

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

«Απόψεις των ασθενών για τον βαθμό προστασίας των δικαιωμάτων τους στα Ελληνικά Δημόσια Νοσοκομεία: Η περίπτωση ενός Νοσοκομείου του κέντρου και ενός της περιφέρειας».

Κουλίζος Μιχαήλ & Χριστοπούλου Μαρία

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ

Οικονόμου Χαράλαμπος

ΛΕΥΚΩΣΙΑ, ΙΟΥΛΙΟΣ, 2011

ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

*«Απόψεις των ασθενών για τον βαθμό προστασίας των
δικαιωμάτων τους στα Ελληνικά Δημόσια Νοσοκομεία:
Η περίπτωση ενός Νοσοκομείου του κέντρου και ενός
της περιφέρειας».*

Κουλίζος Μιχαήλ & Χριστοπούλου Μαρία

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ

Οικονόμου Χαράλαμπος

ΛΕΥΚΩΣΙΑ, ΙΟΥΛΙΟΣ, 2011

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

Ευχαριστίες	σελ. 6
Περίληψη (Ελληνικά)	σελ. 7
Περίληψη (Αγγλικά)	σελ. 8
Συντμήσεις όρων	σελ. 9
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	σελ. 10
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	σελ. 14
1. ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ:	σελ. 15
Εννοιολογικοί προσδιορισμοί	
1.1. Η έννοια των δικαιωμάτων των ασθενών.	σελ. 15
1.2. Παράγοντες που οδήγησαν στην αναγκαιότητα της θεσμικής κατοχύρωσης των δικαιωμάτων των ασθενών.	σελ. 19
2. ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ:	σελ. 29
Το θεσμικό πλαίσιο σε Ευρωπαϊκή Ένωση και Ελλάδα.	
2.1. Νομοθεσία στην Ευρωπαϊκή Ένωση.	σελ. 29
2.2. Νομοθεσία στην Ελλάδα.	σελ. 34
2.2.1. Συνταγματική κατοχύρωση.	σελ. 34
2.2.2. Νομοθετική κατοχύρωση.	σελ. 35
2.3. Ανεπάρκειες του θεσμικού πλαισίου.	σελ. 36
3. ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ:	σελ. 45
Μηχανισμοί προσφυγής και αναποτελεσματικότητά τους.	
3.1. Μηχανισμοί στην Ευρωπαϊκή Ένωση.	σελ. 45
3.2. Μηχανισμοί στην Ελλάδα.	σελ. 52
3.2.1. Μηχανισμοί εντός του συστήματος υγείας.	σελ. 52
3.2.2. Μηχανισμοί εκτός του συστήματος υγείας.	σελ. 55
3.3. Προβλήματα στην λειτουργία των μηχανισμών προσφυγής.	σελ. 58

	ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	σελ. 61
4.	ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ: Μεθοδολογία της έρευνας.	σελ. 62
4.1.	Γενικός σκοπός της μελέτης.	σελ. 63
4.2.	Ερευνητικά ερωτήματα.	σελ. 63
4.3.	Πεδίο διεξαγωγής της μελέτης.	σελ. 63
4.4.	Πληθυσμός και δείγμα της μελέτης.	σελ. 64
4.5.	Περιγραφή του ερευνητικού εργαλείου.	σελ. 65
4.6.	Ηθικές προεκτάσεις.	σελ. 66
4.7.	Συλλογή δεδομένων.	σελ. 67
4.8.	Ανάλυση αποτελεσμάτων.	σελ. 67
5.	ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ: Αποτελέσματα.	σελ. 68
5.1.	Δημογραφικά & Κοινωνικά χαρακτηριστικά.	σελ. 68
5.2.	Ανησυχίες ασθενών για τις προσφερόμενες υπηρεσίες	σελ. 70
5.3.	Τύπος πληροφόρησης που παρέχεται στους ασθενείς.	σελ. 73
5.4.	Θεσπισμένα δικαιώματα και υποχρεώσεις Νοσηλευομένων.	σελ. 76
5.5.	Τρόποι διεκδίκησης Δικαιωμάτων.	σελ. 83
5.6.	Άποψη Ασθενών για την παραβίαση των δικαιωμάτων τους.	σελ. 86
6.	ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ: Συμπερασματικές διαπιστώσεις και προτάσεις.	σελ. 97
	Βιβλιογραφία	σελ. 105
	Νομοθεσία	σελ. 113
	Οργανισμοί - Ψηφίσματα	σελ. 113
	Ιστοσελίδες	σελ. 113
	Παράρτημα Α: Πίνακες.	σελ. 115
	Παράρτημα Β: Ερωτηματολόγιο.	σελ. 120
	Παράρτημα Γ: Άδειες έρευνας.	σελ. 131

Παράρτημα Δ: «Υιοθετήθηκε η οδηγία για τη διασυνοριακή περίθαλψη».	σελ. 135
Παράρτημα Ε: Πρότυπα έντυπα ενιαίας λειτουργίας νοσοκομείων.	σελ. 139

Ένα θερμό ευχαριστώ στην κα. Γεωργούση Ευγενία για την σημαντική βοήθειά της στην στατιστική επεξεργασία των δεδομένων, στον συνάδελφο Κόντη Βασίλη για τα εύστοχα σκίτσα του, στους εργαζόμενους των δύο νοσοκομείων, στους ασθενείς και σε όποιον άλλο που μας τίμησε με την συνδρομή και το χρόνο του, πολλές φορές κάτω από δύσκολες συνθήκες, βοηθώντας αγόγγυστα στην ολοκλήρωση αυτής της έρευνας...

... κυρίως όμως στον καθηγητή μας κ. Οικονόμου Χαράλαμπο για την ανεκτίμητη βοήθεια, συμπαράσταση και υπομονή του.

Περίληψη.

Η ανάγκη για σεβασμό των Δικαιωμάτων του ασθενούς στο χώρο του σύγχρονου Ελληνικού Δημόσιου Νοσοκομείου είναι ιδιαίτερα επίκαιρη στην εποχή μας. Πέρα από κάθε θεωρητική προσέγγιση παραμένει το ερώτημα για το κατά πόσο τα θεσπισμένα δικαιώματα του ασθενούς εφαρμόζονται στην πράξη. Στόχος της έρευνας ήταν η αναζήτηση της έκτασης στην οποία οι πολίτες που χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες των Δημοσίων Νοσοκομείων της χώρας έχουν γνώση για τα θεσμικά κατοχυρωμένα δικαιώματά τους και του βαθμού στον οποίο τα δικαιώματα αυτά πραγματικά ισχύουν. Τα παραπάνω ζητούμενα εξετάστηκαν σε αναφορά με τη χρησιμοποίηση υπηρεσιών ενός Δημόσιου Νοσοκομείου της Αττικής και ενός Δημοσίου Νοσοκομείου της Περιφέρειας. Στα πλαίσια αυτής της μελέτης ένα δείγμα 503 ασθενών που νοσηλεύτηκαν στα δύο παραπάνω νοσοκομεία ερωτήθηκαν κατά το εξιτήριο σχετικά με τη γνώση των δικαιωμάτων τους ως ασθενείς αλλά και την εμπειρία τους σχετικά με αυτά κατά την παραμονή τους στο νοσοκομείο. Με βάση τα συγκεντρωθέντα δεδομένα επιχειρείται η σκιαγράφηση του προφίλ των ασθενών που δήλωσαν ότι «παραβιάστηκαν τα δικαιώματά τους ως ασθενείς»: διαθέτουν χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, νοσηλεύτηκαν για μικρό χρονικό διάστημα και δεν τους δόθηκε η δυνατότητα επιλογής ιατρού ή νοσηλεύτριας, ζήτησαν περισσότερη πληροφόρηση σχετικά με τις ιατρικές διαδικασίες αλλά δεν τους δόθηκε. Παράλληλα, πιστεύουν ότι τηρήθηκε η εμπιστευτικότητα, τους δόθηκε ενημερωτικό σημείωμα κατά την έξοδό τους από το νοσοκομείο αλλά, θα ήθελαν περισσότερη ενημέρωση ενώ οι οδηγίες που έλαβαν προ της εξόδου από το νοσοκομείο περιορίστηκαν στην χρήση των φαρμάκων. Γενικότερα, και σύμφωνα με τα αποτελέσματα, φαίνεται ότι η επαρχία δυσανασχετεί περισσότερο από το κέντρο. Με βάση τα παραπάνω δεδομένα και με στόχο την διασφάλιση των δικαιωμάτων των ασθενών στα Ελληνικά δημόσια νοσοκομεία προτείνονται μια σειρά από μέτρα όπως την ένταξη μαθημάτων για τα δικαιώματα και την ορθή προσέγγιση του ασθενούς στην εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας, την εκπαίδευση των ίδιων των ασθενών μέσω της κινητοποίησης και ευαισθητοποίησης των ΜΜΕ και του εκπαιδευτικού συστήματος, και την επαγρύπνηση των μηχανισμών προστασίας των δικαιωμάτων. Ακόμη, την άμεση εναρμόνιση της σχετικής νομοθεσίας, τουλάχιστον σε επίπεδο Ε.Ε. με κωδικοποίηση της δεοντολογίας των επαγγελματιών υγείας και απαλοιφή κάθε ασάφειας στο υπάρχον νομοθετικό πλαίσιο.

ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ: δικαιώματα ασθενών, νοσοκομειακή περίθαλψη, δημόσια νοσοκομεία.

Abstract.

The need to respect patient's rights in the field of modern Greek public hospitals is particularly timely today. Apart from any theoretical approach, the question remains as to whether the statutory rights of the patient are applied in practice. The objective of this survey was to investigate the extent to which people using the services of public hospitals in the country have the institutional knowledge in vested rights and the extent to which these rights are truly valid. These issues were explored with reference to using the services of a Public Hospital of Attica and a Public Provincial Hospital. In this study a sample of 503 patients admitted to these two hospitals were asked at discharge about their knowledge of their rights as patients and their experiences on them during their stay in hospital. Based on the collected data there is an attempt to outline the profile of patients who claimed that "their rights as patients were violated": They are of low education level, they were hospitalized for a short period of time, they were not given the opportunity to choose their doctor or nurse, they requested more information on medical procedures but they were not given any. Furthermore, they believe that confidentiality was respected, they were provided with an information note on leaving the hospital but they would have liked more information, and the instructions they received before leaving the hospital were limited to the use of drugs. As a general observation, according to the results, the province seems to resent more than the center. Based on these data and in order to safeguard the rights of patients in Greek public hospitals a series of measures are suggested such as the integration of courses concerning patients rights and the proper way to patient's approach in health professional's training programs, the education of patients themselves by mobilizing and sensitizing the media and the educational system, and ensuring the alertness of the mechanisms for protecting patients rights. Furthermore, the direct harmonization of legislation, at least at EU level, with codification of ethics for health professionals and elimination of any ambiguity in the existing legislative framework.

