



ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΑΠΘ  
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ



ΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΗ ΣΧΟΛΗ ΠΑΜ  
ΤΜΗΜΑ ΔΗΜΟΤΙΚΗΣ  
ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ

**ΔΙΔΡΥΜΑΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ (ΔΙΠΜΣ)  
«ΚΡΙΤΙΚΗ ΣΚΕΨΗ ΚΑΙ ΗΠΙΕΣ ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ (SOFT SKILLS)  
ΣΤΙΣ ΒΙΟΪΑΤΡΙΚΕΣ ΕΠΙΣΤΗΜΕΣ»**

**Διπλωματική Εργασία**

«Η ενημέρωση του ασθενή και η παροχή συναίνεσής του :  
Νομική διάσταση και η σημασία της επικοινωνίας κατά την ενημέρωση»

**Χριστίνας Σ. ΣΑΧΙΝΙΔΟΥ**

Πτυχιούχος Νομικής Σχολής ΑΠΘ

**Εξεταστική Επιτροπή**

Αστέριος ΚΑΡΑΓΙΑΝΝΗΣ

Καθηγητής Τμήματος Ιατρικής ΑΠΘ (Επιβλέπων Καθηγητής)

Τριανταφυλλιά ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΥ

Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Νομικής Σχολής ΑΠΘ (Μέλος Τριμελούς Επιτροπής)

Ευθυμία ΒΛΑΧΑΚΗ

Επίκουρη Καθηγήτρια Τμήματος Ιατρικής ΑΠΘ (Μέλος Τριμελούς Επιτροπής)

**Θεσσαλονίκη, Νοέμβριος 2019**

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΑΠΘ  
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

Χριστίνα Σ. ΣΑΧΙΝΙΔΟΥ

«Η ενημέρωση του ασθενή και η παροχή συναίνεσής του :  
Νομική διάσταση και η σημασία της επικοινωνίας κατά την ενημέρωση»

## ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η παρούσα διπλωματική εργασία εκπονήθηκε στο πλαίσιο του Διϊδρυματικού Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών (ΔΠΜΣ) «Κριτική Σκέψη και Ήπιες Δεξιότητες (Soft Skills) στις Βιοϊατρικές Επιστήμες». Ένα μεταπτυχιακό πρόγραμμα σπουδών στο οποίο διδάχτηκα ότι, όσες τυπικές γνώσεις και να κατέχει κάποιος, αυτές δεν μπορούν να αξιοποιηθούν «αποτελεσματικά» εάν δεν συνοδεύονται από τις ήπιες δεξιότητες.

Θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά το σύνολο των Καθηγητών που δίδαξαν στο μεταπτυχιακό αυτό πρόγραμμα για την ουσιαστική βοήθεια και εύστοχες παρατηρήσεις τους.

Ιδιαίτερος όμως, θα ήθελα να ευχαριστήσω, τον Καθηγητή Αστέριο Καραγιάννη, ο οποίος αποτέλεσε την αιτία να παρακολουθήσω το συγκεκριμένο πρόγραμμα σπουδών, για την πολύτιμη καθοδήγηση αλλά και την εμπιστοσύνη και εκτίμηση που μου έδειξε. Την αναπληρώτρια Καθηγήτρια Τριανταφυλλιά Παπαδοπούλου, η οποία έως και σήμερα με έχει υποστηρίξει σε κάθε φάση της εκπαιδευτικής μου πορείας και έχει σταθεί σημαντικός αρωγός σε κάθε μου προσπάθειά, και την επίκουρη Καθηγήτρια Ευθυμία Βλαχάκη, η οποία μου έδωσε το έναυσμα, να ασχοληθώ περαιτέρω, σε επίπεδο διδακτορικής έρευνας με το συγκεκριμένο θέμα.

Κλείνοντας, αισθάνομαι την ανάγκη να ευχαριστήσω τον σύζυγό μου Χριστόφορο Ανανιάδη και την αγαπημένη μου εξαδέλφη Χάρις Παναγιωτίδου, Νομικό, για την ηθική υποστήριξη, ο καθένας από τη μεριά του, δίνοντάς μου την ελπίδα και τη δύναμη να συνεχίσω να προσπαθώ για το καλύτερο, στους οποίους και είναι αφιερωμένη η παρούσα εργασία.

## ΠΙΝΑΚΑΣ ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΩΝ

### Ελληνικές

ΑΚ	Αστικός Κώδικας
ΑΠΔΠΧ	Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα
ΑΠ	Άρειος Πάγος
Βλ.	Βλέπε
ΒΔ	Βασιλικό Διάταγμα
Διατ ΕισΕΦ	Διατακτικό Εισαγγελίας Εφετών
εδ.	εδάφιο
επιμ	Επιμελητής έκδοσης
επομ.	Επόμενο
ΕΟΔΥ	Εθνικός Οργανισμός Δημόσιας Υγείας
ΕΣΥ	Εθνικό Σύστημα Υγείας
ΙΥΑ	Ιατρικώς Υποβοηθούμενη Αναπαραγωγή
ΚΕΕΛΠΝΟ	Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων
Λ.χ.	Λόγου χάρη
ΠΚ	Ποινικός Κώδικας
Ν/ν	Νόμος
Οπ. παρ.	Όπου παραπάνω
Ολ	Ολομέλεια
παρ.	παράγραφος
ΠΔ	Προεδρικό Διάταγμα
ΠΦΥ	Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας
Π.χ.	Παραδείγματος χάρη
ΥΑ	Υπουργική Απόφαση
ΦΕΚ	Φύλλο Εφημερίδας Κυβερνήσεως

### Ξένες

AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome (Σύνδρομο της Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας)
HIV	Human Immunodeficiency Virus (Ιός Ανοσοανεπάρκειας του Ανθρώπου)
QUALICOPC	Quality and Costs of Primary Care in Europe

## **ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ**

### **ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

#### **ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΟΣ ΤΙΤΛΟΣ. ΕΝΝΟΙΑ ΚΑΙ ΘΕΣΜΙΚΗ ΚΑΤΟΧΥΡΩΣΗ ΓΙΑ ΤΗ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ**

A. ΘΕΜΕΛΙΩΔΕΙΣ ΕΝΝΟΙΕΣ

B. ΠΗΓΕΣ ΔΙΚΑΙΟΥ

#### **ΤΙΤΛΟΣ ΠΡΩΤΟΣ. ΠΡΟΥΠΟΘΕΣΕΙΣ ΕΓΚΥΡΗΣ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ**

A. ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΗ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ

B. ΠΑΡΟΧΗ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ

Γ. ΑΛΛΕΣ ΠΡΟΥΠΟΘΕΣΕΙΣ ΓΙΑ ΝΑ ΕΙΝΑΙ ΙΣΧΥΡΗ Η ΣΥΝΑΙΝΕΣΗ

#### **ΤΙΤΛΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟΣ. ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΠΕΜΒΑΣΗ ΧΩΡΙΣ ΤΗΝ ΕΓΚΥΡΗ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ ΚΑΙ ΙΔΙΑΙΤΕΡΕΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ**

A. ΙΔΙΑΙΤΕΡΕΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΚΑΙ ΤΗ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗ

B. ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΗΣ ΧΩΡΙΣ ΕΓΚΥΡΗ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗ

#### **ΤΙΤΛΟΣ ΤΡΙΤΟΣ. ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΚΑΙ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ**

A. ΣΧΕΣΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΜΕ ΤΗΝ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ

B. Η ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ - ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΩΣ ΚΑΘΟΡΙΣΤΙΚΟ ΣΤΟΙΧΕΙΟ ΤΟΥ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Γ. ΕΜΠΟΔΙΑ - ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΣΤΗΝ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ

Δ. ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΤΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΣΕ ΘΕΜΑΤΑ ΕΝΗΜΕΡΩΜΕΝΗΣ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ ΚΑΙ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ

#### **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ιστορικά, οι πρώτες αναφορές περί ενημέρωσης και συναίνεσης του ασθενή απαντώνται σε κώδικες δεοντολογίας σχετικούς με τις κλινικές δοκιμές και συγκεκριμένα στον Κώδικα της Νυρεμβέργης και στη Διακήρυξη του Ελσίνκι. Σταδιακά, παρατηρείται ολοένα και αυξανόμενη αναφορά στις έννοιες της ενημέρωσης και συναίνεσης του ασθενή, γεγονός που συμβάλλει στην αναγνώριση της σημαντικότητας αυτών, καθώς και σε άλλες ιατρικές πράξεις εκτός των κλινικών μελετών.

Η ενημέρωση και η συναίνεση<sup>1</sup> είναι δύο έννοιες αλληλένδετες, με την πρώτη να αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση της δεύτερης, ενώ η ύπαρξη σχετικού κανονιστικού πλαισίου, αφενός σε Ευρωπαϊκό και αφετέρου σε εθνικό επίπεδο, υπογραμμίζει την αναγκαιότητα ενιαίας νομοθετικής ρυθμίσεώς τους.

Όταν η ιατρική πράξη<sup>2</sup> διενεργείται χωρίς την έγκυρη συναίνεση του ασθενή, ακόμα και εάν εκτελείται *lege artis*, παραβιάζει το υφιστάμενο κανονιστικό πλαίσιο και συνιστά παράνομη προσβολή προσωπικότητας, και συγκεκριμένα του δικαιώματος αυτοκαθορισμού του ασθενή σε σχέση με την υγεία του.

Η ενημέρωση του ασθενή και συγκεκριμένα ο τρόπος ενημέρωσης αυτού, δεν αποτελεί μόνο νομική υποχρέωση αλλά έχει αποδειχτεί ότι συμβάλει στην ποιότητα της ζωής του ασθενή, στη συμμόρφωση στις ιατρικές οδηγίες / το θεραπευτικό σχήμα και στην ανάπτυξη του θεραπευτικού δεσμού. Οι συνθήκες έντασης επηρεάζουν την ικανότητα του ατόμου να λάβει αποφάσεις και να προβλέψει για την ιατρική πράξη «τις συνέπειες, τους ενδεχόμενους κινδύνους ή επιπλοκές από την εκτέλεσή της, τις εναλλακτικές προτάσεις, καθώς και για τον πιθανό χρόνο αποκατάστασης<sup>3</sup>» και συνεπώς να συναινέσει λ.χ. στο προτεινόμενο είδος της θεραπείας.

Η παρούσα εργασία, που πραγματεύεται το ζήτημα της ενημέρωσης και της συναίνεσης του ασθενή, δύο έννοιες άρρηκτα συνδεδεμένες, στοχεύει στο να παρουσιάσει το ρυθμιστικό πεδίο των διατάξεων, όπως έχουν καταδειχθεί σε θεωρία και νομολογία. Δίνοντας βάση στον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας, ένα νομοθετικό

---

<sup>1</sup> Άλλως «συναίνεση του ενημερωμένου ασθενή», “informed consent”.

<sup>2</sup> Υπάρχουν δύο (2) μορφές ιατρικού σφάλματος, τα ιατρογενή σφάλματα (πριν, κατά και μετά τη διενέργεια της ιατρικής πράξης) και η αυθαίρετη ιατρική πράξη δηλαδή η διενέργεια ιατρικής πράξης χωρίς έγκυρη συναίνεση ασθενή, ανεξάρτητα από επιτυχή έκβαση.

<sup>3</sup> Βλ. άρθρο 11§ 1 του ΚΙΔ. «Οφείλει να ενημερώνει πλήρως και κατανοητά τον ασθενή ... έτσι ώστε ο ασθενής να μπορεί να σχηματίζει πλήρη εικόνα των ιατρικών, κοινωνικών και οικονομικών παραγόντων και συνεπειών της κατάστασής του και να προχωρεί, ανάλογα, στη λήψη αποφάσεων».

κείμενο, οι διατάξεις του οποίου εκφράζουν το αλληλέγγυο καθήκον του ιατρού και ισορροπούν μεταξύ του πατερναλισμού και της αυτονομίας, σχολιάζονται οι ατέλειες και παραλείψεις στη διατύπωσή του, οι οποίες δυσχεραίνουν την εφαρμογή του.

Αναλύονται οι μορφές της ενημέρωσης του ασθενή, το περιεχόμενο, η έκταση και οι αποδέκτες αυτής. Προσδιορίζεται η ικανότητα για συναίνεση και καταγράφονται οι προϋποθέσεις εγκυρότητάς της. Διαχωρίζεται η άρνηση συναίνεσης από την αδυναμία και γίνεται αναφορά στο εύρος και τις προϋποθέσεις ισχυρής συναίνεσης. Στη συνέχεια αναπτύσσονται ειδικότερα ζητήματα ενημέρωσης σε ιδιαίτερες περιπτώσεις ασθενών. Περαιτέρω, διαχωρίζεται η παράνομη ιατρική πράξη, που οφείλεται σε ιατρικό σφάλμα, από αυτήν που οφείλεται σε ελλιπή συναίνεση ή έλλειψη συναίνεσης, και παραθέτονται τα είδη των ευθυνών, ποινική, πειθαρχική και αστική.

Καταγράφεται και διερευνάται η σημασία της επικοινωνίας που εντοπίζεται σε κάθε στάδιο επαφής ιατρού – ασθενή, μια αμφίδρομη σχέση, συνιστά δε σύνθετη διαδικασία, ενώ έχει υποστηριχτεί ότι επηρεάζει και την έκβαση της ασθένειας. Καταδεικνύεται το γεγονός ότι ο επαγγελματίας υγείας θα πρέπει να διαθέτει ήπιες δεξιότητες, όπως δεξιότητες επικοινωνίας, προκειμένου να υπάρχει μια λειτουργική και κατ' επέκταση αποτελεσματική για τον ασθενή σχέση.

Τέλος, με βάση τα ανωτέρω, και με γνώμονα το όφελος του ασθενή, σημειώνεται ότι έχει προβλεφθεί σε χώρες του εξωτερικού, ειδική εκπαίδευση και κριτήρια ποιότητας προκειμένου να διασφαλιστεί μία υγιής σχέση μεταξύ ιατρού-ασθενή.

## **ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΟΣ ΤΙΤΛΟΣ.**

### **ΕΝΝΟΙΑ ΚΑΙ ΘΕΣΜΙΚΗ ΚΑΤΟΧΥΡΩΣΗ ΓΙΑ ΤΗ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ**

#### **A. ΘΕΜΕΛΙΩΔΕΙΣ ΕΝΝΟΙΕΣ**

##### **1. Έννοια**

Ύψιστης νομικής σημασίας αρχή, που διέπει τη σχέση ιατρού-ασθενή, αποτελεί η συναίνεση του ασθενή και συγκεκριμένα, η συναίνεση του «ενημερωμένου ασθενή». Η ως άνω αρχή απαιτεί την παροχή ελεύθερης συναίνεσης από την πλευρά του ασθενή, και καταφάσκειται μόνο κατόπιν σχετικής ενημέρωσής του. Ως ειδικότερη έκφανση των συνταγματικά κατοχυρωμένων δικαιωμάτων της ελεύθερης ανάπτυξης της προσωπικότητας και της προστασίας της ανθρώπινης ζωής, η αρχή της συναίνεσης του «ενημερωμένου ασθενή», του παρέχει το δικαίωμα να ενημερώνεται για τη γενική κατάσταση της υγείας του και να αποφασίζει σχετικά με την αποδοχή ή μη ιατρικών πράξεων.

##### **2. Πατερναλισμός και αυτονομία**

Οι αξιακές μεταβολές, που επήλθαν των αρνητικών εμπειριών του Β΄ Παγκοσμίου Πολέμου αναφορικά με τη μεταχείριση του ανθρώπινου είδους από την ιατρική κοινότητα του ναζιστικού καθεστώτος, αλλά και η ραγδαία εξέλιξη της βιοτεχνολογίας, της ιατρικής και της γενετικής, έφεραν μοιραία τον άνθρωπο μπροστά σε μια πλειάδα διάφορων ηθικών προβληματισμών. Αποτέλεσμα αυτών ήταν η διαχρονική διαμόρφωση ενός κανονιστικού πλαισίου αλλά και σωρεία διακηρύξεων, διεθνών και εθνικών κειμένων ιατρικής δεοντολογίας αναφορικά με την ενήμερη συγκατάθεση του ασθενή ως αναγκαία προϋπόθεση, πριν από τη διενέργεια οποιασδήποτε ιατρικής πράξης.

Ουσιαστικά, η εμπειρία που αποκτήθηκε, οδήγησε στη μετατόπιση από το πατερναλιστικό πρότυπο, δηλαδή από την υπερέχουσα θέση των ιατρών να κρίνουν την κατάσταση και να αποφασίζουν μόνοι τους για την πορεία της θεραπείας, στον ενεργό ρόλο των ασθενών δια της έκφρασης του δικαιώματος αυτοδιάθεσης στο πλαίσιο ανάπτυξης της προσωπικότητάς τους. Διασφαλίστηκε με τον τρόπο αυτό η ελεύθερη βούληση και η επιλογή για τη διαχείριση θεμάτων της υγείας των ασθενών.



## **B. ΠΗΓΕΣ ΔΙΚΑΙΟΥ**

### **1. Διεθνές και Ευρωπαϊκό Δίκαιο**

Ο Κώδικας της Νυρεμβέργης<sup>4</sup> (1947), που αφορά τη Βιοϊατρική Έρευνα, είναι το πρώτο συμβουλευτικό κείμενο δεοντολογίας, που αποτέλεσε τη βάση για τη διαμόρφωση της σύγχρονης θεωρίας βιοηθικής και αναφέρεται στον τρόπο διεξαγωγής των ιατρικών δοκιμών, σε ανθρώπους. Γενικότερα, έχει ως επίκεντρο το σεβασμό των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, την ατομική αυτονομία και την «εθελοντική» ενημερωμένη συναίνεση. Στη συνέχεια, η Διακήρυξη του Ελσίνκι (1964), που συντάχθηκε από τον Παγκόσμιο Ιατρικό Σύλλογο (World Medical Association) και η οποία αναθεωρήθηκε εννέα φορές έως σήμερα, αναφέρει ως απαραίτητη προϋπόθεση για την ηθικά αποδεκτή έρευνα, την ενυπόγραφη πληροφορημένη συναίνεση<sup>5</sup>.

Στον Διεθνή Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας του Παγκόσμιου Ιατρικού Συλλόγου (1949) υπάρχουν διατάξεις που αναφέρονται στις υποχρεώσεις του ιατρού αλλά και στο δικαίωμα του ασθενή στην ενημέρωση και στον σεβασμό της ανθρώπινης ζωής και αξιοπρέπειας<sup>6</sup>. Επίσης, πρόβλεψη για τη συναίνεση του ασθενή περιέχει και το Διεθνές Σύμφωνο<sup>7</sup> για τα Ατομικά και Πολιτικά Δικαιώματα (1966) (ΔΣΑΠΔ).

Η υποχρέωση του ιατρού να μην ενεργεί χωρίς την ενημερωμένη συναίνεσή του ασθενή προβλέπεται, σε πλείστα κείμενα, όπως ενδεικτικά στην Παγκόσμια Διακήρυξη για τη Βιοηθική και Ανθρώπινα Δικαιώματα (2005) της UNESCO<sup>8</sup> και στη Διακήρυξη της Λισαβόνας<sup>9</sup> (1981) του Παγκόσμιου Ιατρικού Συλλόγου για τα Δικαιώματα των Ασθενών, η οποία αναθεωρήθηκε δύο φορές (1995, 2015).

---

<sup>4</sup> Διαθέσιμο σε <https://history.nih.gov/research/downloads/nuremberg.pdf> προσπελάσιμο 11.7.2019.

<sup>5</sup> World Medical Association, WMA Declaration of Helsinki – Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects, Διαθέσιμο σε <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/> (προσπελάσιμο 3.7.2019).

<sup>6</sup> Τροποποιήσεις 1968, 1983 και 2006.

<sup>7</sup> Περιφερειακό Κέντρο Πληροφόρησης του ΟΗΕ (UNRIC), Διαθέσιμο σε [https://www.unric.org/el/index.php?option=com\\_content&view=article&id=26230&Itemid=33](https://www.unric.org/el/index.php?option=com_content&view=article&id=26230&Itemid=33), (προσπελάσιμο 11.7.2019), Βλ. άρθρο 7 του Διεθνούς Συμφώνου για τα Ατομικά και Πολιτικά Δικαιώματα σύμφωνα με το οποίο: *«Κανείς δεν υποβάλλεται σε βασανιστήρια ούτε σε ποινές ή μεταχειρίσεις σκληρές, απάνθρωπες ή εξευτελιστικές. Ειδικότερα, απαγορεύεται η υποβολή προσώπου, χωρίς την ελεύθερη συγκατάθεσή του, σε ιατρικό ή επιστημονικό πείραμα»*.

<sup>8</sup> UNESDOC Digital Library, Universal Declaration on Bioethics and Human Rights, Διαθέσιμο σε <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000146180> (προσπελάσιμο 3.7.2019).

<sup>9</sup> World Medical Association, WMA Declaration of Lisbon on the Rights of the Patient Διαθέσιμο σε <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-lisbon-on-the-rights-of-the-patient/>, (προσπελάσιμο 3.7.2019).

Ο Χάρτης Θεμελιωδών Δικαιωμάτων της Ευρωπαϊκής Ένωσης<sup>10</sup> (2000), ως πρωτογενής πηγή ευρωπαϊκού δικαίου προβλέπει, στο άρθρο 3 παρ. 2, ότι ο ιατρός υποχρεούται να μην ενεργεί χωρίς την προηγούμενη συναίνεση του ασθενή *«Δικαίωμα στην ακεραιότητα του προσώπου... 2. Στο πεδίο της ιατρικής και της βιολογίας, πρέπει να τηρούνται ιδίως τα εξής: ... η ελεύθερη και εν επιγνώσει συναίνεση του ενδιαφερομένου, σύμφωνα με τις λεπτομερέστερες διατάξεις που ορίζονται από το νόμο ...»*.

Ωστόσο, το πρώτο νομοθέτημα σε επίπεδο διεθνούς δικαίου με δεσμευτική ισχύ, που ενσωμάτωσε τη «συναίνεση ύστερα από ενημέρωση» για οποιαδήποτε ιατρική πράξη, είναι η Σύμβαση για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα και τη Βιοϊατρική ή αλλιώς η Σύμβαση του Οβιέδο (1997).

## 2. Ελληνικό Δίκαιο

Στο ΒΔ 25.5/6.7.1955, στο οποίο αναφέρονταν τα γενικά καθήκοντα του ιατρού, καθήκοντα προς τον ασθενή και τις σχέσεις του με τους συναδέλφους κλπ. δεν υπήρχε σχετική διάταξη με την παροχή «συναίνεσης από τον ενημερωμένο ασθενή», πάρα μόνο η αναφορά στην απαγόρευση της διενέργειας αυτόνομων ιατρικών πράξεων.

Παρόλα αυτά, το δικαίωμα του ασθενή να αποφασίζει ύστερα από επαρκή ενημέρωσή του, για την αποδοχή οποιασδήποτε μορφής παρέμβασης στο σώμα και στην υγεία του συνολικά, είναι εκδήλωση της βουλευτικής του αυτονομίας και αυτοδιάθεσης και ως τέτοια υποστηρίζεται ότι θεμελιώνεται συνταγματικά<sup>11</sup>. Αποτελεί ειδικότερη πτυχή του δικαιώματος της ελεύθερης ανάπτυξης της προσωπικότητας του άρθρου 5, παρ. 1, Σ και του ιδιωτικού βίου του άρθρου 9, παρ. 1, εδ. β Σ<sup>12</sup>, απορρέοντας ταυτόχρονα και από την κατοχύρωση της αξίας του ανθρώπου στο άρθρο 2, παρ. 1, Σ πάνω στην οποία εδράζονται και αναπτύσσονται όλα τα επιμέρους δικαιώματα σύμφωνα με την απόφαση 40/1998 Ολ ΑΠ όπου

<sup>10</sup> Χάρτης Θεμελιωδών Δικαιωμάτων της Ευρωπαϊκής Ένωσης, (2000/C 364/01) Διαθέσιμο σε [http://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text\\_el.pdf](http://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text_el.pdf) (προσπελάσιμο 3.7.2019).

<sup>11</sup> ΦΟΥΝΤΕΔΑΚΗ Κ., *Παραδόσεις Αστικής Ιατρικής Ευθύνης: Διάλογος με τη Νομολογία*, Αθήνα: Νομική Βιβλιοθήκη 2018, 75-77.

<sup>12</sup> Άρθρο 5 παρ.1 Σ: *«Καθένας έχει δικαίωμα να αναπτύσσει ελεύθερα την προσωπικότητά του και να συμμετέχει στην κοινωνική, οικονομική και πολιτική ζωή της Χώρας, εφόσον δεν προσβάλλει τα δικαιώματα των άλλων και δεν παραβιάζει το Σύνταγμα ή τα χρηστά ήθη»*. Άρθρο 2 Σ: *«Ο σεβασμός και η προστασία της αξίας του ανθρώπου αποτελούν την πρωταρχική υποχρέωση της Πολιτείας»*. Άρθρο 9 παρ. 1, εδ.β Σ, *[1 Καμία έρευνα δεν γίνεται σε κατοικία, παρά μόνο όταν και όπως ορίζει ο νόμος και πάντοτε με την παρουσία εκπροσώπων της δικαστικής εξουσίας...]*

αναφέρεται ότι «...στην αξία του ανθρώπου περιλαμβάνεται πρωτίστως η ανθρώπινη αξιοπρέπεια ως εσωτερικό συναίσθημα τιμής και ως κοινωνική αναγνώριση υπόληψης».

Ρητή πρόβλεψη του δικαιώματος ενημέρωσης εκφράστηκε με το άρθρο 47, παρ. 3-4, του Ν. 2071/1992, που αναφέρεται στα δικαιώματα του νοσοκομειακού ασθενή, σύμφωνα με τις διατάξεις του οποίου: «3. Ο ασθενής έχει το δικαίωμα να συγκατατεθεί ή να αρνηθεί κάθε διαγνωστική ή θεραπευτική πράξη που πρόκειται να διενεργηθεί σε αυτόν. 4. Ο ασθενής δικαιούται να ζητήσει να πληροφορηθεί ό,τι αφορά στην κατάστασή του... Η πληροφόρηση του ασθενούς πρέπει να του επιτρέπει να σχηματίσει πλήρη εικόνα ... της κατάστασής του και να λαμβάνει αποφάσεις ο ίδιος ή να μετέχει στη λήψη αποφάσεων που είναι δυνατόν να προδικάσουν τη μετέπειτα ζωή του».

Η αναμόρφωση του Κανονισμού Ιατρικής Δεοντολογίας του 1955 (εφεξής ΚΙΔ), με το Ν. 3418/2005, ήταν απολύτως αναγκαία, καθώς κατά την πάροδο των χρόνων σημειώθηκαν επιστημονικές και κοινωνικές μεταβολές. Σύμφωνα με την αιτιολογική έκθεση του Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας ΚΙΔ «[...στόχος του παρόντος νομοσχεδίου είναι όχι μόνο να προσφέρει ένα γενικό πλαίσιο αλλά και να καλύψει το κενό που υπήρχε καθώς το προηγούμενο σχετικό νομοθέτημα (β.δ. της 25.5/6.7.55) είχε γίνει σε μια εποχή που η άσκηση της ιατρικής όσο και η γενικότερη επιστημονική εξέλιξη, διέφεραν σημαντικά σε σχέση με την σημερινή τους μορφή. Κατά συνέπεια λόγω των επιστημονικών και κοινωνικών μεταβολών που σημειώθηκαν τις τελευταίες δεκαετίες κρίθηκε απαραίτητη η προσθήκη στο παρόν σχέδιο όχι μόνο κάποιων νέων άρθρων αλλά και ολόκληρων κεφαλαίων. Συγκεκριμένα ... Υπογραμμίζεται η ανάγκη ενημέρωσης και λήψης της συγκατάθεσης του ασθενή...]».

Ρητά λοιπόν καταγράφεται στον ΚΙΔ στο άρθρο 11 η «Υποχρέωση ενημέρωσης»<sup>13</sup> και στο άρθρο 12 η «Συναίνεση του ενημερωμένου ασθενούς».

Μέσω της Σύμβασης για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα και τη Βιοϊατρική με γενικότερο τίτλο «Κύρωση της Σύμβασης του Συμβουλίου της Ευρώπης για την

---

<sup>13</sup> Άρθρο 11, παρ. 1 ΚΙΔ: «Ο ιατρός έχει καθήκον αληθείας προς τον ασθενή. Οφείλει να ενημερώνει πλήρως και κατανοητά τον ασθενή για την πραγματική κατάσταση της υγείας του, το περιεχόμενο και τα αποτελέσματα της προτεινόμενης ιατρικής πράξης, τις συνέπειες και τους ενδεχόμενους κινδύνους ή επιπλοκές από την εκτέλεσή της, τις εναλλακτικές προτάσεις, καθώς και για τον πιθανό χρόνο αποκατάστασης, έτσι ώστε ο ασθενής να μπορεί να σχηματίζει πλήρη εικόνα των ιατρικών, κοινωνικών και οικονομικών ξαγόντων και συνεπειών της κατάστασής του και να προχωρεί, ανάλογα, στη λήψη αποφάσεων». Άρθρο 12 παρ. 1: «Ο ιατρός δεν επιτρέπεται να προβεί στην εκτέλεση οποιασδήποτε ιατρικής πράξης χωρίς την προηγούμενη συναίνεση του ασθενή».

προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και της αξιοπρέπειας του ατόμου σε σχέση με τις εφαρμογές της βιολογίας και της ιατρικής» (Σύμβαση του Οβιέδο), η οποία κυρώθηκε με τον Ν.2619/1998 και έχει υπερνομοθετική ισχύ για πρώτη φορά, καθιερώθηκε ρητά και με γενική ισχύ στην Ελλάδα το δικαίωμα της αυτοδιάθεσης του ασθενή (άρθρα 5 και 10)<sup>14</sup>.

Ειδικότερα ρυθμίζεται η υποχρέωση του ιατρού να μην διενεργεί ιατρικές πράξεις χωρίς τη συναίνεση του ασθενή, η υποχρέωσή του να παρέχει πληροφορίες για τη γενική κατάσταση της υγείας του ασθενή, τη φύση, το σκοπό και τους κινδύνους της επικείμενης ιατρικής πράξης.

Τέλος, υπάρχουν και άλλα νομοθετικά κείμενα, που θέτουν κανόνες ενημέρωσης και συναίνεσης επί ορισμένων ιατρικών πράξεων, όπως λ.χ. ο Ν. 3305/2005 για την ιατρικώς υποβοηθούμενη αναπαραγωγή και ο Ν. 3984/2011 για τις μεταμοσχεύσεις<sup>15</sup>.

