

ΕΚΘΕΣΗ:

ΣΥΝΑΙΝΕΣΗ ΣΤΗ ΣΧΕΣΗ ΙΑΤΡΟΥ-ΑΣΘΕΝΟΥΣ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

A. ΕΙΣΑΓΩΓΗ: ΝΕΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΣΤΗΝ ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΡΑΞΗ	2
B. ΝΟΜΙΚΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ	4
1. Γενικά.....	4
2. Οι περιπτώσεις ασάφειας.....	5
α) Προβλήματα ως προς την ενημέρωση.....	5
β) Προβλήματα ως προς τη συναίνεση.....	7
γ) Η ευθύνη του ιατρού και άλλες ένομες συνέπειες	8
Γ. ΕΙΔΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΗΣ ΑΥΤΟΝΟΜΙΑΣ, ΜΕ ΕΜΦΑΣΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ	9
1. Έκταση της ενημέρωσης	9
α) Διεθνής εμπειρία.....	10
β) Ελληνική πραγματικότητα	12
γ) Ευλικρίνεια στη σχέση ιατρού-ασθενούς	13
2. Το πρόβλημα του χρόνου	14
3. Παιδεία - Εκπαίδευση.....	15
4. Επιδημιολογία: Εμβολιασμοί.....	15
5. Ασθενείς στα νοσοκομεία και ιδίως στις ΜΕΘ	17
6. Ανίκανοι προς συναίνεση.....	18
7. Σύστημα υγείας	21
Δ. ΕΠΙΛΟΓΟΣ.....	23
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	25

ΕΚΘΕΣΗ

ΣΥΝΑΙΝΕΣΗ ΣΤΗ ΣΧΕΣΗ ΙΑΤΡΟΥ-ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Εισηγητές: Τ. Βιδάλης, Α. Χάγερ – Θεοδορίδου

Συνεργασία: Γ. Μανιάτης, Θ. Παπαχρίστου

Α. ΕΙΣΑΓΩΓΗ: ΝΕΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΣΤΗΝ ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΡΑΞΗ

Η ιπποκρατική ηθική, η μετέπειτα ερμηνεία της ή τροποποιήσεις της από μεταγενέστερους ιατρούς-φιλοσόφους, όπως ο Γαληνός, και οι επικρατούσες κοινωνικές συνθήκες είχαν διαμορφώσει ένα «πατερναλιστικό» πρότυπο σχέσεων ιατρού-ασθενούς το οποίο ίσχυσε μέχρι πρόσφατα. Σύμφωνα με το πρότυπο αυτό ο ιατρός ουσιαστικά παίρνει τις αποφάσεις για τον καθορισμό της θεραπείας του ασθενούς με μικρή έως και καθόλου συμμετοχή του τελευταίου¹. Οι σημερινές συνθήκες άσκησης της ιατρικής διακρίνονται από νέα χαρακτηριστικά που δημιουργούν την ανάγκη ανάπτυξης ενός νέου προτύπου, διαφορετικού από αυτό που επικρατούσε διεθνώς, έως περίπου τις δεκαετίες '50-'60.

Σε αντίθεση με το πατερναλιστικό, το νέο πρότυπο, που φαίνεται να προκρίνεται ιδιαίτερα στις αγγλοσαξονικές και βόρειο-ευρωπαϊκές χώρες, δίνει έμφαση στην αυτονομία του ασθενούς. Σε αυτό, ιατρός και ασθενής έχουν μια σχέση συνεργασίας με περισσότερο ή λιγότερο ισότιμο λόγο στη λήψη αποφάσεων. Τα νέα

¹ Ενώ το λεγόμενο «πατερναλιστικό» αυτό πρότυπο σχέσης ιατρού-ασθενούς αποδίδεται στον Ιπποκράτη ή τους ιπποκρατικούς, στα ιπποκρατικά κείμενα που σώζονται, ο συγγραφέας θεωρεί προτέρημα ενός ιατρού «να φροντίζει να προβλέπει και να προλέγει σε όσους είναι ασθενείς την παρούσα κατάστασή τους, τι προηγήθηκε και τι πρόκειται να συμβεί». Επίσης θεωρεί ότι «κάθε τι παράλογο συμβαίνει χρειάζεται να συζητιέται» (Rigatos, 1997) ενώ υποστηρίζει ότι, όταν ο ιατρός αναλύει την παρούσα κατάσταση και αυτά που προβλέπει για το μέλλον, παρόντος του ασθενούς, τότε ο τελευταίος θα πιστέψει πιο εύκολα ότι ο ιατρός έχει γνώση της κατάστασης και θα τον εμπιστευθεί περισσότερο (Ιπποκράτης, Τα Προγνωστικά, εισαγωγή του κειμένου).

χαρακτηριστικά της ιατρικής πράξης και των συνθηκών κάτω από τις οποίες αυτή ασκείται, χαρακτηριστικά που επηρεάζουν τις σχέσεις ιατρού-ασθενούς μπορούν να συνοψιστούν ως εξής:

1. Η Ιατρική χωρίζεται σε πλήθος ειδικοτήτων και κανείς ιατρός δεν είναι πλέον σε θέση να αντιμετωπίσει όλα τα προβλήματα υγείας που ενδέχεται να παρουσιάσει ένα πρόσωπο.
2. Οι ιατροί διαφορετικών ειδικοτήτων στους οποίους θα απευθυνθεί κάποιος στη διάρκεια της ζωής του δεν συνεργάζονται απαραίτητα, με αποτέλεσμα ο ίδιος ο ασθενής να είναι ο μόνος που έχει την πλήρη εικόνα του ιατρικού ιστορικού του. Επιπλέον, στη χώρα μας, δεν τηρείται ενιαίο ιατρικό ιστορικό για κάθε ασθενή.
3. Η ιατρική επιστήμη έχει προοδεύσει έτσι, ώστε να μην υπάρχει μία και μόνη ενδεδειγμένη θεραπεία για κάθε πάθηση.
4. Ειδικότερα στη χώρα μας, το μορφωτικό επίπεδο τις τελευταίες δεκαετίες έχει ανέβει, με αποτέλεσμα οι περισσότεροι ασθενείς να είναι σε θέση να κατανοήσουν τα ιατρικά δεδομένα της πάθησής τους και να αποζητούν πιο λεπτομερή ενημέρωση. Επιπλέον, το μη ειδικό κοινό έχει μεγαλύτερη, έστω αποσπασματική, πρόσβαση σε ιατρικές πληροφορίες από διάφορες πηγές.
5. Η εμπιστοσύνη του ασθενούς στα κίνητρα του ιατρού δεν είναι απόλυτη. Αυτό συμβαίνει, κυρίως, επειδή είναι γνωστό ότι η άσκηση της ιατρικής επηρεάζεται σε κάποιες περιπτώσεις από ποικίλα συμφέροντα που δε συμβαδίζουν απαραίτητα με το συμφέρον του ασθενούς.
6. Οι πολίτες έχουν μεγαλύτερες απαιτήσεις από το σύστημα υγείας ως προς την ποιότητα των υπηρεσιών του, όσον αφορά τόσο στο ιατρικό αποτέλεσμα όσο και στις συνθήκες κάτω από τις οποίες δέχονται τις υπηρεσίες αυτές. Η παροχή υπηρεσιών υγείας υψηλού επιπέδου θεωρείται από τους πολίτες μια από τις μεγαλύτερες προτεραιότητες στη χώρα μας.
7. Αναγνωρίζεται πλέον ότι ο τρόπος ζωής των ασθενών αλλά και οι θρησκευτικές ή άλλες φιλοσοφικές αντιλήψεις τους πρέπει να λαμβάνονται υπ' όψιν στον καθορισμό της θεραπείας τους. Το δικαίωμα της αυτονομίας και ο σεβασμός της αξιοπρέπειας γίνονται όλο και περισσότερο συνείδηση και στο πλαίσιο της Ιατρικής.

B. ΝΟΜΙΚΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ

1. Γενικά

Με τον «Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας» (ΚΙΔ, ν. 3418/2005) το ελληνικό δίκαιο απέκτησε ένα σύγχρονο πλαίσιο νομικής ρύθμισης των σχέσεων ασθενούς / ιατρού². Κύριο χαρακτηριστικό του νόμου αυτού είναι η ρητή εισαγωγή της «συναίνεσης ύστερα από πληροφόρηση», σε συνδυασμό πάντως με τη διατήρηση διατάξεων που αντανακλούν την παλαιότερη «πατερναλιστική» αντίληψη.

Πρέπει να σημειωθεί ότι η «συναίνεση ύστερα από πληροφόρηση» είχε ήδη αποτυπωθεί στο ελληνικό δίκαιο, κατ' αρχήν με την κύρωση της Σύμβασης του Οβιέδο για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα και τη Βιοϊατρική (άρθ. 5 επ. του ν. 2619/1998) και ειδικότερα με τη ρητή πρόβλεψή της σε ορισμένα νομοθετήματα που αφορούν ιδιαίτερες περιοχές της Ιατρικής³. Οι σχετικές ρυθμίσεις του ΚΙΔ είναι βέβαια περισσότερο αναλυτικές. Σύμφωνα με αυτές, η συναίνεση:

- Είναι αναγκαία, εκτός α) από επείγουσες περιπτώσεις, β) από περιπτώσεις απόπειρας αυτοκτονίας και γ) από περιπτώσεις άρνησης των αντιπροσώπων ανίκανου προς συναίνεση, προκειμένου να αποτραπεί κίνδυνος για τη ζωή ή την υγεία του
- Πρέπει να είναι ρητή, έστω και άτυπη
- Παρέχεται από τους γονείς ή επιτρόπους στην περίπτωση ανήλικου
- Παρέχεται από τους «οικείους» ή τον δικαστικό συμπαραστάτη σε άλλες περιπτώσεις ανικανότητας

Η συναίνεση προϋποθέτει «ενημέρωση» του ασθενούς (ή των αντιπροσώπων, σε περιπτώσεις ανικανότητας). Αυτή:

- Πρέπει να είναι «πλήρης» και «κατανοητή»
- Πρέπει να αποδίδει την αλήθεια

² Παρά τον τίτλο του («Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας») ο νόμος αυτός δεν προσέδωσε εκ των υστέρων τον χαρακτήρα κανόνων δικαίου σε ένα ήδη διαμορφωμένο από το ιατρικό σώμα σύνολο κανόνων αυτορύθμισης (κώδικα δεοντολογίας *stricto sensu*). Επρόκειτο για αυθεντική θέσπιση κανόνων από την πλευρά του Κράτους, που ακολούθησε συνηθισμένη νομοπαραγωγική πρακτική (εργασία ειδικής νομοπαρασκευαστικής επιτροπής, το σχέδιο της οποίας προώθησε στη σχετική κοινοβουλευτική διαδικασία το αρμόδιο υπουργείο Υγείας). Κατά τούτο, ο όρος «Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας» δεν ακριβολογεί, έστω και αν ο ίδιος όρος είχε χρησιμοποιηθεί και υπό το προηγούμενο νομοθετικό καθεστώς του βασιλικού διατάγματος 25.5/6.7.1955.