KEYWORDS: patient rights, hospital care, public hospitals.

ΣΥΝΤΜΗΣΕΙΣ ΟΡΩΝ

- NHS: National Health System
- HSC.: Health Service Commissioner
- HSCB: Health Services Complaint Board
- PAs : Patienten-vertretungen
- ΕΣΥ: Εθνικό Σύστημα Υγείας
- Π.Κ: Ποινικός Κώδικας
- Κ.Π.Κ.: Κώδικας Ποινικής Δικονομίας
- Κ.Ι.Δ.: Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας
- Π.Ο.Υ.: Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
- W.H.O: World Health Organization
- Φ.Ε.Κ: Φύλλο Εφημερίδα Κυβέρνησης
- Α.Ε.Σ.Υ.: Ανώτατο Επιστημονικό Συμβούλιο Υγείας
- Α.Κ: Αστικός Κώδικας
- Ε.Ε.: Ευρωπαϊκή Ένωση
- Υ.Υ.Κ.Α.: Υπουργείο Υγείας Κοινωνικών Ασφαλίσεων
- Γ.Γ.: Γενικός Γραμματέας
- Ε.Χ.Δ.Α.: Ευρωπαϊκή Χάρτα Δικαιωμάτων Ασθενών
- Γ.Υ.Π. Γραφείο Υποστήριξης του Πολίτη
- ΣτΥ&ΚΑ: Συνήγορος της Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης
- Στ.Π: Συνήγορος του Πολίτη
- Ε.Δ.Ε. Ένορκη Διοικητική Έρευνα
- Ι.Σ.Α.: Ιατρικός Σύλλογος Αθηνών
- Κ.Π.Σ.: Κεντρικό Πειθαρχικό Συμβούλιο
- Τ.Ε.Π: Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών
- U.K.: United Kingdom
- Τ.Ε.Ι.: Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία

Εισαγωγή

Ως Ανθρώπινα Δικαιώματα μπορούν να ορισθούν εκείνα τα δικαιώματα που ενυπάρχουν στη φύση του ανθρώπου, είναι έμφυτα και χωρίς αυτά δεν μπορεί να ζήσει ως ανθρώπινο ον. Τα ανθρώπινα δικαιώματα και οι θεμελιώδεις ελευθερίες επιτρέπουν στο άτομο να αναπτύξει πλήρως και να χρησιμοποιήσει τις ανθρώπινες αρετές, τη νοημοσύνη, τα ταλέντα και τη συνείδησή του αλλά και να ικανοποιήσει τις πνευματικές και άλλες ανάγκες του. Βασίζονται πάνω στις αυξανόμενες απαιτήσεις της ανθρωπότητας για μια ζωή μέσα στην οποία η έμφυτη αξιοπρέπεια και η αξία κάθε ανθρώπου θα τυγχάνει σεβασμού και προστασίας. Η πρόταση της Οικουμενικής Διακήρυξης για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα, δηλώνει ότι ο σεβασμός στα ανθρώπινα δικαιώματα και την ανθρώπινη αξιοπρέπεια «αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο της ελευθερίας, της δικαιοσύνης και της ειρήνης στον κόσμο» (Σγαρδέλη, 2007).

Τα δικαιώματα των ασθενών υπάγονται στα ανθρώπινα δικαιώματα, τα οποία δικαιούται να απολαμβάνει ο καθένας επειδή είναι άνθρωπος. Συνδέονται με την έννοια της αυτονομίας και της ελεύθερης βούλησης του ασθενή, αρχή η οποία αποτελεί τη θεωρητική τους βάση. Διακρίνονται σε *ατομικά* και *κοινωνικά* δικαιώματα. Παρόλο που η προστασία τους πάντα απασχολούσε το ιατρικό επάγγελμα, που τη θεωρούσε ως ηθικό και δεοντολογικό του καθήκον, τα τελευταία χρόνια η δυναμική διεκδίκηση τους εκ μέρους των ασθενών και πολιτών –ως αποτέλεσμα των σύγχρονων τρόπων φροντίδας της υγείας –οδήγησαν στη διατύπωση, κωδικοποίηση και κατοχύρωση τους στα κείμενα διεθνών οργανισμών αλλά και στις εθνικές νομοθεσίες. Η τήρηση τους δε, διασφαλίζεται από τους προβλεπόμενους μηχανισμούς προστασίας και προαγωγής. Παρόλο που όλες οι ευρωπαϊκές χώρες συμπεριλάμβαναν στη νομοθεσία τους διατάξεις για την προστασία των ασθενών και εμμέσως των δικαιωμάτων τους, η Ελλάδα υπήρξε η πρώτη χώρα της Ευρώπης που εισήγαγε στη νομοθεσία της (Ν.2071/1992) άμεσα διατυπωμένα τα δικαιώματα των ασθενών (Μεράκου & Γκαράνη, 1999. Μεράκου & Δαλλά, 1999).

Ο Ιπποκράτειος όρκος είναι το πρώτο ιστορικό κείμενο που προστατεύει έστω και έμμεσα τα δικαιώματα με τη σαφή αναφορά του στο ιατρικό απόρρητο αναφέροντας: *«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»*. Δόθηκε όμως περισσότερη έμφαση στο θέμα μετά το Β' Παγκόσμιο Πόλεμο, όταν οι κυβερνήσεις και οι πολίτες έδωσαν ιδιαίτερο βάρος στον τομέα των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και υπέγραψαν την Οικουμενική Διακήρυξη των Ηνωμένων Εθνών για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα (1948). Στο άρθρο 1 της Οικουμενικής Διακήρυξης των Ανθρωπίνων

Δικαιωμάτων (1948) αναφέρεται ότι «όλοι οι άνθρωποι είναι ελεύθεροι και ίσοι απέναντι στα δικαιώματα και την αξιοπρέπεια τους» καθορίζοντας έτσι ότι και οι άνθρωποι με ψυχικές διαταραχές προστατεύονται από το νόμο, μόνο και μόνο επειδή είναι άνθρωποι (Μπιλανάκης, 2004). Το 1948 υπεγράφη η διακήρυξη της Παγκόσμιας Ιατρικής Εταιρίας στην Γενεύη, που αποτέλεσε τη βάση για το διεθνή Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας (1949) ενώ το 1950 υπεγράφη η Σύμβαση του Συμβουλίου της Ευρώπης για την προάσπιση των δικαιωμάτων του ανθρώπου και των θεμελιωδών ελευθεριών (Κοντέλη, 2005).

Η εξέλιξη στους τομείς της υγείας και του δικαίου, η θεσμοθέτηση και η καταγραφή γενικώς παραδεδεγμένων αρχών, ως προς τον τρόπο συμπεριφοράς του προσωπικού των Υπηρεσιών Υγείας απέναντι στους χρήστες των υπηρεσιών αυτών, αποτέλεσε εφιαλτήριο για τη διαπραγμάτευση ορισμένων θεμάτων συναφών με έναν σχετικώς νέο κλάδο του δικαίου, το ιατρικό δίκαιο. Η αυξανόμενη διείσδυση της ιατρικής επιστήμης στην καθημερινότητα του σύγχρονου ανθρώπου –που αποδεικνύεται ως η πιο δραστική παρέμβαση στο θεμελιωδέστερο έννομο αγαθό, τη ζωή– με θεμιτά ή αθέμιτα μέσα, με ή χωρίς τη συναίνεση του παθόντος-ασθενούς, επισημαίνει την κρισιμότητα μιας ουσιαστικότερης και αυτοτελούς ενασχόλησης με το δίκαιο που προστατεύει τον άνθρωπο και περιορίζει την ασύδοτη δράση των ιατρών και των απασχολουμένων σε συναφή επαγγέλματα (Κηπουρού & Μπούτας, 2000).

Η παρούσα μελέτη έχει ως αντικείμενο τη διερεύνηση της έκτασης στην οποία οι πολίτες που χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες των Δημοσίων Νοσοκομείων της χώρας έχουν γνώση για τα θεσμικά κατοχυρωμένα δικαιώματά τους και του βαθμού στον οποίο τα δικαιώματα αυτά πραγματικά ισχύουν. Τα δυο αυτά ζητούμενα θα εξεταστούν σε αναφορά με τη χρησιμοποίηση υπηρεσιών ενός Δημοσίου Νοσοκομείου της Αττικής και ενός Δημοσίου Νοσοκομείου της Περιφέρειας. Η εργασία θα κινηθεί σε δύο κυρίως άξονες: α) στο γενικό μέρος όπου θα αναφερθούν οι παράγοντες που οδήγησαν στην αναγκαιότητα της θεσμικής κατοχύρωσης των δικαιωμάτων των ασθενών, το θεσμικό πλαίσιο και η πορεία διαμόρφωσής του σε Ευρωπαϊκή Ένωση και Ελλάδα αλλά και οι διατιθέμενοι μηχανισμοί προσφυγής, και β) στο ειδικό μέρος όπου θα γίνει αναφορά στην έρευνα που διενεργήθηκε στα δύο νοσοκομεία, στη μεθοδολογία της, και στα αποτελέσματα και τα συμπεράσματα που προέκυψαν.

Ειδικότερα, στα πλαίσια του Γενικού μέρους και στο πρώτο κεφάλαιο θα γίνει αναφορά σε

εννοιολογικούς προσδιορισμούς και συγκεκριμένα στην έννοια των δικαιωμάτων των ασθενών και στους παράγοντες που οδήγησαν στην αναγκαιότητα της θεσμικής κατοχύρωσης των δικαιωμάτων των ασθενών. Στο δεύτερο κεφάλαιο γίνεται αναφορά στο θεσμικό πλαίσιο σε Ευρωπαϊκή Ένωση και Ελλάδα αλλά και στις ανεπάρκειες που αυτό παρουσιάζει. Στο τρίτο κεφάλαιο της εργασίας παρουσιάζονται οι μηχανισμοί προσφυγής κατά της καταπάτησης των δικαιωμάτων των ασθενών σε Ευρωπαϊκή Ένωση και Ελλάδα και εντοπίζονται προβλήματα στην λειτουργία τους. Στο Ειδικό μέρος, και συγκεκριμένα στο τέταρτο κεφάλαιο παρουσιάζεται η μεθοδολογία της έρευνας, στο πέμπτο κεφάλαιο τα αποτελέσματα ενώ στο έκτο κεφάλαιο παρατίθενται τα συμπεράσματα της έρευνας αλλά και προτάσεις που προκύπτουν με βάση τα αποτελέσματα της.

