



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
Εθνικόν και Καποδιστριακόν
Πανεπιστήμιον Αθηνών
— ΙΔΡΥΘΕΝ ΤΟ 1837 —

ΝΟΜΙΚΗ ΣΧΟΛΗ

ΕΝΙΑΙΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΗ: ΑΣΤΙΚΟ ΔΙΚΑΙΟ ΚΑΙ ΝΕΕΣ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΕΣ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΕΤΟΣ: 2017-2018

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
της Σουμέλας Γεωργίου Γεροντάκη
A.M.: 7340010217004

«Αστική ευθύνη του ψυχιάτρου και του νοσηλευτή ψυχιατρικής κλινικής»

Επιβλέποντες:

Παναγιώτης Νικολόπουλος

Ανθή Πελλένη- Παπαγεωργίου

Θεόδωρος Λύτρας

Αθήνα, 30 Νοεμβρίου 2018

Copyright © Σουμέλα Γ. Γεροντάκη, 2018

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Απαγορεύεται η αντιγραφή, αποθήκευση και διανομή της παρούσας εργασίας, εξ ολοκλήρου ή τμήματος αυτής, για εμπορικό σκοπό. Επιτρέπεται η ανατύπωση, αποθήκευση και διανομή για σκοπό μη κερδοσκοπικό, εκπαιδευτικής ή ερευνητικής φύσης, υπό την προϋπόθεση να αναφέρεται η πηγή προέλευσης και να διατηρείται το παρόν μήνυμα.

Οι απόψεις και θέσεις που περιέχονται σε αυτήν την εργασία εκφράζουν τον συγγραφέα και δεν πρέπει να ερμηνευθεί ότι αντιπροσωπεύουν τις επίσημες θέσεις του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών.

“Macbeth: How does your patient, doctor?”

*Doctor: Not so sick, my lord, as she is troubled with thick-coming fancies that keep her from
rest.*

*Macbeth: Cure her of that! Canst thou not minister to a mind diseased, pluck from the memory a
rooted sorrow, raze out the written troubles of the brain, and with some sweet oblivious antidote
cleanse the stuffed bosom of that perilous stuff which weighs upon her heart.*

Doctor: Therein the patient must minister to himself.”
— William Shakespeare, Macbeth

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

| | | |
|--------|---|----|
| 1. | ΕΙΣΑΓΩΓΗ | 7 |
| 1.1. | Η ΑΣΚΗΣΗ ΤΟΥ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ - ΛΕΙΤΟΥΡΓΗΜΑΤΟΣ ΤΟΥ ΨΥΧΙΑΤΡΟΥ | 7 |
| 1.2. | ΣΥΝΤΑΓΜΑΤΙΚΟ ΚΑΙ ΝΟΜΟΘΕΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ | 8 |
| 1.2.1. | ΤΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΤΩΝ ΨΥΧΙΚΑ ΠΑΣΧΟΝΤΩΝ ΩΣ ΓΝΩΜΟΝΑΣ ΤΟΥ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΗΜΑΤΟΣ..... | 10 |
| 2. | Η ΣΥΜΒΑΣΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ | 12 |
| 2.1. | ΕΝΝΟΙΑ – ΝΟΜΙΚΗ ΦΥΣΗ..... | 12 |
| 2.2. | ΚΑΤΑΡΤΙΣΗ ΤΗΣ ΣΥΜΒΑΣΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ | 14 |
| 3. | ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΤΟΥ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ..... | 17 |
| 3.1. | ΓΕΝΙΚΑ | 17 |
| 3.2. | “ΠΛΗΡΗΣ” ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ..... | 18 |
| 3.3. | “ΚΑΤΑΝΟΗΤΗ” ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ..... | 20 |
| 3.4. | ΠΑΡΑΙΤΗΣΗ ΑΠΟ ΤΟ ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ | 20 |
| 3.5. | ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΣΤΟΝ ΟΠΟΙΟ ΔΙΕΝΕΡΓΕΙΤΑΙ ΕΡΕΥΝΑ | 22 |
| 3.6. | ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ | 24 |
| 4. | ΣΥΝΑΙΝΕΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ | 25 |
| 4.1. | ΝΟΜΙΚΗ ΦΥΣΗ..... | 25 |
| 4.2. | ΣΥΝΑΙΝΕΣΗ ΣΤΗΝ ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΡΑΞΗ - ΙΚΑΝΟΤΗΤΑ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ ΣΤΗΝ ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΡΑΞΗ..... | 26 |
| 4.2.1. | Ο ΑΝΗΛΙΚΟΣ ΑΣΘΕΝΗΣ..... | 27 |
| 4.2.2. | Ο ΕΝΗΛΙΚΟΣ ΑΣΘΕΝΗΣ ΧΩΡΙΣ ΙΚΑΝΟΤΗΤΑ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ | 30 |
| 4.3. | ΑΡΝΗΣΗ ΤΗΣ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ – ΕΞΑΙΡΕΣΕΙΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΥΠΟΧΡΕΩΣΗ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ..... | 32 |
| 4.4. | ΑΚΟΥΣΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑ..... | 34 |
| 5. | ΥΠΟΧΡΕΩΣΗ ΤΗΡΗΣΗΣ ΑΡΧΕΙΟΥ ΚΑΙ ΑΠΟΡΡΗΤΟΥ | 40 |
| 5.1. | ΥΠΟΧΡΕΩΣΗ ΤΗΡΗΣΗΣ ΑΡΧΕΙΟΥ..... | 40 |
| 5.2. | ΥΠΟΧΡΕΩΣΗ ΤΗΡΗΣΗΣ ΑΠΟΡΡΗΤΟΥ | 43 |
| 6. | Η ΑΡΝΗΣΗ ΠΑΡΟΧΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ..... | 45 |
| 7. | ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΣΦΑΛΜΑ..... | 46 |
| 7.1. | ΕΝΝΟΙΑ-ΔΙΑΚΡΙΣΕΙΣ | 46 |
| 7.2. | ΝΟΜΙΜΟΙ ΛΟΓΟΙ ΕΥΘΥΝΗΣ..... | 51 |
| 7.2.1. | ΕΝΔΟΣΥΜΒΑΤΙΚΗ ΕΥΘΥΝΗ..... | 51 |
| 7.2.2. | ΑΔΙΚΟΠΡΑΚΤΙΚΗ ΕΥΘΥΝΗ..... | 53 |
| 7.2.3. | ΕΙΔΙΚΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ..... | 57 |
| 7.2.4. | ΕΥΘΥΝΗ ΤΟΥ ΠΑΡΕΧΟΝΤΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΨΥΧΙΑΤΡΟΥ | 58 |

| | | |
|--------|---|----|
| 8. | Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΨΥΧΙΑΤΡΟΥ ΕΝΩΠΙΟΝ ΤΟΥ ΔΙΚΑΣΤΗΡΙΟΥ | 60 |
| 8.1. | Ο ΨΥΧΙΑΤΡΟΣ ΩΣ ΔΙΚΑΣΤΙΚΟΣ ΠΡΑΓΜΑΤΟΓΝΩΜΟΝΑΣ | 61 |
| 8.1.1. | ΔΙΚΕΣ ΓΟΝΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ | 63 |
| 8.1.2. | ΙΚΑΝΟΤΗΤΑ ΓΙΑ ΣΥΝΑΨΗ ΔΙΑΘΗΚΗΣ..... | 66 |
| 8.1.3. | ΔΙΚΑΣΤΙΚΗ ΣΥΜΠΑΡΑΣΤΑΣΗ | 67 |
| 8.1.4. | ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ ΦΥΛΟΥ..... | 69 |
| 9. | ΖΗΤΗΜΑΤΑ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ | 74 |
| 10. | ΤΟ ΕΡΓΟ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ..... | 76 |
| 10.1. | Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ..... | 76 |
| 10.2. | ΤΟ ΝΟΜΟΘΕΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ..... | 78 |
| 10.3. | ΕΥΘΥΝΗ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ | 79 |
| 11. | ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ | 81 |
| 12. | ΕΠΙΛΟΓΟΣ | 83 |
| 13. | ΝΟΜΟΛΟΓΙΑ..... | 85 |
| 14. | ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ | 88 |

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

1.1. Η ΑΣΚΗΣΗ ΤΟΥ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ - ΛΕΙΤΟΥΡΓΗΜΑΤΟΣ ΤΟΥ ΨΥΧΙΑΤΡΟΥ

Σύμφωνα με τον ορισμό του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας¹, «Ψυχική υγεία είναι μια κατάσταση ευεξίας στην οποία το άτομο ανταποκρίνεται στις δυνατότητές του, μπορεί να αντιμετωπίσει τα αναμενόμενα άγχη της ζωής, μπορεί να εργαστεί παραγωγικά και γόνιμα, και είναι σε θέση να συνεισφέρει στην κοινότητά του». Οι παράγοντες που συντελούν στην ύπαρξη και τη διατήρηση ψυχικής υγείας είναι ποικίλοι, βιολογικοί, ατομικοί, οικογενειακοί, κοινωνικοί, οικονομικοί και περιβαλλοντικοί. Αν αυτό το πλέγμα παραγόντων διαταραχθεί, είναι δυνατόν το άτομο να βιώσει ανισορροπία και να περάσει σε μια κατάσταση κακής ψυχικής υγείας, με κύρια χαρακτηριστικά την ένταση, τη μειωμένη λειτουργικότητα, το άγχος, αλλά και σοβαρότερα συμπτώματα ή διαταραχές, όπως η κατάθλιψη², και φυσικά τον κοινωνικό στιγματισμό και τις διακρίσεις, που παγίως συνόδευαν τις ψυχικές νόσους, ιδίως στο παρελθόν, επιφέροντας τρώση της αξιοπρέπειας των ψυχικά πασχόντων.

Η Ευρωπαϊκή στρατηγική στον τομέα της ψυχικής υγείας αναφέρει ως πρώτη προτεραιότητα την παροχή αποτελεσματικών και υψηλής ποιότητας υπηρεσιών περίθαλψης και θεραπείας, δεδομένου ότι τουλάχιστον το 25% του πληθυσμού της ευρωπαϊκής ηπείρου βρίσκεται αντιμέτωπο με ψυχικές νόσους³. Απαιτείται ολοκληρωμένη προσέγγιση και εκτός της παροχής θεραπείας και περίθαλψης των ασθενών, χρειάζεται να επιτευχθεί αύξηση της συνειδητοποίησης, βελτίωση της νομοθεσίας, ανάπτυξη των υπηρεσιών, επιμόρφωση και συνεχής εκπαίδευση τόσο των ειδικών ψυχικής υγείας όσο και των πασχόντων αλλά και του ευρύτερου κοινωνικού συνόλου γύρω από τις ψυχικές ασθένειες και μείωση του στίγματος και των διακρίσεων.

Ψυχίατρος καλείται ο ιατρός που ειδικεύεται στη διάγνωση και τη θεραπεία των ψυχικών διαταραχών. Ο ρόλος του χαρακτηρίζεται πολυδιάστατος και περιλαμβάνει μια σειρά από ευθύνες, δικαιώματα και υποχρεώσεις. Ο ψυχίατρος οφείλει να είναι «θεματοφύλακας της ψυχικής υγείας», υπό την έννοια ότι οφείλει να παρεμβαίνει προλαμβάνοντας τη βλάβη από διάφορους παράγοντες κινδύνου, και «θεραπευτής του ψυχικά ασθενούς», αφιερώνοντας συχνά μεγάλο χρονικό διάστημα ιατρικής παρακολούθησης προκειμένου να αποκτήσει σφαιρική αντίληψη και ικανότητα χειρισμού της υπάρχουσας ψυχικής διαταραχής, ως αποτέλεσμα

¹ http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/

² Μαλλιώρη, Ο πολυδιάστατος ρόλος του ψυχιάτρου και οι συνακόλουθες ευθύνες, σε: Ψυχιατρική και Δίκαιο, τ.1, σελ. 198

³ <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/policy/european-mental-health-strategy>

περίπλοκων επιδράσεων βιολογικών και ψυχοκοινωνικών παραγόντων. Επιπλέον, είναι «υποστηρικτής και ουσιαστικός συντελεστής» της επανένταξης του ασθενούς στον κοινωνικό και επαγγελματικό βίο, δεδομένου ότι η επανένταξη είναι αναπόσπαστο κομμάτι μια πλήρους θεραπείας, ενώ είναι και «σύμβουλος του ευρύτερου περιβάλλοντος» του ασθενούς στο μακρύ ταξίδι της αντιμετώπισης της ψυχικής νόσου. Χάρη στην ιδιότητά του, είναι «υπερασπιστής της συνολικής αξιοπρέπειας και των δικαιωμάτων» του ασθενούς, παλεύοντας για την εξάλειψη του στίγματος που συνοδεύει τις ψυχικές ασθένειες. Περαιτέρω, σε περίπτωση δικαστικού αγώνα, μπορεί να είναι «συνήγορος για τις κατά περίπτωση αστικές ή ποινικές ευθύνες» του ασθενούς, ενώ μπορεί να συμμετέχει και ως «πραγματογνώμονας», φωτίζοντας με τις ειδικές του γνώσεις το δύσβατο πεδίο των ψυχικών παθήσεων και των επιπτώσεών τους. Μπορεί, ακόμη, να κληθεί ως «σύμβουλος στον σχεδιασμό και την εφαρμογή πολιτικών» σχετιζόμενων με την ψυχική υγεία και τις διαρκώς προκύπτουσες ανάγκες ή να αποτελέσει «ουσιαστικό συμμετοχο» κατά τη διαμόρφωση της νομοθεσίας αναφορικά με θέματα που άπτονται της ειδικότητάς του⁴.

1.2. ΣΥΝΤΑΓΜΑΤΙΚΟ ΚΑΙ ΝΟΜΟΘΕΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

Κατά την εφαρμογή του έργου του ψυχιάτρου, εντός της θεραπευτικής διαδικασίας, παρατηρείται η ύπαρξη μιας λεπτής διαχωριστικής γραμμής, μιας εύθραυστης ισορροπίας και μιας ανάγκης συγκεκριμένου θεμελιωδών συνταγματικών δικαιωμάτων, τόσο του ασθενούς όσο και του ψυχιάτρου. Αφενός, ο ψυχίατρος έχει το δικαίωμα να αναπτύσσει ελεύθερα την προσωπικότητά του, συγκεκριμένα την επαγγελματική του προσωπικότητα, υπό την έκφανση της συμμετοχής στην οικονομική ζωή της χώρας (άρθρο 5§1 Σ), καθώς και να διενεργεί ακώλυτα και απερίσπαστα κάθε είδους ιατρικές πράξεις, σχετιζόμενες με την ειδικότητά του και ευρύτερα με το λειτούργημα του ιατρού, ως απόρροια του δικαιώματός του στην εργασία (άρθρο 22§1 εδ. α' Σ), κατ' εφαρμογή των επιστημονικών και ερευνητικών του γνώσεων (άρθρο 16§1 εδ. α' και β' Σ), που είναι ελεύθερος να προάγει κατά την άσκηση των καθηκόντων του. Αφετέρου, ο ασθενής έχει το δικαίωμα να χαιρεί σεβασμού της αξίας του ως ανθρώπου από την κοινωνία (άρθρο 2§1 Σ), το δικαίωμα να αναπτύσσει ελεύθερα την προσωπικότητά του (άρθρο 5§1 Σ) και να απολαμβάνει απόλυτη προστασία της ζωής, της τιμής και της ελευθερίας του (άρθρο 5§2 Σ), καθώς και της γενετικής του ταυτότητας, ιδίως δε να προστατεύεται από βιοϊατρικές παρεμβάσεις (άρθρο 5§5 Σ). Δικαιούται, επίσης, να προστατεύεται από την παράνομη συλλογή, επεξεργασία και χρήση των προσωπικών του δεδομένων και να χαιρεί

⁴ *Μαλλιώρα*, Ο πολυδιάστατος ρόλος του ψυχιάτρου και οι συνακόλουθες ευθύνες, σε: Ψυχιατρική και Δίκαιο, τ.1, σελ. 200-201

ειδικής φροντίδας από το Κράτος, αν πάσχει από ανίατη πνευματική ή σωματική νόσο (άρθρο 21§2 Σ) και γενικώς, προστασίας της υγείας του (άρθρο 5§5 Σ, 21§3 Σ)⁵.

Πέραν του πεδίου εφαρμογής του Ελληνικού Συντάγματος, το Δίκαιο της Αστικής Ευθύνης, καθορίζει ποιές ζημίες των ασθενών, υπό ποιες προϋποθέσεις, με ποιους όρους και σε ποια έκταση αποκαθίστανται, προχωρώντας σε κατανομή του κινδύνου και τη ζημίας στις εν λόγω βιοτικές σχέσεις, ορίζοντας ποια ευθύνη φέρει και ποιον κίνδυνο αναλαμβάνει ο ψυχίατρος και ποιον ο ασθενής, ορθότερα ο χρήστης των υπηρεσιών υγείας.

Η αστική ευθύνη του ψυχιάτρου βασίζεται κατά κύριο λόγο στον νόμο 3418/2005 («Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας», στο εξής «ΚΙΔ»). Η φύση του είναι διττή: από τη μία κανονιστική και ρυθμιστική και από την άλλη μη κανονιστική, συμβάλλοντας στο γενικότερο τρόπο με τον οποίο γίνεται αντιληπτή η υπόσταση και η ιδεολογική βάση του ιατρικού επαγγέλματος, καθώς εκφράζει το ιδεολογικό υπόβαθρο άσκησης της ιατρικής. Οι στόχοι του είναι η έκφραση του ιδεολογικού πλαισίου του λειτουργήματος του ψυχιάτρου, η ενίσχυση της έννοιας της επαγγελματικής ευθύνης, η βελτίωση της εικόνας του λειτουργήματος, η έμπνευση και η ενθάρρυνση του ψυχιάτρου στην άσκηση του έργου του, η παροχή κατευθύνσεων, η ευαισθητοποίηση και η βελτίωση της ποιότητας παροχής υπηρεσιών και της επαγγελματικής συνοχής. Ο ΚΙΔ, περιέχει, μάλιστα, πέραν των γενικών διατάξεών του που ρυθμίζουν τη συμπεριφορά του ιατρού, επομένως και του ψυχιάτρου, κατά την άσκηση του λειτουργήματός του, και ειδική διάταξη, εκείνη του άρθρου 28, που επιγράφεται «Φροντίδα ψυχικής υγείας», και θεσπίζει ένα πλαίσιο βασικών αρχών που αφορούν στον ψυχίατρο και την θεραπευτική διαδικασία των ψυχικών νόσων. Οι αρχές αυτές είναι η παροχή φροντίδας από τον ψυχίατρο στο πλαίσιο σεβασμού της ανθρώπινης αξιοπρέπειας και των ανθρώπινων δικαιωμάτων, η συνεχής ενημέρωση και επιμόρφωσή του, η αρχή του «ελάχιστου δυνατού περιορισμού» των ψυχικά ασθενών, η αμοιβαία εμπιστοσύνη και εχεμύθεια, η ενημέρωση του ασθενή, ο σεβασμός της πνευματικής, συναισθηματικής και ηθικής αυτονομίας του, η παροχή συγκατάθεσης από εκείνον ή τους οικείους του, η αποφυγή κατάχρησης της εμπιστοσύνης της θεραπευτικής σχέσης και η απαγόρευση σύναψης προσωπικών σχέσεων με τον ασθενή, η τήρηση των δεοντολογικών προϋποθέσεων που αφορούν στην έρευνα και η χρήση ειδικών παρεμβάσεων μόνο υπό συγκεκριμένες προϋποθέσεις⁶.

⁵ ΔΕΦΑΘ 5/2009 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ, ΔΕΦΠΕΠ 1048/1994 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ

⁶ Αιτιολογική Έκθεση ν. 3418/2005, <https://www.hellenicparliament.gr/UserFiles/2f026f42-950c-4efc-b950-340c4fb76a24/n-tatfyl-eis.pdf>

1.2.1. ΤΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΤΩΝ ΨΥΧΙΚΑ ΠΑΣΧΟΝΤΩΝ ΩΣ ΓΝΩΜΟΝΑΣ ΤΟΥ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΗΜΑΤΟΣ

Στη σύγχρονη κοινωνία, είναι αναντίρρητη παραδοχή ότι ο ψυχικά ασθενής θα πρέπει, όπως κάθε πολίτης, να απολαμβάνει το σύνολο των δικαιωμάτων που αποτυπώνονται στα κείμενα των διεθνών οργανισμών και ορίζονται από τη Διακήρυξη των Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων. Τα δικαιώματα που, δεδομένης της ψυχικής διαταραχής ενδέχεται να τεθούν υπό αμφισβήτηση και χρήζουν ιδιαίτερης προστασίας, είναι το δικαίωμα στην, ακούσια ή εκούσια, αξιοπρεπή περίθαλψη, το δικαίωμα στην ισότητα, το δικαίωμα στην ενημέρωση, το δικαίωμα στην προστασία των προσωπικών δεδομένων, το δικαίωμα στην αποκατάσταση, το δικαίωμα στη ζωή στην κοινότητα και το δικαίωμα στη διεκδίκηση. Πληθώρα νομικών κειμένων που αφορούν κατά κύριο λόγο τα δικαιώματα των ψυχικά πασχόντων σε μια προσπάθεια προστασίας και υπεράσπισής τους, ρυθμίζουν με τρόπο άμεσο ή έμμεσο το πλαίσιο και τον τρόπο δράσης του ψυχιάτρου. Παράδειγμα τέτοιου κειμένου είναι η Απόφαση 46/119 της Γενικής Συνέλευσης των Ηνωμένων Εθνών για την Προστασία των Προσώπων με Ψυχική Νόσο και τη Βελτίωση της Φροντίδας για την Ψυχική Υγεία (The protection of persons with mental illness and the improvement of mental health care, 75th Plenary Meeting, 17.12.1991). Η Απόφαση αυτή καθορίζει ένα σύνολο βασικών δικαιωμάτων που θεωρούνται διεθνώς απαραβίαστα και συσχετίζονται με προηγούμενα συναφή κείμενα για την προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, όπως το Διεθνές Σύμφωνο για τα Ατομικά και Πολιτικά Δικαιώματα (International Covenant on Civil and Political Rights, 19.12.1966), που κυρώθηκε από την Ελλάδα με τον νόμο 1532/1985 και το Διεθνές Σύμφωνο για τα Οικονομικά, Κοινωνικά και Πολιτιστικά Δικαιώματα (International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, 03.01.1976).

Το θεσμικό αυτό περιβάλλον συμπληρώνεται από ειδικότερου χαρακτήρα διεθνή κείμενα, άμεσα ή έμμεσα δεσμευτικού χαρακτήρα⁷, όπως ο πρώτος Κώδικας Δικαιωμάτων του Ασθενή (Patient Bill of Rights, 1973) στις Η.Π.Α., η Ευρωπαϊκή Σύμβαση για την Προστασία των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου (European Convention for the Protection of Human Rights and Fundamental Freedoms), ο Ευρωπαϊκός Κοινωνικός Χάρτης (European Social Charter, 1961) από το Συμβούλιο της Ευρώπης, ο οποίος κυρώθηκε από την Ελλάδα με τον νόμο 1426/1984, η Σύμβαση του Συμβουλίου της Ευρώπης για την προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και τη Βιοϊατρική (γνωστή και ως Σύμβαση του Οβιέδο - Convention on Human Rights and Biomedicine), η οποία κυρώθηκε από την Ελλάδα με τον νόμο 2619/1998, και τα πρόσθετα

⁷ Οικονόμου, Δικαιώματα των ψυχικά πασχόντων: Ηθική και Δεοντολογική προσέγγιση, σε: Ψυχιατρική και Δίκαιο, τ.1, σελ. 231-232

Πρωτόκολλα αυτής (1998, 2002, 2005, 2008), οι τρεις Διακηρύξεις της UNESCO αναφορικά με τη βιοηθική και τη γενετική (1997, 2003, 2005), η Διακήρυξη για την Προαγωγή των Δικαιωμάτων των Ασθενών από τον ΠΟΥ (WHO Declaration on the Promotion of Patient's Rights, 1994), η Διακήρυξη της Χαβάης/II, που υιοθετήθηκε από τη Γενική Συνέλευση της Παγκόσμιας Ψυχιατρικής Εταιρείας (Declaration of Hawaii/II, 1983), η Πρόταση Κανονισμού R 83/2 για την Προστασία Ατόμων που πάσχουν από Ψυχική Διαταραχή (1983), η Διακήρυξη για τα Δικαιώματα και Νομική Προστασία του Ψυχικά Ασθενούς (1989), η Σύσταση 1235 της Κοινοβουλευτικής Ολομέλειας του Συμβουλίου της Ευρώπης (1994), η Διακήρυξη της Μαδρίτης για τους Κανόνες της Δεοντολογίας και την Ψυχιατρική Πρακτική (1996), το Ψήφισμα του Συμβουλίου της Ευρωπαϊκής Ένωσης για την προαγωγή της ψυχικής υγείας (1999), η «Λευκή Βίβλος» για την προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και της αξιοπρέπειας ατόμων που πάσχουν από ψυχική διαταραχή και ειδικότερα αυτών που τοποθετούνται ακουσίως σε ψυχιατρικά ιδρύματα (2000) και η Σύσταση 10 της Επιτροπής Υπουργών του Συμβουλίου της Ευρώπης σχετικά με την προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και της αξιοπρέπειας των ατόμων με ψυχικές διαταραχές (2004). Στην Ελλάδα, οι βάσεις για την Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση και το σεβασμό των δικαιωμάτων των ψυχικά ασθενών τέθηκαν με τους νόμους 2071/1992 και 2716/1999 που πραγματεύονται μεταξύ άλλων ζητήματα όπως η ακούσια νοσηλεία και η δικαστική συμπαράσταση.

2. Η ΣΥΜΒΑΣΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ

2.1. ΕΝΝΟΙΑ – ΝΟΜΙΚΗ ΦΥΣΗ

Η συμβατική σχέση ανάμεσα στον ψυχίατρο και τον ψυχικά ασθενή χαρακτηρίζεται με τον όρο «σύμβαση ψυχιατρικής αγωγής». Με τη σύμβαση αυτή ο ψυχίατρος αναλαμβάνει την υποχρέωση να παράσχει ψυχιατρική συνδρομή στον αντισυμβαλλόμενο του, δηλαδή τον ασθενή – χρήστη των υπηρεσιών υγείας (άρθρο 1§4 ΚΙΔ), ενώ ο ασθενής υπόσχεται να καταβάλει στον ψυχίατρο τη συμφωνημένη αμοιβή⁸. Από το άρθρο 1§4 του ΚΙΔ προκύπτει ότι η σύμβαση ψυχιατρικής αγωγής έχει διευρυμένο περιεχόμενο υπό την έννοια ότι σε αυτή περιλαμβάνονται κάθε είδους ενέργειες του ψυχιάτρου που σχετίζονται άμεσα ή έμμεσα με ζητήματα υγείας του χρήστη, τις οποίες απολαύει χωρίς να είναι αναγκαίο να νοσεί, όπως για παράδειγμα οι υπηρεσίες πρόληψης κληρονομικής ψυχικής νόσου από την οποία πάσχουν οι γονείς ανήλικου τέκνου.

Η σύμβαση ψυχιατρικής αγωγής δεν ρυθμίζεται ειδικά στον ΑΚ και για το λόγο αυτό επικρατεί διεθνώς διχογνωμία σχετικά με το αν πρόκειται για σύμβαση παροχής ανεξάρτητων υπηρεσιών ή για σύμβαση έργου, κατά τη γνωστή διάκριση της γαλλικής θεωρίας σε «ενοχή μέσων» (“obligation de moyens”) και «ενοχή αποτελέσματος» (“obligation de résultat”). Στο ελληνικό, όπως και στο γαλλικό δίκαιο, δίκαιο, κρατούσα είναι η άποψη ότι η σύμβαση ψυχιατρικής αγωγής αποτελεί σύμβαση παροχής ανεξάρτητων υπηρεσιών⁹, διότι ο ψυχίατρος, δεν μπορεί, λόγω των απρόβλεπτων αντιδράσεων του ανθρώπινου οργανισμού, να υποσχεθεί τη θεραπεία ή την καλύτερευση της ψυχικής νόσου, παρά μόνο τη φροντίδα του ασθενούς καταβάλλοντας κάθε δυνατή προσπάθεια και τηρώντας την οφειλόμενη επαγγελματική συμπεριφορά. Αλλά και στο γερμανικό δίκαιο¹⁰, η σύμβαση ψυχιατρικής αγωγής εντάσσεται διαχρονικά (και πριν και μετά τη νομοθετική μεταβολή στον γερμΑΚ) στο συμβατικό τύπο της σύμβασης εργασίας, συγκεκριμένα σύμβαση παροχής ανεξάρτητων υπηρεσιών, δεδομένων των ιδιαιτεροτήτων που εμφανίζει η άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος. Η κύρια νομική σημασία της ένταξης της σύμβασης ψυχιατρικής αγωγής στον συμβατικό τύπο της σύμβασης εργασίας είναι ότι ο ψυχίατρος δικαιούται να λάβει την εκ των προτέρων συμφωνημένη αμοιβή ακόμη κι αν η εφαρμοζόμενη θεραπεία δεν καταλήξει στην ίαση της ψυχικής νόσου, διότι αυτό που υποσχέθηκε δεν ήταν η επέλευση θετικού αποτελέσματος αλλά η παροχή ψυχιατρικής

⁸ Γεωργιάδης, ΕιδΕνοχ II, §8 αρ.4

⁹ Γεωργιάδης, ΕιδΕΝοχ II §8 αρ.8 και 10, Φουντεδάκη, Αστική Ιατρική Ευθύνη, 2003, σ. 304, Ανδρουλιδάκη – Δημητριάδη, Η υποχρέωση ενημέρωσης του ασθενούς, 1993, σ.108, Πούλλος, στον ΑΚ Γεωργιάδη/ Σταθόπουλου. Εισαγ. Άρθρο 648-680 αρ.37, Καποδίστριας, ΕρμΑΚ, Εισαγ. Άρθρα 648-680 αρ.92, Πελένη-Παπαγεωργίου, Ιατρική Αστική Ευθύνη και Συναίνεση του Ασθενούς, 2016, σ. 50, Φράγκος, Ιατρική Ευθύνη Αστική- Ποινική- Πειθαρχική, Ποινικά Αδικήματα Ιατρών, 2018, σ. 28

¹⁰ Πελένη-Παπαγεωργίου, Ιατρική Αστική Ευθύνη και Συναίνεση του Ασθενούς, 2016, σ. 50-52, BGB §§630a-630h

φροντίδας. Κατά την ίδια λογική διακρίνεται και από τη σύμβαση έργου. Σε αυτόν τον συμβατικό τύπο, αυτό που ενδιαφέρει είναι η ανάληψη της ευθύνης για την επίτευξη ορισμένου αποτελέσματος, πράγμα που δεν απαντά στη σύμβαση ψυχιατρικής αγωγής.

Η σύμβαση ψυχιατρικής αγωγής εμφανίζει έντονα ανθρωπιστικά στοιχεία, όπως η προστασία της ψυχικής υγείας του ασθενούς και η ανάπτυξη αμοιβαίας εμπιστοσύνης και σεβασμού, ενώ προϋποθέτει αμοιβαία συνεργασία ψυχιάτρου-ασθενούς. Ωστόσο, η κατοχυρωμένη στο άρθρο 8 του ΚΙΔ αρχή της εμπιστοσύνης φαίνεται ότι λειτουργεί μόνο από την πλευρά του ψυχιάτρου καθιερώνοντας ορισμένες υποχρεώσεις του, είτε με τη μορφή θετικών ηθικών επιταγών είτε με τη μορφή απαγορευμένων συμπεριφορών. Αυτές είναι οι εξής: Η υποχρέωση σεβασμού της ιδιωτικότητας και της αξιοπρέπειας του ασθενούς (άρθρο 8 § 2 ΚΙΔ), η υποχρέωση σεβασμού της προσωπικής και οικογενειακής ζωής (άρθρο 8 § 3 ΚΙΔ), η υποχρέωση σεβασμού των θρησκευτικών, φιλοσοφικών, ηθικών ή πολιτιστικών απόψεων και αντιλήψεων του ασθενούς (άρθρο 8 § 4 ΚΙΔ), η υποχρέωση «σωστής διαδικασίας παράδοσης» του ασθενούς σε άλλον ιατρό ύστερα από ενημέρωση για την κατάσταση της υγείας του (άρθρο 8 § 6 ΚΙΔ), η υποχρέωση διευκόλυνσης συγκρότησης ιατρικού συμβουλίου (άρθρο 8 § 7 ΚΙΔ) και η απαγόρευση της εκμετάλλευσης της εμπιστοσύνης του ασθενούς και συγκεκριμένα, απαγόρευση της σύναψης ανάρμοστων προσωπικών σχέσεων με τον ασθενή ή τους συγγενείς του, της άσκησης οικονομικών ή άλλων πιέσεων, της αποκάλυψης προσωπικών πληροφοριών και της σύστασης θεραπείας και παραπομπής του ασθενούς σε εξετάσεις που δεν είναι προς το συμφέρον του (άρθρο 8 § 5 ΚΙΔ). Ομοίως, το άρθρο 28 του ΚΙΔ, επαναλαμβάνει ορισμένες από τις παραπάνω υποχρεώσεις, σε μια προσπάθεια να δοθεί έμφαση, στις περιπτώσεις των ψυχικά πασχόντων. Αυτές είναι: υποχρέωση σεβασμού της αξιοπρέπειας του ψυχικά ασθενούς και των θεμελιωδών ελευθεριών του (άρθρο 28 § 1 ΚΙΔ), η υποχρέωση σεβασμού της ελευθερίας του ψυχικά πάσχοντος μέσω θεραπευτικών παρεμβάσεων που την περιορίζουν ελάχιστα (άρθρο 28 § 2 ΚΙΔ), η υποχρέωση σεβασμού της ιδιωτικότητας μέσω της τήρησης απόλυτης εχεμύθειας (άρθρο 28 § 4 και 9 ΚΙΔ), η υποχρέωση σεβασμού της πνευματικής, συναισθηματικής και ηθικής αυτονομίας του μέσω της διασφάλισης της άσκησης των θρησκευτικών και πολιτικών του επιλογών (άρθρο 28 § 6 ΚΙΔ) και η απαγόρευση εκμετάλλευσης από τον ψυχίατρο της θεραπευτικής σχέσης με σκοπό τη σύναψη ανάρμοστων προσωπικών σχέσεων καθώς και της υπεισέλευσης σε αυτήν προσωπικών επιθυμιών, συναισθημάτων, προκαταλήψεων και άλλων πεποιθήσεων (άρθρο 28 § 9 ΚΙΔ). Προσθέτει, επίσης, την απαγόρευση χρησιμοποίησης απόρρητων, σχετιζόμενων με τη θεραπεία, πληροφοριών για προσωπικούς λόγους, ακαδημαϊκά ή οικονομικά οφέλη (άρθρο 28 § 9 ΚΙΔ) και την απαγόρευση χρησιμοποίησης ψυχιατρικών μέσων και μεθόδων που πειθαναγκάζουν σε τροποποίηση ή αλλαγή στάσεων και συμπεριφορών

που σχετίζονται με πολιτικές ή και κοινωνικές πεποιθήσεις ή εξυπηρετούν άλλους σκοπούς πλην των θεραπευτικών και της προαγωγής της ψυχικής υγείας (άρθρο 28 § 12 ΚΙΔ).

Υποστηρίζεται¹¹, ότι το άρθρο 8 του ΚΙΔ αποτελεί εξειδίκευση του άρθρου 57 ΑΚ υπό την έννοια ότι η σχέση εμπιστοσύνης μεταξύ ψυχιάτρου- ασθενούς αποτελεί έκφραση της προστασίας της προσωπικότητας του ασθενούς. Αν επέλθει εκ μέρους του ψυχιάτρου κλονισμός της σχέσης εμπιστοσύνης με τον ψυχικά ασθενή, τότε ο ασθενής έχει τα δικαιώματα των άρθρων 57 και 59 ΑΚ, λόγω της παράνομης προσβολής που υφίσταται στην προσωπικότητά του. Αλλά και η αθέτηση των κατ' άρθρα 8 και 28 του ΚΙΔ υποχρεώσεων του ψυχιάτρου επισείει την εφαρμογή του 914 ΑΚ και την αδικοπρακτική του ευθύνη, εφόσον η αθέτηση των συμβατικών υποχρεώσεων του ψυχιάτρου συνιστά παράνομη συμπεριφορά (ΑΚ 288)¹².

2.2. ΚΑΤΑΡΤΙΣΗ ΤΗΣ ΣΥΜΒΑΣΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ

Η σύμβαση ψυχιατρικής αγωγής καταρτίζεται μεταξύ αφενός του ψυχιάτρου, που κατέχει άδεια ασκήσεως του ιατρικού επαγγέλματος και αντίστοιχη ειδικότητα και αφετέρου του ασθενούς, ακριβέστερα του «χρήστη υπηρεσιών υγείας», κατά τον ορισμό του άρθρου 1 § 4 στοιχ. α' του ΚΙΔ, που αποσυνδέει¹³ την έννοια του ασθενούς από την ύπαρξη νόσου. Η σύμβαση συνάπτεται σύμφωνα με το σύστημα της πρότασης και της αποδοχής, με τον ασθενή να προτείνει στον ψυχίατρο να του παράσχει ψυχιατρική φροντίδα και τον ψυχίατρο να το αποδέχεται. Συνήθως η κατάρτιση της σύμβασης γίνεται προφορικά, κατά την αυτοπρόσωπη επίσκεψη του ασθενούς στο ιατρείο, όμως είναι δυνατό να καταρτισθεί και σιωπηρά, συναγόμενη εκ των περιστάσεων, αλλά και τηλεφωνικά. Σε αυτή την περίπτωση, μείζονος σημασίας θα είναι το αν ο ψυχίατρος αναμίχθηκε με κάποιο τρόπο στην αντιμετώπιση της υγείας του ασθενούς, πράγμα αρκετά συχνό στους ψυχικώς πάσχοντες, που ενδεχομένως επικοινωνήσουν (οι ίδιοι ή νόμιμοι αντιπρόσωποί τους) με τον ψυχίατρο μεσούσης μίας κρίσης στην ψυχική νόσο ζητώντας άμεση συνδρομή μέσω συμβουλών ή ιατρικής συνταγής για λήψη κατάλληλου φαρμάκου. Κατά κανόνα είναι άτυπη¹⁴, ενώ η τυχόν τήρηση έγγραφου τύπου έχει αποδεικτικό χαρακτήρα¹⁵ και απαντά κυρίως στις περιπτώσεις που η σχεδιαζόμενη θεραπευτική αγωγή είναι περίπλοκη, επικίνδυνη ή αμφιβόλου αποτελέσματος, προκειμένου να τεκμηριωθεί η απαραίτητη ενημέρωση προς τον ασθενή¹⁶.

¹¹ Πελένη-Παπαγεωργίου, Ο Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας από νομική σκοπιά, ΝοΒ 2007, 2314

¹² Πελένη-Παπαγεωργίου, Ο Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας από νομική σκοπιά, ΝοΒ 2007, 2314,2321

¹³ Ραβδάς, σε Ιατρική Δεοντολογία, άρθρο 1 αρ.8

¹⁴ Γεωργιάδης, ΕιδΕνοχΔ ΙΙ, §8 αρ.23, Φουντεδάκη, Αστική Ιατρική Ευθύνη, 2003, σ.282

¹⁵ Γεωργιάδης, ΕιδΕνοχΔ ΙΙ, §8 αρ.23, Φουντεδάκη, Αστική Ιατρική Ευθύνη, 2003, σ.283

¹⁶ Φράγκος, Ιατρική ευθύνη, Αστική-Ποινική-Πειθαρχική, ποινικά αδικήματα ιατρών, 2018, σ. 27

Προκειμένου η καταρτισθείσα σύμβαση να είναι έγκυρη, προϋπόθεση αποτελεί η ύπαρξη δικαιοπρακτικής ικανότητας των δύο υποκειμένων της, δηλαδή του ψυχιάτρου και του ασθενούς. Η ικανότητα προς δικαιοπραξία, που κρίνεται με βάση τα άρθρα 127επ. ΑΚ δεν ταυτίζεται με την ικανότητα για συναίνεση, που προβλέπεται ειδικά στο άρθρο 12 του ΚΙΔ. Ένας ασθενής είναι δυνατόν να είναι ικανός προς συναίνεση αναφορικά με τη διενέργεια μιας ιατρικής πράξης, αλλά να μην είναι ικανός να συνάψει τη σύμβαση ψυχιατρικής αγωγής χωρίς τη σύμπραξη των νόμιμων αντιπροσώπων ή του δικαστικού συμπαραστάτη του. Οι περιπτώσεις κατά τις οποίες ένας ασθενής δεν είναι σε θέση να καταρτίσει αυτοπροσώπως τη σύμβαση είναι είτε όταν πρόκειται για ανήλικο ασθενή, είτε για ασθενή που βρίσκεται υπό καθεστώς δικαστικής συμπαράστασης είτε για ασθενή που δεν έχει συνείδηση των πραττομένων του ή βρίσκεται σε ψυχική ή διανοητική διαταραχή.

Όταν ο ασθενής είναι ανήλικος, τότε η σύμβαση καταρτίζεται από τους νόμιμους αντιπροσώπους του, οι οποίοι δρουν συνήθως ως έμμεσοι αντιπρόσωποι, συμβάλλοντας δηλαδή στο δικό τους όνομα αλλά για λογαριασμό του ανήλικου ασθενή. Νόμιμοι αντιπρόσωποι είναι οι ασκούντες τη γονική μέριμνα¹⁷, ειδικότερα οι έχοντες την εξουσία εκπροσώπησης του ανήλικου τέκνου σε δικαιοπραξίες (ΑΚ 1510 § 1 εδ. β'), που μπορεί να είναι είτε και οι δύο γονείς (ΑΚ 1510) είτε μόνο ένας (ΑΚ 1513-1515) είτε ο ορισθείς για τον ανήλικο επίτροπος (ΑΚ 1589). Πρόκειται για σύμβαση με προστατευτική ενέργεια υπέρ τρίτου¹⁸, υπό την έννοια ότι ο ανήλικος ασθενής δεν δύναται ο ίδιος να απαιτήσει εκπλήρωση της σύμβασης ή να ζητήσει αποζημίωση για τη μη εκπλήρωσή της, έχει εντούτοις συμβατικές αξιώσεις κατά του ψυχιάτρου σε περίπτωση ιατρικού σφάλματος¹⁹.

Στην περίπτωση που ο ασθενής βρίσκεται σε καθεστώς πλήρους (ΑΚ 129, 1676 εδ. α) ή μερικής (ΑΚ 129, 1676 εδ. α') δικαστικής συμπαράστασης, που περιλαμβάνει και την ικανότητά του να καταρτίζει σύμβαση ψυχιατρικής αγωγής, η κατάρτιση της σύμβασης γίνεται από τον δικαστικό συμπαραστάτη. Ο δικαστικός συμπαραστάτης ενεργεί ως άμεσος αντιπρόσωπος του ασθενούς, συμβάλλεται δηλαδή στο όνομα και για λογαριασμό του. Στην περίπτωση της επικουρικής δικαστικής συμπαράστασης, που περιλαμβάνει και την ικανότητα σύναψης ψυχιατρικής αγωγής, ο ασθενής συμβάλλεται εγκύρως με τον ψυχίατρο εφόσον συναινέσει ο δικαστικός συμπαραστάτης του.

Για τις περιπτώσεις του άρθρου 131 ΑΚ, όταν δηλαδή ο ασθενής βρίσκεται σε παροδική ανικανότητα με αποτέλεσμα να μην έχει συνείδηση των πραττομένων του και δεν έχει νόμιμο εκπρόσωπο, προτείνεται η μετάθεση της κατάρτισης της σύμβασης σε χρόνο μεταγενέστερο,

¹⁷ Γεωργιάδης, Οικογενειακό Δίκαιο, 2017, §30, Παπαχρίστου, Οικογενειακό Δίκαιο, 2014, σ.329 επ.

¹⁸ Φουντεδάκη, Αστική Ιατρική Ευθύνη, 2003, σ.272

¹⁹ Πουλιάδης, στον ΑΚ Γεωργιάδη-Σταθόπουλου, άρθρο 1518 αρ.119

όταν θα έχει παρέλθει η παροδική αδυναμία που αποτελεί κώλυμα για την κατάρτιση της σύμβασης, η οποία θα έχει αναδρομική ισχύ²⁰, ανατρέχοντας σε χρόνο προγενέστερο της συνάψεως. Υποστηρίζεται²¹, επίσης, ότι μπορεί αναλογικά να εφαρμοστεί το άρθρο 12 του ΚΙΔ περί συναίνεσης, ώστε να καταρτισθεί η σύμβαση από τους «οικείους» του ασθενούς.

Σε εξαιρετικές περιπτώσεις, έκτακτης ανάγκης, όπου η ιατρική συνδρομή επιβάλλεται να παρασχεθεί άμεσα, όμως δεν έχει καταρτισθεί έγκυρη σύμβαση μεταξύ ψυχιάτρου και ασθενούς, υποστηρίζεται²² ότι δημιουργείται μια πραγματική (de facto) συμβατική σχέση μεταξύ τους με βάση την εικαζόμενη βούληση του ασθενούς και την εμπλοκή του ψυχιάτρου στο περιστατικό, οικειοθελή κατά μία άποψη²³, εφόσον ακόμη κι αν δεν υποχρεούται, προσφέρεται να περιθάλψει τον ασθενή και με τον τρόπο αυτό εισέρχεται στο πεδίο της συμβατικής ευθύνης, ενώ κατ' άλλη άποψη υποχρεωτική για τον ψυχίατρο, εφόσον επιβάλλεται από λόγους έκτακτης ανάγκης, άρα συνιστά εκπλήρωση νομικής υποχρέωσής του²⁴. Πειστικότερη, ωστόσο, φαίνεται η άποψη²⁵ που υποστηρίζει ότι σε περιπτώσεις έκτακτης ανάγκης, όταν, δηλαδή, το διακύβευμα είναι η ανθρώπινη ζωή και υγεία, δημιουργείται μεταξύ ασθενούς και ψυχιάτρου ενοχή εκ του νόμου και ο ψυχίατρος θεωρείται διοικητής αλλοτρίων, που επεμβαίνει παρέχοντας αυτοβούλως τις ιατρικές του υπηρεσίες για ανθρωπιστικούς σκοπούς και εκτός της κανονικής επαγγελματικής δραστηριότητάς του. Η πρακτική διαφορά μεταξύ των δύο απόψεων είναι ότι, εφαρμοζομένων των διατάξεως για τη διοίκηση αλλοτρίων, ο ψυχίατρος μπορεί να αξιώσει την καταβολή της αμοιβής του (ΑΚ 738)²⁶ ενώ έχει ευθύνη μόνο για δόλο και βαριά αμέλεια (ΑΚ 732).

²⁰ Φουντεδάκη, Αστική Ιατρική Ευθύνη, 2003, σ.276

²¹ Φουντεδάκη, «Η συναίνεση του ενημερωμένου ασθενούς», σύμφωνα με το νέο ΚΙΔ, Δημοσιεύματα Ιατρικού Δικαίου και Βιοηθικής, τ.1, 2006, σ.23

²² Ανδρουλιδάκη-Δημητριάδη, Η υποχρέωση ενημέρωσης του ασθενούς, 1993, σ.165-167

²³ Ανδρουλιδάκη-Δημητριάδη, Η υποχρέωση ενημέρωσης του ασθενούς, 1993, σ. 167

²⁴ Γεωργιάδη, ΕιδΕνοχ ΙΙ, §8 αρ.21, Σταθόπουλος, Γενικό Ενοχικό Δίκαιο, 2004, §2 αρ.13, Φουντεδάκη, Αστική Ιατρική Ευθύνη, 2003, σ.261

²⁵ Κότσιανος, Η ιατρική ευθύνη, 1977, σ.29, Φουντεδάκη, Αστική Ιατρική Ευθύνη, 2003, σ.440επ.

²⁶ Κότσιανος, Η ιατρική ευθύνη, 1977, σ.29

3. ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΤΟΥ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

3.1. ΓΕΝΙΚΑ

Σε μια πρώτη ανάγνωση του άρθρου 11 ΚΙΔ, καθίσταται ήδη κατανοητό ότι ο ψυχίατρος οφείλει να ενημερώνει τον ασθενή αναφορικά με οτιδήποτε σχετικό με την υγεία του, την εξέλιξή της, τις θεραπευτικές προτάσεις, τις εναλλακτικές αυτών και τις ενδεχόμενες συνέπειες ή κινδύνους. Έχει, συνεπώς, κατά την εύγλωττη διατύπωση του άρθρου, «καθήκον αληθείας». Πρόκειται για τη λεγόμενη γενική ενημέρωση, που προκύπτει επίσης τόσο από το άρθρο 10 § 2 της Σύμβασης του Οβιέδο, σύμφωνα με το οποίο «όλοι δικαιούνται να λαμβάνουν γνώση κάθε πληροφορίας, σχετικής με την κατάσταση της υγείας τους» αλλά και από το παλαιότερο άρθρο 47 § 4 του νόμου 2071/1992, σύμφωνα με το οποίο «ο (νοσοκομειακός) ασθενής δικαιούται να ζητήσει να πληροφορηθεί ό, τι αφορά στην κατάστασή του». Ακολουθώντας, σύμφωνα με το άρθρο 12 § 1 και 2 του ΚΙΔ, ο ιατρός δεν επιτρέπεται να διενεργήσει καμία ιατρική πράξη χωρίς την προηγούμενη συναίνεση του ασθενούς που έχει διαμορφωθεί κατόπιν ενημέρωσης, πλήρους, σαφούς και κατανοητής, χαρακτηριστικά τα οποία θα αναλυθούν περαιτέρω στη συνέχεια. Η ενημέρωση, δηλαδή επιτελεί νομιμοποιητικό ρόλο για την εκτέλεση μιας ιατρικής πράξης, που χωρίς αυτή θα χαρακτηριστεί «αυθαίρετη» και θα συνιστά παράνομη επέμβαση στη σωματική ακεραιότητα του ασθενούς, ήτοι παράνομη σωματική βλάβη. Κατ' αποτέλεσμα, ο ψυχίατρος θα φέρει το βάρος απόδειξης της ύπαρξης συναίνεσης, προηγηθείσης νομιμοποιητικής ενημέρωσης, προς διαφύλαξη των δικαιωμάτων αυτοδιάθεσης και αυτοκαθορισμού του ψυχιατρικού ασθενούς, καθώς και της μη παράλειψης εκ μέρους του παροχής θεραπευτικής ενημέρωσης, που θεμελιώνεται στο καθήκον επιμελείας του ψυχιάτρου και αποσκοπεί προφανώς στην προστασία της υγείας του ασθενούς. Το άρθρο 28 § 5 του ΚΙΔ επαναλαμβάνει με ιδιαίτερη έμφαση τη γενικότερη υποχρέωση ενημέρωσης του ψυχιατρικού ασθενούς από τον ψυχίατρο που προβλέπεται στο άρθρο 11 για την προστασία των ευάλωτων ψυχικά πασχόντων, ορίζοντας ότι : «Ο ψυχίατρος οφείλει να ενημερώνει τον άνθρωπο που πάσχει από ψυχικές διαταραχές για τη φύση της κατάστασής του, τις θεραπευτικές διαδικασίες, καθώς και τις τυχόν εναλλακτικές αυτών, όπως επίσης και την πιθανή έκβαση των θεραπευτικών διαδικασιών»²⁷. Η επιλογή του νομοθέτη στην επανάληψη της υποχρέωσης ενημέρωσης αποσκοπεί στην άρση τυχόν αμφιβολιών και στην υπογράμμιση της ανάγκης προστασίας των ευάλωτων, από την άποψη των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, ψυχικά πασχόντων, στο πλαίσιο της διαφύλαξης της αυτονομίας και της προστασίας της αξιοπρέπειας κατά την ψυχιατρική θεραπεία, που ρητά μνημονεύονται στο άρθρο 28 § 1.

²⁷ ΜΠρΘεσσ 11595/2017 ΤΝΠ ΙΣΟΚΡΑΤΗΣ

Από τον συνδυασμό των άρθρων 11 § 4 εδ. α' και 12 § 2 περ. β' του ΚΙΔ συνάγεται ότι αποδέκτης της ενημέρωσης είναι ο ασθενής με ικανότητα συναίνεσης, δηλαδή κατά κανόνα ο ψυχικά υγιής και νηφάλιος ασθενής. Σύμφωνα με την ανωτέρω διατύπωση, προκειμένου για τον ψυχικά ασθενή, κατά κανόνα ελλείπει η ικανότητα προς συναίνεση, συνεπώς κατά το άρθρο 11 του ΚΙΔ αλλά και σύμφωνα με το άρθρο 6 § 3 της Σύμβασης του Οβιέδο²⁸, αν το πρόσωπο προς το οποίο απευθύνεται η ενημέρωση δεν έχει ούτως ή άλλως την ικανότητα να συναινέσει στην εκτέλεση ιατρικής πράξης που ενδεχομένως θα ακολουθήσει, ο ψυχίατρος αφού ενημερώσει τον ασθενή στο βαθμό που είναι εφικτό, προχωρεί σε ενημέρωση του δικαστικού συμπαραστάτη του, σε περίπτωση που έχει ορισθεί, και αν όχι, σε ενημέρωση των οικείων του, όπως προβλέπονται από το άρθρο 12 του ΚΙΔ. Σε συνέχεια του άρθρου αυτού, το άρθρο 28 § 7 προβλέπει την υποχρέωση του ψυχιάτρου να ενημερώνει τους οικείους, όταν, λόγω διαταραχών, ο πάσχων δεν έχει ικανότητα λήψης αποφάσεων που σχετίζονται με τη θεραπευτική διαδικασία.

Όπως προελέχθη, προκειμένου να υπάρξει έγκυρη συναίνεση του ενημερωμένου ασθενούς, διεθνώς γνωστή με τον όρο “informed consent”, είναι αναγκαίο η ενημέρωση να είναι πλήρης, σαφής και κατανοητή.

3.2. “ΠΛΗΡΗΣ” ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ

Προϋπόθεση της κατάλληλης ενημέρωσης αποτελεί το να είναι αυτή «πλήρης», ήτοι ο ψυχίατρος να μην έχει «απολύτως κανένα περιθώριο απόκρυψης από τον ασθενή στοιχείων της πραγματικής κατάστασης της υγείας ή των προσφερόμενων μεθόδων θεραπείας»²⁹. Σύμφωνα με το άρθρο 5 εδ. β' της Σύμβασης του Οβιέδο, «Το πρόσωπο θα ενημερώνεται εκ των προτέρων καταλλήλως ως προς το σκοπό και τη φύση της επέμβασης, καθώς και ως προς τα επακόλουθα και κινδύνους που αυτή συνεπάγεται». Περιεχόμενο, δηλαδή, της ενημέρωσης του ασθενούς θα πρέπει να είναι οιοδήποτε στοιχείο, το οποίο αφορά την κατάσταση του ασθενούς και το οποίο αν το γνώριζε ο ασθενής θα ήταν σημαντικό στη λήψη της απόφασης του να συναινέσει ή όχι στη συγκεκριμένη ιατρική πράξη³⁰. Σύμφωνα με την κρατούσα άποψη, πλήρης θεωρείται η ενημέρωση, όταν ο ψυχίατρος παρέχει όλες τις πληροφορίες που ένας μέσος λογικός³¹ ασθενής πρέπει να γνωρίζει, προκειμένου να διαμορφώσει γνώμη για την κατάσταση της υγείας του και να λάβει κρίσιμες αποφάσεις για την υγεία του και τη ζωή του³², όπως ενδεικτικά αναφέρονται οι πιθανότητες αποτυχίας και όλες οι συνέπειες ή παρενέργειες/επιπλοκές αυτών των

²⁸ «Το ενδιαφερόμενο άτομο θα λαμβάνει, στο μέτρο του δυνατού, μέρος στη διαδικασία εξουσιοδότησης»

²⁹ ΕΕΒ (Γνώμη), Συναίνεση στη σχέση ιατρού- ασθενούς, 2010, σ. 22

³⁰ Αιτιολ. έκθεση του Κ.Ι.Δ. (ν. 3418/2005), ΚΝοΒ 2005, 2055

³¹ Σταθόπουλος, Γενικό Ενοχικό Δίκαιο, 2004, παρ.6 αρ.62 και Λασκαρίδης, Ερμηνεία Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας (Ν 3418/2005), 2013, άρθρο 11 αρ.4

³² Πελένη – Παπαγεωργίου, Ιατρική Αστική Ευθύνη και Συναίνεση του Ασθενούς, 2016, σ. 155-156

παρεμβάσεων έστω κι αν οι τελευταίες είναι στατιστικά περιορισμένες³³. Γίνεται, ωστόσο, δεκτό ότι δεν απαιτείται η παροχή λεπτομερούς³⁴ ενημέρωσης, αλλά μια ενημέρωση «σε γενικές γραμμές» (“im Grossen und Ganzen”), δηλαδή ο ασθενής πρέπει να έχει μια εικόνα για τη σοβαρότητα της επέμβασης και τους συνδεδεμένους με αυτή κινδύνους³⁵. Σε κάθε περίπτωση, όπως υποστηρίζεται³⁶, η ενημέρωση δεν αρκεί να είναι «στοιχειώδης» και «ουδέτερη», αλλά πρέπει να λαμβάνεται υπόψη και το υποκειμενικό³⁷ κριτήριο της ιδιαιτερότητας του συγκεκριμένου ασθενούς, πρέπει δηλαδή να είναι προσαρμοσμένη κατάλληλα στον δέκτη ασθενή³⁸. Πολύ περισσότερο στην περίπτωση των ψυχιατρικών ασθενών, ο ψυχίατρος καλείται να σταθμίσει την ανάγκη του ασθενούς να γνωρίζει και την εύθραυστη ιδιοσυγκρασία και ψυχολογία του εξαιτίας της υπάρχουσας ψυχικής διαταραχής, που ενδεχομένως είναι ικανή να προξενήσει έτι μεγαλύτερη αναστάτωση σε έναν ήδη ταραγμένο ψυχικό κόσμο, σίγουρα μεγαλύτερη από εκείνη που θα προξενούνταν στον οργανισμό ενός μη πάσχοντος. Άμεση απόρροια μπορεί να συνιστά η χειροτέρευση της κατάστασης του ασθενούς ή μια μη λελογισμένη, εκτροχιασμένη αντίδρασή του, που μπορεί να δυσχεράνει ή ακόμη και να εμποδίσει τη θεραπεία ή τη διενέργεια οποιασδήποτε ιατρικής πράξης, μέσω της σταθερής άρνησης του να υποβληθεί σε αυτή, επί παραδείγματι. Η ενημέρωση πρέπει, επίσης, να είναι ρεαλιστική, δηλαδή ο ψυχίατρος είναι υποχρεωμένος να ενημερώνει τον ασθενή για τους ενδεχόμενους κινδύνους, χωρίς όμως να τους υπερτονίζει ή να τους υποβαθμίζει, σκεπτόμενος φυσικά και τις ατομικές ανάγκες του ψυχιατρικά ασθενούς³⁹. Στο φάσμα της έννοιας της «πλήρους» ενημέρωσης ανήκει και η πληροφόρηση του ασθενούς σχετικά με τις οικονομικές συνέπειες της κατάστασής του, φερ' ειπείν η ανικανότητα για εργασία⁴⁰ ή συνταξιοδότηση⁴¹, καθώς και η υποχρέωση πληροφόρησης σχετικά με το κόστος της θεραπείας. Κατά μία άποψη, πρόκειται για «θεραπευτική» ενημέρωση, δεδομένου ότι δεν εξαρτάται από αυτήν η συναίνεση ή μη του ασθενούς⁴². Κατ' άλλη άποψη, η ενημέρωση αναφορικά με το οικονομικό κόστος της

³³ Σακελλαροπούλου, Η Ποινική Αντιμετώπιση του Ιατρικού Σφάλματος και η συναίνεση του ασθενούς στη ιατρική πράξη, Β' έκδοση., 2011, σ. 35, 37 και 60

³⁴ Ψαρούλης/ Βούλτσος, Ιατρικό Δίκαιο, 2010, σ. 203

³⁵ Πελένη – Παπαγεωργίου, Ιατρική Αστική Ευθύνη και Συναίνεση του Ασθενούς, 2016, σ. 156

³⁶ ΕΕΒ (Γνώμη), Συναίνεση στη σχέση ιατρού - ασθενούς, 2010, σ.14

³⁷ Ψαρούλης/ Βούλτσος, Ιατρικό Δίκαιο, 2010, σ. 199, Κανελλοπούλου - Μπότη, σε ΕρμΚΙΔ, 2012, άρθρο 11 αρ. 14.

³⁸ Πελένη – Παπαγεωργίου, Ιατρική Αστική Ευθύνη και Συναίνεση του Ασθενούς, εκδόσεις Αντ. Ν. Σάκκουλα Ε.Ε., 2016, σ. 159

³⁹ Πελένη – Παπαγεωργίου, Ιατρική Αστική Ευθύνη και Συναίνεση του Ασθενούς, εκδόσεις Αντ. Ν. Σάκκουλα Ε.Ε., 2016, σ. 159

⁴⁰ Γεωργιάδης, ΕιδΕνοχΔ ΙΙ, παρ. 8 αρ. 49

⁴¹ Ανδρουλιδάκη - Δημητριάδη, Η υποχρέωση ενημέρωσης του ασθενούς, 1993, σ. 268

⁴² Γεωργιάδης, ΕιδΕνοχΔ ΙΙ, παρ. 8 αρ.50, Ανδρουλιδάκη- Δημητριάδη, Η υποχρέωση ενημέρωσης του ασθενούς, 1993, σ.268

θεραπείας μπορεί να είναι και «νομιμοποιητική»⁴³. Στην περίπτωση των ψυχικά ασθενών, η θεραπεία μπορεί να διαρκέσει από μερικές ημέρες έως και εφ' όρου ζωής και μπορεί να απαιτεί συνεργασία και με άλλες επιστημονικές ειδικότητες, όχι απαραίτητα της ιατρικής, όπως είναι αυτή του ψυχολόγου. Σε αυτή την περίπτωση, είναι αναμενόμενο η θεραπευτική αγωγή να επιβαρύνει τον οικονομικό προϋπολογισμό του ασθενούς σε βάθος χρόνου ή ακόμη και να μην καλύπτεται από τα ασφαλιστικά ταμεία, συνεπώς κρίνεται αναγκαία η πληροφόρησή του σχετικά με τέτοια ζητήματα⁴⁴.

3.3. “ΚΑΤΑΝΟΗΤΗ” ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ

Εγγενές γνώρισμα της κατάλληλης ενημέρωσης συνιστά το να καθίσταται αυτή «κατανοητή» στον ασθενή. «Κατανοητή» θεωρείται η ενημέρωση, όταν ο ασθενής είναι σε θέση να αντιληφθεί και να αξιολογήσει τις παρεχόμενες πληροφορίες. Αυτό εξαρτάται κυρίως από τη διανοητική κατάσταση⁴⁵ του ασθενούς, το επίπεδο μόρφωσής του⁴⁶, καθώς και τις ειδικές γνώσεις του⁴⁷. Σε κάθε περίπτωση, ο ψυχίατρος θα πρέπει να δίνει τις εξηγήσεις που του ζητούνται⁴⁸. Επιπλέον, η ενημέρωση δεν είναι κατανοητή και άρα ελλιπής, όταν βασίζεται σε συντομογραφίες άγνωστες στον ασθενή⁴⁹ ή παρέχεται σε αλλοδαπό ασθενή άνευ συμπράξεως διερμηνέα⁵⁰.

3.4. ΠΑΡΑΙΤΗΣΗ ΑΠΟ ΤΟ ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Δεδομένου ότι ο λόγος της καθιέρωσης της «συναίνεσης του ενημερωμένου ασθενούς» ανευρίσκεται στην ανάγκη προστασίας της προσωπικότητάς του και του δικαιώματός του στον αυτοκαθορισμό του αναφορικά με το σώμα του και την υγεία του, πρέπει να σημειωθεί ότι η συνολική και εκ των προτέρων παραίτηση από την προστασία του δικαιώματος στην προσωπικότητα είναι άκυρη⁵¹, ως αντιβαίνουσα στα άρθρα 57 και 59 του ΑΚ, που θεσπίζουν αναγκαστικού δικαίου ρυθμίσεις. Εντούτοις, στο άρθρο 11 § 2 του ΚΙΔ, αναφέρεται ρητά ότι «Ο ιατρός σέβεται την επιθυμία των ατόμων τα οποία επιλέγουν να μην ενημερωθούν».

⁴³ Πελλένη – Παπαγεωργίου, Ιατρική Αστική Ευθύνη και Συναίνεση του Ασθενούς, 2016, σ. 163

⁴⁴ Η § 630c III BGB, η οποία αφορά τη “θεραπευτική” ενημέρωση, περιέχει πλέον ρητά τη διαμορφωμένη από τη γερμανική νομολογία υποχρέωση του ιατρού να ενημερώνει γραπτώς τον ασθενή για το οικονομικό κόστος της θεραπείας, όταν ο ιατρός γνωρίζει ότι το κόστος της ιατρικής πράξης δεν καλύπτεται από τα ασφαλιστικά ταμεία.

⁴⁵ Σταθόπουλος, Γενικό Ενοχικό Δίκαιο, 2004, παρ. 6 αρ.62

⁴⁶ Σταθόπουλος, Γενικό Ενοχικό Δίκαιο, 2004, παρ. 6 αρ.62

⁴⁷ Πελλένη – Παπαγεωργίου, Ιατρική Αστική Ευθύνη και Συναίνεση του Ασθενούς, 2016, σ. 157

⁴⁸ Σταθόπουλος, Γενικό Ενοχικό Δίκαιο, 2004, παρ. 6 αρ.62

⁴⁹ Ψαρούλης/ Βούλτσος, Ιατρικό Δίκαιο, 2010, σελ. 197

⁵⁰ Γεωργιάδης, ΕιδΕνοχΔ ΙΙ, παρ. 8 αρ.52

⁵¹ Φουντεδάκη, Φυσικό πρόσωπο και προσωπικότητα, 2012, σ.138

προβλέπεται, δηλαδή, ειδικά η δυνατότητα του ασθενούς να παραιτηθεί⁵² από το δικαίωμα ενημέρωσης και να μην ενημερωθεί καθόλου, κάνοντας χρήση του δικαιώματός του «άγνοιας»⁵³ ("right not to know"⁵⁴), το οποίο, όπως και η συναίνεση, απορρέει από το δικαίωμα αυτοκαθορισμού του. Στις περιπτώσεις που ένας ικανός προς συναίνεση ασθενής αρνείται εντελώς να ενημερωθεί, συνήθως είτε επειδή δείχνει πλήρη εμπιστοσύνη⁵⁵ απέναντι στον ψυχίατρο, ο οποίος τον παρακολουθεί, είτε επειδή φοβάται τη γνώση δυσάρεστων καταστάσεων, τότε είναι νόμιμη η διενέργεια ιατρικών πράξεων χωρίς την προηγούμενη ενημέρωσή του και τούτο αποτελεί ειδικό⁵⁶ λόγο άρσης του παρανόμου της προσβολής του άρθρου 57 ΑΚ. Προβληματισμοί, ωστόσο, εγείρονται στις περιπτώσεις της διενέργειας ιατρικών πράξεων που ενέχουν κινδύνους σοβαρής βλάβης της υγείας του ασθενούς, αναφορικά με το κατά πόσο μια γενική παραίτηση από την ενημέρωση για τις πράξεις αυτές συνιστά υπέρμετρη δέσμευση της ελευθερίας του ασθενούς σε βαθμό που να είναι άκυρη, βάσει του άρθρου 179 περ. α' ΑΚ⁵⁷. Δέον να υπογραμμισθεί ότι ο προαναφερόμενος λόγος άρσης του παρανόμου της προσβολής του άρθρου 57 ΑΚ δεν ισχύει στην περίπτωση που αρμόδια να συναινέσουν, προηγηθείσης ενημέρωσης, λόγω ανικανότητας προς συναίνεση του ασθενούς, είναι τρίτα⁵⁸ πρόσωπα που μνημονεύονται στο άρθρο 12 § 2, και μολαταύτα εκείνα αρνούνται να ενημερωθούν.

Στο ίδιο άρθρο αναφέρεται ότι «[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». Εξ αυτού προκύπτει ότι ο ασθενής δύναται είτε να επιλέξει να αρνηθεί «εντελώς»⁵⁹ την ενημέρωσή του είτε να υποδείξει άλλο πρόσωπο-αποδέκτη της ενημέρωσης. Κατά μία άποψη⁶⁰, ο εναλλακτικός αυτός αποδέκτης της ενημέρωσης δεν ταυτίζεται με το πρόσωπο που θα παράσχει συναίνεση, επομένως ο ασθενής παραμένει ο μόνος αρμόδιος για την παροχή της συναίνεσης για τη διενέργεια μιας ιατρικής πράξης και ενεργεί «δίδω κινδύνω»⁶¹ είτε ελλείψει κρίσιμων πληροφοριών είτε βασιζόμενος στις

⁵² Κανελλοπούλου- Μπότη, σε ΕρμΚΙΔ, 2012, άρθρο 11 αρ.21

⁵³ ΕΕΒ (Γνώμη), Συναίνεση στη σχέση ιατρού- ασθενούς, 2010, σ. 21

⁵⁴ Βιδάλης, Ιατρική Δεοντολογία, 2013, άρθρο 11 αρ.9

⁵⁵ Πελένη – Παπαγεωργίου, Ιατρική Αστική Ευθύνη και Συναίνεση του Ασθενούς, 2016, σ. 173

⁵⁶ Καράκωστας, Το δίκαιο της προσωπικότητας, 2012, σ. 345

⁵⁷ Κανελλοπούλου-Μπότη, σε ΕρμΚΙΔ, 2012, άρθρο 11 αρ.21

⁵⁸ Φουντεδάκη, Η "συναίνεση του ενημερωμένου ασθενούς", σύμφωνα με τον νέο ΚΙΔ, Δημοσιεύματα Ιατρικού Δικαίου και Βιοηθικής, τ.1, 2006, σ.35

⁵⁹ ΕΕΒ (Γνώμη), Συναίνεση στη σχέση ιατρού- ασθενούς, 2010, σ.21

⁶⁰ Φουντεδάκη, Η "συναίνεση του ενημερωμένου ασθενούς", σύμφωνα με το νέο ΚΙΔ, Δημοσιεύματα Ιατρικού Δικαίου και Βιοηθικής, τ.1, 2006, σ.34

⁶¹ Καράκωστας, Το δίκαιο της προσωπικότητας, 2012, σ.352

πληροφορίες που του μεταφέρει ο εναλλακτικός αποδέκτης, με συνέπεια την ευθύνη του κατά την 300 ΑΚ. Κατ' άλλη άποψη⁶², το «άλλο» πρόσωπο δεν μπορεί παρά να ανήκει στους «οικείους» του ασθενούς, ήτοι στα μέλη του στενού οικογενειακού περιβάλλοντός του⁶³, όπως ορίζονται στο άρθρο 1 § 4 περ. β' ΚΙΔ.

Ο ευρύς ορισμός του ανωτέρω άρθρου, που συγκαταλέγει στους «οικείους» τους συγγενείς εξ αίματος και αγχιστείας σε ευθεία γραμμή, τους θετούς γονείς και τα θετά τέκνα, τους συζύγους και τους μόνιμους συντρόφους των αδελφών, καθώς και τους δικαστικούς συμπαραστάτες, δημιουργεί προβληματισμό, ακριβώς λόγω της ευρύτητας της διατύπωσής του. Τα πρόσωπα που τοποθετεί στον κύκλο των «οικείων» ενδεχομένως να μην είναι κοντινά και προσφιλή στον ασθενή⁶⁴, σε κάποιες περιπτώσεις μπορεί να μην είναι καν γνωστά. Ιδιαίτερα στις περιπτώσεις των ψυχικά ασθενών, πρέπει να ληφθεί υπόψιν το κοινωνικό στίγμα που συνοδεύει τον ασθενή, όχι σπάνια και μέσα στην ίδια την οικογένειά του, ο οποίος είναι πιθανό να μη θέλει να κοινοποιηθούν σε τρίτα πρόσωπα λεπτομέρειες που αφορούν την ψυχική και σωματική του υγεία, φοβούμενος ίσως την απομόνωση ή τον περαιτέρω στιγματισμό. Ασφαλώς και τούτο συνιστά κοινωνική πρωτίστως παθογένεια, εντούτοις πρόκειται για γεγονός που είναι αδύνατο να αγνοήσουμε.

3.5. ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΣΤΟΝ ΟΠΟΙΟ ΔΙΕΝΕΡΓΕΙΤΑΙ ΕΡΕΥΝΑ

Ήδη στο άρθρο 1 του ΚΙΔ ορίζεται ότι «Ιατρική πράξη είναι εκείνη που έχει ως σκοπό τη με οποιαδήποτε επιστημονική μέθοδο πρόληψη, διάγνωση, θεραπεία και αποκατάσταση της υγείας του ανθρώπου» ενώ στις ιατρικές πράξεις συγκαταλέγονται «και όσες έχουν ερευνητικό χαρακτήρα, εφόσον αποσκοπούν οπωσδήποτε στην ακριβέστερη διάγνωση, στην αποκατάσταση ή και τη βελτίωση της υγείας των ανθρώπων και στην προαγωγή της επιστήμης». Η έρευνα φαίνεται, λοιπόν, να αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι της ιατρικής επιστήμης. Η πρώτη προϋπόθεση για τη διενέργεια επιτρεπτής έρευνας στον άνθρωπο είναι, όπως ορίζεται στο άρθρο 24 § 2α του ΚΙΔ, «η ενημέρωση του ανθρώπου που υπόκειται σε έρευνα». Η ενημέρωση πρέπει να περιλαμβάνει την πληροφόρηση σχετικά με την ύπαρξη και το μέγεθος πιθανών κινδύνων, τα δικαιώματα προστασίας του ατόμου, τον εθελοντικό χαρακτήρα της συμμετοχής του στην έρευνα και την απουσία οικονομικού ανταλλάγματος και τη δυνατότητα ελεύθερης ανάκλησης της παρεχόμενης συναίνεσης. Αντίστοιχη ρύθμιση απαντά στο άρθρο 16 περ. ι της Σύμβασης του Οβιέδο κατά το οποίο «Τα πρόσωπα στα οποία διενεργείται η έρευνα έχουν ενημερωθεί για

⁶² Βιδάλης, σε Ιατρική Δεοντολογία, 2013, άρθρο 11 αρ.10

⁶³ Λασκαρίδης, σε ΕρμΚΙΔ, 2012, άρθρο 1 αρ.13

⁶⁴ Ραβδός, σε Ιατρική Δεοντολογία, 2013, άρθρο 1 αρ. 10

τα δικαιώματα και τις διασφαλίσεις που ορίζει ο νόμος για την προστασία τους». Πρόκειται για ρυθμίσεις που αναμφίβολα έχουν θεσπιστεί προκειμένου να διαφυλάξουν την αξιοπρέπεια των ασθενών - συμμετεχόντων, στο πλαίσιο της διαρκούς προσπάθειας για διαφύλαξη των θεμελιωδών πνευματικών και ηθικών αξιών.

Ειδικότερη ρύθμιση εισάγει το άρθρο 24 § 3 του ΚΙΔ, αναφερόμενο στη συμμετοχή στην έρευνα ατόμων που δεν έχουν ικανότητα συναίνεσης, κατηγορία στην οποία ανήκει ένα μεγάλος μέρος των πασχόντων από ψυχικές διαταραχές. Πρόσθετες προϋποθέσεις, πέραν των προαναφερόμενων, συνιστά η επέλευση άμεσου οφέλους προερχόμενου από το πόρισμα της έρευνας στην υγεία του συμμετέχοντος, η μη δυνατότητα πραγματοποίησης έρευνας αντίστοιχης αποτελεσματικότητας σε άτομα που διαθέτουν ικανότητα συναίνεσης και η μη αντίθεση του ασθενούς - δυνητικού συμμετέχοντα με οποιονδήποτε τρόπο. Δυνάμει του άρθρου 17 § 2 της Σύμβασης του Οβιέδο, δύναται να επιτραπεί η διενέργεια μιας έρευνας που δεν έχει τη δυνατότητα να παραγάγει αποτελέσματα άμεσης ωφέλειας για την υγεία του ενδιαφερόμενου προσώπου, εφόσον έχει σκοπό να συμβάλει, μέσω της σημαντικής βελτίωσης της κατανόησης της πάθησης, νόσου ή διαταραχής του ασθενούς, στην τελική επίτευξη αποτελεσμάτων ικανών να επιφέρουν όφελος στο ενδιαφερόμενο πρόσωπο ή σε άλλα πρόσωπα που πάσχουν από την ίδια νόσο, πάθηση ή διαταραχή και παράλληλα συνεπάγεται τον ελάχιστο κίνδυνο και επιβάρυνση για το ενδιαφερόμενο πρόσωπο. Το άρθρο 28 § 11 του ΚΙΔ επαναλαμβάνει και συνοψίζει τις παραπάνω ρυθμίσεις αναφερόμενο ρητά στους πάσχοντες από ψυχικές διαταραχές, υπογραμμίζοντας την ιδιαίτερη προσοχή που πρέπει να επιδεικνύεται, προς διαφύλαξη της αυτονομίας και της ψυχικής και σωματικής ακεραιότητας των ψυχικά ασθενών. Καταληκτικά, καθιερώνει ρητή υποχρέωση του ψυχιάτρου να μην παρασύρεται από την ενδεχόμενη άρνηση του ασθενούς να ανταποκριθεί συμμετέχοντας στην έρευνα, αλλά, ανεξαρτήτως αυτού, να προσπαθεί για την καλύτερη δυνατή θεραπεία του ψυχικώς πάσχοντα. Ιδιαίτερη αξία έχει η αναφορά στη Δήλωση της Π.Ψ.Ε. (Αθήνα 1989) ότι «Κλινικές δοκιμές και πειραματικές θεραπείες δεν διεξάγονται σε ψυχικά ασθενείς που νοσηλεύονται χωρίς τη θέλησή τους». Εδώ εμπίπτουν τόσο τα άτομα που βρίσκονται σε καθεστώς ακούσιας νοσηλείας όσο και όσοι έχουν κριθεί δικαστικώς ως ακαταλόγιστοι, κατά το άρθρο 69 ΠΚ, και ακολούθως τους έχει επιβληθεί θεραπευτική φύλαξη σε δημόσιο ψυχιατρείο. Επιπλέον, κατά το άρθρο 29 § 1 Σωφρ. Κώδικα (Ν. 2776/1999), «απαγορεύεται η διενέργεια οποιωνδήποτε ιατρικών ή άλλων συναφών πειραμάτων, που θέτουν σε κίνδυνο την ... ψυχική υγεία ή προσβάλλουν την αξιοπρέπεια και την προσωπικότητα του κρατουμένου, ακόμα και αν ο ίδιος συναινεί στην διεξαγωγή τους»⁶⁵.

⁶⁵ Φυτράκης, σε Ιατρική Δεοντολογία, 2013, σ. 327

3.6. ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ

Σύντομη αναφορά θα πρέπει να γίνει και στην υποχρέωση του ψυχιάτρου για ενημέρωση του ασθενούς όταν καλείται να διατυπώσει εκτίμηση για το πρόσωπο του πάσχοντος για σκοπούς που υπερβαίνουν τους θεραπευτικούς, όπως κατά τη διενέργεια των ψυχιατρικών πραγματογνωμοσυνών. Η διάταξη της § 10 του άρθρου 28 του ΚΙΔ, που έχει προφανώς τεθεί για την προστασία του ασθενούς, προβλέπει ότι ο ψυχίατρος οφείλει να ενημερώσει και να συμβουλευτεί τον ασθενή αναφορικά με τη σύνταξη της εκτίμησης, το σκοπό της, αν για παράδειγμα πρόκειται να τεθεί υπόψιν των δικαστικών αρχών, τη χρήση των ευρημάτων και τις πιθανές επιπτώσεις αυτής, όπως θα ήταν η ενίσχυση της πιθανότητας έκδοσης αθωωτικής ή καταδικαστικής απόφασης από το Δικαστήριο⁶⁶. Περισσότερο διεξοδική ανάλυση αναφορικά με την ίδια την πραγματογνωμοσύνη θα υπάρξει στον οικείο τόπο της παρούσας.

⁶⁶ Φυτράκης, σε Ιατρική Δεοντολογία, 2013, σ. 323

4. ΣΥΝΑΙΝΕΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

4.1. ΝΟΜΙΚΗ ΦΥΣΗ

Κατά την κρατούσα άποψη, η συναίνεση του ασθενούς δεν έχει δικαιοπρακτικό χαρακτήρα⁶⁷ και δεν εμπίπτει στην έννοια της συγκατάθεσης των άρθρων 236-238 ΑΚ, που παρέχεται από τρίτο πρόσωπο και αποτελεί προϋπόθεση για να είναι έγκυρη μια δικαιοπραξία. Η συναίνεση του άρθρου 12 του ΚΙΔ εκφράζει τη σύμφωνη γνώμη του ασθενούς στη διενέργεια μιας ιατρικής πράξης, η οποία χωρίς τη συναίνεση θα παραβίαζε το συνταγματικά προστατευόμενο δικαίωμα της αυτοδιάθεσης του ατόμου⁶⁸. Υπό την έννοια αυτή, η συναίνεση συντελεί ως νομιμοποιητικός παράγοντας διενέργειας μιας ιατρικής πράξης, ανεξάρτητα από την ύπαρξη ή μη σύμβασης μεταξύ ψυχιάτρου και ασθενούς, ως εκ τούτου, μεταγενέστερη της πράξης συναίνεση, κατ' ακρίβεια έγκριση, δεν αίρει τον άδικο χαρακτήρα της⁶⁹. Εντούτοις, η συγκατάθεση στην ιατρική πράξη από μόνη της δεν μπορεί να νομιμοποιήσει την ιατρική πράξη, αλλά απαιτείται να προηγηθεί «πλήρης, σαφής και κατανοητή ενημέρωση του ασθενούς»⁷⁰.

Κατ' άλλη άποψη, επίσης κρατούσα, η συναίνεση συνιστά οιονεί δικαιοπραξία⁷¹, με τη μορφή ανακοίνωσης βουλήσεως⁷² δια της οποίας ο ασθενής εξωτερικεύει τη βούλησή του για τη διενέργεια ιατρικής πράξης. Αποτελεί οιονεί δικαιοπραξία, γιατί έχει ως αποτέλεσμα την επέλευση εννόμων συνεπειών από το νόμο, που αποκλείει τον άδικο χαρακτήρα της ιατρικής πράξης, με συνέπεια την αναλογική εφαρμογή των διατάξεων περί δικαιοπραξιών για την εκτίμηση της συναίνεσης του ασθενούς ως συνειδητής πράξης. Έτσι, η συναίνεση θα είναι άκυρη, αν το περιεχόμενό της προσκρούει στο νόμο ή τα χρηστά ήθη ή αν δεσμεύει υπέρμετρα την ελευθερία αυτού που την παρέχει⁷³. Αντιθέτως, δεν εφαρμόζονται οι διατάξεις για τις αιρέσεις και τις προθεσμίες⁷⁴.

⁶⁷ Γεωργιάδης, ΕιδΕνοχΔ ΙΙ, § 8 αρ.44, Ανδρουλιδάκη - Δημητριάδη, Η υποχρέωση ενημέρωσης του ασθενούς, 1993, σ.203, Φουντεδάκη, "Η συναίνεση του ενημερωμένου ασθενούς", σύμφωνα με το νέο ΚΙΔ, Δημοσιεύματα Ιατρικού Δικαίου και Βιοηθικής, τ.1, 2006, σ.17, Πελένη-Παπαγεωργίου, Ο Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας από νομική σκοπιά, ΝοΒ 2007,2316

⁶⁸ Γεωργιάδης, σε: Γεωργιάδη ΣΕΑΚ,236, αρ.4

⁶⁹ Ψαρούλης/Βούλτσος, Ιατρικό Δίκαιο,2010,σ.210

⁷⁰ ΚΝοΒ 2005,2055

⁷¹ Γεωργιάδης, ΕιδΕνοχΔ ΙΙ, § 8 αρ.44, Αγαλλοπούλου-Ζερβογιάννη, Η σημασία της συναίνεσης του τραυματισμένου σε χειρουργική επέμβαση κατά το αστικό δίκαιο, τ.Α',1985,σ.30, Πελένη-Παπαγεωργίου, Ο Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας από νομική σκοπιά,ΝοΒ,2007,2316

⁷² Γεωργιάδης, ΕιδΕνοχΔ ΙΙ, § 8 αρ.44, Πελένη-Παπαγεωργίου, Ο Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας από νομική σκοπιά,ΝοΒ,2007,2316, Δουγαλής, σε Λασκαρίδη:ΕρμΚΙΔ,2012,άρθρο 12 αρ.3 σημ.3

⁷³ Γεωργιάδης, Ενοχικό Δίκαιο, Γενικό Μέρος, 2^η έκδ. 2015, §60 αρ.37

⁷⁴ Παπαντωνίου, Γενικές Αρχές, §51 ΙΙΙ σ.249

4.2. ΣΥΝΑΙΝΕΣΗ ΣΤΗΝ ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΡΑΞΗ - ΙΚΑΝΟΤΗΤΑ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ ΣΤΗΝ ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΡΑΞΗ

Όπως προαναφέρθηκε, σύμφωνα με την κρατούσα γνώμη, η συναίνεση, ως προς τη νομική της φύση, χαρακτηρίζεται ως οιονεί δικαιοπραξία και ως εκ τούτου δε συναρτάται άμεσα προς την ικανότητα για δικαιοπραξία. Όπως προκύπτει και από το άρθρο 12 § 2 περ.β' στοιχ. ββ, εδ. γ' του ΚΙΔ, το κριτήριο εκτιμήσεως της ικανότητας για συναίνεση δεν είναι η ικανότητα για δικαιοπραξία⁷⁵, αλλά η ικανότητα κρίσεως του ασθενούς ως προς το είδος, τον σκοπό, την ανάγκη, τη σημασία, τις συνέπειες και τους κινδύνους της ιατρικής πράξης⁷⁶. Για το λόγο αυτό, ο ψυχίατρος οφείλει να εξασφαλίζει την εκούσια συμμετοχή, σύμπραξη και συνεργασία του ασθενούς που έχει έστω την ελάχιστη πνευματική και ψυχολογική ωριμότητα που απαιτείται, για να είναι σε θέση αφενός να κατανοήσει τα δεδομένα της συγκεκριμένης κατάστασης της υγείας του και της σκοπούμενης θεραπείας και αφετέρου να αξιολογήσει τις συνέπειες της παροχής ή μη συναίνεσης⁷⁷. Όμως, ακόμη και αν ο ασθενής δεν έχει ικανότητα συναίνεσης, οφείλει να τον ενημερώνει «στο βαθμό που αυτό είναι εφικτό», ώστε να εξασφαλίζεται η κατά το δυνατόν συμμετοχή τους, όπως συνάγεται από το άρθρο 11 § 4 εδ. α' του ΚΙΔ. Φαίνεται, λοιπόν, πως η ικανότητα για συναίνεση κρίνεται κάθε φορά *in concreto*⁷⁸ με τη χρήση των κατευθυντηρίων γραμμών που παρέχουν οι κανόνες των άρθρων 127επ. ΑΚ.

Η δήλωση συναίνεσης για τη διενέργεια ιατρικών πράξεων είναι προσωποπαγές δικαίωμα, με αποτέλεσμα οι διατάξεις περί δικαιοπραξιών να εφαρμόζονται σε αυτή μόνο αναλογικά. Δεν είναι, λοιπόν, έγκυρη, η συναίνεση αν έρχεται σε αντίθεση με το νόμο και τα χρηστά ήθη⁷⁹, και αυτό συμβαίνει όταν και η επικείμενη ιατρική πράξη είναι ανήθικη ή παράνομη ή αν η συναίνεση παρέχεται, για παράδειγμα, με οικονομικό αντάλλαγμα. Πρέπει, επιπλέον, να είναι απαλλαγμένη από ελαττώματα, ήτοι να μην είναι προϊόν πλάνης, απάτης ή απειλής, όπου πλάνη μπορεί να υπάρξει στην περίπτωση ατελούς ενημέρωσης του ασθενούς, η οποία, αν είναι και δόλια⁸⁰, θα συνιστά απάτη⁸¹, ενώ απειλή θεωρείται η εξαγγελία ανύπαρκτου κινδύνου από την ψυχική ασθένεια, προκειμένου να δημιουργηθεί φόβος στον ασθενή και να εξαναγκασθεί σε συναίνεση.

Σύμφωνα με το άρθρο 12 § 2 περ. δ' του ΚΙΔ, η συναίνεση θα πρέπει να καλύπτει πλήρως την ιατρική πράξη κατά το περιεχόμενό της και κατά το χρόνο εκτέλεσής της, πρέπει

⁷⁵ Φουντεδάκη, Φυσικό πρόσωπο και προσωπικότητα, 2012, σ.178

⁷⁶ Πελένη- Παπαγεωργίου, Ο Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας από νομική σκοπιά, ΝοΒ 2007, 2313επ.

⁷⁷ Δουγαλής, σε Λασκαρίδη: ΕρμΚΙΔ, 2012, άρθρ. 12 αρ.3

⁷⁸ Δουγαλής, σε Λασκαρίδη: ΕρμΚΙΔ, 2012, άρθρ. 12 αρ.3

⁷⁹ Παπαχρίστου, Ιατρική Δεοντολογία, 2013, άρθρο 12 αρ.15 και Γεωργιάδης, Γενικές Αρχές, §36 αρ.5

⁸⁰ Γεωργιάδης, Γενικές Αρχές, §40 III 3

⁸¹ Παπαχρίστου, σε Ιατρική Δεοντολογία, 2013, άρθρο 12 αρ.14

δηλαδή να είναι συγκεκριμένη και ειδική και σε καμία περίπτωση αφηρημένη και γενική⁸². Για το λόγο αυτό μια «λευκή» συναίνεση, δηλαδή συναίνεση του ασθενούς για οποιαδήποτε ιατρική πράξη κριθεί αναγκαία, δεν είναι επιτρεπτή διότι οδηγεί σε αμφιβολία σχετικά με την ιατρική πράξη στη διενέργεια της οποίας συναινεί ο ασθενής.

4.2.1. Ο ΑΝΗΛΙΚΟΣ ΑΣΘΕΝΗΣ

Σύμφωνα με το άρθρο 12 § 2 περ. β' στοιχ. αα, «Αν ο ασθενής είναι ανήλικος, η συναίνεση δίδεται από αυτούς που ασκούν τη γονική μέριμνα ή έχουν την επιμέλειά του. Λαμβάνεται, όμως, υπόψη και η γνώμη του, εφόσον ο ανήλικος, κατά την κρίση του ιατρού, έχει την ηλικιακή, πνευματική και συναισθηματική ωριμότητα να κατανοήσει την κατάσταση της υγείας του, το περιεχόμενο της ιατρικής πράξης και τις συνέπειες ή τα αποτελέσματα ή τους κινδύνους της πράξης αυτής». Όμοια είναι και η ρύθμιση της §2β' του άρθρου 6 της Σύμβασης του Οβιέδο που ορίζει ότι «Η γνώμη του ανηλίκου θα λαμβάνεται υπόψη σαν αυξανόμενος καθοριστικός παράγοντας σε αναλογία με την ηλικία και το βαθμό ωριμότητάς του». Ήδη από τον ορισμό προκύπτει μια σαφής διάκριση ανάμεσα στους ανήλικους ασθενείς, αντί των οποίων συναινούν στην ιατρική πράξη οι ασκούντες τη γονική μέριμνα ή οι έχοντες την επιμέλειά τους, και σε εκείνους των οποίων ζητείται και συνεκτιμάται η γνώμη περί της διενέργειας ιατρικής πράξης, λόγω του ότι διαθέτουν την απαιτούμενη ηλικιακή, πνευματική και συναισθηματική ωριμότητα, ώστε να αντιληφθούν και να κατανοήσουν την κατάσταση της υγείας τους, τη σημασία μιας θεραπείας⁸³, αλλά και τους πιθανούς κινδύνους ή τα αποτελέσματα αυτής.

Αναφορικά με την πρώτη κατηγορία ανήλικων ασθενών, δικαιούχοι της συναίνεσης είναι αυτοί που ασκούν τη γονική μέριμνα, δηλαδή το καθήκον και λειτουργικό⁸⁴ δικαίωμα των γονέων να μεριμνούν για το ανήλικο τέκνο τους από κοινού (ΑΚ 1510 § 1 εδ. α'). Ως λειτουργικό δικαίωμα κατατείνει στην ικανοποίηση του συμφέροντος του τέκνου (ΑΚ 1511 § 1), τόσο του σωματικού, όσο και του υλικού, του πνευματικού, του ψυχικού, του ηθικού και γενικότερα συμφέροντος κάθε είδους που αποσκοπεί στην ανάπτυξη του ανηλίκου σε μια ανεξάρτητη και υπεύθυνη προσωπικότητα⁸⁵. Η γονική μέριμνα περιλαμβάνει, μεταξύ άλλων, την επιμέλεια του τέκνου (ΑΚ 1510 § 1 εδ. β' ΑΚ), στην οποία υπάγεται, όπως γίνεται δεκτό, και η φροντίδα της υγείας του⁸⁶, ήτοι η μέριμνα για την ιατρική παρακολούθηση της σωματικής και ψυχικής υγείας του ανηλίκου τέκνου και η συναίνεση στις απαραίτητες κατά περίπτωση

⁸² Πόρισμα 13218/26.11.2011 του Συνηγόρου του Πολίτη

⁸³ Πουλιάδης, στον ΑΚ Γεωργιάδη/Σταθόπουλου, άρθρο 1518 αρ.120

⁸⁴ Γεωργιάδης, Οικογενειακό Δίκαιο, 2017, § 30 αρ.2

⁸⁵ ΑΠ 104/2012 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ, ΑΠ 414/2010 ΤΝΠ ΙΣΟΚΡΑΤΗΣ, ΑΠ 1316/2009 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ

⁸⁶ ΑΠ 262/2002 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ, Εφαθ 1151/2008 ΤΝΠ ΙΣΟΚΡΑΤΗΣ

ιατρικές πράξεις στις οποίες πρέπει να υποβληθεί⁸⁷. Συνεπώς, με βάση τις ρυθμίσεις του ΑΚ, όταν η γονική μέριμνα (και επιμέλεια) ασκείται από τους δύο γονείς από κοινού, δηλαδή όταν πρόκειται για τέκνο γεννημένο σε γάμο, η απαιτούμενη συναίνεση πρέπει να δοθεί και από τους δύο γονείς. Κατ' εξαίρεση, μπορεί να δοθεί από τον ένα γονέα, σύμφωνα με τη ρύθμιση του άρθρου 1516 ΑΚ, όταν πρόκειται για συνήθεις πράξεις επιμέλειας, όπως η τακτική προγραμματισμένη επίσκεψη⁸⁸ στον παιδοψυχίατρο που παρακολουθεί το ανήλικο τέκνο που πάσχει από ορισμένη ψυχική διαταραχή, και όταν επίκειται η διενέργεια ιατρικών πράξεων με επείγοντα χαρακτήρα, όπως η μεταφορά του τέκνου στο ψυχιατρικό τμήμα εφημερεύοντος νοσοκομείου λόγω αιφνίδιας έξαρσης των συμπτωμάτων της διπολικής διαταραχής. Σε αυτές τις περιπτώσεις, η συναίνεση μπορεί μεν να δοθεί από τον ένα μόνο γονέα, όμως επειδή ενεργεί μονομερώς, οφείλει να ενημερώνει σχετικά τον άλλο γονέα. Ζήτημα ανακύπτει στην περίπτωση που η επιμέλεια του τέκνου ασκείται μόνο από τον ένα γονέα, είτε λόγω ακύρωσης του γάμου ή διαζυγίου είτε λόγω διακοπής της έγγαμης συμβίωσης των γονέων. Κατά μία άποψη⁸⁹, που συνάγεται ερμηνευτικά από την διάταξη της §2 του άρθρου 12 του ΚΙΔ, όταν η γονική μέριμνα δεν ασκείται και από τους δύο γονείς από κοινού, δικαιούχος της συναίνεσης είναι αποκλειστικά εκείνος, στον οποίο έχει ανατεθεί η επιμέλεια. Επιχειρήματα υπέρ αυτής της άποψης αντλούνται από την §3 περ. γ' του ίδιου άρθρου αναφορικά με τις επεμβάσεις του άρθρου 3, για τις οποίες απαιτείται η συναίνεση μόνο των ασκούντων τη γονική μέριμνα, από το άρθρο 304 § 5 ΠΚ, που ορίζει ότι για την τεχνητή διακοπή της κύησης αρκεί η συναίνεση μόνο του ενός γονέα της ανήλικης ή αυτού που έχει την επιμέλεια και από τη διάταξη του άρθρου 1516 § 1 ΑΚ, κατά την οποία καθένας γονέας μπορεί να επιχειρεί μόνος του συνήθεις πράξεις αναγόμενες στην άσκηση της επιμέλειας, μεταξύ των οποίων περιλαμβάνονται συνήθεις επισκέψεις σε ιατρούς και αντιμετώπιση έκτακτων περιστατικών^{90 91}. Αντίθετη άποψη κρατούσε σε θεωρία⁹² και νομολογία⁹³ προ της εισαγωγής του ΚΙΔ, που όριζε ότι για ορισμένα ιδιαίτερα κρίσιμα θέματα

⁸⁷ Γεωργιάδης, Οικογενειακό Δίκαιο, 2017, § 31 αρ.7, Ποιλιάδης, στον ΑΚ Γεωργιάδη/Σταθόπουλου, άρθρο 1518 αρ.120

⁸⁸ Λαδογιάννης, σε Γεωργιάδη ΣΕΑΚ, 1516 αρ.4

⁸⁹ Πελένη-Παπαγεωργίου, Ιατρική Αστική Ευθύνη και Συναίνεση του Ασθενούς, 2016, σ. 112, Φουντεδάκη, «Η συναίνεση το ενημερωμένου ασθενούς», σύμφωνα με τον νέο ΚΙΔ, σε: Ο νέος Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας, Δημοσιεύματα Ιατρικού Δικαίου και Βιοηθικής, τ.1, 2006, σ.19, Φουντεδάκη, Ανθρώπινη αναπαραγωγή και αστική ιατρική ευθύνη, 2007, σ.74επ., Κουνουγέρη- Μανωλεδάκη, Οικογενειακό Δίκαιο ΙΙ, 2016, σ.335, Δουγαλής, σε Λασκαρίδη, Ερμηνεία ΚΙΔ, σ.143, Κουκούλης, Η επιμέλεια του ανήλικου ασθενούς, ΕφΑΔ 2014, 996

⁹⁰ Κουνουγέρη- Μανωλεδάκη, Οικογενειακό Δίκαιο ΙΙ, 2016, σ.306, Γεωργιάδης, Οικογενειακό Δίκαιο, 2017, σ.572, Λαδογιάννης, σε Γεωργιάδη, ΣΕΑΚ, άρθρ. 1516 αρ.4

⁹¹ Νικολόπουλος, Η εφαρμογή του Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας (Ν. 3418/2005) από τη νομολογία, ΧρΙΔ 2018, Τεύχος 2, σ.92

⁹² Παπαχρίστου, Οικογενειακό Δίκαιο, 2014,σ.341, Κοιμάντος, Οικογενειακό Δίκαιο ΙΙ, 1989, σ.207, Φίλιος, Οικογενειακό Δίκαιο, 2011, σ. 350, Κουκούλη – Σπηλιωτοπούλου, σε ΑΚ Γεωργιάδη/ Σταθόπουλου, Εισαγ. Αρθ. 1505-1541 αρ. 130

⁹³ ΑΠ 1321/1992 ΑΡΜ 1993 (340), ΕφΑθ 1151/2008 ΤΝΠ ΙΣΟΚΡΑΤΗΣ, ΕφΑθ 4287/2005 ΤΝΠ ΙΣΟΚΡΑΤΗΣ

της επιμέλειας, όπως οι ιατρικές επεμβάσεις, έπρεπε να συναποφασίζονται και οι δύο γονείς, ως φορείς της γονικής μέριμνας, καίτοι η αποκλειστική άσκηση της επιμέλειας είχε ανατεθεί μόνο στον έναν. Από το συνδυασμό τελεολογικής και συστηματικής ερμηνείας των άρθρων 1510, 1511, 1516 § 1, 1518 ΑΚ, 304 § 5 ΠΚ και 12 § 2 περ. β' στοιχ. αα' εδ. α' και 3 περ. γ' του ΚΙΔ, μπορεί να συναχθεί το συμπέρασμα ότι, για την εξυπηρέτηση του πραγματικού συμφέροντος του τέκνου, αναφορικά με τις συνήθειες ιατρικές πράξεις ή την αντιμετώπιση απλών επειγόντων περιστατικών, αρκεί η συναίνεση του γονέα που ασκεί την επιμέλεια ενώ, αν πρόκειται για σοβαρές ιατρικές επεμβάσεις ή αντιμετώπιση σοβαρών επειγόντων περιστατικών, απαιτείται να ληφθεί η συναίνεση και των δύο γονέων⁹⁴.

Περνώντας στη δεύτερη κατηγορία ανήλικων ασθενών, τους «ώριμους» ανήλικους ασθενείς, εκείνους δηλαδή που έχουν, κατά την κρίση του ιατρού, την ηλικιακή, πνευματική και συναισθηματική ωριμότητα ώστε να κατανοήσουν την κατάσταση της υγείας τους, το περιεχόμενο της ιατρικής πράξης και τις συνέπειες ή τα αποτελέσματα ή τους κινδύνους της πράξης που πρόκειται να διενεργηθεί, προκειμένου για τη λήψη της συναίνεσης, λαμβάνεται υπόψη και η γνώμη του ανήλικου ασθενούς, όπως ορίζει το άρθρο 12 § 2 περ.β' στοιχ. αα, εδ. β'. Η ρύθμιση αυτή τίθεται σε αναλογία προς εκείνη του άρθρου 1511 § 3 ΑΚ, το οποίο επιβάλλει τη συνεκτίμηση της γνώμης του τέκνου πριν από κάθε απόφαση που σχετίζεται με τη γονική μέριμνα, εφόσον αφορά τα συμφέροντά του. Ως κριτήριο τίθεται και εδώ η «ωριμότητα», δηλαδή η ικανότητα του ανήλικου να αντιληφθεί το συμφέρον του⁹⁵, το κατά πόσον έχει επαρκή κρίση προς ελεύθερη, αβίαστη και ανεπηρέαστη διαμόρφωση και έκφραση γνώμης⁹⁶. Αρμόδιος να διακρίνει την ύπαρξη ωριμότητας καθίσταται, βάσει του άρθρου 12 § 2 περ.β' στοιχ. αα, εδ. β', ο ψυχίατρος, εκτιμώντας τόσο την ηλικιακή όσο και την πνευματική και συναισθηματική ωριμότητά του ανήλικου, δηλαδή την ωριμότητα να ενημερωθεί πλήρως⁹⁷ και στη συνέχεια να κατανοήσει την ιατρική πράξη και να αντιληφθεί τον αντίκτυπο που θα έχει η γνώμη που θα διατυπώσει στην οικογένειά του⁹⁸. Αλλά και στο άρθρο 3 της Ευρωπαϊκής Σύμβασης για την άσκηση των δικαιωμάτων των παιδιών (ν.2502/1997), σύμφωνα με το οποίο «σε ένα παιδί που θεωρείται από το εσωτερικό δίκαιο ότι έχει επαρκή κρίση, στις διαδικασίες που το αφορούν ενώπιον μιας δικαστικής αρχής, παρέχονται τα ακόλουθα δικαιώματα, την απόλαυση των οποίων μπορεί να ζητήσει και το ίδιο:[...] β. να ερωτάται και να εκφράζει τη γνώμη του», διαφαίνεται η ίδια τάση. Συνάγεται, συνεπώς, ότι η συναίνεση μόνο των γονέων ή του

⁹⁴ Νικολόπουλος, Η εφαρμογή του Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας (Ν. 3418/2005) από τη νομολογία, ΧρΙΔ 2018, Τεύχος 2, σ.93

⁹⁵ ΑΠ 561/2003 ΝοΒ 2004,23, ΑΠ 1111/2002 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ, ΑΠ 1785/2002 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ

⁹⁶ ΑΠ 104/2012 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ, ΑΠ 1785/2002 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ

⁹⁷ Πραγάννη, Συναίνεση δικαιοπρακτικά ανίκανου ασθενούς σε ιατρική πράξη, Νομικά Μελετήματα 1,2014, σ.54

⁹⁸ Πραγάννη, Συναίνεση δικαιοπρακτικά ανίκανου ασθενούς σε ιατρική πράξη, Νομικά Μελετήματα 1,2014, σ.55

προσώπου που έχει την επιμέλεια, δεν αρκεί για να καταστήσει την ιατρική πράξη νόμιμη. Η συστηματική παράλειψη δε, της υποχρέωσης των γονέων να ζητήσουν τη γνώμη του τέκνου αποτελεί κακή άσκηση της γονικής μέριμνας⁹⁹. Αξίζει να σημειωθεί ότι προ της εισαγωγής του ΚΙΔ υποστηριζόταν¹⁰⁰ ότι, όταν ο ανήλικος ασθενής διαθέτει την απαιτούμενη πνευματική και συναισθηματική ωριμότητα, ώστε να αντιληφθεί τη σημασία συγκεκριμένης θεραπείας ή ιατρικής πράξης, τότε η συναίνεση δινόταν από τον ίδιο, ως φορέα του αυστηρά προσωποπαγούς δικαιώματος επί της προσωπικότητας. Στην ίδια κατεύθυνση κινείται και η ρύθμιση του γερμανικού δικαίου που αναγνωρίζει το δικαίωμα ανήλικου ασθενούς να ασκήσει βέτο (“Vetorecht”) κατά της συναίνεσης των νόμιμων αντιπροσώπων του για τη διενέργεια σοβαρής ιατρικής επέμβασης ή να επικαλεστεί το ιατρικό απόρρητο προκειμένου ο ιατρός να μην ενημερώσει τους γονείς¹⁰¹.

4.2.2. Ο ΕΝΗΛΙΚΟΣ ΑΣΘΕΝΗΣ ΧΩΡΙΣ ΙΚΑΝΟΤΗΤΑ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ

Από τη διατύπωση του άρθρου 12 § 2 περ.β’ στοιχ. ββ’ του ΚΙΔ προκύπτει ότι κατατάσσει τους ενήλικους ασθενείς που δεν έχουν ικανότητα συναίνεσης σε δύο κατηγορίες: σε εκείνους που έχουν τεθεί υπό δικαστική συμπαράσταση και σε εκείνους που δεν έχουν τεθεί υπό δικαστική συμπαράσταση. Αναφορικά με την πρώτη κατηγορία ασθενών, σύμφωνα με το εδ. α’, «αν ο ασθενής δεν διαθέτει ικανότητα συναίνεσης, η συναίνεση για την εκτέλεση ιατρικής πράξης δίδεται από τον δικαστικό συμπαραστάτη, εφόσον αυτός έχει οριστεί». Ομοίως ορίζεται και στην §3 του άρθρου 6 της Σύμβασης του Οβιέδο. Στην περίπτωση αυτή, ο ορισθείς δικαστικός συμπαραστάτης ενεργεί ως νόμιμος αντιπρόσωπος¹⁰² «με βάση το συμφέρον του συμπαραστατούμενου, όπως το αντιλαμβάνεται κατά την κρίση του¹⁰³», ασθενούς που έχει στερηθεί της επιμελείας του προσώπου του (ΑΚ 1680)¹⁰⁴, διότι δεν μπορεί να φροντίσει την υγεία του. Πρόκειται, δηλαδή, για πρόσωπο που βρίσκεται υπό στερητική δικαστική συμπαράσταση (ΑΚ 1676 αρ.1)¹⁰⁵, σε μόνιμη ανικανότητα προς συναίνεση είτε λόγω ψυχικής είτε λόγω διανοητικής διαταραχής. Μάλιστα, η δυνατότητα που έχει το δικαστήριο να αναθέτει στον δικαστικό συμπαραστάτη την επιμέλεια του συμπαραστατούμενου πρέπει για λόγους

⁹⁹ Γεωργιάδης, Οικογενειακό Δίκαιο, 2017, § 30 αρ.30

¹⁰⁰ Πουλιάδης, στον ΑΚ Γεωργιάδη/Σταθόπουλου, άρθρο 1518 αρ.120

¹⁰¹ Πελλένη-Παπαγεωργίου, Ιατρική Αστική Ευθύνη και Συναίνεση του Ασθενούς, 2016, σ. 120-121

¹⁰² Γεωργιάδης, Οικογενειακό Δίκαιο, 2017, §47 αρ.14, Γεωργιάδης, Γενικές Αρχές Αστικού Δικαίου, 2012, §46 αρ.4

¹⁰³ Παπαχρίστου, σε Ιατρική Δεοντολογία, 2013, άρθρο 12 αρ.12

¹⁰⁴ Δουγαλής, σε Λασκαρίδη: ΕρμΚΙΔ, 2012, άρθρο 12 αρ.8, Παπαχρίστου, σε Ιατρική Δεοντολογία, 2013, άρθρο 12 αρ.12

¹⁰⁵ Πελλένη-Παπαγεωργίου, Η συναίνεση του δικαστικού συμπαραστάτη για τη διενέργεια ιατρικών πράξεων στον συμπαραστατούμενο, στον τμ. Τ. Ν. Κλαμαρή, 2016, σ.910

σεβασμού της προσωπικότητας του πάσχοντα να πραγματοποιείται μόνο σε ιδιαίτερα σοβαρές περιπτώσεις, κατά τις οποίες ο ασθενής δεν κατανοεί την κατάσταση της υγείας του, το περιεχόμενο της ιατρικής πράξης και τις συνέπειες αυτής, επομένως δεν είναι σε θέση να φροντίσει τον εαυτό του¹⁰⁶ και άρα η καταβολή προσπάθειας από τον ψυχίατρο για εξασφάλιση της εκούσιας συναίνεσής του, κρίνεται μάλλον περιττή. Να σημειωθεί, ωστόσο, ότι αν και το άρθρο 1684 ΑΚ σημειώνει ότι πρέπει να επιδιώκεται επικοινωνία του δικαστικού συμπαραστάτη με τον συμπαραστατούμενο ώστε να λαμβάνεται η γνώμη του και να συνεκτιμάται¹⁰⁷, προκειμένου να εξυπηρετείται κατά τον καλύτερο δυνατό τρόπο το συμφέρον του και η σχέση τους πρέπει να διέπεται από εμπιστοσύνη, αγάπη και πραγματικό ενδιαφέρον¹⁰⁸, στην πράξη οι αποφάσεις του δικαστικού συμπαραστάτη που αφορούν την υγεία του ασθενούς δεν υπόκεινται σε κάποιο έλεγχο.

Όσον αφορά τη δεύτερη κατηγορία, δηλαδή τους ενήλικες ασθενείς χωρίς ικανότητα συναίνεσης, μη τελούντες υπό δικαστική συμπαράσταση, υποστηρίζεται¹⁰⁹ ότι περιλαμβάνει τα πρόσωπα που κατά τον κρίσιμο χρόνο της παροχής συναίνεσης, βρίσκονται σε μία από τις καταστάσεις του άρθρου 131 ΑΚ, δηλαδή είτε δεν έχουν συνείδηση των πράξεών τους, είτε βρίσκονται σε ψυχική ή διανοητική διαταραχή που περιορίζει αποφασιστικά τη λειτουργία της βούλησής τους. Κατά μία άποψη, δεν υπάγονται σε αυτή την κατηγορία οι ασθενείς που είναι δικαιπρακτικά ικανοί, όμως βρίσκονται σε πρόσκαιρη αδυναμία προς συναίνεση, διότι στην περίπτωση τους, εφόσον δεν επίκειται άμεσος κίνδυνος ή βλάβη από τη μη διενέργεια της ιατρικής πράξης αμελλητί, τότε η ιατρική πράξη θα πρέπει να αναβληθεί έως ότου παρέλθει η διατάραξη και ο ασθενής δύναται να συναινέσει αυτοπροσώπως¹¹⁰. Κατά μία άλλη ορθότερη άποψη, υπάγονται και οι περιπτώσεις όσων βρίσκονται σε παροδική αδυναμία συναίνεσης, διότι κατ' αποτέλεσμα emπίπτουν στις καταστάσεις του άρθρου 131 ΑΚ. Εξάλλου, στις επείγουσες περιπτώσεις, ο ψυχίατρος μπορεί νόμιμα, βάσει του άρθρου 12 § 3 περ. α' του ΚΙΔ να προβεί στην ιατρική πράξη χωρίς συναίνεση. Σύμφωνα με το άρθρο 12 § 2 περ. β', στοιχ. ββ, εδ.β' του ΚΙΔ, στις ως άνω αναφερόμενες περιπτώσεις, η συναίνεση δίδεται από τους «οικείους» του ασθενούς. Πρόκειται, κατά τον ευρύ ορισμό του άρθρου 1 § 4 περ.β' του ΚΙΔ, για τα μέλη του στενού οικογενειακού περιβάλλοντος του ασθενούς¹¹¹, στα οποία περιλαμβάνονται οι συγγενείς εξ αίματος και αγχιστείας σε ευθεία γραμμή, οι θετοί γονείς και τα θετά τέκνα, οι σύζυγοι, οι

¹⁰⁶ Λαδογιάννης, σε Γεωργιάδη ΣΕΑΚ, 1680 αρ.4

¹⁰⁷ Λαδογιάννης, σε Γεωργιάδη ΣΕΑΚ, 1680 αρ.1

¹⁰⁸ Γεωργιάδης, Οικογενειακό Δίκαιο, 2017, §46 αρ.19

¹⁰⁹ Φουντεδάκη, Η «συναίνεση του ενημερωμένου ασθενούς», σύμφωνα με τον νέο ΚΙΔ, Δημοσιεύματα Ιατρικού Δικαίου και Βιοηθικής, τ.1,2006, σ.21

¹¹⁰ ΕΕΒ (Γνώμη), Συναίνεση στη σχέση ιατρού- ασθενούς, 2010,34

¹¹¹ Λασκαρίδης, σε Λασκαρίδη: ΕρμΚΙΔ, 2012, άρθρο 1 αρ.13

μόνιμοι σύντροφοι, οι αδελφοί, οι σύζυγοι και οι μόνιμοι σύντροφοι των αδελφών, καθώς και οι επίτροποι ή οι επιμελητές του ασθενούς και όσοι βρίσκονται υπό δικαστική συμπαράσταση, ενώ εντύπωση προκαλεί το γεγονός ότι, από αυτόν τον διεξοδικό κατάλογο, αποκλείονται οι φίλοι. Οι «οικείοι» δεν αντιμετωπίζονται πλέον από τον νόμο ως διοικητές αλλοτρίων κατ' ΑΚ 730επ. δεδομένου ότι υφίσταται πια ρητή διάταξη που τους απονέμει την αρμοδιότητα να δηλώσουν συναίνεση σε ιατρική πράξη αντί για τον ανίκανο ασθενή¹¹². Εντούτοις, ως προς τις υποχρεώσεις και την ευθύνη τους θα πρέπει να τύχουν αναλογικής εφαρμογής οι ανωτέρω διατάξεις, διότι τα πρόσωπα αυτά δίδουν τη συναίνεσή τους για διενέργεια πράξεων προσωπικού χαρακτήρα, ήτοι εκείνων που ανάγονται στην επιμέλεια της υγείας του ασθενούς¹¹³, προκειμένου να αποτρέψουν κίνδυνο υγείας του ασθενούς σε μια έκτακτη και κρίσιμη κατάσταση. Με αυτά τα δεδομένα, όταν η συναίνεση των «οικείων» δεν είναι προς το συμφέρον του ασθενούς ή δεν ανταποκρίνεται στην πραγματική ή εικαζόμενη βούλησή του, τότε γεννάται ενοχή από τον νόμο, η οποία απορρέει από τα άρθρα 730επ. ΑΚ για τη διοίκηση αλλοτρίων¹¹⁴. Συγκεκριμένα, ο «οικείος»-διοικητής αλλοτρίων ευθύνεται μόνο για δόλο και βαριά αμέλεια, στο μέτρο που συναινεί για να αποτρέψει κίνδυνο υγείας του ασθενούς (άρθρα 730-732 ΑΚ). Κρίσιμη είναι η εικαζόμενη θέληση του ασθενούς¹¹⁵, η οποία υπερτερεί και σε περίπτωση σύγκρουσης με το συμφέρον του ασθενούς¹¹⁶, και θα πρέπει να είναι προσανατολισμένη στις υποκειμενικές¹¹⁷ συνθήκες του ασθενούς, ακόμα κι αν αυτές αντικειμενικά δεν ανταποκρίνονται στο συμφέρον του. Συμπερασματικά, η εικαζόμενη συναίνεση του ασθενούς δεν πρέπει να διαμορφώνεται σύμφωνα με την κρίση του μέσου συνετού ασθενούς, αλλά να στηρίζεται στις εξωτερικευμένες επιθυμίες και αντιλήψεις του συγκεκριμένου ασθενούς¹¹⁸.

4.3. ΑΡΝΗΣΗ ΤΗΣ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ – ΕΞΑΙΡΕΣΕΙΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΥΠΟΧΡΕΩΣΗ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ

Όπως προκύπτει και από το άρθρο 12 § 1 του ΚΙΔ αλλά και από το άρθρο 5 § 1 του νόμου 2619/1998 (Σύμβαση Οβιέδο), η παροχής συναίνεσης πριν τη διενέργεια κάθε ιατρικής πράξης, συνδέεται με το δικαίωμα αυτοδιάθεσης του ατόμου. Συναφώς, υποστηρίζεται, ότι όταν ο ικανός προς συναίνεση ασθενής αρνείται να προβεί σε δήλωση συναίνεσης, αρνούμενος πρακτικά την ιατρική πράξη, τότε ο ψυχίατρος δεν μπορεί να τη διενεργήσει, ακόμα κι αν η

¹¹² Φουντεδάκη, Ανθρώπινη αναπαραγωγή και αστική ιατρική ευθύνη, 2007, σ.78

¹¹³ Γεωργιάδη, ΕιδΕνοχ ΙΙ, §37 αρ.3

¹¹⁴ Πελλένη-Παπαγεωργίου, Ιατρική Αστική Ευθύνη και Συναίνεση του Ασθενούς, 2016, σ. 136

¹¹⁵ Ψαρούλης/Βούλτσος, Ιατρικό Δίκαιο, 2010, σ.227

¹¹⁶ Παπανικολάου, στον ΑΚ Γεωργιάδη/ Σταθόπουλου, άρθρ. 730 αρ.27

¹¹⁷ Παπανικολάου, στον ΑΚ Γεωργιάδη/ Σταθόπουλου, άρθρ.730 αρ.34

¹¹⁸ Πελλένη-Παπαγεωργίου, Ιατρική Αστική Ευθύνη και Συναίνεση του Ασθενούς, 2016, σ. 137

παράλειψή της θέτει σε κίνδυνο τη ζωή και την υγεία του ασθενούς¹¹⁹. Στην περίπτωση αυτή, ο ψυχίατρος οφείλει να προβεί σε πρόσθετη ενημέρωση¹²⁰ του ασθενούς, προκειμένου να καλύψει τυχόν κενά που τον οδηγούν στη λήψη μιας τέτοιας απόφασης. Αν, εντούτοις, ο ασθενής εμμένει στην άρνησή του, ο ψυχίατρος, κατά μια άποψη¹²¹, μπορεί να θεωρήσει τη συμπεριφορά του ασθενούς ως απόπειρα αυτοκτονίας, για την οποία ο ΚΙΔ προβλέπει εξαίρεση από την υποχρέωση του ψυχιάτρου να λάβει συναίνεση, διότι θεωρείται δεδομένη η ύπαρξη ψυχικής διαταραχής του αυτόχειρα και η απουσία κρίσης του.

Από τον κανόνα της υποχρέωσης του ψυχιάτρου για λήψη συναίνεσης προκειμένου να διενεργήσει νόμιμη ιατρική πράξη εκφεύγουν τρεις περιπτώσεις, κατά τις οποίες επιτρέπεται η κατ' εξαίρεση διενέργεια ιατρικής πράξης και χωρίς τη συναίνεση του ασθενούς ή των νόμιμων αντιπροσώπων του ή των οικείων του λόγω του επείγοντος χαρακτήρα που τις διακρίνει. Πρόκειται για την ύπαρξη άμεσης, απόλυτης και κατεπείγουσας ανάγκης παροχής ιατρικής βοήθειας και ταυτόχρονα την αδυναμία συναίνεσης του ασθενούς, για παράδειγμα επειδή δεν έχει τις αισθήσεις του. Εν συνεχεία, θεμιτή θεωρείται τέτοια παρέμβαση όταν λαμβάνει χώρα απόπειρα αυτοκτονίας, οπότε, όπως προειπώθηκε, η ψυχική διαταραχή θεωρείται δεδομένη και η παρέμβαση χωρίς λήψη συναίνεσης κρίνεται ως επιβεβλημένη. Τέλος, ως αναγκαία και θεμιτή λογίζεται η παρέμβαση του ψυχιάτρου άνευ συναινέσεως όταν οι γονείς ανήλικου ασθενούς ή οι συγγενείς ενήλικου ασθενούς ή άλλα αρμόδια πρόσωπα αρνούνται να παράσχουν την αναγκαία συναίνεση και υπάρχει ανάγκη άμεσης παρέμβασης¹²², προκειμένου να αποτραπεί ο κίνδυνος για τη ζωή ή την υγεία του ασθενούς. Όσον αφορά τους ανήλικους ασθενείς, η ρύθμιση του άρθρου 12 § 3 περ. γ' του ΚΙΔ εφαρμόζεται και όταν οι γονείς διαφωνούν ως προς τη συναίνεση. Η αδικαιολόγητη δε άρνηση του γονέα να συναινέσει στη λήψη αναγκαίων μέτρων για την υγεία του ανήλικου εντάσσεται τις συμπεριφορές που συνιστούν καταχρηστική άσκηση της γονικής μέριμνας¹²³. Αλλά και στις περιπτώσεις άρνησης παροχής συναίνεσης των αρμοδίων επί ενήλικου ασθενούς, χωρίς ικανότητα συναίνεσης, δηλαδή αφενός ο δικαστικός συμπαραστάτης του και αφετέρου οι οικείοι του, βρίσκει εφαρμογή η ρύθμιση του άρθρου 12 § 3 του ΚΙΔ, με τον ψυχίατρο να μην λαμβάνει υπόψη την άρνηση και να προχωρεί στην ιατρική πράξη χωρίς συναίνεση. Το ίδιο και επί διαφωνίας των νομίμων αντιπροσώπων του ενήλικου

¹¹⁹ Παπαχρίστου, σε Ιατρική Δεοντολογία, άρθρο 12 αρ.2 και Φουντεδάκη, Ανθρώπινη αναπαραγωγή και αστική ιατρική ευθύνη, 2007, σ.88

¹²⁰ Φουντεδάκη, Ανθρώπινη αναπαραγωγή και αστική ιατρική ευθύνη, 2007, σ.89

¹²¹ Μυλωνόπουλος, Ποινικό Δίκαιο, Γενικό Μέρος, 2007, σ.534, Παπαχρίστου, σε Ιατρική Δεοντολογία, άρθρο 12 αρ.2 και Φουντεδάκη, Ανθρώπινη αναπαραγωγή και αστική ιατρική ευθύνη, 2007, σ.89

¹²² ΑΠ 2130/2007 ΤΝΠ ΙΣΟΚΡΑΤΗΣ

¹²³ Παντελίδου, Γονείς «ακατάλληλοι δι' ανήλικους». Ζητήματα από την κακή άσκηση της γονικής μέριμνας, ΧρΙΔ 2006, 289

ασθενούς ή των οικείων αυτού, με γνώμονα πάντοτε την αποφυγή της θέσης σε κίνδυνο της υγείας του ασθενούς από οποιαδήποτε κωλυσιεργία¹²⁴.

4.4. ΑΚΟΥΣΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑ

Η ψυχιατρική περίθαλψη είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με τη στέρηση της ελευθερίας εξαιτίας του μελανού παρελθόντος της ασυλικής ψυχιατρικής, ως μονοπωλιακής ψυχιατρικής. Κατά τους περασμένους αιώνες, η φροντίδα στον ψυχικά ασθενή «επιτυγχάνονταν» μόνο μέσω του εγκλεισμού σε κάποιο ψυχιατρικό ίδρυμα, προσβλέποντας περισσότερο ή και αποκλειστικά στην ασφάλεια, υπό την έννοια του κοινωνικού ελέγχου και πολύ λιγότερο στην θεραπευτική αντιμετώπιση της ψυχικής ασθένειας¹²⁵.

Σύμφωνα με τη διάταξη του άρθρου 1687 ΑΚ «Όταν η κατάσταση ενός προσώπου επιβάλλει την ακούσια νοσηλεία του σε μονάδα ψυχικής υγείας, αυτή γίνεται μετά προηγούμενη άδεια του δικαστηρίου και κατά τις διατάξεις ειδικών νόμων». Με τον όρο «ακούσια νοσηλεία» αναφερόμαστε στην χωρίς τη συγκατάθεση του ασθενή εισαγωγή και παραμονή του για θεραπεία σε κατάλληλη Μονάδα Ψυχικής Υγείας, που αντιδιαστέλλεται προς την «εκούσια νοσηλεία», που είναι η με τη συγκατάθεση του ασθενή εισαγωγή και παραμονή του για θεραπεία σε κατάλληλη Μονάδα Ψυχικής Υγείας. Πρόκειται για τους ορισμούς των άρθρων 95 και 94, αντίστοιχα του ειδικού νόμου 2071/1992, που ρυθμίζει μεταξύ άλλων και τα ζητήματα της νοσηλείας των ψυχικά πασχόντων. Το βασικό κριτήριο για τον χαρακτηρισμό της νοσηλείας σε μονάδα ψυχικής υγείας ως εκούσιας ή ακούσιας είναι η ικανότητα του ίδιου του ασθενούς να κρίνει για το συμφέρον της υγείας του.

Το άρθρο 95 του νόμου 2071/1992 απαριθμεί τις προϋποθέσεις της ακούσιας νοσηλείας, οι οποίες συνοψίζονται στις εξής: ύπαρξη ψυχικής διαταραχής, ανικανότητα κρίσης του ασθενούς σχετικά με το συμφέρον της υγείας του και τέλος, νοσηλεία απαραίτητη προς αποτροπή βίαιων ή αυτοκαταστροφικών ενεργειών ή έλλειψη νοσηλείας που μπορεί να επιφέρει επιδείνωση της κατάστασης της υγείας του ασθενούς¹²⁶. Ψυχική διαταραχή, περιοδική ή διαρκής, είναι κάθε ψυχική νόσος που παρακωλύει την ελεύθερη διαμόρφωση της βούλησης ή της κρίσης του προσώπου και οφείλεται σε εγκεφαλικές ή ψυχικές διαταραχές καθώς και σε παθολογοανατομικές αλλοιώσεις, όπως η σχιζοφρένεια, η παράνοια, η ολιγοφρένεια, η μανιοκαταθλιπτική ψύχωση κ.ά. Η αδυναμία πάντως ή η άρνηση προσώπου να προσαρμόζεται

¹²⁴ Πελένη-Παπαγεωργίου, Ιατρική Αστική Ευθύνη και Συναίνεση του Ασθενούς, 2016, σ. 189

¹²⁵ Λέκκα, Ιστορία και θεωρία της ψυχιατρικής, 2012, σ. 33επ.

¹²⁶ Γεωργιάδης, Οικογενειακό Δίκαιο, 2017, σ. 875-876, Λειβαδίτης, Ψυχιατρική και Δίκαιο, 1994, σ.434, ΜΠρΠειρ 191/2013 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ

στις κοινωνικές ή ηθικές ή πολιτικές αξίες, που φαίνεται να επικρατούν στην κοινωνία, δεν αποτελεί καθεαυτή ψυχική διαταραχή. Αναφορικά με την επικινδυνότητα του ψυχικά ασθενούς, αυτή διαπιστώνεται συνήθως από τα αρμόδια αστυνομικά τμήματα, τα οποία μπορούν να βεβαιώσουν αν ο ασθενής είχε μετέλθει στο παρελθόν πράξεις βίας¹²⁷. Από τη διάταξη δε του άρθρου 1687 ΑΚ προκύπτει ότι για την επιβολή ακούσιας νοσηλείας, που αποτελεί αφενός μέτρο στερητικό της ελευθερίας του ανθρώπου και αφετέρου μέτρο προσβλητικό της προσωπικότητας και της κοινωνικής ταυτότητάς του, είναι απαραίτητο να προηγηθεί δικαστική απόφαση¹²⁸. Ως απαιτούμενη προϋπόθεση φαίνεται, λοιπόν, να τίθεται και η έκδοση απόφασης σχετικά με την ακούσια νοσηλεία ενώ σε περίπτωση που παραληφθεί, ο ασθενής αφενός έχει αξίωση για αποζημίωση κατ' ΑΚ 914 και αφετέρου πληρούνται οι προϋποθέσεις παράνομης κατακράτησης (άρθρο 326 ΠΚ)¹²⁹.

Την εισαγωγή σε μονάδα Ψυχικής Υγείας μπορούν να ζητήσουν, βάσει του άρθρου 96 του νόμου 2071/1992, ο σύζυγος, συγγενείς σε ευθεία γραμμή απεριόριστα, συγγενείς εκ πλαγίου έως και τον δεύτερο βαθμό, ο επίτροπος ή τρίτος στον οποίο έχει ανατεθεί η επιμέλεια κατά την ΑΚ 1532 ή ο δικαστικός συμπαραστάτης εφόσον βρίσκεται υπό καθεστώς στερητικής δικαστικής συμπαράστασης κι αν λείπουν αυτά τα άτομα, σε επείγουσα περίπτωση ο εισαγγελέας πρωτοδικών¹³⁰ ύστερα από αυτεπάγγελτη έρευνα του τόπου κατοικίας ή διαμονής του ασθενούς¹³¹. Η αίτηση πρέπει να περιγράφει το ψυχικό νόσημα καθώς και την εκδηλούμενη συμπεριφορά και να αναφέρει τυχόν ενέργειες που είχαν προηγηθεί για εκούσια νοσηλεία¹³². Πρέπει, επιπλέον, να συνοδεύεται από γνωματεύσεις δύο ιατρών, ιδανικά δύο ψυχιάτρων, ή σε περίπτωση αδυναμίας εξευρέσεώς τους, ενός ψυχιάτρου και ενός ιατρού με παρεμφερή ειδικότητα, οι οποίοι δε θα πρέπει να έχουν συγγενική σχέση με τον αιτούντα ή τον φερόμενο στην αίτηση ως ασθενή¹³³. Στην περίπτωση αυτεπάγγελτης κίνησης της διαδικασίας από τον εισαγγελέα ή εφόσον μνημονεύεται στην αίτηση ότι κατέστη ανέφικτη η εξέταση του ασθενή, λόγω άρνησής του να υποβληθεί σε εξέταση, ο εισαγγελέας πρωτοδικών δύναται να διατάξει τη βίαιη προσαγωγή του φερόμενου ως ασθενούς και τη μεταφορά του σε δημόσια ψυχιατρική κλινική, όπου θα υποβληθεί σε εξετάσεις και θα συνταχθούν οι απαιτούμενες γνωματεύσεις. Ο

¹²⁷ Γεωργιάδης, Οικογενειακό Δίκαιο, 2017, σ. 875-876

¹²⁸ Γεωργιάδης, Οικογενειακό Δίκαιο, 2017, σ. 874-875

¹²⁹ Αγαλλοπούλου, Οι επιπτώσεις της ψυχικής διαταραχής του ενός συζύγου στην έγγαμη συμβίωση, σε Ψυχιατρική και Δίκαιο, τ.1 σελ.50

¹³⁰ ΣΤΕ 1634/2002 ΤΝΠ (περίληψη) «Η λήψη απόφασης για την ακούσια νοσηλεία φερομένου ως ασθενούς σε μονάδα ψυχικής υγείας αποτελεί διοικητική αρμοδιότητα, η άσκηση της οποία ανατίθεται στα πολιτικά δικαστήρια. Στη διαδικασία λήψης της απόφασης αυτής εντάσσεται και η διαταγή του εισαγγελέα πρωτοδικών», ΔΕφΑθ 506/2015 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ, ΜΠρΘεσσαλ 12514/2013 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ, ΕφΠατρ 20/2008 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ, ΕφΠατρ 604/2007 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ, ΜΠρΠειρ 2479/2012 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ, βλ. και Γνμδ ΕισΑΠ 12/2006 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ

¹³¹ Γεωργιάδης, Οικογενειακό Δίκαιο, 2017, σ. 876-878

¹³² Γεωργιάδης, Οικογενειακό Δίκαιο, 2017, σ. 877

¹³³ Λειβαδίτης, Ψυχιατρική και Δίκαιο, 1994, σ.434

εισαγγελέας επιλαμβάνεται επίσης και στην περίπτωση που οι γνωματεύσεις των ιατρών συνιστούν ακούσια νοσηλεία, διατάσσοντας τη μεταφορά και παραμονή του σε μονάδα του Τομέα ψυχικής υγείας του τόπου κατοικίας του ασθενή, εκτός αν συνθήκες επιβάλλουν τη νοσηλεία του σε άλλο τόπο, και στην περίπτωση μη σύμπτωσης των γνωματεύσεων των δύο ιατρών που εξέτασαν τον ασθενή, αποφασίζοντας κατά βούληση και πάντως εισάγοντας οπωσδήποτε το ζήτημα στο Μονομελές Πρωτοδικείο¹³⁴. Σε κάθε περίπτωση επιβάλλεται ενημέρωσή του ασθενούς αμέσως μετά την ακούσια εισαγωγή του για τα δικαιώματά του και ιδιαίτερα για τη δυνατότητά του να ασκήσει ένδικα μέσα ενώ το διάστημα παραμονής του στην Ψυχιατρική Κλινική δεν μπορεί να υπερβαίνει τις 48 ώρες.