³ Βλ. άρθ. 10 παρ. 4 επ. του ν. 2737/1999 για τις μεταμοσχεύσεις, άρθ. 1456 του Αστικού Κώδικα (ν. 3089/2002) για την υποβοηθούμενη αναπαραγωγή, άρθ. 3 της Κοινής Υπουργικής Απόφασης ΔΥΓ/89292/2003 (Οδηγία 2001/20) για τις κλινικές μελέτες.

- Καλύπτει α) την πραγματική κατάσταση της υγείας, β) το περιεχόμενο της προτεινόμενης ιατρικής πράξης, γ) τους κινδύνους και τις πιθανές παρενέργειες, δ) εναλλακτικές επιλογές θεραπείας και ε) τον εκτιμώμενο χρόνο αποκατάστασης της υγείας. Σκοπός είναι η δυνατότητα στάθμισης όχι μόνο των ιατρικών, αλλά και κοινωνικών και οικονομικών παραγόντων από τον ασθενή πριν αποφασίσει σχετικά.
- Μπορεί να την αρνηθεί ο ασθενής (*δικαίωμα άγνοιας*) είτε εντελώς είτε εξουσιοδοτώντας τον ιατρό να ενημερώσει συγκεκριμένους τρίτους.

Και στις περιπτώσεις της ανικανότητας, πάντως, ο νόμος αναγνωρίζει την υποχρέωση ενημέρωσης του ασθενούς «στο βαθμό που αυτό είναι εφικτό», καθώς και την προσπάθεια εξασφάλισης «εκούσιας συμμετοχής», «σύμπραξης» και «συνεργασίας», ιδίως ασθενών που διατηρούν κάποια ικανότητα κατανόησης.

2. Οι περιπτώσεις ασάφειας

Η πολυπλοκότητα από την οποία συχνά χαρακτηρίζονται τα ιατρικά περιστατικά, σε συνδυασμό με ορισμένες ασάφειες στις προβλέψεις του νόμου, είναι αναμενόμενο να προκαλούν προβλήματα ερμηνείας. Τα προβλήματα αυτά πολλαπλασιάζονται στα «ειδικά θέματα» που ρυθμίζει ο νόμος, τα οποία αφορούν κυρίως την εφαρμογή νέων μεθόδων της τεχνολογίας στην ιατρική πράξη (άρθ. 29 – 34).

α) Προβλήματα ως προς την ενημέρωση

Το πρόβλημα της «αλήθειας» είναι εδώ το σοβαρότερο. Ο νόμος επαναλαμβάνει συχνά τον όρο «πλήρης» ενημέρωση που - σε συνδυασμό με το «καθήκον αληθείας» - σημαίνει, από πρώτη άποψη, ότι ο ιατρός δεν έχει απολύτως κανένα περιθώριο απόκρυψης από τον ασθενή στοιχείων της πραγματικής κατάστασης της υγείας ή των προσφερομένων μεθόδων θεραπείας⁴. Τίθενται εδώ δύο ερωτήματα:

ι) Αν ο ιατρός κρίνει ότι ο ασθενής, μαθαίνοντας την «πλήρη» αλήθεια, είτε θα αποθαρρυνθεί να ακολουθήσει θεραπευτική αγωγή είτε θα επηρεασθεί σε σημείο

⁴ Στην περίπτωση, βέβαια, που είναι σαφές στον ιατρό το ποια είναι η «αλήθεια». Σημασία εδώ δεν έχει το αν η πληροφόρηση του ιατρού ανταποκρίνεται όντως στην πραγματικότητα, αλλά το αν ο ίδιος αποβλέπει ή όχι στη συνειδητή παραπλάνηση του ασθενούς. Βλ. σχετ. Higgs (2001).

κινδύνου για την κατάσταση της υγείας του, μπορεί να περιορίσει την ενημέρωση ή - σε ακραίες καταστάσεις - ακόμη και να προσφύγει σε ψευδή πληροφόρηση⁵;

υ) Σε μια τέτοια περίπτωση, έχει ο ιατρός την ευχέρεια να επιλέξει αντί της ενημέρωσης του ασθενούς την ενημέρωση των συγγενών του, ώστε εκείνοι να αποφασίσουν⁶;

Ένα επιπλέον πρόβλημα δημιουργείται στην περίπτωση που οι εναλλακτικές δυνατότητες θεραπείας δεν οδηγούν σε προφανή επιλογή της καλύτερης, καθώς μπορεί να συνδέονται με σοβαρές παρενέργειες, κρίσιμες ίσως για τη συνολική ποιότητα της ζωής κάποιου (π.χ. χημειοθεραπεία, ακτινοθεραπεία, εκτομή άκρων κ.λπ.). Ιδίως σε ασθενείς προχωρημένης ηλικίας, ακόμη και συνηθισμένες παρενέργειες μιας «επιθετικής» θεραπευτικής αγωγής μπορεί να αποδειχθούν δυσανάλογες σε σχέση με το πραγματικό όφελος που αναμένεται.

Το ερώτημα εν προκειμένω είναι αν η ενημέρωση πρέπει να αρκείται στην «ουδέτερη» παρουσίαση των εναλλακτικών θεραπειών ή αν πρέπει να συνοδεύεται από μια αξιολόγησή τους εκ μέρους του ιατρού, σε σχέση με τον συγκεκριμένο ασθενή. Πρόκειται για ερώτημα που αφορά, και πάλι, την «πληρότητα» της ενημέρωσης κατά την έννοια του νόμου.

Η «ουδέτερη» παρουσίαση, εφόσον είναι πλήρης, αφήνει στον ίδιο τον ασθενή την ευχέρεια της αξιολόγησης, καθώς εκείνος μόνο μπορεί να σταθμίσει οφέλη και ζημιές για την ποιότητα της ζωής του. Ωστόσο, ένα τέτοιο βάρος μπορεί να αποδειχθεί δυσβάστακτο για κάποιον που δεν μπορεί να αντιμετωπίσει με ψυχραιμία την ασθένεια. Από την άλλη πλευρά, η αξιολόγηση του ιατρού μπορεί να προσφέρει πολύτιμη βοήθεια στη τελική απόφαση του ασθενούς, όμως θα προκύψει κατ' ανάγκη από στατιστικά δεδομένα - που δεν λαμβάνουν υπ' όψιν το συγκεκριμένο ασθενή - και, τελικά, από μια «διαισθητική» εντύπωση για το *τι είναι «καλύτερο» in concreto*, δηλαδή παράγοντες που δεν αποφεύγουν το λάθος.

⁵ Σχετικός είναι εδώ ο προβληματισμός για το αν η «πλήρης αλήθεια» περιλαμβάνει ακόμη και την έκφραση υποκειμενικών αμφιβολιών του ιατρού ή ακόμη και στατιστικά αμελητέους κινδύνους σοβαρής βλάβης της υγείας ή θανάτου του ασθενούς, στοιχεία που όμως μπορεί να επηρεάσουν σημαντικά την κατάσταση του τελευταίου.

⁶ Βλ. το παράδειγμα της επιδείνωσης της κατάστασης της υγείας ασθενούς, από τέτοια πρωτοβουλία του ιατρού σε *Higgs* (ό.π.), σ. 435.

β) Προβλήματα ως προς τη συναίνεση

Τα προβλήματα της συναίνεσης καθ' εαυτήν αφορούν τη σχέση ιατρού και συγγενών, στην περίπτωση του ανίκανου να συναινεί ασθενούς.

Κατ' αρχάς, ως προς τις εξαιρέσεις από τη συναίνεση που δέχεται ο ΚΙΔ (άρθ. 12 παρ. 3), τίθεται το θέμα του *αν γενικότερα μπορούν οι συγγενείς του ασθενούς να αρνούνται τη θεραπεία και έως ποιο όριο*. Ο «κίνδυνος της υγείας» επιδέχεται ευρύτατη ερμηνεία, ως όριο προβλεπόμενο από τον νόμο, και χρειάζεται λεπτομερέστερο προσδιορισμό. Είναι, πάντως, βέβαιο ότι τα περιθώρια «άρνησης θεραπείας» *δεν ταυτίζονται* για τον ασθενή και τους συγγενείς, καθώς οι τελευταίοι *δεν βιώνουν* την ασθένεια. Από την άλλη πλευρά, οι συγγενείς δεν μπορεί να έχουν και «υποχρέωση» θεραπείας του ασθενούς, αφού κάτι τέτοιο θα αναιρούσε τη βασική έννοια της ελευθερίας να συναινούν εκείνοι αντί του ίδιου.