Γενικό μέρος

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ: ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΙ.

1.1. Η έννοια των δικαιωμάτων των ασθενών.

Σήμερα η υγεία αποτελεί ένα βασικό ανθρώπινο δικαίωμα η πραγματοποίηση του οποίου απαιτεί τη συνεργασία και τη σύμπραξη πολλών ατόμων, δεσμών φορέων αλλά και την εναρμόνιση με τις βασικές αρχές των ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Η σχέση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων με την υγεία είναι σχέση αμφίδρομη, καθώς η προαγωγή και η προστασία του ενός, συμβαδίζει και συμπληρώνει την προαγωγή και την προστασία του άλλου. Οι τρόποι με τους οποίους πραγματοποιείται αυτή η σχέση, είναι πολύπλοκοι και αφορούν τις ακόλουθες παραδοχές (Γκαράνη-Παπαδάτου, 2007):

- Οι παραβιάσεις και η έλλειψη προσοχής στα ανθρώπινα δικαιώματα μπορούν να έχουν σημαντικές συνέπειες στην υγεία.
- Η πολιτική υγείας και τα προγράμματα αγωγής υγείας μπορούν να προάγουν ή να παραβιάζουν τα ανθρώπινα δικαιώματα, ανάλογα με τον τρόπο σχεδιασμού και εφαρμογής.
- Το ποσοστό των ευάλωτων ατόμων και οι συνέπειες της κακής υγείας μπορούν να μειωθούν με ενέργειες που προωθούν το σεβασμό, την προστασία και την άσκηση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων.

Οι δράσεις για την προστασία της υγείας με παράλληλο σεβασμό και προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων περιλαμβάνουν (Γκαράνη-Παπαδάτου, 2007):

- διαφύλαξη της ανθρώπινης αξιοπρέπειας και ισότητας,
- προσοχή στους ευάλωτους πληθυσμούς,
- εξασφάλιση προσβασιμότητας των υπηρεσιών υγείας από τα πιο περιθωριοποιημένα τμήματα του πληθυσμού, τόσο σε νομικό όσο και σε πρακτικό επίπεδο, χωρίς στοιχεία διακριτικής μεταχείρισης,
- σεβασμό στις διαφορές μεταξύ των φύλων,
- συμμετοχή των πολιτών στις πολιτικές υγείας,
- προώθηση και προστασία του δικαιώματος στην εκπαίδευση, ενημέρωση και ιδιωτικότητα,
- σύνδεση των διεθνών κανόνων που αφορούν τα ανθρώπινα δικαιώματα με συγκεκριμένες πολιτικές, προγράμματα ή νομοθεσίες.

Η σχέση μεταξύ υγείας και ανθρωπίνων δικαιωμάτων αφορά όχι μόνο το άτομο αλλά και το σύνολο. Η υγεία και τα ανθρώπινα δικαιώματα απειλούνται ιδιαίτερα ανάμεσα στα πιο

αδύναμα και ευάλωτα τμήματα της κοινωνίας, όπως τα παιδιά, οι μετανάστες, οι πρόσφυγες, τα άτομα που έχουν στερηθεί την ελευθερία τους, οι αυτόχθονες πληθυσμοί, οι ψυχικά ασθενείς, οι τοξικομανείς. Η προστασία των ατομικών δικαιωμάτων αποτελεί ένα σημαντικό μέσο άμυνας ενάντια στη φτώχεια και την ασθένεια που απειλούν τη Δημόσια Υγεία (Γκαράνη-Παπαδάτου, 2007).

Η εφαρμογή των ανωτέρω συνδέεται άμεσα με τη διασφάλιση της μεγαλύτερης δυνατής ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών στο χώρο της υγείας και τη μέγιστη δυνατή ικανοποίηση των χρηστών που απευθύνονται στις υπηρεσίες αυτές (Γκαράνη-Παπαδάτου, 2007). Τα δικαιώματα των ασθενών 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. Διακρίνονται σε αρνητικά και θετικά (Sen, 1988). Τα αρνητικά στοχεύουν στο να διασφαλίσουν τις νόμιμες αξιώσεις του κάθε ατόμου να λαμβάνει αυτόνομες και συνειδητές αποφάσεις, χωρίς την εμπλοκή τρίτων. Τα δε θετικά 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 (Κοντέλη, 2005).

Στη φροντίδα υγείας διακρίνονται σε *κοινωνικά* και *ατομικά* δικαιώματα. Τα κοινωνικά δικαιώματα, εκφράζουν την αξίωση για κοινωνική δικαιοσύνη (Μάνεσης, 1986), συνδέονται με την κοινωνική υποχρέωση που έχει αναληφθεί από την πολιτεία ή από δημόσιο ή ιδιωτικό φορέα, προκειμένου να δικαιολογηθεί η παροχή φροντίδας υγείας σε ολόκληρο τον πληθυσμό. Συνεπάγεται την υποχρέωση των αρμόδιων αρχών να εξασφαλίσουν ότι οι πόροι της κοινωνίας είναι αρκετοί και ισότιμα διανεμημένοι επιτυγχάνοντας την ισότιμη πρόσβαση τους στις υπηρεσίες υγείας, πέρα από οποιουδήποτε είδους διακρίσεις. Τα ατομικά δικαιώματα στον χώρο της υγείας, καλύπτουν τους τομείς της αξιοπρέπειας του ατόμου, της ιδιωτικής του ζωής, τις θρησκευτικές και πολιτιστικές πεποιθήσεις του. Τα δικαιώματα του ασθενούς χαρακτηρίζονται γενικά ως κοινωνικά δικαιώματα, αλλά στην κύρια εστίαση τους είναι ατομικά και κατατάσσονται τους ατομικές ελευθερίες. Το περιεχόμενο των δικαιωμάτων των ασθενών αναφέρεται στο δικαίωμα του ασθενούς (Κοντέλη, 2005):

- α) για ολοκληρωμένη ενημέρωση,
- β) για ιδιωτικότητα,
- γ) για συναίνεση, και

δ) για ολοκληρωμένη φροντίδα και θεραπεία. Αναλυτικότερα:

α) Δικαίωμα ασθενούς για ολοκληρωμένη ενημέρωση: Όλοι έχουν το δικαίωμα της πρόσβασης σε κάθε είδος πληροφορίας σχετικά με την κατάσταση της υγείας τους, στις υπηρεσίες υγείας και τον τρόπο να τις χρησιμοποιήσουν, καθώς και σε κάθε πληροφορία που είναι διαθέσιμη κατόπιν έρευνας και τεχνολογικής καινοτομίας (Cotturi et al, 2002). Σύμφωνα με τον ΠΟΥ (WHO, 1994) στα κράτη μέλη του, το περιεχόμενο της ενημέρωσης του ασθενούς θα πρέπει να περιλαμβάνει: τις διαδικασίες που αφορούν τη διάγνωση, τις διάφορες επιλογές της θεραπείας, τα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματά τους, τις προβλεπόμενες για την υγεία συνέπειές τους, τους αμέσους ή έμμεσους κινδύνους από την υποβολή στην θεραπεία ή την άρνηση της, 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 αλλά και την αλληλεπίδρασή τους με άλλα φάρμακα, την κατάσταση της υγείας και τον τρόπο ζωής μετά τη θεραπεία. Η διακήρυξη του Άμστερνταμ για την προαγωγή των δικαιωμάτων των ασθενών στην Ευρώπη (1994) αναφέρει ότι η πληροφόρηση πρέπει να μεταφέρεται στους ασθενείς με τρόπο κατάλληλο, ενώ πληροφορίες μπορούν να αποκρύπτονται από ασθενείς κατ' εξαίρεση, όταν υπάρχει σοβαρός λόγος να πιστεύεται ότι οι εν λόγω πληροφορίες θα προξενήσουν σε αυτούς σοβαρή βλάβη και χωρίς να υπάρχει καμία προσδοκία για προφανή οφέλη. Οι ασθενείς, όταν απευθύνονται σε Υπηρεσίες Υγείας, θα πρέπει να πληροφορούνται την ταυτότητα και την επαγγελματική ιδιότητα των ατόμων που τους παρέχουν Υπηρεσίες Υγείας (Ν. 2716/1999, ΦΕΚ Τεύχος Α' 96/17-5-1999).

β) Δικαίωμα ασθενούς για ιδιωτικότητα: Το 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 κάθε πληροφορία προσωπικής φύσης πρέπει να κρατούνται εμπιστευτικές ακόμα και μετά θάνατον. Ως ιατρικό απόρρητο θεωρείται κάθε γεγονός ή κάθε πληροφορία που σχετίζεται με τον ασθενή και που η ανακοίνωσή του, μπορεί να προκαλέσει σε αυτόν υλική ή ηθική βλάβη (Αλεξιάδης, 1996). Ως ιατρικό απόρρητο θα πρέπει να θεωρηθεί (Μεράκου και συν., 1999):

- Η είσοδος στο ιατρείο ή τη νοσηλευτική μονάδα.
- Οτιδήποτε εμπιστεύτηκε ο ασθενής στο γιατρό, στους επαγγελματίες υγείας.
- Οτιδήποτε 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.
- Κάθε θετική ή αρνητική διαπίστωση του γιατρού ή του νοσηλευτή.
- Κάθε πληροφορία που ο ασθενής επιθυμεί να θεωρείται ως απόρρητη, ακόμη και αν αυτό ήδη φημολογείται.

γ) Δικαίωμα ασθενούς για συναίνεση: Ως συναίνεση, ορίζεται η συγκατάθεση του ασθενή προς τον θεραπευτή προκειμένου αυτός να προβεί σε οποιαδήποτε είδους θεραπεία ή ιατρική παρέμβαση στον ασθενή του (WHO, 1994). Σε περίπτωση άρνησης ή διακοπής της ιατρικής παρέμβασης, θα πρέπει να εξηγούνται στον ίδιο οι συνέπειες αυτής. Όταν ο ασθενής δεν είναι ικανός να εκφράσει την επιθυμία του, ενώ η θεραπευτική παρέμβαση κρίνεται επείγουσα, τότε η συναίνεση του ασθενούς υποτίθεται ότι υπάρχει, εκτός εάν προηγουμένως είχε ο ίδιος δηλώσει την άρνησή του για παρόμοια περίπτωση. Ο ασθενής έχει το δικαίωμα να αρνηθεί ή να διακόψει την θεραπευτική παρέμβαση. Στην συμμετοχή ατόμων σε πειραματικές μεθόδους πρέπει το άτομο να είναι ικανό να αντιληφθεί το περιεχόμενο και τους ενδεχόμενους κινδύνους της πειραματικής δοκιμασίας και να έχει χορηγήσει τη συναίνεσή του γραπτώς. Ο γιατρός υποχρεούται να ενημερώσει τον ασθενή του ή το συγγενικό του περιβάλλον για τις τεχνικές που θα εφαρμοσθούν, για τους ενδεχομένους κινδύνους και για το αποτέλεσμα από τις ενέργειες αυτές (WHO, 1994).

