

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΕΛΕΝΗ Κ. ΠΑΠΠΑ

**ΥΠΟΧΡΕΩΣΗ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΚΑΙ ΤΑ
ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ**

ΕΠΟΠΤΕΥΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: ΜΑΡΓΑΡΙΤΑ ΓΛΑΡΑΚΗ

ΚΑΛΑΜΑΤΑ, ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ 2003

Αφιέρωση

Στους γονείς μου *Κωνσταντίνο και Βασιλική.*

Τους ευχαριστώ για την ηθική και υλική συμπαράσταση που μου πρόσφεραν καθ'όλη τη διάρκεια των σπουδών μου.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

	Σελ.
ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ	
ΠΡΟΛΟΓΟΣ	1
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	4
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο	
ΜΕΡΗ ΤΗΣ ΣΧΕΣΗΣ ΠΟΥ ΠΡΟΚΥΠΤΟΥΝ ΑΠΟ ΤΟ ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ	
1.1 Φορείς του δικαιώματος ενημέρωσης	
1.1.1 Η σχέση της σύμβασης ιατρικής αγωγής και υποχρέωση ενημέρωσης	12
1.1.2 Προϋποθέσεις νομικά ισχυρής συναίνεσης	14
1.1.3 Φυσικά πρόσωπα με περιορισμένη δικαιοπρακτική ικανότητα	17
1.1.4 Αλλοδαποί ασθενείς	24
1.1.5 Δικαίωμα τρίτων για ενημέρωση	25
1.2 Πρόσωπα που φέρουν την υποχρέωση ενημέρωσης	
1.2.1 Ενημέρωση από το θεράποντα ιατρό	27
1.2.2 Ενημέρωση στο νοσοκομείο	28
1.2.3 Ενημέρωση στις χειρουργικές επεμβάσεις	29
1.2.4 Ενημέρωση στην περίπτωση παραπομπής σε άλλο γιατρό	31
1.2.5 Ενημέρωση σε ιδιωτικές κλινικές με ανεξάρτητους γιατρούς	33
1.2.6 Ενημέρωση από πρόσωπα που δεν έχουν την ιατρική ιδιότητα	34

	Σελ.
1.2.7 Ενημέρωση για νοσηλευτικές ενέργειες του μη ιατρικού προσωπικού	37

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ ΤΡΟΠΟΣ ΕΚΠΛΗΡΩΣΗΣ ΤΗΣ ΥΠΟΧΡΕΩΣΗΣ

2.1 Ο τόπος της ενημέρωσης	39
2.2 Ο χρόνος της ενημέρωσης	40
2.3 Ο τύπος της ενημέρωσης	
2.3.1 Ενημέρωση με έντυπα	43
2.3.2 Είδη εντύπων από την πράξη	44
2.3.3 Η αποδεικτική σημασία των εντύπων ενημέρωσης	46
2.3.4 Άλλοι τρόποι απόδειξης της ενημέρωσης	48

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΥΠΟΧΡΕΩΣΗΣ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ

3.1 Περιορισμοί προερχόμενοι από τον ασθενή	50
3.2 Παραίτηση του ασθενούς από το δικαίωμα ενημέρωσης	52
3.3 Το θεραπευτικό προνόμιο του γιατρού – Υποχρέωση αλήθειας	57

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΩΝ

4.1 Ιστορική εξέλιξη	60
4.2 Δικαιώματα ασθενών - Ορισμός	62
4.3 Βασικά δικαιώματα ασθενών	
4.3.1 Δικαίωμα ενημέρωσης	64

	Σελ.
4.3.2 Δικαίωμα συγκατάθεσης	68
4.3.3 Δικαίωμα προστασίας ιατρικού απορρήτου	71
4.4 Βασικές βιοηθικές αρχές των δικαιωμάτων των ασθενών	

76

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

ΝΟΜΙΚΗ ΚΑΤΟΧΥΡΩΣΗ ΤΩΝ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΩΝ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΕ ΔΙΕΘΝΕΣ ΚΑΙ ΕΘΝΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

5.1 Κώδικες - Διακηρύξεις για τα δικαιώματα των ασθενών	78
5.2 Η Διακήρυξη του Άμστερνταμ	80
5.2.1 Ανθρώπινα Δικαιώματα και Αξίες στην φροντίδα υγείας	81
5.2.2 Πληροφόρηση	81
5.2.3 Συγκατάθεση (συναίνεση)	83
5.2.4 Εμπιστευτικότητα	85
5.2.5 Φροντίδα και Θεραπεία	87
5.3 Η Ελληνική Πραγματικότητα	89
5.3.1 Ν. 2071/ 92	92
5.3.2 Ν. 2519/ 97	99
5.3.3 Ν. 2716/ 99	105

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο

ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ ΠΡΟΑΓΩΓΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΤΩΝ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΩΝ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

6.1 Εσωτερικοί μηχανισμοί	
6.1.1 Τα κεντρικά Όργανα	109
6.1.2 Οι Επιτροπές Βιοηθικής Δεοντολογίας	110

	Σελ.
6.2 Εξωτερικοί μηχανισμοί	
6.2.1 Ο Συνήγορος του Πολίτη	112
6.2.2 Σύλλογοι Χρηστών Υπηρεσιών Υγείας	114
6.2.3 Φορείς που δρουν με τη μορφή Νομικών Προσώπων είτε Δημοσίου είτε Ιδιωτικού Δικαίου	114
6.2.4 Ένωση Προαγωγής και Προστασίας των Δικαιωμάτων των Χρηστών Υπηρεσιών Υγείας - Επιτροπές Ασθενών - Κινήσεις Ασθενών	115
6.3 Κώδικες Ηθικής και Δεοντολογίας Ιατρών και λοιπών Επαγγελματιών Υγείας	117
ΕΠΙΛΟΓΟΣ	120
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	126

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

Α.Δ.Ε.Δ.Υ. = Ανώτατη Διοίκηση Ενώσεων Δημοσίων
Υπαλλήλων

Α.Κ. = Αστικός Κώδικας

Γ. Ν. Χαλκίδας = Γενικό Νοσοκομείο Χαλκίδας

Γ.Σ.Ε.Ε. = Γενική Συνομοσπονδία Εργατών Ελλάδος

Ε.Ι.Ν.Α.Π. = Ένωση Ιατρών Νοσοκομείων Αθηνών Πειραιά

Επ. =επόμενο

Ε.Σ.Υ. = Εθνικό Σύστημα Υγείας

Ι.Σ.Α. = Ιατρικός Σύλλογος Αθηνών

κ.α. = και άλλα

ΚΕ.Θ.Ε.Α. = Κέντρα Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων

Κε.Σ.Υ. = Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας

κ.τ.λ. = και τα λοιπά

Κ. Πολ. Δ. = Κώδικας Πολιτικής Δικονομίας

Ν. Δ. = Νομοθετικό Διάταγμα

Ν.Π.Δ.Δ. = Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου

Ν.Π.Ι.Δ. = Νομικό Πρόσωπο Ιδιωτικού Δικαίου

Ο.ΚΑ.ΝΑ. = Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών

Παρ. = Παράγραφος

Π.Ι.Κ.Π.Α. =Πατριωτικό Ίδρυμα Κοινωνικής Προστασίας και
Αντίληψης

Π.Ι.Σ. = Παγκύπριος Ιατρικός Σύλλογος

Π.Ο.Ε.ΔΗ.Ν. = Πανελλήνια Ομοσπονδία Εργαζομένων στα
Δημόσια Νοσοκομεία

Π. Χ. = Προ Χριστού

π.χ. = παραδείγματος χάριν

Τ.Ε.Ι. Καλαμάτας = Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα
Καλαμάτας

Υ. Α. = Υπουργική Απόφαση

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Οι λόγοι που με ώθησαν στην επιλογή του θέματος «Υποχρέωση Ενημέρωσης Ασθενούς και τα Δικαιώματα των Ασθενών» για την εκπόνηση της πτυχιακής μου εργασίας είναι: α) κατά τη διάρκεια της φοίτησής μου στο Τ.Ε.Ι. Καλαμάτας, στο τμήμα Διοίκησης Μονάδων Υγείας και Πρόνοιας, μέσα από ποικίλα μαθήματα και παρουσιάσεις μου δόθηκε η ευκαιρία να προβληματιστώ πάνω στη φύση και την ουσία των δικαιωμάτων των ασθενών και β) οι διδακτικές σημειώσεις της κα Μ. Σακελαρίου «Νομοθεσία Μονάδων Υγείας και Πρόνοιας». Συγκεκριμένα κατά τη διάρκεια παρακολούθησης του μαθήματος, επέλεξα να κάνω μια εργασία με θέμα «Η Υποχρέωση Ενημέρωσης του Ασθενούς». Όμως στα πλαίσια μιας εργασίας τέτοιου τύπου δεν είναι δυνατόν να γίνει ενδελεχής έρευνα, ανάπτυξη και σχολιασμός. Τελειώνοντας λοιπόν τη φοίτησή μου, θέλησα να αναπτύξω σε βάθος το θέμα αυτό.

Σκοπός αυτής της εργασίας είναι να αποδείξει ότι η ενημέρωση του ασθενούς αποτελεί πρωταρχικό δικαίωμα του και ένα από τα κυριότερα καθήκοντα του θεράποντος ιατρού. Ακόμα θέλει να δείξει ότι ο ασθενής – χρήστης των υπηρεσιών υγείας πρέπει να αιτολαμβάνει κάποια θεμελιώδη δικαιώματα. Σκοπός της θέσπισης αυτών των δικαιωμάτων είναι η προστασία του πολίτη – χρήστη υπηρεσιών υγείας από τις εκτροπές και τα προβλήματα που μπορούν να δημιουργήσουν τα δεδομένα της σύγχρονης κοινωνίας (κοινωνικοοικονομικές συνθήκες, ανάπτυξη βιοιατρικής

τεχνολογίας, επιτεύγματα βιογενετικής κ.α.) με απώτερο στόχο τη βελτίωση της υγείας και της ποιότητας ζωής του κοινωνικού συνόλου.

Η παρούσα μελέτη αποτελείται από την εισαγωγή, το κυρίως σώμα και τον επίλογο. Στην εισαγωγή παρουσιάζεται μια σύντομη ιστορική αναδρομή σχετικά με την προέλευση του ιατρικού δικαίου και προσδιορίζονται κάποιες έννοιες.

Το κυρίως σώμα της εργασίας περιλαμβάνει έξι κεφάλαια. Στο πρώτο κεφάλαιο αποδεικνύεται ότι ο ασθενής και ο γιατρός που αναλαμβάνει την ιατρική πράξη, δεν είναι τα μόνα πρόσωπα που έχουν δικαίωμα ή αντίστοιχα υποχρέωση ενημέρωσης. Στο δεύτερο κεφάλαιο αναλύεται ο τόπος, ο χρόνος και ο τύπος που θεωρείται ότι είναι κατάλληλος για την εκπλήρωση της υποχρέωσης ενημέρωσης. Στο τρίτο κεφάλαιο η μελέτη επικεντρώνεται, στους περιορισμούς της υποχρέωσης ενημέρωσης και στους λόγους που θεσπίζονται οι περιορισμοί αυτοί. Στο τέταρτο κεφάλαιο παρουσιάζεται η ιστορική εξέλιξη των δικαιωμάτων των ασθενών, οριστικοποιούνται εννοιολογικά τα δικαιώματα ασθενών και αναλύονται τα βασικά δικαιώματα τους (ενημέρωση, συγκατάθεση, απόρρητο) . Στο πέμπτο κεφάλαιο γίνεται παράθεση της διεθνούς πρακτικής και το πως κατεχρύνονται στη χώρα μας τα δικαιώματα των ασθενών βάσει των υπάρχοντων κανόνων του Ελληνικού Συντάγματος και της Ελληνικής νομοθεσίας. Το έκτο κεφάλαιο εστιάζεται στους εξωτερικούς και εσωτερικούς μηχανισμούς προστασίας των δικαιωμάτων των χρηστών υπηρεσιών υγείας, δηλαδή τις αντίστοιχες υπηρεσίες του Υπουργείου και των νοσοκομείων

αλλά και τους συλλόγους πασχόντων από ειδικές παθήσεις, Ενώσεις, Επιτροπές ασθενών κ.λ.π.

Στον επίλογο αναφέρονται κάποιες γενικές διαπιστώσεις και συμπεράσματα που προκύπτουν από τη μελέτη του αντικειμένου της εργασίας και προτείνονται μέτρα για την εφαρμογή κάποιων δικαιωμάτων, που απορρέουν από τη φυσική υπόσταση του ελεύθερου ατόμου και τις σύγχρονες νομοθετικές διατάξεις, με στόχο την προάσπιση της υγείας των πολιτών στο μέλλον.

Τελειώνοντας θα ήθελα να εκφράσω τις ιδιαίτερες ευχαριστίες μου στον Διοικητικό Διευθυντή του Γ. Ν. Χαλκίδας κ. Ν. Γουρνή για την πολύτιμη βοήθεια που μου προσέφερε για την ολοκλήρωση της πτυχιακής μου εργασίας.

Επίσης θέλω να ευχαριστήσω την κα Μ. Γλαράκη, επιβλέπουσα καθηγήτρια για την καθοριστική παρότρυνση και καθοδήγηση στην εκπόνηση της εν λόγω εργασίας και την κ. Μ. Μάνεση προϊσταμένη του τμήματος γραφείο κίνησης ασθενών, την κ. Γ. Λεοντή, την κ. Μ. Παπαδοπούλου (υπάλληλοι του Γ. Ν. Χαλκίδας), και την κ. Ζ. Κεμανέ (δικηγόρο) για τη συμβολή τους στην εν λόγω εργασία.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

1. Ιστορική προέλευση του ιατρικού δικαίου

Το δίκαιο και η ιατρική είναι επιστήμες που ασχολούνται με τον άνθρωπο και τα αγαθά που του ανήκουν. Παρά το γεγονός ότι κατάγονται από την ίδια μητέρα, τη Θρησκεία, βρίσκονται σε διαρκή αντιπαράθεση από την αρχή της γένεσής τους¹.

Η βασική αιτία της ανωτέρω αναφερόμενης αντίθεσης μεταξύ ιατρικής και δικαίου οφείλεται στο γεγονός ότι η ιατρική αντιμετωπίζει τον άνθρωπο ως αδύναμο και άρωστο όν που έχει ανάγκη από βοήθεια, αλλά συχνά και ως αντικείμενο πειραματισμού, παραγνωρίζοντας την πρωταρχική υπόσταση του ως φορέα δικαιωμάτων και υποχρεώσεων. Αντίθετα το δίκαιο, για να διαμορφώσει τους κανόνες του, έχει ως πρότυπο την αυτονομία της βούλησης του ανθρώπου.

Οι πρώτες γραπτές αναφορές σε ευθύνη του γιατρού βρίσκονται στο κώδικα του Χαμουραμπί (1700 Π.Χ.). Στην αρχαία Ελλάδα δεν υπάρχουν σαφείς πηγές από τις οποίες να μπορεί με βεβαιότητα να συναχθεί νομική δέσμευση (ποινική ή αστική) του γιατρού. Ο γιατρός δεν ασκούσε ούτε λειτούργημα, ούτε επάγγελμα, όπως νοείται σήμερα. Ήταν περισσότερο χειρωναξ. Ταξίδευε από τόπο σε τόπο και αποφάσιζε μόνος του αν θα αναλάμβανε μια θεραπεία ή όχι².

¹ Ισμήνη Ανδρουλιδάκη – Δημητριάδη, *Η Υποχρέωση Ενημέρωσης του Ασθενούς*, Εκδόσεις Αντ. Ν. Σάκκουλα, Αθήνα - Κομοτηνή, 1993, σελ.13.

² Στο ίδιο, σελ. 14.

Οργάνωση του ιατρικού επαγγέλματος δεν υπήρχε στην αρχαία Ελλάδα. Αρχικά το ιατρικό επάγγελμα ασκήθηκε από την πατριαρχική οικογένεια και η εκμάθησή του γινόταν μεταξύ των μελών της. Αργότερα όταν διασπάστηκαν τα πατριαρχικά γένη, το ιατρικό επάγγελμα ασκήθηκε ελευθεριότερα. Μάλιστα κατά τον 4ο Π.Χ. αιώνα δημιουργήθηκαν οι λεγόμενες "Ασκληπιάδες" που αποτελούν τη μετάβαση της εξάσκησης του ιατρικού επαγγέλματος από την οικογένεια σε ευρύτερες επαγγελματικές ενώσεις – συντεχνίες. Τέτοιες συντεχνίες δημιουργήθηκαν κυρίως στην Κω.

Έκφραση της συντεχνιακής οργάνωσης του ιατρικού επαγγέλματος αποτελεί κατά ένα τρόπο ο όρκος του Ιπποκράτη. Ο όρκος δινόταν δημόσια όταν ένα νέο μέλος γινόταν δεκτό από τη "ιατρική συντεχνία". Με τον όρκο το νέο μέλος, ο νέος γιατρός ήταν υποχρεωμένος να τηρήσει ορισμένη συμπεριφορά τόσο κατά την εξάσκηση της ιατρικής όσο και απέναντι στους άλλους γιατρούς, έτσι ώστε να υπερασπίζεται τα συμφέροντα της συντεχνίας και να ασκεί το ιατρικό επάγγελμα στα πλαίσια της ηθικής τάξης³. Ο όρκος αυτός υπήρξε μόνο εσωτερικό δίκαιο της ιατρικής συντεχνίας και δεν δημιούργησε γενικότερο κανόνα δικαίου, από τον οποίο να απορρέουν υποχρεώσεις του γιατρού προς τον ασθενή.

Κατά τη διάρκεια του Μεσαίωνα δημιουργήθηκαν στη Δύση οι πρώτες πανεπιστημιακές ιατρικές σχολές που συνέβαλαν στη συστηματικοποίηση της ιατρικής ως επιστήμης. Οι μεγάλες επιδημίες που έπληξαν τη Δύση, έγιναν αιτία

³ 1. Ανδρουλιδάκη – Δημητριάδη, *Η Υποχρέωση.....*, ό. π., σελ.15.

εκτεταμένων ιατρικών ερευνών, που σηματοδότησαν την περαιτέρω εξέλιξη της ιατρικής επιστήμης και έτσι προκάλεσαν την εντονότερη επέμβαση του δικαίου στις ιατρικές δραστηριότητες⁴.

Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται αυξημένο ενδιαφέρον για τα ηθικά και νομικά θέματα στην ιατρική οφειλόμενο :

- 1) στη μεγάλη πρόοδο της τεχνολογίας, που δημιούργησε νέες προκλήσεις για προβληματισμούς και λήψη αποφάσεων σε ηθικά διλήμματα,
- 2) στην ανάγκη προστασίας των δικαιωμάτων του ατόμου μετά την αντίδραση στις αρχές και πρακτικές των ολοκληρωτικών καθεστώτων κατά τον Β΄ Παγκόσμιο πόλεμο
- 3) στην ευαισθητοποίηση του κοινού μετά την εκφοβική ανάπτυξη των μέσων μαζικής επικοινωνίας
- 4) στη δημιουργία της μεγάλης βιομηχανίας για παροχή φροντίδας υγείας, στην οποία εμπλέκονται πολλαπλά αντιτιθέμενα συμφέροντα⁵.

2. Δικαιώματα ασθενούς - Γενικά

Τα δικαιώματα των ασθενών ανήκουν στην κατηγορία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, των ηθικών δηλαδή δικαιωμάτων που δικαιούται να έχει ο άνθρωπος με βάση την ανθρώπινη υπόστασή του και μόνο. Ανήκουν σε όλους εξίσου

⁴ Ι. Ανδρουλιδάκη – Δημητριάδη, *Η Υποχρέωση...*, ό.π., σελ. 15.

⁵ Κυριακή Γιαχαλή, *Η Υποχρέωση Ενημέρωσης στη Θεραπευτική Ιατρική και στη Δημόσια Υγεία*, Διπλωματική Εργασία στην Ε.Σ.Δ.Υ., Αθήνα 2002, σελ. 3.

με βάση την εγγενή τους αξία ως ανθρώπων. Συνδέονται με την έννοια της ελευθερίας, της ανθρώπινης φύσης, της ανθρώπινης αξίας και της αξιοπρέπειας.

Τα δικαιώματα των ασθενών μπορούν να διακριθούν σε δύο κατηγορίες :

α) τα δικαιώματα του ασθενή, όπως τα δικαιώματα ενημέρωσης, συγκατάθεσης, προστασίας του ιατρικού απορρήτου κ.λ.π., β) τα κοινωνικά δικαιώματα, που εκφράζονται κυρίως με το δικαίωμα στη φροντίδα υγείας.

Τα δικαιώματα του ασθενή στοχεύουν στην προστασία της ελεύθερης βούλησης και αυτονομίας του. Προστατεύονται επίσης από διατάξεις του ποινικού και αστικού δικαίου. Τα κοινωνικά δικαιώματα έχουν σκοπό την εγγύηση συμμετοχής του ατόμου στα επιτεύγματα και στις δραστηριότητες της κοινωνίας. Στο χώρο της υγείας συνδέονται με την πολιτική υγείας που ακολουθείται και την οργάνωση και διοίκηση των μονάδων φροντίδας υγείας. Από νομικής πλευράς αποτελούν περισσότερο μέρος του διοικητικού δικαίου, ενώ τα δικαστήρια παίζουν μικρό ρόλο στην προστασία τους⁶.

Τα ανθρώπινα δικαιώματα του ασθενούς διαμορφώθηκαν σε κανόνες αποδεκτούς από τα σύγχρονα κράτη στη διακήρυξη της Λισσαβόνας (1981), που εκδόθηκε από την Παγκόσμια Ιατρική Ένωση. Σύμφωνα με τη διακήρυξη αυτή που περιλαμβάνει έξι ενότητες:

1. Ο ασθενής έχει το δικαίωμα να διαλέγει ελεύθερα το γιατρό του.
2. Ο ασθενής έχει το δικαίωμα να θεραπεύεται από γιατρό ο οποίος είναι ελεύθερος να αναλάβει τη θεραπεία του,

⁶ Κ.Γιαχαλή, *Η Υποχρέωση...*, ό. π., σελ. 6

σύμφωνα με τις ηθικές και επιστημονικές αντιλήψεις του, χωρίς εξωτερικό περιορισμό.

3. Ο ασθενής έχει δικαίωμα αφού ενημερωθεί για την κατάσταση της υγείας του να συμφωνήσει με τη θεραπεία που του προτείνεται ή να διαφωνήσει μ' αυτήν και να μη δεχθεί θεραπεία.

4. Ο ασθενής έχει το δικαίωμα να αναμένει, ότι ο γιατρός θα τηρήσει απόλυτη εχεμύθεια για την περίπτωση του.

5. Ο ασθενής έχει το δικαίωμα να πεθάνει με αξιοπρέπεια.

6. Ο ασθενής έχει το δικαίωμα να αναμένει πνευματική και ψυχική στήριξη από το γιατρό του, την οποία μπορεί και να αρνηθεί. Επίσης έχει το δικαίωμα να ζητήσει την ψυχική στήριξη ιερέως του θρησκευμάτος του

Η διακήρυξη περιλαμβάνει και προσήμιο, σύμφωνα με το οποίο ο γιατρός οφείλει να ενεργεί μόνο προς όφελος του ασθενούς, ανεξάρτητα από τυχόν τεχνικές, ηθικές, συνειδησιακές ή νομικές δυσκολίες που αντιμετωπίζει. Αν οι νόμοι μιας πολιτείας ή η κυβέρνηση μιας χώρας αρνείται τα βασικά δικαιώματα του ασθενούς όπως εκφράστηκαν στην διακήρυξη, ο γιατρός είναι υποχρεωμένος να βρει μέσα και τρόπους να εξασφαλίσει στον ασθενή τα βασικά ανθρώπινα δικαιώματά του⁷.

Στην ελληνική νομοθεσία το δικαίωμα ενημέρωσης προστατεύεται πρωτίστως από το Σύνταγμα (Άρθρα 2 παρ. 1 και 5), εφόσον ανήκει στα δικαιώματα προσωπικής ελευθερίας, αξίας και προσωπικότητας. Επίσης σύμφωνα με το άρθρο 57 του Α.Κ., παράλειψη του γιατρού να διαφωτίσει

⁷ I. Ανδρουλιδάκη – Δημητριάδη, *Η Υποχρέωση*ό. π., σελ. 88.

τον άρρωστο, ώστε να είναι ικανός να συγκατατεθεί σε προτεινόμενη επέμβαση στοιχειοθετεί ευθύνη για προσβολή της προσωπικότητας. Το δικαίωμα ενημέρωσης υποστηρίζεται και από άλλες διατάξεις του Αστικού Κώδικα (Α. Κ. άρθρα 914 επ., 932, 158) και του Κώδικα Πολιτικής Δικονομίας (Κ. Πολ. Δ., Άρθρα 338 Παρ. 1 και 446).

Το άρθρο 47 παρ. 4 του Ν 2071/92 αναφέρει: "Ο ασθενής δικαιούται να ζητήσει να πληροφορηθεί ότι αφορά την κατάστασή του. Το συμφέρον του ασθενούς είναι καθοριστικό και εξαρτάται από την πληρότητα και την ακρίβεια των πληροφοριών που του δίνονται. Η πληροφόρηση του ασθενούς πρέπει να του επιτρέπει να σχηματίσει πλήρη εικόνα των ιατρικών, κοινωνικών και οικονομικών παραμέτρων της κατάστασής του". Στην αρχαία Ελλάδα ο Ιπποκράτης συμβούλευε τους γιατρούς να μην ανακοινώνουν στον ασθενή, ούτε το είδος της ασθένειας, ούτε την διαδικασία της θεραπείας. Η θέση αυτή που επικράτησε για πολλούς αιώνες ανατράπηκε κυρίως τον προηγούμενο αιώνα, όταν άρχισαν να γίνονται σεβαστά τα δικαιώματα του ασθενή στην προσωπικότητά του⁸.

3. Έννοια της Υποχρέωσης Ενημέρωσης

Η ενημέρωση του ασθενούς αποτελεί πρωταρχικό δικαίωμα του και ένα από τα κυριότερα καθήκοντα του γιατρού. Σύμφωνα με την ελληνική νομοθεσία, ο γιατρός

⁸ Κ. Γιαχαλή, *Η Υποχρέωση.....*, ό. π., σσ 5-7.

σεβόμενος την προσωπικότητα του ασθενή είναι υποχρεωμένος να τον ενημερώνει για την διάγνωση, την φύση και την έκταση της θεραπείας, τους σημαντικούς κινδύνους και τις παρενέργειες που συνεπάγεται, καθώς και τις εναλλακτικές λύσεις που υπάρχουν. Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δίνεται σε ασθενείς με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο και σε ασθενείς που υποβάλλονται σε ιδιαίτερες επεμβάσεις (μεταμοσχεύσεις, τεχνητή γονιμοποίηση, κλπ). Η παράλειψη ενημέρωσης μπορεί να οδηγήσει στην θεμελίωση αστικής ευθύνης προς αποζημίωση και αποκατάσταση της ηθικής βλάβης του ασθενούς⁹.

Ενημέρωση σημαίνει διαφώτιση, έξοδος από την άγνοια. Η γνώση καθιστά τον άνθρωπο αυτεξούσιο, του δίνει την δυνατότητα να διαθέτει τον εαυτό του αυτοδύναμα. Από τις σκέψεις αυτές που καλλιεργήθηκαν την εποχή του διαφωτισμού, προσδιορίστηκαν από τον ίδιο τον Καντ και έγιναν αρχές του νεότερου δικαίου προκύπτει το δικαίωμα του ανθρώπου άρα και του ασθενούς να αποφασίζει για τα πράγματα που τον αφορούν.

Οι αποφάσεις όμως που ανάγονται στην συναίνεση του ασθενούς δεν αναμένονται ούτε από τις εμπειρικές αλλά ούτε και από τις νενικές του γνώσεις, διότι η ιατρική είναι επιστήμη ειδικών γνώσεων, τις οποίες έχει μόνο ο γιατρός, ο οποίος υποχρεούται να τις καταστήσει κατανοητές στον ασθενή, ώστε να μπορέσει γνωρίζοντας να αποφασίσει αν δέχεται την προτεινόμενη ιατρική αγωγή. Η ετυμολογία της λέξης doctor από το ρήμα docere=διδάσκω, αντανακλά τον

⁹ Κ. Μεράκος και Δ. Θεοδουρίδης, (επιμ.), *Ενημέρωση του ασθενούς: Η θεωρία και η πράξη*, Νοσοκομειακά Χρονικά, τόμος 61, τεύχος 1, Ιανουάριος – Μάρτιος 1999.

παραδοσιακό ρόλο του γιατρού ως δασκάλου του ασθενούς, ο οποίος μέσω της ενημέρωσης μεταδίδει τη γνώση του. Παρέχοντας πληροφορίες ο γιατρός δίνει δύναμη στον ασθενή να ξεπεράσει το σωματικό πόνο και την ψυχική οδύνη που συνεπάγεται η άγνωστη ασθένεια. Έτσι η υποχρέωση ενημέρωσης του ασθενούς, ορθά έχει εξελιχθεί σε κεντρικό πρόβλημα της ιατρικής ευθύνης αφού ο ενημερωμένος ασθενής καθίσταται αυτόνομος, αυτεξούσιος και ικανός να πάρει αποφάσεις για το δικό του σώμα, ενώ ταυτόχρονα γίνεται συνυπεύθυνος και συνεργάσιμος.

Η υποχρέωση ενημέρωσης αποτελεί βασική υποχρέωση του γιατρού,

- Υποχρέωση γενική, της οποίας η παράβαση μπορεί να στοιχειοθετήσει αδικροφξία,
- Υποχρέωση συμβατική, της οποίας η αθέτηση οδηγεί σε ευθύνη για παράβαση συμβατικών υποχρεώσεων,
- Υποχρέωση δεοντολογική της οποίας η παράβαση οδηγεί σε παράβαση των κανόνων ιατρικής δεοντολογίας
- Υποχρέωση σεβασμού της προσωπικότητας του ασθενούς, της οποίας η παράβαση οδηγεί σε αξιώσεις του ασθενούς από την προσβολή αγαθών της προσωπικότητάς του¹⁰.

¹⁰ Κ. Γιαχάλη, *Η Υποχρέωση.....*, ό π., σελ. 9

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

ΜΕΡΗ ΤΗΣ ΣΧΕΣΗΣ ΠΟΥ ΠΡΟΚΥΠΤΟΥΝ ΑΠΟ ΤΟ ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ

Σ' αυτό το κεφάλαιο θα αναλυθούν τα μέρη της σχέσης που προκύπτουν από την εφαρμογή του δικαιώματος ενημέρωσης. Τα μέρη αυτά διακρίνονται στις ακόλουθες κατηγορίες:

1. Οι φορείς του δικαιώματος ενημέρωσης, δηλαδή τα φυσικά πρόσωπα που έχουν το δικαίωμα να ενημερωθούν (ασθενείς ή τρίτοι σε κάποιες περιπτώσεις).
2. Τα πρόσωπα που φέρουν την υποχρέωση ενημέρωσης (κυρίως γιατροί).

1.1 Φορείς του δικαιώματος ενημέρωσης

1.1.1 Η σχέση της σύμβασης ιατρικής αγωγής και υποχρέωσης ενημέρωσης

Η σύμβαση ιατρικής αγωγής, στην κλασσική μορφή της, συνάπτεται μεταξύ του γιατρού και του ασθενούς. Χρονικό σημείο της σύναψης είναι είτε η έναρξη της διαγνωστικής ή

της θεραπευτικής αγωγής, είτε η συνομολόγηση ορισμένου χρόνου για τη διενέργεια μιας ιατρικής πράξης (εξέταση, εγχείρηση), είτε η εισαγωγή ασθενούς σε νοσοκομείο.

Η σύμβαση ιατρικής αγωγής απαιτεί, για την εγκυρότητά της, δικαιοπρακτική ικανότητα. Δικαιοπρακτική ικανότητα ή ικανότητα για δικαιοπραξία είναι η ικανότητα του ανθρώπου να μετέχει ο ίδιος στη δημιουργία και αλλοίωση έννομων σχέσεων και συγκεκριμένα να καταρτίζει αυτοπροσώπως δικαιοπραξίες¹².

Σε περίπτωση έλλειψης δικαιοπρακτικής ικανότητας η σύμβαση ιατρικής αγωγής συνάπτεται έγκυρα μόνο μέσω των προσώπων, που μπορούν, κατά τους κανόνες του Α.Κ. (άρθρα 127, 128, 129, 130, 131 κ.λ.π.) να αναπληρώσουν την ελλείπουσα δικαιοπρακτική ικανότητα.

