

ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ ΣΤΟ ΜΑΘΗΜΑ ΤΗΣ ΒΙΟΗΘΙΚΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ

A. Η ασθένεια

1. Γενικά

Η πιο κοινή εμπειρία, στην οποία δοκιμάζεται η βιολογική αυτονομία του προσώπου, είναι αυτή της ασθένειας. Ανεξάρτητα από τη σοβαρότητα της τελευταίας, δύο είναι τα δεδομένα που πρέπει να λάβουμε υπ' όψη: πρώτον, η διαταραχή βιολογικών λειτουργιών εμποδίζει, λιγότερο ή περισσότερο, τον αυτοκαθορισμό του προσώπου και, δεύτερον, η αποκατάσταση της ικανότητας αυτοκαθορισμού προϋποθέτει κάποιους αναγκαίους περιορισμούς του. Με την έννοια αυτή, η βιολογική αυτονομία επηρεάζεται διπλά: εμποδίζεται, αφ' ενός, από την ασθένεια και, αφ' ετέρου, πρόσκαιρα, από την ίδια τη θεραπευτική αγωγή.

Η βιολογική αυτονομία εκφράζει εδώ, κυρίως, την ελευθερία μας στην αντιμετώπιση της ασθένειας. Η αντιμετώπιση της ασθένειας είναι πιθανόν να μη φθάνει έως τη θεραπεία της - στην περίπτωση των ανίατων ασθενειών -, αλλά να αρκείται στην εξάλειψη ή στον μετριασμό συμπτωμάτων - ιδίως του πόνου -, που από μόνα τους επίσης εμποδίζουν την αυτονομία. Αν υποθέταμε ότι το δίκαιο δεν κάλυπτε αυτή τη δυνατότητα του προσώπου να αποκαθιστά την αυτονομία του, τότε θα καταλήγαμε στο συμπέρασμα πως αποδέχεται την απώλεια της τελευταίας, τελικά την ενδεχόμενη έκπτωση του υποκειμένου σε απλό «αντικείμενο», έρμαιο ετεροκαθορισμού τυχαίων εξωτερικών συνθηκών¹.

Ωστόσο, δεν πρέπει να μας διαφεύγει ότι κάνουμε λόγο για μια πραγματική ατομική ελευθερία. Η αντιμετώπιση της

¹ Το Σύνταγμα κατοχυρώνει αυτή τη δυνατότητα, κατά πρώτο λόγο, με την προστασία της ανθρώπινης αξίας (άρθ. 2 παρ. 1) και, στη συνέχεια, με το άρθρο 5 παρ. 5 για την ατομική ελευθερία της υγείας, καθώς και το άρθρο 9 παρ. 1 εδ. β', το οποίο, προστατεύοντας την ιδιωτική ζωή, περιλαμβάνει τη δυνατότητα κάποιου «να ελέγχει το σώμα» του. Στην ΕΣΔΑ, η ρητή προστασία του «δικαιώματος στη ζωή» αποτελεί ένα γενικό έρεισμα και για την αντιμετώπιση της ασθένειας. Πρβλ. μάλιστα την απόφαση του ΕΔΔΑ, *Scialacqua κατά Ιταλίας* (1998/αρ. προσφ. 34151/96), όπου το δικαίωμα στη ζωή συνδέεται και με το κοινωνικό δικαίωμα στην υγεία. Το ΕΔΔΑ θεμελιώνει πάντως την αυτονομία του ασθενούς, επίσης στο δικαίωμα του άρθ. 8 της ΕΣΔΑ (ιδιωτική ζωή). Βλ. παρακάτω, στην υποσ. 59, σχετική νομολογία. Η Σύμβαση του Οβιέδο δεν περιλαμβάνει κάποια σχετική διάταξη, πέρα από την προστασία της αξιοπρέπειας του «ανθρωπίνου όντος» (άρθ. 1), αφού προσανατολίζεται κυρίως στην κάλυψη της μεταχείρισης του ασθενούς στο πλαίσιο μιας θεραπευτικής αγωγής.

ασθένειας, κατ' αρχήν, δεν μπορεί να μας επιβληθεί από το κράτος ή από κάποιον τρίτο. Εμείς κρίνουμε, αν και πώς θα αντιμετωπίσουμε την ασθένεια, αφού, διαφορετικά, θα είχαμε μετατραπεί και πάλι σε «μέσα» για την εξυπηρέτηση άλλων σκοπών (π.χ. κάποιου σκοπού του κράτους να έχει «υγιείς» πολίτες)². Περιορισμοί από τον νομοθέτη στην ελευθερία αυτή δικαιολογούνται, ιδίως εν όψει της προστασίας δικαιωμάτων τρίτων, εφ' όσον πάντως δεν φθάνουν στο σημείο να την αναιρούν³.

Στο πλαίσιο αυτό, το κοινωνικό δικαίωμα στην υγεία που προβλέπει το Σύνταγμα⁴, έχει την έννοια της εξασφάλισης από το κράτος των ελάχιστων κατάλληλων υποδομών, του ιατρικού και του νοσηλευτικού προσωπικού, ώστε να είναι σε θέση οποιοσδήποτε να αντιμετωπίσει την ασθένεια αυτοκαθοριζόμενος, και όχι βέβαια υποτάσσοντας τον εαυτό του σε κάποια δημόσια «υποχρέωση» να φροντίζει την υγεία του.

2. Ασθένεια και υγεία

Από την άποψη του δικαίου, «ασθένεια» σημαίνει την παρεμπόδιση κάποιας εκδήλωσης της αυτονομίας για βιολογικούς λόγους. Οι λόγοι αυτοί μπορεί να είναι εντελώς παροδικοί και να επηρεάζουν μόνον ορισμένες εκδηλώσεις αυτοκαθορισμού, όταν αντιμετωπίζουμε μια ελαφρά ασθένεια ή γενικότερα μια πάθηση (π.χ. μια ίωση ή μια θλάση που δεν μας επιτρέπει να κινηθούμε ελεύθερα) ή, αντίθετα, να είναι μονιμότεροι και να προκαλούν γενικευμένη βλάβη στην αυτονομία (π.χ. σε περιπτώσεις παράλυσης ή σοβαρής

² Η εκούσια πρόκληση βλαβών στον οργανισμό – που θα μπορούσε να οδηγήσει και στον θάνατο – ανήκει επίσης στο πεδίο της βιολογικής αυτονομίας. Έτσι, π.χ., η αναγκαστική σίτιση (force-feeding) συνειδητών απεργών πείνας προσβάλλει την αυτονομία τους, έστω και αν σαν σκοπός της προβάλλεται η αποτροπή των βλαβών ή του θανάτου: στην πραγματικότητα, με την υποχρεωτική σίτιση, το πρόσωπο μετατρέπεται σε μέσον, καθώς η εκούσια στέρηση της τροφής, ως τέτοια, δεν προσβάλλει κάποιο δικαίωμα άλλου προσώπου ή το δημόσιο συμφέρον, τουλάχιστον μιας δημοκρατικής κοινωνίας. Σε ορισμένες περιπτώσεις, η πρακτική της υποχρεωτικής σίτισης μπορεί να συνεπάγεται σωματικό ή ψυχολογικό πόνο, επομένως να συνιστά βασανιστήριο (άρθ. 7 παρ. 2 Σ., άρθ. 3 ΕΣΔΑ).

³ Βλ. έτσι τη νομοθεσία για την υποχρεωτική εξέταση της υγείας, π.χ. των εκδιδόμενων προσώπων (άρθ. 4 ν. 1193/1981, άρθ. 2 ν. 2734/1999). Όσον αφορά την πρόληψη μεταδοτικών ασθενειών, οι περιορισμοί αφορούν άλλες ελευθερίες (ιδίως την ελευθερία κίνησης) και όχι την ελευθερία της υγείας καθ' εαυτήν (πρβλ. π.χ. άρθ. 284, 425 Π.Κ.). Γενικά ισχύουν και ως προς την ελευθερία της υγείας οι γνωστοί «περιορισμοί των περιορισμών» (βλ. Μάνεση, ό.π., σ. 74 επ.).

⁴ Βλ. άρθ. 21 παρ. 3 Σ. Πρβλ. σχετ. Κ. Δ. Κρεμαλή, *Το δικαίωμα για προστασία της υγείας*, Αθήνα 1987 και Κ. Χ. Χρυσόγονου, *Ατομικά και κοινωνικά δικαιώματα*, 2^η έκδ., Αντ. Ν. Σάκκουλας, Αθήνα – Κομοτηνή 2002, σ. 514 επ.

ψυχασθένειας). Η ασθένεια, όμως, μπορεί να είναι και τέτοια, που να οδηγεί στην οριστική απώλεια της αυτονομίας, δηλαδή στον θάνατο.

Η αντίθετη προς την ασθένεια όψη είναι η κατάσταση της «υγείας». Είναι γεγονός ότι η έννοια της υγείας σε οριακές περιπτώσεις δύσκολα προσδιορίζεται. Αρκετοί επισημαίνουν ότι αυτή εξαρτάται συχνά από επικρατούσες κοινωνικές αντιλήψεις (π.χ. σε μια κοινωνία πυγμαίων, ο νανισμός δεν θεωρείται παθολογικός), ενώ πολλές φορές συγχέεται με την απλή διαφορετικότητα που - για λόγους αναγόμενους σε ένα συγκεκριμένο περιβάλλον - μπορεί να οδηγήσει ακόμη και στην περιθωριοποίηση κάποιου (π.χ. όταν αυτός συμβαίνει να απεχθάνεται τον καπνό, σε ένα περιβάλλον καπνιστών), έστω και αν σε οποιοδήποτε άλλο περιβάλλον ο συγκεκριμένος είναι, βέβαια, πλήρως ικανός να αναπτύξει τον αυτοκαθορισμό του⁵.