Εντός τριών ημερών από κάθε ακούσια εισαγωγή ο αρμόδιος εισαγγελέας εισάγει την υπόθεση στο Μονομελές Πρωτοδικείο, το οποίο πρέπει να συνεδριάσει εντός των επόμενων 10 ημερών δικάζοντας κατά την διαδικασία της εκούσιας δικαιοδοσίας «κεκλεισμένων των θυρών», ώστε να προστατεύεται ο ιδιωτικός βίος του ασθενούς, για να αποφασίσει τη συνέχιση ή την άρση της ακούσιας νοσηλείας, με συνέπεια την άμεση έξοδό του από την ψυχιατρική κλινική. Στη συνεδρίαση καλείται πριν από 48 ώρες και ο ασθενής, ο οποίος δικαιούται να παραστεί με δικηγόρο και με ψυχίατρο ως τεχνικό σύμβουλο¹³⁵. Σε περίπτωση επικινδυνότητας του φερόμενου ως ασθενή οι ανωτέρω προθεσμίες δύναται να συντμηθούν. Σε όλες τις δίκες που αφορούν στην υποβολή προσώπου σε ακούσια νοσηλεία, το πρόσωπο αυτό, εφόσον έχει συμπληρώσει το δέκατο έκτο έτος της ηλικίας του και ανεξάρτητα αν διαθέτει δικαιοπρακτική ικανότητα ή όχι, είναι πλήρως ικανό να παρίσταται στο δικαστήριο με το δικό του όνομα, να επιχειρεί όλες τις διαδικαστικές πράξεις, να επιχειρεί ή να δέχεται επιδόσεις κάθε είδους και να ασκεί ή να παραιτείται από ένδικα μέσα (ΚΠολΔ 802 § 1)¹³⁶.

Η διάρκεια της ακούσιας νοσηλείας δεν μπορεί να υπερβαίνει τους έξι μήνες (άρθρο 99 § 2 Ν. 2071/1992), πλην εξαιρετικών περιπτώσεων χορήγησης παράτασης, αφού προηγηθεί η σύμφωνη γνώμη επιτροπής τριών ψυχιάτρων, εκ των οποίων ένας μόνο είναι ο θεράπων ιατρός και δύο ορίζονται από τον εισαγγελέα (άρθρο 99 § 4 Ν. 2071/1992). Μετά τους τρεις πρώτους μήνες από την έναρξη της ακούσιας νοσηλείας, ο επιστημονικός διευθυντής της μονάδας στην οποία νοσηλεύεται ο ασθενής και ένας ακόμη ψυχίατρος προερχόμενος από τον Τομέα Ψυχικής Υγείας υποβάλλουν στον εισαγγελέα έκθεση αναφορικά με την κατάσταση της υγείας του (άρθρο 99 § 2 Ν.2071/1992). Επιπλέον, ανά τρίμηνο, ο ασθενής, ο σύζυγός του, οι στενοί συγγενείς του άρθρου 96 § 1 Ν.2071/1992 ή ο επίτροπος δικαιούνται να αιτηθούν προς τον εισαγγελέα τη διακοπή της ακούσιας νοσηλείας (άρθρο 99 § 3 Ν.2071/1992). Σε περίπτωση

¹³⁴ Λειβαδίτης, Ψυχιατρική και Δίκαιο, 1994, σ.435

¹³⁵ Λειβαδίτης, Ψυχιατρική και Δίκαιο, 1994, σ.435, ΜΠρΠειρ 3177/2016 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ

¹³⁶ Γεωργιάδης, Οικογενειακό Δίκαιο, 2017, σ. 878

υποτροπής ασθενή που είχε νοσηλευτεί ακούσια, είναι δυνατή και πάλι η εισαγωγή του σε ψυχιατρική κλινική, εφόσον πληρούνται οι προϋποθέσεις της ακούσιας νοσηλείας και εφόσον ακολουθηθεί η αναλυτικά περιγραφόμενη διαδικασία του άρθρου 96 Ν. 2071/1992 (άρθρο 100 Ν.2071/1992). Κατά τα λοιπά, ως προς τις συνθήκες νοσηλείας, τη διακοπή της (άδειες), και τη λήξη της ισχύουν όσα προβλέπονται και κατά την εκούσια νοσηλεία (άρθρο 94 Ν.2071/1992).

Στην Ελλάδα συνήθως ακολουθούνται δύο ειδών διαδικασίες που οδηγούν στην ακούσια νοσηλεία. Στην πρώτη, οι συγγενείς ή οι γείτονες απευθύνονται στην αρμόδια εισαγγελική ή αστυνομική αρχή και, α. αν η περίπτωση είναι κατεπείγουσα, ο ασθενής με συνοδεία αστυνομικών οργάνων μεταφέρεται στην πλησιέστερη εφημερεύουσα δημόσια ψυχιατρική κλινική και αν οι εφημερεύοντες ιατροί αποφασίσουν ακούσια νοσηλεία, κοινοποιούν την γνωμάτευσή τους στον εισαγγελέα και εισάγουν τον ασθενή σε ένα κλειστό τμήμα ή β. αν υπάρχουν περιθώρια αναμονής, ο εισαγγελέας ζητεί την διενέργεια πραγματογνωμοσύνης από δύο ψυχιάτρους. Αυτοί οφείλουν να συντάξουν έκθεση και να την αποστείλουν στον εισαγγελέα, ενώ σε περίπτωση που συνιστούν ακούσια νοσηλεία, ο εισαγγελέας μπορεί να ζητήσει από τις αστυνομικές αρχές να μεριμνήσουν γι' αυτό. Στη δεύτερη περίπτωση, οι συγγενείς με «τέχνασμα» μεταφέρουν τον ασθενή στη δημόσια ή ιδιωτική κλινική της αρεσκείας τους και, εφόσον αυτός δε συμφωνεί να νοσηλευτεί, επακολουθεί η ίδια διαδικασία, όπως αν επρόκειτο για την προαναφερθείσα υπό α περίπτωση¹³⁷. Στην πράξη ο εισαγγελέας συμφωνεί σχεδόν πάντα με τη γνωμάτευση των ιατρών και εισάγει την υπόθεση στο αρμόδιο δικαστήριο. Σπανίως υποβάλλονται από τους συγγενείς του ασθενούς ή από τρίτους ενστάσεις κατά της απόφασης αναγκαστικής νοσηλείας ενώ εντύπωση προκαλεί το γεγονός ότι στη μεγάλη πλειοψηφία των περιπτώσεων αντιδικίας ψυχιάτρων – συγγενών πρόκειται για πίεση των πρώτων προς τους δεύτερους να μην επιμείνουν στη διαδικασία της ακούσιας εισαγωγής.

Σε κάθε περίπτωση, σύμφωνα και με τα άρθρα 98 § 1,3 και 4 του Ν. 2071/1992, οι συνθήκες ακούσιας νοσηλείας πρέπει να εξυπηρετούν τις ανάγκες της θεραπείας και πρέπει, καθ' όλη τη διάρκεια της θεραπείας, να επιδεικνύεται σεβασμός προς την προσωπικότητα του ασθενή¹³⁸ ενώ οι περιορισμοί που επιβάλλονται στην ατομική του ελευθερία πρέπει να προσδιορίζονται μόνο μέσα από την κατάσταση της υγείας του και τις ανάγκες της νοσηλείας. Η παρεμβολή της δικαστικής αρχής στις διαδικασίες ακούσιας νοσηλείας φαίνεται να αποτελεί μια επιπλέον εγγύηση για την προστασία των ανωτέρω δικαιωμάτων του ασθενούς. Μπορεί δε να συμβάλει στην κάλυψη της αμφιθυμίας αλλά και των ανησυχιών παρανοϊκών ασθενών ως προς τη θεραπευτική προοπτική, αποτελώντας κάποιου είδους εχέγγυο. Υποστηρίζεται¹³⁹, όμως, ότι η

¹³⁷ Λειβαδίτης, Ψυχιατρική και Δίκαιο, 1994, σελ. 436

¹³⁸ Γεωργιάδης, Οικογενειακό Δίκαιο, 2017, σ.873-874

¹³⁹ Λειβαδίτης, Ψυχιατρική και Δίκαιο, 1994, σελ. 437

παρεμβολή αυτή θα πρέπει να έχει το χαρακτήρα ελέγχου και όχι λήψης απόφασης, η οποία πρέπει να ανήκει στους θεραπευτές, ελαχιστοποιώντας ταυτόχρονα τις γραφειοκρατικές διαδικασίες και ενισχύοντας τη θέση της θεραπευτικής ομάδας.

Σύμφωνα με επίσημα στοιχεία, το έτος 2013, οι αναγκαστικές εισαγωγές στα τρία ειδικά Ψυχιατρικά Νοσοκομεία της χώρας (Ψ.Ν.Α. «Δαφνί», Δρομοκαΐτειο, Ψ.Ν.Θ.) ήταν συνολικά 3420¹⁴⁰. Από παλαιότερη έρευνα του Συνηγόρου του Πολίτη¹⁴¹, στα αρχεία των δύο Ψυχιατρείων της Αθήνας, προέκυψε ότι στην πλειοψηφία των φακέλων ακουσίως εισαχθέντων ασθενών δεν υπήρχαν τα απαραίτητα νομιμοποιητικά έγγραφα για τον εγκλεισμό. Ειδικότερα, βρέθηκε ότι στο 84% των φακέλων δεν υπήρχε δικαστική απόφαση, οπότε δεν υπήρχε νόμιμος τίτλος για την κράτηση και αναγκαστική θεραπεία του ατόμου. Επιπλέον, στο 50% δεν υπήρχε αιτιολογημένη ψυχιατρική γνωμάτευση ενώ ο μέσος όρος του χρόνου αναγκαστικής νοσηλείας υπολογίσθηκε στις 52 μέρες.

Η Ελλάδα έχει καταδικαστεί δύο φορές από το ΕΔΔΑ, στις υποθέσεις Καραμανώφ κατά Ελλάδος¹⁴² και Βένιος κατά Ελλάδος¹⁴³. Και στις δύο περιπτώσεις το Δικαστήριο έκρινε ότι υπήρξε παραβίαση του άρθρου 5 § 1ε' ΕΣΔΑ. Στην υπόθεση Καραμανώφ κατά Ελλάδος έκρινε ότι δεν τηρήθηκαν δύο προθεσμίες που τέθηκαν από το νόμο 2071/1992, συγκεκριμένα, η προθεσμία των σαράντα οκτώ ωρών που προβλέπεται για τη διαβίβαση στον Εισαγγελέα της έκθεσης των ψυχιάτρων (άρθρο 96 § 5) και η προθεσμία των δέκα ημερών που πρέπει να μεσολαβήσει ανάμεσα στην αίτηση του Εισαγγελέα εν όψει του εγκλεισμού και την απόφαση του Δικαστηρίου επί της αίτησης αυτής (άρθρο 96 § 6). Αντί για σαράντα οκτώ ώρες χρειάστηκαν δεκαέξι ημέρες για τη διαβίβαση της έκθεσης των δύο εμπειρογνομόνων ψυχιάτρων που εξέτασαν τον προσφεύγοντα. Εξάλλου, η εκδίκαση της αίτησης στις 28.11.2008 ορίστηκε για τις 19.12.2008, δηλαδή σε διάστημα κατά πολύ μεγαλύτερο από τις δέκα ημέρες που προβλέπει το άρθρο 96 § 6 για να εκδώσει απόφαση το Δικαστήριο. Η εκδίκαση έγινε συνεπώς, πάνω από ένα μήνα αφότου ξεκίνησε ο εγκλεισμός του προσφεύγοντα. Στην υπόθεση Βένιος κατά Ελλάδος το ΕΔΔΑ έκρινε ότι «υπήρξαν πολλές υπερβάσεις των προθεσμιών που προβλέπει ο νόμος 2071/1992 ή αυτών που ορίστηκαν σύμφωνα με το νόμο αυτό». Συγκεκριμένα, παραβιάσθηκε η τριήμερη προθεσμία που έταξε ο Εισαγγελέας για μεταφορά του ασθενούς στην ψυχιατρική κλινική, η προθεσμία κοινοποίησης των σχετικών εγγράφων στον Εισαγγελέα καθώς και η τριήμερη, από την ημέρα που διέταξε τη μεταφορά του ασθενούς στην

¹⁴⁰ Εισαγωγές (ακούσιες): Ψ.Ν.Α. (Δαφνί):1185 , Δρομοκαΐτειο: 1251, Ψ.Ν.Θ.:984

¹⁴¹ Αυτεπάγγελτη έρευνα του στο για την ακούσια νοσηλεία ψυχικά ασθενών (Μάιος 2007):

<https://www.synigoros.gr/resources/docs/206391.pdf>

¹⁴² ΕΔΔΑ 4902/27.07.2011 (Αρ. Προσφυγής 46372/2009) ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ

¹⁴³ ΕΔΔΑ 4429/05.07.2011 (Αρ. Προσφυγής 3305/2008) http://psy-dikaiomata.gr/wp-content/uploads/2016/03/%CE%92%CE%B5%CE%BD%CE%B9%CE%BF%CF%82_%CE%BA%CE%B1%CF%84%CE%B1_%CE%B5%CE%BB%CE%BB%CE%B1%CE%B4%CE%B1%CF%82.pdf

κλινική, προθεσμία για προσφυγή του Εισαγγελέα στο Δικαστήριο (άρθρο 96 § 6). Τέλος, το άρθρο 96 § 6 που όριζε ότι το Δικαστήριο έπρεπε να αποφανθεί εντός προθεσμίας 10 ημερών από την ημερομηνία της προσφυγής, παραβιάστηκε επίσης, αφού το δικαστήριο αποφάνθηκε, εν τέλει 45 μέρες αργότερα.

5. ΥΠΟΧΡΕΩΣΗ ΤΗΡΗΣΗΣ ΑΡΧΕΙΟΥ ΚΑΙ ΑΠΟΡΡΗΤΟΥ

Εκκινώντας με έναν ορισμό του ιατρικού αρχείου, πρόκειται για το σύνολο των εντύπων και ηλεκτρονικών εγγράφων, το οποίο περιέχει την καταγραφή και την απεικόνιση κατά τον πληρέστερο τρόπο, της πορείας της υγείας του ασθενούς¹⁴⁴. Η τήρηση ιατρικού αρχείου αποτελούσε μια «γνωστή αλλά σχετικά παραγνωρισμένη»¹⁴⁵, μέχρι πρότινος, υποχρέωση του ψυχιάτρου, υπό την έννοια ότι θεωρούνταν ήσσονος σημασίας εν σχέσει με την πρωτεύουσα υποχρέωση της παροχής ιατρικής φροντίδας. Εντούτοις, το άρθρο 14 του ΚΙΔ καθιερώνει πλέον ρητά την ανωτέρω υποχρέωση, διευκρινίζοντας πως το τηρούμενο αρχείο, ηλεκτρονικής ή μη μορφής¹⁴⁶, «περιέχει δεδομένα που συνδέονται αρρήκτως ή αιτιωδώς με την ασθένεια ή την υγεία των ασθενών του (ιατρού)». Χάρη στη ρύθμιση του άρθρου 14 του ΚΙΔ, η τήρηση του ιατρικού αρχείου δεν είναι πλέον στη διακριτική ευχέρεια του ψυχιάτρου ούτε γίνεται για διευκόλυνσή του¹⁴⁷, αλλά ανάγεται σε κύρια υποχρέωση, ως μέρος της υποχρέωσης επιμελούς παροχής ιατρικών υπηρεσιών. Αποσκοπεί δε στην προστασία της υγείας των ασθενών¹⁴⁸, μέσω της διασφάλισης της κατάλληλης θεραπευτικής αγωγής, με την πρόληψη σφαλμάτων που προλαμβάνονται μέσω της πλήρους καταγραφής του ιστορικού του ασθενούς, όπως οι «διπλές» θεραπείες ή η χορήγηση διαφορετικών φαρμάκων, με πρόσθετο αποτέλεσμα την άσκοπη οικονομική επιβάρυνση του ασθενούς.

Περαιτέρω, το ιατρικό αρχείο αποτελεί αξιόπιστο αποδεικτικό μέσο σε δίκη ιατρικής ευθύνης¹⁴⁹. Προκειμένου οι καταγραφές του αρχείου να ανταποκρίνονται στην πραγματικότητα, ο ψυχίατρος υποχρεούται να το επικαιροποιεί ανά τακτά χρονικά διαστήματα, αναγράφοντας τις ημερομηνίες τυχόν διορθώσεων και τροποποιήσεων επί των αρχικών καταχωρίσεων. Συναφής και η ρύθμιση του γερμανικού Αστικού Κώδικα που προβλέπει ότι τυχόν τροποποιήσεις και διορθώσεις επί του ιατρικού αρχείου, είτε έγγραφες είτε ηλεκτρονικές, επιτρέπονται στο μέτρο που δεν αλλοιώνουν το αρχικό του περιεχόμενο και εφόσον είναι εμφανές το ακριβές χρονικό σημείο της πραγματοποίησής τους¹⁵⁰.

5.1. ΥΠΟΧΡΕΩΣΗ ΤΗΡΗΣΗΣ ΑΡΧΕΙΟΥ

Τα δεδομένα υγείας είναι δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα, τα οποία κρίνονται προστατευτέα κατόπιν της συνταγματικής επιταγής του άρθρου 9^A Σ. Η διάταξη του άρθρου 14 §

¹⁴⁴ Λασκαρίδης, ΕρμΚΙΔ, 2012, άρθρο 14 αρ.3

¹⁴⁵ ΚΝοΒ 2005,2055

¹⁴⁶ Πελλένη – Παπαγεωργίου, Ιατρική Αστική Ευθύνη και Συναίνεση του Ασθενούς, 2016, σ. 83

¹⁴⁷ Μάλλιος, Ιατρική Δεοντολογία, 2013, άρθρο 14 αρ.1

¹⁴⁸ Μάλλιος, Ιατρική Δεοντολογία, 2013, άρθρο 14 αρ.2

¹⁴⁹ Λασκαρίδης, Η υποχρέωση τήρησης ιατρικού αρχείου, Digesta 2005, 295

¹⁵⁰ Πελλένη – Παπαγεωργίου, Ιατρική Αστική Ευθύνη και Συναίνεση του Ασθενούς, 2016, σ. 85

1 εδ. β' του ΚΙΔ παραπέμπει στις διατάξεις του προισχύσαντος νόμου 2472/1997 για την προστασία του ατόμου από την επεξεργασία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα, ο οποίος καθόριζε τι αποτελεί προσωπικό δεδομένο και πώς επιτρέπεται η συλλογή και επεξεργασία του και καθιέρωνε δημόσιο έλεγχο της τήρησης προσωπικών δεδομένων. Υπό το φως του παλαιού νόμου, κατόπιν διάκρισης των προσωπικών δεδομένων σε απλά (άρθρο 6 Ν. 2472/1997) και σε ευαίσθητα (άρθρο 7 Ν. 2472/1997), τα δεδομένα υγείας του ατόμου υπάγονταν στα δεύτερα (άρθρο 2 στοιχ. β' Ν. 2472/1997), με αποτέλεσμα η επεξεργασία τους να είναι επιτρεπτή μόνο ύστερα από προηγούμενη άδεια της ΑΠΔΠΧ. Κατ' εξαίρεση, η τήρηση ιατρικού αρχείου δεν προϋπέθετε άδεια της Αρχής, εφόσον την επεξεργασία διενεργούσε φυσικό πρόσωπο, δηλαδή ιατρός ή άλλος πάροχος υγείας, και σε κάθε περίπτωση όχι νομικά πρόσωπα, δηλαδή νοσοκομεία, κέντρα υγείας, κλινικές κλπ. Η ανακοίνωση δεδομένων υγείας σε τρίτους κατ' αρχήν ήταν απαγορευμένη (άρθρο 7 § 1 ν.2472/1997) , πλην όμως δεν θεωρούνταν «τρίτοι» τα δικαστήρια και οι δημόσιες αρχές, και εξ αυτού του λόγου προκύπτει η δυνατότητα χρησιμοποίησης του ιατρικού αρχείου ως αποδεικτικού μέσου σε δίκη ιατρικής ευθύνης.

Επιπλέον, δυνάμει του άρθρου 14 του ΚΙΔ, δεν επιτρέπεται σε τρίτους η πρόσβαση στα ιατρικά αρχεία. Πέραν του ίδιου του ασθενούς, η πρόσβαση επιτρέπεται μόνο στους συγγενείς του, μετά θάνατον, στις δικαστικές και εισαγγελικές αρχές και σε άλλα όργανα της Πολιτείας. Ο νόμος 2472/1997 καθιστούσε επιτρεπτή την πρόσβαση στα ιατρικά αρχεία και σε τρίτους, που δεν υπάγονταν στις ανωτέρω κατηγορίες, υπό τις προϋποθέσεις που περιοριστικά αναφέρονταν στο άρθρο 7 § 2 καθώς και υπό τη διπλή προϋπόθεση της παροχής προηγούμενης άδειας από την Αρχή και της ενημέρωσης του ασθενούς σχετικά με το αίτημα για πρόσβαση¹⁵¹. Την 25^η Μαΐου 2018 τέθηκε σε εφαρμογή ο υπ' αριθμόν 2016/679 Κανονισμός της Ευρωπαϊκής Ένωσης («Γενικός Κανονισμός για την Προστασία Δεδομένων» - ΓΚΠΔ (“General Data Protection Regulation” –GDPR) για την προστασία των φυσικών προσώπων έναντι της επεξεργασίας των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα και για την ελεύθερη κυκλοφορία των δεδομένων αυτών, ο οποίος κατήργησε την οδηγία 95/46/ΕΚ. Από την ημερομηνία αυτή, θεωρείται ότι το άρθρο 14 § 1 του ΚΙΔ παραπέμπει κατ' ευθείαν σε αυτόν.

Το άρθρο 9 του ΓΚΠΔ εισάγει την έννοια των «ειδικών κατηγοριών δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα», στα οποία υπάγονται και δεδομένα που αφορούν την υγεία του ατόμου. Πρόκειται για δεδομένα που σχετίζονται με τη σωματική ή ψυχική υγεία ενός φυσικού προσώπου, περιλαμβανομένης της παροχής υπηρεσιών υγειονομικής φροντίδας¹⁵² και η

¹⁵¹ ΑΠΔΠΧ 48/2004, Επιβολή προστίμου σε ψυχίατρο για χορήγηση στον εν διαστάσει σύζυγο ιατρική βεβαίωση σχετικά με την ψυχική υγεία της συζύγου του, χωρίς προηγούμενη ενημέρωσή της και χωρίς άδεια της Αρχής.

¹⁵² *Ιγγλεζάκης*, Ο Γενικός Κανονισμός Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων (Κανονισμός 2016/679), Το νέο νομικό πλαίσιο προστασίας προσωπικών δεδομένων, 2018, σ. 49

επεξεργασία των οποίων μπορεί να έχει σημαντικό αντίκτυπο στα δικαιώματα και την ιδιωτικότητα του, άρα πρέπει να προστατεύονται με αυξημένα μέτρα ασφαλείας σε σχέση με άλλες κατηγορίες προσωπικών δεδομένων. Στα δεδομένα υγείας περιλαμβάνονται δεδομένα σχετικά με την κατάσταση της υγείας του υποκειμένου των δεδομένων, τα οποία αποκαλύπτουν πληροφορίες για την παρελθούσα, τρέχουσα ή μελλοντική κατάσταση της σωματικής ή ψυχικής υγείας του προσώπου, καθώς και πληροφορίες που συλλέγονται κατά την εγγραφή για υπηρεσίες υγείας και κατά την παροχή αυτών προς το εν λόγω φυσικό πρόσωπο¹⁵³. Η επεξεργασία των εν λόγω δεδομένων κατά κανόνα απαγορεύεται, εκτός εάν συντρέχουν οι προϋποθέσεις που ορίζει ο κανονισμός στο άρθρο 9 § 1, οπότε και είναι επιτρεπτή. Σύμφωνα με τις §2 στοιχ. η' και §3 του ίδιου άρθρου, τα προσωπικά δεδομένα που ανήκουν στις ειδικές κατηγορίες της §1 εδ. η' («επεξεργασία που είναι απαραίτητη για σκοπούς προληπτικής ή επαγγελματικής ιατρικής, εκτίμησης της ικανότητας προς εργασία του εργαζομένου, ιατρικής διάγνωσης, παροχής υγειονομικής ή κοινωνικής περίθαλψης ή θεραπείας ή διαχείρισης υγειονομικών και κοινωνικών συστημάτων και υπηρεσιών βάσει του ενωσιακού δικαίου ή του δικαίου κράτους μέλους ή δυνάμει σύμβασης με επαγγελματία του τομέα της υγείας και με την επιφύλαξη των προϋποθέσεων και των εγγυήσεων που αναφέρονται στην παράγραφο 3») μπορούν να τύχουν επεξεργασίας από ή υπό την ευθύνη επαγγελματία που υπόκειται στην υποχρέωση τήρησης του επαγγελματικού απορρήτου, όπως ο ψυχίατρος, για σκοπούς προληπτικής ή επαγγελματικής ιατρικής, ιατρικής διάγνωσης, παροχής υγειονομικής ή κοινωνικής περίθαλψης ή θεραπείας ή διαχείρισης υγειονομικών και κοινωνικών συστημάτων και υπηρεσιών βάσει του δικαίου της Ένωσης ή κράτους μέλους ή βάσει κανόνων που θεσπίζονται από αρμόδιους εθνικούς φορείς ή από άλλο πρόσωπο το οποίο υπέχει επίσης υποχρέωση τήρησης του απορρήτου βάσει του δικαίου της Ένωσης ή κράτους μέλους ή βάσει κανόνων που θεσπίζονται από αρμόδιους εθνικούς φορείς¹⁵⁴.

Σχετικά με την ανάγκη ύπαρξης ρητής συναίνεσης του ασθενούς για την επεξεργασία των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα που αφορούν στην υγεία του, πρέπει να λεχθούν τα εξής: όταν ένας ασθενής απευθύνεται σε ψυχίατρο για να λάβει ιατρικές υπηρεσίες (διάγνωση, θεραπεία κλπ), η νόμιμη βάση της επεξεργασίας έγκειται στο ότι η επεξεργασία είναι αναγκαία για σκοπούς ιατρικής διάγνωσης, παροχής υγειονομικής ή κοινωνικής περίθαλψης ή θεραπείας. Συνεπώς, δεν απαιτείται να ζητείται κάθε φορά ειδική έγγραφη συναίνεση από κάθε ασθενή που αναζητά ιατρική συμβουλή ή ιατρικές υπηρεσίες, παρά μόνο αν ο ψυχίατρος θέλει να επεξεργαστεί τα δεδομένα και για άλλους σκοπούς. Σε περίπτωση, όμως, που η επεξεργασία

¹⁵³ *Ιγγλεζάκης*, Ο Γενικός Κανονισμός Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων (Κανονισμός 2016/679), Το νέο νομικό πλαίσιο προστασίας προσωπικών δεδομένων, 2018, σ. 50

¹⁵⁴ *Βασιλοπούλου*, σε Κοτσαλή/Μενουδάκου: Γενικός Κανονισμός για την Προστασία των Προσωπικών Δεδομένων (GDPR), Νομική διάσταση και πρακτική εφαρμογή, 2018, σ. 132

δεδομένων υγείας από τον ψυχίατρο βασίζεται στην συγκατάθεση και όχι σε άλλη νομική βάση που προβλέπει η νομοθεσία προστασίας προσωπικών δεδομένων, θα πρέπει να εξασφαλίζεται η γραπτή συγκατάθεση του υποκειμένου των δεδομένων.

Πέραν της υποχρέωσης που εισάγεται από το άρθρο 14 § 1 του ΚΙΔ για την υποχρεωτική τήρηση ιατρικού αρχείου για 10 έτη από την τελευταία επίσκεψη του ασθενούς στο ιδιωτικό ιατρείο, η υποχρέωση τήρησης αρχείου δραστηριοτήτων του ψυχιάτρου εισάγεται και με το άρθρο 30 § 5, λόγω του ότι αφορά επεξεργασία των κατ' άρθρο 9 του ΓΚΠΔ δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα.

Περαιτέρω, παραβίαση δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα συντελείται όταν υπάρχει παραβίαση της ασφάλειας που οδηγεί σε τυχαία ή παράνομη καταστροφή, απώλεια, μεταβολή, χωρίς άδεια γνωστοποίηση ή πρόσβαση δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα που αποτέλεσαν αντικείμενο επεξεργασίας. Η ασφάλεια των ειδικών κατηγοριών δεδομένων, στα οποία περιλαμβάνονται τα δεδομένα υγείας, είναι μέγιστης σημασίας για τα συμφέροντα των υποκειμένων. Επομένως, είναι σημαντικό να λαμβάνεται υπ' όψιν ότι η προστασία των δεδομένων δεν αφορά μόνο την προστασία της εμπιστευτικότητάς τους (αποτροπή διαρροής), αλλά και της ακεραιότητάς τους (αποτροπή της αλλοιώσής τους) και της διαθεσιμότητάς τους (αποτροπή απώλειας). Σε περίπτωση που διαπιστωθεί «τυχαία ή παράνομη καταστροφή, απώλεια, αλλοίωση, μη εξουσιοδοτημένη γνωστοποίηση προσωπικών δεδομένων ή πρόσβαση σε αυτά», ο ΓΚΠΔ απαιτεί από τον υπεύθυνο επεξεργασίας δεδομένων, ο οποίος, όταν αναφερόμαστε σε ένα ιδιωτικό ιατρείο ενός φυσικού προσώπου, είναι ο ίδιος ο ψυχίατρος, να γνωστοποιεί την παραβίαση στην «Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα» χωρίς καθυστέρηση και, εν πάση περιπτώσει, εντός 72 ωρών από τη στιγμή που έχει λάβει γνώση της παραβίασης αυτής. Ειδικότερα, ο ψυχίατρος οφείλει να γνωστοποιήσει την παραβίαση στην ΑΠΔΠΧ εάν η παραβίαση ενδέχεται να προκαλέσει κίνδυνο για τα υποκείμενα των δεδομένων, δηλαδή τους ασθενείς του, και να ενημερώσει τους ίδιους, εάν η παραβίαση ενδέχεται να τους προκαλέσει υψηλό κίνδυνο. Οι μορφές που μπορεί να λάβει η παραβίαση δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα στην περίπτωση του ψυχιάτρου είναι, ενδεικτικά, η διαρροή ημερολογίου στο οποίο εμφανίζονται τα ραντεβού ενός ιατρού κατά τη διάρκεια του τελευταίου έτους ή η καταστροφή ή κλοπή του φορητού μέσου όπου αποθηκεύονται φάκελοι με ιστορικό ασθενών που τηρούνται ηλεκτρονικά στον υπολογιστή ιατρείου.

5.2. ΥΠΟΧΡΕΩΣΗ ΤΗΡΗΣΗΣ ΑΠΟΡΡΗΤΟΥ

Η ανωτέρω υποχρέωση τήρησης ιατρικού αρχείου συναρτάται άμεσα προς την πάγια αρχή του σεβασμού του ιατρικού απορρήτου, η οποία προβλέπεται ειδικά στο άρθρο 13 § 1 του

ΚΙΔ, που ρητά ορίζει ότι «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», διότι η καταρχήν απαγόρευση της ανακοίνωσης δεδομένων σε τρίτους αποτελεί εκδήλωση τόσο της προστασίας των προσωπικών δεδομένων, όσο και της τήρησης του ιατρικού απορρήτου. Από το γράμμα της διάταξης συνάγεται ότι η εχεμύθεια, την οποία οφείλει να τηρεί ο ψυχίατρος, είναι ευρύτερη¹⁵⁵ από εκείνη που αναφέρεται μόνο στις εν στενή εννοία πληροφορίες υγείας, αλλά καλύπτει και όλες τις πληροφορίες που περιήλθαν σε γνώση του ψυχιάτρου ή διαπίστωσε ο ίδιος κατά την παροχή ιατρικής φροντίδας, όπως πληροφορίες σχετιζόμενες με την σεξουαλική ταυτότητα του ασθενούς, την οικογενειακή ή επαγγελματική του ζωή ή απλώς καθημερινές του συνήθειες¹⁵⁶. Ο ΓΚΠΔ επιβάλλει υποχρεώσεις σχετικά με την ασφάλεια των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα, προκειμένου να διασφαλίζεται η εμπιστευτικότητα, η ακεραιότητα και η διαθεσιμότητα των δεδομένων, υποχρεώσεις που επιβάλλει και ο ΚΙΔ μέσω της θέσπισης υποχρέωσης τήρησης εμπιστευτικότητας αλλά και τήρησης ιατρικού αρχείου, που διασφαλίζει την ακεραιότητα, καθώς τα δεδομένα των ασθενών πρέπει να προστατεύονται από τυχόν αλλοιώσεις, διαθέσιμου για 10 έτη, διασφαλίζοντας έτσι και τη διαθεσιμότητα.

Ο τρόπος διασφάλισης του απορρήτου σχετίζεται με τον τρόπο λειτουργίας του ιατρείου και τήρησης του αρχείου. Αν, για παράδειγμα, το αρχείο τηρείται σε έντυπη μορφή, θα πρέπει να υπάρχει μέριμνα ώστε να μην είναι προσβάσιμο σε οποιονδήποτε μη εξουσιοδοτημένο τρίτο και να υπάρχει δυνατότητα ανάκτησής του (μέσω τήρησης αντιγράφου ή τήρησης αυτού και σε άλλη μορφή π.χ. ψηφιακή) σε περίπτωση που αυτό καταστραφεί ή κλαπεί. Αν το αρχείο τηρείται ηλεκτρονικά, ο ψυχίατρος θα πρέπει να εφαρμόζει τα κατάλληλα τεχνικά μέτρα ασφαλείας. Τέτοια μπορεί να είναι η χρήση ισχυρού κωδικού πρόσβασης για την είσοδο στα συστήματα και στις εφαρμογές τήρησης αρχείου και ανά τακτά χρονικά διαστήματα αλλαγή αυτών, η χρήση μοντέρνων λειτουργικών συστημάτων υπολογιστή και συνεχής ενημέρωσή τους, η χρήση λογισμικού προστασίας από κακόβουλο λογισμικό, η ενεργοποίηση τείχους προστασίας (firewall) στον υπολογιστή, η αποφυγή χρησιμοποίησης λογισμικού ελεύθερης χρήσης, η λήψη αντιγράφων ασφαλείας σε τακτά χρονικά διαστήματα και η κρυπτογράφηση τοπικού δίσκου υπολογιστή μέσω του λειτουργικού συστήματος καθώς και εξωτερικών μονάδων αποθήκευσης¹⁵⁷

¹⁵⁵ Παπαχρίστου/Παπαδοπούλου-Κλαμαρή, Ιατρικό απόρρητο, ιατρικό αρχείο, προσωπικά δεδομένα υγείας ..., 2006, σ.42

¹⁵⁶ Μάλλιος, σε Ιατρική Δεοντολογία, 2013, άρθρο 13 αρ.5 επ.

¹⁵⁷ <http://www.isathens.gr/syndikal/7825-synoptikes-odigies-symmorfosis-id-iatreiou-gdpr.html>

6. Η ΑΡΝΗΣΗ ΠΑΡΟΧΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Κατά το άρθρο 2 § 1 του ΚΙΔ, «η άσκηση της ιατρικής είναι λειτούργημα που αποσκοπεί στη διατήρηση, βελτίωση και αποκατάσταση της σωματικής, πνευματικής και ψυχικής υγείας του ανθρώπου, καθώς και στην ανακούφισή του από τον πόνο». Πρόκειται για επάγγελμα με κοινωνική διάσταση και γι' αυτό ο ψυχίατρος, σύμφωνα με το άρθρο 9 § 2 του ΚΙΔ, «δεν μπορεί να αρνείται την προσφορά των υπηρεσιών του για λόγους άσχετους προς την επιστημονική του επάρκεια», ενώ σε περίπτωση που το πράξει, προβλέπονται σε βάρος του οι ποινικές κυρώσεις που ορίζει το άρθρο 441 ΠΚ, επειδή «χωρίς δικαιολογημένο κώλυμα» αρνείται την παροχή των υπηρεσιών του. Όριο στη δυνατότητα του ψυχιάτρου να αρνείται την παροχή ιατρικών υπηρεσιών λόγω ελλιπούς επιστημονικής κατάρτισης θέτει το στοιχείο του «επείγοντος», που επιτάσσει τη δραστηριοποίηση του ιατρού, ακόμη και αν το κρίσιμο περιστατικό δεν εμπίπτει στην ειδικότητά του ή ακόμη και αν δεν είναι διαθέσιμα τα κατάλληλα μέσα για την άσκηση της ιατρικής.

Εντούτοις, αναγνωρίζεται στον ψυχίατρο η δυνατότητα να μην παράσχει τις ιατρικές υπηρεσίες του αρνούμενος, σε δύο περιπτώσεις: πρώτον, για λόγους συνείδησης και δεύτερον, για λόγους ειδικούς – προσωπικούς που καθιστούν αντικειμενικά αδύνατη την προσφορά των υπηρεσιών του. Οι συνειδησιακοί λόγοι που μπορεί να εμποδίζουν τον ψυχίατρο από την παροχή των υπηρεσιών του είναι συνήθως θρησκευτικού¹⁵⁸ και ηθικού¹⁵⁹ περιεχομένου ή σχετίζονται με τη γενικότερη στάση ζωής του θεράποντος. Και πάλι η – έστω περιορισμένη- δυνατότητα άρνησης του ιατρού οριοθετείται από τα στοιχεία του «επείγοντος» και του «μονοπωλίου». Αυτό σημαίνει ότι ο ψυχίατρος δεν δικαιούται να αρνηθεί την προσφορά των υπηρεσιών του, ακόμη και αν συνειδησιακοί λόγοι τον εμποδίζουν, αν υφίσταται αναπότρεπτος κίνδυνος βλάβης της υγείας ή της ζωής του ασθενούς καθώς και αν είναι ο μόνος διαθέσιμος ιατρός που μπορεί να διενεργήσει την επείγουσα ιατρική πράξη. Δικαιολογημένη είναι, κατά το άρθρο 9 § 2 του ΚΙΔ, η άρνηση του ψυχιάτρου και στην περίπτωση που συντρέχει ειδικός λόγος που την καθιστά «αντικειμενικά αδύνατη». Τέτοιος λόγος θα μπορούσε να είναι είτε επιστημονικός, όπως η έλλειψη επιστημονικής επάρκειας ή η επιμονή του ασθενούς σε μη ενδεδειγμένη επιστημονικώς θεραπεία, είτε προσωπικός, όπως ασθένεια του ίδιου του ψυχιάτρου. Εξυπακούεται ότι σε επείγουσες περιπτώσεις, ο ψυχίατρος οφείλει να εξαντλήσει κάθε υπαρκτή, δεδομένων των συνθηκών, δυνατότητα, σύμφωνα με τις επιταγές της Ψυχιατρικής, προκειμένου να επιτελέσει το λειτούργημά του.

¹⁵⁸ Νικολόπουλος, Ζητήματα από την άρνηση του γιατρού για λόγους συνείδησης και από τη συναίνεση του ανηλίκου σε ιατρικές πράξεις, κατά το νέο κώδικα ιατρικής δεοντολογίας, σε: τιμ.τ. Μιχ.Π. Σταθόπουλου, 2010, σ.1854

¹⁵⁹ Ραβδάς, σε Ιατρική Δεοντολογία, 2013, άρθρο 2 αρ.12

7. ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΣΦΑΛΜΑ

7.1. ΕΝΝΟΙΑ-ΔΙΑΚΡΙΣΕΙΣ

Το ψυχιατρικό σφάλμα αποτελεί τον βασικότερο λόγο αστικής ευθύνης του ψυχιάτρου καίτοι σε έρευνες που έχουν γίνει στην Ελλάδα αλλά και στη Γερμανία δεν αναφέρεται καν η περίπτωση ιατρικών σφαλμάτων στην Ψυχιατρική¹⁶⁰. Αν και η συζήτηση για την ψυχιατρική ευθύνη έχει ξεκινήσει στις Η.Π.Α. ήδη από τη δεκαετία του 1960¹⁶¹, επισημαίνεται ότι μέχρι σήμερα «η ψυχιατρική έχει καθυστερήσει να φθάσει στον τόπο των ιατρικών σφαλμάτων»¹⁶². Εντούτοις, υπολογίζεται ότι 5-6% των ιατρικών λαθών εν γένει συμβαίνουν σε χώρους ψυχιατρικής περίθαλψης¹⁶³. Οι δυσχέρειες στην ανίχνευση της ψυχιατρικής ευθύνης εντοπίζονται κατά κύριο λόγο στη φύση της ψυχικής νόσου που προκαλεί αδυναμία άσκησης δικαιωμάτων εκ μέρους του ασθενούς, στην έλλειψη νομικής υποστήριξης των ασθενών και στην έλλειψη σχετικών ερευνών, γεγονότα που οδηγούν σε σπανιότατες καταγραφές ιατρικών σφαλμάτων, ιδίως, αν αναλογισθεί κανείς πόσο εύκολο είναι να θεωρηθεί η διαμαρτυρία του παθόντος ασθενούς ως σύμπτωμα της νόσου¹⁶⁴.

Ως «ψυχιατρικό σφάλμα» χαρακτηρίζεται μια αντικειμενικά εσφαλμένη ενέργεια, η οποία δύναται να καταλογισθεί στον ψυχίατρο, ή κατ' άλλη διατύπωση, εκείνη η συμπεριφορά του ψυχιάτρου, που αξιολογείται ότι υπολείπεται της επιβαλλόμενης από το επάγγελμά του επιμέλειας του ασθενούς¹⁶⁵, αποκλίνει δηλαδή από αυτή που ο μέσος ψυχίατρος επιβάλλεται να επιδείξει υπό τις ίδιες συνθήκες, τηρώντας τους αναγνωρισμένους κανόνες της Ψυχιατρικής, οι οποίοι δεν αμφισβητούνται¹⁶⁶, καθώς και τα ιατρικά standards, ούσα αμελής¹⁶⁷. Πρόκειται για μια έννοια ιδιαίτερα ευρεία, που καλύπτει κάθε ενέργεια ή παράλειψη¹⁶⁸ του ψυχιάτρου. Τα κριτήρια εξειδίκευσης του ψυχιατρικού σφάλματος, που θα αναλυθούν εκτενέστερα στη συνέχεια, είναι κατά βάση δύο: η παράβαση των κανόνων της Ψυχιατρικής από τον μέσο συνετό ψυχίατρο και η παράβαση των ψυχιατρικών standards.

Από το συνδυασμό των άρθρων 3 § 3, 2 § 3 και 10 § 1 του ΚΙΔ προκύπτει ότι ο ψυχίατρος οφείλει να διενεργεί τις ιατρικές πράξεις *lege artis*, δηλαδή στο πλαίσιο των γενικά

¹⁶⁰ Φυτράκης, Ψυχιατρική Περίθαλψη, ιατρικό σφάλμα και παράνομη κατακράτηση, ΠοινΔικ 2/2015, σ. 168

¹⁶¹ Dawidoff, *The malpractice of Psychiatrists*, 1966, σ. 696-716

¹⁶² Nath/Marcus, Ιατρικά σφάλματα στην ψυχιατρική, *Harvard Review of Psychiatry* 2006, Vol. 14, No. 4, 204-211, Μαλλιώρα, σε: Δουζένη/ Λύκουρα, Ψυχιατροδικαστική, 2008, σ.25

¹⁶³ Μαλλιώρα, σε: Δουζένη/ Λύκουρα, Ψυχιατροδικαστική, 2008, σ.26

¹⁶⁴ Φυτράκης, Ψυχιατρική Περίθαλψη, ιατρικό σφάλμα και παράνομη κατακράτηση, ΠοινΔικ 2/2015, σ. 169

¹⁶⁵ Φουντεδάκη, Ανθρώπινη αναπαραγωγή και αστική ιατρική ευθύνη, 2007, σ.40, Τροκάνας, Ιατρικό σφάλμα και ευθύνη για αλλότριες πράξεις, σε: Η ιατρική ευθύνη στην πράξη, 2010, σ. 134

¹⁶⁶ ΑΠ 974/2014 ΤΝΠ ΙΣΟΚΡΑΤΗΣ, ΠΠΑ 189/2010 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ

¹⁶⁷ Τσαλαπόρτας, Ιατρική αμέλεια και προβληματισμοί αναφορικά με την αντιμετώπιση της αστικής ιατρικής ευθύνης από τα πολιτικά δικαστήρια της Ελλάδος, σε: Ιατρική ευθύνη από αμέλεια (αστική-ποινική), Ειδικά θέματα Ιατρικού Δικαίου, 2013, σ.5επ.

¹⁶⁸ Φουντεδάκη, Αστική ιατρική ευθύνη, 2003, σ.321

αποδεκτών κανόνων της ιατρικής επιστήμης. Η lege artis διενέργεια της ιατρικής πράξης συνιστά αναντίρρητα αποφασιστικό κριτήριο για τη διάκριση μεταξύ αμελούς και επιμελούς συμπεριφοράς και τελικά, για τη θεμελίωση της ύπαρξης ή μη ψυχιατρικού σφάλματος¹⁶⁹. Μάλιστα, πλούσια νομολογία¹⁷⁰ καταλήγει στο συμπέρασμα ότι ο ψυχίατρος δεν φέρει ευθύνη εάν ενήργησε lege artis και, ειδικότερα, όπως θα ενεργούσε υπό τις ίδιες περιστάσεις και με τα ίδια μέσα κάθε συνετός και επιμελής ιατρός. Εύλογα προκύπτει από το ανωτέρω συμπέρασμα ότι προστίθεται και ένα επιπλέον κριτήριο, αυτό του «μέσου, συνετού και επιμελούς» ψυχιάτρου (bonus medicus)¹⁷¹ που επιλαμβάνεται της ιατρικής πράξεως. Το αντικειμενικό αυτό κριτήριο ισχύει όχι μόνο στην ενδοσυμβατική αλλά και στην προσυμβατική και στην αδικοπρακτική ευθύνη¹⁷² του. Ασφαλώς, δεν αναμένεται από τον ψυχίατρο, αλλά και από οποιονδήποτε γιατρό άλλης ειδικότητας να γνωρίζει τα πάντα ή να είναι ικανός για τα πάντα. Είναι αξιόπιστο, ωστόσο, να γνωρίζει και να πράττει όσα γνωρίζει και πράττει ο μέσος ψυχίατρος¹⁷³.