δ) Δικαίωμα ασθενούς για ολοκληρωμένη φροντίδα: Ο ασθενής έχει το δικαίωμα να λαμβάνει τέτοια φροντίδα υγείας, που να είναι κατάλληλη για τις ανάγκες της υγείας του, συμπεριλαμβανομένων και της προληπτικής ιατρικής και άλλων δραστηριοτήτων που στοχεύουν στην προαγωγή της υγείας. Όλοι οι άνθρωποι έχουν το δικαίωμα να απολαμβάνουν την παροχή των κατάλληλων υπηρεσιών προκειμένου να εμποδίσουν την εμφάνιση μιας ασθένειας (Cotturi et al, 2002). Οι υπηρεσίες υγείας πρέπει να εξασφαλίζουν πρόσβαση σε όλους χωρίς διακρίσεις ως προς την οικονομική κατάσταση, τον τόπο κατοικίας, το είδος της ασθένειας ή το χρόνο πρόσβασης στις υπηρεσίες. Οι πολίτες έχουν, μέσα στα πλαίσια του ΕΣΥ, το δικαίωμα να επισκεφτούν όποιο τμήμα επειγόντων περιστατικών κρατικού νοσοκομείου επιθυμούν, και όποια ώρα είναι απαραίτητο (Αναστόπουλος, 2002. Φόνσος, 2005). Έχουν το συλλογικό δικαίωμα να μετέχουν με εκπρόσωπό τους σε κάθε επίπεδο του συστήματος φροντίδας υγείας, σε θέματα που αναφέρονται στο σχεδιασμό και την αξιολόγηση των υπηρεσιών. Ο ασθενής έχει δικαίωμα επιλογής και αλλαγής ιατρού, όπως επίσης και αξιοπρεπούς αντιμετώπισης αναφορικά με τη

διάγνωση, τη θεραπεία και τη φροντίδα του. Επίσης, ο ασθενής έχει το δικαίωμα να απολαμβάνει τη συμπαράσταση της οικογένειας, συγγενών και φίλων κατά τη διάρκεια της θεραπείας (Cotturi et al, 2002).

Από το 1946, ο ΠΟΥ αναφέρεται στο δικαίωμα στην υγεία και περιλαμβάνει στον ορισμό του την έννοια του ατομικού δικαιώματος, αντιμετωπίζοντας την υγεία και ως κοινωνικό στόχο. Το δίκτυο Ενεργών Πολιτών, από το 2007 και έπειτα, διοργανώνει κάθε χρόνο στις 18 Απριλίου την Ευρωπαϊκή Ημέρα για τα Δικαιώματα των Ασθενών, σε συνεργασία με οργανώσεις ασθενών και πολιτών σε όλες τις χώρες της Ε.Ε. Ο εορτασμός αυτής της ημέρας δίνει την ευκαιρία για ενημέρωση, συζήτηση και ανάληψη δράσης όσο αφορά την ενίσχυση των δικαιωμάτων των ασθενών στην Ευρώπη και σε κάθε χώρα της Ε.Ε. Στην χώρα μας υπάρχει σχετική πρόοδος και κινητικότητα στα θέματα των δικαιωμάτων των ασθενών. Από το 1992 (Ν.2071/1992), έχουν κατοχυρωθεί νομοθετικά τα δικαιώματα του νοσοκομειακού ασθενή (Πίνακας Π.1.(Ι), Παράρτημα Α) ενώ το 1997 (Ν.2519/1997), θεσπίστηκαν όργανα προστασίας αυτών των δικαιωμάτων.

1.2. Παράγοντες που οδήγησαν στην ανάγκη κατοχύρωσης των δικαιωμάτων των ασθενών.

Κατά τις τελευταίες δεκαετίες ο ρόλος του ασθενή στη συνολική αντιμετώπιση της πάθησής του αναβαθμίστηκε και συνεχίζει να αναβαθμίζεται σημαντικά ενώ ιδιαίτερη βαρύτητα και σημασία έχει δοθεί στα δικαιώματα των ασθενών, ως μέρος των ανθρωπίνων δικαιωμάτων που αξιωματικά απολαμβάνουν όλοι οι άνθρωποι, τα οποία στηρίζονται στην έννοια της αυτονομίας και της ελεύθερης βούλησής τους. Η ενημέρωση, η ενημερωμένη συναίνεση (informed consent) και ο σεβασμός στην αυτονομία του ασθενούς αποτελούν πλέον θεμελιώδη ηθικά ζητήματα της σχέσης γιατρού-ασθενούς (Parker & Dickenson, 2001. Ιωαννίδου & Γαλανάκης, 2008).

Παράλληλα, έχει γίνει αντιληπτό ότι η σχέση ιατρού-ασθενούς, σε αντίθεση με οποιαδήποτε άλλη επαγγελματική συνεργασία, οφείλει να πλαισιώνεται από ιδιαίτερα ξεχωριστούς κανόνες καθώς απέχει πολύ από κάθε άλλη διαπροσωπική επαγγελματική συνεργασία τύπου «ζήτησης-παροχής υπηρεσιών». Οι υπηρεσίες που «ανταλλάσσονται» εδώ έχουν να κάνουν με το πολυτιμότεο αγαθό της υγείας. Πίσω από την παραπάνω συνεργασία κρύβεται μια διαδικασία συναισθηματικής αλληλεπίδρασης, η οποία μπορεί να θέτει συνεχώς σε δοκιμασία σχέσεις αμοιβαίας εμπιστοσύνης και αλληλοκατανόησης (Medical Ethics Today, 2004). Η

διασφάλιση των δικαιωμάτων του ασθενούς μέσα από τη διαχείριση μιας τέτοιας σχέσης, βασίζεται (Ακινόσογλου και συν., 2007):

- στη λειτουργική επάρκεια του ιατρού,
- στη συμμετοχή και των δύο εμπλεκόμενων μερών, και
- στο υγιές περιβάλλον, μέσα στο οποίο θα αναπτυχθεί και τις υπηρεσίες του οποίου μπορεί να καρπωθεί.

Επομένως οδηγούμαστε στην ανάγκη της θεσμικής κατοχύρωσης των δικαιωμάτων των ασθενών λόγω των νέων απαιτήσεων της σύγχρονης κοινωνίας, οι οποίες προκύπτουν από μια σειρά παραγόντων όπως οι:

1. Αλλαγές σε πολιτικό επίπεδο: τα τελευταία χρόνια έχει διαπιστωθεί μια ανάγκη αναδιατύπωσης του ρόλου του ασθενούς στην περίθαλψη καθώς, βάσει της γενικότερης εξέλιξης σε πολιτικό επίπεδο, παραχωρείται όλο και μεγαλύτερη θέση στις προσωπικές απόψεις των ασθενών (Ε.Ο.Κ.Ε., 2007). Ο ρόλος κλειδί που καλείται να παίξει ο ασθενής στο σύγχρονο ορισμό της φροντίδας υγείας έχει τις ρίζες του και στο ευρύτατα διαδεδομένο καταναλωτικό κίνημα του '60 (Emanuel & Emanuel, 1992) που καθιέρωσε το δικαίωμα των καταναλωτών στην ασφάλεια, το δικαίωμα στην πληροφόρηση, το δικαίωμα της επιλογής, και το δικαίωμα της ακρόασης (Kennedy, 1962).

Η αναδιατύπωση του ρόλου του ασθενούς εντάσσεται στην πρόοδο της κοινωνίας που τείνει να προωθήσει το πρότυπο της αυτονομίας του ατόμου και της κατοχύρωσης των δικαιωμάτων του (Ανδρουλιδάκη-Δημητριάδη, 1993). Η θεωρία του ανθρωπισμού υποστηρίζει πως κάθε άνθρωπος γεννιέται με ελεύθερη θέληση και με δικαίωμα να αποφασίζει για τον εαυτό του. Ο αναδιατυπωμένος ρόλος του ασθενούς θεωρείται πως απορρέει από την ίδια την ανθρώπινη υπόστασή του αφού, έξω και πέρα από τους κανόνες δικαίου, έχει το δικαίωμα να αυτενεργεί, να αποφασίζει για τον εαυτό του, να μην εξαπατάται για ότι συμβαίνει στην υγεία του και να απαιτεί σεβασμό της βούλησής του. Συμμετέχοντας στη λήψη αποφάσεων ο ασθενής ασκεί ένα από τα θεμελιώδη του δικαιώματα (Gillon, 1994).

2. Η εξέλιξη των νέων τεχνολογιών και του διαδικτύου: τα τελευταία 60 χρόνια έχει συντελεστεί μια απροσδόκητη πρόοδος στην ιατρική τεχνολογία. Η διάδοση των νέων τεχνολογιών πληροφόρησης και κυρίως η ανάπτυξη του διαδικτύου έδωσε τη δυνατότητα ανταλλαγής πληροφοριών, επίλυσης αποριών και υποβολής ερωτημάτων στους

επαγγελματίες υγείας, βοηθώντας στην αύξηση των γνώσεων των ασθενών. Έτσι οι ασθενείς που αναζητούν πληροφορίες και αποκτούν γνώσεις από το διαδίκτυο και τα άλλα μέσα επικοινωνίας, έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να είναι ενήμεροι για τις τελευταίες εξελίξεις της ασθένειάς τους και να λάβουν την πιο ενδεδειγμένη και καινούργια θεραπεία για την περίπτωση τους (Κρομμύδα, 2009). Σαν αποτέλεσμα της παραπάνω ενημέρωσης οι ασθενείς είναι δυνατόν να επηρεάσουν θετικά αλλά και αρνητικά την εξέλιξη της ασθένειάς τους:

Ως θετική επίδραση μπορούμε να θεωρήσουμε την προαγωγή της φροντίδας υγείας, των αποτελεσμάτων στον ασθενή και στην σχέση ιατρού-ασθενούς που ευνοούνται από την σχετική και ακριβή πληροφόρηση (Murray et al, 2003a). Σε μερικές περιπτώσεις μάλιστα ιατροί ανέφεραν ότι χρειάστηκε να αναλώσουν λιγότερο χρόνο για να παρέχουν βασικές πληροφορίες σε ασθενείς που είχαν ήδη πληροφόρηση υγείας από το διαδίκτυο (Wald et al, 2007). Από την πλευρά τους οι ασθενείς αναφέρουν ότι η παρουσίαση πληροφοριών που είχαν διαβάσει στο διαδίκτυο στον ιατρό τους είχε γενικά θετικό αποτέλεσμα στη σχέση τους με αυτόν αρκεί ο ιατρός να είχε επαρκή ικανότητα επικοινωνίας και να μην αισθανόταν ότι ο ασθενής αμφισβητούσε την γνώση του (Murray et al, 2003b).

Ως αρνητική επίδραση μπορούμε να θεωρήσουμε την εξαπάτηση των ασθενών, που πολλές φορές δεν είναι σε θέση να αναγνωρίζουν την ανακριβή, κακόβουλη ή παραπλανητική πληροφόρηση από το διαδίκτυο ή άλλα μέσα, με αποτέλεσμα η ενημέρωση που λαμβάνουν να κινδυνεύει να αποβεί επιζήμια αν δεν γίνει σωστή διαχείριση της και έτσι (Lo & Parham, 2010):

- να οδηγούνται σε λανθασμένες αποφάσεις,
- να επιδεικνύουν πολύ λιγότερη ή και καθόλου διάθεση αποδοχής του γεγονότος ότι μια αποτυχία μπορεί και να μην οφείλεται σε ιατρική αμέλεια: πράγματι, τα τελευταία χρόνια οι προσδοκίες των ασθενών για επιτυχημένα θεραπευτικά αποτελέσματα έχουν γίνει υψηλότερες από οποτεδήποτε στο παρελθόν. Όλο και περισσότεροι ασθενείς είναι έτοιμοι να μηνύσουν για τυχόν ζημιές στην υγείας τους όταν το αποτέλεσμα είναι απογοητευτικό (Brahams 1986).
- να επηρεάζεται αρνητικά η σχέση ιατρού-ασθενούς: η εντύπωση των ιατρών ότι ο ασθενής αμφισβητεί την εξουσία τους ήταν ο κύριος παράγοντας αποδόμησης της σχέσης εμπιστοσύνης μεταξύ τους ενώ 40% των ιατρών πιστεύουν ότι η αναφορά από τον ασθενή σε πληροφορίες που έχει συλλέξει από το διαδίκτυο μείωσε την αποτελεσματικότητα των

ιατρικών επισκέψεων, ειδικά εάν ο ασθενής επιζητούσε κάτι ακατάλληλο ή ο ιατρός αισθανόταν να αμφισβητείται (Murray et al, 2003b). Επίσης, ένα 15% των ασθενών ανέφερε ότι ο ιατρός τους ενοχλήθηκε όταν του παρουσίασαν πληροφορίες που είχαν λάβει στο διαδίκτυο (Lo & Parham, 2010).

Μεταξύ των επαγγελματιών της υγείας η αποδοχή και προώθηση της συμμετοχής του ασθενούς επηρεάζονται από διάφορους παράγοντες όπως (Longtin et al, 2010):

- η επιθυμία διατήρησης του ελέγχου (εξουσίας),
- η έλλειψη χρόνου,
- οι προσωπικές απόψεις,
- το είδος της ασθένειας, και
- η δυνατότητα επικοινωνίας με τον ασθενή.

Σήμερα πιστεύουμε ότι η διαφώτιση και η ενημέρωση του ασθενούς σε ζητήματα που αφορούν την υγεία του είναι θετικά στοιχεία και συμβάλλουν αποφασιστικά στην επιτυχή αντιμετώπιση της ασθένειάς του. Για να ωφελούνται όμως οι ασθενείς από την πληροφόρηση, θα πρέπει αυτή να γίνεται ορθά και έγκυρα και πάντα σε συνεργασία με την ομάδα των επαγγελματιών υγείας που τους φροντίζουν. Γι' αυτό το λόγο δεν θα πρέπει να παραγκωνίζεται η προσφορά των ιατρών, οι οποίοι σήμερα είναι αρωγοί και συνεργάτες των ασθενών σε αποφάσεις που τελικά ανήκουν στους τελευταίους.

3. Η μετάβαση σε διαφορετικό μοντέλο της σχέσης «ιατρού-ασθενούς»: διαχρονικά έχουν

εξελιχθεί διαφορετικά μοντέλα της σχέσης ιατρού-ασθενούς, τα οποία καθορίζουν, αδρά σε κάθε χώρα, και το διάγραμμα των δικαιωμάτων των ασθενών (Αρσενοπούλου, 2006): Στο ένα άκρο βρίσκεται το παραδοσιακό και κυρίαρχο, μέχρι πρόσφατα, *πατερναλιστικό μοντέλο*, στο οποίο ο ιατρός είναι αυτός που κρίνει ποιο είναι το συμφέρον του ασθενούς ενώ σε δεύτερη μοίρα



Εικόνα 1: Ένα είδος σχέσης ιατρού-ασθενούς

έρχεται η παροχή πληροφόρησης στον ασθενή καθώς και η συμβολή του στη λήψη

αποφάσεων για τη θεραπεία του. Εδώ, ο ρόλος του ασθενούς περιορίζεται στο να ακολουθήσει τις εντολές του ιατρού. Με αυτόν τον τρόπο το πατερναλιστικό μοντέλο εστιάζει στην ανισότητα της εξειδίκευσης στη σχέση ιατρού-ασθενούς σαν αιτιολογικό παράγοντα για την αυτονομία του ιατρού, στη λήψη αποφάσεων για τη θεραπεία του ασθενούς (Diamandouros, 2005).

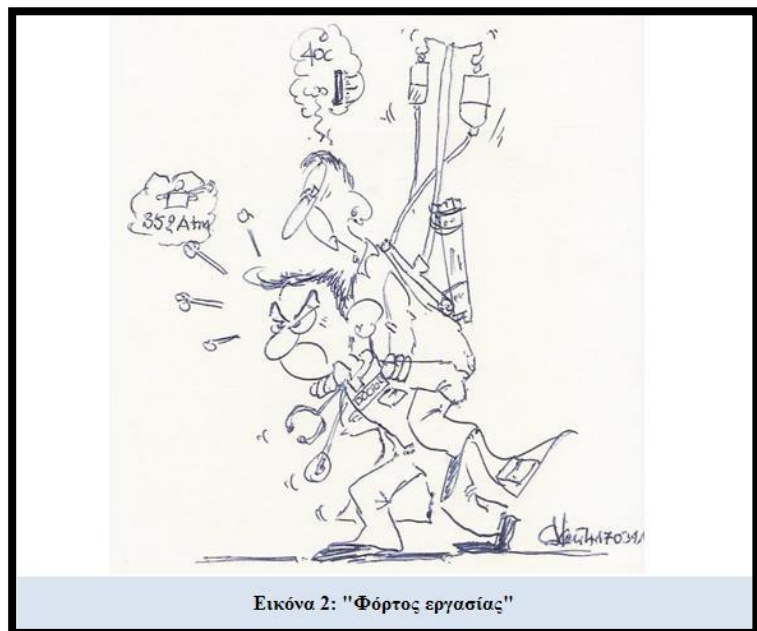
Στο αντίθετο άκρο, έχουν επικρατήσει δύο βασικά σύγχρονα μοντέλα *το καταναλωτικό και το επικοινωνιακό (πληροφοριακό) μοντέλο*: Στο καταναλωτικό μοντέλο ο ουσιαστικός ρόλος του ιατρού είναι απλά να παρέχει πλήρη πληροφόρηση στον ασθενή σχετικά με την κατάστασή του και τις υπάρχουσες θεραπευτικές επιλογές. Ο ασθενής αποφασίζει αν θα επιλέξει κάποια, από τις θεραπείες που του προτείνει ο ιατρός, και ποια θα είναι αυτή. Έτσι ο ιατρός μετατρέπεται σε τεχνικό σύμβουλο, καθώς το μοντέλο υπονοεί ότι το κενό γνώσης και εξειδίκευσης μπορεί να εξισορροπηθεί πλήρως από την παροχή πληροφόρησης και αυτονομίας στον ασθενή που θα τον καταστήσουν ικανό να επιλέξει αβίαστα σύμφωνα με τις αξίες και τις προτιμήσεις του. Στην κριτική του μοντέλου (Emanuel & Emanuel, 1992) αναφέρεται ότι δεν καταφέρνει να συμπεριλάβει τον ουσιαστικό ρόλο του γιατρού: το ενδιαφέρον για τον ασθενή, ούτε αντανακλά τις περισσότερες επιθυμίες και προσδοκίες του ασθενούς στη σχέση του με τον ιατρό. Επιπρόσθετα, η εφαρμογή του μοντέλου θα μπορούσε να οδηγήσει στην ανάγκη προστασίας του ασθενούς λόγω της πολυπλοκότητας των επιλογών με τις οποίες θα βρεθεί αντιμέτωπος. Η προστασία αυτή μπορεί να πάρει είτε τη μορφή του κρατικού παρεμβατισμού (μέσω της νομοθεσίας) είτε, ή και, πατερναλιστικής συμπεριφοράς από δικηγόρους και δικαστές (ακολουθώντας τις απόψεις τους για την προστασία του ασθενούς). Όλα τα παραπάνω μπορεί να οδηγήσουν στην άσκηση «αμυντικής ιατρικής» στην οποία οι πράξεις του ιατρού καθορίζονται από την προσπάθεια να αποφύγει κάθε πιθανότητα κατηγορίας παρά να θεραπεύσει τον ασθενή (Diamandouros, 2005).