Πάντοτε στο πεδίο των «εξαιρέσεων», αξίζει επίσης να σημειωθεί η διαφορετική ρύθμιση του ΚΙΔ σε σχέση με το άρθ. 1534 του Αστικού Κώδικα (ΑΚ), ως προς την δυνατότητα αυτενέργειας του ιατρού σε περίπτωση άρνησης των γονέων ανηλίκου να συναινέσουν σε θεραπεία του τελευταίου. Ο ΑΚ επιβάλλει εδώ *άδεια εισαγγελία*, την οποία πλέον δεν απαιτεί ο ΚΙΔ. Το ερώτημα που τίθεται είναι *αν η ρύθμιση του ΚΙΔ αρκεί για να καλύψει την ευθύνη του ιατρού έναντι των γονέων*, εν όψει ιδίως της συνταγματικής προστασίας της γονικής μέριμνας (άρθ. 21 παρ. 1 Σ, άρθ. 8 παρ. 1 ΕΣΔΑ), εγγυητής της οποίας είναι ακριβώς – και κατά πάγια παράδοση στο δίκαιο – *όχι ο ιατρός, αλλά η δικαστική αρχή*.

Ένα επίσης κρίσιμο θέμα είναι η στάση του ιατρού σε περίπτωση εκδήλωσης *διαφωνίας μεταξύ των συγγενών*, κάτι που είναι πιθανόν να προκύψει καθώς ο νόμος δεν ιεραρχεί τους συγγενείς ως προς την εξουσία τους να αποφασίζουν. Θα έπρεπε εδώ να υποθέσουμε μια τέτοια άρρητη ιεράρχηση ή το βάρος της απόφασης επαφίεται στον ίδιο τον ιατρό, με βάση το θεμελιώδες καθήκον του απέναντι στον ασθενή; Θα μπορούσε εδώ να βοηθήσει η παρέμβαση κάποιας επιτροπής δεοντολογίας, όταν νοσηλεύεται ο ασθενής σε νοσοκομείο; Θυμίζουμε εδώ ότι αναφερόμαστε σε έναν θεσμό με τον οποίον δεν έχει ακόμη εξοικειωθεί το σύστημα υγείας της χώρας μας, όταν σε Ευρώπη και ΗΠΑ οι επιτροπές αυτές είναι καθιερωμένες – και η σημασία του ρόλου τους αδιαμφισβήτητη - από πολλές δεκαετίες.

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

Τέλος, υπάρχει ένα γενικό ζήτημα σχετικά με τη συναίνεση του ανηλίκου. Η συναίνεση αυτή αποκλείεται απόλυτα (άρθ. 12 παρ. 2 β ΚΙΔ), έστω και αν ένας ανήλικος είναι προφανώς σε θέση να ελέγχει την υγεία του, αφού από άλλες διατάξεις του αναγνωρίζεται δικαιοπρακτική ικανότητα (π.χ. ως προς τη σύναψη γάμου). Το ερώτημα που τίθεται, εδώ, είναι μήπως πρέπει η εφαρμογή της διάταξης να είναι *στενή*, μόνον για τις περιπτώσεις που η πνευματική ανωριμότητα του ανηλίκου προφανώς δικαιολογεί τη συναίνεση των γονέων ή του επιτρόπου, ώστε να υπάρχει εναρμόνιση με τη συνταγματική προστασία της προσωπικότητάς του (άρθ. 5 παρ. 1 του Συντάγματος).

γ) Η ευθύνη του ιατρού και άλλες έννομες συνέπειες

Από νομική άποψη, οι απαντήσεις σε όλα τα παραπάνω ζητήματα επηρεάζουν, κατά πρώτο λόγο, την έκταση της νομικής ευθύνης του ιατρού (ποινικής, αστικής και πειθαρχικής). Η ευθύνη αυτή δεν συνδέεται με σφάλμα κατά την εκτέλεση ιατρικής πράξης (με κριτήριο τη *lege artis* εκτέλεση), αλλά με σφάλμα κατά το στάδιο που προηγείται μιας τέτοιας πράξης, δηλαδή κατά τη νόμιμη διαδικασία λήψης της απόφασης⁷.

Η εφαρμογή των σχετικών με τη «συναίνεση ύστερα από πληροφόρηση» προβλέψεων της Σύμβασης του Οβιέδο και του ΚΙΔ (αλλά και των συναφών προβλέψεων ειδικών νομοθετημάτων για τις μεταμοσχεύσεις, την υποβοηθούμενη αναπαραγωγή κ.λπ.), συμπληρώνουν έτσι τη γενική νομοθεσία για την ιατρική

⁷ Αυτή η «διευρυμένη» έννοια του σφάλματος γίνεται δεκτή, σήμερα, στη Γερμανία, τη Γαλλία και τις ΗΠΑ. Βλ. Φουντεδάκη (2003), σ. 210 – 211, η οποία δέχεται τη διάκριση μεταξύ «ιατρικού σφάλματος» και «σφάλματος ενημέρωσης» (σ. 216).

ευθύνη (π.χ. άρθ. 57, 914 ΑΚ, άρθ. 8 του ν. 2251/1994) και μπορούν να θεμελιώσουν ιδιαίτερες αγωγίμες αξιώσεις⁸.

Κατά δεύτερο λόγο, από τις απαντήσεις αυτές μπορεί να επηρεασθεί η έννομη κατάσταση και τρίτων (νοσοκομείων, συγγενών του ασθενούς), κατά το μέτρο που η συμμόρφωση προς την αρχή της συναίνεσης συνδέεται με συγκεκριμένα επί μέρους δικαιώματα και υποχρεώσεις των τελευταίων.

Γ. ΕΙΔΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΗΣ ΑΥΤΟΝΟΜΙΑΣ, ΜΕ ΕΜΦΑΣΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ

Το πρότυπο της συναίνεσης του ασθενούς, προϋποθέτοντας αφ' ενός κατάλληλη παιδεία όσον αφορά την έννοια της αυτονομίας του προσώπου και, αφ' ετέρου, σχετική άνεση χρόνου προκειμένου να υπάρξει νηφάλια αξιολόγηση των πληροφοριών, σπάνια μπορεί να εφαρμοσθεί σε μια καθαρή μορφή. Στην πραγματικότητα, ειδικές συνθήκες απαιτούν αντίστοιχες προσαρμογές. Ορισμένες περιοχές της ιατρικής πρακτικής πρέπει, γι' αυτό, να εξετασθούν ειδικά.

1. Έκταση της ενημέρωσης

Όπως ήδη αναφέρεται παραπάνω, στη χώρα μας, η νομοθεσία (ΚΙΔ) προϋποθέτει ότι για κάθε ιατρική πράξη πρέπει να υπάρχει συναίνεση του ασθενούς, ύστερα από ενημέρωση, εκτός εάν ο ασθενής αρνηθεί να ενημερωθεί ασκώντας το δικαίωμα στην άγνοια. Η ενημέρωση όμως του ασθενούς δεν περιορίζεται στις περιπτώσεις που εκείνος χρειάζεται να δώσει τη συγκατάθεσή του για κάποια ιατρική πράξη. Περιλαμβάνει και το δικαίωμά του να γνωρίζει την κατάσταση της υγείας του στο βαθμό που το επιθυμεί. Η γνώση αυτή θα τον βοηθήσει ενδεχομένως να πάρει αποφάσεις για τη ζωή του αλλά και θα ικανοποιήσει την ανάγκη του για έγκυρη ιατρική πληροφόρηση ως προς την κατάσταση της υγείας του, ανεξάρτητα από το εάν η πληροφόρηση αυτή θα χρησιμοποιηθεί για τη λήψη ιατρικών αποφάσεων.

Όμως ποια είναι η συνήθης πρακτική; Ενημερώνουν πράγματι οι ιατροί τους ασθενείς που το επιθυμούν για την κατάσταση της υγείας τους, τη διάγνωση και πρόγνωση της πάθησής τους; Επιθυμούν οι ασθενείς να ενημερώνονται, ακόμα και αν

⁸ Το κριτήριο που επικρατεί για την αξιολόγηση της πληροφόρησης πριν από τη συναίνεση, στο πλαίσιο της ιατρικής ευθύνης, είναι αυτό του «μέσου λογικού ασθενούς» βλ. Ανδρουλιδάκη - Δημητριάδη (1993), σ. 273. Στη νομολογία χαρακτηριστική είναι, εδώ, η υπόθεση *Canterbury v. Spence* [464 F.2d 772 (D.C. Cir. 1972)], που άλλαξε την αρχική προσέγγιση των αμερικανικών δικαστηρίων.

η διάγνωση είναι για σοβαρή ή και ανίατη ασθένεια, ή προτιμούν να μη γνωρίζουν; Είναι αποδεκτό οι ιατροί να ενημερώνουν πρώτα το συγγενικό περιβάλλον και μετά τον ασθενή; Ποια είναι η κατάλληλη ενημέρωση τόσο ως προς το περιεχόμενο όσο και ως προς τον τρόπο μετάδοσης της πληροφορίας και κατά πόσο είναι εκπαιδευμένοι οι ιατροί και το νοσηλευτικό προσωπικό γενικότερα για να την παρέχουν στους ενδιαφερομένους;

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

Υπάρχει εκτενής διεθνής βιβλιογραφία τόσο για τις επιθυμίες των ασθενών όσο και για τη στάση της ιατρικής κοινότητας σχετικά με την ειλικρίνεια κατά την ενημέρωση (ανασκόπηση από Hebert *et al.*, 1997 και Tuckett, 2004). Η βιβλιογραφία αυτή βασίζεται σε έρευνες που έχουν γίνει για διάφορες σοβαρές ή ανίατες ασθένειες, σε διαφορετικές χώρες, ηλικιακές ομάδες και εθνικότητες. Το πιο σύνηθες παράδειγμα που χρησιμοποιείται είναι η στάση ιατρών και ασθενών απέναντι στην αποκάλυψη της διάγνωσης στην περίπτωση του καρκίνου, έχουν διερευνηθεί όμως και άλλες περιπτώσεις όπως το Αλτσχάιμερ και η σκλήρυνση κατά πλάκας.