Εντούτοις, η ευθύνη του ψυχιάτρου δεν θα κριθεί μόνο με βάση τα ανωτέρω δύο περιγραφόμενα κριτήρια, ήτοι την de lege artis συμπεριφορά και εκείνο του μέσου, συνετού, επιμελούς ψυχιάτρου. Είναι απαραίτητο να διακριβωθεί το κατά πόσο η παράβαση οφείλεται σε δόλο ή αμέλειά του, κατά τη διάταξη του άρθρου 330 εδ. α' ΑΚ, και αυτό διότι η ευθύνη από τη διάπραξη ψυχιατρικού σφάλματος είναι πταισματική¹⁷⁴, το οποίο σημαίνει ότι ο ψυχίατρος θα ενέχεται σε αποζημίωση μόνο όταν τον βαρύνει πταίσμα, και όχι αντικειμενικά ή από διακινδύνευση¹⁷⁵. Και επειδή στην πράξη είναι εξαιρετικά σπάνιες, έως ανύπαρκτες, οι περιπτώσεις ιατρών που δόλια διαπράττουν ιατρικό σφάλμα σε βάρος των ασθενών τους, αξίζει να γίνει εκτενέστερη αναφορά στην περίπτωση της ιατρικής αμέλειας, και δη της ελαφράς αμέλειας, με την οποία κατά κανόνα θα βαρύνεται ο ψυχίατρος. Κατά το άρθρο 330 εδ. β' ΑΚ, «αμέλεια υπάρχει όταν δεν καταβάλλεται η επιμέλεια που απαιτείται στις συναλλαγές», όταν δηλαδή ο ψυχίατρος δεν καταβάλλει την προσοχή που όφειλε και μπορούσε. Λόγω δε της επαγγελματικής ευθύνης του ψυχιάτρου απαιτείται ελαφρά – αφηρημένη αμέλεια του

¹⁶⁹ Γεωργιάδης, ΕιδΕνοχΔ ΙΙ, §8 αρ.41, Ζέπος, Η ευθύνη του ιατρού, ΝοΒ 1973,6, Φουντεδάκη, Αστική Ιατρική Ευθύνη, 2003, σ.351 επ.

¹⁷⁰ ΕφΑθ 4964/2008 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ, ΕφΘεσσ 2384/2005 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ, ΠΠΑ 912/2014 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ, ΠΠΑ 689/2011 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ, ΠΠΘεσσ 24772/2010 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ

¹⁷¹ Κουτσουράδης, Ιατρικό σφάλμα: Σκέψεις για ένα σημείο τομής Ιατρικής και Νομικής, σε τιμ.τ. Γ.Δ. Καλλιμοπούλου, 2010, 342

¹⁷² Μιχαηλίδης-Νουάρος, ΕρμΑΚ, 1948, άρθρο 330 αρ.1 και 53, Σταθόπουλος, Γενικό Ενοχικό Δίκαιο, 2004, §6 αρ. 1-2

¹⁷³ Γεωργιάδης, ΕιδΕνοχΔ ΙΙ, §8 αρ.70, Φουντεδάκη, Αστική Ιατρική Ευθύνη, 2003, σ.365

¹⁷⁴ Γεωργιάδης, ΕιδΕνοχΔ ΙΙ, §8 αρ.68, Ζέπος, Η ευθύνη του ιατρού, ΝοΒ 1973,4

¹⁷⁵ Φουντεδάκη, Αστική ιατρική ευθύνη, 2003, σ.117 επ.

ψυχιάτρου-επαγγελματία¹⁷⁶, με το μέτρο επιμέλειας να κρίνεται βάσει της επιμέλειας που καταβάλλει «ο μέσος εκπρόσωπος του κύκλου του», δηλαδή ο μέσος ψυχίατρος. Συναφώς, υποστηρίζεται¹⁷⁷ στη θεωρία και τη νομολογία ότι οι ιδιαίτερες κλίσεις ή ικανότητες του ψυχιάτρου δεν οδηγούν σε επαύξηση του μέτρου επιμέλειας, αντίστοιχα και οι συγκριτικά περιορισμένες ικανότητές του δεν οδηγούν σε μείωση της αναμενόμενα καταβαλλόμενης επιμέλειας. Ωστόσο, υποστηρίζεται και η αντίθετη άποψη, που βρίσκει έρεισμα τόσο στο άρθρο 3 § 2 εδ. α' και β' του ΚΙΔ όσο και στο άρθρο 652 § 2 ΑΚ. Σύμφωνα με αυτή, η παρεχόμενη εκπαίδευση, η πείρα, οι δεξιότητες, οι ειδικές γνώσεις και οι ικανότητες λαμβάνονται υπόψη και μπορούν να οδηγήσουν σε επίταση της ευθύνης¹⁷⁸ του ψυχιάτρου και αύξηση του καταβλητέου, για χρηματική ικανοποίηση λόγω ηθικής βλάβης ή ψυχικής οδύνης, ποσού¹⁷⁹. Αυτή η στροφή προς την υποκειμενικοποίηση της αμέλειας έχει τη βάση της στο γεγονός ότι το πρόσωπο που διαθέτει υψηλότερες της συνήθους επαγγελματικές ικανότητες και εγνωσμένο κύρος, οφείλει να επιδεικνύει υψηλότερο επίπεδο επιμέλειας¹⁸⁰. Η αποδοχή του μέτρου της αυξημένης επιμέλειας για τον ψυχίατρο που διαθέτει τα ανωτέρω προσόντα έχει σημασία όχι μόνο για τη θεμελίωση της ενδοσυμβατικής ευθύνης αλλά και της αδικοπρακτικής, επομένως η σύνδεση αυτή παραπέμπει στην προβληματική της διπλής λειτουργίας της αμέλειας. Η έννοια, δηλαδή της παρανομίας του ΑΚ 914 είναι ιδωμένη και υπό το πρίσμα της γενικά απαιτούμενης από κάθε κοινωνό υποχρέωσης για τήρηση της επιμέλειας που αναμένεται να επιδεικνύει ένας μέσος λογικός άνθρωπος¹⁸¹.

Το δεύτερο κριτήριο εξειδίκευσης του ψυχιατρικού σφάλματος είναι η παράβαση των ιατρικών «standards», που αφορούν την Ψυχιατρική. Πρόκειται για γενικώς αναγνωρισμένα επιστημονικά πρότυπα που ισχύουν κατά τη χρονική στιγμή της περίθαλψης, με δυναμικό, συνεπώς, χαρακτήρα, που ο ψυχίατρος οφείλει να ακολουθήσει κατά τη διενέργεια μιας θεραπείας, προσδιορίζονται δε από τους κανόνες της Ψυχιατρικής, την ιατρική εμπειρία και τις συγκεκριμένες συνθήκες παροχής ιατρικών υπηρεσιών. Η καθιέρωσή τους ως κριτήριο επιμέλειας συνδέεται αναμφισβήτητα με τη διαμόρφωση της ευθύνης του ψυχιάτρου ως

¹⁷⁶ Κουτσογράδης, Ιατρικό σφάλμα: Σκέψεις για ένα σημείο τομής Ιατρικής και Νομικής, σε τιμ.τ. Γ.Δ. Καλλιμοπούλου, 2010, 341

¹⁷⁷ Γεωργιάδης, ΕιδΕνοχΔ ΙΙ, §8, αρ.70

¹⁷⁸ Κουτσογράδης, Ιατρικό σφάλμα: Σκέψεις για ένα σημείο τομής Ιατρικής και Νομικής, σε: τιμ.τ. Γ.Δ. Καλλιμοπούλου, 2010, 344, Πελένη-Παπαγεωργίου, Ο Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας από νομική σκοπιά, ΝοΒ 2007, 2315, Ζέπος, Η ευθύνη του ιατρού, ΝοΒ 1973, 6

¹⁷⁹ Τσαλαπόρτας, Ιατρική αμέλεια και προβληματισμοί αναφορικά με την αντιμετώπιση της αστικής ιατρικής ευθύνης από τα πολιτικά δικαστήρια της Ελλάδος, σε: Ιατρική ευθύνη από αμέλεια (αστική – ποινική), Ειδικά θέματα Ιατρικού Δικαίου, 2013, σ.12

¹⁸⁰ Καλλιμόπουλος, Σκέψεις για την έννοια και λειτουργία της αμέλειας, στον τιμ. Τ. Μιχ. Π. Σταθόπουλου Ι, 2010, σ.778

¹⁸¹ Σταθόπουλος, Γενικό Ενοχικό Δίκαιο, 2004, §6 αρ.71

επαγγελματικής, δηλαδή της ευθύνης του να παρέχει υπηρεσίες που αντιστοιχούν σε ένα ορισμένο επίπεδο ποιότητας¹⁸², που διαμορφώνεται ακριβώς από αυτά τα πρότυπα. Μεγάλο μέρος των ιατρικών «standards» της Ψυχιατρικής μπορεί να βρει κανείς στο «Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών» της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, American Psychiatric Association)¹⁸³, το οποίο χρησιμεύει ως μια καθολική αρχή για την ψυχιατρική διάγνωση στις ΗΠΑ αλλά και στον υπόλοιπο κόσμο, όπως και στο εγχειρίδιο «Διεθνής Ταξινόμηση των Ασθενειών», που συνιστά πόνημα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (International Classification of Diseases, World Health Organization)¹⁸⁴.

Το ψυχιατρικό σφάλμα εμφανίζει πολλές ιδιαιτερότητες σε σχέση με το κοινό ιατρικό σφάλμα και την αντίστοιχη ευθύνη. Η Ψυχιατρική στερείται εν πολλοίς εργαστηριακών ενδείξεων ενώ συχνά χρησιμοποιεί μη επεμβατικά ή μη ενσώματα μέσα, όπως για παράδειγμα στην ψυχοθεραπεία, με συνέπεια τα αποτελέσματα να μην μπορούν να ανευρεθούν με τις κλασικές μεθόδους της ιατροδικαστικής. Στην άσκησή της τίθενται ιδιαίτερα ζητήματα απορρήτου, λόγω της εξομολογητικής φύσης ψυχιάτρου-ασθενούς. Σε σχέση με τον ασθενή, παρατηρούμε πως στο πεδίο της ψυχικής υγείας η βλάβη και η αιτιολογία της ψυχικής νόσου δεν είναι πάντοτε ευχερώς διαγνώσιμες, εν αντιθέσει με τις σωματικές νόσους που είναι διαγνώσιμες με ευκολία και βεβαιότητα. Επιπλέον, η αναζήτηση της ψυχιατρικής ευθύνης μπορεί να αφορά πράξεις του ίδιου του ασθενούς προς τον εαυτό του (αυτοπροσβολές) ή προς τρίτους (ανθρωποκτονία) ενώ η βλάβη που υπέστη ο ασθενής μπορεί να σχετίζεται με την ελευθερία του και την παράνομη στέρησή της (παράνομη κατακράτηση)¹⁸⁵.

Το ψυχιατρικό σφάλμα μπορεί να εμφανίζεται, εκτός από μη εκπλήρωση καθήκοντος ιατρικής μέριμνας και επιμέλειας¹⁸⁶, είτε ως εσφαλμένη διάγνωση ή μη διάγνωση μιας νόσου («σφάλμα διάγνωσης») είτε ως εσφαλμένη –πλημμελής θεραπευτική αγωγή («σφάλμα θεραπευτικής αγωγής») είτε ως περίπτωση μη παραπομπής του ασθενούς σε ειδικό θάλαμο και την ανάληψη της διεξαγωγής ενός διαγνωστικού ή θεραπευτικού εγχειρήματος, χωρίς να υπάρχουν οι απαραίτητες ειδικές γνώσεις και ικανότητες ή τα κατάλληλα διαγνωστικά μέσα («σφάλμα ανάληψης και οργάνωσης»). Το «σφάλμα διάγνωσης» εντοπίζεται στο πόρισμα που προκύπτει από τη νοητική εκείνη ενέργεια του ψυχιάτρου με βάση την οποία αναγνωρίζει και βεβαιώνει, αξιολογώντας τα ευρήματά του, κλινικά και εργαστηριακά, την ύπαρξη μιας

¹⁸² Φουντεδάκη, Αστική Ιατρική Ευθύνη, 2003, σ.355

¹⁸³ <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm>

¹⁸⁴ <https://www.who.int/classifications/icd/en/bluebook.pdf>

¹⁸⁵ Φυτράκης, Ψυχιατρική Περίθαλψη, ιατρικό σφάλμα και παράνομη κατακράτηση, ΠοινΔικ 2/2015, σ. 170

¹⁸⁶ ΑΠ 974/2014 ΤΝΠ ΙΣΟΚΡΑΤΗΣ, ΠΠΑ 689/2011 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ, ΠΠΑ 1174/2010 ΤΝΠ ΙΣΟΚΡΑΤΗΣ

συγκεκριμένης νοσολογικής οντότητας¹⁸⁷. Η ευθύνη του ψυχιάτρου πηγάζει από την εσφαλμένη εκτίμηση των συμπτωμάτων, τη μη ορθή λήψη ιστορικού και την παράλειψη διενέργειας κάποιας αναγκαίας για τον ασθενή διαγνωστικής εξέτασης. Το «σφάλμα θεραπευτικής αγωγής» εμφανίζεται κυρίως κατά την επιλογή εσφαλμένης θεραπευτικής μεθόδου από τον ψυχίατρο. Να σημειωθεί πως, βάσει του άρθρου 3 § 3 εδ. β' του ΚΙΔ, ο ψυχίατρος «έχει δικαίωμα επιλογής μεθόδου θεραπείας, την οποία κρίνει ως σημαντικά υπέρτερη έναντι άλλης, για τον συγκεκριμένο ασθενή, με βάση τους σύγχρονους κανόνες της ιατρικής επιστήμης, και παραλείπει τη χρήση μεθόδων που δεν έχουν επαρκή επιστημονική τεκμηρίωση». Πρέπει, εντούτοις, να σταθμίζει κατά περίπτωση τους κινδύνους της επιλογής του για τον ασθενή προτού προχωρήσει στην επιλογή της κατάλληλης, εξατομικευμένης θεραπευτικής μεθόδου που θα ανταποκρίνεται στις ανάγκες του εκάστοτε ασθενούς. Το θεραπευτικό σφάλμα μπορεί επίσης να απαντά και κατά την εφαρμογή μιας θεραπευτικής διαδικασίας, όμως μέσω εσφαλμένων χειρισμών ή μέσω της μη χορήγησης κατάλληλου φαρμάκου ή της χορήγησης ακατάλληλου φαρμάκου ή της χορήγησης φαρμάκου σε εσφαλμένη δόση και την πρόκληση εξ αυτών σωματικής βλάβης¹⁸⁸. Τέλος, «σφάλμα ανάληψης» υπάρχει όταν ο ψυχίατρος αναλαμβάνει την ιατρική αγωγή χωρίς να διαθέτει τις ατομικές ικανότητες και τις αντικειμενικές προϋποθέσεις για την τήρηση του οφειλόμενου αντικειμενικού προτύπου επιμέλειας¹⁸⁹. Για παράδειγμα, σε «σφάλμα ανάληψης» υποπίπτει ο ειδικευόμενος ψυχίατρος, ο οποίος, βάσει των γνώσεων και των εμπειριών του, θα έπρεπε να είχε προβλέψει τον κίνδυνο ψυχιατρικού σφάλματος και να μην αναλάβει έναν ασθενή, για το χειρισμό του οποίου απαιτείται περαιτέρω εξειδίκευση και πολυετής εμπειρία. Ενδεικτικά, τα πιο συχνά σφάλματα που συναντώνται στην ψυχιατρική πρακτική είναι η εσφαλμένη διάγνωση, η άγνοια ορατού κινδύνου αυτοκαταστροφής¹⁹⁰, η χρήση αγωγής ασύμβατης προς τη διάγνωση, η πρόκληση μόνιμης βλάβης ως παρενέργεια της φαρμακευτικής αγωγής, η αμέλεια επικείμενης επικίνδυνης συμπεριφοράς προς τρίτους, η αδικαιολόγητη νοσηλεία, η σεξουαλική παρενόχληση ή εκμετάλλευση ασθενούς, η παροχή ψευδών πιστοποιητικών και ο θάνατος ασθενούς από παθολογικά αίτια λόγω υπολειπόμενης συνεργασίας του ψυχιάτρου με ιατρούς άλλων ειδικοτήτων¹⁹¹.

¹⁸⁷ Σακελλαροπούλου, Η ποινική αντιμετώπιση του ιατρικού σφάλματος και η σημασία της συναίνεσης του ασθενούς, 2011, σ.99

¹⁸⁸ Πελένη-Παπαγεωργίου, *Ιατρική Αστική Ευθύνη και Συναίνεση του Ασθενούς*, 2016, σ.230

¹⁸⁹ Φουντεδάκη, *Αστική Ιατρική Ευθύνη*, 2003, σ.418

¹⁹⁰ ΕφΛαρ 73/2010 ΤΝΠ ΙΣΟΚΡΑΤΗΣ

¹⁹¹ ΠΠρΑθ 1481/2006 ΤΝΠ ΙΣΟΚΡΑΤΗΣ

7.2. ΝΟΜΙΜΟΙ ΛΟΓΟΙ ΕΥΘΥΝΗΣ

Το ιατρικό σφάλμα του ψυχιάτρου και η αστική του ευθύνη έχουν ως πυρήνα το δίκαιο της αποζημίωσης, δηλαδή την υποχρέωση που έχει ο ψυχίατρος να αποζημιώσει τον ασθενή του¹⁹², εφόσον προκαλέσει βλάβη στην υγεία του, κατά την άσκηση της επαγγελματικής του δραστηριότητας. Συνεπώς, προκύπτει ότι η ευθύνη του ψυχιάτρου σε αποζημίωση του ασθενούς του λόγω ψυχιατρικού σφάλματος έχει ως νόμιμους λόγους είτε την ενοχή εκ της συμβάσεως ιατρικής αγωγής, που κατά την κρατούσα άποψη είναι σύμβαση εργασίας (παροχής ανεξαρτήτων υπηρεσιών) βάσει των άρθρων 652 και 330 ΑΚ (ενδοσυμβατική ευθύνη) είτε την ευθύνη που καθιερώνουν οι διατάξεις των άρθρων 914 ΑΚ (αδικοπρακτική ευθύνη). Είναι δυνατόν, επίσης, να υπάρχει συρροή ενδοσυμβατικής και αδικοπρακτικής ευθύνης του ψυχιάτρου, να υπάρχει δηλαδή διπλή νομική θεμελίωση. Επιπλέον, ο ψυχίατρος, ως παρέχων υπηρεσίες, υπάγεται στη ρύθμιση του άρθρου 8 του νόμου 2251/1994 «για την προστασία των καταναλωτών», η οποία προβλέπει νόθο αντικειμενική ευθύνη του ψυχιάτρου που υπέπεσε σε ψυχιατρικό σφάλμα, καθώς και στη ρύθμιση του άρθρου 57 ΑΚ, δεδομένου ότι το ψυχιατρικό σφάλμα συνιστά παράνομη προσβολή της προσωπικότητας του ασθενούς, διότι προσβάλλει τη ζωή, τη σωματική ακεραιότητα και την υγεία του. Αρμόδιο προς εκδίκαση των αγωγών που αφορούν στην καταβολή αποζημίωσης λόγω ψυχιατρικού σφάλματος και στρέφονται είτε κατά των ιδιωτών ψυχιάτρων ατομικώς είτε κατ' αυτών και κατά των ιδιωτικών κλινικών, στις οποίες προσφέρουν τις υπηρεσίες τους, είναι το Μονομελές ή Πολυμελές Πρωτοδικείο. Όταν, όμως, η ιατρική αμέλεια αφορά σε ψυχίατρο που απασχολείται σε δημόσιο νοσοκομείο, τότε αρμόδια καθίσταται τα διοικητικά δικαστήρια κατ' εφαρμογή των άρθρων 105-106 ΕισΝΑΚ.

7.2.1. ΕΝΔΟΣΥΜΒΑΤΙΚΗ ΕΥΘΥΝΗ

Η ευθύνη προς αποζημίωση στην περίπτωση της ενδοσυμβατικής ευθύνης του ψυχιάτρου θεμελιώνεται στη σύμβαση ιατρικής αγωγής μεταξύ αυτού και του ασθενούς και στην παράβαση των υποχρεώσεων που αυτή επιτάσσει και παραβιάστηκαν από τον ψυχίατρο κατά την παροχή του ψυχιατρικού του έργου. Επειδή πρόκειται, όπως προειπώθηκε, κατά την κρατούσα άποψη, για σύμβαση παροχής ανεξάρτητων υπηρεσιών, επομένως εντάσσεται στο συμβατικό τύπο της σύμβασης εργασίας, το ψυχιατρικό σφάλμα συνιστά πλημμελή εκπλήρωση της σύμβασης, η υποχρέωση του ψυχιάτρου σε αποζημίωση θεμελιώνεται στις διατάξεις των άρθρων 648, 652 και 676 ΑΚ¹⁹³. Λόγω δε της καθιερούμενης, συναφώς, νόθου αντικειμενικής

¹⁹² Τσαλαπόρτας, *Ιατρική αμέλεια και προβληματισμοί αναφορικά με την αντιμετώπιση της αστικής ιατρικής ευθύνης από τα πολιτικά δικαστήρια της Ελλάδος*, σε: *Ιατρική ευθύνη από αμέλεια (αστική- ποινική)*, 2013, σ.8

¹⁹³ ΠΠΑ 453/2015 ΤΝΠ ΙΣΟΚΡΑΤΗΣ, ΠΠΑ 189/2010 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ, ΠΠρΘεσς 24582/2008 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ

ευθύνης, με την έννοια της αντιστροφής του βάρους αποδείξεως, ο ασθενής φέρει μόνο το βάρος να αποδείξει την παροχή των ιατρικών υπηρεσιών, ενώ ο παρέχων τις υπηρεσίες ψυχίατρος, προκειμένου να απαλλαγεί από την ευθύνη, πρέπει να αποδείξει είτε την ανυπαρξία υπαίτιας πράξεώς του είτε τη συνδρομή κάποιου λόγου άρσης ή μείωσης της ευθύνης του. Στο πλαίσιο της ενδοσυμβατικής ευθύνης, ο ψυχίατρος ευθύνεται και λόγω της διενέργειας «αυθαίρετης» ιατρικής πράξης. «Αυθαίρετη» καλείται η ιατρική πράξη, που έγινε χωρίς να ληφθεί έγκυρη συναίνεση του ασθενούς (ή του νομίμου εκπροσώπου του ή των οικείων του), κατά παράλειψη της υποχρέωσης ενημέρωσής του σχετικά με τη φύση, το σκοπό και τους κινδύνους της ιατρικής πράξης που πρόκειται να διενεργηθεί. Επομένως, μια ιατρική πράξη που διενεργείται χωρίς την ενημερωμένη συναίνεση του ασθενούς, χωρίς δηλαδή τη νομιμοποιητική της προϋπόθεση, είναι μια παράνομη ιατρική πράξη, ακόμη και αν διενεργήθηκε *lege artis* και ήταν επιτυχής. Η αυθαίρετη, δηλαδή, ιατρική πράξη αντιμετωπίζεται ως ψυχιατρικό σφάλμα και όχι ως σφάλμα ενημέρωσης. Περαιτέρω, η υποχρέωση του ψυχιάτρου να λάβει την ενημερωμένη συναίνεση του ασθενούς, έχει, πέρα από νομοθετική (άρθρα 11 και 12 του ΚΙΔ) και συμβατική θεμελίωση, προκύπτουσα εκ της συμβάσεως ιατρικής αγωγής, με αντικείμενο την παροχή ιατρικής φροντίδας. Η υποχρέωση λήψης ενημερωμένης συναίνεσης αποτελεί κύρια υποχρέωση, διότι συνδέεται με την υγεία του ασθενούς (δανειστή) και το δικαίωμα αυτοδιάθεσής του¹⁹⁴. Στην περίπτωση που ο ψυχίατρος παραβεί την κύρια αυτή υποχρέωση, η συμπεριφορά του δεν εμπίπτει στις έννοιες της αδυναμίας παροχής ή της υπερημερίας οφειλέτη, αλλά στην έννοια της πλημμελούς εκπλήρωσης, με συνέπεια να ενέχεται ο ψυχίατρος σε αποζημίωση του ασθενούς του, σύμφωνα και με τον κανόνα του άρθρου 330 εδ. α' ΑΚ που ορίζει ότι «ο οφειλέτης (εδώ ο ψυχίατρος) ευθύνεται για κάθε αθέτηση της υποχρέωσής του από δόλο ή αμέλεια». Συμπερασματικά, προκύπτει ότι όταν ο ψυχίατρος αθετήσει την κύρια συμβατική του υποχρέωση για λήψη ενημερωμένης συναίνεσης του ασθενούς, ο τελευταίος έχει αξίωση αποζημίωσης κατά του πρώτου, βάσει των άρθρων 330 και 652 § 1 ΑΚ, που ισοδυναμεί με την αποκατάσταση της περιουσιακής του ζημίας (ΑΚ 298). Ζήτημα ανακύπτει όταν η αυθαίρετη ιατρική πράξη έγινε σύμφωνα με όλους τους κανόνες της ιατρικής επιστήμης, διότι τότε ελλείπει η απαραίτητη προϋπόθεση του συνδέσμου της πράξης αυτής και του ψυχιατρικού σφάλματος, κατ' επέκταση είναι δυσχερέστερη η επέκταση της αποζημίωσης του ασθενούς πέραν της ηθικής βλάβης¹⁹⁵. Στην περίπτωση αυτή, πρέπει να γίνει δεκτό ότι η συμβατική υποχρέωση του ψυχιάτρου για λήψη ενημερωμένης συναίνεσης εμπεριέχεται στους, κατ' άρθρο 3 § 3 του ΚΙΔ γενικά παραδεκτούς κανόνες της ιατρικής επιστήμης, με αποτέλεσμα κάθε παράληψη τήρησής

¹⁹⁴ Σταθόπουλος, Γενικό Ενοχικό Δίκαιο, 2004, §3 αρ. 47

¹⁹⁵ Φουντεδάκη, Η συναίνεση του ενημερωμένου ασθενούς, σε: Ιατρική ευθύνη από αμέλεια (αστική- ποινική), Ειδικά θέματα ιατρικού δικαίου, 2013, σ.20

κάποιου από αυτούς, να επισύρει ευθύνη του ψυχιάτρου για κάθε ζημία του ασθενούς που συνδέεται αιτιωδώς με την αυθαίρετη ιατρική πράξη.

7.2.2. ΑΔΙΚΟΠΡΑΚΤΙΚΗ ΕΥΘΥΝΗ

Η αδικοπρακτική ευθύνη φαίνεται πως αποτελεί την πιο συχνή¹⁹⁶ νομική βάση των αγωγών αποζημίωσης για ψυχιατρικό σφάλμα και τούτο συμβαίνει κυρίως διότι με τον τρόπο αυτό το δικαστήριο μπορεί να επιδικάσει κατά την κρίση του χρηματική ικανοποίηση λόγω ηθικής βλάβης (ΑΚ 932) στον παθόντα. Οι προϋποθέσεις¹⁹⁷ για τη θεμελίωση ευθύνης του ψυχιάτρου έναντι του ασθενούς από ψυχιατρικό σφάλμα είναι εκείνες του άρθρου 914 ΑΚ, δηλαδή η παράνομη και υπαίτια συμπεριφορά, η ζημία του ασθενούς, που συνίσταται σε βλάβη της υγείας του και ο αιτιώδης σύνδεσμος μεταξύ της παράνομης και υπαίτιας συμπεριφοράς του ψυχιάτρου και της επελθείσας στον ασθενή ζημίας. Κατά την αντικειμενική θεωρία, παράνομη θεωρείται η συμπεριφορά εκείνη που αντίκειται σε απαγορευτικό ή επιτακτικό κανόνα δικαίου¹⁹⁸. Επιπλέον, παγίως γίνεται δεκτή η «διευρυμένη» έννοια της παρανομίας, που περιλαμβάνει όχι μόνο την παράβαση ειδικής διάταξης νόμου, αλλά και την παράβαση της «γενικής υποχρέωσης ασφαλείας και προστασίας των άλλων»¹⁹⁹. Πρόκειται για υποχρέωση επιβεβλημένη από το γενικότερο πνεύμα της νομοθεσίας και του άρθρου 914 ΑΚ, καθώς και από τις γενικές ρήτρες που καθιερώνουν τα χρηστά ήθη και η καλή πίστη. Επομένως, παράνομη είναι η συμπεριφορά του ψυχιάτρου όταν αντίκειται σε ρητές νομοθετικές διατάξεις, όπως, ενδεικτικά, σε εκείνες του ΚΙΔ (ν. 3418/2005), του Κώδικα ασκήσεως του ιατρικού επαγγέλματος (α.ν. 1565/1939), της Σύμβασης του Οβιέδο (Ν. 2619/1998) και του νόμου 3984/2011 για τη δωρεά και τη μεταμόσχευση οργάνων. Ομοίως, παράνομη είναι και η συμπεριφορά του ψυχιάτρου κατά τη διενέργεια ιατρικών πράξεων *contra lege artis*²⁰⁰, αντίθετα δηλαδή προς τα όσα επιτάσσουν οι κανόνες της ιατρικής επιστήμης, και αυτό διότι υφίσταται ευθεία παραβίαση της γενικής υποχρέωσης ασφαλείας και πρόνοιας των ασθενών και μη τήρηση του απαιτούμενου, σύμφωνα με το άρθρο 3 § 3 εδ. α΄ του ΚΙΔ σε συνδυασμό με το άρθρο 330 εδ. β΄ ΑΚ, προτύπου επιμελείας. Ο ασθενής έχει, επίσης, δικαίωμα να αξιώσει αποζημίωση σύμφωνα με τις περί αδικοπραξιών διατάξεις και να επιδιώξει την ικανοποίηση ηθικής βλάβης με την επίκληση των άρθρων 57 και 59 ΑΚ διότι το ψυχιατρικό σφάλμα αποτελεί παράνομη

¹⁹⁶ Γεωργιάδης, ΕιδΕνοχΔ ΙΙ, §8 αρ.75

¹⁹⁷ Γεωργιάδης, ΕιδΕνοχΔ ΙΙ, §8 αρ.76

¹⁹⁸ Γεωργιάδης, Ενοχικό Δίκαιο, Γενικό Μέρος, 2015, §60 αρ.10, Σταθόπουλος, Γενικό Ενοχικό Δίκαιο, 2004, §15 αρ.31

¹⁹⁹ Σταθόπουλος, Γενικό Ενοχικό Δίκαιο, 2004, §15 αρ.39

²⁰⁰ Γεωργιάδης, ΕιδΕνοχΔ ΙΙ, §8 αρ.77

προσβολής της προσωπικότητας του ασθενούς, υπό την έννοια της φυσικής και ψυχικής υπόστασης, στις οποίες περιλαμβάνεται η ζωή, η σωματική ακεραιότητα και η υγεία²⁰¹.

Ως προς την υπαιτιότητα του ψυχιάτρου, αμελής χαρακτηρίζεται η συμπεριφορά του όταν αυτός παραλείπει να καταβάλει την επιμέλεια, η οποία είναι καταβλητέα σύμφωνα με το μέτρο της συμπεριφοράς του μέσου συνετού και επιμελούς εκπροσώπου του κύκλου δραστηριότητάς του. Εξαιτίας της παράλειψης αυτής, επέρχεται ζημία στο πρόσωπο του ασθενούς, την οποία ο ψυχίατρος δεν προέβλεψε ή προέβλεψε, όμως ήλπιζε ότι θα αποφύγει την επέλευσή της²⁰².

Αναφορικά με τη ζημία, αυτή διακρίνεται σε θετική και αποθετική- αρνητική, σε άμεση και έμμεση και παρούσα και μέλλουσα. «Θετική ζημία» συνιστά η, κατ' άρθρο 298 εδ. α' ΑΚ μείωση της υπάρχουσας περιουσίας του δανειστή- ασθενούς, που επέρχεται είτε με την αύξηση του παθητικού του είτε με τη μείωση του ενεργητικού του, ενώ «αποθετική ζημία» ή «διαφυγόν κέρδος» συνιστά η κατ' άρθρο 298 εδ. β' ΑΚ, μη επέλευση κέρδους που προσδοκά κανείς με πιθανότητα σύμφωνα με τη συνηθισμένη πορεία των πραγμάτων ή τις ειδικές περιστάσεις και ιδίως τα προπαρασκευαστικά μέτρα που έχουν ληφθεί, δηλαδή η μη επαύξηση της περιουσίας του ασθενούς ή η μη μείωση του παθητικού αυτής. «Άμεση ζημία» είναι αυτή που προκύπτει αμέσως από την προσβολή του εννόμου αγαθού του ασθενούς ενώ «έμμεση» καλείται αυτή που επέρχεται από τις περαιτέρω δυσμενείς συνέπειες λόγω της προσβολής στην περιουσία του ασθενούς. «Παρούσα» είναι η ζημία που έχει ήδη επέλθει ως συνέπεια του ζημιογόνου γεγονότος, ενώ «μέλλουσα» αυτή που πρόκειται πιθανώς να επέλθει κατά τη συνήθη πορεία των πραγμάτων ως επακόλουθο της αδικοπραξία και ο προσδιορισμός αυτής με σχετική ακρίβεια είναι δυνατός κατά το χρόνο της απόφασης είτε εφάπαξ είτε κατά χρονικές περιόδους.

Εφόσον δε η διαπραχθείσα αδικοπραξία συνίσταται σε βλάβη του σώματος ή της υγείας του ασθενούς η διάταξη του άρθρου 929 ΑΚ ρυθμίζει την έκταση και το περιεχόμενο της αποζημίωσης που οφείλεται από τον ζημιώσαντα για την αποκατάσταση της προκληθείσας εις βάρος του ζημιωθέντος περιουσιακής ζημίας (εδ. α'), αποζημίωση που καλύπτει τόσο τα νοσήλια, ήτοι τις δαπάνες που έγιναν ή ήταν αναγκαίες για την αποκατάσταση της υγείας του και τη ζημία που ήδη επήλθε όσο και για τη μελλοντική ζημία του, δηλαδή ότι στο μέλλον θα στερείται ή θα ξοδεύει επιπλέον λόγω αύξησης των δαπανών του. Ως βλάβη του σώματος νοείται η όχι εντελώς ασήμαντη επέμβαση στην εξωτερική ακεραιότητα ή τις φυσικές λειτουργίες του ανθρώπινου σώματος (εγκεφάλου, νεύρων). Η βλάβη της υγείας ενός προσώπου μπορεί να είναι η προσβολή τόσο της σωματικής όσο και της ψυχικής υγείας. Πιο συγκεκριμένα

²⁰¹ Γεωργιάδης, Γενικές Αρχές Αστικού Δικαίου, 2012, §12 αρ.6

²⁰² Βλ. και 7.1

ως τέτοια χαρακτηρίζεται κάθε ουσιώδης βλάβη των σωματικών, πνευματικών ή ψυχικών λειτουργιών του ανθρώπου (πχβ μείωση της μνήμης, κατάσταση άγχους ή φόβου, ψυχικό ή νευρικό σοκ)²⁰³. Δεν μπορεί, όμως, να αποτελέσει βλάβη της υγείας του προσώπου με την έννοια του άρθρου 929 ΑΚ μια προσωρινή απλή ψυχική επενέργεια η οποία βλάπτει την ψυχική ευεξία όπως είναι η οργή ή ο ερεθισμός. Επιπλέον, αν συντρέχουν οι προϋποθέσεις εφαρμογής του άρθρου 931 ΑΚ, ήτοι πρόκληση αναπηρίας ή παραμόρφωσης στο θύμα από το ζημιογόνο γεγονός, εξαιτίας των οποίων προκαλείται δυσμενής επίδραση στο οικονομικό-επαγγελματικό μέλλον του ασθενούς. Να σημειωθεί πως είναι αδιάφορο εάν η αναπηρία ή παραμόρφωση προκλήθηκε από υποκειμενικά ή αντικειμενικά άδικη πράξη²⁰⁴. Ως «αναπηρία» νοείται κάποια έλλειψη που αφορά την σωματική, νοητική ή ψυχική ακεραιότητα του προσώπου, που πρέπει να είναι μόνιμη ή διαρκής για να μπορούμε να μιλήσουμε για δυσμενή επίδραση αυτής στο μέλλον ενώ ως «παραμόρφωση» νοείται κάθε ουσιώδης αλλοίωση της εξωτερικής εμφανίσεως του προσώπου, η οποία καθορίζεται όχι αναγκαία κατά τις απόψεις ψυχιατρικής, αλλά κατά τις αντιλήψεις της ζωής. Περαιτέρω, ως «μέλλον» νοείται η επαγγελματική, οικονομική και κοινωνική εξέλιξη του προσώπου, η οποία εξέλιξη κατά την κρατούσα σήμερα στην νομολογία άποψη οφείλει να έχει έναν οικονομικό προσανατολισμό²⁰⁵. Η έννοια του μέλλοντος αποτελεί αόριστη νομική έννοια, η οποία εξειδικεύεται από τα δικαστήρια ουσίας με την υπαγωγή σε αυτή των πραγματικών περιστατικών που αποδεικνύονται. Ωστόσο, δεν είναι δυνατόν να αποκλειστεί η περίπτωση που μια προσωρινή αναπηρία ή παραμόρφωση της εξωτερικής εμφάνισης ενός ατόμου επηρεάζει την επαγγελματική - οικονομική εξέλιξή του κατά τρόπο καθοριστικό. Κάτι τέτοιο είναι δυνατόν να συμβεί, εάν ο παθών συνεπεία της έστω προσωρινής αναπηρίας ή παραμόρφωσης απολέσει μια ευνοϊκή ευκαιρία που το προσφερόταν το χρονικό διάστημα, κατά το οποίο διήρκεσε η αναπηρία ή παραμόρφωση. Αναφορικά με το ποσό που δικαιούται ο παθών ασθενής κατά το άρθρο 931 ΑΚ, ο υπολογισμός του δεν γίνεται με τα μέτρα της αποζημίωσης, αλλά εναπόκειται στη διακριτική ευχέρεια του εκάστοτε δικαστή να το καθορίσει κατά δίκαιη κρίση σε εύλογο χρηματικό ποσό («οιονεί εύλογη αποζημίωση»²⁰⁶), με βάση αφενός το είδος, την έκταση και τις συνέπειες της αναπηρίας ή παραμόρφωσης του παθόντος από τη ιατρική πράξη και αφετέρου την ηλικία, το φύλο, τις κλίσεις του παθόντος

²⁰³ Γεωργιάδης, σε: ΣΕΑΚ, άρθρο 929, αρ.3

²⁰⁴ Βοσινάκης, στον ΑΚ Γεωργιάδη- Σταθόπουλου, άρθρο 931, αρ.3

²⁰⁵ ΑΠ 1073/2001 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ «δεν απαιτείται βεβαιότητα δυσμενούς επιρροής στο μέλλον του προσώπου. Αρκεί και απλή δυνατότητα κατά τη συνήθη πορεία των πραγμάτων. Στον επαγγελματικό – οικονομικό τομέα η αναπηρία ή παραμόρφωση του ανθρώπου, κατά τα διδάγματα της κοινής πείρας, αποτελεί αρνητικό στοιχείο στα πλαίσια του ανταγωνισμού και της οικονομικής εξέλιξης και προαγωγής του. Οι δυσμενείς συνέπειες είναι περισσότερο έντονες σε περιόδους οικονομικών δυσχερειών και στενότητας στην αγορά εργασίας. Οι βαρυνόμενοι με αναπηρία ή παραμόρφωση μειονεκτούν και συνεπώς κινδυνεύουν περισσότερο έναντι των υγιών συναδέλφων τους να βρεθούν εκτός εργασίας.»

²⁰⁶ Μαργαρίτης – Μαργαρίτη, Επιτομή Ερμηνεία Αστικού Κώδικα και ΕισΝΑΚ, 2016, σ. 852

καθώς και τον βαθμό συνυπαιτιότητάς του (ΑΚ 300). Προκύπτει σαφώς ότι η κατά τη διάταξη του άρθρου 931 ΑΚ αξίωση για αποζημίωση λόγω αναπηρίας ή παραμόρφωσης δεν ταυτίζεται με την κατά τη διάταξη του άρθρου 929 ΑΚ αξίωση αποζημίωσης για διαφυγόντα εισοδήματα του παθόντος, που είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με την αποδεικνυόμενη περιουσιακή ζημία. Ωστόσο, κατά τη νομολογία²⁰⁷, είναι δυνατόν οι ανωτέρω αξιώσεις να ασκηθούν είτε σωρευτικά είτε μεμονωμένα, αφού έχουν αυτοτέλεια.

Περαιτέρω, σύμφωνα με τη διάταξη του άρθρου 932 ΑΚ, «Σε περίπτωση αδικοπραξίας, ανεξάρτητα από την αποζημίωση για την περιουσιακή ζημία, το δικαστήριο μπορεί να επιδικάσει εύλογη κατά την κρίση του χρηματική ικανοποίηση λόγω ηθικής βλάβης. Αυτό ισχύει ιδίως για εκείνον που έπαθε προσβολή της υγείας, της τιμής ή της αγνείας του ή στερήθηκε την ελευθερία του. Σε περίπτωση θανάτωσης προσώπου η χρηματική αυτή ικανοποίηση μπορεί να επιδικαστεί στην οικογένεια του θύματος λόγω ψυχικής οδύνης». Επομένως, ο ψυχίατρος που προξένησε βλάβη στον ασθενή του λόγω αδικοπραξίας, ενέχεται σε αποζημίωση λόγω της ηθικής βλάβης που του προξένησε. Σκοπός της διάταξης αυτής είναι να απολαύει ο ζημιωθείς ασθενής μια δίκαιη και επαρκή ανακούφιση και παρηγοριά, χωρίς από το άλλο μέρος να εμπορευματοποιείται η προσβληθείσα ηθική αξία και να επεκτείνεται υπέρμετρα το ύψος της αποζημίωσης για ηθική βλάβη, που δεν μπορεί να αποτιμηθεί επακριβώς σε χρήμα. Αν η προκληθείσα αδικοπραξία επιφέρει τη θανάτωση του ασθενούς, η χρηματική ικανοποίηση, σύμφωνα με τη διάταξη του άρθρου 932 εδ. γ' ΑΚ, αφορά την οικογένεια του θύματος και επιδικάζεται από το δικαστήριο σε αυτήν λόγω της ψυχικής οδύνης, την οποία εξαιτίας της παράνομης και υπαίτιας διενεργηθείσας ιατρικής πράξης βιώνει το οικογενειακό περιβάλλον του θανόντος. Για τον υπολογισμό του ύψους της καταβαλλόμενης αποζημίωσης, ο δικαστής θα πρέπει να λαμβάνει υπόψη του στοιχεία αντικειμενικά, όπως η οικονομική και κοινωνική κατάσταση του παθόντος αλλά και του προσβάλλοντος, η βαρύτητα του πταίσματος του ψυχιάτρου κλπ. Βάσει αυτών ο δικαστής θα πρέπει να σχηματίσει την εύλογη κρίση του, κατ' εφαρμογή του αντικειμενικού μέτρου που θα εφάρμοζε και ο νομοθέτης, αν έθετε ο ίδιος τον κανόνα αποκατάστασης της ηθικής βλάβης στην ατομική περίπτωση. Σε κάθε περίπτωση, επιβάλλεται να τηρείται, κατά τον καθορισμό του επιδικαζόμενου ποσού, η αρχή της αναλογικότητας ως γενική νομική αρχή και δη αυξημένης τυπικής ισχύος (άρθρα 2 παρ.1 και 25 Σ), με την έννοια ότι η σχετική κρίση του δικαστηρίου δεν πρέπει να υπερβαίνει τα όρια όπως αυτά διαπιστώνονται από τα δεδομένα της κοινής πείρας και την κοινή περί δικαίου συνείδηση σε ορισμένο τόπο και χρόνο που αποτυπώνονται στη συνήθη πρακτική των δικαστηρίων. Άλλωστε την αρχή αυτή εκφράζει και η υπερνομοθετικής ισχύος διάταξη του άρθρου 1 του

²⁰⁷ ΑΠ 158/2016 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ, ΑΠ 150/2015 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ, ΑΠ 72/2012 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ

πρώτου πρόσθετου πρωτοκόλλου της ΕΣΔΑ, υπό την έννοια ότι πρέπει να υπάρχει μια ανεκτή σχέση αναλογικότητας μεταξύ των χρησιμοποιούμενων μέσων και του σκοπού που επιδιώκει κάθε μέτρο, το οποίο αποστερεί ένα άτομο από θεμελιακό του δικαίωμα, όπως αυτό της υγείας ή ακόμη και της ζωής.

7.2.3. ΕΙΔΙΚΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ

Στην περίπτωση του ψυχικά ασθενούς, είναι δυνατό να προκύψουν δύο μορφές ψυχιατρικού σφάλματος που δε συναντώνται σε άλλες περιπτώσεις ασθενών. Δεδομένης της φύσης των ψυχικών ασθενειών και των εκδηλώσεων που έχουν αυτές, είναι δυνατόν ο ασθενής ευρισκόμενος σε κρίση να αυτοτραυματίζεται ή να προκαλεί βλάβη στο σώμα του με οποιοδήποτε τρόπο, συχνά καταλήγοντας στο θάνατο, μέσω της αυτοκτονίας. Η εσφαλμένη εκτίμηση του ψυχιάτρου σχετικά με το κατά πόσο είναι απαραίτητο ο ασθενής να παρακολουθείται συνεχώς προκειμένου να παραμείνει υπό επίβλεψη και άρα ασφαλής, συνιστά ψυχιατρικό σφάλμα. Ακόμη, όμως, κι αν έχει διαπιστωθεί η ανάγκη συνεχούς επιτήρησης και παρακολούθησης του ασθενούς, μπορεί να υπάρξει αμέλεια του ίδιου του ψυχιάτρου, πολύ περισσότερο, όμως, του νοσηλευτικού προσωπικού που είναι επιφορτισμένο με το έργο της εφαρμογής του θεραπευτικού έργου, που δεν βρίσκονταν διαρκώς σε επαγρύπνηση ή δεν έλαβε τα κατάλληλα μέτρα²⁰⁸, ώστε να μην δοθεί καν η δυνατότητα στον ασθενή να προκαλέσει στον εαυτό του κάποιο τραύμα ή να προβεί σε μια ενέργεια που θα επιφέρει τη θανάτωσή του. Ο ψυχίατρος έχει απέναντι στον ασθενή του υποχρέωση προστασίας, απορρέουσα τόσο από τη νομοθεσία όσο και από τη σύμβαση ψυχιατρικής αγωγής. Για το λόγο αυτό οφείλει να πράξει ό,τι είναι δυνατό για να αποτρέψει ένα τέτοιο αποτέλεσμα. Μάλιστα, στην περίπτωση αυτή δεν δεσμεύεται από το ιατρικό απόρρητο. Ως γενική αρχή στη νομολογία ξένων δικαστηρίων απαντά η κρίση ότι η αυτοπροσβολή ενός ψυχιατρικού ασθενούς δεν μπορεί βέβαια ποτέ να αποκλειστεί πλήρως. Από την άλλη, όμως, πλευρά, η τάση είναι να τεκμαίρεται η αμέλεια των εργαζομένων στη μονάδα ψυχιατρικής νοσηλείας, κατά συνέπεια εκείνη έχει την ευθύνη. Το γεγονός, δηλαδή, ότι το πρόσωπο που αυτοκτόνησε ή προκάλεσε τραυματισμό στον εαυτό του ήταν ασθενής προς τον οποίο υπήρχε υποχρέωση συνεχούς παρακολούθησης και προστασίας, είναι αρκετό για να θεμελιωθεί αμέλεια του ψυχιάτρου και του νοσηλευτικού προσωπικού, που πρέπει να αποδείξουν το αντίθετο, για να απαλλαγούν²⁰⁹.

²⁰⁸ ΑΠ 450/2016 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ

²⁰⁹ Φουντεδάκη, Η αστική ευθύνη του ψυχιάτρου, σε: Ψυχιατρική και Δίκαιο, τ.1, σελ. 195

Αν ο ψυχίατρος έχει ενδείξεις για την επικινδυνότητα των συμπεριφορών του ασθενούς του για τρίτα πρόσωπα, μπορεί, και εδώ κατά θεμιτή παραβίαση του ιατρικού απορρήτου, να προτείνει ορισμένα μέτρα προστασίας ή να προτείνει την ενεργοποίηση, τηρουμένης της υποδεικνυόμενης από τον νόμο διαδικασίας, του θεσμού της ακούσιας νοσηλείας, με τον εγκλεισμό του ασθενούς σε μονάδα ψυχικής υγείας, ώστε να βρίσκεται σε ελεγχόμενο περιβάλλον. Υποστηρίζεται ότι ο ψυχίατρος δεν έχει απλώς τη δυνατότητα αλλά οφείλει να προχωρήσει στη λήψη μέτρων προστασίας των τρίτων. Κατ' αυτή την άποψη, η εν λόγω υποχρέωση προκύπτει από την ίδια της σύμβαση ψυχιατρικής αγωγής, που αναπτύσσει προστατευτική ενέργεια και για τρίτα πρόσωπα²¹⁰, που διατρέχουν κίνδυνο.

7.2.4. ΕΥΘΥΝΗ ΤΟΥ ΠΑΡΕΧΟΝΤΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΨΥΧΙΑΤΡΟΥ

Κατ' αρχήν, η ευθύνη του ψυχιάτρου ρυθμίζεται ως προς ορισμένα ζητήματα και από τη διάταξη του άρθρου 8 του νόμου 2251/1994 «περί προστασίας των καταναλωτών», όπως τροποποιήθηκε με τη διάταξη του άρθρου 10 του νόμου 3587/2007. Σύμφωνα με την κρατούσα άποψη στη θεωρία, το άρθρο 8 του εν λόγω νόμου εξειδικεύει το άρθρο 914 ΑΚ, καθώς οι προϋποθέσεις τους είναι ταυτόσημες (παρανομία, υπαιτιότητα, ζημία και αιτιώδης συνάφεια). Ωστόσο, το άρθρο 8 του ανωτέρω νόμου ρυθμίζει ορισμένα ειδικά θέματα αδικοπρακτικής ευθύνης αναφορικά με το ιατρό, επομένως και με τον ψυχίατρο, με συνέπεια, εφόσον η παροχή υπηρεσιών πραγματοποιείται εντός του πεδίου εφαρμογής της διάταξης, η αδικοπρακτική ευθύνη του παρέχοντα υπηρεσίες ψυχιάτρου να υπόκειται στις ειδικές ρυθμίσεις του άρθρου 8 του νόμου 2251/1994. Ειδικότερα σύμφωνα με το άρθρο 8 § 1 εδ. α' του νόμου 2251/1994 ορίζεται ότι «Ο παρέχων υπηρεσίες ευθύνεται για κάθε περιουσιακή ζημία ή ηθική βλάβη που προκάλεσε παράνομα και υπαίτια, με πράξη ή παράλειψη του, κατά την παροχή αυτών στον καταναλωτή» ενώ, παράλληλα, σύμφωνα με το άρθρο 8 § 1 εδ. β' του νόμου 2251/1994 προβλέπεται ότι «Ως παρέχων υπηρεσίες νοείται όποιος, στο πλαίσιο της άσκησης επαγγελματικής δραστηριότητας, παρέχει υπηρεσία, κατά τρόπο ανεξάρτητο».

Η ρύθμιση του άρθρου 8 καθιερώνει νόθο αντικειμενική ευθύνη του παρέχοντος υπηρεσίες ψυχιάτρου, υπό την έννοια ότι ο φορέας παροχής υπηρεσιών είναι εκείνος που πρέπει να αποδείξει την ανυπαρξία υπαιτιότητας και παρανομίας²¹¹. Αυτή η αντιστροφή του βάρους

²¹⁰ Σταθόπουλος, Γενικό Ενοχικό Δίκαιο,, 2004, 172επ.

²¹¹ ΜΠρΘεσ 15576/2017 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ, ΠΠρΘεσσαλ 16591/2015 ΤΝΠ ΙΣΟΚΡΑΤΗΣ, ΑΠ 1067/2015 ΤΝΠ ΙΣΟΚΡΑΤΗΣ, ΑΠ 974/2014 ΤΝΠ ΙΣΟΚΡΑΤΗΣ, ΑΠ 1227/2007 ΤΝΠ ΙΣΟΚΡΑΤΗΣ, ΠΠΑ 1912/2014 ΤΝΠ ΙΣΟΚΡΑΤΗΣ, ΠΠΑ 189/2010 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ «Ενόψει δε της καθιερούμενης, συναφώς, νόθου αντικειμενικής ευθύνης, με την έννοια της αντιστροφής του βάρους απόδειξης τόσο ως προς την υπαιτιότητα όσο και ως προς την παρανομία, ο ζημιωθής φέρει το βάρος να αποδείξει την παροχή των υπηρεσιών, τη ζημία του και τον αιτιώδη σύνδεσμο της ζημίας με την παροχή των υπηρεσιών, ενώ ο παρέχων τις υπηρεσίες ιατρός, προκειμένου να

απόδειξης των προϋποθέσεων της αδικοπραξίας έχει ιδιαίτερη πρακτική σημασία διότι συνιστά αποδεικτική διευκόλυνση για τον ασθενή-ενάγοντα, , που, αν και στις δίκες ιατρικής ευθύνης βρίσκεται σε αποδεικτική δυσχέρεια λόγω έλλειψης των απαιτούμενων γνώσεων σχετικά με τη θεραπεία και ικανότητας αντίληψης, εξαναγκάζεται, στο πλαίσιο της διάταξης του άρθρου 914 ΑΚ να αποδείξει πλήρως τις προϋποθέσεις που θεμελιώνουν αδικοπρακτική ευθύνη του ψυχιάτρου. Δυνάμει της διάταξης του άρθρου 8, ο ψυχίατρος εξαναγκάζεται έμμεσα σε αύξηση του μέτρου επιμέλειας και μεγαλύτερη ασφάλεια των υπηρεσιών που παρέχει σε επαγγελματική βάση²¹². Τη θέση αυτή υιοθετεί παγίως τα τελευταία χρόνια και η νομολογία των ελληνικών δικαστηρίων με το σκεπτικό ότι καθιερώνεται νόθος αντικειμενική ευθύνη του ψυχιάτρου διότι «αυτός [ο ιατρός] παρέχει τις ιατρικές υπηρεσίες του κατά τρόπο ανεξάρτητο, δηλαδή δεν υπόκειται σε συγκεκριμένες υποδείξεις ή οδηγίες του αποδέκτη των υπηρεσιών (ασθενούς), αλλά έχει την πρωτοβουλία και την ευχέρεια να προσδιορίζει τον τρόπο παροχής των υπηρεσιών του»²¹³. Επιπλέον, το άρθρο 6 § 10 του νόμου 2251/1994, αναλογικά εφαρμοζόμενο στον ψυχίατρο, ορίζει ότι ρήτρες που έχουν ως περιεχόμενο την απαλλαγή ή τον περιορισμό της ευθύνης του παρέχοντος ιατρικές υπηρεσίες, είτε ως προς το ύψος της αποζημίωσης, είτε ως προς την έκταση της αποζημίωσης, είναι άκυρες²¹⁴.

απαλλαγεί από την ευθύνη, πρέπει να αποδείξει είτε την ανυπαρξία παράνομης και υπαίτιας πράξης του, είτε την έλλειψη αιτιώδους συνδέσμου της ζημίας με την παράνομη και υπαίτια πράξη του»

²¹² *Καράκωστας*, Δίκαιο Προστασίας Καταναλωτή, Ν. 2251/1994 όπως ισχύει μετά τον Ν.3587/2007, 2008, σ.292 αρ.671

²¹³ ΑΠ 427/2015 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ, ΑΠ 687/2013 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ, ΑΠ 424/2012 ΤΝΠ ΙΣΟΚΡΑΤΗΣ, ΑΠ 726/2012 ΤΝΠ ΙΣΟΚΡΑΤΗΣ, ΑΠ 1227/2007 ΤΝΠ ΙΣΟΚΡΑΤΗΣ, ΠΠΑ 189/2010 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ, ΠΠρΘεσ 24582/2008 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ

²¹⁴ *Καράκωστας*, Δίκαιο Προστασίας Καταναλωτή, Ν. 2251/1994 όπως ισχύει μετά τον Ν.3587/2007, 2008, σ.298 αρ.690

8. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΨΥΧΙΑΤΡΟΥ ΕΝΩΠΙΟΝ ΤΟΥ ΔΙΚΑΣΤΗΡΙΟΥ

Σε αρκετές περιπτώσεις παρατηρείται πως είναι ιδιαίτερα δυσχερές για το δικαστήριο να μορφώσει δικαστική κρίση δεδομένου ότι καθίσταται απαραίτητη η εισφορά τεχνικών ή επιστημονικών γνώσεων επί του κρινόμενου προσώπου ή νομικού αντικειμένου, τις οποίες ο έχων νομική κατάρτιση δικαστής δεν είναι σε θέση να κατέχει. Για το λόγο αυτό, καταφεύγει στην αναζήτηση της συνδρομής επιστημόνων προερχόμενων από άλλους επιστημονικούς κλάδους ώστε να καλυφθούν τα υπάρχοντα γνωστικά κενά και να διατυπωθεί αμερόληπτη δικαστική κρίση. Πρόκειται για τον θεσμό της πραγματογνωμοσύνης. Ξεκινώντας με έναν γενικό ορισμό της πραγματογνωμοσύνης, θα λέγαμε ότι είναι το σύνολο των ενεργειών ενός ατόμου, το οποίο είναι κάτοχος επιστημονικών ή τεχνικών γνώσεως ή ειδικής εμπειρίας, και το οποίο εξετάζει αντικείμενα, πρόσωπα ή καταστάσεις και αποφαινεται γι' αυτά σύμφωνα με τις γνώσεις του ή την εμπειρία του. Η πραγματοποίησή της και τα ζητήματα που συνδέονται με αυτή προβλέπονται ιδίως στα άρθρα 368 έως 392 του ΚΠολΔ και 182 έως 203 του ΚΠΔ. Η ψυχιατρική πραγματογνωμοσύνη συνιστά μια ειδική μορφή πραγματογνωμοσύνης, που ερευνά τη διανοητική υγεία του εξεταζόμενου²¹⁵, και εκτελείται από ψυχίατρο, ο οποίος αποφαινεται σχετικά με την ύπαρξη ψυχικής διαταραχής και ορισμένες κρίσιμες συνέπειες που συνδέονται με αυτή. Ειδικότερα, ερευνά την προσωπικότητα, τον χαρακτήρα, τις πνευματικές ικανότητες και τις δεξιότητες του εξεταζόμενου καθώς και την ψυχοσυναισθηματική, πνευματική και κοινωνική του εξέλιξη, τις συνθήκες ζωής του και τις ειδικές περιστάσεις στις οποίες κάποια κρίσιμη περίοδο βρέθηκε.

Η διενέργειά της προβλέπεται από τον νόμο σε ειδικές περιορισμένες περιπτώσεις, αξιοποιούμενη, ωστόσο, πλημμελώς στην Ελλάδα, προκειμένου να διερευνηθεί ολόπλευρα και να κατανοηθεί ένα δισεπίλυτο νομικό ζήτημα, ενώ το πόρισμά της εκτιμάται ελεύθερα από το δικαστήριο. Στο πλαίσιο μιας ποινικής δίκης η ψυχιατρική πραγματογνωμοσύνη μπορεί να αξιοποιηθεί κατά την προδικασία, ή κατά τη διάρκεια της δίκης, για να βοηθήσει τους ανακριτές, τους δικαστές και τους ενόρκους να καταλήξουν σε μια εκτίμηση για ζητήματα που συνήθως αφορούν την ύπαρξη εξάρτησης από ουσίες, τον καταλογισμό και την αξιολόγηση του αποδεικτικού υλικού. Στην πολιτική δίκη, αξιοποιείται κυρίως για την εκτίμηση της ύπαρξης, των αιτιών, του βαθμού και των πιθανών συνεπειών μιας ψυχικής βλάβης αλλά και για ζητήματα που συνδέονται με τη δικαιπρακτική ικανότητα του εξεταζόμενου, τις συζυγικές σχέσεις και τις σχέσεις γονέων και τέκνων²¹⁶.

²¹⁵ Κωνσταντινίδης, Ο ψυχίατρος – πραγματογνώμονας στην ποινική δίκη, σε Ψυχιατρική και Δίκαιο, τ.1 σελ.127

²¹⁶ Λειβαδίτης, Ψυχιατρική και Δίκαιο, 1994, σελ. 398

Ωστόσο, στη δικαστηριακή πρακτική παρατηρείται έντονη δυσπιστία ως προς τα πορίσματα της ψυχιατρικής πραγματογνωμοσύνης²¹⁷ και αποδεικνύεται πραγματικά δυσχερής η συνεργασία ανάμεσα στον δικαστή και τον πραγματογνώμονα. Αυτό συμβαίνει σε μεγάλο βαθμό και διότι ο τρόπος σκέψης, η μέθοδος αναζήτησης της αλήθειας, αλλά και οι ηθικές ευαισθησίες και προτεραιότητες των νομικών και των ψυχιάτρων συχνά αποκλίνουν μεταξύ τους. Πράγματι, ο δικαστής ζητά σαφείς και συγκεκριμένες πληροφορίες σύμφωνα με τους κανόνες μιας τυποποιημένης δικονομικής διαδικασίας τη στιγμή που ο ψυχίατρος πρέπει να περιγράψει την ασάφεια, την πολυπλοκότητα και την πολλαπλότητα του ψυχικού κόσμου. Ο δικαστής μπορεί να εμφανίζεται ως κυρίαρχος της διαδικασίας, ως αμείλικτος κριτής, ενώ ο ψυχίατρος μπορεί να έχει το ρόλο του «προστάτη του αδυνάτου», μπορεί να είναι ασαφής, ακόμη και ύποπτος μεροληψίας, δεδομένου μάλιστα ότι είναι μάλλον αδαής περί τα νομικά ζητήματα.²¹⁸ Επιπρόσθετα, είναι φανερό και η διαφορά στον τρόπο που διαλαμβάνουν όμοιες έννοιες οι εκπρόσωποι διαφορετικών επιστημονικών κόσμων, με αποτέλεσμα να επέρχεται σύγχυση σχετικά με την ερμηνεία που περισσότερο παρακωλύει παρά εξυπηρετεί την πρόοδο της δίκης και σίγουρα δεν καθιστά τη σύμπραξη δικαστή και ψυχιάτρου αγαστή. Μια λύση ενδεχομένως θα μπορούσε να αναζητηθεί στην εμβάθυνση των ειδικών και των δύο κλάδων στις έννοιες, στον τρόπο σκέψης, στα προβλήματα, στους στόχους και στην πρακτική που συνδέονται με το γνωστικό αντικείμενο και τις δραστηριότητες του άλλου κλάδου ούτως ώστε να μην υπάρχει μια νεφελώδης ή και εσφαλμένη αντίληψη περί του νοήματος των επιστημονικών εννοιών αλλά ταυτόχρονα να υπάρξει κατανόηση και αμοιβαία διάθεση για υποβοήθηση εκατέρωθεν των έργων τους²¹⁹.

8.1. Ο ΨΥΧΙΑΤΡΟΣ ΩΣ ΔΙΚΑΣΤΙΚΟΣ ΠΡΑΓΜΑΤΟΓΝΩΜΟΝΑΣ

Όπως αναλύθηκε προηγουμένως, ο ρόλος του ψυχιάτρου είναι πολυδιάστατος. Μεταξύ των υποχρεώσεων και των συνεπειών που αυτός ο ρόλος εμπεριέχει είναι και η παρουσία του ψυχιάτρου ως πραγματογνώμονα για τις εκάστοτε ανάγκες αντικειμενικής περιγραφής των επιπτώσεων της ψυχικής διαταραχής²²⁰. Σε μία ποινική δίκη, ο ψυχίατρος-πραγματογνώμονας ορίζεται από το δικαστήριο και είναι υποχρεωμένος να εκτελέσει το έργο που ανέλαβε, εκτός κι αν εξαιρεθεί, επικαλούμενος σπουδαίο λόγο. Της ανάληψης των καθηκόντων του προηγείται όρκος για την εγγύηση ευσυνείδητης και αμερόληπτης διενέργειας της πραγματογνωμοσύνης.

²¹⁷ Κωνσταντινίδης, Ο ψυχίατρος – πραγματογνώμονας στην ποινική δίκη, σε Ψυχιατρική και Δίκαιο, τ.1 σελ.131επ.

²¹⁸ Λειβαδίτης, Ψυχιατρική και Δίκαιο, 1994, σελ. 404

²¹⁹ Λειβαδίτης, Ο ψυχίατρος – πραγματογνώμονας στην ποινική δίκη, σε Ψυχιατρική και Δίκαιο, τ.1 σελ.144

²²⁰ Μαλλιώρη, Ο πολυδιάστατος ρόλος του ψυχιάτρου και οι συνακόλουθες ευθύνες, σε Ψυχιατρική και Δίκαιο, τ.1 σελ.200

Στη συνέχεια, συνήθως καλείται, εντός συγκεκριμένης προθεσμίας, να απαντήσει σε συγκεκριμένες ερωτήσεις, οι οποίες περιλαμβάνονται στην παραγγελία για τη διεξαγωγή της πραγματογνωμοσύνης. Μερικές από τις ερωτήσεις, οι οποίες μπορεί να περιέχονται στην παραγγελία για τη διεξαγωγή πραγματογνωμοσύνης είναι οι ακόλουθες: «Παρουσιάζει ο εξεταζόμενος ψυχιατρική διαταραχή και αν ναι, ποια;», «Είναι ο εξεταζόμενος επικίνδυνος για τον εαυτό του ή για τους άλλους;», «Χρήζει ο εξεταζόμενος αναγκαστικής νοσηλείας; Μήπως η κατάσταση είναι κατεπείγουσα;», «Είναι ιάσιμη η ψυχική διαταραχή, την οποία παρουσιάζει ο εξεταζόμενος;» και «Η κλινική διαταραχή που παρουσιάζει ο εξεταζόμενος είναι μόνιμη; Σε τι βαθμό επηρεάζει τη χρήση του λογικού;»²²¹. Συχνά δε καλείται ως μάρτυρας και απαντά προφορικά, κατά την επ' ακροατηρίω διαδικασία σε ερωτήσεις των δικαστών ή των συνηγόρων. Κατά την κατάθεσή του πρέπει να αποφεύγει τη χρήση δύσκολων επιστημονικών όρων, να μιλάει με σαφήνεια, ακρίβεια και απλότητα και να αναφέρει την πηγή και τον τρόπο τεκμηρίωσης των απόψεών του²²². Δύναται, περαιτέρω, να λάβει γνώση του φακέλου της υπόθεσης, αν αυτό κριθεί απαραίτητο, να ζητήσει πληροφορίες από μάρτυρες ή να αιτηθεί τη διενέργεια εξειδικευμένων εξετάσεων, ακόμη και εκείνων που άπτονται ειδικοτήτων που υπερβαίνουν εκείνη του ψυχιάτρου, καθώς και να ζητήσει την εισαγωγή του εξεταζόμενου σε δημόσια ψυχιατρική κλινική για παρακολούθηση²²³. Στην αστική δίκη, ο ψυχίατρος-πραγματογνώμονας διορίζεται κατά κανόνα από έναν κατάλογο ειδικών που συντάσσεται από κάθε πρωτοδικείο και περιέχει κατά προτίμηση δημόσιους υπαλλήλους²²⁴. Κατά τα λοιπά, ισχύουν όσα ισχύουν και για τον ψυχίατρο-πραγματογνώμονα σε ποινική δίκη.

Η εκτέλεση μιας ψυχιατρικής πραγματογνωμοσύνης θέτει ορισμένα ζητήματα ιατρικού απορρήτου. Σύμφωνα με το άρθρο 13 § 5 του ΚΙΔ «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». Είναι, συνεπώς, προφανές ότι όσα πληροφορείται ο πραγματογνώμονας στα πλαίσια της παραγγελίας που του δόθηκε, όχι μόνο δεν καλύπτονται από το ιατρικό απόρρητο έναντι της παραγγέλλουσας αρχής, αλλά πρέπει να αναφερθούν στην έκθεση που συντάσσεται. Δεν ισχύει, όμως, το ίδιο για όσα μαθαίνει επ' ευκαιρία της πραγματογνωμοσύνης. Επιπλέον, υπάρχει και η περίπτωση του άρθρου 13 § 3α του ΚΙΔ που δικαιολογεί άρση του απορρήτου των πληροφοριών που συγκεντρώθηκαν κατά την πραγματογνωμοσύνη, δηλαδή η περίπτωση κατά την οποία «ο ιατρός αποβλέπει στην

²²¹ Λειβαδίτης, Ψυχιατρική και Δίκαιο, 1994, σελ. 412επ.

²²² Λειβαδίτης, Ψυχιατρική και Δίκαιο, 1994, σελ. 418

²²³ Λειβαδίτης, Ψυχιατρική και Δίκαιο, 1994, σελ. 399

²²⁴ Λειβαδίτης, Ψυχιατρική και Δίκαιο, 1994, σελ. 401

εκπλήρωση νομικού καθήκοντος» ,ήτοι καθήκοντος επιβεβλημένου από το νόμο, που συντρέχει ιδίως σε 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» . Άρση του απορρήτου επί πραγματογνωμοσύνης μπορεί να επέλθει και στην περίπτωση του άρθρου 13 § 3β του ΚΙΔ, δηλαδή όταν «ο ιατρός αποβλέπει στη διαφύλαξη εννόμου ή άλλου δικαιολογημένου, ουσιώδους δημοσίου συμφέροντος [...] το οποίο δεν μπορεί να διαφυλαχθεί διαφορετικά». Πρόκειται ουσιαστικά για επανάληψη του περιεχομένου δύο διατάξεων του Π.Κ., της 232 Π.Κ. και 371 § 4 Π.Κ., αντίστοιχα, η παράβαση των οποίων επισύρει ευθύνη του ψυχιάτρου-πραγματογνώμονα για παρασιώπηση εγκλήματος²²⁵.

8.1.1. ΔΙΚΕΣ ΓΟΝΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ

Ο κλονισμός της συζυγικής σχέσης που καταλήγει στη διακοπή της έγγαμης συμβίωσης επιφέρει την ανάγκη επίλυσης ενός θεμελιώδους ζητήματος, αυτού της σχέσης των συζύγων με τα τέκνα. Στην Ελλάδα, στην συντριπτική πλειονότητα των περιπτώσεων, σε ποσοστό 70%, η επιμέλεια ανατίθεται στη μητέρα και ο πατέρας αρκείται στην ρύθμιση της επικοινωνίας με το τέκνο, ενώ στον πατέρα ανατίθεται αποκλειστικά σε ποσοστό 5%. Σε ένα ποσοστό 10% των κατ' αντιδικία διαζυγίων, η αντιδικία επικεντρώνεται στη «διεκδίκηση» του παιδιού και σε αυτές τις περιπτώσεις, συνήθως, είτε μετά από αίτημα των γονέων είτε μετά από αίτημα του δικαστή, διατάσσεται η διενέργεια πραγματογνωμοσύνης.

Το δικαστήριο είναι ελεύθερο να διατάξει ή όχι πραγματογνωμοσύνη είτε με δική του πρωτοβουλία είτε μετά από αίτηση των διαδίκων (ΚΠολΔ 368), καθώς επίσης εκτιμά ελεύθερα και την ψυχιατρική πραγματογνωμοσύνη ενώπιόν του, η οποία δεν έχει αυξημένη τυπική ισχύ. Σε ορισμένες περιπτώσεις, ο διορισμός παιδοψυχιάτρου-πραγματογνώμονα από το δικαστήριο καθίσταται απαραίτητος διότι, για το σχηματισμό δικανικής πεποίθησης και τη διατύπωση δικαστικής κρίσης, δεν επαρκούν οι γενικές γνώσεις του δικαστή και τα διδάγματα της κοινής πείρας, αλλά απαιτείται να εισφερθούν στο δικαστήριο οι ειδικές επιστημονικές γνώσεις του παιδοψυχιάτρου. Κύριο μέλημα τόσο του δικαστή όσο και του παιδοψυχιάτρου-πραγματογνώμονα είναι αναμφισβήτητα ο προσδιορισμός και η διασφάλιση του συμφέροντος του συγκεκριμένου τέκνου, ωστόσο η μεθοδολογία που ακολουθείται στους δύο επιστημονικούς κλάδους διαφέρει. Για τον δικαστή, το συμφέρον του τέκνου προσδιορίζεται τόσο *in abstracto*, με βάση τα γενικά κριτήρια που θέτει ο νόμος, κυρίως στο άρθρο 1513 § 2, όσο και *in concreto*,

²²⁵ Λειβαδίτης, Ψυχιατρική και Δίκαιο, 1994, σελ. 402

με βάση την εξειδίκευση των γενικών κριτηρίων σε κάθε συγκεκριμένη περίπτωση, ενώ για τον παιδοψυχίατρο, η αναζήτηση του συμφέροντος γίνεται αποκλειστικά και μόνο *in concreto*, δηλαδή μόνο σε αναφορά με το συγκεκριμένο παιδί και με βάση τις απόλυτα συγκεκριμένες συνθήκες²²⁶. Αν για τον ανωτέρω σκοπό ο δικαστής διαπιστώσει ότι οι γνώσεις του δεν είναι επαρκείς προκειμένου να οδηγηθεί σε ασφαλή συμπεράσματα, τότε δύναται να ζητήσει τη συνδρομή παιδοψυχιάτρου μέσω της διενέργειας ψυχιατρικής πραγματογνωμοσύνης. Ενδεικτικά παραδείγματα από την νομολογία των ελληνικών δικαστηρίων όπου, σύμφωνα με τον δικαστή κατέστη αυτή απαραίτητη είναι σε περίπτωση που η μητέρα έπασχε από ψυχική νόσο²²⁷ ή διανοητική αναπηρία²²⁸, στην περίπτωση ανήλικου βρέφους και η υπάρχουσα επικοινωνία ήταν ιδιαίτερα μεγάλης διάρκειας²²⁹ και σε περιπτώσεις σεξουαλικής κακοποίησης του παιδιού από τον πατέρα, προκειμένου να αποκλεισθεί εντελώς η επικοινωνία με αυτόν.

Τρία φαίνεται να είναι τα ζητήματα σε σχέση με τα οποία εμφανίζεται κενός νομικός χώρος στις αντιδικίες για τη γονική μέριμνα, που υποχρεώνουν τον δικαστή να προσφύγει στις ειδικές γνώσεις του παιδοψυχιάτρου διότι εκφεύγουν της ικανότητάς του για διάγνυσή τους. Αυτά είναι πρώτον, η επικοινωνία του γονέα με το τέκνο, που αναγνωρίζεται μόνο ως δικαίωμα και όχι ως υποχρέωση του γονέα (ΑΚ 1520), επομένως η εκτέλεση της απόφασης σχετικά με την επικοινωνία είναι μόνο έμμεση (ΚΠολΔ 947). Δεύτερον, ο δικαστής είναι σε θέση να διαγνώσει την ψυχική στάση του παιδιού απέναντι στον γονέα με την ακρόαση του παιδιού (ΑΚ 1511 § 3), δεν είναι όμως σε θέση να διαγνώσει την ψυχική στάση του γονέα απέναντι στο παιδί και τον άλλο γονέα, που ενδεχομένως να παίζει καθοριστικό ρόλο για τη μόρφωση δικανικής πεποίθησης. Τρίτον, ο δικαστής δεν μπορεί, ακόμη και εξετάζοντας το παιδί κατά την ακρόαση, να είναι βέβαιος για το κατά πόσο τα συναισθήματα του παιδιού απέναντι στον γονέα είναι ή όχι «υποβολιμαία», συναισθήματα, δηλαδή, αποστροφής που προκαλούνται με επιρροή στο τέκνο του ενός γονέα κατά του άλλου. Αυτό απαντά στις περιπτώσεις όπου το διαζύγιο προκαλεί στους γονείς ψυχώσεις, οπότε είναι αναγκαία η συμβολή του παιδοψυχιάτρου στη δίκη της γονικής μέριμνας, παρόλο που δεν αγγίζει άμεσα παρά μόνο έμμεσα το παιδί, δεδομένου ότι το διακύβευμα είναι προφανώς το συμφέρον του²³⁰.

Χαρακτηριστική είναι η υπόθεση Κοσμοπούλου κατά Ελλάδας, όπου το Ευρωπαϊκό Δικαστήριο των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου έκρινε ότι οι ελληνικές αρχές παραβίασαν το

²²⁶ Κοτζάμπαση, Ψυχιατρική πραγματογνωμοσύνη σε δίκες γονικής μέριμνας, σε: Ψυχιατρική και Δίκαιο, τ.1, σελ. 171

²²⁷ ΕφΘεσ 2547/2004

²²⁸ ΕφΘεσ 2806/2004

²²⁹ ΕφΘεσ 2627/2004

²³⁰ Κοτζάμπαση, Ψυχιατρική πραγματογνωμοσύνη σε δίκες γονικής μέριμνας, σε: Ψυχιατρική και Δίκαιο, τ.1, σελ. 173-174

άρθρο 8 της ΕΣΔΑ και στέρησαν από τη μητέρα το δικαίωμα για οικογενειακή ζωή, επειδή η Ελλάδα δεν έχει δομημένους θεσμούς και μηχανισμούς στήριξης που θα επέτρεπαν στη μητέρα και θα τη βοηθούσαν στην πραγμάτωση του δικαιώματος της επικοινωνίας της με το παιδί. Ειδικά, μάλιστα, αναφέρεται ότι η Ψυχιατρική Κλινική του Νοσοκομείου Παιδών Αθηνών καθυστέρησε να πραγματοποιήσει την ψυχιατρική έρευνα τρειςμιση χρόνια, δηλαδή από τον Ιούνιο 1998, που υποβλήθηκε η αίτηση, πραγματοποιήθηκε τον Φεβρουάριο 2002 με συνέπεια να διαταραχθούν αντί να αποκατασταθούν οι σχέσεις του παιδιού με τη μητέρα του²³¹.

Ειδικό ζήτημα προς εξέταση κατά τη ρύθμισή της επικοινωνίας, το οποίο χρήζει ψυχιατρικής διερεύνησης, είναι η διάγνωση της προσκόλλησης του παιδιού στον ένα γονέα. Με μια πρώτη ματιά, το φαινόμενο αυτό δεν μπορεί παρά να αποτελεί ένδειξη της καλής σχέσης μεταξύ του γονέα και του τέκνου, όμως με μια προσεκτικότερη εξέταση, φαίνεται πως δεν είναι πάντα απαραίτητα έτσι, και αυτή η παθολογική προσκόλληση ίσως αποτελεί ένδειξη της συναισθηματικής ανισορροπίας του τέκνου απέναντι στους γονείς. Επομένως, κρίνεται και σε τέτοιες περιπτώσεις αναγκαία η διεξαγωγή ψυχιατρικής πραγματογνωμοσύνης, ώστε να διαγνωσθούν τα αίτια της αποκλίνουσας από την ισορροπημένη συμπεριφοράς ώστε με μεθοδική παρέμβαση να αποκατασταθεί η σχέση του τέκνου και με τους δύο γονείς του και η συναισθηματική του σταθερότητα.

Στην Ελλάδα έγινε μια πρώτη προσπάθεια οργάνωσης των κοινωνικών υπηρεσιών για τη στήριξη της δικαστικής κρίσης με συμβουλευτική υπηρεσία, που απαρτίζεται από ειδικούς ψυχικής υγείας, μεταξύ των οποίων και ψυχίατροι, σε θέματα γονικής μέριμνας με το άρθρο 38 του νόμου 2447/1996 και το άρθρο 19 §3 και 4 του νόμου 2521/1997. Σύμφωνα με τα παραπάνω άρθρα, στις περιπτώσεις του προϊσχύσαντος άρθρου 681Γ του ΚΠολΔ, ο νόμος προέβλεπε ως υποχρεωτική προδικασία τη συμβιβαστική επίλυση της διαφοράς και απαιτούσε την υποβολή στο δικαστήριο της έκθεσης της κοινωνικής υπηρεσίας για τη ρύθμιση της γονικής μέριμνας, η οποία σε ειδικές περιπτώσεις συνοδεύεται και από ψυχιατρική έκθεση. Το δικαστήριο δίκασε, όμως, και χωρίς την έκθεση, αν η έκθεση αυτή δεν υποβαλλόταν εμπρόθεσμα, με αποτέλεσμα η ρύθμιση να περιπέσει σε αχρησία²³².

²³¹ Υπόθ. Κοσμοπούλου κατά Ελλάδας, ΕΔΔΑ 05.05.2004 (αίτηση με αριθμό 60457/00) , <http://ddp.net.gr/wp-content/uploads/2013/04/CASE-OF-KOSMOPOULOU-v.-GREECE2-1.docx>

²³² Κοτζάμπαση, Ψυχιατρική πραγματογνωμοσύνη σε δίκες γονικής μέριμνας, σε: Ψυχιατρική και Δίκαιο, τ.1, σελ. 179

8.1.2. ΙΚΑΝΟΤΗΤΑ ΓΙΑ ΣΥΝΑΨΗ ΔΙΑΘΗΚΗΣ

Η σύνταξη διαθήκης αποτελεί μια μορφή δικαιοπραξίας που πραγματώνει το δικαίωμα του ατόμου να διαθέσει τα πράγματα που είχε στην κατοχή του εν ζωή με τον τρόπο που αυτό επιθυμεί, μετά το θάνατό του. Κατά το άρθρο 1719 περ. 2 και 3 ΑΚ «Ανίκανοι να συντάξουν διαθήκη είναι [...] 2. όσοι βρίσκονται σε δικαστική συμπαράσταση με πλήρη στέρηση της δικαιοπρακτικής τους ικανότητας, ή με ρητή στέρηση της ικανότητας να συντάσσουν διαθήκη, 3. όσοι κατά το χρόνο σύνταξης της διαθήκης δεν έχουν συνείδηση των πράξεών τους ή βρίσκονται σε ψυχική ή διανοητική διαταραχή που περιορίζει αποφασιστικά τη λειτουργία της βούλησής τους». Η εγκυρότητα της κρίνεται με βάση το κατά πόσο ο διαθέτης είχε συνείδηση των πράξεών του. Αν μια διαθήκη τεθεί υπό αμφισβήτηση, το βάρος απόδειξης περί έλλειψης ικανότητας του διαθέτη για διαμόρφωση ελεύθερης βούλησης το φέρει αυτός που την επικαλείται. Η ικανότητα σύνταξης κρίνεται πάντα σχετικά με αυτόν καθεαυτό τον χρόνο σύνταξης. Συνεπώς, η κρίση στις περιπτώσεις που αμφισβητείται η εγκυρότητα μια διαθήκης ανατρέχει στον χρόνο αυτό. Λαμβάνοντας υπόψιν ότι οι δίκες για τις διαθήκες γίνονται κάποια χρόνια μετά το θάνατο του διαθέτη, είναι φανερό ότι το έργο του ψυχιάτρου πραγματογνώμονα που καλείται να συμπεράνει ποια ήταν η διανοητική κατάσταση κάποιου, με τον οποίο δεν είχε έρθει ποτέ σε προσωπική επαφή αλλά πρέπει να εκφράσει γι' αυτόν γνώμη, ιδίως για την ψυχική του κατάσταση μια πολύ συγκεκριμένη χρονική στιγμή, είναι εξαιρετικά δυσχερές. Κάτι τέτοιο μπορεί να γίνει μόνο με τη μελέτη εγγράφων (ιατρικών φακέλων, βιβλιαρίων και μαρτυρικών καταθέσεων).

Εναλλακτικά, ο διαθέτης μπορεί αυτοβούλως να υποβληθεί σε ψυχιατρική εξέταση για έλεγχο της ικανότητάς του να συντάξει διαθήκη. Πρόκειται για μια μορφή ψυχιατρικής συνέντευξης, στην οποία ο εξεταζόμενος διαθέτης πρέπει να αποδείξει στον εξετάζοντα ψυχίατρο ότι έχει συνείδηση των πραττομένων του και των συνεπειών που θα επιφέρει η σύνταξη της διαθήκης του στο περιβάλλον του και σε όσους αφορά. Πρέπει, λοιπόν, να αποδείξει ότι γνωρίζει ποια είναι η περιουσία του, γνωρίζει την αξία της καθώς και ποια είναι τα πρόσωπα τα οποία θα αποκτήσουν δικαίωμα στην περιουσία του. Σε περίπτωση που αποδειχθούν τα ανωτέρω και ταυτόχρονα ο ασθενής έχει ισχυρή μνήμη και δεν διακατέχεται από παραληρητικές ιδέες, που επηρεάζουν τη βούλησή του, χορηγείται ψυχιατρική γνωμάτευση που βεβαιώνει ότι ο διαθέτης έχει την ικανότητα να συντάξει διαθήκη²³³. Η γνωμάτευση θα εκτιμηθεί ελεύθερα από το δικαστήριο, που θα μορφώσει δικανική πεποίθηση περί του αν η διαθήκη είναι νόμιμη και ισχυρή.

²³³ Δουζένης/Λύκουρας, Ψυχιατροδικαστική, 2008, σ.273-274

8.1.3. ΔΙΚΑΣΤΙΚΗ ΣΥΜΠΑΡΑΣΤΑΣΗ

Η διαπίστωση της κατάστασης ψυχικής ωριμότητας και της λειτουργίας της βούλησης του προσώπου είναι ιδιαίτερα σημαντική, διότι συνδέεται άμεσα με την ικανότητά του να επιφέρει, με την έκφραση της βούλησης ως δήλωσης, αλλαγές στον εξωτερικό νομικό κόσμο. Σύμφωνα με τη διάταξη του άρθρου 1666 ΑΚ, η έλλειψη αυτής της ψυχικής ωριμότητας και ικανότητας ελεύθερης διαμόρφωσης της βούλησής του, όταν πρόκειται για ενήλικο πρόσωπο, επιφέρει τον περιορισμό ή την απώλεια της δικαιοπρακτικής ικανότητας από το δικαστήριο με τη θέση του προσώπου υπό δικαστική συμπαράσταση ή την κήρυξη εκ του νόμου της ακυρότητας των δικαιοπραξιών που συνήφθησαν από πρόσωπο που κατά το χρόνο της κατάρτισής τους βρισκόταν σε ψυχική ή διανοητική διαταραχή που περιόριζε αποφασιστικά τη λειτουργία της βούλησής του (ΑΚ 131 § 1). Δικαστική συμπαράσταση είναι η στέρηση ή ο περιορισμός με δικαστική απόφαση της δικαιοπρακτικής ικανότητας ενήλικων προσώπων, τα οποία για συγκεκριμένους λόγους –που αναφέρονται περιοριστικά στον νόμο– είτε αδυνατούν να φροντίζουν μόνα τους για τις υποθέσεις τους είτε εκθέτουν σε κίνδυνο στέρησης τον εαυτό τους ή την οικογένειά τους²³⁴.

Ο θεσμός της δικαστικής συμπαράστασης έχει θεσπισθεί για την προστασία ενήλικων προσώπων²³⁵, τα οποία εξαιτίας αναπηρίας σωματικής ή διαταραχής ψυχικής ή διανοητικής²³⁶ είτε ελαττωμάτων του χαρακτήρα ή εθισμών παρουσιάζουν ανικανότητα αντικειμενικού ελέγχου της πραγματικότητας με αποτέλεσμα την αδυναμία ρεαλιστικού χειρισμού των υποθέσεών τους²³⁷ μέσω διατύπωσης έγκυρης δήλωσης βουλήσεως. Αρμόδιο δικαστήριο είναι το Μονομελές Πρωτοδικείο της συνήθους διαμονής του συμπαραστατουμένου, το οποίο δικάζει κατά τη διαδικασία της εκούσιας δικαιοδοσίας (ΕισΝΑΚ 121, ΚΠολΔ 739, 740 § 1 εδ. α', 801 § 1 εδ. α') και κρίνει κάθε συγκεκριμένη περίπτωση ατομικά σταθμίζοντας συγκεκριμένα περιστατικά, γι' αυτό και πριν από κάθε ενέργεια ή απόφαση, το δικαστήριο πρέπει να επιδιώκει την προσωπική επικοινωνία με τον συμπαραστατέο, ώστε να σχηματίζει άμεση αντίληψη για την κατάστασή του και να συνεκτιμά τη γνώμη του (ΑΚ 1684 εδ. β', ΚΠολΔ 804 § 1 εδ. α', 805 § 1 εδ. γ'). Η υποβολή στη δικαστική συμπαράσταση αποφασίζεται από το δικαστήριο ύστερα από αίτηση του ίδιου του πάσχοντος ή του συζύγου του, εφόσον υπάρχει πραγματική έγγαμη συμβίωση κατά τον χρόνο συζήτησης της αίτησης, ή των γονέων ή τέκνων του ή του εισαγγελέα ή και αυτεπαγγέλτως (ΑΚ 1667 § 1 εδ. α'). Στις δίκες που αφορούν στη δικαστική

²³⁴ Γεωργιάδης, Οικογενειακό Δίκαιο, 2017, σ.836-837

²³⁵ Παπαχρίστου, Εγχειρίδιο Οικογενειακού Δικαίου, 2005, σ.423

²³⁶ ΕφΑθ 1018/2016 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ, ΕφΑθ 1589/2015 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ, «Η ψυχική ή διανοητική διαταραχή είναι νομική έννοια· ο Άρειος Πάγος ελέγχει την ορθή ή μη υπαγωγή σε αυτή των εκάστοτε πραγματικών περιστατικών», Γεωργιάδης, Οικογενειακό Δίκαιο, 2017, σ.840

²³⁷ ΜΠρΘεσ 20301/2003 ΤΝΠ ΙΣΟΚΡΑΤΗΣ, ΕφΛαρ 8/2015 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ, ΜΠρΑθ 1321/2014 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ, ΜΠρΘεσσαλ 8572/2011 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ

συμπαράσταση ο συμπαραστατούμενος, εφόσον έχει συμπληρώσει το δέκατο έκτο έτος της ηλικίας του (που θα συμβαίνει πάντοτε), είναι πλήρως ικανός να παρίσταται στο δικαστήριο με το δικό του όνομα, να επιχειρεί όλες τις διαδικαστικές πράξεις, να επιχειρεί ή να δέχεται επιδόσεις κάθε είδους και να ασκεί ή να παραιτείται από ένδικα μέσα (ΚΠολΔ 802 § 1)²³⁸.