Αντίθετα, στο επικοινωνιακό (πληροφοριακό) μοντέλο ο ιατρός δεν παρέχει απλά πληροφορίες αλλά επικοινωνεί με τον ασθενή και είναι πρόθυμος να εμπλακεί σε έναν ειλικρινή διάλογο. Η ισότητα σε αυτό το μοντέλο δεν αφορά ισότητα στη γνώση και στην εξειδίκευση που επιτυγχάνονται μέσω της πληροφόρησης, αλλά ισότητα στο βασικό επίπεδο του δικαιώματος της αυτονομίας του ασθενούς η οποία εκφράζεται μέσω της αυτόνομης λήψης αποφάσεων για την ζωή του. Ο σεβασμός για το δικαίωμα του ασθενούς να είναι αυτόνομος υπονοεί ότι ο ασθενής έχει το δικαίωμα να επιλέξει το ισοζύγιο της σχέσης του με τον ιατρό, αν δηλαδή αυτή θα είναι πατερναλιστική, επικοινωνιακή, καθοδηγητική ή

συμβουλευτική. Στην πράξη, συνήθως ο ιατρός ξεκινά από θέση ισχύος η οποία βασίζεται στη γνώση και την εξειδίκευσή του αλλά και στην τρωτότητα της κατάστασης του ασθενούς ο οποίος πιθανότατα υποφέρει από κάποια ασθένεια ή πάθηση. Το βάρος της πρωτοβουλίας επομένως πέφτει πάνω στον ιατρό για να εξερευνήσει πως θέλει ο ασθενής να λειτουργήσει η μεταξύ τους σχέση και να σεβαστεί τις επιθυμίες του ασθενούς. Πράττοντας αυτό ο ιατρός θα πρέπει να ξεκινά με βάση την εικόνα του αυτόνομου ασθενούς ο οποίος έχει το δικαίωμα της ενημερωμένης επιλογής σχετικά με τη θεραπεία του (Diamandouros, 2005). Στη σημερινή πραγματικότητα παρατηρούμε, στις περισσότερο αναπτυγμένες χώρες, την τάση μετάβασης από το παραδοσιακό μοντέλο προς κάποιο από τα σύγχρονα, σε διαφορετικό βαθμό και ανάλογα με το βαθμό πολιτισμικής, οικονομικής και κοινωνικής ανάπτυξης της κάθε χώρας (Αρσενοπούλου, 2006).

Η επιθυμία ή όχι του ασθενούς για συμμετοχή στη λήψη των αποφάσεων εκφράζεται αρχικά μέσα από την επιλογή του προσωπικού του ιατρού (Murray et al, 2007): το να έχει ο ασθενής έναν «προσωπικό ιατρό» στον οποίο να έχει εμπιστοσύνη συσχετίστηκε με την επιθυμία του ασθενούς για συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων, ενώ εκείνοι που επέλεγον ιατρούς που δεν τους παροτρύνουν να αναζητήσουν για πληροφορίες σχετικά με την πάθησή τους είναι αυτοί που επιθυμούν περισσότερο να αποφασίζουν οι ιατροί για την θεραπεία τους. Γενικότερα, οι παράγοντες που φαίνεται να καθορίζουν τη συμμετοχή του ασθενούς είναι:

- η αποδοχή του νέου ρόλου του ασθενούς (Guadagnoli & Ward, 1998. Strull et al, 1984),
- το επίπεδο της καλλιέργειας και των γνώσεων του για την υγεία (Coulter & Ellins, 2006. Thomson et al, 1993. Katz et al, 2007. Murray et al, 2001),
- η εμπιστοσύνη στις δυνατότητες του (Henderson, 2003. Hibbard et al, 2005),
- ο τύπος της απόφασης που απαιτείται (Thomson et al, 1993. Kraetschmer et el, 2004),



Εικόνα 2: "Φόρτος εργασίας"

- η σοβαρότητα των αναμενόμενων αποτελεσμάτων (Mansell et al, 2000),
- ο τύπος της ασθένειας (Levinson et al, 2005. Mansell et al, 2000. Stiggelbout & Kiebert, 1997. Gaston & Mitchell, 2005),
- η ηλικία (Levinson et al, 2005. Thomson et al, 1993. Stiggelbout & Kiebert, 1997. Gaston & Mitchell, 2005. Wetzels et al, 2007),
- το φύλο (Levinson et al, 2005. Thomson et al, 1993. Stiggelbout & Kiebert, 1997. Gaston & Mitchell, 2005. McKinstry, 2000. Rothenbacher et al, 1997),
- το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο (Levinson et al, 2005. Thomson et al, 1993. Stiggelbout & Kiebert, 1997. Gaston & Mitchell, 2005. Wetzels et al, 2007),
- η εθνικότητα (Levinson et al, 2005. Rosen et al, 2001. Blackhall et al, 1995. Cooper-Patrick et al, 1999),
- η χρήση εναλλακτικής ιατρικής (Vincent & Furnham, 1999. Boon et al, 2005), και
- η ειδικότητα του επαγγελματία υγείας (McGuckin et al, 1999. McGuckin et al, 2004).

4. Η επικράτηση «επικεντρωμένης στον ασθενή» φροντίδας: ο όρος «επικεντρωμένη στον ασθενή ιατρική» εισάχθηκε από τον Balint, τη δεκαετία του '70, σαν αντίβαρο στην «επικεντρωμένη στην ασθένεια ιατρική» η οποία εστιάζει στην πολυπλοκότητα σε βάρος της συνέχειας και του συντονισμού της φροντίδας υγείας (Balint et al, 1970). Περιγράφεται ως: «μια κλινική μέθοδος όπου ο ιατρός προσπαθεί να εισέλθει στον κόσμο του ασθενούς, να δει την ασθένεια μέσα από τα μάτια του έτσι ώστε να καταλάβει τις ιδέες του ασθενούς, τις προσδοκίες του και τα αισθήματά του για την ασθένεια» (Levenstein et al, 1989). Χαρακτηρίζεται από το σεβασμό στις προτιμήσεις, ανάγκες και αξίες του κάθε ενός από τους ασθενείς και εξασφαλίζει ότι αυτές οι αξίες θα καθοδηγούν όλες τις κλινικές αποφάσεις (Institute of Medicine, 2001). Η «επικεντρωμένη στον ασθενή» φροντίδα μπορεί να αναλυθεί σε δυο διαφορετικές διαστάσεις (Lee et al, 2008):

- Η μια διάσταση είναι ο διαμοιρασμός της εξουσίας, του ελέγχου και της πληροφορίας.
- Η άλλη είναι αυτή της κατανόησης όπου τα αισθήματα, οι προσδοκίες και οι προτιμήσεις του ασθενούς γίνονται σεβαστές και λαμβάνονται υπόψη στην λήψη αποφάσεων.

Η αναγνώριση των βασικών παραγόντων της σχέσης ιατρού-ασθενούς, δηλαδή της επικοινωνίας με τους ασθενείς, της συνεργασίας και της ισορροπίας της εξουσίας, αλλά και της προσήλωσης σε παράγοντες πέρα από το στενό πλαίσιο της ασθένειας μπορεί να βοηθήσουν στον καλύτερο καθορισμό της σχέσης και στην παροχή «επικεντρωμένης στον ασθενή φροντίδας» (Bauman et al, 2003). Μελέτες δείχνει ότι:

- Η πλειοψηφία των ασθενών επιθυμεί να ενημερώνεται και έχει ανάγκη την υποστήριξη από τον ιατρό τους (Lee et al, 2008).
- Η «επικεντρωμένη στον ασθενή» φροντίδα υγείας είναι γενικώς επιθυμητή από όλους τους ασθενείς (Stewart et al, 2003).
- Η συμπεριφορά και η στάση του ασθενή κατά την επαφή με τον ιατρό επηρεάζουν τα επίπεδα της επικεντρωμένης στον ασθενή συμπεριφοράς του ιατρού (Street et al, 2003).
- Τέλος, η «επικεντρωμένη στον ασθενή» φροντίδα αναπτύσσει την αυτοδιαχείριση και το συντονισμό της φροντίδας βελτιώνοντας τα αποτελέσματα (Battersby, 2005).

5. Η αύξηση του αριθμού των μακροχρονίως πασχόντων: η αύξηση των χρόνιων ασθενών λόγω της προόδου της ιατρικής, της καθιέρωσης συστημάτων κοινωνικής πρόνοιας και της γήρανσης του πληθυσμού συνέβαλε στη μακροχρόνια περίθαλψη των χρονίως πασχόντων, με αποτέλεσμα αυτοί να εκδηλώνουν μεγαλύτερο ενδιαφέρον για την ασθένειά τους και γενικά να αποκτούν περισσότερες γνώσεις λόγω της εμπειρίας τους και της συχνής προσφυγής τους στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης (Ε.Ο.Κ.Ε., 2007). Έτσι οι μακροχρόνια ασθενείς ή ανάπηροι αναλαμβάνουν πλέον ενεργό ρόλο στην περίθαλψή τους προβάλλοντας ανανεωμένες προσδοκίες και ανάγκες (Κρομμύδα, 2009).

6. Οι διεκδικήσεις, ακόμα και πέραν του «τεχνικού» κομματιού της περίθαλψης, των ασθενών σήμερα: οι προσδοκίες των ασθενών δεν περιορίζονται πλέον στο «τεχνικό κομμάτι» της περίθαλψης αλλά αφορούν και τις ανθρώπινες σχέσεις (Ε.Ο.Κ.Ε., 2007). Διεκδικούν το θεμελιώδες δικαίωμα να αντιμετωπίζονται με σεβασμό, χωρίς να αποτελούν αντικείμενο περιφρονητικών σχολίων, εκμετάλλευσης, διακριτικής μεταχείρισης και μεροληπτικής στάσης εκ μέρους του υγειονομικού προσωπικού. Οι αγώνες και οι προσπάθειες τους αποδεικνύουν τη βούληση τους να μην αντιμετωπίζονται σαν διαφορετικά άτομα και ξεχωριστή κατηγορία πολιτών και κυρίως να μην τίθενται εκτός κοινωνίας. Για τους παραπάνω λόγους οι χρήστες του συστήματος υγείας εκφράζουν όλο και πιο δυναμικά τις απόψεις τους όσον αφορά τις συνθήκες παροχής της περίθαλψης και προβάλλουν έντονα τις απαιτήσεις τους, λόγω της προσωπικής τους πείρας αλλά και της αυξημένης πλέον ενημέρωσης τους (Αναπλιώτου-Βαζαίου, 1988).

