

ΤΜΗΜΑ ΦΙΛΟΣΟΦΙΚΩΝ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ · ΤΜΗΜΑ ΒΙΟΛΟΓΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΟΛΟΓΙΑΣ

ΔΙΑΤΜΗΜΑΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ ΒΙΟΗΘΙΚΗ

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΓΙΑ ΤΟ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΔΙΠΛΩΜΑ
ΕΙΔΙΚΕΥΣΗΣ ΜΕ ΘΕΜΑ
**«ΙΠΠΟΚΡΑΤΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ Ή ΕΝΗΜΕΡΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ; ΤΑ
ΟΡΙΑ ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΥΘΥΝΗΣ.»**



Εξεταστική Επιτροπή:
(επιβλέπων) Γεωργόπουλος Δημήτριος
Βιδάλης Παναγιώτης
Μολύβας Γρηγόρης

Πέτσης Γ. Σπυρίδων

Φεβρουάριος 2007

Περιεχόμενα

Πρόλογος

Ιστορική αναδρομή

- Η Ιπποκρατική οπτική
- Πατερναλιστικό μοντέλο: Η σχέση ιατρού- ασθενή μέχρι το 1957
- Το μοντέλο της ενήμερης συγκατάθεσης

Θεμελίωση Πατερναλισμού

- Τι είναι πατερναλισμός
- Διαχωρισμός πατερναλισμού
- Επιχειρήματα υπέρ του πατερναλισμού

Ενήμερη Συγκατάθεση

- Το συμφέρον του ασθενούς
- Το κριτήριο της αυτονομίας
- Δικαίωμα στην ενημέρωση
- Το δικαίωμα στην άγνοια
- Άρνηση θεραπείας

Μια Διττή Πραγματικότητα

- Το πρόβλημα της έκτασης της ενημέρωσης
- Το πρόβλημα της υποκατάστατης κρίσης:
 - α)Ανήλικοι ασθενείς
 - β)Ασθενείς με αδυναμία έλλογης κρίσης

Το νομικό πλαίσιο

- Ο κώδικας Ιατρικής δεοντολογίας ν. 3418/28-11-2005
- Τα όρια της ιατρικής ευθύνης

Συμπερασματικά

- Τα όρια του νομοθετικού πλαισίου
- Ποιος έχει τελικά τον πρώτο λόγο;

Βιβλιογραφία

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Ένα από τα σημαντικότερα ζητήματα που απασχολούν το σύγχρονο διεπιστημονικό τομέα της Βιοηθικής αποτελεί η σχέση ανάμεσα στον ιατρό και τον ασθενή. Η ιατρική ηθική ως κλάδος του ευρύτερου αυτού τομέα έχει εγείρει πολλές συζητήσεις. Συζητήσεις που έχουν ως απώτερο σκοπό να προασπίζουν, το ανώτερο ίσως αγαθό που προσφέρει η κοινωνική συμβίωση, την προστασία της ζωής μέσω της υγείας και εν τέλει την διατήρηση μιας αρμονικής ψυχικής και σωματικής κατάστασης, που αποτελεί αδιαμφισβήτητο το έναυσμα για κάθε δυνατή ανθρώπινη λειτουργία.

Από τα αρχαία χρόνια του Ιπποκράτη, πρωταρχικό μέλημα της ιατρικής πρακτικής θεωρείτο η αρχή του «ωφελέειν ή μη βλάπτειν». Βασικός στόχος του ιατρού ήταν με τους χειρισμούς του να ωφελήσει τον ασθενή ή τουλάχιστον να μην του προκαλέσει βλάβη μεγαλύτερη από την ήδη υπάρχουσα. Το πατερναλιστικό μοντέλο που ακολουθούσαν οι ιατροί θεωρούσε ότι οι ίδιοι, λόγω των γνώσεών τους επί των ιατρικών ζητημάτων και των ικανοτήτων τους, μπορούν να αποφασίσουν οτιδήποτε εξυπηρετεί το συμφέρον του ασθενούς.

Στην εποχή μας, μια εποχή στην οποία έχει ανθήσει η έννοια της ελευθερίας, μέσω της προσωπικής ατομικότητας, ως ελευθερία επιλογής ανάμεσα σε δυνατές εναλλακτικές λύσεις, έχει αναπόφευκτα αναμορφωθεί η ιατρική πρακτική. Ένα από τα πιο ακανθώδη προβλήματα που εμπίπτουν στη σφαίρα της σχέσης ιατρού και ασθενούς αποτελεί η ενήμερη συγκατάθεση. Η έννοια της ενήμερης συγκατάθεσης είναι βέβαια μία σύγχρονη ιατρική έννοια που υιοθετήθηκε, ως απαραίτητη προϋπόθεση στην ιατρική πρακτική μόλις τις τελευταίες δεκαετίες του 20^{ου} αιώνα. Μία προϋπόθεση που ταυτοχρόνως ορίζεται και ορίζει την αυτονομία του ασθενούς και τα όρια της δικαιοδοσίας του ιατρικού επαγγέλματος.

Πλέον, είναι αναγνωρισμένο το δικαίωμα του ασθενούς να έχει μία πλήρη ενημέρωση σχετικά με την κατάσταση της υγείας του, να γνωρίζει όλες τις πιθανές εναλλακτικές μορφές θεραπείας και τις ενδεχόμενες παρενέργειές τους, καθώς και να συναινεί ή να αρνείται την προτεινόμενη από το ιατρό θεραπεία. Έτσι αναθεωρείται

στο πλαίσιο της σύγχρονης ιατρικής δεοντολογίας η βασική αρχή του ιπποκρατικού όρκου, δηλαδή η πρωταρχικότητα του ιατρού στην ιατρική απόφαση¹.

Ωστόσο η συμμετοχή του ασθενούς στη λήψη της απόφασης δεν αποτελεί πάντα κάτι δεδομένο και εύκολο. Τα ερωτήματα που ανακύπτουν είναι το τι πράγματι καταλαβαίνει ο ασθενής όταν λαμβάνει τις πληροφορίες και ποιοι παράγοντες επηρεάζουν την βούληση του. Είναι έλλογος και ελεύθερος κάτω από την επήρεια της ασθένειας του ώστε να προβεί σε μια ορθολογική στάθμιση της κατάστασης του; Επιπλέον ποια τα όρια της ενημέρωσης από πλευράς του ιατρού και είναι αυτή η μοναδική υποχρέωση του έναντι του ασθενούς; Επίσης πως λαμβάνονται οι αποφάσεις για άτομα που αδυνατούν ή αρνούνται να ενημερωθούν και να δώσουν την συγκατάθεση τους;

Σκοπός του κειμένου που ακολουθεί είναι η παρουσίαση των θεμελιωδών αυτών προβλημάτων. Χωρίς να ενστερνίζεται είτε τον πατερναλισμό είτε το μοντέλο της ενήμερης συγκατάθεσης όπως το αποτυπώνει σήμερα το διεθνές νομικό πλαίσιο, έχει ως κύριο μέλημα να καταστεί σαφές ότι προστασία της αυτονομίας και των δικαιωμάτων του ασθενούς μπορεί να επιτευχθεί μέσα από μια βαθύτερη επικοινωνία και εμπιστοσύνη ανάμεσα στον ιατρό και τον ασθενή.

¹ Στον ιπποκρατικό όρκο δεν υπάρχει καμία αναφορά στη συγκατάθεση ή την αυτόνομη απόφαση του ασθενούς, γιατί μόνο ο γιατρός θεωρείται ότι είναι σε θέση να αποφασίζει για τον ασθενή κυρίως λόγω των ειδικευμένων γνώσεών του που του επιβάλλουν από ηθικής απόψεως να πράττει κατ' αυτόν τον τρόπο.

Κεφάλαιο 1^ο Ιστορική αναδρομή

Η Ιπποκρατική οπτική

Οι ρίζες της ιατρικής ηθικής στο δυτικό πολιτισμό μπορούν να ανιχνευθούν στην Ελληνο-Ρωμαϊκή ηθική, που καλύπτει το εκτεταμένο διάστημα, που πολύ συμβατικά ορίζεται από τον Ιπποκράτη (460-370πΧ) έως τον Γαληνό (129-216μΧ). Η Ιπποκρατική ιατρική οριοθετεί τη γέννηση της ορθολογικής ιατρικής, που θεμελιώνεται στην εμπειρική παρατήρηση και τη λογική αιτιολογία. Για την Ιπποκρατική ιατρική έχουν σωθεί αρκετές μαρτυρίες από τρίτους, καθώς και αρκετές πραγματείες από τους ίδιους τους ιατρούς. Οι πραγματείες αυτές συνθέτουν την ‘Ιπποκρατική Συλλογή’ που καταγράφηκε οριστικά από Αλεξανδρινούς μελετητές. Τα εξήντα περίπου αυτά έργα, που δεν ανήκουν όλα στον Ιπποκράτη, υπολογίζεται ότι έχουν γραφεί σε διάστημα πέντε αιώνων.

Από τους αρχαίους Ελληνικούς χρόνους είχε επισημανθεί η σπουδαιότητα της σχέσης ιατρού-ασθενούς. Ο Ιπποκράτης είχε τονίσει ανάμεσα στα άλλα, τη σπουδαιότητα του κοινωνικού περιβάλλοντος ως ένα αιτιολογικό παράγοντα της ασθένειας, καθώς και τη σημασία της σχέσης ιατρού- ασθενούς ως ένα θεραπευτικό εργαλείο. Αρκετά από τα έργα του ασχολούνται με την αρμόζουσα συμπεριφορά του ιατρού, όπως τα ‘Παραγγελίαι’, ‘Περί τέχνης’, ‘Νόμος’, ‘Περί ευσημοσύνης’, ‘Περί ιατρού’ με πιο γνωστό εκπρόσωπο τον ‘Όρκο’ που παραδοσιακά θεωρείται ως η επιτομή της ιατρικής ηθικής².

Απέναντι ακριβώς από τον ασθενή, ο ιατρός έχει κάποιες υποχρεώσεις, οι οποίες προβάλλονται στο ύψος μιας τέχνης, ο σκοπός της οποίας ήταν για την ελληνική σκέψη, ήδη από την αρχή, η επιβίωση και η ευτυχία του ανθρώπου. Ο ιατρός οφείλει να πολεμήσει με τα εργαλεία που του προσφέρει η φύση, εναντίον μιας από τις αιτίες δυστυχίας της ανθρώπινης ζωής, των ασθενειών, για τις οποίες ο Ησίοδος έλεγε, ήδη από τον όγδοο αιώνα, ότι επισκέπτονται ξαφνικά τους ανθρώπους, άλλες την ημέρα, άλλες τη νύχτα, επιφέροντας συμφορές στους σιωπηλούς θνητούς, διότι ο σοφός Δίας τους αρνήθηκε το λόγο³. Ταυτόχρονα, οι

² Βλ. Jouanna J., ‘Ιπποκράτης’, σελ.71-74.

³ Βλ. Ησίοδος, ‘Έργα και ημέραι’, σελ.47.

ιατροί έπρεπε να καταβάλλουν προσπάθειες, για να διατηρήσουν το ύψιστο αγαθό για τον άνθρωπο, την υγεία.⁴

Οι υποχρεώσεις του ιατρού έναντι του ασθενούς, χαρακτηρίζονται από μια σχέση υψηλότερου προς χαμηλότερου. Το μήνυμα του ιπποκρατισμού σχετικά με τις βάσεις των σχέσεων μεταξύ ιατρού και ασθενούς, είναι δυνατό να συνοψιστεί σε μία φημισμένη αφοριστικού χαρακτήρα φράση των *Επιδημιών II*: «Θα πρέπει να έχει κάποιος δύο πράγματα υπόψη του αναφορικά με την ασθένεια: το να είναι χρήσιμος και το να μη βλάπτει». ⁵ Ο Ιπποκράτης επιβεβαιώνει, επομένως, καθαρότητα ήδη πριν από τον Πλάτωνα και τον Αριστοτέλη ότι ο τελικός σκοπός της ιατρικής είναι το συμφέρον του ασθενούς. «Το να είναι χρήσιμος» αποτελεί μια ιδανική κατάσταση στην οποία δεν είναι δυνατό να φτάνει πάντοτε ο ιατρός: προσθέτει έτσι «το να μη βλάπτει». Εάν δε μπορεί να είναι χρήσιμος, ο ιατρός οφείλει τουλάχιστον να μη χειροτερεύσει την κατάσταση του ασθενούς με μια άστοχη παρέμβαση. Αυτή η ανθρώπινου χαρακτήρα διάσταση αποτελεί και την αυθεντικότητα της ιπποκρατικής σκέψης. Ακόμα και όταν ο πρακτικός ιατρός προβαίνει σε γενικευμένες σκέψεις για την πορεία της ιατρικής, οι οποίες προλαμβάνουν αυτές των φιλοσόφων, η θεώρηση του διατηρεί τον πλούτο της εμπειρίας που ήδη έχει ζήσει.

Οι κανόνες συμπεριφοράς του ιατρού οριοθετούνται από την ιατρική δεοντολογία. Η διασημότητα του ‘όρκου’⁶ οφείλεται στο ότι περιλαμβάνει το αναγκαίο των υποχρεώσεων του ιατρού έναντι του ασθενούς και του περίγυρου του. Με την εξαίρεση της απαγόρευσης, ιδιαίτερα αυστηρής, των επεμβάσεων για πέτρες σε περίπτωση λιθιάσεων, όλες οι απαγορεύσεις οι οποίες διατυπώνονται σ’ αυτό τον παλαιό ιατρικό κώδικα είναι ακόμα επίκαιρες, αν όχι κατά γράμμα, τουλάχιστον στο γενικό πνεύμα. Η σύγχρονη ιατρική δεοντολογία έχει τις ρίζες της στον ‘όρκο’ είτε, μάλιστα, η τελευταία αφορά το ιατρικό απόρρητο είτε το σεβασμό της ζωής του ασθενούς. Μόνο η σύγχρονη νομοθεσία για την άμβλωση, η οποία είναι ανεκτή σε συγκεκριμένες περιπτώσεις, καθιστά περισσότερο ευέλικτες τις άκαμπτες απαγορεύσεις της ιπποκρατικής ηθικής⁷.

Παρατηρούμε, ωστόσο, ότι στον Όρκο, όπως και στα άλλα Ιπποκρατικά συγγράμματα, δεν υπάρχει καμία αναφορά στην υποχρέωση εκ μέρους του ιατρού να ενημερώσει τον ασθενή του για την κατάσταση του. Η σχέση τους είναι καθαρά

⁴ Βλ. Λυπουρλής Δ., ‘Ιπποκρατική συλλογή’, ‘Περί παθών’, & Αριστοτ. Ηθικ. Νικ. Α9,1.099α.

⁵ Βλ. Λυπουρλής Δ., ‘Ιπποκρατική συλλογή’, ‘Επιδημίες 5’.

⁶ Βλ. Edestein, ‘The Hippocratic oath’, σελ.63.

⁷ Βλ. Jouanna J., ‘Ιπποκράτης’, σελ.162-163.

πατερναλιστική και μοιάζει με την πολιτεία του Hobbes όπου όλοι οι πολίτες είχαν εκχωρήσει τα δικαιώματά τους στον ηγεμόνα. Ο ιατρός είναι ο καθαρά αρμόδιος να αντιμετωπίσει την ασθένεια και πρέπει να μείνει προσηλωμένος μόνο σε αυτό. Μάλιστα, όπως αναφέρει και ο ίδιος ο Ιπποκράτης «η ζωή είναι σύντομη, η τέχνη μακρά, η ευκαιρία φεύγει, η κρίση είναι δύσκολη»⁸ και ο ιατρός δεν μπορεί να σπαταλήσει τον πολύτιμο χρόνο στην ενημέρωση του ασθενούς. Οι ασθενείς θεωρούνταν αρκετά αδαείς σε ιατρικά θέματα και οι Ιπποκρατιστές ιατροί δεν τα συζητούσαν μαζί τους, παρά μόνο με συναδέλφους τους. Ο Ιπποκράτης στο ‘Περί Ευσχημοσύνης’ συμβουλεύει τους ιατρούς τα περισσότερα που αφορούν την υγεία των ασθενών να κρατούνται κρυφά από τους ίδιους και να μην αποκαλύπτονται τίποτε από αυτά, που τους συμβαίνουν ή θα τους συμβούν στο μέλλον⁹. Και αυτό, γιατί πολλοί ασθενείς, αν μάθουν την αλήθεια εξαιτίας του φόβου τους, παρουσιάζουν επιδείνωση της κατάστασής τους και δυσχεραίνουν το έργο του ιατρού.

Η μη υποχρέωση των ιατρών από τον Ιπποκράτη να ενημερώνουν τον ασθενή αποτελεί την κύρια έκφραση του πατερναλισμού των ιατρών έναντι των ασθενών. Ακόμη και ο Αριστοτέλης θεωρούσε ότι ο ιατρός στα ζητήματα της θεραπείας πρέπει να έχει τον πρώτο λόγο¹⁰. Από την εποχή του Ιπποκράτη, λοιπόν, δεν υπάρχει καμία αναφορά στη συγκατάθεση ή στην αυτόνομη απόφαση του ασθενούς, διότι θεωρείται ότι μόνον ο ιατρός είναι σε θέση να αποφασίζει για τον ασθενή του λόγω των ειδικευμένων γνώσεων του και ότι, ακριβώς για αυτόν τον λόγο, έχει ηθική υποχρέωση να πράττει τούτο. Λόγω της επιστημονικής του κατάρτισης, ο ιατρός θεωρείται ότι, επιπλέον, έχει ηθική υποχρέωση να κάνει αυτό που είναι καλύτερο για τον ασθενή, σύμφωνα με τις ικανότητες του και την κρίση του. Στο ίδιο πλαίσιο, η αποκάλυψη των πληροφοριών στον ασθενή των επιλοκών, των εναλλακτικών μορφών θεραπείας και της γενικότερης λογικής που ενέχεται στην ιατρική κρίση, δεν συνιστά μέρος του ιπποκρατικού όρκου, διότι θεωρείται ότι αποτελεί μία περιττή διαδικασία, εφόσον η απόφαση δεν λαμβάνεται από τον ίδιο τον ασθενή αλλά από τον γιατρό. Μάλιστα, το να μοιράζεται ο ιατρός τις σχετικές πληροφορίες με τον ασθενή εκτιμάται και ως μία απαιτητική και κουραστική εργασία για τον γιατρό, η οποία επιβαρύνει το ήδη δύσκολο έργο του, της ιατρικής απόφασης και της

⁸ Βλ. Λυπουρλής Δ., ‘Ιπποκρατική συλλογή’.

⁹ Βλ. Λυπουρλής Δ., ‘Ιπποκρατική συλλογή’, ‘Περί Ευσχημοσύνης, 16’.

¹⁰ Βλ. Αριστοτέλης, ‘Ρητορικά, Α 15, 1375b 20’.

εξασφάλισης της συνεργασίας του ασθενούς και των συγγενών του σε αυτήν με σκοπό το καλό του ασθενούς.

Πατερναλιστικό μοντέλο: Η σχέση ιατρού- ασθενούς μέχρι το 1957

Μέσα στο πέρασμα των αιώνων, από την εποχή του Ιπποκράτη μέχρι και τα μέσα περίπου του 20^{ου} αιώνα, η σχέση του ιατρού με τον ασθενή παρέμεινε καθαρά πατερναλιστική. Υπό το πρίσμα της ιπποκρατικής δεοντολογίας του ωφελείν ή μη βλάπτειν, ο ιατρός είναι εκείνος που αποφασίζει τι είναι καλό για τον ασθενή του και ποια θεραπεία θα πρέπει να ακολουθηθεί χωρίς να πληροφορεί και να λαμβάνει την συγκατάθεση του ασθενούς.

Σε όλους αυτούς τους αιώνες η σχέση ιατρού-ασθενούς ήταν βασισμένη στο θεραπευτικό μοντέλο¹¹. Η βάση του θεραπευτικού μοντέλου, που αντικατροπτίζει την ιατρική ηθική, είναι από την εποχή του Ιπποκράτη η φιλανθρωπία, η αγάπη για τον άνθρωπο. Όπως αναφέρει ο ίδιος ο Ιπποκράτης «Εκεί όπου υπάρχει η αγάπη για τον άνθρωπο, υπάρχει και αγάπη για την τέχνη (της ιατρικής), η φιλοτεχνία»¹². Βασισμένοι στην φιλανθρωπία οι ιατροί της Ιπποκρατικής παράδοσης ακολουθούσαν τους κανόνες: να βοηθούν τους ασθενείς τους ή τουλάχιστον να μην τους βλάπτουν, να μη δίνουν θεραπεία σε ασθενείς που η κατάσταση τους ήταν μη αναστρέψιμη, γιατί αυτό αποτελούσε ύβρις προς τους θεούς, καθώς και στο μέτρο που ήταν δυνατόν να πολεμούν την αιτία της ασθένειας.

Θα ήταν ωστόσο υπερβολή, η αναζήτηση επαγγελματικής, με τη σημερινή έννοια, ιατρικής πρακτικής στους αιώνες αυτούς. Ιατρός μπορούσε να δηλώνει, περίπου, όποιος ήθελε. Μολονότι κάποιες ομάδες ιατρών είχαν, ενδεχομένως, τους δικούς τους κώδικες συμπεριφοράς, δεν υπήρχε καμιά γενική και υποχρεωτική ιατρική δεοντολογία, ούτε κάποιος όρκος για όλους αυτούς που αυτοπροσδιορίζονταν ως ιατροί.

Κατά την διάρκεια της Ρωμαϊκής αυτοκρατορίας, η επίσημη ιατρική έφτασε στη Ρώμη περί το 100 π.Χ. από τον Ασκληπιάδη και ουδέποτε προσέλκυσε πολλούς Ρωμαίους στις τάξεις της. Ο Scribonius Largus¹³ (περίπου 14-54 μ.Χ.), πιθανότατα Έλληνας απελεύθερος, στρατιωτικός ιατρός και φαρμακολόγος, επαναλαμβάνει τις Ιπποκρατικές θέσεις και, μάλιστα, του όρκου για την ανθρωπιά, την αποφυγή της

¹¹ Βλ. Ozar.D., 'Encyclopedia of Bioethics: Professional-Patient Relationship', Vol.4, σελ .2133-2134.

¹² Βλ. Λυπουρλής Δ., 'Ιπποκρατική συλλογή', 'Περί τέχνης' σελ 258.

¹³ Βλ. Γαλανάκης, 'Εισαγωγή στην βιοιατρική ηθική & βιοηθική', σελ. 24-25.

συμμετοχής σε εκτρώσεις, την αποφυγή χορήγησης επικίνδυνων φαρμάκων ακόμη και σε εχθρούς και τον ηθικό άξονα του μη βλάπτειν.

Οπωσδήποτε η κυρίαρχη ιατρική μορφή στον Ρωμαϊκό κόσμο ήταν ο Γαληνός (Πέργαμος 129 - Ρώμη 216? μΧ), που επέμεινε και σε θέματα ιατρικής ηθικής και έγραψε την πραγματεία "Ο άριστος ιατρός είναι και φιλόσοφος". Ο Γαληνός επέμεινε στην ανάγκη της φιλοσοφικής κατάρτισης του ιατρού, στην περιφρόνηση του χρήματος, στην εγκράτεια και τη δικαιοσύνη, αλλά δεν έκανε καμία αναφορά στην υποχρέωση του ιατρού να πληροφορεί τον ασθενή του. Το χαρακτηριστικό του Γαληνού ήταν ότι δίδασκε μάλλον στάσεις και αρετές, παρά κανόνες και υποχρεώσεις¹⁴.

Η περίοδος της Βυζαντινής αυτοκρατορίας οριοθετείται αδρά από την ίδρυση του πρώτου χριστιανικού νοσοκομείου στην Καισάρεια της Καππαδοκίας, στο τέλος του 4^{ου} αι μ.Χ. και την ενσωμάτωση της ιατρικής στα πανεπιστήμια των αναδυομένων εθνών της Ευρώπης στα τέλη του 14^{ου} αι μ.Χ. Η λειτουργία των πρώτων νοσοκομείων άλλαξε τον τρόπο εξέτασης των ασθενών που από τον ιδιαίτερο χώρο του σπιτιού μεταφέρθηκε σε ειδικούς χώρους.. Τα νοσοκομεία αυτά είχαν εσωτερικούς κανονισμούς, που ρύθμιζαν τις καθημερινές λεπτομέρειες, ιατρικές και όχι μόνο, που φτάνουν έως σήμερα, όπως επίσκεψη στην κλίνη του ασθενούς δυο φορές τη μέρα, γραπτή καταχώρηση της πορείας της νόσου και της αγωγής πάνω στην κλίνη, ενδονοσοκομειακά φαρμακεία και κανονισμούς καθαριότητας και διαίτας. Πάνω στα ίδια πρότυπα θρησκευτικοί σύλλογοι ανδρών, αλλά κυρίως γυναικών οργάνωσαν τα Hotel-dieu, σε πολλές ευρωπαϊκές πόλεις, στη Λυών το 542 μ.Χ. και στο Παρίσι το 660 μ.Χ., που φρόντιζαν για τη σωματική υγεία, αλλά και την πνευματική σωτηρία των ασθενών¹⁵.

Οι παραπάνω εξελίξεις οδήγησαν στην προσθήκη μιας ισχυρής δεοντολογικής χροιάς στην περίθαλψη του ασθενούς από οργανωμένα ιδρύματα, που υποστηρίζονται από εκκλησιαστικές και κοσμικές πηγές. Φαίνεται εκ πρώτης όψεως παράδοξο, αλλά οι αναφορές στον Όρκο του Ιπποκράτη είναι πιο συχνές στην περίοδο αυτή παρά στα κλασικά χρόνια, φτάνοντας μάλιστα σε αξιοσημείωτη συχνότητα στα μοναστικά κείμενα του 8^{ου} - 10^{ου} αιώνα. Ακόμη και μια παραλλαγή του Όρκου για Χριστιανούς κυκλοφόρησε πριν το 10^ο αιώνα. Οι κανόνες ευπρέπειας και κοσμιότητας αναπτύχθηκαν εξ ίσου κατά τη διάρκεια της περιόδου αυτής με

¹⁴ Βλ. Γαλανάκης, 'Εισαγωγή στην βιοιατρική ηθική & βιοηθική', σελ. 25.

¹⁵ Βλ. Γαλανάκης, 'Εισαγωγή στην βιοιατρική ηθική & βιοηθική', σελ. 26.

οδηγίες συμπεριφοράς και αμοιβής¹⁶. Το θεραπευτικό και συνάμα πατερναλιστικό μοντέλο στην σχέση ιατρού-ασθενούς παραμένει το ίδιο με την διαφορά, ότι η φιλανθρωπία πλαισιώνεται τώρα από την χριστιανική παράδοση του ‘αγαπάτε αλλήλους’ και το πρότυπο του Ιησού-θεραπευτή και των διδαχών του για συμπαράσταση στους ασθενείς¹⁷. Και πάλι απαγορεύεται η θεραπεία σε ανίατες ασθένειες, αλλά ο ασθενής μπορεί να βοηθηθεί από τον Θεό¹⁸.

Την ίδια περίοδο εμφανίζεται ο όρκος του Asaph Judeous, που έζησε στην Συρία τον 6^ο αι. Σύμφωνα με τον Όρκο του, ο ιατρός πρέπει να προσέχει να μην σκοτώνει κατά λάθος με τα φάρμακα του, να μην δίνει εκτριωτικά φάρμακα σε γυναίκες έγκυες από μοιχεία, να μην εποφθαλμιά πλούτο ή αχρείο γενετήσιο κέρδος¹⁹. Εξίσου σημαντική υπήρξε η συνεισφορά στην ιατρική ηθική του Μαϊμονίδη (1135-1204 μ.Χ.), που γεννήθηκε και σπούδασε στην Αραβική Κόρδοβα και εξάσκησε την ιατρική στην Αλεξάνδρεια και ως ιατρός της οικογένειας του Σαλκαδίν, υπήρξε επιφανής μελετητής του Ταλμούδ και μια από τις πιο επιβλητικές μορφές στην ιστορία της ιατρικής. Η ηθική του συμβολή επηρεάζει ακόμη τη σύγχρονη ιατρική. Σύμφωνα με το Μαϊμονίδη, η διάσωση της ζωής δικαιώνει την καταπάτηση του θρησκευτικού νόμου και είναι θρησκευτικό καθήκον η βοήθεια των τραυματιών, των ασθενών και ο ιατρός δεν πρέπει να θεραπεύει τη νόσο, αλλά τον άρρωστο²⁰.

Στην Αναγέννηση, στον διαφωτισμό και στα νεότερα χρόνια η ευρωπαϊκή ιατρική μπήκε τον 14^ο αιώνα ενσωματωμένη στα πανεπιστήμια. Οι μορφωμένοι ιατροί δεν αποτελούσαν, παρά μια νησίδα ανάμεσα σε ένα πέλαγος ημιμαθών πρακτικών, λαϊκών θεραπευτών και κομπογιαννιτών, ωστόσο, όμως σε αυτή τη νησίδα η επιστήμη και η ηθική της ιατρικής ανθούσαν. Η αύξηση της γνώσης δεν παραμέλησε το ενδιαφέρον για την ηθική της ιατρικής και συχνά ο πρόλογος των ιατρικών βιβλίων ήταν αφιερωμένος στα χαρακτηριστικά του καλού ιατρού.

Η θεραπευτική σχέση μεταξύ ιατρού ασθενούς δεν παρουσιάζει σημαντικές αλλαγές, καθώς σκοπός και στόχος των ιατρών παραμένει να ωφελήσουν ή τουλάχιστον να μη βλάψουν. Ωστόσο, υπάρχει μεγαλύτερος σεβασμός για τις θρησκευτικές πεποιθήσεις του ασθενούς και ταυτόχρονα διαχωρίζεται ο πνευματικός

¹⁶ Βλ. Γαλανάκης, ‘Εισαγωγή στην βιοιατρική ηθική & βιοηθική’, σελ. 26-29.

¹⁷ Βλ. Ματθαίος 9, Ματθαίος 10.8, Λουκάς 10.29-37.

¹⁸ Βλ. Ozar.D., ‘Encyclopedia of Bioethics: Professional-Patient Relationship’, Vol 4., σελ. 2134-2135.

¹⁹ Βλ. Veatch. R., ‘Encyclopedia of Bioethics: Medical Codes and Oaths’, Vol 3, σελ. 1488-1491.

²⁰ Βλ. Γαλανάκης, ‘Εισαγωγή στην βιοιατρική ηθική & βιοηθική’, σελ. 28-29.

και ο υλικός κόσμος. Δηλαδή, με άλλα λόγια χωρίζεται το πνεύμα και ιατρική εκκοσμικεύεται και γίνεται πιο επιστημονική²¹.

Το 1684 ο Ahasversious Fritch στο βιβλίο Medicus Peccans (ο αμαρτάνων ιατρός) παραθέτει τον όρκο των αποφοίτων ιατρών του Πανεπιστημίου της Jena, όπου απαριθμούνται 23 συνήθειες αμαρτίες των ιατρών με τελική αμαρτία την παράβαση του Όρκου τους. Άλλες αμαρτίες είναι η άσκηση της ιατρικής χωρίς επαρκή παιδεία, η αμέλεια του να εμπιστεύονται εαυτούς και ασθενείς στη θεία πρόνοια, η λήψη αμοιβής από τους φτωχούς και η λήψη υπέρογκης αμοιβής από τους πλούσιους, η παράταση της αγωγής με κίνητρο την παράταση του κέρδους, η εγκατάλειψη ασθενούς και η εγκατάλειψη της πόλης επί λοιμών, η βλάβη του καλού ονόματος άλλων ιατρών, η αποκάλυψη των κρυφών ελαττωμάτων των ασθενών, η χορήγηση θεραπειών που δεν έχουν δοκιμαστεί και η συνταγογραφία υπό την επήρεια μέθης²². Κατά το δεύτερο μισό του 16^{ου} αιώνα και την αρχή του 17^{ου} εκδίδονται σημαντικά κείμενα ιατρικής ηθικής, όπως το Medicus Politicus (1614) του Rodrigo a Castro που άσκησε την ιατρική στο Αμβούργο. Ο A. Castro θέτει ακριβή ερωτήματα, τα διαπραγματεύεται από διαφορετικές οπτικές γωνίες και προτείνει λύσεις. Η πρώτη ερώτηση για παράδειγμα είναι "κατά πόσο ο ιατρός επιτρέπεται να εξαπατήσει τον ασθενή του για το καλό της υγείας του" (ο συγγραφέας, πάντως, επιτρέπει την απόκρυψη της αλήθειας). Με τον ίδιο τρόπο ο συγγραφέας καταλήγει σε συμπεράσματα, όπως ότι ο ιατρός υποχρεούται να υπηρετεί όλους που ζητούν τη βοήθεια του, ακόμη και τους εχθρούς, να υπηρετεί τους φτωχούς χωρίς αμοιβή, να μην επισκέπτεται απρόσκλητα άρρωστο και να μην αναλαμβάνει να θεραπεύει το μη θεραπεύσιμο²³. Αξιοσημείωτο παραμένει το γεγονός, ότι και σε αυτά τα σημαντικά κείμενα ακόμα δεν έχουμε καμιά αναφορά για την ανάγκη ενημέρωσης και συγκατάθεσης του ασθενούς, αλλά εντούτοις ο ιατρός έχει τον πρώτιστο ρόλο στην μεταξύ τους θεραπευτική σχέση.

Η συμπόρευση θρησκείας και ηθικής στην ιατρική άρχισε να ατονεί κατά τον 19^ο και 20^ο αιώνα, ως αποτέλεσμα της εκκοσμίκευσης της επιστήμης και του αυξανόμενου επιστημονικού επαγγελματισμού. Η σχέση ιατρού-ασθενούς την περίοδο αυτή παραμένει πατερναλιστική, ωστόσο έχουμε δυο αλλαγές, μια από ηθικής σκοπιάς και μία από επιστημονικής. Από ηθική σκοπιά το ιδεατό κίνητρο για

²¹ Βλ.. Ozar.D., 'Encyclopedia of Bioethics: Professional-Patient Relationship', Vol 4, σελ 2135-2136.

²² Βλ. Veatch. R., 'Encyclopedia of Bioethics: Medical Codes and Oaths', σελ. Vol 3, σελ 1488-1491.

²³ Βλ. Γαλανάκης, 'Εισαγωγή στην βιοιατρική ηθική & βιοηθική', σελ. 34-35.

την θεραπεία του ασθενούς από την εποχή του Ιπποκράτη και αργότερα στον χριστιανισμό, όπως αναφέρθηκε, ήταν η φιλανθρωπία και η αγάπη για τον συνάνθρωπο. Στην σύγχρονη εποχή, η έννοια της φιλανθρωπίας διαφέρει ριζικά, καθώς γίνεται από νατουραλιστική πιο εξατομικευμένη και προσωποκρατική. Κατά την διάρκεια του 19^{ου} και 20^{ου} αιώνα πολλοί ιατροί ήταν νατουραλιστές στην θεωρία, όσον αφορά την επιστημονική έννοια της ανθρώπινης φύσης και προσωποκρατικοί στην πράξη, όσον αφορά την θεραπευτική σχέση που είχαν με τον ασθενή. Από επιστημονική σκοπιά η ιδεατή βάση για την θεραπεία έγινε η φυσική επιστήμη. Το άρρωστο πρόσωπο εξεταζόταν επιστημονικά υπό το πρίσμα της βιολογικής του εξέλιξης και από τους νόμους της φύσης²⁴.

Κάτω από αυτές τις αλλαγές στην σκέψη της ιατρικής και της απελευθέρωσης της από θρησκευτικές δοξασίες, η ακραία πατερναλιστική σχέση ιατρού και ασθενή αρχίζει να εξασθενεί. Η αλλαγή αρχίζει να διαφαίνεται το 1803 όπου ο Percival με το έργο του 'Ιατρική Ηθική' αναφέρεται για πρώτη φορά στο θέμα της αποκάλυψης της αλήθειας στον ασθενή για την κατάσταση του. Ωστόσο, ο Percival υποστηρίζει ότι ο ιατρός έχει ακόμα την δυνατότητα να μην πληροφορήσει τον ασθενή του, αν κρίνει ότι οι πληροφορίες αυτές είναι δυνατόν να τον βλάψουν και να εμποδίσουν τον γιατρό στην άσκηση του έργου του, που είναι η θεραπεία.²⁵ Την θέση του αυτή ασπάστηκε και ο Αμερικανικός Ιατρικός Σύλλογος το 1847 στον 'Κώδικα της Ιατρικής Ηθικής', καθώς δεν περιλαμβάνει την υποχρέωση του ιατρού να πληροφορεί τον ασθενή του, αλλά αφήνει ελεύθερο τον γιατρό να κρίνει την εκάστοτε περίπτωση²⁶.

Θιασώτες της ενημέρωσης του ασθενούς ήταν και ο ιατρός Worthington Hooker μαζί με τον καθηγητή ιατρικής του πανεπιστημίου του Harvard, Clarke Cabot. Η άποψή τους ήταν καινοφανής και ριζοσπαστική για την εποχή, καθώς μιλούσαν ανοιχτά για εξαπάτηση των ασθενών και υποστήριζαν ότι θα πρέπει να σέβονται την αυτονομία των ασθενών δίνοντας τους τις πληροφορίες για την κατάσταση τους²⁷. Παρόλο αυτά αξίζει να σημειωθεί ότι ακόμα δεν γίνεται λόγος για συγκατάθεση του ασθενούς. Ο ιατρός έχει την δυνατότητα να δρα πατερναλιστικά σύμφωνα με το τι θεωρεί ο ίδιος καλό για τον ασθενή του.

²⁴ Βλ. Ozar.D., 'Encyclopedia of Bioethics: Professional-Patient Relationship', σελ Vol 4, σελ.2138-2139

²⁵ Βλ. Beauchamp., 'Encyclopedia of Bioethics: Informed Consent', Vol 3, σελ. 1272.

²⁶ Βλ. Διακήρυξη της Γενεύης 1948 & Veatch. R., 'Encyclopedia of Bioethics: Medical Codes and Oaths', Vol 3, σελ.1491.

²⁷ Βλ. Beauchamp, 'Encyclopedia of Bioethics: Informed Consent', Vol 3, σελ. 1272-1273.

Παρά, λοιπόν, τα πρώτα επιχειρήματα για ενημέρωση των ασθενών, η συνθήκη της Γενεύης το 1948 παραμένει προσηλωμένη στο Ιπποκρατικό και συνάμα πατερναλιστικό μοντέλο, καθώς δεν γίνεται καμιά αναφορά στην υποχρέωση ενημέρωσης και λήψης συγκατάθεσης από τον ασθενή. Το ίδιο συμβαίνει και με τον Παγκόσμιο Ιατρικό Σύλλογο το 1948, όπου στον ‘Διεθνή Κώδικα Ιατρικής Ηθικής’ ακολουθεί την Ιπποκρατική οπτική μένοντας σιωπηλός για την ανάγκη ενημέρωσης και συγκατάθεσης του ασθενούς. Όλοι οι μέχρι τώρα ιατρικοί κώδικες και η Ιπποκρατική παράδοση που ακολουθούσαν το πατερναλιστικό μοντέλο έδιναν στον γιατρό εξαιτίας των γνώσεων του και της εμπειρίας του, τον πρώτο λόγο για να αποφασίσει για την τύχη του ασθενούς²⁸.

Έως το 1957 ο όρος ‘ενήμερη συγκατάθεση’ δεν είχε εμφανιστεί. Η εμφάνιση του γίνεται την χρονιά αυτή με μια απόφαση ορόσημο για την σχέση ιατρού-ασθενούς από το δικαστήριο του Salgo. Στην δίκη Salgo v. Leland Stanford, Jr University Board of Trustees²⁹ το δικαστήριο έκρινε ότι είναι καθήκον του ιατρού να αποκαλύπτει όλους τους πιθανούς κινδύνους και να δίνει όλες τις εναλλακτικές θεραπείες στον ασθενή του. Μάλιστα, οι δικαστές εστίαστηκαν στο γεγονός, εάν η συγκατάθεση του ασθενούς ήταν επαρκώς ενημερωμένη. Το δικαστήριο δεν δημιούργησε μόνο τον όρο ‘ενήμερη συγκατάθεση’, αλλά και την ουσία της ενήμερης συγκατάθεσης επικαλούμενο το δικαίωμα του καθενός να αυτοκαθορίζεται³⁰.

Το μοντέλο της ενήμερης συγκατάθεσης.

Ο όρος ‘ενήμερη συγκατάθεση’ εμφανίστηκε στις αρχές του 20^{ου} αιώνα, όπως αναφέρθηκε, από αποφάσεις δικαστηρίων³¹. Ωστόσο, η ανάγκη δημιουργίας του και η σπουδαιότητα του στην σύγχρονη ιατρική θεωρία και πρακτική είναι απόρροια πολλών και διαφορετικών παραγόντων.

Για πολλούς αιώνες, οι ιατροί αντιμετώπιζονταν από το κοινωνικό σύνολο ως αφοσιωμένα και αλτρουιστικά άτομα, τα οποία ήταν αναμενόμενο να κάνουν τα πάντα για να ωφελήσουν τους ασθενείς. Οι ασθενείς από την άλλη πλευρά,

²⁸ Βλ. Veatch, R., ‘Encyclopedia of Bioethics: Medical Codes and Oaths’, Vol 4, σελ. 1491.

²⁹ Βλ. Salgo v. Leland Stanford University Board of Trustees, 317 P. 2d 170 1957.

³⁰ Βλ. Beauchamp, ‘Encyclopedia of Bioethics: Informed Consent’, Vol 3, σελ. 1273-1274.

³¹ Από τις πιο σημαντικές αποφάσεις είναι η δίκη της Νυρεμβέργης, όπου κατηγορούμενοι ήταν 20 Ναζί ιατροί για ακούσια υποβολή ανθρώπων σε ιατρικές πράξεις που οδήγησαν στον θάνατο ή σε χρόνιες αναπηρίες. Οι αρχές, που έθεσε το δικαστήριο, έμειναν γνωστές ως ‘κώδικας της Νυρεμβέργης’.

αντιμετωπίζονταν ως εξαρτημένα άτομα, τα οποία είχαν την υποχρέωση να εμπιστεύονται ανεπιφύλακτα τους ιατρούς. Ήταν κοινά παραδεκτό ότι οι ιατροί εξαιτίας της ευρύτερης εμπειρίας, της αντικειμενικότητας, της ικανότητας και της καλοσύνης τους, ήταν οι πιο αρμόδιοι για να αποφασίσουν ποιο είναι το συμφέρον (best interest) για τον ασθενή. Όλοι οι κώδικες της ιατρικής ηθικής αντικατόπτριζαν αυτήν την άποψη στη σχέση ιατρού-ασθενούς, διαβεβαιώνοντας ότι οι πράξεις των ιατρών έχουν ως απώτερο σκοπό να ωφελήσουν και όχι για να επωφεληθούν οι ίδιοι από τους ευάλωτους ασθενείς, πάνω στους οποίους έχουν μεγάλη επιρροή και δύναμη.

Η σημερινή στάση έναντι των ιατρών είναι κάπως διαφορετική. Καταρχήν, η σχέση ιατρού-ασθενή έχει γίνει περισσότερο απρόσωπη λόγω της ραγδαίας ανάπτυξης της ιατρικής γνώσης και της τεχνολογίας. Οι εξελίξεις αυτές είχαν ως αποτέλεσμα, εκτός των άλλων, τον πολυμερισμό της ιατρικής και τον διαχωρισμό της σε ειδικότητες. Ο αυξανόμενος πολυμερισμός έχει οδηγήσει σε μια μεγάλη εξειδίκευση της ιατρικής καθιστώντας την απρόσωπη. Είναι ενδεικτικό το γεγονός ότι σήμερα για μία ασθένεια, όπως ο καρκίνος, απαιτούνται για την αντιμετώπιση του πολλοί ιατροί διαφορετικών ειδικοτήτων.

Εξίσου σημαντικό ρόλο ενέχει και η αύξηση του ιατρογενούς σφάλματος, των ασθενειών και των τραυματισμών από τις ιατρικές επεμβάσεις που έχουν δημιουργήσει αμφιβολίες σχετικά με τις ικανότητες και την κρίση των ιατρών. Οι πολύπλοκες επεμβάσεις ή ακόμα και μια απλή εγχείρηση ενέχουν κινδύνους για τους ασθενείς, που δεν λαμβάνονται καθόλου υποψιν από τους ίδιους.

Παράλληλα, στην αλλαγή της εικόνας των ιατρών συνετέλεσε η σκέψη ότι πολλοί ιατροί χρησιμοποιούν πρακτικές που δεν έχουν στόχο το καλύτερο συμφέρον για τον ασθενή είτε για χάρη οικονομικού κέρδους των ιδίων, παρέχοντας πολλές άσκοπες υπηρεσίες, για να εισπράττουν αμοιβές για καθεμία ξεχωριστά είτε για να προστατέψουν οικονομικά οφέλη από μια ασφαλιστική εταιρεία ή πρόγραμμα³². Υπόνοιες λογικές, αν αναλογιστούμε ότι σήμερα οι ασφαλιστικές εταιρείες, οι φαρμακοβιομηχανίες και οι χρηματοδοτούμενες ιατρικές έρευνες έχουν οικονομικά συμφέροντα με την ανάμιξη τους στο χώρο της ιατρικής που σε αρκετές περιπτώσεις μπορεί να έρχονται σε αντίθεση με τα συμφέροντα των εκάστοτε ασθενών. Όπως αναφέρει ο Pellegrino στο άρθρο του 'The virtuous Physician and the ethics of

³² Βλ. Mappes, Degrazia, 'The physician-patient relationship', στο 'Biomedical ethics' σελ.56-59.

medicine³³ η ιατρική αρετή είναι υψίστης σημασίας σε καταστάσεις όπου ο αλτρουισμός και η προσωπική ωφέλεια φαίνονται να συγκρούονται.

Κάτω από αυτές τις αλλαγές στον χώρο της ιατρικής, η δικαιολόγηση του πατερναλισμού των ιατρών, που χαρακτηρίζεται κυρίως από την μη αποκάλυψη της αλήθειας στον ασθενή και από τη δυνατότητα του ιατρού να μπορεί να αποφασίζει ο ίδιος για το ποιο είναι το συμφέρον του αρχίζουν να αμφισβητούνται έντονα. Όπως αναφέρει ο J.S.Mill, «η ελευθερία του κάθε ανθρώπου πραγματώνεται, όταν ο καθένας και συγκεκριμένα ο ασθενής επιδιώκει το δικό του καλό με τον δικό του τρόπο³⁴». Στο χώρο της ιατρικής, όχι μόνο δεν υφίσταται ένα συγκεκριμένο αντικειμενικό καλό, αλλά και ο ιατρός δεν είναι σε θέση να προβλέψει τι θεωρείται καλό από τον ασθενή του³⁵. Ακόμα, όμως, και η έννοια του ‘ιατρικού καλού’, που θεωρητικά εντάσσεται μέσα στα όρια των γνώσεων του ιατρού, περιλαμβάνει μία πληθώρα παραγόντων που πρέπει να συνεκτιμηθούν, όπως η αποφυγή του πόνου, η διατήρηση της υγείας και η θεραπεία της ασθένειας. Αυτή η διαδικασία, όμως πρέπει να πραγματοποιηθεί από τον άμεσα ενδιαφερόμενο, δηλαδή τον ασθενή, αφού φυσικά λάβει την απαραίτητη πληροφόρηση από το γιατρό. Η έννοια του ‘ιατρικού καλού’ δεν είναι θεμελιώδης και δε δύναται να επιβληθεί από το γιατρό. Αυτό συμβαίνει, γιατί συχνότατα έρχεται σε αντίθεση με την κοσμοθεωρία και το ηθικό αξιολογικό σύστημα του ασθενούς, ο οποίος σε αρκετές περιπτώσεις θέτει την ποιότητα της ζωής του και τη δυνατότητα ενός παραγωγικού βίου σε ανώτερη ιεραρχική κλίμακα από το ιατρικό καλό. Για αυτό το λόγο ο ιατρός δεν μπορεί να καθορίζει το καλό του ασθενούς, καθώς έτσι θα επέβαλε την προσωπική του εννοιολόγηση. Έτσι, το δικαίωμα της ελευθερίας του ασθενούς πραγματώνεται στο μοντέλο της ενήμερης συγκατάθεσης ως έκφραση της αυτονομίας και του δικαιώματος του αυτοκαθορισμού.

³³ Βλ. Pellegrino. E., ‘The virtuous Physician and the ethics of medicine’ στο ‘Biomedical ethics’, σελ.68-71.

³⁴ Βλ. On Liberty and other writings (σελ.16) “*The only freedom which deserves the name, is that of pursuing our own good in our own way...*”

³⁵ Ο R. Veatch στο “Theories of Medical Ethics: The Professional Model Compared with the Societal Model” σελ.525-527 ισχυρίζεται ότι ακόμα και αν επικαλεστούμε τις εναλλακτικές ‘θεωρίες για το καλό’, όπως τις ‘ηδονιστικές θεωρίες’ ή τις ‘θεωρίες ικανοποίησης των επιθυμιών’, δεν υφίσταται κανένας λόγος που να μας κάνει να υποθέσουμε ότι υπάρχει ‘ένα δεδομένο-αντικειμενικό καλό που ο ιατρός-ο οποίος είναι ειδικός σε μια πολύ στενή έννοια του καλού και ο οποίος είναι σχεδόν ένας ξένος για τον ασθενή- αναμένεται να μπορεί να μαντέψει. Δεν είναι δυνατόν, δηλαδή, να υποτεθεί ότι, αφενός υφίσταται κάποια αντικειμενικότητα στις έννοιες της ευτυχίας και της επιθυμίας και ακολούθως, ότι υπάρχει ένα αντικειμενικό-εξωτερικό (προς τον ασθενή) καλό αναφορικά με αυτές και, αφετέρου ότι ο ιατρός μπορεί να μαντέψει τι θα κάνει τον ασθενή πολύ χαρούμενο ή τι θα ικανοποιήσει τις επιθυμίες του.

Το 1972 οι δικαστικές αποφάσεις στις υποθέσεις *Canterbury v. Spence*, *Cobbs v. Grant* και *Wilkinson v. Vesey*³⁶ αναγνωρίζουν την αναγκαιότητα της ενήμερης συγκατάθεσης του ασθενούς σύμφωνα με το δικαίωμα της ελευθερίας και του αυτοκαθορισμού. Ο αμερικανικός ιατρικός σύλλογος το 1980 και ύστερα, επηρεασμένος και από τις προηγούμενες δικαστικές υποθέσεις, τονίζει την σπουδαιότητα της συγκατάθεσης, ως έκφραση της αυτονομίας και του δικαιώματος αυτοκαθορισμού του ασθενούς. Το θεωρητικό πλαίσιο που θεμελιώνει το κύρος της έννοιας της συγκατάθεσης αφορά στο αναγνωρισμένο πλέον δικαίωμα του ασθενούς να συγκατατίθεται ή να αρνείται να συγκατατεθεί υστέρα από σχετική πληροφόρηση για οποιαδήποτε ιατρική ενέργεια-παρέμβαση αφορά τον εαυτό του, ώστε να δύναται να αποφασίζει και να καθορίζει, ακολούθως ο ίδιος την πορεία της ζωής του. Έτσι, καθιερώνεται στην ιατρική δεοντολογία και πρακτική η έννοια της ‘ενήμερης συγκατάθεσης’ στο πλαίσιο της αρχής σεβασμού της αυτονομίας του ασθενούς που προβάλλεται ως κεντρικό αξίωμα στην περιοχή της ιατρικής φροντίδας. Θα ακολουθήσουν μετέπειτα και η διακήρυξη του Ελσίνκι,³⁷ καθώς και η σύμβαση του Οβιέδο³⁸, οι οποίες αναγνωρίζουν το δικαίωμα του ασθενούς να ενημερώνεται και να δίνει ελεύθερα την συγκατάθεση του για οποιαδήποτε ιατρική πράξη πάνω στο σώμα του. Αρκετές χώρες, ανάμεσα τους και η Ελλάδα³⁹, υιοθέτησαν τις αρχές αυτές στις νομοθεσίες τους.

Έτσι, λοιπόν, οι ραγδαίες εξελίξεις στον χώρο της ιατρικής και της τεχνολογίας, το αυξημένο φιλοσοφικό ενδιαφέρον για τις αρχές του σεβασμού της αυτονομίας και της ατομικότητας και το νομικό ενδιαφέρον για το δικαίωμα του αυτοκαθορισμού, έφεραν στο προσκήνιο την ενήμερη συγκατάθεση.

³⁶ Βλ. Beauchamp, ‘Encyclopedia of Bioethics: Informed Consent’, Vol 3, σελ. 1275-1276.

³⁷ Βλ. Διακήρυξη του Ελσίνκι, άρθρα 8, 22.

³⁸ Βλ. Σύμβαση του συμβουλίου της Ευρώπης για τα ανθρώπινα δικαιώματα και τη βιοιατρική, Οβιέδο 1997. Άρθρα 5-9.

³⁹ Βλ. Νόμος 3418/2005 Φ.Ε.Κ. Α’287/28-11-2005.

Κεφάλαιο 2: Θεμελίωση του πατερναλισμού

Τι είναι πατερναλισμός

Η παλαιότερη ιατρική παράδοση από την εποχή του Ιπποκράτη, αναδείκνυε τον γιατρό ως φορέα απόφασης και θεμελιωνόταν στην υπόθεση, ότι ο ιατρός, λόγω των ικανοτήτων του και της κρίσης του, δύναται να πάρει αποφάσεις που προωθούν το συμφέρον του ασθενούς. Ο ιατρός, δηλαδή, προϋποτίθεται ότι μπορεί να καθορίσει και να αποφασίσει ποιο είναι το καλό του ασθενούς. Με βάση τον παραπάνω συλλογισμό, η σχέση ιατρού-ασθενούς, χαρακτηρίζεται ως πατερναλιστική.

Ο πατερναλισμός αποτελεί μια πρακτική σύμφωνα με την οποία ο πατέρας παραδοσιακά έχει δικαίωμα και υποχρέωση να προσδιορίζει τις προτιμήσεις των παιδιών του και να ρυθμίζει τη συμπεριφορά τους στο όνομα του πραγματικού συμφέροντος τους, το οποίο τα ίδια λόγω της ανωριμότητας τους δεν είναι σε θέση να διακρίνουν⁴⁰. Προέκταση της σχέσης αυτής μεταξύ πατέρα και παιδιών αποτελεί ο πατερναλισμός στην ιατρική πρακτική, όπου ο ιατρός αποφασίζει για τους ασθενείς του, οι οποίοι οφείλουν να τον εμπιστεύονται σαν πατέρα τους, να φροντίζει για το δικό τους καλό⁴¹.

Προσπαθώντας να ορίσουμε ακριβώς στο τι συνίσταται ο πατερναλισμός, θα μπορούσαμε να πούμε ότι αναφέρεται στη πρακτική που προϋποθέτει τον περιορισμό της αυτόνομης λειτουργίας ενός ατόμου, χωρίς τη συγκατάθεσή του, με απώτερο σκοπό να ωφελήσει αυτό το άτομο. Παρόλο που αυτός ο ορισμός είναι αρκετά περιγραφικός δεν μας δηλώνει, εάν ο πατερναλισμός είναι, ανάλογα με την περίπτωση, ανήθικος, αλλά όμως μας καταδεικνύει ότι ο πατερναλισμός περιλαμβάνει απαραίτητα μια σύγκρουση μεταξύ δύο αρχών: της αυτονομία και της ωφέλειας.

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 εξαναγκάζεται⁴². Οι Culver και Gert⁴³ έχουν αποκριθεί ότι ο απλοϊκός καθορισμός

⁴⁰ Βλ. Πελεγρίνης, 'Λεξικό της φιλοσοφίας', σελ.460.

⁴¹ Πατερναλισμό δεν έχουμε μόνο στην ιατρική. Πολλές πράξεις, κανόνες και νόμοι είναι συνήθως δικαιολογημένοι με την επίκληση σε κάποια πατερναλιστική αρχή. Έχουμε παραδείγματα όπου νόμοι προστατεύουν τους οδηγούς επιβάλλοντας να φορούν ζώνες ασφαλείας ή κράνη, περιορισμό στη διαθεσιμότητα των ναρκωτικών, αγνόηση άρνησης θεραπείας, ακούσια εισαγωγή στο νοσοκομείο και παρεμβολή για να αποτρέψουμε κάποιον να αυτοκτονήσει. Οι νόμοι είναι συνήθως το μέσο για να μεταφερθούν πατερναλιστικές αρχές στη δημόσια πολιτική με σκοπό να προστατέψουν τους πολίτες.

⁴² Βλ. Dworkin G., 'Paternalism', σελ.65.

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 πράξεων του περιορίζεται. Για παράδειγμα, κάποιος θα μπορούσε να δράσει πατερναλιστικά προς ένα άτομο χωρίς αισθήσεις, το οποίο προηγουμένως όντας αυτόνομο είχε διαμορφώσει ένα προσωπικό σχέδιο ζωής χωρίς να φαίνεται να παρεμβαίνει στην ατομική ελευθερία του.

Το κρίσιμο ερώτημα που ανακύπτει από τον εν λόγω προβληματισμό είναι εάν ο πατερναλισμός θα πρέπει να γίνεται δεκτός ως πρακτική μόνο σε περιπτώσεις μη αυτόνομων ατόμων, όπως για παράδειγμα παιδιά, ή ακόμα και ως πρακτική που, πιθανώς, επεμβαίνει στην αυτονομία ενός έλλογου ατόμου. Ο ορισμός του Dworkin φαίνεται να εμπεριέχει περιπτώσεις εμφανώς δικαιολογημένου πατερναλισμού, για παράδειγμα πρακτικές που ένας πατέρας θα μπορούσε να χρησιμοποιήσει για το καλό του παιδιού του. Αλλά οι πιο ηθικά και νομικά ενδιαφέρουσες περιπτώσεις είναι εκείνες όπου οι πρακτικές πατερναλισμού απευθύνονται σε αυτόνομα ή στο παρελθόν αυτόνομα άτομα. Ο Dworkin, σε μεταγενέστερο σύγγραμμά του, επισημαίνει ότι αυτές οι πρακτικές αφορούν τον πατερναλισμό, με την αρνητική χροιά του όρου, που είθισται να μας απασχολεί. Υποστηρίζει, δηλαδή, 'ότι πρέπει να υπάρχει παραβίαση της αυτονομίας για να θεωρηθεί ότι αντιμετωπίζουμε κάποιον πατερναλιστικά'⁴⁴.

Αφού η αρχή της αυτονομίας ορίζει ποια πράξη θα χαρακτηρίζεται ως πατερναλιστική, θα πρέπει, για να εφαρμοστεί σωστά, να διαχωριστεί από την ελευθερία δράσης, όπως αρχικά αναφέρθηκε από τον Dworkin. Η αυτονομία επεκτείνεται πέρα από την ελευθερία δράσης περικλείοντας την ιδέα του αυτοκαθορισμού. Ο καθένας που σκόπιμα επιλέγει μια πράξη από μια άλλη είναι αυτόνομος, ανεξάρτητα από το εάν η επιλογή του θεωρείται σωστή. Μια παρόμοια περίπτωση έχουμε στο παράδειγμα όπου ένας ιατρός κάνει μετάγγιση αίματος σε ένα μάρτυρα του Ιεχωβά ενάντια στην προηγούμενη εκφρασμένη επιθυμία του να μην του παρασχεθεί αίμα, αν έπεφτε σε κώμα. Επειδή δεν είναι πλέον αυτόνομος, μπορεί να υποστηριχθεί ότι η αυτονομία του δεν μπορεί να παραβιαστεί. Σε κάθε περίπτωση, όμως είναι εύλογο να μιλάμε για επέκταση της προηγούμενης αυτονομίας ενός ατόμου

⁴³ Βλ. Culver C., Gert B., 'Philosophy in medicine: conceptual and ethical issues in medicine and psychiatry', σελ. 127.

⁴⁴ Βλ. Dworkin G., 'The theory and practice of autonomy', σελ.121.

στην περίοδο που δεν είναι αυτόνομος, όπως ακριβώς θα αναγνωρίζαμε την θέληση ενός προσώπου μετά τον θάνατο του.

Ο πατερναλισμός, λοιπόν, προϋποθέτει παραβίαση της αυτονομίας ενός προσώπου χωρίς την ρητή ή εικαζόμενη συναίνεση του, με άμεσο σκοπό να ωφεληθεί το άτομο αυτό.

Διαχωρισμός του πατερναλισμού

Ο Joel Feinberg⁴⁵ προσπαθώντας να εξετάσει τις συνθήκες κάτω υπό τις οποίες δικαιολογούνται οι παρεμβάσεις στη κρίση ενός προσώπου, διέκρινε τον πατερναλισμό σε μετριοπαθή (soft ή weak) και σε σκληρό (strong). Ο μετριοπαθής πατερναλισμός υποστηρίζει ότι κάποιες παρεμβάσεις μπορούν να δικαιολογηθούν, όταν η παρέμβαση γίνεται για το συμφέρον ενός ατόμου, το οποίο για έναν οποιοδήποτε λόγο δεν είναι ικανό να λάβει αποφάσεις για τον εαυτό του, έλλογα και αυτόνομα. Αυτός ο τύπος του πατερναλισμού θέτει ως προϋπόθεση για την παρέμβαση στην κρίση ενός άλλου προσώπου, το πρόσωπο αυτό να μην είναι έλλογο και ικανό να αποφασίσει ή να είναι σε κρίσιμη κατάσταση και να χρειάζεται αρκετός χρόνος, ώστε να διαπιστώσουμε αν είναι ικανό ή όχι. Για παράδειγμα, όταν ένα διανοητικά άρρωστο άτομο είναι χτυπημένο στην μέση του δρόμου και αρνείται να μεταφερθεί στο νοσοκομείο για τις πρώτες βοήθειες, ο μετριοπαθής πατερναλισμός δικαιολογεί την παρέμβαση ενάντια στις επιθυμίες του, για την διακομιδή του στο νοσοκομείο. Ο μετριοπαθής πατερναλισμός βασίζεται είτε στην μόνιμη ανικανότητα κάποιου να λάβει αποφάσεις ή σε προσωρινές καταστάσεις έλλειψης έλλογης κρίσης, όπως για παράδειγμα είναι άτομα υπό την επήρεια ναρκωτικών ουσιών και αλκοόλ, ανήλικοι, άτομα που έχουν μερική ή ολική έλλειψη μνήμης μετά από ατύχημα, ψυχολογικά άρρωστα άτομα και γενικά άτομα χωρίς την ικανότητα για έλλογο αυτόνομο αναστοχαστικό συλλογισμό. Σε αρκετές περιπτώσεις η ασθένεια μπορεί να αποβεί καταστρεπτική στην ικανότητα λήψης απόφασης του ασθενούς. Καθώς ο ασθενής γίνεται ασθενέστερος και χάνει την εγρήγορση του και την ικανότητα να κατανοεί όλες τις πληροφορίες για την κατάσταση του, η εμπιστοσύνη του στον γιατρό αυξάνει. Ένα μεγάλο μέρος των ιατρών, το οποίο πράττει προς το συμφέρον του ασθενούς χωρίς την συγκατάθεση του, δικαιολογούν τις πράξεις τους στον

⁴⁵ Βλ. Feinberg J., 'Legal Paternalism', σελ 939-942.

μετριοπαθή πατερναλισμό. Μάλιστα, θεωρούν ότι οι πράξεις τους αυτές δεν είναι καν πατερναλιστικές, καθώς δεν έχουμε αυτόνομα άτομα για να παραβιαστεί η αυτονομία τους⁴⁶.

Σε αντίθεση ο σκληρός πατερναλισμός εφαρμόζεται πιο γενικά και υποστηρίζει επεμβάσεις στην αυτονομία του άλλου, επιδιώκοντας να ωφελήσει ένα πρόσωπο του οποίου οι επιλογές και πράξεις είναι έλλογες και αυτόνομες. Ο σκληρός πατερναλισμός σφετερίζεται την αυτονομία περιορίζοντας τις διαθέσιμες πληροφορίες ή παραβλέποντας γενικότερα την ενημέρωση και τις υπεύθυνες επιλογές ενός προσώπου. Για παράδειγμα, ο σκληρός πατερναλισμός θα απέτρεπε ένα ικανό και αυτόνομο ασθενή να λάβει όλες τις πληροφορίες για την κατάσταση του για να μην οδηγηθεί στην αυτοκτονία. Παρόλο που η αυτονομία, ως βασική αρχή, αγνοείται από τον σκληρό πατερναλισμό, ούτε ο σκληρός πατερναλισμός δεν επιτρέπει όλες τις μορφές πατερναλιστικής πρακτικής. Για παράδειγμα, ο σκληρός πατερναλισμός υποστηρίζει ότι οι επεμβάσεις είναι δικαιολογημένες, όταν δεν υπάρχει άλλη αποδεκτή εναλλακτική πράξη εκτός από τον πατερναλισμό· όταν ένα πρόσωπο κινδυνεύει να βλαφθεί σοβαρά και τα οφέλη ξεπερνούν τους κινδύνους. Αλλά παρά ταύτα ο σεβασμός στην αρχή της αυτονομίας δεν θεωρείται πρωτίστης σημασίας.⁴⁷ Σε αντίθεση με τον μετριοπαθή πατερναλισμό, ο σκληρός δεν θέτει ως προϋπόθεση καμία νοητική κατάσταση, όπως μη έλλογο πρόσωπο, προσωρινά μη ικανά άτομα ή ανήλικους για την παρέμβαση στην αυτονομία και στην ελευθερία ενός προσώπου.

Επιχειρήματα υπέρ του πατερναλισμού

Οι υπέρμαχοι του πατερναλισμού είτε του μετριοπαθή είτε του σκληρού, συχνά επικαλούνται το επιχείρημα της λογικής ή μη συγκατάθεσης ή το επιχείρημα της ωφέλειας ή της αγαθοεργίας, για να δικαιολογήσουν την θέση τους. Ο G.Dworkin⁴⁸, δικαιολογώντας τον πατερναλισμό, υποστηρίζει ότι θα πρέπει να θεωρείται σαν μια μορφή ‘κοινωνικής πολιτικής ασφάλειας’ πλήρως λογικών ατόμων με σκοπό την προστασία τους. Κάποιο πρόσωπο είναι πιθανό κάποιες στιγμές να

⁴⁶ Βλ. Veatch R., ‘Against Paternalism in the Patient-Physician Relationship’, στο Gillion ‘Principles in health care ethics’ σελ.409-412 και Beauchamp T., ‘Encyclopedia of Bioethics: Paternalism’, σελ. 1986.

⁴⁷ Βλ. Beauchamp T., ‘Encyclopedia of Bioethics: Paternalism’ σελ. 1985 και Βλ. Dworkin G., ‘The theory and practice of autonomy’, σελ. 123-124.

⁴⁸ Βλ. Dworkin G., ‘Paternalism’, σελ.65.

οδηγηθεί στο να κάνει κάτι που είναι ρινοκίνδυνο, αγνοώντας τις πιθανές επιπτώσεις, όπως για παράδειγμα με το κάπνισμα ή το αλκοόλ τα οποία θέτουν σε κίνδυνο την υγεία του και την ζωή του. Μια πατερναλιστική πολιτική για την υγεία θα περιόριζε την διαθεσιμότητα του καπνού και του αλκοόλ⁴⁹. Σε άλλες περιπτώσεις τα άτομα μπορεί να μην έχουν κατανοήσει απόλυτα τους κινδύνους από μια συμπεριφορά τους ή να έχουν εσφαλμένες και διαστρεβλωμένες πληροφορίες για αυτές τις καταστάσεις. Οι νόμοι για την υποχρεωτική χρησιμοποίηση της ζώνης ασφαλείας και του κράνους από τους οδηγούς έχουν βασιστεί σε μια τέτοια πατερναλιστική βάση. Ο Dworkin θεωρεί μάλιστα ότι μια πατερναλιστική πράξη που περιορίζει την ελευθερία ενός προσώπου μπορεί παραδόξως να προστατεύει την αυτονομία του⁵⁰. Ένας ιατρός για παράδειγμα μπορεί να πει ψέματα στον ασθενή του, με σκοπό να τον αποτρέψει να αυτοκτονήσει, εάν ο ιατρός γνωρίζει ότι ο ασθενής πραγματικά θέλει να ζήσει και αργότερα θα ηρεμούσε και δεν θα είχε την ίδια επιθυμία. Την ίδια άποψη έχει και ο Ackerman⁵¹, καθώς υποστηρίζει ότι ο αληθινός σεβασμός της αυτονομίας των ασθενών απαιτεί από τους ιατρούς να προσπαθούν να αδρανοποιήσουν τα κωλύματα⁵² τα οποία προέρχονται από την νόσο που εμποδίζουν τις επιλογές των ασθενών, επιστρέφοντας τον έλεγχο των ζωών στους ίδιους..

Πολλοί ιατροί επηρεασμένοι από τον Ιπποκράτη και ακολουθώντας τις επιταγές του, θεωρούν καθήκον τους να προστατεύουν το συμφέρον του ασθενούς τους ανεξάρτητα από τις επιθυμίες του. Ίσως η αναφορά στο καθήκον των ιατρών να κάνουν ότι είναι δυνατόν για το συμφέρον του ασθενούς, δρώντας πατερναλιστικά, να μην φαίνεται και τόσο ορθή. Αλλά σε πραγματικές συνθήκες, όπου ο ασθενής είναι τρομοκρατημένος από την ασθένεια και ίσως, να υποφέρει από πόνους και άλλα δυσάρεστα συμπτώματα, όπως δύσπνοια, σωματική αναπηρία, να είναι πιεσμένος και αγχωμένος, είναι εύλογη η σκέψη ότι το τελευταίο πράγμα που θα ήθελε να πληροφορηθεί είναι τα αποτελέσματα μιας βιοψίας, τους κινδύνους της θεραπείας ή οτιδήποτε δυσάρεστο θα μπορούσε να του πει ο ιατρός για την κατάσταση του⁵³. Όταν, λοιπόν, ο ασθενής αισθάνεται αδύναμος να αντιμετωπίσει την κατάσταση της

⁴⁹ Βλ. Beauchamp T., 'Encyclopedia of Bioethics: Paternalism', σελ. 1988.

⁵⁰ Βλ. Dworkin G., 'Paternalism', σελ. 79.

⁵¹ Βλ. Ackerman T., 'Why doctors should intervene' στο 'Biomedical ethics' σελ. 80-81.

⁵² Ως κωλύματα ο Ackerman θεωρεί την κατάθλιψη, τους φόβους, τον πόνο καθώς κοινωνικούς και ψυχολογικούς λόγους που περιορίζουν την αυτονομία τους και την δυνατότητα μιας έλλογης απόφασης. Βλ. ο.π. σελ. 83-84.

⁵³ Βλ. Shinebourne E., Bush A., 'For Paternalism in the doctor-patient relationship' στο Gillion 'Principles in health care ethics', σελ. 400-407 και στο Gillion R., 'Philosophical medical ethics', σελ. 68-69.

υγείας του και οποιαδήποτε αρνητική πρόγνωση ή αβέβαιη προοπτική ενδέχεται να τον αγχώσει και να παρεμποδίσει τη θεραπεία του ή ακόμη και τη λογική του κρίση, όταν δηλαδή ο ιατρός καταλαβαίνει ότι ο ίδιος ο ασθενής δεν θέλει στην ουσία να ενημερωθεί τότε ο σεβασμός της αυτονομίας του ασθενούς επιβάλλει την απόκρυψη των σχετικών πληροφοριών. Αυτή η αντίληψη της αυτονομίας προασπίζει το δικαίωμα στην άγνοια που έχει ο ασθενής. Κάποιοι ασθενείς θα επιθυμούσαν ο ιατρός τους να τους προστατέψει από κάθε δυσάρεστη πληροφορία και να πάρει ο ίδιος την απόφαση για το πώς θα αντιμετωπιστεί η ασθένεια τους.⁵⁴ Ο ιατρός, λόγω των εξειδικευμένων γνώσεων του και της εμπειρίας του, είναι σε θέση να κατανοήσει καλύτερα τις ιατρικές πληροφορίες και να λάβει την πιο σωστή απόφαση για την ζωή του ασθενούς.

Οι ασθενείς πολλές φορές αδυνατούν να λάβουν αυτόνομες αποφάσεις εξαιτίας της κατάστασης τους. Αν πολύ απλά ορίσουμε την αυτονομία ως την ικανότητα κάποιου να αυτοκαθορίζεται, αυτό προϋποθέτει δυο κύρια χαρακτηριστικά: Πρώτον, η αυτόνομη συμπεριφορά κατευθύνεται από σχέδια δράσης τα οποία είναι διατυπωμένα μετά από ενδελεχή εξέταση. Η εξέταση αυτή απαιτεί μια διαδικασία συγκέντρωσης πληροφοριών και χρόνου, για να μελετηθούν ελεύθερα και έλλογα. Δεύτερον, η αυτόνομη συμπεριφορά προϋποθέτει τα άτομα να κάνουν σκόπιμα και εκούσια τις επιλογές τους, βασισμένοι στα δικά τους σχέδια για την ζωή⁵⁵. Το άγχος, ο φόβος, ο πόνος, η κατάθλιψη περιορίζουν την αυτονομία και την δυνατότητα έλλογης και ελεύθερης επιλογής από τους ασθενείς. Και ο Pellegrino⁵⁶ υποστηρίζει την ίδια θέση λέγοντας ότι η αυτονομία δεν μπορεί να πραγματοποιηθεί εξαιτίας των συνεπειών της ασθένειας. Η κατάθλιψη θεωρείται από τον Savulescu⁵⁷ ως ανασταλτικός παράγοντας για την πραγμάτωση της αυτονομίας του ασθενούς, εφόσον εμποδίζει τη νοητική αναπαράσταση στο μυαλό του ασθενούς των εναλλακτικών καταστάσεων με τα ζωντανά χρώματα της πραγματικότητας. Μπορεί οι ασθενείς να είναι γνωστικά ενήμεροι των σχετικών γεγονότων, αλλά η κατάθλιψη τους εμποδίζει να εμπλακούν στη διαδικασία της ζωντανής αναπαράστασης, ώστε να οδηγηθούν σε μία αυτόνομη επιλογή. Στην περίπτωση αυτή, βέβαια, η ικανότητα για αυτονομία είναι δύσκολο να αποκατασταθεί. Αντίθετα, υπάρχουν πολλές άλλες

⁵⁴ Βλ. Gillion R., 'Philosophical medical ethics', σελ 70-71.

⁵⁵ Βλ. Akerman T., 'Why doctors should intervene' στο 'Biomedical ethics', σελ.81.

⁵⁶ Βλ. Pellegrino E., 'The virtuous Physician and the ethics of medicine' στο 'Biomedical ethics', σελ. 68-71.

⁵⁷ Βλ. Savulescu J., 'The limitation of Life-Sustaining Treatment', στο Kushe & Singer 'Bioethics: An Anthology', σελ.539.

περιπτώσεις στις οποίες ο ασθενής εκδηλώνει κάποια περιπτωσιακά, ψυχολογικά φαινόμενα, τα οποία διαστρεβλώνουν μεν την εμπειρία της αξιολόγησης, αλλά μπορούν να αντιμετωπισθούν. Ιδιαίτερα, στους ασθενείς που πρέπει να πάρουν απόφαση σχετικά με μη οικείες για αυτούς καταστάσεις, όπως καταστάσεις που συνεπάγονται φυσική αναπηρία, παρατηρούνται ορισμένες ψυχολογικές τάσεις που εμποδίζουν τη λογική διαδικασία απόφασης, αλλά οι οποίες εκδηλώνονται περιπτωσιακά και δεν χαρακτηρίζουν γενικά την προσωπικότητα του ασθενούς και τις γενικές τους επιθυμίες και τα σχέδια που έχουν για την ζωή τους.

Σε καταστάσεις που αφορούν φυσική αναπηρία, ενδέχεται οι ψυχολογικοί μηχανισμοί της 'αντίθεσης' ('contrast') και της αποστροφής της απώλειας' ('loss-aversion') να εμποδίσουν τη λογική απόφαση του ασθενούς, υποτιμώντας οποιαδήποτε ωφέλεια εμφορείται στην εναλλακτική κατάσταση, που συνεπάγεται τη φυσική αναπηρία του ασθενούς. Ως αποτέλεσμα, ο ασθενής δεν μπορεί να αναπαραστήσει ζωντανά στο μυαλό του την ολοκληρωμένη εικόνα της φυσικής αναπηρίας, με συνέπεια να μην την συνυπολογίσει ενεργά κατά τη διαδικασία απόφασης, αλλά να προκαθορισθεί από την αποστροφή του προς το ενδεχόμενο της φυσικής αναπηρίας⁵⁸.

Κατά την ενεργοποίηση του μηχανισμού 'αντίθεσης', η εμπειρία ενός δεδομένου ερεθίσματος ή κατάστασης καθορίζεται σε σημαντικό βαθμό από την αντίθεση του σε σχέση με την ουδέτερη ή παρούσα κατάσταση στην οποία το άτομο έχει προσαρμοστεί. Κατ' αναλογία, η τόσο αρνητική αντίληψη, η αποστροφή που εκ των προτέρων έχει ένα άτομο για την παραπληγία οφείλεται, κυρίως, στην αλλαγή σε σχέση με το επίπεδο ζωής που έχει συνηθίσει και λιγότερο στο καθαυτό επίπεδο λειτουργίας της ασθένειας. Το να γίνεις παραπληγικός καθίσταται ένα τρομερό γεγονός, επειδή αυτό συνεπάγεται μία τεράστια αλλαγή από μία φυσιολογική κατάσταση σε κατάσταση αναπηρίας. Επιπλέον, πολλές φορές οι ασθενείς επικεντρώνονται στις απώλειες που συνεπάγεται μία κατάσταση και λιγότερο σε οποιοδήποτε θετικά στοιχεία ενυπάρχουν. Το ψυχολογικό φαινόμενο της "αποστροφής που συνεπάγεται η απώλεια" εκφράζει το πόσο πολύ εστιάζονται μυωπικά οι ασθενείς στην απώλεια, χωρίς να βλέπουν οποιοδήποτε καλό, με αποτέλεσμα οι επιλογές τους να καθορίζονται αποκλειστικά από τις συναισθηματικές συνέπειες αυτής της επικείμενης απώλειας και να μην

⁵⁸ Βλ. Savulescu J., 'The limitation of Life-Sustaining Treatment', στο Kushe & Singer 'Bioethics: An Anthology', σελ.545-549.

συνεκτιμούν και την άλλη πλευρά της. Ακολούθως, οι ασθενείς συχνά επικεντρώνονται στην άμεση κατάσταση που συνεπάγεται την απώλεια του να γίνεις ανάπηρος και αγνοούν την αξία της μελλοντικής κατάστασης προσαρμογής, η οποία δεν είναι τόσο τρομερή όσο φαντάζονται αρχικά. Ως αποτέλεσμα, εκφράζουν αρχικά την απόφαση να πεθάνουν, παρά να ζουν σε κατάσταση αναπηρίας, η οποία δεν συνιστά μία αυτόνομη απόφαση, εάν ισχύει αυτό που τονίζουν οι Kahneman και Varey ότι η κατάσταση προσαρμογής συνήθως παραμελείται ή υποτιμάται και οι διαφορές μεταξύ των καταστάσεων αντίστοιχα υπερεκτιμώνται σε σημείο υπερβολής⁵⁹.

Ο φιλόσοφος Allen Buchanan υιοθετώντας ένα ωφελμιστικό επιχείρημα, σημειώνει ότι ο ιατρός αναλαμβάνει να εκτιμήσει ποια από τις διαθέσιμες επιλογές δράσης είναι περισσότερο πιθανή να δώσει την μεγαλύτερη ευτυχία, σκεπτόμενος όλες τις πτυχές. Ο ιατρός πρέπει πρώτα να κάνει ενδοπροσωπικές συγκρίσεις για την βλάβη και την ωφέλεια για το κάθε ένα μέλος της οικογένειας. Έπειτα πρέπει κατά κάποιο τρόπο να συνδυάσει αυτήν την ποικιλία των ενδοπροσωπικών βλαβών και να εκτιμήσει πόση ζημία θα προκαλούσε η αποκάλυψη των πληροφοριών. Στην συνέχεια θα πρέπει να κάνει παρεμφερείς ενδοπροσωπικές και διαπροσωπικές κρίσεις για τις συνέπειες της μη αποκάλυψης της αλήθειας. Τέλος, πρέπει να συγκρίνει αυτά τα αποτελέσματα και να κρίνει ποια πράξη του θα ελαχιστοποιούσε την βλάβη για όλη την οικογένεια⁶⁰. Ωστόσο, η διαδικασία αυτή της λήψης απόφασης από τον ιατρό είναι καθαρά πατερναλιστική και υπάρχει προφανέστατα η αμφιβολία για το αν ο ιατρός θα ενεργήσει σύμφωνα με το συμφέρον του ασθενούς του.

Ο Pellegrino υποστηρίζει ότι το καθήκον των ιατρών να πράττουν σύμφωνα με το συμφέρον του ασθενούς, βασίζεται από τον Ιπποκρατικό όρκο ακόμα στις αρχές τις αγαθοπραξία.⁶¹ Η αγαθοπραξία μπορεί να εκφράσει τη βασική υποχρέωση στην ιατρική. Πάνω σε αυτό, στο έργο 'Επιδημίες' του Ιπποκράτη βλέπουμε να υποστηρίζεται ότι σε περίπτωση ασθένειας, μπορείς να κάνεις δύο πράγματα, να βοηθήσεις ή έστω να μην κάνεις κακό⁶². Η πρωταρχικότητα της αγαθοπραξίας έχει παίξει σημαντικό ρόλο στην ιστορία της ιατρικής. Ο Thomas Percival έχει μιλήσει για μια μικρή λίστα συνιστώμενων αρετών του ιατρού, εκ των οποίων όλες

⁵⁹ Βλ. Kahneman D. & Varey C., 'Notes on the psychology of utility', σελ 157.

⁶⁰ Βλ. Buchanan A., 'Medical Paternalism', σελ. 379.

⁶¹ Βλ. Pellegrino E., 'The virtuous Physician and the ethics of medicine' στο 'Biomedical ethics'. σελ. 68-71.

⁶² Βλ. Λυπουρλής Δ., 'Ιπποκρατική συλλογή', 'Επιδημίες 5'.

σχετίζονται με την αγαθοπραξία και την επαγγελματική υπευθυνότητα. Ο Percival προτείνει στους ιατρούς να ανεβάσουν την ψυχολογία και τα συναισθήματα περηφάνιας και αξιοπρέπειας του ασθενούς και να ασχοληθούν αυστηρά με τις ιατρικές του ανάγκες⁶³. Όσο η αγαθοπραξία παρέμενε αδιαμφισβήτητη στη ιατρική ηθική, οι ιατροί μπορούσαν να στηριχθούν αποκλειστικά στις κρίσεις τους για τις ανάγκες των ασθενών τους για θεραπεία, πληροφορίες και συμβουλές. Οι αρχές, όμως, της ιατρικής ηθικής έχουν αλλάξει με βάση το ότι ο ιατρός έχει και προσωπικά δικαιώματα πέρα από τις επαγγελματικές προσταγές του για αγαθοπραξία. Υπήρξε έτσι σύγχυση και δομική αλλαγή στη ιατρική. Το βασικό πρόβλημα ήταν τότε η αρχή του σεβασμού της αυτονομίας που δίνει το κύριο δικαίωμα να αποφασίσει στον ασθενή, πρέπει να έχει προτεραιότητα στη ιατρική πρακτική πάνω από την αρχή της αγαθοπραξίας που δίνει τη δυνατότητα σε αυτούς που την παρέχουν να έχουν και μη απαιτούμενες από το νόμο ηθικές αρχές πάνω στη θεραπεία. Ορισμένοι συγγραφείς προχωρούν στη καταλογογράφηση ενός αριθμού καταστάσεων, στις οποίες η ιατρική αγαθοπραξία υπερπηδά το σεβασμό για την αυτονομία του ασθενούς γιατί οι ασθενείς έχουν κάνει ανεύθυνες επιλογές. Για παράδειγμα, αν ο ασθενής έχει αρνηθεί θεραπεία με πενικιλίνη για πνευμονολογική ή meningococcal μηνιγγίτιδα. Ο λόγος είναι ότι οι ασθενείς αυτές απειλούν τη ζωή και μπορούν να δημιουργήσουν σοβαρή ζημιά στο κεντρικό νευρικό σύστημα του ασθενούς. Ο ασθενής πήρε μια ανεύθυνη απόφαση που ο ιατρός πρέπει να μη λάβει υπόψη του και να την εμποδίσει. Παράλληλα, ασθενείς εθισμένοι σε ναρκωτικές ουσίες σίγουρα δεν είναι σε θέση να πάρουν σωστές αποφάσεις. Σε τέτοιες περιπτώσεις, οι θεράποντες τείνουν να σέβονται την αρχή της αυτονομίας, με το να μην ανακατεύονται πέρα από κάποιες προσπάθειες να μεταπείσουν τον ασθενή, όπου άλλοι τείνουν να πράττουν αγαθοπρακτικά, προστατεύοντας τους ασθενείς από τις επικίνδυνες συνέπειες των επιλογών τους.

Ας δούμε και την αντίθετη άποψη. Σκοπός του ιατρού είναι να μην κάνει κακό στον ασθενή του. Αν όμως ο ασθενής έχει μια ακαριαία αντίδραση σε μια θεραπευτική αγωγή του ιατρού, ο ιατρός γνώριζε για την πιθανότητα αρνητικών επενεργειών της θεραπείας, αλλά δεν το είπε στον ασθενή, γιατί πίστευε ότι αυτή ήταν η καταλληλότερη θεραπεία, τότε ποιος φταίει; Πήρε πάνω του το ρόλο και την απόφαση για το αν θα έπρεπε να παρουσιάσει όλες τις πληροφορίες και τις πιθανότητες στον ασθενή του. Η πιθανότητα θανάτου ήταν μικρή, κι όμως συνέβη.

⁶³ Βλ. Percival T., 'The social plung' σελ. 6489.

Αυτή η πατερναλιστική συμπεριφορά σίγουρα πηγάζει από αγαθοπραξία και όχι από απόπειρα βλάβης στον ασθενή, και σίγουρα κατά ένα ορισμό παραβαίνει την αυτόνομη επιλογή. Ο J.S.Mill⁶⁴, παρά την αρχική του αντίθεση στον πατερναλισμό, θεώρησε ότι ορισμένες παρεμβολές στις πράξεις του ασθενούς, οι οποίες όμως παρεμβολές σίγουρα τον βοηθούν, μπορούν σε ορισμένες περιπτώσεις να δικαιολογηθούν. Ένα άτομο που δε γνωρίζει τους κινδύνους των αποφάσεών του μπορεί να συγκρατηθεί, ώστε να διασφαλιστεί ότι πράττει έχοντας επίγνωση των πραγμάτων και των συνεπειών των πράξεών του. Μετά από μια προειδοποίηση, το άτομο θα πρέπει, όμως, να είναι ελεύθερο να επιλέξει. Ο Mill δεν το θεωρεί αυτό πραγματική παραβίαση της ελευθερίας, άρα και δεν το βλέπει ως πατερναλιστικό⁶⁵. Οι πατερναλιστικές παραβιάσεις δεν παραμερίζουν πάντα την αυτονομία, αλλά τόσο οι αυτόνομες όσο και οι μη αυτόνομες πράξεις μπορούν δικαιολογημένα να παραμεριστούν με βάση την αγαθοπραξία. Ο John Rawls⁶⁶ και ο Gerard Dworkin⁶⁷ ασπάζονται ένα τύπο δικαιολογημένου πατερναλισμού, στον οποίο η δικαιολόγηση της θέσης βρίσκεται σε μία διαφωνία, όπου τελειώς ορθολογιστικά άτομα που γνωρίζουν πλήρως την κατάστασή τους, θα δέχονταν τον πατερναλισμό και θα δέχονταν ακόμα και μια μορφή τιμωρίας, που θα μπορούσε να τους δώσει ένα ξεκάθαρο κίνητρο να αποφύγουν τις ανόητες πράξεις. Μια προσφυγή σε κάποιο είδος συγκατάβασης για δικαιολόγηση είναι βασικό στη στρατηγική των πιο χαρακτηριστικών θεωριών του δικαιολογημένου πατερναλισμού.

Ο Kant συνδέει άμεσα την αγαθοπραξία με την καλή βούληση. Από την αρχή της Μεταφυσικής των Ηθών ο Kant μας αποκαλύπτει το αυστηρό πνεύμα της ηθικής θεωρίας του. «Είναι αδύνατον να διανοηθούμε άλλο τίποτα μέσα στον κόσμο γενικά, ακόμα και έξω από αυτόν, που θα μπορούσε να θεωρηθεί αγαθό χωρίς περιορισμούς, παρά μονάχα μια καλή βούληση⁶⁸». Ο Kant θεωρούσε ότι η καλή βούληση είναι προϊόν της ανθρώπινης ορθολογικότητας και πηγή του καθήκοντος που καθορίζεται από τον ηθικό νόμο, που ενυπάρχει σε κάθε έλλογο ον. Ανακαλύπτει μέσα στην καλή βούληση μια απόλυτη αξία και μάλιστα με το νόημα ότι πρόκειται για το μόνο πράγμα που μπορεί να θεμελιωθεί ως απόλυτα καλό.

⁶⁴ Βλ. Mill JS., 'On liberty', σελ 151.

⁶⁵ Βλ. Mill JS., 'On liberty', 173.

⁶⁶ Βλ. Rawls J., 'Θεωρία της δικαιοσύνης' σελ. 45-77

⁶⁷ Βλ. Dworkin G., 'Paternalism', σελ.98.

⁶⁸ Βλ. Kant I. 'Τα θεμέλια της Μεταφυσικής των Ηθών', σελ. 53.

Η ιατρική επιστήμη έχει ως στόχο της το καλύτερο δυνατό για τους ασθενείς. Οι κλινικές θεραπείες στοχεύουν στην καλύτερευση της υγείας, στην πρόληψη ασθενειών και τραυματισμών. Η αποτυχία του να βοηθήσεις τους άλλους θεωρείται σε αρκετές περιπτώσεις ότι καταπατά κάποια κοινωνική, επαγγελματική ή ηθική υποχρέωση. Το όφελος, που οι ιατροί είναι υποχρεωμένοι να αναζητήσουν, είναι η καλύτερευση της υγείας, όπως αναλύεται από τις προσωπικές ανάγκες του ασθενούς, και, αν βέβαια υπάρχει μια λογική πιθανότητα θεραπείας. Σκοπός είναι η πρόβλεψη, η απομάκρυνση, η μείωση των συνεπειών της ασθένειας, συμπεριλαμβανομένου του πόνου, της μειωμένης ικανότητας και του θανάτου από ατύχημα ή από ασθένεια. Ακόμα, η κοινωνική βοήθεια σε εξαιρετικά εξαρτημένους ασθενείς, αποτελεί ένα τρανταχτό παράδειγμα κοινωνικής δράσης, που βασίζεται στο υποχρεωτικό ηθικό καθήκον της αγαθοπραξίας. Η αγαθοπραξία αποτελεί το φυσικό επακόλουθο της θεωρίας της καλής βούλησης. Εφόσον το άτομο λειτουργεί με βάση την καλή βούληση, θα πρέπει πάντα να βοηθά το συνάνθρωπό του, να πράττει το καλύτερο για αυτόν πόσο μάλλον, όταν πρόκειται για κάποιο γιατρό και τον ασθενή του. Σύμφωνα με τις επιταγές της κατηγορικής προσταγής «πράττε έτσι ώστε να χρησιμοποιείς την ανθρωπότητα τόσο στο πρόσωπό σου όσο και στο πρόσωπο κάθε άλλου ανθρώπου, πάντα ταυτόχρονα ως σκοπό και ποτέ μόνο ως μέσο»⁶⁹, ο ιατρός πρέπει να πράξει σύμφωνα με το συμφέρον του ασθενούς του και όχι κινούμενος από ιδιοτελής σκοπούς. Δηλαδή με άλλα λόγια, ο ιατρός πρέπει να πράττει με βάση την κατηγορική προσταγή, η οποία αναφέρει συμπερασματικά να μην κάνεις σε κάποιον άλλο αυτό που δε θέλεις να σου κάνει, αν ήσουν στη θέση του, δηλαδή να μεις στη θέση του άλλου, να μην τον μεταχειρίζεσαι σαν απλό μέσο για την επίτευξη των στόχων σου.

Όσον αφορά την ιδιαίτερη σχέση που αναπτύσσεται ανάμεσα στο γιατρό και στον ασθενή, αυτή βασίζεται κατά κύριο λόγο στην εμπιστοσύνη. Το ερώτημα που ανακύπτει είναι από πού προέρχεται αυτή η εμπιστοσύνη. Πηγάζει κι αυτή από τη θεωρία της κατηγορικής προσταγής. Αφού οι άνθρωποι πράττουν σύμφωνα με την πρώτη διατύπωση της κατηγορικής προσταγής «Πράττε μόνο σύμφωνα με ένα τέτοιο γνώμονα μέσω του οποίου μπορείς να θέλεις αυτός ο γνώμονας να γίνει καθολικός νόμος»⁷⁰, η ύπαρξη της εμπιστοσύνης γίνεται καθολικά αποδεκτή και δεν πρέπει ποτέ να παραβιάζεται. Εφόσον οι άνθρωποι υιοθετήσουν γενικές αρχές και νόμους, τους

⁶⁹ Βλ. Καντ Ι., 'Τα θεμέλια της Μεταφυσικής των Ηθών', σελ. 80.

⁷⁰ Βλ. Καντ Ι., 'Τα θεμέλια της Μεταφυσικής των Ηθών', σελ. 41.

οποίους σέβονται όλοι, λογικό επακόλουθο είναι η ύπαρξη εμπιστοσύνης ανάμεσά τους, αφού θα ξέρουν ότι καθένας δε θα μπορούσε να σκεφτεί να καταπατήσει τους καθολικούς αυτούς νόμους.

Ο ιατρός μπορεί να δράσει πατερναλιστικά και να υποβάλει τον ασθενή σε θεραπεία. Η πράξη του αυτή μπορεί να θεωρηθεί ως ένα είδος αγαθοπραξίας, τόσο για το ίδιο το άτομο, όσο και για την κοινωνία, καθώς επίσης και μια μορφή δικαιοσύνης.

Ένας λόγος τον οποίο αποδέχονται πολλοί, για να παρέμβει ο ιατρός στη βούληση του ασθενούς είναι, όταν αυτός δεν έχει διαύγεια και δεν μπορεί να πάρει αποφάσεις για τη ζωή του μετά από σωστή και ώριμη σκέψη και, εφόσον η παρέμβαση αυτή προστατεύει το άτομο από τις ίδιες του τις πράξεις, οι οποίες θέτουν τη ζωή του σε κίνδυνο ή αποτελούν μεγάλο ρίσκο. Σύμφωνα με την άποψη αυτή, ο πατερναλισμός και η παρεμβολή στην αυτονομία του ασθενούς δικαιολογείται, εάν και μόνο το κακό, που θα γινόταν με την πράξη αυτή του ασθενούς είναι μεγαλύτερο από το κακό που δημιουργείται με την παρεμβολή αυτή στην ελευθερία του ασθενούς και αν η πράξη του θεράποντος μπορεί να δικαιολογηθεί και από άλλους κάτω από περίπου ίδιες περιστάσεις, να υπάρχει, δηλαδή, πάντα τέτοιου είδους θεραπεία και παρόμοιοι χειρισμοί προς τους ασθενείς. Οι πράξεις των ιατρών απέναντι σε τέτοιες καταστάσεις πρέπει να προέρχονται από την καλή βούληση τους προς τα άτομα αυτά και είναι κριτήριο ηθικότητας για του ίδιους να τα αντιμετωπίζουν ως αυτοσκοπούς.

Κεφάλαιο 3: ΕΝΗΜΕΡΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ

Το συμφέρον του ασθενούς

Το βασικό επιχείρημα του πατερναλισμού, όπως αναφέραμε παραπάνω, είναι ότι ο ιατρός λόγω των ικανοτήτων του και της κρίσης του δύναται να πάρει αποφάσεις, που προωθούν το συμφέρον (best interest) του ασθενούς. Ο ιατρός, δηλαδή, προϋποτίθεται ότι μπορεί να καθορίσει και να αποφασίσει τι είναι προς το καλό, το συμφέρον του ασθενούς. Για πολλά χρόνια, η σχέση ιατρού και ασθενούς ήταν βασισμένη στην εμπιστοσύνη εκ μέρους των ασθενών ότι ο ιατρός θα λειτουργήσει αγαθοπρακτικά και θα συμβάλλει στην βελτίωση της υγείας του ασθενούς, κινούμενος μόνο με αλτρουιστικά κίνητρα.

Σύμφωνα με την O'Neill η εμπιστοσύνη, που έδειχναν οι ασθενείς στους ιατρούς, δεν μπορεί να θεωρηθεί ορθολογική επιλογή. Για να μιλήσουμε για εμπιστοσύνη, θα πρέπει ο ασθενής να είναι πληροφορημένος και να γνωρίζει τις εναλλακτικές λύσεις. Στην παλαιότερη ιατρική παράδοση η εμπιστοσύνη ήταν βασισμένη στην έλλειψη εναλλακτικών λύσεων. Σήμερα, με την εξέλιξη της ιατρικής μπορούμε να έχουμε όχι μόνο μια, αλλά περισσότερες εναλλακτικές λύσεις για ένα ιατρικό πρόβλημα. Μια πιο επαρκής βάση για την εμπιστοσύνη απαιτεί οι ασθενείς να είναι ενημερωμένοι και λιγότερο εξαρτημένοι από τους ιατρούς. Η εμπιστοσύνη είναι βάσιμη μόνο, όταν ο ασθενής κατανοεί την κατάσταση του και είναι ελεύθερος να αρνηθεί ή να επιλέξει ανάμεσα στις εναλλακτικές λύσεις⁷¹.

Ο ισχυρισμός, ότι ο ιατρός, ανεξάρτητα από την εμπιστοσύνη που του δείχνει ο ασθενής, είναι σε θέση να καθορίσει το καλό του δεν μπορεί να θεωρηθεί λογικός και αυτό, γιατί, αφενός δεν μπορεί να θεωρηθεί ότι υπάρχει ένα καθορισμένο-αντικειμενικό καλό στον χώρο της ιατρικής και, αφετέρου ότι ο ιατρός είναι σε θέση να αντιληφθεί από μόνος του το ιδιαίτερο καλό του ασθενούς. Ο Veatch ισχυρίζεται ότι ακόμα και, αν επικαλεστούμε τις εναλλακτικές 'θεωρίες για το καλό', όπως τις 'ηδονιστικές θεωρίες' ή τις 'θεωρίες ικανοποίησης των επιθυμιών, δεν υφίσταται κανένας λόγος, που να μας κάνει να υποθέσουμε ότι υπάρχει ένα δεδομένο-αντικειμενικό καλό, που ο ιατρός αναμένεται να μπορεί να μαντέψει. Δεν είναι δυνατό, δηλαδή, να υποτεθεί ότι, αφενός υφίσταται κάποια αντικειμενικότητα στις

⁷¹ Βλ. O'Neill O., 'Autonomy and trust in bioethics', σελ.16.

έννοιες της ευτυχίας και της επιθυμίας και ακολούθως, ότι υπάρχει ένα αντικειμενικό-εξωτερικό (προς τον ασθενή) καλό αναφορικά με αυτές και, αφετέρου ότι ο ιατρός μπορεί να μαντέψει τι θα κάνει τον ασθενή πολύ χαρούμενο ή τι θα ικανοποιήσει τις επιθυμίες του⁷². Ας μην ξεχνάμε άλλωστε ότι ο ιατρός έχει να αντιμετωπίσει πολλούς ασθενείς και είναι πολύ χρονοβόρο να εξετάσει και να μαντέψει τι θα ικανοποιούσε τον ασθενή. Παράλληλα, σε αντίθεση με παλαιότερα, ο ασθενής δεν έρχεται σε επαφή μόνον με έναν ιατρό,⁷³ αλλά με μια ομάδα επαγγελματιών, που δεν αναγνωρίζουν ονόματα ή πρόσωπα και είναι σχεδόν ξένοι για τον ασθενή. Οι ίδιοι είναι λειτουργοί ενός ιατρικού συστήματος του οποίου οι δομές είναι αδιαφανείς για τους περισσότερους ασθενείς⁷⁴.

Ακόμα και το ιατρικό καλό του ασθενούς απαρτίζεται σε πολλές περιπτώσεις από ποικίλους παράγοντες, που πρέπει να συνεκτιμηθούν και να ζυγισθούν, όπως η διατήρηση της ζωής, η απαλλαγή από τον πόνο, η θεραπεία της ασθένειας και η προαγωγή της γενικής υγείας. Υπάρχουν περιπτώσεις, όπως της νεφρικής ανεπάρκειας, στις οποίες τίθεται ζήτημα επιλογής ανάμεσα σε εναλλακτικές μορφές θεραπείας (συντηρητικές-αιμοκάθαρση ή επιθετικές-μεταμόσχευση) με διαφορετικές επιπτώσεις στην καταπολέμηση της ασθένειας (χαμηλή ή υψηλή καταστολή της ασθένειας) και διαφορετικές επιπλοκές-κινδύνους (χαμηλός ή υψηλός κίνδυνος θνησιμότητας). Περιπτώσεις που η διατήρηση της ζωής (συνήθως δια τεχνητών μέσων) συνεπάγεται φρικτό πόνο, μη θεραπεία της ασθένειας, συνεπώς περιπτώσεις στις οποίες το ιατρικό καλό του ασθενούς δεν είναι προφανές και δεδομένο. Ακολούθως, δεν μπορεί να θεωρηθεί ότι υπάρχει ένα αντικειμενικό ιατρικό καλό που γνωρίζει μόνον ο ιατρός, αλλά ένα καλό, το οποίο όντας αποτέλεσμα υποκειμενικής συνεκτίμησης ποικίλων παραγόντων, μπορεί και πρέπει να καθορισθεί από τον ίδιο τον ασθενή, στο πλαίσιο που η υπό συγκεκριμένους όρους διατήρηση ή μη της ζωής του αφορά τον ίδιο.

Περαιτέρω, στις αποφάσεις που αφορούν τον ασθενή, δεν εμπλέκεται μόνον το ιατρικό καλό του ασθενούς, αλλά ένα ευρύτερο καλό που συμπεριλαμβάνει προσωπικές αξίες και ενδιαφέροντα του ασθενούς, καθώς και ηθικές υποχρεώσεις του έναντι άλλων προσώπων. Η ποιότητα ζωής του ασθενούς και η δυνατότητα του για

⁷² Βλ. Veatch R., 'Abandoning Informed Consent' στο Kushe&Singer *Bioethics :An Anthology* σελ. 523-532.

⁷³ Ειδικά για την Ελλάδα αξίζει να σημειωθεί η έλλειψη του οικογενειακού γιατρού. Βλ. Τούντας Γ., 'Οι υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα', σελ 21-41.

⁷⁴ Βλ. Rothman, 'Strangers at the beside', σελ-56.

μία παραγωγική ζωή (όπως στις περιπτώσεις που τίθεται το ζήτημα της ευθανασίας) συνιστούν συστατικό στοιχείο του 'καλού', όπως το αντιλαμβάνονται πολλοί ασθενείς το οποίο εκτιμάται σε πολλές περιπτώσεις από τους ίδιους ως σημαντικότερο από το στενώς εννοούμενο ιατρικό τους καλό⁷⁵. Επίσης, σε ορισμένες περιπτώσεις οι ασθενείς θεωρούν ότι η μελλοντική κατάσταση της υγείας τους έχει επιπτώσεις στην εκπλήρωση ή μη των υποχρεώσεων τους απέναντι σε αγαπημένα τους πρόσωπα αξιολογώντας τις τελευταίες ως τις πιο σημαντικές. Ορισμένοι ασθενείς και ιδιαίτερα ασθενείς σε τερματικό στάδιο, βάζουν ως πρώτη προτεραιότητα την οικογένεια τους και τις υποχρεώσεις που έχουν προς αυτήν. Έτσι, για να μην αποτελούν οικονομικό βάρος για τις οικογένειες τους ή επειδή δεν μπορούν να προσφέρουν πια σε αυτές είναι δυνατόν να λάβουν αποφάσεις, που εναντιώνεται προς το ιατρικό τους καλό, προκειμένου να τηρηθούν σημαντικές ηθικές τους αρχές, που εκλαμβάνονται από τους ίδιους ως μέρος του γενικού τους καλού.⁷⁶ Έτσι, υφίσταται ένα γενικό καλό για τον ασθενή, που συναποτελείται από το ιατρικό του καλό, τα ευρύτερα ενδιαφέροντα του και αξίες, αλλά και τις ηθικές του αρχές. Εφόσον, λοιπόν, το γενικό καλό του ασθενούς είναι αποτέλεσμα υποκειμενικού συσχετισμού ποικίλων παραγόντων, συμπεριλαμβανομένων προσωπικών στόχων και αξιών του ασθενούς, δεν είναι θεμιτό να καθορίζεται αυτό από τις προσωπικές-υποκειμενικές αντιλήψεις του ιατρού. Μία τέτοια τακτική θα συνιστούσε ένα είδος επιβολής της ιδέας για το καλό από τον ιατρό στον ασθενή⁷⁷.

Εφόσον, λοιπόν, στις αποφάσεις για το 'καλό' του ασθενούς απαιτείται, αφενός να συνεκτιμηθούν ποικίλα κριτήρια του ιατρικού καλού και, αφετέρου να συσχετισθούν με τα συστατικά αγαθά ενός ευρύτερου καλού για τον ασθενή,

⁷⁵ Υπάρχουν πολλές περιπτώσεις στην ιστορία της ιατρικής κατά τις οποίες ασθενείς έχουν προβεί σε αποφάσεις ενάντια προς το ιατρικό τους καλό, επειδή δεν πραγματώνονται σημαντικά κριτήρια του γενικού τους καλού, όπως το αντιλαμβάνονται οι ίδιοι. Σχεδόν πρόσφατα, ένας ασθενής από τις Η.Π.Α. που είχε υποστεί εγχείρηση μεταμόσχευσης αρνήθηκε να ακολουθήσει τη μετεγχειρητική θεραπεία, εφόσον αυτή θα καθιστούσε τη ζωή του μη παραγωγική και επώδυνη. Ο ασθενής αυτός προτίμησε να θέσει σε κίνδυνο τη ζωή του προκειμένου να έχει μία ποιοτική ζωή σύμφωνη με τα ενδιαφέροντα του και τις αξίες του. Η απόφαση του έγινε σεβαστή. Βλ. *Bowers v. Talmage*, 159 So.2d. 88 Fla App. 1963.

⁷⁶ Βλ. *Mappes T. & Zembary J.*, 'Patients choices, family interests, and physician obligation' στο *Mappes & Degrazia 'Biomedical Ethics'*, σελ 202-203.

⁷⁷ Βλ. *Veatch R.*, 'Abandoning Informed Consent' στο *Bioethics :An Anthology* σελ 524-526. Ο Veatch ισχυρίζεται ότι δεν είναι δυνατόν ο ιατρός να αποφασίσει, εάν μία συγκεκριμένη ιατρική παρέμβαση ενισχύει το 'αίσθημα της προσωπικής επίτευξης- του ασθενούς ή ενθαρρύνει τις 'βαθιές προσωπικές του σχέσεις' - τα οποία συμπεριλαμβάνονται στις λίστες των πραγμάτων που συνιστούν το 'αντικειμενικό καλό' για τον κάθε άνθρωπο. Συνεπώς, ούτε η επίκληση και αυτών των θεωριών προσδίδει κάποιο κύρος στο παραδοσιακό μοντέλο απόφασης του γιατρού, εφόσον ακόμα και, αν υποθεθεί ότι υπάρχει αυτή η έννοια του αντικειμενικά καλού, δεν είναι δυνατό να υποστηριχθεί ότι ο ιατρός μπορεί να τη γνωρίζει για τον ασθενή του, στο βαθμό που αυτή η έννοια συνιστά μία γενική έννοια προς ερμηνεία και που ο μόνος κατάλληλος για ερμηνεία είναι ο ίδιος ο ασθενής.

καθίσταται εμφανές ότι δεν υφίσταται ένα αντικειμενικό και δεδομένο 'καλό' που είναι σε θέση ο ιατρός να γνωρίζει, αλλά ένα υποκειμενικό καλό, που μόνον ο ασθενής μπορεί να κρίνει ο ίδιος για τον εαυτό του, σύμφωνα με τις προσωπικές του αντιλήψεις και στόχους. Συνεπώς, η επιστημονική αυθεντία του ιατρού δεν δύναται να τον καταστήσει καλύτερο φορέα απόφασης για το 'γενικό καλό' του ασθενούς - αλλά σύμβουλο στη διαδικασία απόφασης του ασθενούς - τακτική που επιδοκιμάζεται από τις αξίες μιας φιλελεύθερης ιδεολογίας. Ο J.S. Mill ισχυρίζεται πως δεν νομιμοποιείται η επιβολή ή η απαγόρευση μιας πράξης σε έναν άνθρωπο με τη δικαιολογία, ότι θα είναι καλύτερο για αυτόν να πράξει κατά τέτοιο τρόπο ή ότι ακολούθως, θα είναι περισσότερο ευτυχής στο μέτρο που, κατά τη γνώμη των άλλων, το να πράξει έτσι θα είναι σοφό ή ορθό. Διότι "αυτοί είναι καλοί λόγοι, για να διαμαρτυρηθείς έναντι αυτού του ανθρώπου, για να τον συνεφέρνεις, να τον πείσεις ή ακόμη και να τον παρακαλέσεις, αλλά όχι για να του επιβληθείς."⁷⁸

Επομένως, ο ιατρός νομιμοποιείται να παραινέσει και να συμβουλέψει τον ασθενή του, αλλά όχι να αποφασίσει για αυτόν επιβάλλοντας τη δική του άποψη, γιατί 'το δικό του καλό' είτε φυσικό είτε ηθικό δεν συνιστά επαρκή λόγο παρέμβασης. Ο κάθε άνθρωπος, κατά τον Mill, έχει απόλυτη ανεξαρτησία όσον αφορά τον εαυτό του, γιατί ο ίδιος είναι κυρίαρχος όχι μόνο πάνω στο πνεύμα του, αλλά και στο σώμα του. Ο Mill εξυψώνει την ελευθερία της σκέψης, του συναισθήματος, των στόχων και επιδιώξεων σε υπέρτατη αξία, θεωρώντας ότι ο καθένας πρέπει να είναι ελεύθερος να διαμορφώνει και να επιδιώκει ένα σχέδιο ζωής συμφωνά με τον χαρακτήρα του και τις απόψεις του⁷⁹.

Παραπέμποντας συχνά στον Mill, στοχαστές του 20ου και 21ου αιώνα από τον χώρο της ιατρικής ηθικής τονίζουν την αξία της αυτονομίας του ασθενούς, ως του δικαιώματος να καθορίζει ο ίδιος το δικό του καλό σύμφωνα με τη δική του κρίση και συνεπώς, να συγκατατίθεται ή να αρνείται να συγκατατεθεί σε οποιαδήποτε ιατρική παρέμβαση προτείνεται σχετικά. Η σύγχρονη ιατρική ηθική και πρακτική, ακολουθώντας το πνεύμα της φιλελεύθερης παράδοσης, αναγνωρίζει το δικαίωμα του ασθενούς να εκφράσει τη συγκατάθεση του ή την άρνηση αυτής σε περιπτώσεις ερευνας ή χειρουργικής επέμβασης ή εκλαμβάνει τη συγκατάθεση του ασθενούς ως

⁷⁸ Βλ. Mill J.S., 'Περί ελευθερίας', σελ. 59.

⁷⁹ Βλ. Mill J.S., 'Περί ελευθερίας', 'Η μονή ελευθερία που αξίζει το όνομα αυτό είναι εκείνη που επιδιώκεις το δικό σου καλό με το δικό σου τρόπο, υπό την προϋπόθεση ότι δεν επιχειρούμε να στερήσουμε ιούς άλλους από το δικό τους ή και να εμποδίσουμε τις προσπάθειες τους να το αποκτήσουν. Το ανθρώπινο γένος κερδίζει περισσότερο από το να ανέχεται ο καθένας τον άλλο να ζει, όπως φαίνεται καλό σε αυτόν παρά επιβάλλοντας στον καθένα να ζει, όπως φαίνεται καλό στους υπολοίπους.'

υπονοούμενη σε τακτικές ρουτίνας, όπως η λήψη αίματος για γενικές εξετάσεις, εκτός και αν εκδηλωθούν αντίθετες διαθέσεις από τον ασθενή. Γενικώς, μπορεί να ειπωθεί ότι αποδέχεται και πραγματώνει το αρνητικό δικαίωμα ελευθερίας του ασθενούς και απαγορεύει ακολούθως ηθικά και νομικά στον ιατρό οποιαδήποτε επιβολή εκ μέρους του, θεωρώντας πως ο κάθε ασθενής είναι ο "κατάλληλος φύλακας της υγείας του είτε της σωματικής είτε της διανοητικής είτε της πνευματικής. Στο πλαίσιο αυτό η ανάγκη για ιατρική κρίση -για απόφαση του ιατρού σύμφωνα με αυτό που ιατρικά ενδείκνυται (medical judgment)- έχει αντικατασταθεί από την ανάγκη για ιατρική γνώση (medical knowledge) του ασθενούς, ώστε να είναι σε θέση να αποφασίζει ο ίδιος για τον εαυτό του. Όπως παρατηρεί ο J.Katz, ο κηδεμονευτικός ρόλος του ιατρού που φροντίζει τον ασθενή και αποφασίζει για αυτόν, θεωρείται πλέον ξεπερασμένος, ενώ πρωταρχική σημασία δίδεται στον ρόλο του ιατρού ως προστάτη της ατομικής ελευθερίας-επιλογής του ασθενούς.⁸⁰

Το κριτήριο της αυτονομίας

Όταν γίνεται λόγος για αυτονομία, ίσως το πρώτο στοιχείο που οφείλει κάποιος να διευκρινίσει, είναι τι εννοεί με την έννοια αυτή ή καλύτερα, πιο συγκεκριμένα ποια έννοια της αυτονομίας σχετίζεται με το ζήτημα που μελετάμε. Η αυτονομία δεν αποτελεί για όλους μία ευκρινώς προσδιορισμένη έννοια. Η αντίληψη που έχει ο καθένας για την αυτονομία, διαφέρει σε τέτοιο βαθμό που απαιτείται η θεωρητική της οριοθέτηση. Συνήθως, δεν τυχαίνει να συναντάμε σε όλα τα κείμενα μία κοινή ερμηνεία της αυτονομίας. Όπως χαρακτηριστικά αναφέρει ο G. Dworkin, η αυτονομία ταυτίζεται συχνά με την «Ελευθερία... την αξιοπρέπεια, την ακεραιότητα, την ατομικότητα, την ανεξαρτησία, την υπευθυνότητα και την αυτογνωσία... την αυτοεπιβεβαίωση... τον κριτικό αναστοχασμό... την ελευθερία από τις υποχρεώσεις... την απουσία εξωτερικών πιέσεων...και τη γνώση των προσωπικών μας συμφερόντων».⁸¹

Οι R. Faden και T. Beauchamp ορίζουν την αυτονομία ως ιδιωτικότητα (privacy), ευσυνειδησία, αυτογνωσία, να επιλέγεις ελεύθερα, να επιλέγεις την δική

⁸⁰ Βλ. Katz J., 'Physicians and patients: A history of silence', στο Beauchamp&Walters *Contemporary issues in bioethics*, σελ.386-389 Veatch R., 'Abandoning Informed Consent' στο Kushe&Singer *Bioethics :An Anthology* σελ 524-526.

⁸¹ Βλ. Dworkin G., *The Theory and Practice of Autonomy*, σελ. 6.

σου ηθική στάση και να είσαι υπεύθυνος για τις επιλογές σου⁸². Παράλληλα, άλλοι συγγραφείς ορίζουν την αυτονομία ως το δικαίωμα αυτοκαθορισμού και συγκεκριμένα στην βιοηθική ως το δικαίωμα του ασθενούς να αποφασίζει ελεύθερα για το τι θα συμβεί στο σώμα του ή αν θα δεχθεί μια θεραπεία ή όχι με βάση την άποψη και τα σχέδια που έχει για την ζωή του⁸³. Ο Dworkin, για την ποικιλία των ορισμών της αυτονομίας, σημειώνει ότι τα μόνα χαρακτηριστικά που παραμένουν σταθερά από τον έναν συγγραφέα στον άλλον, είναι ότι η αυτονομία είναι χαρακτηριστικό γνώρισμα των προσώπων και μια επιθυμητή ποιότητα που έχουμε ως πρόσωπα⁸⁴.

Παρά την ποικιλία των ορισμών της αυτονομίας, στην βιοηθική συχνά γίνεται κατανοητή ως το χαρακτηριστικό γνώρισμα individual προσώπων. Γενικά, αναγνωρίζεται ως ανεξαρτησία ή ως η ικανότητα για ανεξάρτητες αποφάσεις και πράξεις. Αυτή η έννοια της αυτονομίας παρουσιάζεται ως συσχετική. Η αυτονομία είναι πάντα αυτονομία από κάτι : τα άτομα είναι, πιθανώς, ανεξάρτητα σε κάποια ζητήματα αλλά όχι σε άλλα, και ως διαβάθμιση: κάποια άτομα έχουν μεγαλύτερο και κάποια άλλα λιγότερο βαθμό ανεξαρτησίας⁸⁵. Όπως πολύ εύστοχα παρατηρεί η Ο' Neill, η έννοια αυτής της αυτονομίας κυριάρχησε στον χώρο της βιοηθικής έναντι των άλλων θεμελιωδών αρχών⁸⁶.

Ο 'θρίαμβος' αυτός της individual αυτονομίας, όπως την χαρακτηρίζει η Ο' Neill, οδήγησε και στον 'θρίαμβο' της ενήμερης συγκατάθεσης. Συνήθως δίνουμε έμφαση στην ενήμερη συγκατάθεση, θεωρώντας ότι έτσι δίνουμε την δυνατότητα σε άτομα να πράττουν αυτόνομα, όπως και αν πράττουν. Αλλά όμως, δεν εξασφαλίζουμε ούτε απαιτούμε από τα άτομα αυτά να πράξουν αυτόνομα. Αυτοί που επιμένουν στην αναγκαιότητα της ενήμερης συγκατάθεσης στην ουσία δεν λένε τίποτα για την ατομικότητα, τον χαρακτήρα, τον αυτοέλεγχο, την αναστοχαστική αντανάκλαση κ.λ.π. ή για άλλους τρόπους, με τους οποίους υποτίθεται ότι διαφέρει η αυτόνομη επιλογή από μια απλή επιλογή.

⁸² Βλ. Faden R. & Beauchamp T., 'Principles of Biomedical Ethics', σελ.37.

⁸³ Η προσωπική αυτονομία έχει την προέλευση της κυρίως στον Mill. Αν και ο Mill στο On Liberty δεν χρησιμοποιεί τον όρο 'αυτονομία', αλλά τον όρο ατομικότητα με βάση τον νατουραλισμό αναφέρει ότι ο σεβασμός προς ένα πρόσωπο καταδεικνύεται, όταν είναι ανεξάρτητο και ελεύθερο να πράττει σύμφωνα με ένα πλάνο που έχει για την ζωή του.

⁸⁴ Βλ. Dworkin G., 'The Theory and Practice of Autonomy', σελ. 7.

⁸⁵ Ο'Neill, 'Autonomy and Trust in Bioethics', σελ 35-36.

⁸⁶ Ο Beauchamp και Childress στο Principle of biomedical ethics θεωρούν τέσσερις αρχές ως θεμελιώδεις για την βιοηθική: την αγαθοπραξία, το μη βλάπτειν, την αυτονομία και την δικαιοσύνη. Βλ. Beauchamp&Childress, 'Principle of biomedical ethics', σελ. 12.

Συνήθως στην ιατρική, όταν αναφερόμαστε στην αυτονομία του ασθενούς, εννοούμε το δικαίωμα του να επιλέξει θεραπεία ή την υποχρέωση του ιατρού να λάβει την συγκατάθεση του ασθενούς. Η μινιμαλιστική αυτή ερμηνεία της προσωπικής αυτονομίας μπορεί να αρμόζει στην ιατρική πρακτική, καθότι μας απαλλάσσει σε δύσκολες συνθήκες (όταν είμαστε τραυματισμένοι ή άρρωστοι) από την ανάγκη να εισέλθουμε σε μια έλλογη αναστοχαστική διαδικασία. Παραδοσιακά το βάρος δινόταν στην σχέση ιατρού-ασθενούς ως μια σχέση προσωπική εμπιστοσύνης, που αντικαθιστούσε την ανάγκη για αυτόνομη λειτουργία περιορίζοντας την στην ενήμερη συγκατάθεση. Τώρα πια που δεν υπάρχει αυτή η προσωπική σχέση μεταξύ ιατρού-ασθενούς (π.χ. οικογενειακός ιατρός), η ενήμερη συγκατάθεση δεν μπορεί να καλύψει την απαίτηση για εμπιστοσύνη και να προστατεύσει το συμφέρον του ασθενούς απέναντι σε άγνωστους επαγγελματίες (ιατρούς)⁸⁷.

Πολλά στοιχεία ιστορικά στόχευαν στην αύξηση της εμπιστοσύνης και στην βελτίωση της υγείας του ασθενούς χωρίς όμως στην πραγματικότητα να επιδιώκουν την προάσπιση της αυτονομίας του, όπως η επαγγελματική εκπαίδευση των ιατρών ή η κάλυψη των προϋποθέσεων για ενήμερη συγκατάθεση.

Μπορεί σε άλλους τομείς της ζωής η ενήμερη συγκατάθεση να καλύπτει τις απαραίτητες ηθικές απαιτήσεις, όπως για παράδειγμα στον γάμο ή στην πρόσληψη σε μια επιχείρηση, αλλά στις περιπτώσεις αυτές υποθέτουμε ότι αναφερόμαστε σε πλήρως έλλογα και συνειδητοποιημένα άτομα που έχουν την δυνατότητα να κάνουν μια αυτόνομη επιλογή. Στην ιατρική πρακτική η προϋπόθεση αυτή μπορεί να μην είναι ικανοποιητική, καθότι η συγκατάθεση δεν μπορεί να δοθεί από πολλές κατηγορίες ατόμων, όπως είναι οι ανήλικοι ή ακόμα και από ασθενείς που στερούνται έλλογων ικανοτήτων⁸⁸ ή είναι κρίσιμη κατάσταση. Ακόμη και ασθενείς οι οποίοι είναι έλλογοι υπάρχει ο κίνδυνος να δώσουν την συγκατάθεση τους σε μια θεραπεία που οι συνέπειες της να μην είναι αυτές που περίμεναν και είχαν ενημερωθεί⁸⁹ καθώς ο τομέας της ιατρικής αποτελεί ένα πεδίο που δεν μπορούμε να είμαστε απόλυτα βέβαιοι για τις συνέπειες μιας ενδεχόμενης θεραπείας.

Η προσωπική αυτονομία και έκφραση της μέσα από την ενήμερη συγκατάθεση έχει, όπως σημειώνει η O'Neill, μια καταναλωτική χροιά. Είναι

⁸⁷ O'Neill, *'Autonomy and Trust in Bioethics'*, σελ.38.

⁸⁸ Βλ. O'Neill, *'Autonomy and Trust in Bioethics'*, σελ. 40.

⁸⁹ Για παράδειγμα σε περιπτώσεις καρκινοπαθών όπου συγκατατίθενται σε χημειοθεραπείες, οι συνέπειες μπορεί να μην είναι αυτές που ανέμεναν, όπως π.χ. αφόρητος πόνος.

σημαντική στην καθημερινή μας ζωή, στις συναλλαγές μας με τους άλλους να ενημερωνόμαστε και να δίνουμε την συγκατάθεση μας. Στην ιατρική πρακτική, όμως, οι συνθήκες είναι δύσκολες και πολύπλοκες η έννοια της αυτονομίας ως ανεξαρτησίας δεν επαρκεί. Η θεώρηση της αυτονομίας ως τέτοια, όπως υποστηρίζει και η O'Neill, δημιουργεί αρκετά προβλήματα, κυριότερο εκ των οποίων είναι η ανεπάρκεια θεμελίωσης της ηθικότητας. Μία πράξη είτε είναι καλή είτε είναι κακή μετράει ως αυτόνομη. «Η ανεξαρτησία καθαυτή δεν φαίνεται να είναι ούτε απαραίτητη ούτε ικανοποιητική ως προϋπόθεση για να έχει μία πράξη ηθική αξία».⁹⁰

Η αντίληψη της αυτονομίας ως απλώς και μόνο προσωπικής επιλογής, συχνά επικρίνεται για τις ασαφείς ή υπέρμετρες μεταφυσικές της αξιώσεις... Οι σύγχρονες συζητήσεις όλες εμμένουν στην αντίληψη ότι η αυτονομία ενέχει ηθικό βάρος. Για αυτό τον λόγο αντιτίθενται σε οποιαδήποτε απλή ερμηνεία της αυτονομίας ως ανεξαρτησίας... Αν η αυτονομία ενέχει αξία, δεν ενέχει αξία, επειδή αποτελεί απλώς ζήτημα μίας αυθαίρετης θέλησης· αντιθέτως, μπορεί να ενέχει αξία και να θαυμάζεται μόνο, αν εκδηλώνει κάποια βαθύτερη συνοχή ή δομή».⁹¹

Η αυτονομία ωστόσο είναι κάτι παραπάνω, σύμφωνα με την O'Neill. Αποτελεί ένα ζήτημα που σχετίζεται με το να πράττεις στη βάση ορισμένων αρχών υποχρέωσης⁹². Η αυτονομία των αρχών (principle autonomy), που έχει τις βάσεις της στον Καντ, διαφέρει ριζικά από την προσωπική αυτονομία. Ο Καντ ποτέ δεν μίλησε για αυτονομία ως ιδιαίτερο χαρακτηριστικό ενός προσώπου, αλλά για αυτονομία του λόγου, και της βούλησης. Ο ίδιος δεν είδε την αυτονομία ως χαρακτηριστικό, που κάποια άτομα έχουν σε μεγαλύτερο ή σε μικρότερο βαθμό και δεν την εξισώνει σε καμιά περίπτωση με την προσωπική ανεξαρτησία ή την αυτοέκφραση. Για τον Καντ η αυτονομία συνίσταται να πράττεις σύμφωνα με αρχές, με αρχές δεσμευτικού τύπου, που πηγάζουν από μέσα σου. Αποτελεί μία ρυθμιστική αρχή που ενυπάρχει μέσα σε κάθε έλλογο ον και που θέτει ορισμένους περιορισμούς. Ο κύριος περιορισμός που θέτει η αυτονομία δεν είναι να πράττεις με ένα συγκεκριμένο τρόπο, αλλά σε αναγκάζει να έχεις ως αρχή σου να μπορεί η πράξη σου να γίνει αποδεκτή ως καθολικός νόμος. Η αρχή αυτή, δηλαδή, θα μπορούσε να θεωρηθεί ως νομοθέτης μίας αυτόνομης βούλησης που σε δεσμεύει όχι εξαιτίας μίας τάχα αυτοτελούς αξιακής ύπαρξης, αλλά ως αποτέλεσμα «αναστοχαστικού ενστερνισμού» (reflective

⁹⁰ Βλ. O'Neill, 'Bounds of Justice', σελ. 30.

⁹¹ Βλ. O'Neill, 'Bounds of Justice', σελ. 41.

⁹² Βλ. O'Neill, 'Autonomy and Trust in Bioethics', σελ. 84.

endorsement) που έχει την πηγή του στο ίδιο το άτομο. Η ισχύς αυτής της αρχής αυτονομίας, δεν απορρέει μόνο από το γεγονός ότι αποτελεί μία μορφή αυτό-έκφρασης, αλλά και από το γεγονός ότι οι πράξεις της οφείλουν να είναι καθολικά αποδεκτές. Δεν αποτελεί μόνο μία σχετική προς τον δρώντα αξία, αλλά και μία οικουμενικής μορφής αξία. Η πρώτη διατύπωση της κατηγορικής προσταγής αναφέρει αυτό ακριβώς : ‘πράττε μόνο σύμφωνα με ένα τέτοιο γνώμονα, μέσω του οποίου μπορείς συνάμα να θέλεις, αυτός ο γνώμονας να γίνει καθολικός νόμος’⁹³.

Πως είναι, όμως, δυνατόν η βούληση κάθε έλλογου όντος να καταστεί καθολικός νόμος; Ο Καντ δεν ισχυρίζεται ότι κάθε πράξη που επιλέγει κάποιος είναι όντως νόμος δεσμευτικός για όλους τους άλλους, αλλά θέτει ως περιορισμό και προϋπόθεση οι αρχές των πράξεων μας να μπορούν να υιοθετηθούν από όλους. Μόνο υπό αυτήν την έννοια οι αρχές είναι καθολικές και μπορούν να γίνουν καθολικοί νόμοι.

Θα μπορούσε κάλλιστα να υποστηρίξει κανείς, όπως μας υπενθυμίζει ο Ronald Dworkin ότι «Η αντίληψη της αυτονομίας ως ακεραιότητας δεν υποθέτει ότι άτομα ικανά για δικαιопραξία έχουν συνεπείς αξίες ή ότι πάντα προβαίνουν σε συνεπείς επιλογές ή ότι πάντα ζουν δομημένες και με αναστοχασμό ζωές»⁹⁴. Οφείλουμε να αναγνωρίσουμε το γεγονός ότι πολλές φορές άνθρωποι, που έχουν τα λογικά τους, λειτουργούν με τρόπο που μας φαίνεται παράλογος, χωρίς να φαίνεται να καθοδηγούνται από μία κανονιστική ηθική θεώρηση. Για παράδειγμα, όπως μας αναφέρει και ο Dworkin, τυχαίνει να υπάρχουν άνθρωποι που είναι φανατικοί με την υγιεινή ζωή, αλλά παρά ταύτα καπνίζουν. Πράγματι υπάρχει αυτή η πιθανότητα. Ο καθένας δικαιούται να λειτουργεί αυτόνομα ακόμα και με παράλογο τρόπο, αλλά στην προκειμένη περίπτωση δεν μας αφορά τόσο η αυτόνομη λειτουργία τους από μία τέτοια οπτική. Αντιθέτως μας αφορά κυρίως αυτή η αυτόνομη λειτουργία τους που επιβάλλει την αναγκαιότητα συμμετοχής του ιατρού. Η πτυχή αυτή που σχετίζεται, ίσως, με μία είδους επιβολή συμμετοχής του ιατρού μπορεί να είναι μόνο η αυτόνομη λογική λειτουργία τους. Είμαστε καταδικασμένοι, τουλάχιστον στην αλληλόδρασή μας, να λειτουργούμε με βάση τη λογική, διότι αυτό είναι το μόνο κοινά αποδεκτό εργαλείο που υπάρχει, διότι μόνο εκεί βρίσκουμε ένα κοινό μονοπάτι συνεννόησης.

⁹³ Βλ. Καντ Ι., ‘ Τα θεμέλια της μεταφυσικής των ηθών’, εις., μτφ, σχ. Τζαβάρα σελ. 52.

⁹⁴ Βλ. Dworkin R., ‘ *Life’s Dominion*’, σελ. 228.

Στα πλαίσια της ενήμερης συγκατάθεσης, η αυτονομία του Καντ μπορεί να υιοθετηθεί εκ μέρους των ιατρών στον τρόπο που αντιμετωπίζουν τους ασθενείς τους. Η δεύτερη διατύπωση της κατηγορικής προσταγής του Καντ ‘πράττε έτσι ώστε να χρησιμοποιείς την ανθρωπότητα τόσο στο πρόσωπο σου όσο και στο πρόσωπο κάθε άλλου ανθρώπου, πάντα ταυτόχρονα ως σκοπό και ποτέ μόνο ως μέσο’ καταδεικνύει την υποχρέωση των ιατρών να πράττουν σύμφωνα με αρχές. Με αρχές που θα είναι δεσμευτικές και θα μπορούν να καταστούν καθολικοί νόμοι. Για παράδειγμα, όταν ένας ασθενής ζητά να ενημερωθεί για την κατάσταση του, ο σεβασμός προς την αυτονομία επιτάσσει προς τους ιατρούς να παρέχουν όλες τις πληροφορίες χωρίς να αποκρύβουν κανένα στοιχείο και χωρίς να καθοδηγούν τον ασθενή σε θεραπείες που επιθυμούν οι ίδιοι. Αντιμετωπίζοντας τον άλλο ως αυτόνομο ον και σκεπτόμενοι και οι ίδιοι ότι οι αρχές των πράξεων μας οφείλουν να είναι καθολικεύσιμες, τότε μπορούμε να έχουμε μια έγκυρη συγκατάθεση από τον ασθενή. Και η έγκυρη συγκατάθεση έχει τις βάσεις της στην αμοιβαία εμπιστοσύνη και στην πίστη ότι όλες οι πράξεις και η συνεργασία θα υπόκειντο στον σεβασμό της προσωπικότητας και της αυτονομίας του άλλου.

Δικαίωμα ενημέρωσης

Η αυτονομία του ασθενούς πραγματώνεται με μια εμφανώς δική του συγκατάθεση, η οποία θέτει ως βασική προϋπόθεση την σωστή πληροφόρηση του, ώστε να μπορεί να αξιολογεί επαρκώς τις εναλλακτικές λύσεις, που του προσφέρονται και να οδηγηθεί σε μια αυτόνομη και ελεύθερη επιλογή.

Για να μπορούμε να συζητούμε για αυτόνομη επιλογή του ασθενούς και για έγκυρη συγκατάθεση, θα πρέπει ο ασθενής να είναι έλλογος και ικανός να κατανοήσει, πρώτα την κατάσταση του και ακολούθως τις πληροφορίες και τις εναλλακτικές λύσεις που θα του δώσει ο ιατρός. Η ύπαρξη έλλογης ικανότητας είναι θεμελιώδης για την αυτονομία και για το δικαίωμα ενός ατόμου να αυτοκαθορίζεται και να λαμβάνει αποφάσεις σύμφωνα με ένα σχέδιο, που έχει για την ζωή του. Η έλλογη ικανότητα και κατά συνέπεια, η ικανότητα του ανθρώπου να κάνει τις επιλογές του είναι αυτό που τον διακρίνει από τα άλλα όντα, καθώς μόνο ο άνθρωπος έχει συνειδητοποιημένους στόχους, αρχές και αξίες και πράττει σύμφωνα με αυτά.

Η απλή έκφραση της επιθυμίας του ασθενούς, δεν θεωρείται κατά τον Savulescu⁹⁵ ότι αναπαριστά την αυτόνομη επιλογή του, διότι η έννοια της αυτονομίας και του αυτοκαθορισμού προϋποθέτει την έννοια της έλλογη ικανότητας. Στο πλαίσιο που ο αυτοκαθορισμός αφορά την διαμόρφωση ενός σχεδίου, που θα καθορίζει τη ζωή στο μέλλον και την επιλογή της καλύτερης κατά την κρίση του φορέα πορείας ζωής, η έννοια της αυτονομίας ενέχει τη διαδικασία της στάθμισης, της λογικής σύγκρισης, αξιολόγησης και τελικής επιλογής ανάμεσα από εναλλακτικές λύσεις, που αφορούν τον σχεδιασμό και τη διαμόρφωση της ζωής στο μέλλον. Όπως τονίζει ο R. Young, οι επιθυμίες του ανθρώπου αφορούν ένα σχέδιο ζωής, μία αυτόνομη απόφαση σχετικά με το τι θέλει να κάνει με τη ζωή του αναφορικά με την καριέρα του, τον τρόπο ζωής του, τις κυρίαρχες επιδιώξεις του κτ.λ. και, συνεπώς να προβεί σε μία λογική εκτίμηση της κατάστασης και των εναλλακτικών λύσεων που έχει στην διάθεση του⁹⁶

Κατά την επιλογή του ασθενούς, η συγκατάθεση του μπορεί να θεωρηθεί έκφραση λογικής και αυτόνομης επιλογής του, όταν οι πληροφορίες που του παρέχονται είναι σαφείς και κατανοητές. Οι πληροφορίες, που πρέπει να ανακοινωθούν από τον ιατρό στον ασθενή, αφορούν τα αναμενόμενα οφέλη και τους κινδύνους της προτεινόμενης και των εναλλακτικών μορφών θεραπείας και τις συνέπειες για τον ασθενή, εάν αυτός δεν ακολουθήσει τη συγκεκριμένη θεραπεία. Επίσης, ακόμη και η πολύ μικρή πιθανότητα ενός πολύ σοβαρού κινδύνου, πρέπει να αναφερθεί στον ασθενή, εφόσον ενδέχεται να τεθεί σε κίνδυνο η ζωή του ή η σωματική του ακεραιότητα σε τέτοιο σημείο, που να ξεπερνά σε σοβαρότητα την υπάρχουσα αρνητική κατάσταση του ασθενούς. Ως μοναδικές εξαιρέσεις πληροφόρησης του ασθενούς αναγνωρίζεται η περίπτωση εκείνη στην οποία ο ασθενής είναι αναισθητός και υφίσταται άμεση ανάγκη να εφαρμοστεί κάποια θεραπεία σε αυτόν⁹⁷.

Ταυτόχρονα, οι πληροφορίες που δίνονται στον ασθενή, θα πρέπει να είναι όσο το δυνατόν απλουστευμένες και να μην εμπεριέχουν μόνο ιατρικούς όρους. Μέσα στο πλαίσιο της σχέσης ιατρού-ασθενούς, ο ιατρός οφείλει να περιγράψει και να ενημερώσει με κατανοητά λόγια την κατάσταση και τις εναλλακτικές λύσεις στον ασθενή. Με αυτόν τον τρόπο θα αποφευχθούν φαινόμενα, όπου ο ιατρός χρησιμοποιώντας ιατρική ορολογία και γλώσσα να καθοδηγεί τον ασθενή σε θεραπείες, που ο ίδιος θεωρεί σωστές, δρώντας στην ουσία πατερναλιστικά. Παράλληλα, υπάρχει και η περίπτωση του “volenti non fit

⁹⁵ Βλ. Savulescu J., ‘The limitation of life-sustaining treatment’, στο Kushe & Singer ‘Bioethics: An Anthology’ σελ. 533-550.

⁹⁶ Βλ. Young R., ‘Personal Autonomy: Beyond negative and positive liberty’ σελ.156-187

⁹⁷ Βλ. Faden R. & Beauchamp T., ‘Principles of Biomedical Ethics’, σελ.64-65.

injurya”. Με άλλα λόγια, ένα άτομο που έχει λάβει υπόψη του τα ρίσκα και τις συνέπειες μιας θεραπείας, δεν μπορεί να θεωρηθεί ότι τραυματίστηκε, αν ένα από τα ενδεχόμενα ρίσκα όντως συμβεί ή ακόμα και αποβεί μοιραίο. Πολλά, βέβαια, αν όχι όλα, εξαρτώνται από τις πληροφορίες που δίνει ο ιατρός στον ασθενή του ή καλύτερα αυτά που αφήνει να εννοηθούν ή να αιωρούνται. Ο ασθενής μπορεί να συγκατατεθεί στο να υποβληθεί σε θεραπεία γνωρίζοντας ένα μόνο μέρος της όλης κατάστασης, ένα μόνο μέρος από τα ρίσκα και τους κινδύνους. Η επιλογή του βασίστηκε τόσο σε ηθικά όσο και σε νομικά κριτήρια. Ο ιατρός, όμως, απέκρυψε πληροφορίες. Άρα ο ασθενής ουσιαστικά δε δέχτηκε να υποβληθεί στη θεραπεία, μιας και είχε συμφωνήσει σε κάτι άλλο από αυτό που τελικά έλαβε⁹⁸.

Η όσο το δυνατόν σαφής μετάδοση των πληροφοριών είναι αλληλένδετη με την κατανόηση τους από τον ασθενή. Η κατανόηση και η αξιολόγηση των πληροφοριών είναι, ίσως, το πιο δύσκολο κριτήριο για την αυτόνομη επιλογή. Σήμερα οι ιατροί έχουν δώσει μεγαλύτερη σημασία στην αποκάλυψη, παρά στην κατανόηση των πληροφοριών από τον ασθενή⁹⁹. Η κατανόηση εκ μέρους του ασθενούς είναι υψίστης σημασίας, καθώς το τι ακριβώς θα καταλάβει ή αντιθέτως θα διαστρεβλώσει ο ασθενής από τις πληροφορίες που θα λάβει, θα επηρεάσει την μετέπειτα απόφαση του. Για αυτόν τον λόγο, υποχρέωση των ιατρών θα πρέπει να είναι και η κατανόηση των πληροφοριών και ο ασθενής θα πρέπει να ενθαρρύνεται από τους ιατρούς να απευθύνει ερωτήσεις, προκειμένου να εξασφαλίσει μια πλήρη κατανόηση των πληροφοριών και να έχει μια ολοκληρωμένη εικόνα της γενικής του κατάστασης. Κάτι τέτοιο μπορεί να προκαλέσει ανυπέβλητες δυσκολίες, ιδιαίτερα σε νέους ιατρούς, οι οποίοι συχνά έχουν αμφιβολίες για την αντιμετώπιση πολύπλοκων καταστάσεων¹⁰⁰. Η σωστή πληροφόρηση απαιτεί ιατρούς έμπειρους, που να γνωρίζουν να αντιμετωπίζουν καταλλήλως την εκάστοτε περίπτωση. Ας μην ξεχνάμε, επίσης, το γεγονός ότι οι ασθενείς, εξαιτίας της κατάστασης τους, είναι πολλές φορές ψυχολογικά φορτισμένοι και δεν είναι σε θέση να εκτιμήσουν σωστά τις πληροφορίες που τους παρέχονται¹⁰¹. Για

⁹⁸ Βλ. Gert B., ‘Consent’ στο ‘Bioethics: a return to fundamentals’ σελ.153.

⁹⁹ Σε δημοσκόπηση στις ΗΠΑ σε ιατρούς με το ερώτημα τι σημαίνει για τους ίδιους ‘ενήμερη συγκατάθεση’, το 26% απάντησε μόνο την αποκάλυψη των πληροφοριών και μόλις το 9% ότι προϋποθέτει και την κατανόηση από τους ασθενείς. Βλ.

¹⁰⁰ Βλ. Kent G., ‘Difficulties in obtaining informed consent’, Health care analysis vol. 4, No 1, 1996, σελ 65-71.

¹⁰¹ Βλ. Savulescu J., ‘The limitation of life-sustaining treatment’, στο Kushe & Singer ‘Bioethics: An Anthology’, σελ. 533-550.

αυτό είναι συνετό η ικανότητα τους να κατανοούν και να επιλέγουν να κρίνεται από ειδικούς ψυχολόγους.

Μια άλλη βασική προϋπόθεση, που διασφαλίζει την εγκυρότητα της συγκατάθεσης του ασθενούς, είναι η ελευθερία του να επιλέγει μόνος του το τι θα συμβεί στον ίδιο και στο σώμα του. Ο ασθενής θα πρέπει να είναι ελεύθερος τόσο από εξωτερικούς, όσο και από εσωτερικούς περιορισμούς. Ως εξωτερικοί περιορισμοί της ελευθερίας νοείται, πέρα από τον εκβιασμό και την απειλή, η απόκρυψη των πληροφοριών από τους ιατρούς ή διαστρέβλωση αυτών, καθώς και η επιρροή που δύναται να ασκήσουν οι ιατροί, με σκοπό να οδηγήσουν τον ασθενή σε μια επιλογή που οι ίδιοι θεωρούν ως την πλέον σωστή. Επίσης, αξίζει να σημειωθεί το γεγονός ότι και η οικογένεια του ασθενούς είναι πιθανόν να τον πιέσει να λάβει μια απόφαση που ο ίδιος δεν επιθυμεί¹⁰². Τότε, όμως, δεν μπορούμε να μιλάμε για μια αυτόνομη και έγκυρη επιλογή του ασθενούς. Εσωτερικούς περιορισμούς της ελευθερίας έχουμε, όταν το άτομο είναι υπό την επήρεια ναρκωτικών ή είναι αλκοολικός. Τέτοιες καταστάσεις περιορίζουν την ελευθερία και την δυνατότητα κάποιου να πάρει αυτόνομες αποφάσεις και να αυτοκαθορίζεται. Επιπρόσθετα οι έντονοι φόβοι, οι οξείες πόνοι ή η επίμονη δυσφορία και τα συναισθήματα, όπως η κατάθλιψη, επηρεάζουν την ελευθερία και οδηγούν τον ασθενή σε πράξεις και επιλογές που δεν αντιπροσωπεύουν τις αξίες και τις αρχές που έχει για την ζωή του¹⁰³.

Δικαίωμα στην άγνοια

Στο πλαίσιο σεβασμού της αυτονομίας του ασθενούς, που συνιστά και τη θεμελιώδη λίθο της συγκατάθεσης, εντάσσεται και η απόκρυψη των πληροφοριών στην περίπτωση που ο ασθενής δεν θέλει στην ουσία να τις πληροφορηθεί. Ενώ, γενικά, έχει παρατηρηθεί ότι οι ασθενείς που έχουν πληροφορηθεί τη γενική κατάσταση της υγείας τους, τη φύση και τις εναλλακτικές μορφές θεραπείας τους αναρρώνουν πιο γρήγορα και αισθάνονται μικρότερη ψυχική ένταση από εκείνους που δεν ενημερώνονται¹⁰⁴, υπάρχουν και ορισμένοι ασθενείς, που δεν ανήκουν στην κατηγορία αυτή και προτιμούν την

¹⁰² Είναι αξιοσημείωτο ότι οι νόμοι σήμερα θεωρούν ως εξαναγκασμό μόνο την υπονόμηση της ελευθερίας από τους ιατρούς και όχι από την οικογένεια.

¹⁰³ Βλ. Gert B, Culver C., Clouser D., 'Bioethics: A return to fundamentals', σελ. 165- 174.

¹⁰⁴ Roden J., & Langer J., 'Long term effects of control relevant intervention in the institutionalized aged', σελ. 897-902.

άγνοια¹⁰⁵. Όταν, λοιπόν, ο ασθενής αισθάνεται αδύναμος να αντιμετωπίσει την κατάσταση της υγείας του και οποιαδήποτε αρνητική πρόγνωση ή αβέβαιη προοπτική ενδέχεται να του προκαλέσει άγχος και να παρεμποδίσει τη θεραπεία του ή ακόμη και τη λογική του κρίση, όταν, δηλαδή ο ιατρός καταλαβαίνει ότι ο ίδιος ο ασθενής δεν θέλει στην ουσία να ενημερωθεί, τότε ο σεβασμός της αυτονομίας επιβάλλει την απόκρυψη των σχετικών πληροφοριών. Η αποκάλυψη των πληροφοριών σύμφωνα με τις ανάγκες του ασθενούς για πληροφόρηση εκφράζει την αυτόνομη επιλογή του ασθενούς, η οποία δεν συνίσταται πάντα στην ελευθερία, που του δίδουν οι πληροφορίες αλλά σε ορισμένες περιπτώσεις στην ελευθερία του από τις πληροφορίες.

Στην περίπτωση κατά την οποία δεν αποκαλύπτονται ορισμένες πληροφορίες στον ασθενή σύμφωνα με τη δική του θέληση, ο ιατρός θα μπορούσε να συμβουλευθεί το συγγενικό περιβάλλον του ασθενούς, για να συγκατατεθεί ή όχι στην προτεινόμενη θεραπεία. Μία τέτοια τακτική θεωρείται, με κάποιες επιφυλάξεις ότι μπορεί να διασφαλίσει το γενικό καλό του ασθενούς σύμφωνα με τις προσωπικές του αξίες, στον βαθμό που οι συγγενείς είναι περισσότερο πιθανό να γνωρίζουν και να αποφασίσουν σύμφωνα με τις αρχές και τους στόχους του ασθενούς. Έτσι, η συγκατάθεση του συγγενούς αναμένεται να αναδείξει κάποια επιλογή, η οποία αντιπροσωπεύει την αυτονομία του ασθενούς, με αποτέλεσμα να διασφαλίζεται το προσωπικό γενικό καλό του τελευταίου.

Στο πλαίσιο αυτό γίνεται λόγος για μια ευρύτερη έννοια της αυτονομίας, η οποία δεν ανάγεται αποκλειστικά στο άτομο-ασθενή, νοούμενη ως ατομική αυτονομία, αλλά συμπεριλαμβάνει και το συγγενικό περιβάλλον του ασθενούς. Και το ίδιο το ιατρικό προσωπικό αναγνωρίζει τη σπουδαιότητα της οικογένειας στην ιατρική πρακτική, καθώς αναφέρεται πως μερικοί ασθενείς αναμένουν ότι ο ιατρός τους θα συζητήσει την πρόγνωση και τη διαχείριση της πληροφορίας με μεγαλύτερη λεπτομέρεια με τους συγγενείς τους απ' ότι με τους ίδιους. Η νομιμοποίηση μίας τέτοιας τακτικής προϋποθέτει

¹⁰⁵ Η Valerie Grant προτείνει μία ψυχολογική ερμηνεία της αυτονομίας του ασθενούς αναφορικά με το ζήτημα της πληροφόρησης του. Παρουσιάζει μία κατηγοριοποίηση των ασθενών ανάλογα με την ιδιοσυγκρασία, την εξυπνάδα, τα κίνητρα και την κατάσταση της υγείας τους, η οποία έχει σημαντικές προεκτάσεις στο θέμα της πληροφόρησης. Συγκεκριμένα, διακρίνει τους ασθενείς σε αυτούς που είναι καλά και δεν είναι αγχώδεις, σε αυτούς που είναι καλά αλλά είναι αγχώδεις, σε αυτούς που είναι άρρωστοι, αλλά δεν είναι ιδιαίτερα αγχώδεις και σε αυτούς που είναι άρρωστοι και πολύ αγχώδεις. Στην συνέχεια πρεσβεύει ότι ο ιατρός έχοντας γνώση του παρελθόντος του ασθενούς, συζητώντας με τους συγγενείς του και ερμηνεύοντας τη γλώσσα του σώματος του, μπορεί να κατατάξει τον ασθενή σε κάποια από τις ανωτέρω κατηγορίες και να αποφασίσει, εάν στην πραγματικότητα ο ασθενής θέλει να του αποκαλυφθούν οι πληροφορίες ή όχι. Βλ. Grant V., 'Informed Consent for clinical treatment: A psychologist speaks for patients', σελ 76-79.

μία διαφορετική αντίληψη για το ανθρώπινο πρόσωπο από αυτήν του ατόμου, που ελέγχει μόνο του το μέλλον του και την οποία το δυτικό μοντέλο Βιοηθικής μέχρι σήμερα προβάλλει. Η διαφορετικότητα έγκειται στο ότι το ανθρώπινο πρόσωπο δεν συλλαμβάνει κατ' ανάγκην τον εαυτό του τόσο ξεχωριστό από την οικογένεια του, όπως η αρχή της ατομικής αυτονομίας προϋποθέτει. Ως αποτέλεσμα, η ιατρική δεοντολογία πρέπει να προβάλλει μία ευρύτερη αρχή αυτονομίας, όπως φιλόσοφοι και ιατροί τονίζουν. Ο νόμος 3418/2005 στην Ελλάδα¹⁰⁶ αναφέρει ότι ο ιατρός οφείλει να 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 εκτέλεση της, καθώς και για το βαθμό πιθανολόγησής τους. Τα άτομα αυτά είναι εκείνα, που θα δώσουν την συγκατάθεση τους στον ιατρό και θα αποφασίσουν ανάμεσα στις εναλλακτικές θεραπείες¹⁰⁷.

Καθίσταται εμφανές ότι υφίσταται μια σύγκλιση απόψεων ανάμεσα στους φιλοσόφους και αρκετούς ιατρούς στο χώρο της ιατρικής δεοντολογίας και πρακτικής, στο βαθμό που γίνεται γενικά σεβαστή η αυτονομία του ασθενούς και η αποκάλυψη σε αυτόν, όχι περισσότερων πληροφοριών από αυτές που ο ίδιος επιθυμεί.

Άρνηση θεραπείας

Παράλληλα, με το δικαίωμα στην άγνοια ως έκφραση της αυτονομίας, υφίσταται και το δικαίωμα του ασθενούς να αρνηθεί κάθε θεραπεία. Ένα άτομο, που έχει τα λογικά του, έχει δικαίωμα να κάνει λανθασμένες επιλογές, να ρισκάρει κάπου, όταν δεν πρέπει να αρνηθεί ακόμη και οποιαδήποτε θεραπεία¹⁰⁸.

Ο ασθενής που έχει πληροφορηθεί πλήρως την κατάσταση του, έχει το δικαίωμα να μην συναινέσει σε καμία θεραπεία που του προτείνεται από τον ιατρό. Η επιλογή του αυτή πηγάζει από την ελεύθερη και έλλογη βούληση του και το δικαίωμα του αυτοκαθορισμού. Σίγουρα, βασική προϋπόθεση αποτελεί ο ιατρός να έχει εκθέσει με σαφήνεια τις συνέπειες μιας ενδεχόμενης μη θεραπείας στον ασθενή. Εφόσον ο ασθενής έχει κατανοήσει τις πληροφορίες αυτές και είναι ταυτόχρονα έλλογος και

¹⁰⁶ Βλ. Νόμος 3418/2005 Φ.Ε.Κ. Α'287/28-11-2005, Άρθρο11,παρ 2

¹⁰⁷ Για το ζήτημα της υποκατάστατης κρίσης βλ. παρακάτω,

¹⁰⁸ Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί η άρνηση μετάγγισης αίματος από τους μάρτυρες του Ιεχωβά.

αποφασίσει να αρνηθεί την θεραπεία, τότε ο ιατρός δεν μπορεί να είναι ούτε νομικά ούτε ηθικά μεμπτός για την μετέπειτα κατάσταση του ασθενούς.

Επιπροσθέτως, ασθενής που έχει συναινέσει σε κάποια θεραπεία είναι ελεύθερος να αποσύρει την συγκατάθεση του και να διακόψει την θεραπεία, οποιαδήποτε στιγμή επιθυμεί και για οποιοδήποτε λόγο. Για παράδειγμα, κάποιος ασθενής που υποβάλλεται σε μακροχρόνια θεραπεία, είναι δυνατόν να μην μπορεί να υπομείνει για περισσότερο χρόνο τον πόνο ή να θεωρεί ότι θίγεται η αξιοπρέπεια¹⁰⁹ του και να ζητήσει την διακοπή της θεραπείας. Όσο λανθασμένη και αν είναι ιατρικά αυτή η επιλογή, ο σεβασμός προς την αυτονομία και την αξιοπρέπεια του ασθενούς, μας επιβάλλει στον ιατρό να κάνουμε δεκτή την απόφαση του.

Στην περίπτωση της άρνησης θεραπείας, η αυτονομία του ατόμου αποκτά τη μορφή δικαιώματος, δηλαδή λόγου που επιβάλλει υποχρεώσεις μόνο, αν παρουσιαστεί ως μία μορφή έκφρασης της αξιοπρέπειας. Δηλαδή, θα μπορούσε κάποιος πιθανώς να ισχυριστεί ότι στο ζήτημα της άρνησης θεραπείας υπό ορισμένες προϋποθέσεις, ενυπάρχει ένα δικαίωμα στην ‘διατήρηση της αξιοπρέπειας’, το οποίο οφείλουμε να σεβαστούμε από τη στιγμή που αναγνωρίζουμε την αξιοπρέπεια ως χαρακτηριστικό γνώρισμα κάθε έλλογου όντος και τείνουμε να την αναγνωρίζουμε σε όλους τους ανθρώπους, ‘ανεξαρτήτως κοινωνικής θέσης, ταλέντων, επιτευγμάτων, ή ηθικού παρελθόντος, αντιμετωπίζοντας τους με σεβασμό ως ανθρώπινα όντα’.¹¹⁰ Έτσι, όντας η αυτονομία ‘το θεμέλιο της ανθρώπινης αξιοπρέπειας και η πηγή της ηθικότητας’,¹¹¹ δεσμεύει τόσο τον εαυτό σου όσο και τα υπόλοιπα έλλογα όντα, συλλαμβάνοντας την ανθρωπότητα ως αυτοσκοπό. Και μόνο τότε η αυτονομία ως πράξη (άρνησης θεραπείας) αποκτά ηθική σημασία και δεσμευτική αξία, μέσα από τη θεώρηση της αξιοπρέπειας ως μία οικουμενικά αποδεκτής ηθικής αξίας.

¹⁰⁹ Κάποιος ασθενής μπορεί, για παράδειγμα, να θεωρεί σύμφωνα με το δικό του πλάνο για την ζωή, ότι μια θεραπεία που τον καθιστά ανάπηρο και μη ικανό να αυτοεξυπηρετείται θίγει την αξιοπρέπεια του.

¹¹⁰ Βλ. Hill, ‘*Autonomy and Self-Respect*’, σελ. 170.

¹¹¹ ό.π., σελ. 43. Ο Hill στο σημείο αυτό διατυπώνει μία βασική θέση του Kant για την αυτονομία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΜΙΑ ΔΙΤΤΗ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ

Το πρόβλημα της έκτασης της ενημέρωσης

Μέσα στην ιατρική πρακτική και λαμβάνοντας υπόψη μας όλες τις συνθήκες για την λήψη της ενήμερης συγκατάθεσης, όπως για παράδειγμα την έλλειψη χρόνου για την αντιμετώπιση του περιστατικού, καθώς και την δυσμενή αναλογία ιατρών και ασθενών στα ελληνικά νοσοκομεία, ίσως, θα πρέπει να αναλογιστούμε ποια θα μπορούσε να είναι η έκταση της ενημέρωσης. Η έκταση που πρέπει να έχει το περιεχόμενο της ενημέρωσης του ασθενούς, έχει προκαλέσει αρκετές συζητήσεις. Αρκεί μια στοιχειώδης αναφορά στα βασικά χαρακτηριστικά μιας επέμβασης, για να απαλλαγεί ο ιατρός από την ευθύνη της ενημέρωσης ή απαιτείται μια πολύ πιο εκτεταμένη πληροφόρηση και μάλιστα, ανεξάρτητα από μια συγκεκριμένη ιατρική πράξη; Υπάρχουν περιπτώσεις, όπου η έκταση της ενημέρωσης περιορίζεται ή ακόμη παραλείπεται, αν για παράδειγμα ο ιατρός κρίνει ότι με αυτόν τον τρόπο θα αποφευχθεί βλάβη της υγείας του ασθενούς;

Σύμφωνα με το δικαίωμα του ασθενούς να αυτοκαθορίζεται και κατά συνέπεια να ενημερώνεται πλήρως για την κατάσταση του και να μπορεί να επιλέγει ελεύθερα, ο ιατρός υποχρεούται να του παρέχει όλες τις πληροφορίες, που τον αφορούν. Ωστόσο οι ιατρικές πληροφορίες δεν αποτελούν πάντα κάτι το κατανοητό και σαφές για τον ασθενή, γιατί πολλές φορές εμπεριέχουν ιατρικούς όρους, στατιστικές πιθανότητες κινδύνου και αποτελούν έναν τεράστιο όγκο, τον οποίο ο ιατρός θα πρέπει να διαχειριστεί. Για παράδειγμα, είναι γνωστό ότι ο ιατρός υποχρεούται να αποκαλύψει στον ασθενή τη διάγνωση της ασθένειάς του. Η ενημέρωση ως προς την διάγνωση, όμως, δεν ερμηνεύεται στενά: σε μερικές πολιτείες των ΗΠΑ¹¹² προβλέπεται ότι η σχετική υποχρέωση του ιατρού περιλαμβάνει και την ενημέρωση για τις απαραίτητες διαγνωστικές εξετάσεις και τους κινδύνους, εάν αυτές οι εξετάσεις δεν γίνουν¹¹³. Ουσιαστικά αυτή η αρχή θεμελιώνει το δικαίωμα στην ενημερωμένη άρνηση(υποβολής σε διαγνωστική εξέταση), ορίζοντας στην ουσία ότι και η άρνηση του ασθενούς πρέπει να είναι ενημερωμένη. Θα πρέπει, ωστόσο, να τίθεται

¹¹² Βλ. Medical law USA, 'International Encyclopaedia of laws', ed. Kluwer σελ.92.

¹¹³ Βλ. Truman v. Thomas 27 Cal.3rd 285, 165 CalRptr., 308, 611 P2d 902 (1980). Στην δικαστική υπόθεση Truman v. Thomas ο εναγόμενος γυναικολόγος είχε συστήσει στην ασθενή να κάνει το τεστ Παπανικολάου, αλλά δεν της είχε πει τις πιθανές συνέπειες από την παράλειψη του, ανάμεσα στις οποίες ήταν και ο θάνατος της από καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Η ασθενής πέθανε από αυτήν τη μορφή καρκίνου.

κάποιο όριο στις πληροφορίες για τις διαγνωστικές εξετάσεις, που πρέπει να μεταδώσει ο ιατρός στον ασθενή του. Είναι λογικό να υποχρεούται ο γυναικολόγος να ενημερώσει την ασθενή του, όταν της προτείνει το τεστ Παπανικολάου ότι, αν δεν υποβληθεί σε αυτό, μπορεί να πεθάνει από καρκίνο για τους εξής λόγους: το τεστ Παπανικολάου είναι ευρέως διαδεδομένο, συνιστάται από τους γυναικολόγους σε μόνιμη βάση εδώ και πολλά χρόνια, οι πιθανότητες να ανιχνεύσει κάποια παθολογικά κύτταρα είναι πάρα πολύ υψηλές και αντίστοιχα, οι πιθανότητες θεραπείας μιας θανατηφόρας ασθένειας, όπως ο καρκίνος, όταν αυτή διαγνωσθεί έγκαιρα, είναι σημαντικές.

Κάποιες άλλες, όμως, διαγνωστικές εξετάσεις, μπορεί να μην έχουν κανένα από τα παραπάνω χαρακτηριστικά. Μπορεί, π.χ., να μην είναι εξετάσεις ‘ρουτίνας’, να μην έχουν υψηλά ποσοστά διαγνωστικής επιτυχίας, να είναι πολύ λίγες οι πιθανότητες να πάσχει ο ασθενής από την ελεγχόμενη με την εξέταση ασθένεια ή να μην είναι τόσο σοβαρές οι συνέπειες, εάν αυτές οι εξετάσεις δεν γίνουν.

Αν μια γυναίκα, για παράδειγμα, επιθυμεί να αποκτήσει παιδί, θα είναι υποχρεωμένος ο γυναικολόγος της να την ενημερώσει, όχι μόνο για την εξέταση για τον ιό HIV (του Aids), αλλά και για τις πιθανές συνέπειες της άρνησης της να προβεί σε αυτό; (Ποιες είναι οι πιθανότητες σήμερα στην Ελλάδα μια έγκυος να πάσχει από Aids;) Ή θα είναι υποχρεωμένος, εκτός από το να συστήσει μια σειρά υπερήχων σε μια έγκυο ασθενή, να την ενημερώσει ότι, εάν δεν τους κάνει, μπορεί το έμβρυο να πάσχει από μια σειρά ολόκληρη ασθενειών κάθε είδους (και προφανώς να τις αναφέρει όλες), οπότε θα χαθεί οποιαδήποτε δυνατότητα υπάρχει για τη θεραπεία τους ή για τη βελτίωση της κατάστασης, αν η θεραπεία δεν είναι δυνατή; Μήπως, μάλιστα, και όλες αυτές οι πληροφορίες τελικά δεν πετυχαίνουν τίποτε άλλο, παρά να αποξενώσουν τον ασθενή από κάθε παροχή ιατρικών υπηρεσιών, ενώ θέτουν αφόρητα βάρη στον ιατρό; Γι' αυτούς τους λόγους, θα πρέπει η απάντηση στο ερώτημα, αν ο ιατρός υποχρεούται να πληροφορήσει τον ασθενή του για τις συνέπειες άρνησης του να υποστεί κάποια διαγνωστική εξέταση, να εξαρτάται σε γενικές γραμμές από τους εξής παράγοντες¹¹⁴: α. από τις πιθανότητες ο ασθενής να έχει πράγματι αυτή την ασθένεια, β. από τις πιθανότητες η εξέταση που προτείνεται να επιτύχει στη διάγνωση, γ. από τις πιθανότητες θεραπείας ή βελτίωσης της κατάστασης

¹¹⁴ Βλ. Κανελλόπουλου-Μπότη Μ.. ‘Ιατρική ευθύνη για μη ενημέρωση ή πλημμελή ενημέρωση του ασθενούς κατά το Ελληνικό και το Αγγλοσαξονικό δίκαιο.’,σελ 85-87.

μετά τη διάγνωση, δ. από το πόσο διαδεδομένη είναι γενικά η προτεινόμενη εξέταση, ε. από το αν μπορεί με ασφάλεια ο ιατρός να προβλέψει ποια θα είναι η εξέλιξη της ασθένειας, που επιδιώκεται να διαγνωσθεί.

Συμπερασματικά, όσο λιγότερες είναι οι παραπάνω πιθανότητες, όσο περισσότερο διαδεδομένη είναι η εξέταση και όσο περισσότερο προβλέψιμη είναι η εξέλιξη της ασθένειας που ελέγχεται με την προτεινόμενη διαγνωστική εξέταση, τόσο μεγαλύτερη έκταση θα πρέπει να έχει η υποχρέωση ενημέρωσης του ασθενούς για τις συνέπειες άρνησης αυτής της διαγνωστικής εξέτασης.

Παράλληλα, υπάρχει το δύσκολο εγχείρημα για τον γιατρό να αναφέρει στον ασθενή όλες τις πιθανότητες ενός ενδεχόμενου κινδύνου. Η έννοια του κινδύνου είναι εκ πρώτης όψεως εύκολα κατανοητή. ‘Κίνδυνος’ που πραγματοποιήθηκε είναι η βλάβη που επήλθε στην υγεία του ασθενούς, για παράδειγμα, η απώλεια της φωνής, λόγω παράλυσης των φωνητικών χορδών μετά από εγχείρηση θυρεοειδούς αδένου, η παράλυση μετά από τρώση ρίζας νεύρου σε εγχείρηση σπονδυλικής στήλης, η παράλυση μετά από «λαμινεκτομή» τα εγκαύματα από ακτινοβολία κοβαλτίου κ.λ.π. Ωστόσο υπάρχουν και περιπτώσεις, όπου δεν γνωρίζουμε, αν ένας κίνδυνος θα πρέπει να αναφερθεί, όπως ο κίνδυνος της μόλυνσης μετά από κάποια σοβαρή εγχείρηση, γιατί θεωρείται ότι όλοι γνωρίζουν ότι υπάρχει αυτός ο κίνδυνος. Παράγοντες που έχουν θεωρηθεί κρίσιμοι για τον χαρακτηρισμό ενός κινδύνου, ως αναγκαίου περιεχομένου της υποχρέωσης ενημέρωσης είναι η πιθανότητα επέλευσης του κινδύνου. Η πιθανότητα αυτή πολλές φορές υπολογίζεται στατιστικά (π.χ. κίνδυνος θανάτου από γενική αναισθησία 1/16.000 περιπτώσεις, κίνδυνος αποτυχίας στείρωσης 0.1 μέχρι 0.3 τοις χιλίοις¹¹⁵ κλπ). Προφανώς, όσο πιο αυξημένη είναι η πιθανότητα επέλευσης ενός κινδύνου, τόσο εντείνεται και η υποχρέωση του ιατρού να ενημερώσει τον ασθενή. Έτσι, μια πιθανότητα θανάτου, παράλυσης ή σοβαρής σωματικής βλάβης 3% κρίθηκε σοβαρή και ο ασθενής έπρεπε να είχε ενημερωθεί¹¹⁶, το ίδιο για την κατά 1% πιθανότητα απώλειας ακοής, την κατά 1% πιθανότητα βλάβης λειτουργίας της μύτης, την κατά 1/200.000 πιθανότητα απώλειας εντερικής λειτουργίας¹¹⁷, ενώ αντίθετα : η 1/800.000 πιθανότητα απλαστικής αναιμίας κρίθηκε πολύ μικρή, για να απαιτείται ενημέρωση και η 1/250 έως 1/1.500 πιθανότητα ρήξης του οισοφάγου

¹¹⁵ Βλ. Hartke v. McKeixay, 707 F. 2d 1544,1549 (1983) όπου ο ιατρός εκτέλεσε στείρωση στην ενάγουσα, η οποία μετά γέννησε ένα υγιές μωρό.

¹¹⁶ Βλ. Bowers v. Talmage, 159 So.2d. 88 Fla App. 1963.

¹¹⁷ Βλ. Hidding v. Williams, 578 So. 2d 1192, 1991.

επίσης¹¹⁸. Το ίδιο κρίθηκε για την πιθανότητα 1,5%απώλειας οφθαλμού και την 1/100.000 πιθανότητα θανάτου¹¹⁹. Αλλά οι κίνδυνοι των επεμβάσεων δεν χρειάζεται πάντοτε να υπολογίζονται τουλάχιστον στο ένα ή δύο τοις εκατό, για να θεωρηθούν ουσιαστικοί. Στην υπόθεση Rogers v. Whitaker¹²⁰, το Ανώτατο Δικαστήριο της Αυστραλίας έκρινε ότι ο κίνδυνος μιας ασθένειας, που ονομάζεται «συμπαθητική οφθαλμία» και συνίσταται στην απώλεια όρασης από τον έναν οφθαλμό μετά την εγχείρηση στον άλλο, λόγω φλεγμονής, παρουσιάζεται δε μόλις σε μία στις 14.000 εγχειρήσεις, ήταν στη συγκεκριμένη περίπτωση της Whitaker ουσιαστικός. Η ενάγουσα είχε ήδη πλήρως απολέσει την όραση της από το ένα μάτι για τριάντα χρόνια, όταν ο εναγόμενος της συνέστησε να το εγχειρήσει, προσδοκώντας την ανάκτηση μέρους της όρασης της από αυτό. Όταν ο άλλος οφθαλμός της έπαθε συμπαθητική οφθαλμία, η ενάγουσα έμεινε εντελώς τυφλή, γιατί ούτε η εγχείρηση έφερε κάποιο αποτέλεσμα. Λόγω των ειδικών συνθηκών το Δικαστήριο έκρινε ότι η ενάγουσα έπρεπε να είχε ενημερωθεί για τον κίνδυνο αυτό.

Ο ιατρός, όμως, δεν θα πρέπει να σταθεί στον «τύπο», στα ποσοστά 1% ή 0,0001%, αλλά στην ουσία θα πρέπει, δηλαδή, να ενημερώνει κάθε φορά ανάλογα με τον συγκεκριμένο ασθενή που έχει απέναντι του και μετά από συζήτηση μαζί του. Πρέπει να διαγνώσει ποιος κίνδυνος είναι εκείνος, που ο ασθενής πραγματικά δεν θέλει να διατρέξει με οποιοδήποτε κόστος και πρέπει να προσπαθήσει να μην επέμβει σε αυτή την απόφαση, όποια και αν είναι η άποψη του ως επιστήμονα.

Ωστόσο, γίνεται εύκολα αντιληπτό από τα παραπάνω ότι ο ασθενής, όταν ζητά από τον γιατρό του να ενημερωθεί, έρχεται αντιμέτωπος με μια πληθώρα πληροφοριών και στατιστικές πιθανότητες. Ο ιατρός καθίσταται υπεύθυνος για την μετάδοση αυτών των πληροφοριών. Το πρόβλημα, όμως είναι ότι στην ιατρική πρακτική υπάρχει αβεβαιότητα¹²¹ και ως προς την πρόγνωση και ως προς την αντιμετώπιση της ασθένειας. Η πρόγνωση μιας ασθένειας βασίζεται σε στατιστικές, ενώ και το σχέδιο αντιμετώπισης μπορεί να κριθεί ως σωστό μόνο από όμοιες εκτιμήσεις ιατρών, σε περιπτώσεις που έχουν θεραπευθεί¹²². Φέρνοντας τόσες πολλές πληροφορίες στον ασθενή, που είναι και αβέβαιες ακόμη και για τους ίδιους τους ιατρούς, καθώς πάντα υπάρχουν αστάθμητοι

¹¹⁸ Βλ. Starnes v. Taylor, 272 NC 386, 158 se 2D 339, 344, 1968.

¹¹⁹ Βλ. Yeates v. Harms, 193 Kan.320, 393 P. 2D 982 (1964). Πάντως η πιθανότητα 1,5% απώλειας οφθαλμού είναι πολύ μεγάλη σε σχέση με τη βαρύτητα του αποτελέσματος.

¹²⁰ Βλ. Rogers v. Whittaker, 67 ALJR 47, 1992.

¹²¹ Βλ. Gert B, Culver C., Clouser D., 'Bioethics: A return to fundamentals', σελ. 169- 170.

¹²² Βλ. Higgs R., 'Truth-telling', σελ. 433.

παράγοντες στην εξέλιξη μιας ασθένειας, που δεν μπορούν να προβλεφθούν, ο κίνδυνος είναι να εντεινουμε την ήδη έντονη ψυχολογική τους κατάσταση. Όπως αναφέρει η Henderson ‘ το να λέμε ότι είναι δυνατόν να αναφέρουμε όλη την αλήθεια και μονό την αλήθεια στον ασθενή είναι άσκοπο γιατί είναι καθαρά αδύνατον’¹²³. Για παράδειγμα, στην περίπτωση του καρκίνου η πρόγνωση του και η αντιμετώπιση του βασίζεται σε στατιστικές και σε στην πεπατημένη οδό, που έχει ακολουθηθεί στο παρελθόν σε ανάλογες περιπτώσεις. Πολλοί ασθενείς στο άκουσμα και μόνο της συγκεκριμένης ασθένειας τρομοκρατούνται και καταρρέουν ψυχολογικά, γιατί έχουν συνδέσει την ασθένεια αυτή με τον θάνατο. Ωστόσο, αυτό που δεν γίνεται εκείνη την στιγμή κατανοητό από τον ασθενή είναι ότι κάθε περίπτωση είναι ξεχωριστή και δεν αντιδρά κάθε οργανισμός το ίδιο στην θεραπεία και επιπροσθέτως, δεν οδηγούν όλες οι μορφές καρκίνου στον θάνατο. Σίγουρα ένας έμπειρος και καλόπιστος ιατρός θα ξέρει ποιες είναι οι πληροφορίες που ένας ασθενής πρέπει να γνωρίζει, για να λάβει πραγματικές αποφάσεις. Η επικοινωνία ανάμεσα στον ασθενή και στον γιατρό είναι το αντίδοτο στον φόβο και στην αβεβαιότητα. Σίγουρα σε κάθε περίπτωση, επικοινωνία πρέπει να συνεκτιμηθεί ο χρόνος που είναι διαθέσιμος για την αποκάλυψη όλων των πληροφοριών και η ψυχολογική κατάσταση του ασθενούς.

Το πρόβλημα της υποκατάστατης κρίσης:

α) Ασθενείς με αδυναμία έλλογης κρίσης

Η υποχρέωση ενημέρωσης του ασθενούς δεν είναι απόλυτη. Υπάρχουν περιπτώσεις όπου η υποχρέωση αυτή κάμπτεται. Μπορεί για παράδειγμα, η υποχρέωση ενημέρωσης να είναι αδύνατο να εκπληρωθεί (π.χ. όταν ο ασθενής βρίσκεται σε κώμα), μπορεί ο ίδιος ο ασθενής να απαλλάξει τον ιατρό από την υποχρέωση ενημέρωσης του ή μπορεί να μην υπάρχει ο απαραίτητος χρόνος να ενημερωθεί ο ασθενής, γιατί χρειάζεται άμεση ιατρική φροντίδα. Ερχόμαστε, λοιπόν, στο ζήτημα όπου ο ασθενής δεν δύναται να ενημερωθεί και δεν μπορεί να δώσει την συγκατάθεση του.

Με βάση τα προαναφερθέντα, το αίτημα για ενήμερη συγκατάθεση είναι βασικό για την προστασία μιας από τις θεμελιώδεις αρχές στη βιοηθική, της αρχής της αυτονομίας του ασθενούς. Η ενήμερη συγκατάθεση, όμως προϋποθέτει ασθενείς ικανούς διανοητικά να αποφασίσουν. Τι γίνεται στις περιπτώσεις που οι ασθενείς δεν

¹²³ Βλ. Henderson L., ‘Physician and patient as a social system’, σελ. 819-823.

είναι ικανοί είτε προσωρινά (π.χ. σε κώμα, διασωληνωμένοι) είτε μόνιμα (π.χ. νεογνά, παιδιά, διανοητικά καθυστερημένοι, ψυχικά άρρωστοι) να πάρουν ώριμη και υπεύθυνη απόφαση; Τότε καλείται να αποφασίσει για αυτούς ένας αντιπρόσωπος, συνήθως συγγενής. Για την αντιπροσωπευτική συγκατάθεση, όταν ο ασθενής βρίσκεται σε κατάσταση προσωρινής ανικανότητας να αποφασίσει, η βιοηθική προτείνει την αρχή της ‘υποκατάστατης κρίσης’ (substituted judgment)¹²⁴. Προτείνει, δηλαδή, στον αντιπρόσωπο να προβλέψει και να αποφασίσει αυτό, που ο ασθενής θα αποφάσιζε υπό τις συγκεκριμένες συνθήκες, αν ήταν ικανός για ώριμη και υπεύθυνη απόφαση.

Για τον ασθενή, λοιπόν, που δεν μπορεί να χαρακτηριστεί ως λογικά ικανός, κρίνεται απαραίτητος της προσωπικότητας, του τι δηλαδή θα επιθυμούσε τώρα, αν ήταν ικανός, ο οποίος πραγματώνεται μέσα στον σεβασμό της προηγούμενης αυτονομίας του, του τι δηλαδή επιθυμούσε ενόσω ήταν ικανός στο παρελθόν. Ο σεβασμός της προσωπικότητας μπορεί να αφορά είτε κάποια ρητά εκφρασμένη επιθυμία του ασθενούς στο παρελθόν, σχετικά με τη συγκεκριμένη μελλοντική του κατάσταση ασθένειας, όπως συνιστούν οι καλούμενες ‘ζωντανές επιθυμίες’ (living wills), ή ‘προγενέστερες οδηγίες’ (‘advance directives’) είτε κάποιες γενικές αρχές, αξίες που ο ασθενής θεωρούσε σημαντικές για τη ζωή του¹²⁵. Στη δεύτερη περίπτωση η υποθετική επιθυμία του ασθενούς συνάγεται από τις γενικές τον αρχές, χωρίς να προηγείται συγκεκριμένη, ρητή επιθυμία του ασθενούς. Έτσι, ο σεβασμός της αυτονομίας ενός μη-λογικά ικανού προσώπου δεν προϋποθέτει κατ’ανάγκη τη ρητά εκφρασμένη επιθυμία του ασθενούς, αλλά την απάντηση στο ερώτημα ‘τι θα επιθυμούσε ο ασθενής τώρα, αν ήταν λογικά ικανός’.

Στη σύγχρονη ιατρική δεοντολογία και πρακτική αναγνωρίζεται ότι πρέπει να δίδεται μεγαλύτερη βαρύτητα στην αυτονομία του ανθρώπινου προσώπου, δηλαδή, στις προσωπικές αξίες και τον αυτοκαθορισμό του, παρά στις υποκειμενικές απόψεις των άλλων ατόμων σχετικά με το ‘καλό’ αυτού του προσώπου. Ακολουθώντας, στη μελέτη των ηθικών προβλημάτων στην ιατρική και βιοιατρική και συμπεριφορική έρευνα αναφέρεται ότι ‘η λήψη απόφασης για τους μη-ικανούς ασθενείς πρέπει να κατευθύνεται από την αρχή της ‘υποκατάστατης κρίσης’ (substituted judgment), η οποία προωθεί τις αξίες του αυτοκαθορισμού και του γενικού καλού πολύ καλύτερα από ότι το κριτήριο τον ιατρικού καλού

¹²⁴ Βλ. Beauchamp T., & Childress J., ‘Principle of biomedical ethics’, σελ 99-100.

¹²⁵ Βλ. Brock D., ‘Encyclopedia of Bioethics: Surrogate decision making’, σελ. 2483-2486.

τον ασθενούς¹²⁶. Η απάντηση στο ερώτημα "τι θα επιθυμούσε τώρα ο ασθενής" θεωρείται ότι ενσαρκώνει πλήρως την αυτονομία του ασθενούς, συνιστώντας ένα ηθικά νομιμοποιημένο και νόμιμο κριτήριο απόφασης για την εκάστοτε παρέμβαση στον ασθενή.

Σε τέτοιες περιπτώσεις, ο ιατρός καλείται να συμβουλευθεί το συγγενικό περιβάλλον του ασθενούς, για να συγκατατεθεί ή όχι στην προτεινόμενη θεραπεία. Συνήθως αναζητούνται οι κοντινότεροι συγγενείς, καθώς είναι πιθανότερο να παρουσιάσουν καλύτερα τις επιθυμίες και τις αξίες του ασθενούς¹²⁷. Μία τέτοια τακτική θεωρείται, με κάποιες επιφυλάξεις ότι δύναται να διασφαλίσει το γενικό καλό του ασθενούς σύμφωνα με τις προσωπικές του αξίες, στον βαθμό που οι συγγενείς είναι περισσότερο πιθανό να γνωρίζουν και να αποφασίσουν, σύμφωνα με τις αρχές και τους στόχους του ασθενούς. Έτσι, η συγκατάθεση του συγγενούς αναμένεται να αναδείξει κάποια επιλογή, η οποία αντιπροσωπεύει την προσωπική επιθυμία του ασθενούς, με αποτέλεσμα να διασφαλίζεται η αυτονομία και το προσωπικό γενικό καλό του τελευταίου.

Στο πλαίσιο αυτό γίνεται λόγος, για μια ευρύτερη έννοια της αυτονομίας, η οποία δεν ανάγεται αποκλειστικά στο άτομο-ασθενή, νοούμενη ως ατομική αυτονομία, αλλά συμπεριλαμβάνει και το συγγενικό περιβάλλον του ασθενούς. Αυτό συμβαίνει στις περιπτώσεις, όπου ο ασθενής παραιτείται από το δικαίωμα για ενημέρωση και παραπέμπει τον γιατρό στην οικογένεια. Και το ίδιο το ιατρικό προσωπικό αναγνωρίζει τη σπουδαιότητα της οικογένειας στην ιατρική πρακτική, καθώς αναφέρεται πως μερικοί ασθενείς αναμένουν ότι ο ιατρός τους θα συζητήσει την πρόγνωση και τη διαχείριση της πληροφορίας, με μεγαλύτερη λεπτομέρεια με τους συγγενείς τους απ' ότι με τους ίδιους¹²⁸. Η νομιμοποίηση μίας τέτοιας τακτικής, προϋποθέτει μία διαφορετική αντίληψη για το ανθρώπινο πρόσωπο από αυτήν του ατόμου, που ελέγχει μόνο του το μέλλον του. Η διαφορετικότητα έγκειται στο ότι το ανθρώπινο πρόσωπο δεν συλλαμβάνει κατ' ανάγκη τον εαυτό του τόσο ξεχωριστό από την οικογένεια του, όπως

¹²⁶ President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research, (1983). *Deciding to Forego Life-Sustaining Treatment: A Report on the Ethical, Medical and Legal Issues in Treatment Decisions*, March.

¹²⁷ Βλ. Brock D., 'Encyclopedia of Bioethics: Surrogate decision making', σελ. 2483-2486.

¹²⁸ Βλ. Kent G. 'Difficulties in obtaining informed consent by surgeons', Η μελέτη αυτή αφορά σχετική έρευνα που έγινε σε ιατρούς που εργάζονταν στο Sheffield, προκειμένου να συναχθούν ορισμένα συμπεράσματα σχετικά με τις δυσκολίες που συναντούν οι ιατροί αναφορικά με τη λήψη της συγκατάθεσης από τους ασθενείς. Μέσα από προσωπικές εμπειρίες των ιατρών τονίστηκε η σημασία και η εμπιστοσύνη που αποδίδει ο ασθενής στους συγγενείς, την οποία ζητά αναφορικά με τη λήψη της καλύτερης για αυτόν απόφασης.

η αρχή της ατομικής αυτονομίας προϋποθέτει. Ο ορισμός της αυτονομίας του ασθενούς, είναι αυτός που την ορίζει ως το δικαίωμα του ασθενούς για ‘ορθολογικό αυτο-προσδιορισμό’. Οι Thomas A. Mappes και Jane S. Zembaty στο άρθρο τους ‘Οι επιλογές των ασθενών, τα συμφέροντα των οικογενειών και οι υποχρεώσεις των ιατρών’¹²⁹ υιοθετούν αυτόν τον ορισμό, ο οποίος θεωρούν ότι μπορεί να συμπεριλάβει το σύνολο των ηθικών αξιών του ασθενούς, αλλά και όλες τις εγωιστικές και αλτρουιστικές του σκέψεις (αν και τις τελευταίες δεν τις προαπαιτεί). Μια πράξη είναι ανεξάρτητη όταν γίνεται με πρόθεση, κατανόηση και μακριά από επιρροές, χειρισμούς και εξαναγκασμούς να την καθορίζουν. Αλλά η αγάπη ενός ανθρώπου για τους οικείους του δεν συμπεριλαμβάνεται απαραίτητα σε αυτούς τους εξαναγκασμούς. Ένας ασθενής, που αυτοπροσδιορίζεται ορθολογικά, προασπίζεται τα συμφέροντά του, αλλά αυτά τα συμφέροντα συμπεριλαμβάνουν εντός τους και τα συμφέροντα των οικείων του.¹³⁰

Ιδιαίτερα δυσχερής είναι και η περίπτωση της ενημέρωσης και της συγκατάθεσης του ψυχικά ασθενούς. Η ικανότητα για ενήμερη συγκατάθεση, μπορεί να διαφέρει από την ικανότητα του ψυχικά ασθενούς να αντιληφθεί τις συνέπειες μιας θεραπείας και ιδιαίτερα την πορεία και τις συνέπειες μιας χειρουργικής επέμβασης. Ο ιατρός οφείλει πρώτα να εξετάσει, αν για τη συγκεκριμένη περίπτωση ο ψυχικά ασθενής έχει επίγνωση των πραγμάτων και, αφού βεβαιωθεί ότι ο ασθενής δεν ανταποκρίνεται στην ενημέρωσή του, τότε μόνον έχει το δικαίωμα και την υποχρέωση να λάβει τη συγκατάθεση των συγγενών ή άλλων νομίμων εκπροσώπων του ασθενούς. Η σύγχρονη ψυχιατρική αντιμετωπίζει ακόμα και τους ψυχασθενείς, που θεωρούνται ανίατοι, ως πρόσωπα με συναίσθηση πολλών πραγμάτων, που είναι δυνατόν, παρά τις ιδιαιτερότητες της ασθένειάς τους, να μπορούν να αντιληφθούν τα προβλήματα της θεραπευτικής αγωγής τους. Πράξεις, που θίγουν την προσωπικότητά τους, όπως π.χ. στειροποίηση, είναι απαγορευμένες χωρίς την ελεύθερη συγκατάθεσή τους, ακόμα και με τη συναίνεση τρίτων δικαιουμένων κατ' αρχήν σε συναίνεση προσώπων.

Περνώντας σε περιπτώσεις, που είναι αδύνατο να προβλεφθεί η πιθανή επιθυμία του ασθενούς ή στην περίπτωση που ο ασθενής χρειάζεται άμεση ιατρική περίθαλψη, προτείνεται η λήψη αποφάσεων, σύμφωνα με την αρχή των

¹²⁹ Thomas A. Mappes και Jane S. Zembaty, “Patient choices, family interests and physician obligations”, στο “*Biomedical Ethics*” των Thomas A. Mappes και David DeGrazia, σελ. 198-207.

¹³⁰ Βλ. Buchanan A.& Brock, ‘Deciding for others: The ethics of surrogate decision making’, σελ. 168.

‘συμφερόντων’ (best interests) του ασθενούς¹³¹. Η λύση αυτή προτείνεται, επίσης, σε περίπτωση απόπειρας αυτοκτονίας όπου οι συγγενείς του ασθενούς, που δεν μπορεί για οποιονδήποτε λόγο να δώσει την συγκατάθεση ή άλλοι τρίτοι, που έχουν την εξουσία συγκατάθεσης 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 ασθενούς. Σε τέτοιες περιπτώσεις, η απόφαση για το συμφέρον του ασθενούς μπορεί να ληφθεί από επιτροπές βιοηθικής. Υπάρχουν, όμως και περιπτώσεις, κατά τις οποίες ο ιατρός μπορεί να ενεργήσει πάνω στον ασθενή ιατρικές πράξεις, χωρίς τη συγκατάθεση του ή των οικείων του, εφόσον αυτός κρίνει ότι πρέπει να επέμβει αμέσως, καθώς ο ασθενής βρίσκεται σε κρίσιμη κατάσταση και χρειάζεται άμεση ιατρική φροντίδα. Πρόκειται για τις λεγόμενες αυτόγνωμες πράξεις και είναι όλες εκείνες οι επεμβάσεις των ιατρών στον ασθενή του για την εκτέλεση των οποίων αποφασίζει μόνο ο ιατρός. Οι πράξεις αυτές, οι οποίες δεν αποτελούν βέβαια τον κανόνα στην καθημερινή ιατρική, συνιστούν, όμως, σαφή περιορισμό της προσωπικής ελευθερίας του ασθενούς, γι’ αυτό και απαιτούν κατά την εκτέλεση τους μεγάλη προσοχή και πρέπει να εκτελούνται, όταν συντρέχουν ορισμένες προϋποθέσεις οι οποίες είναι: η ύπαρξη βαριάς βλάβης της υγείας ή θανάτου, η αδυναμία αναβολής της συγκεκριμένης και απόλυτα ενδεδειγμένης ιατρικής πράξης ένεκα του υφιστάμενου μεγάλου κινδύνου για την υγεία, τη σωματική ακεραιότητα ή τη ζωή του ασθενούς, κατάσταση που δεν μπορεί να αντιμετωπισθεί με άλλο τρόπο ή σε άλλο χρόνο. Άλλη τέλος προϋπόθεση αυτόγνωμης πράξης του ιατρού είναι η αδυναμία του ασθενούς ή των οικείων του να συναινέσουν και που αποτελεί τη βασικότερη προϋπόθεση. Αυτό συμβαίνει κυρίως σε άτομα, τα οποία διακομίζονται σε νοσοκομεία κατά την ημέρα γενικής εφημερίας και βρίσκονται σε κόμα από παθολογική ή τραυματική αιτία και οι συγγενείς τους δεν είναι δυνατόν να βρεθούν, για να βοηθήσουν τον ασθενή τους την κρίσιμη εκείνη στιγμή¹³².

Πρόκειται για προσεγγίσεις πάντα ασθενοκεντρικές προς αποφυγή της καταστρατήγησης της αυτονομίας του ασθενούς από τον ιατρικό πατερναλισμό. Είτε ακολουθώντας την αρχή της ενήμερης συγκατάθεσης είτε αυτή της υποκατάστατης κρίσης είτε αυτή των συμφερόντων, η επιλογή της ιατρικής απόφασης γίνεται πάντα

¹³¹ Βλ. Kushe Helga & Singer Peter, ‘The role of the family in medical decision making’, στο *“Bioethics: an anthology”*, σελ. 153.

¹³² Βλ. John Hardwig, ‘The Problem of proxies with interests of their own: towards a better theory of proxy decisions’, στο *“Biomedical Ethics”* των Thomas A. Mappes και David DeGrazia, McGraw-Hill, σελ. 187-196.

με επίκεντρο τον ασθενή, τις επιθυμίες του ή τα συμφέροντά. Σύμφωνα με το ισχύον νομοθετικό πλαίσιο, στο θέμα της αντιπροσωπευτικής συγκατάθεσης, οι εκπρόσωποι του ασθενούς είναι υποχρεωμένοι να επιλέγουν τη θεραπεία, που είναι πιο κοντά στις επιθυμίες του ή στην περίπτωση που οι επιθυμίες δεν μπορούν να εκτιμηθούν, τη θεραπεία που είναι πιο κοντά στα συμφέροντά του. Και οι ιατροί, σεβόμενοι την αρχή της αυτονομίας, είναι υποχρεωμένοι να παρέχουν θεραπείες, που αντανακλούν τις επιθυμίες ή το συμφέρον του ασθενούς τους και η αδυναμία του ασθενούς για ενήμερη συγκατάθεση δεν πρέπει να αλλάζει σε τίποτα αυτή την υποχρέωση τους.

β) Ανήλικοι ασθενείς

Ενδιαφέρον παρουσιάζουν και οι περιπτώσεις όπου ο ασθενής είναι ανήλικος και άρα, και ανίκανος να κατανοήσει όλες εκείνες τις πληροφορίες που αφορούν την κατάσταση της υγείας του. Ωστόσο ένας ανήλικος είναι ‘δυνάμει’ αυτόνομος. Όπως αναφέρει η Onora O’Neill στο άρθρο της ‘Τα δικαιώματα και οι ζωές των παιδιών’¹³³, η επιχειρηματολογία των δικαιωμάτων είναι μάλλον ρητορική στην περίπτωση των παιδιών και θα ήταν σκόπιμο να αντικατασταθεί από μια επιχειρηματολογία υποχρεώσεων. Τα δικαιώματα συνεπάγονται διεκδίκηση για την προστασία κάποιας αξίας, που απειλείται. Τα παιδιά εκ φύσεως δεν έχουν αυτή τη δυνατότητα, αφού είναι σε μεγάλο βαθμό εξαρτώμενα από άλλους και άρα ευάλωτα σε εκμετάλλευση των δικαιωμάτων τους. Σε αντίθεση, όμως, με άλλες ευάλωτες σε εκμετάλλευση ομάδες, στα παιδιά δεν ανήκουν δικαιώματα, που έχουν χάσει λόγω καταπίεσης ή εκμετάλλευσης. Η παιδικότητα είναι μια φυσική κατάσταση, ένα στάδιο της ζωής, από το οποίο τα παιδιά βοηθούνται να αναδυθούν από εκείνους από τους οποίους εξαρτώνται. Κι αν τα παιδιά δεν έχουν την ανάγκη, το συμφέρον ή τη δυναμική για να ασκήσουν πίεση και να διεκδικήσουν τα δικαιώματά τους έναντι άλλων, αυτοί οι άλλοι εξακολουθούν να έχουν υποχρεώσεις απέναντί τους -απέναντι στην υγεία τους, στην προοπτική τους για μια αξιοπρεπή ζωή, στη ‘δυνάμει’ αυτονομία τους.

Συνήθως, όταν ο ασθενής είναι ανήλικος τις πληροφορίες και την συγκατάθεση για μια ενδεχόμενη ιατρική πράξη δίδουν οι γονείς, χωρίς να ζητηθεί η

¹³³ Βλ. Onora O’Neill, “Children’s rights and children’s lives”, στο “*Constructions of Reason: Explorations of Kant’s practical philosophy*”, σελ. 187-205.

γνώμη του ανήλικου. Πρόκειται για μια καθαρή πατερναλιστική δράση των γονέων, η οποία όμως δικαιολογείται, καθώς ο ανήλικος δεν έχει την ικανότητα να λάβει αποφάσεις για τον εαυτό του¹³⁴.

Η γνώμη του ανήλικου λαμβάνεται υπόψη κατά την κρίση του ιατρού, εφόσον 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.

Ειδική περίπτωση αποτελεί η ενημέρωση και η συγκατάθεση ανήλικης εγκύου. Κατά την ορθότερη άποψη, άμβλωση δεν μπορεί να γίνει σε έγκυο οποιασδήποτε ηλικίας χωρίς την θέληση της, υπό οποιεσδήποτε περιστάσεις και, αν επήλθε η σύλληψη του εμβρύου. Καθώς το δικαίωμα της γυναίκας, έστω και ανήλικης επί του τέκνου της είναι απόλυτο και μόνον η έγκυος έχει την ικανότητα να αποφασίσει για την διακοπή ή μη της εγκυμοσύνης, ο ιατρός είναι υποχρεωμένος να δώσει όλες τις απαραίτητες πληροφορίες σε αυτήν¹³⁵. Οποιαδήποτε και αν είναι η γνώμη των γονέων είτε αρνητική είτε θετική, δεν μπορεί να υπερισχύσει έναντι των επιθυμιών της εγκύου. Αναλογιζόμενοι τον σεβασμό προς την αξία του προσώπου και το καθήκον, που έχουν οι γονείς να προστατεύσουν τα παιδιά, ακόμα και, αν αυτά δεν μπορούν να διεκδικήσουν αυτή τους την υποχρέωση, το να εξαναγκάσουμε μια ανήλικη να προβεί σε άμβλωση την υποβάλλουμε σε ένα είδος 'βασανιστηρίου' το οποίο, πιθανώς, να έχει και απρόβλεπτες ψυχολογικές επιπτώσεις στην ίδια. Ο σεβασμός προς το δικαίωμα της μητρότητας μας επιτάσσει να κάνουμε σεβαστή την επιθυμία της και να απορρίψουμε των πατερναλισμό των γονέων.

Σε περιπτώσεις όπου οι γονείς του ανήλικου αρνούνται να δώσουν την συγκατάθεση τους και αυτή η άρνηση για συναίνεση είναι δυνατό να οφείλεται και σε θρησκευτικές δοξασίες, όπως συμβαίνει τούτο με τους μάρτυρες του Ιεχωβά. τότε η εγκατάλειψη του ασθενούς στην τύχη του εξ αφορμής μιας παράλογης άρνησης αντίκειται προς την κρατούσα κατάσταση. Έτσι, εφόσον υφίστανται οι παραπάνω προϋποθέσεις, μπορεί ο ιατρός να εκτελέσει τη χειρουργική επέμβαση ή τη μετάγγιση είτε χωρίς την συναίνεση ή εναντίον της συναίνεσης του ασθενούς ή εκείνων, που έχουν την επιμέλεια του, αλλά μόνο για θεραπευτικό και όχι για πειραματικό σκοπό. Είναι, όμως, δυνατόν για λόγους και πάλι θρησκευτικών δοξασιών των γονέων να μην καθίσταται δυνατή η επέμβαση του ιατρού στο παιδί

¹³⁴ Βλ. Kopelman L., 'Encyclopedia of Bioethics: How should decisions be guided?' σελ. 389-390.

¹³⁵ Βλ. Ανρουλιδάκη-Δημητριάδη Ι., 'Η υποχρέωση ενημέρωσης του ασθενούς', σελ 209-210.

τους, του οποίου η ζωή κινδυνεύει άμεσα, διότι δεν συναινούν αυτοί. Στην περίπτωση αυτή, ο ιατρός θα πρέπει να πράξει σύμφωνα με τις αρχές της ωφέλειας και με ότι ενδείκνυται ιατρικώς και φυσικά υπάρχει η δυνατότητα να απευθυνθεί στην εισαγγελική αρχή και να ζητήσει από αυτόν την άδεια για την άμεση επέμβαση προς διάσωση του κινδυνεύοντος παιδιού και όχι να αφηθεί στην τύχη του, εξαιτίας της άρνησης των γονέων να συναινέσουν στην επέμβαση του ιατρού πράγμα, που θα μπορέσει να καταλήξει σε θάνατο του παιδιού.

Τα δικαιώματα των γονέων και τα συμφέροντα της οικογένειας έχουν και αυτά θέση στο ζήτημα της αντιπροσωπευτικής συγκατάθεσης όχι, όμως, την πρωτεύουσα θέση. Σύμφωνα με την «αρχή της διαφοράς» του Rawls¹³⁶, «οι υψηλότερες προσδοκίες αυτών που βρίσκονται σε ευνοϊκότερη θέση είναι δίκαιες μόνο, εφόσον λειτουργούν ως μέρος ενός σχήματος που βελτιώνει τις προσδοκίες των λιγότερο ευνοημένων μελών της κοινωνίας».. Όλων, όμως τα δικαιώματα δικαιούνται ίση προστασία, γιατί οι υποχρεώσεις μας απέναντι τους έχουν εξίσου μεγάλη βαρύτητα. Όταν είναι τα φυσικά πλεονεκτήματα ή οι φυσικές μειονεξίες που δημιουργούν αυτές τις διαφορές, όπως συμβαίνει στην περίπτωση των ανηλίκων, έχει νόημα η κάλυψη τους με το «πέπλο άγνοιας», που προτείνει ο Rawls, ώστε ‘να εξουδετερωθούν με κάποιο τρόπο όλες οι επιρροές των επιμέρους ενδεχόμενων γεγονότων, που θέτουν τους ανθρώπους σε δοκιμασία και τους δελεάζουν να εκμεταλλευτούν τις κοινωνικές και τις φυσικές περιστάσεις προς όφελός τους’¹³⁷

Είναι λογικό τα παιδιά να μην έχουν όλα τα νομικά δικαιώματα με τους ενήλικες. Τα νομικά δικαιώματα με τα ηθικά δεν ταυτίζονται. Έτσι, λοιπόν, παρόλο που τα παιδιά δεν είναι σε θέση να ασκήσουν ακόμα τα νομικά δικαιώματά τους, επειδή δεν είναι ακόμα πλήρως έλλογα όντα, αυτό δε σημαίνει ότι δεν έχουν και ηθικά δικαιώματα, τα οποία οφείλουμε να σεβόμαστε. Σύμφωνα μάλιστα με την Ο’ Neill,¹³⁸ τα θεμελιώδη δικαιώματα των παιδιών εξηγούνται καλύτερα, από μία ευρύτερη θεώρηση θεμελιωδών υποχρεώσεων που μπορούν να χρησιμοποιηθούν, για να δικαιολογήσουν τα θετικά δικαιώματα και τις υποχρεώσεις. Διακρίνει δύο είδη υποχρεώσεων, τις τέλειες και τις ατελείς. Οι τέλειες υποχρεώσεις αντιστοιχούν σε δικαιώματα, είμαι, δηλαδή υποχρεωμένος να κάνω κάτι, γιατί οι άλλοι έχουν

¹³⁶ Βλ. Rawls J., ‘*Θεωρία της Δικαιοσύνης*’, σελ. 107.

¹³⁷ Βλ. Rawls John, ‘*Θεωρία της Δικαιοσύνης*’, σελ. 173-180.

¹³⁸ Βλ. Onora O’Neill, “Children’s rights and children’s lives”, στο ‘*Constructions of Reason: Explorations of Kant’s practical philosophy*’, σελ. 187-205.

δικαίωμα σε αυτό είτε επειδή υπάρχουν συμβατικές συμφωνίες είτε επειδή οι πράξεις μου ή οι κοινωνικοί ρόλοι παράγουν αυτά τα δικαιώματα, που οι άλλοι διεκδικούν από εμένα. Οι ατελείς υποχρεώσεις δεν έχουν αντίστοιχα δικαιώματα, δεν είναι συγκεκριμένες με την έννοια ότι κανένας δεν μπορεί να διεκδικήσει ότι οφείλουμε σε αυτά ένα συγκεκριμένο καθήκον, να διεξάγουμε κάποια συγκεκριμένη πράξη για λογαριασμό τους. Οι ατελείς υποχρεώσεις έχουν θεωρηθεί παραδοσιακά ότι αφορούν την βοήθεια, φροντίδα, ανάπτυξη των ταλέντων, τα οποία οι πράττοντες είναι υποχρεωμένοι να παρέχουν σε κάποιους άλλους με κάποιους τρόπους. Οι ανήλικοι είναι ανίσχυροι, αλλά όχι μόνιμα. Για να βγουν από την κατάσταση αυτή, να σταματήσουν να είναι ευάλωτα, πρέπει να βγουν από την φάση αυτή της ζωής τους. Αυτό δεν μπορεί να γίνει απότομα, γι' αυτό και πρέπει να στηρίζονται από κοινωνικές πρακτικές και θεσμούς που να προστατεύουν την εκτέλεση των υποχρεώσεων των άλλων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΤΟ ΝΟΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

Ο Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας ν. 3418/28-11-2005

Γίνεται δεκτό γενικά στο νομικό χώρο, τόσο από την επιστήμη όσο και τη νομοθεσία ότι μια ιατρική επέμβαση, που διενεργείται χωρίς τη συγκατάθεση του ασθενούς, συνιστά παράνομη πράξη με αντίστοιχες συνέπειες τόσο σε επίπεδο αστικού όσο και ποινικού δικαίου.

Το συνταγματικά κατοχυρωμένο δικαίωμα του ασθενούς (όπως κάθε πολίτη) για αυτοδιάθεση, αυτοκαθορισμό, ελεύθερη ανάπτυξη της προσωπικότητας,¹³⁹ καθώς και για σεβασμό στην αξιοπρέπειά του¹⁴⁰ σε συνδυασμό με διεθνή νομοθετήματα και δεοντολογικές αρχές, που επικύρωσε η χώρα μας, καθώς και διατάξεις του εσωτερικού δικαίου συνηγορούν σε αυτό. Με τη συγκατάθεση «διαθέτει» ο ασθενής τη σωματική του ακεραιότητα, αν και η έννοια της διάθεσης έννομου αγαθού θεωρείται έννοια ευρύτερη¹⁴¹.

Σύμφωνα με την απολύτως κρατούσα διεθνώς άποψη, η συγκατάθεση του ασθενούς, που είναι απαραίτητη για τη νομιμοποίηση κάθε (επεμβατικής) ιατρικής πράξης, ώστε να επιτελεί η τελευταία την κοινωνική της λειτουργία, έχει ως προϋπόθεση, για να είναι έγκυρη, την προηγούμενη πλήρη και επαρκή ενημέρωση του ασθενούς, ώστε η παρεχόμενη συγκατάθεση να συνιστά δήλωση βούλησής του, η οποία διαμορφώθηκε ελεύθερα. Συγκατάθεση και (προηγούμενη) ενημέρωση του ασθενούς συνιστούν ένα αδιαχώριστο δίδυμο.

Αντικείμενο διαμάχης, ωστόσο παραμένουν ζητήματα, που σχετίζονται με τη θεμελίωση, έκταση και περιεχόμενο της υποχρέωσης ενημέρωσης του ασθενούς. Ιδίως, εν όψει του γεγονότος ότι ο χαρακτήρας της προηγούμενης ενημέρωσης συνδέεται στενά με το ιατρικό σφάλμα, το οποίο συχνά υποκαθιστά σε περίπτωση αγωγής αποζημίωσης εναντίον του ιατρού προς όφελος του ασθενούς¹⁴².

¹³⁹ Βλ. Άρθρο 5 παράγραφος 5 του Συντάγματος. 'Καθένας έχει δικαίωμα στην προστασία της υγείας και της γενετικής του ταυτότητας. Νόμος ορίζει τα σχετικά με την προστασία κάθε προσώπου έναντι των βιοϊατρικών παρεμβάσεων'.

¹⁴⁰ Βλ. Άρθρο 2 παράγραφος 1 του Συντάγματος 'Ο σεβασμός και η προστασία της αξίας του ανθρώπου αποτελούν την πρωταρχική υποχρέωση της Πολιτείας'.

¹⁴¹ Βλ. Αγουλιδάκη-Δημητριάδη Ι., 'Η υποχρέωση ενημέρωσης του ασθενούς' σελ.140 επιμ.

¹⁴² Βλ. Κανελλόπουλου-Μπότη Μ., 'Ιατρική ευθύνη για μη ενημέρωση ή πλημμελή ενημέρωση του ασθενούς κατά το Ελληνικό και το Αγγλοσαξονικό δίκαιο.',σελ4-7.

Η υποχρέωση του ιατρού να μην ενεργεί αυτόγνωμες ιατρικές επεμβάσεις, εξάλλου προέκυπτε έμμεσα στον ελληνικό χώρο, ήδη παλαιότερα, από το αρ. 8 ΒΔ 1955 'περί του κανονισμού ιατρικής δεοντολογίας' (που καταργήθηκε με τον νέο κώδικα ιατρικής δεοντολογίας ο οποίος ψηφίστηκε με το ν. 3418 της 28-11-2005), το οποίο ήταν ασαφώς και γενικώς διατυπωμένο. Η ανάγκη ύπαρξης προηγούμενης ενημέρωσης και ελεύθερης έκφρασης της συγκατάθεσης του αρρώστου διατυπώθηκε με περισσότερη σαφήνεια στο αρ. 47 του ν. 2071/1992¹⁴³, το οποίο αφορούσε, όμως, μόνον τους νοσοκομειακούς ιατρούς. Κατά το παρ. 4 του νόμου 2071/1992, 'ο νοσοκομειακός ασθενής δικαιούται να πληροφορηθεί ότι αφορά την κατάσταση του, αλλά και για τους κινδύνους που ενδέχεται να παρουσιαστούν στην υγεία του εξ αφορμής εφαρμογής σ' αυτόν ασυνήθων ή πειραματικών διαγνωστικών και θεραπευτικών μεθόδων'. Η θέσπιση ενός δικαιώματος ενημέρωσης για τους νοσοκομειακούς ασθενείς δεν μπορεί, παρά να αντιστοιχεί στην υποχρέωση των θεραπόντων ιατρών τους να ικανοποιήσουν αυτό το δικαίωμα, άρα, να τους ενημερώνουν για τα θέματα που αναφέρει ο νόμος.

Σε επίπεδο αστικού δικαίου, η προϋπόθεση της έγκυρης συγκατάθεσης του ασθενούς, προκύπτει από την προστασία της προσωπικότητας του ασθενούς¹⁴⁴. Αλλά και από την ίδια τη συμβατική σχέση εμπιστοσύνης ανάμεσα στον ιατρό και τον ασθενή, θεωρείται ότι προκύπτει η υποχρέωση λήψης ενημερωμένης συγκατάθεσης του ασθενούς από τον ιατρό, τόσο ως κύρια όσο και ως παρεπόμενη συμβατική υποχρέωσή του¹⁴⁵.

Η ίδια υποχρέωση του ιατρού προβλέπεται και σε πολλά διεθνή κείμενα, που περιέχουν κανόνες ιατρικής δεοντολογίας, όπως: ο «Χάρτης Θεμελιωδών Δικαιωμάτων της Ευρωπαϊκής Ένωσης» (αρ. 3 παρ.2στιχ.1), η «Διακήρυξη της Λισαβόνας» (1981/1996), η «Παγκόσμια Διακήρυξη σχετικά με το ανθρώπινο γονιδίωμα και τα ανθρώπινα δικαιώματα».

Νομοθέτημα-σταθμός σε διεθνές επίπεδο, το οποίο ρητά και με σαφήνεια τυποποιεί την υποχρέωση του ιατρού να μη διεξάγει αυτόγνωμα ιατρικές επεμβάσεις και να παρέχει στον ασθενή κάθε αναγκαία σχετική πληροφορία, ειδικότερα στις παρ.1 και παρ.2 του αρ.5, είναι η Ευρωπαϊκή Σύμβαση για τα Ανθρώπινα Δι-

¹⁴³ Βλ. Νόμος 2071/1992 (ΦΕΚ Α 123) αρθ. 47. 'Τα δικαιώματα του νοσοκομειακού ασθενούς' παρ 4.

¹⁴⁴ Βλ. αρ. 57 Α.Κ.

¹⁴⁵ Βλ. αρ. 288 Α.Κ.

καιώματα και τη Βιοϊατρική (Oviedo, 1997), η οποία κυρώθηκε από τη χώρα μας και αποτελεί πλέον εσωτερικό δίκαιο¹⁴⁶.

Στο νέο Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας, που ψηφίστηκε με τον ν. 3418/28-11-2005 (ΦΕΚ 287), στα άρθρα 11 και 12 ρυθμίζονται τα σχετικά ζητήματα ρητά και με σαφήνεια, καλύπτοντας το κενό νόμου, που υπήρχε για χρόνια στην ελληνική νομοθεσία. Μεταξύ άλλων, μπορεί πλέον η έλλειψη έγκυρης συγκατάθεσης να αποτελέσει αυτοτελή βάση για στήριξη αγωγής αποζημίωσης, ώστε να μη γίνεται κάτι τέτοιο μόνο στα πλαίσια του ιατρικού σφάλματος. Η υποχρέωση ενημέρωσης (αρ. 11) και η υποχρέωση συγκατάθεσης (αρ. 12) του ασθενούς αποτελούν αυτοτελείς διατάξεις, ώστε πλέον να αυτονομείται ο δικανικός ισχυρισμός περί μη ενημέρωσης του ασθενούς. Επιχειρείται να περιγραφεί, όσο είναι δυνατό στα πλαίσια ενός νομοθετήματος, που δεν επιτρέπει περιπτώσιολογική αντιμετώπιση η έκταση ενημέρωσης, ώστε να διασώζεται αυτή, όπως και η ισχύς της συγκατάθεσης, από τυχόν περιοριστικές ερμηνείες. Δικαιολογείται από την άλλη, όμως, και η αυτόγνομη επέμβαση προς όφελος της υγείας του ασθενούς, όταν δεν είναι δυνατή η λήψη της πραγματικής συναίνεσής του. Κάτι που πριν τουλάχιστον από τη Σύμβαση του Οβιέδο -η οποία παρείχε σαφές νομοθετικό θεμέλιο- επιχειρείτο να βασισθεί σε διάφορες νομικές κατασκευές (εικαζόμενη συγκατάθεση, αναλογική εφαρμογή των διατάξεων του αστικού δικαίου για τη διοίκηση αλλότριων κ.ά.)¹⁴⁷.

Στο αρ. 11 του κώδικα ιατρικής δεοντολογίας του 2005 ρυθμίζεται η προηγούμενη ενημέρωση του ασθενούς. Πρέπει να τονιστεί ότι δεν υπήρχε, πριν τον νέο κώδικα ιατρικής δεοντολογίας, η γενική ρητή νομοθετική ρύθμιση του καθήκοντος προηγούμενης ενημέρωσης του ασθενούς, ενώ επιχειρείται και η όσο το δυνατόν περιγραφή και οριοθέτηση της ενημέρωσης.

Είναι ωστόσο γεγονός από τη de facto λειτουργία της ιατρικής πράξης ότι η έκταση και εξατομίκευση της ιατρικής ενημέρωσης παραμένει δυσεπίλυτο ζήτημα. Πάντως, όπως συνάγεται από την §3 του αρ. 11, το καθήκον του ιατρού για προηγούμενη ενημέρωση του ασθενούς είναι σαφώς οριοθετημένο, όταν πρόκειται για θεραπευτικές επεμβάσεις (με τη στενή έννοια).

Παρόλα αυτά ο κώδικα ιατρικής δεοντολογίας αναφέρεται στην ενημέρωση και πάλι σε στενότερο σύνδεσμο με τη συγκατάθεση σε συγκεκριμένη ιατρική

¹⁴⁶ Βλ. Σύμβαση του συμβουλίου της Ευρώπης για τα ανθρώπινα δικαιώματα και τη βιοιατρική, Οβιέδο 1997.

¹⁴⁷ Βλ. Σύμβαση του συμβουλίου της Ευρώπης για τα ανθρώπινα δικαιώματα και τη βιοιατρική, Οβιέδο 1997, Κεφ III, αρθρ.9

επέμβαση. Σε μια πρόταση στο άρθρο 11 παρ. 1 συμπεριλαμβάνονται, γενικά, όλα μαζί εκείνα που πρέπει ο ασθενής να γνωρίζει: τη φύση και τον σκοπό της επέμβασης, τα επακόλουθα και τους κινδύνους της. Τίποτε, όμως, μέσα στο κείμενο του νόμου δεν παρέχει τα απαραίτητα κριτήρια στον ερμηνευτή, ώστε να μπορέσει ο τελευταίος να απαντήσει, αν π.χ. μέσα στην έννοια ‘σκοπός’ της επέμβασης συμπεριλαμβάνεται και ο ερευνητικός σκοπός του ιατρού, αν στην έννοια ‘επακόλουθο’ της επέμβασης συμπεριλαμβάνονται και οι συνέπειες της άρνησης του ασθενούς να την υποστεί, αν στην έννοια ‘κίνδυνος’ από την επέμβαση συμπεριλαμβάνεται και ένας κίνδυνος για παράδειγμα 0,5% κάποιας σοβαρής σωματικής βλάβης κ.λ.π.¹⁴⁸

Παράλληλα, ο νέος κώδικας δεν θεσπίζει ρητά την υποχρέωση του ιατρού να ενημερώνει τον ασθενή, σε κάθε στάδιο για την κατάσταση της υγείας του, αλλά το δικαίωμα του ασθενούς να ενημερώνεται γι' αυτήν, το οποίο μπορεί τελικά να ισοδυναμεί με το δικαίωμα του ασθενούς να θέτει ερωτήσεις στους ιατρούς, εάν θέλει, και να αναμένει τις αντίστοιχες απαντήσεις. Οι ασθενείς, όμως, τις περισσότερες φορές μπορεί να μη γνωρίζουν ούτε ποιες είναι οι κατάλληλες ερωτήσεις, που θα πρέπει να θέσουν ή και να μην μπορούν από διάφορους λόγους να θέσουν αυτές τις ερωτήσεις στους ιατρούς τους. Οι ασθενείς μπορεί να μη γνωρίζουν ούτε καν ότι έχουν το νόμιμο δικαίωμα στην πληροφόρηση αυτή. Ο νόμος για να είναι αποτελεσματικός, θα έπρεπε να θεσπίζει ρητά τη γενική υποχρέωση των ιατρών, ανεξάρτητα από τις ερωτήσεις των ασθενών, να ενημερώνουν τους ασθενείς για την κατάσταση της υγείας τους, σε κάθε στάδιο της θεραπείας.

Μια άλλη σημαντική έλλειψη του νόμου είναι, κατά την γνώμη μου, ότι αγνοεί το γεγονός ότι οι ασθενείς συνήθως βρίσκονται σε ευάλωτη θέση και πολλές φορές δεν μπορούν να κατανοήσουν τις πληροφορίες, που τους δίνονται, εξαιτίας ψυχολογικών παραγόντων. Για να είναι έγκυρη η συγκατάθεση και συνάμα νόμιμη, θα πρέπει η έλλογη ικανότητα του ασθενούς να αξιολογείται όχι μόνο από τον θεράποντα ιατρό, αλλά από μια ομάδα ψυχολόγων.

Η ίδια η ενημέρωση μπορεί, βέβαια, να λειτουργήσει αρνητικά για τον ασθενή. Αναγνωρίζεται, έτσι, το δικαίωμα άρνησης του ασθενούς για ενημέρωση, ως εκδήλωση σεβασμού στην προσωπικότητα και τον αυτοκαθορισμό του¹⁴⁹. Άστοχη φαίνεται η διατύπωση του αρ. 12 παρ.2γ, όπου γίνεται λόγος για συγκατάθεση που

¹⁴⁸ Βλ. Κανελλόπουλου-Μπότη Μ., ‘Ιατρική ευθύνη για μη ενημέρωση ή πλημμελή ενημέρωση του ασθενούς κατά το Ελληνικό και το Αγγλοσαξονικό δίκαιο.’ σελ 74-76,

¹⁴⁹ Βλ. 3418/28-11-2005 (ΦΕΚ 287), άρθρο 11, παρ. 2.

έρχεται σε σύγκρουση με τα χρηστά ήθη. Ορθότερο είναι να γίνεται λόγος για συγκατάθεση σε πράξη αντίθετη με τα χρηστά ήθη.

Αξιοσημείωτο είναι ότι ο νέος κώδικα ιατρικής δεοντολογίας επιχειρεί να συμβιβάσει τη μέγιστη προστασία της ατομικής αυτοδιάθεσης και του αυτοκαθορισμού, με τη μέγιστη δυνατή προστασία του ύψιστου στην ιεράρχηση εννόμου αγαθού της ανθρώπινης ζωής. Σε ανάλογη κατεύθυνση κινείται και η φιλοσοφία της Διακήρυξης για την Προώθηση των Δικαιωμάτων των Ασθενών του Άμστερνταμ (1994) όπου, όμως γίνεται ρητή αναφορά στο δικαίωμα του ασθενούς να αρνείται ή να διακόπτει την ιατρική επέμβαση (οπότε πρέπει να εξηγούνται προσωπικά σε αυτόν όλες οι συνέπειες μιας τέτοιας άρνησης ή διακοπής). Τέτοια αναφορά δε γίνεται στον ελληνικό πρόσφατο κώδικα ιατρικής δεοντολογίας, αλλά θα πρέπει να συνάγεται αυτό *a contrario* από το αρ. 12 και ιδίως την παράγραφο 1 όπου αναφέρεται ότι ‘ο ιατρός δεν επιτρέπεται να προβεί στην εκτέλεση οποιασδήποτε ιατρικής πράξης, χωρίς την προηγούμενη συγκατάθεση του ασθενούς’.

Αντίθετα, φαίνεται ότι ο νέος κώδικα ιατρικής δεοντολογίας επιχειρεί να διασώσει, κατά το μέγιστο βαθμό, την προστασία της ανθρώπινης ζωής μη επιτρέποντας -ρητά- οριοθέτηση ή υποχώρηση του αλληλεγγυητικού καθήκοντος του ιατρού, σε οριακές περιπτώσεις αυτοδιάθεσης, όπως είναι η περίπτωση του αυτόχειρα¹⁵⁰. Το κατά πόσον μια απόφαση αυτοκτονίας μπορεί να συνιστά έγκυρη και σεβαστή, καλά σταθμισμένη, ώριμη απόφαση να οδηγηθεί κανείς προς το θάνατο, είναι ζήτημα επίμαχο. Πάντως, το πρόβλημα γίνεται οριακό και ενδιαφέρον, όταν λάβει κανείς υπόψιν ότι και η (κατά τα άλλα σεβαστή) βούληση του ασθενούς να μη λάβει τη μόνη σωτήρια της ζωής του αγωγή, συνιστά στην ουσία ‘αυτοχειρική’ απόφαση. Αλλά και από το αρ. 12§3γ συνάγεται η προσήλωση του νομοθέτη στον πρωταρχικό σκοπό της ιατρικής, πού είναι η διάσωση της ανθρώπινης ζωής.

Η συγκατάθεση του ασθενούς θεωρείται, στα πλαίσια του κώδικα ιατρικής δεοντολογίας, ευρέως ισχύουσα, με την έννοια ότι μπορεί να ασκείται και από ανηλίκους ή δια αντιπροσώπου. Δεν διακρίνονται, όμως, πρώιμα και όψιμα στάδια στην ανηλικότητα (π.χ. περισσότερη ανεξαρτησία του μεγαλύτερου των 16 ετών εφήβου¹⁵¹), ούτε καθορίζεται δικαστική έγκριση της συγκατάθεσης του αντιπροσώπου του ασθενούς (δικαστικού συμπαραστάτη ή οικείου), σε κάποιες

¹⁵⁰ Βλ. 3418/28-11-2005 (ΦΕΚ 287), άρθρο 12, παρ. 3γ.

¹⁵¹ Βλ. Ανρουλιδάκη-Δημητριάδη Ι., ‘Η υποχρέωση ενημέρωσης του ασθενούς’ σελ 205-209.

τουλάχιστον οριακές καταστάσεις (κινδυνώδεις επεμβάσεις, υποστήριξη της ζωής στην επιθανάτια φάση κ.ά.).

Τα όρια της ιατρικής ευθύνης

Με βάση τα παραπάνω φαίνεται καθαρά ότι ο ιατρός είναι υποχρεωμένος να ενημερώνει τον ασθενή του, πριν από οποιαδήποτε ιατρική πράξη. Ο ιατρός έχει την αποκλειστική ευθύνη, για την πλήρη ενημέρωση του ασθενούς και την λήψη της συγκατάθεσης του, για να είναι νόμιμος. Σε κάθε σχέση ιατρού-ασθενούς είναι δεδομένη η ευάλωτη θέση του δεύτερου. Την αδυναμία αυτή εξισορροπεί η προσωπική του εμπιστοσύνη στον γιατρό και τελικά, η ιδιαίτερη ευθύνη του τελευταίου απέναντι στον ασθενή, η οποία έχει ηθική και νομική σημασία.

Από ηθικής σκοπιάς, όπως έχουμε δει, ο ιατρός θα πρέπει να ενημερώνει τον ασθενή, σεβόμενος το δικαίωμα του στον αυτοκαθορισμό και στην ελευθερία επιλογής σύμφωνα με τις δικές του αξίες και αρχές. Ο σεβασμός της προσωπικότητας του ασθενούς προστατεύεται νομικά στην Ελλάδα από την διάταξη 57 του Αστικού Κώδικα¹⁵². Η διάταξη αυτή προστατεύει όλα τα αγαθά, που συνθέτουν την υπόσταση της προσωπικότητας (σωματικά αγαθά, ηθικά στοιχεία, ψυχικά και συναισθηματικά, η προσωπική ελευθερία και άλλα). Μπορεί να υποστηριχθεί ότι, όταν ο ιατρός δεν ενημερώνει σωστά τον ασθενή του, προσβάλλει καταρχήν την προσωπικότητα του. Αν προβεί, επιπλέον, και σε ιατρική πράξη, ενώ η συγκατάθεση του ασθενούς πάσχει, λόγω πλημμελούς ή και ανύπαρκτης ενημέρωσης, η προσβολή της προσωπικότητας είναι ακόμη περισσότερο εμφανής. Κάθε ασθενής έχει δικαίωμα να λαμβάνει όλες τις απαραίτητες ιατρικές πληροφορίες, επομένως κάθε παράλειψη θα μπορούσε να θεωρηθεί ότι θίγει την προσωπικότητα του. Οι διατάξεις άλλωστε του ν. 3418/2005¹⁵³, που αναφέρονται στην ενημέρωση, προέρχονται από μια Σύμβαση, που ρητά έχει σκοπό την προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και της αξιοπρέπειας του ανθρώπου σε σχέση με τις εφαρμογές της βιολογίας και της ιατρικής, ενώ το γενικό δικαίωμα ενημέρωσης των ασθενών, κατά το άρθρο 10 της Σύμβασης αυτής¹⁵⁴, ρητά βασίζεται στο δικαίωμα σεβασμού της προσωπικής τους ζωής. Δεν υπάρχει,

¹⁵² Βλ. ΑΚ άρθρο 57.

¹⁵³ Βλ. 3418/28-11-2005 (ΦΕΚ 287), άρθρο 11.

¹⁵⁴ Σύμβαση του συμβουλίου της Ευρώπης για τα ανθρώπινα δικαιώματα και τη βιοιατρική, Οβιέδο 1997, αρθρ.10.

δηλαδή, καμία αμφιβολία ότι το δικαίωμα ενημέρωσης του ασθενούς στηρίζεται στο δικαίωμα της προσωπικότητας του.

Ωστόσο πάρα πολλά φαίνονται τα θέματα, για τα οποία πρέπει ο ιατρός κάθε φορά να ενημερώνει τον ασθενή του, με συνέπεια να φαίνεται ότι επιβάλλεται σε αυτόν μεγάλο βάρος να προχωρεί και σε λεπτομέρειες. Το ζήτημα είναι ποια είναι τα όρια της ευθύνης του ιατρού στην μετάδοση όλων των πληροφοριών στον ασθενή. Ας πάρουμε τα πραγματικά περιστατικά της υπόθεσης *Cobbs v. Grant*¹⁵⁵. Ο ενάγων μετά από χειρουργείο για έλκος υπέστη άλλες τρεις εγχειρήσεις (αφαίρεση σπλήνας κλπ.). Θα ήταν ενδιαφέρον να βάλουμε τα μέλη του ανώτατου δικαστηρίου της Καλιφόρνιας, που υπέγραψαν εκείνη την απόφαση να περιγράψουν τις συμβουλές τους στον χειρουργό, πριν από την πρώτη επέμβαση, αναφέροντας και το καθήκον του να περιγράψει στον ασθενή τους κινδύνους, που αργότερα πραγματοποιήθηκαν και να τον καθοδηγήσουν κατά τέτοιο τρόπο, ώστε κάποιοι ένορκοι στο μέλλον να μην τον καταδικάσουν. Όμως, άλλο είναι να διαμορφώσει κανείς έναν λεκτικά ελκυστικό κανόνα δικαίου μέσα στην ησυχία της ακαδημαϊκής βιβλιοθήκης ή του γραφείου των δικαστών και άλλο για έναν μαχόμενο δικηγόρο να κάνει αυτόν τον κανόνα να δουλέψει. Άλλο τέλος, είναι για τον ιατρό, που δεν έχει εξοικειωθεί με τις ιδιαιτερότητες του δικαίου, να ζήσει και να εργαστεί κάτω από τον κανόνα αυτό με κάποιον εύλογο βαθμό ασφαλείας. Από το 1978, που γράφτηκε το σχόλιο αυτό, οι εξελίξεις θα ανησυχούσαν, ίσως, ακόμη περισσότερο τον συγκεκριμένο συγγραφέα¹⁵⁶.

Με μια προσεκτικότερη έρευνα στο νέο κώδικα ιατρικής δεοντολογίας ν. 3418/2005 θα δούμε ότι η υποχρέωση ενημέρωσης είναι ουσιαστικά πολύ περιορισμένη. Ο ν. 3418/2005 καθιερώνει την υποχρέωση ενημέρωσης για τη φύση, τον σκοπό, τους κινδύνους και τα επακόλουθα μιας (συγκεκριμένης) ιατρικής επέμβασης, καθώς και ένα, μάλλον θεωρητικό, δικαίωμα ενημέρωσης για κάθε πληροφορία, που αφορά στην κατάσταση της υγείας του ασθενούς¹⁵⁷. Αφήνει ανοιχτή την ερμηνεία για το ποια πληροφορία θα πρέπει τελικά να ενταχθεί στο υποχρεωτικό περιεχόμενο ενημέρωσης, γιατί είναι σχετική με την κατάσταση της υγείας του προσώπου, όταν δεν πρόκειται για ιατρική επέμβαση. Καλύπτει π.χ. τους στατιστικούς κινδύνους, τη

¹⁵⁵ Βλ. *Cobbs v. Grant*. 104 Cal.Rptr. 505. 502 P2d 1 (1972)

¹⁵⁶ Βλ. Shultz, 'From informed consent to patient choice', σελ 95.

¹⁵⁷ Βλ. 3418/28-11-2005 (ΦΕΚ 287), άρθρο 11, παρ 1.

στατιστική πιθανότητα θεραπείας της ασθένειας, τις προσωπικές ιδιότητες του ιατρού¹⁵⁸, τα ιατρικά λάθη κ.λ.π.. Οι θέσεις της ελληνικής νομοθεσίας είναι προς το παρόν τέτοιες, ώστε δεν θα γινόταν δεκτή καμία υποχρέωση ενημέρωσης, πέρα από τη φύση, τον σκοπό, τα επακόλουθα και τους κινδύνους της ιατρικής πράξης.

Η ερμηνεία αυτή, όμως, παραγνωρίζει αυτόματα τις υποχρεώσεις των ιατρών προς μια γενική ενημέρωση του ασθενούς, ανεξάρτητα από κάποια πράξη. Π.χ. στην υπόθεση *Karlsons v Guerinot*¹⁵⁹, η ενάγουσα κατέθεσε αγωγή, γιατί ο ιατρός της παρέλειψε να την ενημερώσει ότι υπήρχε η διαγνωστική εξέταση της αμνιοκέντησης. Έτσι, έχασε την ευκαιρία να διαπιστώσει ότι το παιδί της έπασχε από σύνδρομο Down. Επίσης, έχασε και την αγωγή, γιατί δεν υπήρξε κάποια συγκεκριμένη ιατρική πράξη, ώστε να ελεγχθεί, αν η συγκατάθεση της σε αυτήν ήταν έγκυρη ή όχι. Το Δικαστήριο δεν βρήκε, επίσης, καμία σχέση μεταξύ της παράλειψης ενημέρωσης για την αμνιοκέντηση και της σωματικής βλάβης του τέκνου. Θα πρέπει αναγνωριστεί και στο ελληνικό δίκαιο ότι, από την πρώτη στιγμή που ένα πρόσωπο γίνεται ασθενής ενός ιατρού, ο δεύτερος έχει μια διαρκή και γενική υποχρέωση ενημέρωσης του. Η υποχρέωση αυτή δεν πρέπει να ενεργοποιείται στενά και αποκλειστικά λίγες ώρες, πριν από μια εγχείρηση. Πρέπει να αποτελεί ένα πάγιο χαρακτηριστικό της σχέσης, μια διαρκή υποχρέωση παροχής και η παράβαση της θα πρέπει να επιφέρει ευθύνες.

Οι ιατροί, στην πλειοψηφία τους, με βάση την αρχή της προστασίας των συμφερόντων του ασθενούς, προσπαθούν να θέσουν κάποια κριτήρια στην έκταση της ενημέρωσης του ασθενούς. Η πιο αντιφατική και προβληματική από τις εξαιρέσεις της υποχρέωσης ενημέρωσης του ασθενούς είναι το θεραπευτικό προνόμιο¹⁶⁰, που συνάδει με τον μετριοπαθή πατεριναλισμό. Σύμφωνα με αυτό, ο ιατρός μπορεί να παραλείψει την ενημέρωση του ασθενούς, κυρίως για τη διάγνωση της ασθένειας του και δευτερευόντως για άλλα θέματα, κινδύνους εγχειρήσεων ή επεμβάσεων, παρενεργειών φαρμάκων κλπ., όταν ο ίδιος κρίνει ότι η αποκάλυψη της αληθινής κατάστασης του ασθενούς μπορεί να τον βλάψει, ψυχολογικά ή και σωματικά ή ότι μπορεί να μειώσει τις πιθανότητες βελτίωσης του και ανταπόκρισης του στη θεραπεία. Έτσι υποστηρίζεται, για παράδειγμα, ότι η ενημέρωση μπορεί να βλάψει το ηθικό του ασθενούς ή μπορεί να επιφέρει υπερβολική ψυχική φόρτιση του ασθενούς, σε βαθμό

¹⁵⁸ Αν δηλαδή είναι φορέας του Aids ή αλκοολικός. Βλ. Κανελλόπουλου-Μπότη Μ., 'Ιατρική ευθύνη για μη ενημέρωση ή πλημμελή ενημέρωση του ασθενούς κατά το Ελληνικό και το Αγγλοσαξονικό δίκαιο.' σελ. 79-81.

¹⁵⁹ Βλ. *Karlsons v. Guerinot*, 57 AD 2d, 394 NY 2d 933 (1977).

¹⁶⁰ Βλ. Engelhard T., 'The foundations of bioethics', σελ. 313-317.

επιθυμίας και της αυτοκτονίας, επαύξηση των κινδύνων με την ενημέρωση και κίνδυνος άρνησης αναγκαίας θεραπείας. Ο ασθενής, δηλαδή, μπορεί με την ενημέρωση να ταραχθεί υπερβολικά, ίσως και σε βαθμό τέτοιο, ώστε η κατάσταση της υγείας του να επιδεινωθεί. Επίσης, μπορεί να καταλήξει να αρνηθεί να υποβληθεί σε ιατρικώς επιβεβλημένη επέμβαση, αν ενημερωθεί για κάποιον μετεγχειρητικό κίνδυνο. Προς αποφυγή όλων αυτών, ο ιατρός με γνώμονα το συμφέρον του ασθενούς, μπορεί νόμιμα να παραλείψει την ενημέρωση του ασθενούς και να αναλάβει πλέον ο ίδιος το βάρος των σχετικών αποφάσεων, που κανονικά θα έπαιρνε ο ασθενής του¹⁶¹.

Στην κύρια απόφαση σχετικά με την ενημερωμένη συγκατάθεση, *Canterbury v. Spence*, υπάρχει εκτενής αναφορά στο ζήτημα του θεραπευτικού προνομίου. ‘...Έχει αναγνωρισθεί ότι ορισμένοι ασθενείς μετά την ενημέρωση τους ασθενούν ή αναστατώνονται τόσο πολύ συναισθηματικά, ώστε να μην μπορούν να λάβουν λογικές αποφάσεις ή να εμποδίζεται η θεραπεία τους ή και να παθαίνουν ψυχολογικές βλάβες... Το κρίσιμο ερώτημα είναι, εάν ο ιατρός στηρίχθηκε στη βάσιμη ιατρική του κρίση ότι η ενημέρωση του ασθενούς σχετικά με έναν κίνδυνο θα απειλούσε την υγεία του ασθενούς...Όμως, το προνόμιο αυτό πρέπει να ασκείται μέσα σε συγκεκριμένα και περιορισμένα όρια, αλλιώς μπορεί να αποδυναμώσει τον κανόνα της ενημέρωσης. Το προνόμιο δεν συμβιβάζεται με την πατερναλιστική ιδέα ότι ο ιατρός μπορεί να σιωπήσει μόνο και μόνο για να μην αρνηθεί ο ασθενής την θεραπεία που του συνιστά....(αυτή η άποψη) παραβλέπει το γεγονός ότι ο ασθενής θα πρέπει και κανονικά μπορεί να λαμβάνει μόνος του τις αποφάσεις του...Μόνο όταν πραγματικά η ενημέρωση του για κάποιο κίνδυνο τον απειλεί...μπορεί να λειτουργήσει το προνόμιο...’¹⁶². Επομένως, η απόφαση θέτει αρκετά στενά όρια λειτουργίας του προνομίου, απορρίπτοντας την ιδέα ότι η πιθανή άρνηση θεραπείας αρκεί, για να το στηρίξει.

Είναι φανερό ότι το θεραπευτικό προνόμιο επιτρέπει στους ιατρούς να δρουν πατερναλιστικά με το επιχείρημα ότι έτσι θα ωφελήσουν τους ασθενείς τους από μια ενδεχόμενη βλάβη, προερχόμενη από την πλήρη ενημέρωση τους. Τι σημαίνει, λοιπόν, ‘βλάβη’ του ασθενούς από την ενημέρωση; Αν πρόκειται για την αγωνία που θα νοιώσει ο ασθενής, τον φόβο του μπροστά στο ενδεχόμενο του θανάτου, το άγχος και τη στενοχώρια του λόγω των κακών ειδήσεων, τότε η όλη θεωρία περί θεραπευτικού προνομίου δεν στηρίζεται, παρά σε μια υπερβολική και αδικαιολόγητη

¹⁶¹ Βλ. Ανρουλιδάκη-Δημητριάδη Ι., ‘Η υποχρέωση ενημέρωσης του ασθενούς’ σελ.304.

¹⁶² Βλ. *Canterbury v. Spence*, 464 F.2d 1772, 784 (DC Circuit 1972).

υπεραπλούστευση του θέματος¹⁶³. Εκτός από το ότι οι ασθενείς θεωρούν αυτά τα συναισθήματα σαν λογικό επακόλουθο της ενημέρωσης, είναι αδύνατο κανείς να διαγνώσει εκ των προτέρων ποια θα είναι η αντίδραση ενός ασθενούς στην ενημέρωσή του. Πολλές αντιδράσεις έχουν αναφερθεί, μεταξύ των οποίων συμπεριλαμβάνεται η άρνηση της πραγματικότητας, η παθητική αποδοχή της, η ενεργητική αποδοχή της (όπου ο ασθενής αρχίζει και ζει έντονα τη ζωή του), η συμμετοχή σε ερευνητικά προγράμματα, η αναζήτηση άλλων τρόπων θεραπείας κλπ¹⁶⁴. Δεν γνωρίζουμε άλλωστε ποιοι τύποι άγχους προκαλούνται, σε ποιους χαρακτήρες ασθενών ή ποιες ακριβώς παθολογικές καταστάσεις, ενώ το άγχος αναφέρεται ως επιβαρυντικός παράγοντας σε σωρεία ασθενειών, όπως οι καρδιακές παθήσεις, ο διαβήτης, οι νευρώσεις, ο καρκίνος, τα έλκη, το άσθμα κλπ.

Πάντοτε, λοιπόν, πρέπει να υπολογίζονται, σαν ένας υπολογισμός κόστους-ωφέλειας, τα θετικά αποτελέσματα, που μπορεί να έχει η ενημέρωση στην υγεία του ασθενούς. Υποστηρίζεται ότι ο ενημερωμένος ασθενής υποφέρει καλύτερα τον πόνο, η ανάληψη του από μια εγχείρηση είναι γρηγορότερη και η συνεργασία του με τους ιατρούς καλύτερη¹⁶⁵. Ο ασθενής νοιώθει λιγότερο μετεγχειρητικό άγχος, προσαρμόζεται καλύτερα ψυχολογικά μετά τη θεραπεία του και ακολουθεί πιστότερα τις συστάσεις των ιατρών. Άλλωστε υπάρχουν πολλές περιπτώσεις, όπου η ανακοίνωση κακών ειδήσεων έδωσε την ευκαιρία σε ασθενείς να επιδείξουν κουράγιο, λογική και ανθρώπινη συμπεριφορά, που πραγματικά ήταν εμπνευσμένη. Αυτός ο αναγκαίος εκ των προτέρων υπολογισμός κόστους-ωφέλειας από την ενημέρωση ενός συγκεκριμένου ασθενούς, προκειμένου να στηριχθεί με αντικειμενικά δεδομένα η ανάγκη προσφυγής στο θεραπευτικό προνόμιο, θα πρέπει να είναι ιδιαίτερα επίπονος (ο ιατρός πρέπει να γνωρίζει πάρα πολύ καλά τον ασθενή του, για να μην τον εντάξει αυτόματα και εύκολα στην πληθώρα των ασθενών του, τους οποίους αντιμετωπίζει ομοιόμορφα), αν δεν είναι και ουσιαστικά αδύνατος. Έτσι, λοιπόν, το θεραπευτικό προνόμιο, που προβάλλουν οι ιατροί, δεν τους απαλλάσσει από την ευθύνη να ενημερώνουν πλήρως τους ασθενείς τους.

Το μόνο κριτήριο, που μπορεί να διασφαλίσει τα δικαιώματα όλων των ασθενών, είναι το υποκειμενικό κριτήριο για τη νόμιμη έκταση της ενημέρωσης. Κατά το κριτήριο αυτό, ο ιατρός οφείλει να πληροφορήσει τον ασθενή για όλα εκείνα τα θέματα, που θα

¹⁶³ Βλ. Patterson, 'The therapeutic Justification for withholding information, What you don't know can't hurt you, or can it?' σελ. 725.

¹⁶⁴ Βλ. Katz, 'The silent world of doctor and patient', σελ. 216.

¹⁶⁵ Βλ. Veatch, 'When should a patient know?', Vol 8.

θεωρούσε σκόπιμο ο συγκεκριμένος ασθενής να γνωρίζει. Η επιλογή του αναμφισβήτητα, προστατεύει την ελευθερία των επιλογών τους κατά τον καλύτερο τρόπο. Το υποκειμενικό κριτήριο είναι το προτιμότερο από ηθικής απόψεως¹⁶⁶, γιατί μόνο αυτό αναγνωρίζει τις διαφορετικές ανάγκες ενημέρωσης των ανθρώπων. Δεν πρέπει ποτέ, τελικά, ο ιατρός να θεωρεί δεδομένη την επιθυμία του ασθενούς να μη γνωρίζει την πραγματικότητα, ακόμη και εάν έχει σημάδια προς αυτήν την κατεύθυνση. Αντίθετα, πρέπει να εκκινεί από το δεδομένο, ότι ο ασθενής όχι μόνο έχει την επιθυμία να γνωρίζει, αλλά και ότι πρέπει να γνωρίζει το πρόβλημα της υγείας του, ότι ο ασθενής έχει και την αρμοδιότητα και την ευθύνη των αποφάσεων και όχι ο ιατρός. Από αυτό το σημείο και πέρα, αν έχει κάποια ειδικά στοιχεία, τα οποία τον ωθούν να πιστέψει ότι ο συγκεκριμένος ασθενής θα ήταν καλύτερο να μη γνωρίζει την αλήθεια για τον μοναδικό λόγο ότι η γνώση του θα υπονόμευε την απαραίτητη για τη θεραπεία του ασθενούς πίστη, τότε θα μπορεί να παραλείπει την ενημέρωση - για όσο χρονικό διάστημα απαιτεί βέβαια η θεραπεία.

¹⁶⁶ Βλ. Beauchamp & Childress, 'Principle of biomedical ethics', σελ 145.

Κεφαλαίο 6 : Συμπεράσματα

Τα όρια του νομοθετικού πλαισίου

Η νομοθεσία σήμερα, τόσο στο διεθνές όσο και στο ελληνικό επίπεδο, έχει καταβάλλει σημαντικές προσπάθειες να διευθετήσει την σχέση ιατρού-ασθενούς και συγκεκριμένα τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις των δύο πλευρών, που ανακύπτουν στο θέμα της ενήμερης συγκατάθεσης. Το ζήτημα που τίθεται εν προκειμένω είναι η αναζήτηση των ορίων του νομοθετικού πλαισίου και ως σε ποιο σημείο μπορεί να επέμβει ο νομοθέτης. Στόχος μου δεν είναι να αρνηθώ την σημασία των ασφαλιστικών δικλείδων, που έθεσε η νομοθεσία για το ζήτημα της ενήμερης συγκατάθεσης ή να επιχειρηματολογήσω υπέρ του ιατρικού πατερναλισμού, αλλά να επισημάνω κάποια ιδιαίτερα χαρακτηριστικά, που ενέχει η ενήμερη συγκατάθεση στα πλαίσια της σχέσης ιατρού ασθενούς.

Η ελληνική νομοθεσία, όπως ανέφερα και παραπάνω, έχει δεχθεί ότι ο ιατρός και ο ασθενής στην πλειονότητα των περιπτώσεων¹⁶⁷ συνδέονται με συμβατικό δεσμό. Η σύμβαση ιατρικής αγωγής απαιτεί για την εγκυρότητα της, δικαιοπρακτική ικανότητα. Πράγματι, για ένα μέσο πολίτη και συναλλασσόμενο είναι αυτονόητο ότι, όταν ο ιατρός του αναλαμβάνει την υπόθεση του, αυτοδεσμεύεται απέναντι του και υπέχει συγκεκριμένες υποχρεώσεις, όπως ο ίδιος ως ασθενής αναλαμβάνει την υποχρέωση να καταβάλει την αμοιβή του. Έτσι, συνάπτεται σύμβαση μεταξύ ιατρού και ασθενούς, που ανήκει στην γενική κατηγορία των συμβάσεων παροχής υπηρεσιών. Η σύμβαση αυτή αποτελεί εκδήλωση της αρχής της αυτονομίας των συναλλασσόμενων και έτσι, θεωρείται ότι τα μέρη (ιατρός-ασθενής) αυτοδεσμεύονται.

Ωστόσο, ενώ η σύμβαση ιατρικής αγωγής είναι δικαιοπραξία, δεν συμβαίνει το ίδιο και με την συγκατάθεση. Μεταξύ σύμβασης ιατρικής αγωγής και συγκατάθεσης του ασθενούς υφίσταται ειδοποιός διαφορά, διότι, ενώ η σύμβαση ιατρικής αγωγής συνάπτεται με το γιατρό, με σκοπό τη διάγνωση και την προσπάθεια ίασης του ασθενούς και συνεπάγεται υποχρεώσεις παροχής από τον ασθενή και το γιατρό, η συγκατάθεση του ασθενούς, που είναι αποτέλεσμα εκπλήρωσης της υποχρέωσης ενημέρωσης εκ μέρους του ιατρού, δεν αφορά μόνο τη νομική σχέση που δημιουργείται μεταξύ τους, αλλά, κυρίως, την έκφραση του δικαιώματος αυτο-

¹⁶⁷ Βλ. ¹⁶⁷Βλ. Κανελλόπουλου-Μπότη Μ., 'Ιατρική ευθύνη για μη ενημέρωση ή πλημμελή ενημέρωση του ασθενούς κατά το Ελληνικό και το Αγγλοσαξονικό δίκαιο.' σελ. 6.

διάθεσης του ασθενούς και την προσφορά του σώματος του σε θεραπευτική αγωγή. Η αυτοδιάθεση του ασθενούς εκδηλώνεται με τη συγκατάθεση του στην προτεινόμενη θεραπεία και αποτελεί το πραγματικό εκείνο γεγονός, που τελικά νομιμοποιεί το γιατρό στην επιχείρηση ιατρικών πράξεων. Δεν μπορεί, λοιπόν, να σχετίζεται, παρά μόνον έμμεσα με τη δικαιοπρακτική ικανότητα και μόνον ως προς το σχηματισμό ελεύθερης και ορθής κρίσης των πραγμάτων¹⁶⁸.

Από τα παραπάνω συνάγεται ότι οι γενικοί κανόνες για την ερμηνεία της σοβαρότητας και του συνειδητού της δικαιοπρακτικής βούλησης, όπως και οι κανόνες για την ερμηνεία της δήλωσης της βούλησης, βρίσκουν ανάλογη εφαρμογή για την εκτίμηση της συγκατάθεσης του ασθενούς, ως συνειδητής πράξης. Για να είναι συνειδητή η πράξη του ασθενούς να δώσει την συγκατάθεση του, είναι αυτονόητο ότι ο ιατρός θα τον ενημερώσει ως προς την διάγνωση, τη φύση και το σκοπό της ενδεχόμενης ιατρικής πράξης, καθώς και για τις εναλλακτικές θεραπείες. Σε περίπτωση παραβίασης της υποχρέωσης ενημέρωσης, ο ιατρός είναι νομικά μεμπτός για αθέτηση συμβατικής υποχρέωσης. Παράλληλα, η νομική εκτίμηση της συγκατάθεσης του ασθενούς εξαρτάται από τη δυνατότητα κατανόησης των καταστάσεων, την οποία είχε ο ασθενής, τόσο κατά τη στιγμή που έδινε τη συγκατάθεση του, όσο και κατά το χρονικό σημείο που επιχειρείται η ιατρική πράξη.

Στο σημείο αυτό ανακύπτουν και τα σοβαρότερα προβλήματα για την πλήρη και έγκυρη συγκατάθεση του ασθενούς. Έτσι, ενώ στη καθημερινή μας ζωή η συγκατάθεση μπορεί να είναι κάτι απλό, όταν περνάμε στο χώρο της ιατρικής τα πράγματα περιπλέκονται. Η συγκατάθεση είναι σημαντική στις καθημερινές μας συναλλαγές. Για παράδειγμα, το να αγοράσουμε ή να δανειστούμε ένα βιβλίο από την βιβλιοθήκη ή να αγοράσουμε ένα εισιτήριο αεροπλάνου είναι ηθικά και νομικά αποδεκτό, εάν και μόνο, εάν όλοι οι συναλλασσόμενοι παίρνουν μέρος στην συναλλαγή εκούσια, συνειδητοποιημένα και μετά από πληροφόρηση¹⁶⁹. Η ενήμερη συγκατάθεση απαιτεί άτομα ικανά και μπορεί να εφαρμοστεί σε σχέσεις μεταξύ ικανών και έλλογων ατόμων. Είναι δυνατή μόνο, όπως αναφέρει και ο Mill, όταν έχουμε ωριμότητα πάνω στις δραστηριότητες μας¹⁷⁰.

Στον χώρο της ιατρικής έχουμε να αντιμετωπίσουμε έναν μεγάλο αριθμό ανθρώπων, που είναι είτε προσωρινά είτε μόνιμα μη ώριμοι και ικανοί να δώσουν

¹⁶⁸ Βλ. Ανρουλιδάκη-Δημητριάδη Ι., 'Η υποχρέωση ενημέρωσης του ασθενούς', σελ. 204.

¹⁶⁹ Βλ. O'neill O., 'Autonomy and trust in bioethics', σελ. 40.

¹⁷⁰ Βλ. Mill J., 'On liberty', σελ. 135.

την συγκατάθεση τους. Το δίκαιο αποτυγχάνει να αναγνωρίσει τις επιπτώσεις της ασθένειας στο άτομο. Παρόλο που διασφαλίζει τα δικαιώματα του ασθενούς για πλήρη ενημέρωση,¹⁷¹ δεν είναι σε θέση να προβλέψει τους ψυχολογικούς, βιολογικούς και κοινωνικούς περιορισμούς, που φθείρουν την ικανότητα του ασθενούς να αντιληφθούν πλήρως την κατάσταση τους και να δώσουν μια έλλογη συγκατάθεση. Ο νόμος παρόλο που υποχρεώνει τον γιατρό να πληροφορήσει τον ασθενή του για την κατάσταση του, την φύση, το σκοπό και τις εναλλακτικές θεραπείες¹⁷² δεν μπορεί να επέμβει σε ζητήματα αμιγώς ιατρικά, όπως το ποιες πληροφορίες θα πρέπει να λαμβάνει ο ασθενής, αν, δηλαδή, θα πρέπει να ενημερώνεται για μικρού ποσοστού κινδύνου ενδεχόμενης θεραπείας ή όχι. Επιπλέον, δεν μπορεί να ορίσει τον τρόπο με τον οποίο θα μεταδοθούν οι πληροφορίες και, αν ο ιατρός είναι αντικειμενικός στην παρουσίαση τους στον ασθενή. Παράλληλα, είναι πέρα των ορίων του νόμου το πόσο βαθιά θα εξετάσει ο ιατρός, αν ο ασθενής κατανόησε πλήρως τις πληροφορίες. Όλα αυτά τα στοιχεία ξεφεύγουν από τα όρια του νομοθετικού πλαισίου και προσδίδουν στον γιατρό μια δύναμη και ένα πλεονέκτημα έναντι του ασθενούς.

Πέρα όμως από αυτά τα ζητήματα, η ενήμερη συγκατάθεση απαιτεί άτομα έλλογα και αυτόνομα. Η αποτύπωση του νόμου στο πεδίο της ιατρικής πρακτικής, είναι καθαρά επηρεασμένη από την εφαρμογή της ενήμερης συγκατάθεσης σε άλλους τομείς της ζωής, όπου τα άτομα είναι έλλογα και αυτόνομα. Όμως, όταν τα άτομα είναι ασθενείς δεν αρκεί, βρίσκονται σε ευάλωτη θέση και συχνά σε άσχημη ψυχολογική κατάσταση και δεν αρκεί μια απλή αποκάλυψη των πληροφοριών και η υπογραφή της συγκατάθεσης τους σε μια προτεινόμενη θεραπεία. Με άλλα λόγια οι προϋποθέσεις της ενήμερης συγκατάθεσης δεν μπορούν να ενυπάρξουν στο χώρο της ιατρικής, όπως στις καθημερινές συναλλαγές της ζωής μας¹⁷³. Η συγκατάθεση δεν μπορεί να δοθεί από ασθενείς, που είναι παράφρονες είτε μόνιμα είτε προσωρινά από ασθενείς με άνοια ή από ασθενείς τραυματισμένους και αναισθητους, όπως, επίσης, από ανήλικους και σε επείγουσες καταστάσεις.

Θα πρέπει, επίσης, να γίνει σαφές ότι η συγκατάθεση είναι μια λογική, που σχετίζεται με προϋποθέσεις. Θα πρέπει να αντιμετωπίζεται όχι ως διαδικασία ή θεραπεία, αλλά σαν μια προϋπόθεση που εμπεριέχει την απεικόνιση της

¹⁷¹ Βλ. Ackerman T. 'Why doctors should intervene' στο T.Mappes & D. Degrazia 'Biomedical ethics' σελ. 84-85.

¹⁷² Βλ. 3418/28-11-2005 (ΦΕΚ 287), άρθρο 11, παρ. 1.

¹⁷³ Βλ. O'neill O., 'Autonomy and trust in bioethics', σελ. 42-43.

επιδιωκόμενης διαδικασίας ή θεραπείας. Οι προϋποθέσεις μπορεί να είναι περισσότερο ή λιγότερο συγκεκριμένες και κάποια όρια μπορούν να σκιαγραφηθούν από τις λεπτομέρειες που εμπεριέχουν. Το περιεχόμενο των υπερβολικών και τεχνικών λεπτομερειών εκ μέρους του ιατρού για παράδειγμα, τελικά θα υπερτείνει ακόμη περισσότερο την κατάσταση και θα υπονομεύσει την πιθανότητα για μια έγκυρη συγκατάθεση. Από την άλλη πλευρά, η συγκατάθεση είναι τόσο ασαφής και γενική που αποτυγχάνει, επίσης να νομιμοποιήσει την πράξη.

Οι συνέπειες της συγκατάθεσης είναι ασαφείς, καθώς στην ιατρική δεν μπορούμε ποτέ να είμαστε βέβαιοι ότι οι συνέπειες μπορούν να προβλεφθούν. Έτσι, δεν μπορούμε να έχουμε επίγνωση *a fortiori* ότι είναι σίγουρες οι συνέπειες σε αυτό που αρχικά συγκατατεθήκαμε¹⁷⁴. Για παράδειγμα, μπορεί να έχουμε δώσει την συγκατάθεση μας για χημειοθεραπεία και παρόλο, που είχαμε ενημερωθεί εκτενέστατα από τον ιατρό, να νιώσουμε ύστερα περισσότερο άρρωστοι και αδύναμοι και να διαπιστώσουμε ότι δεν δώσαμε ποτέ αυτήν την συγκατάθεση.

Σε τέτοιες περιπτώσεις είναι δύσκολο να εφαρμοστεί η ενημέρωση, όπως την ορίζει ο νόμος, όπως και έγκυρη συγκατάθεση αντίστοιχα. Βέβαια, για τέτοιες δύσκολες καταστάσεις το δίκαιο έχει καταφύγει στις λύσεις της υποκατάστατης κρίσης και στις αυτόβουλες πράξεις των ιατρών, με βάση το συμφέρον του ασθενούς με το επιχείρημα ότι μειώνεται η αυτονομία των εν λόγω προσώπων και δεν μπορούν να αποφασίσουν μόνοι τους. Όμως, η αυτονομία, που είναι πρωταρχική συνιστώσα της ενήμερης συγκατάθεσης, δεν μπορεί να δεχθεί διαβαθμίσεις. Είναι σημαντικό να κατανοήσουμε ότι η αυτονομία δεν είναι χαρακτηριστικό ενός ατόμου. Δεν είναι ιδιότητα ενός ατόμου, όπως θεωρούν οι υποστηρικτές της ατομικής αυτονομίας. Και αυτό έχει σημασία, διότι δεν μπορεί κάποιος να έχει λιγότερο βαθμό αυτονομίας από τον άλλον¹⁷⁵. Υπάρχει μονό αυτονομία της βούλησης αποκομμένη από ιδιαίτερα χαρακτηριστικά και από επιθυμίες. Η αυτονομία της βούλησης επιβάλλει δεσμεύσεις, όπως το να αντιμετωπίζεις του άλλους και τον εαυτό σου με σεβασμό και να μπορεί η πράξη να καταστεί ως καθολικός νομός. Οι δεσμεύσεις αυτές δεν περιορίζουν το περιεχόμενο και δεν το καθορίζουν, καθώς είναι μορφικές δεσμεύσεις. Το σημαντικό είναι, όμως, ότι εμείς οι ίδιοι δεσμευόμαστε με αρχές απέναντι σε άλλους, χωρίς αυτές οι αρχές στην μορφή τους να αλλάζουν ανάλογα με τις περιστάσεις, γιατί οι αρχές αυτές δεν έχουν χωροχρονική προέλευση, καθώς είναι

¹⁷⁴ Βλ. O'neill O., 'Some limits of informed consent' J Med Ethics 2003;29:4-7 σελ 6.

¹⁷⁵ Βλ. O'neill O., 'Paternalism and partial autonomy', J Med Ethics, 1984,10, σελ. 173-178.

a priori. Έτσι, δεν χρειάζεται να έχει κάποιος έλλογη ικανότητα για να τον αντιμετωπιστεί με σεβασμό. Είναι η δική μας έλλογη αυτόνομη αναστοχαστική ικανότητα, που πηγάζει από μέσα μας, που μας δεσμεύει να αντιμετωπίσουμε τον άλλο με σεβασμό, λαμβάνοντας, όμως, υπόψη τα ιδιαίτερα ανά περίπτωση στοιχεία, διότι, όπως είπαμε η δέσμευση είναι μονό για την μορφική πτυχή του ζητήματος¹⁷⁶.

Ποιος έχει τελικά το πρώτο λόγο;

Το πρώτο πράγμα που θα πρέπει να αναλογιστούμε, όταν αναφερόμαστε στην σχέση ιατρού ασθενούς, είναι ότι πρόκειται για μια αρκετά περίπλοκη και ευαίσθητη σχέση. Σίγουρα δεν μπορούμε να την αντιμετωπίσουμε ως μια σχέση καταναλωτισμού, δηλαδή, ότι ο ιατρός προσφέρει τις υπηρεσίες και ο ασθενής είναι ο καταναλωτής. Υπό ένα τέτοιο πρίσμα εύκολα θα υποστηρίζαμε ότι η ενήμερη συγκατάθεση μπορεί και πρέπει να εφαρμοστεί, καθώς έχουμε δύο έλλογα και ικανά πρόσωπα.

Στο δίπολο ιατρός-ασθενής είναι εύλογο ο ιατρός να βρίσκεται σε πλεονεκτικότερη θέση έναντι του ασθενούς. Ο ιατρός είναι εκείνος, που έχει τις πληροφορίες, τις γνώσεις και την εμπειρία έναντι του ανήσυχου και συχνά τρομοκρατημένου ασθενούς, που βρίσκεται ξαφνικά αντιμέτωπος με την ασθένεια, η οποία συνήθως, περιορίζει την έλλογη ικανότητα του. Η ‘υπεροχή’ αυτή του ιατρού δεν μπορεί σε καμία περίπτωση να δικαιολογήσει τον πατερναλισμό. Η αρχή της ‘beneficence’, δηλαδή της προστασίας των συμφερόντων του ασθενούς από τον ιατρό, γιατί γνωρίζει καλύτερα τις ανάγκες του και μπορεί να τον προστατεύει, από μόνη της δεν μπορεί να αρκεί. Το καλύτερο συμφέρον, όπως είδαμε, δεν είναι πάντα αντικειμενικό κριτήριο, καθώς το τι είναι καλύτερο αφορά τον ασθενή και εκείνος μόνο έχει το ηθικό αλλά και το συνταγματικό δικαίωμα του αυτοκαθορισμού.

Ο σεβασμός στην προσωπικότητα του ασθενούς επιβάλλει την ενημέρωση του και την ρητή συγκατάθεση του. Ο ιατρός σίγουρα έχει το καθήκον της ενημέρωσης, όπως το αποτυπώνουν και οι σημερινοί νόμοι. Πρέπει να καταστήσουμε σαφές ότι το νομικό πλαίσιο, τόσο στη Ελλάδα¹⁷⁷ όσο και διεθνώς¹⁷⁸, θέτει μόνο τις

¹⁷⁶ Βλ. O’neill O., ‘Autonomy and trust in bioethics’, σελ.124-156

¹⁷⁷ Βλ. 3418/28-11-2005 (ΦΕΚ 287), άρθρο 11&12.

προϋποθέσεις για να έχουμε ενήμερη συγκατάθεση. Με άλλα λόγια ορίζουν ότι ο ασθενής θα πρέπει να είναι ελεύθερος, όταν λαμβάνει μια απόφαση και να μην εξαναγκάζεται από εξωτερικούς παράγοντες να δώσει την συγκατάθεση του και να ενημερώνεται ασφαλώς από τον ιατρό του. Το τι πράγματι καταλαβαίνει ο ασθενής, όταν λαμβάνει τις πληροφορίες και ποιοι παράγοντες επηρεάζουν την βούληση του, είναι θέματα στα οποία δεν μπορούν να οριοθετηθούν από το νομικό πλαίσιο.

Για να μπορούμε να συζητάμε για μια ελεύθερη και συνειδητή επιλογή του ασθενούς, θα πρέπει να υπάρχει επικοινωνία και εμπιστοσύνη ανάμεσα στον γιατρό και τον ασθενή. Ο ιατρός, ο οποίος έχει απέναντι του σήμερα τον ασθενή, δεν είναι ο παλιός οικογενειακός ιατρός, ο φίλος, που παρακολουθούσε όλη την πορεία της οικογένειας, εκείνος που ήταν, επίσης, ένα ‘υπόδειγμα» εξουσίας’ που δεν σκεφτόταν κανείς να το αμφισβητήσει. Σήμερα, οι ασθενείς περνούν από τον έναν άγνωστο ειδικό στον άλλο και δεν μπορούν να έχουν «πίστη» και «τυφλή εμπιστοσύνη» σε ένα γνωστό πρόσωπο, όπως παλιά. Άγνωστοι ειδικευμένοι ιατροί αναλαμβάνουν τη φροντίδα των ασθενών, με τη βοήθεια της πιο σύγχρονης ιατρικής τεχνολογίας-μηχανήματα, νέα είδη επεμβάσεων, ακτίνες, καθημερινά καινούργια φάρμακα. Αυτά υποβοηθούν σε μια ‘διαδικασία της αποξένωσης’ του ιατρού και του ασθενούς στη σημερινή ελληνική κοινωνία.

Στο πλαίσιο αυτής της ‘αποξένωσης’, όσο και, εάν νοσταλγεί κανείς τις παλιές καλές μέρες του οικογενειακού φίλου ιατρού, μπορεί βάσιμα να αναμένει τη σταθερή βελτίωση της παροχής ιατρικών υπηρεσιών, σε ότι αφορά το στοιχείο ‘φροντίδα’ και ‘θεραπεία’, κατά τον όρκο του Ιπποκράτη. Αν το ζητούμενο είναι αυτό, τότε δεν υπάρχει λόγος ανησυχίας. Η φροντίδα της υγείας του ασθενούς, όμως με τη στενή της έννοια - να αντιμετωπίσουμε την ασθένεια - δεν είναι παρά η μία πλευρά του ιατρικού καθήκοντος. Η άλλη, εξ ίσου σημαντική, είναι η απόλυτα ανθρώπινη απαίτηση να αντιμετωπίζεται ο ασθενής ως άτομο, με τα δικά του χαρακτηριστικά και με τις δικές του επιθυμίες, με τις δικές του επιλογές. Μέσα από τη διαδικασία της αποξένωσης, η ανθρώπινη επαφή ιατρού και ασθενούς βρίσκεται συνέχεια σε κίνδυνο. Ίσως, εδώ θα πρέπει να αναλογιστούμε το πρόβλημα της έλλειψης του οικογενειακού ιατρού σήμερα. Ο οικογενειακός ιατρός είναι εκείνος που βρίσκεται εξαρχής σε στενή επαφή με τον ασθενή, γνωρίζει το ιατρικό του ιστορικό, τις επιθυμίες του, την ψυχολογία του και τους

¹⁷⁸ Βλ. π.χ. Σύμβαση του συμβουλίου της Ευρώπης για τα ανθρώπινα δικαιώματα και τη βιοιατρική, Οβιέδο 1997.

στόχους που μπορεί να έχει το άτομο για την ζωή του. Αλλά το βασικότερο είναι ότι μπορεί να επικοινωνήσει πιο εύκολα ο ασθενής με τον οικογενειακό γιατρό και να αναπτυχθούν ισχυροί δεσμοί εμπιστοσύνης¹⁷⁹.

Η ύπαρξη εμπιστοσύνης και επικοινωνίας ανάμεσα στις δύο πλευρές είναι αναγκαία για την ενήμερη συγκατάθεση. Ο σεβασμός στην αυτονομία του ασθενούς επιβάλλει στον ιατρό να ενημερώσει τον ασθενή λαμβάνοντας, όμως, παράλληλα τις ιδιάζουσες συνθήκες. Είναι ηθικά λανθασμένο να απαιτούμε από τον ασθενή να δώσει την συγκατάθεση του έχοντας του απλά αποκαλύψει μια πληθώρα ιατρικών πληροφοριών, την στιγμή μάλιστα, που είναι σε μια δυσμενή θέση εξαιτίας της ασθένειας του. Οι πληροφορίες πρέπει να είναι αυτές που επιθυμεί ο ασθενής και αυτό μπορεί να επιτευχθεί και μέσα από την επικοινωνία ιατρού-ασθενή¹⁸⁰.

Η πλήρης ενημέρωση αποτελεί μια πτυχή της πραγματικότητας, δηλαδή, ένα απαραίτητο κομμάτι, αλλά δεν αρκεί από μόνη της. Απαιτείται και η έννοια της αυτονομίας, που δημιουργεί και στηρίζει δεσμούς εμπιστοσύνης, για να έχει αξία η ενημέρωση. Δηλαδή για να υπάρχει εμπιστοσύνη, κάτι που υπήρχε πριν με οικογενειακούς ιατρούς, τώρα πρέπει να υπάρχει αυτονομία με την καντιανή έννοια που να θέτει αρχές, που να δεσμεύει τόσο τον πράττοντα όσο και του άλλους. Αρχές, όμως, των οποίων η εφαρμογή εκ μέρους του ιατρού λαμβάνει υπόψη τα ιδιαίτερα στοιχεία της κάθε περίπτωσης, του κάθε ασθενή ξεχωριστά και θέτουν κάποια απαραβίαστα όρια, τα οποία ούτε ο ίδιος ο ασθενής δεν μπορεί να υπερβεί.

Η αυτονομία υπό αυτήν την έννοια, η αυτονομία των αρχών, όπως την ονομάζει η O'Neill¹⁸¹, προϋποθέτει την παροχή των ικανοποιητικών και κατανοητών πληροφοριών για τους ασθενείς, οι οποίοι έχουν την ικανότητα να κάνουν μια έλλογη επιλογή για τις ιατρικές επεμβάσεις, που θα πραγματοποιηθούν πάνω τους. Και πράττουν αυτό υπεύθυνα και υπολογίζοντας τους άλλους. Θεωρώ ότι αυτό το μοντέλο στη σχέση ιατρού-ασθενούς, στο οποίο υπάρχει μια αμοιβαία συμφωνία μεταξύ των συμβαλλόμενων μερών και αναγνωρίζονται τα μεταξύ τους καθήκοντα και υποχρεώσεις, είναι αυτό που μπορεί να δώσει την λύση στο πρόβλημα της ενήμερης συγκατάθεσης. Η αμφίπλευρη εμπιστοσύνη βρίσκεται στην καρδιά αυτής της σχέσης.

¹⁷⁹ Βλ. O'Neill O., 'Autonomy and trust in bioethics', σελ. 42-43.

¹⁸⁰ Βλ. O'Neill O., 'Some limits of informed consent' J Med Ethics 2003;29:4-7.

¹⁸¹ Βλ. O'Neill O., 'Autonomy and trust in bioethics', σελ. 83.

Ο ασθενής πρέπει να συνιστά το επίκεντρο της ιατρικής πράξης, αλλά δεν αρκεί η σαφής μετάδοση των πληροφοριών στον ασθενή, αλλά απαιτείται και η κατανόηση αυτών των πληροφοριών. Είναι αυτονόητο η ύπαρξη ορισμένων ψυχολογικών παραγόντων που εμποδίζουν την αυτονομία του ασθενούς. Η διαπίστωση αυτή προσδίδει ένα περαιτέρω καθήκον στο ιατρικό προσωπικό να συμβάλει με συγκεκριμένα βήματα στην εξασφάλιση των συνθηκών εκείνων, που προστατεύουν την αυτονομία του ασθενούς. Μέσα από σχετικές συζητήσεις με τον ασθενή, αναφορικά για παράδειγμα με την κατάσταση της φυσικής αναπηρίας ή οποιασδήποτε άλλης μη οικείας κατάστασης για τον ασθενή, μέσα από την παροχή στοιχείων ερεύνης που παρουσιάζουν μία ολοκληρωμένη εικόνα της κατάστασης ασθενείας, μέσα από ζωντανά παραδείγματα ασθενών που απολαμβάνουν τη ζωή, μπορούν να βοηθήσουν τον ασθενή να αναπαραστήσει ζωντανά στο μυαλό του τι σημαίνει για αυτόν η κάθε εναλλακτική απόφαση. Μπορούν να τον βοηθήσουν να συνειδητοποιήσει τη συνολική εικόνα των μη οικείων καταστάσεων ασθενείας όχι μόνο για το άμεσο αλλά και για το απώτερο μέλλον της περιόδου προσαρμογής, ώστε να μην επικεντρώνεται μόνο στις επικείμενες απώλειες, αλλά συνυπολογίζοντας όλους τους παράγοντες να εκφράσει μία λογική και αυτόνομη απόφαση.

Στο ίδιο πλαίσιο, δίδεται έμφαση στον χρόνο που πρέπει να αφιερώνεται στον ασθενή, προκειμένου αυτός να μπορέσει να συζητήσει οτιδήποτε τον απασχολεί και στον χώρο όπου λαμβάνει χώρα η συζήτηση και η λήψη της συγκατάθεσης του ασθενούς: χώρος που δεν πρέπει να προκαλεί άγχος στον ασθενή, για να μπορεί να εκφράσει ελεύθερα και αβίαστα τη συγκατάθεση ή άρνηση του. Γενικά, θα μπορούσε να ειπωθεί ότι η σύγχρονη ιατρική πρακτική πρέπει να πραγματώνει τις συνθήκες εκείνες που δεν θα εξασφαλίζουν απλά μία τυπική, έγκυρη συγκατάθεση, αλλά μία συγκατάθεση με αληθινό νόημα που λαμβάνει χώρα σε ένα ευρύτερο χωροχρονικό, κοινωνικό και ψυχολογικό πλαίσιο, έτσι, ώστε να διασφαλίζεται η ουσιαστική αυτονομία του ασθενούς.¹⁷

Στο πλαίσιο αυτής της ανάλυσης διαφαίνεται ότι η ελευθερία του ασθενούς δεν συνιστά απλά ένα αρνητικό δικαίωμα, που εναντιώνεται προς οποιαδήποτε επιβολή εκ μέρους του ιατρού στον ασθενή ακόμα και για την προώθηση του ιατρικού του καλού. Συνιστά και ένα θετικό δικαίωμα που υπαγορεύει συγκεκριμένες ενέργειες εκ μέρους του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, που αφορούν το ευρύτερο χωροχρονικό, κοινωνικό και ψυχολογικό πλαίσιο, εντός του οποίου λαμβάνονται οι αποφάσεις των ασθενών.

Ο ιατρός, κατά το μοντέλο της αυτόνομης συγκατάθεσης που παρουσιάστηκε στη μελέτη αυτή, δεν αποφασίζει, απλά προτείνει. Η απόφαση ανήκει στον ασθενή. Η συγκατάθεση, επίσης, δεν αφορά κυρίως τη γνώμη του ιατρού, αλλά την εκτέλεση από το γιατρό της πράξης που πραγματώνει τη γνώμη αυτή. Εφόσον για την πραγμάτωση της πράξης μεσολαβεί ένας ενδιάμεσος φορέας - ο ιατρός - και ο ασθενής δεν μπορεί να εφαρμόσει μόνος του την ιατρική πράξη, η συγκατάθεση για να εκτελεστεί η συγκεκριμένη πράξη από τον γιατρό είναι απαραίτητη και αφορά κυρίως αυτή. Ο ασθενής, στον οποίο αναγνωρίζεται η ελευθερία να αποφασίζει στο μοντέλο της αυτόνομης συγκατάθεσης, διαμορφώνει τη δική του γνώμη, η οποία μπορεί και να αντιτίθεται προς αυτήν που προτείνει ο ιατρός. Ο ασθενής, δηλαδή, διαμορφώνει τη δική του άποψη, είναι αυτός φορέας απόφασης και συγκατατίθεται στην εφαρμογή της πράξης από τον γιατρό. Περαιτέρω, η βοήθεια και όχι ο καθορισμός, που προσφέρει ο ιατρός μέσα από την πρόταση που απευθύνει στον ασθενή, βασισμένη στις ειδικές του γνώσεις και στην εμπειρία του είναι πολύ σημαντική, για να μπορέσει ο ασθενής να αισθανθεί ελεύθερος να αποφασίσει. Διαφορετικά, θα πρέπει να αναρωτηθούμε, εάν ο καταϊγισμός των πληροφοριών που αφορούν την ανθρώπινη ζωή χωρίς καμία καθοδήγηση εκ μέρους του ιατρού αφήνουν τον άνθρωπο αβοήθητο σε μία τραγική 'ελευθερία', εντός της οποίας μπορεί να νιώθει δεσμευμένος και αδύναμος να αποφασίσει αυτόνομα.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ένα από τα σημαντικότερα ζητήματα που απασχολούν το σύγχρονο διεπιστημονικό τομέα της Βιοηθικής αποτελεί η σχέση ανάμεσα στον ιατρό και τον ασθενή. Η ιατρική ηθική ως κλάδος του ευρύτερου αυτού τομέα έχει εγείρει πολλές συζητήσεις. Συζητήσεις που έχουν ως απώτερο σκοπό να προασπίζουν, το ανώτερο ίσως αγαθό που προσφέρει η κοινωνική συμβίωση, την προστασία της ζωής μέσω της υγείας και εν τέλει την διατήρηση μιας αρμονικής ψυχικής και σωματικής κατάστασης, που αποτελεί αδιαμφισβήτητο το έναυσμα για κάθε δυνατή ανθρώπινη λειτουργία.

Από τα αρχαία χρόνια του Ιπποκράτη, πρωταρχικό μέλημα της ιατρικής πρακτικής θεωρείτο η αρχή του «ωφελείν ή μη βλάπτειν». Βασικός στόχος του ιατρού ήταν με τους χειρισμούς του να ωφελήσει τον ασθενή ή τουλάχιστον να μην του προκαλέσει βλάβη μεγαλύτερη από την ήδη υπάρχουσα. Ο γιατρός αναδεικνυόταν ως φορέα απόφασης και θεμελιωνόταν στην υπόθεση, ότι ο ίδιος, λόγω των ικανοτήτων του και της κρίσης του, δύναται να πάρει αποφάσεις που προωθούν το συμφέρον του ασθενούς. Ο γιατρός, δηλαδή, προϋποτίθεται ότι μπορεί να καθορίσει και να αποφασίσει ποιο είναι το καλό του ασθενούς. Με βάση τον παραπάνω συλλογισμό, η σχέση ιατρού-ασθενούς, χαρακτηρίζεται ως πατερναλιστική. Προσπαθώντας να διασαφηνίσουμε τι ακριβώς ονομάζουμε πατερναλισμό θα τον ορίζαμε 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 εξαναγκάζεται.

Στην εποχή μας, μια εποχή στην οποία έχει ανθήσει η έννοια της ελευθερίας, μέσω της αυτονομίας ως προσωπικής επιλογής, δηλαδή απλώς και μόνο ως ελευθερία επιλογής ανάμεσα σε δυνατές εναλλακτικές λύσεις, έχει αναπόφευκτα αναμορφωθεί η ιατρική πρακτική. Ένα από τα πιο ακανθώδη προβλήματα που εμπίπτουν στη σφαίρα της σχέσης γιατρού και ασθενούς αποτελεί η ενήμερη συγκατάθεση. Πλέον, είναι αναγνωρισμένο το δικαίωμα του ασθενούς να έχει μία πλήρη ενημέρωση σχετικά με την κατάσταση της υγείας του, να γνωρίζει όλες τις πιθανές εναλλακτικές μορφές θεραπείας και τις ενδεχόμενες παρενέργειές τους, καθώς και να συναινεί ή να αρνείται την προτεινόμενη από το γιατρό θεραπεία. Έτσι

αναθεωρείται στο πλαίσιο της σύγχρονης ιατρικής δεοντολογίας η βασική αρχή του ιπποκρατικού όρκου, δηλαδή η πρωταρχικότητα του γιατρού στην ιατρική απόφαση.

Το πρώτο πράγμα που θα πρέπει να αναλογιστούμε, όταν αναφερόμαστε στην σχέση ιατρού ασθενούς, είναι ότι πρόκειται για μια αρκετά περίπλοκη και ευαίσθητη σχέση. Σίγουρα δεν μπορούμε να την αντιμετωπίσουμε ως μια σχέση καταναλωτισμού, δηλαδή, ότι ο γιατρός προσφέρει τις υπηρεσίες και ο ασθενής είναι ο καταναλωτής. Υπό ένα τέτοιο πρίσμα εύκολα θα υποστηρίζαμε ότι η ενήμερη συγκατάθεση μπορεί και πρέπει να εφαρμοστεί, καθώς έχουμε δύο έλλογα και ικανά πρόσωπα.

Στο δίπολο γιατρός-ασθενής είναι εύλογο ο γιατρός να βρίσκεται σε πλεονεκτικότερη θέση έναντι του ασθενούς. Ο γιατρός είναι εκείνος, που έχει τις πληροφορίες, τις γνώσεις και την εμπειρία έναντι του ανήσυχου και συχνά τρομοκρατημένου ασθενούς, που βρίσκεται ξαφνικά αντιμέτωπος με την ασθένεια, η οποία συνήθως, περιορίζει την έλλογη ικανότητα του. Η 'υπεροχή' αυτή του ιατρού δεν μπορεί σε καμία περίπτωση να δικαιολογήσει τον πατερναλισμό. Η αρχή της 'αγαθοεργίας', δηλαδή της προστασίας των συμφερόντων του ασθενούς από τον ιατρό, γιατί γνωρίζει καλύτερα τις ανάγκες του και μπορεί να τον προστατεύει, από μόνη της δεν μπορεί να αρκεί. Το συμφέρον, δεν είναι πάντα αντικειμενικό κριτήριο, καθώς το τι είναι καλύτερο αφορά τον ασθενή και εκείνος μόνο έχει το ηθικό αλλά και το συνταγματικό δικαίωμα του αυτοκαθορισμού.

Ο σεβασμός στην προσωπικότητα του ασθενούς επιβάλλει την ενημέρωση του και την ρητή συγκατάθεση του. Ο γιατρός σίγουρα έχει το καθήκον της ενημέρωσης, όπως το αποτυπώνουν και οι σημερινοί νόμοι. Πρέπει να καταστήσουμε σαφές ότι το νομικό πλαίσιο, τόσο στη Ελλάδα όσο και διεθνώς, θέτει μόνο τις προϋποθέσεις για να έχουμε ενήμερη συγκατάθεση. Με άλλα λόγια ορίζουν ότι ο ασθενής θα πρέπει να είναι ελεύθερος, όταν λαμβάνει μια απόφαση και να μην εξαναγκάζεται από εξωτερικούς παράγοντες να δώσει την συγκατάθεση του και να ενημερώνεται ασφαλώς από τον ιατρό του. Το τι πράγματι καταλαβαίνει ο ασθενής, όταν λαμβάνει τις πληροφορίες και ποιοι παράγοντες επηρεάζουν την βούληση του, είναι θέματα στα οποία δεν μπορούν να οριοθετηθούν από το νομικό πλαίσιο.

Για να μπορούμε να συζητάμε για μια ελεύθερη και συνειδητή επιλογή του ασθενούς, θα πρέπει να υπάρχει επικοινωνία και εμπιστοσύνη ανάμεσα στον γιατρό και τον ασθενή. Η ύπαρξη εμπιστοσύνης και επικοινωνίας ανάμεσα στις δύο πλευρές είναι αναγκαία για την ενήμερη συγκατάθεση. Ο σεβασμός στην αυτονομία του

ασθενούς επιβάλλει στον ιατρό να ενημερώσει τον ασθενή λαμβάνοντας, όμως, παράλληλα τις ιδιάζουσες συνθήκες. Είναι ηθικά λανθασμένο να απαιτούμε από τον ασθενή να δώσει την συγκατάθεση του έχοντας του απλά αποκαλύψει μια πληθώρα ιατρικών πληροφοριών, την στιγμή μάλιστα, που είναι σε μια δυσμενή θέση εξαιτίας της ασθένειας του. Οι πληροφορίες πρέπει να είναι αυτές που επιθυμεί ο ασθενής και αυτό μπορεί να επιτευχθεί και μέσα από την επικοινωνία ιατρού-ασθενή.

Η πλήρης ενημέρωση αποτελεί μια πτυχή της πραγματικότητας, δηλαδή, ένα απαραίτητο κομμάτι, αλλά δεν αρκεί από μόνη της. Απαιτείται και η έννοια της αυτονομίας, που δημιουργεί και στηρίζει δεσμούς εμπιστοσύνης, για να έχει αξία η ενημέρωση. Δηλαδή για να υπάρχει εμπιστοσύνη, κάτι που υπήρχε πριν με οικογενειακούς ιατρούς, τώρα πρέπει να υπάρχει αυτονομία με την καντιανή έννοια που να θέτει αρχές, που να δεσμεύει τόσο τον πράττοντα όσο και του άλλους. Αρχές, όμως, των οποίων η εφαρμογή εκ μέρους του ιατρού λαμβάνει υπόψη τα ιδιαίτερα στοιχεία της κάθε περίπτωσης, του κάθε ασθενή ξεχωριστά και θέτουν κάποια απαραβίαστα όρια, τα οποία ούτε ο ίδιος ο ασθενής δεν μπορεί να υπερβεί.

Η αυτονομία υπό αυτήν την έννοια, η αυτονομία των αρχών, όπως την ονομάζει η O'neill, προϋποθέτει την παροχή των ικανοποιητικών και κατανοητών πληροφοριών για τους ασθενείς, οι οποίοι έχουν την ικανότητα να κάνουν μια έλλογη επιλογή για τις ιατρικές επεμβάσεις, που θα πραγματοποιηθούν πάνω τους. Και πράττουν αυτό υπεύθυνα και υπολογίζοντας τους άλλους. Θεωρώ ότι αυτό το μοντέλο στη σχέση ιατρού-ασθενούς, στο οποίο υπάρχει μια αμοιβαία συμφωνία μεταξύ των συμβαλλόμενων μερών και αναγνωρίζονται τα μεταξύ τους καθήκοντα και υποχρεώσεις, είναι αυτό που μπορεί να δώσει την λύση στο πρόβλημα της ενήμερης συγκατάθεσης. Η αμφίπλευρη εμπιστοσύνη βρίσκεται στην καρδιά αυτής της σχέσης.

Στο πλαίσιο αυτής της ανάλυσης διαφαίνεται ότι η ελευθερία του ασθενούς δεν συνιστά απλά ένα αρνητικό δικαίωμα, που εναντιώνεται προς οποιαδήποτε επιβολή εκ μέρους του ιατρού στον ασθενή ακόμα και για την προώθηση του ιατρικού του καλού. Συνιστά και ένα θετικό δικαίωμα που υπαγορεύει συγκεκριμένες ενέργειες εκ μέρους του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, που αφορούν το ευρύτερο χωροχρονικό, κοινωνικό και ψυχολογικό πλαίσιο, εντός του οποίου λαμβάνονται οι αποφάσεις των ασθενών.

Ο γιατρός, κατά το μοντέλο της αυτόνομης συγκατάθεσης που παρουσιάστηκε στη μελέτη αυτή, δεν αποφασίζει, απλά προτείνει. Η απόφαση ανήκει στον ασθενή. Η

συγκατάθεση, επίσης, δεν αφορά κυρίως τη γνώμη του ιατρού, αλλά την εκτέλεση από το γιατρό της πράξης που πραγματώνει τη γνώμη αυτή. Εφόσον για την πραγμάτωση της πράξης μεσολαβεί ένας ενδιάμεσος φορέας - ο γιατρός - και ο ασθενής δεν μπορεί να εφαρμόσει μόνος του την ιατρική πράξη, η συγκατάθεση για να εκτελεστεί η συγκεκριμένη πράξη από τον γιατρό είναι απαραίτητη και αφορά κυρίως αυτή. Ο ασθενής, στον οποίο αναγνωρίζεται η ελευθερία να αποφασίζει στο μοντέλο της αυτόνομης συγκατάθεσης, διαμορφώνει τη δική του γνώμη, η οποία μπορεί και να αντιτίθεται προς αυτήν που προτείνει ο γιατρός. Ο ασθενής, δηλαδή, διαμορφώνει τη δική του άποψη, είναι αυτός φορέας απόφασης και συγκατατίθεται στην εφαρμογή της πράξης από τον γιατρό. Περαιτέρω, η βοήθεια και όχι ο καθορισμός, που προσφέρει ο γιατρός μέσα από την πρόταση που απευθύνει στον ασθενή, βασισμένη στις ειδικές του γνώσεις και στην εμπειρία του είναι πολύ σημαντική, για να μπορέσει ο ασθενής να αισθανθεί ελεύθερος να αποφασίσει. Διαφορετικά, θα πρέπει να αναρωτηθούμε, εάν ο καταϊγισμός των πληροφοριών που αφορούν την ανθρώπινη ζωή χωρίς καμία περαιτέρω δέσμευση εκ μέρους του γιατρού, αφήνουν τον άνθρωπο αβοήθητο σε μία τραγική 'ελευθερία', εντός της οποίας μπορεί να νιώθει αδύναμος να αποφασίσει αυτόνομα.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Ackerman T., ‘Why doctors should intervene’ στο T.Mappes & D. Degrazia (επιμ), *Biomedical ethics*, Fifth edition, New York, 2001, σελ. 84-85.
- Ανρουλιδάκη-Δημητριάδη Ι., *Η υποχρέωση ενημέρωσης του ασθενούς*, Εκδόσεις Αντ. Ν. Σάκκουλα, Αθήνα-Κομοτηνή, 1993.
- Αριστοτέλης, *Ηθικά Νικομάχεια*, Χατζόπουλος Ο.(επιμ.) Εκδόσεις Κάκτος, Αθήνα, 1993.
- *Ρητορικά*, Χατζόπουλος Ο.(επιμ.) Εκδόσεις Κάκτος, Αθήνα, 1993.
- Beauchamp T., ‘Informed Consent’ Edited by Stephen G. Post (επιμ), *Encyclopedia of Bioethics*, Vol 3, σελ. 1272-1276.
- Beauchamp T., ‘Paternalism’ Edited by Stephen G. Post (επιμ), *Encyclopedia of Bioethics*, σελ. 1285-1288.
- Beauchamp T. & Childress J., *Principle of biomedical ethics*, Fifth edition, Oxford: University Press, 2001.
- Brock D., ‘Surrogate decision making’ στο Stephen G. Post (επιμ), *Encyclopedia of Bioethics*, σελ. 2483-2486.
- Buchanan A. and Brock, Dam W., *Deciding for others: The ethics of surrogate decision making*, New York : Cabridge University Press, 1990.
- Buchanan A., ‘Medical Paternalism’, *Philosophy and Public Affairs* 7 (4): 371-390.
- Γαλανάκης, «Εισαγωγή στην βιοιατρική ηθική & βιοηθική», Σημειώσεις για το μάθημα Διατμηματικού Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών «Βιοηθική», Πανεπιστήμιο Κρήτης, 2003-2004.
- Culver C., Gert B., *Philosophy in medicine: conceptual and ethical issues in medicine and psychiatry*, New York : Oxford University Press, 1982.

- Degrazia D. ‘The role of the family in medical decision making’ στο T.Mappes & D. Degrazia (επιμ), *Biomedical ethics*, Fifth edition, New York 2001, σελ. 153-156
- ‘The physician-patient relationship’ στο T.Mappes & D. Degrazia (επιμ), *Biomedical ethics*, Fifth edition, New York 2001, σελ. 56-59.
- Dworkin R., *Life’s Dominion*, First Vintage Books Edition, 1994.
- Dworkin G., ‘Paternalism’, *Monist* 56(1):64-84.
- *The theory and practice of autonomy*, Cambridge: Cambridge University Press, 1988.
- Edelstein L., *The Hippocratic oath, Text, Translation, and Interpretation*, by Ludwig Edelstein. Johns Hopkins Press, Baltimore, 1943.
- Engelhard T., *The foundations of bioethics*, Oxford: University Press, 1999.
- Faden R. και Beauchamp T., *Principles of Biomedical Ethics*, Fifth edition, Oxford University, Press 2000.
- Feinberg J., ‘Legal Paternalism’, *Canadian Journal of Philosophy* 1:105-124.
- Gert B., ‘Consent’ στο *Bioethics: a return to fundamentals*, στο Gert B, Culver C., Clouser D.(επιμ.), Oxford: University Press, 1997, σελ.150-177.
- Gillion R., ‘Philosophical medical ethics’, Wiley Medical Publication, New York, 2002.
- Grant V., ‘Informed Consent for clinical treatment: A psychologist speaks for patients,’ *Health Care Analysis* vol.4, no1 February, 1996, σελ 76-79.
- Hardwig J., ‘The Problem of proxies with interests of their own: towards a better theory of proxy decisions’ στο T.Mappes & D. Degrazia (επιμ), *Biomedical ethics*, Fifth edition, New York 2001, σελ. 187-196.
- Henderson L., ‘Physician and patient as a social system’, *New England Journal of Medicine* 212 (18): 819-823, 1935.

- Higgs R., 'On telling patients the truth', Edited by Michael Lockwood, *Moral Dilemmas in Modern Medicine*, Oxford University Press, 1985, σελ. 187-202.
- Hill, *Autonomy and Self-Respect*, Cambridge: Cambridge University Press, 1991.
- Ησίοδος, *Έργα και ημέραι*, Εισ., Μτφ, Σχ. Γκιργκούνης Σ., Εκδόσεις Ζήτρος, Θεσσαλονίκη, 2001.
- Jouanna J., *Ιπποκράτης*, μτφρ. Δ. Τσιλιβεργής, Εκδόσεις Καρδαμίτσα, Αθήνα 1998.
- Kaheman D. και Varey C., 'Notes on the psychology of utility,' στο Elster J. και Roemer J. *Interpersonal Comparisons of Well-Being*, Cambridge University Press, 1991.
- *Καινή Διαθήκη: Κατά Λουκάν Ευαγγέλιον, Ματθαίον Ευαγγέλιον*, Κείμενο-Ερμηνευτική Απόδοση Κολιτσάρα Ι., Εκδόσεις Αδελφότης Θεολόγων η 'Ζωή', Αθήνα, 1992.
- Κανελλόπουλου-Μπόττη Μ., *Ιατρική ευθύνη για μη ενημέρωση ή πλημμελή ενημέρωση του ασθενούς κατά το Ελληνικό και το Αγγλοσαξονικό δίκαιο*, Εκδόσεις Αντ. Σάκκουλα, Αθήνα- Κομοτηνή, 1999.
- Καντ Ι., *Τα θεμέλια της μεταφυσικής των ηθών*, εισ, μτφ, σχ.. Τζαβάρια Γιάννη, Δωδώνη, Αθήνα-Γιάννενα, 1984.
- Katz J., 'Physicians and patients: A history of silence' στο Beauchamp & Walters (επιμ.), *Contemporary issues in bioethics*. Belmont, California: Wadsworth, 1989, σελ. 386-389.
- The silent world of doctor and patient*, New York Press, 1984.
- Kent G. , 'Difficulties in obtaining informed consent by psychiatrists, surgeons and gynaecologists', *Health Care Analysis* vol.4, No 1 February, 1996, σελ. 65-71.
- Kopelman L., 'How should decisions be guided?' Edited by Stephen G. Post (επιμ), *Encyclopedia of Bioethics* σελ. 389-390.

- Ιπποκράτης, *Επιδημιαί, Περί Ευσχημοσύνης, Περί παθών, Περί τέχνης*, σε Εισ., μτφ, σχ. Λυπουρλής Δ., *Ιπποκρατική συλλογή*, Εκδόσεις Ζήτρος, Θεσσαλονίκη 2000.
- Mappes T., ‘Patients choices, family interests, and physician obligation’ στο T.Mappes & D. Degrazia (επιμ), *Biomedical ethics*, Fifth edition, New York 2001, σελ. 198-207.
- Mill JS., *On liberty and other essays*, Edited by John Gray, Oxford: Oxford University Press, (1859) 1991.
- O’Neill, Onora, ‘Children’s rights and children’s lives’ στο *Construction of Reasons*, Cambridge: Cambridge University Press, 1989 σελ. 187-205.
- *Bounds of Justice*, Cambridge: Cambridge University Press, 2000.
- *Autonomy and Trust in Bioethics*, Cambridge: Cambridge University Press, 2002.
- ‘Some limits of informed consent’ *Journal of Medical Ethics* 2003;29:4-7.
- ‘Paternalism and partial autonomy’, *Journal of Medical Ethics*, 1984:10.
- Ozar.D., ‘Professional-Patient Relationship’ στο Stephen G. Post (επιμ), *Encyclopedia of Bioethics*, Vol. 4, σελ .2133-2135.
- Patterson, *The therapeutic Justification for withholding information, What you don’t know can’t hurt you, or can it?* στο T.Mappes & D. Degrazia (επιμ), *Biomedical ethics*, Fifth edition, New York 2001, σελ. 234-248.
- Πελεgrίνης, Λεξικό της φιλοσοφίας, Ελληνικά Γράμματα Αθήνα, 2004, σελ. 460.
- Pellegrino E., ‘The virtuous Physician and the ethics of medicine’ στο T.Mappes & D. Degrazia (επιμ), *Biomedical ethics*, Fifth edition, New York 2001, σελ. 68-71.
- Percival T., ‘The social plung’, στο T.Mappes & D. Degrazia (επιμ), *Biomedical ethics*, Fifth edition, New York 2001, σελ. 137-158

- President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research., *Deciding to Forego Life-Sustaining Treatment: A Report on the Ethical, Medical and Legal Issues in Treatment Decisions*, March, 1983.
- Rawls J., *Θεωρία της δικαιοσύνης* Επίμετρο Παπαγεωργίου Κων/νος, Πόλις, Αθήνα, 2001.
- Roden J. & Langer J., 'Long term effects of control relevant intervention in the institutionalized aged,' *Journal of Personality and social Psychology* 35, 1997 σελ. 897-902.
- Rothman, *Strangers at the bedside: a history of how law and ethics transformed medical decision making*, New York : Basic Books, 1991.
- Savulescu J., 'The limitation of Life-Sustaining Treatment' στο Kushe & Singer (επιμ.), *Bioethics: An Anthology*, Oxford: Blackwell, 2000, σελ. 533-550.
- Shinebourne E., Bush A., 'For Paternalism in the doctor-patient relationship' στο Gillion R. (επιμ.), *Principles in health care ethics*, John Willey& Sons, USA, 1999, σελ. 400-407.
- Shultz G, *From informed consent to patient choice: A New Protected Interest*, Yale, 1985.
- Τούντας Γ., *Οι υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα*, Οδυσσέας, Αθήνα, 2000.
- Young R., *Personal Autonomy: Beyond negative and positive liberty*, London: Croom Helm, 1986.
- Veatch. R., 'Medical Codes and Oaths' στο Stephen G. Post (επιμ), *Encyclopedia of Bioethics*, Vol 3, σελ. 1488-1491.

----- ‘Theories of Medical Ethics: The Professional Model Compared with the Societal Model’ στο Land W. και Dossetor J. (επιμ.), *Organ Replacement Therapy: Ethics and Commerce*, Germany, 1991, σελ. 3-9.

----- ‘Against Paternalism in the Patient-Physician Relationship’ edited by Gillion R. *Principles in health care ethics*, John Willey& Sons, USA, 1999, σελ. 409-412.

----- ‘Abandoning Informed Consent’ Kushe και Singer P. (επιμ), *Bioethics :An Anthology*, Oxford: Blackwell, 2000, σελ. 523-532.

----- ‘When should a patient know?’ στο T.Mappes & D. Degrazia (επιμ), *Biomedical ethics*, Fifth edition, New York 2001,

NΟΜΟΘΕΣΙΑ-ΝΟΜΟΛΟΓΙΑ

➤ Αστικός Κώδικας, Άρθρο 57 Περί Προσωπικότητας, Άρθρο 288 Καλόπιστη Εκπλήρωση Πάροχής.

➤ Ελληνικό σύνταγμα, μέρος Α, άρθρο 2, παρ.1, μέρος Β, άρθρο 5. παρ.5.

➤ Κώδικας ιατρικής δεοντολογίας, Νόμος 3418/2005 Φ.Ε.Κ. Α΄287/28-11-2005.

➤ *Medical law USA*, ‘International Encyclopedia of laws’ ,ed. Kluwer, σελ. 92.

➤ Νόμος 2071/1992 (ΦΕΚ Α 123) αρθ. 47. ‘Τα δικαιώματα του νοσοκομειακού ασθενούς’.

➤ Σύμβαση του Οβιέδο, ‘Oviedo - Convention for the protection of Human Rights and dignity of the human being with regard to the application of biology and medicine: Convention on Human Rights and Biomedicine’, 1997.

➤ *The Code Of Nuremberg*, 1948.

➤ *The Medical Code Of Ethics Declaration Of Geneva*, 1948.

- World Medical Association Declaration Of Helsinki 2002.
- World Medical Association Declaration Of Tokyo, 1975.

ΔΙΚΑΣΤΙΚΕΣ ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ

- Canterbury v. Spence, 464 F.2d 1772, 784 (DC Circuit 1972).
- Cobbs v. Grant, 104 Cal.Rptr. 505. 502 P2d 1 (1972).
- Hartke v. McKeixay, 707 F. 2d 1544,1549 (1983).
- Hidding v. Williams, 578 So. 2d 1192, 1991.
- Karlsons v. Guerinot, 57 AD 2d, 394 NY 2d 933 (1977).
- Rogers v. Whittaker, 67 ALJR 47, 1992.
- Salgo v. Leland Stanford University Board of Trustees, 317 P. 2d 170 195
- Bowers v. Talmage, 159 So.2d. 88 Fla App. 1963.
- Starnes v. Taylor, 272 NC 386, 158 se 2D 339, 344, 1968.
- Truman v. Thomas 27 Cal.3rd 285, 165 CalRptr., 308, 611 P2d 902 (1980).
- Yeates v. Harms, 193 Kan.320, 393 P. 2D 982 (1964).

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ένα από τα σημαντικότερα ζητήματα που απασχολούν το σύγχρονο διεπιστημονικό τομέα της Βιοηθικής αποτελεί η σχέση ανάμεσα στον ιατρό και τον ασθενή. Η ιατρική ηθική ως κλάδος του ευρύτερου αυτού τομέα έχει εγείρει πολλές συζητήσεις. Συζητήσεις που έχουν ως απώτερο σκοπό να προασπίζουν, το ανώτερο ίσως αγαθό που προσφέρει η κοινωνική συμβίωση, την προστασία της ζωής μέσω της υγείας και εν τέλει την διατήρηση μιας αρμονικής ψυχικής και σωματικής κατάστασης, που αποτελεί αδιαμφισβήτητο το έναυσμα για κάθε δυνατή ανθρώπινη λειτουργία.

Από τα αρχαία χρόνια του Ιπποκράτη, πρωταρχικό μέλημα της ιατρικής πρακτικής θεωρείτο η αρχή του «ωφελέειν ή μη βλάπτειν». Βασικός στόχος του ιατρού ήταν με τους χειρισμούς του να ωφελήσει τον ασθενή ή τουλάχιστον να μην του προκαλέσει βλάβη μεγαλύτερη από την ήδη υπάρχουσα. Ο γιατρός αναδεικνυόταν ως φορέα απόφασης και θεμελιωνόταν στην υπόθεση, ότι ο ίδιος, λόγω των ικανοτήτων του και της κρίσης του, δύναται να πάρει αποφάσεις που προωθούν το συμφέρον του ασθενούς. Ο γιατρός, δηλαδή, προϋποτίθεται ότι μπορεί να καθορίσει και να αποφασίσει ποιο είναι το καλό του ασθενούς. Με βάση τον παραπάνω συλλογισμό, η σχέση ιατρού-ασθενούς, χαρακτηρίζεται ως πατερναλιστική. Προσπαθώντας να διασαφηνίσουμε τι ακριβώς ονομάζουμε πατερναλισμό θα τον ορίζαμε 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 εξαναγκάζεται.

Στην εποχή μας, μια εποχή στην οποία έχει ανθήσει η έννοια της ελευθερίας, μέσω της αυτονομίας ως προσωπικής επιλογής, δηλαδή απλώς και μόνο ως ελευθερία επιλογής ανάμεσα σε δυνατές εναλλακτικές λύσεις, έχει αναπόφευκτα αναμορφωθεί η ιατρική πρακτική. Ένα από τα πιο ακανθώδη προβλήματα που εμπίπτουν στη σφαίρα της σχέσης γιατρού και ασθενούς αποτελεί η ενήμερη συγκατάθεση. Πλέον, είναι αναγνωρισμένο το δικαίωμα του ασθενούς να έχει μία πλήρη ενημέρωση σχετικά με την κατάσταση της υγείας του, να γνωρίζει όλες τις πιθανές εναλλακτικές μορφές θεραπείας και τις ενδεχόμενες παρενέργειές τους, καθώς και να συναινεί ή να αρνείται την προτεινόμενη από το γιατρό θεραπεία. Έτσι

αναθεωρείται στο πλαίσιο της σύγχρονης ιατρικής δεοντολογίας η βασική αρχή του ιπποκρατικού όρκου, δηλαδή η πρωταρχικότητα του γιατρού στην ιατρική απόφαση.

Το πρώτο πράγμα που θα πρέπει να αναλογιστούμε, όταν αναφερόμαστε στην σχέση ιατρού ασθενούς, είναι ότι πρόκειται για μια αρκετά περίπλοκη και ευαίσθητη σχέση. Σίγουρα δεν μπορούμε να την αντιμετωπίσουμε ως μια σχέση καταναλωτισμού, δηλαδή, ότι ο γιατρός προσφέρει τις υπηρεσίες και ο ασθενής είναι ο καταναλωτής. Υπό ένα τέτοιο πρίσμα εύκολα θα υποστηρίξαμε ότι η ενήμερη συγκατάθεση μπορεί και πρέπει να εφαρμοστεί, καθώς έχουμε δύο έλλογα και ικανά πρόσωπα.

Στο δίπολο γιατρός-ασθενής είναι εύλογο ο γιατρός να βρίσκεται σε πλεονεκτικότερη θέση έναντι του ασθενούς. Ο γιατρός είναι εκείνος, που έχει τις πληροφορίες, τις γνώσεις και την εμπειρία έναντι του ανήσυχου και συχνά τρομοκρατημένου ασθενούς, που βρίσκεται ξαφνικά αντιμέτωπος με την ασθένεια, η οποία συνήθως, περιορίζει την έλλογη ικανότητα του. Η 'υπεροχή' αυτή του ιατρού δεν μπορεί σε καμία περίπτωση να δικαιολογήσει τον πατερναλισμό. Η αρχή της 'αγαθοεργίας', δηλαδή της προστασίας των συμφερόντων του ασθενούς από τον ιατρό, γιατί γνωρίζει καλύτερα τις ανάγκες του και μπορεί να τον προστατεύει, από μόνη της δεν μπορεί να αρκεί. Το συμφέρον, δεν είναι πάντα αντικειμενικό κριτήριο, καθώς το τι είναι καλύτερο αφορά τον ασθενή και εκείνος μόνο έχει το ηθικό αλλά και το συνταγματικό δικαίωμα του αυτοκαθορισμού.

Ο σεβασμός στην προσωπικότητα του ασθενούς επιβάλλει την ενημέρωση του και την ρητή συγκατάθεση του. Ο γιατρός σίγουρα έχει το καθήκον της ενημέρωσης, όπως το αποτυπώνουν και οι σημερινοί νόμοι. Πρέπει να καταστήσουμε σαφές ότι το νομικό πλαίσιο, τόσο στη Ελλάδα όσο και διεθνώς, θέτει μόνο τις προϋποθέσεις για να έχουμε ενήμερη συγκατάθεση. Με άλλα λόγια ορίζουν ότι ο ασθενής θα πρέπει να είναι ελεύθερος, όταν λαμβάνει μια απόφαση και να μην εξαναγκάζεται από εξωτερικούς παράγοντες να δώσει την συγκατάθεση του και να ενημερώνεται ασφαλώς από τον ιατρό του. Το τι πράγματι καταλαβαίνει ο ασθενής, όταν λαμβάνει τις πληροφορίες και ποιοι παράγοντες επηρεάζουν την βούληση του, είναι θέματα στα οποία δεν μπορούν να οριοθετηθούν από το νομικό πλαίσιο.

Για να μπορούμε να συζητάμε για μια ελεύθερη και συνειδητή επιλογή του ασθενούς, θα πρέπει να υπάρχει επικοινωνία και εμπιστοσύνη ανάμεσα στον γιατρό και τον ασθενή. Η ύπαρξη εμπιστοσύνης και επικοινωνίας ανάμεσα στις δύο πλευρές είναι αναγκαία για την ενήμερη συγκατάθεση. Ο σεβασμός στην αυτονομία του

ασθενούς επιβάλλει στον ιατρό να ενημερώσει τον ασθενή λαμβάνοντας, όμως, παράλληλα τις ιδιάζουσες συνθήκες. Είναι ηθικά λανθασμένο να απαιτούμε από τον ασθενή να δώσει την συγκατάθεση του έχοντας του απλά αποκαλύψει μια πληθώρα ιατρικών πληροφοριών, την στιγμή μάλιστα, που είναι σε μια δυσμενή θέση εξαιτίας της ασθένειας του. Οι πληροφορίες πρέπει να είναι αυτές που επιθυμεί ο ασθενής και αυτό μπορεί να επιτευχθεί και μέσα από την επικοινωνία ιατρού-ασθενή.

Η πλήρης ενημέρωση αποτελεί μια πτυχή της πραγματικότητας, δηλαδή, ένα απαραίτητο κομμάτι, αλλά δεν αρκεί από μόνη της. Απαιτείται και η έννοια της αυτονομίας, που δημιουργεί και στηρίζει δεσμούς εμπιστοσύνης, για να έχει αξία η ενημέρωση. Δηλαδή για να υπάρχει εμπιστοσύνη, κάτι που υπήρχε πριν με οικογενειακούς ιατρούς, τώρα πρέπει να υπάρχει αυτονομία με την καντιανή έννοια που να θέτει αρχές, που να δεσμεύει τόσο τον πράττοντα όσο και του άλλους. Αρχές, όμως, των οποίων η εφαρμογή εκ μέρους του ιατρού λαμβάνει υπόψη τα ιδιαίτερα στοιχεία της κάθε περίπτωσης, του κάθε ασθενή ξεχωριστά και θέτουν κάποια απαραβίαστα όρια, τα οποία ούτε ο ίδιος ο ασθενής δεν μπορεί να υπερβεί.

Η αυτονομία υπό αυτήν την έννοια, η αυτονομία των αρχών, όπως την ονομάζει η O'neill, προϋποθέτει την παροχή των ικανοποιητικών και κατανοητών πληροφοριών για τους ασθενείς, οι οποίοι έχουν την ικανότητα να κάνουν μια έλλογη επιλογή για τις ιατρικές επεμβάσεις, που θα πραγματοποιηθούν πάνω τους. Και πράττουν αυτό υπεύθυνα και υπολογίζοντας τους άλλους. Θεωρώ ότι αυτό το μοντέλο στη σχέση ιατρού-ασθενούς, στο οποίο υπάρχει μια αμοιβαία συμφωνία μεταξύ των συμβαλλόμενων μερών και αναγνωρίζονται τα μεταξύ τους καθήκοντα και υποχρεώσεις, είναι αυτό που μπορεί να δώσει την λύση στο πρόβλημα της ενήμερης συγκατάθεσης. Η αμφίπλευρη εμπιστοσύνη βρίσκεται στην καρδιά αυτής της σχέσης.

Στο πλαίσιο αυτής της ανάλυσης διαφαίνεται ότι η ελευθερία του ασθενούς δεν συνιστά απλά ένα αρνητικό δικαίωμα, που εναντιώνεται προς οποιαδήποτε επιβολή εκ μέρους του ιατρού στον ασθενή ακόμα και για την προώθηση του ιατρικού του καλού. Συνιστά και ένα θετικό δικαίωμα που υπαγορεύει συγκεκριμένες ενέργειες εκ μέρους του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, που αφορούν το ευρύτερο χωροχρονικό, κοινωνικό και ψυχολογικό πλαίσιο, εντός του οποίου λαμβάνονται οι αποφάσεις των ασθενών.

Ο γιατρός, κατά το μοντέλο της αυτόνομης συγκατάθεσης που παρουσιάστηκε στη μελέτη αυτή, δεν αποφασίζει, απλά προτείνει. Η απόφαση ανήκει στον ασθενή. Η

συγκατάθεση, επίσης, δεν αφορά κυρίως τη γνώμη του ιατρού, αλλά την εκτέλεση από το γιατρό της πράξης που πραγματώνει τη γνώμη αυτή. Εφόσον για την πραγμάτωση της πράξης μεσολαβεί ένας ενδιάμεσος φορέας - ο γιατρός - και ο ασθενής δεν μπορεί να εφαρμόσει μόνος του την ιατρική πράξη, η συγκατάθεση για να εκτελεστεί η συγκεκριμένη πράξη από τον γιατρό είναι απαραίτητη και αφορά κυρίως αυτή. Ο ασθενής, στον οποίο αναγνωρίζεται η ελευθερία να αποφασίζει στο μοντέλο της αυτόνομης συγκατάθεσης, διαμορφώνει τη δική του γνώμη, η οποία μπορεί και να αντιτίθεται προς αυτήν που προτείνει ο γιατρός. Ο ασθενής, δηλαδή, διαμορφώνει τη δική του άποψη, είναι αυτός φορέας απόφασης και συγκατατίθεται στην εφαρμογή της πράξης από τον γιατρό. Περαιτέρω, η βοήθεια και όχι ο καθορισμός, που προσφέρει ο γιατρός μέσα από την πρόταση που απευθύνει στον ασθενή, βασισμένη στις ειδικές του γνώσεις και στην εμπειρία του είναι πολύ σημαντική, για να μπορέσει ο ασθενής να αισθανθεί ελεύθερος να αποφασίσει. Διαφορετικά, θα πρέπει να αναρωτηθούμε, εάν ο καταϊγισμός των πληροφοριών που αφορούν την ανθρώπινη ζωή χωρίς καμία περαιτέρω δέσμευση εκ μέρους του γιατρού, αφήνουν τον άνθρωπο αβοήθητο σε μία τραγική 'ελευθερία', εντός της οποίας μπορεί να νιώθει αδύναμος να αποφασίσει αυτόνομα.

SUMMARY

One of the most important issues that occupy concern the modern interdisciplinary sector of Bioethics is the relationship between the doctor and the patient. Medical ethics, as part of this widest sector has caused many questions/ a lot of discussions. Discussions that have as final aim to vindicate, the superior perhaps good that the social living offers, the protection of life via the health and at last the maintenance of a harmonious mental and physical situation that uncontradictably constitutes the spark for every possible human activity.

Since the ancient years of Hippocrates, fundamental concern of medical practice was considered to be the belief "better do good than harm". Fundamental objective of doctor was with his handlings to help the patient or at least not to cause to him even bigger damage than the already existing. The doctor elected himself as the "holder" of any decision, which was founded in the affair, that himself, because of his faculties and his crisis, is able to take decisions that promote the interest of the patient. The doctor, that is to say, is presupposed that he can determine and decide what is good for the patient. Based on the above reasoning, the doctor-patient relationship is characterized as paternalistic. Trying to explain what precisely we call paternalism, we would call it as the interjection in the freedom of action of a person justified from reasons that are related exclusively with the good, the happiness, the interests, and the needs which the person is forced for.

Nowadays, a time in which has risen the significance of freedom, via the autonomy as a personal choice, meaning just as a freedom of choice among possible alternative solutions, the medical practice has been inevitably reformed. One of the thorniest problems that rise in ball of the doctor-patient relationship is the informed consent. Henceforth, it has been established the right of the patient to have a complete briefing regarding the situation of his health, to know all the possible alternatives of treatment and their potential side effects, as well as to consent or to deny the proposed from the doctor treatment. Thus is revised in the frame of modern medical deontology the basic beginning of Hippocrates Oath, the doctor's primacy in the medical decision.

The first thing we have to contemplate, when we talk about the doctor-patient relationship, is that we are talking about a very complex and sensitive relation. Surely, we cannot face it as a relationship of consumerism, that is to say, that the doctor offers

his services and the patient is the consumer. This way we would easily support that the informed consent can and must be applied, as we have two rational and capable persons.

In the doctor-patient bipolar, the doctor she is in a more advantageous place against the patient. The doctor is the one, who has the information, the knowledge and the experience against the uneasy and often terrorised patient, who is suddenly found to confront with the illness, which usually, limits his rational faculty. This supremacy of the doctor cannot in any case justify paternalism. The principle of acting for the good, meaning the protection of patient's interests on behalf of the doctor, because he knows better his patient's needs so he can protect him, can't help it by itself. The interest is not always an objective criterion, as what it better concerns the patient, and only he has the moral, but also the constitutional right of self-determination.

The respect of the patient's personality imposes his briefing and his explicit consent. The doctor surely has the duty of briefing, as the current laws also impress it. We have to make clear that the legal frame, so much in Greece as internationally, places only the conditions in order to have informed consent. In other words they say that the patient has to be free, when he takes a decision and not to be forced by exterior factors to give his consent, and certainly to be informed from his doctor. What really the patient understands when he receives the information, and which factors influence his will, are subjects that cannot be established by the legal frame.

In order that we speak a free and conscious choice of the patient, there has to exist communication and confidence between the doctor and the patient. The existence of confidence and communication between the two sides is necessary for the informed consent. The respect of patient's autonomy imposes the doctor to inform the patient, however, thinking at the same time the existing peculiar conditions. It is morally wrong to ask the patient to give his consent while having simply revealed an abundance of medical information, especially at a time that the patient is in a very difficult position because of his illness. The information must be the ones that the patient needs and this can be achieved through the doctor-patient communication.

The full informing constitutes an aspect of reality, meaning an essential piece, but is not enough by itself. It is also required the significance of autonomy, which creates and supports bonds of confidence, in order the informing activity to have some value. Confidence, in order to occur, something that has occurred before with family doctors, now there has to be autonomy under the Kant's point of view, that would set

values, that would bind, both the acting person and the others. But values whose application on behalf of the doctor takes into consideration the particular elements of each case, of each patient and places certain inviolable limits, which even the patient himself cannot exceed.

Autonomy, under this point of view, autonomy of values, as O'Neill calls it, presupposes the benefit of satisfactory and comprehensible information for the patients that have the capability to make a rational choice for the medical interventions that will be made to them. And they do this responsibly and also thinking about the others. I consider that this model in the doctor-patient relationship, in which there is a reciprocal agreement between the contracting parts and also there are duties and obligations for both sides, is the one that can give a solution in the problem of informed consent. Confidence from both sides is found in the heart of this relation.

In the frame of this analysis, it emerges that the freedom of patient does not just stand for a negative right, that opposes to any imposition on behalf of the doctor in the patient even for the promotion of its medical good. It is also a positive right that dictates specific energies on behalf of the medical and nursing personnel, that concerns the widest time-place, social and psychological frame, inside which there are taken the patients decisions.

The doctor, according to the model of informed consent, which was presented in this study, does not decide, but just proposes. The decision belongs to the patient. Also, the consent, also, does not mainly the doctor's opinion, but the implementation from the doctor of an action that makes this opinion come true. Provided that, for the materialisation of the action intervenes an intermediary institution, the doctor, and the patient cannot apply the medical action by himself, the consent for the particular action from to be executed by the doctor is essential and it mainly concerns this. The patient, in which is recognized the freedom, it decides under the model of autonomous consent, shapes his own opinion, which can also object to the one proposed by the doctor. The patient, that is to say, shapes his own opinion, makes a decision and agrees in the application of this action by the doctor.

Moreover, the help and not the determination, which the doctor offers through his proposal which addresses to the patient, based on his special knowledge and on his experience, is very important, in order the patient to feel free to decide. ¶Otherwise, we will have to wonder if the hail of information concerning the human life with no further

engagement on behalf of the doctor, leave the person helpless, in a tragic freedom, in which he could feel weak to decide autonomously.