

ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΥΘΥΝΗ ΚΑΙ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΠΛΕΙΟΝΩΝ ΣΤΗΝ ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΡΑΞΗ ΚΑΙ ΜΕΤΑΔΟΣΗ ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΣ

Μαρία Κανελλοπούλου-Μπότη
Επίκουρη Καθηγήτρια, Ιόνιο Πανεπιστήμιο

1. Εισαγωγή

Για την ευθύνη προς αποζημίωση, βασική εκδήλωση της αστικής ευθύνης, το δικαίό μας ακολουθεί την αρχή της υπαιτιότητας¹. Η αρχή αυτή εφαρμόζεται και στην ιατρική ευθύνη προς αποζημίωση τρίτου για ιατρικό σφάλμα ή για πλημμελή μετάδοση ιατρικής πληροφορίας. Έτσι, για να καταδικασθεί για ιατρικό σφάλμα ο ιατρός πρέπει να βαρύνεται με παράνομη πράξη που προκάλεσε ζημία στον ασθενή του είτε με δόλο είτε με αμέλεια. Καθώς η περίπτωση της παράνομης πρόκλησης ζημίας σε ασθενή από ιατρό λόγω δόλου αποτελεί οπωσδήποτε την εξαίρεση, η έρευνα του ιατρικού σφάλματος και της εντεύθεν αστικής ευθύνης εστιάζει στην υπαιτιότητα με τη μορφή της αμέλειας του ιατρού. Σε κάθε περίπτωση, ο κανόνας είναι ότι ο ιατρός ευθύνεται για τη δική του, προσωπική, αμελή πράξη που προκάλεσε ζημία στον ασθενή του (είτε περιουσιακή είτε ηθική) και για αυτή τη ζημία οφείλει αποζημίωση ή/και χρηματική ικανοποίηση ηθικής βλάβης-ψυχικής οδύνης.

¹Βλ. ΣΤΑΘΟΠΟΥΛΟΣ σε ΓΕΩΡΓΙΑΔΗ-ΣΤΑΘΟΠΟΥΛΟΥ, Έρμηνεία Αστικού Κώδικα, εισαγωγή άρ. 330, 48. Τονίζεται εκεί ότι η υπαιτιότητα δεν είναι πάντοτε αναγκαίος όρος της ευθύνης. Για παράδειγμα, δεν απαιτείται για την ευθύνη από μη εκπλήρωση συμβατικής υποχρέωσης ή για ευθύνη από αδικαιολόγητο πλουτισμό. Επίσης, δεν έχει βέβαια εφαρμογή στην ευθύνη από αλλότριες πράξεις (πράξεις άλλων).

Όμως, ανακύπτει συχνά στην ιατρική ευθύνη, το ερώτημα της ευθύνης, όταν στη ζημία φέρονται να εμπλέκονται περισσότεροι του ενός ιατροί ή και νοσηλευτές, παραϊατρικό προσωπικό κ.λπ. Η εμπλοκή πλειόνων συντελεστών εδώ μπορεί να λάβει διάφορες μορφές, οι οποίες μπορούν (για λόγους ευκολίας) εδώ να διαχωριστούν στις κατωτέρω:

1. Εμπλοκή σε ιατρική πράξη με την έννοιά της ως κοινής πράξης πλειόνων, κατά την ΑΚ926 εδ. 1 και εδ. 3². Παράδειγμα: ένα χειρουργείο, στο οποίο συμμετέχουν ο χειρουργός, ο βοηθός χειρουργού, ένας ειδικευόμενος, ο αναισθησιολόγος και οι νοσηλεύτριες.
2. Εμπλοκή σε ιατρική πράξη με την έννοια της παραπομπής από τον έναν ιατρό (θεράποντα ή μη) σε άλλον. Παράδειγμα: ο καρδιολόγος παραπέμπει τον ασθενή του σε καρδιοχειρουργό για καρδιοχειρουργική επέμβαση ή ο παθολόγος σε χειρουργό για επέμβαση σκωληκοειδίτιδας.
3. Εμπλοκή σε ιατρική πράξη με την έννοια της παραγγελίας-παραπομπής ασθενούς για διεξαγωγή εξετάσεων προς τον σκοπό της διάγνωσης/θεραπείας σε άλλον ιατρό, ο οποίος αναλαμβάνει να διεξαγάγει τις εξετάσεις αυτές. Παράδειγμα: ο θεράπων παθολόγος παραγγέλλει αιματολογικές ή υπερηχογραφικές εξετάσεις σε ακτινολόγο.

Η έννοια της κοινής πράξης πλειόνων είναι καταρχήν ότι η αιτιώδης σύμπραξη ή συμμετοχή, με οποιαδήποτε μορφή, στην αδικοπραξία και ειδικότερα, είτε στην τέλεση της πράξης είτε στην επαγωγή της ζημίας. Έτσι, εμπίπτει στην έννοια αυτή, μεταξύ των άλλων, και η μορφή της αναγκαίας αιτιότητας, δηλαδή η περίπτωση κατά την οποία η ζημία επήλθε με τις ενέργειες δύο ή περισσότερων προσώπων από τις οποίες μόνη της καθεμία δεν μπορούσε να προκαλέσει τη ζημία ή την έκτασή της. Αρκεί κάθε ενέργεια να συνδέεται αιτιωδώς με το αποτέλεσμα δηλαδή την επαγωγή της ζημίας³. Οι μορφές συμμετοχής στην πράξη είναι επομένως πολλές: για παράδειγμα, συμπεριλαμβάνεται η συναυτουργία με την ευρεία έννοια (συμπεριλαμβάνει την κοινή αμέλεια ή αμέλεια του ενός και δόλου του άλλου συναυτουργού), η ηθική αυτουργία, η άμεση και απλή συνέργεια με την έννοια πάλι του αστικού δικαίου ευρύτερα κι όχι στενά του ποινικού δικαίου, η παραυτουργία αλλά και η σωρευτική αιτιότητα σε σχέση με τη ζημιόγono πράξη. Το αποτέλεσμα είναι η ευθύνη όλων σε ολόκληρο έναντι του ζημιωθέντος. Ακόμη, κατά την ΑΚ926 εδ. 3, όταν πολλοί ενέργησαν είτε παράλληλα είτε διαδοχικά είτε ταυτόχρονα και δεν είναι δυνατό να εξακριβωθεί ποιος προκάλεσε τη ζημία, και πάλι προκύπτει ευθύνη

² Δεν ερευνάται εδώ η παράγραφος 2 του άρ. 926ΑΚ, περί παράλληλης συν-ευθύνης περισσότερων μερών, όπως ιατρός/ασφαλιστική εταιρεία, ιατρός/νοσοκομείο κ.λπ. γιατί εκεί, δεν πρόκειται για κοινή πράξη στην πραγματικότητα.

³ ΑΠ 854/1974, κρατούσα γνώμη, άλλως ΦΙΛΙΟΣ, που στηρίζει μόνο τη συναυτουργία με την έννοια του Ποινικού Κώδικα, ΝοΒ 9, (432).

όλων σε ολόκληρο. Η αμφιβολία, δηλαδή, ενεργεί για λόγους επιείκειας υπέρ του ζημιωθέντος⁴.

Πάντως, είναι ενδιαφέρον ότι «...δεν κρατεί ομοφωνία ως προς τον εννοιολογικό διαχωρισμό μεταξύ των τριών κατηγοριών. Το ποιες περιπτώσεις υπάγονται στη μια ή την άλλη κατηγορία και βάσει ποιών κριτηρίων πρέπει να γίνεται ο διαχωρισμός είναι από τα πιο αμφισβητούμενα ζητήματα στη θεωρία και στη πράξη. Η νομολογία των δικαστηρίων μας, ενδιαφερόμενη συνήθως για το τελικό αποτέλεσμα, δηλαδή την ευθύνη εις ολόκληρον των περισσότερων υπόχρεων παρά για τη θεωρητική θεμελίωση, άλλοτε εφαρμόζει την ΑΚ926 χωρίς να εντάσσει την κρινόμενη περίπτωση σε μια από τις τρεις κατηγορίες και άλλοτε χρησιμοποιεί τα ίδια περίπου κριτήρια και για τις τρεις κατηγορίες περιπτώσεων. Στην αβεβαιότητα γύρω από την ερμηνεία της διάταξης συμβάλλει ότι μερικοί από τους συγγραφείς παίρνουν ως αφετηρία τα πορίσματα της ποινικής επιστήμης για τη συμμετοχική δράση, ενώ άλλοι εργάζονται αποκλειστικά με έννοιες του αστικού δικαίου».

Αλλά και η ίδια η δογματική θεμελίωση της διάταξης συζητείται ζωηρά στην επιστήμη. «...Κατά μια άποψη, η ΑΚ926 εδ. 2 συνιστά παραγωγικό λόγο όχι μόνο ευθύνης εις ολόκληρο, αλλά και ευθύνης γενικά, σε αντίθεση με τις υποθέσεις της ΑΚ926 εδ. 1, στις οποίες η ευθύνη έστω και διηρημένη προϋποτίθεται βάσει άλλων διατάξεων. Ο λόγος είναι ότι χωρίς τη διάταξη αυτή, η αξίωση του ζημιωθέντος θα ματαιωνόταν λόγω αδυναμίας να αποδείξει την αιτιώδη συνάφεια. Κατά άλλη γνώμη, η διάταξη καθιερώνει απλά και μόνο ένα μαχητό τεκμήριο πραγματικής αιτιότητας είτε ένα κανόνα κατανομής του βάρους της απόδειξης της πραγματικής αιτιότητας...»⁵. Παράλληλα, και στο αγγλοσαξονικό δίκαιο παρατηρείται ότι «...οι όροι “κοινές αδικοπραξίες”⁶ και “κοινοί αδικοπραγήσαντες”⁷ έχουν συνδεθεί με σημαντική σύγχυση και ανασφάλεια. Πολλές προσάθειες έχουν καταβληθεί για τον ορισμό τους και πολλά κριτήρια έχουν προταθεί για να διευκρινισθεί πότε ισχύει η μια ή η άλλη περίπτωση. Μια έρευνα στις πολλές υποθέσεις όπου έχει διακριβωθεί η κοινή ευθύνη πλειόνων μας οδηγεί στο συμπέρασμα ότι οι έννοιες έχουν σημάνει στο παρελθόν πολλά διαφορετικά πράγματα για πολλά διαφορετικά δικαστήρια, αλλά και συχνά για το ίδιο ακριβώς δικαστήριο και ότι πολλή από την υπάρχουσα σύγχυση οφείλεται στην αποτυχία να διακρίνουμε τις διαφορετικές έννοιες

⁴Βλ. ΓΕΩΡΓΙΑΔΗΣ, στο ΓΕΩΡΓΙΑΔΗ-ΣΤΑΘΟΠΟΥΛΟΥ Ερμηνεία ΑΚ, ΑΚ 926, εισαγωγή, 4. Επίσης, το διαφορετικό μέτρο απόδειξης στην ποινική και αστική ευθύνη περιπλέκει ίσως ακόμη περισσότερο τα πράγματα εδώ.

⁵Βλ. ΓΕΩΡΓΙΑΔΗΣ στο ΓΕΩΡΓΙΑΔΗ-ΣΤΑΘΟΠΟΥΛΟΥ ΑΚ, Εισ. 926, άρ. 12, 1982.

⁶'Joint torts' στο πρωτότυπο, PROSSER and KEETON on Torts, fifth edition, West Publishing Co., 1984, σ. 322. Μετάφραση της γράφουσας.

⁷'Joint tortfeasors' στο πρωτότυπο, PROSSER and KEETON on Torts, fifth edition, West Publishing Co., 1984, σ. 322.

με τις οποίες οι όροι χρησιμοποιούνται, κάτι που συχνά έχει ατυχείς συνέπειες για την ουσία του δικαίου...”⁸.

Εάν εδώ προσθέσουμε την ιατρική ευθύνη, η οποία λόγω της φύσης της συνιστά ένα από τα δυσχερέστερα ζητήματα της αστικής ευθύνης, καταλαβαίνουμε ότι το θέμα της ακριβούς διακρίβωσης της συγκλίνουσας αμέλειας ως προς την ιατρική πράξη αποτελεί ένα μείζων, αλλά και δυσπρόσιτο θέμα προς διερεύνηση.

Ακόμη περισσότερο, τελευταία ερευνάται η κοινή ευθύνη πλειόνων όχι μόνο ως προς μια ιατρική πράξη, όπως ένα χειρουργείο που προκάλεσε ζημία, αλλά ως προς την ενημέρωση του ασθενούς. Η πλημμέλεια της μετάδοσης της ιατρικής πληροφορίας μπορεί κι αυτή, όταν ακυρώνει τη συναίνεση του ασθενούς σε ιατρική πράξη/επέμβαση, να οδηγήσει σε ιατρική ευθύνη για σωματική βλάβη ή και θάνατο, αλλά οπωσδήποτε, συνιστά και προσβολή της προσωπικότητάς του με βάση την ΑΚ57⁹. Η δε κοινή ευθύνη για προσβολή προσωπικότητας γενικά, όταν αφορά π.χ. δυσφήμιση/τύπο, αποδίδεται όταν η πράξη παρουσιάζει μια “ενότητα”, ακολουθεί δηλαδή κατά την ελληνική νομολογία έναν κάπως διαφορετικό κανόνα από την ιατρική ευθύνη για ιατρική πράξη πλειόνων/για αδικοπραξία (δηλαδή της 914ΑΚ), όπου αναλύεται μια κοινή πράξη πολλών προκάλεσε ζημία, ή μια διαδοχική ή παράλληλη ενέργεια κ.λπ.

