



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ - ΤΜΗΜΑ
ΙΑΤΡΙΚΗΣ**

**Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών
ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ & ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«Τα δικαιώματα του ασθενούς σε επιλεγμένα Κέντρα
Υγείας αγροτικών περιοχών της Κρήτης. Σε ποιο
βαθμό είναι γνωστά σε ασθενείς και σε γιατρούς;»**

**Κοντέλη Ευδοκία
Δικηγόρος Ηρακλείου Κρήτης**

**Επιβλέπων: Λιονής Χρήστος,
Αναπληρωτής Καθηγητής,
Τομέας Κοινωνικής Ιατρικής**

Ηράκλειο, Ιούνιος 2005

Περίληψη Μεταπτυχιακής Εργασίας

Τίτλος Εργασίας : «*Τα δικαιώματα του ασθενούς σε επιλεγμένα Κέντρα Υγείας αγροτικών περιοχών της Κρήτης. Σε ποιο βαθμό είναι γνωστά σε ασθενείς και σε γιατρούς;*»

της: Κοντέλη Ευδοκίας
Δικηγόρου Ηρακλείου

Υπό την επίβλεψη του : Λιονή Χρήστου
Αναπληρωτή Καθηγητή και Διευθυντή της Κλινικής Κοινωνικής και Οικογενειακής Ιατρικής, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Κρήτης

Ημερομηνία: 27-6-2005

Τα δικαιώματα του ασθενούς, συνδέονται άμεσα με την αναβάθμιση της ποιότητας στην φροντίδα υγείας και την μέγιστη ικανοποίηση των ασθενών. Η Ελλάδα με το νόμο 2071/92 άρθρο 47 «δικαιώματα του νοσοκομειακού ασθενούς», κατατάσσεται ανάμεσα στις πρώτες Ευρωπαϊκές Χώρες, που ανέλαβαν αντίστοιχες νομοθετικές πρωτοβουλίες. Ωστόσο, στις παραπάνω διατάξεις δεν συμπεριλήφθηκε η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, η οποία αναμφισβήτητα μπορεί να διαδραματίσει σημαντικό ρόλο στην προώθηση και εδραίωση του θεσμού αυτού.

Σκοπός της παρούσης μελέτης ήταν να διερευνήσει το επίπεδο της γνώσης και της εφαρμογής των δικαιωμάτων των ασθενών, από τους γιατρούς γενικής ιατρικής και από τους ασθενείς που επισκέπτονταν υπηρεσίες Κέντρων Υγείας στην Κρήτη. Παράλληλα, η μελέτη διερεύνησε την καταγραφή της γνώμης των ασθενών για τις υπηρεσίες τις οποίες προσφέρουν οι τους προσωπικοί γιατροί και το Κέντρο Υγείας στο οποίο συνήθως απευθύνονται.

Στην μελέτη συμμετείχαν συνολικά 109 ασθενείς και 9 γενικοί ιατροί. Οι ασθενείς προσκλήθηκαν μετά την επίσκεψη τους στον γιατρό, να απαντήσουν σε ερωτήσεις αναφορικά με την εφαρμογή των δικαιωμάτων τους από τον γιατρό κατά την διάρκεια της επίσκεψης τους στο ιατρείο του. Οι γιατροί που συμμετείχαν στην μελέτη, ήταν αυτοί που είχαν αναλάβει την φροντίδα των επιλεγμένων ασθενών στην έρευνα για τα δικαιώματα. Αυτοί κλήθηκαν να συμπληρώσουν ένα ερωτηματολόγιο που διερευνά τη στάση τους, την γνώση τους και την συμπεριφορά τους στο ζήτημα των δικαιωμάτων του ασθενούς.

Από τα αποτελέσματα της μελέτης, προέκυψε ότι σχεδόν όλοι οι γιατροί υποστηρίζουν πώς γνωρίζουν και εφαρμόζουν στην πράξη τα δικαιώματα του ασθενούς, παρόλο που αυτό δε διασταυρώθηκε από άλλη πηγή της μελέτης. Οι ασθενείς από το μέρος τους, πιθανόν εξαιτίας της μεγάλης ηλικίας τους και των αυξημένων αναγκών υγείας τους, έκριναν ιδιαίτερος θετικά τους γιατρούς και έμοιαζαν ν' αγνοούν τα δικαιώματά τους, ακόμα και όταν παραβιάζονταν.

Η μελέτη αυτή ανέδειξε περιοχές υψηλής προτεραιότητας για την προαγωγή των δικαιωμάτων του ασθενούς και σαφώς απαιτείται η πραγματοποίηση άλλων μελετών με τον κατάλληλο σχεδιασμό για την απάντηση πολλών ερωτημάτων που τέθηκαν από τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης.

Λέξεις κλειδιά: *Δικαίωμα, Ασθενής, Γιατρός Γενικής Ιατρικής, Αξιολόγηση, Κέντρα Υγείας, Π.Φ.Υ*

Abstract

Title: *«The patient's rights in primary health care in selected primary health care centers in rural Crete. The doctors' and the patients' level of knowledge and awareness»*

by: Evdokia Konteli
Lawyer

Supervisor: Lionis Christos, Associate Professor
Head of the Clinic of Social and Family Medicine
School of Medicine, University of Crete

Date: 27-6-2005

The patients' rights are strongly associated not only with the improvement of the quality of the health services, but also with the biggest satisfaction of the patients who addressed to them.

The Greek law 2071/92, referred to the "rights of the hospital patient" and it is included among the first European Countries that undertook similar legislative initiatives. However, such referral was not made to the primary health care, which undeniably can play an important role in the promotion of the patients' rights.

The aim of the present study was to investigate to what extent GPs and patients know and apply the "patient's rights" in every day practice. The study also reports on the patients' opinion about the GP and the health centre which they are usually visiting.

In the study participated in total, 109 patients and 9 GPs. Patients were invited afterwards their visit in the doctor's office, to answer in a questionnaire, that was seeking to what extent their rights were respected by the doctor during their visit in his office. The doctors who participated in the study, were those that had undertaken the usual care of the selected patients. They also invited to answer in a questionnaire, which examines if they were aware with the patient's rights.

One of the main findings of the study was that almost all the doctors claimed that they know and apply in every day practice the patients' rights, although such evidence is not triangulated by the other sources of the study. On the other side, the patients judged particularly positively the doctors and ignored their rights. Even when their rights are violated, the patients received it, as a constant tactic of doctor and didn't feel badly.

In conclusion, this social and local study on Crete highlighted several important issues on the patient's rights and revealed some high in priority areas, and it remains other studies to answer several questions, which posed by the findings of this study.

Key words: *Right, Patient, General Practitioner, Evaluation, Health Centers, Primary Health Care.*

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ	Σελ
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	
1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ	8
1.1 Γενικά περί «δικαιωμάτων του ασθενούς»	8
1.2 Η έννοια των «δικαιωμάτων του ασθενούς»	10
(α) Δικαίωμα ασθενούς για ολοκληρωμένη ενημέρωση	12
(β) Δικαίωμα ασθενούς για ιδιωτικότητα	15
(γ) Δικαίωμα ασθενούς για συναίνεση	19
(δ) Δικαίωμα ασθενούς για ολοκληρωμένη φροντίδα	21
1.3 Ιστορική αναδρομή	
1.3.1. Ιστορικό πλαίσιο	21
1.3.2. Πρωτοβουλίες του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας και της Ευρωπαϊκής Ένωσης	22 23
1.4 Πηγές «δικαιωμάτων του ασθενούς»	28
1.5 Τα «δικαιώματα του ασθενούς» σε άλλες Ευρωπαϊκές χώρες και στην Ελλάδα	
1.5.1 Εφαρμογή του θεσμού σε άλλες Ευρωπαϊκές Χώρες	30
1.5.2 Ελληνική Πραγματικότητα	
(α) Νομικό πλαίσιο προστασίας των «δικαιωμάτων του ασθενούς»	33
(β) Πεδίο Εφαρμογής των «δικαιωμάτων του ασθενούς» στον Ελληνικό Χώρο/Αναγκαιότητα προώθησης του θεσμού	36
1.6 Ερευνητικά ερωτήματα – σκοπός της μελέτης -αντικειμενικοί στόχοι της μελέτης	38
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	
2. ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ-ΜΕΘΟΔΟΙ	
2.1. Τόπος Διεξαγωγής Έρευνας	39
2.2 Πληθυσμός Μελέτης	39
(α) Ασθενείς της μελέτης	40
(β) Γιατροί της μελέτης	43

2.3 Μέθοδοι	
2.3.1 <i>Εργαλείο αποτίμησης της γνώσης και της στάσης των ασθενών αναφορικά με τα δικαιώματά τους και αξιολόγηση του γενικού γιατρού και του Κέντρου Υγείας</i>	45
2.3.2 <i>Εργαλείο αποτίμησης της γνώσης και της στάσης των γιατρών αναφορικά με τα «δικαιώματα του ασθενούς»</i>	51
2.4 Ανάλυση των Δεδομένων	51
3. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ	
3.1 Εκτίμηση της γνώμης των ασθενών	
(α) <i>Γενικές Ερωτήσεις-Δικαίωμα ασθενούς για ολοκληρωμένη ενημέρωση</i>	53
(β) <i>Δικαίωμα ασθενούς για ιδιωτικότητα</i>	61
(γ) <i>Δικαίωμα ασθενούς για συναίνεση</i>	65
(δ) <i>Δικαίωμα ασθενούς για ολοκληρωμένη φροντίδα</i>	65
(ε) <i>Αξιολόγηση γενικού γιατρού και Κέντρου Υγείας</i>	69
3.2 Εκτίμηση της γνώμης των γιατρών	71
4. ΣΥΖΗΤΗΣΗ	
4.1 Μεθοδολογικοί περιορισμοί	74
4.2 Συζήτηση Κυρίων Ευρημάτων	
(α) <i>Γενικές Ερωτήσεις-Δικαίωμα ασθενούς για ολοκληρωμένη ενημέρωση</i>	76
(β) <i>Δικαίωμα ασθενούς για ιδιωτικότητα</i>	80
(γ) <i>Δικαίωμα ασθενούς για συναίνεση</i>	82
(δ) <i>Δικαίωμα ασθενούς για ολοκληρωμένη φροντίδα</i>	83
5. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ/ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	85
6. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	89
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ	
I. Έγκριση Διεξαγωγής Μελέτης από το Π.Ε.Σ.Υ.Π ΚΡΗΤΗΣ	
II Πίνακες Μελέτης	
III Ερευνητικά Εργαλεία	

EΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Ευχαριστώ θερμά τον επιβλέποντα της ερευνητικής εργασίας κ. Λιονή Χρήστο, για την πολύτιμη βοήθεια που μου προσέφερε στον σχεδιασμό, στην πραγματοποίηση και στην ολοκλήρωση της παρούσας μελέτης.

Ευχαριστώ επίσης, τους Διευθυντές και το προσωπικό των Κέντρων Υγείας Ανωγείων, Περάματος και Σπηλίου Ρεθύμνου Κρήτης, για την άψογη συνεργασία και την συνδρομή τους στην διεξαγωγή της μελέτης.

Δεν θα παραλείψω ακόμα να ευχαριστήσω όλους τους γιατρούς που δέχτηκαν με προθυμία να συμμετάσχουν στην μελέτη, καθώς επίσης και τους ασθενείς που με υπομονή απάντησαν στις ερωτήσεις αυτής.

Ευχαριστώ ακόμα, τον Διοικητή του Κέντρου Ψυχικών Παθήσεων Χανίων, κ. Θεοδωράκη για την σημαντική συμβολή του στον σχεδιασμό της παρούσης μελέτης.

Θα ήθελα επίσης να πω ένα μεγάλο ευχαριστώ στον Διευθυντή Σπουδών, στους διδάσκοντες και σε όλους τους συμμετέχοντες στο Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών «Δημόσια Υγεία-Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας» της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου της Κρήτης, για την σημαντική συμβολή τους στην επιτυχή ολοκλήρωση εκ μέρους μου, του Κύκλου Σπουδών του παραπάνω Μεταπτυχιακού Προγράμματος.

Τέλος, το πιο μεγάλο ευχαριστώ μου είναι για τα άτομα που στάθηκαν και στέκονται δίπλα μου συνεχώς σε κάθε βήμα της ζωής μου με αγάπη και υπομονή και που με στήριξαν στην απόφασή μου να παρακολουθήσω το συγκεκριμένο Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών. Ο λόγος βέβαια για τους γονείς μου, τους οποίους και ευχαριστώ από τα βάθη της καρδιάς μου.

Αντί προλόγου.....

...«Εν παντί δει καιρώ το δίκαιον επικρατείν»

(ΜΕΝΑΝΔΡΟΣ)

...«Ει θέλωμεν αποθνήσκειν υπέρ των δικαίων, ευδοκιμήσομεν»

(ΠΛΑΤΩΝ)

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Τα δικαιώματα του ασθενούς, ζήτημα άμεσα συνδεδεμένο με τα ανθρώπινα δικαιώματα, συνιστούν ολοένα και περισσότερο τα τελευταία έτη, σημαντικό πεδίο ανάπτυξης νομοθετικών πρωτοβουλιών σε πολλές χώρες. Η εφαρμογή τους συνδέεται άμεσα με την διασφάλιση της μεγαλύτερης δυνατής ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών στον χώρο της υγείας και την μέγιστη δυνατή ικανοποίηση των χρηστών που απευθύνονται στις υπηρεσίες αυτές .

Εμπνεόμενα από πανανθρώπινες αξίες και ιδανικά, τα δικαιώματα του ασθενούς, συμπορεύονται και με τις σύγχρονες απαιτήσεις του ασθενούς, ο οποίος στις μέρες μας είναι πιο ενημερωμένος και συχνά και πιο κατηγορηματικός σε αποφάσεις που άπτονται της υγειονομικής φροντίδας του. Επιθυμεί να λαμβάνει διαβεβαιώσεις ότι η θεραπεία που ακολουθεί είναι η κατάλληλη και η αποτελεσματικότερη, ενώ δεν διστάζει πλέον, όταν θεωρεί ότι η φροντίδα που λαμβάνει δεν είναι η καλύτερη, να αλλάξει γιατρό ή ακόμα σε περίπτωση ιατρικών λαθών, να προσφύγει στην δικαιοσύνη. Ο ασθενής, σαν καταναλωτής υπηρεσιών αναμφισβήτητα έχει το δικαίωμα να ακουστεί η άποψη του, να ενημερωθεί για όλες τις σχετικές παραμέτρους αναφορικά με την υγεία του, να κάνει τις επιλογές του και να νιώθει ασφαλής σε ζητήματα που άπτονται της υγειονομικής φροντίδας του.

1.1 Γενικά περί «δικαιωμάτων του ασθενούς»

Ήταν το 1948 όταν η Οικουμενική Διακήρυξη των Ηνωμένων Εθνών για τα ανθρώπινα δικαιώματα αναγνωρίζει επίσημα για πρώτη φορά, τη «σύμφυτη αξιοπρέπεια», καθώς και τα «ίσα και αναπαλλοτρίωτα δικαιώματα σε όλα τα μέλη της ανθρώπινης οικογένειας». Στην βάση αυτών των εννοιών, της εκ γενετής αξιοπρέπειας και της ισότητας όλων των ατόμων, αναπτύχθηκε η έννοια των δικαιωμάτων των ασθενών ή ευρύτερα των χρηστών υπηρεσιών υγείας, που όπως

είναι γνωστό βρίσκεται στο επίκεντρο του ενδιαφέροντος όλων των σύγχρονων κοινωνιών τις τελευταίες δεκαετίες.

Ο Ιπποκράτειος Όρκος χαρακτηρίζεται ως το πρώτο ιστορικό κείμενο που προστατεύει έστω και έμμεσα τα δικαιώματα αυτά με την σαφή αναφορά του στο ιατρικό απόρρητο *«Όσα κατά τη διάρκεια της θεραπείας θα δω ή θα ακούσω ή, πέρα από τις ασχολίες μου στην καθημερινή ζωή, όσα δεν πρέπει ποτέ να κοινολογούνται στους έξω, θα τα αποσιωπώ, θεωρώντας ότι αυτά είναι μυστικά»*. Περισσότερη έμφαση όμως στο θέμα, δόθηκε μετά το Β' Παγκόσμιο Πόλεμο, όταν οι κυβερνήσεις και οι πολίτες έδωσαν ιδιαίτερο βάρος στον τομέα των ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Εκείνη την περίοδο μάλιστα, υπογράφηκαν η Οικουμενική Διακήρυξη των Ηνωμένων Εθνών για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα (1948), η Σύμβαση του Συμβουλίου της Ευρώπης για την προάσπιση των δικαιωμάτων του ανθρώπου και των θεμελιωδών ελευθεριών (1950), καθώς και η Διακήρυξη της Παγκόσμιας Ιατρικής εταιρίας στην Γενεύη (1948), που αποτέλεσε τη βάση για τον Διεθνή Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας (1949).

Μέχρι πρόσφατα υποστηρίζονταν ότι οι ασθενείς έχουν μόνον ανάγκες και όχι δικαιώματα. Στην πραγματικότητα όμως οι ασθενείς έχουν και τα δύο. Μπορεί η «υγεία» και η «ζωή» να συνιστούν πρωταρχικές αξίες που να συνδέονται με το έργο και την προσφορά των επαγγελματιών υγείας, αλλά για παράδειγμα, το δικαίωμα του κάθε ατόμου να συμμετέχει στην διαδικασία λήψης αποφάσεων που συνδέονται με την υγεία του και το οποίο αποκαλείται και δικαίωμα στην αυτονομία ή στην αυτοδιάθεση του ατόμου, είναι ακόμα πιο σημαντικό για πολλούς ασθενείς (WHO, 1999).

Οι καλά εκπαιδευμένοι επαγγελματίες υγείας με συνεχή ενημέρωση πάνω στις νέες επιστημονικές εξελίξεις, καθώς και οι σύγχρονες υποδομές των υπηρεσιών υγείας δεν μπορούν από μόνα τους να εξασφαλίσουν την μεγαλύτερη δυνατή ποιότητα στις παρεχόμενες υπηρεσίες τους προς τους ασθενείς. Συχνά μάλιστα, ομοειδείς περιπτώσεις ασθενών αποχωρούν από το σύστημα καταδεικνύοντας διαφορετικό βαθμό ικανοποίησης ο καθένας, γεγονός που εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τους προμηθευτές των υπηρεσιών, τα νοσηλευτικά ιδρύματα και τις υπηρεσίες που τους προσφέρθηκαν μέσα σε αυτά. Σε κάθε περίπτωση όμως, οι ασθενείς μπορούν να

βελτιώσουν την ποιότητα των υπηρεσιών που δέχονται, συμμετέχοντας οι ίδιοι ενεργά στον σχεδιασμό, την διαχείριση και την αξιολόγηση των παρεχομένων σε αυτούς υπηρεσιών υγείας (*WHO, 2001*).

Τα θέματα της προστασίας των ασθενών-καταναλωτών των υπηρεσιών υγείας, της ενεργοποίησης των πολιτών και της όλης ανάπτυξης της αστικής κοινωνίας, είναι επίκαιρα και άμεσα συνδεδεμένα με τον θεσμό των δικαιωμάτων των ασθενών, ενώ μετά την αναγνώρισή τους στις χώρες της Βόρειας Ευρώπης-Σκανδιναβικές Χώρες (*Fallberg, 2000*), βρίσκουν σήμερα ολοένα και περισσότερο γόνιμο έδαφος και στις χώρες της Κεντρικής και Ανατολικής Ευρώπης.

1.2 Η έννοια των «δικαιωμάτων των ασθενών»

Η έννοια του «δικαιώματος» έχει ποίκιλα σημεία αναφοράς στους διάφορους τομείς του Δικαίου. Ωστόσο το «δικαίωμα» από μόνο του, αποτελεί το νομικό θεσμό, με τον οποίο το δίκαιο συστηματοποίησε την ιδιωτική σχέση των μελών της κοινωνίας μεταξύ τους. Είναι η εξουσία που παρέχει το σύστημα του δικαίου σε πρόσωπο ή σε κατηγορίες προσώπων, για την ικανοποίηση ενός συμφέροντος, στο οποίο και δίνει νομική υπόσταση (*Τσάτσος, 1988*).

Στα πλαίσια της σχέσης κράτους και κοινωνίας γίνεται αναγκαίος ο εφοδιασμός του πολίτη ή της κοινωνικής ομάδας με νομικές αξιώσεις, που διασφαλίζουν τη δυνατότητα τους να συμμετέχουν ενεργητικά στις κοινωνικές και πολιτειακές διαδικασίες. Έτσι, τα θεμελιώδη δικαιώματα, παύουν να είναι μόνον πολιτικές διακηρύξεις και εξελίσσονται σε νομικούς κανόνες. Όπως εύστοχα διατυπώνει και ο Φ. Σπυρόπουλος (*1987*), η ουσία των θεμελιωδών δικαιωμάτων έγκειται «στον καθορισμό της σχέσης του ατόμου ή του συνόλου των ατόμων, δηλαδή της κοινωνίας, προς την κρατική εξουσία, κατά τρόπο τέτοιο, που η εξουσία οφείλει να υποτάσσεται στον καθορισμό αυτόν. Η σχέση κράτους και ατόμου ή κράτους και κοινωνίας είναι η βάση για την ανάπτυξη ατομικών και συλλογικών δικαιωμάτων και συμφερόντων».

Τα δικαιώματα του ασθενούς συνεπώς, συνίστανται σε αξιώσεις και απαιτήσεις που απορρέουν εκ του νόμου, φορέας των οποίων και δικαιούχος να τις επικαλεστεί, είναι

ο εκάστοτε ασθενής που απευθύνεται στο σύστημα υγείας, προκειμένου να επιλύσει το πρόβλημα του. Αυτά διακρίνονται αρχικά σε αρνητικά και θετικά (*Sen, 1988*). Τα αρνητικά κατ' αρχήν, στοχεύουν στο να διασφαλίσουν τις νόμιμες αξιώσεις του κάθε ατόμου να λαμβάνει αυτόνομες και συνειδητές αποφάσεις, χωρίς την εμπλοκή τρίτων. Τα θετικά από την άλλη πλευρά, συμπεριλαμβάνουν το νόμιμο δικαίωμα του κάθε ατόμου να συμμετέχει και να γίνεται κοινωνός του κάθε ευεργετήματος της πολιτείας προς όλους τους πολίτες, συμπεριλαμβανομένου και του δικαιώματος για περίθαλψη.

Σημαντική επίσης είναι η διαφοροποίηση που θα πρέπει να γίνει μεταξύ της διακρίσεως σε κοινωνικά και ατομικά δικαιώματα στα πλαίσια της φροντίδας υγείας. Τα κοινωνικά δικαιώματα, που εκφράζουν την αξίωση για κοινωνική δικαιοσύνη (*Μάνεσης, 1986*) συνδέονται με την κοινωνική υποχρέωση που έχει αναληφθεί από την Κυβέρνηση ή από τον εκάστοτε δημόσιο ή ιδιωτικό φορέα, προκειμένου να δικαιολογηθεί η παροχή φροντίδας υγείας σε ολόκληρο τον πληθυσμό, ενώ παράλληλα συνεπάγονται και την υποχρέωση προς τις αρμόδιες αρχές να εξασφαλίσουν ότι οι πόροι της κοινωνίας είναι αρκετοί και ισότιμα διανεμημένοι μεταξύ των πολιτών της. Απολαμβάνονται συλλογικά και συνδέονται για παράδειγμα με την ισότιμη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, ανεξάρτητα από οποιοδήποτε είδους διακρίσεις.

Αντιθέτως, τα ατομικά δικαιώματα στον χώρο της υγείας, καλύπτουν τομείς όπως η αξιοπρέπεια του ατόμου, η ιδιωτική ζωή, οι θρησκευτικές και πολιτιστικές πεποιθήσεις του. Τα δικαιώματα του ασθενούς χαρακτηρίζονται γενικά ως κοινωνικά δικαιώματα, αλλά στην κύρια εστίαση τους είναι ατομικά και κατατάσσονται στις ατομικές ελευθερίες.

Περαιτέρω διακρίσεις των δικαιωμάτων μπορούν να γίνουν με βάση την «εσωτερική δύναμη» τους, δηλαδή τι είδους αξιώσεις- ανάλογα με την νομική φύση τους- προσφέρουν στους ασθενείς που έρχονται σε επαφή με το σύστημα φροντίδας υγείας, για να τις επικαλεστούν και να τις διεκδικήσουν σε περίπτωση προσβολής ή μη εφαρμογής τους (*Westerhall, 1994*). Διακρίνονται λοιπόν σε :

1. Δικαιώματα, διατυπωμένα σε νόμους, τα οποία σε περίπτωση προσβολής τους ή μη τήρησής τους, δύνανται να γίνουν αντικείμενο επίκλησης από τον ασθενή, που μπορεί να προσφύγει στο δικαστήριο ή σε παρόμοια αρχή. Συνιστούν δεσμευτικούς κανόνες δικαίου που γεννούν αξιώσεις προστατευόμενες από την έννομη τάξη. Μάλιστα εάν όντως αποδειχθεί από τις δικαστικές αρχές ή από το εκάστοτε πειθαρχικό όργανο, ότι όντως υφίσταται η παραβίαση, μπορεί να επιβληθούν αστικές, πειθαρχικές ή και ποινικές κυρώσεις στους υπεύθυνους της παραβίασης.

2. Δικαιώματα, που δεν αποτελούν στην ουσία δεσμευτικούς κανόνες δικαίου – νόμους του Κράτους, αλλά συνιστούν απλές διακηρύξεις ή αρχές, με έναν βασικά ηθικό χαρακτήρα. Εδώ, συμπεριλαμβάνονται οι εγγυήσεις που δίδονται για το νομότυπο της λίστας αναμονής, καθώς και οι εγγυήσεις για την σωστή λειτουργία των υπηρεσιών υγείας (service guarantees), που χρησιμοποιούνται συχνά στις Σκανδιναβικές Χώρες (Hanning, 1995).

Όσον αφορά το **περιεχόμενο** των δικαιωμάτων των ασθενών, αυτά σε γενικές γραμμές αναφέρονται στο δικαίωμα του ασθενούς για ενημέρωση, για ιδιωτικότητα, για συναίνεση και στο δικαίωμα του για ολοκληρωμένη φροντίδα και θεραπεία. Τα παραπάνω επιμέρους δικαιώματα συζητούνται με λεπτομέρεια παρακάτω:

(α) Δικαίωμα ασθενούς για ολοκληρωμένη ενημέρωση

Η ενημέρωση του ασθενούς αποτελεί ένα από τα κυριότερα καθήκοντα του γιατρού και πρωταρχικό δικαίωμα του πρώτου. Μέσα από την ενημέρωση ο ασθενής έχει τη δυνατότητα να ασκήσει το συνταγματικά κατοχυρωμένο πλέον δικαίωμά του να αποφασίζει μόνος του για τον εαυτό του και να δίνει τη συναίνεση του για την διενέργεια ιατρικών παρεμβάσεων που τον αφορούν.

Η ετυμολογία της λέξης doctor που προέρχεται από το ρήμα docere=διδάσκω, αντανακλά τον παραδοσιακό ρόλο του γιατρού ως δασκάλου του αρρώστου. Πράγματι, μέσω της ενημέρωσης ο γιατρός μεταδίδει τη γνώση στον ασθενή του, καθιστώντας τον μαθητή του. Ο ενημερωμένος ασθενής καθίσταται αυτόνομος και ικανός να πάρει αποφάσεις για το δικό του σώμα, ενώ ταυτόχρονα γίνεται συνυπεύθυνος και συνεργάσιμος. Παράλληλα, η σωστή ενημέρωση του ασθενούς

συνιστά σημαντικό δείκτη ικανοποίησης του ασθενούς, στα πλαίσια της παροχής υπηρεσιών υγείας (*Thompson DA et al 1996*).

Σύμφωνα με έρευνα για τα δικαιώματα των ασθενών του Περιφερειακού Γραφείου Ευρώπης του ΠΟΥ στα κράτη μέλη του (*WHO, 1993*), το περιεχόμενο της ενημέρωσης του ασθενούς θα πρέπει να περιλαμβάνει

- τις διαδικασίες που αφορούν τη διάγνωση
- τη διάγνωση
- τις διάφορες επιλογές θεραπείας, τα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματά τους, καθώς και τις προβλεπόμενες για την υγεία συνέπειές τους
- τους άμεσους ή έμμεσους κινδύνους της υποβολής στη θεραπεία ή της άρνησης της θεραπείας
- τη διαδικασία της θεραπείας, τη διάρκειά της, τον πόνο και την ταλαιπωρία που συνεπάγεται για τον ασθενή
- την πρόγνωση
- τα αποτελέσματα και τις παρενέργειες των φαρμάκων καθώς και την αλληλεπίδρασή τους με άλλα φάρμακα
- την κατάσταση της υγείας και τον τρόπο ζωής μετά τη θεραπεία.

Παράλληλα, η Διακήρυξη του Άμστερνταμ για την προαγωγή των δικαιωμάτων των ασθενών στην Ευρώπη το 1994, αναφέρει ότι οι ασθενείς πρέπει να είναι πλήρως ενημερωμένοι

- Σχετικά με την κατάσταση της υγείας τους, συμπεριλαμβανομένων και των ιατρικών δεδομένων που αφορούν τις συνθήκες της
- Σχετικά με τις προτεινόμενες ιατρικές διαδικασίες μαζί με τα οφέλη και τους κινδύνους κάθε διαδικασίας
- Σχετικά με τις εναλλακτικές σε σχέση με τις προτεινόμενες διαδικασίες, συμπεριλαμβανομένου του αποτελέσματος της μη θεραπείας και σχετικά με τη διάγνωση, πρόγνωση και πρόοδο της θεραπείας.

Η Διακήρυξη ορίζει ακόμα, ότι πληροφορίες μπορούν να αποκρυφτούν από τους ασθενείς μόνον όταν υπάρχει σοβαρός λόγος να πιστεύεται ότι αυτές, χωρίς να

υπάρχει σοβαρή προσδοκία για προφανή οφέλη, θα προξενήσουν σε αυτούς σοβαρή βλάβη. Η πληροφόρηση πρέπει να μεταφέρεται στους ασθενείς, με τρόπο κατάλληλο για την δεδομένη κατάστασή τους, ελαχιστοποιώντας την χρήση μη οικείας τεχνικής ορολογίας. Τέλος, οι ασθενείς έχουν δικαίωμα να μην ενημερωθούν αν έχουν εκφράσει σαφή επιθυμία για αυτό, ενώ οι ίδιοι πρέπει να έχουν την δυνατότητα να ζητούν και να λαμβάνουν ένα σύντομο ιστορικό για τη διάγνωση, θεραπεία και φροντίδα τους, μετά την έξοδό τους από κάθε μονάδα υγείας.

Στην Ελληνική νομοθεσία το συγκεκριμένο δικαίωμα προστατεύεται πρωτίστως από το Σύνταγμα (άρθρα 2 παρ.1 και άρθρο 5), εφόσον εντάσσεται στα δικαιώματα της προσωπικής ελευθερίας και προστασίας της προσωπικότητας. Παράλληλα, σύμφωνα και με το άρθρο 57 του Αστικού Κώδικα, παράλειψη του γιατρού να διαφωτίσει τον άρρωστο ώστε να είναι ικανός να συγκατατεθεί σε προτεινόμενη επέμβαση, στοιχειοθετεί ευθύνη για προσβολή της προσωπικότητας. Το δικαίωμα ενημέρωσης πηγάζει και από άλλες διατάξεις του Αστικού Κώδικα (άρθρα 914 επ., 932, 158). Η παράλειψη ενημέρωσης συνιστά κυρίως αστική ευθύνη προς αποζημίωση και αποκατάσταση της ηθικής βλάβης του ασθενούς (Μεράκου και συν. 2004).

Στον Ελληνικό χώρο το 1981 (Christakis, 1981), σε σχετική έρευνα το 52% των γιατρών ειδικών στον καρκίνο, δήλωσαν ότι ουδέποτε ανακοίνωσαν στους αρρώστους την πραγματική διάγνωση. Το 7% δήλωσαν ότι αρκετά συχνά ανακοίνωναν τη διάγνωση, ενώ το 20% σπάνια τους ενημέρωνε και το 21% πολύ σπάνια. Επίσης, νεότερη ελληνική έρευνα (Mystakidou K et al 1996), συμφωνεί στο ότι η μη αποκάλυψη της αλήθειας στον ασθενή παραμένει η συνήθης πρακτική στην Ελλάδα .

Σύμφωνα και με έρευνα των Vincent και Ledingham (1989) σε δείγμα 242 γιατρών από 14 χώρες της Ευρώπης, η μεγάλη πλειονότητα (213 γιατροί) απάντησαν ότι ο βαθμός ενημέρωσης εξαρτάται από παράγοντες, όπως η προσωπικότητα του αρρώστου και το είδος της αρρώστιας. Μόνο οι 24 (10%) δίνουν πάντα πλήρη πληροφόρηση στους ασθενείς, ενώ σε περίπτωση ιατρικού λάθους μόνο το 16% θα έλεγαν ακριβώς στον άρρωστο τι συνέβη.

Τέλος, μελέτη που έγινε για την αξιολόγηση της ποιότητας της φροντίδας σε 232 ασθενείς με καρκίνο που νοσηλεύτηκαν σε νοσοκομείο της Αυστραλίας, μόνο λίγοι (μεταξύ 5% και 24%) ήταν ευχαριστημένοι από την παροχή ενημέρωσης σχετικά με την ασθένεια, τη θεραπεία, τον έλεγχο των συμπτωμάτων και την παροχή φροντίδας στο σπίτι, ενώ όλοι οι ασθενείς που ερωτήθηκαν (100%) δήλωσαν ότι θεωρούσαν την ικανότητα του γιατρού για ενημέρωση πολύ σημαντική για την αξιολόγηση της φροντίδας (*Wiggers et al 1990*).

(β) Δικαίωμα ασθενούς για ιδιωτικότητα

Το δικαίωμα του ασθενούς για ιδιωτικότητα, το λεγόμενο ιατρικό απόρρητο, ορίζει ότι όλες οι πληροφορίες σχετικά με την κατάσταση της υγείας του ασθενούς, οι ιατρικές συνθήκες, η διάγνωση, η πρόγνωση και η θεραπεία και όλη η πληροφορία προσωπικής φύσης πρέπει να κρατούνται εμπιστευτικές ακόμα και μετά θάνατον.

Αναλυτικότερα, ως ιατρικό απόρρητο λαμβάνεται κάθε γεγονός ή κάθε πληροφορία που σχετίζεται με τον ασθενή και που η ανακοίνωση του, μπορεί να προκαλέσει σε αυτόν υλική ή ηθική βλάβη (*Αλεξιάδης, 1996*). Έτσι, ιατρικό απόρρητο θα πρέπει να θεωρηθεί (*Μεράκου και συν. 1999*)

- Καθετί που ο ασθενής εμπιστεύτηκε στο γιατρό ή στο νοσηλευτή.
- Καθετί που ο γιατρός ή ο νοσηλευτής πληροφορήθηκε, συνήγαγε, υπέθεσε ή αντιλήφθηκε κατά την άσκηση των καθηκόντων του ή επ' ευκαιρία αυτής.
- Καθετί που είτε είναι μειωτικό, είτε όχι.
- Η θετική ή αρνητική ακόμη διαπίστωση του γιατρού ή του νοσηλευτή.
- Κάθε πληροφορία που ο ασθενής επιθυμεί να θεωρείται ως απόρρητη, ακόμη και αν αυτό ήδη φημολογείται.
- Ακόμη και η είσοδος στο ιατρείο ή τη νοσηλευτική μονάδα.

Η Ελληνική νομοθεσία προστατεύει το δικαίωμα στην εμπιστευτικότητα του γιατρού (*Μανροφору et al 2002*). Μάλιστα σύμφωνα και με το άρθρο 371 του Ελληνικού Ποινικού Κώδικα «Γιατροί στους οποίους κάποιος εμπιστεύονται συνήθως λόγω του επαγγέλματος τους ή της ιδιότητάς τους ιδιωτικά απόρρητα καθώς και οι βοηθοί των προσώπων αυτών τιμωρούνται με χρηματική ποινή ή με φυλάκιση μέχρι ενός έτους αν

φανερώνουν ιδιωτικά απόρρητα που τους εμπιστεύθηκαν ή που τα έμαθαν λόγω του επαγγέλματος ή της ιδιότητάς τους».

