

Ενημέρωση και συναίνεση ασθενούς για νέες θεραπευτικές μεθόδους



🕒 2 Δεκεμβρίου, 2016 👤 Εμμανουήλ Λασκαρίδης 📁 Αστική Ευθύνη

Α. Η ΣΧΕΣΗ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΝΟΜΙΚΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ

Η ιατρική και η νομική έχουν αυτονομηθεί από χιλιετίες ως επιστήμες και ανήκουν μεθοδολογικά σε διαφορετικές επιστημονικές ομάδες. Η ιατρική επιστήμη ανήκει στο χώρο των θετικών, ενώ η νομική στο χώρο των θεωρητικών επιστημών. Εντούτοις οι δυο επιστήμες παρουσιάζουν αρκετές ομοιότητες. Πρώτον και οι δυο ανήκουν στον κοινό επιστημονικό κλάδο των ανθρωπιστικών επιστημών. Ενδιαφέρον παρουσιάζει και η κοινή ορολογία που χρησιμοποιείται και στις δυο επιστήμες, αν και με διαφορετικό εννοιολογικό περιεχόμενο. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί η λέξη «παθογένεια». Η ιατρική επιστήμη ασχολείται με την παθογένεια οργάνων του σώματος ενώ η νομική με την παθογένεια των εννόμων σχέσεων. Ο όρος «προσβολή» απαντάται επίσης και στις δύο επιστήμες. Η ιατρική επιστήμη ασχολείται με προσβολή του ανθρωπίνου σώματος από μικροοργανισμούς ή ενέργειες (π.χ. υιούς ή χτυπήματα που προκαλούν κάταγμα) και η νομική επιστήμη με την προσβολή των δικαιωμάτων. Ένας κοινός επίσης όρος είναι αυτός της «αγωγής». Η ιατρική επιστήμη καταγίνεται με την αποκατάσταση της υγείας του ασθενούς, ενώ η νομική επιστήμη την αποκατάσταση προσβολής δικαιωμάτων. Η ιατρική επιστήμη αναζητά την ορθή θεραπευτική αγωγή ενώ η νομική επιστήμη με την νομική και αποδεικτική θεμελίωση της αγωγής που κατατίθεται κατά προσώπων. Επιπροσθέτως, οι επαγγελματίες και των δύο επιστημών δεσμεύονται με κοινή υποχρέωση τήρησης επαγγελματικής εχεμύθειας. Τέλος, τόσο οι ιατροί όσο και οι δικηγόροι έχουν ένα κατασταλακτικό ρόλο στην παθογένεια της υγείας ή της κοινωνίας αντίστοιχα και για το λόγο αυτό σπάνια προσφεύγει κανείς σε αυτούς προληπτικά. Ωστόσο χρησιμότερη της καταστολής αποδεικνύεται η πρόληψη. Αυτός είναι και ο λόγος που πρέπει ο Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας, ο οποίος αποτελεί νόμο του κράτους^[1], να απασχολεί τον επιμελή ιατρό πριν κλονιστεί η σχέση εμπιστοσύνης με τον ασθενή. Ευκαίριο θα ήταν δηλαδή να χρησιμοποιηθεί ο Κώδικας προς γνώση των δικαιωμάτων και υποχρεώσεων των δυο μερών και ενίσχυση της εμπιστοσύνης που διέπει τη σχέση τους.

B. ΟΡΘΗ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΚΑΙ ΕΝΝΟΜΕΣ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΜΗ ΤΗΡΗΣΗΣ ΤΗΣ

I. Η αναγκαιότητα ορθής ενημέρωσης και συναίνεσης ασθενούς

Μια σχέση εμπιστοσύνης βασίζεται στην καλή επικοινωνία. Η σχέση ιατρού-ασθενούς δεν αποτελεί εξαίρεση στον κανόνα αυτό. Σε αναφορές στον Συνήγορο του Πολίτη έχει παρατηρηθεί το φαινόμενο της ελλιπούς διαφάνειας και ενημέρωσης ασθενών[2]. Παρατηρείται, για παράδειγμα, συχνά το φαινόμενο μη αναγραφής του ονοματεπωνύμου του θεράποντος ιατρού μέσω της τοποθέτησης ειδικής πινακίδας επάνω του ή σε εμφανές σημείο του γραφείου του[3], με αποτέλεσμα να μην γνωρίζει ο ασθενής το πρόσωπο στο οποίο επιτρέπει επεμβάσεις στο σώμα του ή στο οποίο γνωστοποιεί ευαίσθητα προσωπικά δεδομένα του.[4] Το φαινόμενο αυτό είχε παρατηρηθεί σε Γενικά Νοσοκομεία όπως το Γεννηματά Αθηνών. Παρόμοια φαινόμενα έλλειψης εμπιστοσύνης απέναντι στον ιατρικό κόσμο εμφανίζονται και σε περιπτώσεις παράλειψης ανάρτησης του ωραρίου λειτουργίας γραφείων (π.χ. ταμείου, λογιστηρίου) νοσηλευτικών ιδρυμάτων.[5] Αυτό έχει παρατηρηθεί σε Γενικά Νοσοκομεία όπως το Πανεπιστημιακό του Ηρακλείου αλλά και σε αυτό της Ζακύνθου. Παράλληλα, στον ιδιωτικό τομέα παρατηρούνται επίσης μορφές κακής και ελλιπούς ενημέρωσης.

Σε όλες τις προαναφερθείσες περιπτώσεις η μη ενημέρωση του ασθενούς κλονίζει την εμπιστοσύνη του στον ιατρό ή στο νομικό πρόσωπο που παρέχει ιατρικές υπηρεσίες. Ο ασθενής δεν γνωρίζει τι πρόκειται να πράξει ο ιατρός, ποιες είναι οι υποχρεώσεις του και τα δικαιώματά του. Η κατάσταση αυτή είναι ιδιαίτερος επισφαλής διότι έτσι διακυβεύεται το κλίμα εμπιστοσύνης μεταξύ ιατρών-ασθενών. Εξ άλλου από την έννομη τάξη μας αποδίδεται ιδιαίτερη υποχρέωση εμπιστοσύνης σε πρόσωπα που απολαμβάνουν ιδιαίτερου κοινωνικού κύρους, όπως οι ιατροί.[6]

Στις αρχές του προηγούμενου αιώνα, το ζήτημα της ορθής ενημέρωσης και συναίνεσης του ασθενούς δεν ανέκυπτε τόσο έντονο και επιτακτικό, διότι ο ιατρός γινόταν αντιληπτός από τους ασθενείς ως «λευκοντυμένος ημίθεος» που δύναται να τους σώσει από οποιαδήποτε βλάβη της υγείας τους. Σήμερα το ιατρικό μοντέλο έχει αλλάξει. Κέντρο αποτελεί πλέον ο ασθενής και όχι ο ιατρός. Αιτία για τη μεταβολή αυτή υπήρξε ο Β' Παγκόσμιος Πόλεμος και τα πειράματα που πραγματοποιήθηκαν κατά τη διάρκεια αυτού από ιατρούς επιστήμονες που συνεργάστηκαν με το Τρίτο Ράιχ. Εν συνεχεία, κατά τις δεκαετίες του 1960 και 1970 εισήχθη ο όρος των «bioethics» (βιοηθική) στην Αμερική. Πλέον ο ιατρός δεν αποφάσιζε μόνος του για την τύχη της υγείας του ασθενούς αλλά θεολόγοι, εκπρόσωποι ασθενών και νομικοί είχαν επίσης λόγο στις θεραπευτικές του επιλογές.[7]

II. Έννομες συνέπειες μη ή πλημμελούς ενημέρωσης

Οποιαδήποτε επέμβαση στο σώμα του ασθενούς θεωρείται καταρχήν παράνομη προσβολή της φυσικής υπόστασης της προσωπικότητάς του.[8] Για να μην υφίσταται αυτό, θα πρέπει να συναίνεσει ο ασθενής, αλλιώς ο ιατρός μπορεί να κατηγορηθεί για παράνομη βία ή σωματική βλάβη. Η συναίνεση ωστόσο προϋποθέτει πάντα την ορθή ενημέρωση του ασθενούς, η οποία συνδέεται με την αρχή της διαφάνειας στο δημόσιο (π.χ. την υποχρέωση του δημοσίου υπαλλήλου να δηλώνει την ιδιότητά του). Ιδιαίτερη βαρύτητα πρέπει να δίδεται στην ενημέρωση του ασθενούς αναφορικά με τα πλεονεκτήματα και τα μειονέκτημα της κάθε θεραπευτικής μεθόδου[9], καθώς επίσης να γίνεται μία σύγκριση των μεθόδων που μπορούν να εφαρμοστούν, όταν υφίσταται δυνατότητα επιλογής. Σε περίπτωση μη ενημέρωσης ή μη ορθής ενημέρωσης του ασθενούς, η συναίνεση του ασθενούς πάσχει από ακυρότητα και καθιστά επίσης την ιατρική πράξη παράνομη προσβολή της προσωπικότητας του ασθενούς (ΑΚ 57). Τουναντίον, μέσω της (έγκυρης) συναίνεσης του ασθενούς αίρεται ο παράνομος χαρακτήρας της επέμβασης στην προσωπικότητά του. Κατ' αποτέλεσμα είναι έγκυρη η συναίνεση του παθόντος για απλή σωματική βλάβη[10], αλλά και στις περιπτώσεις τεχνητής διακοπής εγκυμοσύνης στις περιπτώσεις που ορίζει ο νόμος (ΠΚ 304).[11] Κατά συνέπεια εκλείπει ο άδικος χαρακτήρας της ιατρικής πράξης, όταν αυτή έγινε *lege artis* και κατόπιν έγκυρης συναίνεσης.

