



**ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΡΗΤΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«ΒΑΘΜΟΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΠΟ ΤΗΝ
ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΓΙΑ ΤΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΥΣ
ΚΑΙ ΑΠΟ ΤΗΝ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΤΟΥΣ ΣΤΗ ΛΗΨΗ
ΤΩΝ ΣΧΕΤΙΚΩΝ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΑΠΟΦΑΣΕΩΝ»**

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ : ΒΑΝΤΣΗΣ ΔΗΜΗΤΡΗΣ

**ΣΥΝΤΑΚΤΕΣ : ΚΟΝΙΔΑΡΗ ΑΡΙΣΤΕΑ
ΣΚΡΕΤΗ ΕΥΑΓΓΕΛΙΑ**

ΗΡΑΚΛΕΙΟ 2011

Ευχαριστίες

Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε θερμά όσους μας βοήθησαν και μας συμπαραστάθηκαν στην εκπόνηση αυτής της πτυχιακής εργασίας. Κατά αρχήν, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τον καθηγητή μας κ. Βάντση Δημήτρη, για την καθοδήγηση και τη συμβολή του στην εργασία. Επίσης θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τον κ. Χλιαουτάκη Ιωάννη που ανέλαβε ως εισηγητής.

Ακόμα, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τη Διοίκηση του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου που μας επέτρεψαν τη διενέργεια της έρευνας και τον κ. Λιονή Χρήστο για τις πολύτιμες συμβουλές του. Δεν θα μπορούσαμε επίσης να μην αναφερθούμε στους ασθενείς που χωρίς τη συνεργασία τους, δεν θα μπορούσε να εκπονηθεί αυτή η έρευνα.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	4
A. ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 : ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΕΝΗΜΕΡΩΜΕΝΗΣ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ	
1.1. Ιστορική αναδρομή.....	7
1.2. Το δικαίωμα της αυτονομίας.....	10
1.3. Το «συμφέρον» του ασθενούς	11
1.3.1. Οφέλη της πλήρης και επαρκούς ενημέρωσης	13
1.4. Επιθυμία για ενημέρωση.....	14
1.4.1. Προσεγγίσεις και μοντέλα στην επικοινωνία και λήψη αποφάσεων μεταξύ ιατρού και ασθενούς.....	15
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 : ΝΟΜΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ	
2.1. Δίκαιο της υγείας	18
2.2. Δικαιώματα του ασθενούς	19
2.3. Δικαίωμα ενημερωμένης συναίνεσης	20
2.4. Προϋποθέσεις έγκυρης συναίνεσης	21
2.4.1. Περιπτώσεις αδυναμίας λήψης έγκυρης συναίνεσης	26
2.4.2. Θεραπευτικό πρόνομιο.....	27
2.5. Πρόσωπα που έχουν υποχρέωση ενημέρωσης	28
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 : ΕΙΔΙΚΕΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ	
3.1. Αυτογνώμονες ιατρικές πράξεις	30
3.2. Υποχρέωση ενημέρωσης στη μαιευτική.....	31
3.3. Τεχνητή παράταση ζωής	31
3.4. Υποψήφιος δότης και λήπτης ιστών ή οργάνων για μεταμόσχευση.....	35
3.5. Ενημέρωση και συναίνεση ασθενούς για εξέταση ή με HIV-AIDS.....	36
3.6. Ενημέρωση του ασθενούς για τις ιδιότητες των φαρμάκων.....	37
3.7. Ενημέρωση για τη διεξαγωγή πειραμάτων.....	38
3.8. Εμβολιασμός	40
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 : ΠΛΑΙΣΙΟ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΩΝ	
4.1. Ιατρική Ευθύνη.....	42
4.2. Νομικό πλαίσιο προστασίας	43
4.2.1. Εθνικό Συμβούλιο Ιατρικής Ηθικής και Δεοντολογίας	43

4.2.1.2. Επιτροπές Ηθικής και Δεοντολογίας	44
4.2.2. Αυτοτελή Υπηρεσία Προστασίας Δικαιωμάτων Ασθενών	44
4.2.3. Επιτροπή Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ασθενών	45
4.2.4. Τριμελής Επιτροπή Προάσπισης των Δικαιωμάτων του Πολίτη	46
4.2.4.1. Γραφείο Επικοινωνίας με το πολίτη	46
4.2.5. Συνήγορος του Πολίτη	46
4.3. Κοινωνικός λειτουργός	48
4.3.1. Ρόλος κοινωνικού λειτουργού στο τομέα υγείας	49
4.3.1.1. Ρόλος κοινωνικού λειτουργού στο νοσοκομείο	50
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 : ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ	
5.1. Ποιότητα υπηρεσιών υγείας	53
5.1.1. Ποιότητα από την οπτική των ασθενών	56
5.2. Η διασφάλιση της ποιότητας της φροντίδας	57
5.2.1. Μέτρηση της ικανοποίησης του ασθενούς	58
5.2.2. Παράγοντες που επιδρούν στην ικανοποίηση του ασθενούς	60
5.3. Επικοινωνία ιατρονοσηλευτικού προσωπικού - ασθενούς και ικανοποίηση ασθενούς	61
Β. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 : ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ	
6.1. Εισαγωγή	64
6.2. Σκοπός έρευνας	64
6.2.1. Ερευνητικά ερωτήματα	65
6.3. Πληθυσμός μελέτης	64
6.4. Συλλογή και επεξεργασία δεδομένων	66
6.4.1. Περιγραφή εργαλείου έρευνας	67
6.4.2. Συμπλήρωση ερωτηματολογίων	68
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7 : ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ	
7.1. Ατομικά χαρακτηριστικά	69
7.2. Γενικές πληροφορίες	72
7.3. Ειδικές ερωτήσεις	74
7.4. Συσχετίσεις	80
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8 : ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	
8.1. Συμπεράσματα	82
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	88

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας έχει ιδιαίτερη σημασία, αφού οδηγεί σε υγειονομικά, οικονομικά και κοινωνικά οφέλη για τον ίδιο τον ασθενή, τους επαγγελματίες υγείας, τις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας, τα ασφαλιστικά ταμεία και το κοινωνικό σύνολο. Η έννοια της ικανοποίησης του ασθενούς έχει αναδειχθεί ως ένας από τους αξιόπιστους δείκτες για την αξιολόγηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Οι ασθενείς είναι οι τελικοί αποδέκτες, οι πλέον ενδιαφερόμενοι και αυτοί που άμεσα βιώνουν τις ιατρικές υπηρεσίες. Ο βαθμός ικανοποίησης του ασθενούς δεν προέρχεται όμως μόνο από τα αποτελέσματα της θεραπευτικής παρέμβασης αλλά και από το συνδυασμό της φύσης και του χαρακτήρα των διαδικασιών που εφαρμόζονται στα πλαίσια της συγκεκριμένης παρέμβασης. Συνεπώς η μέτρηση του βαθμού ικανοποίησης του ασθενούς από την ενημέρωση που λαμβάνει για τα προβλήματα υγείας του και από την συμμετοχή του στη λήψη αποφάσεων σχετικά με αυτά συμβάλλει στον εντοπισμό των αδύνατων σημείων και την βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η διερεύνηση του βαθμού ικανοποίησης των νοσοκομειακών ασθενών από την ενημέρωση που έχουν σε σχέση με τη διάγνωση, την πορεία της νόσου καθώς και το βαθμό ικανοποίησης που αντλεί ο ασθενής από τη συμμετοχή του στη λήψη των σχετικών ιατρικών αποφάσεων.

Μεθοδολογία. Για την μέτρηση του βαθμού ικανοποίησης χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο Europer, το οποίο συμπληρώθηκε από 200 νοσηλευθέντες ασθενείς κατά την περίοδο Απρίλιος 2010-Ιούνιος 2010. Η στατιστική επεξεργασία των δεδομένων έγινε με το πρόγραμμα Microsoft Office Excel. Για την περιγραφή της σχέσης μεταξύ των επιλεγμένων μεταβλητών εφαρμόστηκε το μέτρο συσχέτισης Pearson Product Moment Correlation.

Αποτελέσματα. Τα αποτελέσματα βασίζονται στην ανάλυση και ερμηνεία πληροφοριών που προέκυψαν από τη συλλογή ερωτηματολογίων. Στην παρούσα έρευνα τα αποτελέσματα έδειξαν ότι ένα μεγάλο ποσοστό ατόμων (82,5%) δήλωσαν αρκετά έως πολύ ικανοποιημένα με την ενημέρωση για τα συμπτώματα και την ασθένειά τους. Όμως ο βαθμός ικανοποίησης τους φαίνεται ότι μειώνεται για την ενημέρωση που λαμβάνουν σχετικά με το σκοπό των εξετάσεων και θεραπειών τους (72,5%). Χαμηλότερα ποσοστά ικανοποίησης παρατηρήθηκαν

σχετικά με την συμμετοχή-εμπλοκή τους στις ιατρικές αποφάσεις (55,5%). Το εκπαιδευτικό επίπεδο βρέθηκε να σχετίζεται στατιστικά με το βαθμό ικανοποίησης και συγκεκριμένα ο βαθμός ικανοποίησης μειώνεται όσο αυξάνεται το εκπαιδευτικό επίπεδο των ασθενών. Αξιοσημείωτο εύρημα στην παρούσα έρευνα είναι ότι μόνο δυο (1%) ασθενείς απάντησαν καταφατικά στο αν τους δόθηκε πληροφόρηση σχετικά με τα δικαιώματά τους από το προσωπικό.

Συμπεράσματα. Η έρευνα ανέδειξε αδυναμίες σε πτυχές σχετικά με την ικανοποίηση από την ενημέρωση που λαμβάνει ο νοσοκομειακός ασθενής. Οι επαγγελματίες υγείας, μπορούν να ωφεληθούν από τις έρευνες που προσδιορίζουν το βαθμό ικανοποίησής των ασθενών από την ενημέρωση και συμμετοχή τους διότι είναι δυνατόν μέσω της αξιολόγησής τους, να επιτευχθεί βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Νέες μελέτες αναμένεται ότι θα προσφέρουν πολύτιμα πρόσθετα στοιχεία σχετικά με την ικανοποίηση του ασθενούς και κατ' επέκταση στο επίπεδο ποιότητας περίθαλψης.

A. ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΕΝΗΜΕΡΩΜΕΝΗΣ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ

1.1. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Οι ρίζες της Ιατρικής Ηθικής¹ στο Δυτικό πολιτισμό μπορούν να ανιχνευθούν στην Ιπποκρατική Ιατρική. Στην Αρχαία Ελλάδα, η Ιατρική κατατασσόταν στις λεγόμενες «χειρωνακτικές» τέχνες. Κάθε τέχνη μεταδιδόταν με προφορική και πρακτική καθοδήγηση από τον πατέρα σε γιο και σε μαθητευόμενους του ευρύτερου συγγενικού κύκλου. Οργάνωση του ιατρικού επαγγέλματος σε συντεχνίες δεν υπήρχε. (Ανδρουλιδάκη–Δημητριάδη 1993). Κατά τον 4^ο π.Χ. αιώνα όμως, έχουμε τη μετάβαση της εξάσκησης του ιατρικού επαγγέλματος από την οικογένεια σε ευρύτερες επαγγελματικές ενώσεις συντεχνίες. «Έκφραση της συντεχνιακής οργάνωσης του επαγγέλματος αποτελεί ο όρκος του Ιπποκράτη» (Ανδρουλιδάκη–Δημητριάδη 1993:15). Ο Ιπποκράτης, θεμελιωτής της ορθολογικής Ιατρικής, προσπαθεί να απαλλάξει την ιατρική σκέψη από τις προλήψεις τις δεισιδαιμονίες και τις μαγικές θεραπείες και να τη στηρίξει στην παρατήρηση, στην εμπειρία και στη λογική του ανθρώπου.

Η πρώτη καταγραφή κανόνων Ιατρικής ηθικής είναι ο Όρκος του Ιπποκράτη που δινόταν δημόσια όταν ένα νέο μέλος γινόταν δεκτό στην Ιατρική συντεχνία. Όπως όμως αναφέρει η Ανδρουλιδάκη–Δημητριάδη (1993:15) «ο όρκος του Ιπποκράτη δεν απευθύνεται στον ασθενή αλλά σε υπόσχεση του γιατρού να χρησιμοποιεί τις γνώσεις του προς όφελος του ασθενή.» Ο Ιπποκράτης συμβουλεύει τους ιατρούς να μην αποκαλύπτουν στους ασθενείς θέματα που αφορούν την υγεία τους. Η μη υποχρέωση του γιατρού από τον Ιπποκράτη για ενημέρωση του ασθενή αποτελεί την έκφραση του πατερναλισμού των ιατρών έναντι των ασθενών. (Leino-Kipli και συν. 2000)

¹ Σύμφωνα με τον Αρβανιτάκη (2005) η λέξη «ηθική» προέρχεται από τα αρχαία ελληνικά και επέστρεψε στη σύγχρονη Ευρώπη με τον όρο «ethics» που σημαίνει κώδικας συμπεριφοράς. Όταν χρησιμοποιείται η λέξη «ηθική» οριοθετούνται συγκεκριμένα πρότυπα συμπεριφοράς που όμως διαφέρουν από εποχή σε εποχή και από κοινωνία σε κοινωνία. Δεν έχει σχέση με τη λατινική «morale».

Ο J. Katz (1984:28) χαρακτηρίζει την ιατρική παράδοση ως «μια ιστορία σιωπής» στην οποία η αποκάλυψη πληροφοριών και η συγκατάθεση του ασθενούς δεν συνιστούσαν υποχρεώσεις του ιατρού. Η αλλαγή αρχίζει να διαφαίνεται το 1803 όπου ο Thomas Percival αναφέρεται για πρώτη φορά στο θέμα της αποκάλυψης της αλήθειας στους ασθενείς. Ο T. Percival υποστηρίζει ότι «ο ιατρός έχει τη δυνατότητα να μην πληροφορήσει τον ασθενή, αν κρίνει ότι οι πληροφορίες θα τον βλάψουν» (Veatch 1997:187). Το έργο του Medical Ethics αποτέλεσε τη βάση για τους κώδικες δεοντολογίας των Αμερικάνικων και Βρετανικών Συλλόγων. Ο Αμερικάνικός Ιατρικός Σύλλογος ασπάστηκε αυτή τη θέση και στον «Κώδικα Ιατρικής Ηθικής» το 1847, «δεν περιλαμβάνει την υποχρέωση του ιατρού να ενημερώνει τον ασθενή, αλλά αφήνει στη κρίση του ιατρού αν θα το πράξει ή όχι ανάλογα με την εκάστοτε περίπτωση» (Baker και συν. 1999:126). Δηλαδή δίνεται η δυνατότητα στον ιατρό να αποφασίζει σύμφωνα με το τι θεωρεί ο ίδιος «καλό» για τον ασθενή.

Στη συνέχεια μετά το Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο, η δίκη της Νυρεμβέργης επέφερε χτύπημα στην εικόνα του γιατρού που φροντίζει πάντα για το «καλό» του ασθενή. Η ανάμειξη των γιατρών των SS σε πειράματα και βασανιστήρια με ανθρώπους οδήγησε στον Κώδικα της Νυρεμβέργης για την «εδραίωση της προστασίας των ασθενών και της αρχής ότι η αυτονομία του ασθενούς πρέπει να κυβερνά την σχέση ιατρού ασθενή» (Lee και Wu 2002:534).

Ο όρος «ενήμερη συγκατάθεση» εμφανίζεται το 1957 στη δίκη του Salgo vs. Lenard Stanford, Jr University Board of Trustees (Faden και Beauchamp 1986). Ο Martin Salgo μήνυσε τους γιατρούς για αμέλεια στην εκτέλεση των καθηκόντων τους και απόκρυψη των κινδύνων. Το Δικαστήριο έκρινε ότι «είναι καθήκον του ιατρού να αποκαλύπτει όλους τους πιθανούς κινδύνους και να δίνει όλες τις εναλλακτικές θεραπείες στον ασθενή» (Katz 1984:62). Το Δικαστήριο δήλωσε ότι «δεν είναι επαρκής η συγκατάθεση του ασθενή για να προβούν οι γιατροί σε ιατρικές πράξεις και ότι απαιτείται επαρκή αποκάλυψη των κινδύνων και επιπλοκών για να μπορεί ο ασθενής να αποφασίζει με αυτονομία» (Paolo και συν. 2010:182).

Μετά το 1970, στην Αμερική, αυξάνονται οι νομικές διεκδικήσεις ατόμων για κακή άσκηση ιατρικής πρακτικής και αμέλειας. Ο φόβος των ιατρών για μηνύσεις σχετικά με ζητήματα κακής άσκησης ιατρικής πρακτικής και αμέλειας περιορίζει την πατερναλιστική στάση τους. Οι απαιτήσεις για ενημερωμένη

συγκατάθεση ενισχύονται με τη εμπλοκή των ασφαλιστικών εταιρειών στο χώρο της υγείας (Clair και Allman 1993). Ο Αμερικανικός Ιατρικός Σύλλογος από το 1980 και ύστερα τονίζει τη σπουδαιότητα της συγκατάθεσης ως έκφρασης αυτονομίας και του δικαιώματος αυτοκαθορισμού του ασθενούς (Baker και συν. 1999).

Από τους αρχαίους Ελληνικούς καιρούς μέχρι και τα μέσα περίπου του 20^{ου} αιώνα, η σχέση του ιατρού με τον ασθενή ήταν πατερναλιστική. Η σχέση ιατρού ασθενή τις τελευταίες δεκαετίες αλλάζει μορφή και περνά από το πατερναλιστικό πρότυπο, κατά το οποίο ο ιατρός είναι κατά βάση υπεύθυνος να καθορίζει το συμφέρον του ασθενούς και να ενεργεί αναλόγως, σε ένα πρότυπο, εκείνο της συναίνεσης ύστερα από ενημέρωση κατά το οποίο ο ιατρός και ασθενής καλούνται να συμμετάσχουν από κοινού στη διαδικασία λήψης ιατρικών αποφάσεων.

Τα νέα χαρακτηριστικά της ιατρικής πράξης και των συνθηκών κάτω από τις οποίες αυτή ασκείται, χαρακτηριστικά που επηρεάζουν τις σχέσεις ιατρού-ασθενούς σύμφωνα με την έκθεση «Συναίνεση στη σχέση ιατρού ασθενούς» της Εθνικής Επιτροπής Βιοηθικής (2010α: 20-21), μπορούν να συνοψιστούν ως εξής :

- Η ιατρική χωρίζεται σε πλήθος ειδικοτήτων και κανείς ιατρός δεν είναι πλέον σε θέση να αντιμετωπίσει όλα τα προβλήματα υγείας που ενδέχεται να παρουσιάσει ένα πρόσωπο.
- Οι ιατροί διαφορετικών ειδικοτήτων στους οποίους θα απευθυνθεί κάποιος στη διάρκεια της ζωής του δεν συνεργάζονται απαραίτητα, με αποτέλεσμα ο ίδιος ο ασθενής να είναι ο μόνος που έχει την πλήρη εικόνα του ιατρικού ιστορικού του.
- Η ιατρική επιστήμη έχει προοδεύσει έτσι, ώστε να μην υπάρχει μία και μόνη ενδεδειγμένη θεραπεία για κάθε πάθηση.
- Ειδικότερα στη χώρα μας, το μορφωτικό επίπεδο τις τελευταίες δεκαετίες έχει ανέβει με αποτέλεσμα οι περισσότεροι ασθενείς να είναι σε θέση να κατανοήσουν τα ιατρικά δεδομένα της πάθησης τους και να αποζητούν λεπτομερή ενημέρωση. Επιπλέον το μη ειδικό κοινό έχει μεγαλύτερη, έστω και αποσπασματική, πρόσβαση σε ιατρικές πληροφορίες από διάφορες πηγές.
- Η εμπιστοσύνη του ασθενούς στα κίνητρα του ιατρού δεν είναι απόλυτη. Αυτό συμβαίνει, κυρίως επειδή είναι γνωστό ότι η άσκηση της ιατρικής

επιηρεάζεται σε κάποιες περιπτώσεις από ποικίλα συμφέροντα που δεν συμβαδίζουν με το συμφέρον του ασθενούς.

- Οι πολίτες έχουν μεγαλύτερες απαιτήσεις από το σύστημα υγείας ως προς την ποιότητα των υπηρεσιών του, όσον αφορά τόσο το ιατρικό αποτέλεσμα όσο και τις συνθήκες κάτω από τις οποίες δέχονται τις υπηρεσίες αυτές.
- Αναγνωρίζεται πλέον ότι ο τρόπος ζωής των ασθενών αλλά και οι θρησκευτικές ή άλλες φιλοσοφικές αντιλήψεις τους πρέπει να λαμβάνονται υπ' όψιν στον καθορισμό της θεραπείας τους. Το δικαίωμα της αυτονομίας και ο σεβασμός της αξιοπρέπειας γίνονται όλο και περισσότερο συνείδηση στο πλαίσιο της Ιατρικής.

Πλέον, είναι αναγνωρισμένο το νομικά δικαίωμα του ασθενή να έχει μια πλήρη ενημέρωση σχετικά με την κατάσταση της υγείας του, να γνωρίζει τις πιθανές εναλλακτικές θεραπείες και τις ενδεχόμενες παρενέργειες τους καθώς και να συναινεί ή να αρνείται την προτεινόμενη θεραπεία

1.2. ΤΟ ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΤΗΣ ΑΥΤΟΝΟΜΙΑΣ

Στην εποχή μας, τα δικαιώματα και οι υποχρεώσεις που απορρέουν από την σχέση γιατρού και ασθενούς διαμορφώνονται μέσα στα πλαίσια της έννομης τάξης. Η καταρτιζόμενη μεταξύ ιατρού και ασθενούς σύμβαση έχει ως αντικείμενο την αποκατάσταση της υγείας του ασθενούς και την αμοιβή του ιατρού αλλά όπως χαρακτηριστικά αναφέρει η Σακελλαροπούλου (2007) μέσω εμπιστοσύνης, περίθαλψης και ενδιαφέροντος για τη σωματική και ψυχική υγεία του ασθενούς. Η σύμβαση ιατρικής αγωγής δεν είναι μια συνήθης σύμβαση, διαφέρει γιατί έχει ως αντικείμενο την υγεία ή και τη ζωή του ανθρώπου. «Η επαφή του γιατρού με τον ασθενή και γενικότερα οποιαδήποτε ιατρική πράξη σημαίνει επέμβαση του γιατρού σε αγαθά της προσωπικότητας και ιδιαίτερα στη σωματική του ακεραιότητα» (Ανδρουλιδάκη - Δημητριάδη 1993:98),

«Ο γιατρός ενεργώντας ιατρικές πράξεις χωρίς συγκατάθεση του ασθενούς θίγει το δικαίωμα αυτοδιάθεσης και αυτονομίας του ασθενούς» (Φουντεδάκη 2003: 201). Βασικό στοιχείο νομιμοποίησης της ιατρικής πράξης είναι η συναίνεση του ασθενούς (Βούλτσος και Χατζητόλιος 2008, Φουντεδάκη 2003, Κουτσελίνης και Μιχαλοδημητράκης 1984). Χωρίς τη συναίνεση του ο ασθενής

στερείται του δικαιώματός του να γνωρίζει και να αποφασίζει ο ίδιος για την θεραπεία του. Η στέρηση αυτού του δικαιώματος δημιουργεί διάφορα ηθικά αλλά και νομικά προβλήματα.

Η συναίνεση του ασθενούς όμως, ως προϋπόθεση διενέργειας μιας ιατρικής πράξης, πηγάζει από την υποχρέωση σαφούς και πλήρους ενημέρωσης του ασθενούς. Έγκυρη συναίνεση δεν μπορεί να υπάρξει χωρίς την προηγούμενη ενημέρωση του ασθενούς για την διάγνωση, τη θεραπεία και την εξέλιξη της ασθένειας του (Σακελλαροπούλου 2007). «Minimum και maximum ενημέρωσης μπορεί να συμφωνηθεί μεταξύ ιατρού και ασθενούς μέσα στα πλαίσια των κανόνων της ιατρικής δεοντολογίας και της ανεκτής από το Δίκαιο παραίτησης από δικαίωμα της προσωπικότητας» (Ανδρουλιδάκη - Δημητριάδη 1993:133).

Ο Schneider (1988) επισημαίνει δυο μοντέλα σχετικά με την αντίληψη για την αυτονομία των ατόμων, τη προαιρετική αυτονομία (optional) και την υποχρεωτική (mandatory). Το μοντέλο της προαιρετικής αυτονομίας δέχεται ότι τα άτομα μπορεί να μην επιθυμούν για διάφορους λόγους να εξασκήσουν την αυτονομία τους ενώ το μοντέλο της υποχρεωτικής αυτονομίας θεωρεί, «ηθικώς απαράδεκτο για τους ασθενείς να αποκηρύσσουν το δικαίωμα επιλογής τους στα ιατρικά ζητήματα» (Schneider 1988:10). Η ενημέρωση του ασθενούς είναι καθήκον του ιατρού και δικαίωμα του ασθενούς. Αν ο ασθενής θέλει, μπορεί να μην ασκήσει αυτό το δικαίωμα, όμως όπως αναφέρει η Ανδρουλιδάκη-Δημητριάδη (1993:296): «η πρωτοβουλία της παραίτησης από το δικαίωμα ανήκει αποκλειστικά στον ασθενή»

1.3. ΤΟ «ΣΥΜΦΕΡΟΝ» ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Από τα πρώτα χρόνια ύπαρξης της ιατρικής και για πολλούς αιώνες, η άσκησή της βασίστηκε στο πατερναλιστικό πρότυπο. Η Γραφάκου (2008: 143) επισημαίνει ότι «ο γιατρός ήταν υπόχρεος καθήκοντος του ασθενή αλλά αποκλειστικός λήπτης των αποφάσεων». Σύμφωνα με το πατερναλιστικό πρότυπο, «ο γιατρός είναι εκείνος που παίρνει τις αποφάσεις για λογαριασμό του αρρώστου του, αφού είναι ο μόνος που γνωρίζει τι είναι καλό και τι κακό γι' αυτόν» (Lo 2009: 34).

Τα τελευταία χρόνια όμως οι κοινωνικοοικονομικές αλλαγές, οι ραγδαίες εξελίξεις, στο χώρο της ιατρικής και της τεχνολογίας, η διεκδίκηση των ατομικών

δικαιωμάτων και της αυτονομίας των πολιτών στις σύγχρονες κοινωνίες και η προώθηση από επισήμους διεθνείς οργανισμούς της ιδέας των ανθρωπίνων δικαιωμάτων έφεραν στο προσκήνιο το δικαίωμα αυτοδιάθεσης του ασθενή. Οι εξελίξεις αυτές οδήγησαν στην αμφισβήτηση της δυνατότητας του ιατρού να αποκρύπτει την αλήθεια από τον ασθενή και να αποφασίζει ο ίδιος ο ασθενής για το ποιο είναι το συμφέρον του (E.O.K.E. 2007).

Το «συμφέρον» του ασθενή είναι ένα ζητούμενο που εξαρτάται από ένα πλήθος παραγόντων και αξιών. «Στις αποφάσεις που αφορούν τον ασθενή δεν εμπλέκεται μόνο το «ιατρικό καλό» του ασθενούς, αλλά ένα ευρύτερο «καλό» που περιλαμβάνει προσωπικές αξίες και ενδιαφέροντα του ασθενούς, καθώς και υποχρεώσεις του έναντι άλλων προσώπων» (Μαρκεζίνη 2002: 68).

Ακόμη και το «ιατρικό καλό» δεν μπορεί να θεωρηθεί ως αντικειμενικό. Ο Veatch (2006) (στο Kushe και Singer 2006:527) υποστηρίζει ότι το ιατρικό καλό του ασθενή απαρτίζεται σε πολλές περιπτώσεις από ποικίλους παράγοντες που πρέπει να συνεκτιμηθούν όπως «η απαλλαγή από το πόνο, διατήρηση της ζωής, η θεραπεία της ασθένειας». Η Μαρκεζίνη (2002) αναφέρει περιπτώσεις, όπως της νεφρικής ανεπάρκειας, στις οποίες τίθεται ζήτημα επιλογής ανάμεσα σε εναλλακτικές μορφές θεραπείας (συντηρητικές-αιμοκάθαρση ή επιθετικές-μεταμόσχευση) και διαφορετικές επιπλοκές-κινδύνους (χαμηλός ή υψηλός κίνδυνος θνησιμότητας). Από το παραπάνω διαφαίνεται ότι το ιατρικό καλό του ασθενούς δεν είναι προφανές και δεδομένο.

Όπως προαναφέρθηκε, στο συμφέρον του ασθενή εμπλέκονται και προσωπικές αξίες, ενδιαφέροντα και υποχρεώσεις έναντι άλλων προσώπων, στοιχεία που είναι υποκειμενικά και αντανακλούν προσωπικές εκτιμήσεις. Επίσης στοιχείο που έχει άμεση σύνδεση στις ιατρικές αποφάσεις είναι και «η έννοια ποιότητα ζωής, που αποτελεί μια εντελώς εξατομικευμένη έννοια» (Παπαγιάννης 2003: 35). Για κάποιον άνθρωπο μπορεί να είναι σημαντικό η διατήρηση της κινητικότητας ενώ για κάποιον άλλο να βαρύνει περισσότερο η εξωτερική εμφάνιση (τριχόπτωση από χημειοθεραπεία). Με βάση τα παραπάνω, δεν θα μπορούσαμε να ισχυρισθούμε ότι υπάρχει ένα βέβαιο αντικειμενικό καλό που το γνωρίζει ο ιατρός και μόνο αυτός.

Σύμφωνα με την αρχή της «συναίνεσης ύστερα από ενημέρωση» (Ν. 2071/1992 άρθρ.47), η απόφαση του ασθενούς ή των οικείων του προϋποθέτει την προηγούμενη κατάλληλη ενημέρωση από τον θεράποντα ιατρό. Ο τελευταίος έχει

τη νομική και ηθική ευθύνη αυτής της ενημέρωσης. Σκοπός της ενημέρωσης είναι η δυνατότητα όχι μόνο των ιατρικών, αλλά και κοινωνικών και οικονομικών παραγόντων από τον ασθενή πριν αποφασίσει σχετικά. Η ευθύνη του γιατρού επικεντρώνεται αποκλειστικά στην ενημέρωση και τη στήριξη του ασθενούς (ή των οικείων του), ούτως ώστε να λάβουν αποφάσεις σύμφωνες προς το συμφέρον του πάσχοντος με τον καλύτερο δυνατό τρόπο. Ο ιατρός νομιμοποιείται να συμβουλέψει τον ασθενή αλλά ο ασθενής μπορεί να αποφασίσει ο ίδιος για τον εαυτό του σύμφωνα με τις προσωπικές αντιλήψεις και στόχους.

1.3.1. Οφέλη της πλήρης και επαρκής ενημέρωσης

Εκτός από νομικά επιβεβλημένη, η ενημέρωση έχει ερευνηθεί ως μέσο βελτίωσης τήρησης των ιατρονοσηλευτικών οδηγιών σχετικά με την θεραπευτική αγωγή όπως και ως μέσο άμβλυνσης του φόβου και μείωσης του επιπέδου άγχους. Όταν οι ασθενείς δεν ακολουθούν πιστά τη θεραπευτική αγωγή, είναι πιθανό να υπάρξουν διάφορες αρνητικές συνέπειες όπως επιδείνωση της ασθένειας, εσφαλμένη διάγνωση, ακατάλληλη αλλαγή της θεραπευτικής αγωγής λόγω της θεωρούμενης «αναποτελεσματικότητας» της και δαπάνη περισσότερου χρόνου και χρημάτων (Dimatteo και Martin 2006). Η πλήρης και επαρκής ενημέρωση μπορεί να βελτιώσει κατά πολύ την τήρηση των ιατρονοσηλευτικών οδηγιών σχετικά με την θεραπευτική αγωγή και ως εκ τούτου το επιδιωκόμενο θεραπευτικό αποτέλεσμα (Piasecki 2008).

Το ζήτημα της ενημέρωσης των ασθενών είναι ακόμη πιο σημαντικό υπό το πρίσμα ερευνών που δείχνουν την συσχέτιση της ενημέρωσης με τα επίπεδα άγχους του ασθενούς. Έρευνες για την επίδραση της ενημέρωσης στα επίπεδα άγχους του ασθενούς έδειξαν ότι η πλήρης και επαρκής ενημέρωση μπορεί να έχει ευεργετικά αποτελέσματα. Οι ασθενείς θέλουν πλήρη και επαρκή ενημέρωση γιατί αυτό τους βοηθάει να διαχειριστούν αποτελεσματικότερα το άγχος τους (Sanwall και συν. 1996). Σε έρευνα μάλιστα των Ghulam και συν. (2006) φάνηκε ότι η πλειονότητα των ασθενών, ένιωσε καθησυχασμένη μετά την ενημέρωση.

Στην Ελλάδα σε έρευνα των Γκόλια και συν. (2002) για την εκτίμηση του προεγχειρητικού άγχους και κατάθλιψης τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η επίγνωση της ασθένειας και η επαρκής προεγχειρητική ενημέρωση μειώνει το επίπεδο άγχους. Επίσης ερευνητές (Στεργιοπούλου και Βλάχος 2010) κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η εφαρμογή μιας ολοκληρωμένης ενημερωτικής συνεδρίας πριν

από χειρουργική επέμβαση συμβάλλει στη μείωση του προεγχειρητικού άγχους των ασθενών και βελτιώνει τη μετεγχειρητική ανάρρωσή τους.

Στην έρευνα των Dawes και Davison (1994) η ενημέρωση των ασθενών φάνηκε να μην επηρεάζει το βαθμό κατάθλιψης των ασθενών. Οι Dawes και Davison (1994: 152) επισημαίνουν ότι «το γεγονός ότι κάποιος μπορεί να έχει άγχος δεν σημαίνει ότι δεν θέλει να ενημερωθεί.»

Η θετική αποτίμηση των συνεπειών της ενημέρωσης μπορεί να αντικρούσει την στάση γιατρών που προτάσσουντας ότι «το «καλύτερο» για τον ασθενή, είναι η απόκρυψη πληροφοριών» (Yousuf και συν. 2007: 559).

1.4.ΕΠΙΘΥΜΙΑ ΓΙΑ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ

Οι περισσότεροι ασθενείς επιθυμούν να έχουν πλήρη ενημέρωση για τα προβλήματα υγείας τους (Guadagnoli και συν. 1998, Ziegler και συν. 2001). Ο Al-Amri (2009) σε έρευνα που πραγματοποίησε σε 114 ασθενείς που δεν τους είχε όμως ανακοινωθεί η ιατρική διάγνωση, βρήκε ότι οι περισσότεροι ασθενείς θα ήθελαν να ενημερωθούν λεπτομερέστερα για τη νόσο, τις θεραπείες και την πρόγνωση.