Αυτό σημαίνει ότι, κάποτε, μια κανονική κατάσταση του οργανισμού μπορεί να μην ανταποκρίνεται σε περιβάλλοντα τα οποία απαιτούν «βελτιωμένες» ικανότητες, συνήθειες κ.λπ. και, για τον λόγο αυτόν, να κινδυνεύει να χαρακτηριστεί «παθολογική». Ιδίως σε σχέση με διαφοροποιημένες καταστάσεις του ψυχισμού, το όριο μεταξύ του «κανονικού» και του «παθολογικού» εξαρτάται έντονα από τα χαρακτηριστικά του συγκεκριμένου περιβάλλοντος⁶.

Ωστόσο, δεν μπορεί κανείς να αρνηθεί ότι η υγεία έχει έναν αντικειμενικό πυρήνα, που δεν εξαρτάται από προσδιορισμούς του περιβάλλοντος⁷. Τον πυρήνα αυτόν μπορούμε να τον ορίσουμε ως την κατάσταση στην οποία οι λειτουργίες του οργανισμού δεν διαταράσσονται από τυχαίους παράγοντες που μπορούν να οδηγήσουν στη βιολογική φθορά. Όσο αυτή η συνθήκη δεν ικανοποιείται, αντιμετωπίζουμε «ασθένεια».

Έναν τέτοιο ορισμό θα ήταν δυνατόν να θεωρήσουν κάποιοι ανεπαρκή. Κατ' αυτούς, «υγεία» δεν είναι μόνον η απουσία της ασθένειας, αλλά κάτι πολύ περισσότερο: είναι η κατάσταση στην οποία ο οργανισμός αναπτύσσει πλήρως όλες τις ικανότητές του. Ο δεύτερος αυτός ορισμός της υγείας - τον οποίον υιοθετεί σήμερα η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας⁸ - παρουσιάζει, όμως, δύο ιδίως προβλήματα. Πρώτον, ένα λογικό πρόβλημα, αφού, ακόμη και αν ορίσουμε την «υγεία» ως έναν

⁵ Για μια ιστορική αναδρομή σε κοινωνικές αντιλήψεις για την ασθένεια βλ. *T. H. Engelhardt, Disease of Masturbation: Values and the Concept of Disease, Bulletin of the History of Medicine* 1974, σ. 234 επ.

⁶ Βλ. π.χ. *E. T. Juengst, Enhancement Uses of Medical Technology*, in: S. G. Post (ed.), *Encyclopedia of Bioethics*, 3rd ed., V. 2., Macmillan Reference, N. York 2004, σ. 754.

⁷ Πρβλ. έτσι *Σούρλα, ό.π.*, σ. 222.

⁸ Βλ. τον Καταστατικό Χάρτη του 1948 (πρώτη παράγραφος).

ιδανικό στόχο που διαρκώς επιδιώκουμε, είμαστε αναγκασμένοι να την αντιπαραβάλλουμε προς την «ασθένεια»: μια «τρίτη» ενδιάμεση κατάσταση φαίνεται λογικά άτοπη. Από την άποψη αυτή, ορίζοντας ένα optimum, δεν κάνουμε άλλο παρά να διευρύνουμε την έννοια της ασθένειας. Κάτι τέτοιο, όμως, μας οδηγεί σε ένα δεύτερο, πολύ πιο ουσιαστικό πρόβλημα: αν η πλήρης ανάπτυξη των ικανοτήτων του οργανισμού περιγράφει μια ιδανική κατάσταση - στην οποία, πρακτικά, ποτέ δεν φθάνει κανείς - τι θα εμπόδιζε άραγε μια κοινωνία να θεωρεί όλα τα μέλη της «μη - υγιή», επιδεκτικά συνεχών «θεραπειών»; Πρόκειται για μια παραδοχή που, οριακά, θα έθετε υπό αμφισβήτηση τη βιολογική αυτονομία του προσώπου, επιβάλλοντας «υγεινιστικά» κοινωνικά πρότυπα ολοκληρωτικής υφής και εν τέλει αθέμιτους κοινωνικούς αποκλεισμούς, όσων θα διαφωνούσαν με αυτά: η ανασφάλεια σε όλο το φάσμα της άσκησης των θεμελιωδών δικαιωμάτων, θα ήταν η άμεση αντανάκλαση μιας τέτοιας κατάστασης στο δίκαιο.

Από τα παραπάνω, επομένως, καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι ο αρχικός «στενός» ορισμός της υγείας - εκείνος που αρκείται απλώς στην απουσία μιας διαπιστωμένης βιολογικής φθοράς του οργανισμού - είναι περισσότερο συμβατός με τις αρχές του σύγχρονου δικαίου.

3. Η σχέση του γιατρού με τον ασθενή

Η αντιμετώπιση της ασθένειας εξαρτάται, κατά κανόνα, από τους γιατρούς, δηλαδή επιστήμονες με ειδικές γνώσεις, που καλούνται να επέμβουν με διάφορους τρόπους στη λειτουργία του οργανισμού μας, καθώς και από άλλους επαγγελματίες της υγείας (νοσοκόμους, μαιές κ.λπ.), που βοηθούν στην καλή εκτέλεση της ιατρικής πράξης.

Η εξάρτηση από την ιατρική επέμβαση θέτει βέβαια σε κίνδυνο ορισμένα αγαθά του προσώπου. Έτσι, ένας ασθενής γνωστοποιεί, π.χ., στον γιατρό πληροφορίες της προσωπικής του ζωής - ώστε να είναι σε θέση ο τελευταίος να μελετήσει το ιατρικό του ιστορικό - κοινοποιώντας, κατά συνέπεια, ένα ιδιαίτερα ευαίσθητο μέρος της ιδιωτικότητάς του. Πολύ περισσότερο, αυτός που νοσηλεύεται σε νοσοκομείο, βρίσκεται σε συνθήκες περιορισμού της προσωπικής του ελευθερίας, ενώ εκείνος που υποβάλλεται σε μια εγχείρηση διακινδυνεύει τη σωματική του ακεραιότητα, ακόμη και την ίδια τη ζωή του. Όλα τα παραπάνω αποτελούν συνέπειες της θετικής άσκησης της βιολογικής αυτονομίας από τον ενδιαφερόμενο, ώστε να αποκαταστήσει την υγεία του.

Στην πραγματικότητα, εδώ, το πρόσωπο σταθμίζει όψεις της συνολικής ικανότητας αυτοκαθορισμού: αποδέχεται τον κίνδυνο για ορισμένες από τις όψεις αυτές, με την προοπτική της πλήρους αποκατάστασης της αυτονομίας, που του έχει στερήσει

η ασθένεια. Το βιοδίκαιο αναγνωρίζει αυτή την κατάσταση διακινδύνευσης του προσώπου, θέτοντας τρεις βασικούς όρους: α) την τήρηση του ιατρικού απορρήτου, β) τον σεβασμό της ανθρώπινης αξίας και γ) τη «συναίνεση, ύστερα από πληροφόρηση» (informed consent) εκείνου που υπόκειται σε ιατρική αγωγή.

a. Το ιατρικό απόρρητο

Η τήρηση της εμπιστευτικότητας των προσωπικών πληροφοριών που γνωστοποιεί ο ασθενής στον γιατρό, καθώς και των ιατρικών πληροφοριών που συνάγονται από την εξέταση, αποτελεί τη στοιχειωδέστερη εγγύηση για την αυτονομία του ασθενούς⁹. Ο λόγος είναι ότι οι πληροφορίες αυτές έχουν ευαίσθητο χαρακτήρα: οποιαδήποτε κοινοποίησή τους σε τρίτους – ακόμη και στους οικείους του ασθενούς - είναι δυνατόν να επηρεάσει σημαντικά την απόλαυση σειράς θεμελιωδών δικαιωμάτων του¹⁰. Μπορεί επίσης να επηρεάσει δικαιώματα τρίτων, ιδίως στενών συγγενών του προσώπου, ακόμη και μετά τον θάνατό του. Ο όρος του ιατρικού απορρήτου ισχύει αυστηρά μεταξύ των δύο μερών και ανεξάρτητα από την έναρξη θεραπευτικής αγωγής ή τη διενέργεια οποιασδήποτε επέμβασης στον οργανισμό του ασθενούς: το απόρρητο δεσμεύει, επομένως, τον γιατρό, ακόμη και αν δεν αναλαμβάνει τελικά τη θεραπεία.

Ο «Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας» (ΚΙΔ – ν. 3418/2005) κατοχυρώνει ρητά το ιατρικό απόρρητο¹¹, η παραβίαση του οποίου συνιστά και ποινικό αδίκημα¹², πέρα από τη σχετική αστική και πειθαρχική ευθύνη του γιατρού. Ο Κώδικας προβλέπει ορισμένες εξαιρέσεις από την τήρηση του απορρήτου, αν: α) ο γιατρός αποβλέπει στην εκπλήρωση νομικού καθήκοντος (εφ' όσον η αποκάλυψη στοιχείων επιβάλλεται με νόμο), β) υπάρχει έννομο ή άλλο δικαιολογημένο ουσιώδες δημόσιο συμφέρον ή συμφέρον του ίδιου του γιατρού ή κάποιου τρίτου, που δεν μπορεί να διαφυλαχθεί διαφορετικά¹³ και γ) συντρέχει κατάσταση ανάγκης ή άμυνας.

⁹ Προβλεπόμενη, μάλιστα, ήδη στον Ιπποκρατικό Όρκο.

¹⁰ Από την προστασία της ιδιωτικής και οικογενειακής ζωής, έως την ελευθερία της εργασίας και τα δικαιώματα συλλογικής δράσης. Για το ότι η τήρηση του ιατρικού απορρήτου αποτελεί, επί πλέον, όρο της αξιοπιστίας και του ίδιου του γιατρού, βλ. την απόφαση ΕΔΔΑ Ζ κατά Φινλανδίας (1995/αρ. προσφ. 2209/93).