Αν και οι περιπτώσεις σωματικής αναπηρίας αλλά και κάποιες περιπτώσεις εθισμών είναι ευχερώς διαγνώσιμες από τον δικαστή, η κατάσταση της ψυχικής υγείας και της δυνατότητας διαμόρφωσης ελεύθερης βούλησης είναι σχεδόν αδύνατο να διαπιστωθούν από αυτόν, ενώ τα διδάγματα της νομικής επιστήμης και η αποδεικτική διαδικασία καθίστανται ανεπαρκείς για τη διακρίβωσή της. Πρέπει, επιπλέον, να διακριβωθεί με ασφάλεια και βεβαιότητα η δυναμική των σχέσεων του πάσχοντος με τα πρόσωπα του περιβάλλοντος του και ιδιαίτερα με εκείνα που προτείνονται για το λειτούργημα του δικαστικού συμπαραστάτη, καθώς ο πάσχων είναι πρόσωπο, που ακόμα και όταν έχει συνείδηση τωνπραττομένων του, είναι ευάλωτο συναισθηματικά και ψυχολογικά και ευεπηρεάστο από τρίτους με τυχόν ιδιοτελή κίνητρα. Από τα αποδεικτικά μέσα μόνο η ψυχιατρική πραγματογνωμοσύνη από ειδικευμένο ψυχίατρο παρέχει εχέγγυα για την ασφαλή άντληση πληροφοριών εκ μέρους του δικαστηρίου.

Δεδομένου ότι το αποτέλεσμα της δίκης της δικαστικής συμπαράστασης είναι καθοριστικό για την ελευθερία, την αυτοδιάθεση και την προσωπικότητα του προσώπου που αφορά, το δικαστήριο έχει δικαίωμα και υποχρέωση να αναζητά την αλήθεια και πέραν της υποβαλλόμενης αίτησης και των στοιχείων που προσκομίζονται, γι' αυτό μπορεί να κλητεύσει στη δίκη και άλλα πρόσωπα (ΚΠολΔ 748 § 3) που θα φωτίσουν με τις ειδικές τους γνώσεις τους λόγους για τους οποίους ένα πρόσωπο είναι ή όχι αναγκαίο να τεθεί σε δικαστική συμπαράσταση. Αρμόδιοι ψυχιατρικοί πραγματογνώμονες καλούνται να συντάξουν έκθεση πραγματογνωμοσύνης, που θα παρέχει την απαραίτητη επιστημονική τεκμηρίωση για να καταλήξει το δικαστήριο στην απόφασή του.

Η σύνταξη έκθεσης ψυχιατρικής πραγματογνωμοσύνης είναι χρησιμότητα εργαλείο του δικαστή και στις περιπτώσεις που ζητείται η θέση προσώπου υπό καθεστώς επικουρικής δικαστικής συμπαράστασης, πλήρους ή μερικής, και αυτό γιατί μια ελαφρά αναπηρία ή ήπια περίπτωση ψυχικής διαταραχής είναι αόρατη για το άπειρο – σε ζητήματα ψυχικής και σωματικής υγείας - μάτι του δικαστή²³⁹. Αν δε δεν υπάρχουν πρόσωπα του άμεσου συγγενικού περιβάλλοντος, όπως οι γονείς, προκειμένου να αναλάβουν το λειτούργημα του δικαστικού συμπαραστάτη, οι πάσχοντες κινδυνεύουν να γίνουν έρμαιο στα χέρια επιτήδειων που σκοπό

²³⁸ Γεωργιάδης, Οικογενειακό Δίκαιο, 2017, σ.854-855

²³⁹ ΜΠρΑΘ 2385/2015 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ

έχουν να σφετεριστούν την περιουσία του συμπαραστατούμενου, προκειμένου να αποκομίσουν ίδιον όφελος.

Αρμόδιοι για τη σύνταξη της έκθεσης ψυχιατρικής πραγματογνωμοσύνης είναι ψυχίατροι-ειδικοί πραγματογνώμονες που εργάζονται σε ψυχιατρική κλινική ή είναι ιδιώτες και περιλαμβάνονται στους καταλόγους του δικαστηρίου. Η έκθεση που συντάσσεται πρέπει να απαντά στα ακόλουθα ερωτήματα: Ποια είναι η κατάσταση της ψυχικής υγείας του πάσχοντος; Είναι σε θέση να διαχειρίζεται τη βούλησή του; Είναι η βούλησή του αυτόνομη; Ποιες είναι οι σχέσεις του πάσχοντος με τα άτομα του άμεσου περιβάλλοντός του και πώς αυτές διαμορφώνονται; Ακόμη, μπορεί το δικαστήριο να ζητήσει να περιληφθεί στην έκθεση και ο βαθμός νοημοσύνης του πάσχοντος, αν και αυτό εμπίπτει περισσότερο στο επιστημονικό πεδίο της ψυχολογίας, παρά της ψυχιατρικής, ωστόσο στην περίπτωση αυτή είναι δυνατόν να συμμετάσχει και ψυχολόγος επικουρικά προς τον ψυχίατρο κατά την σύνταξη της έκθεσης. Σε κάθε περίπτωση είναι απαραίτητο να περιέχεται στην έκθεση κρίση αναφορικά με τη σχέση της νόσου ή της αναπηρίας με την ικανότητα του πάσχοντος να επιμεληθεί των υποθέσεών του εν μέρει ή πλήρως και όχι μια απλή περιγραφή ή αναφορά της αναπηρίας ή της νόσου. Θα πρέπει, επίσης, οπωσδήποτε να προσδιορίζεται συμπερασματικά ο βαθμός της συμπαράστασης ως αποτέλεσμα της ικανότητας του πάσχοντος να αντιληφθεί της πραγματικότητα και να την διαχειριστεί, καθώς και το χρονικό διάστημα το οποίο απαιτείται να διαρκέσει η δικαστική συμπαράσταση και ενδεχομένως μια εξέλιξη της νόσου ή της αναπηρίας σε βάθος ορισμένου χρόνου, αν αυτό είναι δυνατόν αν προβλεφθεί με βάση τα διδάγματα της ιατρικής επιστήμης²⁴⁰.

Το δικαστήριο λαμβάνει υπόψη του την πραγματογνωμοσύνη, αν θεωρεί ότι του παρέχει εγγύα ορθής και αμερόληπτης κρίσης. Αν, αντίθετα, η πραγματογνωμοσύνη κριθεί πως δεν περιέχει όλα τα ζητούμενα απαραίτητα στοιχεία, μπορεί να ζητηθεί από το δικαστήριο η επανάληψη της προς αντικατάσταση ή συμπλήρωση της αρχικής.

8.1.4. ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ ΦΥΛΟΥ

Σύμφωνα με τον ορισμό του άρθρου 2 § 1 του νόμου 4491/2017 «Ως ταυτότητα φύλου νοείται ο εσωτερικός και προσωπικός τρόπος με τον οποίο το ίδιο το πρόσωπο βιώνει το φύλο του, ανεξάρτητα από το φύλο που καταχωρίστηκε κατά τη γέννησή του με βάση τα βιολογικά του χαρακτηριστικά. Η ταυτότητα φύλου περιλαμβάνει την προσωπική αίσθηση του σώματος, καθώς και την κοινωνική και εξωτερική έκφραση του φύλου, τα οποία αντιστοιχούν στη βούληση του προσώπου. Η προσωπική αίσθηση του σώματος μπορεί να συνδέεται και με

²⁴⁰ Παπαζήση, Η έκθεση ψυχιατρικής πραγματογνωμοσύνης στην δικαστική συμπαράσταση, σε: Ψυχιατρική και Δίκαιο, τ.1, σελ. 160-161

αλλαγές που οφείλονται σε ιατρική αγωγή ή άλλες ιατρικές επεμβάσεις που επιλέχθηκαν ελεύθερα.» Ως αναγνώριση ταυτότητας φύλου ορίζεται η αποδοχή, από την έννομη τάξη, του επιθυμητού φύλου των διεμφυλικών προσώπων, εφόσον αυτό δεν ταυτίζεται με το φύλο που καταχωρίστηκε κατά τη γέννησή τους. Πρόκειται δηλαδή για τη νομική «αλλαγή φύλου», που στην Ελλάδα, όπως είναι γνωστό, ολοκληρώνεται με την καταχώρισή της στο ληξιαρχείο. Διεμφυλικά (transgender, transexual, trans) είναι τα πρόσωπα που αισθάνονται τη λεγόμενη «δυσφορία γένους» (gender dysphoria), δηλαδή αυτά που δυσανασχετούν όσο λειτουργούν ανάλογα με το φύλο με το οποίο έχουν καταχωριστεί στο ληξιαρχείο κατά τη γέννησή τους με βάση τα βιολογικά τους χαρακτηριστικά (sex), με συνέπεια να επιθυμούν να δώσουν ένα τέλος σε αυτή την κατάσταση, «αλλάζοντας» ή «διορθώνοντας» ή «επαναπροσδιορίζοντας» το φύλο τους με την επίσημη κατάταξή τους στο αντίθετο φύλο, στο οποίο τα ίδια τα πρόσωπα αισθάνονται ότι ανήκουν²⁴¹. Παρόλο που δεν υπάρχουν οι επιστημονικές αποδείξεις, η τρανς κατάσταση, όπως καταχωρήθηκε σε δύο διεθνή συστήματα ταξινόμησης, ορίζεται ως ψυχική διαταραχή. Στη Διεθνή Ταξινόμηση Διαταραχών (ICD 10) αναφέρεται ως διαταραχή ταυτότητας φύλου και περιλαμβάνεται στις διαταραχές συμπεριφοράς. Στο δε Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των Ψυχικών Διαταραχών της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας (DSM-V) ο όρος διαταραχής ταυτότητας φύλου που υπήρχε στο DSM-IV αντικαταστάθηκε από τον όρο δυσφορία φύλου. Στην Ελλάδα η τρανς κατάσταση θεωρείται λαθεμένα ψυχική διαταραχή (λόγω της ένταξης της τρανς κατάστασης με τον όρο δυσφορία φύλου στους ταξινομητικούς καταλόγους των ψυχικών διαταραχών). Ο λόγος ένταξης στους καταλόγους είναι κυρίως οικονομικός κι αφορά τα ασφαλιστικά ταμεία, ώστε να καλύπτεται το κόστος της ορμονοθεραπείας και των επεμβάσεων επαναπροσδιορισμού φύλου²⁴².

Η διόρθωση του καταχωρισμένου φύλου γίνεται με δικαστική απόφαση του Ειρηνοδικείου, που εκδίδεται σύμφωνα με τις διατάξεις της εκούσιας δικαιοδοσίας (άρθρο 14 § 1 Ν. 344/1976 και 782 ΚΠολΔ) κατόπιν αιτήσεως του ενδιαφερόμενου προσώπου που περιλαμβάνει δήλωση του επιθυμητού φύλου (το αίτημα κενής καταχώρισης στη θέση του φύλου, για τα άτομα που επιθυμούν να μην αυτοπροσδιορίζονται με το δίπολο του φύλου –non-binary- κρίνεται απορριπτέο²⁴³), του κύριου ονόματος και του προσαρμοσμένου επωνύμου

²⁴¹Κουνουγέρη – Μανωλεδάκη, Αναγνώριση ταυτότητας φύλου: Τα βασικά προαπαιτούμενα ενόψει και του Νομοσχεδίου της Νομοπαρασκευαστικής Επιτροπής του Υπουργείου Δικαιοσύνης, σε: Εταιρία Νομικών Βορείου Ελλάδος, Επετειακός Τόμος, 1η έκδ., 2017, σ. 343-358

²⁴² Μπουφίδης, Ο ρόλος του ψυχιάτρου στην αναγνώριση της ταυτότητας του φύλου, σε: Όμιλος Μελέτης Ιατρικού Δικαίου και Βιοηθικής, Αναγνώριση ταυτότητας φύλου, 1^η έκδ. 2017, σ.1, sakkoulas-online.gr

²⁴³ ΕιρΑμαρουσ 67/2018 «η ελευθερία αυτοπροσδιορισμού και ανάπτυξης της εικόνας, εν γένει καθενός, κατά το δοκούν, δεν συνεπάγεται οπωσδήποτε και την θετική υποχρέωση του νομοθέτη για την νομική αναγνώριση και κατοχύρωση των στοιχείων αυτών, αφού γίνεται δεκτό ότι η προσωπική βούληση, στα πλαίσια κατοχύρωσης της ιδιωτικής αυτονομίας της κατά το άρθρο 5 § 1 Σ, δεν παραμένει εκτός ένταξής της από μία συλλογική συνείδηση

(άρθρο 4 § 1 Ν. 4491/2017) και αυτοπρόσωπης δήλωσής του ενώπιον του δικαστηρίου (άρθρο 4 § 2 Ν. 4491/2017) ²⁴⁴. Ρητά μνημονεύεται στο άρθρο 3 § 4 του νόμου 4491/2017 ότι «για τη διόρθωση του καταχωρισμένου φύλου δεν απαιτείται να βεβαιώνεται ότι το πρόσωπο έχει υποβληθεί σε οποιαδήποτε προηγούμενη ιατρική επέμβαση. Δεν απαιτείται επίσης η οποιαδήποτε προηγούμενη εξέταση ή ιατρική αγωγή που σχετίζεται με τη σωματική ή ψυχική του υγεία»²⁴⁵. Προ του εν λόγω νόμου, στη νομολογία των ελληνικών δικαστηρίων επικρατούσε η άποψη ότι στην αίτηση του ενδιαφερομένου απαιτείται να βεβαιώνεται ότι παρακολουθείται από ψυχίατρο, του οποίου έπρεπε να προσκομίζεται διάγνωση για «αναμφίβολο τρανσεξουαλισμό», όπου ουσιαστικά ο διεμφυλικός παρουσιαζόταν ως ψυχασθενής, για τον οποίο η επίσημη, νομική αλλαγή του φύλου του θα ήταν το φάρμακο για τη θεραπεία του²⁴⁶, καθώς επίσης και ότι έχει υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση με πλήρη οριστική επικράτηση του αντίθετου από το βιολογικό του φύλο. Πρόκειται για μια διαδικασία ιδιαίτερα επίπονη σωματικά και ψυχικά και κοστοβόρο, ενώ επιπλέον περιλαμβάνει και τον εξαιρετικά προσβλητικό ακρωτηριασμό του προσώπου, ουσιαστικά με τη στείρωσή του²⁴⁷. Για το λόγο αυτό, έχει ρητά καταδικαστεί από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, ο οποίος καλεί τα κράτη-μέλη «να διασφαλίσουν ότι η στείρωση ή άλλες ιατρικές διαδικασίες που οδηγούν σ' αυτήν δεν πρέπει να είναι προαπαιτούμενα για τη νομική αναγνώριση του επιθυμητού φύλου». Επίσης, σύμφωνα με ψήφισμα του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου «τα κράτη- μέλη πρέπει να θεσπίσουν ή

περί της κρατούσας κοινωνικής αντίληψης ενός μέσου, αποδεκτού προτύπου συμπεριφοράς και εικόνας, αλλά και εκτός ένταξής της, υποχρεωτικά, από ένα νομικό πλαίσιο κατοχύρωσής της στα πλαίσια της συνταγματικής νομιμότητας και της υπεροχής κάποιων συνταγματικών διατάξεων που προσδιορίζουν αντικειμενικά τη σημασία της πράξης αυτοδιάθεσης και ελεύθερης ανάπτυξης της προσωπικότητας.

²⁴⁴ ΕιρΦλώριν 3/2018

²⁴⁵ ΕιρΑθ 418/2018 «η χειρουργική αλλαγή φύλου με αφαίρεση γεννητικών οργάνων από θήλυ σε άρρεν και αντίστροφα, ως απαραίτητη προϋπόθεση για την αναγνώριση αλλαγής φύλου στα διεμφυλικά άτομα κρίνεται ότι είναι υπερβολική απαίτηση και πρακτική που παραβιάζει το άρθρο 8 της Ευρωπαϊκής Σύμβασης των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου, σύμφωνα με το οποίο καθένας έχει δικαίωμα στον σεβασμό της προσωπικής και κοινωνικής του ζωής, του οίκου του και των επικοινωνιών του, ενώ επίσης προσκρούει στο δικαίωμα για ισότητα και μη επιβολή διακρίσεων των άρθρων 2 και 26 του διεθνούς συμφώνου για τα ατομικά και πολιτικά δικαιώματα (ICCPR)»

²⁴⁶ Κουνουγέρη – Μανωλεδάκη, Αναγνώριση ταυτότητας φύλου: Τα βασικά προαπαιτούμενα ενόψει και του Νομοσχεδίου της Νομοπαρασκευαστικής Επιτροπής του Υπουργείου Δικαιοσύνης, σε: Εταιρία Νομικών Βορείου Ελλάδος, Επετειακός Τόμος, 1η έκδ., 2017, σ. 343-358

²⁴⁷ Παντελίδου, Φύλο και έννομες σχέσεις – Κριτικές παρατηρήσεις στο ν. 4491/2017 για τη νομική αναγνώριση της ταυτότητας φύλου, ΝοΒ 1/2018 «... με την απόφαση Υ.Υ. κατά Τουρκίας 10.3.2015 το ΕΔΔΑ διεπίστωσε πάλι παραβίαση του άρθρου 8 της ΕΣΔΑ (οι αρχές είχαν αρνηθεί άδεια επεμβάσεως επαναπροσδιορισμού φύλου, διότι δεν συνέτρεχε μόνιμη ανικανότητα για τεκνοποίηση).» ΕΔΔΑ 10.03.2015 (Αρ. Προσφυγής 14793/2008) , Παντελίδου, Φύλο και έννομες σχέσεις – Κριτικές παρατηρήσεις στο ν. 4491/2017 για τη νομική αναγνώριση της ταυτότητας φύλου, ΝοΒ 1/2018 «Με την εντελώς πρόσφατη ΕΔΔΑ 6.4.2017 Α.Ρ., Garçon and Nicot v. France, διαπιστώνεται παραβίαση του άρθρου 8 της ΕΣΔΑ σε περίπτωση απόρριψης αιτήματος μεταβολής του φύλου στο ληξιαρχείο των προσφευγόντων διεμφυλικών, που δεν πληρούσαν την προϋπόθεση της αμετάκλητης αλλαγής της όψης, που συνδέεται με την πραγματοποίηση χειρουργικής ή άλλης ιατρικής επέμβασης, η οποία, ενόψει της φύσης και της ένταξής της, άγει κατά πάσα πιθανότητα στη στείρωση του ατόμου.» ΕΔΔΑ 121/06.04.2017 (Αρ. Προσφυγής 79885/2012, 52471/2013, 52596/2013)

να επανεξετάσουν τις διαδικασίες νομικής αναγνώρισης του φύλου με στόχο τον πλήρη σεβασμό του δικαιώματος των διεμφυλικών ατόμων στην αξιοπρέπεια και τη σωματική ακεραιότητα», ενώ ο Οργανισμός Ηνωμένων Εθνών, στην από 1ης Φεβρουαρίου 2013 Έκθεση του Ειδικού Εισηγητή του ΟΗΕ για τα βασανιστήρια και κάθε άλλη βάνανση, απάνθρωπη ή εξευτελιστική μεταχείριση ή τιμωρία, επισημαίνει ότι η προϋπόθεση της στέρωσης ως προαπαιτούμενο για την αναγνώριση των διεμφυλικών ανθρώπων συνιστά βασανιστήριο. Ακόμη, η διαδικασία της διόρθωσης του καταχωρισμένου φύλου με το προαπαιτούμενο της υποχρεωτικής στέρωσης έρχεται σε αντίθεση με το Σύνταγμα (άρθρα 2 § 1, 4 § 1, 5 § 1), καθώς και με το άρθρο 8 της Ευρωπαϊκής Σύμβασης για τα Δικαιώματα του Ανθρώπου (ΕΣΔΑ), σύμφωνα με το οποίο «καθένας έχει δικαίωμα στο σεβασμό της προσωπικής και οικογενειακής του ζωής». Επιπλέον έρχεται σε αντίθεση με τα άρθρα 2 και 26 του Διεθνούς Συμφώνου για τα Ατομικά και Πολιτικά Δικαιώματα, που κατοχυρώνουν την ισότητα και την απαγόρευση των διακρίσεων, με την έννοια ότι μια κατάσταση, όπως η δυσφορία γένους, δεν πρέπει να επιβαρύνει υπερβολικά τον ενδιαφερόμενο, προκειμένου αυτός να εξασφαλίσει τη μεταχείριση που ζητά από την πολιτεία²⁴⁸.

Όπως ορίζει το άρθρο 3 § 2 του νόμου 4491/2017 «Για τη διόρθωση του καταχωρισμένου φύλου απαιτείται πλήρης δικαιοπρακτική ικανότητα». Εξαιρέση αποτελούν οι ανήλικοι που έχουν συμπληρώσει το 17^ο έτος, οι οποίοι μπορούν να προχωρήσουν στη διόρθωση, εφόσον υπάρχει ρητή συναίνεση των ασκούντων τη γονική μέριμνα. Αναφορικά με τους ανηλίκους που έχουν συμπληρώσει το 15^ο έτος και επιθυμούν να προβούν σε διόρθωση του καταχωρισμένου φύλου τους, η αρχική θέση της Νομοπαρασκευαστικής επιτροπής ήταν να απαγορευτεί οποιαδήποτε ιατρική επέμβαση στα χαρακτηριστικά του φύλου ή αλλαγή αστικής ταυτότητας όσο το πρόσωπο είναι ανήλικο. Ωστόσο, υπήρξε σχετικά η ένσταση από ειδικούς επιστήμονες, ιδίως ψυχιάτρους και παιδοψυχιάτρους, ότι είναι δυνατό κατά τη διάρκεια της ανηλικότητας να διαπιστώνεται πραγματική ανάγκη υποβολής του προσώπου σε ιατρικές πράξεις αλλαγής των χαρακτηριστικών φύλου, για την αποτροπή διακινδύνευσης της σωματικής και ψυχικής υγείας του. Έτσι, η επιλογή της επιτροπής ήταν να επιτρέπονται οι πράξεις αυτές κατ' εξαίρεση και κάτω από πολύ αυστηρές προϋποθέσεις²⁴⁹. Απαιτείται, λοιπόν, θετική γνωμάτευση διεπιστημονικής επιτροπής που συστήνεται με κοινή απόφαση των Υπουργών Δικαιοσύνης, Διαφάνειας και Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων και Υγείας για δύο έτη και απαρτίζεται από έναν παιδοψυχίατρο, έναν ψυχίατρο, ένα ενδοκρινολόγο, ένα παιδοχειρουργό, έναν

²⁴⁸ Ν.4491/2017 Αιτιολογική Έκθεση, Α' Γενικές Παρατηρήσεις

²⁴⁹ Φουντεδάκη, Το Σχέδιο Νόμου της Νομοπαρασκευαστικής Επιτροπής του Υπουργείου Δικαιοσύνης για την αναγνώριση της ταυτότητας φύλου, σε: Εταιρία Νομικών Βορείου Ελλάδος, Επετειακός Τόμος, 1η έκδ., 2017, σ. 471-485, Sakkoulas-Online.gr

ψυχολόγο, ένα κοινωνικό λειτουργό και ένα παιδίατρο ως Πρόεδρος, άπαντες με εξειδίκευση στο συγκεκριμένο ζήτημα. Οι επιστήμονες ψυχικής υγείας που συμπεριλαμβάνονται στη διεπιστημονική επιτροπή γνωμοδοτούν κατά κύριο λόγο για το κατά πόσο ο ανήλικος έχει συνειδητά αποφασίσει να προβεί στη διόρθωση του φύλου, λαμβάνοντας υπόψη το επίπεδο ψυχικής και συναισθηματικής ωριμότητάς του, καθώς και το κατά πόσο μια τέτοια επιλογή είναι απαραίτητη σε αυτή την νεαρή ηλικία προς αποτροπή διακινδύνευσης της σωματικής και ψυχικής του υγείας.

9. ΖΗΤΗΜΑΤΑ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ

Η διαμόρφωση μια δεοντολογίας καθίσταται αναγκαία σε περιπτώσεις που άνθρωποι συναλλάσσονται μεταξύ τους με άνισους όρους και δημιουργούνται κίνδυνοι εκμετάλλευσης του ενός μέρους από το άλλο, όπως συμβαίνει χαρακτηριστικά στην άσκηση της Ψυχιατρικής²⁵⁰. Ο ψυχίατρος κατέχει ειδικές γνώσεις, δυσνόητες για τους ασθενείς του, που συχνά έρχονται στον θεραπευτή αποθαρρυσμένοι και στιγματισμένοι, με αποτέλεσμα να εξαρτώνται άμεσα και έντονα από τον ψυχίατρο, να ταυτίζονται με αυτόν και ως εκ τούτου να είναι ιδιαίτερα ευάλωτοι και εύκολα θύματα εκμετάλλευσης. Από την πλευρά του, ο ψυχίατρος επενδύει πολλά στην επιτυχή έκβαση της θεραπείας και έτσι, σε αντίθετη περίπτωση, ενδέχεται -ασυνείδητα- να γίνει επιθετικός προς τον ασθενή ή αλαζονικός.

Η Δεοντολογία μπορεί να βοηθήσει τη θεραπευτική διαδικασία, συγκεκριμενοποιώντας τις αρχές, υποδεικνύοντας τους στόχους της και οριοθετώντας τη. Εμπεριέχει κανόνες με νομική δεσμευτικότητα, ορισμένοι από τους οποίους αποτυπώνονται αυτούσιοι σε κείμενα όπως ο Κώδικας Ασκήσεως του Ιατρικού Επαγγέλματος, ενώ άλλοι συνάγονται έμμεσα από ισχύοντες νομικούς κανόνες. Ορισμένες αρχές εντοπίζονται σε διακηρύξεις και άλλα διεθνή κείμενα, όπως η Διακήρυξη της Χαβάης (Declaration of Hawaii/World Psychiatric Association,1977) και η Διακήρυξη της Μαδρίτης (Madrid Declaration on Ethical Standards for Psychiatric Practice,1996) και άλλες αποτελούν πάγιες επαγγελματικές συνήθειες και πρακτικές.

Έρεισμα των δεοντολογικών κανόνων που διέπουν την άσκηση της Ψυχιατρικής συνιστούν ορισμένες αρχές, κοινές γενικώς για την Ιατρική Δεοντολογία. Αυτές είναι η αρχή της ωφέλειας, δηλαδή το ότι το άτομο, ως σύστημα βιολογικών-ψυχικών λειτουργιών και ως στοιχείο ενός ευρύτερου συστήματος κοινωνικών σχέσεων πρέπει να ωφελείται ή τουλάχιστον να μη βλάπτεται, η αρχή της αυτονομίας, δηλαδή το ότι το άτομο πρέπει να αποφασίσει το ίδιο για τα ζητήματα τα οποία το αφορούν, η αρχή της ισοτιμίας, δηλαδή ότι οι ανάγκες των ατόμων πρέπει να ικανοποιούνται ισότιμα, και η αρχή της δικαιοσύνης, το ότι δηλαδή κάθε πολίτης δικαιούται να ασκεί ακώλυτα τα δικαιώματά του και να προστατεύεται από απόπειρες παραβίασής τους²⁵¹.

Από τις ανωτέρω αρχές προκύπτουν ορισμένα δικαιώματα για τους ασθενείς που προσδιορίζουν και τις υποχρεώσεις του ψυχιάτρου. Συγκεκριμένα, κάθε ασθενής δικαιούται να υποβληθεί σε θεραπεία, αν πάσχει από κάποια ψυχική διαταραχή, έχοντας ίσες δυνατότητες αποκατάστασης ή διατήρησης της υγείας του με τα άλλα μέλη της κοινωνίας. Ο ψυχίατρος οφείλει, κατόπιν συμφωνίας με τον ασθενή, να δημιουργήσει μια θεραπευτική σχέση

²⁵⁰ Λειβαδίτης, Ψυχιατρική και Δίκαιο, σελ. 495

²⁵¹ Λειβαδίτης, Ψυχιατρική και Δίκαιο, σελ. 497

παραγωγική, που να διαπνέεται από αισιοδοξία, σεβασμό, εμπιστοσύνη και υπευθυνότητα (Διακήρυξη της Χαβάης §3 και 5, Διακήρυξη της Μαδρίτης §3 και 4). Ο ασθενής δικαιούται να ενημερώνεται με τρόπο σαφή και κατανοητό για την κατάσταση της υγείας του, τη φύση της ασθένειάς του, την πιθανή εξέλιξή της, τις διαθέσιμες θεραπευτικές δυνατότητες, συμπεριλαμβανομένων όλων των πιθανών εναλλακτικών με παροχή δυνατότητας επιλογής μεταξύ αυτών, και τους ενδεχόμενους κινδύνους, ανεξάρτητα από τη στατιστική πιθανότητα επέλευσής τους (Διακήρυξη της Χαβάης §4, Διακήρυξη της Μαδρίτης §3 και 5)²⁵². Η υποβολή του σε θεραπεία θα γίνεται μόνο κατόπιν συνειδητής και ελεύθερης συναίνεσής του (Διακήρυξη της Χαβάης §5, Διακήρυξη της Μαδρίτης §3 και 4). Αν δε, η επιλεγόμενη θεραπεία είναι σχετικά επικίνδυνη, ο ψυχίατρος οφείλει να διαβεβαιώσει τον ασθενή ότι δεν υφίσταται δυνατότητα επίτευξης του θεραπευτικού αποτελέσματος με άλλη, «ακίνδυνη» θεραπεία και ότι το προσδοκώμενο όφελος είναι τόσο σημαντικό που δικαιολογεί τη διακινδύνευση. Πρέπει, επίσης, να ενημερώσει τον ασθενή για τους κινδύνους ή τους οικείους του, αν ο ίδιος δεν έχει ικανότητα κρίσης.

²⁵² βλ. και Δήλωση και Απόψεις της ΠΨΕ για τα Δικαιώματα και τις Νομικές Εγγυήσεις των Ψυχικά Ασθενών (Αθήνα, 17.10.1989): «Πλήρης ενημέρωση ψυχικά ασθενών για τη θεραπεία και τα δικαιώματά τους».

10. ΤΟ ΕΡΓΟ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

10.1. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

Η νοσηλευτική ψυχικής υγείας αποτελεί αναπόσπαστη διάσταση ή οπτική γωνία της γενικής νοσηλευτικής και παράλληλα αποτελεί ειδικότητα αυτής. Είναι λειτούργημα κοινωνικό, σχέση προσφοράς βοήθειας μεταξύ ψυχιατρικού νοσηλευτή και ασθενούς και δυναμική διαπροσωπική διεργασία με κύριο χαρακτηριστικό την επικοινωνία²⁵³. Ο ψυχιατρικός νοσηλευτής ή νοσηλευτής ψυχικής υγείας είναι αυτός που φροντίζει ασθενείς, που μπορεί να είναι παιδιά, έφηβοι, ενήλικες ή ηλικιωμένοι, με οξύ ή χρόνια ψυχικό ή ψυχιατρικό πρόβλημα, υγιείς ανθρώπους σε κρίση που αντιμετωπίζουν κάποιο πρόβλημα στην καθημερινή τους ζωή αλλά και ανθρώπους που επέζησαν από μια κρίσιμη για τη ζωή τους κατάσταση ή που αντιμετωπίζουν μια απειλητική για τη ζωή τους ασθένεια²⁵⁴. Πρόκειται για τον νοσηλευτή που έχει ολοκληρώσει τις εγκύκλιες σπουδές του στη Νοσηλευτική και κατέχει άδεια ασκήσεως επαγγέλματος, στη συνέχεια έχει παρακολουθήσει μαθήματα συνεχιζόμενης εκπαίδευσης αναφορικά με την ψυχική υγεία και έχει εργαστεί στον τομέα αυτό για τουλάχιστον δύο έτη.

Ένας νοσηλευτής ψυχικής υγείας εργάζεται, αποκλειστικά σχεδόν σε οργανωμένες μονάδες ψυχικής υγείας. Η νοσηλευτική φροντίδα παρέχεται σε τρία επίπεδα πρόληψης (πρωτογενές, δευτερογενές, τριτογενές) με τους ακόλουθους άξονες: την κοινοτική νοσηλευτική, με αντικείμενο την προαγωγή της ψυχικής υγείας και τη διαχείριση των προβλημάτων της ψυχικής ασθένειας των ενηλίκων και ατόμων τρίτης ηλικίας, την νοσηλευτική παιδικής και εφηβικής ψυχιατρικής, με αντικείμενο την προαγωγή της ψυχικής υγείας και τη διαχείριση των προβλημάτων που αφορούν την ψυχική υγεία των παιδιών και εφήβων μέχρι της ηλικίας των 17 ετών, την νοσηλευτική στον τομέα των τοξικοεξαρτήσεων, που αφορά την πρόληψη και τη διαχείριση των προβλημάτων που αφορούν τη σωματική και ψυχολογική εξάρτηση από το αλκοόλ και άλλες παράνομες ή νόμιμες ουσίες και την νοσηλευτική εσωτερικής νοσηλείας, για εντατική νοσηλευτική ψυχικής υγείας και διαχείριση οξέων περιπτώσεων, παροχή προγραμμάτων νοσηλείας, θεραπείας και αποκατάστασης.

Ο ρόλος του είναι αναμφισβήτητα πολυδιάστατος και περιλαμβάνει τόσο γενικές αρμοδιότητες όσο και δυνατότητα εξειδικευμένων παρεμβάσεων. Στόχος της προσπάθειάς του είναι η σταθεροποίηση των συμπτωμάτων του ασθενούς, ώστε να καταστεί και πάλι πλήρως λειτουργικός και να επανενταχθεί στην κοινότητα. Στα γενικά καθήκοντα ενός ψυχιατρικού νοσηλευτή περιλαμβάνονται η διοίκηση της μονάδας και ο συντονισμός των ενεργειών του θεραπευτικού προγράμματος, η υλοποίηση του θεραπευτικού προγράμματος μέσω επίσημης

²⁵³ Ραγιά, Νοσηλευτική ψυχικής υγείας, 2009, σελ. 23,116-117

²⁵⁴ Κούκια, Ψυχιατρική Νοσηλευτική, Νοσηλευτική ψυχικής υγείας, εκδόσεις Βήτα, 2015, σελ. 10

αλλά και ανεπίσημης (με τη μορφή καθημερινών αλληλεπιδράσεων) επικοινωνίας με τον ασθενή, η οργάνωση και η συμμετοχή του σε ομαδικές δραστηριότητες στα πλαίσια του θεραπευτικού περιβάλλοντος, η καταγραφή σε έντυπο ή ηλεκτρονικό αρχείο του ιστορικού του ασθενούς, η σωστή χορήγηση της φαρμακευτικής αγωγής και η διδασκαλία του ασθενούς και της οικογένειάς του σχετικά με τη λήψη αυτή, αλλά και η αναγνώριση και αντιμετώπιση πιθανών παρενεργειών και η παρακολούθηση σε 24ωρη βάση του ασθενούς, η πρόληψη, η αντιμετώπιση και η σταθεροποίηση των κρίσεων που εμφανίζουν οι ψυχικά ασθενείς και τέλος, η προετοιμασία του ασθενούς για έξοδο από το νοσηλευτικό ίδρυμα, μέσω της ανεύρεσης κατάλληλων δομών για την επανένταξή του στην κοινότητα αλλά και μέσω διδασκαλίας του ασθενούς και της οικογένειάς του να αναγνωρίζουν συμπτώματα της ασθένειας και φαρμακευτικές παρενέργειες και να τα αντιμετωπίζουν αποτελεσματικά. Στις εξειδικευμένες παρεμβάσεις περιλαμβάνονται ενέργειες όπως η φροντίδα των καθημερινών αναγκών του ασθενούς, η εφαρμογή έκτακτων μέτρων, όπως η απομόνωση ή ο περιορισμός του ασθενούς, σε περίπτωση κρίσης, η εκτίμηση των γενικότερων σωματικών αναγκών του, για παράδειγμα το αν πάσχει από άλλα χρόνια νοσήματα αλλά και η κλήση του λοιπού νοσηλευτικού προσωπικού, αν αυτό κριθεί απαραίτητο. Όπως είναι φανερό, ο ρόλος του περιλαμβάνει αρκετά μεγάλο εύρος αρμοδιοτήτων και απαιτεί πλήθος σύγχρονων επιστημονικών γνώσεων, κλινικών δεξιοτήτων αλλά και προσωπικών δεξιοτήτων και χαρακτηριστικών, όπως η θετική και αισιόδοξη αλλά ταυτόχρονα ρεαλιστική στάση απέναντι στον πάσχοντα και την ασθένεια, η προσωπική καλλιέργεια, η υπομονή και επιμονή, η ωριμότητα και η ακεραιότητα χαρακτήρα²⁵⁵.

Κατά την άσκηση του νοσηλευτικού έργου, δύο είναι τα βασικά εργαλεία που χρησιμοποιούνται: το «Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των Ψυχικών Διαταραχών» (“Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders”) της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας και η «Διεθνής Κατάταξη των Ασθενειών» (“International Classification of Disease”) που δημιουργήθηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, που είναι τα ίδια εργαλεία, τα οποία μεταχειρίζεται και ο ψυχίατρος κατά την θεραπευτική διαδικασία. Επιπρόσθετα, η νοσηλευτική πρακτική διέπεται από κώδικες και νομικές πράξεις, που έχουν σχηματισθεί από τους διεθνείς οργανισμούς, όπως ο κώδικας του ANA (ANA Standards of Psychiatric and Mental Health Clinical Practice), που αφορά την πρακτική της ψυχιατρικής νοσηλευτικής ψυχικής υγείας. Μεταξύ άλλων, στους κώδικες αυτούς, περιέχεται και η έννοια της «νοσηλευτικής κακής πρακτικής» (“malpractice”), έννοια κεντρική για το σύστημα της ευθύνης του νοσηλευτή. Κακή πρακτική συνιστά η άρση της εμπιστευτικότητας του ασθενούς, η παραβίαση της ιδιωτικότητάς του και η προσβολή και βιαιοπραγία.

²⁵⁵ Παγιά , Νοσηλευτική ψυχικής υγείας, 2009, σελ. 55

10.2. ΤΟ ΝΟΜΟΘΕΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Η παροχή νοσηλευτικής φροντίδας διέπεται από πληθώρα νομοθετημάτων που προσδιορίζουν τις νομικές παραμέτρους της νοσηλευτικής πρακτικής και καθορίζουν το πλαίσιο της ευθύνης του νοσηλευτή. Σύμφωνα με τον «Κώδικα Νοσηλευτικής Δεοντολογίας» (ΠΔ 216/2001), οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας είναι «θεματοφύλακες της υγείας των προσώπων που η Πολιτεία τους εμπιστεύεται και οφείλουν να αναγγέλλουν, όπως ορίζει ο νόμος, στα αρμόδια όργανα κάθε παράβαση νόμου που αφορά τη δημόσια τάξη». Περιλαμβάνει σε 24 άρθρα τις υποχρεώσεις και τα καθήκοντα των νοσηλευτών προς τους ασθενείς, τους συναδέλφους, τους συνεργάτες αλλά και το ίδιο το επάγγελμα. Πρόκειται για ένα σχετικά πρόσφατο νομοθέτημα, για τη σύνταξη του οποίου ελήφθησαν υπόψη ο Διεθνής Κώδικας Ηθικών Καθηκόντων Διπλωματούχων Νοσηλευτών του Διεθνούς Συμβουλίου Νοσηλευτών (International Council of Nurses - I.C.N. Sao Paolo 1965 και Mexico 1973), ο Νοσηλευτικός Κώδικας του American Nurses Association (1976), Κώδικες Νοσηλευτικής Δεοντολογίας Χωρών της Ευρώπης, η Διακήρυξη της Γενεύης (Γενική Συνέλευση Παγκόσμιας Ιατρικής Ένωσης, Γενεύη 1948, Σίδνεϋ 1968), η Διακήρυξη του Ελσίνκι (Γενική Συνέλευση Παγκόσμιας Ιατρικής Ένωσης, Ελσίνκι 1964, Τόκυο 1975), ο Ευρωπαϊκός Χάρτης Δικαιωμάτων των Ασθενών (Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο 1983), οι Αρχές της Ευρωπαϊκής Ιατρικής Δεοντολογίας (Διαρκής Επιτροπή Γιατρών της Ευρωπαϊκής Κοινότητας, 1987), ο Κώδικας Άσκησης του Ιατρικού Επαγγέλματος (Α.Ν. 1565/1939) και ο Κανονισμός Ιατρικής Δεοντολογίας (Β.Δ. 25 Μαΐου/6 Ιουλίου 1955) και περιέχει ρυθμίσεις σχετικά με κάθε πτυχή της νοσηλευτικής πράξης. Ο νόμος 184/1979 αφορά τη ρύθμιση του Τμήματος Νοσηλευτικής στο ΕΚΠΑ ενώ ο νόμος 1397/1983 για το Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ) αναφέρει την Νοσηλευτική Υπηρεσία ως ισότιμη με τις άλλες υπηρεσίες. Λίγο αργότερα, ο νόμος 1579/1985 θεσμοθέτησε με το άρθρο 5 τον τίτλο του Νοσηλευτή ενώ στο άρθρο 5 § 2Βδ' καθιερώνει ως ειδικότητα την «νοσηλευτική ψυχικής υγείας». Δυνάμει του ΠΔ 351/1989 καθορίστηκαν τα επαγγελματικά δικαιώματα των νοσηλευτών - αποφοίτων ΤΕΙ ενώ ακολούθησαν διαδοχικές νομοθετικές ρυθμίσεις (Ν. 2071/1992, Ν. 2889/2001, Ν.3329/2005) αναφορικά με την αναμόρφωση, τον εκσυγχρονισμό και την οργάνωση του Εθνικού Συστήματος Υγείας, που μεταξύ άλλων ρυθμίζουν και την ειδική πρόσθετη άδεια 10 ημερών πέραν της κανονικής, «που χορηγείται μετά από συνεχή υπηρεσία 1 έτους στις ανωτέρω μονάδες και σε χρονικό διάστημα που δεν διαταράσσεται η εύρυθμη λειτουργία των ιδρυμάτων» και τη σύσταση του Εθνικού Συμβουλίου Ανάπτυξης της Νοσηλευτικής (ΕΣΑΝ), με κύριο έργο τη μελέτη και τη γνωμοδότηση για όλα τα νοσηλευτικά θέματα. Με το άρθρο 22 του νόμου 3204/2004 αναγνωρίστηκε η δυνατότητα άσκησης ιδιωτικού έργου από τους κατόχους άδειας άσκησης επαγγέλματος νοσηλευτή αποφοίτους Τμημάτων Πανεπιστημίων ή Τεχνολογικών Ιδρυμάτων, και ορίστηκαν οι ελάχιστες τεχνικές προδιαγραφές

οικήματος και εξοπλισμού για τη συγκρότηση και οργάνωση του επαγγελματικού καταστήματος των νοσηλευτών, μέσα στο οποίο μπορεί να εφαρμόζονται νοσηλευτικές μέθοδοι και πράξεις. Τέλος, δυνάμει του νόμου 3252/2004 αποφασίστηκε η ίδρυση Σύστασης Ένωσης Νοσηλευτών – Νοσηλευτριών Ελλάδος και ρυθμίστηκαν τα σχετικά με αυτή.

10.3. ΕΥΘΥΝΗ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Το βασικό νομοθέτημα που διέπει τη δράση του ψυχιατρικού νοσηλευτή που καθορίζει τη δράση του, τις υποχρεώσεις και τη συνακόλουθη ευθύνη του είναι ο Κώδικας Νοσηλευτικής Δεοντολογίας (Π.Δ. 216/25.05.2001). Στο κείμενο αυτό περιλαμβάνονται οι βασικότερες αρχές που αναφέρονται στη συμπεριφορά των νοσηλευτών προς τους ασθενείς τους, προς το κοινωνικό σύνολο αλλά και μεταξύ τους, με οποιοδήποτε τρόπο κι αν παρέχουν τις υπηρεσίες τους. Στοχεύει στη διαφύλαξη της ασφάλειας και στην προστασία των ατόμων και της κοινωνίας γενικότερα, που είναι αποδέκτες της φροντίδας εκτός των άλλων και των νοσηλευτικών υπηρεσιών υγείας (προαγωγή υγείας, πρόληψη, φροντίδα, θεραπεία και αποκατάσταση) και στην προστασία του νοσηλευτικού επαγγέλματος ρυθμίζοντας τις σχέσεις τόσο των νοσηλευτών μεταξύ τους, όσο και με τους άλλους επαγγελματίες υγείας.