Ενώ, γενικά, έχει παρατηρηθεί ότι οι περισσότεροι ασθενείς που έχουν λάβει επαρκή ενημέρωση για τα προβλήματα υγείας τους νιώθουν καθησυχασμένοι και το άγχος τους μειώνεται, υπάρχουν όμως και ασθενείς που δεν επιθυμούν όμως να λαμβάνουν επαρκή πληροφόρηση (Grant 1996).

Οι έρευνες για τους παράγοντες που επιδρούν στην επιθυμία για ενημέρωση προσανατολίζονται τόσο σε χαρακτηριστικά του ασθενή όσο και του ιατρού και βασικά στην επικοινωνία ιατρού ασθενή. Έρευνες έχουν δείξει ότι η επιθυμία για ενημέρωση σχετίζεται με δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά του ασθενή όπως το φύλο και η ηλικία το εκπαιδευτικό επίπεδο (Ziegler και συν. 2001, Stiggelbout και συν. 1997) όπως και το είδος και η σοβαρότητα της νόσου (GAEA 2009). Οι γυναίκες, οι ηλικιωμένοι, τα άτομα χαμηλού εκπαιδευτικού επιπέδου και αυτά με σοβαρή νόσο φαίνεται ότι επιθυμούν λιγότερη ενημέρωση και εμπλοκή με τις αποφάσεις που αφορούν στα προβλήματα υγείας τους. Εύλογα προκύπτουν ερωτήματα σχετικά με το αν η έλλειψη άσκησης των δικαιωμάτων των παραπάνω πληθυσμιακών ομάδων, που

βρίσκονται σε μειονεκτική θέση στην κοινωνία μας, σχετίζεται με την κοινωνική θέση και όχι απλά με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά.

Σημαντικό ρόλο επίσης παίζει η στάση που υιοθετεί ο ιατρός και οι επικοινωνιακές δεξιότητες του (Kaplan και συν. 1996). Οι ιατροί προτιμούν να υιοθετήσουν πατερναλιστική στάση απέναντι στους ασθενείς τους και αποφεύγουν να αποκαλύπτουν πληροφορίες στις γυναίκες, στους ηλικιωμένους, στους αναλφάβητους και στους ασθενείς με σοβαρές νόσους θεωρώντας ότι είναι το καλύτερο για τον ασθενή (Yousuf και συν. 2007). Αποτελέσματα έρευνας (Stalmeier και συν. 2007) έδειξαν ότι οι ιατροί αδυνατούν να προβλέψουν το αν οι ασθενείς τους θέλουν να ενημερωθούν και να αποφασίσουν οι ίδιοι για την θεραπευτική τους αγωγή. Ο Waitzkin (1985) αναλύοντας 336 μαγνητοφωνημένες συναντήσεις ιατρών ασθενών κατέληξε στο συμπέρασμα ότι «οι ιατροί αφιερώνουν λίγο χρόνο στην ενημέρωση των ασθενών τους, υπερεκτιμούσαν το χρόνο που είχαν πράγματι αφιερώσει και υποτιμούσαν την επιθυμία των ασθενών για ενημέρωση» (Waitzkin 1985: 81).

Η Piasecki (2008) επισημαίνει ότι οι ιατροί υιοθετούν στάσεις που δεν ενθαρρύνουν την επιθυμία του ασθενή για πληροφόρηση και εμπλοκή στις αποφάσεις που αφορούν στα προβλήματα υγείας τους, πιθανόν λόγω του φόβου συναισθηματικής εμπλοκής τους, του φόβου ότι θα δαπανήσουν πολύ χρόνο αλλά κυρίως η έλλειψη εκπαίδευσης πάνω στις τεχνικές επικοινωνίας.

1.4.1. Προσεγγίσεις και μοντέλα στην επικοινωνία και λήψη αποφάσεων μεταξύ ιατρού και ασθενούς

Υπάρχουν διάφορες προσεγγίσεις και μοντέλα στην επικοινωνία και λήψη αποφάσεων μεταξύ ιατρού και ασθενή. Οι Charles και συν. (2002) (Παπαγιάννης 2003) περιγράφουν τις προσεγγίσεις που υιοθετούν οι ιατροί. Αυτές είναι :

α) Οι γιατροί που υιοθετούν την πατερναλιστική προσέγγιση και γενικά δεν ενδιαφέρονται να συζητήσουν με τους ασθενείς. Μπορούν να πάρουν μια απόφαση που θεωρούν ότι είναι καλύτερη για τον ασθενή, χωρίς να διερευνήσουν τις απόψεις του ασθενούς.

β) Στην ενημερωμένη προσέγγιση όπου οι ασθενείς έχουν ένα πιο ενεργό ρόλο στον καθορισμό του προβλήματος και στον προσδιορισμό της κατάλληλης θεραπείας. Ο ρόλος του γιατρού περιορίζεται (στην ακραία μορφή) στο να παρέχει

ερευνητικά δεδομένα στον ασθενή για τα οφέλη και τους κινδύνους της θεραπείας ώστε ο ασθενής να καταλήξει σε μια ενημερωμένη απόφαση.

γ) Στην «από κοινού» προσέγγιση ο ιατρός επιδιώκει να δημιουργήσει μια αμφίδρομη σχέση με τον ασθενή, ώστε οι αποφάσεις για τα θέματα υγείας του να είναι σύμφωνες με τις προτιμήσεις και τις αξίες του τελευταίου.

Από την άλλη, ο Tate (2003) έχει παρουσιάσει μια κατηγοριοποίηση ατόμων που σχετίζεται με τις πεποιθήσεις και συμπεριφορές των ατόμων σχετικά με θέματα υγείας, που ονομάζει κέντρο ελέγχου (locus of control) και είναι:

α) Εσωτερικός έλεγχος (Internal controller). Υπάρχουν εκείνοι που πιστεύουν ότι η υγεία τους είναι αποτέλεσμα των πράξεων τους. Οι άνθρωποι αυτοί θέλουν να γνωρίζουν πληροφορίες για το τι ακριβώς τους συμβαίνει και να συμμετέχουν σε κάθε απόφαση σχετικά με την υγεία τους.

β) Εξωτερικός Έλεγχος (Extrenal controller). Ο ακριβώς αντίθετος τύπος είναι οι άνθρωποι που πιστεύουν μοιρολατρικά ότι δεν έχουν καμία εξουσία πάνω στην υγεία τους. Γενικά δεν επιδέχονται διαλογική συζήτηση σε θέματα υγείας.

γ) Δυνατός Άλλος (powerful other). Ο τρίτος τύπος πιστεύει ότι ο γιατρός είναι ο κύριος της υγείας τους. Αποθέτουν όλη την ευθύνη στο ιατρό και θέλουν σαφείς και αυταρχικές οδηγίες.

Ο Tate (2003: 9) υποστηρίζει ότι το κέντρο ελέγχου του κάθε ατόμου είναι ευμετάβλητο, «είναι μια τάση των ατόμων και όχι ένα σταθερό χαρακτηριστικό της προσωπικότητας τους.» Ο ιατρός όμως, με διαφορετικές επικοινωνιακές στρατηγικές ανάλογα τον τύπο του ατόμου, μπορεί να επιδράσει στο κέντρο ελέγχου και να επηρεάσει τις πεποιθήσεις τους και κατ' επέκταση την στάση τους σχετικά με ζητήματα υγείας.

Από την πλευρά των ασθενών (Fraenkel και McGraw 2007) εντοπίζονται πέντε στοιχεία που είναι βασικά, στις προσεγγίσεις των ιατρών, για να έχουν οι ασθενείς πιο ενεργό ρόλο στα ιατρικά θέματα που τους αφορούν τα οποία είναι :

α) η επαρκής πληροφόρηση β) ενθάρρυνση για συμμετοχή γ) αναγνώριση των δικαιωμάτων τους δ) δυνατότητα επιλογής ε) χρόνος.

Ο ιατρός τροποποιώντας την προσέγγιση του στον κάθε ασθενή ανάλογα με τις περιστάσεις και την προσωπικότητα του μπορεί να εμπλέξει τον ασθενή στα ιατρικά θέματα που τον αφορούν.

Η Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής (2010α:31) επισημαίνει ότι «το νέο μοντέλο σχέσης ιατρού ασθενή προϋποθέτει και την ενεργό συμμετοχή του ασθενούς. Για

να μπορέσει ο ασθενής να ανταποκριθεί χρειάζεται και εκείνος κατάλληλη παιδεία. Επομένως το ζήτημα της ευαισθητοποίησης και παιδείας δεν αφορά μόνο τους ιατρούς αλλά σε ολόκληρο το κοινωνικό σύνολο.»

Η γνώση των δικαιωμάτων των ασθενών από τους ίδιους συντελεί στην προστασία τους. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (WHO), οργάνωσε μια «Διεθνή Συμμαχία Εξάλειψης Ιατρικών Λαθών». Μέσα στο 2002 ξεκίνησε, υπό την αιγίδα του, η ενημερωτική καμπάνια της Ενιαίας Επιτροπής Πιστοποίησης Φορέων Φροντίδας Υγείας (JCAHO), στις ΗΠΑ, με τίτλο “Speak Up”, που αφυπνίζει τον ασθενή, παρακινώντας τον:

α) Να μην διστάζει να ρωτά για την ασθένειά του, για να λύσει τις απορίες του και να εξαλείψει τους δισταγμούς του.

β) Να δίνει μεγάλη προσοχή στη θεραπεία του. Να βεβαιώνεται ότι λαμβάνει την κατάλληλη θεραπευτική και φαρμακευτική αγωγή από τους κατάλληλους επαγγελματίες υγείας.

γ) Να ενημερώνεται για τη διάγνωση, τις ιατρικές μεθόδους στις οποίες υποβάλλεται, καθώς και το πλάνο θεραπείας του.

δ) Να ζητά από κάποιον οικείο του (άτομο της οικογένειάς του, ή στενό φίλο του) να είναι ο «συνήγορός» του, κατά τη διάρκεια της θεραπείας του. Ο «συνήγορος» θα μπορεί να ρωτήσει πράγματα που ο ασθενής, υπό την επήρεια του άγχους δεν θα μπορούσε να σκεφτεί, θα τον βοηθήσει στη διαδικασία, θα ελέγξει εάν η θεραπεία του προχωρά όπως είχε σχεδιαστεί .

ε) Να γνωρίζει ποια ακριβώς φαρμακευτική αγωγή λαμβάνει και για ποιο σκοπό, αφού, η εσφαλμένη φαρμακευτική αγωγή είναι από τα πιο συχνά λάθη στην ιατρική φροντίδα.

στ) Να χρησιμοποιεί κατά το δυνατόν αναγνωρισμένα και διαπιστευμένα νοσηλευτικά ιδρύματα, με υψηλές προδιαγραφές ως προς τη λειτουργία τους.

ζ) Να συμμετέχει σε όλες τις αποφάσεις που αφορούν τη θεραπεία του» (The Joint Commission 2002).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΝΟΜΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

2.1. ΔΙΚΑΙΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Η υγεία είναι ένα ανεκτίμητης αξίας αγαθό. Χάρης στη διαρκή πρόοδο της σύγχρονης ιατρικής τεχνολογίας, οι δυνατότητες παρεμβάσεων στο θεμελιωδέστερο έννομο αγαθό έχουν προχωρήσει, σε βαθμό που δεν μπορούσε κανείς να διανοηθεί έως πριν από λίγα χρόνια. Το Δίκαιο παράγει εκ των υστέρων, μέσω των νομοθετικών ρυθμίσεών του, κανόνες απέναντι στις ραγδαίες εξελίξεις των θετικών επιστημών, με σκοπό την προστασία της υγείας του ατόμου.

Το Δίκαιο και η Ιατρική είναι δυο ξεχωριστοί επιστημονικοί χώροι και σύμφωνα με την Ανδρουλιδάκη Δημητριάδη (1993) υπάρχει αντίθεση μεταξύ τους. Η βασική αιτία αντίθεσης οφείλεται στη διαφορετική αντίληψη περί της ανθρώπινης υπόστασης που έχουν ως πρότυπο η Ιατρική και το Δίκαιο. «Η Ιατρική αντιμετωπίζει τον άνθρωπο ως αδύναμο και άρρωστο όν που έχει ανάγκη από βοήθεια, αλλά συχνά και ως αντικείμενο πειραματισμών ...Αντίθετα το Δίκαιο, για να διαμορφώσει τους κανόνες του έχει ως πρότυπο την αυτονομία της βούλησης του ανθρώπου» (Ανδρουλιδάκη Δημητριάδη 1993:14).

Για αυτό οι νομοθετικές ρυθμίσεις του Δικαίου της Υγείας, όπως αναφέρει ο Τσαντίλας (2008: 27) διέπονται από ορισμένες θεμελιώδεις αρχές που είναι :

- Η ανθρώπινη αξιοπρέπεια
- Η ελευθερία
- Η ισότητα

Καθώς και τρεις ειδικότερες αρχές που πηγάζουν από τις πρώτες

- Η συναίνεση του ασθενούς
- Η ενημέρωση του για τη κατάσταση της υγείας του και τη θεραπεία που θα ακολουθηθεί
- Την ασφάλεια και ποιότητα των ιατρικών υπηρεσιών.

2.2. ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Τα δικαιώματα του ασθενή υπάγονται στα ανθρώπινα δικαιώματα και συνδέονται με την έννοια της αυτονομίας και ελεύθερης βούλησης του ασθενή, αρχή η οποία αποτελεί τη θεωρητική τους βάση (Τσαντίλας 2008).

Η χώρα μας το 1992 διατυπώνει σε Νόμο (άρθ. 47 Ν.2071/92 ΦΕΚ 123/92),

«τα Δικαιώματα του Νοσοκομειακού Ασθενούς» σε μια προσπάθεια προστασίας του πολίτη σε συνδυασμό με καλύτερη παροχή υγείας. Πλήρης εναρμονισμένος με τις παραπάνω διατάξεις είναι και ο Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας (Ν.3418 ΦΕΚΑ287/05).

Στο άρθρο 47 του Ν.2071/1992 αναφέρονται αναλυτικά τα δικαιώματα του νοσοκομειακού ασθενούς που είναι:

- Δικαίωμα προσέγγισης υπηρεσιών υγείας: να προσεγγίζει τις κατάλληλες για την ασθένειά του υπηρεσίες του Νοσοκομείου
- Δικαίωμα σεβασμού στην ανθρώπινη αξιοπρέπεια: να δεχθεί υπηρεσίες φροντίδας με τον οφειλόμενο σεβασμό στην ανθρώπινη αξιοπρέπειά του
- Δικαίωμα συγκατάθεσης σε διαγνωστικές και θεραπευτικές πράξεις: να συγκατατεθεί ή να αρνηθεί κάθε διαγνωστική ή θεραπευτική πράξη που πρόκειται να διενεργηθεί σε αυτόν. Σε περίπτωση ασθενούς με μερική ή πλήρη διανοητική ανικανότητα, η άσκηση αυτού του δικαιώματος γίνεται με το πρόσωπο που κατά νόμο ενεργεί για λογαριασμό του.
- Δικαίωμα πληροφόρησης και λήψης αποφάσεων: να πληροφορηθεί ό,τι αφορά στην κατάσταση της υγείας του και να λαμβάνει αποφάσεις ή να συμμετέχει στη λήψη αποφάσεων που είναι δυνατό να προδικάσουν τη μετέπειτα ζωή του
- Δικαίωμα ενημέρωσης για κινδύνους και συμμετοχή σε έρευνα και εκπαίδευση: να πληροφορηθεί πλήρως και εκ των προτέρων για τους κινδύνους που ενδέχεται να παρουσιασθούν ή να προκύψουν λόγω εφαρμογής σε αυτόν ασυνήθιστων ή πειραματικών διαγνωστικών και θεραπευτικών πράξεων. Η εφαρμογή των πράξεων αυτών στον ασθενή λαμβάνει χώρα μόνο ύστερα από συγκατάθεση του ίδιου, η οποία μπορεί να ανακληθεί ανά πάσα στιγμή. Ο ασθενής πρέπει να αισθάνεται τελείως

ελεύθερος στην απόφασή του να δεχθεί ή να απορρίψει ανά πάσα στιγμή κάθε συνεργασία με σκοπό την έρευνα ή την εκπαίδευση

- Δικαίωμα προστασίας ιδιωτικής ζωής: να προστατεύεται η ιδιωτική του ζωή. Ο απόρρητος χαρακτήρας των πληροφοριών και του περιεχομένου των εγγράφων που τον αφορούν, του φακέλου των ιατρικών σημειώσεων και των ευρημάτων, πρέπει να είναι εγγυημένος
- Δικαίωμα σεβασμού θρησκευτικών και ιδεολογικών πεποιθήσεων: να αντιμετωπίζεται με σεβασμό και να του αναγνωρίζονται οι θρησκευτικές και ιδεολογικές του πεποιθήσεις
- Δικαίωμα διαμαρτυριών και ενστάσεων: να παρουσιάζει ή να καταθέτει διαμαρτυρίες και ενστάσεις και να λαμβάνει πλήρη γνώση των επ' αυτών ενεργειών και αποτελεσμάτων

2.3. ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΕΝΗΜΕΡΩΜΕΝΗΣ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ

«Η συναίνεση του ασθενούς σε κάθε ιατρική επέμβαση αποτελεί εκδήλωση του δικαιώματος αυτονομίας και αυτοδιάθεσης του ασθενούς.» (Βάρκα-Αδάμη και Αδάμης 2008:577) που θεμελιώνεται σε Διεθνείς Συμβάσεις και στο εσωτερικό Δίκαιο. Η ενημερωμένη συγκατάθεση καθίσταται δικαίωμα του νοσοκομειακού ασθενούς στον Ν. 2071/1992 (ΦΕΚ Α'123/1992). Για πρώτη φορά η Ελληνική Πολιτεία θεμελιώνει το δικαίωμα του νοσοκομειακού ασθενούς για ενημερωμένη συγκατάθεση στο άρθρο 47 του Ν. 2071/1992.

Στο άρθρο 47 του Ν. 2071/1992 (ΦΕΚ Α'123/2992) αναφέρονται τα δικαιώματα του νοσοκομειακού ασθενούς «να ζητήσει να πληροφορηθεί ότι αφορά την κατάσταση του» (§4) και να «συγκατατεθεί ή να αρνηθεί κάθε διαγνωστική ή θεραπευτική πράξη που πρόκειται να διενεργηθεί σε αυτόν» (§3).

Το δικαίωμα της ενημερωμένης συγκατάθεσης επεκτάθηκε σε όλους τους πολίτες με την κύρωση του Συμβουλίου Ευρώπης της «Σύμβασης για την προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και της αξιοπρέπειας του ανθρώπου σε σχέση με τις εφαρμογές της βιολογίας και της βιοϊατρικής» του Συμβουλίου Ευρώπης με το Ν.2619/98 (ΦΕΚ 132). Το κεφάλαιο II του παραπάνω νόμου αναφέρεται στην συναίνεση. Σύμφωνα με τον γενικό κανόνα στο άρθρο 5 η «επέμβαση σε θέματα υγείας μπορεί να υπάρξει αφού το ενδιαφερόμενο πρόσωπο

δώσει την ελεύθερη συναίνεση του, κατόπιν προηγούμενης σχετικής ενημέρωσης του.»

Στον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας (ΚΙΔ) (Ν.3418 ΦΕΚ Α 287/2005), η υποχρέωση ενημέρωσης (άρθρο 11) και η υποχρέωση συναίνεσης (άρθρο 12) του ασθενούς αποτελούν πλέον αυτοτελείς διατάξεις, εναρμονισμένες με τις σύγχρονες διεθνώς αντιλήψεις. Στον ΚΙΔ επιχειρείται η περιγραφή και οριοθέτηση του περιεχομένου της ενημέρωσης πριν το άτομο δώσει τη συναίνεση του. Στο Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας (Ν.3418 ΦΕΚ Α 287/ 2005) το άρθρο 12 αναφέρει «Ο ιατρός δεν επιτρέπεται να προβεί στην εκτέλεση οποιασδήποτε ιατρικής πράξης χωρίς την προηγούμενη συναίνεση του ασθενή.» Η υποχρέωση του ιατρού να σέβεται τη βούληση του ασθενούς, που προκύπτει τόσο από τις Διεθνείς Συμβάσεις όσο και από το εσωτερικό Δίκαιο, αποτελεί θεμελιώδη κανόνα της ιατρικής δεοντολογίας.

2.4. ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ ΕΓΚΥΡΗΣ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ

Ως γενικός κανόνας, γίνεται δεκτό ότι μια ιατρική πράξη που διενεργείται χωρίς τη συναίνεση του ασθενούς συνιστά παράνομη πράξη (Βούλτσος και Χατζητόλιος 2008, Φουντεδάκη 2003, Κουτσελίνης και Μιχαλοδημητράκης 1984). Ο ορισμός των εννοιών τόσο της «ιατρικής πράξης» όσο και του «ασθενούς» δίνεται από τον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας (άρθρ 1 Ν.3418/2005). «Ιατρική πράξη είναι εκείνη που έχει ως σκοπό τη με οποιαδήποτε επιστημονική μέθοδο πρόληψη, διάγνωση, θεραπεία και αποκατάσταση της υγείας του ανθρώπου. Ως ιατρικές πράξεις θεωρούνται και εκείνες οι οποίες έχουν ερευνητικό χαρακτήρα, εφόσον αποσκοπούν οπωσδήποτε στην ακριβέστερη διάγνωση, στην αποκατάσταση ή και τη βελτίωση της υγείας των ανθρώπων και στην προαγωγή της επιστήμης. Στην έννοια της ιατρικής πράξης περιλαμβάνονται και η συνταγογράφηση, η εντολή για διενέργεια πάσης φύσεως παρακλινικών εξετάσεων, η έκδοση ιατρικών πιστοποιητικών και βεβαιώσεων και η γενική συμβουλευτική υποστήριξη του ασθενή. Ως ασθενής θεωρείται κάθε χρήστης υπηρεσιών υγείας.»

Στο Ελληνικό Δίκαιο η υποχρέωση του γιατρού να ενεργεί ιατρικές πράξεις μόνο με τη συναίνεση του ασθενούς, ύστερα από ενημέρωση του τελευταίου αναφορικά με την πράξη και τους κινδύνους έχει ρητή θεμελίωση στο

Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας (άρθρ.11 του Ν. 3418/2005), στο άρθρο 5 της Ευρωπαϊκής Σύμβασης για τα ανθρώπινα δικαιώματα και τη Βιοϊατρική (Ν.2619/98) και στο άρθρο 47 του Ν. 2071/1992.Οι προϋποθέσεις της έγκυρης συναίνεσης του ασθενή αναφέρονται στον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας (άρθρ12 §2 Ν.3418/2005) και είναι οι παρακάτω :

2.4.α. Να παρέχεται μετά από πλήρη, σαφή και κατανοητή ενημέρωση

Η συγκατάθεση του ασθενούς που είναι απαραίτητη για τη νομιμοποίηση κάθε ιατρικής πράξης, έχει ως προϋπόθεση για να είναι «έγκυρη» (Τσαντίλας 2008, Φουντεδάκη 2003), την προηγούμενη πλήρη, σαφή και κατανοητή ενημέρωση του ασθενή. Η έγκυρη συγκατάθεση νομιμοποιεί την ιατρική πράξη. Άρα συναίνεση και προηγούμενη ενημέρωση του ασθενούς συνιστούν «αδιαχώριστο δίδυμο» (Βούλτσος και Χατζητόλιος 2008: 34). Σκοπός της ενημέρωσης είναι η δυνατότητα όχι μόνο των ιατρικών, αλλά και κοινωνικών και οικονομικών παραγόντων από τον ασθενή πριν αποφασίσει σχετικά.

Ο γιατρός οφείλει να ενημερώσει τον ασθενή για (Ανδρουλιδάκη-Δημητριάδη 1993):

- Τις διαγνωστικές μεθόδους, τα αποτελέσματα της διάγνωσης, το είδος της ασθένειας, τα μέσα, την πορεία, τα στάδια της θεραπείας.

Η διαγνωστική διαδικασία προηγείται από κάθε ιατρική πράξη. Πολλές φορές όμως η διαγνωστική διαδικασία είναι πολύπλοκη και οδυνηρή. Έτσι ο ιατρός δεν δικαιούται σε αυτές τις περιπτώσεις να υποβάλλει τον ασθενή σε διαγνωστική διαδικασία χωρίς τη συγκατάθεση του. Η διαγνωστική ενημέρωση πρέπει να είναι πλήρης και αντικειμενική και να περιλαμβάνει όλες τις γνωστές και πιθανές εκδοχές έκβασης της ασθένειας. Η ενημέρωση για το είδος την πορεία και την εξέλιξη της θεραπευτικής αγωγής είναι κρίσιμοι για τον ασθενή ιδίως όταν υπάρχουν περισσότεροι τρόποι θεραπείας. Ο ιατρός οφείλει να ενημερώσει τον ασθενή για την ύπαρξη διαφορετικών ειδών θεραπείας. Η ενημέρωση για την πορεία της ασθένειας περιλαμβάνει και πληροφόρηση για τις πιθανότητες θεραπείας του.

- Την αναγκαιότητα της προτεινόμενης θεραπευτικής αγωγής και τις συνέπειες από την τυχόν καθυστέρησή της.

Ο ασθενής πληροφορείται ποια είναι η αγωγή που προτείνεται να ακολουθήσει και ποιοι οι κίνδυνοι αν δεν την ακολουθήσει. Η ενημέρωση έχει ως σκοπό να

διαφυλάξει τον ασθενή από κινδύνους που συνοδεύουν ή ακολουθούν την θεραπεία. Ο ιατρός, σύμφωνα με τη Φουντεδάκη (2003: 402) «πρέπει να προσπαθήσει να μεταπείσει τον ασθενή που αρνείται τη θεραπεία γιατί αυτή η προσπάθεια αποτελεί εκδήλωση της ιατρικής επιμέλειας του»

- Τους κινδύνους και τις τυχόν επιπλοκές της θεραπευτικής αγωγής.

Η ενημέρωση του ασθενούς για τους κινδύνους από την ασθένεια αποτελεί βασικό τμήμα των πληροφοριών που πρέπει να δοθεί στον ασθενή. Κίνδυνοι από την ασθένεια ή από τη θεραπεία είναι οποιεσδήποτε παροδικές ή μόνιμες παρενέργειες ή προβλήματα υγείας ή φυσικής κατάστασης, τα οποία δεν μπορούν να αποκλειστούν ακόμα και όταν ο ιατρός καταβάλλει τη μέγιστη επιμέλεια. Η ενημέρωση για τους κινδύνους από την ασθένεια έχει ως σκοπό να βοηθήσει τον ασθενή να αποφασίσει για τη θεραπεία του.

Το ερώτημα που τίθεται είναι κατά πόσον ο γιατρός οφείλει να ενημερώσει για όλους τους κινδύνους και τις παρενέργειες που μπορεί να έχει η ιατρική πράξη . Διακρίνονται δύο κατηγορίες κριτηρίων (Λιούρδη 2008):

α. Τα γενικά

Στα γενικά κριτήρια λαμβάνεται υπόψη ο συνδυασμός του «μέσου λογικού ασθενή» με την υποχρέωση του γιατρού για την βασική ενημέρωσή του. Δηλαδή ο γιατρός οφείλει να ενημερώσει τον ασθενή μόνον για τους κινδύνους οι οποίοι είναι αντικειμενικά κρίσιμοι για τον σχηματισμό γνώμης από οποιονδήποτε μέσο λογικό ασθενή. Επίσης ο γιατρός αρκεί να κάνει μια βασική ενημέρωση στον ασθενή για τους πιθανούς κινδύνους. Η παραπάνω ενημέρωση περιλαμβάνει : την ενημέρωση για τα αποτελέσματα της διάγνωσης, για τη σημασία και τον τρόπο της θεραπείας, για τους κινδύνους από την παράλειψη της θεραπευτικής αγωγής, για τις πιθανότητες αποτυχίας της αγωγής και για τις παρενέργειες της θεραπείας. Δηλαδή περιλαμβάνονται όλες οι βασικές πληροφορίες για την ασθένεια, τη θεραπευτική αγωγή και την εξέλιξή της.

β. Τα ειδικά κριτήρια

Στα ειδικά κριτήρια ενημέρωσης περιλαμβάνονται οπωσδήποτε τόσο οι αναγκαίες συνέπειες της συγκεκριμένης ιατρικής πράξης, λ.χ. τύφλωση, ανικανότητα ομιλίας, ανικανότητα τεκνοποιίας κ.λπ., όσο και οι αναμενόμενες από τη συγκεκριμένη ιατρική πράξη επιπλοκές, αλλά όχι εκείνες που συνήθως θεωρούνται ασήμαντα επακόλουθα μιας σοβαρής ιατρικής πράξης. Ο γιατρός

δεν έχει υποχρέωση ενημέρωσης για τους τυχαίους κινδύνους παρενεργειών και επιπλοκών, διότι θεωρείται ότι ο μέσος λογικός ασθενής μπορεί να καταλάβει ότι κάθε ιατρική πράξη ενέχει και κινδύνους ελαφρών επιπλοκών, όπως λ.χ. η εμπύρετη κατάσταση του ασθενή μετά από την ιατροχειρουργική επέμβαση. Ο γιατρός δεν έχει υποχρέωση ενημέρωσης για τις δυσμενείς παροδικές συνέπειες της συγκεκριμένης ιατρικής πράξης, όταν η παράλειψη της συγκεκριμένης ιατρικής πράξης συνεπάγεται πολύ μεγαλύτερους κινδύνους για τον ασθενή.

- Οφείλει επίσης να ενημερώσει τον ασθενή για το κόστος θεραπείας και για τις οικονομικές συνέπειες της ασθένειάς του.

Ο ιατρός οφείλει να ενημερώσει για το κόστος της θεραπείας και κυρίως για τα έξοδα που ο ίδιος ο ασθενής πρέπει να καλύψει με δικά του χρήματα και δεν καλύπτονται από το ασφαλιστικό ταμείο του. Επίσης ο ασθενής πρέπει να ενημερωθεί για τις οικονομικές συνέπειες που θα προκύψουν από την ασθένεια όπως ανικανότητα για εργασία, συνταξιοδότηση.

2.4.β. Ο ασθενής να έχει ικανότητα για συναίνεση

Ο ασθενής πρέπει να έχει ικανότητα συναίνεσης, η οποία δεν εξαρτάται από τη δικαιοπρακτική ικανότητα αλλά από την ωριμότητα του να εκτιμήσει την αξία του διατιθέμενου αγαθού (Σακελλαροπούλου 2007). Υπάρχουν όμως περιπτώσεις που παρουσιάζουν δυσχέρειες σχετικά με το δικαίωμα ενημέρωσης και συναίνεσης.

- **Ανήλικοι**

Αν ο ασθενής είναι ανήλικος, η συναίνεση δίδεται από αυτούς που ασκούν τη γονική μέριμνα ή έχουν την επιμέλειά του. Τα δικαιώματα των βρεφών και των μικρών παιδιών κατά τη διαδικασία των θεραπευτικών αποφάσεων οφείλουν να είναι εξίσου σεβαστά με εκείνα των μεγαλύτερων, αν και στις περιπτώσεις αυτές το κυρίαρχο ζήτημα δεν είναι πλέον η προαγωγή της αυτονομίας αλλά η προστασία του παιδιού. Οι θεραπευτικές αποφάσεις στις πολύ μικρές ηλικίες λαμβάνονται από τους γονείς (ή κηδεμόνες) των παιδιών. Η Γραφάκου (2008: 144) αναφέρει επίσης ότι στην περίπτωση του ανήλικου ασθενούς η διαδικασία συναίνεσης περιπλέκεται «μια που ο ασθενής είναι άτομο που επί του παρόντος στερείται αυτονομίας και δικαιούται προστασίας αλλά το οποίο κατά κανόνα σε λιγότερο ή περισσότερο χρόνο θα περιέλθει σε κατάσταση πλήρους αυτονομίας.»

Για αυτό στο άρθρο 12 παρ.2 του Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας επισημαίνει ότι

πρέπει «να 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.» Ιδιαίτερη περίπτωση αποτελεί η συναίνεση ανήλικης εγκύου. Σύμφωνα με την Ανδρουλιδάκη Δημητριάδη (1993) η ορθότερη άποψη είναι ότι άμβλωση δεν μπορεί να γίνει σε έγκυο οποιασδήποτε ηλικίας χωρίς τη θέληση της. «Το δικαίωμα της γυναίκας, έστω και ανήλικης, επί του τέκνου είναι απόλυτο» (Ανδρουλιδάκη-Δημητριάδη 1993:210). Μόνο η έγκυος έχει το δικαίωμα να αποφασίσει για την διακοπή της εγκυμοσύνης.

- Ψυχικά ασθενής

Στο άρθρο 12 §2 ββ ο ΚΙΔ ορίζει ότι αν για το ανίκανο για συναίνεση πρόσωπο δεν έχει οριστεί δικαστικός συμπαραστάτης, η συναίνεση δηλώνεται από τους «οικειούς» του. Ιδιαίτερα δυσχερής είναι και η περίπτωση ενημέρωσης ψυχικά ασθενούς ακόμα και όταν έχει τεθεί δικαστική απαγόρευση.

O Bean (1986) (στο Piligrim και Rogers 2004:242) προτείνει ότι προκειμένου να κατανοήσουμε εάν ή όχι λαμβάνει χώρα η ενημερωμένη συναίνεση πρέπει να τεθούν τα παρακάτω ερωτήματα.

-Έχουν οι ασθενείς συναίσθηση του εαυτού τους

-Εκείνοι που έχουν συναίσθηση του εαυτού τους (συγγενείς ή επαγγελματίες) χρησιμοποιούν αυτή τη συναίσθηση ενεργώντας σε ηθική βάση

- Παρέχουν οι επαγγελματίες πλήρη και σαφή ενημέρωση

- Υπόκεινται οι ασθενείς σε πίεση ή καταναγκασμό·

-Παρέχεται στους ασθενείς από τους επαγγελματίες η δυνατότητα να συναινέσουν σε συγκεκριμένες ενέργειες των τελευταίων

Ο γιατρός οφείλει πρώτα να επιχειρήσει να ενημερώσει τον ίδιο τον ψυχικά ασθενή και να προσπαθήσει να διαγνώσει την ικανότητα του για συναίνεση με επίγνωση στην ιατρική αγωγή που θα ακολουθηθεί. «Το πρόβλημα αν ο ψυχικά ασθενής έχει την ικανότητα συναίνεσης μπορεί να απαντηθεί μόνο από την ιατρική επιστήμη» (Ανδρουλιδάκη-Δημητριάδη 1993: 216). Στις περιπτώσεις που ο ψυχικά ασθενής δεν έχει ικανότητα να αντιληφθεί τη σημασία και την έκταση της ιατρικής πράξης, η ενημέρωση και η συναίνεση ανήκει αποκλειστικά στα πρόσωπα που τον εκπροσωπούν.