α) Διεθνής εμπειρία

Μια από τις πρώτες μελέτες που επιχειρήσε να καταγράψει τις απόψεις της ιατρικής κοινότητας απέναντι στην πληροφόρηση του ασθενούς και έγινε στις αρχές του '60 στις ΗΠΑ έδειξε ότι η συντριπτική πλειονότητα των ιατρών (90% ενός δείγματος 219 ατόμων) δεν αποκάλυπταν στους ασθενείς τους διάγνωση καρκίνου (Oken, 1961). Σε μελέτη που έγινε για το ίδιο θέμα περίπου 20 χρόνια αργότερα φάνηκε ότι οι απόψεις της ιατρικής κοινότητας στις ΗΠΑ είχαν αλλάξει ριζικά. Σε πλήρη αντίθεση με τα αποτελέσματα της προηγούμενης μελέτης το 97% των ερωτηθέντων δήλωσαν ότι αποκαλύπτουν στους ασθενείς τους τη διάγνωση (Novack *et al.*, 1979). Παρόμοια στροφή έγινε και στις υπόλοιπες αγγλοσαξονικές χώρες.

Η μεταστροφή αυτή στις απόψεις της ιατρικής κοινότητας ακολούθησε χρονικά την επιθυμία των ασθενών να γνωρίζουν την αλήθεια. Σε έρευνα που

δημοσιεύθηκε το 1957 και στην οποία πήραν μέρος 560 καρκινοπαθείς και οι οικογένειές τους, οι συμμετέχοντες υποστήριξαν κατά μεγάλη πλειοψηφία (87%) ότι ένας ασθενής πρέπει να ενημερώνεται εάν έχει καρκίνο (Samp and Curreni, 1957). Σε μεταγενέστερες έρευνες που αφορούσαν στην σκλήρυνση κατά πλάκας (πριν υπάρξει οποιαδήποτε θεραπεία) (Elian and Dean, 1985) και στο Αλτσχάιμερ (Erde *et al.*, 1988) καταγράφηκε επίσης αυξημένη επιθυμία των συμμετεχόντων να γνωρίζουν την αλήθεια για την κατάσταση της υγείας τους (83% και 90% αντιστοίχως). Θα πρέπει να σημειωθεί, όμως, ότι οι απόψεις των ασθενών δε φαίνεται να είναι ομοιόμορφες μεταξύ των διαφορετικών εθνικών ομάδων. Για παράδειγμα, σε σχετική μελέτη που έγινε στις ΗΠΑ, καταγράφηκε σημαντική διαφορά ως προς τις προτιμήσεις ενημέρωσης μεταξύ ηλικιωμένων ασθενών που δήλωσαν Μεξικανική ή Κορεατική καταγωγή, σε σύγκριση με ασθενείς με Ευρωπαϊκή ή Αφρικανική (African-Americans) καταγωγή (Blackhall *et al.*, 1995).

Σε αντίθεση με τις αγγλοσαξονικές και βόρειο-ευρωπαϊκές χώρες, στις χώρες της Νοτίου και Ανατολικής Ευρώπης αλλά και σε ασιατικές χώρες όπως Κίνα, Ιαπωνία κ.α. η αλλαγή αυτή στη στάση των ιατρών απέναντι στη αποκάλυψη της αλήθειας για τη διάγνωση σοβαρών ασθενειών δε φαίνεται να έχει συμβεί ακόμα ή τουλάχιστον δεν έχει ολοκληρωθεί. Σύμφωνα με αποτελέσματα μελετών, υψηλό ποσοστό ιατρών αποφεύγουν να αποκαλύψουν τη διάγνωση σε περιπτώσεις καρκίνου (Thomsen *et al.*, 1993, Mystakidou *et al.*, 2004).

Πάντως, η διεθνής αρθρογραφία για την αποκάλυψη της διάγνωσης σοβαρών, χρόνιων ή/και ανίατων παθήσεων υποδεικνύει ότι η στάση των ιατρών εξαρτάται και από το ενδεχόμενο κοινωνικό στίγμα, προκατάληψη ή ιδιαίτερη (μεταφυσική ή άλλη) φόρτιση που συνοδεύει την συγκεκριμένη ασθένεια, από το εάν υπάρχει θεραπεία και από άλλους συναφείς παράγοντες που μπορεί να δημιουργήσουν αίσθημα «αδυναμίας» και του ίδιου του ιατρού απέναντι στην ασθένεια. Παραδείγματος χάριν, ενώ η αποκάλυψη της αλήθειας στις ΗΠΑ στην περίπτωση του καρκίνου ήταν σχεδόν καθολική, από το τέλος της δεκαετίας του '70 δεν συνέβη το ίδιο στην περίπτωση νευρολογικών παθήσεων όπως η σκλήρυνση κατά πλάκας (Elian M. and Dean G, 1985).

β) Ελληνική πραγματικότητα

Στην Ελλάδα, σύμφωνα με σχετικές έρευνες, ο αριθμός των ογκολόγων που (κατά δήλωσή τους) αποκαλύπτουν την αλήθεια στους ασθενείς τους φαίνεται ότι είναι διαχρονικά μικρός (επισκόπηση από Mystakidou *et al.*, 2005): 7% το 1980 (Manos and Christakis, 1980), 12,5% το 1986 (Δόσιος *et al.*, 1986), 11% το 1996 (Mystakidou *et al.*, 1996), 22% το 1999 (Mystakidou *et al.*, 1999). Οι περισσότερες έρευνες έδιναν επιλογή απαντήσεων «πάντα ή σχεδόν πάντα» και «ποτέ ή σπάνια» και τα αποτελέσματά τους δεν διαφέρουν διαχρονικά. Η σύγκριση, όμως, δύο ερευνών στις οποίες προσφερόταν η επιλογή απάντησης «κάποιες φορές» αποκαλύπτει μια πολύ σημαντική αύξηση στην πιο πρόσφατη έρευνα στο ποσοστό των ιατρών που απάντησαν έτσι (20% το 1980, 78% το 1996).

Φαίνεται λοιπόν ότι από τη δεκαετία του '80 μέχρι το τέλος της δεκαετίας του '90 είχε συντελεστεί μια αλλαγή στη στάση των ιατρών και στη χώρα μας χωρίς ωστόσο αυτή η αλλαγή στάσης να βρίσκει εφαρμογή σε όλους τους ασθενείς. Ενδεικτικό είναι ότι η πλειοψηφία των ιατρών δηλώνουν ότι η έκταση της ενημέρωσης που δίνουν στους ασθενείς τους εξαρτάται από την προσωπικότητα του ασθενούς (74%) και την αναμενόμενη αντίδρασή του (54%) και όχι από προσωπικές τους αντιλήψεις. Επίσης ενδιαφέρον στοιχείο, όσο και αναμενόμενο, είναι ότι οι ιατροί στην Ελλάδα - ακόμα και στην περίπτωση που ενημερώνουν τον ασθενή για τη διάγνωση καρκίνου - κατά πλειοψηφία (83%) επιλέγουν να ενημερώσουν πρώτα τους συγγενείς και ύστερα των ίδιο τον ασθενή (Mystakidou *et al.*, 1996).

Η στάση αυτή των ιατρών, όπως προκύπτει από έρευνες που βασίζονται στις δικές τους παραδοχές, επιβεβαιώνεται και εκ του αποτελέσματος. Έρευνα που έγινε σε νοσοκομεία της Αθήνας έδειξε ότι η πλειοψηφία των καρκινοπαθών (120 στους 203 ερωτηθέντες) δε γνωρίζουν τη διάγνωσή τους (Brokalaki *et al.*, 2005). Η ίδια έρευνα όμως καταγράφει μια σαφή επιθυμία της πλειοψηφίας των ασθενών (69%) για περισσότερη ενημέρωση, ενώ από τους ασθενείς που γνώριζαν τη διάγνωσή τους μόνο μικρός αριθμός (13%) δήλωσε ότι θα προτιμούσε να μην είχε ενημερωθεί. Επίσης οι περισσότεροι ασθενείς ήθελαν και οι συγγενείς τους να είναι ενήμεροι για την κατάσταση της υγείας τους.

Τα ευρήματα αυτά συμφωνούν με αυτά άλλης έρευνας που έγινε σε νοσοκομείο της Πάτρας και που έδειξε επίσης υψηλά ποσοστά άγνοιας των ασθενών (59%) και επιθυμίας για περισσότερη πληροφόρηση (Iconomou *et al.*, 2002). Η

έρευνα αυτή εξέτασε και την ποιότητα ζωής και ψυχολογική κατάσταση των ασθενών σε σχέση με το εάν είχαν ή όχι πλήρη εικόνα της πάθησής τους και συμπεραίνει ότι η γνώση της αλήθειας δεν επιβάρυνε ψυχολογικά τους ασθενείς. Παρά τα αυξημένα ποσοστά άγνοιας που παρατηρήθηκαν στις δυο παραπάνω περιπτώσεις, αυτά ήταν σημαντικά χαμηλότερα σε σχέση με παλαιότερα στοιχεία σύμφωνα με τα οποία το 1988 μόνο 15,5% των ασθενών που έλαβαν μέρος σε σχετική έρευνα γνώριζαν ότι ήταν καρκινοπαθείς (Lavrentiadis *et al.*, 1988).

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

γ) *Ειλικρίνεια στη σχέση ιατρού-ασθενούς*

Οι απόψεις ως προς την ωφέλεια της ειλικρίνειας στις σχέσεις ιατρού ασθενούς, ιδιαίτερα κατά την αποκάλυψη διάγνωσης σοβαρών παθήσεων, δίστανται. Υπάρχει πλήθος διεθνούς βιβλιογραφίας που στηρίζει την άποψη ότι η ειλικρίνεια και η ενημέρωση ωφελεί τον ασθενή καθώς ενδυναμώνει την εμπιστοσύνη στον ιατρό του, αυξάνει τις πιθανότητες ο ασθενής να ακολουθήσει τη θεραπεία, μειώνει τον πόνο και την ταλαιπωρία από τις ιατρικές παρεμβάσεις, αυξάνει την ικανοποίησή του από την ιατρική φροντίδα που λαμβάνει και μειώνει τις πιθανότητες να αλλάξει ιατρό (επισκόπηση από Hebert *et al.*, 1997). Αντίθετα η απόκρυψη της αλήθειας από τον ασθενή μπορεί να προκαλέσει καχυποψία στη στάση του απέναντι στον ιατρό και η αποκάλυψή της στους συγγενείς μπορεί να οδηγήσει σε απομόνωση του πάσχοντα από το περιβάλλον του.

