας αποδείχθηκε ότι ο ιατρός δεν ενημέρωσε κατάλληλα τον ασθενή για τις προφυλάξεις που όφειλε να εφαρμόσει, ενώ περαιτέρω, παρέλειψε να δώσει τις δέουσες οδηγίες και για την πρόληψη και φροντίδα τους ασθενούς. Κατά τις παραδοχές μάλιστα του Δικαστηρίου, η συγκατάθεση του ασθενούς εκμαιεύθηκε κατ’ έμμεσο τρόπο, ήτοι με την απατηλή παράσταση ψευδών, αλόγιστων και υπερεκτιμημένων εγγυήσεων περί της βεβαίας και καλής έκβασης της νόσου, με συνέπεια την δικανική απόδειξη της συμμετοχής του ιατρού στην απόσπαση μίας πεπλανημένης συναίνεσεως.

Ανεξαρτήτως όμως των κατ' ιδίαν περιστατικών της ανωτέρω υποθέσεως, σημαντικές εν προκειμένω είναι και οι παραδοχές εκείνες του Δικαστηρίου, οι οποίες άπτονται αμέσως της προκείμενης ιατρικής δεοντολογίας, δοθέντος ότι αιτιολογημένως κρίθηκε η υποχρέωση του ιατρού για πλήρη και ενδελεχή ενημέρωση, ήτοι και για τις ενδεχόμενες παρενέργειες της αγωγής, τις απαραίτητες ενέργειες που θα οδηγούσαν στην ανάνηψη του ασθενή, καθώς και για τις πιθανές επιλοκές, ώστε ο ασθενής να δύναται αυτοβούλως και συνειδητώς να καταλήξει σε ίδια απόφαση αναφορικά με την προτεινόμενη θεραπεία: Η νομική τούτη συμβολή της υποθέσεως Carpenter στην κατοχύρωση των δικαιωμάτων του ασθενούς, συνίσταται ακριβώς στο ότι θέτει για πρώτη φορά στα νομικά χρονικά την αναγκαία αιτιακή σχέση μεταξύ **συναίνεσεως και ενημέρωσης του ασθενούς**: Πράγματι, ακρογωνιαίος λίθος αλλά και λογικό προαπαιτούμενο για την ύπαρξη εγκύρου συναίνεσεως, δεν είναι παρά η πλήρης, σαφής και αληθής ενημέρωση του ασθενούς.

Οι ανωτέρω σημαντικές αντιλήψεις επανεξετάστηκαν και αποτέλεσαν αντικείμενο μελέτης, θεωρητικών και δικαστικών αμφισβητήσεων επί σειρά αιώνων, ακόμη δε και σήμερα κατέχουν εξέχουσα θέση, κυρίως λόγω των επιστημονικών αλλά και νομικών πτυχών που ανακόπτουν. (9)

Η υπόθεση Mohr: (9) Στην δίκη αυτή (1905), τα περιστατικά που τέθηκαν υπόψιν του Δικαστηρίου είχαν εν συντομία ως εξής: Ο κατηγορούμενος ιατρός Williams έλαβε μεν την συγκατάθεση της ασθενούς, πάσχουσας από χρόνια ωτίτιδα, προκειμένου να επιχειρήσει επέμβαση στο δεξι αυτί της. Μετά την επέμβαση ωστόσο, ο υπό κρίση χειρουργός θεώρησε ιατρικώς απαραίτητο να προβεί και σε μία δεύτερη επέμβαση, αυτή τη φορά, στο αριστερό αυτί της ασθενούς, χωρίς αυτή να έχει προηγουμένως ενημερωθεί. Η ασθενής εγκάλυψε τον ιατρό σε δίκη για σωματική βλάβη εις βάρος της, εξαιτίας όχι μόνο του αρνητικού αποτελέσματος αμφοτέρων των επεμβάσεων, αλλά πρωτίστως διότι δεν είχε προηγουμένως συγκατατεθεί στις ανωτέρω εγχειρίσεις. Ο κατηγορούμενος ιατρός καταδικάσθηκε, μεταξύ των παραδοχών δε του Δικαστηρίου, διαλαμβάνεται η εξής σημαντική αιτιολογία: *“Το πρώτο και ανώτατο δικαίωμα κάθε ελεύθερου πολίτη, θεμέλιο όλων των άλλων, αποτελεί το δικαίωμα της ακεραιότητας του ατόμου, καθολικά αναγνωρισμένο. Αυτό το δικαίωμα αυστηρά απαγορεύει στον ιατρό και στο χειρουργό όσο έμπειρος και λαμπρός να είναι, να παραβιάζει, με την θέλησή του, την φυσική ακεραιότητα του ασθενή του, με μία διαφορετική επέμβαση, χωρίς την προϋπάρχουσα συναίνεσή του”*. Οι δικαστές, μεταξύ άλλων, έκριναν ότι μία έγκυρη συναίνεση προαπαιτεί μία αξιόπιστη και ορθή ενημέρωση του ασθενούς. Στην

συγκεκριμένη περίπτωση, ο ιατρός δεν ενημέρωσε τον ασθενή για τους εγκυμονούντες κινδύνους, ούτε είχε λάβει έγκριση για τη δεύτερη χειρουργική επέμβαση. Το γεγονός ότι η κυρία Mohr εμπιστεύθηκε τις ειδικευμένες ικανότητες του ιατρού, ουδόλως συνήγαγε ή τεκμηρίωσε μία a priori (και εικαζόμενη εν προκειμένω) συναίνεση για μία νέα χειρουργική επέμβαση, η δε τελευταία προϋποθέτει, αυτή καθ' εαυτή, μία περαιτέρω ρητή, σαφή και αν μη τι άλλο, ειδική προς τούτο συγκατάθεση.

Ας σημειωθεί ωστόσο, ότι, στην υπό κρίση δικαστική απόφαση, υπογραμμίζεται γενικώς “ το δικαίωμα του ατόμου ” επί της ακεραιότητας αυτού, δίχως να αποσαφηνίζονται περαιτέρω οι ειδικότερες εκφάνσεις της ατομικής τούτης ελευθερίας, ή το θεμελιακό δικαίωμα της αυτοδιαθέσεως του ατόμου. (9)

Οι αρχές του 1900 χαρακτηρίζονται από σπουδαιές νομικές αποφάσεις που ενισχύουν και καθιερώνουν πλέον σαφέστερα τα βασικά κριτήρια της συναίνεσης.

Η υπόθεση Schoendorff: (15,16) Στη δίκη Schoendorff vs Society of New York Hospital (1914), ο ασθενής σε προγραμματισμένη εξέταση υπό αναισθησία στην κοιλιακή χώρα, εξέφρασε την έκδηλη απαίτηση να μην υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση. Ο χειρουργός αντίθετα, υπολαμβάνοντας ότι πράττει για το καλό του ασθενή, αφαίρεσε τελικά ένα πολύποδα. Ο αξιόλογος νομικός και δικαστής Beniamino Cardozo στο δικαστήριο της Νέας Υόρκης, κλήθηκε να αποφανθεί γι' αυτή την υπόθεση, η οποία αποτέλεσε σημείο αναφοράς για τις όποιες μέλλουσες δικαστικές- ιατρικές υποθέσεις: δηλαδή, να αποφανθεί, οριοθετώντας το δικαίωμα της **αυτοδιαθέσεως του ατόμου** (self-determination). Ο δικαστής Cardozo, κατά την αιτιολογία της κρίσης του, υπογράμμισε τα εξής: «*Κάθε ενήλικας και ικανός άνθρωπος κατέχει το δικαίωμα να προσδιορίζει τι οφείλει να υποστεί το σώμα του. Ένας χειρουργός που εκτελεί μια επέμβαση χωρίς την συναίνεση του ασθενή διαπράττει μία προσωπική βία, για την οποία θα λογοδοτήσει για τις ζημιές που προκάλεσε*».

Με αυτήν την ξεκάθαρη, διαυγέστατη και συνοπτική διατύπωση, η οποία τυγχάνει καθολικής πλέον επιστημονικής αλλά και νομολογιακής αποδοχής, επιβεβαιώνεται ρητά η συνταγματική αρχή ότι ο ασθενής, ως κάθε ανθρώπινη προσωπικότητα, απολαμβάνει εκ της πολιτείας το αναφαίρετο, αναπαλλοτρίωτο δικαίωμα να υπερασπίσει και να διαφυλάξει την ακεραιότητα της προσωπικότητάς του, επιλέγοντας την κατάλληλη χειρουργική επέμβαση. Η παραβίαση αυτού του δικαιώματος αποτελεί ενάσκηση αυθαίρετης βίας στον ασθενή, ανεξαρτήτως της θετικής ή μη εκβάσεως του ιατρικού εγχειρήματος. (2)

1.1.2. Η νομιμοποίηση της ιατρικής παροχής

Το ζήτημα της νομιμοποίησης των ιατρικών παροχών, ήτοι της θεσμοθέτησης συγκεκριμένου κανονιστικού πλαισίου, το οποίο να αποτυπώνει ρητώς και να οριοθετεί σαφώς την ιατρική δραστηριότητα επί τη βάση συγκεκριμένων κανόνων δικαίου, ανακύπτει το πρώτον στα τέλη 19^{ου} αιώνα και δη στην Γερμανία. (9) Πράγματι, το 1891, για πρώτη φορά δημοσιεύεται εγκύκλιος του Πρωσικού Υπουργείου Εσωτερικών, η οποία απαγόρευε την πειραματική θεραπεία της φυματίωσης με την φυματίνη επί φυλακισμένων προσώπων και ενάντια στην βούλησή τους, δίχως μάλιστα να έχει ληφθεί η σχετική άδεια και συγκατάθεσή τους. (9)

Με την έναρξη του νέου αιώνα, περί το 1900, η εξέλιξη που γνώρισε η Ιατρική Επιστήμη, και η οποία αναμφίβολα ήταν απόρροια των πρώτων τεχνολογικών καινοτομιών, η εγκαθίδρυση της ηθικής καθώς και η διάγνωση της αδήριτης νομικής ανάγκης να ρυθμίζονται θεσμικώς οι σχέσεις μεταξύ ιατρού και ασθενούς, οδήγησαν τις γερμανικές αρχές, και συγκεκριμένα το Γερμανικό Υπουργείο των “Θρησκευτικών Υποθέσεων, της Εκπαίδευσης και των Ιατρών” να εκδώσει μία εγκύκλιο, σύμφωνα με την οποία οι επεμβάσεις απαγορεύονταν, σε κάθε περίπτωση που το άτομο δεν είχε δώσει μία “μη διαφορούμενη συναίνεση”, κατόπιν επεξήγησης των πιθανής αρνητικής εκβάσεως της ιατρικής αγωγής.

Το 1931, μία νεότερη εγκύκλιος του Γερμανικού Υπουργείου Εσωτερικών αποσαφήνιζε ότι «*νέες θεραπείες*» θα μπορούσαν να διεξαχθούν μόνον υπό τον όρο της συναίνεσης των ασθενών, ενώ περαιτέρω, έθετε κατευθυντήριες γραμμές σε σχέση με τις νεοπαγείς θεραπείες και τα πειράματα στον άνθρωπο.(9)

Τα ανωτέρω κανονιστικά κείμενα που αποτυπώνουν κατ’ ουσίαν τις νεότερες αντιλήψεις περί του θεσμικού πλαισίου δραστηριότητας των ιατρών, με κεντρικό σημείο αναφοράς τα θεμελιώδη δικαιώματα του ατόμου, και κατ’ επέκτασιν του ασθενούς, αξίζουν να θεωρηθούν τόσο ως επιστημονικοί όσο και ως ευρύτεροι κοινωνικο-πολιτισμικοί σταθμοί στην ανθρώπινη ιστορία, νοούμενης δε αυτής ως μίας ανελλιπούς προσπάθειας κατοχύρωσης των ανθρωπίνων ελευθεριών, διαμέσου των αιώνων. Πρόκειται πράγματι για κατακτήσεις του Ευρωπαϊκού πολιτισμού, αν και, *ex post* θεωρούμενες, υπέστησαν μία βίαιη περιστολή, κάτω από το φως συγκεκριμένων πολιτικών και ιστορικών συγκυριών επί παγκοσμίου πολέμου. [Σημειώνεται δε, ότι τα στοιχεία αυτά δεν έχει καταστεί δυνατόν να εντοπισθούν ως βιβλιογραφικές αναφορές στην Αγγλοσαξονική βιβλιογραφία της εποχής.]

1.1.3. Η δίκη της Νυρεμβέργης (9, 12, 16, 17)

Περί το έτος 1947 καταγράφεται μία περαιτέρω σπουδαία επιστημονική στροφή, η υλοποίηση της οποίας οδήγησε στην δικαϊκή κατάσταση του “Κώδικα της Νυρεμβέργης”. Ο “Κώδικας της Νυρεμβέργης” αντιπροσωπεύει σε διεθνές επίπεδο την πρώτη θεσμοθέτηση και κωδικοποίηση των όρων και προϋποθέσεων της συνειδητής (‘θεληματικής’) συναινέσεως, άπτεται δε και των εριζόμενων θεμάτων του επιτρεπτού ή μη πειραματισμού επί ανθρωπίνου πλάσματος – τακτικές που, λυπηρό είναι να αναφερθεί, έλαβαν χώρα χάριν στρατιωτικών και ευγονικών επιδιώξεων του ναζιστικού καθεστώτος.

Η δίκη κατά των ναζιστών ιατρών ενώπιον του Στρατιωτικού Δικαστηρίου, είχε ως έναρξη την 19η Δεκεμβρίου 1946 στη Νυρεμβέργη.(2) Σε αντίθεση με τις άλλες στρατιωτικές δίκες κατά των εγκληματιών πολέμου, που διεξήχθησαν στις τέσσερις νικήτριες Χώρες, το υπό κρίση δικαστήριο συγκροτήθηκε από Αμερικανούς δικαστές. Στην τελική τους απόφαση, (Οκτώβρης του 1947), οι μετέχοντες δικαστές συνέταξαν ένα κείμενο, γνωστό ως «Κώδικας της Νυρεμβέργης», και στο οποίο διαλαμβάνονται τα ουσιαστικά και θεμελιώδη κριτήρια που οφείλουν να εμπνέουν και να κατευθύνουν τα κλινικά πειράματα, ηθικώς αποδεκτά για την ανθρωπότητα και για τους ασθενείς.

Πράγματι, στο πρώτο σημείο του Κώδικα Νυρεμβέργης επισημαίνονται τα εξής:

“Η θεληματική συναίνεση του υποκειμένου είναι απολύτως σημαντική. Αυτό σημαίνει ότι το συγκεκριμένο άτομο οφείλει να κατέχει νομική ικανότητα να δίνει την συγκατάθεσή του (συναίνεση) και να είναι σε θέση να εξασκεί την ελεύθερη βούληση χωρίς την καταναγκαστική, απατηλή επέμβαση ή άλλες βίαιες και καταπιεστικές μορφές. Ακόμη, οφείλει ν’ αποκτήσει μία ελάχιστη γνώση και κατανόηση των στοιχείων της κατάστασης στην οποία ενεργεί και εμπλέκεται, ώστε να καταλήξει σε μία εδυσνεϊδήτη και φωτισμένη απόφαση.

Αυτή η τελευταία συνθήκη προϋποθέτει ότι, πριν λάβει ο ιατρός την συναίνεση του ατόμου, θα πρέπει να το ενημερώσει για την φύση, την διάρκεια, τον σκοπό του πειράματος και τη μέθοδο με την οποία θα διεξαχθεί. Επιπλέον, οφείλει να αναφέρει και να λάβει υπόψη του όλες εκείνες τις επιπλοκές και τους κινδύνους που ενδεχομένως μπορούν να προκύψουν στην υγεία του ατόμου, μετά την υποβολή του στο πείραμα.”

Οι δικαστές της Νυρεμβέργης, πράγματι, διέθεταν μία διαυγέστατη και ορθή αντίληψη της ιατρικής έρευνας και τεχνολογίας: Όντως, η επιστήμη δεν δύναται να χρησιμοποιήσει και να μετατρέψει το ανθρώπινο ον σε μέσο (ήτοι, αντικείμενο) προς επίτευξη επιστημονικών επιδιώξεων. Είναι πρόδηλο ότι, η ανωτέρω δικαστική κρίση, θεμελιώδης ως προς το δικαιοκρατικό και ανθρωπιστικό της υπόβαθρο, δεν απευθύνεται

μόνο στις ωμότητες του παρελθόντος, αλλά πρωτίστως έθεσε τις βάσεις των αναπόφευκτων προβληματισμών που έμελλε να ανακύψουν στο μέλλον.

Δίχως αμφιβολία, οι λανθάνουσες νομικές αλλά και ηθικές βάσεις του ανωτέρω κειμένου, που συντάχθηκε πριν από εξήντα χρόνια, αποτελούν έναν σημαντικό ιστορικό σταθμό, την πολιτισμική εκείνη αφετηρία για την οριοθέτηση μιας ορθής σχέσης ιατρού και ανθρώπου, υγιή ή ασθενή. (9)

1.1.4 Η διακήρυξη της Γενεύης (1948)

Με τη Διακήρυξη της Γενεύης κατοχυρώνεται πλέον ρητώς η υποχρέωση ιατρικής παροχής, ήτοι η υποχρέωση που υπέχει ο ιατρός να παρέχει τις υπηρεσίες του στους ασθενείς ανεξαρτήτως φύλου, εθνικότητας, κοινωνικής ή πολιτικής θέσης, φυλής, ασθένειας, ισότιμα να σέβεται τα μυστικά του ασθενή και να διαφυλάσσει όσα του έχει εκμυστηρευτεί, ακόμα και μετά το θάνατό του (Declaration of Geneva, 1948).(19)

Περί του σεβασμού των απορρήτων στοιχείων του ασθενή, αλλά και των κατ'ιδίαν δικαιωμάτων των ασθενών στην ενημέρωση, την ανθρώπινη ζωή και αξιοπρέπεια, γίνεται λόγος στο Διεθνή Κώδικα Ιατρικής Ηθικής, ένα χρόνο αργότερα.

Οι ιστορικοπολιτικές και κοινωνικές διεργασίες της μεταπολεμικής περιόδου είχαν ως πρώτο αποτέλεσμα, κατά το έτος 1973, την ψήφιση από την Αμερικανική Νοσοκομειακή Ένωση των ΗΠΑ, του «Κώδικα Δικαιωμάτων του Ασθενούς». Ενώ, σε ευρωπαϊκό επίπεδο, πρώτη η Γαλλία, κατ'έτος 1974, προβαίνει στη θεσμοθέτηση των δικαϊκού πλαισίου ιατρικής αρωγής, με το «Χάρτη Δικαιωμάτων και Υποχρεώσεων των Ασθενών».

Ακολούθως, την ίδια περίοδο, η Νοσοκομειακή Επιτροπή των Ευρωπαϊκών κοινοτήτων ψήφισε τον «Ευρωπαϊκό Χάρτη για τα Δικαιώματα των Ασθενών», ενώ τέλος, το 1981 δημοσιοποιείται η Διακήρυξη της Λισσαβόνας, περί της οποίας γίνεται λόγος κατωτέρω.

1.1.5 Το ζήτημα της ιατρικής ευθύνης στην ελληνική δικαιοπραγματοτικότητα

Το ζήτημα της ιατρικής ευθύνης ανακινήθηκε για πρώτη φορά στην Ελλάδα το έτος 1902, όταν ο Άρειος Πάγος κλήθηκε να εξετάσει τους λόγους αναιρέσεως κατά του υπ' αριθμ. 404/1902 βουλευματος του Συμβουλίου Εφετών Αθηνών, που επικύρωσε το υπ' αριθμ. 1091/1902 βούλευμα του Συμβουλίου Πλημμελειοδικών Αθηνών. [19] Στην

υπόθεση αυτή ο ιατρός κατηγορείτο για ανθρωποκτονία εξ αμελείας και συγκεκριμένα διότι διέκοψε, γιατί δεν του προσφέρθηκε η νόμιμη αμοιβή, τη θεραπεία του παιδιού, που έπασχε από διφθερίτιδα, με αποτέλεσμα «από παράλειψη της εφαρμογής των υπό της επιστήμης επιβαλλόμενων μέτρων» να επέλθει ο θάνατος του ασθενούς.

Ο πρώτος των λόγων αναιρέσεως που προβλήθηκαν ενώπιον του Ακυρωτικού συνίστατο στο ότι: « [...] δεν δύναται να το δικαστήριον να βελτιώσει τα σφάλματα του ιατρού κατά την εξάσκησιν του έργου του [...] δια τα σφάλματα αυτά δεν υπέχει ευθύνην πολιτικήν ή ποινικήν ενώπιον του δικαστηρίου [...] Γεγονότα απολύτως αβέβαια και ανεπίδεκτα εκτιμήσεως δεν δύνανται να κατασταθώσιν αιτία ευθύνης των ιατρών. Τίνες θα δικάσωσι περί ιατρικών προβλημάτων; Οι δικασταί; Αλλ' ούτοι δεν είναι συνωκειωμένοι μετά της ύλης ταύτης και κινδυνεύει να μετασχηματισθεί το δικαστήριον εις Ιατρικήν Ακαδημίαν. Εάν εσκόπει ο νομοθέτης να τιμωρήση τους ιατρούς ήθελεν ειδικώς διαλάβει περί τούτων [...]»

Στον ως άνω λόγο αναιρέσεως ο Εισαγγελέας του Αρείου Πάγου Δ. Τσιβανόπουλος απήντησε μεταξύ άλλων ως εξής: «Εις τον λόγον τούτον απαντώ ότι, μη υπάρχοντος ειδικού νόμου, η αρχή της ποινικής ευθύνης καθιερούται εν τω άρθρω 300 του Ποινικού Νόμου, έχοντος ως εξής 'Όστις αποκτείνει εξ αμελείας, απροσεξίας, απερισκεψίας ή ανεπιτηδειότητος τιμωρείται ...' Η δε πολιτική ευθύνη ορίζεται υπό του Πολιτικού Νόμου... Η διάταξις περί ευθύνης είναι απόλυτος και γενική και διέπει όλας τας κοινωνικάς σχέσεις. Δεν υπάρχει επέγγελμα, από του ταπεινότερου μέχρι του ευγενέστερου, βιομηχανίας ή ελεύθερον, δεν υπάρχει τέχνη υπέρ της οποίας να δύναται τις να επικαλεσθεί το ανεύθυνον δια τα αδικήματα ή τα οιονεί αδικήματα, τα οποία εν αυτή δύνανται να διαπραχθώσι. Τα κείμενα των νόμων ουδεμίαν διάκρισιν ποιούνται, ουδεμίαν εξαιρέσιν δέχονται, εφαρμόζονται επομένως και επί των ιατρών και επί των φαρμακοποιών και επί των μαιών... Εκ του ότι ειδικός νόμος δεν έλυσε το ζήτημα της ευθύνης των ιατρών, δυνάμεθα να συναγάγωμεν μόνον ότι ανεφέρθη εις τας διατάξεις του Πολιτικού Κώδικος και του Ποινικού Νόμου...

Φρονώ ότι η εξαιρετική σπουδαιότης της υποθέσεως απεδείχθη ήδη. Ίσως το πρώτον επιλαμβάνεσθε τοιούτου θέματος, η δε απόφασις υμών, καίτοι η ισχύς αυτής δεν εκτείνεται πέραν των ορίων της προκείμενης δίκης, έχει όμως μεγάλην σημασίαν, διότι θέλει χρησιμεύσει ως οδηγός των άλλων δικαστηρίων εις ομοίαν και αναλόγους περιπτώσεις, όπως εχρησίμευσεν η του Ακυρωτικού της Γαλλίας του 1835. Οι νομοθέται όλων των εθνών κ. Αρεοπαγίται, δεν ηδυνήθησαν να ορίσωσι τας βάσεις της ιατρικής ευθύνης, αλλ' αι γνώμαι των συγγραφέων και αι αποφάσεις των δικαστηρίων ως προς την εφαρμογήν των γενικών διατάξεων του νόμου επ' ευθύνης εξωμάλυναν τας δυσκολίας, εξήγησαν τα κείμενα του νόμου και απεκάλυψαν το πνεύμα αυτού ως προς την μετά μεγάλης περισκέψεως εν εξαιρετικαίς όλως περιπτώσεσι δικαστικήν καταδίωξιν των ιατρών δια τα

ιατρικά σφάλματα. Ταύτας τας ομοφώνους γνώμας σοφών συγγραφέων και τας ομοφώνους αποφάσεις των αλλοδαπών δικαστηρίων, ερμηνευόντων τας αυτάς διατάξεις του νόμου επικαλούμαι σήμερον από του υψίστου τούτου δικαστικού βήματος [...]» (Τμήμα της περιφημης αγόρευσης του Εισαγγελέα του Αρείου Πάγου Δ. Τσιβανόπουλου, η οποία δημοσιεύθηκε στην εβδομαδιαία δικαστική εφημερίδα «Θέμις» στο φύλλο της 12^{ης} Οκτωβρίου του έτους 1903. Μετά την ως άνω αγόρευση εκδόθηκε η υπ' αριθμ. 56/1903 απόφαση, η οποία παρέπεμψε τον ιατρό να δικασθεί για παράβαση του άρθρου 636 του Ποινικού Νόμου). (19)

1.1.6. Συγκριτική επισκόπηση

Τόσο στη νομοθεσία μας όσο και στη νομοθεσία άλλων ευρωπαϊκών χωρών δεν υπάρχουν ιδιαίτεροι κανόνες δικαίου, που να ρυθμίζουν τη νομική ευθύνη των ιατρών. Έτσι η ποινική και αστική ευθύνη των ιατρών αντιμετωπίζονται υπό το φως των διατάξεων του Ποινικού και Αστικού Κώδικα αντίστοιχα.

Στο αγγλοσαξωνικό δίκαιο, ήδη από το έτος 1898 τα δικαστήρια (Pike v. Honsiger N.Y.1898) αναγνώριζαν ότι κάθε ιατρός έχει ένα «υπονοούμενο καθήκον» να λειτουργεί σύμφωνα με τις γνώσεις και τις πρακτικές που κρατούν στο ιατρικό επάγγελμα. Έτσι γίνεται δεκτό ότι ιατρική αμέλεια από πράξη ή παράλειψη αυτού που παρέχει ιατρική φροντίδα υπάρχει όταν η φροντίδα απέχει από τα αποδεκτά όρια της γνώσης και της πρακτικής στην ιατρική κοινότητα και επέρχεται ένα βλαπτικό αποτέλεσμα στον ασθενή. Ρήγμα (breach) λοιπόν στο καθήκον του ιατρού υφίσταται όταν αυτός δρα κάτω από τα standards της επιστήμης του, όπως αυτά προσδιορίζονται από τη δράση άλλου όμοιου γιατρού υπό όμοιες συνθήκες. (Speer v. United States, 512 F. Supp.670,675, N.D. Tex. 1981) Περαιτέρω, το βλαπτικό αποτέλεσμα θα πρέπει να προήλθε αιτιωδώς από την πράξη του ιατρού, δίχως την οποία η βλάβη δεν θα είχε επέλθει, και να μην υπάρχουν άλλοι απρόβλεπτοι και παρεμβαίνοντες παράγοντες που να εξηγούν τη βλάβη.