- Αλλοδαπός ασθενής.

Ο ιατρός οφείλει να τον ενημερώσει όπως ενημερώνει και έναν ημεδαπό ασθενή. Όμως δημιουργούνται προβλήματα στην περίπτωση που ο αλλοδαπός ασθενής δεν γνωρίζει τη γλώσσα του ιατρού. Τα πρώτα πρόσωπα που δικαιούνται να ενημερωθούν αντί του ασθενούς που αγνοεί τη γλώσσα, είναι οι νόμιμοι εκπρόσωποι του. Αν δεν υπάρχουν νόμιμοι εκπρόσωποι, πρέπει να χρησιμοποιηθεί μεταφραστής. Όμως ο ιατρός και το νοσοκομείο δεν είναι υποχρεωμένα να διαθέτουν αναγνωρισμένο μεταφραστή. Σε αυτή τη περίπτωση αν υπάρχει στο νοσοκομείο πρόσωπο που γνωρίζει τη γλώσσα του ασθενή ζητείται η συνδρομή του στην ενημέρωση του ασθενή. «Όταν ο αλλοδαπός ασθενής δεν διαθέτει μεταφραστή και το δεν υπάρχει στο νοσοκομείο διαθέσιμο πρόσωπο τότε ο ιατρός κρίνει αν η ιατρική αγωγή είναι επείγουσα ή όχι» (Ανδρουλιδάκη-Δημητριάδη 1993: 220). Σε επείγουσες περιπτώσεις ο ιατρός πρέπει να προχωρήσει στην ιατρική πράξη.

2.4.γ. Η συναίνεση να μην είναι αποτέλεσμα πλάνης, απάτης ή απειλής και να μην έρχεται σε σύγκρουση με τα χρηστά ήθη.

Η συναίνεση του ασθενή ή του αντιπροσώπου του πρέπει να ανταποκρίνεται στην αληθινή του βούληση και να είναι αυθόρμητη. «Αυθόρμητη είναι η συναίνεση του ασθενή όταν δίνεται ελεύθερα και δεν αποσπάται με τεχνάσματα...και όχι κατόπιν βίας, απειλής ή πλάνης» (Κουτσελίνης και Μιχαλοδημητράκης 1984: 51).

2.4.δ. Η συναίνεση να καλύπτει πλήρως την ιατρική πράξη και κατά το συγκεκριμένο περιεχόμενό της και κατά το χρόνο της εκτέλεσής της.

Η συναίνεση πρέπει να προηγείται της ιατρικής πράξης και στην ιατρική πράξη να περιλαμβάνονται μόνο οι ενέργειες για τις οποίες συναίνεσε ο ασθενής. Οι Κουτσελίνης και Μιχαλοδημητράκης (1984) επισημαίνουν ότι η προϋπόθεση αυτή είναι δυνατό να δημιουργήσει ζητήματα και συγκεκριμένα όταν ο γιατρός αναγκάζεται να επεκτείνει τις ενέργειες.

2.4.1. Περιπτώσεις αδυναμίας λήψης έγκυρης συναίνεσης

Ο Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας (Ν.3418/2005) αναφέρει περιπτώσεις που δεν απαιτείται λήψη έγκυρης συναίνεσης. Οι περιπτώσεις αυτές είναι:

2.4.1.α. Στις επείγουσες περιπτώσεις, δηλαδή υπάρχει άμεση απόλυτη ανάγκη ιατρικής φροντίδας, χωρίς να υπάρχει ο χρόνος για να ληφθεί η κατάλληλη συναίνεση, ο γιατρός μπορεί να προβεί στην ιατρική πράξη χωρίς συναίνεση.

Περιπτώσεις τέτοιες είναι όταν ο ασθενής δεν έχει τις αισθήσεις του και υφίσταται άμεση ανάγκη επιχείρησης ιατρικής πράξης και ο συγγενείς του ή άλλοι τρίτοι που έχουν την εξουσία συναίνεσης, δεν είναι δυνατό να βρεθούν άμεσα (Φουντεδάκη 2003, Μαρκεζίνη 2002) Αν όμως πρόκειται για ιατρική πράξη χωρίς επείγοντα χαρακτήρα επιβάλλεται η αναβολή της ιατρικής πράξης, ωστόσο ο ασθενής ανακτήσει τη δυνατότητα να ενημερωθεί και να συναινέσει αυτοπροσώπως. (Κουτσελίνης και Μιχαλοδημητράκης 1984)

2.4.1.β Στην περίπτωση απόπειρας αυτοκτονίας .

Ο Τσαντίλας (2008:52) επισημαίνει ότι «δεν παραβιάζεται η αρχή της συναίνεσης όταν επαναφέρονται οι ζωτικές λειτουργίες ενός προσώπου που μπορεί να αποπειράται να αυτοκτονήσει.»

2.4.1.γ Έλλειψη ικανότητας συναίνεσης

Όταν τρίτο πρόσωπο είναι κατά το νόμο αρμόδιο να συναινέσει αντί για τον (ανίκανο για συναίνεση) ασθενή, το άρθρο 12 § 3γ ΚΙΔ ορίζει ότι η συναίνεση αυτή δεν απαιτείται και ο γιατρός μπορεί να προχωρήσει στην ιατρική πράξη, μόνο εφόσον «υπάρχει ανάγκη άμεσης παρέμβασης, προκειμένου να αποτραπεί κίνδυνος για τη ζωή ή την υγεία του ασθενή».

2.4.2. Θεραπευτικό προνόμιο

Σύμφωνα με την Ανδρουλιδάκη-Δημητριάδη (1993) δεν συνιστά πλημμελή εκπλήρωση της υποχρέωσης ενημέρωσης ο περιορισμός του δικαιώματος ενημέρωσης του ασθενή στις περιπτώσεις του «θεραπευτικού προνομίου».

Ως θεραπευτικό προνόμιο ορίζεται η ιατρικά ενδεδειγμένη απόκρυψη από τον ασθενή της ασθένειας, του είδους της θεραπευτικής αγωγής, των παρενεργειών και των κινδύνων της καθώς και η διενέργεια ιατρικών πράξεων χωρίς τη θέλησή του. Η θεωρία έχει προσπαθήσει να διατυπώσει ορισμένα κριτήρια για τον περιορισμό της υποχρέωσης ενημέρωσης, ενδεικτικά αναφέρονται οι εξής περιπτώσεις (Λιούρδη 2008) :

α. Η υπερβολική ψυχική φόρτιση (καλπάζουσα λευχαιμία ή μεταστατικός καρκίνος).

- β. Η επαύξηση των κινδύνων από την ενημέρωση (ένας ασθενής που πάσχει από καρδιακό νόσημα πρέπει να αποφεύγει συγκινησιακά γεγονότα).
- γ. Η πρόληψη αδικήματος ή προστασία τρίτων (π.χ. ψυχικά ασθενής μετά την ενημέρωσή του από τον ψυχίατρο για το πρόσωπο που τον είχε κακοποιήσει, το βρήκε και του επιτέθηκε).
- δ. Ο κίνδυνος άρνησης αναγκαίας θεραπείας.
- ε. Ο κίνδυνος της δημόσιας υγείας (μεταδοτικές λοιμώδεις νόσοι, απόπειρα αυτοκτονίας, απεργία πείνας).

2.5. ΠΡΟΣΩΠΑ ΠΟΥ ΕΧΟΥΝ ΥΠΟΧΡΕΩΣΗ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ

Ο ασθενής αναμένει από το γιατρό να τον ενημερώσει ο ίδιος για την ιατρική διάγνωση αλλά και την προτεινόμενη θεραπεία και συνέπειες αυτής. Πολλές φορές όμως, ιδιαίτερα κατά τη νοσοκομειακή περίθαλψη, μετέχουν περισσότεροι γιατροί στη διαγνωστική και θεραπευτική αγωγή του ασθενούς, οπότε γεννάται ζήτημα για το ποιος έχει υποχρέωση να τον ενημερώσει. Η ενημέρωση απαιτεί ιατρικές γνώσεις και μπορεί αν είναι λανθασμένη να καταλήξει σε ιατρικό σφάλμα. Για το λόγο αυτό δεν είναι επιτρεπτή η ενημέρωση από άτομα που δεν έχουν την ιατρική ιδιότητα.

Η Φουντεδάκη (2003) αναφέρει ότι είναι δυνατή η ανάθεση της ενημέρωσης από τον θεράποντα ιατρό, σε άλλους ιατρούς, γεγονός που συμβαίνει συνήθως σε νοσοκομειακή αγωγή. Όμως «για τα σφάλματα της ενημέρωσης ευθύνεται ο ιατρός που ενημέρωσε τον ασθενή.» (Ανδρουλιδάκη-Δημητριάδη 1993: 229) Σε περίπτωση χειρουργικής επέμβασης «ο αναισθησιολόγος οφείλει να ενημερώσει τον ασθενή για τη διαδικασία της αναισθησιολογικής αγωγής, πριν τη χειρουργική επέμβαση και τη νάρκωση και αφού έχει δώσει τη συγκατάθεση του για τη χειρουργική επέμβαση» (Σακελλαροπούλου 2007: 27).

Στη νοσοκομειακή περίθαλψη το νοσοκομείο ευθύνεται απέναντι στον ασθενή για την οργάνωση της ενημέρωσης. Ο Γενικός Ιατρικός Διευθυντής του νοσοκομείου οφείλει με γενικές οδηγίες προς τα τμήματα ή τους ιατρούς να καθορίζει τα γενικά πλαίσια ενημέρωσης και να έχει την εποπτεία για την ορθή εκτέλεση και εφαρμογή τους. Το νοσοκομείο οφείλει ακόμα να διαθέτει ενημερωτικά έντυπα που προσφέρονται στους ασθενείς ως γενικές ενημερωτικές οδηγίες. Σε καμία περίπτωση όμως «η ενημέρωση μέσω εντύπων δεν μπορεί να

αντικαταστήσει την προσωπική επαφή ιατρού ασθενούς» (Ανδρουλιδάκη-Δημητριάδη 1993: 255).

Όπως αναφέρει η Ανδρουλιδάκη-Δημητριάδη (1993: 288) «αποφασιστικής σημασίας για την ευθύνη του ιατρού είναι η έγκυρη συναίνεση του ασθενούς.» Ζητήματα ιατρικής ευθύνης απασχολούν όλο και πιο συχνά πλέον τους ιατρούς, τα νοσοκομεία αλλά και τους πολίτες. Στο παρόν κεφάλαιο αναλύθηκαν οι προϋποθέσεις της έγκυρης συναίνεσης όπως και περιπτώσεις όπου η υποχρέωση ενημέρωσης περιορίζεται ή εκλείπει όπως στην περίπτωση απόπειρας αυτοκτονίας ή όταν υπάρχει υπερβολική ψυχική φόρτιση λόγω της νόσου.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΕΙΔΙΚΕΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ

Οι νομοθετικές ρυθμίσεις παρέχουν ένα βασικό πλαίσιο κατοχύρωσης του δικαιώματος ενημέρωσης και συναίνεσης του ασθενούς. Πέρα από την νομική κατοχύρωση του ιατρού, κύριος στόχος της συναίνεσης είναι ο σεβασμός της αυτονομίας του ασθενούς. Υπάρχουν όμως περιπτώσεις που εγείρουν προβληματισμούς σχετικά με το δικαίωμα ενημέρωσης και συναίνεσης. Όπως αναφέρει η Σακελλαροπούλου (2007: 124) «η πολυπλοκότητα που χαρακτηρίζει ορισμένα ιατρικά περιστατικά σε συνδυασμό με τη μοναδικότητα που παρουσιάζει η κάθε περίπτωση δεν επιτρέπουν να γίνονται απόλυτες τυποποιήσεις.» Όμως αποτελεί κύριο θέμα «η διατύπωση πλαισίων, μέσα στα οποία να υλοποιείται το δικαίωμα του ασθενούς να αποφασίζει για την υγεία του» (Ανδρουλιδάκη – Δημητριάδη 1993). Για αυτό κρίνεται σκόπιμη η αναφορά σε κάποιες ειδικότερες περιπτώσεις ενημέρωσης και συναίνεσης.

3.1. ΑΥΤΟΓΝΩΜΟΝΕΣ ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΠΡΑΞΕΙΣ

«Οι αυτογνώμονες ιατρικές πράξεις, είναι εκείνες, οι οποίες τελούνται κατά παρέκκλιση των απολύτων προϋποθέσεων της ενημέρωσης και συναίνεσης του ασθενή ή των δικαιούμενων να συναινέσουν πρόσωπα» (Σακελλαροπούλου 2007:45). Αυτές οι αυτόγνωμες ιατρικές πράξεις επιτρέπεται να διενεργούνται στις εξής περιπτώσεις (Λιούρδη 2008):

- α) Όταν η συγκεκριμένη επέμβαση είναι απόλυτα ενδεδειγμένη και αποσκοπεί στην αποτροπή βαριάς βλάβης της υγείας ή στην αποτροπή θανάτου,
- β) Να υφίσταται άμεσος και σπουδαίος κίνδυνος για την υγεία, τη σωματική ακεραιότητα ή τη ζωή του ασθενή, ο οποίος (κίνδυνος) να μην μπορεί να αντιμετωπισθεί με άλλον τρόπο ή σε άλλη χρονική στιγμή, δηλαδή να είναι αδύνατη η αναβολή της συγκεκριμένης και ενδεδειγμένης ιατρικής πράξης, και τέλος
- γ) Να υφίσταται αδυναμία ενημέρωσης και συνακόλουθης συναίνεσης του ασθενή ή των οικείων του. Τυπικές περιπτώσεις τέτοιας αδυναμίας παρατηρούνται συχνά στις ημέρες εφημερίας των νοσοκομείων, όταν προσκομίζονται άτομα τα οποία

βρίσκονται σε κώμα –άρα αδυνατούν και να ενημερωθούν και να αποφασίσουν αν θα συναινέσουν ή όχι– οι δε οικείοι τους δεν είναι δυνατόν να βρεθούν σε τόσο σύντομο χρονικό διάστημα στο οποίο ο γιατρός πρέπει οπωσδήποτε να επέμβει.

3.2. ΥΠΟΧΡΕΩΣΗ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ ΣΤΗ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ

Η επίδραση των τεχνολογικών εξελίξεων στη γενετική, τη γυναικολογία και τη μαιευτική έχουν φέρει στο προσκήνιο ζητήματα που συνδέονται με την ιατρική ευθύνη. Τα ζητήματα αυτά ανάγονται είτε σε κακή εκπλήρωση της ιατρικής πράξης είτε σε ελλιπή ενημέρωση.

Τα θέματα που αφορούν ειδικά στην ευθύνη των γυναικολόγων είναι κυρίως (Ανδρουλιδάκη-Δημητριάδη 1993):

- Η ευθύνη του ιατρού για τη γέννηση του παιδιού που δεν το ήθελαν οι γονείς ή ένας από τους γονείς.
- Η ευθύνη του ιατρού για τη γέννηση παιδιού με γενετικές βλάβες, απέναντι στους γονείς και απέναντι στο ίδιο το παιδί.
- Η ευθύνη για τα σφάλματα ή ελλιπή ενημέρωση κατά τη χρησιμοποίηση μεθόδων γενετικής τεχνολογίας.

Η πρόγνωση της σωματικής και διανοητικής κατάστασης του εμβρύου είναι σε μεγάλο βαθμό δυνατή στις μέρες μας. Ο ιατρός έχει καθήκον να ενημερώσει για τα αποτελέσματα του προγεννητικού ελέγχου είτε θετικά είναι είτε αρνητικά. Υπάρχει ευθύνη του ιατρού στην περίπτωση που ένα παιδί έχει γενετικές βλάβες. Η ευθύνη επικεντρώνεται στη παράλειψη να ενημερώσει τη μητέρα για τη κατάσταση του εμβρύου και τους κινδύνους που αναμένουν παιδί και μητέρα αν δεν διακοπεί η κύηση. Η υποχρέωση ενημέρωσης όμως εκτείνεται όχι μόνο στις ήδη υπαρκτές βλάβες αλλά και στις βλάβες που μπορεί να προκληθούν στο έμβρυο λόγω λήψης φαρμάκων, αλκοόλ και γενικότερα τρόπου ζωής.

3.3. ΤΕΧΝΗΤΗ ΠΑΡΑΤΑΣΗ ΖΩΗΣ

Οι δυνατότητες ιατρικών παρεμβάσεων έχουν προχωρήσει σε μεγάλο βαθμό. Ακραία περίπτωση αποτελεί εδώ η διατήρηση βασικών βιολογικών

λειτουργιών -μεταξύ των οποίων και η λειτουργία της καρδιάς- σε πρόσωπα των οποίων έχει διαπιστωθεί ο εγκεφαλικός θάνατος. Οι παρεμβάσεις αυτές σημαίνουν ότι οι στοιχειώδεις βιολογικές λειτουργίες του ανθρώπινου οργανισμού μπορούν να παρατείνονται τεχνητά, ακόμη και για σημαντικό διάστημα, χωρίς να αναμένεται οποιοδήποτε θεραπευτικό αποτέλεσμα (αρθρ.12§6 Ν.2737/99).

Μεταξύ συμβατικών αγωγών από τις οποίες προσδοκείται θεραπευτικό όφελος για τον ασθενή και παρεμβάσεων όπως οι παραπάνω, οι οποίες επί πλέον δεν συνεπάγονται αποδεκτή ποιότητα της ζωής (ιδίως σε καταστάσεις που συνοδεύονται από μη ανακουφιζόμενο αφόρητο πόνο, με προθανάτια αγωνία του προσώπου ή όταν δεν υπάρχουν ανώτερες εγκεφαλικές λειτουργίες), διακρίνουμε όπως αναφέρει η Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής² στην έκθεση της με θέμα «Τεχνητή Παράταση της ζωής» (2006: 2) μια «γκρίζα περιοχή που δεν καλύπτεται από τις παραδοσιακές επιταγές της ιατρικής δεοντολογίας». Η εξακολούθηση των ιατρικών παρεμβάσεων σε περιστατικά αυτής της «γκρίζας» περιοχής είναι αμφιλεγόμενη.

Η απόφαση για την ιατρική περίθαλψη ασθενών που βρίσκονται σε μη αναστρέψιμο στάδιο είναι εξαιρετικά κρίσιμη, αφού επηρεάζει τόσο την διάρκεια όσο και την ποιότητα της ζωής που τους απομένει. Σύμφωνα με την αρχή της «συναίνεσης ύστερα από ενημέρωση», η απόφαση του ασθενούς ή των οικείων του προϋποθέτει την προηγούμενη κατάλληλη ενημέρωση από τον θεράποντα ιατρό. Ο τελευταίος έχει τη νομική και ηθική ευθύνη αυτής της ενημέρωσης. Οι αποφάσεις για την τεχνητή παράταση της ζωής από τη φύση τους ενέχουν έντονη συναισθηματική φόρτιση. Κατά το στάδιο που προηγείται της λήψης τους, είναι ενδεχόμενο να ανακύψουν συγκρούσεις γνώμων μεταξύ των προσώπων που εμπλέκονται (θεράπωντος, ασθενούς ή των οικείων του. Σε έρευνα των Breen και συν. (2001) το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό ανέφερε ότι οι περισσότερες συγκρούσεις με τους συγγενείς αφορούσαν σε θέματα συνέχισης ή κλιμάκωσης της αγωγής. Οι Κρανιδιώτης και συν. (2010: 19) επισημαίνουν περιπτώσεις που «οι ιατροί επιδεικνύουν υπερβάλλοντα ζήλο και θεραπευτική επιμονή που συνεπάγεται για τον ασθενή ταλαιπωρία δυσανάλογη προς το αναμενόμενο

² Η Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής ασκεί αποκλειστικά συμβουλευτικές αρμοδιότητες, απευθυνόμενη, είτε με δική της πρωτοβουλία είτε εφόσον της ζητηθεί, προς οποιοδήποτε όργανο της Πολιτείας. Συστάθηκε με το Ν.2667 ΦΕΚ Α'281/18-12-1998 «Σύσταση Εθνικής Επιτροπής για τα Δικαιώματα του Ανθρώπου και Εθνικής Επιτροπής Βιοηθικής.»

όφελος.» Από την άλλη, η διαφωνία των οικείων με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό μπορεί να βασίζεται σε εσφαλμένη κατανόηση των ιατρικών πληροφοριών, διαφορετικές πεποιθήσεις και αξίες και σε διαφορές στην ψυχολογική αντιμετώπιση της κατάστασης (Back και Arnold 2005, Breen και συν. 2001). Οι τελικές αποφάσεις καταλήγουν να είναι αποτέλεσμα υποκειμενικών αξιολογήσεων.

Η Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής στην έκθεση με θέμα «Τεχνητή παράταση της ζωής» (2006) αναγνωρίζοντας το ενδεχόμενο να ανακύψει σύγκρουση γνώμων μεταξύ θεράποντος ιατρού και οικείων του ασθενούς προτείνει για την επίλυση της διαφωνίας τη μεσολάβηση της επιτροπής δεοντολογίας του νοσοκομείου και την παρέμβαση των κοινωνικών λειτουργών. Όμως, αν η αντίθεση είναι τόσο έντονη ώστε να αποβαίνουν άκαρπες οι προσπάθειες εξομάλυνσής της, η Επιτροπή εκτιμά ότι ο θεράπων οφείλει να αποχωρήσει, αφού εξασφαλίσει την παρακολούθηση του ασθενούς από άλλον ιατρό της επιλογής των οικείων του.

Η Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής (2006) θεωρεί ότι ενδείκνυται η υιοθέτηση συγκεκριμένων διαδικασιών, με σκοπό την πρόληψη ή και την επίλυση τέτοιων συγκρούσεων, χωρίς πάντως το ενδεχόμενο των ανεπίλυτων συγκρούσεων να μπορεί να αποκλεισθεί.

3.3.α. Η αντίθεση ιατρού-ασθενούς

α. Λόγω διαφορετικών αξιών

Στην περίπτωση αυτή, υπάρχει αποδοχή της ιατρικής γνωμάτευσης και η αντίθεση οφείλεται στη διαφορά των αξιολογικών συστημάτων που υιοθετούν τα δύο μέρη. Η Επιτροπή θεωρεί ότι η ενεργοποίηση των κοινωνικών λειτουργών της μπορούν να βοηθήσουν στην προσέγγιση των μερών. Εάν αυτό όμως δεν καταστεί δυνατό, τότε τον τελικό λόγο έχει ο ασθενής και ο γιατρός έχει δικαίωμα να παραιτηθεί.

β. Λόγω ψυχολογικής άρνησης της κατάστασης από τον ασθενή

Εν προκειμένω, ο ασθενής συνήθως επιθυμεί να δοκιμάσει και κάποια άλλη θεραπευτική αγωγή, η οποία όμως κρίνεται ιατρικώς μάταια από τον θεράποντα. Η Επιτροπή θεωρεί ότι συγκρούσεις τέτοιου είδους θέτουν σε κίνδυνο τη σχέση εμπιστοσύνης μεταξύ ιατρού και ασθενούς. Ως εκ τούτου, η γνώμη δεύτερου ιατρού ή/και η παροχή συμβουλευτικής υποστήριξης στον ασθενή μπορεί να βοηθήσει στην επίλυση της σύγκρουσης. Εάν, ωστόσο, η αντίθεση

μεταξύ του θεράποντος και του ασθενούς είναι τόσο έντονη, ώστε να καταλύεται τελικά η σχέση εμπιστοσύνης, τότε ο θεράπων οφείλει να αποχωρήσει, αφού εξασφαλίσει την παρακολούθηση του ασθενούς από άλλον ιατρό της επιλογής του τελευταίου.

3.3.β. Η αντίθεση ιατρού οικείων του ασθενούς

α. Λόγω διαφορετικών αξιών

Στην εν λόγω περίπτωση, όπως και παραπάνω, οι οικείοι αποδέχονται την ιατρική γνωμάτευση και η αντίθεση οφείλεται στη διαφορά των αξιολογικών συστημάτων που υιοθετούν τα δύο μέρη. Η Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής θεωρεί ότι η παρέμβαση των κοινωνικών λειτουργών της μπορούν να βοηθήσουν στην προσέγγιση των μερών.

β. Λόγω ψυχολογικής άρνησης της κατάστασης από τους οικείους του ασθενούς

Στο ενδεχόμενο αυτό, οι οικείοι του ασθενούς δεν αποδέχονται τη γνωμάτευση του θεράποντα ή την αποδέχονται, αλλά δεν βρίσκονται σε ψυχολογική κατάσταση για να αποφασίσουν. Εδώ, η γνώμη δεύτερου ιατρού και η παροχή συμβουλευτικής υποστήριξης κρίνονται ως καταλληλότερες λύσεις.

Σε οποιαδήποτε από τις παραπάνω περιπτώσεις, εάν η αντίθεση μεταξύ του θεράποντος και των οικείων του είναι έντονη, τότε ο θεράπων οφείλει, και πάλι, να αποχωρήσει, αφού εξασφαλίσει την παρακολούθηση του ασθενούς από άλλο ιατρό της επιλογής των οικείων του.

3.3.γ. Αντίθεση μεταξύ των οικείων

Εφόσον οι οικείοι του ανίκανου να εκφρασθεί ασθενούς διαφωνούν μεταξύ τους, είτε λόγω διαφορετικών αξιών είτε λόγω διαφοράς στην ψυχολογική στάση τους, ο θεράπων ιατρός καλείται να προσδιορίσει από πού πηγάζουν οι αντιθέσεις και, κατά περίπτωση, να ζητήσει τη μεσολάβηση ειδικών (π.χ. κοινωνικών λειτουργών της μονάδας ή ψυχολόγου).

Η Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής κρίνει ότι ο καλύτερος τρόπος για την αποφυγή τέτοιου είδους αντιθέσεων είναι ο ορισμός, εκ μέρους του ασθενούς, σε κατάλληλο χρόνο, ειδικού αντιπροσώπου του στα συγκεκριμένα θέματα. Εάν δεν έχει ορισθεί από τον ίδιο τον ασθενή αντιπρόσωπος, η Επιτροπή κρίνει ότι σε περίπτωση ανεπίλυτης διαφωνίας μεταξύ των οικείων του, η απόφαση πρέπει να είναι υπέρ της τεχνητής παράτασης της ζωής, σύμφωνα με το συμφέρον του ασθενούς.

3.4. ΥΠΟΨΗΦΙΟΣ ΔΟΤΗΣ ΚΑΙ ΛΗΠΤΗΣ ΙΣΤΩΝ Η ΟΡΓΑΝΩΝ ΓΙΑ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ

Καταρχήν, πριν από κάθε επέμβαση θα πρέπει να προηγείται διάγνωση της υγείας του δότη, για την οποία ο υπεύθυνος ιατρός ευθύνεται για τυχόν σφάλματα, όπως σε κάθε διάγνωση. «Ανεξάρτητα του ποιος ιατρός θα ενεργήσει τις διαγνωστικές ιατρικές πράξεις, τη σχετική ευθύνη φέρει και ο ιατρός που θα προχωρήσει στην επέμβαση της αφαίρεσης του μοσχεύματος» (Βάρκα-Αδάμη και Αδάμη 2008: 578). Ο δότης θα πρέπει να ενημερωθεί για την κατάσταση της υγείας του και αν υπάρχει προφανής σοβαρός κίνδυνος για τη ζωή ή την υγεία του πρέπει να του αναγγελθεί ότι δεν μπορεί να γίνει δότης.

Ο χειρουργός που θα πραγματοποιήσει την επέμβαση της αφαίρεσης του προς μεταμόσχευση ιστού ή οργάνου θα πρέπει να ενημερώσει το δότη με σαφή και κατανοητό τρόπο, αλλά πάντα στα πλαίσια μιας επιστημονικής ενημέρωσης για τις μετεγχειρητικές συνέπειες και τους κινδύνους που συνεπάγεται για την υγεία του η συγκεκριμένη επέμβαση. Ο ιατρός πρέπει να ενημερώσει το δότη όχι μόνο για τους συνήθεις κινδύνους από τη στέρηση του συγκεκριμένου ιστού ή οργάνου, αλλά και γι' αυτούς που μπορεί να προκύψουν στο μέλλον από αστάθμητους παράγοντες, π.χ. σε περίπτωση ατυχήματος. Σκόπιμο είναι οι κίνδυνοι αυτοί να αναφέρονται με ποσοστά βάσει στατιστικών στοιχείων, ώστε να μπορεί να τους σταθμίσει ο δότης, που δεν έχει ειδικές ιατρικές γνώσεις. Ο ιατρός θα πρέπει να ενημερώσει το δότη και για τις παροδικές συνέπειες της επέμβασης, όπως π.χ. αίσθημα πόνου, κόπωσης κ.λπ., καθώς και για το απαιτούμενο στάδιο ανάρρωσης. Με τον ίδιο σαφή και κατανοητό τρόπο πρέπει να ενημερωθεί και ο ασθενής λήπτης. Συγκεκριμένα, ο λήπτης πρέπει να ενημερωθεί για την κατάσταση της υγείας του, καθώς και για το ότι δεν υπάρχει άλλος τρόπος ίασης ή μάλλον επιβίωσής του από την προσφυγή στη μεταμόσχευση (άρθρ. 10 § 1 Ν.2737/99). Αυτό, κατά κανόνα, συμβαίνει πολύ πριν βρεθεί συμβατός δότης, με την εγγραφή του υποψήφιου λήπτη στην εθνική λίστα αναμονής. Ο λήπτης πρέπει επίσης να ενημερωθεί για «τις πιθανότητες επιτυχίας ή αποτυχίας της μεταμόσχευσης, τον πιθανό κίνδυνο άμεσου θανάτου, το προσδόκιμο επιβίωσής του, τις πιθανότητες αποβολής του μοσχεύματος, τη θεραπευτική αγωγή που πρέπει να ακολουθήσει, το στάδιο ανάρρωσής του και τις επιπτώσεις της

χειρουργικής επέμβασης της μεταμόσχευσης στην περαιτέρω προσωπική και επαγγελματική ζωή του» (Ανδρουλιδάκη-Δημητριάδη 2003:380). Ο ιατρός δεν υποχρεούται να ενημερώσει το λήπτη για την καταλληλότητα του μοσχεύματος, επειδή αυτό είναι θέμα ιατρικής κρίσης και ευθύνης. Ο λήπτης πρέπει να ενημερωθεί και για τη σοβαρότητα των πιθανών κινδύνων που διατρέχει ο δότης από την αφαίρεση του προς μεταμόσχευση ιστού ή οργάνου, για να μπορεί να σταθμίσει και ο ίδιος με βάση τα προσωπικά του συναισθήματα την αναλογία κινδύνου-ωφέλειας και ενσυνείδητα να αποφασίσει αν θα δεχθεί την προσφορά του δότη. «Την ευθύνη ενημέρωσης του λήπτη φέρει ο ιατρός που θα πραγματοποιήσει τη χειρουργική επέμβαση της μεταμόσχευσης, ακόμη και αν την ενημέρωση πραγματοποιήσει άλλος ιατρός κατ' εντολή του» (Βάρκα-Αδάμη και Αδάμη 2008: 578).

Ο ισχύων για τις μεταμοσχεύσεις Ν 2737/99 (ΦΕΚ174Α) προβλέπει (άρθρ. 10, § 5) τρεις τρόπους παροχής της συναίνεσης του δότη. Συγκεκριμένα, ορίζει ότι η συναίνεση του δότη παρέχεται είτε με συμβολαιογραφικό έγγραφο, είτε με ιδιωτικό έγγραφο στο οποίο η Αστυνομική Αρχή βεβαιώνει το γνήσιο της υπογραφής, είτε με προφορική δήλωση του δότη στο νοσηλευτικό ίδρυμα όπου θα γίνει η μεταμόσχευση ενώπιον δύο μαρτύρων, που συνυπογράφουν τη σχετική δήλωση στο σχετικό βιβλίο.

3.5. ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΚΑΙ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΓΙΑ ΕΞΕΤΑΣΗ Η ΜΕ HIV-AIDS

Για κάθε ιατρική πράξη διαγνωστική ή θεραπευτική, όπως έχει προαναφερθεί, είναι απαραίτητη η προηγούμενη ενημέρωση και συναίνεση του ασθενούς. Οι μολυσματικές ασθένειες δεν εξαιρούνται από τον κανόνα (Σακελλαροπούλου 2007).

Στην Ελλάδα τα δικαιώματα των ασθενών με HIV-AIDS προστατεύονται με βάση τις γενικές διατάξεις που αναφέρονται στα δικαιώματα ασθενών και χρηστών υπηρεσιών υγείας. Το 1995, όμως, εκπονήθηκε στη χώρα μας από το Κέντρο Ελέγχου Λοιμώξεων (νυν ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ.), ο κώδικας «Θεμελιώδεις Αρχές για την Προστασία Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων και Ατομικών Ελευθεριών σε Σχέση με το AIDS» (ΚΕ.Ε.Λ. 1995). Πρόκειται για το μοναδικό κείμενο στην

Ελληνική έννομη τάξη που αναφέρεται ειδικώς στα δικαιώματα των ασθενών και φορέων με HIV-AIDS. (Συνήγορος του πολίτη 2007). Στο κείμενο αυτό προβλέπονται εκτός των άλλων οδηγίες :

α) Για την εξέταση προσώπων για ανιχνεύσει αντισωμάτων του ιού.

Δεν επιτρέπεται χωρίς τη ρητή συναίνεση του υπό εξέταση προσώπου, η ανίχνευση των αντισωμάτων του ιού, με σκοπό την προφύλαξη του προσωπικού των νοσοκομείων ή για άλλο λόγο. Εξετάσεις για την ανίχνευση αντισωμάτων γίνονται μόνο με τη συναίνεση του υπό εξέταση ατόμου, ακόμη και αν για οποιονδήποτε λόγο κρίνεται ύποπτη για τη νόσο. Η άρνηση να συναινέσει στην εξέταση δεν επιφέρει καμία αρνητική συνέπεια. Εξαίρεση σε αυτό γίνεται σε αιμοδοσία, δότες οργάνων , ιστών και σπέρματος για λόγους προστασίας τρίτων.

β) Την ανακοίνωση του θετικού αποτελέσματος στον ασθενή.

