

ΒΡΑΧΕΙΑ ΔΗΜΟΣΙΕΥΣΗ SHORT COMMUNICATION

ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ 2024, 41(1):138-141
ARCHIVES OF HELLENIC MEDICINE 2024, 41(1):138-141

Παρατηρήσεις στον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας Νόμος 3418/2005

Γ. Παπαθανάκος,¹ Λ. Τζούμας,¹ Κ. Τζούμας,¹
Γ. Παπαδόπουλος,¹ Γ. Παππάς-Γώγος²

¹Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ιωάννινα
²Τμήμα Ιατρικής, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης,
Αλεξανδρούπολη

Comments on code of medical ethics –
Law 3418/2005

Abstract at the end of the article

Λέξεις ευρητηρίου: Ιατρική δεοντολογία, Κώδικας

Το έτος 2005 εκδόθηκε ο Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας. Η δημιουργία του ήταν αναγκαία. Έπρεπε να καλύψει τις εξελίξεις στην Ιατρική και στις μεταβολές που επέφεραν στη νομοθεσία ειδικοί νόμοι οι οποίοι άπτονται πτυχών της άσκησης της Ιατρικής. Ο κώδικας αυτός εκσυγχρόνισε το τότε ισχύον νομικό πλαίσιο και κάλυψε το κενό που υπήρχε. Με τη θέσπιση συγκεκριμένων νομικών υποχρεώσεων προσέγγισε σχεδόν όλα τα θέματα με τα οποία συνδέεται η άσκηση της σύγχρονης Ιατρικής.

Οι διατάξεις του έχουν ως σκοπό την προστασία των δικαιωμάτων του ασθενούς, της υγείας και της ζωής του, την αξιοπρέπεια και την ανθρώπινη αξία. Στον ασθενή παρέχεται το δικαίωμα έγκαιρης, πλήρους και ορθής ενημέρωσης, καθώς και το δικαίωμα συγκατάθεσής του στην ιατρική πράξη.¹

Ο Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας ρυθμίζει τους γενικούς κανόνες άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος ως λειτουργήματα, την ηθική και επιστημονική ανεξαρτησία του ιατρού και την εξασφάλιση ποιότητας, ασφάλειας και αποτελεσματικότητας. Παράλληλα, ρυθμίζεται η συμπεριφορά

των ιατρών έναντι των συναδέλφων τους και της κοινωνίας. Ο κώδικας έχει σαφή προσανατολισμό στην πρόληψη των ασθενειών και στην προστασία του απορρήτου των πληροφοριών για την υγεία του ασθενούς.^{1,2}

Ρυθμίζει επίσης τη συνεχιζόμενη εκπαίδευση και την επαγγελματική συνεργασία, το ιατρικό απόρρητο, την τήρηση ιατρικού αρχείου και τη σύγκρουση καθηκόντων, κ.ά.²

Δεν παραλείπει να εισέλθει σε θέματα επιστημονικής έρευνας, στον ιατρό και στη φροντίδα ψυχικής υγείας, στις ιατρικές αποφάσεις στο τέλος της ζωής, στην ιατρική υποβοήθηση της ανθρώπινης αναπαραγωγής, στην τεχνητή διακοπή κύησης, στις μεταμοσχεύσεις ιστών και οργάνων και στην αιμοδοσία.²

Ωστόσο, ο Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας εκδόθηκε πριν από περίπου 20 έτη και, όπως και σε άλλες χώρες, θα χρειαστεί η αναθεώρησή του.^{3,4} Έτσι, τόσο από νομική όσο και από ιατρική άποψη, οι συγγραφείς, λαμβάνοντας υπ' όψιν και άλλους σύγχρονους ευρωπαϊκούς κώδικες, επιθυμούμε να προτείνουμε μερικά σημεία για πιθανή βελτίωση σε επανέκδοση.

ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΕΣ ΔΙΟΡΘΩΣΕΙΣ

Στο άρθρο 4 «Εξασφάλιση ποιότητας, ασφάλειας και αποτελεσματικότητας» μπορούν να προστεθούν οι πιο κάτω παράγραφοι: «(α) Ο ιατρός προτείνει και πραγματοποιεί μόνο εκείνες τις διαγνωστικές διαδικασίες που είναι απαραίτητες για μια αξιόπιστη διάγνωση και αυτό γιατί η αμυντική Ιατρική που εξασκείται από πολλούς ιατρούς οδηγεί στην αφαίμαξη των νοσοκομείων, των ασφαλιστικών ταμείων και των φορολογούμενων. (β) Η θεραπεία γίνεται σύμφωνα με τα αποδεδειγμένα ευρήματα της σύγχρονης Ιατρικής και βασίζεται στην Evidence-Based Medicine. (γ) Σε περίπτωση υποψίας κακοποίησης παιδιών και ενηλίκων, ο ιατρός υποχρεούται να ενημερώνει την αρμόδια αρχή, προστατεύοντας και αντιμετωπίζοντας με προσοχή την ιδιωτική ζωή και το συμφέρον των ασθενών. (δ) Εάν οι

ασθενείς, που είναι ενημερωμένοι πλήρως για την κατάσταση τους και μπορούν να λάβουν ανεξάρτητες αποφάσεις, δεν συμπεριφέρονται σύμφωνα με τις συστάσεις του ιατρού για την πρόληψη και τη θεραπεία της νόσου, τότε ο ιατρός έχει το δικαίωμα να αρνηθεί περαιτέρω φροντίδα στους εν λόγω ασθενείς και να τους παραπέμψει σε άλλον ιατρό».

Στο άρθρο 7 εξετάζεται ο γεωγραφικός περιορισμός στην άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος. Το άρθρο αυτό πρέπει να αναθεωρηθεί ή και να καταργηθεί, από τη στιγμή που υπάρχουν νεότερες και ειδικότερες διατάξεις οι οποίες ρυθμίζουν την απελευθέρωση των επαγγελματιών (Ν 3919/2011 και Ν 4025/2011).

Στο άρθρο 8 προτείνεται η προσθήκη της παραγράφου: «Όταν ο ιατρός αναλαμβάνει καθήκοντα πραγματογνώμονα, διορισμένος από δικαστικές αρχές ή ιδιώτες, οφείλει να συμμορφώνεται με τις αρχές δεοντολογίας. Πρέπει να έχει μεγάλη εμπειρία και γνώση στον τομέα στον οποίο ενεργεί ως πραγματογνώμονας και να είναι εξοικειωμένος με τα σύγχρονα επιτεύγματα στον τομέα αυτόν».

Στο άρθρο 12, στην παράγραφο 2, στις προϋποθέσεις της συναίνεσης του ασθενούς προτείνουμε να προστεθούν οι παράγραφοι: «(α) Η ενημέρωση για μεγάλες χειρουργικές επεμβάσεις πρέπει να γίνεται τουλάχιστον 24 ώρες νωρίτερα.⁴ (β) Η έγγραφη συναίνεση με ευθύνη του θεράποντος ιατρού αποτελεί αποδεικτικό στοιχείο σε περιπτώσεις αμφισβήτησης της συναίνεσης σε δικαστικές αντιπαραθέσεις αναφορικά με ιατρικά σφάλματα. Για τη συναίνεση απαιτείται όχι απλώς ωριμότητα, αλλά ικανότητα για δικαιοπραξία, που μόνο ένας πλήρως υγιής άνθρωπος διαθέτει συνήθως. (γ) Για την ενημέρωση των ανηλίκων αναζητείται η συναίνεση των γονέων ή των εχόντων τη γονική μέριμνα, αλλά και του ίδιου του ανήλικου, εφόσον έχει συμπληρώσει την ηλικία των 15 ετών και έχει κατά την κρίση του ιατρού την απαιτούμενη ωριμότητα και συνειδησιακή επάρκεια».

Στο άρθρο 15 αναφέρεται η σύγκρουση συμφερόντων. Θα πρέπει να γίνει ειδική μνεία στο ακόλουθο: «Σύγκρουση συμφερόντων συνιστά η χρηματοδότηση των συνεδρίων από τις φαρμακευτικές εταιρείες». Στη Γερμανία, η χρηματοδότηση των συνεδρίων γίνεται από το νοσοκομείο για ένα εθνικό και ένα διεθνές συνέδριο για κάθε ιατρό κατ' έτος.