Υπάρχει όμως και ο αντίλογος, κατά τον οποίο, σε ορισμένες περιπτώσεις, η πλήρης ενημέρωση μπορεί να βλάψει κάποιους ασθενείς και να έχει αρνητικές ψυχολογικές και σωματικές επιπτώσεις. Τα αντικρουόμενα αυτά στοιχεία μπορούν να συμβιβαστούν, εάν δεχθούμε ότι δεν υπάρχει μια «σωστή» αντιμετώπιση του ζητήματος της ειλικρίνειας αλλά ότι ο κάθε ασθενής θα πρέπει να αντιμετωπίζεται ανάλογα με τις ανάγκες του. Για να επιτευχθεί αυτός ο στόχος, είναι σημαντικό να υπάρχει ο χρόνος ώστε να αναπτυχθεί μια σχέση επικοινωνίας του ιατρού με τον ασθενή τέτοια ώστε να επιτρέπει στον πρώτο να καταλαβαίνει της ανάγκες του

δεύτερου αλλά και στον ασθενή να εκφράζει τις επιθυμίες του. Η κατάλληλη εκπαίδευση για την επικοινωνία με τους ασθενείς αλλά και για τον τρόπο ανακοίνωσης μιας δυσοίωνης διάγνωσης είναι επίσης σημαντική για την ανάπτυξη αποτελεσματικών σχέσεων ιατρού-ασθενούς. Η έλλειψη τέτοιου είδους εκπαίδευσης επισημαίνεται από αρκετούς έλληνες συγγραφείς που έχουν ασχοληθεί με το ζήτημα της ειλικρίνειας και της ενημέρωσης των ασθενών (Mystakidou *et al.*, 1996 και Rigatos, 1997).

2. Το πρόβλημα του χρόνου

Συχνά προβάλλεται η δυσκολία εφαρμογής του προτύπου της συναίνεσης, που οφείλεται στον περιορισμένο διαθέσιμο χρόνο για την αντιμετώπιση περιστατικών. Η εμπειρία δείχνει ότι ο περιορισμός του χρόνου μπορεί να οφείλεται είτε στη φύση του ίδιου του περιστατικού (πρόκειται για τα «επείγοντα») είτε στην ανεπαρκή οργάνωση των υπηρεσιών υγείας, ιδίως όταν δυσκολεύονται να ανταποκριθούν σε περιστασιακά αυξημένη ζήτηση.

Αξίζει εδώ να σημειώσουμε ότι για την πρώτη περίπτωση γίνεται γενικότερα δεκτή – και κατοχυρώνεται ρητώς στον νόμο - η αυτενέργεια του ιατρού, δεν εφαρμόζεται δηλαδή η «συναίνεση ύστερα από πληροφόρηση». Η έννοια του «επείγοντος» είναι πάντως ευρύτατη και χρειάζεται ειδικότερο καθορισμό. Αν λάβουμε υπ' όψιν ότι η χρήση της πρέπει να νοείται ως εξαιρετική - καθώς διαφορετικά θα κινδύνευε να ανατραπεί ο κανόνας της συναίνεσης -, τότε το περιεχόμενό της περιορίζεται (i) σε περιστατικά από τα οποία κινδυνεύει άμεσα η ζωή του ασθενούς ή (ii) σε περιστατικά στα οποία και η ελάχιστη καθυστέρηση στην διενέργεια της ενδεδειγμένης ιατρικής πράξης θα σημάνει με βεβαιότητα σοβαρή βλάβη της υγείας. Επομένως, ήπιες βλάβες της υγείας, έστω και αν απαιτούν άμεση αντιμετώπιση, ή σοβαρές παθολογικές καταστάσεις που όμως χρονίζουν (π.χ. πολλές μορφές καρκίνου, διαβήτη κ.λπ.) δεν μπορούν να θεωρηθούν «επείγοντα» περιστατικά. Μεταξύ αυτών των δύο «άκρων» υπάρχει ασφαλώς μια ενδιάμεση περιοχή, στην οποία και πάλι πρέπει να εφαρμόζεται ο κανόνας της συναίνεσης, με την αναγκαία προσαρμογή στα διαθέσιμα χρονικά περιθώρια⁹.

Στην περίπτωση της ανεπαρκούς οργάνωσης των υπηρεσιών υγείας, τα περιθώρια εξασφάλισης του αναγκαίου χρόνου εξαρτώνται ιδίως από αντικειμενικούς

⁹ Βλ. όμως και τον προβληματισμό για το αν η συνοπτική ενημέρωση ενός ικανού να συναινεί ασθενούς μπορεί να θεωρηθεί «κατάλληλη» υπό τις συνθήκες του επείγοντος, σε Young, 2001

παράγοντες, συχνά ανελαστικούς (π.χ. περιορισμένους πόρους για την απασχόληση πρόσθετου ιατρικού προσωπικού). Ωστόσο, ειδικά εδώ, το ζήτημα της κατάλληλης παιδείας και ευαισθητοποίησης της πολιτικής υγείας στην αυτονομία του ασθενούς είναι κρίσιμο. Διότι, αν η συναίνεση του ασθενούς δεν νοείται ως «πολυτέλεια», αλλά ως ουσιώδης όρος για την προστασία της υγείας και τελικά της ποιότητας της ζωής του, τότε αυτός ο όρος προφανώς επηρεάζει τις προτεραιότητες της οργάνωσης των υπηρεσιών, έτσι ώστε η εξασφάλιση χρόνου να αποβαίνει εφικτή.

3. Παιδεία - Εκπαίδευση

Ανάμεσα στους λόγους που αναφέρουν οι ιατροί στην Ελλάδα, αλλά και σε άλλες χώρες όπου επικρατεί η ίδια πρακτική, για την απόκρυψη της διάγνωσης από τους ασθενείς τους, είναι η έλλειψη εκπαίδευσης (Mystakidou 1996; Iconomou 2002).

Το ζήτημα του ελλείμματος παιδείας των ιατρών στην Ελλάδα ως προς την αυτονομία του ασθενούς έχει τουλάχιστον δυο πλευρές. Η πρώτη πλευρά αφορά στη γνώση των δικαιωμάτων του ασθενούς και η δεύτερη στην εφαρμογή αυτών και στην αποτελεσματική επικοινωνία με τους ασθενείς. Χαρακτηριστικό στοιχείο είναι ότι στην Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Αθηνών το μάθημα της ιατρικής δεοντολογίας εξακολουθεί να παραμένει μάθημα επιλογής. Επίσης ελλιπή είναι όλα τα προγράμματα σπουδών της χώρας όσον αφορά την εκμάθηση μεθόδων προσέγγισης του ασθενούς και ανάπτυξης ουσιαστικής σχέσης, με γνώμονα πάντα το σύνολο των αναγκών του με σεβασμό της αυτονομίας του.

Το νέο μοντέλο σχέσης ιατρού-ασθενούς προϋποθέτει την ενεργό συμμετοχή και του ασθενούς. Για να μπορέσει ο ασθενής να ανταποκριθεί σε αυτό το ρόλο, χρειάζεται και εκείνος κατάλληλη παιδεία. Επομένως το ζήτημα της παιδείας δεν αφορά μόνο στους ιατρούς αλλά σε ολόκληρο το κοινωνικό σύνολο.

4. Επιδημιολογία: Εμβολιασμοί

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

Η επιτυχία των μαζικών εμβολιασμών βασίζεται στην όσο το δυνατό μεγαλύτερη συμμετοχή, όμως αυτή δεν μπορεί να επιβληθεί στις δημοκρατικές κοινωνίες (Asveld, 2008). Εδώ η Πολιτεία αλλά και η επιστημονική κοινότητα, ενώ οφείλουν να σέβονται την αυτονομία των ατόμων, καλούνται να εξασφαλίσουν την όσο το δυνατό μεγαλύτερη συμμετοχή εφόσον φυσικά τα οφέλη του εμβολιασμού και η ασφάλεια του εμβολίου έχουν κατά το δυνατό προβλεφθεί και εξασφαλιστεί. Όμως και τα άτομα φέρουν ευθύνη απέναντι στο κοινωνικό σύνολο και η απόφασή τους για συμμετοχή ή όχι σε πρόγραμμα εμβολιασμού δεν μπορεί να λαμβάνεται με μοναδικό κριτήριο την αυτονομία τους. Είναι πολύ πιθανό τα ίδια τα άτομα να μην ωφεληθούν άμεσα από τη συμμετοχή τους στον εμβολιασμό συμβάλουν όμως στην προστασία του κοινωνικού συνόλου και ιδιαίτερα των πιο ευπαθών ομάδων.

Η σημασία της εμπιστοσύνης στην ασφάλεια ενός εμβολίου και ο σημαντικός ρόλος της Πολιτείας και της επιστημονικής κοινότητας φάνηκε πρόσφατα στη Μ. Βρετανία στην περίπτωση του εμβολίου MMR κατά της ιλαράς, παρωτίτιδας και ερυθράς. Η ιλαρά στη Μ. Βρετανία πριν την έναρξη του μαζικού εμβολιασμού στοίχιζε κατά μέσο όρο 100 θανάτους το χρόνο. Το 1988 η συμμετοχή σε μαζικούς εμβολιασμούς ήταν 76%. Η εισαγωγή του τριπλού εμβολίου τη χρονιά αυτή, σε αντικατάσταση των τριών ξεχωριστών, αύξησε το ποσοστό συμμετοχής στο 91% μέχρι το 1998. Τότε όμως άρχισαν να καλλιεργούνται φόβοι για παρενέργειες του εμβολίου και συγκεκριμένα για την εμφάνιση αυτισμού. Παρά το γεγονός ότι το εμβόλιο ήταν δοκιμασμένο για πολλά χρόνια και δεν υπήρχαν κοινώς αποδεκτά από την επιστημονική κοινότητα στοιχεία που να υποστηρίζουν ότι το εμβόλιο είχε παρενέργειες, λόγω μελετών που παρουσιάστηκαν από έναν ιατρό-ερευνητή κλονίστηκε η εμπιστοσύνη των γονιών και από το 1998 μειώθηκε σημαντικά η συμμετοχή στο πρόγραμμα του εμβολιασμού. Η μελέτη που στήριξε τους ισχυρισμούς κάποιων γονιών για παρενέργειες του εμβολίου αποδείχθηκε λανθασμένη και μάλιστα περιείχε κατασκευασμένα στοιχεία. Όμως η μείωση της συμμετοχής είχε ως επακόλουθο την απώλεια της λεγόμενης *έμμεσης ανοσίας* ή *ανοσίας αγέλης* (herd immunity) με αποτέλεσμα για το διάστημα μέχρι την αποκατάσταση της εμπιστοσύνης στο εμβόλιο και του υψηλού ποσοστού συμμετοχής, να αυξηθούν σημαντικά τα κρούσματα ιλαράς (Jansen *et al.*, 2003).