Ως προς το θέμα της συναίνεσης του παθόντος, στο Αγγλικό Δίκαιο δεν υπάρχουν διατάξεις οι οποίες ρυθμίζουν το θέμα της συναίνεσης στο Ποινικό Δίκαιο. Στη νομολογία ωστόσο των αγγλικών δικαστηρίων, διαμορφώθηκαν κανόνες από τους οποίους συνάγεται ποία η έννοια της συναίνεσης και πότε η συναίνεση αυτή του ασθενούς αποκλείει το άδικο της πράξης. Τα αυτά δε, ισχύουν και για το Αμερικανικό δίκαιο. (19)

Ειδικότερα στο αγγλοσαξωνικό δίκαιο το θέμα της ενημερωμένης συναίνεσης του ασθενούς έχει αντιμετωπισθεί και μάλιστα διεξοδικά τόσο από τη νομολογία όσο και από τη θεωρία. Το δικαίωμα του ασθενούς για συναίνεση στη θεραπεία του εισήχθη στο

common law με την υπόθεση **Schloendorff v. Society of New York Hospital**, για την οποία έγινε λόγος ανωτέρω. Η αγγλοσαξονική νομολογία για το ζήτημα του κριτηρίου της ενημέρωσης δεν είναι ομοιόμορφη. Οι θέσεις των δικαστών υποστηρίζουν, σε ορισμένες Πολιτείες των ΗΠΑ και στην Αγγλία, το ιατρικό κριτήριο, ήτοι αυτό του «μέσου λογικού ιατρού», ενώ αντίθετα σε άλλες Πολιτείες έχει επικρατήσει το κριτήριο του «μέσου λογικού ασθενούς». Η κύρια υπόθεση των ΗΠΑ, η οποία καθιέρωσε το ιατρικό κριτήριο, είναι η **Natanson v. Kline**, ο δε κανόνας που έθεσε το Δικαστήριο έχει ως εξής:

«Η υποχρέωση του ιατρού προς ενημέρωση περιορίζεται σε εκείνες τις πληροφορίες τις οποίες θα μετέδιδε και ένας άλλος λογικός και ευσυνείδητος ιατρός σε ανάλογη θέση...». Η αντίστοιχη απόφαση της Αγγλίας είναι η **Sidaway v. Board of Governors of the Bethlem Royal Hospital**, όπου ευρίσκομε όλη την επιχειρηματολογία υπέρ της εξουσίας των ιατρών να κρίνουν μόνοι τους την έκταση και το περιεχόμενο της ενημέρωσης στην οποία πρέπει να προβαίνουν.

Την ασυμβατότητα του ανωτέρω περιγραφόμενου ιατρικού κριτηρίου προς την ανθρώπινη αξιοπρέπεια, αυτονομία και ελευθερία διέγνωσε πρώτος ο Αμερικανός Δικαστής **Spottswood Robinson**, το έτος 1982, με τη διάσημη απόφασή του **Canterbury v. Spence**. Κατά την απόφαση αυτή, η οποία ακολουθεί το κριτήριο του «μέσου λογικού ασθενούς», υποχρεωτικό περιεχόμενο της ενημέρωσης είναι ένας κίνδυνος όταν ένας λογικός ασθενής ευρισκόμενος στην ίδια θέση θα ήθελε να έχει ενημερωθεί ως προς αυτόν.

Η τάση της νομολογίας σήμερα είναι σαφής προς την καθολική επικράτηση του κριτηρίου του «μέσου λογικού ασθενούς» (19). Αντίθετα, ούτε στην Αγγλία ούτε στις Ηνωμένες Πολιτείες έχει επικρατήσει το κριτήριο του «συγκεκριμένου ασθενούς» - υποκειμενικό Κριτήριο. Σημαντικό ωστόσο θα ήταν, να παραθέσουμε εν προκειμένω το σκεπτικό μίας σπάνιας πράγματι αμερικανικής αποφάσεως (**Scott v. Brandford**), η οποία ακολουθεί το υπό κρίση υποκειμενικό κριτήριο:

Κατά τις παραδοχές του Δικαστηρίου, στις περιπτώσεις εκείνες όπου ένας ασθενής δεν θα συναινούσε στην ιατρική πράξη, ενώ ο «μέσος λογικός ασθενής» θα συναινούσε, το δικαίωμα της αυτοδιαθέσεως του συγκεκριμένου ασθενούς έχει ανεπανόρθωτα χαθεί.

Όσον αφορά στη γαλλική έννομη τάξη, αξίζει να αναφερθεί ότι ο Γαλλικός Ποινικός Κώδικας αγνοεί τη συναίνεση του παθόντος ως λόγο άρσης του αδικού χαρακτήρα της πράξης. Κατά πάγια νομολογία των γαλλικών δικαστηρίων, αποκλείεται ο άδικος χαρακτήρας της αποτυχούσας ιατρικής πράξης, αν, μεταξύ άλλων

προϋποθέσεων, ο ιατρός έλαβε τη συναίνεση του ασθενούς, ενώ τέλος, το εν γένει πρόβλημα της συναίνεσης του ασθενούς έχει τύχει ευρείας επιστημονικής επεξεργασίας και στη γερμανική έννομη τάξη, με πληθώρα δικαστικών αποφάσεων.

1.2. Η νομική φύση της ιατρικής σχέσεως

Η υφιστάμενη σχέση μεταξύ ιατρού και ασθενούς εκ της φύσεώς της περιέχει ανθρωπιστικά στοιχεία. Ειδικότερα, ο ασθενής αναθέτει στον ιατρό την υγεία του, τη ζωή του, τις ελπίδες του για σωματική ή και ψυχική αποκατάσταση ενίοτε δε και για την επιβίωσή του, και καταφεύγει σε αυτόν αισθανόμενος σε πραγματικά «ασθενή» θέση, όντας αδύναμος. Πρόκειται ακριβώς για το χρονικό εκείνο σημείο όπου καθιερύεται η ιδιόμορφη σχέση ιατρού- ασθενούς, όταν δηλ. ο ασθενής προσφεύγει στον ιατρό αποζητώντας τις υπηρεσίες του, ο δε ιατρός αναλαμβάνει την παροχή των υπηρεσιών αυτών «εν εμπιστοσύνη». Σύμφωνα με τα οριζόμενα κατ' άρθρ. 8 παρ.2 ν 3418/2005 (Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας) « Ο ιατρός φροντίζει για την ανάπτυξη σχέσεων αμοιβαίας εμπιστοσύνης και σεβασμού μεταξύ αυτού και του χρήστη- ασθενή. Ακούει τους ασθενείς του, τους συμπεριφέρεται με σεβασμό και κατανόηση και σέβεται τις απόψεις, την ιδιωτικότητα και την αξιοπρέπειά τους.»

Εξ απόψεως αστικού δικαίου, η καταρτιζόμενη σύμβαση μεταξύ ιατρού και ασθενούς έχει ως αντικείμενο τη διαπίστωση της ασθένειας, την αποκατάσταση της υγείας του ασθενούς και την αμοιβή του ιατρού, μέσω εμπιστοσύνης, αγάπης, αμοιβαίας κατανόησης, περιθάλψης και ενδιαφέροντος για τη ζωή και την υγεία του ασθενούς, σωματική και ψυχική. Η ανωτέρω περιγραφόμενη σύμβαση ιατρική αρωγής δεν αποτελεί μία εκ των συνήθων αμφοτεροβαρών συμβάσεων (λ.χ. σύμβαση έργου, παροχής υπηρεσιών, σύμβαση εντολής), αλλ' αντιθέτως, αντλεί την ιδιομορφία της από το συγκεκριμένο έννομο αγαθό που τίθεται στο επίκεντρο ως αντικείμενο αυτής, και δεν είναι άλλο από την υγεία ή και τη ζωή του προσώπου. Στην ιδιότυπη αυτή σχέση εφαρμόζονται, πλέον των διατάξεων της συμβάσεως εργασίας ή έργου, και οι διατάξεις του δικαίου της προσωπικότητας, καθόσον η σύμβαση ιατρικής αρωγής ενέχει ως πρώτη υποχρέωση την προστασία της προσωπικότητας του ασθενούς, που εκδηλώνεται ακριβώς μέσω της υποχρέωσης του ιατρού να σέβεται την αυτονομία και αυτοδιάθεση του ασθενούς και να ενημερώνει αυτόν. (19)

1.3. Το θεσμικό πλαίσιο της ιατρικής δεοντολογίας

Η ιατρική επιστήμη, προερχόμενη ως εκ της φύσεώς της από τη θεμελιώδη ηθική επιταγή «*salus aegroti suprema lex est*», κινείται μεταξύ δύο αντίθετων, διαστελλόμενων μεταξύ τους αξόνων: αφενός των γνώσεων που επιτρέπουν ή καθιστούν δυνατή τη βελτίωση, την αποκατάσταση της ζωής και υγείας του ανθρώπου, αφετέρου δε των ηθικών εκείνων επιταγών και νομικών αξιωμάτων που οριοθετούν το επιτρεπτό της επεμβάσεως του ανθρώπου στο έννομο αγαθό της ζωής - υγείας ενός άλλου ανθρώπου. Οι κανόνες αυτοί, οι οποίοι αποτελούν για τον ιατρό το βασικό πλαίσιο επαγγελματικής δράσεως, συνθέτουν το ευρύτερο πλαίσιο των Κανόνων Ιατρικής Δεοντολογίας και το περιεχόμενο της αναμενόμενης από τον ιατρό επιμέλειας.

Η σημασία των κανόνων ιατρικής δεοντολογίας, ανάλογη βεβαίως των υπέρτατων αγαθών που η ιατρική επιστήμη πραγματεύεται, καταδεικνύεται και από τις διεθνείς προσπάθειες σχηματισμού ενιαίων κανόνων ιατρικής συμπεριφοράς. Τα ανθρώπινα δικαιώματα του ασθενούς διαμορφώθηκαν σε κανόνες ενιαίους, ισχύοντες για τις σύγχρονες δημοκρατικές έννομες τάξεις, με τη Διακήρυξη της Λισσαβόνας (1981).

Σύμφωνα με τις διατάξεις της ανωτέρω διακήρυξης:

- Ο ασθενής έχει δικαίωμα σε πληροφόρηση που είναι αναγκαία για να λάβει τις αποφάσεις του. Ο ασθενής πρέπει να κατανοεί καθαρά ποιος τίθεται ως ο σκοπός κάθε εξέτασης ή θεραπείας, ποία τα αποτελέσματά τους και ποιες οι συνέπειες εάν τυχόν αρνηθεί να παράσχει τη συναίνεσή του.

- Ο ασθενής έχει δικαίωμα να λάβει ενημέρωση για τις καταχωρήσεις των ιατρικών του αρχείων και να είναι πλήρως ενημερωμένος για την κατάσταση της υγείας του.

Κατ' εξαίρεση δύναται να μην δίδεται ενημέρωση σε ασθενή όταν η πληροφόρηση πιθανολογείται ισχυρά ότι θα προκαλέσει σοβαρό κίνδυνο για τη ζωή ή την υγεία του ασθενούς.

- Ο ασθενής έχει το δικαίωμα να μην ενημερώνεται, κατόπιν ρητού αιτήματός του, εκτός αν τούτο απαιτείται για την προστασία της ζωής τρίτου προσώπου.

- Ο ασθενής έχει το δικαίωμα να επιλέγει ποιος, αν υπάρχει, θα μπορούσε να λαμβάνει ενημέρωση αντ' αυτού και για λογαριασμό του.

Η ως άνω μνημονευόμενη Διακήρυξη, καίτοι δε δημιουργεί για τον ασθενή δικαιώματα, υπό τη νομική έννοια του όρου, ήτοι αγωγής αξιώσεως με άμεση ισχύ των

υπό κρίση διατάξεων στην εσωτερική έννομη τάξη, ωστόσο αποτελεί για τον ιατρό ένα βασικό, μείζονος σημασίας, πλαίσιο ιατρικής δεοντολογίας.

Στην ελληνική έννομη τάξη, η συμπεριφορά του ιατρού κατά την ενάσκηση του επαγγέλματός του ρυθμίζεται από τις διατάξεις του ν. 3418/2005 (ΦΕΚ Α' 287/28.11.2005) περί Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας. Όπως και οι περισσότεροι ισχύοντες Κώδικες Ιατρικής Δεοντολογίας, θέτει ως σημείο αναφοράς την προσοχή και την ικανότητα που οφείλει να επιδεικνύει ο ιατρός, μεριμνώντας παράλληλα για τις ανάγκες του εκάστοτε ασθενούς, ακολουθώντας το ισχύον νομικό και ηθικό πλαίσιο. (Ιδ. σχετικά Αιτιολογική έκθεση στο σχέδιο νόμου «Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας»).

Η θέσπιση των εν λόγω νομοθετικού κειμένου κρίθηκε απαραίτητη λόγω των επιστημονικών αλλά και ευρύτερων κοινωνικών μεταβολών που σημειώθηκαν στη χώρα μας κατά τις τελευταίες δεκαετίες, μη καλυπτομένων από το προγενέστερο νομοθετικό καθεστώς του Β.Δ. της 25.5./6.7.1955. Όπως ενδεικτικά αναφέρεται στην αιτιολογική έκθεση του σχεδίου νόμου του νέου Κώδικα Ιατρικής δεοντολογίας, η ραγδαία εξέλιξη της ιατρικής επιστήμης και της βιοτεχνολογίας, έφερε ως αποτέλεσμα όχι μόνον τη συνεχή μεταβολή και βελτίωση των επιστημονικών δεδομένων, αλλά και τη γένεση νέων αντιλήψεων σχετικά με τις έννοιες της υγείας και της ασθένειας, την υπέρμετρη αύξηση των δαπανών στο χώρο της υγείας, τη γένεση νέων μορφών σχέσεων μεταξύ ιατρού και ασθενούς και τη δημιουργία νέων προβληματισμών και διλημάτων αναφορικά με την άσκηση και τους σκοπούς της ιατρικής.

Ο ορισμός της ιατρικής δίδεται στο άρθρο 2 παρ. 1 ν. 3418/2005, σύμφωνα με το οποίο *«Η άσκηση της ιατρικής είναι λειτουργήμα που αποσκοπεί στη διατήρηση, βελτίωση και αποκατάσταση της σωματικής, πνευματικής και ψυχικής υγείας του ανθρώπου, καθώς και στην ανακούφισή του από τον πόνο.»*

Ο αμιγώς ανθρωποκεντρικός χαρακτήρας που διαφαίνεται από τον παραπάνω ορισμό καθώς και η ιδιαίτερη, εμπιστευτική φύση του ιατρικού λειτουργήματος, προσδίδουν στον κώδικα ιατρικής δεοντολογίας έναν εντελώς εξαιρετικό, ανθρωποκεντρικό χαρακτήρα.

1.4. Η πληροφορημένη συναίνεση σήμερα

1.4.1. Η υποχρέωση προς ενημέρωση (παροχή πληροφοριών)

Το έννομο αγαθό της ζωής και της υγείας του ανθρώπου τυγχάνει προστασίας τόσο από τον συνταγματικό όσο και από τον κοινό νομοθέτη (άρθρ. 5 παρ.2,5,7 παρ.2, 21 παρ.3 Συντ, 299,300,301,302,303,306,307,308, 308^A, 309,310,311,312,313,314 ΠΚ κ.ά.) αποτελεί δε ουσιώδες στοιχείο και έκφραση της προσωπικότητας του ατόμου, νοούμενης εν συνόλω.

Ως τα πλέον σημαντικά αγαθά του ατόμου, τόσο η ζωή όσο και η υγεία του, εμπίπτουν -κατά την έννομη τάξη μας- στο πεδίο αυτοδιαθέσεως του ασθενούς, ο οποίος δύναται και έχει το δικαίωμα να αποφαινεται αν επιθυμεί να υποβληθεί σε ορισμένη θεραπευτική αγωγή ή ιατρική πράξη ή όχι. Η σύμφωνη ωστόσο γνώμη του ασθενούς προϋποθέτει σε κάθε περίπτωση τη γνώση αυτού σχετικά με όλες τις παραμέτρους και τα ενδεχόμενα του ιατρικού εγχειρήματος.

Ας σημειωθεί καταρχήν, η ενημέρωση αυτή του ασθενούς ευρίσκει σήμερα συνταγματικό έρεισμα στις διατάξεις των άρθρων 2 παρ.1 και 5 παρ.1 του Συντάγματος. (ά. 2 παρ.1 « *Ο σεβασμός και η προστασία της αξίας του ανθρώπου αποτελούν την πρωταρχική υποχρέωση της Πολιτείας*». Η «αξία» του ανθρώπου, την οποία υποχρεούται κατά το Σύνταγμα να σέβεται και να προστατεύει η Πολιτεία, είναι ο απαραβίαστος εκείνος πυρήνας της προσωπικότητας του ανθρώπου ως φυσικού υποκειμένου δικαίου, που διακρίνει τον άνθρωπο αφενός από τα άλογα όντα και αφετέρου από τα αντικείμενα του δικαίου. Π.Δ. Δαγτόγλου, Συνταγματικό Δίκαιο- Ατομικά Δικαιώματα Β', εκδ. Αντ. Ν. Σάκκουλα, 2005, σελ. 1325. Κατά δε τη διάταξη του άρθρου 5 παρ.1 Συντ., η ελεύθερη ανάπτυξη της προσωπικότητας, όπως κατοχυρώνεται στο εν λόγω άρθρο, συνεπάγεται την απρόσκοπτη ελευθερία δράσης σε οποιονδήποτε τομέα της ζωής του ανθρώπου.)

Σε διεθνές επίπεδο, η υποχρέωση του ιατρού προς ενημέρωση του ασθενούς θεμελιώνεται ευθέως στο άρθρο 5 της Συμβάσεως του Συμβουλίου της Ευρώπης για την προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και της αξιοπρέπειας του ατόμου σε σχέση με τις εφαρμογές της βιολογίας και της ιατρικής (Σύμβαση για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα και τη Βιοιατρική), που υπογράφηκε στο Oviedo της Ισπανίας και έχει κυρωθεί στην ελληνική έννομη τάξη δια ν. 2619/1998 -ΦΕΚ Α' 132/19.6.1998: «*Επέμβαση σε θέματα υγείας μπορεί να υπάρξει μόνον αφού το ενδιαφερόμενο πρόσωπο δώσει την ελεύθερη συναίνεσή του, κατόπιν προηγούμενης σχετικής ενημέρωσής του.*»

Το ενδιαφερόμενο μάλιστα πρόσωπο επιβάλλεται να ενημερώνεται εκ των προτέρων, δηλαδή οπωσδήποτε πριν τη διενέργεια της ιατρικής πράξεως, καταλλήλως ως προς το σκοπό και τη φύση της επέμβασης, καθώς και ως προς τα επακόλουθα και κινδύνους που αυτή συνεπάγεται, ενώ περαιτέρω, ρητώς ορίζεται κατ' άρθρ. 10 παρ.2 εδ. α' του ανωτέρω νόμου ότι «Όλοι δικαιούνται να λαμβάνουν γνώση κάθε πληροφορίας σχετικής με την κατάσταση της υγείας τους.»

Ανεξαρτήτως όμως της ανωτέρω διάταξης της Συμβάσεως του Συμβουλίου της Ευρώπης, η οποία σύμφωνα με το άρθρο 28 αρ.1 του Συντάγματος έχει υπερνομοθετική ισχύ, υπερισχύοντας κάθε άλλης αντίθετης διάταξης νόμου, η υποχρέωση ενημέρωσης του ασθενούς πηγάζει και από την δεοντολογία του ιατρικού επαγγέλματος, δηλαδή από το ολόκληρο εκείνο το πλέγμα των κανόνων που ρυθμίζουν και διέπουν την ιατρική συμπεριφορά και πράξη. Συγκεκριμένα, η υπό κρίση υποχρέωση αναβαθμίζεται σε «καθήκον», σύμφωνα με το άρθρο 11 ν. 3418/2005, κατά το οποίο « Ο ιατρός έχει καθήκον αληθείας προς τον ασθενή». περαιτέρω, στο άρθρο αυτό γίνεται μνεία όχι μόνον ενός γενικού καθήκοντος ενημέρωσης (άρθρ. 11 αρ.1, 2, 4) αλλά και ειδικότερα, της υποχρέωσης ενημέρωσης του ασθενούς σε ειδικές επεμβάσεις (άρθρ. 11 αρ.3). Ορθώς μάλιστα επισημαίνεται ότι, η μεγάλη σημασία της ενημέρωσης του ασθενούς συνάγεται ευθέως από τη χρήση του επιθετικού προσδιορισμού «*ενημερωμένου*» στον τίτλο του επόμενου άρθρου (άρθρ. 12 ν. 3418/2005), όπου γίνεται λόγος για την συναίνεση του ενημερωμένου ασθενούς. (19)

Πέραν των διατάξεων αυτών, το καθήκον πληροφόρησης συνάγεται και από τις διατάξεις του άρθρου 47 παρ. 4 ν. 2071/1992 περί «*Εκσυγχρονισμού και οργάνωσης του Συστήματος Υγείας*», κατά το οποίο: « Ο ασθενής δικαιούται να ζητήσει να πληροφορηθεί ό,τι αφορά την κατάστασή του. Το συμφέρον του ασθενούς είναι καθοριστικό και εξαρτάται από την πληρότητα και ακρίβεια των πληροφοριών που του δίδονται. Η πληροφόρηση του ασθενούς πρέπει να του επιτρέπει να σχηματίσει πλήρη εικόνα των ιατρικών, κοινωνικών και οικονομικών παραμέτρων της καταστάσεώς του και να λαμβάνει αποφάσεις ο ίδιος ή να μετέχει στη λήψη αποφάσεων που είναι δυνατό να προδικάσουν τη μετέπειτα ζωή του.»

Σχετική οπωσδήποτε είναι και η διάταξη του άρθρου 10 του π.δ. 216/2001 περί του «*Κώδικα Νοσηλευτικής δεοντολογίας*», σύμφωνα με την οποία ο νοσηλευτής, σεβόμενος την προσωπικότητα του ασθενούς, πρέπει να παρέχει τη συνδρομή του για την ορθή ενημέρωση του ασθενούς αναφορικά με την πρόγνωση, τη διάγνωση, τη θεραπεία, τους ενδεχόμενους κινδύνους και τα οφέλη, πριν από τη διενέργεια κάθε νοσηλευτικής ή

ιατρικής πράξης. Είναι εμφανές εκ της διατάξεως αυτής, ότι ο Κώδικας Νοσηλευτικής Δεοντολογίας δεν αναθέτει την πρωτοβουλία ενημέρωσης του ασθενούς στον νοσηλευτή, ωστόσο επιτάσσει τη συνδρομή του τελευταίου κατά την ενημέρωση που λαμβάνει χώρα από τον ιατρό, ώστε να επιτευχθεί η κατά το δυνατό πληρέστερη ενημέρωσή του.

Εκ του ανωτέρου διαγραφόμενου νομικού πλαισίου συνάγεται ότι ο ασθενής δεν αποτελεί έναν απλό αποδέκτη πληροφοριών, αλλ' αντιθέτως, διατηρεί ενεργό συμμετοχή στη θεραπευτική του αγωγή, καθ' όλη τη διάρκειά της, αφού επιβάλλεται να ενημερώνεται πλήρως και σε γλώσσα που κατανοεί για το είδος της ασθένειας, της προτεινόμενης θεραπείας, την πιθανή μεταβολή της αγωγής κατά τη διάρκεια θεραπείας, τις εναλλακτικές προτάσεις, ούτως ώστε να δύναται να σχηματίσει μία πλήρη εικόνα της καταστάσεώς του και να προβεί ελεύθερα στη λήψη αποφάσεων.

1.4.2. Τα κριτήρια (ακολουθούμενα πρότυπα) της ενημέρωσης

Όσον αφορά στο ειδικότερο περιεχόμενο αλλά και το ακολουθούμενο κριτήριο της ενημέρωσης, τονίζεται ότι αυτή πρέπει να είναι σαφής, ακριβής και κατανοητή, όχι μόνον αντικειμενικώς θεωρούμενη, για το μέσο λογικό ασθενή, αλλά και υποκειμενικώς για τον συγκεκριμένο ασθενή. Αν αντιθέτως, η ενημέρωση ελάμβανε χώρα με μοναδικό κριτήριο αυτό του μέσου λογικού ασθενούς και όχι συνδυαστικώς, με το κριτήριο του συγκεκριμένου προσώπου, τούτο θα σήμαινε αναπόφευκτα την απώλεια της ατομικής επιλογής του συγκεκριμένου ασθενούς, μία ανεπίτρεπτη έκπτωση στην ατομική του ελευθερία και αυτοδιάθεση.

Ορθή εκ των πραγμάτων φαίνεται η αποδοχή μίας μέσης άποψης, σύμφωνης με το πνεύμα αλλά και την ρητώς εκπεφρασμένη βούληση του νομοθέτη, η οποία συνδυάζει το κριτήριο του μέσου λογικού ασθενούς με την υποχρέωση για βασική ενημέρωση του συγκεκριμένου ασθενούς. Η ενημέρωση πρέπει να είναι προσαρμοσμένη στον εκάστοτε δέκτη, δίχως φυσικά την υποχρέωση του ιατρού να μεταδώσει στον ασθενή επιστημονικές ιατρικές γνώσεις. Δεδομένου δε, ότι η διαγνωστική προσέγγιση γίνεται σταδιακά, καθίσταται εμφανές ότι ο ιατρός οφείλει να είναι απόλυτα ειλικρινής σε κάθε επιμέρους στάδιο της ιατρικής διαδικασίας, και να αναμένει την οριστική, ενσυνείδητη απόφαση του ασθενούς.

Τα προβλήματα που ανακύπτουν εν προκειμένω αφορούν ως επί το πλείστον το ειδικότερο περιεχόμενο της βασικής ενημέρωσης του ασθενούς, καθώς και την έκταση αλλά και την ποιότητα της χορηγούμενης ενημέρωσης, η οποία, δύναται να είναι είτε

περιορισμένη είτε ειδικά εκτεταμένη. Αναλόγως δε των υπό κρίση περιπτώσεων, έχουν συναφώς καθιδρυθεί ορισμένα πρόσθετα, ειδικότερα κριτηρία ενημέρωσης, όπως λ.χ. ο επείγων ή μη χαρακτήρας της αγωγής, οι πιθανές επιπλοκές, τα τυχηρά γεγονότα, οι εναλλακτικές θεραπείες, ώστε το αναγκαίο περιεχόμενο της ενημέρωσης να διαφοροποιείται εκάστοτε αναλόγως των περιστάσεων.

1.4.3. Ο τύπος της ενημέρωσης

Η ενημέρωση του ασθενούς μπορεί να λάβει χώρα γραπτά ή και προφορικά, δίχως να απαιτείται εκ του νόμου η τήρηση οποιουδήποτε τύπου, αποδεικτικού ή συστατικού της σχέσεως ιατρικής αρωγής. (19, 35 - 42) Ακόμη όμως και όταν η πληροφόρηση γίνεται προφορικά, αυτή θα πρέπει σε κάθε περίπτωση να είναι συγκεκριμένη, και σύμφωνη με τα κριτήρια που τέθηκαν ανωτέρω, ήτοι κατά συνδυαστική εφαρμογή αντικειμενικού και υποκειμενικού κριτηρίου (μέσος λογικός ασθενής- συγκεκριμένος ασθενής). Συνεπώς, κάθε προφορική ενημέρωση, η οποία λαμβάνει χώρα μόνον τυπικά, όχι ουσιαστικά, και κινείται σε «γενικές» μόνον πληροφορίες, δεν παρέχει τα εχέγγυα εκείνα πλήρους ενημέρωσης, με περαιτέρω αναγκαίο αποτέλεσμα, το ανίσχυρο της ακολουθούμενης συναινέσεως, ελλείπει πλήρους κατανόησης εκ μέρους του ασθενούς . (9)

1.4.4. Σύγκρουση νομικών καθηκόντων

Το ερώτημα που τίθεται εν προκειμένω είναι εάν ο ιατρός φέρει την ανωτέρω υποχρέωση να αποκαλύψει στον ασθενή την πραγματική εικόνα και την αλήθεια για την κατάσταση της υγείας του, οσάκις πιθανολογείται ισχυρά ότι η αλήθεια θα έχει αρνητικές συνέπειες για τη ζωή ή την εξέλιξη της ασθένειάς του, σε βαθμό που δύναται να επιδράσει στην δέουσα θεραπευτική αγωγή. Το ζήτημα είναι ιδιαίτερος περιπλεγμένο, κατά το μέτρο που εγγίζει τα όρια ενός λόγου άρσεως του αδίκου, μη προβλεπόμενου ρητώς εκ νόμου: Συναφώς γίνεται λόγος στην ποινική επιστήμη για την ιδιόμορφη κατάσταση της «συγκρούσεως νομικών καθηκόντων», όπου ο ιατρός έχει αφενός μεν την υποχρέωση να διαφυλάξει τη ζωή ή και ακεραιότητα (σωματική/ ψυχική) του ασθενούς, αφετέρου δε το καθήκον να τον ενημερώσει πλήρως και με ακρίβεια, ώστε αν συνεχίσει να λάβει μια έγκυρη και ισχυρή συναίνεση. Η εκπλήρωση του ενός καθήκοντος συνεπάγεται την ταυτόχρονη παραβίαση του άλλου, δεδομένου ότι αποκαλύπτοντας ο ιατρός την αλήθεια εκπληρώνει μεν το καθήκον πληροφόρησης, προσβάλλει δε το καθήκον διαφύλαξης της

υγείας του ασθενούς, και στο αντίστροφο. (Χαραλαμπίκης, Ιατρική ευθύνη και Δεοντολογία, εκδ. Σάκουλα, Αθήνα- Κομοτηνή, 1993)

Ας σημειωθεί ότι κατ' άρθρ. 15 ν. 3418/2005, ο ιατρός που ευρίσκεται προ συγκρούσεως καθηκόντων οφείλει να αντιμετωπίσει τη σύγκρουση αυτή με βάση την επιστημονική του γνώση, τη σύγκριση των εννόμων αγαθών που τίθεται εν κινδύνω, το σεβασμό της ανθρώπινης ζωής και αξιοπρέπειας, και τη συνειδησή του. Εν πάση περιπτώσει, πρόκειται για ένα ζήτημα που αναφέρεται καθημερινά στην ιατρική πρακτική, δοκιμάζει τις κρινόμενες αξίες, θέτοντας αυτές σε δίλλημα, και κρίνεται *in concreto*, με γνώμονα τις σταθμίσεις του εκάστοτε ιατρού- ασθενούς.

Ένα επιπλέον πρόβλημα δημιουργείται στην περίπτωση που οι εναλλακτικές δυνατότητες θεραπείας δεν οδηγούν σε προφανή επιλογή της καλύτερης, καθώς μπορεί να συνδέονται με σοβαρές παρενέργειες, κρίσιμες ίσως για τη συνολική ποιότητα της ζωής κάποιου (π.χ. χημειοθεραπεία, ακτινοθεραπεία, εκτομή άκρων κ.λπ.). Ιδίως σε ασθενείς προχωρημένης ηλικίας, ακόμη και συνηθισμένες παρενέργειες μιας «επιθετικής» θεραπευτικής αγωγής μπορεί να αποδειχθούν δυσανάλογες σε σχέση με το πραγματικό όφελος που αναμένεται. Το ερώτημα εν προκειμένω είναι αν η ενημέρωση πρέπει να αρκείται στην «ουδέτερη» παρουσίαση των εναλλακτικών θεραπειών ή αν πρέπει να συνοδεύεται από μια αξιολόγησή τους εκ μέρους του ιατρού, σε σχέση με τον συγκεκριμένο ασθενή. Πρόκειται για ερώτημα που αφορά, και πάλι, την «πληρότητα» της ενημέρωσης κατά την έννοια του νόμου. Η «ουδέτερη» παρουσίαση, εφόσον είναι πλήρης, αφήνει στον ίδιο τον ασθενή την ευχέρεια της αξιολόγησης, καθώς εκείνος μόνο μπορεί να σταθμίσει οφέλη και ζημιές για την ποιότητα της ζωής του. Ωστόσο, ένα τέτοιο βάρος μπορεί να αποδειχθεί δυσβάστακτο για κάποιον που δεν μπορεί να αντιμετωπίσει με ψυχραιμία την ασθένεια. Από την άλλη πλευρά, η αξιολόγηση του ιατρού μπορεί να προσφέρει πολύτιμη βοήθεια στη τελική απόφαση του ασθενούς, όμως θα προκύψει κατ' ανάγκη από στατιστικά δεδομένα – που δεν λαμβάνουν υπ' όψιν το συγκεκριμένο ασθενή – και, τελικά, από μια «δισαιθητική» εντύπωση για το τι είναι «καλύτερο» *in concreto*, δηλαδή παράγοντες που δεν αποφεύγουν το λάθος.

1.4.5. Παραίτηση από το δικαίωμα της ενημέρωσης

Σύμφωνα με τις διατάξεις των άρθρων 10 παρ. 2 εδ. β' ν.2619/1998 και 11 παρ. 2 ν. 3418/2005 ο ασθενής δύναται να παραιτηθεί του δικαιώματός του για ενημέρωση. Πράγματι, ο ασθενής είναι δυνατόν, για λόγους που άπτονται συνήθως του ψυχολογικού

σκέλους της διαδικασίας ιατρικής αρωγής, να μην επιθυμεί να ενημερωθεί για την ακριβή εικόνα της καταστάσεώς του, ώστε να διαφυλάξει την ψυχική του υγεία από τον κίνδυνο συγκινησιακής ταραχής, γεγονός που ανακύπτει ως επί το πλείστον σε μακροχρόνιες ή επώδυνες διαδικασίες και θεραπείες θανατηφόρων ασθενειών. Στις περιπτώσεις αυτές, ο ασθενής έχει το δικαίωμα να ζητήσει από τον ιατρό να ενημερώσει αποκλειστικά ένα άλλο, τρίτο πρόσωπο, που ο ίδιος θα υποδείξει, για την κατάσταση της υγείας του, το περιεχόμενο και τα αποτελέσματα της προτεινόμενης ιατρικής πράξης, τις συνέπειες ή και τους κινδύνους από την εκτέλεσή της, καθώς και ως προς τον ειδικότερο βαθμό πιθανολόγησης των κινδύνων αυτών.

Προϋποθέσεις του επιτρεπτού της παραίτησης από την ενημέρωση.

Είναι σημαντικό να τονισθεί εκ νέου ότι η επιχείρηση οποιασδήποτε ιατρικής πράξεως είναι παράνομη, εφόσον ο ασθενής δε γνωρίζει με ακρίβεια και επάρκεια γιατί λαμβάνει χώρα και ποιες είναι οι συνέπειές της. Αναγκαίο περιεχόμενο του δικαιώματος αυτοδιαθέσεως του ασθενούς είναι και το δικαίωμά του να υποβληθεί σε θεραπευτική αγωγή της οποίας δε γνωρίζει ούτε τη θεραπεία ούτε την ακολουθούμενη διαδικασία, αλλ' ούτε και τις πιθανές συνέπειες αυτής. Πράγματι, είναι υπαρκτές οι περιπτώσεις όπου ο ασθενής, θέλοντας να απαλλαγεί από την ασθένειά του, υπό οποιοσδήποτε διαδικασίες, επαφίεται στη σχέση εμπιστοσύνης που διατηρεί με τον ιατρό του.

Στις περιπτώσεις αυτές, αφού ο ιατρός διαγνώσει ανεπιφύλακτα την επιθυμία του ασθενούς να μην πληροφορηθεί για τη θεραπευτική διαδικασία, δικαιούται εν συνεχεία, σεβόμενος την αυτοδιάθεση του ασθενούς -υπό την αρνητική όψη αυτής- να παραλείπει την ενημέρωση. Κατά τα παγίως δε κρατούντα στη γερμανική νομολογία, το επιτρεπτό της παραλείψεως της ενημέρωσης του ασθενούς, τελεί σε αναγκαία συνάρτηση με την ρητώς εκπεφρασμένη επιθυμία του τελευταίου να μην μετέχει της πληροφόρησης. Το δικαίωμα αυτό, ως προερχόμενο από το απόλυτο και συνταγματικώς κατοχυρωμένο δικαίωμα της προσωπικότητας (άρθρ. 5 παρ.1 Συντ), αποτελεί την ολοκλήρωση του δικαιώματος αυτοδιαθέσεως.

Η ενημέρωση του ασθενούς αποτελεί σε κάθε περίπτωση νομικό καθήκον του ιατρού και αντίστοιχο θεσμικό δικαίωμα του ασθενούς. Αν ο τελευταίος επιθυμεί, μπορεί βεβαίως να μην ασκήσει αυτό το δικαίωμα. Στο σημείο ωστόσο αυτό, και για την πληρότητα του επιστημονικού διαλόγου, είναι αναγκαίες ορισμένες επισημάνσεις νομικής υφής. Ειδικότερα:

Η παραίτηση, ως ειδικότερη έκφανση του απολύτου δικαιώματος της

προσωπικότητας του ατόμου, δεν επιδέχεται παραίτησεως, εκπτώσεως, αλλ' απλώς εναπόκειται στη διακριτική ευχέρεια του εκάστοτε ασθενούς να μην ασκήσει in concreto το εν λόγω δικαίωμα, το οποίο σε κάθε περίπτωση παραμένει υπαρκτό, ως στοιχείο της προσωπικότητάς του. Έτσι, προκειμένου να μην φέρει ο ιατρός ευθύνη για τυχόν παραλείψεις εις την ενημέρωση του ασθενούς, πρέπει να αποδειχθεί άνευ αμφιβολίας ότι η πρωτοβουλία μη ενημερώσεως ανήκε στον ίδιο τον φορέα του δικαιώματος, ήτοι είχε ως αφετηρία τον ασθενή.

Η παραίτηση από το δικαίωμα πληροφόρησης δύναται να είναι γραπτή ή ακόμη και προφορική, ρητή ή σιωπηρή, συναγόμενη από την εν γένει στάση του ασθενούς, ο οποίος εμφανώς δια της συμπεριφοράς του αδιαφορεί για την κατάσταση της υγείας του, τη θεραπεία που του υποδεικνύεται ή και για τους ενδεχόμενους κινδύνους. Η γραπτή παραίτηση του ασθενούς ωστόσο δεν αποτελεί πλήρη απόδειξη, ιδίως όταν αυτή δεν εδράζεται σε προσωπική επαφή του ασθενή με τον ιατρό του. Βασική δε προϋπόθεση για την παραδοχή της δικαιολογημένης παραλείψεως ενημέρωσης, κι επομένως για τη μη στοιχειοθέτηση ευθύνης του ιατρού, είναι η απόδειξη της στενής σχέσεως μεταξύ των δύο μερών, η οποία είναι δυνατόν να οδηγήσει σε υπερτονισμό του εμπιστευτικού στοιχείου της ιατρικής σχέσεως και, συνακόλουθα, στην παραίτηση (μη άσκηση) του δικαιώματος ενημέρωσης.

Η νομική φύση της παραίτησεως.

Τόσο η παραίτηση, όσο άλλωστε και η ίδια η συναίνεση του ασθενούς, για την οποία γίνεται λόγος αμέσως κατωτέρω, δεν αποτελεί «δικαιοπραξία» υπό την έννοια του νόμου, ώστε δεν απαιτούνται για την ισχύ αυτής οι προϋποθέσεις μιας ισχυρής δικαιοπραξίας, όπως λ.χ. η δικαιοπρακτική ικανότητα, αλλά αποτελεί μία υπαρκτή, πραγματική και διωποκειμενικώς ελέγξιμη κατάσταση «συγκατάθεσης» του ενδιαφερόμενου ασθενούς. Η ειδοποιός διαφορά έγκειται στο γεγονός ότι, επί δικαιοπρακτικής παραίτησεως, ο παραιτούμενος δέον να έχει πλήρη γνώση από τι παραιτείται και τις έννομες συνέπειες της παραίτησεως αυτής, ενώ αντιθέτως, επί της νοούμενης ως «πραγματικής» παραίτησεως, οι προϋποθέσεις αυτές δεν απαιτούνται, εφόσον διαπιστώνεται η φυσική βούληση του ασθενούς για μη ενημέρωση.

Πως γνωρίζει ο ασθενής ότι έχει λάβει τη δέουσα ενημέρωση.

Το ερώτημα ωστόσο που ανακύπτει εν προκειμένω έχει ως εξής: «*Κατανοούν οι ασθενείς τις πληροφορίες;*»

Οι Rosique et Al. έδειξαν ότι το 64% των ασθενών τους είχαν ελάχιστη ή καμία ανάκληση των πληροφοριών που τους παρουσιάστηκαν στο έγγραφο συγκατάθεσης πριν την αναισθησία.(29) Επιπλέον, το 21% των ασθενών που υπέγραψαν το έγγραφο συγκατάθεσης δήλωσε πως δεν το διάβασε. Σε μια μελέτη με ασθενείς που υποβάλλονται σε αορτοστεφανιαία παράκαμψη ή παρέμβαση διαδερμικά στις στεφανιαίες αρτηρίες, οι συγγραφείς διαπίστωσαν ότι ακόμα και μετά από συζήτηση με τους γιατρούς τους, οι ασθενείς είχαν πτωχή κατανόηση των διαδικασιών. (30)

Πολλοί ασθενείς δεν επιθυμούν να γνωρίζουν την λεπτομέρειες σχετικά με τους κινδύνους των διαδικασιών.(31,33) Στο Πανεπιστήμιο του Τολέδο, μια μελέτη των ασθενών στο Τμήμα Επειγόντων έδειξαν ότι πολλοί ασθενείς δεν ήθελαν λεπτομερή έντυπα συγκατάθεσης, αρκούμενοι μόνον στο αίσθημα εμπιστοσύνης προς τον ιατρό. (32,34)

1.4.6. Η συναίνεση του ενημερωμένου ασθενούς και η φύση αυτής

Η υποχρέωση του ιατρού να μην προβαίνει σε ιατρικές πράξεις δίχως τη συναίνεση του ασθενούς προβλέπεται σήμερα από υπερεθνικά κείμενα, όπως ο «Χάρτης Θεμελιωδών Δικαιωμάτων της Ευρωπαϊκής Ένωσης» (άρθρ.3 παρ.2 στοιχ.α'), αλλά και ειδικότερα θεσμικά κείμενα Ιατρικής Δεοντολογίας, όπως λ.χ. η «Παγκόσμια Διακήρυξη σχετικά με το ανθρώπινο γονιδίωμα και τα ανθρώπινα δικαιώματα» της UNESCO.

Παραδοσιακά, η μη εξουσιοδοτημένη εκτέλεση ιατρικών ή χειρουργικών επεμβάσεων σχετίζεται με νομικές αντεγκλήσεις. «Κάθε ανθρώπινο ον, σε ηλικία ανήλικα και με πνευματική διαύγεια, έχει το δικαίωμα να καθορίσει τι επιθυμεί να γίνει στο σώμα του σε περίπτωση επέμβασης.» διαπιστώνει ο σπουδαίος αμερικανός δικαστής Benjamin Cardozo ήδη από το 1914, ενώ περαιτέρω, «Ο χειρουργός που προβαίνει σε χειρουργική επέμβαση δίχως τη συναίνεση του ασθενούς, διαπράττει παράβαση βασικών αρχών, για την οποία είναι υπόλογος».

Το αναγκαίο περιεχόμενο της συναίνεσης.

Ως προελέχθη ήδη, προϋπόθεση της έγκυρης και νομικά ισχυρής συναίνεσης του ασθενούς είναι ότι αυτή θα πρέπει να είναι ειδική και εμπειριστατωμένη και να δίνεται κατόπιν προηγούμενης πλήρους, σαφούς και κατανοητής ενημέρωσης.

Αντιθέτως, μία αφηρημένη και γενική συναίνεση δεν αναπτύσσει έννομα αποτελέσματα. Ενδεικτικά αναφέρεται μία υπόθεση που απασχόλησε προ δεκαετίας τον Συνήγορο του Πολίτη (Ιδ. σε ΠοινΔικ. 2002, σελ. 153 επ.), κατόπιν αναφοράς ατόμου που νοσηλεύθηκε σε δημόσιο νοσοκομείο. Στην υπό κρίση υπόθεση, τέθηκαν υπόψιν του

Συνηγόρου τα εξής πραγματικά περιστατικά:

Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας στο νοσοκομείο παρασχέθηκε στον ασθενή έντυπο, φέρον τον τίτλο «Υπεύθυνη Δήλωση Ασθενούς», το οποίο κλήθηκε να υπογράψει. Ο ανωτέρω ασθενής αρνήθηκε να υπογράψει αυτό, προβάλλοντας αντιρρήσεις για το περιεχόμενό του, δεδομένου ότι στο έντυπο αυτό αναφέρονταν αορίστως ότι έδωσε την συναίνεσή του για οποιαδήποτε διαγνωστική μέθοδο και θεραπευτική αγωγή ακολουθείτο από τους ιατρούς και ότι εμπιστευόταν απόλυτα τους τελευταίους για κάθε άλλη ιατρική πράξη, την οποία αυτοί θα έκριναν ως αναγκαία για την αποκατάσταση της υγείας του. Η άρνηση του ασθενούς να θέσει την υπογραφή του στο ανωτέρω έντυπο είχε ως αποτέλεσμα τη διακοπή της νοσηλείας του με χορήγηση σ' αυτόν «πειθαρχικού εξιτηρίου».

Ο Συνηγόρος του Πολίτη στο με αριθμ. 13218/26.11.2001 Πόρισμά του αφενός μεν διαπιστώνει ότι πρόκειται στη δεδομένη περίπτωση για απαίτηση χορήγησης μίας «εν λευκώ συναίνεσεως», καθ' ό μέτρο ασθενής κλήθηκε να συναινέσει για ακαθόριστες ιατρικές πράξεις, επαφιέμενος στην ανέλεγκτη κατά τούτο κρίση των ιατρών, αφετέρου δε προτείνει τη διερεύνηση ευθυνών των προσώπων των εμπλεκομένων στην καθιέρωση του ανωτέρω εντύπου και τη λήψη μέτρων, ώστε να εξασφαλισθεί στο μέλλον η πληρότητα και εγκυρότητα στην ενημέρωση των ασθενών, καθώς και η γνησιότητα στην παροχή συναίνεσεως επί των ιατρικών πράξεων.

Ορθώς βεβαίως επισημαίνεται ότι αν, στην προαναφερθείσα περίπτωση, ο ανωτέρω ασθενής, εξαιτίας της βεβιασμένης απομακρύνσεώς του από το νοσοκομείο και της εντεύθεν καθυστερήσεως στην αντιμετώπιση της νόσου του μέχρι τη μετάβασή του σε άλλο νοσοκομείο ή ιατρό, υφίστατο χειρότερηση της καταστάσεώς του, τότε θα στοιχειοθετείτο ευθύνη των ιατρών του ανωτέρω νοσοκομείου για αυτό το αποτέλεσμα. (Ιδ. παρατηρήσεις Καϊάφα Γκμπάντι Μ., υπό το Πόρισμα του Συνηγόρου του Πολίτη με αριθμ. 13218/26.11.2001 σε ΠοινΔικ.2002/156,157).

Όσον αφορά τις λοιπές προϋποθέσεις έγκυρης συναίνεσης του ασθενούς (άρθρ. 12 παρ.2 ν. 3418/2005) λεκτέα τα ακόλουθα:

α) Ο ασθενής πρέπει να διαπιστώνεται ότι έχει την ικανότητα προς συναίνεση, η οποία, ως ανεφέρθη, δεν εξαρτάται ούτε από τη δικαιοπρακτική ικανότητα αυτού (άρθρ. 127 ΑΚ) ούτε και από την ποινική ικανότητα αυτού για καταλογοισμό (άρθρ. 121 επ. ΠΚ), αλλά από την πνευματική ωριμότητα αυτού να εκτιμήσει και να σταθμίσει την αξία του διατιθέμενου εννόμου αγαθού. Συνεπώς, ικανός προς συναίνεση είναι αυτός ο οποίος έχει

επίγνωση της σημασίας του εννόμου αγαθού, του οποίου είναι φορέας και στην προσβολή του οποίου συναινεί.

β) Η συναίνεση πρέπει να είναι γνήσια και σοβαρή, ήτοι να μην δίδεται χάριν αστεϊσμού, εικονικά, να μην αποτελεί αποτέλεσμα πλάνης, απάτης, απειλής ή της οιασδήποτε επιρροής άλλου εξαναγκαστικού μέσου και να μην έρχεται σε σύγκρουση με τα κρατούντα χρηστά ήθη. Σημειωτέον ότι, αντίθεση προς τα χρηστά ήθη προκύπτει όταν το προσδοκώμενο από την ιατρική πράξη όφελος υπολείπεται της βλάβης και των κινδύνων που συνδέονται με αυτήν.

Όσον αφορά στην πεπλανημένη απόσπαση της συναίνεσης του ασθενούς, αξίζει στο σημείο αυτό να αναφερθεί μία υπαρκτή περίπτωση που τέθηκε υπόψιν του γερμανικού δικαστηρίου, και η οποία αφορά στην καταδίκη χειρουργού για την πράξη της εκ προθέσεως σωματικής βλάβης. (BGH 20.1.2004 - 1 Str 319/03 Πρωτοδικείο Freiburg.) Στην υπό κρίση απόφαση ορθά το τριμελές πλημμελειοδικείο θεώρησε ότι οι ιατρικές επεμβάσεις επιτρέπονται μόνο με τη συναίνεση του ασθενούς, η οποία δεν πρέπει να επηρεάζεται από ελαττώματα της βουλήσεως. Στην προκειμένη δε περίπτωση, ο χειρουργός προέβη σε εγχείρηση του ασθενούς, ο οποίος είχε υποστεί δύο φορές εξάρθρωμα στον ώμο δεξιά. Κατά τη διάρκεια της επέμβασης έσπασε η συσκευή διάτρησης, την οποία ο ιατρός χρησιμοποίησε, με αποτέλεσμα ένα τμήμα της συσκευής, ήτοι η μύτη αυτής, να μείνει στο ακρώμιο. Ο ιατρός δεν ανέφερε τίποτα σχετικά με αυτό στο πρωτόκολλο της εγχείρησης, ούτε στον ασθενή, στον οποίον αντιθέτως γνωστοποίησε ότι η επέμβαση ήταν επιτυχής. Εν συνεχεία ενημέρωσε τον ασθενή ότι για την επίτευξη του σωστού αποτελέσματος ήταν αναγκαία η δεύτερη επέμβαση, προκειμένου να αποσπάσει τη συναίνεσή του γι' αυτή, όπερ και εγένετο. Το δικαστήριο αποφάνθηκε ότι ήταν ορθή η καταδίκη του ιατρού από το τριμελές πλημμελειοδικείο και ότι δεν υφίστατο περίπτωση άρσεως του αδικού χαρακτήρα της πράξης -όσον αφορά στη δεύτερη επέμβαση- καθότι ο ιατρός παραπλάνησε τον ασθενή σχετικά με την αναγκαιότητα της δεύτερης επέμβασης και με τον τρόπο αυτό απέσπασε την συναίνεσή του.

γ) Η συναίνεση να καλύπτει πλήρως την ιατρική πράξη, τόσο κατά το συγκεκριμένο περιεχόμενό της, όσο και κατά τον ειδικότερο χρόνο εκτελέσεώς της, θα πρέπει δε να δίδεται προ της ενάρξεως της ιατρικής πράξης, ήτοι σε χρόνο κατά τον οποίον ο ασθενής βρίσκεται ακόμη σε ήρεμη ψυχική κατάσταση, δίχως τη λανθάνουσα υποβολή της επιγενόμενης ιατρικής πράξεως.

Το ελεύθερος ανακλητό της συναίνεσης.

Πρέπει στο σημείο αυτό να τονισθεί ότι, ως ειδικότερη έκφραση του απολύτου δικαιώματος της προσωπικότητας του ατόμου, και επόμενος ίδιον του δικαιώματος αυτοδιαθέσεως, η συναίνεση του ασθενούς είναι ελεύθερα ανακλητή, μέχρι του χρονικού σημείου της διενέργειας της υπό κρίση ιατρικής πράξεως, στην οποία αναφέρεται. Καίτοι το ειδικότερο αυτό δικαίωμα της ανακλήσεως της συναίνεσης δεν προβλέπεται ρητώς από τον ελληνικό Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας, ωστόσο καθιερώνεται θεσμικώς από διατάξεις αυξημένης τυπικής ισχύος, και συγκεκριμένα από τις διατάξεις των άρθρων 5 παρ.3, 6 παρ.5 της Συμβάσεως Οβιέδο. Σε κάθε δε περίπτωση, το συνταγματικό έρεισμα του δικαιώματος της προσωπικότητας του ατόμου, κατ' άρθρ. 5 Συντ., προσδίδει αφ' εαυτής ισχυρή κατοχύρωση του εν λόγω δικαιώματος ανακλήσεως.

1.4.7. Η συναίνεση του ανηλικού ασθενούς

Σύμφωνα με τις προβλέψεις των διατάξεων του άρθρ. 12 παρ.2 β. αα του ν. 3418/2005, αν ο ασθενής είναι ανήλικος, η συναίνεση δίδεται από αυτούς που ασκούν τη γονική μέριμνα ή έχουν την επιμέλειά του. Λαμβάνεται όμως υπόψιν και η γνώμη του, εφόσον ο ανήλικος, κατά την κρίση του ιατρού, διαθέτει αυτός της ηλικιακή, πνευματική και συναισθηματική ωριμότητα να κατανοήσει την κατάσταση της υγείας του, το περιεχόμενο της ιατρικής πράξεως και τις συνέπειες ή τα αποτελέσματα ή τους κινδύνους της πράξης αυτής. Χρονικό όριο για τη λήψη υπόψιν της γνώμης του ανηλικού φαίνεται να αποτελεί η συμπλήρωση του 12^{ου} έτους της ηλικίας, προκύπτει δε τούτο από την ανάλογη ρύθμιση του νομοθέτου σε θέματα υποβολής εγκλήσεως, κατ' άρθρ. 118 παρ.2 εδ.β' περ. α' ΠΚ.

Ανάλογα επίσης ορίζει και το άρθρο 6 παρ. 2 της Συμβάσεως του Συμβουλίου της Ευρώπης για την προστασία των δικαιωμάτων και της αξιοπρέπειας του ατόμου σε σχέση με τις εφαρμογές της βιολογίας και της ιατρικής, που υπογράφηκε την 4.4.1997 στο Oviedo Ισπανίας, και η οποία κυρώθηκε στην ελληνική έννομη τάξη, έχουσα πλέον υπερνομοθετική ισχύ κατ' άρθρ. 28 Συντ, με τον νόμο 2619/1998. Σύμφωνα με της διατάξεις της πιο πάνω Συμβάσεως, στις περιπτώσεις που ο ανήλικος δεν διαθέτει την ικανότητα να συναινέσει στην επέμβαση, αυτή διενεργείται μόνο κατόπιν εξουσιοδοτήσεως του αντιπροσώπου του ή των αρχών ή του προσώπου ή ειδικού σώματος που προβλέπεται κατά νόμον. Η δε γνώμη του ανηλικού θα λαμβάνεται υπόψιν ως

αυξανόμενος καθοριστικός παράγοντας αναλόγως της ηλικίας και του βαθμού ωριμότητας αυτού.

Τα ανωτέρω γίνονται παγίως δεκτά και από τη νομολογία, ενώ ενδεικτικά παρατίθεται η λίαν πρόσφατη υπ' αριθμ. 92/2011 Διάταξη του Εισαγγελέως Εφετών Λάρισας (Ιδ. σε ΠοινΔικ.12/2011 σελ. 1303 επ.), δια της οποίας απορρίπτεται ως απαράδεκτη η προσφυγή κατά της εισαγγελικής διάταξης με την οποία είχε απορριφθεί η έγκληση εις βάρος δύο ιατρών που είχε ασκήσει ο πατέρας δεκαεπτάχρονης ανήλικης, για το αδίκημα της παράβασης καθήκοντος. Στην προκειμένη περίπτωση, ο εγκαλών ισχυρίσθηκε ότι οι δύο ως άνω ιατροί παρέβησαν την νομική τους υποχρέωση να τον ενημερώσουν για την υγεία της ανήλικης κόρης του και να ζητήσουν και από τον ίδιο, ως συνασκούντα από κοινού με την μητέρα αυτής τη γονική μέριμνα, τη συναίνεσή του για την υποβολή της ανήλικη σε αμυγδαλεκτομή, καθώς, σύμφωνα με το άρθρο 12 παρ. 2 στοιχ.β' περ.αα' του Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας, όταν η γονική μέριμνα δεν ασκείται και από τους δύο γονείς από κοινού, αλλά ο ένας ασκεί μέρος της γονικής μέριμνας (διότι η επιμέλεια έχει ανατεθεί στον άλλον γονέα) τη συναίνεση δηλώνει αποκλειστικά το πρόσωπο στο οποίο έχει ανατεθεί η επιμέλεια.

Ειδικότερα, οι κρίσιμες παραδοχές της Διατάξεως έχουν επί λέξει ως εξής: « Επειδή, σύμφωνα με τη διάταξη του άρθρου 12 παρ.1, 2^α του Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας (Ν.3418/2005), που ρυθμίζει το θέμα της συναίνεσης του ενημερωμένου ασθενούς, ο ιατρός δεν επιτρέπεται να προβεί στην εκτέλεση οποιασδήποτε ιατρικής πράξης χωρίς την προηγούμενη έγκυρη συναίνεση του ασθενούς, προϋπόθεση της οποίας είναι να έχει προηγηθεί πλήρης, σαφής και κατανοητή ενημέρωση. Στο ίδιο άρθρο (12 παρ.β' αα' ΚΙΔ) ορίζεται ότι '[...] αν ο ασθενής είναι ανήλικος, η συναίνεση δίδεται από αυτούς που ασκούν τη γονική μέριμνα ή έχουν την επιμέλειά του. Λαμβάνεται, όμως υπόψη και η γνώμη του, εφόσον ο ανήλικος, κατά την κρίση του ιατρού, έχει την ηλικιακή, πνευματική και συναισθηματική ωριμότητα να κατανοήσει την κατάσταση της υγείας του, το περιεχόμενο της ιατρικής πράξεως και τις συνέπειες ή τα αποτελέσματα ή τους κινδύνους της πράξης αυτής [...]'. Είναι προφανές ότι η ενδεχόμενη παράβαση του καθήκοντος του νοσοκομειακού ιατρού αναφορικά με την ενημέρωση- συναίνεση του ασθενούς, το οποίο καθορίζεται με τον προαναφερόμενο νόμο (ΚΙΔ), θα μπορούσε να αποτελέσει στοιχείο στην πραγμάτωση της νομοτυπικής μορφής του εγκλήματος της παράβασης καθήκοντος (άρθρο 259 ΠΚ), κατά την έννοια που νομολογιακά γίνεται δεκτή (βλ. ενδεικτικά ΑΠ 1153/2010 ΠοινΧρ. ΞΑ', 343). Ωστόσο, σε ό,τι αφορά τον ανήλικο ασθενή, το καθήκον της εκ μέρους του ιατρού ενημέρωσης πρέπει να οριοθετηθεί στο πλαίσιο της διάταξης του άρθρου 12 του Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας σε συνδυασμό με τις διατάξεις του Οικογενειακού Δικαίου του Αστικού Κώδικα. Στη θεωρία του Αστικού Δικαίου γίνεται

γενικά δεκτό ότι η φροντίδα για την υγεία του ανηλίκου και ειδικότερα η συναίνεση σε ιατρικές επεμβάσεις αποτελεί περιεχόμενο της επιμέλειας (ΑΚ 1158) [...] Αλλά και η νομολογία, ορθά, προς την ίδια κατεύθυνση κινείται. Έτσι, στην απόφαση ΕφΑθ 1151/2008 (ΕΛΛΔνη 2008, 824) γίνεται δεκτό ότι '... περιλαμβάνει η επιμέλεια αυτή (η επιμέλεια του προσώπου του τέκνου), όπως γίνεται φανερό από το χρησιμοποιούμενο στην πιο πάνω διάταξη του άρθρου 1518 επίρρημα 'ιδίως', κάθε θέμα το οποίο σχετίζεται με την ανάπτυξη της σωματικής και ψυχικής προσωπικότητας του ανηλίκου τέκνου (όπως στέγη, ντύσιμο, τροφή, υγεία, μόρφωση, επαγγελματική εκπαίδευση, ηθική διαπαιδαγώγηση)...' [...] Έχοντας υπόψη τις προεκτεθείσες παραδοχές της Επιστήμης του Αστικού Δικαίου και της Νομολογίας, η ορθή ερμηνευτική προσέγγιση του άρθρου 12 παρ.2 στοιχ. β' περ. αα' ΚΙΔ (θεωρούμε ότι) αναμφίβολα είναι η προτεινόμενη από τη Καθηγήτρια Κ. Φουντεδάκη... δηλαδή ότι η διάταξη αυτή έχει την έννοια ότι όταν η γονική μέριμνα δεν ασκείται και από τους δύο γονείς από κοινού, αλλά ο ένας ασκεί μέρος της γονικής μέριμνας διότι η επιμέλεια έχει ανατεθεί στον άλλο γονέα, τη συναίνεση δηλώνει αποκλειστικά το πρόσωπο στο οποίο έχει ανατεθεί η επιμέλεια [...]

Το κρίσιμο ζήτημα το αντιμετώπισε εν προκειμένω ο Εισαγγελέας Εφετών Λάρισας ήταν εάν η συναίνεση των νομίμων αντιπροσώπων του ανηλίκου σε ιατρική πράξη που τον αφορά είναι ζήτημα που εμπίπτει στη έννοια της γονικής μέριμνας ή στην επιμέλεια, επίλυση δε του νομικού προβλήματος αυτού προσκρούει σε δύο εκατέρωθεν σκοπέλους: Αφενός στην αντίθετη (προς την ανωτέρω εισαγγελική διάταξη) άποψη που έχει διαπλασθεί και τείνει να παγιωθεί στους κόλπους της ελληνικής νομολογίας, υποστηρίζεται δε σθεναρά και εξ απόψεως θεωρίας, αφετέρου στην ίδια την «αινιγματική» ρύθμιση του ΚΙΔ.

Έτσι, η κρατούσα στην νομολογία και θεωρία άποψη εμφανίζεται εκ πρώτης όψεως αντίθετη με την ως άνω εισαγγελική διάταξη, καθώς εντάσσει το ζήτημα της συναίνεσης σε σοβαρές ιατρικές πράξεις στον καλούμενο «σκληρό πυρήνα» της γονικής μέριμνας, ο οποίος διαλαμβάνει θέματα εκ φύσεως προορισμένα να επηρεάσουν καθοριστικά τη ζωή του ανηλίκου (λ.χ. ονοματοδοσία, επιλογή θρησκευματος κ.ά), και ως εκ τούτου θέματα ιατρικών επεμβάσεων δέον είναι, κατά τη θέση αυτή, να επιλύονται κατόπιν συναπόφασης και των δύο γονέων, ως φορέων της γονικής μέριμνας, ανεξαρτήτως του γεγονότος ότι δύναται στον έναν από αυτούς να έχει ανατεθεί η αποκλειστική άσκηση επιμέλειας. (Ολως ενδεικτικώς ΑΠ 1321/1992, Αρμ.1994,340-341, Εφ.Αθ 4287/2005, ΕΛΛΔνη 2006, 201, ΑΠ 1005/2006 ΕΛΛΔνη 2006, 1351, ΕφΑθ 1151/2008 ΕΛΛΔνη 2008, 824). Η prima facie ωστόσο αντίθεση αυτή, δεν είναι άνευ ετέρου δεδομένη, καθ' ό μέτρο συναρτάται με το είδος, τις ειδικότερες συνθήκες και τη σοβαρότητα της

εκάστοτε ιατρικής υποθέσεως. Ορθότερο είναι ωστόσο να γίνει δεκτό, στο ιδιαίτερο αυτό νομικό αίνιγμα που θέτει η διάταξη του άρθρου 12 παρ.2 στοιχ. β περ. α' ΚΙΔ, ότι απαιτείται σε κάθε μεμονωμένη περίπτωση διαχωρισμός και κρισιολόγηση της σοβαρότητάς της, ώστε επί ιδιαιτέρως σοβαρών ιατρικών επεμβάσεων επί του ανηλίκου, να επιδιώκεται η διασφάλιση της συναινεσεως και των δύο εν διαστάσει ή ενδεχομένως διαζευγμένων συζύγων, ως κοινών φορέων της γονικής μέριμνας. Άλλως, και μόνη η επιμέλεια, η οποία- ως minus της κατά τα ανωτέρω γονικής μέριμνας- τυχόν έχει ανατεθεί σε έναν μόνο γονέα, αρκεί για τη διενέργεια και διεξαγωγή ηπιότερων, συνήθων ή επειγόντων ιατρικών πράξεων.

1.5. Η υποχρέωση ενημέρωσης και λήψης συναίνεσως ιδίως επί των ιατροχειρουργικών επεμβάσεων

Η ενημέρωση του ασθενούς θα πρέπει να λαμβάνει χώρα από τον ειδικό κάθε φορά ιατρό. Έτσι λοιπόν, αν υποθέσουμε ότι ο παθολόγος, που επιλήφθηκε τους ασθενούς, διαπιστώσει ότι είναι αναγκαία η παραπομπή του σε εγχείρηση, τότε θα πρέπει ο μεν παθολόγος να ενημερώσει τον ασθενή για τον λόγο ή τους λόγους που καθιστούν αναγκαία εν προκειμένω την εγχείρηση, ο δε χειρουργός για τον τρόπο, τα οφέλη, ως και τις πιθανές επιπλοκές της επεμβάσεως. Ιδιαίτερα σημαντικό εμφανίζεται εδώ το ζήτημα της ενημερώσεως του ασθενούς για τα προβλήματα που είναι ενδεχόμενο να παρουσιασθούν «εν τω πράττεσθαι», ήτοι κατά τη διάρκεια της επεμβάσεως, ώστε ο ασθενής να παράσχει την συναίνεσή του. Αυτό λ.χ. συμβαίνει όταν κατά τη διάρκεια της επέμβασης ανακύπτει η ανάγκη επέκτασης της χειρουργικής αγωγής.

Ως προς το ζήτημα δε αυτό, κατά το μέτρο που αγγίζει τα όρια της νομικής συγκρούσεως καθηκόντων ή και της ποινικής ευθύνης των ιατρών, δέον να σημειωθούν τα ακόλουθα:

Το ζήτημα αφορά στην περίπτωση όπου ο ιατρός, κατά τη διάρκεια χειρουργικής επέμβασης, αντιλαμβάνεται ότι η αρχική διάγνωση που έγινε ήταν ατελής ή εσφαλμένη, και ως εκ τούτου είναι αναγκαία η επέκταση της εγχείρησης, ή ακόμη και η εξαρχής τροποποίησή της. Οφείλει ο ιατρός να προβεί στην ιατρικά ενδεικνυόμενη χειρουργική επέμβαση δίχως τη συναίνεση και τη σύμφωνη γνώμη του ασθενούς; Οφείλει κατά νόμον να παραλείψει την επέμβαση; Η «εικαζόμενη» συναίνεση του ασθενούς για την υπό κρίση τροποποίηση ή επέκταση της επεμβάσεως αρκεί για την επιχείρηση αυτής, δίχως τη δεδηλωμένη και ρητή -καθ' οιονδήποτε τρόπο, έγγραφη ή και προφορική- συναίνεσή του;

Θεωρητικά, και υπό αυστηρή ανάγνωση του νομοθετικού πλαισίου, εφόσον για κάθε ιατρική πράξη είναι απαραίτητη η διασφάλιση της σύμφωνης γνώμης του ασθενούς, μέσω της πλήρους, ακριβούς και λεπτομερούς ενημερώσεώς του, θα πρέπει και εν προκειμένω να δεχθούμε ότι σε περιπτώσεις όπως η ανωτέρω, ο ιατρός οφείλει να διακόψει την εγχείρηση ώστε να εξασφαλιστεί πρότερα η αξιούμενη συναίνεση.

Η κρατούσα άποψη στη γερμανική νομολογία δέχεται στις περιπτώσεις αυτές ότι επιβάλλεται η επέκταση της χειρουργικής επεμβάσεως, αν υφίσταται άμεσος κίνδυνος για τη ζωή ή την υγεία του ασθενούς, αντιθέτως δε, ότι ο ιατρός οφείλει να απέχει από την επέκταση αυτής, αν αυτή (η επέκταση) δεν είναι τελείως αναγκαία και συνεπάγεται σοβαρό κίνδυνο για την υγεία ή τη σωματική ακεραιότητα του ασθενούς.

Αναμφιβόλως, οι πιο προβληματικές περιπτώσεις είναι εκείνες που δεν καλύπτονται από το κριτήριο του «επείγοντος», ή κατ' άλλη διατύπωση, από τον κανόνα της προκειμένης αναγκαιότητας, όπου ιδιαίτερο βάρος πρέπει να δίνεται στην εικαζόμενη συναίνεση του ασθενούς. Η τελευταία ωστόσο, κρινόμενη υπό το πρότυπο του «μέσου λογικού ασθενούς», σε συνδυασμό με τις συνθήκες του συγκεκριμένου ασθενούς, ορθότερον είναι να μην εφαρμόζεται σε περιπτώσεις μη επείγουσες, καθ' ό μέτρο ακρωτηριάζει την θεσμική αυτοδιάθεση του ατόμου, καθώς και το αναφαίρετο δικαίωμα να λαμβάνει γνώση της καταστάσεώς του, προ της οιασδήποτε λήψης αποφάσεων. Ο ασθενής, πράγματι, έχει το δικαίωμα, έστω κι έξω και πέραν της λογικής του «μέσου λογικού ασθενούς», να αρνηθεί τη συγκατάθεσή του, οσάκις η επέκταση της επεμβάσεως δεν είναι αναγκαία. Ειδικότερα:

1.5.1. Το προεγχειρητικό στάδιο

Αν η ανάγκη επέκτασης της χειρουργικής επεμβάσεως οφείλεται σε διαγνωστικό σφάλμα, π.χ. σε πλημμελή εξέταση- διάγνωση, παράλειψη των ιατρικώς ενδεδειγμένων διαδικασιών, τότε η τυχόν επέκταση της εγχείρησης δίχως τη σύμφωνη γνώμη του ασθενούς αποτελεί γνήσια περίπτωση αθετήσεως των συμβατικών και νομικών καθηκόντων του ιατρού, στοιχειοθετώντας εις βάρος αυτού ευθύνη για αδίκημα εξ αμελείας τελούμενο ή και παράβαση καθήκοντος. Στο προσκήνιο μάλιστα εμφανίζεται και το ζήτημα του ιατρικού σφάλματος, δοθέντος ότι αιτία της μη ενημερώσεως του ασθενούς δεν απετέλεσε η παράλειψη του ιατρού, αλλά η πλημμελής διάγνωση (και επομένως, η αμέλεια) κατά την εκτίμηση της πραγματικής κατάστασης του ασθενούς. Ορθή εν προκειμένω θεωρείται η άποψη, κατά την οποία ο ασθενής δικαιούται να πληροφορηθεί για την πιθανότητα επέκτασης της χειρουργικής επεμβάσεως, όταν αυτή είναι ενδεδειγμένη. περαιτέρω δε, σε ορισμένες περιπτώσεις όπου η εκ των προτέρων διάγνωση είναι εκ των πραγμάτων αδύνατη, ο ιατρός οφείλει να ενημερώσει τον ασθενή ότι η πραγματική εικόνα και επιβαλλόμενη έκταση της εγχειρήσεως θα φανεί μόνο με την έναρξη της επέμβασης, και ακολούθως να λάβει τη συγκατάθεσή του.

1.5.2. Το διεγχειρητικό στάδιο

Σύμφωνα με τα ανωτέρω αναφερόμενα, το ζήτημα της επέκτασης της χειρουργικής επεμβάσεως τελεί σε άμεση συνάρτηση με τον κανόνα της «αναγκαιότητας»- «επείγουσας

περιπτώσεως». Κατ' αυτόν, το δικαίωμα του ιατρού να προβεί σε επέκταση της επέμβασης δίχως τη σύμφωνη γνώμη του ασθενούς μπορεί να διακριθεί σε τρεις υποπεριπτώσεις:

α) Αν υφίσταται άμεσος κίνδυνος για τη ζωή και την υγεία του ασθενούς και δεν έχει εκφράσει ο ασθενής την αντίθετη βούλησή του για μία τέτοιου είδους επέκταση.

β) Αν υφίσταται άμεσος κίνδυνος και υπό περιστάσεις όπου ευλόγως δεν αναμένεται σοβαρή άρνηση του ασθενούς.

γ) Σε περίπτωση κατά την οποία η επέκταση της επέμβασης ενδείκνυται μεν, αλλά δεν είναι απολύτως αναγκαία, ο ασθενής ωστόσο έχει ήδη συναινέσει για την πιθανή επέκταση της χειρουργικής επεμβάσεως.

1.5.3. Τα κριτήρια της «εικαζόμενης συναίνεσης» και «νομικής συγκρούσεως καθηκόντων» ως ειδικότερων λόγων άρσεως του αδίκου

Ως προς το κριτήριο της εικαζόμενης συναίνεσης, ως λόγου άρσεως του αδίκου στις ανωτέρω αναφερόμενες περιπτώσεις, αξίζει να σημειωθεί ότι έχει συναφώς διαμορφωθεί και προταθεί ο κανόνας του «τεκμηρίου της σύμφωνης γνώμης τους ασθενούς». Σύμφωνα με αυτόν, ο ασθενής έχει ανατεθειμένη εμπιστοσύνη ότι ο ιατρός θα πράξει ό,τι καλύτερο για τη διαφύλαξη της ζωής, της υγείας και σωματικής ακεραιότητας του. Και ενώ η περίπτωση του ασθενή που αρνείται την ενδεικνυόμενη θεραπευτική (χειρουργική) αγωγή, τελώντας σε γνώση ότι βλάπτει την υγεία του ή ότι θυσιάζει τη ζωή του, είναι σαφώς η εξαίρεση, η περίπτωση του ασθενή που θα ήθελε να υποβληθεί σε επέκταση της χειρουργικής επεμβάσεως προς διαφύλαξη της ζωής/ ή και υγείας του, αποτελεί τον κανόνα, ώστε να αναζητάται εν προκειμένω η τεκμαιρόμενη σύμφωνη γνώμη του ασθενούς.

Η ανωτέρω άποψη, φρονούμε ότι πάσχει διττώς, καθ' ό μέτρο μάλιστα υποπίπτει σε εγγενείς αντιφάσεις και αντινομίες, ορθότερο είναι να επιδιώκεται μία περιστολή του υπό κρίση κανόνος του «τεκμηρίου σύμφωνης γνώμης» του ασθενούς. Και τούτο διότι, ο ασθενής απολαμβάνει αναπαλλοτρίωτο δικαίωμα, αφενός της πλήρους ενημερώσεως περί της καταστάσεως της υγείας του, αφετέρου της εκουσίας αποδόσεως της εμπιστοσύνης του προς τον ιατρό, εμπιστοσύνη, η οποία λαμβάνει εδώ το χαρακτήρα της συναινέσεως. Η μείζονα μάλιστα θεσμική κατοχύρωση του εν λόγω δικαιώματος του ασθενούς, συνταγματικού αλλά και υπερεθνικού ερείσματος, δεν επιτρέπει πράγματι την αναγωγή σε τεκμήρια «συγκατάθεσης», αφού, ως ήδη ανεφέρθη, ο ασθενής δύναται, ακόμη κι έξω

και πέραν της λογικής του «μέσου λογικού ασθενούς», να αρνηθεί τη συγκατάθεσή του.

Αλλά και υπό το δεύτερο επιχείρημα της εν λόγω άποψης, ότι δηλαδή ο ασθενής έχει ανατεθειμένη εμπιστοσύνη ότι ο ιατρός θα πράξει ό,τι καλύτερο για τη διαφύλαξη της ζωής, της υγείας και σωματικής ακεραιότητας του, δεν πρέπει να λησμονείται ότι, η ιατρική σχέση, η σύμβαση ιατρικής αρωγής, τελεί πρωτίστως υπό την εγγύηση της αμοιβαίας εμπιστοσύνης, ώστε και ο ίδιος ο ιατρός θα πρέπει να διασφαλίζει την εκούσια συγκατάθεση του ασθενούς.

Ορθότερο εν προκειμένω είναι να γίνει δεκτή η ενδεχόμενη άρση του αδίκου της επεκτάσεως της χειρουργικής επεμβάσεως, με επίκληση της «*νομικής συγκρούσεως καθηκόντων*». Ο ιατρός έχει στις περιπτώσεις αυτές να επιλέξει ανάμεσα στο καθήκον του να διαφυλάξει τη ζωή και τη σωματική ακεραιότητα του ασθενούς και στο καθήκον του να ενεργεί ιατρικές πράξεις μόνον μέσα στα όρια της σύμφωνης γνώμης του ασθενούς, εις τρόπον ώστε, η τήρηση του ενός εκ των καθηκόντων αυτών είναι αδύνατη δίχως τη σύγχρονη παραβίαση του άλλου. Ως ιδιαίτερη περίπτωση κατάστασης ανάγκης του άρθρ. 25 Κ, η ανωτέρω σύγκρουση καθηκόντων αίρει το άδικο της τυχόν αυτόβουλης ενέργειας του ιατρού, ο οποίος αποφαινεται να προβεί σε επέκταση της χειρουργικής επεμβάσεως, μόνον εφόσον ο κίνδυνος για τη ζωή ή την υγεία του ασθενούς ήταν υπαρκτός, ήτοι συνέντρεχε το κριτήριο του «*επείγοντος*».

1.5.4. Η ενημέρωση από τον αναισθησιολόγο

Ο αναισθησιολόγος οφείλει από πλευράς του να επισκεφθεί τον ασθενή, προκειμένου να τον ενημερώσει για τη διαδικασία της αναισθησιολογικής αγωγής, προ της χειρουργικής επεμβάσεως και αφού ο ασθενής έχει δώσει τη συγκατάθεσή του για τη χειρουργική επέμβαση. Δεδομένου ότι η συναίνεση πρέπει να εκφράζει και να αποτελεί προϊόν γνήσιας και ενσυνείδητης βουλήσεως του ασθενούς, θα πρέπει αυτή να λαμβάνεται οπωσδήποτε πριν την προνάρκωση, δεδομένου ότι μετά από αυτήν, ο ασθενής δεν αντιδρά πλέον πλήρως. Άλλως, ο αναισθησιολόγος, ο οποίος προβαίνει σε αναισθησία του ασθενούς δίχως την προηγούμενη ενημέρωση και συναίνεσή του, πραγματοποιεί τη νομοτυπική μορφή των αδικημάτων της παράνομης βίας (άρθρ. 330 π.Κ.) και της απλής σωματικής βλάβης (άρθρ. 308 παρ.1).

1.6. Πότε δεν απαιτείται η συναίνεση του ασθενούς

Όπως προκύπτει από το συνδυασμό των άρθρων 8 ν. 2619/1998 και 12 παρ.3^α ν. 3418/2005, οι ανωτέρω αναφερόμενες υποχρεώσεις του ιατρού, ήτοι το καθήκον πλήρους, λεπτομερούς και ακριβούς ενημερώσεως του ασθενή και το καθήκον οποιαδήποτε διενεργούμενη ιατρική πράξη να αποτελεί αντικείμενο εκουσίας και γνήσιας συναίνεσεως αυτού, δεν ισχύουν σε περιπτώσεις κατεπειγόντων περιστατικών, όπου είναι εκ των πραγμάτων αδύνατη η λήψη της εν λόγω συγκατάθεσης και συντρέχει άμεση, απόλυτη και κατεπείγουσα ανάγκη παροχής ιατρικής φροντίδας. Πρόκειται για περιπτώσεις στις οποίες ο ασθενής αδυνατεί να συναινέσει εγκύρως, ακριβώς λόγω της καταστάσεώς του, λ.χ. υπό συνθήκες αναισθησίας, βαριά τραυματισμένος κλπ., οπότε ο ιατρός οφείλει να αναλάβει την περίθαλψη του αμέσως. Εκείνο που προέχει εν προκειμένω είναι πράγματι η αρωγή στον πάσχοντα ασθενή, ο οποίος τελεί σε κίνδυνο ως προς την περαιτέρω έκβαση της καταστάσεως της υγείας, ενδεχομένως και της ζωής του.

Στις περιπτώσεις όπως οι ανωτέρω, ο ιατρός οφείλει εκ καθήκοντος να επεμβαίνει δίχως την ενημέρωση και σύμφωνη γνώμη του ασθενούς ή των προσώπων εκείνων που έχουν δικαίωμα να συναινέσουν στην ιατρική αρωγή του, με μοναδικό γνώμονα το συμφέρον και την διαφύλαξη και την αποκατάσταση της υγείας- σωματικής ακεραιότητας του ασθενούς. Η τελευταία δε, δια της συνδρομής του κατεπείγοντος του περιστατικού, αναβαθμίζεται και αποκτά ένα οιονεί προβάδισμα έναντι της συναίνεσεως του παθόντος, η οποία θα κριθεί μεταγενέστερα *in concreto*, και, συνήθως, αναλόγως του αποτελέσματος.