¹¹ Άρθρο 13 ΚΙΔ.

¹² Άρθρο 371 Π.Κ.

¹³ Βλ. σχετ. τις αποφάσεις ΕΔΔΑ Ζ κατά Φινλανδίας (ό.π.) - η οποία δέχθηκε ότι η γνωστοποίηση ιατρικών δεδομένων σε ποινικό δικαστήριο είναι σύμφωνη με το άρθρ. 8 παρ. 2 ΕΣΔΑ – και *M.S. κατά Σουηδίας* (1997/αρ. προσφ. 20837/92). Πρβλ. επίσης την απόφαση *Tarasoff v. Regents of the University of California*, 51 P. 2D 334 (Cal.

Οι εξαιρέσεις αυτές είναι ευρύτατες και πρέπει, βέβαια, να ερμηνεύονται στενά. Ιδίως η πρώτη περίπτωση του «νομικού καθήκοντος» δεν εξασφαλίζει ουσιαστικά κριτήρια για να δικαιολογείται μια σχετική εξαίρεση, να ελέγχεται δηλαδή συγκεκριμένα ο εκάστοτε νομοθέτης – στον οποίον παραπέμπει η διάταξη -, ώστε να μην θεσπίζει «ρωγμές» στο απόρρητο, εις βάρος τελικά του προσώπου του ασθενούς¹⁴.

β. Ο πρώιμος όρος του σεβασμού της ανθρώπινης αξίας

Ο σεβασμός της ανθρώπινης αξίας αποτελεί το ακραίο όριο για να θεωρείται νόμιμη μια ιατρική πράξη¹⁵. Ο όρος αυτός χαρακτηρίζει ανέκαθεν την ιατρική δεοντολογία, από την κλασική της «ιπποκρατική» εποχή, όπου στη σχέση γιατρού / ασθενούς, ο πρώτος είχε την πλήρη εξουσία και ευθύνη για την αγωγή, ενώ ο ασθενής εμφανιζόταν ως το «παθητικό» μέρος¹⁶.

Η σχέση γιατρού/ασθενούς, πράγματι, διεπόταν αρχικά από την κυριαρχική θέση του πρώτου, μια θέση που επέτρεπε σχεδόν απόλυτη ελευθερία στη διενέργεια θεραπευτικών πράξεων. Η ελευθερία του ασθενούς περιοριζόταν απλώς στη δυνατότητα επιλογής του γιατρού, με κριτήριο την εμπιστοσύνη στο πρόσωπο και στις ικανότητες του τελευταίου. Η εμπιστοσύνη αυτή δεν ήταν, ωστόσο, ανεργάτιστη. Γιατί ο ίδιος ο γιατρός δεσμευόταν ηθικά να ενεργεί έτσι, ώστε μόνον να

1976) στις ΗΠΑ, η οποία δέχθηκε όρια στο απόρρητο, όσον αφορά μη ιατρικές πληροφορίες που εμπιστεύεται ο ασθενής στον γιατρό.

¹⁴ Θα ήταν, γι' αυτό, ορθότερο, η διάταξη να εφαρμόζεται μόνον στις ρητά μνημονευόμενες περιπτώσεις (γέννηση, θάνατος, μολυσματικές ασθένειες, αναγγελία για την πρόληψη κακοουρηγίματος), ώστε να μην καταστρατηγείται η προστασία του απορρήτου από τον νομοθέτη. Τη συσταλτική αυτή ερμηνεία ενισχύει και η κάλυψη του απορρήτου από το άρθρο 10 παρ. 1 της Σύμβασης του Οβιέδο, η οποία έχει υπερνομοθετική ισχύ και δεν προβλέπει εξαιρέσεις υπέρ τρίτων. Βλ. αναλυτικότερα για τη σχέση του ιατρικού απορρήτου με το δίκαιο των προσωπικών δεδομένων, *Θ. Παπαχρίστου, Δ. Παπαδοπούλου – Κλαμαρή, Ιατρικό απόρρητο, ιατρικό αρχείο, προσωπικά δεδομένα υγείας*, σε: *Ο νέος Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας (Ν. 3418/2005): Βασικές ρυθμίσεις (νομική, ιατρική και κοινωνιολογική προσέγγιση)*, Σάκκουλας, Αθήνα – Θεσσαλονίκη 2006, σ. 39 επ.

¹⁵ Προβλέπεται, κατ' αρχήν, γενικά από το Σύνταγμα (άρθρο 2 παρ. 1), αλλά και ειδικά, τόσο από τη Σύμβαση του Οβιέδο (άρθ. 1) όσο και από τον ΚΙΔ (άρθ. 8 παρ. 2).

¹⁶ Για την «πατερναλιστική» σχέση γιατρού/ασθενούς βλ. π.χ. Α. Σ. Κουτσελίνη, *Βασικές αρχές βιοηθικής, ιατρικής δεοντολογίας και ιατρικής ευθύνης*, Παρισιάνος, Αθήνα 1999, σ. 46. Μια ανάλυση των εναλλακτικών προτύπων της σχέσης αυτής βλ. σε *J. F. Childress, M. Siegler, Metaphors and Models of Doctor-Patient Relationships: Their Implications for Autonomy (Theoretical Medicine 1984)* σε: Th. A. Mappes, D. Degrazia, *Biomedical Ethics*, 5th ed., McGraw-Hill, N. York 2001, σ. 71 επ.

ωφελεί και ποτέ να μη βλάπτει τον ασθενή: το ιπποκρατικό «*ωφελείν, μη βλάπτειν*» συνιστά τον πυρήνα του κλασικού προτύπου της ιατρικής και θεμελιώνεται ευθέως στον σεβασμό της ανθρώπινης αξίας του ασθενούς. Ως αρχή της ωφέλειας (beneficence), εξακολουθεί, για τον λόγο αυτόν, και σήμερα να χαρακτηρίζει την ιατρική δεοντολογία.

Από την πλευρά του σύγχρονου δικαίου, τα παραπάνω σημαίνουν ότι για καμία ιατρική επέμβαση δεν είναι ανεκτή εκείνη η σχετικοποίηση θεμελιωδών δικαιωμάτων του ασθενούς, που φθάνει να αναιρεί την ανθρώπινη αξία του, που τον μετατρέπει δηλαδή σε απλό «αντικείμενο» ανεξέλεγκτης μεταχείρισης από τον γιατρό¹⁷. Επομένως, όσο σοβαρός και αν είναι ο λόγος υγείας, η ιατρική επέμβαση δεν μπορεί να υπερβαίνει αυτό το απόλυτο όριο. Πράγματι, αν συνέβαινε το αντίθετο, τότε θα υπήρχε ο κίνδυνος η αποκατάσταση της αυτονομίας να αποτελεί ένα απλό πρόσχημα για ανεξέλεγκτους πειραματισμούς, κάτι που λογικά αντίκειται στην ίδια τη σημασία της τελευταίας.

Το ότι η ασθένεια περιορίζει την άσκηση ορισμένων ελευθεριών, δεν οδηγεί στο συμπέρασμα ότι το πρόσωπο έχει πάψει να αυτοκαθορίζεται¹⁸. Αντίθετα, επειδή παραμένει φορέας της βιολογικής αυτονομίας, υπόκειται στην συγκεκριμένη επέμβαση, ώστε να είναι σε θέση και να την ασκεί πλήρως. Η παραδοχή αυτή οδηγεί, λογικά, στον δεύτερο όρο, ο οποίος ιστορικά εμφανίζεται σχετικά πρόσφατα, σηματοδύοντας μια νέα εποχή μετριασμού της απόλυτης ιατρικής εξουσίας..

γ. Ο νεωτερικός όρος της «συναίνεσης ύστερα από πληροφόρηση»

Η αναγνώριση του ασθενούς ως προσώπου που σε καμία στιγμή δεν παύει να αυτοκαθορίζεται, σημαίνει κυρίως ότι ο ίδιος – και όχι ο γιατρός ή οποιοσδήποτε άλλος - πρέπει να έχει τον αποφασιστικό λόγο, ασκώντας συγκεκριμένα τη βιολογική αυτονομία ως προς την αντιμετώπιση της ασθένειάς του. Αυτό μεταφράζεται σε έναν πρόσθετο όρο, που επιβάλλεται σήμερα στην ιατρική πράξη: πριν διενεργηθεί αυτή, θα πρέπει ο ενδιαφερόμενος να έχει συναινέσει¹⁹ και μάλιστα αφού έχει ενημερωθεί κατάλληλα για τις πιθανές συνέπειές της.

¹⁷ Πρβλ. το άρθρ. 8 του ΚΙΔ, στο οποίο αντανακλάται ακριβώς αυτή η θέση του γιατρού/ «εγγυητή» της αξιοπρέπειας και των θεμελιωδών δικαιωμάτων του ασθενούς.

¹⁸ Όπως π.χ. υποστηρίζει ο *T. F. Ackerman* (Why Doctors Should Intervene, *Hastings Center Report* 1982, σε: Th. A. Mappes, D. Degrazia, *Biomedical Ethics*, 5th ed., McGraw-Hill, N. York 2001, σ. 80 επ.).

¹⁹ Για το ότι η συναίνεση πρέπει να προηγείται και όχι να έπεται της πράξης – να μην είναι δηλαδή απλή «έγκριση» - πρβλ., αντί άλλων, από την πρακτική των ανεξάρτητων αρχών την 11330.2/2002 απόφαση του Συνηγόρου του Πολίτη.