Οι προϋποθέσεις για την εφαρμογή της παραπάνω διάταξης είναι οι ακόλουθες:

- Δόλος συνιστάμενος στη γνώση ότι πρόκειται περί ιδιωτικού απορρήτου
- Ανακοίνωση (πράξη ή παράλειψη, π.χ. η πλημμελής επιτήρηση αρχείου)
- Έγκληση αυτού που υπέστη τη ζημιά από την ανακοίνωση.

Η αρχή τήρησης του απορρήτου δεν ακολουθείται και το ιατρικό απόρρητο παραβιάζεται, όταν απειλείται το δημόσιο συμφέρον ή η υγεία και η ευημερία του ατόμου και του κοινωνικού συνόλου και όταν απειλούνται μείζονα αγαθά. Τις εξαιρέσεις αυτές προβλέπουν ο Ποινικός Κώδικας και πολλοί άλλοι νόμοι. Ειδικότερα, σύμφωνα με τη διάταξη της παραγράφου 4 του άρθρου 371 του Ποινικού Κώδικα, η παραβίαση του απορρήτου δικαιολογείται και αίρεται ο άδικος χαρακτήρας της πράξης, όταν ο γιατρός που παραβαίνει την υποχρέωσή του για την τήρηση του απορρήτου αποβλέπει στην:

- Εκπλήρωση ιδιαίτερου καθήκοντος. Ο γιατρός είναι υποχρεωμένος να ανακοινώσει ορισμένα γεγονότα (γεννήσεις, θανάτους ή μεταδοτικά νοσήματα) (Νόμος 344/1967).
- Διαφύλαξη εννόμου ή ουσιώδους δικαιολογημένου συμφέροντος. Όταν δηλαδή, η τήρησή του αποβαίνει εις βάρος του ιατρού. Τούτο ισχύει στις περιπτώσεις που ο ιατρός κατηγορηθεί και του ασκηθεί ποινική δίωξη. Στην περίπτωση αυτή δικαιούται, προκειμένου να υπερασπισθεί τον εαυτό του, να αποκαλύψει ορισμένα στοιχεία ή το σύνολο των ενεργειών του σε μια συγκεκριμένη ιατρική υπόθεση (άρθρο 371 Π.Κ.). Παράλληλα, όταν αποσκοπεί στην αποτροπή εγκληματικών πράξεων ή παράδοση του δράστη στις αρχές ή προκειμένου να διαφυλάξει τη Δημόσια Υγεία αποκαλύπτοντας στις αρχές μεταδοτική νόσο από την οποία πάσχει ο ασθενής

Το πρώτο κωδικοποιημένο κείμενο που αναφέρεται στην υποχρέωση του γιατρού να σέβεται το ιατρικό απόρρητο είναι ο Ιπποκρατικός Όρκος. Παράλληλα, ο Ελληνικός Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας (25/5-6/7/1955) αναφέρει στο άρθρο 15 μεταξύ

άλλων «Ο ιατρός οφείλει να λαμβάνη πάσαν δυνατή προφύλαξιν, όπως μη αναφέρονται στα επαγγελματικά αυτού βιβλία ή τας επιστημονικά δημοσιεύσεις αποκάλυπτοι ενδείξεις δυνάμεναι να παραβιάσουν το ιατρικό απόρρητο...» και στο άρθρο 18 « η αυστηρά τήρησις του ιατρικού απορρήτου αποτελεί υποχρέωσιν παντός γιατρού παρέχοντος την ιατρικήν συνδρομήν μέσω οργανισμών ή ιδρυμάτων δημοσίου ή ιδιωτικού δικαίου...».

Ομοίως, η Βρετανική Ιατρική Εταιρία (British Medical Association), στο βιβλίο της Handbook of Medical Ethics (BMA, 2004) προχωράει ακόμα περισσότερο, ορίζοντας και τις εξαιρέσεις της μη τήρησης του απορρήτου, που ισχύουν σε όλα σχεδόν τα κράτη: «Ο γιατρός πρέπει να διατηρεί μυστικότητα σε όλα όσα ξέρει. Σ' αυτή τη γενική αρχή όμως, υπάρχουν πέντε εξαιρέσεις, που αποδεσμεύουν το γιατρό από την τήρηση του απορρήτου. Αυτές είναι: όταν ο ασθενής δίνει τη συγκατάθεσή του, όταν πρόκειται για το συμφέρον του ασθενούς, όταν υπερισχύει το καθήκον του γιατρού απέναντι στην κοινωνία, για ερευνητικούς σκοπούς και αφού εγκριθεί από την αρμόδια Επιτροπή Ηθικής για την κλινική έρευνα και όταν οι πληροφορίες απαιτούνται για νομικές διαδικασίες».

Κατά συνθήκη» παραβιάσεις του ιατρικού απορρήτου μπορούν να θεωρηθούν (Μεράκου και συν. 1999)

α. Ηλεκτρονικός φάκελος του ασθενούς. Ο ιατρικός φάκελος χαρακτηρίζεται ως η "αποθήκη" όλων των πληροφοριών που αφορούν στο ιατρικό ιστορικό του ασθενούς. Αποτελεί την βάση της διάγνωσης και της θεραπευτικής αντιμετώπισης του ασθενούς αλλά και την βάση επιδημιολογικών ερευνών. Επιπλέον, παρέχει πληροφορίες διοικητικής, οικονομικής και στατιστικής φύσεως, καθώς και ποιοτικού ελέγχου". (κείμενο CEN/TC25/WG1/N8 ΤΗΣ Ευρωπαϊκής Επιτροπής Προτυποποίησης).

Ωστόσο, συχνά η τήρηση του συνοδεύεται από κάποια αβεβαιότητα στην διασφάλιση του ιατρικού απορρήτου (Tzelepi et al 2002). Όπως για παράδειγμα, εάν δεν εξασφαλίζεται η πρόσβαση στα αρχεία των ασθενών, μόνον σε άτομα με ειδική εξουσιοδότηση να πράττουν κάτι αντίστοιχο. Μπορεί σήμερα, να έχει αυξηθεί κατά πολύ ο όγκος των πληροφοριών που σχετίζονται με την φροντίδα του ασθενούς, πράγμα που σε μεγάλο βαθμό οφείλεται στην ενσωμάτωση αυξημένου αριθμού

εργαστηριακών και παρακλινικών εξετάσεων στους φακέλους των ασθενών και τα διαχειριστικά καθήκοντα των γιατρών να γίνονται διαρκώς περισσότερα, ωστόσο το δικαίωμα διασφάλισης της ιδιωτικής ζωής του ασθενούς (*Karra et al 2000*), πρέπει να υπερτερεί σε κάθε περίπτωση μπροστά στην εύκολη αποθήκευση και ανάκληση ιατρικών πληροφοριών των ασθενών στους ηλεκτρονικούς φακέλους (*Wright et al 1996*).

Η Ελλάδα με το νόμο 3235/04/ΦΕΚ 53 (18-2-2004) για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας έλαβε πρόνοια για τον ηλεκτρονικό φάκελο ασθενούς, με την σαφή αναφορά στο άρθρο 10 του νόμου «πρόσβαση στην βάση δεδομένων-αρχή της εμπιστευτικότητας», στα πρόσωπα που δικαιούνται να έχουν πρόσβαση στα αρχεία του ασθενούς. Ο ίδιος νόμος μάλιστα στο άρθρο 11 θεσπίζει και ποινικές κυρώσεις σε αυτούς που παραβιάζουν το απόρρητο των πληροφοριών που εμπεριέχονται στον ηλεκτρονικό φάκελο και την κάρτα του ασθενούς ορίζοντας μεταξύ άλλων «όποιος με οποιονδήποτε τρόπο και χωρίς να έχει κανένα δικαίωμα λαμβάνει γνώση του περιεχομένου του ηλεκτρονικού φακέλου ή αλλοιώνει ή καταστρέφει δεδομένα ή πληροφορίες που έχουν καταχωρηθεί σε αυτόν ή ανακοινώνει σε τρίτους στοιχεία ή μέρος του περιεχομένου τους, τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον 2 ετών.

β. *Έρευνα*. Στα πλαίσια προαγωγής της ιατρικής επιστήμης, διεξάγονται έρευνες που συχνά θέτουν σε κίνδυνο τη διαφύλαξη του απορρήτου, δεδομένου ότι για τις επιδημιολογικές έρευνες κυρίως χρειάζεται να συγκεντρωθούν πληροφορίες από τους φακέλους των ασθενών και να εξεταστούν αντιπροσωπευτικά δείγματα πληθυσμών (*Bernard, 1996*).

γ. *Θεσμός των κοινωνικών και ιδιωτικών ασφαλίσεων και πρόνοιας*. Για να αποδειχθεί ότι έχει επέλθει ο ασφαλιστικός κίνδυνος, διακινείται ένας μεγάλος όγκος πληροφοριών, που αφορούν την κατάσταση της υγείας του δικαιούχου, στον οποίο έχει πρόσβαση επίσης μεγάλος αριθμός προσώπων (*Smea, 1996*)

δ. *Δημόσια έγγραφα*. Ο πολίτης συχνά υποχρεούται να καταθέτει σε υπηρεσίες έγγραφα, τα οποία έχουν σχέση με την υγεία του, για την επιδίωξη οποιουδήποτε έννομου συμφέροντος. (π.χ λήψη αναρρωτικής άδειας).

ε. *Οργάνωση και λειτουργία του νοσοκομείου.* Η γραφειοκρατία και ο όγκος των εργασιών που υπάρχουν σε ένα νοσοκομείο επιτρέπουν την παραβίαση του ιατρικού απορρήτου. Πολλές άλλες κατηγορίες προσωπικού –εκτός από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό– έχουν πρόσβαση στα έγγραφα και στο φάκελο των ασθενών.

στ. *Υποδομή του νοσοκομείου.* Τα νοσοκομεία κυρίως φιλοξενούν συνήθως περισσότερους από έναν ασθενή στο ίδιο δωμάτιο. Συνεπώς, τα πολύ προσωπικά θέματα του ασθενούς συχνά συζητούνται μεγαλόφωνα στο κρεβάτι του και πολλές εξετάσεις γίνονται παρουσία των άλλων ασθενών, με συνέπεια να βάλλεται για μία ακόμα φορά η προστασία της ιδιωτικής ζωής του ασθενούς.

ζ. *Ασθενής και οικογένεια.* Γενικά, όταν ο ασθενής είναι λογικός και υπεύθυνος, ο γιατρός πρέπει να παίρνει την άδειά του σχετικά με το ποιον θα ενημερώσει από τα μέλη της οικογένειάς του, τι πληροφορίες θα δώσει και σε ποια έκταση .

η. *Μέσα μαζικής ενημέρωσης.* Συχνά τα Μ.Μ.Ε, με βασικό γνώμονα την τηλεθέαση, μεταδίδουν πληροφορίες σχετικά με την κατάσταση της υγείας ορισμένων ατόμων, χωρίς να έχουν λάβει προηγουμένως τη συναίνεση τους προς τούτο (*Smith, 1996*).

θ. *Φορολογικές αρχές.* Η φορολογική νομοθεσία στην Ελλάδα υποχρεώνει το γιατρό σε επίδειξη καρτελών, αποδείξεων και άλλων εγγράφων στις φορολογικές υπηρεσίες, που περιέχουν το όνομα και στοιχεία για τη διάγνωση και τη θεραπεία των ασθενών.

(γ) Δικαίωμα ασθενούς για συναίνεση

Συναίνεση, ορίζεται η συγκατάθεση του ασθενή προς τον ιατρό προκειμένου αυτός να προβεί σε οποιαδήποτε είδους θεραπεία ή ιατρική παρέμβαση στο πρόσωπο του ασθενή του. Απαραίτητη προϋπόθεση για τη συναίνεση, είναι η προηγούμενη ολοκληρωμένη ενημέρωση του ασθενούς σε θέματα που άπτονται της υγείας του και επί των οποίων καλείται να συναινέσει.

Η συναίνεση συνιστά προαπαιτούμενο για κάθε ιατρική παρέμβαση. Ένας ασθενής έχει το δικαίωμα να αρνηθεί ή να διακόψει μια ιατρική παρέμβαση. Οι συνέπειες της

άρνησης ή της διακοπής πρέπει να εξηγούνται προσεκτικά στον ασθενή. Παράλληλα, ο ασθενής ή ο νόμιμος αντιπρόσωπός του, μπορεί ανά πάσα στιγμή να ανακαλέσει τη συναίνεση που έδωσε στον γιατρό. Ο γιατρός σε περίπτωση ανάκλησης της συναίνεσης, οφείλει να αναστείλει κάθε ιατρική πράξη στον ασθενή του (WHO, Διακήρυξη του Άμστερνταμ, 1994).

Ειδικότερα για την συμμετοχή ατόμων σε πειραματικές μεθόδους απαιτείται, το άτομο να είναι ικανό προς δικαιοπραξία και σε θέση να αντιληφθεί το περιεχόμενο και τους ενδεχόμενους κινδύνους της πειραματικής δοκιμασίας και να έχει χορηγήσει τη συναίνεσή του γραπτώς και προσωπικά.

Ο γιατρός υποχρεούται να ενημερώσει τον ασθενή του ή το συγγενικό του περιβάλλον για τις τεχνικές που θα εφαρμοσθούν, για τους ενδεχόμενους κινδύνους και για το αποτέλεσμα από τις ενέργειες αυτές. Συνεπώς η συναίνεση που δόθηκε από τον ασθενή εν άγνοια των κινδύνων που εγκυμονεί π.χ μια θεραπεία που υποδείχθηκε από τον γιατρό είναι ανίσχυρη και ο γιατρός υπέχει την ίδια ευθύνη, που θα είχε εάν ενεργούσε μια ιατρική πράξη χωρίς την συναίνεση του ασθενή.

Σύμφωνα μάλιστα με το άρθρο 8 του Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας (Β.Δ 25/5-6/7/1955) «ο γιατρός οφείλει απόλυτον σεβασμόν προς την τιμήν και την προσωπικότητα του ανθρώπου. Δεν επιτρέπεται οιαδήποτε μη ενδεδειγμένη θεραπευτική χειρουργική επέμβαση ή πειραματισμός δυνάμενος να θίξει το αίσθημα της προσωπικής ελευθερίας και την ελεύθεραν βούλησιν ασθενών, εχόντων σώας τας φρένας...».

Εξαιρούνται βέβαια οι περιπτώσεις, όπου υπάρχει αποδεδειγμένη η ανάγκη αναπόφευκτης θεραπευτικής αγωγής ή περιπτώσεις εκτάκτου ανάγκης, όπου δεν απαιτείται η συναίνεση. Εξάλλου και ο Ποινικός Κώδικας στο άρθρο 25 ορίζει μεταξύ άλλων «Δεν είναι άδικος η πράξη στην οποία προβαίνει κάποιος για να αποτρέψει παρόντα και άλλως αναπότρεπτο κίνδυνο που απειλεί το πρόσωπο...». Σε όλες αυτές τις περιπτώσεις ο γιατρός μπορεί να διενεργήσει ιατρικές πράξεις, χωρίς τη συναίνεση του ασθενούς ή των οικείων του, εφόσον αυτός κρίνει ότι πρέπει να επέμβει αμέσως.

Πρόκειται για τις λεγόμενες αυτόγνωμες πράξεις του γιατρού (*Αλεξιάδης, 1996*), που σίγουρα αποτελούν σαφή περιορισμό της προσωπικής ελευθερίας του ατόμου και γι' αυτό πρέπει να εκτελούνται μόνον όταν συντρέχουν οι εξής προϋποθέσεις: η ύπαρξη βαριάς βλάβης της υγείας ή θανάτου, αδυναμία αναβολής της συγκεκριμένης και απόλυτα ενδεδειγμένης ιατρικής πράξης ένεκα του υφιστάμενου κινδύνου για την υγεία, τη ζωή του ασθενούς, κατάσταση που δεν μπορεί να αντιμετωπισθεί με άλλο τρόπο ή σε άλλο χρόνο.

(δ) Δικαίωμα ασθενούς για ολοκληρωμένη φροντίδα

Καθένας έχει δικαίωμα να λαμβάνει τέτοια φροντίδα υγείας που είναι κατάλληλη για τις συνθήκες της υγείας του, συμπεριλαμβανομένων και της προληπτικής φροντίδας και δραστηριοτήτων που στοχεύουν στην προαγωγή της υγείας. Οι υπηρεσίες θα πρέπει να είναι συνεχώς διαθέσιμες και προσπελάσιμες σε όλους ισότιμα χωρίς διακρίσεις, σύμφωνα με τους οικονομικούς, ανθρώπινους και υλικούς πόρους που είναι διαθέσιμοι σε μια συγκεκριμένη κοινωνία (*WHO, 1994*).

Οι ασθενείς όμως υπόκεινται και σε ορισμένους περιορισμούς στο πλαίσιο της φροντίδας υγείας τους. Επιτρέπεται όμως, να υφίστανται μόνον τέτοιους περιορισμούς που προβλέπονται από το νόμο ή που είναι συμβατοί με τα θεμελιώδη ανθρώπινα δικαιώματα. Περιορισμοί δηλαδή που επιβάλλονται για λόγους δημόσιας υγείας, δημόσιου συμφέροντος, και άλλων ατομικών ανθρώπινων δικαιωμάτων (*Δαγτόγλου, 1986*). Σε ορισμένες περιπτώσεις για παράδειγμα, η αιτία για τον περιορισμό των δικαιωμάτων μπορεί να συνιστά το συμφέρον κάποιου τρίτου (αποκαλούμενο δόγμα σύγκρουσης καθηκόντων) ή και το ίδιο το συμφέρον του ασθενούς, (π.χ υποθετική συναίνεσή του σε περίπτωση εκτάκτου περιστατικού).

1.3 Ιστορική αναδρομή

1.3.1. Ιστορικό Πλαίσιο

Μέχρι τα πρώτα έτη της δεκαετίας του '70 η επαγγελματική σχέση μεταξύ ιατρού και ασθενούς διέπονταν από τους κανόνες της ιατρικής ηθικής και δεοντολογίας. Μόνον τις δύο επόμενες δεκαετίες που ακολούθησαν παρατηρήθηκαν νομικές

προβλέψεις για την κατοχύρωση των δικαιωμάτων των ασθενών και σιγά σιγά το θέμα άρχισε να προσελκύει το διεθνές ενδιαφέρον.

Τα δικαιώματα του ασθενούς εκείνη την χρονική περίοδο στηρίζονταν κυρίως σε Διεθνείς Συνθήκες προάσπισης και κατοχύρωσης των θεμελιωδών ανθρωπίνων δικαιωμάτων, όπως:

- Η Οικουμενική Διακήρυξη των Ηνωμένων Εθνών για τα ανθρώπινα δικαιώματα (1948)
- Η Σύμβαση του Συμβουλίου της Ευρώπης για την προάσπιση των δικαιωμάτων του ανθρώπου και των θεμελιωδών ελευθεριών (1950)
- Το Διεθνές Σύμφωνο για τα ατομικά και πολιτικά δικαιώματα (1966)
- Το Διεθνές Σύμφωνο για τα οικονομικά, κοινωνικά και πολιτιστικά δικαιώματα (1966)
- Ο Ευρωπαϊκός Κοινωνικός Καταστατικός Χάρτης (1961)

Οι σημαντικότεροι κανόνες της ιατρικής ηθικής και δεοντολογίας, που αποτέλεσαν την βάση για την προβολή και εδραίωση του θεσμού των δικαιωμάτων του ασθενούς, συνιστούν κυρίως διακηρύξεις και πρωτοβουλίες της Παγκόσμιας ιατρικής εταιρίας (*World Medical Association*). Οι πιο χαρακτηριστικές μέχρι τη δεκαετία '90 αποτελούν οι παρακάτω διακηρύξεις (*Αναπλιώτη-Βαζαίου, 1993*):

- Διακήρυξη της Παγκόσμιας ιατρικής εταιρίας στη Γενεύη το 1948, για την σύγχρονη έκφραση του Ιπποκράτειου Όρκου.
- Συνάντηση της Παγκόσμιας ιατρικής εταιρίας στο Λονδίνο το 1949 για τον Διεθνή Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας
- Διακήρυξη της Παγκόσμιας ιατρικής εταιρίας στο Ελσίνκι το 1964 για τον πειραματισμό στον άνθρωπο
- Χάρτης της Διαρκούς επιτροπής των γιατρών της Ευρωπαϊκής Κοινότητας στη Νυρεμβέργη το 1967 για την άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος στην Ευρωπαϊκή Κοινότητα.
- Απόφαση της Παγκόσμιας ιατρικής εταιρίας το 1973 για τις διακρίσεις στη Ιατρική.
- Απόφαση της Παγκόσμιας ιατρικής εταιρίας το 1973 για το ιατρικό απόρρητο.

- Διακήρυξη της Ευρωπαϊκής ένωσης των γενικών ιατρών το 1973 για το ιατρικό απόρρητο.
- Η Διακήρυξη της Παγκόσμιας ιατρικής εταιρίας στο Τόκιο το 1975 για τα βασανιστήρια ή άλλες αποτρόπαιες, απάνθρωπες ή εξευτελιστικές αγωγές.
- Δικαιώματα του νοσοκομειακού ασθενούς κατά το Βελγικό Δίκαιο του 1979.
- Διακήρυξη της Παγκόσμιας ιατρικής εταιρίας στη Λισσαβόνα το 1981 για τα δικαιώματα του ασθενή.
- Αρχές Ιατρικής ηθικής των Ηνωμένων Εθνών για την ιατρική φροντίδα στους φυλακισμένους (1982)
- Διακήρυξη της Παγκόσμιας ιατρικής εταιρίας στο Όσλο το 1983, για την διακοπή της κύησης
- Διακήρυξη της Παγκόσμιας ιατρικής εταιρίας στην Βενετία το 1983, για την τελειωτική ασθένεια
- Απόφαση της Παγκόσμιας ιατρικής εταιρίας το 1983, για την χρήση των Η/Υ στην Ιατρική
- Διακήρυξη της Παγκόσμιας Ψυχιατρικής εταιρίας στη Χαβάη το 1983 για την άσκηση της ψυχιατρικής.
- Αρχές της Ευρωπαϊκής ιατρικής Δεοντολογίας της Διεθνούς επιτροπής των ιατρών Της Ευρωπαϊκής Κοινότητας (1987)

1.3.2. Πρωτοβουλίες του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας και της Ευρωπαϊκή Ένωσης

Από την άλλη πλευρά, μετά το 1990 το πρώτο διεθνές γεγονός που επικέντρωσε την προσοχή του στο ζήτημα της προστασίας και προαγωγής των δικαιωμάτων των ασθενών ήταν η Ευρωπαϊκή Συνδιάσκεψη για τα δικαιώματα των ασθενών, που πραγματοποιήθηκε στις 28-30 Μαρτίου του 1994 στο Άμστερνταμ υπό την αιγίδα του Περιφερειακού Γραφείου του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας για την Ευρώπη και φιλοξενήθηκε από την Κυβέρνηση της Ολλανδίας (*WHO, 1994*).

Ο κύριος στόχος της συνδιάσκεψης ήταν να καθορίσει τις αρχές και τις στρατηγικές ανάπτυξης και προώθησης των δικαιωμάτων των ασθενών, μέσα στο γενικότερο πλαίσιο αναμόρφωσης των συστημάτων υγείας που υφίσταντο εκείνη την περίοδο στις περισσότερες χώρες. Η συνδιάσκεψη, η επίδραση της οποίας υφίσταται ακόμα

και στις μέρες μας, ολοκλήρωσε τις εργασίες της, ενθαρρύνοντας κάθε κίνηση που θα προήγαγε τα δικαιώματα των ασθενών.

Παράλληλα, υιοθέτησε και ψήφισε μια διακήρυξη για την προαγωγή των δικαιωμάτων των ασθενών σε ολόκληρη την Ευρώπη. Σύνεστησε επίσης, ένα κοινό Ευρωπαϊκό πλαίσιο δράσης που περιείχε τις κατευθυντήριες οδηγίες προκειμένου να αναπτυχθούν πρωτοβουλίες από τις Ευρωπαϊκές χώρες για την προώθηση των δικαιωμάτων. Παράλληλα, υπέδειξε στα Κράτη μέλη κατάλληλους μηχανισμούς προκειμένου αυτά να εφαρμόσουν στην πράξη όλες τις παραπάνω στρατηγικές και αρχές. Ειδικότερα τα Κράτη έπρεπε να αναπτύξουν

- ✓ Νομοθεσία ή κανονισμούς, με εξειδίκευση στα δικαιώματα και στις υποχρεώσεις των ασθενών, των επαγγελματιών υγείας και των φορέων φροντίδας υγείας.
- ✓ Ιατρικούς και άλλους επαγγελματικούς κώδικες, καταστατικούς χάρτες για τα δικαιώματα του ασθενούς, σχεδιασμένα σε μια κοινά αποδεκτή βάση μεταξύ των αντιπροσώπων των πολιτών, των ασθενών, των επαγγελματιών υγείας και των αντιπροσώπων της πολιτείας.
- ✓ Δικτύωση μεταξύ ασθενών και επαγγελματιών υγείας.
- ✓ Κυβερνητική υποστήριξη σε μη κυβερνητικές οργανώσεις που δραστηριοποιούνται στον τομέα των δικαιωμάτων των ασθενών.
- ✓ Εθνικές συνδιασκέψεις προκειμένου τα συμβαλλόμενα μέρη να συζητήσουν από κοντά τρόπους προαγωγής και προστασίας του θεσμού.
- ✓ Συμμετοχή των μέσων μαζικής ενημέρωσης στην πληροφόρηση του κοινού, ώστε να υπάρξει μια δημόσια ευαισθητοποίηση πάνω στα δικαιώματα και στις υποχρεώσεις των χρηστών των υπηρεσιών υγείας.
- ✓ Καλύτερη εκπαίδευση στην ανάπτυξη επικοινωνιακών δεξιοτήτων των επαγγελματιών της υγείας και των ασθενών, με απώτερο στόχο την περαιτέρω ανάπτυξη ενός σωστού και εποικοδομητικού διαλόγου μεταξύ τους, σχετικά με την προοπτική και τον ρολό όλων των μερών.
- ✓ Προαγωγή της έρευνας.

Επιπροσθέτως, η παραπάνω Συνδιάσκεψη διαμόρφωσε για πρώτη φορά τις βασικές αρχές των δικαιωμάτων των ασθενών, τις οποίες και παρουσίασε επίσημα σε ένα

κατανοητό κείμενο, προκειμένου να βοηθηθούν οι Χώρες να αναπτύξουν πολιτικές προάσπισης των δικαιωμάτων πάνω σε αυτές. Οι αρχές που υιοθετήθηκαν ήταν οι ακόλουθες

- ✓ Σεβασμός στα θεμελιώδη ανθρώπινα δικαιώματα και τις αξίες, κατά την παροχή φροντίδας υγείας προς τους ασθενείς
- ✓ Ολοκληρωμένη ενημέρωση του ασθενούς
- ✓ Συναίνεση του ασθενούς
- ✓ Εμπιστευτικότητα και ιδιωτικότητα
- ✓ Φροντίδα και θεραπεία

Εκτός από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, το ίδιο το Συμβούλιο της Ευρώπης ξεκίνησε πρωτοβουλίες προκειμένου να προάγει το θέμα της προστασίας των δικαιωμάτων των ασθενών. Η Πέμπτη Συνδιάσκεψη των Ευρωπαϊκών Υπουργών Υγείας που πραγματοποιήθηκε στην Βαρσοβία (*Council of Europe, 1996*) πέρασε στην ιστορία με τον τίτλο των «Κοινωνικών αλλαγών στην υγεία: Ισότητα και δικαιώματα του ασθενούς στο πλαίσιο των μεταρρυθμίσεων στον χώρο της υγείας».

Ο βασικός σκοπός της συνδιάσκεψης ήταν η ανάπτυξη πολιτικού διαλόγου, στην βάση των κυριότερων πολιτικών, κοινωνικών και τεχνολογικών αλλαγών, που με την σειρά τους προκαλούσαν σημαντικές ανακατατάξεις στον χώρο της υγείας. Στο τέλος της συνδιάσκεψης υιοθετήθηκε ένα τελικό κείμενο, μέσα στο οποίο τονίζεται η ανάγκη δράσης σε ορισμένους τομείς, όπως

- Συμμετοχή των πολιτών και ασθενών στην επαναδόμηση και λειτουργία του συστήματος υγείας
- Ισότιμη πρόσβαση στην φροντίδα υγείας για ολόκληρο τον πληθυσμό, ανεξαρτήτως εισοδήματος
- Επιβεβαίωση της σπουδαιότητας του αγαθού της υγείας για την κοινωνική και γενικότερη ευημερία ενός πληθυσμού

Παράλληλα προτάθηκε η δημιουργία ενός Δικτύου προκειμένου να ανταλλάσσονται πληροφορίες ανάμεσα στα Κράτη μέλη σε θέματα, όπως τα δικαιώματα των ασθενών, ο ρόλος των πολιτών στην προώθηση του αγαθού της υγείας, ο κοινωνικός

αποκλεισμός ορισμένων ασθενών, όπως των χρονίως πασχόντων και των ατόμων με ειδικές ανάγκες, η αναγκαιότητα της παρουσίας και της υποστήριξης της επιστημονικής κοινότητας σε όλα τα σχετικά πεδία ανάπτυξης πρωτοβουλιών και δράσεων.

Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή για θέματα υγείας (*European Health Committee, 1996*) στην 40^η συνάντησή της στο Στρασβούργο, προχώρησε σε καθορισμό αρμοδιοτήτων (*TERMS OF REFERENCE*) για την διεξαγωγή μιας συντονισμένης ερευνητικής μελέτης κατά τα έτη 1997 -1998 πάνω στην ανάπτυξη των δομών εκείνων που θα επιτρέψουν στους ασθενείς και στους πολίτες να συμμετέχουν στην διαδικασία λήψης αποφάσεων αναφορικά με την υγεία τους, επηρεάζοντας έτσι όλο το σύστημα της παρεχόμενης φροντίδα υγείας.

Διαπιστώθηκε λοιπόν, ότι υπάρχει μεγάλη ανάγκη να αναπτυχθούν κατάλληλες δομές που να επιτρέπουν στους πολίτες και στους ασθενείς να συμμετέχουν και να λαμβάνονται σοβαρά υπόψη στη διαδικασία λήψης αποφάσεων αναφορικά με την υγειονομική περίθαλψη. Η δημοκρατική συμμετοχή των πολιτών και των ασθενών πρέπει να ζητείται όχι μόνο σε δύσκολες περιπτώσεις υγειονομικής περίθαλψης, αλλά και σε ευρεία ζητήματα, όπως η αναδιάρθρωση του υγειονομικού χώρου και η διαμόρφωση των αρχών που διέπουν την φροντίδα υγείας .

Εντωμεταξύ, σημαντική πρόοδος σημειώνονταν στο πεδίο των δικαιωμάτων, μέσω της καθιέρωσης ενός Ευρωπαϊκού Δικτύου για τα δικαιώματα του ασθενούς. Η πρώτη συνεδρίαση του Δικτύου πραγματοποιήθηκε το 1999 στις εγκαταστάσεις του Περιφερειακού Γραφείου του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας στην Ευρώπη, στην Κοπεγχάγη (*European network for patients' rights, 1999*).

Στη συνεδρίαση συμμετείχαν 26 κράτη μέλη του Ευρωπαϊκού γραφείου του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας. Δίπλα στους αντιπροσώπους των Ευρωπαϊκών κυβερνήσεων, συμμετείχαν επίσης αντιπρόσωποι διεθνών οργανισμών, μη κυβερνητικών οργανώσεων, καθηγητές νομικών και της ιατρικών σχολών, οργανώσεις που προσφέρουν ιατρικές υπηρεσίες, αντιπρόσωποι Ενώσεων των ασθενών και εκπρόσωποι από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης. Η ημερήσια διάταξη περιέλαβε τα ακόλουθα σημαντικά ζητήματα

- επισκόπηση των δικαιωμάτων των ασθενών στην Ευρώπη
- εμπειρία των Σκανδιναβικών χωρών
- νομοθεσία
- δείκτες μέτρησης προόδου
- ποιότητα
- διαδικασία καταγγελίας για παράβαση δικαιώματος
- ο ρόλος των ενώσεων των ιατρών
- ο ρόλος των οργανώσεων των ασθενών
- τρόποι βελτίωσης εφαρμογής και διάδοσης των δικαιωμάτων του ασθενούς

Το δίκτυο μετονομάστηκε σε Ευρωπαϊκή Συνεργασία στο πεδίο των δικαιωμάτων των ασθενών και στην ενδυνάμωση του ρόλου των πολιτών (*European Partnership for Patients Rights and Citizen Empowerment*).

Σε επίπεδο Ευρωπαϊκής Ένωσης, από τα τελευταία σημαντικά επίσημα κείμενα αναφορικά με τα δικαιώματα του ασθενούς αποτελεί η σύσταση για την ανάπτυξη δομών προκειμένου να ενισχυθεί η συμμετοχή των πολιτών και των ασθενών στην διαδικασία λήψης αποφάσεων στα πλαίσια της φροντίδας υγείας (*Council of Europe, 2000*), που υιοθετήθηκε από την επιτροπή των Υπουργών τον Φεβρουάριο του 2000.

Η σύσταση αναπτύχθηκε στην βάση επίσημων διεθνών εγγράφων, όπως: η Συνθήκη για την προστασία των ατόμων όσον αφορά την διαχείριση και την πρόσβαση σε προσωπικά τους δεδομένα, οι συστάσεις του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας για την ανάπτυξη και την εφαρμογή ποιοτικών συστημάτων βελτίωσης στα πλαίσια της φροντίδας υγείας (*WHO, 1998*). Οι Κυβερνήσεις των Κρατών μελών έλαβαν οδηγίες για να εξασφαλίσουν την συμμετοχή των πολιτών σε όλες τις πτυχές του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης σε εθνικό, περιφερειακό και τοπικό επίπεδο και να δημιουργήσουν τις νομικές εκείνες δομές και πολιτικές, που υποστηρίζουν τη συμμετοχή πολιτών και τα δικαιώματα των ασθενών (*Council of Europe, 2000*).

Τέλος, σημαντική πρωτοβουλία, συνιστά και η καθιέρωση του Ευρωπαϊκού Καταστατικού Χάρτη «*European Charter of fundamental rights*», που υιοθετήθηκε τον Νοέμβριο του 2002 στις Βρυξέλλες (*Europe, 2002*) . Σύμφωνα μάλιστα με το άρθρο 35 αυτού, η Ευρωπαϊκή Ένωση, πρέπει να εγγυάται ένα υψηλό επίπεδο προστασίας της υγείας του κάθε ατόμου. Οι Εθνικές Κυβερνήσεις, θα πρέπει να στοχεύουν συνεχώς στην αναβάθμιση των υπηρεσιών υγείας και να μην εφησυχάζουν ποτέ. Παράλληλα, ο Χάρτης περιλαμβάνει και 14 θεμελιώδη δικαιώματα ασθενών, τα οποία πρέπει να τύχουν προστασίας σε εθνικό, καθώς επίσης και σε Ευρωπαϊκό Επίπεδο.

1.4. Πηγές «δικαιωμάτων του ασθενούς»

Τα δικαιώματα του ασθενούς στηρίζονται τόσο στην ηθική όσο και στο νόμο, σε αξίες και αρχές σχετιζόμενες με την προστασία της ζωής και της ακεραιότητας του ατόμου, σε διατάγματα και συνθήκες που άπτονται ζητημάτων υγείας, σε Κώδικες Επαγγελματικής Δεοντολογίας των επαγγελματιών υγείας, καθώς και στην Νομολογία των Δικαστηρίων.

Ωστόσο, την βασική πηγή των δικαιωμάτων του ασθενούς, τη συνιστούν τα θεμελιώδη ανθρώπινα δικαιώματα, όπως αυτά έχουν κατοχυρωθεί επισήμως σε διεθνή νομικά κείμενα. Τα δικαιώματα του ασθενούς, αντανακλούν τα παρακάτω δικαιώματα του κάθε ατόμου :

- Το δικαίωμα στο σεβασμό του προσώπου του.
- Το δικαίωμα στην αυτοδιάθεση.
- Το δικαίωμα στην φυσική και ψυχική ακεραιότητα και στην ασφάλεια του προσώπου του.
- Το δικαίωμα σεβασμού της ιδιωτικής ζωής του.
- Το δικαίωμα οι ηθικές και πολιτιστικές αξίες του, καθώς και οι θρησκευτικές και οι φιλοσοφικές του πεποιθήσεις να γίνονται σεβαστές.
- Το δικαίωμα για τέτοια προστασία της υγείας του, όπως αυτή διατίθεται με τα κατάλληλα μέτρα για την πρόληψη της ασθένειας και την φροντίδα της υγείας, καθώς επίσης της ευκαιρίας να επιδιώκει το μεγαλύτερο κατορθωτό επίπεδο υγείας για τον εαυτό του.

