

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ
ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ**



**ΔΙΑΤΜΗΜΑΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΒΙΟΗΘΙΚΗ»
ΑΚΑΔΗΜΑΪΚΟ ΕΤΟΣ 2016-2017**

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ:

***Η ΣΥΝΑΙΝΕΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΑΝΑΜΕΣΑ ΣΤΗΝ ΗΘΙΚΗ ΚΑΙ ΤΟ ΔΙΚΑΙΟ
(προβληματισμοί και βάσανος)***

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟΣ ΦΟΙΤΗΤΗΣ: ΗΡΑΚΛΗΣ ΜΗΛΑΚΗΣ
Α.Μ. 201**

**ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: κα ΔΗΜΗΤΡΑ ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΥ-
ΚΛΑΜΑΡΗ**

ΜΕΛΗ ΕΠΤΡΟΠΗΣ: κα Σ. ΤΣΙΝΟΡΕΜΑ, κος Κ. ΤΡΟΜΠΟΥΚΗΣ

**ΗΡΑΚΛΕΙΟ
ΜΑΡΤΙΟΣ 2017**

Ευχαριστίες

Με την ολοκλήρωση της παρούσας δύσκολης, χρονοβόρας και επίπονης διαδρομής, ξεχωριστές ευχαριστίες θα πρέπει να αποδώσω στην επιβλέπουσα μου κα Δήμητρα Παπαδοπούλου – Κλαμαρή, αλλά και στα άλλα δύο μέλη της συμβουλευτικής επιτροπής, κα Σταυρούλα Τσινόρεμα και κο Κωνσταντίνο Τρομπούκη, για την πολύτιμη βοήθεια και καθοδήγηση τους. Επιπλέον, στους γονείς μου, διότι χωρίς την αμέριστη, σε κάθε επίπεδο, στήριξη τους, οι δυσχέρειες θα ήταν ανυπέρβλητες. Συμφοιτητές και φιλικός περίγυρος επίσης συνέδραμαν, και χωρίς να θέλω να παραλείψω κανέναν, τους ευχαριστώ όλους από καρδιάς, με ιδιαίτερη αναφορά να πρέπει όμως να γίνει στη φίλη και συμφοιτήτρια Σοφία Λαμπρινίδη, με την οποία μοιραστήκαμε σκέψεις, γνώσεις, χαρές και ανησυχίες, όλο αυτό το διάστημα φοίτησης στο μεταπτυχιακό πρόγραμμα «ΒΙΟΗΘΙΚΗ».

....Κι αν είσαι στο σκαλί το πρώτο, πρέπει να 'σαι υπερήφανος και ευτυχιμένος....

(Κ. Καβάφης, Το Πρώτο Σκαλί)

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Οι απαιτήσεις για συναίνεση των υποκειμένων που μετέχουν σε ιατρικές διαδικασίες, αναδύθηκε ιστορικά λόγω της φρικτής εμπειρίας του Β΄ Παγκοσμίου Πολέμου, όπου άνθρωποι χρησιμοποιήθηκαν ως πειραματόζωα, χωρίς τη θέληση τους, σε ιατρικές έρευνες από Ναζί επιστήμονες, προς δήθεν επίτευξη μεγαλύτερης επιστημονικής προόδου της ανθρωπότητας (π.χ. πειράματα υποθερμίας, εσκεμμένων μολύνσεων κτλ). Η αποκάλυψη αντίστοιχων πειραμάτων και σε δημοκρατικές χώρες, κατά τις δεκαετίες 1960 και 1970 π.χ. της Tuskegee Syphilis Study ή της περίπτωσης Willowbrook, σταδιακά εδραίωσαν τις απαιτήσεις λήψης «ενήμερης συναίνεσης».

Στο πεδίο της ηθικής φιλοσοφίας η συναίνεση συνδέεται με το κρίσιμο ερώτημα: Ποια είναι η καλύτερη δικαιολόγηση της αυτονομίας του ασθενούς;

Μία πρώτη εκδοχή, που συνδέει την ατομική ή προσωπική αυτονομία του ασθενούς με την έκφραση των προτιμήσεων του, των τάσεων ή των κλίσεων του, χωρίς οποιαδήποτε εξωτερική δέσμευση ή παρέμβαση από άλλους, δεν συνιστά τη καλύτερη δυνατή στα πλαίσια της Βιοηθικής, στη βάση επιχειρημάτων που αναλύονται στη παρούσα εργασία (π.χ. διότι δικαιολογεί και εγωιστικές επιλογές και προτιμήσεις).

Ούτε η κατά σειρά δεύτερη πιο «ισχυρή» εκδοχή, που συνδέει την ατομική αυτονομία, με αναστοχασμένες και κατόπιν έλλογης επανεξέτασης, ξεχωριστές επιθυμίες ή πεποιθήσεις συγκεκριμένου είδους αποσκοπούσες στο συμφέρον και την ευημερία, κατά τρόπο ώστε να εκδηλώνουν την ατομικότητα και την εσώτατη ατομική φύση του ασθενούς (σύλληψη John Stuart Mill) θεωρείται η καλύτερη, λόγω βάσιμων αντίθετων επιχειρημάτων που εκτίθενται.

Η εκδοχή, υπό τον Immanuel Kant, αναδεικνύεται εν τέλει η καλύτερη δικαιολόγηση στο πεδίο της Βιοηθικής, διότι συνδέει την αυτονομία με την Κατηγορική Προσταγή, τις υποχρεώσεις, τα καθήκοντα προς τον εαυτό μας και προς τους άλλους (τέλεια και ατελή), τη καλλιέργεια εμπιστοσύνης μεταξύ δρώντων. Διότι ο Πρακτικός Λόγος, ήτοι η διαδικασία στοχασμού - αναστοχασμού των ανθρώπινων όντων προσπαθεί εδώ να αναδείξει, και αναδεικνύει πράγματι, λόγους πράξης (ή αρχές), έγκυρους από τη σκοπιά όλων, καθολικούς, οικουμενικούς και συνεπώς ηθικά δεσμευτικούς κ.α.

Στο πεδίο του δικαίου, κρατούσα είναι η άποψη ότι η συναίνεση του ασθενούς αποτελεί οιονεί δικαιοπραξία, και ειδικότερα ανακοίνωση βούλησης στην οποία οι

διατάξεις περί δικαιοπραξιών του Α.Κ, βρίσκουν ανάλογη εφαρμογή. Υποστηρίζονται βέβαια και αντίθετες απόψεις περί «δικαιοπρακτικού χαρακτήρα» της συναίνεσης ή περί σύνδεσης της με μία απλή νομιμοποιητική πράξη άρσης του παρανόμου της επέμβασης στη προσωπικότητα του ασθενούς.

Η συναίνεση του ασθενούς θεμελιώνεται έτσι ως λόγος άρσης του παράνομου χαρακτήρα της πράξης του ιατρού ενώ ειδικότερες νομοθετικές ρυθμίσεις, σχετικά με αυτή, στο ελληνικό δίκαιο, περιέχονται στο Ν. 3418/2005 (Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας), στο Ν. 2619/1998 (Σύμβαση του Οβιέδο) κ.α.

Με βάση την ηθική επιχειρηματολογία που υιοθετούμε στην παρούσα εργασία, όσο και την ενδεδειγμένη, άμεσα ή έμμεσα, νομοθετική λύση, οι απαντήσεις και οι λύσεις των 2 ως άνω πεδίων στους προβληματισμούς της εργασίας, καταλήγουν κοινές στα κάτωθι:

1) Ο γιατρός απαγορεύεται να αποκρύπτει πληροφορίες, να εξαπατά, να χειραγωγεί ή να παραπλανεί τον ασθενή, που πρόκειται να υποβληθεί σε μία ιατροχειρουργική επέμβαση, πλην των περιπτώσεων που ο τελευταίος δεν μπορεί, λόγω της εύθραυστης ψυχοσύνθεσης του, να διαχειριστεί την αλήθεια, ή μπορεί να προκληθεί μεγάλη ταραχή σε αυτόν, με άμεσο κίνδυνο για την υγεία και τη ζωή του. Ευλόγως και σε περίπτωση που ο ίδιος ζητάει να μην ενημερωθεί.

2) Η υποχρέωση του ιατρού για παροχή βασικής φροντίδας (χορήγηση τροφής, υγρών κτλ) και ανακουφιστικής αγωγής προς το σκοπό διατήρησης της αξιοπρέπειας, δεν παύει, αλλά εξακολουθεί να υφίσταται στη περίπτωση ρητής και αυτοπρόσωπης άρνησης υποβολής σε προτεινόμενη ιατρική πράξη, κατόπιν πλήρους ενημέρωσης, ικανού ψυχοπνευματικά ασθενούς.

3) Σε περίπτωση οριακών καταστάσεων διαφωνίας των οικείων, σχετικά με την υποβολή σε ευεργετική για τη ζωή και την υγεία, ιατροχειρουργική επέμβαση, ανίκανου ενήλικου ασθενούς, που δεν έχει τεθεί σε δικαστική συμπαράσταση, ο γιατρός, εφόσον υπάρχει χρόνος, πρέπει να προβαίνει σε μία σειρά εξασφαλιστικών ενεργειών. Σε περίπτωση δε κατεπείγοντος, πρέπει να παρακάμπτει τις δηλώσεις και επιθυμίες των οικείων και να επεμβαίνει. Ουσιαστικής σημασίας αναδεικνύεται εδώ και η γνωμοδοτική δράση Επιτροπών Βιοηθικής των νοσηλευτικών ιδρυμάτων.

4) Παρόμοια πατερναλιστική δράση θα πρέπει να έχει ο γιατρός προκειμένου να διασώσει την ζωή και την υγεία ενός ώριμου, κοντά στην ενηλικίωση, πλην ανηλικού ασθενούς, ο οποίος επικαλούμενος θρησκευτικές πεποιθήσεις του, αρνείται,

επωφελή για αυτόν ιατρική πράξη π.χ. μετάγγιση αίματος, τη στιγμή που εκπρόσωποι του δεν μπορούν να ανευρεθούν και τα χρονικά περιθώρια είναι στενά.

5) Λήψη οργάνων από νεκρό πρόσωπο για μεταμόσχευση σε ιστοσυμβατό λήπτη, που πραγματικά το έχει ανάγκη, με βάση μία «τεκμαιρόμενη» συναίνεσή του πρώτου, παρά τις αντιρρήσεις της οικογένειάς του, θα πρέπει να αποκλειστεί.

6) Τα συμφέροντα του συμμετέχοντα σε κλινική μελέτη φαρμάκων προηγούνται πάντοτε των συμφερόντων της Επιστήμης και της Κοινωνίας. Εξασφαλίζεται απαραιτήτως η αξιοπρέπεια του, η σωματική και ψυχική ακεραιότητα του, η υγεία και η ζωή του, ενώ κρίνεται απολύτως αναγκαίο, κατόπιν στάθμισης, οι όποιοι κίνδυνοι να είναι δυσανάλογα μικροί σε σχέση με τα πιθανά οφέλη. Υπό διαφορετικές περιστάσεις, τέτοια συμμετοχή αποκλείεται.

Χαρακτηριστικά του Δικαίου, ιδίως του «θετικού» Δικαίου, είναι ο κανονιστικός χαρακτήρας, η ρύθμιση ανθρώπινης συμπεριφοράς, η υποχρεωτικότητα, το εξαναγκαστό και η ετερονομία.¹ Από την άλλη, η Ηθική, καθορίζει και αυτή με κανόνες την ανθρώπινη συμπεριφορά, έχει συνεπώς κανονιστικό-δεοντολογικό χαρακτήρα, διαφέρει όμως από το Δίκαιο, στο ότι οι κανόνες της απορρέουν ελεύθερα από τη συνείδηση του καθενός, είναι δηλαδή αυτόνομοι (όχι ετερόνομοι) και μόνη συνέπεια παραβάσεώς τους, είναι οι τυχόν τύψεις του παραβάτη, η κοινωνική επίκριση και περιφρόνηση του². Αρκετές θεωρίες έχουν και εδώ υποστηριχθεί, για τη σχέση Δικαίου και Ηθικής, (π.χ. θετικισμός, αντιθετικισμός κτλ³), ωστόσο με βάση τους προβληματισμούς που θέσαμε ανωτέρω, την ηθική δικαιολόγηση που υιοθετήσαμε και τα συμπεράσματα στα οποία καταλήξαμε, η απάντηση που πρέπει να δίδεται, κατά την άποψή μας, στο ερώτημα «ότι είναι νόμιμο είναι και ηθικό;» όσον αφορά τη συναίνεση του ασθενούς, είναι καταφατική.

Όπως επισημαίνει και ο κος Παύλος Σούρλας, τόσο κατά τη θέσπιση όσο και κατά την εφαρμογή του Δικαίου, εμπλέκονται αναπότρεπτα ηθικές εκτιμήσεις και αξιολογήσεις... Πρέπει ωστόσο να αναζητήσουμε τους κρίσιμους εκείνους διαχωρισμούς και τις αναγκαίες εγγυήσεις για την αποφυγή μία άκρως ηθικολογικής αντίληψης του Δικαίου.

¹ Παναγόπουλος, 1999, σελ. 16

² Παναγόπουλος, 1999, σελ. 16-17

³ Βλ. Σούρλας, 2015, Θεωρητική θεμελίωση, Μέρος Α', μάθημα Δικαιο, Ηθική και Βιοηθική, ΠΜΣ Βιοηθική

Abstract

Through History, the requirements for informed consent, have emerged from the terrifying experience of World War II, during of which, human beings were used by Nazi physicians – scientists, as laboratory animals, in medical researches and tests, without their permission, in the name of scientific progress of humanity (e.g. Hypothermia experiments, deliberate infections etc). The revelation of other experiments during the 1960's and 1970's, taking place in democratic states (e.g. Tuskegee Syphilis Study or Willowbrook Study), consolidated the above requirements.

In the field of Moral Philosophy, consent is closely related to this crucial question: “Which is the best justification of Autonomy in Bioethics?”

A first conception of Autonomy, which relates individual autonomy, to the externalization of a patient's preferences, tendencies or inclines, on the absence of any extrinsic restriction or intervention by others, can't be regarded as the best one in Bioethics, owing to strong opposing arguments (e.g. this version of Autonomy justifies arrogant choices etc)

Neither can the conception of Autonomy, be regarded as the best one, which relates individual Autonomy to reflected – of a specific kind – preferences or beliefs, that generate benefits (or human wellbeing). This conception highlights patient's individuality or his/her deeper individual nature (proportionally to John Stuart Mill's conception). Nevertheless, there are a good many reasons against the above conception, which are analyzed in our assignment.

At last, we should give prominence to Immanuel Kant's conception of Autonomy, as this is the best justification of Autonomy in Bioethics, because it relates Autonomy to Categorical Imperative, obligations and duties, which are owed both to ourselves and to others (perfect duties and imperfect duties), and finally generates trust among agents. The Practical Reason, which is a privilege of human beings, tries to bring out valid, universal and morally obligatory reasons of action (or principles) for everyone. Furthermore, in the field of Greek Law and Greek legal theory, it seems to be prevalent that patient's consent is an expression of his/her internal will, which can be

regulated accordingly, by the articles of the Greek Civil Code, about Conventions. Of course, other legal theorists support different opinions (e.g. that patient's consent is a real convention between the physician and the patient, or that consent is closely related to a patient's mere legalizing action, which legalizes the physician's intervention in patient's personhood).

So a patient's consent can be justified as an action that legalizes the illegal features of a physician's intervention. As far as patient's consent is concerned, specific legislation has been enacted, in Greek Law, such as the Acts No 3418/2005 (Code of Medical Deontology), No 2619/1998 (Oviedo's Convention) etc.

Through the comparison of moral and legal answers to our assignment's problems, but also through the conception of Autonomy and the interpretation of Greek Legislation, which we adopted, we conclude the following:

- 1) When a patient is going to be subjected to a serious surgery, physician's lying or withholding of information (or even deception), can be assessed as both immoral and illegal. Exceptions can be accepted due to psychological reasons, when, for example, it is possible that truth would endanger a weak patient's health and wellbeing, or when patient asks for non-disclosure intensively.
- 2) Physician's duty to give care or aid to the patient (e.g. feeding him/her or providing water etc) and generally to relieve his/her pain, so as to secure his/her dignity, continues to exist even in the case of a competent patient, who expresses his/her outright denial being subjected to another medical intervention (e.g surgery)
- 3) When a guardian hasn't been appointed and at the same time relatives disagree about the necessity of a medical action, on an incompetent patient, whereas there isn't enough time, physician ought to appeal to the Court or to Prosecutor in charge. In emergencies, physician shouldn't respect mere preferences and arbitrary declarations of relatives, but should intervene and benefit the patient. Another substantial matter is the advisory function of Bioethics Commission in Hospitals.
- 4) Beneficence should govern physician's decisions and actions, when for instance, a mature 16-year-old minor patient, due to his/her religion, denies being subjected to a beneficial medical intervention e.g. blood transfusion, and

at the same time his/her representatives have disappeared. Physicians should intervene in such cases.

- 5) Extraction of a dead person's organs, in the name of his/her "presumed consent", so as to save another compatible patient, who really needs these organs, through transplantation, providing that relatives strongly disagree to such a perspective, should be morally and legally excluded.
- 6) The interests of a clinical trial's participant are always greater than other scientific or social interests. Dignity, physical and psychological integrity, health and wellbeing of the participant, should be secured in any case. It is completely necessary to measure risks against potential benefits and the first one shouldn't be disproportionate to the last one. Otherwise such a participation should be excluded.

On the one hand, Law, and especially enacted Law, includes the following features: Normative, obligatory and coercive consequences, regulation of human behavior and Heteronomy. On the other hand, Ethics has also normative consequences, as it regulates human behavior. But ethical norms derive from every person's free conscience, so they focus on Autonomy, not Heteronomy. The punishment for offending ethical norms is offender's guiltiness and social scorn. Many theories have been supported, as far as the relationship between Law and Ethics is/are concerned. Nevertheless, the answer to the question "Is a legal regulation both a moral one?" should be positive, as far as a patient's consent is concerned, taking for granted the above conclusions, which we adopted.

As Professor Paul Sourlas mentions: "Both the enacting and the implementation of Law, implicate moral estimations and assessments. Thus we should look for these crucial limits and necessary borderlines, so as to avoid adopting an overly moral perception of Law".

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Περίληψη.....	σελ. i
Abstract.....	σελ. v
Περιεχόμενα	σελ. ix
I. Εισαγωγικά – ορισμοί ιατρικών πράξεων	σελ. 1
A) Χειρουργικές επεμβάσεις.....	σελ. 2
B) Μεταμοσχεύσεις.....	σελ. 4
Γ) Κλινικές Δοκιμές.....	σελ. 6
II. Η συναίνεση κατόπιν ενημέρωσης του υποκειμένου στα πλαίσια της ηθικής φιλοσοφίας.....	σελ. 8
A) Εισαγωγικά - ιστορικό πλαίσιο	σελ. 8
B) Η συναίνεση κατόπιν ενημέρωσης στη σύγχρονη ιατρική ηθική	σελ. 9
Γ) Η δικαιολόγηση της αυτονομίας στη βιοηθική	σελ. 11
Δ) Άλλες αρχές της βιοηθικής	σελ. 33
III. Η συναίνεση του ασθενούς σε νομικά πλαίσια.....	σελ. 40
A) Νομική φύση.....	σελ. 40
B) Νομική θεμελίωση.....	σελ. 43
Γ) Η ρύθμιση της συναίνεσης κατά το ελληνικό δίκαιο	σελ. 48
IV. Προβληματισμοί σε πρακτικά πλαίσια: αντιπαραβολή Ηθικής και Νόμου.....	σελ. 56
A) Εισαγωγικές παρατηρήσεις.....	σελ. 56
B) Πρακτικοί προβληματισμοί.....	σελ. 65
V. Μετά την αντιπαραβολή: Συνοπτικά το τελικό συμπέρασμα.....	σελ. 89
VI. Βιβλιογραφία	σελ. 92

I. ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΑ-ΟΡΙΣΜΟΙ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΠΡΑΞΕΩΝ

Οι ιατρικές πράξεις στις οποίες υποβάλλονται οι χρήστες υπηρεσιών υγείας είναι ποικίλες. Έχουν «ως σκοπό τη με οποιαδήποτε επιστημονική μέθοδο, πρόληψη, διάγνωση, θεραπεία και αποκατάσταση της υγείας του ανθρώπου»⁴ ή ακόμη και ερευνητικό χαρακτήρα «εφόσον αποσκοπούν στην προαγωγή της επιστήμης»⁵.

Έτσι, ιατρικές πράξεις θεωρούνται η διενέργεια καρδιογραφήματος και αιματολογικών εξετάσεων προς διαγνωστικό σκοπό⁶, η χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής, η διενέργεια χειρουργικής επέμβασης, η εφαρμογή από ιατρούς μεθόδων ομοιοπαθητικής ιατρικής⁷, ο τακτικός εμβολιασμός⁸ καθώς και η ιατρική-βιοϊατρική ερευνητική πράξη, υπό τις προϋποθέσεις του αρ. 1 παρ. 2 του Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας (Ν.3418/2005). Ακόμη, η εντολή παρακλινικών εξετάσεων⁹, η ιδιόχειρη¹⁰ ή ηλεκτρονική συνταγογράφηση ή το ηλεκτρονικό παραπεμπτικό (ήτοι η καταχώριση συνταγής φαρμάκων ή και των παραπεμπτικών σε ηλεκτρονική μορφή κατάλληλη για επεξεργασία, αποθήκευση και μεταφορά με τη χρήση τεχνολογίας ηλεκτρονικών υπολογιστών και τηλεπικοινωνιών¹¹), η έκδοση πιστοποιητικού ασθενείας για χορήγηση αναρρωτικής άδειας ή πιστοποιητικού υγείας ή θανάτου¹², η συμβουλή προς τον ασθενή να διακόψει το κάπνισμα, να βελτιώσει τη διατροφή του ή να αθλείται περισσότερο¹³.

Κατά τον Ραβδά, η ιατρική πράξη πρέπει να εκλαμβάνεται ευρέως, καθώς «δεν έχει αυτόνομο εννοιολογικό χαρακτηριστικό»¹⁴. Έτσι, τέτοια πρέπει να θεωρείται και η διενέργεια μεθόδων ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής (ΙΥΑ) στον άνθρωπο, η τεχνητή διακοπή της κύησης (άμβλωση) από μαιευτήρα-γυναικολόγο, η αιμοδοσία ή η αιμοληψία και οι αισθητικές επεμβάσεις, είτε αποκαταστατικές είτε κοσμητικές (π.χ ανόρθωσης στήθους ή διόρθωσης μύτης). Λαμβάνοντας, ωστόσο, υπόψη τις προβλέψεις των αρ. 30 παρ. 4 του Κώδικα Ιατρικής

⁴ Βλ. αρ. 1 παρ. 1 Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας (ΚΙΔ) Ν. 3418/2005

⁵ Βλ. αρ. 1 παρ. 2 ο.π

⁶ Γεωργιάδης ΕιδΕνοχΔ, Τόμος ΙΙ, 2007, παρ. 8, σελ. 188· Λασκαρίδης στο Λασκαρίδης, (επιμ.), ΕρμΚΙΔ, 2012, αρθ. 1 αριθ. 5, σελ. 5

⁷ Ραβδάς στο Βιδάλης (επιμ.) Ιατρική Δεοντολογία, 2013, αρθ. 1 αριθ. 4, σελ. 3

⁸ Δουγαλής στο Λασκαρίδης (επιμ.), ΕρμΚΙΔ, 2012, αρθ. 12 αριθ. 6, υποσημ. 13, σελ. 143

⁹ Βλ. αρ. 1 παρ. 3 ΚΙΔ

¹⁰ Λασκαρίδης στο Λασκαρίδης, (επιμ.), ΕρμΚΙΔ, 2012, αρθ. 5, αριθ. 10, σελ. 53

¹¹ Κυριακάκη στο Βιδάλης (επιμ.) Ιατρική Δεοντολογία, 2013, αρ. 5 αριθ. 2, σελ. 42

¹² Ψαρούλης/Βούλτσος, Ιατρικό Δίκαιο, 2010, σελ. 61

¹³ Γεωργιάδης ΕιδΕνοχΔ, Τόμος ΙΙ, 2007, παρ. 8, αρ. 33, σελ. 189

¹⁴ Στο Βιδάλης (επιμ.) Ιατρική Δεοντολογία, 2013, αρ. 1 αριθ. 3, σελ. 3

Δεοντολογίας και αρ. 1456 Αστικού Κώδικα (Α.Κ.), δεν θα πρέπει να θεωρήσουμε, ως τέτοια, την διενέργεια κλωνοποίησης.

Ιατρικές πράξεις, οι οποίες σχετίζονται με τους προβληματισμούς και τη θεωρητική ανάλυση της παρούσας εργασίας, είναι ενδεικτικά οι εξής:

A) ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ

Με τον όρο χειρουργική επέμβαση θα μπορούσαμε να ορίσουμε την άμεση επέμβαση του γιατρού πάνω στο σώμα του ασθενούς, με σκοπό την εκτομή παθολογικών ιστών ή οργάνων του σώματος, την ένωση ιστών που χωρίστηκαν, την αφαίρεση ξένου σώματος από όργανο που πάσχει ή αντίστοιχου μέρους του σώματος, την αποκατάσταση ενός οργάνου ή μέλους του σώματος που πάσχει ή λείπει.¹⁵

Πριν τη χειρουργική επέμβαση, ο ασθενής υποβάλλεται σε προεγχειρητικές εξετάσεις και ελέγχους, ώστε να περιοριστούν οι πιθανότητες κακών συνεπειών και προβλέψιμων επιπλοκών από αυτήν. Οι πιο συνηθισμένες προεγχειρητικές εξετάσεις είναι π.χ. η εξέταση ούρων, η εξέταση χρόνου ροής και πήξης αίματος, η εξέταση για ζάχαρο και άλλες βιοχημικές εξετάσεις, η εξέταση αίματος για την εξακρίβωση του αριθμού των ερυθρών και λευκών αιμοσφαιρίων κ.ά. Για να είναι λιγότερο επίπονη η εγχείρηση για τον ασθενή, επιβάλλεται η νάρκωση του με ειδικά αναισθητικά φάρμακα. Η φαρμακευτική αγωγή που εφαρμόζεται, μετά την εγχείρηση, είναι ανάλογη με τη σοβαρότητα της εγχείρησης, την ασθένεια απ' την οποία πάσχει ο άρρωστος και τη γενική κατάσταση του.

Αξίζει να σημειωθεί, ότι, οι χειρουργικές επεμβάσεις μπορούν να διακρίνονται στις εξής κατηγορίες: διαγνωστικές, απλές θεραπευτικές, θεραπευτικές επεμβάσεις με δεδομένη την πρόκληση σωματικής βλάβης, και επεμβάσεις με μη θεραπευτικό σκοπό. Έτσι:

α) Οι διαγνωστικές χειρουργικές επεμβάσεις αποσκοπούν στην ασφαλέστερη διάγνωση, για την σωστή και ολοκληρωμένη αντιμετώπιση της υγείας του ασθενή όπως λ.χ. περιπτώσεις βιοψίας

β) Οι απλές θεραπευτικές στοχεύουν στην βελτίωση ή και αποκατάσταση της υγείας του ασθενούς, άνευ προκλήσεως οποιαδήποτε σωματικής βλάβης.

¹⁵ Βλ. σχετικό ορισμό της εγχείρησης. Διαθέσιμο στο διαδικτυακό τόπο: <https://el.wikipedia.org/wiki/%CE%95%CE%B3%CF%87%CE%B5%CE%AF%CF%81%CE%B7%CF%83%CE%B7> Ημερομηνία πρόσβασης: 10/12/2016

γ) Στην δε επόμενη κατηγορία, δηλαδή στις θεραπευτικές χειρουργικές επεμβάσεις, κατά τη διενέργεια των οποίων είναι δεδομένη η πρόκληση σωματικής βλάβης, παρατηρείται το εξής παράδοξο: Ενώ διενεργούνται για καθαρά θεραπευτικό σκοπό, παρόλα αυτά, είναι εκ προοιμίου δεδομένη η πρόκληση σωματικής βλάβης του ασθενή. Αυτό συμβαίνει διότι δεν υπάρχει άλλος τρόπος βελτίωσης της κατάστασης της υγείας του και σωτηρίας του, πλην της προτεινόμενης θεραπευτικής χειρουργικής επέμβασης. Ενδεικτικές περιπτώσεις αποτελούν λ.χ. η μαστεκτομή στις γυναίκες σε περίπτωση καρκίνου του μαστού ή ο ακρωτηριασμός των κάτω άκρων του ασθενή, όταν έχει παρουσιαστεί γαγγραινα.

δ) Η τελευταία από τις ως άνω κατηγορίες, δηλαδή οι επεμβάσεις με μη θεραπευτικό σκοπό¹⁶, διακρίνονται περαιτέρω σε αισθητικές επεμβάσεις, επεμβάσεις επιλογής, επεμβάσεις προς χάριν άλλου και επεμβάσεις που γίνονται σε περιπτώσεις που η κατάσταση του ασθενή είναι μη αναστρέψιμη. Ειδικότερα:

i) Οι αισθητικές επεμβάσεις έχουν τη μορφή είτε θεραπευτικών/αποκαταστατικών αισθητικών επεμβάσεων είτε κοσμητικών αισθητικών επεμβάσεων. Ως θεραπευτικές/αποκαταστατικές αισθητικές επεμβάσεις, θεωρούνται εκείνες με τις οποίες επιδιώκεται η αποκατάσταση εγγενών παραμορφώσεων ή δυσπλασιών ή ακόμη παραμορφώσεων που έχουν προκληθεί στον ασθενή από ατυχήματα, όπως εγκαύματα, παραμορφώσεις από τροχαία ατυχήματα, αναπλάσεις μετά από αφαιρέσεις εξωτερικών οργάνων κ.λ.π. Οι σχετικές επεμβάσεις φέρουν καθαρά θεραπευτικό χαρακτήρα, διότι αποσκοπούν στη βελτίωση και αποκατάσταση, είτε της σωματικής, είτε της ψυχικής υγείας του ασθενή. Στις περιπτώσεις, ωστόσο, που δεν υφίσταται κάποια δυσπλασία ή παραμόρφωση, που να προκαλεί σωματικές ή και ψυχολογικές δυσλειτουργίες αλλά καθαρά για λόγους ματαιοδοξίας και προσωπικής αισθητικής, το άτομο επιθυμεί να αλλοιώσει ένα καθόλα φυσιολογικό χαρακτηριστικό της εξωτερικής εμφάνισης ή του οργανισμού του, τότε αναφερόμαστε στις κοσμητικές αισθητικές επεμβάσεις.

ii) Περαιτέρω, οι ιατροχειρουργικές «επεμβάσεις επιλογής», έχουν ως αποτέλεσμα την απώλεια κάποιας σωματικής λειτουργίας και γίνονται κατόπιν της εκφρασμένης θέλησης του φορέα του αγαθού της υγείας και της σωματικής ακεραιότητας, χωρίς να υπάρχει, πάντα, θεραπευτικός λόγος. Χαρακτηριστικές

¹⁶ Αξίζει να σημειωθεί ότι υπάρχει περίπτωση στις συγκεκριμένες επεμβάσεις να προβλέπεται κατ' εξαίρεση και θεραπευτικός σκοπός

περιπτώσεις είναι οι επεμβάσεις στειρώσεως με απόφραξη των σπερματοδόχων πόρων, οι επεμβάσεις αλλαγής φύλου, και η τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης. Βέβαια, θα πρέπει να επισημανθεί ότι οι εν λόγω επεμβάσεις, θεωρούνται θεραπευτικές, όταν επιβάλλονται από ιατρικούς λόγους: π.χ. οι επεμβάσεις αλλαγής φύλου, έχουν θεραπευτικό σκοπό στις περιπτώσεις ερμαφροδίτων ατόμων, προκειμένου να επικρατήσει το ισχυρότερο φύλο και να αντιμετωπισθεί μια παθολογική ανωμαλία ή η τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης έχει θεραπευτικό σκοπό, όταν επιβάλλεται για λόγους αναφερόμενους στην υγεία της εγκύου.

iii) «Επεμβάσεις προς χάριν άλλου» αποτελούν π.χ. η αιμοδοσία και οι μεταμοσχεύσεις ιστών και οργάνων. Όσον αφορά βέβαια τον αιμολήπτη ή τον λήπτη, ιστών και οργάνων, από μεταμόσχευση, θεωρούμε, οι εν λόγω επεμβάσεις φέρουν θεραπευτικό σκοπό, ενώ αντίθετα δεν φέρουν τέτοιο σκοπό για τον δότη του αίματος, των ιστών ή των οργάνων.

iv) Τέλος, οι επεμβάσεις στις περιπτώσεις μη αναστρέψιμης κατάστασης του ασθενή, διενεργούνται, είτε, όταν ο ασθενής βρίσκεται στο τελικό στάδιο της ασθένειας, είτε, όταν δεν μπορεί να προσδιορισθεί με βεβαιότητα η επέλευση του θανάτου, ενώ είναι βέβαιο πως δεν έχουν θεραπευτικό χαρακτήρα.¹⁷

B) ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΙΣ

Ως μεταμόσχευση θα μπορούσε να οριστεί η χειρουργική επέμβαση που έχει ως στόχο να μετεμφυτεύσει σε ένα έτερο άτομο (λήπτη) ανθρώπινα όργανα ή ιστούς που έχουν αφαιρεθεί από κάποιο αρχικό άτομο (δότη) με συμβατή γενετική ταυτότητα. Ωστόσο ο εν λόγω ορισμός, αποδίδει τη συνήθη περίπτωση μεταμοσχεύσεων, αφού ειδικές κατηγορίες όπως οι αυτομεταμοσχεύσεις ή οι ξενομεταμοσχεύσεις δεν μπορούν να ορισθούν με ικανοποιητικό τρόπο με αυτόν τον ορισμό¹⁸

Με κριτήριο το μόσχευμα η σύγχρονη κατηγοριοποίηση των μεταμοσχεύσεων γίνεται στη βάση της σχέσης δότη και λήπτη. Έτσι μπορούμε να διακρίνουμε¹⁹:

¹⁷ Λιούρδη Α., «Νομική ευθύνη στις ιατροχειρουργικές επεμβάσεις», Εισήγηση στο σεμινάριο με θέμα: Νομική ευθύνη στις ιατροχειρουργικές επεμβάσεις, Ελληνική Χειρουργική Εταιρεία, Αθήνα, 2008, σελ. 6- 14,

Διαθέσιμο στη http://www.exe1928.gr/ell/articles/articles_seminars/2008/sep/ Ημερομηνία πρόσβασης 2/9/2016.

¹⁸ Κούρτης, 2002, σελ. 4, υποσ. 13

¹⁹ Κούρτης, ο.π., σελ. 6

α) τα αυτομοσχεύματα, που προέρχονται από τους ιστούς του ίδιου ανθρώπου (π.χ. μεταμοσχεύσεις δέρματος), οπότε έχουμε αυτομεταμοσχεύσεις,

β) τα μοσχεύματα που αφαιρούνται από άλλο άνθρωπο (ισομοσχεύματα-συγγενικά μοσχεύματα ή αλλομοσχεύματα). Στα ισομοσχεύματα ο μεταφερόμενος ιστός είναι γενετικά πανομοιότυπος (π.χ. δίδυμοι) ενώ στα αλλομοσχεύματα έχουμε μεταφορά ιστών σε ανθρώπους με διαφορετική γενετική σύνθεση. Στις περιπτώσεις αυτές μιλάμε για κλασικές μεταμοσχεύσεις.

Αξίζει να σημειωθεί ότι υφίστανται και εξειδικευμένες μεταμοσχευτικές προσπάθειες που είναι δύσκολο να ενταχθούν στις δύο βασικές προαναφερθείσες κατηγορίες. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί η πειραματική – για την ώρα- μεταμοσχευτική επέμβαση στον ανθρώπινο εγκέφαλο.²⁰

γ) τα ξενομοσχεύματα που είναι μεταφορές ιστών μεταξύ όντων διαφορετικού είδους (π.χ. μεταμόσχευση δέρματος χοίρου σε άνθρωπο που έχει υποστεί σοβαρό έγκαυμα), οπότε μιλάμε για ξενομεταμοσχεύσεις.

Βεβαίως, κατά το ισχύον στην Ελλάδα ειδικό νομοθετικό πλαίσιο για τη δωρεά και μεταμόσχευση οργάνων²¹, οι μεταμοσχεύσεις διακρίνονται με βάση το χρονολογικό κριτήριο επέλευσης του θανάτου: Έτσι έχουμε μεταμόσχευση από ζωντανό δότη και πτωματική, αντίστοιχα.

Πρέπει να επισημάνουμε, ακόμη, ότι η ισχύουσα στην Ελλάδα νομοθεσία, σχετικά με την δωρεά και μεταμόσχευση οργάνων, δηλαδή ο Ν. 3984/2011, ρυθμίζει τη δωρεά, τον έλεγχο, το χαρακτηρισμό, την αφαίρεση, τη συντήρηση, τη μεταφορά και τη μεταμόσχευση ανθρώπινων οργάνων που προορίζονται για μεταμόσχευση, δεν εφαρμόζεται όμως: i) στις αυτομεταμοσχεύσεις, πλην των αυτόλογων μεταμοσχεύσεων αιμοποιητικών κυττάρων (μυελού των οστών), αυστηρά για θεραπευτικούς λόγους, ii) στη δωρεά, την προμήθεια, τον έλεγχο, την κωδικοποίηση, την επεξεργασία, τη συντήρηση, την αποθήκευση και τη διανομή ανθρώπινων ιστών και κυττάρων που προορίζονται για εφαρμογές στον άνθρωπο, καθώς και επεξεργασμένων προϊόντων που προέρχονται από ανθρώπινους ιστούς και κύτταρα, που προορίζονται για εφαρμογές στον άνθρωπο, iii) σε ιστούς και κύτταρα που

²⁰ Κούρτης, 2002, σελ. 7

²¹ Βλ. Ν. 3984/2011 ως ισχύει

χρησιμοποιούνται ως αυτόλογα μοσχεύματα κατά τη διάρκεια μιας και της αυτής χειρουργικής διαδικασίας.²²

Επιπλέον, η αφαίρεση οργάνων από ζώντα ή θανόντα δότη με σκοπό τη μεταμόσχευση πραγματοποιείται μόνο για θεραπευτικούς σκοπούς, ενώ ειδικά η αφαίρεση οργάνων από ζώντα δότη με σκοπό τη μεταμόσχευση διενεργείται εφόσον δεν διατίθενται όργανα από θανόντα πρόσωπα, μέχρι τη στιγμή της αφαίρεσης του οργάνου, δεν υφίσταται εναλλακτική θεραπευτική μέθοδος ανάλογης αποτελεσματικότητας και η μεταμόσχευση δεν συνεπάγεται προφανή, σοβαρό κίνδυνο για τη ζωή ή την υγεία του δότη²³ Τέλος, η δωρεά ανθρώπινων οργάνων από νεκρούς και ζώντες δότες γίνεται πάντοτε εθελοντικά και χωρίς αμοιβή²⁴.

Γ) ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΔΟΚΙΜΕΣ-ΜΕΛΕΤΕΣ

Ως κλινική μελέτη φαρμάκου, τώρα, ορίζεται κάθε έρευνα που διεξάγεται στον άνθρωπο και αποβλέπει στην ανακάλυψη ή την επαλήθευση των κλινικών, φαρμακολογικών ή άλλων φαρμακοδυναμικών δράσεων, ενός ή περισσότερων φαρμακευτικών προϊόντων και στον εντοπισμό τυχόν ανεπιθύμητων ενεργειών. Ακόμη, έρευνα που αποβλέπει στη μελέτη της απορρόφησης, της κατανομής, του μεταβολισμού και της απέκκρισης ενός ή περισσότερων φαρμακευτικών προϊόντων, από τον ανθρώπινο οργανισμό, με στόχο την τεκμηρίωση της ασφάλειας και της αποτελεσματικότητάς τους.

Συμπεριλαμβάνονται στον εν λόγω ορισμό οι κλινικές μελέτες που διεξάγονται σε ένα ή σε πολλά κέντρα, σε μια ή περισσότερες χώρες. Η κλινική μελέτη που διεξάγεται με βάση το ίδιο πρωτόκολλο, αλλά σε περισσότερα από ένα κέντρα και, ως εκ τούτου, από περισσότερους του ενός ερευνητές, ονομάζεται πολυκεντρική κλινική μελέτη.²⁵ Επιπλέον, «παρεμβατική μελέτη» αποκαλείται η μελέτη κατά την οποία τα φαρμακευτικά προϊόντα δεν συνταγογραφούνται ως συνήθως, σύμφωνα με τους όρους που προβλέπονται στην άδεια κυκλοφορίας τους.

Οι κλινικές μελέτες είναι αναγκαίες για τη διαπίστωση της αποτελεσματικότητας των νέων φαρμάκων ή την ανακάλυψη μεθόδων πρόληψης, διάγνωσης και αντιμετώπισης ασθενειών (π.χ. νέες μορφές υπερήχων, καινούργιες

²² Βλ. αρ. 2 Ν. 3984/2011 ως ισχύει

²³ Βλ. αρ. 4 ο.π.

²⁴ Βλ. αρ. 5 ο.π.

²⁵ Βλ. αρ. 2 ΥΑ ΔΥΓ3/89292/2003: Εναρμόνιση προς Οδηγία 2001/20/ΕΚ - Ορθή κλινική πρακτικής κατά τις δοκιμές φαρμάκων στον άνθρωπο, ως ισχύει

χειρουργικές ή ακτινοθεραπευτικές μέθοδοι) καθώς και για τον έλεγχο των παρενεργειών που πιθανόν να συνδέονται με τη χορήγηση ή την εφαρμογή φαρμακευτικών σκευασμάτων, ώστε να αποφευχθεί η διακινδύνευση της ζωής και της υγείας των ασθενών.²⁶

Περιλαμβάνουν περισσότερες φάσεις, που έπονται των εργαστηριακών μελετών (in vitro) και των προκαταρκτικών πειραμάτων σε ζώα. Η πρώτη φάση η οποία είναι μικρής χρονικής διάρκειας (6-12 μήνες) με δείγματα μικρού μεγέθους (έως 100 υγιείς συμμετέχοντες) αποσκοπεί στην πρώτη εκτίμηση της τοξικότητας, του εύρους, της δοσολογίας και της οδού χορήγησης του φαρμάκου. Στη δεύτερη φάση που διαρκεί περίπου δύο χρόνια, το φάρμακο δοκιμάζεται σε δείγμα ασθενών (100-300), προκειμένου να ελεγχθεί η θεραπευτική του δράση και να εκτιμηθούν η απαιτούμενη δοσολογία και οι κίνδυνοι που συνοδεύουν τη χορήγηση του. Στο πλαίσιο της τρίτης φάσης, που είναι και η μεγαλύτερη, οι δοκιμές διαρκούν περίπου τρία χρόνια, και πραγματοποιούνται σε δείγματα μεγάλου μεγέθους, (άνω των 1000 ασθενών). Οι πάσχοντες παρακολουθούνται συνεχώς, ώστε να διαπιστώνονται ακριβή στοιχεία αναφορικά με τις επιδράσεις και τις παρενέργειες των υπό μελέτη φαρμάκων, καθώς και την ασφάλεια και τη θεραπευτική τους αποτελεσματικότητα. Στο τέλος της φάσης αυτής, δίδεται ή δεν δίδεται η άδεια κυκλοφορίας στο φαρμακευτικό προϊόν. Οι φαρμακευτικές έρευνες βέβαια, συχνά έχουν και μία τέταρτη φάση μελέτης. Πρόκειται για έρευνα που έπεται της χορήγησης της άδειας κυκλοφορίας, και αφορά μελέτες που, αν και δεν κρίθηκαν απαραίτητες για την χορήγηση άδειας, συχνά βελτιστοποιούν τη χρήση του φαρμάκου. Σκοπός των δοκιμών της τέταρτης φάσης είναι η διαπίστωση και επιβεβαίωση των αποδεκτών ενδείξεων του τελευταίου, μετά την έγκριση της κυκλοφορίας του.²⁷

Κλείνοντας το παρόν κεφάλαιο, αξίζει να σημειώσουμε ότι θα επιδιώξουμε να εστιάσουμε, στις ανωτέρω ιατρικές πράξεις των υπό ευρεία έννοια ιατροχειρουργικών επεμβάσεων, των μεταμοσχεύσεων και των κλινικών δοκιμών ή μελετών, τόσο στους πρακτικούς προβληματισμούς μας όσο και στη θεωρητική μας ανάλυση, παρά την υπό ευρεία έννοια οριοθέτηση της ιατρικής πράξης καθ' εαυτή, όπως ανωτέρω αναλύθηκε.