Ο βαθμός υπαιτιότητας του ιατρού για μη ενημέρωση του ασθενούς διαφοροποιεί την υπαγωγή και τις έννομες συνέπειες στο αγγλοαμερικανικό δίκαιο. Στην περίπτωση από αμέλεια παράλειψης ενημέρωσης γίνεται λόγος για *negligence* ενώ του δόλου για *battery* και *assault*.^[12] Συχνά τα αγγλικά δικαστήρια δέχονται ότι η ελλιπής ενημέρωση του ασθενούς δεν καθιστά άκυρη τη συναίνεση του ασθενούς^[13] ώστε να μην καταδικαστεί ο θεράπων ιατρός για *battery* και υποστεί τις βαριές έννομες συνέπειές της. Κατ' αποτέλεσμα αυξάνεται διαρκώς η αποδοχή της *negligence* σε περιπτώσεις μη ή ελλιπούς ενημέρωσης.^[14] Εντούτοις, η θέση αυτή των βρετανικών δικαστηρίων έχει επικριθεί στη θεωρία και από τον *Ian Kennedy*, διότι δεν εξυπηρετεί επαρκώς τα συμφέρον του ασθενούς.^[15] Αυτός υποστηρίζει ότι η έννοια της *battery* πρέπει να τύχει ευρύτερης ερμηνείας και να περιλαμβάνει και περιπτώσεις, όπου δεν υπάρχει σωματική επαφή ιατρού ασθενούς όπως π.χ. κατά τον προσδιορισμό της φαρμακευτικής αγωγής.^[16] Αντίθετα, στην ελληνική έννομη τάξη όπως και στις λοιπές χώρες της ηπειρωτικής Ευρώπης ο βαθμός υπαιτιότητας του ιατρού ως προς την μη ενημέρωση δεν επιδρά στις έννομες συνέπειες. Ο ιατρός δηλ. θα καταβάλει την ίδια αποζημίωση ανεξάρτητα εάν από αμέλεια ή δόλο δεν προέβη σε πλήρη και σαφή ενημέρωση του ασθενούς. Ο βαθμός υπαιτιότητας θα μπορούσε μόνο να επιδράσει κατά την επιδίκαση του ποσού της ηθικής βλάβης.^[17] Στην παρούσα μελέτη θα προβούμε σε μια ανάλυση της υποχρέωσης ενημέρωσης με βασικό άξονα τους απαραίτητους όρους που πρέπει να πληροί η ενημέρωση για να είναι έγκυρη η συναίνεση τους ασθενούς.

Γ. ΤΑ ΤΕΣΣΕΡΑ ΒΑΣΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ.

Αναφορικά με την υποχρέωση ενημέρωσης του ασθενούς πέντε είναι τα βασικά ερωτήματα που καλείται να απαντήσει ένας νομικός προκειμένου να διαπιστώσουμε αν υπήρξε ορθή ενημέρωση του ασθενούς και σε διαφορετική περίπτωση να θεμελιωθεί ευθύνη του θεράποντος ιατρού. Τα ερωτήματα αυτά συνίστανται στο α) ποιος καλείται να ενημερώσει, β) ποιόν, γ) σε ποια χρονική στιγμή, δ) σε ποιο τόπο και στ) σε ποια έκταση.

Ι. Ποιος (υπεύθυνος ενημέρωσης). Αρμόδιος να προβεί στην ενημέρωση του ασθενούς είναι πάντοτε ο θεράπων ιατρός^[18]. Σε καμία περίπτωση το παραϊατρικό προσωπικό ή οι βοηθοί, π.χ. η νοσοκόμα δεν μπορούν να προβούν στην εκπλήρωση της υποχρέωσης ενημέρωσης καθότι αυτή είναι προσωπική κατά ΑΚ 651^[19]. Η απαίτηση αυτή για προσωπική εκπλήρωση της υποχρέωσης αυτής είναι εύλογη, αφού μόνο ο ιατρός, ως ο πλήρης γνώστης της διάγνωσης και θεραπείας, μπορεί να ενημερώσει με ακρίβεια και εύληπτα τον ασθενή και να απαντήσει σε τυχόν διευκρινιστικές ερωτήσεις του. Το παραϊατρικό προσωπικό μπορεί να βοηθήσει μόνο επικουρικά όπως για παράδειγμα διανέμοντας ενημερωτικά έντυπα και δίνοντας γενικές πληροφορίες.^[20] Εντούτοις πρέπει να σημειώσουμε ότι σε πρόσφατη νομολογία του Γερμανικού Ακυρωτικού παρατηρείται μια ελαστικότητα ως προς την απαίτηση για προσωπική διενέργεια ιατρικών πράξεων από τον θεράποντα ιατρό. Κρίθηκε για παράδειγμα ότι η διάγνωση μέσω βοηθών ιατρών του θεράποντα ιατρού και η τηλεφωνική καθοδήγησή τους κατά την τοποθέτηση καθετήρα μέσω ουροδόχου κύστης δεν προσβάλλει την αρχή της προσωπικής εκπλήρωσης και δεν συνιστά πλημμελή διάγνωση.^[21]

Θέμα ανακύπτει σε περίπτωση πλημμελούς ενημέρωσης του ασθενούς αναφορικά με την ευθύνη Διοικητή/Διευθυντή Νοσηλευτικού Ιδρύματος (ως διοικητικού οργάνου) παρά μόνο συντονιστικό ρόλο. Ορθά υποστηρίζεται ότι αυτός δεν οφείλει να ενημερώσει τον ασθενή αλλά απλώς να διανέμει αρμοδιότητες και κατ' επέκταση να ορίζει ανά περίπτωση τον υπόχρεο προς ενημέρωση ιατρό.^[22] Ουσιαστικά δηλ. οφείλει να συντονίζει την διαδικασία της ενημέρωσης. Σε περίπτωση παράλειψης αυτού του συντονισμού θα ευθύνεται ο διευθύνων. Συνήθως θα είναι δύσκολο να δεχτούμε αποκλειστική του ευθύνη είτε διότι η δράση των ιατρών είναι αλληλοεξαρτώμενη είτε λόγω αποδεικτικής δυσχέρειας, οπότε θα πρέπει να δεχτούμε παθητική ενοχή εις ολόκληρον του συντονιστή ιατρού με τον θεράποντα, όπως ορθά έχει υποστηριχθεί στην ελληνική θεωρία.^[23]

Διχογνωμία υφίσταται επίσης αναφορικά με το εάν ευθύνεται ως προς το ζήτημα της ενημέρωσης του ασθενούς ο παραπέμπων ιατρός για ζητήματα που ανήκουν στην ειδικότητα έτερου ιατρού στον οποίο ο ασθενής παραπέμπεται. Για παράδειγμα, σε περίπτωση test κοπώσεως τόσο ο παραπέμπων ιατρός παθολόγος, όσο και ο καρδιολόγος που ανέλαβε εν συνεχεία τον ασθενή δεν ενημέρωσαν τον τελευταίο για πιθανότητα κινδύνου

0,05%.[24] Σε αυτή την περίπτωση, ο νόμος[25] ορίζει ότι κάθε ιατρός οφείλει να ενημερώνει τον ασθενή. Σε διαφορετική περίπτωση, και οι δύο ιατροί ευθύνονται εις ολόκληρον. Ο ασθενής επιλέγει κατά ποιού θα στραφεί και εν συνεχεία οι ιατροί μπορούν να στραφούν αναγωγικά ο ένας κατά του άλλου. Τουναντίον, η θεωρία διαφωνεί, με το σκεπτικό ότι αυξάνεται υπερβολικά η ευθύνη του παραπέμποντος ιατρού με αυτό τον τρόπο. Κατά τη θεωρία[26], ο παραπέμπων ιατρός θα πρέπει να ευθύνεται μόνο για την ενημέρωση ως προς τους λόγους της παραπομπής, ενώ η υποχρέωση ενημέρωσης αναφορικά με τους κινδύνους, τα αποτελέσματα της θεραπείας, τη μέθοδο που θα ακολουθηθεί και λοιπά θέματα που αποτελούν το περιεχόμενο της υποχρέωσης ενημέρωσης βαρύνει τον θεράποντα ιατρό. Η μεταβίβαση της υποχρέωσης ενημέρωσης από τον θεράποντα σε άλλον ιατρό είναι δυνατή μόνο κατόπιν συμφωνίας με τον ασθενή.[27]

II. Ποιον (υποκείμενο ενημέρωσης). Ο ιατρός οφείλει πάντοτε να ενημερώνει αυτοπροσώπως τον ασθενή[28]. Θα πρέπει δηλαδή να υπάρχει προσωπική επαφή μεταξύ ιατρού-ασθενούς και δεν αρκεί η χορήγηση εντύπων[29], διότι ο ασθενής μπορεί να χρειάζεται την αρωγή του ιατρού για την κατανόηση του εντύπου λόγω έλλειψης ειδικών γνώσεων ή ακόμη σε σπάνιες περιπτώσεις λόγω αναλφαριθμητισμού ή άγνοιας της ελληνικής γλώσσας.[30]

Έτερα πρόσωπα πλην του ασθενούς κατ' αρχήν δεν πρέπει να ενημερώνονται διότι τα δεδομένα της υγείας του ασθενούς αποτελούν ευαίσθητα προσωπικά δεδομένα.[31] Ακόμα και μεταθάνατο προέχει η προστασία του ασθενούς έναντι κληρονομικών συμφερόντων συγγενών (π.χ. ακύρωση διαθήκης λόγω ψυχιατρικής νόσου), καθώς ο Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας στο άρθρο 14§8 απαιτεί την απόδειξη κληρονομικού δικαιώματος για την πρόσβαση στον φάκελο νεκρού ασθενούς.[32] Κατ' εξαίρεση ενημερώνονται μόνο ή και οι συγγενείς όταν είναι νόμιμοι εκπρόσωποι του ασθενούς ή έχουν ίδιο συμφέρον όπως για παράδειγμα στην περίπτωση της στείρωσης ενός των συζύγων, γεγονός που επηρεάζει το δικαίωμα αναπαραγωγής και του άλλου, οπότε επιβάλλεται μια ενημέρωση και του άλλου συζύγου ή ερωτικού συντρόφου[33].