Παράλληλα, όπως όλα τα θεμελιώδη ανθρώπινα δικαιώματα, έτσι και τα δικαιώματα του ασθενούς πηγάζουν και εμπνέονται από πανανθρώπινες αξίες και ιδανικά (WHO, 1999) Στις ηθικές αξίες που η εφαρμογή τους θεωρείται πολύ σημαντική στο πλαίσιο των συστημάτων υγείας εντάσσονται :

- Η αξία της ισότητας σε σχέση με τη εθνικότητα, το φύλο, την ηλικία και την κοινωνική τάξη (Σαρρής και συν. 2002). Μεταφορικά για την εφαρμογή της παραπάνω αρχής μπορεί να παραβληθεί και το παράδειγμα του καλού Σαμαρείτη από την Βίβλο, του οποίου το καθήκον είναι να υπηρετεί τους συνανθρώπους του ανεξάρτητα από το γεγονός ότι δεν τους γνωρίζει καθόλου από πριν και από το ότι δεν περιμένει καμιά ανταπόδοση από αυτούς για το έργο που τους προσφέρει. Με τον ίδιο τρόπο και οι παρέχοντες υπηρεσίες υγείας, οφείλουν να προσφέρουν σε κάθε άτομο που έχει ανάγκη, χωρίς βέβαια να αναμένουν ανταπόδοση των προσφερόμενων υπηρεσιών τους.
- Η αξία της ειλικρίνειας, η οποία εμφανίστηκε κάπως αργότερα στα συστήματα και στις υπηρεσίες υγείας. Οι ασθενείς έχουν κάθε δικαίωμα να αναμένουν από τον γιατρό τους να τους πει την κάθε αλήθεια αναφορικά με την υγεία αυτών (Wolf *et al* 2005) ή των συγγενών τους, παρ' όλο που ορισμένες φορές – ιδιαίτερος σε σοβαρά περιστατικά- κατά βάθος επιθυμούν ο γιατρός τους να τους αποκρύψει κάπως την τραγική αλήθεια, αφήνοντας τους κάποια αβεβαιότητα για το μέλλον, ώστε ψυχολογικά να νιώσουν αυτοί ή και οι συγγενείς τους καλύτερα και με κάποια ελπίδα για το τι θα επακολουθήσει (Sardell, 1993) .
- Η αξία της υπευθυνότητας, η οποία γίνεται ολοένα και πιο επιτακτική κυρίως σε περιπτώσεις που κάτι πάει στραβά στα πλαίσια της παροχής υπηρεσιών υγείας. Ο ασθενής σε κάθε περίπτωση τότε, δικαιούται να γνωρίζει ποιος έχει την ευθύνη για κάτι άσχημο που του συνέβη στην διαδικασία λήψης υπηρεσιών υγείας.
- Η αξία της ελευθερίας του κάθε ατόμου να αποφασίζει ελεύθερα και συνειδητά, αρκεί οι αποφάσεις του –στα πλαίσια της δημοκρατικής κοινωνίας – να μην περιορίζουν και προσβάλουν τις επιλογές και τις αποφάσεις των συνανθρώπων του.
- Η αξία της ενημέρωσης, σύμφωνα με την οποία ο κάθε ασθενής έχει δικαίωμα σε μια ολοκληρωμένη πληροφόρηση αναφορικά με την υγεία του, ενώ ο ίδιος μετά

από αυτή δύναται να δεχθεί ή ακόμα και να αρνηθεί θεραπεία ή οτιδήποτε του προταθεί με δική του προσωπική ευθύνη .

Σε κάθε περίπτωση όμως η πρακτική εφαρμογή των παραπάνω ηθικών αξιών προϋποθέτει ένα γόνιμο έδαφος και μια σωστή δημοκρατική κουλτούρα. Η καθημερινή εφαρμογή των παραπάνω αξιών στον χώρο της υγείας στις δημοκρατικές κοινωνίες λαμβάνει χώρα μέσω των εθνικών και διεθνών πολιτικών. Σε αυτές συμπεριλαμβάνονται η θέσπιση νόμων, συστάσεων, οδηγιών, συνθηκών κτλ.

Όλα τα παραπάνω έχουν πολλαπλασιαστεί σε μια τέτοια έκταση στην Ευρώπη σήμερα, με αποτέλεσμα οι ερευνητές και οι γιατροί να βρίσκονται σε κάποιο είδους σύγχυση στο τι από αυτά θα πρέπει να εφαρμόσουν, διαπιστώνοντας στην πράξη ότι υπάρχουν διαφορετικού περιεχομένου κανονισμοί και οδηγίες. Απαιτείται λοιπόν συντονισμός και συνεργασία από όλα τα Κράτη και τους εμπλεκόμενους φορείς, ώστε να εκλείψουν μεμονωμένες ενέργειες και πρωτοβουλίες, οι οποίες προκαλούν συχνά αναστάτωση, συντελώντας έτσι στην υποβάθμιση του θεσμού.

1.5 Τα «δικαιώματα του ασθενούς» σε άλλες Ευρωπαϊκές χώρες και στην Ελλάδα

1.5.1 Εφαρμογή του θεσμού σε άλλες Ευρωπαϊκές χώρες

Η Παγκόσμια Διακήρυξη για τα ανθρώπινα δικαιώματα προέβαλε την έννοια της ανθρώπινης αξιοπρέπειας στο διεθνές δίκαιο, παρέχοντας κατ' αυτό τον τρόπο έδαφος στο νομικό κόσμο, αλλά και στο πολιτισμικό – αξιακό περιβάλλον της κάθε κοινωνίας, για να βελτιωθούν οι κανόνες που διέπουν την φροντίδα υγείας.

Μετά την υπογραφή της Διακήρυξης του Άμστερνταμ για την προστασία των δικαιωμάτων των ασθενών, πολλές χώρες ανέπτυξαν σημαντικές νομοθετικές πρωτοβουλίες πάνω στο συγκεκριμένο ζήτημα (Fallberg, 2000). Ειδικότερα, η πρώτη Χώρα στον κόσμο που θέσπισε ειδικό νόμο για τα δικαιώματα των ασθενών ήταν η Φινλανδία το 1992 (Finish law, 1992). Ο Φινλανδικός νόμος καλείται και «νόμος των δικαιωμάτων». «Κάθε πρόσωπο που μένει στη Φινλανδία μόνιμα, χωρίς διάκριση, έχει δικαίωμα στην υγεία και την ιατρική φροντίδα μέσα στα όρια εκείνων των πόρων που

είναι διαθέσιμοι στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης στον εν λόγω χρόνο». Χαρακτηρίζεται από ορισμένες νομοθετικές ελλείψεις και ασάφειες, όσον αφορά τη συναίνεση του ασθενούς (*Hannikainen et al 1996*). Ο νόμος αναφέρεται γενικά στην αυτονομία του ασθενούς, ενώ κατά βάση περιορίζεται στο να εγγυηθεί την αυτοδιάθεση των ασθενών σε καταστάσεις, όπως των μαρτύρων του Ιεχωβά, καθώς επίσης και των ασθενών που βρίσκονται στο τελικό στάδιο της ζωής τους. Τέλος, ένα από τα πιο ενδιαφέροντα χαρακτηριστικά του Φιλανδικού νόμου σχετίζεται με την υποχρέωση του κάθε φορέα υγειονομικής φροντίδας να διαμεσολαβεί στον ασθενή, να τον ενημερώνει για τα δικαιώματά του και να τον βοηθά να συμπληρώσει μια φόρμα παραπόνων.

Η δεύτερη χώρα για να παρουσιάσει νόμο δικαιωμάτων των ασθενών ήταν η Ολλανδία. Αυτό ήταν ένα μέρος μιας μεγαλύτερης μεταρρύθμισης νόμου, του ιατρικού νόμου των συμβάσεων, που παρουσιάστηκε το 1995. Μετά την Φινλανδία και την Ολλανδία που άνοιξαν το δρόμο, εισήγαγαν παρόμοια νομοθεσία, το Ισραήλ (*Israel Law, 1996*), η Λιθουανία (*Lithuanian Law, 1996*), η Ισλανδία (*Iceland Law, 1997*), Λετονία (*Latvia Law, 1997*), Ουγγαρία (*Hungarian Law, 1997*), η Ελλάδα (1997) και η Δανία (*Danish Law, 1998*).

Ο στόχος της νέας νομοθεσίας στην Δανία, σχετικά με τη νομική θέση των ασθενών είναι πρώτιστα να προστατευθεί η αξιοπρέπεια, η ακεραιότητα και η αυτονομία των ασθενών. Ειδικότερα, το δικαίωμα της αυτονομίας του ασθενή, προβάλλεται με το γεγονός ότι καμία θεραπεία δεν μπορεί να αρχίσει ή να συνεχιστεί χωρίς την ενημερωμένη συγκατάθεση του ασθενή. Η έμφαση του νομοθέτη στο δικαίωμα της αυτονομίας είναι επίσης αξιοπρόσεχτη σε ηθικά δύσκολες καταστάσεις. Ο νόμος απαριθμεί ορισμένες καταστάσεις όπου το προσωπικό υγειονομικής περίθαλψης είναι υποχρεωμένο να σεβαστεί την επιθυμία του ασθενή, ακόμα κι αν αυτό μπορεί να οδηγήσει στο θάνατο του ασθενή. Αυτές οι καταστάσεις είναι: α) απεργία πείνας β) άρνηση να λάβει μετάγγιση αίματος γ) θεραπεία ενός ασθενούς που βρίσκεται στο τελευταίο στάδιο της ζωής του .

Στην Δανία επίσης λειτουργεί ένας οργανισμός, the Health Services Complaint Board (HSCB), ο οποίος σχετίζεται με την υποβολή άμεσων παραπόνων εκ μέρους των ασθενών, αναφορικά με τις δραστηριότητες του γιατρού ή του προσωπικού, την

έλλειψη ενημέρωσης ή παραβιάσεις του ιατρικού απορρήτου. Αποτελεί ακόμα την επιβλέπουσα αρχή για την υποβολή παραπόνων των ασθενών με ψυχιατρικά προβλήματα που απευθύνονται σε τοπικές επιτροπές ατόμων με ψυχιατρικά προβλήματα.

Από την άλλη πλευρά, η Νορβηγία είναι η χώρα με την πιο μακρά ιστορία στον τομέα των δικαιωμάτων των ασθενών (*Kjønstad A and Syse, 1993*). Έχει δώσει πολλή προσοχή στο πρόβλημα των λιστών αναμονής και αυτό φαίνεται και στις διατάξεις του νόμου που ψήφισε το (Norwegian Law, 1999). Στο νόμο ορίζεται ακόμα, ότι ο ασθενής που παραπέμπεται από τον γενικό ιατρό σε νοσοκομείο ή σε ειδικό γιατρό, πρέπει να εξυπηρετηθεί μέσα σε 30 ημέρες. Ακόμα ασθενείς που έχουν διαγνωσθεί ότι πάσχουν από νόσημα που αναφέρεται σε συγκεκριμένο κατάλογο πρέπει να λάβουν θεραπεία εντός τριών μηνών. Για να ισχύσει, η συγκατάθεση του ασθενή, πρέπει από το νόμο να βασιστεί σε ένα ικανοποιητικό επίπεδο πληροφοριών που έχουν παρασχεθεί στον ασθενή. Ο Νορβηγικός νόμος περιλαμβάνει επίσης μια διάταξη με σημείο αναφοράς τα μέλη της οικογένειας του ασθενή. Εάν μόνον ο ασθενής συμφωνεί, αυτοί έχουν το δικαίωμα να πληροφορηθούν για την κατάσταση της υγείας του.

Άλλα Κράτη που ψήφισαν σχετικούς νόμους είναι η Γαλλία (*French Law, 2002*), το Βέλγιο (*Belgian Law, 2002*), η Εστονία (*Estonian Law, 2002*) και η Ελβετία (*Swiss Law, 2003*).

Αντίθετα, ορισμένες Χώρες, έκριναν σκόπιμο και ανέπτυξαν «χάρτες» (Patient's Charters) στο πεδίο των δικαιωμάτων του ασθενούς. Η Γαλλία για παράδειγμα, έχει εισαγάγει έναν αναλυτικό χάρτη από το 1974, τον οποίο και αναμόρφωσε το 1995 (*Charte du Patient Hospitalisé, 1995*), ενώ η Μεγάλη Βρετανία – από το 1991 και τον τροποποίησε το 1997 (*Patient's Charter for England, 1997*).

Η Πορτογαλία (*Portoguese Patients' Rights Charter, 1991*) υιοθέτησε αντίστοιχο χάρτη από το 1997 αντίστοιχα. Οι χάρτες αυτοί, συνιστούν πολιτική και κατοχυρώνουν τα επιτρεπόμενα κατώτατα επίπεδα προστασίας των δικαιωμάτων των ασθενών. Η Γερμανία επίσης εισήγαγε τον δικό της χάρτη το 1999, ο οποίος

στηρίζονταν σε προηγούμενη νομολογία δικαστηρίων πάνω στο σχετικό ζήτημα των δικαιωμάτων (*Charta der Patientenrechte, 1999*).

Ωστόσο, ανεξάρτητα από τον διαφορετικό τρόπο που έχει επιλέξει η κάθε χώρα για να προστατέψει και να ενδυναμώσει τα δικαιώματα του ασθενούς, η προσοχή θα πρέπει να επικεντρωθεί στο τι πραγματικά συμβαίνει στα πεδία της προστασίας των καταναλωτών των υπηρεσιών υγείας, στην ενεργοποίηση των πολιτών και στην όλη ανάπτυξη μιας δυνατής αστικής κοινωνίας.

Η καλή υγεία των πολιτών είναι προαπαιτούμενο για την κοινωνική και οικονομική ευημερία ενός λαού. Η προαγωγή της υγείας και η αναβάθμιση του συστήματος παροχής υπηρεσιών υγείας συνιστούν βασικά κοινωνικά αγαθά, ενώ φέρουν στο προσκήνιο σοβαρά ζητήματα και έντονες κοινωνικές επιταγές, ενώ στοχεύουν και στην προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων ως βασική προϋπόθεση για την προαγωγή της υγείας.

1.5.2 Ελληνική Πραγματικότητα

α) Νομικό πλαίσιο προστασίας των «δικαιωμάτων του ασθενούς»

Η χώρα μας ως δημοκρατική χώρα και κράτος πρόνοιας, έχει κατοχυρώσει με αυστηρούς νομικούς κανόνες όλα τα δικαιώματα των πολιτών της. Στα πλαίσια αυτά, θεώρησε σκόπιμο στον ιδιαίτερο ευαίσθητο τομέα της υγείας να καθορίσει και ένα πλαίσιο αρχών, το οποίο αποτελεί πλέον, τον καταστατικό χάρτη των Δικαιωμάτων του νοσοκομειακού ασθενούς.

Το παραπάνω κενό προτού να καλυφθεί από τον παραπάνω νόμο, είχε ήδη καλυφθεί εν μέρει από το ίδιο το Ελληνικό Σύνταγμα του 1975, το οποίο και καθιέρωσε το κοινωνικό δικαίωμα στην υγεία. Σύμφωνα με την Συνταγματική επιταγή του άρθρου 21 παρ. 3, όπου αναφέρεται «*Το Κράτος μεριμνά για την υγεία των πολιτών και παίρνει ειδικά μέτρα για την προστασία της νεότητας, του γήρατος, της αναπηρίας και για την περίθαλψη των απόρων*».

Έτσι το 1992 διατυπώνει σε νόμο 2071 άρθρ.47, "τα δικαιώματα του νοσοκομειακού ασθενούς" και κατατάσσεται έτσι ανάμεσα στις πρώτες χώρες στην Ευρώπη που ψήφισε τέτοια διάταξη σε νόμο. Μέχρι την θέσπιση του παραπάνω νόμου, κανένας ασθενής που απευθυνόταν σε νοσοκομείο δεν γνώριζε ποια θα πρέπει να είναι τα δικαιώματά του, κανένας υπηρεσιακός παράγοντας μέχρι που μπορούν να φτάσουν οι απαιτήσεις των ασθενών και ποια τα δικαιώματά τους στα πλαίσια του συστήματος παροχής υπηρεσιών υγείας. Οι ασθενείς ακόμα, συχνά απαιτούσαν ανέφικτα πράγματα, μη γνωρίζοντας τα νόμιμα δικαιώματά τους, κάτι που προκαλούσε δυσλειτουργία στο σύστημα (Αλεξιάδης, 2000).

Από την παραπάνω λοιπόν διάταξη προκύπτει η καθαρή υποχρέωση του κράτους να μεριμνά για την υγεία των πολιτών του κατά τρόπο γενικό και αόριστο, χωρίς όμως από το Σύνταγμα να προσδιορίζεται ειδικότερο πλαίσιο προστασίας. Παράλληλα, το παραπάνω άρθρο του Συντάγματος εξουσιοδοτεί τον εκάστοτε νομοθέτη να καθορίσει αυτός, κατ' επιλογή της πολιτικής εξουσίας το πλαίσιο προστασίας. Δηλαδή το Κράτος αναλαμβάνει την φροντίδα για την προστασία της υγείας των πολιτών, το βάρος όμως της επιλογής του συστήματος παροχής υπηρεσιών υγείας, τον τρόπο εφαρμογής του, το αφήνει στην διακριτική ευχέρεια της πολιτικής εξουσίας να το υλοποιήσει βάσει νόμων.

Το παραπάνω λοιπόν δικαίωμα του άρθρου 21 παρ. 3 του Συντάγματος, χαρακτηρίζεται ως κοινωνικό δικαίωμα, εισάγει την αρχή της καθολικότητας και υποχρεώνει το κράτος για παρεμβάσεις με θετικές ενέργειες και παροχή αγαθών και υπηρεσιών (Τσάτσος, 1988). Το συγκεκριμένο δικαίωμα ενισχύθηκε και με το νόμο 1397/1983 (καθιέρωση ΕΣΥ), όπου στο άρθρο 1 ορίζεται ότι όλοι οι Έλληνες πολίτες έχουν δικαίωμα στην παροχή υπηρεσιών υγείας, ανεξάρτητα από την οικονομική, κοινωνική ή επαγγελματική κατάσταση και τον τόπο της κατοικίας τους.

Ειδικότερα ο νόμος 2071/92 (ΦΕΚ 123/92) αναφέρεται στο δικαίωμα του ασθενή για προσέγγιση στις υπηρεσίες του νοσοκομείου τις πλέον κατάλληλες για τη φύση της ασθένειάς του, στην παροχή φροντίδας με σεβασμό στην ανθρώπινη αξιοπρέπεια του, στο δικαίωμά του να συγκατατεθεί ή να αρνηθεί σε κάθε διαγνωστική ή θεραπευτική πράξη, στο να πληροφορηθεί τα πάντα σχετικά με την υγεία του και να λαμβάνει αποφάσεις ή να συμμετέχει στη λήψη αποφάσεων αναφορικά με την υγεία

του. Ο ασθενής επίσης έχει δικαίωμα να πληροφορηθεί εκ των προτέρων για τους κινδύνους που ενδέχεται να προκύψουν για συνήθεις ή πειραματικές διαγνωστικές-θεραπευτικές πράξεις. Απαιτείται συγκεκριμένη συγκατάθεση του ίδιου, η οποία μπορεί να ανακληθεί ελεύθερα. Επιπλέον μπορεί να αποδεχθεί ή να απορρίψει κάθε συνεργασία του σε πράξεις που σκοπό έχουν την έρευνα ή την εκπαίδευση.

Ο ασθενής έχει δικαίωμα προστασίας της ιδιωτικής του ζωής, καθώς και εγγύηση του απορρήτου των πληροφοριών και του περιεχομένου των εγγράφων και ευρημάτων που τον αφορούν, δικαίωμα σεβασμού και αναγνώρισης των θρησκευτικών και ιδεολογικών πεποιθήσεων του, ενώ τέλος δικαιούται να παρουσιασθεί ή να καταθέσει αρμοδίως διαμαρτυρίες ή ενστάσεις και να λάβει πλήρη γνώση για τις ενέργειες που έγιναν για τις παραπάνω διαμαρτυρίες ή ενστάσεις και για τα αποτελέσματά τους.

Επειδή όμως στην πράξη οι διατάξεις του άρθρου 47 του Ν.2071/1992 δε λειτούργησαν ουσιαστικά, το 1997 με το Νόμο 2519 καθιερώνονται τα Όργανα Προστασίας Δικαιωμάτων των Ασθενών και αρχίζει η προώθηση και διάδοση του θεσμού. Σύμφωνα με το Νόμο αυτό, συνιστώνται στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας:

α) Η Αυτοτελής Υπηρεσία Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ασθενών

β) Η Επιτροπή Ελέγχου Προστασίας Δικαιωμάτων των Ασθενών

που έχουν την κεντρική ευθύνη παρακολούθησης και ανάπτυξης του θεσμού.

Η πρώτη αποτελεί αυτοτελής Υπηρεσία του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, ενώ υπάγεται απευθείας στον Γενικό Γραμματέα του Υπουργείου. Έργο της είναι να παρακολουθεί και να ελέγχει αν εφαρμόζονται και προστατεύονται τα δικαιώματα του ασθενούς, να εξετάζει τυχόν παράπονα και καταγγελίες που αφορούν την παροχή υπηρεσιών υγείας προς τους ασθενείς και να υποβάλει σχετικές εισηγήσεις στον Γενικό Γραμματέα για τα παραπάνω θέματα. Η δεύτερη, παρακολουθεί και να ελέγχει την τήρηση των κανόνων προστασίας και σεβασμού των δικαιωμάτων των ασθενών, να εξετάζει καταγγελίες πολιτών, είτε αυτές που γίνονται επώνυμα, είτε ανυπόγραφα.

Παράλληλα δημιουργήθηκαν και λειτουργούν σε κάθε Νοσοκομείο:

- α) Γραφείο Επικοινωνίας με τον Πολίτη και
β) Επιτροπή Προάσπισης Δικαιωμάτων του Ασθενούς, η οποία συγκροτείται σε κάθε νοσοκομείο, για να παρακολουθεί και να ελέγχει την τήρηση και το σεβασμό των δικαιωμάτων του πολίτη που προσφεύγει στο νοσοκομείο.

Τέλος το 1998 (Ν.2619), κυρώθηκε από τη Βουλή η "Ευρωπαϊκή Σύμβαση για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα και τη Βιοιατρική" (*Council of Europe, 1997*), όπου σύμφωνα με τις διατάξεις αυτής τα συμβαλλόμενα μέρη θα προστατεύουν την αξιοπρέπεια και την ταυτότητα κάθε ανθρώπινου όντος και θα εγγυώνται τον σεβασμό της ακεραιότητας και των λοιπών δικαιωμάτων και θεμελιωδών ελευθεριών κάθε ανθρώπινου όντος, χωρίς διάκριση σε σχέση με την εφαρμογή της Βιολογίας και της Ιατρικής. Τα συμφέροντα και η ευημερία του ατόμου θα υπερισχύουν έναντι μόνον του κοινωνικού συμφέροντος ή της Επιστήμης. Δύο χρόνια μετά, με το Νόμο 2716/99, συνίσταται και η "Ειδική Επιτροπή Ελέγχου Προστασίας Δικαιωμάτων Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές" και το Γραφείο Προστασίας Δικαιωμάτων των Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές.

β) Πεδίο εφαρμογής των «δικαιωμάτων του ασθενούς» στον Ελληνικό Χώρο / Αναγκαιότητα προώθησης του θεσμού

Όμως απ' όλα τα ανωτέρω προκύπτει ότι από την μία μεν ο νομοθέτης με το Ν.2071/92 προσδιόρισε μόνον τα δικαιώματα του νοσοκομειακού ασθενούς, αφήνοντας στην άκρη τις υποχρεώσεις αυτού, ενώ από την άλλη περιορίστηκε μόνον στο νοσοκομειακό ασθενή, χωρίς να προνοεί και για τους ασθενείς – χρήστες υπηρεσιών υγείας της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας .

Όσον αφορά το πρώτο θέμα, μπορεί να υποστηριχθεί ότι από την μελέτη των παραπάνω δικαιωμάτων και από τον Κανονισμό λειτουργίας του κάθε νοσοκομείου προκύπτουν και οι υποχρεώσεις του νοσοκομειακού ασθενή, οι οποίες όπως και τα δικαιώματα στην πλειονότητά τους σήμερα δεν τηρούνται.

Για το δεύτερο ζήτημα, μπορεί να λεχθεί ότι τα δικαιώματα του νοσοκομειακού ασθενούς σε ευρεία κλίμακα περιλαμβάνουν και τα δικαιώματα των χρηστών των

υπηρεσιών υγείας στην ΠΦΥ, χωρίς ωστόσο να υποβαθμίζεται η αναγκαιότητα θέσπισης ειδικού νομοθετικού πλαισίου προστασίας των δικαιωμάτων στην ΠΦΥ, κάτι που θέλει να καταδείξει και η έρευνα που πραγματοποιήθηκε και παρουσιάζεται παρακάτω.

Εξάλλου, με την θεσμοθέτηση ειδικών κανόνων προαγωγής των δικαιωμάτων του ασθενούς, ο κάθε ασθενής και στα πλαίσια της ΠΦΥ, θα γνωρίζει εκ των προτέρων τα δικαιώματά του, ώστε η συμπεριφορά του προς τα στελέχη της υγείας να είναι η ενδεδειγμένη, ενώ από την άλλη πλευρά και τα στελέχη της υγείας με το συγκεκριμένο νομικό πλαίσιο κατοχυρώνονται σημαντικά, αφού πλέον θα γνωρίζουν πως θα πρέπει γενικά και ειδικά να λειτουργήσουν απέναντι στον ασθενή τους.

Η γνώση των δικαιωμάτων των ασθενών, συντελεί στην προστασία και προαγωγή των βασικών θεμελιωδών ανθρωπίνων δικαιωμάτων σε μια περίοδο ιδιαίτερος ευάλωτη για το άτομο, καθώς επίσης συνιστά απαραίτητο και σημαντικό εφόδιο στην ανάπτυξη ιατρικών πράξεων και ερευνών.

Η εγκαθίδρυση μιας νέας αντίληψης στην διαδικασία της φροντίδας υγείας, προϋποθέτει την αντιμετώπιση του ασθενή ως ισότιμου «συνεργάτη» στην διαδικασία παροχής φροντίδας υγείας, αναγνωρίζοντας το δικαίωμά του να συμμετέχει στις αποφάσεις που αφορούν την υγεία του, βοηθώντας τον και ενημερώνοντας τον για τους ποικίλους τρόπους προαγωγής της υγείας του, αφού πρώτα έχει κατανοήσει ο ίδιος την κατάσταση της υγείας του.

1.6 Ερευνητικά ερωτήματα –σκοπός της μελέτης- αντικειμενικοί στόχοι της μελέτης

Ερευνητικό ερώτημα

Η παραπάνω μελέτη έρχεται να απαντήσει στο παρακάτω ερώτημα :

Είναι ενημερωμένοι για τα θεσμικά κατοχυρωμένα σε Ελληνικά και Διεθνή νομικά κείμενα δικαιώματα του ασθενούς γιατροί και ασθενείς και εάν ναι σε ποιο βαθμό τα εφαρμόζουν και τα επιδιώκουν στην καθημερινή ιατρική πράξη;

Σκοπός

Σκοπός της παρούσης εργασίας είναι να διερευνήσει τα θεσμικά κατοχυρωμένα σε επίσημα διεθνή και Ελληνικά νομικά κείμενα δικαιώματα του ασθενούς στα πλαίσια της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας σε επιλεγμένα Κέντρα Υγείας σε αγροτικές περιοχές στην Κρήτη .

Αντικειμενικοί στόχοι

Στους αντικειμενικούς στόχους περιλαμβάνονται :

- α) Διερεύνηση του επιπέδου της γνώσης, της στάσης και της συμπεριφοράς των γιατρών αναφορικά με τα θεσμικά κατοχυρωμένα σε Ελληνικά και διεθνή κείμενα δικαιώματα των ασθενών.
- β) Διερεύνηση του επιπέδου της πληροφόρησης και της γνώσης των ασθενών αναφορικά με τα θεσμικά κατοχυρωμένα δικαιώματα τους ως χρήστες των υπηρεσιών υγείας.
- γ) Διερεύνηση της γνώμης των ασθενών για τον ιατρό γενικής Ιατρικής και για το Κέντρο Υγείας στο οποίο συνήθως απευθύνονται.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**2. ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ-ΜΕΘΟΔΟΙ****2.1. Τόπος διεξαγωγής έρευνας**

Η παραπάνω έρευνα διεξήχθη στα Κέντρα Υγείας Σπηλίου, Ανωγείων και Περάματος Ρεθύμνου της Κρήτης κατά τους μήνες Σεπτέμβριο, Οκτώβριο και Νοέμβριο 2004 και ειδικότερα το χρονικό διάστημα από 20-9-2004 έως 22-11-2004.

Τα Κέντρα Υγείας που λειτουργούν σήμερα στο νομό Ρεθύμνης, είναι του Σπηλίου (από τις αρχές του 1986) με πληθυσμό ευθύνης 20,570 κατοίκους, του Περάματος (από 3.2.1989) με πληθυσμό ευθύνης 17,533 κατοίκους, της Αγίας Φωτεινής (από 3.10.1989) με πληθυσμό ευθύνης 7,433 κατοίκους και των Ανωγείων (από 11.2.1993) με 8,431 κατοίκους υπό την ευθύνη του (*ΠΕΣΥΠ Κρήτης, 2003*).

Είναι κατανεμημένα, στις τρεις από τις τέσσερις επαρχίες του νομού (Αγίου Βασιλείου, Μυλοποτάμου και Αμαρίου), πλην της επαρχίας Ρεθύμνης, στην οποία βρίσκεται η πόλη του Ρεθύμνου με το Γενικό Νομαρχιακό Νοσοκομείο της.

2.2 Πληθυσμός Μελέτης

Η έγκριση της μελέτης έγινε από το Επιστημονικό Συμβούλιο και από το Δ.Σ του ΠΕΣΥΠ Κρήτης με την υπ.αρ' 396/12/22.9.2004 απόφασή του /αρ.πρωτ.9945 (Παράρτημα 1). Όλοι οι συμμετέχοντες στην έρευνα ενημερώθηκαν προφορικά για τον σκοπό και το αντικείμενο αυτής.

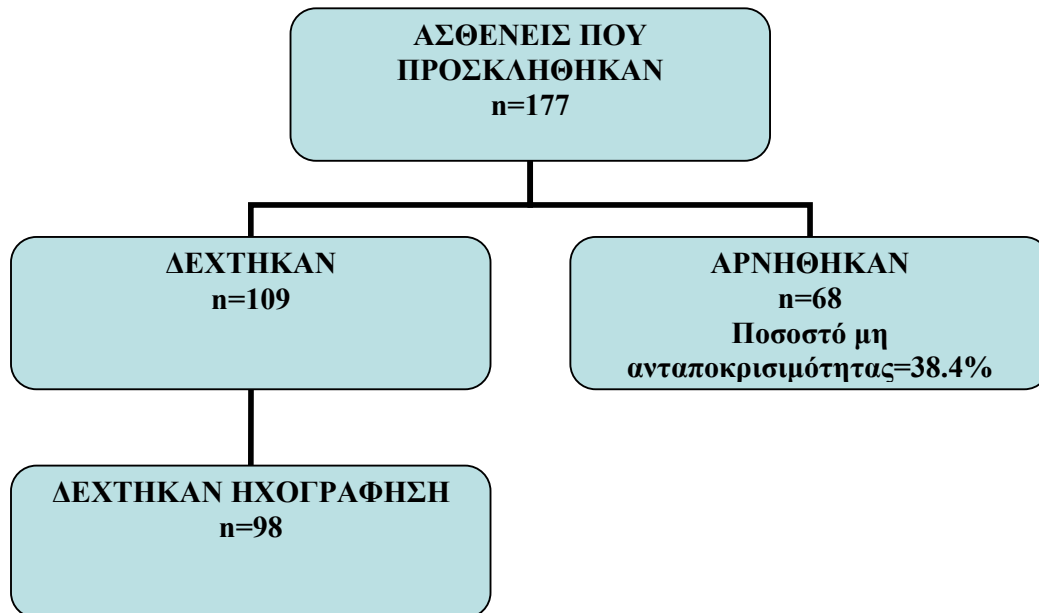
Οι ασθενείς ειδικότερα, ρωτήθηκαν αν επιθυμούσαν να ηχογραφηθεί η συνέντευξη τους, ενώ όλοι οι συμμετέχοντες έδωσαν ρητή συγκατάθεσή, προκειμένου να συμμετέχουν στην έρευνα. Έλαβαν τη διαβεβαίωση ότι τα στοιχεία της μελέτης θα χρησιμοποιηθούν μόνον για τον σκοπό αυτής και ότι το ηχογραφημένο υλικό θα καταστραφεί μετά την ολοκλήρωση της έρευνας. Σε κάθε περίπτωση τηρήθηκε το ανώνυμο για όλους τους συμμετέχοντες.

(α) Ασθενείς της μελέτης

Στην έρευνα για τα δικαιώματα του ασθενούς, επιλέξιμοι ήταν όλοι οι ασθενείς, οι οποίοι επισκέπτονταν τους γιατρούς με ειδικότητα γενικής ιατρικής που υπηρετούσαν στα συμμετέχοντα Κέντρα Υγείας, στην διάρκεια του πρωινού ωραρίου, για πέντε συνεχείς μέρες της εβδομάδας, πλην Σαββατοκύριακου.

Από αυτούς προσκλήθηκαν να συμμετάσχουν στην μελέτη, κατά διαδοχική σειρά και μετά την έξοδό τους από το ιατρείο του εκάστοτε γιατρού, συνολικά 177 ασθενείς. Εξαιρέθηκαν μόνον, όσοι ασθενείς ήταν ιδιαίτερα μεγάλης ηλικίας ή είχαν σοβαρό πρόβλημα υγείας (π.χ κινητική αναπηρία ή νοητική στέρηση). Συνολικά εξαιρέθηκαν 17 άτομα. Στη μελέτη δέχτηκαν να συμμετάσχουν οι 109 και από αυτούς οι 98 έδωσαν τη συγκατάθεσή τους, για να ηχογραφηθεί η συνέντευξή τους (Σχήμα 1).

Σχήμα 1. Επιλογή ασθενών στην μελέτη για τα δικαιώματα του ασθενούς



Οι περισσότεροι από τους συμμετέχοντες ήταν γυναίκες κατά ποσοστό (65.1%) και άτομα χαμηλής εκπαίδευσης, καθώς το (42.2%) ήταν μη απόφοιτοι Δημοτικού. Τα δημογραφικά τους χαρακτηριστικά παρουσιάζονται στον Πίνακα 1.

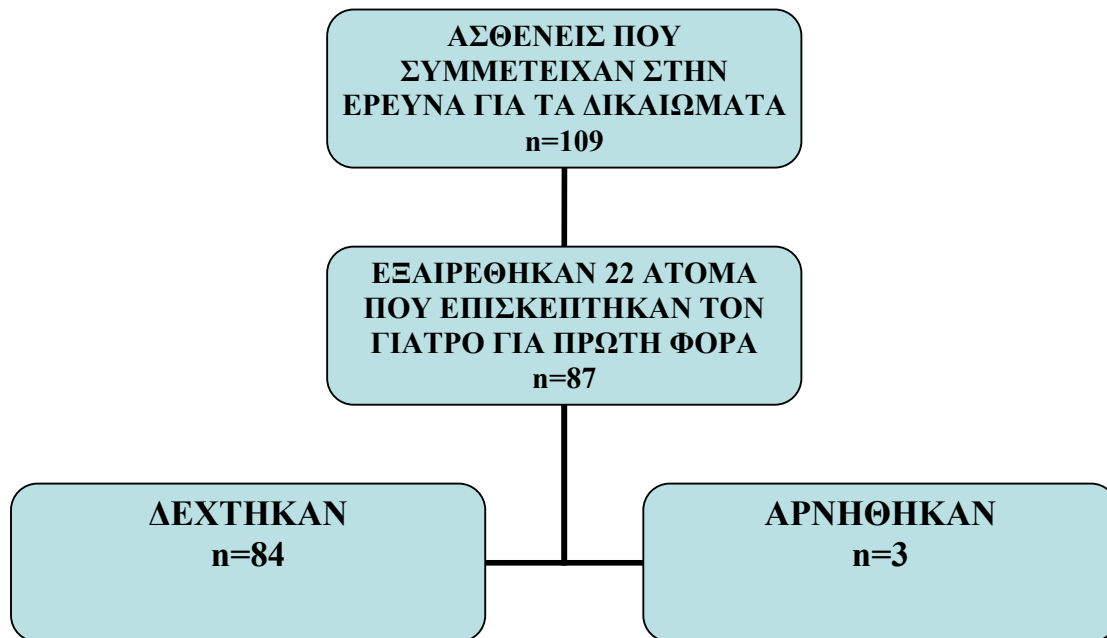
Πίνακας 1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά ασθενών, στην έρευνα για τα δικαιώματα του ασθενούς

	Ασθενείς n=109 Συχνότητα (%)
Φύλο	
Άνδρες	38 (34.9)
Γυναίκες	71 (65.1)
Ηλικιακή Ομάδα	
15-24	1 (0.9)
25-44	7 (6.4)
45-64	19 (17.4)
65-74	36 (33.0)
75-84	43 (39.4)
85 και άνω	3 (2.8)
Εκπαίδευση	
Μη απόφοιτος Δημοτικού	46 (42.2)
Δημοτικό	51 (46.8)
Γυμνάσιο	8 (7.3)
Λύκειο	3 (2.8)
Ανώτατη Σχολή	1 (0.9)
Διαμονή σε περιοχή ευθύνης Κέντρου Υγείας	
Σπηλίου	46 (42.2)
Ανωγείων	43 (39.4)
Περάματος	20 (18.3)

Οι ίδιοι οι ασθενείς που συμμετείχαν στην μελέτη για τα δικαιώματα του ασθενή, συμμετείχαν και στην αξιολόγηση των υπηρεσιών που τους παρέχει ο γενικός γιατρός και το Κέντρο Υγείας, στο οποίο και απευθύνονται.

Από αυτούς εξαιρέθηκαν 22 ασθενείς που είχαν επισκεπτεί τον γιατρό για πρώτη φορά και από τους 87 απομείναντες που προσκλήθηκαν να αξιολογήσουν τον γιατρό Γενικής Ιατρικής και το Κέντρο Υγείας, αποδέχτηκαν τελικώς οι 84 (Σχήμα 2).

Σχήμα 2. Επιλογή Ασθενών στην αξιολόγηση του Γενικού ιατρού και του Κέντρου Υγείας



Η πλειοψηφία των ασθενών που αξιολόγησε τον ιατρό γενικής Ιατρικής και το Κέντρο Υγείας, ήταν γυναίκες σε ποσοστό (64.3%) και άτομα ηλικίας άνω των 65 ετών (76.2%). Αναλυτικά τα δημογραφικά χαρακτηριστικά τους, παρουσιάζονται στον Πίνακα 2.

Πίνακας 2. Δημογραφικά χαρακτηριστικά ασθενών που αξιολόγησαν τις υπηρεσίες, που τους προσφέρει ο γενικός γιατρός και το Κ.Υ

	Ασθενείς n=84 Συχνότητα (%)
Φύλο	
Άνδρες	30 (35.7)
Γυναίκες	54 (64.3)
Ηλικιακή Ομάδα	
15-24	-
25-44	6 (7.1)
45-64	14 (16.7)
65-74	27 (32.1)
75-84	35 (41.7)
85 και άνω	2 (2.4)
Εκπαίδευση	
Μη απόφοιτος Δημοτικού	39 (46.4)
Δημοτικό	35 (41.7)
Γυμνάσιο	8 (9.5)
Λύκειο	1 (1.2)
Ανώτατη Σχολή	1 (1.2)
Κέντρο Υγείας	
Σπηλίου	35 (41.7)
Ανωγείων	33 (39.3)
Περάματος	16 (19.0)

(β) Γιατροί της μελέτης

Στην παρούσα μελέτη επιλέξιμοι ήταν όλοι οι ειδικευμένοι Γενικοί γιατροί που εργάζονταν στην έδρα των συμμετεχόντων Κέντρων Υγείας, συνολικά δηλαδή 12 γιατροί. Από αυτούς συμμετείχαν στην μελέτη οι 9 και συγκεκριμένα το σύνολο των γιατρών του Κ.Υ Σπηλίου (n=4), τρεις από τους συνολικά τέσσερις γιατρούς του Κ.Υ Ανωγείων και δύο από τους συνολικά 4 γιατρούς του Κ.Υ Περάματος.

Οι 9 γιατροί, ήταν αυτοί που είχαν αναλάβει την φροντίδα των επιλεγμένων ασθενών στην μελέτη για τα δικαιώματα του ασθενούς. Οι 3 γιατροί που δεν έλαβαν μέρος στην μελέτη, κατά το χρονικό διάστημα διεξαγωγής της, απουσίαζαν από τα Κέντρα Υγείας ή είχαν αναλάβει ιατρείο για τη συγγραφή μόνον φαρμάκων στους ασθενείς. Τα χαρακτηριστικά τους παρουσιάζονται στον Πίνακα 3.

Πίνακας 3. Χαρακτηριστικά των γιατρών που συμμετείχαν στη μελέτη

Γιατροί n=9	
Φύλο	
Άνδρες	6
Γυναίκες	3
Ηλικιακή Ομάδα	
25-44	6
45-64	3
Υπηρεσία στο ΚΥ	
0.-4	5
5.-9	1
10.-14	1
15.-19	2
Χρόνια Άσκησης Ειδικότητας	
0.-4	5
5.-9	1
10.-14	1
15.-19	2
Κέντρο Υγείας	
Σπηλίου	4
Ανωγείων	3
Περάματος	2

2.3 Μέθοδοι

2.3.1 *Εργαλείο αποτίμησης της γνώσης και της στάσης των ασθενών αναφορικά με τα δικαιώματά τους και αξιολόγησης των υπηρεσιών του γενικού γιατρού και του Κ.Υ (Παράρτημα ΙΙΙ)*

Για την εκτίμηση της γνώμης των ασθενών χρησιμοποιήθηκαν τα ακόλουθα ερευνητικά εργαλεία:

α) ανώνυμο ερωτηματολόγιο απευθυνόμενο στους ασθενείς που αξιολογεί το επίπεδο της πληροφόρησής τους αναφορικά με τα δικαιώματά τους και διερευνά και σε ποιο βαθμό εφαρμόζονται αυτά μετά την επίσκεψή τους στον γιατρό. Το ερωτηματολόγιο συνοδεύτηκε από την παράλληλη λήψη ηχογραφημένης συνέντευξης στους ασθενείς που το επιθυμούσαν.

β) Check-list για τις συνθήκες που επικρατούσαν κατά την διάρκεια της εξέτασης του ασθενούς από τον γιατρό (*Mays et al 1995*).

γ) ερωτηματολόγιο EUROPEP (ερευνητικό εργαλείο αποτίμησης και αξιολόγησης της γνώμης των ασθενών προς τον γενικό γιατρό τους και το Κέντρο Υγείας της περιοχής τους).

Συγκεκριμένα,

α) Για την αποτίμηση της γνώσης και της στάσης των ασθενών, σχετικά με τα δικαιώματά τους, κατασκευάστηκε ένα ημιδομημένο ερωτηματολόγιο, που αποτελείται από 37 ερωτήσεις (29 κλειστές και 8 ανοιχτού περιεχομένου) και είναι οργανωμένο σε 21 θεματικές ενότητες. Κάθε μία από αυτές, αντιστοιχεί και πηγάζει από συγκεκριμένο δικαίωμα του ασθενούς, όπως αυτό θεμελιώνεται και κατοχυρώνεται επίσημα σε Ελληνικά και Διεθνή νομικά κείμενα. Τα νομικά κείμενα, στην βάση των οποίων στηρίχθηκε το ερωτηματολόγιο είναι: ο Ελληνικός νόμος 2071, άρθρο 47 «Τα δικαιώματα του νοσοκομειακού ασθενούς», η Διακήρυξη του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας για την προαγωγή των δικαιωμάτων των ασθενών στην Ευρώπη/Αμστερνταμ 1994, η Διακήρυξη της Παγκόσμιας Ιατρικής Εταιρίας στη Λισσαβόνα το 1981 για τα δικαιώματα του ασθενή (*WMA, 1981*) και το “Patient’s Charter monitoring guide” του National Health System της Μ. Βρετανίας.

Για παράδειγμα, η Διακήρυξη για την προαγωγή των δικαιωμάτων των ασθενών στην Ευρώπη/Άμστερνταμ 1994, όπως έχει επίσημα μεταφραστεί από την Κλινική Κοινωνικής και Οικογενειακής Ιατρικής του Πανεπιστημίου της Κρήτης (Αναστασίου και συν. 1996), ορίζει στο άρθρο 2 παρ.4 αυτής «*Η πληροφόρηση πρέπει να μεταφέρεται στον ασθενή με τρόπο κατάλληλο για την δεδομένη κατάσταση του όσον αφορά την κατανόηση, ελαχιστοποιώντας τη χρήση μη οικείας τεχνικής ορολογίας...*». Με βασική πηγή λοιπόν τα παραπάνω διαμορφώθηκε η ερώτηση προς τους ασθενείς «Ο γιατρός σας μίλησε με απλά λόγια για το πρόβλημα στην υγεία σας και τι πρέπει να κάνετε για να το αντιμετωπίσετε, τον καταλάβατε; ».

Στις 21 θεματικές ενότητες του ερωτηματολογίου, όσον αφορά τις κλειστές ερωτήσεις αυτού, χρησιμοποιήθηκαν απαντήσεις τύπου Ναι ή Όχι, απαντήσεις διαβαθμιζόμενες σε πενταβάθμια κλίμακα Likert (κλίμακα μέτρησης αποστάσεων) και απαντήσεις πολλαπλών επιλογών. Όσον αφορά τις κλίμακες τύπου Likert, όπως συμβαίνει συνήθως, έτσι και στο προτεινόμενο εργαλείο αποτίμησης της γνώμης των ασθενών, ο ερωτώμενος σε κάθε ερώτηση προσκλήθηκε να επιλέξει, ανάμεσα σε διάφορες κατηγορίες απαντήσεων, κάθε μία από τις οποίες προσδιορίζει και διαφορετική ένταση συμφωνίας ή διαφωνίας. Ειδικότερα, στο συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο, χρησιμοποιήθηκαν πέντε κατηγορίες απαντήσεων. Η περιγραφή των πέντε κατηγοριών είναι η εξής : «υπερβολικά» (5), «πάρα πολύ» (4), «μέτρια» (3), «λίγο» (2), «καθόλου» (1).

Ειδικότερα στην 1^η θεματική ενότητα που είναι γενικότερου ενδιαφέροντος, ο ασθενής ερωτάται για ποιο λόγο επισκέφθηκε τον γιατρό εκείνη την ημέρα. Στην 2^η ρωτάτε αν ο γιατρός που επισκέφθηκε είναι ο προσωπικός του γιατρός ή έτυχε να τον επισκεφθεί . Από την 3^η έως και την 10^η θεματική ενότητα διερευνάται κατά πόσο ο γιατρός εφαρμόζει στην πράξη το δικαίωμα ενημέρωσης του ασθενούς σε ποίκιλα θέματα που αφορούν την υγεία του.

Η 3^η θεματική ενότητα, στην οποία ρωτήθηκε ο ασθενής εάν γνωρίζει το όνομα και την ειδικότητα του ιατρού που επισκέφθηκε και εάν ναι, από πού ενημερώθηκε για τα παραπάνω, πηγάζει από το δικαίωμα του ασθενούς για ενημέρωση αναφορικά με την επαγγελματική ταυτότητα των προσώπων που έρχεται σε επαφή, στα

πλαίσια των υπηρεσιών υγείας. Θεμελιώνεται στην Διακήρυξη του Άμστερνταμ στο άρθρο 2 παρ. 8, όπου μεταξύ άλλων ορίζεται « Όταν οι ασθενείς απευθύνονται σε καθιερωμένο κέντρο φροντίδας υγείας θα πρέπει να πληροφορούνται την ταυτότητα και την επαγγελματική κατάσταση των ατόμων που τους παρέχουν υπηρεσίες υγείας ...»

Η 4^η ενότητα στην οποία ρωτήθηκε αν τον ενημέρωσε με κάθε λεπτομέρεια ο γιατρός για το πρόβλημα της υγείας του, πηγάζει και από το άρθρο 2 παρ.2 της Διακήρυξης του Άμστερνταμ «Οι ασθενείς πρέπει να είναι πλήρως ενημερωμένοι σχετικά με την κατάσταση της υγείας τους,...και σχετικά με τη διάγνωση, πρόγνωση και πρόοδο της θεραπείας».

Η 5^η ενότητα, στην οποία συμπεριλήφθηκε η ερώτηση αν ο γιατρός άκουσε με προσοχή τα όσα του είπε ο ασθενής αναφορικά με το πρόβλημα στην υγεία του, πηγάζει από το ν.2071/92 όπου αναφέρει «...ο ασθενής έχει δικαίωμα της παροχής φροντίδας σ' αυτόν με τον οφειλόμενο σεβασμό στην ανθρώπινη αξιοπρέπεια του...»

Η 6^η ενότητα, στην οποία ρωτήθηκαν οι ασθενείς εάν ο γιατρός τους μίλησε με απλά λόγια και εάν τον κατάλαβαν, πηγάζει και αυτή από την Συνθήκη του Άμστερνταμ άρθρο 2 παρ.4 «Η πληροφόρηση πρέπει να μεταφέρεται στον ασθενή με τρόπο κατάλληλο για την δεδομένη κατάσταση του όσον αφορά την κατανόηση, ελαχιστοποιώντας τη χρήση μη οικείας τεχνικής ορολογίας...».

Η 7^η ενότητα, στην οποία συμπεριλήφθηκε η ερώτηση, αν ο γιατρός ενημέρωσε τον για το κόστος της θεραπείας, προέρχεται από το Ν.2071/92 όπου ορίζεται «Το συμφέρον του ασθενούς είναι καθοριστικό και εξαρτάται από την πληρότητα και την ακρίβεια των πληροφοριών που του δίδονται. Η πληροφόρηση του ασθενούς πρέπει να του επιτρέψει να σχηματίσει πλήρη εικόνα των ιατρικών, κοινωνικών και οικονομικών παραμέτρων της καταστάσεως του...».

Η 8^η, 9^η και 10^η ενότητα, στις οποίες διερευνήθηκε κατά πόσο ο γιατρός ενημέρωσε τον ασθενή για τα οφέλη, τις παρενέργειες της θεραπείας, πηγάζουν από την Συνθήκη του Άμστερνταμ και ειδικότερα από το άρθρο 2 παρ. 2 αυτής «Οι ασθενείς πρέπει να είναι πλήρως ενημερωμένοι σχετικά με την κατάσταση της υγείας τους, συμπεριλαμβανομένων και ιατρικών δεδομένων που αφορούν τις συνθήκες της, σχετικά

με τις προτεινόμενες ιατρικές διαδικασίες, μαζί με τα οφέλη και τους κινδύνους της κάθε διαδικασίας, σχετικά με εναλλακτικές σε σχέση με τις προτεινόμενες διαδικασίες συμπεριλαμβανομένου του αποτελέσματος της μη θεραπείας ...».

Η 11^η και η 13^η ενότητα απορρέουν από το δικαίωμα για διασφάλιση του ιατρικού απορρήτου, αλλά και από το δικαίωμα συναίνεσης και ενημέρωσης του ασθενούς, καθώς ρωτήθηκε αν κατά την διάρκεια της επισκέψεως του στο ιατρείο υπήρχαν μέσα τρίτα άτομα, εκτός του γιατρού. Εάν υπήρχαν, ο ασθενής ρωτήθηκε εκ νέου, αν ο γιατρός του εξήγησε τον ρόλο τους και αν ζητήθηκε η άδεια του, προκειμένου να παρεβρίσκονται αυτά στον χώρο του ιατρείου.

Παράλληλα, διερευνήθηκε και το πώς ένιωσε ο ασθενής που εξετάστηκε ή μίλησε ενώπιον τρίτων. Το έναυσμα για τις συγκεκριμένες ερωτήσεις ήταν η Συνθήκη του Άμστερνταμ «*Η συναίνεση του ασθενούς είναι προαπαιτούμενο για κάθε ιατρική παρέμβαση*» (άρθρο 3, παρ.1), «*Ιατρικές παρεμβάσεις μπορούν να γίνουν μόνο όταν επιδεικνύεται κατάλληλος σεβασμός στην ιδιωτικότητα του ατόμου. Αυτό σημαίνει ότι μια συγκεκριμένη παρέμβαση μπορεί να πραγματοποιηθεί μόνο παρουσία των ατόμων εκείνων που είναι απαραίτητα για την παρέμβαση, εκτός και αν ο ασθενής συναινεί ή απαιτεί κάτι άλλο*» (άρθρο 4, παρ.7), και ο νόμος 2071/92 «*... ο ασθενής έχει το δικαίωμα στο μέτρο και στις πραγματικές συνθήκες που είναι δυνατόν, προστασίας της ιδιωτικής του ζωής...*»

Το δικαίωμα στην εμπιστευτικότητα του ιατρού και στην διασφάλιση του ιατρικού απορρήτου υπήρξε η πηγή για την 12^η ενότητα «*Ο ασθενής έχει δικαίωμα να περιμένει από το γιατρό του το σεβασμό της εμπιστευτικής φύσης όλων των ιατρικών και προσωπικών πληροφοριών*», το οποίο και εμπεριέχεται στην Διακήρυξη της Παγκόσμιας Ιατρικής Εταιρίας στη Λισσαβόνα το 1981 για τα δικαιώματα του ασθενή.

Η 14^η ενότητα έχει ως πηγή έμπνευσης τη Συνθήκη του Άμστερνταμ (άρθρο 2 παρ.9), «*Οι ασθενείς πρέπει να έχουν την δυνατότητα να ζητούν και να λαβαίνουν μια γραπτή περίληψη για τη διάγνωση, θεραπεία και φροντίδα τους μετά την έξοδό τους από μια καθιερωμένη μονάδα υγείας*», καθώς οι ασθενείς ρωτήθηκαν αν λαμβάνουν αντίστοιχο έγγραφο και αν θα επιθυμούσαν να λαμβάνουν κάτι αντίστοιχο.

Οι θεματικές ενότητες 15 και 16, στις οποίες εξετάστηκε το κατά πόσο ο γιατρός προσφέρει υπηρεσίες πρόληψης στους ασθενείς του, προέρχονται από τη Συνθήκη του Άμστερνταμ (άρθρο 5, παρ.1) «...Καθένας έχει δικαίωμα να λαμβάνει τέτοια φροντίδα υγείας που να είναι κατάλληλη για τις ανάγκες της υγείας του, συμπεριλαμβανομένων και της προληπτικής φροντίδας και δραστηριοτήτων που στοχεύουν στην προαγωγή της υγείας ...»

Οι ενότητες 17 και 18, στηρίζονται στο Ν.2071/92 «...ο ασθενής έχει δικαίωμα της παροχής φροντίδας σ' αυτόν με τον οφειλόμενο σεβασμό στην ανθρώπινη αξιοπρέπεια του. Αυτή η φροντίδα περιλαμβάνει όχι μόνον την άσκηση της ιατρικής και της νοσηλευτικής αλλά και τις παραϊατρικές υπηρεσίες, την κατάλληλη διαμονή, την κατάλληλη μεταχείριση και την αποτελεσματική διοικητική και τεχνική εξυπηρέτηση...». Σε αυτές ο ασθενής ρωτήθηκε κατά πόσο ο χώρος του ιατρείου είναι καθαρός, αν υπάρχουν αρκετά καθίσματα για τον άρρωστο και τους συνοδούς του και κατά πόσο τον εξυπηρετεί το προσωπικό του Κέντρου Υγείας.

Η ενότητα 19 έχει αφετηρία της το επίσημο “ Patient’s Charter monitoring guide” του National Health System της Μ. Βρετανίας, στο οποίο αναφέρεται :“*being seen within 30 minutes of specific outpatient appointment time*”. Εδώ οι ασθενείς ρωτήθηκαν εάν περιμένουν πάνω από μισή ώρα τον γιατρό τους σε περίπτωση που έχουν ραντεβού μαζί τους.

Τέλος οι θεματικές ενότητες 20 και 21 πηγάζουν από την Διακήρυξη του Άμστερνταμ (άρθρο 3, παρ.1) «*Η συναίνεση του ασθενούς είναι προαπαιτούμενο για κάθε ιατρική παρέμβαση*» και από την Διακήρυξη της Παγκόσμιας Ιατρικής Εταιρίας στη Λισσαβόνα το 1981 «*Ο ασθενής έχει το δικαίωμα να δέχεται ή να αρνείται θεραπεία μετά τη λήψη κατάλληλων πληροφοριών*». Εδώ, ο ασθενής ρωτήθηκε αν ο γιατρός ζητά τη συναίνεσή του, προκειμένου να προχωρήσει σε οποιαδήποτε επέμβαση ή θεραπεία και επίσης αν ο ίδιος γνωρίζει πώς έχει το δικαίωμα να αρνηθεί θεραπεία που του προτείνει ο γιατρός.

Καθημερινώς ρωτούνταν ασθενείς που επισκέπτονταν συγκεκριμένο γιατρό και εξετάζονταν η εφαρμογή των δικαιωμάτων από τον συγκεκριμένο γιατρό, κατά την

διάρκεια της επίσκεψης του ασθενούς. Οι γιατροί που ερωτήθηκαν για τα δικαιώματα του ασθενούς, ερωτήθηκαν αφού προηγουμένως είχε ολοκληρωθεί η έρευνα στους ασθενείς.

β) Η αξιολόγηση της γνώμης των ασθενών για τον γενικό γιατρό και το Κέντρο Υγείας, πραγματοποιήθηκε μέσω της χρήσης του σταθμισμένο ερωτηματολογίου EUROPEP (*Παράρτημα III*), το οποίο έχει επισήμως μεταφραστεί και αποδοθεί στα Ελληνικά από την Κλινική Κοινωνικής και Οικογενειακής Ιατρικής του Τμήματος της Ιατρικής του Πανεπιστημίου της Κρήτης (*Αναστασίου και συν. 1996*). Η Ελληνική Έκδοση που χρησιμοποιήθηκε στην έρευνα, έχει επιδοκιμαστεί από την Ελληνική Εταιρία Γενικής Ιατρικής και είχε εγκριθεί για χρήση από το Π.Ε.Σ.Υ.Π Κρήτης και από το Π.Ε.Σ.Υ.Π Ηπείρου-Ιονίων Νήσων.

Το ερευνητικό εργαλείο EUROPEP (*Grol et al 2000*), σχεδιάστηκε με σκοπό να διευκολύνει τη σύγκριση στην φροντίδα υγείας που λαμβάνουν οι ασθενείς από τον προσωπικό τους γιατρό και τη Μονάδα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, σε διάφορες Ευρωπαϊκές Χώρες. Τέτοιου είδους συγκρίσεις μεταξύ των Χωρών με διαφορετικά συστήματα υγείας, συντελούν αξιολόγηση της ποιότητας και στην βελτίωση των συστημάτων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

Για τη στάθμιση του παραπάνω ερευνητικού εργαλείου, προηγήθηκε μια σειρά μελετών κατά τα έτη 1995-1999, σε περίπου 15 Ευρωπαϊκές Χώρες. Είναι συνεπώς σχεδιασμένο σε μια διεθνή βάση, λαμβάνοντας υπόψη του ιδιαιτερότητες και χαρακτηριστικά διαφορετικών χωρών, συστημάτων υγείας και πληθυσμιακών ομάδων. Αποτελείται από 23 ερωτήσεις και εξετάζει πολλές πτυχές της λαμβανόμενης φροντίδας υγείας στα πλαίσια της ΠΦΥ. Παράλληλα, συνιστά και μια σημαντική πηγή επανατροφοδότησης για τους γιατρούς και τους φορείς της πολιτικής εξουσίας, προκειμένου να βελτιώσουν στάσεις και συμπεριφορές και να οργανώσουν καλύτερα τις υπηρεσίες υγείας.

Αμφότερα τα ερωτηματολόγια (δικαιώματα ασθενούς-EUROPEP), συμπληρώθηκαν από την υπεύθυνη για την έρευνα και δεν ήταν αυτοσυμπληρούμενα από τους ασθενείς. Επιλέχτηκε η παραπάνω μέθοδος, καθώς οι ασθενείς ήταν συνήθως ηλικιωμένοι και χαμηλού μορφωτικού επιπέδου.

2.3.2 Εργαλείο αποτίμησης της γνώσης και της στάσης των γιατρών αναφορικά με τα «δικαιώματα του ασθενούς» (Παράρτημα ΙΙΙ)

Για την εκτίμηση της γνώσης, της στάσης και της συμπεριφοράς των γιατρών, αναφορικά με τα δικαιώματα του ασθενούς, κατασκευάστηκε ένα ερωτηματολόγιο 17 ερωτήσεων. Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο αποτελείται από 17 αποσπάσματα επίσημων νομικών κειμένων (Ν. 2071 ΦΕΚ 123/92 Άρθρο 47 «Τα δικαιώματα του νοσοκομειακού ασθενούς», Διακήρυξη για την Προαγωγή των Δικαιωμάτων των Ασθενών στην Ευρώπη/ Άμστερνταμ 1994, Διακήρυξη της Παγκόσμιας Ιατρικής Εταιρίας στη Λισσαβόνα το 1981 για τα Δικαιώματα του Ασθενή), που το καθένα περιγράφει και ορίζει συγκεκριμένο δικαίωμα του ασθενή. Οι γιατροί ρωτήθηκαν για το εάν γνωρίζουν, εφαρμόζουν στην πράξη και για το εάν συμφωνούν με το συγκεκριμένο δικαίωμα. Εάν δήλωναν ότι το γνώριζαν, ρωτούνταν για το που/σε ποιο νομικό κείμενο εμπεριέχεται η συγκεκριμένη δήλωση/δικαίωμα.

2.4 Ανάλυση των δεδομένων

Τα δεδομένα της παρούσης εργασίας αναλύθηκαν με ποιοτικές και ποσοτικές μεθόδους. Ο τρόπος διεξαγωγής της έρευνας και της συλλογής των δεδομένων, μέσω ερωτηματολογίου και ηχογραφημένης συνέντευξης επέτρεψαν τον συνδυασμό των παραπάνω μεθόδων ανάλυσης των δεδομένων. Οι ποσοτικές μεταβλητές της μελέτης αναλύθηκαν μέσω του στατιστικού πακέτου *SPSS 12.0 for Windows*. Στις ποιοτικές, που προέρχονται μέσω της ηχογραφημένης συνέντευξης, ακολουθήθηκε η παρακάτω διαδικασία:

Αρχικά, στην συνέντευξη χρησιμοποιήθηκε ένα μαγνητόφωνο και διασφαλίστηκε καλή ποιότητα ηχογράφησης. Μετά την ολοκλήρωση των συνεντεύξεων, ακολούθησε μεταγραφή αυτών (transcription). Στο κείμενο των μεταγραφημένων συνεντεύξεων έπειτα, αναζητήθηκαν και υπογραμμίστηκαν λέξεις και εκφράσεις «κλειδιά», ενώ σημειώνονταν στο περιθώριο τα θέματα και τα κοινά συναισθήματα που αναφύονταν (*Greenhalgh T, 1998*). Προέκυψαν λοιπόν έτσι, πολλά κοινά θέματα και ιδέες, τα οποία προοδευτικά άρχισαν να σχηματίζουν δέσμες ομοειδών μεγάλων θεμάτων. Χρησιμοποιήθηκε σε γενικές γραμμές το αφαιρετικό πλαίσιο που

αποτελείται από: (1) την εξοικίωση (2) την αναγνώριση θεματικών πλαισίων (3) την κωδικοποίηση των δεδομένων (4) την δημιουργία πινάκων και (5) την ερμηνεία των αποτελεσμάτων (Britten, 1995).

Ειδικότερα, τα δεδομένα επιλέχθηκαν να αναλυθούν ως εξής :

- ✓ Τα δεδομένα του EUROPEP αναλύθηκαν μέσω ποσοτικών μεθόδων
- ✓ Τα δεδομένα του ερωτηματολογίου των γιατρών μέσω ποσοτικών μεθόδων
- ✓ Τα δεδομένα του ερωτηματολογίου των ασθενών μέσω ποιοτικών και ποσοτικών μεθόδων και συγκεκριμένα

Τα αποτελέσματα από τις υπ. αριθμ. 1, 2, 4, 5, 7, 8, 10, 14, 15, 27, 28, 30, 32, 33 ερωτήσεις του ερωτηματολογίου των ασθενών, αναλύθηκαν μέσω ποσοτικών μεθόδων, ενώ μέσω ποσοτικών, αλλά και ποιοτικών μεθόδων αναλύθηκαν τα αποτελέσματα από τις υπ.αριθμ.3, 13, 20, 24, 25, 36, 37 ερωτήσεις.

Ειδικότερα, στην ανάλυση των απαντήσεων στην 11^η ερώτηση *«Κατά την διάρκεια της επίσκεψης σας, υπήρχαν άλλα άτομα στο ιατρείο εκτός από τον ιατρό;»* συνεκτιμήθηκαν και τα δεδομένα/παρατηρήσεις από το Check-list, καθώς πολλοί ασθενείς απαντούσαν ότι δεν υπήρχαν άλλα άτομα, ενώ όντως υπήρχαν . Προφανώς οι συγκεκριμένοι ασθενείς δεν θεωρούν τρίτα άτομα, το νοσηλευτικό προσωπικό ή τους συγγενείς που τους συνόδευαν εντός του ιατρείου. Για τον παραπάνω λόγο οι ασθενείς αυτοί ρωτήθηκαν πάλι αν υπήρχε νοσηλευτής μέσα ή ο συγγενής τους και τότε απαντούσαν θετικά.

Στην ανάλυση κάποιων ερωτήσεων, ένα ποσοστό απαντήσεων αναφέρονται ως missing. Σε αυτούς τους ασθενείς δεν υποβλήθησαν καθόλου οι συγκεκριμένες ερωτήσεις, καθώς είτε λόγω της ηλικίας και της γενικότερης κατάστασης τους, είτε εξαιτίας του γεγονότος ότι βιάζονταν να φύγουν καθώς δεν ένιωθαν καλά, τους έγιναν οι «βασικότερες» από κάθε ενότητα τους ερωτηματολογίου ερωτήσεις. Σε άλλες ερωτήσεις, δε δόθηκαν απαντήσεις, αφού ένας αριθμός ασθενών αποχώρησε από την συνέντευξη και δεν δέχθηκε να την ολοκληρώσει . Τέλος, κάποιες ερωτήσεις δεν ήταν εφαρμόσιμες σε κάποιους ασθενείς, είτε γιατί π.χ είχαν επισκεπτεί τον γιατρό για πρώτη φορά, είτε γιατί δεν είχαν λάβει ακόμα θεραπεία.

Στις απαντήσεις που χρησιμοποιήθηκε η πενταβάθμια κλίμακα Likert, πρέπει να ληφθεί υπόψη το γεγονός ότι πολλοί ασθενείς λόγω της ηλικίας τους και ίσως του χαμηλού μορφωτικού τους επιπέδου δεν μπορούσαν να καταλάβουν την κλίμακα και πολλοί που απαντούσαν πάρα πολύ, συνήθως εννοούσαν υπερβολικά. Άλλοι πάλι, επέμεναν και απαντούσαν μόνον Ναι ή Όχι, εννοώντας βέβαια υπερβολικά ή καθόλου.

Εξαιτίας της δυσκολίας στον διαχωρισμό των απαντήσεων των ηλικιωμένων ασθενών, όπου περιλαμβάνονταν η πενταβάθμια κλίμακα Likert, οι απαντήσεις των ασθενών που εντάσσονταν στις κατηγορίες Πάρα Πολύ, υπερβολικά και Ναι, θεωρήθηκαν ως θετικές απαντήσεις, αυτές που εντάσσονταν στις κατηγορίες λίγο, καθόλου και ΟΧΙ θεωρήθηκαν ως αρνητικές και αυτές που εντάσσονταν στην κατηγορία μέτρια, θεωρήθηκαν ως ουδέτερες απαντήσεις.

3. Αποτελέσματα της μελέτης

3.1 Εκτίμηση της γνώμης των ασθενών

(α) Γενικές ερωτήσεις -Δικαίωμα ασθενούς για ολοκληρωμένη ενημέρωση

Αρχικά ρωτήσαμε τους ασθενείς τον λόγο για τον οποίο επισκέπτηκαν τον γιατρό τους την συγκεκριμένη ημέρα. Η συχνότερη αιτία των επισκέψεων ήταν η συνταγογράφηση. Έπονται η εξέταση χρονίων περιπτώσεων (κυρίως η ρύθμιση και η παρακολούθηση του ζαχάρου, χοληστερίνης, αναπνευστικά προβλήματα), οι συμβουλές, ο εργαστηριακός έλεγχος και τα έκτακτα περιστατικά (Πίνακας 4).

Ρωτήσαμε τους 109 ασθενείς αν ο γιατρός που επισκέφθηκαν, ήταν αυτός που συνήθως επισκέπτονταν ή προτιμούσαν να τους εξετάσει. 50 συμμετέχοντες (45.9%) απάντησαν ότι ήταν ο προσωπικός τους γιατρός που προτιμούν και επιλέγουν να τους εξετάσει, ενώ 59 ασθενείς (54.1%) απάντησαν αρνητικά, τονίζοντας ότι έτυχε εκείνη την ημέρα να τους δει (Πίνακας 5).

Η ερώτηση αναφορικά με το αν γνωρίζει ο ασθενής το όνομα και την ειδικότητα του γιατρού που επισκέφθηκε αναλύθηκε από τις ηχογραφημένες συνεντεύξεις. Οι απαντήσεις των ασθενών κατατάχθηκαν σε 11 κατηγορίες (Πίνακας 6). Από τα 98 άτομα που ηχογραφήθηκαν, 34 άτομα δήλωσαν ότι δεν γνωρίζουν ούτε το όνομα, ούτε την ειδικότητα του γιατρού που επισκέφθηκαν, 23 γνώριζαν και απάντησαν μόνον το επίθετο του γιατρού, ενώ 6 ασθενείς ανέφεραν ότι ο γιατρός τους είναι παθολόγος.

Πίνακας 6. Γνώση ονόματος και της ειδικότητας του γιατρού από τους ασθενείς

	Ασθενείς n=98 Συχνότητα (%)
Όχι (Δεν γνωρίζω τίποτα)	34 (34.7)
Ναι (Τα γνωρίζω)	7 (7.1)
Δεν θυμάμαι	2 (2.0)
Όνομα	9 (9.2)
Επίθετο	23 (23.5)
Ονοματεπίθετο	11 (11.2)
Παθολόγος	6 (6.1)
Παθολόγος + Όνομα	1 (1.0)
Παθολόγος + Επίθετο	3 (3.1)
Παθολόγος + Ονοματεπίθετο	1 (1.0)
Γενικής Ιατρικής	1 (1.0)
Σύνολο	98

Ενδεικτικές δηλώσεις ασθενών, στην παραπάνω ερώτηση παρουσιάζονται στα Πλαίσια 1, 2, 3, 4 και 5.

Πλαίσιο 1. Δηλώσεις ασθενών που δεν γνώριζαν ούτε το όνομα ούτε την ειδικότητα του γιατρού

Καθόλου ...Όχι; Δεν το γνωρίζω. Έρχομαι εδώ και όποιος γιατρός είναι πάω και τα γράφω

Όχι, δεν το ξέρουμε τώρα, τον ξέρουμε απλά ότι είναι παλιός

Ε, την ειδικότητά του δεν την ξέρω καλά, αλλά ξέρω ότι είναι γιατρός καλός και καλός άνθρωπος...