Η ανακοίνωση θα πρέπει πάντα να είναι προσωπική. Ο ιατρός δεν έχει υποχρέωση να ενημερώσει το σεξουαλικό σύντροφο ή τα πρόσωπα που συζούν με τον ασθενή γιατί δεν τον συνδέει σύμβαση με το σεξουαλικό σύντροφο ή τα πρόσωπα που συζούν αλλά μόνο με τον ασθενή (Ανδρουλιδάκη-Δημητριάδη 1993). Επίσης η ανακοίνωση θα πρέπει να πραγματοποιείται με ιδιαίτερη ευαισθησία να έχει εμπιστευτικό χαρακτήρα και παράλληλα να παρέχεται από εξειδικευμένο προσωπικό για ψυχοκοινωνική στήριξη. Το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό θα πρέπει να παρέχει πλήρη ενημέρωση στους οροθετικούς ασθενείς για τη φύση της ασθένειας, τους κινδύνους, τους τρόπους μετάδοσης και την προφύλαξη του σεξουαλικού συντρόφου και των τρίτων. Δεν επιτρέπεται όμως να προβαίνουν σε ηθικές αξιολογήσεις ή κρίσεις για τον τρόπο που μολύνθηκε ο ασθενής.

3.6. ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΓΙΑ ΤΙΣ ΙΔΙΟΤΗΤΕΣ ΤΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

Η αγωγή του ασθενούς με φάρμακα συνήθως αποτελεί μεγάλο τμήμα της ιατρικής αγωγής και συμπεριλαμβάνεται στην υποχρέωση του ιατρού να θεραπεύσει τον ασθενή. Ο ιατρός δεν πρέπει να επαφίεται στην ενημέρωση του ασθενούς από το έντυπο που συνοδεύει τα φάρμακα. Επιβάλλεται η διαφώτιση του ασθενούς από τον ιατρό σχετικά με τις παρενέργειες που έχουν παρατηρηθεί κατά

τη δοκιμαστική εφαρμογή ακόμη και με αυτές που έχουν πολύ μικρή πιθανότητα να παρουσιαστούν από τη χορήγηση φαρμάκων (Σακελλαροπούλου 2007).

Αν ο ιατρός δώσει φάρμακα τα οποία ανήκουν σε άλλη ειδικότητα οφείλει να ενημερώσει για τις ιδιότητες και τις παρενέργειες τους και να ενημερώσει τον ασθενή ότι δεν ανήκουν στην δική του ειδικότητα (Ανδρουλιδάκη-Δημητριάδη 1993). Ο ιατρός που υπογράφει την συνταγή αποδέχεται την ιατρική και νομική ευθύνη για την απόφαση.

Ειδικότερα προβλήματα εμφανίζουν οι περιπτώσεις κατά τις οποίες ο ιατρός χρησιμοποιεί «ψευδοφάρμακα» (placebo) για την αντιμετώπιση κάποιας ασθένειας. Υποστηρίζεται (Ανδρουλιδάκη-Δημητριάδη 1993) ότι είναι δυνατή η θεραπεία ασθενών με ψευδοφάρμακα όταν η ασθένεια οφείλεται σε άγχος ή η θεραπεία είναι δυνατή χωρίς φάρμακα. Τα ψευδοφάρμακα χρησιμοποιούνται συχνά σε ψυχικές ή ψυχοσωματικές ασθένειες, ιδιαίτερα για να αποφευχθεί η παροχή ηρεμιστικών φαρμάκων, με τα οποία ο ασθενής μπορεί να συνδεθεί έτσι, ώστε να εξαρτηθεί από βλαβερές ηρεμιστικές ουσίες. Το πρόβλημα είναι όμως ότι ο ασθενής δεν γνωρίζει την αλήθεια πράγμα το οποίο μπορεί να έχει άμεση επίδραση στην σχέση εμπιστοσύνης με το ιατρό. Η παροχή ψευδοφαρμάκων είναι επιτρεπτή μόνο όταν ο ασθενής ρητά ή κατά τρόπο εμφανή παραιτείται από το δικαίωμα του να ενημερωθεί, επαφίεται στον ιατρό του και τον αφήνει ελεύθερο να κρίνει για τον τρόπο και τα μέσα της θεραπείας του.

Τα ψευδοφάρμακα, συνήθως, χρησιμοποιούνται στην ιατρική ως πειραματική μέθοδος. Στις περιπτώσεις αυτές ο ιατρός οφείλει να ενημερώσει τους ασθενείς που συμμετέχουν στην κλινική μελέτη ότι λαμβάνουν μια συγκεκριμένη θεραπεία και επιπλέον είτε το νέο φαρμακευτικό σκεύασμα είτε ψευδοφάρμακο (Κουτσουράκη και Μπαλογιάννης 2010).

3.7. ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗ ΠΕΙΡΑΜΑΤΩΝ

Δεν υπάρχει αμφιβολία ότι η διεξαγωγή ερευνών και πειραμάτων είναι απολύτως απαραίτητη για την εξέλιξη της ιατρικής επιστήμης. Η ιατρική έρευνα στον άνθρωπο επιτρέπεται σύμφωνα με τον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας (Ν.3418 ΦΕΚ 287/28-11-2005) με τις ακόλουθες προϋποθέσεις:

- α. Ενημέρωση του ανθρώπου που υπόκειται σε έρευνα και ειδικότερα για την ύπαρξη και το μέγεθος πιθανών κινδύνων, τα δικαιώματα προστασίας του ατόμου, τον εθελοντικό χαρακτήρα συμμετοχής στην έρευνα και χωρίς οικονομικά ανταλλάγματα και τη δυνατότητα ελεύθερης ανάκλησης της παρεχόμενης συναίνεσης.
- β. Ελεύθερη, ανεπιφύλακτη, ειδική και τεκμηριωμένη συναίνεση του ανθρώπου που υπόκειται σε ιατρική έρευνα, ο οποίος έχει τη σχετική ικανότητα,
- γ. Οι κίνδυνοι στους οποίους εκτίθεται ο άνθρωπος είναι δυσανάλογα μικροί σε σχέση με τα πιθανά οφέλη από την έρευνα.
- δ. Το ερευνητικό πρόγραμμα έχει εγκριθεί από το αρμόδιο όργανο, μετά από σύμφωνη γνώμη του αρμόδιου Επιστημονικού Συμβουλίου και της αρμόδιας Επιτροπής Δεοντολογίας. Το Επιστημονικό Συμβούλιο ή η Επιτροπή Δεοντολογίας μπορεί, κατά τη διεξαγωγή της έρευνας, να προβεί σε επανεκτίμηση των όρων και συνθηκών διεξαγωγής αυτής.

Η συμμετοχή σε κλινικές μελέτες, η συναίνεση ύστερα από ενημέρωση δεν εγγυάται πάντοτε την προστασία του ενδιαφερόμενου προσώπου. Ένα σημαντικό μέρος της ευθύνης για την προστασία αυτή παραμένει στους αρμόδιους του σχεδιασμού της συγκεκριμένης μελέτης, ιδίως όταν πρόκειται να αποφασίσουν από ποιους χώρους και περιβάλλοντα θα αναζητήσουν εθελοντές.

Σε ορισμένους τέτοιους χώρους και περιβάλλοντα επικρατούν εξ αντικειμένου συνθήκες που επηρεάζουν καθοριστικά τη βούληση του προσώπου, περιορίζοντας μοιραία την ελευθερία της. Έτσι, ιδίως «σε συνθήκες κράτησης σε φυλακές, κατά τη διάρκεια της στρατιωτικής θητείας και σε περιπτώσεις νοσηλείας προσώπων σε ψυχιατρικά καταστήματα η βούληση του προσώπου δεν τεκμαίρεται ελεύθερη, αφού ο ενδιαφερόμενος υπόκειται ακουσίως σε σχέσεις εξουσίας» (Ανδρουλιδάκη-Δημητριάδη 1993: 368). Η Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής (2010) θεωρεί ότι, σε τέτοιες περιπτώσεις, δεν δικαιολογείται ηθικά να ζητηθεί από κάποιον η συμμετοχή σε κλινική μελέτη, στο μέτρο που ο κίνδυνος να εκπέσει σε «μέσον» πειραματισμού εμφανίζεται αυξημένος. Κατ' εξαίρεση, τέτοια συμμετοχή δικαιολογείται, όταν ένα συγκεκριμένο πρόσωπο μπορεί να έχει άμεσο θεραπευτικό όφελος από αυτήν.

3.8. ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΣ

Στην περίπτωση της πρόληψης μεταδοτικών ασθενειών, και ιδιαίτερα στην περίπτωση εμβολιασμών, η ελεύθερη βούληση αντισταθμίζεται με το συμφέρον του κοινωνικού συνόλου. Όπως αναφέρει η Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής (2010:31) «η Πολιτεία αλλά και η επιστημονική κοινότητα, ενώ οφείλουν να σέβονται την αυτονομία των ατόμων, καλούνται να εξασφαλίσουν την όσο δυνατή μεγαλύτερη συμμετοχή εφόσον φυσικά τα οφέλη του εμβολιασμού και η ασφάλεια του εμβολίου έχουν κατά το δυνατό προβλεφθεί.» Το θέμα της ασφάλειας του εμβολίου και της εμπιστοσύνης του πληθυσμού παίζει καθοριστικό ρόλο.

Η σημασία της εμπιστοσύνης στην ασφάλεια ενός εμβολίου φάνηκε πρόσφατα στη χώρα μας στην περίπτωση του εμβολίου κατά της γρίπης A(H1N1)v. Από τις 16-11-2009, ημέρα έναρξης του προγράμματος εμβολιασμού, μέχρι και τις 28-2-2010 εμβολιάστηκαν συνολικά 364.559 άτομα σύμφωνα με τις καταγραφές του ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ (Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων). Το σύνολο των εργαστηριακά επιβεβαιωμένων κρουσμάτων στην Ελλάδα από 14-10-2009 έως 19-4-2010 ανήλθαν στους 18.228 και οι θάνατοι σε ασθενείς με τη γρίπη A(H1N1)v στους 149. Η επιστημονική κοινότητα όμως φαινόταν διχασμένη σχετικά με την ασφάλεια του εμβολίου. Αυτή τη περίοδο ο εμβολιασμός για την πανδημία αυτής της γρίπης εξελίσσεται σε σκάνδαλο, καθώς η μία χώρα μετά την άλλη ακυρώνουν τις παραγγελίες των εμβολίων για την αντιμετώπιση του ιού H1N1. Ο επικεφαλής της Επιτροπής Υγείας του Συμβουλίου Β. Βόνταργκ, γερμανός επιδημιολόγος καταγγέλλει τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) για την ευκολία με την οποία έκρινε ότι πρόκειται για πανδημία μόλις δύο μήνες μετά την εμφάνιση του ιού και χωρίς πλήρη επιστημονική τεκμηρίωση. Στο κείμενο ο Βόνταργκ και οι συνάδελφοί του αναφέρουν ότι οι φαρμακοβιομηχανίες «υποκίνησαν την κατασπατάληση πόρων που προορίζονταν για την υγεία προς όφελος αναποτελεσματικών στρατηγικών εμβολιασμού», προκειμένου να αποκομίσουν «τεράστια κέρδη, χωρίς κανένα ρίσκο και εξέθεσαν χωρίς λόγο εκατομμύρια υγιείς ανθρώπους στους κινδύνους των άγνωστων παρενεργειών των εμβολίων που δεν ήταν επαρκώς δοκιμασμένα» (Γιαννακόπουλος 2010: 1). Τα παραπάνω είναι φυσικό να κλονίζουν την εμπιστοσύνη του πληθυσμού σχετικά με την ασφάλεια του εμβολίου. Η Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής (2010: 32) επισημαίνει ότι «υπάρχουν περιπτώσεις που μπορεί να δικαιολογηθεί η απροθυμία συμμετοχής

και η ηθική υποχρέωση απέναντι στο κοινωνικό σύνολο γιατί δεν μπορεί να είναι ισχυρή εάν σταθμιστεί με την αυξημένη πιθανότητα αγνώστων παρενεργειών του εμβολίου.»

Βασική στόχευση των νομοθετικών ρυθμίσεων είναι η προστασία της αυτονομίας του ασθενούς. Ο Κ.Ι.Δ. (Ν.3418/05) παρέχει ένα πλαίσιο ρύθμισης των σχέσεων ιατρού ασθενούς. Η πολυπλοκότητα όμως με την οποία χαρακτηρίζονται ορισμένα ιατρικά περιστατικά απαιτεί για την εφαρμογή των ρυθμίσεων σχετικά με την ενημερωμένη συναίνεση συμπλήρωση και από άλλα συναφή νομοθετήματα όπως ο νόμος για τις μεταμοσχεύσεις (Ν.2737/99). Στο παρόν κεφάλαιο επιχειρήσαμε να συνοψίσουμε ορισμένες περιοχές της ιατρικής πρακτικής που απαιτούν να εξετασθούν υπό το πρίσμα αυτό.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΠΛΑΙΣΙΟ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΩΝ

4.1. ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΥΘΥΝΗ

Η αναγνώριση δικαιωμάτων στους ασθενείς δεν θα είχε νόημα αν δεν θεμελιωνόταν παράλληλα και η ευθύνη των ιατρών και των προσώπων που σχετίζονται με την παροχή υπηρεσιών στον τομέα της υγείας. Η νομική ευθύνη των ιατρών κατά την θεραπευτική αντιμετώπιση των ασθενών τους εμφανίζεται σε τρία επίπεδα:

4.1.α. Πειθαρχική

Πειθαρχική Ευθύνη για το γιατρό σημαίνει επιβολή πειθαρχικής φύσεως κυρώσεως και επιβάλλεται από τα αρμόδια όργανα του Ιατρικού Σώματος, όπως προβλέπεται από τις διατάξεις και τα καταστατικά των πειθαρχικών Συμβουλίων. Στην έννοια της πειθαρχικής ευθύνης εντάσσονται όλες (εκτός των αναγόμενων στο ποινικό δίκαιο) δημοσίου δικαίου δυσμενής συνέπειες για τον ιατρό, οι οποίες συνδέονται με τα προβλεπόμενα στο νόμο πειθαρχικά παραπτώματα. Οι κυρώσεις αυτές είναι (Δρόλιας 2008): α.επίπληξη, β. χρηματικό πρόστιμο, β. προσωρινή παύση του ιατρικού επαγγέλματος.

4.1.β. Αστική

Αστική χαρακτηρίζεται η ευθύνη του γιατρού «όταν με τις πράξεις ή τις παραλήψεις του παραβιάζονται μια ή περισσότερες διατάξεις του Αστικού Κώδικα» (Κουτσελίνης και Μιχαλοδημητράκης 1984: 34). Η ιατρική ευθύνη συνδέεται άρρηκτα με την άσκηση της επαγγελματικής δραστηριότητας του ιατρού ανεξάρτητα από το καθεστώς που την διέπει κάθε φορά. Στην περίπτωση που ο ιατρός προκαλεί στον ασθενή ζημιά κατά την άσκηση της δραστηριότητάς του, γεννάται υποχρέωση αποζημίωσης (Καϊαφα-Γκμπάνι 2000).

4.1.γ. Ποινική στις περιπτώσεις που ο γιατρός κρίνεται ένοχος για τις αξιόποινες πράξεις οι οποίες προβλέπονται σε συγκεκριμένες διατάξεις του Ποινικού Κώδικα. (Φουντεδάκη 2003)

Σε όλες τις περιπτώσεις η ύπαρξη ευθύνης του ιατρού απέναντι στον ασθενή αναζητείται με βάση παραμέτρους, τις οποίες ένα Δικαστήριο θα εξετάσει

προκειμένου να διαπιστώσει εάν ένας ιατρός ευθύνεται ή όχι για κάποια βλάβη που προκλήθηκε σε κάποιον ασθενή.

4.2. ΝΟΜΟΘΕΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ

Η πολιτεία στοχεύοντας στη διασφάλιση των δικαιωμάτων του νοσοκομειακού ασθενή σε περίπτωση καταπάτησης τους, του δίνει το δικαίωμα «να παρουσιάσει ή να καταθέσει αρμοδίως διαμαρτυρίες και να λάβει γνώση των επ' αυτών ενεργειών και αποτελεσμάτων» (άρθρ.8 του Ν.2071/1992). Για τον παραπάνω λόγο προχώρησε σε νομοθετική ρύθμιση (Ν.2519/1997) όπου στο άρθρο 1, θεσπίζει το νομικό πλαίσιο της προστασίας των δικαιωμάτων του νοσοκομειακού ασθενούς που συνιστώνται στο Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

4.2.1. Εθνικό Συμβούλιο Ιατρικής Ηθικής και Δεοντολογίας

Όσον αφορά τη χώρα μας στο θέμα των επιτροπών, το 1992 με το νόμο 2071/92 ιδρύεται Εθνικό Συμβούλιο Ιατρικής Ηθικής και Δεοντολογίας στο Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης ως επιτελικό όργανο, το οποίο ασκεί τις προβλεπόμενες από τις ισχύουσες διατάξεις (ΔΥ1δ/Γ.Π.103144 (7) ΦΕΚ 2200/2007) αρμοδιότητες και ειδικότερα:

- Συμβάλει στη χάραξη της πολιτικής του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης σε θέματα ιατρικής ηθικής και δεοντολογίας.
- Γνωμοδοτεί σε όλα τα θέματα που προκύπτουν και άπτονται της Ιατρικής Ηθικής και Δεοντολογίας.
- Γνωμοδοτεί, ως δευτεροβάθμιο όργανο, σε υποθέσεις που του παραπέμπονται από τις κατά τόπους επιτροπές Ιατρικής Ηθικής και Δεοντολογίας και οι οποίες εδρεύουν σε νοσοκομεία, Ν.Π.Δ.Δ. και Ν.Π.Ι.Δ. καθώς και στις Ιδιωτικές Κλινικές παροχής υπηρεσιών Υγείας.
- Εισηγείται στον Υπουργό για τον καθορισμό των ειδικότερων όρων και προϋποθέσεων για την εφαρμογή νέων πειραματικών μεθόδων και κλινικών ερευνών.
- Ερευνά και υποβάλει την γνωμοδότησή του στον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης επίθεμάτων ή ερωτημάτων είτε που διαβιβάζονται από Υπηρεσίες προς το Συμβούλιο, είτε ενεργεί αυτεπάγγελτα λόγω αντικειμένου σε

γεγονότα ή πράξεις που εμφανίζουν μείζονα σημασία από τη φύση τους ή έχουν λάβει διάσταση στην κοινή γνώμη.

- Διενεργεί, κατόπιν εντολής του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, προκαταρκτική διοικητική έρευνα και συντάσσει πόρισμα σχετικά με την επιβολή κυρώσεων ή την έναρξη της πειθαρχικής διαδικασίας, επί θεμάτων που άπτονται του αντικειμένου του.
- Γνωμοδοτεί εντός είκοσι (20) ημερών, κατόπιν ερωτήματος του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, για την επιβολή ποινής ή προστίμου σε ιατρούς, που έχουν παραβεί τον κώδικα ιατρικής δεοντολογίας.
- Παρεμβαίνει κατόπιν εντολής του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής ή κατόπιν παραγγελίας υπηρεσιών ή πολίτη, που έχει έννομο συμφέρον ή λόγο, στα πάσης φύσεως ερευνητικά πρωτόκολλα οποθενδήποτε προερχόμενα (π.χ. απορριπτικές αποφάσεις πρωτοκόλλων από τις πάσης φύσεως λειτουργούσες επιτροπές δεοντολογίας σε Οργανισμούς, Νοσοκομεία, Ινστιτούτα, Κέντρα Παροχής Υπηρεσιών Υγείας κ.λπ.), ερευνητικές εργασίες επί ανθρώπων, συμπεριλαμβανομένων και των μη παρεμβατικών, αλλά και των απλών περιγραφικών, των κλινικών δοκιμών φαρμάκων, των ερευνών επί πειραματόζωων κ.λπ., ελέγχοντας για κάθε πρωτόκολλο την τήρηση των βασικών κανόνων και αρχών της Δεοντολογίας.

4.2.1.2. Επιτροπές Ηθικής και Δεοντολογίας

Η νομοθεσία προβλέπει επίσης Επιτροπές Ηθικής και Δεοντολογίας (άρθ. 2 του Ν. 2889 ΦΕΚ 37/2001) για τα νοσοκομεία του ΕΣΥ. Έργο της κάθε επιτροπής αποτελεί η τήρηση των κανόνων της δεοντολογίας, οι οποίοι περιβάλλονται με ισχύ νόμου.

4.2.2. Αυτοτελής Υπηρεσία Προστασίας Δικαιωμάτων Ασθενών

Στην Αυτοτελή Υπηρεσία Προστασίας Δικαιωμάτων Ασθενών, που λειτουργεί σε επίπεδο τμήματος, υπάγονται οι εξής αρμοδιότητες (Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης 2009:1)

- «Η παρακολούθηση και ο έλεγχος της προστασίας των δικαιωμάτων των ασθενών.

- Η εξέταση παραπόνων και καταγγελιών που αφορούν την παροχή υπηρεσιών προς ασθενείς και η διερεύνηση και συγκέντρωση σχετικών στοιχείων.
- Η υποβολή εισηγήσεων προς το Γενικό Γραμματέα του Υπουργείου για την εξέταση των ως άνω καταγγελιών.
- Οι προπαρασκευαστικές ενέργειες, για την παραπομπή των καταγγελιών για εξέταση στην Επιτροπή ελέγχου προστασίας των δικαιωμάτων των ασθενών.
- Η προώθηση των αποφάσεων της Επιτροπής ελέγχου προστασίας των δικαιωμάτων των ασθενών όπου κρίνεται σκόπιμο
- Ο συντονισμός για το χειρισμό από τις αρμόδιες κατά περίπτωση Υπηρεσίες κάθε θέματος, που αφορά στην προστασία των δικαιωμάτων των ασθενών
- Ο συντονισμός των ενεργειών, η διαρκής επικοινωνία και η παροχή οδηγιών στα Γραφεία επικοινωνίας με τον πολίτη και τις επιτροπές προάσπισης δικαιωμάτων του πολίτη των Νοσοκομείων
- Η οργάνωση και η τήρηση του πρωτοκόλλου εισερχομένων και εξερχόμενων εγγράφων σχετικών με την αρμοδιότητα του Τμήματος και η διεκπεραίωση της αλληλογραφίας
- Η συγκέντρωση, ταξινόμηση και αξιολόγηση των στοιχείων, που αφορούν δραστηριότητες της Υπηρεσίας και των αρμοδίων Υπηρεσιών των Νοσοκομείων.
- Η συνεργασία με Διεθνείς Οργανισμούς, η επικοινωνία και ανταλλαγή πληροφοριών μαζί τους, καθώς και η συμμετοχή σε προγράμματα και δραστηριότητες για θέματα Δικαιωμάτων Ασθενών.
- Η συνεργασία με άλλους φορείς του δημοσίου και ιδιωτικού τομέα για θέματα προάσπισης και προαγωγής των Δικαιωμάτων των Ασθενών.
- Η προώθηση εισηγήσεων για τον εκσυγχρονισμό της σχετικής νομοθεσίας.
- Η ενημέρωση και ευαισθητοποίηση για θέματα προστασίας των ασθενών των εργαζομένων σε μονάδες παροχής φροντίδας υγείας, αλλά και των πολιτών γενικά, με τη συνεργασία συναρμοδίων υπηρεσιών και φορέων ή και αυτοτελώς.
- Η καταγραφή αναγκών και η επεξεργασία προτάσεων και αιτημάτων για χρηματοδότηση από την Ευρωπαϊκή Ένωση ή άλλους Οργανισμούς».

4.2.3. Επιτροπή Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ασθενών

Η Επιτροπή Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ασθενών, αποτελείται από ένα μέλος του Νομικού Συμβουλίου του Κράτους και εκπροσώπους διαφόρων επαγγελματικών, επιστημονικών, αθλητικών, κοινωνικών και συνδικαλιστικών φορέων. Η Επιτροπή ή εξουσιοδοτημένα μέλη της μπορεί να επισκέπτεται νοσοκομεία για την εξακρίβωση συγκεκριμένης καταγγελίας ή και αυτόβουλα για την παρακολούθηση της τήρησης των κανόνων για την προστασία των δικαιωμάτων των ασθενών. Η Επιτροπή, εφόσον αποφανθεί για τη μερική ή ολική βασιμότητα καταγγελιών ή παραπόνων, υποβάλλει το πόρισμά της στο Γενικό Γραμματέα του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, ο οποίος αποφασίζει για τις κατά νόμο περαιτέρω ενέργειες και, σε περίπτωση που υπάρχουν ενδείξεις ποινικού αδικήματος, διαβιβάζει το πόρισμα στην αρμόδια εισαγγελική αρχή.

4.2.4. Τριμελής Επιτροπή Προάσπισης των Δικαιωμάτων του Πολίτη

Συγκροτείται κατά Νοσοκομείο Ειδική Τριμελής Επιτροπή Προάσπισης των Δικαιωμάτων του Πολίτη που λειτουργεί στο γραφείο Επικοινωνίας με τον πολίτη. Η Ειδική Τριμελής Επιτροπή Προάσπισης των Δικαιωμάτων του Πολίτη έχει αρμοδιότητα αλλά και υποχρέωση να παρακολουθεί και να ελέγχει την τήρηση και το σεβασμό των δικαιωμάτων του πολίτη που προσφεύγει στο συγκεκριμένο Νοσοκομείο για περίθαλψη και ιατρική φροντίδα.

4.2.4.1. Γραφείο Επικοινωνίας με το πολίτη

Σε κάθε νοσοκομείο λειτουργεί Γραφείο Επικοινωνίας με τον πολίτη, υπό την άμεση εποπτεία και ευθύνη του προέδρου του Διοικητικού συμβουλίου. Οι κοινωνικοί λειτουργοί είναι οι πλέον κατάλληλα εκπαιδευόμενοι για να στελεχώσουν τα Γραφεία Επικοινωνίας (Ζαρζώνη-Αναγνωστοπούλου 2000).

Οι κύριες αρμοδιότητες του είναι:

- α) Πληροφόρηση των χρηστών για τα υπάρχοντα προγράμματα παροχής υπηρεσιών υγείας με αποδοχή όλων χωρίς διακρίσεις.
- β) Διαμεσολάβηση μεταξύ πολιτών και Υπηρεσιών
- γ) Προβολή του έργου του Νοσοκομείου

4.2.5. Συνήγορος του Πολίτη

Ο Συνήγορος του Πολίτη είναι Ανεξάρτητη Αρχή. Αποστολή του Συνηγόρου του Πολίτη είναι η διαμεσολάβηση μεταξύ των πολιτών και των

δημόσιων υπηρεσιών με σκοπό την προστασία των δικαιωμάτων του πολίτη, την καταπολέμηση της κακοδιοίκησης και την τήρηση της νομιμότητας (Συνήγορος του Πολίτη 2009). Ο Συνήγορος για την Υγεία & Κοινωνική Αλληλεγγύη που θεσπίστηκε με το άρθρο 18 του Ν.3293/2004 (ΦΕΚ Α'231/2004) («Πολυκλινική Ολυμπιακού Χωριού, Συνήγορος Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις») ενσωματώθηκε στο Συνήγορο του Πολίτη. Στόχος του είναι η προστασία και η υπεράσπιση των δικαιωμάτων του πολίτη σε σχέση με το δημόσιο σύστημα υγείας και προσφέρει τις υπηρεσίες του προς τον πολίτη δωρεάν. Ο Συνήγορος της Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης ασχολείται με προβλήματα που ανακύπτουν από την παραβίαση δικαιωμάτων των ασθενών και των νοσηλευομένων, όπως αυτά κατοχυρώνονται από τους κανόνες της επιστήμης και τους Κώδικες Δεοντολογίας των Επαγγελματιών Υγείας. Ενδεικτικά:

4.2.5.α. Δυσχέρεια στην πρόσβαση των ασθενών σε κατάλληλες υπηρεσίες υγείας

Ο Συνήγορος Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης εξετάζει αναφορές που σχετίζονται με την οργάνωση μονάδων υγείας, την ασφαλή και έγκαιρη μεταφορά των ασθενών σε αυτές και την επάρκειά τους σε κτιριακή υποδομή, υλικούς πόρους και ανθρώπινο δυναμικό. Για παράδειγμα, ο Συνήγορος Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης εξετάζει αναφορές που έχουν ως αντικείμενο την απουσία εφημερεύοντος ιατρού, την καθυστέρηση του ΕΚΑΒ να μεταφέρει ασθενή, τις αδικαιολόγητες λίστες αναμονής κ.ά.

4.2.5.β. Παράλειψη ενημέρωσης για την κατάσταση της υγείας, τη θεραπεία και το κόστος αυτής.

Ο Συνήγορος Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης δέχεται αναφορές πολιτών που δεν ενημερώθηκαν κατάλληλα για τη διάγνωση της ασθένειάς τους, την προτεινόμενη θεραπεία, τις εναλλακτικές μεθόδους και το κόστος αυτής ή υποβλήθηκαν εν αγνοία τους σε ιατρικές πράξεις με υψηλό κίνδυνο επιπλοκών για την υγεία τους.

4.2.5.γ. Διενέργεια ιατρικών πράξεων μετά την πλήρη ενημέρωση των ασθενών και με την προηγούμενη συγκατάθεσή τους.

Ο πολίτης μπορεί να προσφύγει στον Συνήγορο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης, όταν δεν γίνεται σεβαστό το δικαίωμά του να δεχθεί ή να αρνηθεί την προτεινόμενη θεραπεία.

4.2.5.δ. Άνιση μεταχείριση και διακρίσεις σε βάρος των ασθενών, λόγω εθνικότητας, φυλής, οικονομικής κατάστασης ή είδους ασθένειας.

Για παράδειγμα, ο Συνήγορος εξετάζει περιπτώσεις διακρίσεων εις βάρος αλλοδαπών, ασθενών που πάσχουν από το σύνδρομο επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας (AIDS/HIV), ψυχικά ασθενών κ.λπ.

4.2.5.ε. Παροχή ακατάλληλης περίθαλψης, δηλαδή περίθαλψης που δεν προάγει την υγεία των ασθενών, σύμφωνα με όσα ισχύουν στην επιστήμη, και θίγει την αξιοπρέπειά τους.

Ο πολίτης καταφεύγει στο Συνήγορο για την Υγεία & Κοινωνική Αλληλεγγύη όταν αντιμετωπίζει κάποιο πρόβλημα με τις υπηρεσίες Υγείας του δημόσιου τομέα και θα πρέπει να υποβάλλει εγγράφως και ενυπογράφως το πρόβλημα το οποίο έχει προκύψει. Κατόπιν, ανάλογα με το θέμα, η υπόθεση χρεώνεται στον ειδικό επιστήμονα, ο οποίος με τη σειρά του έρχεται σε επαφή με τον πολίτη και με το φορέα που εμπλέκεται, για να διαπιστώσει εάν η αναφορά ή η δράση του φορέα είναι σύνομη. Τα πορίσματα που συντάσσονται, μπορούν να βοηθήσουν τον πολίτη σε περίπτωση προσφυγής του στο αρμόδιο δικαστήριο. Επίσης ο Συνήγορος για την Υγεία & Κοινωνική Αλληλεγγύη μπορεί να κοινοποιεί έγγραφά του στον εισαγγελέα σε περιπτώσεις όπου διαπιστώνεται ότι σοβαρές πράξεις ή παραλείψεις των διοικητικών οργάνων μπορεί να οδήγησαν σε ζημιά του πολίτη για την οποία ενδεχομένως υπάρχουν και ποινικές ευθύνες.

4.3. ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ

Η κοινωνική εργασία διέπεται από δημοκρατικές αρχές που καθορίζονται από τη δεοντολογία της και κατοχυρωμένες αποφάσεις. Σύμφωνα με το Π.Δ. 23/1992 (ΦΕΚ 6Α/30-1-1992) η άσκηση του επαγγέλματος του κοινωνικού λειτουργού προϋποθέτει προσήλωση στα ιδεώδη της ελευθερίας και της δικαιοσύνης και πίστη στην αξία της ανθρώπινης ύπαρξης και των δυνατοτήτων της.

Με βάση τις θεμελιώδεις αυτές αρχές ο κοινωνικός λειτουργός:

α. Αναγνωρίζει έμπρακτα το δικαίωμα κάθε ανθρώπου.

1) Να αποφασίζει στο να αποδεχθεί ή όχι το είδος των παρεχομένων σ' αυτόν υπηρεσιών και τον τρόπο αντιμετώπισης των προβλημάτων του, εφόσον με τον

τρόπο αυτό δεν εκτίθεται σε κίνδυνο η ασφάλεια και η ευημερία των συνανθρώπων και του κοινωνικού συνόλου γενικότερα.

2) να συμμετέχει εποικοδομητικά και στο μέτρο του δυνατού στη διαδικασία του σχεδιασμού των κοινωνικών μέτρων που τον αφορούν και να συμπράττει στην προσπάθεια κάλυψης των αναγκών του στο μέτρο που οι δυνατότητές του το επιτρέπουν.

β. Ενεργεί κατά τρόπο που συμβάλλει στη δημιουργία ή παροχή ίσων ευκαιριών, σε άτομα, ομάδες και κοινότητες, χωρίς διάκριση καταγωγής, φύλου, ηλικίας, κοινωνικής θέσης, θρησκευτικών ή πολιτικών πεποιθήσεων, τόσο για την κάλυψη των βιολογικών, συναισθηματικών, κοινωνικών και πολιτιστικών αναγκών τους, όσο και για την ανάπτυξη και αξιοποίηση των δικών τους δυνατοτήτων.

Συμβάλλει στην καλλιέργεια, μεταξύ των πολιτών, πνεύματος κοινωνικής ευθύνης και αλληλεγγύης και στην ευαισθητοποίηση και προετοιμασία τους για κοινωνική δράση.

4.3.1. Ρόλος κοινωνικού λειτουργού στο τομέα υγείας

Ο χαρακτηρισμός ενός ατόμου ως «υγιούς» ή ως «ασθενούς» εξαρτάται από το συνυπολογισμό μιας πληθώρας παραγόντων στην οποία συμπεριλαμβάνονται: «τα αποτελέσματα των κλινικών εξετάσεων, η σωματική λειτουργικότητα, οι αντικειμενικές ικανότητες, οι αντιλήψεις του ατόμου για τον εαυτό του και ο βαθμός στον οποίο παρεμποδίζονται οι συνήθεις δραστηριότητες» (Di Matteo και Martin 2006: 379). Η ασθένεια δεν είναι αποκλειστικά βιολογικό φαινόμενο αλλά έχει και κοινωνική βάση. «Ο κοινωνικός προσδιορισμός της υγείας που δεν αρνείται το βιολογικό μέρος του ανθρώπου αλλά το συσχετίζει με τις κοινωνικές συνθήκες, είναι η διάσταση που προσφέρει η κοινωνική εργασία» (Ζηλεμένου 2006: 22).

Ο κοινωνικός λειτουργός στον τομέα της υγείας συμβάλλει στην πρόληψη, στην αντιμετώπιση συναισθηματικών η κοινωνικοοικονομικών προβλημάτων που δημιουργούνται ως συνέπεια καταστάσεων κλονισμού της σωματικής ή ψυχικής υγείας ή που οφείλονται στην προσωπικότητα των ασθενών ή άλλες δυσμενείς συνθήκες που δυσχεραίνουν το διαγνωστικό έργο, την εφαρμογή θεραπευτικών μέτρων και την έκβαση της πορείας της νόσου.