Σε περίπτωση επίσης που ο ασθενής είναι ανήλικος θα πρέπει να ενημερώνονται οι γονείς του ανήλικου και συγκεκριμένα και οι δύο γονείς, διότι κατά το οικογενειακό δίκαιο και οι δύο ασκούν από κοινού τη γονική μέριμνα του τέκνου (ΑΚ 1510§1). Κατά συνέπεια και οι δύο γονείς θα πρέπει να υπογράψουν τη σχετική σύμβαση ιατρικής αγωγής, ως νόμιμοι εκπρόσωποι του τέκνου.[34] Αξίζει να αναφερθεί εδώ, η περίπτωση που απασχόλησε το Γερμανικό Ακυρωτικό, γνωστή και ως «ο μη ενημερωμένος πατέρας». Σε αυτή εξετάστηκε ο δικαιούχος ενημέρωσης προκειμένου να πραγματοποιηθεί επέμβαση στην καρδιά παιδιού με Σύνδρομο Down και καρδιολογικό πρόβλημα.[35] Για την εγχείριση που απαιτείτο να πραγματοποιηθεί η μητέρα συναίνεσε εγγράφως και υπέγραψε. Η επέμβαση κρίθηκε επιτυχής, ωστόσο μετά το πέρας αρκετού χρόνου η μητέρα στράφηκε κατά των ιατρών, διότι υποστήριξε ότι και οι δύο γονείς έπρεπε να έχουν συναίνεση. Κατά το γράμμα νόμου είχε δίκιο, αλλά το Γερμανικό Ακυρωτικό δικάωσε τους ιατρούς, όχι μόνο για λόγους αποφυγής γραφειοκρατίας, αλλά και διότι η τυχόν παροχή συναίνεσης και από τους δύο γονείς θα αντίκειτο στα συμφέροντα των γονέων, κατά το μέτρο που θα τους φόρτιζε υπερβολικά, με αποτέλεσμα να διακυβεύεται εν τέλει ακόμη και το συμφέρον του ίδιου του τέκνου (π.χ. σε περίπτωση υπερβολικής καθυστέρησης της ενδεδωγμένης επέμβασης). Σίγουρα δεν απαιτείται η παροχή συναίνεσης και από τους δύο γονείς μαζί σε δύο περιπτώσεις: α) σε επείγοντα περιστατικά και β) σε επεμβάσεις ρουτίνας.

III. Πώς (τρόπος ενημέρωσης). Για την ενημέρωση δεν απαιτείται από το νόμο έγγραφος τύπος. Ο ασθενής μπορεί και πρέπει να ενημερώνεται και προφορικά από τον θεράποντα ιατρό.[36] Για αποδεικτικούς όμως λόγους, προτιμότερο είναι να ενημερώνεται γραπτά, ή να σημειώνεται η ενημέρωση που του παρασχέθηκε από τον θεράποντα ιατρό στον ιατρικό του φάκελο.[37] Μαγνητοφωνήσεις ή μαγνητοσκοπήσεις συνιστούν επίσης έγκυρο αποδεικτικό μέσο.[38] Αυτό θα πρέπει να γίνεται με την φροντίδα του θεράποντα ιατρού, αφού αυτός φέρει το βάρος απόδειξης για την ενημέρωση του ασθενούς.[39]

Η ενημέρωση δεν πρέπει να πραγματοποιείται μαζικά αλλά στον κάθε ασθενή χωριστά. Πρώτον διότι, σε διαφορετική περίπτωση μπορεί να υπάρξει παραβίαση ευαίσθητων προσωπικών δεδομένων, καθώς επίσης να

θιγεί η εμπιστοσύνη του ασθενούς στο πρόσωπο του ιατρού του. Δεύτερον, εάν η ενημέρωση πραγματοποιηθεί μαζί θα υπάρχει έλλειψη επαρκούς χρόνου εκ μέρους του ασθενούς για υποβολή ερωτήσεων.[40] Για όλους αυτούς η παροχή εντύπων ενημέρωσης συνίσταται ως τρόπος, αλλά δεν αρκεί διότι ίσως κάποιος ασθενής να επιθυμεί μια διευκρίνηση. Θα πρέπει να ρωτά και να επιβεβαιώνει ο ιατρός αν οι ασθενείς έχουν απορίες. Όσο πιο προσωπικός είναι ο χαρακτήρας της ενημέρωσης, τόσο εγκυρότερη θα κρίνεται η συναίνεση του ασθενούς.[41]

Η ενημέρωση του ασθενούς μπορεί να διακριθεί γενικώς στα ακόλουθα στάδια[42]: α) *το διαγνωστικό*, σύμφωνα με το οποίο ο ασθενής ενημερώνεται για την επικείμενη ιατρική πράξη και τους κινδύνους που εμφοιλοχωρούν β) *το θεραπευτικό*, σύμφωνα με το οποίο ο ασθενής ενημερώνεται για τον τρόπο με τον οποίο θα γίνει η θεραπεία, καθώς επίσης και για εναλλακτικές μορφές θεραπείες και γ) *το μετεγχειρητικό*, όπου ο ασθενής πληροφορείται τις συνέπειες της επέμβασης, π.χ. ότι δεν θα υπάρχει αίσθηση αφής μετά την εγχείριση.[43]

IV. Πότε (χρόνος ενημέρωσης). Ο ασθενής θα πρέπει να ενημερώνεται εγκαίρως, ήτοι όχι αμέσως πριν ή κατά την διενέργεια ιατρικής πράξης. Στη Γερμανία αρχικά υποστηρίχθηκε ότι ο ασθενής θα πρέπει να ενημερώνεται 24 ώρες πριν την ιατρική πράξη[44], αλλά εν συνεχεία θεωρήθηκε πολύ μικρό αυτό το χρονικό διάστημα και απορρίφθηκε.[45] Για παράδειγμα, στην υπόθεση Dyson J, οκτώ ασθενείς στράφηκαν κατά οδοντίατρο, διότι τον είχαν επισκεφτεί για απλό έλεγχο υγιεινής των δοντιών τους και ο επ' ευκαιρίας αυτού, ο οδοντίατρος προέβαινε σε έτερες οδοντιατρικές πράξεις (π.χ. μεγάλα σφραγίσματα, απονευρώσεις, προσθήκη θηκών κτλ.). Οι πράξεις αυτές θεωρήθηκαν ελαφρές ή βαριές με πρόθεση σωματικές βλάβες εκ προθέσεως για αποκόμιση κέρδους και προκάλεσαν την αφαίρεση της άδειας του οδοντίατρο. Συγκεκριμένα, θεωρήθηκε ότι δεν υπήρχε έγκαιρη ενημέρωση των ασθενών, οι οποίοι μην έχοντας χρόνο να αποφασίσουν, σχεδόν αναγκαστικά τις ανέχονταν κατά τη διάρκεια των οδοντιατρικών ελέγχων τους.

Σε έτερη υπόθεση[46] που απασχόλησε το Γερμανικό Ακυρωτικό, απαιτείτο να πραγματοποιηθεί επέμβαση σε θυροειδή ασθενούς. Ενημέρωσαν τον ασθενή σχετικά, αλλά όχι και για κίνδυνο τραυματισμού λαρυγγικού νεύρου, τον οποίο υπέστη εν τέλει ο ασθενής. Η απόφαση ήταν καταδικαστική, διότι ο ασθενής ενημερώθηκε για τους κινδύνους, τη χρονική διάρκεια και τα λοιπά στοιχεία της εγχείρισης 24 ώρες πριν την επέμβαση, ενώ το ραντεβού του για την επέμβαση αυτή είχε ρυθμιστεί πολύ νωρίτερα. Η ενημέρωση θα έπρεπε να είχε πραγματοποιηθεί κατά τον ορισμό του ραντεβού, ώστε να έχει προλάβει να ενημερωθεί ο ασθενής για όλους τους πιθανούς κινδύνους. Ένα 24ωρο πριν την επέμβαση, ο ασθενής ένιωθε υποχρεωμένος να προβεί σε αυτή και δεν είχε τον απαιτούμενο χρόνο να σκεφτεί και να αποφασίσει ελεύθερα. Στην προκειμένη περίπτωση δεν ήταν ελεύθερη η συναίνεση, διότι ο ασθενής δεν στάθμισε τα υπέρ και τα κατά. Ομοίως συνέβη και σε περίπτωση που απασχόλησε την Ανεξάρτητη Αρχή του Συνηγόρου του Πολίτη στην Ελλάδα, κατά την οποία ασθενής υποβλήθηκε σε μεταμόσχευση μυελού των οστών, χωρίς να συναινέσει πριν τη διενέργεια της πρώτης θεραπευτικής πράξης. Η εκ των υστέρων έγκριση που έδωσε (μετά την έναρξη χημειοθεραπειών) δεν αίρει τον τυχόν άδικο χαρακτήρα της πράξης. [47]

Δ. ΤΟ ΠΕΜΠΤΟ ΕΡΩΤΗΜΑ: ΠΟΣΟ;

I. Η έκταση της υποχρέωσης ενημέρωσης

1. Προς αναζήτηση κριτηρίων προσδιορισμού στην ξένη νομολογία

Σύμφωνα με την κρατούσα άποψη, ο ασθενής πρέπει να ενημερώνεται τόσο όσο είναι αναγκαίο και ο ίδιος επιθυμεί. Κατά συνέπεια πρέπει να γνωρίζει το είδος, τη σημασία και την πορεία της θεραπευτικής αγωγής όχι σε κάθε ιατρική λεπτομέρεια, αλλά στα σημεία εκείνα που είναι κρίσιμα να προκαλέσουν τη συναίνεση ή την άρνησή του.[48] Ειδικότερα, για να κριθεί η έκταση της απαιτούμενης ενημέρωσης του ασθενούς εκ μέρους του

θεράποντος ιατρού, σκόπιμο είναι να ανατρέξει κανείς στο άρθρο 914 ΑΚ. Σε αυτό, ως προϋπόθεση αδιοπρακτικής ευθύνης ορίζεται, μεταξύ άλλων, και η αιτιώδης συνάφεια μεταξύ παράνομης και υπαίτιας πράξης που προκάλεσε τη ζημία και ζημιογόνου αποτελέσματος. Ο ιατρός φέρει το βάρος ευθύνης ότι προέβη σε πλήρη ενημέρωση, υπό την έννοια ότι θα πρέπει να αποδείξει ότι ακόμη κι αν είχε ενημερώσει τον ασθενή, ο τελευταίος πάλι θα προέβαινε στην ίδια συμπεριφορά/επιλογή.

Η προαναφερθείσα αρχή ισχύει και στο αγγλικό δίκαιο όπως αποδεικνύεται για παράδειγμα από την υπόθεση *Pearce v. United Bristol Healthcare NHS Trust (1998)*[49], όπου έγκυος στον ένατο μήνα φοβούμενη το θάνατο του κυοφορούμενου από την μην έγκαιρη γέννα απευθύνθηκε στον γυναικολόγο της και δήλωσε ότι επιθυμούσε την μέσω τεχνητών πόνων πρόκληση γέννας ή γέννα μέσω καισαρικής τομής. Ο ιατρός θεώρησε ότι δεν ήταν ενδεδειγμένη η καισαρική, διότι θα ήταν πολύ επικίνδυνη η επέμβαση και το σώμα της θα αργούσε αρκετά να επανέλθει στην προ επέμβασης κατάσταση. Η γυναίκα συμφώνησε με τη σύσταση του ιατρού, ωστόσο το τέκνο απεβίωσε εντός της μήτρας της λίγες ημέρες αργότερα. Δεδομένου ότι ο κίνδυνος που υπήρχε ανερχόταν σε ποσοστό 1%, για το οποίο δεν την ενημέρωσε ο ιατρός, διότι δεν το θεώρησε σκόπιμο λόγω πανικού και άσχημης ψυχολογικής της κατάστασης, τίθενται τα εξής ερωτήματα. Πρώτον, εάν θα έπρεπε να την ενημερώσει ο ιατρός για αυτό το μικρό ποσοστό αποτυχίας και δεύτερον, εάν η γυναίκα όντας ενημερωμένη θα άλλαζε την απόφασή της για φυσική γέννα. Ως προς το πρώτο ερώτημα, κρίθηκε ότι λαμβάνοντας υπόψη την ψυχολογική κατάσταση της εγκύου ορθώς δεν την ενημέρωσε για τον μικρό αυτόν κίνδυνο γιατί θα επέτεινε την ψυχολογική της κατάσταση (υποκειμενικό κριτήριο). Για το λόγο αυτό ο ιατρός αθωώθηκε τόσο στο πρωτοβάθμιο όσο και στο δευτεροβάθμιο δικαστήριο. Τα δύο αυτά δικαστήρια αποφάνθηκαν αρνητικά και ως προς το δεύτερο ερώτημα, αφού έκριναν ότι ακόμα και εάν ενημερωνόταν η κυοφορούσα για τον προαναφερθέντα κίνδυνο, δεν θα άλλαζε η συμπεριφορά της.

Η οριοθέτηση της υποχρέωσης ενημέρωσης, όπως και κάθε κύριας υποχρέωσης[50], αποτελεί εντούτοις μια πολύ σημαντική εργασία, καθότι ευρύτερα όρια συνεπάγονται αφενός μη εκπλήρωση ή πλημμελή εκπλήρωση της ενοχής και αφετέρου αδιοπραξία στο βαθμό που καθιστούν άκυρη τη συναίνεση του ασθενούς (ΑΚ 914 σε συνδ. με ΑΚ 57 επ.). Όπως και κατά τον προσδιορισμό άλλων υποχρεώσεων του ιατρού (π.χ. τήρησης ιατρικού φακέλου[51]) έτσι και για την έκταση της υποχρέωσης ενημέρωσης απαραίτητη είναι εύρεση κριτηρίων οριοθέτησης.

Ένα τέτοιου είδους κριτήριο αποτελεί η συμπεριφορά ενός μέσου συνετού ανθρώπου (αντικειμενικό κριτήριο), δηλ. το πώς αυτός θα αντιδρούσε ακόμα κι αν είχε ενημερωθεί ορθώς. Στη διεθνή νομολογία, δεν ακολουθείται ενιαία ένα αντικειμενικό ή υποκειμενικό κριτήριο. Στην υπόθεση *Reibl v. Hughes*[52], για παράδειγμα, το ανώτατο πολιτικό δικαστήριο του Καναδά αποφάνθηκε υπέρ υιοθέτησης ενός αντικειμενικού κριτηρίου για την αναμενόμενη συμπεριφορά του ασθενή. Συγκεκριμένα διατύπωσε την θέση ότι: «ο ιατρός πρέπει να παράσχει στον ασθενή επαρκή πληροφόρηση, ώστε ένα μέσο (αντικειμενικά) συνετό άτομο στη θέση του ασθενούς να ήταν ικανό να αντιληφθεί τις συνέπειες μιας ιατρικής επέμβασης». Στη συγκεκριμένη υπόθεση, λόγω εγκεφαλικού επεισοδίου, ο ασθενής υποβλήθηκε σε ενδοαρτηρεκτομή (αφαίρεση πλάκας από την αρτηρία), η οποία του προκάλεσε παράλυση και σεξουαλική ανικανότητα. Ο συγκεκριμένος ασθενής δεν είχε ενημερωθεί για τον επείγοντα χαρακτήρα της εγχείρισης και θεωρώντας ότι είναι απαραίτητο να προβεί σε αυτή άμεσα, συναίνεση. Το καναδικό Ακυρωτικό έκρινε άκυρη η συναίνεσή του και ότι υπέστη βαριά σωματική βλάβη. Ο ασθενής γνώριζε ότι το να προβεί στην εγχείριση ενείχε κινδύνους, αλλά εσφαλμένα είχε αντιληφθεί ότι το να μην προβεί σε αυτή ενείχε περισσότερους κινδύνους. Σε 18 μήνες θα έβγαινε στη σύνταξη, την οποία έχασε επειδή μετά την ιατρική επέμβαση ήταν ανίκανος για εργασία και δεν συμπλήρωσε τα απαιτούμενα έτη. Αν γνώριζε τους ενδεχόμενους κινδύνους που συνεπάγεται η επέμβαση, θα ανέβαλε την εγχείριση για 18 μήνες ώστε να συνταξιοδοτηθεί και μετά να την επιχειρήσει. Σε αυτή την περίπτωση, αν και υπήρχε έγγραφη συναίνεση του ασθενούς, δόθηκε αποζημίωση λόγω σωματικής βλάβης (damage) εξαιτίας της ελλιπούς ενημέρωσης που του είχε δοθεί.

Προς την κατεύθυνση αυτή κινήθηκε και η προαναφερθείσα канаδική απόφαση αναφορικά με την ευθύνη του γυναικολόγου. Στην εν λόγω περίπτωση επικράτησε η υποκειμενική αντίληψη και θεώρηση της εγκύου και όχι το αντικειμενικό κριτήριο του μέσου συνετού ανθρώπου, ο οποίος μπορεί να επηρεαζόταν από την ενημέρωση του κινδύνου σχετικά με τον θάνατο του κυοφορούμενου. Το υποκειμενικό κριτήριο έλαβε υπόψη και το Γερμανικό Ακυρωτικό[53] σε υπόθεση αναφορικά με νέο φάρμακο, το οποίο βρισκόταν σε δοκιμαστική φάση και για το οποίο δεν ενημέρωσε ο θεράπων ιατρός τον ασθενή ότι μπορεί να επιδράσει στην όρασή του και γι' αυτό επιβάλλεται τακτικός οφθαλμολογικός έλεγχος. Το γεγονός ότι αν αυτός διάβαζε τις οδηγίες του φαρμάκου θα διαπίστωνε ότι δεν ήταν βέβαιο αν υπάρχουν παρενέργειες στην όραση δεν επέδρασε στον προσδιορισμό της έκτασης υποχρέωσης. Κρίθηκε δηλ. ότι ακόμα και αν ο μέσος συνετός άνθρωπος θα τις διάβαζε, ο συγκεκριμένος ασθενής δεν ευθύνεται αυτός που δεν προέβη σε μηνιαίους οφθαλμολογικούς ελέγχους αλλά ο θεράπων ιατρός του που δεν τον ενημέρωσε για τους ελέγχους αυτούς και για το γεγονός ότι δεν αποκλειόταν μια επιρροή στην οπτική του ικανότητα.

Παρόμοιο πραγματικό αλλά και διατακτικό παρατηρείται στην υπόθεση *Poynter v. Hillingdon Health Authority*[54] όπου οι γονείς παιδιού 15 μηνών, το οποίο απεβίωσε κατόπιν μεταμόσχευσης καρδιάς είχαν ενημερωθεί για τους συνήθεις κινδύνους αλλά όχι και για τον κίνδυνο έλλειψης οξυγόνου στον εγκέφαλο (brain damage- serious disability).[55] Δεδομένου ότι ο κίνδυνος αυτός εμφανιζόταν σε ποσοστό χαμηλότερο του 1% και δεδομένου ότι οι γονείς δεν υπέβαλαν σχετικές ερωτήσεις για σπάνιους κινδύνους προκειμένου να ενημερωθούν σχετικά και να αιτηθούν τη διενέργεια του προληπτικού *Bolam Test*, θεωρήθηκε ότι δεν υπήρξε ευθύνη για ελλιπή ενημέρωση εκ μέρους των θεράποντων ιατρών. Ίδιο αποτέλεσμα αλλά με διαφορετικό αιτιολογικό παρατηρείται και στην υπόθεση *Wells v Surrey AHA*[56]. Σε αυτή ο ασθενής δεν ενημερώθηκε για όλες τις συνέπειες της στείρωσης στην οποία υποβλήθηκε, εντούτοις θεωρήθηκε έγκυρη η συναίνεσή του, ώστε να αποκλεισθεί η τιμωρία του ιατρού βαριά σωματική βλάβη εκ προθέσεως (tort of battery).[57] Κυρίως στην αγγλική νομολογία επικρατεί ένας περιορισμός της υποχρέωσης ενημέρωσης αναφορικά με αυτούς τους κινδύνους που εμφανίζουν μεγάλη πιθανότητα.

2. Η ελληνική νομολογία

Ο από πλευράς δεοντολογίας και βιοηθικής αμφίβολης ορθότητας αυτός περιορισμός της έκτασης της υποχρέωσης ενημέρωσης εφαρμόζεται ευτυχώς επιλεκτικά στην ελληνική νομολογία. Έτσι για παράδειγμα ενώ στην ΑΠ 424/2012[58] κρίθηκε ότι και κίνδυνος θανάτου από τεστ υπερκόπωσης με πιθανότητα 0,05 % πρέπει να αναφέρεται, ενώ σε υπόθεση προγεννητικού ελέγχου[59], όπου δεν ενημερώθηκαν οι γονείς για πιθανότητα 1 στις 280 πιθανότητες να γεννηθεί το παιδί με σύνδρομο Down, θεωρήθηκε σύνομη η μη ενημέρωση αυτή. Εντούτοις, κοινή είναι η παράλειψη αναφοράς στο υποκειμενικό ή αντικειμενικό κριτήριο και στις δυο αποφάσεις.

Τα προαναφερθέντα ισχύουν όταν ο ιατρός εφαρμόζει συμβατικές διαγνωστικές και θεραπευτικές μεθόδους. Στην ελληνική νομολογία δεν παρατηρείται μια ενιαία θέση ως προς τις έννομες συνέπειες πλημμελούς ενημέρωσης του ασθενούς. Σε ορισμένες περιπτώσεις αυτή εφαρμόζεται υπερβολικά αυστηρά οδηγώντας σε απόδοση υπέρμετρων ποσών ηθικής βλάβης.[60] Σε άλλες όμως δεν δίδεται ιδιαίτερο βάρος. Αυτό παρατηρήθηκε για παράδειγμα σε απόφαση του Εφετείου Θράκης[61] σε υπόθεση τραυματισμού ασθενή από χρήση ιατρικού μηχανήματος και συγκεκριμένα στυλεού, ο οποίος υπερθερμάνθηκε χωρίς πταίσμα του θεράποντος οφθαλμιάτρου και προκάλεσε ελαφρά βαριά σωματική βλάβη στο πρόσωπο του ασθενούς. Το γεγονός ότι οι μέθοδοι που εφάρμοσε ο χειρουργός οφθαλμίατρος γίνονται δεκτές από την ιατρική επιστήμη και ότι αυτός δεν μπορούσε να προβλέψει και να αποτρέψει με οποιονδήποτε τρόπο την αιφνίδια βλάβη του ιατρικού μηχανήματος οδήγησαν στην αθώωσή του. Η νεότερη νομολογία θα τιμωρούσε ενδεχομένως τον οφθαλμίατρο για μη ενημέρωση του ασθενούς αναφορικά με τους κινδύνους μιας τέτοιας επέμβασης.

Σε κάθε περίπτωση, γίνεται αποδεκτό ότι δεν συνιστά ορθή ενημέρωση του ασθενούς η γενική και αόριστη ενημέρωσή του μέσω ενός μεμονωμένου εγγράφου στο οποίο μάλιστα ζητείται να συναινέσει ο ασθενής σε οποιαδήποτε ιατρική πράξη διενεργηθεί στο σώμα του. Σε συγκεκριμένη περίπτωση[62], ασθενής ο οποίος

εισήχθη σε χειρουργικό τμήμα λόγω «φλεγμονής δεξιού άκρου» κλήθηκε να υπογράψει υπεύθυνη δήλωση κατά την οποία «ενημερώθηκε από τους θεράποντες ιατρούς για την πάθησή του και εμπιστεύεται απόλυτα το ιατρικό προσωπικό του τμήματος προκειμένου να του εφαρμοστεί οποιαδήποτε διαγνωστική μέθοδος και θεραπευτική αγωγή με οποιαδήποτε μέσα, με πλήρη γνώση όλων των ενδεχομένων για τη ζωή του κινδύνων κατά την εφαρμογή αυτών». Ο ασθενής αρνήθηκε και εξαιτίας της άρνησής του έλαβε «πειθαρχικό εξιτήριο» από το χειρουργικό τμήμα. Γίνεται σαφές, ότι το συγκεκριμένο κείμενο της ως άνω υπεύθυνης δήλωσης δεν ανταποκρίνεται στην υποχρέωση του ιατρού για πλήρη ενημέρωση του ασθενούς, καθώς γίνεται αφηρημένη αναφορά σε σοβαρούς κινδύνους που ενδέχεται να αντιμετωπίσει ο ασθενής, χωρίς να εξειδικεύονται διεξοδικά οι συγκεκριμένοι κίνδυνοι, ενώ παράλληλα ζητείται «λευκή συναίνεση» του ασθενών για μια σειρά πράξεων που δεν προσδιορίζονται με σαφήνεια, στερώντας ουσιαστικά τον ασθενή από το δικαίωμα να επιλέξει μια μέθοδο ή όχι.

II. Το δυσχερές θέμα της επιλογής επιστημονικής μεθόδου

1. Ο Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας

Ο ιατρός είναι επιφορτισμένος με το καθήκον επιλογής της μεθόδου που θα ακολουθήσει στην διαγνωστική και θεραπευτική διαδικασία, ήτοι η επιλογή της κατάλληλης μεθόδου υπόκειται στη διακριτική του ευχέρεια. Κριτήριο πρέπει να αποτελεί η αποτελεσματικότητα μια μεθόδου και η υπεροχή της έναντι μιας άλλης βάσει των σύγχρονων κανόνων της ιατρικής επιστήμης.[63] Η ελευθερία επιλογής της μεθόδου που κρίνεται ως η πλέον πρόσφορη από τον ιατρό, απαρτίζεται από την απόφαση αν θα λάβει χώρα κάποια αγωγή, την μη υποχρέωση διεξαγωγής συγκεκριμένης ιατρικής μεθόδου ή φαρμακευτικής θεραπείας και την αρμοδιότητα του ιατρού να επιλέξει ποια μέθοδο θεωρεί καταλληλότερη για τον ασθενή.[64] Εάν δύο μέθοδοι θεωρούνται ισάξιες και ο ιατρός, σταθμίζοντάς τις, αποφανθεί ότι και οι δύο κρίνονται κατάλληλες για τη συγκεκριμένη κατάσταση του ασθενούς, τότε η επιλογή ανήκει στον ασθενή, ο οποίος θα δώσει τη συναίνεσή του, κατόπιν διεξοδικής ενημέρωσης. Όριο της διακριτικής ευχέρειας του ιατρού αποτελεί το δικαίωμα αυτοδιάθεσης του ασθενούς. Σύμφωνα με το δικαίωμα αυτό, ο ιατρός δεν δύναται να επιχειρήσει μία πράξη στην οποία δεν συναινεί ο ασθενής (ακόμη κι αν αυτή η πράξη αποδεδειγμένα κατατείνει στην βελτίωση της υγείας του τελευταίου), τουναντίον οφείλει να σέβεται τη βούληση του ασθενούς. Επομένως, η ελευθερία συνείδησης του ιατρού δεν νομιμοποιεί τη συνέχιση μιας θεραπείας, όταν ο ασθενής δεν επιθυμεί τη συνέχισή της.[65]

2. Νέες θεραπευτικές μέθοδοι και νομολογία

Δυσχερέστερη είναι η περίπτωση επιλογής της θεραπευτικής μεθόδου είναι όταν η μια είναι νέα και δεν υφίστανται πολλές μελέτες για τους κινδύνους και την αποτελεσματικότητά της. Εντούτοις, η εφαρμογή νέων μεθόδων είναι αναγκαία για την πρόοδο της ιατρικής επιστήμης.[66] Τίθεται σε αυτή την περίπτωση το ερώτημα εάν ο ιατρός έχει το δικαίωμα να επιλέξει μόνος του την επιστημονική μέθοδο που πρέπει να ακολουθηθεί ή αυτή η απόφαση αποτελεί προσωπική απόφαση του ασθενή. Το γεγονός ότι μόνο ο ιατρός διαθέτει την πλήρη γνώση των κινδύνων και των πλεονεκτημάτων των νέων θεραπευτικών μεθόδων τάσσεται υπέρ της λήψης της απόφασης από τον ίδιο. Στον αντίποδα της θέσης αυτής βρίσκεται η άποψη ότι μια εν αγνοία ή χωρίς συμμετοχή του ασθενούς λήψη απόφασης θα έθιγε την ελεύθερη ανάπτυξη της προσωπικότητας του ασθενούς να επιλέξει την θεραπευτική μέθοδο που θα εφαρμοστεί πάνω του και κατά συνέπεια μια τέτοια πρακτική θα ερχόταν σε σύγκρουση με το άρθρο 5§1 Σ. Μια μέση οδό αποτελεί η λήψη της απόφασης από τον ασθενή αλλά με προηγούμενη ενημέρωση του για τα υπέρ και κατά της θεραπευτικής μεθόδου από τον ιατρό.

Εντούτοις, ακολουθώντας το ευρύτερο φιλελεύθερο μοντέλο της εποχής μας[67] θα πρέπει μάλλον να δεχτούμε ότι η λήψη της απόφασης για εφαρμογή νέων θεραπευτικών μεθόδων θα πρέπει να ανατεθεί στον ενημερωμένο ασθενή. Σε αυτό το συμπέρασμα κατέληξε το Γερμανικό Ακυρωτικό στην υπόθεση «καθετήρας Racz» όπου ο θεράπων ορθοπεδικός προκειμένου να αντιμετωπίσει ένα περιστατικό οσφυαλγίας λόγω στένωσης των σπονδύλων της σπονδυλικής στήλης εφάρμοσε την θεραπεία μέσω καθετήρα Racz, η οποία «μερικώς

ενδεικνυόταν»[68]. Στο έντυπο ενημέρωσης που αναζητήθηκε στον ιατρικό φάκελο αναφερόταν ότι ο ασθενής είχε ενημερωθεί για τον κίνδυνο που εμπεριέχει η εφαρμογή αυτής της μεθόδου όπως αυτόν της τετραπληγίας και ενόχλησης της ουροδόχου κύστης και του πρωκτού, καθώς και τα πλεονεκτήματα αυτής της μεθόδου έναντι της συμβατικής επεμβατικής μεθόδου και δη την ελαστικότητα και ακρίβεια του καθετήρα Racz. Ο ιατρός πρότεινε στον ασθενή την απόκλιση από τη συμβατική μέθοδο και την επέμβαση μέσω του εν λόγω καθετήρα στους μεσοσπονδύλιους δίσκους. Ο ασθενής υπέγραψε ότι ενημερώθηκε σχετικά και ότι συναινεί. Κατά την διάρκεια της επέμβασης στο κανάλι της σπονδυλικής στήλης του ασθενή μέσω της τοποθέτησης καθετήρα από την ουροδόχου σωλήνα την 7/3/2001 παρατηρήθηκαν έντονη πόνοι στη σπονδυλική στήλη που παρά τις τρεις ενέσεις με «κοκτέιλ αναισθητικών» (κορτιζόνης, ενζύμου και διάλυμα χλωριούχου νατρίου) συνεχίστηκαν μέχρι την επομένη και τελικώς παρατηρήθηκε μούδιασμα στα οπίσθια και των αριστερό μηρό με παράλληλη δυσλειτουργία της ουροδόχου κύστης και του πρωκτού, οπότε και αφαιρέθηκε ο καθετήρας.

Μια αγωγή αποζημίωσης του ασθενούς λόγω βαρύ ιατρικού σφάλματος απορρίφθηκε στο δεύτερο βαθμό διότι δεν υφίσταντο οδηγίες για τη νέα αυτή θεραπευτική μέθοδο, των οποίων η παραβίαση θα οδηγούσε στην αποδοχή ενός ιατρικού σφάλματος. Όλες οι ιατρικές πράξεις κρίθηκαν από το Γερμανικό Εφετείο ως *lege artis* ενόψει του γεγονότος ότι ο ασθενής είχε ενημερωθεί για τους ενδεχόμενους γνωστούς κινδύνους της επέμβασης αυτής. Εντούτοις, οι θέσεις αυτές δεν έγιναν δεκτές από το Γερμανικό Ακυρωτικό, το οποίο θεώρησε ότι θα έπρεπε οι θεράποντες ιατροί να ενημερώσουν τον ασθενή με ακρίβεια για τα υπέρ και τα κατά της συμβατικής και της νέας μεθόδου αντιπαραβάλλοντάς τα και παρέπεμψε την υπόθεση για προσδιορισμό του ποσού αποζημίωσης και ηθικής βλάβης λόγω ελλιπούς ενημέρωσης και κατ' επέκταση παράνομης προσβολής της προσωπικότητας του ασθενούς.[69]

Καθοριστικό παράγοντα για να δεχτούμε ιατρική ευθύνη λόγω πλημμελούς ενημέρωσης συνιστά ο αιτιώδης σύνδεσμος μεταξύ της παράλειψης και της ζημίας. Εάν για παράδειγμα ο ασθενής έχει ενημερωθεί για τον κίνδυνο που τελικά προέκυψε αλλά όχι για κινδύνους που τελικά δεν εμφανίστηκαν η ενημέρωση θα πρέπει να θεωρηθεί πλήρης κατά το Γερμανικό Ακυρωτικό. Αυτό έγινε δεκτό στην υπόθεση *Robodoc*[70], όπου χρησιμοποιήθηκε νέο ρομποτικό μηχανήμα για αποκοπή και εμφύτευση στην κεφαλή του μηριαίου οστού, για το οποίο δεν ήταν γνωστοί όλοι οι κίνδυνοι που εμφολχωρούν στην χρήση του. Εντούτοις είχε επισημανθεί στον ασθενή από την ιατρική ομάδα που το χρησιμοποίησε ότι υφίσταται κίνδυνος προσβολής του ισχιακού νεύρου, ο οποίος και τελικά προέκυψε κατά την διάρκεια της χειρουργείας. Εφόσον όμως ο ασθενής είχε ενημερωθεί για τον συγκεκριμένο κίνδυνο, η ενημέρωση θεωρήθηκε πλήρης και η συναίνεση του ασθενούς έγκυρη. Κρίθηκε μάλιστα ότι ο ασθενής πρέπει να βρίσκεται σε θέση να μπορεί να σταθμίσει, εάν επιθυμεί την παλαιά μέθοδο με τους γνωστούς κινδύνους ή τη νέα λαμβάνοντας υπόψη τα πλεονεκτήματα αλλά και το γεγονός ότι ορισμένοι κίνδυνοι παραμένουν άγνωστοι για αυτή.

Η ασθενής ισχυρίστηκε ότι δεν θα τραυματιζόταν εάν εφαρμοζόταν άλλη, συμβατική μέθοδος. Οι ιατροί όμως εξήγησαν στην ασθενή όλες τις εναλλακτικές συμβατικές μεθόδους και παρουσίασαν τα θετικά και τα αρνητικά τους. Το 2005 μελέτες απέδειξαν έναν αυξημένο κίνδυνο επιπλοκών αναφορικά με την καταστροφή του ισχιακού νεύρου από την εφαρμογή μηχανήματος *Laser* σε σχέση με χειρωνακτική επέμβαση. Τέτοιες όμως ενδείξεις ή υποθέσεις δεν υφίσταντο το 1995 κατά τον καθηγητή-πραγματογνώμονα. Ο ιατρός είναι ελεύθερος να επιλέξει την ορθή θεραπευτική μέθοδο και αυτό συμβάλλει στην ιατρική πρόοδο. Εξ άλλου είχε ενημερωθεί η ασθενής για τα υπέρ, τα κατά, και τους κινδύνους της μεθόδου και για το λόγο αυτό δεν καταδικάστηκε ο ιατρός ούτε έγινε δεκτή η αγωγή αποζημίωσης. Γίνεται επομένως σαφές ότι ο ιατρός οφείλει να ενημερώσει τον ασθενή συγκρίνοντας τα θετικά και τα αρνητικά της παλιάς και της νέας μεθόδου αλλά η στάθμιση των μειονεκτημάτων και πλεονεκτημάτων επαφίεται στον ασθενή, ακόμα και αν αυτός επιλέγει την δυσμενέστερη για την υγεία του μέθοδο.[71]

2. Νέα φάρμακα και επιλογή εφαρμογής τους

Ακόμα και στην ιδιάζουσα περίπτωση των δοκιμών νέων φαρμάκων ο κανόνας για απαλλαγή του ιατρού από την ευθύνη παραμένει ο ίδιος: σύγκριση των παλαιών με τα νέα φάρμακα και ενημέρωση του ασθενούς για το γεγονός ότι δεν έχουν διαπιστωθεί όλοι οι κίνδυνοι που η χορήγηση του εμπεριέχει. Επιπλέον, ο ιατρός που προτείνει την χορήγηση νέων φαρμάκων θα πρέπει να προτείνει στον ασθενή τακτικούς ελέγχους. Σε περίπτωση για παράδειγμα που δεν γνωρίζεται αν αυτό επιδρά στην όραση, θα πρέπει να προτείνονται τακτικοί (μηνιαίοι) οφθαλμολογικοί έλεγχοι. Εάν ο ιατρός παραλείψει την ενημέρωση αυτή και ο ασθενής παρουσιάσει προβλήματα όρασης, θα ευθύνεται ο ιατρός για πλημμελή ενημέρωσή του.[72]

Αναφορικά με την χορήγηση φαρμάκων τα ελληνικά δικαστήρια απασχόλησε υπόθεση κατά την οποία Ινστιτούτο αισθητικής χρησιμοποίησε σε επέμβαση φάρμακο που παρασκευάστηκε από τον ίδιο τον ιατρό του Ινστιτούτου, κατά παράβαση των κοινώς αναγνωρισμένων μεθόδων της ιατρικής επιστήμης και με ψευδή παρουσίαση της εν λόγω μεθόδου ως ευρέως αναγνωρισμένης και απολύτως ασφαλούς. Η επέμβαση αυτή είχε ως αποτέλεσμα την εμφάνιση δυσμορφίας στο στήθος της παθούσας (οιδήματα και ογκίδια) με την πάροδο ορισμένου χρόνου, η οποία οφειλόταν και στην χορήγηση του πλήρους ακατάλληλου ιδιωτικά παρασκευασμένου φαρμάκου. Τόσο η παραβίαση των κανόνων της ιατρικής τέχνης (ιατρικό σφάλμα) όσο και η ελλιπής ενημέρωση του ασθενούς οδήγησαν στον Άρειο Πάγο[73] στην καταδίκη του Ινστιτούτο για καταβολή αποζημίωσης και ηθικής βλάβης στην ασθενή.

Ε. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Η ενημέρωση του ασθενούς δεν εξασφαλίζει μόνο την προστασία της αυτονομίας του αλλά μεταβιβάζει και την ευθύνη για την επιλογή των θεραπευτικών μεθόδων σε αυτόν, καθώς η ελευθερία συνεπάγεται και ευθύνη. Ο ιατρός δεν χρειάζεται πλέον να κηδεμονεύει το «καλό» και την υγεία του ασθενούς αλλά απλώς να του παρουσιάζει τις αρνητικές και θετικές συνέπειες κάθε παλαιάς ή νέας ιατρικής μεθόδου. Η έκταση της υποχρέωσης ενημέρωσης του ασθενούς από τον ιατρό επεκτείνεται κατά την εφαρμογή νέων θεραπευτικών μεθόδων, διότι πριν την εφαρμογή τους ο ιατρός θα πρέπει να ενημερώνει και για ανεξιχνίαστους κινδύνους που δεν αποκλείεται αλλά και δεν αποδεικνύεται ότι μπορεί να ακολουθήσουν όπως για παράδειγμα η έλλειψη ερευνών στην επίδραση στην όραση ενός νέου φαρμάκου ή αναφορικά με την επίδραση της εισόδου νέο είδους καθετήρα Racz στο ουροποιητικό και γαστρεντερικό σύστημα. Μια παράλειψη αναφοράς στους ανεξιχνίαστους κινδύνους των νέων μεθόδων εξισορροπείται με την προτροπή του ιατρού προς τον ασθενή για συνεχείς ιατρικούς ελέγχους κατά το στάδιο εφαρμογής των νέων αυτών μεθόδων ή λήψης των νέων υπό δοκιμή φαρμάκων. Όπως ο Μέγας Αλέξανδρος πριν ξεκινήσει τις κατακτήσεις του ζητούσε χρησμούς από τα μαντεία, έτσι ο αγνοών τις ιατρικές μεθόδους δικαιούται και πρέπει να ξέρει από τους λευκοντυμένους θεράποντες ιατρούς του τι είναι πιθανό να ακολουθήσει. Αυτή η σχέση πληροφόρησης ασθενούς – ιατρού ενδυναμώνει την εμπιστοσύνη ανάμεσά τους και την καθιστά απρόσβλητη. Τότε ο νομικός καθίσταται περιττός και θαυμάζοντας την αρμονική σχέση τους σιωπά.

ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ



Ο ιατρός οφείλει να αποδείξει ότι έχει ενημερώσει τον ασθενή.

Μορφή	Περιεχόμενο	Σκοπός – «ενημερωμένη συναίνεση»
Ενημέρωση για επέμβαση	Πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα της επέμβασης	ως προϋπόθεση για έγκυρη συναίνεση
Διαγνωστική Ενημέρωση	Ιατρικά ευρήματα	ως προϋπόθεση για έγκυρη συναίνεση
Διαδικαστική ενημέρωση	Είδος, περιεχόμενο και πιθανότητες επιτυχίας και συνέπειες της θεραπείας	ως προϋπόθεση για έγκυρη συναίνεση
Ενημέρωση κινδύνων επέμβασης	Όλοι οι τυπικοί κίνδυνοι, οι οποίοι μπορούν να επηρεάσουν περιμένει στην χειρότερη την καθη-μερινή ζωή	Ο ασθενής πρέπει να ξέρει τι τον περίπτωση
Ενημέρωση για εναλλακτικές μεθόδους	Ρεαλιστικές εναλλακτικές μέθοδοι θεραπείας με εξίσου αξιόλογες πιθανότητες επιτυχίας	Προστασία της ελευθερίας επιλογής του ασθενούς

[1] Βλ. ν. 3418/2005.

[2] Βλ. ενδεικτικά υποθέσεις Συνηγόρου του Πολίτη ΦΥ 149065, 157738 και 159858.

[3] Βλ. εγκύκλιο ΔΙΣΚΠΟ/Φ.18/οικ.15584/10-7-2006, η οποία αναφέρεται και στον Οδηγό Ορθής Διοικητικής Συμπεριφοράς του 2012.

[4] Βλ. Συνήγορο του Πολίτη, αναφορές με ΦΥ 149065 και 157738.

[5] Βλ. Συνήγορο του Πολίτη, αναφορά με ΦΥ 164864.

[6] Λασκαρίδης, Εξίσωση νομικής ισχύος ιδιωτικών και δημόσιων πιστοποιητικών, Digesta 2009, 358.

[7] Βλ. *Ψαρούλη/Βούλτσο*, Στοιχεία Βιοηθικής (2010), σ. 17. Βλ. περαιτέρω συνοπτικά *Laskaridis*, Elektronische Patientenakte (2013), σ. 302-304.

[8] Απ. Γεωργιάδης, Γενικές Αρχές⁴ (2012), §12 αρ. 2.

[9] *Ανδρουλιδάκη-Δημητριάδη*, Η υποχρέωση ενημέρωσης του ασθενούς (1993), σ. 282. Συνοπτικά για τις έννομες συνέπειες της πλημμελούς ενημέρωσης στη Γερμανία πρβλ. *Heinz*, Anforderungen an Aufklärung und Dokumentation, Rechtsfolgen, Hessisches Ärzteblatt 2012, 688, 692.

[10] Πρβλ. ΠΚ 308§2.

[11] Βλ. ΠΚ 304§1 για την ποινή που προβλέπεται σε περίπτωση τεχνητής διακοπής της εγκυμοσύνης, χωρίς τη συναίνεση της εγκύου και §2-5, για περιπτώσεις κατά τις οποίες επιτρέπεται η τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης, με τη συναίνεση της εγκύου.

[12] Βλ. χαρακτηριστικά τις υποθέσεις *Reibl v Hughes* 114 DLR (3d) 1 (ενδαρτηρεκτομή που προκάλεσε παράλυση και σεξουαλική ανικανότητα), *Creutzfeldt-Jakob Disease Litigation* (1995) 54 BMLR 1 (QBD) (χορήγηση αυξητικής ορμόνης) *Appleton and Others v. Garrett* 34 BMLR 23 (QBD) (οδοντιατρικές εργασίες σε υγιή δόντια).

[13] Χαρακτηριστικά γίνεται λόγος για real και efficient consent· βλ. τις σκέψεις του *J.Briston* στην υπόθεση *Chatterton v Gerson* [1981] QB 432 (QBD).

[14] Βλ. αναλυτικά *Jackson*, Medical Law, (2006), σ. 267 επ.

[15] Ian Kennedy, "The Fiduciary Relationship and its Application to Doctors" in P.Birks, Wrongs nad Remedies in the Twenty-first Century (Clarendon Press Oxford 1986) 111-40, 113-14.

[16] Αυτόθι και περαιτέρω *Jackson*, Medical Law, (2006), σ. 267.

[17] Βλ. αντί άλλων *Σταθόπουλο*, Γενικό Ενοχικό Δίκαιο (2004), §8 αρ. 75.

[18] Βλ. κατ' αναλογία για την προσωπική φύση της εργασιακής σχέσης άρθρο 651 ΑΚ.

[19] Αναφορικά με την αυτοπρόσωπη εκτέλεση της σύμβασης βλ. *Ανδρουλιδάκη-Δημητριάδη*, Η υποχρέωση ενημέρωσης του ασθενούς (1993), σ. 226-227· *Φουντεδάκη*, Αστική ιατρική ευθύνη, σ. 293 (γενικά για αυτοπρόσωπη εκτέλεση ιατρικής σύμβασης) και *Παναγοπούλου-Κουτνατζή*, σε ΕρμΚΙΔ, άρθρο 3 αρ. 1.

[20] *Δουγαλής* σε ΕρμΚΙΔ άρθρο 11 αρ. 3 (2013) με παραπομπή σε *Ανδρουλιδάκη-Δημητριάδη*.

[21] Υπόθεση «Καθετήρας Racz», BGH NJW 2007, 2774 σκέψη [6].

[22] Αυτόθι.

[23] *Παπαδοπούλου-Κλαμαρή*, Η ιατρική ομάδα, Εισήγηση στο Πανελλήνιο Συνέδριο Ιατρικού Δικαίου και Βιοηθικής 2014 (υπό δημοσίευση).Πρβλ. όμως και *Ανδρουλιδάκη-Δημητριάδη*, για την ενοχή εις ολόκληρον μεταξύ επιμελητή και νέου ιατρού σε περίπτωση πλημμελούς ενημέρωσης του ασθενούς· Η υποχρέωση ενημέρωσης του ασθενούς (1993), σ. 227. Για οργανωτικές παραλείψεις αναφορικά με ενημέρωση βλ. BGH, NJW 1998, 1784.

- [24] ΠολΠρΑθ 1449/2007 Αρμ 2009, 1006 = ΤΝΠ Νόμος. Βλ. από την αγγλική νομολογία *Chester v Afashar* [2004] UKHL 41, [2004] 3 WLR 927, όπου δεν αναφέρθηκε από νευροχειρουργό πιθανότητα 0,9-2% ιππουριδικής συνδρομής σε επέμβαση στη σπονδυλική στήλη.
- [25] Άρθρο 11§1 ΚΙΔ αναφορικά με την υποχρέωση πλήρους και κατανοητής ενημέρωσης του ιατρού προς τον ασθενή, καθώς επίσης και το περιέχόμενο αυτής και άρθρο 12§2 εδ. α' ΚΙΔ αναφορικά με την υποχρέωση ενημέρωσης ως προϋπόθεση έγκυρης συναίνεσης του ασθενούς.
- [26] Βλ. *Κανελλοπούλου-Μπότη*, σε ΕρμΚΙΔ, άρθρο 11 αρ. 3-5.
- [27] *Heinz*, Hessisches Ärzteblatt 2012, 688, 691.
- [28] Βλ. κατ' αναλογία για την προσωπική φύση της εργασιακής σχέσης άρθρο 651 ΑΚ.
- [29] Πρβλ. και *Λασκαρίδη*, Τηλεϊατρική και Αστική Ευθύνη, Εισήγηση στο Πανελλήνιο Συνέδριο Ιατρικού Δικαίου και Βιοηθικής 2014 (υπό δημοσίευση).
- [30] Βλ. σχετικά *Ανδρουλιδάκη-Δημητριάδη*, Η υποχρέωση ενημέρωσης του ασθενούς (1993), σ. 219-221. Πρβλ. συνοπτικά για ενημέρωση ανηλίκων, δικαιοπρακτικά ανικάνων και αλλοδαπών ασθενών *Bergmann*, Die Arzthaftung (1999), σ. 68-69.
- [31] Βλ. άρθρο 2 εδ. β' ν. 2472/1997.
- [32] Βλ. *Λασκαρίδη*, σε ΕρμΚΙΔ, άρθρο 14 αρ. 20 και αναφορά ΣτΠ με ΦΥ 164352.
- [33] Βλ. αναλυτικά *Ανδρουλιδάκη-Δημητριάδη*, Η υποχρέωση ενημέρωσης του ασθενούς (1993), σ. 221-225.
- [34] *Ανδρουλιδάκη-Δημητριάδη*, Η υποχρέωση ενημέρωσης του ασθενούς (1993), σ. 205-209. Για την ενημέρωση δικαιοπρακτικά ανικάνων βλ. συνοπτικά και *Heinz*, Hessisches Ärzteblatt 2012, 688, 691.
- [35] BGH 20.06.1988 – VI 2R 288/87, NJW 1988, 2946.
- [36] Βλ. αναλυτικά *Ανδρουλιδάκη-Δημητριάδη*, Η υποχρέωση ενημέρωσης του ασθενούς (1993), σ. 251 επ. και περαιτέρω στη γερμανική έννομη τάξη *Heinz*, Anforderungen an Aufklärung und Dokumentation, Rechtsfolgen, Hessisches Ärzteblatt 2012, 688, 689 και Εφετείο Zweibrücken, GesR 2005, 23.
- [37] BGH NJW 1985, 1399 και *Heinz*, Hessisches Ärzteblatt 2012, 688, 690. Πρβλ. όμως και τις σκέψεις του γερμανικού ακυρωτικού ότι μόνη η υπογραφή του ασθενούς επί εντύπου ενημέρωσης δεν αποδεικνύει αμάχητα και την ενημέρωσή του BGH MedR 1996, 272, 274. Για την καταγραφή της ενημέρωσης στον ιατρικό φάκελο βλ. *Laskaridis*, Elektronische Patientenakte 2003, σ. 57-58· *Ανδρουλιδάκη-Δημητριάδη*, Η υποχρέωση ενημέρωσης του ασθενούς (1993), σ. 258· *Κανελλοπούλου-Μπότη* σε ΕρμΚΙΔ άρθρο 11, αρ. 17.
- [38] Εφετείο Βραδεμβούργου GesR 2007, 575.
- [39] BGH NJW 1985, 1399. Βλ. επίσης *Ανδρουλιδάκη-Δημητριάδη*, Η υποχρέωση ενημέρωσης του ασθενούς (1993), σ. 258· *Κανελλοπούλου-Μπότη* σε ΕρμΚΙΔ άρθρο 11, αρ. 17.
- [40] Κατά τον *Bergmann*, ενημέρωση μπορεί να υπάρξει μόνο μεταξύ δύο προσώπων· Die Arzthaftung (1999), σ. 78-79.

[41] *Heinz*, Hessisches Ärzteblatt 2012, 688, 690.

[42] Για τα τρία αυτά στάδια βλ. αναλυτικά *Ανδρουλιδάκη-Δημητριάδη*, Η υποχρέωση ενημέρωσης του ασθενούς (1993), σ. 261-269 και συνοπτικά *Bergmann*, Die Arzthaftung (1999), σ. 66-67 και *Heinz*, Hessisches Ärzteblatt 2012, 688-689. Σύμφωνα με την *Κανελλοπούλου-Μπότη*, τα στάδια ενημέρωσης είναι: ενημέρωση για τη διάγνωση και την πρόγνωση της ασθένειας, ενημέρωση για τις συνέπειες άρνησης διαγνωστικής εξέτασης, ενημέρωση για τη φύση και το σκοπό της ιατρικής πράξης, ενημέρωση για τους κινδύνους, ενημέρωση για εναλλακτικές θεραπείες, ενημέρωση για τις προσωπικές ιδιότητες του ιατρού, ενημέρωση για τα στατιστικά στοιχεία των αποτελεσμάτων μιας θεραπείας και ενημέρωση για τα ιατρικά λάθη, βλ. Ιατρική ευθύνη για μη ενημέρωση ή πλημμελή ενημέρωση του ασθενούς κατά το ελληνικό και το αγγλοσαξωνικό δίκαιο (1999), σ. 84-93. Σύμφωνα δε με τη *Φουντεδάκη* τα στάδια ενημέρωσης είναι: γενική ενημέρωση/πληροφόρηση ασθενούς ως προς την κατάσταση της υγείας του, θεραπευτική ενημέρωση και «νομιμοποιητική» ενημέρωση οποία αποτελεί προϋπόθεση για το κύρος της συναίνεσης του ασθενούς, βλ. Αστική ιατρική ευθύνη (2003), σ. 178-180.

[43] Έτσι, η παράλειψη ενημέρωσης του ασθενούς, κατά το μετεγχειρητικό έλεγχο, ότι μόνο με δεύτερη, όσο το δυνατόν συντομότερη, επέμβαση είναι δυνατόν να αντιμετωπιστούν οι συνέπειες της πρώτης επέμβασης συνιστά ιατρική αμέλεια, βλ. ΕφΘεσ 1905/2006 Αρμ 2008, 386-394, με σχόλιο *Δουγαλή*.

[44] Βλ. *Bergmann*, σ. 72 με περαιτέρω παραπομπές. Προς αυτή την κατεύθυνση και το Εφετείο Koblenz, της 30/01/2008, 5 U 1298/07.

[45] Έτσι αντί άλλων BGH, NJW 1998, 2734. Πρβλ. και BGH NJW 1992, 2351, η οποία απαιτεί την ενημέρωσης το αργότερο μέχρι τον προσδιορισμό της ημερομηνίας διενέργειας της ιατρικής πράξης.

[46] BGH NJW 1992, 2351.

[47] Βλ. Πόρισμα ΣτΠ 11330.2/00/30-10-2002 ΠοινΔικ 2004, 173-175.

[48] *Ανδρουλιδάκη-Δημητριάδη*, Η υποχρέωση ενημέρωσης του ασθενούς (1993), σ. 271-272. Για το δικαίωμα μη ενημέρωσης βλ. *Κανελλοπούλου-Μπότη*, Ιατρική ευθύνη για μη ενημέρωση ή πλημμελή ενημέρωση του ασθενούς κατά το ελληνικό και το αγγλοσαξωνικό δίκαιο (1999), σ. 132-142 και *Μεϊμάρη*, Η επικοινωνία ως ουσιώδης παράγοντας στην ιατρική πράξη σε *Κανελλοπούλου-Μπότη/Παναγοπούλου-Κουτνατζή*, Ιατρική Ευθύνη και Βιοηθική (2014), σ. 53-58.

[49] Βλ. 48 BMLR 118.

[50] Για τον χαρακτηρισμό της υποχρέωσης ενημέρωσης ως κύριας υποχρέωσης βλ. *Ανδρουλιδάκη-Δημητριάδη*, Η υποχρέωση ενημέρωσης του ασθενούς (1993), σ. 130-132· *Κανελλοπούλου-Μπότη* σε ΕρμΚΙΔ άρθρο 11, αρ. 1.

[51] Για τον προσδιορισμό της έκτασης της υποχρέωσης τήρησης ιατρικού φακέλου βλ. αναλυτικά τα κριτήρια που δημιούργησε μέσω της τελεολογικής μεθόδου αναλυτικά *Laskaridis*, Elektronische Patientenakte 2003, σ. 30-63 αλλά και συνοπτικότερα του ίδιου, Η υποχρέωση τήρησης ιατρικού αρχείου, Digesta 2005, 294, 302-304 και του ίδιου, σε ΕρμΚΙΔ άρθρο 14 αρ. 4.

[52] 114 DLR (3d) 1. Βλ. σχολιασμό της σε *Mason/McCall Smith/Laurie*, Law and Medical Ethics (2002), αρ. 10.89, 10.91, 10.98, 10.115, 10.121 και σε *Jackson*, Medical Law, (2006), σ. 276.

[53] BGH NJW 2007, 2767, 2769 σκέψη [20].

[54] 37 BMLR 192.

[55] Βλ. αναλυτικά *Jackson*, Medical Law, (2006), σ. 289-290.

[56] *The Times*, 29 July 1978

[57] Βλ. Αναλυτικά *Jackson*, Medical Law, (2006), σ. 266.

[58] ΝΟΜΟΣ. Βλ. και *Κανελλοπούλου-Μπότη* σε ΕρμΚΙΔ άρθρο 11, αρ. 3-4.

[59] Βλ. ΠΠρΠειρ 4591/2009, Digesta, 417-443. Λόγω του άρθρου 57 ΑΚ δίδονται αποζημιώσεις 700.000 Ευρώ και 500.000 Ευρώ για ηθική βλάβη σε περιπτώσεις ζημίας από ιατρικά σφάλματα. Παλαιότερα θεωρείτο ότι αντίκειται στο Σύνταγμα να θεωρηθεί ζημία ή σφάλμα η γέννηση ενός παιδί, έστω και με σοβαρά ιατρικά προβλήματα εξαιτίας προσβολής της ανθρώπινης αξιοπρέπειας (άρθρο 2 Συντ). Σήμερα, ζημία θεωρείται η προσβολή της ελευθερίας και αυτοδιάθεσης των γονέων (δικαίωμα σε γέννηση υγιών παιδιών).

[60] ΠΠρΠειρ 4591/2009, Digesta, 417-443

[61] ΣυμβΕφΘρακ 62/2001, ΝΟΜΟΣ.

[62] Πόρισμα ΣτΠ 13218/26-11-2001 ΠοινΔικ 2002, 153-157.

[63] *Παναγοπούλου-Κουτνατζή*, σε ΕρμΚΙΔ, άρθρο 3 αρ. 2.

[64] Ibid.

[65] *Παναγοπούλου-Κουτνατζή*, σε ΕρμΚΙΔ, άρθρο 3 αρ. 3. Βλ. και ΕφΑθ 5512/2003 Δνη 2004, 198 = ΝΟΜΟΣ.

[66] Βλ. υπόθεση Robodoc BGH NJW 2006, 2477, 2476, σκέψη [14].

[67] Βλ. *Τροκάνα*, Ανθρώπινη Αναπαραγωγή. Η ιδιωτική αυτονομία και τα όρια της (2013), σ. 8-15 με αναφορές στον Στιούαρ Μιλ και το έργο του

[68] BGH NJW 2007, 2774 σκέψη [6].

[69] BGH NJW 2007, 2774 σκέψεις [31] και [32].

[70] BGH NJW 2006, 2477 επ.

[71] Έτσι η υπόθεση Robodoc BGH NJW 2006, 2477, όπου ο ασθενής ενημερώθηκε για τον κίνδυνο προσβολής του ισχυακού του νεύρου αλλά εντούτοις επέλεξε την εξελιγμένη μέθοδο.

[72] Έτσι στην BGH NJW 2007, 2767-2769.

[73] ΑΠ 1250/2003 Ποινική Δικαιοσύνη 2004, 1251.

[74] Π.χ. ανικανότητα οδήγησης λόγω φαρμάκων, όχι άθληση για κάποιο χρονικό διάστημα, μετεγχειρητικές επιπλοκές και