Ενώ στην περίπτωση δοκιμασμένων εμβολίων η απόφαση αποχής δεν είναι ηθικά ουδέτερη, η περίπτωση νέων και μη επαρκώς δοκιμασμένων εμβολίων είναι διαφορετική. Η εμπειρία του μαζικού εμβολιασμού κατά της γρίπης των χοίρων στις

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

5. *Ασθενείς στα νοσοκομεία και ιδίως στις ΜΕΘ*

Η εφαρμογή του προτύπου της συναίνεσης στους νοσοκομειακούς ασθενείς αντιμετωπίζει ένα δεδομένο περιορισμό της αυτονομίας των τελευταίων.

Ο ασθενής που νοσηλεύεται στο νοσοκομείο βρίσκεται κατ' αρχήν στο περιβάλλον ενός δημόσιου χώρου, που δεν επιτρέπει πλήρη ελευθερία κίνησης, έκφρασης, επικοινωνίας, ενώ συρρικνώνει δραστικά την ιδιωτική και την οικογενειακή του ζωή. Στις συνθήκες αυτές, ο ασθενής είναι ιδιαίτερα ευάλωτος. Ειδικά στις ΜΕΘ οι περιορισμοί αυτοί είναι πολύ πιο έντονοι, ενώ ο ασθενής βιώνει επί πλέον και την ψυχολογική πίεση από την κρισιμότητα της κατάστασης της υγείας του. Καθώς οι δυνατότητες ψυχρικής εκτίμησης της κατάστασης από τον ίδιο – και επομένως λήψης έλλογων αποφάσεων για την πορεία της θεραπείας – επηρεάζονται σημαντικά από το νοσοκομειακό περιβάλλον, ο ρόλος του ιατρού και του νοσηλευτικού προσωπικού εμφανίζεται περισσότερο καθοριστικός.

Ωστόσο, οι ασθενείς στα νοσοκομεία, ακόμη και στις ΜΕΘ, είναι κατά κανόνα ικανοί να συναινούν ύστερα από πληροφόρηση. Αυτό σημαίνει ότι ο ιατρός διατηρεί πλήρη ευθύνη ως προς τη συμμετοχή του ασθενούς στην πορεία της συγκεκριμένης θεραπευτικής αγωγής και δεν δικαιολογείται να αυτενεργεί. Σε συνθήκες «εγκλεισμού» του ασθενούς – ιδίως στις ΜΕΘ – οι πιθανότητες χειραγώγησης της βούλησής του από τον ιατρό είναι αυξημένες. Ο ασθενής εύκολα μπορεί να πειθαναγκασθεί από τον ιατρό, καθώς είναι λογικό να ενδιαφέρεται για τη συντομότερη δυνατή αποκατάσταση της υγείας του, που θα σημαίνει ταυτόχρονα και την έξοδο στην ελευθερία της καθημερινότητας, την επαναφορά της αυτονομίας του στο σύνολό της.

Εδώ πρέπει να επισημάνουμε μια αυξημένη ηθική ευθύνη του ιατρού, όσον αφορά την πληρότητα της πληροφόρησης. Όσο πληρέστερη είναι η πληροφόρηση τόσο μεγαλύτερες πιθανότητες ανεξάρτητης εκτίμησης της κατάστασης – και εν τέλει απόφασης - από μια αντικειμενικά ευάλωτη βούληση μπορεί να αναμένει κανείς. Αντίθετα, κενά στην πληροφόρηση οδηγούν εδώ ευκολότερα στη χειραγώγηση από τον ιατρό, καθώς ο ασθενής καλείται να αξιολογήσει και να αποφασίσει σε ένα ανοίκειο περιβάλλον εγκλεισμού, που προδιαθέτει περισσότερο για «τυφλή υπακοή», παρά για πραγματική άσκηση της αυτονομίας.

6. *Ανίκανοι προς συναίνεση*

Η νομική ικανότητα προς συναίνεση πρέπει να διακρίνεται από την αντίστοιχη φυσική ικανότητα ενός προσώπου. Ασθενείς με πλήρη νομική ικανότητα συναίνεσης μπορεί να βρίσκονται σε κατάσταση προσωρινής διαταραχής των πνευματικών τους λειτουργιών, που να μην επιτρέπει τον σχηματισμό και την έκφραση ελεύθερης βούλησης (π.χ. υπό την επήρεια αλκοόλ, ναρκωτικών ουσιών, σοκ εξ αιτίας ατυχήματος ή από τη γνωστοποίηση μιας σοβαρής ασθένειας κ.ο.κ.)¹⁰.

Στις περιπτώσεις αυτές η αυτενέργεια του ιατρού και πάλι δεν δικαιολογείται, εκτός αν συντρέχουν οι λόγοι του επείγοντος. Η προσπάθεια πρέπει να συγκεντρώνεται στη γρήγορη αποκατάσταση της πνευματικής διαύγειας του ασθενούς, ώστε αυτός να είναι σε θέση να ενημερωθεί έγκαιρα και τελικά να αποφασίζει για τη θεραπεία. Επίσης δεν δικαιολογείται, εδώ, η υποκατάσταση της βούλησης του ασθενούς από τους οικείους του, καθώς μια απόφαση των τελευταίων μπορεί να βρει αντίθετο τον ίδιο τον ενδιαφερόμενο όταν επανέλθει η πνευματική του κατάσταση.

Αντίστοιχα, πάλι, πρόσωπα νομικά ανίκανα προς συναίνεση μπορεί να είναι πλήρως ικανά από φυσική άποψη να σχηματίσουν και να εκδηλώσουν τη βούλησή τους για θέματα της υγείας τους. Αναφέρθηκε ήδη το παράδειγμα των ανηλίκων – ιδίως από την εφηβεία - , ωστόσο ανάλογα είναι και παραδείγματα προσώπων που βρίσκονται σε καθεστώς δικαστικής συμπαράστασης (ακόμη και πλήρους), καθώς ψυχασθένειες ή διανοητικές αναπηρίες ήπιας μορφής δεν αποκλείουν εξ ορισμού τον αυτοπρόσωπο έλεγχο της υγείας κάποιου.

¹⁰ Το άρθρ. 131 Α.Κ., το οποίο προβλέπει ακυρότητα των δηλώσεων βουλήσεως σε τέτοιες περιπτώσεις βρίσκει εφαρμογή και εδώ. Βλ. γεν. για το πρόβλημα των «παράλογων» αποφάσεων από ικανούς να συναινούν ασθενείς και για τις κρίσιμες για την συναίνεση διανοητικές ικανότητες (Elliot, 2001)

Στην περίπτωση των ανηλίκων θα ήταν ορθότερο να νομοθετηθεί η αυτοπρόσωπη συναίνεση ίσως από μια ηλικία και έπειτα (και άρα να αποκλεισθεί η συναίνεση των νόμιμων αντιπροσώπων τους), καθώς υπάρχει ένα αντικειμενικό κριτήριο επαρκούς ωριμότητας στη σύγχρονη κοινωνική ζωή, που δύσκολα μπορεί να αμφισβητηθεί (π.χ. από την ηλικία των 15 ετών). Μεταβατικά, η γνώμη του ανηλίκου θα πρέπει ήδη να αναγνωρίζεται ως βαρύνουσα στις σχετικές αποφάσεις, ιδίως αν συμπίπτει με τη συμβουλή του ιατρού, ακόμη και αν οι γονείς εκδηλώνουν διαφωνίες.

Για τους ενήλικους, ανάλογο αντικειμενικό τεκμήριο είναι δύσκολο να υποτεθεί. Για τον λόγο αυτόν, ιδιαίτερη σημασία πρέπει να δίνεται στη γνώμη του ενδιαφερομένου (και, συνεπώς, στην καταλληλότητα της προηγούμενης πληροφόρησής του), κατά περίπτωση αξιολογούμενη, χωρίς πάντως να αμφισβητείται η εξουσία των νόμιμων αντιπροσώπων του ως προς τη λήψη της απόφασης.

Ιδιαίτερη δυσκολία παρουσιάζει το ζήτημα των λεγόμενων «προγενέστερων οδηγιών» (advance directives), για τις οποίες έγινε λόγος και παραπάνω. Η πιθανότητα να βρεθεί ένα πρόσωπο σε κατάσταση ανικανότητας συναίνεσης οδηγεί συχνά στη διατύπωση επιθυμιών σχετικών με τη μεταχείρισή του σε ανύποπτο, προγενέστερο χρόνο. Οι επιθυμίες αυτές εκφράζονται συνήθως είτε στους κοντινούς συγγενείς είτε σε στενούς φίλους είτε και σε ιατρό, αν πρόκειται για κάποιον ήδη ασθενή. Η έκφρασή τους είναι κατά κανόνα άτυπη (προφορική και, ίσως, χωρίς καν μάρτυρα), όμως σε ορισμένες χώρες έχει προβλεφθεί κάποιος τύπος που εξασφαλίζει την εγκυρότητα της βούλησης (πρόκειται για τις λεγόμενες «διαθήκες ζωής»). Κατά κανόνα, επίσης, οι επιθυμίες αυτές αφορούν άρνηση ορισμένων δυσάρεστων ή επώδυνων μεθόδων θεραπείας (π.χ. αιμοκάθαρση, καρδιοπνευμονική ανάνηψη)¹¹ ή ακόμη και διακοπή της τεχνητής υποστήριξης στη ζωή (π.χ. με άρνηση θρέψης, ενυδάτωσης κ.λπ.)¹².