Το έργο του κοινωνικού λειτουργού στο τομέα υγείας συνίσταται (Ζηλεμένου 2006):

- Στη διερεύνηση των κοινωνικοοικονομικών συνθηκών που αποτελούν τους γενεσιουργούς των προβλημάτων
- Στην παροχή ειδικών κοινωνικών υπηρεσιών ενημερωτικού και συμβουλευτικού χαρακτήρα προς τον ασθενή και τους οικείους του.

Στόχος των παραπάνω είναι η συμβολή στην επιτυχία του διαγνωστικού και θεραπευτικού έργου, η αντιμετώπιση και αποδοχή μιας νέας κατάστασης και η ομαλή επανένταξη στο οικογενειακό επαγγελματικό και κοινωνικό περιβάλλον.

4.3.1.1. Ρόλος κοινωνικού λειτουργού στο νοσοκομείο

Το έργο του κοινωνικού λειτουργού στο νοσοκομείο είναι υποστηρικτικό-συμβουλευτικό-θεραπευτικό (ΠΑΓΝΗ 2010). Ο κοινωνικός λειτουργός μέσω της υποστηρικτικής θεραπείας στοχεύει στην συναισθηματική εκφόρτιση του ασθενή και στην κατανόηση και επεξεργασία των συναισθημάτων αυτών. Η παραδοχή ότι υπάρχει η ασθένεια ,η ερμηνεία και η επεξήγησή της, είναι απαραίτητη με στόχο την ρεαλιστική αντιμετώπισή της, και των επιπτώσεων της στην καθημερινή ζωή του ατόμου. Είναι σημαντικό ο Κοινωνικός Λειτουργός που εργάζεται σε νοσοκομείο «να κατανοήσει την άποψη που έχει ο ασθενής για τα προβλήματα υγείας του , τις αιτίες αλλά και την προτεινόμενη θεραπεία. Ο ασθενής μπορεί να συμφωνεί ή να διαφωνεί με την προτεινόμενη θεραπεία εξαιτίας ενός συνδυασμού παραγόντων που περιλαμβάνουν τις αξίες του, τα πιστεύω του, τις συνήθειες του την εμπειρία του αλλά και τον βαθμό κατανόησης» (Fort Cowles 2003: 149).

Η ψυχοκοινωνική φροντίδα του ασθενούς μπορεί να ενισχύσει τις εσωτερικές του δυνάμεις και να τον βοηθήσει στην πιο αποτελεσματική αντιμετώπιση των προβλημάτων του. Παραδοσιακά ο κοινωνικός λειτουργός έρχεται σε επικοινωνία με τον εισερχόμενο άρρωστο και με τους συγγενείς του (εάν υπάρχουν). Ο κοινωνικός λειτουργός, προσεγγίζει και βοηθά τον άρρωστο και το περιβάλλον του με διάλογο, με παρεμβάσεις ενίσχυσης της αυτοεκτίμησης και γενικότερης ψυχοκοινωνικής στήριξης. Γενικά, αντιμετωπίζει τον ασθενή σαν βιοψυχοκοινωνική οντότητα υπό το πρίσμα της ολιστικής προσέγγισης. Συλλέγει στοιχεία κοινωνικού ιστορικού για τον ασθενή και την οικογένεια του, που θα χρησιμοποιηθούν στο ιατρικό έργο για τη θεραπεία του ασθενούς (ΠΑΓΝΗ 2010). Βασικός στόχος του Κοινωνικού Λειτουργού είναι να «ενδυναμώσει τον ασθενή,

δίνοντας έμφαση στη μεγαλύτερη συμμετοχή του στη θεραπευτική διαδικασία» (Tower 1994: 195).

Το έργο του κοινωνικού λειτουργού στο νοσοκομείο αναφέρεται στις ακόλουθες ενέργειες (Ζηλεμένου 2006):

- Λήψη κοινωνικού ιστορικού που βοηθάει στον εντοπισμό, διερεύνηση και αξιολόγηση ειδικών προβλημάτων των ατόμων που διαπιστώνεται ότι χρήζουν βοήθειας.
- Στην προετοιμασία του ασθενούς και του οικογενειακού περιβάλλοντος για την παραδοχή της ασθένειας και της αναγκαιότητας των θεραπευτικών μέτρων και την ενεργό συμμετοχή του στην αντιμετώπιση της κατάστασης του ασθενούς.
- Στην βοήθεια τόσο του ασθενούς όσο και της οικογένειας, στο να δεχθούν τη νέα κατάσταση που προκύπτει για αυτούς, που μπορεί να είναι ακόμη και μη αναστρέψιμος κλονισμός της υγείας του ασθενούς και περαιτέρω προσαρμογή στο περιβάλλον του νοσοκομείου.
- Συμβάλλει στο διαγνωστικό και θεραπευτικό έργο των ιατρών και της κλινικής γενικότερα, μέσω της λήψεως στοιχείων που αφορούν στην προσωπικότητα του ασθενούς, στο κοινωνικό του περιβάλλον, τον τρόπο που επικοινωνεί, τις σχέσεις του και τις συνθήκες διαβίωσης του.
- Στις κατευθύνσεις για αντιμετώπιση οικονομικών προβλημάτων που προκλήθηκαν από το γεγονός της ασθένειας, στο πλαίσιο των υπαρχόντων προγραμμάτων κοινωνικής πολιτικής.
- Στην ενημέρωση και προάσπιση των δικαιωμάτων και υποχρεώσεων του ασθενή για αποτελεσματικότερη χρήση των υπηρεσιών.
- Στη δημιουργία ομάδων ασθενών που έχουν κοινές ανάγκες και προβλήματα, με στόχο αφενός την αρμονική συμβίωση μέσα στο νοσοκομείο, αφετέρου στη βοήθεια τους μέσω της ομάδας να εκφραστούν, να συνειδητοποιήσουν τα προβλήματα τους και να αξιοποιήσουν τις δυνατότητες τους.
- Στην προετοιμασία του ασθενούς και του περιβάλλοντος του για την επάνοδο του και την προσαρμογή του στο φυσικό του περιβάλλον και όπου η ένταξη δεν είναι δυνατή στην αποκατάσταση του σε νέο προστατευόμενο περιβάλλον.
- Στην συνέχιση της συνεργασίας με τον ασθενή εκτός νοσοκομείου ή την παραπομπή σε άλλη υπηρεσία.

- Στον προγραμματισμό και την εκτέλεση ερευνητικών έργων.
- Στη διασυνδετική δράση μεταξύ τμημάτων και υπηρεσιών του νοσοκομείου καθώς και με άλλες υπηρεσίες της κοινότητας.
- Στην ενημέρωση της κοινότητας και άλλων φορέων για τις κοινωνικές υπηρεσίες και την ευαισθητοποίηση του πληθυσμού.
- Στην οργάνωση εκπαίδευση και αξιοποίηση εθελοντικών ομάδων.
- Στην εκπαίδευση σπουδαστών κοινωνικής εργασίας.

Η Κοινωνική Εργασία βασίζεται στο σεβασμό της έμφυτης αξίας και αξιοπρέπειας όλων των ανθρώπων και στα δικαιώματα που είναι επακόλουθα αυτού. Ο σεβασμός του δικαιώματος της αυτοδιάθεσης και συμμετοχής του ατόμου αποτελούν πρωταρχικούς στόχους της Κοινωνικής εργασίας (IFSW, IASSW 2004). Η γνώση της δεοντολογίας είναι βασικό κομμάτι της επαγγελματικής πρακτικής των Κοινωνικών Λειτουργών. Όπως τονίζεται και στο κείμενο «Δεοντολογία στην Κοινωνική Εργασία, Διακήρυξη Αρχών» (IFSW, IASSW 2004: 1) «η ικανότητα και η δέσμευση των Κοινωνικών Λειτουργών να δρουν με δεοντολογικό τρόπο είναι ένα απαραίτητο μέρος της ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών σε αυτούς που χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες Κοινωνικής Εργασίας.»

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

5.1. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Τα τελευταία χρόνια η ποιότητα έχει αναδειχθεί σε πρωταρχικό κριτήριο για την αγορά προϊόντων αλλά και υπηρεσιών υγείας από τους καταναλωτές. Ο ορισμός που έχει υιοθετηθεί από τον Διεθνή Οργανισμό Προτύπων (International Standards Organisation) και χρησιμοποιείται για την ποιότητα κάθε είδους υπηρεσίας είναι «Ποιότητα είναι όλα τα χαρακτηριστικά ενός προϊόντος ή υπηρεσίας, που έχουν την ικανότητα να ικανοποιούν μια επεφρασμένη ή υπονοούμενη ανάγκη» (Μπόχωρης 2008: 29).

Οι περισσότερες επιχειρήσεις στις μέρες μας αναγνωρίζουν ότι η επιτυχία βασίζεται στην ικανοποίηση των πελατών για (Μπόχωρης 2008):

- Ποιοτικά και αξιόπιστα προϊόντα
- Ποιοτικές και αποτελεσματικές υπηρεσίες
- Επωφελή κατά την αντίληψη τους σχέση μεταξύ αποτιμώμενης για αυτούς αξίας του συνόλου των προηγούμενων και των χρημάτων που δαπανούν για αυτά.

Οι υπηρεσίες υγείας αποτελούν οικονομικές μονάδες, αφού έχουν οικονομική δραστηριότητα με χρήστες, συντελεστές παραγωγής, κόστος και, τέλος, αποτέλεσμα, που συνίσταται στην καλύτερη χρήση των υπαρχόντων πόρων, στην παροχή καλύτερης ποιότητας υπηρεσιών και στη θεραπεία περισσότερων ατόμων μέσω των προγραμμάτων υγείας (Λαχανά 2007). Οι υπηρεσίες υγείας δεν εξαιρούνται από τους γενικούς κανόνες που αφορούν τις υπηρεσίες και την παροχή τους, υπάρχουν όμως ιδιαιτερότητες. «Οι υπηρεσίες υγείας έχουν και πρόσθετους ηθικούς, δεοντολογικούς, κοινωνικούς και νομικούς λόγους, να είναι αποδεκτής και εγγυημένης ποιότητας» (Σωτηρίου 2010:4).

Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας είναι πολύ πιο σύνθετη υπόθεση απ' ό,τι στο χώρο της βιομηχανίας. Ο Τούντας (2003) αναφέρει τις διαφορές μεταξύ βιομηχανίας και υπηρεσιών υγείας. Η μεγαλύτερη διαφορά μεταξύ των τομέων της βιομηχανίας και της υγείας έγκειται στον προσδιορισμό της ποιότητας και, συνακόλουθα, στον τρόπο επίτευξής της. Στη βιομηχανία, η ποιότητα ταυτίζεται με την απόλυτη τήρηση των προδιαγραφών του προϊόντος. Στόχος είναι η ύπαρξη

μηδενικών αποκλίσεων/ελαττωμάτων στη διαδικασία και στο αποτέλεσμα. Στην υγεία, όμως, από τη στιγμή που οι ασθενείς μεταξύ τους παρουσιάζουν μεγάλη ποικιλία στους παράγοντες που επηρεάζουν την έκβαση της θεραπείας τους, είναι αναμενόμενο η στατιστική ανάλυση να αναδεικνύει σημαντικές αλλά αναγκαίες διαφορές στην αντιμετώπισή τους. Γι' αυτό και η έννοια του μηδενικού ελαττώματος στην υγεία ταυτίζεται με την παροχή στους ασθενείς αυτού ακριβώς που έχουν ανάγκη και που επιθυμούν. Η ελαχιστοποίηση των αποκλίσεων/ελαττωμάτων στην υγεία, στην πράξη σημαίνει βελτίωση ή εξάλειψη της «κακής» πρακτικής και ενθάρρυνση της «καλής». Η εξασφάλιση της καταλληλότερης και πλέον επιθυμητής θεραπευτικής αγωγής αποτελεί ένα περισσότερο δύσκολο εγχείρημα από ό,τι η επίτευξη μηδενικών αποκλίσεων στη βιομηχανία. Επιπρόσθετα, οι υπηρεσίες υγείας αποτελούν μια ιδιαίζουσα μορφή προσωπικών υπηρεσιών, ο αποδέκτης-χρήστης των οποίων αναμένει πολύ περισσότερα από ό,τι σε οποιαδήποτε άλλη προσωπική υπηρεσία. Εκτός από την ετοιμότητα παροχής, τη δυνατότητα πρόσβασης, την καταλληλότητα και την αξιοπιστία, παράγοντες που σχετίζονται με την έγκαιρη και σωστή διάγνωση, την άμεση και αποτελεσματική ιατρική παρέμβαση, την υψηλή τεχνολογία, τον άμεμπτο επαγγελματισμό και την αξιοπρέπεια του «πελάτη» αποκτούν ιδιαίτερη βαρύτητα, αποτελώντας άμεση προτεραιότητα.

Η ποιότητα έχει οριστεί από πολλούς μελετητές και Οργανισμούς με ποικίλους τρόπους. Ο Donabedian, (1988), ήταν από τους πρώτους που επικέντρωσαν την προσοχή τους σε θέματα ποιότητας στο χώρο της υγείας και παρουσίασε μια ολοκληρωμένη προσέγγιση στο θέμα της μέτρησης ποιότητας. Σύμφωνα με τον Donabedian (1988: 1147), ως ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας ορίζεται «η μεγιστοποίηση της ικανοποίησης του ασθενή, λαμβάνοντας υπόψη τα κέρδη και τις ζημιές που υπάρχουν σε μια διαδικασία περίθαλψης.» Βασική μεθοδός του ήταν ο διαχωρισμός της περίθαλψης σε δομή, διαδικασία και αποτέλεσμα, και η επιδίωξη της ποιότητας και στους τρεις αυτούς τομείς, ώστε να επιτυγχάνεται το μεγαλύτερο όφελος με το μικρότερο κόστος για τον ασθενή. Σύμφωνα με το υπόδειγμά του Donabedian (1988:1147), η ποιότητα μετράται σε τρεις τομείς

1. «Τη δομή (structure) που περιλαμβάνει: Τα κτίρια, τον εξοπλισμό τα υλικά και τους διαθέσιμους χρηματικούς πόρους, τον αριθμό των εργαζομένων συνολικά και ανά κατηγορίες αλλά και την κατάρτισή τους. Η δομή αποτελεί εύκολα

αναγνωρίσιμη και μετρήσιμη διάσταση της ποιότητας, δεν μπορεί όμως να θεωρηθεί και ως ασφαλές και επαρκές εργαλείο μέτρησης, αφού από μόνη της η επαρκής και κατάλληλη δομή δεν επαρκεί για την παροχή άριστης φροντίδας υγείας.

2. Τη διαδικασία (process) που περιλαμβάνει: Όλες τις ενέργειες που κάνει ο ασθενής αναζητώντας περίθαλψη καθώς και τον τρόπο με τον οποίο του παρέχεται αυτή η περίθαλψη αλλά και τις ενέργειες του ιατρού, ο οποίος θα χρησιμοποιήσει τη μια ή την άλλη διαγνωστική προσέγγιση, θα προτείνει κάποια αγωγή ή θα πραγματοποιήσει τη χειρουργική επέμβαση. Επίσης τη μέση διάρκεια νοσηλείας και μετεγχειρητικής νοσηλείας. Ο τομέας «διαδικασία» μπορεί να μετρηθεί σε ένα μεγάλο βαθμό μέσω της εξέτασης των στοιχείων του ατομικού φακέλου.

3. Την έκβαση (outcome) που περιλαμβάνει: Τα αποτελέσματα, τη μεταβολή τρέχουσα και μελλοντική- στο επίπεδο ευεξίας του ασθενή. Εδώ περιλαμβάνεται και η ικανοποίηση του ασθενή και ο βαθμός ενημέρωσης του και συμμετοχής του.»

Το Ινστιτούτο Ιατρικής της Αμερικανικής Ακαδημίας Επιστημών (IOM 2000) ορίζει την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας ως το βαθμό στον οποίο οι υπηρεσίες υγείας αυξάνουν την πιθανότητα των επιθυμητών αποτελεσμάτων για άτομα και ολόκληρους πληθυσμούς, και παράλληλα είναι συμβατές με την υπάρχουσα επαγγελματική γνώση. Σύμφωνα, με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, (Π.Ο.Υ. 2000) η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας αποτελεί παροχή διαγνωστικών και θεραπευτικών πράξεων ικανών να διασφαλίσουν το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα στον τομέα της υγείας, στο πλαίσιο των δυνατοτήτων της σύγχρονης ιατρικής επιστήμης, η οποία πρέπει να στοχεύει στο καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα με τον ελάχιστο ιατρογενή κίνδυνο, καθώς και στη μέγιστη δυνατή ικανοποίηση του ασθενή από άποψη διαδικασιών, αποτελεσμάτων και ανθρώπινης επαφής.

Με βάση τα παραπάνω, είναι φανερό πως η ποιότητα στην υγεία συνδέεται με την ικανοποίηση των ασθενών, με την παροχή των αναγκαίων και αποτελεσματικών υπηρεσιών, καθώς και με τον έλεγχο του κόστους.

5.1.1. Ποιότητα από την οπτική των ασθενών

Οι Parasuraman και συν. (1990:21-22) δώσανε τις βασικές ερμηνείες που δίνουν οι καταναλωτές στη ποιότητα υπηρεσιών. Συγκεκριμένα:

- «Αξιοπιστία (Reliability). Αν το όνομα είναι αξιόπιστο και τα αισθήματα που προκαλεί το άκουσμα του ονόματός του. Επίσης το πόσο τίμιος φαίνεται αυτός που προσφέρει τις υπηρεσίες. Μπορεί ο καταναλωτής-ασθενής να ρωτήσει «τι φήμη έχει το νοσοκομείο;»
- Ασφάλεια (Safety). Το πόσο ασφαλής είναι ο καταναλωτής-ασθενής από οποιαδήποτε κίνδυνο, ρίσκο ή αμφιβολία.
- Πρόσβαση (Access). Το πόσο εύκολο είναι να πάει κάποιος και το πόσο εύκολο να έχει επαφή με το προσωπικό του νοσοκομείου. Δείγμα ερωτήσεων που μπορούν να γίνουν είναι «Πόσο θα ανταποκριθεί το προσωπικό αν τους ρωτήσω κάτι;»
- Επικοινωνία (Communication). Είναι το κατά πόσο ακούν τους πελάτες-ασθενείς και ο τρόπος που τους κρατούν σε επαφή. Ο καταναλωτής-ασθενής μπορεί να αναρωτηθεί έχει την διάθεση ο εργαζόμενος-ιατρός ή νοσηλευτής να με ακούσει;
- Κατανόηση του πελάτη-ασθενή (Comprehension). Το πόσο προσπαθούν να κατανοήσουν τους ασθενείς και τις ανάγκες τους. Ο ασθενής μπορεί να αναρωτηθεί «ξέρουν τι ζητάω;»
- Απτά (Tangibly). Η εμφάνιση φυσικών αντικειμένων και προσώπων, όπως τα μηχανήματα.
- Υπευθυνότητα (Responsibility). Η ικανότητα να ανταποκριθούν σε αυτά που λένε με ακρίβεια και αξιοπιστία. Εδώ ο πελάτης-ασθενής μπορεί να αναρωτηθεί «όταν λένε ότι θα με αναλάβουν εννοούν ότι θα προσπαθήσουν να λυθεί το θέμα που με απασχολεί;»
- Αντανεκλαστικά (Reflexives). Η πρόθεση και η ικανότητα να ανταποκριθούν και να βοηθήσουν σε τυχόν προβλήματα και να προσφέρουν τις κατάλληλες υπηρεσίες.
- Ικανότητα (Ability). Το πόσο ικανό και εκπαιδευμένο είναι το προσωπικό για να προσφέρει τις αναμενόμενες υπηρεσίες στην επιθυμητή ποιότητα.

- Ευγένεια (Politeness). Η εξυπηρέτηση, οι τρόποι, ο σεβασμός στον πελάτη-ασθενή και η φιλικότητα στην επικοινωνία μεταξύ των ιατρών, νοσηλευτών και των ασθενών.»

Το Advisory Council on Health Research (Ραφτόπουλος 2002) ορίζει 26 διαστάσεις της ποιότητας φροντίδας από την οπτική των ασθενών: (1) αποτελεσματικότητα: βελτίωση του επιπέδου υγείας του ασθενή, (2) επαγγελματική επάρκεια: κατάλληλη γνώση και δεξιότητες, (3) διορατικότητα του επαγγελματία, (4) καταλληλότητα της φροντίδας, (5) ασφάλεια, (6) ακρίβεια, (7) ανθρωπιά, (8) πληροφόρηση, (9) εχεμύθεια, (10) συνεργασία, (11) υπευθυνότητα του επαγγελματία υγείας, (12) συνέχεια, (13) διαθεσιμότητα, (14) αποδοτικότητα, (15) ολοκληρωμένη φροντίδα, (16) προσβασιμότητα, (17) ικανοποίηση του ασθενή, (18) οικονομική δυνατότητα πρόσβασης στην φροντίδα, (19) υποδοχή, (20) προστασία προσωπικών δεδομένων, (21) υγιεινή: περιορισμός του επιπολασμού των νοσοκομειακών λοιμώξεων, (22) διατροφή, (23) ενσυναίσθηση, (24) αντίκτυπος της φροντίδας στη συνολική λειτουργικότητα του ασθενή, (25) αυτονομία του ασθενή στη λήψη αποφάσεων που αφορούν τη φροντίδα του, (26) πρόληψη της παροχής πλεονάζουσας περιττής φροντίδας.

Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας και η ικανοποίηση του χρήστη είναι στενά συνδεδεμένες έννοιες και ο όποιος βαθμός ικανοποίησης δεν προέρχεται μόνο από τα αποτελέσματα της θεραπευτικής παρέμβασης αλλά και από το συνδυασμό της φύσης και του χαρακτήρα των διαδικασιών που εφαρμόζονται στα πλαίσια της συγκεκριμένης παρέμβασης (Παυλάκης 2007). Ο χρήστης υπηρεσιών υγείας δεν πρέπει να μένει δυσαρεστημένος ή να αισθάνεται ότι οι ανάγκες του και οι επιθυμίες του δεν ικανοποιούνται γιατί αυτό αποτελεί δείγμα χαμηλής ποιοτικής φροντίδας.

5.2. Η ΔΙΑΣΦΑΛΙΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας έχει ιδιαίτερη σημασία, αφού οδηγεί σε υγειονομικά οικονομικά και κοινωνικά οφέλη για τον ίδιο τον ασθενή, τους επαγγελματίες υγείας, τις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας, τα ασφαλιστικά ταμεία, το κράτος και το κοινωνικό σύνολο. Για να εξασφαλίσει όμως μια επιχείρηση ή οργανισμός την ποιότητα, χρειάζεται να υιοθετήσει σύγχρονα συστήματα ελέγχου ποιότητας και διασφάλισης ποιότητας. Η υιοθέτηση και

εφαρμογή τέτοιων συστημάτων είναι απαραίτητη για τις επιχειρήσεις/οργανισμούς που επιθυμούν να ικανοποιήσουν τις απαιτήσεις των πελατών και να διατηρήσουν ή να αυξήσουν το μερίδιο στην αγορά (Τσιότρας 2008).

Καθίσταται προφανής η αναγκαιότητα μιας συνεχούς αξιολογητικής διαδικασίας σε όλα τα επίπεδα λειτουργιών των υπηρεσιών υγείας.

Ένα γνωστό μοντέλο αξιολόγησης είναι το μοντέλο της JOINT COMMISSION (JCAHO) (Ευθυμίου 2010). Τα πρότυπα του συστήματος κατηγοριοποιούνται σε δύο άξονες:

- A.
 - 1. Πρόσβαση στη φροντίδα και συνέχιση της
 - 2. Τα δικαιώματα των ασθενών και των οικογενειών τους
 - 3. Εκτίμηση της κατάστασης των ασθενών
 - 4. Φροντίδα ασθενών
 - 5. Εκπαίδευση των ασθενών και των οικογενειών τους.
- B.
 - 1. Ποιοτική Διοίκηση και Βελτίωση
 - 2. Πρόληψη και έλεγχος μολύνσεων
 - 3. Διοίκηση και Ηγεσία
 - 4. Διαχείριση υποδομών και Ασφάλεια
 - 5. Προσόντα προσωπικού και Εκπαίδευση
 - 6. Διαχείριση Πληροφοριών

5.2.1. Μέτρηση της ικανοποίησης του ασθενούς

Η έννοια της ικανοποίησης του ασθενούς έχει αναδειχθεί ως αξιόπιστος δείκτης για την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων των πολιτικών υγείας και σχετίζεται άμεσα με την επαρκή ικανοποίηση των γενικών αλλά και ειδικών αναγκών υγείας (Sitzia και Wood 1997). Σύμφωνα με τον Thompson (2006) οι λόγοι για τους οποίους πρέπει να δίνεται βαρύτητα στην ικανοποίηση των ασθενών είναι ότι η ικανοποίηση των ασθενών :

- 1. Είναι η ίδια ένα επιθυμητό αποτέλεσμα
- 2. Συνδέεται άμεσα με άλλα θετικά αποτελέσματα
- 3. Οι ασθενείς έχουν μια ευρύτερη άποψη από τους επαγγελματίες
- 4. Συχνά οι ασθενείς είναι σε καλύτερη θέση να κρίνουν
- 5. Μπορεί να βοηθήσει να επιλέξουν την καλύτερη μέθοδο της υγειονομικής φροντίδας
- 6. Είναι μια έκφραση της αυτονομίας του ασθενούς

7. Ως φορολογούμενοι οι ασθενείς έχουν το δικαίωμα να ακουστούν
8. Είναι ένα δημοκρατικό δικαίωμα σε μια δημόσια υπηρεσία
9. Πρόκειται για μια μορφή της συμμετοχής της κοινότητας
10. Είναι ένα μέτρο της οργανωτικής/επαγγελματική απόδοση
11. Οργανωτικά ο ανταγωνισμός κερδίζει μέσα από αυτό

Μετρώντας την ικανοποίηση των ασθενών, τοποθετούμε τον ασθενή-καταναλωτή στο επίκεντρο του ενδιαφέροντος των παρεχομένων φροντίδων (Μαλλιαρού και συν. 2009). Η μέτρηση της ικανοποίησης του ασθενή είναι ιδιαίτερα σημαντική για τον προσδιορισμό της έννοιας της ποιότητας και αποτελεί ένα οικονομικό «εργαλείο» έρευνας αγοράς στον υγειονομικό τομέα (Παυλάκης 2007). Σύμφωνα με τον Donabedian (1988), η μεγιστοποίηση της ικανοποίησης του ασθενούς αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους παράγοντες πιστοποίησης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

Οι Sitzia και Wood (1997:1830) διαπίστωσαν τρεις σκοπούς για τη μέτρηση της ικανοποίησης :

- «Περιγραφή των υπηρεσιών υγείας από την πλευρά του ασθενή
- Αναγνώριση των προβληματικών περιοχών στους υγειονομικούς οργανισμούς και παραγωγή ιδεών ως λύσεις και
- Αξιολόγηση της παρεχόμενης φροντίδας»

Επίσης η μέτρηση της ικανοποίησης, είναι σημαντική και για τους επαγγελματίες υγείας. Ο Fitzpatrick (1991:887) αναφέρει τρεις λόγους που οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να λαμβάνουν την ικανοποίηση των ασθενών ως μια σοβαρή μέτρηση.

- «Η ικανοποίηση του ασθενή προβλέπει το αν οι ασθενείς θα ακολουθήσουν τις προτεινόμενες θεραπείες και αν θα αλλάξουν το φορέα παροχής φροντίδας.
- Η ικανοποίηση του ασθενούς συνδέεται με την επικοινωνία με τον ασθενή και στην εμπλοκή του στις αποφάσεις για τη φροντίδα του.
- Η ανατροφοδότηση από τους ασθενείς μπορεί να χρησιμοποιηθεί συστηματικά στην επιλογή μεταξύ εναλλακτικών μεθόδων οργάνωσης ή παροχής της υγειονομικής φροντίδας.»

Οι έρευνες ικανοποίησης μπορούν να λειτουργήσουν ως μηχανισμοί επισήμανσης προβλημάτων ποιότητας για τους παραγωγούς υπηρεσιών υγείας (Παυλάκης 2007). Άρα η απόκτηση πληροφοριών που αφορούν την ικανοποίηση των

χρηστών είναι απαραίτητη παράμετρος στη διαδικασία συνεχώς βελτίωσης των παρεχόμενων υπηρεσιών.

5.2.2. Παράγοντες που επιδρούν στην ικανοποίηση του ασθενή

Η μέτρηση της ικανοποίησης έγκειται, σύμφωνα με τους Ware και συν. (1983), στη διερεύνηση ποικίλων πτυχών του τομέα υγείας οι οποίες σχετίζονται μεταξύ άλλων με την προσβασιμότητα, την αποτελεσματικότητα και τη διαθεσιμότητα των υπηρεσιών υγείας, καθώς και με τη ποιότητα του ανθρώπινου δυναμικού αλλά και του φυσικού περιβάλλοντος. Η ενημέρωση που παρέχεται στο χρήστη για το πρόβλημα υγείας του, ο χρόνος αναμονής, η ποιότητα και η διαθεσιμότητα του εξοπλισμού και τα υψηλά ποσοστά διαγνωστικής επιτυχίας αποτελούν ορισμένες από τις παραμέτρους που αξιολογούνται για την αποτίμηση της ικανοποίησης του ασθενούς από τις υπηρεσίες υγείας. Ως ικανοποίηση του χρήστη ορίζεται «το σύνολο των προσωπικών εκτιμήσεων στα ερεθίσματα που δέχεται από το περιβάλλον της φροντίδας πριν, κατά τη διάρκεια και αμέσως μετά από την παραμονή του σε υπηρεσία υγείας ή σε επίσκεψη του σε ιατρική μονάδα» (Παυλάκης 2007: 9).

Η μέτρηση ικανοποίησης μπορεί να αφορά σε διαφορετικά επίπεδα υγειονομικής περίθαλψης και ο βαθμός ικανοποίησης εξαρτάται κυρίως από τρεις παράγοντες, που σχετίζονται με (Sitzia και Wood 1997):

α)Τις προσδοκίες του χρήστη .

Η ικανοποίηση του ασθενούς συναρτάται άμεσα με το βαθμό κατά τον οποίο οι προσδοκίες του επαληθεύονται.

β)Τα κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά του χρήστη.

Τα κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά όπως το φύλο το μορφωτικό επίπεδο, η ηλικία μπορούν να επηρεάσουν την ικανοποίηση του χρήστη.

γ)Την επίδραση των ψυχοκοινωνικών παραγόντων.

Οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες επιδρούν στο χρήστη, κατά τη διαδικασία της αξιολόγησης των παρεχόμενων υπηρεσιών, επιφέροντας αλλοίωση του μεγέθους ικανοποίησης. Για παράδειγμα, μεγάλο ποσοστό ασθενών είθισται να δηλώνει περισσότερο ικανοποιημένο από ότι πραγματικά είναι προκειμένου να τύχει ευνοϊκότερης μεταχείρισης από το προσωπικό του νοσοκομείου.

5.3. ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΙΑΤΡΟΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ-ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΚΑΙ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Η επικοινωνία στη σχέση ιατρονοσηλευτικού προσωπικού και ασθενή είναι μια βασική μεταβλητή στην ικανοποίηση του ασθενή (Buller 1985). Η επικοινωνία είναι η αρχή και το τέλος κάθε επαφής του γιατρού και του ασθενή, άσχετα αν αυτή έχει να κάνει με την ανακούφιση ενός απλού κρυολογήματος ή την ανάγκη για μια χειρουργική επέμβαση (Παπαγιάννης 2003). Η κακή επικοινωνία όπως έλλειψη εξηγήσεων, χρήση δυσνόητης ιατρικής ορολογίας είναι μια από τις πιο συχνές αιτίες υποβολής παραπόνων από ασθενείς κατά των ιατρών (Hunt και Glucksman 1991). Σύμφωνα με τους Ong και συν. (1995) υπάρχουν τρεις διαφορετικοί σκοποί στην επικοινωνία μεταξύ προσωπικού υγείας και ασθενών:

- α) η δημιουργία μιας καλής διαπροσωπικής σχέσης
- β) η ανταλλαγή πληροφοριών
- γ) και τη λήψη αποφάσεων σχετικά με την θεραπεία.

Από τη λήψη του ιατρικού ιστορικού του ασθενή μέχρι την οριστικοποίηση του θεραπευτικού σχήματος ή κάποιας άλλης ιατρικής πράξης η σχέση του ιατρού με τον ασθενή στηρίζεται στην επικοινωνία και συνεργασία. «Αυτή η θεραπευτική σχέση αποτελεί τη βάση για μια ποιοτική φροντίδα» (Paice και συν. 2002: 709).

Όπως χαρακτηριστικά αναφέρει η Piasecki (2003:3) η επικοινωνία στη σχέση ιατρονοσηλευτικού προσωπικού και ασθενή «είναι αυτή που δίνει στον ασθενή την αίσθηση ότι λαμβάνει φροντίδα υψηλής ποιότητας και γενικότερα αυξάνει την συνολική ικανοποίηση που αποκομίζει ο ασθενής από την παροχή υπηρεσιών υγείας.» Τα αποτελέσματα μιας μεταανάλυσης 41 σχετικών ερευνών (Hall και συν. 1988) έδειξαν ότι συμπεριφορές που επηρεάζουν τη διαμόρφωση θεραπευτικής σχέσης με τον ασθενή μέσα από την κατανόηση και την αποδοχή των συναισθημάτων του, η εδραίωση μιας σχέσης συνεργασίας αυξάνουν την ικανοποίηση των ασθενών.

Βασικός δείκτης ικανοποίησης όμως που βρέθηκε ήταν ο βαθμός πληροφόρησης των ασθενών. Οι ασθενείς που παίρνουν περισσότερες πληροφορίες είναι περισσότερο ικανοποιημένοι από αυτούς που παίρνουν λιγότερες (Adler 2009, Hall και συν. 1988).

Επίσης μελέτη των Wasfi και συν. (2008) έδειξε ότι η ικανοποίηση των ασθενών αυξάνει σημαντικά όταν ο ασθενής μέσω του γιατρού γνωρίζει περισσότερες πληροφορίες σχετικά με τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα των ενδεχόμενων θεραπευτικών μεθόδων, κοινούς κινδύνους και επιπλοκές, αλλά και τους σπάνιους κινδύνους της επέμβασης. Η επαρκής ενημέρωση του ασθενή έχει θετική επίδραση στην αίσθηση ικανοποίησης του ασθενούς. Μη συνεργάσιμοι ή δυσαρεστημένοι ασθενείς οδηγούν σε επιπλέον συνταγογραφήσεις και παραπομπές σε πρόσθετες δαπάνες και υπερφόρτωση του συστήματος υπηρεσιών υγείας (Παναγοπούλου και Μπενός 2003). Οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να λαμβάνουν υπόψη τις ανάγκες και επιθυμίες των ασθενών τους για καλύτερη επικοινωνία και πληρέστερη ενημέρωση.