Τα πρόσωπα όμως που (Α.Κ. 128, 129, 130) είναι ανίκανα για τη σύναψη σύμβασης ιατρικής αγωγής, δεν είναι πάντοτε ανίκανα να αντιληφθούν τις συνέπειες μιας ιατρικής πράξης. Έτσι ενώ η σύναψη μιας σύμβασης ιατρικής αγωγής είναι έγκυρη, εφόσον για τη δήλωση της δικαιοπρακτικής βούλησης μεσολάβησαν τα πρόσωπα που ο νόμος ορίζει, η ιατρική πράξη είναι αυθαίρετη, αν το πρόσωπο που επρόκειτο να υποβληθεί σε ιατρική αγωγή, ήταν σε θέση να εκτιμήσει τις συνέπειες της ιατρικής επέμβασης στην υγεία και το σώμα του και δεν ενημερώθηκε¹³.

¹² Α. Γεωργιάδης, *Γενικές Αρχές Αστικού Δικαίου*, Εκδόσεις Αντ. Ν. Σάκκουλα, Αθήνα, σελ 113

¹³ Ι. Ανδρουλιδάκη – Δημητριάδη, *Η Υποχρέωση...*, ό. π., σελ 201

1.1.2 Προϋποθέσεις νομικά ισχυρής συναίνεσης

Για να υπάρχει νομικά ισχυρή συναίνεση πρέπει να συντρέχουν ορισμένες προϋποθέσεις: α) Η συναίνεση πρέπει να δίνεται από πρόσωπο ικανό να συναινέσει και β) η συναίνεση πρέπει να είναι σοβαρή. Οι προϋποθέσεις αυτές θα αναλυθούν στη συνέχεια.

A) Η συναίνεση πρέπει να δίνεται από πρόσωπο ικανό να συναινέσει.

Ανίκανος να συναινέσει είναι:

- Εκείνος που στερείται εντελώς βούλησης, όπως π.χ ο λιπόθυμος
- Ο πνευματικά άρρωστος
- Ο ανώριμος για λόγους ηλικίας
- Εκείνος που έχει χάσει σε τόσο μεγάλο βαθμό τη ψυχραιμία του εξαιτίας της αρρώστιας του, ώστε να μην μπορεί να σταθμίσει λογικά το συμφέρον του π.χ. ο πανικόβλητος.

Η ύπαρξη ικανότητας για συναίνεση κρίνεται όχι με τυπικά κριτήρια αλλά ουσιαστικά, κρίνεται κυρίως με βάση ένα συσχετισμό του βαθμού ανωριμότητας ή του είδους της πνευματικής διαταραχής ή του βαθμού της απώλειας της

ψυχραιμίας με το είδος της επέμβασης, τους κινδύνους που περικλείει και τις ενδεχόμενες συνέπειες της¹⁴.

Σε περίπτωση που ο ασθενής στερείται εντελώς βούλησης ή είναι ανίκανος να συναινέσει, χρειάζεται η συναίνεση των προσώπων που τον επιμελούνται. Πρόσωπα που έχουν την επιμέλεια ενός αρρώστου είναι κυρίως οι οικείοι του, δηλαδή οι γονείς, ο σύζυγος, τα ενήλικα παιδιά του, τα αδέρφια του ή και οι άλλοι στενοί συγγενείς του όταν δεν υπάρχουν εγγύτεροι. Αν όλοι αυτοί δεν υπήρχαν, τότε πρέπει να ζητηθεί η συναίνεση από εκείνους που με τη θέληση του αρρώστου έχουν αναλάβει από τα πράγματα την επιμέλειά του. Ο καθορισμός του κύκλου των προσώπων από τα οποία πρέπει να ζητηθεί η συναίνεση γίνεται με βάση όχι αυστηρά τυπικά κριτήρια, αλλά ουσιαστικά¹⁵. Σε επείγουσες περιπτώσεις, όπου κάθε καθυστέρηση της επέμβασης δημιουργεί σοβαρούς κινδύνους για την υγεία ή και τη ζωή του ασθενούς κι αυτός αδυνατεί να συναινέσει ή είναι ανίκανος και αυτοί που έχουν την επιμέλειά του δεν είναι παρόντες ο γιατρός μπορεί και πρέπει να επέμβει και χωρίς συναίνεση, εφόσον συντρέχουν οι προϋποθέσεις της εικαζόμενης συναίνεσης. Η ευχέρεια αυτή που δίνεται εδώ στο γιατρό πρέπει να νοηθεί όχι ως δικαίωμα αλλά σωστότερα ως καθήκον του.

Σε ορισμένες εξαιρετικές περιπτώσεις ο γιατρός μπορεί και πρέπει να επέμβει παρά την ρητή άρνηση του ασθενούς, όταν αυτή οφείλεται σε προφανή διάθεση αυτοκτονίας ή σε προφανή αμάθεια ή σε δεισιδαιμονία και η παράλειψη της

¹⁴ Γ. Α. Μαγκάκης, *Ποινικό Δίκαιο*, Εκδόσεις Αντ. Ν. Σάκκουλα, Αθήνα, σελ 252

¹⁵ Στο ίδιο, σελ. 253

επέμβασης θα έχει σοβαρές συνέπειες για την υγεία και για την ζωή του. Σε τέτοιες περιπτώσεις, το δικαίωμα του αρρώστου να διαθέτει τη ζωή του σταματά μπροστά στο καθήκον του γιατρού να βοηθά τον άρρωστο. Άλλωστε στις περισσότερες από αυτές τις περιπτώσεις πρέπει να κριθεί ότι ο ασθενής λόγω ψυχικής διαταραχής δεν είναι ικανός να συναινέσει.

Σε ορισμένες άλλες εξαιρετικές περιπτώσεις ο γιατρός μπορεί και πρέπει να επέμβει παρά τη ρητή άρνηση των προσώπων που έχουν την επιμέλεια αρρώστου που αδυνατεί ή είναι ανίκανος να συναινέσει. Αυτό συμβαίνει στις περιπτώσεις όπου η άρνηση αυτή οφείλεται σε προφανή αμάθεια ή σε δεισιδαιμονία ή και σε κακοβουλία όπως π.χ. στην επιθυμία τους να κληρονομήσουν το συντομότερο τον ασθενή¹⁶.

B) Η συναίνεση πρέπει να είναι σοβαρή.

Ο συναινών πρέπει να έχει επίγνωση της επέμβασης, η οποία προϋποθέτει κατά κανόνα τη διαφώτιση αυτού που πρέπει να συναινέσει - του ίδιου δηλαδή του ασθενούς ή του προσώπου που τον επιμελείται - για το είδος της επέμβασης και για τις ενδεχόμενες δυσάρεστες ιατρικές, ψυχολογικές ή και κοινωνικές συνέπειες που μπορεί να έχει.

Η διαφώτιση αυτή πρέπει να περιλαμβάνει το είδος της επέμβασης π.χ. ότι ενδείκνυται να γίνει χειρουργική επέμβαση

¹⁶ Γ. Α. Μαγκάκης, *Ποινικό ...* ό. π., σελ. 253

για την αφαίρεση κάποιου οργάνου, ή να γίνουν ακτινοβολίες ή χημικοφαρμακευτική θεραπεία κτλ. Σχετικά με τις ενδεχόμενες δυσάρεστες συνέπειες που μπορεί να έχει η επέμβαση ο γιατρός πρέπει να διαφωτίσει για όλες τις δυσάρεστες συνέπειες ή τους κινδύνους που ένας λογικός άνθρωπος θα στάθμιζε προκειμένου να αποφασίσει κάτω από τις συγκεκριμένες συνθήκες αν θέλει να γίνει η επέμβαση. Στο πλαίσιο μιας τέτοιας διαφώτισης εντάσσονται:

- Οι συνέπειες που είναι άτυπες και για αυτό όχι πιθανές π.χ. μια ιδιαίτερα σπάνια επίδραση της επέμβασης πάνω στην κατάσταση του ασθενούς
- οι συνέπειες ή παρενέργειες της επέμβασης που η ιατρική επιστήμη διαθέτει μέσα και μεθόδους να αντιμετωπίσει κατά κανόνα με επιτυχία, όπως είναι π.χ. ο κίνδυνος αιμορραγίας στη διάρκεια μιας εγχείρησης
- οι κίνδυνοι που υπάρχουν σε κάθε τέτοιου είδους επέμβαση, όπως αυτή που προτείνεται από το γιατρό, αλλά που η πιθανότητα επέλευσης τους είναι στατιστικά περιορισμένη π.χ. ο κίνδυνος μιας μετεγχειρητικής εμβολής¹⁷.

1.1.3 Φυσικά πρόσωπα με περιορισμένη δικαιοπρακτική ικανότητα

Φυσικά πρόσωπα με περιορισμένη δικαιοπρακτική ικανότητα είναι α)οι ανήλικοι ασθενείς, β)οι κωλυόμενοι

¹⁷ Γ. Α. Μαγκίκης, *Ποινικό...*, ό. π., σελ. 254

ασθενείς, γ)οι ασθενείς που δεν έχουν τις αισθήσεις τους και δ)οι ψυχικά ασθενείς.

A) Ανήλικοι ασθενείς

Ανήλικοι δικαιοπρακτικά ανίκανοι ή ανήλικοι με δικαιοπρακτική ικανότητα (Α.Κ.128 αρ.1,129 αρ.1), συνάπτουν τη σύμβαση ιατρικής αγωγής μέσω των νομίμων αντιπροσώπων τους. Απολύτως ανίκανος για δικαιοπραξία είναι, σύμφωνα με τον Α.Κ. 128 αυτός που δεν έχει συμπληρώσει το δέκατο έτος της ηλικίας του (νήπιο). Η ανικανότητα των προσώπων αυτών είναι γενική με την έννοια ότι καταλαμβάνει κάθε είδους δικαιοπραξία¹⁸. Στην περίπτωση των ανηλίκων με απόλυτη δικαιοπρακτική ανικανότητα το δικαίωμα της συναίνεσης ανήκει στους νόμιμους εκπροσώπους τους.

Περιορισμένως ικανός για δικαιοπραξία είναι σύμφωνα με τον Α.Κ. 129 ο ανήλικος που έχει συμπληρώσει το δέκατο έτος της ηλικίας του. Όταν τεθεί σε ιατρική αγωγή με δική του πρωτοβουλία χωρίς την ταυτόχρονη παρουσία των νομίμων εκπροσώπων του η δικαιοπρακτική ικανότητα διαφέρει της βουλευτικής ικανότητας, η οποία κρίνεται από την ωριμότητα (πνευματική και πραγματική) του ανηλίκου και είναι νομικά δεσμευτική, με συνέπεια να αίρεται ο παράνομος χαρακτήρας της ιατρικής πράξης. Κατά συνέπεια ο γιατρός δεν ευθύνεται για αθέτηση της υποχρέωσης ενημέρωσης. Σε

¹⁸ Α. Γεωργιάδης, *Γενικές Αρχές...*, ό.π., σελ. 115

περίπτωση αμφιβολίας για την ωριμότητα του ανηλίκου ο γιατρός οφείλει να αναζητήσει τους γονείς του ή τα πρόσωπα που έχουν την επιμέλειά του.

Η συναίνεση των γονέων ή των νομίμων εκπροσώπων του ανηλίκου γενικότερα, δεν είναι αρκετή για να πραγματοποιηθεί νόμιμα η ιατρική πράξη, όταν ο περιορισμένης δικαιοπρακτικής ικανότητας ανήλικος είναι σε θέση να αντιληφθεί την περίπτωσή του. Ιδιαίτερα η ιατρική πράξη είναι αυθαίρετη, όταν ο ανήλικος διαφωνεί στην ιατρική αγωγή, ενώ συμφωνούν οι γονείς του.

Στον ανήλικο, έστω και για το συμφέρον του, εκτός αν κινδυνεύει σοβαρά η υγεία του ή η ζωή του, δεν μπορεί να ασκηθεί βία για να πραγματοποιηθεί η ιατρική αγωγή. Η συναίνεση του ανηλίκου τεκμαίρεται, εφόσον συναινούν τα πρόσωπα που έχουν την επιμέλειά του ανηλίκου και ο ανήλικος δεν διαφωνεί ρητά με την απόφασή τους, όπως προκύπτει από το άρθρο 1511 Α.Κ.

Οι γονείς λαμβάνουν την απόφαση για την ιατρική περίθαλψη του ανηλίκου από κοινού, εκτός και αν έχει συμφωνηθεί να αποφασίσει μόνο ο ένας, οπότε και ο άλλος έχει δικαίωμα ενημέρωσης. Ο κανόνας της από κοινού άσκησης της γονικής μέριμνας κάμπτεται και τη γονική μέριμνα ασκεί μόνο ο ένας γονέας (1516.1 Α.Κ.), όταν πρόκειται να επιχειρηθούν συνήθεις πράξεις επιμέλειας του προσώπου του παιδιού (λ.χ. κλήση του γιατρού σε περίπτωση γρίπης), καθώς και πράξεις που έχουν επείγοντα χαρακτήρα (λ.χ. εγχείρηση του παιδιού σε περίπτωση οξέως ιατρικού περιστατικού). Σ' αυτές τις περιπτώσεις η έννοια της ρύθμισης του άρθρου 1516.1 Α.Κ. είναι όχι βέβαια ότι οι

πράξεις αυτές δεν μπορούν να επιχειρηθούν και από τους δύο γονείς, αλλά ότι η συμφωνία των γονέων δεν είναι απαραίτητη, έτσι ώστε ο γονέας που ενεργεί μονομερώς δε χρειάζεται ούτε τη συναίνεση του άλλου πριν από την πράξη, αλλά ούτε και την έγκρισή του εκ των υστέρων, εκτός βέβαια από την περίπτωση της επείγουσας πράξης που διαρκεί ως προς τα αποτελέσματά της και αργότερα οπότε και χάνεται ο επείγων χαρακτήρας. Και η μονομερής επιχείρηση πράξεων, για τις οποίες απαιτείται κοινή απόφαση, με τη δικαιολογία ότι πρόκειται για επείγουσες λ.χ. ή συνήθεις πράξεις ασφαλώς αποτελεί παραβίαση των καθηκόντων της γονικής μέριμνας (1532 Α.Κ.)¹⁹.

Αποφάσεις κατά του συμφέροντος του ανηλίκου δεν λαμβάνονται υποχρεωτικά υπόψη από το γιατρό. Όσον αφορά το θέμα των αντιρρήσεων στην θεραπεία, λόγω θρησκευτικών πεποιθήσεων, έχει λυθεί ρητά από το άρθρο 1534 Α.Κ. σύμφωνα με το οποίο ο Εισαγγελέας Πρωτοδικών μπορεί αν αρνούνται οι γονείς, να δώσει αυτός αμέσως την απαιτούμενη άδεια, ύστερα από αίτηση του αρμόδιου για τη θεραπεία γιατρού ή του διευθυντή της κλινικής, όπου νοσηλεύεται το τέκνο ή οποιουδήποτε άλλου αρμόδιου υγειονομικού οργάνου. Η ιδιοτυπία αυτή είναι σεβαστή και επομένως δεσμευτική για το γιατρό μόνο στις περιπτώσεις εκείνες που η άρνηση αφορά επέμβαση πάνω σε άλλο άτομο, του οποίου την επιμέλεια έχει ο αρνούμενος, όπως π.χ. πάνω στο παιδί του, τότε δεν μπορεί και δεν πρέπει να είναι σεβαστή. Γιατί δεν μπορεί να γίνει δεκτό ότι η ιδιοτυπία των θρησκευτικών

¹⁹ Ε. Κουνογιέρη – Μανωλεδάκη, *Οικογενειακό Δίκαιο*, Εκδόσεις Αντ..Ν. Σάκκουλα, Αθήνα, 2001, σελ. 204

πεπιοθήσεων ενός ανθρώπου μπορεί να καθορίσει αποφασιστικά την τύχη ενός άλλου, έστω και αν αυτός ο άλλος βρίσκεται κάτω από την επιμέλεια του²⁰.

Για τις περιπτώσεις των καθημερινών συμβάσεων ιατρικής αγωγής (κρυολογήματα, συνηθισμένες μικρές επεμβάσεις, οδοντιατρική αγωγή), δεν απαιτείται δικαιοπρακτική ικανότητα.

Σε περίπτωση ανήλικης εγκύου άμβλωση δεν μπορεί να γίνει χωρίς τη θέλησή της. Το δικαίωμα της εγκύου στο τέκνο της είναι απόλυτο και μόνο η έγκυος μπορεί να αποφασίζει για τη διακοπή της εγκυμοσύνης της. Παρολαυτά σύμβαση ιατρικής αγωγής που αφορά άμβλωση, όταν γίνει μόνο από την ανήλικη χωρίς την ρητή ή την τεκμαιρόμενη συγκατάθεση των γονέων της δεν τους δεσμεύει ως προς την αμοιβή του γιατρού.

B) Κωλυόμενοι ασθενείς

Κωλυόμενος νοείται ο ασθενής που δεν έχει τις αισθήσεις του συνέπεια ατυχήματος ή ξαφνικής ασθένειας και ο ψυχασθενής²¹. Κριτήριο της έγκυρης συναίνεση του ασθενούς είναι η ικανότητα συναίνεσής του και όχι η δικαιοπρακτική του ικανότητα. Κριτήριο για την ενημέρωσή του αποτελεί η πλήρης αντίληψη της κατάστασής του. Σε περίπτωση που ο ασθενής βρίσκεται σε κρίση της ασθένειάς

²⁰ Γ. Α. Μαγκάκης, *Ποινικό...*, ό. π., σελ. 254

²¹ Ι. Ανδρουλιδάκη – Δημητριάδη, *Η Υποχρέωση...*, ό. π., σελ. 210

του ή υπό την επήρεια φαρμάκων ο γιατρός οφείλει να ελέγχει αν έχει αντιληπτική ικανότητα. Αν όχι, η συγκατάθεσή του δεν είναι έγκυρη.



Γ) Ασθενείς που δεν έχουν τις αισθήσεις τους

Σε περιπτώσεις όπου ο ασθενής στερείται μόνιμα ή προσωρινά τη χρήση του λογικού του η υποχρέωση ενημέρωσης μετατίθεται στο πρόσωπο, το οποίο έχει αναλάβει την περίθαλψη του ασθενούς. Σε επείγουσες περιπτώσεις ο γιατρός μπορεί να ενεργήσει αμέσως και χωρίς συναίνεση του ασθενούς ή τρίτων. Αν υφίσταται χρόνος αρκετός μπορούν να ειδοποιηθούν οι άμεσοι συγγενείς του, χωρίς να χρειάζεται πάντοτε διορισμός νόμιμου εκπροσώπου. Αν πρόκειται όμως για μακροχρόνια ασθένεια, η οποία χρειάζεται θεραπευτική αγωγή, χωρίς να μπορεί ο ασθενής να συναινέσει σ' αυτήν, πρέπει ο ασθενής να τεθεί σε δικαστική συμπαράσταση.

Σε δικαστική συμπαράσταση τίθενται όσοι έχουν σοβαρά ψυχοδιανοητικά ή σωματικά προβλήματα, που θέτουν σε κίνδυνο τους εαυτούς τους ή μέλη της οικογένειάς τους. Από τα άτομα αυτά η δικαιοπρακτική ικανότητα αφαιρείται ολικά ή μερικά με δικαστική απόφαση μετά από μια ορισμένη διαδικασία. Σε επείγουσα περίπτωση και ελλείψει συγγενών αρκεί η ενημέρωση και η συναίνεση του εξώγαμου συμβίου ή φίλου. Ακόμα σε επείγουσες περιπτώσεις ο γιατρός ενεργεί μόνος του και σε κάθε περίπτωση όταν δεν υπάρχει η

εκφρασμένη θέληση του ασθενούς ή των νομίμων εκπροσώπων του οφείλει να περιορίζεται στις απόλυτα αναγκαίες ιατρικές πράξεις μέχρις ότου λάβει την συναίνεση του ασθενούς ή των εκπροσώπων του²².

Δ) ψυχικά ασθενείς

Οι κοινωνικές, οικονομικές και περιβαλλοντικές συνθήκες επηρεάζουν δυσμενώς την ψυχική υγεία ανάγοντάς την σε πρωταρχικό πρόβλημα δημόσιας υγείας, το οποίο αν και βρίσκεται εν τη γενέσει του ακόμη πρόκειται να εξελιχθεί σε βασικό πρόβλημα μέσα στα επόμενα χρόνια σύμφωνα με την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας.

Σε περίπτωση ψυχικής ασθένειας ο γιατρός οφείλει να εξετάσει αν ο ψυχικά ασθενής έχει επίγνωση των πραγμάτων. Αν βρίσκεται σε περίοδο "φωτεινού διαλείμματος", δηλαδή σε περίοδο που είναι σε θέση να αντιληφθεί τη σημασία της ιατρικής αγωγής, πρέπει να ενημερωθεί και να συναινέσει στην θεραπευτική αγωγή, ανεξάρτητα από την δικαιοπρακτική του ικανότητα, δηλαδή έστω και αν βρίσκεται σε κατάσταση δικαστικής συμπαράστασης. Αφού βεβαιωθεί ότι ο ασθενής δεν ανταποκρίνεται στην ενημέρωσή του, τότε μόνον μπορεί να λάβει τη συγκατάθεση των νομίμων εκπροσώπων του .

Στην περίπτωση ασθενών που δεν έχουν τεθεί μεν σε δικαστική συμπαράσταση, αλλά είναι εμφανές ότι δεν έχουν ικανότητα συναίνεσης ο γιατρός σε περίπτωση επείγουσας

²² Ε. Κουνουγέρη – Μανωλεδάκη, *Οικογενειακό...*, ό.π., σελ. 451

ανάγκης προβαίνει στην ιατρική πράξη χωρίς να ενημερώσει τους οικείους του και πριν να λάβει από αυτούς τη συναίνεση τους. Μακροχρονίως δεν επιτρέπεται καμία ιατρική αγωγή αν ο ασθενής δεν τεθεί σε δικαστική συμπαράσταση. Κάτι τέτοιο μπορεί να ζητήσει ο γιατρός ή το νοσοκομείο μέσω του αρμόδιου εισαγγελέα²³.

1.1.4 Αλλοδαποί ασθενείς

Ο ασθενής μπορεί να κατάγεται από άλλη χώρα. Τότε προκύπτει όχι μόνο το πρόβλημα της άγνοιας της γλώσσας, αλλά και θέματα θρησκευτικών, πολιτιστικών και ηθικών πεποιθήσεων του ασθενούς.

Αλλοδαποί ασθενείς, που δεν γνωρίζουν τη γλώσσα, είναι συνήθως δύσπιστοι, δεν έχουν εμπιστοσύνη στην ιατρική αγωγή, φοβούνται και δημιουργούν ιδιαίτερα προβλήματα στην περίθαλψή τους.

Απέναντι στον αλλοδαπό ασθενή δεν έχει ο γιατρός αυξημένες υποχρεώσεις επιμέλειας και ενημέρωσης, ούτε είναι υποχρεωμένος να γνωρίζει τη γλώσσα του ασθενούς, ούτε τις συνήθειές του και τις θρησκευτικές του πεποιθήσεις, ούτε οφείλει να του καταστήσει γνωστό ποια είναι και πως υλοποιείται η ευθύνη του, σε περίπτωση αποτυχίας της ιατρικής αγωγής.

Οφείλει όμως να τον ενημερώσει όπως ενημερώνει και τον ημεδαπό ασθενή, δηλαδή κατά τέτοιο τρόπο ώστε να

²³ Ι. Ανδρουλιδάκη – Δημητριάδη, *Η Υποχρέωση...*, ό. π., σσ 216-218

αντιληφθεί την κατάσταση της υγείας του και τις συνέπειες της θεραπευτικής αγωγής. Αυτό σημαίνει ότι πρέπει να βρεθεί τρόπος να κατανοήσει ο ασθενής την ενημέρωση²⁴.

Σε περίπτωση αλλοδαπού ασθενή δικαίωμα ενημέρωσης έχουν οι νόμιμοι εκπρόσωποί του. Το δικαίωμα συναίνεσης ανήκει όμως στον ίδιο, εφόσον έχει την ικανότητα συναίνεσης. Αν δεν υπάρχουν νόμιμοι εκπρόσωποι πρέπει να χρησιμοποιηθεί μεταφραστής. Οι γιατροί και τα νοσοκομεία (δημόσια και ιδιωτικά) δεν είναι κατά κανόνα υποχρεωμένα να διαθέτουν επίσημα αναγνωρισμένο μεταφραστή, εκτός αν ασχολούνται συστηματικά με αλλοδαπούς ασθενείς (ιδιωτικές κλινικές). Αν ο γιατρός ή το νοσοκομείο διαθέτουν μεταφραστή ευθύνονται για την πιστή απόδοση της ενημέρωσης στον ασθενή. Όταν όμως τον μεταφραστή έχει βρει ο ασθενής τον κίνδυνο των ελαττωμάτων της μετάφρασης τον φέρει ο ίδιος.

Όταν δεν υπάρχει μεταφραστής και η περίπτωση κρίνεται επείγουσα ο γιατρός οφείλει να προχωρήσει στην ιατρική πράξη²⁵.

1.1.5. Δικαίωμα τρίτων για ενημέρωση

Δικαίωμα ενημέρωσης έχουν κατ' αρχήν οι γονείς και οι άλλοι νόμιμοι εκπρόσωποι του ανήλικου, όταν ο ίδιος είτε λόγω της ηλικίας του, είτε λόγω της κατάστασης της υγείας

²⁴ Ι. Ανδρουλιδάκη – Δημητριάδη, *Η Υποχρέωση...*, ό.π., σελ 219

²⁵ Στο ίδιο, σελ 220

του δεν είναι σε θέση να έχει ικανότητα συναίνεσης. Το ίδιο συμβαίνει και για τον ενήλικο ασθενή όταν δεν έχει συνείδηση τωνπρατομμένων ²⁶.

Ο γιατρός έχει γενικά υποχρέωση ενημέρωσης των προσώπων που φέρουν τα οικονομικά βάρη του ασθενούς, αν όμως αυτά αρνούνται την συναίνεσή τους, αντίθετα στα συμφέροντα του ασθενούς ο γιατρός δεν νομιμοποιείται σε παράλειψη της ιατρικής πράξης.

Σε περιπτώσεις που ο γιατρός καλείται από φίλο ή και άγνωστο πρόσωπο ή ακόμα τον υπεύθυνο ενός ξενοδοχείου τα πρόσωπα αυτά θεωρούνται διοικητές αλλοτρίων στην σύναψη σύμβασης ιατρικής αγωγής. Δεν έχουν δικαίωμα ενημέρωσης, εκτός σε περίπτωση αδυναμίας του ασθενούς πάντοτε κατά τους κανόνες της διοίκησης αλλοτρίων.

Ο σύζυγος του ασθενούς, σύμφωνα με τα 1386 και 1387 παρ. 1 εδ. 2 Α.Κ., σε έκτακτες περιπτώσεις συνάπτει έγκυρα τη σύμβαση ιατρικής αγωγής με το γιατρό στο όνομα και για λογαριασμό του ασθενούς συζύγου.

Σε περιπτώσεις που, είτε ο σύζυγος συνάπτει τη σύμβαση προς όφελος του ασθενούς αναλαμβάνοντας και την αμοιβή του γιατρού, είτε όχι, το ζήτημα της ενημέρωσης του συζύγου διαφοροποιείται από τις περιπτώσεις ενημέρωσης των συγγενών ή οποιονδήποτε άλλων προσώπων ιδιαίτερα όταν πρόκειται για ιατρική πράξη με αντίκτυπο στις οικογενειακές ανάγκες ή σε άλλα έννομα προσωπικά συμφέροντα του άλλου συζύγου π.χ. στείρωση του ενός συζύγου, άμβλωση, τεχνητή γονιμοποίηση. Γενικότερα, όταν ο άλλος σύζυγος έχει την υποχρέωση να καταβάλλει τα έξοδα της

²⁶ Ι. Ανδρουλιδάκη – Δημητριάδη, *Η Υποχρέωση...*, ό.π., σελ. 224

ιατρικής περίθαλψης έχει δικαίωμα ενημέρωσης για της οικονομικές συνέπειες της θεραπευτικής αγωγής²⁷.

1.2 Πρόσωπα που φέρουν την υποχρέωση ενημέρωσης

1.2.1 Ενημέρωση από το θεράποντα ιατρό

Η υποχρέωση ενημέρωσης, ως τμήμα της διαγνωστικής ή της θεραπευτικής αγωγής και παράλληλα ως συμβατική υποχρέωση, είναι υποχρέωση του θεράποντος ιατρού.

Η προσωπική υποχρέωση του γιατρού για ενημέρωση του ασθενούς προκύπτει και από τη σχέση εμπιστοσύνης που αναπτύσσεται μεταξύ γιατρού και ασθενούς, υπό οποιεσδήποτε συνθήκες και αν ανέλαβε ο γιατρός τη διαγνωστική ή τη θεραπευτική αγωγή.

Η ενημέρωση του ασθενούς είναι ιατρική πράξη. Απαιτεί προσωπικές ιατρικές γνώσεις του γιατρού και μπορεί, αν είναι λανθασμένη, να καταλήξει σε ιατρικό σφάλμα. Για το λόγο αυτό δεν είναι επιτρεπτή η ενημέρωση του ασθενούς, ούτε με εντολή του γιατρού, από πρόσωπα που δεν έχουν την ιατρική ιδιότητα.

Είναι όμως δυνατή η ανάθεση της ενημέρωσης από το θεράποντα ιατρό, σε άλλους γιατρούς. Το ζήτημα αυτό

²⁷ Ι. Ανδρουλιδάκη - Δημητριάδη, *Η Υποχρέωση...*, ό.π., σσ 221-223

εμφανίζεται κυρίως στη νοσοκομειακή αγωγή, όπου στην ιατρική αγωγή του ασθενούς μετέχουν περισσότεροι γιατροί ²⁸.

1.2.2 Ενημέρωση στο νοσοκομείο

- Στη νοσοκομειακή ιατρική αγωγή, την ευθύνη για τη διάγνωση και τη θεραπεία του ασθενούς έχει ο γιατρός – υπεύθυνος του τμήματος στο οποίο νοσηλεύεται ο ασθενής.
- Η συνήθης πρακτική στα νοσοκομεία είναι η ανάθεση της ιατρικής αγωγής του ασθενούς σε έναν νεότερο γιατρό, ο οποίος τελεί υπό τις οδηγίες του διευθύνοντα. Ο νεώτερος όμως γιατρός έχει και προσωπική ευθύνη μαζί με τον διευθύνοντα, δεν είναι βοηθός εκπλήρωσης ή προστηθείς του διευθύνοντος, αλλά του νοσοκομείου. Ο διευθύνοντας είναι βοηθός εκπλήρωσης του νοσοκομείου, με το οποίο ο ασθενής συνάπτει τη σύμβαση ιατρικής αγωγής. Ο διευθύνοντας απαλλάσσεται από την ευθύνη για πλημμελή ενημέρωση, εφόσον έχει συζητήσει εκτενώς την περίπτωση του ασθενούς, έχει δώσει σ' αυτόν πλήρεις και ακριβείς οδηγίες για τον τρόπο ενημέρωσης και έχει βεβαιωθεί ότι έγινε η ενημέρωση. Από κει και πέρα η ευθύνη για τα σφάλματα της ενημέρωσης ανήκει σ' αυτόν που τη διενήργησε.
- Το νοσοκομείο φέρει γενικά την ευθύνη για την κακή εκπλήρωση της σύμβασης ιατρικής αγωγής ή για αδικοπραξία, είτε πρόκειται για την εκπλήρωση της υποχρέωσης

²⁸ 1. Ανδρουλιδάκη – Δημητριάδη, *Η Υποχρέωση...*, ό. π., σελ. 227

ενημέρωσης, είτε πρόκειται για διαγνωστική ή θεραπευτική αγωγή.

- Παρόλαυτά η ευθύνη του οποιουδήποτε νοσοκομειακού γιατρού, διευθύνοντος νοσοκομειακό τμήμα ή όχι, απέναντι στον ασθενή είναι και προσωπική, με συνέπεια ο γιατρός που αναλαμβάνει την ενημέρωση να ευθύνεται ο ίδιος και προσωπικά απέναντι στον ασθενή για την κακή ή ελλιπή ενημέρωση²⁹.

1.2.3 Ενημέρωση στις χειρουργικές επεμβάσεις

Ιδιαίτερη σημασία δίδεται από τη θεωρία στην ενημέρωση που αφορά την χειρουργικές επεμβάσεις. Ως κανόνας έχει διατυπωθεί η άποψη, ότι ο χειρουργός οφείλει να ενημερώσει μόνος του, προσωπικά, τον ασθενή για την χειρουργική επέμβαση που είναι αναγκαία.

Στην πράξη όμως η άποψη αυτή είναι δύσκολο να ακολουθηθεί, ιδιαίτερα όταν ο ασθενής βρίσκεται σε νοσοκομειακή μονάδα για παθολογικά αίτια, από τα οποία έχει προκύψει ανάγκη χειρουργικής επέμβασης. Στις περιπτώσεις αυτές τον πρώτο λόγο έχουν οι παθολόγοι, οι οποίοι έχουν βασικά την υποχρέωση να εξηγήσουν στον ασθενή, ότι η περίπτωσή του πρέπει να αντιμετωπιστεί με χειρουργική επέμβαση. Συνήθως ο ασθενής παραπέμπεται στους χειρουργούς μετά από απόφαση των παθολόγων.