²⁶ Κυριακάκη-Μάλλιος στο Βιδάλης (επιμ.) Ιατρική Δεοντολογία, 2013, αρθ. 25, αριθ. 1, σελ. 256

²⁷ Κυριακάκη-Μάλλιος στο Βιδάλης (επιμ.) Ιατρική Δεοντολογία, 2013, αρθ. 25 αριθ. 4, σελ. 256-257

II. Η ΣΥΝΑΙΝΕΣΗ ΚΑΤΟΠΙΝ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ ΤΟΥ ΥΠΟΚΕΙΜΕΝΟΥ ΣΤΑ ΠΛΑΙΣΙΑ ΤΗΣ ΗΘΙΚΗΣ ΦΙΛΟΣΟΦΙΑΣ:

A) ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΑ-ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

Οι διαδικασίες και οι απαιτήσεις της συναίνεσης, κατόπιν ενημέρωσης, μέσω της υπογραφής σχετικών εντύπων κτλ, άρχισαν να αποκτούν ιδιαίτερη αξία, λόγω της σημασίας τους για την έρευνα, μετά τη φρικτή μεταχείριση που υπέστησαν άνθρωποι από γιατρούς των Ναζί²⁸ κατά τον Β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο. Η δίκη της Νυρεμβέργης, όπου καταδικάστηκαν οι ιατρικές πρακτικές έρευνας του ναζιστικού καθεστώτος, ως εγκλήματα κατά της ανθρωπότητας, ήτοι ως δολοφονίες και βασανιστήρια που έγιναν στο όνομα της ιατρικής επιστήμης, και ο Κώδικας της Νυρεμβέργης, που θεσπίστηκε στις 19 Αυγούστου του έτους 1947, ανέδειξαν το ουσιώδες ζήτημα της μεταχείρισης ανθρώπινων υποκειμένων, ως μέσων πειραματισμού, χωρίς αξιοπρέπεια και ηθική υπόσταση²⁹. Ο Κώδικας της Νυρεμβέργης ήρθε, έτσι, ως απάντηση στις άνευ προηγουμένου κτηνωδίες που διέπραξαν στη ναζιστική Γερμανία, κατά τον Β΄ Παγκόσμιο πόλεμο, Ναζί επιστήμονες, που μετείχαν σε βιοιατρικά πειράματα³⁰. Οι διαδικασίες και οι απαιτήσεις της συναίνεσης (κατόπιν ενημέρωσης) εδραιώθηκαν, λοιπόν, λόγω των κατάφορων παραβιάσεων των δικαιωμάτων ανθρώπινων υποκειμένων, π.χ. λόγω απάνθρωπων ευγονικών πειραμάτων, αυταρχικών κρατικών πολιτικών σχετικά με την έρευνα και την αξιοποίηση επιστημονικών επιτευγμάτων. Αργότερα, αναδύθηκε με σαφήνεια η σκέψη πως η συγκατάθεση είναι κεντρική έννοια και για τη κλινική πρακτική και πως η αυτονομία ή ο αυτοκαθορισμός των ασθενών δεν θα πρέπει να υποτάσσεται στη δέσμευση των γιατρών να ενεργούν για την ωφέλεια ή προς το συμφέρον των πρώτων³¹.

Η ανάγκη για πιο εξαντλητικές απαιτήσεις συγκατάθεσης, κατόπιν ενημέρωσης, των υποκειμένων της έρευνας, ενισχύθηκε, έτι περαιτέρω, κατά το 2^ο ήμισυ του 20^{ου} αιώνα, κυρίως κατά τις δεκαετίες του 1960 και 1970, όταν και αποκαλύφθηκαν πειράματα που ελάμβαναν χώρα σε δημοκρατικές χώρες, χωρίς τη συγκατάθεση ή ακόμη και τη γνώση των συμμετεχόντων. Χαρακτηριστικές περιπτώσεις ήταν η Tuskegee Syphilis Study, και η έρευνα Willowbrock: Η πρώτη

²⁸, O' Neill, 2002, 2011, σελ. 36, βλ. σχετικά και 1^η αρχή Κώδικα Νυρεμβέργης 1947

²⁹ Χαραλάμπους, 2014, σελ. 2

³⁰ Χαραλάμπους, ο.π. σελ. 4

³¹ O' Neill, 2002, 2011, σελ. 36

αφορούσε μία έρευνα σχετικά με την ασθένεια της σύφιλης και διεξήχθη από την Αμερικανική Υπηρεσία Υγείας, πάνω σε 600 φτωχούς μαύρους ανθρώπους. Αυτοί οι άνθρωποι ούτε θεραπεύτηκαν, ούτε ενημερώθηκαν ποτέ για την εν λόγω έρευνα. Το μόνο που γνώριζαν ήταν ότι δήθεν έπασχαν από «κακό αίμα» και έπρεπε να υπόκεινται συστηματικά σε ιατρικές εξετάσεις. Η δεύτερη αφορούσε έρευνα σχετικά με την ασθένεια της ηπατίτιδας και διεξήχθη από την ερευνητική ομάδα του Willowbrock State Hospital on Staten Island της Νέας Υόρκης, πάνω σε παιδιά με νοητική υστέρηση. Τα συγκεκριμένα παιδιά, κατά τρόπο απάνθρωπο, μολύνθηκαν με τον ιό της ηπατίτιδας, ώστε να μελετηθεί η εν λόγω ασθένεια, χωρίς τη χορήγηση θεραπείας.

Απάντηση στα ως άνω, ήταν η υιοθέτηση το έτος 1979, στις Ηνωμένες Πολιτείες, της «Belmont Report» από την Εθνική Επιτροπή για τη προστασία των Ανθρωπίνων Υποκειμένων στη Βιοϊατρική και τη Συμπεριφορική Έρευνα³². Η Belmont Report, κατέληξε στην επισήμανση τριών βασικών ηθικών αρχών: το σεβασμό του προσώπου, την αγαθοεργία και την αρχή της δικαιοσύνης³³. Επιπλέον, ενσωμάτωσε και τρεις εφαρμογές (applications), που ήταν α) η συναίνεση κατόπιν ενημέρωσης, β) Η αξιολόγηση ρίσκου και ωφέλειας και γ) Η επιλογή (selection) των υποκειμένων.

B) Η ΣΥΝΑΙΝΕΣΗ ΚΑΤΟΠΙΝ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ ΣΤΗ ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΗΘΙΚΗ

Στη σύγχρονη ιατρική Ηθική, γίνεται δεκτό, ότι μέσω των διαδικασιών και απαιτήσεων για συναίνεση, κατόπιν ενημέρωσης, «αναδύεται .. η συνεπαγόμενη υποχρέωση των θεραπευτών να μη συνεχίσουν τη θεραπεία χωρίς τη συγκατάθεση των ασθενών»³⁴. Έτσι, οι σύγχρονες διαδικασίες και απαιτήσεις για συναίνεση των ασθενών και των υποκειμένων έρευνας (μέσω εκτενών εντύπων κτλ), σχετίζονται άμεσα με την απλή αποδοχή ή άρνηση μιας θεραπείας εκ μέρους τους, δηλαδή με την ατομική ή προσωπική αυτονομία τους, υπό τη «στενή» ή «μινιμαλιστική» θεώρηση

³² Χαραλάμπους, 2014, σελ. 6

³³ The Belmont Report, Ethical Principles and Guidelines for the protection of Human Subjects of Research, The National Commission for the protection of Human Subjects of biomedical and Behavioral research, 1978, σελ. 4-20. Διαθέσιμο στο διαδικτυακό τόπο:

https://videocast.nih.gov/pdf/ohrp_belmont_report.pdf, Ημερομηνία πρόσβασης 14/3/2017

Σημειωτέον ότι στην εν λόγω διαμόρφωση των αρχών της Belmont Report συμμετείχε και ο

φιλόσοφος Tom Beauchamp

³⁴ O' Neill, 2002,2011, σελ. 55

της, που τη συνδέει άμεσα με κάθε είδους επιλογή τους. Βεβαίως, υπάρχει σοβαρό ενδεχόμενο οι εν λόγω διαδικασίες να σχετίζονται και με περισσότερο «ισχυρές» θεωρήσεις της ατομικής αυτονομίας, καθώς πολλά υποκείμενα, εντός των ιατρικών πλαισίων, καταλήγουν σε επιλογές, πράξεις και αποφάσεις με μεγαλύτερο βαθμό αναστοχασμού ή περισσότερο συνειδητά. Έτσι οι σύγχρονες διαδικασίες λήψης συναίνεσης των ασθενών ή των υποκειμένων έρευνας, διασφαλίζουν εξίσου τις συνηθισμένες, καθημερινές, απλές επιλογές και αποφάσεις αλλά ενδεχομένως και τις επιλογές που σχετίζονται με περισσότερο «ισχυρές» μορφές ατομικής αυτονομίας (ήτοι με μεγαλύτερο βαθμό ανεξαρτησίας των υποκειμένων)³⁵. Ωστόσο, όσον αφορά τις δεύτερες, κάτι τέτοιο συνιστά, απλώς, ένα ενδεχόμενο.

Έτσι, μέσω του απλού εντύπου, η συγκατάθεση καθίσταται η πιο συνήθης πρακτική μορφή έκφρασης της ατομικής αυτονομίας του ασθενούς ή του υποκειμένου έρευνας, σε μια αρκετά «στενή» ή «μινιμαλιστική» μορφή της,³⁶ δεδομένου ότι «αυτοί που επιμένουν στη σημασία της ενήμερης συγκατάθεσης για την ιατρική πρακτική συνήθως δεν λένε τίποτα για την ατομικότητα ή το χαρακτήρα, για την αυτοκυριαρχία ή την αναστοχαστική επιλογή ή τον αυτοέλεγχο ή τον έλλογο αναστοχασμό ή τις επιθυμίες δεύτερης τάξης ή για οποιαδήποτε άλλη διάκριση των αυτόνομων από τις απλές επιλογές»³⁷.

Κατά την Onora O' Neill, ωστόσο, μέσω της έκφρασης της ατομικής ή προσωπικής αυτονομίας, υπό την ως άνω εκδοχή, «δεν εξασφαλίζουμε με κανένα τρόπο, ούτε αξιώνουμε, τα υποκείμενα να επιλέγουν όντως αυτόνομα»³⁸. Τίθεται λοιπόν αναπόδραστα το ερώτημα: Είναι η εν λόγω θεμελίωση, θεώρηση και δικαιολόγηση της αυτονομίας, η καλύτερη και η επαρκέστερη στα πλαίσια της ιατρικής Ηθικής και της Βιοηθικής ή μήπως όχι;

³⁵ O' Neill, ο.π. σελ. 61

³⁶ O' Neill ο.π. σελ. 55· Χαραλάμπους, 2014, σελ. 24,

³⁷, O' Neill, ο.π. σελ. 55

³⁸ O'Neill, ο.π.

Γ) Η ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΑΥΤΟΝΟΜΙΑΣ ΣΤΗ ΒΙΟΗΘΙΚΗ

Οι εκδοχές ή θεωρήσεις ή ερμηνείες της αρχής της αυτονομίας, οι οποίες προβάλλονται, στα πλαίσια της ιατρικής Ηθικής, είναι ποικίλες. Ο Gerald Dworkin αναφέρει περίπου δώδεκα διαφορετικές ερμηνείες. Κατ' αυτόν η αυτονομία έχει συσχετιστεί με «την ελευθερία (θετική ή αρνητική)... την αξιοπρέπεια, την ακεραιότητα, την ανεξαρτησία τον κριτικό αναστοχασμό ..., την απουσία εξωτερικών αιτίων.. τη γνώση των πραγματικών μας συμφερόντων»³⁹. Επιπλέον κατά τον James Stacey Taylor, σε γενικές γραμμές «είναι αποδεκτό ότι η αυτονομία αποτελεί μια ιδιότητα του προσώπου, παρά κάποιου που δεν είναι πρόσωπο, όπως πολύ μικρά παιδιά, άτομα χωρίς βούληση ή ζώα»⁴⁰.

Ωστόσο, οι ποικίλες εκδοχές και συλλήψεις της αυτονομίας, μπορούν, κατά την άποψη μας να συμπυκνωθούν, στα πλαίσια της Βιοηθικής, σε τρεις βασικές.

Α' εκδοχή

Η πρώτη εκδοχή, η οποία μάλιστα θεωρείται αρκετά διαδεδομένη στη σύγχρονη ιατρική πρακτική, συνδέει την αυτονομία του ασθενούς με την ανεξαρτησία και την ατομική αυτοέκφραση του, άλλως με οποιαδήποτε «απλή» επιλογή του, μέσω της επακριβούς τήρησης των σχετικών διαδικασιών λήψης συναίνεσης, την υπογραφή των σχετικών εντύπων κτλ. Είναι φανερό ότι η εν λόγω εκδοχή γίνεται κατανοητή ως ιδιότητα των επιμέρους ατόμων⁴¹. Επίσης, ως ένα ζήτημα ανεξαρτησίας του υποκειμένου, ή τουλάχιστον ως η ικανότητα για ανεξάρτητες αποφάσεις και ενέργειες του. Εξάλλου, ευρύτερα εντός του πεδίου της Βιοηθικής, αλλά και πέρα από αυτό, είναι σύνηθες να κατανοείται η αυτονομία, ως ένα ζήτημα ατομικής ανεξαρτησίας⁴². Επιπλέον, η εδώ σύλληψη της αυτονομίας, νοείται ως ικανοποίηση προτιμήσεων ή επιλογών, στη βάση ενός υπολογισμού που διέπεται από τη λογική της ελεύθερης συναλλαγής⁴³ ή μιας καταναλωτικής συναλλαγής, αποκτώντας μία καταναλωτική οπτική. Ταυτίζεται με την συγκατάθεση των ατόμων που συμμετέχουν σε μια συναλλαγή⁴⁴ και ισοδυναμεί με το ατομικό δικαίωμα του υποκειμένου να επιλέγει ή να αρνείται μια μορφή θεραπείας ή εν γένει

³⁹ Dworkin, G. The Theory and Practice of Autonomy, 1988, Cambridge University Press, σελ. 6

⁴⁰ Taylor James Stacey: Practical Autonomy and Bioethics, 2009, Routledge New York σελ. 3

⁴¹, O' Neill, 2002, 2011 σελ. 40

⁴², O' Neill, ο.π. σελ. 41

⁴³ Τσινόρεμα, Η Βιοηθική και η σύγχρονη κριτική της πράξης – Η Ηθική στην εποχή της Βιοτεχνολογίας, στο Δευκαλίων, 2006, σελ. 241

⁴⁴, O' Neill, 2002, 2011 σελ. 67

κάποια ιατρική πράξη, η οποία το αφορά ⁴⁵ Θεωρείται δε «σχεσιακή», ως αυτονομία από κάτι, «επιλεκτική» καθώς το άτομο μπορεί να είναι ανεξάρτητο σε ορισμένα ζητήματα αλλά όχι σε άλλα και «επιδεκτική βαθμού», επειδή κάποια άτομα μπορεί να έχουν μεγαλύτερο και κάποια άλλα μικρότερο βαθμό ανεξαρτησίας⁴⁶. Βέβαια, κατά την Onora O' Neill, η εν λόγω εκδοχή, συνδέεται περισσότερο με θεωρήσεις του 20^{ου} αιώνα, περί ατομικής ψυχολογίας, περί ηθικής ανάπτυξης κτλ, παρά με τις θεωρήσεις των φιλοσόφων John Stuart Mill και Immanuel Kant ⁴⁷.

Η εδώ σύλληψη της αυτονομίας, συνδέεται έτσι με την αρνητική ελευθερία, την οποία ο Isaiah Berlin προσδιόρισε ως προστασία από τις παρεμβάσεις των άλλων ανθρώπων ή τις κυβερνητικές πολιτικές. Συγκεκριμένα, κατ' αυτόν «η απουσία παρέμβασης των άλλων σε όσα το άτομο επιθυμεί να παραμείνουν άθικτα, ορίζεται ως η αρνητική έννοια της ελευθερίας, σύμφωνα με την οποία η ελευθερία των ατόμων αυξάνεται όσο αυξάνεται και η περιοχή στην οποία δεν είναι δυνατή η παρέμβαση των άλλων»⁴⁸.

Αναλογικά, στο χώρο των αποφάσεων σχετικά με τη ανθρώπινη αναπαραγωγή ο John Robertson ενστερνίζεται μια ευρεία θεώρηση της αναπαραγωγικής αυτονομίας⁴⁹. Κατ' αυτόν, «σε όλες τις διενέξεις πρέπει εκ των προτέρων να προκρίνουμε την αναπαραγωγική ελευθερία»⁵⁰. Έτσι «πρέπει να επικρατήσει ένα σύστημα με την ελάχιστη παρέμβαση στις προσπάθειες αναπαραγωγής και με τις ελάχιστες ρυθμίσεις»⁵¹.

Αναμφίβολα, δεν θα πρέπει να παραβλέπουμε το γεγονός ότι η σύλληψη της ατομικής ή προσωπικής αυτονομίας, υπό την αυτή «μινιμαλιστική» εκδοχή της, που την ταυτίζει με τις διαδικασίες λήψης συγκατάθεσης, κατόπιν ενημέρωσης, έχει μεγάλη σημασία: Μέσω αυτής, οι ασθενείς μπορούν να αρνηθούν την εξαναγκασμένη νοσηλεία⁵². «Οπωσδήποτε ενέργειες που εξαναγκάζουν ή εξαπατούν τους ασθενείς, είναι εμπόδια στην ελεύθερη και ενήμερη συγκατάθεση τους και πρέπει οι ίδιες να

⁴⁵ Τσινόρεμα, Η Βιοηθική και η σύγχρονη κριτική της πράξης – Η Ηθική στην εποχή της Βιοτεχνολογίας, στο Δευκαλίων, 2006, σελ. 242-243

⁴⁶ O' Neill, 2002, 2011, σελ. 67.

⁴⁷ O' Neill, ο.π., σελ. 41

⁴⁸ Berlin, Τέσσερα Δοκίμια περί Ελευθερίας, 2001, σελ.257

⁴⁹ O' Neill, 2002, 2011, σελ. 81

⁵⁰ Robertson, Children of Choice: Freedom and the new reproductive technologies, 1994, σελ. 16

⁵¹ Robertson, Embryos, Families and Procreative Liberty: The legal structures of the new reproduction, Volume 59, Issue Number 5, 1986, σελ. 1040.

⁵² O' Neill, 2002, 2011. σελ. 43

εμποδίζονται»⁵³. Επιπλέον, λόγω της εδώ εκδοχής της ατομικής ή προσωπικής αυτονομίας, μεγάλες αλλαγές πραγματοποιήθηκαν τα τελευταία 70 χρόνια, στην ιατρική πρακτική, καθώς αξιώθηκε, κάθε συμβουλή ή παραίνεση του ιατρού να αφήνει περιθώρια ελευθερίας στον χρήστη υπηρεσιών υγείας. Περιορίστηκαν οι καταναγκαστικοί εγκλεισμοί διανοητικά διαταραγμένων σε ειδικά νοσηλευτήρια και δόθηκε ιδιαίτερη έμφαση στις τυποποιημένες διαδικασίες λήψης συγκατάθεσης των ασθενών⁵⁴

Η θεώρηση της ατομικής αυτονομίας, υπό την «μινιμαλιστική» σύλληψη της ανεξαρτησίας και αυτοέκφρασης του υποκειμένου, θεμελιώνεται τόσο στην «αρνητική υποχρέωση της απόρριψης του καταναγκασμού της πράξης μας από τρίτους, όπως και στη θετική ηθική υποχρέωση να αντιμετωπίζουμε με σεβασμό πράξεις, όπως είναι η ιατρική πράξη και έρευνα ή ακόμη και η μετάδοση πληροφοριών, που έχουν αντίκτυπο στην ικανότητα ενός ατόμου να αποφασίζει αυτόνομα»⁵⁵. Ο ασθενής είναι αυτός που έχει τον πρώτο λόγο για το τι ακριβώς θα συμβεί στον ίδιο. Στο επίκεντρο του ενδιαφέροντος δεν βρίσκεται ο γιατρός και η ιατρική πρακτική και έρευνα, αλλά ο ίδιος ο ασθενής, ο οποίος ως ικανός για αυτονομία, δύναται να ορίζει ο ίδιος, τι είναι σημαντικό για τη ζωή του, σύμφωνα με τις δικές του πεποιθήσεις, αντιλήψεις και βούληση⁵⁶. Υπό την «στενή» σύλληψη της ανεξαρτησίας ή ατομικής αυτοέκφρασης του, αναγνωρίζεται ο ασθενής, ως άτομο ικανό για αυτοπροσδιορισμό. Οδηγούμαστε, έτσι, στην αναγνώριση του προσώπου και της προσωπικότητας του. Μπορεί ο ίδιος για τον εαυτό του να αντιληφθεί πως πρέπει να πράττει, αλλά παράλληλα δύναται από μόνος του, χωρίς την ανάγκη εξωτερικής επιβολής να προβαίνει σε ανάλογες πράξεις⁵⁷ και να λαμβάνει ανάλογες αποφάσεις. Μία ουσιαστική διαφορά π.χ. με την ηθική θεώρηση της υπακοής στο Θεό ή εν γένει σε κάποιον τρίτο, είναι το γεγονός ότι δεν απαιτείται εξωτερική επιβολή της Ηθικής της πράξης του, μέσα από κυρώσεις ή οφέλη⁵⁸.

Δεν πρέπει, περαιτέρω, να αγνοούμε το γεγονός ότι από την ως άνω εκδοχή της αυτονομίας, συνάγεται το ότι κάθε άνθρωπος έχει την αποκλειστική ιδιοκτησία πάνω στο σώμα του. Απαγορεύεται η επέμβαση και η επίδραση στο σώμα του, ακόμη

⁵³Τσινόρεμα, Η Βιοηθική και η σύγχρονη κριτική της πράξης – Η Ηθική στην εποχή της Βιοτεχνολογίας, στο Δευκαλίων, 2006, σελ. 241

⁵⁴Ο' Neill, 2002, 2011, σελ. 54

⁵⁵Χαραλάμπους, 2014, σελ. 7

⁵⁶Χαραλάμπους, ο.π., σελ. 8

⁵⁷Χαραλάμπους, ο.π., σελ. 16

⁵⁸Χαραλάμπους, ο.π., σελ. 16 υποσ. 30

και για ασφαλείς, ξεκάθαρα ευεργετικές και μικρών επιπτώσεων επεμβάσεις, που δεν απαιτούν καμία δραστηριότητα εκ μέρους του. Απαγορεύεται ακόμη και να αγγίξει ο ιατρός κάποιον ασθενή, αν ο ίδιος δεν το επιθυμεί ή το απορρίπτει από ευήθεια ή από εγωϊσμό, λόγω επενέργειας ή επέμβασης σε μία καθαρά ιδιωτική σφαίρα του⁵⁹. Γίνεται σεβαστή η προσωπική ακεραιότητα του. Προστατεύεται η σωματική ακεραιότητα του, η εξωτερική σωματική ακεραιότητα του, εν γένει το σώμα του ή ακόμη και ο ρουχισμός του.

Επιπλέον, ως ανωτέρω υπαινίχθηκε, προλαμβάνεται η αυθαιρεσία των ιατρών. Αντιμετωπίζονται τα αρνητικά φαινόμενα από τη ιεραρχική δομή του ιατρικού συστήματος και περιορίζεται η εξάρτηση των ασθενών από τους γιατρούς, αλλά παράλληλα και το υπάρχον χάσμα γνώσης, μεταξύ του γιατρού και του ασθενούς. Απόσυρση δε του ασθενούς από την προτεινόμενη θεραπεία επιτρέπεται οποτεδήποτε το θελήσει ο ίδιος⁶⁰.

Η εν λόγω «μινιμαλιστική» σύλληψη της ατομικής ή προσωπικής αυτονομίας, που την ταυτίζει με τις διαδικασίες λήψης συγκατάθεσης ή άρνησης του ασθενούς ή του υποκειμένου έρευνας, κατόπιν ενημέρωσης του (έντυπα συγκατάθεσης κτλ), προβάλλει, συνεπώς, την ανεξαρτησία του χρήστη υπηρεσιών υγείας π.χ από τον οικογενειακό κύκλο, από τις κοινωνικές συμβάσεις κτλ. Θεμελιώνεται στην άρνηση ή την αποδοχή της διενεργούμενης ιατρικής πράξης και τονίζει την αυτοέκφραση, και την έλλειψη εξωτερικής δέσμευσης του⁶¹, την απαγόρευση εξαπάτησης, εξαναγκασμού και βλάβης του από το ιατρικό προσωπικό, με παράλληλο σεβασμό της προσωπικότητας του.

Ωστόσο, η αυτή θεώρηση της ατομικής ή προσωπικής αυτονομίας του, παρά το γεγονός ότι, τα τελευταία 70 χρόνια, έχει οδηγήσει σε μεγάλη πρόοδο στον ιατρικό χώρο, δεν μας ικανοποιεί.

Κι' αυτό διότι η θεμελίωση της, προϋποθέτει απαραίτητως να βρίσκεται το υποκείμενο στην «ωριμότητα των ικανοτήτων» του, δίνοντας τη συναίνεση ή εκφράζοντας την άρνησή του, ούτως ώστε «...ακόμα και όταν δεν στηρίζεται στο σύνολο των πληροφοριών» αλλά «σε μια εύλογη, ειλικρινή και όχι ριζικά ή

⁵⁹ Nir, 2011, σελ. 8

⁶⁰ Nir, ο.π, σελ. 9

⁶¹ Τσινόρεμα, Η Βιοηθική και η σύγχρονη κριτική της πράξης – Η Ηθική στην εποχή της Βιοτεχνολογίας, στο Δευκαλίων, 2006, σελ. 244

ουσιαστικά ανεπαρκή παρουσίαση της προτεινόμενης θεραπείας»⁶² θα καταλαβαίνει «σε έναν εύλογο βαθμό αυτή τη παρουσίαση τι σημαίνει στα βασικά της σημεία καθώς και τι συνεπάγεται...»⁶³. Προϋποτίθεται, λοιπόν, ότι ο ασθενής είναι «ώριμος ως προς τις ικανότητες του» και σε κατάσταση που μπορεί να κατανοεί και να δώσει συγκατάθεση⁶⁴. Ωστόσο, στον ιατρικό χώρο, εκδηλώνεται κατά κόρον η ευπάθεια και η ανικανότητα, άλλως η αδυναμία των εμπλεκόμενων υποκειμένων, τα οποία γίνεται φανερό ότι αδυνατούν, πολύ συχνά, να βρίσκονται στην «ωριμότητα των ικανοτήτων τους», όπως απαιτείται. Η διασφάλιση ότι πρόκειται να τηρηθούν οι αναγκαίες πρακτικές ενημέρωσης (ώστε να εκφραστεί η ατομική ή προσωπική αυτονομία του υποκειμένου, ως κάθε είδους επιλογή του) συχνά δεν οδηγεί σε απρόσκοπτη απόφαση από την πλευρά του ασθενούς, για τον απλούστατο λόγο ότι προϋποθέτουμε, λανθασμένα, ότι απέναντι μας βρίσκεται πάντοτε ένας ασθενής ικανός να επιλέξει για τον εαυτό του⁶⁵. Απεναντίας, οι ασθενείς πολύ συχνά εμφανίζονται εξαιρετικά αδύναμοι ή είναι τραυματισμένοι, ακόμη και αναισθητοί, ώστε κατά αναπόδραστο τρόπο, χρήζουν βοήθειας. Χαρακτηρίζονται έτσι από ανικανότητα κατανόησης έστω και βασικών πληροφοριών. Επιπλέον, πολύ συχνά ασθενείς τυγχάνουν και ανήλικα παιδιά ή άτομα που έχουν σοβαρές διαταραχές, σοβαρές δυσκολίες αντίληψης και κατανόησης ή ακόμη άτομα που εκδηλώνουν συμπτώματα παραφροσύνης. Ο δε επείγον χαρακτήρας πολλών περιστατικών (συνδυαστικά με τα ανωτέρω), κάθε άλλο παρά την εκδήλωση της «ωριμότητας των ικανοτήτων» των ασθενών, ενισχύει. Έτσι, δεν εξηγείται ποιος ο ρόλος της αυτονομίας, στις περιπτώσεις των ως άνω ασθενών. Εξάλλου, ακόμη και σε ομαλές καταστάσεις, πολλοί ασθενείς αδυνατούν να συγκεντρωθούν και να εκδηλώσουν την ανεξαρτησία τους⁶⁶ καθώς δεν λαμβάνεται υπόψη το γεγονός ότι οι ιατρικές πληροφορίες είναι πολύ συχνά σύνθετες και ο επαγγελματικός χρόνος των ιατρών είναι εξαιρετικά περιορισμένος και κοστολογείται ακριβά⁶⁷.

Θα μπορούσαμε να πούμε ότι η εν λόγω «μινιμαλιστική» σύλληψη της ατομικής ή προσωπικής αυτονομίας, δεν συγκρούεται με δυνητικά αμφιλεγόμενες ιατρικές πρακτικές, ούτε καν με πατερναλιστικές πρακτικές του ιατρικού προσωπικού

⁶² O' Neill, 2002, 2011, σελ. 63

⁶³ O' Neill, 2002, 2011, σελ. 63

⁶⁴ Χαραλάμπους, 2014, σελ. 27

⁶⁵ Χαραλάμπους, ο.π., σελ. 22

⁶⁶ Βλ. και O' Neill, 2002, 2011, σελ. 58

⁶⁷ O' Neill, ο.π., σελ. 62-63

και οδηγεί πολλές φορές στο να ετεροκαθορίζονται⁶⁸ ή να ετερονομούνται οι ασθενείς. Έτσι, σύμφωνα με ορισμένους κοινωνιολόγους της ιατρικής, η έλξη της αυτονομίας με την έννοια της ατομικής ανεξαρτησίας στην Ιατρική Ηθική, οφείλεται στο ότι δίνει μόνο την ψευδαίσθηση του ελέγχου της επαγγελματικής αυθεντίας... δεν θα επιτραπεί στη πραγματικότητα στον αυτόνομο ασθενή να καθορίσει τη θεραπεία του. Θα του επιτραπεί μόνο να αποδεχθεί ή να αρνηθεί τη θεραπεία που του προτείνουν οι επαγγελματίες: η πραγματική αξία αυτού που καλείται «αυτονομία» του ασθενούς, είναι το δικαίωμα να αρνηθεί τη προσφερόμενη θεραπεία, δικαίωμα που είναι δύσκολο να ασκήσει κανείς όταν υπάρχουν πολύ λίγες ή και καμία εναλλακτική θεραπεία... Το δικαίωμα αυτό δεν εξασφαλίζει έτσι κάποια ιδιαίτερη ατομική αυτονομία ή ανεξαρτησία»⁶⁹. Κατά την Onora O'neil «.. όταν οι επιλογές είναι λίγες, όταν η δυνατότητα γνώσης και λήψης αποφάσεων είναι περιορισμένη, τότε η διαδικασία της ενήμερης συγκατάθεσης (υπό την εδώ εκδοχή) μπορεί να γίνει απλώς ένα βάρος ή ένα κενό τελετουργικό και οι ιδέες περί της αυτονομίας των ασθενών μπορεί να γίνουν κενός βερμπαλισμός και να χάσουν την απελευθερωτική τους διάσταση»⁷⁰.

Επιπλέον, με την υπογραφή του εντύπου συγκατάθεσης από τον ασθενή, τυπικά μετατίθεται σε αυτόν -εν μέρει- η ευθύνη επιλογής θεραπείας και συχνά κάτι τέτοιο δεν συνεπάγεται τον πραγματικό έλεγχο των τυχόν αυθαιρεσιών της κλινικής και ερευνητικής ιατρικής, δεδομένου ότι μειώνεται σε μεγάλο βαθμό το βάρος του αρνητικού αποτελέσματος του ιατρού. Δίδεται έτσι απλώς, ως προαναφέρεται, μία «ψευδαίσθηση ελέγχου της ιατρικής αυθεντίας»⁷¹ αναδεικνύεται μία «επίφαση» αυτονομίας του ασθενούς και μία «επίφαση» εμπιστοσύνης στη σχέση ιατρού και ασθενούς.

Έτι περαιτέρω, η συγκατάθεση η οποία δίδεται με την υπογραφή του σχετικού εντύπου και η οποία εκδηλώνει την ανεξάρτητη επιλογή του υποκειμένου, συνιστά συγκατάθεση σε μία πρόταση (και όχι σε θεραπεία ή διαδικασία) και μάλιστα σε μία «αδιαφανή» πρόταση, καθώς το υποκείμενο δεν μπορεί να γνωρίζει επακριβώς τις όποιες μελλοντικές συνέπειες από την αυτή συγκατάθεση του, ή τυχόν άλλες

⁶⁸ Βλ. και Χαράλαμπος, 2014, σελ. 24

⁶⁹ O' Neill, 2002, 2011, σελ. 43

⁷⁰ O' Neill, ο.π., σελ. 44

⁷¹ O' Neill, ο.π.

αντίστοιχες επιπτώσεις, οι οποίες, στη πραγματικότητα, μπορεί να είναι δραματικές για το ίδιο⁷². Άρα, η υπογραφή του εντύπου, υπό την έννοια της πραγμάτωσης της ανεξάρτητης, δίχως επιρροές, απόφασης του, οδηγεί σε μία όλως επιφανειακή «συναίνεση» του.

Θα πρέπει από την άλλη να επισημανθεί, βέβαια, ότι αν η αυτονομία είναι ένα ζήτημα ανεξαρτησίας συνταιριάζεται τόσο δύσκολα με σχέσεις εμπιστοσύνης... διότι... Οι ανεξάρτητοι άνθρωποι .. είναι ακριβώς ο τύπος του ανθρώπου τον οποίο δεν υπάρχει κανένας λόγος να εμπιστευτώ..⁷³

Το πιο σημαντικό, όμως, είναι ότι η αυτή σύλληψη της αυτονομίας, μπορεί να δικαιολογεί πράξεις που είναι ηθικές ή ανήθικες, εγωιστικές ή αλτρουϊστικές, ηθικά αποδεκτές ή ηθικά απαράδεκτες. Το να πράττει ο ασθενής ανεξάρτητα από πιέσεις ή επιρροές που τον ελέγχουν, δεν σημαίνει κατ' ανάγκη ότι πράττει ηθικά⁷⁴. Η σύλληψη της αυτονομίας του ασθενούς, ως ατομικής επιλογής του, είναι ένα προβληματικό κριτήριο για την ηθική δικαιολόγηση των ιατρογενών αποφάσεων, η αυτονομία χάνει τη συνοχή της και μπορεί να βρεθεί σε απροσπέλαστες αντινομίες με άλλες αρχές (π.χ. αρχή της μη βλάβης, της αγαθοπραξίας κλπ.) με αποτέλεσμα να οδηγούμαστε σε πρακτική απροσδιοριστία κατά τη λήψη των ηθικών αποφάσεων⁷⁵. Πραγματικά, γιατί όλες οι επιλογές και προτιμήσεις των ασθενών, δηλαδή ακόμη και αυτές που δεν βασίζονται σε επαρκή και κατάλληλη κατανόηση των προτάσεων των ιατρών να προστατεύονται με κάθε κόστος; Δεν είναι σημαντικό ότι τέτοιες επιλογές και προτιμήσεις μπορεί να είναι καλές ή κακές, σωστές ή λανθασμένες, ευγενείς ή σκληρές, συνετές ή κινδυνώδεις, ενήμερες και πληροφορημένες ή να βασίζονται σε άγνοια και ανεπαρκή κατανόηση; Δεν είναι σημαντικό ότι οι απλές επιλογές και προτιμήσεις, στη βάση αυτοέκφρασης του ασθενούς, μπορεί να βασίζονται στο ότι βλέπει διαστρεβλωμένα τις προτάσεις του γιατρού, ή την εν γένει πραγματικότητα, τις βλάβες και τις ωφέλειες, και γενικότερα τις συνέπειες, που θα επέλθουν με τη συναίνεση ή την άρνηση του στις εν λόγω προτάσεις;⁷⁶. Δεν είναι σημαντικό ότι με τις εν λόγω απλές επιλογές του, ο ασθενής μπορεί να αποδεχθεί προτάσεις που θα τον

⁷² Βλ. σχετικά Ο' Neill, ο.π., σελ. 62

⁷³ Ο' Neill, 2002, 2011, σελ. 41

⁷⁴ Τσινόρεμα, Η Βιοηθική και η σύγχρονη κριτική της πράξης – Η Ηθική στην εποχή της Βιοτεχνολογίας, στο Δευκαλίων, 2006, σελ. 236

⁷⁵ Τσινόρεμα, ο.π., σελ.242-243

⁷⁶ Manson και Ο' Neill, 2007, σελ. 70

τραυματίσουν, θα συντελέσουν στη χειραγώγησή του ή θα τον κάνουν να ενδώσει σε προσφορές τις οποίες «δεν μπορεί να αρνηθεί»;

Η εν λόγω λοιπόν μινιμαλιστική ερμηνεία της ατομικής αυτονομίας ως συγκατάθεση (κατόπιν ενημέρωσης) του ασθενούς ή του υποκειμένου έρευνας, θεωρείται ανεπαρκής, ως ηθική καθοδήγηση⁷⁷. Δεν μπορεί να συναχθεί με βάση την αυτή σύλληψη της αυτονομίας, η ηθική δέσμευση του γιατρού να σέβεται την αυτονομία του ασθενούς, μέσω της διασφάλισης λήψης της συναίνεσης ή της άρνησης του τελευταίου. Η ηθική αξία της, είναι εξαιρετικά αμφίβολη και η εν λόγω θεμελίωση της αυτονομίας, σίγουρα, δεν είναι η καλύτερη.

Β' εκδοχή

Δεύτερη εκδοχή ή σύλληψη της αυτονομίας, εντός των πλαισίων της Ιατρικής Ηθικής, είναι η σύλληψη του John Stuart Mill.

Σύμφωνα με τον Mill, κατά την εκδήλωση της ατομικής ή προσωπικής αυτονομίας του υποκειμένου, τίθεται ο περιορισμός της μη βλάβης τόσο του ίδιου του εαυτού, όσο και όλων των άλλων υποκειμένων. Ο Mill επιτρέπει δηλαδή περιορισμούς της ελευθερίας - ατομικής αυτονομίας, όταν η άσκηση της είναι βλαπτική για τους άλλους⁷⁸ ή για λόγους αυτοπροστασίας. Έτσι η συγκατάθεση του εμπλεκόμενου, σε ιατρογενείς αποφάσεις, υποκειμένου, αν και απαραίτητη σε γενικά πλαίσια, δεν είναι αναγκαία πάντοτε και σε κάθε ειδικότερη περίπτωση, όπου τα πραγματικά περιστατικά διαφοροποιούνται⁷⁹, π.χ. όταν η αποχή από τη θεραπεία (άρνηση θεραπείας) είναι βλαπτική για τους άλλους. Σύμφωνα με την εν λόγω σύλληψη της ατομικής ή προσωπικής αυτονομίας, κατά τον Mill, θα πρέπει να θεωρηθεί ηθικά ανεκτός ο εγκλεισμός για θεραπεία σε ειδικά νοσηλευτικά ιδρύματα (ήτοι ο περιορισμός της ελευθερίας και η κάμψη της ατομικής αυτονομίας, εξαναγκασμένα και άνευ συγκατάθεσης) ψυχολογικά διαταραγμένων ασθενών που είναι πιθανό να βλάψουν άλλους ή η εξαναγκασμένη θεραπεία ατόμων για λόγους δημόσιας υγείας. Θα πρέπει, επίσης, να θεωρηθεί ηθικά ανεκτή η εξαναγκασμένη

⁷⁷ Βλ. O' Neill, 2002, 2011, σελ. 123

⁷⁸ O' Neill, 2002, 2011, σελ. 64

⁷⁹ O' Neill, ο.π., σ. 63-64

υποβολή σε καισαρική τομή/επέμβαση εγκύων, εφόσον η άρνηση τους προκαλεί κίνδυνο βλάβης για το έμβρυο⁸⁰.

Η ατομική ή προσωπική αυτονομία, άλλως η «ατομικότητα» και η ελευθερία, κατά τον Mill, αποτελεί στοιχείο της ευημερίας των ατόμων και σχετίζεται με τα πάγια συμφέροντα τους⁸¹, η εκδήλωση της έχει απώτερο σκοπό την ωφελιμότητα τους δηλαδή την ατομική ευημερία τους (συμφέρον τους), άλλως την κοινωνική ευημερία. Μέσω των αυτόνομων επιλογών των υποκειμένων, επιτυγχάνεται η μεγιστοποίηση της ηδονής τους ή η ικανοποίηση των κριτικών συμφερόντων τους (critical interests).

Δηλαδή, με το να καθίστανται οι ασθενείς ικανοί να παίρνουν αποφάσεις για τον εαυτό τους, προωθείται καλύτερα η ευημερία τους, επέρχεται η ωφέλειά τους και προωθούνται καλύτερα τα βέλτιστα συμφέροντά τους⁸². Η προώθηση της αυτονομίας του ασθενούς, υπό την εδώ εκδοχή, δικαιολογείται με επιχειρήματα από την θεωρία του Ωφελιμισμού, καθώς η αυτονομία του να λαμβάνει αποφάσεις για τον εαυτό του, τον καθιστά ικανό να επιβιώνει, να θεραπεύει και εν γένει να βελτιώνει την υγεία του⁸³. Μέσω των αυτόνομων αποφάσεων των ασθενών, προωθείται η ψυχολογική ευημερία τους, γνωρίζουν καλύτερα τους εαυτούς τους, καθίστανται οι καλύτεροι κριτές για το τι είναι καλύτερο για αυτούς και ελέγχουν τις αποφάσεις των γιατρών και τις ιατρικές πράξεις. Έτσι: α) Το να παίρνει κάποιος ασθενής τις δικές του αποφάσεις, προωθεί το δικό του ψυχολογικό καλό ή ευημερία και β) Οι ασθενείς ξέρουν γενικά τους εαυτούς τους αρκετά καλά, ώστε να είναι, εν τέλει, οι καλύτεροι κριτές για το τι είναι πιο ωφέλιμο για αυτούς⁸⁴. Η αυτονομία του εν λόγω υποκειμένου, του εξασφαλίζει καλή ζωή, τον αποξενώνει λιγότερο από τον ίδιο τον εαυτό του, επιβραβεύει τις χρηστές αποφάσεις του, προωθεί τους τελικούς σκοπούς και στόχους του, που ορίζουν πόσο καλά πάει η ζωή του⁸⁵.

Βέβαια, θα πρέπει να σημειωθεί ότι σε κάθε άλλη περίπτωση τίθενται φραγμοί στις συλλογικές παρεμβάσεις στην ατομική ανεξαρτησία. Κατά τον Mill, η πολιτική ή

⁸⁰ O' Neill, ο.π., σ. 64

⁸¹ Warnock M. (επιμ.), Mill, On Liberty, στο Utilitarianism, On Liberty and other Essays, 1863,1962 σ. 136, 185

⁸² Beauchamp & Faden, 1986, σελ. 14

⁸³ Beauchamp & Faden, ο.π.

⁸⁴ Nir, 2011, σελ. 5

⁸⁵ Nir, ο.π, σελ. 5

κοινωνική ελευθερία είναι «ο μόνος τρόπος εξασφάλισης της ανάπτυξης και της καλλιέργειας προσώπων με ατομικότητα και χαρακτήρα»⁸⁶.

Η περισσότερο «ισχυρή», αυτή, σύλληψη της ατομικής ή προσωπικής αυτονομίας, θεμελιώνεται, εδώ, ως η αυτόνομη επιλογή του υποκειμένου, που προκαλείται από τις επιθυμίες και τις πεποιθήσεις του. Βεβαίως, τα άτομα δεν θεωρείται ότι απλά επιλέγουν να ακολουθήσουν όποιες επιθυμίες έχουν σε δεδομένη χρονική στιγμή, αλλά ότι αναστοχάζονται, ελέγχουν τις επιθυμίες τους, και επιλέγουν με ξεχωριστό τρόπο ανάμεσα σ' αυτές. Έτσι αποκτάται και αναπτύσσεται ο χαρακτήρας τους, η ατομικότητα και η αυτοκυριαρχία τους. Η ανεξάρτητη δράση και η απλή επιλογή του ατόμου δεν εκδηλώνει την ατομική ή προσωπική αυτονομία του. Μονάχα εφόσον αποδεικνύεται ότι οι ασθενείς «κατέχουν ή ταυτίζονται με ορισμένες επιθυμίες, ότι καλλιεργούν ορισμένα αισθήματα και ορμές εις βάρος άλλων και ότι μ' αυτό τον τρόπο γίνονται ανεπτυγμένα ανθρώπινα όντα»⁸⁷ δικαιολογείται η εδώ σύλληψη της ατομικής ή προσωπικής αυτονομία τους.

Σύμφωνα, τώρα, με κάποιες «νεομιλλιανές» συλλήψεις της ατομικής ή προσωπικής αυτονομίας του ασθενούς⁸⁸, οι οποίες χρησιμοποιούν ακριβώς «νεομιλλιανά» επιχειρήματα, κάθε δράση οφείλεται ανάμεσα στα άλλα σε πεποιθήσεις και επιθυμίες. Μία δράση, όμως, είναι πράγματι αυτόνομη όταν προκύπτει από επιθυμίες και πεποιθήσεις ενός συγκεκριμένου είδους. Περαιτέρω, οι αυτόνομες επιλογές των εμπλεκόμενων υποκειμένων, είναι αποτέλεσμα επιθυμιών που έλεγξαν ή μετρίασαν ή επικύρωσαν με βάση άλλες επιθυμίες ή πεποιθήσεις τους. Έτσι, οι αυτόνομες επιλογές τους διακρίνονται από τις απλές επιλογές τους, με βάση τα εάν προκύπτουν ή αν αντανακλούν μεγαλύτερο βαθμό αυτογνωσίας ή αυτοελέγχου ή ικανότητας ελέγχου, ή επανεξέτασης και αποδοχής άλλων επιθυμιών τους⁸⁹.

Συγκεκριμένα, στο χώρο των αποφάσεων σχετικά με την ανθρώπινη αναπαραγωγή, ο John Harris «...υποστηρίζει μια διευρυμένη έννοια αναπαραγωγικής αυτονομίας... ο μόνος λόγος για την απαγόρευση χρήσης μιας τεχνολογίας είναι η

⁸⁶ O'Neill, 2002, 2011, σελ. 48

⁸⁷ Warnock M., Mill, On Liberty, στο Utilitarianism, On Liberty and other Essays, επιμ., 1863,1962 σελ 193.