Α, δεν το ρώτησα, Όχι, όχι

Πλαίσιο 2. Δηλώσεις ασθενών που απάντησαν το επίθετο του γιατρού

Εδώ που έφερα/πάει τον πατέρα μου λέγεται (επίθετο)

Ναι, τον λένε (επίθετο). Το όνομά του δεν το ξέρω

Ναι, (επίθετο), μα δεν ξέρω το άλλο

Αυτόν (επίθετο) τον ακούμε

Όπως τον ακούω εδώ, (επίθετο) τον ακούω

Πλαίσιο 3. Δηλώσεις ασθενών που απάντησαν παθολόγος

Όχι, παθολόγος είναι

Όχι, όχι δεν το ξέρω ...οι γιατροί που ερχόμαστε είναι παθολόγοι

Είναι παθολόγος

Ε, παθολόγος είναι...και το όνομά της...(όχι)

Παθολόγος πρέπει να' ναι ...δεν ξέρω

Το όνομα όχι, την ειδικότητα, ξέρω ότι είναι παθολόγος

Πλαίσιο 4. Δηλώσεις ασθενών που απάντησαν παθολόγος και όνομα

(επίθετο) ήτανε, αλλά την ειδικότητα του δεν την ξέρω, παθολόγος είναι δεν είναι δεν ξέρω

Ναι, ναι είναι παθολόγος. Ο κ.(επίθετο)

(επίθετο) και είναι παθολόγος

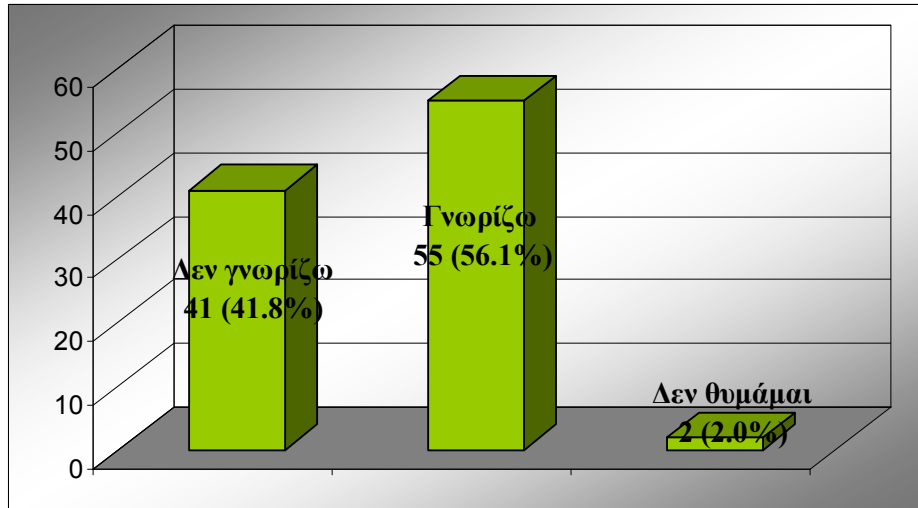
Είναι παθολόγος και τον λένε (όνομα)

Ναι, παθολόγος είναι... τώρα το όνομα του.. (ονοματεπίθετο) δεν είναι;

Πλαίσιο 3. Δήλωση ασθενούς που απάντησε ότι ο γιατρός είναι γενικής ιατρικής

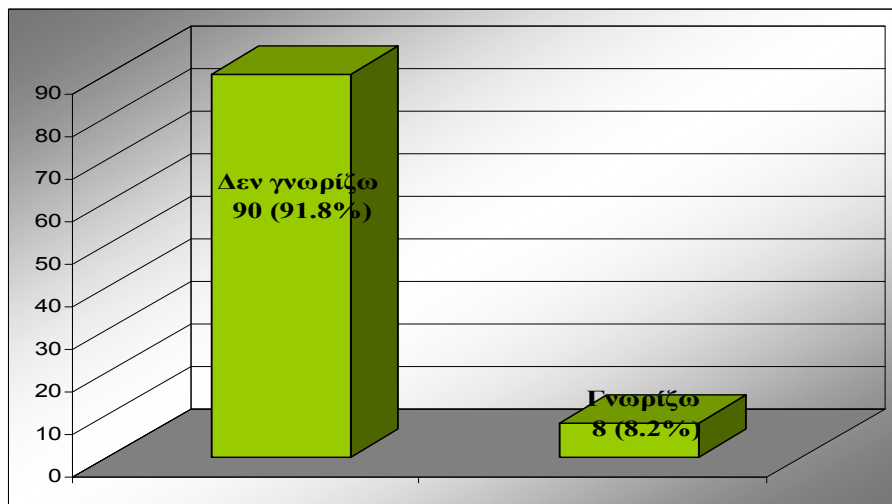
Ξέρω ότι είναι γενικής ιατρικής ...και κάνει τώρα το αγροτικό του

Εάν στις σωστές απαντήσεις αναφορικά με το ονοματεπίθετο του γιατρού, ενταχθούν και όσες αναφέρουν μόνον το όνομα ή το επίθετο αυτού, και στις λάθος αυτές που αναφέρουν μόνον την ειδικότητα του γιατρού, τότε όπως το (41.8%) των ασθενών, γνωρίζει το όνομα του γιατρού που επισκέφτηκε (Γράφημα 1).



Γράφημα 1. Γνώση ονόματος γιατρού.

Παράλληλα, εάν εφαρμοστούν τα ανάλογα για την ειδικότητα, δηλαδή στις λάθος απαντήσεις συμπεριληφθούν και όσοι απάντησαν «παθολόγος», τότε προκύπτει πώς μόνον το (8.2%) των ασθενών, γνωρίζει σωστά την ειδικότητα του γιατρού που επισκέπτεται (Γράφημα 2).



Γράφημα 2. Γνώση ειδικότητας γιατρού

Σημειώνεται ότι από τους 90 ασθενείς που δεν γνώριζαν την ειδικότητα του γιατρού που επισκέφτηκαν, οι 11 (12.2%) απάντησαν ότι ο γιατρός είναι παθολόγος.

Από τα 56 ασθενείς, που γνώριζαν το όνομα ή και την ειδικότητα του γιατρού τους, το (41.1%), ενημερώθηκε γι' αυτό από το Κέντρο Υγείας, το (21.4%) από γνωστούς, ενώ μόνον το (19.6%) των ασθενών, υποστήριξε ότι ενημερώθηκε από τον ίδιο τον γιατρό (Πίνακας 7).

Το ποσοστό των ασθενών που απουσιάζει από την ανάλυση (missing), δεν ρωτήθηκε, διότι κατά βάση οι συγκεκριμένοι ασθενείς απάντησαν μεν, το μικρό όνομα του γιατρού που επισκέπτηκαν, αλλά είτε δεν ήταν εντελώς σίγουροι για αυτό, είτε μόνον με την ομιλία τους έδειχναν αμφιβολία για αυτό που έλεγαν π.χ «*Να ρωτήσεις την ίδια...εδώ στο Α είναι, είναι Πόντια βέβαια, το όνομά της...*» Ενδεικτικές δηλώσεις ασθενών, παρουσιάζονται στο Πλαίσιο 6.

Πλαίσιο 6. Δηλώσεις ασθενών, αναφορικά με την πηγή ενημέρωσης τους για το όνομα και την ειδικότητα του γιατρού που επισκέπτηκαν

«*Από εδώ το 'μάθα, ναι από το κέντρο υγείας*»
 «*Όχι, με στείλανε εκεί... (δείχνει υποδοχή) Από το κέντρο υγείας δηλαδή;*
 - *Ναι από το κέντρο ...*»
 «*Μου το είπε η κοπέλα που μου έγραψε το χαρτάκι... Από το κέντρο υγείας, δηλαδή...-Ναι*»
 «*Από δω ...τυχαία*»
 «*Το όνομα του το γράφει σε αυτά που παίρνουμε μαζί...στις εξετάσεις*
 Από τον γιατρό δηλαδή; - *Ναι*»
 «*Όχι, ρώτησα πως τη λένε και λέγανε απ' όζω...και το έμαθα...*»
 «*Από γνωστούς, πιο πολύ από γνωστούς*»
 «*Όχι, όχι είμαστε γειτόνοι στο Ρέθυμνο, τα σπίτια μας είναι πολύ κοντά ..Από το γιατρό; Ναι*»

Στην ερώτηση, αν ο γιατρός τους ενημέρωσε με κάθε λεπτομέρεια για το πρόβλημα στην υγεία τους, το (70.6%) των ασθενών (77 άτομα) παρουσιάζεται ιδιαίτερος ικανοποιημένο από τον βαθμό της ενημέρωσής του από τον γιατρό, ενώ το (22.9%) (25 άτομα), απάντησε πώς ο γιατρός δεν το ενημέρωσε σχεδόν καθόλου. Παράλληλα, 7 ασθενείς (6.4%), υποστήριξαν πώς ενημερώθηκαν σε μέτριο επίπεδο από τον γιατρό (Πίνακας 8). Παράλληλα, δε βρέθηκε να σχετίζεται στατιστικά σημαντικά η προσωπική/οικογενειακή σχέση του γιατρού με τον ασθενή του και το επίπεδο της ενημέρωσης που δέχεται ο ασθενής ($p=0.797$). Ενδεικτικές δηλώσεις

ηχογραφημένων ασθενών, που προβάλλουν την έντονη ικανοποίησή τους, από το επίπεδο της ενημέρωσής τους, παρουσιάζονται στο Πλαίσιο 7.

Πλαίσιο 7. Δηλώσεις ασθενών που είναι ιδιαίτερος ικανοποιημένοι από την ενημέρωση του γιατρού

«Ναι, βέβαια, πολύ, πολύ καλά»
 «Για όλα, για όλα, για τα πάντα ήτανε πάρα πολύ καλός και συνεννοήσιμος»
 « Ναι, ναι πάρα πολύ μου είπε πολλά , πάρα πολλά πράγματα»
 «Ναι, πολύ, πολύ μα και πάντα...εγώ το ζάχαρο, είχα και πίεση που μου την έχει ρυθμίσει εδώ και ένα χρόνο»
 « Ναι, ναι, ναι πάρα πολύ»
 «Όχι, δεν μπορώ να σου ...αυτό το βήχα μου 'δωκε κορτιζόνη μια μικρή δόση για να με διευκολύνει ...μου 'κανε αυτό ένα δοκιμαστικό μήπως έχω λέει φυματίωση...θα φανεί λέει...μου λέει πέρασε την Πέμπτη για να μου πεις πώς πας με τα φάρμακα που μου 'γραψε είναι απ' τα καινούργια ...έχω πει πολλών λογιών...»

Σημειώνεται, ότι από τους 25 ασθενείς που απάντησαν ότι δεν τους ενημέρωσε ο γιατρός και από τους 7 που έδωσαν ουδέτερη απάντηση, οι 16 (50%) τον είχαν επισκεπτεί για φάρμακα ή για εργαστηριακές εξετάσεις, οι 8 (25%) για χρόνια νόσημα, οι 6 (18.8%) προκειμένου να τους κάνει αλλαγή, να τους κάνει κάποιο εμβόλιο ή για να τους πάρει την πίεση και 2 ασθενείς (6.25%) για την αντιμετώπιση έκτακτου περιστατικού. Η συσχέτιση μεταξύ της ενημέρωσης που έλαβαν οι ασθενείς από τον γιατρό και του λόγου της επίσκεψής τους, δεν ήταν στατιστικά σημαντική ($p=0.722$). Ενδεικτικές δηλώσεις ασθενών που υποστήριξαν πώς ο γιατρός δεν τους ενημέρωσε παρουσιάζονται στο Πλαίσιο 8.

Πλαίσιο 8. Δηλώσεις ασθενών που δεν ενημερώθηκαν από τον γιατρό

«Όχι, τίποτα. Του είπα να μου γράψει τα φάρμακα, την συνταγή του αγγειολόγου μόνον για το πόδι μου»
 «Όχι, όχι από την καρτέλα ότι είδε»
 «Εγώ τον ενημέρωσα περισσότερο για την υγεία μου»
 « Όχι, δεν είχα ανάγκη δεν της έκανα ερωτήσεις»
 « Όχι, μόνον μου έγραψε τα φάρμακα»
 «Εεε...μόνον τις εξετάσεις έγραψε και να πάω την Δευτέρα το πρωί για να μου πει»
 «Όχι, μου έκανε το εμβόλιο , γιατρός το διάταξε και μου το 'κανε εκεί ...»
 «Μόνον για τις εξετάσεις, άλλος γιατρός με... και...μου 'γραψε και την αντιβίωση»
 «Εεε...μου έκανε την αλλαγή, να ξαναπάω τη Δευτέρα στο νοσοκομείο...»
 «Μόνον έγραψε τα φάρμακα για τον άνδρα μου»

Έπειτα ρωτήσαμε τους ασθενείς αν ο γιατρός άκουσε με προσοχή τα όσα του είπαν αναφορικά με το πρόβλημα υγείας που αντιμετωπίζουν. Το (96.3%) των ασθενών (105 άτομα) απάντησε θετικά, ότι δηλαδή ο γιατρός άκουσε με προσοχή τα όσα του έλεγαν για το πρόβλημα στην υγεία τους, ενώ μόνον δύο ασθενείς (2) υποστήριξαν πως ο γιατρός δεν άκουσε με προσοχή. Παράλληλα, δύο (2) ασθενείς τόνισαν πως δεν υπήρχε ανάγκη ν' ακούσει...μόνον φάρμακα τους έγραψε και τίποτα άλλο (Πίνακας 9).

Στην ερώτηση «ο γιατρός σας μίλησε με απλά λόγια για το πρόβλημα στην υγεία σας και τι πρέπει να κάνετε για να το αντιμετωπίσετε, τον καταλάβατε;», το σύνολο των συμμετεχόντων ασθενών απάντησε θετικά. Οι γιατροί των Κέντρων Υγείας τους μιλούν απλά και κατανοητά, κατανοώντας την ηλικία τους και το χαμηλό μορφωτικό τους επίπεδο.

Αναφορικά με το δικαίωμα του ασθενούς σε μία σφαιρική ενημέρωση πάνω στο πρόβλημα της υγείας του, η οποία θα πρέπει να ενσωματώνει και την μετάδοση γνώσης για τις οικονομικές παραμέτρους της θεραπείας που θα ακολουθηθεί, ρωτήθηκαν οι συμμετέχοντες, εάν ο γιατρός τους ενημέρωσε για το πόσο θα κοστίσει η θεραπεία που θα ακολουθήσουν. 96 συμμετέχοντες (88.1%) απάντησαν ότι δεν ενημερώθηκαν, ενώ 8 συμμετέχοντες (7.3%) απάντησαν καταφατικά. Παράλληλα, 5 άτομα (4.6%), υποστήριξαν πως δεν δέχθηκαν θεραπεία από τον γιατρό (Πίνακας 10). Χαρακτηριστικές δηλώσεις, όπως αυτές προκύπτουν από την ηχογραφημένη συνέντευξη των ασθενών παρουσιάζονται στο Πλαίσιο 9.

Πλαίσιο 9. Δηλώσεις ασθενών στο αν τους ενημέρωσε ο γιατρός για τις οικονομικές παραμέτρους της θεραπείας τους.

- ✓ «Εμείς δεν πληρώνουμε για τα φάρμακα που θα πάρουμε - Δεν τον ρωτάμε κιόλας»
- ✓ «Εεεε...σε αυτό δεν ξέρει ο γιατρός»
- ✓ «Όχι, αυτό δεν το ξέρω.....Δεν έχουμε θεραπεία εμείς μόνον φάρμακα... (για τα φάρμακα) Όχι, μόνον τα έγραψε»
- ✓ «Για τα φάρμακα ξέρω εγώ για την συμμετοχή»
- ✓ «Δεν ξέρει ούτε και αυτός, όχι»
- ✓ «Δεν ξέρω, δεν πληρώνουμε τίποτα, στα φάρμακα πληρώνουμε το μισό είμαστε στον ΟΓΑ»
- ✓ «Όχι, δεν μου είπε τίποτα ...αυτό ίσως να το χορηγεί το βιβλιόριο ...δεν ξέρω»
- ✓ « Δε λέει τίποτα ο γιατρός , εμείς πληρώνουμε ένα 10 % μου φαίνεται...»
- ✓ «Όχι, δεν θα κάνω θεραπεία γιατί παίρνω φάρμακα»

Στην ερώτηση εάν ο γιατρός τους εξήγησε τα οφέλη, αλλά και τους κινδύνους από την θεραπεία που και θα ακολουθήσουν (εάν βέβαια υπήρχε θεραπεία), 41 συμμετέχοντες (41.8%) απάντησαν ότι ο γιατρός τους ενημέρωσε, 15 συμμετέχοντες (15.3%) ότι δεν τους ενημέρωσε καθόλου, ενώ 23 συμμετέχοντες (23.5%) υποστήριζαν πως ενημερώθηκαν μόνον για τα οφέλη της θεραπείας και όχι για τους τυχόν κινδύνους/παρενέργειες αυτής (Πίνακας 11). Το ποσοστό που απομένει, αντιστοιχεί σε περιπτώσεις ασθενών, οι οποίοι δεν είχαν δεχτεί θεραπεία από τον γιατρό. Στο Πλαίσιο 10 παρουσιάζονται ενδεικτικές δηλώσεις ασθενών, που ενημερώθηκαν για τα οφέλη και όχι για τους κινδύνους/παρενέργειες της θεραπείας.

Πλαίσιο 10. Δηλώσεις ασθενών που ενημερώθηκαν, μόνον για τα οφέλη της θεραπείας.

- *«Τυχόν κινδύνους δεν λέει αλλά εντάζει...»*
- *«Αυτά δεν μου τα είπε τις παρενέργειες, δεν ξέρω και τι μου έγραψε ασ πούμε»*
- *«Παρενέργειες δε μου 'πε ...μου 'δωσε ένα φάρμακο για την χοληστερίνη και μου 'πε να το πίνω ...σ 'ένα μήνα να ξανάρθω πάλι»*
- *«Όχι, όχι, γράφουν τα ίδια τα φάρμακα, έχουν φύλλο, οδηγίες και τα διαβάζω ...»*
- *« Όχι, αυτά τα γράφουν επάνω τα φάρμακα , άμα διαβάσεις με προσοχή τα βλέπεις, δεν είναι δηλαδή με το παραμικρό για τον γιατρό, άμα ψάξεις όμως και τα διαβάσεις έχουν τα στοιχεία και γράφουν τι ακριβώς μπορεί...να συμβεί»*
- *«Ναι για τα οφέλη, για τις παρενέργειες όχι - όχι, δεν...αλλά τα ξέρω μου τα έχει πει άλλες φορές, σήμερα δεν μου τα είπε...»*

Οι αιτίες της μη ενημέρωσης των ασθενών για τα οφέλη και για τους κινδύνους της θεραπείας που θα ακολουθήσουν, ταξινομήθηκαν ως παρακάτω: α) στην ύπαρξη χρόνιας θεραπείας/κατανάλωσης φαρμάκων (11 από τους 15 ασθενείς) β) στο γεγονός ότι γιατρός απλά τους έδωσε γενικές συμβουλές και δεν τους ανέφερε τίποτα άλλο(π.χ να προσέχουν..) γ) στο ότι η θεραπεία ήταν άλλου γιατρού και ο γιατρός του Κ.Υ απλά την έγραψε δ) στο ότι τα φάρμακα που έγραψε δεν προορίζονταν για το άτομο που τον επισκέφθηκε, αλλά για άλλον ασθενή. Χαρακτηριστικές δηλώσεις των ασθενών που εντάχθηκαν στις παραπάνω 4 θεματικές ενότητες παρουσιάζονται στο Πλαίσιο 11.

Πλαίσιο 11. Δηλώσεις ασθενών, για την αιτία που δεν τους ενημέρωσε ο γιατρός

- «Εεεε...όχι, αφού από παλιά τα παίρνω δεν είναι καινούργια»
- «Άλλες φορές, ναι ...τόρα επειδή τα έχουμε πάρει επανειλημμένως...»
- «Όχι, γιατί τα παίρνει χρόνια»
- «Όχι, κοίταξε να δεις εγώ τα ξέρω αυτά τώρα πολλά χρόνια τα πράγματα και δεν θέλω...δεν μου λέει τίποτα»
- «Ε...δεν μου εξήγησε, αυτά τα παίρνω και δεν έχω δει πρόβλημα τόσα χρόνια»
- «Εεεε...να μην στεναχωριέμαι εεεε... τίποτα άλλο»
- «Όχι, ξέρει γράφει το χαρτί. Με ρώτησε τι έχω και του είπα ότι με τρακάρανε και ότι έπαθα θρόμβωση στο πόδι και πήγα σε ιδιωτικό γιατρό, αγγειολόγο στα Χανιά»
- «όχι, του αντρούς μου είναι τα φάρμακα αυτά»

Στην ερώτηση αν ο γιατρός τους εξήγησε για ποιο λόγο θα πάρουν τα φάρμακα που τους έδωσε ή θα κάνουν τις εξετάσεις που τους υπέδειξε, (81.6%) από τους 98 συμμετέχοντες, υποστήριξαν ότι τους εξήγησε, ενώ 12 συμμετέχοντες (12.2%) απάντησαν αρνητικά (Πίνακας 12). Η συσχέτιση της παραπάνω κατανόησης των ασθενών και του λόγου της επίσκεψης τους στον γιατρό, δεν βρέθηκε να είναι στατιστικά σημαντική ($p=0.442$).

Ακόμα, 90 συμμετέχοντες (91.8%) απάντησαν πώς κατάλαβαν τις συνέπειες στην υγεία τους εάν δεν ακολουθήσουν τις οδηγίες που τους πρότεινε ο γιατρός για την αντιμετώπιση του προβλήματος τους, ενώ μόνον (1) ένας συμμετέχων απάντησε αρνητικά (Πίνακας 13).

(β) Δικαίωμα ασθενούς για ιδιωτικότητα

Στην ερώτηση, εάν κατά τη διάρκεια της επίσκεψης στον γιατρό υπήρχαν άλλα άτομα εκτός από τον ασθενή, 43 ασθενείς (43.9%) απάντησαν καταφατικά και 52 (53.0%) ότι ήταν μόνοι τους (Πίνακας 14). Τρεις (3) συμμετέχοντες που φαίνονται ως μη απαντήσαντες, δε ρωτήθηκαν, καθώς αποχώρησαν από το Κ.Υ, χωρίς να απαντήσουν σε όλες τις ερωτήσεις. Ισχυρή στατιστική συσχέτιση βρέθηκε μεταξύ της ιδιότητας του γιατρού ως προσωπικού ή μη και της παρουσίας τρίτων ατόμων στο ιατρείο, κατά την διάρκεια της εξέτασης του ασθενούς ($p=0.005$).

Από τους 52 συμμετέχοντες που απάντησαν ότι δεν υπήρχε άλλο άτομο στο ιατρείο πλην του γιατρού, σε 22 περιπτώσεις διαπιστώθηκε το αντίθετο με βάση την καταγραφή, μέσω της παθητικής παρατήρησης και της λίστας ελέγχου (check- list).

Τα άτομα που ήταν μέσα στο ιατρείο εκτός από τον ασθενή, στις 9 περιπτώσεις ήταν νοσηλευτικό προσωπικό ή φοιτητές ιατρικής, στις 11 συγγενής και στις 2 και οι παραπάνω δύο κατηγορίες ατόμων, δηλ. φοιτητής ή νοσηλευτής + συγγενής. Προφανώς οι ασθενείς τους συγγενείς τους και τους παρέχοντες νοσηλευτικές και ιατρικές υπηρεσίες δεν τους θεωρούν ως «τρίτα άτομα». Συνολικά, από τις 65 περιπτώσεις που διαπιστώθηκε κατά την διάρκεια της επίσκεψης του ασθενούς στο ιατρείο παρουσία άλλου προσώπου, αυτή ήταν σε 32 περιπτώσεις (49.2%) νοσηλευτικό προσωπικό (Πίνακας 15). Εξαιρουμένων των περιπτώσεων των ασθενών που στο ιατρείο εισήλθαν με κάποιο συγγενή τους, οι λοιποί ρωτήθηκαν αν ο γιατρός τους εξήγησε τον ρόλο/ιδιότητα του τρίτου ατόμου μέσα στο ιατρείο. Μόνον ένας (1) ασθενής απάντησε θετικά - «Ναι, είπε από εδώ είναι αυτή, από εδώ είναι αυτός ο γιατρός ...ο άλλος είναι...»-.

Στην ερώτηση αν ο γιατρός ζήτησε την άδειά τους, προκειμένου να παρεβρεθή και τρίτο άτομο (πλην συγγενούς) μέσα στο ιατρείο, μόνον ένας (1) συμμετέχων απάντησε θετικά, ενώ στην ερώτηση πώς ένιωσαν που ήταν παρόν και το τρίτο αυτό πρόσωπο, οι απαντήσεις κατατάχθηκαν σε 5 θεματικές ενότητες (Πίνακας 16): σε αυτούς που υποστήριξαν απλά ότι δεν τους πείραξε (40.4%), σε αυτούς που ένιωσαν ευχαρίστηση καθώς ο νοσηλευτής ή ο φοιτητής τους βοήθησε κατά την εξέτασή τους (27.7%), στους ασθενείς που δήλωσαν ότι δεν τους νοιάζει όποιος και να είναι μέσα (6.4%), σε αυτούς που τόνισαν ότι το τρίτο άτομο το γνωρίζουν, τους είναι οικείο και για αυτό δεν ενοχλήθηκαν (10.6%) και στους ασθενείς που απάντησαν ότι τους πειράζει μόνον αν παρεβρίσκονται άλλοι ασθενείς μέσα και όχι προσωπικό των Κ.Υ (4.3%).

Στο Πλαίσιο 12 παρουσιάζονται ενδεικτικές δηλώσεις ασθενών στην ερώτηση πώς ένιωσαν που ήταν και τρίτο πρόσωπο μέσα στο ιατρείο, κατά την διάρκεια της επίσκεψης τους στον γιατρό.

Πλαίσιο 12. Δηλώσεις ασθενών στην ερώτηση πώς ένιωσαν που ήταν το τρίτο άτομο μέσα στο ιατρείο, κατά την διάρκεια της επίσκεψης τους στον γιατρό

Ευχαρίστηση/εξυπηρέτηση

- «Όχι, πολύ με προσέζανε πολύ, πολύ με προσέζανε»
- «Αυτή μου το 'κανε, πώς να έχω πρόβλημα; Αυτή μου το 'κανε το εμβόλιο ...δεύτερη γιατρός ήταν, δεν ξέρω...»
- «Δεν με πείραξε καθόλου, ευχαρίστηση»
- «Ομαλά, Δόξα τω θεό που ήταν, ευχαρίστηση»
- «Όσοοχι, καλή κοπέλα είναι, πολύ καλή»

Μόνον τρίτοι με πειράζουν

- «Όχι, όταν είναι άλλοι ασθενείς μέσα έχω πρόβλημα»
- «Όχι, κανένα, δεν έχω πρόβλημα άπαξ και είναι του κλάδου»

Αδιαφορία

- «Όχι, δεν με νοιάζει εμένα»

Γνωστός

- «Όχι, κανένα πρόβλημα, την ξέρω εγώ, οι πιο πολλοί είναι γνωστοί εδώ...»
- «Όχι, όχι και το καρδιογράφημα ο(όνομα) μου το έκανε»

Ο γιατρός ενημέρωσε τους συγγενείς για το πρόβλημα της υγείας που αντιμετώπιζε ο ασθενής, σε όλες τις περιπτώσεις των ασθενών που εισήλθαν στο ιατρείο με κάποιον συγγενή τους, ενώ μόνον από έναν (1) συμμετέχοντα ζήτησε την άδεια του, προκειμένου να παραβρίσκεται μέσα στο ιατρείο ο συγγενής του.

Στην ερώτηση πώς ένιωσαν οι ασθενείς που εξετάστηκαν παρουσία των συγγενών τους, το (70%) απάντησε απλά ότι δεν τους πείραξε, ενώ το (30%) τόνισε πώς ένιωσε ιδιαίτερη ευχαρίστηση που παρεβρίσκονταν μέσα στο ιατρείο ο συγγενής τους. Σε ορισμένους μάλιστα ασθενείς, οι παραπάνω ερωτήσεις τους προκάλεσαν γέλιο και έκπληξη. Το θεώρησαν παράξενο ότι ερωτούνταν για τέτοια πράγματα. Χαρακτηριστικές δηλώσεις ασθενών που ένιωσαν ευχαρίστηση, παρουσιάζονται στο Πλαίσιο 13.

Πλαίσιο 13. Δηλώσεις ασθενών που εξετάστηκαν παρουσία των συγγενών τους

- ✓ «Όχι, αλλοίμονο, δεν έχουμε μυστικά με τον άντρα μου»
- ✓ «Όχι καθόλου, καθόλου... ίσα ίσα που ήθελα να ακούει και η ίδια»
- ✓ «Όχι, ευχάριστα, ευχάριστα»
- ✓ «Όχι και γιατί όχι; (Κοίτα τί παρατηρήσεις κάνει ...)»
- ✓ «Όχι, όχι (γέλια- παράξενο!!!!)»
- ✓ «Όχι, όχι, εγώ ήθελα να είναι μέσα, γιατί καμιά φορά ξεχνάω και ...ναι»

Στην ερώτηση αν εμπιστεύεστε τον γιατρό σας αναφορικά με το απόρρητο του προβλήματος σας, δηλαδή μην το διαδώσει σε τρίτους, η πλειοψηφία των συμμετεχόντων 73 άτομα (74.5%) απάντησε θετικά, ενώ 11 άτομα (11.2%) απάντησαν ότι δεν τους ενδιαφέρει αν ο γιατρός το διαδώσει το πρόβλημα τους ή όχι (Πίνακας 17). Παράλληλα, η συσχέτιση μεταξύ της ιδιότητας του γιατρού ως προσωπικού ή μη και της εμπιστοσύνης του ασθενούς προς το πρόσωπό του δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική ($p=0.451$). Χαρακτηριστικές εκφράσεις ασθενών που εμπιστεύονται τον γιατρό, παρουσιάζονται στο Πλαίσιο 14.

Πλαίσιο 14. Δηλώσεις συμμετεχόντων που εμπιστεύονται την εχεμύθεια του γιατρού τους

- «... Μάλιστα, είπαμε πρώτα τον Θεό και μετά τον ιατρό»
- «Ε, ναι την εμπιστεύομαι, ε πάμε και στο Ηράκλειο, στο καρδιολόγο και μας παρακολουθούνε και έχουμε συνεννόηση»
- «Ναι τον εμπιστεύομαι, όχι έχει πάρει τα στοιχεία μου τώρα εδώ και 4 χρόνια, που έρχομαι εδώ»
- «Την εμπιστεύομαι, εγώ παιδί μου την εμπιστεύομαι ...ούτε συγγενής μου είναι, ούτε φίλη μου είναι, αλλά την εμπιστεύομαι»
- «Βεβαίως, άμα δεν μου ενέπνεε δεν θα πήγαινα»
- «Τον εμπιστεύομαι, τον γιατρό και παπά που λέει τον εμπιστεύεσαι»

Χαρακτηριστικές δηλώσεις συμμετεχόντων που αδιαφορούν για την εχεμύθεια του γιατρού, παρουσιάζονται στο Πλαίσιο 15 που ακολουθεί.

Πλαίσιο 15. Δηλώσεις ασθενών αδιαφορούν για την εχεμύθεια του γιατρού

- ✓ «Και να το πει, ίντα πάθω εγώ; Δεν με πειράζει εμένα παιδί μου»
- ✓ «Ναι, δεν χρειάζεται, εγώ το λέω ...τα προβλήματα μου τα λέω εγώ, δεν τα κρατάω μυστικά»
- ✓ «Και άμα το πει, τι;»
- ✓ «Γιατί να μην το πεί; Δεν έχω πρόβλημα εγώ...»
- ✓ «Όχι, δεν έχω τέτοιο πρόβλημα εγώ...δε με νοιάζει και να το πει και να μην το πει, αλλά πρέπει να έχει κανείς εμπιστοσύνη...»

(γ) Δικαίωμα ασθενούς για συναίνεση

Στην ερώτηση αν ο γιατρός ζητά τη συναίνεσή των ασθενών προκειμένου να υποβληθούν αυτοί σε κάποια εξέταση/επέμβαση, 45 συμμετέχοντες (45.9%) απάντησαν ότι ο γιατρός το συζητά μαζί τους και δεν αποφασίζει μόνος του, ενώ 33 άτομα (33.7%) υποστήριξαν πως ο γιατρός κάνει ό, τι θέλει μόνος του. Σε 10 συμμετέχοντες (10.2%) δεν είχε τύχει κάτι τέτοιο, καθώς η πλειοψηφία τους επισκεπτόταν τον γιατρό για πρώτη φορά (Πίνακας 18). Ενδεικτικές δηλώσεις ασθενών παρουσιάζονται στο Πλαίσιο 17.

Πλαίσιο 17. Ενδεικτικές δηλώσεις ασθενών στο ζήτημα της συναίνεσης τους.

- «Με ρωτάει, θέλεις να κάνεις αυτές τις εξετάσεις; Και τις κάνω, ναι τη ζητάει την άδεια μου»
- «Δεν μου έχει ζητηθεί κάτι τέτοιο και δεν ξέρω να απαντήσω, πάντα του ζητάω εγώ τι θέλω να κάνω»
- «Όχι, ότι πει ο γιατρός»
- «Όχι, εμείς συμφωνούμε, συμφωνούμε»
- «Τι να μας ερωτήσει, λες και ξέρουμε εμείς; Αυτός ξέρει, αυτός κανονίζει τη δουλειά του»
- « Όχι, μου λέει αυτός πρέπει να κάνεις γενικές εξετάσεις και εγώ τις κάμω»
- «Μας ρωτάει αν συμφωνούμε, ναι το συζητούμε ...μου λέει αυτό πρέπει να κάνεις και το κάνω»
- «Ναι, το συζητάμε, μας λέει παιδί μου θα πάρεις τη τάδε ημέρα αίμα...θέλεις ; είσαι λεύθερος... ναι»
- «Όχι, μόνον λέει χρειάζεται αυτό να γίνει ...το θέλετε; και γίνεται»
- «Μόνη της, μόνη της μου λέει ας πούμε ότι αυτό θα κάμεις, αυτό, αυτό»

(δ) Δικαίωμα ασθενούς για ολοκληρωμένη φροντίδα

Στην μελέτη οι ασθενείς ρωτήθηκαν αν ο γιατρός ή το κέντρο υγείας, μετά την επίσκεψή τους, τους δίδουν μια γραπτή περίληψη που να αναφέρει από τι πάσχουν, την διάγνωση του γιατρού, καθώς και την θεραπεία που πρέπει να ακολουθήσουν. 74 συμμετέχοντες (75.5%) των απάντησαν αρνητικά και 10 συμμετέχοντες (10.2%) θετικά (Πίνακας 19).

Ρωτήθηκαν όσοι απάντησαν αρνητικά, εάν θα επιθυμούσαν να λαμβάνουν κάτι αντίστοιχο. Από αυτούς, 39 συμμετέχοντες (52.7%) απάντησαν ότι δεν θα το επιθυμούσαν, 21 συμμετέχοντες (28.4%) ότι θα ήθελαν να λαμβάνουν κάτι τέτοιο (Πίνακας 20). Μέσω των συνεντεύξεων εντοπίσαμε και διακρίναμε αιτιολογίες για τους λόγους που οι ασθενείς δεν επιθυμούσαν να λαμβάνουν την γραπτή περίληψη (Πίνακας 21).

Πίνακας 21. Αιτίες που οι ασθενείς δεν επιθυμούν να λαμβάνουν γραπτή περίληψη

	Ασθενείς n=39 Συχνότητα (%)
Άγνοια	2 (5.1)
Ικανοποίηση με φάκελο/συνταγή	11 (28.2)
Ανικανότητα διαβάσματος	1 (2.6)
Ιδία γνώση/ Χρόνια νοσήματα	5 (12.8)
Εμπιστοσύνη στην προφορική ομιλία με γιατρό	10 (25.6)
Αδιαφορία	6 (15.4)
Ικανοποίηση με το υπάρχον σύστημα	4 (10.3)
Σύνολο	39

Χαρακτηριστικές δηλώσεις ασθενών, που υπάγονται στις παραπάνω θεματικές ενότητες παρουσιάζονται στο Πλαίσιο 16.

Πλαίσιο 16. Δηλώσεις ασθενών που δεν επιθυμούν να λαμβάνουν γραπτή περίληψη, μετά την αποχώρησή τους από το Κ.Υ.

Άγνοια

- «Και τι να το κάνω;»
- «Εεεε...ξέρω 'γω, τι είναι σωστό, ότι είναι σωστό...»