Η παρούσα ερευνητική προσπάθεια αφορά στην διερεύνηση του βαθμού ικανοποίησης των ασθενών από την ενημέρωση για τα προβλήματα υγείας τους και συμμετοχή τους στη λήψη των σχετικών ιατρικών αποφάσεων και επίσης αποσκοπεί στη διερεύνηση κάποιων δημογραφικών παραγόντων που μπορεί να σχετίζονται με τον βαθμό ικανοποίησης.

B. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

6.1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας έχει ιδιαίτερη σημασία, αφού οδηγεί σε υγειονομικά οικονομικά και κοινωνικά οφέλη για τον ίδιο τον ασθενή, τους επαγγελματίες υγείας, τις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας, τα ασφαλιστικά ταμεία, το κράτος και το κοινωνικό σύνολο, όπως αναλύθηκε σε προηγούμενο κεφάλαιο. Η μέτρηση της ικανοποίησης του ασθενή είναι ιδιαίτερα σημαντική για τον προσδιορισμό της έννοιας της ποιότητας (Παυλάκης 2007). Οι ασθενείς είναι οι τελικοί αποδέκτες, οι πλέον ενδιαφερόμενοι και αυτοί που άμεσα βιώνουν τις ιατρικές υπηρεσίες. Συνεπώς, αποτελούν τον κύριο πληροφοριακό στόχο για την αξιολόγηση της παρεχόμενης περίθαλψης. «Η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών μπορεί να αποτελέσει την αφετηρία για την βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας» (Μαλλιαρού και συν. 2009:32). Στην Ελλάδα, η ερευνητική δραστηριότητα σχετικά με τη μέτρηση της ικανοποίησης φαίνεται να είναι περιορισμένη (Παπαγιαννοπούλου και συν 2008, Τούντας και συν. 2003).

Στην παρούσα έρευνα διερευνάται ο βαθμός ικανοποίησης ασθενών από την ενημέρωση για τα προβλήματα υγείας τους και συμμετοχής τους στη λήψη των σχετικών ιατρικών αποφάσεων. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε ασθενείς στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου από 20/4/2010 έως 25/6/2010. Για την υλοποίηση της έρευνας ζητήθηκε και ελήφθη σχετική έγκριση από τον Διευθυντή του Α΄ Τομέα Παθολογίας του εν λόγω νοσοκομείου.

Στο παρόν κεφάλαιο παρουσιάζεται η ερευνητική διαδικασία προκειμένου να αποτυπωθεί ο βαθμός ικανοποίησης από την ενημέρωση για τα προβλήματα υγείας τους και συμμετοχής τους στη λήψη των σχετικών ιατρικών αποφάσεων.

6.2. ΣΚΟΠΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η διερεύνηση του βαθμού ικανοποίησης των νοσοκομειακών ασθενών από την ενημέρωση που έχουν σε σχέση με τη διάγνωση, την πορεία της νόσου καθώς και το βαθμό ικανοποίησης που αντλεί ο ασθενής από τη συμμετοχή του στη λήψη των σχετικών ιατρικών αποφάσεων.

6.2.1.Ερευνητικά ερωτήματα

Στο πλαίσιο αυτό διατυπώθηκαν τα παρακάτω ερευνητικά ερωτήματα :

Το φύλο επιδρά στο βαθμό ικανοποίησης του νοσοκομειακού ασθενούς από την ενημέρωση που λαμβάνει για τα προβλήματα υγείας του και τη συμμετοχή του στις αποφάσεις σχετικά με αυτά.

Η ηλικία επιδρά στο βαθμό ικανοποίησης του νοσοκομειακού ασθενούς από την ενημέρωση που λαμβάνει για τα προβλήματα υγείας του και τη συμμετοχή του στις αποφάσεις σχετικά με αυτά.

Το μορφωτικό επίπεδο επιδρά στο βαθμό ικανοποίησης του νοσοκομειακού ασθενούς από την ενημέρωση που λαμβάνει για τα προβλήματα υγείας του και τη συμμετοχή του στις αποφάσεις σχετικά με αυτά.

6.3.ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Ο υπό δειγματοληψία πληθυσμός που επιλέχθηκε για την μέτρηση του βαθμού ικανοποίησης του νοσοκομειακού ασθενή από την ενημέρωση για τα προβλήματα υγείας του και συμμετοχή του στη λήψη των σχετικών ιατρικών αποφάσεων, αποτελούνταν από τους ασθενείς του Α΄ Τομέα Παθολογίας του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου. Ο Α΄ Τομέας Παθολογίας περιλαμβάνει τις εξής κλινικές: Αιματολογική, Γαστρεντερολογική, Δερματολογική, Ενδοκρινολογική, Καρδιολογική, Νευρολογική, Νεφρολογική, Ογκολογική, Παθολογική, Πνευμονολογική, Ρευματολογική. Ο συγκεκριμένος τομέας επιλέχθηκε

για να εξασφαλιστεί ότι το δείγμα μας θα περιλαμβάνει –κατά το δυνατόν- άτομα με διαφορετικές παθήσεις έτσι ώστε να μην επικεντρωθούμε στις ιδιαίτερες ανάγκες ή προσδοκίες που μπορεί να έχουν οι ασθενείς που πάσχουν από το ίδιο νόσημα. Επίσης η επιλογή δείγματος από όλες τις κλινικές έγινε με σκοπό να επιτευχθεί η μεγαλύτερη δυνατή διασπορά θεραπόντων ιατρών. Ως μέγεθος του

δείγματος της έρευνας ορίστηκε ο αριθμός των 200 ατόμων. Ο αριθμός αυτός προέκυψε από την ανάγκη να υπάρχει ένα σχετικά ικανοποιητικό δείγμα και από την ανάγκη να περατωθεί η ερευνητική διαδικασία μέσα σε εύλογο χρονικό διάστημα και για οικονομικούς λόγους. Οι ερωτώμενοι που συμμετείχαν στην έρευνα μας έδωσαν προφορική συναίνεση για συμμετοχή τους στην έρευνα έπειτα από ενημέρωσή τους και πληρούσαν τα ακόλουθα κριτήρια:

- α) Γνώριζαν την Ελληνική γλώσσα
- β) Ήταν άνω των 18 ετών
- γ) Διέθεταν δυνατότητα επικοινωνίας και συνομιλίας
- δ) Βρίσκονταν στην διαδικασία εξιτηρίου

Η δειγματοληψία στη παρούσα έρευνα έγινε με τη μέθοδο της Σκόπιμης Δειγματοληψίας. Με τη μέθοδο αυτή «ο ερευνητής επιλέγει περιπτώσεις που θεωρεί ότι είναι χαρακτηριστικές σχετικά με το θέμα που θέλει να ερευνήσει» (Κυριαζή 2001:117). Στην παρούσα έρευνα προσκλήθηκαν να συμμετάσχουν ενήλικοι ασθενείς που γνώριζαν την Ελληνική γλώσσα, λίγο πριν την έξοδό τους από τις κλινικές του Α΄ Τομέα Παθολογίας του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου τη χρονική περίοδο από 20/4/2010 έως 25/6/2010. Η μέθοδος αυτή ανήκει στις μη πιθανοθεωρητικές μεθόδους δειγματοληψίας (Κυριαζή 2001, Καλαματιανού 1996). Όπως χαρακτηριστικά αναφέρει η Καλαματιανού (1996:623) «Οι μη πιθανοθεωρητικές δειγματοληψίες εκφράζουν περισσότερο ένα είδος ευκολίας ή ανάγκης και για τα αποτελέσματα δεν φέρει ευθύνη η στατιστική θεωρία». Στην εν λόγω έρευνα οι χρονικοί περιορισμοί μας οδήγησαν στην επιλογή της παραπάνω δειγματοληπτικής μεθόδου.

6.4. ΣΥΛΛΟΓΗ ΚΑΙ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Η συλλογή των απαραίτητων δεδομένων έγινε μέσω τυποποιημένου ερωτηματολογίου. Η μέτρηση της γνώμης των ασθενών πραγματοποιήθηκε μέσω της χρήσης του ερωτηματολογίου EUROPEP (Groll και συν. 2000), το οποίο έχει επισήμως μεταφραστεί και αποδοθεί στα Ελληνικά από την Κλινική Κοινωνικής και Οικογενειακής Ιατρικής του τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Κρήτης. Έπειτα από επικοινωνία με τον Δρ. Χρήστο Λιονή, καθηγητή Κοινωνικής και Οικογενειακής Ιατρικής Πανεπιστημίου Κρήτης, μας παρασχέθηκε η άδεια χρήσης του παραπάνω ερωτηματολογίου για την εν λόγω έρευνα.

Το ερευνητικό εργαλείο EUROPEP εξετάζει πτυχές της λαμβανόμενης φροντίδας από τον ιατρό και τη Μονάδα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Παρόλο που το εν λόγω ερωτηματολόγιο αφορά στην φροντίδα στο πλαίσιο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, παρέχει τη δυνατότητα να απαντηθούν τα ερευνητικά ερωτήματα που τέθηκαν στην παρούσα έρευνα αφού το δικαίωμα ενημέρωσης για τα προβλήματα υγείας των ασθενών καθώς και η συμμετοχή τους στη λήψη των σχετικών ιατρικών αποφάσεων αφορά σε όλα τα επίπεδα υγείας. Το ερωτηματολόγιο περιλάμβανε κλειστές ερωτήσεις ενώ ως κλίμακα μέτρησης στάσεων του συγκεκριμένου ερωτηματολογίου χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα Likert. Η κλίμακα Likert αποτελεί την πιο διαδεδομένη κλίμακα στην κοινωνική έρευνα, καθώς είναι συγκριτικά πιο εύκολη στην κατασκευή και την εφαρμογή της (Κυριαζή 2001, Bryman 2004).

6.4.1. Περιγραφή εργαλείου έρευνας

Το ερωτηματολόγιο περιλάμβανε τις παρακάτω ενότητες:

- α) Ατομικές πληροφορίες που αφορούσαν στα δημογραφικά και κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά,
- β) Γενικές πληροφορίες που αφορούσαν στην νοσηλεία τους και αυτοαξιολόγηση της υγείας τους και
- γ) Ειδικές ερωτήσεις που περιλαμβάνουν τις ακόλουθες διαστάσεις : Σχέση ιατρού - ασθενούς (Doctor-patient-relationship) ερωτήσεις 1 έως 6, Ιατρική περίθαλψη (Medical care) ερωτήσεις 7 έως 11, Ενημέρωση και υποστήριξη (Information and support) ερωτήσεις 12 έως 15, Οργάνωση φροντίδας υγείας (Organisation of care) ερωτήσεις 16-17, Προσβασιμότητα (Accessibility) ερωτήσεις 18-23.

Οι ερωτώμενοι, στην παρούσα έρευνα, καλούνταν να αξιολογήσουν το βαθμό ικανοποίησης τους με τη βοήθεια μια κλίμακας τύπου Likert πέντε βαθμών (καθόλου, λίγο, ικανοποιημένος, αρκετά, πολύ ικανοποιημένος). Για τις ερωτήσεις που δεν αφορούσαν στην δεδομένη κατάσταση των ερωτώμενων προστέθηκε και ως επιλογή απάντησης στις ερωτήσεις το «Μη εφαρμόσιμο-μη σχετικό». Όπως αναφέρθηκε, οι κλίμακες είναι πεντάβαθμες εκτός των ατομικών και γενικών πληροφοριών όπου η κλίμακα μέτρησης διατυπώνεται ανάλογα.

6.4.2. Συμπλήρωση ερωτηματολογίων

Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων επιλέχθηκε να πραγματοποιηθεί με απευθείας συνομιλία. Οι ερωτώμενοι συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο παρουσία συνεντευκτή. Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων έγινε είτε από τους ίδιους τους ερωτώμενους είτε από τον συνεντευκτή σε περιπτώσεις που οι ερωτώμενοι δεν μπορούσαν να τα συμπληρώσουν. Ο ερωτώμενος ενημερωνόταν από το συνεντευκτή για τους σκοπούς της διενεργούμενης έρευνας, διαβεβαιωνόταν ότι τα στοιχεία που θα παρείχε ήταν απολύτως εμπιστευτικά και, ακόμη, ότι τα ατομικά του στοιχεία δεν θα δημοσιοποιούνταν σε καμία περίπτωση. Αν ο ερωτώμενος συναινούσε στη συμμετοχή του στην έρευνα, τότε συμπλήρωνε το ερωτηματολόγιο.

Η επιλογή του συγκεκριμένου τρόπου συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων προτιμήθηκε από την ταχυδρομική επιστολή και την τηλεφωνική επικοινωνία καθώς μέρος του δείγματος μας δεν μπορούσε να συμπληρώσει το ίδιο το ερωτηματολόγιο, είτε επειδή ήταν ηλικιωμένοι είτε επειδή είχαν χαμηλό μορφωτικό επίπεδο και απαιτούνταν η συνδρομή του συνεντευκτή ώστε να λύνει άμεσα και έγκυρα τις απορίες τους.

Αρχικά η συλλογή των ερωτηματολογίων ήταν χρονοβόρα και ιδιαίτερα επίπονη. Αρκετοί ερωτώμενοι βιάζονταν να αποχωρήσουν από το νοσοκομείο και δεν είχαν την ψυχική διάθεση για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου. Αυτό οδήγησε στην άρνηση πολλών ασθενών να συμμετέχουν στην έρευνα. Η άρση αυτής της δυσκολίας επιτεύχθηκε με τη συνδρομή των γραμματειών των κλινικών του Α΄ Τομέα Παθολογίας οι οποίες μας ενημέρωναν το απόγευμα για τα άτομα που πρόκειται να λάβουν εξιτήριο την επόμενη μέρα. Με αυτό τον τρόπο αυξήσαμε την ανταπόκριση των ερωτώμενων για συμμετοχή τους στην έρευνα.

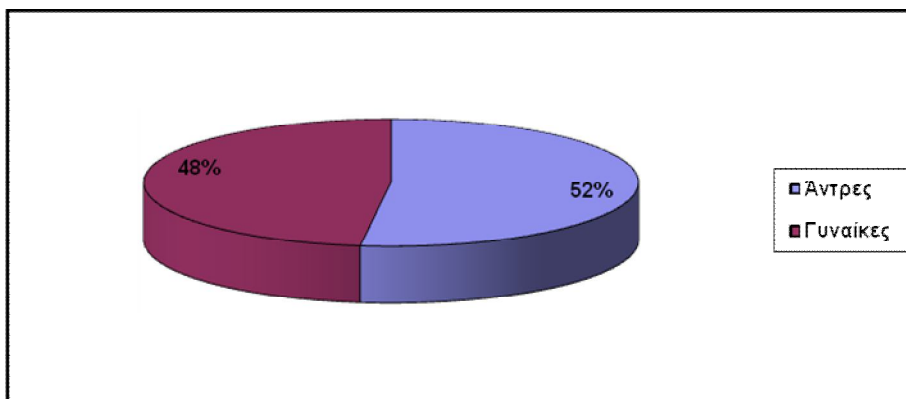
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

7.1. ΑΤΟΜΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

Πίνακας 7.1.1.

Φύλο

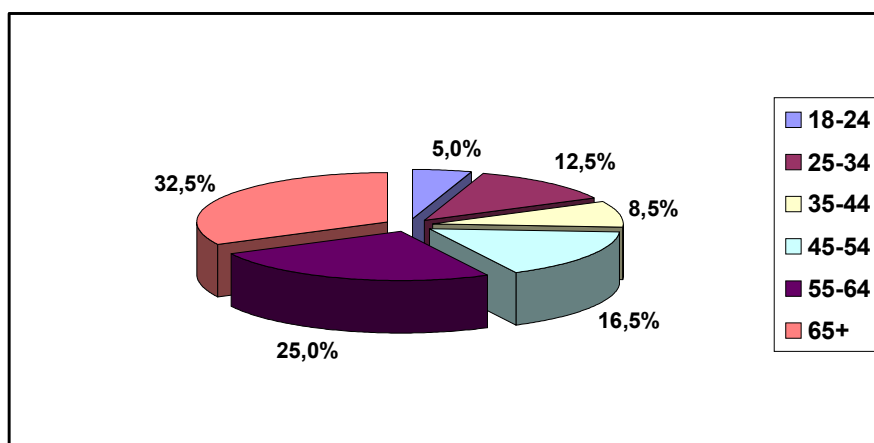


Από τα 200 άτομα τα 104 (52,0 %) ήταν άντρες και 96 (48,0%) γυναίκες.

Η κατανομή των ασθενών ήταν συμπτωματική.

Πίνακας 7.1.2.

Ηλικία

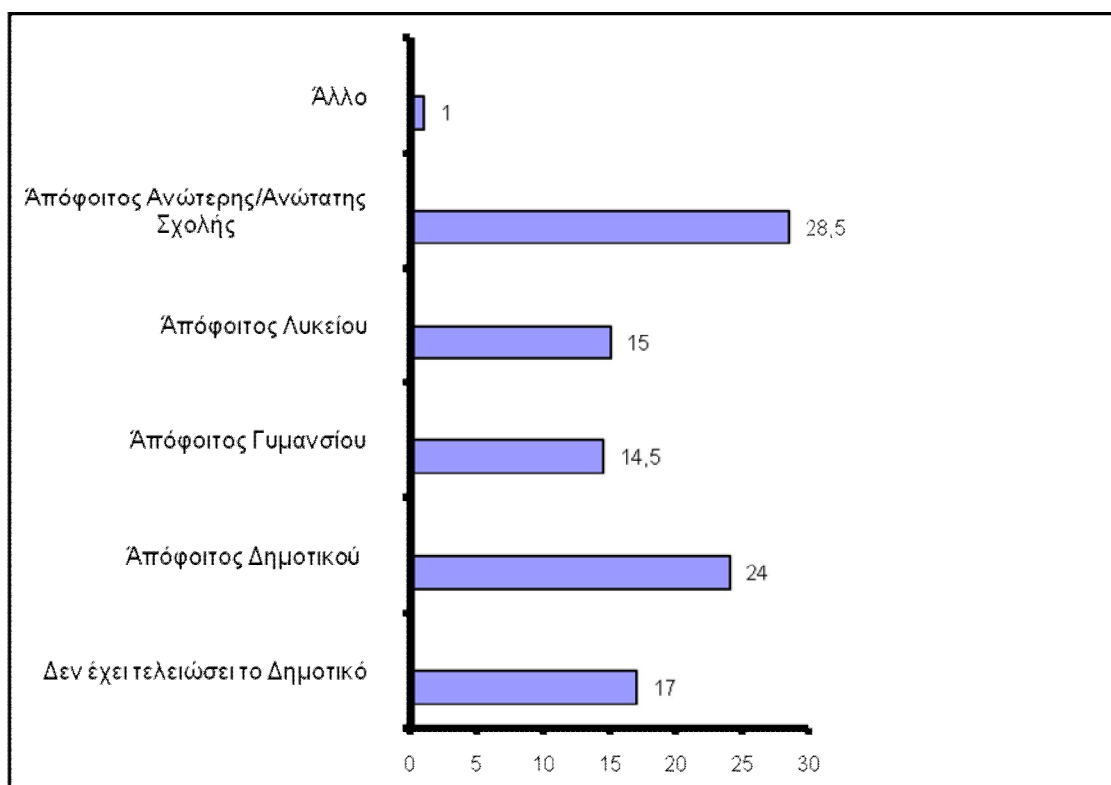


Όσον αφορά στην ηλικία του δείγματος, το μεγαλύτερο ποσοστό (32,5%) του δείγματος μας είναι άνω των 65 ετών. Το αμέσως μικρότερο ποσοστό (25,0%) είναι στην ηλικιακή ομάδα 55 έως 64. Ακολουθούν 33 άτομα με ποσοστό 16,5% που ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα 45 έως 54, 25 άτομα (12,5%) που ανήκουν

στην ηλικιακή κατηγορία 25 έως 34. Στις ηλικιακές κατηγορίες 35 έως 44 και 18 έως 24 εντοπίζονται τα μικρότερα ποσοστά (17 άτομα και 10 άτομα με ποσοστά 8,5% και 5,0% αντίστοιχα).

Πίνακας 7.1.3.

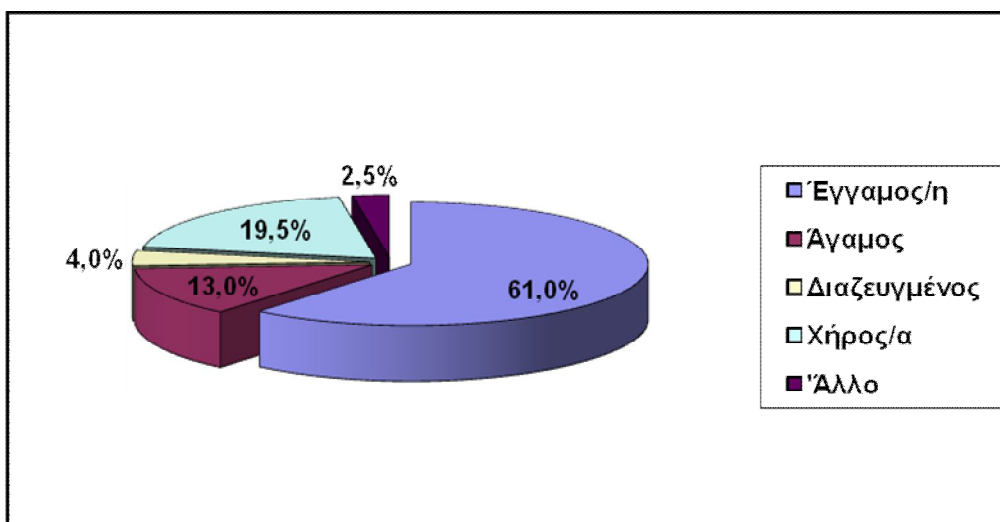
Επίπεδο Εκπαίδευσης



Ως άμεση συνέπεια του αυξημένου ποσοστού των ηλικιωμένων στη σύνθεση του δείγματος, το μορφωτικό επίπεδο της πλειοψηφίας είναι χαμηλό. Ειδικότερα, 48 άτομα (24,0%) δήλωσαν απόφοιτοι δημοτικού, 29 άτομα (14,5%) απόφοιτοι γυμνασίου ενώ αρκετοί ήταν αυτοί που δήλωσαν αναλφάβητοι (34 άτομα - 17,0%).

Πίνακας 7.1.4.

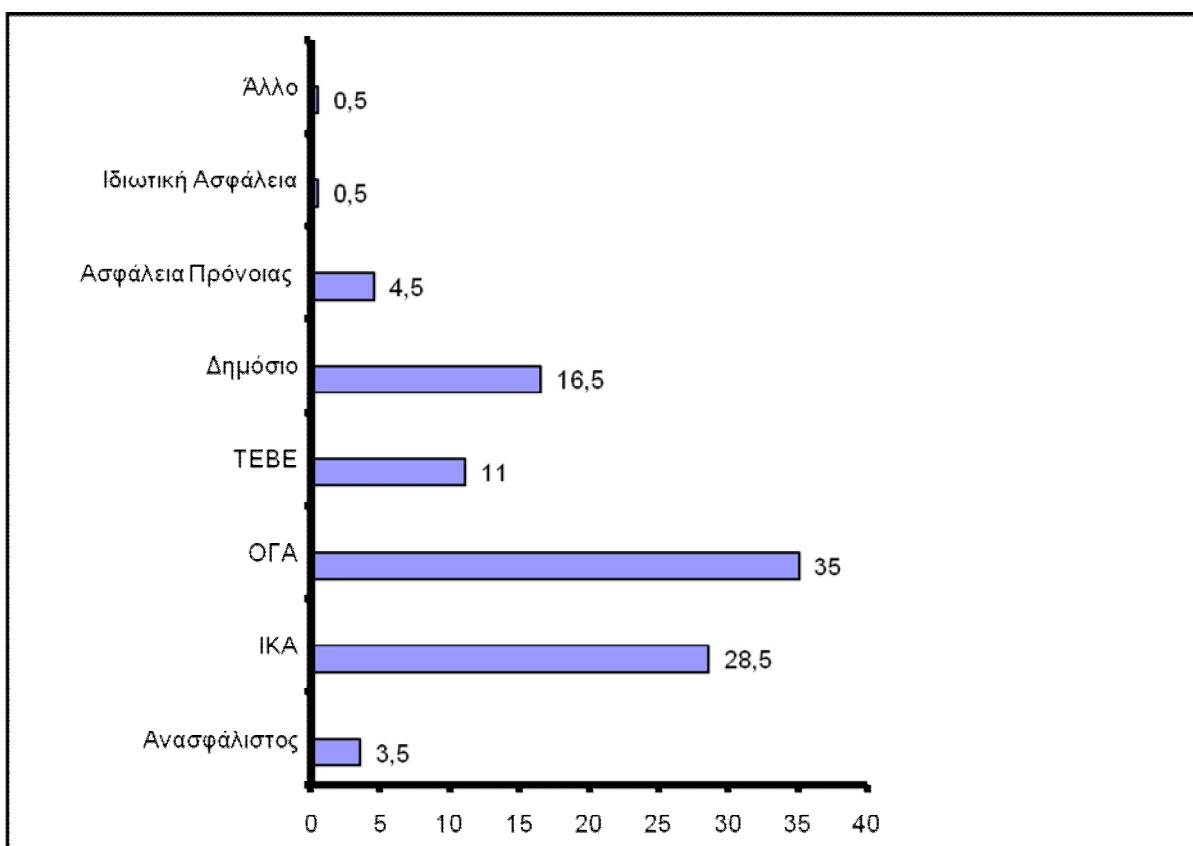
Οικογενειακή κατάσταση



Όσον αφορά την οικογενειακή κατάσταση των ερωτώμενων, η πλειοψηφία τους ήταν έγγαμοι (61,0%) ενώ μόνο 8 άτομα (4,0%) δήλωσαν διαζευγμένοι.

Πίνακας 7.1.5.

Φορείς Ασφάλισης



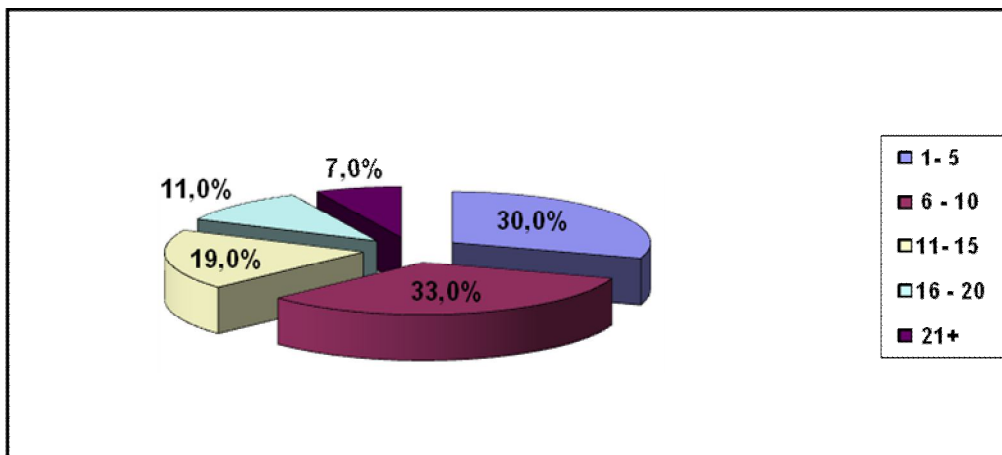
Αναφορικά με τους φορείς ασφάλισης των ατόμων που απάρτιζαν το δείγμα μας, τα ταμεία του ΟΓΑ και του ΙΚΑ συγκέντρωσαν τους περισσότερους

ασφαλισμένους, με τα ποσοστά να ανέρχονται στο 35,0% και 28,5% αντίστοιχα. Το μεγάλο ποσοστό ασφαλισμένων στον ΟΓΑ εξηγείται αν λάβουμε υπόψη μας ότι η γεωργία είναι ένας βασικός τομέας της οικονομίας στην Κρήτη ενδεχομένως δε και από το γεγονός ότι αρκετοί από τους ερωτώμενους ήταν συνταξιούχοι.

7.2.ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

Πίνακας 7.2.1

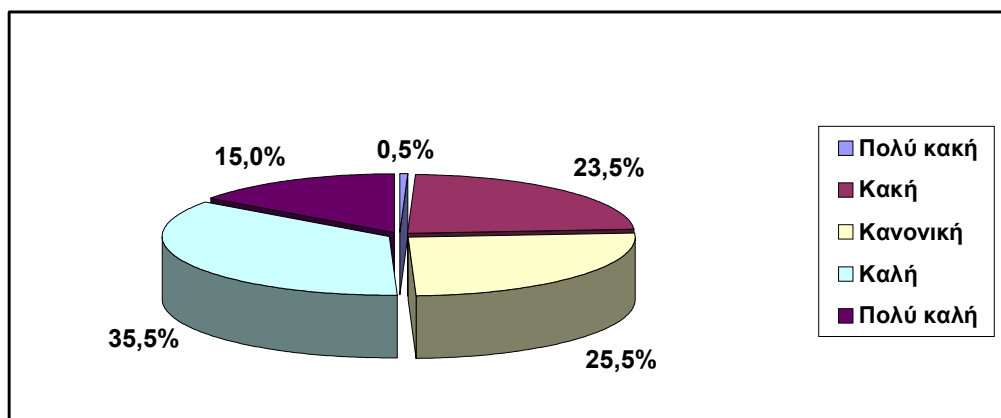
Ημέρες νοσηλείας



Αναφορικά με τις μέρες νοσηλείας, η πλειοψηφία του δείγματος είχε νοσηλευθεί από μια έως δέκα ημέρες (συνολικό ποσοστό 63%).

Πίνακας 7.2.2

Κατάσταση υγείας

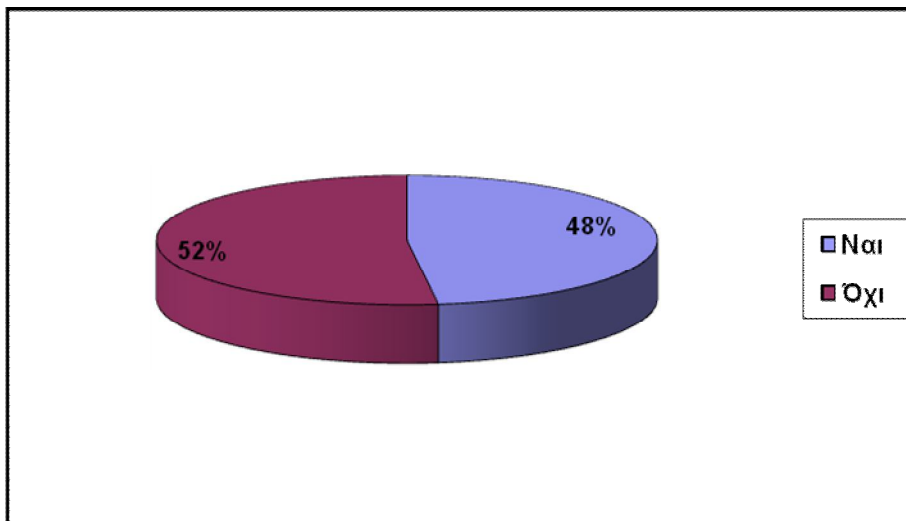


Από τους ερωτώμενους ζητήθηκε να εκφράσουν την γνώμη τους για την κατάσταση της υγείας τους. Λίγο περισσότεροι από τους μισούς (50,5%)

θεώρησαν ότι είναι από καλή έως πολύ καλή, το 25,5% ότι η κατάσταση υγείας τους είναι μέτρια, το 24,0% θεώρησε ότι είναι από κακή έως πολύ κακή.

Πίνακας 7.2.3

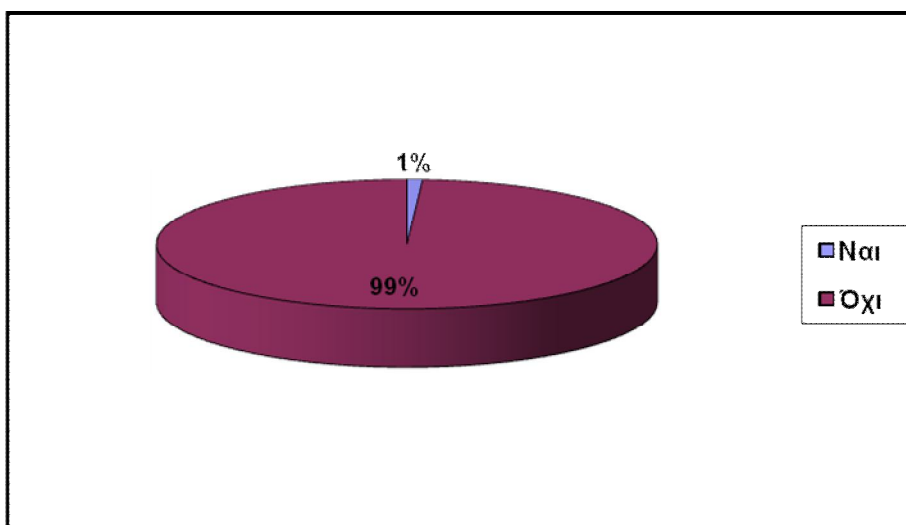
Νοσηλεία στο παρελθόν στο Νοσοκομείο



Είναι ενδιαφέρον να αναφερθεί ότι προέκυψε πως 96 άτομα (48,0%) που απάντησαν στο ερωτηματολόγιο της έρευνας, δήλωσαν ότι είχε χρησιμοποιήσει και στο παρελθόν τις υπηρεσίες του νοσοκομείου. Η γνώμη των ατόμων αυτών έχει αναμφισβήτητα ιδιαίτερη σημασία, καθώς είχαν προηγούμενη εμπειρία νοσηλείας και κατ' επέκταση πιστεύουμε ότι θα ήταν σε θέση να αποδώσουν μια πιο αντιπροσωπευτική και ολοκληρωμένη εικόνα.