⁸⁸ Εκπρόσωποι ιδίως των εν λόγω συλλήψεων είναι οι φιλόσοφοι J. Harris, H. Frankfurt και P. Singer

⁸⁹ O' Neill, 2002, 2011 σ. 51

πιθανότητα πρόκλησης βλαβών»⁹⁰. Κατ' αυτόν, «..το είδος των επιλογών που διακυβεύεται στα ζητήματα της ανθρώπινης αναπαραγωγής, δεν είναι απλές επιλογές αλλά σχετίζονται κατά έναν ιδιαίτερο τρόπο με την εσώτατη ατομική μας φύση και .. έχουν κεντρική σημασία για μια ισχυρή σύλληψη της ατομικής αυτονομίας»⁹¹. Επιπλέον τονίζει πως «οτιδήποτε πράττουν ενήλικες, ικανοί για συγκατάθεση στην ιδιωτική τους ζωή και πιο συγκεκριμένα οτιδήποτε κάνουν στον εαυτό τους, αποτελεί σχεδόν πάντα δικό τους ζήτημα. Οι εξαιρέσεις πρέπει να βασίζονται πάνω στο ενδεχόμενο σοβαρής ζημίας σε άλλους ή στη κοινωνία»⁹², ενώ, «όσοι επιχειρούν να περιορίσουν ανάλογες ελευθερίες όπως η αναπαραγωγική αυτονομία «πρέπει να μας δείξουν ότι όχι απλώς δεν είναι δημοφιλής ή ανεπιθύμητη, αλλά ότι πρόκειται να προκαλέσει σοβαρή ζημία σε άλλους ή στη κοινωνία και ότι η ζημία αυτή υφίσταται τώρα και είναι πραγματική και όχι μελλοντική και υποθετική»⁹³.

Περαιτέρω, ο Harry Frankfurt τονίζει ότι η εν λόγω «ισχυρή» σύλληψη της ατομικής ή προσωπικής αυτονομίας των υποκειμένων ταυτίζεται με μια τυπική ιεράρχηση και σύνθετη ανάλυση των επιθυμιών, σε επιθυμίες πρώτης τάξης και επιθυμίες δεύτερης τάξης. Δηλαδή, η επιλογή του υποκειμένου είναι αυτόνομη όταν οι επιθυμίες πρώτης τάξης, τις οποίες ικανοποιεί, υποστηρίζονται από επιθυμίες δεύτερης τάξης (τις επιθυμίες να έχει τις επιθυμίες πρώτης τάξης)⁹⁴. Η αυτονομία ενός προσώπου, κατά τον Frankfurt, φαίνεται να ταυτίζεται με την ικανότητα του να διαμορφώνει, μέσα από μία διαδικασία στοχαστικής αυτοαξιολόγησης, «βουλευτικά ενεργήματα»⁹⁵ δευτέρου βαθμού. Δηλαδή το πρόσωπο έχει την ικανότητα, όχι μόνο να επιλέγει το ένα ή το άλλο, αλλά μέσα από μία διαδικασία αναστοχασμού, να ορίζει ποια κίνητρα και επιθυμίες θα ακολουθήσει: εκτός από το να θέλει, έχει την ικανότητα να θέλει να έχει ή να μην έχει ορισμένες επιθυμίες ή κίνητρα⁹⁶

⁹⁰ O' Neill, ο.π. σελ. 80

⁹¹ O' Neill, ο.π., σελ. 82

⁹² Harris, *Enchancing Evolution: The ethical case for making better people*, Princeton University Press, 2007, Princeton, σελ. 73.

⁹³ Harris, ο.π., σελ. 74

⁹⁴ Frankfurt "The freedom of the will and the concept of a person" *The Journal of Philosophy*, Vol. 68, No 1, 1971, σελ. 5-20 Διαθέσιμο στο διαδικτυακό τόπο

<http://www.sci.brooklyn.cuny.edu/~schopra/Persons/Frankfurt.pdf> Ημερομηνία πρόσβασης 14/12/2016

⁹⁵ Χαραλάμπους, 2014, σελ. 85

⁹⁶ Frankfurt, *The Freedom of the will and the concept of a person*, στο *Journal of Philosophy*, vol.68, No 1, 1971, σελ. 11· Χαραλάμπους, 2014, σελ. 85

Θεωρούμε, ωστόσο, ότι οι ως άνω περισσότερο «ισχυρές» ερμηνείες και θεώρηση της ατομικής αυτονομίας του ασθενούς (σύμφωνα με τον Mill και τους «νεομιλλιανούς» φιλοσόφους) δεν μας ικανοποιούν και δεν μπορούν να δικαιολογήσουν την ηθική δέσμευση του ιατρού να σέβεται την αυτονομία του ασθενούς στα πλαίσια της Βιοηθικής.

Και αυτό διότι:

Κατά την εκδοχή της αυτονομίας με βάση τον Mill, επιβάλλεται απλώς στην ατομική αυτονομία, να μην προκαλεί βλάβη⁹⁷. Όριο δηλαδή τίθεται η αποφυγή της βλάβης. Ωστόσο, το τι θεωρείται βλαβερό και τι αβλαβές, με άλλα λόγια ποιο είναι το όριο των βλαβερών από τις μη βλαβερές επιλογές και πολιτικές, παραμένει κάτι το δυσδιάκριτο και ασαφές⁹⁸. Σε πολλές περιπτώσεις είναι δύσκολο να δείξει κανείς πότε και πόσο πρέπει να περιοριστεί η ελευθερία, επικαλούμενος μόνο την αποφυγή βλάβης⁹⁹ για τον εαυτό του ή για τους άλλους.

Επιπλέον, το ευάλωτο, η αδυναμία και η ανικανότητα πολλών ασθενών εμποδίζουν την απόφαση τους με αναστοχασμό, έλεγχο, λογική, επανεξέταση ή αναστοχαστική εξέταση, αυτογνωσία, επιλεκτικότητα, ιεράρχηση και επικύρωση. Γίνεται απολύτως δεκτό, δηλαδή, ότι οι ασθενείς που δίνουν ή ενδεχομένως αρνούνται να δώσουν τη συγκατάθεση τους, ενδέχεται να μην έχουν δυνατότητα αυτοκαθορισμού, αναστοχαστικής αξιολόγησης ή ανεξαρτησίας. Ακόμη και αν διαθέτουν τέτοιες ικανότητες, η συγκατάθεση ή η άρνηση τους, πολλές φορές, ελάχιστα τις ικανοποιεί¹⁰⁰. Χαρακτηριστική είναι η περίπτωση σύνθετων επεμβάσεων, οι οποίες προκαλούν σύγχυση και ξεπερνούν τις νοητικές και διανοητικές ικανότητες των ασθενών.

Έτσι, τίθεται αναπόδραστα το ερώτημα, αν παρέχονται ικανοποιητικές λύσεις με βάση την εν λόγω εκδοχή της αυτονομίας, όταν έχουμε να κάνουμε με μη ικανούς ασθενείς.¹⁰¹ Σε δύσκολες και εξαιρετικές περιπτώσεις, όπως στην περίπτωση ασθενών πολύ μικρών παιδιών, πνευματικά διαταραγμένων που δεν έχουν διαύγεια, αναισθητών, ή ακόμη και σε περιπτώσεις κατεπείγοντος, δεν είναι δυνατή η έκφραση ούτε αυτού του ελάχιστου βαθμού της ατομικής ή προσωπικής αυτονομίας τους, υπό την εδώ σύλληψη. Άρα, πως θα εκδηλωθεί η ατομική αυτονομία τους, δεδομένου ότι

⁹⁷ O' Neill, 2002, 2011, σελ. 123

⁹⁸ O' Neill, ο.π., σελ. 97

⁹⁹ O' Neill, ο.π., σελ. 65

¹⁰⁰ O' Neill, ο.π., σελ. 69

¹⁰¹ Manson και O' Neill 2007, σελ. 71

οι τελευταίοι δεν δύνανται συνολικά, λόγω της κατάστασης τους, να πράττουν αυτόνομα και ανεξάρτητα;

Γίνεται αποδεκτό ότι οι τέσσερις βασικότερες αρχές στα πλαίσια της βιοιατρικής ηθικής, είναι η αρχή της αυτονομίας, υπό οποιαδήποτε ερμηνεία και αν αυτή συλληφθεί, η αρχή της μη βλάβης, η αρχή της αγαθοεργίας ή της ευεργεσίας και η αρχή της δικαιοσύνης.

Το πλαίσιο που εκφράζει τη λογική της «αρχοκρατίας», διακρίνει κάθε αρχή, σε εντελώς ξεχωριστό επίπεδο, δηλαδή οδηγεί σε διευθέτηση των ηθικών διλημάτων, κατά μία «κοινή ηθική αντίληψη»¹⁰².

Σε δύσκολες περιπτώσεις, όπως στην περίπτωση ασθενών πολύ μικρών παιδιών, πνευματικά διαταραγμένων που δεν έχουν διαύγεια, αναισθητων, ή ακόμη και σε εξαιρετικές περιπτώσεις κατεπείγοντος, όπως αναφέρεται ανωτέρω, υποστηρίζεται από τη λογική της «αρχοκρατίας», ότι η ατομική αυτονομία των ασθενών, δεν είναι δυνατό να υπάρξει, και οι περιπτώσεις αυτές, θα πρέπει να επιλυθούν, με προσφυγή σε άλλες αντίθετες, εντελώς ξεχωριστές αρχές, όπως αυτές της αγαθοεργίας ή της ευεργεσίας, της μη βλάβης και της δικαιοσύνης.

Δεν είναι δυνατό όμως, υπό μία τέτοια λογική «αρχοκρατίας», να εναρμονίζονται οι εν λόγω αρχές, στους προβληματισμούς που ανακύπτουν, με αναπόφευκτο αποτέλεσμα να οδηγούμαστε συχνά σε πρακτική απροσδιοριστία, κατά την επίλυση των εν λόγω ηθικών διλημάτων, καθώς ανακύπτουν ανυπέρβλητες αντινομίες, όταν συχνά συγκρούονται οι εν λόγω αρχές, που δεν εναρμονίζονται, παρόλο που η εν λόγω λογική της «αρχοκρατίας» γίνεται αποδεκτή στη πράξη με ενθουσιασμό και υιοθετείται ευρέως από την πλειοψηφία των γιατρών και λοιπών επαγγελματιών υγείας.

Περαιτέρω, θα πρέπει να επισημάνουμε ότι η αυτονομία του ασθενούς, υπό την εδώ σύλληψη, εκλαμβάνεται εργαλειακά, υπό ωφελιμιστικά πλαίσια, με εξωγενή κριτήρια ηθικής δικαιολόγησης, όπως η ατομική ή κοινωνική ευημερία, η ωφελιμότητα, η μη βλάβη, η προστασία της υγείας του υποκειμένου άρα όχι εγγενώς. Η αυτόνομη επιλογή των ασθενών, είναι άξια εξωτερικά ή εξωγενώς ή εργαλειακά χάριν της υγείας, της ευζωίας και εν γένει της ευημερίας και της ωφέλειας τους, παρά εγγενώς χάριν αυτής της ίδιας¹⁰³. Συνεπώς δεν έχει ανεξάρτητη και απόλυτη αξία.

¹⁰² Έτσι και η θεμελίωση των T. Beauchamp, R. Faden

¹⁰³ Beauchamp & Faden, 1986, σελ. 14

Έχει υποκειμενικό χαρακτήρα καθώς συνδέεται με επιθυμίες και προτιμήσεις, έστω ιδιαίτερες, που βρίσκονται μέσα στο καθένα μας και ως αίτια και λόγοι πράξης, καθορίζουν και οδηγούν στη δράση (αποτέλεσμα) σε μία σύνδεση αιτίου-αιτιατού (αιτίου - αποτελέσματος). Οι αιτίες της πράξης είναι υποκειμενικά προσδιορισμένες επιθυμίες. Δεν δίνονται δημόσια παρατιθέμενοι, καθολικοί και δεσμευτικοί, έγκυροι από τη σκοπιά όλων, λόγοι πράξης, ώστε να αποφασίσει ο οποιοσδήποτε τρίτος αν θα ακολουθήσει ένα λόγο πράξης ή όχι. Δεν γεφυρώνονται εύκολα οι αντιτιθέμενες επιθυμίες.

Επιπλέον, κατά τον Χαραλάμπους, «ο πρακτικός λόγος ανάγεται απλώς σ' έναν εργαλειακό λόγο, που περιορίζεται στην αναγνώριση των μέσων για την ικανοποίηση των σκοπών ενός ατόμου ή στην ανακάλυψη των πραγματικών επιθυμιών μας, σε μια αρχή ικανοποίησης κοινών προτιμήσεων ή επιθυμιών»¹⁰⁴. Η ικανότητα αναστοχασμού και ο έλλογος προβληματισμός καθίστανται εργαλεία για ανακάλυψη των πραγματικών ενδόμυχων επιθυμιών του ατόμου, των ξεχωριστών-ιδιαίτερου είδους επιθυμιών του, ή για αναγνώριση των μέσων ικανοποίησης των σκοπών του. Δεν αναδεικνύουν δεσμευτικούς λόγους πράξης έγκυρους από τη σκοπιά όλων, ήτοι δεσμευτικές υποχρεώσεις.

Επιπρόσθετα, θα μπορούσε να υποστηριχθεί, ότι, οι συνδέσεις αυτονομίας και «καλής ζωής» ή ευημερίας είναι αβάσιμες. Οι αυτόνομες αποφάσεις των ατόμων συχνά φαίνεται να μην προωθούν την ευτυχία και την ικανοποίησή τους, αλλά να είναι κακές για αυτά, καθ' ότι περιλαμβάνουν περίπλοκες αξιολογήσεις, τα καθιστούν υπεύθυνα για λάθη και συνοδεύονται από κοινωνική πίεση για λήψη συγκεκριμένων αποφάσεων¹⁰⁵. Δεν είναι αυτονόητο ότι η αυτόνομη επιλογή κάνει τη ζωή του ασθενούς καλύτερη.

Θα μπορούσε να υποστηριχθεί ότι μέσω αυτών των απόψεων αντιμετωπίζουμε την αυτονομία και την συναίνεση, ως συστατικά της αρχής της αγαθοεργίας ή ευεργεσίας¹⁰⁶. Δηλαδή, αν θεωρήσουμε την αυτονομία ως έκφραση λογικών-αναστοχασμένων επιλογών του ασθενούς, μέσω μίας αναστοχαστικής και συνετής διαδικασίας, τίθεται το ερώτημα, γιατί να μην μπορούν να δικαιολογηθούν ηθικά επεμβάσεις, εντός του νόμου, αλλά περισσότερο κινδυνώδεις από τις

¹⁰⁴ Χαραλάμπους, 2014, σελ. 52

¹⁰⁵ Nir, 2011, σελ. 5

¹⁰⁶ Nir, ο.π.

διαθέσιμες εναλλακτικές; Μήπως μέσω της εν λόγω άποψης-εκδοχής της αυτονομίας δεχόμαστε πως οι γιατροί ποτέ δεν θα προτείνουν ή δεν θα επιβάλλουν μία μη απαραίτητη, κινδυνώδη θεραπεία; Κατ' αυτό τον τρόπο μήπως άλλες αρχές και κριτήρια είναι ίσης βαρύτητας και σημασίας με την αρχή της αυτονομίας και έτσι δεν καθίσταται αυτή θεμελιώδης ηθική αρχή της ιατρικής και ερευνητικής ηθικής, αλλά π.χ. η αρχή της αγαθοεργίας ή της ευεργεσίας¹⁰⁷; Ίσως με την εδώ άποψη, σιωπηρά υποθέτουμε πως οι γιατροί, δεν σκοπεύουν ποτέ να τραυματίσουν, να προτείνουν άχρηστες, αντιεπαγγελματικές, υπερβολικά κινδυνώδεις ή παράνομες επεμβάσεις, αλλά πάντοτε ωφέλιμες και επαγγελματικά αποδεκτές. Έτσι, στους ασθενείς προσφέρονται επιλογές και προτιμήσεις που έχουν προεγκριθεί από τους γιατρούς. Η αυτονομία του ασθενούς, υπόκειται λοιπόν, εδώ, σε ένα μεγάλο αριθμό περιορισμών, που δεν είναι ανοικτές στις προτιμήσεις του, άρα δεν είναι η μόνη ή η κύρια ηθική βάση της συναίνεσης στην ιατρική πρακτική. Ο ασθενής, ανταποκρίνεται στις αποκαλύψεις των πληροφοριών που του κάνουν οι γιατροί και επιλέγει ή αρνείται από ένα περιορισμένο «μενού επιλογών»¹⁰⁸. Κατάλοιπα της αγαθοεργίας πλαισιώνουν, λοιπόν, την εδώ αυτονομία.

Περαιτέρω, το περιεχόμενο των επιθυμιών ενός ατόμου, έστω και των ιδιαίτερων ή ξεχωριστών, δεν δύναται ως περιεχόμενο της μη ορθολογικής πλευράς του να προσφέρει ορθολογική εξήγηση και δικαιολόγηση, άλλως να παρέχει λόγους για πράξη και κατ' αυτό τον τρόπο να παράγει ηθικές αξιώσεις ή δεσμευτικά κανονιστικά αιτήματα, προς όλους. Δεν δικαιολογείται έτσι η μετάβαση από τις επιθυμίες του ατόμου (που σχετίζονται άμεσα με ψυχολογικά γεγονότα του) στο δέον. Δεν δικαιολογείται πως ακριβώς ο «λόγος» επηρεάζει τη πράξη του ατόμου¹⁰⁹. Δεν εξηγείται πως ακριβώς, από τις επιθυμίες και πεποιθήσεις, έστω τις πιο ισχυρές και ξεχωριστές, που αποσκοπούν στην ευημερία και την ωφέλεια, ανακύπτουν δεσμευτικές ηθικές αξιώσεις ή αξιώσεις για πράξη με κανονιστικό περιεχόμενο για όλους.

Εξάλλου, και υπό την εδώ σύλληψη της αυτονομίας, δημιουργείται μία «ψευδαίσθηση» ελέγχου της ιατρικής αυθεντίας, δεν γεννώνται επικοινωνιακές σχέσεις και υποχρεώσεις και τίθενται εμπόδια στην ολοσχερή πραγμάτωση της

¹⁰⁷ Manson & O' Neill 2007, σελ. 71

¹⁰⁸ Manson & O' Neill ο.π., σελ. 72

¹⁰⁹ Skorupski, 2005, Mill John Stuart στο The shorter Routledge Encyclopedia of Philosophy, επιμ. Edward Graig, Oxon Routledge, σελ. 668

σχέσης εμπιστοσύνης ιατρού και ασθενούς, άλλως η επίτευξη αυτής καθίσταται δύσκολη.

Άρα, η εδώ εκδοχή της αυτονομίας δεν μπορεί να γίνει αποδεκτή ως δικαιολόγηση της ηθικής δέσμευσης του ιατρού να σέβεται την αυτονομία του ασθενούς και μακράν απέχει από το να είναι η καλύτερη για την επίλυση βιοηθικών διλημάτων.

Αν η αυτονομία είναι στ' αλήθεια θεμελιώδης για τη βιοηθική, τότε έχουμε ανάγκη από μια ικανοποιητικότερη θεώρηση της αυτονομίας¹¹⁰. Για να εξηγήσουμε γιατί η ατομική αυτονομία είναι σημαντική από ηθική άποψη, χρειαζόμαστε κάποιους βαθύτερους λόγους, ή μια βαθύτερη σύλληψη της αυτονομίας¹¹¹. «Η πραγματική σημασία της ατομικής αυτονομίας στην ιατρική ηθική, δεν σχετίζεται με μια απατηλή επιδίωξη της αυτονομίας των ασθενών, αλλά με το ευρύτερο πεδίο για την άσκηση της ατομικής αυτονομίας»¹¹².

Γ' εκδοχή

Τρίτη εκδοχή και δικαιολόγηση της αυτονομίας, στα πλαίσια της Βιοηθικής, είναι αυτή του Γερμανού φιλοσόφου Immanuel Kant.

Σύμφωνα με τον Kant, κάθε ανθρώπινο δικαίωμα πρέπει να έχει το αντίστοιχο του σε μια υποχρέωση. Αν δεν συμβαίνει κάτι τέτοιο, τότε αυτή η αξίωση δεν μπορεί να γίνεται σεβαστή και συνεπώς δεν αποτελεί δικαίωμα¹¹³. Δεν μπορούμε να διαχωρίσουμε τα δικαιώματα των ατόμων από τις αξιόσιμες υποχρεώσεις τους, αν δηλαδή δεν υπάρχουν υποχρεώσεις, δεν υπάρχουν και δικαιώματα. Δεν αποκλείεται, βεβαίως, να στοιχειοθετούνται υποχρεώσεις, δίχως δικαιώματα. Οι υποχρεώσεις με τη σειρά τους, συνεπάγονται σχέσεις ανάμεσα στους δρώντες-φορείς και περιστέλλουν τον ατομικισμό¹¹⁴. Ο Kant προσπάθησε, έτσι, να δώσει τα αναγκαία επιχειρήματα για τη στήριξη των ανθρώπινων υποχρεώσεων, συνδέοντας την έννοια της Αυτονομίας με την Ηθικότητα, τα Καθήκοντα και την Κατηγορική Προσταγή.

Με βάση το Καντιανό σύστημα των καθηκόντων, όλα τα υποκείμενα έχουν δύο γενικές υποχρεώσεις ή καθήκοντα ήτοι:

- 1) Το καθήκον τελειοποίησης του εαυτού τους (προς τον εαυτό τους) και

¹¹⁰ O' Neill, 2002, 2011, σελ. 44

¹¹¹ O' Neill, 2002, 2011, σελ. 42-43

¹¹² O' Neill, ο.π., σελ. 67-68

¹¹³ O' Neill, ο.π. σελ. 103

¹¹⁴ O' Neill, ο.π., σελ. 107

- 2) Το καθήκον βοήθειας ή προώθησης της ευτυχίας των άλλων (προς τους άλλους ανθρώπους¹¹⁵).

Επιπλέον, κατά τον Timmons, τα καθήκοντα προς τον εαυτό μας (που αφορούν την αυτοτελειοποίηση μας) διακρίνονται σε καθήκοντα τέλεια ή αρνητικά ή παράλειψης (υπό στενή έννοια καθήκοντα) και σε καθήκοντα ατελή ή θετικά ή πράξης (υπό ευρεία έννοια καθήκοντα). Περαιτέρω, σε καθήκοντα του ατόμου ως φυσικό ον και ως ηθικό ον.

Από την άλλη, τα καθήκοντα μας προς τους άλλους (που αφορούν προώθηση της ευτυχίας τους), διακρίνονται και πάλι σε καθήκοντα τέλεια ή παράλειψης ή υπό στενή έννοια καθήκοντα και σε καθήκοντα ατελή ή πράξης ή υπό ευρεία έννοια καθήκοντα. Επιπλέον, σε καθήκοντα αγάπης και καθήκοντα σεβασμού¹¹⁶.

Τα τέλεια καθήκοντα ή «στενά» ή παράλειψης, ονομάζονται έτσι γιατί τα είδη ενεργειών που απαγορεύουν είναι επακριβώς εξειδικευμένα και προφανώς πρέπει να απέχουμε από τέτοιου είδους ενέργειες, σε όλες, ή τις περισσότερες περιπτώσεις. Από την άλλη τα ατελή καθήκοντα ή υπό ευρεία έννοια καθήκοντα, αν και επιτάσσουν οι δρώντες να υιοθετούν συγκεκριμένους σκοπούς, ως γενικές κατευθυντήριες γραμμές στη ζωή τους, δίνουν μεγάλη ελευθερία και περιθώριο στο να αποφασίσουν οι τελευταίοι, πως και πότε θα υλοποιήσουν αυτούς τους σκοπούς¹¹⁷.

Κατά τον Kant «τα ηθικά ελαττώματα που αντιβαίνουν στο καθήκον του ανθρώπου προς τον εαυτό του, θεωρούμενο απλώς ως ηθικό όν (δίχως να αποβλέπουμε στη ζωώδη φύση του), είναι π.χ. το ψεύδος, η φιλαργυρία και η ψευδής ταπεινοφροσύνη (δουλοφροσύνη)»¹¹⁸. Τέλειο καθήκον προς τους άλλους είναι π.χ. το ότι δεν πρέπει να δίνω ψεύτικες υποσχέσεις¹¹⁹.

Η Αυτονομία κατά τον Immanuel Kant εκλαμβάνεται με διαφορετική έννοια, σε σύγκριση με τις συλλήψεις περί ατομικής ή προσωπικής αυτονομίας του ασθενούς, που αναφέρθηκαν ανωτέρω. Δεν αναφέρεται σε ένα ξεχωριστό είδος επιλογής, αλλά σε έναν ιδιαίτερο περιορισμό ή απαίτηση ή έλεγχο καθολικευσιμότητας των αρχών, με απώτερο στόχο να οδηγηθούμε σε αρχές, κατάλληλες να γίνουν οικουμενικοί νόμοι, ήτοι γενική και μη παράγωγη νομοθεσία, που δεν αναφέρεται ούτε συνάγεται

¹¹⁵ Kant, 1785, 1984, σελ. 72, υποσ. 94* Timmons, 2012, σελ. 213

¹¹⁶ Timmons, 2012, σελ. 215-216

¹¹⁷ Timmons ο.π., σελ. 214- 215

¹¹⁸ Kant, 1797, 2013, σελ. 272

¹¹⁹ Kant, 1785, 1984, σελ. 73, υποσ. μεταφραστή 95

από οτιδήποτε άλλο,¹²⁰. Είναι χαρακτηριστικό της Ηθικής, του Λόγου, των Αρχών και του «Βούλεσθαι». Έμφαση δίδεται, στις αρχές, που τίθενται από την Αρχή της Αυτονομίας¹²¹. Εδώ, μας ενδιαφέρουν εξαιρετικά σημαντικές αρχές ή Νόμοι, δηλαδή αρχές κατάλληλες να αποτελέσουν νόμους για όλους. Αρχές που διέπουν τις σχέσεις και τις αλληλεπιδράσεις των δρώντων.

Δικαιολόγηση του ανθρώπινου καθήκοντος και της αυτονομίας, είναι η απόρριψη αρχών, που δεν μπορούν να ισχύσουν ως αρχές για όλους, όπως π.χ του καταναγκασμού, της εξαπάτησης, του φόνου, των βασανιστηρίων, της αδιαφορίας κτλ. Επιπλέον, το «πράττειν» βάσει αρχών υποχρέωσης, η διαμόρφωση του βίου με βάση καθήκοντα, ο σεβασμός των άλλων και των δικαιωμάτων τους, η συμμόρφωση με μία Κατηγορική Προσταγή, με μία «εντολή» να συμμορφώνεται η θέληση και οι γνώμονες του κάθε υποκειμένου, με καθολικές αρχές που έχουν τη μορφή Νόμου¹²², αποτελούν το περιεχόμενο της σύλληψης της αρχής της Αυτονομίας, κατά τον Kant. Αν υιοθετούμε, βέβαια, καθολικές αρχές, τότε αναγκαστικά υιοθετούμε και τις επακόλουθες συνέπειες και τα μέτρα που αυτές συνεπάγονται¹²³.

Ο Kant στηρίζει, έτσι, τις υποχρεώσεις που αντιστοιχούν σε δικαιώματα ελευθερίας¹²⁴. Το υποκείμενο είναι ελεύθερο, όχι όμως με την έννοια της ψυχολογικής ανεξαρτησίας, δεδομένου ότι η «ασυδοσία» του, μπορεί να οδηγήσει σε περιφρόνηση και κάμψη της εδώ σύλληψης της αυτονομίας του, βάσει αρχών. Ενδιαφέρει και προάγεται ηθικά, η πράξη της οποίας η Αρχή θα μπορούσε να υιοθετηθεί από όλους.

Βεβαίως, θα πρέπει να σημειωθεί, ότι είναι απαραίτητη η ύπαρξη κάποιας μορφής ατομικής ή προσωπικής αυτονομίας του υποκειμένου, που συνεισφέρει στην αποφασιστικότητα και την αυτοπεποίθηση του, αλλά αυτή η μορφή αυτονομίας του, αποτελεί το έλασσον¹²⁵. Έτσι, ιδίως «υπό δελεαστικές και δύσκολες περιστάσεις, ένας μικρός βαθμός ατομικής αυτονομίας, μπορεί να είναι χρήσιμος για να πράττει κανείς με αυτονομία βάσει αρχών»¹²⁶.

¹²⁰ O' Neill, 2002, 2011 σελ. 111

¹²¹ O' Neill, ο.π., σελ. 110

¹²² O' Neill, 2002,2011, σελ.109

¹²³ O' Neill, ο.π., σελ. 112

¹²⁴ O' Neill, ο.π., σελ. 114

¹²⁵ O' Neill, ο.π., σελ. 124

¹²⁶ O' Neill, ο.π.

Η σύλληψη της αυτονομίας βάσει αρχών, κατά τον Kant, ερμηνεύεται σαν δυνατότητα ηθικής αυτονομοθεσίας¹²⁷, με παράλληλο περιορισμό της ατομικής αυτοέκφρασης, υπό την αρχή της καθολικευσιμότητας των ηθικών κρίσεων ή αποφάσεων. Η αυτονομία του υποκειμένου, εκφράζει την ελευθερία της βούλησης και των γνωμόνων του αλλά ερμηνεύεται, ιδίως, ως: 1) ανεξαρτησία του από εξωτερικούς περιορισμούς (αρνητική έννοια ελευθερίας) με παράλληλη 2) οριοθέτησή της από τον Πρακτικό Λόγο - Ηθικό Νόμο με βάση την καθολικευσιμότητα των αποφάσεων και των επιλογών του¹²⁸, ως Οικουμενικοί Νόμοι (θετική έννοια ελευθερίας).

Δεν ταυτίζεται, εξάλλου, με συγκυριακές ή αυθαίρετες επιλογές του υποκειμένου. Σημαίνει το να δρα ανεξάρτητα από προσωπικές επιθυμίες και ατομικές προτιμήσεις του¹²⁹. Είναι η πράξη ή η βούληση του, που είναι έλλογη, με φρόνημα, που δεν αξιολογείται με βάση τα αποτελέσματα ή την ενδεχόμενη επιτυχία ή αποτυχία της¹³⁰, που έχει απαλλαγεί από όλα τα εμπειρικά και εγωιστικά κίνητρα και που εν τέλει δύναται να καταστεί Καθολικός Νόμος, Ηθική Προστακτική – Κατηγορική Προσταγή¹³¹. Δηλαδή η αυτόνομη θέληση, βάσει αρχών, εντός του ευρύτερου πλαισίου δικαιολόγησης και ανάπτυξης της, είναι η θέληση με σημείο αναφοράς τον υπερατομικό, διυποκειμενικό και Καθολικό Λόγο, όχι με βάση υποκειμενικούς περιορισμούς και φραγμούς (ιδιωτικούς όρους). Νοείται ως η αξιολόγηση των πράξεων και των επιλογών του υποκειμένου, με βάση το τι θα συνέβαινε, εάν στις ανάλογες περιπτώσεις και υπό τις ανάλογες συνθήκες, έπρατταν όλοι με τον ίδιο τρόπο

Επιπρόσθετα, τονίζεται η στήριξη εκείνων των θεσμών εκείνων και των πρακτικών, που μειώνουν την ευάλωτη θέση των «άλλων», δεδομένου ότι αναδεικνύεται η αποφυγή της αδιαφορίας και η απαίτηση για υποστήριξη και βοήθεια των ευάλωτων συνανθρώπων μας.

¹²⁷ Τσινόρεμα, Η Βιοηθική και η σύγχρονη κριτική της πράξης – Η Ηθική στην εποχή της Βιοτεχνολογίας, στο Δευκαλίον, 2006, σελ. 236. Αξίζει να σημειωθεί ότι το πρόθεμα αυτό-, της λέξης «αυτό-νομοθεσία» θεωρείται απλά αναστοχαστικός όρος

¹²⁸ Τσινόρεμα, Η Βιοηθική και η σύγχρονη κριτική της πράξης – Η Ηθική στην εποχή της Βιοτεχνολογίας, στο Δευκαλίον, 2006, σελ. 237

¹²⁹ Τσινόρεμα, ο.π., σελ.244

¹³⁰ Ανδρουλιδάκης, Καντιανή Ηθική, 2010, σελ. 91

¹³¹ Ανδρουλιδάκης, 2010, σελ. 92

Συνάγεται, υπό την εδώ σύλληψη της αυτονομίας, ότι η συμπεριφορά και η δραστηριότητα του ιατρού θα πρέπει να συμμορφώνεται με καθολικές αρχές, καθολικές από τη σκοπιά όλων, λαμβάνοντας μία ιδιότυπη έγκριση, από τους «άλλους». Έτσι οι ιατροί και οι λοιποί επαγγελματίες υγείας, έχουν καθήκον να δρουν έναντι του ασθενούς σύμφωνα με αρχές, που δύνανται να καθολικευτούν, δηλαδή αρχές που δύνανται να επιλέγονται από όλους, κατά τρόπο ώστε να επέρχεται συντονισμός των πράξεων και των ενεργειών ασθενούς και ιατρικού προσωπικού και αμοιβαία αναγνώριση των προσώπων τους¹³².

Η ιατρική πράξη που σέβεται την καντιανή αυτονομία, βάσει αρχών, είναι εκείνη που θα μπορούσε να γίνει Καθολικός, Φυσικός Νόμος, προσεγγίζοντας την αναγκαιότητα, την τάξη, τη νομοτέλεια, την αρμονία της Φύσης, την έλλογη φύση του ασθενούς και τον Ορθό Λόγο¹³³. Αυτόνομη θέληση είναι η έκφραση της δημιουργικότητας και της αυτενέργειας του ασθενούς με δικλείδες¹³⁴. Μέσα σε ένα βασίλειο των σκοπών/αυτοσκοπών όλοι (και ιδίως ο ιατρός προς τον ασθενή) συμπεριφέρονται προς όλους, ως αυτοσκοποί, όχι απλά ως μέσα. Ο ιατρός θέτει σκοπούς και έχει θελήσεις, όχι με ιδιωτικό περιεχόμενο ή με υποκειμενικές επιδιώξεις ατομικής ευδαιμονίας, αλλά με αντικειμενικό και καθολικό περιεχόμενο¹³⁵.

Με την εδώ σύλληψη της αυτονομίας, ο ασθενής δικαιούται να αξιώνει από τον ιατρό, μεταχείριση αντίστοιχη προς πρόσωπο. Εγείρεται η αξίωση του να τον αντιμετωπίζουν ως πρόσωπο, δηλαδή ως ον που έχει ικανότητα λόγου και αυτοπροσδιορισμού και άρα είναι επιδεκτικό ηθικού καταλογισμού¹³⁶.

Διότι, η έννοια του προσώπου είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με εκείνες της καντιανής αυτονομίας, της αξιοπρέπειας και του σεβασμού. Η αξιοπρέπεια είναι, το μη επιδεκτικό σταθμίσεων ηθικό χαρακτηριστικό του πράττοντος υποκειμένου... Συνδέεται δε άρρηκτα με την έννοια του σεβασμού. Το να αντιμετωπίζεται ένα αυτοκυβερνώμενο ανθρώπινο ον, (όπως ο ασθενής), με

¹³² Τσινόρεμα, Η Βιοηθική και η σύγχρονη κριτική της πράξης – Η Ηθική στην εποχή της Βιοτεχνολογίας, στο Δευκαλίον, 2006, σελ.244

¹³³ Ανδρουλιδάκης, 2010, σελ. 99-102

¹³⁴ Ανδρουλιδάκης, ο.π., σελ. 114

¹³⁵ Ανδρουλιδάκης, ο.π., σελ. 115

¹³⁶ Τσινόρεμα, Η Βιοηθική και η σύγχρονη κριτική της πράξης – Η Ηθική στην εποχή της Βιοτεχνολογίας, στο Δευκαλίον, 2006, σελ. 235

σεβασμό, σημαίνει να εκλαμβάνεται η σκοπιά του ως αυτοτελής και μη αντικαταστάσιμη, παράλληλα και συγχρόνως με εκείνη των άλλων¹³⁷.

Επιπλέον, διότι η προσωπικότητα του είναι η «εσωτερική σκοπιά» του, η πρωτοπρόσωπη οπτική από την οποία πράττει και αποδίδει λόγους για τις πράξεις του στη βάση Νόμων (αρχών) που το ίδιο συννομοθετεί.¹³⁸

Έτσι, ο σεβασμός της προσωπικότητας του ασθενούς, προϋποθέτει την αυτονομία του, εδράζεται στην απαραίτητη εγγενή αξία του ως ηθικού όντος και περιλαμβάνει την ισότητα του με όλα τα άλλα ανθρώπινα όντα. Αξιώνεται λοιπόν και υπό την εδώ σύλληψη, ο ασθενής να αντιμετωπίζεται ως πρόσωπο από τους άλλους και ιδίως από το ιατρικό και το παραϊατρικό προσωπικό και τους λοιπούς επαγγελματίες υγείας, να μην χρησιμοποιείται ή να αντιμετωπίζεται ως κάτι λιγότερο από πρόσωπο, ήτοι απλώς σαν μέσο επίτευξης αλλότριων σκοπών. Διότι υπάρχει ως σκοπός καθ' εαυτόν, ως αυτοσκοπός, απολαμβάνει αξιοπρέπειας, είναι «άνθρωπος ως νοούμενο», και όχι απλό εργαλείο για την επίτευξη σκοπού, έστω θεμιτού και αναγκαίου¹³⁹.

Η αρχή της αυτονομίας, υπό την εδώ σύλληψη, επιτάσσει, περαιτέρω, τον σεβασμό και την ευλάβειά του ιατρού, ανεξαρτήτως αν αυτός προσπαθεί να κάνει καλό κατά τη δική του αντίληψη ή όχι. Σεβασμός της αυτονομίας του ασθενούς, βάσει αρχών, σημαίνει την αναγνώριση και το σεβασμό των ικανοτήτων, των αντιλήψεων, των απόψεων και των οπτικών του εν λόγω ασθενούς, που περιλαμβάνουν το δικαίωμα του να κατέχει συγκεκριμένες απόψεις, να κάνει συγκεκριμένες επιλογές και να προβαίνει σε συγκεκριμένες ενέργειες, βασισμένες στις προσωπικές του αξίες και πεποιθήσεις.

Αναπόδραστη συνέπεια, είναι το γεγονός ότι εξ' ορισμού αποκλείεται κάθε μορφή εξαπάτησης ή εξαναγκασμού. Διότι, πράξεις οι οποίες επιτελούνται στη βάση υποκειμενικών αρχών που απαιτούν εξαπάτηση των άλλων ή τον εξαναγκασμό τους, ώστε αυτοί να μην μπορούν να εκφράσουν την συναίνεση ή τη διαφωνία τους, είναι

¹³⁷ Τσινόρεμα, «Το πρόσωπο και η αρχή της προσωπικότητας στη νεότερη ηθική φιλοσοφία και τη βιοηθική» στο Μ. Κανελλοπούλου-Μπότη & Φερενίκη Παναγοπούλου-Κουτνατζή (επιμ.), *Βιοηθικοί Προβληματισμοί II, Το πρόσωπο*, 2016, σελ. 105-106

¹³⁸ Τσινόρεμα, ο.π., σελ. 106

¹³⁹ Ανδρουλιδάκης, 2010, σελ. 108

ηθικά απαράδεκτες¹⁴⁰: Όσοι εξαναγκάζονται ή εξαπατώνται στερούνται, ακριβώς, της δυνατότητας να συναινούν ή να διαφωνούν. Επιπλέον, είναι προφανές ότι συνιστά εννοιολογική ασυνέπεια και αντίφαση, η οποία δεν μπορεί νοητικά ούτε καν να συλληφθεί, η εξαπάτηση ή ο εξαναγκασμός τους, ως προσβολές της προσωπικότητάς τους. Έτσι, ο εξαναγκασμός, η εξαπάτηση και η χειραγώγηση των ασθενών μπορεί ενδεχομένως να επιλέγονται από τους γιατρούς, αλλά δεν καθολικεύονται με κανένα τρόπο. Όπως χαρακτηριστικά επισημαίνεται από την Τσινόρεμα, «οπωσδήποτε ενέργειες που εξαναγκάζουν ή εξαπατούν τους άλλους είναι εμπόδια στην ελεύθερη και ενήμερη συγκατάθεσή τους και πρέπει οι ίδιες να εμποδίζονται»¹⁴¹. Έτσι, π.χ. η πράξη, ή η επιλογή, ή η απόφαση του ιατρού να πει ψέματα προς τον ασθενή: 1. Δεν μπορούμε να θέλουμε να ισχύει ως γενικός καθολικός νόμος, αλλά επιπλέον 2. Δεν μπορεί καν από μόνη της να νοηθεί δίχως αντίφαση, ως καθολικός νόμος. Διότι, μία τέτοια πράξη του ιατρού προς τον ασθενή αντιβαίνει στην αρχή της καθολικότητας και κατ' επέκταση στην αρχή της αυτονομίας βάσει αρχών. Οι δε πράξεις του ιατρού, και οι αποφάσεις του που δεν είναι καθολικεύσιμες, στην πραγματικότητα προσπαθούν να εισάγουν μία εξαίρεση για αυτόν ατομικά, δηλαδή μία εξαίρεση από κάποιον σημαντικό κανόνα που αναγνωρίζεται γενικά και από τον ίδιο, ως καθολικός¹⁴².

Περαιτέρω, από την εδώ σύλληψη της αυτονομίας, εκπηγάξει και εκπορεύεται η αρχή της ιδιωτικότητας ή εμπιστευτικότητας των ιατρικών πληροφοριών που σχετίζονται με τον ασθενή και αφορούν την υγεία του. Ακόμη, η αρχή της δικαιολογημένης και προστατεύσιμης εμπιστοσύνης που δείχνει στις σχέσεις του με το γιατρό, η αρχή της ειλικρίνειας του γιατρού απέναντι του, (δηλαδή η αποφυγή του ψεύδους προς αυτόν), η αποφυγή αθέτησης μίας υπόσχεσης και υποχρέωσης του ιατρού, η απαγόρευση της χειραγώγησης του ασθενούς (πληροφοριακής φύσης ή μη) και η αποφυγή της διαφθοράς του ιατρού (π.χ μέσω αναζήτησης χρηματικών ανταλλαγμάτων, «φακελάκια» κτλ).

¹⁴⁰ Τσινόρεμα, «Το πρόσωπο και η αρχή της προσωπικότητας στη νεότερη ηθική φιλοσοφία και τη βιοηθική», Μ. Κανελλοπούλου-Μπότη & Φερενίκη Παναγοπούλου-Κουτνατζή (επιμ.), *Βιοηθικοί Προβληματισμοί II, Το πρόσωπο*, 2016, σελ. 107-108

¹⁴¹ Τσινόρεμα, *Η Βιοηθική και η σύγχρονη κριτική της πράξης – Η Ηθική στην εποχή της Βιοτεχνολογίας*, στο Δευκαλίων, 2006, σελ. 241

¹⁴² Ανδρουλιδάκης, 2010, σελ. 97

Αξίζει, επιπροσθέτως, να σημειώσουμε ότι η προσήλωση μας στην αυτονομία του ασθενούς, βάσει αρχών, υπό καντιανά πλαίσια, μας βοηθάει να αποφεύγουμε αντινομίες και συγκρουσιακές καταστάσεις ακόμη και σε δύσκολες περιπτώσεις. Διότι η εν λόγω σύλληψη, εντός του ευρύτερου πλαισίου δικαιολόγησης και ανάπτυξης της, αγκαλιάζει και συμπεριλαμβάνει μέσα της την αρχή της μη βλάβης, της ευεργεσίας ή αγαθοεργίας, της ισότητας και της δικαιοσύνης, σαν αρχές που συναπαρτίζουν την εδώ σύλληψη της αυτονομίας, ως «υπό Νόμους» ελευθερία και «αιτιότητα της ελευθερίας». Έτσι, η υπεράσπιση της αυτονομίας του υποκειμένου, βάσει αρχών, εντός του ευρύτερου πλαισίου δικαιολόγησης και ανάπτυξης της, προϋποθέτει συχνά την παράλληλη υπεράσπιση άλλων αρχών, ίσης ηθικής σημασίας, που αποτελούν όρους της και εντάσσονται στο περιεχόμενο της, καθότι «οι ηθικές αρχές συνδέονται με συστηματικές σχέσεις μεταξύ τους»¹⁴³, ενώ θεωρείται βέβαιο ότι οι ως άνω αρχές, αποτελούν ενότητα και δεν συγκρούονται κατά την θεωρητική θεμελίωση των ηθικών κρίσεων. Έτσι αποφεύγονται οι αντινομίες που προκαλούνται σε δύσκολες καταστάσεις π.χ αναισθητων ασθενων κτλ.

Κατόπιν όλων των ανωτέρω, παρατηρούμε και καταλήγουμε ότι κυρίαρχη σύλληψη της αυτονομίας του ασθενούς, για την ηθική δέσμευση του ιατρού να σέβεται τον ασθενή και για την εν γένει ηθική καθοδήγηση μας στα πλαίσια της Ιατρικής Ηθικής και της Βιοηθικής, αναδεικνύεται η προσέγγιση της αυτονομίας του ασθενούς, υπό τον Immanuel Kant, καθώς τυγχάνει περισσότερο πειστική και τα επιχειρήματα της, κατά την άποψη μας, είναι μακράν πληρέστερα και περισσότερο εύλογα.

Δ) ΑΛΛΕΣ ΑΡΧΕΣ ΤΗΣ ΒΙΟΗΘΙΚΗΣ

α) Αγαθοεργία ή Ευεργεσία

Η αρχή της αγαθοεργίας επικρατούσε, παραδοσιακά, μέχρι και το δεύτερο ήμισυ του 20^{ου} αιώνα, καθώς οι γιατροί ανέκαθεν κατείχαν υπερέχουσα θέση έναντι των ασθενών, η οποία αναγνωριζόταν και γινόταν σεβαστή, ενώ παράλληλα ήταν οι μόνοι αρμόδιοι να κρίνουν την κατάσταση και να αποφασίσουν για την πορεία της θεραπείας των ασθενών. Οι τελευταίοι, απλά εμπιστεύονταν για τα περισσότερα ζητήματα της υγείας τους, το γιατρό, ο οποίος κατείχε τις απαραίτητες γνώσεις και

¹⁴³ Τσινόρεμα, Η Βιοηθική και η σύγχρονη κριτική της πράξης – Η Ηθική στην εποχή της Βιοτεχνολογίας, στο Δευκαλίων, 2006, σελ. 242

την ικανότητα, αναθέτοντας τη λήψη των αποφάσεων αποκλειστικά σ' αυτόν. Περιορίζονταν, έτσι, στην επιλογή συγκεκριμένου θεραπευτή. Η απόλυτη αυτή υπεροχή της θέσης των γιατρών, δεν σήμαινε την αυθαιρεσία τους, αφού αυτοί αυτοδεσμεύονταν, έτσι κι αλλιώς, δια του ιπποκρατικού όρκου να επιδιώκουν το καλό του ασθενούς¹⁴⁴.

Η ως άνω αρχή της αγαθοεργίας, επιδιώκει την ευημερία του ατόμου, την ωφέλειά του και την εφαρμογή της επιταγής του όρκου του Ιπποκράτη «βοήθα ή τουλάχιστον να μην βλάψεις», δηλαδή προβάλλει την ωφέλεια του ασθενούς και τη προώθηση του βέλτιστου συμφέροντος του.

Υφίστανται βέβαια, ως προς την συγκεκριμένη αρχή προβλήματα και ερωτήματα που χρήζουν απάντησης, όπως:

1) Σε ποια έκταση απαιτεί η αρχή της ευεργεσίας από αυτόν που παρέχει την ωφέλεια να συμπεριλαμβάνει και το προσωπικό ρίσκο του ή να υποφέρει από κάποιο κακό; Π.χ. σε ένα γενικότερο επίπεδο, δεν είναι οι γονείς ηθικά δεσμευμένοι να θυσιάζουν χρόνο και οικονομικούς πόρους για τα παιδιά τους; Αλλά θα δεσμευόταν κατ' αυτό τον τρόπο και ένας ξένος απέναντι σε αυτά τα παιδιά;

2) Πώς θα καθοριστεί σε ποιόν ανήκουν οι υποχρεώσεις ή τα καθήκοντα παροχής ωφέλειας; Ποιών τα συμφέροντα αξιολογούνται ως υπέρτερα; Διότι η αγαθοεργία από μόνη της, αφήνει ανοιχτό το ερώτημα σε ποιον θα πρέπει να κατευθύνεται. Π.χ. στις σχέσεις γιατρού-ασθενούς, κατά τη προσπάθεια λήψης συναίνεσης, υποχρεώσεις για αγαθοεργία υπάρχουν και προς τρίτα μέρη (και όχι μόνο απέναντι στο συγκεκριμένο ασθενή) π.χ. απέναντι και σε άλλους μελλοντικούς ασθενείς, απέναντι σε εργοδότες, απέναντι στο κράτος κ.λπ., ακόμη κι αν τα συμφέροντα του συγκεκριμένου ασθενούς ή υποκειμένου της έρευνας είναι ο βασικός λόγος για την παροχή ωφέλειας.¹⁴⁵

3) Εμφανίζεται πρόβλημα στο αν θα πρέπει να ξεπερνιούνται οι αποφάσεις των ασθενών προκειμένου να ωφελούνται αυτοί. Αυτό το πρόβλημα είναι η εκδοχή του προβλήματος του ιατρικού πατερναλισμού, στο οποίο μία απόφαση η οποία μοιάζει με πατρική-γονική απόφαση, από ένα επαγγελματία, θέτει στην άκρη μία έτερη

¹⁴⁴ Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής (ΕΕΒ), 2010, Γνώμη: Η Συναίνεση στη σχέση ασθενούς-γιατρού, σελ.

1

¹⁴⁵ Beauchamp & Faden 1986, σελ. 11-12

αυτόνομη απόφαση ενός ασθενή. Τίθενται έτσι θεμελιώδη ηθικά ερωτήματα, όπως το πότε οι αρνήσεις των ασθενών δεν χρειάζεται να εκτιμούνται ως ιδιαίτερης αξίας.¹⁴⁶

Ο πατερναλισμός, αναφέρεται στη πρακτική που συνεπάγεται τον περιορισμό της συγκατάθεσης ενός ατόμου/ασθενούς, με απώτερο σκοπό να ωφελήσει αυτό το άτομο. Ο Gerald Dworkin όρισε τον πατερναλισμό ως την παρεμβολή στην ελευθερία πράξης ενός προσώπου δικαιολογημένη από λόγους που σχετίζονται αποκλειστικά με το καλό, την ευτυχία, τα ενδιαφέροντα και τις ανάγκες για τις οποίες το πρόσωπο εξαναγκάζεται¹⁴⁷. Οι δε Culver και Gert επισήμαναν ότι ο απλοϊκός καθορισμός του πατερναλισμού, ως εξαναγκασμός και περιορισμός της ελεύθερης δράσης ενός ατόμου, είναι ανεπαρκής, επειδή υπάρχουν πολυάριθμες περιπτώσεις στις οποίες ο αποδέκτης τους ούτε εξαναγκάζεται, ούτε η ελευθερία των πράξεών του περιορίζεται¹⁴⁸. Για παράδειγμα κάποιος θα μπορούσε να δράσει πατερναλιστικά προς ένα άτομο χωρίς αισθήσεις, το οποίο προηγουμένως είχε διαμορφώσει ένα προσωπικό σχέδιο ζωής, χωρίς να φαίνεται να παρεμβαίνει στην ατομική ελευθερία του¹⁴⁹.

Αξίζει να σημειωθεί ότι ο Joel Feinberg, διέκρινε τον πατερναλισμό σε «μετριοπαθή» και σε «σκληρό»¹⁵⁰.

Η αρχή της αγαθοεργίας, τώρα, είναι ταυτόσημη άλλως συχνά σχετίζεται με τον «σκληρό» ή «ισχυρό» πατερναλισμό, ο οποίος προβάλλει ότι ακόμη και έλλογα και αυτόνομα άτομα που προβαίνουν σε επιλογές, πρέπει σε ορισμένες περιπτώσεις να προστατεύονται και να ωφελούνται. Για παράδειγμα, ο σκληρός πατερναλισμός, θα επέτρεπε έναν ικανό ασθενή να λάβει όλες τις πληροφορίες για την ιατρική κατάστασή του, ώστε να μην αυτοκτονήσει. Ο πατερναλισμός αυτού του είδους, βέβαια, υποστηρίζει ότι οι επεμβάσεις είναι δικαιολογημένες όταν δεν υπάρχει άλλη αποδεκτή εναλλακτική πράξη, εκτός από τον πατερναλισμό. Όταν δηλαδή ένα πρόσωπο κινδυνεύει να βλαφθεί σοβαρά και τα οφέλη ξεπερνούν τους κινδύνους. Σε αντίθεση με τον μετριοπαθή πατερναλισμό, ο σκληρός δεν θέτει ως προϋπόθεση

¹⁴⁶ Beauchamp & Faden, ο.π., σελ. 14

¹⁴⁷ Dworkin G. "Paternalism", *The Monist* 56(1)σελ. 65

¹⁴⁸ Culver C. Gert B., 1982, "Philosophy in medicine: conceptual and ethical issues in medicine and psychiatry" New York : Oxford University Press, σελ. 127

¹⁴⁹ Πέτσης, 2007, σελ. 18-19

¹⁵⁰ Feinberg J., 'Legal Paternalism', Feinberg J., 'Legal Paternalism', *Canadian Journal of Philosophy* 1:105-124

καμία νοητική κατάσταση, όπως μη έλλογο πρόσωπο, προσωρινά μη ικανά άτομα ή ανήλικους για την παρέμβαση στην αυτονομία και την ελευθερία ενός προσώπου.¹⁵¹

4) Σε ποια έκταση η αρχή της αγαθοεργίας γεννάει ηθικές υποχρεώσεις; Άλλως γιατί πράττουμε ηθικά όταν δρούμε με βάση το βέλτιστο συμφέρον του ασθενούς;

Πολλοί φιλόσοφοι ισχυρίζονται ότι η βοήθεια στη προώθηση του καλού του άλλου είναι χρηστή συμπεριφορά και ένα ηθικό ιδανικό, αλλά όχι υποχρέωση και καθήκον, διότι απαιτεί σοβαρές θυσίες και υπερβολική γενναιοδωρία στην ηθική ζωή π.χ. το να δώσεις ένα συκώτι για μεταμόσχευση σε κάποιον άλλο που το έχει ανάγκη. Δηλαδή, δεν είμαστε ηθικά υποχρεωμένοι να προωθούμε το καλό των άλλων, ακόμη και αν είμαστε σε θέση να το κάνουμε και αν η ενέργεια είναι ηθικά δικαιολογημένη. Π.χ. πράξεις αγαθοεργίας όπως το να θυσιάζεις μέρη του σώματός σου για μεταμόσχευση ή το να αγαπάς τους εχθρούς σου, μπορεί να είναι εν τέλει πιο επιζήμιες για το άτομο, απ' ότι απαιτεί η ηθικότητα.

Οι συγγραφείς R. Faden & T. Beauchamp ισχυρίζονται, πως, το γεγονός ότι είμαστε υποχρεωμένοι σε κάποιες περιστάσεις να βοηθάμε τους άλλους, δεν είναι ζήτημα ηθικής διαμάχης. Οι υποχρεώσεις της αγαθοπραξίας ή της ευεργεσίας πηγάζουν από τους ρόλους που περιλαμβάνονται σε σχέσεις εμπιστοσύνης π.χ. μεταξύ γιατρών και ασθενών. Έτσι οι γιατροί σε υπηρεσία, μέσα σε ένα δωμάτιο επειγόντων περιστατικών, είναι υποχρεωμένοι να βοηθήσουν τραυματισμένους, σε έκταση ή ντελίριο και μη συνεργάσιμους ασθενείς, ακόμη και με κίνδυνο για τους ίδιους¹⁵². Η ουσία της αγαθοεργίας στην ιατρική είναι ότι το θετικό όφελος που ο γιατρός είναι υποχρεωμένος να ψάχνει, συνίσταται στην ανακούφιση από την ασθένεια και τις σωματικές βλάβες, εφόσον υπάρχει μία εύλογη ελπίδα θεραπείας.

Συνδέοντας το παρόν υποκεφάλαιο με το προηγούμενο, η ευρύτερη σύλληψη της αυτονομίας, βάσει αρχών, υπό τη καντιανή φιλοσοφία, αγκαλιάζει και συμπεριλαμβάνει μέσα της, ως ανωτέρω ειπώθηκε, την αρχή της ευεργεσίας. Η απάντηση, λοιπόν, στο τελευταίο παραπάνω ερώτημα, εντός του ευρύτερου πλαισίου δικαιολόγησης και ανάπτυξης της αυτονομίας βάσει αρχών του ασθενούς, υπό την καντιανή εκδοχή, είναι η εξής:

¹⁵¹ Πέτσης, 2007, σελ. 21

¹⁵² Beauchamp & Faden, 1986, σελ. 12

Όταν το «έλασσον» της ατομικής αυτονομίας του ασθενούς, αμαρτάνει ήτοι υπό δύσκολες, κρίσιμες και εξαιρετικές περιστάσεις που χαρακτηρίζουν συχνά την ιατρική πρακτική, η ευεργεσία του ιατρού προς τον ευάλωτο και πνευματικά αδύναμο ασθενή, προς διασφάλιση των βελτίστων συμφερόντων του τελευταίου (πχ. σωτηρίας της ζωής του), συνιστά αρχή που δύναται να καθολικευτεί με βάση τον ορθό λόγο και την ηθική προσταγή που τίθεται στον ιατρό: «Κάνε ότι μπορείς για να σώσεις τη ζωή του ασθενούς». Επιπλέον, η δράση προς διασφάλιση του βέλτιστου συμφέροντος του ασθενούς (έστω π.χ. του πνευματικά διαταραγμένου ασθενούς), θα συμβάλλει στη διατήρηση της αξιοπρέπειας του, ως ανθρώπινου όντος, στο σεβασμό της όποιας προσωπικότητας του και στη μη χρήση του απλώς ως εργαλείο. Αξίζει να σημειώσουμε ότι η αρχή της αγαθοεργίας συνδέεται άμεσα με την υποχρέωση να ζυγίζονται και να εξισορροπούνται τα οφέλη έναντι των κακών, τα οφέλη έναντι εναλλακτικών ωφελειών και τα κακά έναντι εναλλακτικών κακών.

Η ευεργεσία προς τους άλλους, μέσα στο ευρύτερο πλαίσιο ανάπτυξης και θεμελίωσης της αυτονομίας, βάσει αρχών, υπό την ως άνω καντιανή σύλληψη, γεννάει ένα «ατελές» καθήκον του ιατρού να βοηθά τους ασθενείς στην αυτοπραγμάτωση και «τελείωσή» τους, ιδίως με ενεργητικό τρόπο, ενώ παράλληλα εμφανίζει εσωτερικό και εγγενή χαρακτήρα, δηλαδή εκπηγάζει από την ίδια την αυτόνομη βούληση του ιατρού. Επιβάλλεται, έτσι, ο ιατρός να κάνει καλό στον ασθενή, άλλως να βοηθιέται ο αδύναμος ασθενής, του οποίου η κατάσταση χαρακτηρίζεται ως «βαριά» ή κρίσιμη ή ιδιαιτέρως σοβαρή, να προάγει τους σκοπούς του, δηλαδή γεννιέται το ηθικό αίτημα και η αντίστοιχη δέσμευση του ιατρού, να αντιμετωπίζει τον ασθενή με ευαισθησία, εξαιτίας της εξαιρετικά μειονεκτικής θέσης του ¹⁵³.

β) Μη βλάβη

Η αρχή της μη βλάβης βασίζεται στην επιταγή να μην κάνεις κακό, ακόμη και αν δεν υπάρχει αντίστοιχο θετικό καθήκον προώθησης του καλού. Έτσι με βάση την εν λόγω αρχή επιτάσσεται: 1) Να μην προκαλείται κακό ή βλάβη 2) Να εμποδίζεται ή να προλαμβάνεται το κακό ή η βλάβη 3) Να απομακρύνεται το κακό ή η βλάβη ¹⁵⁴.

¹⁵³ Τσινόρεμα, Η Βιοηθική και η σύγχρονη κριτική της πράξης – Η Ηθική στην εποχή της Βιοτεχνολογίας, στο Δευκαλίων, 2006, σελ. 245

¹⁵⁴ Beauchamp & Faden, 1986, σελ. 10

Συχνά συσχετίζεται με αυτό που αναφέρεται ως «αδύναμος» ή μετριοπαθής πατερναλισμός.

Ο «μετριοπαθής» ή «αδύναμος» πατερναλισμός, υποστηρίζει, ότι ορισμένες επεμβάσεις π.χ. σε άτομο που δεν είναι ικανό να λάβει αποφάσεις για τον εαυτό του, έλλογα και αυτόνομα, μπορούν να δικαιολογηθούν ηθικά, όταν γίνονται για το συμφέρον του. Προϋποθέσεις είναι το εν λόγω άτομο να μην είναι έλλογο, δηλαδή να μην έχει ικανότητα να αποφασίσει για τον εαυτό του ή να είναι σε κρίσιμη από άποψη υγείας κατάσταση και να μην υπάρχει χρόνος να ελεγχθεί αν είναι ικανό ή όχι. Εδώ, δηλαδή, υπάρχει είτε μόνιμη ανικανότητα του ατόμου για λήψη αποφάσεων είτε προσωρινή ανικανότητα του, λόγω διατάραξης των πνευματικών λειτουργιών του, (νοητικών, γνωστικών και διανοητικών) ή ανηλικότητας. Εδώ, το εν λόγω άτομο/ασθενής αδυνατεί να κατανοήσει σχετικές πληροφορίες για την κατάστασή του και αυξάνονται οι δυνατότητες επέμβασής του ιατρού. Πολλοί ιατροί, εξάλλου, θεωρούν ότι σε αυτές τις περιπτώσεις δεν υπάρχει αυτονομία του ατόμου, συνεπώς το να δράσουν υπέρ της προστασίας της υγείας και της ζωής του, δεν παραβιάζει καμία αυτόνομη λειτουργία του και δεν είναι πατερναλιστικό¹⁵⁵.

Συνδυαστικά με τα ανωτέρω, η ευρύτερη σύλληψη της αυτονομίας, βάσει αρχών, υπό τη καντιανή φιλοσοφία, αγκαλιάζει και συμπεριλαμβάνει μέσα της, την αρχή της μη βλάβης. Η υποχρέωση του ιατρού να μην βλάψει τον αναισθητο ασθενή, συνιστά αρχή που δύναται να καθολικευτεί με βάση τον Ορθό Λόγο. Επιπλέον, η δράση προς αποφυγή της βλάβης του ασθενούς, που είναι αναισθητός, θα συμβάλλει στη διατήρηση της αξιοπρέπειας του ως ανθρώπινου όντος, στη μη χρήση του απλώς ως εργαλείο και στο σεβασμό της όποιας προσωπικότητας του. Εξάλλου, όπως αναφέρει η Τσινόρεμα «καθώς υποθέτουμε ότι θα ήταν αντίθετο με τους σκοπούς των δρώντων ότι θα πρέπει να βλάπτονται, συνάγεται από το πλαίσιο της αυτονομίας, η αρχή ότι δεν μπορούμε ηθικά να επιφέρουμε βλάβη στους άλλους, συνάγεται η αρχή της μη βλάβης»¹⁵⁶.

γ) Δικαιοσύνη

Η δικαιοσύνη είναι μία έτερη αρχή, που οφείλεται από κάποιο συγκεκριμένο πρόσωπο προς όλους και συνιστά ένα «τέλειο» καθήκον του προσώπου αυτού, καθώς

¹⁵⁵ Πέτσης, 2007, σελ. 21

¹⁵⁶ Τσινόρεμα, Η Βιοηθική και η σύγχρονη κριτική της πράξης – Η Ηθική στην εποχή της Βιοτεχνολογίας, στο Δευκαλίων, 2006, σελ. 239

επιτάσσει τον μη εξαναγκασμό, τον μη εξευτελισμό, τη μη εξύβριση και τη μη εξαπάτηση των άλλων. Η δικαιοσύνη συνδέεται, επιπλέον, με την κοινωνική συνεργασία. Προβάλλει ότι η μεταχείριση ενός προσώπου θα πρέπει να γίνεται σύμφωνα με ότι είναι δίκαιο, πρόπον και οφειλόμενο. Π.χ. αν η ίση απονομή πολιτικών δικαιωμάτων σε όλους τους πολίτες είναι το πρόπον, τότε η δικαιοσύνη πληρούται, εφόσον τέτοια δικαιώματα απονεμηθούν με δίκαιο τρόπο¹⁵⁷. Ως αδικία εκλαμβάνεται: 1) Η άρνηση παροχής οποιουδήποτε καλού-υπηρεσίας ή μέρους πληροφοριών που το άτομο έχει δικαίωμα να λάβει, άλλως δικαιούται να λάβει ή 2) Η επιβολή βάρους στην άσκηση ενός δικαιώματος, π.χ. εμπόδια στο να αποκτηθούν δικαιώματα που οφείλονται σε ένα άτομο, χωρίς δικαιολόγηση. Κατά κάποιες ερμηνείες, το δίκαιο ισοδυναμεί με το δικαιολογημένο ή το ηθικά πρόπον, δηλαδή ερμηνεύεται η «δικαιοσύνη» ως δικαιολόγηση, άλλως συγχέεται η αρχή της δικαιοσύνης με την αυτονομία και την αγαθοεργία.

Οι διαφωνίες, τώρα, που περιβάλλουν τη χρήση φυλακισμένων σαν υποκείμενα στην έρευνα, εστιάζουν περισσότερο στο αν η αρχή της δικαιοσύνης επιτρέπει τη δημιουργία έτοιμης «δεξαμενής» ανθρώπων για χρήση από το κράτος, κατά τη διεξαγωγή ερευνών-μελετών, ειδικά όταν η εν λόγω ανθρώπινη δεξαμενή παραμένει διαρκώς η ίδια, ή αν θα πρέπει να χρησιμοποιούνται κι άλλοι εθελοντές, εκτός αυτών που είναι φυλακισμένοι¹⁵⁸. Εγείρεται έτσι ζήτημα κατανομής του βάρους των κινδύνων από τη συμμετοχή σε έρευνες μέσα στην κοινωνία, και έτσι κεντρικότερο είναι το ζήτημα της αρχής της δικαιοσύνης.

Ωστόσο, δεν ερμηνεύονται όλα τα ζητήματα στην Βιοηθική με αναφορές στην αρχή της δικαιοσύνης. Κατά τους φιλοσόφους Ruth Faden και Tom Beauchamp «τα πιο σημαντικά ηθικά και αντιληπτικά προβλήματα της ενήμερης συναίνεσης, δεν βασίζονται στην δικαιοσύνη και δεν αντιμετωπίζονται ως ζητήματα κοινωνικής δικαιοσύνης»¹⁵⁹.

Καταληκτικά, για τη παρούσα εργασία, η καλύτερη θεώρηση και σύλληψη, όσον αφορά την αυτονομία του ασθενούς ή του υποκειμένου ιατρικών ερευνητικών πράξεων, που πρέπει να γίνεται σεβαστή, είναι αυτή που ερμηνεύεται, όχι απλώς ως ατομική αυτοέκφραση ή ικανοποίηση συγκεκριμένων επιθυμιών και προτιμήσεών του, ή ακόμη ως έλλογη και αναστοχασμένη επιλογή του, αλλά ως πράξεις και

¹⁵⁷ Beauchamp & Faden, 1986, σελ. 14

¹⁵⁸ Beauchamp & Faden, 1986, σελ. 15

¹⁵⁹ 1986, σελ.16

συμπεριφορές του ίδιου που θα μπορούσαν να υιοθετηθούν από όλους, εντός του ευρύτερου πλαισίου αλληλόδρασης των δρώντων και αμοιβαίας αναγνώρισης των προσώπων τους, ως σκοποί καθ' εαυτοί, ως έχοντες αξιοπρέπεια και με την ιδιότητα τους ως όντα που δεν πρέπει να χρησιμοποιούνται απλά ως μέσα. Δηλαδή ο σεβασμός της αρχής της αυτονομίας, βάσει αρχών, με βάση την καντιανή ηθική φιλοσοφία.

Η εν λόγω σύλληψη της αυτονομίας, εντός του ανωτέρω περιγραφόμενου ευρύτερου πλαισίου δικαιολόγησης και ανάπτυξης της, αγκαλιάζει και συμπεριλαμβάνει μέσα της, τις ως άνω αρχές της μη βλάβης, της ευεργεσίας ή αγαθοεργίας και της δικαιοσύνης, ως αρχές που συναπαρτίζουν την αυτή σύλληψη της αυτονομίας, ως «υπό Νόμους» ελευθερία. Η υπεράσπιση της αυτονομίας του υποκειμένου βάσει αρχών, εντός του ευρύτερου πλαισίου δικαιολόγησης και ανάπτυξης της, προϋποθέτει συχνά την παράλληλη υπεράσπιση των προαναφερόμενων αρχών, που είναι ίσης ηθικής σημασίας, αποτελούν όρους της και εντάσσονται στο περιεχόμενο της, καθότι «οι ηθικές αρχές συνδέονται με συστηματικές σχέσεις μεταξύ τους»¹⁶⁰, ώστε συνδέονται μεταξύ τους άρρηκτα, αποτελούν ενότητα και δεν συγκρούονται κατά την θεωρητική θεμελίωση των ηθικών κρίσεων.

III. Η ΣΥΝΑΙΝΕΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΣΕ ΝΟΜΙΚΑ ΠΛΑΙΣΙΑ

A) ΝΟΜΙΚΗ ΦΥΣΗ

Κρατούσα, στη νομική επιστήμη, είναι η άποψη ότι η συναίνεση αποτελεί οιονεί δικαιοπραξία, στην οποία οι διατάξεις περί δικαιοπραξιών του Α.Κ, βρίσκουν ανάλογη εφαρμογή¹⁶¹ και συγκεκριμένα ότι έχει τη μορφή δήλωσης του ασθενούς, με την οποία αυτός ανακοινώνει ή εξωτερικεύει τη βούλησή του, για τη διενέργεια ιατρικής πράξης. Η ανάλογη εφαρμογή των διατάξεων περί δικαιοπραξιών του Α.Κ., συγκεκριμένα π.χ. των αρ. 174, 178 και 179 Α.Κ., συνεπάγεται ότι η συναίνεση του ασθενούς θα είναι άκυρη, αν το περιεχόμενό της προσκρούει στο νόμο ή στα χρηστά ήθη ή αν δεσμεύει υπέρμετρα την ελευθερία του. Βέβαια, από τις διατάξεις για τις δικαιοπραξίες του Α.Κ δεν θα εφαρμοστούν όλες, αλλά μόνο εκείνες που

¹⁶⁰ Τσινόρεμα, Η Βιοηθική και η σύγχρονη κριτική της πράξης – Η Ηθική στην εποχή της Βιοτεχνολογίας, στο Δευκαλίων, 2006, σελ. 242

¹⁶¹ Κούρτης, 2002, σελ. 83 Πελένη-Παπαγεωργίου, 2016, σελ. 100

εναρμονίζονται με το σκοπό της συγκεκριμένης περίπτωσης¹⁶². Έτσι δεν θα εφαρμοστεί π.χ. το αρ. 238 Α.Κ. για την «έγκριση», διότι ανάμεσα στα άλλα, το αρ. 12 παρ. 1 του Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας, απαιτεί τη «προηγούμενη» συναίνεση του ασθενούς (ώστε η συναίνεση που δόθηκε μετέπειτα από αυτόν ως έγκριση, δεν αίρει το παράνομο της ιατρικής επέμβασης, άνευ της υπάρξεως ενημέρωσης και συναινέσεως του, πριν την διενέργεια της ιατρικής πράξης¹⁶³). Δεν θα εφαρμοστούν ούτε τα αρ. 201 επ. ΑΚ για τις αιρέσεις και τις προθεσμίες, διότι δεν θεωρείται δυνατό, ο ασθενής να εξαρτά τις επερχόμενες εκ του νόμου συνέπειες από την επέλευση κάποιου όρου ή τη πάροδο ορισμένου χρονικού διαστήματος, από τη συμπεριφορά του. Κατ' αυτό τον τρόπο, γίνεται δεκτό ότι η συναίνεση του ασθενούς δεν αποτελεί δικαιοπραξία και η σχετική ικανότητα του για παροχή συναίνεσης, δεν ταυτίζεται με την αστική δικαιοπρακτική ικανότητα.

Ανακύπτει όμως το ερώτημα, γιατί να μην συνιστά δικαιοπραξία και να μην θεωρήσουμε ότι εμπίπτει στην έννοια της συγκατάθεσης κατά τα αρ. 236-238 Α.Κ.;

Βεβαίως, υπάρχουν και αντίθετες απόψεις περί «δικαιοπρακτικού χαρακτήρα» της συναίνεσης του ασθενούς. Προβάλλεται π.χ. ότι η συναίνεση του ασθενούς έχει δικαιοπρακτικό χαρακτήρα, δεδομένου ότι συνδέεται άμεσα με μία άλλη δικαιοπραξία, ήτοι τη σύμβαση ιατρικής αγωγής, και αποτελεί όρο του ενεργού και «συμπλήρωμα» της αυτής κύριας δικαιοπραξίας¹⁶⁴. Εξάλλου, στο πεδίο της ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, προβάλλεται ότι η συναίνεση των εμπλεκόμενων προσώπων σε σχετικές ιατρικές πράξεις, συνιστά δικαιοπραξία¹⁶⁵. Κατά την Παπαζήση, απαιτείται δικαιοπρακτική ικανότητα του ασθενούς που συναινεί, για το κύρος της συναίνεσης του¹⁶⁶, ώστε να αφήνονται περιθώρια να θεωρηθεί η συναίνεση δικαιοπραξία.

Ωστόσο, πρέπει να δεχθούμε ότι η συναίνεση του ασθενούς δεν εμπίπτει στην έννοια της συγκατάθεσης κατά τα αρ. 236-238 Α.Κ., διότι:

α) Η δήλωση συγκατάθεσης, στις εν λόγω διατάξεις του Α.Κ, δίνεται από τρίτο πρόσωπο σε σχέση με τα πρόσωπα που μετέχουν στη κύρια δικαιοπραξία, η οποία επιδοκιμάζεται.

¹⁶² Πελένη-Παπαγεωργίου, 2016, σελ. 36

¹⁶³ Ψαρούλης/Βούλτσος, Ιατρικό Δίκαιο, 2010, σ. 210

¹⁶⁴ Βλ. σχετικά και Βάρκα-Αδάμη, Βιοηθική και Δίκαιο, ΕλλΔνη, 2002, σελ. 666

¹⁶⁵ Παπαδοπούλου-Κλαμαρή, 2010, Η συγγένεια, σελ. 124 · Γεωργιάδης, 2014, Οικογενειακό Δίκαιο, παρ. 24 αρ. 23

¹⁶⁶ Ζητήματα Βιοηθικής στη Σύμβαση του Oviedo σε σχέση με τον Ν. 3089/2002 στο ΧρΙδΔικ, 2006, σελ. 389-390

β) Η αυτή δήλωση αποτελεί δικαιοπραξία που θεωρείται ότι συμπληρώνει ή αποτελεί «όρο του ενεργού», μιας έτερης δικαιοπραξίας ή σύμβασης, την οποία νομικά ισχυροποιεί.

γ) Αντικείμενο της είναι μόνο έτερες δικαιοπραξίες ή νομικές πράξεις και όχι υλικές πράξεις όπως π.χ. η υλική επέμβαση στο σώμα του ασθενούς

δ) Απαιτείται αστική δικαιοπρακτική ικανότητα του τρίτου δηλούντος.

Έτσι, θα μπορούσαμε ενδεχομένως να πούμε ότι η «συναίνεση» κατά το αρ. 236 Α.Κ. δεν ερμηνεύεται ως συναίνεση, όπως την εννοούμε στα ιατρικά πλαίσια π.χ. για τη νομιμοποίηση μιας ιατροχειρουργικής επέμβασης, αλλά όπως το εκθέτει και ο Γεωργιάδης ως μία «ευρεία έννοια της συγκατάθεσης»¹⁶⁷ που δίδεται είτε πριν τη διενέργεια μιας δικαιοπραξίας, οπότε κατά τη διατύπωση του Α.Κ. έχουμε «συναίνεση», είτε μετά τη διενέργεια της, οπότε έχουμε «έγκριση».

Αποκρούεται, έτσι, η άποψη ότι η συναίνεση του ασθενούς αποτελεί δικαιοπραξία. Πρόσθετα επιχειρήματα υπέρ αυτής της παραδοχής είναι και τα εξής:

α) Σε περίπτωση που η συναίνεση του ασθενούς βασίστηκε στην ύπαρξη πλάνης, απάτης ή απειλής, τότε δεν είναι έγκυρη (κατά την πρόβλεψη του αρ. 12 παρ. 2 περ. γ' ΚΙΔ), άλλως είναι εξ' αρχής άκυρη. Αντιθέτως, στη περίπτωση που μια οποιαδήποτε δικαιοπραξία, δηλαδή εν γένει δήλωση βουλήσεως που κατατείνει στη παραγωγή εννόμου αποτελέσματος, βασιστεί σε πλάνη, απάτη ή απειλή, η εν λόγω δήλωση και παραγωγή αποτελέσματος, δύνανται να ακυρωθούν δικαστικά, κατά τις προβλέψεις των αρ. 140, 147 και 150 Α.Κ. Επομένως, η τελευταία (δικαιοπραξία - δήλωση) δεν θεωρείται ως εξαρχής άκυρη.

β) Προϋπόθεση και συστατικό στοιχείο της συναίνεσης του ασθενούς, κατά το αρ. 12 παρ.2 περ. α' ΚΙΔ, είναι αυτή να παρέχεται κατόπιν πλήρους, σαφούς και κατανοητής ενημέρωσης, πράγμα που δεν είναι απαραίτητο για μία οποιαδήποτε δικαιοπραξία ή σύμβαση, η οποία εν γένει συνιστά δήλωση που οδηγεί στην επέλευση ενός νομικού αποτελέσματος, που θέλησε ο δικαιοπρακτών¹⁶⁸.

γ) Η εξωτερικευμένη βούληση του ασθενούς, (ως συναίνεση του), συχνά εκλαμβάνεται ως εκφρασμένη επιθυμία του, η οποία αναφέρεται στην επέλευση ενός πραγματικού γεγονότος και δεν κατευθύνεται στη παραγωγή ενός εννόμου αποτελέσματος. Εξάλλου, όπως διευκρινίζεται στην αιτιολογική έκθεση του Κώδικα

¹⁶⁷ στο Γεωργιάδης, ΣΕΑΚ, 2010, εισαγ. 236-239 αριθ. 1

¹⁶⁸ Εκδηλώνοντας έτσι την ιδιωτική αυτονομία του βλ. και Γεωργιάδης, Γενικές Αρχές, 2007, σελ. 252

Ιατρικής Δεοντολογίας (Ν. 3418/2005), «... η συγκατάθεση στην ιατρική πράξη από μόνη της δεν μπορεί να νομιμοποιήσει την ιατρική πράξη»¹⁶⁹.

Αξίζει, εκτός των ανωτέρω, να αναφέρουμε και μία έτερη άποψη που προβάλλει ότι η νομική θεμελίωση της συναίνεσης του ασθενούς, βασίζεται σε μία απλή νομιμοποιητική πράξη του, που αίρει τον παράνομο χαρακτήρα της ιατρικής επέμβασης σε αγαθά της προσωπικότητας του¹⁷⁰. Αναλογικά προς τα ανωτέρω, γίνεται και με αυτή την άποψη δεκτό, ότι οι διατάξεις περί δικαιιοπρασιών εφαρμόζονται αναλόγως.

B) ΝΟΜΙΚΗ ΘΕΜΕΛΙΩΣΗ

Όσον αφορά τώρα τη νομική θεμελίωση της συναίνεσης του ασθενούς, πρέπει να ειπωθούν τα εξής:

Σύμφωνα με την κρατούσα άποψη, στο χώρο της νομικής επιστήμης, η συναίνεση του ασθενούς θεμελιώνεται ως λόγος άρσης του παράνομου χαρακτήρα της πράξης του ιατρού. Δηλαδή, χωρίς την εν λόγω συναίνεση, η ιατρική πράξη είναι πάντα παράνομη, άδικη και αυθαίρετη, είτε υπό τη μορφή της σωματικής βλάβης, βλάβης σώματος ή υγείας κτλ του ασθενούς, είτε υπό τη μορφή της προσβολής της προσωπικότητας του, εξάσκησης παράνομης βίας επάνω του, στέρησης της ελεύθερης έκφρασης της άποψης και των πεποιθήσεων του, καταστρατήγησης της ιδιωτικής αυτονομίας του κτλ.

Αξίζει, στο σημείο αυτό να σημειώσουμε, συνοπτικά, κάποια πράγματα για το δικαίωμα στην προσωπικότητα του ασθενούς: Το εν λόγω δικαίωμα είναι: α) Προσωπικό και όχι περιουσιακό, β) Προσωποπαγές, συνδέεται δηλαδή τόσο στενά με τον ασθενή, ώστε δεν μπορεί να μεταβιβαστεί ή να κληρονομηθεί και γ) Απόλυτο, δηλαδή στρέφεται κατά πάντων και απαιτεί το σεβασμό του από κάθε πρόσωπο (ιδίως τον ιατρό) και από κάθε πιθανή προσβολή¹⁷¹. Εκδήλωση του δικαιώματος στην προσωπικότητα του ασθενούς, είναι ακριβώς ο σεβασμός της φυσικής υπόστασης του, υπό την έννοια της ζωής, της ακεραιότητας και της υγείας του ανθρώπινου σώματος του, των μελών και λοιπών στοιχείων του σώματος του (π.χ. αίμα, ιστοί κτλ), εφόσον εξακολουθούν να βρίσκονται σε διαρκή οργανικό ή λειτουργικό σύνδεσμο με το σώμα του, δηλαδή δεν έχουν αποσπαστεί από αυτό, προορίζονται να

¹⁶⁹ στο ΚωδΝομΒημ, 2005, αρθ. 11 και 12, σελ. 2055

¹⁷⁰ Κούρτης, 2002, σελ. 83· Ανδρουλιδάκη-Δημητριάδη, Η υποχρέωση ενημέρωσης του ασθενούς, 1993, σελ.203 επ.

¹⁷¹ Γεωργιάδης, Γενικές Αρχές, 2007, σελ. 101-102

το εξυπηρετούν ή να ενταχθούν πάλι σε αυτό, κατά τέτοιο τρόπο ώστε να πραγματώσουν το φυσικό προορισμό τους¹⁷², ο σεβασμός του ψυχικού και συναισθηματικού κόσμου του, της ομαλής ψυχοσωματικής ανάπτυξής του, (όπως π.χ. της ψυχικής ηρεμίας του, της ομαλής συναισθηματικής σχέσης του με άλλα πρόσωπα, καθώς και της διατήρησης ομαλών οικογενειακών σχέσεων του). Ακόμη, επιβάλλεται ο σεβασμός της ηθικής υπόστασης του, που περιλαμβάνει κυρίως την τιμή, την υπόληψη και την αξιοπρέπεια του¹⁷³. Τέλος, περιλαμβάνει και την ελευθερία ανάπτυξής του, ήτοι ταυτίζεται με το δικαίωμα να διαθέτει ο ασθενής τον εαυτό του, κατά βούληση, πράγμα που συνεπάγεται την ανοχή ή μη διαφόρων ιατρικών πράξεων και επεμβάσεων στο σώμα του¹⁷⁴, ενώ σχετίζεται και με την απόλαυση προσωπικής ασφάλειας¹⁷⁵.

ι) Στο χώρο του Αστικού Δικαίου, η «παρανομία» της βλάβης του σώματος ή της υγείας του ασθενούς, εκ μέρους του ιατρού, ως αναφέρεται και προσδιορίζεται από τα αρ. 914 ΑΚ και 929 ΑΚ, αίρεται σε περίπτωση ύπαρξης έγκυρης συναίνεσης του πρώτου, ώστε δεν πληρούται το πραγματικό των εν λόγω άρθρων προκειμένου να γεννηθεί υποχρέωση καταβολής αποζημίωσης ή χρηματικής ικανοποίησης κτλ του ιατρού προς τον ασθενή.

Δεν πληρούται όμως το πραγματικό ούτε του αρ. 57 ΑΚ, ώστε δεν γεννώνται σχετικές αξιώσεις του ασθενούς περί άρσης και παράλειψης της ιατρικής προσβολής της προσωπικότητας του κτλ, καθώς η «παρανομία» της ενδεχόμενης προσβολής της προσωπικότητας του εκ μέρους του ιατρού, που ρητώς απαιτείται από το πραγματικό του αρ. 57 ΑΚ, αίρεται και πάλι, σε περίπτωση ύπαρξης ισχυρής συναίνεσης του.

Βέβαια ο δικαστής, θα πρέπει να σταθμίσει αξιολογικά τα συγκρουόμενα αγαθά και να καθορίσει τα όριά τους. Μετά την αξιολογική στάθμιση της σπουδαιότητας των συγκρουόμενων αγαθών και της βαρύτητας των θιγόμενων συμφερόντων, προτιμάται το σημαντικότερο (π.χ. σωματική ακεραιότητα/βελτίωση υγείας) και ενδεχομένως θεωρείται νόμιμη η προσβολή του ασθενούς. Οι γενικές αρχές του δικαίου και οι συνταγματικές διατάξεις για την προστασία των ατομικών δικαιωμάτων, πρέπει να λαμβάνονται υπόψη από τον εφαρμοστή του δικαίου, κατά τη συγκεκριμενοποίηση και ερμηνεία των σχετικών διατάξεων του Αστικού Δικαίου,

¹⁷² Γεωργιάδης, ο.π., σελ. 102

¹⁷³ Γεωργιάδης, ο.π., σελ. 107

¹⁷⁴ Γεωργιάδης, ΕιδΕνοχΔικ, Τόμος ΙΙ, 2007, παρ. 8 αρ. 43, σελ. 192-193· Φουντεδάκη, Αστική Ιατρική Ευθύνη, 2003, σ. 174-176.

¹⁷⁵ Γεωργιάδης, Γενικές Αρχές, 2007, σελ. 107

που καθιερώνουν συγκρουόμενα δικαιώματα ¹⁷⁶. Η αξιοπρέπεια του ανθρώπου, μπορεί να θεωρηθεί ως το ύψιστο αγαθό, που υπερισχύει έναντι όλων των άλλων, με βάση και τα άρθρα 2, 5 και 110 του Συντάγματος. Σε κάθε περίπτωση η συναίνεση του ασθενούς, δεν πρέπει να προσκρούει στο νόμο ή τα χρηστά ήθη ή να δεσμεύει υπέρμετρα την ελευθερία του ασθενούς ¹⁷⁷, ώστε να μην καταλύεται ο πυρήνας του δικαιώματος ¹⁷⁸.

Αντιθέτως, αν συναίνεση του ασθενούς δεν υφίσταται, τότε γεννάται: α) δικαίωμα αποζημίωσης του, κατά τις προβλέψεις των αρ. 914 και 929 Α.Κ., εφόσον δηλαδή υφίσταται παράλληλα υπαιτιότητα του ιατρού ¹⁷⁹ και ζημία του ασθενούς, η οποία συνδέεται αιτιωδώς με την προσβολή ¹⁸⁰ και β) Αξίωση χρηματικής ικανοποίησης για ηθική βλάβη του, υπό την έννοια της αποκατάστασης της μη αποτιμητής σε χρήμα, ζημίας, που υφίσταται, από την διατάραξη των μη περιουσιακών αγαθών του (τα οποία απορρέουν από την σωματική, ψυχική ή κοινωνική ατομικότητά του) δηλαδή από την ψυχική στεναχώρια που μπορεί να προκληθεί σε αυτόν λόγω της προσβολής οποιουδήποτε δικαιώματος του, ή έννομου συμφέροντος του, ή μη περιουσιακού αγαθού του. Το αίτημά της εν λόγω αξίωσης χρηματικής ικανοποίησης, λόγω ηθικής βλάβης, συνίσταται στην καταβολή χρηματικού ποσού, ως μέσου για τη μείωση ή ελάφρυνση του ψυχικού πόνου, ή σε οτιδήποτε επιβάλλεται από τις περιστάσεις ¹⁸¹.

Υπό διαφορετική άποψη, αν συναίνεση του ασθενούς δεν υφίσταται, τότε κατά τα αρ. 57-59 Α.Κ., γεννώνται υπέρ του: α) Αξίωση για άρση της προσβολής της προσωπικότητας του β) Αξίωση για παράλειψη της αυτής προσβολής στο μέλλον, γ) Αξίωση προς αποζημίωση, για θετική/αποθετική ζημία του, συντρεχουσών και των λοιπών προϋποθέσεων των αρ. 914 επ. Α.Κ., και ενδεχομένως δ) Αξίωση χρηματικής ικανοποίησης για ηθική βλάβη του, υπό την έννοια της αποκατάστασης της μη αποτιμητής σε χρήμα ζημίας που υφίστανται, από την διατάραξη των μη περιουσιακών αγαθών του, τα οποία απορρέουν από την σωματική, ψυχική ή

¹⁷⁶ Κατ' εφαρμογή των επιταγών του άρ. 25, παράγραφος 1 Συντάγματος

¹⁷⁷ κατά τα οριζόμενα στα αρ. 174, 178 και 179 Α.Κ.

¹⁷⁸ Γεωργιάδης, Γενικές Αρχές, 2007, σελ. 106

¹⁷⁹ π.χ. η έλλειψη έγκυρης συναίνεσης να μπορεί να αποδοθεί σε από αμέλεια του ιατρού παράβαση της υποχρέωσης πλήρους, σαφούς και κατανοητής ενημέρωσης του ασθενούς.

¹⁸⁰ π.χ. να προκύπτει ότι εάν δεν ελάμβανε χώρα η παράβαση της ιατρικής υποχρέωσης ενημέρωσης του ασθενούς και ο ασθενής είχε όλες τις απαραίτητες πληροφορίες, θα αρνούνταν να υποβληθεί στην ιατρική πράξη.

¹⁸¹ Γεωργιάδης, Γενικές Αρχές, 2007, σελ. 109

κοινωνική ατομικότητά του, δηλαδή από την ψυχική στεναχώρια που μπορεί να προκληθεί σ' αυτόν, κατά τα ανωτέρω αναφερόμενα.

Βέβαια, αξίζει να σημειωθεί ότι, η νομολογία, δέχεται το παράνομο της προσβολής, και την συνακόλουθη άρση του, βάσει της συναίνεσης, μόνο όταν αυτή αντίκειται σε επιταγές ή απαγορεύσεις της έννομης τάξης (π.χ. απαγόρευση πρόκλησης σωματικής βλάβης) και όχι όπως δέχεται η θεωρία κάθε φορά που προσβάλλεται το δικαίωμα στην προσωπικότητα¹⁸².

Δυνατότητες του ασθενούς, δικονομικά, είναι η έγερση κατανηφιστικής ή αναγνωριστικής αγωγής κατά του νοσηλευτικού ιδρύματος¹⁸³, ή ακόμη και η λήψη ασφαλιστικών μέτρων κατά τη διαδικασία των αρ. 686 επ. ΚπολΔ, εφόσον αποδεικνύεται επείγον κίνδυνος και πιθανολογείται βλάβη. Δυνατότητα που του παρέχεται, αποτελεί, ενδεχομένως, και η αυτοδύναμη προστασία της προσωπικότητας του (θεμιτή αυτοδικία ή άμυνα κατά τις Α.Κ. 282, 284).

ii) Στο χώρο του Ποινικού Δικαίου, το «κατ' αρχήν άδικο» της τέλεσης απλής σωματικής βλάβης επί του ασθενούς, που στοιχειοθετεί το ποινικό αδίκημα του αρ. 308 ΠΚ, αίρεται κατά τρόπο ρητό, σε περίπτωση ύπαρξης συναίνεσης του παθόντος, κατ' αρ. 308 παρ. 2 ΠΚ. Αν στοιχειοθετείται, όμως, το ποινικό αδίκημα της επικίνδυνης (309 Π.Κ) ή της βαριάς (310 ΠΚ) σωματικής βλάβης, τότε η συναίνεση αίρει το άδικο, συνδυαζόμενη με άλλες δογματικές κατασκευές, όπως αυτές του «αληθούς συμφέροντος» του ασθενούς ή της «κοινωνικής προσφορότητας» της συμπεριφοράς του ιατρού¹⁸⁴. Σε αυτές τις περιπτώσεις, υποβολή έγκλησης εκ μέρους του ιατρού ή ακόμη κίνηση της ποινικής δίωξης, αυτεπαγγέλτως, αποκλείονται.

Υπό διαφορετική άποψη, θα μπορούσε να υποστηριχθεί ότι αίρεται το άδικο του ποινικού αδικήματος της παράνομης βίας (αρ. 330 ΠΚ), από το συνδυασμό της συναίνεσης του ασθενούς-παθόντος, με το «κοινωνικά πρόσφορο» της δραστηριότητας του ιατρού, οπότε υποβολή εγκλήσεως και σε αυτή τη περίπτωση αποκλείεται.

¹⁸² Γεωργιάδης, ο.π., σελ. 106-107

¹⁸³ Γίνεται δεκτό ότι εφόσον ο ιατρός υπηρετεί σε δημόσιο νοσοκομείο και θεωρείται δημόσιος λειτουργός, δεν νομιμοποιείται ο ίδιος παθητικά λόγω των αρ. 105 και 106 ΕισΝΑΚ, και η στρεφόμενη εναντίον του αγωγή, θα απορριφθεί ως απαράδεκτη. Αυτό δεν σημαίνει βέβαια ότι αποκλείεται η αναγωγή του Νοσηλευτικού Ιδρύματος κατά του ως άνω ιατρού, για παράβαση των καθηκόντων του από δόλο ή βαριά αμέλεια.

¹⁸⁴ Χωραφάς, Ποινικόν Δίκαιον, Τόμος Ι, 1978, σελ. σ. 220-221· Κατσαντώνης, ΠοινΧρ, 1970, σελ.220-221

Αν βέβαια συναίνεση του ασθενούς δεν υπήρξε, και ο ιατρός έδρασε αυτοβούλως και «αυτογνωμόνως», προσβάλλοντας τη σωματική ακεραιότητα και την υγεία του ασθενούς, τότε υποβολή έγκλησης ή κατάθεση μηνύσεως εκ μέρους του παθόντος-ασθενούς, με την οποία θα ζητά την ποινική καταδίκη, ήτοι τη επιβολή φυλάκισης κτλ στον ιατρό, δεν μπορεί να αποκλειστεί.

Τα ανωτέρω σχετίζονται, εξάλλου, άμεσα και ευθέως με δύο θεμελιώδεις απόψεις που έχουν διαμορφωθεί στο Ποινικό Δίκαιο, σχετικά με την φύση της ιατρικής παρέμβασης. Η πρώτη άποψη, επισημαίνει ότι η ιατρική επέμβαση θεωρείται, ευθύς εξ' αρχής, αμέσως μόλις ο γιατρός επεμβαίνει στο σώμα του ασθενούς, ως σωματική βλάβη του ασθενούς (κατ' αρ. 308 ΠΚ ήτοι απλή, ή 309 ΠΚ ήτοι επικίνδυνη, άλλως 310 ΠΚ, δηλαδή βαριά), ακόμη και στη περίπτωση που αυτή είναι ενδεδειγμένη και διενεργείται de lege artis. Η δεύτερη, την θεωρεί απλώς ως προσβολή του εννόμου αγαθού της ελευθερίας και της αυτοδιάθεσης του ασθενούς¹⁸⁵ (ήτοι, παράνομη βία κατ' αρ. 330 ΠΚ)¹⁸⁶.

Κλείνοντας, δεν πρέπει να λησμονούμε το γεγονός ότι η συναίνεση του ασθενούς σχετίζεται άμεσα με το ατομικό δικαίωμα, για προστασία της υγείας του, ως αυτό ορίζεται στο άρθρο 5, παράγραφος 5 του Συντάγματος. Βάσει αυτού ο ασθενής έχει δικαίωμα ελέγχου των επί μέρους ιατρικών πράξεων επάνω του και όχι απλά δικαίωμα επιλογής γιατρού ή θεραπευτικής μονάδας και κατ' αυτό τον τρόπο η συναίνεση ή άρνηση του, τον προστατεύει από αυθαίρετες εναντίον του ιατρικές επεμβάσεις¹⁸⁷.

Ανακεφαλαιώνοντας, θα επαναλάβουμε ότι η συναίνεση του ασθενούς, νομικά:

- Δεν αποτελεί αυτή καθ' εαυτή δικαιοπραξία, αλλά ανακοίνωση βούλησης ή οιονεί δικαιοπραξία, στην οποία οι διατάξεις περί δικαιοπραξιών βρίσκουν ανάλογη εφαρμογή.

¹⁸⁵ Δουγαλής, στο Λασκαρίδης, (επιμ.) ΕρμΚΙΔ, 2012, αρ. 12 αρ. 32 επ. σελ. 153-154· Ψαρούλης/Βούλτσος, Ιατρικό Δίκαιο, 2010, σ. 213 επ.

¹⁸⁶ Φουντεδάκη, Η συναίνεση του ενημερωμένου ασθενούς σύμφωνα με το Νέο ΚΙΔ στο Καϊαφα-Γκμπάντι κ.α., Ο νέος κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας (Ν. 3418/2005), Δημοσιεύματα Ιατρικού Δικαίου και Βιοηθικής, Τεύχος 1, 2006, σ. 14-16

¹⁸⁷ Πελλενη-Παπαγεωργίου, 2016, σελ.5-6

- Αποτελεί λόγο άρσης του παρανόμου ή του άδικου χαρακτήρα της αυθαίρετης ιατρικής πράξης, τόσο στο πεδίο του Αστικού Δικαίου όσο και στο πεδίο του Ποινικού Δικαίου.
- Συνδέεται άμεσα με το κατοχυρωμένο από το Σύνταγμα δικαίωμα αυτοδιάθεσης και υγείας του ατόμου.

Γ) Η ΡΥΘΜΙΣΗ ΤΗΣ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ ΚΑΤΑ ΤΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΔΙΚΑΙΟ

Αξίζει στο σημείο αυτό να αναφέρουμε κάποιες ενδεικτικές νομοθετικές ρυθμίσεις, που ισχύουν στο ελληνικό δίκαιο και αφορούν τη συναίνεση του ασθενούς, για υποβολή του π.χ σε ιατροχειρουργικές επεμβάσεις, πάσης φύσεως ή σε μεταμοσχεύσεις ή ακόμη για συμμετοχή του ως υποκειμένου, σε κλινική δοκιμή-μελέτη:

i) Η θεμελιώδης προϋπόθεση ενημέρωσης του ασθενούς, ή του υποκειμένου έρευνας, η οποία προηγείται της συναίνεσης του, προβλέπεται στις εξής διατάξεις:

Σύμφωνα με το αρ. 47 παρ. 4 Ν. 2071/1992 ο νοσοκομειακός ασθενής «δικαιούται να ζητήσει να πληροφορηθεί ότι αφορά στην κατάσταση του». Κατά δε το αρ. 11 παρ. 1 Ν. 3418/2005 (Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας), ο ιατρός έχει υποχρέωση ενημέρωσης του ασθενούς, που πρόκειται π.χ να υποβληθεί σε κάποια ιατροχειρουργική επέμβαση. Έχει, δηλαδή, καθήκον αληθείας προς αυτόν. Οφείλει να τον ενημερώνει πλήρως και κατανοητά 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 σχηματίζει πλήρη εικόνα των ιατρικών, κοινωνικών και οικονομικών παραγόντων και συνεπειών της κατάστασής του και να προχωρεί, ανάλογα, στη λήψη αποφάσεων. Όπως εξαιρετικά, στη παρ. 2 του ίδιου άρθρου και Νόμου, επισημαίνεται, ότι ο ιατρός σέβεται την επιθυμία των ατόμων, τα οποία επιλέγουν να μην ενημερωθούν. Στις περιπτώσεις αυτές, ο ασθενής έχει δικαίωμα να ζητήσει από τον ιατρό να ενημερώσει αποκλειστικά άλλο ή άλλα πρόσωπα, που ο ίδιος θα υποδείξει, για την κατάσταση της υγείας του, το περιεχόμενο και τα αποτελέσματα της προτεινόμενης ιατρικής πράξης, τις συνέπειες ή και τους κινδύνους από την εκτέλεσή της, καθώς και για το βαθμό πιθανολόγησής τους. Τονίζεται δε χαρακτηριστικά, στη παρ. 3 του ίδιου άρθρου και Νόμου, πως, ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να καταβάλλεται κατά την ενημέρωση που αφορά σε ειδικές επεμβάσεις,

όπως μεταμοσχεύσεις, μεθόδους ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, επεμβάσεις αλλαγής ή αποκαταστάσεως φύλου, αισθητικές ή κοσμητικές επεμβάσεις. Ωστόσο, στη περίπτωση προσώπων ανίκανων να συναινέσουν για την εκτέλεση ιατρικής πράξης, ο ιατρός τα ενημερώνει στο βαθμό που αυτό είναι εφικτό. Ενημερώνει, επίσης, τα τρίτα πρόσωπα, που έχουν την εξουσία να συναινέσουν για την εκτέλεση της πράξης αυτής.

Ανάλογα προβλέπονται στο αρ. 5 της Σύμβασης του Συμβουλίου της Ευρώπης για την προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και της αξιοπρέπειας του ατόμου, σε σχέση με τις εφαρμογές της βιολογίας και της ιατρικής [Σύμβαση για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα και τη Βιοϊατρική, (Σύμβαση του Οβιέδο)], η οποία αποτελεί ισχύον δίκαιο στη χώρα μας, καθώς κυρώθηκε το έτος 1998, με βάση το Ν. 2619/1998 (ΦΕΚ Α'132). Συγκεκριμένα προβλέπεται πως ο ασθενής «θα ενημερώνεται εκ των προτέρων καταλλήλως ως προς το σκοπό και τη φύση της επέμβασης, καθώς και ως προς τα επακόλουθα και τους κινδύνους που αυτή συνεπάγεται», ενώ όλοι οι ασθενείς «έχουν το δικαίωμα σεβασμού της προσωπικής τους ζωής, σε σχέση με την πληροφόρηση για την κατάσταση της υγείας τους. Δικαιούνται δε να λαμβάνουν γνώση κάθε πληροφορίας σχετικής με την κατάσταση της υγείας τους. Γίνονται σεβαστές, ωστόσο, οι επιθυμίες των ατόμων που επιλέγουν να μην ενημερώνονται σχετικά. Σε εξαιρετικές περιπτώσεις, είναι δυνατή η επιβολή περιορισμών από το νόμο στην άσκηση των δικαιωμάτων που αναφέρονται στην παρ. 2, προς το συμφέρον του ασθενούς».¹⁸⁸

Περαιτέρω, ο Ν. 3984/2011, που αποτελεί ειδικότερο νομοθέτημα στο πεδίο των μεταμοσχεύσεων, προβλέπει πως η ενημέρωση σε ζώντα πρόσωπα, που επιθυμούν να γίνουν δωρητές οργάνων, με σκοπό τη μεταμόσχευση, παρέχεται από ιατρό σχετικής ειδικότητας αφορά, ιδίως, τη φύση της επέμβασης αφαίρεσης των οργάνων, την αναγκαία προετοιμασία του δότη, τη διαδικασία και τον χρόνο αποκατάστασης της υγείας του, τους κινδύνους που εγκυμονεί για τη ζωή και την υγεία του, αλλά και τα οφέλη για τον λήπτη. Επιπλέον, πρέπει να αφορά το είδος και το ύψος της δαπάνης που καλύπτεται και τις σχετικές διαδικασίες,¹⁸⁹ πρέπει να είναι πλήρης, εύκολα κατανοητή, αντικειμενική και να παρέχεται με διακριτικότητα και σεβασμό στην ελευθερία, την προσωπικότητα, τις θρησκευτικές

¹⁸⁸ Αρ. 10 παρ. 1, 2 και 3 Σύμβασης του Οβιέδο (Ν. 2619/1998 ΦΕΚ Α'132).

¹⁸⁹ Αρ. 7 παρ. 1 Ν. 3984/2011 (ΦΕΚ Α'150) ως ισχύει

κοινωνικές και φιλοσοφικές πεποιθήσεις του ατόμου. Είναι δυνατόν να επαναληφθεί περισσότερες φορές, με τη συμμετοχή περισσότερων και διαφορετικών κάθε φορά ιατρών, εφόσον το επιθυμεί ο δυνητικός δότης. Η παροχή της ενημέρωσης αποδεικνύεται με προδιατυπωμένο έντυπο, το οποίο υπογράφεται από τον δότη και τον ιατρό ή τους ιατρούς που την παρέχουν και αντίγραφο του οποίου παραμένει στον ιατρικό του φάκελο.¹⁹⁰

Κατά δε τη παρ. 2, του ίδιου ως άνω άρθρου και Νόμου, η ενημέρωση στους γονείς (ή τον γονέα) ή τον επίτροπο, θανάτος ανηλικού προσώπου, προκειμένου να γίνει αφαίρεση οργάνου ή οργάνων του, παρέχεται από τον θεράποντα ιατρό του ανηλικού αφορά, ιδίως, την αναγκαιότητα της δωρεάς του ή των οργάνων και τα οφέλη για το λήπτη, όπως και τον κατεπείγοντα χαρακτήρα της αφαίρεσης. Πρέπει να είναι πλήρης, εύκολα κατανοητή, αντικειμενική και να παρέχεται με διακριτικότητα και σεβασμό στην ελευθερία, την προσωπικότητα, τις θρησκευτικές, κοινωνικές και φιλοσοφικές πεποιθήσεις του ατόμου., αποδεικνύεται με πρωτοδιατυπωμένο έντυπο, το οποίο υπογράφεται από τα πρόσωπα που συναινούν για λογαριασμό του ανηλικού θανάτος δότη και τον ιατρό ή τους ιατρούς που την παρέχουν και αντίγραφο του οποίου παραμένει στον ιατρικό φάκελο του δότη.¹⁹¹

Κάθε πολίτης εξάλλου, μπορεί να απευθύνεται στους φορείς υπηρεσιών υγείας, στους Οργανισμούς Αφαίρεσης και στις Μονάδες Μεταμόσχευσης, όπως και στους Συντονιστές Μεταμοσχεύσεων και στον Εθνικό Οργανισμό Μεταμοσχεύσεων, προκειμένου να λάβει ειδική πληροφόρηση για τη δωρεά οργάνων και τις μεταμοσχεύσεις.¹⁹²

Κατά δε τη παρ. 3 του αρ. 8 του ίδιου ως άνω Νόμου, αφαίρεση οργάνων από ζώντα δότη με σκοπό τη μεταμόσχευση επιτρέπεται ύστερα από ενημέρωση, μόνον εφόσον, δεν τελεί υπό δικαστική συμπαράσταση και έχει δικαιοπρακτική ικανότητα.

Στο πεδίο των κλινικών δοκιμών-μελετών, τώρα, κατά τις προβλέψεις του αρ. 3 παρ. 1 περ. β΄ της Υ.Α ΔΥΓ3/89292/2003, κλινικές μελέτες διεξάγονται μονάχα εφόσον «ο συμμετέχων ή, σε περίπτωση που ο συμμετέχων δεν είναι σε θέση να δώσει τη συγκατάθεσή του, ο νόμιμος εκπρόσωπός του, είχε την ευκαιρία σε

¹⁹⁰ Αρ. 7 παρ. 1 υποπερ. γ΄, ο.π.

¹⁹¹ Αρ. 7 παρ. 2, ο.π.

¹⁹² Αρ. 7 παρ. 3, ο.π.

προηγηθείσα συνέντευξη με τον ερευνητή ή μέλος της ομάδας έρευνας, να κατανοήσει τους στόχους της μελέτης, τους κινδύνους και την ενόχληση που συνεπάγεται, καθώς και τις συνθήκες κάτω απ' τις οποίες πρόκειται να διεξαχθεί. Ο συμμετέχων έχει ενημερωθεί, επίσης, για το δικαίωμά του να αποχωρήσει ανά πάσα στιγμή από τη μελέτη».

ii) Ειδικές νομοθετικές διατάξεις, υπάρχουν διάσπαρτες σε πολλά νομοθετήματα, ως προς την παροχή συναίνεσης του ασθενούς ή του υποκειμένου της έρευνας. Κάποιες από τις πλέον χαρακτηριστικές είναι οι εξής:

Σύμφωνα με το αρ. 47 παρ. 3 Ν. 2071/1992, ο νοσοκομειακός ασθενής «έχει το δικαίωμα να συγκατατεθεί ή να αρνηθεί κάθε διαγνωστική ή θεραπευτική πράξη που πρόκειται να διενεργηθεί σε αυτόν».

Επιπλέον, η συναίνεση του ενημερωμένου ασθενή που πρόκειται π.χ να υποβληθεί σε κάποια ιατροχειρουργική επέμβαση, καθιερώνεται σαφώς, στο αρ. 12 του Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας (Ν. 3418/2005). Συγκεκριμένα κατά τη παρ. 1 του αρ. 12 του ως άνω Νόμου, ο ιατρός δεν επιτρέπεται να προβεί στην εκτέλεση οποιασδήποτε ιατρικής πράξης, χωρίς την προηγούμενη συναίνεση του ασθενή. Προϋποθέσεις της έγκυρης συναίνεσης του ασθενή, κατά τη παρ. 2 του ίδιου άρθρου, είναι οι ακόλουθες:

α) Να παρέχεται μετά από πλήρη, σαφή και κατανοητή ενημέρωση, β) Ο ασθενής να έχει ικανότητα για συναίνεση: αα) Αν ο ασθενής είναι ανήλικος, η συναίνεση δίδεται από αυτούς που ασκούν τη γονική μέριμνα ή έχουν την επιμέλεια 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, ββ) Αν ο ασθενής δεν διαθέτει ικανότητα συναίνεσης, η συναίνεση για την εκτέλεση ιατρικής πράξης δίδεται από τον δικαστικό συμπαραστάτη, εφόσον αυτός έχει ορισθεί. Αν δεν υπάρχει δικαστικός συμπαραστάτης, η 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, γ) Να μην είναι αποτέλεσμα πλάνης, απάτης ή απειλής και να μην έρχεται σε σύγκρουση με

τα χρηστά ήθη και δ) Να καλύπτει πλήρως την ιατρική πράξη και κατά το συγκεκριμένο περιεχόμενό της και κατά το χρόνο της εκτέλεσής της.

Παρόμοιες νομοθετικές ρυθμίσεις, σχετικά με τη συναίνεση του ασθενούς, που πρόκειται να υποβληθεί π.χ. σε κάποια ιατροχειρουργική επέμβαση, περιέχονται στη Σύμβαση του Συμβουλίου της Ευρώπης για την προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και της αξιοπρέπειας του ατόμου, σε σχέση με τις εφαρμογές της βιολογίας και της ιατρικής: Σύμβαση για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα και τη Βιοϊατρική, (Σύμβαση του Οβιέδο). Κατά το γενικό κανόνα του αρ. 5 της εν λόγω Σύμβασης, επέμβαση σε θέματα υγείας μπορεί να υπάρξει, μόνον αφού το ενδιαφερόμενο πρόσωπο δώσει την ελεύθερη συναίνεσή του, κατόπιν προηγούμενης σχετικής ενημέρωσής του Το ενδιαφερόμενο πρόσωπο μπορεί ελεύθερα και οποτεδήποτε να ανακαλέσει τη συναίνεσή του.

Αναλογικά προς τα αναφερόμενα στον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας, κατά το αρ. 6 παρ. 1 της ως άνω Σύμβασης, επέμβαση δύναται να διενεργηθεί μόνο επί προσώπου που δεν διαθέτει την ικανότητα να συναινέσει, για άμεσο όφελός του. Στις περιπτώσεις που, σύμφωνα με το νόμο, ο ανήλικος δεν διαθέτει την ικανότητα να συναινέσει σε επέμβαση, η επέμβαση επιτρέπεται μόνο κατόπιν εξουσιοδότησης του αντίπροσώπου του ή των αρχών ή του προσώπου ή σώματος που προβλέπεται από το Νόμο. Η γνώμη του ανηλίκου θα λαμβάνεται υπόψη σαν αυξανόμενος καθοριστικός παράγοντας σε αναλογία με την ηλικία και το βαθμό ωριμότητός του (αρ. 6 παρ. 2). Ακόμη, κατά τη παρ. 3, σε περιπτώσεις όπου, σύμφωνα με το νόμο, ο ενήλικος δεν διαθέτει την ικανότητα συναίνεσης σε επέμβαση εξαιτίας διανοητικής αναπηρίας, νόσου ή για παρεμφερείς αιτίες, η επέμβαση επιτρέπεται μόνο κατόπιν εξουσιοδότησης του αντιπροσώπου του ή αρχής ή προσώπου ή σώματος που προβλέπεται από τη νομοθεσία. Το ενδιαφερόμενο άτομο θα λαμβάνει, στο μέτρο του δυνατού, μέρος στη διαδικασία εξουσιοδότησης.

Ειδικές νομοθετικές ρυθμίσεις έχουν θεσπιστεί περαιτέρω στο ελληνικό δίκαιο, σχετικά με τη συναίνεση των δωρητών οργάνων, προς μεταμόσχευση. Χαρακτηριστικό νομοθέτημα, όπως αναφέρθηκε ανωτέρω, είναι ο Ν. 3984/2011.

Έτσι, η συναίνεση στις ιατρικές πράξεις των μεταμοσχεύσεων, κατά τον εν λόγω Νόμο, παρέχεται με έναν από τους ακόλουθους τρόπους: α) με συμβολαιογραφικό έγγραφο, β) με έγγραφο στο οποίο βεβαιώνεται η γνησιότητα της

υπογραφής του δότη. Η συναίνεση εδώ πρέπει να είναι ρητή και ειδική.¹⁹³ Εξάλλου, είναι ελευθέρως ανακλητή, έως τη στιγμή κατά την οποία αρχίζει η ιατρική πράξη της αφαίρεσης του οργάνου και η ανάκληση γίνεται με οποιονδήποτε τρόπο.¹⁹⁴ Η αφαίρεση ενός ή περισσότερων οργάνων από θανάον πρόσωπο πραγματοποιείται, εφόσον είναι ενήλικο. Η αφαίρεση από ανήλικο επιτρέπεται, εάν συναινούν σε αυτό οι γονείς ή ο γονέας, που έχουν την επιμέλεια του τέκνου, ενώ εάν δεν υπάρχουν ή έχουν εκπέσει από τη γονική μέριμνα, η συναίνεση παρέχεται από τον ορισθέντα επίτροπο και δίνεται: α) με έγγραφο στο οποίο βεβαιώνεται η γνησιότητα της υπογραφής, β) με προφορική δήλωση, που καταχωρίζεται σε ειδικό βιβλίο, το οποίο τηρείται στον Οργανισμό Αφαίρεσης ή στη Μονάδα Μεταμόσχευσης. Κατά τη δήλωση παρίστανται δύο μάρτυρες, οι οποίοι συνυπογράφουν στο ειδικό βιβλίο. Η δε αφαίρεση ενός ή περισσότερων οργάνων από ενήλικο, θανάον πρόσωπο, πραγματοποιείται εφόσον, όσο ζούσε, δεν είχε εκφράσει την αντίθεση του και κατόπιν συναίνεσης της οικογένειας του.¹⁹⁵

Περαιτέρω, στο πεδίο των κλινικών μελετών, θα πρέπει να επισημανθεί ιδιαίτερος η Υ.Α ΔΥΓ3/89292/2003, η οποία μεταφέροντας προβλέψεις αντίστοιχης κοινοτικής Οδηγίας, καθιέρωσε και στο ελληνικό δίκαιο, ειδικότερες νομοθετικές ρυθμίσεις, σχετικά με τη συναίνεση των συμμετεχόντων σε τέτοιες μελέτες και δοκιμές φαρμάκων. Ενδεικτικά, κατά το αρ. 3 παρ. 1 της ως άνω Υ.Α., μια κλινική μελέτη διεξάγεται μόνο εφόσον πληρούνται οι ακόλουθες συγκεκριμένες προϋποθέσεις: « α) β).....γ) δ) Ο συμμετέχων ή, σε περίπτωση που ο ίδιος δεν είναι σε θέση να δώσει τη συγκατάθεσή του, ο νόμιμος εκπρόσωπός του, έχει δώσει τη γραπτή συγκατάθεσή του, αφού ενημερώθηκε για τη φύση, τη σημασία, τις συνέπειες και τους κινδύνους της κλινικής μελέτης. Σε εξαιρετικές περιπτώσεις, εάν ο συμμετέχων δεν είναι σε θέση γράψει, μπορεί να παρέχεται προφορική συγκατάθεση, παρουσία δύο (2) μαρτύρων, οι οποίοι και βεβαιώνουν το περιεχόμενό της υπογράφοντας το σχετικό έγγραφο ε) Ο συμμετέχων δύναται, ανά πάσα στιγμή, ανακαλώντας τη συγκατάθεσή του, να διακόψει τη συμμετοχή του στην κλινική μελέτη, χωρίς αυτό να επιφέρει αρνητικές συνέπειες για τον ίδιο.....».

¹⁹³ Αρ. 7 παρ. 4 Ν. 3984/2011 (ΦΕΚ'Α 150) ως ισχύει

¹⁹⁴ Αρ. 7 παρ. 5 ο.π.

¹⁹⁵ Αρ. 9 παρ. 2 ο.π.

Πέραν των οποιωνδήποτε άλλων σχετικών περιορισμών, κλινική μελέτη επί ανηλίκων κατά τις προβλέψεις του αρ. 4 της παραπάνω Υ.Α, διεξάγεται μόνο εάν συντρέχουν όλες οι εξής προϋποθέσεις: α) Μετά από ενημέρωση, έχει παρασχεθεί συγκατάθεση από τους γονείς ή το πρόσωπο που ασκεί τη νόμιμη γονική επιμέλεια του ανηλίκου. Η συγκατάθεση πρέπει να αντικατοπτρίζει την εικαζόμενη βούληση του ανηλίκου και μπορεί να ανακληθεί ανά πάσα στιγμή χωρίς αρνητικές συνέπειες για τον ανήλικο. β) Ο ανήλικος έχει ενημερωθεί στο βαθμό που είναι σε θέση να κατανοήσει, για τη μελέτη, τους κινδύνους και τα οφέλη που αναμένονται από αυτή, από προσωπικό που διαθέτει σχετική πείρα με ανήλικους γ) Η κατηγορηματική επιθυμία ανηλίκου, ικανού να σχηματίσει γνώμη και να αξιολογήσει τις πληροφορίες, να αρνηθεί να συμμετάσχει σε κλινική μελέτη ή να αποχωρήσει ανά πάσα στιγμή απ' αυτήν, είναι δεσμευτική για τον ερευνητή ή, ανάλογα με την περίπτωση, από τον κύριο ερευνητή....».

Αντίστοιχα προς τα ανωτέρω αναφερθέντα για τις μεταμοσχεύσεις, στην περίπτωση, άλλων προσώπων που δεν είναι σε θέση να παράσχουν νόμιμη συγκατάθεση για συμμετοχή σε κλινικές δοκιμές, εφαρμόζονται όλες οι συναφείς απαιτήσεις που επιβάλλονται για πρόσωπα δυνάμενα να παράσχουν συγκατάθεση¹⁹⁶. Επιπλέον, η συμμετοχή σε κλινικές μελέτες ανίκανων για δικαιοπραξία ενηλίκων οι οποίοι δεν έδωσαν ή δεν αρνήθηκαν τη συγκατάθεσή τους πριν απολέσουν ολικώς ή μερικώς τη δικαιοπρακτική τους ικανότητα είναι δυνατή, εφόσον συντρέχουν και οι κατωτέρω προϋποθέσεις: α) Έχει παρασχεθεί συγκατάθεση από τον έχοντα την επιμέλεια του ανίκανου για δικαιοπραξία προσώπου. Η συγκατάθεση πρέπει να εκφράζει την εικαζόμενη βούληση του συμμετέχοντος και μπορεί να ανακληθεί ανά πάσα στιγμή, χωρίς αρνητικές συνέπειες γι' αυτόν β) Το πρόσωπο που δεν είναι σε θέση να δώσει τη νόμιμη συγκατάθεσή του έχει ενημερωθεί, ανάλογα με τη διανοητική του κατάσταση, για την μελέτη, τους κινδύνους και τα οφέλη. γ) Η ρητή επιθυμία ενός προσώπου, που είναι σε θέση να διαμορφώσει γνώμη και να αξιολογήσει αυτές τις πληροφορίες, να αρνηθεί τη συμμετοχή στην κλινική μελέτη ή να αποχωρήσει ανά πάσα στιγμή από αυτήν είναι δεσμευτική για τον ερευνητή ή, ανάλογα με την περίπτωση, από τον κύριο ερευνητή....»

Προβλέπονται, ωστόσο, στο ελληνικό δίκαιο και περιπτώσεις διενέργειας π.χ ιατροχειρουργικών επεμβάσεων, άνευ λήψεως συναινέσεως του ασθενούς.

¹⁹⁶ Αρ. 5 ο.π.

Ειδικότερα, κατ' εξαίρεση δεν απαιτείται συναίνεση, σύμφωνα με τις προβλέψεις της παρ. 3 του αρ. 12 του Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας: **α)** στις επείγουσες περιπτώσεις, κατά τις οποίες δεν μπορεί να ληφθεί κατάλληλη συναίνεση και συντρέχει άμεση, απόλυτη και κατεπείγουσα ανάγκη παροχής ιατρικής φροντίδας, **β)** στην περίπτωση απόπειρας αυτοκτονίας ή **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.

Αντίστοιχα, κατά το αρ. 7 της Σύμβασης του Οβιέδο, το πρόσωπο που πάσχει από διανοητική διαταραχή σοβαρής μορφής, δύναται να υποβληθεί, χωρίς τη συγκατάθεσή του, σε επέμβαση που αποσκοπεί στη θεραπεία της διανοητικής του διαταραχής, μόνο στις περιπτώσεις κατά τις οποίες, χωρίς αυτή τη θεραπεία, είναι πιθανόν να ανακύψει σοβαρή βλάβη της υγείας του.

Όταν δε λόγω του επείγοντος της κατάστασης, δεν δύναται να ληφθεί η δέουσα συναίνεση, επιτρέπεται να επιτελείται άμεσα κάθε ιατρικώς αναγκαία επέμβαση προς όφελος της υγείας του ενδιαφερόμενου ατόμου.¹⁹⁷ Χαρακτηριστική της ως άνω Σύμβασης είναι και η ρύθμιση πως «Οι προγενέστερα εκφρασθείσες επιθυμίες του ασθενούς σχετικά με ιατρική επέμβαση λαμβάνονται υπόψη, προκειμένου για ασθενή, ο οποίος, κατά το χρόνο της επέμβασης, δεν είναι σε θέση να εκφράσει τις επιθυμίες του».¹⁹⁸

Παρατηρούμε λοιπόν, ότι, τόσο σε γενικό όσο και σε ειδικότερο επίπεδο, έχουν θεσπιστεί, σημαντικές νομοθετικές ρυθμίσεις, σχετικά με τη συναίνεση του ασθενούς για υποβολή του π.χ. σε ιατροχειρουργικές επεμβάσεις, μεταμοσχεύσεις ή ακόμη σχετικά με τη συναίνεση ενός υποκειμένου έρευνας για συμμετοχή του σε κλινική μελέτη, οι οποίες προσπαθούν να ρυθμίσουν, με όσο το δυνατό πληρέστερο τρόπο, τα συναφή ζητήματα που συχνά αναφέρονται.

¹⁹⁷ Βλ. αρ. 8, Σύμβασης του Συμβουλίου της Ευρώπης για την προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και της αξιοπρέπειας του ατόμου σε σχέση με τις εφαρμογές της βιολογίας και της ιατρική (Ν. 2619/1998, ΦΕΚ Α'132)

¹⁹⁸ Βλ. αρ. 9 ο.π..

IV. ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΣΜΟΙ ΣΕ ΠΡΑΚΤΙΚΑ ΠΛΑΙΣΙΑ: ΑΝΤΙΠΑΡΑΒΟΛΗ ΗΘΙΚΗΣ ΚΑΙ ΝΟΜΟΥ

Στο παρόν σημείο της εργασίας, μετά την θεωρητική ανάλυση που προηγήθηκε, σε φιλοσοφικό (ηθικό) αλλά και νομικό επίπεδο, θα προβούμε αρχικά σε κάποιες εισαγωγικές παρατηρήσεις και στη συνέχεια, θα θέσουμε ορισμένους πρακτικούς προβληματισμούς που συχνά ανακύπτουν στο πεδίο της ιατρικής πρακτικής, και σχετίζονται με τη συναίνεση του ασθενούς, θα τους εξετάσουμε δε, τόσο από πλευράς ηθικής φιλοσοφίας όσο και νομοθετικών ρυθμίσεων, προκειμένου μέσω των απαντήσεων στο κάθε πεδίο, να συναγάγουμε χρήσιμα συμπεράσματα για τη σχέση Ηθικής και Νομοθεσίας, μέσα από την αντιπαραβολή τους.

A) ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΕΣ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ

i) Η ενημέρωση του ασθενούς, με βάση τα όσα προεκτέθηκαν, γίνεται στη πράξη ως εξής: Γίνεται αποκάλυψη των πληροφοριών και μάλιστα όλων των σχετικών πληροφοριών από το γιατρό, προς το σκοπό διασφάλισης λήψης αυτόνομης απόφασης από τον ασθενή. Γίνεται μεταφορά του περιεχομένου των πληροφοριών, ήτοι αποκάλυψη από το ένα μέρος (τον ιατρό) και αυτόνομη απόφαση από το άλλο (τον ασθενή). Οι πληροφορίες ρέουν ή μεταφέρονται ανάμεσα στα μέρη, τα οποία θεωρείται ότι παράγουν ή λαμβάνουν μηνύματα περιεχομένων. Τονίζεται το περιεχόμενο της επικοινωνίας και των πληροφοριών, ή το ίδιο το μήνυμα. Η διαδικασία της επικοινωνίας και της ενημέρωσης συναπαρτίζεται από αυτούς που ψάχνουν να λάβουν συναίνεση, για να διασφαλίσουν ότι οι πληροφορίες «ρέουν», (δηλαδή από τους ιατρούς) και από αυτούς που θα αποφασίσουν αν θα συναινέσουν ή όχι, στους οποίους οι πληροφορίες κατευθύνονται και από τους οποίους παραλαμβάνονται, (ήτοι τους ασθενείς).¹⁹⁹ «Χωρίς ένα επαρκή τρόπο διάδοσης πληροφοριών εκ μέρους των επαγγελματιών υγείας, πολλοί ασθενείς και υποκείμενα θα είχαν ανεπαρκή βάση για λήψη αποφάσεων», όπως χαρακτηριστικά επισημαίνουν οι φιλόσοφοι T. Beauchamp και J. Childress²⁰⁰.

Με βάση την εν λόγω άποψη, η αποκάλυψη των πληροφοριών από τους επαγγελματίες υγείας, θα πρέπει να αφορά γεγονότα ή περιγραφές που οι ίδιοι οι επαγγελματίες θεωρούν σημαντικά, τις προτάσεις ή τις συστάσεις τους, το σκοπό

¹⁹⁹ Manson & O' Neill, 2007, σελ. 27, 32, 35-37, 68

²⁰⁰ 2001, σελ.81

αναζήτησης της συναίνεσης, τη φύση και τα όρια της, ως πράξη εξουσιοδότησης/έγκρισης και ακόμη τους σκοπούς και τις μεθόδους, τα προσδοκώμενα οφέλη και ρίσκα, τις δυσκολίες και άβολες καταστάσεις. Στις κλινικές δοκιμές, ιδίως, θα πρέπει να αφορά το δικαίωμα του ασθενούς ή του υποκειμένου της έρευνας να διακόψει, να αποχωρήσει ή να φύγει από την έρευνα, χωρίς ποινή, ακόμη ίσως και προσωπικά συμφέροντα του ιατρού (ερευνητικά ή οικονομικά), κατά αντικειμενική επαγγελματική κρίση²⁰¹. Πρέπει να γίνεται ταξινόμηση των πληροφοριών και διάκρισή τους π.χ. πληροφορίες για τα ρίσκα, για τις συνέπειες της επέμβασης, για τις δυνατότητες εναλλακτικής θεραπείας, για τη διάγνωση ή πρόγνωση μίας ασθένειας.²⁰²

Οι ιατροί έχουν πρώτης και δεύτερης τάξης πληροφοριακές υποχρεώσεις. Οι πρώτης τάξης πληροφοριακές υποχρεώσεις αφορούν αποκάλυψη συγκεκριμένων πραγμάτων, μόνο σε υποψήφιους ή ήδη καθιστάμενους ασθενείς, (ή υποκείμενα έρευνας) και όχι σε άλλους τρίτους, ούτε βεβαίως σε ανίκανα πρόσωπα, όπως αναισθητούς ή τρίχρονους ανήλικους. «Οι δεύτερης τάξης πληροφοριακές υποχρεώσεις αφορούν την διασφάλιση ότι η αποκάλυψη των πληροφοριών προς τους ασθενείς γνωστοποιήθηκε κατάλληλα και στους τρίτους π.χ. μέσω τήρησης αρχείων συναλλαγών ενημερωμένης συναίνεσης των ασθενών»²⁰³ ή εποπτείας από σχετικές επιτροπές του νοσηλευτικού ιδρύματος. Οι πληροφορίες, βέβαια, μεταφέρονται ως περιεχόμενο (δηλαδή σαν ιδέες, γνώσεις, περιεχόμενα σκέψεων κ.τ.λ.) και δεν γίνεται τόσο εστίαση στην ενέργεια της επικοινωνίας και της πληροφόρησης. Οι πληροφορίες είναι κάτι που αποκτιέται, αποθηκεύεται, μεταφέρεται, λαμβάνεται κ.τ.λ. Η δε επικοινωνία είναι μία διαδικασία «μεταφοράς», οι ιατροί κατέχουν την πληροφόρηση, ενώ οι ασθενείς έχουν ανάγκη να την αποκτήσουν κι αυτό επιτυγχάνεται μέσω της μετάδοσης και αποκάλυψης των πληροφοριών.

Κατά τους φιλοσόφους Manson και O' Neill, εδώ υπάρχει μία ομοιότητα του εν λόγω τρόπου επικοινωνίας και πληροφόρησης με την «μαθηματική θεωρία της επικοινωνίας», όπου οι πληροφορίες είναι ποσοτικοποιημένες και μετριοούνται σε bits και bites, δηλαδή έχουν σημασιολογικό περιεχόμενο και αφορούν πράγματα.²⁰⁴ Αυτό

²⁰¹ Beauchamp & Childress, 2001, σελ.81

²⁰² Manson & O' Neill, 2007, σελ 28-29

²⁰³ Manson & O' Neill, 2007, σελ 29-31

²⁰⁴ 2007, σελ. 36-37

λοιπόν το «μεταφορικό» μοντέλο της αποκάλυψης πληροφοριών, παρέχει ένα «κοινό λεξιλόγιο» για τη δικαιολόγηση της κατοχής και μετέπειτα μεταβίβασης πληροφοριών από κάποιους ανθρώπινους παράγοντες σε άλλους.

ii) **Δικαιϊκά**, η ενημέρωση του ασθενούς διακρίνεται σε γενική – βασική (=ώστε ο ασθενής να λάβει υπεύθυνες αποφάσεις προστατεύοντας την ελευθερία, την αξιοπρέπεια και τον αυτοκαθορισμό του), σε θεραπευτική (=ώστε να προστατευθεί πρωτίστως η υγεία και η σωματική ακεραιότητα του) και νομιμοποιητική (=με σκοπό την παροχή έγκυρης συναίνεσης για τη διενέργεια ιατρικής πράξης)²⁰⁵. Οι εν λόγω κατηγοριοποιήσεις, συχνά αλληλοσυμπλέκονται και αλληλοσυμπληρώνονται, ενώ απόλυτη συμφωνία στη Θεωρία για τη διάκριση τους, δεν υπάρχει²⁰⁶. Η ενημέρωση του ασθενούς, αποτελεί, κατά την Εισηγητική Έκθεση του Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας (Ν. 3418/2005), το αντίβαρο μεταξύ του ιατρού που «ξέρει» και του ασθενούς που «αγνοεί», για να έχουμε ισότιμα μέρη στην ιατρική σύμβαση. Παραδείγματα από τη νομολογία είναι η ΣυμβΑΠ 490/2000²⁰⁷, κατά την οποία «ο ιατρός οφείλει να τη λάβει συναίνεση του ασθενούς σε ιατρική πράξη, μετά από διαφώτιση του», και η ΕφΑθ 5512/2003²⁰⁸, σύμφωνα με την οποία, η διενέργεια ιατρικής πράξης για την οποία ο ασθενής δεν έχει ενημερωθεί, και η οποία προσβάλλει εν τέλει τη σωματική ακεραιότητα του, συνιστά παράνομη προσβολή της προσωπικότητας του.

Είναι ουσιώδες το γεγονός ότι η φύση της ιατρικής πράξης, οι προσωπικές δυνατότητες του ασθενούς και η αρχή της καλής πίστης, κατά το αρ. 288 ΑΚ, θα κρίνουν τη καταλληλότητα του χρόνου της ενημέρωσης. Θεωρείται δεδομένο όμως ότι οι ασθενείς πρέπει να ενημερώνονται διεξοδικά, πριν από τη διενέργεια οποιασδήποτε ιατρικής πράξης. Η ενημέρωση από τον γιατρό δεν πρέπει να είναι ουδέτερη, δηλαδή θα πρέπει να γίνεται αξιολόγηση και στάθμιση των ωφελειών και των κινδύνων της θεραπείας, ή των θεραπειών που προτείνονται από αυτόν και αναφορά των επιπτώσεων, που θα επέλθουν, σε περίπτωση που ο ασθενής αρνηθεί την εν λόγω θεραπεία ή θεραπείες. Υποστηρίζεται ότι η κατάλληλη ενημέρωση θα

²⁰⁵ Ψαρούλης/Βούλτσος, Ιατρικό Δίκαιο, 2010, σ. 201-202

²⁰⁶ Ανδρουλιδάκη-Δημητριάδη, Η υποχρέωση ενημέρωσης του ασθενούς, 1993, σ. 260-261

·Φουντεδάκη, Αστική Ιατρική Ευθύνη, 2003, σ. 395-397· Ψαρούλης/Βούλτσος, Ιατρικό Δίκαιο, 2010, σ. 201

²⁰⁷ ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ

²⁰⁸ ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ

πρέπει να εστιάζει στην ιδιαιτερότητα του ασθενούς και ότι θα πρέπει να γίνεται αξιολόγηση του οφέλους και των κινδύνων από την εκτέλεση της ιατρικής πράξης, εκ μέρους των γιατρών, με κριτήριο τις ιδιαιτερότητες του αυτού συγκεκριμένου ασθενούς²⁰⁹. Ωστόσο, θεωρούμε ότι το καλύτερο μοντέλο ενημέρωσης είναι αυτό του «μέσου λογικού» ασθενή. Δηλαδή, θα πρέπει να παρέχονται πληροφορίες που ένας μέσος λογικός ασθενής²¹⁰, στη θέση του ασθενούς, θα επιθυμούσε να γνωρίζει. Είναι πράγματι, υπέρμετρη η επιβάρυνση του ιατρού, αν απαιτούμε να ενημερώσει τον ασθενή με γνώμονα τις ιδιαίτερες επιθυμίες και ανάγκες του συγκεκριμένου αυτού ασθενούς²¹¹.

Από τη μία, η ενημέρωση δεν πρέπει να παρουσιάζει απλώς περιγραφικά τα οφέλη και τους κινδύνους, από την άλλη όμως δεν πρέπει να χειραγωγεί και να προκαταλαμβάνει την τελική απόφαση του ασθενούς. Απαιτείται να έχει απώτερο στόχο την καλύτερη δυνατή ιατρική αντίληψη της προσωπικότητάς του. Επιπλέον, η συνεργασία του γιατρού με την οικογένεια και τους συγγενείς κρίνεται επιβεβλημένη, ενώ η εμπιστοσύνη ανάμεσα στον γιατρό και τον ασθενή δεν θα πρέπει να έχει ως στόχο, αποκλειστικώς, τη νομική κατοχύρωση του ιατρού, αλλά τον σεβασμό της ιδιωτικής αυτονομίας του ασθενούς²¹². Αρκεί λοιπόν να πούμε, ότι ο σχηματισμός κατάλληλης εικόνας της κατάστασης του από τον ασθενή ορίζεται ως, «το να φτάσει ο ασθενής να αποφασίσει θετικά, χωρίς να έχει αμφιβολίες, άσχετα αν η απόφασή του μπορεί να κριθεί σωστή ή λανθασμένη»²¹³.

Αν ελλοχεύει πολύ σοβαρός κίνδυνος, ακόμη και αν είναι πολύ μικρές οι πιθανότητες επέλευσης του, πρέπει και πάλι ο εν λόγω κίνδυνος να αναφερθεί. Απαγορεύεται φυσικά η απόκρυψη πληροφοριών, καθώς κάτι τέτοιο «διασπά την θεμελιώδη σύνδεση μεταξύ ενημέρωσης και συναίνεσης»²¹⁴. Ο ιατρός πρέπει να λείπει την αλήθεια.

²⁰⁹ Ανδρουλιδάκη-Δημητριάδη, Η υποχρέωση ενημέρωσης του ασθενούς, 1993, σ. 273-274

²¹⁰ κατά τα διδάγματα της κοινής πείρας και όχι π.χ. μέσω των πορισμάτων τυχόν διενεργηθείσας ιατρικής πραγματογνωμοσύνης

²¹¹ Κανελλοπούλου – Μπότη στο. Λασκαρίδης (επιμ.), ΕρμΚΙΔ, 2012, σελ. 131-132.

²¹² ΕΕΒ, 2010, σελ. 4-6

²¹³ Βιδάλης στο Βιδάλης (επιμ.), Ιατρική Δεοντολογία, 2013, αρθ. 11 αριθ. 5, σελ. 103

²¹⁴ ΕΕΒ, 2010, σελ.5

Ο τύπος της ενημέρωσης, (δηλαδή το εάν θα πρέπει να είναι γραπτός η προφορικός), κρίνεται ανά συγκεκριμένο περιστατικό.²¹⁵ Υποστηρίζεται γενικώς ότι η ενημέρωση δεν υποβάλλεται σε τύπο, άρα μπορεί να γίνεται και προφορικά²¹⁶. Προσφάτως δε, υποστηρίχθηκε η άποψη ότι η ενημέρωση του ασθενούς από τον ιατρό θα πρέπει να βιντεοσκοπείται²¹⁷. Στις πλείστες περιπτώσεις, για την παροχή συναίνεσης, υπογράφεται έντυπο, για αποδεικτικούς λόγους, αλλά ο έγγραφος τύπος ενημέρωσης και συγκατάθεσης δεν πρέπει να μετατρέπεται σταδιακά σε προαποφασισμένες «φόρμες συγκατάθεσης»²¹⁸. Ο έγγραφος τύπος της συναίνεσης, δεν είναι απαραίτητος, αλλά είναι ιδιαίτερα χρήσιμος αποδεικτικά, προκειμένου ο γιατρός να μπορέσει να αποδείξει ότι εξεπλήρωσε το καθήκον ενημέρωσης και λήψης της συναίνεσης του ασθενούς, σε πιθανό μελλοντικό δικαστικό αγώνα.

Πλήρης ενημέρωση του ασθενούς είναι αυτή που δεν παραλείπει βασικά δεδομένα για την κατάσταση της υγείας του και τις δυνατότητες ιατρικών επιλογών και όχι μία εξαντλητική ενημέρωση με επιστημονικές λεπτομέρειες που θα ενδιέφεραν μονάχα έναν ειδικό, ή με στατιστικές αναφορές, που θα συμπεριλάμβαναν εντελώς αμελητέους κινδύνους παρενεργειών, από μία επέμβαση ή χρήση ενός φαρμάκου. Δηλαδή, δεν θα πρέπει να φθάνει ο ασθενής να αποθαρρύνεται, για εξετάσεις ή επεμβάσεις ρουτίνας, επειδή κατά την πληροφόρηση έχει υπερτονιστεί ο κίνδυνος αμελητέων παρενεργειών, ή η αναφορά στατιστικά αμελητέων περιστατικών θανάτων. Απαιτείται, έτσι, ικανότητα του γιατρού να σταθμίζει τη σημασία των δεδομένων που παρέχει στον ασθενή. Σημαντικό είναι να μην οδηγείται ο ασθενής σε εγκατάλειψη του δικαιώματος πληροφόρησης του, ή σε απώλεια της εμπιστοσύνης του στον γιατρό, εξαιτίας μίας ενημέρωσης με υπερβολικές λεπτομέρειες, άχρηστες για εκείνον. Σε κάθε περίπτωση η εκτίμηση για την έκταση της ενημέρωσης θα πρέπει να γίνεται εκ των πραγμάτων, από τον θεράποντα. Έχει κριθεί π.χ. ότι πλήρης ενημέρωση, είναι αυτή που περιλαμβάνει τη γνωστοποίηση

²¹⁵ Βιδάλης στο Βιδάλης (επιμ.) Ιατρική Δεοντολογία, 2013, αρθ. 11 αριθ. 8, σελ. 104

²¹⁶ Ανδρουλιδάκη-Δημητριάδη, Η υποχρέωση ενημέρωσης του ασθενούς, 1993, σ. 252 ·Φουντεδάκη, Η συναίνεση του ενημερωμένου ασθενούς, στο Καϊάφα-Γκμπάντι, κ.α., Ο ΝέοςΚώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας (Ν. 3418/2005), Δημοσιεύματα Ιατρικού Δικαίου και Βιοηθικής, Τεύχος 1, 2006, σελ. 37.

²¹⁷ Κοκκινάκης, 22/2/2017, Σημειώσεις από ημερίδα με τίτλο «Ιατρική ευθύνη: Όρια και προϋποθέσεις από άποψη αστικού και ποινικού δικαίου» Ηράκλειο Κρήτης.

²¹⁸ Μάλλιος, Γενετικές εξετάσεις και Δίκαιο, Γενετικές Εξετάσεις: Το δικαίωμα μη γνώσης του υποκειμένου και τα όρια της γνώσης τρίτων μελών της οικογένειας του, στο Ιατρικό απόρρητο, 2006, σ. 221.

κινδύνου βλάβης ή εμφάνισης επιπλοκής, άνω του 3% ή του 1%²¹⁹. Αν εν τέλει η ενημέρωση του ασθενούς κριθεί ελλιπής, η συναίνεση του είναι άκυρη, καθώς δεν θεωρείται προϊόν ελεύθερης και υπεύθυνης βούλησης του²²⁰. Πλήρης ενημέρωση οφείλεται, τέλος, και στους ψυχικά ασθενείς, χρήστες υπηρεσιών υγείας.

Κατανοητή, περαιτέρω, είναι η ενημέρωση²²¹ που λαμβάνει υπόψη την ικανότητα του ασθενούς να αντιληφθεί και να αξιολογήσει τις παρεχόμενες πληροφορίες, ανάλογα ιδίως με την κατάσταση των διανοητικών του λειτουργιών, το επίπεδο της γενικής μόρφωσής του και το αν διαθέτει ειδικές γνώσεις, συναφείς με την ενημέρωση²²². Θα πρέπει λοιπόν να ληφθεί υπόψη το επίπεδο της γενικής μόρφωσης του, καθώς ειδικές γνώσεις του είναι σημαντικές για την παροχή περισσότερων τεχνικών λεπτομερειών, που μπορεί να συμβάλλουν στην διευκόλυνση των αποφάσεών του. Ακόμη και γνώσεις του μέσω διαδικτύου είναι σημαντικές. Οι πληροφορίες που αποκαλύπτονται από τον γιατρό πρέπει να είναι σαφείς και απλουστευμένες, σε κατανοητή²²³ για τον ασθενή γλώσσα, χωρίς ιατρικούς όρους και εξειδικευμένη ιατρική ορολογία. Η χρήση συντομογραφιών, οι οποίες δεν είναι κατανοητές σε αυτόν, (π.χ. CT scan, LVA, U/S κ.α) συνηγορούν στο ότι ο ασθενής δεν έχει ενημερωθεί σωστά²²⁴. Ο γιατρός δεν πρέπει, εξάλλου, να αρκείται σε ένα τυπικό μονόλογο, αλλά να ενδιαφέρεται για εκτεταμένο διάλογο, κατά τη λήψη των αποφάσεων. Θα πρέπει να ενθαρρύνεται ο ασθενής να απευθύνει ερωτήσεις και ενδεχομένως, ειδικοί ψυχολόγοι να εκτιμούν το κατά πόσο κατανόησε αυτά που του ειπώθηκαν. Η ενημέρωση τέλος, θα πρέπει να γίνεται από όσο το δυνατόν πιο έμπειρους και ειδικευμένους γιατρούς, ενώ αν υπάρχει στενότητα χρόνου «να προσαρμόζεται ανάλογα η κατανομή του ... εφόσον βεβαίως η πλήρης επικοινωνία με τον ασθενή είναι εφικτή»²²⁵, καθώς «στοιχειώδης μόνο ενημέρωση εδώ δεν αρκεί»²²⁶.

Αν τώρα, το χαμηλό IQ του ασθενούς οδηγεί σε ιδιαίτερη δυσκολία κατανόησης εκ μέρους του, των πληροφοριών που του αποκαλύπτονται από τον

²¹⁹ ΠΠρΑθ 1449/2007, Αρμ2009,1006, ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ

²²⁰ Κανελλοπούλου-Μπότη στο, Λασκαρίδης (επιμ.), ΕρμΚΙΔ, 2012, σελ. 135, 146

²²¹ Σχετικά με τη φύση, το σκοπό, τις συνέπειες και τους κινδύνους της ιατρική πράξης που προτείνεται (βλ. αρ. 5 παρ.2 Ν. 2619/1998 - Σύμβαση Oniedo-).

²²² Ψαρούλης/Βούλτσος, Ιατρικό Δίκαιο, 2010, σ. 197-201· Κανελλοπούλου-Μπότη στο Λασκαρίδης (επιμ.), ΕρμΚΙΔ, 2012, σελ. 131

²²³ Αναπλιώτη-Βαζαίου, Γενικές Αρχές Ιατρικού Δικαίου, 1993, σ. 39

²²⁴ Ψαρούλης/Βούλτσος, Ιατρικό Δίκαιο, 2010, σ. 197

²²⁵ ΕΕΒ, 2010, σελ.4

²²⁶ ΕΕΒ, 2010, σελ.5

γιατρό, αλλά δεν συνεπάγεται άνευ ετέρου και πνευματική-διανοητική διαταραχή ή πνευματική καθυστέρηση του (ώστε να καθίσταται αυτός πλήρως ανίκανος και μη αυτόνομος) και καθώς η κατανόηση είναι ουσιώδες συστατικό της κατάλληλης ενημέρωσης, η προσήλωση στον σεβασμό της αυτονομίας του, επιβάλλει επιπρόσθετες προσπάθειες εκ μέρους του γιατρού, ώστε να τον κάνει να κατανοήσει, αν όχι όλες, έστω τις βασικές σχετιζόμενες ή όσο το δυνατόν περισσότερες πληροφορίες μπορεί. Πρακτικά, αυτό μπορεί να γίνεται με τη διενέργεια αναλογιών ή παραδειγμάτων, δηλαδή με απλούστευσή τους κατά το μέτρο του δυνατού, ακόμη και μέσω της επιστράτευσης ειδικών ψυχολόγων για ψυχολογική συνδρομή του και εκτίμηση της ικανότητας κατανόησης του. Επιπλέον, ίσως προάγεται η επεξήγηση των κινδύνων εκ μέρους του ιατρού, με αριθμητικές και μη αριθμητικές πιθανότητες, έκθεση των πιθανοτήτων μέσω της σύγκρισης με πιο οικείους κινδύνους για τον ασθενή και προηγούμενες εμπειρίες του, π.χ. κινδύνους από την οδήγηση αυτοκινήτων²²⁷. Επιπλέον, η επανειλημμένη συζήτηση με ιατρό που πιστεύει κι εμπιστεύεται ο ασθενής, ή με άτομα του συγγενικού του περιβάλλοντος, ίσως βελτιώσουν την ικανότητα κατανόησης του και οδηγήσουν σε άρση των παρανοήσεων του.

Ειδικότερα, στο πεδίο των ιατροχειρουργικών επεμβάσεων, ο θεράπων ιατρός θα πρέπει να ενημερώνει τον ασθενή όσον αφορά την ειδικότητα του και μόνο. Π.χ. ο χειρουργός θα πρέπει να ενημερώνει προεγχειρητικά για το επικείμενο χειρουργείο και τη χειρουργική πράξη και ο αναισθησιολόγος για την αναισθησία που θα επιλεγεί²²⁸, διαφοροποιούμενου έτσι του επιπέδου ενημέρωσης εκάστου. Ο παθολόγος που παραπέμπει τον ασθενή σε χειρουργό, για την τέλεση του χειρουργείου, ενημερώνει για το λόγο που επιβάλλει το χειρουργείο, ξεχωριστά από τον χειρουργό που έχει υποχρέωση ενημέρωσης για τον τρόπο της εγχείρησης, τις επιπλοκές, τις συνέπειες κτλ²²⁹. Αντίθετη άποψη εκφέρεται στις ΠολΠρΑθ 1449/2007²³⁰, ΕφΑθ 5038/2009 και ΑΠ 424/2012. Δηλαδή με βάση τις εν λόγω δικαστικές αποφάσεις, απαιτείται ενημέρωση ίδιου επιπέδου και από τον ιατρό που διέγνωσε και παρέπεμψε τον

²²⁷ Beauchamp & Childress, 2001, σελ. 89

²²⁸ Σακελλαροπούλου, Η ποινική αντιμετώπιση του ιατρικού σφάλματος και η σημασία της συναίνεσης του ασθενούς, 2011, σ. 26-27· Παπαζήση, Συναίνεση ως προϋπόθεση σύννομης παροχής υπηρεσιών υγείας, Digesta 2004, σελ. 454.

²²⁹ Σακελλαροπούλου, ο.π. σ. 26· Καραγεώργος, Η ποινική εκτίμηση των ιατροχειρουργικών επεμβάσεων, 1996, σ. 83.

²³⁰ Αρμ 2009, 1006, ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ

ασθενή π.χ. τον παθολόγο, και από αυτόν που εκτέλεσε την χειρουργική πράξη δηλαδή το χειρουργό. Περαιτέρω, παρότι κάτι τέτοιο συνηθίζεται κατά κόρον στη πράξη, το νοσηλευτικό προσωπικό ούτε δικαιούται, ούτε υποχρεούται σε ενημέρωση του ασθενούς²³¹. Ακόμη, κάθε χειρουργός (π.χ. 2^{ος}, 3^{ος}) μιας χειρουργικής ομάδας, οφείλει να παρευρίσκεται στην ενημέρωση του ασθενούς, ιδίως εάν πρόκειται για λεπτή ή επικίνδυνη επέμβαση²³². Ο 2^{ος} χειρουργός πρέπει να διασφαλίσει ότι ο ασθενής έχει πράγματι ενημερωθεί για τη φύση του επικείμενου χειρουργείου²³³.

Στο πεδίο των μεταμοσχεύσεων, η υποχρέωση ενημέρωσης διευρύνεται²³⁴. Χαρακτηριστικό είναι το πόρισμα του Συνηγόρου του Πολίτη (ΣτΠ) με αριθμό 11330.2/00/30.10.2001²³⁵, όπου κρίθηκε ότι η εκ των υστέρων έγγραφη συναίνεση-δήλωση του ασθενούς, πάσχοντος από λευχαιμία, για μεταμόσχευση αλλογενούς μυελού των οστών, αφού πρώτα είχε υποβληθεί σε χημειοθεραπεία, ήταν γενικόλογη και στερούμενη αποδεικτικής αξίας, ενώ η έγκυρη και έγκαιρη συγκατάθεση του κατόπιν πλήρους, σαφούς και ακριβούς ενημέρωσης του, θα έπρεπε να είχε δοθεί πριν την έναρξη της χημειοθεραπείας, η οποία σηματοδότησε την έναρξη της διαδικασίας μεταμόσχευσης μυελού. Στη περίπτωση που υπάρχει πτωματικός δότης «παρά τη δύσκολη θέση στην οποία θα βρεθεί ο ιατρός, θα πρέπει να ενημερώσει τα μέλη της οικογένειας του νεκρού υποψηφίου δότη, για τη δυνατότητα τους να προβούν στη δωρεά οργάνων του νεκρού, σώζοντας άλλες ανθρώπινες ζωές»²³⁶. Ενημέρωση πρέπει να γίνεται και στο λήπτη του οργάνου-μοσχεύματος, για τη δυνατότητα εναλλακτικής θεραπείας με το ίδιο ή μικρότερο θεραπευτικό αποτέλεσμα, ή για την άμεση διενέργεια αυτής, για τις πιθανότητες ίασης και επιβίωσης μετά τη μεταμόσχευση, τη διαδικασία μεταμόσχευσης καθ' εαυτή, το πρόσωπο του δότη αν έχει μεσολαβήσει «ανταλλαγή οργάνου» συγγενικού δότη με συμβατό ιστολογικά όργανο, αντίστοιχου δότη²³⁷. Ο εν ζωή δότης θα πρέπει εξάλλου να ενημερώνεται, διεξοδικά, για τις επιπτώσεις στον επαγγελματικό βίο του (π.χ. απαγόρευση άσκησης βαρέως επαγγέλματος) και για τους κινδύνους επιπλοκών σε αριθμητική μορφή π.χ. 1/2000. Ο αρμόδιος ιατρός δεν θα πρέπει να περικόπτει τυχόν δυσάρεστες

²³¹ Ανδρουλιδάκη-Δημητριάδη, Η υποχρέωση ενημέρωσης του ασθενούς, 1993, σ. 227, 239

²³² Στασινόπουλος, ΝοΒ, 2004, σελ. 1895-1896.

²³³ Κανελλοπούλου-Μπότη στο. Λασκαρίδης (επιμ.), ΕρμΚΙΔ, 2012, σελ. 128

²³⁴ Ψαρούλης/Βούλτσος, Ιατρικό Δίκαιο, 2010, σ. 204. Βλ. χαρακτηριστικά και το αρ. 11 παρ.3 ΚΙΔ

²³⁵ στο ΠοινΔικ, 2004, σελ. 173-175

²³⁶ Τρούλη στο Λασκαρίδης, (επιμ.), ΕρμΚΙΔ, 2012, σελ. 401-402

²³⁷ Βλ. Ανδρουλιδάκη-Δημητριάδη, Η υποχρέωση ενημέρωσης του ασθενούς, 1993, σελ. 380-381· Γάφος Η., στο ΠοινΧρ, 1969, σελ. 449,454

πληροφορίες, αλλά παράλληλα θα πρέπει να μην υπερβάλλει αδικαιολόγητα ως προς την έκταση των κινδύνων²³⁸. Υποστηρίζεται εξάλλου, εδώ, εντόνως, η αναγκαιότητα υπεύθυνης, γραπτής και ενυπόγραφης ενημέρωσης από τους διενεργούντες ιατρούς²³⁹

Όσον αφορά τώρα τη θεραπευτική ιατρική έρευνα (εδώ μπορούμε να εντάξουμε και κλινικές δοκιμές-μελέτες φαρμάκων στον άνθρωπο), πρέπει να προηγείται, ανάμεσα στα άλλα, ενημέρωση του υποψήφιου υποκειμένου, για τις εναλλακτικές μεθόδους. Η υποχρέωση ενημέρωσης του ερευνητή-ιατρού για τις εναλλακτικές μεθόδους «όταν πρόκειται για θεραπευτική έρευνα..... δεν πρέπει να περιορίζεται, όταν οι εναλλακτικές μέθοδοι συνεπάγονται λιγότερους κινδύνους ή ενέχουν περισσότερες πιθανότητες ίασεως, αλλά περιλαμβάνει και άλλες θεραπευτικές μεθόδους της ιατρικής πρακτικής που πληρούν το ιατρικό κεκτημένο ακόμη και αν δεν εγγυώνται τα αυτά αποτελέσματα με την θεραπευτική έρευνα.....» Προβληματίζει βέβαια το γεγονός, εάν ο ιατρός υποχρεούται να ενημερώσει τον ασθενή για πειραματική μέθοδο ως εναλλακτική της θεραπευτικής έρευνας ή και της στατικής ιατρικής²⁴⁰. Η εδώ ενημέρωση, τέλος, όπως αναφέρθηκε και στις ιατροχειρουργικές επεμβάσεις, πρέπει να αφορά και κινδύνους που σπάνια μπορούν να εμφανιστούν²⁴¹

iii) Επαναλαμβάνουμε ότι η συναίνεση του ασθενούς, μπορεί να δίδεται ακόμη και προφορικά και όχι απαραίτητα εγγράφως, με εξαίρεση τις μεταμοσχεύσεις και την υποβοηθούμενη αναπαραγωγή, όπου πρέπει να δίνεται εγγράφως. Το έγγραφο βοηθά αποδεικτικά στο ενδεχόμενο ενός δικαστικού αγώνα. Επιπλέον, είναι δυνατή και η σιωπηρή συναίνεση, η συναγόμενη από τις περιστάσεις²⁴². Η συναίνεση πρέπει να είναι ειδική, εν όψει συγκεκριμένης κάθε φορά ιατρικής πράξης και να καλύπτει μόνο αυτή την ιατρική πράξη κατά περιεχόμενο και χρόνο. Εφόσον π.χ. συναίνεση δίδεται «για κάθε αναγκαίο για την αποκατάσταση της υγείας του ασθενούς ιατρικό μέτρο» θεωρείται ανίσχυρη²⁴³. Φυσικά, δεν θα πρέπει να είναι προϊόν απειλής. Απειλή όμως δεν συνιστά η παραστατική σκιαγράφηση από τον ιατρό των δυσμενών επιπτώσεων στην υγεία του

²³⁸ Ανδρουλιδάκη-Δημητριάδη, Η υποχρέωση ενημέρωσης του ασθενούς, 1993, σελ. 693-696· Γάφος Η, στο ΠοινΧρ 1969, σελ. 449,455· Κούρτης, 2002, σ. 76-77

²³⁹ Κούρτης, 2002, σ. 82-83· Αρ. 7 παρ. 1 στοιχ. γ' Ν. 3984/2011

²⁴⁰ Πλεύρης στο Λασκαρίδης (επιμ.), ΕρμΚΙΔ, 2012, σελ. 307

²⁴¹ Πλεύρης, ο.π.

²⁴² Παπαχρίστου στο Βιδάλης (επιμ.), Ιατρική Δεοντολογία, 2013, αρθ. 12 αριθ. 3, σελ. 111

²⁴³ Κανελλοπούλου-Μπότη στο Λασκαρίδης, (επιμ.) ΕρμΚΙΔ 2012, σελ. 147-148

ασθενούς, που θα έχει η άρνηση εκ μέρους του της προτεινόμενης θεραπείας, εφόσον η περιγραφή αυτή ανταποκρίνεται στη πραγματικότητα²⁴⁴.

Στο πεδίο των ιατροχειρουργικών επεμβάσεων, υποστηρίζεται αντίστοιχα ότι π.χ. ο καρδιοχειρουργός δεν οφείλει να λάβει έγγραφη συναίνεση του ασθενούς πριν τη εγχείρηση²⁴⁵ αλλά αρκεί και προφορική. Το έγγραφο όμως έχει καθιερωθεί και εδώ για αποδεικτικούς λόγους. Εξάλλου, η συναίνεση ενός ασθενούς π.χ για ιατροχειρουργική επέμβαση ακρωτηριασμού, ώστε, να αποφύγει τη στράτευση θεωρείται αντίθετη στα χρηστά ήθη και άρα ανίσχυρη²⁴⁶

Στη θεραπευτική όσο και μη θεραπευτική (πειραματική) ιατρική έρευνα (κλινικές δοκιμές-μελέτες φαρμάκων), χαρακτηριστική είναι η ΑΠ1250/2003²⁴⁷ στην οποία δοκιμές-μελέτες φαρμάκων και σκευασμάτων άνευ ενημέρωσης και συναιδέσεως των ασθενών, με συνέπεια τη βλάβη του σώματος και της υγείας τους, κρίθηκαν μη σύννομες. Και εδώ, ισχυρή τάση της Θεωρίας υποστηρίζει τον έγγραφο τύπο της συναίνεσης, πράγμα που επιβάλλεται και από τα διεθνή νομικά κείμενα²⁴⁸ Η συναίνεση πρέπει να υφίσταται πριν από την έναρξη του πειραματισμού και να παραμένει ισχυρή έως το πέρας αυτού του συγκεκριμένου και όχι άλλου πειράματος, ενώ πρέπει να παρέχεται και επαρκής χρόνος στο συμμετέχοντα για να αποφασίσει. Η συναίνεση, δηλαδή, είναι ισχυρή μόνο κατά τη διάρκεια του πειράματος για το οποίο δόθηκε²⁴⁹, όχι για περαιτέρω συνέχιση νέου συναφούς πειράματος.

Β) ΠΡΑΚΤΙΚΟΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΣΜΟΙ

Προβληματισμός α΄

Ο διάσημος καρδιοχειρουργός ιατρός Ι, αναλαμβάνει να εγχειρήσει τον ασθενή Α, για στένωση αορτικής βαλβίδας. Ο κίνδυνος θανάτου του Α από την εν λόγω επέμβαση, με βάση την εγχώρια και διεθνή ιατρική βιβλιογραφία, είναι 1%. Ο Ι, δεν ενημερώνει προεγχειρητικά τον Α, για τον εν λόγω κίνδυνο, θεωρώντας τον αμελητέο και σε κάθε περίπτωση μη πραγματοποιήσιμο, λόγω των ικανοτήτων του. Ο κίνδυνος πραγματώνεται. Πως απαντάται ο εν λόγω προβληματισμός;

²⁴⁴ Κανελλοπούλου-Μπότη, ο.π., σελ. 147-148

²⁴⁵ Κανελλοπούλου-Μπότη, ο.π., σελ. 133

²⁴⁶ Κανελλοπούλου-Μπότη, ο.π., σελ. 147

²⁴⁷ στο ΠοινΔικ, 2004, σελ. 1251επ.

²⁴⁸ Πλεύρης στο Λασκαρίδης, (επιμ), ΕρμΚΙΔ 2012, σελ. 308, 327

²⁴⁹ Πλεύρης, ο.π.

ι) Ηθική

Κατά την επικρατούσα, εντός της Βιοηθικής, δικαιολόγηση της αυτονομίας του ασθενούς Α, την οποία και υιοθετούμε στην παρούσα εργασία, δηλαδή υπό την αυτονομία του βάσει αρχών, σε καντιανά πλαίσια, μέσα στο ευρύτερο πλαίσιο θεμελιώσής και ανάπτυξής της, η απόκρυψη πληροφοριών από τον ασθενή Α, δεν δικαιολογείται σε καμία περίπτωση.

Η έστω και μικρής κλίμακας, εξαπάτηση του Α αποτελεί εννοιολογική αντίφαση και βουλητική ασυνέπεια, η οποία δεν μπορεί να δικαιολογηθεί σε καμία περίπτωση, από την σκοπιά όλων, να υιοθετηθεί και να εγκριθεί ως καθολικεύσιμη πράξη. Διότι, η απόφαση του ιατρού Ι, να αποκρύψει την πλήρη αλήθεια από τον ασθενή Α: 1. Δεν μπορούμε να θέλουμε να ισχύει ως γενικός καθολικός νόμος, αλλά επιπλέον 2. Δεν μπορεί καν να νοηθεί από μόνη της, δίχως αντίφαση, ως καθολικός νόμος. Διότι εάν όλοι οι άνθρωποι, στις πάσης φύσεως συναλλακτικές σχέσεις τους, διαρκώς, εξαπατούσαν τους άλλους, έστω και σε μικρή κλίμακα, η εξαπάτηση θα γινόταν ένα καθολικό φαινόμενο και κανείς δεν θα πίστευε στις υποσχέσεις των άλλων, ακόμη και αυτές που θα ήταν ειλικρινείς. Έτσι, ο εξαπατών θα βρισκόταν στην ασυνεπή θέση να θέλει να εξαπατά και ταυτοχρόνως να θέλει να απαγορεύει την εξαπάτηση, ως νόμο καθολικής ισχύος²⁵⁰. Η εξαπάτηση ως καθολική αρχή, θα συγκρουόταν με τις προϋποθέσεις της. Οι δε πράξεις του ιατρού, και οι αποφάσεις του, που δεν είναι καθολικεύσιμες, στην πραγματικότητα προσπαθούν να εισάγουν μία εξαίρεση για αυτόν, ατομικά, δηλαδή την εξαίρεση από τον σημαντικό κανόνα της ειλικρίνειας, που αναγνωρίζεται γενικά και από τον ίδιο, ως καθολικός²⁵¹. Επιπλέον, ο ιατρός Ι παραβιάζει το τέλειο καθήκον του προς τον ασθενή Α, να απευθύνεται σ' αυτόν με ειλικρίνεια και να μην τον παραπλανά. Η απόκρυψη πληροφοριών του Ι, συνιστά παραβίαση της δυνατότητας του Α²⁵² να λάβει μία αυτόνομη απόφαση, άλλως του αυτοκαθορισμού του, και ειδικότερα παράβαση της αρνητικής έννοιας της ελευθερίας του (ως ανεξαρτησίας), αλλά παράλληλα και της θετικής της έννοιας (ως καθορισμού του από τον Ορθό Λόγο άλλως από καθολικούς, αντικειμενικούς κανόνες και νόμους)²⁵³. Υφίσταται, επιπλέον, καταστρατήγηση της

²⁵⁰ Kant, (1785,1984), ΘΜΗ, , σελ. 335

²⁵¹ Ανδρουλιδάκης, 2010, σελ. 97

²⁵² Τσινόρεμα, Η Βιοηθική και η σύγχρονη κριτική της πράξης – Η Ηθική στην εποχή της Βιοτεχνολογίας, στο Δευκαλίων, 2006, σελ. 236

²⁵³ Τσινόρεμα, ο.π., σελ. 237

ισότητας του I, με τον A και μη συμμόρφωση της συμπεριφοράς του I, με καθολικές ηθικοπρακτικές αρχές²⁵⁴ ή κατηγορικές προσταγές, όπως: «Μην εξαπατήσεις», «Μην παραπλανήσεις». Η απόκρυψη πληροφοριών από τον A, ισοδυναμεί με εμπόδιο στην συνεχή ενημέρωση του, στην ελεύθερη συγκατάθεσή του, (κατόπιν ενημέρωσης) κατά τρόπο ώστε να στερείται της δυνατότητας να συναινεί ή να διαφωνεί με τις προτάσεις του I. Επίσης, συνεπάγεται την άγνοια ή την μη κατανόηση εκ μέρους του των κινδύνων και των συνεπειών της προτεινόμενης ιατρικής πράξης, στην οποία συναινεί, όπως επίσης και των ενδεχόμενων εναλλακτικών δυνατοτήτων θεραπείας που τυχόν υπάρχουν. Ο A χειραγωγείται, καθώς λαμβάνει απόφαση την οποία, υπό διαφορετικές περιστάσεις, πιθανόν να μην ελάμβανε. Ακόμη, η σοβαρότητα και η αξιοπιστία του I καταστρατηγούνται²⁵⁵ και παραβιάζεται η δυνατότητα του A να αναλάβει το μερίδιο της ευθύνης που του αναλογεί²⁵⁶. Διαλύεται έτσι και η εμπιστοσύνη η οποία υπάρχει στη σχέση του I με τον A, έστω και αν η πιθανότητα επέλευσης του κινδύνου ήταν μικρή.

Πρέπει ακόμη να σημειωθεί, ότι η απόκρυψη πληροφοριών στην οποία προβαίνει ο I, προσβάλλει καταφανώς την προσωπικότητά του A, δεν τον αναγνωρίζει ως πρόσωπο²⁵⁷, δηλαδή ως ένα ον που έχει αξιοπρέπεια, ικανότητα λόγου και αυτοπροσδιορισμού και άρα είναι επιδεκτικό, ηθικού καταλογισμού²⁵⁸. Συνιστά μη αντιμετώπισή του ως αυτοσκοπό, αλλά απλά ως μέσο ή εργαλείο επίτευξης των σκοπών του I. Επιπλέον αποτελεί προσβολή της προσπάθειάς του A να αποφύγει την ετερονομία και να επιτύχει την αυτοπραγμάτωση του²⁵⁹, δηλαδή τη θεραπεία της υγείας του και την σωτηρία της ζωής του. Επιπρόσθετα, συνιστά παραβίαση της ιδιαιτερότητας του A, της ανθρώπινης ατομικότητάς του, της φροντίδας και μέριμνας προς το πρόσωπό του, της αλληλεγγύης που οφείλει ο ιατρός I, να δείχνει, έναντι της μειονεκτικότερης θέσης στην οποία βρίσκεται ο A.

Έτσι, διαπιστώνουμε παραβίαση της αυτονομίας του ασθενούς A, βάσει αρχών, υπό τη καντιανή σύλληψη, μέσα στο ευρύτερο πλαίσιο ανάπτυξης και

²⁵⁴ Τσινόρεμα, ο.π., σελ.238

²⁵⁵ Ανδρουλιδάκης, Καντιανή Ηθική, 2010, σελ. 96

²⁵⁶ Ανδρουλιδάκης, Καντιανή Ηθική, 2010, σελ. 98

²⁵⁷ Τσινόρεμα, Η Βιοηθική και η σύγχρονη κριτική της πράξης – Η Ηθική στην εποχή της Βιοτεχνολογίας, στο Δευκαλίων, 2006, σελ. 244-245

²⁵⁸ Τσινόρεμα, ο.π., σελ. 235

²⁵⁹ Τσινόρεμα, ο.π., 2006, σελ. 239

δικαιολόγησής της. Με βάση το σεβασμό της αυτής εκδοχής της αυτονομίας του Α, υπό την καντιανή σύλληψη, ο Ι όφειλε να αποκαλύψει την πλήρη αλήθεια στον ασθενή, έστω και για τον ελάχιστο ή σπάνιο ή αμελητέο κίνδυνο θανάτωσης, ποσοστού 1%, (με βάση την ιατρική βιβλιογραφία), από την προτεινόμενη ιατρική πράξη, καθώς και για τις ενδεχόμενες εναλλακτικές δυνατότητες θεραπείας.

ii) Δίκαιο

Από νομικής σκοπιάς, με βάση το άρθρο 11, παράγραφος 1 του Κ.Ι.Δ. ο γιατρός έχει καθήκον αλήθειας προς τον ασθενή. Η αρχή της αλήθειας είναι δηλαδή και νομικό καθήκον του γιατρού, υπό την έννοια ότι η απόκρυψη πληροφοριών, συνιστά ιατρικό σφάλμα, με την ευρεία έννοια του όρου και συνεπάγεται, συνδυαστικά και με άλλες προϋποθέσεις, ποινική και αστική ευθύνη του γιατρού. Για να στοιχειοθετηθεί, βέβαια, η τελευταία, απαιτείται η απόκρυψη των πληροφοριών να οδήγησε αιτιωδώς σε μία λανθασμένη και παραπλανητική απόφαση του ασθενούς, για υποβολή του σε ιατρική πράξη, η οποία του προκάλεσε τη συγκεκριμένη ζημία²⁶⁰. Αν δηλαδή ο ασθενής, παρά την έλλειψη πληροφόρησης, έλαβε ορθή απόφαση και οδηγήθηκε σε ορθή ιατρική πράξη, τότε δεν υφίσταται νομική ευθύνη του γιατρού.

Στην εν λόγω περίπτωση, εφόσον δεν εξασκείται το δικαίωμα άγνοιας του ασθενούς Α, ήτοι η με την θέληση του άρνηση ενημέρωσης, η στέρηση πληροφόρησης του Ιατρού Ι, σχετικά με τον εν λόγω κίνδυνο, είναι νομικά απαράδεκτη, παράνομη και απαγορευμένη. Βέβαια, υποστηρίζεται ότι η έκταση της ενημέρωσης, ειδικά όσον αφορά τους κινδύνους μιας ιατρικής πράξης, αποτελεί συνάρτηση της πιθανότητας επέλευσης ενός κινδύνου (πόσο σπάνια πραγματοποιείται στατιστικά) και της σοβαρότητας πραγματοποίησης του²⁶¹. Έτσι, θεωρείται συνήθως αναγκαίο, ένας κίνδυνος π.χ. θανάτου σε ποσοστό άνω του 3%, να πρέπει να μεταδοθεί. Ωστόσο, στη παρούσα περίπτωση, εφόσον η πιθανότητα επέλευσης του θανάτου, έστω στο μικρό ποσοστό του 1%, προκύπτει από την διαθέσιμη διεθνή και εγχώρια ιατρική βιβλιογραφία, θεμελιώνεται υποχρέωση ενημέρωσης εκ μέρους του ιατρού Ι. Η ενημέρωση για τους κινδύνους,

²⁶⁰ με την έννοια ότι είτε επιδεινώθηκε περισσότερο η κατάστασή του, είτε υποβλήθηκε αυτός σε επιπλέον δαπανηρές εξετάσεις κτλ.

²⁶¹ Ανδρουλιδάκη-Δημητριάδη, Η υποχρέωση ενημέρωσης του ασθενούς, 1993, σ. 277· Φουντεδάκη, Αστική Ιατρική Ευθύνη, 2003, σ. 240 επ.,· Φουντεδάκη, Ανθρώπινη Αναπαραγωγή και Αστική Ιατρική Ευθύνη, 2007, σ. 102-103

συμπεριλαμβάνει τον συγκεκριμένο ή ειδικό κίνδυνο της ζητούμενης περίπτωσης, αστάθμητων κινδύνων που μπορεί να υπάρξουν, καθώς και τυχόν άλλους αυξημένους κινδύνους της αυτής βαριάς επέμβασης²⁶². Ο ιατρός I, όφειλε να ενημερώσει τον A, έστω και για αυτό το μικρό ποσοστό κινδύνου θανάτωσης 1% (εκ της διεθνούς και εγχώριας ιατρικής βιβλιογραφίας) από την χειρουργική επέμβαση στην οποία υπεβλήθει. Εφόσον δε αποδειχθεί, δικαστικά, ότι αυτή η παράλειψη του I, οδήγησε αιτιωδώς σε εσφαλμένη απόφαση του A για υποβολή του στην εγχείρηση, από τη στιγμή που επήλθε ο θάνατος του τελευταίου, θα στοιχειοθετηθεί αστική αποζημιωτική ευθύνη του I, με βάση τα αρ. 914 και 928 ΑΚ και ποινική ευθύνη του, πιθανότατα για ανθρωποκτονία από αμέλεια, με βάση το αρ. 302 Π.Κ. Επιπλέον, είναι πολύ πιθανό να του επιβληθεί και ανάλογη πειθαρχική ποινή, από τον οικείο Ιατρικό Σύλλογο.

iii) Συμπέρασμα

Συνάγουμε το συμπέρασμα, όσον αφορά τον ως άνω προβληματισμό μας, ότι η απόκρυψη, εκ μέρους του I, του κινδύνου θανάτου ποσοστού 1% (με βάση την ιατρική βιβλιογραφία) εκ της συγκεκριμένης χειρουργικής επέμβασης, δεν είναι ηθικά ανεκτή συμπεριφορά και ταυτόχρονα υπό προϋποθέσεις συνιστά απαγορευμένη νομικά ενέργεια του. Ηθική και δίκαιο στον εν λόγω προβληματισμό, εναρμονίζονται.

Προβληματισμός β΄

Κατόπιν διάγνωσης, κρίνεται κατεπείγον για τον ασθενή B να υποβληθεί σε εγχείρηση αφαίρεσης χοληδόχου κύστης(χολοκυστεκτομή) προς άμεσο όφελος της υγείας του. Κάθε μέρα που περνάει δίχως να γίνεται η επέμβαση, επιβαρύνεται η κατάσταση του. Επειδή όμως φοβάται υπερβολικά για τις ακριβείς επιπτώσεις από την επέμβαση, διστάζει να υποβληθεί σε αυτήν. Ο χειρουργός X, προκειμένου να διενεργηθεί η επωφελής αυτή επέμβαση, διαβεβαιώνει τον B, ότι θα παραμείνει στη κλινική, το πολύ για τρεις ημέρες μετά την εγχείρηση και ότι ο πόνος θα διαρκέσει μονάχα για τέσσερις ημέρες, ενώ στη πραγματικότητα, τόσο ο χρόνος παραμονής όσο και ανάρρωσης, είναι πολύ μεγαλύτεροι. Ο B πείθεται και μέσω της επέμβασης, εν τέλει, θεραπεύεται. Πώς ρυθμίζεται το εδώ ζήτημα από τα δύο πεδία;

²⁶² Κουτσελίνης, Βασικές Αρχές Βιοηθικής, ιατρικής δεοντολογίας και ιατρικής ευθύνης, 1999, σελ. 107

ι) Ηθική

Στο παρόντα προβληματισμό, η ψευδολογία του χειρουργού X λαμβάνει χώρα, προκειμένου ο B να υποβληθεί στην επέμβαση, η οποία κρίνεται άκρως επωφελής, δηλαδή για να ωφελήσει την υγεία και ενδεχομένως να σώσει τη ζωή του εν λόγω ασθενούς. Η διαστρέβλωση της αλήθειας γίνεται χάριν της ευημερίας του B, άλλως ένεκα «φιλανθρωπίας» προς αυτόν. Τα ψέματα αφορούν τις πραγματικές συνέπειες από την υποβολή του τελευταίου σε ιατροχειρουργική επέμβαση, στη βάση μίας λογικής ιατρικής κρίσης, πως κατ' αυτόν τον τρόπο, η ωφέλεια και η ευδαιμονία του, θα μεγιστοποιηθούν. Ο εν λόγω προβληματισμός αποκτά ιδιαίτερη σημασία, καθώς κάτι τέτοιο συνηθίζεται, κατά κόρον, στην νοσοκομειακή πρακτική.

Υπό την σύλληψη της αυτονομίας του ασθενούς B, βάσει αρχών, μέσα στο ευρύτερο πλαίσιο ανάπτυξής της, που συμπεριλαμβάνει και αγαθοπρακτικούς τρόπους σκέψης και δράσης, συνεπάγονται τα κάτωθι:

Στη παρούσα περίπτωση, ο φόβος και η ιδιαίτερα ευάλωτη κατάσταση του B, περιορίζουν, ούτως ή άλλως, την έκφραση της ατομικής ή προσωπικής αυτονομίας του, και την κάνουν να «αμαρτάνει». Εάν του γνωστοποιηθεί η όλη αλήθεια, σχετικά με τα αναγκαία επακόλουθα της επέμβασης, υπάρχουν βέβαιες ενδείξεις, ότι, λόγω της ψυχικής κατάστασης του, θα αρνηθεί την υποβολή του σ' αυτήν, πράγμα που αναπόδραστα θα προκαλέσει σοβαρή βλάβη του σώματος και της υγείας του. Επομένως, δεν μπορούμε να αξιώνουμε να συμπεριφέρεται ως ένας «ιδανικός ορθολογικός ασθενής».

Κατά τον Βασιλόγιαννη²⁶³, το καθήκον ειλικρίνειας του γιατρού, υπό τη καντιανή σύλληψη, είναι απόλυτο, και δεν επιδέχεται εξαιρέσεις, όπως τη ψευδολογία και την απόκρυψη πληροφοριών (χωρίς φυσικά να έχει ζητήσει κάτι τέτοιο ο ασθενής), σε καμία περίπτωση. Δεκτό μπορεί να γίνει, μονάχα, το επιχείρημα περί «μη ευθύτητας» του γιατρού, σε παρόμοιες περιπτώσεις. Δηλαδή σε σχετικές ερωτήσεις του B, ο X μπορεί π.χ. να απαντήσει: «Ναι, θα πονέσεις και πρέπει να παραμείνεις στη κλινική για κάποιο χρονικό διάστημα, μετά την επέμβαση», απαγορεύεται όμως να του πει ψέματα, οποιαδήποτε και αν είναι η συνέπεια.

Ωστόσο, αμφισβητείται το κατά πόσο είναι εύκολο, υπό τη συγκεκριμένη περίπτωση, να μην είναι ευθύς ο X, δεδομένου ότι ο B, ως ασθενής, αναμένει σαφείς

²⁶³ Βασιλόγιαννης, 2007-2008, σελ.7-12

και συγκεκριμένες απαντήσεις, στις σχετικές ερωτήσεις του (π.χ. «πόσες μέρες θα χρειαστεί να μείνω στη κλινική μετά την επέμβαση;»). Σε τέτοιες δύσκολες περιστάσεις, μπορεί η κρυψιβουλία, άλλως η μη ευθύτητα του X, να καταλογιστεί ευθέως από τον ασθενή B, ως προσπάθεια απόκρυψης τυχόν βλαβερών επακόλουθων, να κάνει τον τελευταίο να χάσει την εμπιστοσύνη του προς τον ιατρό και να οδηγήσει σε επανάληψη της άρνησης του για υποβολή στην επέμβαση. Διαφορετικά, ενδέχεται να αναγκάσει τον X να αποκαλύψει την πλήρη αλήθεια, με ότι αυτό συνεπάγεται.

Πρέπει να τονίσουμε, ότι συμμεριζόμαστε τη θέση του Καντ πως η Ηθική δεν μπορεί να είναι υποκειμενική και αποσπασματική και πως η ειλικρίνεια έχει διαφορετική βαρύτητα από την ευθύτητα²⁶⁴. Ένας κόσμος, όμως, στον οποίο θα ψευδολογούσαμε απέναντι σε άτομα με αποδεδειγμένα εύθραυστη ψυχοσύνθεση, όπως εδώ ο B, (προσβάλλοντας ενδεχομένως την έκφραση της αυτονομίας τους μέσω της ελλιπούς παροχής ενημέρωσης σε αυτά), προκειμένου να αποφύγουμε ακραίες αρνητικές συνέπειες (π.χ. βλάβη της ζωής), ή να τα ευεργετήσουμε, δεν εμπεριέχει, θεωρώ, καμία λογική αντίφαση και είναι επιθυμητός, διότι σέβεται την αυτονομία, βάσει αρχών, των υποκειμένων, υπό καντιανά πλαίσια. Ακόμη και να έλεγαν όλοι οι γιατροί ψέματα στους ασθενείς τους, όσον αφορά τις πραγματικές συνέπειες των θεραπευτικών επεμβάσεων πάνω τους, προκειμένου οι τελευταίοι εν τέλει να ευεργετηθούν και να επωφεληθούν, αυτό θα αξιολογούνταν, ενδεχομένως, ως κάτι το ηθικά αποδεκτό, ως σεβασμός τελικά της αξιοπρέπειας και του προσώπου τους.

Βέβαια, στην υπό κρίση περίπτωση, φαίνεται, να υπάρχει μια «σύγκρουση καθηκόντων», μία σύγκρουση αρχών, (αλήθεια = αυτονομία B VS ψέμα = προστασία υγείας και ζωής B), που ωστόσο δεν υφίσταται εντός του πλαισίου της σύλληψης της αυτονομίας, υπό τον Kant. Διότι, η αυτονομία, βάσει αρχών, του B, δύναται να εκδηλωθεί ανεξάρτητα από τον περιορισμό της ιδιωτικής αυτονομίας του, η οποία άλλωστε αποτελεί το «έλασσον», και η πρώτη περικλείει εντός της, μία αξίωση «μέριμνας», για τη βελτίωση της υγείας και τη σωτηρία της ζωής του, ως εύθραυστης ψυχοσύνθεσης και ευάλωτο άτομο. Άλλως έναν αγαθοπρακτικό τρόπο δράσης του X, προς το πρόσωπο του B, ο οποίος δύναται να αναχθεί σε καθολικό Πρακτικό Νόμο, να υπερβεί με επιτυχία την δοκιμασία της καθολίκευσης και να θεωρηθεί ηθικά

²⁶⁴ Βασιλόγιαννης, 2007-2008, σελ. 7-12

αποδεκτή πράξη. Η ψευδολογία του X, χάριν ευεργεσίας και σωτηρίας της ζωής του B, υπό τις συγκεκριμένες περιστάσεις, δύναται να δικαιολογηθεί και να καθολικευτεί, καθώς δεν υποπίπτει σε καμία πρακτική ή εννοιολογική αντίφαση (ο κόσμος θα συνεχίσει να υπάρχει με αυτή τη μικρή εξαίρεση), ούτε εξάλλου βουλητική (θα θέλαμε να λάβει χώρα μία τέτοια εξαίρεση). Εξάλλου, «αφ' εαυτής η Ηθικότητα κάποιες φορές μας επιτρέπει ή απαιτεί να κάνουμε κάτι που από μία ιδανική οπτική είναι λάθος»²⁶⁵, «αν αυτές είναι οι περιστάσεις και προσπαθούμε να αποφασίσουμε αν θα μπορούσε να υπάρξει μία καθολική εφαρμογή του ψέματος, η απάντηση φαίνεται να είναι ναι. Το ψέμα θα είναι αποτελεσματικό, ακόμη και αν εφαρμοστεί καθολικά»²⁶⁶.

Η σύνδεση της αυτονομίας, βάσει αρχών, του ασθενούς B, υπό την καντιανή σύλληψη της, με την ευεργεσία του, ως ενότητα, μέσα στο ευρύτερο πλαίσιο ανάπτυξης της πρώτης, επιτάσσει και δικαιολογεί ηθικώς την ψευδολογία του χειρουργού X, άλλως την απόκρυψη της αλήθειας, όταν, έχει ως σκοπό της την μη επιδείνωση της υγείας του B, τη προστασία της ζωής, της σωματικής και της ψυχικής ακεραιότητάς του, δηλαδή τη φιλανθρωπία. Συνεπώς, εδώ, η ψευδολογία του X, είναι κατά τη γνώμη μας ηθικά δικαιολογημένη.

ii) Δίκαιο

Από νομικής σκοπιάς, τώρα, τουλάχιστον στον Κ.Ι.Δ. (Ν.3418/2005), δεν τυποποιείται ρητή απάντηση στον προβληματισμό μας, δηλαδή στην περίπτωση που ο γιατρός ψεύδεται, χάριν της προστασίας της ζωής και της υγείας του ασθενούς, άλλως χάριν της ευεργεσίας του, χωρίς να έχει ζητήσει κάτι τέτοιο ο ασθενής. Από το γενικό καθήκον αληθείας του γιατρού, όπως αυτό ορίζεται στο άρθρο 11, παρ. 1 Κ.Ι.Δ., προκύπτει ότι η παραπλανητική πληροφόρηση του ασθενούς B, είναι απαγορευμένη και ίσως, υπό προϋποθέσεις, στοιχειοθετεί ιατρικό σφάλμα, ανεξάρτητα από το κίνητρο του γιατρού, αν π.χ. έτσι έκρινε ότι προστατεύει καλύτερα το συμφέρον του ασθενούς, συντρεχουσών και των λοιπών προϋποθέσεων στοιχειοθέτησης της ιατρικής ευθύνης του. Η διατύπωση, δηλαδή, του αρ. 11 παρ. 1

²⁶⁵ Korsgaard, 1996, σελ. 135

²⁶⁶ Korsgaard, ο.π. σελ.136-137

ΚΙΔ, είναι ανεπιφύλακτη και δεν αναγνωρίζεται από τον εν λόγω Νόμο η δυνατότητα περιορισμού της ενημέρωσης για να μην επιδεινωθεί η υγεία του ασθενούς²⁶⁷.

Ωστόσο, κατόπιν στάθμισης των συγκεκριμένων αγαθών που διακυβεύονται, θα πρέπει ερμηνευτικά να δεχθούμε, κάποια εξαίρεση και η αντίστοιχη απόκρυψη των πληροφοριών, αποκλειστικώς για λόγους προστασίας της ζωής ή της υγείας και μη επιδείνωσης της, θεωρείται νομικά δικαιολογημένη, ως διασταλτική ερμηνεία του αρ. 11 παρ.2 ΚΙΔ, δεδομένου ότι η πλήρης ενημέρωση για το χρόνο ανάρρωσης κτλ, είναι πιθανό να διακινδυνεύσει τη ζωή του Β, ενώ η ψευδολογία και η συνεπαγόμενη εκτέλεση της επέμβασης, θα βελτιώσει την υγεία του και θα σώσει τη ζωή του. Άρα, κατόπιν στάθμισης των αντιτιθέμενων καθηκόντων και συμφερόντων (ιδιωτική αυτονομία VS προστασία ζωής), η ερμηνευτικά ενδεδειγμένη λύση με βάση το πνεύμα του Νομοθέτη, πρέπει να είναι η ως άνω.

iii) Συμπέρασμα

Στον εν λόγω προβληματισμό μας, εφόσον υιοθετήσουμε την θεμελίωση της συναίνεσης που προαναφέρθηκε, από την οπτική της ηθικής φιλοσοφίας και επιπλέον την ως άνω ερμηνευτική νομοθετική προσέγγιση, ο Νόμος κατά το πνεύμα του εναρμονίζεται με την Ηθική.

Προβληματισμός γ'

Ο ασθενής Γ ζητά από τον χειρουργό Δ να μην ενημερωθεί για τις πιθανότητες επιπλοκών που σχετίζονται με τη χειρουργική επέμβαση για στομαχικό έλκος, στην οποία πρόκειται να υποβληθεί, αλλά να λάβει τις απαραίτητες πληροφορίες η κόρη του Π. Ο Δ αποδέχεται την αξίωση του Γ. Θεωρείται κάτι τέτοιο ηθικά και νομικά ανεκτό;

i) Ηθική

Εφόσον η καλύτερη ηθική δικαιολόγηση της αυτονομίας στο χώρο της ιατρικής Ηθικής και της Βιοηθικής συνδέεται άμεσα με την σύλληψη της αυτονομίας του ασθενούς Γ, εντός των καντιανών πλαισίων, το γεγονός της μη ενημέρωσης του, εδώ, δύναται κατά την άποψη μας, να θεωρηθεί ηθικά δικαιολογημένο. Διότι, εφόσον ο ίδιος ο Γ, κρίνει ότι θα προκληθεί βλάβη, ψυχική ή οποιαδήποτε άλλη, σε αυτόν

²⁶⁷ Κανελλοπούλου-Μπότη στο Λασκαρίδης, (επιμ), ΕρμΚΙΔ, 2012, σελ. 137. Πρβλ και αρ. 10 παρ. 3 Ν. 2619/1998 (Σύμβαση Οβιέδο)

από τη πλήρη αποκάλυψη της αλήθειας, σχετικά με τις πιθανότητες επιπλοκών από την επέμβαση, θεωρείται ιδιαίτερα ευάλωτος και εύθραυστης ψυχосύνθεσης. Έτσι, η έκφραση της αυτονομίας, του βάσει αρχών, επιτάσσει ευρύτερα την ευεργεσία ή την μη πρόκληση βλάβης σε αυτόν, ώστε να προστατεύσει την υγεία και τη ζωή του, πράγμα που υλοποιείται με την αποκάλυψη όλης της αλήθειας στη κόρη του, και όχι σε αυτόν. Παράλληλα, η αξίωση της μη αντιμετώπισής του ως κάτι λιγότερο από πρόσωπο, αλλά ως ον με αξιοπρέπεια, μπορούμε να πούμε ότι ικανοποιείται.

Άρα, η επιδίωξη της «άγνοιας» του Γ, με βάση την εκδοχή που υιοθετείται, είναι απολύτως θεμελιωμένη και ανεκτή. Η πράξη του Δ κρίνεται ηθικά δικαιολογημένη.

ii) Δίκαιο

Από την άλλη μεριά, η νομική ρύθμιση είναι, εδώ, σαφής. Κατά το άρθρο 11, παράγραφος 2, Κ.Ι.Δ., ο εκάστοτε ιατρός σέβεται την επιθυμία των ατόμων τα οποία επιλέγουν να μην ενημερωθούν, ενημερώνοντας άλλο ή άλλα πρόσωπα που ο ασθενής θα υποδείξει²⁶⁸. Ο ασθενής Γ προβαίνει με την θέλησή του σε μία τρόπον τινά, «διεύρυνση» της θέσης του απέναντι στον χειρουργό Δ, καθώς ζητάει, κατά την κρίση του, να ενημερωθούν άλλα πρόσωπα, δηλαδή η Π, αντί αυτού. Το εάν το συγκεκριμένο «δικαίωμα άγνοιας» του, συνεπάγεται και εγκατάλειψη της εξουσίας συναίνεσης του, είναι εξίσου ενδιαφέρον ερώτημα και προβληματισμός, αλλά δεν επηρεάζει την εδώ απάντηση μας. Ο Δ νομίμως δεν ενημερώνει τον Γ και καμία ιατρική ευθύνη του δεν στοιχειοθετείται.

iii) Συμπέρασμα

Και στον εν λόγω προβληματισμό, παρατηρούμε ότι η σαφής ρύθμισή του Νόμου και η Ηθική, όσον αφορά τη συναίνεση του Γ, θεμελιωμένης στη καντιανή αυτονομία του, βάσει αρχών, με επιχειρήματα αγαθοεργίας του, εναρμονίζονται.

²⁶⁸ Πρβλ. και αρ. 10 παρ. 2 εδαφ. 2 Ν. 2619/1998 (Σύμβαση Οβιέδο)

Προβληματισμός δ΄

Ο ασθενής Α, πάσχει από ανίατη ασθένεια, που πλέον δεν του επιτρέπει ασφαλή κατάποση και στοματική σίτιση, λόγω κινδύνου εισρόφησης και πνιγμού. Θεωρείται αναγκαίο και επείγον να υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση ανοιχτής γαστροστομίας (χειρουργική τοποθέτηση καθετήρα σίτισης) προκειμένου να διατηρηθεί, τουλάχιστον τη παρούσα χρονική στιγμή, στη ζωή. Αν δεν υποβληθεί, ο θάνατος θα επέλθει σε περίπου δύο εβδομάδες από αστία (πείνα και δίψα). Ο Α, επειδή έχει ταλαιπωρηθεί αρκετά από τη χρόνια κατάσταση της ασθένειας του και διαισθάνεται τα οικονομικά βάρη της οικογένειάς του, που τους έχουν «γονατίσει», κατόπιν ενημέρωσης του από τον χειρουργό Χ, σχετικά με τις συνέπειες μη υποβολής του στην επέμβαση κτλ, υπογράφει σχετικό έντυπο, αρνούμενος να υποβληθεί στο εν λόγω χειρουργείο. Ο Χ μολαταύτα, επεμβαίνει και διενεργεί την επέμβαση. Είναι ηθικά και νομικά ανεκτή η πράξη του;

ι) Ηθική

Στη κατάσταση που βρίσκεται ο Α, (ανίατη ασθένεια και ήδη αδυνατεί να σιτιστεί από το στόμα), είναι απολύτως αμφίβολο, κατά πόσο υφίσταται και αυτό το «έλασσον» της ατομικής αυτονομίας του και ικανότητας του, που περιλαμβάνεται στη σύλληψη της αυτονομίας του εντός των καντιανών πλαισίων, ώστε να λάβει μία ορθολογική και ώριμη απόφαση. Στις συνθήκες αυτές, κρίνεται ιδιαίτερα ευάλωτος, αδύναμος και ευρίσκεται σε μειονεκτική θέση. Παράλληλα, καθώς βιώνει και την ψυχολογική πίεση από τα οικονομικά βάρη της οικογένειάς του, λόγω της κρισιμότητας της κατάστασης της υγείας του, οι δυνατότητες ψύχραιμης και ορθολογικής εκτίμησης της κατάστασης του -και επομένως λήψης αυτόνομων αποφάσεων για την πορεία της θεραπείας του- επηρεάζονται καθοριστικά από το περιβάλλον του.

Υπό τα αυτά δεδομένα, θα μπορούσαμε να ισχυριστούμε ότι επιβάλλεται εδώ η εφαρμογή ενός «μετριοπαθούς» πατερναλισμού, υπό την έννοια της μη βλάβης του. Δεδομένου όμως ότι απαιτείται θετική ενέργεια (χειρουργική επέμβαση) καλύτερη διατύπωση είναι ότι ο σεβασμός της αυτονομίας του, βάσει αρχών, υπό την καντιανή εκδοχή, επιβάλλει την ευεργεσία του και την αγαθοπρακτική δράση, έναντι του. Βέβαια, τίθεται το ερώτημα πώς θα προσδιοριστεί εδώ το αληθές συμφέρον του εν

λόγω ασθενούς. Η απάντηση δεν είναι εύκολη, δεδομένου ότι από τα πραγματικά περιστατικά, η «ανακούφιση» ή «ξεκούραση» του δια μέσω του θανάτου του, από άλλο ένα βασανιστικό χειρουργείο και παράλληλα η απαλλαγή της οικογένειας από τα σημαντικά οικονομικά βάρη της νοσηλείας του, προβάλλουν, με ιδιαίτερα ελκυστικό τρόπο, ως ενδεχόμενο «συμφέρον» και του ίδιου του ασθενούς.

Ωστόσο, η ευεργετική δράση έναντι του, εντός των ευρύτερων πλαισίων του σεβασμού της αυτονομίας του, υπό τη καντιανή σύλληψη, δεν μπορεί να ορίζεται ως μία τέτοια επώδυνη εγκατάλειψη του. Διότι καταστρατηγεί την αξιοπρέπεια και το σεβασμό του προσώπου του (επέλευση θανάτου από πείνα και δίψα). Διότι ο Α θα χρησιμοποιηθεί, έτσι απλά, ως εργαλείο για την επίτευξη των ως άνω σκοπών. Άρα, επιβάλλεται να αποφευχθεί ο βασανιστικός θάνατος του από πείνα και δίψα, και η διενέργεια της εν λόγω χειρουργικής επέμβασης από τον Χ, θεωρείται ηθικά δικαιολογημένη.

Αν όμως υποθέσουμε, ότι, στη κατάσταση που βρίσκεται ο Α, υφίσταται ένας ελάχιστος βαθμός ατομικής αυτονομίας του και ικανότητας του, όπως απαιτείται από τη σύλληψη της αυτονομίας του, εντός των καντιανών πλαισίων, ώστε να δύναται αυτός, κατόπιν σαφούς και επανειλημμένης ενημέρωσης του, να λάβει ορθολογική και ώριμη απόφαση, περί μη υποβολής του στην εν λόγω επέμβαση, και δεδομένου ότι η εκπεφρασμένη θέληση του είναι πράγματι να μην υποβληθεί στο εν λόγω χειρουργείο, προβάλλοντας τα εύλογα επιχειρήματα των αφόρητων πόνων και της ταλαιπωρίας που έχει υποστεί μέχρι τώρα αλλά και των οικονομικών βαρών της οικογένειας του, θα μπορούσε ίσως να υποστηριχθεί: «Αφού ο Α πάσχει από ανίατη ασθένεια, δεν υπάρχει περίπτωση οριστικής θεραπείας, ο θάνατος του είναι θέμα χρόνου και ο ίδιος επιθυμεί να πεθάνει, προβάλλοντας εύλογα και εννοιολογικά ορθά επιχειρήματα, πρέπει να γίνει σεβαστή η επιθυμία του».

Ωστόσο, η αυτονομία του Α, βάσει άρχων, σε καντιανά πλαίσια, δεν επιτάσσει κάτι τέτοιο: Εφόσον η άρνηση του Α και η παράλειψη διενέργειας του χειρουργείου από τον Χ, θα οδηγήσει με μαθηματική ακρίβεια σε ένα επώδυνο, βασανιστικό, αναξιοπρεπή θάνατο του πρώτου, εντός λίγων εβδομάδων, λόγω πείνας, δίψας κτλ, επιβάλλεται η αγαθοπρακτική δράση του ιατρού, μέσω της διενέργειας της επέμβασης. Εξάλλου, ενυπάρχει, μετά βεβαιότητας, ξεκάθαρη, βουλητική αντίφαση

στον γνώμονα «Καλύτερο είναι να ξεκουραστεί», ο οποίος εμποδίζει την καθολικοποίηση του. Αν ο Α δεν χειρουργούνται, θα αντιμετωπιζόταν απλώς ως εργαλείο επίτευξης τρίτων και άσχετων σκοπών, καθώς μέσω του αναξιοπρεπούς και βασανιστικού θανάτου του, από πείνα και δίψα, θα στερούνταν κάθε έννοια αξιοπρεπούς μεταχείρισης του. Άρα η αυτόβουλη διενέργεια της εν λόγω χειρουργικής επέμβασης από τον Χ, θεωρείται και πάλι, ηθικά δικαιολογημένη.

ii) Δίκαιο

Στη παρούσα περίπτωση, θα μπορούσαμε να ισχυριστούμε ότι κατάλληλη συναίνεση από τον ασθενή Α, λόγω της κατάστασης του, δεν μπορεί να ληφθεί, ενώ παράλληλα συντρέχει επείγουσα ανάγκη υποβολής του στην εν λόγω χειρουργική επέμβαση, δηλαδή επείγουσα ανάγκη παροχής ιατρικής φροντίδας. Άρα, με βάση το αρ. 12 παρ 3 περ. α, του Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας (Ν. 3418/2005), λήψη της συναίνεσης ή της άρνησης του δεν απαιτείται. Η επέμβαση του Χ νομιμοποιείται και ιατρική ευθύνη του, ποινική, αστική ή πειθαρχική δεν δύναται να στοιχειοθετηθεί.

Αν θεωρήσουμε, όμως, ότι έχουμε να κάνουμε με ανιάτως πάσχοντα, πλην ικανό ψυχοπνευματικά ασθενή, που εγκύρως εξέφρασε τη ρητή, σαφή, ώριμη, αυτοπρόσωπη και συγκριμένη άρνηση του για υποβολή στο χειρουργείο (πράγμα που αμφισβητείται στο προβληματισμό μας), έπρεπε, σε κάθε περίπτωση να προηγηθεί πρόσθετη ενημέρωση²⁶⁹ κατά το μέτρο των περιστάσεων και ο Χ όφειλε να επιμείνει²⁷⁰. Επιπλέον, όφειλε να ενημερώσει τον Α για την αναγκαία αυτή ιατρική πράξη και τις συνέπειες από τη παράλειψη της..... και να επιμείνει σχετικά με την αναγκαιότητα τηςνα αναζητά οπωσδήποτε ένα τρίτο πρόσωπο που θα μπορούσε να μεταπείσει τον ασθενή²⁷¹. Κατόπιν τούτου όμως, θα μπορούσε να υποστηριχθεί νομικώς βάσιμα, ότι ο χειρουργός Χ δεν θα έπρεπε να την επιχειρήσει, έστω και αν κινδύνευε η ζωή του Α. Κάτι τέτοιο θα ισοδυναμούσε με «παράλειψη της περαιτέρω υποστήριξης της φθίνουσας ζωής του ασθενούςμη εφαρμόζοντας διαθέσιμα υποστηρικτικά μέσα»²⁷², πράγμα που ενδεχομένως θα κρινόταν νομικά αποδεκτό, εφόσον ο θάνατος θα επερχόταν ως αποτέλεσμα της νόσου και όχι ενέργειας του χειρουργού ή τρίτου.

²⁶⁹ Παπαχρίστου στο Βιδάλης (επιμ.) Ιατρική Δεοντολογία, 2013, αρθ. 12 αριθ. 2, σελ. 110

²⁷⁰ Βλ. χαρακτηριστικά στο Ψαρούλης/Βούλτσος, Ιατρικό Δίκαιο, 2010, σ. 201

²⁷¹ Ανδρουλιδάκη-Δημητριάδη, Η υποχρέωση ενημέρωσης του ασθενούς, 1993, σελ. 298-299· Φουντεδάκη, Ανθρώπινη Αναπαραγωγή και Αστική Ιατρική Ευθύνη, 2007, σ. 101-102

²⁷² Βούλτσος στο Λασκαρίδης, επιμ., ΕρμΚΙΔ, 2012, σελ. 365

Ωστόσο, και υπό αυτή την εκδοχή η απάντηση, νομικά, είναι διάφορη: Η επέμβαση του X, ακόμη και αν προηγήθηκε επανειλημμένη πρόσθετη ενημέρωση, κρίνεται νομικά αποδεκτή. Διότι εμφανίζεται ως τήρηση του ιατρικού καθήκοντος του για παροχή βασικής φροντίδας (η μέσω της επέμβασης χορήγηση τροφής, υγρών κτλ) και ανακουφιστικής αγωγής προς τον ανιάτως πάσχοντα A, ώστε να διατηρηθεί η αξιοπρέπεια του, έστω και για το μικρό χρονικό περιθώριο ζωής που του απομένει. Διαφορετική αντιμετώπιση του θα ισοδυναμούσε με θάνατο του από άκρως βασανιστική πείνα και δίψα, ήτοι πλήρως αναξιοπρεπώς. Η παραδοχή μας, βέβαια, δεν σημαίνει ότι υφίσταται γενική υποχρέωση, υπό στενή έννοια, θεραπείας του A, δεδομένου, εξάλλου, του μάταιου αυτής.

Σε επίπεδο νομικής θεωρίας, θεωρούμε, συνεπώς, ότι ευθύνη του X, είτε σε πεδίο Αστικού, είτε σε πεδίο Ποινικού ή Πειθαρχικού Δικαίου, δεν στοιχειοθετείται για την ως άνω αυτογνώμονα επέμβαση του.

iii) Συμπέρασμα

Υπό τις άνω παραδοχές, η νομική λύση ερμηνευτικά στον εν λόγω προβληματισμό μας, ως περιγράφηκε ανωτέρω, εναρμονίζεται για ακόμη μία φορά με τις, υπό κρίση, ηθικές επιταγές.

Προβληματισμός ε΄

Ο ενήλικος ασθενής E, εμφανίζει σοβαρές διαταραχές στις πνευματικές και γνωστικές λειτουργίες του. Λόγω σχετικού προβλήματος στην υγεία του, θεωρείται ότι πρέπει να υποβληθεί σε εγχείρηση σκωλικοειδήτη και συγκεκριμένα σε σκωλικοειδεκτομή. Η μητέρα του επιμένει για την άμεση υποβολή του στην επέμβαση, άνευ καθυστερήσεων, ενώ ο θετός πατέρας του Π και η ετεροθαλής αδελφή του A, θεωρούν ότι είναι παροδικό το πρόβλημα και απαιτείται ενδεχομένως κάποια άλλη, ανώδυνη θεραπεία. Ο χειρουργός X είναι μπερδεμένος και αναζητεί λύση.

i) Ηθική

Εδώ, ο E, λόγω των πνευματικών και γνωστικών διαταραχών του, βρίσκεται σε εξαιρετικά ευάλωτη και μειονεκτική θέση, ενώ η έκφραση της όποιας ατομικής

αυτονομίας του «αμαρτάνει». Έχουμε να κάνουμε με μόνιμα μη έλλογο άτομο. Θα μπορούσαμε να πούμε ότι επιβάλλεται, έτσι, η ευεργεσία ή η αγαθοεργία απέναντι του, αφού απαιτείται θετική πράξη (επέμβαση). Εφόσον όμως έχουμε μη έλλογο ασθενή, ορθότερο θα ήταν να το θέσουμε ως εξής: Ο σεβασμός της αυτονομίας του E, βάσει αρχών, μέσα στο ευρύτερο πλαίσιο ανάπτυξής της, περιλαμβάνει μέσα της την μη βλάβη του. Δεδομένου ότι αν δεν πραγματοποιηθεί η επέμβαση θα επέλθει βλάβη του, η αβλαβής μεταχείριση του, επιβάλλει να παραμεριστούν οι ως άνω διαφωνίες των συγγενών και εν γένει η έκφραση της ατομικής αυτονομίας των αντιπροσώπων του, ώστε ο γιατρός να δράσει εν πολλοίς πατερναλιστικά, («μετριοπαθής» πατερναλισμός), να κάνει την επέμβαση και να σώσει τη ζωή του ασθενούς. Διότι, η εν λόγω πράξη του X, υπακούει στην κατηγορική προστακτική «Τουλάχιστον μη βλάψεις». Εμπεριέχει γνώμονα, ο οποίος δύναται να καθολικευτεί, διότι η μη βλάβη προς αδύναμα και πνευματικώς ευάλωτα άτομα, είναι αρχή, που ούτε αντιφάσκει με τον εαυτό της, ούτε εμπεριέχει βουλητική ασυνέπεια. Εξάλλου, ακόμη και ευάλωτοι, πνευματικά διαταραγμένοι και πλήρως αδύναμοι ασθενείς, είναι φορείς αξιοπρέπειας, η οποία θα πρέπει να γίνεται σεβαστή.

Σε τελική ανάλυση, εφόσον δεχθούμε ότι υπάρχει κατεπείγουσα περίπτωση, η αυτόβουλη δράση του χειρουργού X (σε συνεννόηση με τυχόν υφιστάμενη Επιτροπή Βιοηθικής του νοσοκομείου) και η διενέργεια της επέμβασης εκ μέρους του, παρακάμπτοντας τους διαφωνούντες οικείους και στοχεύοντας στη σωτηρία της ζωής του E, είναι ηθικά επιδοκιμαστέα.

ii) Δίκαιο

Στη παρούσα περίπτωση, από τα δεδομένα που δίνονται, υποθέτουμε ότι ο ασθενής E, αν και πνευματικά ανίκανος, δεν τελεί υπό δικαστική συμπαράσταση. Κατά το αρ. 12 παρ. 2 περ. β' υποπερ. ββ' ΚΙΔ, σε μία τέτοια περίπτωση, προβλέπεται ότι καλούνται να αποφασίσουν οι οικείοι του ασθενούς, Μ, Π και Α. Ωστόσο, ρητή νομοθετική ρύθμιση για τη περίπτωση διαφωνίας των οικείων του E, δεν υπάρχει. Θα πρέπει άραγε να τηρηθεί ιεραρχία ανάμεσα τους, ώστε να προηγείται π.χ η απόφαση του Π, ως πατέρα, κατά τρόπο ώστε να αποκλείει την ισχύ της γνώμης των Μ και Α; Ή θα πρέπει να ληφθεί απόφαση με ψηφοφορία μεταξύ τους ήτοι με υπέρσχυση της πλειοψηφίας²⁷³ των Π και Α έναντι της μειοψηφίας της Μ; Σημειωτέον ότι αν

²⁷³ Δουγαλής στο Λασκαρίδης, (επιμ.) ΕρμΚΙΔ 2012, σελ. 145 υποσ. 21

δεχθούμε παρόμοιες λύσεις, ο χειρουργός X, υποχρεούται νομικά να απέχει της επεμβάσεως, με ότι αυτό συνεπάγεται για την υγεία του E.

Ωστόσο, κατά την άποψη μας, η απάντηση, που πρέπει να δοθεί στον προβληματισμένο X είναι η εξής:

Εφόσον υπάρχει χρόνος και η σχεδιαζόμενη επέμβαση μπορεί να αναβληθεί για λίγες ημέρες, με δεδομένο ότι δικαστικός συμπαραστάτης για τον E δεν έχει οριστεί και ουδείς εκ των συγγενών κινεί, ούτε προτίθεται να κινήσει τη σχετική διαδικασία, αυτή, σε πρώτη φάση, μπορεί να κινηθεί με πρωτοβουλία του X, μέσω αναφοράς του στον οικείο Εισαγγελέα Πρωτοδικών ή στο αρμόδιο Δικαστήριο. Θέτοντας κι αίτημα προσωρινής διαταγής, στην σχετική αίτηση (κατά τα αρ. 805παρ.2 και 781 ΚπολΔ), θα οριστεί μέσα σε λίγες ημέρες προσωρινός δικαστικός συμπαραστάτης, που θα είναι και ο πλέον αρμόδιος να αποφασίσει²⁷⁴. Η ως άνω λύση ενδείκνυται, ιδίως, από όσους υιοθετούν την άποψη πως η προσφυγή στους οικείους, θα πρέπει να γίνεται, όχι στις περιπτώσεις που δεν υπάρχει δικαστικός συμπαραστάτης, αλλά όταν είναι αδύνατο να κινηθεί διαδικασία διορισμού του, για οποιοδήποτε λόγο²⁷⁵. Σε κάθε περίπτωση, θα πρέπει να επισημάνουμε ότι η προσφυγή του X στην τυχόν υφιστάμενη Επιτροπή Βιοηθικής του νοσοκομείου, θα διευκολύνει την θέση του και θα βοηθήσει στην πιο άμεση αντιμετώπιση του αναφερόμενου διλλήματος του.

Στη περίπτωση, όμως, που ο χρόνος είναι λιγοστός, ώστε η επέμβαση δεν μπορεί να αναβληθεί ούτε για μερικές ώρες, ενώ οι οικείοι του E συνεχίζουν να διαφωνούν, ο X θα πρέπει κατ' ανάλογη εφαρμογή του αρ. 1534 ΑΚ, (δεδομένου ότι ο E είναι ενήλικο άτομο) να πάρει την άδεια του αρμόδιου Εισαγγελέα Πρωτοδικών για την επέμβαση.

Και στην όλως εξαιρετική περίπτωση που η επέμβαση κρίνεται κατεπείγουσα, νομιμοποιείται να την διεξάγει, καλυπτόμενος πλήρως από τη διάταξη του αρ. 12 παρ. 3 ΚΙΔ, ώστε νόμιμα παρακάμπτει πλήρως τους Π,Μ και Α.

iii) Συμπέρασμα

Παρατηρούμε για ακόμη μία φορά και στον εν λόγω προβληματισμό, με βάση τις απαντήσεις που δόθηκαν, ότι Νόμος και Ηθική, εναρμονίζονται.

²⁷⁴Φουντεδάκη, Η συναίνεση του ενημερωμένου ασθενούς στο Καϊαφα-Γκμπάντι κ.α. (2006), Ο Νέος Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας (Ν. 3418/2005), Δημοσιεύματα ιατρικού δικαίου και Βιοηθικής, Τεύχος 1, 2006, υποσ. 17, σελ. 21

²⁷⁵ Δουγαλής στο Λασκαρίδης, (επιμ.) ΕρμΚΙΔ 2012, σελ. 145

Προβληματισμός στ΄

Ο Α, ηλικίας 16 ετών, υποβάλλεται σε αμυγδαλεκτομή, και λόγω μετεγχειρητικής αιμορραγίας κρίνεται απαραίτητη η μετάγγιση αίματος σε αυτόν. Ωστόσο, ανακοινώνοντας ότι είναι μάρτυρας του Ιεχωβά, αρνείται να προβεί σε μετάγγιση, δηλώνοντας στον χειρουργό Χ: «Μη τολμήσεις να μου κάνεις μετάγγιση». Ταυτόχρονα, η μητέρα του Μ, που λόγω διαζυγίου με τον πατέρα του έχει την αποκλειστική επιμέλεια του, έχει εξαφανιστεί και εν γένει δεν είναι δυνατό να βρεθεί κάποιος άλλος εκπρόσωπος του. Ο Χ προβληματίζεται σχετικά με το πώς πρέπει να ενεργήσει.

ι) Ηθική

Στη παρούσα περίπτωση, ο χειρουργός Χ, θα πρέπει σεβαστεί την αυτονομία, βάσει αρχών, του δεκαεξάχρονου Α, υπό την καντιανή σύλληψη και εκδοχή της, εντός του ευρύτερου πλαισίου ανάπτυξης και δικαιολόγησης της.

Ο Α, αν και ανήλικος, είναι πλέον 16 ετών και πλησιάζει στην ενηλικίωση του. Έτσι, είναι πολύ πιθανό να εμφανίζει ένα σημαντικό βαθμό ωριμότητας στις πνευματικές του λειτουργίες²⁷⁶, έχοντας αναπτύξει, έστω και σε μικρή έκταση, κάποιο βαθμό ατομικής ή ιδιωτικής αυτονομίας του, την οποία επιδιώκει να καταστήσει δεσμευτική, δια της απαίτησης σεβασμού της «αυτοπροσβολής» του.

Ωστόσο, παρά τη σημαντικού βαθμού ανάπτυξη και ωρίμανση των πνευματικών λειτουργιών του, ήτοι της κρίσης, της αντίληψης κτλ και παρά τον σχηματισμό ιδιαίτερων θρησκευτικών πεποιθήσεων του, εφόσον η Μ ως εκπρόσωπος και γονέας του, έχουσα την αποκλειστική επιμέλεια του προσώπου του, δεν μπορεί να ανευρεθεί, είναι ηθικά αναγκαίο να περιοριστεί η εν λόγω έκφραση της εξατομικευμένης αυτονομίας του, ως άρνηση υποβολής του σε μετάγγιση, καθώς θα οδηγήσει, μετά βεβαιότητας, σε ανεπανόρθωτη βλάβη της υγείας και της ζωής του. Ο σεβασμός της αυτονομίας του ανηλίκου, βάσει αρχών, εντός του ευρύτερου πλαισίου ανάπτυξης της, οδηγεί στο περιορισμό της ατομικής αυτονομίας του Α, με παράλληλη ενίσχυση της υποχρέωσης του χειρουργού Χ να επέμβει αγαθοπρακτικά, προς όφελος του ανηλίκου: Μονάχα έτσι διασφαλίζεται ο σεβασμός του προσώπου και της αξιοπρέπειας του. Δεδομένης, βέβαια, της σημαντικής ανάπτυξης των

²⁷⁶ πράγμα που υπό άλλες συνθήκες θα επέβαλλε να ληφθεί σοβαρά υπόψη η γνώμη του

πνευματικών λειτουργιών του, μία τέτοια επέμβαση του ιατρού αγγίζει τα όρια του «σκληρού» πατερναλισμού.

Δεν είναι δυνατή, λοιπόν, η εναρμόνιση της ατομικής αυτονομίας του Α με την αυτονομία του, βάσει αρχών, καθώς ο σεβασμός της τελευταίας, εντάσσει μέσα της και επιβάλλει στη περίπτωση μας, την ευεργεσία του και τη προστασία της ζωής του. Κρίνεται, ηθικά επιβεβλημένο για το χειρουργό Χ, να παραμερίσει, εν απουσία της εκπροσώπου Μ και λόγω του επείγοντος, τις δηλώσεις του Α, περί μη μετάγγισης του. Απαιτείται, κατόπιν γνωμοδότησης της τυχόν υφιστάμενης Επιτροπής Βιοηθικής του Νοσοκομείου, να δράσει αυτός, αυτοβούλως, «σαν πατέρας προς το παιδί», να κάνει την μετάγγιση και να σώσει τη ζωή του Ιεχωβά ανηλίκου. Δηλαδή να δράσει πατερναλιστικά, προστατεύοντας τη ζωή του Α, παρόλο που κάτι τέτοιο συνεπάγεται παράβλεψη του σημαντικού βαθμού ωριμότητας του, και μετέπειτα ίσως τον αναγκάσει να ζήσει, μία ζωή αντίθετη προς τις θρησκευτικές πεποιθήσεις του.

Η Ηθική λοιπόν, ως αναλύθηκε, επιβάλλει, εδώ, να μην ληφθούν υπόψη οι δηλώσεις του ώριμου ανηλίκου Α, όταν αυτές θέτουν σε σοβαρό κίνδυνο τη ζωή και την υγεία του, αλλά να δράσει ο χειρουργός Χ, αγαθοπρακτικά, κάνοντας την μετάγγιση.

ii) Δίκαιο

Νομικά, κατά το αρ. 12 παρ. 2 περ. β' ΚΙΔ, «αν ο ασθενής είναι ανήλικος, η συναίνεση δίδεται από αυτούς που ασκούν τη γονική μέριμνα ή έχουν την επιμέλεια του. Λαμβάνεται όμως υπόψη και η γνώμη του, εφόσον ο ανήλικος κατά τη 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».

Επιπλέον, γίνεται αποδεκτό πως όταν η επιμέλεια του ανηλίκου ασκείται μόνο από τον ένα γονέα, (λόγω π.χ διαζυγίου), κατά την ορθότερη άποψη, αποφασίζει μόνο αυτός ακόμη και για σοβαρές ιατρικές επεμβάσεις (Βλ. σχετικά ΔιατΕισΕφΛαρ 92/2011²⁷⁷).

Συμπεραίνουμε, λοιπόν, ότι ακόμη και για συμπληρωματικές προς τις χειρουργικές επεμβάσεις ιατρικές πράξεις, όπως π.χ. μεταγγίσεις, οι ανήλικοι, ανεξαρτήτως της ηλικίας τους, θεωρούνται ανίκανοι να συναινέσουν. Απλώς, η γνώμη των ώριμων ανηλίκων, αναλόγως των περιστάσεων, λαμβάνεται υπόψη.

²⁷⁷ Στο ΠοινΔικ, 2011, σελ. 1303 επ.

Δηλαδή, αναλόγως της ηλικίας και της ωριμότητας τους, η γνώμη τους αποτελεί σημαντικό παράγοντα για την σχετική απόφαση.

Το οξύμωρο, όπως επισημαίνει και ο Παπαχρίστου, με βάση την εν λόγω ερμηνεία, είναι ότι ο ανήλικος γονέας, ο οποίος κατά το αρ. 1510 ΑΚ παρ. 2 εδαφ. γ, έχει την επιμέλεια του τέκνου, συναινεί για την διενέργεια ιατρικής πράξης στο ανήλικο παιδί του, ενώ δεν μπορεί να συναινεί για τη διενέργεια ιατρικής πράξης στον ίδιο²⁷⁸ και απλώς λαμβάνεται υπόψη η γνώμη του. Υποστηρίζεται ότι τα παραπάνω πρέπει να μας κάνουν να εξάγουμε το συμπέρασμα, πως ο ανήλικος, αν έχει την απαιτούμενη ωριμότητα, μπορεί να συναινεί ο ίδιος για ιατρικές πράξεις που τον αφορούν και ως κριτήριο για την ωριμότητα του, προτείνεται η συμπλήρωση του 14^{ου} έτους της ηλικίας του²⁷⁹. Ωστόσο, όσο βαρύτερη είναι η κατάσταση της υγείας του ανηλίκου και όσο περισσότερο βαρύνουσες συνέπειες μπορεί να έχει η σχεδιαζόμενη ιατρική επέμβαση, τόσο αυστηρότερες προϋποθέσεις πρέπει να τεθούν, ως προς το βαθμό της απαιτούμενης ωριμότητας του²⁸⁰.

Εδώ, εφόσον θεωρήσουμε ότι υπάρχει ικανό χρονικό περιθώριο, ο Χ έχει αρχικά τη δυνατότητα να απευθυνθεί στην τυχόν υφιστάμενη Επιτροπή Βιοηθικής του νοσηλευτικού ιδρύματος, για γνωμοδότηση και διαβούλευση. Έπειτα, στον αρμόδιο Εισαγγελέα Πρωτοδικών κατ' αρ. 1534 ΑΚ και να λάβει από αυτόν την άδεια για τη διενέργεια της μετάγγισης στον Α. Εφόσον όμως ο χρόνος δεν το επιτρέπει, θα μπορούσαμε να υποστηρίξουμε ότι πληρούνται οι προϋποθέσεις του αρ. 12 παρ. 3 περ. α' Κ.Ι.Δ, καθώς υπάρχει κατεπείγουσα ανάγκη να γίνει η μετάγγιση και να παρασχεθεί ιατρική φροντίδα, άλλως θα κινδυνεύσει η ζωή του ώριμου ανηλίκου ασθενούς Α²⁸¹. Επομένως, εφόσον οι περιστάσεις είναι αυτές που προαναφέρθηκαν, δεν απαιτείται λήψη συναίνεσης και ο Χ θα προχωρήσει στη μετάγγιση του Α, χωρίς να στοιχειοθετείται καμία νομική ευθύνη του, για την οποία να μπορεί μετέπειτα να κατηγορηθεί.

iii) Συμπέρασμα

Το συμπέρασμα, στον εν λόγω προβληματισμό, είναι πως η νομοθεσία εναρμονίζεται, με την ως άνω υιοθετούμενη, ηθική δικαιολόγηση και απάντηση.

²⁷⁸ Παπαχρίστου στο Βιδάλης (επιμ.) Ιατρική Δεοντολογία, 2013, αρθ. 12 αριθ. 6, σελ. 112

²⁷⁹ Παπαχρίστου, ο.π.

²⁸⁰ Δουγαλής στο Λασκαρίδης, (επιμ.) ΕρμΚΙΔ, 2012, σελ. 142

²⁸¹ Βλ. αναλογικά και την υπ' αριθ. 3/2008 ΔιατΕισΠρωτΘεσσαλ ΤΠΝ ΝΟΜΟΣ: ο ιατρός δεν έχει ανάγκη τον Εισαγγελέα.

Προβληματισμός ζ'

Ο Δ, μετά από τροχαίο ατύχημα κρίνεται με βάση τις γνωματεύσεις των ιατρών εγκεφαλικά νεκρός. Δεν είχε δηλώσει τίποτα κατά τη διάρκεια της ζωής του, σχετικά με το αν θα επιθυμούσε να δωρίσει τα όργανά του στη περίπτωση θανάτου του. Ταυτόχρονα, υπάρχει άμεση δυνατότητα σωτηρίας του ασθενή Α, με τον οποίο ο Δ έχει ιστοσυμβατότητα, μέσω της αφαίρεσης και μεταφοράς (μεταμόσχευσης) συγκεκριμένου οργάνου του Δ σε αυτόν. Ο πατέρας του Δ, Π και η μητέρα του Μ αντιδρούν σε ένα τέτοιο ενδεχόμενο. Ο αρμόδιος ιατρός Γ αναρωτιέται αν θα μπορούσε, ενεργώντας αλτρουϊστικά, να αφαιρέσει το χρήσιμο όργανο του Δ, και να το μεταφέρει στον Α, που το έχει μεγάλη ανάγκη, παρά τη διαφωνία των συγγενών, αφού στο κάτω κάτω, δεν υπάρχουν ενδείξεις ότι ο Δ θα αρνούταν κάτι τέτοιο. Πως κρίνεται η συλλογιστική του Γ;

ι) Ηθική

Από τη σκοπιά της Ηθικής, στην εδώ περίπτωση δεν υπάρχει πλέον πρόσωπο, καθώς ο εγκεφαλικά νεκρός Δ, δεν μπορεί να θεωρηθεί ως τέτοιο, ώστε να αξιώνουμε σεβασμό της προσωπικότητας του ή της προσωπικής αυτονομίας του. Παράλληλα, ούτε είχε βεβαιωμένα αρνηθεί, ούτε είχε δεχθεί μια τέτοια δωρεά.

Υποστηρίζεται, ότι, εφόσον άλλος ιστοσυμβατός λήπτης, ο οποίος βρίσκεται εν ζωή, χρειάζεται το μόσχευμα, και η σπανιότητα των οργάνων είναι δεδομένη, ο ιατρός μπορεί να «εικάσει» ότι ο νεκρός θα συναινούσε στη δωρεά του οργάνου του, αν βρισκόταν στη θέση που βρίσκεται τώρα, κατόπιν λογικής στάθμισης και κριτικής σκέψης του, ως ένας «μέσος λογικός» άνθρωπος και έτσι θα προέβαινε στη δωρεά. Ωστόσο, μία τέτοια λύση δεν μπορεί να υιοθετηθεί.

Ο νεκρός Δ, πράγματι δεν είναι πλέον πρόσωπο, ούτε έχει πλέον δικαιώματα. Δεν είναι όμως και ένα οποιοδήποτε «άχρηστο πράγμα» του οποίου η λειτουργία έπαυσε και συνεπώς μπορούμε να το πετάξουμε στα σκουπίδια ή να το προωθήσουμε στην ανακύκλωση όπως π.χ μια χαλασμένη ηλεκτρική συσκευή που αχρηστεύθηκε. Ο σεβασμός, άλλως η μη βλάβη του σώματος του, «αποτελεί, χωρίς αμφιβολία, μια αξία όχι μόνο του πολιτισμού μας αλλά και άλλων ιστορικών πολιτισμών»²⁸². Ένας ακρωτηριασμός του σώματος του Δ προσβάλλει το σεβασμό στο υπόλειμμα και απομεινάρι της προσωπικότητας, ενός άλλοτε υπαρκτού προσώπου. Το πτώμα

²⁸² Βιδάλης, Βιοδίκαιο, 2007, σελ. 135

συνεχίζει να αποτελεί στοιχείο της «μεταθανάτιας προσωπικότητας» του Δ και όχι μέρος της κληρονομιάς του²⁸³.

Επιπλέον, ο σεβασμός στο σώμα του νεκρού συνάγεται από την αναφορά σε πρόσωπα με πλήρη προσωπικότητα αυτονομία και δικαιώματα, δηλαδή από την αναφορά στους συγγενείς και τους οικείους του (Π και Μ). Η αυτονομία των συγγενών του –ιδίως των μελών της οικογένειας του-, βάσει αρχών, εντός του ευρύτερου πεδίου ανάπτυξης της, δεν μπορεί να παραβλεφθεί, «με την έννοια του ότι η προσωπική ζωή τους επηρεάζεται σημαντικά από την τύχη του άλλου²⁸⁴. Η συναισθηματική αξία του σώματος για τους συγγενείς του, επηρεάζει τη δική τους προσωπικότητα, τη δική τους αυτονομία, υπό καντιανά πλαίσια και η δική τους συναίνεση ή άρνηση, είναι καθοριστική σχετικά με το αν είναι ηθικά ανεκτή η αφαίρεση και η δωρεά των οργάνων του Δ. Διότι είναι και οι ίδιοι πρόσωπα με αξιοπρέπεια και ικανότητα ηθικού καταλογισμού. Η τυχόν αφαίρεση των οργάνων του Δ, θα ισοδυναμεί με αφαίρεση οργάνων από τους ίδιους, παρά τη θέληση τους, επομένως πράξη που θα προσβάλλει την αξιοπρέπεια και την προσωπικότητα τους, εμπεριέχοντας εννοιολογική και βουλευτική ασυνέπεια, ώστε να αδυνατεί να αναχθεί σε Ηθικό Νόμο καθολικής ισχύος.

Συνεπώς, με την ως άνω επιχειρηματολογία, από ηθικής απόψεως, η αφαίρεση των οργάνων με βάση μία «εικαζόμενη συναίνεση» του νεκρού Δ, δεν μπορεί να θεωρείται ηθικά ανεκτή και δικαιολογημένη. Εφόσον οι Π και Μ διαφωνούν είναι ηθικά απαράδεκτο να λάβει χώρα μία τέτοια αφαίρεση και μεταμόσχευση οργάνων.

ii) Δίκαιο

Από νομικής σκοπιάς, τώρα, για τη νομοθετική ρύθμιση του εν λόγω ζητήματος, θα πρέπει να ανατρέξουμε στο ειδικό περί μεταμοσχεύσεων νομοθέτημα, με αριθμό 3984 του έτους 2011.

Στο αρ. 9 παρ. 2 του εν λόγω νόμου, αρχικά προβλεπόταν πως «Η αφαίρεση ενός ή περισσότερων οργάνων από ενήλικο, θανόν πρόσωπο πραγματοποιείται εφόσον, όσο ζούσε, δεν είχε εκφράσει την αντίθεση του σύμφωνα με την παράγραφο 3». Επομένως, υπό την εν λόγω αρχική νομοθετική διατύπωση, θα ήταν νόμιμη η αφαίρεση οργάνου από τον εγκεφαλικά νεκρό Δ, στη βάση μιας

²⁸³ Ανδρουλιδάκη-Δημητριάδη, Η υποχρέωση ενημέρωσης του ασθενούς, 1993, σ. 386

²⁸⁴ Βιδάλης, Βιοδίκαιο, 2007, σελ. 135

«τεκμαιρόμενης» ή «εικαζόμενης» συναίνεσης του, ακόμη και αν διαφωνούν οι Π και Μ, εφόσον αυτός κατά τη διάρκεια της ζωής του, ούτε είχε συναινέσει ρητά, ούτε είχε αποκρούσει ρητά τη δωρεά των οργάνων του μετά θάνατον. Η λογική που υπαγόρευσε την εν λόγω νομοθετική λύση, ήταν η σπανιότητα ιστοσυμβατών μοσχευμάτων, που συχνά οδηγούσε ασθενείς που είχαν ανάγκη τα εν λόγω μοσχεύματα και δεν τα ελάμβαναν, στο θάνατο.

Με την προσθήκη, ωστόσο, του αρ. 55 παρ. 4 του Ν. 4075/2012 (ΦΕΚ Α89/11.04.2012), συμπληρώθηκε στην ως άνω νομοθετική ρύθμιση του αρ. 9 παρ. 2 Ν 3984/2011, η φράση «και κατόπιν συναίνεσης της οικογένειας του», διατύπωση η οποία παραμένει μέχρι και σήμερα. Επομένως, σήμερα, με βάση τις ισχύουσες νομοθετικές ρυθμίσεις και συγκεκριμένα τον ως άνω Ν. 3984/2011, καμία απόφαση που αφορά την αφαίρεση ή μη, άλλως τη δωρεά ή μη ενός οργάνου, από έναν θανάτων ασθενή (έστω εγκεφαλικά)²⁸⁵, δεν είναι εφικτό να ληφθεί από οποιονδήποτε τρίτο και ιδίως από ιατρό, χωρίς τη ρητή συναίνεση ή άρνηση της οικογένειας του.

Εφόσον οι Π και Μ, που αποτελούν οικογένεια του Δ, διαφωνούν, είναι παράνομο να αφαιρεθεί και μεταφερθεί το όργανο του Δ σε άλλο ασθενή. Αν τυχόν συντελεσθεί κάτι τέτοιο από τον Γ, συντεχουσών και των λοιπών σχετικών προϋποθέσεων, στοιχειοθετείται εκτεταμένη αστική, ποινική και πειθαρχική ευθύνη του.

iii) Συμπέρασμα

Επομένως, καταλήγουμε, ότι υπό την αρχική νομοθετική λύση, Ηθική και Δίκαιο, δεν εναρμονίζονταν, ωστόσο υπό τη μετέπειτα νομοθετική προσθήκη, η νομοθεσία εναρμονίστηκε προς την αντίστοιχη ηθική επιταγή.

Προβληματισμός η'

Ο Α πάσχει από ανίατη ασθένεια σε προχωρημένο στάδιο. Κατόπιν σχετικής ενημέρωσης του, επιθυμεί να συμμετάσχει σε κλινική δοκιμή φαρμάκου, αμιγώς για επιστημονικούς σκοπούς, γνωρίζοντας ότι ο ίδιος δεν θα ωφεληθεί από τη συμμετοχή του, ελπίζοντας όμως από αλτρουϊστική άποψη, ότι θα βοηθήσει την πρόοδο της επιστήμης και στο μέλλον θα επωφεληθούν άτομα που πάσχουν από

²⁸⁵ ο οποίος κατά τη διάρκεια της ζωής του, ούτε είχε συναινέσει ρητά, ούτε είχε αρνηθεί ρητά τη δωρεά των οργάνων του

την ίδια ασθένεια με αυτόν, σε αρχικό στάδιο. Η συμμετοχή του Α στη κλινική μελέτη έχει υψηλό ρίσκο και είναι επικίνδυνη. Ποιες απαντήσεις δίνονται με βάση την Ηθική και το Δίκαιο στην επιθυμία του Α;

ι) Ηθική

Με βάση την ηθική θεμελίωση της συναίνεσης ως αυτονομία του Α, βάσει αρχών, υπό τη καντιανή προσέγγιση, θα πρέπει να δεχθούμε ότι ο Α αποτελεί πρόσωπο, είναι σκοπός καθ' εαυτόν, (αυτοσκοπός) και διαθέτει εγγενή αξία, ανεξάρτητη από ειδικές περιστάσεις. Δεν πρέπει να αντιμετωπίζεται ως κάτι λιγότερο από πρόσωπο, ήτοι ως εργαλείο επίτευξης αλλότριων σκοπών ή ως απλό μέσο για την προσέγγιση έτερων σκοπών όπως π.χ. η ωφέλεια άλλων μελλοντικών ασθενών, με παρόμοια ασθένεια, σε αρχικό στάδιο. Επιτάσσεται ο σεβασμός της προσωπικότητας, της ιδιαιτερότητας, της ατομικότητας και της αξιοπρέπειας του. Ακόμη, ο μη εξευτελισμός και η απαγόρευση μεταχείρισης του ως πειραματόζωο.

Έστω και αν υποθέσουμε ότι υφίσταται ορθή κατανόηση από τον Α, των συνεπειών συμμετοχής του στη συγκεκριμένη κλινική μελέτη, (όσον αφορά την υγεία και τη ζωή του), εντός του ευρύτερου πλαισίου ανάπτυξης και δικαιολόγησης της αυτονομίας του, βάσει αρχών, απαιτείται η ευεργεσία του και η αγαθοπρακτική μεταχείριση του. Επιβάλλεται ο περιορισμός της ατομικής αυτονομίας του, ως επιθυμίας συμμετοχής στη μελέτη, με παράλληλη επέκταση της υποχρέωσης βοήθειας, ευεργεσίας και προστασίας της υγείας του, από τους αρμόδιους ιατρούς, λόγω της ευαίσθητης και μειονεκτικής θέσης στην οποία βρίσκεται.

Δεν είναι ηθικά πρόπον να δεσμεύει οποιοδήποτε ιατρό η αυτοέκφραση του, άλλως η «απλή» επιλογή του να συμμετάσχει στην εν λόγω πειραματική και κινδυνώδη κλινική μελέτη, από την οποία όχι μόνο δεν θα ωφεληθεί, αλλά υπάρχει και ενδεχόμενο σοβαρής βλάβης του. Ούτε βεβαίως είναι ηθικά αποδεκτό να ενθαρρύνεται σε κάτι τέτοιο από οποιονδήποτε ερευνητή-ιατρό. Ο γνώμονας, του κάθε ανεύθυνου ιατρού που υιοθετεί τέτοιες πρακτικές μεθόδους, δεν υπερβαίνει με επιτυχία τη δοκιμασία καθολίκευσης, καθώς τόσο εννοιολογικά όσο και βουλευτικά αντιβαίνει στο Πρακτικό Λόγο και την κατηγορική προσταγή «Απαγορεύεται άνθρωπος να χρησιμοποιείται ως πειραματόζωο ή απλώς ως εργαλείο για απόκτηση ερευνητικής γνώσης». Συνεπώς, η τυχόν τέτοια χρησιμοποίηση του από επίδοξους «λαμπρούς» ερευνητές-ιατρούς, κρίνεται ηθικώς απαράδεκτη και καταδικαστέα.

ii) Δίκαιο

Από νομικής σκοπιάς, εφαρμογή στον εν λόγω προβληματισμό έχουν τα αρ. 24 και 26 Κ.Ι.Δ, καθώς έχουμε να κάνουμε με αμιγώς πειραματική-μη θεραπευτική κλινική μελέτη φαρμάκου σε άνθρωπο, συνδυαστικά με το αρ. 3 της Υ.Α ΔΥΓ3/89292/2003²⁸⁶. Κατά το αρ. 24 παρ. 1 ΚΙΔ «η ιατρική έρευνα διεξάγεται ελεύθερα στο πλαίσιο των θεμελιωδών πνευματικών και ηθικών αξιών, που χαρακτηρίζονται από σεβασμό στον άνθρωπο και την αξιοπρέπεια του». Έτσι προτάσσεται η αξιοπρέπεια του Α. Επιπλέον, θα ήταν νομικά επιτρεπτή η συμμετοχή του σε κλινική μελέτη φαρμάκου, μόνο εφόσον κατά το αρ. 24 παρ 2 περ. γ ΚΙΔ και το αρ. 3 παρ. 1 περ. α΄ ΥΑ ΔΥΓ3/89292/2003, οι κίνδυνοι, κατόπιν στάθμισης με τα οφέλη συμμετοχής του στη μελέτη, αποδεικνύονταν δυσανάλογα μικροί σε σχέση με αυτά καθ' αυτά τα πιθανά οφέλη του, πράγμα το οποίο ουδόλως συντρέχει. Εξάλλου, κατά το αρ. 26 παρ. 1 περ. α ΚΙΔ η προστασία της υγείας, της ζωής και της αξιοπρέπειας του Α, προηγούνται του συμφέροντος της επιστήμης και της κοινωνίας (μελλοντικών ασθενών), ενώ αντιστοίχως, κατά το αρ. 3 παρ. γ Υ.Α ΔΥΓ3/89292/2003, θα πρέπει να εξασφαλιστεί το δικαίωμα του να γίνει σεβαστή η σωματική και ψυχική ακεραιότητα του.

Επομένως, στην υπό κρίση περίπτωση και όσον αφορά τον Α «προέχει η υγεία-έπεται η έρευνα. Όχι έρευνα για την έρευνα και τόση έρευνα όση είναι αναγκαία»²⁸⁷. Μία τέτοια συμμετοχή θα ήταν παράνομη, με αυτόματη στοιχειοθέτηση, υπό τις προβλεπόμενες διατάξεις, αντίστοιχης ιατρικής ευθύνης των εμπλεκόμενων ερευνητών-ιατρών.

Στην αντίθετη, άκρως υποθετική περίπτωση που θα διεξαγόταν μια τέτοια παράνομη μελέτη, πράγματι θα επιβεβαιώνονταν οι φόβοι πως «όλος ο πολιτισμός μας βασίζεται στο ότι ο άνθρωπος είναι υποκείμενο δικαιωμάτων, ενώ στις κλινικές δοκιμές φαίνεται να χρησιμοποιείται ως αντικείμενο ή έστω μέσον για την έρευνα».²⁸⁸

²⁸⁶ Εναρμόνιση προς Οδηγία 2001/20/ΕΚ Ορθή Κλινική Πρακτική κατά τις δοκιμές φαρμάκων στον άνθρωπο (ΦΕΚ Β 1973/2003).

²⁸⁷ Παπαδοπούλου-Κλαμαρή, Πειραματισμός στον άνθρωπο, στο Τιμητικός Τόμος Γεωργίου Δ Καλλιμοπούλου, 2010, σελ. 470

²⁸⁸ Παπαδοπούλου-Κλαμαρή, Κλινικές Μελέτες Νομοθετικό πλαίσιο και ειδικά προβλήματα στο Καϊάφα-Γκμπάντι κ.α ,2010, Κλινικές Μελέτες στον Άνθρωπο, σελ. 31

iii) Συμπέρασμα

Οι νομοθετικές απαντήσεις, εναρμονίζονται κατά την άποψη μας και στο εν λόγω προβληματισμό, με τις ηθικές επιταγές, ως ανωτέρω παρατέθηκαν.

V. ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΠΑΡΑΒΟΛΗ/ΕΛΕΓΧΟ: ΣΥΝΟΠΤΙΚΑ ΤΟ ΤΕΛΙΚΟ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Κατόπιν των ανωτέρω προβληματισμών, τους οποίους εξετάσαμε, τόσο σε επίπεδο Ηθικής όσο και σε επίπεδο νομοθεσίας, καταλήγουμε στα εξής χρήσιμα συμπεράσματα:

Η ενημέρωση του υποκειμένου πρέπει να λαμβάνει χώρα, πριν από την διενέργεια οποιασδήποτε ιατρικής πράξης π.χ. στο γραφείο του διενεργούντος την επέμβαση ιατρού και βεβαίως όχι την ίδια ημέρα που θα διεξαχθεί η ιατροχειρουργική επέμβαση. Ενδεικτικός χρόνος της ενημέρωσης, μπορεί να είναι 3 έως 4 ημέρες, πριν τη διενέργεια της. Η ενημέρωση πρέπει να είναι πλήρης, σαφής, χωρίς ιατρικούς όρους και εξειδικευμένη ιατρική ορολογία και σε γλώσσα που κατανοεί το υποκείμενο. Ο διάλογος και η απεύθυνση ερωτήσεων θα πρέπει να ενθαρρύνονται, ενώ προσπάθειες επεξήγησης και διευκρινήσεων μέσω αναλογιών, συγκρίσεων κτλ, θα πρέπει να ενισχύονται. Η ενημέρωση δεν θα πρέπει να είναι ουδέτερη, αλλά να ανταποκρίνεται, κατά την άποψη μας, στις ανάγκες ενός «μέσου λογικού» ασθενούς. Η δοθείσα συναίνεση, εξάλλου, αναλόγως των περιστάσεων και της ιατρικής πράξης, δεν απαιτείται να είναι έγγραφη, παρά μόνο για αποδεικτικούς λόγους.

Τόσο με βάση την ηθική επιχειρηματολογία που υιοθετούμε στην παρούσα εργασία, όσο και την ενδεδειγμένη, άμεσα ή έμμεσα, νομοθετική λύση, παρατηρούμε ότι οι απαντήσεις και οι λύσεις των 2 ως άνω πεδίων είναι κοινές στα κάτωθι:

1) Ο γιατρός απαγορεύεται να αποκρύπτει πληροφορίες, να εξαπατά, να χειραγωγεί ή να παραπλανεί τον ασθενή, που πρόκειται να υποβληθεί σε μία ιατροχειρουργική επέμβαση, πλην των περιπτώσεων που ο τελευταίος δεν μπορεί, λόγω της εύθραυστης ψυχοσύνθεσής του, να διαχειριστεί την αλήθεια, ή ενδέχεται να

προκληθεί μεγάλη ταραχή σε αυτόν, με άμεσο κίνδυνο για την υγεία και τη ζωή του. Ευλόγως και σε περίπτωση που ο ίδιος ζητάει να μην ενημερωθεί.

2) Η υποχρέωση του ιατρού για παροχή βασικής φροντίδας (χορήγηση τροφής, υγρών κτλ) και ανακουφιστικής αγωγής προς το σκοπό διατήρησης της αξιοπρέπειας, δεν παύει, αλλά εξακολουθεί να υφίσταται στη περίπτωση ρητής και αυτοπρόσωπης άρνησης υποβολής σε προτεινόμενη ιατρική πράξη, κατόπιν πλήρους ενημέρωσης, ικανού ψυχοπνευματικά ασθενούς.

3) Σε περίπτωση οριακών καταστάσεων διαφωνίας των οικείων, σχετικά με την υποβολή σε ευεργετική για τη ζωή και την υγεία, ιατροχειρουργική επέμβαση, ανίκανου ενήλικου ασθενούς, που δεν έχει τεθεί σε δικαστική συμπαράσταση, ο γιατρός, εφόσον υπάρχει χρόνος, πρέπει να προβαίνει σε μία σειρά εξασφαλιστικών ενεργειών (κίνηση διαδικασίας διορισμού συμπαραστάτη, ενημέρωση και άδεια Εισαγγελέα Πρωτοδικών κτλ). Σε περίπτωση δε κατεπείγοντος, πρέπει να παρακάμπτει τις δηλώσεις και επιθυμίες των οικείων και να επεμβαίνει. Ουσιαστικής σημασίας σε παρόμοια προβλήματα αναδεικνύεται και η συμβουλευτική ή γνωμοδοτική δράση Επιτροπών Βιοηθικής των νοσηλευτικών ιδρυμάτων, ώστε να απαιτείται, όπου δεν υφίστανται, να συσταθούν.

4) Παρόμοια πατερναλιστική δράση θα πρέπει να έχει ο γιατρός προκειμένου να διασώσει την ζωή και την υγεία ενός ώριμου, κοντά στην ενηλικίωση, πλην ανηλικού ασθενούς, ο οποίος επικαλούμενος θρησκευτικές πεποιθήσεις του, αρνείται, επωφελή για αυτόν ιατρική πράξη (π.χ. μετάγγιση αίματος), τη στιγμή που εκπρόσωποι του δεν μπορούν να ανευρεθούν και τα χρονικά περιθώρια είναι στενά.

5) Λήψη οργάνων από νεκρό πρόσωπο για μεταμόσχευση σε ιστοσυμβατό λήπτη, που πραγματικά το έχει ανάγκη, με βάση μία «τεκμαιρόμενη» συναίνεσή του πρώτου, παρά τις αντιρρήσεις της οικογένειάς του, θα πρέπει να αποκλειστεί.

6) Τα συμφέροντα του συμμετέχοντα σε κλινική μελέτη φαρμάκων προηγούνται πάντοτε των συμφερόντων της Επιστήμης και της Κοινωνίας. Εξασφαλίζεται απαραίτητως η αξιοπρέπεια του, η σωματική και ψυχική ακεραιότητα του, η υγεία και η ζωή του, ενώ κρίνεται απολύτως αναγκαίο, κατόπιν στάθμισης, οι όποιοι κίνδυνοι για την υγεία του να είναι δυσανάλογα μικροί σε σχέση με τα πιθανά οφέλη. Υπό διαφορετικές περιστάσεις, τέτοια συμμετοχή αποκλείεται.

Θεωρείται δεδομένο και ισχύει πράγματι, ότι η Ηθική διακρίνεται από το Δίκαιο. Χαρακτηριστικά του Δικαίου, ιδίως του «θετικού» Δικαίου, είναι ο κανονιστικός χαρακτήρας, η ρύθμιση ανθρώπινης συμπεριφοράς, η υποχρεωτικότητα, το εξαναγκαστό και η ετερονομία.²⁸⁹ Από την άλλη, η Ηθική, καθορίζει και αυτή με κανόνες την ανθρώπινη συμπεριφορά, έχει συνεπώς κανονιστικό-δεοντολογικό χαρακτήρα, διαφέρει όμως από το Δίκαιο, στο ότι οι κανόνες της απορρέουν ελεύθερα από τη συνείδηση του καθενός, είναι δηλαδή αυτόνομοι (όχι ετερόνομοι) και δεν είναι εξαναγκαστοί, καθώς μόνη συνέπεια παραβάσεως τους, είναι οι τυχόν τύψεις του παραβάτη, η κοινωνική επίκριση και περιφρόνηση του²⁹⁰. Αρκετές θεωρίες έχουν και εδώ υποστηριχθεί, για τη σχέση Δικαίου και Ηθικής, (π.χ. θετικισμός²⁹¹), ωστόσο με βάση τους προβληματισμούς που θέσαμε ανωτέρω, την ηθική θεμελίωση που υιοθετήσαμε και τα συμπεράσματα στα οποία καταλήξαμε, η απάντηση που πρέπει να δίδεται, κατά την άποψή μας, στο ερώτημα «ότι είναι νόμιμο είναι και ηθικό;» είναι καταφατική.

Όπως επισημαίνει και ο Παύλος Σούρλας²⁹², τόσο κατά τη θέσπιση όσο και κατά την εφαρμογή του Δικαίου, εμπλέκονται αναπότρεπτα ηθικές εκτιμήσεις και αξιολογήσεις... Πρέπει ωστόσο να αναζητήσουμε τους κρίσιμους εκείνους διαχωρισμούς και τις αναγκαίες εγγυήσεις για την αποφυγή μία άκρως ηθικολογικής αντίληψης του Δικαίου.

²⁸⁹ Παναγόπουλος, 1999, σελ. 16

²⁹⁰ Παναγόπουλος, 1999, σελ. 16-17

²⁹¹ Βλ. Σούρλας, 2015, Θεωρητική θεμελίωση, Μέρος Α', μάθημα Δικαιο, Ηθική και Βιοηθική, ΠΜΣ Βιοηθική

²⁹² Βλ. Σούρλας, ο.π.

VI. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνόγλωσση:

- Αναπλιώτη-Βαζαίου, (1993), Γενικές Αρχές Ιατρικού Δικαίου, Εκδόσεις Π.Ν Σάκκουλας
- Ανδρουλιδάκη-Δημητριάδη Ι., (1993), Η υποχρέωση ενημέρωσης του ασθενούς, Συμβολή στη διακρίβωση της αστικής ιατρικής ευθύνης, Αθήνα, Εκδόσεις Σάκκουλα
- Ανδρουλιδάκης Κ., (2010), Καντιανή Ηθική, Θεμελιώδη Ζητήματα και Προοπτικές, Αθήνα, Εκδόσεις Ιδεόγραμμα
- Βάρκα-Αδάμη Α., (2002) «Βιοηθική και Δίκαιο» στο Ελληνική Δικαιοσύνη, σελ. 666 επ.
- Βασιλόγιαννης Φ., (2007-2008), Το καθήκον ειλικρίνειας του ιατρού, ένα απόλυτο καθήκον στο Επιθεώρηση Βιοηθικής, Τόμος Ι, Διαθέσιμο στο διαδικτυακό τόπο: http://www.bioethicsreview.uoc.gr/Vol1/Issue1/v1i1a2_Vasilogiannis.pdf Ημερομηνία πρόσβασης 30.09.2016
- Berlin I., (2001), *Τέσσερα δοκίμια περί ελευθερίας*. Γιάννης Παπαδημητρίου (Μτφ), Αθήνα: Εκδόσεις Scripta
- Βιδάλης, Τ. Κ. (2007) Βιοδίκαιο, Πρώτος τόμος: Το πρόσωπο, Δημοσιεύματα Ιατρικού Δικαίου και Βιοηθικής, Τεύχος 6, Αθήνα-Θεσσαλονίκη, Εκδόσεις Σάκκουλα
- Βιδάλης Τ. Κ. (2007-2008), Η «εικαζόμενη συναίνεση» στο Επιθεώρηση Βιοηθικής, Τόμος Ι, Τεύχος Ι, Φθινόπωρο 2007/Χειμώνας 2008 Διαθέσιμο στο διαδικτυακό τόπο http://www.bioethicsreview.uoc.gr/Vol1/Issue1/v1i1a4_Vidalis.pdf Ημερομηνία πρόσβασης 17.07.2016
- Βιδάλης Τ.Κ. (επιμ.), (2013), Ιατρική Δεοντολογία, πρόλογος Θ.Κ Παπαχρίστου, Αθήνα, Εκδόσεις Σάκκουλα
- Γεωργιάδης Α. (2007), Γενικές Αρχές Αστικού Δικαίου - Συντετμημένη έκδοση προς χρήση των φοιτητών, Αθήνα, Εκδόσεις Αντ. Ν. Σάκκουλα.
- Γεωργιάδης, Α. (2007), Ενοχικό Δίκαιο, Ειδικό μέρος, Τόμος ΙΙ, Αθήνα, Εκδόσεις Π. Ν. Σάκκουλας
- Γεωργιάδης Α., (2010), Σύντομη ερμηνεία του Αστικού Κώδικα (ΣΕΑΚ), Τόμοι 1^{ος} και 2^{ος}, Αθήνα, Εκδόσεις Π.Ν. Σάκκουλα
- Γεωργιάδης Α. (2014), Οικογενειακό Δίκαιο, Αθήνα, Εκδόσεις Σάκκουλα
- Γραφάκου Ο. (2007-2008), Η ενήμερη συγκατάθεση (informed consent) των ανηλίκων: Η εξέλιξη μέσα από την βιοϊατρική και βιοηθική βιβλιογραφία, στο

Επιθεώρηση Βιοηθικής, Τόμος I, Τεύχος I, Φθινόπωρο 2007/Χειμώνας 2008
Διαθέσιμο στο διαδικτυακό τόπο
http://bioethicsreview.uoc.gr/Vol1/Issue1/v1i1sa4_Grafakou.pdf Ημερομηνία
πρόσβασης 10/11/2016

-Δαγτόγλου Π. Δ. (2005), Ατομικά δικαιώματα , τόμοι I και II, Αθήνα-Κομοτηνή,
Εκδόσεις Σάκκουλα

-Dworkin R., (2013), Η Επικράτεια της Ζωής, Αμβλώσεις, Ευθανασία & Ατομική
Ελευθερία, απόδ. Βασιλόγιαννης Φ., επιμ. Τσινόρεμα Σ., επίμετρο Σούρλας Π.,
Αθήνα, Εκδόσεις Αρσενίδη

-Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής (2010), Γνώμη, «Η Συναίνεση στη σχέση ασθενούς –
ιατρού»,
Διαθέσιμη στο διαδικτυακό τόπο
<http://www.bioethics.gr/index.php/el/gnomes/88-sumainesi-sxesi-iatroy-asthenous>
Ημερομηνία πρόσβασης 02.10.2016

- Καϊαφα-Γκμπάντι Μ., Κουνουγέρη-Μανωλεδάκη Ε, Συμεωνίδου-Καστανίδου Ε.
κ.α., (2006) Ο Νέος κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας (Ν. 3418/2005): Βασικές
ρυθμίσεις (νομική, ιατρική και κοινωνιολογική προσέγγιση), Δημοσιεύματα Ιατρικού
Δικαίου και Βιοηθικής, Τεύχος 1, Εκδόσεις Σάκκουλα

- Kant I., (1785,1984), Τα θεμέλια της Μεταφυσικής των Ηθών, Εισαγωγή-
μετάφραση-σχόλια: Τζαβάρα Ι., Αθήνα-Γιάννενα, Εκδόσεις Δωδώνη.

-Kant I., (1797,2013), Μεταφυσική των Ηθών, Μετάφραση/Σημειώσεις/Επιλεγόμενα:
Ανδρουλιδάκης Κ., Αθήνα, Εκδόσεις Σμιλή.

- Καραγεωργος Κ., (1996), Η ποινική εκτίμηση των ιατροχειρουργικών επεμβάσεων,
Εκδόσεις Σάκκουλα.

-Κατσαντώνης Α., Αι ιατρικάί θεραπευτικάί επεμβάσεις και η σημασία της
συναίνεσης του ασθενούς, στο Ποινικά Χρονικά, 1970, σελ. 65 επ.

-Κατσιμίγκας Γ.& Βασιλοπούλου Γ. (2010), Βασικές Αρχές Βιοηθικής και
Ορθόδοξης Ηθικής, στο ΤΟ ΒΗΜΑ ΤΟΥ ΑΣΚΛΗΠΙΟΥ Τόμος 9ος, Τεύχος 2^ο,
Διαθέσιμο στο διαδικτυακό τόπο

http://www.vima-asklapiou.gr/volumes/2010/VOLUME%2002_10/VA_REV_4_09_02_10.pdf

Ημερομηνία πρόσβασης 27/11/2016

-Κούρτης Μ. Γ.,(2002), Αστικό Δίκαιο Μεταμοσχεύσεων, Σύμφωνα με τον Ν. 2737/1999, Αθήνα, Εκδόσεις Π.Ν. Σάκκουλας

-Κουτσελίνης Α. (1999), Βασικές Αρχές της Βιοηθικής, Ιατρικής Ηθικής και Ιατρική Ευθύνη, Αθήνα, Εκδόσεις Παρισσιανού Α.Ε.

-Κωστάρας Α., (2004), Έννοιες και Θεσμοί του Ποινικού Δικαίου, 2^η έκδοση, Εκδόσεις Αντ. Ν. Σάκκουλα

-Λασκαρίδης Ε. (επιμ.) (2012), Ερμηνεία Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας (ΕρμΚΙΔ), (Ν. 3418/2005), πρόλογος Παπαδοπούλου-Κλαμαρή Δ., Αθήνα, Εκδόσεις Νομική Βιβλιοθήκη

-Λιούρδη Α., «Νομική ευθύνη στις ιατροχειρουργικές επεμβάσεις», Εισήγηση στο σεμινάριο της Ελληνικής Χειρουργικής Εταιρείας, Αθήνα, 2008,

Διαθέσιμο στη http://www.exe1928.gr/ell/articles/articles_seminars/2008/sep/

Ημερομηνία πρόσβασης 2/9/2016.

- Μάλλιος, (2006), Γενετικές εξετάσεις και Δίκαιο, Γενετικές Εξετάσεις: Το δικαίωμα μη γνώσης του υποκειμένου και τα όρια της γνώσης τρίτων μελών της οικογένειας του, στο Ιατρικό απόρρητο, Συνήγορος του Πολίτη, Αθήνα, Εκδόσεις Σάκκουλας.

-Mill J.S., (1861,2002), Ωφελμισμός, Εισαγωγή, μετάφραση, σχολιασμός: Φιλήμων Παιονίδης, Αθήνα, Εκδόσεις Πόλις

-Μίλ, Τζών Στούαρτ, (1983), *Περί Ελευθερίας*, Νίκος Μπαλής (Μτφ.), Αθήνα: Εκδόσεις Επίκουρος.

-Μπαλάκος Κ., (2015), Η συναίνεση στις μεταμοσχεύσεις, Διπλωματική Εργασία, Διατμηματικό Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών: Σύγχρονες Ιατρικές Πράξεις: Δικαιϊκές Ρυθμίσεις και Βιοηθική Διάσταση, Σχολές Νομικής, Ιατρικής, Οδοντιατρικής και θεολογίας, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη, Διαθέσιμο στον διαδικτυακό τόπο <https://ikee.lib.auth.gr/record/270458/files/GRI-2015-14894.pdf>

Ημερομηνία πρόσβασης 02.09.2016

- Ν. 3418/2005 «Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας» (ΦΕΚ Α'287/28.11.2005), Τράπεζα Νομικών Πληροφοριών ΝΟΜΟΣ και αιτιολογική έκθεση στο ΚωδΝομΒημ, 2005, αρθ. 11 και 12, σελ. 2055 επ.

-Ν. 3984/2011 ΦΕΚ Α'150/ 27.06.2011 & αιτιολογική έκθεση ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ

- Ν. 2619/1998 ΦΕΚ Α'132, Σύμβαση του Συμβουλίου της Ευρώπης για την προστασία των ανθρώπινων δικαιωμάτων και της αξιοπρέπειας του ατόμου σε σχέση με τις εφαρμογές της βιολογίας και της ιατρικής: Σύμβαση για τα ανθρώπινα δικαιώματα και τη βιοϊατρική (Σύμβαση Οβιέδο) ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ

-Ν. 3305/2005 «Εφαρμογή της Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής» (ΦΕΚ Α'17/ 27.01.2005) ΤΠΝ ΝΟΜΟΣ

-Ο'Neill, O. (2002, 2011), Αυτονομία και εμπιστοσύνη στη βιοηθική, μετάφραση: Θοδωρής Δρίτσας, επιμέλεια: Αντώνης Χατζημουσής, Αθήνα, Εκδόσεις Αρσενίδη

-Παναγόπουλος Κ., (1999), Εισαγωγή στο δίκαιο και στο αστικό δίκαιο, Εκδόσεις Σάκκουλα

-Παπαδοπούλου- Κλαμαρή Δ., (2010), Η συγγένεια, Αθήνα, Εκδόσεις Σάκκουλα

-Παπαδοπούλου-Κλαμαρή Δ., (2010), Πειραματισμός στον άνθρωπο (νομοθετικό πλαίσιο και προβλήματα) στο Τιμητικός Τόμος Γεωργίου Δ Καλλιμοπούλου, σελ. 453 επ.

-Παπαδοπούλου-Κλαμαρή Δ., Κλινικές Μελέτες, Νομοθετικό πλαίσιο και ειδικά προβλήματα στο Καϊαφα-Γκμπάντι κ.α., (2010), Κλινικές μελέτες στον Άνθρωπο, σελ. 31 επ., Εκδόσεις Σάκκουλα

- Παπαζήση Θ., Συναίνεση ως προϋπόθεση σύννομης παροχής υπηρεσιών υγείας στο Digesta 2004, σελ. 444 επ.

-Πελεγρίνης Θ. (1997), Ηθική Φιλοσοφία, β' έκδοση, Αθήνα, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα

-Πελλένη - Παπαγεωργίου Α., (2016), Ιατρική Αστική Ευθύνη και Συναίνεση του Ασθενούς, Αθήνα, Εκδόσεις Σάκκουλας

-Πέτσης Σ. (2007), Ιπποκρατικό μοντέλο ή ενήμερη συγκατάθεση; Τα όρια της ιατρικής ευθύνης, Μεταπτυχιακή εργασία, Διατμηματικό ΠΜΣ Βιοηθική, Βιβλιοθήκη Πανεπιστημίου Κρήτης Ρέθυμνο.

-Πικράκη Ε., (2014), Ενήμερη συγκατάθεση στους χειρουργικούς ασθενείς του ΠΑ.Γ.Ν.Η.: η οπτική των ασθενών/ Μεταπτυχιακή εργασία-Διατμηματικό ΠΜΣ Βιοηθικής, Βιβλιοθήκη Πανεπιστημίου Κρήτης, Ρέθυμνο, Διαθέσιμο στο διαδικτυακό τόπο <http://elocus.lib.uoc.gr/dlib/8/a/d/metadata-dlib-1448885119-21817-5810.tkl>

Ημερομηνία πρόσβασης 26.04.2016

-Σακελλαροπούλου Β., (2011) Η ποινική αντιμετώπιση του ιατρικού σφάλματος και η συναίνεση του ασθενούς στην ιατρική πράξη, 2η έκδοση, Αθήνα-Θεσσαλονίκη, Εκδόσεις Σάκκουλα.

- Σημειώσεις από ημερίδα με τίτλο «Ιατρική ευθύνη: Όρια και προϋποθέσεις από άποψη αστικού και ποινικού δικαίου», 22/2/2017, Ηράκλειο Κρήτης.

- Σούρλας Π., (2015), Θεωρητική θεμελίωση, Μέρος Α΄, Σημειώσεις για το μάθημα Δίκαιο, Ηθική και Βιοηθική, Διατμηματικό ΠΜΣ Βιοηθική

- Σταθόπουλος Μ., (2004), Επιτομή Γενικού Ενοχικού Δικαίου, Αθήνα, Εκδόσεις Σάκκουλα

- Τριανταφύλλου Δ., (2010), Η ενήμερη συγκατάθεση στη βιο-ιατρική έρευνα με μητέρες και παιδιά, Μεταπτυχιακή εργασία, Διατμηματικό ΠΜΣ Βιοηθικής, Ρέθυμνο, Βιβλιοθήκη Πανεπιστημίου Κρήτης.

Διαθέσιμο στο διαδικτυακό τόπο <http://elocus.lib.uoc.gr/dlib/6/e/e/metadata-dlib-1327314300-100290-5283.tkl#>

Ημερομηνία πρόσβασης 26.03.2016

- Τσινόρεμα Σ., Λούης Κ. (επιμ.), (2013), Θέματα Βιοηθικής- Η ζωή, η Κοινωνία και η Φύση μπροστά στις προκλήσεις των βιοεπιστημών, Ηράκλειο, Πανεπιστημιακές Εκδόσεις Κρήτης.

- Τσινόρεμα, (2006) Η Βιοηθική και η σύγχρονη κριτική της πράξης – Η Ηθική στην εποχή της Βιοτεχνολογίας, στο Δευκαλίων 24 (2), σελ. 213-250.

- Τσινόρεμα, (2015) «Το πρόσωπο και η αρχή της προσωπικότητας στη νεότερη ηθική φιλοσοφία και τη βιοηθική» στο Μ. Κανελλοπούλου-Μπότη & Φερενίκη Παναγοπούλου-Κουτνατζή (επιμ.), (2016) *Βιοηθικοί Προβληματισμοί II, Το πρόσωπο*, σελ. 105-106

-Υ.Α ΔΥΓ3/89292/2003 (ΦΕΚ Β΄ 1973 2003) Εναρμόνιση προς οδηγία 2001/20/ΕΚ- «Ορθή κλινική πρακτική κατά τις δοκιμές φαρμάκων στον άνθρωπο» ΤΠΝ ΝΟΜΟΣ

-Υ.Α. ΔΥΓ3α/79602/2007 (ΦΕΚ Β΄ 64 2007) Εναρμόνιση της Ελληνικής Νομοθεσίας προς την οδηγία ΕΚ 2005/28 «Αρχές για δοκιμαζόμενα φάρμακα σε ανθρώπους», ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ

-Φουντεδάκη Κ., (2003), Αστική Ιατρική Ευθύνη, Θεσσαλονίκη, Εκδόσεις Σάκκουλας

- Φουντεδάκη, (2007), Ανθρώπινη Αναπαραγωγή και Αστική Ιατρική Ευθύνη, Εκδόσεις Σάκκουλα

-Χαραλάμπους Γ. (2014), Η αρχή της αυτονομίας: Προϋποθέσεις, θεμελίωση και ο κανονιστικός της ρόλος στη Βιοηθική, Διδακτορική Διατριβή, Ρέθυμνο, Διατμηματικό ΠΜΣ Βιοηθική, Διαθέσιμο στο διαδικτυακό τόπο <https://www.didaktorika.gr/eadd/>, Ημ/νια πρόσβασης 3/11/2016.

- Χωραφάς Ν.(1978). Ποινικόν Δίκαιον, Τόμος Ι.
- Ψαρουλης Δ., & Βουλτσος Π., (2010), Ιατρικό Δικαίο στοιχεία βιοηθικής, University studio press

Ξενόγλωσση:

- Beauchamp T., & Faden R (1986), A History and Theory of informed consent, New York Oxford, Oxford University Press.
- Beauchamp, T. L. and Childress, J. F. (2001), *Principles of Biomedical Ethics*, Oxford, Oxford University Press
- Byrd B.S.- Hruschka J., (2006), Kant on Why must I keep my promise, Chicago-Kent Law Review, Volume 81, διαθέσιμο στον διαδικτυακό τόπο: <http://scholarship.kentlaw.iit.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=3521&context=cklawreview>
- Christman, J. (1988, October). Constructing the Inner Citadel: Recent Work on the Concept of Autonomy. *Ethics*, 99, 109-124.
- Christman , J. (Επιμ.). (1989). *The Inner Citadel: Essays on Individual Autonomy*. New York: Oxford University Press
- Culver C. & Gert B., (1982) “Philisophy in medicine: conceptual and ethical issues in medicine and phychiatry” ,New York, Oxford University Press
- Dworkin, G., (1972), “Paternalism”, *The Monist*, 56 (1): 64–84
- Dworkin, G. (1988), *The Theory and Practice of Autonomy*, New York, Cambridge University Press
- Frankfurt H. G. (1971). The Freedom of the Will and the Concept of a Person, *Journal of Philosophy*, 68, 5-20.
- Feinberg J., (1971) ‘Legal Paternalism’, *Canadian Journal of Philosophy* 1:105-124

-Harris, J. (1998). Rights and the Reproductive Choice. στο Harris, John και Holm, Søren (Επιμ.), *The Future of Human Reproduction: Ethics, Choice and Regulation*. Clarendon Press, 5-37.

-Harris, J. (2007). *Enhancing Evolution: The Ethical Case for Making Better People*. Princeton, Princeton University Press.

-Hill, Thomas E. (1991). *Autonomy and Self-Respect*, Cambridge, Cambridge University Press.

-Korsgaard C. M., (1996), The right to lie: Kant on dealing with evil στο *Creating the Kingdom of Ends*, New York, Cambridge University Press.

- Manson N. & O' Neill O., (2007), *Rethinking informed consent in Bioethics*, Cambridge UK, Cambridge University Press

-Mill, J. S. (1989). On Liberty. στο Stefan Collini (Επιμ.), *J.S.Mill, On Liberty and Other writings* (σσ. 1-116). Cambridge: Cambridge University Press.

- Nir, E. (2011), "Informed Consent", *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*

Edward N. Zalta (ed.),

Διαθέσιμο στο διαδικτυακό τόπο

<http://plato.stanford.edu/archives/fall2012/entries/informed-consent/>

Ημερομηνία πρόσβασης 10.06.2016

- Nuffield Council on Bioethics (2007) *Public Health: ethical issues. Full Report*. Διαθέσιμο στο διαδικτυακό τόπο <http://www.nuffieldbioethics.org>. Ημερομηνία πρόσβασης 10.12.2016.

- O'Neill, O. (2000). *Bounds of Justice*. Cambridge: Cambridge University Press.

-O'Neill, O. (2003). Autonomy: The Emperor's New Clothes. *Proceedings of the Aristotelian Society, Supplementary Volumes*, 77, 1-21.

-Robertson, J. A. (1986). Embryos, Families and Procreative Liberty: The Legal Structures of the New Reproduction. *Southern California Law Review*, 59, 939–1041.

-Robertson, J. A. (1994). *Children of Choice: Freedom and the New Reproductive Technologies*. Princeton: Princeton University Press.

- Skorupski, J. (2005). Mill, John Stuart στο Edward Graig (Επιμ.), *The Shorter Routledge Encyclopedia of Philosophy* (σσ. 659-674). Oxon: Routledge.
- Taylor, J. S. (2009). *Practical Autonomy and Bioethics*. New York: Routledge.
- Timmons M. (2012), *Moral Theory An Introduction*, Maryland USA, Rowman and Littlefield Publishers.
- The Belmont Report. (April 18, 1979). Ethical Principles and Guidelines for the protection of human subjects of research. *The National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research*.
- Warnock Mary, (επιμ.), (1863, 1962), Mill, On Liberty στο Utilitarianism, On Liberty and other Essays, London: Fontana.
- Wood A.W. (1999), *Kant's Ethical Thought*, Cambridge, Cambridge University Press.