Για την καταπολέμηση της ασθένειας και την εξεύρεση της καλύτερης θεραπευτικής αγωγής θεωρείται απαραίτητη η ουσιαστική επικοινωνία και η καλλιέργεια μιας σταθερής σχέσης των ασθενών με τους επαγγελματίες υγείας που θα στηρίζεται στην αμοιβαία εμπιστοσύνη

σηματοδοτώντας μια μετάβαση από την τυφλή εμπιστοσύνη σε μια εμπιστοσύνη που αναπτύσσεται μέσα από τη διεργασία της συνάντησης και ανταλλαγής απόψεων μεταξύ του ασθενή, του περιβάλλοντός του και των επαγγελματιών υγείας (Αναπλιώτου-Βαζαίου, 1988). Καθώς οι ασθενείς αναδεικνύονται σε σημαντικούς συνεργάτες της ιατρικής φροντίδας, είναι απαραίτητο να καταγράφονται οι απαιτήσεις και οι προσδοκίες τους σχετικά με τις υπηρεσίες υγείας. Μέσα από την οπτική του συστήματος υγείας οι προσδοκίες των ασθενών είναι σημαντικές για τουλάχιστον δύο λόγους:

- Οι ασθενείς, των οποίων οι προσδοκίες δεν ικανοποιούνται, μπορεί να δυσαρεστηθούν από την φροντίδα που τους παρέχεται με αποτέλεσμα να υπάρξουν επιπτώσεις στους φορείς που παρέχουν υπηρεσίες υγείας. Αυτές οι επιπτώσεις έχουν στοιχειοθετηθεί επαρκώς στη σημερινή αγορά υπηρεσιών υγείας (Weiss & Sent, 1990. Kravitz et al, 1994).
- Οι προσδοκίες των ασθενών μπορεί να αποτελέσουν σημαντική πηγή αύξησης του κόστους των υπηρεσιών υγείας (Eisenberg, 1985. Kravitz et al, 1994). Οι ασθενείς παρασυρμένοι από τις υποσχέσεις της ιατρικής τεχνολογίας απαιτούν διαγνωστικά τεστ και θεραπευτικές παρεμβάσεις οι οποίες μπορεί να μην εξυπηρετούν πάντα τα συμφέροντά τους, για να μην αναφέρουμε τα συμφέροντα της κοινωνίας (Woolf & Kameron, 1990. Kravitz et al, 1994).

Καθώς γίνεται κατανοητό ότι οι πόροι για την υγεία δεν μπορεί να είναι απεριόριστοι, αρχίζουν να εφαρμόζονται αρχές διαχείρισης και οργάνωσης από την ελεύθερη αγορά και στα νοσηλευτικά ιδρύματα. Οι διακηρύξεις για τα δικαιώματα των ασθενών συνδέουν την απολαβή των δικαιωμάτων με τους διαθέσιμους πόρους για την υγεία, κάτι που σε πολλές περιπτώσεις τα δικαστήρια

αμφισβητούν και αποσυνδέουν, θεωρώντας ότι μια τέτοια σύνδεση από μόνη της παραβιάζει τα δικαιώματα των ασθενών. Τα παραπάνω, ενίοτε αντιφατικά, εντείνουν ακόμα περισσότερο



το δημόσιο διάλογο και δημιουργούν όλο και περισσότερους προβληματισμούς και ερωτήματα γύρω από τα δικαιώματα των ασθενών (Αρσενοπούλου, 2006).

Στη συνέχεια παρατίθεται το θεσμικό πλαίσιο σε Ευρωπαϊκή Ένωση και Ελλάδα και γίνεται προσπάθεια να παρουσιαστούν οι βασικότερες ανεπάρκειες του.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ:

ΤΟ ΘΕΣΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΣΕ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ ΚΑΙ ΕΛΛΑΔΑ.

2.1. Νομοθεσία στην Ευρωπαϊκή Ένωση.

Στην Αγγλία το 1871 δημιουργήθηκε το κίνημα “Local Government Board”, που κατοχύρωσε τη νομική δίωξη των τέκνων που δεν προστάτευαν τους ηλικιωμένους γονείς τους. Τον 19^ο αιώνα διαφυλάχθηκαν στην Αγγλία δύο βασικά δικαιώματα των ασθενών (Crawford, 2000):

- το δικαίωμα να αρνηθούν να λάβουν θεραπεία, και
- το δικαίωμα να μην πληρώσουν επιπλέον ποσό στους ιατρούς.

Το 1885 με βάση τον αγώνα του κινήματος «Medical Relief Act» εξασφαλίστηκε η νοσηλεία φτωχών και ηλικιωμένων ατόμων σε Ιδρύματα. Οι υπεύθυνοι των Ιδρυμάτων αυτών αντί για νοσήλια αποκτούσαν το δικαίωμα να πωλούν τα πτώματά των ασθενών, μετά το θάνατό τους (Hurren, 2002).

Ο Κώδικας της Νυρεμβέργης το 1946 ήταν η πρώτη διακήρυξη που σήμανε και το τέλος των φρικαλεοτήτων του Β' Παγκοσμίου Πολέμου (Karpouzi et al, 2005), ενώ το 1948 θεσμοθετήθηκε η Διακήρυξη «Universal Declaration of Human Rights» από τα Ηνωμένα Έθνη. Υποστήριζε τη διεθνή αξιοπρέπεια παρέχοντας ένα νομικό και ηθικό πεδίο για καλλιέργεια των ανθρωπίνων δικαιωμάτων αναγνωρίζοντας ίσα και απαραβίαστα δικαιώματα σε όλα τα μέλη της ανθρώπινης οικογένειας (WHO, 2007). Η Διακήρυξη αποτελείται από δύο μέρη: τα πρώτα 21 άρθρα αναφέρονται στα δημόσια και τα πολιτικά δικαιώματα και τα υπόλοιπα εννιά αφορούν τα οικονομικά και κοινωνικά δικαιώματα (Woogara 2001. Ellen, 2002. Epstein, 2005).

Η Συνθήκη «European Convention of Human Rights» εφαρμόστηκε από την Αγγλία το 1951 και υποστήριζε το δικαίωμα να γίνεται σεβαστό το ιδιωτικό δίκαιο αλλά και την υποχρέωση του κράτους να προστατεύει αυτό το δικαίωμα (Σγαρδέλη, 2007) ενώ το 1973 στις Ηνωμένες Πολιτείες ψηφίστηκε ένας νέος κώδικας ο «Patient Bill of Rights» και το 1974 εκδίδεται στη Γαλλία ο «Χάρτης των Δικαιωμάτων και των Υποχρεώσεων των Ασθενών» (Κηπουρού & Μπούτας, 2005). Ένα χρόνο μετά, στο Λουξεμβούργο, η Νοσοκομειακή Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων ψηφίζει τη «Χάρτα των Δικαιωμάτων του Νοσοκομειακού Ασθενή» που περιείχε βασικά δικαιώματα των νοσοκομειακών ασθενών (Hurren, 2002).

Δικαιώματα όπως το δικαίωμα του ασθενούς να επιλέγει ελεύθερα τον ιατρό του, να λαμβάνει φροντίδα από αυτόν, να δέχεται ή να αρνείται θεραπεία, να απολαμβάνει εχεμύθεια αναφορικά με τις πληροφορίες που τον αφορούν, να έχει το δικαίωμα ενός αξιοπρεπούς θανάτου και να δέχεται ή να απορρίπτει συναισθηματική και ηθική παρηγοριά υπογραμμίστηκαν στη «Διακήρυξη της Παγκόσμιας Ιατρικής Εταιρίας» στην Λισαβόνα το 1981. Πέντε χρόνια μετά, το 1986, η πρόταση του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου για τον «Ευρωπαϊκό Χάρτη των Δικαιωμάτων του Ασθενή» περιέγραψε τα βασικότερα δικαιώματα του ασθενούς ως προς τη βελτίωση της παρεχόμενης ιατρικής αγωγής, την ενημέρωση, τη βελτίωση των σχέσεων ασθενών και προσωπικού κ.ά. (Αναπλιώτη-Βαζαίου, 1993).

Το 1987 με την Ενιαία Ευρωπαϊκή Πράξη λαμβάνει χώρα η πρώτη σημαντική τροποποίηση των ιδρυτικών συνθηκών της κοινότητας, που αναγνώρισε εκτός από την οικονομική και την κοινωνική διάσταση της υγείας σαν τομέα της δραστηριότητας της. Στο άρθρο 100 Α(3) περιγράφεται η ανάγκη για την υψηλής ποιότητας προστασία της υγείας η οποία σχετίζεται με τη λειτουργία της ενιαίας αγοράς. Παράλληλα, στο άρθρο 118Α περιγράφεται η προστασία της ασφάλειας και της υγείας των εργαζομένων στο χώρο εργασίας και στο άρθρο 130Π τονίζεται η παράμετρος της υγείας στην περιβαλλοντική πολιτική της κοινότητας (Σγαρδέλη, 2007).

Στη Συνθήκη του Μάαστριχτ (1992) και με τα άρθρα 3 και 129 δίδεται για πρώτη φορά νομικό περιεχόμενο στον τομέα της υγείας: γίνεται αναφορά στην εξασφάλιση υψηλού επιπέδου προστασίας της υγείας, στην πρόληψη ασθενειών, στην αντιμετώπιση μεγάλων πληγών της ανθρωπότητας και ιδιαίτερα της τοξικομανίας.

Το 1994, από το Περιφερειακό Γραφείο του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ) στο Άμστερνταμ εκδόθηκε η «Διακήρυξη για την προαγωγή των δικαιωμάτων των ασθενών στην Ευρώπη» η οποία, στο άρθρο 152, βελτίωνε τις προηγούμενες πρακτικές ισχυροποιώντας την υγεία και εισάγοντάς την σαν προτεραιότητα μεταξύ άλλων πολιτικών, αλλά δεν εξασφάλιζε την χάραξη ολοκληρωμένης πολιτικής υγείας (WHO, 1994. Μαλιώρη, 2005). Η διακήρυξη εστίαζε (Diamandouros, 2005):

- στα ανθρώπινα δικαιώματα και τις αξίες στην ιατρική φροντίδα,
- στην πληροφόρηση για υπηρεσίες υγείας,
- στην ενημερωμένη συναίνεση,
- στην εμπιστευτικότητα και την ιδιωτικότητα,

- στη φροντίδα και τη θεραπεία.

Το 1996, ο «Χάρτης της Αναμόρφωσης της Ιατρικής Φροντίδας» της Ljubljana, υποστήριξε ότι η ιατρική φροντίδα οδηγεί σε καλύτερη υγεία και ποιότητα ζωής. Το επόμενο έτος (1997) εκδόθηκε η «Διακήρυξη Προώθησης της Υγείας» στην Τζακάρτα (Richmond, 2001) ενώ την ίδια χρονιά εκδόθηκε και το «Convention on Human Rights and Biomedicine». Με τις διατάξεις της παραπάνω σύμβασης τα συμβαλλόμενα μέρη δεσμεύτηκαν να προστατεύουν την αξιοπρέπεια και την ταυτότητα κάθε ανθρωπίνου όντος και εγγυήθηκαν το σεβασμό της ακεραιότητας και των λοιπών δικαιωμάτων και θεμελιωδών ελευθεριών κάθε ανθρωπίνου όντος, χωρίς διάκριση σε σχέση με την εφαρμογή της Βιολογίας και της Ιατρικής. Η σύμβαση αυτή κυρώθηκε και στη Βουλή των Ελλήνων με το Ν. 2619/1998 (Αλεξιάδης, 1999).