Πίνακας 7.2.4

Πληροφόρηση ασθενών από το προσωπικό για τα δικαιώματά τους

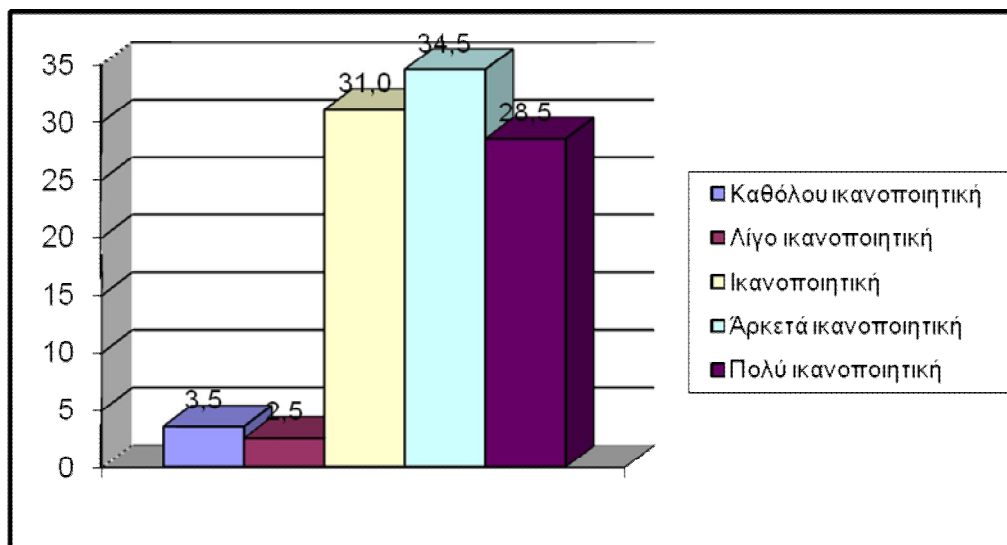


Τέλος, στην ερώτηση που αφορούσε στο αν δόθηκαν στους ασθενείς πληροφορίες σχετικά με τα δικαιώματά τους, είναι αξιοσημείωτο ότι μόλις ένα ποσοστό της τάξης του 1,0% απάντησε καταφατικά. Φαίνεται ότι υπάρχει ένα μεγάλο έλλειμμα σχετικά με την ενημέρωση του νοσοκομειακού ασθενούς.

7.3.ΕΙΔΙΚΕΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ

Πίνακας 7.3.1

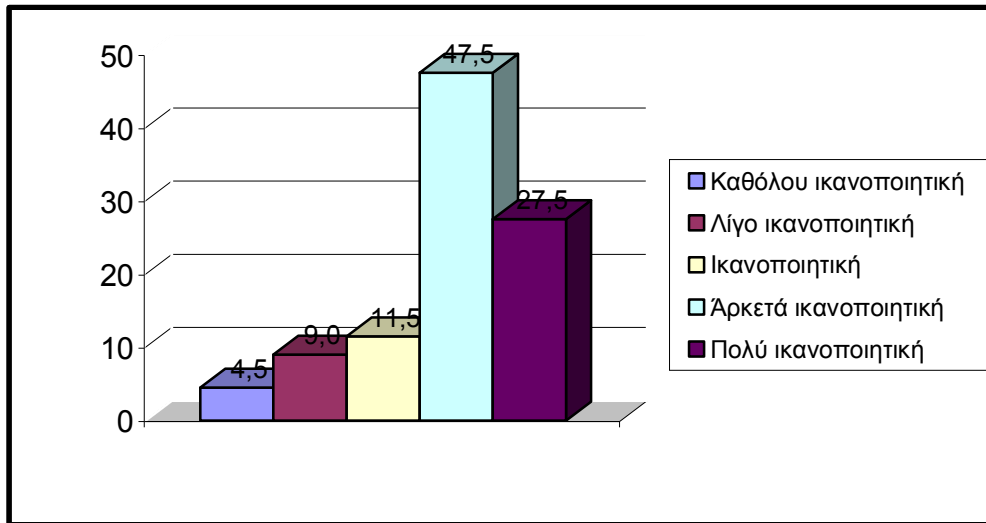
Διαθέσιμος χρόνος του ιατρού στη διάρκεια των επισκέψεων



Όσον αφορά στον διαθέσιμο χρόνο του ιατρού στη διάρκεια των επισκέψεων του, το 34,5% (69 άτομα) του δείγματος απάντησε ότι είναι αρκετά ικανοποιημένο, το 28,5% (57 άτομα) πολύ ικανοποιημένο, το 31,0% (62 άτομα) ικανοποιημένο, ενώ ένα πολύ μικρό ποσοστό που φτάνει το 6,0% (7 άτομα) περιλαμβάνει τους ερωτώμενους που δήλωσαν λίγο και καθόλου ικανοποιημένοι (2,5% και 3,5% αντίστοιχα).

Πίνακας 7.3.2

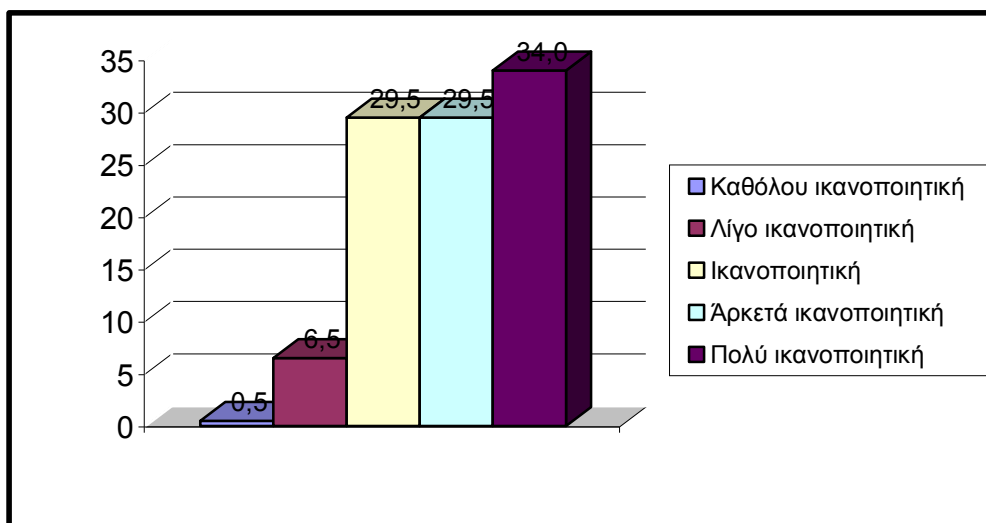
Ενδιαφέρον του ιατρού για την προσωπική κατάσταση του ασθενούς



Στην ερώτηση για το ενδιαφέρον που δείχνει ο ιατρός για την προσωπική κατάσταση των ερωτώμενων 95 άτομα (47,5%) απάντησαν ότι είναι αρκετά ικανοποιημένοι, 55 άτομα (27,5%) πολύ ικανοποιημένοι και 23 άτομα (11,5%) ικανοποιημένοι. Τα ποσοστά του δείγματος που ήταν λίγο ή καθόλου ικανοποιημένο κυμάνθηκαν σε σχετικά χαμηλές τιμές (9,0% και 4,5% αντίστοιχα).

Πίνακας 7.3.3

Διευκόλυνση του ασθενούς για να μιλήσει για τα προβλήματά του

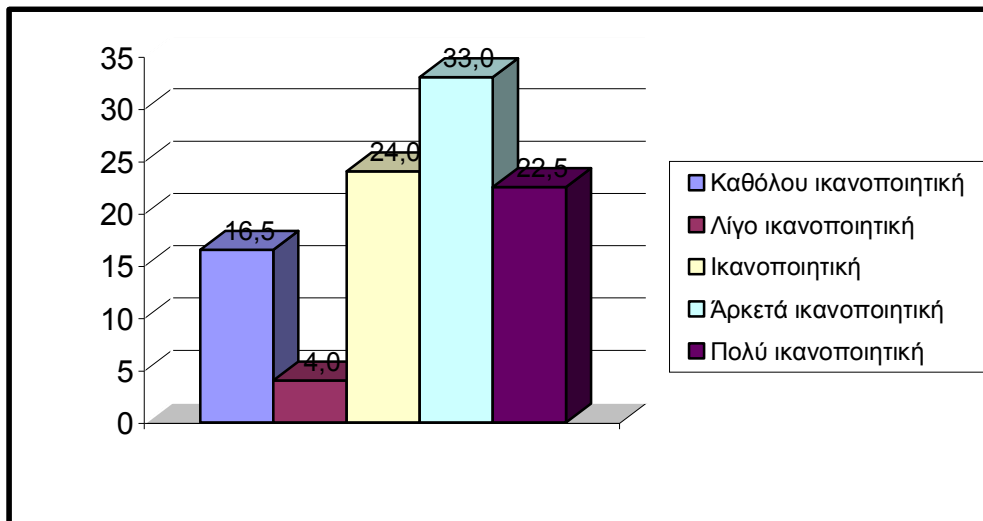


Όσον αφορά στο βαθμό ικανοποίησης σχετικά με τη διευκόλυνση του ασθενούς για να μιλήσει στον ιατρό για τα προβλήματα του, 68 άτομα (34,0%)

δήλωσαν πολύ ικανοποιημένα. Το 29,5% (59 άτομα) του δείγματος δηλώνει αρκετά ικανοποιημένο ενώ ίδιος αριθμός ερωτώμενων δηλώνει ικανοποιημένο. Το ποσοστό των ερωτηθέντων που δηλώνουν λίγο ικανοποιημένοι εμφανίζεται μικρό (6,5%). Ενώ μόνο 1 άτομο (0,5%) δήλωσε καθόλου ικανοποιημένο.

Πίνακας 7.3.4

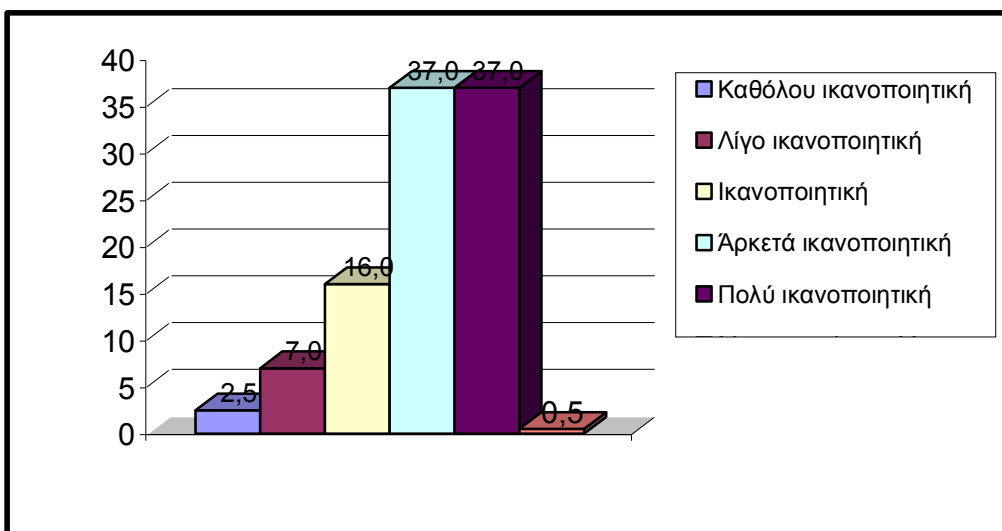
Εμπλοκή / Συμμετοχή του ασθενούς στις αποφάσεις για ιατρική φροντίδα



Σε ό,τι αφορά στην συμμετοχή του ασθενούς στις αποφάσεις για ιατρική φροντίδα, 66 άτομα (33,0%) απάντησαν ότι είναι αρκετά ικανοποιημένα. Το 24% (48 άτομα) του δείγματος απάντησε ότι είναι ικανοποιημένο ενώ πολύ ικανοποιημένο απάντησε μόνο το 22,5% (45 άτομα) του δείγματος. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζουν τα τμήματα του δείγματος που δήλωσαν χαμηλά επίπεδα ικανοποίησης. Αθροίζοντας τα ποσοστά του δείγματος που δήλωσαν ότι είναι καθόλου ικανοποιημένοι έως λίγο ικανοποιημένοι διαπιστώνεται ότι το ποσοστό φτάνει στο 20,5% (16,5% και 4,0% αντίστοιχα). Από τα παραπάνω εμφανίζεται ότι μπορεί να υπάρχει πρόβλημα στην εμπλοκή/ συμμετοχή του ασθενούς στις αποφάσεις για ιατρική φροντίδα. Σαφώς ενισχύεται αυτή η απάντηση και από το γράφημα 7.2.4. που υποστηρίζουν ότι δεν έχουν σχεδόν καθόλου ενημέρωση για τα δικαιώματά τους.

Πίνακας 7.3.5

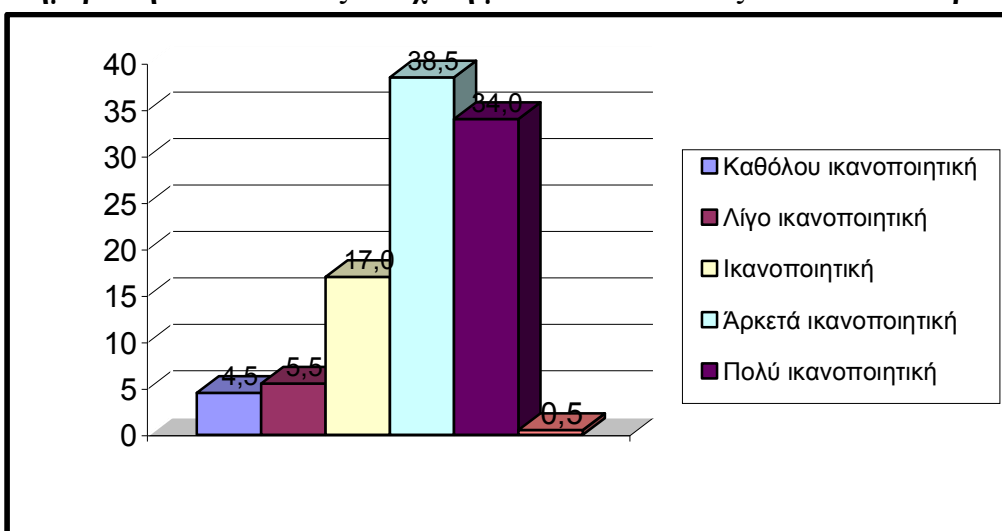
Αν ο ιατρός «ακούει» τον ασθενή



Στον Πίνακα 7.2.5 αποτυπώνεται ο βαθμός ικανοποίησης των ερωτώμενων στην ερώτηση που αφορά αν ο γιατρός τους «άκουσε». Από το δείγμα μας 148 άτομα (74,0%) δήλωσαν ότι είναι πολύ ικανοποιημένα ως αρκετά ικανοποιημένα (37,0% πολύ ικανοποιημένοι και 37,0% αρκετά ικανοποιημένοι). Ικανοποιημένοι δήλωσαν 32 άτομα (16,0%) και Τα ποσοστά του δείγματος που δηλώνουν λίγο και καθόλου ικανοποιημένα ανέρχονται στα 2,5% και 7,0% αντίστοιχα (5 και 14 άτομα αντίστοιχα).

Πίνακας 7.3.6

Ενημέρωση του ασθενούς σε σχέση με το σκοπό των εξετάσεων και θεραπειών

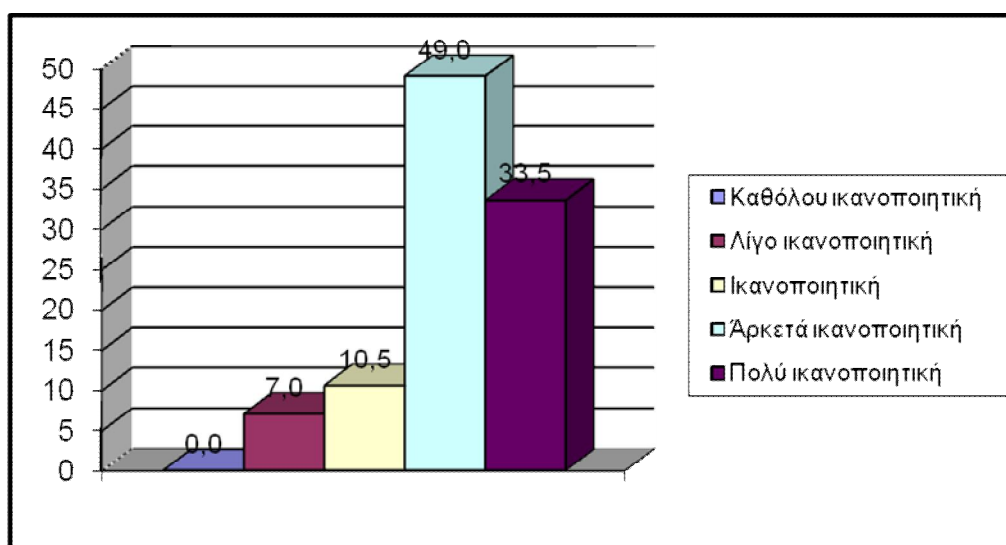


Ο παραπάνω πίνακας αφορά στο βαθμό της ικανοποίησης που νιώθουν οι ασθενείς αναφορικά με την ενημέρωσή τους σε σχέση με το σκοπό των εξετάσεων

και των θεραπειών. Ένα σχετικά μεγάλο ποσοστό των ερωτηθέντων (38,5%) και συγκεκριμένα 77 άτομα δήλωσαν ότι είναι αρκετά ικανοποιημένα. Το 34,0% (68 άτομα) του δείγματος εμφανίζεται να είναι πολύ ικανοποιημένο και το 17,0% (34 άτομα) απλά ικανοποιημένο. Ο αριθμός των ερωτηθέντων που δήλωσε λίγο έως καθόλου ικανοποιημένο κυμάνθηκε σε χαμηλά επίπεδα. Λίγο ικανοποιημένοι δήλωσαν 9 άτομα (4,5%) ενώ 11 άτομα (5,5%) δήλωσαν ότι είναι καθόλου ικανοποιημένα.

Πίνακας 7.3.7

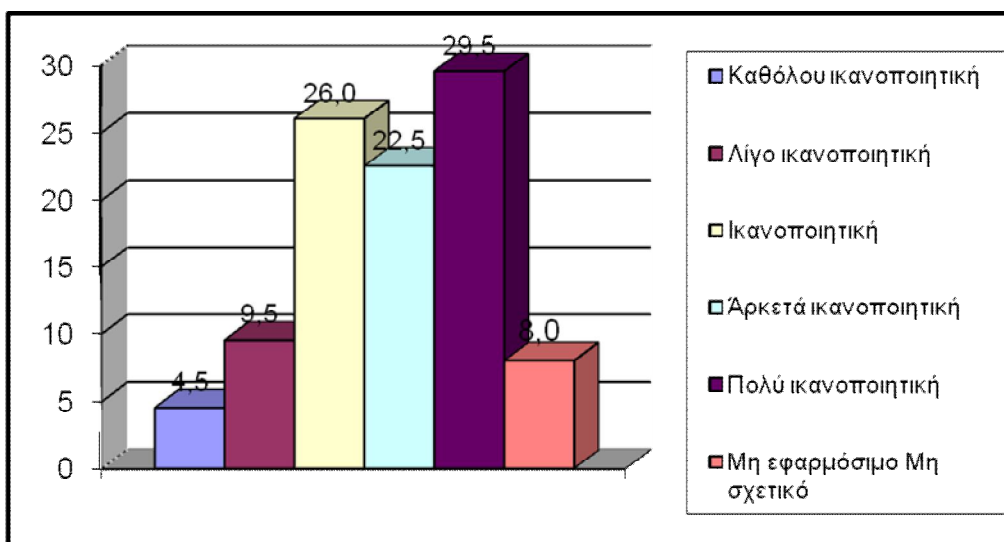
Ενημέρωση του ασθενούς σε σχέση με τα συμπτώματα ή /και την ασθένεια



Η πλειοψηφία των ερωτώμενων δήλωσε αρκετά ικανοποιημένοι από την ενημέρωση που έλαβαν σε σχέση με τα συμπτώματα ή και την ασθένεια με το ποσοστό να φτάνει στο 49,0% (98 άτομα). Ένα ποσοστό της τάξης του 33,5% δηλώνει πολύ ικανοποιημένο από την ενημέρωση. Αξιοσημείωτο είναι ότι κανείς δεν δήλωσε καθόλου ικανοποιημένος και μόνο 14 ερωτηθέντες (7%) εξέφρασαν χαμηλό βαθμό ικανοποίησης .

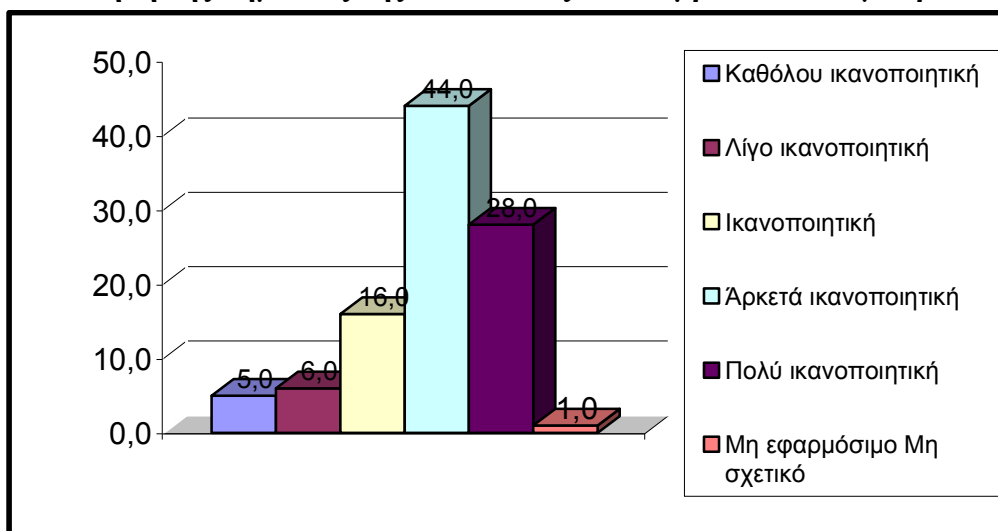
Πίνακας 7.3.8

Συμβολή γιατρού στον χειρισμό των συναισθηματικών προβλημάτων του ασθενούς που σχετίζονται με την κατάσταση της υγείας του



Σχετικά με τη συμβολή του γιατρού στον χειρισμό των συναισθηματικών προβλημάτων του ασθενούς που σχετίζονται με την κατάσταση της υγείας του, 59 άτομα (29,5%) δήλωσαν πολύ ικανοποιημένα, 52 άτομα (26,0%) δήλωσαν ικανοποιημένα και 45 άτομα (22,5%) δήλωσαν αρκετά ικανοποιημένα. Από την άλλη πλευρά, το ποσοστό του δείγματος που δήλωσε καθόλου έως λίγη ικανοποίηση έφτασαν το 14,0% (28 άτομα).

Πίνακας 7.3.9
Κατανόηση της σημασίας της ακολουθίας των συμβουλών του γιατρού



Από το δείγμα μας 144 ερωτηθέντες (72,0%) δήλωσαν αρκετά ικανοποιημένοι έως πολύ ικανοποιημένοι. Ένα ποσοστό της τάξης του 16,0% (32 άτομα) δήλωσε ικανοποιημένο ενώ τα ποσοστά του δείγματος που δηλώνουν

καθόλου έως λίγο ικανοποιημένα ανέρχονται στο 5,0% και 6,0% αντίστοιχα (10 και 12 άτομα).

7.4. ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ

Η στατιστική επεξεργασία των δεδομένων έγινε με το πρόγραμμα Microsoft Office Excel. Εφαρμόσαμε για την περιγραφή της σχέσης μεταξύ των επιλεγμένων μεταβλητών το μέτρο συσχέτισης Pearson Product Moment Correlation. Η συσχέτιση Pearson απεικονίζει το βαθμό της γραμμικής σχέσης μεταξύ δυο μεταβλητών σε ένα δείγμα και κυμαίνεται από +1 μέχρι -1.

Μια συσχέτιση του +1 και -1 σημαίνει ότι υπάρχει μια τέλεια θετική γραμμική σχέση μεταξύ των μεταβλητών και το πρόσημο υποδηλώνει την ύπαρξη θετικής ή αρνητικής σχέσης. Η θετική σχέση ερμηνεύεται πως όσο αυξάνει η τιμή της μιας μεταβλητής τόσο αυξάνει η τιμή της άλλης ενώ η αρνητική σχέση ερμηνεύεται πως όσο αυξάνει η τιμή της μιας μεταβλητής μειώνεται η τιμή της άλλης. Μια συσχέτιση του 0 σημαίνει ότι δεν υπάρχει καμία γραμμική σχέση μεταξύ των δυο μεταβλητών (Γναρδέλης 2003).

Πιο αναλυτικά

«Αν $-0,3 \leq r < 0,3$ δεν υπάρχει γραμμική συσχέτιση.

Αν $-0,5 < r \leq -0,3$ ή $0,3 \leq r < 0,5$ υπάρχει ασθενής γραμμική συσχέτιση.

Αν $-0,7 < r \leq -0,5$ ή $0,5 \leq r < 0,7$ υπάρχει μέση γραμμική συσχέτιση.

Αν $-0,8 < r \leq -0,7$ ή $0,7 \leq r < 0,8$ υπάρχει ισχυρή γραμμική συσχέτιση.

Αν $-1 < r \leq -0,8$ ή $0,8 \leq r < 1$ υπάρχει πολύ ισχυρή γραμμική συσχέτιση» (Παπαδόπουλος 2010:96)

Στην παρούσα έρευνα επιλέχθηκαν το φύλο, η ηλικία και η εκπαίδευση ως ανεξάρτητες μεταβλητές. Ως εξαρτημένες μεταβλητές επελέγησαν οι μεταβλητές για το βαθμό ικανοποίησης από την ενημέρωση και τη συμμετοχή του ασθενούς για τα προβλήματα υγείας του.

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι δεν υπάρχει γραμμική συσχέτιση μεταξύ φύλου και των μεταβλητών της συμμετοχής και ενημέρωσης ($r=0.21$, $r=0.20$, $r=0.11$) όπως και μεταξύ της ηλικίας και των μεταβλητών της συμμετοχής και ενημέρωσης ($r=0.01$, $r=-0.08$, $r=0.12$). Το φύλο και η ηλικία δεν φαίνεται να συσχετίζεται με το βαθμό ικανοποίησης από την ενημέρωση που λαμβάνει ο ασθενής για τα προβλήματα υγείας του και τη συμμετοχή του στις ιατρικές

αποφάσεις. Τα αποτελέσματα των αναλύσεων συσχέτισης έδειξαν όμως ότι υπάρχει μια αρνητική ασθενής γραμμική συσχέτιση μεταξύ των παραπάνω μεταβλητών ($r=-0.33$, $r=-0.45$, $r=-0,30$). Το εκπαιδευτικό επίπεδο συσχετίζεται με το βαθμό ικανοποίησης και η αρνητική σχέση μας δείχνει ότι όσο ανεβαίνει το εκπαιδευτικό επίπεδο τόσο μειώνεται ο βαθμός ικανοποίησης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

8.1. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Αντικείμενο της έρευνας μας αποτέλεσε η διερεύνηση του βαθμού ικανοποίησης των ασθενών από την ενημέρωση που έχουν σε σχέση με τη διάγνωση, την πορεία της νόσου καθώς και με το βαθμό ικανοποίησης που αντλεί ο ασθενής από τη συμμετοχή του στη λήψη των σχετικών ιατρικών αποφάσεων, στο χώρο του νοσοκομείου. Με βάση τη μελετηθείσα βιβλιογραφία στην Ελλάδα, δεν έχει αναζητηθεί αποκλειστικά η μέτρηση της ικανοποίησης σχετικά με την ενημέρωση και συμμετοχή του ασθενούς στα προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζει. Για το θέμα της ικανοποίησης των ασθενών, παρατηρείται ότι δεν υπάρχει μια κοινά αποδεκτή ομάδα διαστάσεων για κάθε ερευνητή. Ωστόσο υπάρχει σύγκλιση απόψεων για την διάσταση της ενημέρωσης του ασθενούς. Η ικανοποίηση από την ενημέρωση του ασθενούς συμπεριλαμβάνεται στις έρευνες ως μια από τις διαστάσεις που σχετίζονται με την ικανοποίηση από την παροχή φροντίδας υγείας (Παπαγιαννοπούλου και συν. 2008 , Πολύζος και συν. 2007).

Τα περιορισμένα βιβλιογραφικά δεδομένα και η ελλιπής παρουσία ελληνικών αντίστοιχων δεδομένων είχαν ως αποτέλεσμα να μην μπορούν να γίνουν σημαντικές συγκρίσεις με άλλες έρευνες, πράγμα που αποτέλεσε περιορισμό στην έρευνα μας. Στην παρούσα έρευνα τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι βαθμολογήσεις των ασθενών δεν ήταν αρκετά υψηλές, διαφωνώντας έτσι με τα βιβλιογραφικά δεδομένα τα οποία αναφέρουν ότι στις περισσότερες έρευνες τουλάχιστον το 80% των ασθενών είναι ικανοποιημένοι με όλες τις ερωτήσεις των εργαλείων μέτρησης ικανοποίησης (Fitzpatrick 1991, OTA 1988).

Οι Copeland & Scholle (2000) αναφέρουν ότι οι βαθμολογίες των ασθενών, όσον αφορά την ικανοποίησή τους, αντικατοπτρίζουν τις αντιλήψεις τους και τις προσδοκίες τους όσον αφορά την παροχή των υπηρεσιών υγείας. Όταν ο ασθενής έχει υψηλές προσδοκίες που δεν εκπληρώνονται όμως, αυτό αντανακλάται σε χαμηλές βαθμολογίες ικανοποίησης. Τα ευρήματα της παρούσας έρευνας πιθανόν υποδεικνύουν τις υψηλές προσδοκίες που έχουν οι ασθενείς για την ενημέρωση που επιθυμούν να λαμβάνουν καθώς και για τη

συμμετοχή τους στη λήψη των ιατρικών αποφάσεων. Η Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής (2010α:20) επισημαίνει ότι «Οι πολίτες έχουν μεγαλύτερες απαιτήσεις από το σύστημα υγείας ως προς την ποιότητα των υπηρεσιών του, όσον αφορά τόσο το ιατρικό αποτέλεσμα όσο και τις συνθήκες κάτω από τις οποίες δέχονται τις υπηρεσίες αυτές». Ο Έλληνας ασθενής φαίνεται ότι έχει την ανάγκη για περισσότερη και πληρέστερη ενημέρωση από τον ιατρό του. «Ειδικότερα στη χώρα μας, το μορφωτικό επίπεδο τις τελευταίες δεκαετίες έχει ανέβει με αποτέλεσμα οι περισσότεροι ασθενείς να είναι σε θέση να κατανοήσουν τα ιατρικά δεδομένα της πάθησης τους και να αποζητούν λεπτομερή ενημέρωση» (Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής 2010α:20). Στην έρευνα των Θεοδωροπούλου και συν. 2003 που έγινε για την ανάδειξη της υπάρχουσας πληροφόρησης των ασθενών με νόσο του Πάρκινσον, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι περισσότεροι ασθενείς δεν έλαβαν επαρκή πληροφόρηση για τη νόσο τους και δεν ήταν ικανοποιημένοι από την πληροφόρηση που έλαβαν τόσο οι ίδιοι όσο και οι φροντιστές τους. Η πλειονότητα των ασθενών τόνισε επίσης ότι η κατάλληλη πληροφόρηση θα συνέβαλε στην ψυχολογική υποστήριξη και προετοιμασία τους, θα τους τροποποιούσε τις συμπεριφορές τους, και θα παρεμπόδιζε την εξέλιξη και την επιδείνωση της νόσου.

Η ενημέρωση και συμμετοχή των ασθενών είναι κάτι που σήμερα θεωρείται θεμελιώδες στην Ιατρική. Η όλη αυτή διαδικασία μειώνει το άγχος του ασθενούς, αναπτύσσει την συνεργασία μεταξύ ασθενούς και θεράποντα ιατρού και καθιστά τον ασθενή περισσότερο ικανοποιημένο (Στεργιοπούλου και Βλάχος 2010, Frosch και Kaplan 1999). Οι δυσαρεστημένοι ασθενείς αυξάνουν τις συνταγογραφήσεις και παραπομπές και οδηγούν σε επιπρόσθετες δαπάνες και υπεροφόρτωση του συστήματος παροχής υπηρεσιών υγείας (Παναγοπούλου και Μπένος 2004).

Στην παρούσα έρευνα 165 (82,5%) άτομα δήλωσαν αρκετά έως πολύ ικανοποιημένοι με την ενημέρωση για τα συμπτώματα και την ασθένεια τους. Όμως η ικανοποίηση φαίνεται ότι μειώνεται για την ενημέρωση που λαμβάνουν οι ασθενείς σχετικά με το σκοπό των εξετάσεων και θεραπειών τους (72,5%) και μειώνεται ακόμη περισσότερο για τη συμμετοχή-εμπλοκή τους στις ιατρικές αποφάσεις (55,5%). Στα παραπάνω υπήρχε και ένα σημαντικό ποσοστό του δείγματος που δήλωσε ικανοποιημένο (17% και 24% αντίστοιχα). Οι Παπαγιαννοπούλου και συν. (2008) τονίζουν ότι το υψηλό σχετικά ποσοστό των

ερωτηθέντων που δηλώνει ικανοποιημένο αποτελεί ένδειξη για το περιθώριο που υπάρχει στις υπηρεσίες του νοσοκομείου για βελτίωση στους αντίστοιχους τομείς. Σημαντικά ποσοστά του δείγματος που δήλωσαν επίσης απλά ικανοποιημένοι ήταν για το χρόνο που διαθέτει ο γιατρός για ενημέρωσή τους. Συγκεκριμένα, τα ευρήματα της έρευνας μας έδειξαν ότι σημαντικό ποσοστό ασθενών (31%) δήλωσαν ικανοποιημένοι σχετικά με τον χρόνο που διαθέτει ο ιατρός στη διάρκεια των επισκέψεων του. Σε έρευνα των Σαρρή και συν (2007) το 28% του δείγματος δήλωσε ότι είναι δυσαρεστημένο με τον χρόνο που τους διέθετε το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό. Τα χαμηλά ποσοστά ικανοποίησης αναφορικά με το χρόνο που διαθέτει το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό μπορεί να οφείλονται στην έλλειψη ανθρώπινου δυναμικού. Είναι γνωστό ότι πολλές φορές είναι δύσκολο για τους γιατρούς των νοσοκομείων στην Ελλάδα, που εργάζονται σε συνθήκες μεγάλου φόρτου εργασίας και ελλιπούς προσωπικού, να διαθέσουν τον απαραίτητο χρόνο για επικοινωνία με τον κάθε ασθενή.