Έχοντας υπ' όψιν ότι στη χώρα μας ισχύει ένα αμφιλεγόμενο νομοθετικό καθεστώς¹³, ερωτάται τι θα συμβεί αν ένας ιατρός γνωρίζει τέτοιες επιθυμίες του ασθενούς, με τις οποίες όμως διαφωνούν οι νόμιμοι αντιπρόσωποί του, οι οποίοι έχουν νομικά την ευθύνη της συναίνεσης.

¹¹ Τέτοιες είναι και οι λεγόμενες DNR (“Do-Not-Resuscitate”) Orders, η συμμόρφωση με τις οποίες ισοδυναμεί με παθητική ευθανασία.

¹² Βλ. σχετ. Βιδάλης (2007), σ. 113 επ., όπου και σχετική βιβλιογραφία

¹³ Κατά το άρθρ. 9 της Σύμβασης του Οβιέδο, ο ιατρός πρέπει να «λαμβάνει υπ' όψιν» τέτοιες επιθυμίες. Δεν υπάρχει ωστόσο ειδική νομοθεσία τυποποίησής τους, από την οποία να συνάγονται συγκεκριμένα έννομα αποτελέσματα ιδίως ως προς την ιατρική ευθύνη.

Από ηθική σκοπιά, είναι βέβαιο ότι οι επιθυμίες αυτές πρέπει, κατ' αρχήν, να γνωστοποιούνται στους οικείους του ασθενούς στο πλαίσιο της προηγούμενης πληροφόρησής τους. Αν, στη συνέχεια, οι τελευταίοι εκδηλώσουν διαφωνία, ο ιατρός και πάλι δεν θα δικαιολογείται να παρακάμψει εντελώς τις επιθυμίες του ασθενούς. Γιατί, στο μέτρο που υπάρχει ένα τεκμήριο *αυθεντικής έκφρασης* της αυτονομίας του ίδιου του προσώπου – έστω και αν έχει εκδηλωθεί σε προγενέστερο χρόνο – η «υποκατάστατη» συναίνεση των νόμιμων αντιπροσώπων εμφανίζεται αδύναμη. Πράγματι, οι αντιπρόσωποι δεν αποφασίζουν εδώ με κριτήριο το «τι θα ήθελε ο ασθενής» (αφού εκείνος έχει εκφράσει ήδη τις επιθυμίες του), αλλά με κριτήριο το τι *εκείνοι* πιστεύουν ότι ανταποκρίνεται στο συμφέρον του ίδιου ή οποιουδήποτε ασθενούς, κάτι που απομακρύνεται ουσιωδώς από την τήρηση της αρχής της αυτονομίας, έστω και αν σε άλλες περιπτώσεις αποτελεί τη μόνη επιλογή.

Από νομική άποψη ο ιατρός δεν μπορεί να αμφισβητήσει την εξουσία των νόμιμων αντιπροσώπων κατά τη λήψη των αποφάσεων. Έχει όμως ηθικό καθήκον να συζητήσει μαζί τους τις επιθυμίες του ασθενούς, σε μια προσπάθεια εξομάλυνσης των διαφωνιών, ανεξάρτητα από την άποψη περί της θεραπείας που υιοθετεί ο ίδιος. Αν, πάντως, επί πλέον, συμφωνεί και αυτός με τις επιθυμίες του ασθενούς, έχει δικαίωμα να αποσυρθεί από την φροντίδα του, ώστε να την αναλάβει άλλος ιατρός¹⁴.

Αξίζει να σημειωθεί εδώ, ότι τα παραπάνω ισχύουν ακόμη και αν κάποτε θεσπισθεί ειδική νομοθεσία περί της εγκυρότητας των «προγενέστερων οδηγιών», κάτι που θα σημαίνει ότι «άτυπες» επιθυμίες δεν θα παράγουν έννομα αποτελέσματα για τον ιατρό ή τους νόμιμους αντιπροσώπους του ασθενούς. Γιατί, πέρα από το ότι ένα πρόσωπο μπορεί σε κάθε περίπτωση να εκφράζεται ελεύθερα για τον μελλοντικό χειρισμό θεμάτων που αφορούν την υγεία του – χωρίς δηλαδή να ακολουθεί κάποιο θεσμοθετημένο «τύπο» - πρέπει να επισημάνουμε ότι εν προκειμένω δεν αντιμετωπίζουμε ζήτημα νομικής ευθύνης του ιατρού, αλλά ζήτημα ηθικού του καθήκοντος. Έστω, λοιπόν, και αν από νομική άποψη ο ιατρός θα είναι υποχρεωμένος να ακολουθεί μόνον τις «τυπικά» διατυπωμένες οδηγίες του ασθενούς, από ηθική άποψη δεν μπορεί να αγνοήσει επιθυμίες του τελευταίου που έχουν εκφρασθεί ακόμη και άτυπα.

¹⁴ Πρβλ. άρθ. 2 παρ. 5 , 9 παρ. 4 ΚΙΔ, που αφήνουν περιθώρια για ανάλογη στάση του ιατρού.

7. Σύστημα υγείας

Το σύστημα υγείας καθορίζει την ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχονται και επηρεάζει αποφασιστικά το πρότυπο σχέσεων που δημιουργούνται ανάμεσα στον ασθενή και τον ιατρό του. Πρωταρχικός στόχος είναι η καλύτερη δυνατή αξιοποίηση του ανθρώπινου δυναμικού και υλικών μέσων ώστε να καλύπτονται οι ανάγκες των πολιτών, από τις εισφορές των οποίων εξασφαλίζονται οι πόροι για τη λειτουργία του. Η λειτουργία του συστήματος υγείας δεν είναι, εκ πρώτης όψεως, άμεσα συνδεδεμένη με τη συναίνεση στη σχέση ιατρού-ασθενούς, όμως παραθέτουμε κάποια στοιχεία που ίσως φανούν χρήσιμα στην Επιτροπή για να αποφασίσει εάν θεωρεί σκόπιμο να ασχοληθεί με το ζήτημα αυτό στη σχετική γνώμη της.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.) το 2000, στο πλαίσιο της αξιολόγησης των συστημάτων υγείας διεθνώς, χρησιμοποίησε σαν βασικό κριτήριο την «υπευθυνότητα» (World Health Organization, 2000 και Hartzband and Groopman, 2009). Το κριτήριο αυτό περιλαμβάνει το σεβασμό της αξιοπρέπειας των προσώπων και των οικογενειών τους, και την προστασία της αυτονομίας τους στη λήψη αποφάσεων για την υγεία τους. Με τον τρόπο αυτόν, ο Π.Ο.Υ. θέτει την αυτονομία του ασθενούς και τον ιατρικό ανθρωπισμό στο επίκεντρο των συστημάτων υγείας.

Εκτός από την εξατομίκευση της ιατρικής φροντίδας με βάση τις ανάγκες και προτιμήσεις του ατόμου μια άλλη διεθνής τάση στην άσκηση της ιατρικής, άμεσα συνδεδεμένη με τις επιδιώξεις των συστημάτων υγείας, είναι η «τεκμηριωμένη ιατρική» (evidence-based medicine) (Timmermans *et al.*, 2005). Η τεκμηριωμένη ιατρική είναι η «ευσυνείδητη, σαφής και συνετή χρήση των καλύτερων και πιο πρόσφατων (επιστημονικών) στοιχείων στη λήψη αποφάσεων για τη φροντίδα συγκεκριμένων ασθενών» (Sackett *et al.*, 1996). Για την εφαρμογή αυτού του είδους της ιατρικής πρακτικής απαραίτητη είναι η δραστηριοποίηση των ιατρικών επιστημονικών εταιρειών κάθε ειδικότητας, ώστε να συνδράμουν τους ιατρούς με την κατάρτιση συγκεκριμένων κατευθυντήριων οδηγιών.

Η τεκμηριωμένη ιατρική δεν φαίνεται, σε πρώτη ανάγνωση, να έρχεται σε σύγκρουση με την εξατομικευμένη ιατρική που έχει ως κέντρο της το πρόσωπο, εφόσον οι οδηγίες υπάρχουν για την καθοδήγηση στη λήψη αποφάσεων ως προς την επιστημονικά καλύτερη θεραπεία σε ένα συγκεκριμένο ασθενή και μια συγκεκριμένη πάθηση και όχι για την επιβολή συγκεκριμένων θεραπειών ή ορίων. Όμως σε κάποιες

από τις χώρες όπου η τεκμηριωμένη ιατρική ήδη εφαρμόζεται, συμβαίνει να λειτουργεί περιοριστικά στην άσκηση της ιατρικής, καθώς οι οδηγίες επιβάλλονται και σε κάποιες περιπτώσεις οι ιατροί δεν μπορούν να τις παραβούν ακόμα και εάν πιστεύουν ότι κάτι τέτοιο θα ωφελούσε τον ασθενή τους.

Αντίθετα, στη χώρα μας, δεν έχουν καθιερωθεί τέτοιου είδους κατευθυντήριες οδηγίες ή και περιορισμοί. Η συγκεκριμένη έλλειψη μπορεί να οδηγεί τόσο σε θεραπείες που δεν είναι οι ενδεδειγμένες, σύμφωνα με τις πιο πρόσφατες επιστημονικές ανακαλύψεις, αλλά και ενδεχομένως σε κατασπατάληση πόρων. *Η δίκαιη και αποτελεσματική αξιοποίηση των συγκεκριμένων και περιορισμένων πόρων που διαθέτει το σύστημα υγείας είναι ένα βασικό ζητούμενο, εξαιρετικά επίκαιρο για τη χώρα μας.* Η αξιοποίηση των διεθνών εμπειριών και η ανάλυση των πλεονεκτημάτων και προβλημάτων που έχουν παρατηρηθεί σε συστήματα υγείας άλλων χωρών, μπορούν να αποτελέσουν τη βάση για την καλύτερη δυνατή εφαρμογή της τεκμηριωμένης ιατρικής, παράλληλα με το σεβασμό της αυτονομίας του ατόμου.

Δ. ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Η αυτονομία του ασθενούς είναι από τα κυριότερα ζητήματα της Βιοηθικής και μάλιστα – ξεκινώντας από τη μελέτη της δεοντολογίας των κλινικών δοκιμών - αποτέλεσε το έναυσμα για την ανάπτυξη της ως ανεξάρτητο κλάδο της Ηθικής. Σκοπός της παρούσας έκθεσης ήταν να συνοψίσει το πώς διασφαλίζεται η αυτονομία του ατόμου στην ιατρική πράξη σήμερα και να εντοπίσει τα κυριότερα προβλήματα εφαρμογής της, ιδιαιτέρως αυτά που αφορούν στην ελληνική πραγματικότητα.

Όπως γίνεται σαφές στα κεφάλαια που προηγήθηκαν, κομβικό σημείο στη διασφάλιση της αυτονομίας αποτελεί η σχέση ιατρού-ασθενούς. Η σχέση αυτή τις τελευταίες δεκαετίες αλλάζει μορφή και περνά από το παραδοσιακό πατερναλιστικό πρότυπο, κατά το οποίο ο ιατρός είναι κατά βάση υπεύθυνος να καθορίζει το συμφέρον του ασθενούς και να ενεργεί αναλόγως, σε ένα νέο πρότυπο, εκείνο της *συναίνεσης ύστερα από ενημέρωση*, κατά το οποίο ιατρός και ασθενής καλούνται να συμμετάσχουν από κοινού στη διαδικασία λήψης ιατρικών αποφάσεων.

Στην ιατρική πράξη, ο σεβασμός της αυτονομίας έχει ως στόχο την καλύτερη δυνατή εφαρμογή της σύγχρονης ιατρικής επιστήμης, με τρόπο όμως που γίνονται σεβαστές οι ανάγκες και επιθυμίες των ασθενών. Η πολυπλοκότητα της σύγχρονης ιατρικής αλλά και τα, συχνά αβέβαια, όρια του «τι» συνιστά θεραπεία καταρρίπτουν το δόγμα ότι ο ιατρός «ξέρει καλύτερα» και οδηγεί στην ανάγκη νέων σχέσεων που προϋποθέτουν συνεργασία και συμμετοχή και των δυο «μερών» για την επίτευξη του καλύτερου δυνατού αποτελέσματος.

Από την άλλη πλευρά, η ενημέρωση των ασθενών είναι απαραίτητη για την ανάπτυξη μιας τέτοιας σχέσης συνεργασίας ιατρού-ασθενούς, παραμένει όμως και πάλι συχνά ασαφές ποια είναι τα όρια της κατάλληλης ενημέρωσης. Ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα εφαρμογής της αυτονομίας στην ιατρική πράξη στη χώρα μας είναι η, διαφαινόμενη από εμπειρικά δεδομένα, διάσταση απόψεων ως προς την έκταση της ενημέρωσης μεταξύ ιατρών και ασθενών. Οι τελευταίοι επιθυμούν, κατά το πλείστον, περισσότερη ενημέρωση από αυτή που παρέχουν οι πρώτοι.

Οι σημαντικότερες - κατά τη γνώμη των συγγραφέων της παρούσας έκθεσης - αιτίες της διάστασης αυτής στις απόψεις ιατρών-ασθενών εντοπίστηκαν και αναλύθηκαν σε προηγούμενα κεφάλαια. Ανάμεσά τους ξεχωρίζουν η έλλειψη κατάλληλης εκπαίδευσης των ιατρών και η έλλειψη χρόνου. Σημαντικό είναι να αναζητηθούν πρακτικές λύσεις ώστε η αυτονομία του ασθενούς να γίνεται σεβαστή στην πράξη, όχι μόνον ως αυτοτελής αξία αλλά και διότι αποτελεί δικλείδα ασφαλείας για την ίδια την αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών υγείας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Ανδρουλιδάκη - Δημητριάδη Ι (1993). *Η υποχρέωση ενημέρωσης του ασθενούς. Συμβολή στη διακρίβωση της αστικής ιατρικής ευθύνης*. Αντ. Ν. Σάκκουλας, Αθήνα - Κομοτηνή .
- Βιδάλης ΤΚ (2007). *Βιοδίκαιο, 1^{ος} τόμος: Το Πρόσωπο*. Σάκκουλας, Αθήνα - Θεσσαλονίκη .
- Δόσιος Θ, Μαρκόπουλος Χ, Βλάχος Ι, and Λιάτσος Π (1986) Οι απόψεις των ελλήνων γιατρών επί του εάν πρέπει ο καρκινοπαθής να γνωρίζει την αρρώστια του. *Ιατρική Επιθεώρησης Ενόπλων Δυνάμεων*, **20**, 309-315.
- Φουντεδάκη Κ (2003). *Αστική Ιατρική Ευθύνη. Γενική εισαγωγή - Δογματική και δικαιοπολιτική θεώρηση - Θεμελιώδεις έννοιες*. Σάκκουλας, Αθήνα - Θεσσαλονίκη.
- Asveld L (2008) Mass-vaccination programmes and the value of respect for autonomy. *Bioethics*, **22**, 245-257.
- Blackhall LJ, Murphy ST, Frank G, Michel V, and Azen S (1995) Ethnicity and Attitudes Toward Patient Autonomy. *Jama-Journal of the American Medical Association*, **274**, 820-825.
- Brokalaki EI, Sotiropoulos GC, Tsaras K, and Brokalaki H (2005) Awareness of diagnosis, and information-seeking behavior of hospitalized cancer patients in Greece. *Supportive Care in Cancer*, **13**, 938-942.
- Elian M and Dean G (1985) To Tell Or Not to Tell the Diagnosis of Multiple-Sclerosis. *Lancet*, **2**, 27-28.
- Elliot C (2001). Patients doubtfully capable or incapable of consent . In Kuhse,H. and Singer,P.A. (Eds.), *A Companion to Bioethics*. Blackwell, Oxford, pp. 452.
- Erde EL, Nadal EC, and Scholl TO (1988) On Truth Telling and the Diagnosis of Alzheimers-Disease. *Journal of Family Practice*, **26**, 401-406.
- Hartzband P and Groopman J (2009) Keeping the patient in the equation--humanism and health care reform. *N Engl J Med*, **361**, 554-555.
- Hebert PC, Hoffmaster B, Glass KC, and Singer PA (1997) Bioethics for clinicians .7. Truth telling. *Canadian Medical Association Journal*, **156**, 225-228.
- Higgs R (2001). Truth-Telling. In Kuhse,H. and Singer,P.A. (Eds.), *A Companion to Bioethics*. Blackwell, Oxford, pp. 432.
- Iconomou G, Viha A, Koutras A, Vagenakis AG, and Kalofonos HP (2002) Information needs and awareness of diagnosis in patients with cancer receiving chemotherapy: a report from Greece. *Palliative Medicine*, **16**, 315-321.
- Jansen VAA, Stollenwerk N, Jensen HJ, Ramsay ME, Edmunds WJ, and Rhodes CJ (2003) Measles outbreaks in a population with declining vaccine uptake. *Science*, **301**, 804.
- Lavrentiadis G, Manos N, Christakis J, and Semoglou C (1988) The Greek Cancer-Patients Knowledge and Attitudes Toward His Diagnosis and Prognosis. *Psychotherapy and Psychosomatics*, **49**, 171-178.

Manos N and Christakis J (1980) Attitudes of cancer specialists toward their patients in Greece. *Int J Psychiatry Med*, **10**, 305-313.

Mystakidou K, Lioffi C, Vlachos L, and Papadimitriou J (1996) Disclosure of diagnostic information to cancer patients in Greece. *Palliat Med*, **10**, 195-200.

Mystakidou K, Parpa E, Tsilila E, Katsouda E, and Vlahos L (2004) Cancer information disclosure in different cultural contexts. *Support Care Cancer*, **12**, 147-154.

Mystakidou K, Tsilika E, Befon S, Kululias V, and Vlahos L (1999) Quality of life as a parameter determining therapeutic choices in cancer care in a Greek sample. *Palliative Medicine*, **13**, 385-392.

Mystakidou K, Tsilika E, Parpa E, Katsouda E, and Vlahos L (2005) Patterns and barriers in information disclosure between health care professionals and relatives with cancer patients in Greek society. *Eur J Cancer Care (Engl)*, **14**, 175-181.

Novack DH, Plumer R, Smith RL, Ochitill H, Morrow GR, and Bennett JM (1979) Changes in Physicians Attitudes Toward Telling the Cancer Patient. *Jama-Journal of the American Medical Association*, **241**, 897-900.

Oken D (1961) What to Tell Cancer Patients - A Study of Medical Attitudes. *Jama-Journal of the American Medical Association*, **175**, 1120-1128.

Rigatos GA (1997) Cancer and truth-telling in Greece - Historical, statistical, and clinical data. *Communication with the Cancer Patient: Information and Truth*, **809**, 382-392.

Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, and Richardson WS (1996) Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ*, **312**, 71-72.

Samp RJ and Curreri AR (1957) A Questionnaire Survey on Public Cancer Education Obtained from Cancer Patients and Their Families. *Cancer*, **10**, 382-384.

Thomsen OO, Wulff HR, Martin A, and Singer PA (1993) What do Gastroenterologists in Europe Tell Cancer-Patients. *Lancet*, **341**, 473-476.

Timmermans S and Mauck A (2005) The promises and pitfalls of evidence-based medicine. *Health Affairs*, **24**, 18-28.

Tuckett AG (2004) Truth-telling in clinical practice and the arguments for and against: A review of the literature. *Nursing Ethics*, **11**, 500-513.

World Health Organization. World Health Report 2000 - health systems: improving performance. 2000. Geneva.

Young R (2001). Informed Consent and Patient Autonomy. In Kuhse,H. and Singer,P.A. (Eds.), *A Companion to Bioethics*. Blackwell, Oxford, pp. 441.