Ικανοποίηση με φάκελο/συνταγή

- «Όχι, δεν μου χρειάζεται. Μου δίνει την συνταγή να πάρω φάρμακα και μόνον αυτό»
- «Τι έγγραφο; Δεν μπορώ να το καταλάβω...εξήγησε το μου ...()Εφόσον έχουμε βιβλιάρια υγείας και μας τα γράφει και τα παίρνουμε και ο φαρμακοποιός μας γράφει δυο φορές την ημέρα να το παίρνεις ...»
- «Αφού τα γράφει όλα μέσα (δείχνει βιβλιάριο)...Παναγία μου, όλα»
- «Ε, τι να παίρνω, τι να το κάνω...αφού μου δίνει τη συνταγή, να πάω από το φαρμακείο να πάρω...»

Ίδια Γνώση/Χρόνιες Θεραπείες

- «Μπα, δε νομίζω γιατί γνωρίζω το πρόβλημά μου, οπότε δεν είναι απαραίτητο»
- «Όχι, τί να το κάνω ...έχω στο σπίτι ένα σωρό, εφόσον παίρνω τα ίδια φάρμακα»
- « Και τι να το κάνω, αφού ξέρω τι έχω, της οστεοπόρωσης τώρα τόσα χρόνια, της πίεσης τα ίδια

Εμπιστοσύνη στον γιατρό

- «Να το κάμω τι; Εγώ έχω εμπιστοσύνη στο γιατρό και εμπιστοσύνη στο φαρμακείο ...έχω δηλαδή εμπιστοσύνη και στο γιατρό και στο φαρμακείο»
- «Δεν με ενδιαφέρει, γιατί του έχω τόση εμπιστοσύνη»

Αδιαφορία

- «Άμα μου το δίνουν θα το πάρω »
- «Δεν έχω πρόβλημα, άμα είναι να μου το δώσουνε...»

Ικανοποίηση με το υπάρχον σύστημα

- «Όχι, όχι παιδί μου εμείς είμαστε συνηθισμένοι, άμα πάμε στο νοσοκομείο παίρνουμε... ένα άλλο»
- «Δεν μας το δίνουν, ξέρω εγώ ...αυτό προς το παρόν δεν είναι απαραίτητο...»

Στην ερώτηση εάν ο γιατρός περιορίστηκε μόνον στον λόγο που ο ασθενής τον επισκέφτηκε ή ρώτησε γενικά για την υγεία του, τα αποτελέσματα δείχνουν (Πίνακας 22) ότι κατά πλειοψηφία οι γιατροί περιορίζονταν στον λόγο της επίσκεψης (54.1% των ασθενών). Στατιστικά σημαντική είναι η συσχέτιση της επίσκεψης του ασθενούς, για συνταγογράφηση και εργαστηριακό έλεγχο και της επίσκεψης για άλλες αιτίες με το αν ο γιατρός περιορίστηκε ή ρώτησε γενικότερα για το πρόβλημα της υγείας του ασθενούς ($p= 0.012$).

Στην ερώτηση εάν ο γιατρός γράφει προληπτικές εξετάσεις, εάν του το ζητήσουν, 91 συμμετέχοντες (83.5%) απάντησαν ότι το δέχεται ανεπιφύλακτα, ενώ μόλις 18 συμμετέχοντες (16.5%) τόνισαν ότι δεν το γνωρίζουν, καθώς είτε δεν του είχαν ζητήσει οι ίδιοι, είτε τον έβλεπαν για πρώτη φορά (Πίνακας 23).

Στην ερώτηση αν το προσωπικό στο Κ.Υ είναι ευγενικό και πρόθυμο να τους εξυπηρετήσει, 104 συμμετέχοντες (95.4%) έδειξαν ιδιαίτερος ικανοποιημένοι από το προσωπικό, ενώ μόλις 2 άτομα ήσαν δυσαρεστημένα (Γράφημα 3).

Τα ίδια περίπου αποτελέσματα συναντάμε και στην ερώτηση εάν ο χώρος του ιατρείου ήταν καθαρός και περιποιημένος, καθώς 98 ασθενείς (89.9%) απάντησαν θετικά, ενώ μόνον 6 (5.5%) θεώρησαν ότι ήταν μέτρια καθαρός (Πίνακας 24). Παράλληλα, το 84.4% των ασθενών απάντησε ότι στον χώρο του ιατρείου, υπήρχαν αρκετές καρέκλες για να καθήσει ο άρρωστος και οι συνοδοί του, ενώ μόλις το 11 % έδωσε αρνητικές απαντήσεις (Πίνακας 25).

Στην ερώτηση εάν γνωρίζουν πώς έχουν το δικαίωμα να αρνηθούν θεραπεία που τους προτείνει ο γιατρός, 44 συμμετέχοντες (44.9%) απάντησαν πώς δεν το γνωρίζουν και 45 συμμετέχοντες (45.9%) ότι το γνωρίζουν (Πίνακας 26). Ωστόσο, 9 συμμετέχοντες (9.2%) δήλωσαν, πώς ναι μεν γνωρίζουν πώς έχουν το δικαίωμα, αλλά δεν το λένε ποτέ (Πλαίσιο 18).

Πλαίσιο 18. Δηλώσεις ασθενών, που απάντησαν ότι μπορούν να αρνηθούν θεραπεία που τους προτείνει ο γιατρός, αλλά δεν το κάνουν.

- “Το έχω το δικαίωμα και το ξέρω, αλλά μου λέει ο γιατρός θα παίρνεις αυτές τις εισπνοές, θα παίρνεις αυτό το χαπάκι, εγώ δεν το παίρνω; ε, όχι ...αλλοίμονο”
- “Ναι, δεν το κάνεις όμως, γιατί αφού το λέει ο γιατρός πρέπει να το κάμεις ...”
- “Ναι αλλά συνήθως κάνω ότι μου πει, τότε γιατί ερχόμαστε;”
- “Ναι, άμα δεν έχεις εμπιστοσύνη στον γιατρό θα του το πεις, άμα έχεις τόση πολλή πίστη όπως εγώ δεν μπορώ να...”
- “Ναι, το ξέρω ότι έχω αυτό το δικαίωμα, αλλά εγώ φοβάμαι και θα κάνω ότι μου πει ο γιατρός”
- “Όχι, γιατί να της πεις όχι, για να στο πει ο γιατρός σημαίνει πως έχεις ανάγκη αυτές τις εξετάσεις γιατί να της πεις όχι; Άμα του έχεις του ανθρώπου εμπιστοσύνη...Ναι, το ξέρω αλλά γιατί να το πω, δεν μπορώ...”

Στο πλαίσιο 19, παρουσιάζονται ενδεικτικές απαντήσεις ασθενών, που για διάφορους λόγους δεν αρνούνται ποτέ θεραπεία που τους προτείνει ο γιατρός.

Πλαίσιο 19. Απαντήσεις ασθενών που δεν αρνούνται ποτέ θεραπεία που τους προτείνει ο γιατρός

Εμπιστοσύνη στον γιατρό

- «Όχι, δεν μπορώ να του το πω εγώ...εφόσον είναι γιατρός, έχω εμπιστοσύνη στον γιατρό»
- «Εγώ καμάρι μου ότι μου λέει ο γιατρός κάνω, εμπιστεύομαι τον γιατρό γιατί ...»

Υπακοή - Προσταγή

- «Όχι, ότι μου πει ο γιατρός θα το κάνω»
- «Ε να μα εφόσον έρχομαι στο γιατρό, ότι μου λέει πρέπει να το κάνω...»
- «Δεν το λέω ποτέ, λέω ότι πει ο γιατρός αυτό είναι, εγώ δεν ξέρω τίποτα, ότι πει ο γιατρός»
- «Μα γιατί πάω στο γιατρό αν δεν κάνω ότι μου λέει;»
- «Εεε...μα δεν μπορώ, αφού μου τα 'γραψε να μην τα πάρω;»
- «Αμα ερχόμαστε στο γιατρό, πώς το έχουμε το δικαίωμα, όμως ...ερχόμαστε να τον ακούσουμε»

Εκλογίκευση

- «Ίντα 'ρχεσαι να κάνεις στο γιατρό τότε; Αμα τ' αρνηθείς ίντα 'ρχεσαι να κάνεις...για να τον δεις;»
- «Ένα που ξέρω εγώ είναι ότι πας στο γιατρό, για να καλύτερέψεις στην υγεία σου ...άμα είναι να ξέρω εγώ ίντα φάρμακα θα πάρω γιατί θα πάω εγώ στο γιατρό;»
- «Είμαι τρελή; Αμα είμαι τρελή δεν τους πιστεύω...έτσι είναι αφού πάει για το καλό μου και να μου πει το φάρμακο και να μην το πάρω πάει να πει πώς δεν είμαι καλά»
- «Ότι μας συμβουλέψει αυτός, διότι αυτός ξέρει περισσότερα πράγματα από εμάς, έτσι;»
- «Όχι, με συγχωρείς πάρα πολύ ...ένας άνθρωπος που είναι χειραφετημένος δεν μπορεί να το πει αυτό ...δεν μπορείς να πεις δεν παίρνω τα φάρμακα γιατί θα μου χαλάσουν το στομάχι ...μπορείς όμως στην πορεία που θα πάρεις το χάπι και θα δεις τις αντιδράσεις και δεν θα 'ναι ο γιατρός κοντά σου και δεν μπορούμε να πούμε ο γιατρός φταίει, να διαβάσεις πρώτα τις παρενέργειες να δεις τι γίνεται και άμα δεις να το κόψεις από μόνη σου και εν συνεχεία να συμβουλευτείς τον γιατρό»

(ε) Αξιολόγηση γενικού γιατρού και Κέντρου Υγείας

Οι ασθενείς αξιολόγησαν τις υπηρεσίες που λαμβάνουν από τον προσωπικό τους γιατρό και το Κέντρο Υγείας στο οποίο συνήθως απευθύνονται, στα περισσότερα ζητήματα που διερευνά το EUROPEP με άριστα. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται ανά ερώτηση και ανά συχνότητες στον Πίνακα 27.

Πίνακας 27. Αποτελέσματα διερεύνησης της γνώμης των ασθενών για τον γενικό γιατρό και το Κ.Υ (αναλυτικά οι ερωτήσεις στο παράρτημα ΙΙ):

n=84	Κακή n(%)					Αριστη n(%)	
	Ερωτήσεις	1	2	3	4	5	ΜΕ/ΜΣ*
1	-	-	3(3.6)	7(8.3)	74(88.1)	-	
2	-	-	-	5(6.0)	79(94.0)	-	
3	-	-	-	4(4.8)	80(95.2)	-	
4	-	-	3 (3.6)	9(10.7)	72(85.7)	-	
5	-	-	-	2(2.4)	81(96.4)	1(1.2)	
6	-	-	-	5(6.-)	70(83.3)	9(10.7)	
7	-	-	2(2.4)	6(7.1)	68(81.0)	8(9.5)	
8	-	-	3(3.6)	9(10.7)	63(75.0)	9(10.7)	
9	-	-	-	2(2.4)	82(97.6)	-	
10	-	-	-	3(3.6)	75(89.3)	6 (7.1)	
11	-	-	-	1(1.2)	79(94.0)	4(4.8)	
12	-	1(1.2)	3(3.6)	4(4.8)	73(86.9)	3(3.6)	
13	-	-	4(4.8)	5(6.0)	73(86.9)	2(2.4)	
14	-	-	2(2.4)	6 (7.1)	72(85.7)	4(4.8)	
15	-	-	1(1.2)	6(7.1)	75(89.3)	2(2.4)	
16	5(6.0)	2(2.4)	-	-	77(91.7)	-	
17	-	-	1(1.2)	6(7.1)	53(63.1)	24(28.6)	
18	-	-	1(1.2)	3(3.6)	80(95.2)	-	
19	-	-	-	-	43(51.2)	41(48.8)	
20	-	-	1(1.2)	2(2.4)	23(27.4)	58(69.0)	
21	-	-	-	4(4.8)	44(52.4)	36(42.6)	
22	-	11(13.1)	22(26.2)	33(39.3)	14(16.7)	4(4.8)	
23	-	-	-	3(3.6)	76(90.5)	5(6.0)	
24	-	-	4 (4.8)	7(8.3)	73(86.9)	-	
25	-	-	9 (10.7)	10(11.9)	65(77.4)	-	

ΜΕ/ΜΣ*= Μη Εφαρμόσιμο, Μη Σχετικό

3.2 Εκτίμηση της γνώμης των γιατρών

Το σύνολο των γιατρών που συμμετείχε στην έρευνα για τα δικαιώματα του ασθενούς, απάντησε ότι εφαρμόζει, γνωρίζει και συμφωνεί με τα υπ. αριθμ. 1, 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15 δικαιώματα (συνολικά 13 από τα 17).

Εξαιρέση αποτέλεσαν τα δικαιώματα υπ. αριθμ. 5, 7, 16 και 17, τα οποία αναφέρονταν: στο δικαίωμα του ασθενούς για πληροφόρηση αναφορικά με την ταυτότητα και την επαγγελματική κατάσταση των ατόμων που του παρέχουν υπηρεσίες υγείας, στο δικαίωμα συναίνεσης του, στο δικαίωμα του ασθενούς για τον οποίο δεν υπάρχουν πλέον ιατρικοί λόγοι για την παραμονή τους σε μια φροντίδα υγείας, να ζητήσει μια πλήρη εξήγηση πριν μεταφερθεί σε άλλη μονάδα ή σταλεί στο σπίτι του και τέλος στο δικαίωμα να ζητά και να λαμβάνει μια γραπτή περίληψη για τη διάγνωση, θεραπεία και φροντίδα του μετά την έξοδό του από μια καθιερωμένη μονάδα υγείας. Στα παραπάνω δικαιώματα, ένας έως δύο γιατροί απάντησαν αρνητικά, ότι δηλαδή είτε δεν συμφωνούν με το περιεχόμενό τους, είτε δεν τα εφαρμόζουν στην καθημερινή ιατρική πράξη.

Ελάχιστοι ήταν οι γιατροί που ανέφεραν νομικά κείμενα, στα οποία μπορεί να εμπεριέχονταν οι δηλώσεις /τα δικαιώματα. Μάλιστα, μόνον 2 γιατροί από τους 9 γνώριζαν πώς το συγκεκριμένο απόσπασμα « *...Όσα κατά την διάρκεια της θεραπείας θα δω ή θα ακούσω, ή πέρα από τις ασχολίες μου στην καθημερινή ζωή, όσα δεν πρέπει ποτέ να κοινολογούνται στους έξω, θα τα αποσιωπώ υπολογίζοντας ότι αυτά είναι μυστικά...*», προέρχονταν από τον Ιπποκράτειο Όρκο.

Ειδικότερα οι συγκεκριμένες αναφορές των γιατρών σε νομικά κείμενα, στα οποία θεωρούσαν ότι εμπεριέχονταν τα αποσπάσματα των δηλώσεων για τα δικαιώματα παρουσιάζονται στον Πίνακα 28.

Πίνακας 28. Αναφορές νομικών κειμένων από τους γιατρούς

ΔΙΚΑΙΩΜΑ	Γιατροί που ανέφεραν κείμενο	Κείμενα που αναφέρθηκαν	Σωστές απαντήσεις	Λάθος απαντήσεις
Δικ.1 (ενημέρωση ασθενούς)	2	οδηγία του WHO, Μάθημα Δεοντολογίας Ιατρικής Σχολής Α.Π.Θ	-	2
Δικ.2 (ενημέρωση για ιατρικές, κοινωνικές και οικονομικές παραμέτρους της καταστάσεως του ασθενή)	1	μάθημα δεοντολογίας	-	1
Δικ.4 (πληροφόρηση με τρόπο κατάλληλο και απλό)	1	μάθημα δεοντολογίας	-	1
Δικ.5 (ενημέρωση για επαγγελματική ταυτότητα ατόμων)	1	μάθημα δεοντολογίας	-	1
Δικ.6 (δικαίωμα αποδοχής ή άρνησης θεραπείας)	1	μάθημα δεοντολογίας	-	1
Δικ.8 (ιατρικό απόρρητο)	2	όρκος Ιπποκράτη	2	0
Δικ.10 (προστασία ιδιωτικής ζωής)	2	νόμος για τα προσωπικά δεδομένα +.....;, νομοθεσία 1955	-	2
Δικ.11 (εμπιστευτική φύση του γιατρού)	1	μάθημα δεοντολογίας	-	1
Δικ.12 (προστασία ιδιωτικής ζωής)	2	νόμοι του κράτους, Σύνταγμα της Ελλάδος	-	2
Δικ.13 (αναγνώριση θρησκευτικών-ιδεολογικών πεποιθήσεων)	1	Σύνταγμα της Ελλάδας	-	1
Δικ.16 (μεταφορά σε άλλη μονάδα)	1	μάθημα δεοντολογίας	-	1
Δικ.17 (γραπτή περίληψη)	1	μάθημα δεοντολογίας	-	1

Σχόλια που έκαναν 2 γιατροί, όταν ρωτήθηκαν αν συμφωνούν και εφαρμόζουν ορισμένα δικαιώματα παρουσιάζονται στον Πίνακα 29.

Πίνακας 29. Σχόλια των γιατρών σε επιμέρους Δικαιώματα

Δικαίωμα	Σχόλιο
Δικ.1 (ενημέρωση ασθενούς)	<i>«Το ερώτημα είναι πόσο μπορούν πάντα να καταλάβουν τη γνώση»</i>
Δικ.3 (ενημέρωση για ιατρικές, κοινωνικές και οικονομικές παραμέτρους της καταστάσεως του ασθενούς)	<i>«Το ερώτημα είναι πόσο το καταλαβαίνουν ...εγώ έχω πρόβλημα να καταλάβω συχνά ποιο έχει το μακροπρόθεσμο συμφέρον»</i>
Δικ.4 (πληροφόρηση με τρόπο κατάλληλο και κατανοητό)	<i>«Πρέπει να υπάρχει παρακολούθηση του τι δηλώνει ο καθένας όμως εξειδικευμένα» «Όσο μπορώ και όσο ο ασθενής μπορεί να καταλάβει»</i>
Δικ.5 (ενημέρωση για επαγγελματική ταυτότητα ατόμων)	<i>«Μόνον όταν ρωτήσουν»</i>
Δικ.6 (δικαίωμα αποδοχής ή άρνησης θεραπείας από ασθενή)	<i>«Όχι πάντα. Θα πρέπει να είναι έτοιμος να δεχτεί ότι αρνούμαι και εγώ να τον δω...» «Όχι παιδιά, όχι ψυχιατρικοί ασθενείς μετά από εισαγγελική εντολή»</i>
Δικ.7 (συναίνεση του ασθενούς)	<i>«Όχι σε παιδιά, ψυχικά ασθενείς - εισαγγελική εντολή»</i>
Δικ.10 (εξασφάλιση απορρήτου εγγράφων, φακέλου ασθενούς)	<i>«Δεν παίρνω τους φακέλους σπίτι μου βέβαια»</i>
Δικ.14 (εξασφάλιση όχι μόνον ιατρικής φροντίδας, αλλά κατάλληλης διαμονής, μεταχείρισης και διοικητικής και τεχνικής εξυπηρέτησης του ασθενούς)	<i>«Θα παραγγείλω και χορεύτριες»</i>
Δικ.16 (μεταφορά ασθενούς)	<i>«(όχι)-ζώ στην Ελλάδα»</i>
Δικ.17 (γραπτή περίληψη)	<i>«όχι-μια γραμμο. Και ένα κασετοφωνάκι θα ήταν απαραίτητο ...»</i>

4. Συζήτηση

4.1 Μεθοδολογικοί περιορισμοί

Πριν την συζήτηση των κυρίων ευρημάτων της παρούσης μελέτης, συζητούνται διάφοροι μεθοδολογικοί περιορισμοί που πιθανόν να επηρεάσουν την ερμηνεία και τη συζήτηση των αποτελεσμάτων της παρούσης μελέτης. Αυτοί μπορούν να ταξινομηθούν σε 3 ομάδες : (α) Σχετικοί με το μέγεθος και τη σύνθεση του δείγματος (β) Σχετικοί με τη δειγματοληψία και (γ) Σχετικοί με τα χρησιμοποιηθέντα ερωτηματολόγια.

Αναλυτικά:

(α) Περιορισμοί σχετικοί με το μέγεθος και τη σύνθεση του δείγματος. Οι 109 ασθενείς και οι 84 που συμμετείχαν στο EUROPEP, συνιστούν ένα ικανοποιητικό δείγμα, αλλά αντιπροσωπευτικό να καταδείξει το τι συμβαίνει πραγματικά στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Κρήτη, όσον αφορά τα δικαιώματα του ασθενούς. Το ποσοστό μη συμμετοχής ίσως να ήταν μικρότερο, αν το ζήτημα των δικαιωμάτων του ασθενούς, ήταν πιο διαδεδομένο και γνωστό σε αυτούς. Δεν ήταν λίγοι εκείνοι που όταν τους γίνονταν η ενημέρωση, προκειμένου να συμμετάσχουν στην μελέτη, σχολίασαν «*Μα πώς, έχουν οι ασθενείς Δικαιώματα;*»

Το δείγμα επίσης, ήταν επιλεγμένο και η σύνθεσή του όχι αντιπροσωπευτική, αφού ο πληθυσμός μελέτης μας αποτελούνταν κυρίως από ηλικιωμένους, ηλικίας άνω των 65 ετών, με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο και με χρόνια προβλήματα υγείας. Εξαιτίας των δημογραφικών τους χαρακτηριστικών, οι ηλικιωμένοι ασθενείς δεν διακρίνονται συνήθως για τις αυξημένες απαιτήσεις τους αναφορικά με την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας που λαμβάνουν. Κρίνουν ιδιαίτερος ευνοϊκά τον γιατρό και την φροντίδα που λαμβάνουν στο κέντρο υγείας, καθώς είναι σε μεγάλο βαθμό ευχαριστημένοι που κοντά στον τόπο της διαμονής τους υπάρχει το κέντρο υγείας και ο γιατρός, για να τους εξυπηρετεί. Αυτό που κατά βάση τους ενδιαφέρει, είναι να εξετασθούν ή να πάρουν τα φάρμακά τους και οι περισσότεροι έχουν άγνοια των δικαιωμάτων τους. Έχει αποδειχθεί εξάλλου, ότι τα δημογραφικά χαρακτηριστικά

ασθενών αντανακλούνται και επηρεάζουν τις απαιτήσεις τους από τον γιατρό τους και από το σύστημα υγείας (*Taylor et al 2005*).

Πέρα από τις ευνοϊκές κρίσεις των ηλικιωμένων ασθενών, η ηλικία τους και η έλλειψη μόρφωσης, προκάλεσαν σοβαρά προβλήματα στην κατανόηση της πενταβάθμιας κλίμακας Likert και έτσι τα αποτελέσματα μεθοδολογικά παρουσιάζονται και αναλύονται σε τρεις κατηγορίες (Θετικές- Ουδέτερες (μέτριες)- Αρνητικές απαντήσεις). Σε χαμηλότερο βαθμό, παρουσιάστηκε το παραπάνω φαινόμενο και στην συμπλήρωση του ερωτηματολογίου EUROPEP. Η βαθμολόγηση από το 1 έως το 5, τους φάνηκε πιο κατανοητή.

Σημειώνεται επίσης, πώς συχνά απαιτήθηκε να δοθούν διευκρινίσεις και να γίνει απλοποίηση των ερωτήσεων, προκειμένου να καταλάβουν το περιεχόμενό τους και να απαντήσουν. Τέλος, πριν την ολοκλήρωση της συνέντευξης, ορισμένοι ασθενείς αποχώρησαν, καθώς είτε τους περίμεναν άλλοι για να τους μεταφέρουν από το Κέντρο Υγείας, είτε εξαιτίας προβλήματος υγείας (π.χ ζαλάδες) δεν μπορούσαν να το ολοκληρώσουν, είτε γιατί ορισμένοι τόνιζαν πώς όλα είναι θετικά δεν έχουν παράπονο και αποχωρούσαν. Με βάση τα παραπάνω, τα αποτελέσματα της μελέτης ίσως ήταν διαφορετικά, αν σε αυτή συμμετείχαν ασθενείς νεαρότερης ηλικίας και υψηλότερου μορφωτικού επιπέδου, με αναπτυγμένη την κριτική τους ικανότητα και τα «Θέλω» τους, από τις προσφερόμενες υπηρεσίες και τους γιατρούς που στελεχώνουν την Π.Φ.Υ. Επίσης, το αντίστοιχο θα συνέβαινε, αν η έρευνα διεξαγόταν και σε κέντρα υγείας ή νοσοκομεία αστικών περιοχών. Σίγουρα, σε μία τέτοια περίπτωση θα διαφαίνονταν περισσότερα παράπονα σχετικά με την οργάνωση και το επίπεδο των προσφερόμενων υπηρεσιών στις μονάδες υγείας.

Παράλληλα, ίσως θα υπήρχαν αντίστοιχες διαφοροποιήσεις στα αποτελέσματα, αν συμμετείχαν και γιατροί άλλων ειδικοτήτων, που εργάζονται σε νοσοκομεία ή σε αστικές περιοχές, γιατροί που εξυπηρετούν καθημερινώς ασθενείς νεαρότερης ηλικίας, καθώς και γιατροί του ιδιωτικού τομέα.

(β) Περιορισμοί σχετικοί με την δειγματοληψία. Αναφορικά με την συμπλήρωση του EUROPEP, το δείγμα ήταν επίσης επιλεγμένο. Ωστόσο, οι επίσημες κατευθυντήριες οδηγίες χρήσης και διεξαγωγής του παραπάνω Ερωτηματολογίου, συστήνουν δειγματοληψία 50 αλληλοδιαδεχόμενων ασθενών από κάθε γιατρό

(Grol R et al 2000). Κάτι ανάλογο όμως, δεν ήταν εφικτό να πραγματοποιηθεί στην μελέτη μας, εξαιτίας του περιορισμένου χρονικού διαστήματος διεξαγωγής της έρευνας.

(γ) Περιορισμοί σχετικοί με τα χρησιμοποιηθέντα ερωτηματολόγια. Εκτός από τους περιορισμούς αναφορικά με τα χαρακτηριστικά των ασθενών και των γιατρών, σημαντικό περιορισμό συνιστά και το γεγονός, ότι τα ερωτηματολόγια που κατασκευάστηκαν και χρησιμοποιήθηκαν για τα δικαιώματα του ασθενούς, δεν σταθμίστηκε, μέσω προηγούμενης πιλοτικής εφαρμογής και ανάλυσης, αν και οι ερωτήσεις στηρίζονταν και πήγαζαν από επίσημα νομικά κείμενα.

4.2 Συζήτηση κυρίων ευρημάτων

(α) Γενικές Ερωτήσεις – Δικαίωμα ασθενούς για ολοκληρωμένη ενημέρωση

Κύριο εύρημα της έρευνας συνιστά το γεγονός, ότι οι ασθενείς ήσαν σε μικρό βαθμό ενημερωμένοι για τα δικαιώματα τους και σχεδόν σε μηδενικό βαθμό τα απαιτούν στην καθημερινή ιατρική πράξη. Οι γιατροί από την άλλη πλευρά, δηλώνουν κατά πλειοψηφία πώς εφαρμόζουν, γνωρίζουν και συμφωνούν με τα δικαιώματα του ασθενούς. Παρατηρήθηκε μάλιστα και από την μελέτη για τα δικαιώματα, πώς οι γιατροί σε ποσοστό πάνω από 90% ακούν προσεκτικά τους ασθενείς τους, τους μιλούν με απλά λόγια, τους γράφουν προληπτικές εξετάσεις, τους εξετάζουν επισταμένα, ανεξάρτητα αν παρακολουθούν τον ασθενή χρόνια ή έτυχε να τον δουν. Ωστόσο, οι γιατροί συχνά σε πολλά δικαιώματα υπέπεσαν σε γνωστικές αντιφάσεις, καθώς μπορεί μεν να δήλωσαν πώς εφαρμόζουν, γνωρίζουν και συμφωνούν με ορισμένα δικαιώματα, στην πράξη δε όμως δεν τα εφαρμόζαν.

Σημαντικό επίσης είναι το παράδοξο που καταγράφηκε από την μελέτη μας, που αν και οι ασθενείς αξιολογούν γενικά τον γιατρό τους θετικά, εντούτοις όταν ρωτούνται για την εφαρμογή του συγκεκριμένου δικαιώματος από τον γιατρό π.χ εάν ζητά την άδεια τους, για να παρεβρίσκεται νοσηλεύτρια στο ιατρείο, απαντούν αρνητικά, παρόλο που δεν έχουν επίγνωση για την παραβίαση του σχετικού δικαιώματος τους.

Όσον αφορά το δικαίωμα ενημέρωσης του ασθενούς, αυτό θα πρέπει να εξετασθεί και να αναλυθεί κατ' αντιπαραβολή με το ότι βασικό εύρημα της μελέτης, συνιστά το γεγονός ότι η πλειοψηφία των ασθενών επισκέπτεται τα Κέντρα Υγείας για συνταγογράφηση, το οποίο συμφωνεί με ευρήματα άλλων μελετών (Αντωνάκης και συν. 2000). Μάλιστα, σε πολλές περιπτώσεις ασθενών, τα φάρμακα δεν προορίζονταν για αυτούς, αλλά για άλλους π.χ συγγενείς τους. Περίπου το 35% των ασθενών είχε επισκεπτεί τον γιατρό στο Κ.Υ φέτος από 2 έως 5 φορές, ενώ σχεδόν το 39.5% τον επισκεπτόταν συνέχεια, σχεδόν κάθε μήνα, κυρίως για συνταγογράφηση. Η συγκεκριμένη συνταγογραφία με τη μορφή της χορήγησης συνταγής για συνέχιση χρόνιας φαρμακευτικής θεραπείας, παρουσιάζεται και από άλλες μελέτες (Κούτης και συν. 1991), ως η συχνότερη αιτία επίσκεψης των ηλικιωμένων ασθενών σε Κέντρα Υγείας.

Σήμερα, στα πλαίσια της αναβάθμισης της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας προς τους πολίτες, η συνταγογραφία, ως μοναδικός λόγος προσέλευσης του ασθενούς στην Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, μάλλον θεωρείται ως αρνητικός δείκτης ποιότητας των υπηρεσιών υγείας. Οι ασθενείς από την άλλη πλευρά, νιώθουν ικανοποιημένοι που επισκέπτονται τον γιατρό και τους γράφει τα φάρμακά τους, αδιαφορώντας για το κόστος τους *«Δε λέει τίποτα ο γιατρός, εμείς πληρώνουμε ένα 10% μου φαίνεται...»*, καθώς αυτό καλύπτεται συνολικά ή εν μέρει από τα ασφαλιστικά ταμεία. Ο γιατρός με το να τους γράφει μόνον τα φάρμακα και να μην τους ενημερώνει για το κόστος τους (το 88.1% των ασθενών απάντησε ότι δεν το ενημέρωσε), το οποίο το επομίζονται οι ασθενείς έμμεσα και όχι άμεσα, ενισχύει και ο ίδιος την τακτική των ασθενών, να ζητούν και να απαιτούν συνεχώς φάρμακα από τους γιατρούς. Πολλοί μάλιστα ασθενείς δεν θεωρούν τα φάρμακα ως θεραπεία *«Όχι, δεν θα κάνω θεραπεία γιατί παίρνω φάρμακα»*.

Συχνά στα Κέντρα Υγείας εξάλλου, ορίζονταν κάθε πρωί ξεχωριστό ιατρείο, όπου εκεί απευθύνονταν οι ασθενείς που προσέρχονταν για φάρμακα και δεν επιθυμούσαν κάποια εξέταση από το γιατρό. Η τακτική αυτή, στα πλαίσια του Εθνικού Συστήματος Υγείας, δεν προάγει την Π.Φ.Υ, αλλά αντίθετα την μειώνει και συνιστά και δείκτη πτωχής και ελλιπούς ιατρικής φροντίδας. Απαιτούνται λοιπόν συνεχείς παρεμβάσεις στον τομέα αυτό, καθώς ποιότητα με αύξηση του κόστους και

απορρόφηση των γενικών γιατρών στην συνταγογράφηση (Σουλιώτης και Λιονής, 2003), δεν συνάδει.

Ακλόνητη απόδειξη της έντονης και επαναλαμβανόμενης συνταγογραφίας στην Ελλάδα, που οδηγεί στην αύξηση των δαπανών που καταναλώνονται στην υγεία και που κατά βάση καλούνται να τις καλύψουν τα ασφαλιστικά ταμεία, αποτελεί το γεγονός ότι σύμφωνα με τον ΟΟΣΑ (OECD, 2000), η συνολική φαρμακευτική δαπάνη στην Ελλάδα για το 1996 υπολογίζεται στο 1,8% του ΑΕΠ με τον μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ να είναι 1,2% και των ΗΠΑ 1,3%. Παράλληλα, αντίστοιχη έρευνα σχετικά με την Φαρμακευτική κατανάλωση στην Ελλάδα, που πραγματοποιήθηκε από την Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας (ΕΣΔΥ, 2004), κατέδειξε ότι η πλειοψηφία των ασθενών προμηθεύεται φάρμακα με συνταγή γιατρού, συμμορφώνεται στις οδηγίες του, ενώ συχνά αγοράζει φάρμακα βάσει προηγούμενης ιατρικής συνταγής.

Η επαναλαμβανόμενη συνταγογραφία συνιστά και την αιτία, όπου ο γιατρός δεν εξηγεί στον ασθενή του τους κινδύνους και τις παρενέργειες που έχουν τα φάρμακα που του γράφει. Ο γιατρός είναι ο κατά βάση υπεύθυνος για τον έλεγχο της ορθής πληροφόρησης του, αναφορικά με την προώθηση των φαρμακευτικών προϊόντων. Όπως προέκυψε μάλιστα, και από τα αποτελέσματα της μελέτης μας, περίπου το 40% ασθενών, απάντησε ότι ο γιατρός δεν τους ενημέρωσε για τους κινδύνους των φαρμάκων ή και για τα οφέλη τους, ενώ στατιστικά σημαντική βρέθηκε η συσχέτιση μεταξύ της επίσκεψης του ασθενούς στον γιατρό για συνταγογράφηση και εργαστηριακό έλεγχο και της επίσκεψης του για άλλες αιτίες, με το αν ο γιατρός περιορίστηκε ή ρώτησε γενικότερα για το πρόβλημα της υγείας του ασθενούς. Η παραπάνω εικόνα συμφωνεί και με αποτελέσματα έρευνας που διεξήχθη στην Τουρκία σε δείγμα 1618 ασθενών (Akici et al 2004), οι οποίοι επισκέπτηκαν τον γιατρό σε κέντρα υγείας, για να τους γράψει φάρμακα. Μόνον το 10.9% των ασθενών γνώριζε το όνομα του φαρμάκου που λαμβάνει, ενώ το ποσοστό των γιατρών που ενημέρωσε τους ασθενείς για την φαρμακευτική τους αγωγή ήταν κάτω του 50%. Η πλειοψηφία δηλαδή των γιατρών, απλά τους τα έγραψε.

Την ελλιπή ενημέρωση του ασθενούς από τον γιατρό του, αναφορικά με τα φάρμακα που θα πάρει την επιβεβαιώνει και αντίστοιχη έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε

δείγμα 446 άπορων ασθενών στα Χανιά (*Tzimis et al 1997*) Το 59.4% των ασθενών απευθύνθηκε στο φαρμακοποιό για περαιτέρω οδηγίες, το 54.1% ανησυχούσε για την δόση που έπρεπε να λάβει, ενώ η χρονική διάρκεια της θεραπείας ήταν γραμμένη από τον γιατρό, μόνον στο 13% των περιπτώσεων.

Λαμβάνοντας κανείς σοβαρά υπόψη του τα παραπάνω, διαπιστώνει πώς η επαναλαμβανόμενη και αποκλειστική συνταγογράφηση, σε συνδυασμό με την ελλιπή ενημέρωση του ασθενούς για τα φάρμακα και τις παρενέργειες τους, ίσως αυξάνει τον κίνδυνο ανάπτυξης επιπλέον παρενεργειών σχετιζόμενων με μια δυννητικά άχρηστη θεραπεία . Οι παραπάνω κίνδυνοι ενισχύονται ακόμα περισσότερο από το γεγονός, ότι συχνά οι ασθενείς εξαιτίας της προχωρημένης ηλικίας τους, ζητούν από τους γιατρούς τους και φάρμακα που ακούν ότι παίρνουν άλλοι ασθενείς ή και οι ίδιοι οι γιατροί τους γράφουν πολλές φορές και μη κατάλληλα και αποτελεσματικά σκευάσματα για το πρόβλημά του (*Britten et al 1995*).

Η νομολογία μάλιστα των δικαστηρίων, καταδεικνύει πώς σε πολλές περιπτώσεις ακόμα και μοιραίων ιατρικών λαθών, είχαμε λάθος χορηγήσεις φαρμάκων, ελλιπή ενημέρωση ή παροχή μη ολοκληρωμένης φροντίδας υγείας προς τους ασθενείς (*Αλεξιάδης, 1996*). Θα πρέπει λοιπόν να δίνονται περισσότερες πληροφορίες στους ασθενείς για τα φάρμακά τους για να αποφευχθούν τυχόν παρενέργειες και για την προστασία αυτών, αλλά και για τη νομική κάλυψη του γιατρού σε περίπτωση πρόκλησης σωματικών βλαβών. (*Schofield, 1996*).

Πέρα από το ζήτημα της συνταγογράφησης, τα αποτελέσματα της μελέτης αυτής είναι σε αντίθεση με άλλες (*Fan et al 2005*), όπου οι ασθενείς ήσαν περισσότερο ικανοποιημένοι όταν παρακολουθούνται από συγκεκριμένο γιατρό και δεν παρακολουθούνταν διάφορους γιατρούς. Στην παρούσα μελέτη ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών από γιατρό, ήταν ανεξάρτητος από το αν ο συγκεκριμένος γιατρός ήταν ο προσωπικός τους ή έτυχε να τον επισκεπτούν. Στην παρούσα μελέτη επίσης, δεν υπήρξε στατιστική σημαντικότητα, μεταξύ της ενημέρωσης που λάμβαναν οι ασθενείς που επισκέπτονταν τον προσωπικό /οικογενειακό τους γιατρό και της αντίστοιχης που ελάμβαναν οι ασθενείς, που έτυχε να επισκεπτούν τον εκάστοτε γιατρό. Φαίνεται ότι οι γιατροί γενικής ιατρικής, που συμμετείχαν στην μελέτη, συμπεριφέρονταν με τον ίδιο τρόπο σε όλους τους

ασθενείς τους, δηλαδή γράφουν σε όλους προληπτικές εξετάσεις, τους ακούν, τους μιλούν απλά και κατανοητά, κατανοούν τα συναισθήματα και τους φόβους τους, συντελώντας έτσι στην ανάπτυξη σχέσεων εμπιστοσύνης μεταξύ αυτών και των ασθενών τους, ως έχει αναφερθεί αλλού (Λιονής και Συμεωνίδης, 1997).

(β) Δικαίωμα ασθενούς για ιδιωτικότητα

Η συγκεκριμένη μελέτη, όσον αφορά το δικαίωμα για ιδιωτικότητα (ιατρικό απόρρητο), κατέδειξε πώς στην πλειοψηφία τους οι γιατροί το αγνοούν, ιδιαίτερα όταν ο ασθενής εξετάζεται ή συζητά για το πρόβλημα του στον γιατρό, παρουσία τρίτων ατόμων. Ο γιατρός φαίνεται ότι δεν ενημερώνει για τον ρόλο του τρίτου προσώπου και ούτε ζητά την άδεια του ασθενούς για να παραβρίσκεται το τρίτο άτομο μέσα στο ιατρείο. Το αντίστοιχο συμβαίνει και όταν ο ασθενής συνοδεύεται και από τους συγγενείς του.

Σε αντίθεση με σχετική έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Ζηλανδία (Malcolm et al 2005), όπου οι ασθενείς ανησυχούν ιδιαίτερα να μην ακούσουν τρίτα πρόσωπα το τι θα πουν στον γιατρό, οι ηλικιωμένοι ασθενείς της μελέτης μας, όχι μόνον δεν νιώθουν ντροπή (Lazare, 1987), αλλά συχνά νιώθουν και ευχαρίστηση που είτε συζητούν τα προβλήματά τους με άλλους ασθενείς στην αίθουσα αναμονής, είτε εξετάζονται παρουσία φοιτητών, νοσηλευτών ή συγγενών τους .

Διαπιστώθηκε ακόμα πώς πολλοί ασθενείς της μελέτης μας, δεν θεωρούσαν τρίτα άτομα μέσα στο ιατρείο συγγενείς τους και νοσηλευτικό / ιατρικό προσωπικό, έστω και αν αυτό συνιστά παραβίαση του δικαιώματος στην ιδιωτικότητα (Kilpi et al 2003). Στα κέντρα υγείας βέβαια, εκτός από τη θεραπεία και την έρευνα, γίνεται και η εκπαίδευση νοσηλευτριών, επισκεπτών υγείας, φοιτητών κ.ά., οι οποίοι και έχουν πρόσβαση στα στοιχεία του ασθενούς και έτσι η προστασία του απορρήτου παραβιάζεται. Είναι μεν λογικό, εξαιτίας της αυξημένης ηλικίας των ασθενών, να απαιτείται η συνεργασία μεταξύ των γιατρών και άλλων επαγγελματιών, με αποτέλεσμα και την διακίνηση των πληροφοριών (Davidson et al 1996) των σχετικών με την υγεία του ασθενούς, τα παραπάνω όμως δεν μπορούν να λαμβάνουν χώρα, χωρίς τη συναίνεση και την ενημέρωση του ασθενούς.

Στην μελέτη μας ο γιατρός δεν τους εξήγησε την ιδιότητα των τρίτων ατόμων, δεν ζήτησε την συναίνεσή τους προκειμένου να παρεβρίσκονται οι συγγενείς τους μέσα και όμως οι ηλικιωμένοι ασθενείς, ανέφεραν ικανοποίηση με αυτή την κατάσταση. Ειδικότερα, στις περιπτώσεις των ασθενών που εξετάστηκαν παρουσία νοσηλευτών, φοιτητών, το 27.7% δήλωσε πώς ένιωσε ευχαρίστηση που ήταν οι παραπάνω μέσα, το 40.4% τόνισε πώς δεν το πείραξε καθόλου.

Πολλοί μάλιστα, στο άκουσμα των σχετικών ερωτήσεων κατά την διάρκεια της συνέντευξης εξέφρασαν έκπληξη και απορία. Σε κάθε περίπτωση όμως, όταν ο ασθενής είναι λογικός και υπεύθυνος, ο γιατρός πρέπει να παίρνει την άδειά του σχετικά με το ποιον θα ενημερώσει, ακόμα και από τα μέλη της οικογένειάς του, τι πληροφορίες θα δώσει, σε ποια έκταση κ.λπ. Αυτό αποτελεί ένδειξη σεβασμού του δικαιώματος του ασθενούς για προστασία του ιατρικού απορρήτου του και διασφάλισης της ιδιωτικής του ζωής (*Black, 1994*). Είναι γνωστό ακόμα, πώς οι ηλικιωμένοι ασθενείς δέχονται υπηρεσίες υγείας και από τους φοιτητές, χωρίς να ενημερώνονται για την απειρία αυτών (*Santen, 2005*), αλλά και χωρίς να τους πολυενδιαφέρει κάτι τέτοιο.

Οι ασθενείς της μελέτης μας, αξιολογούν τον γιατρό θετικά, στην ερώτηση αν τον εμπιστεύονται τον γιατρό τους, μήπως διαδώσει το πρόβλημα σας και σε τρίτους, Ποσοστό 74.5% υποστηρίζει πώς ο γιατρός είναι εχέμυθος, αγνοώντας όμως το γεγονός της εξέτασης τους παρουσία τρίτων, χωρίς να ζητηθεί η συναίνεσή τους.

Ο αριθμός των συμμετεχόντων 11 άτομα (11.2%), που δηλώνει ότι αδιαφορεί για την εχεμύθεια του γιατρού του, καθώς δεν το ενδιαφέρει αν θα διαδώσει το πρόβλημα του ή όχι, αξίζει περαιτέρω συζήτησης. Δεν είναι γνωστό όμως από τα αποτελέσματα της μελέτης, που οφείλεται η θετική στάση απέναντι στον γιατρό, ανεξάρτητα αν αυτός τα' αγνοεί μπροστά τους το ιατρικό απόρρητο και το δικαίωμα της συγκατάθεσης τους για την παρουσία τρίτων ατόμων κατά τη διάρκεια της εξέτασής τους, παρ' όλο που αυτό έχει αναφερθεί και στην διεθνή βιβλιογραφία (*Tillett, 2005*), .

Έρευνα στο πανεπιστημιακό νοσοκομείο του Illinois που διερευνούσε τη στάση των ασθενών απέναντι στους φοιτητές ιατρικής, οι ασθενείς σε ποσοστό 87% απάντησαν

ότι ένιωθαν ενημερωμένοι επειδή είχαν φοιτητές κοντά τους, οι οποίοι τους αφιέρωναν πολύ χρόνο και φαίνονταν λιγότερο βιαστικοί από τους άλλους επαγγελματίες υγείας. Επίσης το 90% των ασθενών δήλωσαν ότι οι φοιτητές έδειχναν προθυμία να απαντήσουν στις ερωτήσεις τους, πράγμα που τους ικανοποιούσε ιδιαίτερα (*York et al 1995*)

Παράλληλα, από τα αποτελέσματα της μελέτης, διαπιστώθηκε και μια αντίφαση ανάμεσα σε αυτά που δήλωσαν οι ίδιοι οι γιατροί στο ερωτηματολόγιο που συμπλήρωσαν. Εκεί ομόφωνα παραδέχονται πώς εφαρμόζουν στην πράξη το συγκεκριμένο δικαίωμα, η πραγματικότητα όμως τους διαψεύδει. Σημειώνεται πως 4 γιατροί χαρακτήρισαν τις γνώσεις τους αναφορικά με τα «δικαιώματα του ασθενούς», ως καλές, 3 ως πολύ καλές και 2 ως κακές. Βέβαια, κάτι αντίστοιχο δικαιολογείται αν ληφθεί υπόψη η ηλικία των ασθενών και το ότι είναι απαραίτητο να υπάρχει στο ιατρείο νοσηλευτικό προσωπικό, προκειμένου να βοηθήσει τον γιατρό, αλλά και τον ασθενή στην εξέταση.

(γ) Δικαίωμα ασθενούς για συναίνεση

Στην παρούσα μελέτη διαπιστώθηκε πώς ο γιατρός στο 1/3 περίπου των περιπτώσεων δε ζητούσε τη συναίνεση του ασθενούς, προκειμένου να προχωρήσει σε οποιαδήποτε ιατρική επέμβαση ή παρέμβαση, το οποίο αποτελεί και άλλη μια αντίφαση ανάμεσα σε αυτά που δηλώνονται και πράττονται από τους γιατρούς. Ήδη αναφέρθηκε ότι στο ερωτηματολόγιο τους, οι συμμετέχοντες γιατροί υποστήριξαν ότι εφαρμόζουν στην πράξη και συμφωνούν με την ενίσχυση της αυτονομίας του ασθενούς. Το εύρημα αυτό συζητείται και με ευρήματα άλλης μελέτης, στην οποία συμμετείχαν 53 ακαδημαϊκοί και ιδιώτες γιατροί, όπου και τόνισαν την σπουδαιότητα της συμμετοχής του ασθενούς στην διαδικασία λήψης αποφάσεων που άπτονται της υγείας του (*McGuire et al 2005*). Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών, όπως είναι η μεγάλη ηλικία τους και το χαμηλό μορφωτικό τους επίπεδο, πιθανόν να επηρεάζουν και την συμπεριφορά του γιατρού, καθώς οι ασθενείς δεν έχουν ιδιαίτερες απαιτήσεις από αυτόν και το σύστημα υγείας (*Taylor et al 2005*).

(δ) Δικαίωμα ασθενούς για ολοκληρωμένη φροντίδα

Στην μελέτη οι ασθενείς βρέθηκαν ιδιαίτερος ικανοποιημένοι και ευχαριστημένοι όχι μόνον για τον γιατρό τους, αλλά γενικότερα για την φροντίδα που λαμβάνουν στα Κέντρα Υγείας, συμπεριλαμβανομένου και της συμπεριφοράς του λοιπού προσωπικού των κέντρων υγείας, που τους κλείνει ραντεβού και είναι πρόθυμο να τους εξυπηρετήσει. Η παραπάνω θετική αξιολόγηση προκύπτει βασικά από τα αποτελέσματα του EUROPEP, αλλά και από τα ερωτηματολόγια για τα δικαιώματα. Η θετική αυτή αξιολόγηση της παρεχόμενης φροντίδας από τους γιατρούς και τα ΚΥ, συμφωνεί και με τα αποτελέσματα έρευνας που διεξήχθη στην Κρήτη σε δείγμα 82 ασθενών, μέσω της εφαρμογής του EUROPEP (*Lionis et al 2004*). Παράλληλα, σε σχετική μελέτη σε ασθενείς σε 2 νοσοκομεία στην Αθήνα (*Πολύζος και συν. 2005*), οι θετικές εντυπώσεις των ασθενών, από τη νοσηλεία ήταν θετικές μέχρι και 91.1%, ενώ θετικές και ήταν οι εντυπώσεις τους για το ιατρικό προσωπικό σε ποσοστό 92.7% και 71,3%, αντίστοιχα, ενώ για το νοσηλευτικό άγγιζαν το ποσοστό του 92.7% και 84.4%.

Στα ζητήματα μάλιστα της προσεκτικής εξέτασης τους από τον γιατρό, στο προσωπικό ενδιαφέρον που δείχνει ο γιατρός στους ασθενείς του, αλλά και στην εξυπηρέτηση των ασθενών από το λοιπό προσωπικό των κέντρων υγείας, δεν παρατηρούνται σημαντικές διαφορές και αντιφάσεις που βρέθηκαν στα αποτελέσματα της έρευνας για τα δικαιώματα του ασθενούς και των αποτελεσμάτων αυτής μέσω της εφαρμογής του EUROPEP. Για παράδειγμα στην ερώτηση αν ο γιατρός προσφέρει στους ασθενείς υπηρεσίες πρόληψης της ασθένειας, το 94.0% των ασθενών στο EUROPEP, αξιολογεί τον γιατρό με 5, ενώ στο ερωτηματολόγιο για τα δικαιώματα δεν υπάρχει αντίστοιχα καμιά αρνητική απάντηση σε αυτό το ζήτημα.

Στην ερώτηση του EUROPEP αν ο γιατρός ακούει τους ασθενείς του το 96.4% τον αξιολογεί με 5, ενώ στην ίδια ερώτηση στο ερωτηματολόγιο για τα δικαιώματα το 96.3% απάντησε ότι ο γιατρός άκουσε με προσοχή τα όσα του είπε για το πρόβλημα στην υγεία του. Τέλος, στο EUROPEP το 95.2% των ασθενών αξιολόγησε με 5 την εξυπηρέτησή του από το λοιπό προσωπικό των Κ.Υ, ενώ στο ερωτηματολόγιο για τα

δικαιώματα το 95.4% χαρακτήρισε το προσωπικό ιδιαίτερος ευγενικό και εξυπηρετικό.

Μεταξύ των αποτελεσμάτων του EUROPEP και αυτών που εξήχθησαν από το ερωτηματολόγιο για τα δικαιώματα των ασθενών, διαπιστώθηκαν και αντιφάσεις σε πολλές ερωτήσεις. Για παράδειγμα, στην ερώτηση αν τους εξηγεί τον σκοπό των εξετάσεων τους και της θεραπείας που θα ακολουθήσουν, οι ασθενείς αξιολογούν τον γιατρό τους με πολύ υψηλές βαθμολογίες στο EUROPEP, καθώς το 86.9% τον βαθμολογεί με 5 και το 4.8% με 4, ενώ στο ερωτηματολόγιο για τα δικαιώματα διαπιστώθηκε πώς ο γιατρός ενημέρωσε μόνον το 41.8% των ασθενών, για τα οφέλη και τους κινδύνους της θεραπείας που θα ακολουθήσει, ενώ σε ποσοστό 12.2% δεν ενημέρωσε τους ασθενείς του για τον σκοπό των εργαστηριακών τους εξετάσεων. Παράλληλα, στο ερωτηματολόγιο για τα δικαιώματα το 22.9% των ερωτηθέντων υποστήριξε πώς ο γιατρός δεν τους ενημέρωσε καθόλου για το πρόβλημα για το οποίο και τον επισκέπτηκαν. Το ίδιο παρατηρείται και στην ερώτηση του EUROPEP, αν ο γιατρός δίδει στους ασθενείς του τη δυνατότητα να συμμετέχουν στις αποφάσεις για την ιατρική τους φροντίδα. Το 85.7% των ασθενών βαθμολόγησε τον γιατρό του με 5 και το 10.7% με 4, ενώ στο ερωτηματολόγιο για τα δικαιώματα το 33.7% των ερωτηθέντων τονίζει πώς ο γιατρός δε ζητά ποτέ τη συναίνεση τους για να υποβληθούν σε οποιαδήποτε θεραπεία/ιατρική παρέμβαση, αλλά ο ίδιος αποφασίζει πάντοτε μόνος του.

Οι παραπάνω αντιφάσεις, προβάλλουν το γεγονός της διαφορετικής κριτικής στάσης του ασθενή για τον γιατρό του, όταν ρωτάται γενικά να τον αξιολογήσει και όταν ερωτάται μετά από συγκεκριμένη επίσκεψη σε αυτόν. Προφανώς, οι ηλικιωμένοι ασθενείς όταν ρωτούνται γενικά για τον γιατρό τους δεν μπορούν να τον κρίνουν αρνητικά, λόγω της ανάγκης που έχουν να τον βλέπουν εξαιτίας της ανασφάλειας που νιώθουν λόγω ηλικίας, αλλά όταν βγαίνουν από το ιατρείο και ρωτούνται πιο συγκεκριμένα για τα παραπάνω ζητήματα και την εφαρμογή τους από τον γιατρό, εκεί στην ουσία απαντούν την αλήθεια, ανεξάρτητα από το ότι δεν συνειδητοποιούν την προσβολή των δικαιωμάτων τους από τον γιατρό. Κάνουν πιστά ό,τι τους πει ο γιατρός τους, γεγονός που αποδεικνύεται και με το υψηλό ποσοστό των ασθενών που υποστηρίζει πώς δεν μπορεί να αρνηθεί θεραπεία του γιατρού. Τον εμπιστεύονται και τον αξιολογούν ελαστικά, με γνώμονα την δική τους εξυπηρέτηση και ευχαρίστηση.

Τέλος, σημαντικό εύρημα της εργασίας που προκύπτει από το EUROPEP, αποτελεί η γενικότερη δυσαρέσκεια των ασθενών, αναφορικά με τον χρόνο παραμονής τους στην αίθουσα αναμονής. Η μειοψηφία των ασθενών είναι ικανοποιημένοι απόλυτα από τον χρόνο αναμονής του, ενώ η πλειοψηφία εκφράζει παράπονα και τον περιμένει και πάνω από μία ώρα.

Το γεγονός ίσως ερμηνεύεται από την έλλειψη προσωπικού στα Κέντρα Υγείας (Νικολάκης και συν. 2000), στο μεγάλο ποσοστό των ασθενών που επισκέπτονται τα Κ.Υ κυρίως για φάρμακα, αλλά και στην μη κατάλληλη διοικητική οργάνωση και κουλτούρα των Κέντρων, που συχνά δεν ακολουθούν την τακτική των ραντεβού, παρά του καταλόγου αναμονής με βάση την ώρα που προσέρχεται κανείς στο Κ.Υ. Στον τομέα αυτό, απαιτούνται σίγουρα παρεμβάσεις, με σκοπό την μείωση του χρόνου αναμονής και της αύξησης της ικανοποίησης στην εξυπηρέτηση των ασθενών (Κυριόπουλος και συν. 2000), όπως είναι η διενέργεια νέων προσλήψεων γιατρών στα Κ.Υ, ανάπτυξη του θεσμού της εθελοντικής εργασίας στην υγεία μέσω συμβάσεων έργου για παροχή υπηρεσιών, καθώς και η σύνδεση των σχετικών Ανώτατων και Ανώτερων εκπαιδευτικών ιδρυμάτων με τα Κέντρα Υγείας.

5. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ- ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Μια σειρά από δραστηριότητες θα χρειαστεί να εξετασθούν, προκειμένου ο θεσμός της εφαρμογής των δικαιωμάτων των ασθενών, να θεμελιωθεί στις υπηρεσίες υγείας και ιδιαίτερα στην Π.Φ.Υ.

Αρχικά, απαιτείται συνεχής εκπαίδευση και ενημέρωση τόσο των ίδιων των ασθενών, αλλά και των επαγγελματιών υγείας (Steffenino et al 2005), αναφορικά με τα δικαιώματα και τον ρόλο αυτών στην αναβάθμιση της ποιότητας στις υπηρεσίες του Υγειονομικού Τομέα. Όσον αφορά τους γιατρούς, απαιτείται να δοθεί έμφαση στις σχέσεις γιατρού-ασθενούς και στην ανάγκη ανάπτυξης δεξιοτήτων επικοινωνίας για την ορθή ιατρική πρακτική (Παναγοπούλου και Μπένος, 2004). Βάρος θα πρέπει να δοθεί ιδιαίτερα και στην προπτυχιακή εκπαίδευσή των γιατρών εντός και εκτός πανεπιστημίου (Liangas and Lionis, 2004) και (Aveyard et al 2005).

Παράλληλα, σημαντικό ρόλο στην προώθηση του θεσμού συνιστούν οι πολιτικές συνεργασίας μεταξύ Κράτους, μη κυβερνητικών οργανώσεων, ενώσεων ασθενών και καταναλωτών με αντίστοιχος φορείς και με σώματα, όπως οι ασφαλιστικές εταιρίες, τα πολιτικά κόμματα, οι εκπρόσωποι των μέσων μαζικής ενημέρωσης. Σημαντικό ρόλο, στην προσπάθεια προαγωγής του θεσμού, θα μπορούσε να διαδραματίσει η Εκκλησία και η εκπαιδευτική κοινότητα.

Μπορεί οι συνθήκες από μία χώρα σε άλλη να διαφέρουν, εξαιτίας διαφορετικών νομικών πλαισίων, συστημάτων υγείας, οικονομικών συνθηκών και διαφορετικών πολιτιστικών, κοινωνικών και ηθικών αξιών, εντούτοις υπάρχουν αναμφισβήτητα κοινοί τρόποι προώθησης του θεσμού των δικαιωμάτων, δυνάμενοι να υιοθετηθούν από όλες τις χώρες, όπως οι παρακάτω:

- ❖ Θέσπιση αυστηρότερης νομοθεσίας, που να καθορίζει με κάθε λεπτομέρεια τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις του ασθενούς και των επαγγελματιών υγείας.
- ❖ Εκσυγχρονισμός Κωδίκων Ιατρικής Δεοντολογίας και αντίστοιχων Κωδίκων επαγγελματικής Δεοντολογίας των λοιπών επαγγελματιών στην φροντίδα Υγείας. Στον επανασχεδιασμό τους, πρέπει να συμμετέχουν με τις προτάσεις τους, εκτός από τους γιατρούς και τους επαγγελματίες υγείας και εκπρόσωποι πολιτών και ασθενών, καθώς και πολιτικά στελέχη.
- ❖ Κρατική υποστήριξη, χρηματοδότηση και απλοποίηση των διαδικασιών σύστασης σωματείων, ενώσεων με πεδίο αναφοράς την διάδοση και προαγωγή των «Δικαιωμάτων του Ασθενούς»
- ❖ Συμμετοχή των Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης στην διάδοση του θεσμού και στην ευαισθητοποίηση του κοινού στο συγκεκριμένο ζήτημα.

Έχει σημασία να ληφθούν μέτρα, ώστε οι ασθενείς να εμπλακούν στην αξιολόγηση των υπηρεσιών, του υπάρχοντος Συστήματος Υγείας. Η ποιοτική υγειονομική περίθαλψη προϋποθέτει κοινά δικαιώματα και κοινές ευθύνες, για όλους τους εμπλεκόμενους σε αυτή, χωρίς τον παραγκωνισμό του ασθενή. Ο σεβασμός των δικαιωμάτων του ασθενούς, εκ μέρους των επαγγελματιών υγείας, αποτελεί μια έντονη εκδήλωση, αναγνώρισης του ασθενούς ως ισότιμου συνεργάτη στο πλαίσιο της παροχής φροντίδας υγείας.

Τα άτομα πρέπει να συνειδητοποιήσουν, ότι στους διαφορετικούς τους ρόλους που διαδραματίζουν σε μια κοινωνία, ως πολίτες, χρήστες υπηρεσιών, πελάτες και ασθενείς, πρέπει πάντοτε να είναι οι ίδιοι εκπρόσωποι του εαυτού τους και στην βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης τους, αλλά και στην διαμόρφωση των σχέσεων τους με τους επαγγελματίες υγείας και τους φορείς που προσφέρουν ανάλογες υπηρεσίες.

Τα ζητήματα που άπτονται της βελτίωσης των υπηρεσιών υγείας, απαιτούν ακόμα την κατάλληλη πολιτική και σε άλλους τομείς που συνδέονται άμεσα με τους ασθενείς, το επίπεδο της υγείας τους και την διάθεση τους να βελτιώσουν τις καταστάσεις, όπως είναι ο τρόπος ζωής τους, το εισόδημά τους, η εκπαίδευση τους, η εργασία τους.

Παράλληλα, πρέπει να αναγνωριστεί και να εκσυγχρονισθεί και ο ρόλος της Π.Φ.Υ και της ειδικότητας της Γενικής Ιατρικής, καθώς αυτή μπορεί να διαδραματίσει σημαντικό ρόλο, στην ενημέρωση του κοινού για τα δικαιώματά του και στην εν γένει διαμόρφωση ενός αναβαθμισμένου ποιοτικά συστήματος υγειονομικής περίθαλψης.

Λαμβάνοντας υπόψη και τα αποτελέσματα της παρούσης μελέτης, μπορεί να υποστηριχθεί ότι αποτυπώνουν μια πρώτη εικόνα για την κατάσταση που επικρατεί στα Κέντρα Υγείας των αγροτικών περιοχών της Κρήτης σχετικά με την εφαρμογή των δικαιωμάτων του ασθενούς από τους γιατρούς και τον βαθμό αντίληψής τους από τους ηλικιωμένους ασθενείς-επισκέπτες τους. Προβάλλει επιτακτική η ανάγκη, διεξαγωγής μεγαλύτερης έρευνας, με τη συμμετοχή δομών Π.Φ.Υ από περισσότερα Κ.Υ, που βρίσκονται και σε αστικές περιοχές και με τη συμμετοχή περισσότερων γιατρών και ασθενών, ώστε να υπάρχει διασφάλιση υψηλότερης εξωτερικής εγκυρότητας (external validity).

Παράλληλα, από την επαφή με τα άτομα που συμμετείχαν στη μελέτη, διαπιστώνει κανείς πώς το ζήτημα των δικαιωμάτων των ασθενών στην Π.Φ.Υ, δεν είναι απλά ζήτημα που απαιτεί μια στεγνή νομοθετική ρύθμιση. Αυτό συνεπάγεται και την

ενεργοποίηση των ασθενών που θα πρέπει όχι μόνον να διδαχθούν τα δικαιώματά τους, αλλά εξίσου σημαντικό είναι να μάθουν και να τα απαιτούν.

Η γνώση και η εφαρμογή των δικαιωμάτων των ασθενών στην Π.Φ.Υ συμβάλλουν :

- α. στην βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας προς τους ασθενείς, τονίζοντας την αναγκαιότητα του σεβασμού προς τον ασθενή σαν άτομο και ευαισθητοποιώντας τον τελευταίο αναφορικά με τα δικαιώματά του
- β. στην ενθάρρυνση του ασθενούς προκειμένου να συμμετέχει πιο ενεργά και αποφασιστικά στην λήψη αποφάσεων στα πλαίσια των υπηρεσιών προσφοράς υγείας
- γ. στην ενεργοποίηση των αντίστοιχων συλλογικών φορέων ασθενών- ιατρών στο πεδίο της κατανόησης και εφαρμογής των δικαιωμάτων του ασθενούς.

Η Κοινωνική δικαιοσύνη, τα ανθρώπινα δικαιώματα και οι ηθικές διαστάσεις της υγειονομικής περίθαλψης θα μπορούσαν να κάνουν τον καθένα να συνειδητοποιήσει πώς μια επένδυση στον χώρο της υγείας, είναι μια επένδυση στους ανθρώπους, που αποτελούν την κοινωνία. Αυτό είναι η καλύτερη δυνατή επένδυση για το μέλλον.

Η υγεία θεωρείται ως αναπόφευκτη προϋπόθεση για την ύπαρξη κοινωνικής ευημερίας και όπως και η ειρήνη αποτελεί πρωταρχική προϋπόθεση για την ευημερία και την άνθιση όλων των Κρατών. Εκτός από βασικό παράγοντα στην πρόοδο ενός λαού, αποτελεί συνάμα και δείκτη, που αντικατοπτρίζει την γενική επιτυχία των κοινωνικοοικονομικών πολιτικών ενός Κράτους. Το να επενδύει κανείς στον τομέα της υγείας, συνεπάγεται επένδυση στο ανθρώπινο κεφάλαιο και σε ένα καλύτερο αύριο σε εθνικό και σε διεθνές επίπεδο.

6. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Αλεξιάδης Α. (1996). Εισαγωγή στο ιατρικό δίκαιο. Εκδόσεις Μ. Δημόπουλου, Θεσσαλονίκη.
2. Αλεξιάδης Α.Δ. (2000). Η προστασία του νοσοκομειακού ασθενούς. Αρχ. Ελλην. Ιατρ, 17 :101-108.
3. Αναπλιώτου-Βαζαίου Ε. (1993). Γενικές Αρχές Ιατρικού Δικαίου. Εκδόσεις Σάκκουλα. Αθήνα-Κομοτηνή.
4. Αναστασίου Φ, Σαρουλάκη Ν, Λιονής Χ. (1996). Ελληνική Μετάφραση της Ευρωπαϊκής Συμβουλευτικής Επιτροπής για τα Δικαιώματα των Ασθενών AMSTERDAM 1994. Κλινική Κοινωνικής και Οικογενειακής Ιατρικής Πανεπιστημίου Κρήτης.
5. Αντωνάκης Ν, Τσακουντάκης Ν, Τσούλου Σ, Φιλλιπάκη Μ, Λιονής Χ. Η συνταγογραφία στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας Ι. Τα αντιμικροβιακά. Αρχ. Ελλην. Ιατρ, 17: 44-51.
6. Δαγτόγλου Π, (1986). Ο Κοινωνικός Περιορισμός των ατομικών δικαιωμάτων. ΝοΒ, 33: 722 και Δημόσιο Συμφέρον και Σύνταγμα. Το Σ, 425.
7. Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Τομέας Οικονομικών της Υγείας. (2004). Έρευνα για την Φαρμακευτική Κατανάλωση στην Ελλάδα Casus Sanitatis. Επιστημονική Επιμέλεια: Γιάννης Κυριόπουλος, Δημήτρης Ζάβρας. Ελλην. Ιατρ 2003, 20:532-546.
8. Κούτης Α, Λιονής Χ, Αλαμάνος Γ, Τσαμανδουράκη Κ, Σασαρόλης Σ, Tomson Υ και συν (1991). Ζήτηση και χρήση υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης σε ένα Κέντρο Υγείας στην Κρήτη. Mat. Med Gr, 19:515-520.
9. Κυριόπουλος Γ, Οικονόμου Χ, Πολύζος Ν, Σίσοουρας Α. (2000). Προτεραιότητες για την αναδιαμόρφωση της Διοίκησης-Διαχείρισης του Συστήματος Υπηρεσιών Υγείας, Θεμέλιο / Κοινωνία και Υγεία.
10. Λιονής Χ, Συμεωνίδης Α, (1997). Σχέση Γιατρού-Ασθενούς, πρώτη προτεραιότητα για εκπαίδευση και έρευνα στην Γενική / Οικογενειακή Ιατρική. Πρωτ. Φροντ. Υγείας, 9: 6-17.
11. Μάνεσης Α. (1986). Οι κύριες συνιστώσες του συστήματος Θεμελιωδών δικαιωμάτων του Συντάγματος του 1975. ΝοΒ, 34:625.
12. Μεράκου Κ, Δάλλα Α, Θεοδωρίδης Δ. (1999). Ιατρικό απόρρητο-Οι «κατά συνθήκη» παραβιάσεις. Αρχ. Ελλην. Ιατρ, 16:504-510
13. Μεράκου Κ, Θεοδωρίδης Δ. (2004). Ενημέρωση του ασθενούς: Η θεωρία και η πράξη Καταχώρηση στο site www.iatroclub.gr: 13-Μαΐου-2004.
14. Νικολάκης Κ, Οικονόμου Χ, Γεωργούση Ε, Τσάκος Γ, Κυριόπουλος Γ. (2000). Περιφερειακή Κατανομή του ιατρικού Δυναμικού στην Πρωτοβάθμια Περίθαλψη. Το παράδειγμα του ΙΚΑ. Πρωτ. Φροντ. Υγείας, 12:57-61.
15. Παναγοπούλου Ε, Μπένος Α. (2004). Η επικοινωνία στην ιατρική εκπαίδευση. Ζήτημα ανάγκης ή άκαιρη πολυτέλεια;. Αρχ. Ελλην. Ιατρ, 21:385-390.
16. ΠΕΣΥΠ Κρήτης (2003). Χάρτης Υγείας και Πρόνοιας, Γεωγραφικά και Πληθυσμιακά δεδομένα των δομών του ΕΣΥ που παρέχουν Π.Φ.Υ στην Κρήτη.
17. Πολύζος Ν, Μπαρτσώκας Δ, Πιερράκος Γ, Ασημακοπούλου Ι, Υφαντόπουλος Ι. (2005). Συγκριτική ανάλυση μελετών ικανοποίησης ασθενών σε νοσοκομεία στην Αττική. Αρχ. Ελλην. Ιατρ, 22:284-295.

18. Σαρρής Μ., Χρυσάκης Μ, Σούλης Σ. (2002). «Ανισότητες στην υγεία. Μια κριτική προσέγγιση. Αρχ. Ελλην. Ιατρ, 19: 672-687.
19. Σουλιάωτης Κ, Λιονής Χ. (2003). Λειτουργική ανασυγκρότηση της Π.Φ.Υ. Μια πρόταση για την άρση του αδιεξόδου. Αρχ. Ελλην. Ιατρ, 20:466-476.
20. Σπυρόπουλος Φ. (1987). Το Δικαίωμα Αντίστασης κατά το άρθρο 120 παρ.4 του Συντάγματος. Αθήνα – Κομοτηνή, σελ. 138-139.
21. Τσάτσος Δ. (1988). Συνταγματικό Δίκαιο. Τόμος Γ, Θεμελιώδη Δικαιώματα. Εκδόσεις Αντώνη Ν. Σάκκουλα, Αθήνα – Κομοτηνή.

ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Akici A, Kalaca S, Ugurlu MU, Toklu HZ, Iskender E, Oktay S. (2004). Patient knowledge about drugs prescribed at primary healthcare facilities. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*, 13:871-6.
2. Aveyard H, Edwards S, West S. (2005). Core topics of health care ethics. The identification of core topics for interprofessional education. *J Interprof Care*, 19:63-9.
3. Belgian Law. (2002). Act on Patients' Rights. <http://www.lachambre.be/documents/1642/15.pdf>.
4. Bernard J. (1996). Η Βιοηθική. Μετάφραση Σπανού Ε. Εκδόσεις Π. Τραυλός – Ε. Κωσταράκη.
5. Black D. (1994). Absolute Confidentiality; In: Gillon R (ed) *Principles of Health Care Ethics*. John Wiley & Sons, Chichester, 479–488.
6. BMA. (2004). *Medical ethics today* 2nd ed. BMJ Publ. <http://www.bma.org.uk>.
7. Britten N, Brant S, Cairns A, Hall WW, Jones I, Salisbury C et al. (1995). Continued prescribing of inappropriate drugs in general practice. *J Clin Pharm Ther*, 20:199–205.
8. Britten N, (1995). Qualitative interviews in medical research. *BMJ*, 311:251.
9. Charta der Patientenrechte vom. (1999): <http://patientenstellen.de/patientencharta.html>.
10. Charte du Patient Hospitalisé. (1995). <http://www.chu-st-etienne.fr/Presentation/Patient/charte.htm>.
11. Christakis J, Manos N. (1981). Attitudes of cancer specialists toward their patients in Greece. *Int J Psychiatry Med*, vol.10.
12. Council of Europe. (1996). The fifth conference of European Health Ministers held in Warsaw, passed under the title of Social Challenge to Health: Equity and Patients Rights in the context of health reforms. <http://www.social.coe.int/en/qoflife/publi/warsaw.htm>.
13. Council of Europe. (1997). Convention for Protection of Human Rights and Dignity of the Human Being with Regard to the Application of Biology and Biomedicine: Convention of Human Rights and Biomedicine. <http://www.conventions.coe.int>.
14. Council of Europe. (2000). The 5th Conference of Health Ministers: "Social challenge to health equity and patients rights in the context of health reforms": <http://www.social.coe.int/en/qoflife/publi/warsaw.htm>.
15. Council of Europe. (2000). Recommendation Rec (2000) 5 on the development of structures for citizen and patient participation in the decision-making process affecting health care. [http://www.social.coe.int/en/qoflife/recomm/R\(00\)5.htm](http://www.social.coe.int/en/qoflife/recomm/R(00)5.htm).