---

<sup>14</sup> Σύμβαση Οβιέδο, Άρθρο 5: «1. Επέμβαση σε θέματα υγείας μπορεί να υπάρξει μόνον αφού το ενδιαφερόμενο πρόσωπο δώσει την ελεύθερη συναίνεσή του, κατόπιν προηγούμενης σχετικής ενημέρωσής του. 2. 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». Γενικότερη αναφορά υπάρχει στο άρθρο 10: «Προσωπική ζωή και δικαίωμα στην ενημέρωση. 1. Όλοι έχουν το δικαίωμα σεβασμού της προσωπικής τους ζωής σε σχέση με την πληροφόρηση για την κατάσταση της υγείας τους. 2. Όλοι δικαιούνται να λαμβάνουν γνώση κάθε πληροφορίας σχετικής με την κατάσταση της υγείας τους. Θα είναι σεβαστές, ωστόσο, οι επιθυμίες των ατόμων που επιλέγουν να μην ενημερώνονται σχετικά. 3. Σε εξαιρετικές περιπτώσεις, είναι δυνατή η επιβολή περιορισμών από το νόμο στην άσκηση των δικαιωμάτων που αναφέρονται στην §2 προς το συμφέρον του ασθενούς».

<sup>15</sup> Αναλυτική αναφορά υπό ΤΙΤΛΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟΣ (Α. Ιδιαίτερες περιπτώσεις ασθενών για την ενημέρωση και τη συναίνεση), σελ. 30 επομ.

## **ΤΙΤΛΟΣ ΠΡΩΤΟΣ.**

### **ΠΡΟΥΠΟΘΕΣΕΙΣ ΕΓΚΥΡΗΣ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ**

#### **A. ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΗ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ**

Σύμφωνα με το άρθρο 12, παρ. 2α', ΚΙΔ, η συναίνεση του ασθενή δεν είναι έγκυρη αν δεν έχει προηγηθεί πλήρους, σαφής και κατανοητή ενημέρωσή του από τον ιατρό. Η προϋπόθεση αυτή ουσιαστικά αποτελεί παράγοντα που δικαιολογεί την παρέμβαση του ιατρού στα έννομα αγαθά του ασθενή και εξασφαλίζει το ουσιαστικό περιεχόμενό της. Σε περίπτωση παράλειψης ή ελλιπούς ενημέρωσης, η συναίνεση είναι ανίσχυρη και η ιατρική πράξη στην οποία αναφέρεται η συναίνεση είναι παράνομη και χαρακτηρίζεται ως «αυθαίρετη»<sup>16</sup>, καθώς ουσιαστικά από τη στιγμή που ο ασθενής δεν έχει στη διάθεσή του τα απαιτούμενα δεδομένα, η συναίνεσή του δεν θεωρείται προϊόν της ελεύθερης και υπεύθυνης βούλησής του.

#### **1. Είδη ενημέρωσης**

Η ενημέρωση του ασθενή δεν είναι μονομερής και μονοδιάστατη, ούτε έχει τις ίδιες συνέπειες η παράλειψη όλων των μορφών της. Τα τρία είδη/μορφές ενημέρωσης στην καθημερινή πρακτική παρουσιάζονται στον ασθενή αλληλένδετα<sup>17</sup>. Αξίζει να σημειωθεί ότι υπάρχουν θεραπευτικά πρωτόκολλα για τον τρόπο ενημέρωσης<sup>18</sup> του ασθενή από τον ιατρό, αναφορικά με τον τρόπο ανακοίνωσης κάποιας ασθένειας, τα οποία λαμβάνουν υπόψη τον διαρκή χαρακτήρα πλήρωσης της υποχρέωσης ενημέρωσης με συνέπεια η ολοκλήρωσή της να τελείται με το πέρας συνεχιζόμενων επισκέψεων.

#### **1.1. Γενική ενημέρωση – πληροφόρηση**

Κατά πρώτο λόγο, υπάρχει η «γενική ενημέρωση/πληροφόρηση» ή άλλως «βασική»<sup>19</sup> του ασθενή για την κατάσταση της υγείας του, που του επιτρέπει να λαμβάνει ο ίδιος υπεύθυνα κρίσιμες αποφάσεις για την πορεία της υγείας του. Το σχετικό δικαίωμα κατοχυρώνεται ρητά στο ελληνικό δίκαιο με τίτλο «Υποχρέωση

<sup>16</sup> ΦΟΥΝΤΕΔΑΚΗ Κ, *Παραδόσεις Αστικής Ιατρικής Ευθύνης: Διάλογος με τη Νομολογία*, 96.

<sup>17</sup> ΦΟΥΝΤΕΔΑΚΗ Κ, *Αστική Ιατρική Ευθύνη*, Αθήνα-Θεσσαλονίκη: Σάκκουλα 2003, 178-180.

<sup>18</sup> Αναλυτική αναφορά υπό ΤΡΙΤΟΣ ΤΙΤΛΟΣ «Επικοινωνία και Ενημέρωση»

<sup>19</sup> ΨΑΡΟΥΛΗΣ Δ., ΒΟΥΛΤΣΟΣ Π., *Ιατρικό δίκαιο: Στοιχεία βιοηθικής*, 1η έκδ. – Θεσσαλονίκη: University Studio Press, 2010, 201.

ενημέρωσης» στο άρθρο 11, παρ. 1, ΚΙΔ όπου «ο ιατρός έχει καθήκον αληθείας προς τον ασθενή», ενώ οι διατάξεις του άρθρου 47 παρ. 4 Ν. 2071/1992 και του άρθρου 10 της Σύμβασης του Οβιέδο αναφέρονται στο «δικαίωμα» του ασθενή για ενημέρωση. Όταν ο ιατρός παραλείπει μια ιατρική ενέργεια, όπως χορήγηση φαρμάκου ή διαγνωστικών εξετάσεων και δεν ενημερώνει για την επιλογή αυτή, σε σχέση με τη γενική κατάσταση της υγείας του ασθενή, αυτό σημαίνει ότι στον ασθενή δεν δίνεται η ελευθερία να λάβει συνειδητή απόφαση για την υγεία του. Αυτή η μορφή ενημέρωσης δεν ενδιαφέρει στο σημείο που δεν συνιστά προϋπόθεση για συγκεκριμένη ιατρική πράξη π.χ. για επέμβαση.

## **1.2. Θεραπευτική ενημέρωση ή ενημέρωση ασφαλείας**

Η «θεραπευτική»<sup>20</sup> ενημέρωση αποσκοπεί στην παροχή οδηγιών και συμβουλών για την προστασία του ασθενή από ενδεχόμενη βλάβη της υγείας του. Ως τέτοια θεωρείται λ.χ. η χορήγηση φαρμάκων (δοσολογία, αντενδείξεις, παρενέργειες), η πληροφόρηση σχετικά με τον κίνδυνο μετάστασης καρκίνου, ο επανέλεγχος της κατάστασής του, η μετεγχειρητική συμπεριφορά, η πληροφόρηση σχετικά με τον κίνδυνο εμφάνισης ασθένειας, επιπλοκής ή επιδείνωσης της κατάστασης της υγείας του ασθενή, η ανάγκη παρακολούθησης ή περαιτέρω εξετάσεων και η προσπάθεια του ιατρού να μεταπείσει τον ασθενή που αρνείται μια αναγκαία ιατρική πράξη για να εξασφαλίσει την εκούσια συμμετοχή, σύμπραξη και συνεργασία του<sup>21</sup>. Γίνεται δεκτό ότι στην κατηγορία αυτή ανήκει η ενημέρωση για το σχηματισμό πλήρους εικόνας των επερχόμενων οικονομικών παραγόντων και συνεπειών της κατάστασης του ασθενή<sup>22</sup>.

Η ενημέρωση αυτού του είδους θα μπορούσε να ονομαστεί και «συμβουλευτική θεραπευτική αγωγή»<sup>23</sup>, αφού ουσιαστικά στο στάδιο αυτό δίνεται θεραπευτική συμβουλή. Η υποχρέωση της ενημέρωσης αυτής δεν σχετίζεται με την ελευθερία απόφασης του ασθενή [αντιθέτως με την υπό (1.3)], αλλά θεμελιώνεται στο γενικό

---

<sup>20</sup> ΦΟΥΝΤΕΔΑΚΗ Κ., *Παραδόσεις Αστικής Ιατρικής Ευθύνης : Διάλογος με τη Νομολογία*, 94-96.

<sup>21</sup> Βλ. ΒΙΔΑΛΗΣ Κ. Τ., *Άρθρο 11 Υποχρέωση ενημέρωσης σε ΒΙΔΑΛΗΣ Κ. Τ./ΠΑΠΑΧΡΗΣΤΟΥ Κ.Θ.*, (επιμ), *Ιατρική δεοντολογία: Κατ' άρθρο ανάλυση του Νόμου 3418/2005* Αθήνα – Θεσσαλονίκη: Σάκκουλα 2013, 108.

<sup>22</sup> ΠΕΛΛΕΝΗ – ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ Α., *Αστική ιατρική ευθύνη και συναίνεση του ασθενούς*, Αθήνα: Αντ. Ν. Σάκκουλα 2016, 162.

<sup>23</sup> ΑΝΔΡΟΥΛΙΔΑΚΗ-ΔΗΜΗΤΡΙΑΔΗ Ι, *Η υποχρέωση ενημέρωσης του ασθενούς*, Αθήνα- Κομοτηνή: Αντ. Ν. Σάκκουλα, 1993, 260.

καθήκον επιμέλειας<sup>24</sup> που υπέχει ο ιατρός ενώ η παράβασή της συνιστά ειδική περίπτωση ιατρικού σφάλματος<sup>25</sup>.

### **1.3. Ενημέρωση αναφορικά με συγκεκριμένη ιατρική πράξη**

Σύμφωνα με το άρθρο 12, παρ. 2α, ΚΙΔ, οι προϋποθέσεις της έγκυρης συναίνεσης του ασθενή είναι οι ακόλουθες: «α. Να παρέχεται μετά από πλήρη, σαφή και κατανοητή ενημέρωση σύμφωνα με το προηγούμενο άρθρο». Ουσιαστικά η ενημέρωση αυτή αποτελεί *sine qua non* προϋπόθεση προκειμένου να είναι ισχυρή η νομιμοποιητική συναίνεση του ασθενή στην εκάστοτε προτεινόμενη ιατρική πράξη.

Περαιτέρω, η ενημέρωση αυτή περιλαμβάνει κατά το άρθρο 5 της Σύμβασης του Οβιέδο, «...το σκοπό και τη φύση της επέμβασης, καθώς και τα επακόλουθα και τους κινδύνους που αυτή συνεπάγεται...», ενώ σύμφωνα με την αναλυτικότερη διάταξη του άρθρου 11, παρ. 1, ΚΙΔ, «...το περιεχόμενο και τα αποτελέσματα της προτεινόμενης ιατρικής πράξης, τις συνέπειες και τους ενδεχόμενους κινδύνους ή επιπλοκές από την εκτέλεσή της, τις εναλλακτικές προτάσεις, καθώς και τον πιθανό χρόνο αποκατάστασης...»

Η σημαντικότερη μορφή ενημέρωσης είναι αυτή η ενημέρωση που προϋποθέτει τη συναίνεση του ασθενή σε συγκεκριμένη παρεμβατική ιατρική πράξη, επειδή η παράλειψή της ή και η παροχή ελλιπούς ενημέρωσης συνεπάγεται το ανίσχυρο της συναίνεσης, με αποτέλεσμα το χαρακτηρισμό της ιατρικής πράξης ως «αυθαίρετης», και περαιτέρω, την ευθύνη του ιατρού<sup>26</sup>.

Στο ερώτημα εάν αυτό το είδος της ενημέρωσης αναφέρεται - συνδέεται μόνο - με τις επεμβατικές ιατρικές πράξεις στη σωματική ακεραιότητα του ασθενή και όχι με κάθε πράξη, όπως λ.χ. η μέτρηση της αρτηριακής πίεσης, η ελληνική Νομολογία δέχεται ότι η ενημέρωση και η συναίνεση αφορά και τις αναίμακτες πράξεις (μέτρηση αρτηριακής πίεσης), αλλά και τις διαγνωστικές, όπως λ.χ. το «τεστ κοπώσεως». Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να γίνεται μια διάκριση, ένας διαχωρισμός σε

---

<sup>24</sup> Για το γενικό καθήκον επιμέλειας του ιατρού του άρθρ. 11 παρ. 1 ΚΙΔ βλ. περαιτέρω και τις διατάξεις του άρθρου 2 παρ. 3 εδ.α. ΚΙΔ σύμφωνα με το οποίο «το ιατρικό λειτουργήμα ασκείται σύμφωνα με τους γενικά αποδεκτούς κανόνες ιατρικής επιστήμης» αλλά και την γενική αρχή του άρθρου 10 παρ. 1 εδ.α. ΚΙΔ «...η άσκηση της ιατρικής γίνεται σύμφωνα με τους γενικά παραδεκτούς κανόνες της ιατρικής επιστήμης...».

<sup>25</sup> ΦΟΥΝΤΕΔΑΚΗ Κ., *Αστική Ιατρική Ευθύνη*, 395.

<sup>26</sup> ΦΟΥΝΤΕΔΑΚΗ Κ., *Παραδόσεις Αστικής Ιατρικής Ευθύνης: Διάλογος με τη Νομολογία*, 96.

εν στενή και ευρεία έννοια ιατρικών πράξεων<sup>27</sup>, Στην πρώτη κατηγορία τοποθετούνται αυτές που αφορούν επέμβαση στον ανθρώπινο οργανισμό και επιδρούν άμεσα σε αυτόν ως βιολογική και ψυχοσυναισθηματική οντότητα, δηλαδή τις λεγόμενες επεμβατικές, οι οποίες προσβάλλουν το σώμα και την υγεία του ασθενή. Στην δεύτερη κατηγορία, κατατάσσονται αυτές που σχετίζονται με μία εξωτερική εφαρμογή στο σώμα, δηλαδή τις λεγόμενες μη επεμβατικές ιατρικές πράξεις<sup>28</sup>.

Στο στάδιο αυτό επισημαίνεται ότι η «γενική πληροφόρηση» του ασθενή για την κατάσταση της υγείας του συνιστά και αυτή προϋπόθεση για να θεωρηθεί έγκυρη η σχετική συναίνεσή του, στο μέτρο και με τις προϋποθέσεις που συνδέεται άμεσα με την ενημέρωση για την «προτεινόμενη ιατρική πράξη». Δεν αρκεί από μόνη της, αλλά απαιτείται και συγκεκριμένη αναφορά στη φύση, στο σκοπό, στις συνέπειες και στους κινδύνους της προτεινόμενης ιατρικής πράξης.

Βέβαια, στη σχέση ιατρού - ασθενή μπορεί αυτά τα δύο είδη να συγχέονται, καθώς ο ιατρός οφείλει να «ενημερώνει» επιπλέον και για ζητήματα που άπτονται οικονομικών παραγόντων ή τον επικείμενο θάνατο του ασθενή, όψεις της ενημέρωσης που δεν εμπίπτουν στα τρία αναφερόμενα είδη / μορφές ενημέρωσης<sup>29</sup>.

Ουσιαστικά, ο νομοθέτης, κατ'εφαρμογή Συνταγματικών διατάξεων εισάγει ως «υποχρέωση» την ενημέρωση, προστατεύοντας τον αυτοκαθορισμό του ασθενή σε σχέση με το σώμα και την υγεία του (5 παρ. 1 Σ) στο πλαίσιο ανάπτυξης της προσωπικότητάς του, όπως αποδίδεται και στον παράτιτλο του άρθρου 12 ΚΙΔ «συναίνεση ενημερωμένου ασθενούς».

---

<sup>27</sup> Άρθρο 1 ΚΙΔ «1. Ιατρική πράξη είναι εκείνη που έχει ως σκοπό τη με οποιαδήποτε επιστημονική μέθοδο πρόληψη, διάγνωση, θεραπεία και αποκατάσταση της υγείας του ανθρώπου. 2. Ως ιατρικές πράξεις θεωρούνται και εκείνες οι οποίες έχουν ερευνητικό χαρακτήρα, εφόσον αποσκοπούν οπωσδήποτε στην ακριβέστερη διάγνωση, στην αποκατάσταση ή και τη βελτίωση της υγείας των ανθρώπων και στην προαγωγή της επιστήμης. 3. Στην έννοια της ιατρικής πράξης περιλαμβάνονται και η συνταγογράφηση, η εντολή για διενέργεια πάσης φύσεως παρακλινικών εξετάσεων, η έκδοση ιατρικών πιστοποιητικών και βεβαιώσεων και η γενική συμβουλευτική υποστήριξη του ασθενή».

<sup>28</sup> ΦΟΥΝΤΕΔΑΚΗ Κ., Ανθρώπινη αναπαραγωγή και αστική ιατρική ευθύνη σε Δημοσιεύματα Ιατρικού Δικαίου και Βιοηθικής, Αθήνα-Θεσσαλονίκη: Σάκκουλα 2007, 31. ΠΕΛΛΕΝΗ – ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ Α., Αστική ιατρική ευθύνη και συναίνεση του ασθενούς, 150-153, όπου αναφέρεται ότι ορθότερο θα ήταν να γίνει δεκτό, ότι επεμβατικές ιατρικές πράξεις είναι όλες οι πράξεις που συνεπάγονται κινδύνους για τη ζωή τη ασθενή.

<sup>29</sup> ΚΑΝΕΛΟΠΟΥΛΟΥ-ΜΠΟΤΗ Μ., Άρθρο 11 Υποχρέωση ενημέρωσης σε ΛΑΣΚΑΡΙΔΗΣ Ι. Ε. (επιμ.) Ερμηνεία Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας (Ν 3418/2005), Αθήνα: Νομική Βιβλιοθήκη 2013, 131. Παρέβαλε αντιθετη άποψη σε ΠΕΛΛΕΝΗ – ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ Α., (υπό εκθέτη 22).



## 2. Αποδέκτες ενημέρωσης

Αποδέκτης της ενημέρωσης είναι αρχικά το πρόσωπο που χαρακτηρίζεται εκ του νόμου ως φορέας του δικαιώματος συναίνεσης. Στην περίπτωση έλλειψης ικανότητας συναίνεσης του ασθενή, ο ιατρός ενημερώνει τρίτα πρόσωπα που έχουν την εξουσία συναίνεσης για την εκτέλεση της ιατρικής πράξης, όπως αυτά κατά νόμο ορίζονται.

Θα πρέπει να διευκρινιστεί ότι, σύμφωνα με τη νομολογία, υποχρέωση ενημέρωσης έχουν τόσο ο θεράπων<sup>30</sup> ιατρός όσο και ο ιατρός που κατά την παραπομπή του τελευταίου διενεργεί τη συγκεκριμένη ιατρική πράξη. Έτσι και «*Η ύπαρξη δηλαδή έγκυρης συναίνεσης του ασθενούς προϋποθέτει την προηγούμενη πλήρη ενημέρωσή του κατά την παραπάνω έννοια από τον ιατρό που πρόκειται να ενεργήσει την ιατρική πράξη, αλλά και απ' αυτόν που διέγνωσε προηγουμένως την ανάγκη διενέργειας της ιατρικής πράξης και τη συνέστησε στον ασθενή, αφού και στις δυο περιπτώσεις είναι όμοιοι οι κίνδυνοι που δημιουργούνται για τον ασθενή και οι οποίοι πρέπει να καλυφθούν με τη συναίνεσή του...*»<sup>31</sup>.

### 2.1. Ασθενής

Σύμφωνα με τις διατάξεις των άρθρων 11, παρ. 1 και 4, 12, παρ. 1 και 2α, ΚΙΔ, αποδέκτης της υποχρέωσης ενημέρωσης είναι το πρόσωπο που δικαιούται να συναινέσει.

Επιπροσθέτως, σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 12, παρ. 2β (αα) και (ββ) ΚΙΔ, και άρθρο 11, παρ. 4 εδ. 1, ΚΙΔ πρέπει να ενημερώνεται και το ανίκανο για συναίνεση πρόσωπο, εφόσον συμμετέχει στη λήψη των σχετικών για την υγεία του αποφάσεων, εκφράζοντας τη γνώμη του, όσο επιτρέπει η κατάσταση της υγείας και η ωριμότητά του, όπως λ.χ. ο ανήλικος που συμμετέχει στη λήψη της απόφασης ανάλογα με την ωριμότητά του.

Στην περίπτωση των ψυχικά ασθενών, ο ψυχίατρος οφείλει<sup>32</sup> να ενημερώνει για τη φύση της κατάστασης της υγείας, τις θεραπευτικές διαδικασίες, καθώς και τις

---

<sup>30</sup> Γίνεται δεκτό ότι ο παρέχων υπηρεσίες ιατρός σε συγκεκριμένο περιστατικό θεωρείται και ο θεράπων αφού οφείλει να τηρεί τις υποχρεώσεις ενημέρωσης κατά την παροχή των ιατρικών υπηρεσιών σε ΦΟΥΝΤΕΔΑΚΗ Κ., *Παραδόσεις Αστικής Ιατρικής Ευθύνης: Διάλογος με τη Νομολογία*, 100.

<sup>31</sup> Βλ. απόφαση ΑΠ 424/2012.

<sup>32</sup> Σύμφωνα με α) το αρ. πρωτ.: Α4α/Γ.Π. οικ.11264/12.2.2016 έγγραφο της Διεύθυνσης Ψυχικής Υγείας του Υπουργείου Υγείας και β) το Α3δ/ΕΜΠ.Γ.Π. οικ.320 /10.2.2016 έγγραφο της Διεύθυνσης

τυχόν εναλλακτικές αυτών, όπως επίσης και την πιθανή έκβαση των θεραπευτικών διαδικασιών (ΚΙΔ άρθρο 28 παρ. 5).

Παρατηρείται ότι ο νομοθέτης σέβεται και το δικαίωμα αυτών που δεν θέλουν να ενημερωθούν. Στον ΚΙΔ άρθρο 11 παρ. 2, εδ. α', ρητά αναφέρεται ότι «...ο ιατρός σέβεται την επιθυμία των ατόμων τα οποία επιλέγουν να μην ενημερωθούν». Η νομική αυτή αναγνώριση παραίτησης προϋποθέτει τη δυνατότητα υπόδειξης από τον ασθενή ενός άλλου τρίτου προσώπου ως αποδέκτη πληροφοριών αναφορικά με την κατάσταση της υγείας του ή και με την προτεινόμενη ιατρική πράξη. Η δυνατότητα αυτή εκκινεί από την παραδοχή ότι η γνώση δυσάρεστων πληροφοριών δεν είναι επιθυμητή από πολλούς ασθενείς, ενώ επιπλέον για ορισμένους θα μπορούσε να επηρεάσει αρνητικά την εξέλιξη της υγείας τους<sup>33</sup>, αποδεχόμενοι συγχρόνως ότι κανένας δεν μπορεί να υποχρεωθεί να μάθει κάτι παρά τη βούλησή του.

Στο ερώτημα, εάν το άλλο πρόσωπο που υποδεικνύεται από τον ασθενή είναι μόνο «ένας αποδέκτης» της ενημέρωσης και όχι δικαιούχος της συναίνεσης, η απάντηση εκκινεί από την θεμελιώδη αρχή ότι ο ίδιος ο ασθενής παραμένει ο μόνος αρμόδιος να συναινέσει (αποφασίσει) αν θα ακολουθήσει ή όχι την προτεινόμενη ιατρική αγωγή, φέροντας το βάρος ευθύνης για το έλλειμμα των πληροφοριών στην περίπτωση της άρνησης ενημέρωσης ή αυτού που θα προκύψει από τη μεταφορά των πληροφοριών από τον τρίτο «αποδέκτη» της ενημέρωσης.

---

Ανάπτυξης Μονάδων Υγείας, Τμήμα Προστασίας Δικαιωμάτων Ασθενών του Υπουργείου Υγείας, οι ασθενείς – άτομα με ψυχικές διαταραχές έχουν «πλήρη» πρόσβαση στον ιατρικό τους φάκελο, ακόμα και εάν ο υπεύθυνος ψυχίατρος εκτιμά ότι η χορήγηση των στοιχείων θα οδηγήσει στην διατάραξη της ψυχικής υπόστασης του ασθενούς. Σε αντίθετη κατεύθυνση κινείται η ΑΠΔΠΧ στην 7/2016 απόφασή της όπου ενώ η γνωστοποίηση δεδομένων υγείας στον ασθενή διαμέσω του ιατρού αποσκοπεί στο να κατανοήσει ο πρώτος τις ιατρικές πληροφορίες, κρίνει σε συγκεκριμένη περίπτωση ότι ο ασθενής θα ενημερωθεί για τα στοιχεία του φακέλου από τρίτο της επιλογής του ιατρού, κατά την κρίση του ιατρού, κάνοντας αποδεκτό περιορισμό στο δικαίωμα ελεύθερης και άμεσης πρόσβασης. Απ' ότι διαφαίνεται υφίσταται προβληματισμός και διαφορά απόψεων στο θέμα της πρόσβασης στον ιατρικό φάκελο ατόμου με ψυχικές διαταραχές. Ο ιατρικός φάκελος συντίθεται από το κληρονομικό, αναπτυξιακό, ιατρικό και ψυχιατρικό ιστορικό, την περιγραφή της κλινικής εικόνας, το κοινωνικό ιστορικό, τα αποτελέσματα του εργαστηριακού, ψυχομετρικού, κ.α. ελέγχου, τις ιατρικές σημειώσεις «πορείας νόσου», τα θεραπευτικά σχήματα που εφαρμόστηκαν, το σκεπτικό της διαφορικής διάγνωσης και τις τελικές οδηγίες, δηλαδή ουσιαστικά «αποτελείται» από τη γενική πληροφόρηση, τη θεραπευτική ή ενημέρωση ασφαλείας και για την προτεινόμενη ιατρική πράξη. Λαμβάνοντας υπόψη τα ανωτέρω ουσιαστικά αντιλαμβανόμαστε ότι υπάρχει περιορισμός στην ενημέρωση του ασθενή. Διαθέσιμο σε [https://www.dpa.gr/portal/page?\\_pageid=33%2C15453&\\_dad=portal&\\_schema=PORTAL&\\_piref33\\_15473\\_33\\_15453\\_15453.etos=2016&\\_piref33\\_15473\\_33\\_15453\\_15453.arithmosApofasis=7&\\_piref33\\_15473\\_33\\_15453\\_15453.thematikiEnotita=92&\\_piref33\\_15473\\_33\\_15453\\_15453.ananeosi=%CE%91%CE%BD%CE%B1%CE%BD%CE%AD%CF%89%CF%83%CE%B7](https://www.dpa.gr/portal/page?_pageid=33%2C15453&_dad=portal&_schema=PORTAL&_piref33_15473_33_15453_15453.etos=2016&_piref33_15473_33_15453_15453.arithmosApofasis=7&_piref33_15473_33_15453_15453.thematikiEnotita=92&_piref33_15473_33_15453_15453.ananeosi=%CE%91%CE%BD%CE%B1%CE%BD%CE%AD%CF%89%CF%83%CE%B7) (προσπελάσιμο 5.9.2019)

<sup>33</sup> Αναλυτική αναφορά υπό) ΤΙΤΛΟΣ ΤΡΙΤΟΣ. Επικοινωνία και Ενημέρωση, σελ. 41 επομ.

Ο νομοθέτης δεν «επιτρέπει» τη μεταβίβαση του δικαιώματος της συναίνεσης, καθώς αυτό θα είχε ως αποτέλεσμα μια πιθανή σύγκρουση ανάμεσα στον αυτοκαθορισμό του ατόμου και στον τρόπο που αυτό θα «αυτοκαθοριζόταν ως ετεροκαθοριζόμενος». Με τον τρόπο αυτό, δεν μπορεί να χαρακτηριστεί η παραίτηση του ασθενή ως «χωρίς όρους παραίτηση». Σε αυτό το πλαίσιο σημειώνεται ότι μπορεί να μην γίνεται δεκτό το δικαίωμα «παραίτησης» από την ενημέρωση στην περίπτωση συμμετοχής σε συγκεκριμένες ιατρικές πράξεις όπως η υποβολή σε ιατρική έρευνα αλλά και στην ιατρικά υποβοηθούμενη αναπαραγωγή<sup>34</sup>.

Σε κάθε περίπτωση και ιδιαίτερα σε αυτή της γενικής άρνησης ενημέρωσης ενός ασθενή που αποκρούει την αναγκαία ιατρική αγωγή, η αντίδραση του ιατρού θα πρέπει να είναι με επιφύλαξη, και να καταβάλλει προσπάθειες προκειμένου τουλάχιστον να ενημερώσει τον ασθενή για τις συνέπειες της απόφασής του αφού δεν μπορεί να διασφαλίσει τη σύμπραξή του, ενώ θα πρέπει να αναζητήσει και ένα τρίτο πρόσωπο<sup>35</sup>.

Τέλος, η Σύμβαση του Οβιέδο (άρθρο 10, παρ. 2 εδ. 2) προβλέπει επιφύλαξη υπέρ της επιθυμίας του ασθενή να μην ενημερωθεί μόνο ως προς «την εν γένει κατάσταση της υγείας του» και όχι και ως προς την «προτεινόμενη ιατρική πράξη» (άρθρο 5 Σύμβασης Οβιέδο).

## 2.2. Τρίτοι

Στην περίπτωση έλλειψης ικανότητας συναίνεσης του ασθενή, ο ιατρός ενημερώνει τρίτα πρόσωπα που έχουν την εξουσία συναίνεσης για την εκτέλεση της ιατρικής πράξης, όπως αυτά ορίζονται στο άρθρο 12 του ΚΙΔ<sup>36</sup>, δηλαδή τον γονέα, το δικαστικό συμπαραστάτη ή τους οικείους.

<sup>34</sup> ΨΑΡΟΥΛΗΣ Δ. ΒΟΥΛΤΣΟΣ Π., *Ιατρικό δίκαιο: Στοιχεία βιοηθικής*, 201.

<sup>35</sup> ΦΟΥΝΤΕΔΑΚΗ Κ., *Η συναίνεση του ενημερωμένου ασθενούς σύμφωνα με τον νέο κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας (Ν3418/2005)* σε (επιμ) ΚΑΪΑΦΑ-ΓΚΜΠΑΝΤΙ Μ./ΚΟΥΝΟΥΓΓΕΡΗ-ΜΑΝΩΛΕΔΑΚΗ Ε./ΣΥΜΕΩΝΙΔΟΥ-ΚΑΣΤΑΝΙΔΟΥ Ε., *Ο νέος Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας*, Αθήνα-Θεσσαλονίκη: Σάκκουλα 2006, 34. ΒΙΔΑΛΗΣ Κ. Τ., *Ιατρική δεοντολογία: Κατ' άρθρο ανάλυση του Νόμου 3418/2005*, 108.

