



ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΔΙΑΔΟΣΗΣ
ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟΥ ΠΝΕΥΜΑΤΟΣ

*“Η Ιπποκρατική πνευ-
μολογία σύγχρονες εξελίξεις”*

Τόμος 2^{ος}
Πρακτικά Ημερίδας

Επιμέλεια έκδοσης:

Π.Ν. Ζηρογιάννης - Ε. Βογιατζάκης - Ι. Κοσμίδης

“Αίγλη” Ζαππείου
Μάρτιος 2007



ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΔΙΑΔΟΧΗΣ
ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟΥ ΠΝΕΥΜΑΤΟΣ

*“Η Ιπποκρατική πνευ-
ματική σύγχρονη εξέλιξη”*

Τόμος 2^{ος}
Πρακτικά Ημερίδας

Επιμέλεια έκδοσης:

Π.Ν. Ζηρογιάννης - Ε.Δ. Βογιατζάκης - Ι. Κοσμίδης

“Αίγλη” Ζαππείου
Μάρτιος 2007

**ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ
ΚΑΙ ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ**

Πρόεδρος: **Ι. Κοσμίδης**
Αντιπρόεδρος Α΄: **Ν. Σταυριανέας**
 Β΄: **Δ. Σκάρλος**
Γ. Γραμματέας: **Π.Ν. Ζηρογιάννης**
Ειδ. Γραμματέας: **Χρ. Σκορδής**
Ταμίας: **Γ. Πετρίκκος**
Έφορος Δημ. Σχέσεων: **Δ. Παπαντωνάτος**
Μέλη: **Ε.Δ. Βογιατζάκης**
 Αθ. Διαμαντόπουλος

ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΕΣ

- Κουμάντος Γ.** Τακτικός Καθηγητής Αστικού Δικαίου στο Πανεπιστήμιο Αθηνών από το 1975, ομότιμος από το 1993
Πρόεδρος της Εθνικής Επιτροπής Βιοηθικής
Πρόεδρος της Επιτροπής του Υπουργείου Δικαιοσύνης για τη σύνταξη νομοσχεδίου για την «ιατρική υποβοήθηση αναπαραγωγής»
- Πολίτης Χ.** Δικηγόρος, Δρ. Ιατρικής Πανεπιστημίου Αθηνών, Αναπληρωτής Δημόσιας Υγείας Brittnau
Πρόεδρος Ελληνικής Ιατρονομικής Εταιρείας.
- Κουτσελίνης Αν.** Ομότιμος Καθηγητής Ιατροδικαστικής-Τοξικολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών
- Μουντοκαλάκης Θ.** Ομότιμος Καθηγητής Παθολογίας, Πανεπιστημίου Αθηνών
- Ζηρογιάννης Π.Ν.** Διευθυντής, Νεφρολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Γ. Γεννηματάς»
- Τάσσιος Θ.** Καθηγητής Εθνικού Μετσόβιου Πολυτεχνείου
Μέλλος Ακαδημίας Επιστημών Τουρίπου
- Μάτσα Ρεβ.** Διευθύντρια Ερευνών, Εργαστήριο Κυτταρικής και Μοριακής Νευροβιολογίας, Ελληνικό Ινστιτούτο Παστέρ
- Τζαβέλλα Φ.** Φαρμακοποιός-Κοινωνιολόγος, Δρ. ΕΚΠΑ Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων
- Φιλιώτης Δ.** Πρόεδρος και Διευθύνων Σύμβουλος της εταιρείας Pharmaserve Lilly S.A.C.I. και Πρόεδρος του Σ.Φ.Ε.Ε.
- Παπαπαναγιώτου Ι.** Ομότιμος Καθηγητής Μικροβιολογίας Αριστοτέλειου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, Αντεπιστέλλον μέλος της Ακαδημίας Αθηνών

Το βιβλίο τυπώθηκε με την ευγενική χορηγία
της Φαρμακευτικής Εταιρείας

Baxter

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Πρόλογος	7
ΔΙΑΛΕΞΗ	
Από τον Ιπποκράτη στις μέρες μας	11
<i>Γ. Κουμάντος</i>	
ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ I	
ΙΠΠΟΚΡΑΤΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΣΤΙΣ ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΒΙΟΗΘΙΚΕΣ ΚΑΙ ΝΟΜΙΚΕΣ ΑΠΑΙΤΗΣΕΙΣ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΑΣ	
Ιατρικό απόρρητο	17
<i>Χ.Τ. Πολίτης</i>	
Ιατρικά σφάλματα – Η έννοια της ιατρικής ευθύνης	38
<i>Αντ. Κουτσελίνης</i>	
Ελλείμματα στην ιατρική παιδεία	46
<i>Θ.Δ. Μουντοκαλάκης</i>	
Τα φαινόμενα της παραοικονομίας στο χώρο της υγείας	51
<i>Π.Ν. Ζηρογιάννης</i>	
ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ II	
ΗΘΙΚΟΙ ΚΑΙ ΝΟΜΙΚΟΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΣΜΟΙ ΣΤΗΝ ΑΣΚΗΣΗ ΤΗΣ ΣΥΓΧΡΟΝΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ	
Μερικά παραδείγματα ηθικού προβληματισμού κατά τη χρήση της τεχνολογίας στην ιατρική πράξη	65
<i>Θ.Π. Τάσιος</i>	
Αναπαραγωγή – Κλωνοποίηση. Αναδυόμενες ελπίδες και σκεπτικισμός από την τεχνολογία των βλαστικών κυττάρων στην αυγή του 21^{ου} αιώνα	74
<i>Ρ. Μάτσα</i>	
Ευθανασία. Πράξη αυτονομίας και κοινωνικής αλληλεγγύης	81
<i>Φ. Τζαβέλλα</i>	
ΑΝΑΓΟΡΕΥΣΗ ΣΕ «ΚΗΡΥΚΕΣ ΤΟΥ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟΥ ΠΝΕΥΜΑΤΟΣ» ΤΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΩΝ Κ.Κ. Γ. ΚΟΥΜΑΝΤΟΥ, Ι. ΠΑΠΑΠΑΝΑΓΙΩΤΟΥ	
Αντιφώνηση, Ι. Παπαπαναγιώτου	90

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η Εταιρεία Διάδοσης του Ιπποκράτειο Πνεύματος (ΕΔΙΠ), ιδρύθηκε με στόχο: α) τη διάδοση και τήρηση των αρχών και του πνεύματος του Ιπποκράτη και της Ιπποκρατικής ηθικής, β) την παρακίνηση των συναδέλφων για αναζήτηση υψηλότερων στόχων, μέσω της ευγενούς άμιλλας, και γ) την επιβράβευση των επικρατέστερων με απονομές διακρίσεων, ειδικών τιμών και ειδικών μεταλλίων.

Στο πλαίσιο αυτό η ΕΔΙΠ οργάνωσε στις 10 Μαρτίου 2007, Ημερίδα στην Αίγλη Ζαπτείου με θέμα:

«Η Ιπποκρατική ηθική στις σύγχρονες εξελίξεις»

Τα θέματα της Ημερίδας, καθώς και τα ερωτήματα στα οποία εκλήθησαν να απαντήσουν οι ομιλητές περιελάμβαναν:

- 1. Διάλεξη: Από τον Ιπποκράτη στις μέρες μας**
Γ. Κουμάντος
- 2. Ιατρικό απόρρητο**
Χ. Πολίτης
- 3. Ιατρικά σφάλματα – Η έννοια της ιατρικής ευθύνης**
Αντ. Κουτσελίνης
- 4. Ελλείμματα στην ιατρική παιδεία**
Θ. Μουντοκαλάκης
- 5. Τα φαινόμενα της παραοικονομίας στο χώρο της υγείας**
Π.Ν. Ζηρογιάννης
- 6. Μερικά παραδείγματα ηθικού προβληματισμού κατά τη χρήση της τεχνολογίας στην ιατρική πράξη**
Θ. Τάσσιος
- 7. Αναπαραγωγή – Κλωνοποίηση. Αναδυόμενες ελπίδες και σκεπτικισμός από την τεχνολογία των βλαστικών κυττάρων στην αυγή του 21ου αιώνα**
Ρ. Μάτσα
- 8. Ευθανασία. Πράξη αυτονομίας και κοινωνικής αλληλεγγύης**
Φ. Τζαβέλλα
- 9. Σχέση φαρμακευτικής βιομηχανίας και ιατρικού σώματος**
Δ. Φιλιώτης

Η Ημερίδα έκλεισε με την τελετή αναγόρευσης σε

«Κήρυκες του Ιπποκρατείου Πνεύματος»

των Καθηγητών κ. Γ. Κουμάντο και Ι. Παπαπαναγιώτου

Στους στόχους της ΕΔΙΠ είναι ακόμη η οργάνωση των *Med Olympics*. Στη διάρκεια αυτών των εκδηλώσεων θα επιβραβεύονται οι κορυφαίοι σύγχρονοι ερευνητές για τα Ιατρικά επιτεύγματά τους και τη συμμετοχή τους στην πρόοδο της Ιατρικής και την προσφορά τους στον άνθρωπο.

Η ΕΔΙΠ καλεί το σύνολο των δυνάμεων της παγκόσμιας ιατρικής κοινότητας και ιδιαίτερα τους φωτισμένους ηγέτες της να υιοθετήσουν την πρωτοβουλία της και να συνταχθούν μαζί της στην υπηρετήση και ευόδωση αυτών των σκοπών, οι οποίοι αναγνωρίζονται απ' όλους ως κοινοί.

Ιδιαίτερα, η ΕΔΙΠ, καλεί την ελληνική ιατρική οικογένεια να πλαισιώνει σύσσωμη και με ενθουσιασμό την πρότασή της, να την ενστερνιστεί και να συνεργαστεί μαζί της στηρίζοντάς την δυναμικά, με την πεποίθηση ότι προωθεί δικό της θέμα, και ότι συμμετέχει στην αναβάθμιση μιας παγκόσμιας ιατρικής υπόθεσης.

Για την Οργανωτική Επιτροπή
Π.Ν. Ζηρογιάννης, Ε.Δ. Βογιατζάκης, Ι. Κοσμίδης
Μάρτιος 2007

ΔΙΑΛΕΞΗ

Από τον Ιπποκράτη στις μέρες μας

Πρόεδροι: *Π.Ν. Ζηρογιάννης, Χρ. Σκορδής*

Από τον Ιπποκράτη στις μέρες μας

Γ. Κουμάντος

Κοινοτοπία θα ήταν να εξάρει κανείς την προσωπικότητα και το έργο του Ιπποκράτη όσο κι αν πάντα προκαλεί εντύπωση το πόσα πράγματα κατόρθωσε να ανακαλύψει για το ανθρώπινο σώμα και τις λειτουργίες του με τόσο περιορισμένα μέσα εμπειρικής έρευνας. Όπως θα ήταν κοινοτοπία να επισημάνει κανείς ότι ο Ιπποκράτης θαυμάζεται μόνο στα πλαίσια των γνώσεων και των αντιλήψεων της εποχής του. Από τότε μεγάλες πρόοδοι έχουν γίνει, πολλά έχουν αλλάξει, κι εκείνο που προπάντων μένει είναι ένα πνεύμα ανθρωπισμού που εκφράζεται και με τον περίφημο «Όρκο». Αυτό προπάντων διατηρείται και πρέπει να διατηρείται μέσα στις μεταβολές και τις συμπληρώσεις, ακόμα και τις ενδεχόμενες ανατροπές.

Πιστεύω ότι μένω πιστός σ' αυτό το πνεύμα αν, με τη σημερινή ομιλία μου, προσπαθήσω να επισημάνω κάποιες τέτοιες μεταβολές στις γενικότερες κοινωνικές αντιλήψεις μας, στην ιατρική πρακτική και στην ιατρική δεοντολογία. Και βέβαια πιστεύω ότι θα βρω την κατανόησή σας αν επικεντρώσω τις σκέψεις που θα σας υποβάλλω σ' εκείνες κυρίως τις μεταβολές που εκφράζονται και μέσα από κανόνες δικαίου.

Κεντρική θέση στις μεταβολές αυτές της ιατρικής δεοντολογίας κατέχουν οι μεταβολές που συνδέονται με την αναγνώριση της ανθρώπινης προσωπικότητας και την αξίωση αυτονομίας της - κάτι που στην εποχή του Ιπποκράτη άρχιζε μεν να διαφαίνεται στη φιλοσοφία αλλά δεν έφθανε ακόμα στην ιατρική δεοντολογία. Τότε και επί αιώνες κατόπιν, ο σεβασμός της προσωπικότητας του ασθενούς και ο σεβασμός της αυτονομίας του φαίνεται να τελείωνε με την επιλογή του γιατρού και την αξίωση τήρησης του ιατρικού απορρήτου. Ο γιατρός είχε την ευθύνη της θεραπείας κατά την κρίση του. Μόνο πολύ πρόσφατα, η ευθύνη αυτή άρχισε να μοιράζεται μεταξύ γιατρού και ασθενούς.

Η νομική αποκρυστάλλωση της προστασίας της ανθρώπινης προσωπικότητας και της αξίωσης για αυτονομία της έχει ζωή λίγων αιώνων, οι ρίζες της ανατρέχουν σε βρετανικά νομικά κείμενα και στις σχετικές διακηρύξεις της Αμερικανικής και της Γαλλικής Επανάστασης. Στην εποχή μας και στο δικό μας νομικό σύστημα, οι αποκρυσταλώσεις αυτές βρίσκονται στο άρθρο 5 του Συντάγματός μας: «ο καθένας έχει το δικαίωμα να αναπτύσσει ελεύθερα την προσωπικότητά του» και στο παραπλήσιο άρθρο 57 του Αστικού μας Κώδικα. Αλλά αν τα ανάλογα κείμενα υπήρχαν από παλαιότερα μόνον πολύ πρόσφατα άρχισε να συνάγεται απ' αυτά η απαίτηση για ενημερωμένη συναίνεση του ασθενούς σε κάθε ιατρική ενέργεια.

Σήμερα, η ενημερωμένη συναίνεση του ασθενούς αποτελεί το κύριο ίσως θεμέλιο της σχέσης του ασθενούς με τον γιατρό. Εμφανίζεται (χωρίς τη ρητή απαίτηση της προ-

ηγούμενης ενημέρωσης αλλά θα μπορούσε να γίνει δεκτό ότι αυτό είναι προϋπόθεση του κύρους της) ήδη στον Ποινικό Κώδικα του 1950: όσο κι αν αυτό μπορεί να ξαφνιάζει, κάθε ιατρική πράξη, προπάντων όμως μια εγχείρηση, εμφανίζει όλα τα εξωτερικά γνωρίσματα μιάς σωματικής «κάκωσης». Η αφαίρεση ενός μέρους ή και απλώς ενός τεμαχίου του σώματος (π.χ. ενός δακτύλου ή ενός ποδιού ή και απλώς της σκληροειδούς απόφυσης ή των αμυγδαλών) είναι ένας ακρωτηριασμός που εξωτερικά δεν διαφέρει από ένα ακρωτηριασμό που αποτελεί εγκληματική ενέργεια. Όπως κάκωση είναι η χορήγηση όποιας χημικής ουσίας που επηρεάζει τον οργανισμό, είτε παυσίπονο είναι η ουσία αυτή είτε θανατηφόρο δηλητήριο. Εκείνο που κάνει τη χειρουργική επέμβαση ή τη χορήγηση της χημικής ουσίας να μην είναι έγκλημα, να μην είναι άδικη πράξη, δεν είναι η αγαθότητα ή μη του σκοπού αλλά η συναίνεση του «παθόντος», που μπορεί να είναι ρητή αλλά αρκεί και να συνάγεται από τις συνθήκες της ιατρικής επέμβασης (Π.Κ. αρθρ. 308 παρ. 2).

Πλήθος είναι τα νεότερα κείμενα που εξαρτούν την νομιμότητα της ιατρικής πράξης από την ενημερωμένη συναίνεση του ασθενούς: στις μεταμοσχεύσεις από ζώντα δότη, στην ιατρικώς υποβοηθούμενη αναπαραγωγή, στις κλινικές δοκιμές, στην άμβλωση και σε διάφορα άλλα θέματα ο νόμος θέτει την ενημερωμένη συναίνεση ως προϋπόθεση της νομιμότητας της πράξης. Αλλά και πέρα από τις ειδικές αυτές περιπτώσεις, μπορεί να λεχθεί σήμερα ότι αυτή η ενημερωμένη συναίνεση του ασθενούς έχει αναχθεί σε γενικό κανόνα, γενική αρχή. Αρκεί να σας αναφέρω τη βασική Σύμβαση του Οβιέδο (κυρωμένη με τον ν. 2619/1998) που ορίζει στο άρθρο 5: «Επέμβαση σε θέματα υγείας μπορεί να υπάρξει μόνον αφού το ενδιαφερόμενο πρόσωπο δώσει την ελεύθερη συναίνεσή του, κατόπιν προηγούμενης σχετικής ενημέρωσής του». Προσθέτω ότι «συναίνεση του ενημερωμένου ασθενή» για κάθε ιατρική πράξη απαιτεί και ο Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας που έχει κυρωθεί με το ν. 3418/2005.

Αυτή η έξαρση της σημασίας της συναίνεσης του ασθενούς για κάθε ιατρική πράξη, που δεν φαίνεται να υπήρχε στην εποχή του Ιπποκράτη, είναι συνέπεια της σύγχρονης ευαισθησίας και της σύγχρονης νομικής κατοχύρωσης των δικαιωμάτων που απορρέουν από την ανθρώπινη προσωπικότητα. Από αυτά τα δικαιώματα όμως απορρέουν και άλλες σύγχρονες νομικές ρυθμίσεις που φαίνονται να απομακρύνονται από κάποιες ιπποκράτειες επιταγές – πάντως απομακρύνονται από το ρητό γράμμα του «Όρκου» έστω κι αν ίσως είναι σύμφωνες με το ανθρωπιστικό του πνεύμα, όπως προσαρμόζεται στις σύγχρονες αντιλήψεις. Θα αναφέρω δυό τέτοια θέματα.

Το πρώτο αναφέρεται στη διακοπή της κύησης. Η παλαιότερη ρύθμιση και στο νεότερο δίκαιο ξεκινούσε από την αρχή ότι το έμβρυο, ακόμα, στις πρώτες μέρες μετά τη σύλληψη είναι μια μορφή ανθρώπινης ζωής και επομένως πρέπει να προστατεύεται και από το δίκαιο· ή άμβλωση απαγορευόταν και ήταν αξιόποινη με εξαίρεση την ακραία περίπτωση κινδύνου για τη ζωή ή την υγεία της γυναίκας. Ο Ιπποκράτης διακήρυσσε στον «Όρκο του»: «Ουδέ γυναικεί πεσσόν φθόριον δώσει» («να μη δώσω ποτέ σε γυναίκα φάρμακο για να αποβάλει»).

Κατά τις πιο σύγχρονες αντιλήψεις η αντιμετώπιση του θέματος έχει ως αφετηρία όχι μια αλλά δύο αρχές: η μια είναι ο σεβασμός της ανθρώπινης ζωής αλλά η άλλη είναι η αυτονομία της γυναίκας που απορρέει από την προστασία της προσωπικότητάς της και καταλήγει στην αναγνώριση κάποιου δικαιώματος επί του σώματός της άρα και του δικαιώματος σε σεξουαλική ζωή χωρίς την εγκυμοσύνη και την παιδοποιία ως

υποχρεωτική συνέπεια. Το δίκαιο καλείται να βρει ρυθμίσεις που θα συμβιβάζουν τις δύο αυτές αρχές.

Οι ρυθμίσεις που σήμερα ισχύουν έχουν όλα τα γνωρίσματα των συμβιβαστικών λύσεων που ειδικότερα στον καθορισμό χρονικών ορίων μπορεί και να φαίνονται αυθαίρετα: στις δώδεκα πρώτες εβδομάδες της εγκυμοσύνης, η διακοπή της κύησης είναι ελεύθερη και ο νόμος μεριμνά μόνον για την εκτέλεσή της κάτω από συνθήκες ασφαλείς για τη γυναίκα· μέχρι τη δέκατη ένατη εβδομάδα η διακοπή της εγκυμοσύνης επιτρέπεται αν η εγκυμοσύνη είναι αποτέλεσμα εγκληματικής πράξης εις βάρος της γυναίκας όπως ο βιασμός, η αποπλάνηση ανήλικης, η αιμομιξία και η κατάχρηση γυναικός ανίκανης να αντισταθεί· μέχρι την εικοστή τέταρτη εβδομάδα, η διακοπή της εγκυμοσύνης επιτρέπεται αν έχει διαπιστωθεί ένδειξη σοβαρής ανωμαλίας του εμβρύου που πιθανολογεί τη γέννηση παθολογικού παιδιού· τέλος, χωρίς χρονικό περιορισμό, η εγκυμοσύνη μπορεί να διακοπεί αν είναι επικίνδυνη για τη ζωή ή για την υγεία της γυναίκας.

Δώδεκα, δεκαεννιά, εικοσιτέσσερες, ολόκληρη η διάρκεια της εγκυμοσύνης – ο νομοθέτης φαίνεται να προσπαθεί να λάβει υπόψη του την πορεία της ωρίμανσης του εμβρύου και ανάλογα να δέχεται ευκολότερα ή δυσκολότερα την έκτρωση. Μια προσπάθεια συμβιβασμού σημαίνει ότι ο νομοθέτης τοποθετεί σ' ένα επίπεδο ισότητας της δυό απόψεις χωρίς να δίνει το προβάδισμα στη μία. Εκείνο που πρέπει να επισημανθεί – και, από την πλευρά μου, να επισημανθεί καταφατικά – είναι ο πραγματισμός με τον οποίον ο νομοθέτης προσεγγίζει το θέμα, προσπαθώντας να προσαρμοσθεί σε σύγχρονες κοινωνικές αντιλήψεις και ευαισθησίες, μακριά από τελικά άλυτους μεταφυσικούς ή θρησκευτικούς προβληματισμούς, όπως από ποια στιγμή αρχίζει η ύπαρξη ζωής ή ανθρώπου, αν είναι κανείς κύριος του σώματός του ή αν η κυριότητα αυτή περιλαμβάνει και ότι κυοφορείται μέσα στο σώμα.

Κάνοντας εδώ μια παρέμβαση και πριν περάσω στο δεύτερο θέμα απομάκρυνσης του σύγχρονου νομοθέτη από κάποιες ιπποκράτειες επιταγές θα αναφέρω ότι τέτοιες τοποθετήσεις του νομοθέτη σε μεταφυσικά ή θρησκευτικά θέματα είναι καμιά φορά αναπότρεπτες και ο νομοθέτης πρέπει να τις τολμάει. Ενδιαφέρον παράδειγμα παρέχει μια ρύθμιση του Αστικού Κώδικα που κι αυτή σχετίζεται με ιατρικές πράξεις και αφορά την επιμέλεια του ανήλικου τέκνου. Ο νομοθέτης είχε να επιλέξει μεταξύ της σωτηρίας του σώματος και της σωτηρίας της ψυχής του ανήλικου κατά την αντίληψη των γονέων του – έστω κατά μία αντίληψη που ο νομοθέτης κρίνει σφαιερή: αν χρειάζεται κάποια ιατρική επέμβαση για να αποτραπεί κίνδυνος ζωής ή υγείας του ανήλικου παιδιού και οι γονείς αρνούνται, ο εισαγγελέας δίνει αμέσως την απαιτούμενη άδεια σε γιατρό (Α.Κ. 1534). Πρακτικά, η διάταξη κυρίως αναφέρεται στην περίπτωση όπου οι γονείς, μέλη κάποιας θρησκευτικής ομάδας που απαγορεύει τη μετάγγιση αίματος προφανώς γιατί, κατά την αντίληψη αυτής της ομάδας, η μετάγγιση αίματος θα έθεσε σε κίνδυνο την ψυχή του. Ο νομοθέτης δραστικά επιλέγει τη σωτηρία του σώματος – βέβαια επηρεαζόμενος από τη μειονοτική θέση της θρησκευτικής ομάδας που έχει αυτή την αντίληψη.

Ας επανέλθουμε τώρα σε μιάν άλλη απομάκρυνση των συγχρόνων αντιλήψεων - και της σύγχρονης νομοθεσίας – από τις εντολές του Ιπποκράτη. Λέει ο «'Ορκος» «ου δώσω δε ουδέ φάρμακον ουδένι αιτηθείς θανάσιμον ουδέ υφηγήσομαι συμβουλήν τοιην» («να μη δώσω ποτέ σε κανένα, έστω κι αν μου το ζητήσει, θανατηφόρο φάρμακο») καταδικάζοντας έτσι κάθε περίπτωση ευθανασίας.

Στις μέρες μας γίνονται πολλές διακρίσεις σχετικά με την ευθανασία. Γίνεται λόγος

για ενεργητική και παθητική ευθανασία, για άμεση και έμμεση, για εκούσια και ακούσια, για περιπτώσεις όπου ο ασθενής μπορεί να εκφράσει τη βούλησή του και για άλλες όπου δεν μπορεί, για απλή διακοπή της τεχνητής στήριξης της ζωής και για συνέργεια στην αυτοκτονία. Για όλο αυτό θα γίνει αναλυτικά λόγος αφού, όπως φαίνεται από το Πρόγραμμα, το θέμα θα αναπτυχθεί ειδικότερα από ειδικό ομιλητή. Παρά ταύτα ας μου επιτραπεί εδώ να διατυπώσω κάποιες σκέψεις που αφορούν κάποιες ενδείξεις μεταβολών στις κοινωνικές αντιλήψεις επί του θέματος. Ένδειξη κοινωνικής ανοχής τουλάχιστον κάποιων μορφών ευθανασίας σε κάποιες ακραίες περιπτώσεις αποτελεί, νομίζω, η έλλειψη νομολογίας για την ευθανασία. Ο λόγος είναι μάλλον ότι, σε τέτοιες περιπτώσεις, η ευθανασία εφαρμόζεται χωρίς να συζητείται – αλλά και χωρίς να προκαλεί αντιδράσεις που θα έκαναν αναγκαία την προληπτική δικαστική επέμβαση ή θα οδηγούσαν στην επιβολή κυρώσεων κατασταλτικά.

Κάποια κοινωνική ανοχή της ευθανασίας με τη μορφή της συμπαραστάσης στην αυτοκτονία δείχνουν ήδη οι διατάξεις του Ποινικού Κώδικα που αφορούν την ανθρωποκτονία με συναίνεση και τη συμμετοχή σε αυτοκτονία. Και οι δυό αυτές πράξεις τιμωρούνται μεν αλλά τιμωρούνται ελαφρότερα από την (ας πούμε) «κανονική» ανθρωποκτονία. Μάλιστα ειδικά αναφέρεται ως προϋπόθεση της ελαφρότερης ποινής στην ανθρωποκτονία με συναίνεση αν υπήρχε «σπουδαία και επίμονη απαίτηση του θύματος ... που έπασχε από ανίατη ασθένεια» κι αν έγινε «από οίκτο» γι' αυτό.

Περισσότερο θα επιμείνω σε μια διάταξη του «Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας» που πρόσφατα, το 2005, ψηφίστηκε από τη Βουλή. Το άρθρο, λοιπόν, 29 αυτού του Κώδικα, στην τελευταία παράγραφο του ορίζει: «Ο ιατρός οφείλει να γνωρίζει ότι η επιθυμία ενός ασθενούς να πεθάνει, όταν αυτός βρίσκεται στο τελευταίο στάδιο, δεν ασκεί νομική δικαιολόγηση για τη διενέργεια πράξεων οι οποίες στοχεύουν στην επίσπευση του θανάτου». Όχι λοιπόν κήρυξη νομίμων των πράξεων ευθανασίας αλλά, προσοχή, αποκλείονται μόνον οι πράξεις που «στοχεύουν» στην επίσπευση του θανάτου – κατ' αντιδιαστολή νόμιμες είναι οι πράξεις θεραπείας, έστω και απλώς παρηγορητικές, που δεν στοχεύουν στην επίσπευση του θανάτου, έστω και αν τον προκαλούν. Έτσι, έμμεσα, νομιμοποιούνται, ορισμένες μορφές έμμεσης ευθανασίας πέρα από τις διατάξεις του Ποινικού Κώδικα, που απλώς θα τις τιμωρούσε ελαφρότερα. Για να αναφερθούμε στον ιπποκράτειο Όρκο, το φάρμακο μπορεί να είναι «θανάσιμον» αλλά μπορεί να δοθεί αν δίνεται όχι με σκοπό τη θανάτωση αλλά για να μειωθούν οι πόνοι – έστω κι αν έχει ως αποτέλεσμα το θάνατο.

Ίσως ξαφνιάζει, Κυρίες και Κύριοι, αυτή η ανοχή κάποιων απομακρύνσεων από τις εντολές του Όρκου, που γίνεται δεκτή από κάποιον πρόσφατα αναγορευμένο «Κήρυκα του ιπποκράτειου Πνεύματος». Πιστεύω όμως ότι το πνεύμα επιζηεί μόνον όταν προσαρμόζεται στις μεταβολές των κοινωνικών συνθηκών και των κοινωνικών αντιλήψεων που φυσικό είναι να έχουν επέλθει ύστερα από δυόμιση χιλιάδες χρόνια...

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ Ι

*Ιπποκρατικές Αρχές στις σύγχρονες βιοηθικές
και νομικές απαιτήσεις της κοινωνίας*

Πρόεδροι: Δ. Σκάρολος, Γ. Πετρίκκος

Ιατρικό απόρρητο

Χ.Τ. Πολίτης

Ο ασθενής ο οποίος προσέρχεται στο γιατρό, προκειμένου να αποκατασταθεί ή να μην επιδεινωθεί η υγεία του, έχει δικαίωμα να τηρηθεί εχεμύθεια από πλευράς του γιατρού ως προς τη φύση και την έκταση της ασθένειάς του. Το δικαίωμα αυτό ήδη αναφέρεται στον Ιπποκράτη: «*Ὀμνυμι Απόλλωνα ιητρὸν, και Ασκληπιόν και Υγείας και Πανάκειαν, και Θεούς πάντας τε και πάσας... Α δ' αν εν θεραπείη, ή ίδω ή ακούσω ή και άνευ θεραπείης κατά βίον ανθρώπων, α μη χρη ποτε εκλαλέεσθαι έξω, σιγήσομαι, άρρητα ηγεύμενος είναι τα τοιαύτα*».

Η προστασία του δικαιώματος αυτού αποτελεί όμως κυρίως επίτευγμα του δικαίου των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και ατομικών ελευθεριών κυρίως μετά τη Γαλλική Επανάσταση, έχει δε τα τελευταία χρόνια της εξαιρετικής τεχνολογικής προόδου μέσω των ηλεκτρονικών υπολογιστών και του διαδικτύου λάβει κυρίαρχη μορφή όσον αφορά στην προστασία των ασθενών.

Σύμφωνα με τη διάταξη της παρ. 1 άρθρ. 9 του Συντάγματος «*1. Η κατοικία του καθενός είναι άσυλο. Η ιδιωτική και οικογενειακή ζωή του ατόμου είναι απαραβίαστη. Καμία έρευνα δεν γίνεται σε κατοικία, παρά μόνο όταν και όπως ορίζει ο νόμος και πάντοτε με την παρουσία εκπροσώπου της δικαστικής εξουσίας*». Σύμφωνα με τη διάταξη του άρθρ. 19 «*το απόρρητο των επιστολών και της ελεύθερης ανταπόκρισης ή επικοινωνίας με οποιοδήποτε άλλο τρόπο είναι απόλυτα απαραβίαστο. Νόμος ορίζει τις εγγυήσεις υπό τις οποίες η δικαστική αρχή δεν δεσμεύεται από το απόρρητο για λόγους εθνικής ασφάλειας ή διακρίβωση ιδιαίτερα σοβαρών εγκλημάτων*».

ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ

Η ΝΟΜΙΚΗ ΘΕΩΡΙΑ

1. Η θέση του θετικού δικαίου

Σύμφωνα με Π.Κ. 371 παρ. 1 «*κληρικοί, δικηγόροι και κάθε είδους νομικοί παραστάτες, συμβολαιογράφοι, γιατροί, μαιες, νοσοκόμοι, φαρμακοποιοί και άλλοι στους οποίους κάποιος εμπιστεύονται συνήθως, λόγω του επαγγέλματός τους ή της ιδιότητάς τους, ιδιωτικά απόρρητα, καθώς και οι βοηθοί των προσώπων αυτών, τιμωρούνται με χρηματική ποινή ή με φυλάκιση μέχρι ενός έτους αν φανερώσουν ιδιωτικά απόρρητα που τους τα εμπιστεύτηκαν ή που τα έμαθαν λόγω του επαγγέλματός τους ή της ιδιότητάς τους*». Σύμφωνα με την παρ. 2 «*όμοια τιμωρείται όποιος, μετά το θάνατο ενός από τα*

πρόσωπα της παρ. 1 και απ' αυτή την αιτία γίνεται κάτοχος εγγράφων ή σημειώσεων του νεκρού σχετικών με την άσκηση του επαγγέλματός του ή της ιδιότητάς του και από αυτά φανερώνει ιδιωτικά απόρρητα». Σύμφωνα με παρ. 4 «η πράξη δεν είναι άδικη και μένει ατιμώρητη αν ο υπαίτιος απέβλεπε στην εκπλήρωση καθήκοντός του ή στη διαφύλαξη έννομου ή για άλλο λόγο δικαιολογημένου ουσιώδους συμφέροντος δημόσιου ή του ίδιου ή κάποιου άλλου, το οποίο δεν μπορούσε να διαφυλαχθεί διαφορετικά».

Σύμφωνα με άρθρ. 23 Α.Ν. 1565/1939 «περί κώδικος ασκήσεως του ιατρικού επαγγέλματος», «ο ιατρός οφείλει να τηρή απόλυτον εχεμύθειαν δια παν ό,τι είδεν, ήκουσεν, έμαθεν ή εννόησεν εν τη ασκήσει του επαγγέλματος αυτού και το οποίοον αποτελεί απόρρητον του αρρώστου ή των οικείων του, εξαιρέσει των περιπτώσεων καθ' ας ειδικά διατάξεις νόμων τον υποχρεώνουν εις την αποκάλυψιν του απορρήτου τούτου».

Σύμφωνα με άρθρ. 13 Ν. 3418/2005, νέου Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας, ορίζονται τα εξής:

«Ιατρικό απόρρητο

1. Ο ιατρός οφείλει να τηρεί αυστηρά απόλυτη εχεμύθεια για οποιοδήποτε στοιχείο υποπίπτει στην αντίληψή του ή του αποκαλύπτει ο ασθενής ή τρίτοι, στο πλαίσιο της άσκησης των καθηκόντων του, και το οποίο αφορά στον ασθενή ή τους οικείους του.

2. Για την αυστηρή και αποτελεσματική τήρηση του ιατρικού απορρήτου, ο ιατρός οφείλει:

- α) να ασκεί την αναγκαία εποπτεία στους βοηθούς, στους συνεργάτες ή στα άλλα πρόσωπα που συμπράττουν ή συμμετέχουν ή τον στηρίζουν με οποιονδήποτε τρόπο κατά την άσκηση του λειτουργήματός του και
- β) να λαμβάνει κάθε μέτρο διαφύλαξης του απορρήτου και για το χρόνο μετά τη -με οποιονδήποτε τρόπο- παύση ή λήξη άσκησης του λειτουργήματός του.

3. Η άρση του ιατρικού απορρήτου επιτρέπεται όταν:

- α) Ο ιατρός αποβλέπει στην εκπλήρωση νομικού καθήκοντος. Νομικό καθήκον συντρέχει, όταν η αποκάλυψη επιβάλλεται από ειδικό νόμο, όπως στις περιπτώσεις γέννησης, θανάτου, μολυσματικών νόσων και άλλες, ή από γενικό νόμο, όπως στην υποχρέωση έγκαιρης αναγγελίας στην αρχή, όταν ο ιατρός μαθαίνει με τρόπο αξιόπιστο ότι μελετάται κακούργημα ή ότι άρχισε ήδη η εκτέλεσή του και, μάλιστα, σε χρόνο τέτοιο, ώστε να μπορεί ακόμα να προληφθεί η τέλεση ή το αποτέλεσμά του.
- β) Ο ιατρός αποβλέπει στη διαφύλαξη έννομου ή άλλου δικαιολογημένου, ουσιώδους δημοσίου συμφέροντος ή συμφέροντος του ίδιου του ιατρού ή κάποιου άλλου, το οποίο δεν μπορεί να διαφυλαχθεί διαφορετικά.
- γ) Όταν συντρέχει κατάσταση ανάγκης ή άμυνας.

4. Η υποχρέωση τήρησης ιατρικού απορρήτου αίρεται, εάν συναινεί σε αυτό εκείνος στον οποίο αφορά, εκτός εάν η σχετική δήλωσή του δεν είναι έγκυρη, όπως στην περίπτωση, που αυτή είναι προϊόν πλάνης, απάτης, απειλής, σωματικής ή ψυχολογικής βίας, ή εάν η άρση του απορρήτου συνιστά προσβολή της ανθρώπινης αξιοπρέπειας.

5. Οι ιατροί που ασκούν δημόσια υπηρεσία ελέγχου, επιθεώρησης ή πραγματογνωμοσύνης απαλλάσσονται από την υποχρέωση τήρησης του ιατρικού απορρήτου μόνο έναντι των εντολέων τους και μόνο ως προς το αντικείμενο της εντολής και τους λοιπούς όρους χορήγησής της.

6. Η υποχρέωση τήρησης και διαφύλαξης του ιατρικού απορρήτου δεν παύει να ισχύει με το θάνατο του ασθενή».

II. Περιεχόμενο του ιατρικού απορρήτου

Το αντικείμενο του ιατρικού απορρήτου είναι ξένο απόρρητο που κάποιος, στην περίπτωση αυτή ο ασθενής, εμπιστεύθηκε προς γιατρό, εξαιτίας της ιδιότητας του τελευταίου, εξαιτίας της ιατρικής ιδιότητας.

Το απόρρητο από τη φύση του περιορίζεται σε πράγματα τα οποία δεν είναι γνωστά σε τρίτους. Επομένως, κατ' αρχήν δεν αποτελεί αντικείμενο ιατρικού απορρήτου το γεγονός λ.χ. ότι κάποιος είναι χωλός, γεγονός που είναι σε θέση καθένας να το αντιληφθεί «ιδίοις όμμασι». Το γεγονός όμως ότι αυτό οφείλεται σε πολυομυελίτιδα ή σε άλλη ιατρική αιτία αποτελεί αντικείμενο του ιατρικού απορρήτου, γιατί πλέον υπερβαίνει το σε όλους αντιληπτό και αφορά ζήτημα του ιδιωτικού απορρήτου του ασθενούς. Αντίθετα, αν γιατρός που δεν είναι θεράπων, δεν έχει δηλ. σχέση με τον ασθενή και κάνει σε ένα κοινωνικό περίγυρο την εκτίμηση ότι η χωλότητα του συγκεκριμένου ατόμου μπορεί να οφείλεται σε πολυομυελίτιδα εξαιτίας του τρόπου που περπατά και άλλων κλινικών σημείων, αυτό δεν αποτελεί ιατρικό απόρρητο και είναι ποινικά αδιάφορο.

Το ιατρικό απόρρητο πρέπει να αναγνωσθεί υπό εξαιρετικά ευρύ πρίσμα. Έτσι δεν είναι μόνο το αποτέλεσμα της διάγνωσης που έθεσε ο γιατρός ή της θεραπείας που εφάρμοσε ή των εναλλακτικών λύσεων. Υπό την έννοια του ιατρικού απορρήτου πρέπει να τεθούν ακόμη και κρίσεις του γιατρού που αφορούν στον ασθενή και είτε έχουν άμεση σχέση ή και όχι με την ιατρική πράξη και τις αντιδράσεις του ασθενούς. Άμεση σχέση λ.χ. μπορούν να έχουν το ότι ο ασθενής κατά τη διάρκεια μιας επέμβασης εμφάνισε αλλεργική αντίδραση και η θεραπεία που δόθηκε, σε πόσο χρόνο ανετάχθη κ.ο.κ.

Όμως ο γιατρός είναι σε θέση, εξαιτίας ακριβώς της θέσης του και του ότι για τη λήψη ιστορικού μαθαίνει πάρα πολλά από τον ασθενή, να μάθει λ.χ. την ηλικία του ασθενούς, αν έχει σεξουαλικούς συντρόφους και ποιου φύλου, αν είναι σε γάμο ή σε διάσταση, αν έχει τέκνα κλπ. Ακόμη και λεπτομέρειες του σώματός του μύχιες, λ.χ. αν η γυναίκα έχει απωλέσει τον παρθενικό υμένα ή άνδρας αν έχει παθητικές σεξουαλικές επαφές. Ακόμη και λεπτομέρειες του ψυχισμού του, λ.χ. πώς αντιδρά σε συνθήκες πόνου, δυσανεξίας κλπ. Ακόμη και το εσωτερικό ντύσιμο, το είδος εσωρούχων κλπ. Ακόμη και η αντίδραση των οικείων του μπορεί να είναι εκτός των αναμενομένων και να εμφανίσει εντάσεις με την οικογένεια και ορισμένα μέλη της κ.ο.κ.

Η ανακοίνωση όλων ή μέρους αυτών στον κοινωνικό περίγυρο προσβάλλει βάνουσα την αξία και αξιοπρέπεια του ατόμου, την σφαίρα του του απορρήτου, την προσωπικότητά του. Αν δε σκεφθεί κανείς ότι στα πλαίσια μιας απλής παθολογικής εξέτασης είναι και ο έλεγχος της πυέλου για τις γυναίκες, ο έλεγχος των γεννητικών οργάνων για τους άνδρες, καθώς και δακτυλική εξέταση, είναι σαφές ότι ο γιατρός διαχειρίζεται εκάστοτε τεράστιο όγκο ευαίσθητων προσωπικών δεδομένων για τον ασθενή.

Έτσι η ανακοίνωση σε τρίτον ότι λ.χ. ασθενής έχει κυτταρίτιδα σε συγκεκριμένα σημεία του σώματός της ή ότι ασθενής ήταν ιδιαίτερα ευαίσθητος στον πόνο ή ότι έχει διαταραγμένες σχέσεις με την οικογένειά του, είναι σαφές ότι προσβάλλουν τα δικαιώματα του ασθενούς.

Ακόμη και το γεγονός της επίσκεψης στο γιατρό υπάγεται στην έννοια του ιατρικού απορρήτου. Πολλές φορές η ίδια η ειδικότητα του γιατρού εκθέτει τον ασθενή. Λ.χ. ο

ασθενής που θα επισκεφθεί τον καρδιολόγο, τον ουρολόγο, τον ωτορινολαρυγγολόγο, τον πνευμολόγο κ.ο.κ. είναι πολύ πιθανό να έχει κάποιο σχετικό πρόβλημα. Επομένως και η ίδια η επίσκεψη του ασθενούς στο ιατρείο εξειδικευμένου γιατρού είναι μέρος του περιεχομένου του ιατρικού απορρήτου και προστατεύεται και αυτό.

Η γαλλική σχολή έχει αναπτύξει ιδιαίτερη περιπτώσιολογία. Αν ο γιατρός λ.χ. διαπιστώσει έμφραγμα του ασθενούς στο σπίτι κάποιας γυναίκας με την οποία ο ασθενής διατηρούσε εξωσυζυγικές σχέσεις, τότε αντικείμενο του απορρήτου αποτελεί και το όλο σκηνικό που ο ασθενής υπέστη το έμφραγμα.

III. Ποιοι είναι υπόχρεοι σε τήρηση του ιατρικού απορρήτου

Υπόχρεος σε τήρηση του ιατρικού απορρήτου είναι κατ' αρχήν ο ίδιος ο γιατρός.

Ως γιατρός νοείται εκείνος ο οποίος μετά από σπουδές σε αναγνωρισμένη σχολή Ιατρικού Πανεπιστημίου και έχοντας τα απαιτούμενα προσόντα και προϋποθέσεις που τάσσει η Πολιτεία, ασκεί την ιατρική επιστήμη. Δεν παίζει ρόλο αν ο γιατρός είναι ειδικευμένος ή όχι, αν η πάθηση που του εμπιστεύεται ο ασθενής είναι συναφής ή όχι προς την ειδικότητά του, αν παρέχει τις υπηρεσίες του σε πρωτοβάθμιο, δευτεροβάθμιο ή τριτοβάθμιο φορέα παροχής υπηρεσιών υγείας. Αρκεί και μόνο η ιατρική ιδιότητα και το ότι του εμπιστεύθηκαν μυστικά εξαιτίας της ιδιότητάς του.

Το ερώτημα που αναφύεται είναι αν δεσμεύεται και το πρόσωπο από το οποίο λείπουν οι τυπικές προϋποθέσεις άσκησης της ιατρικής, αλλά που οι ασθενείς του εμπιστεύθηκαν απόρρητα με την πεποίθηση ότι είναι γιατρός, λ.χ. πρόσωπο που παριστάνει το γιατρό εξαιτίας απάτης ή και πρόσωπο από το οποίο λείπουν οι τυπικές προϋποθέσεις ή που η Πολιτεία ανακαλεί αναδρομικά την άδεια άσκησης επαγγέλματος, λ.χ. εξαιτίας νεότερης γνωμοδότησης του Κε.Σ.Υ. ή του ΔΟΑΤΑΠ (τ. ΔΙΚΑΤΣΑ). Νομίζουμε ότι και σε αυτές τις περιπτώσεις και για λόγους ασφαλείας δικαίου και προστασίας των δικαιωμάτων των ασθενών ισχύει η αρχή του απορρήτου. Επομένως ιατρικό απόρρητο θα είχε και ο εμφανιζόμενος ως γιατρός ή και ο νομιζόμενος γιατρός. Απλώς, αν ενυπάρχει δόλος στη συμπεριφορά του, η παραβίαση της επαγγελματικής εχεμύθειας θα κριθεί ως πρόσθετο αποδιδόμενο αδίκημα.

Είναι αυτονόητο ότι η υποχρέωση υπάρχει ακόμη και αν ο γιατρός συνταξιοδοτηθεί ή λόγω παραίτησης ή έκπτωσης παύσει να ασκεί το ιατρικό επάγγελμα. Κατά τον ίδιο λόγο δεσμεύεται και αφού φύγει από ένα νοσοκομείο και πάει σε άλλο ή ασκήσει ιδιωτικώς το επάγγελμα.

Δεν έχει δικαίωμα να ανακοινώσει σε οποιονδήποτε τρίτο κανένα γεγονός που να αφορά στη σχέση του με τον ασθενή του, ούτε ακόμη και το ίδιο το γεγονός της επίσκεψης του ασθενούς.

Ο γιατρός είναι δυνατό, και τις περισσότερες φορές αυτό συμβαίνει, να χρησιμοποιεί βοηθητικά πρόσωπα κατά την άσκηση των καθηκόντων του, γραμματείς, νοσηλεύτριες, μαίες, παραϊατρικό προσωπικό. Αυτό βεβαίως είναι κανόνας στα οργανωμένα τμήμα νοσηλευτικών ιδρυμάτων ή ιδιωτικών κλινικών. Στην τελευταία περίπτωση εμπλέκονται και άλλα πρόσωπα, όπως καθαρίστριες, φύλακες, προσωπικό εγκαταστάσεων, λ.χ. ηλεκτρολόγοι ή υδραυλικοί, προσωπικό στη γραμματεία και το λογιστήριο, τεχνικοί ηλεκτρονικών υπολογιστών και προγραμματιστές κ.ο.κ. Αν υποτεθεί ότι το ιατρικό απόρρητο του ασθενούς πρέπει να διαφυλαχθεί ούτως ή άλλως, τότε, ως φυσική και λογική συνέπεια είναι η έννομη τάξη να αναμένει από όλους αυτούς τους ανθρώπους,

όλο αυτό το προσωπικό, να τηρήσει το ιατρικό απόρρητο. Δεν έχει νόημα να τηρήσει ο γιατρός το ιατρικό απόρρητο και να διαρρεύσει από τη γραμματέα, την καθαρίστρια, τον τεχνικό που συντηρεί τους ηλεκτρονικούς υπολογιστές.

Με την ίδια έννοια δεσμεύεται η σύζυγος του γιατρού, καθώς και κάθε άλλο πρόσωπο που εξαιτίας της ιδιότητάς του ή της φιλικής ή βιοτικής ή οποιας άλλης σχέσης του με το γιατρό πληροφορείται ή είναι σε θέση να πληροφορηθεί το ιατρικό απόρρητο ασθενούς.

Κατά τον ίδιο τρόπο έχουν ευθύνη οι βοηθοί της ιατρικής, αλλά και οποιοδήποτε άλλο πρόσωπο έχει σχέση με το γιατρό και εξαιτίας αυτής της σχέσης μαθαίνει πληροφορίες σχετικά με ασθενείς. Η διαρροή αυτή επομένως επιβαρύνει το γιατρό, ο οποίος θα έπρεπε να έχει ασκήσει καλύτερη εποπτεία σε αυτά τα πρόσωπα ή να έχει προβεί σε πιο ικανοποιητικές επιλογές προσώπων.

Κρίθηκε πολύ ορθώς ότι ακόμη και ο αστυνομικός ο οποίος συνοδεύει κρατούμενο έχει υποχρέωση τήρησης του ιατρικού απορρήτου (Γνμδ. ΕισΑΠ Γρηγορίου Πεπόνη, 2/1996, ΠοινΧρ 1996, 1742).

Ακόμη και ο θάνατος του γιατρού δεν είναι δυνατό να γίνει αιτία αποκάλυψης των απορρήτων του ασθενούς. Ευθύνονται και οι κληρονόμοι ή οποιοσδήποτε τρίτος έχει στην κατοχή του, λ.χ. λόγω κληροδοτήματος ή άλλου λόγου, τα ιατρικά αρχεία του αποβιώσαντος γιατρού.

Ο γιατρός δεν αποδεσμεύεται από το ιατρικό απόρρητο ούτε και με το θάνατο του ασθενούς. Αναγνωρίζεται από την έννομη τάξη και δικαίωμα στην προσωπικότητα του αποβιώσαντος ασθενούς. Τα δικαιώματά του πλέον εναντίον του γιατρού που παραβίασε το ιατρικό απόρρητο του αποβιώσαντος ασθενούς διεκδικούν οι οικείοι του.

Ένα ερώτημα, το οποίο επίσης αναφύεται, είναι ως προς το ιατρικό απόρρητο μεταξύ γιατρών. Το γεγονός ότι κάποιος είναι γιατρός δεν θέτει αυτομάτως δικαίωμά του να γνωρίζει τα πάντα για οποιοδήποτε ασθενή, λ.χ. στο χώρο νοσοκομείου. Πρέπει ο γιατρός που θα πληροφορηθεί για τον ασθενή να έχει ειδική διαγνωστική ή θεραπευτική σχέση μαζί του, στα πλαίσια της άσκησης του επαγγέλματός του. Επομένως ο εργαστηριακός γιατρός, ο μικροβιολόγος ή ακτινολόγος έχουν δικαίωμα να πληροφορηθούν μόνο αυτά που αφορούν για να κάνουν καλά την εργασία τους, λ.χ. ο ακτινολόγος τον τρόπο κατά τον οποίο επήλθε η πτώση, προκειμένου να ακτινογραφήσει το ακριβές σημείο της πτώσης. Επομένως, αν κάποιος γιατρός περνά από κάποιο θάλαμο και δει κάποιον ασθενή, δεν έχει δικαίωμα να ζητήσει πληροφορίες για τη φύση της ασθένειας, το είδος της αγωγής κλπ., άλλως θεράπων γιατρός που θα του παράσχει αυτές τις πληροφορίες θα έχει υποπέσει στο αδίκημα της παραβίασης του ιατρικού απορρήτου.

IV. Ο δόλος ως στοιχείο της αντικειμενικής υπόστασης του εγκλήματος

Απαιτείται για τη στοιχειοθέτηση της υποκειμενικής υπόστασης του εγκλήματος της Π.Κ. 371 να υπάρχει δόλος από πλευράς του γιατρού. Ο ενδεχόμενος δόλος αρκεί. Βεβαίως τα όρια μεταξύ ενδεχόμενου δόλου και ενσυνείδητης αμέλειας είναι εκάστοτε δυσδιάκριτα, λ.χ. ο γιατρός αφήνει αποκάλυπτα τα ιατρικά αρχεία πάνω στο τραπέζι του, όπου εισέρχονται διάφορα πρόσωπα που μπορούν να λάβουν γνώση των απορρήτων ασθενών του.

Αναπτύχθηκε μια φιλολογία, ιδίως από τη γαλλική σχολή, αν ο γιατρός απαλλάσσεται σε περιπτώσεις κατά τις οποίες η αποκάλυψη του απορρήτου οφείλεται σε «απερισκεψία»

ή «κωφότητα». Μάλιστα δεν είναι λίγοι οι συγγραφείς που αποδέχονται ότι η «απερισκεψία» ή «κωφότητα» του γιατρού είναι ικανός λόγος απαλλαγής του γιατρού από την τήρηση του απορρήτου. Κατά τη γνώμη μας, αν στοιχειοθετείται η αντικειμενική υπόσταση του εγκλήματος και υπάρχει δόλος, κανένα ρόλο δεν διαδραματίζει η «απερισκεψία» ή «κωφότητα» του γιατρού. Δεν μας είναι δυνατό να φαντασθούμε έναν επαγγελματία, λειτουργό, γιατί όχι, που να επιδεικνύει ατιμώρητη απερισκεψία και κωφότητα (!) όσον αφορά στη διαφύλαξη των απορρήτων του ασθενούς, ενώ θα ήταν ικανός στο να θέσει διάγνωση ή να χορηγήσει θεραπεία ή να διενεργήσει άλλες ιατρικές πράξεις. Εν πάση περιπτώσει δεν μας είναι κατανοητό πώς ο «απερίσκεπτος» και «κωφός» γιατρός επί του ελάσσονος, από πλευράς δυσκολίας, της τήρησης του απορρήτου, θα ενεργούσε *lege artis* και ως συνετός και σώφρων επί του μείζονος από πλευράς δυσκολίας, της θέσης διάγνωσης και χορήγησης θεραπείας. Επομένως, μόνο την αμέλεια θα ήταν δυνατό να αποδεχθούμε ως λόγο μη στοιχειοθέτησης του εγκλήματος και όχι και την απερισκεψία ή κωφότητα.

V. Εξαιρέσεις από την αρχή τήρησης του απορρήτου. Ο ρόλος της συναίνεσης του ασθενούς για την αποδέσμευση από το απόρρητο

Η συναίνεση του ασθενούς διαδραματίζει εξαιρετικά σημαντικό ρόλο στο δίκαιο της ιατρικής ευθύνης. Πάντοτε, εκτός ελαχίστων εξαιρέσεων μόνιμης ή παροδικής αδυναμίας του ασθενούς να συναινέσει, η συναίνεση είναι και προαπαιτούμενη και νομιμοποιητική μιας ιατροχειρουργικής επέμβασης. Η συναίνεση πρέπει να είναι απόρροια ελεύθερης και αβίαστης βούλησης του ασθενούς, μετά από πλήρη ενημέρωσή του ως προς το είδος και τη φύση της ασθένειας, το είδος και την έκταση των διαγνωστικών και θεραπευτικών μέσων που πρόκειται να χρησιμοποιηθούν, των αποτελεσμάτων που πρόκειται αυτά να έχουν, καθώς και το κάθε είδους κόστος και τις εναλλακτικές λύσεις που προσφέρονται.

Κατά τη γαλλική σχολή, δεδομένου του ότι το ιατρικό απόρρητο είναι κανόνας δημόσιας τάξης, η συναίνεση του ασθενούς δεν αποδεσμεύει το γιατρό. Η άποψη αυτή υποστηρίχθηκε και από ένα μεγάλο τμήμα ελλήνων νομικών. Κατά τη γνώμη μας δεν είναι ορθή. Κατ' αρχήν τα έννομα αγαθά της ζωής, υγείας, σωματικής ακεραιότητας είναι σημαντικότερα κατά την αποτίμησή τους έναντι του αγαθού της ιδιωτικής σφαίρας του απορρήτου. Δεν είναι δυνατό η συναίνεση του ασθενούς να νομιμοποιεί το γιατρό για το μείζον, τη διασφάλιση της ζωής του λ.χ. και όχι και για το έλασσον, την ιδιωτική σφαίρα του απορρήτου του.

Το δεύτερο επιχείρημα έγκειται σε απολύτως πρακτικά ζητήματα. Ο ασθενής ζητεί λ.χ. από το γιατρό πιστοποίηση για την κατάσταση της υγείας του, προκειμένου να τη χρησιμοποιήσει στον ασφαλιστικό του οργανισμό και να λάβει αποζημίωση ή στον εργοδότη του για να δικαιολογήσει την απουσία του κατά νόμο. Ο γιατρός, παρέχοντας τη βεβαίωση, γνωρίζει ότι παραβιάζει μεν το ιατρικό απόρρητο, όμως η παραβίαση αυτή γίνεται εξαιτίας της αποδέσμευσης του ασθενούς, ο οποίος προσδοκά από αυτή τη βεβαίωση όφελος μέσα σε σύννομα πλαίσια. Βάσει της γαλλικής σχολής, μια τέτοια βεβαίωση, και χιλιάδες τέτοιες βεβαιώσεις που δίνονται καθημερινά είτε από εξωνοσοκομειακούς γιατρούς είτε από κρατικά νοσηλευτήρια, θα ήταν μη σύννομη βάσει του Π.Κ. 371. Ο Χωραφάς προσφυώς θα προχωρούσε ένα βήμα παραπέρα. Η αποκάλυψη του απορρήτου, όταν υφίσταται η συναίνεση του ασθενούς, δεν στοιχειοθετεί την

αντικειμενική υπόσταση του εγκλήματος. Το απόρρητο είναι απόρρητο όσο ο ασθενής επιθυμεί να είναι απόρρητο.

Προβλήματα θα μπορούσαν να δημιουργηθούν ως προς την έκταση που αποδεσμεύεται ο γιατρός από το απόρρητο. Έτσι έχει δικαίωμα ο γιατρός να αποκαλύψει μόνο εκείνες τις πτυχές που ο ασθενής επιθυμεί. Υπέρβαση του μέτρου αυτού στοιχειοθετεί την αντικειμενική υπόσταση του Π.Κ. 371.

Η δήλωση προς τις αρχές λοιμωδών νοσημάτων, βάσει ειδικής νομοθεσίας. Οι δηλώσεις αυτές πρέπει να έχουν έγγραφο τύπο, να απευθύνονται στις αρχές κατά νόμο και να εξυπηρετούν μόνο το σκοπό προστασίας της δημόσιας υγείας, για τον οποίο οι νόμοι αυτοί ετέθησαν. Ακόμη πρέπει να τηρείται οποιαδήποτε νομική επιταγή. Όταν λ.χ. η νομοθεσία για τη δήλωση των κρουσμάτων της λοίμωξης HIV/AIDS (Υ.Α. Α1/6122 ΦΕΚ Β 592/19.9.1986) απαιτεί μη ονομαστική αναφορά του ονόματος προς τις αρχές, η παράβαση αυτού του κανόνα προσβάλλει το ιατρικό απόρρητο.

Η ληξιαρχική πράξη γεννήσεως και θανάτου με βάση ειδική νομοθεσία (Ν. 344/1976).

Η ιατροδικαστική έκθεση, εφόσον όμως είναι μέσα στα πλαίσια του σκοπού για τον οποίο προορίζεται. Επομένως πρέπει να γίνει δεκτό ότι και ο ιατροδικαστής υπέχει ένα καθήκον διαφύλαξης του ιατρικού απορρήτου για όλα αυτά τα οποία καλείται να γνωμοδοτήσει προς τη δικαστική αρχή, έναντι λοιπών αρχών και τρίτων.

Ο νομοθέτης του Ν. 3418/2005 έδωσε μια πολύ καλή διάσταση στις εξαιρέσεις από την αρχή τήρησης του απορρήτου, σε άρθρ. 3 παρ. 3. «*Η άρση του ιατρικού απορρήτου επιτρέπεται όταν: α) Ο ιατρός αποβλέπει στην εκπλήρωση νομικού καθήκοντος. Νομικό καθήκον συντρέχει, όταν η αποκάλυψη επιβάλλεται από ειδικό νόμο, όπως στις περιπτώσεις γέννησης, θανάτου, μολυσματικών νόσων και άλλες, ή από γενικό νόμο, όπως στην υποχρέωση έγκαιρης αναγγελίας στην αρχή, όταν ο ιατρός μαθαίνει με τρόπο αξιόπιστο ότι μελετάται κακούργημα ή ότι άρχισε ήδη η εκτέλεσή του και, μάλιστα, σε χρόνο τέτοιο, ώστε να μπορεί ακόμα να προληφθεί η τέλεση ή το αποτέλεσμα του. β) Ο ιατρός αποβλέπει στη διαφύλαξη έννομου ή άλλου δικαιολογημένου, ουσιώδους δημοσίου συμφέροντος ή συμφέροντος του ίδιου του ιατρού ή κάποιου άλλου, το οποίο δεν μπορεί να διαφυλαχθεί διαφορετικά. γ) Όταν συντρέχει κατάσταση ανάγκης ή άμυνας. 4. Η υποχρέωση τήρησης ιατρικού απορρήτου αίρεται, εάν συναινεί σε αυτό εκείνος στον οποίο αφορά, εκτός εάν η σχετική δήλωσή του δεν είναι έγκυρη, όπως στην περίπτωση, που αυτή είναι προϊόν πλάνης, απάτης, απειλής, σωματικής ή ψυχολογικής βίας, ή εάν η άρση του απορρήτου συνιστά προσβολή της ανθρωπίνης αξιοπρέπειας. 5. Οι ιατροί που ασκούν δημόσια υπηρεσία ελέγχου, επιθεώρησης ή πραγματογνωμοσύνης απαλλάσσονται από την υποχρέωση τήρησης του ιατρικού απορρήτου μόνο έναντι των εντολών τους και μόνο ως προς το αντικείμενο της εντολής και τους λοιπούς όρους χορήγησής της».*

VI. Η προστασία των Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα

Ο μεγαλύτερος κίνδυνος μετάδοσης του Ιατρικού Απορρήτου στην Ιστορία έχει επέλθει με τη διάδοση των ηλεκτρονικών υπολογιστών. Ενώ πριν μερικές δεκαετίες το ιατρικό απόρρητο μπορούσε να γίνει αντικείμενο μετάδοσης μόνο στα στενά πλαίσια του περιβάλλοντος και των οικείων του ασθενούς, σήμερα, με τη διάδοση των ηλεκτρονικών υπολογιστών και ιδίως των ηλεκτρονικών αρχειοθετήσεων, τα προσωπικά δεδομένα που αφορούν στην υγεία του μπορούν να μεταδοθούν σε πανελλήνιο, ευρωπαϊκό ή και

παγκόσμιο επίπεδο, αποτελώντας αντίστοιχα μέρος διεθνών ηλεκτρονικών αρχειοθετήσεων για ερευνητικούς, επιδημιολογικούς ή άλλους σκοπούς.

Το επιστημονικό πρόβλημα εμφανίσθηκε στα μέσα της δεκαετίας του '80 με ανάπτυξη των ηλεκτρονικών υπολογιστών. Τότε σε μελέτες μας αναγράψαμε τους σχετικούς κινδύνους, αλλά και τα προβλήματα που ήλθε να επιλύσει η αυστηρή νομοθεσία για την προστασία των προσωπικών δεδομένων ασθενών. Ένα από τα θεμελιώδη λ.χ. προβλήματα ήταν το ότι, ενώ η νομοθεσία για την προστασία των προσωπικών δεδομένων (Datenschutzgesetz) απαιτούσε την αναλυτική αναγραφή που έπρεπε να χρησιμοποιηθεί σε ένα αρχείο καρκινοπαθών (Krebsregister), ο ίδιος ο ασθενής μπορούσε να μη γνωρίζει καν το γεγονός ότι πάσχει από καρκίνο, στα πλαίσια της απόκλισης από το καθήκον αλήθειας του γιατρού, προκειμένου να μην προκαλέσει με την ανακοίνωση της νόσου και την πρόγνυσή της βαριά και μη αναστρέψιμη βλάβη στον ασθενή.

Στην Ελλάδα η προστασία των προσωπικών δεδομένων έφθασε με μεγάλη καθυστέρηση. Με το Ν. 1599/1986 έγινε μια εξαιρετικά ατελής προσπάθεια προστασίας των προσωπικών δεδομένων του πολίτη, στα πλαίσια των σχέσεων κράτους-πολίτη και της προστασίας δικαιωμάτων του τελευταίου.

Ο νόμος 2472/1997 δίνει ορθές λύσεις προς την κατεύθυνση της προστασίας των προσωπικών δεδομένων των ατόμων.

Βάσει του άρθρ. 2 Α. ως δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα νοείται κάθε πληροφορία που αναφέρεται στο αντικείμενο των δεδομένων, Β. ως ευαίσθητα δεδομένα τα δεδομένα που αφορούν τη φυλετική ή εθνική προέλευση, τα πολιτικά φρονήματα, τις θρησκευτικές ή φιλοσοφικές πεποιθήσεις, τη συμμετοχή σε ένωση, σωματείο και συνδικαλιστική οργάνωση, την υγεία, την κοινωνική πρόνοια και την ερωτική ζωή, καθώς και τα σχετικά με τις ποινικές διώξεις ή καταδίκες. Τα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα για να τύχουν νόμιμης επεξεργασίας πρέπει (άρθρ. 4): α. να συλλέγονται κατά τρόπο θεμιτό και νόμιμο για καθορισμένους, σαφείς και νόμιμους σκοπούς και να υφίστανται θεμιτή και νόμιμη επεξεργασία εν όψει των σκοπών αυτών, β. να είναι συναφή, πρόσφορα και όχι περισσότερα από όσα κάθε φορά απαιτείται εν όψει των σκοπών της επεξεργασίας, γ. να είναι ακριβή και, εφόσον χρειάζεται, να υποβάλλονται σε ενημέρωση, δ. να διατηρούνται σε μορφή που να επιτρέπει τον προσδιορισμό της ταυτότητας των υποκειμένων τους μόνο κατά τη διάρκεια της περιόδου που απαιτείται, κατά την κρίση της Αρχής, για την πραγματοποίηση των σκοπών της συλλογής τους και της επεξεργασίας τους. Δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα που είχαν συλλεγεί ή υφίστανται επεξεργασία κατά παράβαση των ανωτέρω, καταστρέφονται με ευθύνη του υπεύθυνου της επεξεργασίας.

Επεξεργασία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα επιτρέπεται μόνο όταν το υποκείμενο των δεδομένων έχει δώσει τη συναίνεσή του (άρθρ. 5). Κατ' εξαίρεση επιτρέπεται η επεξεργασία και χωρίς αυτή τη συναίνεση, όταν α. η επεξεργασία είναι αναγκαία για την εκτέλεση σύμβασης, στην οποία συμβαλλόμενο μέρος είναι υποκείμενο δεδομένων ή για τη λήψη μέτρων κατόπιν αιτήσεως του υποκειμένου κατά το προσυμβατικό στάδιο, β. η επεξεργασία είναι αναγκαία για την εκπλήρωση υποχρεώσεως του υποκειμένου κατά το προσυμβατικό στάδιο, γ. η επεξεργασία είναι αναγκαία για διαφύλαξη ζωτικού συμφέροντος του υποκειμένου, εάν αυτό τελεί σε φυσική ή νομική αδυναμία να δώσει τη συναίνεσή του, δ. η επεξεργασία είναι αναγκαία για την εκτέλεση έργου δημόσιου συμφέροντος ή έργου που εμπύπτει στην άσκηση δημόσιας εξουσίας και εκτελείται από δημόσια αρχή ή έχει ανατεθεί από αυτή είτε στον υπεύθυνο επεξεργασίας είτε σε τρίτο,

στον οποίο γνωστοποιούνται τα δεδομένα, ε. η επεξεργασία είναι απολύτως αναγκαία για την ικανοποίηση του έννομου συμφέροντος που επιδιώκει ο υπεύθυνος της επεξεργασίας ή ο τρίτος ή οι τρίτου στους οποίους ανακοινώνονται τα δεδομένα και υπό τον όρο ότι τούτο υπερέχει προφανώς των δικαιωμάτων και συμφερόντων των προσώπων στα οποία αναφέρονται τα δεδομένα και δεν θίγονται οι θεμελιώδεις ελευθερίες αυτών.

Ο υπεύθυνος επεξεργασίας υποχρεούται να γνωστοποιήσει εγγράφως στην Αρχή τη σύσταση και λειτουργία αρχείου ή την έναρξη της επεξεργασίας (άρθρ. 6). Με τη γνωστοποίηση αυτή ο υπεύθυνος επεξεργασίας οφείλει να δηλώνει: α. ονοματεπώνυμο, επωνυμία, διεύθυνση, διεύθυνση προσώπων που εκτελούν την επεξεργασία, β. τη διεύθυνση του αρχείου, γ. την περιγραφή του σκοπού της επεξεργασίας, δ. το είδος των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα, ε. το χρονικό διάστημα, στ. τους αποδέκτες ή κατηγορίες αποδεκτών, ζ. τις ενδεχόμενες διαβιβάσεις και το σκοπό διαβίβασης σε τρίτες χώρες, η. βασικά χαρακτηριστικά του συστήματος και των μέτρων ασφαλείας, θ. αν η επεξεργασία ή το αρχείο εμπίπτει σε ειδικούς κανόνες ασφαλείας που έχει εκδώσει η Αρχή, κατατίθεται σε αυτή δήλωση από τον υπεύθυνο επεξεργασίας, ότι τηρείται το αρχείο σύμφωνα με τους κανόνες ασφαλείας που η Αρχή έχει θέσει.

Τα ιατρικά αρχεία υπάγονται στα ευαίσθητα δεδομένα, όπως παραπάνω αναφέρθηκε. Απαγορεύεται κατ' αρχήν συλλογή και η επεξεργασία ευαίσθητων δεδομένων (άρθρ. 7). Κατ' εξαίρεση επιτρέπεται η συλλογή και η επεξεργασία ευαίσθητων δεδομένων, καθώς και η ίδρυση και λειτουργία σχετικού αρχείου, ύστερα από άδεια της Αρχής, όταν συντρέχουν μία ή περισσότερες από τις ακόλουθες προϋποθέσεις: α. το υποκειμένο έδωσε τη γραπτή συναίνεσή του, εκτός αν η συναίνεση έχει αποσπασθεί με τρόπο που αντίκειται στο νόμο ή τα χρηστά ήθη ή ο νόμος ορίζει ότι η συναίνεση δεν αίρει την απαγόρευση, β. η επεξεργασία είναι αναγκαία για τη διαφύλαξη ζωτικού συμφέροντος του υποκειμένου, αν αυτό τελεί σε φυσική ή νομική αδυναμία να παράσχει τη (νομικά ισχυρή) συναίνεσή του, γ. η επεξεργασία αφορά αποκλειστικά δεδομένα του υποκειμένου, τα οποία δημοσιοποιεί ή του είναι αναγκαία για την αναγνώριση ή υπεράσπιση δικαιωμάτων του ενώπιον Δικαστηρίου, δ. η επεξεργασία αφορά θέματα υγείας και εκτελείται από πρόσωπο που ασχολείται κατ' επάγγελμα με την παροχή υπηρεσιών υγείας και υπόκειται σε καθήκον εχεμύθειας ή σε συναφείς κώδικες δεοντολογίας, υπό τον όρο ότι η επεξεργασία είναι απαραίτητη για την ιατρική πρόληψη, διάγνωση, περίθαλψη ή τη διαχείριση των υπηρεσιών υγείας, ε. η επεξεργασία είναι απαραίτητη για την εξυπηρέτηση των αναγκών της εθνικής ασφάλειας, καθώς επίσης και για την εξυπηρέτηση των αναγκών της εγκληματολογικής ή σωφρονιστικής πολιτικής, όταν εκτελείται από δημόσια αρχή και αφορά τη διακρίβωση εγκλημάτων, ποινικές καταδίκες και μέτρα ασφαλείας, στ. η επεξεργασία πραγματοποιείται για ερευνητικούς και επιστημονικούς αποκλειστικά σκοπούς και υπό τον όρο ότι τηρείται η ανωνυμία και λαμβάνονται όλα τα απαραίτητα μέτρα για την προστασία των δικαιωμάτων των προσώπων στα οποία αναφέρονται, ζ. η επεξεργασία αφορά δεδομένα δημοσίων προσώπων, εφόσον αυτά συνδέονται με την άσκηση δημοσίου λειτουργήματος ή τη διαχείριση συμφερόντων τρίτων, και πραγματοποιείται αποκλειστικά για την άσκηση του δημοσιογραφικού επαγγέλματος. Η άδεια της αρχής χορηγείται μόνο εφόσον η επεξεργασία είναι απολύτως αναγκαία για την εξασφάλιση του δικαιώματος πληροφόρησης επί θεμάτων δημοσίου ενδιαφέροντος καθώς και στο πλαίσιο καλλιτεχνικής έκφρασης και εφόσον δεν παραβιάζεται καθ' οιονδήποτε τρόπο το δικαίωμα προστασίας της ιδιωτικής και οικογενειακής ζωής. Η Αρχή χορηγεί

άδεια συλλογής και επεξεργασίας ευαίσθητων δεδομένων, καθώς και άδεια ιδρύσεως και λειτουργίας σχετικού αρχείου, ύστερα από αίτηση του υπεύθυνου επεξεργασίας. Η Αρχή μπορεί να επιβάλλει όρους και προϋποθέσεις για την αποτελεσματικότερη προστασία του δικαιώματος ιδιωτικής ζωής των υποκειμένων ή τρίτων. Πριν χορηγήσει την άδεια, η Αρχή καλεί σε ακρόαση τον υπεύθυνο επεξεργασίας ή τον εκπρόσωπό του και τον εκτελούντα την επεξεργασία. Η άδεια δίνεται για ορισμένο χρόνο, ανάλογα με το σκοπό της επεξεργασίας, μπορεί όμως να ανανεωθεί με αίτηση του υπεύθυνου της επεξεργασίας. Η άδεια περιέχει απαραίτητα: α. το ονοματεπώνυμο ή την επωνυμία ή τίτλο και διεύθυνση υπεύθυνου επεξεργασίας, β. τη διεύθυνση του αρχείου, γ. το είδος των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα που επιτρέπεται να περιληφθούν στο αρχείο, δ. το χρονικό διάστημα για το οποίο χορηγείται η άδεια, ε. τους τυχόν όρους και προϋποθέσεις που έχει επιβάλει η Αρχή, στ. την υποχρέωση γνωστοποίησής του ή των αποδεκτών ευθύς ως εξατομικευθούν. Κάθε μεταβολή του αρχείου γνωστοποιείται στην Αρχή.

Διασύνδεση των αρχείων (άρθρ. 8) επιτρέπεται μόνο μετά από γνωστοποίηση στην αρχή και ύστερα από ακρόαση των υπευθύνων της επεξεργασίας των αρχείων και απαραίτητα α. το σκοπό για τον οποίο η διασύνδεση θεωρείται αναγκαία, β. το είδος των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα που αφορά η διασύνδεση, γ. το χρονικό διάστημα που επιτρέπεται η διασύνδεση, δ. τους τυχόν όρους και προϋποθέσεις για την αποτελεσματικότερη προστασία των δικαιωμάτων και ελευθεριών και ιδίως του δικαιώματος ιδιωτικής ζωής των υποκειμένων ή τρίτων. Η άδεια καταχωρείται σε ειδικό αρχείο διασύνδεσης που τηρεί η Αρχή.

Η διαβίβαση δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα σε χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης είναι ελεύθερη (άρθρ. 9). Η διαβίβαση δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα προς χώρα που δεν ανήκει στην Ευρωπαϊκή Ένωση και η οποία δεν εξασφαλίζει ικανοποιητικό επίπεδο προστασίας επιτρέπεται μόνο με άδεια της Αρχής, υπό προϋποθέσεις.

Η επεξεργασία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα είναι απόρρητη. Διεξάγεται αποκλειστικά και μόνο από πρόσωπα που τελούν υπό τον έλεγχο του υπεύθυνου επεξεργασίας ή του εκτελούντος την επεξεργασία και μόνο κατ' εντολή του. Για τη διεξαγωγή της επεξεργασίας ο υπεύθυνος επεξεργασίας οφείλει να επιλέγει πρόσωπα με αντίστοιχα επαγγελματικά προσόντα που παρέχουν επαρκείς εγγυήσεις από πλευράς τεχνικών γνώσεων και προσωπικής ακεραιότητας για την τήρηση του απορρήτου. Ο υπεύθυνος επεξεργασίας οφείλει να λαμβάνει τα κατάλληλα οργανωτικά και τεχνικά μέτρα για την ασφάλεια των δεδομένων και την προστασία τους από τυχαία ή αθέμιτη καταστροφή, τυχαία απώλεια, αλλοίωση, απαγορευμένη διάδοση ή πρόσβαση και κάθε άλλη μορφή αθέμιτης επεξεργασίας.

Ο υπεύθυνος επεξεργασίας πρέπει να ενημερώνει το υποκείμενο για την ταυτότητά του, το σκοπό της επεξεργασίας, τους αποδέκτες ή τις κατηγορίες αποδεκτών των δεδομένων, την ύπαρξη δικαιώματος πρόσβασης (άρθρ. 11).

Το υποκείμενο της επεξεργασίας έχει ρητώς δικαίωμα (άρθρ. 12) πρόσβασης στα αρχεία. Έχει δικαίωμα να ζητεί και να λαμβάνει από τον υπεύθυνο επεξεργασίας, χωρίς καθυστέρηση και κατά σαφή τρόπο και εύληπτο α. όλα τα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα που το αφορούν, β. τους σκοπούς της επεξεργασίας, τους αποδέκτες ή τις κατηγορίες αποδεκτών, γ. την εξέλιξη της επεξεργασίας για το χρονικό διάστημα από την προηγούμενη ενημέρωσή του, δ. τη λογική της αυτοματοποιημένης επεξεργασίας.

Μπορεί το υποκείμενο επεξεργασίας να χρησιμοποιεί και ειδικό, η Αρχή δε ορίζει και το κόστος προς τον υπεύθυνο της επεξεργασίας. Αν ο υπεύθυνος της επεξεργασίας δεν απαντήσει εντός δέκαπέντε ημερών ή η απάντησή του δεν είναι ικανοποιητική, έχει δικαίωμα το υποκείμενο των δεδομένων να προσφύγει προς την Αρχή, η οποία προβαίνει σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες για την πρόσβαση στο Αρχείο.

Το υποκείμενο των δεδομένων έχει δικαίωμα να προβάλει οποτεδήποτε αντιρρήσεις για την επεξεργασία των δεδομένων που το αφορούν (άρθρ. 13). Οι αντιρρήσεις απευθύνονται εγγράφως στον υπεύθυνο της επεξεργασίας με συγκεκριμένο αίτημα για διόρθωση, προσωρινή μη χρησιμοποίηση, δέσμευση, μη διαβίβαση ή διαγραφή. Ο υπεύθυνος επεξεργασίας έχει την υποχρέωση να απαντήσει εντός 15 ημερών. Η απάντηση, σε περίπτωση απόρριψης του αιτήματος, πρέπει να κοινοποιείται προς την Αρχή. Αν η απάντηση του υπεύθυνου της επεξεργασίας δεν είναι ικανοποιητική ή εμπρόθεσμη, έχει δικαίωμα το υποκείμενο των δεδομένων να προσφύγει προς την Αρχή, η οποία και μπορεί να επιβάλει κατά περίπτωση την άμεση αναστολή της επεξεργασίας.

Καθένας επίσης έχει δικαίωμα να δηλώσει στην Αρχή ότι δεδομένα που τον αφορούν δεν επιθυμεί να αποτελέσουν αντικείμενο επεξεργασίας από οποιονδήποτε, για λόγους προώθησης πωλήσεων αγαθών ή παροχής υπηρεσιών εξ αποστάσεως. Η Αρχή τηρεί μητρώο με τα στοιχεία ταυτότητάς τους. Αυτό έχει ειδική εφαρμογή γιατί σε περιπτώσεις που ασθενείς προσέρχονται για τοκετό σε ιατρεία, μετά κατακλύζονται από διαφημίσεις και προσφορές αγαθών από εταιρείες παιδιών προϊόντων.

Καθένας έχει δικαίωμα να ζητήσει από το αρμόδιο εκάστοτε Δικαστήριο την άμεση αναστολή ή μη εφαρμογή πράξης ή απόφασης που τον θίγει (άρθρ. 14), την οποία έχει λάβει διοικητική αρχή ή νομικό πρόσωπο δημοσίου δικαίου ή ιδιωτικού δικαίου ή ένωση προσώπων ή φυσικό πρόσωπο αποκλειστικά με αυτοματοποιημένη επεξεργασία στοιχείων, εφόσον η επεξεργασία αυτή αποβλέπει στην αξιολόγηση της προσωπικότητάς του και ιδίως της αποδοτικότητάς του στην εργασία, της οικονομικής φερεγγυότητάς του, της αξιοπιστίας του και εν γένει της συμπεριφοράς του.

Το υποκείμενο των δεδομένων έχει δικαίωμα να προβάλει οποτεδήποτε αντιρρήσεις για την επεξεργασία δεδομένων που το αφορούν (άρθρ. 15). Οι αντιρρήσεις απευθύνονται εγγράφως στον υπεύθυνο επεξεργασίας και πρέπει να περιέχουν αίτημα για συγκεκριμένη ενέργεια, όπως διόρθωση, προσωρινή μη χρησιμοποίηση, δέσμευση, μη διαβίβαση ή διαγραφή. Ο υπεύθυνος επεξεργασίας έχει υποχρέωση να απαντήσει εγγράφως εντός δεκαπέντε (15) ημερών, ενημερώνοντας το υποκείμενο γιατί, σε περίπτωση απόρριψης, απέρριψε την αίτηση. Η απάντηση, σε περίπτωση απόρριψης, κοινοποιείται στην Αρχή. Αν η απάντηση δεν είναι ικανοποιητική ή μετά την πάροδο των 15 ημερών, το υποκείμενο δεδομένων έχει δικαίωμα να προσφύγει στην Αρχή, η οποία μπορεί να επιβάλλει και προσωρινή αναστολή της επεξεργασίας έως ότου εκδώσει οριστική απόφαση.

Συνεστήθη με το Ν. 2472/1997 Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα με αποστολή την εποπτεία εφαρμογής του ίδιου του νόμου και άλλων ρυθμίσεων που αφορούν την προστασία του ατόμου από την επεξεργασία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα, καθώς και την ενάσκηση των αρμοδιοτήτων που της ανατίθενται κάθε φορά (άρθρ. 15). Η Αρχή αποτελεί ανεξάρτητη δημόσια αρχή, με δικό της προϋπολογισμό και γραμματεία, μη υποκείμενη σε οποιοδήποτε διοικητικό έλεγχο. Τα μέλη της Αρχής, κατά την άσκηση των καθηκόντων, απολαμβάνουν προσωπικής και λειτουργικής ανε-

Ξαρτησίας. Ο Ν. 2472/1997 έδωσε ήδη νέες κατευθύνσεις στην προστασία του ιατρικού απορρήτου. Η Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα έδωσε εξαιρετικά σημαντικές λύσεις σε ζητήματα όπως της τήρησης αρχείου HIV οροθετικών ατόμων, του να μην αναγράφεται η πάθηση σε πιστοποιητικά στρατολογίας κ.λπ.

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

ΔΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ

Μαρτυρία ενώπιον των Δικαστηρίων

Σύμφωνα με ΚΠολΔ 401 «Έχουν δικαίωμα να αρνηθούν να εξεταστούν ως μάρτυρες 1. οι κληρικοί, δικηγόροι, συμβολαιογράφοι, γιατροί, φαρμακοποιοί, νοσοκόμοι, μαίες, οι βοηθοί τους, καθώς και σύμβουλοι των διαδίκων, για τα γεγονότα που έμαθαν από την άσκηση του επαγγέλματός τους». Ο νόμος αφήνει την απόφαση αυτή στους ίδιους τους επαγγελματίες και όχι και στους διαδίκους ή στο Δικαστήριο. Σε περίπτωση, επομένως, κατά την οποία γιατρός αποφασίσει να καταθέσει για γεγονότα που έμαθε κατά την άσκηση του επαγγέλματός του, τότε η μαρτυρία ενώπιον του Δικαστηρίου δεν πάσχει από ακυρότητα, αλλά έχει μόνο τον κίνδυνο να υποστεί τις κυρώσεις του Π.Κ. 371 ή πειθαρχικές ευθύνες βάσει του Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας, άρθρ. 13 Ν. 3418/2005 (πρβλ. Βαθρακοκόιλης, ΕρμΚΠολΔ 401, 816 παρ. 5, Φραγκίστα-Φαλτσή 176, ΕφΘρ 100/72 ΕΕΜ 39, 334).

Σύμφωνα με μία άποψη, «η εφαρμογή της διάταξης περιορίζεται στα Πολυμελή Δικαστήρια και απ' αυτά στο Πολυμελές Πρωτοδικείο μόνον όταν εκδίδεται προδικαστική απόφαση, μετά την τροποποίηση του άρθρ. 226 παρ. 2α με το άρθρ. 3 παρ. 6 του Ν. 2207/1994. Αντιθέτως, μετά την τροποποίηση του άρθρ. 270 με το άρθρ. 11 Ν. 1478/84 και 3 παρ. 10 Ν. 2207/1994, δεν εκτείνεται η εφαρμογή της στα Μονομελή Πρωτοδικεία, τα Ειρηνοδικεία και στα Πολυμελή Πρωτοδικεία όταν δεν εκδίδεται προδικαστική απόφαση, καθώς και στις ειδικές διαδικασίες (π.χ. μισθωτικών, εργατικών διαφορών κ.ά.), στις οποίες, βάσει ειδικών διατάξεων, είναι παραδεκτά και αποδεικτικά μέσα που δεν πληρούν τους όρους του νόμου» (Βαθρακοκόιλης, ΕρμΚΠολΔ 401 παρ. 3). Δεδομένου όμως ότι οι αναφερόμενες διατάξεις απλώς και μόνο αναφέρονται στην ισχύ των αποδεικτικών μέσων και όχι ad hoc στο αν πρέπει ή όχι ο γιατρός να καταθέσει, πιστεύουμε ότι δεν εθίγη η ισχύς του άρθρ. 401 παρ. 1 ΚΠολΔ και ότι ο γιατρός έχει δικαίωμα, και υποχρέωση, να αρνηθεί να καταθέσει, αν δε καταθέσει στοιχειοθετεί την αντικειμενική υπόσταση της Π.Κ. 371. Άλλωστε, βάσει της ΚΠολΔ 402, «ο μάρτυρας δεν έχει υποχρέωση να καταθέσει 1. Περιστατικά που μπορούν να δικαιολογήσουν τη δίωξη για αξιόποινή πράξη είτε του ίδιου είτε κάποιου προσώπου που συνδέεται μαζί του κατά το άρθρ. 401 αρ. 2 ή που θίγουν την τιμή του ή των προσώπων αυτών». Έχει δε νομολογηθεί (ΕφΑθ 14873/1976 ΝοΒ 24, 444) ότι μεταξύ των περιστατικών του άρθρ. 402 συγκαταλέγονται και περιστατικά που αποτελούν επαγγελματικό απόρρητο.

Την ένσταση μπορεί να προτείνει ο ίδιος ο ασθενής ή οι οικείοι του (ΚΠολΔ 400, Βαθρακοκόιλης, αρ. 17). Μπορεί δε η ένσταση να προταθεί ακόμη και αν ο γιατρός έχει παύσει να ασκεί το επάγγελμα.

Η προστασία εκτείνεται και στο Ποινικό Δίκαιο. Σύμφωνα με άρθρ. 212 ΚΠΔ «1. Η διαδικασία ακυρώνεται, αν εξετασθούν στην προδικασία ή στην κύρια διαδικασία: α, β,

γ. οι γιατροί, οι φαρμακοποιοί και οι βοηθοί τους, καθώς και οι μαιές σχετικά με όσα εμπιστευτικά πληροφορήθηκαν κατά την άσκηση του επαγγέλματός τους, εκτός όπου ειδικός νόμος τους υποχρεώνει να τα αναγγείλουν στην αρχή. 2. Η απαγόρευση της παρ. 1 στις περιπτώσεις α, β και γ ισχύει, ακόμη και αν τα πρόσωπα στα οποία αναφέρεται απαλλάχθηκαν από την υποχρέωσή τους να τηρήσουν το επαγγελματικό απόρρητο από μέρους εκείνου που τους το εμπιστεύτηκε. 3. Όλοι οι παραπάνω μάρτυρες έχουν υποχρέωση να δηλώσουν ενόρκως σ' αυτόν που εξετάζει ότι, αν κατέθεταν, θα παραβίαζαν τα απόρρητα που μνημονεύονται στην παρ. 1. Ψευδής δήλωση τιμωρείται με τις ποινές που ο ποινικός κώδικας προβλέπει για την ψευδορκία».

ΜΕΡΟΣ ΤΡΙΤΟ

ΕΙΔΙΚΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΑΠΟΡΡΗΤΟΥ

I. Ιατρική αμέλεια

Υπάρχουν περιπτώσεις, κατά τις οποίες γιατρός ανακαλύπτει ότι προηγούμενος συναδέλφος του, που ανέλαβε διαγνωστικές ή θεραπευτικές ενέργειες έναντι του ασθενούς, έχει υποπέσει σε ιατρικό σφάλμα, το οποίο θέτει σε κίνδυνο τη ζωή του ασθενούς, λ.χ. ξεχασμένη γάζα ή χειρουργικό εργαλείο στην κοιλιά του ασθενούς. Σε αυτές τις περιπτώσεις δεν υπάρχει καν επιλογή. Από τη μια πλευρά η υποχρέωση του γιατρού να ενημερώσει τον ασθενή, από την άλλη η ίδια η προστασία της ζωής, υγείας και σωματικής ακεραιότητας του ασθενούς, υποχρεώνουν το γιατρό να αποκαλύψει στον ασθενή την αλήθεια, καθώς και τους τρόπους που μπορεί να προστατέψει τα έννομα αγαθά του. Η πράξη αυτή του γιατρού είναι απολύτως νόμιμη και έναντι της εν γένει ιατρικής νομοθεσίας και δεοντολογίας, η οποία τίθεται προς προστασία του ασθενούς και όχι προς προστασία μιας κακώς εννοούμενης ιατρικής αλληλεγγύης.

II. Γενικοί λόγοι που αίρουν τον άδικο χαρακτήρα της πράξης ή τον καταλογισμό

Η προσταγή, η άμυνα, η κατάσταση ανάγκης, υπό τις προϋποθέσεις που ο νόμος τάσσει, αίρουν τον άδικο χαρακτήρα της πράξης ή τον καταλογισμό, έστω και αν είναι δυσχερές να ευρεθούν παραδείγματα.

III. Η άμυνα του γιατρού για ιατρικό σφάλμα

Στην περίπτωση κατά την οποία ο γιατρός κατηγορείται από τον ασθενή για ιατρικό σφάλμα, τότε αίρεται το απόρρητο στο βαθμό που η αποκάλυψη του απορρήτου συμβάλλει στη διερεύνηση των πραγματικών περιστατικών και σε ορθή δικανική κρίση. Ο γιατρός είναι υποχρεωμένος να αποκαλύψει μόνο εκείνα τα κρίσιμα στοιχεία που θα συμβάλουν στην απόσχιση της ευθύνης του.

IV. Η αμοιβή του γιατρού

Ο γιατρός, ως ελεύθερος επαγγελματίας -γιατί στο Εθνικό Σύστημα Υγείας δεν επιτρέπεται οποιαδήποτε αμοιβή προς το γιατρό- έχει δικαίωμα να ζητήσει έννομη προστασία από το Δικαστήριο, προκειμένου να λάβει την αμοιβή του. Προβλέπεται μάλιστα από τον Κώδικα Πολιτικής Δικονομίας ειδική διαδικασία κατάταξης πίνακα εναντίον του ασθενούς. Παρά το ότι υπήρχαν αντιγνώμιες, πιστεύουμε ότι και ο ασθενής πρέπει να

τηρεί τις υποχρεώσεις του, ο δε γιατρός πρέπει να αναγράφει μόνο εκείνα τα κρίσιμα περιστατικά, λ.χ. επισκέψεις, είδος διαγνωστικών και θεραπευτικών μέσων που έχουν παρασχεθεί, που θα δικαιολογήσουν από το Δικαστήριο την επιδίκαση της αμοιβής του. Εκείνο που πιστεύουμε όμως ότι παραβιάζει το ιατρικό απόρρητο είναι, ακόμη και όταν είναι από δικονομικής πλευράς ορθό, η σώρευση στο ίδιο δικόγραφο απαιτήσεων εναντίον περισσοτέρων του ενός ασθενών (παθητική ομοδικία). Αυτό εκθέτει το ιατρικό απόρρητο των ομοδικών ασθενών και τον ίδιο το γιατρό σε στοιχειοθέτηση της αντικειμενικής ευθύνης της Π.Κ. 371.

V. Γιατρός και Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης

Καθημερινό είναι το φαινόμενο ατυχημάτων στους δρόμους ή κατηγορίας γιατρών για λάθη κλπ. Ο τηλεθεατής ενδιαφέρεται να μάθει για την τύχη και την κατάσταση υγείας των «θυμάτων» των τροχαίων ή των «ιατρικών λαθών» ή μιας επιδημίας. Τότε γιατροί του νοσοκομείου, θεράποντες μάλιστα των ασθενών, εμφανίζονται και αναλύουν ανατομικές λεπτομέρειες των ασθενών, τη φύση των τραυμάτων, την πρόγνωση της νόσου (!). Η παραβίαση του ιατρικού απορρήτου είναι υπέρ το δέον προφανής, έστω και αν τα θύματα τις περισσότερες φορές δεν έχουν κίνητρο να διεκδικήσουν τίποτε από το γιατρό, είτε γιατί δεν το θεωρούν απόρρητο είτε γιατί δεν γνωρίζουν τα δικαιώματά τους είτε και γιατί επιχαιρούνται για την απρόσμενη δημοσιότητα, έστω και υπό αυτές τις συνθήκες.

Νομίζουμε όμως ότι το θέαμα αντιβαίνει στο κύρος του ιατρικού επαγγέλματος και πριν από τους ίδιους τους ασθενείς δικαιοδοσία έχουν και πρέπει να έχουν οι Ιατρικοί Σύλλογοι, δεδομένου του ότι παραβιάζεται και κανόνας ιατρικής δεοντολογίας.

VI. Το Ιατρικό απόρρητο στην πράξη

Στην πράξη το ιατρικό απόρρητο παραβιάζεται αρκετά. Λ.χ. σε ένα ιατρείο παραβιάζεται το ιατρικό απόρρητο με το να περιμένει κανείς στον προθάλαμο με άλλους ασθενείς. Πολύ περισσότερο στο θάλαμο ενός νοσηλευτικού ιδρύματος, όπου νοσηλεύονται στην πλειοψηφία των περιπτώσεων περισσότεροι του ενός ασθενείς. Το ιατρικό απόρρητο επομένως παραβιάζεται λόγω των συνθηκών, λόγω θα λέγαμε μιας ανεπάρκειας αφθονίας οικονομικών μέσων που θα επέβαλλε ο προθάλαμος του γιατρού να χωρίζεται σε «ρίνι» μέρη ή τα νοσοκομεία να διαθέτουν θαλάμους μόνο για ένα άτομο. Η παραβίαση αυτή του απορρήτου του ασθενούς θα λέγαμε ότι σε ένα βαθμό είναι θεμιτή, με την έννοια ότι, αν εφαρμοζόταν πραγματικά αυστηρά η τήρηση του ιατρικού απορρήτου και σε αυτές τις περιπτώσεις, θα είχε καταργηθεί η άσκηση της ιατρικής.

Και σε αυτή την περίπτωση όμως η τήρηση του ιατρικού απορρήτου αφορά το υπόλοιπο μέρος και πρέπει να τηρείται αυστηρά από τα Δικαστήρια. Ο γιατρός δεν έχει δικαίωμα να εξηγήσει σε επόμενο ασθενή τους λόγους που ο προηγούμενος τον επισκέφθηκε ή τη διάγνωση που έθεσε ή τη θεραπεία που σύστησε. Από την άλλη πλευρά πρέπει να υπάρχει ειδική μέριμνα ώστε οι ιατρικές εξετάσεις να γίνονται σε νοσηλευτήρια όσο το δυνατό πιο διακριτικά και με διαχωριστικά (παραβάν) από άλλους ασθενείς.

Δυστυχώς η πραγματικότητα στα ελληνικά νοσοκομεία πολλές φορές είναι απογοητευτική. Πλήθος ασθενών συνωστίζονται σε θαλάμους χωρίς διαχωριστικά, εν μέσω ορδών συγγενών άλλων ασθενών, με ωράρια απροσδιόριστα, για να μην επεκταθούμε στο φαινόμενο των ράντζων σε διαδρόμους νοσοκομείων, όπου η έννοια του ιατρικού

απορρήτου καθίσταται πλέον ανεκδοτολογικού χαρακτήρα. Τουαλέτες και λουτρά που δεν κλείνουν επαρκώς ή και καθόλου οι πόρτες συνθέτουν ένα πλέγμα όπου το ιατρικό απόρρητο δεν φαίνεται να έχει θέση ή μάλλον φαίνεται να διαδραματίζει ελάχιστο ρόλο.

Όλες οι μελέτες για το ιατρικό απόρρητο στη χώρα μας, αλλά και στο εξωτερικό, έχουν ασχοληθεί μόνο με το θεωρητικό μέρος. Με το πρακτικό μέρος όμως, από όσο είμαστε σε θέση να γνωρίζουμε, κανείς δεν έχει ασχοληθεί, ώστε να παράσχει ένα στίγμα ανάλυσης.

Εδώ ανακύπτει ένα μεγάλο ζήτημα. Αν η μη λήψη αυτών των προφυλακτικών μέτρων στοιχειοθετεί παραβίαση του ιατρικού απορρήτου με την έννοια της διάταξης της παρ. 1 του Π.Κ. 371 ή απλώς είναι λόγος ευθύνης του γιατρού βάσει προσβολής της προσωπικότητας του ασθενούς (Π.Κ. 57 επ., Α.Κ. 914 επ.).

Αποτελεί θεμελιώδη αρχή του Ποινικού Δικαίου ότι όσον αφορά τα ποινικά αδικήματα η ερμηνεία πρέπει να είναι συσταλτική. Από την άλλη πλευρά ο νομοθέτης είχε υπόψη του το γιατρό, ο οποίος μετέφερε σε τρίτους μυστικά του ασθενούς και προφανώς όχι όταν εκθέτει τον ίδιο τον ασθενή σε τρίτους, αφήνοντας λ.χ. ανοιχτή την πόρτα ή μη έχοντας επαρκή ηχομόνωση, από την οποία ενδεχομένως να ακούγονται στην αίθουσα αναμονής τα λεγόμενα προς το γιατρό. Θα θεωρούσαμε το αδίκημα αυτό του γιατρού μεγαλύτερο, ιδίως αν αναλογισθεί κανείς ότι η μείωση της προσωπικότητας που υφίσταται ο ασθενής είναι πολύ μεγαλύτερη. Αν φαντασθεί έτσι κανείς τη μείωση που υφίστανται ο ασθενής κατά την εξέταση στο διάδρομο του νοσοκομείου ή εκείνον ο οποίος με ανοιχτές πόρτες υφίσταται ενδοσκόπηση, κατανοεί κανείς ότι το ιατρικό απόρρητο, έτσι που το θέτει ο νομοθέτης, υπολείπεται της μείωσης του ασθενούς στα παραδείγματα που αναφέρθησαν. Το ίδιο θα πρέπει να αναφερθεί όταν στους χώρους των εξετάσεων ή των επεμβάσεων παρίστανται άτομα τα οποία δεν έχουν καμία σχέση με την ιατρική εξέταση, λ.χ. είναι φίλοι του γιατρού. Έτσι αμερικανικά Δικαστήρια ήρθαν αντιμέτωπα με την περίπτωση κατά την οποία φίλος του γιατρού παραστάθηκε σε τοκετό. Είναι σαφές ότι σε αυτές τις περιπτώσεις παραβιάζεται το ιατρικό απόρρητο.

Εκείνο που είναι βέβαιο στα ανωτέρω παραδείγματα είναι ότι παραβιάζεται το έννομο αγαθό που προσπαθεί να προστατεύσει ο νομοθέτης, η ιδιωτική σφαίρα του απορρήτου του ατόμου, σε βαθμό μεγαλύτερο από αυτόν που περιγράφει σε Π.Κ. 371 παρ. 4. Το δεύτερο βέβαιο είναι ότι το Αστικό Δίκαιο, ως πολύ περισσότερο ευέλικτο, σε παρόμοιες περιπτώσεις, του Ποινικού Δικαίου, μπορεί να καταγγώσει λόγο ευθύνης του γιατρού βάσει των διατάξεων περί προσβολής προσωπικότητας (Α.Κ. 57 επ.) και αδικοπραξιών (Α.Κ. 914 επ.). Είναι όμως αμφίβολο αν στοιχειοθετεί την αντικειμενική υπόσταση του εγκλήματος του Π.Κ. 371 παρ. 4, χωρίς αυτό όμως να αποκλείεται («αν φανερώσουν ιδιωτικά απόρρητα»). Η πιο ορθή αντιμετώπιση που σίγουρα θα κάλυπτε παρόμοιες αμφισβητούμενες περιπτώσεις θα ήταν «αν επιτρέψουν τη φανέρωση ιδιωτικών απορρήτων σε τρίτα πρόσωπα που δεν έχουν σχέση με την ιατρική διαδικασία».

VII. Ο «διάσημος» ασθενής

Στις αρχές της δεκαετίας του '80 έγινε δολοφονική απόπειρα εναντίον του Προέδρου των ΗΠΑ, Ρόναλντ Ρέηγκαν. Στα μέσα της ίδιας δεκαετίας δολοφονική απόπειρα εναντίον του Πάπα Βοϊτύλα. Στα μέσα της δεκαετίας του '90 η Ελλάδα έζησε το δράμα ενός πρωθυπουργού, του Ανδρέα Παπανδρέου, επί ένα μήνα στην εντατική του Ωνασείου.

Σε όλες αυτές τις περιπτώσεις εκδίδονταν επίσημες ανακοινώσεις από εκπροσώπους των νοσοκομείων, κυβερνήσεων, οι οποίες και ικανοποιούσαν σε μεγάλο βαθμό την ανάγκη του κοινού για πληροφόρηση. Ακόμη και ανατομικές λεπτομέρειες δίνονταν στη δημοσιότητα, όπως λ.χ. περί τεχνητών εδρών, περί ποσών υγρών που κατακρατούσαν πνεύμονες σε καρδιακή ανεπάρκεια κ.ο.κ. Ακόμη εκτιμήσεις και προγνώσεις από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης από γιατρούς οι οποίοι καμία σχέση δεν είχαν με τους ασθενείς και τη διαγνωστική ή θεραπευτική διαδικασία.

Ακόμη είναι γνωστό ότι και την πιο μικρή επέμβαση αν υποστεί υπουργός, ακόμη και την απλή εισαγωγή για έλεγχο (check up), τα μέσα μαζικής ενημέρωσης είναι εκεί και θέτουν ερωτήσεις, εκβιάζουν, θα λέγαμε, απαντήσεις, ως προς τη διάγνωση, θεραπεία και την τυχόν πρόγνωση.

Εύλογα θα ανέκυπτε το ερώτημα, σε όλες αυτές τις περιπτώσεις, αν παραβιάζεται το ιατρικό απόρρητο και σε ποιο βαθμό αυτό είναι ανεκτό. Αν και η νομική θεωρία και νομολογία δεν έχουν ασχοληθεί ιδιαίτερα με το αντικείμενο, εξαιτίας και του περιορισμένου της έκτασης που το φαινόμενο μπορεί να λάβει, αναγνωρίζεται ότι, και βάσει της Π.Κ. 371 παρ. 4, οι πρωθυπουργοί, πρόεδροι δημοκρατίας, βασιλείς (ανάλογα με το Πολίτευμα) και εν πάση περιπτώσει αναγνωρισμένοι ηγέτες, ακόμη και θρησκευτικοί, καθώς και υπουργοί και εν γένει μέλη της Κυβέρνησης, αλλά και του Κοινοβουλίου, είναι δημόσια πρόσωπα. Ο λαός που τα εξέλεξε για τον κυβερνήσουν έχει δικαίωμα να ενδιαφερθεί για την εξέλιξη της υγείας τους, τη διάγνωση, τη θεραπεία σε αδρές γραμμές, καθώς και για την πιθανή πρόγνωση.

Τα όρια αυτού του δικαιώματος, κατά τη γνώμη μας, πρέπει να σταματούν εκεί που έχει τεθεί η διάγνωση, θεραπεία και πιθανή πρόγνωση και μάλιστα μόνο από πρόσωπα που εξουσιοδοτούνται ρητώς για αυτό το λόγο και αυτή την αποστολή και συγκεντρώνουν ένα ελάχιστο σοβαρότητας, επιστημονικής αξιοπρέπειας και ήθους και σεβασμού της προσωπικότητας του ασθενούς.

Μια δεύτερη κατηγορία προσώπων που έχουν δημόσια προβολή είναι πρόσωπα που από το επάγγελμά τους ή την ιδιότητά τους προβάλλονται στο ευρύ κοινό, όπως ηθοποιοί, τραγουδιστές, δημοσιογράφοι ΜΜΕ και εν γένει αναγνωρίσιμα πρόσωπα. Σε αυτές τις περιπτώσεις, αν μεν ο ασθενής που εμπίπτει σε αυτή την κατηγορία παρέχει τη συναίνεσή του για δελτία τύπου και ανακοινώσεις για την κατάσταση της υγείας του, ανταποκρινόμενος σε ενδεχομένως εύλογο ενδιαφέρον του κοινού, τότε δεν υπάρχει πρόβλημα. Έχει όμως κάθε δικαίωμα, αν δεν επιθυμεί τη δημοσιότητα, να διατηρήσει απόρρητη την κατάσταση της υγείας του.

VIII. Ιατρικό απόρρητο και HIV λοίμωξη

Ιδιαίτερα προβλήματα παρουσιάστηκαν με τον HIV/AIDS. Εκεί πραγματικά η κοινωνική ευαισθησία δοκιμάστηκε στην πράξη. Το ΚΕΕΛ, σήμερα ΚΕΕΛΠΝΟ, εφάρμοσε ένα νέο τρόπο για την τήρηση ιατρικού απορρήτου, που πρότεινε στην Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα, και αυτή το στήριξε. Ο νέος αυτός τρόπος ήταν ένα αρχείο οροθετικών με τρία μέρη. Το ένα με τα απολύτως απαραίτητα προσωπικά δεδομένα, όνομα, επώνυμο, πατρώνυμο, ημερομηνία γέννησης, ένα που αναγράφεται λεπτομερώς η αγωγή που το HIV οροθετικό άτομο λαμβάνει και ένα που έχει χαρακτήρα επιδημιολογικό, εντελώς ανώνυμο και εμπιστευτικό, για επιδημιολογικούς λόγους.

Το αρχείο αυτό αποτέλεσε πρότυπο και για άλλα κράτη που ζητούν την επίδειξη

του. Θα πρέπει όμως να τονίσουμε ότι αυτό το αρχείο χρειάστηκε γιατί πραγματικά η ελληνική κοινωνία σε ζητήματα ιατρικού απορρήτου ιδίως όσον αφορά στον HIV και εν γένει στα λοιμώδη νοσήματα δεν δείχνει ακόμη την επιβαλλόμενη ευαισθησία.

Παραμένουν όμως, ακόμη και σήμερα ιδιαίτερα προβλήματα στο στρατό, στους χώρους εργασίας, στα σχολεία. Το ιατρικό απόρρητο είναι από τα ζητήματα που απασχολούν ακόμη και σήμερα όσους ασχολούνται με τον HIV/AIDS και προσπαθούμε να δώσουμε λύσεις, λ.χ. τα ιατρεία των δημόσιων και ιδιωτικών υπηρεσιών να βεβαιώνουν στο γραφείο προσωπικού ότι χρειάζεται κάποιο άτομο να λάβει άδεια, αλλά χωρίς να μαθαίνει την αιτία το γραφείο προσωπικού και χωρίς τα έγγραφα να διακινούνται από μη διαβαθμισμένους υπαλλήλους ή μη υγειονομικούς.

ΙΧ. Ιατρικό απόρρητο και σχολεία.

Σύμφωνα με άρθρ. 8 παρ. 3 Ν. 3194/2003 ΦΕΚ Α' 267/20.11.2003 «Ρύθμιση εκπαιδευτικών θεμάτων και άλλες διατάξεις», «Στις σχολικές μονάδες πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης τηρείται, με την ευθύνη των διευθυντών των σχολικών αυτών μονάδων, Ατομικό Δελτίο Υγείας (Α.Δ.Υ.) των μαθητών. Το περιεχόμενο των Α.Δ.Υ. χαρακτηρίζεται απόρρητο και δεν είναι ανακινώσιμο, εκτός των περιπτώσεων ενημέρωσης των διδασκόντων για τη λήψη των αναγκαίων μέτρων στήριξης των μαθητών. Με απόφαση των Υπουργών Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων και Υγείας και Πρόνοιας καθορίζονται ο τύπος και το περιεχόμενο των Α.Δ.Υ., τα θέματα ενημέρωσής τους και κάθε αναγκαία λεπτομέρεια. Υ.Α. (Παιδείας και Υγείας) 58410/Γ4/ΦΕΚ Β' 859/23.6.2005) Καθορισμός τύπου, περιεχομένου και τρόπου ενημέρωσης του Ατομικού Δελτίου Υγείας (Α.Δ.Υ.). 1. Στις σχολικές μονάδες πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης τηρείται, με ευθύνη των διευθυντών τους, Ατομικό Δελτίο Υγείας (Α.Δ.Υ.) των μαθητών. 2. Το Α.Δ.Υ.: α. Έχει προληπτικό χαρακτήρα, αποσκοπεί αποκλειστικά στην προστασία της ζωής των μαθητών και μαθητριών και χρησιμοποιείται ως βασικό στοιχείο στήριξής τους κατά τη συμμετοχή τους στο μάθημα της Φυσικής Αγωγής και γενικότερα στις σχολικές δραστηριότητες. β. Καταρτίζεται συμπληρώνεται, με τη φροντίδα των γονέων και κηδεμόνων των μαθητών/τριών, από ιατρούς των οικείων Κέντρων Υγείας ή Περιφερειακών Γενικών Νοσοκομείων ή των Ασφαλιστικών φορέων των γονέων και κηδεμόνων ή από ιδιώτες παιδίατρος και ιατρούς που παρακολουθούν την κατάσταση της υγείας των μαθητών. γ. Περιλαμβάνει το ονοματεπώνυμο του μαθητή/τριας το ονοματεπώνυμο του γονέα ή κηδεμόνα, την ημερομηνία ιατρικής εξέτασης και το ιατρικό πόρισμα. δ. Έχει ισχύ δύο (2) σχολικών ετών για το Δημοτικό Σχολείο και τριών (3) σχολικών ετών για το Γυμνάσιο και το Λύκειο, αποτελεί δε αναγκαίο συνοδευτικό της ατομικής καρτέλας του μαθητή/τριας. Για το Νηπιαγωγείο το Α.Δ.Υ. ισχύει για όλο το χρονικό διάστημα φοίτησης σε αυτό. ε. Κατατίθεται στην οικεία σχολική μονάδα, κατά την εγγραφή του μαθητή/τριας α. στο Νηπιαγωγείο, β. στις Α', Γ' και Ε' τάξεις του Δημοτικού Σχολείου, γ. στην Α' τάξη του Γυμνασίου και δ. στην Α' τάξη του Ενιαίου Λυκείου και του Τεχνικού και Επαγγελματικού Λυκείου. Μετά τη λήξη της ισχύος του το Α.Δ.Υ. επιστρέφεται στο γονέα ή κηδεμόνα, στους οποίους επιστρέφεται και σε περίπτωση μετεγγραφής. στ. Για τους ανασφάλιστους Έλληνες και ανασφάλιστους Αλλοδαπούς και στις περιπτώσεις που οι γονείς ή οι κηδεμόνες αδυνατούν για οικονομικούς λόγους να προσκομίσουν το Α.Δ.Υ. ο διευθυντής της σχολικής μονάδας, ύστερα από έγγραφη και σύμφωνη γνώμη του γονέα ή κηδεμόνα, παραπέμπει το μαθητή ή τη μαθήτρια στο πλησιέστερο Κέντρο Υγείας ή Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο για δωρεάν

συμπλήρωση του Α.Δ.Υ. 3. Τα Α.Δ.Υ. είναι απόρρητα έγγραφα, μη ανακοινώσιμα, εκτός των περιπτώσεων ενημέρωσης των αρμοδίων εκπαιδευτικών για τη λήψη των αναγκαίων μέτρων προστασίας και στήριξης των μαθητών/τριών, διέπονται από τις αρχές και τους κανόνες για την προστασία των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα και των ευαίσθητων δεδομένων και φυλάσσονται, εντός ειδικού φακέλου, σε ασφαλές μέρος της σχολικής μονάδας στο οποίο δεν επιτρέπεται να έχουν πρόσβαση άλλοι πλην του διευθυντή. Η αδικαιολόγητη παράβαση του απορρήτου των Α.Δ.Υ., εκτός από ποινικό αδίκημα, κατά τον Ποινικό Κώδικα, συνιστά και τα πειθαρχικά παραπτώματα της παράβασης καθήκοντος και της παράβασης της υποχρέωσης εχεμύθειας. 4. Πρόσβαση στο φάκελο των Α.Δ.Υ. έχει ο Δ/ντής της σχολικής μονάδας και μόνο. Σε περίπτωση που από τα στοιχεία του οικείου Α.Δ.Υ. προκύπτουν σοβαροί λόγοι υγείας αποκλείοντες τη συμμετοχή του μαθητή ή της μαθήτριας στο μάθημα της Φυσικής Αγωγής ή σε άλλη σχολική δραστηριότητα ο διευθυντής, στις αρχές του σχολικού έτους, συγκροτεί τριμελή Επιτροπή η οποία αποτελείται από τον ίδιο, ως Πρόεδρο, τον αρμόδιο εκπαιδευτικό Φυσικής Αγωγής και τον υπεύθυνο του οικείου Τμήματος του Σχολείου, ως μέλη. Η Επιτροπή συνεδριάζει αμέσως και αποφαινεται για την απαλλαγή ή μη του μαθητή/τριας από το μάθημα της Φυσικής Αγωγής ή για την αποχή του από συγκεκριμένες σχολικές δραστηριότητες. Η παραπάνω τριμελής Επιτροπή συγκαλείται από τον διευθυντή και συνεδριάζει και όταν κατά τη διάρκεια της σχολικής χρονιάς προκύψουν θέματα της αρμοδιότητάς της. 5. Η παράλειψη κατάθεσης του Α.Δ.Υ. συνεπάγεται τον αποκλεισμό του μαθητή/τριας από το μάθημα της Φυσικής Αγωγής, στο οποίο θεωρείται αδικαιολογήτως απών καθώς και από άλλες σχετικές σχολικές δραστηριότητες. Κάθε άλλη κανονιστική πράξη με την οποία ρυθμίζονται διαφορετικά θέματα των Α.Δ.Υ. καταργείται».

Θεωρούμε ότι δεν είναι ορθό τα ιατρικά αρχεία των μαθητών να διαχειρίζονται εκπαιδευτικοί. Η εμπειρία μας έδειξε ότι δεν είναι δυνατόν να διαχειρισθούν τις ιατρικές πληροφορίες, δεν μπορούν να τις αξιολογήσουν. Αρκετές φορές δηλαδή σε περιπτώσεις μαθητών οροθετικών με HIV/AIDS οι διευθυντές έχουν τον φόβο μήπως μη αποκαλύπτοντας το ιατρικό απόρρητο θα έχουν επιπτώσεις από τυχόν μόλυνση άλλων παιδιών. Πιστεύουμε ότι ο νόμος πρέπει να καταργηθεί. Και τους εκπαιδευτικούς επιβαρύνει υπέρμετρα για κάτι που δεν υπάγεται στις εκπαιδευτικές τους υποχρεώσεις, αλλά και το ιατρικό απόρρητο πρέπει να παραμένει ιατρικό από γιατρούς που γνωρίζουν πώς να αξιολογούν τις πληροφορίες. Επίσης, αλλά δεν είναι ζήτημα της παρούσας ομιλίας, πρέπει να εξετάσουμε πώς θα αναβαθμίσουμε το ρόλο σχολιάτρων ενεργών και εκπαιδευμένων, που θα μπορούν να εφαρμόζουν πρόληψη στις μαθητικές κοινότητες, αλλά και να κάνουν ορθή αγωγή υγείας. Το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης μαζί με το Υπουργείο Παιδείας και Θρησκευμάτων νομίζουμε ότι θα βρουν, σε συνεργασία, τις κατάλληλες λύσεις.

X. Ιατρικό απόρρητο και οικονομικές υπηρεσίες

Το 1986 οι γιατροί και κυρίως ο Ιατρικός Σύλλογος Αθηνών ήρθαν σε διένεξη με τον τότε Υπουργό Οικονομικών όσον αφορά στα συνταγολόγια των γιατρών και εξέδωσαν δικά τους, μη θεωρημένα συνταγολόγια. Είναι ίσως η μόνη φορά που γίνεται δεκτό ότι το ιατρικό απόρρητο αίρεται σε μεγάλο βαθμό για λόγους δημοσίου συμφέροντος (ΔΠρΑθ 19322/1988, ΔΦΝ 1990, 54) και ότι δεν παραβιάζεται το άρθρο 19 του Συντάγματος. Είχε προηγηθεί η με αρ. 11/1984 γνωμοδότηση Εισαγγελέα ΑΠ Κ. Φαφούτη, ΠοινΧρ 1985,

183, ως προς το δικαίωμα φορολογικών υπαλλήλων να λαμβάνουν γνώση των βιβλίων και των περιεχομένων σ' αυτά στοιχείων ελευθέρων επαγγελματιών, όπως είναι των γιατρών. Στις περιπτώσεις αυτές διατηρούμε ακόμη επιφυλάξεις ως προς την ορθότητα αυτών των αποφάσεων (Πολίτη Χ., Τα Ιατρικά Συνταγολόγια, Ιατρ. Βήμα, 1, 1989, 19).

XI. Ιατρικό απόρρητο και φυλακές

Κρίθηκε, και πολύ ορθώς, ότι οι κρατούμενοι έχουν δικαιώματα ιδιωτικού απορρήτου και ότι ο γιατρός των καταστημάτων κράτησης, δεν έχει καμιά νομική υποχρέωση να ανακοινώνει όσα γνωρίζει ή πληροφορείται κατά την εξέταση κρατουμένων (Γνμδ. ΕισΑΠ 1/1998, , ΝοΒ 1998, 871. Δ/νη 1999, 210).

XII. Ιατρικό απόρρητο και ασφαλιστικές εταιρείες

Πολλές φορές ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες, προς εξυπηρέτηση ιδίων συμφερόντων τους παραβιάζουν το ιατρικό απόρρητο. Η Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα έχει κάνει πολύ έργο με σημαντικές της αποφάσεις. Λ.χ. κρίθηκε ότι δεν έχει δικαίωμα ασφαλιστική εταιρεία να προβαίνει σε έλεγχο των ψυχιατρικών δεδομένων ασθενούς (Απόφ. 16/2004, ΕΕμπΔ 2006, 89). Σημαντική επίσης και η απόφ. 2/2004, σύμφωνα με την οποία δεν ήταν σύνομη η λήψη από πλευράς της ασφαλιστικής εταιρείας από διαγνωστικό κέντρο υπερηχογραφήματος έσω γεννητικών οργάνων, το οποίο χρησιμοποίησε προκειμένου να της καταγγείλει τη σύμβαση, γιατί δεν ανακοίνωσε αυτό η ασφαλισμένη στην εταιρεία εκ των προτέρων.

ΩΣ ΕΠΙΜΕΤΡΟ

Δυστυχώς δεν έχει γίνει πιστεύουμε μέρος της κοινωνικής συνείδησης ότι το ιατρικό απόρρητο κατοχυρώνεται συνταγματικά και η παραβίασή του στοιχειοθετεί προσβολή θεμελιωδών ανθρωπίνων δικαιωμάτων και ατομικών ελευθεριών.

Έχουμε ακόμη πολύ δρόμο να διανύσουμε στον τομέα της προστασίας της ιδιωτικής σφαίρας τους απορρήτου, ιδίως σε τομείς ευαίσθητων προσωπικών δεδομένων, όπως της προστασίας του απορρήτου ασθενειών στους χώρους εργασίας, στα σχολεία, στο στρατό, στις φυλακές. Γενικώς είμαστε ικανοποιημένοι τόσο από τις αποφάσεις των δικαστηρίων, των εισαγγελικών αρχών, όσο και από τις αποφάσεις της Αρχής Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα.

Από πλευράς μας απαιτείται όχι μόνο η θεωρητική ενασχόληση, αλλά και η καθημερινή μάχη για την προστασία της ιδιωτικής σφαίρας του απορρήτου. Ο αγώνας για τη διασφάλιση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και ατομικών ελευθεριών είναι καθημερινός, είναι αγώνας των γιατρών, των νομικών, αλλά και όλης της κοινωνίας.

ΕΙΔΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Γιαννοπούλου Θ., Σύγχρονες διαστάσεις της προβληματικής του επαγγελματικού απορρήτου, Δ/νη 1986, 929.
- Δάλλα-Βοργιά Π., Ιατρικό απόρρητο και ο γιατρός εργασίας. ΕΕργΔ 1988:186.
- Μπάκα Χ., Η κάμψη του απόλυτου χαρακτήρα της απαγόρευσης κατάθεσης του γιατρού στην Ποινική δίκη. ΠοινΧρ 1996, 769.
- Παπαθανασίου Φ., Έννοια και προϋποθέσεις του ιατρικού απορρήτου έναντι Ασφαλιστικών

- Οργανισμών και Ταμείων Υγείας μεθ' ων τυγχάνουσιν ασφαλισμένοι οι ιατροί, EEN 28,520.
- *Πετρόπουλος Ι.*, Ιατρός καλούμενος ως μάρτυς εν τη ποινική δίκη δύναται νομίμως να αρνηθή μαρτυρίαν επί των διαπιστευθέντων αυτώ απορρήτων, λόγω του επαγγέλματος του; Θέμ. ΛΑ, 366.
 - *Φιλιππίδου Τ.*, Η παραβίασις της επαγγελματικής εχεμυθείας, ΠοινΧρ Β, 97. 103.
 - *Πολίτη Χ.*, Τα Ιατρικά Συνταγολόγια, Ιατρ. Βήμα, 1,1989,19.
 - *Πολίτη Χ.*, «HIV/AIDS. Η προστασία του ιατρικού απορρήτου και των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα». Εκδήλωση του Συνηγόρου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης που θεσπίσθηκε και ενσωματώθηκε στην Ανεξάρτητη Αρχή Συνήγορος του Πολίτη με το Ν. 3293/2004, διοργανώθηκε στις 29.05.2006 ημερίδα με θέμα «ιατρικό Απόρρητο, πληροφορίες που αφορούν προσωπικά δεδομένα, ηλεκτρονικός ιατρικός φάκελος και αρχεία νοσοκομείων».
 - *Barnikel W.*, Der Bundesdatenschutz und die Medizin, Artz und Krankenhaus 1977, 31.
 - *Baunz F.*, Keine Schweigepflicht gegenüber den Krankenkassen?, ArztR 1984, 93.
 - *Becker W.*, Schutz des Privat geheimnisses im neuen Strafrecht, Monatschr.f. Dt. Recht 1974,888.
 - *Bochnik H.J.C. Gärtel-Huth*, Ärztliche Schweigepflicht im Zwiespalt von Persönlichkeitsrechten und sozialen Interessen, Der Internist 1983, 211.
 - *Bok S.*, The Limits of Confidentiality, Hastings Cent Rep 1983 Feb; 13(1): 24-31.
 - *Colin M.*, Secret professionnel et médecine moderne, C. Laënnec, sept. 1969. Commission d' Accès aux Documents Administratifs, Rapport, Documentation française, 1981. Commission Nationale de l' Informatique et des Libertés, Rapport, Bilan et perspectives 1978-1980, Documentation française, 1981. 6.
 - Datenschutz Medizin Kongress, Hamburg 1982. *Dietz-Holz R.*, Zur Schweigepflicht des Schweigepflichtigen, MedR 1986, 83.
 - *Doll P.J.*, Une nouvelle atteinte au secret médical en rue de la protection des enfants maltraités, Gaz. Pal. 1971, II, D.,415.
 - *Doll P.J.*, Le médecin expert face au secret médical, Sem. Jur.1972, D, 2502.
 - *Erdsiek G.*, Zur Schweigepflicht des Arztes nach dem Tode des Patienten, NJW 1963,632.
 - *Geppert K.*, Die ärztliche Schweigepflicht im Strafvollzug, 1983. *Gillon R.*, Confidentiality, Br Med J [ClinRes] 1985 Dec 7; 291 (6509): 1634-6.
 - *Göppinger H.*, Die Entbindung von der Schweigepflicht und die Herausgabe oder Beschlagnahme von Krankenblättern, NJW 1958, 241.
 - *Grömig U.*, Schweigepflicht der Ärzte untereinander, NJW 1970, 1209.
 - *Hollmann A.*, Schweigepflicht der Ärzte und des ärztlichen Hilfspersonals-Auskunftsanspruch des Patienten im Datenschutzrecht, NJW 1977, 2110.
 - *Husmann J.*, Die Problematik in der Praxis bei Mitteilung und Übergabe ärztlicher Befunde, in: *A. Mergen* (Hrsg.) 1971, Bd. II, 183.
 - *Kierski W.S.*, Ärztliche Schweigepflicht und öffentlicher Gesundheitsdienst, in: *A. Mergen* (Hrsg.) 1971, II Bd., 126.
 - *Kleinewefers H./H. Wilts*, Schadenersatzansprüche bei Verletzung der ärztlichen Schweigepflicht, NJW 1963,2345.
 - *Komprobst L.*, Aspects actuels du secret médical au point de vue juridique, C. Laënnec, sept 1969.
 - *Krauss P.*, Aktuelle Probleme der ärztlichen Schweigepflicht, Dtsch. Ärztebl. 1972, 1156.
 - *Kreuzer A.*, Die Schweigepflicht von Krankenhausärzten gegenüber Aufsichtsbehörden, NJW 1975,2232.
 - *Kreuzer A.*, Schweigepflicht von Ärzten öffentlicher Krankenhäuser, Med Klin 1976,1396,1467, 1520, 1977,766.
 - *Lencner T.*, Ärztliches Berufsgeheimnis, in: *H. Göppinger* (Hrsg.) 1966, 159.
 - *Kreuzer A.*, Aussagepflicht, Schweigepflicht und Zeugnisverweigerungspflicht NJW 1965,

321.

- *Legeais R.*, Violation du secret professionnel, Jurisclasser pénal 1972, act. 378.
- *Levasseur G.*, Le secret médical et la sécurité sociale, Rev. trim. dr. san. et soc. 1976, 359.
- *Melennec L.*, Certificats médicaux et justice, Rev. trim. dr. san. et soc. 1970, 1.
- *Melennec L./G. Beleil*, Le secret professionnel et la recenabilité des certificats médicaux comme mode de preuve en justice, Gaz. Pal. 1976, D, 30.
- *Müller K.*, Schweigepflicht und Schweigerecht des Arztes, in: *A. Mergen* (Hrsg.) 1971, Bd. II, 63.
- *Muschallik Th.*, Die Befreiung von der ärztlichen Schweigepflicht und von Zeugnisverweigerungsrecht im Strafprozess, Diss. Köln 1984.
- *Nagel H.*, Das Berufsgeheimnis der Ärzte im Zivilprozess auf internationaler Ebene, DriZ 1977, 33.
- *Olivier M./H. Margeat*, Le secret médical et la réparation du dommage corporel, Gaz. Pal. 1981, D, 262.
- *Olivier M./H. Margeat/C. Rousseau*, Le certificat médical initial, Gaz. Pal. 1981, D, 274.
- *Rieger H.J.*, Schweigepflicht des Krankenhausarztes bei der Ausfüllung von Formularen für Kostenträger, DMW 1979, 1552 f.
- *Rieger H.J.*, Schweigepflicht und Schweigerecht gegen den Willen des Krankenhausträgers, DMW 1984, 1379.
- *Schlund G.*, Zu Fragen des ärztlichen Schweigerechtes, JR 1977, 265.
- *Schmid K.*, Eignungsuntersuchungen und ärztliche Schweigepflicht im Rahmen des werksärztlichen Dienstes, Betriebsberater 1968, 954.
- *Schmidt E.*, Brennende Fragen des ärztlichen Berufsgeheimnisses, München 191.
- *Schmidt E.*, Berufsgeheimnis und Steuerrecht, JZ 1951, 211.
- *Schmidt E.*, Ärztliche Schweigepflicht und Zeugnisverweigerungsrecht im Bereiche der Sozialgerichtsbarkeit, NJW 1962, 1745.
- *Solbach G.*, Kann der Arzt von seiner Schweigepflicht entbunden werden, wenn sein Patient verstorben oder willensunfähig ist?, DRiZ 1978, 204.
- *Stern U.*, Die ärztliche Schweigepflicht im Sozialrecht, Med Klin 1978, 481.
- *Stucki-Gallwoszus A.*, Pflichtenkollision von Schweigepflicht und Aufklärungspflicht des Arztes, Diss. Düsseldorf, 1982.
- *Wicki L.*, Grenzen der ärztlichen Geheimhaltungspflicht, Jur. Diss. Zürich, 1972.
- *You D.*, Der zivilrechtliche Schutz der Persönlichkeit bei der Verletzung der ärztlichen Schweigepflicht, Diss. Heidelberg, 1978.

Ιατρικά σφάλματα

Η έννοια της ιατρικής ευθύνης

Αντ. Κουτσελίνης

Είναι γεγονός ότι η εμπλοκή του γιατρού με το Νόμο - της οποιασδήποτε ειδικότητας γιατρού - γίνεται καθημερινώς και συχνότερη και το ενδεχόμενο μιας δικαστικής περιπέτειας περισσότερο από ποτέ άλλοτε πιθανό. Η σχέση γιατρού αρρώστου υφίσταται σήμερα μια βαθιά κρίση. Μια κρίση που ξεκινάει από την απαίτηση -υπερβολική κάποτε - του αρρώστου, μια απαίτηση που εύκολα δημιουργεί την αμφισβήτηση και αυτή με τη σειρά της τη διεκδίκηση που μοιραία θα καταλήξει στη διαιτησιακή παρέμβαση του Νόμου. Ο άρρωστος ζητάει σήμερα πολύ περισσότερα από τον ασφαλιστικό του φορέα, στον οποίο πρόθυμα πληρώνει, αλλά και από το γιατρό τον ίδιο, από τον οποίο περιμένει πολλά, περισσότερα ίσως απ' ότι μπορεί αυτός ο γιατρός να του προσφέρει. Γοητευμένος ο άρρωστος από τα θαυμαστά της ιατρικής επιτεύγματα που συνήθως πληροφορείται - όχι πάντοτε σωστά - μέσα από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης, αξιώνει πολλές φορές από το γιατρό το «θαύμα». Κι όταν η αξίωση αυτή δεν βρει τελικά την ανταπόκριση που περιμένει, φωλιάζει μέσα του η αμφιβολία, η αμφισβήτηση, αισθήματα που - σε πολλές περιπτώσεις - ενισχυμένα από τη συναισθηματική φόρτιση που φέρνει το ανεπιθύμητο αποτέλεσμα της συγκεκριμένης ιατρικής πράξης, οδηγούν στη διεκδίκηση.

Η αξία του να έχει ο γιατρός ορισμένες γνώσεις γύρω από τα θέματα αυτά είναι αυτονόητη. Ιδιαίτερα μάλιστα να γνωρίζει ορισμένα στοιχεία περί ιατρικής ευθύνης και τη στοιχειοθέτηση του αδικήματος της ιατρικής αμέλειας.

ΙΑΤΡΙΚΗ ΑΜΕΛΕΙΑ

Ποινική χαρακτηρίζεται η ευθύνη του γιατρού όταν με τις πράξεις ή τις παραλείψεις του παραβιάζονται μια ή περισσότερες διατάξεις του ποινικού νόμου. Πολλές φορές -όπως από την καθημερινή πείρα συνάγεται- η ποινική ευθύνη αποτελεί προκαταρκτικό στάδιο μιας διαδικασίας που έχει ως στόχο της την καταβολή αποζημίωσης, χωρίς όμως μια τέτοια δυνατότητα -είναι φανερό- να συνιστά και το σπουδαίο και αναγκαίο χαρακτηριστικό της ποινικής ευθύνης.

Σύμφωνα με το άρθρο 28 ΠΚ:

«Από αμέλεια πράττει όποιος από έλλειψη της προσοχής την οποία όφειλε κατά τις περιστάσεις και μπορούσε να καταβάλει είτε δεν πρόβλεψε το αξιόποιο αποτέλεσμα

που προκάλεσε η πράξη του, είτε το πρόβλεψε ως δυνατό, πίστεψε όμως ότι δεν θα επερχόταν»

Ωστε, ιατρική αμέλεια, νομικά, είναι η πραγματική εκείνη κατάσταση που χαρακτηρίζεται,

- από την ύπαρξη υποχρέωσης και δυνατότητας του γιατρού να περιθάλπει τον άρρωστο,
- από έλλειψη προσοχής εκ μέρους του γιατρού (πλημμελής ιατρική συμπεριφορά),
- από την επέλευση κάποιου απαραδέκτου αποτελέσματος στα έννομα αγαθά του αρρώστου και τέλος,
- από τη θετική συσχέτιση (αιτιώδη συνάφεια) του αποτελέσματος προς την προηγηθείσα πλημμελή συμπεριφορά του γιατρού.

Κατά συνέπεια, σε περιστατικά που βεβαιώνεται κάποια πλημμελής ιατρική πράξη και κάποιο ανεπιθύμητο αποτέλεσμα, επί πλέον δε ότι το συγκεκριμένο αυτό αποτέλεσμα οφείλεται στην ιατρική υπαιτιότητα, στοιχειοθετείται το ανάλογο εξ αμελείας αδίκημα, όπως είναι η σωματική βλάβη εξ αμελείας του άρθρου 314 του ΠΚ, η ανθρωποκτονία εξ αμελείας του άρθρου 302 του ΠΚ κ.λπ.

Πλημμελής ιατρική συμπεριφορά: Στον όρο πλημμελής συμπεριφορά του γιατρού που έχει ευρύτατο και ποικίλο περιεχόμενο, περιέχονται δύο αλληλένδετα στοιχεία σχετιζόμενα με τα πιθανά αποτήματα κατά την άσκηση της ιατρικής.

Το εσωτερικό στοιχείο: Τούτο σημαίνει ότι η συμπεριφορά του γιατρού είναι υπαίτια, αφού αυτή ως ψυχική και νοητική λειτουργία δεν είναι, όπως θα έπρεπε, σωστή. Υποδηλώνει τη σφαλερή εσωτερική, νοητική παράσταση-αξιολόγηση και κατεύθυνση του προβλήματος του αρρώστου στο νου του γιατρού.

Το εξωτερικό στοιχείο: Τούτο σημαίνει την εξωτερικά κακότεχνη και ελαττωματική διεξαγωγή της ιατρικής πράξης.

Το πρώτο, το εσωτερικό δηλαδή στοιχείο, μεταφερόμενο στο πεδίο του νομικού λογισμού εκφράζει ότι η υπαιτιότητα του γιατρού έγκειται στην έλλειψη της προσοχής και της σύνεσης που «όφειλε» και «μπορούσε» να δείξει. Η παράλειψη αυτή έγινε αιτία είτε να μην προβλέψει το απαράδεκτο αποτέλεσμα που ακολούθησε είτε το πρόβλεψε μεν ως πιθανό, αλλά είχε την ελπίδα πως δεν θα κατέληγε στο αποτέλεσμα που κατέληξε.

Μερικά κρίσιμα επί μέρους στοιχεία είναι:

- *Η πλάνη:* Χαρακτηριστικό της αμελείας του γιατρού, σε γενικές γραμμές, είναι η πλάνη, η μη συνειδητοποίηση δηλαδή του κινδύνου που διατρέχει ο άρρωστος είτε από την πάθησή του είτε από την εφαρμογή μιας συγκεκριμένης θεραπευτικής αγωγής, συλλογιστική που παρακολουθείται τελικά από την έλλειψη μιας παράλειψης, όπως ανωτέρω αναφέρθηκε.

Ουσιώδες λοιπόν συστατικό της αμελείας του γιατρού είναι η πλάνη του για την αρρώστια του ασθενούς ή για το δόκιμο της πράξης του. Ομως η πλάνη αυτή καθ' αυτή δεν φθάνει για να στοιχειοθετηθεί ιατρική αμέλεια, δεν καταλογίζεται δηλαδή στην ποινική ευθύνη του γιατρού κάθε πλανημένη αντίληψη ή τακτική του. Πρέπει, επί πλέον, η πλάνη του να είναι και αδικαιολόγητη.

Τούτο είναι φυσικό και απαραίτητο, αφού υπάρχουν πάμπολλες περιπτώσεις, όπως από την καθημερινή ιατρική πρακτική συνάγεται, στις οποίες ο γιατρός οδηγείται σε σφαλερό συμπέρασμα χωρίς να έχει υπαιτιότητα. Λάθος πληροφορίες για το

συγκεκριμένο νόσημα ενός ασθενούς, απόκρυψη -όχι πάντοτε τυχαία - κάποιου σημαντικού στοιχείου του ιστορικού της νόσου, ακόμη και σκόπιμα μεγενθυσμένα συμπτώματα είναι δυνατό να οδηγήσουν στο σχηματισμό πλανημένης διάγνωσης και στη συνέχεια λανθασμένης θεραπείας.

Η ευθύνη του γιατρού είναι ακέραιη για την τυχούσα πλάνη του, αν οδηγήθηκε σ' αυτήν από κατάφωρη παραβίαση στοιχειωδών κανόνων της Ιατρικής επιστήμης ή από χονδροειδή άγνοια ουσιωδών αρχών της ιατρικής τεχνικής, η γνώση των οποίων αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση για την άσκηση της ιατρικής. Το *minimum* των γνώσεων ενός γιατρού θεωρείται η πιο αναγκαία και στοιχειώδης υποχρέωση για την άσκηση μια ιατρικής πράξης, είτε αυτή ανάγεται σε συγκεκριμένη ιατρική ειδικότητα είτε στα πλαίσια της γενικής Ιατρικής, ακόμη ίσως και της ιατρικής των πρώτων βοηθειών (επείγουσας ιατρικής). Ωστε, για τον καταλογισμό ποινικής ευθύνης στο γιατρό, απαραίτητη προϋπόθεση αποτελεί η υπαίτια παράβαση των κανόνων της «τυπικής μέσης» ιατρικής στην οποία αποδίδεται και το अपαράδεκτο αποτέλεσμα που επακολούθησε.

- *Η προσοχή:* Αδίκημα όμως δεν συνιστά μόνον η ανεπάρκεια των γνώσεων ενός γιατρού. Η καθ' ημέρα πράξη δείχνει ότι τα περιστατικά αυτά είναι ελάχιστα, ενώ αντίθετα τα περισσότερα αφορούν σε γεγονότα στα οποία συμβαίνει να κατηγορείται για αμέλεια γιατρός που βρίσκεται όχι στα «πρώτα του βήματα» αλλά «ώριμος» και καταξιωμένος. Συμβαίνει δηλαδή να κατηγορηθεί επιστημονικά δόκιμος γιατρός για κάποιο ανεπιτυχές εγχείρημα τη στιγμή που είναι γνωστό ότι ο ίδιος ο γιατρός έχει στο επιστημονικό δυναμικό του σωρεία επιτυχημένων ίδιων ακριβώς εγχειρημάτων. Γίνεται έτσι φανερό ότι προσπατείται και η συνδρομή κάποιου άλλου παράγοντος που σχεδόν προκρίματιζει την πορεία του ιατρικού έργου. Είναι η απαιτούμενη *προσοχή* που κάθε ιατρικό περιστατικό απαιτεί. Στον παράγοντα αυτόν περιλαμβάνεται όλη η ενεργοποίηση του ψυχοδιανοητικού κόσμου του γιατρού, όρου απαραίτητου άλλωστε για τη διεξαγωγή και κάθε άλλου επιχειρήματος του καθημερινού βίου.

Προσεκτικότερη ακόμη θεώρηση του ζητήματος αυτού οδηγεί και σε μια άλλη, ουσιαστικότερη ίσως, παραδοχή. Οτι δηλαδή, εκείνο που στην ουσία καταλογίζεται στο γιατρό, σε περίπτωση αμέλειας, είναι όχι βασικά η απροσεξία, αλλά η *απερισκεψία*, το γεγονός δηλαδή ότι προχώρησε σε ορισμένες ενέργειες με την επιπόλαιη ελπίδα ότι το αποτέλεσμα δεν θα επακολουθούσε. Τα κριτήρια δε για την αξιολόγηση του μέτρου της προσοχής που έχουν παγιωθεί δεν είναι γενικά και αόριστα, αλλά για να μπορούν να τύχουν εφαρμογής είναι σαφή και κατά το δυνατό συγκεκριμένα. Είναι δε και πάλι η *οφειλόμενη εκ των περιστάσεων* και η *δυναμική* να καταβληθεί προσοχή (περίσκεψη) του γιατρού προς τη νόσο, πάθηση, τραύμα και γενικά κάθε αίτημα του αρρώστου ή του αρμοδίου τρίτου που τον αφορά. *Ετσι, το μέτρο της οφειλομένης εκ των περιστάσεων περίσκεψης του γιατρού είναι η προσοχή εκείνη που καταβάλλει συνήθως ο μέσος γιατρός, όπως και το μέτρο της δυναμικής να καταβληθεί προσοχής υποδηλώνει, όπως έχει γίνει από τα ανωτέρω εμφανές, την επιμέλεια και την ικανότητα που ο συγκεκριμένος γιατρός ήταν σε θέση να επιδείξει, σύμφωνα πάντοτε με τις αντικειμενικές του ικανότητες, τις συνθήκες του περιβάλλοντος και τα λοιπά προσωπικά του περιστατικά.*

Εδώ πρέπει να αναφερθεί ότι το μέτρο για την αξιολόγηση των αντικειμενικών ικανοτήτων ενός γιατρού είναι διαφορετικό για τον ειδικευμένο από το αντίστοιχο του

ανειδικεύτου ή του γενικού γιατρού. Και είναι λογικό να απαιτείται από τον ειδικευμένο να επιδείξει και να παράσχει μεγαλύτερη περίσκεψη και φροντίδα, για περιστατικά της ειδικότητός του, από τον ανειδίκευτο ή το γιατρό της άλλης ειδικότητας. Οι τελευταίοι μάλιστα, εκτιμώντας τη φύση και τη βαρύτητα του περιστατικού, συχνά, οφείλουν, αφού συμβουλευθούν και καθοδηγήσουν, τελικά να απόσχουν, να παραπέμψουν ή σε απόλυτη ανάγκη να συμβουλευούνται ειδικούς.

Πολλά προβλήματα έχει δημιουργήσει και ο παράγων «περιβάλλον» ασκήσεως της συγκεκριμένης ιατρικής πράξης. Γεννάται με άλλες λέξεις το απλό και εύλογο ερώτημα: Μπορεί ένας γιατρός να εκτελέσει μια ιατρική πράξη οπουδήποτε; Απάντηση δύσκολη, αφού οι παράγοντες και οι προϋποθέσεις που καθορίζουν τη σωστή εξέλιξη μιας ιατρικής πράξης είναι αναμφίβολα πολλοί. Όπως π.χ. είναι και η ηλικία. Δεν αξιώνει, ασφαλώς, ο νόμος την προσοχή του μέσου συνετού γιατρού από ένα υπερήλικα ή εξαντλημένο από την κούραση ή κάποια νόσο κ.λπ.

Το *εξωτερικό στοιχείο* της αμέλειας σημαίνει την έκφραση ενός σφάλματος, την αντικειμενική εμφάνιση μιας κακοτεχνίας ή παράλειψης κατά τη διεξαγωγή κάποιας ιατρικής πράξης. Προς την εξωτερική εμφάνιση της αμελούς ιατρικής πρακτικής συνδέεται και το γενικότερο ζήτημα της εκτίμησης ενός ιατρικού εγχειρήματος από το αποτέλεσμα, θεώρηση που κάνει αρκετές φορές και ο νόμος με τα εκ του αποτελέσματος χαρακτηριστικά ενδεχόμενα εγκλήματα (όπως π.χ. είναι η σωματική βλάβη του 308 ΠΚ επ.).

Είναι γνωστό ότι, σε αρκετές περιπτώσεις, ο γιατρός μπορεί να επιτύχει το ίδιο θεμιτό αποτέλεσμα χρησιμοποιώντας πολλούς διαφορετικούς τρόπους που πολλές φορές διαφέρουν σε σημαντικά σημεία. Και είναι γεγονός πως όταν το αποτέλεσμα είναι το αναμενόμενο ή έστω θετικό, ουδέν ζήτημα τίθεται. Διαφορές δημιουργούνται όταν υπάρξει αρνητική κατάληξη, οπότε και γεννώνται ζητήματα αξιοπιστίας της μεθόδου, ικανότητας του γιατρού, κ.λπ.

Πρέπει στο σημείο αυτό να σημειωθεί ότι η εκλογή της μεθόδου που κάθε φορά θα εφαρμοσθεί ανήκει στην αρμοδιότητα του γιατρού. Αρκεί βεβαίως η μέθοδος που θα επιλεγεί να είναι σύγχρονη, επιστημονικά εδραιωμένη και να ακολουθείται κατά το δυνατόν από συναδέλφους του έστω και ολίγους. Αλλά η ελευθερία αυτή του γιατρού - πρέπει να γραφεί - δεν είναι ούτε ανεξέλεγκτη ούτε απεριόριστη και είναι γνωστό ότι κάποτε περιορίζεται, όπως π.χ. στις περιπτώσεις συγκλίσεως ιατρικού συμβουλίου, στα πορίσματα του οποίου δεν μπορεί να αντιτίθεται.

Ανεπιθύμητο αποτέλεσμα: Απαραίτητη προϋπόθεση για να στοιχειοθετηθεί ιατρική αμέλεια συνιστά η ύπαρξη ενός βλαπτικού αποτελέσματος των ενεργειών του γιατρού στα έννομα αγαθά του αρρώστου. Ευνόητο είναι ότι το απαράδεκτο αποτέλεσμα που αποδίδεται στο γιατρό παρουσιάζει απεριόριστη ποικιλία, αφού κάθε άρρωστος που βλάπτεται αποτελεί και μια διαφορετική περίπτωση.

Αιτιώδης συνάφεια της ιατρικής αστοχίας προς το αποτέλεσμα: Για τη στοιχειοθέτηση του αδικήματος της ιατρικής αμελείας απαιτείται - όπως έχει ήδη γραφεί - ενέργεια ή συμπεριφορά του γιατρού ως ατόμου ή ως μέλους της ομάδας που να αντιβαίνει προς τους ισχύοντες κανόνες της σωστής διεξαγωγής της ιατρικής πράξης. Η στοιχειοθέτηση όμως αυτή του αδικήματος ολοκληρώνεται μόνον όταν η πλημμελής πράξη του γιατρού ευρίσκεται σε αιτιώδη συνάφεια προς το δεδομένο απαράδεκτο αποτέλεσμα, όταν δηλαδή το αποτέλεσμα που αποδοκιμάζεται οφείλεται σε απευθείας δράση μιας ενεργείας ή συμπεριφοράς του γιατρού που είναι πλημμελής. Αν δεν υπάρξει

αιτιώδης συνάφεια μεταξύ πράξης και αποτελέσματος, ζήτημα ιατρικής αμελείας δεν μπορεί να ευσταθήσει.

Υπάρχουν όμως και περιπτώσεις κατά τις οποίες η πράξη του γιατρού δεν συνδέεται με αιτιώδη αντικειμενικό σύνδεσμο προς το αποτέλεσμα, οπότε και δεν μπορεί να ευσταθήσει αμέλεια και παρά την ύπαρξη αιτιώδους συνδέσμου. Οι περιπτώσεις αυτές είναι:

- Σε περιστατικά που, αν και υπάρχει ανεπιθύμητη κατάληξη, η συμπεριφορά του γιατρού δεν ελέγχεται ως πλημμελής, αλλά ως η ενδεδειγμένη, έγκαιρη και έντεχνη.
- Η άτεχνη μεν και αυτοσχέδιος συμπεριφορά του γιατρού, αν επέδειξε όμως όλη την επιβαλομένη προσοχή και σύνεση, κατά την ενέργεια της πράξης του.
- Σε περιπτώσεις ανάγκης ταυτόχρονης περίθαλψης πολλών αρρώστων, τραυματιών κ.ά., αλλά της αυτής βαρύτητας, όπως συμβαίνει σε ομαδικό τροχαίο ατύχημα, πολεμικές επιχειρήσεις, δηλητηριάσεις ενός πληθυσμού κ.λπ., περιπτώσεις που για φυσικούς λόγους ο γιατρός δεν επαρκεί να περιθάψει ταυτόχρονα. Αμέλεια δεν στοιχειοθετείται, αν ο γιατρός περιέθαλψε μέρος μόνο του ολικού αριθμού. Η περίπτωση αυτή ρυθμίζεται ειδικά στον Ποινικό Κώδικα με τα άρθρα 25 και 32, που περιγράφουν τις περιπτώσεις συγκρούσεως καθηκόντων. Το ποιός θα περιθάψει ανήκει στη δικαιοδοσία του γιατρού με σταθερό βεβαίως κριτήριο την επιλογή των βαρύτερων ασθενών.

Η ΑΣΤΙΚΗ ΕΥΘΥΝΗ

Οι αστικές διεκδικήσεις, σε περιπτώσεις ιατρικής αμελείας, είναι συχνότερες, σε σημείο που θα μπορούσε να δημιουργηθεί η υπόνοια ότι πολλές κατ' έγκλιση περιπτώσεις στο χώρο του ποινικού δικαίου, «στοιχειοθετούνται» σκόπιμα για να είναι δυνατή και τεκμηριωμένη, στη συνέχεια, οποιαδήποτε οικονομική απαίτηση του παθόντος, απαίτηση που εγείρεται ως αποζημίωση για τη βλάβη που υπέστη από το γιατρό.

Αστική χαρακτηρίζεται η ευθύνη του γιατρού, όταν με τις πράξεις ή τις παραλείψεις του παραβιάζονται μία ή περισσότερες διατάξεις του Αστικού Κώδικος, αντίθετα δε με την ποινική ευθύνη, στην αστική προεξάρχει ο ιδιωτικός χαρακτήρας. Με τον καταλογισμό δηλαδή ευθύνης στο γιατρό δεν εκφράζεται η δημοσία αποδοκιμασία με την έννοια της ποινικής κυρώσεως, αλλά δημιουργείται μόνο στον υπαίτιο γιατρό η απαίτηση από το νόμο να ικανοποιήσει χρηματικά ή και να αποζημιώσει ηθικά το άτομο που έπαθε από τις ενέργειές του.

Η φύση της αστικής ευθύνης του γιατρού είναι δυνατό, σύμφωνα με τη θεωρία, να είναι *συμβατική ή από αδικοπραξία*. Περισσότερο αποδεκτή και πρακτικά επικρατούσα είναι η αστική ευθύνη από αδικοπραξία, χωρίς όμως τούτο να σημαίνει ότι οποιαδήποτε ιατρική πράξη δεν περιέχει και στοιχεία συμβάσεως, έτσι ώστε να μπορεί ταυτόχρονα να γεννηθούν και ζητήματα συμβατικής ευθύνης.

Συμβατική ευθύνη: Ο συμβατικός χαρακτήρας της ιατρικής αστικής ευθύνης είναι σήμερα γενικά αποδεκτός, τόσο από τη νομική θεωρία, όσο και από τη νομολογία. Στηρίζεται δε στο γεγονός ότι η σχέση που συνδέει το γιατρό και τον άρρωστο έχει το χαρακτήρα συμβάσεως, η μη εκπλήρωση ή η κακή ή η ατελής εκτέλεση της οποίας δημιουργεί υποχρέωση για αποζημίωση.

Οι συμβάσεις βέβαια, στο σύνολό τους, είναι δυνατό να καλύπτουν πολλά είδη συμφωνιών οι οποίες όμως δεν αφορούν όλες το ιατρικό λειτούργημα. Τις ιατρικές περιπτώσεις ενδιαφέρουν δύο κυρίως κατηγορίες:

- Η σύμβαση ως μίσθωση εργασίας
- Η σύμβαση ως μίσθωση έργου.

Μίσθωση εργασίας χαρακτηρίζεται η σύμβαση με βάση την οποία οι ιατρικές υπηρεσίες προσφέρονται για ορισμένο ή αόριστο χρονικό διάστημα, αντί συμφωνηθέντος μισθού. Τη μορφή αυτή της παροχής μισθωμένης εργασίας έχουν οι συμβάσεις μεταξύ γιατρού και κλινικής, νοσοκομείων, ασφαλιστικών οργανισμών κ.λπ. Είναι φανερό ότι, σ' αυτές τις περιπτώσεις, υπάρχει αρκετά συχνά και εξάρτηση της εργασίας του γιατρού από τον εργοδότη και εξομοίωση αυτομάτως της θέσεως του γιατρού με εκείνη του ιδιωτικού υπαλλήλου. Το τελευταίο έχει ως συνέπεια να υπόκειται ο γιατρός και σ' όλες τις σχετικές διατάξεις της εργατικής νομοθεσίας με πλουσία τη σχετική νομολογία των Ελληνικών Δικαστηρίων.

Μίσθωση έργου χαρακτηρίζεται η σύμβαση μεταξύ γιατρού και αρρώστου που κατά κανόνα συνάπτεται προφορικώς ή σιωπηρώς με την απλή προσέλευση του αρρώστου στο ιατρείο. Στις περιπτώσεις αυτές δεν συμφωνείται η ιατρική συνδρομή, κατά τρόπο γενικό και αόριστο ή για κάποιο χρονικό διάστημα, αλλά απλά η συνδρομή για τη διάγνωση και τη θεραπεία κάποιας συγκεκριμένης παθολογικής καταστάσεως. Συνάπτεται δηλαδή και υπάρχει μία συμφωνία που καλύπτει τις απαραίτητες ενέργειες του γιατρού για την επίτευξη ενός συγκεκριμένου έργου, συμφωνία που υπόκειται στις ανάλογες, περί μισθώσεως έργου, διατάξεις του Αστικού Κώδικος. Σε μία τέτοια σύμβαση έργου που κατά κανόνα καλύπτει τη σχέση γιατρού-αρρώστου, η σύμφωνη βούληση παρέχεται βασικά από τον ίδιο τον άρρωστο, αλλά κατά την περίπτωση και από τρίτο πρόσωπο, όπως είναι οι γονείς ενός ανηλίκου ή/και γενικά οι οποιοιδήποτε εκπρόσωποι σε περιπτώσεις που η δήλωση της βούλησης του αρρώστου είναι αδύνατη ή ανίσχυρη (ψυχοπαθής ασθενής, με απώλεια της συνειδήσεως, κ.λπ).

Κύριο περιεχόμενο της συμβάσεως μεταξύ γιατρού και αρρώστου αποτελεί η υποχρέωση του γιατρού να παρέχει πλήρη την επιστημονική συνδρομή του και να ενεργήσει σύμφωνα με τα σύγχρονα δεδομένα της επιστήμης, χωρίς όμως η υποχρέωση αυτή να εκτείνεται απαραίτητως και στο επιδιωκόμενο αποτέλεσμα. Ο γιατρός δηλαδή δεν είναι συμβατικά υποχρεωμένος να φέρει ένα θετικό αποτέλεσμα, αλλά απλώς να παράσχει με κάθε επιμέλεια τις φροντίδες του για να το επιτύχει. Εδραιωμένη και αποσαφηνισμένη είναι η παραδοχή ότι δεν αναλαμβάνεται υποχρέωση αποτελέσματος ιάσεως, αλλά υποχρέωση συνετούς ιατρικής συνδρομής.

Ανεξάρτητα από τη μια ή από την άλλη μορφή της, μια τέτοια σύμβαση έχει ως νόμιμα επακόλουθα, τόσο την καταγγελία της σύμβασης και από τα δύο μέρη, όσο και τη δυνατότητα απαίτησης αποζημίωσης αν η εκτέλεση της συμβάσεως δεν ακολουθήσει ή δεν γίνει με τον προσήκοντα τρόπο. Αξίζει δε να αναφερθεί ότι η ελευθερία του γιατρού στην ελεύθερη και μονομερή παύση της παροχής των υπηρεσιών του (καταγγελία της σύμβασης) είναι περισσότερο περιορισμένη από την αντίστοιχη του αρρώστου ή των οικείων του. Δεν αποκλείεται μάλιστα η καταγγελία της σύμβασης, από μέρους του γιατρού, να είναι αδύνατη αν δεν υπάρχει η δυνατότητα αντικατάστασης ή συντρέχουν άλλοι λόγοι που εγκυμονούν κινδύνους για τον άρρωστο. Η υποχρέωση, εξάλλου, του γιατρού για την καταβολή αποζημίωσης στηρίζεται σε πράξεις ή παραλείψεις του οι

οποίες ήσαν αντίθετες προς την αναληφθείσα υποχρέωση, με κύριο δεδομένο τη βλάβη του αρρώστου. Της ίδιας φύσεως βεβαίως απαίτηση είναι δυνατό να έχει και ο γιατρός κατά του αρρώστου, αν ο τελευταίος δεν ανταποκριθεί στον όρο της συμβάσεως που τον βαρύνει, την καταβολή δηλαδή της αμοιβής του.

Υπάρχουν και άλλες πολλές ειδικότερες περιπτώσεις, η λεπτομερής αναφορά των οποίων εκφεύγει των ορίων της βραχείας αυτής ανασκόπησης.

ΕΠΙΛΕΓΜΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Allaert F.A., Dusserre I.: (1996), Computerized medical record. *Deontology and Legislation* 46, 333
- Alton W. Jr.: (1977) *Malpractice. Little, Brown @ Co, Boston*
- Αναπλιώτη Ειρ.: (1993), Γενικές αρχές ιατρικού δικαίου. *Σάκκουλας, Αθήναι*
- Ανδρουλάκης Νικ.: (1994), Ποινικών Δίκαιον-Γενικών Μέρους, *Σάκκουλας, Αθήναι*
- BMA (Professional Division): (1992), Rights and responsibilities of doctors, *London* Βουπούκας Α.: (1993) Η επαγγελματική ευθύνη του γιατρού. *Art of Text, Θεσ/νίκη*
- Bourgeaut G., Rocher G.: (1990), L'ethic et le droit, face aux nouvelles technologies biomedicales. *Boeck Wesmael, Bruxelles*
- Byrne P.: (1990), Ethics and law in health care and research. *John Wiley and Sons Chichester, New York*
- Γεωριάδης Αστ., Γκοτζιαμάνη Ευ.: (1997), Αστικός Κώδικας και Ειδικοί Αστικοί Νόμοι. *Σάκκουλας, Αθήναι*
- Cameron J.: (1976), In Gradwhohl's Legal Medicine, 3rd Ed., *Wright, Bristol*
- Cohen M. I., Olson K. C.: (1992), Legal research in a nutshell. *West Publishing, St. Paul- Minn.* Comite Permanent Des Medecins Europeens (CP): Κατευθυντήριες οδηγίες επί θεμάτων ιατρικής τακτικής και δεοντολογίας (1995-1998).
- Δέδες Χ.: (1975), Ανθρωπινή ζωή, ιατρική και ποινικών δίκαιο. *M.M.G.*, 3, 529
- Huriet C.: (1996), Within the law? or outside of the law? *Approach of the law on clinical research (editorial)* 15, 7
- Jones M.: (1994), Medical negligence, First Supplement. *West Publishing, London*
- Καραγεώργου Κ.: (1996), Η ποινική εκτίμηση ιατροχειρουργικών επεμβάσεων. *Σάκκουλας, Αθήναι*
- Κατράνη - Κριάρη ΙΣΜ.: (1994), Βιοϊατρικές εξελίξεις και συνταγματικό δίκαιο. *Σάκκουλας, Αθήναι*
- Κατρουγκάλος Γ.: (1993), Το Δικαίωμα στη ζωή και στο θάνατο. *Σάκκουλας, Αθήναι*
- Κάτσας ΓΡ.: (1940), Στοιχεία Ιατρικής Δεοντολογίας. *Αθήναι*
- Knight B. (1976): Legal aspects of medical practice. 2nd Ed., *Churchill, Edinburgh*
- Κοκολάκης Ε.: (1994), Η ποινική εκτίμηση των ιατροχειρουργικών επεμβάσεων. *Σάκκουλας, Αθήναι*
- Κοτσιάνος Σ.: (1977), Η Ιατρική ευθύνη. Β' Έκδ., *Θεσσαλονίκη*.
- Κουτσελίνης Α: (1998), Ιατροδικαστική. *Παρισιάνος, Αθήναι*
- Κουτσελίνης Α, Μιχαλοδημητράκης Μ.: (1984), Ιατρική Ευθύνη. *Gutenberg, Αθήναι*
- Κουτσελίνης ΑΝΤ. (1999) Βασικές αρχές Βιοηθικής, Δεοντολογίας και Ιατρικής ευθύνης, *Παρισιάνου*
- McCall Smith R.A: (1994), Law and medical ethics. *Butterworths, London, Dublin, Edinburgh*
- Pozgar G.D., Santucci Pozgar N.: (1996), Legal aspects of health care administration. *An Aspen Publication, Gaithersburg-Maryland*
- Σταματόπουλος Στ.: (1997), Αστικός Κώδικας. *Σάκκουλας, Αθήναι*
- Saury R.: (1989), Manuel de droit medicale. *Masson, Paris*

- Simpson K: (1979), *Forensic Medicine*, 8th Ed. *Arnold, London*.
- Stepan J.: (1985), Traditional and alternative systems of medicine. A comparative review of legislation. *International Digest of Health Legislation, WHO*
- World Health Organization: (1993), *Medical law* (Ed. Prof. H.Nys- Gen Ed. Prof. R. Blanpain) *Kluwer Law @ Taxation Publ., Boston*

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Αθανάσιος Διαμαντόπουλος

Η σχέση των γιατρών με το φάρμακο και πιο συγκεκριμένα με τους κατασκευαστές και διακινητές του φαρμάκου, αποτελεί από ηθικής απόψεως θέμα συζήτησης λόγω μιας βασικής ανωμαλίας. Δηλαδή πως άλλος είναι που αποφασίζει για το αγοραζόμενο προϊόν και άλλος το πωλεί. Γενικώς στην αγορά συμβαίνει το αντίθετο. Ο πελάτης αποφασίζει τι θέλει να αγοράσει – έστω μέσω της διαφήμισης – και ο πωλητής, παραδείγματος χάριν ο ψαράς, ο επιπλοποιός, ο εργολάβος το πωλεί. Κανένα ηθικό θέμα δεν υπάρχει. Αλλά και όταν απευθυνόμαστε σε άλλους επιστήμονες – παραδείγματος χάριν δικηγόρους, συμβολαιογράφους, αρχιτέκτονες, μαθηματικούς – μας πωλούν κατ' ευθείαν τις γνώσεις τους και δεν υποδεικνύουν να αγοράσουμε το υλικό προϊόν κάποιου άλλου. Αν και υπάρχουν μικροεξαιρέσεις, και πάλι δεν προκύπτει ηθικό θέμα. Η ιδιαιτερότητα αυτή στην ιατρική πρακτική προέκυψε με την πάροδο του χρόνου, όταν οι γιατροί δεν μπορούσαν πλέον να γνωρίζουν, πολλώ μάλλον να κατασκευάζουν, τα εξελιγμένα φαρμακευτικά και βιοτεχνολογικά προϊόντα. Έτσι προέκυψε η τάξη των φαρμακοποιών, πού ήταν απολύτως απαραίτητη την εποχή που λίγο πολύ παρασκεύαζαν οι ίδιοι τα φάρμακα. Ερωτητέο αν, τώρα πού η συντριπτική αναλογία των φαρμάκων είναι σπεσιαλιτέ σε έτοιμη συσκευασία, δεν μπορεί να τα διακινεί λόγω ελλείψεως γνώσεων αυτός που τα συνταγογραφεί, αλλά χρειάζεται ένας τρίτος που εν είδει προϊσταμένης σε μια κλινική θα ανοίγει ένα ντουλάπι και θα χορηγεί το συνταγογραφούμενο. Παραδέχομαι πως αυτή είναι μια σωστή αλλά απλοποιημένη θεωρητική προσέγγιση. Για δύο λόγους. Ο πρώτος πως ανεξάρτητα από την ικανότητα των γιατρών να χορηγούν τα τότε πολύ απλά φάρμακα, η πολιτεία έκανε διάφορες προσπάθειες ήδη από την εποχή των Φαραώ να διαχωρίσει τον υποδεικνύοντα από τον πωλούντα τα φάρμακα για λόγους δεοντολογικούς. Ο δεύτερος πως ο φαρμακοποιός εκτελώντας τη συνταγή του ιατρού κατά κάποιον τρόπο την ελέγχει, απομακρύνοντας κατά το δυνατόν τη διάπραξη λάθους. Μετά από αυτή τη σύντομη εισαγωγή στο θέμα μου θα σας απασχολήσω με ορισμένα ιστορικά στοιχεία που καθόριζαν σε κάθε εποχή τη σχέση του γιατρού με την αγορά του φαρμάκου. Θα παρουσιασθούν ορισμένα επιλεκτικά παραδείγματα, και όχι μια πλήρης ιστορική ανασκόπηση, η οποία θα μπορούσε να αποτελέσει αντικείμενο διδακτορικής διατριβής.

Εποχή του Χαλκού

Μια πολύ πρώιμη αναφορά στο θέμα γίνεται με νόμο από τη Φαραωνική Αίγυπτο, ο οποίος απαγορεύει τη πώληση φαρμάκων από τους ίδιους τους γιατρούς για να αποφευχθεί προφανώς μια σύγκρουση ενδιαφερόντων. Γενικότερα όμως γνωρίζουμε πως

οι ιατροί – συχνά ιερείς – διακινούσαν και τα φάρμακά τους.

Κλασική εποχή

Στην κλασική εποχή υπήρχαν παρασκευαστές φαρμάκων και διακινήτες της πρώτης ύλης τους, που συχνά ερχόταν από μακρινά μέρη, όπως η Μικρά Ασία, η Περσία και αργότερα η Ινδία. Ο γνωστότερος φαρμακολογίας του 1^{ου} αιώνα μ., ο Διοσκουρίδης, περιγράφει στο λεπτομερέστατο έργο του *Material Medical*, όλες τις πιθανές πηγές αγοράς των πρώτων φαρμακευτικών υλών, κυρίως φυτικών και ορυκτών, τους τρόπους παρασκευής των φαρμάκων αλλά και τη δοσολογία και οδό χορήγησης, ώστε εύκολα προκύπτει το συμπέρασμα πως ο χορηγών το φάρμακο ήταν και διακινήτης του. Έναν σχεδόν αιώνα μετά ο Γαληνός ακολουθεί την ίδια τακτική προειδοποιώντας μάλιστα πως ο γιατρός πρέπει να προμηθεύεται ο ίδιος από αξιόπιστες πηγές τα φάρμακα, αφού υπήρχαν πολλοί μεταπράτες - νοθευτές. Εμφανίζεται δηλαδή ένα από τα πρώτα κρούσματα της διαμάχης γιατρών – φαρμακοποιών, όπου οι πρώτοι προσπαθούν να ελέγξουν την αξιοπιστία των δευτέρων.

Μεσαιώνας

Στο Ανατολικό τμήμα της Ρωμαϊκής αυτοκρατορίας, στο Βυζάντιο, εξακολουθεί η παράδοση του Διοσκουρίδη και οι Μεγάλοι Βυζαντινοί ιατροί, όπως ο Ορειβασίας, ο Αίπιος, ο Παύλος ο Αιγινήτης, περιγράφουν συγχρόνως θεραπείες και τρόπους παρασκευής φαρμάκων. Σιγά-σιγά βέβαια μια νέα τάξη δημιουργείται, οι Μυρεψοί, που όπως και το όνομα δεικνύει ήταν αρωματοποιοί αλλά συγχρόνως και παρασκευαστές φαρμάκων. Το Οικουμενικό Πατριαρχείο ακόμη χρησιμοποιεί τον όρο για τους φαρμακοποιούς. Ο διασημότερος όλων, ο Νικόλαος ο Μυρεψός, ήταν ο συγγραφέας ενός περίφημου κώδικα, του Μεγάλου Δυνάμενου, που αποτελούσε μια πλήρη φαρμακοποιία. Υπήρχαν μάλιστα οργανωμένα φαρμακεία στα μεγάλα νοσοκομεία και θέση υπευθύνου διευθυντού. Δεν έχω αρκετά στοιχεία ώστε να σχολιάσω τις σχέσεις των γιατρών με τους μυρεψούς.

Στο Ισλάμ έγινε μια πολλή σοβαρή προσπάθεια διαχωρισμού ιατρών και φαρμακοποιών και ήδη από τον 9^ο αιώνα στη Βαγδάτη έχουν διαφορετικούς χώρους εργασίας και ελέγχοντα από κρατικούς επιθεωρητές. Ο περίφημος άραβας ιατρός Ρύζι, πρωτοστάτησε σε αυτόν το διαχωρισμό.

Στη Λατινική Δύση συνυπάρχουν επίσης γιατροί και φαρμακοποιοί, οι δεύτεροι αποτελούντες υποδεέστερη τάξη. Στην Αγγλία αρχικά ανήκαν στη τάξη των παντοπωλών και πωλητών μπαχαρικών, όπως και οι χειρουργοί στη τάξη των κουρέων. Ο Ερρίκος ο Όγδοος τους αναγνώρισε το δικαίωμα να ανήκουν σε ξεχωριστή κατηγορία, πάντα όμως η υπό την προϋπόθεση πως θα ελέγχοντα περιοδικά από επιφανείς γιατρούς, οι οποίοι θα κάτεχαν νοθευμένα ή αλλοιωμένα φάρμακα. Ήδη ανοίγονταν ο δρόμος για εγκάρδιες μεταξύ τους συνεννοήσεις. Η σπουδαιότερη όμως προσπάθεια για το διακριτό ρόλο ιατρών φαρμακοποιών, γίνεται τον 13^ο αιώνα με νόμο του Αυτοκράτορα Φρειδερίκου του 2^{ου}. Ο μονάρχης εκείνος, αν και Γερμανικής καταγωγής, με Σικελή μητέρα, εδραίωσε μια εθνική δυναστεία στη Νότιο Ιταλία και ήταν ο ισχυρότερος και πλέον φωτισμένος αρχηγός κράτους στην εποχή. Συγγένεψε δι' αγχιστείας με τον Αυτοκράτορα της Νίκαιας, Ισαάκιο 3^ο Κομνηνό. Είναι χαρακτηριστικό πως μερικά από τα σπουδαιότερα ιατρικά έργα της εποχής του αφιερώθηκαν σε εκείνον. Είχε εκδώσει ένα τεράστιο νομοθετικό έργο, το *Liber constitutionum, Liber augustalis* που παρέμεινε

εν ισχύει μέχρι τον 19^ο αιώνα, οπότε οι Βουρβώνιοι που κυβερνούσαν τότε τη κάτω Ιταλία, το κατήργησαν μαζί με όλους τους νόμους του προηγούμενου Βασιλείου. Στο νομοθέτημα αυτό υπήρχαν τέσσερα κεφάλαια που αφορούσαν ειδικά τους ιατρούς και φαρμακοποιούς και τις μεταξύ τους σχέσεις. Ειδικότερα απαγορεύετο σε φαρμακοποιό να προωθεί τα συμφέροντα οποιουδήποτε ιατρού, ή να του δίνει ποσοστά από τις πωλήσεις ή τις συνταγές του. Στα άλλα κεφάλαια καθορίζει τον έλεγχο των φαρμάκων, τις αμοιβές των φαρμακοποιών και τον τόπο ιδρύσεως φαρμακείων.

Διαφωτισμός

Μια ενδιαφέρουσα περίπτωση από την αρχή του Διαφωτισμού είναι πως στη Βουργε το 1683, μετά από μια διαμάχη μεταξύ ιατρών και φαρμακοποιών απαγορεύθηκε με αυστηρές ποινές στους γιατρούς να πωλούν φάρμακα. Αργότερα, το Ιατρικό Κολλέγιο στη Φιλαδέλφεια απέρριψε την πρακτική να έχουν οποιοδήποτε οικονομικό όφελος από τα φαρμακεία οι ιατροί.

Βιομηχανική Επανάσταση

Η πραγματική όμως χρυσή περίοδος των απολαβών των γιατρών από φαρμακευτικά προϊόντα αρχίζει με τον 19^ο αιώνα και τη βιομηχανική επανάσταση. Η ραγδαία πρόοδος στη φαρμακοχημεία κατέκλυσε την αγορά με πολλά πρωτόγνωρα φαρμακευτικά προϊόντα. Σε συνδυασμό με την άνοδο της μεσαίας τάξης λόγω εμπορίου, η ζήτηση κορυφώθηκε. Πολλοί γιατροί, άρχισαν να παρασκευάζουν τις δικές του παραλλαγές φαρμάκων, ή και διάφορα αγνώστου συνθέσεως μυστήρια σκευάσματα και να τα διαφημίζουν απροκάλυπτα, και συχνά παραπλανητικά, στον τύπο. Εκτός από φάρμακα διαφήμιζαν και διάφορα «τελειότατα» μηχανήματα που μόνον αυτοί είχαν για να θεραπεύουν ρευματισμούς, αφροδίσια, παραλύσεις κ.ο.κ. Συχνότατη ήταν και διαφήμιση συγκεκριμένων ιαματικών λουτρών και υδάτων που μόνον αυτά είχαν την «θαυματουργή» χημική σύνθεση κατάλληλη για κάθε νόσο. Συνήθως αυτά τα λουτρά αν δεν ήταν ιδιοκτησία των ιατρών, συνεργάζονταν αγαθότατα μαζί του. Το τέλος του 19^ο αιώνα σηματοδοτεί ένα άλλο είδος συνεργασίας ιατρών και φαρμακοποιών. Τα φαρμακεία δηλαδή αποτελούν τον επίσημο τόπο εξετάσεως των ασθενών από τους γιατρούς με τους οποίους συνεργάζονταν. Η σχέση αυτή θεωρείτο απόλυτα νόμιμη και φυσιολογική και κατεχωρείτο στον τύπο. Τα επιτυχημένα φαρμακεία ήσαν τα στέκια πολλών γιατρών, όπως και οι επιτυχημένοι ιατροί είχαν τρόπον τινά «συστεγαζόμενα» ιατρεία σε πολλά φαρμακεία. Υπάρχουν πολλές τέτοιες περιπτώσεις και από τη Δυτική Ευρώπη, την Ελλάδα, αλλά και από τον Ελληνικό ιατρικό χώρο της Κωνσταντινούπολης. Εννοείται πως τα συνταγογραφούμενα φάρμακα αγοράζονταν επιτόπου από τον παραδοκούντα φαρμακοποιό. Ήδη πάντως από τις αρχές του 19^ο αιώνα έγιναν προσπάθειες να εξαλειφθούν παρόμοιες συνεργασίες. Από το δίτομο έργο «Εγκόλπιον Ιατρών» του Διονυσίου Πύρρου (Θετταλού) που εκδίδεται στο Ναύπλιο το 1831 διαβάζουμε ένα απόσπασμα που αφορά στην ιδιοτελή συνεργασία ιατρών και φαρμακοποιών *«Μερικοί ιατροί πάλιν, συμφωνήσαντες με τους φαρμακοποιούς να εκδύσωσι τους δυστυχείς πάσχοντες, γράφουσι και άλλα σημεία και τέρατα, δηλαδή τρίγωνα, τετράγωνα, ή και πολύγωνα και μάλιστα με διαφορετικές λέξεις, λέγοντες και από το ειδικόν μου ιατρικόν, ή από το βασιλικόν, κ.τ.λ. Οι φαρμακοποιοί δε υποχρεωμένοι από αυτούς, αφού πληρώνονται πολλά καλά, παίρνουσι και δια το ιατρικόν του ιατρού εκείνου το διπλούν ή τριπλούν και ούτω θανατώνουσι τον άρρωστον εκείνον*

ταχύτερον...» (Βλαδίμηρος Λ. και Ριζόπουλος Α., Η ιατρική διαφήμιση στη Ελλάδα από την Αρχαιότητα ως το 1940, Επτάλοφος Α.Β.Ε.Ε., Αθήνα, 1992, σελ. 74). Σε προηγούμενη εργασία μας, αναφερόμαστε σε παρέμβαση του γνωστού ιατρού της Πάτρας, του Αναστασίου Τραμπαδώρου, σε συνέλευση του Ιατρικού Συλλόγου Πατρών το 1894 και η οποία δημοσιεύθηκε στο ιατρικό περιοδικό της εποχής «Γαληνός». Στην ομιλία του αυτή λοιπόν, ενώπιον της συνέλευσης του Ιατρικού Συλλόγου, υπερασπίζεται με σθένος το δικαίωμα των ιατρών στην παρασκευή και χορήγηση των φαρμακευτικών σκευασμάτων στους ασθενείς. Αρνείται το ρόλο των φαρμακοποιών και των βοηθών τους στην εκτέλεση των ιατρικών συνταγών, καταγγέλλοντας αυθαιρεσίες τους στη διαδικασία παρασκευής των φαρμάκων, όπως και στη διάθεσή τους στους ασθενείς. Είναι μάλιστα, χαρακτηριστικά τα λόγια του: «...ο ιατρός συνήθως ουδέν άλλο πράττει ή να αναγράφει συνταγές ων την ακριβήν εκτέλεσιν ενεπιστεύθη η πολιτεία εις ανθρώπους ξένους προς την ιατρικήν, εις τους φαρμακοποιούς, μη έχοντας και πάντα το άμεσο συμφέρον να δείκνυνται δουλικόι υπηρέται προς ταύτην, ωρίσθησαν, ναι, έλεγχοι και ενομοθετήθησαν νόμοι ειδικόι προς υπεράσπισιν της ιατρικής από της αμάθειας είτε της ασυνειδησίας είτε της προς εμπορείαν και κερδοσκοπειάν τάσεως των φαρμακοποιών, αλλ' οι νόμοι ούτοι προ πάντων παρ ημίν, εν Ελλάδι κείνται απλώς γεγραμμένοι εν τω χάρτη». Η πολυφαρμακία τον απασχολεί επίσης, χαρακτηρίζοντας την πληθώρα των σκευασμάτων «φαρμακευτικό κυκεώνα πολύμορφο και ακατέργαστο», τα οποία το μόνο που εξυπηρετούν είναι και πάλι, κατά την άποψή του, το κέρδος των φαρμακοποιών...τα διάφορα specialites, ποικίλαι άλλαι φαρμακευτικά συνθέσεις και όσα ειδικά φάρμακα, εν ούκ έστιν αριθμός, αυταί όλας ούν μυριάδες των φαρμάκων δεν έχουσι προφανώς κύρος ιαματικών μέσων, αλλ εξήχθησαν εκ της σοφής κεφαλής των φαρμακοποιών και της αγνής αυτών καρδιάς ως αντικείμενα κερδοσκοπείας και εμπορείας...» Τελειώνει δε την ομιλία του, προτρέποντας τους ιατρούς να εναντιωθούν στο «καθεστώς», όπως το ονομάζει, των φαρμακοποιών και να αναλάβουν μόνοι τους την παρασκευή και τη διάθεση των απαραίτητων φαρμάκων στους ασθενείς. «Φρονώ ότι πρέπει να νομιμοποιηθεί και εγκαθιδρυθεί το δίκαιον και το αληθές, δηλονότι να παρασκευάζη αυτός ο ιατρός τα φάρμακα και να χορηγή ταύτα ιδίας χερσίν.» Ήδη όμως φθάνουμε στον εικοστό αιώνα.

Εικοστός αιώνας

Οι σχέσεις ιατρών φαρμακοποιών βαδίζουν την πεπατημένη. Η κερηκτική αύξηση των κερδών των φαρμακοβιομηχανιών, απότοκος της προόδου της επιστήμης αλλά και της σωματολατρίας που χαρακτήρισε τον αιώνα, εισάγει επιπλέον νέα μοντέλα συνεργασίας ιατρών και διακινητών φαρμάκων και προϊόντων της βιοτεχνολογίας. Ειδικές κατηγορίες ιατρών, όπως οι χειρουργοί, καρδιολόγοι, ορθοπεδικοί, νεφρολόγοι, οφθαλμίατροι είναι κατά κάποιο τρόπο οι «μεταπωλούντες» με ή χωρίς κέρδος υλικά από τον προμηθευτή στον ασθενή και την ασφαλιστική του εταιρεία. Αυτό συμβαίνει επειδή ο «πελάτης» δεν αγοράζει κατ' ευθείαν με συνταγή ιατρού, αλλά ο ιατρός συνταγογραφεί, παραλαμβάνει για λογαριασμό του ασθενούς και τοποθετεί το προϊόν στον πελάτη. Η πρακτική αυτή κατά κάποιον τρόπο «νομιμοποιείται» επειδή οι συγκεκριμένοι ασθενείς πάσχουν από σοβαρές παθήσεις και δεν γεννάται αμφιβολία πως έχουν ανάγκη τα χρησιμοποιούμενα προϊόντα. Κανείς ορθοπεδικός π.χ. δεν θα προέβαινε σε αρθροπλαστική και αντικατάσταση κεφαλής μηριαίου επειδή θα συνεργάζονταν με κάποια εταιρεία κατασκευής αντιστοίχων υλικών. Το ίδιο δεν ισχύει π.χ. για τη συνταγογράφηση αντιβιοτικών σε κάθε

περιστατικό γρίπης. Εκτός όμως από τη ραγδαία προώθηση υλικών για τους βαρέως πάσχοντες, υπάρχει μια πλημμυρίδα φαρμάκων για τους υγιείς. Όπως έγραψε μια ομάδα ιατρών, φαρμακολόγων και δημοσιογράφων στο BMJ "Υπάρχουν πολλά λεφτά όταν πείθεις τους υγιείς πως είναι άρρωστοι. Μερικές μορφές της ιατροποίησης της κοινωνίας μπορούν καλλίτερα να χαρακτηρισθούν σαν προώθηση της ασθένειας. Διευρύνοντας το φάσμα των θεραπευσίμων ασθενειών με το σκοπό να επεκταθούν οι αγορές αυτών που πωλούν φάρμακα και θεραπείες. Οι φαρμακευτικές εταιρείες ενεργώς μετέχουν στις χορηγίες για τον ορισμό των νόσων και προωθούν αυτούς και στους ιατρούς και στους καταναλωτές. Η κοινωνική αντίληψη για την αρρώστια αντικαθίσταται με την εταιρική αντίληψη για τη νόσο».

Εικοστός πρώτος αιώνας.

Είναι πολύ νωρίς γι να εκτιμηθούν οι αλλαγές στο τοπίο των ιατροφαρμακευτικών σχέσεων στο αιώνα που ζούμε. Μια τάση όμως γίνεται ήδη εμφανής. Όπως στη διακρατική συνεργασία τα σύνορα καταργούνται, στη πολιτική οι διαχωριστικές γραμμές μεταξύ των κομμάτων εξασθενούν, έτσι και στον τομέα που εξετάζουμε τα όρια μεταξύ ιατρών, φαρμακοποιών, νοσηλευτών και άλλων επαγγελματιών υγείας γίνονται ελαστικά. Στις Ηνωμένες Πολιτείες αυξάνεται ταχύτατα ο αριθμός των ιατρών που πωλούν οι ίδιοι στο ιατρείο τους φάρμακα με κρατική άδεια. Ακόμη και στις Πολιτείες που επιβάλλεται ξεχωριστή στέγαση των δραστηριοτήτων, το «ξεχωριστό» καταστρατηγείται με τη στέγαση φαρμακείου και ιατρείου σε δύο διαφορετικά δωμάτια του αυτού διαμερίσματος. Σε άλλες περιπτώσεις συστεγασμένα πολυιατρεία, ένας χρησιμότερος θεσμός, περιλαμβάνουν και φαρμακεία στο κτίριό τους. Υπάρχει λογική στη πρακτική αυτή. Ο ασθενείς δεν υποχρεώνεται να πηγαίνει σε φαρμακείο για να προμηθευτεί τα φάρμακα καί παρά την τάση των γιατρών να γράφουν περισσότερα φάρμακα όταν τα πωλούν οι ίδιοι, εν τούτοις τελικά οι συνταγές αυτές στοιχίζουν λιγότερο, αφού το κέρδος των φαρμακοποιών είναι πολύ υψηλό, σε αντίθεση με των γιατρών. Οι ασφαλιστικές εταιρείες ήδη ενστερνίζονται την ιδέα. Αντιστρόφως, σε πολλά μεγάλα φαρμακεία – κυρίως στη Μεγάλη Βρετανία – επιτρέπεται να πωλούν χωρίς συνταγή ιατρού πολλά φάρμακα, αφού σε περιπτώσεις χρόνιων νόσων αλλά και σε ηλικιωμένους οι συνταγές απλώς επαναλαμβάνονται. Μια τρίτη κατηγορία μη ιατρών συνταγογραφούντων προέκυψε στις ΗΠΑ με τη καθιέρωση του επαγγέλματος του «Βοηθού Ιατρού» και του «Αυτοαπασχολούμενου Νοσηλευτού». Το 2003 υπήρχαν εκεί 45.000 από τη πρώτη κατηγορία και 90.000 από τη δεύτερη. Όπως συνήθως οι άδειες εδόθηκαν αρχικά για τη συνταγογράφηση υπό την εποπτεία ιατρού, αλλά με την άνοδο του επιπέδου των παραϊατρικών επαγγελματιών και την ομαδοποίηση των συνταγών για κατηγορίες νόσων, σε πολλές Πολιτείες οι επαγγελματίες αυτοί συνταγογραφούν ανεξάρτητα. Κατόπιν του αυστηρού περιορισμού του χρόνου που επιτρέπεται να εφημερεύουν ιατροί στα νοσοκομεία, το κράτος βρήκε διέξοδο με τα αναδιαμοιράζει ορισμένα από τα καθήκοντά τους σε μη ιατρούς.

Όλα τα ανωτέρω δεν θα πρέπει να μας εκπλήσσουν. Ιστορικά, πριν 100 χρόνια όλοι περίπου οι ιατροί μπορούσαν να χορηγούν ορισμένα φάρμακα, ενώ τώρα παρά τις αλλαγές, μόνο το 7% στις ΗΠΑ. Βοηθοί Φαρμακοποιοί και άλλα παραϊατρικά επαγγέλματα χορηγούσαν φάρμακα σε απομακρυσμένες περιοχές. Η κατοχύρωση των γιατρών σαν των μόνων αρμοδίων να συνταγογραφούν, τείνει να περιορισθεί σε μια εποχή ελεύθερης αντιμονοπωλιακής αγοράς. Γεωγραφικά επίσης, μόνο στη Δύση οι ιατροί δεν μπορού-

σαν να πωλούν φάρμακα. Στη Κορέα η μεγαλύτερη πηγή εσόδων των γιατρών είναι η πώληση φαρμάκων. Όταν το 2000 η κυβέρνηση προσπάθησε δια νόμου να το απαγορεύσει εκατοντάδες χιλιάδες γιατροί απήργησαν, επήλθε χάος και μετά έξη ημέρες η κυβέρνηση υπεχώρησε. Στην Ιαπωνία και στην Ινδία επίσης οι ιατροί πωλούν φάρμακα. Αναγκαστικά πολλά ταμπού υποχωρούν και ένα νέο τοπίο δημιουργείται. Αν σε αυτό θα υπάρξουν ηθικοί κανόνες είναι συζητήσιμο. Όπως σχολίαζε ο Benedetto Croce για το Constitution του Φρειδερίκου του 2^{ου} της Σικελίας με το οποίο είχαμε ασχοληθεί προηγουμένως, «*As μη νομισθεί πως η κατάσταση στη Κάτω Ιταλία ήταν καλλίτερη από την υπόλοιπη χώρα. Κάτι άλλο είναι ο νόμος και κάτι άλλο η πραγματικότητα. Οι νόμοι ισχύουν όσο η κοινή γνώμη τους αποδέχεται ή τους απορρίπτει.*» Ας αναλογισθούμε μόνο τι απέγιναν οι νόμοι στην Ελλάδα για το Προγαμιαίο Πιστοποιητικό Υγείας, την απαγόρευση των Πανεπιστημιακών να εξασκούν ιδιωτική ιατρική, την απαγόρευση από το ΕΣΥ να ιδρύονται νέες κλινικές, τον θεσμό του Κλινικού Καθηγητού και άλλα ηχηρά, καλών προθέσεων αλλά που σκόνταψαν είτε σε οργανωμένα συμφέροντα είτε στη απροθυμία της κοινωνίας να τα υιοθετήσει.

Τελικά, το ηθικό στοιχείο στις σχέσεις ιατρών και φαρμάκου, αλλά και γενικότερα της άσκησης της ιατρικής, δεν μπορεί να επιβληθεί μονομερώς. Όπως έγραψε και ο Javier Card. Lozano Barragan στο άρθρο του «Profile of a Catholic Teacher of Medicine»: *Η Ιατρική ευρίσκεται πέραν του νόμου, στη σφαίρα της Ηθικής. Αυτό δεν σημαίνει πως θα αγνοούνται οι νόμοι. Ηθική χωρίς νόμο θα ήταν απλώς γενικές αρχές χωρίς εφαρμογή. Αλλά και νόμος χωρίς ουσιαστική ηθική θα ήταν αυταρχισμός που θα βασιζονταν σε επονεϊδίδια συμφέροντα*»

Τα φαινόμενα της παραοικονομίας στο χώρο της υγείας

Π.Ν. Ζηρογιάννης

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στην κοινή γνώμη υπάρχει διάχυτη η εντύπωση ότι, «για να κάνει ο Έλληνας ασθενής τη δουλειά του», με άλλα λόγια, «για να τον προσέξει ο γιατρός στο νοσοκομείο», πρέπει απαραίτητα να δώσει το περίφημο «φακελάκι». Από την άλλη μεριά ο γιατρός, συχνά-πυκνά, δέχεται το «δώρο» που του προσφέρει ο πολίτης-ασθενής, για να συμπληρώσει την ανεπαρκή, κατά την άποψή του, αμοιβή που του δίνει η πολιτεία. Είναι άλλωστε γνωστό σε όλους, ότι οι γιατροί του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ) αμείβονται με μισθούς ιδιαίτερα χαμηλούς, σε αντίθεση με τους συναδέλφους τους Πανεπιστημιακούς ή εκείνους του ιδιωτικού τομέα, στον οποίο άλλωστε επικρατεί διαφορετικό καθεστώς ιατρικών αμοιβών.

Το ερώτημα που προκύπτει, στις περιπτώσεις αυτές είναι το ακόλουθο: Πώς επιλέγει ο ασθενής σε ποιο γιατρό θα δώσει φακελάκι; Είναι γνωστό ότι κάποιοι γιατροί κάνουν καλύτερα τη δουλειά τους από κάποιους άλλους. Επιπλέον, οι γιατροί που παρέχουν χαμηλής ποιότητας υπηρεσίες υγείας αμείβονται το ίδιο με εκείνους που παρέχουν υψηλής ποιότητας αντίστοιχες υπηρεσίες. Η κοινωνία ανακάλυψε ένα απαράδεκτο μεν, αλλά πραγματικό «σύστημα επιβράβευσης» της απόδοσης του γιατρού το οποίο αντιπροσωπεύει την προσδοκία του ασθενή ότι έτσι θα αποκτήσει πρόσβαση σε υψηλής ποιότητας υπηρεσίες υγείας.

Ποιος συνεπώς, ευθύνεται για το «φακελάκι»; Να δεχθούμε καταρχήν ότι ευθύνεται μόνο ο γιατρός. Δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι για τη συγκεκριμένη πράξη τα συμβαλλόμενα μέρη είναι δύο. *Συμμέτοχος*, συνεπώς, είναι και ο πολίτης. Απομένει να επιμερίσουμε τα ποσοστά ευθύνης. Δεν είναι όμως αυτός ο στόχος μας, ούτε είναι στην πρόθεσή μας η δημιουργία ενόχων. Σκοπός αυτού του άρθρου είναι η νηφάλια και ανοιχτή προσέγγιση, του μεγάλου αυτού κοινωνικού προβλήματος που φέρεται με τον όρο «φακελάκι».

Άλλωστε, όλοι παραδέχονται ότι το περιεχόμενο της πράξης αυτής καθ' εαυτής είναι ζοφερό και ο συγγραφέας δεν προτίθεται να το ωραιοποιήσει. Αντίθετα, οι συχνές περιγραφές περιπτώσεων, που έρχονται στην επιφάνεια, αποτυπώνουν αμείλικτα τη συντριβή της ηθικής του λειτουργήματος. Πιστεύουμε ότι η καταφυγή σε ένα άλλο είδος περιγραφής του φαινομένου, με σκοπό όχι την υπεράσπιση αλλά την ορθολογική προσέγγισή του, δεν θα εκληφθεί από τον αναγνώστη ως συγκαλυμμένο αίτημα επιείκειας, αλλά ούτε και ως βεβιασμένο άλλοθι. Για τους λόγους αυτούς η θέση μας είναι

από την αρχή σαφής: Αν ο όρος εκφράζει διαφθορά, αναμφισβήτητα συγκεντρώνει την απαξία ενός εγκλήματος, το οποίο πρέπει να τιμωρείται. Απ' αυτήν την οπτική γωνία το «φακελάκι» έχει δεχθεί την πιο σκληρή πρώιμη και ύστερη κριτική, ώστε η προσέγγιση και μόνο του πυρακτωμένου υλικού του να καταντά εγχείρημα, μια τολμηρή άσκηση ήθους και ύφους.

Θίγουμε ένα πολύπλοκο σύστημα αξιών του πολίτη, όπως είναι αυτές που πρέπει να διέπουν τη δομή και τη λειτουργία του ιατρικού «λειτουργήματος». Όλα αυτά σε μια χρονική συγκυρία, όπως είναι η σημερινή, κατά την οποία ο άνθρωπος βιώνοντας ένα χρόνιο, ηθικό λήθαργο, στο πλαίσιο ενός εν εξελίξει κόσμου, προσπαθεί να γνωρίσει τον εαυτό του.

Με κριτήρια καθαρά ιατρικά θα προσπαθήσουμε να φωτίσουμε το δρόμο που συνδέει το σύστημα παροχής ιατρικής φροντίδας με τα κοινωνικά δεδομένα. Μέσα από τις ιατροκοινωνικοπολιτισμικές διαφοροποιήσεις, όπως αυτές εκφράστηκαν στις διάφορες εποχές, θα σταθούμε στα αίτια που προκάλεσαν το φαινόμενο, θα περιγράψουμε τη διαχρονική πορεία της έννοιας «φακελάκι» και θα προτείνουμε τρόπους, διάγνωσης και αντιμετώπισης του.

ΑΙΤΙΑ ΤΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ

Τι είναι όμως αυτό που πυροδοτεί και συντηρεί αυτήν την παράνομη σχέση; Με άλλα λόγια, ποιο είναι το έδαφος πάνω στο οποίο αναπτύχθηκε και εδραιώθηκε το φαινόμενο «φακελάκι»;

Είναι μόνο, η κοινωνική, η οικονομική ή υπάρχουν και άλλες παράμετροι; Η κοινωνική διάσταση αναφέρθηκε. Όσον αφορά την οικονομική βασική μας επιδίωξη είναι οι αμοιβές των γιατρών να εναρμονιστούν με εκείνες των Ευρωπαίων συναδέλφων μας. Η μισθολογική αυτή προσαρμογή θα αποτελέσει ισχυρό ηθικό και νομικό κίνητρο για την εξάλειψη ή το σημαντικό περιορισμό του ιδιότυπου αυτού καθεστώτος που εκφράζεται με τον όρο «φακελάκι» και πυροδοτεί τα φαινόμενα της διαφθοράς και της παραοικονομίας στο χώρο της υγείας.

Καταρχήν να τονίσουμε ότι το «φακελάκι» δεν αποτελεί προνόμιο των γιατρών, αλλά αφορά όλη την ελληνική κοινωνία και αυτό το ζούμε καθημερινά. Αλλά, αν ασχοληθούμε με τα του οίκου μας, αποτελεί συνηθέστατη πρακτική, με την οποία, οι γιατροί προσπαθούν διεθνώς να αυξάνουν τις χαμηλές ή όχι, αποδοχές τους. Παρόλο ότι το «φακελάκι» δεν αποτελεί μια ακόμη ελληνική πρωτοτυπία, είναι ασφαλώς μια υποτιμητική για την ελληνική κοινωνία μέθοδο ιατρικής αμοιβής. Όσον αφορά στην ελληνική διάσταση του φαινομένου, φαίνεται ότι η αρχή της πράξης χάνεται στις σκοτεινές ατραπούς μιας προσπάθειας για αλλαγή του Συστήματος Υγείας της χώρας μας, την οποία η κοινωνία ποτέ δεν γνώρισε, στην έκταση και το βαθμό που είχε προαναγγελθεί.

Στον Ανατολικό κόσμο αυτό γίνεται με καθαρή, αλλά κάτω από το τραπέζι, χρηματοληψία, ενώ στο Δυτικό με επίσημες μεθόδους που ονομάζονται *επιστημονικές χορηγίες, πληρωμένες έρευνες, ταξίδια, δώρα, διακοπές, αξιολογήσεις υλικών, θέσεις συμβούλων, κ.ά.*, δραστηριότητες δηλ. παρόμοιες με το «φακελάκι», αλλά σχεδόν «νόμιμες». Αυτό γινόταν ανέκαθεν: ακόμα και οι Άγιοι Ανάργυροι δέχονταν δώρα σε είδος, λ.χ. αυγά. Αλλά και στο Βυζάντιο υπήρχε ακριβής ονοματολογία της «εθελοντικής» προσφοράς στους γιατρούς, η οποία λεγόταν *γάπη*, σε αντίθεση με τον κανονικό μισθό που λε-

γόταν *ρόγα*.

Ας δούμε όμως και μια άλλη πλευρά του νομίσματος. Σήμερα, παράλληλα με την ηθική πλευρά του ιατρικού λειτουργήματος, πορεύεται και η υλική, η οποία στο κέντρο της έχει την ανθρώπινη διάσταση. Στο πλαίσιο αυτό, πολλοί συνδέουν τις σκοτεινές πτυχές της οικονομικής πλευράς, με τις ενορχηστρωμένες αντιδράσεις, που σημειώνονται τελευταία στα μέσα μαζικής επικοινωνίας (ΜΜΕ) εναντίον των γιατρών και οι οποίες επισημαίνουν με έμφαση την απομάκρυνση του γιατρού από τον αρχικό προορισμό του, όπως τον είχε ορίσει ο Ιπποκράτης.

Παράλληλα, στις συνέπειες ενός τόσο σοβαρά πάσχοντος κοινωνικού συστήματος, όπως αυτό εκφράζεται από την ελλειμματική ιατρονοσηλευτική περίθαλψη και νοσοκομειακή υποδομή, εντοπίζεται η παθογένεια ενός από τα πιο μελανά σημεία του ΕΣΥ. Το μεγάλο ερώτημα, που εδώ και τριάντα χρόνια απασχολεί πολίτες, γιατρούς και ΜΜΕ, και περιμένει απάντηση είναι εάν στη χώρα μας παρέχεται η περίθαλψη, την οποία ο Έλληνας ασθενής έχει προπληρώσει και μάλιστα σε ορισμένες περιπτώσεις ακριβά, μέσω των ασφαλιστικών εισφορών στο Ταμείο του.

ΠΑΡΑΟΙΚΟΝΟΜΙΑ ΚΑΙ ΕΣΥ

Στο σημείο αυτό να διευκρινίσουμε ότι με τον όρο «φακελάκι» εννοούμε πάντα τον παράνομο χρηματισμό στο χώρο του ΕΣΥ και όχι την αυθόρμητη, εθελοντική και αβίαστη προσφορά του ασθενή. Ο όρος αυτός μπορεί να αποδοθεί σε μια από τις βασικές παραμορφώσεις του νόμου του ΕΣΥ. Γιατί, όταν κατατέθηκε το νομοσχέδιο για το ΕΣΥ, προβλεπόταν ένα γενικό Εθνικό Σύστημα Υγείας, που θα περιλάμβανε όχι μόνον τους Στρατιωτικούς και τους Πανεπιστημιακούς, αλλά ενδεχομένως και τον ιδιωτικό τομέα. Όμως οι τρεις αυτές κατηγορίες βαθμηδόν απαλήφθησαν από το νομοσχέδιο περί ΕΣΥ. Τι απέμεινε, μετά από όλα αυτά είναι πλέον γνωστό: μια κάποια ρύθμιση των εργασιακών σχέσεων των νοσοκομειακών γιατρών, ενώ όλες οι άλλες κατηγορίες «λειτουργούν» νόμιμα μέσα στους κόλπους της κοινωνίας και της εφορίας.

Ο πολίτης γνωρίζει τις εργασιακές σχέσεις και τον εγκλωβισμό των ιατρών του ΕΣΥ στο σύστημα Υγείας. Μπορεί να κατανοεί μέρος των προβλημάτων που απορρέουν από το ΕΣΥ, αλλά ταυτόχρονα, για να αποφεύγει τις ταλαιπωρίες και περιπέτειες, προσπαθεί να εξασφαλίσει καλές υπηρεσίες υγείας με το γνωστό τρόπο, που είναι: το *μέσον* και το «φακελάκι», διαταραχές που μεταφράζονται κι αλλιώς: υποχρέωση σε πολιτικά ισχυρούς και παραοικονομία. Αναμφισβήτητα, τα φαινόμενα της διαφθοράς και της παραοικονομίας στο χώρο της υγείας δεν αποτελούν προνόμιο μόνο του δημοσίου, αλλά τα συναντάμε και στον ιδιωτικό τομέα.

Σε κάθε περίπτωση η συμπεριφορά του υποψηφίου αποδέκτη της παραοικονομίας ποικίλει. Ενίοτε υπερισχύει η αποστολή του λειτουργήματός του (κατηγορηματική άρνηση), η ηθική του (ο καθένας δημιουργεί τη δική του ηθική και ανθίσταται), ή η σιωπή του (παθητική αποδοχή). Άλλοτε υπερισχύει η ανάγκη ν' αυξήσει τα έσοδά του κατά το παράδειγμα άλλων ομάδων του πληθυσμού, που έχουν το ίδιο αντικείμενο. Και τότε δε γίνεται μόνο παθητικός αποδέκτης αλλά, συχνά, απαιτεί παράνομες αμοιβές, οι οποίες ξεπερνούν τις οικονομικές δυνατότητες του πολίτη.

Οι ομάδες με το ίδιο αντικείμενο είναι ιατροί τριών κατηγοριών, οι οποίοι εκτός του κρατικού μισθού, προσθέτουν αποδοχές και από δύο ακόμη πηγές με νόμιμο τρόπο. Πιο συγκεκριμένα:

- α) Το 90% των Πανεπιστημιακών, διατηρούν ιδιωτικό ιατρείο και εργάζονται και σε ιδιωτικές κλινικές, πολύ συχνά δε, σε ώρες και ημέρες όπου πρέπει να βρίσκονται με τους φοιτητές τους. Για την παρακολούθηση ασθενών η πολιτεία τους χορηγεί από τριετίας και ειδικό επίδομα κλινικού έργου (!!)
- β) Οι στρατιωτικοί ιατροί, κατά τον ίδιο ακριβώς τρόπο, διατηρούν ιδιωτικό ιατρείο και εργάζονται και σε ιδιωτικές κλινικές. Πολλοί έχουν κάνει μεταπτυχιακές σπουδές στο εξωτερικό με έξοδα της πολιτείας.
- γ) Οι ιατροί του Ι.Κ.Α., ειδικευμένοι ή και χωρίς ειδικότητα, διατηρούν ιδιωτικό ιατρείο και συνεργάζονται, επίσης, με ιδιωτικά ιδρύματα κ.λπ.

Ο ιδιωτικός τομέας γιγαντώθηκε όχι μόνο με ανάπτυξη υποδομής, αλλά κυρίως με τη συνεργασία ικανών ιατρών από το Πανεπιστήμιο και το Στρατό. Οι ακαδημαϊκοί τίτλοι συνδέονται με την αυθεντία, την εμπειρία, την ασφάλεια και βέβαια αμείβονται ανάλογα.

Στην άλλη όχθη, αλλά μέσα στα ίδια Νοσοκομεία, εργάζονται και οι ιατροί του ΕΣΥ, με διαφορετικές όμως συνθήκες εργασίας:

- 1) Έχουν εγκλωβιστεί στην πλήρη και αποκλειστική απασχόληση με υποσχέσεις για ισότιμη αντιμετώπιση, που δεν πραγματοποιήθηκαν εδώ και 25 χρόνια. Διορίστησαν στην παραοικονομία και τη φοροδιαφυγή, οι οποίες καλλιεργούνται μέσα στα Νοσοκομεία.
- 2) Δεν τους επιτρέπεται να εκπονοούν διατριβές, παρά μόνον υπό τη σκέπη ενός Πανεπιστημιακού της ίδιας ειδικότητας και δεν έχουν κανένα τίτλο ακαδημαϊκού τύπου.
- 3) Ο τίτλος, θεσμός του Υφηγητού, καταργήθηκε από την ίδια την Ιατρική Σχολή το 1987. Υφηγητές μέχρι τότε ήταν επίλεκτα μέλη του ιατρικού κόσμου (και μάλιστα πολλοί, εκτός Πανεπιστημίου).
- 4) Εκτός της εργασίας στην κλινική ή το εργαστήριο, οι ιατροί του ΕΣΥ υποχρεώνονται να εκπαιδεύουν τους ειδικευόμενους ιατρούς και πολύ συχνά σπουδαστές άλλων σχολών. Δεν ζήτησαν ποτέ επίδομα εκπαιδευτικού έργου. Εθελοντικά και για λόγους καθαρά ιατρικούς εκπαιδεύουν και φοιτητές ιατρικής! Όπως είναι γνωστό, η εκπαίδευση των ειδικευομένων παρέχεται κατά 90% και πλέον σε κλινικές – τμήματα του ΕΣΥ, διότι τα αντίστοιχα πανεπιστημιακά είναι ολιγάριθμα και δεν επαρκούν, ενώ τα τμήματα αυτά πληρώνονται, κυρίως, για να εκπαιδεύουν.
- 5) Το μεγαλύτερο ποσοστό των ιατρών του ΕΣΥ πραγματοποιεί σκληρές εφημερίες – ξενύχτια σε ηλικίες άνω των 50 ετών για να συμπληρώσει το χαμηλό μισθό. Οι Διευθυντές αντί εφημεριών, εισπράττουν επίδομα ευθύνης, το οποίο μόλις πρόσφατα έπαυσε να αφαιρείται όταν αρρωσταίνουν ή βρίσκονται σε άδεια. Τα τελευταία χρόνια τους επιτρέπεται να κάνουν ιατρείο μια έως δυο φορές την εβδομάδα εντός του Νοσοκομείου. Το ίδιο το Νοσοκομείο τους παρακρατεί το 60% της επίσκεψης και τα υπόλοιπα φορολογούνται ξανά με τη φορολογική δήλωση!

Όπως φαίνεται από τα αναφερόμενα, τα οποία μπορεί να θεωρηθούν απίστευτα, η Πολιτεία με συνέπεια και μεθοδικότητα αδίκησε το ΕΣΥ, που η ίδια δημιούργησε, χαρίζοντας προνόμια σε άλλες ομάδες που κάνουν την ίδια εργασία, στον ίδιο χώρο και παράλληλα αποστέρησε από τους γιατρούς του ΕΣΥ κάθε κίνητρο για πρόοδο, άμιλλα και καταξίωση. Ουσιαστικά πρόκειται περί ενός βραδέως και ασφαλούς αυτοχειρισμού, ο οποίος στρέφεται προς τους τελευταίους Σαμαρείτες.

Η κυβέρνηση καλείται να χαράξει, άμεσα, διορθωτική πορεία στο ΕΣΥ, με στόχο την

αποκατάσταση της αξιοπρέπειας των γιατρών του ΕΣΥ και την ισοτιμία τους με τις άλλες αντίστοιχες ομάδες γιατρών. Δεν μπορεί να μεταφέρει το βάρος ενός προβληματικού και με δομικές παραλήψεις συστήματος στους ώμους των γιατρών που χρησιμοποιεί άμετρα. Επιπλέον, αυτό δεν είναι δίκαιο όταν το σύστημα είναι γνωστό ότι λειτουργεί με αυταπάτηση, μέσα σε αντίξοες συνθήκες, για να προσφέρει στον ελληνικό λαό υψηλού επιπέδου υπηρεσίες υγείας.

Σχέση Γιατρού-Ασθενή

Είναι γνωστό ότι η αρρώστια προκαλεί νέα προβλήματα και ισοπεδώνει άλλα, βιώνοντας το φόβο, για την πιθανή απώλεια. Στη διαδικασία αυτή ο πολίτης-ασθενής νιώθει αβοήθητος, με υψηλά ποσοστά ανασφάλειας, και προσπαθεί να προσαρμοστεί στη νέα κατάσταση. Μπροστά στα έκπληκτα μάτια του εξελίσσεται το χρονικό μιας οδυνηρής πραγματικότητας, με επίκεντρο την υγεία του, την οποία πιστεύει ότι θα αντιμετωπίσει καλύτερα αν δώσει κάποιο δώρο. Στο πλαίσιο αυτό ως κύριο στοιχείο χρησιμοποιεί τη συνδιαλλαγή, γεγονός που αναμφισβήτητα θα πρέπει να τον συγκλονίζει, γιατί του δίδεται η αίσθηση ότι μπορεί να εξαγοράσει την υγεία του. Οι πρώτες καλές ή κακές εμπειρίες του πολίτη – ασθενή από την επαφή του με το Ελληνικό νοσοκομείο επηρεάζουν τη διαμόρφωση των σχέσεων γιατρού -ασθενή.

Να υπενθυμίσουμε στο σημείο αυτό ότι καμία, μέχρι τώρα, κυβέρνηση, αλλά ούτε και κανείς από τους πολλά υποσχόμενους Υπουργούς Υγείας δεν φρόντισε να ενημερώσει τον πολίτη – ασθενή ότι, σε κανένα ανά τη γη δημόσιο Σύστημα Υγείας δεν υφίσταται καθεστώς άμεσης προσωπικής επιλογής γιατρού από τον ασθενή σε νοσοκομειακό επίπεδο. Η ευθύνη για την πλήρη αποκατάσταση της υγείας του ασθενή ανήκει στο Νοσοκομείο.

Αυτό, όμως, που δηλητηριάζει την καθημερινότητα του πολίτη, όπως αυτή εκφράζεται και από τη διαπροσωπική σχέση γιατρού - ασθενή, είναι η απαξίωση του γιατρού στα μάτια του ασθενή και της κοινωνίας, από τη στιγμή που ο πολίτης έπαυσε να θεωρεί την ιατρική λειτουργήματα, ανεξάρτητα αν στο βάθος της ψυχής του συνόλου των γιατρών, πρέπει να διατηρεί την αξία της. Η Ιατρική ξεκινάει, αναμφισβήτητα, ως λειτουργήματα, στην πορεία της όμως δείχνει σαν να χάνει τον προσανατολισμό της. Για να καταλάβουμε το νόημα μιας τέτοιας διεργασίας πρέπει να μπορούμε να διαβάσουμε καθαρά τον καθρέπτη της ψυχής του ανθρώπου, καθώς και να κατανοήσουμε ότι μέρος της αξίας αυτής της κίνησης οφείλεται στην ακρίβεια με την οποία ανακατασκευάζει όλον αυτόν τον ηθικό ορίζοντα. Πιστεύουμε ότι σύντομα θα υλοποιηθεί ότι είχε αναγγελθεί χρόνια νωρίτερα ως ιστορικό πεπρωμένο της αναβάθμισης της σχέσης γιατρού-ασθενή. Όλοι μιλούν για την απάλειψη του δημιουργικού υποκειμένου.

Ενδιαφέρον θα είχε, στο σημείο αυτό, να ερωτηθεί ο νέος γιατρός, ο οποίος επέλεξε την Ιατρική με όνειρα και φιλοδοξίες: *ποιά η σχέση του με το πρόσφατο και παλαιότερο παρελθόν της Ιατρικής. Πως βλέπει την πορεία της ιατρικής σε μια εποχή απαξίωσής της και με ποιά κριτήρια αποφάσισε να επιλέξει αυτήν την επιστήμη;*

Παρόλα αυτά, δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι η παρουσία του γιατρού δίπλα στον ασθενή είναι διαχρονική και δεν εξαντλείται στο σήμερα. Για το λόγο αυτό ο γιατρός πρέπει πάντα να έχει στραμμένο το βλέμμα προς το μέλλον, με τη βεβαιότητα όχι μόνο της δικαίωσής του ως λειτουργού της υγείας, αλλά και ως συνεταιίρου της αναβάθμισης της σχέσης του με τον ασθενή. Ο κόσμος είναι ένας κόσμος σε αγωνία, ο οποίος αφήνει

ένα παράθυρο ανοιχτό έως ότου το φως επανέλθει εντός του και ο στοχασμός του, ευαισθητοποιημένος με το κάλεσμα της ζωής, θα τον δικαιώσει.

ΔΙΑΧΡΟΝΙΚΗ ΠΟΡΕΙΑ ΤΟΥ ΟΡΟΥ «ΦΑΚΕΛΑΚΙ»

Στη διαχρονική του πορεία ο όρος «φακελάκι» έχει διαγράψει ένα μεγάλο κύκλο *συζητήσεων, αντεγκλήσεων, δικαστικών επεισοδίων*, γεγονότα τα οποία θα μπορούσαν να λειτουργήσουν παραλυτικά και να τον εξαλείψουν από την αρχή κιάλας της διαδρομής του. Αντίθετα, κάθε μορφής αναφορά ή συζήτηση για το «φακελάκι» στα ΜΜΕ το γιγαντώνει, ίσως γιατί το κάνει γνωστό σε όλα τα στρώματα της Ελληνικής κοινωνίας.

Από την άλλη πλευρά, πολλοί «ειδικοί» που έχουν ασχοληθεί με το θέμα και ασκούν αυστηρή κριτική προέρχονται, κυρίως, από το εξωιατρικό περιβάλλον, με συνέπεια να μη θίγουν την ουσία του προβλήματος. Οι περισσότεροι επιπλέον στην αφέλεια, τη σύγχυση, την απορία, ενίοτε στο θυμό και την επιπολαιότητα, με μοναδικό στόχο να προσποριστούν το πλεονέκτημα της επικοινωνιακής τους ανταπόκρισης στον πολίτη, και να αμαυρώσουν, έτσι, την εικόνα του συνόλου των γιατρών. Αυτό γιατί τόσο ο όρος αυτός καθεαυτός όσο και τα προβλήματα που δημιουργεί αντιμετωπίζονται επιδερμικά, οι κρίσεις ακουμπούν σε στερεότυπα, ακόμα και οι χαριτολογίες που συχνά συναντάμε είναι άστοχες. Το περιεχόμενο της πράξης αποσπάται από την πεζή πραγματικότητα και χρησιμοποιείται με στόχο πέραν εκείνου που εκφράζει την αλήθεια.

ΔΙΑΓΝΩΣΗ, ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟΥ

Όπως επισημάναμε ήδη, η δωρεάν ισότιμη, μέσω του ΕΣΥ, πρόσβαση των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας δεν έχει καμία σχέση με την επιλογή ενός συγκεκριμένου γιατρού, στον οποίον προσωπικά απευθύνεται ο πολίτης χρησιμοποιώντας το «φακελάκι». Αντίθετα, η επιλογή του γιατρού από τον ασθενή επιτείνει, συχνά, την ένταση στις σχέσεις του με τους άλλους ασθενείς, γιατί είναι πιθανή η εμφάνιση ή μη διαφοροποίηση της «επικοινωνίας» τους. Έτσι, ο θεωρούμενος ως διαφορετικός τρόπος αντιμετώπισης του πολίτη από το γιατρό επιδεινώνεται έτι περαιτέρω και από την έμφυτη αδυναμία του μπροστά στα θέματα υγείας, η οποία τον καθιστά ευάλωτο στις παντός είδους πιέσεις. Δυστυχώς, ο παράνομος χρηματισμός τείνει να γίνει παγιωμένη πρακτική σε ολόκληρο το Σύστημα Υγείας, σήμερα δε είναι πια τόσο διαδεδομένος και καθιερωμένος που πρακτικά έχει γίνει θεσμός. Παρόλο ότι το «φακελάκι» έχει γίνει αποδεκτό και έχει διεισδύσει σε όλα τα κοινωνικά στρώματα, αυτό δεν σημαίνει ότι οι εμπειρίες των πολιτών έχουν διαφοροποιηθεί σημαντικά από εκείνες του χθες. Στο πλαίσιο αυτό, οφείλουμε να παλέψουμε για εκείνες τις δομές που δημιουργούν το φακελάκι σ' όλους τους τομείς της ζωής (υγεία, παιδεία, συναλλαγή με το δημόσιο, εξαφάνιση της γραφειοκρατίας).

ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ, ΝΟΜΙΚΕΣ ΠΡΟΕΚΤΑΣΕΙΣ

Βέβαια, τη διαχρονική έκφραση της παγκόσμιας διαφθοράς κανείς δεν μπόρεσε ως τώρα να αποφύγει, απ' όταν υπάρχει η όποια μορφής εξουσία. Να θυμίσουμε εδώ ότι ο *δέκτης αντίληψης της διαφθοράς (ΔΑΔ)* βασίζεται σε έρευνες αναγνωρισμένων ιδιωτικών και διεθνών οργανισμών που διερευνούν την εκτίμηση που έχουν ακαδημαϊκοί, αναλυτές οικονομικών κινδύνων και επιχειρηματίες για χώρες όπου εδρεύουν ή σκοπεύουν να

εγκαταστήσουν τις επιχειρήσεις τους. Ο αριθμός των χωρών στις οποίες αναφέρεται ο δείκτης αυτός αυξάνεται κάθε χρόνο και από 41 το 1995, έφθασε τις 159 το 2005 και τις 163 το 2006. (Μ. Δρεπτάκης 2007). Με βάση το ΔΑΔ η Ελλάδα το 2006 όπως και το 2005 κατέχει την τελευταία θέση (με μεγαλύτερη διαφθορά) μεταξύ των 15 κρατών μελών της Ε.Ε., την προτελευταία μεταξύ των 25 (με τελευταία την Πολωνία) και την 24^η μεταξύ των 27 (με τη Βουλγαρία, Πολωνία, Ρουμανία, να κατέχουν τις τρεις τελευταίες θέσεις). Η Διεθνής Διαφάνεια δίνει σε πίνακες και τις διάφορες όψεις της διαφθοράς, οι οποίες είναι δυνατό να επηρεάζουν τομείς της ζωής όπως είναι: η πολιτική ζωή, το επιχειρηματικό περιβάλλον, η προσωπική και οικογενειακή ζωή. Από την έρευνα που έγινε σε 17 από τα 27 μέλη το 2006, οι απαντήσεις φαίνονται στον πίνακα. Η σειρά των κρατών μελών, όπως περιγράφονται στον πίνακα, γίνεται με βάση την πρώτη στήλη δηλ. τον επηρεασμό της πολιτικής ζωής. Από τον πίνακα φαίνεται ότι μεταξύ των 17 κρατών μελών η διαφθορά έχει τη μικρότερη επίδραση:

- α. Στην πολιτική ζωή στη Δανία
- β. Στην προσωπική ζωή στην Αυστρία

και τη μεγαλύτερη επίδραση:

- α. Στην πολιτική ζωή στην Ελλάδα, Πορτογαλία, Ισπανία και Βουλγαρία.
- β. Στην προσωπική και οικογενειακή ζωή στην Ελλάδα και Ρουμανία.

Όπως σημειώνει ο Μ. Δρεπτάκης στην Καθημερινή της 11/02/2007, η μάστιγα της διαφθοράς οφείλεται στην κρίση αξιών που περνάει η χώρα μας εδώ και δεκαετίες, κρίση την οποία η πολιτική ηγεσία αντί να τη δει κατάματα και να προσπαθήσει να την αντιμετωπίσει την επιδεινώνει με τη συμπεριφορά της.

ΝΟΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΚΑΤΑ ΤΗΣ ΔΙΑΦΘΟΡΑΣ

Ποιο όμως είναι το νομικό πλαίσιο που διαθέτουμε και το οποίο θα μπορούσε να θωρακίσει και να προστατεύσει την κοινωνία κατά της διαφθοράς;

Η διαφθορά είναι αντικείμενο ανησυχίας, λόγος για τον οποίο πολλοί Διεθνείς Οργανισμοί προτείνουν τις δικές τους συμβάσεις, μεταξύ των οποίων σημαντικότερες είναι οι εξής:

- α. Η Σύμβαση για τον Αγώνα Κατά της Διαφθοράς, που υιοθέτησε ο ΟΟΣΑ το 1999.
- β. Η Σύμβαση για τη Διαφθορά, που υιοθέτησε το Συμβούλιο της Ευρώπης το 1999 και ορίζει τους κανόνες και τις αρχές σε διεθνή κλίμακα.
- γ. Ο Κώδικας Καλής Πρακτικής για τη Διαφάνεια των Νομισματικών και Οικονομικών Πολιτικών, ο οποίος αποτελεί διακήρυξη αρχών που υιοθέτησε το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο το 1999 και στοχεύει στην αύξηση της διαφάνειας στο δημόσιο τομέα.
- δ. Τον Οκτώβριο του 2003, ο ΟΗΕ υιοθέτησε μια Σύμβαση Κατά της Διαφθοράς, η οποία αποτελεί το πρώτο αποτρεπτικό νομικό εργαλείο σε παγκόσμια κλίμακα. Η Σύμβαση του ΟΗΕ όρισε, επίσης, την 9^η Δεκεμβρίου ως Παγκόσμια Ημέρα Κατά της Διαφθοράς.

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

Στην Ελλάδα το πρόβλημα είναι πέρα από οικονομικό, κοινωνικό και πολιτισμικό. Πολλά πράγματα ούτε φαίνονται ούτε είναι τίμια. Αυτός είναι και ο λόγος που υπάρχει τόση ανεκτικότητα στις παραβάσεις. Συχνά ακούμε τον πολίτη να λέει: Αν όλοι το κάνουν γιατί να μην το κάνω και εγώ; Η ίδια η πολιτική ζωή μας άλλωστε δεν είναι υπερήφανη

Πίνακας. Βαθμός επηρεασμού της πολιτικής ζωής, του επιχειρηματικού περιβάλλοντος, της προσωπικής και οικογενειακής ζωής από τη διαφθορά σε 17 από τα 27 κράτη-μέλη της Ε.Ε. το έτος 2006. (4= Σε πολύ μεγάλο βαθμό, 1= Καθόλου)

Κράτη-μέλη	Πολιτική ζωή	Επιχειρηματικό περιβάλλον	Προσωπική και οικογενειακή ζωή
Δανία	2,4	2,4	1,5
Ολλανδία	2,6	2,8	1,6
Φιλανδία	2,6	2,5	1,4
Σουηδία	2,7	2,7	1,6
Αυστρία	2,7	1,8	1,3
Λουξεμβούργο	2,9	2,7	1,7
Τσεχία	3,2	2,9	1,6
Ρουμανία	3,2	3,0	2,3
Ην. Βασίλειο	3,3	3,0	1,9
Γερμανία	3,3	2,0	1,7
Γαλλία	3,3	2,3	1,3
Ιταλία	3,4	3,4	1,5
Πολωνία	3,4	3,3	2,4
Ισπανία	3,6	3,4	1,9
Βουλγαρία	3,6	3,3	2,2
Πορτογαλία	3,6	3,6	2,2
Ελλάδα	3,6	3,5	2,5

Καθημερινή 11.02.07

ούτε διαφημίζει την αξιοκρατία. (Ελευθεριάδης 2006).

Για τους λόγους αυτούς υποστηρίζουμε ότι η περίοδος της «αθωότητας» για το «φακελάκι» εξέλιπε, από τη στιγμή που ο πολίτης εξέπεμψε την πρώτη του αντίδραση γι' αυτό. Και το ερώτημα που αναδύεται αυτόματα είναι το εξής: *Γιατί ορισμένα φαινόμενα, όπως αυτό, καταφέρνουν να διατηρούνται, ενώ τα θεμέλια τους είναι έωλα και κατακρητιέα από όλους;*

Οι τόνοι μελανιού που έχουν χυθεί για το «φακελάκι», πρακτική που εξακολουθεί να ανθεί, παρά τους αφορισμούς, σημαίνει πως η εισαγγελικού ύφους προσέγγιση είναι ανεπιτυχής. Στο κυνήγι μαγισσών σχετικά με την αναζήτηση ενόχων, που διαχρονικά απασχολεί ακόμα τα ήθη μας, κάποιος γιατρός θυσιάζεται με τίμημα τη δημόσια τηλεοπτική διαπώμπευσή του.

Μπορεί να είμαστε άνετοι στο να μιλάμε για το «φακελάκι» ελεύθερα μεταξύ μας, δεν προτείνουμε όμως ασφαλείς και αποτελεσματικές μεθόδους εξάλειψής του.

Η πολιτική ηγεσία του Υπουργείου Υγείας συμπεριφέρεται ως να μην αντιλαμβάνεται τη βαθύτερη έκταση του προβλήματος. Δεν κινείται προς την κατεύθυνση εφαρμογής κανόνων εξάλειψής του, ενώ χρόνια τώρα η ανοχή που δείχνει είναι ριζικά αμφισβητού-

μενη ως έννοια, και θεσμικά υπονομευόμενη ως πρακτική. Μοιάζουν να αγνοούν οι εκάστοτε ηγεσίες του Υπουργείου Υγείας τα πρωταρχικά και θεμελιώδη: ότι το «φακελάκι» τείνει να θεσμοποιήσει κριτήρια οικονομικής αναβάθμισης, ομολογουμένα με πολλούς τρόπους, από τους εκάστοτε αρμόδιους.

Ποιες είναι οι θεσμικές ή άλλες προσπάθειες που έχουν γίνει μέχρι σήμερα με στόχο την εξάλειψή του; Ανατρέχοντας σε δηλώσεις πολιτικών προσώπων, εξαιρετική εντύπωση μας έκανε η συνέντευξη του Υπουργού Υγείας Λάμπρου Παπαδήμα στο Βήμα της Κυριακής της 11ης Ιουλίου 1999. Η συνέντευξη έχει τον τίτλο: «δεν μπορώ να καταργήσω το φακελάκι» και αναφέρει επί λέξει «αποτελεί δύσκολο εγχείρημα να εξαλειφθεί το φακελάκι».

Είναι γνωστό ότι οι επίσημες αμοιβές των γιατρών του ΕΣΥ είναι μικρότερες από τις συνολικές αποδοχές ακόμη και των υπαλλήλων του στενού δημόσιου τομέα. Σαφέστατα, βέβαια, δεν μπορούν να συγκριθούν με τις αμοιβές των υπαλλήλων διαφόρων οργανισμών με τα ίδια ή πολύ λιγότερα χρόνια βασικών σπουδών. Πρέπει, επίσης, να διευκρινιστεί ότι αναφερόμαστε πάντοτε στην πρωινή εργασία και όχι στο καθεστώς αμοιβής των εφημεριών. Η αίσθησή μας είναι ότι η κοινή γνώμη αποδέχεται ότι η αμοιβή των γιατρών είναι χαμηλή και είναι πρόθυμη να δεχτεί το κόστος της αξιοπρεπούς τουλάχιστον αμοιβής των λειτουργών του Ιπποκράτη, αρκεί αυτοί να κινούνται στα όρια του όρκου τους. Το ερώτημα που αμέσως προκύπτει είναι η εύρεση του καλύτερου για αυτό τρόπο.

Είναι όμως αρκετή η αύξηση της πάγιας κρατικής αντιμισθίας των λειτουργών του Ιπποκράτη για να σταματήσει αυτή η εξευτελιστική για όλους κατάσταση; Πόσοι θα περιοριστούν άραγε σε αυτά που τους δίνει το Δημόσιο και δεν θα προσθέσουν όσα άλλα μπορούν;

Άλλωστε, αυτό δείχνει η εμπειρία από τη λειτουργία γνωστού ημιδιωτικού κέντρου. Το ζητούμενο δεν είναι ποιος έχει το μεγαλύτερο μερίδιο ευθύνης για το απαράδεκτο αυτό φαινόμενο, οι γιατροί, οι πολίτες, ή η εκάστοτε κυβέρνηση, αλλά η οριστική εξάλειψή του. Για την οριστική του πάταξη το λόγο έχουν τόσο οι γιατροί όσο και η κυβέρνηση, χωρίς να εξαιρείται ο πολίτης. Απαιτείται ριζική αλλαγή νοοτροπίας, τόσο από τους γιατρούς όσο και από το Υπουργείο Υγείας. Ανάσχεση του χρηματισμού σημαίνει απλά ότι, η πολιτική ηγεσία του Υπουργείου Υγείας είναι αποφασισμένη να συγκρουστεί με παγιωμένες αντιλήψεις δημοσιούπαλληλικής νοοτροπίας, ώστε σε συνεννόηση με τους γιατρούς να καταστήσει τις παρεχόμενες υπηρεσίες όχι μόνο καλά αμειβόμενες αλλά και ποιοτικά αποτελεσματικότερες.

Στο πλαίσιο αυτό, απαραίτητη είναι η εμπέδωση στους γιατρούς αισθήματος σταθερότητας για την επαγγελματική και επιστημονική τους ανέλιξη, διαχρονικά και όχι με τη συχνή εφαρμογή νόμων που ο ένας αναιρεί τον άλλο. Έτσι, ένας αποτελεσματικός τρόπος να σταματήσει το καθεστώς αυτό είναι η αύξηση του εισοδήματος των γιατρών με τη συμμετοχή τους στο σύστημα αμοιβής ανά ιατρική πράξη. Είναι αυτονόητο, βέβαια, ότι για να επιτύχει το σύστημα αυτό χρειάζονται ριζικές αλλαγές σε ολόκληρη τη δομή λειτουργίας του νοσοκομείου. Η πολιτεία οφείλει να επικεντρωθεί στην άσκηση μιας πραγματικής και όχι θεωρητικής εποπτείας όσον αφορά στη διαχείριση των νοσοκομείων.

Σε αυτό ακριβώς το κομβικό σημείο, ο Υφ. Υγείας Αθ. Γιαννόπουλος έθεσε πολύ εύστοχα το πρόβλημα, ότι είναι καιρός αυτές οι σχέσεις γιατρών - ασθενών «πελατών»

να νομιμοποιηθούν, δηλαδή να ανοίξει ένα μικρό παράθυρο του ΕΣΥ με τον ιδιωτικό τομέα, όπου νόμιμα οι δραστήριοι και καλοί γιατροί, σε μια υγιή σχέση ΕΣΥ-ιδιωτικού τομέα-πολίτη, να αμείβονται επιπρόσθετα για να μπορέσουν έτσι οι αποδοχές τους να είναι καλύτερες χωρίς επιβάρυνση του κράτους και ταυτόχρονα να αυξηθούν τα έσοδα των δημοσίων νοσοκομείων.

Ας μη ρίχνουμε όμως όλο το φταίξιμο για την κακοδαιμονία που μαστίζει το ΕΣΥ πάνω στο γιατρό και στον πολίτη και αυτό γιατί πράξεις σαν το «φακελάκι» έχουν πάνω τους κάτι το δυσπρόσιτο, από την κοινωνική και την πολιτισμική τους σκοπιά. Χρειάζεται γι' αυτό μια γέφυρα που θα ενώσει τον όρκο του Ιπποκράτη με την κοινωνική διάσταση της ψυχής του λειτουργού του. Αν η ζωγραφική υπάρχει στο βαθμό που βλέπεται ή η μουσική στο βαθμό που ασκείται, η Ιατρική και ειδικότερα ο γιατρός υπάρχει στο βαθμό που συνεχίζει να ασκεί το λειτούργημά του. Αυτό το άκουσμα της μουσικής ή αν θέλετε του ποιητικού και του Ιπποκρατικού λόγου είναι κάτι που το έχουμε παραμελήσει, που φθάσαμε να το ξεχνάμε ακρωτηριάζοντας αθέλητα το ίδιο το σώμα της ποίησης ή της ψυχής του Ιπποκρατικού όρκου.

Η σχέση μας με το παρελθόν μεταβάλλεται, κάθε φορά που αλλάζει και εκσυγχρονίζεται το σύστημα. Στις περιπτώσεις αυτές αλλάζει η οπτική γωνία, από την οποία προσλαμβάνουμε το παρελθόν και μαζί αλλάζουν και οι αντιλήψεις. Αν αυτό κατανοηθεί σωστά σημαίνει ότι το βαθύ νόημα του Ιπποκρατικού όρκου παραμένει αναλλοίωτο, ανοικτό, ενεργό επ' αόριστον, συμπληρώσιμο από την ανάγνωση εκείνων οι οποίοι το προσλαμβάνουν.

Ιδού το κρίσιμο πεδίο εστιασμού, που θέλησε να τονίσει το άρθρο αυτό, που ορισμένοι ονόμασαν η αιωνιότητα και η διαχρονικότητα του όρκου του Ιπποκράτη.

Το «φακελάκι» οφείλει να πεθάνει και μαζί του πρέπει να πεθάνει και ένα παρηκμασμένο κοινωνικό σύστημα μέσα στο οποίο δημιουργήθηκε.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Ελευθεριάδης Π. Ο φαύλος κύκλος της ανοχής στη διαφθορά. *Το Βήμα*, 22/01/06.
2. Φυντανίδου Έλ. Ποτέ την Κυριακή στα νοσοκομεία της περιφέρειας. *Το Βήμα*, 05/02/06.
3. Μπουλουτζά Πέννυ. Ώρες αγωνίας στα νοσοκομεία του ΕΣΥ. «Ασθενείς, γιατροί και νοσηλευτικό προσωπικό περιγράφουν, ο καθένας από τη δική του σκοπιά, μια τραγική στο σύνολό της εικόνα». *Η Καθημερινή*, 02/04/06.
4. Καρανάση Έλ. Μία νοσοκόμα για δύο εγχειρήσεις. *Η Καθημερινή*, 02/04/06.
5. Τσούκαλος Στ. Το ΕΣΥ στα όρια της αντοχής του. *Η Καθημερινή*, 21/05/06.
6. Αποστολάκης Σ. Νοσοκομεία της ντροπής. «Γερασμένα κτίρια, άθλιες συνθήκες για γιατρούς και ασθενείς». *Ελευθεροτυπία*, 01/07/06.
7. Φυντανίδου Έλ. Νέα χρέη πνίγουν τα νοσοκομεία. «Τα 1,9 δις. Ευρώ έφθασαν οι συνολικές οφειλές, παρά τη ρύθμιση που έκανε η κυβέρνηση πριν από ενάμιση χρόνο». *Το Βήμα*, 10/09/06.
8. Φυντανίδου Έλ. Κομπίνα με τις νοσοκομειακές προμήθειες. «Το ίδιο προϊόν, από την ίδια εταιρεία, χρεώνεται ως και 400% περισσότερο από νοσοκομείο σε νοσοκομείο». *Το Βήμα*, 17/09/06.
9. Τσώλης Ζ. Η απάτη της «άσπρης μπλούζας». *Το Βήμα*, 24/09/06.
10. Χατζίδης Κ. Τα πιράνχας της Υγείας «τρώνε» και επιδέσμους. «Υποπτες συμβάσεις ύψους εκατοντάδων εκατομμυρίων ευρώ με «φωτογραφικούς» διαγωνισμούς». *Το Βήμα*, 30/09/06
11. Φυντανίδου Έλ. Οι Έλληνες βαρέθηκαν να περιμένουν το ΕΣΥ. «Τρεις, στους δέκα αναγκάζονται

- να μείνουν ως και δύο ώρες στις ουρές των δημόσιων νοσοκομείων». *Το Βήμα*, 19/11/06.
12. Ανώνυμο. Σε εγκατάλειψη η υγεία. *Ελευθεροτυπία*, 10/02/07
13. Μαρουδιάς Νικ. Επιβράβευση της απόδοσης των γιατρών, «φακελάκι» (Pay for performance).
Ενημέρωση: Ενημερωτικό δελτίο ΙΣΑ, Τεύχος : 186 Αυγ.-Σεπτ. 2005.
14. Γιανναράς Χ. Η κοινωνική διαφθορά είναι κρατικογενής. *Η Καθημερινή*.
15. Δρεττάκης Μ. Εκτεταμένη η διαφθορά στην Ελλάδα. *Η Καθημερινή*, 11/02/07.

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ ΙΙ

*Ηθικοί και νομικοί προβληματισμοί
στην άσκηση της σύγχρονης ιατρικής*

Πρόεδροι: *Αθ. Διαμαντόπουλος, Ευάγ. Δ. Βογιατζάκης*

Μερικά παραδείγματα ηθικού προβληματισμού κατά τη χρήση της τεχνολογίας στην ιατρική πράξη

Θ.Π. Τάσιος

ΠΡΟΟΙΜΙΟ

Αυτή εδώ η (υπαινικτική μόνον) ανακοίνωση, έχει σκοπό να υπενθυμίσει μερικούς πολύ γνωστούς ηθικούς προβληματισμούς που συναντώνται κατά τη χρήση της Ιατρικής Τεχνολογίας, προκειμένου να υπομνηματισθεί γι' άλλη μια φορά η όξυνση των ηθικών διλημάτων μέσα στον εν Τεχνολογία βίον. Πάντως, στα παραδείγματα που θα χρησιμοποιηθούν εδώ, δεν θα γίνει καθόλου αναφορά στα ηθολογικά ζητήματα που ανακύπτουν κατά τη χρήση της Τεχνολογίας στην Ιατρική Έρευνα (πειραματόζωα, γενετική, κ.ά.)· θα αναφερθούμε μόνον στην Ιατρική Πράξη:

Ως «ιατρική Τεχνολογία» εν προκειμένω θα νοηθεί κάθε τεχνητό μέσο που συμβάλει στη διάγνωση και τη θεραπεία της νόσου – μέσω χημικής, ηλεκτρικής ή μηχανικής Τεχνολογίας.

Σε μια εποχή όπου η σύνταξη και η διδασκαλία Επαγγελματικών Δεοντολογιών παρουσιάζει μίαν ενδιαφέρουσα έξαρση, η έμμονη συζήτηση εμπειρικών δεδομένων σχετικών με τα ηθικά διλήμματα κατά την άσκηση ενός κοινωνικού λειτουργήματος, έχει σπουδαία νομίζω σημασίαν.

Η ΟΞΥΝΣΗ ΤΩΝ ΗΘΙΚΩΝ ΔΙΛΗΜΜΑΤΩΝ ΣΤΟΝ ΕΝ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑ ΒΙΟΝ

- α) Δεν είναι εύκολη η διαπραγμάτευση ενός θέματος ηθολογικού, χωρίς μίαν υπόμνηση της ανατομίας του ηθικού ενεργήματος. Λοιπόν, για τις ανάγκες αυτής εδώ της ανακοίνωσης και κατά τις αντιλήψεις του γράφοντος, ιδού μια τέτοια (συνοπτικώτατη έστω) περιγραφή των διεργασιών εκείνων που δεν αφορούν τη **Γνωσιακή** κατανόηση του αντικειμενικού κόσμου, ούτε σχετίζονται με την **Αισθητική** απελευθέρωση του μέσα χάους: Το **Ηθικό** ενέργημα έχει να κάνει με την η δ ο ν ή να συν-αισθάνομαι τη χαρά του Άλλου – μια ευχαρίστηση που την προκαλώ με την Πράξη μου, θυσιάζοντας το «Εγώ, Εδώ και Τώρα», για το «Εσύ, Εκεί και Ύστερα». Κατά βάθος δε, δεν πρόκειται καν για «θυσία»: Όσα θα δώσω τώρα (στέρηση υλικών αγαθών

ή κοινωνικής αναγνώρισης), τα ΑΝΤΙΣΤΑΘΜΙΖΩ με μίαν υπαρξιακή (και άφατη συνήθως) απόλαυση, παίρνοντας μπροστάντζα απ' τη Χαρά που νοιώθει ή θα νοιώσει ο Άλλος! Κι ας μη γίνεται λόγος περί «καθήκοντος», λέει, και «υποχρεώσεων» που πηγάζουν τάχα από έναν εξωγενή κώδικα εντολών. Κάτι τέτοιο θα ήταν απλώς ένας καταναγκασμός – και θα οδηγούσε ταχέως σε φαρισαισμόν. Κι αν μάλιστα έναντι αυτών των «υποχρεώσεων» ανέμενα να πληρωθώ απ' τα πιλάφια των παραδείσων, θα επρόκειτο για ένα επαίσχυντο εμπορικό αλισβερίσι (όπως έλεγε κι ο Σωκράτης), παντελώς άσχετο με την Ηθική βέβαια...

Η περί ηθικότητας αντίληψη την οποία ακολουθώ, αναγνωρίζει μια νέα κατηγορία ανθρωπίνων Αναγκών: Πέραν του Στομάχου και της Ήβης, και πέραν του πάθους για τη Γνώση και την Τέχνη, έχω ανάγκη να αυτοεπιβεβαιωθώ μυστικά στα μάτια του Άλλου· άλλως, δεν μπορώ να υπάρξω. Κι αυτή ακριβώς η «άπλωσις» προς την Ανθρωπότητα, μου ικανοποιεί αυτήν την υπαρξιακή ανάγκη, και με καθιστά ολβιότερον: Όχι μετά θάνατον – αλλά τώρα, την ίδια **τούτη τη στιγμή** που κάνω τη «θυσία». Η καθημερινή εμπειρία της απίστευτης ανάτασης που νοιώθουμε όταν στερούμαστε κάτι για χάρη του Διπλανού, είναι μια πρακτική επαλήθευση αυτής της ηδονής που υπόκειται του ηθικού ενεργήματος. Φτάνει, βέβαια, να είναι μυημένος κανείς σ' αυτές τις χαρές – όπως συμβαίνει και με άλλα πνευματικά κατορθώματα (της γνώσης ή της τέχνης).

- β) Παρά ταύτα, τούτο το ενέργημα δεν είναι στεγανό. Θέλω να πω ότι το Ηθικό ενέργημα είναι μιν Αυτόνομο, δεν τελείται όμως έξω της Γνώσεως: Πριν ν' αποφασίσω την πράξη, έχω ανάγκη να εικάσω βασίμως τ' αποτελέσματά-της πάνω στον Άλλον. Το μισό καρβέλι ψωμί που θα δώσω στον πεινασμένον, έχει σίγουρο θετικό αποτέλεσμα. Δεν είμαι όμως βέβαιος για το αγαθό που θα προκύψει αν αποφασίσω (i) τον ξεριζωμό των καλλιεργητών και (ii) την περιβαλλοντική αλλοίωση της δεινά κοιλάδας, χτίζοντας ένα υδροηλεκτρικό φράγμα προκειμένου να απολαύσουν φτηνότερο και καθαρότερο ηλεκτρικό ρεύμα οι κάτοικοι μιας μείζονος περιοχής. Έχει σημασία να συνειδητοποιήσομε δύο πράγματα: Πρώτον ότι εδώ η ηθική απόφαση προαπαιτεί σημαντικές γ ν ω σ ε ι ς περί του κόστους και των ευμενών και δυσμενών συνεπειών της απόφασης. Δεύτερον, πρέπει να συνειδητοποιήσομε την ηθική περιπλοκή τέτοιων αποφάσεων: Προσέξτε ότι Άλλοι θα στερηθούν, για χάρη Άλλων – και, μάλιστα, Τώρα για Ύστερα. Εξ άλλου, θα αλλοιώσω ένα Άλφα περιβάλλον για χάρη ενός Βήτα περιβάλλοντος. Εδώ λοιπόν άς παρατηρήσομε τώρα ότι σ' όλα αυτά τα δίπολα, η σύγκριση δεν είναι πάντοτε ποσοτική – άρα η απάντηση δεν είναι μόνο «επιστημονική»: Μένουν πάντοτε διλήμματα ποιοτικών (**συγκινησιακών** κατά βάθος) συγκρίσεων και επιλογών, οι οποίες ολοκληρώνουν το ηθικό ενέργημα.

Άραγε, πώς μπλέξαμε έτσι; Απάντηση: Η Τεχνολογία! Από τότε που σκότωνα 1 άνθρωπο με μια πέτρα, ή 10 μ' έναν καταπέλτη, ή 1.000 μ' ένα πολυβόλο, ή 100.000 με μίαν ατομική βόμβα – η κλίμακα των συνεπειών των πράξεών-μου γιγαντωνόταν εξαιτίας της Τεχνολογίας. Επί πλέον, διαπιστώνω τώρα ότι ο εν Τεχνολογία βίος δεν χαρακτηρίζεται μόνον από αυτόν τον γιγαντισμό, αλλά κι από μια περιπλοκότητα συνεπειών και παρενεργειών. Κι όμως, σ' όλες σχεδόν τις θρησκείες η Τεχνολογία εκ θεού δίδεται, προκειμένου να ελευθερωθεί ο τλήμων Άνθρωπος απ' την πείνα, τον πόνο και τον φόβο. Αποδεικνύεται όμως ότι το δώρον της Τεχνολογίας έπρεπε

1. Αυτή η απλή αλήθεια δεν εμπόδισε μερικούς στοχαστές και ιεροκήρυκες να υποστηρίξουν ότι «η Τεχνολογία προάγει την ανηθικότητα». Sanctas simplicitas

να συνοδεύεται κι από «Αιδώ τε και Δίκην» (δηλαδή από ηθικές ευαισθησίες και ικανότητες) – όπως το είχε προείπει ο Πλάτων (Πρωταγόρας, 322c) προ 2.500 ετών.

- γ) Αυτό ακριβώς αποπειρώμαστε να κάνουμε κι εδώ (ακροθιγώς και ατελώς, έστω), θεωρώντας ότι, όπως έγινε με κάθε Τεχνολογία, έτσι και με τις Τεχνολογίες της Ιατρικής, αναμένεται ότι τα ηθικά δилήμματα θα έχουν οξυνθεί και περιπλακεί – κι ας μην εκθαμβούμεθα. Όλα έχουν ένα κόστος· κι ας αναζητούμε εκάστοτε τη βέλτιστη (δηλαδή την «ηθικότερη») λύση για τους Συνανθρώπους μας.

ΙΑΤΡΙΚΗ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ

Κι άς απογράψομε πρώτα μερικές απλούστερες ηθολογικές επιπτώσεις απτήχρηση της Τεχνολογίας στην Ιατρική.

- α) Την εποχή της ήπιας ιατρικής τεχνολογίας, ο Γιατρός (εξ ανάγκης) έμενε πολύ περισσότερο **κοντά στον άρρωστο**, προκειμένου να συγκεντρώσει (ή απλώς να υποπτευθεί) όσο το δυνατόν περισσότερα στοιχεία για τη διάγνωση (ή για να κατανοήσει ιδίους όμμασιν τ' αποτελέσματα της θεραπείας). Δεν διέθετε δηλαδή τότε ο Γιατρός τον σημερινό πλούτο των μετρητικών και απεικονιστικών μεθόδων προς τούτο. Κι αναγκαζόταν (εκ των πραγμάτων) να είναι κοντύτερα και περισσότερον χρόνο με τον ασθενή. Έτσι πιθανολογώ ότι πρέπει να ερμηνευθεί η αμεσότερη επαφή Ιατρού/Ασθενούς κατά τον παρελθόν – κι όχι διότι τότε οι Γιατροί ήσαν ανθρωπινότεροι, και σήμερα γινήκαν πιο απάνθρωποι. Όσα θα είχε τότε να περιγράψει ο ασθενής (ασαφώς, έστω, και μέσω μιας υπομονετικής, μαιευτικής και χρονοβόρας διαδικασίας), σήμερα θα τα περιγράψει η Τεχνολογία των μετρήσεων και των απεικονίσεων – και μάλιστα πολύ-πολύ αντικειμενικότερα.

Ας υπενθυμίσουμε όμως αμέσως ότι, σήμερα, κερδίζομε μεν σε πλήθος και ακρίβεια πληροφοριών, ενδέχεται όμως να χάνομε σε θετικές ψυχοσωματικές εκπτώσεις απ' τον μακρότερο συγχρωτισμό Γιατρού και Αρρώστου...²

Στο σημείο αυτό, μερικοί, στο δίπολο Τεχνολογία και Ιατρευτική θα εσημείωναν «X»!

- β) Υπάρχει όμως κι άλλο ένα αποθετικό ενδεχόμενο μετά την εκθετική ανάπτυξη της Ιατρικής τεχνολογίας: Όσο περιπλοκότερες οι τεχνικές και οι συνοδευτικές διαδικασίες-τους, τόσο μεγαλύτερη κι η πιθανότητα του **σφάλματος** (στον εξοπλισμό, στο λογισμικό και στην εκτέλεση). Σε τέτοιες περιπτώσεις, η ευθύνη του Γιατρού μετακυλιέται στον Μηχανικό (τον εφευρέτη, τον συντηρητή ή τον δοκιμαστή) της Τεχνολογίας.

Εδώ, δεν πρόκειται για ηθικό δίλημμα κατά κυριολεξίαν, αλλά για ηθικό προβληματισμό που σχετίζεται με αυτό το οποίο στη θεωρία της Διακινδύνευσης το ονομάζομε «διαχείριση των Αβεβαιοτήτων». Πώς δηλαδή, στην προκειμένη περίπτωση, ο Ιατρός θα λάβει υπόψη-του και αυτά τα ενδεχόμενα τεχνολογικά σφάλματα (τα τυχαία ή, ακόμα χειρότερα, τα συστηματικά), και ποιές πρόσθετες επιβαρύνσεις θα προκαλέσει, ως εκ τούτου, στον εαυτό-του ή στον ασθενή-του. Άλλη μια έμμεση περίπτωση ηθικού προβληματισμού δηλαδή.

- γ) Και καλά αν, ο ασθενής έχει τον χρόνο και κυρίως το χρήμα γι' αυτές τις τεχνολογικές περίπλοκες εξετάσεις και θεραπείες. Αν δεν τα διαθέτει; Ετούτο το ερώτημα δεν είναι

2 (βλ.) Koutselinis A., στο Stanciu C., Ladas S.: "Medical Ethics", Αθήνα 2002, (σελ. 73)

ρητορικό· αναφέρεται στην γνωστή νέα κοινωνική **ανισότητα** ενώπιον της Υγείας. Είναι γνωστή η σταδιακή μέση αύξηση των δαπανών υγείας ανά άτομο, εξαιτίας των (απαραίτητων;) τεχνολογικών μέσων διάγνωσης και θεραπείας. Αύξηση που ασφαλώς εκφράζει μια πρόοδο υπέρ του Ανθρώπου, αλλ' απ' την άλλη μοιάζει ν' αυξάνει τη διάκριση φτωχών/ πλουσίων. Εδώ, βέβαια, δεν έχουμε να κάνουμε με ένα δίλημμα. Έχουμε όμως άλλη μια πρόκληση: εξαιτίας της Τεχνολογίας, φαίνεται να αυξάνεται κι άλλο η κοινωνική αδικία – έστω και σε όρους σχετικούς μόνον. Κι είναι ετούτο άλλη μια όξυνση των υφισταμένων ηθικών προβλημάτων, τα οποία η Τεχνολογία τα κάνει πιο «αναγνωρίσιμα»...

δ) Τέλος, σ' αυτήν την κατηγορία των πρόσθετων ηθικών περιπλοκών εξαιτίας της Τεχνολογίας, θα περιλάβω και το γνωστό λεπτό θέμα των σχέσεων ανάμεσα στον Ιατρό και στον **Παραγωγό** της Ιατρικής Τεχνολογίας. Σ' όλες τις στάθμες όπου συναντώνται οι δύο αυτοί παράγοντες της σύγχρονης υγείας, γεννώνται ηθικοί προβληματισμοί:

– Ορισμός του «ανεκτού» Δώρου, ως αξίας καθαυτού, αλλά και ως σκοπούμενου τελικού κέρδους για τους ασθενείς (ως ελπίζεται...).

– Υποστήριξη εκπαιδευτικών δραστηριοτήτων, υπό όρους και περιορισμούς.

– Προσκλήσεις φιλοξενίας στην έδρα παραγωγής, κ.λπ.

Είναι πάντως χαρακτηριστικό ότι για τη διασφάλιση των αναγκαίων ισορροπιών, ενθαρρύνονται **όλοι** οι παράγοντες να εκφράζουν γνώμη εν προκειμένω: Δεοντολογία Ιατρών, Δεοντολογία Παραγωγών, Εγρήγορη Καταναλωτικών Συλλόγων, δοθέντος ότι στα σύγχρονα περίπλοκα ηθολογικά ζητήματα δεν διατίθενται πρακτικές λύσεις εξ αποκαλύψεως...

ΗΘΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗ

Επειδή η πρόοδος στην Τεχνολογία είναι **εκθετική**, ευλόγως αναμένεται ότι θα δημιουργούνται καταστάσεις για τις οποίες (εξ ορισμού) δεν διατίθεται επαρκής προγενέστερη εμπειρία – ιδίως όταν διακυβεύεται η ίδια η έννοια της Ζωής. Η περίπτωση της αντισύλληψης και των ποικίλων τεχνολογιών που συνεργάζονται για την υποβοηθούμενη αναπαραγωγή, ήταν αναμενόμενο ότι θα προκαλούσαν έκρηξη ηθολογικών προβλημάτων. Πολύ λίγα απ' αυτά θα σχολιασθούν εδώ – και μάλιστα μόνον διαγωνίως. Θα περιορισθούμε δηλαδή στην **ανατόμηση** του σχετικού προβληματισμού, μόνον, κι όχι στην περιγραφή των περιστατικών. Οι προβληματισμοί γύρω απ' την αντισύλληψη και την τεχνητή γονιμοποίηση, βρίσκονται γρήγορα μπροστά σε θεμελιώδεις συγκρούσεις Αξιών:

α) Είναι προφανής η ανθρωπιστική Αξία του δικαιώματος «των Γυναικών να ελέγχουν την ίδια τη γονιμότητά τους», και μάλιστα ως «σημαντικής βάσης για τη διασφάλιση και άλλων δικαιωμάτων-τους» (Δεκαετία Γυναικών, ΟΗΕ, 1985). Σε μερικές όμως περιοχές του κόσμου και σε σημαντικούς θρησκευτικούς κύκλους, η **αντισύλληψη** έχει θεωρηθεί ως «αφαίρεση ζωής» - έστω και όταν δρα μόνο επί του μη επικοληθέντος γονιμοποιημένου ωαρίου. Και δεν έχει μεν εδώ τη θέση-της μια φιλοσοφική ανάλυση του σχετικού προβληματισμού³, **προέχει** όμως να αναγνωρίσουμε ότι τον καιρό όπου

3 Την έχω κάνει στο μεταπτυχιακό μου μάθημα «Η Φιλοσοφία της Τεχνολογίας» (ΜΙΘΕ και ΕΜΠ).

η αντισύλληψη γινόταν μέσω βοτάνων (ή άλλων πιο απάνθρωπων λαϊκών πρακτικών), ο αντίλογος δεν ακουγόταν. Η όξυνση του προβληματισμού προκλήθηκε μόνον όταν η Τεχνολογία έδωσε τη δυνατότητα μαζικότερης και ασφαλέστερης αντισύλληψης. Εντελώς ανάλογα φαινόμενα, άλλωστε, παρατηρήθηκαν και στη θεματική της τεχνητής διακοπής κυήσεως, όταν το κατά των γυναικών έγκλημα της «εμπειρικής» αποβολής (του παλιού καιρού), αντικαταστάθηκε π.χ. με τη νεότερη Τεχνολογία της Μιφεπριστόνης (the “morning after” pill).

Περιορίζομαι πάντως να παρατηρήσω εδώ ότι η σύγκρουση των Αξιών παραμένει: «Τα χειροπιαστά δικαιώματα ή και η ίδια η υγεία μια γυναίκας», έναντι «της ιδεολογικής επέκτασης της έννοιας του Προσώπου, ακόμη και σε έναν ολιγοκυτταρικό σχηματισμό χωρίς κεντρικό νευρικό σύστημα».

β) Ανάλογα (και ευλόγως οξύτερα) είναι και τα σχετικά ζητήματα στην περίπτωση της **τεχνητής γονιμοποίησης**: η εργασία της κας Ρ. Μάτσα καλύπτει το θέμα πλήρως. Εδώ, παρά ταύτα, θα ήθελα να σημειώσω πόσο εκπλήσσει έναν αμήτητο απ’ το εκρηκτικό πλήθος των ηθολογικών διλημμάτων που ανεφύησαν μόλις εμφανίστηκε αυτή η τεχνική δυνατότητα για να ικανοποιήσει τις ανάγκες χιλιάδων γονέων.

- Σχετικά με τον δωρητή σπέρματος:
 - Ανωθυμία (δικαίωμα του δωρητή) ή επωθυμία (δικαίωμα του τέκνου);
 - Αμοιβή (ως άμεσο κίνητρο) ή δωρεά (ως ενδεχόμενη αδιαφορία);
- Σχετικά με την υποκατάστατη μητέρα, η τεράστια έκταση των ιατρικών, ψυχολογικών, νομικών, πολιτικών και οικονομικών προβλημάτων που έχουν αναφύει κατά την εφαρμογή αυτής της τεχνικής (στις αγγλοσαξονικές χώρες κυρίως), υποδηλώνει νομίζω σαφώς την ορθότητα των ηθικών δισταγμών περί το θέμα.
- Σχετικά με την εξωσωματική γονιμοποίηση και επανεμφύτευση στη φυσική μητέρα, έχει απογραφεί μέγα πλήθος διλημμάτων:
 - Σωματική και ψυχική υγεία της μητέρας, εν όψει μάλιστα της απαιτούμενης μεγάλης χρονικής προσπάθειας και του χαμηλού ποσοστού τελικής επιτυχίας.
 - Κίνδυνοι, απ’ την δυνατότητα ευγονικού σχεδιασμού η οποία προσφέρεται απ’ αυτήν την Τεχνική—έναντι του αναμφισβήτητου κοινωνικού οφέλους ακύρωσης των γενετικών στιγμάτων.
 - Η αναγκαστική παραγωγή περισσεύματος γονιμοποιημένων ωαρίων και η επόμενη κατάψυξη ή καταστροφή τους, επαναθέτει το ερώτημα του ορισμού του Προσώπου εν σχέσει με ένα ολιγοκύτταρο μόρφωμα, στερημένο κεντρικού νευρικού συστήματος.
- Ανεξαρτήτως των περί τα θέματα ταύτα τοποθετήσεων του καθενός-μας, θα υποστηρίξω ότι η Τεχνολογία (γι’ άλλη μια φορά) π ρ ο ά γ ε ι σε συνειδητοποίηση βασικών ηθολογικών εννοιών και ως εκ τούτου σε μίαν εμβάθυνση του ηθικού βίου. «Ουδέν κακόν αμιγές...».

ΧΡΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΚΟΠΗ ΤΩΝ ΒΙΟΣΤΗΡΙΚΤΙΚΩΝ ΤΕΧΝΙΚΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ

Έχομε κι εδώ μίαν ακόμη ηθολογικήν εμβάθυνση, εξαιτίας μιας τεχνολογικής καινοτομίας: Η παραδοσιακή αντίληψη του θανάτου ως διακοπής της καρδιακής και της αναπνευστικής λειτουργίας, αμφισβητήθηκε βασίμως απ’ τον καιρό όπου η λειτουργία της καρδιάς και των πνευμόνων κατέστη δυνατόν να υποστηριχθούν με μηχανικά μέσα

– ενώ η τροφοδοσία του σώματος εξασφαλιζόταν ενδοφλεβίως και η ενδεχόμενη νεφρική ανεπάρκεια αντιμετωπιζόταν με αιμοκάθαρση (Τεχνολογική αποθέωση!). Εξαιτίας αυτών των «βιοστηρικτικών» τεχνολογιών, ο ορισμός του θανάτου με τ α κ ι ν ή θ η κ ε προς τη διακοπή λειτουργίας ενός άλλου οργάνου: του εγκεφάλου.

Αυτή η μεταβολή του τεχνικού ορισμού του θανάτου (“flat encephalogramme”), έστω κι αν αμφισβητείται ενμέρει εξαιτίας της ενδεχόμενης συνέχειας λειτουργίας του κατώτερου εγκεφάλου, ενθαρρύνθηκε υποθέτω και από μια σειρά παρομαρτούντων α ξ ι α κ ώ ν γεγονότων. Χάρης σ’ αυτόν τον νέο ορισμό του θανάτου, προέκυψαν κάμποσα κοινωνικά οφέλη: Αποφεύγεται το **αδιέξοδο** των χιλιάδων (οιονεί-φυτικών) οργανισμών που θα συσσωρευόνταν στα νοσοκομεία, εις βάρος της οικονομίας των συνανθρώπων, αλλά και εις βάρος των δικαιωμάτων άλλων παθόντων, οι οποίοι δεν θα έβρισκαν πλέον θέση στις «εντατικές». Άλλη μια δριμεία αξιακή σύγκρουση ανάμεσα:

- (i) Στο σεβαστό υποθετικό ενδεχόμενο ελπίδων αυτόνομης ανάκαμψης αγαπητών προσώπων, παρά το «επίπεδο» εγκεφαλογράφημά-τους, και απ’ την άλλη μεριά
- (ii) την πιεστική ανάγκη επιβίωσης και ποιότητας ζωής πολλών άλλων συνανθρώπων.

Με έναν τέτοιο λοιπόν νέον ορισμό του θανάτου, αμβλύνονται επί το δικαιότερον οι δυσβάσταχτες ευθύνες των Ιατρών που θα διέκοπταν τη λειτουργία των βιοστηρικτικών συστημάτων, καθώς και των συγγενών οι οποίοι ενδεχομένως θα το ζητούσαν.

Ο ηθικός όμως προβληματισμός συνεχίζεται:

α) Κάμποσες φορές, η σεβαστή επιθυμία των συγγενών να συνεχισθεί παρά ταύτα η τεχνολογική υποστήριξη, έχει δημιουργήσει σοβαρά δεοντολογικά και νομικά αδιέξοδα. Η συγκέντρωση εμπειρικών δεδομένων από πλήθος τέτοιων περιστατικών, συμβάλλει στην σταδιακή αποκάθαρση των εννοιών. Η εποχή-μας (άς ελπίσομε) είναι το προσάναμμα για μια σαφέστερη αντιμετώπιση των οξυμένων ηθικών προβλημάτων τού εν Τεχνολογία βίου.

β) Απ’ την άλλη μεριά, υπο το πρίσμα των όλο και σεβαστότερων ατομικών δικαιωμάτων, προέκυψε και το ζήτημα του διαχειρισμού των ενίοτε διατυπωμένων εγγράφων εντολών (“Advance directives”), συντεταγμένων από ηλικιωμένα συνήθως άτομα, τα οποία απαιτούν να μη γίνει σ’ αυτούς χρήση των βιοστηρικτικών τεχνολογιών, οψέποτε τα άτομα αυτά βρεθούν σε καταληκτήρια φάση. Δυστυχώς, το ηθικό πρόβλημα δεν λύεται πλήρως ούτε σ’ αυτές τις **περιπτώσεις**⁴:

- Παραμένει ανοικτή η ένσταση περί σώων φρενών κατά τη στιγμή της σύνταξης αυτών των κειμένων.
- Η ακριβολογία των κειμένων αυτών είναι ενίοτε αμφίβολη (π.χ. «δεν θέλω να υποφέρω»).
- Δεν είναι βέβαιο πόσο οι θέσεις αυτές έχουν επηρεασθεί (θετικώς ή αποθετικώς) απ’ τις απόψεις κάποιου μεμονωμένου Ιατρού ή Ιερέως...

Η συγκέντρωση πολύτιμων εμπειρικών δεδομένων, και εδώ, συνεχίζεται.

γ) Αυτή η «εν Τεχνολογία Αιχμαλωσία» ενός ανθρώπου ο οποίος θα διατηρείται επί μακρόν εν ζωή εστερημένος αισθήσεως, ηδονών, αντίληψης (ενδεχομένως δε και υποφέρων – ποίος μπορεί να βεβαιώσει απολύτως το αντίθετο;), γεννά **ηθικές** αντιδράσεις σε μεγάλο μέρος των δυτικών κοινωνιών. Παρατηρείται δε και το π α ρ ά δ ο ξ ο ν ότι πολλοί απ’ τους ακτιβιστές του λεγομένου «δικαιώματος στη ζωή, πάση

4 Βλ. P. Zaborowski: “Ethical problems at the end of life”, στο Stanciu C., Ladas S., “Medical Ethics”, Αθήνα, 2002, (σελ. 92).

θυσία» (εν ονόματι της φυσικότητας ή της θρησκευτικότητας), δεν διαμαρτύρονται όταν η υπεισερχόμενη Τεχνολογία αντιστρατεύεται τη «βούληση» της φύσεως ή της θεότητας και αναστέλλει τον «φυσιολογικό» θάνατο...

Τόσο περίπλοκα και αδιευκρίνιστα (άρα και αντιφατικά) φαίνεται πως είναι πάμπολλα βασικά αξιακά ζητήματα – προς των οποίων την διασάφηση μας π ρ ο ά γ ε ι η θεαματική είσοδος της Τεχνολογίας.

Αλλ' Ας τελειώσουμε αυτό το κεφάλαιο, με τον προβληματισμό γύρω απ' τη χρήση αυτών των βιοστηρικτικών τεχνολογιών στην περίπτωση των βαρέως παθogenών νεογνών. Εδώ, τα κίνητρα υπέρ της ζωής είναι σαφώς πιο πιεστικά (δείγμα κι αυτό του φαρισαϊσμού-μας όταν μιλάμε περί της «ιερότητας» της ζωής, ανεξαρτήτως ηλικίας ή άλλων χαρακτηριστικών). Κι αυτό το πρόσθετο κίνητρο ενθαρρύνει και ορισμένες ακρότητες:

- α) Στην τεχνοκρατική τάση ορισμένων ερευνητών ιατρών να ικανοποιούν το τεχνολογικό-τους πάθος, σε βαθμό που ενδέχεται να εγγίζει τα όρια της σκληρότητας⁵...
- β) Καθώς η ιατρική εκπαίδευση ευλόγως επικεντρώνεται στις διαδικασίες και στις τεχνικές μάλλον, παρά στις ολομερείς ανάγκες του Προσώπου στου οποίου τη θεραπεία στοχεύει, δεν καλύπτει πάντοτε επαρκώς το πρόβλημα του Διαχειρισμού Αβεβαιοτήτων: Η ενδεχόμενη οιονει-μηχανιστική χρήση όλο και περισσότερων βιοστηρικτικών τεχνολογιών (περιλαμβανομένης και της νηπιοχειρουργικής), αυξάνει τη διακινδύνευση του παιδιού έναντι
 - βραχείας προσδοκώμενης ζωής,
 - αυξημένου μελλοντικού πόνου ή χαμηλής ποιότητας ζωής ή οικονομικών αδιεξόδων,
 - δυσμενών κοινωνικών διακρίσεων εξαιτίας μικρής ή μεγάλης αναπηρίας, κ.λπ.

Σ' αυτές τις περιπτώσεις οξείας σύγκρουσης της Αξίας «της ζωής καθεαυτήν» και του Δικαιώματος για «ευτυχία και αξιοπρέπεια», είναι **προσβλητικό** για την έννοια της θεότητας να τη βεβηλώνουμε με τη φράση «ο θεός παιδί-μου σε καταδίκασε να υποφέρεις».

Γι' αυτό, και στα θέματα αυτά, τα Πρωτόκολλα Συμπεριφοράς, προϊόν σεμνής/μακράς/συλλογικής/πολυκλαδικής και κοινωνικώς ευαίσθητης διεργασίας, αναμένεται ότι θα μας συμπαραστέκονται στις σχετικές δυσχερέστατες λήψεις αποφάσεων. Τον ίδιο πολύτιμο ρόλο παίζουν και οι ενδονοσοκομειακές Επιτροπές Κρίσεως.

ΗΘΙΚΑ ΔΙΛΗΜΜΑΤΑ ΣΤΗ ΧΡΗΣΗ ΤΩΝ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΩΝ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗΣ ΟΡΓΑΝΩΝ

«Δεν θέλω να θρέψω κι άλλο τα σκουλήκια με τα σπλάχνα μου. Θέλω να αναστήσω έναν άνθρωπο, και να μου προσφέρει την επιβίωση μέρους του σώματός μου»!

Αυτή η (τόσο ανθρώπινη) φωνή ενός δωρητή οργάνων, γιατί δεν ακούγεται δυνατά στ' αυτιά όλων μας; Η πρώτη απάντηση είναι διότι είμαστε αδιάφοροι και τραλαλάδες. Κι οι υπόλοιποι; Οι υπόλοιποι μοιράζονται σε δύο κατηγορίες: Μερικοί αναμένουν την ολόσωμη ανάνηση όταν θα ηχήσει η σάλπιγγα, οι περισσότεροι όμως διερωτώνται μήπως, εξαιτίας μιας δήλωσης προδωρεάς σωματικών οργάνων, χάσουν μian ευκαιρία ανάκτησης της ζωής: Φοβούνται δηλαδή τον υπερβάλλοντα ζήλον των αρμοδίων να

5 Braody E.: "Biomedical Technology and Human Rights", UNESCO, 1994, (σελ. 189).

τρυγήσουν ενδεχομένως το θνήσκον σώμα, πριν να εξαντληθούν όλες οι ελπίδες.

Ίδού, γι' άλλη μια φορά, ότι η έκβαση ενός τεράστιου ηθικού ζητήματος εξαρτάται από αντικειμενικά γνωσιακά δεδομένα αφενός, και από άλλα ηθολογικά ζητήματα αφετέρου. Άρα, προς αυτές τις δύο κατευθύνσεις πρέπει να στραφούμε:

Έτσι, πρώτον, ο καθένας-μας οφείλει να ξεκαθαρίσει μέσα-του (όσο μπορεί) μιαν αντίληψη περί του θανάτου. Όποια κι αν είναι. Να το μελετήσει όμως το θέμα: Να διαβάσει, να ρωτήσει, να στοχασθεί – να μην ικανοποιηθεί με φρόκαλα αλλοτριών εντυπώσεων. Κι όταν καταλήξει, θα έχει αποφασίσει αν θα απορρίψει την ιδέα ή αν θα αποδεχθεί τον ορισμό του εγκεφαλικού **θανάτου** και θα γίνει δωρητής, για ν' απολαμβάνει κάθε μέρα της ζωής-του την μπροστάντζα της ευτυχίας του μελλοντικού συνανθρώπου που θα ευεργετηθεί. Δυστυχώς, όπως λέγαμε, δεν φθάνει μόνο αυτό. Έχουμε μεγάλη ανάγκη να πεισθούμε για την απόλυτη ορθότητα των διαδικασιών (i) απόφασης, (ii) λήψης οργάνων, (iii) συντήρησης και (iv) διάθεσης των δωρημάτων. Ιδίως ως προς το νομικό και κανονιστικό πλαίσιο που διέπει τις διαδικασίες αυτές, καθώς και ως προς την επίβλεψη και τον έλεγχο-τους από ανεξάρτητες Αρχές. Η δική-μου εντύπωση είναι ότι αυτή η α π ο φ α σ ι σ τ ι κ ή ς σημασίας πλευρά τού ζητήματος ΔΕΝ έχει επαρκώς υπηρετηθεί.

Το δεύτερο γνωστό μεγάλο ηθικό πρόβλημα είναι οι πιθανότατες δυσμενείς συνέπειες της **εμπορευματοποίησης** της προσφοράς σωματικών οργάνων.

α) Στην πλευρά των πάμπολλων δωρητών έχει ήδη δημιουργηθεί μια απάνθρωπη πίεση αυτοακρωτηριασμού, έναντι τεράστιων χρηματικών ποσών.

β) Στην πλευρά των ευεργετούμενων, είναι εμφανής ο κίνδυνος περαιτέρω όξυνσης του χάσματος φτωχός/πλούσιος (σαν να μην έφθαναν οι υφιστάμενες κοινωνικές αδικίες...)

Οπότε, στο σημείο αυτό, ακούγεται το ελπιδοφόρο σύνθημα «Τεχνολογία έτρωσεν, Τεχνολογία ιάσεται»:

Και πράγματι, η έρευνα συνεχίζεται εντατικώτατα–και δεν είμαι ο αρμοδιότερος να την περιγράψω. Άς σημειώσω όμως ότι, όπως αναμένεται, μερικές απ' τις κατευθύνσεις της έρευνας γεννούν **νέα** ηθικά προβλήματα, όπως στην περίπτωση της παραγωγής ιστών μέσω βλαστοκυτταρικής καλλιέργειας ή ακόμη και η απόληψη οργάνων από ανεγκεφαλικά νεογνά. Προβλήματα που θα μπορούσαν να αμβλυνθούν με τη χρήση βλαστοκυττάρων από ομφάλιους λώρους (ή από ίδιον λώρο, αν έχει κρατηθεί)–εάν και για όποιες περιπτώσεις οι σχετικές έρευνες ευοδωθούν. Ανάλογον ρόλο «τιτρώσκοντος και ιητρού» μπορεί να παίξει η Τεχνολογία και με την τεχνική τής εμφύτευσης κατάλληλων ιδίων κυττάρων, για την in situ αναπαραγωγή νοςούντων ειδικών ιστών. Πρέπει δε να διερευνηθεί κατά πόσον η στροφή προς τις ηθικώς ολιγότερον αμφισβητούμενες τεχνικές, πρέπει να αποδοθεί και στην οξύτητα των αντιδράσεων έναντι παλαιότερων μεθόδων...

ΑΝΤΙ ΕΠΙΛΟΓΟΥ

Δεν κινδυνεύω, ελπίζω, να κατηγορηθώ για πληκτική επανάληψη εάν υπογραμμίσω ξανά τη βασική τοποθέτηση αυτής της εργασίας: Η ιατρική τεχνολογία βγάζει απ' την αφάνεια **υφιστάμενα** θεμελιώδη ηθικά ζητήματα και (λόγω των δυσανάλογων δυσπρόβλεπτων ενίοτε συνεπειών της) **επιτείνει** την ανάγκη ηθικών αποφάνσεων, σε πλήθος και σε βάθος. Συγχρόνως, καθιστά προφανές ότι η υπέρβαση τέτοιων ηθικών διλημμάτων δεν

μπορεί να γίνει με την απλή καθοδήγηση ενός έτοιμου και σεβαστού δεκαλόγου, ούτε και με μια «αυθόρμητη» προσωπική απόφαση. Αντιθέτως, έχει γίνει σαφές ότι οφείλω να ακολουθήσω την εξής περίπου διαδικασία:

- i) Λεπτομερής γνώση ερευνητικών και κλινικών δεδομένων επί του θέματος,
- ii) Εδραία (και ιδία) αντίληψη βασικών ηθικών εννοιών.
- iii) Πληροφόρηση για τις επί του ζητήματος θέσεις παραδοσιακών ή επαγγελματικών κωδικών, αλλά και των απόψεων των Συλλόγων των Ασθενών.
- iv) Λήψη απόφασης, μέσω μιας αναπόφευκτα συγκινησιακής διεργασίας – αφού πρόκειται για σύγκριση ετερογενών δεδομένων, και
- v) Ετοιμότητα για τις δυσμενείς συνέπειες της απόφασης επάνω μου, με μόνο αντιστάθμισμα την ηδονή της πρόγυσης της ευτυχίας που θα απολαύσουν άλλοι Συνάνθρωποι.

Μακρύς ο κατάλογος, πλήθος οι προϋποθέσεις, μεγάλη η αναγκαία προπαίδεια και πολλή η απαιτούμενη προσπάθεια. Ακριβώς γι' αυτό: σκολιά και δύσβατος η οδός, και πλήθος οι πανεύκολες μεθοδεύσεις που υπαγορεύονται από **ηθική αναλγησία**, όπως:

- Δεν το λέει το Κοράνιον ή
- Όχι φραγμό στην... Επιστήμη ή
- Κάτω η Τεχνολογία που είναι ανήθικη.

Θα απαιτηθούν οι ηνωμένες δυνάμεις δύο θεοτήτων (Απόλλων και Ασκληπιός) και δύο Ιατρών (Ιπποκράτης και Γαληνός) για να μας προστατεύουν έναντι τέτοιων αμαρτημάτων.

Γένοιτο.

Αναπαραγωγή – Κλωνοποίηση Αναδυόμενες ελπίδες και σκεπτικισμός από την τεχνολογία των βλαστικών κυττάρων στην αυγή του 21^{ου} αιώνα

P. Μάτσα

Η ιδέα για τη χρησιμοποίηση εμβρυϊκών βλαστικών κυττάρων με σκοπό την αντικατάσταση κατεστραμμένων κυττάρων ή οργάνων ενός πάσχοντος οργανισμού και τη θεραπεία ανιάτων σήμερα νοσημάτων, αναπτύσσεται τα τελευταία 20 χρόνια. Πρόσφατα επαναστατικά επιτεύγματα όπως η κλωνοποίηση οργανισμών από ενήλικα σωματικά κύτταρα και η απομόνωση και διατήρηση ανθρώπινων βλαστικών κυττάρων στο εργαστήριο έδωσαν το έναυσμα για να οραματιστούν οι επιστήμονες την εφαρμογή εξατομικευμένων κυτταρικών θεραπειών προσαρμοσμένων στις ανάγκες του γενετικού υλικού κάθε ατόμου. Το όραμα αυτό δεν έχει γίνει ακόμα πραγματικότητα αλλά υπάρχουν πλήθος επιστημονικών δεδομένων που δείχνουν ότι αποτελεί ελπιδοφόρα προοπτική.

Στις 27 Φεβρουαρίου 1997 δημοσιεύτηκε στην Επιστημονική Επιθεώρηση *Nature* ένα πρωτοποριακό επίτευγμα: ο Ian Wilmut από το Ινστιτούτο Roslin κοντά στο Εδιμβούργο της Σκωτίας και οι συνεργάτες του από την εταιρεία PPL Therapeutics ανακοίνωσαν ότι κατασκεύασαν το πρώτο κλωνοποιημένο θηλαστικό, ένα πρόβατο - κλώνο, τη Dolly, από το γενετικό υλικό ενήλικου κυττάρου¹. Η Dolly που γεννήθηκε τον Ιούλιο του προηγούμενου έτους, έζησε μέχρι την ηλικία των 7 ετών, απέκτησε τεράστια φήμη ανά την υφήλιο και ξεσήκωσε έντονες αντιπαραθέσεις, δημιούργησε ηθικά διλήμματα, πυροδότησε φιλοσοφικές συζητήσεις και ανακίνησε φόβους για ενδεχόμενη κλωνοποίηση ανθρώπων. Συγκεκριμένα, η αναπαραγωγική κλωνοποίηση που σηματοδοτήθηκε με τη γέννηση της Dolly, παραλληλίστηκε με την υποβοηθούμενη αναπαραγωγή και έφερε στο νου τη Louise Brown, το πρώτο παιδί του δοκιμαστικού σωλήνα που γεννήθηκε πριν από 30 χρόνια. Έτσι η γέννηση της Dolly θεωρήθηκε από ορισμένη μερίδα της κοινωνίας ως αποτέλεσμα της ανεπίτρεπτα ανεξέλεγκτης και χωρίς οριοθέτηση εξέλιξης της παλαιότερης εκείνης έρευνας που οδήγησε στις εφαρμογές της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. Οι φωνές που ακούστηκαν από τότε μέχρι σήμερα έγιναν αιτία για τον προβληματισμό της κοινωνίας σε ζητήματα βιοηθικής και προκάλεσαν τη θέσπιση νέων νομοθετικών μέτρων από πλευράς της πολιτείας. Δέκα χρόνια αργότερα, στο τεύχος του Φεβρουαρίου 2007, η Επιθεώρηση *Nature* μνημονεύει την επέτειο της πρώτης κλω-

νοποίησης θηλαστικού επισημαίνοντας ότι οι αντιδράσεις που ξεσήκωσε η Dolly τότε έχουν μετατοπιστεί σήμερα στην έρευνα για τα βλαστικά κύτταρα^{2,3}. Και αναφέρει ότι «.....η ηθική διαμάχη που εξαπέλυσε η (γέννηση της) Dolly και ενίσχυσε η μυθοπλασία επιστημονικής φαντασίας αντικαταστάθηκε από μια διαμάχη πιο σύνθετη, πιο βαθιά ριζωμένη στην πραγματικότητα και πολύ πιο σχετική με την έρευνα που θέλουν να κάνουν οι επιστήμονες». Μέχρι σήμερα δεν έχει γεννηθεί, ευτυχώς, κανένας κλωνοποιημένος άνθρωπος και ομόφωνα η κοινωνία, η πολιτεία και οι επιστήμονες αποδοκιμάζουν την έρευνα προς αυτήν την κατεύθυνση. Όμως γίνονται προσπάθειες να κλωνοποιηθούν ανθρώπινα έμβρυα και να διατηρηθούν στο εργαστήριο για λίγες (5-6) ημέρες με σκοπό να παραχθούν βλαστικά κύτταρα και να γίνει πραγματικότητα το όραμα των ερευνητών για θεραπευτική κλωνοποίηση. Υπάρχουν πλήθος πειραματικών δεδομένων που προσφέρουν βάσιμες ελπίδες ότι τα βλαστικά κύτταρα θα μπορέσουν να αναπληρώσουν τα κατεστραμμένα ή φθαρμένα κύτταρα οποιουδήποτε ιστού ή οργάνου του σώματός μας. Αποτελούν τη βάση για την ανάπτυξη θεραπειών για ανίατα νοσήματα αμβλύνοντας έτσι τον ανθρώπινο πόνο και δίνοντας ελπίδες σε άτομα καταδικασμένα σε βαριά αναπηρία ή θάνατο. Όμως η έρευνα για τα βλαστικά κύτταρα έχει ξεσηκώσει διεθνώς αντιρρήσεις. Ο λόγος είναι ότι για να εφαρμοστεί η θεραπευτική κλωνοποίηση θα πρέπει να κατασκευαστούν ανθρώπινα έμβρυα τα οποία στη συνέχεια θα καταστραφούν αφού χρησιμοποιηθούν για την παραγωγή βλαστικών κυττάρων. Στη βάση της διαμάχης που έχει ξεσπάσει βρίσκονται κρίσιμα ερωτήματα που έχουν σχέση με τον προσδιορισμό της αρχής της ζωής ενώ στον αντίποδα βρίσκονται επιχειρήματα για τα προφανή οφέλη που θα προκύψουν για την ανθρωπότητα με την ανάπτυξη των καινοτόμων θεραπειών. Στο άρθρο αυτό θα κάνουμε κατ' αρχήν μια μικρή ιστορική αναδρομή στα σημαντικά ευρήματα που προηγήθηκαν της γέννησης της Dolly και της συνακόλουθης επανάστασης που επέφερε στη Βιολογία και θα αναλύσουμε την τεχνική που επέτρεψε την πραγματοποίηση της κλωνοποίησης του πρώτου θηλαστικού. Στη συνέχεια θα εξηγήσουμε πως η ίδια τεχνολογία μπορεί να εφαρμοστεί στη θεραπευτική κλωνοποίηση σε συνδυασμό με την τεχνολογία των βλαστικών κυττάρων.

ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΙΚΗ ΚΛΩΝΟΠΟΙΗΣΗ

Ο πρωτοπόρος Γερμανός βιολόγος Hans Spemann πρότεινε ήδη από το 1938 πειράματα που θα μπορούσαν να γίνουν στο βάτραχο με σκοπό τη δημιουργία κλώνων στον οργανισμό αυτό. Έπρεπε όμως να φτάσουμε στη δεκαετία του 1960 για να πραγματοποιηθούν οι σχετικές δοκιμές. Πράγματι οι πρώτες απόπειρες κλωνοποίησης έγιναν στο βάτραχο, ο οργανισμός του οποίου έχει αποτελέσει αντικείμενο διεξοδικής μελέτης στον τομέα της εμβρυολογίας και της αναπτυξιακής βιολογίας. Έτσι δημιουργήθηκαν οι πρώτοι κλωνοποιημένοι οργανισμοί με μεταφορά γενετικού υλικού από διαφοροποιημένο σωματικό κύτταρο. Αυτή ήταν η πρώτη ένδειξη ότι γονίδια που απενεργοποιούνται κατά τη διαφοροποίηση ενός κυττάρου είναι δυνατόν να ενεργοποιηθούν εκ νέου, εφόσον ο πυρήνας δεχθεί κατάλληλα μηνύματα από το περιβάλλον. Τελικά όμως αποδείχθηκε ότι ο βάτραχος δεν ήταν το καταλληλότερο σύστημα για την επιτυχία της κλωνοποίησης δεδομένου ότι η μεταφορά γενετικού υλικού δημιουργούσε χρωμοσωμικές ανωμαλίες στα θυγατρικά κύτταρα. Μεσολάβησαν αρκετά χρόνια ώσπου αργότερα, το 1984, Κινέζοι ερευνητές κλωνοποίησαν ένα ψάρι από κύτταρα νεφρού. Η μεγάλη επιτυχία όμως

ήρθε το 1996 όταν ερευνητές του Ινστιτούτου Roslin κατόρθωσαν να κλωνοποιήσουν δύο πρόβατα, τα Megan και Moran, από εμβρυϊκά κύτταρα⁴. Το πρωτοποριακό αυτό επίτευγμα, ίσως πιο ρηξικέλευθο και από την ίδια τη Dolly, άνοιξε το δρόμο για την κλωνοποίηση του πρώτου θηλαστικού από ενήλικο κύτταρο.

Αντίθετα από τις αρχικές προσδοκίες (ή, καλύτερα, τους φόβους) που δημιούργησε η γέννηση της Dolly και παρά το γεγονός ότι στη συνέχεια κλωνοποιήθηκαν επτά άλλα είδη θηλαστικών – μεταξύ των οποίων ποντίκια, αγελάδες, χοίροι, γάτα, άλογο, αρουραίος και πρόσφατα σκύλος – ευτυχώς για την κοινωνία που ζούμε, κανένα ανθρώπινο κλωνοποιημένο μωρό δεν έχει γεννηθεί μέχρι σήμερα. Στην πραγματικότητα η αναπαραγωγική κλωνοποίηση των θηλαστικών αποδείχθηκε απίστευτα δύσκολο εγχείρημα με ποσοστό επιτυχίας μόλις 2-5%. Αυτό σημαίνει ότι από τα 100 έμβρυα που δημιουργούνται κάθε φορά στο δοκιμαστικό σωλήνα, μόνον τα 2-5 κατορθώνουν να γεννηθούν, με αποτέλεσμα μια δεκαετία μετά τη Dolly οι επιστήμονες να βρίσκονται ακόμα στο σκοτάδι όσον αφορά την κατανόηση και τη χειραγώγηση των βιολογικών μηχανισμών που συμβαίνουν στα πρώτα στάδια της εμβρυογένεσης. Όπως γίνεται αντιληπτό, οι δυσκολίες και η χαμηλή απόδοση της μεθόδου μείωσαν στο ελάχιστο το ενδιαφέρον των βιοτεχνολογικών εταιρειών για την κατασκευή κλωνοποιημένων θηλαστικών παρά τις αρχικές προσδοκίες ότι θα χρησίμευαν ως βιοαντιδραστήρες για την παραγωγή φαρμάκων ή οργάνων για μεταμόσχευση. Επίσης κατέρρευσαν οι ελπίδες για την ενίσχυση της αγροτικής οικονομίας με την παραγωγή πρώτης ποιότητας διατροφικών προϊόντων από αγέλες εύρωστων κλωνοποιημένων ζώων. Καταφανώς αντίθετη ήταν η πορεία της έρευνας με τα βλαστικά κύτταρα, όπως θα διαπραγματευτούμε στις επόμενες παραγράφους. Από την ανακάλυψή τους μέχρι σήμερα και ιδιαίτερα μετά την απομόνωση το 1998 και διατήρηση στο εργαστήριο ανθρώπινων βλαστικών κυττάρων από τους Thompson και συνεργάτες⁵ στο Πανεπιστήμιο του Wisconsin των ΗΠΑ, η πρόοδος ήταν συνεχής και οι προσδοκίες ολοένα αυξανόμενες.

Η ΤΕΧΝΙΚΗ ΤΗΣ ΜΕΤΑΦΟΡΑΣ ΕΤΕΡΟΛΟΓΟΥ ΠΥΡΗΝΑ

Η τεχνική αυτή επέτρεψε να γίνει πραγματικότητα η κλωνοποίηση θηλαστικών από ενήλικο κύτταρο και συνίσταται στη μεταφορά του πυρήνα (nuclear transfer) από ένα κύτταρο σε άλλο, στην προκειμένη περίπτωση από ένα διαφοροποιημένο σωματικό κύτταρο σε ένα ωάριο από το οποίο έχει προηγουμένως αφαιρεθεί ο δικός του πυρήνας. Το ωάριο προέρχεται φυσικά από θηλυκό ζώο - δότη και περιέχει το μητρικό γενετικό υλικό που είναι απαραίτητο να απομακρυνθεί πριν συντηχθεί με τον πυρήνα του σωματικού κυττάρου. Με τη μέθοδο αυτή προκύπτει κατ' αρχήν ένα υβριδικό κύτταρο που το γενετικό υλικό του πυρήνα του ανήκει στο ώριμο σωματικό κύτταρο (και επομένως είναι ίδιο με το γενετικό υλικό του ατόμου από το οποίο προέρχεται το σωματικό κύτταρο), ενώ το κυτταρόπλασμα ανήκει στο απο-πυρηνωποιημένο ωάριο. Στο περιβάλλον του ωαρίου, που φυσιολογικά έχει τη δυνατότητα να διεγερθεί και να ξεκινήσει να διαιρείται, ο πυρήνας του σωματικού κυττάρου επαναπρογραμματίζεται και από «ενήλικος» γίνεται «εμβρυϊκός». Δηλαδή, το ωάριο επιδρά στο DNA του ενήλικου κυττάρου και το οδηγεί σε μια κατάσταση που μοιάζει με την οργάνωση του DNA στο γονιμοποιημένο ωάριο με αποτέλεσμα το ωάριο να αρχίσει να διαιρείται για τον σχηματισμό εμβρύου. Τα θυγατρικά κύτταρα που προκύπτουν μετά από συνεχείς διαιρέσεις του ωαρίου περιέχουν το

γενετικό υλικό του σωματικού κυττάρου και επομένως ο οργανισμός που θα προκύψει αποτελεί κλώνο του ατόμου από τον οποίο προήλθε το ενήλικο σωματικό κύτταρο.

Είναι όλα τα κύτταρα του νέου κλώνου πανομοιότυπα με τα κύτταρα του ατόμου που κλωνοποιήθηκε; Μακροσκοπικά, η απάντηση είναι καταφατική. Υπάρχουν όμως κάποιες διαφορές. Για παράδειγμα τα κύτταρα του κλώνου κληρονομούν μιτοχονδριακό DNA από το μητρικό ωάριο. Η παρουσία αυτού του ετερόλογου μιτοχονδριακού DNA αποτελεί ένα στοιχείο που μπορεί να δημιουργήσει αργότερα απρόβλεπτες περιπλοκές, ιδιαίτερα όσον αφορά τον κίνδυνο για την εκδήλωση ασθενειών που σχετίζονται με μιτοχονδριακές μεταλλάξεις. Ένα δεύτερο ζήτημα στο οποίο επικεντρώνεται η προσοχή των ερευνητών είναι ο ενδεχόμενος λανθασμένος επιγενετικός επαναπρογραμματισμός του DNA του σωματικού κυττάρου μετά τη σύντηξή του με το ωάριο. Επιγενετικές ατέλειες ενδέχεται επίσης να επηρεάσουν το μήκος των τελομερών, δηλαδή των ακραίων τμημάτων του DNA στα χρωμοσώματα, που σχετίζονται με τον κυτταρικό πολλαπλασιασμό και την κυτταρική γήρανση. Το γεγονός, βέβαια, ότι τα κύτταρα που προκύπτουν μετά από μεταφορά ετερόλογου πυρήνα πολλαπλασιάζονται με γρήγορους ρυθμούς και ανανεώνονται ικανοποιητικά, αποτελεί ένδειξη ότι τα μήκη των τελομερών διατηρούνται με το σωστό τρόπο. Επιπλέον τα κύτταρα αυτά δημιουργούν βλαστοκύστες από τις οποίες παράγονται βλαστικά κύτταρα που συμπεριφέρονται όμοια με τα βλαστικά κύτταρα φυσικού τύπου.

ΒΛΑΣΤΙΚΑ ΚΥΤΤΑΡΑ

Τι είναι, όμως, τα βλαστικά κύτταρα, πως συνδέονται με την κλωνοποίηση και τι σημαντικό προοιωνίζονται; Με τον όρο βλαστικά κύτταρα εννοούμε αδιαφοροποίητα προγονικά κύτταρα που έχουν τη δυνατότητα να αυτο-αναπαράγονται και από τα οποία προκύπτουν με κατάλληλες συνθήκες διαφοροποιημένα κύτταρα⁶. Τα βλαστικά κύτταρα απαντώνται νωρίς κατά την ανάπτυξη του εμβρύου, στη βλαστοκύστη, και είναι ολοδύναμα, δηλαδή από τα κύτταρα αυτά μπορούν να προκύψουν όλες οι κατηγορίες των διαφοροποιημένων κυττάρων ενός οργανισμού. Εκτός από τα ολοδύναμα κύτταρα της βλαστοκύστης, υπάρχουν και τα λεγόμενα ιστοειδικά βλαστικά κύτταρα που βρίσκονται σε έναν συγκεκριμένο εμβρυϊκό ιστό και από τα οποία θα προκύψουν όλα τα εξειδικευμένα κύτταρα που απαντώνται στο συγκεκριμένο ενήλικο ιστό. Βλαστικά κύτταρα απαντώνται επίσης σε πολλούς ιστούς του ενήλικου ατόμου. Αρχετυπικό παράδειγμα της κατηγορίας αυτής αποτελούν τα βλαστικά κύτταρα του αιμοποιητικού συστήματος που παράγουν τα κύτταρα του αίματος και του ανοσοποιητικού συστήματος. Βλαστικά κύτταρα υπάρχουν επίσης στον ενήλικο εγκέφαλο και την καρδιά ενώ υπάρχουν υπόνοιες και για το δέρμα και το γαστρεντερικό σύστημα. Τα βλαστικά κύτταρα του ενήλικου ατόμου είναι δυνατόν να απομονωθούν και να διατηρηθούν σε καλλιέργεια ενώ υπό κατάλληλες συνθήκες επάγεται η διαφοροποίησή τους είτε *in vitro* στο δοκιμαστικό σωλήνα είτε μετά από μεταμόσχευση *in vivo* στον οργανισμό ενός δέκτη.

Η μελέτη της βιολογίας των βλαστικών κυττάρων αποτελεί έναν τομέα βασικής επιστημονικής έρευνας που παράγει νέα καταγιστική γνώση. Παράλληλα έχει σημαντικό αντίκτυπο στη βελτίωση της ανθρώπινη υγείας και της ποιότητας ζωής με τις δυνατότητες που παρέχει για την ανάπτυξη καινοτόμων θεραπειών για σοβαρές ανθρώπινες ασθένειες, όπως ο διαβήτης, τα καρδιαγγειακά νοσήματα ή ανίατες σήμερα νευροεκ-

φυλιστικές διαταραχές, μεταξύ των οποίων συγκαταλέγονται η νόσος του Parkinson, η νόσος του Huntington, η αμυοτροφική πλευρική σκλήρυνση (ή ασθένεια του Lou Gehrig), η σκλήρυνση κατά πλάκας, τα ισχαιμικά εγκεφαλικά επεισόδια καθώς και τραυματικές κακώσεις του εγκεφάλου. Στόχος των ερευνητών είναι να χρησιμοποιήσουν τα βλαστικά κύτταρα για να αντικαταστήσουν τα κατεστραμμένα κύτταρα του οργανισμού, για παράδειγμα τους νευρώνες του εγκεφάλου που εκφυλίζονται στη νόσο του Parkinson, και να αποκαταστήσουν έτσι τη λειτουργία του εγκεφάλου. Επειδή η δυσλειτουργία του νευρικού συστήματος που μπορεί να οφείλεται είτε σε νευροεκφυλιστική νόσο είτε σε τραυματικές κακώσεις, έχει ολέθριες συνέπειες για τις σωματικές και πνευματικές λειτουργίες του ατόμου, μεγάλο μέρος της σύγχρονης έρευνας επικεντρώνεται στη μελέτη των βλαστικών κυττάρων και την αποτίμηση των δυνατοτήτων τους να αναπληρώσουν όχι μόνο ανατομικά αλλά και λειτουργικά, τα χαμένα κύτταρα του εγκεφάλου μετά από μεταμόσχευση. Παρόλο που ακόμα η έρευνα δεν έχει φθάσει στο σημείο που θα επέτρεπε το πέρασμα στην κλινική πράξη, υπάρχουν ισχυρά δεδομένα από μελέτες σε πειραματόζωα που δείχνουν ότι μια τέτοια προσέγγιση είναι ρεαλιστική. Χρησιμοποιώντας πειραματικά πρότυπα ανθρώπινων ασθενειών σε ποντικούς και σε μεμονωμένες περιπτώσεις σε πιθήκους, φαίνεται ότι είναι δυνατόν τα μεταμοσχευμένα βλαστικά κύτταρα να διαφοροποιηθούν και να αντικαταστήσουν τα κατεστραμμένα κύτταρα. Ιδιαίτερη πρόοδος έχει σημειωθεί σε πειραματόζωα με θεραπείες για τη νόσο του Parkinson, ισχαιμικά εγκεφαλικά επεισόδια και τραύματα του εγκεφάλου ή του νωτιαίου μυελού όπου η μεταμόσχευση εμβρυϊκών ή ενηλίκων βλαστικών κυττάρων οδήγησε σε ανατομική και, σε ορισμένες περιπτώσεις, σε λειτουργική αποκατάσταση^{7,8}. Οι ελπιδοφόρες αυτές προσπάθειες απαιτούν τη σε βάθος κατανόηση της βιολογίας των βλαστικών κυττάρων κυρίως όσον αφορά τον πολλαπλασιασμό τους και τη διαφοροποίησή τους έτσι ώστε να κατευθυνθούν να παράγουν συγκεκριμένους κυτταρικούς τύπους – αυτούς που έχουν καταστραφεί κάθε φορά - χωρίς να υπάρχει κίνδυνος δημιουργίας όγκων από τον ανεξέλεγκτο πολλαπλασιασμό τους μετά τη μεταμόσχευση. Ένα ακόμα εμπόδιο που πρέπει να υπερπηδηθεί είναι η σχετικά μικρή επιβίωση των μεταμοσχευμένων κυττάρων στον οργανισμό του δέκτη. Για τους λόγους αυτούς γίνεται παράλληλα προσπάθεια βελτίωσης των φυσικών ιδιοτήτων των βλαστικών κυττάρων με την εισαγωγή συγκεκριμένων «θεραπευτικών» γονιδίων με τη βοήθεια της γενετικής μηχανικής. Συνοψίζοντας καταλήγουμε ότι οι ερευνητικές προσπάθειες επικεντρώνονται στη μελέτη των βλαστικών κυττάρων για να παράγουν νέα βασική γνώση αλλά και για να αναπτύξουν κλινικές εφαρμογές για ανθρώπινες ασθένειες συνδυάζοντας μεθόδους κυτταρικής και γονιδιακής θεραπείας.

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΚΛΩΝΟΠΟΙΗΣΗ

Δύο είναι τα κυριότερα προβλήματα που αντιμετωπίζουν σήμερα οι ερευνητές όσον αφορά τη μελέτη και την ενδεχόμενη χρήση των βλαστικών κυττάρων για θεραπευτικούς σκοπούς. Το πρώτο συνδέεται με τις πηγές από τις οποίες προέρχονται τα βλαστικά κύτταρα και το δεύτερο, άρρηκτα συνδεδεμένο με το πρώτο, με το μείζον ζήτημα της απόρριψης του μοσχεύματος λόγω μη ιστοσυμβατότητας. Όπως είδαμε η διεξοδική μελέτη της βιολογίας των βλαστικών κυττάρων αποτελεί βασική προϋπόθεση για τη μελλοντική θεραπευτική χρήση τους. Προς το παρόν γίνονται εκτεταμένες μελέτες σε

πειραματόζωα και θα συνεχίσουν να γίνονται για αρκετό χρονικό διάστημα ακόμα. Για να εφαρμοστεί όμως η γνώση αυτή στον άνθρωπο χρειάζεται πρώτα να γίνουν παρόμοιες μελέτες με ανθρώπινα βλαστικά κύτταρα τα οποία σε πολλές περιπτώσεις συμπεριφέρονται διαφορετικά. Μια πηγή τέτοιων κυττάρων αποτελούν οι επιπλέον βλαστοκύστες που δημιουργούνται κατά την υποβοηθούμενη αναπαραγωγή (εξωσωματική γονιμοποίηση) και στη συνέχεια καταστρέφονται αφού δεν χρησιμοποιούνται. Εναλλακτικά μπορεί να αξιοποιηθεί η τεχνολογία που οδήγησε στη δημιουργία της Dolly, δηλαδή η κατασκευή εμβρυϊκών βλαστοκύστεων με μεταφορά γενετικού υλικού από ενήλικο κύτταρο. Σύμφωνα με αυτό το σενάριο από τις κατασκευασμένες (reconstructed) βλαστοκύστες θα απομονώνονται τα βλαστοκύτταρα τα οποία στη συνέχεια θα διατηρούνται εργαστηριακά για ερευνητικούς και θεραπευτικούς σκοπούς. Η διαδικασία αυτή που ονομάζεται θεραπευτική κλωνοποίηση⁹, θα επιτρέψει επίσης να αντιμετωπιστεί στο μέλλον, όταν η μέθοδος γίνει εφαρμόσιμη στην κλινική πράξη, το σοβαρότατο ζήτημα της ιστο-συμβατότητας των μοσχευμάτων. Εδώ η ιδέα είναι να κατασκευάζονται βλαστοκύστες και στη συνέχεια βλαστικές κυτταρικές σειρές για μεταμόσχευση «κομμένες και ραμμένες» στα μέτρα του ασθενούς, δηλαδή από ενήλικα κύτταρα που προέρχονται από υγιή ιστό του ίδιου του πάσχοντος. Έτσι θα παρέχεται εξατομικευμένη θεραπεία ανάλογα με τις ιδιαιτερότητες του γενετικού υλικού κάθε ατόμου. Πώς θα γίνει αυτό; Ας υποθέσουμε ότι πρόκειται για ασθενή με νόσο του Parkinson ο οποίος θα υποστεί μεταμόσχευση βλαστικών κυττάρων στον εγκέφαλο. Ινοβλάστες από την επιδερμίδα του πάσχοντος μπορούν να χρησιμεύσουν για να δώσουν τον πυρήνα τους σε wάριο άλλου δότη και να κατασκευαστεί έτσι βλαστοκύστη από την οποία στη συνέχεια θα παραχθούν βλαστικές κυτταρικές σειρές για μεταμόσχευση. Το σημαντικότερο προσόν των κυττάρων αυτών είναι η ιστοσυμβατότητά τους με τον ασθενή αφού στην ουσία πρόκειται για κλωνοποιημένα κύτταρα του ίδιου με μόνη επιφύλαξη την παρουσία ετερόλογου μητρικού μιτοχονδριακού DNA από το wάριο του δότη. Μελέτες βρίσκονται σε εξέλιξη για να διερευνηθεί εάν η παρουσία του ετερόλογου μιτοχονδριακού DNA ενδέχεται να ενεργοποιήσει το ανοσοποιητικό σύστημα μετά τη μεταμόσχευση των κυττάρων και να οδηγήσει σε απόρριψη του μοσχεύματος.

Ένα σοβαρό ερώτημα που προκύπτει από τη μέθοδο της θεραπευτικής κλωνοποίησης είναι πού θα βρεθούν όλα εκείνα τα απαραίτητα wάρια για να δημιουργηθούν τόσες βλαστοκύστες όσοι και ασθενείς. Εδώ συναντάμε ένα πραγματικό πρόβλημα που βάζει όρια στην εφαρμογή της μεθόδου και επιζητεί την εύρεση εναλλακτικών λύσεων. Ακόμα και εάν βρισκότουσαν αρκετές γυναίκες εθελόντριες πρόθυμες να προσφέρουν τα wάρια τους, υπάρχει σοβαρό ηθικό ζήτημα στο κατά πόσον νομιμοποιείται η λήψη wαρίων όταν είναι γνωστό ότι ο αριθμός τους είναι πεπερασμένος σε κάθε γυναίκα. Σύμφωνα, ενυπάρχει ο κίνδυνος να εμπορευματοποιηθούν τα γυναικεία wάρια και να δημιουργηθεί μια αγορά που θα τιμολογήσει την «εν δυνάμει ανθρώπινη ζωή». Ο κίνδυνος αυτός είναι ορατός και για να αποφευχθεί, οι ερευνητές προσπαθούν να δημιουργήσουν wάρια από βλαστικά κύτταρα. Σύμφωνα με το σενάριο αυτό, αφού τα βλαστικά κύτταρα μπορούν να παράγουν όλα τα κύτταρα ενός οργανισμού γιατί όχι και wάρια κάτω από κατάλληλες συνθήκες;

Είναι φανερό ότι η θεραπευτική κλωνοποίηση δεν είναι απλή διαδικασία. Χρειάζεται μεγάλη προσοχή, απαιτεί υψηλή τεχνογνωσία και εξειδίκευση, αλλά και ευσυνειδησία και σεβασμό προς την ανθρώπινη ζωή και αξιοπρέπεια. Είναι ευνόητο ότι θα πρέπει

να επιχειρείται από ειδικά διαπιστευμένα επιστημονικά κέντρα τα οποία θα πρέπει να είναι επιλεγμένα με αυστηρά κριτήρια όσον αφορά την επάρκειά τους να επιδίδονται στη συγκεκριμένη έρευνα σήμερα και στις εφαρμογές που θα προκύψουν αύριο. Εξίσου ευνόητο είναι ότι θα πρέπει να συμμορφώνονται σε κανόνες λειτουργίας που θα καθορίζουν ειδικά θεσπισμένα νομοθετικά μέτρα εναρμονισμένα με τις ανάγκες της σημερινής κοινωνίας. Και κατά τη γνώμη μου θα πρέπει να εφαρμόζεται από φορείς απαλλαγμένους από την επιδίωξη του κέρδους. Δεν νοείται εδώ, όπως εξάλλου και σε πολλές άλλες περιπτώσεις, η κερδοσκοπική εκμετάλλευση των ανθρώπινων γονιδίων ή των ανθρώπινων κυττάρων.

Στον αντίποδα ακριβώς των αξιών που συζητήσαμε ως προϋπόθεση για τη θεραπευτική κλωνοποίηση βρίσκεται η απάτη που πραγματοποιήθηκε από τον ερευνητή Woo Suk Hwang του Εθνικού Πανεπιστημίου της Σεούλ, ο οποίος ισχυρίστηκε ψευδώς ότι κατασκεύασε ανθρώπινες βλαστικές κυτταρικές σειρές από ενήλικα κύτταρα πάσχοντος. Η απάτη αυτή ήταν διπλά καταστροφική: πρώτον, γιατί δημιούργησε αναξιοπιστία προς τους ερευνητές, τις προθέσεις και το έργο τους και δεύτερον, γιατί συνέβη σε μια εποχή που η κοινωνία είναι ιδιαίτερα ευαίσθητοποιημένη και καλείται να σταθμίσει τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα των προοπτικών που ανοίγονται με την ανάπτυξη της βιοτεχνολογίας. Κατέδειξε επίσης το μέγεθος της αλλοτρίωσης που μπορεί να επιφέρει ο υπέρμετρος ανταγωνισμός και η εμπορευματοποίηση σ' ένα ερευνητικό/ακαδημαϊκό περιβάλλον που θα έπρεπε να κυριαρχείται από το πάθος για την αλήθεια και την ελεύθερη διακίνηση των ιδεών.

Συμπερασματικά το ζητούμενο είναι η απόκτηση, σύμφωνα με τους κανόνες της δεοντολογίας, ουσιαστικής νέας γνώσης και η σωστή εφαρμογή της για τη βελτίωση των συνθηκών της ανθρώπινης ζωής καθώς αυτό ακριβώς θα καθορίσει εάν αποτελεί ευεργέτημα και πρόοδο ή, αντίθετα, τροχοπέδη για την ανθρωπότητα. Καθοριστικό ρόλο στην κατεύθυνση αυτή αποτελεί η επαρκής και αντικειμενική πληροφόρηση καθώς και ο συνεχής διάλογος μεταξύ ερευνητών και της κοινωνίας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Wilmut I, et al. Nature 1997;385: 810-13
2. Wadman M. Cloning special: Dolly: a decade on. Nature 2007;445: 800-1
3. Check E. Cloning special: Dolly: a hard act to follow. Nature 2007;445: 802
4. Campbell KHS, et al. Nature 1996;380: 64-66
5. Thompson JA, et al. Science 1998; 282 : 1145-1147
6. Gage FH and Verma M. Proc Natl Acad Sci 2003; USA 100:11817-8
7. Lindvall O, et al. Nature Medicine 2004;S42-50
8. Miller RH. Brain Res 2006;1091:258-64
9. Hall JV, et al. Stem Cells 2006;24: 1628-37

Ευθανασία

Πράξη αυτονομίας και κοινωνικής αλληλεγγύης

Φ. Τζαβέλλα

So it has come at least the distinguished thing.
Henry James

Η εμπειρία του θανάτου αποτελεί, όχι μόνο για το συγκεκριμένο άτομο αλλά και για την οικογένεια του, για τους φίλους του, για τους γιατρούς και το νοσηλευτικό προσωπικό αλλά ακόμα και για τους φροντιστές του ασθενούς, ένα γεγονός που συγκλονίζει, σφραγίζει και επικυρώνει την ανθρώπινη ύπαρξη.

Η ευθανασία σήμερα δεν μπορεί να θεωρηθεί πλέον σε καμία περίπτωση **Terra Incognita** όμως σχετίζεται δραματικά και άμεσα με ένα κατά βάση καθημερινό αλλά και παράλληλα το σημαντικότερο ανθρώπινο γεγονός του «τέλους της ζωής». Η σύγκρουση αυτή, το γεγονός δηλαδή ότι «το τέλος της ζωής» ενώ αποτελεί μια καθημερινότητα, ενέχει και το στοιχείο του οριστικού και αμετάκλητου οδηγεί συχνά σε διλήμματα και σε αλληλοσυγκρουόμενες καταστάσεις,

Οι ορισμοί και οι διακρίσεις που χρησιμοποιούνται στη σύγχρονη βιβλιογραφία για την ευθανασία αποτελούν από μόνες τους ένα «βιβλιογραφικό γεγονός» και παρ' όλες τις γκρίζες ζώνες που επικρατούν, εξακολουθούν να προσφέρουν σημαντική βοήθεια όταν επιχειρείται μια καταρχήν προσέγγιση του θέματος.

Έτσι στη σύγχρονη “βιοηθική” βιβλιογραφία η ευθανασία επιδέχεται τις παρακάτω διακρίσεις¹⁻⁶.

- **Εθελοντική ευθανασία (voluntary euthanasia)** η οποία ανταποκρίνεται στη σαφή, επίμονη, διαρκή, επαναλαμβανόμενη και σαφώς αυτόνομη απαίτηση του ασθενούς για ευθανασία.
- **Μη-εθελοντική ευθανασία (non-voluntary euthanasia)**
Ο ασθενής δεν δύναται να εκφράσει άποψη περί της συνέχισης ή όχι της ζωής του δεδομένου ότι η κατάσταση στην οποία έχει περιέλθει δεν του επιτρέπει να διακρίνει μεταξύ ζωής και θανάτου. Η ευθανασία συνεπώς αποφασίζεται από άλλον ή άλλους.
- **Μη-ηθελημένη ευθανασία (involuntary euthanasia)**. Στην περίπτωση αυτή δεν υπάρχει συναίνεση του ασθενούς ο οποίος μπορεί και να δύναται να εκφράσει άποψη. Επιλέγεται υπό το πρίσμα μιας πατερναλιστικής αντίληψης, ως η πράξη που

διαφυλάττει τα γενικότερα συμφέροντα του ασθενούς-ατόμου κατά τον καλύτερο δυνατό τρόπο.

Επιπλέον, οι τρεις αυτοί 'τύποι' ευθανασίας μπορούν να πάρουν τη μορφή της **παθητικής/αρνητικής ευθανασίας (passive/negative euthanasia)** ή της **ενεργητικής - ενεργού/θετικής ευθανασίας (active/positive euthanasia)**

Η **παθητική ευθανασία** περιλαμβάνει προγραμματισμένη διακοπή ή και αποφυγή εφαρμογής θεραπευτικής διαδικασίας που βοηθάει στη διατήρηση του ασθενούς στη ζωή. Στην παθητική ευθανασία δεν περιλαμβάνεται η περίπτωση της διακοπής ή της μη έναρξης αγωγής η οποία εξασφαλίζει τη συμπτωματική ανακούφιση του ασθενούς.

Στην **ενεργό ευθανασία** υπάρχει καταρχήν εσκεμμένη επιλογή ενεργητικού βήματος που θα οδηγήσει τον ασθενή στο τέλος της ζωής του συντομότερα από ότι θα αναμένετο. Ο ευκολότερος και ταχύτερος τρόπος είναι η ενδοφλέβια χορήγηση θανατηφόρας δόσης φαρμάκου. Θεωρώντας ως δεδομένο το ότι η ενεργητική ευθανασία θέλει να προσφέρει στον άνθρωπο την ανακούφιση και να τον απαλλάξει από μια ζωή βασανιστική και όλο πόνο χαρακτηρίζεται συχνά και ως **'ευθανασία από συμπόνια ή οίκτο' (mercy killing)**

Ως **'υποβοηθούμενη από το γιατρό αυτοκτονία' (physician-assisted suicide/PAS)** χαρακτηρίζεται η περίπτωση της ενεργητικής, εθελοντικής ευθανασίας κατά την οποία υπάρχει έμμεση βοήθεια γιατρού για την πραγμάτωση της, π.χ. χορήγηση πληροφοριών ή ιατρικής συνταγής, και πάντα ανταποκρινόμενη στην αυτόνομη, σαφή και επίμονη απαίτηση του ασθενούς.

Τέλος ως **'διπλής ενέργειας ευθανασία' (double-effect euthanasia)** χαρακτηρίζεται η χορήγηση καταπραϋντικής αγωγής, π.χ. χορήγηση μορφίνης σε καρκινοπαθή, η συνεχής αύξηση της δόσης της οποίας μπορεί να προκαλέσει καταστολή της αναπνευστικής λειτουργίας και τελικά να επιφέρει το θάνατο⁷.

Πρακτικά η ευθανασία μπορεί να περιλαμβάνει κάποια από τις παρακάτω διαδικασίες:

- α. Παραίτηση από θεραπευτική μέθοδο ή διαδικασία που παρατείνει τη ζωή** (π.χ. χρήση αναπνευστήρα, καρδιοπνευμονική ανάνηψη, αιμοκάθαρση, παρεντερική διατροφή). Κλασικό παράδειγμα της τελευταίας αποτελεί η περίπτωση Cruzan⁸⁻¹¹ [Συνήθως πρόκειται για περίπτωση παθητικής, μη εθελοντικής ευθανασίας].
- β. Χορήγηση συνταγής αναλγητικών φαρμάκων 'για ανακούφιση' από τον πόνο.** Στην περίπτωση αυτή ο γιατρός δίνει τη συνταγή αλλά δεν χορηγεί το φάρμακο. [Συνήθως περιπτώσεις διπλής ενέργειας ευθανασίας αλλά και υποβοηθούμενης από γιατρό αυτοκτονίας].
- γ. Πρόκληση ανώδυνου θανάτου ή θανάτου από συμπόνια.** Η ευθανασία πραγματοποιείται από το γιατρό και σπανιότερα από την οικογένεια ή φίλο του ασθενούς. [Συνήθως περίπτωση ενεργού εθελοντικής ευθανασίας].

Από τις κατηγοριοποιήσεις που αναφέρθηκαν γίνεται σαφές ότι η «εμπλοκή» στη διαδικασία των ορισμών και των διακρίσεων της ευθανασίας τείνει να απομακρύνει από την ουσία του πραγματικού προβλήματος που είναι η κατανόηση αφενός και η αντιμετώπιση αφετέρου ενός σύγχρονου κοινωνικού προβλήματος. Τη διαχρονική αντιμετώπιση και πορεία του κοινωνικού προβλήματος της ευθανασίας τα τελευταία 30 χρόνια μπορεί να διακρίνει κανείς αρκετά ευκρινώς στην περίπτωση της μη εθελοντικής, παθητικής ευθανασίας, για την οποία υπάρχουν πλέον διεθνώς στοιχεία και συμπεριφορές συναί-

νεσης μεταξύ ειδικών και κοινωνίας, χρησιμοποιώντας συγκεκριμένα παραδείγματα. Οι περιπτώσεις-παραδείγματα που έχουν κατά κάποιο τρόπο σφραγίσει την «υπόθεση της ευθανασίας» είναι αυτές της Ann Quinlan, της Nancy Cruzan και της Terry Schiavo.

1. CAREN ANN QUINLAN (1975) ΗΠΑ

Τριάντα χρόνια πριν η περίπτωση της **Caren Ann Quinlan** συγκλόνιζε τη αμερικανική αλλά και την παγκόσμια κοινή γνώμη που ερχόταν σε μια από τις πρώτες τις επαφές με το πρόβλημα της ευθανασίας.

Η Karen Ann Quinlan σε ηλικία 21 ετών, υποσιτιζόμενη για λόγους αισθητικής δίαιτας και μετά από κατανάλωση αλκοόλ και ηρεμιστικών σε πάρτυ βρέθηκε αναισθητη. Αποτέλεσμα ήταν να περιέλθει σε κώμα και να χρειάζεται την υποστήριξη και αναπνευστήρα για τη διατήρησή της στη ζωή. Οι γονείς της μετά κάποιο εύλογο χρονικό διάστημα ζήτησαν την απομάκρυνση του αναπνευστήρα αλλά συνάντησαν την κάθετη άρνηση του ιατρικού προσωπικού του νοσοκομείου που φοβήθηκαν και την ποινική ευθύνη.

Η υπόθεση εκδικάστηκε από το New Jersey Supreme Court το οποίο υποστηρίζοντας την άποψη των γονέων γνωμοδότησε ότι, στην περίπτωση που υπάρχει ιατρική πρόγνωση υποστηριζόμενη και από την Επιτροπή Ηθικής του Νοσοκομείου σύμφωνα με την οποία «δεν υπάρχει λογικά υποστηριζόμενη πιθανότητα να επιστρέψει ο ασθενής σε κατάσταση κατά την οποία θα υπάρχει επικοινωνία με το περιβάλλον, η τεχνική υποστήριξη που κρατάει στη ζωή το άτομο αυτό μπορεί να απομακρυνθεί, και κανένας εμπλεκόμενος στην υπόθεση συμπεριλαμβανόμενων και των γιατρών δεν μπορεί να θεωρηθεί αστικά ή ποινικά υπεύθυνος για το θάνατο».

Μετά την απόφαση του δικαστηρίου ο αναπνευστήρας απομακρύνθηκε.

Η Karen Ann Quinlan συνέχισε να αναπνέει και μετά την απομάκρυνση του αναπνευστήρα, παρέμεινε στη ζωή σε PVS για περίπου 10 έτη και πέθανε από πνευμονία το 1985.¹²

2. NANCY CRUZAN (1983) ΗΠΑ

Οκτώ χρόνια μετά, το 1983, το θέμα επανήλθε έντονα στα ΜΜΕ με την περίπτωση της Nancy Cruzan. Η Nancy Cruzan, μετά από ένα αυτοκινητιστικό ατύχημα σε ηλικία 27 ετών περιήλθε σε PVS.

Και σε αυτή την περίπτωση και πάλι η οικογένεια και πάντα μετά κάποιο εύλογο χρονικό διάστημα ζήτησε την απομάκρυνση του σωλήνα σίτισης και η υπόθεση οδηγήθηκε στο Missouri Supreme Court και στη συνέχεια και στο U.S. Supreme Court το οποίο συμφώνησε με την αρχική απόφαση του Missouri Supreme Court για την απομάκρυνση του σωλήνα σίτισης. Ο σωλήνας σίτισης απομακρύνθηκε το Δεκέμβριο του 1990 και η Nancy Cruzan απεβίωσε 11 ημέρες αργότερα, στις 26.12.1990.

Η αδερφή της Nancy Cruzan εργάστηκε για έναν οργανισμό που βοηθάει τα άτομα στη λήψη αποφάσεων που σχετίζονται με την επιλογή του τέλους της ζωής (end-of-life decisions)^{8-11,13}.

3. TERRI SCHIAVO (2005) ΗΠΑ

Η περίπτωση της Terri Schiavo είναι όχι μόνον η πλέον πρόσφατη αλλά και η πλέον

πολύπλοκη. Η Terri Schiavo γεννήθηκε στις 3.12.1963 στην Pennsylvania των ΗΠΑ και πέθανε στις 31.3.2005 στο ίδρυμα City of Pinellas Park, Pinellas County, Florida, USA.

Η Terri Schiavo, πριν την έναρξη της δραματικής της περιπέτειας, είχε χάσει με «προσωπική» δίαιτα μέσα σε 6 χρόνια 140 pds δηλ. περίπου 60 kgr Στις 25.2.1990 υπέστη καρδιακή ανακοπή. Η καρδιακή ανακοπή αποδόθηκε, «πιθανόν», σε διαταραχή των ηλεκτρολυτών που «πιθανόν» να προκλήθηκε ως συνέπεια διατροφικής διαταραχής. Το σίγουρο ήταν ότι εξαιτίας της καρδιακής αυτής ανακοπής η Terri Schiavo υπέστη μόνιμη, μη αναστρέψιμη εγκεφαλική βλάβη.

Με την επίμονη απαίτηση του συζύγου της, Michael Schiavo, στην Terri Schiavo έγινε τραχειοτομή, διασωλήνωση και μπήκε σε αναπνευστήρα. Στη συνέχεια, και αφού τους δύο πρώτους μήνες έμεινε σε κώμα, ο αναπνευστήρας απομακρύνθηκε και ήταν ικανή να αναπνέει και να καταπίνει με αντανακλαστικές αντιδράσεις όχι όμως και να διατρέφεται από το στόμα ή έστω να υδατώνεται. Για τη διατήρηση της Terri Schiavo στη ζωή εκρίθη ως απαραίτητο και της τοποθετήθηκε σωλήνας σίτισης (feeding tube) και η κατάσταση της διαγνώστηκε ως «μόνιμη φυτική κατάσταση» (persistent vegetative state /PVS).

Στην PVS, η κατάσταση του ατόμου χαρακτηρίζεται από κύκλους «ύπνου» και «εγρήγορσης». Οι περίοδοι που ο ασθενής δεν «κοιμάται» μπορούν να περιλαμβάνουν κινήσεις των ματιών και θορύβους που προσομοιάζουν με αναστεναγμούς, γέλιο ή κλάμα χωρίς όμως να ανταποκρίνονται σε κάποιο εξωτερικό ερέθισμα. Στην πραγματικότητα οι αντιδράσεις αυτές είναι τυχαίες και δεν προέρχονται από τον εγκεφαλικό φλοιό.

Στα επόμενα 4 χρόνια, μετά από δικαστικούς αγώνες του συζύγου κατά του γιατρού τον οποίο επισκεπτόταν η Terri Schiavo τα τελευταία χρόνια πριν το ατύχημά της για επίλυση προβλήματος γονιμότητας και ο οποίος δεν είχε διαγνώσει το πρόβλημα στους ηλεκτρολύτες λόγω ιατρικής αμέλειας στη λήψη ιστορικού, επιδικάστηκαν στο σύζυγο ο οποίος είχε οριστεί με δικαστική απόφαση ως ο νόμιμος εκπρόσωπος (guardian ad litem), 300000\$ για ψυχική οδύνη και 700000\$ για την περίθαλψη της ασθενούς.

Κατά τη διάρκεια των ίδιων αυτών χρόνων, ουσιαστικά δηλ. το διάστημα 1990-1994, με την άδεια του Michael Schiavo, στην Terri Schiavo έγιναν σειρά ιατροφαρμακευτικών προσπαθειών, κλασικών και καθιερωμένων αλλά και κάποιων πειραματικών με την ελπίδα της βελτίωσης της κατάστασής της. Ο Michael Schiavo μετέφερε τη σύζυγο του σε ειδικά κέντρα αλλά και σπούδασε και ο ίδιος νοσηλευτής για να μπορεί να βοηθά πιο ουσιαστικά στην κατ' οίκον περίθαλψη. Θα πρέπει να αναφερθεί ότι η σχέση του Michael Schiavo με την οικογένεια Schindler, δηλαδή με τους γονείς της Terri Schiavo, ήταν πολύ καλές μέχρι και το 1993 οπότε και διερράγησαν. Σύμφωνα με τον Michael Schiavo αιτία αυτής της ρήξης ήταν η άρνησή του να τους δώσει τμήμα από τα χρήματα που του επιδικάστηκαν ενώ αντίθετα, σύμφωνα με την οικογένεια Schindler, αιτία ήταν το μειωμένο πλέον ενδιαφέρον του συζύγου για την κόρη τους.

Πάντως οι προσπάθειες της οικογένεια Schindler να αναλάβει αυτή τη νομική εκπροσώπηση της Terri Schiavo απέτυχαν, εφόσον το δικαστήριο αξιολογώντας τα γεγονότα έκρινε ότι τόσο το ενδιαφέρον του Michael Schiavo όσο και οι ειλικρινείς και πολύχρονες του προσπάθειες για την αποκατάσταση της Terri Schiavo δεν μπορούσαν σε καμία περίπτωση να αμφισβητηθούν.

Από το 1994 πλέον ο Michael Schiavo πιστεύει ότι οι προσπάθειες αποκατάστασης ή έστω βελτίωσης είναι ανέλπιδες, ότι η ζωή που ζούσε η σύζυγος του ήταν κατ' ουσίαν βασανιστική, εστερείτο νοήματος και ότι η ίδια σε καμία περίπτωση αν μπορούσε να

αποφασίσει δεν θα την επέλεγε. Το 1998 Michael Schiavo ως ο νόμιμος εκπρόσωπός της (guardian ad litem) ζήτησε τη δικαστική άδεια να απομακρυνθεί η τεχνική υποστήριξη που την κρατούσε στη ζωή.

Η περίπτωση της Terri Schiavo θα ακολουθούσε κατά πάσα πιθανότητα το δεδικασμένο των σχετικά αναλόγων, προηγούμενων περιπτώσεων που είχαν εκδικαστεί στις ΗΠΑ και συγκεκριμένα αυτών της Karen Ann Quinlan και της Nancy Cruzan, αν δεν συναντούσε την ισχυρότατη αντίρρηση των γονέων της Terri Schiavo, Robert και Mary Schindler.

Η οικογένεια Schindler, καθολική κατά παράδοση όπως μαρτυρεί και το πλήρες όνομα της Terry, Saint Teresa of Avila, αντέδρασε εντονότατα δεδομένου ότι μια τέτοια πράξη, πράξη ευθανασίας, ερχόταν σύμφωνα με την αντίληψή τους σε πλήρη αντίθεση με τα θρησκευτικά τους πιστεύω. Σύμφωνα με την οικογένεια Schindler και η ίδια η Terry σεβόταν απολύτως την καθολική παράδοση και αποκλείουν το γεγονός να ήθελε η κόρη τους να τερματίσει τη ζωή της με αυτόν τον όπως τον χαρακτήρισαν, εξωχριστιανικό τρόπο. Παράλληλα αμφισβήτησαν και την επιστημονική διάγνωση της PVS.

Η συνέχεια υπήρξε ένα πραγματικό αλλά και τραγικό Truman Show. Μέχρι το Μάρτιο του 2005 εκτός από το ιατρικό ιστορικό είχε δημιουργηθεί και το δικαστικό ιστορικό Terri Schiavo το οποίο περιλάμβανε δεκατέσσερις εκκλήσεις και αναριθμητές κινήσεις, αιτήσεις και ακροάσεις στα δικαστήρια της Florida. Οι αλληπάλληλες και αντικρουόμενες δικαστικές αποφάσεις είχαν ως τραγική συνέπεια την αφαίρεση και επανεισαγωγή του σωλήνα σίτισης από την Terry τρεις φορές!!

Η δραματική αλλά και πέρα από κάθε όριο σεβασμού της ανθρώπινης αξιοπρέπειας διαδικασία ξεκινά **στις 26.4.2001 όταν αφαιρείται για πρώτη φορά ο σωλήνας σίτισης από την Terry για να επανεισαχθεί δύο ημέρες αργότερα!**

Η δικαστική διαμάχη συνεχίζεται και το 2003 το δικαστήριο εκτός από τις συνεχείς επαναλήψεις των ιατρικών διαγνωστικών εξετάσεων για να επιβεβαιωθεί ή να αποκλειστεί η PVS, αποφασίζει και ζητά τον ορισμό πέντε εμπειρογνομόνων για να επανεξετάσουν την κατάσταση. Σύμφωνα με την απόφαση του δικαστηρίου, δύο εμπειρογνώμονες επιλέγονται από την πλευρά του συζύγου, δύο από την πλευρά της οικογένειας Schindler και ένας από το ίδιο το δικαστήριο. Από το δικαστήριο ζητήθηκε επίσης και πολύωρη βιντεοσκόπηση της καθημερινότητας της Terry για να μπορέσει να κρίνει όσο το δυνατόν πιο αντικειμενικά την κατάσταση.

Οι τρεις από τους πέντε εμπειρογνώμονες, και συγκεκριμένα η πλευρά του συζύγου και ο εμπειρογνώμονας του δικαστηρίου, γνωμάτευσαν την αδιαμφισβήτητη ύπαρξη PVS. Οι εμπειρογνώμονες από την πλευρά Schindler αμφισβήτησαν την PVS χαρακτηρίζοντας την κατάσταση ως οριακή με δυνατότητες βελτίωσης και πιθανώς αναστρέψιμη.

Το δικαστήριο με βάση τις γνωματεύσεις των εμπειρογνομόνων αλλά και την παρακολούθηση του video αποφασίζει ότι η Terry βρίσκεται σαφώς σε PVS, δίνει τη σχετική εντολή και ο **σωλήνας αφαιρείται για δεύτερη φορά στις 15.10.2003!**

Η εξέλιξη προκαλεί την αντίδραση σημαντικού μέρους της κοινής γνώμης της Florida αλλά και της αμερικανικής κοινής γνώμης γενικότερα, κυρίως μελών θρησκευτικών οργανώσεων και ομάδων με ακραία συντηρητικές αντιλήψεις. Οι ομάδες αυτές αντιτιθέμενες με πάθος στην πράξη της αφαίρεσης του σωλήνα σίτισης ζητούν την άμεση παρέμβαση του κυβερνήτη της Florida. Το αίτημα βρίσκει όντως την άμεση ανταπόκριση του κυβερνήτη της Florida Jeb Bush με την παρέμβαση του οποίου ο κυβερνήτης της πολιτείας, δηλαδή ο ίδιος, αποκτά το νομικό δικαίωμα να δώσει εντολή για «επανεισα-

γωγή σωλήνα σίτισης σε κάποιο άτομο όταν»:

1. Το άτομο αυτό δεν έχει αφήσει κάποια προηγούμενη γραπτή εντολή
2. Το δικαστήριο έχει δεχτεί ότι το άτομο βρίσκεται σε PVS
3. Στο άτομο έχει αφαιρεθεί ο προϋπάρχων σωλήνας σίτισης/υδάτωσης
4. Κάποιο άτομο της οικογένειας έχει αντίρρηση για την πράξη αυτή

Για την άμεση εφαρμογή του φωτογραφικού αυτού νόμου ο οποίος έγινε γνωστός ως "Terri's Law", ο κυβερνήτης Bush έστειλε ενόπλους οι οποίοι μετέφεραν την άτυχη κοπέλα σε άλλο νοσοκομείο στο οποίο και έγινε η **2^η επανεισαγωγή του σωλήνα στις 21.10.2003, 7 ημέρες δηλαδή μετά τη δεύτερη αφαίρεση!**

Η νομιμότητα του "Terri's Law" αμφισβητήθηκε αμέσως και την άνοιξη του 2004 το Florida Supreme Court αποφάσισε ότι ο νόμος ήταν αντισυνταγματικός εφόσον παραβιάζει την ανεξαρτησία των τριών διακριτών δημοκρατικών εξουσιών, νομοθετικής, δικαστικής και εκτελεστικής. Ο δικαστής που γνωμοδότησε για την αντισυνταγματικότητα του λεγόμενου "Terri's Law" αρνήθηκε την οποιαδήποτε παρέμβαση στο έργο του ενώ παράλληλα, επειδή εδέχετο συνεχείς απειλές, εφρουρείτο για να προστατευτεί η σωματική του ακεραιότητα!

Στις 18.3.2005 στις 1.45min ο σωλήνας απομακρύνεται για τρίτη φορά οριστικά πλέον. Η Terri Schiavo έφυγε από τη ζωή 13 μέρες μετά.¹⁴⁻¹⁷

Το πιο σημαντικό κοινό σημείο στις περιπτώσεις Quinlan, Cruzan και Schiavo, πέραν των εξωτερικών «φυσικών» ομοιοτήτων (PVS, κώμα, ανάγκη υποστήριξης για τη διατήρηση στη ζωή κ.α), είναι το ότι η δικαιοσύνη, επί της ουσίας, σε καμία περίπτωση για την απόφασή της δεν έλαβε υπόψη της την άποψη είτε του συγγενικού περιβάλλοντος είτε των θεραπόντων γιατρών. Σε όλες τις περιπτώσεις η δικαιοσύνη έκρινε με κύριο γνώμονά της την αρχή της αυτονομίας και συνακόλουθα το συμφέρον και την αξιοπρέπεια του ασθενούς υπό την έννοια ότι αν ο ασθενής ήταν σε θέση να αποφασίσει θα επέλεγε τη διακοπή της τεχνικής υποστήριξης.

Όσον αφορά στην τεχνική υποστήριξη είναι γεγονός ότι και η Ορθόδοξη Εκκλησία σήμερα όπως αναφέρει ο Μητροπολίτης Μεσογαίας & Λαυρεωτικής κ. Νικόλαος «στέκεται προβληματισμένη και συνεσταλμένη μπροστά σε αυτό που η ιατρική τεχνολογία δημιούργησε και η ιατρική επιστήμη αποκαλεί εγκεφαλικό θάνατο».

Πάντα σύμφωνα με τον Μητροπολίτη Μεσογαίας & Λαυρεωτικής κ. Νικόλαο «η πρόοδος της τεχνολογίας έχει δημιουργήσει ανθρώπους που δεν μπορούν να πεθάνουν ή δεν μπορούν να πεθάνουν φυσιολογικά.. Η εξαντλητική προσπάθεια να καθυστερήσουμε τη στιγμή του θανάτου όταν αυτή έχει επέλθει καταδεικνύει ολιγοπιστία, επιγειότητα και δυσκολία αποδοχής του θελήματος του θεού. Η ίδια η φύση όταν η ζωή κινδυνεύει να εκφυλισθεί σε επιβίωση προστατεύει με το θάνατο». Και ακόμα, «η ενεργητική ευθανασία έχει τα χαρακτηριστικά της σκληρότητας και του φόνου. Και η λεγόμενη παθητική ευθανασία έχει το στοιχείο της εγκατάλειψης. Η εκκλησία αντιτίθεται και στα δύο. Εκεί που βλέπει την ανάγκη συζήτησης είναι η άρνηση ή διακοπή της μη επιθετικής θεραπευτικής. Γιατί ενίοτε αυτή η θεραπευτική δεν θεραπεύει αλλά βασανίζει δίχως λόγο και παρεμποδίζει την ευλογία του θανάτου».¹⁸

Αλλά και κατά τον Μητροπολίτη Περγάμου Ιωάννη, «ή με τεχνητά μέσα άσκοπη παράταση της ζωής ενέχει και αυτή το χαρακτήρα αλαζονικής στάσεως του ανθρώπου, ανάλογης με εκείνη της βιαίας διακοπής της».¹⁹

Ένας άλλος παράγοντας, πέραν της αρχής της αυτονομίας και της ανάγκης για

σεβασμό της αξιοπρέπειας του ατόμου, υπό το πρίσμα του οποίου θα πρέπει να αντιμετωπίζεται σήμερα η ευθανασία είναι η αλληλεγγύη, και συγκεκριμένα η κοινωνική αλληλεγγύη.

Η ευθανασία φυσικά και θα πρέπει να αντιμετωπίζεται με κύριο γνώμονα την αυτόνομη θέληση και την αξιοπρέπεια του ατόμου για τα οποία όμως δεν μπορεί να αποφασίζει ένας αλλά, απαιτείται συλλογική και κατά το δυνατόν θεσμοθετημένη διαδικασία απόφασης. Για λόγους κοινωνικής ασφάλειας και προστασίας των ανθρώπινων δικαιωμάτων δεν είναι δυνατόν να αποφασίζει ένα άτομο, είτε ειδικός είτε από το οικογενειακό περιβάλλον του νοσούντος, για το ποια θα ήταν η απόφαση του ασθενούς αν αυτός μπορούσε να αποφασίσει αλλά απαιτείται ομάδα ειδικά εκπαιδευμένων επιστημόνων και συγκεκριμένες θεσμοθετημένες διαδικασίες που θα απομακρύνουν τον κίνδυνο λαθών και παρανοήσεων είτε από άγνοια είτε από ενδεχόμενο δόλο.

Για το λόγο αυτό, για την προάσπιση δηλαδή του δικαιώματος του ανθρώπου στο ύψιστο θείο δώρο της ζωής, για το εξαιρετικά ευαίσθητο θέμα της ευθανασίας έχουν προταθεί δικλείδες ασφαλείας σύμφωνα με τις οποίες²⁰:

1. Κανένας δεν μπορεί να εξουσιοδοτείται είτε από το κράτος είτε από την κοινωνία να αναλάβει ατομικά την ευθύνη της επιλογής του θανάτου ενός άλλου ατόμου.
2. Αποφάσεις που οδηγούν έστω και εμμέσως στο θάνατο κάποιου ατόμου προϋποθέτουν διαδικασία συναίνεσης ομάδας ατόμων.
3. Κανένα άτομο δεν μπορεί από μόνο του να κρίνει και να επικυρώσει απόφαση που αφορά έστω και εμμέσως στο θάνατο κάποιου ατόμου ακόμα και αν η απόφαση έχει ληφθεί από το ίδιο το νοσούν άτομο, τον γιατρό του ή άτομο της οικογενείας του.
4. Όσο αυτό είναι δυνατό, οι αποφάσεις που σχετίζονται με το τέλος αλλά και τη φροντίδα του τέλους της ζωής του ανθρώπου δεν θα πρέπει να εξατομικεύονται αλλά θα πρέπει να υπαγορεύονται βήμα προς βήμα από συστηματικές κατευθυντήριες οδηγίες κυβερνητικών οργανισμών ή και μη κυβερνητικών οργανώσεων.

Επίλογος σε οποιαδήποτε προσπάθεια προσέγγισης σε ένα θέμα όπως αυτό της ευθανασίας εξακολουθεί να παραμένει τουλάχιστον πρόωρος. Υπάρχουν μια σειρά ερωτήματα και διλήμματα ιατρικά αλλά και κοινωνικοοικονομικά, θρησκευτικά, φιλοσοφικά και νομικά που οδηγούν αναπόφευκτα στο 'πρώτο' ζήτημα στο οποίο οφείλεται απόκριση από τη σύγχρονη κοινωνική πρακτική και αυτό είναι η ανάγκη για δημιουργία των κοινωνικών δομών και των δικλείδων ασφαλείας που θα είναι ικανές να προστατεύουν την ανθρώπινη ύπαρξη σε κάθε της διάσταση.^{21,22} Το τέλος της αυτόνομης, ατομικής επιλογής προφανώς δεν έχει φτάσει, η σκέψη αυτή δεν έχει θέση στις κρατούσες κοινωνικές συνθήκες. Οπωσδήποτε όμως ακόμα και στις περιπτώσεις που η ευθανασία είναι η επιλογή, η επιλογή αυτή δεν μπορεί να είναι αποτέλεσμα ατομικής απόφασης αλλά συλλογικής συναίνεσης. Και φυσικά η δικαίωση της ανθρώπινης ύπαρξης θα πρέπει να προσεγγίζεται περισσότερο ως προσπάθεια για βελτίωση της παρηγορητικής αγωγής (*)²³ και όχι ως εξοικείωση ή εξιδανίκευση της ιδέας του θανάτου. Λαμβάνοντας υπόψη ακόμα και τη φροούντιανή έννοια περί άγχους θανάτου μια τέτοια εξοικείωση δείχνει και φιλοσοφικά ακόμα πολύ μακρινή!

There could be no death with dignity.
Death is too profound a blow to our self hood,
to everything good about our existence.

Paul Ramsey

(*)²³

ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ WHO ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΑΡΗΓΟΡΗΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ (PALLIATIVE CARE) 2002

Η παρηγορητική φροντίδα είναι μια προσέγγιση η οποία βελτιώνει την ποιότητα ζωής των ασθενών αλλά και των οικογενειών τους που αντιμετωπίζουν ασθένεια απειλητική για τη ζωή, μέσω της πρόληψης και της ανακούφισης του πόνου, με μέσα έγκαιρης διάγνωσης, αξιολόγησης και άριστης δυνατής θεραπείας από τον πόνο και από άλλα προβλήματα, φυσικά, ψυχοκοινωνικά και πνευματικά.

ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ WHO ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΑΡΗΓΟΡΗΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ (PALLIATIVE CARE) 1982

«Η ολοκληρωμένη ενεργητική φροντίδα ασθενών των οποίων η ασθένεια δεν ανταποκρίνεται σε θεραπευτική αγωγή. Ο έλεγχος του πόνου ή άλλων συμπτωμάτων και ψυχολογικών, κοινωνικών και πνευματικών προβλημάτων είναι επιβεβλημένη.

Ο στόχος της παρηγορητικής φροντίδας είναι η επίτευξη της καλύτερης δυνατής ποιότητας ζωής για τους ασθενείς και για τις οικογένειες τους».

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Kerridge I, Mitchell K. The legislation of active voluntary euthanasia in Australia: will the slippery slope prove fatal? *Med Ethics* 1996; 22:273-278
2. Perrett R. Buddhism, euthanasia and the sanctity of life, *Med Ethics* 1996; 22: 309-313
3. Singleton J, McLaren S. A critical ethical approach to the problem of euthanasia. In: *Ethical Foundations of Health Care*, London, Mosby 1995; p.65-72
4. Haring B. The death of man. In: *Medical Ethics* London St Paul Publications 1987; p.120-151
5. Tristram-Engelhardt H, JR. Free and informed consent /Euthanasia. In: *the Foundations of Bioethics*, N.Y. Oxford University Press, 1986; p.316-317
6. Mappes T. Euthanasia and the definition of death. In: *Biomedical Ethics* Ed. Mappes, T Zembaty J, N.Y. McGraw-Hill, Inc, 1991; p.361-367
7. Council on Ethical and Judicial Affairs. AMA:Decisions near the end of life. *JAMA* 1992; 267:2229-2233
8. *Cruzan v. Director, Missouri Dept of Health*, 1990;110 S Ct 2841, 2852
9. White BD, Siegler M, Singer PA, Iserson KV. What does Cruzan mean to the practicing physician? *Arch Int Med* 1991; 151:925-928
10. Annas GJ. Cruzan and the right to die. *N Engl J Med* 1990;323:670-673
11. Annas GJ, Arnold B, Aroskar M, et. al. Bioethicists statement on the US Supreme Court's Cruzan decision. *N Engl J Med* 1990;323:686-7
12. http://en.wikipedia.org/wiki/Karen_Ann_Quinlan
13. http://en.wikipedia.org/wiki/Nancy_Cruzan
14. Wolfson, J. "Erring on the Side of Theresa Schiavo: Reflections of the Special Guardian ad Litem, :Hastings Center Report 35, No.3 (2005):16-19
15. Dresser, R. "Schiavo's Legacy: The Need for an objective Standard: Hastings Center Report 35, No.3 (2005):20-22
16. http://en.wikipedia.org/wiki/Terry_Schiavo
17. Annas, GJ. "Culture of Life" Politics at the bedside- The case of Terry Schiavo. *N. Engl J Med* 2005; April 21, 352;16 1710-1715
18. Μητροπολίτου Μεσογαίας & Λαυρωτικής Νικολάου. "Παράταση Ζωής ή Παρεμπόδιση θανάτου; Ηθικοί Προβληματισμοί". Ημερίδα: Εξαντλητικές Παρεμβάσεις στις ΜΕΘ- Όροι και όρια. 22.3.2005
19. Μητροπολίτη Περγάμου Ιωάννη (Ζηζιούλα) Ευθανασία. Αποφάσεις κατά το τέλος ζωής, Παν-

δοχείον, Ιούνιος 2002, τεύχος 6, σ. 58

20. Burt, A R. "The End of Autonomy", Improving End of Life Care": Why has it been so Difficult? Hastings Center Report Special Report 35, no 6 (2005): S9-S13
21. Τζαβέλα, Φ., Ζηρογιάννης, Π.Ν. Η Ευθανασία ως επιλογή του τέλους της Ζωής. Στο: Κλινική Νεφρολογία. Εκδ. Ζηρογιάννης, Π.Ν, Αθήνα, Ιατρικές Εκδόσεις, 2005; σ. 3678-3684.
22. Ζηρογιάννης, Π.Ν, Τζαβέλα, Φ., Κουτσελίνης, Α. Ευθανασία: Η ηθική του τέλους της ζωής. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 1998:15(4): 382-389
23. Foley, M K. The past and future of palliative care. Hastings Center Report Special Report 35, no 6 (2005): S42-S46.

Αντιφώνηση

Ι. Παπαπαναγιώτου

Κύριε Πρόεδρε,

Ευχαριστώ πολύ το Δ.Σ. της Εταιρείας και σας προσωπικώς, για την τιμή να με αναγορεύσετε σε «Κήρυκα του Ιπποκρατείου Πνεύματος».

Η διάκριση αυτή με τιμά ιδιαίτερος, γιατί προέρχεται από συναδέλφους ιατρούς, γνωστού κύρους και ηθικής προσωπικότητας. Νομίζω, ότι για ένα επιστήμονα η αναγνώριση από μέλη της κοινότητος, στην οποία εργάστηκε, αποτελεί ιδιαίτερη τιμή.

Η προσπάθεια της Εταιρείας σας για τη διάδοση του Ιπποκρατείου Πνεύματος, είναι όχι μόνο αξιέπαινη αλλά και αναγκαία. Είναι αναγκαία από τη διαπίστωση της απομακρύνσεως από τις αρχές αυτές.

Οι αρχές του Ιπποκράτη διατυπώθηκαν από τον 4^ο π.χ. αιώνα και διασώθηκαν μέχρι σήμερα με τον όρκο του Ιπποκράτη. Ο όρκος αυτός, επί αιώνες, υπήρξε το μοναδικό πρότυπο της ιατρικής επαγγελματικής ηθικής και καθόρισε την επαγγελματική και κοινωνική συμπεριφορά πολλών γενεών ιατρών. Ο όρκος θεωρείται από τα πιο όμορφα μνημεία της αρχαίας Ελληνικής γραμματείας, όπως αναφέρει ο Καθηγητής Λυπουρλής, στο βιβλίο του «Ιπποκρατική Ιατρική».

Η πρόοδος της ιατρικής είχε ως επακόλουθο την αλλαγή ορισμένων σημείων του όρκου αυτού. Μεταβλήθηκαν κυρίως σημεία που αφορούσαν εις την καθαρώς ιατρικήν πλευρά του όρκου. Αλλά δεν έγινε καμία αλλαγή στα σημεία που αφορούν στη γενική συμπεριφορά του ιατρού με τους ασθενείς, τους άλλους ιατρούς και την κοινότητα γενικότερα. Έχουν δημοσιευθεί διάφορες παραλλαγές του όρκου, που χρησιμοποιούνται για την ορκωμοσία των νέων ιατρών σε πολλές ιατρικές σχολές.

Αλλά και γενικότερες διακηρύξεις που αφορούν εις τη συμπεριφορά του ιατρού, έχουν ως βάση τον όρκο του Ιπποκράτη. Τέτοιες διακηρύξεις είναι της Γενεύης το 1948, που εγκρίθηκε από την Παγκόσμιο Ιατρική Ένωση και τροποποιήθηκε το 1968, το 1994, το 2005 και το 2006. Η αυτή ένωση έχει θεσπίσει επίσης κώδικα, που αφορά εις τις υποχρεώσεις του ιατρού γενικώς, τις σχέσεις με τους ασθενείς και τις σχέσεις μεταξύ των ιατρών. Ενέκρινε επίσης τον κώδικα της Νυρεμβέργης για τα πειράματα σε ανθρώπους, έναν κώδικα που διατυπώθηκε υπό τη σκιά της δίκης της Νυρεμβέργης, για τα εγκλήματα του 2^{ου} Παγκοσμίου Πολέμου. Παρόμοιος κώδικας είναι και η διακήρυξη του HELSINKI, του 1964, που καθόρισε τις αρχές για τις ιατρικές έρευνες, στις οποίες εμπλέκονται και άνθρωποι.

Τα θέματα ιατρικής ηθικής απασχολούν διεθνώς την επιστημονική κοινότητα και

έχει επιτευχθεί σοβαρό έργο στην κατεύθυνση αυτή. Στη χώρα μας η Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής (με πρόεδρο τον καθηγητή κ. Κουμάντο), έχει παρουσιάσει σοβαρό έργο και χρήσιμο για την επιστημονική κοινότητα.

Η σημερινή ημερίδα κάλυψε το θέμα της Ιπποκρατικής ηθικής, από όλες τις πλευρές. Παρά τον φόβο περιπτώσεων επαναλήψεων, θα ήθελα να επιστήσω την προσοχή σε ορισμένα σημεία.

Η παράβαση των ιατρικών κανόνων του όρκου είναι εύκολο να ελεγχθούν, να διορθωθούν ή και να επισύρουν τιμωρία. Παράβαση όμως των ηθικών επιταγών του όρκου, δύσκολα εντοπίζονται, ελέγχονται ή τιμωρούνται. Ο ιατρός που παραβαίνει τους ηθικούς κανόνες δύσκολα συμμορφώνεται ή αλλάζει συμπεριφορά. Στις περιπτώσεις αυτές ποια είναι η αξία της ορκωμοσίας;

Η πρόοδος της ιατρικής και η μεταβολή των κοινωνικών συνθηκών είχε επίδραση και στις σχέσεις ιατρού και ασθενούς. Ο ιατρός εργάζεται συνήθως σε ιδρύματα ή οργανισμούς υγειονομικής περιθάλψεως και είναι υποχρεωμένος να ακολουθεί την πολιτική των οργανισμών αυτών. Υπάρχει πιθανότητα η πολιτική αυτή να έρχεται σε σύγκρουση με τις αρχές και τις επιστημονικές γνώσεις του ιατρού. Να υπάρχουν έτσι περιορισμοί εις την αντιμετώπιση του ασθενούς, την εκτέλεση εργαστηριακών εξετάσεων ή τη θεραπευτική αγωγή. Στις περιπτώσεις αυτές ποια η θέση του ιατρού;

Μήπως παραβαίνει τον όρκο του;

Αυτά και άλλα σημεία που οδηγούν σε παράβαση του όρκου του ιατρού μπορούν να αντιμετωπισθούν με την κατάλληλη ιατρική εκπαίδευση, σε όλες τις πτυχές του όρκου. Η εκπαίδευση αυτή πρέπει να είναι συνεχής, να προσαρμόζεται στις εκάστοτε επιστημονικές και κοινωνικές συνθήκες και εξελίξεις, να συνοδεύεται από το καλό παράδειγμα και το ύφος των επαιδόντων και τη διάθεση των νεότερων για το σεβασμό του Ιπποκρατείου πνεύματος.

Στον τομέα αυτό η Εταιρεία σας μπορεί να συμβάλλει σημαντικά.