16. Danish Law. (1998). Lov om patienters retsstilling, LOV nr 482 af 01/07/1998. http://www.retsinfo.dk/_GETDOCI_/ACCN/A19980048230-REGL.
17. Davidson JR, Davidson T. (1996). Confidentiality and managed care: Ethical and legal concerns. *Health Soc Work*, 21:208–215.
18. Estonian Law, (2002). Draft of the Act on Patients' Rights. PATSIENDISEADUS. <http://www.riigikogu.ee/>.
19. Europe. (2002). European Charter of Patients Rights. http://www.activecitizenship.net/projects/europ_chart.htm.
20. European Health Committee, (1996). 40th meeting, Strasbourg TERMS OF REFERENCE. <http://europa.eu.int>.
21. European network for patients' rights. (1999). Patients' rights and citizens' empowerment. Copenhagen. <http://lists.essential.org/medprivacy/msg00294.html>.
22. Fallberg L. (2000). Patients' rights in the Nordic Countries.
23. Fallberg L. (2000). Patients' Rights in Europe: Where do we stand and where do we go? *Europ J of Health Law*, 7: 1-3.
24. Fan VS, Burman M, McDonell MB, Fihn SD, (2005) Continuity of care and other determinants of patient satisfaction with primary care. *J Gen Intern Med*, 20:226-33.
25. Finish Law. (1992). 785/1992. <http://www.mhbibl.aland.fi/patient/patientlag.html>.
26. French Law. (2002). LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. <http://www.legifrance.gouv.fr/WAspad/UnTexteDeJorf?numjo=mex01000921#>.
27. Greenhalgh T, Hurwitz B. (1998). Narrative-based Medicine: Dialogue and Discourse in Clinical Practice. BMJ Books.
28. Grol R, Wensing M, Mainz J, Jung HP, Ferreira P, Hearnshaw H, et al (2000). Patients in Europe evaluate general practice care: an international comparison. *Br J Gen Pract*, 50:882-7.
- Grol R, Wensing M. (2000). Patients evaluate general/family practice: the EUROPEP instrument. Nijmegen: World Organisation of Family Doctor (WONCA) / European Association for Quality in Family Practice.
29. Hannikainen P et al. (1996). Three years in force: Has the Finnish Act on the Status and rights of patients materialised? Helsinki, Ministry of Social Affairs.
30. Hanning M. (1995). Waiting for Healthcare. Waitinglist guarantees in the Nordic Countries, background, models and effects. Spri rapport 412. (Swedish).
31. Hungarian Law. (1997). Rights and Obligations of Patients (According to Act CLIV of 1997 on Health). <http://www.eum.hu/english/CLIV/CLIV-main.html>.
32. Iceland Law. (1997). Lög um réttindi sjúklinga. <http://www.althingi.is/lagas/123a/1997074.html>.
33. Israel Law. (1996). Patient's Rights Act. <http://waml.haifa.ac.il/index/reference/legislation/israel/israel1.htm>.
34. Karra M, Mantas J. (2000). Security of electronic patient record and education. *Stud Health Technol Inform*, 57:232-7.
35. Kjønstad, A. and Syse. (1993). Patients' rights in Norway, development and possibilities. *Lovog Rett*, 387-405. (Norwegian).
36. Kilpi H, Välimäki M, Dassen T, Gasol MI, Lemonidou C, Scott A, Schopp A, Arndt M, Kaljonen A. (2003). Perceptions of Autonomy, privacy and informed consent in the case of elderly people in five European Countries: Comparison and implications for the future. *Nursing Ethics*, 10 (1) © 2003 Arnold.
37. Lazare A. (1987). Shame and humiliation in the medical encounter. *Arch Intern Med*, 147:1653–1658.

38. Latvia Law. (1997). The law on medical treatment. http://home.online.no/~wkeim/files/Latvia_The_law_of_Medicine.htm.
39. Liangas G, Lionis C. (2004). General practice in Greece: A student's and supervisor's perspective. *Aust. J. Rural Health*, 12:112-114.
40. Lionis C, Tsiraki M, Bardis B, Filalithis A. (2004). Seeking Quality Improvement in Primary Care in Crete, Greece: The first Actions. *Croat Med J*, 45:599-603.
41. Lithuanian Law. (1996). Law on the Rights of Patients and Damage Done to Patients. <http://www3.lrs.lt/cbin/eng/preps2?Condition1=111935&Condition2=>.
42. Malcolm HA. (2005). Does privacy matter; Former patients discuss their perceptions of privacy in shared hospital rooms. *Nurs Ethics*, 12:156-66.
43. Mays N, Pope C. (1995). Observational methods in Health Care Settings. *BMJ*, 311:182-4.
44. Mavroforou A, Giannoukas A, Michalodimitrakis E. (2002). Confidentiality of health information in Greece, the birthplace of Hippocrates. *Med Law*, 21:451-8.
45. McGuire AL, McCullough LB, Weller SC, Whitney SN. (2005). Missed expectations? Physicians' views of patients' participation in medical decision-making. *Med Care*, 43:466-70.
46. Mystakidou K, Liossi C, et al. (1996). Disclosure of Diagnostic information to cancer patients in Greece. *Palliat Med*, 10:195-200.
47. Norwegian Law (1999). Pasientrettighetsloven. <http://www.lovddata.no/all/hl-19990702-063.html>.
48. OECD, Health Data. (2000). <http://www.oecd.org>.
49. Patient's Charter for England (1991). <http://www.pfc.org.uk/medical/pchrt-e1.htm>.
50. Portuguese Patients' Rights Charter. <http://www.dgsaude.pt/carta.htm>.
51. Santen SA, Hemphill RR, Spanier CM, Fletcher ND. (2005). Sorry, it's my first time! Will patients consent to medical students learning procedures?. *Med Educ*, 39:365-9.
52. Sardell AN, Trierweiler SJ. (1993). Disclosing the cancer diagnosis: Procedures that influence patient hopefulness. *Cancer*, 72:33-55-65.
53. Schofield Tp. (1996). Patients should be given more information about drugs during consultations. *BMJ*, 313:330.
54. Sen A. (1988). Freedom of Choice. *European Economic Review*, 32:269-294.
55. Smee Ph. (1996). Should insurance companies have access to patients medical records? Denying access would do more harm than good. *Br Med J*, 313:287.
56. Smith R. (1996). Commentary: The importance of patients' consent for publication. *Br Med J*, 313:16.
57. Steffenino G, Aimar F, Bogetti M, Dutto MS, Dutto M, Lice G, Mogna A, Tomatis M, Conte L. (2005). How informed is patient consent to interventional cardiology procedures. A quality assurance survey by the nurses. *Ital Heart J Suppl*, 6:35-41.
58. Swiss Law. (2003). Patientenrechtverordnung 1991, Patientenrechtsgesetz ist in Vorbereitung. Hearing. http://www.zh.ch/gd/aktuell/news/presseberichte/news_21_12_00_1a.htm.
59. Taylor RJ, Chiu AG, Palmer JN, Schofield K, O' Malley BW Jr, Wolf JS. (2005). Informed consent in sinus surgery: link between demographics and patient desires. *Laryngoscope*, 115:826-31.
60. Thompson DA, Yarnold PR, et al. (1996). Effects of Actual Waiting Time, Perceived Waiting Time, Information Delivery and Expressive Quality on Patient Satisfaction in the Emergency Department. *Ann Emerg Med*, 28:657-65.

61. Tillett J. (2005). Adolescents and informed consent: ethical and legal issues. *Perinat Neonatal Nurs*, 19:112-21.
62. Tzelepi S, Pangalos G, Nikolacopoulou G. (2002). Security of medical multimedia. *Med Inform Internet Med*, 27:169-84.
63. Tzimis L, Katsantonis N, Leledaki A, Vasilomanolakis K, Kafatos A. (1997). Antibiotics prescription for indigent patients in primary care. *J Clin Pharm Ther*, 22:227-35.
64. Vincent JL, Ledingham IM. (1989). Information of the Critically III: Results of a European Questionnaire. *Crit Care med*, 17:S82.
65. Westerhall L. (1994). *Patienttrattigheter {Patients'rights}*. Lund, Nerenius & Santerus. (Swedish).
66. WHO. (1993). Continuous Quality Development: A proposal national policy. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.
67. WHO. (1994). Διακήρυξη του Άμστερνταμ για τα Δικαιώματα του Ασθενούς. Declaration on the promotion of patients' rights in Europe, Amsterdam. http://www.who.int/entity/genomics/public/eu_declaration_1994.
68. WHO. (1998). Convention for the Protection of Individuals with regard to Automatic Processing of Personal Data, the recommendations on the development and implementation of quality improvement systems in health care. Health 21 Program of the WHO.
69. WHO. (1999). Patient's rights and citizens' empowerment: through visions to reality, Meeting Report. Copenhagen. p:10.
70. WHO. (2001). Strategic alliances. The role of civil society in health.
71. Wiggers JH, Donovan KO, et al. (1990). Cancer patient satisfaction with care. *Cancer*, 66:610-16.
72. WMA (World Medical Association). Declaration on the Rights of the Patient from Lisbon 1981, revised 1995. <http://www.wma.net/e/policy/l4.htm>.
73. Wolf JS, Chiu AG, Palmer JN, O'Malley BW Jr, Schofield K, Taylor RJ.(2005). Informed consent in endoscopic sinus surgery: the patient perspective. *Laryng*, 115:492-4.
74. Wright B, Bhurga D, Booth SJ. (1996). Computers, communication and confidentiality: Tales of Baron Munchausen. *J Accid Emerg Med*, 13:18-20
75. York NL, DaRosa DA, et al. (1995) Patients' attitudes toward the involvement of medical students in their care. *Am J Surg*, 169:421-23.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

Παράρτημα Ι: Έγκριση διεξαγωγής μελέτης από Π.Ε.Σ.Υ.Π Κρήτης

Παράρτημα ΙΙ: Πίνακες της μελέτης

Παράρτημα ΙΙΙ: Ερευνητικά Εργαλεία

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι

Έγκριση διεξαγωγής μελέτης από Π.Ε.Σ.Υ.Π Κρήτης

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ

Πίνακες της μελέτης

Πίνακας 1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά ασθενών, στην έρευνα για τα δικαιώματα του ασθενούς

	Ασθενείς n=109 Συχνότητα (%)
Φύλο	
Άνδρες	38 (34.9)
Γυναίκες	71 (65.1)
Ηλικιακή Ομάδα	
15-24	1 (0.9)
25-44	7 (6.4)
45-64	19 (17.4)
65-74	36 (33.0)
75-84	43 (39.4)
85 + old	3 (2.8)
Εκπαίδευση	
Μη απόφοιτος Δημοτικού	46 (42.2)
Δημοτικό	51 (46.8)
Γυμνάσιο	8 (7.3)
Λύκειο	3 (2.8)
Ανώτατη Σχολή	1 (0.9)
Διαμονή σε περιοχή ευθύνης Κέντρου Υγείας	
Σπηλίου	46 (42.2)
Ανωγείων	43 (39.4)
Περάματος	20 (18.3)

Πίνακας 2. Δημογραφικά χαρακτηριστικά ασθενών που αξιολόγησαν τις υπηρεσίες, που τους προσφέρει ο γενικός γιατρός και το Κ.Υ

	Ασθενείς n=84 Συχνότητα (%)
Φύλο	
Άνδρες	30 (35.7)
Γυναίκες	54 (64.3)
Ηλικιακή Ομάδα	
15-24	-
25-44	6 (7.1)
45-64	14 (16.7)
65-74	27 (32.1)
75-84	35 (41.7)
85 + old	2 (2.4)
Εκπαίδευση	
Μη απόφοιτος Δημοτικού	39 (46.4)
Δημοτικό	35 (41.7)
Γυμνάσιο	8 (9.5)
Λύκειο	1 (1.2)
Ανώτατη Σχολή	1 (1.2)
Κέντρο Υγείας	
Σπηλίου	35 (41.7)
Ανωγείων	33 (39.3)
Περάματος	16 (19.0)

Πίνακας 3. Χαρακτηριστικά των γιατρών που συμμετείχαν στη μελέτη

	Γιατροί n=9
Φύλο	
Άνδρες	6
Γυναίκες	3
Ηλικιακή Ομάδα	
25-44	6
45-64	3
Υπηρεσία στο ΚΥ	
0.-4	5
5.-9	1
10.-14	1
15.-19	2
Χρόνια Ασκήσης Ειδικότητας	
0.-4	5
5.-9	1
10.-14	1
15.-19	2
Κέντρο Υγείας	
Σπηλίου	4
Ανωγείων	3
Περάματος	2

Πίνακας 4. Λόγος Επίσκεψης στο Κ.Υ

	Ασθενείς n=109 Συχνότητα (%)
Χρόνιο	18 (16.5)
Έκτακτο	13 (11.9)
Συνταγογράφηση	44 (40.4)
Έλεγχος	16 (14.7)
Συμβουλές κ.α	18 (16.5)
Σύνολο	109

Πίνακας 5. Προσωπικός/Οικογενειακός γιατρός

	Ασθενείς n=109 Συχνότητα (%)
Προσωπικός γιατρός	50 (45.9)
Έτυχε να τον επισκεπτώ	59 (54.1)
Σύνολο	109

Πίνακας 6. Γνώση ονόματος και της ειδικότητας του γιατρού από τους ασθενείς

	Ασθενείς n=98 Συχνότητα (%)
Όχι (Δεν γνωρίζω τίποτα)	34 (34.7)
Ναι (Τα γνωρίζω)	7 (7.1)
Δεν θυμάμαι	2 (2.0)
Όνομα	9 (9.2)
Επίθετο	23 (23.5)
Ονοματεπίθετο	11 (11.2)
Παθολόγος	6 (6.1)
Παθολόγος + Όνομα	1 (1.0)
Παθολόγος + Επίθετο	3 (3.1)
Παθολόγος + Ονοματεπίθετο	1 (1.0)
Γενικής Ιατρικής	1 (1.0)
Σύνολο	98

Πίνακας 7. Γνώση Ονόματος και Ειδικότητας του γιατρού από τους ασθενείς

	Ασθενείς n=56 Συχνότητα (%)
Γιατρός	11 (19.6)
ΚΥ	23 (41.1)
Γνωστοί	12 (21.4)
Δξ/Δα	10 (17.9)
Σύνολο	56

Πίνακας 8. Ενημέρωση ασθενούς από τον γιατρό

	Ασθενείς n=109 Συχνότητα (%)
Με ενημέρωσε	77 (70.6)
Ουδέτερες Απαντήσεις (μέτρια ενημέρωση)	7 (6.4)
Ουδέτερες Απαντήσεις (μέτρια ενημέρωση)	25 (22.9)
Σύνολο	109

Πίνακας 9. Απαντήσεις ασθενών στην ερώτηση αν ο γιατρός τους άκουσε με προσοχή

	Ασθενείς n=109 Συχνότητα (%)
Άκουσε	105 (96.3)
Δεν άκουσε	2 (1.8)
Δξ/Δα	2 (1.8)
Σύνολο	109

Πίνακας 10. Ενημέρωση για τις οικονομικές παραμέτρους της θεραπείας

	Ασθενείς n=109 Συχνότητα (%)
Ενημέρωσε	8 (7.3)
Δεν ενημέρωσε	96 (88.1)
Δξ/Δα (μη θεραπεία)	5 (4.6)
Σύνολο	109

Πίνακας 11. Ενημέρωση για τα οφέλη και τους κινδύνους της θεραπείας

	Ασθενείς n=98 Συχνότητα (%)
Ενημέρωσε	41 (41.8)
Δεν ενημέρωσε	15 (15.3)
Ενημέρωσε για τα οφέλη/όχι για κινδύνους	23 (23.5)
Μη θεραπεία	19 (19.4)
Σύνολο	98

Πίνακας 12. Απαντήσεις ασθενών στο αν ο γιατρός τους εξήγησε για ποιο λόγο θα πάρουν τα φάρμακα ή θα κάνουν τις εξετάσεις που τους υπέδειξε

	Ασθενείς n=98 Συχνότητα (%)
Μου εξήγησε	80 (81.6)
Δεν μου εξήγησε	12 (12.2)
Δξ/Δα	6 (6.1)
Σύνολο	98

Πίνακας 13. Απαντήσεις ασθενών στην ερώτηση εάν κατάλαβαν τι θα πάθουν στην υγεία τους, εάν δεν ακολουθήσουν τις οδηγίες του γιατρού.

	Ασθενείς n=98 Συχνότητα (%)
Κατάλαβα	90 (91.8)
Δεν κατάλαβα	1 (1.0)
Δξ/Δα	7 (7.1)
Σύνολο	98

Πίνακας 14. Απαντήσεις ασθενών στην ερώτηση εάν υπήρχαν άλλα άτομα μέσα στο ιατρείο, εκτός από τον γιατρό κατά την επίσκεψη τους.

	Ασθενείς n=98 Συχνότητα (%)
Άλλα άτομα μέσα	43 (43.9)
Όχι	52 (53.0)
Δξ/Δα	3 (3.1)
Σύνολο	98

Πίνακας 15. Ιδιότητες ατόμων που ήταν παρόντα στο ιατρείο, κατά την επίσκεψη του ασθενούς, πλην του γιατρού

	Ασθενείς n=65 Συχνότητα (%)
Νοσηλ./ιατρός+ συγγενής	2 (3.1)
Νοσηλεύτης	32 (49.2)
Γιατρός/φοιτητής	8 (12.3)
Συγγενής	18 (27.7)
Τρίτος	5 (7.7)
Σύνολο	65

Πίνακας 16. Κατηγορίες απαντήσεων ασθενών στην ερώτηση πώς ένιωσαν που ήταν παρόν και τρίτο άτομο κατά την εξέτασή τους από τον γιατρό

	Ασθενείς n=47 Συχνότητα (%)
Δεν με πείραξε	19 (40.4)
Ευχαρίστηση/Εξυπηρέτηση	13 (27.7)
Μόνον τρίτοι με πειράζουν	2 (4.3)
Αδιαφορία	3 (6.4)
Μου είναι γνωστός ο τρίτος	5 (10.6)
Δξ/Δα	5 (10.6)
Σύνολο	47

Πίνακας 17. Εμπιστοσύνη των ασθενών στην εχεμύθεια του γιατρού τους

	Ασθενείς n=98 Συχνότητα (%)
Τον εμπιστεύομαι n(%)	73 (74.5)
Δεν με νοιάζει n(%)	11 (11.2)
Δξ/Δα n(%)	14 (14.3)
Σύνολο	98

Πίνακας 18. Απαντήσεις των ασθενών αν ο γιατρός ζητά τη συναίνεση τους

	Ασθενείς n=98 Συχνότητα (%)
Ζητά	45 (45.9)
Δεν ζητά	33 (33.7)
Δξ/Δα	10 (10.2)
Σύνολο	98

Πίνακας 19. Απαντήσεις των ασθενών στην ερώτηση αν ο γιατρός ή το Κ.Υ τους δίδουν μια γραπτή περίληψη που να αναφέρει από τι πάσχουν, την διάγνωση του γιατρού, καθώς και την θεραπεία που πρέπει να ακολουθήσουν

	Ασθενείς n=98 Συχνότητα (%)
Όχι	74 (75.5)
Ναι	10 (10.2)
Δξ/Δα	14 (14.3)
Σύνολο	98

Πίνακας 20. Απαντήσεις ασθενών αν θα επιθυμούσαν να λαμβάνουν γραπτή περίληψη

	Ασθενείς n=74 Συχνότητα (%)
Όχι	39 (52.7)
Ναι	21 (28.4)
Δξ/Δα	14 (18.9)
Σύνολο	74

Πίνακας 21. Αιτίες που οι ασθενείς δεν επιθυμούν να λαμβάνουν γραπτή περίληψη

	Ασθενείς n=39 Συχνότητα (%)
Άγνοια	2 (5.1)
Ικανοποίηση με φάκελο/συνταγή	11 (28.2)
Ανικανότητα διαβάσματος	1 (2.6)
Ιδία γνώση/ Χρόνια νοσήματα	5 (12.8)
Εμπιστοσύνη στην προφορική ομιλία με τον γιατρό	10 (25.6)
Αδιαφορία	6 (15.4)
Ικανοποίηση με το υπάρχον σύστημα	4 (10.3)
Σύνολο	39

Πίνακας 22. Απαντήσεις ασθενών αν ο γιατρός ενδιαφέρθηκε γενικά για την υγεία τους ή περιορίστηκε στον λόγο που τον επισκέπτηκαν

	Ασθενείς n=109 Συχνότητα (%)
Ενδιαφέρθηκε	50 (45.9)
Περιορίστηκε	59 (54.1)
Σύνολο	109

Πίνακας 23. Αποτελέσματα στην ερώτηση αν ο γιατρός γράφει προληπτικές εξετάσεις

	Ασθενείς n=109 Συχνότητα (%)
Ναι	91 (83.5)
Δεν έτυχε/ δεν ξέρω	18 (16.5)
Σύνολο	109

Πίνακας 24. Απαντήσεις ασθενών αν ο χώρος του ιατρείου ήταν καθαρός και περιποιημένος

	Ασθενείς n=109 Συχνότητα (%)
Καθαρός	98 (89.9)
Μέτρια/Ουδέτερα	6 (5.5)
Δξ/Δα	5 (4.6)
Σύνολο	109

Πίνακας 25. Απαντήσεις ασθενών αν υπήρχαν αρκετές καρέκλες στο ιατρείο

	Ασθενείς n=109 Συχνότητα (%)
Ναι	92 (84.4)
Όχι	12 (11.0)
Δξ/Δα	5 (4.6)
Σύνολο	109

Πίνακας 26. Απαντήσεις ασθενών αν γνωρίζουν πώς έχουν δικαίωμα άρνησης θεραπείας

	Ασθενείς n=98 Συχνότητα (%)
Έχω	45 (45.9)
Δεν έχω	44 (44.9)
Δξ/Δα	9 (9.2)
Σύνολο	98

Πίνακας 27. Αποτελέσματα EUROPEP

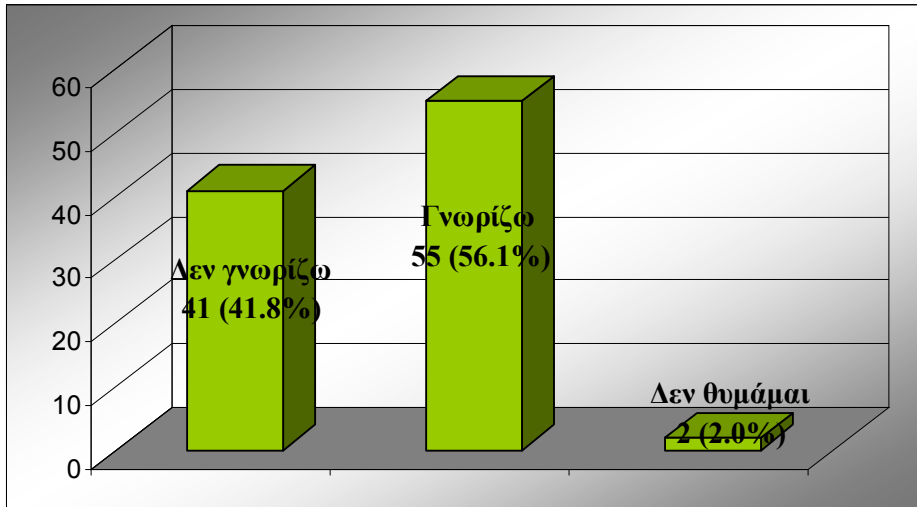
n-84	Κακή n(%)				Άριστη n(%)	
	1	2	3	4	5	ΜΕ/ΜΣ*
Ερωτήσεις						
1. Σας κάνει να αισθάνεστε ότι είχατε αρκετό χρόνο στη διάθεσή σας κατά την επίσκεψή σας?	-	-	3(3.6)	7(8.3)	74(88.1)	-
2. Δείχνει ενδιαφέρον για την προσωπική σας κατάσταση?	-	-	-	5(6.0)	79(94.0)	-
3. Σας διευκολύνει να του μιλήσετε για τα προβλήματά σας?	-	-	-	4(4.8)	80(95.2)	-
4. Σας δίνει τη δυνατότητα να συμμετέχετε στις αποφάσεις για την ιατρική φροντίδα σας?	-	-	3 (3.6)	9(10.7)	72(85.7)	-
5. Σας ακούει?	-	-	-	2(2.4)	81(96.4)	1(1.2)
6. Διατηρεί τα στοιχεία του ιατρικού φακέλου εμπιστευτικά?	-	-	-	5(6.-)	70(83.3)	9(10.7)
7. Ανακουφίζει γρήγορα τα συμπτώματά σας?	-	-	2(2.4)	6(7.1)	68(81.0)	8(9.5)
8. Σας βοηθάει να αισθανθείτε αρκετά καλά, ώστε να αποδώσετε στις καθημερινές σας δραστηριότητες?	-	-	3(3.6)	9(10.7)	63(75.0)	9(10.7)
9. Ασκεί προσεκτικά και με επιμέλεια τα καθήκοντά του?	-	-	-	2(2.4)	82(97.6)	-
10. Επιτελεί την Φυσική Εξέταση επαρκώς?	-	-	-	3(3.6)	75(89.3)	6(7.1)
11. Σας προσφέρει υπηρεσίες πρόληψης της αρρώστιας?	-	-	-	1(1.2)	79(94.0)	4(4.8)
12. Σας εξηγεί τον σκοπό των ιατρικών/ εργαστηριακών εξετάσεων και της θεραπείας?	-	1(1.2)	3(3.6)	4(4.8)	73(86.9)	3(3.6)
13. Σας λέει αυτά που θέλετε να γνωρίζετε για τα συμπτώματα και την ασθένεια σας?	-	-	4(4.8)	5(6.0)	73(86.9)	2(2.4)
14. Σας βοηθάει να αντιμετωπίσετε τα συναισθηματικά προβλήματα που έχουν σχέση με την κατάσταση στην υγεία σας?	-	-	2(2.4)	6(7.1)	72(85.7)	4(4.8)
15. Σας βοηθάει να καταλάβετε πόσο σημαντικό είναι να ακολουθήσετε τις συμβουλές που σας έδωσε?	-	-	1(1.2)	6(7.1)	75(89.3)	2(2.4)
16. Γνωρίζει τι είχε κάνει και τι σας είχε πει κατά την διάρκεια των επισκέψεων?	5 (6.0)	2(2.4)	-	-	77(91.7)	-
17. Σας προετοιμάζει σε σχέση με το τι πρέπει να περιμένετε κατά την επίσκεψή σας στον ειδικό ή στο νοσοκομείο?	-	-	1(1.2)	6(7.1)	53(63.1)	24(28.6)
18. Πόσο σας εξυπηρετεί το υπόλοιπο προσωπικό?	-	-	1(1.2)	3(3.6)	80(95.2)	-
19. Πόσο εύκολα σας κλείνει ραντεβού σε ώρα που σας διευκολύνει?	-	-	-	-	43(51.2)	41(48.8)
20. Πόσο εύκολα επικοινωνείτε τηλεφωνικά με το ιατρείο του?	-	-	1(1.2)	2(2.4)	23(27.4)	58(69.0)
21. Πόσο εύκολα επικοινωνείτε τηλεφωνικά με τον ιατρό Γενικής Ιατρικής?	-	-	-	4(4.8)	44(52.4)	36(42.6)
22. Πώς είναι ο χρόνος παραμονής στην αίθουσα αναμονής?	-	11 (13.1)	22 (26.2)	33 (39.3)	14(16.7)	4(4.8)
23. Παρέχονται άμεσα οι αναγκαίες υπηρεσίες για τα επείγοντα προβλήματα υγείας?	-	-	-	3(3.6)	76(90.5)	5(6.0)
24. Μπορώ με βεβαιότητα να συστήσω τον ιατρό Γενικής Ιατρικής στους φίλους μου.	-	-	4 (4.8)	7(8.3)	73(86.9)	-
25. Δεν έχω λόγο να αλλάξω ιατρό Γενικής Ιατρικής.	-	-	9 (10.7)	10 (11.9)	65(77.4)	-
ΜΕ/ΜΣ* = Μη Εφαρμόσιμο, Μη Σχετικό						

Πίνακας 28. Αναφορές νομικών κειμένων από τους γιατρούς

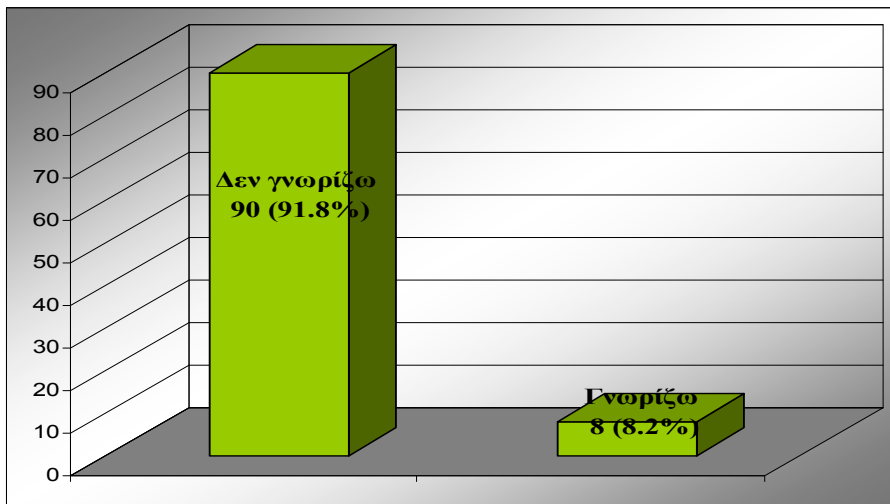
ΔΙΚΑΙΩΜΑ	Γιατροί που ανέφεραν κείμενο	Κείμενα που αναφέρθηκαν	Σωστές απαντήσεις	Λάθος απαντήσεις
Δικ.1 (ενημέρωση ασθενούς)	2	οδηγία του WHO, Μάθημα Δεοντολογίας Ιατρικής Σχολής Α.Π.Θ	-	2
Δικ.2 (ενημέρωση για ιατρικές, κοινωνικές και οικονομικές παραμέτρους της καταστάσεως του ασθενή)	1	μάθημα δεοντολογίας	-	1
Δικ.4 (πληροφόρηση με τρόπο κατάλληλο και απλό)	1	μάθημα δεοντολογίας	-	1
Δικ.5 (ενημέρωση για επαγγελματική ταυτότητα ατόμων)	1	μάθημα δεοντολογίας	-	1
Δικ.6 (δικαίωμα αποδοχής ή άρνησης θεραπείας)	1	μάθημα δεοντολογίας	-	1
Δικ.8 (ιατρικό απόρρητο)	2	όρκος Ιπποκράτη	2	0
Δικ.10 (προστασία ιδιωτικής ζωής)	2	νόμος για τα προσωπικά δεδομένα +.....;, νομοθεσία 1955	-	2
Δικ.11 (εμπιστευτική φύση του γιατρού)	1	μάθημα δεοντολογίας	-	1
Δικ.12 (προστασία ιδιωτικής ζωής)	2	νόμοι του κράτους, Σύνταγμα της Ελλάδος	-	2
Δικ.13 (αναγνώριση θρησκευτικών-ιδεολογικών πεποιθήσεων)	1	Σύνταγμα της Ελλάδας	-	1
Δικ.16 (μεταφορά σε άλλη μονάδα)	1	μάθημα δεοντολογίας	-	1
Δικ.17 (γραπτή περίληψη)	1	μάθημα δεοντολογίας	-	1

Πίνακας 29. Σχόλια των γιατρών σε επιμέρους Δικαιώματα

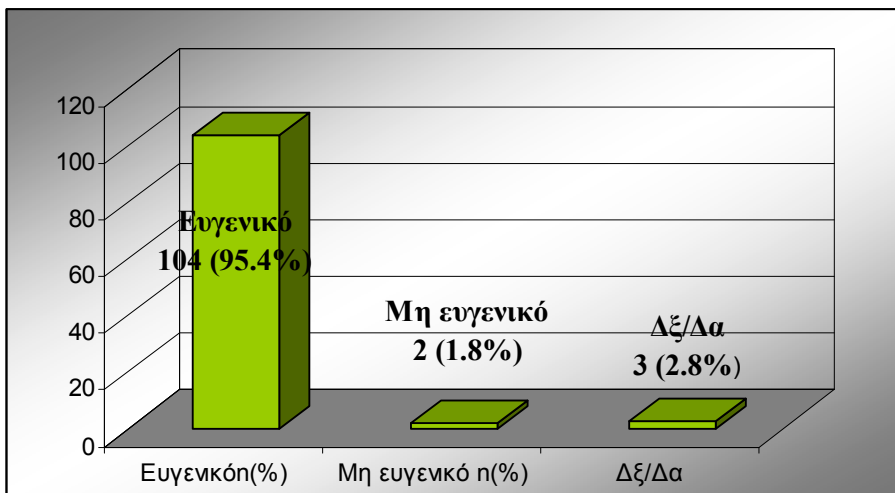
Δικαίωμα	Σχόλιο
Δικ.1 (ενημέρωση ασθενούς)	<i>«Το ερώτημα είναι πόσο μπορούν πάντα να καταλάβουν τη γνώση»</i>
Δικ.3 (ενημέρωση για ιατρικές, κοινωνικές και οικονομικές παραμέτρους της καταστάσεως του ασθενούς)	<i>«Το ερώτημα είναι πόσο το καταλαβαίνουν ...εγώ έχω πρόβλημα να καταλάβω συχνά ποιο έχει το μακροπρόθεσμο συμφέρον»</i>
Δικ.4 (πληροφόρηση με τρόπο κατάλληλο και κατανοητό)	<i>«Πρέπει να υπάρχει παρακολούθηση του τι δηλώνει ο καθένας όμως εξειδικευμένα» «Όσο μπορώ και όσο ο ασθενής μπορεί να καταλάβει»</i>
Δικ.5 (ενημέρωση για επαγγελματική ταυτότητα ατόμων)	<i>«Μόνον όταν ρωτήσουν»</i>
Δικ.6 (δικαίωμα αποδοχής ή άρνησης θεραπειάς από ασθενή)	<i>«Όχι πάντα. Θα πρέπει να είναι έτοιμος να δεχτεί ότι αρνούμαι και εγώ να τον δω,,» «Όχι παιδιά, όχι ψυχιατρικοί ασθενείς μετά από εισαγγελική εντολή»</i>
Δικ.7 (συναίνεση του ασθενούς)	<i>«Όχι σε παιδιά, ψυχικά ασθενείς - εισαγγελική εντολή»</i>
Δικ.10 (εξασφάλιση απορρήτου εγγράφων, φακέλου ασθενούς)	<i>«Δεν παίρνω τους φακέλους σπίτι μου βέβαια»</i>
Δικ.14 (εξασφάλιση όχι μόνον ιατρικής φροντίδας, αλλά κατάλληλης διαμονής, μεταχείρισης και διοικητικής και τεχνικής εξυπηρέτησης του ασθενούς)	<i>«Θα παραγγείλω και χορεύτριες»</i>
Δικ.16 (μεταφορά ασθενούς)	<i>«(όχι)-ζώ στην Ελλάδα»</i>
Δικ.17 (γραπτή περίληψη)	<i>«όχι-μια γραμμο. Και ένα κασετοφωνάκι θα ήταν απαραίτητο ...,»</i>



Γράφημα 1. Γνώση ονόματος γιατρού.



Γράφημα 2. Γνώση ειδικότητας γιατρού



Γράφημα 3. Αξιολόγηση προσωπικού Κ.Υ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙΙ

Ερευνητικά Εργαλεία