²⁹ Κ. Γιαχιά, *Η Υποχρέωση...*, ό. π., σελ. 20

Τα πραγματικά περιστατικά που αφορούν τον ασθενή, πρέπει πρώτα να του γίνουν γνωστά από τους παθολόγους που έχουν την ευθύνη της συνολικής θεραπείας του. Η ενημέρωση όμως από τους παθολόγους δεν είναι αρκετή, διότι ο χειρουργός γνωρίζει τις λεπτομέρειες της χειρουργικής επέμβασης καλύτερα από τον παθολόγο. Επειδή αυτός έχει την ευθύνη της χειρουργικής αγωγής έχει και την υποχρέωση να ενημερώσει προσωπικά τον ασθενή. Αν όμως η ενημέρωση έχει γίνει από συναδέλφους του ή από το γιατρό που έχει αναλάβει τη θεραπευτική αγωγή του ασθενούς, ο χειρουργός πριν αρχίσει η διαδικασία της χειρουργικής επέμβασης έχει υποχρέωση να ελέγξει, αν ο ασθενής ενημερώθηκε επακριβώς για τη χειρουργική επέμβαση που θα υποστεί.

Κατά περίπτωση μπορεί να είναι αρκετό να ρωτηθεί ο ασθενής για την προηγηθείσα ενημέρωση του. Συνήθως όμως ο χειρουργός οφείλει να ζητήσει να πληροφορηθεί από το θεράποντα ιατρό ή από εκείνον που έχει αναλάβει (στη νοσοκομειακή περίθαλψη) τη θεραπευτική αγωγή του, για τον τρόπο και την έκταση της ενημέρωσης του ασθενούς.

Ο γιατρός που προτείνει στον ασθενή μια εγχείρηση, δεν μπορεί πάντοτε να γνωρίζει όλες τις παρενέργειες της. Ορθός είναι ο περιορισμός της υποχρέωσης του γιατρού που παραπέμπει τον ασθενή σε εγχείρηση, στην ενημέρωση του λόγου για τον οποίο πρέπει να γίνει η εγχείρηση. Την ενημέρωση για τον τρόπο που θα γίνει η εγχείρηση και τις πιθανές παρενέργειες της οφείλει, κατά την ορθότερη άποψη ο χειρουργός.

Σημαντικά προβλήματα δημιουργεί στην πράξη η συμμετοχή γιατρών περισσοτέρων ειδικοτήτων στις χειρουργικές επεμβάσεις. Η νεώτερη τεχνολογία στην ιατρική έχει επιτρέψει τη χρησιμοποίηση οργάνων, τη λειτουργία των οποίων γνωρίζουν μόνο ειδικευμένοι γιατροί. Κατά κανόνα η ευθύνη του κάθε γιατρού για ενημέρωση του ασθενούς είναι προσωπική. Στην πράξη όμως πρέπει να επιλέγεται ο ειδικότερος για να πληροφορήσει τον ασθενή πριν από τη χειρουργική επέμβαση, για τον τρόπο που θα γίνει η εγχείρηση και τους κινδύνους που συνεπάγεται για τον ασθενή³⁰.

1.2.4 Ενημέρωση στην περίπτωση παραπομπής σε άλλο γιατρό

Σε περιπτώσεις που είναι απαραίτητη η παραπομπή του ασθενούς σε άλλο ειδικότερο γιατρό, σε κλινική, σε νοσοκομείο ή σε διαγνωστικό κέντρο ο παραπέμπων γιατρός δεν φέρει καμιά ευθύνη για την περαιτέρω ενημέρωση, η οποία μετατίθεται στο γιατρό, ο οποίος θα προβεί στην ειδική θεραπεία. Η ενημέρωση γιατί ο ασθενής πρέπει να υποβληθεί σε ειδική θεραπεία, ανήκει στο γιατρό που έχει αναλάβει τη γενικότερη θεραπεία του ασθενούς, ο οποίος έχει την ευθύνη του είδους της θεραπευτικής αγωγής.

Ο ειδικός γιατρός, στον οποίο παραπέμφθηκε ο ασθενής, οφείλει σε κάθε περίπτωση να βεβαιωθεί ότι ο

³⁰ Ι. Ανδρουλιδάκη – Δημητριάδη, *Η Υποχρέωση...*, ό. π., σσ 232-234

ασθενής είναι ενημερωμένος για το είδος και τις συνέπειες της ειδικής θεραπευτικής αγωγής³¹.

Σε περίπτωση παραπομπής του ασθενούς από το θεράποντα ιατρό σε άλλο γιατρό, νοσοκομείο, διαγνωστικό κέντρο συνάπτεται νέα σύμβαση ιατρικής αγωγής και η παλιά σύμβαση, είτε συνεχίζεται, είτε λύεται. Σε καμιά περίπτωση όμως δεν συνεχίζεται η ίδια σύμβαση ιατρικής αγωγής με το νέο γιατρό ούτε από την πλευρά του γιατρού, ούτε από την πλευρά του ασθενούς. Αυτό συμβαίνει διότι η σύμβαση ιατρικής αγωγής είναι αυστηρά προσωπική και αυστηρά αμεταβίβαστη.

Σε περίπτωση συμμετοχής στην θεραπεία δύο ή περισσότερων γιατρών υφίσταται με όλους ξεχωριστή σύμβαση ιατρικής αγωγής, έστω και αν οι ιατρικές πράξεις θα γίνουν με τη σύμφωνη γνώμη περισσότερων γιατρών. Αυτό σημαίνει ότι ο καθένας από τους γιατρούς αναλαμβάνει προσωπικά την ευθύνη της ορθότητας της θεραπείας, οφείλει αυτοτελώς προς τον ασθενή, όλα όσα αναλαμβάνει με τη σύμβαση ιατρικής αγωγή και σε περίπτωση ευθύνης από αδικοπραξία, δεν εφαρμόζονται οι διατάξεις των άρθρων 926 επ. Α. Κ., “περί ευθύνης εις ολόκληρον”³².

Το ίδιο συμβαίνει, δηλαδή συνάπτεται αυτοτελής σύμβαση ιατρικής αγωγής, μέσω του θεράποντος γιατρού, όταν αυτός λαβαίνει από τον ασθενή αιματολογικά, κυτταρολογικά ή άλλα στοιχεία και τα αποστέλλει ο ίδιος σε

³¹ Ι. Ανδρουλιδάκη – Δημητριάδη, *Η Υποχρέωση*,....., ό. π., σελ. 235

³² Μ. Σταθόπουλος, *Γενικό Ενοχικό Δίκαιο, Έκδοση Δεύτερη, Εκδόσεις Σάκκουλα, 1993, σελ. 136*

εργαστήρια για εξετάσεις, έτσι ώστε ο ασθενής δεν έρχεται σε καμιά επαφή με τα ερευνητικά εργαστήρια³³.

Στην περίπτωση αυτή ο γιατρός συνάπτει με τα ερευνητικά εργαστήρια σύμβαση ιατρικής αγωγής ως αντιπρόσωπος του ασθενούς, επ' ονόματι και για λογαριασμό του (άμεση αντιπροσώπευση), έστω και αν ο ίδιος ο γιατρός συμπεριλαμβάνει στην αμοιβή του και τις αμοιβές των ερευνητικών εργαστηρίων. Στις περιπτώσεις αυτές είναι δυνατόν να ανακύψει θέμα ευθύνης του γιατρού για την επιλογή του ερευνητικού εργαστηρίου³⁴.

1.2.5 Ενημέρωση σε ιδιωτικές κλινικές με ανεξάρτητους γιατρούς

Η υποχρέωση ενημέρωσης του ασθενούς από τον ιατρικό φορέα διαφοροποιείται στις περιπτώσεις που ο ασθενής νοσηλεύεται σε ιδιωτικές κλινικές, όπου νοσηλεύουν ασθενείς ανεξάρτητοι προς τις κλινικές αυτές γιατροί. Στις περιπτώσεις αυτές οι γιατροί φέρουν προσωπικά την ευθύνη της ενημέρωσης.

Αν ο ασθενής απευθύνεται σε ιατρικό κέντρο, όπου συνεργάζονται πολλοί γιατροί, περισσοτέρων ειδικοτήτων, χρησιμοποιώντας το ίδιο βοηθητικό προσωπικό, το ίδιο κτίριο, τα ίδια γραφεία ή ιατρικά εργαλεία, χωρίς όμως να συνεργάζονται μεταξύ τους στη διενέργεια ιατρικών πράξεων,

³³ Ι. Ανδρουλιδάκη-Δημητριάδη, *Η Υποχρέωση.....*, ό. π., σελ 236

³⁴ Στο ίδιο, σελ 237

τότε πρόκειται για ιατρική κοινοπραξία που αφορά μόνο το λειτουργικό – επιχειρησιακό μέρος της επαγγελματικής δραστηριότητας και όχι τον ασθενή. Ο ασθενής συνάπτει τη σύμβαση ιατρικής αγωγής χωριστά και ιδιαίτερα με τον καθένα από τους γιατρούς, οι δε άλλοι, δεν ευθύνονται για το ιατρικό σφάλμα του θεράποντος γιατρού, ούτε για την ενημέρωση του ασθενούς³⁵.

Υπάρχει όμως και περίπτωση ο ασθενής να συνάψει τη σύμβαση ιατρικής αγωγής με ομάδα γιατρών που ενεργούν από κοινού. Αυτό συμβαίνει όταν οι γιατροί αυτοί εναλλάσσονται στη θεραπεία, ο ένας με τον άλλο, μετά από κοινή ιατρική απόφαση, και εμφανίζονται στο κοινό ως ενιαία ιατρική ομάδα.

Στις περιπτώσεις αυτές αντισυμβαλλόμενος του ασθενούς δεν είναι ο κάθε γιατρός χωριστά αλλά όλοι οι γιατροί μαζί ως ενιαία ιατρική ομάδα. Αυτό έχει ως συνέπεια ότι η ιατρική ευθύνη αφορά όλους τους γιατρούς μαζί ως ενότητα και όχι τον καθένα χωριστά, με αποτέλεσμα ότι στην περίπτωση αυτή αντισυμβαλλόμενος του ασθενούς είναι η ιατρική ομάδα. Έτσι η ευθύνη για κακή εκπλήρωση των συμβατικών υποχρεώσεων βαρύνει όλους από κοινού (άρθρο 481 Α. Κ.).

Ικανό κριτήριο για τη διάκριση μεταξύ ιατρικής που παρέχεται αυτοτελώς σε ιατρικό κέντρο ιατρικής κοινοπραξίας και ιατρικής που παρέχεται στα πλαίσια θεραπευτικής ιατρικής ομάδας είναι, αφενός η προς τα έξω εντύπωση που δίνεται στο κοινό και αφετέρου η πραγματική συμμετοχή περισσότερων γιατρών, περισσότερων ειδικοτήτων στην

³⁵ Ι. Ανδρουλιδάκη – Δημητριάδη, *Η Υποχρέωση...*, ό. π., σελ 237

παροχή ιατρικών υπηρεσιών και ειδικότερα στη διαγνωστική αγωγή ή τη θεραπευτική αγωγή.

Παράλληλα προς την ευθύνη της κοινοπραξίας ή του κοινού φορέα παροχής ιατρικών υπηρεσιών υφίσταται το πρόβλημα της προσωπικής ευθύνης του γιατρού, που κατά τη διενέργεια συγκεκριμένης ιατρικής πράξης παρέλειψε να ενημερώσει τον ασθενή ή τον ενημέρωσε πλημμελώς. Η ευθύνη αυτή είναι προσωπική. Αν είναι ευθύνη από σύμβαση ή όχι εξαρτάται από τη σχέση του ασθενούς με το συγκεκριμένο γιατρό ή τον ιατρικό φορέα³⁶.

1.2.6 Ενημέρωση από πρόσωπα που δεν έχουν την ιατρική ιδιότητα

Η ενημέρωση του ασθενούς είναι ιατρική πράξη. Το πρόσωπο που ενημερώνει τον ασθενή πρέπει να έχει την ιατρική ιδιότητα. Η ανάθεση της ενημέρωσης από γιατρό σε παραϊατρικό προσωπικό ή σε μη γιατρούς τρίτους, αποτελεί ιατρικό σφάλμα και πλημμελή εκπλήρωση της υποχρέωσης ενημέρωσης.

Το μη ιατρικό προσωπικό δεν έχει ούτε δικαίωμα, ούτε υποχρέωση να ενημερώσει τον ασθενή, πράγμα το οποίο σημαίνει ότι, ούτε ο ασθενής δικαιούται να επαφίεται στην ενημέρωση που λαμβάνει από μη ιατρικό προσωπικό, ούτε ο γιατρός ή το νοσοκομείο έχει δικαίωμα να αναθέτει την ενημέρωση σε μη ιατρικό προσωπικό.

³⁶ Ι. Ανδρουλιδάκη – Δημητριάδη, *Η Υποχρέωση...*, ό. π., σελ. 239

Στην περίπτωση όμως που παρά τα παραπάνω ο ασθενής ενημερώθηκε ορθά από μη ιατρικό προσωπικό, ο ασθενής είναι πράγματι ενημερωμένος και παρέλκει η ενημέρωσή του από το γιατρό, με συνέπεια ότι ο γιατρός δεν έχει αθετήσει την υποχρέωση ενημέρωσης, όταν παραλείψει την ενημέρωση. Οφείλει όμως να βεβαιωθεί για την ορθότητα της ενημέρωσης του ασθενούς.

Φυσικά η άποψη αυτή καταλήγει σε έμμεση αποδοχή της ενημέρωσης του ασθενούς από μη ιατρικό προσωπικό. Ενημέρωση όμως χρειάζεται μόνο ο ασθενής που δεν γνωρίζει τα της ασθένειάς του. Αν γνωρίζει και γνωρίζει ορθά, είναι αδιάφορο από ποια πηγή έλκει τις γνώσεις του. Ο γιατρός φέρει το βάρος της απόδειξης ότι ο ασθενής γνώριζε τα της ασθένειάς του. Η άποψη που υποστηρίχθηκε παραπάνω είναι ορθή, διότι η ενημέρωση έχει σκοπό να καταστήσει τον ασθενή ικανό να σχηματίσει σύμφωνη γνώμη για τη θεραπευτική ή τη διαγνωστική αγωγή του. Αν ήδη γνωρίζει, τότε έχει ήδη σχηματίσει δική του γνώμη και δεν έχει ανάγκη από ενημέρωση³⁷.

Δυσχερέστερη είναι η περίπτωση κατά την οποία το παραϊατρικό προσωπικό, συνήθως οι νοσοκόμοι που περιποιούνται τον ασθενή, αντιλαμβάνονται ότι ο ασθενής δεν αντελήφθη σωστά την ενημέρωση που έλαβε από το γιατρό ή ότι ο γιατρός παρέστησε την πραγματική κατάσταση απλούστερη στον ασθενή από ότι πραγματικά είναι ή ακόμη, όταν ο ασθενής ο ίδιος ζητεί από τους νοσοκόμους περισσότερες πληροφορίες ή και όταν ο ασθενής ρωτά το

³⁷ I. Ανδρουλιδάκη – Δημητριάδη, *Η Υποχρέωση...*, ό. π., σελ. 240

παραϊατρικό προσωπικό για την ορθότητα της ενημέρωσης που έλαβε από το γιατρό.

Ο ασθενής ο οποίος δέχεται να πληροφορηθεί συμπληρωματικά από το παραϊατρικό ή το νοσηλευτικό προσωπικό πράττει "ιδίω κινδύνω". Ο γιατρός δεν είναι υπεύθυνος για τις συμπληρωματικές πληροφορίες που δόθηκαν στον ασθενή κατ' αυτόν το τρόπο.

1.2.7 Ενημέρωση για νοσηλευτικές ενέργειες του μη ιατρικού προσωπικού

Το παραϊατρικό ή νοσηλευτικό προσωπικό (ιατρείου, εργαστηρίου, νοσοκομείου, κέντρου υγείας, κ.ο.κ., έχει προσωπική και ίδια υποχρέωση να ενημερώσει τον ασθενή για τις νοσηλευτικές του ενέργειες (ενέσεις, μικροεπεμβάσεις, αλλαγή τραύματος, φυσιοθεραπευτική αγωγή κ.α.), οι οποίες βρίσκονται μεν στα πλαίσια της γενικότερης ή θεραπευτικής αγωγής, αλλά τελούν υπό την προσωπική ευθύνη του παραϊατρικού προσωπικού, επειδή θεωρούνται ατελές νοσηλευτικές ενέργειες της καθημερινής ιατρικής πρακτικής. Το θέμα αφορά κυρίως τη θεραπευτική ενημέρωση.

Στις περιπτώσεις αυτές και επειδή το παραϊατρικό ή νοσηλευτικό προσωπικό τελεί υπό την εποπτεία του θεράποντα γιατρού ή κατά περίπτωση του νοσοκομείου, η

ευθύνη για πλημμελή ενημέρωση βαρύνει και το πρόσωπο που ενήργησε τη νοσηλεία και το γιατρό ή το νοσοκομείο³⁸.

³⁸ 1. Ανδρουλιδάκη – Δημητριάδη, *Η Υποχρέωση...*, ό.π., σελ. 241

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

ΤΡΟΠΟΣ ΕΚΠΛΗΡΩΣΗΣ ΤΗΣ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ

2.1 Ο τόπος της ενημέρωσης

Από τη φύση της σύμβασης ιατρικής αγωγής συνάγεται, ότι ο τόπος της εκπλήρωσης της υποχρέωσης ενημέρωσης δεν είναι ούτε η κατοικία του ασθενούς, ούτε η κατοικία ή ο τόπος της επαγγελματικής εγκατάστασης του γιατρού, αλλά ο τόπος στον οποίο βρίσκεται ο ασθενής κατά το χρόνο κατά τον οποίο πρέπει να ενημερωθεί. Ο τόπος αυτός μπορεί να διαφέρει από τον τόπο που ο γιατρός ή ο ασθενής είχαν την κατοικία τους κατά τη γένεση της ενοχής. Και κατ' αυτόν τον τρόπο ο τόπος εκπλήρωσης της υποχρέωσης ενημέρωσης βρίσκεται σε άμεση συνάρτηση με τον χρόνο κατά τον οποίο πρέπει να γίνει η ενημέρωση.

Πολλές φορές η ενημέρωση πρέπει να γίνει στον τόπο όπου βρίσκεται ο ασθενής, έστω και αν ο ασθενής δεν είναι στην άμεση εποπτεία του γιατρού (κλινική, νοσοκομείο). Αν π. χ. από τη διάγνωση που προέκυψε από εργαστηριακές ή άλλου είδους εξετάσεις συνάγεται ότι ο ασθενής πρέπει επείγοντως να ενημερωθεί, ο γιατρός οφείλει να αναζητήσει και να βρει τον ασθενή οπουδήποτε, ώστε να τον ενημερώσει για την επείγουσα περίπτωσή του, χωρίς να περιμένει να επανεμφανιστεί ο ασθενής σ' αυτόν.

Σε ορισμένες περιπτώσεις πρέπει να επιδειχθούν στον ασθενή τα εργαλεία ή τα μηχανήματα με τα οποία θα επιχειρηθεί η διαγνωστική ή η θεραπευτική - συνήθως χειρουργική επέμβαση – διαδικασία. Αυτό συμβάλλει στην εξοικείωση του ασθενούς με την ιατρική αγωγή και διευκολύνει τη λήψη της απόφασής του να συμφωνήσει ή όχι στην ιατρική αγωγή που προτείνεται από το γιατρό του³⁸.

2.2 Ο χρόνος της ενημέρωσης

Η ενημέρωση του ασθενούς πρέπει να γίνεται στον κατάλληλο για τη λήψη απόφασης χρόνο και τριπλόν από την ιατρική αγωγή, αλλά όχι απαραίτητα αμέσως πριν από αυτή.

Ακόμα και αν είχε προηγηθεί γενική ενημέρωση, μπορεί η ιατρική πράξη να είναι παράνομη, αν η λεπτομερειακή ενημέρωση που πρέπει να έχει ο ασθενής πριν από την επιχείρησή της, έγινε σε ακατάλληλο για τον ασθενή χρόνο.

Ο ασθενής χρειάζεται πάροδο κατάλληλου χρόνου, ενός διαστήματος διασκέψεως, ώστε να αποφασίσει σοβαρά και ελεύθερα αν θέλει να υποστεί την ιατρική αγωγή που του προτείνεται.

Ο ασθενής πρέπει κατά το χρόνο της ενημέρωσης να βρίσκεται σε κατάσταση τέτοια, ώστε να μπορεί να αντιληφθεί την ενημέρωση και να είναι φυσικά και ψυχολογικά σε θέση να λάβει την απόφαση να δεχθεί την ιατρική αγωγή. Δεν θεωρείται κατάλληλος ο χρόνος ούτε ο τόπος ενημέρωσης,

³⁸ I. Ανδρουλιδάκη – Δημητριάδη, *Η Υποχρέωση.....*, ό. π., σελ 247

όταν ο ασθενής έχει ήδη εισαχθεί στους χώρους που θα διεξαχθεί η διαγνωστική ή η θεραπευτική (κυρίως χειρουργική) αγωγή, διότι στους χώρους αυτούς ο ασθενής βρίσκεται συνήθως υπό φόβο και ψυχολογική πίεση και δεν είναι σε θέση να αρνηθεί την ιατρική αγωγή.

Η καταλληλότητα του χρόνου ενημέρωσης βρίσκεται σε άμεση συνάρτηση με την ανάγκη επείγουσας επέμβασης και τους κινδύνους που συνεπάγεται η παράλειψη θεραπευτικής αγωγής. Σε περιπτώσεις κατεπείγουσας ανάγκης μπορεί να ενημερωθεί ο ασθενής ακόμα και στο χειρουργείο ή και καθόλου ³⁹.

Σε ορισμένες περιπτώσεις, κυρίως όταν πρόκειται για σοβαρές και μακροχρόνιες ασθένειες, ο κατάλληλος χρόνος ενημέρωσης εξαρτάται από την κατάσταση του ασθενούς και κυρίως από τη δυνατότητα αλλαγής της θεραπευτικής αγωγής, ιδιαίτερα όταν υπάρχουν νέες μέθοδοι θεραπείας.

Η απόφαση για την καταλληλότητα του χρόνου ενημέρωσης ανήκει στο γιατρό. Στην πάγια ιατρική πρακτική, η ανακοίνωση στον ασθενή ότι θα υποβληθεί σε εγχείρηση γίνεται τουλάχιστον τρεις ημέρες πριν από τη χειρουργική επέμβαση.

Ιδιαίτερα προβληματική είναι η περίπτωση της ενημέρωσης που οφείλει ο αναισθησιολόγος στον ασθενή. Ορθότερη είναι η άποψη ότι ο αναισθησιολόγος οφείλει να επισκεφθεί τον ασθενή και να τον ενημερώσει για τη διαδικασία της αναισθησιολογικής αγωγής λίγο πριν από τη χειρουργική επέμβαση και αφού ο ασθενής έχει δώσει τη συγκατάθεση του για τη χειρουργική επέμβαση. Οφείλει

³⁹ Ι. Ανδρουλιδάκη – Δημητριάδη, *Η Υποχρέωση.....*, ό. π., σελ 248

άλλωστε να του επισημάνει τις συνέπειες και τους κινδύνους από τη δόση αναισθητικού φαρμάκου⁴⁰.

Το κατάλληλο του χρόνου της ενημέρωσης εξαρτάται και από τις προσωπικές συνθήκες του ασθενούς. Έτσι ο γιατρός οφείλει να διαγνώσει, αν ο συγκεκριμένος ο ασθενής είναι ψυχολογικά έτοιμος να δεχθεί την ενημέρωση πολύ πριν από την ιατρική πράξη ή αν θα πρέπει να απαλλαγεί από το άγχος της αναμονής και να ενημερωθεί λίγο πριν από την επιχείρηση της ιατρικής αγωγής.

Ο ασθενής έχει πάντοτε το δικαίωμα να αλλάξει γνώμη και να αναιρέσει τη συγκατάθεσή του στην ιατρική αγωγή. Το δικαίωμα αυτό ισχύει όχι μόνο μέχρι την έναρξη της ιατρικής αγωγής αλλά και κατά τη διάρκειά της.

Σε ορισμένες περιπτώσεις, ιδιαίτερα στις χειρουργικές επεμβάσεις, πρέπει να γίνεται στον ασθενή ενημέρωση για την περίπτωση που θα παρουσιαστούν κατά τη διάρκεια της χειρουργικής αγωγής προβλήματα, τα οποία δεν μπορούν να προβλεφθούν εκ των προτέρων. Οι γιατροί λαμβάνουν τη συγκατάθεση του ασθενούς για την περίπτωση αλλαγής ή επέκτασης της χειρουργικής αγωγής⁴¹.

Αν η ενημέρωση δεν έγινε στον κατάλληλο χρόνο, υπάρχει αθέτηση της υποχρέωσης για ενημέρωση και ειδικότερα πλημμελής εκπλήρωση της υποχρέωσης ενημέρωσης, με συνέπεια την ευθύνη του γιατρού, είτε για παράβαση των συμβατικών του υποχρεώσεων, είτε για αυθαίρετη ιατρική πράξη⁴².

⁴⁰ Ι. Ανδρουλιδάκη – Δημητριάδη, *Η Υποχρέωση*....., ό.π., σελ. 249

⁴¹ Στο ίδιο, σελ. 250

⁴² Στο ίδιο, σελ. 251

2.3. Ο τύπος της ενημέρωσης

2.3.1 Ενημέρωση με έντυπα

Η σύμβαση ιατρικής αγωγής συνάπτεται άτυπα. Έντυπα που υπογράφει ο ασθενής κατά την εισαγωγή του σε κλινικές ή νοσοκομεία, αποδεικνύουν μόνο την εισαγωγή του, τόπο, ημέρα, ώρα, προβλεπόμενο είδος ιατρικής αγωγής, τμήμα νοσοκομειακής μονάδας και δεν αποτελούν συστατικό τύπο της συναπτόμενης σχέσης⁴³.

Το ίδιο συμβαίνει και με την ενημέρωση του ασθενούς. Η υποχρέωση του γιατρού για ενημέρωση του ασθενούς εκπληρώνεται προφορικά, χωρίς να είναι απαραίτητος κανένας απόλυτος τύπος. Ούτε η συναίνεση του ασθενούς χρειάζεται τύπο.

Πρόβλημα όμως έχει προκύψει, εξ αιτίας των δυσχερειών της απόδειξης της εκπλήρωσης της υποχρέωσης ενημέρωσης εκ μέρους του γιατρού και της, απαραίτητης για την άρση του παράνομου της ιατρικής πράξης, συναίνεσης εκ μέρους του ασθενούς.

Ιδιαίτερα η ευρεία αποδοχή της άποψης ότι το βάρος της απόδειξης της ενημέρωσης και της συναίνεσης του ασθενούς φέρει ο γιατρός, έχει γίνει αιτία προσπαθειών εκ μέρους του ιατρικού κόσμου να βρεθεί ένας τρόπος απόδειξης, που θα απλοποιεί το δικονομικό αδιέξοδο στο

⁴³ Ι. Ανδρουλιδάκη – Δημητριάδη, *Η Υποχρέωση.....*, σελ 251

οποίο περιέχονται οι γιατροί, όταν ενάγονται για παράλειψη ή πλημμελή εκπλήρωση της υποχρέωσης ενημέρωσης και ιδιαίτερα όταν αντιμετωπίζουν τον ισχυρισμό του ασθενούς, ότι αν είχε ενημερωθεί ορθά, δεν θα είχε συναινέσει στη θεραπευτική ή και τη διαγνωστική αγωγή που ακολουθήθηκε.

Στην προσπάθεια των γιατρών να διαμορφώσουν έντυπους, προδιατυπωμένους, όρους ενημέρωσης και συναίνεσης του ασθενούς, αντιτάσσεται από τους νομικούς, ότι με την τυποποίηση της ενημέρωσης καταλύεται η διαπροσωπική σχέση γιατρού και ασθενούς και δυσχεραίνεται η ανάπτυξη του συνδέσμου εμπιστοσύνης που πρέπει να συνδέει γιατρό και ασθενή, ώστε ο ασθενής να αναθέσει στο γιατρό την υγεία του και τη ζωή του.

Αντιτάσσεται ακόμη, ότι η ενημέρωση του ασθενούς, όσο και αν έχουν διαμορφωθεί γι' αυτήν αντικειμενικά κριτήρια, διαφέρει από ασθενή σε ασθενή και δεν μπορεί να τυποποιηθεί⁴⁴. Παρόλα αυτά σε μεγάλες νοσοκομειακές μονάδες λαμβάνει ιδιαίτερα μεγάλες διαστάσεις⁴⁵.

2.3.2 Είδη εντύπων από την πράξη

Στην ιατρική πράξη χρησιμοποιούνται, ήδη ευρύτατα, έντυπα ενημέρωσης που κατατάσσονται από τη θεωρία σε τέσσερις κατηγορίες :

⁴⁴ Ι. Ανδρουλιδάκη – Δημητριάδη, *Η Υποχρέωση...*, ό. π., σελ 252

⁴⁵ Στο ίδιο, σελ 253

I. Προδιατυπωμένα έγγραφα,

στα οποία ο ασθενής συμπληρώνει το όνομα του γιατρού, το είδος τις θεραπευτικής ή διαγνωστικής αγωγής στο οποίο θα υποβληθεί και δηλώνει ότι είναι σύμφωνος με τη διαδικασία και τον τρόπο τις θεραπευτικής αγωγής του.

II. Ερωτηματολόγιο,

το οποίο πρέπει να συμπληρώσει ο ασθενής, σχετικά με την ασθένειά του και θέματα συναφή με αυτήν (προηγούμενες ασθένειες, κ.λ.π.). Τα έντυπα αυτά περιέχουν, όπως και τα πρώτα και προδιατυπωμένη δήλωση του ασθενούς, ότι ενημερώθηκε για το τις ασθένειάς του και συμφωνεί με τη διάγνωση και τη θεραπευτική αγωγή του⁴⁶.

III. Εικονογραφημένα έντυπα,

συνήθως με εικόνες και σχεδιαγράμματα, τα οποία με απλοποιημένη επεξήγηση τις θεραπείας και συνήθως της χειρουργικής επέμβασης, εξηγούν στον ασθενή τη διαγνωστική ή τη θεραπευτική αγωγή που θα ακολουθηθεί. Ο ασθενής οφείλει να υπογράψει ότι έλαβε γνώση.

IV. Πολυσέλιδα έντυπα – φυλλάδια,

που εξηγούν στον ασθενή τις τυπικές διαδικασίες και τεχνικές μιας καρκινικής επέμβασης. Μαζί με τα φυλλάδια αυτά, τα οποία παραμένουν στον ασθενή, ο ασθενής οφείλει να

⁴⁶ I. Ανδρουλιδάκη – Δημητριάδη, *Η Υποχρέωση...*, ό. π., σελ 253

υπογράψει ειδικό ξεχωριστό έντυπο, στο οποίο δηλώνει ότι έλαβε γνώση των φυλλαδίων και είναι σύμφωνος με την ιατρική αγωγή που περιγράφεται σ' αυτά.

2.3.3 Η αποδεικτική σημασία των εντύπων ενημέρωσης

Η αποδεικτική δύναμη αυτών των εντύπων αμφισβητείται, χωρίς να απορρίπτεται εντελώς η δυνατότητα χρησιμοποίησής τους.

Σύμφωνα με την κρατούσα στη θεωρία άποψη, ο μόνος ορθός και κατάλληλος τρόπος ενημέρωσης και συναίνεσης του ασθενούς είναι η προσωπική και προφορική ενημέρωσή του από τον κατάλληλο γιατρό, ο οποίος είναι και ο μόνος που πρέπει να δεχθεί τη συναίνεση του ασθενούς και να ελέγξει, αν η συναίνεση αυτή είναι σοβαρή και ελεύθερη. Μόνο ο έμπειρος γιατρός, ο οποίος έχει προσωπική επαφή με τον ίδιο τον ασθενή⁴⁷, μπορεί να διαγνώσει αν ο ασθενής αντελήφθη την ενημέρωση, δηλαδή το περιεχόμενο, την έκταση και της κινδύνους της ιατρικής αγωγής η οποία θα ακολουθηθεί γι' αυτόν. Η προσωπική επαφή είναι απαραίτητη για τη δημιουργία συνδέσμου εμπιστοσύνης μεταξύ γιατρού και ασθενούς.

Η ενημέρωση πρέπει να είναι σαφής και κατανοητή, όχι μόνο αντικειμενικά, για το μέσο λογικό ασθενή, αλλά και υποκειμενικά για τον ασθενή για τον οποίο πρόκειται. Η ενημέρωση εξαρτάται από την ηλικία, το βαθμό κατανόησης,

⁴⁷ I. Ανδρουλιδάκη – Δημητριάδη, *Η Υποχρέωση...*, ό. π., σελ. 254

τη μόρφωση, τις προσωπικές συνθήκες του ασθενούς αλλά και την αντοχή του στην αλήθεια.

Αναγκαία είναι και η προφορική συναίνεση του ασθενούς, διότι μόνο με την προσωπική επαφή του γιατρού με τον ασθενή, μπορεί ο γιατρός να αντιληφθεί, αν πραγματικά ο ασθενής συναινεί στην ιατρική αγωγή του. Εξάλλου δεν είναι απαραίτητη η ρητή συναίνεση. Η συναίνεση του ασθενούς μπορεί να συνάγεται και σιωπηρά από τον τρόπο της συμπεριφοράς του ως προς την ιατρική αγωγή του.

Ενόψει της ορθότητας των παραπάνω επιχειρημάτων γίνεται σαφές ότι η αποδεικτική δύναμη των έντυπων ενημέρωσης είναι πολύ περιορισμένη, χωρίς να αποκλείεται εντελώς η χρησιμοποίησή τους⁴⁸.

Η υπογραφή του ασθενούς στα έντυπα ενημέρωσης αποδεικνύει μόνο, ότι έγινε προσπάθεια ενημέρωσής του και όχι ότι ενημερώθηκε, έστω και αν ο ασθενής υπογράψει έντυπο στο οποίο περιλαμβάνεται η δήλωση ότι ενημερώθηκε και συνήνεσε στην ιατρική αγωγή του⁴⁹.

Ιδιαίτερα ενδιαφέρουσα είναι η πρακτική των αμερικανικών νοσοκομείων στην τυποποίηση έγγραφης ενημέρωσης. Τα αμερικανικά δικαστήρια έχουν προ πολλού αποδεχθεί την αποδεικτική δύναμη εντύπων με ενημερωτικό περιεχόμενο, τα οποία υπογράφει ο ασθενής κατά την εισαγωγή του στο νοσοκομείο. Τα έντυπα που προσφέρονται από τα αμερικανικά νοσοκομεία στον ασθενή, ελέγχονται από το νομικό τμήμα του νοσοκομείου ή από ειδική επιτροπή.

⁴⁸ I. Ανδρουλιδάκη – Δημητριάδη, *Η Υποχρέωση...*, ό. π., σελ 255

⁴⁹ Στο ίδιο, σελ 256

Περιέχουν πληροφορίες για τον τρόπο εισαγωγής του ασθενούς στο νοσοκομείο, για τη διαγνωστική διαδικασία, τις χειρουργικές επεμβάσεις, αναισθησία, μετάγγιση, φύλαξη των ενδυμάτων και αντικειμένων του ασθενούς, την περίπτωση εξόδου του ασθενούς από το νοσοκομείο χωρίς τη σύμφωνη γνώμη του νοσοκομείου, συγκατάθεση για τη χρησιμοποίηση στοιχείων του σώματος του ασθενούς για πειράματα ή έρευνα, άδεια για φωτογράφιση και κινηματογράφιση χειρουργικών επεμβάσεων κ.α.⁵⁰.

2.3.4 Άλλοι τρόποι απόδειξης της ενημέρωσης

Για το γιατρό υπάρχουν και άλλοι τρόποι απόδειξης της ενημέρωσης και της συναίνεσης του ασθενούς. Κυρίως αναφέρεται η λήψη της συζήτησης γιατρού και ασθενούς σε μαγνητοφωνημένη ταινία, πράγμα που θεωρείται αρνητικό για τη δημιουργία συνδέσμου εμπιστοσύνης μεταξύ γιατρού και ασθενούς.

Δυνατή είναι και η περίπτωση μαρτύρων στην ενημέρωση. Ο τρόπος αυτός ενημέρωσης είναι συνήθης στα μεγάλα νοσοκομεία, όταν η ενημέρωση γίνεται από το διευθυντή – γιατρό ενύπιον των βοηθών του και των νοσοκόμων. Φυσικά και η αξία του αποδεικτικού αυτού μέσου είναι σχετική, ενόψει της μικρής συνήθως σημασίας που δίνεται από το βοηθητικό-προσωπικό στο ιστορικό του ασθενούς και στη συνήθως ελλιπή απομνημόνευση του

⁵⁰ Ι. Ανδρουλιδάκη – Δημητριάδη, *Η Υποχρέωση...*, ό. π., σελ 257

ιστορικού των ασθενών μεγάλης νοσοκομειακής μονάδας. Για το λόγο αυτό έχει ιδιαίτερη αποδεικτική αξία η καταγραφή του ιστορικού του ασθενούς και της ενημερωτικής συνομιλίας γιατρού και ασθενούς⁵¹.

⁵¹ Ι. Ανδρουλιδάκη – Δημητριάδη, *Η Υποχρέωση....*, ό. π., σελ 258

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΥΠΟΧΡΕΩΣΗΣ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ

3.1. Περιορισμοί προερχόμενοι από τον ασθενή

- **Η γνώση της ασθένειας από τον ασθενή**

Η υποχρέωση ενημέρωσης περιορίζεται ή εκλείπει, αν ο γιατρός διαγνώσει ότι ο ασθενής γνωρίζει ήδη τα της ασθένειας του⁵².

Αν ο ασθενής είναι ήδη ενημερωμένος, δεν χρειάζεται να ενημερωθεί εκ νέου από το γιατρό, διότι σκοπός και αντικείμενο της ενημέρωσης είναι η διαφώτιση του ασθενούς, ώστε η ιατρική πράξη να μην είναι ενάντια στη θέλησή του, οπότε αποτελεί άδικη ή αντισυμβατική πράξη. Όμως ο γιατρός οφείλει να βεβαιωθεί ότι έχει ενημερωθεί από κατάλληλο πρόσωπο, που είναι μόνο επαίτων γιατρός και όχι οποιοσδήποτε άλλος, είτε γιατρός, είτε παραϊατρικό προσωπικό, είτε συγγενής, είτε άλλος ασθενής με την ίδια ασθένεια, κ. ο. κ.⁵³.

- **Η οξύνοια και η μόρφωση του ασθενούς**

Η έκταση της υποχρέωσης ενημέρωσης εξαρτάται από τις συνθήκες της κάθε περίπτωσης και ιδιαίτερα από την προσωπική περίπτωση του κάθε ασθενούς. Γενική είναι μόνο

⁵² Ι. Ανδρουλιδάκη – Δημητριάδη, *Η Υποχρέωση...*, ό. π., σελ 290

⁵³ Στο ίδιο, σελ 291

η διαπίστωση, ότι ο συγκεκριμένος ασθενής πράγματι γνωρίζει τα της ασθένειάς του, τα της θεραπευτικής αγωγής του και τους κινδύνους παρενεργειών και επιπλοκών. Ειδικά όμως, δηλ. στην κάθε συγκεκριμένη περίπτωση, η έκταση της υποχρέωσης ενημέρωσης εξαρτάται από την οξύνοια, τη μόρφωση και τις εμπειρίες του ασθενούς.

Όσο πιο οξύνους, μορφωμένος και έμπειρος είναι ο ασθενής, τόσο πιο πιθανό είναι ότι αντελήφθη, έστω και με βασική ενημέρωση, τις συνέπειες από την ασθένειά του και τη θεραπευτική αγωγή του. Όμως ακόμα και ο πιο οξύνους ασθενής, μπορεί να είναι άπειρος περί την ιατρική επιστήμη. Για το λόγο αυτό, μοναδικό ασφαλές κριτήριο είναι το πραγματικό γεγονός, ότι ο ασθενής έχει διαφωτιστεί οποιοσδήποτε και αν είναι.

Σημασία για την έκταση της υποχρέωσης ενημέρωσης έχει και η συμπεριφορά του ασθενούς προς το γιατρό, ως προς την κατανόηση της ενημέρωσης. Εδώ θα μπορούσε να προκληθεί και συντρέχον πταίσμα του ασθενούς, αν αυτός με τη συμπεριφορά του, δημιουργήσει στο γιατρό την εντύπωση, ότι έχει διαφωτιστεί πλήρως για την ασθένειά του και για τη θεραπευτική αγωγή του.

Ο ασθενής οφείλει να εξηγήσει στο γιατρό τις προσωπικές συνθήκες της ζωής και της προσωπικότητας του, ώστε ο γιατρός να μπορέσει να αντιληφθεί, ποιας έκτασης ενημέρωσης χρειάζεται⁵⁴

- **Ο “αποφασισμένος” ασθενής**

Κριτήριο για τον περιορισμό της έκτασης της υποχρέωσης ενημέρωσης αποτελεί και η περίπτωση του

⁵⁴ Ι. Ανδρουλιδάκη – Δημητριάδη, *Η Υποχρέωση...*, ό. π., σελ. 291-293

“αποφασισμένου” ασθενούς, δηλαδή εκείνου, ο οποίος δέχεται να υποβληθεί σε θεραπευτική αγωγή την οποία έχει ήδη προαποφασίσει.

Η περίπτωση αυτή παρουσιάζεται συνήθως σε χειρουργικές επεμβάσεις που προαποφασίζονται με άλλο γιατρό, γίνονται όμως σε νοσοκομεία ή κλινικές, όπου ο ασθενής εισέρχεται για να υλοποιήσει τη θεραπευτική αυτή αγωγή, με ιατρικές πράξεις που θα γίνουν από άλλους γιατρούς.

Εδώ όμως το πρόβλημα είναι ότι ο γιατρός που χειρουργεί τον ασθενή, οφείλει να διαπιστώσει, ότι η απόφαση του ασθενούς να υποβληθεί στη χειρουργική επέμβαση έχει προκληθεί από ορθή ενημέρωσή του από το θεράποντα γιατρό του⁵⁵.

3.2 Παραίτηση του ασθενούς από το δικαίωμα ενημέρωσης

Για να απαλλαγεί ο γιατρός από την ευθύνη για έλλειψη ενημέρωσης του ασθενούς πρέπει να αποδειχθεί, ότι η πρωτοβουλία της παραίτηση από την ενημέρωση ανήκει αποκλειστικά στον ασθενή. Η γραπτή παραίτηση δεν αρκεί, πρέπει να προκύψει από προσωπική επαφή του ασθενούς με τον γιατρό.

Η παραίτηση από την ενημέρωση μπορεί να οφείλεται και σε ψυχολογικούς λόγους. Η περίπτωση αυτή είναι νοητή

⁵⁵ Ι. Ανδρουλιδάκη – Δημητριάδη, *Η Υποχρέωση...*, ό. π., σελ 293

κυρίως όταν ο ασθενής γνωρίζει περίπου την ασθένειά του, συναινεί στη θεραπευτική αγωγή του, αλλά δεν θέλει να ενημερωθεί για τον τρόπο και την διαδικασία της θεραπευτικής αγωγής, ούτε για τους κινδύνους που συνεπάγεται. Ο ασθενής όμως μπορεί να παραιτηθεί μόνο από την άσκηση συγκεκριμένου δικαιώματος ενημέρωσης, για συγκεκριμένη ασθένεια και χρονικό σημείο της εξέλιξής της όπως και για συγκεκριμένη θεραπευτική αγωγή⁵⁶.

Βασική προϋπόθεση για την παραδοχή της δικαιολογημένης παράλειψης ή περιορισμού της υποχρέωσης ενημέρωσης, με την αιτιολογία ότι ο ασθενής δεν την επιθυμούσε, είναι η απόδειξη εμπιστευτικής σχέσης μεταξύ γιατρού και ασθενούς. Η ύπαρξη στενής εμπιστευτικής σχέσης, δικαιολογεί την παραίτηση του ασθενούς από το δικαίωμα ενημέρωσης. Επειδή όμως η παραίτηση από την ενημέρωση είναι μόνο δικαίωμα του ασθενούς, ο γιατρός δεν δικαιούται να ρωτήσει τον ασθενή, αν επιθυμεί την ενημέρωση ή όχι. Το ερώτημα αυτό δημιουργεί προβλήματα για τον ασθενή, ο οποίος είτε από φόβο ότι θα θίξει το γιατρό, είτε από έλλειψη θάρρους, είναι δυνατόν να αποποιηθεί την ενημέρωση χωρίς πραγματικά να το θέλει⁵⁷.

Η παραίτηση από την ενημέρωση μπορεί να είναι ολική ή μερική. Απαραίτητη είναι η προκαταρκτική ενημέρωση του ασθενούς ιδιαίτερα για τη διαγνωστική και τη θεραπευτική διαδικασία. Πλήρης άγνοια του ασθενούς για τη καθόλου ιατρική αγωγή είναι εντελώς αδιανόητη, διότι στην περίπτωση αυτή ο ασθενής μεταβάλλεται σε αντικείμενο.

⁵⁶ Ι. Ανδρουλιδάκη – Δημητριάδη, *Η Υποχρέωση.....*, ό. π., σελ 296

⁵⁷ Στο ίδιο, σελ 297

Ιδιαίτερα προβληματική είναι η περίπτωση, όπου ο ασθενής δεν επιθυμεί την ενημέρωση, αλλά ο γιατρός γνωρίζει ότι η περίπτωση του ασθενούς ενέχει σοβαρούς κινδύνους, τους οποίους δεν είναι σε θέση να γνωρίζει ο ασθενής. Στις περιπτώσεις αυτές είναι καθήκον του γιατρού να επιστήσει την προσοχή του ασθενούς για ιδιαίτερα αυξημένους και σοβαρούς κινδύνους⁵⁸.

Δικαιούται να αρνηθεί την ενημέρωση κάθε πρόσωπο, το οποίο πρέπει να ενημερωθεί για την ασθένεια και την θεραπευτική διαδικασία.

Συνήθως πρόκειται για τον ίδιο τον ασθενή. Αν όμως η ενημέρωση γίνεται προς τρίτα πρόσωπα, που έχουν τη μέριμνα του ασθενούς, ο μόνος λόγος που δικαιολογεί την παράλειψη της ενημέρωσης είναι η απόδειξη εμπιστευτικής σχέσης μεταξύ των προσώπων που έχουν τη μέριμνα του ασθενούς και του γιατρού. Η συγκινησιακή φόρτιση, ως λόγος που δικαιολογεί την παράλειψη της ενημέρωσης για τον ίδιο τον ασθενή, δεν μπορεί να αφορά τους τρίτους.

Ο κατάλληλος χρόνος ενημέρωσης είναι πριν από κάθε ιατρική ενέργεια. Παράλληλα αίρεται η υποχρέωση ενημέρωσης αν εκδηλωθεί η επιθυμία του ασθενούς να μην ενημερωθεί.

Υπάρχουν πολλές και αντίθετες απόψεις για το αν ο ασθενής μπορεί να παραιτηθεί εκ των υστέρων από ενημέρωση που δεν έγινε. Ορθότερη είναι η άποψη ότι ο ασθενής μπορεί να παραιτηθεί από την ενημέρωση πριν από τη θεραπευτική αγωγή και να στερηθεί έτσι το δικαίωμά του για συναίνεση ή άρνηση στη ιατρική αγωγή, κατά μείζονα

⁵⁸ I. Ανδρουλιδάκη – Δημητριάδη, *Η Υποχρέωση...*, ό. π., σελ 298

λόγο δικαιούται να παραιτηθεί εκ των υστέρων από ενημέρωση που δεν έγινε. Άλλωστε η εκ υστέρων παραίτηση σημαίνει και συγκατάθεση στις ιατρικές ενέργειες του γιατρού.

Η παραίτηση του ασθενούς από την ενημέρωση δεν είναι ποτέ οριστική. Ο ασθενής μπορεί κάθε στιγμή να ζητήσει ενημέρωση, αναθεωρώντας την αρχική του γνώμη. Ως εκ τούτου, η απαλλαγή του γιατρού από την ευθύνη του για έλλειψη ενημέρωσης καλύπτει χρονικά και ποσοτικά, μόνο τα γεγονότα για τα οποία ο ασθενής δεν θέλησε να ενημερωθεί και μόνο μέχρι τη στιγμή που αναθεώρησε την απόφασή του να μην ενημερωθεί⁵⁹. Επειδή δε η παραίτηση από την ενημέρωση είναι η εξαίρεση και δεν τεκμαίρεται ως οριστική απόφαση του ασθενούς, σε κάθε στάδιο της θεραπευτικής διαδικασίας κατά το οποίο εμφανίζονται νέοι κίνδυνοι, ο γιατρός οφείλει να διαπιστώσει αν ασθενής εξακολουθεί να μην επιθυμεί την ενημέρωσή του.

Στη θεωρία γίνεται δεκτό ότι είναι δυνατή τόσο η ρητή όσο και η σιωπηρή παραίτηση του ασθενούς από την ενημέρωση:

α. Η ρητή παραίτηση

Σχετικά με τη ρητή παραίτηση, πρέπει να παρατηρηθεί ότι αυτή πρέπει να προκύπτει από ρητή δήλωση του ασθενούς, είτε ότι γνωρίζει τα πράγματα και δεν χρειάζεται ενημέρωση, είτε ότι έχει εμπιστοσύνη στο γιατρό του και του επιτρέπει τη διενέργεια ιατρικών, χωρίς να απαιτεί να πληροφορηθεί για τις λεπτομέρειες της θεραπευτικής

⁵⁹ Ι. Ανδρουλιδάκη – Δημητριάδη, *Η Υποχρέωση...*, ό. π., σελ. 299

διαδικασίας, είτε ότι δεν θέλει να γνωρίζει τι ακριβώς θα του συμβεί.

β. Η σιωπηρή παραίτηση

Δυσχερέστερη, κυρίως στην απόδειξή της, είναι η περίπτωση της σιωπηρής παραίτησης από την ενημέρωση.

Η παραίτηση του ασθενούς από την ενημέρωση, πρέπει να προκύπτει από τη συμπεριφορά του ασθενούς. Π.χ. μακροχρόνια προσωπική περίθαλψη του ασθενούς από το γιατρό ή σαφείς ενδείξεις εμπιστοσύνης εξ αιτίας της ειδικότητας του γιατρού κ.ο.κ.⁶⁰.

Περίπτωση σιωπηρής παραίτησης υφίσταται και όταν ο ασθενής, αμέσως μετά την πρόταση του γιατρού να τον υποβάλλει σε θεραπευτική αγωγή, συναινεί χωρίς να ρωτήσει τι, πως και γιατί. Η σιωπή όμως του ασθενούς δεν μπορεί να θεωρηθεί παραίτηση από την ενημέρωση⁶¹.

Το δικαίωμα αυτό της παραίτησης από τη διαφώτιση το έχουν επίσης και εκείνοι που επιμελούνται έναν άρρωστο που αδυνατεί ή είναι ανίκανος να συναινέσει⁶².

Το βάρος της απόδειξης φέρει ο γιατρός, ο οποίος για να απαλλαγεί από την ευθύνη του για παράλειψη της ενημέρωσης ή για πλημμελή ενημέρωση του ασθενούς, πρέπει να αποδείξει πως και πότε ο ασθενής παραιτήθηκε από το δικαίωμα της ενημέρωσης⁶³.

⁶⁰ Ι. Ανδρουλιδάκη – Δημητριάδη, *Η Υποχρέωση...*, ό. π., σελ 300

⁶¹ Στο ίδιο, σελ 301

⁶² Γ. Α. Μαγκάκης, *Ποινικό...*, ό. π., σελ 255

⁶³ Στο ίδιο, σελ 301

3.3 Το θεραπευτικό προνόμιο του γιατρού – Υποχρέωση αλήθειας

“Θεραπευτικό προνόμιο” είναι η ιατρικά ενδεδειγμένη απόκρυψη της ασθένειας, του είδους της θεραπευτικής αγωγής, των παρενεργειών και των κινδύνων της από τον ασθενή και η διενέργεια ιατρικών πράξεων χωρίς τη θέληση του ασθενούς⁶⁴.

Στη Βιοηθική υποστηρίζονται δύο εκδοχές που πηγάζουν από τις δυο μεγάλες ηθικές θεωρίες, την θεωρία της Αυτονομίας και την θεωρία της Ωφελιμότητας ή του Ιατρικού Πατερναλισμού. Οι συγγραφείς που ασπάζονται την πρώτη θεωρία πιστεύουν ότι ο ασθενής έχει δικαίωμα να γνωρίζει πλήρως τι συμβαίνει στο σώμα του ώστε να αποφασίζει ο ίδιος, ο γιατρός δεν έχει δικαιολογία να αποκρύψει την αλήθεια, ενώ η θεωρία της ωφελιμότητας πρεσβεύει να λέγεται στον ασθενή τόση αλήθεια όση είναι απαραίτητη για το συμφέρον του. Σε ασθενείς με τελειωτικές ασθένειες, η απόκρυψη της ασθένειας ή του μεγέθους της ασθένειας αποτελεί δεοντολογικά ιατρικό καθήκον. Ο γιατρός όταν θεωρεί ότι ο άρρωστος θα επηρεαστεί αρνητικά υποχρεούται να δημιουργεί στον άρρωστο ψεύτικες ελπίδες έστω και αν ψεύδεται.

Στις Η.Π.Α. επικρατεί η τακτική της πλήρους ενημέρωσης του ασθενούς τόσο στη θεωρία όσο και στη νομολογία, ενώ στην Ευρώπη οι θέσεις κυμαίνονται μεταξύ των δύο αυτών θεωριών.

⁶⁴ I. Ανδρουλιδάκη – Δημητριάδη, *Η Υποχρέωση...*, ό. π., σελ 303

Βέβαια μια τακτική απόκρυψης της αλήθειας που έχει τις ρίζες της στην πατερναλιστική φιλοσοφία εμπεριέχει κινδύνους τόσο για τη σχέση γιατρού και ασθενούς όσο και για τον ίδιο τον άρρωστο. Η εμπιστοσύνη που αποτελεί τη βάση της σχέσης γιατρού αρρώστου καταστρέφεται, ο ασθενής υποφέρει μόνος του και βουβά, οι αμφιβολίες που τον διακατέχουν του κάνουν μεγαλύτερο κακό από ότι η γνώση της αλήθειας και έτσι ζει με ψεύτικες ελπίδες που είναι και αυτό ένα είδος εξαπάτησης⁶⁵.

Τα τελευταία χρόνια όλα τα δεοντολογικά κείμενα αλλά και οι νομοθεσίες των κρατών συνηγορούν υπέρ της παροχής πλήρους πληροφόρησης του ασθενούς ακόμα και όταν η πληροφόρηση αφορά «κακές ειδήσεις». Η πληροφόρηση που πρέπει να δίνεται στον άρρωστο επικεντρώνεται στα εξής σημεία: Διάγνωση – θεραπεία – κίνδυνοι – εναλλακτικές θεραπείες.

Η υποχρέωση πλήρους ενημέρωσης, ο περιορισμός της ενημέρωσης και η παράλειψή της, νοείται ως υποχρέωση του γιατρού, όταν μόνο με αυτόν τον τρόπο μπορεί να διαφυλαχθεί η υγεία του ασθενούς. Αν η υγεία του ασθενούς επιβάλλει απόκρυψη από αυτόν περιστατικών που θα του προκαλούσαν σοβαρή ψυχοσωματική βλάβη, τότε ο γιατρός όχι μόνο δικαιούται αλλά και οφείλει να περιορίσει ή και να παραλείψει την ενημέρωση. Έχει υποχρέωση να διαφυλάξει την ψυχική υγεία του ασθενούς και να τον απαλλάξει από περιττούς φόβους, συγκινησιακό φόρτο και ταραχή που θα έβλαπταν την υγεία του. Είτε η παράλειψη ή ο περιορισμός της ενημέρωσης είναι υποχρέωση του γιατρού, κρίνεται από τις

⁶⁵ Κ. Μεράκου και Δ. Θεοδορίδης (επιμ.), *Ενημέρωση.....*, ό. π., σελ. 70

συγκεκριμένες περιστάσεις με το κριτήριο του μέσου λογικού ανθρώπου, στη θέση του συγκεκριμένου γιατρού και του συγκεκριμένου ασθενούς. Στάθμιση των αντιθέτων συμφερόντων, δηλαδή του δικαιώματος αυτοδιάθεσης του ασθενούς και του αμέσου κινδύνου της ζωής και της υγείας του ασθενούς είναι το τελικό συμπέρασμα από τη διερεύνηση του θεραπευτικού προνομίου⁶⁶.

⁶⁶ Κ. Γιαχαλή, *Η Υποχρέωση...*, ό. π., σελ 29

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΩΝ

4.1 Ιστορική εξέλιξη

Η διατύπωση και η προστασία των Δικαιωμάτων των Ασθενών θεωρείται καινούργια ιδέα. Όμως η ανάγκη προστασίας των δικαιωμάτων του ασθενή προϋπήρχε σε όλες τις εποχές άσκησης της Ιατρικής και εκφράζονταν ως υποχρεώσεις των γιατρών και των άλλων επαγγελματιών υγείας.

Ο πρώτος που συνέλαβε την έννοια της προστασίας των ασθενών ήταν ο Ιπποκράτης, που στον Ιπποκράτειο όρκο αναφέρει τις υποχρεώσεις των γιατρών και έμμεσα προστατεύει τα Δικαιώματα των Ασθενών και ιδιαίτερα το αρχαιότερο δικαίωμα, αυτό της προστασίας του ιατρικού απορρήτου. Τον Ιπποκράτειο όρκο δίνουν οι γιατροί πριν αρχίσουν επαγγελματικά την φροντίδα του αρρώστου από το 1558. Από τότε μέχρι και τον 18^ο αιώνα αρχίζουν να εμφανίζονται κάποια δικαιώματα ασθενών που αναφέρονται και καταγράφονται ως υποχρεώσεις των γιατρών. Το 18^ο αιώνα στο βιβλίο του Θεολόγου Thomas Gisborne (1758 – 1846) για τα καθήκοντα του πολίτη, στο κεφάλαιο καθήκοντα του γιατρού προς τον άρρωστο αναφέρεται για πρώτη φορά ότι ο άρρωστος έχει και αυτός δικαιώματα και ο γιατρός οφείλει να αφιερώσει όλες τις ικανότητές του για να τον

θεραπεύσει και να μην επηρεάζεται από ιδιωτικά συμφέροντα ή προσωπικές επιθυμίες⁶⁷.

Το πρώτο όμως καταγεγραμμένο δικαίωμα των ασθενών θεσπίστηκε το 1793 όταν η Γαλλική Εθνοσυνέλευση όρισε ότι " κάθε ασθενής δικαιούται ένα δικό του κρεβάτι και ότι τα κρεβάτια πρέπει να απέχουν μεταξύ τους 3 πόδια " . Μετά τον Β΄ Παγκόσμιο πόλεμο και τις θηριωδίες των Ναζί σε ανθρώπινα πειραματόζωα θεσπίστηκε το 1947 ο Κώδικας της Νυρεμβέργης για τους πειραματισμούς επί ανθρώπων. Εδώ εισάγεται για πρώτη φορά η έννοια της ενημερωμένης συγκατάθεσης (Informed cinsent), αλλά και η στάθμιση των ωφελειών του ασθενή σε σχέση με τους πιθανούς κινδύνους, όπως επίσης η ανάγκη διεξαγωγής της έρευνας από ειδικούς και τόσο η δυνατότητα του ασθενή να αποχωρεί από την έρευνα οποιαδήποτε στιγμή, όσο και η υποχρέωση του ερευνητή να σταματά το πείραμα, εάν πιστεύει ότι παρά τη σωστή διεξαγωγή του μπορεί να επιφέρει αναπηρία ή θάνατο στον ασθενή. Ακολούθησε το 1948 η Διακήρυξη της Γενεύης που τροποποιήθηκε το 1968 και υιοθετήθηκε από τη Γενική Συνέλευση της Παγκόσμιας Ιατρικής Ενώσεως. Η διακήρυξη αυτή είναι σε γενικές γραμμές εκσυγχρονισμός του Ιπποκράτειου όρκου.

Ακολούθησε η Διακήρυξη του Ελσίνκι το 1964 κατά την 18^η Συνέλευση της Παγκόσμιας Ιατρικής Ένωσης που αναφέρεται στην Βιοϊατρική Έρευνα σε ανθρώπους και κινείται στο πνεύμα του κώδικα της Νυρεμβέργης διακρίνοντας όμως την έρευνα σε συνδυασμό με την ιατρική περίθαλψη (κλινική

⁶⁷ Ι. Λαμπροπούλου, *Προστασία τω Δικαιωμάτων των Ασθενών (Αξιολόγηση των πολιτικών που μέχρι σήμερα έχουν υιοθετηθεί, Διπλωματική Εργασία στην ΕΣΔΥ, Υπευθυνος καθηγητής Κυριακόπουλος Γ., Αθήνα, 1999, σελ 17*

έρευνα) και την Βιοϊατρική Έρευνα σε ανθρώπους χωρίς θεραπευτικό στόχο (καθαρή έρευνα)⁶⁸.

4.2 Δικαιώματα ασθενών – Ορισμός

Οι πολυσύνθετες κοινωνικοοικονομικές συνθήκες της σύγχρονης κοινωνίας, η αλματώδης και καθημερινή ανάπτυξη της σύγχρονης και κυρίως της Βιοϊατρικής τεχνολογίας, τα ασύλληπτα για πριν μερικές δεκαετίες επιτεύγματα της βιογενετικής, η ανακάλυψη νέων μεθόδων θεραπείας και διατήρηση της ζωής (μεταμοσχεύσεις ιστών και οργάνων, τεχνητή γονιμοποίηση, σύγχρονες χειρουργικές επεμβάσεις, γονιδιακές επεμβάσεις κλπ) η ευαισθητοποίηση μετά το Β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο για την προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων δημιούργησε την ανάγκη διατύπωσης θεμελιωδών δικαιωμάτων που ιτρέπει να απολαμβάνει το άτομο ως χρήστης υπηρεσιών υγείας και ειδικότερα ως ασθενής. Σκοπός αυτών των δικαιωμάτων είναι η προστασία του πολίτη – χρήστη υπηρεσιών υγείας από τις εκτροπές και τα προβλήματα που μπορούν να δημιουργήσουν όλα αυτά τα δεδομένα με απώτερο σκοπό τη βελτίωση της υγείας και της ποιότητας της ζωής του κοινωνικού συνόλου, χωρίς να παραγνωρίζεται η αξία του κάθε ατόμου.

Η φιλοσοφία των δικαιωμάτων αυτών είναι ότι δεν αρκεί η πολιτεία να φροντίζει για την ύπαρξη και λειτουργία μονάδων και θεσμών, που θα προάγουν τη λειτουργία των

⁶⁸ Ι. Λαμπροπούλου, *Προστασία των...*, ό. π., σελ 18

πολιτών που βεβαίως η οργάνωσή τους θα στηρίζεται σε Συνταγματικούς ή κοινούς κανόνες δικαίου αλλά θα πρέπει, όταν το άτομο χρησιμοποιεί τις υπηρεσίες αυτές για να καλύψει τις ανάγκες περίθαλψης και υγειονομικής του φροντίδας να έχει εξασφαλισμένα και αν είναι δυνατόν, και νομοθετικά κατοχυρωμένα κάποια ατομικά δικαιώματα, που άπτονται άμεσα της υπόστασης του ως ελεύθερου ατόμου, που ζει μέσα σε μια ελεύθερη και δημοκρατική κοινωνία⁶⁹.

Όταν το άτομο ασθενεί είναι κάτι πολύ περισσότερο από το να είναι φορέας ασθένειας. Αρρώστια, σημαίνει ότι ανησυχείς για το πρόβλημα που έχεις, ότι αντιμετωπίζεις ένα σώμα που δεν λειτουργεί πλέον όπως θα έπρεπε, ότι εξαρτάσαι από τους άλλους, ότι είσαι λιγότερο αξιοπρεπής. Όλα αυτά έχουν βαθύ αντίκτυπο στις ζωές των ανθρώπων.

Μερικοί πιστεύουν ότι τα δικαιώματα των ασθενών είναι μόνο τα νόμιμα δικαιώματα τους με μόνο κριτήριο την αγωγιμότητα τους. Άλλοι θεωρούν σχήματα όπως τους Χάρτες Ασθενών ή σχετικές εγκυκλίους των Νοσοκομείων ως Δικαιώματα Ασθενών.

Δικαιώματα των ασθενών είναι μια σύνθεση νομοθεσίας, ηθικών και δεοντολογικών κανόνων που αναμένουν ικανοποίηση από το σύστημα και τους επαγγελματίες υγείας το νομικό μέρος του όρου περιλαμβάνει ατομικά δικαιώματα για τους ασθενείς και καθήκοντα για τους επαγγελματίες υγείας. Το περιεχόμενο των δικαιωμάτων των ασθενών

⁶⁹ Γ. Κοντουφάρης, *Η Προαγωγή και Προστασία της Υγείας ως Κοινωνικό και Ατομικό Δικαίωμα (τα Δικαιώματα του Χρήστη Υπηρεσιών Υγείας)*, Διπλωματική Εργασία στην Ε.Σ.Δ.Υ., Αθήνα, 1997, σελ 3

αποκτά ιδιαίτερη βαρύτητα στους ασθενείς, δεδομένου ότι συνήθως είναι δύσκολο να το διεκδικήσουν οι ίδιοι⁷⁰.

Η διεκδίκηση των δικαιωμάτων των ασθενών ξεκίνησε από τους επιμέρους συλλόγους ειδικών κατηγοριών που ακολούθησαν το παράδειγμα των Συλλόγων των καταναλωτών. Πολλοί έχουν προτείνει να χρησιμοποιείται ο όρος “καταναλωτής”, περιέχει ένα δυναμικό στοιχείο, περιέχει διεκδίκηση, απαίτηση, ενεργό συμμετοχή, σε αντίθεση με τον όρο “ασθενής” που σημαίνει εξ’ ορισμού αδυναμία. Σε μερικές κοινωνίες η χρήση της λέξης “καταναλωτής υπηρεσιών υγείας” χρησιμοποιείται όλο και περισσότερο αντί της λέξης ασθενής. Στην Ολλανδία, την Αγγλία και τη Σουηδία οι καταναλωτές (χρήστες) υπηρεσιών υγείας και οι ασθενείς είναι σχεδόν συνώνυμοι⁷¹.

4.3 Βασικά δικαιώματα ασθενών

4.3.1 Δικαίωμα ενημέρωσης

Ενημέρωση για τον ασθενή σημαίνει γνώση και γνώση σημαίνει δύναμη. Παρέχοντας πληροφορίες ο γιατρός στον ασθενή τον καθιστά πιο δυνατό να ξεπεράσει τον σωματικό πόνο και την ψυχική οδύνη που συνεπάγεται η άγνωστη ασθένεια και τον βοηθάει να πάρει αποφάσεις για το δικό του σώμα, για την υγεία

⁷⁰ Κ. Μεράκου, *Δικαιώματα Ασθενών: Τα Δικαιώματα του Ασθενή στο Ελληνικό Νοσοκομείο*, Διπλωματική Εργασία, Αθήνα, 1998, σελ 8

⁷¹ Ι. Λαμπροπούλου, *Προστασία των*, ό. π., Αθήνη, σελ 15

του και την μετέπειτα ζωή του. Ο ενημερωμένος ασθενής αισθάνεται αυτόνομος, αυτεξούσιος, διαχειριστής του σώματός του και του αγνώστου μικροβίου που απειλεί το σώμα του. Η ενημέρωση μεταβιβάζει ένα μέρος της γνώσης που κρατά ο γιατρός στον ασθενή που αποκτά δύναμη μέσω της γνώσης, ενώ του προσφέρει και ψυχολογική υποστήριξη δεδομένου ότι η γνώση διώχνει τον φόβο, βοηθάει στον ασθενή να προσαρμοστεί στην κατάσταση, βελτιώνει την αυτοεκτίμησή του, δημιουργεί μια ισορροπία στην πατερναλιστική σχέση γιατρού – ασθενή.

Η ηθική επιβάλλει στον κάθε άνθρωπο να λέει την αλήθεια και να μην ψεύδεται. Ο Πλάτωνας θεωρούσε την απόκρυψη της αλήθειας από τον ασθενή ως θεραπευτικό μέσο. Οι γιατροί υποστηρίζουν ότι υπάρχει διαφορά μεταξύ του να ψεύδεσαι και του να μην λες όλη την αλήθεια. Οι ίδιοι οι γιατροί δυσκολεύονται να χειριστούν την αλήθεια και όταν το κάνουν, ίσως συμβεί με σκληρό τρόπο είτε λέγοντας τις «κακές ειδήσεις» χωρίς επαρκή προετοιμασία του ασθενή είτε παραπλανώντας τον ασθενή είτε χρησιμοποιώντας μπερδεμένους ευφημισμούς. Ορισμένοι μελετητές θεωρούν ότι το να λες ψέματα είναι ισοδύναμο με το να εξαπατάς τον ασθενή ανεξάρτητα με το αν αυτό γίνεται για το καλό του. Άλλοι μελετητές θεωρούν πως όταν πρόκειται για το καλό του η εξαπάτηση του ασθενή είναι δικαιολογημένη. Βέβαια η απόκρυψη της αλήθειας καταστρέφει τη σχέση γιατρού-αρρώστου, ο ασθενής υποφέρει μόνος του και βουβά, οι αμφιβολίες που τον διακατέχουν του κάνουν μεγαλύτερο κακό από το αν γνώριζε την αλήθεια και ζει με ψεύτικες ελπίδες που είναι και αυτό ένα είδος εξαπάτησης⁷².

⁷² Α. Γιαννοπούλου, *Διλήμματα και Προβληματισμοί στην Σύγχρονη Νοσηλευτική*, Εκδόσεις «Η ΤΑΒΙΘΑ», Αθήνα, 1990, σελ. 20

Τα τελευταία χρόνια όλα τα δεοντολογικά κείμενα αλλά και οι νομοθεσίες των κρατών συνηγορούν υπέρ της παροχής πλήρους πληροφόρησης του ασθενή ακόμα και όταν η πληροφόρηση αφορά «κακές ειδήσεις». Η πληροφόρηση που πρέπει να δίνεται στον άρρωστο επικεντρώνεται στα εξής σημεία: διάγνωση – θεραπεία – κίνδυνοι – εναλλακτικές θεραπείες.

Στην ελληνική νομοθεσία το δικαίωμα αυτό προστατεύεται από το Σύνταγμα εφόσον ανήκει στα δικαιώματα προσωπικής ελευθερίας, αξίας και προσωπικότητας. Επίσης, σύμφωνα με το άρθρο 57 του ΑΚ παράλειψη του γιατρού να διαφωτίσει τον άρρωστο, ώστε να είναι ικανός να συγκατατεθεί σε προτεινόμενη επέμβαση, στοιχειοθετεί ευθύνη για προσβολή της προσωπικότητας. Το δικαίωμα ενημέρωσης υποστηρίζεται και από άλλες διατάξεις του Αστικού Κώδικα (ΑΚ άρθρα 914 επ, 932, 158), καθώς και του Κώδικα Πολιτικής Δικονομίας (Κ.Πολ.Δ. άρθρα 338 παρ. 1 και 446)⁷³.

Σύμφωνα με την ελληνική νομοθεσία, ο γιατρός σεβόμενος την προσωπικότητα του ασθενή, υποχρεούται να ενημερώνει τον ασθενή για την διάγνωση, τη φύση, και την έκταση της θεραπείας, τα οφέλη ή τους κινδύνους, τις παρενέργειες ή τις επιπλοκές που συνεπάγεται καθώς και τις εναλλακτικές λύσεις που υπάρχουν. Με ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να αντιμετωπίζονται οι ασθενείς με χαμηλό πνευματικό επίπεδο, και οι ασθενείς που υποβάλλονται σε ιδιαίτερες επεμβάσεις. Στο ελληνικό δίκαιο δεν προβλέπεται η υποχρέωση έγγραφης ενημέρωσης.

Στην πρακτική άλλωστε η ενημέρωση ακολουθεί κάποιους κανόνες ως προς το περιεχόμενο των πληροφοριών, την έκταση και τον τύπο.

⁷³ Κ. Μεράκου, *Δικαιώματα...*, ό. π., σελ 63

Η παράλειψη ενημέρωσης συνιστά κυρίως αστική ευθύνη προς αποζημίωση και αποκατάσταση της ηθικής βλάβης του ασθενή. Υπάρχουν όμως και οι εξαιρέσεις που αποδεσμεύουν τον γιατρό από την υποχρέωση παροχής πληροφόρησης στον ασθενή, όπως στην περίπτωση που ο ασθενής είναι διανοητικά διαταραγμένος ή αναισθητός. Επίσης σύμφωνα με την ελληνική νομοθεσία ο γιατρός μπορεί να παραλείψει ή να αποκρύψει την αλήθεια σε ασθενείς με κακή πρόγνωση αν κρίνει ότι αυτό θα προκαλέσει βλάβη στον ασθενή. Οφείλει όμως να ενημερώσει τους συγγενείς του ⁷⁴.

Το 1992 με τον Ν. 2071/92 η ενημέρωση του ασθενή γίνεται δικαίωμα του και δεν συνιστά μόνο υποχρέωση του γιατρού. Το άρθρο 47 παρ. 4 αναφέρει: «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 την ακρίβεια των πληροφοριών που του δίνονται. Η πληροφόρηση του ασθενή πρέπει να του επιτρέπει να σχηματίζει πλήρη εικόνα των ιατρικών κοινωνικών και οικονομικών παραμέτρων της κατάστασης...». Σ' αυτό το άρθρο δίνεται το πλαίσιο ενημέρωσης ορίζοντας την πληρότητα και ακρίβεια, των πληροφοριών και τονίζεται η καθοριστική σημασία που έχει για την μετέπειτα ιατρική του ασθενή ⁷⁵.

⁷⁴ Κ. Μεράκου, *Δικαιώματα Ασθενών...*, ό. π., σελ. 64

⁷⁵ Στο ίδιο, σελ. 65

4.3.2 Δικαίωμα συγκατάθεσης

Δικαίωμα συγκατάθεσης σημαίνει ενημέρωση, ελεύθερη βούληση και ικανότητα του ασθενή να αποφασίζει. Η ενημέρωση πρέπει να προηγείται της συγκατάθεσης. Με το δικαίωμα αυτό δίνεται η ευκαιρία στον ασθενή να ασκήσει την αυτονομία του, συμμετέχοντας στην φροντίδα του επιλέγοντας και παίρνοντας αποφάσεις ο ίδιος. Είναι λοιπόν η ενημερωμένη συγκατάθεση η κύρια έκφραση της αυτονομίας του ασθενή και του σεβασμού των ανθρωπίνων δικαιωμάτων.

Οι απαραίτητες προϋπόθεσης για την λήψη έγκυρης συγκατάθεσης του ασθενή είναι:

- Η αποκάλυψη πληροφοριών
- Η κατανόησή τους από τον άρρωστο
- Ο εθελοντικός χαρακτήρας της συγκατάθεσης
- Η ικανότητα προς συγκατάθεση.
- Η λήψη απόφασης⁷⁶

Στην Ελλάδα ο γιατρός που δεν ενημερώνει τον ασθενή του και δεν λαμβάνει τη συγκατάθεσή του προσβάλλει τα αγαθά της προσωπικής ελευθερίας και της προσωπικότητας του ατόμου.

Το Σύνταγμα στο άρθρο 2 παρ. 1 αναφέρει ότι ο σεβασμός και η προστασία της αξίας του ανθρώπου αποτελούν την πρωταρχική υποχρέωση της Πολιτείας. Ενώ συνεχίζει με το άρθρο 7 παρ. 2: «αι βάσαναι, οιαδήποτε συμπτωματική κάκωσις, βλάβη υγείας ή άσκησις ψυχολογικής βίας ως και πάσα ετέρα προσβολή

⁷⁶Κ. Μεράκου, *Δικαιώματα Ασθενών...*, ό. π., σελ. 70

της ανθρωπίνης αξιοπρέπειας απαγορεύονται και τιμωρούνται ως νόμος ορίζει».

Η ελληνική νομοθεσία επιβάλλει στον γιατρό την υποχρέωση λήψης συναίνεσης του ασθενή, πριν από κάθε επέμβαση, προστατεύοντας έτσι το δικαίωμα του ασθενή, με διατάξεις στον Αστικό Κώδικα (57 επ, 914 επ, 932, 1534, 158), στον Κώδικα Πολιτικής Δικονομίας (Κ.Πολ.Δ. 338 παρ. 1, 446) και βέβαια άμεσα προστατεύεται και από το Ν. 2071/92.

Για δε τις χειρουργικές επεμβάσεις το άρθρο 308 παρ. 2 Ποινικού Κώδικα αναφέρει ότι στις ελαφρές σωματικές βλάβες, όπου υπάρχει συναίνεση του παθόντος στη τέλεσή τους αίρεται ο άδικος χαρακτήρας της πράξης. Γίνεται φανερό ότι πριν την τέλεση οποιασδήποτε χειρουργικής επέμβασης, πρέπει να λαμβάνεται υποχρεωτικά ή έγγραφη συναίνεση του χειρουνομένου ή όταν αυτός είναι ανίκανος να συναινέσει, του νομίμου αντιπροσώπου του ή άλλου, που έχει ορίσει προς τούτο ο ασθενής⁷⁷.

Στη χώρα μας όπως και σε όλες τις αναπτυγμένες χώρες του κόσμου απαιτείται η έγγραφη συναίνεση πριν από την χειρουργική επέμβαση, από τον ίδιο ασθενή ή τους αντιπροσώπους του. Πριν την υπογραφή αυτής της συναίνεσης ο γιατρός υποχρεούται, σύμφωνα και με τις σχετικές ρυθμίσεις για την προστασία των δικαιωμάτων του ασθενή να ενημερώσει πλήρως τον ασθενή:

- α) για την αναγκαιότητα της επέμβασης
- β) την ύπαρξη τυχόν εναλλακτικών λύσεων
- γ) τα αναμενόμενα αποτελέσματα
- δ) τις πιθανές επιπλοκές
- ε) την ακολουθητέα μέθοδο

⁷⁷ Γ. Α. Μαγκάκης *Ποινικό...*, ό.π., σελ. 71

στ) κάθε άλλο στοιχείο χρήσιμο στον ασθενή, ώστε να διαμορφώσει πλήρη εικόνα της κατάστασης της υγείας του και να συναινέσει ανεπηρέαστα ως αυτόνομη οντότητα.

Βεβαίως η συναίνεση του ασθενή, παρ' ότι είναι αναγκαία σε κάθε περίπτωση δεν αίρει τον άδικο χαρακτήρα της πράξης· στις περιπτώσεις βαριάς σωματικής βλάβης ή της θανατηφόρας και για το λόγο αυτόν υποστηρίζεται ότι το επιτρεπτό της ιατρικής επέμβασης στηρίζεται στην έννοια «του κοινωνικά πρόσφορου της πράξης που εθιμικά έχει αναχθεί σε αυτοτελή λόγο αποκλεισμού του αδίκου»⁷⁸.

Σοβαρό πρόβλημα προκύπτει στα επείγοντα περιστατικά και κυρίως όταν ο ασθενής είναι αναίσθητος. Εδώ προέχει η αντιμετώπιση των προβλημάτων του ασθενή και βεβαίως, αν η συναίνεση δεν είναι δυνατόν να ληφθεί ούτε από αντιπρόσωπο νόμιμο ή ορισμένο, τότε πρέπει να λαμβάνεται εκ των υστέρων υπό μορφήν έστω εγκρίσεως της πραγματοποιηθείσας επεμβάσεως. Από νομικής πλευράς, υπάρχει η έννοια της «εικαζόμενης συναίνεσεως» αλλά κυρίως το άδικο πράξεων του ιατρού αιρείται και βάσει του άρθρου 25 του Ποινικού Κώδικα περί καταστάσεις ανάγκης. Εδώ πρέπει να τονισθεί ότι ο ιατρός οφείλει να εκτελέσει την επέμβαση σύμφωνα με τους κανόνες της επιστήμης και οποιαδήποτε παράλειψή του ή σφάλμα δεν καλύπτεται από την δοθείσα συναίνεση.

Επίσης και στην περίπτωση που κατά την διεξαγωγή της επεμβάσεως ανακαλύψει νέα στοιχεία που τον καθοδηγούν να τροποποιήσει ή αλλάξει ριζικώς την αρχική επέμβαση για την οποία έχει δοθεί η συναίνεση τότε και στην περίπτωση αυτή θα

⁷⁸ Γ. Α. Μαγκάκης, *Ποινικό...*, ό. π., σελ 72

πρέπει να ληφθεί γραπτή έγκριση εκ των υστέρων όπως και στην περίπτωση της επείγουσας επεμβάσεων .

Είναι φανερό ότι πριν από κάθε επέμβαση του γιατρού στον ασθενή απαιτείται συναίνεση του ασθενή υπάρχουν όμως και ορισμένες εξαιρέσεις όπως: προστασία της δημόσιας υγείας, (υποχρεωτικός εμβολιασμός πριν από το ταξίδι), απεργία πείνας, μόνο βέβαια όταν βρίσκεται σε κίνδυνο η ζωή του απεργούντος και σε περίπτωση απόπειρας αυτοκτονίας όπου ο γιατρός υποχρεούται να παρέμβει παρά την θέληση του ασθενή⁷⁹.

4.3.3 Δικαίωμα προστασίας ιατρικού απορρήτου

Απόρρητο στη νομική επιστήμη θεωρείται το γεγονός που είναι γνωστό σε περιορισμένο κύκλο προσώπων. Κατά τον Κοτσιανό ιδιωτικό απόρρητο είναι αυτό καθ' αυτό το γεγονός της ιδιωτικής ζωής που δεν είναι δημόσια γνωστό και στη μυστική διατήρησή του ως μυστικό το άτομο στο οποίο αναφέρεται έχει συμφέρον⁸⁰.

Ο καθένας έχει το θεμελιώδες δικαίωμα προστασίας της ιδιωτικής του ζωής και αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό ζήτημα στην άσκηση της ιατρικής όπου η μη εξουσιοδοτημένη αποκάλυψη πληροφοριών ίσως έχει προσωπικές, κοινωνικές ή νομικές επιπτώσεις. Το δικαίωμα προστασίας της ιδιωτικής ζωής είναι πολύ σημαντικό για τον ασθενή. Ο ασθενής αποκαλύπτοντας στο γιατρό προσωπικά του στοιχεία μεταβιβάζει ένα μεγάλο μέρος της

⁷⁹ Γ. Κουτουφάρης, *Η Προαγωγή...*, ο.π., σελ 75

⁸⁰ Σ. Κοτσιανός, *Η Ιατρική Ευθύνη: Αστική – Ποινική, Δεύτερη Έκδοση, Θεσσαλονίκη, 1977, σελ 160*

αυτονομίας του. Αυτή η προσφερόμενη αυτονομία είναι που πρέπει να διαφυλαχθεί.

Σε μια απόπειρα ορισμού ο Κουτούφαρης (1997) αναφέρει ότι: «ιατρικό απόρρητο είναι κάθε στοιχείο ή πληροφορία που αφορά ασθένεια, μη εμφανή αναπηρία, ή γενικά πρόβλημα υγείας του χρήστη υπηρεσιών υγείας καθώς και τα αποτελέσματα εξετάσεων, διαγνώσεως, θεραπείες, επεμβάσεις και ότι άλλο αφορά την περίθαλψη του ασθενή ή την εν γένει αντιμετώπιση του προβλήματός του». Συνεχίζει δε ότι «στην ουσία απόρρητο είναι κάθε τι που ο χρήστης υπηρεσιών υγείας επιθυμεί να μην γίνει γνωστό, ακόμα και άσχετο με το συγκεκριμένο πρόβλημα υγείας για το οποίο προσέφυγε στον γιατρό και βεβαίως το απόρρητο των πιο πάνω πληροφοριών ισχύει και μετά το θάνατο του ασθενή⁸¹.

Η Παπαευαγγέλου -- Κορκοντζέλου αναφέρει ότι απόρρητο θα πρέπει να θεωρηθεί κάθε τι που:

- Ο ασθενής εμπιστεύτηκε στο γιατρό ή στον νοσηλευτή.
- ο γιατρός ή ο νοσηλευτής το πληροφορήθηκε, συνήγαγε, υπόθεση ή αντελήφθη κατά την άσκηση των καθηκόντων του επ' ευκαιρία αυτής.
 - είτε είναι μειωτικό είτε όχι
 - η θετική ή αρνητική ακόμη διαπίστωση του γιατρού ή του νοσηλευτή
 - κάθε πληροφορία που ο ασθενής επιθυμεί να θεωρείται ως απόρρητη ακόμη και αν αυτό ήδη φημολογείται.
 - ακόμη και η είσοδος στο ιατρείο ή τη νοσηλευτική μονάδα είναι γεγονός που καλύπτεται από τον απόρρητο⁸².

⁸¹ Γ. Κουτούφαρης, *Η Προαγωγή...*, ό.π., σελ 82

⁸² Ε. Παπαευαγγέλου – Κορκοντζέλου, *Νομοθεσία στη Νοσηλευτική – Ανθρώπινα Δικαιώματα*, Αθήνα, 1994, σελ 45

Η τήρηση του ιατρικού απορρήτου συναντάται σε όλα τα πολιτισμένα κράτη και σε όλα τα κείμενα Ιατρικής και Νοσηλευτικής Δεοντολογίας από τον Ιπποκράτειο Όρκο μέχρι σήμερα.

Ο όρκος του Ιπποκράτη είναι το πρώτο κωδικοποιημένο κείμενο που υπάρχει αναφορά στην υποχρέωση του γιατρού να σέβεται το ιατρικό απόρρητο: «όσα κατά την διάρκεια της θεραπείας θα δω ή θα ακούσω, ή πέρα από τις ασχολίες μου στην καθημερινή ζωή, όσα δεν πρέπει ποτέ να κοινολογούνται στους έξω, θα τα αποσιωπώ υπολογίζοντας ότι αυτά είναι μυστικά». Είναι αυτονόητο δε ότι η προστασία του ιατρικού απορρήτου δεσμεύει το γιατρό ή τον νοσηλευτή και μετά το θάνατο του ασθενή.

Νεώτερα διεθνή δεοντολογικά κείμενα που αναγνωρίζουν το ιατρικό απόρρητο ως κυρίαρχο δικαίωμα του ασθενή είναι:

- Η Διακήρυξη της Γενεύης (1948) που είναι επαναδιατύπωση του όρκου του Ιπποκράτη με πιο σαφή αναφορά στο ιερό καθήκον των γιατρών για προστασία του ιατρικού απορρήτου.

- Ο Κώδικας Δεοντολογίας της Αμερικανικής Εταιρείας που ορίζει με μεγαλύτερη σαφήνεια την υποχρέωση προστασίας του απορρήτου: ο γιατρός δεν μπορεί να αποκαλύψει τα μυστικά που έχουν εμπιστευτεί οι ασθενείς... εκτός αν απαιτείται από το νόμο ή αν καθίσταται απαραίτητο για την προστασία τρίτων ή της κοινωνίας

- Ο Διεθνής Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας (1949) της Παγκόσμιας Ιατρικής Ένωσης δεσμεύει τους γιατρούς για τήρηση απόλυτης εχεμύθειας ακόμα και μετά το θάνατο του ασθενή⁸³.

⁸³ I. Λαμπροπούλου, *Προστασία των...*, ό.π. σελ 78

- Η Διακήρυξη της Λισσαβόνας 1981 για τα δικαιώματα του ασθενή και η επαναδιατύπωσή της το 1995 με ρητή αναφορά στο ιατρικό απόρρητο ως δικαίωμα του ασθενούς.

- Η πρόταση του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου του 1984 για τον Ευρωπαϊκό Χάρτη των Δικαιωμάτων του Ασθενή.

- Οι Αρχές για τα δικαιώματα των ασθενών του Περιφερειακού Γραφείου Ευρώπης της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας.

- Διακήρυξη της Παγκόσμιας Ψυχιατρικής Εταιρείας (1983) όπου αναφέρεται στο δικαίωμα των ψυχικά πασχόντων για το ιατρικό απόρρητο.

- Η Σύμβαση για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα και Βιοιατρική (1996) του Συμβουλίου της Ευρώπης.

Στις μέρες μας η χρήση ηλεκτρονικών υπολογιστών κάνει πιο εύκολη την παραβίαση του απορρήτου. Έτσι νεότερα δεοντολογικά κείμενα, αποτρέπουν τους γιατρούς από το να αποθηκεύουν τα προσωπικά στοιχεία των ασθενών σε ηλεκτρονικούς υπολογιστές, ή αν αυτό συμβαίνει να γίνεται κάτω από αυστηρές προϋποθέσεις. Τέτοια κείμενα είναι:

- Η Διακήρυξη της Ευρωπαϊκής Ένωσης των Γενικών Γιατρών του 1979 για το Ιατρικό Απόρρητο.

- Η Απόφαση της Παγκόσμιας Ιατρικής Ένωσης (1983) στη Βενετία για την χρησιμοποίηση των Ηλεκτρονικών Υπολογιστών στην Ιατρική.

- Η Διεθνής Συνδιάσκεψη Ιατρικών Συλλόγων (1987) που επεξεργάστηκε τις Αρχές της Ευρωπαϊκής Ιατρικής Δεοντολογίας

84

⁸⁴ J. Λαμπροπούλου, *Προστασία των...*, ό.π., σελ. 79

- Τέλος η εμπιστευτική σχέση γιατρού - ασθενή και η τήρηση του απορρήτου αναγνωρίζεται από τις Αρχές για την παροχή φροντίδων υγείας σε όλα τα Εθνικά Συστήματα Υγείας.

Ακούσιες παραβιάσεις του ιατρικού απορρήτου είναι:

Η χρήση ηλεκτρονικών υπολογιστών για την τήρηση των στοιχείων των αρρώστων είναι μεν πολύ χρήσιμη μα μπορεί να αποτελέσει και απειλή για το δικαίωμα σεβασμού της ιδιωτικής ζωής του ασθενή και της προστασίας του ιατρικού απορρήτου. Οι έρευνες που διεξάγονται για την προαγωγή της ιατρικής επιστήμης και για την πρόληψη των ασθενειών θέτουν σε κίνδυνο την διατήρηση του απορρήτου δεδομένου ότι για τις επιδημιολογικές έρευνες κυρίως χρειάζεται να συλλέγονται πληροφορίες από τους φακέλους των ασθενών και να εξεταστούν αντιπροσωπευτικά δείγματα πληθυσμών. Η εξάπλωση κοινωνικής ή ιδιωτικής ασφάλισης προϋποθέτει αιτοδοχή της αποκάλυψης του ιατρικού απορρήτου όταν βέβαια υπάρχει ασφαλιστικός κίνδυνος ο οποίος συνίσταται στην βλάβη υγείας του δικαιούχου ή τρίτου ή ακόμα στην αιτία θανάτου τρίτου προσώπου προκειμένου να καταβάλλεται στο δικαιούχο ασθενή χρηματική αποζημίωση. Η κατάθεση σε υπηρεσίες πιστοποιητικών, βεβαιώσεων και άλλων τέτοιων εγγράφων που έχουν σχέση με την υγεία του πολίτη αποτελούν δημοσιοποίηση προσωπικών τους στοιχείων σχετικά με την υγεία τους. Η οργάνωση των υπηρεσιών υγείας αλλά και η γραφειοκρατία που υπάρχει σ' αυτές επιτρέπουν να χειρίζονται το φάκελο του ασθενούς πολλές άλλες κατηγορίες εκτός από

γιατρούς και νοσηλευτές με αποτέλεσμα την κάμψη του ιστορικού απορρήτου⁸⁵.

4.4 Βασικές βιοηθικές αρχές των Δικαιωμάτων των ασθενών

Πριν προχωρήσουμε σε κώδικες και Διακηρύξεις που προστατεύουν και προάγουν τα δικαιώματα των ασθενών και στην ιστορική τους εξέλιξη θα αναφερθούμε στις τέσσερις βιοηθικές αρχές που ενυπάρχουν στα κείμενα αυτά και αποτελούν πραγματική ασπίδα για τα δικαιώματα των ασθενών:

- Η αρχή της αυτονομίας
- Η αρχή της ωφέλειας
- Η αρχή της μη βλάβης
- Η αρχή της δικαιοσύνης

Η αρχή της αυτονομίας θεωρητική βάση των δικαιωμάτων των ασθενών εκφράζεται με το δικαίωμα της συνειδητής συναίνεσης που πρέπει να δίνεται από τον ασθενή ή τους νόμιμους αντιπροσώπους του, όταν αυτός είναι ανίκανος, για τη διενέργεια κάθε ιατρικής παρέμβασης.

Κατά την φιλοσοφία, την θρησκεία, το δίκαιο και άλλες ανθρωπιστικές επιστήμες η αυτονομία στηρίζεται στη λογική. Αυτόνομος ασθενής σημαίνει πλήρως ενημερωμένος ασθενής που αποφασίζει ο ίδιος με βάση τη λογική για θέματα που αφορούν τη ζωή, την υγεία και τη σωματική ακεραιότητα.

⁸⁵ Ι. Λαμπροπούλου, *Προστασία των.....*, ό.π. σελ 82

Παρόλο που οι γιατροί δεν δέχονται με προθυμία την αυτονομία των ασθενών και οι ασθενείς συχνά επιθυμούν να αφήσουν τον γιατρό να αποφασίσει γι' αυτούς, η αυτονομία των ασθενών έχει επηρεάσει τη σχέση γιατρού – ασθενή συμβάλλοντας στην ενδυνάμωση του αδύνατου μέρους.

Η αυτονομία του ασθενή βελτιώνει τη σχέση γιατρού – ασθενή, καλλιεργεί το σεβασμό μεταξύ τους και συσφίγγει τη συνεργασία τους απέναντι στον κοινό εχθρό, την ασθένεια, ενώ αναβαθμίζει την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Η αρχή της ωφέλειας, σημαίνει ότι κάθε ιατρική παρέμβαση πρέπει να στοχεύει στην ωφέλεια του ασθενή.

Η αρχή της μη βλάβης σημαίνει ότι κατ' αρχήν ο γιατρός με τις παρεμβάσεις του δεν πρέπει να βλάπτει τον ασθενή και αν αυτό είναι απαραίτητο (π.χ. χειρουργική επέμβαση) τότε το αναμενόμενο αποτέλεσμα πρέπει να είναι επιωφελέστερο από την αναπόφευκτη βλάβη (π.χ. ίαση του ασθενή ή έστω διάσωση της ζωής του). Στην αρχή αυτή περιλαμβάνεται ακόμα ο σεβασμός στην τιμή και προσωπικότητα του ανθρώπου καθώς και η προστασία της ιδιωτικής ζωής του ασθενή και η τήρηση του ιατρικού απορρήτου.

Τέλος, η αρχή της δικαιοσύνης σημαίνει παροχή φροντίδας στον κάθε ασθενή, σύμφωνα με τις ανάγκες του και χωρίς άλλες διακρίσεις⁸⁶.

⁸⁶ Τ. Γκοράνη – Παπαδάτου, Διδακτικές Σημειώσεις για το μάθημα *Ιατρικό Δίκαιο και Ιατρική Ηθική και Δεοντολογία*, για τους σπουδαστές της Ε.Σ.Δ.Υ., Αθήνα, 1998-99, σσ 30-33

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

ΝΟΜΙΚΗ ΚΑΤΟΧΥΡΩΣΗ ΤΩΝ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΩΝ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΕ ΔΙΕΘΝΕΣ ΚΑΙ ΕΘΝΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

5.1 Κώδικες - Διακηρύξεις για τα δικαιώματα των ασθενών

Στη διεθνή έννομη τάξη υπάρχει σειρά κειμένων και μηχανισμών που παρέχουν κατοχύρωση αλλά και προστασία των δικαιωμάτων του ασθενή. Μέσα στην Ευρωπαϊκή Σύμβαση Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων και θεμελιωδών ελευθεριών ο ασθενής μπορεί κάτω από συγκεκριμένες συνθήκες και για ορισμένα δικαιώματα να προσφύγει στη Ευρωπαϊκή Επιτροπή, η υπόθεσή του να φθάσει στο Ευρωπαϊκό Δικαστήριο. Επίσης η θέση του ασθενή, σε μεγάλη έκταση, αποτελεί αντικείμενο πολλών διεθνών οργανισμών. Αυτό φαίνεται από τον αυξανόμενο αριθμό αποφάσεων, συστάσεων και οδηγιών που έχουν εκδοθεί σε διεθνές επίπεδο, από ιδιωτικούς και δημόσιους οργανισμούς⁸⁷.

Μερικά από τα σημαντικότερα κείμενα που έχουν συμβάλει στην κωδικοποίηση και νομική κατοχύρωση των Δικαιωμάτων των Ασθενών εκ μέρους των κυβερνήσεων είναι:

1. Το πρώτο επίσημο κείμενο για τα Δικαιώματα Ασθενών ήταν ο Κώδικας Δικαιωμάτων του Ασθενούς

⁸⁷ Κ. Μεράκου, *Δικαιώματα Ασθενών.....*, ό. π., σελ 25

(Patients Bill Of Rights) που ψηφίστηκε το 1973 από την Αμερικανική Ένωση (American Hospital Association) ο οποίος αναγνωρίζεται διεθνώς ως ακρογωνιαίος λίθος και πάνω σ' αυτό το κείμενο στηρίχτηκαν πολλές μεταγενέστερες κωδικοποιήσεις.

2. Σε Ευρωπαϊκό επίπεδο το πρώτο νομοθέτημα ήταν ο "Χάρτης δικαιωμάτων και υποχρεώσεων ασθενούς" που ψηφίστηκε στη Γαλλία το 1974⁸⁸.

3. Το 1976 ψηφίστηκε "Η Σύσταση για τα Δικαιώματα των Ασθενών και των Θρησκόντων" στην Κοινοβουλευτική Σύνοδο του συμβουλίου της Ευρώπης (Σύσταση 777/1976).

4. Ακολούθησε η Διακήρυξη για τον "Σεβασμό του Ανθρώπου κατά την Νοσοκομειακή Περίθαλψη" το 1979 από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή Ιδιωτικής Περίθαλψης.

5. Ενώ τον ίδιο χρόνο έχουμε το ψήφισμα για το χάρτη του Νοσηλευόμενου Ασθενή από τη Μόνιμη Νοσοκομειακή Επιτροπή της ΕΟΚ στο Λουξεμβούργο.

6. Επίσης το 1979 εκδίδεται από την Ομοσπονδιακή Δημοκρατία της Γερμανίας Νοσοκομειακός Κώδικας.

7. Το 1980 υιοθετείται από την Επιτροπή Υπουργών του Συμβουλίου της Ευρώπης η "Σύσταση για την ενεργή Συμμετοχή του ασθενή στη φροντίδα του" (Σύσταση Νο R (80) 4/1980)⁸⁹.

8. Τον επόμενο χρόνο 1981 έχουμε την "Διακήρυξη της Παγκόσμιας Ιατρικής Ένωσης για τα Δικαιώματα των Ασθενών" που υιοθετήθηκε στη 34^η Συνέλευση της Ένωσης

⁸⁸ Κ. Μεράκου, *Δικαιώματα Ασθενών.....*, ό. π., σελ 26

⁸⁹ Στο ίδιο, σελ 27

στη Λισσαβόνα το 1981 και συμπληρώθηκε στην 47^η Συνέλευση στο Μπαλί της Ινδονησίας το 1995.

9. Ψήφισμα του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου για τον Ευρωπαϊκό Χάρτη Δικαιωμάτων των Ασθενών (Υπεβλήθη τον Οκτώβριο του 1993).

10. Η Διακήρυξη για την προαγωγή των δικαιωμάτων των Ασθενών που ψηφίστηκε από την Ευρωπαϊκή Διάσκεψη για τα Δικαιώματα των ασθενών υπό την αιγίδα της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας της Ευρώπης στο Άμστερνταμ το Μάρτιο του 1994⁹⁰.

5.2 Η Διακήρυξη του Άμστερνταμ

Πριν προχωρήσουμε στην Ελληνική πραγματικότητα θα ασχοληθούμε με την Διακήρυξη του Άμστερνταμ που είναι η πιο ολοκληρωμένη εκδοχή κωδικοποίησης γιατί εκτός του ότι κάνει σαφή μνεία και στα κοινωνικά δικαιώματα των χρηστών υπηρεσιών υγείας επεκτείνει την εφαρμογή των δικαιωμάτων ατομικών και κοινωνικών στο σύνολο των παρεχόμενων υπηρεσιών ακόμα και στα προγράμματα προαγωγής της υγείας τονίζει την ουσία της πληροφόρησης και εκπαίδευσης των ασθενών όσο και των προμηθευτών υπηρεσιών υγείας στα θέματα των δικαιωμάτων των ασθενών και προτείνει τρόπους και στρατηγικές προαγωγής και διασφάλισης των δικαιωμάτων αυτών. Τα δικαιώματα αυτά διακρίνονται:

⁹⁰ Γ. Κουτουφάρης, *Η Προαγωγή...*, ό. π., σελ. 30

5.2.1 Ανθρώπινα Δικαιώματα και Αξίες στην φροντίδα υγείας

I.Κάθε ένας έχει το δικαίωμα του σεβασμού της προσωπικότητάς του και της ανθρώπινης αξίας του.

II.Κάθε ένας έχει το δικαίωμα της αυτονομίας (αυτοδιάθεσης).

III.Κάθε ένας έχει το δικαίωμα της φυσικής και πνευματικής ακεραιότητας του και της προσωπικής του ασφάλειας.

IV.Κάθε ένας έχει το δικαίωμα σεβασμού της ιδιωτικής του ζωής.

V.Κάθε ένας έχει το δικαίωμα της προστασίας των ηθικών και πολιτιστικών αξιών καθώς και των θρησκευτικών και ιδεολογικών πεποιθήσεων.

VI.Κάθε ένας έχει το δικαίωμα στην κατάλληλη για την περίπτωσή του προστασία της υγείας του, που συνίσταται στις αναγκαίες, εξετάσεις, στην πρόληψη και στη φροντίδα υγείας που θα δώσουν τη δυνατότητα να κατακτήσει το ανώτερο δυνατό επίπεδο υγείας⁹¹.

5.2.2 Πληροφόρηση

I. Πληροφόρηση για τις υπάρχουσες υπηρεσίες υγείας και πως να τις χρησιμοποιεί ο ενδιαφερόμενος με το καλύτερο τρόπο ώστε να επωφεληθεί από αυτές.

⁹¹ I. Λαμπροπούλου, *Προστασία των...*, ό. π., σελ 22

II. Οι ασθενείς έχουν το δικαίωμα να ενημερώνονται πλήρως για το επίπεδο της υγείας τους συμπεριλαμβανομένου των ιατρικών δεδομένων σχετικά με την κατάστασή τους, σχετικά με την προτεινόμενη αγωγή σε συνδυασμό με τους πιθανούς κινδύνους και οφέλη κάθε εναλλακτικής θεραπείας, τις συνέπειες της μη εφαρμογής θεραπείας και τέλος σχετικά με τη διάγνωση, πρόγνωση και την πρόοδο της θεραπείας.

III. Οι πληροφορίες αυτές είναι δυνατόν να μην δοθούν μόνο, εάν υπάρχει σοβαρή πιθανότητα να προκαλέσουν στον ενδιαφερόμενο σοβαρή βλάβη της υγείας του.

IV. Οι πληροφορίες πρέπει να δίνονται στον ασθενή με κατάλληλο τρόπο και σύμφωνα με την δυνατότητα αντίληψής του ελαχιστοποιώντας τη χρήση τεχνικής ορολογίας. Αν ο ασθενής δεν ομιλεί την γλώσσα του τόπου παροχής υπηρεσιών, πρέπει να ανεβρεθεί τρόπος επικοινωνίας.

V. Ο ασθενής μπορεί να αρνηθεί την ενημέρωσή του.

VI. Ο ασθενής μπορεί να ορίσει άλλο άτομο για να ενημερώνεται για τον ίδιο.

VII. Ο ασθενής πρέπει να έχει τη δυνατότητα λήψης και άλλης γνώμης.

VIII. Όταν ο ασθενής εισάγεται για νοσηλεία πρέπει να ενημερώνεται για την ταυτότητα και το βαθμό των θεραπόντων ιατρών και κάθε άλλου ατόμου, που εμπλέκεται στη νοσηλεία του καθώς και για κάθε κανονισμό και όρο που πρέπει να υποστεί κατά τη διανομή και νοσηλεία του.

IX. Οι ασθενείς πρέπει να μπορούν να ζητούν και να λαμβάνουν βεβαίωση της διάγνωσης, αγωγής και νοσηλείας

τους κατά την απομάκρυνση από την μονάδα υγείας που νοσηλεύθηκαν ⁹².

Χ. Εδώ πρέπει να τονισθεί ότι η ορθή και ακριβής πληροφόρηση είναι και υποχρέωση του ασθενή, που προσέρχεται για νοσηλεία, που οφείλει να πληροφορήσει τους γιατρούς για το ιατρικό ιστορικό του, την πιθανή λήψη φαρμάκων και όποια άλλη χρήσιμη πληροφορία του ζητηθεί ⁹³.

5.2.3 Συγκατάθεση (συναίνεση)

I. Η πληροφορία συναίνεση (informed conmed) είναι προαπαιτούμενο κάθε ιατρικής επέμβασης.

II. Ο ασθενής έχει το δικαίωμα να αρνηθεί ή να διακόψει κάθε ιατρική παρέμβαση. Οι επιπλοκές που θα δημιουργηθούν από την άρνηση ή διακοπή κάποιας παρέμβασης πρέπει να του εξηγηθούν προσεκτικά.

III. Όταν ο ασθενής είναι ανίκανος να εκφράσει την επιθυμία του και η πραγματοποίηση της παρέμβασης είναι επείγουσα, η συναίνεση του ασθενούς θεωρείται δεδομένη εκτός εάν υπάρχει προηγούμενη εκφρασμένη αντίθεσή του να συναινέσει σε μια τέτοια παρέμβαση.

IV. Όταν απαιτείται η συναίνεση του νομίμου αντιπροσώπου και η προτεινόμενη παρέμβαση είναι επείγουσα, η παρέμβαση

⁹² I. Λαμπροπούλου, *Προστασία των...*, ό. π., σελ 23

⁹³ Στο ίδιο, σελ 24

μπορεί να γίνει εάν δεν είναι δυνατόν να ληφθεί εγκαίρως η συναίνεση του αντιπροσώπου.

V.Όταν απαιτείται η συναίνεση του νομίμου αντιπροσώπου και οι ασθενείς (είτε είναι ανήλικοι, είτε ενήλικοι) πρέπει αναμφίβολα να συμβάλλουν στην διαδικασία λήψης αποφάσεως στην πληρέστερη έκταση, που επιτρέπει η ικανότητά τους.

VI.Αν ένας νόμιμος αντιπρόσωπος αρνείται να συναινέσει και ο ιατρός ή άλλος επαγγελματίας υγείας έχει την γνώμη ότι η παρέμβαση πρέπει να γίνει για το συμφέρον του ασθενή, τότε η λήψη της αποφάσεως πρέπει να παραπέμπεται σε δικαστική αρχή ή κάποιας μορφής διαιτησία⁹⁴.

VII.Σε όλες τις άλλες περιπτώσεις όπου ο ασθενής είναι ανίκανος να παράσχει πληροφορημένη συναίνεση και δεν υπάρχει νόμιμος αντιπρόσωπος ή αντιπρόσωπος ορισμένος από τον ασθενή γι' αυτό το σκοπό, πρέπει να ληφθούν τα κατάλληλα μέτρα ώστε κατά τη διαδικασία λήψης αποφάσεως να υποκατασταθεί η συναίνεση του νομίμου αντιπροσώπου ή του ίδιου του ασθενή, αφού ληφθεί υπόψιν το τι είναι γνωστό και με τη μεγαλύτερη πιθανότητα τι τεκμαίρεται σχετικά με τις επιθυμίες του ασθενή

VIII.Η συναίνεση του ασθενή είναι απαραίτητη για τη διατήρηση και χρήση όλων των ουσιών του ανθρωπίνου σώματος. Η συναίνεση μπορεί να τεκμαίρεται, όταν οι ουσίες προορίζονται με τη συνθήκη πρακτική για τη διάγνωση, αγωγή και θεραπευτική φροντίδα του ασθενή.

⁹⁴ Γ. Κουτουφάρης, *Η Προαγωγή και...*,ό. π., σελ 21

ΙΧ.Η πληροφορημένη συναίνεση του ασθενή είναι αναγκαία για τη συμμετοχή του σε κλινική εκπαίδευση.

Χ.Η πληροφορημένη συναίνεση του ασθενή είναι προαπαιτούμενο για τη συμμετοχή του σε επιστημονική έρευνα. Όλα τα πρωτόκολλα πρέπει να υπόκεινται στις διαδικασίες ηθικής τεκμηρίωσης. Τέτοια έρευνα δεν πρέπει να εκτελείται σε αυτούς που είναι ανίκανοι να εκφράσουν τη γνώμη τους, εκτός αν έχει ληφθεί η συναίνεση από τον νόμιμο αντιπρόσωπο και η έρευνα με μεγάλες πιθανότητες θα είναι για το συμφέρον του ασθενή.

ΧΙ.Σαν εξαίρεση στον κανόνα ότι η συμμετοχή του ασθενή στην έρευνα γίνεται για το συμφέρον του, ένα ανίκανο να συναινέσει άτομο μπορεί να περιληφθεί σε ερευνητικές παρατηρήσεις που δεν αποσκοπούν σε άμεση ωφέλεια για την υγεία του, όταν αποδεικνύεται ότι το συγκεκριμένο άτομο δεν προβάλλει αντιρρήσεις, ότι ο κίνδυνος και η επιβάρυνση της υγείας του είναι ελάχιστη, ότι η έρευνα είναι σημαντικής αξίας δεν είναι διαθέσιμες εναλλακτικές μέθοδοι ή άλλα υποκείμενα έρευνας⁹⁵.

5.2.4 Εμπιστευτικότητα και ιδιωτική ζωή

1.Όλες οι πληροφορίες σχετικά με το επίπεδο υγείας, την ιατρική κατάσταση, τη διάγνωση, την πρόγνωση και τη θεραπεία του ασθενή και κάθε άλλη πληροφορία προσωπικής

⁹⁵ Γ. Κουτουφάρης, *Η Προαγωγή και...*, ό. π., σελ 22

φύσεως πρέπει να κρατούνται εμπιστευτικές ακόμα και μετά το θάνατο του.

II. Εμπιστευτικές πληροφορίες μπορούν να αποκαλυφθούν μόνο εάν ο ασθενής δώσει γραπτή συναίνεση, ή εάν το προβλέπει ρητά η νομοθεσία. Η συναίνεση μπορεί να συνάγεται όπου η αποκάλυψη πρόκειται να γίνει σε άλλους προμηθευτές υπηρεσιών υγείας που εμπλέκονται στην θεραπευτική αντιμετώπιση του ασθενή.

III. Όλα τα δεδομένα της ταυτότητας και ατομικότητας του ασθενή πρέπει να προστατεύονται. Η προστασία των δεδομένων αυτών πρέπει να γίνεται με κατάλληλο τρόπο φύλαξης. Ανθρώπινες ουσίες από τις οποίες μπορούν να εξαχθούν δεδομένα της ταυτότητας του ασθενή πρέπει να προστατεύονται αναλόγως.

IV. Οι ασθενείς έχουν το δικαίωμα πρόσβασης στους ιατρικούς φακέλους και τεχνικές εγγραφές και σε κάθε φάκελο ή εγγραφή που αφορούν τη διάγνωση, μεταχείριση και φροντίδα τους και να λαμβάνουν αντίγραφο των συνολικών στοιχείων των φακέλων και εγγραφών τους ή μέρος αυτών. Αυτή η πρόσβαση αποκλείει δεδομένα που αφορούν άλλους εμπλεκόμενους.

V. Οι ασθενείς έχουν δικαίωμα να απαιτήσουν τη διόρθωση συμπλήρωση, διαγραφή, αποσαφήνιση και ενημέρωση των ατομικών και ιατρικών δεδομένων σχετικών με αυτούς, τα οποία είναι ανακριβή, ατελή, διφορούμενα ή πλημμελώς ενημερωμένα ή τα οποία δεν είναι συναφή με τους σκοπούς της διάγνωσης μεταχείρισης και φροντίδας⁹⁶.

⁹⁶ Γ. Κουτουφάρης, *Η Προαγωγή και...*, ό. π., σελ 26

VI. Δεν πρέπει να υπάρχει καμία διατάραξη στην ατομική και οικογενειακή ζωή του ασθενή που υπάρχει και η συναίνεση του ασθενή σ' αυτό.

VII. Ιατρικές παρεμβάσεις μπορούν να διεξάγονται μόνο εάν επιδεικνύεται ο αναγκαίος σεβασμός της ιδιωτικότητας του ατόμου. Αυτό σημαίνει ότι η επιχειρούμενη παρέμβαση μπορεί να διεξάγεται μόνο με την παρουσία εκείνων των προσώπων που είναι απαραίτητα γι' αυτήν εκτός εάν ο ασθενής συναινεί ή παρακαλεί για διαφορετική αντιμετώπιση

VIII. Οι ασθενείς που εισέρχονται σε κάποιο νοσηλευτικό ίδρυμα έχουν το δικαίωμα να αναμένουν φυσικές ευκολίες, που διασφαλίζουν την ατομικότητα ειδικότερα, όταν οι επαγγελματίες υγείας προσφέρουν σ' αυτούς προσωπική φροντίδα ή διενεργούν εξετάσεις και θεραπεία.

5.2.5 Φροντίδα και Θεραπεία

I. Κάθε ένας έχει το δικαίωμα να δέχεται τη φροντίδα υγείας που είναι η κατάλληλη για τις υγειονομικές του ανάγκες, συμπεριλαμβανομένων της προληπτικής φροντίδας και δραστηριοτήτων αναφερομένων στην προαγωγή υγείας. Οι υπηρεσίες πρέπει να είναι διαρκώς πρόσφορες και να υπάρχει δυνατότητα πρόσβασης σε όλους ισότιμα, χωρίς διάκριση και σύμφωνα με τους οικονομικούς, ανθρώπινους και υλικούς πόρους, που μπορούν να διατίθενται σε μια δεδομένη κοινωνία.

II.Οι ασθενείς έχουν συλλογικό δικαίωμα κάποιου τύπου εκπροσώπησης σε κάθε επίπεδο του Συστήματος Υγείας σε θέματα που σχετίζονται με τον προγραμματισμό και την αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών συμπεριλαμβανομένων της εκτάσεως, ποιότητας και λειτουργικότητας της παρεχόμενης φροντίδας⁹⁷

III.Οι ασθενείς έχουν δικαίωμα στην ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας που οριοθετείται τόσο από τα υψηλά τεχνικά πρότυπα όσο και από τις ανθρώπινες σχέσεις μεταξύ του ασθενή και των επαγγελματιών υγείας.

IV.Οι ασθενείς έχουν δικαίωμα να επιλέγουν και αλλάζουν τους θεράποντες ιατρούς τους ή άλλους επαγγελματίες υγείας ή μονάδες υγείας υπό την προϋπόθεση ότι κάτι τέτοιο είναι συμβατό με τη λειτουργικότητα του Συστήματος Υγείας.

V.Στις περιπτώσεις που πρέπει να γίνει επιλογή από τους επαγγελματίες υγείας μεταξύ δυνητικών ασθενών για κάποια θεραπεία που έχει περιορισμένη προσφορά όλοι οι ενδιαφερόμενοι ασθενείς δικαιούνται μια δίκαιη διαδικασία επιλογής γι' αυτή τη θεραπεία. Αυτή η επιλογή πρέπει να βασίζεται σε ιατρικά κριτήρια και να γίνεται χωρίς διακρίσεις.

VI.Οι ασθενείς έχουν δικαίωμα να επιλέγουν και αλλάζουν τους θεράποντες ιατρούς τους ή άλλους επαγγελματίες υγείας ή μονάδες υγείας υπό την προϋπόθεση ότι κάτι τέτοιο είναι συμβατό με τη λειτουργικότητα του Συστήματος Υγείας.

VII.Οι ασθενείς για τους οποίους δεν υπάρχουν ιατρικά ερείσματα για συνέχιση της παραμονής τους σε νοσηλευτικές μονάδες, δικαιούνται πλήρεις εξηγήσεις προτού μεταφερθούν σε άλλο ίδρυμα ή σταλούν στο σπίτι. Η μεταφορά μπορεί να

⁹⁷ Γ. Κουτουφάρης, *Η Προαγωγή και...*, ό. π., σελ. 27

γίνει μόνο εάν κάποια άλλη μονάδα παροχής υπηρεσιών έχει συμφωνήσει να δεχθεί τον ασθενή. Σε περίπτωση που ο ασθενής μεταφέρεται στο σπίτι του και η ειδικότερη κατάστασή του απαιτεί επικοινωνία με το νοσοκομείο και κατ' οίκον νοσηλεία του, πρέπει αυτές να είναι πρόσφορες.

VIII. Οι ασθενείς έχουν το δικαίωμα να τους συμπεριφέρονται οι εμπλεκόμενοι στη θεραπεία τους με αξιοπρέπεια σε συνδυασμό με την διάγνωση, θεραπεία και φροντίδα τους, που πρέπει να τους προσφέρονται με σεβασμό στα ήθη και τις αξίες τους⁹⁸.

IX. Οι ασθενείς έχουν το δικαίωμα να απολαμβάνουν υποστήριξη από την οικογένεια, τους συγγενείς και φίλους κατά τη διεξαγωγή της φροντίδας και θεραπείας τους και να δέχονται κατά τη διεξαγωγή της φροντίδας και θεραπείας τους ηθική υποστήριξη και καθοδήγηση κάθε στιγμή.

X. Οι ασθενείς έχουν το δικαίωμα να ανακουφίζονται όταν υποφέρουν σύμφωνα με τα τρέχοντα δεδομένα της γνώσης στον τομέα αυτόν.

XI. Οι ασθενείς έχουν το δικαίωμα σε ανθρώπινη τελική φροντίδα και να πεθαίνουν με αξιοπρέπεια⁹⁹.

5.3 Η Ελληνική Πραγματικότητα

Η Ελλάδα μια δημοκρατική ευνοούμενη χώρα δεν θα μπορούσε παρά να συμπεριλάβει στην Ελληνική νομοθεσία τα

⁹⁸ Γ. Κουτουφάρης, *Η Προαγωγή κα...*, ό. π., σελ 28

⁹⁹ Στο ίδιο, σελ 29

δικαιώματα των ασθενών. Άμεση διατύπωση των δικαιωμάτων αυτών έγινε το 1992.

Προ του 1992 προστατεύονταν έμμεσα από τις διατάξεις του Συνταγματικού Δικαίου, του Αστικού, Ποινικού, Διοικητικού και των Πειθαρχικών Κανονισμών που αναφέρονται κυρίως στις υποχρεώσεις των γιατρών απέναντι στους ασθενείς. Επίσης ειδικές νομοθετικές ρυθμίσεις παρέχουν προστασία σε θέματα όπως μεταμόσχευση οργάνων, τεχνητή γονιμοποίηση, προστασία μητρότητας, παιδικής ηλικίας κ.λ.π. Ακόμα το έθιμο και η ηθική οδήγησαν στην δημιουργία επαγγελματικών κωδικών ενώ ακόμα παλιότερα στην Ιπποκρατική φιλοσοφία εμφανίζονται στοιχεία δικαιωμάτων των ασθενών περισσότερο ως υποχρεώσεις των γιατρών απέναντι στους ασθενείς¹⁰⁰.

Η προστασία των δικαιωμάτων των ασθενών είναι ανθρώπινο δικαίωμα και εκπορεύεται πρώτιστα από το Σύνταγμα. Σχετικά άρθρα αναφέρονται στα συνταγματικά κατοχυρωμένα δικαιώματα του πολίτη:

1. στην προσωπικότητα και στην αξία του ανθρώπου (άρθρο 2 παρ. 1 Συντάγματος)
2. στην ελεύθερη ανάπτυξη της προσωπικότητας (άρθρο 5 παρ. 1 Συντάγματος)
3. στην προστασία της ζωής, της τιμής και της ελευθερίας χωρίς διακρίσεις εθνικότητας, φυλής, γλώσσας και θρησκευτικών και πολιτικών πεποιθήσεων (άρθρο 5 παρ. 2 Συντάγματος)
4. στο απαραβίαστο της προσωπικής ελευθερίας (άρθρο 5 παρ. 3 Συντάγματος)

¹⁰⁰ Κ. Μεράκου, *Δικαιώματα Ασθενών...*, ό. π., σελ 40

5. στην απαγόρευση και τιμωρία βασανιστηρίων, σωματικών κακώσεων, βλάβης της υγείας ή άσκησης ψυχολογικής βίας καθώς και άλλης προσβολής της ανθρώπινης αξιοπρέπειας (άρθρο 7 παρ. 2 Συντάγματος).

Συνεπικουρούνται δε και από άλλα Συνταγματικά δικαιώματα όπως :

1. το δικαίωμα του αναφέρεσθε (άρθρο 10 Συντάγματος)

2. το δικαίωμα της ελευθερίας της θρησκευτικής συνείδησης (άρθρο 13 Συντάγματος)

3. το δικαίωμα της ελευθερίας του τύπου (άρθρο 14 Συντάγματος)

4. το δικαίωμα ελευθερίας της τέχνης, της επιστήμης, έρευνας και διδασκαλίας και παιδείας (άρθρο 16, παρ. 1, 2, Συντάγματος)

5. το δικαίωμα για προστασία του απορρήτου (άρθρο 19 Συντάγματος)

6. το δικαίωμα έννομης προστασίας (άρθρο 20 παρ. 1 Συντάγματος)¹⁰¹

Πέρα από το Σύνταγμα προστασία στα δικαιώματα των ασθενών παρέχεται μέσα από τον Αστικό Κώδικα, Ποινικό Κώδικα, Κώδικα Πολιτικής Δικονομίας και Κώδικα Ποινικής Δικονομίας. Επίσης ο Κώδικας Άσκησης του Ιατρικού Επαγγέλματος (1565/1939 άρθρα 13-26) και του Κανονισμού Ιατρικής Δεοντολογίας (25-5/6-7-1955, Κεφ Β', άρθρα 7-15), θέτουν ηθικά δεοντολογικά πλαίσια στα καθήκοντα άσκησης των γιατρών. Επίσης με το Ν.Δ. 53/19-9-74 Η Ευρωπαϊκή Σύμβαση για τα δικαιώματα του ανθρώπου του 1950 ισχύει

¹⁰¹ Γ. Κουτουφάρης, *Η Προαγωγή και...*, ό. π., σελ 31

και στην Ελλάδα ως Εθνικό Δίκαιο από το 1974 και παρέχει προστασία:

1. στο δικαίωμα της ζωής, της υγείας και της σωματικής ακεραιότητας (άρθρο 2 παρ. 1, εδ. 1,3)
2. της προσωπικής ελευθερίας, αξίας και προσωπικότητας (άρθρα 3 και 5)
3. στην προστασία της ιδιωτικής σφαίρας (άρθρο 8)

5.3.1 Ν. 2071/92

Άμεση νομοθετική διατύπωση των δικαιωμάτων των ασθενών στην Ελλάδα έγινε το 1992 με το άρθρο 47 του Ν. 2071/92 για τον εκσυγχρονισμό και την οργάνωση του Συστήματος Υγείας. Η Ελλάδα θεωρείται ότι είναι η πρώτη χώρα στην Ευρώπη που ψήφισε νόμο για τα δικαιώματα του ασθενή και ακολουθεί η Φιλανδία ένα μήνα αργότερα.

Η πρόοδος της βιοιατρικής τεχνολογίας, η αφύπνιση για τα ανθρώπινα δικαιώματα, οι πρόσφατες μεταβολές στο σύστημα υγείας (Ε.Σ.Υ.), η εξάρτηση του ασθενή από το σύστημα και η ανάγκη προστασίας του, η ανάπτυξη της βιοηθικής κ. α. οδήγησαν τη χώρα μας να θεσμοθετήσει νομικά τα δικαιώματα των ασθενών (πράγμα βέβαια που συνέβη αντίστοιχα και σε άλλα δημοκρατικά κράτη). Βέβαια δεν πρέπει να αγνοήσουμε το μορφωτικό επίπεδο των ασθενών που τείνει να γίνεται όλο και ψηλότερο με

αποτέλεσμα να έχουν καλύτερη ¹⁰² ενημέρωση για τα δικαιώματά τους και μεγαλύτερες απαιτήσεις όσον αφορά τον τρόπο που τους παρέχεται η φροντίδα υγείας. Ακόμα άρθρα και δημοσιεύσεις, επιστημονικά περιοδικά του χώρου υγείας, συνέδρια, ημερίδες, επιστημονικές εταιρίες, ο ρόλος των πανεπιστημίων και των άλλων ερευνητικών και εκπαιδευτικών ιδρυμάτων υγείας, των μέσων μαζικής ενημέρωσης, των συλλόγων ασθενών, ατόμων με ειδικές ανάγκες, διεθνείς δραστηριότητες κ.λ.π. προκάλεσαν την αύξηση του ενδιαφέροντος των εμπλεκόμενων μερών (πολιτών, πολιτικών, ασθενών, ιατρών) με αποτέλεσμα βέβαια την νομική θεσμοθέτηση των δικαιωμάτων του ασθενούς με το άρθρο 47 του Ν. 2071/92.

Με το άρθρο αυτό κατοχυρώνονται τα δικαιώματα του νοσοκομειακού ασθενούς. Ως προς το περιεχόμενό τους βασίζονται στον Ευρωπαϊκό Χάρτη για τα δικαιώματα των ασθενών, που κωδικοποιήθηκε και ψηφίστηκε από την Νοσοκομειακή Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων το 1979 στην οποία η Ελλάδα συμμετείχε ως παρατηρητής χωρίς δικαίωμα ψήφου μέχρι το 1979 και από το 1980 και ύστερα ως ισότιμο μέλος¹⁰³. Ο εν λόγω χάρτης περιλαμβάνει τα ακόλουθα δικαιώματα:

1. Το δικαίωμα στη διατιθέμενη θεραπεία και στην ενδεδειγμένη για την ασθένεια περίθαλψη.
2. Το δικαίωμα για έγκαιρη θεραπεία.
3. Το δικαίωμα ικανοποιητικής κοινωνικής κάλυψης.

¹⁰² Γ. Λαμπροπούλου, *Προστασία των...*, ό. π., σελ 31

¹⁰³ Στο ίδιο, ό. π., σελ 32

4. Το δικαίωμα της ελεύθερης επιλογής του θεράποντος ιατρού και του νοσηλευτικού ιδρύματος.
5. Το δικαίωμα πρόσβασης σε νοσηλευτικές υπηρεσίες μέσα σε λογικά όρια αποστάσεων.
6. Το δικαίωμα της πληροφόρησης όσον αφορά τη διάγνωση, τη θεραπεία και την πρόγνωση, καθώς και το δικαίωμα πρόσβασης του ασθενούς στον ιατρικό του φάκελο, καθώς και το δικαίωμα του να παρέχει τη συναίνεση του για την προτεινόμενη θεραπεία ή να την αρνείται.
7. Το δικαίωμα του ιατρικού απορρήτου, που δεν μπορεί να καμφθεί παρά μόνο για σοβαρούς λόγους, περιοριστικά καθορισμένους, χάριν του σεβασμού της ακεραιότητας του ατόμου.
8. Το δικαίωμα του ασθενούς να άρει ολικώς ή μερικώς το ιατρικό απόρρητο όσον αφορά το ιατρικό ιστορικό του
9. Το δικαίωμα της καταθέσεως αγωγής σε δικαστήριο επί "παραβιάσει των συμφερόντων του ασθενούς".
10. Το δικαίωμα για άσκηση εφέσεως ενώπιον δικαστηρίου.
11. Τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις των ασκούντων το ιατρικό επάγγελμα.
12. Το δικαίωμα του ασθενούς να εκπροσωπείται από αυτόνομους συνδέσμους και οργανισμούς.
13. Τη νομική θέση του ασθενούς στα νοσηλευτικά ιδρύματα.
14. Το δικαίωμα σεβασμού της ιδιωτικής ζωής, θρησκευτικών και φιλοσοφικών πεποιθήσεων.
15. Το δικαίωμα του αξιοπρεπούς θανάτου.¹⁰⁴

¹⁰⁴ Γ. Ρηγάτο, *Κώδικες Ιατρικής Ηθικής*, Έκδοση «ΕΨΙΛΟΝ», Αθήνα, 1991,σελ 23

Η συνοπτική αυτή αναφορά είναι αναγκαία γιατί ο χάρτης των Δικαιωμάτων του Ασθενούς είναι ο θεμέλιος λίθος του άρθρου 47 του Ν. 2071/92. Έτσι με την νομοθετική αυτή ρύθμιση η Ελλάδα αφενός συντάσσεται με τα άλλα Ευρωπαϊκά κράτη και αφετέρου επιβεβαιώνει τη συνέπειά της στην αρχή της ανθρώπινης αξιοπρέπειας και των αρχών της ισοτιμίας και της ελευθερίας του ατόμου ως ενεργού μέλους της κοινωνίας.

Το άρθρο 47 του Ν. 2071/92 αναφέρεται μόνο στους νοσοκομειακούς ασθενείς ενώ για όλες τις υπόλοιπες κατηγορίες χρηστών υπηρεσιών υγείας δεν υπάρχει καμία ειδική νομοθετική κάλυψη. Έτσι οι οκτώ παράγραφοι καθορίζουν:

1. Ο ασθενής έχει το δικαίωμα πρόσβασης του σε πλέον κατάλληλες για τη φύση της ασθένειας του υπηρεσίες του νοσοκομείου.

2. Ο ασθενής έχει το δικαίωμα να του παρασχεθεί φροντίδα με τον οφειλόμενο σεβασμό στην ανθρώπινη αξιοπρέπεια του και εξειδικεύει τον όρο φροντίδα στην εν γένει άσκηση της ιατρικής, νοσηλευτικής και παραϊατρικής αντιμετώπισης αλλά και στην κατάλληλη διαμονή, κατάλληλη μεταχείριση και την αποτελεσματική διοικητική και τεχνική εξυπηρέτηση¹⁰⁵.

3. Ο ασθενής έχει το δικαίωμα να συγκατατεθεί ή να αρνηθεί κάθε διαγνωστική ή θεραπευτική πράξη που πρόκειται να διενεργηθεί σ' αυτόν. Στην περίπτωση που ο ασθενής έχει πλήρη ή μερική διανοητική ανικανότητα, η άσκηση αυτού του

¹⁰⁵ Ε. Αναπλιώτη-Βαζαίου, *Γενικές Αρχές Ιατρικού Δικαίου*, Εκδ. Αφοί Σάκκουλα, Αθήνα, 1993, σελ. 46

δικαιώματος γίνεται από το πρόσωπο που κατά νόμο ενεργεί για λογαριασμό του.

4. Ο ασθενής δικαιούται να πληροφορηθεί ότι αφορά την κατάστασή του. Το συμφέρον του ασθενούς είναι καθοριστικό και εξαρτάται από την πληρότητα και ακρίβεια των πληροφοριών που του δίδονται. Με την πληροφόρηση ο ασθενής πρέπει να μπορεί να σχηματίσει πλήρη εικόνα των ιατρικών, κοινωνικών και οικονομικών παραμέτρων της καταστάσεώς του και να αποφασίζει ο ίδιος ή να μετέχει στη λήψη αποφάσεων που είναι δυνατόν να προδικάσουν τη μετέπειτα ζωή του.

5. Δικαιούται να πληροφορηθεί πλήρως, και εκ των προτέρων, ο ασθενής ή ο εκπρόσωπός του σε περίπτωση εφαρμογής της παραγράφου 3 για τους κινδύνους που μπορεί να παρουσιαστούν ή να προκύψουν εξ αφορμής εφαρμογής σε αυτόν ασυνήθιστων ή πειραματικών διαγνωστικών και θεραπευτικών πράξεων εφαρμόζονται οι πράξεις αυτές στον ασθενή μόνο ύστερα από συγκεκριμένη συγκατάθεση του ίδιου. Η συγκατάθεση μπορεί να ανακληθεί οποτεδήποτε. Ο ασθενής μπορεί να αισθάνεται τελείως ελεύθερος στην απόφασή του, να δεχθεί ή να απορρίψει, κάθε συνεργασία του με σκοπό την έρευνα ή την εκπαίδευση. Η συγκατάθεσή του για τυχόν συμμετοχή του, είναι δικαίωμά του και μπορεί να ανακληθεί ανά πάσα στιγμή¹⁰⁶.

6. Ο ασθενής έχει το δικαίωμα προστασίας της ιδιωτικής ζωής του ασθενούς, στο μέτρο και στις πραγματικές συνθήκες που αυτό είναι δυνατόν. Ο απόρρητος χαρακτήρας των πληροφοριών και του περιεχομένου των εγγράφων που τον

¹⁰⁶ Ε. Αναπλιώτη-Βαζαίου, *Γενικές...*, ό. π., σελ 47

αφορούν, του φακέλου των ιατρικών σημειώσεων και ευρημάτων πρέπει να είναι εγγυημένος.

7. Ο ασθενής έχει το δικαίωμα του σεβασμού και της αναγνώρισης θρησκευτικών και ιδεολογικών πεποιθήσεων του.

8. Ο ασθενής δικαιούται να παρουσιάσει ή να καταθέσει αρμοδίως διαμαρτυρίες και ενστάσεις και να λάβει απάντηση επ' αυτών των ενεργειών και αποτελεσμάτων¹⁰⁷.

Τα δικαιώματα του Νοσοκομειακού Ασθενούς όπως περιλαμβάνονται στο άρθρο 47 προκύπτουν ευθέως και από το Σύνταγμα όπως έχει προαναφερθεί αλλά η κωδικοποίησή τους δημιουργεί ένα νέο σημείο αναφοράς στις σχέσεις ασθενούντων πολιτών και ιατρών.

Εξετάζοντας μια – μια ξεχωριστά τις παραγράφους του άρθρου 47 διαπιστώνουμε κατ' αρχήν:

1. Με την πρώτη παράγραφο το άρθρο αναφέρεται μόνο στους νοσοκομειακούς ασθενείς χωρίς καμία άλλη αναφορά στο υπόλοιπο φάσμα των υπηρεσιών παροχής φροντίδας υγείας και ιδιαίτερα στους φορείς που ελέγχονται από την ιδιωτική πρωτοβουλία όπου η ανάγκη θέσπισης κανόνων είναι επιτακτικότερη.

2. Ενώ εξειδικεύει τον όρο φροντίδα δεν υπάρχει μνεία, για συνέχεια και ποιότητα στη φροντίδα για εναλλακτικές μορφές φροντίδας όπως κατ' οίκον νοσηλεία, για υποστήριξη της οικογένειας του ασθενούς και τέλος για την ανθρώπινη τελική φροντίδα που είναι ο αξιοπρεπής θάνατος.

¹⁰⁷Ε. Αναπλιώτη - Βαζαίου, *Γενικές Αρχές.....*, ό.π., σελ 48

3. Ενώ προβλέπει ότι ο ασθενής έχει δικαίωμα να διαμαρτυρηθεί, να υποβάλλει ενστάσεις, αναφορές και να πάρει απάντηση επ' αυτών δεν αναφέρει πουθενά την ύπαρξη εσωτερικών και εξωτερικών μηχανισμών που θα συμβάλλουν στην αντικειμενική διευθέτηση των διαφορών.

4. Το άρθρο 47 ενώ βασίζεται στον Ευρωπαϊκό Χάρτη για τα δικαιώματα των ασθενών δεν υπάρχει πουθενά αναφορά για το δικαίωμα "καταθέσεως αγωγής σε δικαστήριο επί παραβίασει των συμφερόντων του ασθενούς", ούτε για το δικαίωμα "άσκησης έφεσης ενώπιον του δικαστηρίου" ούτε βεβαίως για το δικαίωμα "εκπροσώπησης του ασθενούς από συνδέσμους και οργανισμούς" δικαίωμα που θα βοηθούσε στην ενημέρωση των ασθενών σχετικά με τα δικαιώματά τους με σκοπό να καταστούν ικανοί να τα διεκδικούν ενώπιον των δικαστηρίων¹⁰⁸.

5. Οι διατάξεις που αναφέρονται στο δικαίωμα της ενημέρωσης του ασθενούς, της συναίνεσής του και της προστασίας του απορρήτου είναι ελλιπείς και δεν αντιμετωπίζουν τυχόν δυνητική περιπτωσιολογία, ούτε εξειδικεύουν τομείς με αποτελέσματα να αφήνουν στην ουσία νομικά κενά.

Παρά τις ατέλειες του με το άρθρο 47 του Ν. 2071/92 ανοίγονται νέοι ορίζοντες στην προστασία του ατομικού δικαιώματος στην υγεία. Η Ελλάδα είναι η πρώτη χώρα στην Ευρώπη που κατοχύρωσε νομοθετικά τα δικαιώματα των ασθενών, δικαιώματα που κανένα συλλογικό όργανο ή φυσικό πρόσωπο μπορεί να παραβλέψει, ή αγνοήσει και πολύ περισσότερο να καταστρατηγήσει, όταν ο άνθρωπος κύριος

¹⁰⁸ Κ. Μεράκου, *Δικαιώματα Ασθενών...*, ό. π., σελ. 35

των δικαιωμάτων αυτών, του εμπιστεύεται το αγαθό της υγείας του και την ευθύνη αποκατάστασής του και επαναφοράς του στην ενεργό και ισότιμη κοινωνική ζωή¹⁰⁹.

5.3.2 Ν. 2519/97

Το 1997 ψηφίστηκε ο νέος νόμος Ν.2519/97 Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ.) ο οποίος προσπαθεί μια ουσιαστική και στην πράξη σύνδεση του Ε.Σ.Υ. με την κοινωνία και τον πολίτη, για αυτό και περιέχει σημαντικές διατάξεις για τα δικαιώματα των ασθενών.

Ο Ν. 2519/97 ήρθε να καλύψει δύο βασικά κενά του Ν. 2071/92, έτσι προβλέπονται οι μηχανισμοί προστασίας των Δικαιωμάτων των Ασθενών όπως αυτά τίθενται στο άρθρο 47 του Ν. 2071/92, ενώ η εφαρμογή των δικαιωμάτων αυτών επεκτείνεται και στους χρήστες υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Έτσι σύμφωνα με το άρθρο 1 του Ν. 2519/97 προβλέπεται:

1) Οι διατάξεις του άρθρου 47 του Ν. 2071/92 επεκτείνονται και εφαρμόζονται αναλόγως και στο σύνολο των πολιτών που προσφεύγουν στις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (Κέντρα υγείας, Ι.Κ.Α. κλπ).

2) Για την προστασία των δικαιωμάτων των νοσοκομειακών ασθενών, που προβλέπονται στο άρθρο 47 του Ν. 2071/92 αλλά και των βασικών δικαιωμάτων του συνόλου των πολιτών που απορρέουν από τις διατάξεις του

¹⁰⁹ Ι. Λαμπροπούλου, *Προστασία των...*, ό. π., σελ 37

άρθρου 1 του Ν. 1397/83 (Ιδρυτικός νόμος του Ε.Σ.Υ.) συνιστώνται σε επίπεδο Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας οι ακόλουθες υπηρεσίες ως κεντρικά όργανα προαγωγής και προστασίας των δικαιωμάτων των ασθενών:

I. Αυτοτελής Υπηρεσία Προστασίας Δικαιωμάτων Ασθενών, ως τμήμα, υπαγόμενη απευθείας στο Γενικό Γραμματέα του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας προκειμένου να είναι ευέλικτη, ταχεία και αποτελεσματική η λειτουργία της.

Έργο της Επιτροπής είναι να ασκεί παρακολούθηση και έλεγχο σε ότι αφορά την προστασία των δικαιωμάτων των ασθενών, η εξέταση παραπόνων και καταγγελιών που αφορούν την παροχή υπηρεσιών προς τους ασθενείς και η εισήγηση προς το Γενικό Γραμματέα Υγείας και Πρόνοιας, σχετικά με τα θέματα αυτά. Ο Γενικός Γραμματέας του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας αποφασίζει για τις κατά νόμον ενέργειες ή και μπορεί προηγουμένως να παραπέμπει τις καταγγελίες για εξέταση στην Επιτροπή Ελέγχου προστασίας των δικαιωμάτων των ασθενών. Προϋπόθεση για την προώθηση των καταγγελιών αποτελεί η ύπαρξη ενυπόγραφης καταγγελίας με στοιχεία από τα οποία προκύπτει η ταυτότητα του παραπονούμενου¹¹⁰.

II. Επιτροπή Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ασθενών. Η Επιτροπή αυτή λειτουργεί αυτοτελώς και παράλληλα προς την προηγούμενη υπηρεσία, παρακολουθεί και ελέγχει την τήρηση των κανόνων προστασίας και σεβασμού των δικαιωμάτων των ασθενών. Η Επιτροπή αποτελείται από δεκατέσσερα μέλη εκπροσώπους των χρηστών υπηρεσιών υγείας (εργαζομένων ιδιωτικού και

¹¹⁰ I. Λαμπροπούλου, *Προστασία των, ό.π., σελ 38*

δημόσιου τομέα, επαγγελματιών, αγροτών κ.λ.π.) λειτουργούς της υγείας (γιατρών και άλλων εργαζομένων της υγείας) καθώς και από άτομα με ειδικό και κοινωνικό κύρος ως και νομική συγκρότηση και ικανότητα στην αντικειμενική εφαρμογή των κανόνων δικαίου (μέλους του Νομικού Συμβουλίου του κράτους).

Η επιτροπή ή εξουσιοδοτημένα μέλη της δύναται να επισκέπτονται νοσοκομεία για την εξακρίβωση καταγγελίας που υποβάλλεται απ' ευθείας σ' αυτή ή που παραπέμπεται από το Γενικό Γραμματέα υγείας ή και αυτοβούλως για την παρακολούθηση της τήρησης των κανόνων για την προστασία των δικαιωμάτων των ασθενών

Η Επιτροπή εφόσον αποφανθεί (αποφασίζει με πλειοψηφία) για την μερική ή ολική βασιμότητα καταγγελιών ή παραπόνων, υποβάλλει το πόρισμά της στο Γενικό Γραμματέα, ο οποίος αποφασίζει για τις παραπέρα κατά νόμον ενέργειες και σε περίπτωση που υπάρχουν ενδείξεις ποινικού αδικήματος διαβιβάζεται το πόρισμα στην αρμόδια εισαγγελική αρχή. Αν η επιτροπή αποφαινεται ότι η καταγγελία είναι ιδιαίτερα σοβαρή και ότι υπάρχουν ενδείξεις ποινικού αδικήματος, μπορεί να διαβιβάζεται το πόρισμα της παράλληλα και απευθείας στην αρμόδια εισαγγελική αρχή. Μεταξύ των δύο κεντρικών οργάνων υπάρχει άμεση συνεργασία και αλληλοενημέρωση.

Σε επίπεδο νοσοκομείου λειτουργούν οι ακόλουθες υπηρεσίες σύμφωνα με το άρθρο 1 παράγραφος 4 του Ν. 2519/97 ¹¹¹:

¹¹¹ Ι. Λαμπροπούλου, *Προστασία των.....*, ό. π., σελ 39

1. Σε κάθε νοσοκομείο λειτουργεί Γραφείο Επικοινωνίας με τον Πολίτη υπό την άμεση εποπτεία και ευθύνη του Προέδρου του Διοικητικού Συμβουλίου. Το γραφείο λειτουργεί εκτός από τις εργάσιμες ημέρες και ώρες και κατά τις ώρες του επισκεπτηρίου. Στις εφημερίες ως Γραφείο Επικοινωνίας λειτουργεί η Γραμματεία Επειγόντων Περιστατικών. Τα Γραφεία Επικοινωνίας:

I. Φροντίζουν για την ενημέρωση των πολιτών σχετικά με τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις τους εντός του Νοσοκομείου, επιμελούνται την έκδοση σχετικών φυλλαδίων και παρακολουθούν σε συνεργασία με την Επιτροπή την τήρηση της σχετικής νομοθεσίας και όλων των συναφών διατάξεων και εγκυκλίων, που αφορούν την καλύτερη εξυπηρέτηση του πολίτη π.χ. σήμανση, τρόπος κλεισίματος ραντεβού κ.λ.π.

II. Επιλαμβάνεται παραπόνων που τους αναφέρονται και συνεργάζονται με τις υπηρεσίες για τη διευθέτησή τους ή ενημερώνουν την Επιτροπή αν το θέμα είναι σημαντικό και δεν μπορούν να το αντιμετωπίσουν.

III. Φροντίζουν για την προβολή του έργου του Νοσοκομείου.

IV. Τηρούν πρωτόκολλο αλληλογραφίας, βιβλίο συμβάντων και αρχείο.

V. Υποβάλλουν ετήσια έκθεση (απολογισμό) λειτουργίας τους με παρατηρήσεις και προτάσεις στον Πρόεδρο του Διοικητικού Συμβουλίου και στην Υπηρεσία Προστασίας Δικαιωμάτων Ασθενών.

VI. Συνεργάζονται με τα μέλη των Επιτροπών και υποβοηθούν το έργο τους, όπως π.χ. τους ενημερώνουν για

τα προβλήματα που επισημαίνουν, παραλαμβάνουν και τους επιδίδουν την αλληλογραφία τους (καταγγελίες, κοινοποιήσεις κ.λ.π.).

VII. Τα Γραφεία Επικοινωνίας είναι απαραίτητο να βρίσκονται σε σημείο εύκολα προσιτό και είναι αυτονόητο ότι πρέπει να στελεχώνονται από υπαλλήλους που είναι σε θέση να συζητήσουν με το κοινό και να δώσουν σαφείς οδηγίες και κατευθύνσεις ¹¹².

2. Με απόφαση του Δ.Σ. κάθε νοσοκομείου συγκροτείται **Τριμελής Επιτροπή Προάσπισης των Δικαιωμάτων του Πολίτη** που λειτουργεί στο Γραφείο Επικοινωνίας. Στην Επιτροπή συμμετέχει και εκπρόσωπος τυχόν συνεστημένου σωματίου φίλων του νοσοκομείου, που έχει ως σκοπό την εθελοντική στήριξή του.

Το έργο των τριμελών Επιτροπών σύμφωνα με τον Κανονισμό Λειτουργίας τους είναι:

α) Εξετάζουν και διερευνούν καταγγελίες που αφορούν την παροχή υπηρεσιών προς ασθενείς και ενημερώνουν για τα στοιχεία που συνέλεξαν και τα συμπεράσματά τους το Διοικητικό Συμβούλιο και την Υπηρεσία Προστασίας Δικαιωμάτων Ασθενών του Υπουργείου Υγείας Πρόνοιας αν το κρίνουν σκόπιμο, και οπωσδήποτε, αν έχει διαβιβασθεί από εκεί η καταγγελία.

β) Παρακολουθούν την τήρηση των διατάξεων για τα δικαιώματα των ασθενών και υποβάλλουν σχετικές προτάσεις και παρατηρήσεις στα παραπάνω όργανα.

γ) Συνεδριάζουν τακτικά τουλάχιστον μια φορά το μήνα, και έκτακτα όποτε υπάρχει ανάγκη και τηρούν βιβλίο συνεδριάσεων.

¹¹² I. Λαμπροπούλου, *Προστασία των...*, ό.π., σελ 40

δ) Υποβάλλουν στο Δ.Σ. του Νοσοκομείου και στην Υπηρεσία Προστασίας Δικαιωμάτων Ασθενών έκθεση-απολογισμό λειτουργίας τους μαζί με προτάσεις για τη βελτίωση της υπάρχουσας κατάστασης κάθε τέλος ημερολογιακού έτους.

Οι επιτροπές πρέπει να συγκροτούνται από έναν εκπρόσωπο των τριών Υπηρεσιών και μάλιστα όσο δυνατόν υψηλόβαθμο τουλάχιστον στο αρχικό στάδιο λειτουργίας τους¹¹³.

Η Αυτοτελής Υπηρεσία Προστασίας Δικαιωμάτων Ασθενών σε επίπεδο τμήματος συστάθηκε τυπικά το τέλος του 1997 και λειτουργεί ουσιαστικά από το 1998, τα δε Γραφεία Επικοινωνίας του Πολίτη και οι Τριμελείς Επιτροπές των Νοσοκομείων συστήθηκαν σε όλα τα Νοσοκομεία της Επικράτειας μέσα στο 1998 με κοινοποίηση του κανονισμού λειτουργίας τους 31 Δεκεμβρίου του 1998. Άρα η ουσιαστική τους λειτουργία άρχισε από τις αρχές του 1999¹¹⁴.

Η Αυτοτελής Υπηρεσία Προστασίας δικαιωμάτων έχει την κεντρική ευθύνη του θέματος και μέχρι σήμερα από την σύστασή της έχει:

- α) Μεριμνήσει για την σύσταση επιτροπών και γραφείων επικοινωνίας του πολίτη στα νοσοκομεία.
- β) Κάνει βήματα για την ενημέρωση αυτών των οργάνων για να κατανοήσουν το δύσκολο έργο της προαγωγής και προστασίας των δικαιωμάτων των ασθενών σε επίπεδο νοσοκομείων.
- γ) Οργανώσει διαμέσου των Κέντρων Επαγγελματικής Κατάρτισης σεμινάρια προστασίας δικαιωμάτων των ασθενών.

¹¹³ Ι. Λαμπροπούλου, *Προστασία των...*, ό.π., σελ 41

¹¹⁴ Στο ίδιο, σελ 42

δ) Παρέμβει σε όσο το δυνατόν άλλα προγράμματα εκπαιδευτικά προκειμένου να υπάρχει ευαισθητοποίηση των επαγγελματιών υγείας.

Στους άμεσους στόχους της Υπηρεσίας είναι:

α) Να συσταθούν σε όλα τα νοσοκομεία ακόμα και στα πιο απομακρυσμένα τριμελείς Επιτροπές και Γραφεία Επικοινωνίας του Πολίτη.

β) Να εκδώσουν και να κυκλοφορήσουν ενημερωτικά έντυπα σε όλα τα νοσοκομεία.

γ) Να υπάρξει συνεργασία με την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας για θέματα προστασίας των δικαιωμάτων των ασθενών ώστε παρακολουθώντας τι συμβαίνει σε διεθνές επίπεδο να αξιοποιηθούν ανάλογα οι πληροφορίες και στην Ελλάδα¹¹⁵.

δ) Να υπάρχει μέχρι το τέλος του 1999 καμπάνια ενημέρωσης των πολιτών – χρηστών υπηρεσιών υγείας για τα δικαιώματά τους.

ε) Να ενημερώσει όλους τους επαγγελματίες υγείας για τα δικαιώματα των ασθενών.

στ) Οι δυο κεντρικοί φορείς (αυτοτελής υπηρεσία και Επιτροπή Ελέγχου) να δημιουργήσουν μια Χάρτα των Δικαιωμάτων των Ασθενών.

ζ) Να καταγράψει και να συγκεντρώσει τους Συλλόγους των Ασθενών προκειμένου να τους φέρει σε επικοινωνία για καλύτερη συνεργασία¹¹⁶.

¹¹⁵ Γ. Λαμπροπούλου, *Προστασία των...*, ό. π., σελ 42

¹¹⁶ Στο ίδιο, σελ 43

5.3.3 Ν. 2716/99

Στα άρθρα 91-100 του Ν. 2071/92 ρυθμίζονται εξαντλητικά θέματα που αφορούν την διάρθρωση και οργάνωση των Μονάδων Ψυχικής Υγείας και των δικαιωμάτων τους που σύμφωνα με την παρ. 3 του άρθρου 94 ορίζεται ρητά ότι «Αυτός που νοσηλεύεται εκούσια έχει όλα τα δικαιώματα που συνοδεύονται με την άσκηση ατομικών του ελευθεριών τα οποία έχουν και οι ασθενείς που νοσηλεύονται για άλλη αιτία εκτός της ψυχικής διαταραχής». Όμως δεν υπάρχει μνεία για μηχανισμούς που διασφαλίζουν τα δικαιώματα αυτών των ατόμων (άλλωστε είναι ένα κενό που χαρακτηρίζει ολόκληρο τον Νόμο 2071/92).

Πέντε χρόνια αργότερα ο Ν. 2519/97 προβλέπει σύσταση μηχανισμών προαγωγής και προάσπιση των δικαιωμάτων των ασθενών, δεν υπάρχει πουθενά αναφορά για τα άτομα με ψυχικές διαταραχές. Το κενό αυτό έρχεται να καλύψει ο Ν. 2716/99¹¹⁷.

Έτσι με το άρθρο 2 του Ν. 2716/99:

1) Συνίσταται στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας στην Αυτοτελή Υπηρεσία Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ασθενών, **Γραφείο για την Προστασία των Δικαιωμάτων των ατόμων με ψυχικές διαταραχές.**

2) Συνίσταται **Ειδική Επιτροπή Ελέγχου Προστασίας των δικαιωμάτων των ατόμων με ψυχικές διαταραχές** στην Επιτροπή Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ασθενών του Ν. 2519/97. Με απόφαση της Επιτροπής Ελέγχου Προστασίας των Ασθενών του Ν. 2519/97 ορίζεται

¹¹⁷ Ι. Λαμπροπούλου, *Προστασία των...*, ό. π., σελ 45

πενταμελής Εκτελεστική Γραμματεία της Επιτροπής Ελέγχου Προστασίας των δικαιωμάτων των ασθενών.

Η Ειδική Επιτροπή Ελέγχου Προστασίας των δικαιωμάτων των ατόμων με ψυχικές διαταραχές είναι επταμελής και αποτελείται από έναν ψυχίατρο και έναν παιδοψυχίατρο, δύο κοινωνικούς λειτουργούς, έναν από τους λοιπούς επαγγελματίες ψυχικής υγείας και δύο νομικούς.

3) Η Ειδική Επιτροπή εποπτεύει και ελέγχει την προστασία των δικαιωμάτων των ατόμων με ψυχικές διαταραχές, όπως το δικαίωμα για αξιοπρεπείς συνθήκες διαβίωσης στις Μονάδες Ψυχικής Υγείας, το δικαίωμα για εξειδικευμένη ατομική θεραπεία, το δικαίωμα να αμφισβητεί ο ασθενής στο δικαστήριο την ακούσια νοσηλεία, να συνομιλεί κατ' ιδίαν με δικηγόρο, να έχει πρόσβαση στα δεδομένα των αρχείων που τον αφορούν, το δικαίωμα να προστατεύει την περιουσία του, το δικαίωμα της κοινωνικής του επανένταξης.

Ειδικότερα η Ειδική Επιτροπή:

α) Δέχεται παράπονα, αναφορές, καταγγελίες από κάθε πολίτη, οργάνωση φορέα ή οποιαδήποτε Επιτροπή ή Αρχή.

β) Επισκέπτεται σε τακτά χρονικά διαστήματα τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας.

γ) Πραγματοποιεί αυτεπαγγέλτως ή μετά από καταγγελία έκτακτες επισκέψεις σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας.

δ) Ενημερώνει τους πολίτες για τα δικαιώματα των ψυχικά ασθενών με κάθε πρόσφορο μέσο, όπως έκδοση ενημερωτικών φυλλαδίων, καταχωρήσεις στον τύπο, τηλεοπτικά μηνύματα.

ε) Δέχεται και διερευνά περαιτέρω τις ετήσιες υποχρεωτικές εκθέσεις των υπευθύνων των υπηρεσιών

ψυχικής υγείας ή των νομίμων αναπληρωτών τους καθώς και των τριμελών επιτροπών προάσπισης των δικαιωμάτων των ασθενών του Ν. 2519/97¹¹⁸.

στ) Υποβάλλει ετήσιες εκθέσεις για το έργο της στον Πρόεδρο της Επιτροπής Ελέγχου Προστασίας των δικαιωμάτων των ασθενών.

ζ) Υποβάλλει έκθεση κάθε φορά που διαπιστώνει παραβίαση των δικαιωμάτων των ατόμων με ψυχικές διαταραχές στον Πρόεδρο της Επιτροπής Ελέγχου Προστασίας των δικαιωμάτων των ασθενών του Ν. 2519/97, η οποία προβαίνει σε περαιτέρω νόμιμες ενέργειες όταν κρίνεται απαραίτητο.

η) Παρεμβαίνει κάθε φορά που διαπιστώνει παραβίαση των δικαιωμάτων των ατόμων με ψυχικές διαταραχές, προβαίνει σε συστάσεις και αποστέλλει αναφορά στο αρμόδιο όργανο για την ποινική ή πειθαρχική δίωξη.

θ) Οργανώνει, εποπτεύει και συντονίζει σε συνεργασία με τους Δικηγορικούς Συλλόγους του τόπου κατοικίας ή διαμονής των ατόμων με ψυχικές διαταραχές την εθελοντική δικηγορική αρωγή σε θέματα προστασίας των δικαιωμάτων τους, σύμφωνα με τις αρχές οργάνωσης του τμήματος δικηγορικής αρωγής του Δικηγορικού Συλλόγου Αθηνών.

ι) Και τέλος προστίθεται στην Επιτροπή Ελέγχου Προστασίας των δικαιωμάτων των ασθενών και ένας εκπρόσωπος της Ολομέλειας των Προέδρων των Δικηγορικών Συλλόγων¹¹⁹.

¹¹⁸ Ι. Λαμπροπούλου, *Προστασία των.....*, ό. π., σελ 46

¹¹⁹ Στο ίδιο, σελ 47

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο

ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ ΠΡΟΑΓΩΓΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΤΩΝ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΩΝ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Οι μηχανισμοί προαγωγής και προστασίας των δικαιωμάτων των ασθενών διακρίνονται σε δυο κατηγορίες α)εσωτερικοί μηχανισμοί και β)εξωτερικοί μηχανισμοί.

6.1 Εσωτερικοί μηχανισμοί.

Στους εσωτερικούς μηχανισμούς ανήκουν:

6.1.1 Τα κεντρικά Όργανα

Τα Κεντρικά Όργανα προστασία των δικαιωμάτων των ασθενών που έχουν συσταθεί στο Υπουργείο και οι αντίστοιχες υπηρεσίες των νοσοκομείων σύμφωνα με τον Ν. 2519/97 και τον Ν. 2716/99. Έτσι η Αυτοτελής Υπηρεσία Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ασθενών και το αρμόδιο Γραφείο για την προστασία των δικαιωμάτων των πολιτών με ψυχικές διαταραχές, η Επιτροπή Ελέγχου Προστασία των Δικαιωμάτων των ασθενών και η Ειδική Επιτροπή Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των ατόμων με ψυχικές διαταραχές έχουν την κεντρική ευθύνη παρακολούθησης του θέματος σε επίπεδο υπουργείου. Τα

όργανα αυτά έχουν έναν ιδιαίτερο σημαντικό ρόλο ενημέρωσης, ελέγχου, παρακολούθησης και εισήγησης για λήψη μέτρων σε όλο το ευρύ φάσμα των δικαιωμάτων των πολιτών-χρηστών υπηρεσιών υγείας.

Παράλληλα σε επίπεδο νοσοκομείου υπάρχουν: η Γριμελής Επιτροπή Προάσπισης Δικαιωμάτων του Πολίτη και το Γραφείο Επικοινωνίας με τον Πολίτη, όργανα τα οποία έχουν υποχρέωση να παρακολουθούν την τήρηση σχετικών διατάξεων, να κάνουν παρατηρήσεις και προτάσεις, να δέχονται και να εξετάζουν καταγγελίες κ.λ.π.¹²⁰

6.1.2 Οι Επιτροπές Βιοηθικής Δεοντολογίας

Επειδή πολλές φορές στην σύγχρονη περίπλοκη κοινωνικοοικονομική πραγματικότητα προκύπτουν στους γιατρούς διλήμματα και ανάγκη λήψης αποφάσεων γνωστών και ως «τραγικών επιλογών» έχουν θεσπισθεί σαν θεσμός διεθνώς και στη χώρα μας οι Επιτροπές Βιοηθικής Δεοντολογίας. Στις επιτροπές αυτές συμμετέχουν γιατροί, νομικοί, ψυχολόγοι, κοινωνιολόγοι, θεολόγοι, φιλόσοφοι, βιολόγοι και άλλοι επιστήμονες σχετικά με τέτοια ζητήματα. Οι επιτροπές αυτές θεσπίσθηκαν αρχικά για την προστασία των ασθενών και των υγιών εθελοντών που λαμβάνουν μέρος σε μια έρευνα αλλά επίσης και των ερευνητών και της καλής φήμης του Νοσοκομείου ή Ερευνητικού Ιδρύματος που διεξάγεται η έρευνα¹²¹.

¹²⁰ Ι. Λαμπροπούλου, *Προστασία των...*, ό.π., σελ 48

¹²¹ Γκαράνη – Παπαδάτου, *Ιατρικό Δίκαιο...*, ό.π., σελ 50

Στη χώρα μας Επιτροπές Δεοντολογίας προβλέφθηκαν με την Εγκύκλιο του Υπουργείου Κοινωνικών Υπηρεσιών 306/1/5/-6-1978 που προέβλεπε τη σύσταση επιτροπών σε νοσοκομειακό επίπεδο και με την Υπουργική απόφαση Υ.Α.6/10983/1/12-12-84 περί διεξαγωγή κλινικών δοκιμών φαρμάκων και προστασίας του ανθρώπου, που περιέχει ρυθμίσεις για την έρευνα αντίστοιχης της διακήρυξης του Ελσίνκι. Έτσι, στην πράξη όταν ένας ερευνητής υποβάλλει προς έγκριση κάποιο πρωτόκολλο δοκιμής νέου φαρμάκου ή άλλο ερευνητικό πρωτόκολλο, δηλώνει υπεύθυνα ότι είναι σύμφωνα με τους κανόνες ηθικής και δεοντολογίας και γνωμοδοτεί επ' αυτού ή Επιστημονική Επιτροπή, η Ειδική Επιτροπή Δεοντολογίας του Νοσοκομείου όπου υπάρχει¹²².

Είναι αλήθεια ότι στη χώρα μας οι Επιτροπές αυτές δεν είναι ιδιαίτερα διαδεδομένες όπως συμβαίνει σε άλλες χώρες και τούτο παρά το γεγονός ότι ο Ν. 2071/92 με το άρθρο 61 α) συστήνει το Εθνικό Συμβούλιο Ιατρικής Ηθικής και Δεοντολογίας, β) προβλέπει με το ίδιο άρθρο την ίδρυση «Κέντρου Ιατρικής Ηθικής» που θα συλλέγει βιβλιογραφικά και άλλα στοιχεία προς ενημέρωση όλων των ενδιαφερομένων και γ) θεσμοθετεί την δυνατότητα συστάσεως σε όλα τα Νοσοκομεία Ν.Π.Δ.Δ. και Ν.Π.Ι.Δ. καθώς και στις ιδιωτικές κλινικές Τοπικές Επιτροπές Ηθικής Επιστημών Υγείας γνωμοδοτικού χαρακτήρα. Πέντε χρόνια αργότερα με το άρθρο 2 του 2519/97 το «Εθνικό Συμβούλιο Ηθικής και Δεοντολογίας» μετονομάζεται σε «Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής και Δεοντολογίας» και συνίσταται στο Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας (Κε.Σ.Υ.), ενώ με απόφαση του Υπουργού Υγείας καθορίζονται οι ειδικότεροι όροι και προϋποθέσεις για την εφαρμογή νέων πειραματικών μεθόδων και κλινικών ερευνών.

¹²² Γ. Κουτουφάρης, *Η Προαγωγή...*, ό. π., σελ 45

6.2 Εξωτερικοί μηχανισμοί

Στους εξωτερικούς μηχανισμούς ανήκουν:

6.2.1 Ο Συνήγορος του Πολίτη.

Ο Συνήγορος του Πολίτη μπορεί να οριστεί κάπως ευρύτερα ως μηχανισμός ελέγχου λογοδοσίας και διαφάνειας, σκοπός τους οποίου είναι: α) η δίκαιη επανόρθωση πράξεων κακοδιοίκησης, β) η αποφυγή της επανάληψής τους, γ) η μείωση των δικαστικών προσφυγών και η ελάφρυνση του δικαστικού συστήματος και δ) η βελτίωση της λειτουργίας της διοίκησης σε ότι αφορά τον πολίτη, μέσω της προαγωγής πρακτικών καλής επίλυσης των διαφορών.

Βασικός γνώμονας στη διαδικασία χειρισμού και στην προσπάθεια επίλυσης των υποθέσεων των πολιτών δεν είναι η προσήλωση στο γράμμα του Νόμου. Ως εξωδικαστικός μηχανισμός επίλυσης διαφορών, ο Συνήγορος του Πολίτη προσφεύγει και σε άλλες συμπληρωματικές αρχές ικανές να διευρύνουν τα κριτήρια βάση των οποίων καλείται να λειτουργήσει. Μια τέτοια αρχή επίλυσης διαφορών είναι και η έννοια «equite» ή «equity», συμβατικός αποδιδόμενη στην ελληνική γλώσσα ως επιείκεια η οποία επικεντρώνεται στην ηθική, κυρίως, παρά στην

νομική πτυχή του σκεπτικού βάσει του οποίου λαμβάνεται μια διοικητική απόφαση¹²³.

Ο Συνήγορος του Πολίτη έχει τέσσερις κύκλους εργασιών μέσω των οποίων γίνεται η διεκπεραίωση των αναφορών των πολιτών:

α) Κύκλος Δικαιωμάτων του Ανθρώπου, αρμοδιότητα του οποίου είναι υποθέσεις που συνδέονται με την άσκηση των ατομικών, πολιτικών, ή κοινωνικών δικαιωμάτων, β) Κύκλος Κοινωνικής Προστασίας ο οποίος επιλαμβάνεται υποθέσεων που αφορούν στην κοινωνική ασφάλιση, υγεία, δημόσια υγιεινή, πρόνοια και προστασία ηλικιωμένων, παιδιών, ανέργων και ατόμων με ειδικές ανάγκες, γ) ο Κύκλος Ποιότητας Ζωής που χειρίζεται υποθέσεις σχετικές με θέματα χωροταξίας, πολεοδομίας, δημοσίων έργων, πολιτισμού και περιβάλλοντος και δ) ο Κύκλος Σχέσεων Κράτους – Πολίτη που είναι αρμόδιος για υποθέσεις που αφορούν σε θέματα γενικότερης κακοδιοίκησης και μη τήρησης αρχής της νομιμότητας.

Ο Κύκλος Κοινωνικής Προστασίας έχει αρμοδιότητα και στο πεδίο της Υγείας, όπου υπάγονται θέματα που αφορούν την νοσοκομειακή και εξωνοσοκομειακή περίθαλψη, παροχές ασθένειας σε χρήμα όπως επιδόματα σε νεφροπαθείς, τετραπληγικούς καθώς επίσης και θέματα που αφορούν τα επαγγέλματα υγείας και γενικότερα τη λειτουργία του Ε.Σ.Υ.¹²⁴.

¹²³ ι. Λαμπροπούλου, *Προστασία των...*, ό. π., σελ 51

¹²⁴ Στο ίδιο, σελ 52

6.2.2 Σύλλογοι Χρηστών Υπηρεσιών Υγείας.

Οι σύλλογοι αυτοί καλύπτουν ένα ευρύ φάσμα και μπορεί να είναι:

- Σύλλογοι πασχόντων από ειδικές παθήσεις ή γονέων και φίλων πασχόντων από τις παθήσεις αυτές όπως: σύλλογοι γονέων και φίλων παιδιών που πάσχουν από νεοπλασμάτα, από μεσογειακή αναιμία, από ψυχικές νόσους, από διανοητικά προβλήματα, καρκινοπαθών κ.α.

- Σύλλογοι ατόμων με ειδικές ανάγκες όπως: τυφλών, κωφάλαλων, αναπήρων, παραπληγικών, πασχόντων από σκλήρυνση κατά πλάκας κ.λ.π.

- Σύλλογοι ενίσχυσης και στήριξης των φυλακισμένων και απόφυλακισθέντων.

- Επιστημονικές εταιρείες που μέσα στους σκοπούς τους είναι και η προάσπιση των δικαιωμάτων των ασθενών.

- Πάσης φύσεως σύλλογοι που άπτονται θεμάτων προστασίας και προαγωγής της υγείας όπως καταναλωτών, αθλητικοί, φυσιολατρικοί, εκπολιτιστικοί κ.λ.π.¹²⁵.

6.2.3 Φορείς που δρουν με την μορφή Νομικών Προσώπων είτε Δημοσίου είτε Ιδιωτικού Δικαίου.

- Ασφαλιστικοί οργανισμοί.

¹²⁵ Γ. Κουτουφάρης, *Η Προαγωγή...*, ό. π., σελ 54

- Σύλλογοι και ομοσπονδίες εργαζομένων και κυρίως του χώρου της υγείας όπως Π.Ο.Ε.ΔΗ.Ν., Ε.Ι.Ν.Α.Π., Ι.Σ.Α., Π.Ι.Σ. αλλά και Γ.Σ.Ε.Ε., Α.Δ.Ε.Δ.Υ.
- Σύλλογοι και ομοσπονδίες εργοδοτών όπως ο Σύλλογος Ελλήνων Φαρμακοβιομηχάνων, ο Εμπορικός Σύλλογος κ.λ.π.
- Οργανισμοί Τοπικής Αυτοδιοίκησης και ελεγχόμενοι φορείς σχετικοί με την υγεία.
- Ν.Π.Ι.Δ. όπως Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός, Ελληνικό Αντικαρκινικό Ινστιτούτο, Π.Ι.Κ.Π.Α. κ.λ.π.
- Η Εκκλησία της Ελλάδας με τα διάφορα ιδρύματά της πανελλαδικά ή και ενοριακά.
- Οι εποπτευόμενοι από το κράτος φορείς, για τα ναρκωτικά όπως Ο.ΚΑ.ΝΑ., ΚΕ.Θ.Ε.Α., Θεραπευτικές Κοινότητες, Κέντρα Μεθαδόνης κ.λ.π.. Οι προαναφερόμενοι φορείς σχετίζονται με διάφορους τρόπους με την προστασία της υγείας και συνεπώς ετροάγουν και προασπίζουν άμεσα ή έμμεσα και τα δικαιώματα των χρηστών υπηρεσιών υγείας όταν λειτουργούν με γνώμονα την κοινωνική συνοχή και ευημερία ¹²⁶.

6.2.4 Ένωση Προαγωγής και Προστασίας των Δικαιωμάτων των χρηστών Υπηρεσιών Υγείας – Επιτροπές Ασθενών – Κινήσεις Ασθενών

Τέτοια Ένωση στη χώρας μας δεν υπάρχει γιατί ακριβώς στη χώρας μας δεν υπάρχει οργανωμένο κίνημα χρηστών υπηρεσιών

¹²⁶ Γ. Κουτουφάρης, *Η Προαγωγή.....*, ό. π., σελ. 55

υγείας όπως υπάρχει σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες π.χ. Ιταλία, Ολλανδία, Σκανδιναβικές χώρες. Μια τέτοια ένωση θα πρέπει να είναι ο κύριος φορέας των χρηστών υπηρεσιών υγείας και να συντονίζει τη προσπάθεια προαγωγής και προάσπισης των δικαιωμάτων τους. Θα πρέπει να έχει καθαρά κοινωνικό χαρακτήρα άσχετο από πολιτικά κόμματα και παρατάξεις, γιατί μόνο έτσι δεν θα ξεφεύγει από το στόχο της που είναι η βελτίωση της υγείας όλου του πληθυσμού της χώρας. Στην ένωση αυτή θα μπορούν να συμμετέχουν όλοι οι χρήστες υπηρεσιών υγείας και όχι μόνο οι ασθενούντες γιατί ο ρόλος της θα πρέπει να είναι κυρίως προληπτικός. Να φροντίζει δηλαδή αφού ενημερώνεται για τα υπάρχοντα προβλήματα εφαρμογής των δικαιωμάτων των χρηστών υπηρεσιών υγείας να παρεμβαίνει και να πιέζει για την επίλυσή τους¹²⁷.

Η ένωση θα πρέπει να φροντίζει μα και να έχει και το δικαίωμα να συστήσει σε κάθε μονάδα παροχής υπηρεσιών υγείας, δημόσια ή ιδιωτική, Επιτροπές ασθενών, σε μόνιμη ή ευκαιριακή βάση, που θα προασπίζουν τα δικαιώματά τους και θα προσπαθούν να επιλύσουν τα ειδικότερα προβλήματα. Βεβαίως αυτόβουλες και αυθόρμητες ομάδες χρηστών υπηρεσιών υγείας είναι απαραίτητες για την επίλυση μεμονωμένων αλλά σημαντικών θεμάτων που θα ανακύπτουν. Η Ένωση αυτή θα πρέπει να βρίσκεται σε συνεχή επαφή και αλληλοενημέρωση με το Γραφείο Επικοινωνίας του Πολίτη και την τριμελή Επιτροπή Προάσπισης των δικαιωμάτων του Πολίτη των Νοσοκομείων και τις διάφορες επιτροπές και κινήσεις των ασθενών, πράγμα που θα φέρει ουσιαστικά και γόνιμα αποτελέσματα στο χώρο της προστασίας

¹²⁷ Γ Κουτουφάρης, *Η Προαγωγή...*, ό. π., σελ 60

της υγείας των χρηστών υπηρεσιών υγείας και των δικαιωμάτων τους¹²⁸.

6.3 Κώδικες Ηθικής και Δεοντολογίας Ιατρών και λοιπών Επαγγελματιών Υγείας

Οι κώδικες Ηθικής και Δεοντολογίας των Ιατρών και των λοιπών επαγγελματιών υγείας, λειτουργούν ως έμμεση προστασία των δικαιωμάτων των ασθενών. Και αυτό γιατί οι διατάξεις που περιλαμβάνονται στους Κώδικες Ηθικής και Δεοντολογίας αποτελούν υπόσχεση μα συνάμα και υποχρέωση αυτοδέσμευσης των γιατρών και λοιπών επαγγελματιών υγείας, ότι κατά την άσκηση του λειτουργήματός τους θα τηρήσουν ορισμένους ηθικούς κανόνες και με τη συμπεριφορά τους δεν θα βλάπτεται αλλά θα ωφελείται ο πολίτης – χρήστης υπηρεσιών υγείας. Ακόμα υποχρέωση των γιατρών και λοιπών επαγγελματιών υγείας είναι να αποδίδει τον απαιτούμενο σεβασμό στην αξιοπρέπεια, την ιδιωτική ζωή, στις πολιτικές, ηθικές και θρησκευτικές πεποιθήσεις και κοινωνικές επιλογές του ασθενή χωρίς τέλος να παραβιάζει την αυτονομία του ασθενή και να προβαίνει σε άδικες διακρίσεις.

Σε προηγούμενη ενότητα έχουμε αναφερθεί σε διάφορους Κώδικες Δεοντολογίας όπως στον Ιπποκράτειο Όρκο, ως πρώτος κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας που ακόμα και σήμερα παραμένει επίκαιρος και ενεργός, στον Κώδικα της Νυρεμβέργης (1947), στην

¹²⁸ Ι. Λαμπροπούλου, *Προστασία των...*, ό. π., σελ. 57

Διακήρυξη του Ελσίνκι (1964) και βέβαια στον δικό μας κανονισμό Ιατρικής Δεοντολογίας (1955)¹²⁹.

Αξιοσημείωτο είναι ότι οι κώδικες έχουν κάποιο ηθικό υπόβαθρο, γιατί πέρα από την λεκτική τους διατύπωση, προϋποθέτουν ότι ο ιατρός που ενεργεί με συγκεκριμένο τρόπο ή απέχει από συγκεκριμένη ενέργεια, δρα ελεύθερα και από εσωτερική διάθεση και όχι λόγω εξωτερικής πίεσεως και υποχρεώσεως.

Αυτή είναι άλλωστε και η ειδοποιός διαφορά μεταξύ των Κωδικών και των Νόμων που προβλέπουν τα της ασκήσεως του ιατρικού επαγγέλματος. Κάτι τέτοιο μας δηλώνει και προαναφερόμενος Κανονισμός Ιατρικής Δεοντολογίας που ισχύει στη Χώρα μας στο: «η τήρησης των διατάξεων, του Δεοντολογικού Κανονισμού επαφίεται εις την επιστημονικήν αξιοπρέπειαν και την επαγγελματικήν συνείδησιν των ιατρών, ...πάσα δε παράβασις αυτών τιμωρείται πειθαρχικώς...».

Οι βασικές αρχές της ιατρικής ηθικής ενυπάρχουν στις ρυθμίσεις όλων των Κωδικών και αποτελούν, εάν εφαρμόζονται και τηρούνται, πραγματική ασπίδα για τα δικαιώματα των ασθενών.

Ο Κανονισμός Ιατρικής Δεοντολογίας που ισχύει στη χώρα μας παρά το γεγονός ότι έχει 42 χρόνων ζωή περιέχει ρυθμίσεις που διαπνέονται και από τις βασικές βιοηθικές αρχές.

Οι Κώδικες Ηθικής και Δεοντολογίας αποτελούν έμμεσο τρόπο προστασίας των δικαιωμάτων των ασθενών, ο ίδιος όμως ο ασθενής βασιζόμενος μόνο στους κώδικες δεν μπορεί να αξιώσει δικαστικά από τον γιατρό την επανόρθωση της βλάβης που επήλθε από ενέργειες ή παραλείψεις του, μπορεί όμως να ζητήσει

¹²⁹ Γ. Κουτουφάρης . *Η Προαγωγή...*, ό. π., σελ 70

από τον τοπικό Ιατρικό Σύλλογο την πειθαρχική τιμωρία του παραβάτη γιατρού.

Το πνεύμα των απανταχού Κωδίκων και Διακηρύξεων Ηθικής και Δεοντολογίας και η ακριβής τήρηση των διατάξεων τους προστατεύει έμμεσα τα δικαιώματα των ασθενών και συντείνει στην αποτελεσματική, δίκαιη και ολοκληρωμένη προστασία της υγείας των ασθενών. Απαιτείται όμως και η ευαισθητοποίηση των γιατρών και βέβαια όλων των επαγγελματιών υγείας γύρω από τα δικαιώματα των ασθενών¹³⁰.

¹³⁰ Ι. Λαμπροπούλου, *Προστασία...*, ό. π., σελ. 58

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Η σωστή ενημέρωση του αρρώστου αλλά και του χρήστη υπηρεσιών υγείας αποτελεί επιστήμη. Η αξία και η αναγκαιότητά της έχει τονιστεί έχει τονιστεί πολλές φορές μέσα από τα ηθικά, δεοντολογικά και νομικά κείμενα, ενώ αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση της συναίνεσης τους για κάθε ιατρική πράξη που θα τους γίνει. Η διαδικασία της ενημέρωσης για να ικανοποιεί τον ασθενή πρέπει να ακολουθεί ορισμένους κανόνες, όπως αυτοί αναλύθηκαν στη σχετική ενότητα της παρούσας μελέτης, όσον αφορά το περιεχόμενο, την έκταση και τον τύπο.

Το δίλημμα της ανακοίνωσης της αλήθειας παραμένει. Η άποψη ότι δεν πρέπει να ειπωθεί η αλήθεια για να αποφευχθεί ο πόνος και η συνεπακόλουθη οδύνη του, δόγμα που κυριαρχούσε τα προηγούμενα χρόνια, έχει επηρεαστεί από τις νεότερες απόψεις για την αυτονομία του ασθενούς και το δικαίωμα να αποφασίζει ο ίδιος για την υγεία του και τη μετέπειτα ζωή του, κάνοντας ο ίδιος τις επιλογές του με βάση τις δικές του αξίες. Ο σωστότερος τρόπος για να αντιμετωπιστεί μια δυσάρεστη κατάσταση είναι η ειλικρίνεια και η αλήθεια χωρίς περιστροφές και εξωραϊσμούς. Ο ασθενής πρέπει να τεθεί αντιμέτωπος με το πρόβλημα γιατί σε οποιαδήποτε περίπτωση τον περιμένει μια δύσκολη μάχη και μόνο γνωρίζοντας το πρόβλημα σε όλες του τις διαστάσεις θα μπορέσει να αντεπεξέλθει. Η υγεία και η αρρώστια, η ζωή και ο θάνατος αποτελούν κρίκο της ίδιας

αλυσίδας και παρόλη τη σκληρότητα μιας τέτοιας διαπίστωσης είναι η μοναδική αφετηρία για μια σωστή αντιμετώπιση.

Πέρα από το δικαίωμα ενημέρωσης ως προς την κατάσταση της υγείας του ο ασθενής ως το πιο ευαίσθητο και ευάλωτο μέρος του συστήματος υγείας θα πρέπει να ενημερώνεται για τα γενικότερα δικαιώματα του και υποχρεώσεις του.

Μέσα στις πολυσύνθετες κοινωνικοοικονομικές συνθήκες της σύγχρονης κοινωνίας υπάρχει έντονο και ισχυρό ενδιαφέρον σ' όλο το σύγχρονο κόσμο με Διακηρύξεις, Κώδικες για την Προαγωγή των Δικαιωμάτων των Ασθενών, με δημιουργία κινήσεων για την προάσπιση των δικαιωμάτων αυτών και βέβαια με επαναδιατύπωση των θεμελιωδών δικαιωμάτων του ατόμου σε "Χάρτες".

Η αλματώδης και καθημερινή ανάπτυξη της σύγχρονης βιοϊατρικής τεχνολογίας, η ανακάλυψη νέων μεθόδων θεραπείας και διατήρηση της ζωής (μεταμοσχεύσεις, τεχνητή γονιμοποίηση, γονιδιακές θεραπείες κ.λ.π.) θέτουν νέες υγειονομικές ανάγκες και νέα βιοηθικά διλήμματα.

Με δεδομένες τις νομοθετικές ελλείψεις αλλά και την γενικότερη πολιτική συγκράτησης κόστους στον τομέα υγείας αναμφίβολα είναι περιορισμένες και οι δυνατότητες διεκδίκησης από πλευράς πολιτών – χρηστών υπηρεσιών υγείας τόσο του κοινωνικού δικαιώματος στην υγεία (ισότητα τόσο στην πρόσβαση όσο και στην χρήση υπηρεσιών υγείας) όσο και του ατομικού. Οι ατομικές διεκδικήσεις των χρηστών υπηρεσιών υγείας είναι περιορισμένες και αφορούν κυρίως κραυγαλέες παραβιάσεις ατομικών δικαιωμάτων στην υγεία του ασθενή.

Η ύπαρξη ενός πλέγματος δικαιωμάτων αποτελεί αναγκαιότητα. Η φιλοσοφία αυτών των δικαιωμάτων είναι ότι δεν αρκεί η πολιτεία να φροντίζει για την ύπαρξη και τη λειτουργία μονάδων και θεσμών που θα προάγουν την υγεία των πολιτών, που βεβαίως η οργάνωσή τους θα στηρίζεται σε Συνταγματικούς ή άλλους κανόνες δικαίου, αλλά θα πρέπει, όταν ο πολίτης χρησιμοποιεί τις υπηρεσίες αυτές για να καλύψει τις ανάγκες περίθαλψης και υγειονομικής του φροντίδας να έχει εξασφαλισμένα και νομοθετικά κατοχυρωμένα κάποια δικαιώματα, που άπτονται άμεσα της υπόστασης του ως ελεύθερου ατόμου που ζει σε μια ελεύθερη και δημοκρατική κοινωνία.

Μέτρα για την εφαρμογή των δικαιωμάτων αυτών θα μπορούσαν να είναι:

1) Η θέσπιση σχετικής νομοθεσίας και κανονισμών, που θα εξειδικεύουν τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις των ασθενών, των επαγγελματιών υγείας αλλά και των μονάδων που παρέχουν υπηρεσίες υγείας.

2) Η θέσπιση ιατρικών και άλλων επαγγελματιών κωδίκων δεοντολογίας, χαρτών ασθενών και παρόμοιων εργαλείων σχεδιασμένων πάνω στο πνεύμα συμφωνίας και κοινής κατανόησης ανάμεσα στους εκπροσώπους των πολιτών, των ασθενών, των επαγγελματιών υγείας και αυτών που παίρνουν αποφάσεις για την εφαρμογή πολιτικών υγείας που θα αναθεωρούνται ανάλογα με τη μεταβολή των συνθηκών.

3) Η παροχή κυβερνητικής στήριξης για την ίδρυση και την αποτελεσματική λειτουργία μη κυβερνητικών οργανώσεων στον τομέα των δικαιωμάτων των ασθενών.

4) Η δημιουργία δικτύων συνεργασίας όλων των εμπλεκόμενων στη διαδικασία παροχής υπηρεσιών υγείας δηλαδή η Πολιτεία, οι παραγωγοί – προμηθευτές υπηρεσιών υγείας και οι χρήστες υπηρεσιών υγείας προκειμένου να εξασφαλιστεί όχι μόνο η παροχή υπηρεσιών μα και η προαγωγή τους και η πρόληψη.

5) Η οργάνωση σχετικών επιμορφωτικών προγραμμάτων με στόχο την πληροφόρηση τόσο των επαγγελματιών υγείας όσο και των ασθενών και λοιπών ομάδων χρηστών υπηρεσιών υγείας με σκοπό την περαιτέρω ανάπτυξη της ακριβούς κατανοήσεως της αποστολής και του ρόλου όλων των μερών. Έτσι και οι επαγγελματίες υγείας θα αναγνωρίσουν και θα προστατεύσουν τα δικαιώματα των ασθενών αλλά και οι ίδιοι οι ασθενείς είτε ατομικά είτε οργανωμένα θα μπορούν να διεκδικήσουν την αναγνώριση και εφαρμογή των δικαιωμάτων τους τόσο απέναντι στην πολιτεία όσο και απέναντι στους προμηθευτές – παραγωγούς και ευρύτερα σε όλους τους επαγγελματίες υγείας.

6) Η πραγματοποίηση συνεδρίων και διαλέξεων σε εθνικό επίπεδο για να έρθουν πιο κοντά τα ενδιαφερόμενα μέρη και να διαμορφώσουν κοινό επίπεδο κατανόησης.

7) Η ευαισθητοποίηση των μέσων μαζικής επικοινωνίας στην ενημέρωση του κοινού, στην επαγρύπνηση και στο δημιουργικό διάλογο για τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις των χρηστών υπηρεσιών υγείας και των εκπροσώπων τους.

8) Η δημιουργία ενώσεων και επιτροπών προάσπισης των δικαιωμάτων ασθενών και ευρύτερα των χρηστών υπηρεσιών υγείας ανεξαρτήτως από κομματικές ή άλλες εμπλοκές που θα δρούσαν κυρίως προληπτικά και όχι κατασταλτικά, γιατί

από τη στιγμή που θα παραβιαστεί ένα από τα δικαιώματα των ασθενών η κατάσταση είναι δύσκολα αναστρέψιμη και ο ίδιος ο ασθενής λόγω της καταστάσεώς του δεν έχει ούτε τη διάθεση ούτε τη δύναμη να αγωνιστεί για την προαγωγή των δικαιωμάτων του. Και αυτή ακριβώς είναι η ιδιομορφία της όποιας κίνησης για την προώθηση και προστασία των δικαιωμάτων των χρηστών υπηρεσιών υγείας, ότι δηλαδή επειδή εν δυνάμει όλοι ανήκουμε σ' αυτή την ομάδα, θα πρέπει να δραστηριοποιούμαστε προς αυτή την κατεύθυνση όχι μόνο όταν αντιμετωπίζουμε κάποιο πρόβλημα, αλλά καθημερινά για να γίνει έτσι δυνατό όταν θα αντιμετωπίσουμε το πρόβλημα, να το επιλύουμε με τις καλύτερες δυνατές προϋποθέσεις, αφού θα υπάρχει συνεχής έλεγχος για την τήρηση και εφαρμογή των συνταγματικά και νομοθετικά κατοχυρωμένων δικαιωμάτων μας.

9) Η προαγωγή της έρευνας για να αξιολογηθεί και καταγραφεί η αποτελεσματικότητα των νομικών και άλλων ρυθμίσεων και των ποικίλων διατάξεων στα διάφορα κράτη.

Κλείνοντας αυτή την εργασία θα ήθελα να αναφέρω ότι αν οι κυβερνήσεις, τα πολιτικά κόμματα, οι κοινωνικές οργανώσεις, η τοπική αυτοδιοίκηση, οι μη κυβερνητικές οργανώσεις γενικότερα, οι επαγγελματίες υγείας, οι ασθενείς και οι πολίτες συνολικά κατανοήσουν, ενστερνιστούν και έχουν ως κοινή συνείδηση: α) ότι η υγεία είναι ένα παγκόσμιο πανανθρώπινο αγαθό και η διάσταση της δεν έχει μόνο ποσοτικό χαρακτήρα, δηλαδή μεγαλύτερη διάρκεια ζωής αλλά κυρίως ποιοτικό χαρακτήρα δηλαδή ποια ποιότητα ζωής έχουμε το διάστημα που ζούμε και β) ότι οι ασθενείς ή τα προβλήματα υγείας απειλούν όλους τους χρήστες υπηρεσιών

υγείας και όπως προαναφέραμε, εν δυνάμει βρισκόμαστε όλοι σ' αυτή την ομάδα, τότε σίγουρα θα υιοθετηθούν πολιτικές και συμπεριφορές στην προώθηση προαγωγής και προάσπισης των δικαιωμάτων των ασθενών με υπευθυνότητα και σοβαρότητα και κυρίως με συμμετοχή και ενδιαφέρον από την πλειονότητα του κοινωνικού συνόλου.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

A. ΠΡΩΤΟΓΕΝΕΙΣ ΠΗΓΕΣ

1. ΕΘΝΙΚΟ ΔΙΚΑΙΟ

- Σύνταγμα
- Νόμοι.
 - Κώδικας άσκησης του Ιατρικού Επαγγέλματος (1565/1939).
 - Κώδικας Κανονισμού Ιατρικής Δεοντολογίας (25-5/6-7-1955,).
 - Ν. Δ. 53/19-9-74
 - Υ. Α. 306/1/5-6-1978.
 - Υ. Α. 10983/1/12-12-84.
 - Ν. 2071/92 Εκσυγχρονισμός και Οργάνωση του Συστήματος Υγείας.
 - Ν. 2519/97 Εθνικό Σύστημα Υγείας.
 - Ν. 2519/99 Προστασία των Δικαιωμάτων των Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές.
- Αστικός Κώδικας.
- Κώδικας Πολιτικής Δικονομίας.

2. ΔΙΕΘΝΕΣ ΔΙΚΑΙΟ

- Γαλλική Εθνοσυνέλευση 1793.
- Κώδικας της Νυρεμβέργης 1947.
- Διακήρυξη της Γενεύης 1948.
- Διεθνής Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας 1949.
- Διακήρυξη του Ελσίνκι 1964.

- Κώδικας Δικαιωμάτων του Ασθενούς (Patients Bill Of Rights) 1973.
- Χάρτης δικαιωμάτων και υποχρεώσεων Ασθενούς 1974.
- Σύσταση για τα Δικαιώματα των Ασθενών και των Θρησκόντων 1976.
- Διακήρυξη για το Σεβασμό του Ανθρώπου κατά τη Νοσοκομειακή Περίθαλψη 1979.
- Χάρτης Νοσηλευόμενου Ασθενούς 1979.
- Νοσοκομειακός Κώδικας 1979.
- Διακήρυξη της Ευρωπαϊκής Ένωσης των Γενικών Γιατρών 1979.
- Σύσταση για την ενεργό συμμετοχή του ασθενή στην φροντίδα του 1980.
- Διακήρυξη της Παγκόσμιας Ιατρικής Ένωσης για τα Δικαιώματα των Ασθενών (Διακήρυξη Λισσαβόνας) 1981.
- Διακήρυξη της Λισσαβόνας 1981.
- Διακήρυξη της Παγκόσμιας Ψυχιατρικής Εταιρείας 1983.
- Απόφαση της Παγκόσμιας Ιατρικής Ένωσης 1983.
- Ευρωπαϊκός Χάρτης των Δικαιωμάτων του Ασθενή 1984.
- Η Διεθνής Συνδιάσκεψη Ιατρικών Συλλόγων 1987.
- Ευρωπαϊκός Χάρτης Δικαιωμάτων Ασθενών 1993.
- Διακήρυξη του Άμστερντάμ 1994.
- Σύμβαση για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα και Βιοιατρική 1996.

- Κώδικας Δεοντολογίας της Αμερικάνικης Εταιρίας.
- Αρχές του Περιφερειακού Γραφείου Ευρώπης της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας για τα δικαιώματα των ασθενών.

B. ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΕΙΣ ΠΗΓΕΣ

1. Βιβλία

- 1) Ανδρουλιδάκη – Δημητριάδη Ι., *Η Υποχρέωση ενημέρωσης του ασθενούς*, Εκδόσεις Αντ. Ν. Σάκκουλα, Αθήνα, 1993.
- 2) Γεωργιάδης Α., *Γενικές Αρχές Αστικού Δικαίου*, Εκδόσεις Αντ. Ν. Σάκκουλα, Αθήνα.
- 3) Γιαννοπούλου Α., *Διλήμματα και Προβληματισμοί στην Σύγχρονη Νοσηλευτική*, Έκδ. «Η ΤΑΒΙΘΑ», Αθήνα 1990.
- 4) Γκαράνη – Παπαδάτου Τ., *Διδακτικές Σημειώσεις για το μάθημα Ιατρικό Δίκαιο και Ιατρική Ηθική και Δεοντολογία*, για τους σπουδαστές της ΕΣΔΥ, Έτους 1998-99.
- 5) Αναπλιώτη – Βαζαίου Ε., *Γενικές Αρχές Ιατρικού Δικαίου*, Εκδ. Αφοί Σάκκουλα, Αθήνα, 1993.
- 6) Κουνουγέρη – Μανελωδάκη Ε., *Οικογενειακό Δίκαιο*, Εκδόσεις Αντ. Ν. Σάκκουλα, Αθήνα, 2001.
- 7) Κοτσιανός Σ., *η Ιατρική Ευθύνη: Αστική – Ποινική*, Δεύτερη Έκδοση, Θεσσαλονίκη, 1977.
- 8) Μαγκάκης Γ.- Α., *Ποινικό Δίκαιο*, Εκδόσεις Αντ. Ν. Σάκκουλα, Αθήνα.

9) Μεράκου Κ. και Θεοδωρίδης Δ. (επιμ.), *Ενημέρωση του ασθενούς: Η θεωρία και η πράξη, Νοσοκομειακά Χρονικά*, Τόμος 61, Τεύχος 1, Ιανουάριος – Μάρτιος 1999.

10) Παπαευαγγέλου – Κορκοτζέλου Ε., *Νομοθεσία στη Νοσηλευτική – Ανθρώπινα Δικαιώματα, Σημειώσεις Διδασκαλίας*, Αθήνα, 1994.

11) Ρηγάτος Γ., *Κώδικες Ιατρικής Ηθικής*, Αθήνα, 1991.

12) Σταθόπουλος Μ., *Γενικό Ενοχικό Δίκαιο*, Έκδοση Δεύτερη, Εκδόσεις Σάκκουλα, 1993.

2. ΠΤΥΧΙΑΚΕΣ ΕΡΓΑΣΙΕΣ

1) Γιαχαλή Κ., *Η Υποχρέωση Ενημέρωσης στη Θεραπευτική Ιατρική και στη Δημόσια Υγεία*, Διπλωματική Εργασία στην ΕΣΔΥ, Υπεύθυνη καθηγήτρια Τ. Γκαράνη – Παπαδάτου, Αθήνα, 2002.

2) Κουτουφάρης Γ., *Η Προαγωγή και Προστασία της Υγείας ως Κοινωνικό και Ατομικό Δικαίωμα (τα Δικαιώματα του Χρήστη Υπηρεσιών Υγείας)*, Διπλωματική Εργασία στην ΕΣΔΥ, Υπεύθυνος καθηγητής Κυριακόπουλος Γ., Αθήνα 1999.

3) Λαμπροπούλου ΑΘ. Ι., *(Προστασία των Δικαιωμάτων των Ασθενών (Αξιολόγηση των πολιτικών που μέχρι σήμερα έχουν υιοθετηθεί)*, Διπλωματική Εργασία στην ΕΣΔΥ, Υπεύθυνος καθηγητής Κυριακόπουλος Γ., Αθήνα 1999.

4) Μεράκου Κ., *Δικαιώματα Ασθενών: Τα Δικαιώματα του Ασθενή στο Ελληνικό Νοσοκομείο*, Διδακτορική Διατριβή, Αθήνα, 1998.