Στην παρούσα έρευνα εξετάστηκε και ο βαθμός ικανοποίησης του ασθενούς για την επικοινωνία του με τον ιατρό. Η διευκόλυνση του ασθενούς να μιλήσει για τα προβλήματα του, η προσοχή και το ενδιαφέρον που δείχνει ο ιατρός έχουν θετική επίδραση τόσο στη συλλογή πληροφοριών για τη θεραπευτική διαδικασία (Frosch και Kaplan 1999) όσο και στο βαθμό ικανοποίησης του ασθενούς (Comstock και συν 1982). Οι περισσότεροι ασθενείς στην παρούσα έρευνα δήλωσαν αρκετά έως πολύ ικανοποιημένοι από το ενδιαφέρον που δείχνει ο ιατρός για την προσωπική κατάσταση τους (75%), για το αν νιώθουν οι ασθενείς ότι ο ιατρός τους «ακούει» (74%) και αν τους βοηθάει στην κατανόηση της σημασίας της ακολουθίας των συμβουλών του (72%). Ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών όμως φαίνεται ότι μειώνεται για την διευκόλυνση του από τον ιατρό για να μιλήσει για τα προβλήματα (63,5%), και για τη συμβολή του ιατρού στον χειρισμό των συναισθηματικών προβλημάτων που σχετίζονται με την κατάσταση της υγείας του (52%).

Από τα παραπάνω ευρήματα διαπιστώνουμε ότι οι ασθενείς στην παρούσα έρευνα φαίνεται ότι δεν είναι ικανοποιημένοι από την ενσυναίσθηση του ιατρού³. Παρόλη την εδραιωμένη πλέον σήμερα σημασία της επικοινωνίας στην άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος είναι αρκετά εντυπωσιακό ότι ο χρόνος που

³ «Αφορά στην κατανόηση της συναισθηματικής κατάστασης ενός άλλου ατόμου και στο «μοίρασμα» της συναισθηματικής του εμπειρίας» (Piasecki 2003:44)

αφιερώνεται για την εκπαίδευση των μελλοντικών ιατρών στις επικοινωνιακές δεξιότητες είναι ελάχιστος και σε μερικές περιπτώσεις ανύπαρκτος (Παναγοπούλου και Μπένος 2004). Η Piasecki (2003:44) αναφέρει ότι «συχνά ο τρόπος με τον οποίο εκπαιδεύονται οι ιατροί δημιουργεί μια κουλτούρα η οποία παραβλέπει τα συναισθήματα και αποθαρρύνει την ανθρωπιστική τάση».

Στην παρούσα έρευνα αναζητήθηκε η επίδραση του φύλου, της ηλικίας και του εκπαιδευτικού επιπέδου στο βαθμό ικανοποίησης των ασθενών όσον αφορά στην ενημέρωση που λαμβάνουν και τη συμμετοχή τους στα προβλήματα υγείας τους. Το φύλο, η ηλικία και το εκπαιδευτικό επίπεδο των ασθενών είναι τα χαρακτηριστικά που μελετώνται πιο συχνά σε σχέση με την ικανοποίηση του ασθενούς αλλά δεν φαίνεται να συσχετίζονται σταθερά με την ικανοποίηση των ασθενών (Hall και Dornan 1990). Όπως προαναφέρθηκε, δεν έχει αναζητηθεί αποκλειστικά η μέτρηση της ικανοποίησης σχετικά με την ενημέρωση και συμμετοχή του ασθενούς στα προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζει. Για αυτό το λόγο αναζητήθηκαν έρευνες που αφορούσαν στην ικανοποίηση του ασθενή από την ιατρική περίθαλψη.

Στην παρούσα έρευνα, το φύλο και η ηλικία των ασθενών δεν βρέθηκαν να σχετίζονται στατιστικά με το βαθμό ικανοποίησης από την ενημέρωση και συμμετοχή τους. Μόνο το εκπαιδευτικό επίπεδο βρέθηκε ότι συσχετίζεται με τον βαθμό ικανοποίησης και συγκεκριμένα ο βαθμός ικανοποίησης μειώνεται όσο αυξάνεται το εκπαιδευτικό επίπεδο των ασθενών. Σε έρευνα των Fox και Storms (1981) βρέθηκε ότι το φύλο, η ηλικία και το εκπαιδευτικό επίπεδο σχετίζονται με την ικανοποίηση από την ιατρική περίθαλψη. Σε άλλες έρευνες (Rahmqvist 2001, Sitzia και Wood 1997) όμως η επίδραση του φύλου στο βαθμό ικανοποίησης αμφισβητείται. Όσον αφορά στην ηλικία, μια μετα-ανάλυση 58 ερευνών για τη μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών των Crow και συν (2002) έδειξε ότι η ηλικία συνήθως σχετίζεται με την ικανοποίηση των ασθενών. Παρόλα αυτά η μετά-ανάλυση έδειξε ότι στο 22,4% των ερευνών δεν βρέθηκε στατιστικώς σημαντική σχέση μεταξύ ηλικίας και ικανοποίησης ασθενών. Σε παρόμοια ευρήματα κατέληξαν και οι Αλετράς και συν (2009). Στην έρευνα τους που αφορούσε στην μέτρηση ικανοποίησης νοσηλευθέντων ασθενών, δεν βρέθηκε καμία στατιστικώς σημαντική σχέση μεταξύ ηλικίας και βαθμού ικανοποίησης. Στην παρούσα έρευνα φάνηκε ότι το εκπαιδευτικό επίπεδο των ασθενών επιδρά στο βαθμό ικανοποίησης. Η ικανοποίηση μειώνεται στα άτομα ανώτερων

εκπαιδευτικών βαθμίδων, στοιχείο που απαντάται σε έρευνες ικανοποίησης του ασθενούς (Πολύζος και συν 2007, Anderson και Zimmerman 1993). Πιθανώς το υψηλό εκπαιδευτικό επίπεδο των ασθενών συντείνει στην αύξηση των προσδοκιών τους και στη συνακόλουθη μείωση της ικανοποίησής τους όταν αυτές δεν εκπληρώνονται.

Τα ευρήματα της παρούσας έρευνας γεννούν προβληματισμούς εφόσον η ενημέρωση και συναίνεση του ασθενούς εκτός από τα οφέλη που αποφέρει στην θεραπευτική διαδικασία και την θετική επίδραση στην ικανοποίηση του ασθενή, είναι νομικά και δεοντολογικά κατοχυρωμένα δικαιώματα του. Η διαχείριση της σχέσης ασθενούς ιατρού στηρίζεται σε δυο πυλώνες (Ακινόσογλου και συν 2007). Πρώτα από όλα στηρίζεται στην προσωπική ευαισθητοποίηση του ιατρού και στην σχετική εκπαίδευση του. Το θέμα έχει ιδιαίτερη σημασία όταν το κύριο βάρος της ευθύνης ενημέρωσης και εμπλοκής του ασθενούς στις ιατρικές αποφάσεις αναλογεί στον ιατρό. Δυσανεστημένοι ασθενείς από την ενημέρωση προσανατολίζονται στην ανεύρεση πληροφοριών από άλλες πηγές (Μπροκαλάκη-Παναουδάκη 2009). Η σύγχρονη τεχνολογία μας παρέχει ένα πολύ χρήσιμο μέσο για την ενημέρωση του ευρύτερου κοινού σε θέματα υγείας. Η χρήση του διαδικτύου έχει επιφέρει αλλαγές στη διαχείριση της νόσου δημιουργώντας πληροφορημένους πολίτες σε θέματα υγείας. Η ποιότητα όμως των παρεχομένων στο διαδίκτυο πληροφοριών συχνά είναι αμφίβολη. Ο ιατρός δεν παύει να αποτελεί την κύρια πηγή πληροφόρησης, και κατά συνέπεια σ' αυτόν ανήκει η κύρια ευθύνη για την ικανοποίηση των αναγκών των ασθενών. Για αυτό, η εκπαίδευση των ιατρών σε επικοινωνιακές δεξιότητες πρέπει αφενός να ξεκινάει από τα πρώτα στάδια της προπτυχιακής εκπαίδευσης και αφετέρου να συνεχίζεται σε όλο το φάσμα της επαγγελματικής του δραστηριότητας. (Παναγοπούλου και Μπένος 2004).

Σημαντικό ρόλο όμως, στη διαχείριση της σχέσης ιατρού ασθενούς παίζει το κατά πόσο ο ασθενής αντιλαμβάνεται και διεκδικεί τα δικαιώματα του (Ακινόσογλου και συν 2007). «Για να μπορέσει ο ασθενής να ανταποκριθεί χρειάζεται και εκείνος κατάλληλη παιδεία» (Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής 2010α:31). Αξιοσημείωτο εύρημα στην παρούσα έρευνα είναι ότι μόνο δύο (1%) ασθενείς απάντησαν καταφατικά στο αν τους δόθηκε πληροφόρηση σχετικά με τα δικαιώματα τους από το προσωπικό. Επομένως το ζήτημα της ευαισθητοποίησης και εκπαίδευσης δεν αφορά μόνο τους ιατρούς αλλά ολόκληρο

το κοινωνικό σύνολο. Ο κοινωνικός λειτουργός μπορεί να παίζει καθοριστικό ρόλο στην ευαισθητοποίηση και την εκπαίδευση τόσο των ιατρών όσο και των πολιτών. Ο κοινωνικός λειτουργός μπορεί να επικεντρώσει τις εκπαιδευτικές προσπάθειες του, από τη μια, στην ανάπτυξη των επικοινωνιακών δεξιοτήτων των ιατρών –μέσω ενδονοσοκομειακών προγραμμάτων με τέτοια στοχοθεσία– και, από την άλλη, στην ενδυνάμωση και ενημέρωση των ασθενών αναφορικά με τα δικαιώματά τους.

Η αναγκαιότητα ερευνών για την ικανοποίηση των ασθενών από την ενημέρωση και συναίνεση τους σχετικά με τα προβλήματα υγείας είναι επιτακτική ώστε να εντοπιστούν τα αδύνατα σημεία προκειμένου να ληφθούν τα κατάλληλα μέτρα για την βελτίωση της υφιστάμενης κατάστασης και την αύξηση της ικανοποίησης του ασθενούς. Μελέτες όπως η παρούσα μπορεί να αποτελέσουν πηγή πληροφόρησης για τους επαγγελματίες υγείας για το τι οι ασθενείς αξιολογούν θετικά και κατά πόσο νιώθουν ικανοποιημένοι. Η διερεύνηση της ικανοποίησης των ασθενών δίνει πληροφορίες για προβληματικές διαστάσεις της φροντίδας υγείας (Αλετράς και συν. 2009). Οι επαγγελματίες υγείας, μπορούν να ωφεληθούν από τις έρευνες που προσδιορίζουν το βαθμό ικανοποίησής τους από την ενημέρωση και συμμετοχή τους διότι είναι δυνατόν μέσω της αξιολόγησής τους, να επιτευχθεί βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Πρέπει να επισημανθεί ότι παρόμοιες έρευνες είναι ελάχιστες και πρέπει να υπάρχει ενθάρρυνση, διευκολύνσεις και οικονομική στήριξη για τέτοιες μελέτες. Στη βάση αυτή, νέες μελέτες αναμένεται ότι θα προσφέρουν πολύτιμα πρόσθετα στοιχεία σχετικά με την ικανοποίηση του ασθενούς και κατ' επέκταση στο επίπεδο ποιότητας περίθαλψης.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική

- Ακινόσογλου Κ., Αποστολάκης Ε. και Δουγενής Δ. (2007) «Τα δικαιώματα του ασθενούς και ποιος τα προστατεύει», *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 24(6) σελ 605-611
- Αλετράς Β., Μπασιούρη Φ., Κοντοδημόπουλος Ν., Ιωαννίσου Δ. και Νιάκας Δ. (2009) «Ανάπτυξη ελληνικού ερωτηματολογίου ικανοποίησης νοσηλευθέντων ασθενών και έλεγχος των βασικών ψυχομετρικών ιδιοτήτων», *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 26(1) σελ 79-89
- Ανδρουλιδάκη-Δημητριάδη Ι. (1993) *Η υποχρέωση ενημέρωσης του ασθενούς*, Αθήνα- Κομοτηνή, Σάκκουλα
- Αρβανιτάκης Μ. (2005) «Η Ιατρική ως ηθική φιλοσοφία», *Ιατρικά Θέματα*, 35, σελ. 18
- Βάρκα- Αδάμη Α. και Αδάμης Σ. (2008) «Ενημέρωση και συναίνεση του ασθενούς η περίπτωση του υποψήφιου δότη και λήπτη ιστών ή οργάνων για μεταμόσχευση», *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 5 (25), σελ.577-583
- Βούλτσος Π. και Χατζητόλιος Α. (2006) «Η συναίνεση του ασθενούς στα πλαίσια του νέου Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας», *Ιατρικό Βήμα*, (103), σελ. 34-38
- Γιαννακόπουλος Λ. (2010) «Πανδημία-σκάνδαλο για τη νέα γρίπη καταγγέλλει το Συμβούλιο της Ευρώπης», *Το Βήμα*, 12/1/2010 , σελ. 1, Διαθέσιμο στη <http://www.tovima.gr/default.asp?pid=2&ct=2&artid=308884&dt=12/01/2010>, [Πρόσβαση 16/4/2010]
- Γκόλια Ι., Ντόνας Γ., Πανταζή Θ. και Μουρατίδης Γ. (2002) «Ερευνητική προσέγγιση του προεγχειρητικού άγχους και κατάθλιψης», *Εγκέφαλος*, 39 (2),σελ 1, Διαθέσιμο στη <http://www.encephalos.gr/39-2-01g.htm> [Πρόσβαση 14/3/2010]
- Γναρδέλης Χ. (2003) *Εφαρμοσμένη Στατιστική*, Αθήνα , Παπαζήση
- Γραφάκου Ο. (2008) «Η ενημερωμένη συγκατάθεση των ανηλίκων: Η εξέλιξη μέσα από την Βιοιατρική και τη βιοηθική βιβλιογραφία», *Επιθεώρηση Βΐοηθικής*, (1), σελ.143-146

- Δρόλιας Δ. (2008) «Ιατρικό Δίκαιο», InterPares, (1), σελ. 1, Διαθέσιμο στη http://www.intellectum.org/articles/issues/01_15.htm [Πρόσβαση 10/11/2009]
- Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής (2010α) *Συναίνεση στη σχέση ιατρού – ασθενή*, Αθήνα, Εθνικό Τυπογραφείο Διαθέσιμο στη <http://www.bioethics.gr> [Πρόσβαση 15/3/2010]
- Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής (2010β) *Τεχνητή παράταση της ζωής*, Αθήνα, Εθνικό Τυπογραφείο Διαθέσιμο στη <http://www.bioethics.gr> [Πρόσβαση 15/3/2010]
- Ευθυμίου Χ. (2010) *Η Διασφάλιση ποιότητας στις Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας*, Διαθέσιμο στη <http://www.autismhellas.gr/fasma/docs/10.htm> [Πρόσβαση 14/3/2010]
- Ζαρζώνη-Αναγνωστοπούλου Σ. (2000) «Δικαιώματα ασθενών και κοινωνική εργασία», Κοινωνική Εργασία, 60, σελ. 286-290
- Ζηλεμένου Ε. (2006) «Το έργο της Κοινωνικής Υπηρεσίας στα νοσοκομεία», Επιθεώρηση Υγείας, 17 (100), σελ 22-24
- Θεοδωρόπουλου Α. Κοντογεωργάκη Ι, Καστανά Σ., Φωτακοπούλου Θ, Σολωμός Θ. και Θεοδωρόπουλος Π. (2009) «Η επάρκεια και η αναγκαιότητα πληροφόρησης των ηλικιωμένων με νόσο Parkinson στην περιοχή του Κέντρου Υγείας Χαλανδρίτσας», Εγκέφαλος, 40 (2), σελ 1
- Καϊάφα-Γκμπάνι Μ. (2000) «Κλασσικές και σύγχρονες προβληματικές της ποινικής ευθύνης των ιατρών κατά την θεραπευτική αντιμετώπιση καρκινοπαθών», Ογκολογική Ενημέρωση, 2 (3) σελ.1 Διαθέσιμο στη <http://www.oncology.gr/1/1503.HTM> [Πρόσβαση 12/2/2010]
- Καλαματιανού Α. (1996) *Κοινωνική Στατιστική*, Αθήνα, Το Οικονομικό
- Κουτσελίνη Α. και Μιχαλοδημητράκη Μ. (1984) *Ιατρική ευθύνη*, Αθήνα, Gutenberg
- Κουτσουράκη Ε. και Μπαλογιάννης Σ. (2010) «Ηθικοί προβληματισμοί στη σκλήρυνση κατά πλάκας», Εγκέφαλος, 1 (47), σελ.18-22
- Κρανιδιώτης Γ.,Γεροβασίλης Β., Τασούλης Α. και Νανάς Σ. (2010) «Προτελευταία διλήμματα στη μονάδα εντατικής θεραπείας», Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής, 1 (27), σελ 18-36
- Κυριαζή Ν. (2001) *Η Κοινωνιολογική Έρευνα*, Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα

- Λαχανά Ε. (2007) «Οικονομική αξιολόγηση των προγραμμάτων υγείας , ένα χρήσιμο εργαλείο στη λήψη αποφάσεων», Νοσηλευτική, 46 (43), σελ 367-37
- Λιούρδη Α. (2008) «Νομική ευθύνη στις ιατροχειρουργικές επεμβάσεις», Εισήγηση στο σεμινάριο με θέμα: Νομική ευθύνη στις ιατροχειρουργικές επεμβάσεις, Αθήνα, Ελληνική Χειρουργική Εταιρεία
Διαθέσιμο στη http://www.exe1928.gr/ell/articles/articles_seminars/2008/sep/ [Πρόσβαση 2/3/2010]
- Μαλλιαρού Μ., Σαράφης Π., Ζυγά Σ.(2009) <<Ποιότητα παροχής φροντίδας στο τμήμα επειγόντων>> Το βήμα του Ασκληπιού, 8(1) σελ 25-39
- Μαρκεζίνη Κ. (2002) «Η έννοια της συγκατάθεσης ως έκφραση αυτονομίας», Επιστήμη και Κοινωνία, (8-9), σελ. 63-84
- Μπόχωρης Γ.(2008) Διοίκηση ολική ποιότητας, τόμος Α, Πάτρα, ΕΑΠ
- Μπροκαλάκη-Παναουδάκη Η.(2009) «Ο Ρόλος του Διαδικτύου στην Ενημέρωση των Ασθενών: Μια Σύγχρονη Πρόκληση για τους Λειτουργούς Υγείας» Νοσηλευτική, 48 (2) σελ. 133–135
- ΠΑ.Γ.Ν.Η (2009) Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού, Διαθέσιμο στη http://www.pepagnh.gr/dioikhtikh/koinonikh_yphresia/rolos.asp [Πρόσβαση 12/1/2009]
- Παναγοπούλου Ε. και Μπένος Α. (2004) «Η επικοινωνία στην ιατρική εκπαίδευση. Ζήτημα ανάγκης ή άκαιρη πολυτέλεια?», Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 21 (4), σελ. 385–390
- Παπαγιάννης Α. (2003) Μιλώντας με τον άρρωστο, εισαγωγή στην κλινική επικοινωνία, Θεσσαλονίκη, University Studio Press
- Παπαγιαννοπούλου Β., Πιερράκος Γ., Σαρρής Μ. και Υφαντόπουλος Γ. (2008) «Μέτρηση της ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας σε παιδιατρικό νοσοκομείο της Αττικής», Αρχεία Ελληνική Ιατρικής, 25 (1), σελ. 73-82
- Παπαδόπουλος Γ, (2010) Εργαστήριο Μαθηματικών & Στατιστικής, Σημειώσεις Μαθήματος, Αθήνα, Γεωπονικό Πανεπιστήμιο Αθηνών, στο <http://www.aua.gr/gpapadopoulos/shmeiwseis.php> [Πρόσβαση 30/9/2010]

- Παυλάκης Α. (2007) «Ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας: Μύθος ή πραγματικότητα» Εργασία στο 14ο Παγκύπριο Νοσηλευτικό Συνέδριο με θέμα: Ισότητα, ποιότητα και ασφάλεια στη Φροντίδα Υγείας, Λευκωσία
- Πολύζος Ν., Σινογεώργου Θ. και Μαριάτου Δ. (2007) «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και ποιότητα: Ικανοποίηση Ασθενών σε Κέντρο Υγείας» Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, 19 (1), σελ. 10-19
- Ραφτόπουλος Β. (2002) «Εκτίμηση της ικανοποίησης των ηλικιωμένων ασθενών από την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας», διδακτορική διατριβή, Διαπανεπιστημιακό Διατμηματικό Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών- Διδακτορικό Τμήμα Νοσηλευτικής, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών
- Σακελλαροπούλου Β. (2007) *Η ποινική αντιμετώπιση του ιατρικού σφάλματος*, Αθήνα-Θεσσαλονίκη, Σάκκουλα
- Σαρρή Α., Γιάνναρη Α., Κατσακιώρη Α., Αγγελίδου Δ. και Μόνιου Α. (2007) «Η ικανοποίηση των ασθενών από την νοσηλεία τους», Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής. 24 (1), σελ. 268-271
- Στεργιοπούλου Α και Βλάχος Γ. (2010) «Η επίδραση της προεγχειρητικής ενημέρωσης στη μείωση του άγχους των ασθενών», Νοσηλευτική, 1 (49), σελ. 102-109 Διαθέσιμο στη http://www.hjn.gr/actions/get_pdf.php?id=208 [Πρόσβαση 18/3/2010]
- Συνήγορος του Πολίτη (2007) *Πόρισμα: Περίθαλψη ασθενών και φορέων HIV-AIDS*, Αθήνα, Συνήγορος του Πολίτη, Διαθέσιμο στη http://www.synigoros.gr/pdfs/porisma_HIV_27_8.pdf [Πρόσβαση 5/2/2010]
- Σωτηρίου Δ. (2010) Σημειώσεις μαθήματος «Υπηρεσίες Τηλεϊατρικής», Αθήνα, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών, Διαθέσιμο στη http://mpl.med.uoa.gr/index.php?option=com_content&view=article&id=19&Itemid=19&lang=en [Πρόσβαση 8/2/2010]
- Τούντας Γ. (2003) «Η έννοια της ποιότητας στην ιατρική και στις υπηρεσίες υγείας», Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 5 (20), σελ 532-546
- Τσαντίλας Π. (2008) *Ευρωπαϊκό και Εθνικό Δίκαιο της υγείας*, Αθήνα – Κομοτηνή Σάκκουλα Α.Ε.
- Τσίοτρας Γ. (2008) *Έλεγχος ποιότητας και Διασφάλιση ποιότητας*, τόμος Β, Πάτρα, ΕΑΠ

- Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης (2010) *Αυτοτελής Υπηρεσία Προστασίας Δικαιωμάτων Ασθενών Διαθέσιμο* στη <http://www.yyka.gov.gr/ministry/organogramma/ypiresies/prostasiadikaioomatou> [Πρόσβαση 13/1/2010]
- Φουντεδάκη Κ. (2003) *Αστική Ιατρική Ευθύνη*, Αθήνα –Θεσσαλονίκη, Σάκκουλα
- Dimatteo R. και Martin L. (2006) *Εισαγωγή στην ψυχολογία της υγείας*, Αναγνωστόπουλος Φ. και Παταμιανός Φ. (επιμ.), Αθήνα.,Ελληνικά Γράμματα
- Piasecki M.(2008) *Η τέχνη της επικοινωνίας στο χώρο της υγείας*, Μπελλάλη Θ. (επιμ.), Αθήνα, Παπασωτηρίου
- Piligram D. και Rogers A. (2004) *Κοινωνιολογία της ψυχικής υγείας και ασθένειας*, Μετάφραση Κοπάση Ε. και Βακάκη Α., Αθήνα, Τυπωθήτω

Ξενόγλωσση

- Adler J, Paelecke-Habermann Y., Jahn P., Landenberger M., Leplow B. και Vordermark D. (2009) «Patient information in radiation oncology: a cross-sectional pilot study using the EORTC QLQ-INFO26 module», Radiation Oncology, 4:40
- Al-Amri A. (2009) «Cancer patients' desire for information:a study in a teaching hospital in Saudi Arabia», Eastern Mediterranean Health Journal, 15 (1), σελ.19-24
- Anderson L. και Zimmerman M. (1993) «Patient and physician perceptions of their relationship and patient satisfaction: A study of chronic disease management», Patient Education and Counseling, 20 (1), σελ 27-36
- Back A. και Arnold R. (2005) «Dealing with conflict in caring for the seriously ill it was just out of the question», The Journal of the American Medical Association, 293 (11), σελ. 1374-1381
- Baker R., Caplan A., Emanuel L. και Latham S.(1999) *The American medical ethics-How the AMA' s code of Ethics has transformed*, Baltimore, The Johns Hopkins University Press

- Breen C., Abernethy A., Abbott K. και Tulskey J. (2001) «Conflict associated with decisions to limit life-sustaining treatment in intensive care units», Journal of General Internal Medicine, 16 (5), σελ.283-289
- Bryman A. (2004) *Social Research Methods*, 2nd ed., New York, Oxford University Press
- Buller M. (1985) *Physician communication style and patient satisfaction*, Μεταπτυχιακή Εργασία, Τμήμα Health Sciences, Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών Speech, Language, and Hearing Sciences, Texas Tech University
- Clair J.M. και Allman R.M. (1993) *Sociomedical perspectives in patient care*, Kentucky, The University Press of Kentucky
- Comstock L. και Hooper E. (1982) «Physician behaviors that correlate with patient satisfaction», *Journal of Medical Education*, 57 (2), σελ. 105-112
- Copeland, V. C. και Scholle, S. H. (2000) «Patient satisfaction and African American women: A missing link in health services research», *Perspectives*, 6 (2), σελ. 48-56
- Crow R., Gage H., Hampson S., Hart J., Kimber A., και Storey L. (2002) «The measurement of satisfaction with healthcare: implications for practice from a systematic review of the literature», *Health Technological Assessment*, 6 (32), σελ1-244
- Dawes P. και Davison P. (1994) «Informed consent: what do patient want to know», Journal of the Royal Society of Medicine, 87 (3), σελ. 149-152
- De Vaus D. (2002) *Survey in Social Research*, 5th ed, London, Routledge
- Donabedian A. (1988) «The quality of care: How can it be assessed?», The Journal of the American Medical Association, 121 (11), σελ 1743–1748
- Faden R. και Beauchamp T. (1986) *A history and theory of informed consent*, New York, Oxford University Press
- Fitzpatrick R. (1991) «Surveys of patient satisfaction: I-Important general considerations», British Medical Journal, 302 (6781), σελ 887-889
- Fort Cowels A.L. (2003) *Social work in the health field*, New York, The Haworth Press
- Fox J. και Storms D. (1981) «A different approach to sociodemographic predictors of satisfaction with health care», *Social Science & Medicine*, 15 (5), σελ 557-564

- Fraenkel L. και McGraw S. (2007) «What are the essential elements to enable patient participation in medical decision making?», Journal of General Internal Medicine, 22 (5) σελ 614-619
- Frosch D. και Kaplan R. (1999) «Shared decision making in clinical medicine: past research and future directions», American Journal of Preventive Medicine, 17 (4), σελ. 285-294
- GAEA (2009) *Adjuvant endocrine therapy: listening to patient*. Διαθέσιμο στη http://www.gaeainitiative.eu/media/GAEA_report.pdf [Πρόσβαση 11/12/2009]
- Ghulam A., Kessler M., Bachmann L., Haller U. και Kessler T. (2006) «Patients satisfaction with the preoperative informed consent procedure: A multicenter questionnaire survey in Switzerland», Mayo Clinic Proceedings, 81 (3) σελ.307-312
- Grant V. (1996) «Informed consent for clinical treatment: A psychologist speaks for patients», Health Care Analysis , 4 (1),σελ.76-79
- Guadagnoli E. και Ward P. (1998) «Patient participation in decision making», Social Science & Medicine, 47 (3), σελ. 329 -339
- Hall JA, Roter DL και Katz NR.(1988) «Meta-analysis of correlates of provider behavior in medical encounters», Medical care, 26 (7), σελ 657-675
- Hunt T. και Glucksman M. (1991) «A review of 7 years of complaints in an inner-city accident and emergency department», Emergency Medicine Journal, 8 (1), σελ.17-23
- ISFW, IASSW (2004) «Δεοντολογία στην Κοινωνική Εργασία, Διακήρυξη Αρχών» Διεθνής Ομοσπονδίας Κοινωνικών Λειτουργιών (ISFW) Διεθνής Ένωση Σχολών Κοινωνικής Εργασίας IASSW, Αυστραλία, Αδελαΐδα
- Javeau C.,(2000) Η έρευνα με ερωτηματολόγιο, Αθήνα, Τυπωθήτω
- Kaplan S., Greenfield S., Gandek B., Rogers W. και Ware J. (1996) «Characteristics of physicians with participatory decision making styles», Annals of Internal Medicine, 124 (5), σελ 497-504
- Katz J. (1984) *The silent world of doctor and patient*, Baltimore, The Johns Hopkins University Press
- Kuhse H. και Singer P. (2006) *Bioethics: an anthology*, Oxford, Blackwell Publishing

- Lee A. και Wu HY. (2002) «Diagnosis disclosure in cancer patients when the family says no», Singapore Medical Journal, 43 (10), σελ. 533-538
- Leino-Kilpi H., Valimaki M., Arndt M., Dassen T., Gasull M., Leminodou V., Scott P.A. και Bensemair G. (2000) *Patient's autonomy, private and informed consent*, Amsterdam, IOS Press
- Lo B. (2009) *Resolving ethical dilemmas*, Baltimore, Lippincot, Williams & Wilkins
- Office of Technology Assessment [OTA] (1988) *The Quality of Medical Care: Information for Consumers*, Washington, OTA Publication
- Ong LM., de Haes JS, Hoos AM. και Lammes F.B. (1995) «Doctor-patient communication: a review of the literature», Social Science & Medicine, 40 (7), σελ 903-918
- Paice E, Heard S. και Moss F. (2002) «How important are role models in making good doctors», British Medical Journal, 325 (7366), σελ. 707-710
- Paolo Adolf F., Walker R. και Nixon L. (2010) *Medical Ethics humanities*, Malloy, Jones and Bartlett Publishers
- Parasuraman A., Zeithaml V. και Berry L. (1990) *Delivering quality service: Balancing Customer Perceptions and Expectations*, New York, The Free Press
- Rahmqvist M. (2001) «Patient satisfaction in relation to age, health status and other background factors: a model for comparisons of care units», International Journal for Quality in Health Care, 13 (5), σελ. 385-390
- Sanwal A., Kumar S., Shni P. και Nundy S. (1996) «Informed consent in Indian patients», Journal of the Royal Society of Medicine, 89 (4), σελ 196-198
- Schneider, S. (1988) *The practice of autonomy*, New York, Oxford University Press
- Sitzia J. και Wood N. (1997) «Patient satisfaction: A review of issues and concepts», Social Science & Medicine, 45(12), σελ. 1829–1843
- Stalmeier P., Tol-Geerdink J., Lin E., Schimmel E., Huizenga H., Daal W. και Leer J.W. (2007) «Doctors' and patients' preferences for participation and treatment in curative prostate cancer radiotherapy», Journal of Clinical Oncology, 25 (21), σελ.3096- 3100

- Stiggelbout A. και Gwendoline K. (1997) «Patients preferences regarding information and participation in clinical decision making», Canadian Medical Association, 157 (4), σελ.383-389
- The Joint Commission, 2005, Speak up initiatives,
Διαθέσιμο στη
http://www.jointcommission.org/GeneralPublic/Speak+Up/about_speakup.htm
[Προσπελάστηκε 6/2/2010]
- Tate P. (2003) *The doctor's communication handbook*, 4th edn, Oxford Radcliffe Medical Press Ltd
- The Joint Commission (2005) *Speak up initiatives*,
Διαθέσιμο στη
http://www.jointcommission.org/GeneralPublic/Speak+Up/about_speakup.htm
[Πρόσβαση 6/2/2010]
- Thompson A. (2006) «What is patient satisfaction», *Παρουσίαση στη VII Διάσκεψη του International Nursing Group for Immunodeficiencies (INGID)*, Budapest, INGID, Διαθέσιμο στη <http://www.ingid.org/presentations/>
[Πρόσβαση 11/2/2010]
- Tower K. (1994) «Consumer -Centered Social Work practice Restoring client self-determination», Social Work, 39 (2), σελ 191-196
- Veatch R. (1997) *Medical ethics*, London, Jones and Bartlett Publishers
- Waitzkin H. (1985) «Information giving in medical care», Journal of health and Social Behavior, 26 (2), σελ. 81-101
- Ware J., Snyder M., Wright R., και Davies A.(1983) «Defining and measuring patient satisfaction with medical care», Evaluation and Program Planning, 6 (3-4), σελ.247–263
- Wasfi E., Pai P., και Abd-Elsayed A.(2008) «Patient satisfaction with cataract surgery» International Archives of Medicine, 1:22
- Yousuf R., Fauzi A., How S., Rasool A., Rehanna K.(2007) «Awareness, knowledge and attitude towards informed consent among doctors in two different cultures in Asia: a cross – sectional comparative study in Malaysia and Kashmir India», Singapore Medical Journal, 48(6), σελ. 559-565

- Ziegler D., Mosier M., Buenaver M., Okuyemi K., (2001) «How much information about adverse effects of medication do patients want from physicians?», Archives of Internal Medicine, 161(5), σελ 706-713

Νομοθεσία

- ΔΥ1δ/Γ.Π.103144 (7) ΦΕΚ 2200/14-11-2007
Οργάνωση και λειτουργία του Εθνικού Συμβουλίου Ιατρικής Ηθικής και Δεοντολογίας
- Ευρωπαϊκή Οικονομική και Κοινωνική Επιτροπή (Ε.Ο.Κ.Ε.) (2007)
Γνωμοδότηση «Τα δικαιώματα του ασθενούς» SOC/221 – CESE 1256/2007.
Βρυξέλες, Ε.Ο.Κ.Ε
- Ν. 2619 ΦΕΚ 132 /19-6-1998.
Κύρωση της Σύμβασης του Συμβουλίου της Ευρώπης για την προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και της αξιοπρέπειας του ατόμου σε σχέση με τις εφαρμογές της βιολογίας και της ιατρικής: Σύμβαση για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα και τη Βιοϊατρική
- Ν. 3293 ΦΕΚ 231/Α'/26-11-2004
Πολυκλινική Ολυμπιακού Χωριού, Συνήγορος Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις
- Ν. 3418 ΦΕΚ 287/28-11-2005
Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας
- Ν.2071 ΦΕΚ123/15-7-1992
Εκσυγχρονισμός και οργάνωση συστήματος υγείας
- Ν.2737 ΦΕΚ 174/27-8-1999
Μεταμοσχεύσεις ανθρώπινων ιστών και οργάνων και άλλες διατάξεις
- Ν.2889 ΦΕΚ 37/2-3-2001
Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του Εθνικού συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις