

## ΓΕΝΙΚΟ ΘΕΜΑ GENERAL ISSUE

### Τα δικαιώματα του ασθενούς και ποιος τα προστατεύει

Αναμφίβολα, η σχέση ιατρού-ασθενούς πρέπει να διέπεται από τις αρχές της Βιοϊατρικής Ηθικής. Η εφαρμογή όμως των παραπάνω αρχών εξαρτάται κατά πολύ από την προσωπική ευαισθησία του ιατρού και τη σχετική εκπαίδευσή του στις αρχές της Βιοηθικής. Από την άλλη πλευρά, η άγνοια του ασθενούς συνοδευόμενη από τη συναισθηματικά εξαρτητική του τάση, που τον παραιτούν από τα δικαιώματά του, και, τέλος, η γραφειοκρατική δυσκαμψία της θεραπευτικής διαδικασίας, οδηγούν συχνά στην καταστρατήγηση των δικαιωμάτων του τελευταίου. Υπάρχουν άραγε σήμερα θεσπισμένα διά του νόμου δικαιώματα του ασθενούς; Και αν ναι, σε ποιο βαθμό αυτά κατοχυρώνονται; Η ελληνική νομοθεσία τα καθορίζει πολύ αδρά με το Νόμο 2071/92 ΦΕΚ123/92, τ.α. άρθρο 47. Ο νομοθέτης κυρίως εστιάζει –αλλά με εμφανή ασάφεια– στα δικαιώματα του ασθενούς για συγκατάθεση, πληροφόρηση και τήρηση του ιατρικού απορρήτου, μέσα στα πλαίσια του σεβασμού της ανθρωπίνης προσωπικότητας. Τι γίνεται όμως όταν το δικαίωμα στην πληροφόρηση έρχεται σε αντίθεση με την αρχή της ωφελιμότητας; Τι συμβαίνει όταν το δικαίωμα του ιατρικού απορρήτου ενέχει κίνδυνο προς ετέρους; Κατά πόσον και από τι οριοθετείται το δικαίωμα της συγκατάθεσης; Και, τέλος, πώς καθορίζονται τα δικαιώματα του ιατρού απέναντι σ' αυτά του ασθενούς και ποιος οι υποχρεώσεις αμφοτέρων; Για την προάσπιση των δικαιωμάτων του ασθενούς κρίνεται σκόπιμο (α) να δοθεί έμφαση στη διδασκαλία των αρχών της Βιοϊατρικής Ηθικής στο ευρύτερο πλαίσιο της ιατρικής εκπαίδευσης, (β) να γίνει συμπληρωματική και λεπτομερέστερη νομοθετική διευκρίνιση και κατοχύρωση των δικαιωμάτων του ασθενούς, αλλά και (γ) να καταβληθεί προσπάθεια βελτίωσης της παιδείας και της γενικότερης ευαισθησίας της κοινωνίας.

#### 1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

*«Πάσα επιστήμη χωριζόμενη δικαιοσύνης και της άλλης αρετής, πανουργία ου σοφία φαίνεται»*

*Πλάτωνας (Μενέξενος)*

Αδιαμφισβήτητα, η σχέση ιατρού-ασθενούς, σε αντίθεση με οποιαδήποτε άλλη επαγγελματική συνεργασία, οφείλει να πλαισιώνεται από ιδιαίτερα ξεχωριστούς κανόνες. Και αυτό γιατί η παραπάνω σχέση αφίσταται πολύ από κάθε άλλη διαπροσωπική επαγγελματική συνεργασία του τύπου «ζήτησης-παροχής υπηρεσιών». Οι υπηρεσίες που «ανταλλάσσονται» εδώ έχουν να κάνουν με το πολυτιμότεο αγαθό της υγείας. Επιπλέον, όμως, αυτή η συνεργασία είναι στο βάθος της διαδικασίας συναισθηματικής αλληλεπίδρασης, που θέτει συνεχώς σε δοκιμασία σχέσεις όπως αμοιβαίας εμπιστοσύνης και αλληλοκατανόησης.<sup>1</sup> Ποιος όμως καθορίζει και πώς κατοχυρώ-

νεται η διατήρηση της σχέσης ιατρού-ασθενούς σε επίπεδα τέτοια, ώστε από τη μια να εξασφαλίζεται η υψηλή ποιότητα ιατρικής υπηρεσίας και από την άλλη η συναισθηματική σχέση να διατηρείται «αλώβητη»; Και αυτό ιδιαίτερα για περιπτώσεις, στις οποίες συγκρούονται ηθικοί κανόνες της καθιερωμένης ηθικής με τους κανόνες της «ιδεώδους» άσκησης της ιατρικής επιστήμης, τότε δηλαδή που εγείρονται τα λεγόμενα «βιοηθικά προβλήματα» ή προβλήματα της Βιοϊατρικής Ηθικής.

#### 1.1. Τι είναι Βιοϊατρική Ηθική;

Κατά τον καθηγητή Κουτσελίνη, «*Βιοηθική (Bioethics) ή Βιοϊατρική Ηθική* είναι η επιστήμη που ασχολείται με τη φιλοσοφική θεώρηση των ηθών και εθίμων αλλά και των ηθικών κανόνων, σε θέματα που προκύπτουν στο πλαίσιο της παροχής των υπηρεσιών υγείας και ειδικό-

ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ 2007, 24(6):605-611  
ARCHIVES OF HELLENIC MEDICINE 2007, 24(6):605-611

Κ. Ακινόσογλου,  
Ε. Αποστολάκης,  
Δ. Δουγένης

Καρδιοθωρακοχειρουργική Κλινική,  
Πανεπιστήμιο Πατρών, Πάτρα

Patient's rights and who is  
to protect them

*Abstract at the end of the article*

Λέξεις ευρετηρίου

Βιοηθική  
Δικαιώματα του ασθενούς  
Σχέση ιατρού-ασθενούς

*Υποβλήθηκε 1.7.2006*

*Εγκρίθηκε 7.7.2006*

τερα της ιατρικής πρακτικής». Κάθε ιατρική πράξη, επομένως, άρα και γενικότερα η σχέση ιατρού-ασθενούς, είναι απαραίτητο να διέπεται από τις αρχές της Βιοϊατρικής Ηθικής, τις οποίες μπορούμε να συνοψίσουμε στις παρακάτω:<sup>2</sup>

- *Αρχή της ωφελιμότητας.* Σύμφωνα με αυτήν, ο ασθενής όχι μόνο δεν πρέπει να υφίσταται βλάβη, αλλά αντιθέτως να απολαμβάνει μέγιστο όφελος. Είναι, απλά, η εφαρμογή του περίφημου Ιπποκρατικού: «ωφέλειεν ή μη βλάπτειν» ή του Λατινικού “*primum non nocere*”. Γιατί πράγματι, κατά την άσκηση της Ιατρικής, το αποτέλεσμα στον ασθενή μπορεί να εμφανίζεται με δύο μορφές: ως πρόκληση ωφέλειας (*beneficence*) και ως μη πρόκληση βλάβης (*non maleficence*).
- *Η αρχή της αυτονομίας.* Σύμφωνα με αυτήν, ο ασθενής δικαιούται να λαμβάνει μόνος του τις αποφάσεις που τον αφορούν, ελεύθερα, ανεμπόδιστα και σύμφωνα με τις αρχές της δημοκρατικής κοινωνίας.
- *Η αρχή της δικαιοσύνης.* Σύμφωνα με αυτήν, κάθε ασθενής δικαιούται αυτό που του ανήκει και που θα πρέπει, με βάση ορισμένα κριτήρια, να του αποδοθεί.
- *Η αρχή της ισότητας.* Σύμφωνα με αυτήν, όλοι οι ασθενείς πρέπει να τυγχάνουν ίδιας ή ισότιμης μεταχείρισης, εκτός εάν δεν συντρέχει ειδικός (ιατρικός) λόγος που να δικαιολογεί κάτι διαφορετικό.

## 1.2. Είναι όμως εφικτή στην καθημέρα κλινική πράξη η εφαρμογή των παραπάνω αρχών της Βιοηθικής;

Πέρα από τις αδυναμίες του συστήματος παροχής υγείας για την εκπλήρωση των παραπάνω αρχών, υπάρχει περισσότερο η αδυναμία του ιατρού να πάρει συχνά τη σωστή απόφαση, ιδιαίτερα σε περιπτώσεις όπου «συγκρούονται» κάποιες από τις παραπάνω αρχές<sup>1,3,4</sup> (εικ. 1). Ας δούμε το χαρακτηριστικό παράδειγμα του ιατρού που καλείται να ανακοινώσει στον ασθενή την αλήθεια για την ασθένειά του. Είναι ευλογοφανές ότι η ανακοίνωση τέτοιας σημασίας πληροφοριών εκπληρώνει μεν πλήρως την αρχή της αυτονομίας του ασθενούς, ο οποίος τελικά γνωρίζει και, επομένως, επιλέγει την περαιτέρω θεραπεία, αλλά ταυτόχρονα η γνώση αυτή ενδέχεται να επιδεινώσει την πρόγνωση του, γεγονός που δεν συνάδει με την αρχή της ωφελιμότητας. Σύμφωνα με μελέτες, εκτός από την πιθανότητα «ευοδωτική» επίδραση του stress στη γένεση μιας κακοήθους νεοπλασίας, αυτό δρα κατά τον ίδιο τρόπο και προς την κατεύθυνση ανάπτυξης μεταστάσεων ή εξάπλωσης της νόσου.<sup>5-7</sup> Η γνώση ύπαρξης της νόσου, τουλάχιστον σε μια μεγάλη ομάδα



Εικόνα 1. Όταν ο ιατρός αδυνατεί να δώσει λύσεις.

α ασθενών, δεν μπορεί να συνδέεται με τίποτα άλλο παρά άγχος και ανασφάλεια και, επιπλέον, μπορεί να ωθήσει τον ασθενή σε ακραίες πράξεις για την ίδια του την ύπαρξη. Τέλος, ακόμη και αυτοί που πιστεύουν ότι ο ασθενής πρέπει να γνωρίζει την αλήθεια (*telling the truth*) και το βάθος της, υποστηρίζουν ωστόσο ότι αυτό πρέπει να συναρτάται με την κουλτούρα του και το κοινωνικό-πολιτισμικό του υπόβαθρο.<sup>8,9</sup> Και στις δύο πιθανές επιλογές τακτικής που θα εφαρμόσει ο ιατρός διαφαίνεται καθαρά ο κίνδυνος κλονισμού της ίδιας της ουσίας της σχέσης ιατρού-ασθενούς, καταστρατηγώντας τις αρχές της Βιοϊατρικής Ηθικής ή, συνεπακόλουθα, καταπατώντας τα δικαιώματα του τελευταίου.

Η διαχείριση λοιπόν μιας τέτοιας σχέσης, άρα και η διασφάλιση των δικαιωμάτων του ασθενούς, στηρίζεται τελικά σε τρεις πυλώνες: στη λειτουργική επάρκεια του ιατρού, στη συμμετοχή και των δύο εμπλεκόμενων μερών και στο υγιές σύστημα-περιβάλλον, μέσα στο οποίο θα αναπτυχθεί (η σχέση) και τις υπηρεσίες του οποίου μπορεί να καρπωθεί.

Κατά πρώτον, εναπόκειται στην προσωπική ευαισθησία του θεράποντα ιατρού αλλά και στη σχετική εκπαίδευσή του, τόσο σε επίπεδο ιατρικών γνώσεων (επιστημονική επάρκεια), όσο και σε επίπεδο βιοηθικής «ευαισθητοποίησης». Κατά δεύτερον, βασίζεται στην πνευματική και την ψυχική δυναμική του ασθενούς και στο κατά πόσον ο ίδιος ο ασθενής αντιλαμβάνεται και διεκδικεί τα δικαιώματά του και, τρίτον, εξαρτάται αναπόφευκτα από την ευρωστία και την ευελιξία του υπάρχοντος συστήματος παροχής υπηρεσιών υγείας.

## 2. ΠΟΙΟΣ ΦΤΑΙΕΙ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΑΤΑΠΑΤΗΣΗ ΤΩΝ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΩΝ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ;

Έξι είναι οι κύριοι παράγοντες που καθιστούν προσηγορότερη την καταπάτηση των δικαιωμάτων του ασθενούς: (α) Η εκπαίδευση του ιατρού, που κατά κανόνα τον κάνει, τελικά, να εμφορείται από ιδεολογία «πατερναλιστικής» άσκησης της Ιατρικής. (β) Η απουσία ή η πλημμελής εκπαίδευση-ευαισθητοποίηση του ιατρού πάνω σε στοιχειώδεις αρχές Βιοηθικής. (γ) Η μερική ή και η πλήρης άγνοια του ασθενούς για την ύπαρξη –άρα και διεκδίκηση– των νομοθετικά κατοχυρωμένων δικαιωμάτων του. (δ) Η «αγκιστρωτική» τάση του ασθενούς προς το θεράποντα. (ε) Το δύσκαμπτο σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας, που προκαλεί συμπεριφορές και διαμορφώνει καταστάσεις.<sup>10</sup> (στ) Οι ασάφειες του νομοθετικού πλαισίου κατοχύρωσης των δικαιωμάτων του ασθενούς.

### 2.1. Υπάρχει νομικό πλαίσιο προστασίας των δικαιωμάτων του ασθενούς;

Ο Έλληνας νομοθέτης έρχεται ουσιαστικά να κατοχυρώσει κάποια δικαιώματα του νοσοκομειακού ασθενούς μόλις το 1992<sup>4,11</sup> με το άρθρο 47, Ν. 2071/92. Με το άρθρο αυτό ορίζεται αδρά ότι «κάθε ασθενής φέρει το δικαίωμα προσέγγισης και εξασφάλισης των υπηρεσιών υγείας που αρμόζουν στην πάθησή του. Κατόπιν επαρκούς πληροφόρησης, ελεύθερης κρίσης και συγκατάθεσης του ίδιου (ή νόμιμου εκπροσώπου σε περίπτωση αδυναμίας) δύναται να τις απολάβει υπό συνθήκες εχεμύθειας και με σεβασμό προς τις προσωπικές πεποιθήσεις και την ανθρωπινή του οντότητα. Ο ασθενής επίσης διατηρεί το δικαίωμα ενστάσεων και καταφυγής σε αρμόδια ειδικά συστημένα όργανα σε περίπτωση καταπάτησης των δικαιωμάτων του».<sup>12</sup> Εξασφαλίζονται, ωστόσο, τα δικαιώματα αυτά στην καθημέρα κλινική πράξη;

### 2.2. Αδυναμίες και ασάφειες των σχετικών νόμων

Ο νόμος αυτός και οι διατάξεις του, αν και παρέχουν αδρά το βασικό πλαίσιο κατοχύρωσης των δικαιωμάτων του ασθενούς, στην πράξη δεν μπορούν να αποτρέψουν παραβίαση των δικαιωμάτων, καθώς φέρουν πληθώρα ασαφειών, ελλείψεων και παραλείψεων. Και αυτό γίνεται βέβαια αμέσως αντιληπτό με την απλή ανάγνωση του νόμου. Έτσι, σύμφωνα με το νόμο, «Ο ασθενής έχει το δικαίωμα προσέγγισης στις υπηρεσίες του νοσοκομείου, οι οποίες είναι απόλυτα ενδεδειγμένες για τη φύση της ασθένειάς του» (Ν. 2071/92, άρθρο 47, παρ. 2).

Στην πράξη, όμως, η προσπέλαση στις «απόλυτα ενδεδειγμένες» υπηρεσίες υγείας είναι πολύ συχνά εξαιρετικά δύσκολη ή και αδύνατη (εικ. 2). Οι μακρές λίστες αναμονής στα εξειδικευμένα εξωτερικά ιατρεία, σε συνδυασμό με την ελλιπή οργάνωση της πρωτοβάθμιας υγείας, υποβάλλουν τον ασθενή σε ταλαιπωρία ή και, τελικά, σε αδυναμία προσέγγισης.

*«Ο ασθενής δικαιούται να ζητήσει να πληροφορηθεί ό,τι αφορά στην κατάστασή του. Το συμφέρον του ασθενούς είναι καθοριστικό και εξαρτάται από την πληρότητα και την ακρίβεια των πληροφοριών που του δίνονται. Η πληροφόρηση του ασθενούς πρέπει να του επιτρέψει να σχηματίσει πλήρη εικόνα των ιατρικών, κοινωνικών και οικονομικών παραμέτρων της κατάστασής του και να λαμβάνει αποφάσεις ο ίδιος ή να μετέχει στη λήψη αποφάσεων, που είναι δυνατόν να προδικάσουν τη μετέπειτα ζωή του» (Ν. 2071/92, άρθρο 47, παρ. 6).*

Εδώ, ο νομοθέτης δίνει έμφαση στην πλήρη και ακριβή ενημέρωση του ασθενούς και ερμηνεύει την πραγματική σημασία. Ταυτόχρονα όμως αναφέρει ότι «ο ασθενής δικαιούται να πληροφορηθεί ...», χωρίς δηλαδή να προβλέπει υποχρεωτική ενημέρωση. Ο νομοθέτης δεν



Εικόνα 2. Το απροσπέλαστο των υπηρεσιών υγείας.

προβλέπει το υποχρεωτικό της πληροφόρησης και φυσικά στη συντριπτική πλειοψηφία των Κλινικών δεν καθορίζεται σαφής χώρος και χρόνος γι' αυτήν. Εναπόκειται στη βούληση και τη νόηση του κάθε ασθενούς ή στην ευαισθησία των ιατρών της Κλινικής για την ουσιαστική ενημέρωση του ασθενούς. Πέρα όμως απ' αυτό, με το νόμο δεν οριοθετείται το «βάθος» της ενημέρωσης αυτής σε σχέση με την περίπτωση (ας θυμηθούμε το παράδειγμα στην αρχή του κειμένου), αλλά και ούτε εξασφαλίζεται η αντικειμενικότητα της πληροφορίας, η οποία μπορεί σκόπιμα να παραποιηθεί, είτε λόγω ιδιοτελών συμφερόντων, είτε λόγω εγκληματικής επιστημονικής αμέλειας. Τέλος, ακόμα και αν η ενημέρωση εξασφαλιστεί, σπάνια αυτή γίνεται εγγράφως, πράγμα που όχι μόνο δυσχεραίνει τον ασθενή (ο οποίος έτσι κι αλλιώς διαθέτει περιορισμένη ικανότητα κατανόησης του ειδικού αντικειμένου), αλλά ταυτόχρονα δεν κατοχυρώνει τον ιατρό που ενημέρωσε. Και βέβαια, όλα τα παραπάνω αντικατοπτρίζονται στα παράπονα ή τις καταγγελίες των ασθενών και των συγγενών τους. Πράγματι, η πλημμελής ενημέρωση αποτελεί μια από τις συχνότερες αιτίες παραπόνων των ασθενών και μάλιστα προηγείται σε συχνότητα και αυτής της ελλιπούς εξυπηρέτησης στο νοσοκομείο. Καταλαμβάνει μόλις τη δεύτερη θέση στις βασικές αιτίες καταγγελιών-παραπόνων των ασθενών συλλογικά από τα ελληνικά νοσοκομεία κέντρου και περιφέρειας και για το διάστημα από το 1998 έως σήμερα.<sup>13</sup>

Αμέσως παρακάτω, ο σχετικός νόμος αναφέρει: «Ο ασθενής έχει το δικαίωμα του σεβασμού του προσώπου του και της ανθρωπίνης αξιοπρέπειάς του» (Ν. 2071/92, άρθρο 47, παρ. 3), ενώ σε μια προηγούμενη παράγραφο αναφέρεται ότι «όλοι οι ασθενείς έχουν το δικαίωμα να απολαμβάνουν την ίδια ιατρική, νοσηλευτική και άλλη φροντίδα στο Νοσοκομείο σύμφωνα με το άρθρο 4, παρ. 1 και 2 σε συνδυασμό με το άρθρο 21, παρ. 3 του Συντάγματος» (Ν. 2071/92, άρθρο 47, παρ. 1).

Αλήθεια, πόσο εύκολα μπορεί να τηρηθεί ο σεβασμός στο πρόσωπο του ασθενούς μέσα στο συνωστισμό και το φόρτο της γενικής εφημερίας, ακόμη και αν ο ιατρός έχει την πλήρη διάθεση γι' αυτό; Και πόσο ισότιμη μπορεί να είναι η άσκηση της κλινικής πράξης όταν οι χώροι ιατρικής περίθαλψης είναι περιορισμένοι και οι εκπαιδευτικές ανάγκες του ιατρικού προσωπικού αυξημένες; Και αυτό βέβαια αφορά περισσότερο στα τριτοβάθμια νοσοκομεία, όπως το δικό μας, τόσο γιατί η προσέλευση των ασθενών είναι μεγαλύτερη, όσο και γιατί σε αυτά τα νοσοκομεία ανατίθεται η εκπαίδευση των ιατρικών και παραϊατρικών λειτουργιών της υγείας. Είναι αυτονόητο ότι, εξαιτίας αυτού, συνολικά προκύπτει άνηση μεταχείριση τόσο ως προς το χώρο νοσηλείας

(π.χ. νοσηλεία σε χώρους εκτός θαλάμου, όπου και αφήνεται κοινωνικά εκτεθειμένος) όσο και ως προς τον τρόπο (π.χ. επαναλαμβανόμενη υποβολή των ασθενών σε διαφόρου είδους κλινικών εξετάσεων, ενδεχόμενα και «εξευτελιστικών» κατά την άποψη του ίδιου του ασθενούς). Και εδώ βέβαια υπεισέρχεται ως παράγοντας και το κατά πόσο το ιατρικό και παραϊατρικό προσωπικό έχει την απαραίτητη ευαισθησία αλλά και την εκπαίδευση στη Βιοϊατρική Ηθική –πέρα από τη σωματική αντοχή– για να προσαρμόσει κατά το δυνατόν τη συμπεριφορά του. Να σημειωθεί εδώ ότι ήδη στην Ιατρική Σχολή της Πάτρας διδάσκεται από το περασμένο έτος το μάθημα της Βιοϊατρικής Ηθικής ως υποχρεωτικό μάθημα. Επιπλέον, μόλις το 2005 θίγεται το παραπάνω θέμα με σχετικό εδάφιο στη συμπλήρωση του Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας (Ν. 3418/2005, ΦΕΚ τεύχος Α, 287/28.11.2005).<sup>14</sup>

Σε κάποιο άλλο σημείο του νόμου αναφέρεται: «Ο ασθενής έχει το δικαίωμα να συγκατατεθεί ή να αρνηθεί κάθε διαγνωστική ή θεραπευτική πράξη που πρόκειται να διενεργηθεί σε αυτόν» (Ν. 2071/92, άρθρο 47, παρ. 5) και λίγο παρακάτω «ο ασθενής έχει το δικαίωμα του σεβασμού και της αναγνώρισης σε αυτόν των θρησκευτικών και των ιδεολογικών του πεποιθήσεων» (Ν. 2071/92, άρθρο 47, παρ. 8). Με απλά λόγια, σύμφωνα με το νόμο αλλά και το σύνταγμα, η προσωπικότητα αλλά και οι πεποιθήσεις του ασθενούς οφείλουν να γίνονται σεβαστές με γνώμονα και την κατοχυρωμένη αρχή της ισονομίας. Εντούτοις, στην πράξη αυτό εύκολα καταστρατηγείται, όχι κατά κανόνα συνειδητά αλλά ως αποτέλεσμα σύγκρουσης καθηκόντων (εικ. 3). Ας αναλογιστεί ο καθένας το απλό παράδειγμα του μάρτυρα του Ιαχωβά, ο οποίος αρνείται τη μετάγγιση αίματος παρά τον ενδεχόμενο κίνδυνο που απειλεί τη ζωή του. Ο νόμος επιβάλλει το σεβασμό της επιθυμίας του, χωρίς όμως αυτό να κατοχυρώνει τον ιατρό, καθώς θίγεται άμεσα η αρχή της ωφελιμότητας<sup>23</sup> που πρέπει να διέπει την άσκηση της Ιατρικής (βλ. εισαγωγή), οπότε και προκύπτει σύγκρουση καθηκόντων.

Σε κάποιο άλλο σημείο του νόμου αναφέρεται: «Ο ασθενής έχει το δικαίωμα να συγκατατεθεί ή να αρνηθεί κάθε διαγνωστική ή θεραπευτική πράξη που πρόκειται να διενεργηθεί σε αυτόν. Σε περίπτωση ασθενούς με μερική ή πλήρη διανοητική ανικανότητα, η άσκηση αυτού του δικαιώματος γίνεται από το πρόσωπο που κατά νόμο ενεργεί για λογαριασμό του» (Ν. 2071/92, άρθρο 47, παρ. 5).

Εξετάζοντας προσεκτικά όμως τη συγκεκριμένη ρύθμιση γίνεται εμφανής η ασάφεια για τον καθορισμό της





Εικόνα 3. Πόσο ουσιαστικό είναι το δικαίωμα του ασθενούς για ενημέρωση και συγκατάθεση;

έκτασης «αδυναμίας» του ασθενούς, για το ποιος θα το καθορίσει και πώς αυτό θα τεκμηριωθεί. Πέρα όμως από την πιθανή αντικειμενική αδυναμία του ασθενούς να αντιληφθεί τη βαρύτητα και τη σοβαρότητα της κατάστασης για να μπορεί να πάρει σωστές αποφάσεις (π.χ. νοσητική καθυστέρηση), εδώ υπεισέρχεται και η πιθανότητα σκόπιμης πλημμελούς ενημέρωσης από μέρους του γιατρού (βλ. παραπάνω). Εξίσου όμως επιλήψιμο είναι για τον ιατρό η πιθανότητα πλημμελούς ενημέρωσης (και συνεπακόλουθα υποβάθμισης του κινδύνου ή των πιθανών επιπλοκών) –άρα και η «παραπλάνηση» του ασθενούς– από άγνοια. Επιπλέον, σε άτομο με ψυχική νόσο ή σε ανήλικες που ναι μεν δικαιοπρακτικά απέχουν, ωστόσο διανοητικά μπορούν να αντιληφθούν την κρισιμότητα της κατάστασης, θα πρέπει κάποιος να αναζητά τη συγκατάθεσή τους ή όχι; Και τι προβλέπει ο νόμος, αν η συγκατάθεση απαιτείται κάτω από συνθήκες ιατρικές που δεν επιτρέπουν τη λήψη της; Αν, για παράδειγμα, κατά τη διάρκεια επέμβασης για αφαίρεση ινομυμάτων σε γυναίκα ασθενή διαπιστώνεται καρκίνος που απαιτεί υστερεκτομή, θα προχωρήσει ο χειρουργός σε υστερεκτομή παρά την έλλειψη συγκατάθεσής της, θα πρέπει να σεβαστεί την ελεύθερη βούλησή της, αναβάλλοντας την επέμβαση ή θα αποφασίσει ο τυχόν παρευρισκόμενος πλησιέστερος συγγενής; Δεν καταστρατηγείται όμως στην τελευταία περίπτωση το ιατρικό απόρρητο; Δεν νομίζουμε ότι η ασάφεια του νόμου διαφωτίζει αυτό το υποθετικό σενάριο.

Και επειδή θίξαμε θέμα που άπτεται του ιατρικού απορρήτου, ας δούμε ένα άλλο σημείο του νόμου, που επίσης χαρακτηρίζεται από σοβαρές ασάφειες: «Ο ασθενής έχει το δικαίωμα προστασίας της ιδιωτικής του ζωής. Ο απόρρητος χαρακτήρας των πληροφοριών και του περιεχομένου των εγγράφων που τον αφορούν, του φακέλου των ιατρικών σημειώσεων και ευρημάτων, πρέπει να είναι εγγυημένος» (Ν. 2071/92, άρθρο 47, παρ. 12). Η εχεμύθεια θεωρείται αναμφίβολα αναπόσπαστο στοιχείο της άσκησης της Ιατρικής, την οποία ο ασθενής δικαιούται «απόλυτα» και ο ιατρός υποχρεώνεται να παρέχει. Ο Ν. 2071/92 αδυνατεί, εντούτοις, να ορίσει τις συνθήκες τήρησης και διατήρησης του ιατρικού απορρήτου, καθώς συχνά εγγυμονεί κινδύνους και προς τρίτα πρόσωπα, ιατρικούς ή παραϊατρικούς λειτουργούς. Παραδείγματος χάριν, στην περίπτωση ασθενούς που αποκαλύπτεται ότι πάσχει από AIDS, θα πρέπει να ενημερώνεται εκτός από το «εμπλεκόμενο» προσωπικό του νοσοκομείου και η οικογένειά του; Στην απώτερη παρακολούθησή του, όμως, θα εμπλακούν πολύ περισσότερα άτομα και η γνώση από πλευράς του δυνητικού κινδύνου θα τους προφυλάξει. Έχουμε δικαίωμα να αποκρύψουμε, σεβόμενοι το δικαίωμα του ασθενούς, αλλά «εκ προθέσεως» να υποβάλλουμε σε κίνδυνο κάποιους άλλους; Παρά το ότι στο σημείο αυτό δρα συμπληρωματικά το άρθρο 371 του Ποινικού Κώδικα, θέτοντας ορισμένα κριτήρια τήρησης και άρσης του ιατρικού απορρήτου (εξασφαλίζοντας το δικαίωμα του ασθενούς στην ιδιωτική του ζωή, αποτρέποντας την αυθαίρετη κατά βούληση αποκάλυψη προσωπικών του δεδομένων), εντούτοις η ασάφεια συνεχίζει να υπάρχει.