Πρέπει επίσης να σημειωθεί ότι ο νόμος απαλλάσσει τον ιατρό από την υποχρέωση λήψεως συγκατάθεσης και στις περιπτώσεις της απόπειρας αυτοκτονίας, κατ' άρθρ. 12 παρ. 3^β ΚΙΔ. Εύλογα άλλωστε, λόγω των προφανών ελαττωμάτων της βουλήσεως του αποπειραθέντος, ο οποίος, συναισθηματικά φορτωμένος, σταθμίζοντας αμέσως προηγουμένως την αξία του εννόμου αγαθού της ζωής και σωματικής ακεραιότητας, κατέφθασε σε αντίθετες προς τα χρηστά ήθη αξιολογήσεις.

Τέλος, δεν απαιτείται συναίνεση και στις περιπτώσεις εκείνες, όπου οι γονείς του ανηλικού ασθενούς ή οι συγγενείς ασθενούς που αδυνατεί για οιονδήποτε λόγο να συναινέσει ή οι τυχόν τρίτοι (λχ δικαστικοί συμπαραστάτες, φέροντες την εξουσία συναίνεσεως) αρνούνται να δώσουν την απαιτούμενη συγκατάθεση, και υφίσταται άμεσος κίνδυνος ζωής/υγείας του ασθενούς, σύμφωνα με τα οριζόμενα κατ' άρθρ. 12 παρ. 3^γ ΚΙΔ. Το ζήτημα μάλιστα αυτό έλαβε κατά τις τελευταίες δεκαετίες μεγάλες διαστάσεις,

κυρίως επ' αφορμή της αρνήσεως των καλουμένων μαρτύρων του Ιαχωβά (M.I.) να δώσουν την αναγκαία συναίνεσή τους, για τη χειρουργική επέμβαση ή μετάγγιση αίματος του ασθενούς. Θα πρέπει εν προκειμένω να σημειωθεί ότι, ειδικά όσον αφορά στον ανήλικο ασθενή, τόσο η προμνησθείσα ρύθμιση του ά. 12 παρ3γ' του Κ.Ι.Δ. όσο και αυτή του άρθρου 1534 του Αστικού Κώδικα, προϋποθέτουν την ύπαρξη ανάγκης άμεσης παρεμβάσεως για την αποτροπή κινδύνου ζωής ή υγείας του τέκνου και την άρνηση συναίνεσης των γονέων του ανηλίκου, πλην όμως διαφέρουν ως προς τη λύση που δίδεται. Ειδικότερα:

Υπό τη νέα ρύθμιση, αυτή του άρθρου 12 παρ. 3 γ' ΚΙΔ, εφόσον διαπιστώνεται η συνδρομή των ανωτέρω προϋποθέσεων (κατεπείγον κίνδυνος ζωής/υγείας - άρνηση των γονέων), ο ιατρός οφείλει εκ του νόμου να αναλάβει πλέον την περίθαλψη του ανηλίκου ασθενούς, παρά την δεδηλωμένη αντίρρηση των γονέων.

Αντιθέτως, υπό τη ρύθμιση του άρθρ. 1534 ΑΚ, εφόσον συντρέχουν οι ίδιες ως άνω προϋποθέσεις, της υποθέσεως επιλαμβάνεται πλέον ο αρμόδιος εισαγγελέας πρωτοδικών, ο οποίος καλείται, κατόπιν αιτήσεως του θεράποντος ιατρού ή του διευθυντή της αρμόδιας κλινικής, να δώσει τη σχετική άδεια.

Κατά την ορθότερη εν προκειμένω άποψη, οι δύο ως άνω διατάξεις ισχύουν παράλληλα, η δε νεώτερη ρύθμιση του άρθρ. 12 παρ. 3γ' ΚΙΔ ουδόλως έχει καταργήσει σιωπηρώς εκείνη του άρθρ 1534 ΑΚ, αλλά η προσήκουσα εκάστοτε λύση δέον να δίδεται αναλόγως της κρισιμότητας και της σοβαρότητας της κατάστασης που καλείται να αντιμετωπίσει ο ιατρός.

Ενδεικτική νομολογία (Εισαγγελικές γνωμοδοτήσεις). (19)

Κατά την υπ' αριθμ. 24/1969 γνωμοδότηση του Εισαγγελέως Αρείου Πάγου (ΠοινΧρ.Κ, 57,58), όταν άμεσος και σοβαρός κίνδυνος απειλεί τη ζωή ή την υγεία του ασθενούς, η ιατρική επέμβαση θα πρέπει να χωρήσει άμεσα, η δε αποτροπή του κινδύνου δεν πρέπει να διακυβεύεται από τους δισταγμούς του ιατρού λόγω της μη συναίνεσης του ασθενούς, του οποίου το δικαίωμα αυτοδιαθέσεως θα πρέπει να παραβλεφθεί. Κατά την ανωτέρω γνωμοδότηση, εφόσον διαπιστώνεται η συνδρομή των ανωτέρω προϋποθέσεων, ο ιατρός δύναται να επέμβει ενεργώντας την ενδεδειγμένη εγχείρηση ή τη μετάγγιση αίματος και χωρίς ή ενάντια στη βούληση του ασθενούς ή των επιμελούμενων του προσώπου αυτού, και πάντοτε μόνο προς θεραπευτικό σκοπό.

Ομοίως διαλαμβάνεται και στην υπ' αριθμ. 2692/1991 γνωμοδότηση του εισαγγελέως Εφετών Θεσσαλονίκης, κατά την οποία, εφόσον η χειρουργική επέμβαση ή η

μετάγγιση αίματος είναι πρόσφορες για τον επιδιωκόμενο θεραπευτικό σκοπό, ο ιατρός δύναται να χωρήσει σ' αυτές και χωρίς ή εναντίον της βουλήσεως του ασθενούς ή των επιμελούμενων του προσώπου αυτού, όταν υπάρχει άμεσος κίνδυνος για τη ζωή ή υγεία αυτού.

Ακολούθως, σύμφωνα με την υπ' αριθμ. 6/1992 εισαγγελική γνωμοδότηση, ο ιατρός μπορεί πάντοτε, κατ' άρθρ. 1534 ΑΚ, να ζητήσει την άδεια του Εισαγγελέως πρωτοδικών, αν αρνούνται οι γονείς να συναινέσουν ή δεν μπορούν για οποιονδήποτε λόγο να παράσχουν τη συναίνεσή τους, προκειμένου για κατεπείγουσα επέμβαση και για να αποτραπεί κίνδυνος ζωής ή υγείας του τέκνου.

Τέλος, ειδική μνεία χρήζει εν προκειμένω και η υπ' αριθμ. 1938/1979 γνωμοδότηση του Εισαγγελέως Εφετών Πειραιά, η οποία αντιμετώπισε το ειδικότερο ζήτημα της άρνησης του κρατουμένου ασθενούς, πάσχοντος από βουβωνοκήλη, να υποβληθεί στην ενδεδειγμένη χειρουργική επέμβαση. Σε σχετικό ερώτημα ου του απηύθυνε η διοίκηση των φυλακών, ο Εισαγγελέας γνωμοδότησε ότι δεν είναι δυνατόν να λάβει χώρα χειρουργική επέμβαση δίχως τη συναίνεση του ασθενούς, κατ' άρθρ. 106 παρ. 2 Σωφρ. Κωδ., και ότι η αρχή αυτή δύναται να παρακαμφθεί μόνον σε εξαιρετικές περιπτώσεις λοιμωδών νόσων, απόπειρας αυτοκτονίας, απεργίας πείνας κλπ. (19).

1.7. Έννομες συνέπειες αυτογνωμόνων ιατρικών πράξεων

Η ποινική εκτίμηση των αυτογνωμόνων ιατρικών πράξεων, δεν έχει, μέχρι σήμερα, περιβληθεί τον τύπο συγκεκριμένων νομοτυπικών υποστάσεων, και ως εκ τούτου, η αξιολόγηση της ποινικής ευθύνης του ιατρού, που προβαίνει στην επιχείρηση ιατρικής πράξης, δίχως ή ενάντια στη βούληση του ασθενούς ή του δικαιουμένου να συναινέσει προσώπου, κρίνεται κατά τις ισχύουσες διατάξεις. Με άλλη διατύπωση, δεν έχουν μέχρι σήμερα αποκρυσταλλωθεί στον ημέτερο ποινικό νόμο συγκεκριμένα αδικήματα, διακρινόμενα από τα λοιπά κατά το ενεργητικό υποκείμενο τελέσεώς τους και την ιδιότητα αυτού ως ιατρού («ιδιαίτερα» εγκλήματα, όπου, κατά τα ισχύοντα στο ποινικό δίκαιο οι ιδιαίτερες ιδιότητες οι σχέσεις θεμελιώνουν ή επαυξάνουν το αξιόποινο).

Κατόπιν τούτου, η κρατούσα και πλέον ορθή στην επιστήμη άποψη προσεγγίζει την ποινική ευθύνη των αυτογνωμόνων ιατρικών πράξεων υπό το πρίσμα των γενικών περί προστασίας της ζωής και σωματικής ακεραιότητας διατάξεων του ποινικού Κώδικος. (Χωραφάς, ποινικόν δίκαιον, 8η εκδ., 1966, Κατσαντώνης, ΠοινΧρ.Κ σελ. 65 επ, Γνωμοδότηση Εισαγ.Εφετ. Σπ. Κανίνια 17/1976, ΠοινΧρ.ΚΣΤ σελ. 507) Ειδικότερα: η ιατροχειρουργική επέμβαση, έστω και επιτυχής και *lege artis* διεξαχθείσα, πληροί την οικεία νομοτυπική υπόσταση της σωματικής βλάβης, κατ' άρθρ. 308 ΠΚ, ενδεχομένως δε και εκείνη της παράνομης βίας, κατ' άρθρ. 330 ΠΚ . Και τούτο διότι, προστατευόμενο έννομο αγαθό από το αδίκημα των περί σωματικής βλάβης διατάξεων είναι η ακεραιότητα και η ευεξία του ανθρωπίνου σώματος, και ως εκ τούτου το έγκλημα αυτό στοιχειοθετείται σε κάθε συμπεριφορά που ενέχει προσβολή, ήτοι επενέργεια επί του σώματος ή της υγείας του ασθενούς. (Αρειος Πάγος 1655/1981).

Η σωματική κάκωση αποτελεί εξωτερική και εμφανή επενέργεια επί του σώματος με επιβλαβή αποτελέσματα στην ακεραιότητά του, ενώ η βλάβη της υγείας διατάραξη των εσωτερικών λειτουργιών του ανθρώπου. Η σωματική κάκωση δύναται ταυτόχρονα να συνιστά και βλάβη της υγείας, χωρίς ωστόσο να είναι αυτό απαραίτητο, αλλά και το αντίστροφο, δηλαδή είναι δυνατόν να στοιχειοθετείται και βλάβη της υγείας χωρίς την ταυτόχρονη σωματική κάκωση. Έτσι, αναλόγως της βαρύτητας, του τρόπου, των συνθηκών εκτελέσεως και προεχόντως των ειδικότερων περιοχών σώματος όπου επιχειρήθηκε η χειρουργική επέμβαση, δύναται αυτή να χαρακτηριστεί ως απλή (λ.χ. διάνοιξη αποστήματος), βαριά (ακρωτηριασμός) ή ακόμη και θανατηφόρα σωματική βλάβη (λ.χ. θανατηφόρα κατάληξη επεμβάσεως). Ο άδικος χαρακτήρας των ανωτέρω

πράξεων αίρεται λόγω συναίνεσης του παθόντος, προκειμένου περί απλής σωματικής βλάβης, δοθέντος ότι, η συναίνεση του παθόντος θεσμοθετείται στο ελληνικό ποινικό δίκαιο ως ειδικός λόγος άρσεως του αδίκου μόνον της απλής σωματικής βλάβης (άρθρ. 308 παρ.2), ενώ ως προς τις λοιπές περιπτώσεις ιατροχειρουργικών επεμβάσεων γίνονται δεκτοί ως λόγοι άρσεως του αδίκου άλλοτε το κριτήριο της «κοινωνικής προσφορότητας της πράξεως», άλλοτε του «αληθούς συμφέροντος του ασθενούς», ή ακόμη και αυτό της «επιτρεπτής κινδυνώδους δράσεως». [Για τη λειτουργία της «νομικής συγκρούσεως καθηκόντων», ως ιδιαίτερης περίπτωσης κατάστασης ανάγκης, κατ' άρθρ. 25 ποινικού κώδικος, επί επειγόντων περιστατικών, έγινε ήδη λόγος ανωτέρω].

1.8. Ειδικότερα ζητήματα

Παρά το γεγονός ότι αναγνωρίζεται πλέον ευρύτατα η ανάγκη της ενεργού συμμετοχής του ασθενούς στον καθορισμό της θεραπείας του (43), συχνά κατά την ιατρική πράξη τούτο δε συμβαίνει. Ανάμεσα στις σημαντικότερες αιτίες της παράλειψης αυτής συγκαταλέγονται:

1. ο περιορισμός στο χρόνο επικοινωνίας ιατρού - ασθενούς
2. η ασάφεια ως προς την κατάλληλη έκταση της ενημέρωσης,
3. η ελλιπής εκπαίδευση των ιατρών ως προς τις σχέσεις που απαιτείται να αναπτύξουν με τους ασθενείς
και
4. η έλλειψη εξοικείωσης του γενικού κοινού προς τα δικαιώματα και τις δυνατότητες κάθε προσώπου που προσφεύγει σε υπηρεσίες υγείας, να συνεργάζεται με τους ιατρούς, ώστε να επιτύχει το αποτέλεσμα που ταιριάζει καλύτερα στον τρόπο ζωής του.

Η στενότητα χρόνου είναι, εκ πρώτης όψews, πρόβλημα καθαρώς πρακτικό, το οποίο εμφανίζεται πρωτίστως σε περιπτώσεις πρώτων βοηθειών και επειγόντων περιστατικών. Ωστόσο η κατανόηση των αναγκών των ασθενών και η άσκηση της αυτονομίας τους πρέπει να θεωρείται αναφαιρέτο τμήμα της ιατρικής πράξης, ώστε να προσαρμόζεται ανάλογα και η κατανομή του - έστω και περιορισμένου - διαθέσιμου χρόνου, εφόσον βεβαίως η πλήρης επικοινωνία με τον ασθενή είναι εφικτή.

Η κατάλληλη εκπαίδευση των ιατρών και των άλλων επαγγελματιών υγείας ως προς τη σημασία της αυτονομίας συνιστά κρίσιμο πρόβλημα. Συχνά η διαδικασία της συναίνεσης θεωρείται από τους ιατρούς γραφειοκρατική, με αποτέλεσμα να διεκπεραιώνεται εντελώς τυπικά. Αντίθετα με αυτή την πρακτική, η συναίνεση δεν πρέπει να έχει ως κύριο στόχο την κατοχύρωση του ιατρού αλλά τον σεβασμό της αυτονομίας του ασθενούς. Ακόμη όμως και όταν οι ιατροί έχουν αποκτήσει συνείδηση του σεβασμού της αυτονομίας των ασθενών, δεν είναι βέβαιοι για το πώς πρέπει να ενεργούν, καθώς η αντίληψη της αυτονομίας διαφέρει ανά ασθενή και ιατρό. Η ανάπτυξη σχέσεων συνεργασίας και εμπιστοσύνης με τους ασθενείς προϋποθέτει κατάλληλη παιδεία των ιατρών. Σκοπός δεν είναι κάποια «τυπική» μέριμνα για τα δικαιώματα των τελευταίων, αλλά η επίτευξη βέλτιστων αποτελεσμάτων κατά την αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας, λαμβανομένων υπ' όψιν των αξιών και του συνολικού τρόπου ζωής των ασθενών.

Υπό το πρίσμα αυτό, η συμμετοχή των ίδιων στη θεραπεία τους όχι μόνον δεν είναι τροχοπέδη, αλλά αντιθέτως επικουρεί την επίτευξη του καλύτερου δυνατού ιατρικού αποτελέσματος. Είναι αναγκαίο να δίδεται έμφαση στη δεοντολογία, με αντίστοιχη κλινική εφαρμογή, τόσο κατά την πανεπιστημιακή εκπαίδευση όσο και κατά τη συνεχιζόμενη εκπαίδευση / κατάρτιση των ιατρών. Εξίσου σημαντική είναι η καθιέρωση ουσιαστικής εκπαίδευσης των ιατρών όλων των ειδικοτήτων στον τρόπο επικοινωνίας τους με τους ασθενείς, με επίκεντρο τα οφέλη της ειλικρίνειας. Θεωρεί επίσης απαραίτητη τη δια βίου εκπαίδευση των ιατρών ως προς τα αντικείμενα αυτά (στο πλαίσιο, άλλωστε, της σχετικής υποχρέωσης που προβλέπει ο ΚΙΔ), με την ανάληψη πρωτοβουλίας από τις επιτροπές δεοντολογίας των νοσοκομείων, από τις επιστημονικές εταιρείες, καθώς και από τους ιατρικούς συλλόγους.

Από τα παραπάνω αναδεικνύεται η ανάγκη κατάλληλης παιδείας των πολιτών, με σκοπό την καλύτερη εφαρμογή του νέου προτύπου. Ασθενείς για τους οποίους έχει εξασφαλισθεί ενημέρωση σε «ανύποπτο» χρόνο, είναι περισσότερο πιθανόν να συνεργαστούν ενεργώς, βοηθώντας τους ιατρούς στο έργο τους και καθιστώντας έτσι τη θεραπεία αποτελεσματικότερη.

Η παιδεία των πολιτών μπορεί να προαχθεί με τη βασική εκπαίδευση, με ενημερωτικές δραστηριότητες της τοπικής αυτοδιοίκησης, των τοπικών συλλόγων, των περιφερειακών νοσοκομείων και συλλόγων εθελοντών, καθώς και με τη συμβολή εκπαιδευτικών εκπομπών από τα ΜΜΕ, υπό την αιγίδα των Υπουργείων Υγείας και Παιδείας.

Κατά την εισαγωγή στο νοσοκομείο ασθενών ικανών να συναινούν, ενδείκνυται να ορίζουν οι ίδιοι εγγράφως, κατά το δυνατόν, συγκεκριμένο πρόσωπο ως εκπρόσωπό τους. Στις περιπτώσεις ανίκανων προς συναίνεση ασθενών, οι οποίοι δεν έχουν ορίσει εκπρόσωπο οι νόμιμοι εκπρόσωποι του ασθενούς μπορούν να επιλέγουν μεταξύ περισσότερων εναλλακτικών θεραπευτικών μεθόδων, δεν μπορούν όμως να αρνούνται κάθε θεραπεία, εάν οι θεράποντες ιατροί κρίνουν ότι συνέχιση της θεραπείας είναι ωφέλιμη. Η άρνηση θεραπείας μπορεί να αποφασισθεί μόνον αυτοπροσώπως από έναν ικανό προς συναίνεση ασθενή. Σε περίπτωση διαφωνίας μεταξύ των νομίμων εκπροσώπων, ορθό είναι να αποφασίζει ο θεράπων ιατρός, λαμβάνοντας υπ' όψη τη γνώμη της Επιτροπής Δεοντολογίας του νοσοκομείου, η λειτουργία της οποίας θα πρέπει να καταστεί και στη χώρα μας υποχρεωτική. Ο ιατρός θα πρέπει να λαμβάνει υπ' όψιν του προγενέστερες οδηγίες του ασθενούς (δηλαδή επιθυμίες που εκείνος είχε εκφράσει

πριν καταστεί ανίκανος προς συναίνεση). Η γνώμη του πνευματικώς ώριμου ανηλίκου για θέματα που αφορούν την υγεία του, επιβάλλεται, από τη συνταγματική προστασία της προσωπικότητας, να λαμβάνεται υπ' όψη. Σε περίπτωση άρνησης των γονέων να συναινέσουν στη θεραπεία ανηλίκων - και στην περίπτωση κινδύνου για τη ζωή τους ή για σοβαρή βλάβη της υγείας τους -, ο ιατρός οφείλει να προχωρεί στην ενδεδειγμένη θεραπευτική αγωγή, ακολουθώντας τη νόμιμη διαδικασία.

Στις περιπτώσεις ασθενών με περιορισμένη ικανότητα συναίνεσης (ανήλικοι, ψυχικά ασθενείς, πρόσωπα με διανοητική αναπηρία), η στάση του/της ιατρού πρέπει, κατά το δυνατόν, να ευνοεί την έκφραση γνώμης από τον ίδιο τον/την ασθενή, αναλόγως του επιπέδου των δυνατοτήτων κατανόησης της κατάστασής του/της. Πρέπει, συνεπώς, να καταβάλλεται προσπάθεια κατάλληλης προσαρμογής της πληροφόρησης του/της ασθενούς, σε συνεργασία με τους εκπροσώπους του/της.

Ακόμη και υπό τις συνθήκες μονάδων εντατικής θεραπείας, ο/η ιατρός δεν μπορεί να αυτενεργεί αγνοώντας τη βούληση του/της ασθενούς. Αντιθέτως, έχει ηθικό καθήκον να εξασφαλίζει όσο το δυνατόν την ελεύθερη εκδήλωση της βούλησης αυτού/ής, παρέχοντας πλήρη, έγκαιρη και κατανοητή πληροφόρηση, όπου βεβαίως αυτό είναι εφικτό.

Η Επιτροπή επισημαίνει ότι οι ιατροί διατηρούν το δικαίωμα να αρνηθούν θεραπεία την οποία θεωρούν επιστημονικώς μη ενδεδειγμένη, έστω και αν ο /η ασθενής επιμένει σε αυτήν.

Ακόμη πιο σοβαρό είναι το πρόβλημα που μπορεί να προκύψει όταν ο ιατρός είναι σε θέση να γνωρίζει επιθυμίες του ασθενούς που είχαν εκφρασθεί πριν αυτός καταστεί ανίκανος να συναινεί, είτε εγγράφως είτε προφορικά, με τις οποίες όμως διαφωνούν οι συγγενείς. Καθώς οι τελευταίοι έχουν το νόμιμο δικαίωμα της τελικής απόφασης, ερωτάται αν οι επιθυμίες αυτές πρέπει - και πώς - να λαμβάνονται υπ' όψη. Αξίζει να σημειωθεί ότι το τελευταίο προβλέπει τόσο ο ΚΙΔ (άρθ. 29 παρ. 2), όσο και η Σύμβαση του Οβιέδο (άρθ. 9), χωρίς όμως να διευκρινίζουν τις συναφείς έννομες συνέπειες (βλ. αναλυτικά και παρακάτω).

Κατόπιν των ανωτέρω, καθίσταται σαφές ότι το πρότυπο της συναίνεσης του ασθενούς, προϋποθέτοντας αφ' ενός κατάλληλη παιδεία όσον αφορά την έννοια της αυτονομίας του προσώπου και, αφ' ετέρου, σχετική άνεση χρόνου προκειμένου να υπάρξει νηφάλια αξιολόγηση των πληροφοριών, σπανίως μπορεί να εφαρμοσθεί σε μια καθαρή μορφή.

Στην πραγματικότητα, ειδικές συνθήκες απαιτούν αντίστοιχες προσαρμογές. Ορισμένες περιοχές της ιατρικής πρακτικής πρέπει, γι' αυτό, να εξετασθούν ειδικά. (44 - 47)

Ποια είναι η συνήθης πρακτική; Ενημερώνουν πράγματι οι ιατροί τους ασθενείς που το επιθυμούν για την κατάσταση της υγείας τους, τη διάγνωση και πρόγνωση της πάθησής τους; Επιθυμούν οι ασθενείς να ενημερώνονται, ακόμα και αν η διάγνωση είναι για σοβαρή ή και ανίατη ασθένεια, ή προτιμούν να μη γνωρίζουν; Είναι αποδεκτό οι ιατροί να ενημερώνουν πρώτα το συγγενικό περιβάλλον και μετά τον ασθενή; Ποια είναι η κατάλληλη ενημέρωση τόσο ως προς το περιεχόμενο όσο και ως προς τον τρόπο μετάδοσης της πληροφορίας και κατά πόσο είναι εκπαιδευμένοι οι ιατροί και το νοσηλευτικό προσωπικό γενικότερα για να την παρέχουν στους ενδιαφερομένους;

Τα ερωτήματα αυτά δεν είναι πάντα εύκολο να απαντηθούν και αποτελούν εδώ και δεκαετίες αντικείμενο μελέτης για ιατρούς, φιλοσόφους, νομικούς, κοινωνιολόγους και άλλους ειδικούς. Οι «βέλτιστες» απαντήσεις - όπως θα φανεί παρακάτω - συχνά διαφέρουν ανάλογα με τις ιδιαίτερες συνθήκες μιας χώρας, την πολιτισμική παράδοση κοινωνικών ομάδων της ίδιας χώρας, την προσωπικότητα του ασθενούς, την ηλικία, το φύλο και το μορφωτικό επίπεδό του.

Υπάρχει εκτενής διεθνής βιβλιογραφία τόσο για τις επιθυμίες των ασθενών όσο και για τη στάση της ιατρικής κοινότητας σχετικά με την ειλικρίνεια κατά την ενημέρωση (48,49, 50). Η βιβλιογραφία αυτή βασίζεται σε έρευνες που έχουν γίνει για διάφορες σοβαρές ή ανίατες ασθένειες, σε διαφορετικές χώρες, ηλικιακές ομάδες και εθνικότητες. Το πιο σύνηθες παράδειγμα που χρησιμοποιείται είναι η στάση ιατρών και ασθενών απέναντι στην αποκάλυψη της διάγνωσης στην περίπτωση του καρκίνου, έχουν διερευνηθεί όμως και άλλες περιπτώσεις όπως το Αλτσχάιμερ και η σκλήρυνση κατά πλάκας.

α) Διεθνής εμπειρία

Μια από τις πρώτες μελέτες που επιχείρησε να καταγράψει τις απόψεις της ιατρικής κοινότητας απέναντι στην πληροφόρηση του ασθενούς και έγινε στις αρχές του '60 στις ΗΠΑ έδειξε ότι η συντριπτική πλειονότητα των ιατρών (90% ενός δείγματος 219 ατόμων) δεν αποκάλυπταν στους ασθενείς τους διάγνωση καρκίνου (51). Σε μελέτη που έγινε για το ίδιο θέμα περίπου 20 χρόνια αργότερα φάνηκε ότι οι απόψεις της ιατρικής κοινότητας στις ΗΠΑ είχαν αλλάξει ριζικά. Σε πλήρη αντίθεση με τα αποτελέσματα της προηγούμενης μελέτης το 97% των ερωτηθέντων δήλωσαν ότι αποκαλύπτουν στους

ασθενείς τους τη διάγνωση (52). Παρόμοια στροφή έγινε και στις υπόλοιπες αγγλοσαξονικές χώρες.

Η μεταστροφή αυτή στις απόψεις της ιατρικής κοινότητας ακολούθησε χρονικά την επιθυμία των ασθενών να γνωρίζουν την αλήθεια. Σε έρευνα που δημοσιεύθηκε το 1957 και στην οποία πήραν μέρος 560 καρκινοπαθείς και οι οικογένειές τους, οι συμμετέχοντες υποστήριζαν κατά μεγάλη πλειοψηφία (87%) ότι ένας ασθενής πρέπει να ενημερώνεται εάν έχει καρκίνο (53). Σε μεταγενέστερες έρευνες που αφορούσαν στην σκλήρυνση κατά πλάκας (πριν υπάρξει οποιαδήποτε θεραπεία) (54) και στο Αλτοχάιμερ (55) κατά-γράφηκε επίσης αυξημένη επιθυμία των συμμετεχόντων να γνωρίζουν την αλήθεια για την κατάσταση της υγείας τους (83% και 90% αντιστοίχως). Θα πρέπει να σημειωθεί, όμως, ότι οι απόψεις των ασθενών δε φαίνεται να είναι ομοιόμορφες μεταξύ των διαφορετικών εθνικών ομάδων. Για παράδειγμα, σε σχετική μελέτη που έγινε στις ΗΠΑ, καταγράφηκε σημαντική διαφορά ως προς τις προτιμήσεις ενημέρωσης μεταξύ ηλικιωμένων ασθενών που δήλωσαν Μεξικανική ή Κορεατική καταγωγή, σε σύγκριση με ασθενείς με Ευρωπαϊκή ή Αφρικανική (African-Americans) καταγωγή (56).

Σε αντίθεση με τις αγγλοσαξονικές και βόρειο-ευρωπαϊκές χώρες, στις χώρες της Νοτίου και Ανατολικής Ευρώπης αλλά και σε ασιατικές χώρες όπως Κίνα, Ιαπωνία κ.α. η αλλαγή αυτή στη στάση των ιατρών απέναντι στη αποκάλυψη της αλήθειας για τη διάγνωση σοβαρών ασθενειών δε φαίνεται να έχει συμβεί ακόμα ή τουλάχιστον δεν έχει ολοκληρωθεί. Σύμφωνα με αποτελέσματα μελετών, υψηλό ποσοστό ιατρών αποφεύγουν να αποκαλύψουν τη διάγνωση σε περιπτώσεις καρκίνου (57,58).

Πάντως, η διεθνής αρθρογραφία για την αποκάλυψη της διάγνωσης σοβαρών, χρόνιων ή/και ανίατων παθήσεων υποδεικνύει ότι η στάση των ιατρών εξαρτάται και από το ενδεχόμενο κοινωνικό στίγμα, προκατάληψη ή ιδιαίτερη (μεταφυσική ή άλλη) φόρτιση που συνοδεύει την συγκεκριμένη ασθένεια, από το εάν υπάρχει θεραπεία και από άλλους συναφείς παράγοντες που μπορεί να δημιουργήσουν αίσθημα «αδυναμίας» και του ίδιου του ιατρού απέναντι στην ασθένεια. Παραδείγματος χάριν, ενώ η αποκάλυψη της αλήθειας στις ΗΠΑ στην περίπτωση του καρκίνου ήταν σχεδόν καθολική, από το τέλος της δεκαετίας του '70 δεν συνέβη το ίδιο στην περίπτωση νευρολογικών παθήσεων όπως η σκλήρυνση κατά πλάκας (59).

β) Ελληνική πραγματικότητα

Στην Ελλάδα, σύμφωνα με σχετικές έρευνες, ο αριθμός των ογκολόγων που (κατά δήλωσή τους) αποκαλύπτουν την αλήθεια στους ασθενείς τους φαίνεται ότι είναι διαχρονικά

μικρός (57): 7% το 1980 (60), 12,5% το 1986 (46), 11% το 1996 (61), 22% το 1999 (62). Οι περισσότερες έρευνες έδιναν επιλογή απαντήσεων «πάντα ή σχεδόν πάντα» και «ποτέ ή σπάνια» και τα αποτελέσματά τους δεν διαφέρουν διαχρονικά. Η σύγκριση, όμως, δύο ερευνών στις οποίες προσφερόταν η επιλογή απάντησης «κάποιες φορές» αποκαλύπτει μια πολύ σημαντική αύξηση στην πιο πρόσφατη έρευνα στο ποσοστό των ιατρών που απάντησαν έτσι (20% το 1980, 78% το 1996).

Φαίνεται λοιπόν ότι από τη δεκαετία του '80 μέχρι το τέλος της δεκαετίας του '90 είχε συντελεστεί μια αλλαγή στη στάση των ιατρών και στη χώρα μας χωρίς ωστόσο αυτή η αλλαγή στάσης να βρίσκει εφαρμογή σε όλους τους ασθενείς. Ενδεικτικό είναι ότι η πλειοψηφία των ιατρών δηλώνουν ότι η έκταση της ενημέρωσης που δίνουν στους ασθενείς τους εξαρτάται από την προσωπικότητα του ασθενούς (74%) και την αναμενόμενη αντίδρασή του (54%) και όχι από προσωπικές τους αντιλήψεις. Επίσης ενδιαφέρον στοιχείο, όσο και αναμενόμενο, είναι ότι οι ιατροί στην Ελλάδα - ακόμα και στην περίπτωση που ενημερώνουν τον ασθενή για τη διάγνωση καρκίνου - κατά πλειοψηφία (83%) επιλέγουν να ενημερώσουν πρώτα τους συγγενείς και ύστερα των ίδιο τον ασθενή (62).

Η στάση αυτή των ιατρών, όπως προκύπτει από έρευνες που βασίζονται στις δικές τους παραδοχές, επιβεβαιώνεται και εκ του αποτελέσματος. Έρευνα που έγινε σε νοσοκομεία της Αθήνας έδειξε ότι η πλειοψηφία των καρκινοπαθών (120 στους 203 ερωτηθέντες) δε γνωρίζουν τη διάγνωσή τους (63). Η ίδια έρευνα όμως καταγράφει μια σαφή επιθυμία της πλειοψηφίας των ασθενών (69%) για περισσότερη ενημέρωση, ενώ από τους ασθενείς που γνώριζαν τη διάγνωσή τους μόνο μικρός αριθμός (13%) δήλωσε ότι θα προτιμούσε να μην είχε ενημερωθεί. Επίσης οι περισσότεροι ασθενείς ήθελαν και οι συγγενείς τους να είναι ενήμεροι για την κατάσταση της υγείας τους.

Τα ευρήματα αυτά συμφωνούν με αυτά άλλης έρευνας που έγινε σε νοσοκομείο της Πάτρας και που έδειξε επίσης υψηλά ποσοστά άγνοιας των ασθενών (59%) και επιθυμίας για περισσότερη πληροφόρηση (64). Η έρευνα αυτή εξέτασε και την ποιότητα ζωής και ψυχολογική κατάσταση των ασθενών σε σχέση με το εάν είχαν ή όχι πλήρη εικόνα της πάθησής τους και συμπεραίνει ότι η γνώση της αλήθειας δεν επιβάρυνε ψυχολογικά τους ασθενείς. Παρά τα αυξημένα ποσοστά άγνοιας που παρατηρήθηκαν στις δυο παραπάνω περιπτώσεις, αυτά ήταν σημαντικά χαμηλότερα σε σχέση με παλαιότερα στοιχεία σύμφωνα με τα οποία το 1988 μόνο 15,5% των ασθενών που έλαβαν μέρος σε σχετική έρευνα γνώριζαν ότι ήταν καρκινοπαθείς (65).

Όλα τα παραπάνω δείχνουν ότι υπάρχει σημαντική διαφορά στη χώρα μας ανάμεσα στην επιθυμία των ασθενών για περισσότερη ενημέρωση και στη στάση των ιατρών. Θα πρέπει να διερευνηθούν οι αιτίες αυτής της απόκλισης και ιδιαίτερα να αναλυθούν οι λόγοι που οδηγούν τους ιατρούς στην απόκρυψη της αλήθειας από τους ασθενείς, ώστε να δοθούν κατευθύνσεις με γνώμονα το συμφέρον του ασθενούς.

Οι απόψεις ως προς την ωφέλεια της ειλικρίνειας στις σχέσεις ιατρού ασθενούς, ιδιαίτερα κατά την αποκάλυψη διάγνωσης σοβαρών παθήσεων, διίστανται. Υπάρχει πλήθος διεθνούς βιβλιογραφίας που στηρίζει την άποψη ότι η ειλικρίνεια και η ενημέρωση ωφελεί τον ασθενή καθώς ενδυναμώνει την εμπιστοσύνη στον ιατρό του, αυξάνει τις πιθανότητες ο ασθενής να ακολουθήσει τη θεραπεία, μειώνει τον πόνο και την ταλαιπωρία από τις ιατρικές παρεμβάσεις, αυξάνει την ικανοποίησή του από την ιατρική φροντίδα που λαμβάνει και μειώνει τις πιθανότητες να αλλάξει ιατρό (64). Αντίθετα η απόκρυψη της αλήθειας από τον ασθενή μπορεί να προκαλέσει καχυποψία στη στάση του απέναντι στον ιατρό και η αποκάλυψή της στους συγγενείς μπορεί να οδηγήσει σε απομόνωση του πάσχοντα από το περιβάλλον του.

Υπάρχει όμως και ο αντίλογος, κατά τον οποίο, σε ορισμένες περιπτώσεις, η πλήρης ενημέρωση μπορεί να βλάψει κάποιους ασθενείς και να έχει αρνητικές ψυχολογικές και σωματικές επιπτώσεις. Τα αντικρουόμενα αυτά στοιχεία μπορούν να συμβιβαστούν, εάν δεχθούμε ότι δεν υπάρχει μια «σωστή» αντιμετώπιση του ζητήματος της ειλικρίνειας αλλά ότι ο κάθε ασθενής θα πρέπει να αντιμετωπίζεται ανάλογα με τις ανάγκες του. Για να επιτευχθεί αυτός ο στόχος, είναι σημαντικό να υπάρχει ο χρόνος ώστε να αναπτυχθεί μια σχέση επικοινωνίας του ιατρού με τον ασθενή τέτοια ώστε να επιτρέπει στον πρώτο να καταλαβαίνει της ανάγκες του δεύτερου αλλά και στον ασθενή να εκφράζει τις επιθυμίες του. Η κατάλληλη εκπαίδευση για την επικοινωνία με τους ασθενείς αλλά και για τον τρόπο ανακοίνωσης μιας δυσοίωνης διάγνωσης είναι επίσης σημαντική για την ανάπτυξη αποτελεσματικών σχέσεων ιατρού-ασθενούς. Η έλλειψη τέτοιου είδους εκπαίδευσης επισημαίνεται από αρκετούς Έλληνες συγγραφείς που έχουν ασχοληθεί με το ζήτημα της ειλικρίνειας και της ενημέρωσης των ασθενών (62, 66).

Ανάμεσα στους λόγους που αναφέρουν οι ιατροί στην Ελλάδα, αλλά και σε άλλες χώρες όπου επικρατεί η ίδια πρακτική, για την απόκρυψη της διάγνωσης από τους ασθενείς τους, είναι η έλλειψη εκπαίδευσης (61,65).

Το ζήτημα του ελλείμματος παιδείας των ιατρών στην Ελλάδα ως προς την αυτονομία του ασθενούς έχει τουλάχιστον δυο πλευρές. Η πρώτη πλευρά αφορά στη

γνώση των δικαιωμάτων του ασθενούς και η δεύτερη στην εφαρμογή αυτών και στην αποτελεσματική επικοινωνία με τους ασθενείς. Το νέο μοντέλο σχέσης ιατρού-ασθενούς προϋποθέτει την ενεργό συμμετοχή και του ασθενούς. Για να μπορέσει ο ασθενής να ανταποκριθεί σε αυτό το ρόλο, χρειάζεται και εκείνος κατάλληλη παιδεία. Επομένως το ζήτημα της παιδείας δεν αφορά μόνο στους ιατρούς αλλά σε ολόκληρο το κοινωνικό σύνολο.

Στην περίπτωση της πρόληψης μεταδοτικών ασθενειών, και ιδιαίτερα στην περίπτωση εμβολιασμών, η ελεύθερη βούληση του ατόμου αντισταθμίζεται με το συμφέρον του κοινωνικού συνόλου. Εάν η Επιτροπή κρίνει ότι θέλει να εξετάσει και το ζήτημα της συναίνεσης των ασθενών στους εμβολιασμούς τότε θεωρούμε χρήσιμες τις παρακάτω επισημάνσεις.

Η επιτυχία των μαζικών εμβολιασμών βασίζεται στην όσο το δυνατό μεγαλύτερη συμμετοχή, όμως αυτή δεν μπορεί να επιβληθεί στις δημοκρατικές κοινωνίες (67). Εδώ η Πολιτεία αλλά και η επιστημονική κοινότητα, ενώ οφείλουν να σέβονται την αυτονομία των ατόμων, καλούνται να εξασφαλίσουν την όσο το δυνατό μεγαλύτερη συμμετοχή εφόσον φυσικά τα οφέλη του εμβολιασμού και η ασφάλεια του εμβολίου έχουν κατά το δυνατό προβλεφθεί και εξασφαλιστεί. Όμως και τα άτομα φέρουν ευθύνη απέναντι στο κοινωνικό σύνολο και η απόφασή τους για συμμετοχή ή όχι σε πρόγραμμα εμβολιασμού δεν μπορεί να λαμβάνεται με μοναδικό κριτήριο την αυτονομία τους. Είναι πολύ πιθανό τα ίδια τα άτομα να μην ωφεληθούν άμεσα από τη συμμετοχή τους στον εμβολιασμό συμβάλουν όμως στην προστασία του κοινωνικού συνόλου και ιδιαίτερα των πιο ευπαθών ομάδων.

Η σημασία της εμπιστοσύνης στην ασφάλεια ενός εμβολίου και ο σημαντικός ρόλος της Πολιτείας και της επιστημονικής κοινότητας φάνηκε πρόσφατα στη Μ. Βρετανία στην περίπτωση του εμβολίου MMR κατά της ιλαράς, παρωτίτιδας και ερυθράς. Η ιλαρά στη Μ. Βρετανία πριν την έναρξη του μαζικού εμβολιασμού στοιχίζε κατά μέσο όρο 100 θανάτους το χρόνο. Το 1988 η συμμετοχή σε μαζικούς εμβολιασμούς ήταν 76%. Η εισαγωγή του τριπλού εμβολίου τη χρονιά αυτή, σε αντικατάσταση των τριών ξεχωριστών, αύξησε το ποσοστό συμμετοχής στο 91% μέχρι το 1998. Τότε όμως άρχισαν να καλλιεργούνται φόβοι για παρενέργειες του εμβολίου και συγκεκριμένα για την εμφάνιση αυτισμού. Παρά το γεγονός ότι το εμβόλιο ήταν δοκιμασμένο για πολλά χρόνια και δεν υπήρχαν κοινώς αποδεκτά από την επιστημονική κοινότητα στοιχεία που να υποστηρίζουν ότι το εμβόλιο είχε παρενέργειες, λόγω μελετών που παρουσιάστηκαν από

έναν ιατρό-ερευνητή κλονίστηκε η εμπιστοσύνη των γονιών και από το 1998 μειώθηκε σημαντικά η συμμετοχή στο πρόγραμμα του εμβολιασμού. Η μελέτη που στήριξε τους ισχυρισμούς κάποιων γονιών για παρενέργειες του εμβολίου αποδείχθηκε λανθασμένη και μάλιστα περιείχε κατασκευασμένα στοιχεία. Όμως η μείωση της συμμετοχής είχε ως επακόλουθο την απώλεια της λεγόμενης έμμεσης ανοσίας ή ανοσίας αγέλης (herd immunity) με αποτέλεσμα για το διάστημα μέχρι την αποκατάσταση της εμπιστοσύνης στο εμβόλιο και του υψηλού ποσοστού συμμετοχής, να αυξηθούν σημαντικά τα κρούσματα ιλαράς (68).

Ενώ στην περίπτωση δοκιμασμένων εμβολίων η απόφαση αποχής δεν είναι ηθικά ουδέτερη, η περίπτωση νέων και μη επαρκώς δοκιμασμένων εμβολίων είναι διαφορετική. Η εμπειρία του μαζικού εμβολιασμού κατά της γρίπης των χοίρων στις ΗΠΑ το 1976 καταδεικνύει τους κινδύνους που μπορεί να εμπεριέχει μια ανεπαρκώς σταθμισμένη απόφαση για εμβολιασμούς τέτοιας έκτασης, βασισμένη στον, όπως αποδείχθηκε, αβάσιμο φόβο πανδημίας και μάλιστα με ελλιπώς δοκιμασμένα εμβόλια. Ενώ η γρίπη είχε ένα μόνο θύμα, παρενέργειες του εμβολίου οδήγησαν σε 25 θανάτους και ενδεχομένως στην πρόκληση μόνιμων βλαβών (συνδέθηκε με την εμφάνιση του αυτοάνοσου συνδρόμου Guillain-Barré). Σε τέτοιες περιπτώσεις δικαιολογείται η απροθυμία συμμετοχής και η ηθική υποχρέωση απέναντι στο κοινωνικό σύνολο δεν μπορεί να είναι το ίδιο ισχυρή εάν σταθμιστεί με την αυξημένη πιθανότητα άγνωστων παρενεργειών του εμβολίου.

Η εφαρμογή του προτύπου της συναίνεσης στους νοσοκομειακούς ασθενείς αντιμετωπίζει ένα δεδομένο περιορισμό της αυτονομίας των τελευταίων. Ο ασθενής που νοσηλεύεται στο νοσοκομείο βρίσκεται κατ' αρχήν στο περιβάλλον ενός δημόσιου χώρου, που δεν επιτρέπει πλήρη ελευθερία κίνησης, έκφρασης, επικοινωνίας, ενώ συρρικνώνει δραστικά την ιδιωτική και την οικογενειακή του ζωή. Στις συνθήκες αυτές, ο ασθενής είναι ιδιαίτερα ευάλωτος. Ειδικά στις ΜΕΘ οι περιορισμοί αυτοί είναι πολύ πιο έντονοι, ενώ ο ασθενής βιώνει επί πλέον και την ψυχολογική πίεση από την κρισιμότητα της κατάστασης της υγείας του. Καθώς οι δυνατότητες ψυχραιμής εκτίμησης της κατάστασης από τον ίδιο - και επομένως λήψης έλλογων αποφάσεων για την πορεία της θεραπείας - επηρεάζονται σημαντικά από το νοσοκομειακό περιβάλλον, ο ρόλος του ιατρού και του νοσηλευτικού προσωπικού εμφανίζεται περισσότερο καθοριστικός. Ωστόσο, οι ασθενείς στα νοσοκομεία, ακόμη και στις ΜΕΘ, είναι κατά κανόνα ικανοί να συναινούν ύστερα από πληροφόρηση. Αυτό σημαίνει ότι ο ιατρός διατηρεί πλήρη ευθύνη

ως προς τη συμμετοχή του ασθενούς στην πορεία της συγκεκριμένης θεραπευτικής αγωγής και δεν δικαιολογείται να αυτενεργεί. Σε συνθήκες «εγκλεισμού» του ασθενούς - ιδίως στις ΜΕΘ - οι πιθανότητες χειραγώγησης της βούλησής του από τον ιατρό είναι αυξημένες. Ο ασθενής εύκολα μπορεί να πειθαναγκασθεί από τον ιατρό, καθώς είναι λογικό να ενδιαφέρεται για τη συντομότερη δυνατή αποκατάσταση της υγείας του, που θα σημαίνει ταυτόχρονα και την έξοδο στην ελευθερία της καθημερινότητας, την επαναφορά της αυτονομίας του στο σύνολό της.

2.0. ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η συναίνεση κατόπιν πληροφόρησης; αντανakλά την αντίληψη της σύγχρονης κοινωνίας για το δικαίωμα ελεύθερης επιλογής και αυτοδιάθεσης κάθε μέλους της. Το δικαίωμα του ασθενούς για αυτοδιάθεση, αυτοκαθορισμό, ελεύθερη ανάπτυξη της προσωπικότητας καθώς και για σεβασμό στην αξιοπρέπειά του κατοχυρώνεται ήδη συνταγματικά. Διεθνή νομοθετήματα και δεοντολογικές αρχές που επικύρωσε η χώρα μας, υπερεθνικής μάλιστα ισχύος, συνηγορούν στο ότι μια ιατρική επέμβαση που διενεργείται χωρίς τη συναίνεση του ασθενούς συνιστά πράξη παράνομη, με αντίστοιχες συνέπειες, τόσο σε επίπεδο αστικού όσο και ποινικού δικαίου.(2,4,9)

Η νομικά αναγνωρισμένη έννοια της συναίνεσης για την ιατρική περίθαλψη έχει τις ρίζες της στις αρχές του 20ου αιώνα στη δικαστική περίπτωση “Schloendorff vs Society of New York Hospital”, στην οποία μια γυναίκα υποβλήθηκε σε πρόσθετες επεμβάσεις χωρίς τη συναίνεσή της, μια «αμέλεια» για την οποία καταδικάστηκε ο χειρουργός.(15) Για την περίπτωση αυτή που αποτελεί σταθμό για το δικαίωμα αυτοδιάθεσης των ασθενών, ο Δικαστής Cardozo απεφάνθη, μεταξύ άλλων, ότι Κάθε ενήλικος άνθρωπος που έχει σώας τας φρένας έχει το δικαίωμα να καθορίζει τι θα γίνει με το ίδιο του το σώμα. Και ένας χειρουργός, ο οποίος εκτελεί μια επέμβαση χωρίς τη συγκατάθεση του ασθενούς διαπράττει άσκηση βίας, για την οποία ευθύνεται.

Σημαντική συνεισφορά στη συναίνεση διαδραμάτισε ο Κώδικας της Νυρεμβέργης το έτος 1947, ο οποίος γράφτηκε μετά την καταδίκη 23 γιατρών που πραγματοποιούσαν απάνθρωπα πειράματα σε κρατούμενους στα στρατόπεδα συγκέντρωσης των Ναζί κατά το 2ο παγκόσμιο πόλεμο. Η απόφαση της δίκης αυτής κατοχύρωσε το δικαίωμα του ασθενούς να δέχεται ή να απορρίπτει την κάθε μορφής ιατρική θεραπεία.(16,17)

Η νομική έννοια της ενημερωμένης συναινέσεως καθιερώθηκε μετά το 1957 στη δίκη Salgo vs. Stanford.(14) Η καθιέρωσή της απομακρύνει την καθημερινή ιατρική πρακτική από το πατερναλιστικό πρότυπο λήψης αποφάσεων, όπου όλα γίνονται για το καλό του ασθενούς, σταδιακά δε οδηγούμεθα στη ενεργό συμμετοχή του τελευταίου στη λήψη αποφάσεων που τον αφορούν άμεσα.

Σήμερα, κατόπιν μακράς ιστορικής διαδρομής και διεπιστημονικού διαλόγου, γίνεται πλέον για διασφάλιση της συναινέσεως μετά από ενημέρωση για την αναισθησία και τις επεμβατικές πράξεις που τη συνοδεύουν, διαχωρίζοντας σαφώς αυτήν από την απαιτούμενη για την καθαυτή χειρουργική επέμβαση συναίνεση.(1, 23, 31, 69, 70) Η

ενημέρωση του ασθενούς για την αναισθησία με σκοπό την εξασφάλιση της συναίνεσης του πρέπει να εμπεριέχει το προτεινόμενο πλάνο αναισθησίας, τις εναλλακτικές επιλογές εάν υπάρχουν, τα οφέλη και τους κινδύνους τόσο από το προτεινόμενο πλάνο αναισθησίας όσο και από τις εναλλακτικές επιλογές, την εκτίμηση της ικανότητας του ασθενούς να κατανοεί τη συζήτηση και την αποδοχή της χωρίς επηρεασμό.(3)

Πρόσφατα προτάθηκε έντυπο για τη συναίνεση κατόπιν πληροφόρησης από την Ελληνική Αναισθησιολογική Εταιρεία. Καίτοι σε άλλες χώρες υπάρχουν μελέτες για την επιθυμία του ασθενούς προς πληροφόρηση σχετικά με την αναισθησία (71 - 74), στη χώρα μας, όσο γνωρίζουμε, ελλείπουν τα σχετικά στοιχεία και ερευνητικά δεδομένα. Σκοπός της έρευνας είναι να μελετήσουμε την επιθυμία ενημέρωσης των ασθενών για την αναισθησία και τους παράγοντες που την επηρεάζουν.

3.0. ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η έρευνα έγινε σε 500 ασθενείς στα πλαίσια της προαναισθητικής επίσκεψης μετά από άδεια της επιστημονικής επιτροπής του νοσοκομείου, αλλά και με τη συναίνεση του ασθενούς. Τα κριτήρια εισαγωγής των ασθενών στη μελέτη ήταν:

Ασθενείς ηλικίας 18-80 ετών που επρόκειτο να υποβληθούν σε προγραμματισμένη ή επείγουσα επέμβαση (γυναικολογική, ορθοπεδική, γενικής χειρουργικής), εγγράμματοι, που είναι αυτόνομοι στη σύνταξη κειμένου και είναι ελεύθεροι συμπτωματολογίας πόνου.

Κριτήρια αποκλεισμού για την έρευνα ήταν η άρνηση του ασθενούς, ο πόνος, η κατάθλιψη, η άνοια, η έλλειψη γραμματικών γνώσεων, η ηλικία <18 ετών ή >80. Η ένταση του πόνου μελετήθηκε με την αναλογική κλίμακα του πόνου, η κατάθλιψη με την κλίμακα Beck Depression Scale.(75)

Οι ασθενείς κλήθηκαν να απαντήσουν στο ερώτημα εάν επιθυμούν να ενημερωθούν την αναισθησία, για τους κινδύνους και τις εναλλακτικές επιλογές της διαλέγοντας μία από τις 4 επιλογές:

- Προτιμώ να μην γνωρίζω.
- Έχω το δικαίωμα να γνωρίζω αλλά προτιμώ να μην γνωρίζω.
- Θα μου άρεσε να γνωρίζω.
- Έχω το δικαίωμα να γνωρίζω.

Ακολούθησε η προαναισθητική αξιολόγηση, στην οποία καταγράφηκαν τα σωματομετρικά στοιχεία των ασθενών (ηλικία, βάρος, ύψος), το μορφωτικό τους επίπεδο, οι συνοδές νόσοι, η φαρμακευτική αγωγή, η κατάταξη κατά ASA, η προβλεπόμενη χειρουργική επέμβαση και το επείγον αυτής. Στη συνέχεια συζητήθηκε το ερωτηματολόγιο και ενημερώθηκαν για την αναισθησία όσοι το επιθυμούσαν. Στο τέλος οι ασθενείς υπέγραψαν κείμενο συναίνεσης ή άρνησης πληροφόρησης. Στην περίπτωση που οι ασθενείς αρνήθηκαν να ενημερωθούν για την αναισθησία και τους κινδύνους της ενημερώθηκαν οι οικείοι του.

ΈΝΤΥΠΟ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
Κλινική Αναισθησιολογίας και Μετεγχειρητικής Εντατικής Θεραπείας
Διευθυντής Καθηγητής Γεώργιος Παπαδόπουλος

Έντυπο ενημέρωσης και συναίνεσης αναισθησίας
του/της ασθενούς: [ονοματεπώνυμο]
για τη χειρουργική επέμβαση/διαγνωστική/θεραπευτική πράξη¹

A. ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ από ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΟ

Ο/η υπογεγραμμένος/η αναισθησιολόγος δηλώνω ότι ενημέρωσα τον/την ανωτέρω ασθενή ότι κατά τη γνώμη μου η ενδεικνυόμενη τεχνική αναισθησίας για την ανωτέρω χειρουργική επέμβαση/διάγνωση/θεραπευτική πράξη είναι:¹

- Γενική αναισθησία Περιτομική Αναισθησία επισκληρίδιος Ραχιαία
 Αποκλεισμός νεύρων Άλλη τεχνική

Σε σπάνιες περιπτώσεις και ανάλογα με την πορεία της επέμβασης και αναισθησίας μπορεί να είναι αναγκαίο να αλλάξει η προτεινόμενη τεχνική για το καλό του ασθενούς. Η συγκεκριμένη τεχνική προτείνεται διότι

Επίσης πιθανόν να χρειαστούν πρόσθετες ιατρικές πράξεις που πρέπει να γνωρίζετε, όπως:

- μετάγγιση αίματος μετεγχειρητική εισαγωγή στη ΜΕΘ άλλη πράξη (προσδιορίστε).....

Οι σύγχρονες τεχνικές αναισθησίας συνοδεύονται από υψηλό ποσοστό ασφαλείας, έτσι ώστε οι πιθανές επιπλοκές και οι προσωρινές ή μόνιμες βλάβες που μπορεί να θέσουν σε κίνδυνο τη ζωή ασθενών ακόμα και υψηλού κινδύνου, να είναι εξαιρετικά σπάνιες. Πρέπει όμως να σημειωθεί ότι υπάρχουν επιπλοκές από την αναισθησία που μπορεί να φθάσουν μέχρι τον ενδεχόμενο θάνατο και είναι:
[διαγράφεται ότι δεν ισχύει]

- Επιπλοκές από το αναπνευστικό και το καρδιαγγειακό σύστημα
- Φαρμακευτικές αντιδράσεις ή αντιδράσεις από την χορήγηση αίματος και παραγώγων
- Επιπλοκές από πιθανούς τραυματισμούς των νεύρων ή λοιμώξεις από την περιτομική αναισθησία

▪ Το ενδεχόμενο τραυματισμού των δοντιών, των φωνητικών χορδών ή της τραχείας από την τοποθέτηση του ενδοτραχειακού σωλήνα

Εάν νομίζετε ότι υπάρχουν άλλοι κίνδυνοι που δε σας έχουν αναφερθεί ρωτήστε τον αναισθησιολόγο σας και θα σας εξηγήσει.....

Ο/η αναισθησιολόγος

Υπογραφή:..... Τόπος:..... Ημερομηνία .../.../200...

B. ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΕΝΗΛΙΚΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ για την προτεινόμενη αναισθησία

Ο/η υπογεγραμμένος/η ασθενής αφού **ΕΝΗΜΕΡΩΘΗΚΑ** από τον/την ανωτέρω αναισθησιολόγο για την προτεινόμενη τεχνική αναισθησίας, τις εναλλακτικές δυνατότητες, τις πιο συχνές ανεπιθύμητες ενέργειες και τους πιθανούς κινδύνους και αφού κατανόησα τις εξηγήσεις που δόθηκαν σε σχετικά ερωτήματά μου, δηλώνω ότι εμπιστεύομαι τον/την ανωτέρω αναισθησιολόγο και τους συνεργάτες του/της και **ΣΥΝΑΙΝΩ** να υποβληθώ στην προτεινόμενη τεχνική αναισθησίας. Ιδιαίτερες παρατηρήσεις ή επιθυμίες μου είναι:

.....

Ο/η ασθενής

Υπογραφή:..... Τόπος:..... Ημερομηνία: .../.../200...

Σε περίπτωση που ο ασθενής **ΔΕΝ ΕΠΙΘΥΜΕΙ** να ενημερωθεί από τον αναισθησιολόγο για την προτεινόμενη αναισθητική τεχνική αλλά **ΣΥΝΑΙΝΕΙ**, πρέπει να υπογράψει εδώ:

Δηλώνω ότι **δεν επιθυμώ** να ενημερωθώ από τον αναισθησιολόγο για την πράξη της αναισθησίας

Αιτία:.....

Ο/η ασθενής

Υπογραφή:..... Τόπος:..... Ημερομηνία: .../.../200...

4.0. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Για τη σχέση των τακτικών μεταβλητών (ηλικία-απάντηση, επίπεδο εκπαίδευσης-απάντηση) μελετήθηκαν η ένταση και η κατεύθυνση της συνάφειας με τη βοήθεια δύο μέτρων συνάφειας το γ των Goodman και Kruskal και το T_b του Kendal.

Για τις ονομαστικές μεταβλητές του ερωτηματολογίου (φύλο, έκτακτο/τακτικό, ASA I-II / ASAIII) χρησιμοποιήθηκε το V του Cramer και ο συντελεστή απροόπτου (contingency coefficient).

Με τη βοήθεια του Pearson χ^2 test μελετήσαμε εάν υπάρχει ομοιότητα ανάμεσα σε αυτές τις απαντήσεις του ερωτηματολογίου χωρίζοντας τους συμμετέχοντες στη μελέτη σε κατηγορίες σύμφωνα με το επείγον ή μη της επέμβασης, το φύλο, την ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο, την κατηγοριοποίηση κατά ASA.

5.0. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Στη μελέτη έλαβαν μέρος 500 ασθενείς, από τους οποίους αποκλείστηκαν 52. Αξιολογήθηκαν 448 ασθενείς ηλικίας από 18 έως 80 ετών, με μέσο όρο 56.2 έτη (Πίνακας 1). Από τους ασθενείς αυτούς οι 217 ήταν ανδρικού φύλου και 231 γυναίκες. Οι 375 ασθενείς ανήκαν στην κατηγορία ASA I και II και οι 73 ασθενείς στην κατηγορία ASA III.

Πίνακας 1. Μέση τιμή, διάμεσος και το εύρος εμπιστοσύνης για την ηλικία των ασθενών που εξετάσαμε (448 ασθενείς)

	έτη
Μέση τιμή	56,24
95% διάστημα εμπιστοσύνης	54,9 – 57,89
Διάμεσος	59
Τυπική απόκλιση	17,774
Εύρος τιμών	(18 – 80)

A. Η απάντηση των ασθενών σε σχέση με την ηλικία.

Το 60,9% του συνόλου των ασθενών επιθυμούν την ενημέρωση ή έχουν το δικαίωμα ενημέρωσης σε σχέση με το 39,1% των ασθενών που δεν επιθυμούν την ενημέρωση ή έχουν το δικαίωμα ενημέρωσης και δεν επιθυμούν (πίνακας2). Ειδικότερα, σε σχέση με την ηλικία, το 55,1% των ασθενών ηλικίας > 60 έτη επιθυμούν την ενημέρωση ή έχουν το δικαίωμα ενημέρωσης έναντι του 67,2 των ασθενών ηλικίας < 60 έτη ($p=0,01$).

Μελετώντας την συνάφεια της απάντησης των ασθενών σε σχέση με την ηλικία (Τ_b του Kendal και γ των Goodman και Kruskal) διαπιστώθηκε ότι και για τα δυο μέτρα συνάφειας, οι δυο μεταβλητές είναι συσχετισμένες ($p<0.05$). Η κατεύθυνση της συνάφειας είναι αρνητική (-0,150 και -0,247). Το αρνητικό αυτό πρόσημο ερμηνεύεται ως εξής: όταν αυξάνεται η ηλικία τόσο μειώνεται η επιθυμία ενημέρωσης του ασθενούς και αντιστρόφως.

Πίνακας 2: Απαντήσεις του συνόλου των ασθενών σχετικά με την επιθυμία ενημέρωσης για συναίνεση, όπως επίσης των ασθενών ηλικίας > 60 έτη ή < 60 έτη.

Ηλικία		Προτιμώ να μην γνωρίζω	Θα μου άρεσε να γνωρίζω	Έχω το δικαίωμα να γνωρίζω	Έχω το δικαίωμα να γνωρίζω, αλλά προτιμώ να μην γνωρίζω	Σύνολο
≥ 60	Αριθμός	64	91	37	40	232
	(%)	27.6%	39.2%	15.9%	17.2%	100%
≤ 60	Αριθμός	44	79	66	27	216
	(%) ≤ 57	20.4%	36.6%	30.6%	12.5%	100%
Αριθμός		108	170	103	67	448
(%) συνόλου		24.1%	37.9%	23%	15%	100%

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Ordinal by Ordinal	Kendall's tau-b	-,150	,043	-3,514	,000
	Gamma	-,247	,069	-3,514	,000
N of Valid Cases		448			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

B. Η απάντηση των ασθενών σε σχέση με το φύλο.

Συνολικά το 65,8% των γυναικών και το 55,5% των ανδρών επιθυμούν την ενημέρωση ή έχουν το δικαίωμα ενημέρωσης. ($p= 0,029$)

Πίνακας 3: Απαντήσεις των ασθενών, ανδρικού ή γυναικείου φύλου σχετικά με την επιθυμία ενημέρωσης για συναίνεση.

ΦΥΛΟ		Προτιμώ να μην γνωρίζω	Θα μου άρεσε να γνωρίζω	Έχω το δικαίωμα να γνωρίζω	Έχω το δικαίωμα να γνωρίζω, αλλά προτιμώ να μην γνωρίζω	Σύνολο
Γυναίκες	Αριθμός	55	100	52	24	231
	(%) γυναικών	23,8%	43,3%	22,5%	10,4%	100%
Άνδρες	Αριθμός	53	70	51	43	217
	(%) ανδρών	24.4%	32.3%	23.5%	19.8%	100%

Γ. Οι απαντήσεις των ασθενών σε σχέση με τον κίνδυνο.

Το 63,5% των ασθενών ASA I, II επιθυμούν ή έχουν το δικαίωμα να γνωρίζουν έναντι του 47,9% των ασθενών ASA III ($p < 0,013$). Μεταξύ των δυο μεταβλητών υπάρχει συσχέτιση ($p < 0,05$), η οποία είναι αρνητική (T_b του Kendal - 0,339 και γ των Goodman - 0,29) Αυτό σημαίνει ότι όταν αυξάνεται το επίπεδο ASA μειώνεται η ανάγκη του ασθενούς για γνώση λεπτομερειών σχετικά με την αναισθησία που θα του χορηγηθεί.

Πίνακας 4: Απαντήσεις των ασθενών κατηγορίας κινδύνου I - IV σχετικά με την επιθυμία ενημέρωσης για συναίνεση.

Ταξινόμηση ASA		Προτιμώ να μην γνωρίζω	Θα μου άρεσε να γνωρίζω	Έχω το δικαίωμα να γνωρίζω	Έχω το δικαίωμα να γνωρίζω, αλλά προτιμώ να μην γνωρίζω	Σύνολο
ASA I-II	Αριθμός	84	150	88	53	375
	(%) ASA I-II	22.4%	40%	23.5%	14.1%	100%
ASA III	Αριθμός	24	20	15	14	73
	(%) ASA III	32.9%	27.4%	20.5%	19.2%	100%
Αριθμός		108	170	103	67	448
(%) συνόλου		24.1%	37.9%	23%	15%	100%

Δ. Οι απαντήσεις των ασθενών με διαφορετική εκπαίδευση.

Το 55% των ασθενών με βασική εκπαίδευση επιθυμούν ή έχουν το δικαίωμα να γνωρίζουν έναντι του 61% των ασθενών με ανώτερη εκπαίδευση και 78,9% των ασθενών με ανώτατη εκπαίδευση ($p= 0,001$). Συνάφεια της απάντησης των ασθενών ανάλογα με την εκπαίδευσή είναι υπαρκτή ($p < 0,05$). Η κατεύθυνση της συνάφειας είναι/ι θετική (0,254 και 0,373), δηλαδή όταν αυξάνεται το επίπεδο εκπαίδευσης αυξάνεται η επιθυμία ενημέρωσης.

Πίνακας 5: Απαντήσεις των ασθενών με διαφορετική εκπαίδευση σχετικά με την επιθυμία ενημέρωσης για συναίνεση.

Εκπαίδευση		Προτιμώ να μην γνωρίζω	Θα μου άρεσε να γνωρίζω	Έχω το δικαίωμα να γνωρίζω	Έχω το δικαίωμα να γνωρίζω, αλλά προτιμώ να μην γνωρίζω	Σύνολο
Βασική	Αριθμός	70	103	27	36	236
	(%) βασική	29.7%	43.6%	11.4%	15.3%	100%
Ανώτερη	Αριθμός	30	52	31	23	136
	(%) ανώτερη	22.1%	38.2%	22.8%	16.9%	100%
Ανώτατη	Αριθμός	8	15	45	8	76
	(%) ανώτατη	10.5%	19.7%	59.2%	10.5%	100%

E. Οι απαντήσεις των ασθενών που υποβάλλονται σε έκτακτα ή τακτικά χειρουργεία.

Το 42,5% των ασθενών που υποβάλλονται σε έκτακτα χειρουργεία επιθυμούν ή έχουν το δικαίωμα να γνωρίζουν έναντι του 62,7% των ασθενών που υποβάλλονται σε τακτικά χειρουργεία ($p = 0,012$).

Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων, όσον αφορά την απάντηση των ασθενών σε σχέση με το είδος των χειρουργείων (έκτακτο και τακτικό) που μελετήσαμε δεν υπάρχει συνάφεια ($p > 0.05$)

Πίνακας 6: Απαντήσεις των ασθενών που υποβάλλονται σε έκτακτα ή τακτικά χειρουργεία σχετικά με την επιθυμία ενημέρωσης για συναίνεση.

Τύπος Χειρουργείου		Προτιμώ να μην γνωρίζω	Θα μου άρεσε να γνωρίζω	Έχω το δικαίωμα να γνωρίζω	Έχω το δικαίωμα να γνωρίζω, αλλά προτιμώ να μην γνωρίζω	Σύνολο
	Έκτακτα	Αριθμός	16	10	7	
(%) έκτακτα		40%	25%	17.5%	17.5%	100%
Τακτικά	Αριθμός	92	160	96	60	408
	(%) τακτικά	22.5%	39.2%	23.5%	14.7%	100%

Μέτρηση της συνάφειας των ονομαστικών μεταβλητών

Τα ζεύγη των μεταβλητών: ηλικία - απάντηση, επίπεδο εκπαίδευσης - απάντηση, ήταν τακτικές μεταβλητές, και για να μετρήσουμε τόσο την ένταση όσο και την κατεύθυνση της συνάφειας χρησιμοποιήσαμε δύο διαφορετικά μέτρα συνάφειας: το γάμμα των Goodman και Kruskal και το T_b του Kendal.

Οι υπόλοιπες μεταβλητές: το φύλο, η κατάταξη κινδύνου το επειγόν του χειρουργείου είναι ονομαστικές μεταβλητές. Για τη συνάφεια αυτών των μεταβλητών με την απάντηση του ερωτηματολογίου, χρησιμοποιήσαμε μέτρο συνάφειας το V του Cramer και τον συντελεστή απρόοπτου (Contingency Coefficient). Τα αποτελέσματα δεν διαφέρουν από τα προηγούμενα, στην περίπτωση ωστόσο των ονομαστικών μεταβλητών δε δύναται να γίνεται λόγος για κατεύθυνση της συνάφειας, επομένως το πρόσημο του μέτρου θα είναι πάντα θετικό.

Πίνακας 7: Στατιστική ανάλυση συνάφειας στη σχέση μεταξύ του φύλου και της απάντησης.

Symmetric Measures			
		Value	Approx. Sig.
Nominal by	Phi	,152	,016
Nominal	Cramer's V	,152	,016
	Contingency Coefficient	,150	,016
N of Valid Cases		448	

- a. Not assuming the null hypothesis.
- b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

Πίνακας 8: Ανάλυση συνάφειας για το ζεύγος μεταβλητών περιστατικό (έκτακτο τακτικό) – απάντηση.

Symmetric Measures

		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Phi	,105	,211
	Cramer's V	,105	,211
	Contingency Coefficient	,105	,211
N of Valid Cases		406	

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

Δεν παρατηρούνται σημαντικές διαφορές (Sig > 0.05) μεταξύ της μεταβλητής περιστατικό (έκτακτο και προγραμματισμένο) με την απάντηση.

Η συσχέτιση μεταξύ των δυο μεταβλητών είναι ασθενής.

Μέτρηση της συνάφειας των ονομαστικών μεταβλητών

Τα ζεύγη των μεταβλητών: ηλικία - απάντηση, επίπεδο εκπαίδευσης - απάντηση, ήταν τακτικές μεταβλητές, και για να μετρήσουμε τόσο την ένταση όσο και την κατεύθυνση της συνάφειας χρησιμοποιήσαμε δύο διαφορετικά μέτρα συνάφειας: το γάμμα των Goodman και Kruskal και το T_b του Kendal.

Οι υπόλοιπες μεταβλητές: το φύλο, η κατάσταση κινδύνου το επειγόν του χειρουργείου είναι ονομαστικές μεταβλητές. Για τη συνάφεια αυτών των μεταβλητών με την απάντηση του ερωτηματολογίου, χρησιμοποιήσαμε μέτρο συνάφειας το V του Cramer και τον συντελεστή απρόοπτου (Contingency Coefficient). Τα αποτελέσματα δεν διαφέρουν από τα προηγούμενα, στην περίπτωση ωστόσο των ονομαστικών μεταβλητών δε δύναται να γίνεται λόγος για κατεύθυνση της συνάφειας, επομένως το πρόσημο του μέτρου θα είναι πάντα θετικό.

Πίνακας 7: Στατιστική ανάλυση συνάφειας στη σχέση μεταξύ του φύλου και της απάντησης.

Symmetric Measures			
		Value	Approx. Sig.
Nominal by	Phi	,152	,016
Nominal	Cramer's V	,152	,016
	Contingency Coefficient	,150	,016
N of Valid Cases		448	

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

Πίνακας 8: Ανάλυση συνάφειας για το ζεύγος μεταβλητών περιστατικό (έκτακτο - τακτικό) - απάντηση.

Symmetric Measures

		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Phi	,105	,211
	Cramer's V	,105	,211
	Contingency Coefficient	,105	,211
N of Valid Cases		406	

- a. Not assuming the null hypothesis.
- b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

Δεν παρατηρούνται σημαντικές διαφορές (Sig > 0.05) μεταξύ της μεταβλητής περιστατικό (έκτακτο και προγραμματισμένο) με την απάντηση.

Η συσχέτιση μεταξύ των δυο μεταβλητών είναι ασθενής.

Πίνακας 9. Τα αποτελέσματα για το ζεύγος μεταβλητών **εκπαίδευση - απάντηση**, χωρίζοντας το σύνολο των ασθενών με βάση την εκπαίδευση και το φύλο τους

Education 449 * ordered_answer * Sex 449 Crosstabulation

Sex 449		ordered_answer				Total	
		0	1	2	3		
female 449	Education elementar:	Count	42	14	63	17	136
		% within ordered_answer	76,4%	58,3%	63,0%	32,7%	58,9%
	high	Count	11	6	28	18	63
		% within ordered_answer	20,0%	25,0%	28,0%	34,6%	27,3%
	university	Count	2	4	9	17	32
		% within ordered_answer	3,6%	16,7%	9,0%	32,7%	13,9%
Total		Count	55	24	100	52	231
		% within ordered_answer	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
male 449	Education elementar:	Count	28	22	40	10	100
		% within ordered_answer	52,8%	51,2%	57,1%	19,6%	46,1%
	high	Count	19	17	24	13	73
		% within ordered_answer	35,8%	39,5%	34,3%	25,5%	33,6%
	university	Count	6	4	6	28	44
		% within ordered_answer	11,3%	9,3%	8,6%	54,9%	20,3%
Total		Count	53	43	70	51	217
		% within ordered_answer	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Και ο αντίστοιχος πίνακας για τα μέτρα συνάφειας είναι

Πίνακας 10. Ανάλυση συνάφειας για το ζεύγος μεταβλητών εκπαίδευση – απάντηση. Το σύνολο των ασθενών χωρίστηκε με βάση την εκπαίδευση και το φύλο τους .

Symmetric Measures

Sex 449			Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
female	Ordinal by Ordinal	Gamma	,421	,083	4,781	,000
	N of Valid Cases		231			
male	Ordinal by Ordinal	Gamma	,354	,082	4,112	,000
	N of Valid Cases		217			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

Και για τα δυο φύλα **υπάρχει συσχέτιση** του επιπέδου εκπαίδευσης με την απάντηση.

6.0. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Ένα εκ των αξιωμάτων της σύγχρονης κλινικής ιατρικής θεωρείται, αναμφίβολα, η ανάγκη αλλά και το καθήκον του ιατρού να παρέχει στον ασθενή του, σε γλώσσα που αυτός εννοεί, πλήρη και αληθινή ενημέρωση. Η σωστή ενημέρωση του ασθενούς για τις θεραπευτικές επιλογές που διαθέτει, αλλά και τα οφέλη και τους κινδύνους που πηγάζουν από κάθε μία, αποτελεί *sine qua non* προϋπόθεση ώστε ο ασθενής να αποφαινεται εκουσίως και αυτόνομα για τη θεραπεία του. (2,4,9, 19, 48, 76,77)

Η συγκατάθεση των ασθενών, πάντοτε κατόπιν πληροφόρησης, στην αναισθησία, η οποία δέον είναι να διαστέλλεται από τη συγκατάθεση για τη χειρουργική επέμβαση, προσκρούει σε δυσκολίες και προβληματισμούς για το είδος της πληροφόρησης, εν μέρει συνηθισμένες στις άλλες χειρουργικές ειδικότητες. (9, 23,31,33, 34, 69 - 74) Τα ερωτήματα που τίθενται εν προκειμένω αφορούν πρωτίτως το εάν ο ασθενής πρέπει να ενημερώνεται με βάση αυτό που ο "ιατρός" πιστεύει πως είναι ουσιώδες, ή με βάση το τι θα ήθελε ένας "λογικός ασθενής" να γνωρίζει σχετικά με τους κινδύνους, τα οφέλη, και τις εναλλακτικές για το είδος αναισθησίας; (31,24,28) Τέλος, εάν πρέπει η ενημέρωση να γίνεται με βάση το τι ο συγκεκριμένος ασθενής στην τρέχουσα περίπτωση θα ήθελε να γνωρίζει. (31)

Στην έρευνά μας υποβάλλαμε το ερώτημα εάν οι ασθενείς επιθυμούν ενημέρωση σχετική με τους κινδύνους, τα οφέλη, και τις εναλλακτικές επιλογές για το είδος αναισθησίας που θα υποβάλλονταν και μελετήσαμε την επιθυμία ενημέρωσης για συναίνεση στην αναισθησία.

Οι ερωτήσεις που θέσαμε, επιλέχθηκαν με γνώμονα την προσφορότητα αυτών να αναδείξουν τη στάση των ασθενών απέναντι στην πληροφόρηση.

Η απάντηση "*Προτιμώ να μη γνωρίζω*" θα μπορούσε να εκφράσει μια στάση αναμονής για τη θεραπεία αναλόγως της αναγκαιότητάς της, τελεί δε σε ευθεία αναλογία με την πατερναλιστικού τύπου σχέση ιατρού-ασθενούς, στην οποία ο ασθενής προτιμά να μην γνωρίζει επειδή εμπιστεύεται ότι ο ιατρός ενεργεί "*για το καλό του*".

Η απάντηση "*Θα μου άρεσε να γνωρίζω*" εκφράζει μεν μια επιθυμία επίγνωσης, αντανακλά ωστόσο μια αναστολή, ήτοι την έλλειψη όχι μόνον της συνήθειας αναζητήσεως της ενημέρωσης, αλλά και της αυτής επίγνωσης των κατ' ιδίαν δικαιωμάτων των ασθενών. Τούτο μπορεί να δικαιολογηθεί εν μέρει, δοθείσης της μακράς παραδόσεως της πατερναλιστικής φύσεως της ιατρικής σχέσης, ενώ δεν πρέπει να αγνοείται η γενικότερη έλλειψη ενημέρωσης τω πολιτών για τα ειδικότερα δικαιώματα του ασθενούς.

Η επιλογή "Έχω το δικαίωμα να γνωρίζω" υποδεικνύει ότι ο ασθενής αντιλαμβάνεται πλήρως το δικαίωμα πληροφόρησης που θεσμικά κατοχυρώνεται υπέρ αυτού και εκδηλώνει συνάμα μια επιθυμία να αποφασίζει αυτοβούλως.

Τέλος, η απάντηση "Έχω το δικαίωμα να γνωρίζω, αλλά προτιμώ να μη γνωρίζω" εκφράζει τους ασθενείς εκείνους που διαθέτουν μεν επίγνωση των δικαιωμάτων τους, ειδικότερα δε του δικαιώματος αυτοδιαθέσεως και αυτόνομης κρίσεως και επιλογής, πλην όμως εναποθέτουν την τελική απόφαση στον ιατρό και τις επιλογές του τελευταίου, είτε λόγω απειρίας επί του θέματος, είτε -συνδυαστικώς θεωρούμενης- λόγω του ιδιάζοντος στοιχείου της εμπιστευτικής ιατρικής σχέσεως

Τα αποτελέσματα της έρευνάς μας κατέδειξαν ότι οι ασθενείς από την βορειοδυτική Ελλάδα, ο πληθυσμός της οποίας είναι κυρίως αγροτικός-κτηνοτροφικός, δεν επιθυμούν, σε σημαντικό ποσοστό, την ενημέρωση για την αναισθησία και τους κινδύνους της. Το ποσοστό αυτό αγγίζει το 40% των ασθενών, χωρίς ωστόσο αυτό να θεωρείται «παράξενο», δοθέντος ότι παρόμοια συμπεριφορά καταγράφεται και σε μελέτες ασθενών άλλων χωρών.(71,72 73, 78) Στην μελέτη των Lonsdale et al τα ποσοστά επιθυμίας για ενημέρωση σχετικά με την αναισθησία ήταν για τους ασθενείς από τον Καναδά υψηλότερα από εκείνα των ασθενών από τη Σκωτία.(73) Στην έρευνα των Farnill et al οι Αυστραλοί ασθενείς επιθυμούσαν να ενημερωθούν για την αναισθησία σε ακόμη υψηλότερο ποσοστό, ενώ στην έρευνα του Bugge et al οι ασθενείς από τη Δανία έχουν το μικρότερο ποσοστό επιθυμίας για πληροφόρηση σε σχέση με τους παραπάνω πληθυσμούς.(71, 72) Αξίζει να σημειωθεί επίσης ότι η επιθυμία ενημέρωσης μεταβάλλεται σημαντικά αναλόγως του είδους των πληροφοριών που προσφέρονται.(71, 72, 78, 79)

Στη παρούσα μελέτη καθίσταται εμφανής η συνάρτηση της αποφάσεως των ασθενών από μια σειρά διακριτών παραγόντων. Ειδικότερα, καταγράφεται θετική συσχέτιση με το μορφωτικό τους επίπεδο και αρνητική συσχέτιση με το βαθμό κινδύνου που διατρέχουν και την ηλικία.

Η ομάδα ασθενών μεγαλύτερης ηλικίας στη μελέτη μας εμφανίζει μικρότερη διάθεση ενημέρωσης συγκριτικά με τους νεότερους. Τα αποτελέσματα είναι σύμφωνα και με αυτά άλλων συγγραφέων.(71, 72, 79, 23, 69,). Η στάση αυτή, πιθανότατα οφείλεται στο γεγονός ότι οι παλαιότεροι γαλουχήθηκαν με το πατερναλιστικό μοντέλο ιατρικής πρακτικής, μπορεί δε να συνιστά και έκφραση διαφορετικών προσδοκιών των ηλικιακών ομάδων από το υπόλοιπο της ζωής τους, χωρίς να αποκλείεται εν προκειμένω και η συνειδητή στάση παραίτησεως των μεγαλύτερων ηλικιών.

Αντιθέτως με τα ανωτέρω, οι ασθενείς με υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης εμφανίζονται να επιθυμούν εντονότερα την ενημέρωση σχετικά με την αναισθησία, γεγονός σύμφωνο και με τα πορίσματα προγενέστερης μελέτης.(21) Αυτό πιθανότατα δικαιολογείται από την πλήρη άσκηση του δικαιώματος της αυτονομίας σε κάθε έκφανση της ζωής τους, συνεπεία της απελευθέρωσης των γενεών και της ευρείας θεσμικής κατοχύρωσης των συναφών ατομικών και κοινωνικών δικαιωμάτων, τόσο συνταγματικώς όσο και υπερεθνικώς.

Όσον αφορά το φύλο των ασθενών, αυτό εμφανίζεται να επιδρά στις απαντήσεις των προκείμενων ασθενών, στο μέτρο που αυτές καταδεικνύουν την επιθυμία τους για ενημέρωση περί της αναισθησίας, καθώς οι γυναίκες εμφανίζονται περισσότερο πρόθυμες συγκριτικά με τους άνδρες. Η έμφυλη αυτή διάκριση των πορισμάτων της παρούσης έρευνας δεν αποκλείεται να αποτελεί έκφανση της γενικότερης κατοχύρωσης των δικαιωμάτων του γυναικείου κατά τις τελευταίες δεκαετίες, καθώς επίσης και της ενεργούς συμμετοχής αυτών στο γενικό κοινωνικό γίγνεσθαι.

Ο βαθμός κινδύνου όπως καταγράφεται με την κατάταξη ασθενών σε κατηγορίες ASA είναι άλλος ένας παράγοντας που επηρεάζει την στάση των ασθενών σχετικά με την ενημέρωση για την αναισθησία. Ο μεγαλύτερος κίνδυνος συνοδεύεται από μικρότερη επιθυμία ενημέρωσης και πιθανόν ο φόβος δικαιολογεί την παραίτηση του ασθενούς από τα δικαιώματά του. Είναι αξιοσημείωτο, όπως προκύπτει και από άλλες έρευνες, ότι το ποσοστό επιθυμίας για ενημέρωση των ασθενών για σοβαρές επιπλοκές ήταν χαμηλό σε ηλικιωμένους ασθενείς, ενώ παρατηρούνται διαφορές μεταξύ ασθενών από διαφορετικές χώρες.(23, 69)

Τα πορίσματα της έρευνάς μας, τελώντας σε συμφωνία με εκείνα άλλων ερευνητών, καταδεικνύουν ότι η μετουσίωση στην πράξη της νομικής έννοιας της «πληροφορημένη συναίνεσης» του ασθενούς, απέχει πολύ από τον επιδιωκόμενο σκοπό θεσπίσεώς της, ώστε χρήζει άμεσης βελτίωσης, διεπιστημονικής έρευνας και ριζικών θεσμικών επεμβάσεων από τους αρμόδιους κοινωνικούς φορείς. Ο σκοπός της ενημερωμένης συναίνεσης δεν είναι άλλος από την πλήρη κατανόηση και εμπάθυνση του ασθενούς στη διαδικασία και τη φύση της σχέσεως ιατρικής αρωγής, της απονομής πραγματικών -όχι δε εικονικών δικαιωμάτων-, δια της παροχής ικανοποιητικών πληροφοριών, ώστε αυτός να αποφαινεται συνειδητά και αυτοβούλως.

Όσον αφορά στις προτάσεις αναμόρφωσης, δεν πρέπει να παραγνωρισθεί το γεγονός ότι η όποια προσπάθεια είναι αναγκαίο να κινείται διττώς, σε αμφότερα τα μέρη

της ιδιάζουσας ιατρικής σχέσεως, ήτοι τόσο στον ασθενή όσο και στο ιατρό. Έτσι, σε ένα πρώτο επίπεδο, σημαντική κρίνεται εν προκειμένω και μία πληρέστερη θεωρητική ενημέρωση και κατάρτιση του ιατρικού προσωπικού, αναφορικά με το ισχύον θεσμικό πλαίσιο, την ορθή προσέγγιση των εκάστοτε ασθενών και την εγκατάλειψη κάθε πατερναλιστικού προτύπου. Ο ιατρός πρέπει, κατά την ενημέρωση του ασθενούς, να λαμβάνει υπ' όψιν του το φύλο, το μορφωτικό επίπεδο, την ηλικία και την κατηγορία κατά ASA, προσαρμόζοντας και διαθέτοντας αναλόγως τις πληροφορίες στον κάθε ασθενή.

Ακολούθως, αναδεικνύεται εκ των ανωτέρω και η έτερη βαθμίδα των αναμορφωτικών προσπαθειών, προς την κατεύθυνση της πληρέστερης εκπαίδευσης και κοινωνικής (ευρύτερης) μορφώσεως των πολιτών, ώστε να δύναται ο απλός πολίτης να γνωρίζει και να ασκεί πραγματικά, όχι φαινομενικά, τα πλήρη δικαιώματά του, σε κάθε μερικότερη έκφραση της κοινωνικής ζωής του. Τούτο βέβαια απαιτεί πληρέστερη κοινωνική ενημέρωση και εν συνεχεία εκπαίδευση του πληθυσμού, με ενημερωτικές δραστηριότητες λ.χ. των αρμοδίων φορέων, των τοπικών συλλόγων, των περιφερειακών νοσοκομείων και συλλόγων εθελοντών, αλλά ταυτόχρονα και με τη συμβολή εκπαιδευτικών εκπομπών από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης υπό την αιγίδα των υπουργείων υγείας και παιδείας. Επίσης, σημαντική προς την κατεύθυνση αυτή, εμποδώνοντας μάλιστα την εμπιστοσύνη των πολιτών προς την ιδιαίτερη ανθρωπιστική υφή της ιατρικής σχέσεως, κρίνεται και η οργάνωση ημερίδων- εκδηλώσεων από επιστημονικές εταιρείες και ιατρικούς συλλόγους, με σκοπό την ενημέρωση των πολιτών για τα αυτοτελή, διακριτά δικαιώματα του πολίτη- ασθενούς.

7.0. ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός: Η ενημέρωση του ασθενούς από τον αναισθησιολόγο σχετικά με το είδος της αναισθησιολογικής πράξης και τους κινδύνους που αυτή εμπεριέχει, είναι υποχρεωτική και στη χώρα μας. Σκοπός της εργασίας είναι να αξιολογηθεί η επιθυμία των ασθενών που θα υποβληθούν σε προγραμματισμένη ή επείγουσα χειρουργική επέμβαση, όσον αφορά τη γνώση λεπτομερειών σχετικά με την αναισθησία, σύμφωνα με την ηλικία, το φύλο, το μορφωτικό επίπεδο, την κατάσταση κατά ASA και το είδος της χειρουργικής επέμβασης.

Μέθοδος: Σε μια χρονική περίοδο 6 μηνών μελετήθηκαν στο πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων ενήλικες ασθενείς οι οποίοι υποβλήθηκαν σε προγραμματισμένη ή επείγουσα χειρουργική επέμβαση. Κατά την προαναισθητική επίσκεψη μοιράστηκε ένα φυλλάδιο, το οποίο περιελάμβανε 8 ερωτήσεις με τη δυνατότητα 4 απαντήσεων σε κάθε μία από αυτές σχετικές με την αναισθησία. Καταγράφηκε η ηλικία, το φύλο, η κατάσταση κατά ASA, το είδος της χειρουργικής επέμβασης και το μορφωτικό επίπεδο του ασθενούς. Η ανάλυση των αποτελεσμάτων έγινε με το Pearson χ^2 και μέτρηση συνάφειας.

Αποτελέσματα: Από τους 448 ασθενείς που μελετήθηκαν φαίνεται ότι ανεξάρτητα από την ηλικία, το 40% προτιμά να μη γνωρίζει λεπτομέρειες για την αναισθησία. Όσον αφορά το φύλο φαίνεται ότι το διπλάσιο ποσοστό των αντρών σε σχέση με τις γυναίκες προτιμά να μην γνωρίζει αν και έχει το δικαίωμα (21,2% αντί 11,1%). Το 42,7% με ASA I-II θα ήθελε να γνωρίζει λεπτομέρειες σε σχέση με το 25% αυτών με ASA III, ενώ όσον αφορά το μορφωτικό επίπεδο το 54,6% που έχουν τελειώσει δημοτικό σχολείο σε σχέση με 74,6% με πανεπιστημιακή εκπαίδευση επιθυμούν να γνωρίζουν για την αναισθησία. Καμία διαφορά δεν προκύπτει σε σχέση με το είδος της χειρουργικής επέμβασης.

Συμπεράσματα: Η μεγάλη ηλικία, η αυξημένη κατάσταση κατά ASA, το χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης και το αντρικό φύλο σχετίζονται με μειωμένη επιθυμία του ασθενούς για γνώση λεπτομερειών που σχετίζονται με την αναισθησία.

8.0. SUMMARY

In Greece, anaesthesiologists are required to inform patients on anaesthesia and the dangers it involves.

Aim: The aim of this research is to record the attitudes of patients about to undergo surgery towards information about anaesthesia, and the way these attitudes vary depending on age, sex, level of education, type of surgery and ASA classification.

Method: Five hundred adult patients about to undergo surgery were studied. During the pre-anaesthesia consultation, patients were asked whether they would like to be informed on anaesthesia and the risks it involves, and were given the possibility to choose between 4 possible answers. At the same time, their age, sex, ASA category, type of surgery and education level were recorded. Statistical analysis of the results was performed using the Pearson χ^2 test and affinity measurement.

Results: Four hundred and forty eight out of the five hundred patients were included in the study. Regardless of age, 40% of patients do not wish to know about anaesthesia. As regards sex, it seems that the percentage of men who do not wish to know is double (22.2%) that of women (11.1%). The percentage of patients of the ASA I-II category who would like to be informed is 42.7%, while 25% of patients in the ASA III category present the same attitude. A percentage of 54.6% of patients of basic education would like to know, this percentage reaching 74.6% in the university education group. No difference is noted between types of surgery (urgent or not).

Conclusions: The male sex, higher age, lower education level and higher category in the ASA classification of patients are connected to a reduced desire for information about anaesthesia.

Keywords: Anaesthesia, patient's rights, informed consent, information

9. BIBLIOGRAFIA

1. White SM, Baldwin TJ. Consent for anaesthesia. *Anaesthesia* 2003; 58: 760-774.
2. Angelini G. *La nozione di autonomia; fondamenti, in Bioetiche in dialogo*. Milano: Zadig Editore; 1999.
3. Casali P. L'informazione per una decisione clinica razionale. In: Santosuosso A. Il consenso informato. Tra giustificazione per il medico e diritto del paziente. Raffaello Cortina Editore, 1996:71-92.
4. Caplan RA. Informed consent: patterns of liability from the ASA closed claims project. *ASA Newsl* 2000; 64: 7-9.
5. Cardozo B. *Legal issue in psychiatry*. In: Kaplan HI, Sandock BJ, editors. *Comprehensive textbook of psychiatric. Sixth Ed.* Baltimore: Wiliam & Wilkins; 1995. p. 2747-67.
6. Alschurer EL. *Informed consent in an E.A.* *Lancet* 2003;362:1504-6.
7. Faden A, Beauchamp S. *A history and theory of informed consent*. New York: Oxford University Press; 1986
8. Kour N.W, Rauf A. *Informed patient consent – Historical perspective and a clinician's view*. *Singapore Med J* 1992;33:44-6.
9. Mallardi V. *The origin of informed consent* *Acta Otorhinolaryngol Ital*, 2005; 25, 312-327,
10. Nelson-Marten P, Rich BA. *A historical perspective of informed consent in clinical practice and research*. *Seminars in Oncology Nursing* 1999;15:81-8.
11. Cosmacini G. *L'arte lunga. Storia della medicina dall'antichità ad oggi*. Bari: Ed. Laterza; 1997.
12. Agrimi J, Cristiani C. *Malato, medico e medicina nel Medioevo*. Torino: Loescher Editore; 1980.
13. Curran W, Hall M, Kaye D. *Health Care Law, Forensic Science and Public Policy, citano Slater v. Baker and Stapleton*. 95 Eng. Rep. 860; 4° Edition.
14. *Salgo v Leland Stanford Jr. University Bd. Trustees* (1957), 154 Cal. App. 2nd 170 (Cal. App. 1 Dist. 1957).
15. *Schloendorff v Society of New York Hospital*, 211 N.Y. 125,105 N.E.92 (1914)
16. Curran W, Hall M, Kaye D. *Health Care Law, Forensic Science and Public Policy, citano Schoendorff v. Society of New York Hospital*. 106 N.E. 93 (N.Y. 1914); p. 304-5.

17. Northrop C: Data collection: Human research and the law, in Krampitz SD, Pavlovich N (eds): Readings for Nursing Research. St Louis, Mosby, 1871, 75-79.
18. Donovan CT: Ethics in cancer nursing practice, in Groenwald SL (ed): Cancer Nursing: Principles and Practises. Boston, Jones & Bartlett, 1987, 808-810.
19. Βουλτσός Π, Χατζητόλιος Α. Η συναίνεση του ασθενούς στα πλαίσια του νέου κώδικα ιατρικής δεοντολογίας. Ιατρικό Βήμα. 2008; Φεβρουάριος, Μάρτιος, Απρίλιος: 81-83., Καννελοπούλου- Μπότη, Ιατρική ευθύνη για μη ενημέρωση ή πλημμελή ενημέρωση του ασθενούς κατά το Ελληνικό και Αγγλοσαξωνικό Δίκαιο, εκδ. Σάκκουλας, Αθήνα- Κομοτηνή,1999, Σακελλαροπούλου Β., Η ποινική αντιμετώπιση του ιατρικού σφάλματος, εκδ. Σάκκουλας,2011.
20. Marco AP. Informed consent for surgical anesthesia care: has the time come for separate consent. Anesth Analg. 2010 Feb 1; 110 (2): 280-2.
21. Alschurer EL. *Informed consent in an E.A.* Lancet 2003;362:1504-6.
22. Appelbaum PS, Grisso T. Assessing patients' capacities to consent to treatment. N Engl J Med 1988; 319: 1635-8.
23. Barneschi MG, Novelli GP, Miccinesi G, Paci E. Informed consent to anaesthesia. Eur J Anaesthesiol. 1998;15(5):517-9.
24. Berman L, Dardik A, Bradley EH, Gusberg RJ, Fraenkel L. Informed consent for abdominal aortic aneurysm repair: assessing variations in surgeon opinion through a national survey. J Vasc Surg 2008; 47: 287-95.
25. Dalla-Vorgia P, Lascaratos J, Skiadas P, Garanis-Papadatos T. *Is consent in medicine a concept only of modern times?* J Med Ethics 2001;27:59-61.
26. Dawes P. J., P. Davison. Informed consent: what do patients want to know ? Journal of the Royal Society of Medicine 1994; 87: 149-52
27. Etchells E, Darzins P, Silberfeld M, Singer PA, McKenny J, Naglie G, Katz M, Guyatt GH, Molloy DW, Strang D. Assessment of patient capacity to consent to treatment. J Gen Intern Med 1999; 14: 27-34.
28. Cobbs v Grant, 8 Cal. 3d 229, 502 P. 2d 1, 104 Cal. Rptr. 505 (Cal. 1972).
29. Rosique I, Pe´ rez-Ca´ rceles M, Romero-Martín M, Osuna E, Luna A. The use and usefulness of information for patients undergoing anaesthesia. Med Law 2006; 25: 715-27.
30. Larobina ME, Merry CJ, Negri JC, Pick AW. Is informed consent in cardiac surgery and percutaneous coronary intervention achievable? ANZ J Surg 2007; 77: 530-4.

31. Marco AP. Informed consent for surgical anesthesia care: has the time come for separate consent? *Anesth Analg*. 2010; 110 (2): 280-2
32. Marco C, Lumbrezer D, Dean D. Informed consent for emergency treatment: perspectives of ED patients and visitors (abstract). Presented at the University of Toledo Research Day, July 2009.
33. Marco AP. Informed consent for surgical anesthesia care: has the time come for separate consent? *Anesth Analg*. 2010; 110 (2): 280-2
34. Marco C, Lumbrezer D, Dean D. Informed consent for emergency treatment: perspectives of ED patients and visitors (abstract). Presented at the University of Toledo Research Day, July 2009.
35. World Health Organization. World Health Report 2000 - health systems: improving performance. 2000. Geneva.
36. Bilancetti M. *Le conseguenze di rilevanza penale e civile del consenso invalido. Il consenso informato: un continente ancora da esplorare*. *Riv Ital Med Legale* 2003;6:946-53.
37. Introna F. *Consenso informato o rifiuto ragionato? L'informazione deve essere dettagliata o sommaria?* *Riv Ital Med Leg* 1998;20:825-8.
38. Henegan C. Consent to medical treatment: what should the patient be told? *Br J Anaesth*. 1994; 73: 25-8.
39. Katz J. Duty and caring in the age of informed consent and medical science: unlocking peabody's secret. *Humane Medicine*, 1992;8:187-97.
40. Laforet EG. *The fiction of informed consent*. *JAMA* 1997;235:1579-84.
41. Veatch RM. Abandoning informed consent. *Hastings Cent Rep* 1995; 25:5-12.
42. Zuppiroli A, Santoro G, Dolara A. L'uso dei moduli di consenso informato. Alcune riflessioni critiche. *G Ital Cardiol*, 1995;25:1223-9.
43. ΚΙΔ, Ν. 3418/20
44. Ανδρουλιδάκη - Δημητριάδη Ι. (1993). Η υποχρέωση ενημέρωσης του ασθενούς. Συμβολή στη διακρίβωση της αστικής ιατρικής ευθύνης. Αντ. Ν. Σάκκουλας, Αθήνα - Κομοτηνή .
45. Βιδάλης ΤΚ (2007). Βιοδίκαιο, 1ος τόμος: Το Πρόσωπο. Σάκκουλας, Αθήνα - Θεσσαλονίκη
46. Δόσιος Θ, Μαρκόπουλος Χ, Βλάχος Ι, and Λιάτσος Π (1986) Οι απόψεις των Ελλήνων γιατρών επί του εάν πρέπει ο καρκινοπαθής να γνωρίζει την αρρώστια του. *Ιατρική Επιθεώρησης Ενόπλων Δυνάμεων*, 20, 309-315.

47. Φουντεδάκη Κ (2003). Αστική Ιατρική Ευθύνη. Γενική εισαγωγή - Δογματική και δικαιοπολιτική θεώρηση - Θεμελιώδεις έννοιες. Σάκκουλας, Αθήνα - Θεσσαλονίκη.
48. Hebert PC, Hoffmaster B, Glass KC, and Singer PA (1997) Bioethics for clinicians .7. Truth telling. Canadian Medical Association Journal, 156, 225-228.
49. Tuckett AG (2004) Truth-telling in clinical practice and the arguments for and against: A review of the literature. Nursing Ethics, 11, 500-513.
50. Young R (2001). Informed Consent and Patient Autonomy. In Kuhse, H. and Singer, P.A. (Eds.), A Companion to Bioethics. Blackwell, Oxford, pp. 441.
51. Oken D (1961) What to Tell Cancer Patients - A Study of Medical Attitudes. Jama-Journal of the American Medical Association, 175, 1120-1128.
52. Novack DH, Plumer R, Smith RL, Ochitill H, Morrow GR, and Bennett JM (1979) Changes in Physicians Attitudes Toward Telling the Cancer Patient. Jama-Journal of the American Medical Association, 241, 897-900.
53. Samp RJ and Curreri AR (1957) A Questionnaire Survey on Public Cancer Education Obtained from Cancer Patients and Their Families. Cancer, 10, 382-384.
54. Elian M and Dean G (1985) To Tell Or Not to Tell the Diagnosis of Multiple-Sclerosis. Lancet, 2, 27-28.
55. Erde EL, Nadal EC, and Scholl TO (1988) On Truth Telling and the Diagnosis of Alzheimers-Disease. Journal of Family Practice, 26, 401-406.
56. Blackhall LJ, Murphy ST, Frank G, Michel V, and Azen S (1995) Ethnicity and Attitudes Toward Patient Autonomy. Jama-Journal of the American Medical Association, 274, 820-825.
57. Mystakidou K, Tsilika E, Parpa E, Katsouda E, and Vlahos L (2005) Patterns and barriers in information disclosure between health care professionals and relatives with cancer patients in Greek society. Eur J Cancer Care (Engl), 14, 175-181.
58. Thomsen OO, Wulff HR, Martin A, and Singer PA (1993) What do Gastroenterologists in Europe Tell Cancer-Patients. Lancet, 341, 473-476.
59. Elian M and Dean G (1985) To Tell Or Not to Tell the Diagnosis of Multiple-Sclerosis. Lancet, 2, 27-28.
60. Manos N and Christakis J (1980) Attitudes of cancer specialists toward their patients in Greece. Int J Psychiatry Med, 10, 305-313.

61. Mystakidou K, Liossi C, Vlachos L, and Papadimitriou J (1996) Disclosure of diagnostic information to cancer patients in Greece. *Palliat Med*, 10, 195-200.
62. Mystakidou K, Tsilika E, Befon S, Kululias V, and Vlahos L (1999) Quality of life as a parameter determining therapeutic choices in cancer care in a Greek sample. *Palliative Medicine*, 13, 385-392
63. Brokalaki EI, Sotiropoulos GC, Tsaras K, and Brokalaki H (2005) Awareness of diagnosis, and information-seeking behavior of hospitalized cancer patients in Greece. *Supportive Care in Cancer*, 13, 938-942.
64. Iconomou G, Viha A, Koutras A, Vagenakis AG, and Kalofonos HP (2002) Information needs and awareness of diagnosis in patients with cancer receiving chemotherapy: a report from Greece. *Palliative Medicine*, 16, 315-321.
65. Lavrentiadis G, Manos N, Christakis J, and Semoglou C (1988) The Greek Cancer-Patients Knowledge and Attitudes Toward His Diagnosis and Prognosis. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 49, 171-178.
66. Rigatos GA (1997) Cancer and truth-telling in Greece - Historical, statistical, and clinical data. *Communication with the Cancer Patient: Information and Truth*, 809, 382-392.
67. Asveld L (2008) Mass-vaccination programmes and the value of respect for autonomy. *Bioethics*, 22, 245-257
68. Jansen VAA, Stollenwerk N, Jensen HJ, Ramsay ME, Edmunds WJ, and Rhodes CJ (2003) Measles outbreaks in a population with declining vaccine uptake. *Science*, 301, 804.
69. Barneschi MG, Miccinesi G, Paci E, Novelli GP. The desire for information and informed consent in general anesthesia. *Minerva Anesthesiol.* 1998;64(1-2):5-11.
70. Barneschi MG, Miccinesi G, Marini F, Bressan F, Paci E. Informing patients about risks and complications of anaesthesia. *Minerva Anesthesiol.* 2002; 68 (11): 811-8, 818-23.
71. Bugge K, Berltesen F, Bendtsen A. Patients' desire for information about anaesthesia: Danish attitudes. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 1998; 42: 91-96
72. Farnill D, Inglis S. Patients' desire for information about anaesthesia: Australian attitudes. *Anaesthesia* 1993; 48:162-4.
73. Lonsdale M, Hutchison GL. Patients' desire for information about anaesthesia-Scottish and Canadian attitudes. *Anaesthesia* 1991;46:410-2.

74. Sakaguchi M, Maeda S. Informed consent for anesthesia: survey of current practices in Japan. *J Anesth.* 2005;19(4):315-9.
75. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J: An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961; 4: 561-71.
76. Feola T, Antignani P, Durante C, Spalletta M. *Consenso informato*. Torino: Ed. Minerva Medica; 2001.
77. Fiori A. *Medicina legale della responsabilità medica*. Milano: Giuffrè Ed.; 1999.
78. Moores A, Pace N. A.. The information requested by patients prior to giving consent to anaesthesia. *Anaesthesia*, 2003; 58: 703-6
79. Reynolds M. No news is bad news: patients' views about communication in hospital. *Br Med J.* 1978; 1 (6128): 1673-6.
80. Moerman N, Van Dam FSAM, Muller MJ, Oosting H. The Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (APAIS). *Anest Analg* 1996;82:445-51.
81. Roizen MF, Klock PA, Klafta J. How much do they really want to know? Preoperative patient interviews and the anesthesiologist. *Anesth Analg* 1996;82: 443-4.
82. Spinsanti S. Il consenso informato: del buono e del cattivo uso. Commissione Regionale di Bioetica: atti documenti direttive 1. Regione Toscana. Edizioni Regione Toscana 1995.
83. Sassuolo A. *Il consenso informato*. Roma: Raffaello Cortina Editore; 1996.
84. Shorter E. *The troubled history of doctors and patients*. New York: Simon and Shuster Ed.; 1985.
85. Spinsanti S, Pappalepore V. Dall'educazione sanitaria al consenso informato. Milano, Ed Mediamix, 1995.
86. Shevde K, Panagopoulos G. A survey of 800 patients' knowledge, attitudes, and concerns regarding anesthesia. *Anesth Analg* 1991;73:190-8.
87. Swinhoe CF, Groves ER. Patients' knowledge of anaesthetic practice and the role of anaesthetists. *Anaesthesia* 1994; 49, 165-6.
88. Tan LT, Jenkins H, Roberts-Harry J, Austin M. Should patients set the agenda for informed consent? A prospective survey of desire for information and discussion prior to routine cataract surgery. *Ther Clin Risk Manag* 2008; 4: 1119-25.
89. Umani Ronchi G, Bolino G. *Il consenso e la responsabilità professionale nella pratica otorinolaringoiatrica*. In: Cazzato G, editor. *Aspetti medico-legali in*

Otorinolaringoiatria. Quaderni Monografici di Aggiornamenti dell'A.O.O.I. 2004. p. 31-50.

90. Vassalli G. *Alcune considerazioni sul consenso del paziente e lo stato di necessità nel trattamento medico-chirurgico*. Arch Pen 1973;1:81-5.
91. Van Wijk MGF, Smalhout B. A postoperative analysis of patient's view of anaesthesia in a Netherlands' teaching hospital. *Anaesthesia* 1990; 45: 679-82.
92. Higgs R (2001). Truth-Telling. In Kuhse H. and Singer P.A. (Eds.), *A Companion to Bioethics*. Blackwell, Oxford, pp. 432.

