

Το δικαίωμα της ενημέρωσης και της συναίνεσης του ασθενή στην εκτέλεση ιατρικών πράξεων: Νομική και κοινωνιολογική διάσταση

Παπαμιχαήλ Μαρία

Ειδικευμένη ΤΕ Νοσηλεύτρια Γ.Κ. Ν Πατρών «Ο Άγιος Ανδρέας»,
Υποψήφια Μεταπτυχιακού Διπλώματος στη Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η αυξανόμενη διείσδυση της ιατρικής επιστήμης στην καθημερινότητα του σύγχρονου ανθρώπου, παρουσιάζει ιδιαίτερη ανάγκη τήρησης ενός δεοντολογικού πλαισίου, που θέτει ως κύρια προτεραιότητα την προστασία των ασθενών, με την προσπάθεια κωδικοποίησης των δικαιωμάτων και υποχρεώσεών τους.

Οι νόμοι για την κατοχύρωση και προστασία των δικαιωμάτων των ασθενών, είναι συγκεκριμένες πράξεις, με συγκεκριμένα μέτρα και σαφείς πρόνοιες, που παρέχουν νομικά δικαιώματα και νομικές θεραπείες στους ασθενείς, που πιστεύουν ότι αγνοούνται ή παραβιάζονται τα δικαιώματά τους.

Δικαιώματα όπως, η προστασία της υγείας, η αξιοπρεπής μεταχείριση στην παροχή υπηρεσιών υγείας, η απαγόρευση δυσμενών διακρίσεων, η κατοχύρωση των δικαιωμάτων της ενημέρωσης, το δικαίωμα της ενημερωμένης συναίνεσης, το δικαίωμα στην εχεμύθεια και προστασία της ιδιωτικής ζωής, το δικαίωμα της ελευθερίας επιλογής, το δικαίωμα της πρόσβασης στο ιατρικό απόρρητο, απαντούν σε κρίσιμα ζητήματα της εποχής μας, διασφαλίζοντας, παράλληλα, ευαίσθητες πτυχές των προσωπικών δεδομένων του κάθε πολίτη.

Τα ανωτέρω δικαιώματα, αποτελούν θεμελιώδη ηθικά ζητήματα για την δημιουργία μιας ισότιμης σχέσης γιατρού-ασθενή, η οποία θεωρείται ως απαραίτητη προϋπόθεση για μια ουσιαστική επικοινωνία των δύο πλευρών, με κύριο στόχο της, την επιτυχία της θεραπευτικής διαδικασίας, την μεγιστοποίηση της ικανοποίησης του ασθενή, την συμμόρφωση με την προτεινόμενη θεραπεία, την μείωση της ανησυχίας του, καθώς και την ταχύτερη ανάρρωσή του.

Η εργασία αναδεικνύει τα δικαιώματα των ασθενών και αναλύει το δικαίωμα του ασθενή στην ενημέρωση και συναίνεση στην ιατρική πράξη.

Λέξεις Κλειδιά: υγεία, ασθενής, δικαίωμα, δικαιώματα ασθενή, ιατρική ευθύνη, ενημερωμένη συναίνεση, σχέση γιατρού-ασθενή.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα δικαιώματα του ασθενή, 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 στο χώρο της υγείας και την μέγιστη δυνατή ικανοποίηση των χρηστών, που απευθύνονται στις υπηρεσίες αυτές.

Εμπνεόμενα από πανανθρώπινες αξίες και ιδανικά, συμπορεύονται με τις σύγχρονες απαιτήσεις του ασθενή, ο οποίος στις μέρες μας, είναι πιο ενημερωμένος και συχνά πιο κατηγορηματικός, σε αποφάσεις που άπτονται της υγειονομικής του φροντίδας.

Ο ασθενής, όσο αδαής και αν είναι, 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, να νιώθει ασφαλή σε ζητήματα που αφορούν την υγειονομική του φροντίδα και να λάβει διαβεβαιώσεις, ότι η θεραπεία που ακολουθεί, είναι η κατάλληλη και η αποτελεσματικότερη. Δεν διστάζει 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 ιατρός οφείλει, να συνδράμει τον ασθενή στη λήψη της σωστής απόφασης, ενημερώνοντάς τον πλήρως για τη φύση, τους κινδύνους, αλλά και την ωφέλεια της συγκεκριμένης ιατρικής πράξης.

Το δικαίωμα στην υγεία- Συνταγματική θεμελίωση

Το «δικαίωμα», αποτελεί 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 κατηγορίες προσώπων, για την ικανοποίηση ενός συμφέροντος, στο οποίο και δίνει νομική υπόσταση (Τσάτσος Δ, 1988).

Ένα από τα βασικότερα δικαιώματα, είναι το δικαίωμα στην υγεία, δικαίωμα που αποτελεί βασική θεμελιακή αρχή και υποχρέωση που το κράτος οφείλει να παρέχει στους πολίτες του, μέσα από ένα αποτελεσματικό και αποδοτικό σύστημα υγείας, το οποίο να αντανakλά ανθρώπινες αξίες, να είναι κοινωνικά δίκαιο και να παρέχει καθολική κάλυψη στον πληθυσμό.

Σύμφωνα με το άρθρο 12 του Διεθνούς Συμφώνου για τα Οικονομικά, Κοινωνικά και Πολιτιστικά Δικαιώματα (ICESCR), το δικαίωμα στην υγεία, ορίζεται ως «το δικαίωμα κάθε ατόμου σε όσο το δυνατόν υψηλότερο επίπεδο σωματικής και ψυχικής υγείας». Αφορά αρχικά το δικαίωμα στην ιατροφαρμακευτική περίθαλψη και την ελεύθερη πρόσβαση του ατόμου, στην υγειονομική περίθαλψη, και έχει ένα επιπλέον ενδιαφέρον για τα «μειονεκτούντα» άτομα, καθώς και για εκείνους που ζουν σε συνθήκες φτώχειας. (Universal Declaration of Human Rights, 1948).

Ωστόσο, αν και σημαντικές κατακτήσεις έλαβαν χώρα, τα τελευταία χρόνια, προς αυτήν την κατεύθυνση, η υγεία δεν μπορεί, ακόμα, να θεωρείται ένα κεκτημένο και αδιακρίτως προσφερόμενο αγαθό.

Είναι απαραίτητη η αναφορά στις ισχύουσες συνταγματικές διατάξεις. Η απλή ανάγνωση των διατάξεων για τα δικαιώματα του πολίτη πείθει για την απόλυτη ισχύ τους στο χώρο των υπηρεσιών υγείας, είτε αυτές είναι δημόσιες, είτε ιδιωτικές.

Το Σύνταγμα προστατεύει αντικειμενικά το αγαθό της υγείας στα άρθρα 5 παρ. 5, 7 παρ. 2 και 2 παρ. 3. Η υγεία κατοχυρώνεται όχι μόνο ως αγαθό, αλλά και ως δικαίωμα. Το άρθρο 4, παρ 1 ορίζει πως «οι Έλληνες είναι ίσοι ενώπιον του νόμου». Στο άρθρο 9Α καθορίζεται ότι «καθένας έχει δικαίωμα προστασίας από τη συλλογή, επεξεργασία και χρήση, ιδίως με ηλεκτρονικά μέσα, των προσωπικών του δεδομένων, όπως ο νόμος ορίζει» (2472/1997).

Αν αποβλέψουμε όμως και στις συνταγματικά κατοχυρωμένες «υποχρεώσεις» του κράτους να παίρνει μέτρα προστασίας της ζωής και της υγείας (άρθρα 5 παρ. 2 και 21 παρ. 3 Συντ.), σε συνάρτηση μάλιστα και με τις συνταγματικές αρχές προστασίας της ανθρωπίνης αξίας και της ελεύθερης ανάπτυξης της προσωπικότητας (άρθρα 2 παρ. 1 και 5 παρ. 1 Συντ.), θα μπορούσαμε να το χαρακτηρίσουμε θεμελιώδες και κοινωνικό δικαίωμα. (Παπαδημητρίου Γ, 2005).

Για να υπάρχει υψηλό επίπεδο υγείας για όλους, θα πρέπει τα κράτη να θέσουν σε ισχύ, το δικαίωμα μέσα από την συγκρότηση εθνικού σχεδίου, για την υγειονομική περίθαλψη και προστασία της υγείας, μέσα στα πλαίσια των διαθέσιμων πόρων τους, με στόχο το δικαίωμα αυτό, να γίνει κοινό κτήμα για όλα τα άτομα, ανεξαρτήτως διακρίσεων (BMA, 2006).

Το υφιστάμενο νομικό πλαίσιο

Ως πρώτος χάρτης δικαιωμάτων του ασθενή στην ιστορία της πολιτισμένης ανθρωπότητας μπορεί να θεωρηθεί ο όρκος του Ιπποκράτη (460-370 πΧ). «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, θεωρώντας ότι αυτά είναι μυστικά».

Από την εποχή του Ιπποκράτη ως τα μέσα του 20ου αιώνα μΧ δεν πραγματοποιήθηκε κάποια πρόοδος ως προς το συγκεκριμένο θέμα. Αντίθετα, τα δικαιώματα του ασθενούς ατόμου συμμερίστηκαν τις περιπέτειες των υπόλοιπων ανθρώπινων δικαιωμάτων, κατά τις χιλιετίες της βαρβαρότητας που ακολούθησαν το τέλος του αρχαίου ελληνικού κόσμου. (Κουτσελίνης Α., 1999).

Η κατάσταση αυτή εξακολούθησε μέχρι το τέλος του Β΄ Παγκοσμίου Πολέμου. Το 1948 με την Διακήρυξη της Γενεύης, ορίζεται η υποχρέωση του γιατρού, να παρέχει τις υπηρεσίες του στους ασθενείς ανεξαρτήτως φύλου, εθνικότητας κοινωνικής ή πολιτικής

θέσης, φυλής, ασθένειας, ισότιμα να σέβεται τα μυστικά του ασθενή και να διαφυλάσσει όσα του έχει εκμυστηρευτεί, ακόμα και μετά τον θάνατό του (Declaration of Geneva, 1948).

Για τον σεβασμό των απόρρητων στοιχείων του ασθενή, για τα δικαιώματα των ασθενών στην ενημέρωση και τον σεβασμό της ανθρωπίνης ζωής και αξιοπρέπειας, γίνεται λόγος στον Διεθνή Κώδικα Ιατρικής Ηθικής, ένα χρόνο αργότερα.

Οι πολιτικές και κοινωνικές διεργασίες είχαν ως πρώτο αποτέλεσμα, στα 1973, την ψήφιση από την Αμερικανική Νοσοκομειακή Ένωση, των ΗΠΑ, του «Κώδικα Δικαιωμάτων του Ασθενούς».

Από τις Ευρωπαϊκές χώρες πρωτοπόρησε η Γαλλία, το 1974, με τον «Χάρτη Δικαιωμάτων και Υποχρεώσεων των Ασθενών». Την ίδια χρονιά (1974) η Νοσοκομειακή Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων ψήφισε τον «Ευρωπαϊκό Χάρτη για τα Δικαιώματα των Ασθενών».

Αρκετές δεκαετίες αργότερα, έρχεται η Διακήρυξη της Λισσαβόνας, το 1981. Η Ελλάδα είναι τυπικά η πρώτη χώρα στην Ευρώπη που διατύπωσε σε νόμο (Ν. 2071/92, άρθρο 47) τα «Δικαιώματα του Νοσοκομειακού Ασθενούς», με επόμενη χώρα την Ιρλανδία. Το περιεχόμενο του Νόμου, επηρεάστηκε σαφώς από την Διακήρυξη της Λισσαβόνας. (Σπυράκη Χ., Φραγκιαδάκη Ε., 2006).

Με τις ρυθμίσεις του Ν. 2071/1992 για τον “εκσυγχρονισμό και την οργάνωση του συστήματος υγείας” αντικαταστάθηκε μια σειρά διατάξεων των νόμων, που καθιέρωσαν το Εθνικό Σύστημα Υγείας και μεταβλήθηκαν οι γενικές κατευθύνσεις και ο ιδεολογικός προσανατολισμός του πλέγματος των νομοθετικών κανόνων οι οποίοι, εξειδικεύοντας τη σχετική συνταγματική επιταγή (άρθρ. 21§3 Συντ.), προστατεύουν το δικαίωμα στην υγεία.

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 η οποία υπάγεται απ' ευθείας στο Γενικό Γραμματέα του Υπουργείου και

β) Η Επιτροπή Ελέγχου Προστασίας Δικαιωμάτων των Ασθενών που έχουν την κεντρική ευθύνη παρακολούθησης και ανάπτυξης του θεσμού.

Σημαντικός σταθμός στη νομοθεσία ήταν η κύρωση από το ελληνικό κοινοβούλιο (Ν.2619/98) της «Σύμβασης του Συμβουλίου της Ευρώπης για την προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και της αξιοπρέπειας του ατόμου σε σχέση με τις εφαρμογές της βιολογίας και της ιατρικής (Convention on Human Rights and Biomedicine, Oviedo 1997).

Το 1999 με το Νόμο 2716/99, δημιουργήθηκαν και λειτουργούν σε κάθε Νοσοκομείο:

α) Γραφείο Επικοινωνίας με τον Πολίτη και
β) Επιτροπή Προάσπισης Δικαιωμάτων του Πολίτη
Εάν επιχειρήσουμε, να αξιολογήσουμε την δημιουργία των οργάνων αυτών σε επίπεδο Νοσοκομείου θα δούμε, ότι ήταν σημαντικά για την αλλαγή της νοσητροπίας των επαγγελματιών της υγείας.

Με τα όργανα αυτά, ο ασθενής σταμάτησε να είναι αδύναμος και έγινε συνείδηση όλων, και αυτό είναι το κέρδος, το δικαίωμα στην υγεία, ο σεβασμός που οφείλεται, η τήρηση της νομιμότητας και η καταπολέμηση της κακοδιοίκησης. Ποιοτικά στοιχεία που άρχισαν σιγά-σιγά να αποτελούν στοιχεία της διοίκησης και της οργάνωσης των Νοσοκομείων (Κοντιάδης Ξ, 1995).

Μια πρώτη προσέγγιση του προβλήματος

Ένα από τα βασικά προβλήματα λειτουργίας των Νοσοκομείων κατά το παρελθόν ήταν η έλλειψη ενός καταστατικού χάρτη των δικαιωμάτων του πολίτη νοσοκομειακού ασθενούς και η προστασία αυτών.

Όπως είδαμε το θέμα των δικαιωμάτων των ασθενών απασχολούσε έντονα όλες τις κοινωνίες. Προσπαθούσαν όμως το κενό αυτό να το καλύψουν μέσα από τους κανονισμούς λειτουργίας του προσωπικού των Υπηρεσιών Υγείας, θεσπίζοντας κατά τρόπο έμμεσο τα θεμελιώδη δικαιώματα των νοσοκομειακών ασθενών.

Πράγματι, η έλλειψη αυτών των δικαιωμάτων προκαλούσε στις Υπηρεσίες Υγείας σοβαρή δυσλειτουργία, εξαιτίας του ότι, ο μεν ασθενής έθετε τους προβληματισμούς του πάνω σε καιρία ζητήματα που τον αφορούσαν, οι δε Υπηρεσίες υγείας αδυνατούσαν να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα αυτά, λόγω έλλειψης ενός ειδικού νομικού πλαισίου δικαιωμάτων και υποχρεώσεων των ασθενών, με αποτέλεσμα τις διαρκείς συγκρούσεις και τριβές στο χώρο της Υγείας. Το αποτέλεσμα αυτής της κατάστασης ήταν η ύπαρξη ενός κλίματος ανασφάλειας για τους ασθενείς των Νοσοκομείων και των λοιπών μονάδων Υγείας, για δε τα Νοσοκομεία μια διαρκής αναταραχή (Αλεξιάδης Α.Δ, 1999).

Κανείς αρμόδιος υπηρεσιακός παράγοντας των ιδρυμάτων αυτών δεν γνώριζε μέχρι πού θα έπρεπε να φθάνουν οι απαιτήσεις των νοσηλευόμενων ασθενών και ποια θα ήταν ενδεχομένως τα δικαιώματά τους επί των ζητημάτων της Υγείας.

Παράλληλα δε, οι ασθενείς, μη γνωρίζοντας τα δικαιώματά τους, έθεταν αρκετές φορές παράλογες αξιώσεις, απαιτώντας την άμεση ικανοποίησή τους, δημιουργώντας έτσι σοβαρά προβλήματα δυσλειτουργίας.

Η Πολιτεία, έκρινε σκόπιμο ότι θα έπρεπε να καλύψει τον ιδιαίτερα ευαίσθητο τομέα της Υγείας και να καθορίσει ένα πλαίσιο αρχών, το οποίο θα αποτελούσε τον καταστατικό χάρτη των δικαιωμάτων του νοσοκομειακού ασθενούς.

Προς το σκοπό αυτό θέσπισε το νομικό πλαίσιο προστασίας αυτών, έτσι ώστε κάθε νοσοκομειακός

ασθενής να μπορεί να απευθύνεται, όταν κρίνει σκόπιμο, στην αρμόδια υπηρεσία προστασίας του νοσοκομειακού ασθενούς, ζητώντας προστασία και διευθέτηση των προβλημάτων του. Με αυτόν τον τρόπο δόθηκε λύση σε ένα πρόβλημα του τομέα της Υγείας.

Μακροπρόθεσμα, κρίνεται απαραίτητη η νομοθετική κατοχύρωση των δικαιωμάτων, με λύση όλων των ασαφειών, η εκπαίδευση- ευαισθητοποίηση όλων των λειτουργών υγείας, η ανάγκη βελτίωσης του επιπέδου της κοινωνίας μας, με την βελτίωση της παιδείας και της ουσιαστικής ενημέρωσης των πολιτών, ώστε οι πολίτες και οι ασθενείς, να γνωρίζουν τα δικαιώματά τους και να απαιτούν από κάθε λειτουργό υγείας, τον απαιτούμενο σεβασμό σ' αυτά, κατά την χρήση των υπηρεσιών υγείας. (Ακινδόσγλου, κ.α 2007).

Τα δικαιώματα του νοσοκομειακού ασθενούς (Ν.2071/1992)

1 Ο ασθενής έχει το δικαίωμα προσεγγίσεως στις υπηρεσίες του νοσοκομείου, τις πλέον κατάλληλες για τη φύση της ασθένειάς του.

2 Ο ασθενής έχει το δικαίωμα της παροχής φροντίδας σ' αυτόν με τον οφειλόμενο σεβασμό στην ανθρώπινη αξιοπρέπεια του. Αυτή η φροντίδα περιλαμβάνει όχι μόνο την εν γένει άσκηση της ιατρικής και της νοσηλευτικής, αλλά και τις παραϊατρικές υπηρεσίες, την κατάλληλη διαμονή, την κατάλληλη μεταχείριση και την αποτελεσματική διοικητική και τεχνική εξυπηρέτηση.

3 Ο ασθενής έχει το δικαίωμα να συγκατατεθεί ή να αρνηθεί κάθε διαγνωστική ή θεραπευτική πράξη που πρόκειται να διενεργηθεί σε αυτόν. Σε περίπτωση ασθενούς με μερική ή πλήρη διανοητική ανικανότητα, η άσκηση αυτού του δικαιώματος γίνεται από το πρόσωπο που κατά νόμο ενεργεί για λογαριασμό του.

4 Ο ασθενής δικαιούται να ζητήσει να πληροφορηθεί ό,τι αφορά στην κατάστασή του.

5 Το συμφέρον του ασθενούς είναι καθοριστικό και εξαρτάται από την πληρότητα και την ακρίβεια των πληροφοριών που του δίνονται. Η πληροφόρηση του ασθενούς πρέπει να του επιτρέψει να σχηματίσει πλήρη εικόνα των ιατρικών, κοινωνικών και οικονομικών παραμέτρων της καταστάσεώς του και να λαμβάνει αποφάσεις ο ίδιος ή να μετέχει στη λήψη αποφάσεων, που είναι δυνατόν να προδικάσουν τη μετέπειτα ζωή του.

6 Ο ασθενής ή ο εκπρόσωπός του σε περίπτωση εφαρμογής της παρ. 3, έχει το Δικαίωμα να πληροφορηθεί, πλήρως και εκ των προτέρων, για τους κινδύνους που ενδέχεται να παρουσιαστούν ή να προκύψουν εξ αφορμής εφαρμογής σε αυτόν ασυνήθων ή πειραματικών διαγνωστικών και θεραπευτικών πράξεων. Η εφαρμογή των πράξεων αυτών στον ασθενή λαμβάνει χώρα μόνο ύστερα από συγκεκριμένη συγκατάθεση του ίδιου. Η συγκατάθεση αυτή μπορεί να ανακληθεί από τον ασθενή ανά πάσα στιγμή.

7 Ο ασθενής πρέπει να αισθάνεται τελείως ελεύθερος στην απόφασή του, να δεχθεί ή να απορρίψει, κάθε συνεργασία του με σκοπό την έρευνα ή την εκπαίδευσή. Η συγκατάθεσή του για τυχόν συμμετοχή του, είναι δικαίωμά του και μπορεί να ανακληθεί ανά πάσα στιγμή.

8 Ο ασθενής έχει το δικαίωμα στο μέτρο και στις πραγματικές συνθήκες που είναι δυνατόν, προστασίας της ιδιωτικής του ζωής. Ο απόρρητος χαρακτήρας των πληροφοριών και του περιεχομένου των εγγράφων που τον αφορούν, του φακέλου των ιατρικών σημειώσεων και ευρημάτων, πρέπει να είναι εγγυημένος.

9 Ο ασθενής έχει το δικαίωμα του σεβασμού και της αναγνωρίσεως σε αυτόν των θρησκευτικών και ιδεολογικών του πεποιθήσεων.

10 Ο ασθενής έχει το δικαίωμα να παρουσιάσει ή να καταθέσει αρμοδίως διαμαρτυρίες και ενστάσεις και να λάβει πλήρη γνώση των επι' αυτών ενεργειών και αποτελεσμάτων.

Το δικαίωμα της ενημέρωσης του ασθενή στην ιατρική πράξη (INFORMED CONSENT)

Η έννοια της συναίνεσης μετά από ενημέρωση

Το δικαίωμα συναίνεσης του ασθενή στην ιατρική πράξη, αποτελεί βασικό κανόνα της ιατρικής δεοντολογίας, νομιμοποιώντας κάθε επικείμενη επέμβαση στον ασθενή (Φουντεδάκη Κ, 2006).

Ο όρος «συναίνεση» στην ιατρική πρακτική, σημαίνει την σύμφωνη γνώμη και αποδοχή εκ μέρους του ασθενούς, της θεραπείας που προτείνεται από τον γιατρό, η οποία έχει ως στόχο, την βελτίωση της υγείας και της ποιότητας της ζωής του.

Μέχρι τα μέσα σχεδόν του 20ου αιώνα η έννοια της συναίνεσης ήταν άγνωστη. Στην ιατρική πρακτική την επηρεασμένη από την Ιπποκρατική παράδοση, ο ιατρός ήταν εκείνος που, είχε την υπερεξουσία και ταυτόχρονα την ηθική υποχρέωση να καθορίσει το συμφέρον του αδαούς ασθενούς και να αποφασίσει για την πορεία της υγείας του και την ποιότητα της ζωής του.

Μόλις από τη δεκαετία του 1960 και πέρα αρχίζει, να δημιουργείται έντονος προβληματισμός ως προς το ηθικά επιτρεπτό, αλλά και τα νομικά ερείσματα αυτής της υπερεξουσίας του ιατρού, που θίγει την αυτονομία και την αυτοδιάθεση της ανθρώπινης προσωπικότητας (Βάρκα-Αδάμη, 2008).

Μετά τη Διακήρυξη της Λισσαβόνας το 1981, θεσμοθετήθηκε το δικαίωμα ενημέρωσης του ασθενούς για την υγεία του ως προϋπόθεση της συναίνεσης ή της διαφωνίας του στην προτεινόμενη θεραπεία.

Στην ελληνική έννομη τάξη το δικαίωμα αυτό θεμελιώνεται στις διατάξεις των άρθρων 2 παρ. 1, 5 και 7, παρ.2 του Συντάγματος, που προστατεύουν την αξία του ανθρώπου και την ελεύθερη ανάπτυξη της προσωπικότητάς του και απαγορεύουν οποιαδήποτε σωματική κάκωση ή βλάβη της υγείας του και γενικά κάθε προσβολή της αξιοπρέπειάς του.

Ο κοινός νομοθέτης για πρώτη φορά με το Ν 2071/92 στο άρθρο 4 αναφέρθηκε στο δικαίωμα του νοσοκομειακού ασθενούς να πληροφορηθεί από τους νοσοκομειακούς ιατρούς την κατάσταση της υγείας του, αλλά και τους κινδύνους που ενδέχεται να παρουσιαστούν στην υγεία του εξ αφορμής εφαρμογής σ' αυτόν, πειραματικών διαγνωστικών ή θεραπευτικών μεθόδων (Βούλτσος,Χατζητόλιος,2008) .

Το δικαίωμα ενημέρωσης επεκτάθηκε σε όλους και όχι μόνο στους νοσοκομειακούς ασθενείς με το Ν 2619/98,με τον οποίο κυρώθηκε η Σύμβαση του Συμβουλίου της Ευρώπης για την προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και της αξιοπρέπειας του ατόμου σε σχέση με τις εφαρμογές της Βιολογίας και της Ιατρικής. Το άρθρο 10 του νόμου αυτού, καθιερώνει το δικαίωμα όλων να ενημερώνονται για την κατάσταση της υγείας τους, ενώ παράλληλα υποχρεώνει να γίνονται σεβαστές οι επιθυμίες των ανθρώπων που επιλέγουν να μην ενημερώνονται σχετικά (Βάρκα-Αδάμη, 2008).

Επίσης, με το άρθρο 5 του Ν 2619/98 καθιερώνεται ρητά η ελεύθερη συναίνεση του ασθενούς ως προϋπόθεση κάθε επέμβασης και η ενημέρωση του προσώπου που θα υποστεί την επέμβαση για το σκοπό και τη φύση της, καθώς και για τα επακόλουθα και τους κινδύνους που αυτή συνεπάγεται.

Εάν η πλήρης αποκάλυψη της αλήθειας μπορεί να έχει δυσμενή αντίκτυπο στην ψυχολογία του ασθενή και των οικείων του, με φόβο να υπάρξει αποτροπή της επιβεβλημένης θεραπείας ή επέμβασης, τότε ο ιατρός πιθανόν να μην είναι και τόσο σαφής και κατηγορηματικός και να αποκρύψει ορισμένα περιστατικά (Ανδρουλιδάκη-Δημητριάδη Ι., 1993).

Σε επείγουσες περιπτώσεις ο ιατρός δύναται και άνευ συναίνεσως να αναλάβει μια θεραπεία ή να πραγματοποιήσει επέμβαση. Σε αυτές τις περιπτώσεις μιλάμε περί της εικαζομένης βούλησης του ασθενή.

Τα πρόσωπα που συναίνουν είναι: ο ίδιος ο ασθενής, οι οικείοι του μόνον όταν λόγω της κατάστασης του ασθενούς δεν μπορεί ο ίδιος. Ελλείψει οικείων και σε επείγουσες περιπτώσεις οφείλει ο ιατρός να ενεργήσει βάσει της άνω εικαζομένης βουλήσεως.

Εκτός από τους Ν 2071/92 και 2619/98, η υποχρέωση έγκυρης και έγκαιρης ενημέρωσης του ασθενούς θεμελιώνεται και στο άρθρο 8 του Ν 2251/94 . Με βάση τις διατάξεις αυτές, ο παρέχων υπηρεσίες ιατρός ευθύνεται για κάθε ζημιά που προκάλεσε υπαίτια στον ασθενή, τον οποίο δεν ενημέρωσε νόμιμα και έγκαιρα. (Μητροσύλη Μ. ,2000).

Πλήρως εναρμονισμένος με τις ανωτέρω διατάξεις είναι και ο νέος Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας (Ν 3418/2005), ο οποίος αναφέρεται στα άρθρα 11 και 12 στην υποχρέωση ενημέρωσης και στη συναίνεση του ενημερωμένου ασθενούς, ως προϋπόθεση εκτέλεσης οποιασδήποτε ιατρικής πράξης.

Εκτός από τις ανωτέρω διατάξεις, το δικαίωμα ενη-

μέρωσης ως προϋπόθεση της συναίνεσης στη διενέργεια ιατρικών πράξεων προβλέπουν και ειδικοί νόμοι, που ρυθμίζουν εξειδικευμένες επεμβάσεις, όπως μεταμοσχεύσεις ανθρωπίνων ιστών και οργάνων ή ιατρική υποβοήθηση στην ανθρώπινη αναπαραγωγή.

Η Βιομηχανοποίηση της ενημέρωσης

Γνωρίζοντας οι ιατροί ότι η θεραπευτική ενημέρωση είναι βασική υποχρέωσή τους, προβληματίζονται για το περιεχόμενο και την έκτασή της. Οι γενικόλογες και τυπικές φόρμες συναίνεσης που υπογράφουν πανικόβλητοι, ο ασθενής-ή οι οικείοι του- όταν κινδυνεύει η υγεία του, η σωματική του ακεραιότητα και η ζωή του, δεν αποτελούν αμάχητο τεκμήριο ενημέρωσης για το δικαστήριο.

Η «βιομηχανοποιημένη» ενημέρωση, που παρατηρείται ιδιαίτερα σε μεγάλα νοσηλευτικά ιδρύματα και δικαιολογείται από τις συνθήκες λειτουργίας τους, δεν καλύπτει την, πιθανώς, ελλιπή ενημέρωση, ούτε αποδεικνύει την προφορική ενημέρωση, που ενδεχομένως διαφώτισε τον ασθενή, ώστε αυτός να δώσει την γραπτή συναίνεσή του.

Ο γιατρός οφείλει, να ενημερώσει τον ασθενή για:

- τις διαγνωστικές μεθόδους, τα αποτελέσματα της διάγνωσης, το είδος της ασθένειας, τα μέσα, την πορεία, τα στάδια της θεραπείας.
- την αναγκαιότητα της προτεινόμενης θεραπευτικής αγωγής και τις συνέπειες από την τυχόν καθυστέρησή της (Κανελλοπούλου- Μπότη, 1999).
- τους κινδύνους και τις τυχόν επιπλοκές της θεραπευτικής αγωγής (Αναπλιώτου-Βαζαίου Ε., 1993).
- για το κόστος θεραπείας και για τις οικονομικές συνέπειες της ασθένειάς του.

Η πλήρης και αντικειμενική ενημέρωση γίνεται με απλές και κατανοητές λέξεις, χωρίς όμως να παραλείπονται βασικοί ιατρικοί όροι, χωρίς υπερβολές, χωρίς να παραποιείται η αλήθεια, με την ημερία και τη σιγουριά που απορρέουν από την άρτια επιστημονική κατάρτιση και την εμπειρία του ιατρού.

Η υποχρέωση ενημέρωσης και η υποχρέωση συναίνεσης του ασθενούς αποτελούν πλέον αυτοτελείς διατάξεις, εναρμονισμένες με τις σύγχρονες διεθνώς αντιλήψεις και συμβάλλουν περαιτέρω στην αυτονομία του δικανικού ισχυρισμού περί μη ενημέρωσης του ασθενούς (Μάντη Π., 2000).

Πιθανότατα, θα ενισχύσει τις δικαστικές διενέξεις για απουσία ενημέρωσης ή πλημμελή ενημέρωση ασθενούς. Από την άλλη πλευρά, θα θέσει δικλείδα ασφαλείας για τις άδικες καταγγελίες ασθενών σε βάρος ιατρών ,ενώ επιχειρεί να προστατεύσει τον ιατρό καθ' όλη τη διάρκεια αστικής, ποινικής ή πειθαρχικής διαδικασίας.

Το δικαίωμα της συναίνεσης μετά από ενημέρωση μέσα από την σχέση γιατρού-ασθενή. Ηθικές διαστάσεις

Η φύση της σχέσης γιατρού-ασθενή, βρίσκεται στο επίκεντρο της άσκησης της σύγχρονης ιατρικής και

περιλαμβάνει, την αναβάθμιση του ρόλου του ασθενή, καθιστώντας την συμμετοχή του στην λήψη αποφάσεων που αφορούν την υγεία του πιο ενεργή.

Η δημιουργία μιας ισότιμης σχέσης, θεωρείται ως απαραίτητη προϋπόθεση για μια ουσιαστική επικοινωνία των δύο πλευρών και έχει ως τελικό στόχο, την επιτυχία της θεραπευτικής διαδικασίας και συμβάλει, στην μεγιστοποίηση της ικανοποίησης του ασθενή, την καλύτερη συμμόρφωση με την προτεινόμενη θεραπεία, την μείωση της ανησυχίας καθώς και την ταχύτερη ανάρρωσή του.

Αντίθετα, μια προβληματική σχέση είναι πολύ πιθανό να επιδράσει αρνητικά στην θεραπευτική διαδικασία με αποτέλεσμα ο ασθενής να μην καρπωθεί το μέγιστο όφελος.

Οι σχέσεις που αναπτύσσονται ανάμεσα στον γιατρό και τους ασθενείς του, επηρεάζονται από το θεωρητικό μοντέλο που υιοθετεί ο κάθε θεράπωντας σε θέματα υγείας.

Το βιοϊατρικό μοντέλο, στο οποίο κατά κύριο λόγο στηρίζεται η σύγχρονη άσκηση της ιατρικής, θέτει στο επίκεντρο την βιολογική υπόσταση του ασθενή, ο οποίος δεν έχει κοινωνικά και ψυχολογικά χαρακτηριστικά και θεωρείται ως βιολογικό περιστατικό.

Η σχέση του γιατρού με τον ασθενή, θα μπορούσε να χαρακτηριστεί απρόσωπη και σχέση ανισότητας, αφού ο ασθενής καλείται να ακολουθήσει τις οδηγίες του θεράποντος, χωρίς να συμμετέχει στην λήψη αποφάσεων που τον αφορούν. (Τούντας Γ.Κ,2007).

Στον αντίποδα, βρίσκεται το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο, στα πλαίσια του οποίου, ο ασθενής έχει την δυνατότητα να συμμετέχει ενεργά σε όλες τις διαδικασίες και αποφάσεις που αφορούν την υγεία του. Ο γιατρός δίνει έμφαση, όχι μόνο στα βιολογικά του χαρακτηριστικά, αλλά και στα κοινωνικά και ψυχολογικά. Το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο βασίζεται στην ολιστική αντίληψη για την υγεία. Στο μοντέλο αυτό ο γιατρός θεωρεί την σχέση του με τον ασθενή ισότιμη, αφού υπάρχει η διάθεση για ουσιαστική συνεργασία (Τούντας Γ.Κ,2007).

Τα βασικά στοιχεία της ιδανικής σχέσης γιατρού-ασθενή

Η σχέση γιατρού-ασθενή, είναι μια άνιση σχέση. Παρόλα αυτά οι πολλοί θεωρητικοί πιστεύουν, ότι μπορεί να υπάρξει μια σχέση αμοιβαιότητας, αν σεβαστεί η κάθε πλευρά τα δικαιώματα της άλλης και αναγνωρίσει τις υποχρεώσεις της.

Σε θεωρητικό επίπεδο, υπάρχουν κάποιες συνθήκες οι οποίες πληρούν τις προϋποθέσεις ώστε να θεωρηθεί «ιδανική» μια σχέση γιατρού-ασθενή.

Στην πραγματικότητα, δεν είναι δυνατόν να υπάρξει μια ιδανική σχέση, μιας και το είδος και η ποιότητά της επηρεάζεται από μια σειρά παραγόντων διαφορετικών σε κάθε περίπτωση, όπως είναι η προσωπικότητα του γιατρού, η ικανότητα κατανόησης του ασθενή, το μορφωτικό επίπεδο κ.α.

Αρχικά, κάθε ιατρική πράξη και κατά συνέπεια η σχέση γιατρού-ασθενή θα πρέπει να διέπεται από τις αρχές της Βιοηθικής οι οποίες μπορούν να συνοψισθούν στις παρακάτω: αρχή της ωφελιμότητας, αρχή της αυτονομίας, αρχή της δικαιοσύνης, αρχή της ισότητας (Ακινόσογλου, 2007).

Επιπλέον, τα βασικά στοιχεία της ιδανικής σχέσης γιατρού-ασθενή θα μπορούσαν να συνοψισθούν στα εξής:

- Απουσία σύγκρουσης συμφερόντων
- Επικοινωνιακή ικανότητα του γιατρού
- Δυνατότητα επιλογής από τον ασθενή
- Ιατρική ικανότητα
- Συμπόνια
- Διάρκεια της σχέσης

Η προσωπική ευαισθητοποίηση του γιατρού, η θεωρητική του εκπαίδευση σε θέματα βιοηθικής, η προσωπικότητα του ασθενή, το είδος της σχέσης που έχουν σε συνδυασμό με το περιβάλλον βέσα στο οποίο αναπτύσσεται η σχέση αυτή, Βπορούν να επηρεάσουν το είδος, την ποιότητα της σχέσης και την ισχύ της κάθε πλευράς στην σχέση αυτή, επηρεάζοντας τον βαθμό αυτονομίας του ασθενή στην λήψη αποφάσεων .

Η σχέση γιατρού-ασθενή τον 21ο αιώνα

Στις αρχές του 21ο αιώνα η σχέση γιατρού ασθενή βρίσκεται στο επίκεντρο της σύγχρονης ιατρικής. Οι αλλαγές που έχουν συντελεστεί εντός και εκτός ιατρικού χώρου, η εμφάνιση νέων ιατρικών τεχνολογιών, το δίκτυο, η αύξηση των χρόνιων παθήσεων, τα συνεχώς αυξανόμενα κόστη, καθώς και τα μεταβαλλόμενα κοινωνικά πρότυπα, διαμορφώνουν συνεχώς την συμπεριφορά γιατρού και ασθενή, καθιστώντας την σχέση του όλο και πιο σύνθετη και ταυτόχρονα προσδιόρισε τα ουσιαστικά συστατικά της. Τα δύο βασικά πρότυπα που συναντάμε στη σχέση γιατρού - ασθενούς είναι το πατερναλιστικό και το πληροφοριακό.

Σύμφωνα με το πρότυπο αυτό, του εξουσιαστή γιατρού, ο γιατρός είναι εκείνος που παίρνει τις αποφάσεις για λογαριασμό του αρρώστου του, αφού είναι ο μόνος που γνωρίζει τι είναι καλό και τι κακό γι' αυτόν (Ζηρογιάννης Π,2009).

Αυτό το πατερναλιστικό πρότυπο κυριάρχησε στη διαχρονική πορεία και εξέλιξη της ιατρικής, έως ότου οι κοινωνικές εξελίξεις που συντελέστηκαν οδήγησαν στην εμφάνιση νέων προτύπων στη σχέση γιατρού-ασθενούς.

Ένα πρότυπο που προτείνεται ως περισσότερο εφαρμόσιμο είναι το «συνεταιρικό» ή το πρότυπο μοιρασίας. Σύμφωνα με αυτό, ο ασθενής συμμετέχει στη λήψη ιατρικών αποφάσεων, ώστε ανάμεσα σε αυτόν και στο γιατρό να αναπτυχθεί μια ισότιμη συνεταιρική σχέση και όχι σχέση εξάρτησης. (Emanuel E.J., 1992).

Οι ριζικές μεταβολές που σημειώθηκαν τις τελευταίες δεκαετίες στη σχέση γιατρού - ασθενούς, με

αφειρηρία αλλά και στόχο το σεβασμό των δικαιωμάτων του ασθενούς, είχαν ως αποτέλεσμα την απομάκρυνση του γιατρού από τον πατερναλιστικό ρόλο και τη συμμετοχή του ασθενούς στη θεραπευτική διαδικασία.

Ο σημερινός γιατρός προσφέρει τη γνώση των πιο πρόσφατων πληροφοριών για τις διαγνωστικές τεχνικές, τα αίτια, την πρόγνωση, τις θεραπευτικές επιλογές και τις στρατηγικές πρόληψης που αφορούν στο πρόβλημα υγείας του αρρώστου.

Από την πλευρά του, ο ασθενής καταθέτει την προσωπική του εμπειρία για τη νόσο από την οποία πάσχει, τη στάση του απέναντι στους διάφορους κινδύνους και εν τέλει, τις δικές του αξίες και προτιμήσεις.

Η σχέση γιατρού - ασθενούς πρέπει να είναι σχέση αυτονομίας. Αυτό σημαίνει ότι και οι δύο πλευρές έχουν δικαιώματα και υποχρεώσεις και ότι αν οι ηθικές τους αξίες συγκρούονται, μπορεί και ίσως πρέπει να λύσουν τη μεταξύ τους σχέση, υπό την προϋπόθεση βεβαίως ότι προσφέρεται η δυνατότητα σύναψης μιας νέας, ευνοϊκότερης. (Παπαδημητρίου, Παπακώστας, 2002).

Καθώς η επιστήμη επιβεβαιώνει τη δύναμη μιας τέτοιας θεραπευτικής σχέσης, άλλες δυνάμεις συνωμοτούν για να την υποβιβάσουν. Το υπάρχον σύστημα υγείας αφήνει τόσο τους γιατρούς όσο και τους ασθενείς να νιώθουν αγχωμένοι και αποξενωμένοι ο ένας από τον άλλο.

Οι ανθρώπινες σχέσεις χρειάζονται χρόνο, και ο χρόνος δεν είναι αρκετός στον κόσμο της οργανωμένης φροντίδας. Το σημερινό σύστημα υγείας, στη χειρότερη περίπτωση, μπορεί να μετατρέψει την επαφή γιατρού-ασθενή σε μια εντελώς εμπορική σχέση (Παναγοπούλου Ε., Μπένος Α., 2004).

Συμπερασματικά, οι σχέσεις γιατρού-ασθενή βρίσκονται σε μια μεταβατική περίοδο και αναμένεται να υπάρξουν αλλαγές, οι οποίες θα οφείλονται μεταξύ άλλων, στην αυξανόμενη χρήση της τεχνολογίας στην ιατρική πρακτική νόσων και στην έμφαση που δίνεται στην προαγωγή του συλλογικού επιπέδου υγείας, έναντι του ατομικού. Η αξία της σχέσης γιατρού-ασθενή δεν είναι εύκολα μετρήσιμη είναι όμως ανεκτίμητη.

Συμπέρασμα -Προτάσεις

Η μετάβαση σε ένα μοντέλο που τοποθετεί τον ασθενή στο επίκεντρο της άσκησης της σύγχρονης ιατρικής και στοχεύει στην ενεργή συμμετοχή του στην λήψη αποφάσεων, απαιτεί και έναν νέο τρόπο σκέψης τόσο από την πλευρά του ασθενή, όσο και από την πλευρά των γιατρών.

Στην Ελλάδα, το ζήτημα των δικαιωμάτων των ασθενών είναι σχετικά νέο, ως αναφορά την κατοχύρωσή τους από το ελληνικό δίκαιο ενώ η υποχρέωση ενημέρωσης του ασθενή είναι έννοια σχεδόν άγνωστη στον ιατρικό κόσμο αλλά και στους ασθενείς.

Η συναίνεση του ασθενή μετά από ενημέρωση,

περιορίζεται κυρίως σε επεμβάσεις, που θεωρούνται σοβαρές και πολλές φορές επικίνδυνες για την ζωή του ασθενή και βασικός λόγος αναζήτησής της, είναι κυρίως η διασφάλιση των γιατρών από την διεξαγωγή τους, παρά η άσκηση του δικαιώματος της αυτοδιάθεσης, από την πλευρά του ασθενή.

Είναι σαφές, ότι απαιτείται μια προσπάθεια τόσο από την πλευρά των γιατρών, όσο και από την πλευρά της πολιτείας και των ίδιων των ασθενών, για την διασφάλιση των δικαιωμάτων τους στο επίπεδο της καθημερινής πρακτικής.

Η εκπαίδευση των νέων γιατρών στην ιατρική ηθική και δεοντολογία, καθώς και η δημιουργία ενημερωτικών σεμιναρίων θεωρείται αναγκαία για την κατανόηση και αντιμετώπιση των προβλημάτων του ασθενή.

Κρίνεται επίσης απαραίτητη η ανάγκη ουσιαστικής ενημέρωσης των πολιτών γύρω από τα δικαιώματά τους ως ασθενείς και την δυνατότητά τους να απαιτούν από οποιονδήποτε λειτουργό υγείας, τον σεβασμό σε αυτά κατά την χρήση υπηρεσιών υγείας.

Όλα τα παραπάνω θα πρέπει να θεμελιώνονται στις αρχές για τον σεβασμό της ιδιαιτερότητας του κάθε ασθενή, καθώς και στην αξιοποίηση των ικανοτήτων του για την διαχείριση της υγείας του, θέτοντας την άσκηση της ιατρικής και την θέση των ασθενών σε νέες βάσεις στην αρχή του 21ο αιώνα.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνόγλωσση Βιβλιογραφία:

1. Ακινώσογλου Κ., Αποστολάκης Ε., Δουγένης Δ. (2007): «Τα δικαιώματα του ασθενούς και ποιος τα προστατεύει», Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 24(6): 605-611
2. Αλεξιάδης Α.Δ.,: «Εισαγωγή στο δίκαιο της υγείας», Εκδόσεις Μ. Δημοπούλου, Θεσσαλονίκη, 1999:158 επ.
3. Αναπλιώτου-Βαζαίου Ε. (1993): «Γενικές Αρχές Ιατρικού Δικαίου», εκδόσεις Σάκκουλα, Αθήνα
4. Ανδρουλιδάκη-Δημητριάδη Ι.(1993): «Η νομική φύση της συναίνεσης του ασθενούς, Η υποχρέωση ενημέρωσης του ασθενούς», εκδόσεις Σάκκουλα, Αθήνα- Κομοτηνή
5. Βάρκα-Αδάμη Α. (1993): «Το δίκαιο των μεταμοσχεύσεων», εκδόσεις Α. Σάκκουλας, Αθήνα:43
6. Κανελλοπούλου- Μπότη Μ. (1999): «Ιατρική ευθύνη για μη ενημέρωση ή πλημμελή ενημέρωση του ασθενούς κατά το ελληνικό και το αγγλοσαξονικό δίκαιο», Εκδόσεις Σάκκουλας, Αθήνα: 66-67
7. Κουτσελίνης Α. (1999): «Βασικές Αρχές Βιοηθικής, ιατρικής Δεοντολογίας και ιατρικής Ευθύνης», Εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα
8. Μάντη Π. (2000): «Σχέσεις μεταξύ χρηστών υπηρεσιών υγείας και επαγγελματιών υγείας», στο Μάντη Π. Τσελέπη Χ., «Κοινωνιολογική και Ψυχολογική προσέγγιση των Νοσοκομείων/Υπηρεσιών Υγείας», ΕΑΠ, Πάτρα, τ. Α
9. Μπροςούλη Μ. (2000): «Νομικό πλαίσιο υγειονομικού τομέα», στο Μάντη Π. Τσελέπη Χ., «Κοινωνιολογική και Ψυχολογική προσέγγιση των Νοσοκομείων/Υπηρεσιών Υγείας», ΕΑΠ, Πάτρα, τ. Α
10. Παναγοπούλου Ε., Μπένος Α. (2004): «Η επικοινωνία στην ιατρική εκπαίδευση. Ζήτημα ανάγκης ή άκαιρη πολυτέλεια;», Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 21(4):385-390
11. Παπαδημητρίου Γ., Παπακώστας Ι.: «Η σχέση γιατρού-αρρώστου στην είσοδο της νέας χιλιετίας», Ιατρική 2002, 81(5):438-446
12. Σιγάλας Ι. (1999): «Οργανισμοί και υπηρεσίες υγείας», στο «Βασί-

- κές Αρχές Διοίκησης Διαχείρισης (Management) Υπηρεσιών Υγείας», ΕΑΠ, Πάτρα
13. Σπυράκη Χ., Φραγκιαδάκη Ε. κ. α. (2006): «Τα Δικαιώματα των Ασθενών. Ιστορική αναδρομή, Ελληνική Νομοθεσία», Επιθεώρηση Υγείας, τόμος 17, τεύχος 102, σ.37- 41
 14. Σπυρόπουλος Φ.(1987): «Το δικαίωμα αντίστασης κατά το άρθρο120, παρ.4 του Συντάγματος», Αθήνα-Κομοτηνή,σελ.138-139
 15. Τσάτσος Δ. (1988): «Συνταγματικό Δίκαιο», Τόμος Γ, Θεμελιώδη Δικαιώματα. Εκδόσεις Αντώνη Ν.Σάκκουλα, Αθήνα -Κομοτηνή
 16. Χρυσός Δ.(2002): «Επικοινωνία ασθενούς», Ιατρική, 81(5):438-446
- Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία:**
1. Emanuel E .J. (1992): «Four Models of the Physician-Patient Relationship», JAMA, 267:2221-2226
 2. Nettleton S. (1995): «The Sociology of Health and Illness, Polity Press», Cambridge 1995
- Ελληνικά νομικά κείμενα:**
- Αστικός Κώδικας**
1. Α. Ν. 1565/1939 «Περί Κώδικος Ασκήσεως του Ιατρικού Επαγγέλματος»
 2. Β.Δ. «Περί ιατρικής Δεοντολογίας» (ΦΕΚ 171 Α' 25-05/6-7-1955)
 3. Ν.1397/1983 «Εθνικό Σύστημα Υγείας»
 4. Ν. 2071/1992 «Εκσυγχρονισμός και οργάνωση του Συστήματος Υγείας»
 5. Ν. 2472/1997 «Προστασία από επεξεργασία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα»
 6. Ν. 2619/ 1998 «Σύμβαση για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα και την Βιοϊατρική»
 7. Ν. 2920/2001 «Σώμα Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας πρόνοιας και άλλες διατάξεις»
 8. Ν. 3418/ 2005 «Κώδικας ιατρικής Δεοντολογίας»
- Ποινικός κώδικας**
- Το Σύνταγμα (1975, 1986, 2001)
 Άρθρα και πηγές στο διαδίκτυο:
1. www.patient-physician.com/docs/PatientPhysician.pdf «Defining the Patient-Physician Relationship for the 21st Century», 3rd Annual Disease Management, Outcomes Summit, October 30 – November 2, 2003 Phoenix, Arizona
 2. http://panacea.med.uoa.gr/topic.aspx?id=798 Τούντας Γ.Κ, «Η ευθύνη του βιοϊατρικού μοντέλου» τελευταία αναθεώρηση 10 /02/ 2007
 3. http://panacea.med.uoa.gr/topic.aspx?id=783 τελευταία αναθεώρηση 10 /02/ 2007) Τούντας Γ. Κ., «Από το βιοϊατρικό στο βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο ερμηνείας της υγείας και της αρρώστιας» #2
 4. www.wma.net/ethicsunit/policies.htm2nd edition 2009 (Declaration of Geneva, 1948)
 5. http://www.wma.net/e/policy/c8.htm Resource Allocation in Healthcare: Abstract (World Medical Association International Code of Medical Ethics, 1949)
 6. www.gpadimitriou.gr/events/2005/240505a.html (Παπαδημητρίου Γ., Σύνταγμα και υγεία, 2005)
 7. http://aitel.hist.no/~walterk/wkeim/patients.htm. 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
 8. http://www.conventions.coe.int. 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»
 9. http://www.oecd.org/document/30/0,3343,en_2649_34631_12968734_1_1_1_37407,00.html OECD, Health Data, (2000)
 10. http://www.pfc.org.uk/medical/pchrt-e1.htm. Patient's Charter for England (1991)
 11. http://www.archive.gr/modules.php?name=News&file=article&sid=95 Η πολιτική υγείας στην Ελλάδα ,Δημοσιεύθηκε: 20 Wednesday October @ GTB Daylight Time ,Θεματική Ενότητα: Υγεία
 12. Presidential Valedictory Address Presidential Valedictory Address www.bma.org.uk (BMA, An introduction to the right to health, June 2006)
 13. http://www.contiades.gr/index.php?option=com_content&task=view&id=114&Itemid=56. Κοντιάδης Ξ.,Οι νέες ρυθμίσεις προστασίας του δικαιώματος στην υγεία:Συνταγματική αξιολόγηση με άξονες τη φιλελεύθερη και την κοινωνική αντίληψη για την υγεία, Νέα Κοινωνιολογία, τεύχος 20/1995,σελ.56-69
 14. http://www.iatrikionline.gr/IB_103/07-ΕΠΙΚΑΙΡΟΤΗΤΑ.pdf. Βούτσος Π., Χατζητόλιος, Η συναίνεση του ασθενούς στα πλαίσια του νέου κώδικα ιατρικής δεοντολογίας ΑΠ., Ιατρικό βήμα Ξ Απρίλιος – Μάιος, 2006
 15. http://www.iatrikionline.gr/IB_106/07%20ΙΑΤΡΙΚΗ%20ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑ.pdf Χατζητόλιος Αη,Δεοντολογικά, ηθικά και νομικά ζητήματα στην ιατρική πράξη, Ιατρικό βήμα, Νοέμβριος - Δεκέμβριος – Ιανουάριος 2007
 16. http://www.nomikaxronika.gr/article.aspx?issue=36. Φουντεδάκη Κ, «Η συναίνεση του ενημερωμένου ασθενούς» κατά το νέο Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας (ν. 3418/2005) και η αστική ιατρική ευθύνη, Ε.ΝΟ.Β.Ε. - Εκδόσεις Σάκκουλα, Μάρτιος - Απρίλιος 2006 - τεύχος 36
 17. http://archive.enet.gr/online/online_text/c=112,dt=03.02.2009,jd=42016332. Ζηρογιάννης Πάνος .Ν ,Σχέσεις γιατρού και ασθενούς:Τι τις επηρεάζει; ΕΛΕΥΘΕΡΟΤΥΠΙΑ - 03/02/2009
 18. http://www2.ohchr.org/english/law/cescr.htm International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, (ICESCR) 3 January 1976, in accordance with article 27