Στο άρθρο 21 «Σχέσεις με συναδέλφους και λοιπό προσωπικό» προτείνουμε να προστεθούν οι παράγραφοι: «(α) Ο ιατρός δείχνει σεβασμό και ευγνωμοσύνη στους δασκάλους του για τις γνώσεις, τις δεξιότητες και την εκπαίδευση που του μεταδόθηκαν. (β) Εάν ένας ιατρός αντιληφθεί ιατρικά ακατάλληλη συμπεριφορά συναδέλφου του, υποχρεούται να ενημερώσει τον συνάδελφό του και τους προϊσταμένους του».

Το άρθρο 22 επικεντρώνεται στα «Ιατρικά συμβούλια»: (α) Η παράγραφος 2 πρέπει να διαγραφεί, κι αυτό καθώς στην αντιμετώπιση των ασθενών δεν έχουν θέση διαταραγμένες επαγγελματικές σχέσεις. (β) Πρέπει να διαγραφεί και η παράγραφος 3. Θεωρούμε ότι καθήκον του κάθε ιατρού είναι η με κάθε μέσο διαφύλαξη της υγείας του ασθενούς, η οποία θεωρείται ύψιστη αξία, και όχι η απόσυρση. Αυτή η αυτονομία του ασθενούς που διαφαίνεται από το εν λόγω άρθρο είναι επικίνδυνη για τον ίδιο και δυσλειτουργική για την κλινική.

Στο άρθρο 24, που είναι σχετικό με την ιατρική έρευνα, προτείνουμε να προστεθεί η παράγραφος «Ο ιατρός που ερευνά στον τομέα της Βιοϊατρικής πρέπει να είναι επιστημονικά καταρτισμένος, εξασκημένος ή να επιτηρείται από έμπειρο ιατρό στην έρευνα».

Στο άρθρο 29, που αναφέρεται στις «Ιατρικές αποφάσεις στο τέλος της ζωής», προτείνουμε να προστεθούν οι ακόλουθες παράγραφοι: «(α) Η απόλυτα συνειδητή επιθυμία ενός καλά ενημερωμένου ασθενούς που πάσχει από ανίατη νόσο, εκφρασμένη με σαφήνεια, γραπτά ή προφορικά, σχετικά με την τεχνητή παράταση της ζωής, θα πρέπει να γίνεται σεβαστή με την εφαρμογή διατάξεων θετικής νομοθεσίας. (β) Η συνέχιση της εντατικής θεραπείας ενός ασθενούς σε μη αναστρέψιμη κατάσταση τέλους ζωής δεν καθορίζεται ιατρικά και αποκλείει το δικαίωμα του ετοιμοθάνατου σε έναν αξιοπρεπή θάνατο».

Ο κάθε άνθρωπος έχει το δικαίωμα της αυτονομίας και οι αποφάσεις στο τέλος της ζωής θα πρέπει να χαρακτηρίζονται από την ελευθερία του ατόμου για αυτοδιάθεση. Όμως, το καθήκον του ιατρού είναι να τη διαφυλάττει με κάθε μέσο, χρησιμοποιώντας την επιστημονική του κατάρτιση. Ωστόσο, η ύπαρξη ανίατων, επώδυνων και θανατηφόρων νόσων, καθώς και η υπερβολή της παράτασης ζωής με τη βοήθεια της σύγχρονης Ιατρικής, που έχει στόχο τη διατήρηση της ζωής, αυξάνοντας όμως την αγωνία και τον πόνο του ασθενούς, θέτει συχνά το ερώτημα της παθητικής ευθανασίας.⁵ Για τον λόγο αυτόν, το άρθρο 5 της Σύμβασης του Oviedo (1997) αναγνωρίζει και κατοχυρώνει το δικαίωμα ενός ατόμου να αρνηθεί θεραπευτική αγωγή, ακόμη κι αν η εν λόγω άρνηση οδηγήσει στον θάνατό του. Η σύμβαση αυτή έχει κυρωθεί με νόμο του κράτους.⁶

Η ευθανασία διακρίνεται σε ενεργητική και παθητική. Η σχετική διάκριση τείνει να αντικατασταθεί με την έννοια των αποφάσεων στο τέλος της ζωής και του περιορισμού της θεραπείας, όταν αυτή θεωρείται μη αποτελεσματική.⁵

Η απόφαση στο τέλος της ζωής απαιτεί έγγραφη έκφραση της επιθυμίας του ατόμου, η οποία συντάσσεται ή επιβεβαιώνεται εντός πενταετίας, ενώ μπορεί να τροποποι-

ηθεί ή να ανακληθεί ανά πάσα στιγμή. Ο ιατρός θα πρέπει να επιβεβαιώσει ότι ο ασθενής πάσχει από σοβαρή και μη αναστρέψιμη βλάβη, που έχει προκληθεί από ασθένεια ή ατύχημα. Ο ιατρός δεν ενεργεί αυτοβούλως, αντίθετα δεσμεύεται για την ακριβή τήρηση των όρων και των διαδικασιών που περιέχονται στο έντυπο, σύμφωνα με τις απαιτήσεις του ασθενούς.^{7,8}

Για να θεωρηθεί νόμιμο το αίτημα της παθητικής ευθανασίας, ο ασθενής πρέπει να έχει πλήρη συνείδηση κατά τη στιγμή της αίτησης, την κατάλληλη ηλικία και τη νομική ικανότητα να λαμβάνει τις δικές του αποφάσεις και να έχει λάβει την απόφαση χωρίς εξωτερική πίεση.

Η απόφαση στο τέλος της ζωής ή η παθητική ευθανασία χαρακτηρίζεται ως θεληματική πράξη που αποσκοπεί στη μη χρήση ή στη διακοπή των θεραπευτικών ή των υποστηρικτικών μέσων, τα οποία θα παρατείνουν τη ζωή του ασθενούς. Σε αντίθεση με την ενεργητική ευθανασία, η παθητική ευθανασία επιτρέπεται σε αρκετές χώρες της Ευρώπης, όπως στην Αυστρία, στη Γαλλία, στη Δανία, στη Σλοβακία, στη Σουηδία και αλλού, με μικρές διαφοροποιήσεις στην αυστηρή νομοθεσία. Το δικαίωμα στην άρνηση της θεραπείας από ασθενείς τελικού σταδίου αναγνωρίζεται επίσης στο Ηνωμένο Βασίλειο, στην Εσθονία, στη Λετονία, στη Φινλανδία, στην Ουγγαρία και σε άλλες χώρες.⁹

Στην παθητική ευθανασία δεν επιτρέπεται η απόσυρση των παροχών φροντίδας στον ασθενή. Στην Αυστρία, ο ασθενής διατηρεί το δικαίωμα άρνησης, σε περίπτωση που χρειάζεται να τοποθετηθεί ρινογαστρικός σωλήνας για την εισαγωγή τροφής και υγρών, καθ' όσον η διαδικασία αυτή συνιστά ιατρική πράξη. Απεναντίας, το δικαίωμα αυτό δεν του παρέχεται όσον αφορά στη βασική χορήγηση τροφίμων και υγρών. Στη Γερμανία, η παθητική ευθανασία επιτρέπεται, με την αποδοχή του πρόωρου θανάτου, μέσω της ιατρικής θεραπείας που αποσκοπεί στην ανακούφιση του πόνου και με την αποδοχή του αιτήματος από τον ασθενή για μη λήψη ή διακοπή της θεραπευτικής αγωγής. Από το 2015 επιτρέπεται η υποβοηθούμενη αυτοκτονία σε μεμονωμένους ασθενείς, με αλτρουιστικά κίνητρα. Η γερμανική κοινωνία πιστεύει ότι «ένας ανώδυνος θάνατος αξιολογείται ως υψηλότερο αγαθό σε σχέση με την επέκταση της ζωής».¹⁰

Εξετάζοντας το ζήτημα της παθητικής ευθανασίας, θεωρούμε ότι πρέπει να διασφαλίσει τους πολίτες από τον κίνδυνο αυθαιρειών. Πρέπει να υπάρχουν αυστηρές προϋποθέσεις διά μέσου των νομοθετικών διατάξεων. Οι αποφάσεις στο τέλος της ζωής πρέπει να πηγάζουν από έναν ασθενή ενημερωμένο σχετικά με την πάθησή του, στον οποίο παρέχεται η δυνατότητα επιλογής εναλλακτικών θεραπειών, όπως η παροχή υψηλά εξειδικευμένης παρηγορητικής φροντίδας σε ασθενείς με ανίατη νόσο. Ωστόσο,

τίθεται το ερώτημα εάν η επιλογή του ασθενούς συνιστά μονόδρομο προς την ευθανασία, καθώς στις περισσότερες χώρες υπάρχει έλλειψη αυτών των δομών φροντίδας που παρέχουν εξειδικευμένη και ποιοτική παρηγορητική Ιατρική.

ABSTRACT

Comments on code of medical ethics – Law 3418/2005

G. PAPATHANAKOS,¹ L. TZOUMAS,¹ K. TZOUMAS,¹
G. PAPADOPOULOS,¹ G. PAPPAS-GOGOS²

¹Faculty of Medicine, University of Ioannina, Ioannina,

²Faculty of Medicine, Democritus University of Thrace,
Alexandroupolis, Greece

Archives of Hellenic Medicine 2024, 41(1):138–141

The current code of medical ethics was issued in 2005. Its issue was necessary, taking into account the developments in medicine and the legislation changes of special laws concerning aspects of the medical practice. As in other countries, it will need to be revised. Thus, both from a legal and a medical point of view, the authors, taking into account other modern European codes, suggest some points for possible improvement in a reissue.

Key words: Code, Medical ethics

Βιβλιογραφία

1. ΝΟΜΟΣ 3418/2005. Κώδικας ιατρικής δεοντολογίας. ΦΕΚ 287/Α/28.11.2005
2. ΛΑΣΚΑΡΙΔΗΣ ΕΙ. *Ερμηνεία κώδικα ιατρικής δεοντολογίας (Ν 3418/2005)*. Νομική Βιβλιοθήκη, Αθήνα, 2013
3. Professions MEDICALES (articles D4111-1 à R4153-9); Titre II: Organisation des professions médicales (articles R4122-1 à R4127-367); Chapitre VII: Déontologie (articles R4127-1 à R4127-367); code de déontologie médicale (articles R4127-1 à R4127-112)
4. AMTSBLATT 139/15/2015. Kodex der medizinischen Ethik und Deontologie
5. KOZAMANI A. Euthanasia: Practices applied by the countries of the European Union. *Bioethica* 2019, 15:89-100
6. ΝΟΜΟΣ 2619/1998. Κύρωση της Σύμβασης του Συμβουλίου της Ευρώπης για την προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και της αξιοπρέπειας του ατόμου σε σχέση με τις εφαρμογές της Βιολογίας και της Ιατρικής: Σύμβαση για τα ανθρώπινα δικαιώματα και τη Βιοϊατρική. ΦΕΚ 132/Α/19.6.1998
7. GOVERNMENT OF THE NETHERLANDS. Euthanasia, assisted suicide and non-resuscitation on request. Ministry of Health, Welfare and Sport/Ministry of Justice and Security, The Haag, 2017. Available at: <https://www.government.nl/topics/euthanasia/>

- euthanasia-assisted-suicide-and-non-resuscitation-on-request
8. NETHERLANDS MINISTRY OF FOREIGN AFFAIRS. FAQ – euthanasia 2010: The termination of life on request and assisted suicide (review procedures) act in practice. The Haag, 2010. Available at: https://www.patientsrightscouncil.org/site/wp-content/uploads/2012/03/Netherlands_Ministry_of_Justice_FAQ_Euthanasia_2010.pdf
 9. CAUCHI M. End of life care: The ethical and legal standpoints of euthanasia and assisted suicide in today's law. Thesis. Department of Media, Communications & Technology Law, Faculty of Laws, University of Malta, Msida, 2016. Available at: <https://www.um.edu.mt/library/oar/handle/123456789/17232>
 10. DEUTSCHER BUNDESTAG. Entwurf eines Gesetzes zur Strafbarkeit der geschäftsmässigen Förderung der Selbsttötung. Drucksache 18/5373/1.7.2015. Available at: <https://dserver.bundestag.de/btd/18/053/1805373.pdf>
- Corresponding author:*
- G. Papathanakos, Faculty of Medicine, University of Ioannina, 451 10 Ioannina, Greece
e-mail: gpphan@icloud.com
-