<sup>36</sup> Άρθρο 12 ΚΙΔ [... αα) «Αν ο ασθενής είναι ανήλικος, η συναίνεση δίδεται από αυτούς που ασκούν τη γονική μέριμνα ή έχουν την επιμέλειά του. Λαμβάνεται, όμως, υπόψη και η γνώμη του, εφόσον ο ανήλικος, κατά την κρίση του ιατρού, έχει την ηλικιακή, πνευματική και συναισθηματική ωριμότητα να κατανοήσει την κατάσταση της υγείας του, το περιεχόμενο της ιατρικής πράξης και τις συνέπειες ή τα αποτελέσματα ή τους κινδύνους της πράξης αυτής. Στην περίπτωση της παραγράφου 3 του άρθρου 11 απαιτείται πάντοτε η συναίνεση των προσώπων που ασκούν τη γονική μέριμνα του ανήλικου. ββ) Αν ο ασθενής δεν διαθέτει ικανότητα συναίνεσης, η συναίνεση για την εκτέλεση ιατρικής πράξης δίδεται από τον δικαστικό συμπαραστάτη, εφόσον αυτός έχει οριστεί. Αν δεν υπάρχει δικαστικός συμπαραστάτης, η

Το ανωτέρω δικαίωμα της μη ενημέρωσης δεν ισχύει στην περίπτωση των τρίτων προσώπων που έχουν, σύμφωνα με το νόμο, την εξουσία να συναινέσουν αντί για τον ασθενή. Ο γονέας, δηλαδή, που σύμφωνα με το νόμο συναινεί για το ανήλικο παιδί του, δεν μπορεί να αρνηθεί την ενημέρωση, καθώς σύμφωνα με τις γενικές αρχές του παιδοκεντρικού οικογενειακού δικαίου, οι γονείς υποχρεούνται να φροντίζουν το ανήλικο τέκνο και να λειτουργούν έχοντας ως απώτερο σκοπό το συμφέρον του παιδιού, αφού αυτό δεν μπορεί να το πράξει αυτοπροσώπως.

### 3. Περιεχόμενο, έκταση και χρόνος της ενημέρωσης

Σχετικά με το περιεχόμενο και την έκταση της υποχρέωσης ενημέρωσης του ασθενή συναντούμε τις κάτωθι αναφορές. Μια πολύ γενική αναφορά απαντάται στο άρθρο 5 παρ. 2 της Σύμβασης Οβιέδο, σύμφωνα με το οποίο η ενημέρωση αναφέρεται στο σκοπό, στη φύση, στα επακόλουθα και στους κινδύνους της συγκεκριμένης ιατρικής πράξης ή θεραπείας.

Αναλυτική αναφορά γίνεται στο άρθρο 11, παρ. 1, ΚΙΔ για την πλήρη και κατανοητή κατάσταση της υγείας, όπου προστίθεται και η ενημέρωση για τις επιπλοκές από την εκτέλεση της πράξης, τις εναλλακτικές προτάσεις και τον πιθανό χρόνο αποκατάστασης, «...έτσι ώστε ο ασθενής να μπορεί να σχηματίζει πλήρη εικόνα των ιατρικών, κοινωνικών και οικονομικών παραγόντων και συνεπειών της κατάστασής του και να προχωρεί, ανάλογα, στη λήψη αποφάσεων. Ενώ στο άρθρο 47 παρ. 5 του Ν. 2071/1992 αναφέρεται ότι η ενημέρωση πρέπει να είναι τέτοια ώστε η πληρότητα και η ακρίβεια των πληροφοριών που δίνονται στον ασθενή να του επιτρέπει να σχηματίσει «...πλήρη εικόνα των ιατρικών, κοινωνικών και οικονομικών παραμέτρων της κατάστασής του»<sup>37</sup>. Πάντως, έως και σήμερα, δεν έχουν διαμορφωθεί ασφαλείς κανόνες αναφορικά με το θέμα του περιεχομένου της ενημέρωσης.

Ένα από τα βασικότερα ερωτήματα αποτελεί η έκταση της ενημέρωσης για τους κινδύνους και τις επιπλοκές της ιατρικής πράξης. Η άποψη που τείνει να

---

συναίνεση δίδεται από τους οικείους του ασθενή. Σε κάθε περίπτωση, ο ιατρός πρέπει να προσπαθήσει να εξασφαλίσει την εκούσια συμμετοχή, σύμπραξη και συνεργασία του ασθενή, και ιδίως εκείνου του ασθενή που κατανοεί την κατάσταση της υγείας του, το περιεχόμενο της ιατρικής πράξης, τους κινδύνους, τις συνέπειες και τα αποτελέσματα της πράξης αυτής»].

<sup>37</sup> Άρθρο 47 παρ.5, «Ο ασθενής δικαιούται να ζητήσει να πληροφορηθεί ότι αφορά την κατάστασή του. Το συμφέρον του ασθενούς είναι καθοριστικό και εξαρτάται από την πληρότητα και ακρίβεια των πληροφοριών που του δίνονται. Η πληροφόρηση του ασθενούς πρέπει να του επιτρέπει να σχηματίσει πλήρη εικόνα των ιατρικών, κοινωνικών και οικονομικών παραμέτρων της καταστάσεώς του και να λαμβάνει αποφάσεις ο ίδιος ή να μετέχει στη λήψη αποφάσεων που είναι δυνατό να προδικάσουν τη μετέπειτα ζωή του».

επικρατήσει θεωρεί την έκταση της αναγκαίας ενημέρωσης ως συνάρτηση αφενός μεν της στατιστικής πιθανότητας επέλευσης κινδύνου, δηλαδή συνάρτηση της «τυπικότητας» του κινδύνου, και αφετέρου της σοβαρότητάς του. Έτσι ο ιατρός από τη μία πλευρά οφείλει να ενημερώνει τον ασθενή για τους «τυπικούς» κινδύνους ορισμένης επέμβασης, που εμφανίζονται σε ποσοστό άνω του 3% (κατ' άλλους άνω του 1%), και από την άλλη πλευρά οφείλει να ενημερώνει, λόγω βαρύτητας, και για τον κίνδυνο θανάτου ή σοβαρής αναπηρίας, ακόμη κι αν είναι πολύ σπάνια επιπλοκή της συγκεκριμένης επέμβασης.

Ένα άλλο ερώτημα που δημιουργείται αναφέρεται στην υποχρέωση ενημέρωσης για τις εναλλακτικές προτάσεις θεραπείας, η οποία προϋποθέτει την πλήρη παρουσίαση όλων αυτών και κατ' επέκταση όλων των πιθανών εναλλακτικών λύσεων. Από τη στιγμή, όμως, που ο ιατρός προτείνει τις «ισοδύναμα ορθές» και «ενδεδειγμένες» εναλλακτικές λύσεις, θεωρούμε ότι μπορεί να μπει ένα όριο στην έκταση της ενημέρωσης, διότι διαφορετικά θα καταλήξουμε σε καθαρά αμυντική ιατρική με αποτέλεσμα την ταλαιπωρία του ασθενή και συνεπώς σε μία σύγχυση του ατόμου να επιλέξει τη λύση που επιθυμεί. Επίσης, ο ιατρός δεν είναι υποχρεωμένος να ενημερώνει για το λόγο που επέλεξε μια συγκεκριμένη μορφή επέμβασης. Τέλος υπάρχει μεγάλη αμφισβήτηση σχετικά με το όριο της υποχρέωσης ενημέρωσης για πρόσθετες διαγνωστικές εξετάσεις<sup>38</sup>.

#### **4. Εμπόδια στη σαφή και πλήρη ενημέρωση**

Στα «επείγοντα περιστατικά» όπου η διαχείρισή τους πρέπει να είναι άμεση<sup>39</sup>, ο ιατρός, δεν έχει τον απαραίτητο χρόνο προκειμένου να μπορέσει να ενημερώσει αναλυτικά τον ασθενή, με αποτέλεσμα πολλές φορές η ενημέρωση να μην είναι πλήρης και σαφής<sup>40</sup>. Υπάρχει περίπτωση η έλλειψη του παράγοντα «χρόνου», να οφείλεται στην ανεπαρκή οργάνωση των υπηρεσιών υγείας όπως λ.χ. στην υποστελέχωση ιατρικού, διοικητικού και νοσηλευτικού προσωπικού. Το φαινόμενο αυτό γίνεται όλο και εντονότερο λόγω των περικοπών στις δαπάνες για τη δημόσια υγεία και τη μη ευαισθητοποίηση των πολιτικών υγείας. Το πρόβλημα επιδεινώνεται

<sup>38</sup> ΦΟΥΝΤΕΔΑΚΗ Κ., *Παραδόσεις Αστικής Ιατρικής Ευθύνης: Διάλογος με τη Νομολογία*, 102.

<sup>39</sup> Σε σύγκριση με την αντιμετώπιση κατά την εξέταση σε Τακτικό Εξωτερικό ιατρείο νοσοκομείου.

<sup>40</sup> Δεν αφορά την περίπτωση «αυτέργειας» του ιατρού σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 12 παρ. 3 ΚΙΔ

ιδίως όταν το προσωπικό δυσκολεύεται να ανταποκριθεί σε πιθανές περιπτώσεις αυξημένης ζήτησης παροχής υπηρεσιών υγείας.

Δυστυχώς, σε αυτές τις περιπτώσεις, η ενημέρωση νοείται ως «πολυτέλεια»<sup>41</sup>, και όχι ως ο ουσιώδης όρος για την προστασία της υγείας και τελικά, της ποιότητας της ζωής των ασθενών, ως όφειλε να είναι. Οι ως άνω παραδοχές δεν πρέπει να παραβλέπουν τη συνταγματική κατοχύρωση των δικαιωμάτων της ενημέρωσης και της συναίνεσης του ασθενή και να οδηγούν σε ελλιπή ενημέρωση αυτού και κατ' αποτέλεσμα στο ανίσχυρο της παρεχόμενης συναίνεσής του.

## **B. ΠΑΡΟΧΗ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ**

### **1. Ικανότητα για συναίνεση**

Η νομική φύση της συναίνεσης του ασθενή στην ιατρική πράξη δεν αποτελεί δικαιοπραξία και δεν εφαρμόζονται οι διατάξεις του Αστικού Κώδικα<sup>42</sup>, καθώς δεν εμπίπτει στην έννοια της συγκαταθέσεως. Τίθεται έτσι το ερώτημα για το αν αποτελεί οιονεί δικαιοπραξία ή απλά μια «νομιμοποιητική» πράξη που αίρει τον παράνομο χαρακτήρα της επέμβασης, ενώ πάντως γίνεται δεκτό ότι στη συναίνεση εφαρμόζονται αναλογικά οι διατάξεις για τις δικαιοπραξίες, όπως της δικαιοπρακτικής ικανότητας, της αντιπροσώπευσης και του ανίσχυρου αυτής. Παρόλα αυτά, δεδομένου ότι υπάρχει ειδική ρύθμιση στο άρθρο 12 ΚΙΔ για την ικανότητα συναίνεσης του ασθενή, στην οποία λαμβάνονται υπόψη οι περί δικαιοπραξιών διατάξεις (αντίθετη στα χρηστά ήθη, ελαττώματα βούλησης)

---

<sup>41</sup> ΒΙΔΑΛΗΣ Τ., ΧΑΓΕΡ – ΘΕΟΔΩΡΙΔΟΥ Α., *Έκθεση για τη Συναίνεση στη σχέση ιατρού-ασθενούς*, Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής, 2010, 14, Διαθέσιμο σε <http://www.bioethics.gr/index.php/el/gnomes/88-sumainesi-sxesi-iatroy-asthenous> (προσπελάσιμο 17.07.2019).

<sup>42</sup> Βλ ΠΑΠΑΣΤΕΡΙΟΥ Δ., ΚΛΑΒΑΝΙΔΟΥ Δ., *Δίκαιο της Δικαιοπραξίας*, Αθήνα-Θεσσαλονίκη: Σάκκουλα 2008, 543 επομ. για την ικανότητα για δικαιοπραξία στο Αστικό Δίκαιο, όπου αναφέρεται ότι στο κεφάλαιο Η' του αστικού κώδικα στα άρθρα 236 έως 239 γίνεται αναφορά για τη συναίνεση και έγκριση, προκειμένου να είναι ισχυρή μια δικαιοπραξία. Συγκεκριμένα στο άρθρο 236 στον παράτιτλο του οποίου αναφέρεται ο όρος συναίνεση γίνεται ερμηνευτικά δεκτό ότι αφορά στην ευρύτερη έννοια της συγκαταθέσεως. Έτσι συναίνεση είναι η συγκατάθεση για την επιχείρηση μιας δικαιοπραξίας. Το αντικείμενο του άρθρου είναι ο τρόπος παροχής της συγκαταθέσεως και το ζήτημα του τύπου χωρίς όμως να προβλέπεται γενικότερα στο κεφάλαιο αυτό ποιες είναι οι δικαιοπραξίες που χρειάζονται συγκατάθεση. Είναι μονομερής απευθυντέα δικαιοπραξία και η ύπαρξη της δεν επηρεάζεται από την ύπαρξη και το κύρος της επιδοκιμαζόμενης δικαιοπραξίας και άρα είναι ανατιώδης.

προκρίνεται ο νομικός χαρακτηρισμός της οιονεί δικαιοπραξίας και στην ιατρική πράξη εφαρμόζονται όσα αναφέρονται στον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας<sup>43</sup>.

Συνεπώς, ως ικανότητα για συναίνεση θα μπορούσαμε να πούμε ότι νοείται η κατάσταση κατά την οποία ο ενήλικας ασθενής είναι σε θέση να κατανοήσει και να αξιολογήσει την κατάσταση της υγείας του, αναλαμβάνοντας την ευθύνη των αποφάσεών του ακόμα και εάν αυτό δεν είναι αποδεκτό από ιατρικής πλευράς (δικαίωμα άρνησης). Στην περίπτωση που υπάρχει ανικανότητα για συναίνεση, τότε αυτή αναπληρώνεται σύμφωνα με τα οριζόμενα στις διατάξεις του άρθρου 12, παρ. 2β', ΚΙΔ, με τις αντίστοιχες κατά νόμο διακρίσεις.

### **1.1. Ανήλικοι ασθενείς και παροχή συναίνεσης**

Η κατηγορία αυτή, χωρίζεται σε δύο υποκατηγορίες<sup>44</sup>, των «μη ώριμων» και των «επαρκώς ώριμων» ανήλικων ασθενών.

Στην πρώτη κατηγορία, ο ανήλικος ασθενής δεν διαθέτει την απαιτούμενη ικανότητα διάκρισης και αξιολόγησης και επομένως η συναίνεση παρέχεται από το πρόσωπο που ασκεί τη γονική μέριμνα ή έχει την επιμέλεια του ανηλίκου (12 παρ 2, β) αα του ΚΙΔ).

Η διάταξη του ΚΙΔ κρίνεται ασαφής και δημιουργεί σωρεία ερωτημάτων, αναφορικά με το επιτρεπτό ή μη της παροχής συναίνεσης ενός εκ των δύο γονέων, που ασκούν την επιμέλεια καθώς και το πότε απαιτείται η γονική μέριμνα. Ο προβληματισμός είναι εντονότερος καθώς εισάγεται διάκριση σε κάποιες περιπτώσεις του άρθρου 11, παρ. 3 ΚΙΔ. όπου νόμος, σύμφωνα με το άρθρο 12, παρ. 2β (αα), ΚΙΔ τελ. εδάφιο, θεωρεί ότι ο ανήλικος ασθενής εξ ορισμού δεν διαθέτει την απαιτούμενη ωριμότητα, γι' αυτό αξιώνει πάντα τη συναίνεση των ασκούντων τη γονική μέριμνα αυτού. Αφορά στις περιπτώσεις όπως μεταμοσχεύσεις, μεθόδους ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, επεμβάσεις επαναπροσδιορισμού φύλου, αισθητικές ή κοσμητικές επεμβάσεις, οι οποίες εκτός από την υγεία του ανηλίκου, αγγίζουν ιδιαίτερες πτυχές της προσωπικότητάς του ή παρουσιάζουν μηδαμινή - ελάχιστη ιατρική ένδειξη.

<sup>43</sup> ΦΟΥΝΤΕΔΑΚΗ Κ., *Παραδόσεις Αστικής Ιατρικής Ευθύνης : Διάλογος με τη Νομολογία*, 80.

<sup>44</sup> ΔΟΥΓΑΛΗΣ Ζ., *Άρθρο 12 Συναίνεση του Ενημερωμένου Ασθενή* σε ΛΑΣΚΑΡΙΔΗΣ Ι. Ε. (επιμ.) *Ερμηνεία Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας* (Ν 3418/2005), Αθήνα: Νομική Βιβλιοθήκη 2013, 141.

Στο άρθρο 1510 του ΑΚ αναφέρεται ότι η γονική μέριμνα για το ανήλικο τέκνο είναι καθήκον και δικαίωμα των γονέων οι οποίοι το ασκούν από κοινού. Όμως, η γονική μέριμνα περιλαμβάνει και την επιμέλεια του ανηλίκου. Συνεπώς, η γονική μέριμνα, περιεχόμενο της οποίας αποτελεί και η επιμέλεια, είναι κάτι ευρύτερο. Περαιτέρω, η γονική μέριμνα μπορεί να ασκείται και μόνο από τον ένα γονέα ή από δικαστικό επίτροπο, ενώ υπάρχει περίπτωση, όπου ο ένας γονέας ασκεί μέρος της γονικής μέριμνας χωρίς να έχει την επιμέλεια (περίπτωση ανάθεσης επιμέλειας σε τρίτο 1532,1535, 1589 ΑΚ).

Σύμφωνα με το άρθρο 1518 ΑΚ, γίνεται ερμηνευτικά δεκτό ότι η φροντίδα για την υγεία του ανηλίκου και ειδικότερα η συναίνεση για ιατρικές επεμβάσεις αποτελεί περιεχόμενο της επιμέλειας του ανηλίκου, αφού αφορά μέτρο σχετικό με την πνευματική, την ψυχική και τη σωματική υγεία του<sup>45</sup>. Συνεπώς όταν φορείς της επιμέλειας είναι και οι δύο γονείς, τότε πρέπει από κοινού να αποφασίζουν αν αυτό θα υποβληθεί σε μια ιατρική παρέμβαση.

Σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 12 παρ 2 β) αα του ΚΙΔ δεν εμποδίζεται η εφαρμογή άρθρου του 1516 παρ. 1 ΑΚ και μπορεί να γίνει δεκτό ότι δεν είναι απαραίτητο κάθε φορά και οι δύο ασκούντες την επιμέλεια γονείς να επισκέπτονται μαζί τον ιατρό και να δηλώνουν την απόφασή τους, όταν επιχειρούνται συνήθεις πράξεις *ιατρικής φροντίδας*, (*τακτικός εμβολιασμός, ελαφρά ίωση*) ή σε πράξεις με επείγοντα χαρακτήρα όπως λ.χ. πρώτες βοήθειες επί τραυματισμού<sup>46</sup>.

Όταν η επιμέλεια του ανηλίκου ασκείται μόνο από τον ένα γονέα, όπως λ.χ. σε περίπτωση διαζυγίου ή διάστασης, τότε κατά την ορθότερη άποψη αποφασίζει αυτός μόνος του και παρέχει την απαιτούμενη συναίνεση, ακόμη κι αν πρόκειται για τη διενέργεια σοβαρών ιατρικών παρεμβάσεων<sup>47</sup>. Αντιθέτως, στη νομολογία γίνεται δεκτό ότι συγκαταλέγονται στον «πυρήνα» της γονικής μέριμνας αποφάσεις που αφορούν σοβαρές ιατρικές παρεμβάσεις, καθώς θεωρούνται κρίσιμες για την ανάπτυξη της προσωπικότητας του παιδιού και συνεπώς προϋποθέτουν κοινή απόφαση των ασκούντων τη γονική μέριμνα, ασχέτως της ανάθεσης επιμέλειας<sup>48</sup>.

<sup>45</sup> ΚΟΥΝΟΥΓΓΕΡΗ –ΜΑΝΩΛΕΔΑΚΗ Ε., *Οικογενειακό δίκαιο*, Τεύχος ΙΙβ, Αθήνα-Θεσσαλονίκη: Σάκκουλα 2009, Έκδοση τέταρτη, 319.

<sup>46</sup> ΦΟΥΝΤΕΔΑΚΗ Κ., *Παραδόσεις Αστικής Ιατρικής Ευθύνης: Διάλογος με τη Νομολογία*, 82.

<sup>47</sup> Βλ. Διατ ΕισΕΦΛαρ 92/2011.

<sup>48</sup> ΦΟΥΝΤΕΔΑΚΗ Κ., *Παραδόσεις Αστικής Ιατρικής Ευθύνης : Διάλογος με τη Νομολογία*, 82.



Στην περίπτωση μη έγκυρης συναίνεσης λόγω διαφωνίας των γονέων του ανηλίκου ή εάν υπάρχει ρητή άρνησή τους, ο ιατρός έχει τη δυνατότητα να προσφύγει στον Εισαγγελέα Πρωτοδικών, σύμφωνα με το άρθρο 1534 ΑΚ, ενώ σε κατεπείγουσες περιπτώσεις, ο ιατρός οφείλει να προχωρήσει χωρίς τη συναίνεση των γονέων στη διενέργεια της άκρως απαραίτητης παρέμβασης σύμφωνα με το άρθρο 12, παρ. 3γ', ΚΙΔ.

Στη δεύτερη κατηγορία, συναντάμε τον ανήλικο ασθενή, ο οποίος διαθέτει την απαιτούμενη ηλικιακή, πνευματική και συναισθηματική ωριμότητα, η γνώμη του οποίου, σύμφωνα με τη διάκριση που γίνεται στο άρθρο 6 παρ. 2 της Σύμβασης του Οβιέδο «...θα λαμβάνεται υπόψη σαν αυξανόμενος καθοριστικός παράγοντας σε αναλογία με την ηλικία και το βαθμό ωριμότητάς του...». Αντιστρόφως ανάλογα, θα μπορούσε να υποστηριχτεί ότι όσο βαρύτερη - σοβαρότερη είναι η κατάσταση της υγείας του ανηλίκου, τόσο αυστηρότερες προϋποθέσεις διαπίστωσης της απαιτούμενης ωριμότητας καλείται να διαπιστώσει ο ιατρός.

Λαμβάνοντας υπόψη ότι στο άρθρο 12 παρ 2, β) αα εδ. 2του ΚΙΔ, ο ανήλικος περιορίζεται μόνο στην έκφραση γνώμης ανάλογα με την ωριμότητα του, γεγονός πολύ περιοριστικό αναφορικά με την αυτονομία και την ιδιωτική ζωή των ανηλίκων<sup>49</sup>, υποστηρίζεται ότι, θα πρέπει να μπει ένα μέτρο που να θεωρεί ότι ο ανήλικος διαθέτει την απαιτούμενη ωριμότητα να συναινεί ο ίδιος στην ιατρική πράξη και ως τέτοιο, κρίνεται αυτό της ωριμότητας ενός ανηλίκου ηλικίας 14 ετών<sup>50</sup>. Σύμφωνα με την Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής, στην ηλικία των 15 ετών υπάρχει ήδη ένα αντικειμενικό κριτήριο επαρκούς ωριμότητας στη σύγχρονη κοινωνική ζωή, που δύσκολα μπορεί να αμφισβητηθεί, και συνεπώς ορθότερο θα ήταν να νομοθετηθεί η αυτοπρόσωπη συναίνεση<sup>51</sup>. Το επιχείρημα αυτό εκκινεί και από το γεγονός ότι ο ανήλικος γονέας (1510 ΑΚ παρ. εδ. γ.) μπορεί να συναινεί για τη διενέργεια ιατρικής πράξης στο ανήλικο παιδί του αλλά δεν μπορεί να συναινεί ο ίδιος για πράξεις που αφορούν τον ίδιο<sup>52</sup>.

<sup>49</sup> ΦΟΥΝΤΕΔΑΚΗ Κ., *Παραδόσεις Αστικής Ιατρικής Ευθύνης : Διάλογος με τη Νομολογία*, 83.

<sup>50</sup> ΔΟΥΓΑΛΗΣ Ζ., *Άρθρο 12 Συναίνεση του Ενημερωμένου Ασθενή* σε ΛΑΣΚΑΡΙΔΗΣ Ι. Ε. (επιμ.) *Ερμηνεία Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας* (Ν 3418/2005), Αθήνα: Νομική Βιβλιοθήκη 2013, 142.

<sup>51</sup> ΒΙΔΑΛΛΗΣ Τ., ΧΑΓΕΡ – ΘΕΟΔΩΡΙΔΟΥ Α., *Έκθεση για τη Συναίνεση στη σχέση ιατρού-ασθενούς*, Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής, 19.

<sup>52</sup> ΒΙΔΑΛΛΗΣ Κ. Τ., *Ιατρική δεοντολογία: Κατ' άρθρο ανάλυση του Νόμου 3418/2005*, 112.

## 1.2. *Ενήλικοι με ανικανότητα συναίνεσης*

Στην κατηγορία αυτή ανήκουν τα πρόσωπα τα όποια δεν διαθέτουν ικανότητα συναίνεσης και η συναίνεση για την εκτέλεση ιατρικής πράξης δίδεται από τον δικαστικό συμπαραστάτη, εφόσον αυτός έχει ορισθεί»<sup>53</sup>. Η αναφορά σε δικαστικό συμπαραστάτη οδηγεί στο συμπέρασμα ότι τα άτομα αυτά δεν διαθέτουν ικανότητα συναίνεσης λόγω «κάποιας» ψυχικής διαταραχής.

Στην περίπτωση που δεν έχει ορισθεί δικαστικός συμπαραστάτης τότε ο ασθενής θεωρείται ικανός για δικαιοπραξία (127,128,129 ΑΚ) και συναινεί ο ίδιος, ως προσωπικά υπεύθυνος για τη μέριμνα της υγείας του και την απόφαση για υποβολή του ή όχι σε ιατρικές πράξεις. Διευκρινίζεται ότι υπάρχουν διαφορετικά είδη δικαστικής συμπαραστάσης και ότι το άτομο μπορεί, εάν δεν έχει ρητά αποφασιστεί από το δικαστήριο (1680 ΑΚ), να διατηρεί το ίδιο την επιμέλεια του προσώπου του, δηλαδή να διατηρεί το δικαίωμα συναίνεσης για τις ιατρικές πράξεις εκτός αν βρίσκεται στην κατάσταση του 131 ΑΚ.

Εάν υπάρχει δικαστικός συμπαραστάτης, χωρίς όμως να του έχει δοθεί ανάθεση επιμέλειας του συμπαραστατούμενου προσώπου, αυτός θα μπορεί να συμπεριληφθεί στους οικείους του ασθενή, σύμφωνα με τον ορισμό του άρθρου 1, παρ. 4β' ΚΙΔ. Πάντως η ανάθεση επιμέλειας σε δικαστικό συμπαραστάτη δεν αναιρεί το γεγονός ότι θα πρέπει να ληφθεί υπόψη η πνευματική και συναισθηματική διαύγεια του ατόμου και να καταβληθούν προσπάθειες να συναινέσει μόνος του στην ιατρική πράξη. Συνεπώς, ο ιατρός θα πρέπει να προσπαθήσει να εξασφαλίσει την εκούσια συμμετοχή, σύμπραξη και συνεργασία, ιδίως εκείνου που κατανοεί την κατάσταση της υγείας του, το περιεχόμενο της ιατρικής πράξης, τους κινδύνους, τις συνέπειες και τα αποτελέσματα της πράξης αυτής.

Αν δεν υπάρχει δικαστικός συμπαραστάτης ή εάν το άτομο βρίσκεται σε κατάσταση που δεν έχει συνείδηση των πράξεών του ή δεν έχει τη χρήση του λογικού, επειδή πάσχει από πνευματική ασθένεια (131 ΑΚ), τότε η συναίνεση δίδεται από τους οικείους του κατά το άρθρο 12, παρ. 2β(ββ), ΚΙΔ.

Η νομοθετική αυτή ρύθμιση ανάθεσης στους οικείους κρίνεται ως προβληματική καθώς αφενός μεν, δεν υφίσταται ιεράρχηση μεταξύ των «οικείων»<sup>54</sup>

<sup>53</sup> Άρθρο 12, παρ. 2β (ββ) ΚΙΔ [*«αν ο ασθενής δεν διαθέτει ικανότητα συναίνεσης, η συναίνεση για την εκτέλεση ιατρικής πράξης δίδεται από το δικαστικό συμπαραστάτη, εφόσον αυτός έχει ορισθεί»*].

<sup>54</sup> Άρθρο 1 παρ. 4 περ β' του ΚΙΔ [4. *Κατά τον παρόντα Κώδικα: ...β) στην έννοια «οικείος» περιλαμβάνονται οι συγγενείς εξ αίματος και εξ αγχιστείας σε ευθεία γραμμή, οι θετοί γονείς και τα θετά*

του ασθενή και αφετέρου, η αναφορά σε αυτούς είναι ιδιαιτέρως μακρόσυρτη με αποτέλεσμα σε περίπτωση ενδεχόμενης διαφωνίας να μην ρυθμίζεται το θέμα ως προς το αν θα πρέπει να δοθεί συναίνεση στην ιατρική πράξη ή όχι, ενώ ο ιατρός να οφείλει να τους ενημερώσει όλους έναν προς έναν, εάν αυτό του ζητηθεί<sup>55</sup>.

Ακόμα μεγαλύτερος είναι ο προβληματισμός σε τυχόν προγενέστερη έκφραση σχετικής γνώμης του ασθενή γνωστή ή μη προς τον ιατρό, η όποια έρχεται σε αντίθεση με αυτή των οικείων. Ερώτημα δημιουργείται αναφορικά με το εάν θα υπερισχύσει η πρόσφατη προγενέστερη έκφραση σχετικής γνώμης του ασθενή σε σχέση με αυτή των οικείων του<sup>56</sup>.

Πάντως, στην περίπτωση που ο ιατρός διακρίνει ότι υπάρχει ασυμφωνία μεταξύ των οικείων ή διαφαίνεται ότι υπάρχει κίνδυνος καταχρηστικής άσκησης του δικαιώματός τους θα πρέπει εφόσον υπάρχει χρονικό περιθώριο να λάβει την άδεια του Εισαγγελέα Πρωτοδικών κατ' ανάλογη εφαρμογή του άρθρου 1534 ΑΚ, ή να προβεί στην ιατρική πράξη στην περίπτωση της απολύτως κατεπείγουσας επέμβασης, σύμφωνα με τη διάταξη του άρθρου 12, παρ. 3γ', ΚΙΔ (Βλ. υπό 2.2).

## **2. Άρνηση συναίνεσης**

Η άρνηση της συναίνεσης μπορεί να εκφράζεται από τον ίδιο τον ασθενή ή από τρίτους που έχουν το δικαίωμα συναίνεσης.

### **2.1. Από τον ασθενή που διαθέτει ικανότητα συναίνεσης**

Σύμφωνα με το άρθρο 12 παρ. 1 του ΚΙΔ «*Ο ιατρός δεν επιτρέπεται να προβεί στην εκτέλεση οποιασδήποτε ιατρικής πράξης χωρίς την προηγούμενη συναίνεση του ασθενούς*». Ο περιορισμός αυτός του ιατρού ισχύει ακόμα και εάν η ιατρική πράξη είναι σωτήρια για τον ασθενή και σε καμία περίπτωση δεν μπορεί ο ασθενής να

---

*τέκνα, οι σύζυγοι, οι μόνιμοι σύντροφοι, οι αδελφοί, οι σύζυγοι και οι μόνιμοι σύντροφοι των αδελφών, καθώς και οι επίτροποι ή οι επιμελητές του ασθενούς και όσοι βρίσκονται υπό δικαστική συμπαράσταση.*]

<sup>55</sup> ΦΟΥΝΤΕΔΑΚΗ Κ., Ο νέος Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας, 20.