### 3. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Οι παραπάνω διαπιστώσεις αποδεικνύουν σαφώς ότι το νομοθετικό πλαίσιο ρυθμίζει σε γενικές γραμμές μόνο τους κανόνες εφαρμογής της ιατρικής πράξης και των αρχών της Βιοηθικής. Ως αποτέλεσμα, η προστασία των δικαιωμάτων του ασθενούς εναπόκειται στη διεκδίκησή τους από τον ίδιο, στην ευαισθησία του ιατρού σε θέματα Βιοηθικής και στην εδραίωση μιας ουσιαστικής επικοινωνίας μεταξύ τους. Μακροπρόθεσμα, κρίνεται απαραίτητη η νομοθετική κατοχύρωση των δικαιωμάτων με λύση όλων των ασαφειών, η εκπαίδευση-ευαισθητοποίηση όλων των λειτουργών υγείας στην εφαρμογή της Βιοϊατρικής Ηθικής, αλλά και η γενικότερη άνοδος του επιπέδου της κοινωνίας μας ως μέτρα που θα θεμελιώσουν μια υγιή σχέση ασθενούς-ιατρού. Είναι απαραίτητη η αναλυτικότερη διασάφηση του νόμου για θέματα σύγκρουσης των καθηκόντων του ιατρού στην καθημε-

ρινή κλινική πράξη, αλλά και η προσαρμογή των υπαρχουσών νομικών ρυθμίσεων στο παρόν σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας. Σ' αυτό το σημείο αξίζει να αναφερθούν τα εποικοδομητικά βήματα που έγιναν π.χ. με το Ν. 2519/97, κατά τις διατάξεις του οποίου συστήνεται σε κάθε νοσοκομείο γραφείο επικοινωνίας με τον πολίτη, με αρμόδιες επιτροπές και όργανα, στα οποία ο κάθε ασθενής μπορεί να απευθύνεται για να ενημερωθεί για τα δικαιώματά του, αλλά και να απαιτήσει να εξεταστούν τυχόν παραβιάσεις σε βάρος του.<sup>4,13</sup> Επιπροσθέτως, κρίνεται ιδιαίτερα αξιόπαινη η πρόνοια σύστασης ξεχωριστής επιτροπής προστασίας δικαιωμάτων ατόμων με ψυχικές διαταραχές, σύμφωνα με τον ίδιο νόμο.<sup>13</sup> Σε διεθνές επίπεδο, μόλις το 1994 το Περιφερειακό Γραφείο του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας στο Amsterdam εκδίδει τη Διακήρυξη για την Προαγωγή των Δικαιωμάτων των ασθενών στην Ευρώπη,<sup>15</sup> με βάση την οποία το 1997 τα κράτη-μέλη του συμβουλίου της Ευρώπης κατάρτισαν και υπέγραψαν τη «σύμβαση για την προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και της αξιοπρέπειας του ανθρώπου σε σχέση με τις εφαρμογές της Βιολογίας και της Ιατρικής», που άπτεται και των δικαιωμάτων των ασθενών. Η παραπάνω σύμβαση κυρώθηκε από τη Βουλή των Ελλήνων, με τη μορφή νόμου, ένα χρόνο αργότερα, το 1998 (Ν. 2619).<sup>16</sup>

Είναι αυτονόητη η ανάγκη βελτίωσης του επιπέδου της κοινωνίας μας με τη βελτίωση της παιδείας και της ουσιαστικής ενημέρωσης των πολιτών, ώστε οι πολίτες και ως ασθενείς να γνωρίζουν τα δικαιώματά τους και να απαιτούν από κάθε λειτουργό υγείας τον απαιτούμε-

νο σεβασμό σ' αυτά, κατά τη χρήση των υπηρεσιών υγείας (εικ. 4).

Τέλος, θεωρούμε επιτακτική εκπαιδευτική ανάγκη την αποτελεσματική διδασκαλία των αρχών της Βιοϊατρικής Ηθικής στο πλαίσιο των Ιατρικών και Νοσηλευτικών Σχολών.<sup>17</sup> Θα πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη έμφαση στη διδασκαλία στοιχείων Ψυχολογίας του ασθενούς τόσο σε θεωρητικό όσο και σε κλινικό επίπεδο, με στόχο την ευχερέστερη «δυϊκή προσέγγιση» του πάσχοντος: τόσο της τεχνοκρατικής-μηχανιστικής πλευράς της θεραπείας της νόσου του όσο και της ανθρώπινης πλευράς της.



Εικόνα 4. Ο ιατρός που ακούει και όχι μόνο ακροάζεται.

## ABSTRACT

### Patient's rights and who is to protect them

K. AKINOSOGLU, E. APOSTOLAKIS, D. DOUGENIS

Department of Cardiothoracic Surgery, University Hospital of Rio, Patra, Greece

Archives of Hellenic Medicine 2007, 24(6):605-611

Beyond any doubt, the doctor-patient relationship should be governed by the principles of medical ethics. Briefly, those principles can be summed up by the concepts of autonomy, justice and equality, and that of beneficence, the latter also carrying the meaning of non-maleficence. In the main the application of the above values mostly depends on the doctors themselves and their integrity as well as their own personal training in matters of bioethics. Nevertheless, the ignorance and emotional stress of the patients in addition to the frequent inflexibility of the health care system usually lead to the abnegation of patients' rights. As a result, one wonders whether there exist any statutes concerning the patients' rights and if so to what extent do they protect the patients. The Greek state has defined a set of rights of the citizen as a patient, according to the provisions of Law 2071/1992, article 47 focusing –still in great vagueness– on the patient's right to consent, information, and strict confidence with respect to his/her personal beliefs. However what is the case when e.g. a patient's right to confidentiality is at odds with the common good, or the right to information conflicts with his own

beneficence? In conclusion, there seems to be an urgent need for (a) teaching the basic principles of bioethics during the very first years of medical school, (b) complementary and more analytical legislation for the protection of the patients' rights, and (c) last but not least, a wide social moral awakening that results in the sensitization of the individuals themselves.

**Key words:** Bioethics, Doctor-patient relationship, Patient's rights

## Βιβλιογραφία

1. Medical Ethics Today. The BMA's handbook of ethics and law. 2nd ed. British Medical Association Ethics Department, 2004
2. ΚΟΥΤΣΕΛΙΝΗΣ Α. *Βασικές αρχές Βιοηθικής, Ιατρικής Ηθικής και Ιατρική Ευθύνη*. Εκδόσεις Μ. Παρισιάνου, Αθήνα, 1999
3. ΑΝΑΠΛΩΤΟΥ-ΒΑΖΑΙΟΥ Ε. *Καθημερινά ιατρικά προβλήματα*. Έκδοση Ε. Αναπλιώτου-Βαζαίου, Αθήνα, 1988:32
4. ΑΛΕΞΙΑΔΗ ΑΔ. Η προστασία του νοσοκομειακού ασθενούς. *Αρχ Ελλ Ιατρ* 2000, 17:101-108
5. SAMARTZI M, RIGATOS G. The link between life events, personality traits and cultural influences and the development of malignant neoplasia in women with advanced gynecological and/or breast cancer. *Psychooncology Letters* 1990, 1:9-12
6. WATSON M. Role of psychosocial factors in carcinogenesis and course of disease. In: Zittoun R (ed) *Quality of life of cancer patients. A review*. International Congress of Psychosocial Oncology, Beaune, 1992:27-40
7. ΡΗΓΑΤΟΣ Γ. *Ψυχοκοινωνική Ογκολογία*. ASCENT, Αθήνα, 2000:41-51
8. FRANCIS G. End of life care. In: Topol E (ed) *Textbook of cardiovascular medicine*. 2nd ed. Lippincott Williams & Wilkins, 2002:756
9. IRVINE R, McPHEE J, KERRIDGE IH. The challenge of cultural and ethical pluralism to medical practice. *Med J Aust* 2002, 176:175-176
10. ΑΠΟΣΤΟΛΟΠΟΥΛΟΥ-ΠΑΠΑΟΙΚΟΝΟΜΟΥ Α. *Αποστολή και λειτουργία του Νοσοκομείου*. Εκδόσεις Σάκκουλας, Αθήνα, 1980:138
11. ΑΛΕΞΙΑΔΗ ΑΔ. *Εισαγωγή στο δίκαιο της υγείας*. Εκδόσεις Μ. Δημόπουλου, Θεσσαλονίκη, 1999:15
12. Ν. 2071/1992 (ΦΕΚ τεύχος Α, 123/14.7.1992)
13. Ν. 2519/1997 (ΦΕΚ τεύχος Α, 165/21.8.1997)
14. Ν. 3418/2005 (ΦΕΚ τεύχος Α, 287/28.11.2005)
15. ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΓΙΑ ΤΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ. Διακήρυξη για την προαγωγή των δικαιωμάτων των ασθενών στην Ευρώπη. Έκδοση Περιφερειακού Γραφείου Ευρώπης, Amsterdam, 1994
16. Ν. 2619/1998, άρθρο 1ο. Κύρωση σύμβασης του Συμβουλίου της Ευρώπης για την «προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και της αξιοπρέπειας του ατόμου σε σχέση με τις εφαρμογές της Βιολογίας και της Ιατρικής: Σύμβαση για τα ανθρώπινα δικαιώματα και τη Βιοϊατρική» (ΦΕΚ τεύχος Α, 132/19.6.1998)
17. SINGER PA, PELLEGRINO ED, SIEGLER M. Clinical ethics revisited. *BMC Med Ethics* 2001, 2:1

*Corresponding author:*

K. Akinosoglou, 8-10 Patreos street, GR-262 21 Patra, Greece  
e-mail: karolakinoglou@yahoo.gr