Η αρχή της «συναίνεσης ύστερα από πληροφόρηση» (*informed consent*) αποτελεί το «νεωτερικό» στοιχείο της σύγχρονης ιατρικής δεοντολογίας. Το στοιχείο αυτό καθιερώθηκε ιδίως από το δεύτερο ήμισυ του 20^{ου} αιώνα²⁰. Εντοπίστηκε, αρχικά, στο πεδίο των βιοιατρικών πειραματισμών στον άνθρωπο - με αφορμή, μάλιστα, τη ζοφερή εμπειρία των «πειραμάτων» του ναζιστικού καθεστώτος -, γρήγορα ωστόσο επεκτάθηκε σε κάθε ιατρική πράξη. Αποτελεί τη χαρακτηριστική έκφραση του βιολογικά αυτόνομου ασθενούς – ενεργού και όχι πλέον παθητικού παράγοντα στην ιατρική σχέση, έκφραση τη οποία αναγνώρισε και το δίκαιο²¹. Στη νομοθεσία μας, αποτυπώνεται τόσο στον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας²², όσο και στο άρθρο 5 της Σύμβασης του Οβιέδο, όπου αναφέρεται ειδικότερα ότι:

«Επέμβαση σε θέματα υγείας μπορεί να υπάρξει μόνον αφού το ενδιαφερόμενο πρόσωπο δώσει την ελεύθερη συναίνεσή του, κατόπιν προηγούμενης σχετικής ενημέρωσής του. Το πρόσωπο αυτό θα ενημερώνεται εκ των προτέρων καταλλήλως ως προς το σκοπό και τη φύση της επέμβασης, καθώς και ως προς τα επακόλουθα και κινδύνους που αυτή συνεπάγεται. Το ενδιαφερόμενο πρόσωπο μπορεί ελεύθερα και οποτεδήποτε να ανακαλέσει τη συναίνεση του».

Εξαιρέσεις από τον κανόνα προβλέπονται στις περιπτώσεις εκείνων που βρίσκονται σε αδυναμία να

²⁰ Βλ. αναλυτικά T. L. Beauchamp – J. F. Childress, *Principles of Biomedical Ethics*, 5th ed., Oxford U.P. 2001, σ. 77 επ. και K. Μαρκεζίνη, Η έννοια της συγκατάθεσης ως έκφραση αυτονομίας του ασθενούς, *Επιστήμη και Κοινωνία* 2002, σ. 63 επ.

²¹ Εκτός της νομοθετικής (βλ. αμέσως παρακάτω), για τη νομολογιακή αναγνώριση της συναίνεσης του ασθενούς βλ. ιδίως τις γαλλικές αποφάσεις της Cour de Cassation (Civ. 11.10.1988, 19.3.1997).

²² Βλ. άρθ. 11 και 12 ΚΙΔ. Η ενημέρωση του ασθενούς, ως αναγκαίο στοιχείο της συναίνεσης, θεμελιώνεται συνταγματικά, ειδικά, στο άρθ. 5 παρ. 5 Σ. και – πριν την αναθεώρηση του 2001 – στην προστασία της ιδιωτικής ζωής (έλεγχος του σώματος). Για μια άλλη θεμελίωση (στο άρθ. 5 παρ. 1) βλ. M. Κανελλοπούλου – Μπότη, Το πρόβλημα της θεμελίωσης των δικαιωμάτων ενημέρωσης του ασθενούς και άμβλωσης στο δικαίωμα ιδιωτικής ζωής (παρατηρήσεις σε σχέση με τον ν. 2619/1998), *KritE* 2000, σ. 193 – 194. Τα δικαιώματα του «νοσοκομειακού ασθενούς» αποτελούν, βέβαια, επί μέρους εφαρμογή της αυτονομίας του ασθενούς. Λόγω των συνθηκών της νοσηλείας, η αυτονομία εδώ διακινδυνεύεται εντονότερα. Έτσι δικαιολογείται η κατά προτεραιότητα μέριμνα του ιστορικού νομοθέτη για την προστασία της (άρθ. 47 του ν. 2071/1992). Μια ενδιαφέρουσα εμπειρική έρευνα για την εφαρμογή των δικαιωμάτων των ασθενών στον χώρο των ελληνικών νοσοκομείων, βλ. σε K. Merakou, P. Dalla – Vorgia, T. Garanis – Papadatos, J. Kourea – Kremastinou, Satisfying Patients' Rights: A Hospital Patient Survey, *Nursing Ethics* 2001, σ. 499 επ.

συναινέσουν, καθώς και σε επείγουσες καταστάσεις άμεσου κινδύνου για την υγεία. Οι εξαιρέσεις αυτές θα μελετηθούν στη συνέχεια. Και εδώ, πάντως, η Σύμβαση του Οβιέδο προβλέπει εγγυήσεις προστασίας του προσώπου, ώστε να μην υποβάλλεται σε αυθαίρετη ιατρική μεταχείριση²³.

Πράγματι, εκείνο που εγγυάται η αρχή της «συναίνεσης ύστερα από πληροφόρηση», είναι η δυνατότητα όποιου πρόκειται να υποβληθεί σε ιατρική επέμβαση, να ελέγχει ο ίδιος άμεσα τις συνέπειές της. Να σταθμίζει δηλαδή τους περιορισμούς, τους οποίους θα υποστεί σε άλλα δικαιώματα που προκύπτουν από τη συνολική του αυτονομία - για χάρη της πλήρους αποκατάστασης της τελευταίας - και να μην ετεροκαθορίζεται από τον γιατρό²⁴. Είναι αναγκαίες, εδώ, δύο παρατηρήσεις:

α) Η συναίνεση αυτή δεν μπορεί να φθάνει στο σημείο να αναιρεί την ίδια την αξία του υποκειμένου της και να το μετατρέπει σε απλό «αντικείμενο» ιατρικής μεταχείρισης. Αντίθετα, είναι ισχυρή μόνον εφ' όσον τηρείται ο όρος του σεβασμού της ανθρώπινης αξίας, που προαναφέραμε. Αυτό προκύπτει από το ότι η αξία του ανθρώπου - δηλαδή η ιδιότητα του προσώπου - αποτελεί το θεμέλιο κάθε ελεύθερης βούλησης: η βούληση δεν μπορεί να υπονομεύει το θεμέλιό της, αντίθετα πρέπει να το επιβεβαιώνει και να το ενισχύει, να δημιουργεί δηλαδή μεγαλύτερα περιθώρια απόλαυσης μιας αυτόνομης ζωής. Με βάση τη λογική αυτή παραδοχή, δεν είναι π.χ. ισχυρή η συναίνεση - έστω και αν έχει προηγηθεί ενημέρωση - κάποιου, για την χωρίς όρους υποβολή του σε πειραματισμούς, τη μετατροπή του σε «πειραματόζωο»²⁵.

β) Η συναίνεση τεκμαίρεται ότι είναι ελεύθερη, εφ' όσον έχει προηγηθεί όχι οποιαδήποτε, αλλά «κατάλληλη» πληροφόρηση. Αυτό ισχύει, επειδή για την κατανόηση των ιατρικών επεμβάσεων και των συνεπειών τους απαιτούνται εξειδικευμένες γνώσεις και δεν αρκεί η κοινή μας πείρα. Η

²³ Βλ. άρθ. 6 - 9 της Σύμβασης.

²⁴ Στην νομολογία του ΕΔΔΑ αντιμετωπίστηκαν περιπτώσεις τέτοιου ετεροκαθορισμού, οι οποίες κρίθηκαν αντίθετες με το δικαίωμα στην ιδιωτική ζωή (ως κανονιστικού θεμελίου της συναίνεσης του ασθενούς - άρθ. 8 ΕΣΔΑ). Βλ. τις αποφάσεις *Y. F. κατά Τουρκίας* (2003/αρ. προσφ. 24209/94) και *Glass κατά Ην. Βασιλείου* (2004/αρ. προσφ. 61827/00). Το ΕΔΔΑ δέχθηκε πάντως και περιορισμό της συναίνεσης, για λόγους δημόσιου συμφέροντος (βάσει του άρθ. 8 παρ. 2 ΕΣΔΑ) στις αποφάσεις *Sandren κατά Σουηδίας* (1996/αρ. προσφ. 29033/95) - έλεγχος του βαθμού αναπηρίας, προκειμένου να καθορισθεί το ύψος του συνταξιοδοτικού δικαιώματος - και *J.R., G.R., R.R., Y.R. κατά Ελβετίας* (1995/αρ. προσφ. 22398/93), για την προστασία της δημόσιας υγείας.

²⁵ Βλ. έτσι, π.χ., Σ. Α. Κότσιανου, *Η ιατρική ευθύνη. Αστική, ποινική, β' έκδ.*, Θεσσαλονίκη 1977, σ. 168. Πρέπει, όμως, να τονισθεί εδώ η διαφορά στην περίπτωση της ευθανασίας, όπου κάποιος επιζητεί τον θάνατό του, όντας όμως ήδη σε κατάσταση πραγματικής στέρησης της αυτονομίας του. Βλ. αναλυτικά στο σχετικό κεφάλαιο.

πληροφόρηση, εδώ, εγγυάται τη σοβαρότητα της συγκεκριμένης βούλησης του ενδιαφερομένου, συνθέτοντας το περιβάλλον μιας συνειδητής και ανεξάρτητης απόφασης μεγάλης σημασίας. Στην πραγματικότητα, πρόκειται για μια περίπτωση «ενισχυμένης» βούλησης του προσώπου, σε σύγκριση με τη βασισμένη στην κοινή πείρα απλή βούληση, που εκφράζεται στην καθημερινότητα άλλων βιοτικών σχέσεων, στις οποίες αυτό μετέχει.

Κάτι τέτοιο, όμως, δεν επιτυγχάνεται με αυτόματο τρόπο. Πράγματι, στο μέτρο που η ελευθερία της βούλησής μας επαφίεται σε κάποιας μορφής «διαδικασία» ενημέρωσης²⁶ από τρίτα πρόσωπα, ο κίνδυνος της παραπλάνησης - όχι κατ' ανάγκη σκόπιμης - είναι πάντοτε υπαρκτός. Πρέπει, λοιπόν, να ισχύουν ορισμένες προϋποθέσεις για να λειτουργεί πραγματικά η ενημέρωση ως εγγύηση ελευθερίας.