Ειδικότερα επίσης, όσον αφορά την ευθύνη για ενημέρωση και λήψη συναίνεσης του ασθενούς σε ιατρική πράξη, ανακύπτουν ζητήματα όχι μόνο ποιος ίσως δεν ενημέρωσε ή ενημέρωσε πλημμελώς τον ασθενή (στην πράξη), αλλά ανεξάρτητα από αυτά τα πραγματικά γεγονότα, ποιος ήταν, ή δεν ήταν, αρμόδιος να το κάνει, σε ποιον δηλαδή από καθαρά νομικής πλευράς, επιρρίπτεται η ευθύνη της παροχής της ιατρικής πληροφορίας και της διασφάλισης της συναίνεσης σε ιατρική πράξη.

Κέντρο της ευθύνης εδώ πάντως είναι η εις ολόκληρον ευθύνη-ο ασθενής μπορεί να εναγάγει ή να εγκαλέσει όλους τους συμμετόχους μαζί, αλλά και να ζητήσει ολόκληρη την αποζημίωσή του ή τη χρηματική ικανοποίηση της ηθικής του βλάβης από έναν εξ ολοκλήρου, κατά ανέλεγκτη δική του επιλογή.

2. Ιατρική πράξη και συμμετοχή πλειόνων

Πολύ συχνή και απαραίτητη είναι η συνεργασία μεταξύ των διαφόρων ειδικοτήτων και βαθμών ιατρών στην αντιμετώπιση του προβλήματος υγείας ενός ασθενούς. Η κατανο-

⁸Βλ. PROSSER and KEETON on Torts, fifth edition, West Publishing Co., 1984, σ. 322. Μετάφραση της γράφουσας.

⁹Βλ. ΚΑΡΑΚΩΣΤΑ Ι., Ιατρική Ευθύνη, χαρακτηριστικά γνωρίσματα και νομική διάσταση δεοντολογίας, Αθήνα 2008, Νομική Βιβλιοθήκη, ΑΝΔΡΟΥΛΙΔΑΚΗ-ΔΗΜΗΤΡΙΑΔΗ Ι. Η υποχρέωση ενημέρωσης του ασθενούς, Α. Σάκκουλας, 1993, ΚΑΝΕΛΛΟΠΟΥΛΟΥ-ΜΠΟΤΗ Μ. Ιατρική Ευθύνη για μη ενημέρωση ή για πλημμελή ενημέρωση του ασθενούς στο ελληνικό και αγγλοσαξωνικό δίκαιο, Α. Σάκκουλας, 1999, ΦΟΥΝΤΕΔΑΚΗ Κ., Αστική Ιατρική Ευθυνη, Α. Σάκκουλας, 2003, ΨΑΡΟΥΛΗΣ-ΒΟΥΛΤΣΟΣ, Ιατρικό Δίκαιο, Στοιχεία Βιοηθικής, University Studio Press και άλλοι.

μή καθηκόντων μεταξύ των περισσότερων συμμετόχων στην ιατρική πράξη διακρίνεται, για θεωρητικούς λόγους, σε οριζόντια και σε κάθετη κατανομή.

α. Οριζόντια κατανομή καθηκόντων

Σύμφωνα με την αρχή της εμπιστοσύνης, κάθε δράση (ενέργεια ή παράλειψη) διατηρεί την αυτοτέλειά της και κρίνεται ξεχωριστά, ενώ ο κάθε συμμετέχων σε ένα εγχείρημα δικαιούται να αναμένει τη σύννομη (*lege artis*) συμπεριφορά των υπολοίπων συμμετεχόντων¹⁰. Η περίπτωση αυτή εμπίπτει στη γνωστή στο ιατρικό δίκαιο περίπτωση οριζόντιας κατανομής καθηκόντων, της κατανομής καθηκόντων δηλαδή μεταξύ ομοιόβαθμων τη τάξει ιατρών, με κλασικό παράδειγμα τη σχέση χειρουργού-αναισθησιολόγου.¹¹

Η αρχή της εμπιστοσύνης εφαρμόζεται κυρίως¹² στην οριζόντια κατανομή καθηκόντων. Έστω ότι δύο ομοιόβαθμοι ιατροί διαφορετικής ειδικότητας δρουν ταυτόχρονα (συγκλίνουσα δράση) στη φροντίδα του ασθενούς. Όταν τυχόν επέλθει κάποιο βλαπτικό αποτέλεσμα, καθένα από τα δύο αυτά πρόσωπα φέρει την ευθύνη μόνο της ίδιας αυτού συμπεριφοράς στον τομέα της δράσης του.¹³

Έτσι, στην οριζόντια κατανομή καθηκόντων η «αρχή της εμπιστοσύνης», σημαίνει ειδικότερα ότι ο κάθε ιατρός δεν οφείλει στη δράση του να λάβει υπόψη του το ενδεχόμενο τυχόν σφάλματος του άλλου.¹⁴ Ο κάθε ιατρός ευθύνεται μόνο για σφάλματα, τα οποία εμπίπτουν στη σφαίρα ευθύνης του¹⁵ και βέβαια, δεν είναι υποχρεωμένος να πα-

¹⁰Βλ. ΚΑΪΑΦΑ-ΓΚΜΠΑΝΤΙ Μ., Η ποινική ευθύνη του αναισθησιολόγου στις ιατροχειρουργικές επεμβάσεις, ΝοΒ 1989, σελ. 876-877 (872), ΜΑΡΓΑΡΙΤΗΣ Λ., Σωματικές βλάβες, β! εκδ. 2000, 65.

¹¹Βλ. ΣΑΚΚΕΛΑΡΟΠΟΥΛΟΥ Β., Η ποινική αντιμετώπιση του ιατρικού σφάλματος, Σάκκουλας, Αθήνα-Θεσσαλονίκη, 2007, σελ. 105.

¹²Εφαρμόζεται και στην κάθετη κατανομή καθηκόντων, αλλά πιο περιορισμένα, βλ. παρακάτω.

¹³Βλ. ΣΑΚΚΕΛΑΡΟΠΟΥΛΟΥ Β., ό.π.

¹⁴Βλ. ΣΑΚΚΕΛΑΡΟΠΟΥΛΟΥ Β., ό.π.

¹⁵Σχετική ανάλυση βρίσκουμε στην απόφαση του Πλημμελειοδικείου Αθηνών 13873/2009, ΝοΒ 2009, 1466, κατά την οποία "...η αρχή της εμπιστοσύνης αποκλείει την πλημμέλεια της συμπεριφοράς, δηλαδή την αντικειμενική παράβαση του καθήκοντος επιμέλειας και μέσω αυτού, την αντικειμενική υπόσταση του εξ αμελείας εγκλήματος. Όποιος κινείται εντός των ορίων εμπιστοσύνης συμπεριφέρεται επιμελώς. Ο επιμελής χειρουργός που ενεργεί *lege artis* δικαιούται να έχει την εμπιστοσύνη ότι ο αναισθησιολόγος έχει διασωληνώσει ορθά τον ασθενή και παρακολουθεί όπως πρέπει την αναισθησία και δεν υποχρεούται να ελέγξει την ορθότητα των χειρισμών του αναισθησιολόγου, εκτός εάν έχει σαφείς ενδείξεις εσφαλμένης συμπεριφοράς. Διαφορετικά, ο καταμερισμός εργασίας θα ήταν συχνά αδύνατος, αφού ο καθένας θα έπρεπε να ελέγχει ό,τι θα μπορούσε να ελεγχθεί, αν μη τι άλλο δε, η εγρήγορση έναντι της συμπεριφοράς των άλλων θα απέκλειε την προσήλωση στο προσωπικό έργο. Αναφερόμενοι δε στην ιατρική ευθύνη των αναισθησιολόγων, το ενδιαφέρον επικεντρώνεται στις ιατροχειρουργικές επεμβάσεις, επειδή αυτές οι ιατρικές πράξεις συγκεντρώνουν αυξημένες πιθανότητες δημιουργίας ποινικά κολάσιμου ιατρικού σφάλματος. Αντίθετα με όσα ίσχυαν παλαιότερα, σήμερα ο ειδικός αναισθησιολόγος είναι υπόλογος για ο,τιδήποτε συμβεί κατά τη διάρκεια της αναισθησίας. Η ευθύνη του δε αυτή μπορεί να αφορά πράξεις του

ρακολουθεί την εκτέλεση των υποχρεώσεων άλλων ιατρών, εκτέλεση την οποία συχνά δεν έχει τις γνώσεις να κρίνει, όταν αφορούν άλλες ειδικότητες. Οι νομικοί κανόνες αυτοί στόχο έχουν την προστασία με τον αποτελεσματικότερο τρόπο της υγείας του ασθενούς, επιρρίπτοντας τα βάρη, υποχρεώσεις κ.λπ. σε κάθε δρώντα ιατρό όσον αφορά τη δική του ειδικότητα και μόνο. Προφανώς, η επιβάρυνση ενός ιατρού με την παρακολούθηση της αρτιότητας των ενεργειών του συναδέλφου του, με τη απειλή της αστικής ευθύνης μάλιστα, θα έθετε σε κίνδυνο τα έννομα συμφέροντα του ασθενούς. Εκτός βέβαια, εάν ο ιατρός αντιληφθεί σοβαρά εμφανή και σοβαρά κενά κατάρτισης του συναδέλφου αυτού, αφού δεν πρέπει να υφίστανται κατά διαγνώσιμο τρόπο σοβαρές αμφιβολίες για το σύννομο των προεργασιών του συναδέλφου ιατρού.¹⁶

Η νομολογία έχει αντιμετωπίσει τέτοιες περιπτώσεις. Ενδεικτικά, κατά την απόφαση του Τριμελούς Εφετείου Κερκύρας 338/2009¹⁷, απαλλάχθηκε από την κατηγορία σωμα-

κατά τα παρακάτω στάδια: α. Της προαναισθητικής επισκέψεως και της προαναισθητικής αγωγής β. της εισαγωγή στην αναισθησία, τη διατήρησή της και την αφύπνιση γ. της ανάνηψης, της μετεγχειρητικής περιόδου και του οξέος πόνου. Η πλημμελής συμπεριφορά μπορεί να σηματοδοτεί δύο καταστάσεις: α. ο γιατρός υπαιτίως να μην αξιολόγησε σωστά το περιστατικό β. να αξιολόγησα ορθά το περιστατικό αλλά να διεξήγαγε ελαττωματικά από αμέλειά του την ιατρική πράξη. Το αρνητικό αποτέλεσμα είναι δυνατό να προέκυψε εξ αιτίας της πλάνης του γιατρού να συνειδητοποιήσει τον κίνδυνο που διέτρεχε ο ασθενής είτε από την πάθηση του είτε από την εφαρμογή μιας συγκεκριμένης θεραπευτικής αγωγής...”.

¹⁶ΨΑΡΟΥΛΗΣ Δ. & ΒΟΥΛΤΣΟΣ Π., Ιατρικό Δίκαιο, Στοιχεία Βιοηθικής, University Studio Press, σελ. 277 και εκεί παραπομπές.

¹⁷Αδημοσίευτη. Κατά την εφεσιβληθείσα απόφαση του Τριμελούς Πλημμελειοδικείου Κερκύρας αρ. 1284/2007, αδημ., για την ίδια υπόθεση, κρίθηκε ότι ο ορθοπεδικός-χειρουργός ήταν υπεύθυνος και για τη ζημία από πλημμελή αναισθησία, με το αιτιολογικό ότι ο ίδιος είχε γνώση των βασικών αρχών της αναισθησίας και άρα, ήξερε ότι έπρεπε να είχε χορηγηθεί αρχικά μια πρώτη μικρή δόση αναισθησίας σαν δοκιμή, κι επομένως ευθύνεται, ως θεράπων ιατρός, γιατί δεν επέστησε την προσοχή του αναισθησιολόγου και του βοηθού του στην αποτροπή του σφάλματος (χορήγηση νέας δόσης αναισθητικό χωρίς προηγούμενη ‘δόση ελέγχου’), ενώ μετά, εν γνώσει του η ασθενής, που ήταν επιπλέον και παχύσαρκη και άρα έχρηζε μεγαλύτερης προσοχής από πλευράς χορήγησης αναισθησίας (κατά την απόφαση ασθενής ‘ειδικού χειρισμού’), δεν παρακολουθήθηκε σωστά από τον αναισθησιολόγο (απομακρύνθηκε άμεσα από τον ασθενή μετά τη χορήγηση αναισθησίας). ‘...Μπορεί εν τοις πράγμασι να υπάρχει καταμερισμός στην εκτέλεση των ιατρικών πράξεων, αλλά αυτός ο καταμερισμός και η εμπιστοσύνη μεταξύ των συνεργαζομένων δεν μπορούν να λειτουργήσουν απαλλακτικά για τον κατηγορούμενο θεράποντα ιατρό σε μια περίπτωση όπως η κρινόμενη, όπου το κριθέν ως ενεργό αίτιο ιατρικό σφάλμα... είναι σοβαρό και γνωστό ακόμα και σε έναν χειρουργό (βλ. Ο. ΑΔΑΜΟΥ, Παρατηρήσεις υπό την ΑΠ 1438/2001, ΠοινΔικ 2004, 1244-1245) ώστε μόνη η επιτυχής ορθοπεδικά εκτέλεση της δεύτερης κρίσιμης χειρουργικής επέμβασης να μη μπορεί να λειτουργήσει απαλλακτικά για αυτόν που έφερε και την ιδιότητα του θεράποντος ιατρού...», ΤριμΠλημΚερκ 1284/2007, αδημ., σελ. 48-49. Όμως, ο καταμερισμός στην εκτέλεση ιατρικών πράξεων δεν είναι ένα απλό πραγματικό γεγονός, δεν έχει ισχύ μόνο εν τοις πράγμασι, αλλά κυρίως, μας υπαγορεύει μια νομική ανάγκη για αντίστοιχο καταμερισμό της ευθύνης στον αρμόδιο-ειδικό να εκτελέσει την ιατρική πράξη που αναλογεί σε αυτόν και αφορά μόνο αυτόν.

τικής βλάβης από αμέλεια ορθοπεδικός-χειρουργός για επικαλούμενο σφάλμα κατά τη διαδικασία επισκληριδίου αναισθησίας και ως μόνος πιθανός υπεύθυνος καθορίστηκε ο αναισθησιολόγος που είχε αναλάβει την επισκληρίδιο αναισθησία¹⁸. Αντίθετα, κατά μεταγενέστερη απόφαση του Πολυμελούς Πρωτοδικείου Λάρισας¹⁹ καταδικάστηκε για σφάλμα ως προς την αναισθησία που προκάλεσε ανοξαιμική εγκεφαλοπάθεια μη αναστρέψιμη όχι μόνο ο αναισθησιολόγος, αλλά και ο χειρουργός-γυναικολόγος, με βάση την επικαλούμενη από το Δικαστήριο «ομάδα» χειρουργού και αναισθησιολόγου και τη σύμπραξή τους στο πλαίσιο μιας ενιαίας συλλογικής πράξης.²⁰

Η θέση εδώ περί κοινής ευθύνης για σφάλμα που εμπίπτει στη σφαίρα δράσης αποκλειστικά και μόνο μιας ειδικότητας, της αναισθησιολογίας, δεν φαίνεται ορθή. Κι αυτό γιατί δεν πρόκειται για την περίπτωση, όπου ο αναισθησιολόγος είναι εμφανώς ανίκανος να ασκήσει τα καθήκοντά του π.χ. λόγω μέθης²¹. Στην περίπτωση αυτή, ο χειρουργός οφείλει να απέχει από την εγχείρηση με βάση το γενικό καθήκον επιμέλειας. Πρόκειται, αντίθετα, για σφάλμα στην παρακολούθηση του ασθενούς μετά τη χορήγηση των φαρ-

¹⁸Εφετείο Κερκύρας 338/2009, αδημ.. "...Δεν ευθύνεται για οποιαδήποτε αμελή συμπεριφορά ο δεύτερος κατηγορούμενος (ορθοπεδικός χειρουργός), καθόσον οι ως άνω ιατρικές ενέργειες δεν αφορούσαν τη δική του ειδικότητα αλλά την ειδικότητα του αναισθησιολόγου Ν.Τ., ο οποίος είχε επιληφθεί της ασθενούς-παθούσας, στα καθήκοντα του οποίου δεν όφειλε και δεν μπορούσε να υπεισέλθει... δεν αναγόταν στα καθήκοντά του ούτε και επιτρεπόταν να επιληφθεί οποιασδήποτε ανάγκης για μετεγχειρητική χορήγηση αναισθητικής αναλγητικής ουσίας στην παθούσα, ούτε να του συστήσει να είναι ιδιαίτερα προσεκτικός, δεδομένου ότι ο αναισθησιολόγος Ν.Τ ήταν ο υπεύθυνος γιατρός για ό,τι αφορά όλες τις ως άνω ιατρικές πράξεις και συγκεκριμένα για τη χορήγηση ή όχι συμπληρωματικής αναλγητικής δόσης φαρμακευτικής ουσίας και της ποσότητας που έπρεπε να της χορηγήσει συνεπεία της οποίας προκλήθηκε στην παθούσα η ως άνω εγκεφαλική δυσλειτουργία, οφειλόμενη σε υπερβολική ποσότητα αναλγητικής ουσίας (στο επίπεδο συνείδησης 5/15 της Κλίμακας της Γλασκώβης...". Σελ. 8-9 της απόφασης.

¹⁹191/2012, ΕφΑΔ 5, 50, σελ. 723επ, 2012.

²⁰"...αν και στο θέμα της ανάνηψης ο ρόλος και η ευθύνη του αναισθησιολόγου είναι εκ των πραγμάτων σημαντικότερος, αυτό δεν αναιρεί ότι ο χειρουργός με τον αναισθησιολόγο αποτελούν μια ομάδα και έναντι του ασθενούς συμπράττουν στα πλαίσια μιας ενιαίας συλλογικής πράξης. Μάλιστα, ο αναισθησιολόγος επιλέχθηκε από τον χειρουργό (ανεξαρτήτως εάν η αμοιβή του είναι ξεχωριστή και ως τέτοια ανακοινώθηκε στον ασθενή), ο οποίος ενέκρινε τη μέθοδο αναισθησίας και κυρίως τον τρόπο με τον οποίον ο αναισθησιολόγος παρακολουθούσε τον ασθενή κατά τη διάρκεια της εγχείρησης αλλά και μετεγχειρητικά έχοντας εκ των πραγμάτων εποπτεία και δυνατότητα είτε να αποστεί από την εγχείρηση εάν δεν διασφαλιζόταν στο έπακρο η παρακολούθηση των ζωτικών λειτουργιών του ασθενούς είτε, εάν επιχειρούσε την εγχείρηση, να βαρύνεται με την προσεκτικότερη ακόμα εποπτεία του ασθενούς (ώστε να μπορεί ο ίδιος να διαπιστώσει επιπλοκές όπως η υποξυγοναιμία) αλλά και του ίδιου του αναισθησιολόγου, ο οποίος ουσιαστικά λειτουργεί ως βοηθός εκπλήρωσης και προστηθείς του. Συνεπώς, ανεξάρτητα από την κατανομή της ευθύνης μεταξύ των ιατρών...η συμπεριφορά τους έναντι της παθούσας συνιστά κοινή τους πράξη που θεμελιώνει εις ολόκληρον ευθύνη τους...", ΠολΠρΛαρ 191/2012, ΕφΑΔ 5, 50, σελ. 730, 2012.

²¹Βλ. και ΦΟΥΝΤΕΔΑΚΗ Κ., Παρατηρήσεις στην απόφαση αυτή, ΕφΑΔ, 5, 50, σελ. 732-736, 2012.

μάκων της αναισθησίας, κάτι που μόνο ο αναισθησιολόγος γνωρίζει και οφείλει να κάνει άρτια. Άλλωστε, κατά την απόφαση του Αρείου Πάγου 1227/2007²², που αναφέρεται σε συλλογική ιατρική ευθύνη για ενιαία συλλογική πράξη, καθένας από τους συμπράξαντες ιατρούς απαλλάσσεται από την ευθύνη εάν αποδείξει είτε το σύννομο της δικής του επιμέρους πράξης, είτε την έλλειψη υπαιτιότητάς του, είτε την έλλειψη της αιτιώδους συνάφειας μεταξύ της δικής του πράξης και της ζημίας²³. Ορθά παρατηρείται ότι “η αναγνώριση στον χειρουργό μιας συνολικής σφαίρας ευθύνης, που περιλαμβάνει κάθε θέμα σχετικό με μια εγχείρηση το οποίο στην πράξη και σύμφωνα με τους κανόνες της ιατρικής εμπειρίας ανατίθεται σε άλλα πρόσωπα, από τη χορήγηση αναισθησίας μέχρι την καταμέτρηση των εργαλείων, είναι μια νομική κατασκευή που απομακρύνεται από την ιατρική αντίληψη για την κατανομή αρμοδιοτήτων και ευθυνών σε ένα χειρουργείο... μια βάση συναντίληψης μεταξύ ιατρών και νομικών είναι η μόνη που μπορεί να οδηγήσει στον εξορθολογισμό των παραμέτρων της ιατρικής ευθύνης..”²⁴.

Η κοινή ευθύνη πολλών ομοιόβαθμων ιατρών έχει αναζητηθεί και στις περιπτώσεις πλημμελούς διάγνωσης κάποιου μετεγχειρητικού προβλήματος. Ενδεικτικά, στην απόφαση 546/2005 Πλημμελειοδικείου Θεσσαλονίκης²⁵, κατά μια επέμβαση βουβωνοκήλης, έγινε αμελής τρώση λεπτού εντέρου που προκάλεσε στον ασθενή οξεία κοιλία και περιτονίτιδα. Εκτός από τον χειρουργό, κρίθηκαν συνυπεύθυνοι και ο παθολόγος που τον παρακολούθησε μετεγχειρητικά και ο καρδιολόγος που ανέλαβε μεταγενέστερη την παρακολούθησή του στην εντατική μονάδα. Κανείς δεν διέγνωσε την τρώση, όλοι έκριναν ότι επρόκειτο για φυσιολογικά μετεγχειρητικά φαινόμενα, ενώ απαιτείτο άμεσα δεύτερο χειρουργείο. Ο ασθενής μεταφέρθηκε σε άλλο νοσοκομείο και χειρουργήθηκε εκεί, ενώ οι ιατροί καταδικάστηκαν ο μεν χειρουργός για αμελή πράξη και οι επόμενοι για αμελή παράλειψη, γεγονός που όλα συντέλεσαν στην τελική σοβαρή και μόνιμη ζημία του ασθενούς.

Συναφής είναι η περίπτωση της γάζας που αφέθηκε μέσα στο σώμα ασθενούς μετά από χειρουργική επέμβαση για κατάγματα μετά από τροχαίο ατύχημα²⁶. Η απόφαση του δικαστηρίου αναφέρεται σε αμελή συμπεριφορά της χειρουργικής ιατρικής ομάδας που συμμετείχε στο χειρουργείο. Χαρακτηριστικά αναφέρεται σε παράλειψη της χειρουργικής ορθοπεδικής ομάδας να αφαιρέσει τη γάζα από το σώμα της ασθενούς, χωρίς να συγκεκριμενοποιεί κάποιον ιατρό υπεύθυνο, ή ποια η ευθύνη ξεχωριστά κάθε μέ-

²²ΑΠ 1227/2007, Νόμος.

²³ΑΠ 1227/2007, ό.π.

²⁴Βλ. ΦΟΥΝΤΕΔΑΚΗ Κ., Παρατηρήσεις στην απόφαση ΠολΠρΛαρ 191/2012, ΕφΑΔ, 5, 50, σελ 732-736, 2012.

²⁵Νόμος.

²⁶ΣΤΕ 330/2009, Νόμος. Αποφασίστηκε να οδηγηθεί ο ασθενής στο χειρουργείο, όπου επιβεβαιώθηκε η ύπαρξη γάζας (μεγέθους Α') δίπλα στα υλικά της εσωτερικής οστεοσύνθεσης (βλ. πρακτικό χειρουργείου). Η θέση που βρέθηκε η γάζα (μέσα στις μυϊκές μάζες και δίπλα στα υλικά της εσωτερικής οστεοσύνθεσης) μαρτυρούσε με ασφάλεια ότι είχε αφεθεί από την ορθοπεδική χειρουργική ομάδα του αναιρεσείοντος κατά την επέμβαση της 12ης Μαΐου 1994. Έτσι, έγινε αντιληπτό ότι η ύπαρξη της γάζας προκάλούσε την παραγωγή αντιδραστικού υγρού, που κατά διαστήματα έβρισκε διέξοδο από το χειρουργικό

λους της ορθοπεδικής χειρουργικής ομάδας. Άρα, και ο βοηθός ορθοπεδικός χειρουργός, που πάντοτε υφίσταται για ασφάλεια, υπέχει στην περίπτωση αυτή την ίδια ευθύνη με τον θεράποντα ορθοπεδικό χειρουργό (Α! χειρουργός).

β. Κάθετη κατανομή καθηκόντων

Στην κάθετη κατανομή καθηκόντων αναζητείται η συγκλίνουσα τυχόν ευθύνη ιατρών που δεν είναι ιεραρχικά ομοιόβαθμοι, με πιο γνωστό παράδειγμα εκείνο του ειδικού ιατρού και του ειδικευόμενου ιατρού. Συχνά ενάγονται μαζί όταν αναζητείται ιατρική ευθύνη για σφάλμα, συνήθως σε χειρουργείο ή και σε παρακολούθηση ασθενούς, είτε πριν είτε μετά χειρουργική επέμβαση. Η σχέση ειδικού ιατρού και ειδικευόμενου είναι επίσης σχέση εξάρτησης, κατά την οποία ο ειδικευόμενος ιατρός οφείλει να ακολουθεί τις οδηγίες και υποδείξεις του ειδικού, υπό τον έλεγχο και την εποπτεία του οποίου εργάζεται. Όταν ειδικοί και ειδικευόμενοι ιατροί συνεργάζονται στην παροχή ιατρικής φροντίδας ασθενούς πάντως, οι συγκλίνουσες συμπεριφορές τους διατηρούν την αυτοτέλεια τους²⁷. Η αρχή της εμπιστοσύνης ισχύει και εδώ, αλλά πρέπει να ληφθεί υπόψη η περιορισμένη γνώση των ειδικευόμενων και το καθήκον εποπτείας τους από τους ειδικούς ιατρούς. Το σύνηθες σφάλμα για το οποίο κατηγορούνται και καταδικάζονται οι ειδικευόμενοι ιατροί είναι είτε σφάλμα ανάληψης είτε παράλειψη έγκαιρης ειδοποίησης του ειδικού ιατρού²⁸. Η έγκαιρη ειδοποίηση έχει κριθεί ότι πρέπει να είναι μια προσωπική αναζήτηση του ειδικευόμενου και ότι δεν αρκεί να ανατεθεί σε άλλους, π.χ. νοσηλευτές.

Στην απόφαση του Εφετείου Ιωαννίνων 241/1999 αφορούσε και το σφάλμα μιας ειδικευόμενης. Η ασθενής παρουσίαζε πυρετό ενώ είχε σηπτική ενδομητρίτιδα μετά από

τραύμα του δέρματος και στη συνέχεια, όταν επουλώθηκε το τραύμα, το υγρό έβρισκε διέξοδο στην περιτοναϊκή κοιλότητα, δηλαδή μέσα στην κοιλία... οι βλαπτικές αυτές συνέπειες συνίσταντο (α) στο ότι η ύπαρξη της γάζας προκαλούσε την παραγωγή αντιδραστικού υγρού, που κατά διαστήματα εύρισκε διέξοδο από το χειρουργικό τραύμα του δέρματος και στη συνέχεια, όταν επουλώθηκε το τραύμα, το υγρό έβρισκε διέξοδο στην περιτοναϊκή κοιλότητα, με αποτέλεσμα τον παραλυτικό ειλεό, (β) στο ότι η αναιρεσίβλητη αδυνατούσε να λάβει την αναγκαία τροφή με αποτέλεσμα να απολέσει βάρος 27 κιλών και (γ) στο ότι η ύπαρξη της γάζας της προκάλεσε εντονότατα κοιλιακά άλγη και ψυχική στενοχώρια...’.

²⁷Βλ. ΤΟΠΑΛΗΣ Σ. & ΧΟΒΑΡΔΑ Χ., Η ποινική ιατρική ευθύνη μέσα από τη νομολογία των ελληνικών δικαστηρίων-τάσεις τελευταίας δεκαετίας, στο Η Ιατρική ευθύνη στην πράξη-νομολογιακές τάσεις της τελευταίας δεκαετίας, σε ΓΩΓΟΥ Κ (επιμ.), ΚΑΪΑΦΑ-ΓΚΜΠΑΝΤΙ Μ., ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΥ Λ. & ΦΟΥΝΤΕΔΑΚΗ Κ., Νομική Βιβλιοθήκη, 2010, σελ. 36.

²⁸Βλ. ΤΟΠΑΛΗΣ Σ. & ΧΟΒΑΡΔΑ Χ., Στατιστική παρουσίαση ποινικών αποφάσεων, στο Η Ιατρική ευθύνη στην πράξη-νομολογιακές τάσεις της τελευταίας δεκαετίας, σε Γώγου Κ. (επιμ.), ΚΑΪΑΦΑ-ΓΚΜΠΑΝΤΙ Μ., ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΥ Λ. & ΦΟΥΝΤΕΔΑΚΗ Κ., Νομική Βιβλιοθήκη, 2001, σελ. 58. Σχετική είναι η απόφαση 2/1998 του Συμβουλίου Πλημμελειοδικών Καβάλας, στην οποία ο ειδικός ιατρός ανέθεσε το περιστατικό στον ειδικευόμενο, ο οποίος μετά δεν τον ειδοποίησε έγκαιρα για πρόβλημα σχετικά με την αντιμετώπιση του ασθενούς όταν επιδεινώθηκε η κατάστασή του με αποτέλεσμα τον θάνατό του από σηπτικό σοκ και ειλεό, βλ. ΨΑΡΟΥΛΗ-ΒΟΥΛΤΣΟ, ό.π., σελ. 280.

απόξεση μήτρας που απέκρυψε από τους ιατρούς. Ο ειδικός ιατρός δεν προσήλθε να εξετάσει και βασίστηκε στη λανθασμένη διάγνωση της ειδικευόμενης (εμπύρετος σπληνομεγαλία). Η ασθενής κατέληξε. Το Δικαστήριο επέρριψε ευθύνη μόνο στον ειδικό ιατρό που έπρεπε να είχε προστρέξει. Έτσι ουσιαστικά κρίθηκε ότι το αρχικό σφάλμα της ειδικευόμενης δεν ήταν αξιολογήσιμο, αφού μεσολάβησε το σφάλμα του ειδικού ιατρού που ειδοποιήθηκε, αλλά δεν προσέτρεξε στην ασθενή. Πάντως, όταν ένα εργαλείο της εγχείρησης, είτε γάζα είτε βελόνα κ.λπ. παραμένει μετά την εγχείρηση μέσα στο σώμα του ασθενούς, η αμέλεια βαρύνει όχι μόνο τον χειρουργό, αλλά και την υπεύθυνη για την καταμέτρηση εργαλειοδότρια²⁹.

²⁹Βλ. απόφαση ΠολΠρθεσ 33096/2007, Νόμος. '...Ο πρώτος εναγόμενος, από αμέλειά του, δεν τήρησε τους κοινώς παραδεδεγμένους κανόνες της ιατρικής επιστήμης και συγκεκριμένα δεν έγινε από αυτόν επισταμένος έλεγχος του τραύματος και της βελόνης που χρησιμοποιήθηκε για τη σύγκλιση του, ώστε να διακριβωθεί ότι δεν είχε αφεθεί εντός του τραύματος κάποιο από τα χρησιμοποιηθέντα αντικείμενα και έτσι, ενώ είχε την αυτονόητη, σύμφωνα με τις προμνησθείσες στην υπό στοιχείο "I" νομική σκέψη της απόφασης διατάξεις (άρθρο 24 ΑΝ 1565/1939), υποχρέωση να αφαιρέσει το τμήμα της βελόνης, που αποκόπηκε, από τον αριστερό μαστό της ενάγουσας, δεν επέδειξε την προσοχή την οποία όφειλε κατά τις περιστάσεις και μπορούσε να καταβάλει, με αποτέλεσμα να μην αντιληφθεί την αποκοπή του τμήματος της βελόνης και την παραμονή αυτού εντός του αριστερού μαστού της ενάγουσας και να προχωρήσει, ενώ το αποκοπέν τμήμα της βελόνας παρέμεινε εντός του αριστερού μαστού της ενάγουσας, στο κλείσιμο της χειρουργικής τομής και την ολοκλήρωση της επέμβασης. Με αμέλεια, όμως, βαρύνεται και η προστηθείσα από την αρχική πρώτη εναγομένη ως άνω νοσοκόμα-εργαλειοδότρια, η οποία, ενώ όφειλε, με βάση τα καθήκοντα που της είχαν ανατεθεί, αμέσως μόλις της παραδόθηκε από τον πρώτο εναγόμενο η σπασμένη βελόνα να αντιληφθεί τούτο και να το επισημάνει στον τελευταίο, ώστε να ελεγχθεί επισταμένως το τραύμα και να εντοπιστεί και αφαιρεθεί το αποκοπέν τμήμα της βελόνας από τον αριστερό μαστό της ενάγουσας, αυτή από αμέλεια, ήτοι έλλειψη της προσήκουσας προσοχής, την οποία όφειλε κατά τις περιστάσεις και μπορούσε να καταβάλει, δεν αντελήφθη το σπάσιμο της βελόνας και δεν ειδοποίησε σχετικώς τον πρώτο εναγόμενο, συμβάλλοντας έτσι, με την αμελή της συμπεριφορά, στο προπεριγραφέν αποτέλεσμα (της μη αφαίρεσης του τμήματος της σπασμένης βελόνας από τον αριστερό μαστό της ενάγουσας)...'. Διαφορετικό από το θέμα της αμέλειας της εργαλειοδότριας, αμέλεια που είναι δεδομένη, είναι το θέμα της εν δυνάμει καταδίκης και αυτής σε αποζημίωση του ασθενούς, καθώς καταρχήν, στα δημόσια νοσοκομεία, κατά τον Υπαλληλικό Κώδικα, οι υπάλληλοι δεν μπορούν να εναχθούν απ' ευθείας από τον ασθενή, αλλά ευθύνονται μόνο έναντι του δημοσίου για τις αμελείς ζημιογόνες πράξεις τους (εξαιρούνται οι πανεπιστημιακοί ιατροί) Βλ. απόφαση ΠολΠρθεσ 12958/2003, Νόμος, '...Όσον αφορά όμως την τέταρτη των εναγομένων (την εργαλειοδότρια), ο ενάγων δεν νομιμοποιείται να ασκήσει την αγωγή εναντίον της, καθώς...αυτή είναι δημόσιος υπάλληλος, ως νοσηλεύτρια του Νοσοκομείου , που είναι Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου και...δεν ευθύνεται η ίδια έναντι τρίτων για πράξεις ή παραλείψεις της, που έλαβαν χώρα κατά την εκτέλεση των καθηκόντων που της είχαν ανατεθεί, αλλά κατά τις διατάξεις των άρθρων 105106 ΕισΝΑΚ, η προς αποζημίωση ευθύνη δημοσίων υπαλλήλων εργαζομένων στα δημόσια νοσοκομεία βαρύνει αυτά και ήδη δε υπό το νέο νομικό καθεστώς που καθιέρωσε ο ν. 2889/2001 βαρύνει το ΠεΣΥ (Περιφερειακό Σύστημα Υγείας) της αντίστοιχης περιφέρειας. Ο υπάλληλος ευθύνεται έναντι του Δημοσίου (ή του Ν.Π.Δ.Δ) για πράξεις ή παραλείψεις του που διενήργησε κατά την εκτέλεση των ανατεθειμένων σ' αυτά καθηκόντων από δόλο ή βαρεία αμέλεια (ΟΛΑΠ 798/1992 [Συμβ] ΕλλΔνη 33.943)...'. Η ποινική ευθύνη βέβαια παραμένει στο ακέραιο. Βλ. απόφαση ΠολΠρθεσ 12598/2003, Νόμος.

Ως προς έναν ιατρό με ειδικές ικανότητες, “κορυφαίο”, ιδιαίτερα γνωστό κ.λπ., η κρατούσα άποψη δεν φαίνεται να αποδέχεται τη βαρύτερη ευθύνη του³⁰. Εύστοχα παρατηρείται³¹ πάντως ότι εφόσον ο ορίζοντας προσδοκίας του ασθενούς μεγαλώνει λόγω των ανωτέρω χαρακτηριστικών του ιατρού, η διάψευση της εμπιστοσύνης του ασθενούς λόγω ζημίας θεμελιώνει αξίωση αποζημίωσης για τη ζημία που συνδέεται αιτιωδώς με τη διαψευσθείσα εμπιστοσύνη. Παρατηρείται επίσης ότι με βάση τη σύμβαση ιατρικής αγωγής (μόνο) και όχι την ΑΚ914 μπορεί να δικαιολογηθεί η διαφορετική και αυστηρότερη αντιμετώπιση του ιατρού με αυξημένα προσόντα.³² Σε γενικές γραμμές, η ευθύνη του ιατρού θα κριθεί σε σχέση με τη συμπεριφορά και την επιμέλεια που θα επιδείκνυε σε αντίστοιχη περίπτωση ο μέσος ιατρός της ειδικότητας του εναγομένου.³³

Παρατηρείται ότι στην ελληνική νομολογία, σπάνια ελέγχεται ο αιτιώδης σύνδεσμος της πράξης κάθε κατηγορούμενου ποινικά ιατρού σε περιπτώσεις συγκλίνουσας αμέλειας.³⁴ “Εάν δε στην επέλευση του αποτελέσματος του εξ αμελείας θανάτου του παθόντος συνετέλεσαν περισσότερες πράξεις ή παραλείψεις διαφόρων προσώπων, τότε για τον προσδιορισμό της ευθύνης του καθενός, κάθε ξεχωριστή ενέργεια ή παράλειψη συνδέεται αιτιωδώς με το αποτέλεσμα εφόσον αυτή κατά την κοινή αντίληψη τελεί μόνη της ή μαζί με άλλου προσώπου σε σχέση άμεσης αιτιότητας με το αποτέλεσμα”.³⁵ “Συνήθως δηλαδή στις 22 από τις συνολικά 32 περιπτώσεις συγκλίνουσας αμέλειας γίνεται μια συνολική κι επομένως ανεπαρκής αναφορά στον αιτιώδη σύνδεσμο ανάμεσα στη συμπεριφορά όλων των κατηγορουμένων με το αποτέλεσμα”. Το βάρος επίσης τίθεται στην έρευνα του αιτιώδους συνδέσμου* κι όχι καταρχήν στον έλεγχο της παράνομης συμπεριφοράς καθενός από τους κατηγορούμενους-εναγόμενους ιατρούς.³⁶

*Για τον αιτιώδη σύνδεσμο ειδικά στην ποινική ιατρική ευθύνη, βλ. ΑΝΑΣΤΑΣΟΠΟΥΛΟ Δ., στο παρόν έργο.