<sup>56</sup> Για μια εκτενή ανάλυση αναφορικά με το θέμα της επικράτησης αντίθετης προς τις επιθυμίες του ασθενή γνώμης, του κατά τον ΚΙΔ «οικείου» (άρθρ 1 και 12 παρ. 2 ββ ΚΙΔ), που μπορεί να είναι ο μόνος που ανευρίσκεται ή αυτός με την ισχυρότερη προσωπικότητα ή αυτός που αντιστοιχίζεται με τη βούληση των ιατρών βλ. Γνώμη του ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟΥ ΜΕΛΕΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΔΙΚΑΙΟΥ ΚΑΙ ΒΙΟΗΘΙΚΗΣ της Νομικής Σχολής του ΑΠΘ για τις «Διαθήκες Ζωής» ή κατά την ορθότερη διατύπωση, «Προγενέστερες Οδηγίες για το Τέλος της Ζωής» και τον «πληρεξούσιο υγείας» Διαθέσιμο σε <http://medlawlab.web.auth.gr/progenesteresodigiesgiatotelostiszois/> (προσπελάσιμο 17.7.2019).

υποχρεωθεί να υποβληθεί σε αυτήν. Πρόκειται για την πλήρη πραγμάτωση της συνταγματικής αρχής της ελεύθερης ανάπτυξης της προσωπικότητας με δικαίωμα εξουσίασης και χρησιμοποίησης του σώματός του (5 παρ.1 Σ) που κάμπτεται σε δύο περιπτώσεις ήτοι αυτές του άρθρ. 12 παρ. 3 περ. α' και β' του ΚΙΔ σύμφωνα με το οποίο «...στις επείγουσες περιπτώσεις, κατά τις οποίες δεν μπορεί να ληφθεί κατάλληλη συναίνεση και συντρέχει άμεση, απόλυτη και κατεπείγουσα ανάγκη παροχής ιατρικής φροντίδας και στην περίπτωση απόπειρας αυτοκτονίας».

Φαίνεται ξεκάθαρα ότι ο νομοθέτης θεωρεί ως βασική υποχρέωση του ιατρικού λειτουργήματος τη διατήρηση της ανθρώπινης ζωής, εξομοιώνοντας την απόπειρα αυτοκτονίας με την περίπτωση απώλειας συνείδησης (άρθρο 131 ΑΚ) αφήνοντας αναπάντητα τα όποια ερωτήματα, καθώς στη χώρα μας δεν έχει αντιμετωπιστεί το θέμα ακόμα νομολογιακά<sup>57</sup>, για τις περιπτώσεις εκείνες όπου το υποκείμενο με πλήρη συνείδηση αποφασίζει να θέσει τέλος στη ζωή του<sup>58</sup>. Ίσως, ορθότερο θα ήταν, λαμβάνοντας υπόψη μόνο την απόπειρα αυτοκτονίας, να μην μπορεί να συναχθεί δίχως άλλο η έλλειψη ικανότητας κρίσης από πλευράς του ασθενή λόγω ψυχικής ασθένειας.

Σε κάθε περίπτωση, σύμφωνα με την Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής, «η αρχή της συναίνεσης δεν μπορεί να νοείται ως απλή γραφειοκρατική υπόθεση»<sup>59</sup> και στην περίπτωση αυτή θεωρείται ότι η υποχρέωση του ιατρού καθίσταται εντονότερη στο να εκμαιεύσει τη συναίνεση του ασθενή ακόμη και μέσω αναζήτησης τρίτων άτομων που θα τον βοηθήσουν να πείσει τον ασθενή να συναινέσει.

## 2.2. Από τον τρίτο δικαιούχο της συναίνεσης

Στην περίπτωση που ο ασθενής δεν έχει ικανότητα για συναίνεση, ανακύπτει το ερώτημα αν το ίδιο σεβαστή από τον ιατρό θα πρέπει να γίνει και η άρνηση των

---

<sup>57</sup> ΙΑΤΡΙΚΟ ΔΙΚΑΙΟ - ΒΙΟΗΘΙΚΗ, Τριμηνιαία Περιοδική Έκδοση, Οκτώβριος- Δεκέμβριος 2009, Όμιλος Μελέτης Ιατρικού Δικαίου και Βιοηθικής, Αθήνα- Θεσσαλονίκη: Σάκκουλα, τ. 8, στο οποίο αναφέρεται: «Μεγάλη Βρετανία, Νόμιμη κρίθηκε η παράλειψη ιατρών να βοηθήσουν άτομο που έκανε απόπειρα αυτοκτονίας, έχοντας προηγουμένως καταστήσει σαφές ότι δεν επιθυμεί την παροχή βοήθειας. Η γυναικά έπασχε από μετεχμιακή διαταραχή της προσωπικότητας. Είχε κάνει εννέα προσπάθειες ν' αυτοκτονήσει και για τις οποίες δέχθηκε βοήθεια. Η συγκεκριμένη ιατρική ομάδα έκρινε ότι δεν μπορούσε να ενεργήσει παρά τη θέληση της διότι θεώρησε ότι έχει πνευματική ικανότητα και κατ' αποτέλεσμα μπορεί ν' αποφασίζει με τη βούληση της. Οι ιατροί δικαιώθηκαν με βάση την ανωτέρω θεώρηση».

<sup>58</sup> ΦΟΥΝΤΕΔΑΚΗ Κ., *Παραδόσεις Αστικής Ιατρικής Ευθύνης : Διάλογος με τη Νομολογία*, 82.

<sup>59</sup> ΒΙΔΑΛΗΣ Τ., ΧΑΓΕΡ – ΘΕΟΔΩΡΙΔΟΥ Α., *Έκθεση για τη Συναίνεση στη σχέση ιατρού-ασθενούς*, Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής.

τρίτων προσώπων στα οποία ο ίδιος ο νόμος έχει εμπιστευθεί την αναπλήρωση της συναίνεσης του ασθενή.

Το δικαίωμα αυτό, που δίνεται στους τρίτους, αποτελεί ειδικότερη έκφραση του δικαιώματος επιμέλειας του προσώπου του ασθενή, και δεν μπορεί να ασκείται ανεξέλεγκτα. Ανήκει στην κατηγορία των λεγόμενων λειτουργικών δικαιωμάτων καθαρά προς όφελος του προστατευόμενου, και με απώτερο σκοπό το αντικειμενικό συμφέρον αυτού<sup>60</sup>.

Η άρνηση του τρίτου για παροχή συναίνεσης στη διενέργεια μιας ιατρικής πράξης, η οποία επιβάλλεται από το αντικειμενικό συμφέρον του ανίκανου προς συναίνεση ασθενή, αποτελεί καταχρηστική άσκηση του σχετικού δικαιώματος, και ιδιαίτερα, όταν οι λόγοι αυτοί αφορούν προσωπικές πεποιθήσεις του τρίτου που ασκεί το δικαίωμα, οι οποίες θα καθορίσουν την τύχη του ασθενή (λ.χ. θρησκευτικές).

Οι δυνατότητες που δίνονται στον ιατρό είναι οι εξής δύο: η χρήση των διατάξεων του άρθρου (1534 ΑΚ)<sup>61</sup> σύμφωνα με το οποίο μπορεί να ζητηθεί από τον Εισαγγελέα Πρωτοδικών η χορήγηση άδειας για τη διενέργεια της αναγκαίας ιατρικής πράξης ή η δυνατότητα που προβλέπεται στο άρθρο 12, παρ. 3γ, ΚΙΔ. εφόσον υφίσταται χρονικό περιθώριο.

Στο άρθρο 12 παρ. 3, περ γ' του ΚΙΔ αναφέρεται «3. Κατ' εξαίρεση δεν απαιτείται συναίνεση:..γ) αν οι γονείς ανήλικου ασθενή ή οι συγγενείς ασθενή που δεν μπορεί για οποιονδήποτε λόγο να συναινέσει ή άλλοι τρίτοι, που έχουν την εξουσία συναίνεσης για τον ασθενή, αρνούνται να δώσουν την αναγκαία συναίνεση και υπάρχει ανάγκη άμεσης παρέμβασης, προκειμένου να αποτραπεί ο κίνδυνος για τη ζωή ή την υγεία του ασθενή». Ουσιαστικά, ο νομοθέτης δίνει το δικαίωμα, όμως καθιερώνει παράλληλα την υποχρέωση στον ιατρό να επέμβει καθοριστικά για τη διαφύλαξη της ζωής του ασθενή, παρέχοντας με αυτόν τον τρόπο την απόλυτη εξουσία. Στην περίπτωση που δεν τίθεται άμεσο πρόβλημα για τη ζωή και την υγεία του ανήλικου ασθενή και οι γονείς του -κατά τον ιατρό- κρίνουν και αποφασίζουν λάθος, τότε μπορεί αυτός να ειδοποιήσει τους αρμόδιους φορείς για να υποστούν τις έννομες συνέπειες, π.χ. της κακής άσκησης γονικής μέριμνας (1532 ΑΚ), αλλά δεν μπορεί να προβεί σε ιατρική πράξη.

<sup>60</sup> ΔΟΥΓΑΛΗΣ Ζ., *Ερμηνεία Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας* (Ν 3418/2005), 151.

<sup>61</sup> Βλ. ΚΟΥΝΟΥΓΕΡΗ - ΜΑΝΩΛΕΔΑΚΗ Ε., *Οικογενειακό δίκαιο*, 320-321, όπου αναφέρει ότι η διάταξη αυτή φαίνεται ότι καταργήθηκε σιωπηρά μετά την εφαρμογή του ΚΙΔ.

Στην περίπτωση αντιμετώπισης περιστατικού άρνησης ή αδιαφορίας τρίτων για τον ψυχικά ασθενή, η στάση του ιατρού ρυθμίζεται από το άρθρο 28 του ΚΙΔ<sup>62</sup>. Για την αντιμετώπιση επείγουσας κατάστασης επεμβαίνει άμεσα ο ιατρός, ενώ σε μη επείγουσα κατάσταση, στην οποία κρίνεται ότι ο ασθενής είναι επικίνδυνος για τον εαυτό του και το περιβάλλον, τίθεται το ζήτημα της ακουσίας νοσηλείας.

Τέλος, θα πρέπει να επισημανθεί η αναγκαιότητα των ειδικών Επιτροπών Δεοντολογίας στα Νοσοκομεία του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ) για τη διευθέτηση τέτοιων ζητημάτων και την αντιμετώπιση τους, όταν ο ασθενής νοσηλεύεται σε αυτά σε σχέση με την ανωτέρω προβληματική των «οικείων». Σήμερα σύμφωνα με το άρθρ. 9 παρ. 3 περ. ε' του Ν. 3329/2005 τα Επιστημονικά Συμβούλια των Νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ., έχουν και την αρμοδιότητα της Επιτροπής Ηθικής και Δεοντολογίας. Κατά την γνώμη μας, οι Επιτροπές αυτές θα έπρεπε να αποτελούνται από επιστήμονες, των οποίων η εκλογή δεν πραγματοποιείται με ψηφοφορία από τους λοιπούς συναδέλφους τους. Η Επιτροπή θα έπρεπε να αποτελείται από επιστημονικά καταρτισμένα άτομα διαφόρων επιστημονικών πεδίων - κλάδων, όπως νομικοί, ιατροί, κοινωνιολόγοι, θεολόγοι, με έντονο επιστημονικό έργο.

### **3. Αδυναμία του ασθενή να συναινέσει**

Είναι οι περιπτώσεις του δικαιοπρακτικά ικανού ασθενή, ο οποίος λόγω της κατάστασής του δεν είναι σε θέση να συναινέσει (π.χ. απώλεια συνείδησης λόγω μέθης, φάση προνάρκωσης), ενώ παράλληλα μπορεί να μην είναι εφικτή η επικοινωνία με κάποιο συγγενικό πρόσωπο. Η ύπαρξη νομοθετικού κενού απαντάται σ' αυτές τις περιπτώσεις. Ορθότερο θα ήταν να μην γίνεται αναλογική εφαρμογή των διατάξεων περί έλλειψης ικανότητας για συναίνεση, γιατί εδώ αφενός δεν υπάρχει δικαστικός συμπαραστάτης, αλλά δικαιοπρακτικά ικανός ασθενής και αφετέρου, θα αναγκαζόμασταν να προσφύγουμε στους οικείους με όλη την ανωτέρω προαναφερόμενη προβληματική σχετικά με την ιεράρχηση μεταξύ τους.

---

<sup>62</sup> Άρθρο. 28 παρ. 8 ΚΙΔ «Ο ψυχίατρος δεν χορηγεί καμία θεραπεία χωρίς τη θέληση του ανθρώπου που πάσχει από ψυχικές διαταραχές, εκτός εάν η άρνηση θεραπείας θέτει σε κίνδυνο τη ζωή του ίδιου και εκείνων που τον περιβάλλουν ή συνεπάγεται ισοβαρή επιβάρυνση της πορείας της ψυχικής του διαταραχής. Αν καθίσταται επιτακτική ή αναγκαστική νοσηλεία του ανθρώπου που πάσχει από ψυχικές διαταραχές, αυτή πρέπει να είναι σύμφωνη με τους όρους και τις προϋποθέσεις που ορίζονται από την ισχύουσα νομοθεσία»

Στην περίπτωση που τίθεται ζήτημα επείγουσας αντιμετώπισης, ο ιατρός μπορεί να ενεργήσει σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 12 παρ. 3, εδ. α' ΚΙΔ και δεν χρειάζεται η αναζήτηση των οικείων προκειμένου να συναινέσουν και κατ' αποτέλεσμα να νομιμοποιήσουν την ιατρική πράξη. Εάν όμως δεν υπάρχει κατεπείγον, ορθότερο θα ήταν να προκριθεί η αναβολή της ιατρικής πράξης μέχρι ο ασθενής να είναι σε θέση να ανακτήσει τη δυνατότητα να ενημερωθεί και να συναινέσει αυτοπροσώπως.

Έτσι και στην περίπτωση επέκτασης διενέργειας χειρουργικής επέμβασης, όπου, εάν δεν υπάρχει άμεσος κίνδυνος, πρέπει αυτή να διακοπεί μέχρι να υπάρξει η δυνατότητα λήψης συναίνεσης για την επέκταση της πράξης. Επιπροσθέτως ο αναισθησιολόγος θα πρέπει να λαμβάνει τη συναίνεση πριν την προνάρκωση, γιατί μετά από αυτήν ο ασθενής δεν έχει πλήρη συναίσθηση των πράξεων του. Εάν η συναίνεση ληφθεί μετά την προνάρκωση, τότε υποστηρίζεται ότι πραγματώνεται η νομοτυπική μορφή των άρθρων 330, 308 παρ.1 ΠΚ δηλαδή παράνομη βία και σωματική βλάβη<sup>63</sup>.

Εάν η αδυναμία συναίνεσης αποκτήσει μόνιμο χαρακτήρα, θα πρέπει να γίνει λόγος για έλλειψη ικανότητας ενημέρωσης και συναίνεσης και εάν δεν υπάρχει δικαστικός συμπαραστάτης να αποφασίζουν οι οικείοι<sup>64</sup>. Χαρακτηριστικό είναι το παράδειγμα ασθενή σε κώμα ή ασθενή σε διαρκή σύγχυση των νοητικών λειτουργιών λόγω ισχυρού σοκ.

## **Γ. ΑΛΛΕΣ ΠΡΟΥΠΟΘΕΣΕΙΣ ΓΙΑ ΝΑ ΕΙΝΑΙ ΙΣΧΥΡΗ Η ΣΥΝΑΙΝΕΣΗ**

### **1. Ηθελημένη συναίνεση**

Η συναίνεση του ασθενή<sup>65</sup> δεν μπορεί να είναι αποτέλεσμα πλάνης, απάτης ή απειλής, αλλά προϊόν ελεύθερης και συνειδητής βούλησης, άλλως είναι άκυρη.

---

<sup>63</sup> ΣΑΚΕΛΛΑΡΟΠΟΥΛΟΥ Β., *Η Ποινική Αντιμετώπιση του ιατρικού σφάλματος και η συναίνεση του ασθενούς στην ιατρική πράξη*, Αθήνα-Θεσσαλονίκη Σάκκουλα 2011, Β έκδοση, 36. (υπό την έννοια ότι ο ασθενής δεν έχει πλήρη συναίσθηση στο στάδιο της προνάρκωσης).

<sup>64</sup> ΦΟΥΝΤΕΔΑΚΗ Κ., *Παραδόσεις Αστικής Ιατρικής Ευθύνης: Διάλογος με τη Νομολογία*, 85.

<sup>65</sup> Άρθρο 12 ΚΙΔ [*«2. Προϋποθέσεις της έγκυρης συναίνεσης του ασθενή είναι οι ακόλουθες: α) Να παρέχεται μετά από πλήρη, σαφή και κατανοητή ενημέρωση, σύμφωνα με το προηγούμενο άρθρο... γ) Η συναίνεση να μην είναι αποτέλεσμα πλάνης, απάτης ή απειλής και να μην έρχεται σε σύγκρουση με τα χρηστά ήθη. δ) Η συναίνεση να καλύπτει πλήρως την ιατρική πράξη και κατά το συγκεκριμένο περιεχόμενό της και κατά το χρόνο της εκτέλεσής της...»*].

Κατά την παροχή ιατρικών πράξεων δεν τίθεται ζήτημα ακυρότητας της συναίνεσης λόγω πλάνης εάν εκπληρωθεί προσηκόντως η υποχρέωση ενημέρωσης του ασθενή, με την προϋπόθεση ότι ο ιατρός δεν απαριθμεί απλά δεδομένα της ιατρικής πράξης, αλλά βεβαιώνεται ότι αυτά έγιναν κατανοητά. Αν, αντίθετα, δεν υπάρχει πλήρης και σαφής ενημέρωση, η συναίνεση είναι ούτως ή άλλως άκυρη λόγω ακριβώς της έλλειψης ενημέρωσης, κατά το άρθρο 12, παρ. 2α, ΚΙΔ. Αναφορικά με την περίπτωση της απειλής, δεν θα μπορούσε να χαρακτηριστεί ως τέτοια η ανακοίνωση εκ μέρους του ιατρού προς τον ασθενή των δυσμενών επιπτώσεων που μπορεί να έχει στην υγεία του η άρνηση εκ μέρους του της προτεινόμενης θεραπείας, εφόσον η περιγραφή αυτή ανταποκρίνεται στην πραγματικότητα<sup>66</sup>.

## **2. Απουσία αντίθεσης στα χρηστά ήθη**

Η συναίνεση του ασθενή σε μια ιατρική πράξη, για να είναι ισχυρή, δεν θα πρέπει να αντίκειται στα χρηστά ήθη και σαφώς στην ισχύουσα νομοθεσία. Αντίθετη στα χρηστά ήθη θεωρείται, κατά την κρατούσα στο δίκαιό μας άποψη, η ιατρική πράξη ο σκοπός της οποίας δεν γίνεται για να σωθεί ένα άλλο αγαθό υπέρτερης αξίας του ίδιου προσώπου<sup>67</sup>. Σύμφωνα με την άποψη αυτή, οι ιατρικές πράξεις χωρίς ιατρική ένδειξη, όπως επεμβάσεις πλαστικής χειρουργικής για αισθητικούς λόγους, θα είναι αντίθετες στα χρηστά ήθη. Κάτι τέτοιο θα συνιστούσε ανεπίτρεπτο περιορισμό του δικαιώματος αυτοδιάθεσης των ατόμων που επιθυμούν να υποβληθούν σε αυτές. Για το λόγο αυτό δεν μπορεί να γίνει πλήρως αποδεκτή η πιο πάνω εκφρασθείσα στην επιστήμη άποψη.

Η αντίθεση στα χρηστά ήθη σχετίζεται με τον σκοπό της πράξης, ο οποίος δεν πρέπει να είναι παράνομος, όπως λ.χ. η χορήγηση οικονομικού ανταλλάγματος σε δότη μοσχεύματος, ιδιοτελής και αποδοκιμαζόμενος από την κρατούσα κοινωνική ηθική, καθώς τότε θεωρείται ορθότερο ότι η συναίνεση του ασθενή θα είναι αντίθετη με τα χρηστά ήθη<sup>68</sup>.

<sup>66</sup> ΔΟΥΓΑΛΗΣ Ζ., *Ερμηνεία Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας* (Ν 3418/2005), 146.

<sup>67</sup> ΦΟΥΝΤΕΔΑΚΗ Κ., *Παραδόσεις Αστικής Ιατρικής Ευθύνης : Διάλογος με τη Νομολογία*, 93

<sup>68</sup> ΔΟΥΓΑΛΗΣ Ζ., *Ερμηνεία Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας* (Ν.3418/2005), 147, υποσημείωση 31.



### 3. Πλήρης κάλυψη της ιατρικής πράξης κατά περιεχόμενο και χρόνο

Η συναίνεση θα πρέπει να καλύπτει τη συγκεκριμένη ιατρική πράξη κατά το χρόνο και κατά το περιεχόμενό της (12 παρ. 2δ του ΚΙΔ) και θα πρέπει να δίνεται σε χρόνο προγενέστερο της ιατρικής πράξης, όχι όμως απαραίτητα αμέσως πριν από αυτήν (12 παρ. 1 ΚΙΔ). Συνεπώς, δεν νοείται «αόριστη» και «μελλοντική» συναίνεση, στο πλαίσιο μιας γενικής πληροφόρησης χωρίς να υπάρχει εξατομίκευση βάσει της κατάστασης του συγκεκριμένου ασθενή, δηλαδή να ζητείται από τον ασθενή «λευκή συναίνεση». Σε αυτή την κατεύθυνση κινείται και η Ανεξάρτητη Αρχή «Συνήγορος του Πολίτη» συντάσσοντας πόρισμα με θέμα: «Συναίνεση ασθενούς και διακοπή νοσηλείας με "πειθαρχικό" εξιτήριο» σύμφωνα με το οποίο «*Η συναίνεση, για να είναι ισχυρή, απαιτείται να είναι "προϋφιστάμενη, θετική και συγκεκριμένη"* ενώ η απαίτηση από ασθενή μιας γενικής συναίνεσης για "οτιδήποτε" (λευκή συναίνεση), αποτελεί πράξη αντίθετη στην υποχρέωση σεβασμού της προσωπικότητας του ανθρώπου. Η εξάρτηση της νοσηλείας σε νοσοκομείο από την υπογραφή μιας "αυτοσχέδιας" υπεύθυνης δήλωσης "λευκής" συναίνεσης αποτελεί παραβίαση των δικαιωμάτων του νοσοκομειακού ασθενούς ενώ η άρνηση συνέχισης της θεραπείας του ασθενούς, διά της χορηγήσεως "πειθαρχικού" εξιτηρίου, δημιουργεί και ζήτημα άρνησης παροχής ιατρικής βοήθειας...»<sup>69</sup>.

### 4. Τύπος συναίνεσης και ενημέρωσης

Η συναίνεση και η ενημέρωση καταρχήν δεν υποβάλλονται σε τύπο. Μπορεί να είναι ρητή ή προφορική ή και σιωπηρά συναγόμενη συναίνεση από τη συμπεριφορά του ενημερωμένου ασθενή. Εξάιρεση του ατύπου της συναίνεσης προβλέπεται για ορισμένες ιατρικές πράξεις, όπως αυτές της ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, των μεταμοσχεύσεων και των σχετικών με την

---

<sup>69</sup> Ο ασθενής αρνήθηκε να υπογράψει το κάτωθι έντυπο προβάλλοντας αντιρρήσεις για το περιεχόμενό του με αποτέλεσμα να διακοπεί η νοσηλεία του με «πειθαρχικό» εξιτήριο ήτοι: «*Ο/Η υπογεγραμμέν... που νοσηλεύομαι στην Χειρουργική Κλινική του Νοσοκομείου Κώ, αφού ενημερώθηκα από τους θεράποντες Ιατρούς για την πάθησή μου, δηλώνω υπεύθυνα με πλήρη ψυχική και πνευματική διαύγεια ότι εμπιστεύομαι τον εαυτό μου στο επιστημονικό προσωπικό του τμήματος που με νοσηλεύει και δίνω την συγκατάθεσή μου να καθορίσουν και να εφαρμόσουν οποιαδήποτε διαγνωστική μέθοδο και θεραπευτική αγωγή ενδείκνυται με χειρουργικά, φαρμακευτικά και ακτινολογικά μέσα. Επίσης συγκατατίθεμαι και εμπιστεύομαι απόλυτα τους γιατρούς μου για κάθε άλλη ιατρική πράξη την οποία αυτοί θα κρίνουν αναγκαία (αναισθησία, μετάγγιση αίματος, παρακεντήσεις κ.λ.π.) για να αποκατασταθεί η υγεία μου, πάντοτε με πλήρη γνώση όλων των ενδεχόμενων για την ζωή μου κινδύνων κατά την εφαρμογή αυτών.*», Διαθέσιμο σε <https://www.synigoros.gr/?i=stp.el.porismata&yearFilter=2001>, (προσπελάσιμο 18.7.2019).

ιατρική έρευνα. Παρόλα αυτά, σε πολλές περιπτώσεις έχει καθιερωθεί να υπογράψει ο ασθενής ένα «έντυπο συναίνεσης και ενημέρωσης»<sup>70</sup>, το οποίο είναι χρήσιμο αποδεικτικά.

Τέλος, θα πρέπει να σημειωθεί ότι στον ΚΙΔ δεν γίνεται αναφορά για το θέμα της ανάκλησης της συναίνεσης. Παρόλα αυτά, θεωρείται ότι είναι ελεύθερα ανακλητή ακόμα και την τελευταία στιγμή, σύμφωνα με την υπερνομοθετικής ισχύος Σύμβαση του Οβιέδο (άρθρο 6 παρ. 5), καθώς αντίθετη άποψη θα προσέκρουε στην ίδια την έννοια της συναίνεσης και στο δικαίωμα αυτοδιάθεσης του ατόμου.

---

<sup>70</sup> Βλ. ενδεικτικά Έντυπα Συναίνεσης ασθενούς της α) Εθνικής Αρχής Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής και της β) Ελληνικής Ουρολογικής Εταιρίας Διαθέσιμα σε <http://eaiya.gov.gr/enimerosi/%CE%AD%CE%BD%CF%84%CF%85%CF%80%CE%B1-%CF%83%CF%85%CE%BD%CE%B1%CE%AF%CE%BD%CE%B5%CF%83%CE%B7%CF%82/> και <https://huanet.gr/wp-content/uploads/2017/07/diourithriki-kisteos.pdf> (προσπελάσιμα 19.7.2019).

**ΤΙΤΛΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟΣ.**  
**ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΧΩΡΙΣ ΤΗΝ ΕΓΚΥΡΗ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗ ΤΟΥ**  
**ΑΣΘΕΝΗ ΚΑΙ ΙΔΙΑΙΤΕΡΕΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ**

**Α. ΙΔΙΑΙΤΕΡΕΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΚΑΙ ΤΗ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗ**

**1. Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (Μ.Ε.Θ.)**

Μέσα στις Μ.Ε.Θ. οι ασθενείς διακρίνονται σε αυτούς που έχουν απώλεια συνείδησης (λ.χ. σε κώμα) και σε αυτούς που έχουν συνείδηση (εμφράγματα, τροχαία κ.ά.). Για ασθενείς με απώλεια συνείδησης, σε επείγουσες καταστάσεις, τις αποφάσεις τις λαμβάνει ο ιατρός (άρθρο 12 παρ. 3 α), ΚΙΔ), ενώ σε μη επείγουσες καταστάσεις τις αποφάσεις λαμβάνουν οι οικείοι ή ο δικαστικός συμπαραστάτης (άρθρο 12, παρ. 2 β) ββ, ΚΙΔ).

Ιδιαίτερος προβληματισμός υφίσταται στις περιπτώσεις που ο ασθενής, ο οποίος νοσηλεύεται στη ΜΕΘ έχει συνείδηση, αλλά ταυτόχρονα η αυτονομία του είναι περιορισμένη και η ψυχολογική πίεση που υφίσταται από την κρισιμότητα της κατάστασής του είναι βαρύνουσα. Το ψυχολογικό του προφίλ είναι ενός ανθρώπου που δεν έχει πλήρη ελευθερία κίνησης, έχει συρρίκνωση της ιδιωτικής και της οικογενειακής του ζωής και κατ' επέκταση ελάττωση της επικοινωνίας με τον «έξω κόσμο» και ως εκ τούτου καθίσταται ιδιαίτερα ευάλωτος. Λείπει, λοιπόν, η ψυχραιμία, για να μπορέσει να αντιληφθεί και να λάβει σημαντικές αποφάσεις για την υγεία του.

Σε αυτές τις περιπτώσεις, ο ιατρός στα μάτια του ασθενή φαντάζει ως κάποιος που έμμεσα θα «υποκαταστήσει την βούλησή του» αφού αυτός όπως αναφέρθηκε παραπάνω είναι ιδιαίτερα ευάλωτος. Το γεγονός αυτό έχει ως αποτέλεσμα, ο ιατρός να έχει την αυξημένη ηθική ευθύνη όσον αφορά την πλήρη, σαφή και κατανοητή ενημέρωση. Σε καμία περίπτωση δεν θα πρέπει να αυτενεργεί και να ξεχνά ότι ο ασθενής είναι - κατά κανόνα - ικανός να συναινέσει ύστερα από πληροφόρηση<sup>71</sup>.

---

<sup>71</sup> ΒΙΔΑΛΗΣ Τ., ΧΑΓΕΡ – ΘΕΟΔΩΡΙΔΟΥ Α., *Έκθεση για τη Συναίνεση στη σχέση ιατρού-ασθενούς*, Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής, 17 επομ.

## 2. Χειρουργικές επεμβάσεις γενικότερα

Ο ασθενής πρέπει να ενημερωθεί πλήρως για τον τρόπο και τις επιπλοκές της χειρουργικής επέμβασης. Στη χειρουργική, όμως, συνήθως η πραγματική κατάσταση της υγείας του ασθενή εμφανίζεται κατά τη διάρκεια της επέμβασης γι' αυτό ο ασθενής πρέπει να ενημερωθεί για την πιθανή ανάγκη επέκτασης της εγχείρησης εκ των προτέρων όταν αυτό έχει διαγνωστεί. Για παράδειγμα, ασθενής με καρκίνο μαστού πρέπει να ενημερωθεί έστω και για την μικρή πιθανότητα μαστεκτομής.

Στις περιπτώσεις που η ανάγκη χειρουργικής επέκτασης διαπιστωθεί κατά τη διάρκεια του χειρουργείου, αν υπάρχει άμεσος κίνδυνος για τη ζωή και την υγεία του ασθενή, ο ιατρός λειτουργεί χωρίς τη συναίνεσή του (άρθρο 8 Σύμβασης του Οβιέδο και άρθρο 12, παρ. 3, ΚΙΔ), ειδάλλως η επέκταση δεν λαμβάνει χώρα μέχρι ο ασθενής να καθίσταται ικανός προς παροχή συναίνεσης. Ο αναισθησιολόγος οφείλει να ενημερώσει και να πάρει τη συναίνεση πριν από το στάδιο της προνάρκωσης, για να υπάρχει ακέραια βούληση<sup>72</sup>.