Κρίσιμο στοιχείο, εδώ, δεν είναι τόσο η λεπτομερέστερη δυνατή ανάλυση των χαρακτηριστικών μιας συγκεκριμένης ασθένειας, των τεχνικών χαρακτηριστικών της ιατρικής επέμβασης και των συνεπειών της, με τη χρήση επιστημονικής ορολογίας, όσο η χρήση κατανοητής στον μέσο ασθενή γλώσσας από τον γιατρό²⁷. Τηρώντας αυτόν ιδίως τον όρο, θα πρέπει κατά περίπτωση - ανάλογα με τον ασθενή και τη συγκεκριμένη ασθένεια - να αποφασίζεται από τον γιατρό, αν η ενημέρωση θα έχει έγγραφη μορφή, ακολουθώντας έναν συγκεκριμένο τύπο, ή αν θα είναι προφορική και άτυπη²⁸. Είναι, έτσι, προφανές ότι, ενώ για τη χορήγηση ενός κοινού φαρμάκου η πληροφόρηση εξασφαλίζεται επαρκώς με την έγγραφη μορφή που υπάρχει στη συσκευασία, αντίθετα, για μια χειρουργική επέμβαση η αυτοπρόσωπη ενημέρωση από τον γιατρό είναι αναγκαία²⁹.

²⁶ Βλ. Beauchamp – J. F. Childress, ό.π., σ. 78.

²⁷ Πρβλ., από την αμερικανική νομολογία, την απόφαση *Canterbury v. Spence*, 464 F2D 762 (D.C. Cir. 1972), με την οποία τονίστηκε η προσανατολισμένη στον ασθενή (“patient-oriented”) ενημέρωση.

²⁸ Στην πρώτη περίπτωση το πλεονέκτημα είναι η ασφάλεια για το περιεχόμενο της ενημέρωσης και το μειονέκτημα ο «απρόσωπος», «ψυχρός» χαρακτήρας της. Τα αντίστροφα ισχύουν για τη δεύτερη περίπτωση.

²⁹ Το ΕΔΔΑ έχει δεχθεί ότι αρκεί ο ασθενής να έχει συναινέσει στη θεραπεία, χωρίς να είναι απαραίτητο να έχει ενημερωθεί και για τα μέσα της τελευταίας. Βλ. την απόφαση *X κατά Δανίας* (1983/ αρ. προσφ. 9974/82), η οποία είχε κρίνει μάλιστα το σχετικό θέμα από την άποψη του άρθρου 3 ΕΣΔΑ (απάνθρωπη μεταχείριση). Η θέση αυτή παραβλέπει, ωστόσο, ότι διαφορετικά μέσα μπορεί να επιφέρουν διαφορετική επιβάρυνση στον ενδιαφερόμενο (π.χ. ταλαιπωρία, πόνο, περιορισμό κινήσεων), κάτι που ασφαλώς αφορά την απόλαυση της αυτονομίας του. Είναι άλλο το θέμα του αν ο ίδιος ασκεί το δικαίωμα της άγνοιας - για το οποίο βλ. παρακάτω - και αρνείται εκ των προτέρων την (διαθέσιμη πάντως από τον γιατρό) ενημέρωση ως προς τα μέσα της θεραπευτικής αγωγής.

Προηγουμένως κάναμε λόγο για τις εξαιρέσεις που προβλέπει η Σύμβαση του Οβιέδο από την αρχή της «συναίνεσης ύστερα από πληροφόρηση», τις οποίες χρειάζεται τώρα να αναλύσουμε. Οι εξαιρέσεις αυτές αφορούν όσα πρόσωπα βρίσκονται σε αδυναμία να συναινέσουν. Πρόκειται εδώ για τους ανηλίκους, αλλά και τους ενήλικους που πάσχουν από διανοητική αναπηρία ή ασθένεια.

Σε τέτοιες περιπτώσεις, η ίδια η αξία του ανθρώπου αντιμετωπίζει κίνδυνο από μια ενδεχόμενη επέμβαση, αφού η βιολογική αυτονομία δεν μπορεί να ασκηθεί από τον ίδιο τον ενδιαφερόμενο. Ωστόσο, η ανάγκη της επέμβασης για να αντιμετωπισθεί η ασθένεια, απαιτεί κάποια πρακτική λύση, δηλαδή την εξασφάλιση του προσώπου με άλλο – έστω έμμεσο – τρόπο. Καθιερώνονται, λοιπόν, δύο εγγυήσεις: η πρώτη επιβάλλει τη συναίνεση του νόμιμου αντιπροσώπου ή οργάνου που προβλέπει η νομοθεσία³⁰, ενώ η δεύτερη επιβάλλει να λαμβάνεται σε κάθε περίπτωση υπ' όψη η γνώμη του ίδιου του ενδιαφερομένου, ως ελάχιστη εκδήλωση αυτονομίας³¹.

Αλλά, η προστασία της υγείας αξιολογείται από το δίκαιο ως αγαθό τέτοιας σημασίας που, σε ακραίες καταστάσεις, δικαιολογεί και κάτι περισσότερο: επεμβάσεις στον ασθενή, ακόμη και όταν δεν υπάρχουν οι παραπάνω εγγυήσεις. Πρόκειται για την περίπτωση της αποτροπής σοβαρής βλάβης της υγείας προσώπων που πάσχουν από διανοητική διαταραχή, καθώς και για την περίπτωση όπου η ανάγκη προστασίας της υγείας ενός συγκεκριμένου προσώπου – ακόμη και πλήρως ικανού να συναινέσει - είναι τόσο επείγουσα, ώστε δεν μπορεί να εξασφαλισθεί έγκαιρα αυτή η συναίνεση³². Καταλαβαίνει κανείς, ότι ο κίνδυνος της αυθαίρετης μεταχείρισης του προσώπου ως «αντικειμένου» είναι εδώ άμεσος, επομένως η συνδρομή των λόγων για την εφαρμογή αυτών, ειδικά, των διατάξεων, πρέπει να αποδεικνύεται συγκεκριμένα. Η σχετική ευθύνη του γιατρού – ποινική, αστική ή πειθαρχική - προσδιορίζεται έτσι ανάλογα, στη βάση αυτού του αυστηρού ελέγχου.

Πάντως, το άρθρο 9 της Σύμβασης προσθέτει μία επί πλέον γενική εγγύηση για τέτοιου είδους έκτακτες επεμβάσεις, χωρίς συναίνεση του προσώπου. Κάνει λόγο για προγενέστερες σχετικές οδηγίες του, όσον αφορά τη συγκεκριμένη επέμβαση, οι οποίες πρέπει να «λαμβάνονται υπ' όψη» από τον γιατρό³³. Οι οδηγίες αυτές, γνωστές ως «advance directives» μπορούν να διατυπωθούν αναλυτικά ως «διαθήκες ζωής» (living wills) και

³⁰ Στους ανηλίκους, των γονέων ή του επιτρόπου, στους ενήλικους, των γονέων, των παιδιών ή του συζύγου. Η αρχή της προηγούμενης ενημέρωσης, καθώς και η δυνατότητα ανάκλησης της συναίνεσης ισχύει και για τα εν λόγω πρόσωπα, που υποκαθίστανται έτσι πλήρως στη θέση του ενδιαφερομένου.

³¹ Βλ. σχετ. άρθ. 6.

³² Βλ. αντιστ. άρθ. 7, 8.

³³ Βλ. έτσι και άρθ. 29 παρ. 2 ΚΙΔ.

θα εξετασθούν στο κεφάλαιο που ασχολείται με την ευθανασία, αφού εκεί κυρίως έχουν ενδιαφέρον. Αρκεί εδώ να πούμε ότι υποκαθιστούν μόνο κατά ένα μέρος τη συναίνεση που λείπει κατά τη στιγμή της επέμβασης. Γιατί, το γεγονός ότι εκφράστηκαν σε ανύποπτο χρόνο - όταν η επέμβαση ήταν ακόμη ένα «θεωρητικό» ενδεχόμενο - αφήνει περιθώρια υπαναχώρησης στον ενδιαφερόμενο: η ευκαιρία, ακριβώς, της υπαναχώρησης του επιτρέπει να δηλώνει τη βούλησή του, με μεγαλύτερη ανεξαρτησία, δηλαδή χωρίς τον καταναγκασμό της «τελευταίας στιγμής» που υποβάλλει εκ των πραγμάτων τη βούληση σε άτεγκτα διλήμματα.

Σε κάθε περίπτωση, οι οδηγίες αυτές δεν μπορούν να εξομοιωθούν με μια συναίνεση πριν από την επέμβαση, άρα δεν «μετριάζουν» ανάλογα την ιατρική ευθύνη, αφού άλλωστε ο γιατρός δεν δεσμεύεται να τις ακολουθήσει, αλλά απλώς τις «λαμβάνει υπόψη»³⁴.

4. Η ιατρική ευθύνη απέναντι στη «συναίνεση ύστερα από πληροφόρηση»

Ο εντοπισμός του ενδιαφέροντος της σύγχρονης ιατρικής δεοντολογίας, αλλά και των αντίστοιχων κανόνων δικαίου – όπως παρουσιάστηκαν παραπάνω - στη «συναίνεση ύστερα από πληροφόρηση», ως αναγκαίου όρου για τη διενέργεια οποιασδήποτε ιατρικής πράξης, δείχνει να διαφοροποιεί τα δεδομένα της παραδοσιακής ευθύνης του γιατρού.

Με απλά λόγια, υπάρχει το εξής ερώτημα: αν ο ασθενής ενημερωθεί κατάλληλα και συγκατατεθεί ενσυνείδητα στη διενέργεια μιας ιατρικής πράξης, ακόμη και της πλέον επικίνδυνης για τη ζωή ή την κατάσταση της υγείας του, μήπως αναλαμβάνει και ένα μέρος της ευθύνης που διαφορετικά θα επιβάρυνε τον γιατρό; Μήπως, δηλαδή, η πρακτική συνέπεια της αναγνώρισης ενός ενεργού «ρόλου» στον ασθενή, ως αληθινού «συμμέτοχου» και όχι ως απλού παθητικού – οιονεί άβουλου – δέκτη μιας θεραπευτικής αγωγής, απαλλάσσει τελικά τον γιατρό από την προσοχή που θα όφειλε να επιδεικνύει αν έλειπε η συναίνεση του ασθενούς του;

Αν η απάντηση είναι αρνητική, τότε η συναίνεση αυτή φαίνεται περιττή. Αν, αντίθετα, απαντήσουμε θετικά, τότε το πρόβλημα που προκύπτει αφορά το κατά πόσον δικαιολογείται να μετατίθεται ένα μέρος της ευθύνης για πράξεις που κατ'εξοχήν απαιτούν ειδική επιστημονική κατάρτιση και εμπειρία

³⁴ Ο όρος αυτός συνεπάγεται, πάντως, μία τουλάχιστον δέσμευση του γιατρού: στην περίπτωση που αποφασίσει να μην ακολουθήσει τις οδηγίες του ασθενούς, πρέπει να αιτιολογήσει συγκεκριμένα την απόφασή του αυτή. Η έλλειψη τέτοιας αιτιολόγησης αρκεί για να θεμελιώσει εδώ νομική ευθύνη, βάσει της Σύμβασης του Οβιέδο και του ΚΙΔ.

στον μη ειδικό ασθενή, έστω και όταν έχει προηγηθεί σχετική ενημέρωσή του.

Γνωρίζουμε ότι, από νομική άποψη, η ιατρική ευθύνη προσδιορίζεται, κατά βάση, ως εξής:

Ως ποινική ευθύνη: Στο πλαίσιο του ποινικού δικαίου, μια ιατρική πράξη πληροί την αντικειμενική υπόσταση εγκλημάτων, στην περίπτωση που δεν πετυχαίνει το θεραπευτικό αποτέλεσμα. Αν, ωστόσο, η πράξη έχει διενεργηθεί *lege artis*, η προηγούμενη συναίνεση του ασθενούς αναγνωρίζεται ως λόγος άρσης του άδικου χαρακτήρα της³⁵.

Ως αστική ευθύνη: Η παράβαση νόμου - π.χ. των διατάξεων της Σύμβασης του Οβιέδο ή του Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας - θεμελιώνει υποχρέωση του γιατρού για αποζημίωση και ενδεχομένως για ικανοποίηση ηθικής βλάβης, κατά τις διατάξεις για τις αδικοπραξίες. Αστική ευθύνη υπέχει επίσης ο γιατρός και για αθέτηση συμβατικής υποχρέωσης απέναντι στον ασθενή. Εφ' όσον, πάντως, υπάρχει συναίνεση ύστερα από πληροφόρηση του ασθενούς – σύμφωνα με τις προβλέψεις των δύο αυτών νομοθετημάτων – και ο γιατρός έχει ενεργήσει *lege artis*, τότε δεν μπορεί να θεμελιωθεί ούτε αδικοπραξία ούτε, βέβαια, αθέτηση συμβατικής υποχρέωσης, σε περίπτωση αποτυχίας³⁶.

Ως πειθαρχική ευθύνη: Όπως είδαμε, ο Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας προβλέπει ειδικά τη συναίνεση του ασθενούς, ως αναγκαίο όρο κάθε ιατρικής πράξης. Το ίδιο ισχύει και για τα γνωστά, μη νομικά, διεθνή κείμενα δεοντολογίας, τα οποία αποτελούν επίσης βάση για την αποτίμηση της πειθαρχικής ευθύνης του γιατρού³⁷. Η αναγνώριση αυτή του ενεργού

³⁵ Πρβλ., π.χ., Γ. Μπέκα, *Η προστασία της ζωής και της υγείας στον Ποινικό Κώδικα*, Π.Ν. Σάκκουλας, Αθήνα 2004, σ. 72 επ.

³⁶ Πρβλ. π.χ. την *ΕφΑθ* 197/1988. Βλ. αναλυτικά για το θέμα της έλλειψης συναίνεσης, ως προς την αστική ευθύνη του γιατρού, Κ. Φουντεδάκη, *Αστική ιατρική ευθύνη. Γενική εισαγωγή – Δογματική και δικαιοπολιτική θεώρηση – Θεμελιώδεις έννοιες*, Σάκκουλας, Αθήνα – Θεσσαλονίκη 2003, σ. 187 επ. και της ίδιας, *Η «συναίνεση του ενημερωμένου ασθενούς»*, σύμφωνα με το νέο Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας (Ν. 3418/2005), σε *Ο νέος Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας (Ν. 3418/2005): Βασικές ρυθμίσεις (νομική, ιατρική και κοινωνιολογική προσέγγιση)*, Σάκκουλας, Αθήνα – Θεσσαλονίκη 2006, σ. 15 επ. Μια παράνομη ιατρική πράξη, αν διενεργήθηκε με τη συναίνεση του ασθενούς, μπορεί να θεμελιώνει «λόγο συγγνώμης», απαλλαγής δηλαδή του γιατρού από ευθύνη για αδικοπραξία, ανεξάρτητα από το αν ο γιατρός υπέχει ποινική ευθύνη (π.χ. στην περίπτωση που ο γιατρός προβαίνει σε άμβλωση για σοβαρούς κοινωνικούς λόγους, χωρίς τις προϋποθέσεις του νόμου, ύστερα από επιμονή της γυναίκας).

³⁷ Όπως είναι, π.χ., η Διακήρυξη της Γενεύης (1948, όπως ισχύει) και ο Διεθνής Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας (1949, όπως ισχύει) της WMA, αλλά και κείμενα με ειδικό αντικείμενο, ιδίως η Διακήρυξη του Ελσίνκι, για τους βιοϊατρικούς πειραματισμούς (1964, όπως ισχύει) της WMA. Βλ. και Κουτσελίνη, ό.π., σ. 58 επ.

«ρόλου» του ασθενούς στην ιατρική σχέση αποτελεί, λοιπόν, συγκεκριμένο επαγγελματικό καθήκον. Ο γιατρός δεν μπορεί, έτσι, να αποκλίνει από τη θέληση του ασθενούς, έστω και αν κατά την κρίση του αυτή είναι εσφαλμένη. Πειθαρχική ευθύνη δεν στοιχειοθετείται, εφ' όσον ο γιατρός α) παραιτηθεί από την θεραπευτική αγωγή, εξασφαλίζοντας στον ασθενή αντικαταστάτη του, αν εκείνος το ζητήσει³⁸, ή, αντίθετα, β) συμμορφωθεί απολύτως με τη βούληση του ασθενούς, περιοριζόμενος απλώς να ενεργήσει *lege artis*.

Η απάντηση, επομένως, στο ερώτημα που θέσαμε προηγουμένως, είναι ότι ο νόμος αποδέχεται κάποιον βαθμό ευθύνης *του ίδιου του ασθενούς*, έστω και αν εκείνος δεν έχει ειδικές γνώσεις, ακριβώς επειδή τον αναγνωρίζει ως ενεργητικό συμμετόχο στην ιατρική σχέση, ικανό να αυτοκαθορίζεται, μέσω της «συναίνεσης ύστερα από πληροφόρηση».

Η παρατήρηση αυτή δεν πρέπει πάντως να μας οδηγήσει σε μια εντύπωση «ανεύθυνης» άσκησης της ιατρικής, σε σχέση με ό,τι συνέβαινε πριν από την εποχή της «συναίνεσης ύστερα από πληροφόρηση». Γιατί, δεν πρέπει να παραβλέπουμε ότι η ίδια η διαμόρφωση της βούλησης του ασθενούς εξαρτάται κυρίως από το σκέλος της «κατάλληλης» ενημέρωσης: εκεί κυρίως εντοπίζεται, για το σύγχρονο δίκαιο, η ευθύνη του γιατρού. «Συναίνεση» που παρέχεται χωρίς να τηρούνται εγγυήσεις καταλληλότητας της ενημέρωσης, είναι για το δίκαιο μας ανυπόστατη, δεν μετριάζει επομένως την ιατρική ευθύνη.

Η ενημέρωση από την πλευρά του γιατρού είναι γενικά «κατάλληλη», όταν εντοπίζει τον σκοπό και τη φύση μιας επέμβασης, καθώς και τα επακόλουθα και κινδύνους που αυτή συνεπάγεται. Δεν είναι «κατάλληλη», όταν – έστω και αν περιλαμβάνει αυτά τα στοιχεία – φθάνει να χειραγωγεί τη βούληση του ασθενούς, χωρίς να του αφήνει περιθώρια άλλων επιλογών. Η ισορροπία, προφανώς, είναι δύσκολη και δεν εξειδικεύεται παρά μόνον ανάλογα με την κάθε συγκεκριμένη περίπτωση. Μπορούμε, πάντως, να υποθέσουμε έναν γνώμονα για την αξιολόγηση οποιασδήποτε περίπτωσης. Αυτός είναι η εξασφάλιση της απαραίτητης μόνον – και όχι περισσότερης – ενημέρωσης, προκειμένου να αποφασίσει ο ασθενής ενσυνείδητα. Μια υπερβολικά λεπτομερής ενημέρωση - π.χ. για κινδύνους που έχουν μεν καταγραφεί στην επιστημονική βιβλιογραφία, αλλά η πιθανότητα της επέλευσής τους είναι αμελητέα - ενδέχεται να αποτρέψει τον μη ειδικό ασθενή (ή τον αντιπρόσωπό του) από το να συναινέσει σε μια αναγκαία επέμβαση. Το ίδιο είναι πιθανόν να συμβεί, αν μια ομοίμορφη αναλυτική ενημέρωση παρέχεται αδιακρίτως σε ασθενείς εμφανώς διαφορετικού μορφωτικού επιπέδου. Αν σκεφθούμε, μάλιστα, την ιδιαιτερότητα που παρουσιάζει κάθε ιατρικό περιστατικό και, επομένως, την ανάγκη διαφοροποιημένης αντίστοιχα ενημέρωσης, η ευθύνη για αυτήν την τελευταία

³⁸ Βλ. άρθ. 9 παρ. 4 ΚΙΔ.

τοποθετείται στον πυρήνα της προσωπικής σχέσης του γιατρού με τον ασθενή: στη μεγάλη πλειονότητα των ιατρικών πράξεων η ενημέρωση του ασθενούς δεν μπορεί να αποπροσωποποιείται ή να τυποποιείται, αλλά εξασφαλίζεται μόνο με τη «δια ζώσης» επικοινωνία του γιατρού³⁹.

Πάντως, η δύσκολη ισορροπία που πρέπει να εξασφαλίσει ο γιατρός κατά το στάδιο της ενημέρωσης, είναι ο λόγος για τον οποίον η ευθύνη του απλώς έχει «μετατοπισθεί» - χωρίς ουσιαστικά να περιορισθεί - στο σύγχρονο δίκαιο της «συναίνεσης ύστερα από πληροφόρηση». Είναι γεγονός, ότι ο πειρασμός της ελαχιστοποίησης της ιατρικής ευθύνης αποτελεί διαδεδομένο φαινόμενο σήμερα. Υπό την πίεση ενός ευρύτατου καταλογισμού ιατρικών σφαλμάτων και της επιδίκασης υπέρογκων αποζημιώσεων τις τελευταίες δεκαετίες - ιδίως στις Η.Π.Α. - , η συναίνεση του ασθενούς χρησιμοποιήθηκε ως βάση για την άσκηση της λεγόμενης «αμυντικής ιατρικής»⁴⁰. Η τάση αυτή, μεταξύ άλλων, θέλει τον γιατρό να προβαίνει σε μια υπερβολική «ενημέρωση», ώστε να μεταθέτει το μεγαλύτερο βάρος της ευθύνης - επομένως και της πιθανότητας του σφάλματος - στον ασθενή, φροντίζοντας όχι τόσο για τη θεραπεία του τελευταίου όσο για τη νομική εξασφάλιση του εαυτού του. Πρόκειται για μια προφανή παρέκβαση από την έννοια της «κατάλληλης» ενημέρωσης, που καταλήγει σε μια «γραφειοκρατική» άσκηση της ιατρικής - με έναν πληθωρισμό εντύπων ενημέρωσης και συναίνεσης, ακόμη και για απλές ιατρικές πράξεις - , η οποία όμως, σε τελική ανάλυση, δεν είναι ικανή να απαλλάξει τον γιατρό από την ευθύνη του. Γιατί, όπως είδαμε, η ποιότητα και όχι η ποσότητα της ενημέρωσης του ασθενούς είναι το κύριο στοιχείο της τελευταίας στο σύγχρονο δίκαιο⁴¹.

5. Το «δικαίωμα της άγνοιας»

Το «δικαίωμα της άγνοιας», δηλαδή η έκφραση της βούλησης κάποιου να μην ενημερώνεται από τον γιατρό για την

³⁹ Βλ. τον προβληματισμό για τον τρόπο της ενημέρωσης και την επιδίωξη της κατανόησής της από τον ασθενή σε Beauchamp - Childress, *ό.π.*, σ. 88 επ.

⁴⁰ Για την «αμυντική ιατρική» βλ., αντί άλλων, Kachalia et al., *ό.π.*, σ. 418. Η ιστορία της ανάγεται ήδη στην αρχαιότητα. Βλ. *J. Lascaratos, P. Dalla - Vorgia, Defensive Medicine: Two Historical Cases, Int. J. of Risk and Safety in Medicine* 1996, σ. 231 επ.

⁴¹ Βλ. γεν. για το ζήτημα, Ι. Ανδρουλιδάκη - Δημητριάδη, *Η υποχρέωση ενημέρωσης του ασθενούς. Συμβολή στη διακρίβωση της αστικής ιατρικής ευθύνης*, Αντ. Ν. Σάκκουλας, Αθήνα - Κομοτηνή 1993, ιδίως σ. 83 επ.

κατάσταση της υγείας του⁴², αναγνωρίζεται από το δίκαιο ως λογική συνέπεια του γενικού κανόνα που θέλει την υγεία μας να εξαρτάται από εμάς τους ίδιους, να ελέγχεται από τη βούλησή μας, δηλαδή να αποτελεί αντικείμενο της βιολογικής μας αυτονομίας.

Αν η «συναίνεση ύστερα από πληροφόρηση» αφορά, κατά τη νομοθεσία, τις ιατρικές «επεμβάσεις», το δικαίωμα στην άγνοια σημαίνει ότι αυτή η πληροφόρηση, πάντως, δεν επιβάλλεται σε κανέναν αναγκαστικά. Έτσι νοείται ολοκληρωμένα ο έλεγχος της υγείας, στη βάση της βιολογικής αυτονομίας του προσώπου: ο γιατρός, όχι μόνον δεν μπορεί να προχωρεί σε επέμβαση χωρίς ενημέρωση, αλλά και αυτή η τελευταία προϋποθέτει επίσης τη συναίνεσή μας.

Πράγματι, η πληροφόρηση ενός προσώπου για την κατάσταση της υγείας του δεν είναι αυτονόητο ότι το ωφελεί. Η πληροφόρηση αυτή – ιδίως για διάγνωση σοβαρών ασθενειών – δεν αποκλείεται να επηρεάσει αρνητικά τη ζωή του, να οδηγήσει π.χ. σε ανασφάλεια για το μέλλον, να μεταβάλει τις σχέσεις με τους συγγενείς ή τους φίλους του ή ακόμη να προκαλέσει ψυχολογικές διαταραχές (κατάθλιψη κ.λπ.)⁴³.

Συνεκτιμώντας αυτά τα ενδεχόμενα, η έννομη τάξη αναγνωρίζει την άλλη όψη της «πληροφόρησης», που προϋποθέτει η συναίνεση για ιατρικές επεμβάσεις. Το δικαίωμα της άγνοιας προβλέπεται στη Σύμβαση του Οβιέδο και τον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας, συνδέεται μάλιστα με την «ιδιωτικότητα» της υγείας⁴⁴: η βιολογική αυτονομία – επομένως και η υγεία – ανήκουν στον πυρήνα της ιδιωτικής ζωής καθενός, που πρέπει να παραμένει απαραβίαστος από επεμβάσεις τρίτων.

Στην κατάσταση της ασθένειας, το πρόσωπο επιτρέπει στον γιατρό να γνωρίσει και ενδεχομένως να επέμβει σε αυτόν τον απαραβίαστο χώρο. Στην περίπτωση αυτή το ιατρικό απόρρητο είναι εκείνο που εγγυάται ότι η ιδιωτικότητα θα προστατευθεί απόλυτα απέναντι σε τρίτους⁴⁵. Ωστόσο, ακόμη και η πρόσβαση του γιατρού εξαρτάται από τη θέληση του προσώπου να πληροφορηθεί για την κατάσταση της υγείας του και δεν είναι «αυτόματη». Το δικαίωμα της άγνοιας εξασφαλίζει,

⁴² Βλ. γενικά R. Chadwick, *The philosophy of the Right To Know and the Right Not To Know*, in: R. Chadwick, M. Levitt, D. Shickle, *The Right To Know and the Right Not To Know*, Aldershot, Hants. Ashgate Publ. Co, 1997, σ. 17 επ. Πρβλ. Κουμάντου, *Προβλήματα*, ό.π., σ. 21 επ.

⁴³ Βλ. μάλιστα για το δικαίωμα, ειδικά στην περίπτωση των γενετικών πληροφοριών, M.-I. Malauzat, *Le droit face aux pouvoirs des donnees genetiques*, Presses Univ. D' Aix-Marseille, Aix-en-Provence 2000, σ. 339 επ., I. Κριάρη – Κατράνη, *Γενετική Τεχνολογία και Θεμελιώδη Δικαιώματα*, Σάκκουλας, Αθήνα – Θεσσαλονίκη 1999, σ. 116 επ., όπου διατυπώνονται επιφυλάξεις. Επιφυλάξεις για το δικαίωμα βλ. και σε Φουντεδάκη, *Η συναίνεση*, ό.π., σ. 33 επ.

⁴⁴ Βλ. άρθ. 10 παρ. 2 της Σύμβασης και άρθ. 11 παρ. 2 του ΚΙΔ.

⁴⁵ Βλ. άρθ. 13 του ΚΙΔ.

έτσι, τον διαρκή έλεγχο του ίδιου του ενδιαφερομένου, αποκλείοντας την απεριόριστη πρωτοβουλία από την πλευρά ενός γιατρού, που θα ισχυριζόταν ίσως ότι έχει γενικό καθήκον να προστατεύει την υγεία και τη ζωή. Λογικά, λοιπόν, μια ιατρική επέμβαση «φιλτράρεται» από δύο διακριτά δικαιώματα του ασθενούς: προϋποθέτει ότι ο τελευταίος ασκεί, πρώτα, θετικά το δικαίωμα γνώσης της κατάστασης της υγείας του (ή, αλλιώς, δεν ασκεί το δικαίωμα της άγνοιας) και, στη συνέχεια, συναινεί στην επέμβαση⁴⁶.

Το δικαίωμα της άγνοιας έχει ενδιαφέρον, όταν ο ασθενής δεν έχει εκφράσει καμία βούληση – ή δεν είναι σε θέση να εκφράσει τέτοια βούληση - και οι οικείοι του διαφωνούν με τον γιατρό, ως προς το αν πρέπει εκείνος να τον ενημερώσει, ιδίως για σοβαρές ασθένειες (π.χ. καρκίνο)⁴⁷. Εδώ, ο γιατρός έχει την ευθύνη της συγκεκριμένης στάθμισης του δικαιώματος της άγνοιας και της προστασίας της υγείας του ασθενούς. Το δικαίωμα, κατά βάση, επικρατεί, όταν καμία ιατρική επέμβαση δεν αναμένεται να βελτιώσει ή να ανακουφίσει την κατάσταση της υγείας, επομένως όταν η πληροφόρηση δεν πρόκειται να υποστηρίξει μια τέτοια επέμβαση, εξασφαλίζοντας την αναγκαία συναίνεση του ενδιαφερομένου, για να προχωρήσει ο γιατρός σε αυτήν⁴⁸.

⁴⁶ Έχει υποστηριχθεί ότι η άσκηση του δικαιώματος της άγνοιας δεν αποκλείει την ιατρική επέμβαση. Βλ. *P. Fraiseix, La protection de la dignite de la personne et de l' espece humaines dans le domaine de la biomedecine : l' exemple de la Convention d' Oviedo, R.I.D.C. 2000*, σ. 396 – 397. Η άποψη αυτή, στην υπερβολή της, δεν συμβιβάζεται με την αρχή της «συναίνεσης ύστερα από πληροφόρηση». Πράγματι, ο γιατρός, στο πλαίσιο της νομικής του ευθύνης, δεν μπορεί να αναλάβει πρωτοβουλία χωρίς καμία ενημέρωση του ασθενούς, μπορεί μόνον να περιορίσει αυτή την ενημέρωση, εφ' όσον του ζητηθεί.

⁴⁷ Βλ. σχετ. και Κουτσελίνη, ό.π., σ. 108 επ. Για το ότι η απόκρυψη της αλήθειας από τον γιατρό είναι μεν δικαιολογημένη σε ακραίες περιπτώσεις, ηθικά πάντως δεν διαφέρει από το ψέμα, βλ. *R. Higgs, On Telling Patients the Truth* (M. Lockwood - ed., *Moral Dilemmas in Modern Medicine*, Oxford U.P. 1985), σε *H. Kuhse – P. Singer (ed.), Bioethics. An Anthology*, Blackwell, Oxford 1999, σ. 512. Μια αντιπαράθεση επιχειρημάτων στο, κλασικό για την ιατρική δεοντολογία, πρόβλημα της «αλήθειας» βλ. σε *M. Lipkin, On Lying to Patients* (*Newsweek* 1979) σε: Th. A. Mappes, D. Degrazia, *Biomedical Ethics*, 5th ed., McGraw-Hill, N. York 2001, σ. 85 επ. και σε *R. Higgs* (ό.π.). Μια εμπειρική έρευνα σε ογκολόγους, με εξαιρετικό ενδιαφέρον, βλ. σε *E. J. Gordon, C. K. Daugherty, "Hitting You Over The Head": Oncologists' Disclosure of Prognosis to Advanced Cancer Patients*, *Bioethics* 2003, σ. 142 επ.

⁴⁸ Σε μια τέτοια περίπτωση, η πληροφόρηση για την κατάσταση της υγείας μπορεί να είναι αναγκαία, προκειμένου ο ασθενής να ρυθμίσει θέματα της προσωπικής ή της κοινωνικής του ζωής. Τότε, όμως, παύει να ανήκει στο πλαίσιο της νομικής ευθύνης του γιατρού, αφού δεν συνδέεται με ιατρική πράξη. Οι συγγενείς και οι φίλοι του ασθενούς είναι εκείνοι που θα αναλάβουν αυτό το έργο.

6. Η άρνηση θεραπείας

Εφ' όσον αναγκαία προϋπόθεση για κάθε ιατρική πράξη είναι η συναίνεση του ασθενούς, η ρητή άρνησή του να υποβληθεί (ή να εξακολουθήσει να υποβάλλεται) σε μια θεραπευτική αγωγή, αποκλείει (ή διακόπτει) την τελευταία, έστω και αν ο γιατρός, οι οικείοι του ή οποιοσδήποτε τρίτος διαφωνούν. Η λογική αυτή συνέπεια του προτύπου της «συναίνεσης» θεμελιώνεται, επί πλέον, και συνταγματικά, αφού εκφράζει την αρνητική όψη του ατομικού δικαιώματος στην υγεία (άρθ. 5 παρ. 5 Σ.).

Ο ασθενής έχει λόγο να αρνηθεί ή να διακόψει μια θεραπεία, επειδή κρίνει ότι το όφελος από αυτήν είναι ελάχιστο, αν συγκριθεί με τη θυσία άλλων αγαθών που έως τότε απολαμβάνει, διατηρεί δηλαδή την εξουσία στάθμισης μεταξύ των πλευρών της συνολικής του αυτονομίας.

Όριο στην άρνηση θεραπείας είναι, και πάλι, η ανθρώπινη αξία του ασθενούς. Ο συγκεκριμένος προσδιορισμός, ωστόσο, αυτού του ορίου – του πότε, δηλαδή, ακριβώς, το ίδιο το πρόσωπο, παραιτούμενο από μια θεραπεία, υποβαθμίζει τον εαυτό του (π.χ. για να απαλλάξει τους οικείους του από τη φροντίδα του) - δεν είναι εύκολος. Όπως θα δούμε, εξετάζοντας το ζήτημα της παθητικής ευθανασίας, κατά κανόνα, είναι το ίδιο το πρόσωπο που νοσηματοδοτεί με την υποκειμενική του εμπειρία την αξία της δικής του ζωής. Μόνον σε ακραίες περιπτώσεις προφανούς αδιαφορίας του για τη ζωή – ιδίως όταν δεν συντρέχουν οι εξωτερικοί όροι της παθητικής ευθανασίας⁴⁹ - θα μπορούσε η άρνηση θεραπείας να προσκρούει στην ανθρώπινη αξία. Στις περιπτώσεις αυτές, η ιατρική ευθύνη για την εξακολούθηση της αγωγής παραμένει ακέραια, αντίθετα από ό,τι συμβαίνει με την άρνηση που δεν θέτει σε κίνδυνο τη ζωή, οπότε η διακοπή της θεραπείας, συνιστώντας νομική υποχρέωση του γιατρού⁵⁰, τον απαλλάσσει από οποιαδήποτε ευθύνη για την εξέλιξη της υγείας του ενδιαφερομένου⁵¹.

⁴⁹ Που μας βεβαιώνουν για τη διαρκή υποτίμηση του προσώπου ήδη όσο ζει αυτό. Βλ. αναλυτικά, παρακάτω, στη μελέτη της ευθανασίας.

⁵⁰ Με βάση τα άρθ. 5 της Σύμβασης του Οβιέδο και 11, 12 του ΚΙΔ. Μια αντίθετη επιχειρηματολογία, που μετριάξει τη δεσμευτικότητα της άρνησης για τον γιατρό, βλ. σε *P. Murphy, Are Patients' Decisions to Refuse Treatment Binding on Health Care Professionals?*, *Bioethics* 2005, σ. 189 επ. Έτσι και η *Φουντεδάκη* (Η συναίνεση, ό.π., σ. 27 – 28). Από τη σκοπιά της δεοντολογίας, βλ. για την άρνηση θεραπείας Κουτσελίνη, ό.π., σ. 295 επ.

⁵¹ Το δικαίωμα άρνησης θεραπείας αναγνωρίζει σειρά αποφάσεων της αμερικανικής νομολογίας, σχετικών με υποθέσεις παθητικής ευθανασίας. Βλ. τις αποφάσεις αυτές στην υποσ. 194. Βλ. επίσης, από

ΠΗΓΕΣ

Σύμβαση Οβιέδο:

https://bioethics.gr/api/files/download/2196/Oviedo_Convention_N_2619-1998.pdf?attachment=false

N. 3418/2005:

https://bioethics.gr/api/files/download/2199/34182005_updated.pdf?attachment=false

ΕΝΔΕΙΚΤΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Κατερίνα Μαρκεζίνη (2002), Η έννοια της συγκατάθεσης ως έκφραση αυτονομίας του ασθενούς, *Επιστήμη και Κοινωνία*, σ. 63 επ.

Κατερίνα Φουντεδάκη (2006), Η «συναίνεση του ενημερωμένου ασθενούς», σύμφωνα με το νέο Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας (N. 3418/2005), σε *Ο νέος Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας (N. 3418/2005): Βασικές ρυθμίσεις (νομική, ιατρική και κοινωνιολογική προσέγγιση)*, Σάκκουλας, Αθήνα – Θεσσαλονίκη, σ. 13 επ.

T. L. Beauchamp, J. F. Childress (2001), *Principles of Biomedical Ethics*, 5th ed., Oxford U.P.

R. Chadwick (1997), *The philosophy of the Right To Know and the Right Not To Know*, in: R. Chadwick, M. Levitt, D. Shickle, *The Right To Know and the Right Not To Know*, Aldershot, Hants. Ashgate Publ. Co, 1997, σ. 17 επ.

J. F. Childress, M. Siegler (2001), *Metaphors and Models of Doctor-Patient Relationships: Their Implications for Autonomy (Theoretical Medicine 1984)* σε: Th. A. Mappes, D. Degrazia, *Biomedical Ethics*, 5th ed., McGraw-Hill, N. York 2001, σ. 71 επ.

τη γαλλική νομολογία, τις αποφάσεις της Cour de Cassation (Crim., 3.1.1973) και του Conseil d'Etat (6.3.1981, 27.1.1982).