³⁰Βλ. ΣΤΑΘΟΠΟΥΛΟΣ Μ., Γενικό Ενοχικό Δίκαιο, 2004, σελ. 290, Γεωργιάδης Απ., Ενοχικό Δίκαιο-Γενικό Μέρος, 1999, σελ. 244.

³¹Βλ. ΚΑΡΑΚΩΣΤΑΣ Ι., Ιατρική Ευθύνη, Χαρακτηριστικά γνωρίσματα και νομική διάσταση δεοντολογίας, Αθήνα 2008, Νομική Βιβλιοθήκη, σελ. 71-72.

³²Βλ. ΦΟΥΝΤΕΔΑΚΗ Κ., Αστική Ιατρική Ευθύνη, 2003, σελ. 383.

³³Βλ. ΦΟΥΝΤΕΔΑΚΗ Κ., Αστική Ιατρική Ευθύνη, ό.π., 362 επ., ΤΡΟΚΑΝΑΣ Θ., Το ιατρικό σφάλμα και η ευθύνη για αλλότριες πράξεις στο χώρο του ιατρικού δικαίου μέσα από τη νομολογία των πολιτικών δικαστηρίων της τελευταίας δεκαετίας, σε ΓΩΓΟ/ΚΑΪΑΦΑ-ΓΚΜΠΑΝΤΙ/ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΥ/ΦΟΥΝΤΕΔΑΚΗ, Η ιατρική ευθύνη στην πράξη-Νομολογιακές πράξεις της τελευταίας δεκαετίας (2010), 133 επ., 146 επ.

³⁴Βλ. ΤΟΠΑΛΗΣ Σ. & ΧΟΒΑΡΔΑ Χ., Στατιστική παρουσίαση ποινικών αποφάσεων, στο Η Ιατρική ευθύνη στην πράξη-νομολογιακές τάσεις της τελευταίας δεκαετίας, ΓΩΓΟΥ Κ. (επιμ.), ΚΑΪΑΦΑ-ΓΚΜΠΑΝΤΙ Μ., ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΥ Α. & ΦΟΥΝΤΕΔΑΚΗ Κ., Νομική Βιβλιοθήκη, 2010, σελ. 64.

³⁵Ο.π., σελ. 65.

³⁶...Οι αποφάσεις παραλείπουν την εξέταση των προϋποθέσεων της εξωτερικής αμελούς συγκλίνουσας συμπεριφοράς και προχωρούν απ' ευθείας στην εξέταση του αιτιώδους συνδέσμου, την ύπαρξη του οποίου θεμελιώνουν με διατυπώσεις λίγο ή πολύ στερεότυπες, ενώ στερούνται σκέψεων αναφορικά με το περιεχόμενη της αρχής της εμπιστοσύνης...’, ό.π., σελ. 37.

Η ποινική ευθύνη όμως είναι ατομική κι όχι συλλογική, ενώ οι κατά το ελληνικό Σύνταγμα, οι δικαστικές αποφάσεις απαιτούν ειδική και εμπειρισπατωμένη αιτιολογία. Η συγκεκριμένη αιτιώδης συμβολή του καθενός εναγόμενου προς το αποτέλεσμα θα έπρεπε να ελέγχεται συγκεκριμένα, προκειμένου να στηριχθεί το διατακτικό της απόφασης.

γ. Συγκλίνουσα αμέλεια και παροχή ιατρικής πληροφορίας-ενημέρωση ασθενούς και μετάδοση ιατρικής πληροφορίας

Με τον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας³⁷ (Ν. 3418/2005) για πρώτη φορά στο ελληνικό δίκαιο έγινε ο διαχωρισμός της ενημέρωσης και της συναίνεσης του ασθενούς σε ιατρική πράξη σε δύο ξεχωριστά άρθρα. Επίσης επιτυχώς, το άρθρο 11 του νόμου για την ενημέρωση προηγείται του άρθρου 12 για τη συναίνεση. Το βάρος των νομικών αναλύσεων σε σχέση με τα ζητήματα αυτά στο παρελθόν ήταν σαφώς επί του ζητήματος της νομιμοποίησης της ιατρικής επέμβασης στο σώμα του ασθενούς από ποινικής πλευράς και επομένως, επί της συναίνεσης του ασθενούς σε ιατροχειρουργικές επεμβάσεις ως λόγου νομιμοποιητικού μιας επικίνδυνης για την υγεία ιατρικής πράξης. Ο παλαιότερος Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας του 1955 (ΒΔ 25.5/6.7.1955) δεν προέβλεπε τίποτε απολύτως ειδικά όσον αφορά στην ενημέρωση των ασθενών, αλλά περιοριζόταν στη διασφάλιση ότι μη ενδεδειγμένες θεραπευτικές ή χειρουργικές επεμβάσεις που θα μπορούσαν να θίξουν το αίσθημα της προσωπικής ελευθερίας και την ελεύθερη βούληση των ασθενών δεν θα λάμβαναν χώρα (άρθρο 8).³⁸

Συγκεκριμένη αναφορά σε δικαίωμα ενημέρωσης ασθενούς γίνεται στην ελληνική νομοθεσία για πρώτη φορά με τον νόμο Ν. 2071/1992, άρ. 47, παρ. 4, όπου ο νοσοκομειακός ειδικά ασθενής δικαιούται να λαμβάνει κάθε πληροφορία που αφορά την κατάστασή του. Σε κάθε περίπτωση, η ορθή ερμηνεία των διατάξεων του Αστικού Κώδικα όσον αφορά τη σύμβαση ιατρικής αγωγής, την αστική ευθύνη προς αποζημίωση λόγω αδικοπραξίας, αλλά και την προστασία της προσωπικότητας, μας οδηγεί ανεπιφύλακτα στο αποτέλεσμα ότι η υποχρέωση ενημέρωσης του ασθενούς συμπεριλαμβάνεται τόσο στις συμβατικές υποχρεώσεις του ιατρού όσο και στην αδικοπρακτικής φύσεως υποχρέωση του μη βλάπτειν (ΑΚ914)³⁹, ενώ πηγάζουν και από το δικαίωμα του ασθενούς

³⁷Ν. 3418/2005, ΦΕΚ Α 287/28.11.2005. Για μια κατ' άρθρον ερμηνεία του Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας, βλ. ΛΑΣΚΑΡΙΔΗ Ε., (επιμ.), Ερμηνεία Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας (Ν. 3418/2005), Νομική Βιβλιοθήκη, 2013. Τμήματα του παρόντος έχουν δημοσιευθεί και εκεί στην ερμηνεία του άρθρου 11.

³⁸Συμβούλιο της Επικρατείας 521/2006, Νόμος, ΣυμβαΠ 490/2000, Νόμος, ΠολΠρΑθ 1449/2007, Αρμ 2009, 1006 και Νόμος, Νόμος, Συνήγορος του Πολίτη 13218/2001, Συνήγορος του Πολίτη 11330/2002, ΠοινΔικ 2004, 173, ΓνωμΕισΠλθεσ Παπαγεωργίου 1/1992, Υπεράσπιση 1992, 944, ΠολΠρΑθ 6890/1985, ΕΕΝ 53, 1986, 19, ΕφΑθ 5512/2003, ΕλλΔνη 2004, 197, ΣυμβΠλημμΑθ 2255/1998, ΠοινΔικ 1998, 986, ΤρΕφΝαυπλ 906/2005, ΕπίΔ 2009, 78.

³⁹Βλ. ΚΑΡΑΚΩΣΤΑΣ Ι., Η αστική ευθύνη....., 1994, σελ. 19-20.

στην προστασία της προσωπικότητάς του, και ειδικότερα, της έκφρασης αυτής που αφορά την ελευθερία επιλογών και αποφάσεων σχετικά με την υγεία του και τη ζωή του⁴⁰ αλλά και από την αμυντική διάσταση του συνταγματικού κοινωνικού δικαιώματος στην προστασία της υγείας.⁴¹ Γενικότερα, άλλωστε, η υποχρέωση μετάδοσης πληροφορίας και η εντεύθεν άρση μιας πληροφοριακής ασυμμετρίας, όπου η ασυμμετρία αυτή κρίνεται δικαιοπολιτικά μη διατηρητέα, ρυθμίζεται από το δίκαιο και σε πολλά άλλα δίκαια, εκτός εκείνου της ιατρικής ευθύνης.⁴²

Η υποχρέωση ενημέρωσης του ασθενούς⁴³ βασίζεται καταρχήν στην ανάγκη προστασίας του δικαιώματος του ασθενούς στην προσωπικότητά του και στον σεβασμό της αξιοπρέπειάς του (Σ2, Σ5 και άρ. 57ΑΚ⁴⁴). Ο στόχος της προστασίας αυτής είναι η διασφάλιση της κατά το δυνατό ευρύτερης ελευθερίας επιλογών του ασθενούς όσον αφορά τη διαχείριση του προβλήματος υγείας του. Η ελευθερία επιλογών του ασθενούς έτσι ανέρχεται σε προστατευόμενη έκφραση, στοιχείο, εκδήλωση της προσωπικότητας του

⁴⁰Βλ. ΣΤΑΘΟΠΟΥΛΟΣ Μ., Γενικό Ενοχικό Δίκαιο, 2004, σελ. 803, βλ. ΚΑΝΕΛΛΟΠΟΥΛΟΥ-ΜΠΟΤΗ Μ., Ιατρική Ευθύνη..., 1999, σελ. 43-49, ΣΙΔΕΡΗΣ, Νομικά προβλήματα από πλαστικές ιατροχειρουργικές επεμβάσεις στο πρόσωπο (ρις και πτερύγια ώτων), ΠοινΧρ, τ. ΜΑ, 6.947, 951, βλ. ΦΟΥΝΤΕΔΑΚΗ Κ., Αστική Ιατρική Ευθύνη, 2003, εκδ. Σάκκουλα, σελ. 200 επ., βλ. ΨΑΡΟΥΛΗΣ-ΒΟΥΛΤΣΟΣ, Ιατρικό Δίκαιο-Στοιχεία Βιοηθικής, 2010, σελ. 196.

⁴¹Σ21 παρ. 3, βλ. ΚΑΡΑΚΩΣΤΑ Ι., Ιατρική Ευθύνη, Χαρακτηριστικά γνωρίσματα και νομική διάσταση δεοντολογίας, Αθήνα, 2008.

⁴²Βλ. ΚΟΥΤΣΟΥΡΑΔΗΣ Α., Η ροή πληροφοριών στις αστικές έννομες σχέσεις. Το παράδειγμα της ex lege αξίωσης παροχής τους, Σάκκουλας, 1998, σελ. 69, βλ. ΚΑΝΕΛΛΟΠΟΥΛΟΥ-ΜΠΟΤΗ Κ., Το Δίκαιο της Πληροφορίας, Νομική Βιβλιοθήκη, 2004, σελ. 25.

⁴³Άρθρο 11, Ν. 3418/2005. Υποχρέωση ενημέρωσης 1. Ο ιατρός έχει καθήκον αληθείας προς τον ασθενή. Οφείλει να ενημερώνει πλήρως και κατανοητά τον ασθενή για την πραγματική κατάσταση της υγείας του, το περιεχόμενο και τα αποτελέσματα της προτεινόμενης ιατρικής πράξης, τις συνέπειες και τους ενδεχόμενους κινδύνους ή επιπλοκές από την εκτέλεσή της, τις εναλλακτικές προτάσεις, καθώς και για τον πιθανό χρόνο αποκατάστασης, έτσι ώστε ο ασθενής να μπορεί να σχηματίζει πλήρη εικόνα των ιατρικών, κοινωνικών και οικονομικών παραγόντων και συνεπειών της κατάστασής του και να προχωρεί, ανάλογα, στη λήψη αποφάσεων. 2. Ο ιατρός σέβεται την επιθυμία των ατόμων τα οποία επιλέγουν να μην ενημερωθούν. Στις περιπτώσεις αυτές, ο ασθενής έχει δικαίωμα να ζητήσει από τον ιατρό να ενημερώσει αποκλειστικά άλλο ή άλλα πρόσωπα, που ο ίδιος θα υποδείξει, για την κατάσταση της υγείας του, το περιεχόμενο και τα αποτελέσματα της προτεινόμενης ιατρικής πράξης, τις συνέπειες ή και τους κινδύνους από την εκτέλεσή της, καθώς και για το βαθμό πιθανολόγησής τους. 3. Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να καταβάλλεται κατά την ενημέρωση που αφορά σε ειδικές επεμβάσεις, όπως μεταμοσχεύσεις, μεθόδους ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, επεμβάσεις αλλαγής ή αποκαταστάσεως φύλου, αισθητικές ή κοσμητικές επεμβάσεις. 4. Αν τα πρόσωπα δεν έχουν την ικανότητα να συναινέσουν για την εκτέλεση ιατρικής πράξης, ο ιατρός τα ενημερώνει στο βαθμό που αυτό είναι εφικτό. Ενημερώνει, επίσης, τα τρίτα πρόσωπα, που έχουν την εξουσία να συναινέσουν για την εκτέλεση της πράξης αυτής, κατά τις διακρίσεις του επόμενου άρθρου.

⁴⁴Ενδεικτικά από τη νομολογία βλ. ΕφΑθ 5512/2003, Νόμος.

ασθενούς⁴⁵. Ο μη ορθά ενημερωμένος ασθενής δεν μπορεί να λάβει αποφάσεις (συχνά μάλιστα ιδιαίτερα κρίσιμες) για την υγεία του και τη ζωή του. Στερείται επομένως του δικαιώματος του στον αυτοκαθορισμό, δικαίωμα το οποίο προστατεύεται και συνταγματικά, με βάση το άρθρο 5 του Συντάγματος για την ελεύθερη ανάπτυξη της προσωπικότητας. Η προσβολή της σωματικής ακεραιότητας, η βλάβη της υγείας, του σώματος, ο ψυχικός πόνος που υφίσταται ο ασθενής συνεπεία ιατρικής πράξης για την οποία δεν έχει ενημερωθεί και δεν έχει συναινέσει συνιστά παράνομη προσβολή στην προσωπικότητά του. Η προστασία επομένως αφορά καταρχήν την ελεύθερη αυτοδιάθεση του ασθενούς και τον σεβασμό της προσωπικότητάς του και εντάσσεται στο περιεχόμενο του ατομικού δικαιώματος του ασθενούς στην ελευθερία. Το δικαίωμα ενημέρωσης του ασθενούς έχει θετικό περιεχόμενο και όχι αμυντικό, δεν στοχεύει δηλαδή στενά στην προστασία του ασθενούς από ιατρικές πράξεις στις οποίες δεν έχει συναινέσει, αλλά στη θετική διασφάλιση της ευρύτερης δυνατής ελευθερίας επιλογών του.⁴⁶ Ο ιατρός οφείλει να λάβει τη συναίνεση του ασθενούς σε ιατρική πράξη μετά από τη διαφώτισή του.⁴⁷

Στην αιτιολογική έκθεση του νόμου 3418/2005* αναφέρεται ότι τα άρθρα 11 και 12 αποτελούν τον πυρήνα του νόμου, τον σεβασμό στην αυτονομία του ατόμου όπως αυτός έχει καθιερωθεί και από τη σχετική νομοθεσία που αφορά στα δικαιώματα ασθενών και πρώτιστα από το άρθρο 47 του Ν. 2071/1992. Όπως χαρακτηριστικά αναφέρεται στην έκθεση, «...η ενημέρωση του ασθενούς αποτελεί το αντίβαρο μεταξύ του ιατρού που ξέρει και του ασθενούς που αγνοεί, για να έχουμε ίσα μέρη στην ιατρική σύμβαση...»⁴⁸). Στον νόμο ορίζεται επίσης ότι το συμφέρον του ασθενούς είναι καθοριστικό και ότι η εξυπηρέτησή του εξαρτάται από την πληρότητα και την ακρίβεια των πληροφοριών που δίδονται στον ασθενή (άρ. 47 παρ. 4β Ν. 2071/1992).

Στη θεωρία επικρατεί διχογνωμία ως προς το εάν η υποχρέωση ενημέρωσης του ασθενούς είναι κύρια ή παρεπόμενη υποχρέωση. Υποστηρίζεται ότι η υποχρέωση ενημέρωσης του ασθενούς αποτελεί παρεπόμενη υποχρέωση του ιατρού⁴⁹ έναντι της κύριας υποχρέωσης που είναι, βέβαια, καταρχήν η θεραπευτική αγωγή. Η ορθή ερμηνεία

*Για μια κατ' άρθρο ερμηνεία του κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας, βλ. ΛΑΣΚΑΡΙΔΗ Ε. (επιμέλεια), Ερμηνεία Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας, Νομική βιβλιοθήκη, 2013.

⁴⁵Βλ. ΑΝΔΡΟΥΛΙΔΑΚΗ, Η υποχρέωση ενημέρωσης του ασθενούς, 1993, σελ. 148, βλ. ΦΟΥΝΤΕΔΑΚΗ, Αστική Ιατρική Ευθύνη, 2003, σελ. 238, βλ. ΚΑΝΕΛΛΟΠΟΥΛΟΥ-ΜΠΟΤΗ, Ιατρική Ευθύνη..., 1999, σελ. 41 και πολλούς άλλους.

⁴⁶Βλ. ΚΑΝΕΛΛΟΠΟΥΛΟΥ-ΜΠΟΤΗ, Τα πρόβλημα της θεμελίωσης των δικαιωμάτων ενημέρωσης του ασθενούς και άμβλωσης στο δικαίωμα ιδιωτικής ζωής; Παρατηρήσεις σε σχέση με τον ν. 2619/1998, Κριτε 2000/1, 185 επ.

⁴⁷ΣυμβαΠ 490/2000, Νόμος, ΠολΠρΑθ 1449/2007, Αρμ 2009, 1006 και Νόμος, ΣυμβΠλημΑθ 2255/1998, ΠοινΔικ 1998, 986, ΤρΕφΝαυπλ 906/2005, ΕπίΔ 2009, 78. ΕισΕκθ Ν., σελ. 3

⁴⁸Αιτιολογική Έκθεση Ν. 3418/2005, ΚΝοΒ 53, 2005.

⁴⁹Βλ. ΦΟΥΝΤΕΔΑΚΗ, Αστική Ιατρική Ευθύνη, 2003, σελ. 174, βλ. ΨΑΡΟΥΛΗΣ-ΒΟΥΛΤΣΟΣ, Ιατρικό Δίκαιο-Στοιχεία Βιοηθικής, 2010, σελ. 196.

της ΑΚ288 μας οδηγεί στο συμπέρασμα ότι πραγματικά, πηγάζουν από τη διάταξη αυτή παρεπόμενες υποχρεώσεις παροχής, ειδικά όσον αφορά την παροχή πληροφοριών στο αντισυμβαλλόμενο και ιδίως ασθενέστερο μέρος, κυρίως όταν αυτές οι πληροφορίες είναι αναγκαίες για να προφυλάξουν τον αντισυμβαλλόμενο και ασθενέστερο από κινδύνους.⁵⁰ Σε αυτές τις περιπτώσεις, οι υποχρεώσεις παροχής, εντασσόμενες στις υποχρεώσεις προστασίας (άλλως πρόνοιας, ασφάλειας κ.λπ.⁵¹) είναι πραγματικά παρεπόμενες. Υποστηρίζεται όμως και η αντίθετη άποψη, ότι η υποχρέωση ενημέρωσης του ασθενούς, λόγω της σπουδαιότητάς της, αποτελεί κύρια υποχρέωση του ιατρού⁵². Με βάση το άρθρο 11 του νόμου, πρέπει να γίνει δεκτό ότι πλέον, η υποχρέωση ενημέρωσης αποτελεί αυτοτελή ιατρική πράξη και επομένως, συνιστά το αντικείμενο κύριας υποχρέωσης παροχής του ιατρού στο πλαίσιο της σύμβασης ιατρικής αγωγής. Πάντως, οι συνέπειες από την παραβίαση της υποχρέωσης ενημέρωσης δεν διαφοροποιούνται σε σχέση με το εάν αυτή είναι κύρια ή παρεπόμενη υποχρέωση, καθώς η ρύθμισή τους στον νόμο είναι ενιαία.

1. Φορέας της υποχρέωσης

Ο υπόχρεος στην εκπλήρωση της υποχρέωσης ενημέρωσης⁵³ (φορέας του «καθήκοντος αληθείας» που αναφέρει ο νόμος) είναι ο ιατρός και συγκεκριμένα, ο θεράπων ιατρός, μέσα στο πλαίσιο της σχέσεως εμπιστοσύνης που προκύπτει από την ιατρική σύμβαση.⁵⁴ Νοσηλευτικό προσωπικό ή άλλα πρόσωπα δεν υποχρεούνται ούτε νομιμοποιούνται να εκπληρώσουν την υποχρέωση ενημέρωσης του ασθενούς, ανεξάρτητα από το γεγονός ότι συχνά κυρίως σε νοσοκομειακό περιβάλλον, τέτοια πρόσωπα καλούνται να συμμετάσχουν στη διαδικασία της εκπλήρωσης του απαιτούμενου, ενίοτε, τύπου της ενημέρωσης (συμπλήρωση σχετικών εγγράφων, αρχειοθέτηση κ.λπ.⁵⁵ Στη νοσοκομειακή ιατρική αγωγή την ευθύνη και για την εκπλήρωση της υποχρέωσης ενημέρωσης έχει ο διευθυντής του τμήματος όπου ο ασθενής νοσηλεύεται, ανεξάρτητα από το γεγονός ότι μπορεί να αναθέσει την ενημέρωση σε άλλον ιατρό που υπηρετεί στο ίδιο τμήμα.⁵⁶ Υπεύθυνος για την ενημέρωση είναι ο ιατρός που ανέλαβε τον ασθενή (θεράπων) και γνωρίζει την προσωπικότητα και την ψυχολογία του ασθενούς⁵⁷, όσον όμως αφορά τις ιατρικές πληροφορίες που εντάσσονται στην ειδικότητά του. Ο ιατρός που εκπληρώ-

⁵⁰Βλ. ΣΤΑΘΟΠΟΥΛΟΣ, Γενικό Ενοχικό Δίκαιο, 2004, σελ. 234-235.

⁵¹Βλ. ΣΤΑΘΟΠΟΥΛΟΣ, Γενικό Ενοχικό Δίκαιο, 2004, σελ. 234.

⁵²Βλ. ΑΝΔΡΟΥΛΙΔΑΚΗ-ΔΗΜΗΤΡΙΑΔΗ, Η υποχρέωση ενημέρωσης του ασθενούς, 1993, σελ. 130-132, βλ. σελ. 19-20, βλ. ΒΛΑΧΟΥ, Ο ρόλος ..., 2009, 371. ΚΑΝΕΛΛΟΠΟΥΛΟΥ-ΜΠΟΤΗ Μ., Ιατρική ευθύνη ..., 1999.

⁵³Βλ. ΑΝΔΡΟΥΛΙΔΑΚΗ-ΔΗΜΗΤΡΙΑΔΗ, 1993, σελ. 226 επ.

⁵⁴Βλ. ΑΝΔΡΟΥΛΙΔΑΚΗ-ΔΗΜΗΤΡΙΑΔΗ, 1993, σελ. 227 και 239.

⁵⁵Βλ. ΑΝΔΡΟΥΛΙΔΑΚΗ-ΔΗΜΗΤΡΙΑΔΗ, ό.π., σελ. 227.

⁵⁶Βλ. ΑΝΔΡΟΥΛΙΔΑΚΗ-ΔΗΜΗΤΡΙΑΔΗ, ό.π., σελ. 228.

⁵⁷Βλ. ΚΑΡΑΚΩΣΤΑ, ό.π.

νει, μετά την ανάθεση αυτή, την υποχρέωση ενημέρωσης του ασθενούς ευθύνεται και ο ίδιος προσωπικά για την άρτια εκτέλεση της υποχρέωσης ενημέρωσης⁵⁸.

Ο ειδικός θεράπων ιατρός εκπληρώνει τη υποχρέωση ενημέρωσης που αφορά την ειδικότητά του και μόνο⁵⁹. Συγκεκριμένα, ο χειρουργός οφείλει να ενημερώσει προεγχειρητικά τον ασθενή όσον αφορά το επικείμενο χειρουργείο και τη χειρουργική πράξη και ο αναισθησιολόγος οφείλει να ενημερώσει τον ασθενή σχετικά με την παροχή αναισθησίας που θα επιλεγεί για το χειρουργείο αυτό⁶⁰. Ο θεράπων ιατρός που παραπέμπει τον ασθενή σε άλλον, ειδικό ιατρό για κάποια διαγνωστική εξέταση ή ιατρική επέμβαση, εγχείρηση, πράξη δεν οφείλει ο ίδιος να ενημερώσει τον ασθενή για ό,τι αφορά τη διαγνωστική εξέταση ή την ιατρική επέμβαση, εξέταση, εγχείρηση που θα εκτελέσει ο άλλος ειδικός ιατρός.

Αντίθετα προς αυτή τη λύση, η ΠολΠρΑθ 1449/2007⁶¹ επέρριψε ευθύνη για μη ενημέρωση ως προς το ποσοστό 0,05% θανάτου από τεστ κοπώσεως και στον καρδιολόγο που *παρέπεμψε* τον ασθενή για τεστ κοπώσεως σε άλλον καρδιολόγο. Το Δικαστήριο έκρινε ότι ευθύνεται και ο ίδιος ο παραπέμπας καρδιολόγος για πλημμελή ενημέρωση, όπως και ο τελέσας την εξέταση ιατρός, με το επιχείρημα ότι στον νόμο δεν γίνεται διάκριση ως προς το εάν το πρόσωπο που θα λάβει τη συναίνεση του ασθενούς σε εξέταση είναι ο θεράπων ή ο εκτελών την εξέταση ιατρός.

Η απόφαση αυτή όμως δεν φαίνεται ορθή. Η λύση να ευθύνεται για ενημέρωση του ασθενούς μόνον ο ιατρός που εκτελεί μια εξέταση, επέμβαση, εγχείρηση, ιατρική πράξη κ.λπ. και όχι εκείνος που απλά τη συστήνει και παραπέμπει σε άλλον ειδικό ή και σε άλλον γενικά ιατρό για να γίνει, προκύπτει δικαιοπολιτικά από την ανάγκη να λαμβάνει ο ασθενής τις πληροφορίες από τον ειδικό ιατρό που *οφείλει να γνωρίζει λόγω ειδικότητας*. Επίσης, ο ειδικός ή έστω, ο άλλος ιατρός, μη θεράπων, αλλά εκτελών, είναι *το πρόσωπο που θα εκτελέσει τη διαγνωστική εξέταση ή την ιατρική επέμβαση και επομένως, είναι ο ιατρός που κατά τεκμήριο έχει τις περισσότερες γνώσεις για τις ιατρικές πράξεις κ.λπ. που εκτελεί, αλλά και εκείνος ο οποίος και από καθαρά νομικής πλευράς οφείλει να διασφαλίσει τη νομιμότητα της διενέργειας των πράξεων αυτών*.

Η απόφαση αυτή πάντως επικυρώθηκε από τον Άρειο Πάγο (απόφαση 424/2010⁶²).

Το επιχείρημα ότι στον νόμο δεν γίνεται ρητή διάκριση στον νόμο μεταξύ θεράποντος-παραπέμποντος και εκτελούντος την ιατρική πράξη ιατρού ως προς το *ποιος* οφείλει να λάβει τη συναίνεση του ασθενούς σε ιατρική πράξη δεν μεταλλάσσει τον αναμφισβήτητο κανόνα ότι ο ιατρός που *εκτελεί* την ιατρική πράξη οφείλει να λάβει τη συναίνεση του ασθενούς σε αυτήν (Σύμβαση Οβιέδο, άρ. 5). Αντίθετα ακριβώς, ο νόμος

⁵⁸Βλ. ΑΝΔΡΟΥΛΙΔΑΚΗ-ΔΗΜΗΤΡΙΑΔΗ, ό.π., σελ. 228, ΠΑΠΑΖΗΣΗ, Συναίνεση ως προϋπόθεση σύννομης παροχής υπηρεσιών υγείας, *Digesta* 2004, 444-470. 2004, σελ. 454.

⁵⁹Βλ. ΣΑΚΕΛΛΑΡΟΠΟΥΛΟΥ, Η ποινική αντιμετώπιση..., 2007, σελ. 26.

⁶⁰Αρμ 2009, 1006.

⁶¹Νόμος.

⁶²Νόμος.

3418/2005, στο άρθρο 12 παρ. 1, είναι σαφές ότι «ο ιατρός δεν επιτρέπεται να προβεί στην εκτέλεση οποιασδήποτε ιατρικής πράξης χωρίς την προηγούμενη συναίνεση του ασθενούς». Από το άρθρο αυτό προκύπτει ανεπιφύλακτα ότι ο υπόχρεος να λάβει συναίνεση του ασθενούς σε ιατρική πράξη είναι ο ιατρός που θα *προβεί στην εκτέλεση*⁶³ της πράξης αυτής. Δεν είναι άλλωστε δυνατό άλλος ιατρός να οφείλει να λάβει συναίνεση σε ιατρική πράξη, αλλά άλλος ιατρός να οφείλει να ενημερώσει για να νομιμοποιηθεί η συναίνεση αυτή. Πουθενά στον νόμο δεν αναφέρεται ότι ο ιατρός που *παραπέμπει* τον ασθενή σε άλλον ιατρό για κάποια ιατρική πράξη, επέμβαση, εξέταση, εγχείρηση κ.λπ. οφείλει να ενημερώσει τον ασθενή για τους κινδύνους κ.λπ. της πράξης, επέμβασης κ.λπ. αυτής. Η λήψη συναίνεσης, λ.χ. (και) από τον παθολόγο για εγχείρηση στην οποία ο παθολόγος μεν παραπέμπει, αλλά την οποία εγχείρηση θα εκτελέσει ο γαστρεντερολόγος-χειρουργός, έστω ως λήψη συναίνεσης «προσθετικά», στερείται νοήματος και δεν στηρίζεται στον νόμο. Εάν ο νομοθέτης επεδίωκε να επιρρίψει την υποχρέωση ενημέρωσης και λήψη συναίνεσης και στον θεράποντα μεν ιατρό, αλλά μη εκτελούντα την επικείμενη ιατρική πράξη, επέμβαση, εγχείρηση, ασφαλώς θα το είχε συγκεκριμένα προβλέψει ως εξαίρεση από τον κανόνα της υποχρεωτικής ενημέρωσης και λήψης συναίνεσης (μόνο) από τον ιατρό που εκτελεί την πράξη. Η συντρέχουσα ευθύνη για ενημέρωση και των δύο ιατρών δεν φαίνεται να εξυπηρετεί κάποια σκοπιμότητα από νομικής πλευράς, ούτε άλλωστε προβλέπεται ρητά στον νόμο.

Υποστηρίζεται ότι ο κάθε χειρουργός μιας χειρουργικής ομάδας οφείλει να παρευρίσκεται στην ενημέρωση του ασθενούς ιδίως εάν πρόκειται για «λειπή» ή επικίνδυνη επέμβαση⁶⁴. Πραγματικά, κατά πάγιο κανόνα της ιατρικής χειρουργικής, οι ιατροί χειρουργούν καταρχήν με βοηθό δεύτερο χειρουργό. Η επιταγή της καλής πίστης της ΑΚ288 επιβάλλει ίσως όχι να παρευρίσκεται ο δεύτερος χειρουργός κατά την ενημέρωση του ασθενούς από τον υπεύθυνο πρώτο χειρουργό, καθώς αυτό μπορεί να προκαλεί δυσλειτουργίες στην παροχή ιατρικής φροντίδας μέσα στα νοσοκομεία κ.λπ., αλλά έστω, να διασφαλίσει ότι ο ασθενής έχει πραγματικά ενημερωθεί για το επικείμενο χειρουργείο (π.χ. να ελέγξει την υπογραφή του ασθενούς στα έγγραφα συναίνεσης, να ενημερωθεί από τον ίδιο εάν πραγματικά γνωρίζει όσα πρέπει να γνωρίζει κ.λπ.).

Η σύμβαση ιατρικής αγωγής είναι αυστηρά προσωπική.⁶⁵ Η ενημέρωση που απαιτεί ειδικότητα ανατίθεται στον πιο κατάλληλο για τη ειδικότητα ιατρό.⁶⁶ Την ευθύνη της ενημέρωσης για μια ειδική θεραπεία που θα υποστεί ο ασθενής έχει εκείνος ο ιατρός που θα προβεί στη θεραπεία.⁶⁷ Μεταβίβαση δικαιωμάτων και υποχρεώσεων από τη σύμβαση ιατρικής αγωγής δεν επιτρέπεται.⁶⁸

⁶³Πλάγια στο παρόν κείμενο.

⁶⁴Βλ. ΣΤΑΣΙΝΟΠΟΥΛΟΣ, ό.π., σελ. 1883 επ.

⁶⁵Βλ. ΑΝΔΡΟΥΛΙΔΑΚΗ Ι., Η υποχρέωση ενημέρωσης του ασθενούς, 1993, σελ. 226.

⁶⁶Ο.π., σελ. 229-234.

⁶⁷Ο.π., σελ. 235.

⁶⁸Ο.π., σελ. 235.

Για παράδειγμα, ο μαιευτήρας-γυναικολόγος μπορεί να συζητήσει με την έγκυο το ζήτημα της χορήγησης αναισθησίας στον τοκετό και μπορεί να αναφέρει τους διάφορους τρόπους αναισθησίας κ.λπ. Οπωσδήποτε, παρόμοιες συζητήσεις είναι συνηθέστερες κατά την επικοινωνία μαιευτήρα-εγκύου. Ο μαιευτήρας-γυναικολόγος μπορεί επίσης να αναφέρει το κοινώς γνωστό, ότι η μαιευτική αναισθησία, όπως κάθε αναισθησία, επιφυλάσσει κινδύνους. Η πραγματική αυτή κατάσταση δεν μεταβάλλει τη νομική πραγματικότητα ότι υπεύθυνος, αρμόδιος για ο,τιδήποτε αφορά τη μαιευτική (και οποιαδήποτε άλλωστε) αναισθησία είναι μόνο ο αναισθησιολόγος που τη χορηγεί.⁶⁹

Η έγκυος συμβάλλεται με τον μαιευτήρα-γυναικολόγο της ως προς την παρακολούθηση του τοκετού. Συμβάλλεται με άλλη σύμβαση ιατρικής αγωγής με τον αναισθησιολόγο της ως προς τη χορήγηση σε αυτήν αναισθησίας. Αυτές είναι δύο διαφορετικές συμβάσεις ιατρικής αγωγής, μεταξύ διαφορετικών συμβαλλομένων. Ο μαιευτήρας-χειρουργός θα αμειφθεί για τον τοκετό και ο αναισθησιολόγος θα αμειφθεί για τη χορήγηση της αναισθησίας, κατά τις δύο διαφορετικές συμβάσεις ιατρικής αγωγής. Στη σύμβαση της χορήγησης αναισθησίας περιλαμβάνεται και η υποχρέωση λήψης συναίνεσης σε αναισθησία, ενώ η υποχρέωση αυτή δεν βαρύνει νομικά κανέναν άλλο ιατρό εκτός από τον αναισθησιολόγο. Η νομική λύση αυτή είναι εύλογη, γιατί ο νόμος πρέπει να επιρρίψει το βάρος π.χ. της ορθής ενημέρωσης για κινδύνους, επιπλοκές κ.λπ. της οποιασδήποτε ιατρικής πράξης σε εκείνον τον ιατρό ο οποίος μόνος οφείλει να τους γνωρίζει, δηλαδή στον ειδικό επί του εκάστοτε ζητήματος. Διαφορετική προσέγγιση θα έθετε σε κίνδυνο τα συμφέροντα του ασθενέστερου συμβαλλόμενου, εδώ του ασθενούς, του οποίου διακυβεύονται τα πλέον σημαντικά έννομα αγαθά, όπως η υγεία του. Διαφορετική προσέγγιση επίσης θα υποχρέωνε τους μαιευτήρες-γυναικολόγους να γίνουν και αναισθησιολόγοι, παρακολουθώντας την πρόοδο της επιστήμης της αναισθησιολογίας ως προς τους κινδύνους κ.λπ., όπερ άτοπο.

Η νομική αυτή πραγματικότητα απαντάται όχι μόνο στην Ελλάδα, αλλά και στο Ηνωμένο Βασίλειο⁷⁰ (βλ. η ευθύνη για την αναισθησία και ως προς την ενημέρωση/ συναίνεση αφορά τον αναισθησιολόγο), στις ΗΠΑ⁷¹, στην Ιαπωνία⁷² και αλλού.

⁶⁹Βλ. και παραπάνω, για την ευθύνη του αναισθησιολόγου.

⁷⁰Βλ. HARDMAN J.G., MOPPETT K. AIKEN, Consent, risk and benefit in anesthetic practice, 2009, Oxford University Press, βλ. WHITE S.M., BALDWIN T.J., Consent for Anesthesia, Anesthesia 2003; 58:760-74-Consent for Anesthesia, The Association of Anesthesiologists of Great Britain and Ireland, January 2006, www.aagbi.org, σελ. 13. Τελευταία πρόσβαση 7/712013.

⁷¹Ενδεικτικά βλ. απόφαση του Ανώτατου Δικαστηρίου της Alabama, κατά την οποία μόνο ο αναισθησιολόγος ευθύνεται για την ενημέρωση/συναίνεση του ασθενούς σε αναισθησία. *Wells v. Storey*, 792 So. 2d 1034 (Ala. 1999). Βλ. Επίσης αποφάσεις από πολλές Πολιτείες των ΗΠΑ σε εφετειακό επίπεδο, *Krane v. Saint Anthony Hosp. Systems*, 738 P.2d 75, 77 (Colo.App.1987); *Petriello v. Kalman*, 215 Conn. 377, 576 A.2d 474, 477 (1990); *Valcin v. Public Health Trust of Dade County*, 473 So.2d 1297, 1307 (Fla.Dist.Ct.App.1984); *Parr v. Palmyra Park Hosp., Inc.*, 139 Ga.App. 457, 228 S.E.2d 596, 598 (1976); *Winters v. Podzamsky*, 252 Ill.App.3d 821, 190 Ill.Dec. 203, 621 N.E.2d 72, 75 (1993); *Auler v. Van Natta*,

Έτσι, ενδεικτική είναι η δήλωση συγκατάθεσης για εγχείρηση και χορήγηση αναισθησίας του Γενικού Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ιωαννίνων, στην οποία οι ασθενείς που πρόκειται να υποστούν εγχείρηση δίδουν τη συναίνεσή τους και στον ιατρό-χειρουργό και στον αναισθησιολόγο, στον καθένα ανάλογα με την ειδικότητα και αρμοδιότητά του⁷³. Η συνήθης πρακτική στις χειρουργικές επεμβάσεις είναι ο αναισθησιολόγος να επισκέπτεται τον ασθενή για να προβεί στη δέουσα προεγχειρητική διαδικασία, μέσα στην οποία εμπεριέχεται και η συζήτηση και γενικότερη ενημέρωση περί αναισθησίας. Η συναίνεση του ασθενούς σε ιατρική επέμβαση και σε αναισθησία δεν είναι από νομικής πλευράς απαραίτητο να τεκμηριώνεται σε έγγραφο συναίνεσης, αν και η τεκμηρίωση αυτή απαντάται συχνά στην πρακτική των νοσοκομείων και των ιατρικών κέντρων.

δ. Ευθύνη ιατρού που παραπέμπει σε άλλον ιατρό

Γενικά, ο παραπέμπων ιατρός οφείλει να ενημερώσει για τον λόγο της παραπομπής και τον λόγο της τέλεσης της συνιστώμενης ιατρικής πράξης, εγχείρησης, διαγνωστικής εξέτασης κ.λπ., αλλά η περαιτέρω ενημέρωση (και βέβαια, η λήψη συναίνεσης) αφορά τον ειδικό στον οποίον παραπέμπεται ο ασθενής.⁷⁴

Συχνότατα βέβαια, στο πλαίσιο της σχέσης θεράποντος-ασθενούς, σχέσης εμπιστοσύνης, οι ασθενείς συζητούν με τον θεράποντά τους για κινδύνους και συνέπειες των ιατρικών πράξεων στις οποίες οι θεράποντες τους παραπέμπουν και συχνότατα, οι θεράποντες ιατροί έχουν σοβαρές γνώσεις για τις ιατρικές αυτές πράξεις και απαντούν

686 N.E.2d 172, 175 (Ind.Ct.App.1997); *Pauscher v. Iowa Methodist Medical Center*, 408 N.W.2d 355, 362 (Iowa 1987); *Kelley v. Kitahama*, 675 So.2d 1181, 1183 (La.Ct.App.1996); *Lincoln v. Gupta*, 142 Mich.App. 615, 370 N.W.2d 312, 318 (1985); *Ackerman v. Lerwick*, 676 S.W.2d 318, 320-21 (Mo.Ct.App.1984); *Giese v. Stice*, 252 Neb. 913, 567 N.W.2d 156, 164 (1997); *Baird v. American Medical Optics*, 301 N.J.Super. 7, 693 A.2d 904 (1997); *Johnson v. Sears, Roebuck & Co.*, 113 N.M. 736, 832 P.2d 797 (1992); *Nisenholtz v. Mount Sinai Hosp.*, 126 Misc.2d 658, 483 N.Y.S.2d 568 (Sup.Ct.1984); *Cox v. Haworth*, 54 N.C.App. 328, 283 S.E.2d 392, 395-96 (1981); *Kershaw v. Reichert*, 445 N.W.2d 16, 17-18 (N.D.1989); *Goss v. Oklahoma Blood Inst.*, 856 P.2d 998, 1007 (Okla.Ct.App.1990); *Kelly v. Methodist Hosp.*, 444 Pa.Super. 427, 664 A.2d 148, 150-51 (1995); *Boney v. Mother Frances Hosp.*, 880 S.W.2d 140, 143 (Tex.Ct.App.1994); *Howell v. Spokane & Inland Empire Blood Bank*, 114 Wash.2d 42, 785 P.2d 815, 822 (1990); *Cross v. Trapp*, 170 W.Va. 459, 294 S.E.2d 446, 458-59 (1982); *Mathias v. St. Catherine's Hosp., Inc.*, 212 Wis.2d 540, 569 N.W.2d 330, 333 (Ct.App.1997).

⁷²Βλ. SAKAGUCHI M. & MAEDA S., Informed consent for anesthesia: survey of current practices in Japan, *Journal of Anesthesia*, vol. 19, n. 4., Nov. 2005, σελ. 315-319, "η συναίνεση σε αναισθησία διαφοροποιείται από τη συναίνεση σε χειρουργική επέμβαση και πρέπει να διασφαλίζεται από τον αναισθησιολόγο", σελ. 315. Μετάφραση της γράφουσας.

⁷³Βλ. ιστοσελίδα νοσοκομείου Ιωαννίνων, www.med.uoi.gr. Τελευταία πρόσβαση 7/7/2013.

⁷⁴Βλ. ΑΝΔΡΟΥΛΙΔΑΚΗ-ΔΗΜΗΤΡΙΑΔΗ, ό.π. 1993, σελ. 235 επ., ΠΑΠΑΖΗΣΗ Θ., Συναίνεση ως προϋπόθεση σύνομης παροχής υπηρεσιών υγείας, *Digesta* 2004, 444-470.

στις ερωτήσεις των ασθενών. Το πραγματικό αυτό γεγονός βρίσκεται σε πλήρη συμφωνία με την ίδια τη φύση της ιατρικής επιστήμης, που δεν γνωρίζει βέβαια «στεγανά» μεταξύ των ειδικοτήτων και υποειδικοτήτων της. Αλλά αυτή η πραγματικότητα δεν αλλοιώνει σε τίποτε την ανάγκη από νομικής καθαρά πλευράς η *ευθύνη* για ενημέρωση του ασθενούς να επιρρίπτεται μόνο στον ειδικό ιατρό που οφείλει να γνωρίζει τα της ιατρικής πράξης και διαγνωστικής εξέτασης κ.λπ., την οποία ο ίδιος και εκτελεί, με στόχο και την παροχή κινήτρων για την άρτια εκτέλεση της υποχρέωσης αυτής από τον ειδικό ιατρό ή τον ιατρό που ανέλαβε να εκτελέσει μια ιατρική πράξη, διαγνωστική εξέταση κ.λπ. μετά από παραπομπή άλλου ιατρού.

Έτσι, όταν ο θεράπων ιατρός δίδει οδηγία για διενέργεια εξετάσεων όπως π.χ. οι μικροβιολογικές, ο ασθενής συνάπτει σύμβαση για αυτές απ' ευθείας με τον μικροβιολόγο και επομένως, ο θεράπων δεν φέρει καμία ευθύνη είτε ως προς την ενημέρωση είτε ως προς την αρτιότητα της εκτέλεσης των εξετάσεων αυτών. Ευθύνη στο πρόσωπο του θεράποντος ιατρού μπορεί να προκύψει μόνο για αμέλεια ως προς τη σύσταση του μικροβιολόγου-του εργαστηρίου που εκτελεί τις εξετάσεις, εφόσον γνώριζε ή ώφειλε να γνωρίζει ότι δεν ήσαν σε θέση να εκτελέσουν άρτια τις υποχρεώσεις τους από τη σύμβασή τους με τον ασθενή.

Ειδικά ως προς την ενημέρωση, πρέπει να διερευνηθεί ειδικότερα εάν είναι ορθό, όπως φαίνεται, να ισχύσει η αρχή της εμπιστοσύνης και στο ζήτημα αυτό. Όπως ο παραπέμπων θεράπων ιατρός δικαιούται, κατά κανόνα, να θεωρήσει ότι αυτός ο ιατρός που θα εκτελέσει την ιατρική πράξη θα την εκτελέσει άρτια, είναι εύλογο να θεωρηθεί ότι εδώ συμπεριλαμβάνεται και η λήψη έγκυρης συναίνεσης, άρα και η μετάδοση της σωστής ιατρικής πληροφορίας. Κι όπως ο χειρουργός αναμένει ότι ο αναισθησιολόγος που χορηγεί την αναισθησία γνωρίζει τον ορθό τρόπο για αυτό, το ίδιο αναμένει ότι ο αναισθησιολόγος έχει ενημερώσει σωστά τον ασθενή και έχει λάβει συναίνεση για την αναισθησία.

Έτσι, φαίνεται άδικη η λύση της συντρέχουσας ευθύνης για ενημέρωση περί ιατρικής επέμβασης ή διαγνωστικής εξέτασης και από τον θεράποντα/παραπέμποντα ιατρό, ο οποίος υποχρεούται και δικαιούται να παραπέμψει στον ασθενή του για τις πράξεις αυτές, που συχνά αφορούν μια εντελώς άλλη ειδικότητα και εκτελούνται από άλλους ιατρούς, σε άλλους χώρους και σε άλλους χρόνους από την επίσκεψη του ασθενούς στον θεράποντά του ιατρό-η συναίνεση του ασθενούς στις εξετάσεις κ.λπ. λαμβάνει χώρα κατά τον νόμο σε εκείνους τους άλλους χώρους και χρόνους και δίδεται σε άλλους ιατρούς-τους εκτελούντες.

Έτσι, για παράδειγμα, ο καρδιολόγος που παραπέμπει τον ασθενή του για καθετηριασμό δεν οφείλει να ενημερώσει ο ίδιος τον ασθενή για τους κινδύνους της πράξης αυτής, αλλά ο ειδικός εκτελών τον καθετηριασμό. Το ίδιο ισχύει για παραπομπή από τον θεράποντα του ασθενούς σε ακτινολογικό έλεγχο ή σε κολονοσκόπηση κ.λπ., πράξεις που εκτελούνται από άλλους ειδικούς υπόχρεους στην ενημέρωση (ακτινολόγος, γαστρεντερολόγος). Το ίδιο ισχύει για τον μαιευτήρα-γυναικολόγο που εκτελεί καισαρική τομή σε σχέση με την αναισθησία που θα επιλεγεί για την τέλεση του χειρουργείου καθώς ο,τιδήποτε αφορά στην αναισθησία εμπίπτει αποκλειστικά στην αρμοδιότητα και

ευθύνη του αναισθησιολόγου που αναλαμβάνει την εκτέλεσή της. Τέλος, όταν παθολόγος παραπέμπει ασθενή σε χειρουργό για χειρουργείο, ο παθολόγος ενημερώνει για τον λόγο που επιβάλλει το χειρουργείο αυτό και ο χειρουργός ενημερώνει για τον τρόπο της εγχείρησης, τις επιπλοκές και τις συνέπειές της κ.λπ.⁷⁵).

Η διερεύνηση, τέλος, της ευθύνης πλειόνων ειδικά σε σχέση με την ιατρική ευθύνη έχει προτεραιότητα ακόμη περισσότερο σήμερα, όπου και η ιατρική πράξη και ειδικότερα, η ενημέρωση φαίνεται να διενεργούνται όλο και περισσότερο από περισσότερους από έναν ιατρούς, νοσηλευτές κ.λπ. Ο σκοπός είναι καταρχήν, η δίκαιη κατανομή της ευθύνης στους συμμετόχους αλλά τελικά, η πιο ικανοποιητική προστασία των δικαιωμάτων των ασθενών. Η αρχή της εμπιστοσύνης πάντως, βασική αρχή του δικαίου που έχει εφαρμογή και ευρύτερα της ιατρικής ευθύνης, πρέπει να διέπει όχι μόνο τη σχέση περισσότερο του ενός ιατρού ως προς την κοινή ιατρική πράξη (π.χ. ένα χειρουργείο), αλλά και ως προς τη μετάδοση της ιατρικής πληροφορίας.

⁷⁵Βλ. ΣΑΚΚΕΛΛΑΡΟΠΟΥΛΟΥ, Η ποινική αντιμετώπιση..., 2007, σελ. 26, βλ. ΚΑΡΑΓΕΩΡΓΟΣ, Η ποινική εκτίμηση ιατροχειρουργικών επεμβάσεων, 1996, σελ. 83.