Η αδικοπρακτική ευθύνη φαίνεται πως αποτελεί την πιο συχνή νομική βάση των αγωγών αποζημίωσης για σφάλμα που προκαλείται από τον νοσηλευτή ψυχικής υγείας και τούτο συμβαίνει κυρίως διότι με τον τρόπο αυτό το δικαστήριο μπορεί να επιδικάσει κατά την κρίση του χρηματική ικανοποίηση λόγω ηθικής βλάβης (ΑΚ 932) στον παθόντα. Οι προϋποθέσεις για τη θεμελίωση ευθύνης του ψυχιατρικού νοσηλευτή έναντι του ασθενούς από σφάλμα του είναι εκείνες του άρθρου 914 ΑΚ, δηλαδή η παράνομη και υπαίτια συμπεριφορά, η ζημία του ασθενούς, που συνίσταται σε βλάβη της υγείας του και ο αιτιώδης σύνδεσμος μεταξύ της παράνομης και υπαίτιας συμπεριφοράς του ψυχιάτρου και της επελθείσας στον ασθενή ζημίας. Παράνομη θεωρείται η συμπεριφορά εκείνη που αντίκειται σε απαγορευτικό ή επιτακτικό κανόνα δικαίου. Σχετικά με την υπαιτιότητα, αμελής χαρακτηρίζεται η συμπεριφορά του όταν αυτός παραλείπει να καταβάλει την επιμέλεια, η οποία είναι καταβλητέα σύμφωνα με το μέτρο της συμπεριφοράς του μέσου συνετού και επιμελούς εκπροσώπου του κύκλου δραστηριότητάς του. Ο ψυχιατρικός νοσηλευτής ευθύνεται αδικοπρακτικά με τον ίδιο τρόπο που ευθύνεται και ο ψυχίατρος²⁵⁶, με τη διαφορά ότι οι υποχρεώσεις τις οποίες ενδέχεται να παραβιάσει ώστε να υπάρχει παράνομη συμπεριφορά του προκύπτουν από τον Κώδικα Νοσηλευτικής Δεοντολογίας, ενώ σύμφωνα με το άρθρο 1 του εν λόγω νομοθετήματος «οφείλει γενικά να πράττει καθετί που επιβάλλει το καθήκον του, σύμφωνα με τα σύγχρονα επιστημονικά δεδομένα, τις αρχές της

²⁵⁶ ΠΠΑ 5416/2013 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ

ηθικής και της δεοντολογίας, τις διατάξεις του παρόντος κώδικα και τις διατάξεις που αφορούν στην άσκηση του νοσηλευτικού επαγγέλματος» και σύμφωνα με το άρθρο 25, «Ο Νοσηλευτής οφείλει τον απαραίτητο σεβασμό στην προσωπικότητα του ψυχιατρικού ασθενή λαμβάνοντας υπόψη τη βούλησή του στις περιπτώσεις εκείνες που είναι σε θέση να την εκφράσει σοβαρά και αυθόρμητα».

Ο ασθενής έχει, επίσης, δικαίωμα να αξιώσει αποζημίωση σύμφωνα με τις περί αδικοπραξιών διατάξεις και να επιδιώξει την ικανοποίηση ηθικής βλάβης με την επίκληση των άρθρων 57 και 59 ΑΚ διότι το σφάλμα του ψυχιατρικού νοσηλευτή αποτελεί παράνομη προσβολή της προσωπικότητας του ασθενούς, υπό την έννοια της φυσικής και ψυχικής υπόστασης, στις οποίες περιλαμβάνεται η ζωή, η σωματική ακεραιότητα και η υγεία.

11. ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Η ύπαρξη δεοντολογίας για τον νοσηλευτή ψυχικής υγείας έχει ως στόχο να τον εφοδιάσει με ένα πλαίσιο αναφοράς ως γνώμονα για τη διατύπωση υπεύθυνων κρίσεων, τη λήψη σωστών αποφάσεων και τη διατήρηση σωστής στάσης κατά την καθημερινή εργασία ούτως ώστε να συμβάλει ουσιαστικά στην πρόληψη της ασθένειας, στην θεραπεία και την αποκατάσταση του ασθενούς μέσω της παροχής αποτελεσματικής νοσηλευτικής φροντίδας και τέλος, στη διατήρηση και προαγωγή της υγείας του ατόμου και εν γένει της κοινωνίας.

Σχετικά με τον ηθικό κώδικα του επαγγελματία ψυχικής υγείας έχουν διατυπωθεί διεθνώς δύο κείμενα, που βρίσκουν εφαρμογή και στην περίπτωση των νοσηλευτών ψυχικής υγείας. Αυτά είναι ο «Επαγγελματικός Κώδικας του Συμβουλίου Νοσηλευτών και Μαιών» (“Code of Professional Conduct for Nurses and Midwives from the Nursing and Midwifery Council”, 2002), που περιλαμβάνει οδηγίες για την ψυχική υγεία αναφορικά με τη χορήγηση φαρμάκων από τον νοσηλευτή και τη σχέση του με τον ασθενή, με πρωταρχικό μέλημα την πρόληψη της κακομεταχείρισής του, και ο «Κώδικας Πρακτικής» (“Code of Practice to the Mental Health Act”, 1983) αλλά και πληθώρα ειδικών κωδίκων ηθικών καθηκόντων, που προέρχονται από τους Νοσηλευτικούς Συνδέσμους διαφόρων χωρών .

Από τους κώδικες ηθικών καθηκόντων του νοσηλευτή ψυχικής υγείας, προκύπτουν οι υποχρεώσεις του²⁵⁷. Συγκεκριμένα, ο ψυχιατρικός νοσηλευτής οφείλει να συμβάλει στην προστασία, τη διατήρηση και την προαγωγή της ψυχικής υγείας, να εκπαιδεύεται συνεχώς σχετικά με το επιστημονικό του αντικείμενο, να κάνει χρήση των ειδικών ψυχοθεραπευτικών ικανοτήτων του προκειμένου να παρέχει ολοκληρωμένη νοσηλευτική φροντίδα, να αντιμετωπίζει με σεβασμό και αμεροληψία, χωρίς προκαταλήψεις όλους τους ασθενείς, να τηρεί το νοσηλευτικό απόρρητο, πλην των εξαιρέσεων της αυτοκτονίας, της βλάβης τρίτων ή της απόκλισης από τη θεραπευτική αγωγή και να μεριμνά για την περιφρούρηση των θεμελιωδών δικαιωμάτων των ασθενών. Επίσης, υποχρεούται να προβαίνει σε καταγγελία στις αρμόδιες αρχές για ανικανότητα ή ανήθικη συμπεριφορά μελών του προσωπικού υγείας έναντι των ασθενών, να συνεργάζεται με τη διεπιστημονική ομάδα υγείας για ζητήματα ενημέρωσης του ασθενούς και της οικογένειάς του, να αναλαμβάνει, δεδομένης τα θέσης του, την οργάνωση, διάδοση και προσιτότητα και αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών και να ακολουθεί απαρέγκλιτα τις αρχές και τη νομοθεσία, που σχετίζεται με το λειτούργημά του, αποφεύγοντας κάθε παράβαση των ηθικών καθηκόντων του.

Σπουδαίο θέμα στη νοσηλευτική φροντίδα της ψυχικής υγείας αποτελεί και η αναγνώριση, ο σεβασμός, η προστασία και η υπεράσπιση των δικαιωμάτων των ψυχικά

²⁵⁷ Παγά , Νοσηλευτική ψυχικής υγείας, 2009, σελ. 418-419

ασθενών. Αρκετά από τα δικαιώματα αυτά κωδικοποιήθηκαν το 1980 από το Αμερικανικό Κοινοβούλιο με τη “Mental Health Systems Act”, που είχε ως στόχο να χρηματοδοτήσει τις κοινοτικές μονάδες υποστήριξης των ψυχικά ασθενών, που συνδύαζαν γενική περίθαλψη με φροντίδα ψυχικής υγείας και ποικίλες δομές υποστήριξης. Τα δικαιώματα του ψυχικά ασθενούς, όπως συμπεριλήφθηκαν στο εν λόγω νομικό κείμενο είναι τα εξής²⁵⁸: το δικαίωμα σε κατάλληλη θεραπεία εκτός περιοριστικού περιβάλλοντος, το δικαίωμα σε εξατομικευμένο θεραπευτικό πρόγραμμα, το δικαίωμα ουσιαστικής ενεργού ανάμιξης και συμμετοχής του στη διαδικασία της θεραπείας, το δικαίωμα παροχής ή όχι της συγκατάθεσής του για την οποιαδήποτε επέμβαση σε αυτόν, το δικαίωμα μη υποβολής του σε έρευνα, το δικαίωμα να μην υπόκειται σε περιορισμούς, εκτός κι αν αυτό επιβάλλεται από το θεραπευτικό πρόγραμμα, το δικαίωμα για αξιοπρεπή φροντίδα σε ανθρωπιστικό περιβάλλον, το δικαίωμα να τηρείται εχεμύθεια αναφορικά με πληροφορίες που σχετίζονται με την ψυχική του υγεία, το δικαίωμα πρόσβασης στο προσωπικό αρχείο της θεραπείας του, το δικαίωμα ελεύθερης άσκησης των πολιτικών του δικαιωμάτων και την γραπτή του πληροφόρηση για κάθε είδους δικαιώματά του, το δικαίωμα παροχής έννομης προστασία, μέσω της συνδρομής συνηγόρου αλλά και έκφρασης των παραπόνων του σε ειδικό μηχανισμό, το δικαίωμα άσκησης κριτικής για τις συνθήκες ή υπηρεσίες περίθαλψης και το δικαίωμα παραπομπής του σε άλλη υπηρεσία, αν αυτό απαιτείται προκειμένου να λάβει εξιτήριο από το νοσηλευτικό ίδρυμα.

²⁵⁸ Παγιά , Νοσηλευτική ψυχικής υγείας, 2009, σελ. 424-425

12. ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Το πρώτο μέρος της παρούσας εργασίας είχε ως πυρήνα του την αστική ευθύνη του ψυχιάτρου, ως ασκούντος το ιατρικό λειτούργημα, απέναντι, πρωτίστως, στον ασθενή που πάσχει από ψυχική νόσο αλλά και έναντι του οικογενειακού περιβάλλοντος του τελευταίου και εν γένει του κοινωνικού συνόλου. Μελετήθηκε ιδίως το νομοθετικό πλαίσιο άσκησης του λειτουργήματός του, η σύμβαση ψυχιατρικής αγωγής ως μέσο σύνδεσης ψυχιάτρου-ασθενούς και οι επιμέρους προϋποθέσεις κατάρτισης της, καθώς και οι κύριες υποχρεώσεις που προκύπτουν εξ αυτής, ιδίως η υποχρέωση ενημέρωσης, η υποχρέωση λήψης συναίνεσης και οι υποχρεώσεις τήρησης ιατρικού αρχείου και απορρήτου. Κατόπιν εξετάστηκε η ύπαρξη της δυνατότητας του ψυχιάτρου να αρνηθεί την παροχή ιατρικής φροντίδας και η έννοια, οι διακρίσεις και τα ειδικά θέματα που σχετίζονται με το ψυχιατρικό σφάλμα και την ευθύνη του ψυχιάτρου. Στη συνέχεια, παρουσιάστηκαν οι τρόποι και η ιδιότητα με την οποία μπορεί να βρεθεί ένας ψυχίατρος ενώπιον του δικαστηρίου ενώ τέθηκαν και ορισμένα δεοντολογικά ζητήματα του ψυχιατρικού λειτουργήματος. Στο δεύτερο μέρος, η ανάλυση περιστράφηκε γύρω από τον ψυχιατρικό νοσηλευτή. Αναζητήθηκε ο ρόλος του και υπό ποιο νομοθετικό καθεστώς ασκεί το νοσηλευτικό έργο καθώς και οι νομικές βάσεις της αστικής του ευθύνης. Τέλος, έγινε μια αναφορά και στη δεοντολογία του επαγγέλματος του νοσηλευτή ψυχιατρικής κλινικής.

Καταληκτικά, αξίζει να δοθεί περισσότερη έμφαση στα δικαιώματα των ψυχικά πασχόντων, όπως ήδη αναλύθηκαν στην εν λόγω μελέτη, και στην αδήριτη ανάγκη διαφύλαξης τους με κάθε τρόπο μέσω μιας ριζικής μεταρρύθμισης στην Ελλάδα. Η ανάγκη αυτή προέκυψε προς το τέλος της δεκαετίας του 1970 και αφορούσε αρχικά σποραδικές προσπάθειες λίγων ανθρώπων, βασισμένες στη δυναμική της ελληνικής κοινωνίας, που, εντούτοις, δεν στέφθηκαν από ιδιαίτερη επιτυχία. Ακολούθησε μια 20ετία στην οποία συντελέστηκε μια κεντρικά σχεδιασμένη μεταρρύθμιση, με έντονη της Ευρωπαϊκή παρέμβαση που οργανώθηκε με κέντρο τον κανονισμό 815/1984 της Ε.Ο.Κ. , ο οποίος προέβλεπε έκτακτη οικονομική ενίσχυση που αφορούσε τη μεταρρύθμιση του συστήματος ψυχιατρικής περίθαλψης σε όλη τη χώρα, και το πρόγραμμα «Ψυχαργός» της Ευρωπαϊκής Ένωσης, που αφορά «στην ανάπτυξη δομών και δράσεων σε όλη τη χώρα, με τις οποίες εξασφαλίζεται η παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας, που έχουν σκοπό την πρόληψη, τη διάγνωση, τη θεραπεία, την περίθαλψη, την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση, την κοινωνική επανένταξη καθώς και την ευαισθητοποίηση του γενικού πληθυσμού σε θέματα ψυχικής υγείας»²⁵⁹, και το οποίο θα βρίσκεται σε εξέλιξη μέχρι το 2020. Τα επιτεύγματα που σημειώθηκαν ήταν σημαντικά και συνοψίζονται στα ακόλουθα: δημιουργία

²⁵⁹<http://socialpolicy.gr/2013/09/%CF%80%CF%81%CF%8C%CE%B3%CF%81%CE%B1%CE%BC%CE%BC%CE%B1-%CF%88%CF%85%CF%87%CE%B1%CF%81%CE%B3%CF%89%CF%83.html>

ενός δικτύου νέων υπηρεσιών και ανανέωση των παλαιότερων, με συρρίκνωση των ψυχιατρικών νοσοκομείων και κτιριακή βελτίωση όσων απέμειναν με προσαρμογή στις σύγχρονες ανάγκες, δημιουργία ενός μικρού δικτύου υπηρεσιών ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, με προοπτικές εκπαίδευσης και εργασιακής ένταξης των ασθενών, εισαγωγή προγραμμάτων εκπαίδευσης των επαγγελματιών ψυχικής υγείας και προαγωγή της επαφής τους με αντίστοιχες ευρωπαϊκές ομάδες και επίτευξη προόδου αναφορικά με τα δικαιώματα των ψυχικά ασθενών μέσω διενέργειας ουσιαστικού διαλόγου γύρω από αυτά. Κύριος στόχος αυτής της μεταρρύθμισης είναι και πρέπει να εξακολουθήσει να είναι η συρρίκνωση των παραδοσιακών ψυχιατρείων, η «αποασυλοποίηση» και η μεταφορά του κύριου μέρους της ψυχιατρικής φροντίδας μέσα στην κοινωνία, η αλλαγή των νοοτροπιών των επαγγελματιών ψυχικής υγείας, η επένδυση της ευγενούς θεραπευτικής πρακτικής και η εξάλειψη της βίαιης αντιμετώπισης των ασθενών με βίαιες συμπεριφορές²⁶⁰. Ως απώτερος σκοπός θα πρέπει να τεθεί η πλήρης εξάλειψη του κοινωνικού στίγματος, αυτού του ανεξίτηλου σημαδιού που συνοδεύει τους ψυχικά νοσούντες και μετά την θεραπεία, και αποτελεί μια «δεύτερη ασθένεια», κοινωνική αυτή τη φορά, που καλούνται να αντιμετωπίσουν, ένα σκοτάδι από το οποίο δεν μπορούν να ξεφύγουν. Ο ψυχίατρος καλείται να πάρει τον ασθενή από το σκοτάδι της ψυχικής νόσου και να τον οδηγήσει στο φως.

²⁶⁰ Πλουμπίδης, Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα, Επιτεύγματα και προοπτικές, σε: Ψυχιατρική και Δίκαιο, τ.1, σελ. 255-262

13. ΝΟΜΟΛΟΓΙΑ

| |
|--|
| Βένιος κατά Ελλάδος (προσφυγή 33055/08) |
| Καραμανώφ κατά Ελλάδος (προσφυγή 46372/09) |
| Υ.Υ. κατά Τουρκίας (προσφυγή 14793/08) |
| A.P., Garçon και Nicot κατά Γαλλίας (προσφυγές 79885/12, 52471/13, 52596/13) |
| ΑΠΔΠΧ 48/2004 (ΤΝΠ ΙΣΟΚΡΑΤΗΣ) |
| ΑΠ 1321/1992 (ΑΡΜ 1993 (340)) |
| ΔΕφΠειρ 1048/1994 (ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ) |
| ΑΠ 504/1996 (ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ) |
| ΑΠ 1073/2001 (ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ) |
| ΑΠ 262/2002 (ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ) |
| ΑΠ 1111/2002 (ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ) |
| ΑΠ 1785/2002 (ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ) |
| ΣΤΕ 1634/2002 (ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ) |
| ΑΠ 561/2003 (ΝοΒ 2004,23) |
| ΜΠρΘεσ 20301/2003 (ΤΝΠ ΙΣΟΚΡΑΤΗΣ) |
| ΕφΘεσ 2547/2004 (ΤΝΠ ΙΣΟΚΡΑΤΗΣ) |
| ΕφΘεσ 2627/2004 (ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ) |
| ΕφΘεσ 2806/2004 (ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ) |
| ΑΠ 12/2005 (ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ) |
| ΕφΘεσ 469/2005 (ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ) |
| ΕφΘεσ 2384/2005 (ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ) |
| ΠΠρΑθ 1481/2006 (ΤΝΠ ΙΣΟΚΡΑΤΗΣ) |
| ΕφΠατρ 604/2007 (ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ) |
| ΑΠ 1227/2007 (ΤΝΠ ΙΣΟΚΡΑΤΗΣ) |
| ΑΠ 1357/2007 (ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ) |
| ΑΠ 2130/2007 (ΤΝΠ ΙΣΟΚΡΑΤΗΣ) |
| ΕφΑθ 4287/2005 (ΤΝΠ ΙΣΟΚΡΑΤΗΣ) |
| ΠΠρΘεσ 24582/2008 (ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ) |

| |
|------------------------------------|
| Εφαθ 306/2008 (ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ) |
| Εφαθ 1151/2008 (ΤΝΠ ΙΣΟΚΡΑΤΗΣ) |
| Εφαθ 4964/2008 (ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ) |
| ΕφΠατρ 20/2008 (ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ) |
| ΑΠ 48/2009 (ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ) |
| ΑΠ 1316/2009 (ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ) |
| Εφαθ 4588/2009 (ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ) |
| ΔΕφαθ 5/2009 (ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ) |
| ΠΠρΑθ 189/2010 (ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ) |
| ΕφΛαρ 73/2010 (ΤΝΠ ΙΣΟΚΡΑΤΗΣ) |
| ΠΠρΑθ 1174/2010 (ΤΝΠ ΙΣΟΚΡΑΤΗΣ) |
| ΑΠ 414/2010 (ΤΝΠ ΙΣΟΚΡΑΤΗΣ) |
| ΠΠρΑθ 1574/2010 (ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ) |
| ΠΠρΘεσ 24772/2010 (ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ) |
| ΜΠρΘεσσαλ 8572/2011 (ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ) |
| ΠΠρΑθ 689/2011 (ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ) |
| ΠΠρΑθ 4204/2011 (ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ) |
| ΠΠρΑθ 5486/2011 (ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ) |
| Εφαθ 4518/2011 (ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ) |
| ΑΠ 898/2011 (ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ) |
| ΑΠ 72/2012 (ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ) |
| ΑΠ 104/2012 (ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ) |
| ΑΠ 424/2012 (ΤΝΠ ΙΣΟΚΡΑΤΗΣ) |
| ΑΠ 726/2012 (ΤΝΠ ΙΣΟΚΡΑΤΗΣ) |
| ΜΠρΠειρ 2479/2012 (ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ) |
| ΕφΘεσσαλ 2075/2012 (ΤΝΠ ΙΣΟΚΡΑΤΗΣ) |
| ΑΠ 687/2013 (ΤΝΠ ΙΣΟΚΡΑΤΗΣ) |
| ΠΠρΑθ 5416/2013 (ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ) |
| ΜΠρΠειρ 191/2013 (ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ) |

| |
|-------------------------------------|
| ΜΠρΘεσσαλ 12514/2013 (ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ) |
| ΜΠρΑθ 1321/2014 (ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ) |
| ΠΠρΑθ 912/2014 (ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ) |
| ΕφΠειρ 116/2014 (ΤΝΠ ΙΣΟΚΡΑΤΗΣ) |
| ΑΠ 974/2014 (ΤΝΠ ΙΣΟΚΡΑΤΗΣ) |
| ΑΠ 1025/2014 (ΤΝΠ ΙΣΟΚΡΑΤΗΣ) |
| ΑΠ 2169/2014 (ΤΝΠ ΙΣΟΚΡΑΤΗΣ) |
| ΑΠ 150/2015 (ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ) |
| ΑΠ 427/2015 (ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ) |
| ΜΠρΑθ 2385/2015 (ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ) |
| ΠΠρΑθ 453/2015 (ΤΝΠ ΙΣΟΚΡΑΤΗΣ) |
| ΔΕφΑθ 506/2015 (ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ) |
| ΕφΑθ 1589/2015 (ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ) |
| ΕφΛαρ 8/2015 (ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ) |
| ΑΠ 158/2016 (ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ) |
| ΑΠ 893/2016 (ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ) |
| ΑΠ 450/2016 (ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ) |
| ΜΠρΠειρ 3177/2016 (ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ) |
| ΕφΑθ 1018/2016 (ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ) |
| ΜΠρΘεσσ 11595/2017 (ΤΝΠ ΙΣΟΚΡΑΤΗΣ) |
| ΕιρΑμαρουσ 67/2018 (ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ) |
| ΕιρΦλωριν 3/2018 (ΤΝΠ ΙΣΟΚΡΑΤΗΣ) |
| ΜΠρΚορίνθου 10/2018 (ΤΝΠ ΙΣΟΚΡΑΤΗΣ) |
| ΣΤΕ 15/2018 (ΤΝΠ ΙΣΟΚΡΑΤΗΣ) |

14. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ

Αγαλλοπούλου – Ζερβογιάννη Π., Η σημασία της συναίνεσης του τραυματισμένου σε χειρουργική επέμβαση κατά το αστικό δίκαιο, Αφιέρωμα στον Α. Λιτζερόπουλο, Εκδόσεις Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα, 1985

Αγαλλοπούλου-Ζερβογιάννη Π., Οι επιπτώσεις της ψυχικής διαταραχής του ενός συζύγου στην έγγαμη συμβίωση, σε Ψυχιατρική και Δίκαιο, τ.1, εκδόσεις Αντ. Σακκουλα, 2006, σ. 47-65

Αιτιολογική έκθεση του Κ.Ι.Δ. (ν. 3418/2005), ΚΝοΒ , 2005

Αλεβιζόπουλος Γ., Αξιολόγηση κατηγορουμένου να παραστεί σε δίκη, σε Ψυχιατρική και Δίκαιο, τ.1, εκδόσεις Αντ. Σακκουλα, 2006, σ.37-43

Ανδρουλιδάκη – Δημητριάδη Ι., Η υποχρέωση ενημέρωσης του ασθενούς, εκδόσεις Σάκκουλα, Αθήνα – Κομοτηνή, 1993

Βασιλοπούλου Ε., σε Κοτσαλή/Μενουδάκου: Γενικός Κανονισμός για την Προστασία των Προσωπικών Δεδομένων (GDPR), Νομική διάσταση και πρακτική εφαρμογή, 2018, εκδόσεις Νομική Βιβλιοθήκη

Βιδάλης Τ., σε Ιατρική Δεοντολογία, εκδόσεις Σάκκουλα Α.Ε., 2013

Βιδάλης Τ., Ο έλεγχος της ιατρικής πράξης από τον ασθενή: Προς τη διευρυμένη έννοια του ιατρικού σφάλματος, ΧρΙΔ 5/2010

Γεωργιάδης Α., ΕιδΕνοχΔ ΙΙ, εκδόσεις Π.Ν. Σάκκουλα/ Δίκαιο και Οικονομία, 2007

Γεωργιάδης, σε ΣΕΑΚ Γεωργιάδη, εκδόσεις Π.Ν. Σάκκουλα, 2010

Γεωργιάδης Α., Γενικό Ενοχικό Δίκαιο, 2η εκδ., εκδόσεις Π.Ν. Σάκκουλα, 2015

Γεωργιάδης Α., Οικογενειακό Δίκαιο, εκδόσεις Σάκκουλα Α.Ε., 2017

Δουζένης Α./ Λύκουρας Ε., Ψυχοιατροδικαστική, εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, 2008

Ζέπος Π., Η ευθύνη του ιατρού, ΝοΒ 21

Ιγγλεζάκης Ι., Ο Γενικός Κανονισμός Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων (Κανονισμός 2016/679), Το νέο νομικό πλαίσιο προστασίας προσωπικών δεδομένων, εκδόσεις Interactive Books, 2018

- Καιάφα – Γκμπάντι Μ., Κουνουγέρη – Μανωλεδάκη Ε., Συμεωνίδου – Καστανίδου Ε., «Ο νέος ΚΙΔ: Βασικές ρυθμίσεις, Νομική, Ιατρική και Κοινωνιολογική Προσέγγιση», Δημοσιεύματα ιατρικού δικαίου και βιοηθικής, Εκδόσεις Σάκκουλα, 2006
- Κανελλοπούλου - Μπότη, Ιατρική ευθύνη για μη ενημέρωση ή πλημμελή ενημέρωση του ασθενούς κατά το ελληνικό και το αγγλοσαξωνικό δίκαιο, εκδόσεις Αντ. Ν. Σάκκουλας, Αθήνα - Κομοτηνή, 1999
- Καράκωστας Ι., Το δίκαιο της προσωπικότητας, εκδόσεις Νομική Βιβλιοθήκη, 2012
- Καράκωστας Ι., Δίκαιο Προστασίας Καταναλωτή, Ν.2251/1994, εκδόσεις Νομική Βιβλιοθήκη, 2016
- Καράκωστας Ι., Ιατρική ευθύνη - Χαρακτηριστικά γνωρίσματα & νομική διάσταση κανόνων ιατρικής δεοντολογίας, εκδόσεις Νομική Βιβλιοθήκη, 2008
- Καράκωστας Ι., Η αστική ευθύνη του ιατρού στο κοινοτικό δίκαιο, Αρμ. 1994
- Καρύδης Β. / Φυτράκης Ε., Ποινικός εγκλεισμός και δικαιώματα. Η οπτική του Συνηγόρου του Πολίτη, εκδόσεις Νομική Βιβλιοθήκη, 2011
- Κορνηλάκης Π., Ειδικό Ενοχικό Ι, εκδόσεις Σάκκουλα Α.Ε., 2002
- Κορνηλάκης Π., Επίτομο Ειδικό Ενοχικό Δίκαιο, εκδόσεις Σάκκουλα Α.Ε., 2013
- Κοσμάτος Κ. , Η ακούσια νοσηλεία σε μονάδα ψυχικής υγείας, εκδόσεις Αντ. Ν. Σάκκουλας, 2002
- Κοτζάμπαση Α., Δικαιώματα των ψυχικά πασχόντων. Ηθική και δεοντολογική προσέγγιση, σε Ψυχιατρική και δίκαιο, εκδόσεις Αντ. Σάκκουλα ,2006, σ. 167-181
- Κοτσαλής Λ., Δικαστική Ψυχιατρική, εκδόσεις Νομική Βιβλιοθήκη, 2013
- Κότσιανος Σ., Ιατρική ευθύνη αστική και ποινική ,Θεσ/νικη 1977
- Κούκια Ε., Ψυχιατρική νοσηλευτική, νοσηλευτική ψυχικής υγείας, εκδόσεις Βήτα, 2015
- Κουκούλη- Σπηλιωτοπούλου Σ., σε ΑΚ Γεωργιάδη/ Σταθόπουλου, Εισαγ. Αρθ. 1505-1541 αρ. 130
- Κουκούλης Α., Η επιμέλεια του ανήλικου ασθενούς, ΕφΑΔ 2014, 996
- Κουμάντος Γ., Οικογενειακό Δίκαιο ΙΙ, εκδόσεις Σάκκουλα, 1989
- Κουνουγέρη – Μανωλεδάκη Ε., Οικογενειακό Δίκαιο, ΙΙ, εκδόσεις Σάκκουλα Α.Ε., 2016

Κουνουγέρη - Μανωλεδάκη Ε. Αναγνώριση ταυτότητας φύλου: Τα βασικά προαπαιτούμενα ενόψει και του Νομοσχεδίου της Νομοπαρασκευαστικής Επιτροπής του Υπουργείου Δικαιοσύνης, σε: Εταιρία Νομικών Βορείου Ελλάδος, Επετειακός Τόμος, 1η έκδ., 2017, σ. 343-358

Κουτσελίνης Α., Μιχαλοδημητράκης Μ., Ιατρική Ευθύνη, εκδόσεις Gutenberg, 1984

Κουτσοβράδης Α., Ιατρικό σφάλμα: Σκέψεις για ένα σημείο τομής Ιατρική και Νομικής, σε: τιμ.τ. Γ.Δ. Καλλιμοπούλου, 2010

Κουτσοβράδης Α., Ψυχιατρική και Δίκαιο, Συμπεράσματα από τη νομική σκοπιά, σε Ψυχιατρική και δίκαιο, εκδόσεις Αντ. Σάκκουλα ,2006, σ. 268-273

Κωνσταντινίδης Α., Ο ψυχίατρος-πραγματογνώμονας στην ποινική δίκη, σε Ψυχιατρική και δίκαιο, εκδόσεις Αντ. Σάκκουλα ,2006, σ. 125-142

Λαδογιάννης Γ., σε ΣΕΑΚ Γεωργιάδη, εκδόσεις Π.Ν. Σάκκουλα, 2010

Λασκαρίδης Εμμανουήλ Ι., Ερμηνεία Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας (Ν 3418/2005), Νομική Βιβλιοθήκη, 2013

Λασκαρίδης Ε., Η υποχρέωση τήρησης ιατρικού αρχείου, Digesta ,2005

Λειβαδίτης Μ., Ψυχιατρική και Δίκαιο, εκδόσεις Παπαζήση, 1994

Λειβαδίτης Μ., Ο ψυχίατρος-πραγματογνώμονας στην ποινική δίκη, σε Ψυχιατρική και δίκαιο, εκδόσεις Αντ. Σάκκουλα ,2006, σ. 143-150

Λέκκα Β., Ιστορία και θεωρία της ψυχιατρικής, εκδόσεις Futura ,2012

Μαλλιώρα Μ., σε: Δουζένη/ Λύκουρα, Ψυχοδικαστική, εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, 2008

Μαλλιώρα Μ., Ο πολυδιάστατος ρόλος του ψυχιάτρου και οι συνακόλουθες ευθύνες, σε Ψυχιατρική και δίκαιο, εκδόσεις Αντ. Σάκκουλα , 2006

Μαργαρίτης Μ. – Μαργαρίτη Α., Επιτομή Ερμηνεία Αστικού Κώδικα και ΕισΝΑΚ, εκδόσεις Π.Ν. Σάκκουλα, 2016

Μπιλανάκης Ν. , Ψυχιατρική περίθαλψη και ανθρώπινα δικαιώματα στην Ελλάδα, εκδόσεις Οδυσσέας, 2004

Μπουφίδης Σ., Ο ρόλος του ψυχιάτρου στην αναγνώριση της ταυτότητας του φύλου, σε: Όμιλος Μελέτης Ιατρικού Δικαίου και Βιοηθικής, Αναγνώριση ταυτότητας φύλου, 1η εκδ. 2017, σ.1, sakkoulas-online.gr

Μπρεδήμας Α., Η προστασία των ψυχικά ασθενών στο πλαίσιο της Ευρωπαϊκής Σύμβασης για τα Δικαιώματα του Ανθρώπου και άλλων ρυθμίσεων του Συμβουλίου της Ευρώπης, σε Ψυχιατρική και δίκαιο, εκδόσεις Αντ. Σάκκουλα, 2006, σελ. 223-237

Μυλωνόπουλος Χ., Ποινικό Δίκαιο, Γενικό Μέρος, εκδόσεις Π.Ν. Σάκκουλας, 2007

Νικολόπουλος Π. «Ζητήματα από την άρνηση του γιατρού για λόγους συνείδησης και από τη συναίνεση του ανηλίκου σε ιατρικές πράξεις κατά το νέο κώδικα ιατρικής δεοντολογίας», σε τιμ. Τόμο Μ. Σταθόπουλου, 2010

Νικολόπουλος Π., Η εφαρμογή του Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας (Ν. 3418/2005) από τη νομολογία, ΧρΙΔ 2018, Τεύχος 2

Οικονόμου Μ., Δικαιώματα των ψυχικά πασχόντων, Ηθική και δεοντολογική προσέγγιση, σε Ψυχιατρική και δίκαιο, εκδόσεις Αντ. Σάκκουλα, 2006, σ. 223-236

Ομπέση Φ., Η νομική φύση της ιατρικής ευθύνης στο αστικό δίκαιο. Επισημάνσεις συγκριτικού δικαίου, Αρμ. 1993

Παναγοπούλου-Κουτνατζή Φερενίκη, Ο Γενικός Κανονισμός για την Προστασία Δεδομένων 679/2016/ΕΕ, εκδόσεις Σάκκουλα, 2017

Πανάγου, Η παρουσίαση της αυτεπάγγελτης έρευνας του Συνηγόρου του Πολίτη για την ακούσια νοσηλεία, σε Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση στην Ελλάδα – Ανάγκες- Προτάσεις- Λύσεις, σε ΣτΠ (επιμ. Σακέλλης), 2009

Παντελίδου Κ., Γονείς «ακατάλληλοι δι' ανηλίκους». Ζητήματα από την κακή άσκηση της γονικής μέριμνας, ΧρΙΔ 2006

Παπαδόδημα- Σπηλιοπούλου Σ., Ο ιατρός απέναντι σε ενδεχόμενη ιατρική πράξη, Συνήγορος 2006

Παπαζήση Θ., Η έκθεση ψυχιατρικής πραγματογνωμοσύνης στην δικαστική συμπαράσταση, σε: σε Ψυχιατρική και δίκαιο, εκδόσεις Αντ. Σάκκουλα, 2006, σελ. 153-165

Παπαντωνίου Ν., Γενικές Αρχές, εκδόσεις Αντ. Σάκκουλα, 1983

Παπαρρηγοπούλου-Πεχλιβανίδη Π., Το θεσμικό πλαίσιο ίδρυσης και λειτουργίας μονάδων ψυχικής υγείας, σε Ψυχιατρική και δίκαιο, εκδόσεις Αντ. Σάκκουλα, 2006, σελ. 237-254

Παπαχρίστου Θ., Οικογενειακό Δίκαιο, εκδόσεις Π.Ν. Σάκκουλα /Δίκαιο και Οικονομία, 2014

Παπαχρίστου Θ./Παπαδοπούλου – Κλαμαρή Δ., Ιατρικό απόρρητο, ιατρικό αρχείο, προσωπικά δεδομένα υγείας, σε: Ο νέος Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας, Δημοσιεύματα Ιατρικού Δικαίου και Βιοηθικής, τ. 1, 2006

Παρασκευόπουλος Ν.- Κοσμάτος Κ., Ο αναγκαστικός εγκλεισμός του ψυχικά ασθενή σε ψυχιατρείο, Νομοθετική αντιμετώπιση, πρακτική εφαρμογή, εκδόσεις Αντ. Ν. Σάκκουλας, 1997

Πελλένη – Παπαγεωργίου Α., Ο Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας από νομική σκοπιά, ΝοΒ, 2007

Πελλένη – Παπαγεωργίου Α., Ιατρική Αστική Ευθύνη και Συναίνεση του Ασθενούς, εκδόσεις Αντ. Ν. Σάκκουλα Ε.Ε., 2016

Πελλένη – Παπαγεωργίου Α. , Η συναίνεση του δικαστικού συμπαραστάτη για τη διενέργεια ιατρικών πράξεων στον συμπαραστατούμενο, σε τιμητ. τ. Ν. Κλαμαρή, 2016

Πλουμπίδης Δ., Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα, Επιτεύγματα και προοπτικές, σε Ψυχιατρική και δίκαιο, εκδόσεις Αντ. Σάκκουλα ,2006, σ. 255-262

Πραγιάννη Ε., Συναίνεση Δικαιοπρακτικά Ανίκανου Ασθενούς σε Ιατρική Πράξη, εκδόσεις Αντ. Ν. Σάκκουλα Ε.Ε, 2014

Ραβδάς Π., σε Ιατρική Δεοντολογία, εκδόσεις Σάκκουλα Α.Ε., 2013

Ραγιά Α., Νοσηλευτική ψυχικής υγείας: Ψυχιατρική Νοσηλευτική, 2009

Σακελλαροπούλου Β., Η Ποινική Αντιμετώπιση του Ιατρικού Σφάλματος και η συναίνεση του ασθενούς στην ιατρική πράξη, Β' έκδοση., 2011, εκδόσεις Σάκκουλα

Σπυριδάκης Ι., Οικογενειακό Δίκαιο, εκδόσεις Αντ. Σάκκουλα, 2006

Σταθόπουλος Μ., Γενικό Ενοχικό Δίκαιο, εκδόσεις Σάκκουλα Α.Ε., 2004

Σταθόπουλος Μ., σε «Αστικός Κώδιξ – Κατ' άρθρον ερμηνεία- Ι ΓΕΝΙΚΑΙ ΑΡΧΑΙ», Γεωργιάδη - Σταθόπουλου, εκδόσεις Π.Ν. Σάκκουλα, 1979

Σταθόπουλος Μ., σε «ΑΣΤΙΚΟΣ ΚΩΔΙΚΑΣ, ΚΑΤ' ΑΡΘΡΟ ΕΡΜΗΝΕΙΑ», Τόμος Ιβ, Γενικές Αρχές, Γεωργιάδη – Σταθόπουλου, εκδόσεις Π.Ν. Σάκκουλα, 2016

Σταθόπουλος Μ., Επιτομή Γενικού Ενοχικού Δικαίου, εκδόσεις Σάκκουλα Α.Ε., 2012

Σταθοπούλος Μ., Χιωτέλλης Α., Αυγουστιανάκης Μ., Κοινοτικό Αστικό Δίκαιο Ι, Εκδόσεις Σάκκουλα, Αθήνα – Κομοτηνή, 1995

Σταθουλοπούλου Ε., Ο ψυχιατρικός εγκλεισμός ή η πρόκληση της διαφάνειας, σε Διαφάνεια και Καταπολέμηση της Διαφθοράς, Εργαστήριο Ποινικών και Εγκληματολογικών Ερευνών, τ. 26, 2012

Συλλογικό, Ακούσια νοσηλεία ψυχικά ασθενών. Ιατρικά και νομικά ζητήματα στην εφαρμογή του ν.2071/1992, εκδόσεις Βήτα, 2011

Συνήγορος του Πολίτη, Αυτεπάγγελτη έρευνα του στο για την ακούσια νοσηλεία ψυχικά ασθενών, Ειδική Έκθεση, 2007

Συνήγορος του Πολίτη, Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα, 2009

Τρανταλίδης Γ., Ιατρικό Σφάλμα: Η ευθύνη γυναικολόγου και μαιευτήρα, εκδόσεις Αντ. Σάκκουλα, 2012

Τσαλαπόρτας Α., Ιατρική αμέλεια και προβληματισμοί αναφορικά με την αντιμετώπιση της αστικής ιατρικής ευθύνης από τα πολιτικά δικαστήρια της Ελλάδος, σε: Ιατρική ευθύνη από αμέλεια (αστική - ποινική), εκδόσεις Νομική Βιβλιοθήκη, 2013

Φουντεδάκη Κ., Φυσικό πρόσωπο και προσωπικότητα, εκδόσεις Σάκκουλα Α.Ε., 2012

Φουντεδάκη Κ., Αστική Ιατρική Ευθύνη, εκδόσεις Σάκκουλα, Αθήνα - Θεσσαλονίκη, 2003

Φουντεδάκη Κ., Ανθρώπινη αναπαραγωγή και αστική ιατρική ευθύνη, εκδόσεις Σάκκουλα Α.Ε., 2007

Φουντεδάκη Κ., Το πρόβλημα του αιτιώδους συνδέσμου στην ιατρική ευθύνη, ΕλλΔνη 1994

Φουντεδάκη Κ., Η συναίνεση του ενημερωμένου ασθενούς, σύμφωνα με το νέο Κ.Ι.Δ., σε: Ο νέος Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας, Δημοσιεύματα Ιατρικού Δικαίου και Βιοηθικής, τ. 1, 2006

Φουντεδάκη Κ., Το Σχέδιο Νόμου της Νομοπαρασκευαστικής Επιτροπής του Υπουργείου Δικαιοσύνης για την αναγνώριση της ταυτότητας φύλου, σε: Εταιρία Νομικών Βορείου Ελλάδος, Επετειακός Τόμος, 1η έκδ., 2017, σ. 471-485, Sakkoulas-Online.gr

Φουντεδάκη Κ., Η αστική ευθύνη του ψυχιάτρου, σε Ψυχιατρική και δίκαιο, εκδόσεις Αντ. Σάκκουλα, 2006, σ. 183-196

Φράγκος Κ. Ιατρική ευθύνη, εκδόσεις Σάκκουλα, 2018

Φυτράκης Ε., Ψυχιατρική Περίθαλψη, ιατρικό σφάλμα και παράνομη κατακράτηση, ΠοινΔικ 2/2015, σελ. 168επ.

Φυτράκης Ε., Από τον επικίνδυνο στο μέσο συνετό άνθρωπο: Μυθολογία και εμπειρισμός στο (ποινικό) δίκαιο, σε τιμ. Τομ. Μανωλεδάκη Π, 2007, σελ. 685-708

Φυτράκης Ε., σε Βιδάλη/ Παπαχρίστου, Ιατρική Δεοντολογία, 2013, σ. 327

Χαραλαμπίδης Α., Ιατρική ευθύνη , εκδόσεις Π.Ν. Σάκκουλας, 2016

Ψαρούλης Δ. / Βούλτσος Π., Ιατρικό Δίκαιο, εκδόσεις University Studio Press, 2010

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ

Blanpain R., International Encyclopaedia of laws / Medical law., The Hague London Boston : Kluwer Law International

Dawidoff D., The malpractice of Psychiatrists, 1966, Duke Law Journal

Herring J., Medical Law and Ethics, 4η Έκδοση, Oxford New York : Oxford University Press, 2010

McHale J., Law and nursing, Oxford ; Boston : Butterworth-Heinemann , 1998 .

Morris A., Medical Law, Oxford University Press, 2009

Nath S./Marcus St., Ιατρικά σφάλματα στην ψυχιατρική, Harvard Review of Psychiatry 2006

Pozgar G., Legal and ethical issues for health professionals, Boston : Jones and Bartlett Publishers, 2005

Stauch M., Text, cases and materials on medical law, Abington : Routledge-Cavendish, 2006

ΙΣΤΟΤΟΠΟΙ

- <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/policy/european-mental-health-strategy>
- <https://www.cchr.org/about-us/mental-health-declaration-of-human-rights.html>
- <http://www.mentalhealthamerica.net/issues/mental-health-rights>
- https://en.wikipedia.org/wiki/Mental_Health_Systems_Act_of_1980
- <http://www.isathens.gr/syllogos/arxeio-drasewn-isa/7789-enimerwsi-nea-nomothesia-proswpikwn-dedomenwn.html#q6>
- <http://www.isathens.gr/syndikal/7825-synoptikes-odigies-symmorfosis-id-iatreiou-gdpr.html>

- <https://www.lawspot.gr/nomika-nea/iatroi-kai-gdpr-syhnes-erotiseis-kai-apantiseis-gia-ton-neo-kanonismo-prosopikon>
- <http://www.wpanet.org/>
- http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/
- <https://www.psych.gr/>
- https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-1-4684-4928-0_5
- <http://www.psychargos.gov.gr/>
- <http://socialpolicy.gr/2013/09/%CF%80%CF%81%CF%8C%CE%B3%CF%81%CE%B1%CE%BC%CE%BC%CE%B1-%CF%88%CF%85%CF%87%CE%B1%CF%81%CE%B3%CF%89%CF%83.html>
- <http://ddp.net.gr/wp-content/uploads/2013/04/CASE-OF-KOSMOPOULOU-v.-GREECE2-1.docx>
- <https://www.hellenicparliament.gr/UserFiles/2f026f42-950c-4efc-b950-340c4fb76a24/n-tatfyl-eis.pdf>
- http://psy-dikaiomata.gr/wp-content/uploads/2016/03/%CE%92%CE%B5%CE%BD%CE%B9%CE%BF%CF%82_%CE%BA%CE%B1%CF%84%CE%B1_%CE%B5%CE%BB%CE%BB%CE%B1%CE%B4%CE%B1%CF%82.pdf
- <https://www.synigoros.gr/resources/docs/206391.pdf>