## 3. Πλαστικές Χειρουργικές Επεμβάσεις

Οι συγκεκριμένες επεμβάσεις διαχωρίζονται ανάλογα με το λόγο για τον οποίο γίνονται σε θεραπευτικές, αισθητικές, κοσμητικές και αντιβαίνουσες στα χρηστά ήθη πλαστικές επεμβάσεις. Στην πρώτη κατηγορία, επιδιώκεται η αποκατάσταση τυχόν βλάβης σε όργανα και ιστούς, δηλαδή έχει θεραπευτικό σκοπό. Στη δεύτερη περίπτωση, επιδιώκεται η αποκατάσταση αποκλίσεων από τη φυσιολογική κατάσταση ενός ιστού ή οργάνου, δηλαδή έχει και αυτή θεραπευτικό σκοπό. Στις κοσμητικές επεμβάσεις, επιδιώκεται να διορθωθούν ατέλειες κάλλους και λόγω του μη θεραπευτικού χαρακτήρα τους, η ενημέρωση θα πρέπει να περιλαμβάνει ακόμα και τους ελάχιστους κινδύνους κάτι που διαφαίνεται και από το άρθρο 11, παρ. 3, ΚΙΔ. Οι αντιβαίνουσες στα χρηστά ήθη, για παράδειγμα αλλοίωση χαρακτηριστικών εγκληματία για την αποφυγή σύλληψής του, είναι πράξεις άδικες<sup>73</sup>.

---

<sup>72</sup> ΣΑΚΕΛΛΑΡΟΠΟΥΛΟΥ Β, *Η Ποινική Αντιμετώπιση του ιατρικού σφάλματος και η συναίνεση του ασθενούς στην ιατρική πράξη*, 35 επομ.

<sup>73</sup> Οπ. παρ. ΣΑΚΕΛΛΑΡΟΠΟΥΛΟΥ Β.

#### 4. Ασθενείς με τον ιό της επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας (HIV)

Στην περίπτωση αυτή, το με αριθμ. πρωτ. Υ1/3239/4.7.2000 έγγραφο του ΥΥΚΑ<sup>74</sup> καθορίζει ρητά ότι χωρίς τη συναίνεση του υποκειμένου, σε καμία περίπτωση δεν επιτρέπεται ο έλεγχος ανίχνευσης αντισωμάτων του ιού του HIV, ακόμα και αν γίνεται επίκληση για την προφύλαξη του προσωπικού, π.χ. πριν από μια χειρουργική επέμβαση. Περαιτέρω, υπάρχουν ειδικότερες ρυθμίσεις, όπως οι Κατευθυντήριες Οδηγίες<sup>75</sup> για τη διάγνωση της HIV λοίμωξης σε κλινικά και μη κλινικά πλαίσια του ΚΕΕΛΠΝΟ<sup>76</sup> (με τη συνεργασία της Ελληνικής Εταιρείας Μελέτης και Αντιμετώπισης του AIDS) του 2014, ενώ σημειώνεται ότι υπάρχει αναρτημένο έγγραφο συναίνεσης στο διαδικτυακό τόπο του ΕΟΔΥ.

Εξαίρεση στον κανόνα αυτό επιχείρησε να εισαγάγει η υγειονομική διάταξη 39α/2012 για τον «περιορισμό της διάδοσης λοιμωδών νοσημάτων» που εκδόθηκε την 1.4.2012 (ΦΕΚ Β' 1002), εν τω μεταξύ καταργήθηκε με νέα διάταξη (Υ.Α. 39728/30.4.2013, ΦΕΚ Β' 1085) και επανεργοποιήθηκε το 2013, για να καταργηθεί εκ νέου πάλι το 2015. Η υγειονομική διάταξη όριζε τα νοσήματα που μπορεί να αποτελέσουν κίνδυνο για τη δημόσια υγεία και τον έλεγχο τους. Για τα νοσήματα αυτά προβλεπόταν μεταξύ άλλων η δυνατότητα υποχρεωτικής υγειονομικής εξέτασης, νοσηλείας και θεραπευτικής αγωγής του ασθενή.

Νομοθετικά προβλέπονται εξαιρέσεις σε ειδικές κατηγορίες ατόμων που υπόκεινται στην εξέταση για τον περιοδικό ιατρικό έλεγχο όπως, των με αμοιβή εκδιδόμενων προσώπων (άρθρο 2 Ν. 2734/1999) και των αιμοδοτών (άρθρο 10 Ν. 3402/2005 και ΠΔ 1328/2005). Άλλες εξαιρέσεις συναντούνται στους δότες οργάνων ιστών και σπέρματος (άρθρο 8, παρ. 9 εδ α', Ν 3305/2005) και στα άτομα που υποβάλλονται σε ΙΥΑ (άρθρο 4, παρ. 2, Ν. 3305/2005).

---

<sup>74</sup> ΣΥΝΗΓΟΡΟΣ ΤΟΥ ΠΟΛΙΤΗ, Ανεξάρτητη Αρχή, ΠΟΡΙΣΜΑ: Περίθαλψη ασθενών και φορέων HIV – AIDS, «Πρόκειται για το μοναδικό κείμενο στην εσωτερική έννομη τάξη που αναφέρεται ειδικώς στα δικαιώματα των ασθενών και φορέων HIV/AIDS. Το έγγραφο αυτό επεξηγεί Διακηρύξεις των διεθνών οργανισμών και, υπό αυτήν την έννοια, αποτελεί χρήσιμο κείμενο για την ερμηνεία και εφαρμογή του Δικαίου». Διαθέσιμο σε <https://www.synigoros.gr/?i=health-and-social-welfare.el.dikaioma-ygeias-eidikon-omadon.25629> (προσπελάσιμο 4.9.2019).

<sup>75</sup> Διαθέσιμο σε [https://eody.gov.gr/wp-content/uploads/2018/12/hiv-testing\\_6-2014.pdf](https://eody.gov.gr/wp-content/uploads/2018/12/hiv-testing_6-2014.pdf) (προσπελάσιμο 21.7.2019).

<sup>76</sup> Πλέον ονομάζεται Εθνικός Οργανισμός Δημόσιας Υγείας ΕΟΔΥ, ενώ Σύμφωνα με το αρ. 63 του Ν.4600/9.3.2019 μέχρι τη συγκρότηση του Δ.Σ. του ΕΟΔΥ, οι αρμοδιότητές του ασκούνται από το Διοικητικό Συμβούλιο του ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ.

## **5. Μεταμοσχεύσεις ιστών και οργάνων**

Στις μεταμοσχεύσεις ιστών και οργάνων, το θέμα της ενημέρωσης και της συναίνεσης είναι πολυδιάστατο, λόγω της ευρύτητας των καταστάσεων. Εκτός της ενημέρωσης του λήπτη, ειδικές ρυθμίσεις υπάρχουν και για την ενημέρωση του ζώντα δότη που αφορούν ιδίως τη φύση της επέμβασης αφαίρεσης των οργάνων, την αναγκαία προετοιμασία του, τη διαδικασία και τον χρόνο αποκατάστασης της υγείας του και τους κινδύνους που εγκυμονεί η συγκεκριμένη επέμβαση για τη ζωή και την υγεία του, αλλά και τα οφέλη που προκύπτουν για τον λήπτη. Αξίζει να αναφερθεί ότι ο δυνητικός δότης, κατά την ενημέρωση που λαμβάνει, εκτός των άλλων, πληροφορείται κατά τη μεταμόσχευση οργάνων για τους κινδύνους που εγκυμονούν για τη ζωή του λήπτη.

Η παροχή ενημέρωσης αποδεικνύεται με προδιατυπωμένο έντυπο που συντάσσεται από τον Εθνικό Οργανισμό Μεταμοσχεύσεων και η συναίνεση είναι ρητή, ειδική και ανακλητή. (Βλ. άρθρο 7, παρ. β', γ' και άρθρο 16 παρ. 3 του Ν 3984/2011).

## **6. Ιατρικώς υποβοηθούμενη αναπαραγωγή (ΙΥΑ)**

Η ιατρικώς υποβοηθούμενη αναπαραγωγή δεν έχει θεραπευτικό σκοπό με την στενή έννοια του όρου. Για το λόγο αυτό η ενημέρωση θα πρέπει να είναι διευρυμένη αναφορικά με τις εναλλακτικές λύσεις, τις θετικές αλλά και τις αρνητικές συνέπειες της μεθόδου από ιατρική, κοινωνική, οικονομική και ηθική σκοπιά, καθώς και τους πιθανούς κινδύνους των μεθόδων που χρησιμοποιούνται, ώστε τα άτομα που συμμετέχουν να δώσουν ισχυρή συναίνεση (άρθρα 11, παρ. 3 και 30 ΚΙΔ). Οι βασικές αρχές εφαρμογής αυτών των μεθόδων, καθώς και η προστασία του νομότυπου της διαδικασίας, περιλαμβάνονται στον Ν. 3305/2005.

## **7. Αιμοδοσία**

Η αιμοδοσία είναι μία ιατρική πράξη η οποία δεν έχει θεραπευτικό σκοπό για τον δότη. Πρόκειται για πράξη εθελοντική και μη αμειβόμενη, την οποία ο ιατρός σύμφωνα με τον ΚΙΔ, πρέπει να ενθαρρύνει. Έτσι, λοιπόν, η ενημέρωση θα πρέπει να συμπεριλαμβάνει ακόμα και τους ελάχιστους κινδύνους για να υπάρξει ισχυρή συναίνεση, όπως αναφέρεται στο άρθρο 33 ΚΙΔ, «ο ιατρός γνωρίζει όλους τους κινδύνους...»

## 8. Ασθενείς με ψυχικές διαταραχές

Ο ιατρός έχει υποχρέωση να ενημερώνει πλήρως και κατανοητά τους ψυχικά ασθενείς για την κατάσταση της υγείας τους, τις θεραπευτικές διαδικασίες και να λαμβάνει τη συναίνεσή τους για όλες τις ιατρικές πράξεις. Ο ψυχίατρος δεν πρέπει να έχει ηγεμονικές αντιλήψεις και να αναγνωρίζει ότι ο ψυχικά ασθενής είναι δικαιωματικά εταίρος στη θεραπευτική διαδικασία. Όταν δεν υπάρχει δυνατότητα συνεννόησης ή υπάρχει άρνηση από τον ψυχικά ασθενή και κινδυνεύει η ζωή του ίδιου ή των ανθρώπων του περιβάλλοντός του, ο ιατρός λειτουργεί αυτοβούλως. Όταν δεν υπάρχει κατάσταση άμεσης ανάγκης και υπάρχει άρνηση από τον ψυχικά ασθενή, τότε ο ψυχίατρος λαμβάνει τη συναίνεση από το δικαστικό συμπαραστάτη και στην περίπτωση που δεν υπάρχει από τους οικείους του ασθενή (άρθρο 28 ΚΙΔ). Σε περίπτωση όμως, που και αυτοί αρνούνται ή αδιαφορούν, τότε ο ψυχίατρος εφαρμόζει τη διαδικασία της αναγκαστικής νοσηλείας (άρθρο 28, παρ. 8 εδ.β, ΚΙΔ), δηλαδή ο ιδιώτης ψυχίατρος, αναφέρει την κατάσταση στον εισαγγελέα ή τις αστυνομικές αρχές, ενώ ο ψυχίατρος που ανήκει σε νοσηλευτικό ίδρυμα ενημερώνει τα αρμόδια όργανα του ιδρύματος<sup>77</sup>.

## 9. Ιατρική έρευνα

Η ιατρική έρευνα είναι βασική προϋπόθεση προόδου όποια πρέπει, πρωτίστως να σέβεται την ανθρώπινη αξιοπρέπεια. Το άτομο που συμμετέχει σε αυτήν, να ενημερώνεται για την ύπαρξη και το μέγεθος των κινδύνων, για τα δικαιώματα προστασίας του, τον εθελοντικό χαρακτήρα της συμμετοχής του χωρίς οικονομικά ανταλλάγματα, καθώς και να έχει το δικαίωμα ελεύθερης ανάκλησης της συναίνεσης.

Η συναίνεση που θα δοθεί θα πρέπει να είναι ελεύθερη, ανεπιφύλακτη, ειδική και τεκμηριωμένη (άρθρα 24 έως 27 ΚΙΔ). Η υπουργική απόφαση ΔΥΓ 3/89292/2003 περιγράφει στην ίδια λογική με τον ΚΙΔ (άρθρα 24-27) τις προϋποθέσεις ενημέρωσης και συναίνεσης των ατόμων που συμμετέχουν στην κλινική έρευνα.

Ιδιαίτερη προστασία δίδεται από την ως άνω ΥΑ και από τον ΚΙΔ για τη συμμετοχή στην ιατρική έρευνα ανηλίκων, αλλά και ψυχικά ασθενείς. Στις περιπτώσεις αυτές πρέπει να υπάρχει άμεσο όφελος για την υγεία τους και η συμμετοχή τους να γίνεται υπό τη προϋπόθεση ότι δε δύναται να πραγματοποιηθεί

---

<sup>77</sup> ΣΑΚΕΛΛΑΡΟΠΟΥΛΟΥ Β, *Η Ποινική Αντιμετώπιση του ιατρικού σφάλματος και η συναίνεση του ασθενούς στην ιατρική πράξη*, 58 επομ.

έρευνα αντίστοιχης αποτελεσματικότητας σε άτομα που διαθέτουν ικανότητα συναίνεσης.

#### **10. Έγκυρη ιατρική παρέμβαση χωρίς τη συναίνεση του ασθενή**

Ο κανόνας για τη διενέργεια της ιατρικής πράξης προϋποθέτει τη λήψη έγκυρης συναίνεσης του ασθενή. Εξαιρέση κατά τον ΚΙΔ άρθρο 12, παρ. 3, απαντάται σε τρεις περιπτώσεις, όπου κατά τη διατύπωση του νόμου, «δεν απαιτείται συναίνεση» ως ανωτέρω αναφέρθηκαν, και συγκεκριμένα σε περίπτωση: α) της αδυναμίας έκφρασης του ασθενή σε κατεπείγουσες περιπτώσεις, β) της καταχρηστικής άσκησης δικαιώματος τρίτου και γ) της απόπειρας αυτοκτονίας.

#### **B. ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ ΧΩΡΙΣ ΤΗΝ ΕΓΚΥΡΗ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗ**

Εκτός των ανωτέρω τριών περιπτώσεων, δεν αναγνωρίζεται στον ιατρό δικαίωμα αυτόνομης ιατρικής πράξης. Προκειμένου να μην διαταραχθούν τα θεμέλια της νόμιμης παροχής υπηρεσιών, για να λειτουργήσει ο ιατρός θα πρέπει να καταφάσκονται σωρευτικά τα εξής: α) ενημέρωση του ασθενή από τον ιατρό, β) συναίνεση του ασθενή και γ) διενεργούμενη χειρουργική επέμβαση με βάση τους παραδεδειγμένους κανόνες της ιατρικής επιστήμης.

Κατά αποτέλεσμα, σύμφωνα με τα ανωτέρω, οι παράνομες πράξεις θα μπορούσαν να διαχωριστούν: α) στο ιατρικό σφάλμα που συνιστά παραβίαση των κανόνων της ιατρικής επιστήμης και τέχνης ή άλλως στα ιατρογενή σφάλματα, πριν, κατά και μετά τη διενέργεια της ιατρικής πράξης και β) στο ιατρικό σφάλμα της ελλιπούς συναίνεσης ή έλλειψη συναίνεσης ή άλλως στην αυθαίρετη ιατρική πράξη, δηλαδή διενέργεια ιατρικής πράξης χωρίς έγκυρη συναίνεση του ασθενή, ανεξάρτητα από επιτυχή έκβαση.

Στη δεύτερη αυτή περίπτωση, και εφόσον παραβιάζονται οι νομικοί κανόνες που διέπουν την ενημέρωση και τη συναίνεση, έχουμε μια μορφή ιατρικού σφάλματος με αποτέλεσμα τη θεμελίωση ευθύνης του ιατρού. Όμως, εάν ο ιατρός έχει την έγγραφη συναίνεση του ασθενή, αλλά παρέλειψε την ενημέρωσή του, έχουμε υποκατάσταση των κανόνων επιμέλειας από τους κανόνες που διέπουν την ενημέρωση και το ιατρικό σφάλμα μετατρέπεται σε σφάλμα ενημέρωσης<sup>78</sup>. Οι

<sup>78</sup> ΦΟΥΝΤΕΔΑΚΗ Κ., *Αστική Ιατρική Ευθύνη*, 195 επ.



μορφές ευθύνης του ιατρού για την παράνομη ιατρική πράξη<sup>79</sup> που οφείλεται σε ελλιπή συναίνεση ή έλλειψη συναίνεσης μπορούν να συστηματοποιηθούν ως ποινική, αστική και πειθαρχική.

## 1. Ποινική ευθύνη

Ιδιαίτερης μνείας χρήζει η περίπτωση της αυτόγνωμης ιατρικής πράξης, δηλαδή όταν η πράξη διενεργείται χωρίς την ενημερωμένη συναίνεση του παθόντος. Προϋπόθεση αναφορικά με τη διερεύνηση της ποινικής ευθύνης ιατρού σε σχέση με την αναγκαιότητα παροχής ή μη συναίνεσης από την πλευρά του ασθενή, αποτελεί σε κάθε περίπτωση, ο εντοπισμός του προστατευόμενου εννόμου αγαθού.

Υπάρχουν πολλές απόψεις στην επιστήμη που αναπτύχθηκαν πάνω στο συγκεκριμένο θέμα. Η κρατούσα στο ελληνικό<sup>80</sup>, αλλά και το γερμανικό δίκαιο<sup>81</sup>, άποψη είναι ότι η ιατροχειρουργική επέμβαση χαρακτηρίζεται ως σωματική βλάβη σύμφωνα με το άρθρο 308 παρ. 2 του Ποινικού Κώδικα<sup>82</sup>.

Το προστατευόμενο έννομο αγαθό είναι αυτό της υγείας ή της σωματικής ακεραιότητας και ο άδικος χαρακτήρας της βλάβης αίρεται όταν η ιατρική πράξη επιχειρείται με τη συναίνεση του παθόντος και συνεπώς η πρόκληση σωματικής βλάβης δεν είναι τελικά άδικη. Καταφάσκεται, επίσης, σωματική βλάβη ακόμα και

---

<sup>79</sup> Το πότε και πως το ιατρικό σφάλμα συνιστά παραβίαση των κανόνων της ιατρικής επιστήμης και τέχνης δεν αποτελεί περιεχόμενο της παρούσας εργασίας, συνοπτικά όμως θα μπορούσαμε να αναφέρουμε ότι μπορεί να οφείλεται σε: 1) διαγνωστικά σφάλματα κατά την διάρκεια της διάγνωσης, 2) θεραπεία και θεραπευτικές αστοχίες, 3) χειρουργική επέμβαση α) κατά το προεγχειρητικό στάδιο, β) κατά την επέμβαση, γ) κατά το μετεγχειρητικό στάδιο ή το στάδιο μετά την επέμβαση και 4) άρνηση του ιατρού να παρέχει ιατρικές υπηρεσίες

<sup>80</sup> ΣΑΚΕΛΛΑΡΟΠΟΥΛΟΥ Β., *Η Ποινική Αντιμετώπιση του ιατρικού σφάλματος και η συναίνεση του ασθενούς στην ιατρική πράξη*, 75-80.

<sup>81</sup> Βλ. ANARGYROS KON. CHATZOPLAKIS, «Die Einwilligung des Patienten als Rechtfertigungsgrund der Körperverletzung» σελ. 7» *Κάθε ιατρική πράξη συνιστά μία σωματική βλάβη μέσα στα πλαίσια του §§ 223ff. StGB; 823 I BGB ... Είναι αδιάφορο αν η ιατρική επέμβαση που διεξάχθηκε ήταν διαγνωσμένη ή lege artis και είχε ως σκοπό την ίαση του ασθενή, -με αναφορά του και σε διαφοροποιημένη άποψη του CHRISTOPH KNAUER «Ärztlicher Heileingriff, Einwilligung, und Aufklärung», σελ. 10-21, σύμφωνα με τον οποίο όταν πραγματοποιούνται ιατρικές πράξεις με ελάχιστη παρέμβαση (στον ανθρώπινο οργανισμό) και οι οποίες κατά αποτέλεσμα οδηγούν σε βελτίωση της κατάστασης υγείας του ασθενή, όπως η διάνοιξη αποστήματος, η ενέσιμη χορήγηση παυσίπονου για την ανακούφιση από ισχυαλγία και η επανοποθέτηση εξάρθρωσης ώμου δεν συνιστούν προσβολή της υγείας ή της σωματικής ακεραιότητας. Διαθέσιμο στο αρχείο του Διεθνούς Πανεπιστημίου της Δρέσδης, Γερμανία, 2011.*

<sup>82</sup> Άρθρο 308 ΠΚ. «Απλή σωματική βλάβη. Οποιος με πρόθεση προξενεί σε άλλον σωματική κάκωση ή βλάβη της υγείας του τιμωρείται με φυλάκιση μέχρι τριών ετών. Αν η κάκωση ή η βλάβη της υγείας που του προξένησε είναι εντελώς ελαφρά, τιμωρείται με φυλάκιση το πολύ έξι μηνών ή με χρηματική ποινή. Και αν είναι ασήμαντη, τιμωρείται με κράτηση ή πρόστιμο. Η σωματική βλάβη της §.1 δεν είναι άδικη, όταν επιχειρείται με τη συναίνεση του παθόντος και δεν προσκρούει στα χρηστά ήθη». (Διάταξη πριν την κύρωση του Ν 4619/2019, ΦΕΚ Α' 95/11.6.2019)

εάν η ιατροχειρουργική επέμβαση έγινε *lege artis*. Επομένως, η συναίνεση του ασθενή αποτελεί κατά κανόνα προϋπόθεση για τον αποκλεισμό της ευθύνης του ιατρού για πρόκληση σωματικής βλάβης ακόμα και αν η επέμβαση έγινε *lege artis* και ήταν επιτυχής. Σημειωτέον, ότι στον ελληνικό ποινικό κώδικα γίνεται αναφορά στη συναίνεση του παθόντος μόνο στην περίπτωση της απλής σωματικής βλάβης, ενώ στις υπόλοιπες περιπτώσεις, που ανήκει και η πλειονότητα των χειρουργικών επεμβάσεων, λόγο άρσης του αδίκου υποστηρίζεται ότι αποτελεί ο χαρακτήρας της επέμβασης ως «εξυπηρετούσης το αληθές συμφέρον του εγχειρούμενου» ή ως «κοινωνικώς προσφόρου πράξεως», άλλως ως «επιτρεπτής ρισκοκίνδυνου δράσεως» όπως γίνεται στην έρευνα<sup>83</sup>.

Αναγκαία κρίνεται η αναφορά στη συχνά επικαλούμενη επιχειρηματολογία από την πλευρά του ιατρικού προσωπικού, όπου τονίζεται ο στιγματισμός της ιατρικής επέμβασης, η οποία χαρακτηρίζεται ως καταρχήν άδικη πράξη σωματικής βλάβης, ενώ θα έπρεπε να λαμβάνεται υπόψη και το επιδιωκόμενο αποτέλεσμα. Αυτό έχει ως συνέπεια να διαταράσσεται η σχέση εμπιστοσύνης ανάμεσα στον ιατρό και τον ασθενή και έτσι να περιορίζεται, η παραδοσιακή "ασυλία" που εξασφαλιζόταν από την κατοχή ειδικής επιστημονικής γνώσης.

Κατά άλλη εκφρασθείσα στην επιστήμη άποψη δεν καταφάσκει το αδίκημα της σωματικής βλάβης, αφού η ιατρική πράξη είναι μια ενδεδειγμένη επιλογή, ενώ εδώ διαφαίνεται και μια άλλη παράμετρος της ιατρικής πράξης, δηλαδή η θεραπευτική αναγκαιότητά της. Κατά την άποψη αυτή, συναίνεση απαιτείται, για να μην συνιστά η ίδια η πράξη προσβολή της προσωπικότητας του ασθενή, και αυτό γιατί ο ασθενής έχει το δικαίωμα να αυτοκαθορίζεται ως προς το σώμα και την υγεία του, κάτι που συνιστά έκφανση του συνταγματικά κατοχυρωμένου δικαιώματος της ελεύθερης ανάπτυξης της προσωπικότητάς του<sup>84</sup>. Συνεπώς, εάν ο ιατρός επιχειρήσει ιατρική πράξη χωρίς τη συναίνεση του ασθενή, ακόμα και αν αυτή έγινε *lege artis*, διαπράττει την αξιόποινη πράξη της παράνομης βίας, κατά το άρθρο 330 του ΠΚ, αφού το έννομο αγαθό που προσβάλλεται είναι η προσωπική ελευθερία<sup>85</sup>.

---

<sup>83</sup> ΣΑΚΕΛΛΑΡΟΠΟΥΛΟΥ Β., *Η Ποινική Αντιμετώπιση του ιατρικού σφάλματος και η συναίνεση του ασθενούς στην ιατρική πράξη*, 75-80.

<sup>84</sup> ΦΟΥΝΤΕΔΑΚΗ Κ., *Αστική Ιατρική Ευθύνη*, 200 επομ.

<sup>85</sup> Άρθρο 330 Ποινικού Κώδικα. «Παράνομη βία. Όποιος χρησιμοποιώντας σωματική βία ή απειλή σωματικής βίας ή άλλης βίαιης πράξης ή παράλειψης εξαναγκάζει άλλον σε πράξη, παράλειψη ή ανοχή για τις οποίες ο παθών δεν έχει υποχρέωση τιμωρείται με φυλάκιση μέχρι δύο ετών, ανεξάρτητα αν το

Σύμφωνα με άποψη που διατυπώθηκε στον γερμανικό χώρο από τον Laufs<sup>86</sup>, λόγος άρσης του παράνομου χαρακτήρα της πράξης είναι ο συνδυασμός της συναίνεσης με την ιατρική αναγκαιότητα.

Νομολογιακά, οι αποφάσεις ποινικών δικαστηρίων πρώτου και δευτέρου βαθμού δέχονται ότι είναι επιτακτικότερη η ανάγκη συναίνεσης του ενημερωμένου ασθενή σε περιπτώσεις βελτίωσης της υγείας που δεν υπαγορεύονται από κίνδυνο ζωής. Σε επίπεδο ακυρωτικού δικαστηρίου (Α.Π.) δεν φαίνεται να γίνεται αναφορά στο θέμα της συναίνεσης, αλλά σε καθαρά ποινικές διατάξεις<sup>87</sup>.

Σύμφωνα με τη δεύτερη άποψη, η αυτόγνωση ιατρική πράξη αποτελεί προσβολή της προσωπικότητας του ασθενή με την έννοια του άρθρου 57 ΑΚ<sup>88</sup>. Υποστηρίζεται στον ιατρικό χώρο ότι η θεωρία αυτή δεν είναι «στιγματιστική». Το βάρος απόδειξης περί ανυπαρξίας έγκυρης συναίνεσης επιρρίπτεται στον ενάγοντα ασθενή λόγω του ότι η ύπαρξη έγκυρης συναίνεσης είναι προϋπόθεση για να μην θεωρηθεί εξ αρχής η άδικη πράξη του άρθρου 330 ΠΚ.

Συνεπώς, σύμφωνα με τους υποστηρικτές της θεωρίας αυτής περιορίζεται η αξίωση μόνο στη χρηματική αποζημίωση λόγω ηθικής βλάβης. Διευκρινίζεται ότι λόγος γίνεται μόνο για την παραβίαση της ενημέρωσης, χωρίς να υπάρχει και παράλληλη σωματική βλάβη. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι υπάρχουν αποφάσεις που τοποθετούν το ιατρικό σφάλμα στη νομική βάση της προσβολής της προσωπικότητας και οι οποίες αφορούν την υπαίτια παράλειψη του ιατρού να ενημερώσει τον ασθενή. Ανεξαρτήτως, πάντως, από την προαναφερθείσα διάσταση απόψεων, είναι ορθότερο να γίνει δεκτό ότι ο ασθενής έχει αξίωση προς αποκατάσταση της ζημίας από κάθε βλάβη στο σώμα και την υγεία του, η οποία συνοδεύεται αιτιωδώς με την αυθαίρετη ιατρική πράξη, χωρίς να έχει νομική σημασία το γεγονός ότι η πράξη εκτελέστηκε

---

*απειλούμενο κακό στρέφεται εναντίον εκείνου που απειλείται ή κάποιου από τους οικείους του».* (Διάταξη πριν την κύρωση του Ν 4619/2019, ΦΕΚ Α' 95/11.6.2019).

<sup>86</sup> ΒΟΥΛΤΣΟΣ Π., ΧΑΤΖΗΤΟΛΙΟΣ Α., *Η συναίνεση του ασθενούς στα πλαίσια του νέου κώδικα ιατρικής δεοντολογίας*, Ιατρικό Βήμα. Απρίλιος - Μάιος 2006.

<sup>87</sup> ΤΟΠΑΛΗΣ Σ., ΧΟΒΑΡΔΑ Χ., *Η Ιατρική ευθύνη μέσα από τη νομολογία σε ΓΩΓΟΣ Κ./ΚΑΪΑΦΑ - ΓΚΜΠΙΑΝΤΙ Μ./ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΥ Λ./ ΦΟΥΝΤΕΔΑΚΗ Κ.*, (επιμ) Η ιατρική ευθύνη στη πράξη: Νομολογιακές τάσεις της τελευταίας δεκαετίας, Ερευνητικό Δίκτυο ΑΠΘ, Ιατρική Πράξη Βιοιατρική και Βιοδίκαιο, Αθήνα: Νομική Βιβλιοθήκη, 2010, 5 επόμ.

<sup>88</sup> Άρθρο 57 ΑΚ, «Δικαίωμα στην προσωπικότητα. Όποιος προσβάλλεται παράνομα στην προσωπικότητά του έχει δικαίωμα να απαιτήσει να αρθεί η προσβολή και να μην επαναληφθεί στο μέλλον. Αν η προσβολή αναφέρεται στην προσωπικότητα προσώπου που έχει πεθάνει, το δικαίωμα αυτό έχουν ο σύζυγος, οι κατιόντες, οι ανιόντες, οι αδελφοί και οι κληρονόμοι του από διαθήκη. Αξίωση αποζημίωσης σύμφωνα με τις διατάξεις για τις αδικοπραξίες δεν αποκλείεται» Άρθρο 914 ΑΚ «Όποιος ζημιώσει άλλον παράνομα και υπαίτια έχει υποχρέωση να τον αποζημιώσει».

*lege artis*, καθώς κατ'αυτό τον τρόπο προστατεύεται η προσβολή των αγαθών που απορρέουν από την ανθρώπινη προσωπικότητα<sup>89</sup>.

## 2. Αστική ευθύνη

Η αστική ιατρική ευθύνη καταφάσκει σε περίπτωση πρόκλησης ζημίας κατά την έννοια του ΑΚ (παραπομπή στην έννοια της ζημίας του ΑΚ) και συνεπώς ο ζημιών ιατρός υποχρεούται σε καταβολή αποζημίωσης.

Πρωταρχικώς, καθίσταται απαραίτητο να διασαφηνιστεί η διαφορά μεταξύ των εννοιών «συναίνεσης» και «κατάρτισης σύμβασης ιατρικής αγωγής». Σύμφωνα με τα αναφερόμενα στη σχετική ενότητα<sup>90</sup>, η συναίνεση παρέχεται από τον ασθενή για ορισμένη ιατρική πράξη και πάντα πριν από την εκτέλεσή της. Με τον τρόπο αυτό, εκδηλώνεται η αυτοδιάθεση του ασθενή ως προς το σώμα του και αποτελεί το πραγματικό γεγονός που θα νομιμοποιήσει τον ιατρό να εκτελέσει την ιατρική πράξη.

Με τη δήλωση βουλήσεως καταρτίζεται η σύμβαση ιατρικής αγωγής, η οποία αποσκοπεί στη διάγνωση και τη θεραπεία του ασθενή και αφορά όλες τις ιατρικές πράξεις που θα κριθούν αναγκαίες από τον ιατρό στο μέλλον. Η διαφορά έγκειται στην δικαιοπρακτική ικανότητα, και συγκεκριμένα, στην πρώτη περίπτωση, η εγκυρότητα της συναίνεσης απαιτεί την ικανότητα του άρθρου 12 παρ. 2 ΚΙΔ, ενώ στη δεύτερη περίπτωση, τη συνήθη ικανότητα του ΑΚ.

Εάν ακολουθηθεί η πρώτη ανωτέρω αναφερόμενη στην ποινική ευθύνη άποψη περί αυτόγνωμης ιατρικής παρέμβασης ως τελικά άδικης σωματικής βλάβης, γεννάται αξίωση αποζημίωσης από αδικοπραξία κατ' άρθρο 914 ΑΚ. Ενώ εάν γίνει αποδεκτή η δεύτερη άποψη, που θεωρεί ότι υπάρχει προσβολή της προσωπικότητας του ασθενή, μπορεί εξίσου να γεννηθεί αξίωση αποζημίωσης με βάση τα άρθρα 57 επ. ΑΚ σε συνδυασμό με τις διατάξεις της αδικοπραξίας. Ουσιαστικά, ο ασθενής δικαιούται να αναζητήσει την αποκατάσταση της υλικής ζημίας (θετικής και αποθετικής) και χρηματική ικανοποίηση για αποκατάσταση της ηθικής βλάβης, που υπέστη από την αυτόγνωμη επέμβαση, υπό την προϋπόθεση της ύπαρξης και υπαιτιότητας του ιατρού. Συνεπώς, η έλλειψη έγκυρης συναίνεσης μπορεί με κάποιο

---

<sup>89</sup> ΦΟΥΝΤΕΔΑΚΗ Κ., Ο νέος Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας, 16.

<sup>90</sup> Βλ. ΤΙΤΛΟΣ ΠΡΩΤΟΣ, υπό Β)

τρόπο να αποδοθεί σε αμελή εκπλήρωση των υποχρεώσεών του, συνήθως της υποχρέωσης για πλήρη, σαφή και κατανοητή ενημέρωση του ασθενή<sup>91</sup>.

### **3. Πειθαρχική ευθύνη**

Η πειθαρχική ευθύνη απορρέει από την παράβαση των γενικών διατάξεων που αφορούν στην άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος και μπορεί να επιβληθούν πειθαρχικές κυρώσεις εις βάρος του ιατρού από τα αρμόδια πειθαρχικά συμβούλια των ιατρικών συλλόγων<sup>92</sup> ή και από το Νομικό Πρόσωπο όταν δεν πρόκειται για ιδιώτη ιατρό, αλλά δημόσιου θεραπευτηρίου.

---

<sup>91</sup> ΔΟΥΓΑΛΗΣ Ζ., Ερμηνεία Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας (Ν 3418/2005), 155.

<sup>92</sup> Βλ. Ν. 4512/2018, συγκεκριμένα άρθρα 319 επόμενα αναφορικά με τη νομοθετική ρύθμιση του Πειθαρχικού Δικαίου, και ιδιαίτερα το άρθρο 338 «Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας: Οποιαδήποτε απόφαση αντίθετη με τις διατάξεις του ν. 3418/2005 (Α 287) είναι άκυρη...»

## ΤΙΤΛΟΣ ΤΡΙΤΟΣ. ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΚΑΙ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ

### A. ΣΧΕΣΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΜΕ ΤΗΝ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ

Οι ιατροί και γενικά οι εργαζόμενοι στις βιοϊατρικές επιστήμες αντιμετωπίζουν καθημερινά αποδέκτες υπηρεσιών υγείας προσπαθώντας να διατηρήσουν, να βελτιώσουν και να αποκαταστήσουν τη σωματική, πνευματική και ψυχική υγεία των τελευταίων.

Πέραν του συνόλου των τεχνικών και γνωστικών ικανοτήτων δηλαδή των «σκληρών δεξιοτήτων» (hard skills) που έχουν αποκομίσει και αποδεικνύονται από τους τίτλους σπουδών, την πιστοποιημένη γνώση και την πρακτική εμπειρία, όπως λ.χ. πτυχιακές σπουδές στην Ιατρική Σχολή και την μετέπειτα ειδίκευση τους, υπάρχει μια σειρά από πνευματικές δεξιότητες που θα πρέπει να τους χαρακτηρίζει. Ο λόγος για τις αποκαλούμενες «ήπιες δεξιότητες» (soft skills)<sup>93</sup> οι οποίες πλέον θεωρούνται απαραίτητο προσόν για κάθε επαγγελματία υγείας.

Οι «ήπιες δεξιότητες» εφαρμόζονται ευρέως σε όλα σχεδόν τα επαγγέλματα και είναι αυτές που χαρακτηρίζουν τις σχέσεις των ατόμων με τον επαγγελματικό και κοινωνικό περίγυρο, καθώς αντανακλούν τη συνολική προσέγγιση για τη ζωή και την εργασία και σχετίζονται με τη συναισθηματική νοημοσύνη και τα βασικά χαρακτηριστικά της προσωπικότητας<sup>94</sup>. Ουσιαστικά πρόκειται για δεξιότητες<sup>95</sup> οι οποίες μπορούν να αποκτηθούν από οποιαδήποτε κοινωνική και επαγγελματική κατάσταση και να χρησιμεύσουν σε οποιαδήποτε άλλη. Δεν είναι συνήθως δύσκολο

---

<sup>93</sup> Το OXFORD ADVANCED LEARNER'S DICTIONARY στον όρο «soft skills» δίνει τον ορισμό «*personal qualities that enable you to communicate well with other people*», Διαθέσιμο σε <https://www.oxfordlearnersdictionaries.com/definition/english/soft-skills?q=soft+skills>, (προσπελάσιμο 5.9.2019). Το COLLINS DICTIONARY δίνει τον ορισμό «*desirable qualities for certain forms of employment that do not depend on acquired knowledge: they include common sense, the ability to deal with people, and a positive flexible attitude*» Διαθέσιμο σε <https://www.collinsdictionary.com/dictionary/english/soft-skills> (προσπελάσιμο 5.9.2019).

<sup>94</sup> ABBAS ABDOLI SEJZI, BAHARUDDIN ARIS, CHAN PEY YUH, *Important Soft Skills for University Students in 21st Century*, 4th International Graduate Conference on Engineering, Science, and Humanities, (IGCESH 2013) Universiti Teknologi Malaysia (UTM), Johor, Malaysia, 16-17 April 201, 1088-1093.

<sup>95</sup> Μια κατηγοριοποίηση αφορά: δεξιότητες επικοινωνίας, κρίσιμη και δομημένη σκέψη, δεξιότητες επίλυσης προβλημάτων, δημιουργικότητα, ικανότητα ομαδικής εργασίας, διαπραγματευτικές ικανότητες, αυτοδιαχείριση, διαχείριση χρόνου, διαχείριση συγκρούσεων, πολιτιστική ευαισθητοποίηση, κοινή γνώση, ευθύνη, εθιμοτυπία και καλοί τρόποι, αυτοεκτίμηση, κοινωνικότητα, ακεραιότητα, ενσυναίσθηση, ηθική εργασίας, διαχείριση έργου, επιχειρηματική διαχείριση. Άλλη πάλι κατηγοριοποίηση αναφέρεται σε: επικοινωνιακές δεξιότητες, ηγετικές δεξιότητες, άσκηση επιρροής, διαπροσωπικές δεξιότητες, ατομικές δεξιότητες, δημιουργικότητα και επαγγελματικές δεξιότητες.

να παρατηρηθούν, να ποσοτικοποιηθούν και να μετρηθούν, ενώ η απαρίθμησή τους ποικίλει<sup>96</sup>. Οι δεξιότητες επικοινωνίας συμπεριλαμβάνουν και την ικανότητα της αποτελεσματικής μεταφοράς της σκέψης, καθώς και την ικανότητα να μπορεί το άτομο να ακούει και να κατανοεί τα λεγόμενα του άλλου προσώπου.

Αντιθέτως, τα *hard skills* περιγράφουν το σύνολο των ικανοτήτων που έχει ένα άτομο και τα χρησιμοποιεί για τη διεκπεραίωση συγκεκριμένων καθηκόντων, που οριοθετούνται και περιορίζονται εντός συγκεκριμένου επαγγέλματος.

Η σχέση ιατρού ασθενή είναι αμφίδρομη και δεν αρκείται στην απλή ανταλλαγή πληροφοριών. Στον ιατρικό χώρο, η επικοινωνία ιατρού - ασθενή ή ευρύτερα κλινική ψυχολογία<sup>97</sup> θα πρέπει να οδηγεί στη θεμελίωση μιας ιδιαίτερης διαπροσωπικής σχέσης, όπως άλλωστε ορίζεται και από το άρθρο 8 παρ. 2 ΚΙΔ «*Η ιατρική ως σχέση εμπιστοσύνης και σεβασμού. 1... 2. Ο ιατρός φροντίζει για την ανάπτυξη σχέσεων αμοιβαίας εμπιστοσύνης και σεβασμού μεταξύ αυτού και του χρήστη - ασθενή...*»

Το «είδος» της ενημέρωσης που προάγει ο ΚΙΔ είναι το βιοψυχοκοινωνικό<sup>98</sup> μοντέλο. Στο πλαίσιο του μοντέλου αυτού, ο ασθενής ενθαρρύνεται να συνειδητοποιήσει τις επιπτώσεις της συμπεριφοράς του που μπορούν να επηρεάσουν την υγεία του, ενώ η προτεινόμενη αναθεώρηση του τρόπου ζωής του ασθενή και η υιοθέτηση νέων συμπεριφορών προωθούν και διατηρούν το επίπεδο υγείας του. Το μοντέλο αυτό προάγει την ουσιαστική συνεργασία ιατρού – ασθενή μέσα από μια αποτελεσματική «επικοινωνία» και με τον τρόπο αυτό απομακρυνόμαστε από την επιβολή της άκαμπτης κυριαρχίας του πατερναλιστικού προτύπου προηγούμενων ετών. Μέσω αυτής της διαδικασίας, ο ιατρός κατά την ενημέρωσή<sup>99</sup> θα «επικοινωνήσει» με τον ασθενή και αυτός με τη σειρά του καθίσταται πλέον ικανός

---

<sup>96</sup> ZHANG A., *Peer assessment of soft skills and hard skills*, Journal of Information Technology Education: Research, 2012, 11(1): 155–168.

<sup>97</sup> ΠΑΠΑΓΙΑΝΝΗΣ, ΑΝ., *Μιλώντας με τον άρρωστο: εισαγωγή στην κλινική επικοινωνία*, Θεσσαλονίκη: University Studio Press, 2017, 2<sup>η</sup> αναθεωρημένη έκδοση, 16.

<sup>98</sup> ΠΑΠΑΔΑΤΟΥ Δ., ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΠΟΥΛΟΣ Φ., *Η Ψυχολογία στο χώρο της Υγείας*, Θεσσαλονίκη: Ελληνικά Γράμματα, 1999, 11 επομ.

<sup>99</sup> [Άρθρο 11 παρ.1 ΚΙΔ «*..Οφείλει να ενημερώνει πλήρως και κατανοητά τον ασθενή για την πραγματική κατάσταση της υγείας του, το περιεχόμενο και τα αποτελέσματα της προτεινόμενης ιατρικής πράξης, τις συνέπειες και τους ενδεχόμενους κινδύνους ή επιπλοκές από την εκτέλεσή της, τις εναλλακτικές προτάσεις, καθώς και για τον πιθανό χρόνο αποκατάστασης...*»

να μπορέσει να προχωρήσει στη λήψη αποφάσεων, δηλώνοντας την αβίαστη συναίνεσή του<sup>100</sup>.

Θα μπορούσαμε να συνοψίσουμε δύο βασικά σημεία ως στόχο της μεταξύ τους σχέσης, αρχικά μέσω της ανάπτυξης μιας καλής διαπροσωπικής σχέσης, η οποία θα βοηθήσει να μεταβιβαστεί η πληροφορία για την κατάσταση της υγείας στον ασθενή, όπως αυτό αναφέρεται στο άρθρο 11 ΚΙΔ, οδηγώντας στην «δημιουργία» ενός ενημερωμένου πλέον ασθενή, ο οποίος καθίσταται ικανός στην λήψη αποφάσεων και την παραχώρηση έγκυρης συναίνεσης.

Η «επικοινωνία», λοιπόν, είναι μια βασική ήπια δεξιότητα και η «ενημέρωση» είναι μια νομική υποχρέωση. Ως εκ τούτου, μπορούμε να πούμε ότι η επικοινωνία είναι ένα απαραίτητο εργαλείο για να καταφαιθεί - υλοποιηθεί η νομοθεσία.

## **B. Η ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ - ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΩΣ ΚΑΘΟΡΙΣΤΙΚΟ ΣΤΟΙΧΕΙΟ ΤΟΥ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ**

Η επικοινωνία στη σχέση μεταξύ ιατρού και ασθενή είναι καθοριστική και ουσιώδης για οποιαδήποτε πάθηση. Ωστόσο υπάρχουν κάποιες ιδιαίτερες συνθήκες που η σχέση μεταξύ των δύο μερών αποκτά ιδιαίτερη βαρύτητα, καθώς ο τρόπος που ο ιατρός επικοινωνεί και ενημερώνει τον ασθενή καθορίζει σημαντικά πτυχές της καθημερινής του ζωής του τελευταίου. Χαρακτηριστικά παραδείγματα αποτελούν οι χρόνιες παθήσεις, όπως ο σακχαρώδης διαβήτης, η σκλήρυνση κατά πλάκας, και φυσικά ο καρκίνος. Παρακάτω θα γίνει αναφορά σε οι ασθενείς με καρκίνο, νόσο, η οποία επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό την ψυχολογία των ασθενών, καθώς συνδέεται με ένα σημαντικό αριθμό θνησιμότητας. Αυτές τις περίπλοκες καταστάσεις καλείται ο ιατρός να διαχειριστεί κατά τη διάρκεια της ενημέρωσης.

### **1. Παράγοντες που επηρεάζουν τη σχέση ιατρού – ασθενή**

Όπως αναφέρθηκε, η σχέση ιατρού ασθενή είναι αμφίδρομη και δεν αρκείται στην απλή ανταλλαγή πληροφοριών. Ο τρόπος και η διαδικασία της ενημέρωσης, πέραν των νομοθετικών ρυθμίσεων σε παγκόσμιο επίπεδο, δεν παύει στην πράξη να ποικίλει από χώρα σε χώρα και να εξατομικεύεται αφενός μεν από διάφορους

---

<sup>100</sup> [... έτσι ώστε ο ασθενής να μπορεί να σχηματίζει πλήρη εικόνα των ιατρικών, κοινωνικών και οικονομικών παραγόντων και συνεπειών της κατάστασής του και να προχωρεί, ανάλογα, στη λήψη αποφάσεων»].



δημογραφικούς και πολιτιστικούς παράγοντες, αφετέρου δε από το γεγονός ότι οι ασθενείς διαφέρουν σε ατομικό επίπεδο. Σημαντικό ρόλο διαδραματίζει και το είδος της πάθησης σε σχέση με τον όγκο των πληροφοριών που επιθυμούν να λάβουν, γεγονός που μπορεί να μεταβάλλεται κατά τη διάρκεια της νόσου<sup>101</sup>.

Το κρίσιμο είναι ότι η ενημέρωση αποτελεί παράμετρο της παρεχόμενης φροντίδας, καθορίζοντας το επίπεδο και το τελικό θεραπευτικό αποτέλεσμα βάσει αυτών που αποκόμισε ο ασθενής από την επικοινωνία του με τον ιατρό (για το λόγο αυτό και αποτελεί αντικείμενο πολλών μελετών). Μάλιστα, υποστηρίζεται ότι η ενημέρωση θα πρέπει να είναι εξατομικευμένη<sup>102</sup> καθώς φαίνεται πως υπάρχει συσχέτιση της πληροφόρησης με την ποιότητα ζωής, το άγχος και την κατάθλιψη<sup>103</sup>.

Συμφώνα με την Ευρωπαϊκή μελέτη QUALICOPC για την αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ) στην Ευρώπη, στην οποία συμμετείχαν 34 Ευρωπαϊκές χώρες, συμπεριλαμβανομένης και της Ελλάδας, αναδείχθηκαν κάποιοι σημαντικοί παράγοντες, μεταξύ των οποίων η ανάπτυξη προσδοκιών στο πλαίσιο προσωποκεντρικής φροντίδας που αφορούν τη στάση ευγένειας και σεβασμού του ιατρού προς τους ασθενείς, η αφιέρωση επαρκούς χρόνου, η εστίαση της προσοχής στους ασθενείς, η παροχή σαφών οδηγιών και ειδικά η αντιμετώπισή τους ως πρόσωπα και όχι ως «προβλήματα υγείας»<sup>104</sup>.

Ένας άλλος παράγοντας που επηρεάζει τη μεταξύ τους σχέση είναι η αντίληψη που έχει ο ασθενής για την ασθένεια και γενικότερα για τον πόνο. Η αντίληψη αυτή σχετίζεται με προηγούμενες εμπειρίες, επηρεαζόμενες σε σημαντικό βαθμό από θρησκευτικές και πολιτισμικές του πεποιθήσεις. Είναι γεγονός ότι η αυξανόμενη μετακίνηση πληθυσμών, λόγω της παγκοσμιοποίησης (οικονομικοί

---

<sup>101</sup> MISTRY A., WILSON S., PRIESTMAN T., DAMERY S., HAQUE MS., *How do the information needs of cancer patients differ at different stages of the cancer journey? A cross-sectional survey*, J R Soc Med Short Rep 2010, 1-30.

<sup>102</sup> HUSSON O., MOLS F., VAN DE POLL-FRANSE L.V., *The relation between information provision and health-related quality of life, anxiety and depression among cancer survivors: A systematic re-view*, Ann Oncol 2011, 22:761-772.

<sup>103</sup> BROWN F. L., KROENKE K., THEOBALD E. D., JINGWEI W., WANZHU T., *The association of depression and anxiety with health-related quality of life in cancer patients with depression and/or pain*, Psychooncology, 2010, 19: 734-741.

<sup>104</sup> Community Research and Development Information Service (CORDIS), European Commission's primary source of results from the projects funded by the EU's framework programmes for research and innovation (FP1 to Horizon 2020), Διαθέσιμο σε <https://cordis.europa.eu/project/rcn/103890/factsheet/en> (προσπελάσιμο 4.9.2019). LIONIS C., PAPANAKIS S., TATSI C., BERTSIAS A., DUIJKER G., MEKOURIS P. B., *et al*, *Informing Primary Care Reform In Greece: Patient Expectations And Experiences (the QUALICOPC study)*, BMC Health Serv Res. 2017, 17: 255, Published online 2017 Apr 5, doi:10.1186/s12913-017-2189-0

μετανάστες) και πολιτικών ασταθειών αποτέλεσμα πολεμικών συρράξεων (πολιτικοί πρόσφυγες), έχει οδηγήσει στη σύσταση πολυπολιτισμικών κοινωνιών<sup>105</sup>. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να δημιουργείται ποικιλομορφία πολιτιστικών χαρακτηριστικών που αντανακλάται και στο χώρο της υγείας<sup>106</sup>, λόγω διαφορετικών πεποιθήσεων, συνήθειων και γλωσσικών εμποδίων που ασκούν σημαντική επίδραση. Η αποτυχία εκπλήρωσης των προσδοκιών του ασθενή συνδέεται με τη μειωμένη ικανοποίηση ή δυσαρέσκειά του, τη μη αποτελεσματική παρακολούθηση της θεραπευτικής αγωγής, δηλαδή της συμμόρφωσής του προς τις ιατρικές οδηγίες, καθώς και στην κατανόηση των παρεχομένων από τον ιατρό πληροφοριών και οδηγιών στο πλαίσιο της ενημέρωσης<sup>107</sup>.

## 2. Μέθοδοι ενημέρωσης ασθενών

Εξαιτίας της ιδιαιτερότητας που χαρακτηρίζει τον καρκίνο ως πάθηση έχουν δημιουργηθεί διάφορα πρωτόκολλα που χρησιμοποιούνται για την ενημέρωση των ογκολογικών ασθενών και τα οποία μπορούν να αναζητηθούν από τον επαγγελματία υγείας προκειμένου να βελτιωθούν οι δεξιότητες επικοινωνίας του προς τον ασθενή και τα προσφιλή του πρόσωπα.

Κάποιες από τις βασικότερες μεθόδους θεωρούνται αυτή των Peter Maguire και AnnFaulkner, η ABCDE και η SPIKES, οι οποίες αναλύονται στη συνέχεια.

### 2.1. Μέθοδος Peter Maguire και AnnFaulkner

Στην πρώτη μέθοδο, οι συγγραφείς, αποσκοπώντας<sup>108</sup> στην ανάπτυξη της θεραπευτικής σχέσης, παρουσιάζουν κατευθυντήριες οδηγίες για τη διαδικασία της

---

<sup>105</sup> UNHCR's Handbook, Σύμφωνα με την παράγραφο 62 γίνεται ο διαχωρισμός οικονομικού μετανάστη με πρόσφυγα « ...*(f) Economic migrants distinguished from refugees: 62. A migrant is a person who, for reasons other than those contained in the definition, voluntarily leaves his country in order to take up residence elsewhere. He may be moved by the desire for change or adventure, or by family or other reasons of a personal nature. If he is moved exclusively by economic considerations, he is an economic migrant and not a refugee.*», Διαθέσιμο σε <https://www.unhcr.org/4d93528a9.pdf> (προσπελάσιμο 28.9.2019).

<sup>106</sup> Βλ. ΤΡΙΓΩΝΗ Μ., ΠΕΡΑΚΗ Δ., ΓΕΝΕΤΑΚΗ Ε., ΔΟΞΑΚΗ Κ., Παρέχοντας υπηρεσίες υγείας σε μετανάστες: απόψεις των επαγγελματιών υγείας, εμπόδια και προκλήσεις, Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας, 2017, Τόμος 9, τεύχος 4, 175-189.

<sup>107</sup> ΓΕΩΡΓΙΑΝΝΟΣ Ν., ΙΑΤΡΑΚΗ Ε., ΛΙΟΝΗΣ Χ., *Η συνάντηση του ασθενή με τον ιατρό*, σε ΛΙΟΝΗ Χ./ΠΙΤΕΛΛΟΥ Ε., Σχέση Ιατρού Ασθενή: Θεωρητική και Πρακτική Προσέγγιση, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Κρήτης, Αθήνα: ΣΕΑΒ, 2015.

<sup>108</sup> MAGUIRE P., FAULKNER A., *How To Do It Communicate with cancer patients:1 Handling bad news and difficult questions*, Br Med J, 1988, 297: 907-909.

αποτελεσματικής ενημέρωσης των ασθενών χρησιμοποιώντας παραδείγματα συζήτησης.

Ουσιαστικά, η μέθοδος αυτή εστιάζει στη διαδικασία της επικοινωνίας με σταδιακή απόδοση πληροφοριών από τον ιατρό προς τον ασθενή, συστήνοντας τη χρήση συγκεκριμένων όρων, οι οποίοι θα βοηθήσουν τον ιατρό να αντιληφθεί το εύρος των πληροφοριών που ο ασθενής επιθυμεί να λάβει. Στο δεύτερο στάδιο, θα πρέπει να ικανοποιηθούν τα ερωτήματα και οι απορίες του ασθενή, θέτοντας ως στόχο ο ασθενής αφενός μεν να αντιλαμβάνεται την πραγματικότητα και αφετέρου να μην χάσει την ελπίδα του σε περίπτωση κακής πρόγνωσης. Τέλος, γίνεται αναφορά σε παραδείγματα για τη διαχείριση των δύσκολων ερωτήσεων του ασθενή.

## 2.2. Μέθοδος ABCDE

Η δεύτερη μέθοδος, με το ακρωνύμιο ABCDE<sup>109</sup> αναφέρει συγκεκριμένες τεχνικές με τα αντίστοιχα αρχικά γράμματά της και στο κάθε γράμμα αντιστοιχούν κάποια βήματα. Συγκεκριμένα το (A)dvance preparation, αντιστοιχεί στην αρχική προετοιμασία και τα βήματα είναι τα εξής: 1) ερωτάται ο ασθενής τι ήδη γνωρίζει και τι κατανοεί, 2) ρυθμίζεται η υποστήριξη με την παρουσία ενός ατόμου – προτιμάται μέλος της οικογένειας, 3) ρυθμίζεται ο χώρος και ο χρόνος όπου θα είναι ανενόχλητοι, 4) προετοιμάζεται ο ιατρός ψυχολογικά, 5) αποφασίζονται οι λέξεις και οι φράσεις που θα χρησιμοποιήσει ο ιατρός και 6) γίνεται εξάσκηση στην ανακοίνωση των δυσάρεστων νέων.

Το (B)uild a therapeutic environment/relationship, αντιστοιχεί στη δημιουργία θεραπευτικού περιβάλλοντος/σχέσης και αποτελείται από: 1) την ανίχνευση ενός χώρου ιδιωτικού, ήσυχου, χωρίς περιπτώσεις διακοπών, 2) την παροχή καθισμάτων για όλους, 3) ο ιατρός κάθεται αρκετά κοντά, ώστε να υπάρχει επαφή αν χρειαστεί και 4) καθησυχάζει τον ασθενή σχετικά με τον πόνο και την εγκατάλειψη.

Το επόμενο βήμα (C)ommunicate well, δηλαδή «επικοινωνήστε σωστά» είναι αρκετά ιδιαίτερο, καθώς περιέχει πολλούς υποκειμενικούς παράγοντες κατά τους οποίους ο ιατρός: 1) θα πρέπει να είναι ευθύς (λυπάμαι, έχω δυσάρεστα νέα), 2) να μη χρησιμοποιεί ευφημισμούς, άγνωστες λέξεις, ακρωνύμια, 3) να χρησιμοποιεί

---

<sup>109</sup> RABOW W. M., McPHEE J. S., *Beyond breaking bad news: How to help patients who suffer*, West J Med 1999, 171:260–226.

λέξεις όπως «καρκίνος» ή «θάνατος», 4) να αφήνει κενό χρόνο σιωπής, 5) να χρησιμοποιεί το άγγιγμα κατάλληλα, 6) να ζητάει από τον ασθενή να επαναλάβει αυτό που κατάλαβε, 7) να κανονίζει πρόσθετες συναντήσεις και 8) να χρησιμοποιεί την επανάληψη και τις γραπτές εξηγήσεις ή υπενθυμίσεις.

Το επόμενο βήμα (D) deal with the patient and family reactions, δηλαδή η αντιμετώπιση των αντιδράσεων του ασθενή και της οικογένειάς του, τις οποίες θα πρέπει να εκτιμά ο ιατρός ακούγοντας ενεργά, διερευνώντας συναισθήματα και λειτουργώντας με ενσυναίσθηση.

Το (E) encourage and validate emotions αντιστοιχεί στο τελευταίο βήμα και αναφέρεται στην ενθάρρυνση και την επικύρωση των συναισθημάτων αποτελούμενο από τα εξής στάδια, όπου ο ιατρός: 1) διορθώνει τις διαστρεβλώσεις, 2) προσφέρεται να μιλήσει στους άλλους εκ μέρους του ασθενή, 3) αξιολογεί τη σημασία των νέων για τον ασθενή, 4) εξερευνά τις ανάγκες του ασθενή σε σχέση με το τι σημαίνουν τα νέα, 5) προσδιορίζει τα άμεσα και μακροπρόθεσμα σχέδια του ασθενή και αξιολογεί την τάση για αυτοκτονία, 6) δίνει τις κατάλληλες παραπομπές για περαιτέρω υποστήριξη, 7) χορηγεί γραπτό υλικό, 8) προγραμματίζει επαναληπτική συνάντηση και 9) επεξεργάζεται τα δικά του συναισθήματα.

### 2.3. Μέθοδος SPIKES

Η τρίτη γνωστή μέθοδος, είναι η «SPIKES»<sup>110</sup> και αποτελεί ένα σύγχρονο, εμπειρικά τεκμηριωμένο πρωτόκολλο παροχής πληροφοριών έξι βημάτων, με τα αρχικά να αποτελούν ακρωνύμιο λέξεων. Για το συγκεκριμένο πρωτόκολλο<sup>111</sup> έχει διαπιστωθεί ότι οι ικανότητες επικοινωνίας που προτείνει επηρεάζουν θετικά τα αποτελέσματα των ασθενών.

Υπάρχει επίτευξη του στόχου του, δηλαδή της πλαισίωσης της διαδικασίας ανακοίνωσης δυσάρεστων ειδήσεων, της καθοδήγησης του ιατρού προκειμένου να αντιλαμβάνεται και τον ασθενή και να ικανοποιούνται τα αιτήματά του, ώστε με βάση τη γνώση των επιθυμιών του να καταστεί δυνατή η επιλογή ενός θεραπευτικού σχήματος που να ανταποκρίνεται στις ιδιαίτερες ανάγκες του. Τα βήματα που προτείνει έχουν ενσωματωθεί στις κατευθυντήριες γραμμές για την επικοινωνία

---

<sup>110</sup> BAILE F. W., BUCKMAN R., LENZI R., GLOBER G., BEALE A. E., KUDELKA P. A., *A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer*, *The oncologist*, 2000, 5: 302–311.

<sup>111</sup> BAILE F. W., *Giving Bad News*, *The oncologist*, 2015, 20: 852-853.

ιατρού-ασθενή, και χρησιμοποιούνται σε προγράμματα για τη διδασκαλία της επικοινωνίας των κακών ειδήσεων σε ιατρούς ειδικότητας Ογκολογίας<sup>112</sup> και τους συνεργάτες τους, αλλά και γενικώς για την αποκάλυψη σφαλμάτων.

Παρόλα αυτά υπάρχουν και προτάσεις<sup>113</sup> που θα πρέπει να εξεταστούν για ορισμένες προσθήκες στο πρωτόκολλο, συμπεριλαμβανομένης της συχνής διαβεβαίωσης της κατανόησης των ακροατών, της διαρκούς δυνατότητας να τίθενται ερωτήσεις για το σεβασμό των αναγκών προετοιμασίας και της αντίληψης της μεταφοράς από τον ιατρό των δυσάρεστων νέων σε μια τυποποιημένη διαδικασία των δύο σταδίων.

Ο στόχος του πρωτοκόλλου είναι: 1) να δοθεί στον ιατρό η δυνατότητα να μπορεί να καθοδηγηθεί στη διαδικασία της μεταφοράς δυσάρεστων πληροφοριών, αναφορικά με τη συλλογή πληροφοριών από τον ασθενή, 2) να μεταδίδει τις ιατρικές πληροφορίες ανάλογα με τις ανάγκες του ασθενή, 3) να υποστηρίζει τον ασθενή μετά την ανακοίνωση σε αυτόν της κατάστασης της υγείας του και 4) να εκπονεί στρατηγική ή σχέδιο του θεραπευτικού πλάνου από κοινού με τον ασθενή. Ουσιαστικά, χρησιμοποιώντας διαδοχικά βήματα, με την προϋπόθεση την έναρξη του επόμενου βήματος μετά την ολοκλήρωση του προηγούμενου, μετατρέπεται η διαδικασία της «ενημέρωσης» του ασθενή σε μια συζήτηση προς όφελός του για το θεραπευτικό πλάνο και τους στόχους της θεραπείας.

Το (1) πρώτο βήμα αντιστοιχεί στο «(S)etting up the interview», και περιέχει την προετοιμασία του ιατρού για τη διαμόρφωση συνθηκών, τη δημιουργία ενός κλίματος απαλλαγμένου από εξωτερικούς παράγοντες και αναφέρεται στη διαμόρφωση συνθηκών και περιβάλλοντος εμπιστοσύνης. Πρόκειται για μια νοητή πρόβα ενημέρωσης του ασθενή, λαμβάνοντας υπόψη τις ενδεχόμενες αντιδράσεις του. Ο ιατρός, ως αγγελιοφόρος κακών ειδήσεων, δεν θα πρέπει να ξεχνάει, ότι αν και θα μεταφέρει ειδήσεις που θα στενοχωρήσουν τον ασθενή, αυτή η διαδικασία για την ενημέρωσή του είναι αναγκαία, προκειμένου ο τελευταίος να έχει τη δυνατότητα να προγραμματίσει το μέλλον του.

---

<sup>112</sup> Το 99% των Ογκολόγων θεωρεί το πρωτόκολλο χρήσιμο

<sup>113</sup> SEIFART C., HOFMANN M., BÄR T., KNORRENSCHILD J. R., SEIFART U., RIEF W., *Breaking bad news—what patients want and what they get: evaluating the SPIKES protocol in Germany*, *Annals of Oncology*, 2014, 25: 707–711.

Οι ενέργειες-κλειδιά του ιατρού στο πρώτο (1) βήμα περιλαμβάνουν τα εξής: α) εξασφαλίζει το ιδιωτικό περιβάλλον, β) προσκαλεί άλλα πρόσωπα σημαντικά για τον ασθενή στη συζήτηση, γ) καθιστική στάση ιατρού, δ) δημιουργεί σχέση με τον ασθενή, ο οποίος θα έχει αντίληψη των πραγμάτων, προτιμάται δηλαδή από τον ιατρό η άμεση βλεματική επαφή και ο ασθενής δεν πρέπει να βρίσκεται σε καταστολή ούτε να πονάει και γενικά να μη νιώθει μειονεκτικά, ε) κάνει σωστή διαχείριση του χρόνου και ενημερώνει τον ασθενή εκ των προτέρων για πιθανές διακοπές.

Το δεύτερο (2) βήμα αναφέρεται στη διερεύνηση και στην εκτίμηση της αντίληψης του ασθενή και αντιστοιχεί στο «assessing the patients' (P)erception». Στο βήμα αυτό, (αλλά και στο τρίτο) κυριαρχεί το αξίωμα «πριν μιλήσεις, ρώτα», δηλαδή πριν συζητήσει ο ιατρός για τα ιατρικά ευρήματα θα πρέπει να ρωτήσει τον ασθενή τι πιστεύει για την κατάσταση της υγείας του, εάν έχει ενημερωθεί από άλλον ιατρό, πόσο ευάλωτο θεωρεί τον εαυτό του, πώς ερμηνεύει τα συμπτώματά του και πόσο απειλητικά τα θεωρεί. Με τον τρόπο αυτό μπορεί να προσαρμόσει τα άσχημα νέα ανάλογα με τις αντιλήψεις του ασθενή.

Το τρίτο (3) βήμα αναφέρεται στην πρόσκληση του ασθενή για συζήτηση και αντιστοιχεί στο «obtaining the patients' (I)nvitation». Εάν και η πλειονότητα των ασθενών εκφράζει την επιθυμία για πλήρη ενημέρωση σχετικά με τη διάγνωση, την πρόγνωση και τις λεπτομέρειες της ασθένειάς τους, ορισμένοι ασθενείς δεν το επιθυμούν, είτε γενικά είτε τη συγκεκριμένη στιγμή. Αυτός είναι και ο λόγος που ο ιατρός θα πρέπει να ρωτά ευθέως τον ασθενή για το τι θα ήθελε να γνωρίζει. Παραδείγματα ερωτήσεων που μπορούν να τεθούν στον ασθενή είναι ενδεικτικά τα εξής: *«Πώς θα θέλατε να σας ενημερώσω σχετικά με τα αποτελέσματα των εξετάσεων; Θα θέλατε να σας δώσω όλες τις πληροφορίες ή να σας αναφέρω τα αποτελέσματα και να αφιερώσουμε περισσότερο χρόνο για να συζητήσουμε το σχέδιο θεραπείας;»* Εάν οι ασθενείς δεν επιθυμούν να γνωρίζουν λεπτομέρειες, ο ιατρός θα πρέπει να αναφέρει ότι μπορούν να τις συζητήσουν σε μελλοντική συνάντηση ή να μιλήσει σε έναν συγγενή ή φίλο του που ο ασθενής προτείνει.

Το τέταρτο (4) βήμα αναφέρεται στην παροχή πληροφοριών προς τον ασθενή και αντιστοιχεί στο «(K)nowledge and information to the patient». Ορθότερο θα ήταν να ενημερωθεί ο ασθενής ότι πρόκειται να του ανακοινωθούν δυσάρεστα νέα, προκειμένου να περιοριστεί το shock/σοκ που μπορεί να ακολουθήσει. Παραδείγματα φράσεων που μπορούν να χρησιμοποιηθούν ενδεικτικά περιλαμβάνουν: *«Δυστυχώς*

έχω κάποια δυσάρεστα νέα να σας πω ή "Αυπάμαι που θα σας πω ότι ...». Βασικό στοιχείο είναι να χρησιμοποιεί ο ιατρός γλώσσα κατανοητή στον ασθενή και να αποφεύγονται περίπλοκοι και δυσνόητοι ιατρικοί όροι, δηλαδή να χρησιμοποιούνται μη τεχνικές λέξεις όπως «εξάπλωση» αντί για «μετάσταση» και «δείγμα ιστού» αντί για «βιοψία». Η ενημέρωση θα πρέπει να γίνεται τμηματικά και να ρωτάται ο ασθενής εάν έχει κατανοήσει το περιεχόμενο της ενημέρωσης και να διευκρινίζονται τυχόν ασάφειες, παρερμηνείες ή απορίες. Όταν η πρόγνωση είναι φτωχή, ο ιατρός δεν θα πρέπει να χρησιμοποιεί εκφράσεις όπως «Δεν υπάρχει τίποτα περισσότερο που μπορούμε να κάνουμε για σας», καθώς η στάση αυτή θεωρείται ασυμβίβαστη με το γεγονός ότι οι ασθενείς συχνά έχουν και άλλους σημαντικούς θεραπευτικούς στόχους, όπως έλεγχο του πόνου και ανακούφιση των συμπτωμάτων.

Το πέμπτο (5) βήμα, αναφέρεται στην αναγνώριση των συναισθημάτων του ασθενή με ενσυναίσθηση<sup>114</sup> και αντιστοιχεί στο «addressing the patient's (E)motions with empathic responses». Όταν οι ασθενείς λαμβάνουν δυσάρεστα νέα, η συναισθηματική τους αντίδραση είναι συχνά η έκφραση του σοκ/shock, της απομόνωσης και του θρήνου. Στην περίπτωση αυτή, ο ιατρός μπορεί να προσφέρει υποστήριξη και αλληλεγγύη στον ασθενή με το να δώσει μια συμπνετική απάντηση.

Σύμφωνα με το ίδιο πρωτόκολλο, μια απάντηση συμπόνιας αποτελείται από τέσσερα βήματα: α) να παρατηρούνται τα συναισθήματα του ασθενή, τα οποία μπορεί να είναι θλίψη, σιωπή, ταραχή-έκπληξη, δάκρυ, β) να προσδιορίζεται το συναίσθημα που βιώνει ο ασθενής από τον ίδιο και εάν φαίνεται λυπημένος, σιωπηλός, θα πρέπει να γίνεται χρήση ανοιχτών ερωτήσεων και να ερωτάται τι σκέπτεται ή αισθάνεται, γ) να προσδιορίζεται ο λόγος για το συναίσθημα που εκφράζει, ο οποίος συνήθως σχετίζεται με τα άσχημα νέα, ωστόσο εάν δεν είναι ο ιατρός βέβαιος θα πρέπει να ρωτηθεί ξανά ο ασθενής, και δ) θα πρέπει να δοθεί μια σύντομη χρονική περίοδος για να εκφράσει τα συναισθήματά του ο ασθενής και να ενημερώνεται ότι ο ιατρός έχει συνδέσει το συναίσθημα με τον λόγο που το προκάλεσε, κάνοντας μια δήλωση σύνδεσης. Λχ. Ιατρός: «Μετά λύπης μου, σας ενημερώνω ότι η ακτινογραφία δείχνει ότι η χημειοθεραπεία δεν φαίνεται να φέρει αποτελέσματα [παύση]. Δυστυχώς, ο όγκος έχει μεγαλώσει κάπως». Ασθενής: «Το φοβόμουν αυτό» [κλαίει]. Ιατρός: [μετακινεί τη

---

<sup>114</sup> Αυτό το βήμα θεωρήθηκε από την πλειονότητα των χρηστών του πρωτοκόλλου ίσως το πιο δύσκολο να επιτευχτεί.

*καρέκλα πιο κοντά, προσφέρει στον ασθενή χαρτομάντηλο και κάνει παύση]. «Γνωρίζω ότι αυτό δεν είναι που θέλατε να ακούσετε. Θα ευχόμουν τα νέα να ήταν καλύτερα».*

Τέλος, το έκτο (6) βήμα «(S)trategy and (S) ummary» αναφέρεται στη στρατηγική και στη σύνοψη. Οι ασθενείς που έχουν σαφές σχέδιο για το μέλλον έχουν λιγότερες πιθανότητες να αισθάνονται ανήσυχοι και αβέβαιοι. Πριν συζητήσει ο ιατρός με τον ασθενή το σχέδιο θεραπείας, είναι σημαντικό να ρωτήσει εάν ο ασθενής είναι έτοιμος για μια τέτοια συζήτηση. Η ενημέρωση για τις διαθέσιμες θεραπευτικές επιλογές δεν αποτελεί μόνο νομική υποχρέωση, αλλά δημιουργεί και την αντίληψη στον ασθενή ότι ο ιατρός θεωρεί τις επιθυμίες του ως σημαντικές. Από την άλλη πλευρά, ο ιατρός με την κατανομή της ευθύνης για τη λήψη απόφασης θεραπευτικού σχήματος μπορεί να μειώσει την αίσθηση της αποτυχίας, όταν η θεραπεία δεν είναι επιτυχής. Επίσης οι ιατροί είναι συχνά πολύ ανήσυχοι όταν πρέπει να συζητήσουν με τον ασθενή την πρόγνωση και τις θεραπευτικές επιλογές, ιδίως όταν η εξέλιξη είναι δυσμενής. Έτσι και ο ιατρός νιώθει αβεβαιότητα σχετικά με τις προσδοκίες του ασθενή, αλλά και τον φόβο της ανεπάρκειάς του απέναντι σε μια ανεξέλεγκτη ασθένεια.

Το σίγουρο είναι ότι όλες αυτές οι δύσκολες καταστάσεις μπορούν να γίνουν «ευκολότερα διαχειρίσιμες» με τη χρήση διάφορων στρατηγικών. Καταρχάς, πολλοί ασθενείς έχουν ήδη κάποια ιδέα για τη σοβαρότητα της ασθένειάς τους και για τους περιορισμούς της θεραπείας, αλλά φοβούνται να συζητήσουν. Η διερεύνηση των γνώσεων, των προσδοκιών και της ελπίδας του ασθενή (βήμα 2 του SPIKES) θα επιτρέψει στον ιατρό να καταλάβει πού βρίσκεται ο ασθενής και να αρχίσει τη συζήτηση από αυτό το σημείο. Εάν ο ασθενής έχει μη ρεαλιστικές προσδοκίες, όπως λ.χ. *«Μου είπαν ότι κάνεις θαύματα»*, θα του ζητηθεί να περιγράψει την ιστορία της ασθένειας, που θα αποκαλύψει συνήθως κάποιους φόβους, ανησυχίες και συναισθήματα που κρύβονται πίσω από την προσδοκία. Πολλές φορές οι ασθενείς συνδέουν τη θεραπεία με μια λύση σε προβλήματα που βιώνουν, όπως απώλεια εργασίας, αδυναμία φροντίδας της οικογένειας, πόνο, ταλαιπωρία και γενικά δυσχέρειες που θα προκύψουν από την ασθένεια. Εάν οι ασθενείς αναστατωθούν συναισθηματικά από τη συζήτηση για τις ανησυχίες τους, θα ήταν σκόπιμο να χρησιμοποιηθούν οι στρατηγικές που περιγράφονται στο βήμα (5) του SPIKES.

Σημειώνεται πως η κατανόηση των σημαντικών ειδικών στόχων που έχουν πολλοί ασθενείς, όπως ο έλεγχος των συμπτωμάτων και η εξασφάλιση της καλύτερης



θεραπείας και συνέχειας της περίθαλψης, θα επιτρέψει στον ιατρό να στηρίξει την ελπίδα του ασθενή για τη βέλτιστη επίτευξη της θεραπείας. Η διαδικασία αυτή θα συμβάλει σε σημαντικό βαθμό στον καθησυχασμό του ασθενή και κατ' επέκταση στην ομαλή διεκπεραίωση των θεραπευτικών παρεμβάσεων.

## **Γ. ΕΜΠΟΔΙΑ - ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΣΤΗΝ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ**

Τα εμπόδια στην επικοινωνία αφορούν στον ιατρό και στον ασθενή. «Οι “καλοί” ιατροί επικοινωνούν αποτελεσματικά με τους ασθενείς τους και εντοπίζουν με μεγαλύτερη ακρίβεια τα προβλήματά τους και έτσι οι ασθενείς είναι πιο ικανοποιημένοι από τη φροντίδα που λαμβάνουν»<sup>115</sup>. Άλλωστε, έχει καταγραφεί σε μεταανάλυση ότι το θεραπευτικό αποτέλεσμα αυξάνεται κατά 26% όταν υπάρχει προσαρμογή των ασθενών στις ιατρικές οδηγίες και στην πιστή τήρηση αυτών. Επιπλέον εάν οι ιατροί είναι εκπαιδευμένοι σε δεξιότητες επικοινωνίας, αυτό έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση της πιθανότητας της τήρησής τους 1,62 φορές υψηλότερα σε σχέση με αυτούς που δεν έχουν εκπαιδευτεί<sup>116</sup>.

Ένα από τα προβλήματα, αφορά την κατηγορία ασθενών που αδυνατεί να κατανοήσει την παρεχόμενη πληροφορία λόγω χαμηλού μορφωτικού επιπέδου και ο ιατρός θα πρέπει να προσαρμόζει αντίστοιχα τον τρόπο επικοινωνίας του με τον ασθενή. Η χρήση τεχνικών με κλειστές ερωτήσεις θα ήταν επιβοηθητική. Από την άλλη πλευρά, όμως, φαίνεται ότι και οι ιατροί εκ των προτέρων παρέχουν λιγότερες πληροφορίες όταν αντιμετωπίζουν έναν ασθενή ο οποίος προέρχεται από διαφορετική εθνικότητα ή είναι κατώτερης εκπαιδευτικής βαθμίδας<sup>117</sup>.

Επίσης, δυσκολίες στην επικοινωνία πηγάζουν από τις προσωπικές ανάγκες και συνήθειες του ιατρού να λειτουργήσει ως «δάσκαλος», μετατρέποντας τον εαυτό του από ακροατή σε ομιλητή. Με αυτόν τον τρόπο, οι αλληπάλληλες ερωτήσεις λειτουργούν ως φραγμός στην επικοινωνία ασθενή - ιατρού καθώς, υπάρχει η πεποίθηση, ότι όσο περισσότερες ερωτήσεις θέτει ο ιατρός, τόσο περισσότερα

---

<sup>115</sup> MAGUIRE P., PITCEATHLY C., *Key communication skills and how to acquire them*, BMJ, 2002, 325:697-700.

<sup>116</sup> ZOLNIEREC B.K., DIMATTEO M. R., *Physician communication and patient adherence to treatment: a meta-analysis*, Med Care, 2009, 47(8): 826-834.

<sup>117</sup> KELLY-IRVING M., DELPIERRE C., SCHIEBER AC., LEPAGE B., ROLLAND C., AFRITÉ A., et al, *Do general practitioners overestimate the health of their patients with lower education?*, Soc Sci Med, 2011 Nov, 73(9): 1416-1421.

στοιχεία θα συλλέξει για τον ασθενή, ενώ η κριτική που μπορεί να ασκεί στον ασθενή εμποδίζει την αποδοχή και ενισχύει την αμυντική θέση του ασθενή<sup>118</sup>.

Επιπρόσθετα τα μεταφερόμενα μηνύματα δια της μη λεκτικής επικοινωνίας, εκατέρωθεν των πλευρών διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στο τελικό αποτέλεσμα. Υπολογίζεται ότι η διαπροσωπική επικοινωνία διεξάγεται μέσω της μη λεκτικής οδού, ενώ το 10% υλοποιείται μέσω του λόγου. Ο ασθενής επηρεάζεται λ.χ. από τις εκφράσεις του προσώπου του ιατρού, από το λόγο και τη σταθερότητα της φωνής, το μέγεθος του ζωτικού χώρου και τις κινήσεις<sup>119</sup>.

Αξίζει να αναφερθούμε σε μια πρόσφατη έρευνα (2019), που πραγματοποιήθηκε στη χώρα μας σε δείγμα 2000 ατόμων από το Ινστιτούτο Επικοινωνίας και Αλφαριθμητισμού στην Υγεία<sup>120</sup>, σύμφωνα με την οποία υπάρχουν κενά στην επικοινωνία ιατρών ασθενών. Συγκεκριμένα ένας στους τέσσερις ασθενείς αποφεύγει να κάνει ερωτήσεις στον ιατρό, γιατί του δημιουργείται η αίσθηση ότι ο ιατρός δεν έχει χρόνο ή ότι βιάζεται, ενώ οι μισοί σχεδόν χρειάστηκε μετά την επίσκεψη να πάρουν τηλέφωνο για διευκρινήσεις. Σχεδόν το 50% δήλωσε ότι έχει εγκαταλείψει τον ιατρό του λόγω δυσαρέσκειας, και ένας στους τρεις έψαξε στο διαδίκτυο για να δει εάν είναι σωστά αυτά που πρότεινε ο ιατρός.

Τέλος, παρατηρούνται και περιπτώσεις ιατρών, οι οποίοι αποφεύγουν τη συζήτηση για τις συναισθηματικές και προσωπικές επιπτώσεις της πάθησης των ασθενών, καθώς προκαλεί θλίψη το γεγονός ότι δεν έχουν τη δεξιότητα ή το χρόνο να τους βοηθήσουν εμπράκτως. Αναμφισβήτητα πρόκειται για πολύπλοκη και αμφίδρομη σχέση, η εξέλιξη της οποίας σχετίζεται με πολλούς και διαφορετικούς παράγοντες.

---

<sup>118</sup> ΠΑΠΑΔΑΤΟΥ Δ., ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΠΟΥΛΟΣ Φ., *Η Ψυχολογία στο χώρο της Υγείας*, Θεσσαλονίκη: Ελληνικά Γράμματα, 1999, 183 επομ.

<sup>119</sup> ΓΕΩΡΓΙΑΝΝΟΣ Ν., ΙΑΤΡΑΚΗ Ε., ΛΙΟΝΗΣ Χ., *Η συνάντηση του ασθενή με τον ιατρό*, σε ΛΙΟΝΗ Χ./ΠΙΤΕΛΛΟΥ Ε., *Σχέση Ιατρού Ασθενή: Θεωρητική και Πρακτική Προσέγγιση*, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Κρήτης, Αθήνα: ΣΕΑΒ, 2015.

<sup>120</sup> Βλ. «Med and Me» σε Δελτίο Τύπου της 17.4.2019, Διαθέσιμο σε <https://medandme.gr/ta-neamas/deltio-tyrou-episimi-parousiasi-empistosyni-sto-giatro-sevasmos-ston-astheni/> και Ινστιτούτο Επικοινωνίας και Αλφαριθμητισμού στην Υγεία, Διαθέσιμο σε <https://hit.org.gr/> (προσπελάσιμα 02.09.2019).

## Δ. ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΤΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΣΕ ΘΕΜΑΤΑ ΕΝΗΜΕΡΩΜΕΝΗΣ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ ΚΑΙ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ

Η καλή επικοινωνία είναι το πρώτο βήμα στη θεραπευτική σχέση και αποτελεί τη βάση για παροχή ποιοτικής ιατρικής φροντίδας. Ανατρέχοντας στη βιβλιογραφία παρατηρείται ότι υπάρχει έλλειψη συστηματικής εκπαίδευσης. Οι όποιες προσπάθειες φαίνεται να επικεντρώνονται<sup>121</sup> στις πρώτες μεταπτυχιακές σπουδές, ενώ παραμένουν μετέπειτα απομονωμένες σε ακαδημαϊκό περιβάλλον. Ορθότερο θα ήταν η εκπαίδευση στην επικοινωνία να στηρίζεται σε προγράμματα ενεργητικής μάθησης<sup>122</sup>. Έτσι, οι δεξιότητες επικοινωνίας του ιατρού συχνά δεν είναι επαρκώς ανεπτυγμένες, με αποτέλεσμα να μην γνωρίζει επαρκώς το πώς θα πρέπει να κατευθύνει τις δύσκολες συνομιλίες και να ασχοληθεί με ασθενείς, οι οποίοι είναι απρόθυμοι να αναγνωρίσουν και να διαχειριστούν την επιδείνωση της υγείας τους, ενώ παράλληλα δεν μπορούν να διαχειριστούν και αποφεύγουν τη συζήτηση των επερχόμενων από την πάθηση των προβλημάτων τους.

Είναι αναμφισβήτητο ότι οι βασικές γενικές αρχές επικοινωνίας θα πρέπει να αποτελούν διεκδίκηση από πλευράς των ασθενών, ώστε να μπορούν να συμμετέχουν και αυτοί από την πλευρά τους ενεργά στην ανταλλαγή και αποκωδικοποίηση της ιατρικής πληροφορίας και να είναι σε θέση να κάνουν τις σωστές ερωτήσεις.

Η ενημέρωση και η συναίνεση του ασθενή δεν θα πρέπει να νοούνται ως «πολυτέλεια», αλλά ως ουσιώδης όρος για την προστασία της υγείας και τελικά της ποιότητας ζωής. Το βασικότερο πρόβλημα, κατά την Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής<sup>123</sup>, είναι η κατανόηση από τους επαγγελματίες υγείας της υποχρέωσης που υπάρχει να δείχνουν σεβασμό στην αυτονομία του ασθενή. Πολλοί ιατροί θεωρούν τη διαδικασία ενημέρωσης-συναίνεσης, διαδικασία γραφειοκρατίας και δεν δίνεται ο πρέπων σεβασμός στην αυτονομία, αλλά και γενικότερα στα δικαιώματα και τις αξίες του ασθενή.

---

<sup>121</sup> VAN STADEN C. W., JOUBERT P. M., PICKWORTH G. E., ROOS J. L., BERGH A-M., KRÜGER C., et al, *The conceptualisation of "soft skills" among medical students before and after curriculum reform*, S Afr Psychiatry Rev, 2006, 9: 33-37.

<sup>122</sup> TRAVALINE J. M., RUCHINSKAS R., D'ALONZO G.E. JR., *Patient-physician communication: why and how*, J Am Osteopath Assoc., 2005 Jan, 105(1): 13-18.

<sup>123</sup> ΒΙΔΑΛΗΣ Τ., ΧΑΓΕΡ – ΘΕΟΔΩΡΙΔΟΥ Α., *Έκθεση για τη Συναίνεση στη σχέση ιατρού-ασθενούς*

Τα τελευταία χρόνια έχουν ενσωματωθεί στα προγράμματα σπουδών των Ιατρικών Τμημάτων<sup>124</sup> της χώρας μας μαθήματα εκπαίδευσης των ιατρών ως προς τα θέματα ηθικής και δεοντολογίας και γενικότερα ως προς τις υποχρεώσεις και τα δικαιώματα των ιατρών και των ασθενών. Βέβαια, η εκπαίδευση αυτή δεν είναι συστηματική και σαφώς δεν καλύπτει το ιατρικό προσωπικό που παρέχει ήδη ιατρική φροντίδα, με αποτέλεσμα ο ιατρός όχι μόνο να μη γνωρίζει τα δικαιώματα του ασθενή, αλλά και να μην μπορεί να επικοινωνήσει σωστά μαζί του. Έτσι, δεν αναπτύσσεται η σχέση εμπιστοσύνης και αλληλοσεβασμού που πρέπει να υπάρχει μεταξύ ιατρού - ασθενή για την επίτευξη του καλύτερου ιατρικού αποτελέσματος. Είναι χαρακτηριστικό ότι στην έκθεσή της η Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής<sup>125</sup> κρίνει αναγκαία την ένταξη στο πρόγραμμα σπουδών της Ιατρικής Σχολής μαθημάτων δεοντολογίας, που προσβλέπουν στην άρτια κατάρτιση του ιατρού στην ανάπτυξη σχέσεων συνεργασίας και εμπιστοσύνης με τον ασθενή του. Η δια βίου μάθηση πρέπει να συνεχίζεται από τους ιατρούς όλων των ειδικοτήτων με την πρωτοβουλία των επιτροπών δεοντολογίας των νοσοκομείων, των επιστημονικών εταιριών και των ιατρικών συλλόγων.

Σε κάθε περίπτωση, το ζήτημα της ελλιπούς εκπαίδευσης δεν αφορά μόνο τους ιατρούς. Όλοι οι άνθρωποι καθίστανται δυνητικά ασθενείς κάποια στιγμή της ζωής τους. Πρέπει, λοιπόν, όλοι μας να γνωρίζουμε τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις που απορρέουν από τη σχέση ιατρού - ασθενή και να έχουμε την κατάλληλη παιδεία για να μπορέσουμε να ανταποκριθούμε σωστά σε αυτό το ρόλο.

---

<sup>124</sup> Βλ. ενδεικτικά τα προγράμματα σπουδών των Τμημάτων Ιατρικής Θεσσαλίας, Θεσσαλονίκης και Ιωαννίνων και τα αντίστοιχα μαθήματα «Ιατρική Ευθύνη & Ηθική», «Ιατρική Νομολογία και Δεοντολογία», «Ιατρική Ηθική, Δεοντολογία, Ιατρική Νομολογία», Διαθέσιμα σε <http://www.med.uth.gr/DetailsLes.aspx?id=36>, <https://www.med.auth.gr/tags/iatriki-nomologia-kai-deontologia>, <https://med.uoi.gr/images/documents/neo-programma-spoydon.pdf> (προσπελάσιμα 18.9.2019).

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Καίριας σημασίας αποτελεί το ζήτημα της συναίνεσης του ενημερωμένου ασθενή για τη διενέργεια ιατρικής πράξης, απασχολώντας τόσο τη νομολογία όσο και την επιστήμη. Διάφορα νομοθετικά κείμενα κατά διαστήματα ασχολήθηκαν με την ως άνω θεματική. Ορισμένα από αυτά είναι η Σύμβαση για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα και τη Βιοϊατρική (Σύμβαση Οβιέδο), η Παγκόσμια Διακήρυξη σχετικά με το ανθρώπινο γονιδίωμα και τα ανθρώπινα δικαιώματα, ο Χάρτης Θεμελιωδών Δικαιωμάτων της Ευρωπαϊκής Ένωσης και ο Νόμος 2071/1992. Η νομοθετική παρέμβαση, κυρίως με τη Σύμβαση του Οβιέδο, αποτελεί προέκταση της ως άνω προβληματικής. Τα ανωτέρω νομοθετικά κείμενα δεν οδήγησαν στην επίλυση του ακανθώδους ζητήματος της συναίνεσης του ενημερωμένου ασθενή κατά τη διενέργεια μίας ιατρικής πράξης, ενώ η πρόσφατη νομοθετική ρύθμιση του Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας κατάφερε να εισάγει ρυθμίσεις και να καλύψει εν μέρει νομοθετικά κενά του παρελθόντος, διευθετώντας και το θέμα της συναίνεσης. Πρόκειται για ένα νομοθετικό κείμενο, οι διατάξεις του οποίου εκφράζουν το αλληλέγγυο καθήκον του ιατρού και ισορροπούν μεταξύ του πατερναλισμού και της αυτονομίας.

Ωστόσο, δεν λείπουν ατέλειες και παραλείψεις στη διατύπωσή του, οι οποίες δυσχεραίνουν την εφαρμογή του. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί η απουσία ρυθμιστικού πλαισίου σχετικά με την περίπτωση της μη λήψης συναίνεσης όταν ο ασθενής δεν έχει τις αισθήσεις του. Πιο συγκεκριμένα, προβληματισμό εγείρει η περίπτωση της αδυναμίας συναίνεσης, όπου ο νομοθέτης δεν προσδιορίζει ποιος από τους οικείους έχει προτεραιότητα έναντι των άλλων για τη λήψη απόφασης και παροχή συναίνεσης, γεγονός που στην περίπτωση διαφωνίας μεταξύ τους δημιουργεί συγκρούσεις. Άλλη σχετική πρόταση αναφορικά με την κάλυψη νομοθετικού κενού αποτελεί η ρύθμιση των προγενέστερων οδηγιών όταν πρόκειται για «ανίκανο» ασθενή.

Αλλά και στην περίπτωση που η ιατρική πράξη αφορά ανήλικο ή δικαστικά συμπαραστατούμενο άτομο παρατηρούνται νομοθετικές ατέλειες, καθώς ο νόμος λαμβάνει υπόψη τη γνώμη του υπό την προϋπόθεση ότι υφίσταται η απαιτούμενη πνευματική και ηλικιακή ωριμότητα, χωρίς όμως να ρυθμίζει ευκρινώς θέματα που ανήκουν στον πυρήνα της προσωπικότητας του ατόμου, με αποτέλεσμα να μπορεί να εδραιώνεται η υποκειμενική και ατομιστική άποψη των ασκούντων τη γονική

μέριμνα ή συμπαράσταση. Η υποχρέωση λήψης της «ενημερωμένης συναίνεσης» που ξεκίνησε ως κανόνας δεοντολογίας συνδέεται άρρηκτα με το ζήτημα της ιατρικής ευθύνης. Ενώ μέχρι πρότινος ο ιατρός τιμωρούνταν μόνο λόγω ιατρικού σφάλματος, δηλαδή σε περίπτωση πρόκλησης βλάβης στον ασθενή λόγω υπαίτιας πράξης ή παράλειψης, τώρα μπορεί να στοιχειοθετηθεί η τιμωρία της αυθαίρετης πράξης του, δηλαδή κάθε πράξης χωρίς τη συναίνεση και την ενημέρωση του ασθενή.

Αν και από καθαρά νομική διάσταση το θέμα της ενημέρωσης του ασθενή και της παροχής έγκυρης συναίνεσής του είναι πολύπλοκο και έχει πολλές προεκτάσεις, σε κάθε περίπτωση κοινή παραδοχή σίγουρα αποτελεί το γεγονός ότι ο ασθενής θα πρέπει να αντιμετωπίζεται ως άτομο και όχι απλά ως ένα ακόμη περιστατικό.

Η σχέση ιατρού-ασθενή είναι μια σχέση δύο ανθρώπων διαφορετικής ιδιοσυγκρασίας, καθώς έκαστος έχει διαφορετικό κοινωνικό ρόλο και διαφορετικές προσλαμβάνουσες που διαμορφώνουν τις αντιλήψεις για την ασθένεια. Ο ιατρός βασίζεται κατά κύριο λόγο στις επιστημονικές του γνώσεις, ενώ η θεώρηση του ασθενή στις προσωπικές υποκειμενικές κρίσεις, πεποιθήσεις και σποραδικές πληροφορίες που έχει τυχόν λάβει από τις μηχανές αναζήτησης (ίντερνετ). Όμως, ένα είναι το διακύβευμα της μεταξύ τους σχέσης, ότι προκειμένου να πετύχουν τον ίδιο στόχο δηλαδή τη θεραπεία του ασθενή, απαραίτητο είναι να μην αγνοούν την ανάγκη για επικοινωνία, η οποία αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο μιας εποικοδομητικής συνεργασίας.

Εάν λάβουμε υπόψη ότι η επικοινωνία του ιατρού με τον ασθενή του αρχίζει από την πρώτη κιόλας επαφή και συνεχίζεται με τη λήψη ιστορικού, τότε γίνεται αντιληπτό ότι η καλή επικοινωνία είναι το πρώτο βήμα στη θεραπευτική σχέση και μπορεί να οδηγήσει σε ποιοτική παροχή ιατρικής φροντίδας.

Αυτή η προσωπική επαφή του ασθενή με τον ιατρό μέσα από εποικοδομητική επικοινωνία και διάλογο είναι άκρως απαραίτητη κατά την ανακοίνωση δυσάρεστων νέων και ειδικά σε ογκολογικούς ασθενείς, καθώς η μεταξύ τους σχέση θα καθορίσει τις αποφάσεις του ασθενή για την μετέπειτα αντιμετώπιση της εξέλιξης της πορείας της υγείας του. Ας μην ξεχνάμε ότι για πολλούς ασθενείς ο ιατρός αποτελεί πηγή ψυχολογικής υποστήριξης, αφού είναι σε θέση να διαχειριστεί και να μειώσει συναισθήματα φόβου απογοήτευσης, σύγχυσης και θυμού.

Με τη δημιουργία μιας καλής διαπροσωπικής σχέσης, ο ασθενής είναι σε θέση να κατανοήσει το περιεχόμενο των παρεχόμενων πληροφοριών και να αποφασίσει

πλέον για τον εαυτό του στο πλαίσιο της αυτονομίας και έτσι καταφάσκει το αιτούμενο, δηλαδή η ενημερωμένη συναίνεση ως αποτέλεσμα πλέον μιας υγιούς διαπροσωπικής σχέσης με κοινό στόχο.

Σήμερα έχουν αναπτυχτεί πρωτόκολλα στη διεθνή βιβλιογραφία για τη διαχείριση και την επικοινωνία με τον ασθενή που κατευθύνουν τον ιατρό στον τρόπο που θα διοχετεύσει την πληροφορία. Δυστυχώς, όμως, δεν υπάρχουν συντονισμένες διαδικασίες που να συμπεριλαμβάνουν ανάλογη εκπαίδευση για τη χρήση των πρωτόκολλων αυτών και την επικοινωνία ιατρού - ασθενή στη χώρα μας. Η εκπαίδευση των ιατρών θα πρέπει να αποτελεί διεκδίκηση και των δύο πλευρών, ιατρών - ασθενών, δια των Συλλόγων τους. Οι Ιατρικοί Σύλλογοι, αλλά κυρίως τα Υπουργεία Παιδείας και Υγείας, λαμβάνοντας υπόψη ότι ο ιατρός είναι σε θέση να επηρεάσει τον ασθενή για τον τρόπο που θα διαχειριστεί την ασθένειά του και την εξέλιξή της, οφείλουν να εκπαιδεύουν συστηματικά τους ιατρούς για τις νομοθετικές και δεοντολογικές δεσμεύσεις τους αλλά και σε ήπιες δεξιότητες, όπως η επικοινωνία, καθώς καθίσταται επιτακτική η ανάγκη συστηματικής και συλλογικής προσπάθειας, πέραν της οριζόμενης στο άρθρο 10 του ΚΙΔ περί της ατομικής υποχρέωσής τους για συνεχιζόμενη εκπαίδευση που αφορά τις ιατρικές τους γνώσεις.

Τέλος, καθίσταται αναγκαία η -αυτούσια- παράθεση του παρακάτω κειμένου<sup>126</sup>, το οποίο παρουσιάζει την ιδανική σχέση επικοινωνίας ιατρού-ασθενή, ήτοι «...αφού έγραφα αυτό το βιβλίο, συνειδητοποίησα ότι μπορώ να έχω έναν άλλο ζωτικό εταίρο που με βοηθάει να βελτιώσω τη σκέψη μου, έναν εταίρο ο οποίος μπορεί, με λίγες ουσιαστικές και εστιασμένες ερωτήσεις, να με προστατέψει από τη χιονοστιβάδα των γνωσιακών λαθών που προκαλούν εσφαλμένη περίθαλψη. Ο εταίρος αυτός είναι παρών τη στιγμή που γίνεται λήψη αποφάσεων με σάρκα και οστά. Ο εταίρος αυτός είναι ο ασθενής μου... Και ανοίγοντας το μυαλό μου μπορώ πιο εύκολα να αναγνωρίσω την εμβέλεια και τα όρια του, το βαθμό κατανόησης των σωματικών προβλημάτων και των συναισθηματικών αναγκών του ασθενούς. Δεν υπάρχει καλύτερος τρόπος να φροντίσω εκείνους που έχουν ανάγκη τη φροντίδα μου.»

---

<sup>126</sup> GROOPMAN, J., *Πώς σκέφτονται οι γιατροί*. Αθήνα: Κλειδάριθμος, 2009, 343.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

### Ι. ΈΡΓΑ

#### Ελληνόγλωσσα

- ΑΝΔΡΟΥΛΙΔΑΚΗ-ΔΗΜΗΤΡΙΑΔΗ Ι, *Η υποχρέωση ενημέρωσης του ασθενούς*, Αθήνα- Κομοτηνή: Αντ. Ν. Σάκκουλα, 1993.
- ΒΙΔΑΛΗΣ Κ. Τ., *Άρθρο 11 Υποχρέωση ενημέρωσης* σε ΒΙΔΑΛΗΣ Κ. Τ./ΠΑΠΑΧΡΙΣΤΟΥ Κ.Θ., (επιμ), *Ιατρική δεοντολογία : Κατ' άρθρο ανάλυση του Νόμου 3418/2005* Αθήνα – Θεσσαλονίκη : Σάκκουλα 2013.
- ΓΕΩΡΓΙΑΝΝΟΣ Ν., ΙΑΤΡΑΚΗ Ε., ΛΙΟΝΗΣ Χ., *Η συνάντηση του ασθενή με τον ιατρό, σε ΛΙΟΝΗ Χ./ΠΙΤΕΛΛΟΥ Ε., Σχέση Ιατρού Ασθενή: Θεωρητική και Πρακτική Προσέγγιση, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Κρήτης, Αθήνα: ΣΕΑΒ, 2015.*
- ΔΟΥΓΑΛΗΣ Ζ., *Άρθρο 12 Συναινεση του Ενημερωμένου Ασθενή* σε ΛΑΣΚΑΡΙΔΗΣ Ι. Ε. (επιμ.) *Ερμηνεία Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας (Ν 3418/2005)*, Αθήνα: Νομική Βιβλιοθήκη 2013.
- ΚΑΝΕΛΟΠΟΥΛΟΥ-ΜΠΙΟΤΗ Μ., *Άρθρο 11 Υποχρέωση ενημέρωσης* σε ΛΑΣΚΑΡΙΔΗΣ Ι. Ε. (επιμ.) *Ερμηνεία Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας (Ν 3418/2005)*, Αθήνα: Νομική Βιβλιοθήκη 2013.
- ΚΟΥΝΟΥΓΕΡΗ –ΜΑΝΩΛΕΔΑΚΗ Ε., *Οικογενειακό δίκαιο*, Τεύχος Ιβ, Αθήνα-Θεσσαλονίκη: Σάκκουλα 2009, Έκδοση τέταρτη, 319.
- ΠΑΠΑΣΤΕΡΙΟΥ Δ., ΚΛΑΒΑΝΙΔΟΥ Δ., *Δίκαιο της Δικαιοπραξίας*, Αθήνα-Θεσσαλονίκη: Σάκκουλα 2008, 543 επομ.
- ΠΑΠΑΓΙΑΝΝΗΣ, ΑΝ., *Μιλώντας με τον άρρωστο: εισαγωγή στην κλινική επικοινωνία*, Θεσσαλονίκη: University Studio Press, 2η αναθεωρημένη έκδοση, 2017.
- ΠΑΠΑΔΑΤΟΥ Δ., ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΠΟΥΛΟΣ Φ., *Η Ψυχολογία στο χώρο της Υγείας*, Θεσσαλονίκη: Ελληνικά Γράμματα, 1999.
- ΠΕΛΛΕΝΗ – ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ Α., *Αστική ιατρική ευθύνη και συναίνεση του ασθενούς*, Αθήνα: Αντ. Ν. Σάκκουλα 2016.
- ΣΑΚΕΛΛΑΡΟΠΟΥΛΟΥ Β., *Η Ποινική Αντιμετώπιση του ιατρικού σφάλματος και η συναίνεση του ασθενούς στην ιατρική πράξη», Αθήνα-Θεσσαλονίκη Σάκκουλα 2011, Β έκδοση.*



- ΤΟΠΑΛΗΣ Σ., ΧΟΒΑΡΔΑ Χ. σε ΓΩΓΟΣ Κ./ΚΑΪΑΦΑ - ΓΚΜΠΑΝΤΙ Μ./ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΥ Λ./ ΦΟΥΝΤΕΔΑΚΗ Κ., (επιμ) Η ιατρική ευθύνη στη πράξη: Νομολογιακές τάσεις της τελευταίας δεκαετίας, Ερευνητικό Δίκτυο ΑΠΘ, Ιατρική Πράξη Βιοιατρική και Βιοδίκαιο, Αθήνα: Νομική Βιβλιοθήκη, 2010
- ΦΟΥΝΤΕΔΑΚΗ Κ., *Αστική Ιατρική Ευθύνη*, Αθήνα-Θεσσαλονίκη: Σάκκουλα 2003.
- ΦΟΥΝΤΕΔΑΚΗ Κ., *Η συναίνεση του ενημερωμένου ασθενούς σύμφωνα με τον νέο κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας (Ν3418/2005)* σε (επιμ) ΚΑΪΑΦΑ-ΓΚΜΠΑΝΤΙ Μ./ΚΟΥΝΟΥΓΕΡΗ-ΜΑΝΩΛΕΔΑΚΗ Ε./ΣΥΜΕΩΝΙΔΟΥ-ΚΑΣΤΑΝΙΔΟΥ Ε., Ο νέος Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας, Αθήνα-Θεσσαλονίκη: Σάκκουλα 2006.
- ΦΟΥΝΤΕΔΑΚΗ Κ., *Ανθρώπινη αναπαραγωγή και αστική ιατρική ευθύνη σε Δημοσιεύματα Ιατρικού Δικαίου και Βιοηθικής*, Αθήνα-Θεσσαλονίκη: Σάκκουλα 2007.
- ΦΟΥΝΤΕΔΑΚΗ Κ., *Παραδόσεις Αστικής Ιατρικής Ευθύνης: Διάλογος με τη Νομολογία*, Αθήνα: Νομική Βιβλιοθήκη 2018.
- ΨΑΡΟΥΛΗΣ Δ. ΒΟΥΛΤΣΟΣ Π., *Ιατρικό δίκαιο : Στοιχεία βιοηθικής*, 1η έκδ. – Θεσσαλονίκη : University Studio Press, 2010.

#### **Ξενόγλωσσα**

- CHATZOPLAKIS KON ANARGYROS., *Die Einwilligung des Patienten als Rechtfertigungsgrund der Körperverletzung*, Διαθέσιμο στο αρχείο του Διεθνούς Πανεπιστημίου της Δρέσδης, Γερμανία., 2011.
- GROOPMAN, J., *Πώς σκέφτονται οι γιατροί*. Αθήνα: Κλειδάριθμος, 2009, 343

## **II. ΑΡΘΡΑ**

#### **Ελληνόγλωσσα**

- ΒΙΔΑΛΗΣ Τ., ΧΑΓΕΡ – ΘΕΟΔΩΡΙΔΟΥ Α., *Έκθεση για τη Συναίνεση στη σχέση ιατρού-ασθενούς*, Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής.
- ΒΟΥΛΤΣΟΣ Π., ΧΑΤΖΗΤΟΛΙΟΣ Α., *Η συναίνεση του ασθενούς στα πλαίσια του νέου κώδικα ιατρικής δεοντολογίας*, Ιατρικό Βήμα. Απρίλιος - Μάιος 2006.
- ΙΑΤΡΙΚΟ ΔΙΚΑΙΟ - ΒΙΟΗΘΙΚΗ, Τριμηνιαία Περιοδική Έκδοση, Οκτώβριος-Δεκέμβριος 2009, Όμιλος Μελέτης Ιατρικού Δικαίου και Βιοηθικής, Αθήνα-Θεσσαλονίκη: Σάκκουλα, τ. 8

ΤΡΙΓΩΝΗ Μ., ΠΕΡΑΚΗ Δ., ΓΕΝΕΤΑΚΗ Ε., ΔΟΞΑΚΗ Κ., Παρέχοντας υπηρεσίες υγείας σε μετανάστες: απόψεις των επαγγελματιών υγείας, εμπόδια και προκλήσεις, Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας, 2017, Τόμος 9, τεύχος 4.

Υπουργείο Υγείας, Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας, έγγραφο υπ' αριθμ.: Α4α/Γ.Π. οικ.11264/12.2.2016

Υπουργείο Υγείας, Διεύθυνση Ανάπτυξης Μονάδων Υγείας, Τμήμα Προστασίας Δικαιωμάτων Ασθενών, έγγραφο υπ' αριθμ.: Α3δ/ΕΜΠ.Γ.Π. οικ.320 /10.2.2016

### **Ξενόγλωσσα**

ABBAS ABDOLI SEJZI, BAHARUDDIN ARIS, CHAN PEY YUH, *Important Soft Skills for University Students in 21th Century*, 4th International Graduate Conference on Engineering, Science, and Humanities, (IGCESH 2013) Universiti Teknologi Malaysia (UTM), Johor, Malaysia, 16-17 April 201, 1088-1093.

BAILE F. W., *Giving Bad News*, The oncologist, 2015, 20: 852-853.

BAILE F. W., BUCKMAN R., LENZI R., GLOBER G., BEALE A. E., KUDELKA P. A., *A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer*, The oncologist, 2000, 5: 302–311.

BROWN F. L., KROENKE K., THEOBALD E. D., JINGWEI W., WANZHU T., The association of depression and anxiety with health-related quality of life in cancer patients with depression and/or pain, *Psychooncology*, 2010, 19: 734-741.

HUSSON O., MOLS F., VAN DE POLL-FRANSE L.V., The relation between information provision and health-related quality of life, anxiety and depression among cancer survivors: A systematic re-view, *Ann Oncol* 2011, 22:761–772.

LIONIS C., PAPADAKIS S., TATSI C., BERTSIAS A., DUIJKER G., MEKOURIS P. B., *et al*, *Informing Primary Care Reform In Greece: Patient Expectations And Experiences (the QUALICOPC study)*, BMC Health Serv Res. 2017, 17: 255, Published online 2017 Apr 5, doi: 10.1186/s12913-017-2189-0.

KELLY-IRVING M., DELPIERRE C., SCHIEBER AC., LEPAGE B., ROLLAND C., AFRITÉ A., *et al*, *Do general practitioners overestimate the health of their patients with lower education?*, Soc Sci Med, 2011 Nov, 73(9): 1416-1421.

MAGUIRE P., FAULKNER A., *How To Do It Communicate with cancer patients: I Handling bad news and difficult questions*, Br Med J, 1988, 297: 907-909.

MAGUIRE P., PITCEATHLY C., *Key communication skills and how to acquire them*, BMJ, 2002, 325:697-700.

- MISTRY A., WILSON S., PRIESTMAN T., DAMERY S., HAQUE MS., *How do the information needs of cancer patients differ at different stages of the cancer journey? A cross-sectional survey*, J R Soc Med Short Rep 2010, 1-30.
- RABOW W. M., McPHEE J. S., *Beyond breaking bad news: How to help patients who suffer*, West J Med 1999, 171:260–226.
- SEIFART C., HOFMANN M., BÄR T., KNORRENSCHILD J. R., SEIFART U., RIEF W., *Breaking bad news—what patients want and what they get: evaluating the SPIKES protocol in Germany*, Annals of Oncology, 2014, 25: 707–711.
- TRAVALINE J. M., RUCHINSKAS R., D'ALONZO G.E. JR., *Patient-physician communication: why and how*, J Am Osteopath Assoc., 2005 Jan, 105(1): 13-18.
- VAN STADEN C. W., JOUBERT P. M., PICKWORTH G. E., ROOS J. L., BERGH A-M., KRÜGER C., et al, *The conceptualisation of "soft skills" among medical students before and after curriculum reform*, S Afr Psychiatry Rev, 2006, 9: 33-37.
- ZHANG A., *Peer assessment of soft skills and hard skills*, Journal of Information Technology Education: Research, 2012, 11(1): 155–168.
- ZOLNIEREK B.K., DIMATTEO M. R., *Physician communication and patient adherence to treatment: a meta-analysis*, Med Care, 2009, 47(8): 826-834.

### **III. ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ**

#### **Ελληνική**

v. 2071/1992

v.2619/1998

v. 3418/2005

v. 3329/2005

v. 4512/2018

v.4600/2019

v. 4619/2019

ΒΔ 25.5/6.7.1955

Εισηγητική Έκθεση v. 3418/2005

Αστικός Κώδικας

Ποινικός Κώδικας

#### **Αλλοδαπή**

Κώδικας της Νυρεμβέργης (1947)  
Διακήρυξη του Ελσίνκι (1964)  
Διεθνές Σύμφωνο για τα Ατομικά και Πολιτικά Δικαιώματα (1966) ΔΣΑΠΔ  
Διεθνή Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας του Παγκόσμιου Ιατρικού Συλλόγου (1949)  
Παγκόσμια Διακήρυξη για τη Βιοηθική και Ανθρώπινα Δικαιώματα της UNESCO  
(2005)  
Διακήρυξη της Λισαβόνας του Παγκόσμιου Ιατρικού Συλλόγου (1981)  
Χάρτης Θεμελιωδών Δικαιωμάτων της Ευρωπαϊκής Ένωσης (2000)  
Σύμβαση για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα και τη Βιοϊατρική (Σύμβαση του Οβιέδο)  
(1997)

#### **IV. ΝΟΜΟΛΟΓΙΑ**

##### **Ελληνικών Δικαστηρίων**

Ολ ΑΠ 40/1998

Διατ ΕισΕΦΛαρ 92/2011

ΑΠ 424/2012

#### **V. ΑΠΟΦΑΣΕΙΣ ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΩΝ ΑΡΧΩΝ ΚΑΙ ΕΠΙΤΡΟΠΩΝ**

Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα, Απόφαση 7/2016,  
[https://www.dpa.gr/portal/page?\\_pageid=33%2C15453&\\_dad=portal&\\_schema=PORTAL&\\_piref33\\_15473\\_33\\_15453\\_15453.etos=2016&\\_piref33\\_15473\\_33\\_15453\\_15453.arithmosApofasis=7&\\_piref33\\_15473\\_33\\_15453\\_15453.thematikiEnotita=92&\\_piref33\\_15473\\_33\\_15453\\_15453.ananeosi=%CE%91%CE%BD%CE%B1%CE%BD%CE%AD%CF%89%CF%83%CE%B7](https://www.dpa.gr/portal/page?_pageid=33%2C15453&_dad=portal&_schema=PORTAL&_piref33_15473_33_15453_15453.etos=2016&_piref33_15473_33_15453_15453.arithmosApofasis=7&_piref33_15473_33_15453_15453.thematikiEnotita=92&_piref33_15473_33_15453_15453.ananeosi=%CE%91%CE%BD%CE%B1%CE%BD%CE%AD%CF%89%CF%83%CE%B7)

Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής, <http://www.bioethics.gr/index.php/el/gnomes/88-sumainesi-sxesi-iatrov-asthenous/>

Εθνική Αρχή Ιατρικός Υποβοηθούμενη Αναπαραγωγής, Διαθέσιμο σε  
<http://eaiya.gov.gr/enimerosi/%ce%ad%ce%bd%cf%84%cf%85%cf%80%ce%b1-%cf%83%cf%85%ce%bd%ce%b1%ce%af%ce%bd%ce%b5%cf%83%ce%b7%cf%82/>

Συνήγορος του Πολίτη, :Περίθαλψη ασθενών και φορέων HIV – AIDS,  
<https://www.synigoros.gr/?i=health-and-social-welfare.el.dikaioma-ygeias-aidikon-omadon.25629>

Συνήγορος του Πολίτη, Συναίνεση ασθενούς και διακοπή νοσηλείας με "πειθαρχικό" εξιτήριο, <https://www.synigoros.gr/?i=stp.el.porismata&yearFilter=2001>

## VI. ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΕΣ ΠΗΓΕΣ

### Ελληνικές

Εθνικός Οργανισμός Δημόσιας Υγείας, [https://eody.gov.gr/wp-content/uploads/2018/12/hiv-testing\\_6-2014.pdf](https://eody.gov.gr/wp-content/uploads/2018/12/hiv-testing_6-2014.pdf)

Εργαστήριο Μελέτης Ιατρικού Δίκαιου και Βιοηθικής, <http://medlawlab.web.auth.gr/progenesteresodigiesgiatotelostiszois/>

Ελληνική Ουρολογική Εταιρία, Διαθέσιμο σε <https://huanet.gr/wp-content/uploads/2017/07/diourithriki-kisteos.pdf>

Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο, [http://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text\\_el.pdf](http://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text_el.pdf)

Ινστιτούτο Επικοινωνίας και Αλφαριθμητισμού στην Υγεία, <https://hit.org.gr/>

Med and Me, <https://medandme.gr/ta-nea-mas/deltio-typouy-episimi-parousiasi-empistosyni-sto-giatro-sevasmos-ston-astheni/>

Περιφερειακό Κέντρο Πληροφόρησης του ΟΗΕ (UNRIC), [https://www.unric.org/el/index.php?option=com\\_content&view=article&id=26230&Itemid=33](https://www.unric.org/el/index.php?option=com_content&view=article&id=26230&Itemid=33)

Τμήμα Ιατρικής Θεσσαλίας, <http://www.med.uth.gr/DetailsLes.aspx?id=36>,

Τμήμα Ιατρικής Θεσσαλονίκης, <https://www.med.auth.gr/tags/iatriki-nomologia-kai-deontologia>,

Τμήμα Ιατρικής Ιωαννίνων, <https://med.uoi.gr/images/documents/neo-programma-spoydon.pdf>

### Ξενόγλωσσες

Community Research and Development Information Service (CORDIS), Διαθέσιμο σε <https://cordis.europa.eu/project/rcn/103890/factsheet/en>

Collins Dictionary, <https://www.collinsdictionary.com/dictionary/english/soft-skills>

Oxford Advanced Learner's Dictionary, <https://www.oxfordlearnersdictionaries.com/definition/english/soft-skills?q=soft+skills>

UNHCR's Handbook, Διαθέσιμο σε <https://www.unhcr.org/4d93528a9.pdf>

UNESDOC Digital Library, Διαθέσιμο σε Universal Declaration on Bioethics and Human Rights, <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000146180>

World Medical Association, <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

World Medical Association, <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-lisbon-on-the-rights-of-the-patient>

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

<b>ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ</b>	<b>III</b>
<b>ΠΙΝΑΚΑΣ ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΩΝ</b>	<b>IV</b>
<b>ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ</b>	<b>V</b>
<b>ΕΙΣΑΓΩΓΗ</b>	<b>1</b>
<b>ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΟΣ ΤΙΤΛΟΣ. ΕΝΝΟΙΑ ΚΑΙ ΘΕΣΜΙΚΗ ΚΑΤΟΧΥΡΩΣΗ ΓΙΑ ΤΗ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ</b>	<b>3</b>
<b>A. ΘΕΜΕΛΙΩΔΕΙΣ ΕΝΝΟΙΕΣ</b>	<b>3</b>
1. Έννοια	3
2. Πατερναλισμός και αυτονομία	3
<b>B. ΠΗΓΕΣ ΔΙΚΑΙΟΥ</b>	<b>4</b>
1. Διεθνές και Ευρωπαϊκό Δίκαιο	4
2. Ελληνικό Δίκαιο	5
<b>ΤΙΤΛΟΣ ΠΡΩΤΟΣ. ΠΡΟΥΠΟΘΕΣΕΙΣ ΕΓΚΥΡΗΣ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ</b>	<b>8</b>
<b>A. ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΗ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ</b>	<b>8</b>
1. Είδη ενημέρωσης	8
1.1. Γενική ενημέρωση – πληροφόρηση	8
1.2. Θεραπευτική ενημέρωση ή ενημέρωση ασφαλείας	9
1.3. Ενημέρωση αναφορικά με συγκεκριμένη ιατρική πράξη	10
2. Αποδέκτες ενημέρωσης	12
2.1. Ασθενής	12
2.2. Τρίτοι	14
3. Περιεχόμενο, έκταση και χρόνος της ενημέρωσης	15
4. Εμπόδια στη σαφή και πλήρη ενημέρωση	16
<b>B. ΠΑΡΟΧΗ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ</b>	<b>17</b>
1. Ικανότητα για συναίνεση	17
1.1. Ανήλικοι ασθενείς και παροχή συναίνεσης	18
1.2. Ενήλικοι με ανικανότητα συναίνεσης	21
2. Άρνηση συναίνεσης	22
2.1. Από τον ασθενή που διαθέτει ικανότητα συναίνεσης	22

2.2. Από τον τρίτο δικαιούχο της συναίνεσης _____	23
3. Αδυναμία του ασθενή να συναινέσει _____	25
<b>Γ. ΑΛΛΕΣ ΠΡΟΥΠΟΘΕΣΕΙΣ ΓΙΑ ΝΑ ΕΙΝΑΙ ΙΣΧΥΡΗ Η ΣΥΝΑΙΝΕΣΗ _____</b>	<b>26</b>
1. Ηθελημένη συναίνεση _____	26
2. Απουσία αντίθεσης στα χρηστά ήθη _____	27
3. Πλήρης κάλυψη της ιατρικής πράξης κατά περιεχόμενο και χρόνο _____	28
4. Τύπος συναίνεσης και ενημέρωσης _____	28
<b>ΤΙΤΛΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟΣ. ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΧΩΡΙΣ ΤΗΝ ΕΓΚΥΡΗ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ ΚΑΙ ΙΔΙΑΙΤΕΡΕΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ _____</b>	<b>30</b>
<b>Α. ΙΔΙΑΙΤΕΡΕΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΚΑΙ ΤΗ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗ _____</b>	<b>30</b>
1. Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (Μ.Ε.Θ.) _____	30
2. Χειρουργικές επεμβάσεις γενικότερα _____	31
3. Πλαστικές Χειρουργικές Επεμβάσεις _____	31
4. Ασθενείς με τον ιό της επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας (HIV) _____	32
5. Μεταμοσχεύσεις ιστών και οργάνων _____	33
6. Ιατρικώς υποβοηθούμενη αναπαραγωγή (ΙΥΑ) _____	33
7. Αιμοδοσία _____	33
8. Ασθενείς με ψυχικές διαταραχές _____	34
9. Ιατρική έρευνα _____	34
10. Έγκυρη ιατρική παρέμβαση χωρίς τη συναίνεση του ασθενή _____	35
<b>Β. ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ ΧΩΡΙΣ ΤΗΝ ΕΓΚΥΡΗ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗ _____</b>	<b>35</b>
1. Ποινική ευθύνη _____	36
2. Αστική ευθύνη _____	39
3. Πειθαρχική ευθύνη _____	40
<b>ΤΙΤΛΟΣ ΤΡΙΤΟΣ. ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΚΑΙ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ _____</b>	<b>41</b>
<b>Α. ΣΧΕΣΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΜΕ ΤΗΝ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ _____</b>	<b>41</b>
<b>Β. Η ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ - ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΩΣ ΚΑΘΟΡΙΣΤΙΚΟ ΣΤΟΙΧΕΙΟ ΤΟΥ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ _____</b>	<b>43</b>
1. Παράγοντες που επηρεάζουν τη σχέση ιατρού – ασθενή _____	43
2. Μέθοδοι ενημέρωσης ασθενών _____	45
2.1. Μέθοδος Peter Maguire και AnnFaulkner _____	45



2.2. Μέθοδος <i>ABCDE</i>	46
2.3. Μέθοδος <i>SPIKES</i>	47
Γ. ΕΜΠΟΔΙΑ - ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΣΤΗΝ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ	52
Δ. ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΤΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΣΕ ΘΕΜΑΤΑ ΕΝΗΜΕΡΩΜΕΝΗΣ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ ΚΑΙ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ	54
<b>ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ</b>	<b>56</b>
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ</b>	<b>59</b>
<b>ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ</b>	<b>66</b>