Το 1998 η «Κίνηση των Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων» επιτρέπει σε ασθενείς που κατοικούν στο Ηνωμένο βασίλειο να υποστηρίζουν τα δικαιώματά τους στα δικαστήρια (Horton, 2000. Merchant, 2006). Δυο χρόνια μετά, η Συνθήκη της Νίκαιας (2000), υιοθετώντας το «Χάρτη των Θεμελιωδών Δικαιωμάτων» συμπεριέλαβε την προστασία της υγείας ως μια από τις βασικές συνιστώσες της αλληλεγγύης. Συγκεκριμένα, αναφέρει ότι κάθε άτομο δικαιούται να έχει πρόσβαση στην πρόληψη και στην ιατρική περίθαλψη σύμφωνα με τις επιταγές των εθνικών νομοθεσιών και πρακτικών. Με βάση το άρθρο 179 του Ευρωπαϊκού Συντάγματος η δημόσια υγεία εξακολουθεί να είναι αρμοδιότητα των κρατών μελών με την Κοινότητα να παίζει ρόλο υποστηρικτικό, συντονιστικό και συμπληρωματικό (Μαλλιώρα, 2005). Το ίδιο έτος (2000) η «Κίνηση για την Ελευθερία της Πληροφορίας» διεκδικεί για τον ασθενή το δικαίωμα στη λήψη πληροφοριών για κάθε συγκεκριμένο θέμα υγείας ενώ το επόμενο έτος (2001) η δράση «Health & Social Care Act» παρέχει την δυνατότητα να διασφαλιστούν δεδομένα που παρέχει ο ασθενής (British Pediatric Surveillance Unit of the Royal College of Pediatrics and Child Health, 2005).

Τον Νοέμβριο του 2002 στις Βρυξέλλες, το Δίκτυο «Active Citizenship Network» (μαζί με άλλες 12 Ευρωπαϊκές οργανώσεις) συνέταξαν την Ευρωπαϊκή Χάρτα Δικαιωμάτων των Ασθενών (E.X.Δ.A.). Η E.X.Δ.A. διακηρύσσει 14 δικαιώματα ασθενών τα οποία, έχουν σαν στόχο να εγυηθούν ένα «υψηλό επίπεδο προστασίας της ανθρώπινης υγείας» (άρθρο 35 της Χάρτας Θεμελιωδών Δικαιωμάτων της Ευρωπαϊκής Ένωσης) και να εξασφαλίσουν την υψηλή ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχονται από τους διάφορους εθνικούς φορείς υγείας στην Ευρώπη. Αποτελούν τη βάση των Θεμελιωδών Δικαιωμάτων που θα πρέπει να

αναγνωρίζονται και να είναι σεβαστά σε κάθε χώρα. Σχετίζονται με υποχρεώσεις και υπευθυνότητες που θα πρέπει να αναλάβουν οι πολίτες αλλά και όλοι οι εμπλεκόμενοι στην παροχή υπηρεσιών υγείας. Η Χάρτα αφορά κάθε άτομο, αναγνωρίζοντας το γεγονός ότι διαφορές όπως η ηλικία, το φύλο, η θρησκεία, η κοινωνικο-οικονομική κατάσταση, κ.ά. δύνανται να επηρεάσουν τις ατομικές ανάγκες υπηρεσιών υγείας. Είναι βασισμένη στην τρέχουσα κατάσταση των Ευρωπαϊκών χωρών: χώρες που εφαρμόζουν την Ευρωπαϊκή Χάρτα Δικαιωμάτων Ασθενών είναι η Αυστρία, Δανία, Φινλανδία, Γαλλία, Γερμανία, Ελλάδα, Ιρλανδία, Ιταλία, Ολλανδία, Πορτογαλία, Ισπανία Σουηδία, Ηνωμένο Βασίλειο (Cotturi et al, 2002).

Το 2005, η Ευρωπαϊκή Οικονομική και Κοινωνική Επιτροπή αποφάσισε την εκπόνηση εσωτερικού κανονισμού για «τα δικαιώματα του ασθενούς» τον οποίο και υιοθέτησε στις 27 Σεπτεμβρίου 2007. Στις 9 Ιουνίου του ίδιου έτους, στο Στρασβούργο εγκρίθηκε από την Ολομέλεια του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου κείμενο (η έκθεση John Bowis σχετικά με την κινητικότητα των ασθενών και τις μελλοντικές εξελίξεις της υγειονομικής περίθαλψης στην Ευρωπαϊκή Ένωση), το οποίο επέκρινε το γεγονός ότι μέχρι τότε δεν είχε πραγματοποιηθεί εναρμόνιση των απόψεων σχετικά με τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις των ασθενών και ζήτησε από το Συμβούλιο και την Επιτροπή να το πράξουν χωρίς καθυστέρηση. Κάλεσε δε τα κράτη-μέλη να εγκρίνουν νόμο ή Χάρτη ασθενειών με τον οποίο θα εκχωρούνταν στους ασθενείς, μεταξύ άλλων, τα ακόλουθα δικαιώματα (Κυπριανού και συν., 2006):

- κατάλληλη και ειδικευμένη ιατρική περίθαλψη από ειδικά εκπαιδευμένο ιατρικό προσωπικό,
- κατανοητή, τεκμηριωμένη και κατάλληλη πληροφόρηση και συμβουλή από τον ιατρό,
- αυτοδιάθεση του ασθενούς μετά από ολοκληρωμένη ενημέρωση,
- πρόσβαση σε έγγραφα τεκμηρίωσης της θεραπευτικής αγωγής,
- τήρηση του απορρήτου και προστασία των προσωπικών δεδομένων,
- δυνατότητα κατάθεσης καταγγελίας,
- εγγυήσεις ότι οι ασθενείς δε θα υποβληθούν σε παρακολούθηση ή σε ιατρικά πειράματα χωρίς την προηγούμενη συγκατάθεσή τους (McGregor, 2001. British Pediatric Surveillance Unit of the Royal College of Pediatrics and Child Health, 2005).

Στη Φινλανδία δύο είναι οι βασικοί νόμοι που έχουν σαν στόχο την προστασία των δικαιωμάτων των ασθενών, ο N.585/85 και ο N.785/92: Ο πρώτος ρυθμίζει θέματα βλάβης

των ασθενών και των ασφαλειών, ενώ ο 785/92 είναι από τους πρώτους νόμους στον κόσμο ο οποίος ρυθμίζει θέματα για τη φροντίδα και θεραπεία των ασθενών. Η Ολλανδία παρουσίασε νόμο για τα δικαιώματα των ασθενών το 1995, ακολούθησε η Φινλανδία (1996), η Λιθουανία (1996), η Ισλανδία (1997), η Λετονία (1997), η Ουγγαρία (1997) και η Δανία (1998) (Αρσενοπούλου, 2006).

Στην Αυστρία μετά το 1991 άρχισαν να αναπτύσσονται κρατικές δομές με περιφερειακή οργάνωση μέσα στο σύστημα υγείας που να υποστηρίζουν τα δικαιώματα των ασθενών. Οι δομές αυτές ονομάστηκαν «εκπρόσωποι των ασθενών» (Patienten-vertrungen-PA). Το 1993 ψηφίστηκε νόμος που κατέστησε υποχρεωτική τη λειτουργία PAs σε όλες τις περιφέρειες της χώρας. Η χρηματοδότηση των PAs προερχόταν, κατά βάση, από τον κρατικό προϋπολογισμό ενώ στελεχώθηκαν από νομικούς, γιατρούς και ψυχολόγους (Bachinger, 2004).

Στην Ουγγαρία το 1997 ο νέος νόμος για την υγεία για πρώτη φορά έκανε εκτενή αναφορά στα δικαιώματα των ασθενών όπως στην αρχή της αυτονομίας του ασθενούς, στο δικαίωμα στην πληροφόρηση κ.ά. Σήμερα, όπως θα παρουσιάσουμε αναλυτικότερα παρακάτω, υπάρχουν στην χώρα αρκετοί οργανισμοί προστασίας των δικαιωμάτων των ασθενών. Μετά την εφαρμογή σχετικού νόμου το 1997 άρχισε η λειτουργία των συνηγόρων των ασθενών μέσα στα νοσοκομεία (Sandor, 2004).

Στη Δανία (1998) ο νομοθέτης με το νόμο 482/1998 (και σε αντικατάσταση των κατευθυντηρίων γραμμών της απόφασης 193 του 1993) έδωσε έμφαση στο δικαίωμα της αυτονομίας του ασθενή και απαρίθμησε ορισμένες καταστάσεις όπου το προσωπικό της υγειονομικής περίθαλψης είναι υποχρεωμένο να σεβαστεί την επιθυμία του ακόμα και αν αυτή τον οδηγήσει στον θάνατο. Οι καταστάσεις αυτές είναι (N.482/98):

- η απεργία πείνας,
- η άρνηση του ασθενούς να λάβει μετάγγιση αίματος,
- θεραπεία ενός ασθενούς που βρίσκεται στο τελευταίο στάδιο της ζωής του.

Επίσης λειτούργησε ο οργανισμός Health Services Complaint Board (HSCB) που αποτελεί την επιβλέπουσα αρχή για την εξέταση των παραπόνων και ασχολείται με τα παράπονα εκ μέρους των ασθενών για την έλλειψη ενημέρωσης ή παραβίασης του απορρήτου (Κοντέλη, 2005).

Στη Νορβηγία, από το 1990 έχει ψηφιστεί νόμος όπου περιγράφονται αναλυτικά τα δικαιώματα των ασθενών και σκιαγραφούνται οι θεσμικές διαδικασίες προστασίας τους, εκ των οποίων η πιο σημαντική ήταν ο «Ombudsman του ασθενούς» (Molven, 2004). Κράτη που επίσης ψήφισαν σχετικούς νόμους είναι η Γαλλία (2002), το Βέλγιο (2002), η Εσθονία (2002), και η Ελβετία (2002). 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 (Charte du Patient Hospitalise) από το 1974 τον οποίο αναμόρφωσε το 1995, ενώ η Μ. Βρετανία από το 1991 και τον τροποποίησε το 1997. Η Πορτογαλία υιοθέτησε αντίστοιχο χάρτη από το 1997. Η Γερμανία εισήγαγε το δικό της χάρτη το 1999, που στηρίζονταν σε προηγούμενη νομολογία δικαστηρίων πάνω στο ζήτημα των δικαιωμάτων (Charta der Patientenrechte, 1999). Στην Αγγλία τα δικαιώματα των ασθενών διασφαλίζονται με τη «Χάρτα των δικαιωμάτων των ασθενών στο Εθνικό Σύστημα Υγείας». Οι χάρτες αυτοί συνιστούν πολιτική και κατοχυρώνουν τα επιτρεπόμενα κατώτερα όρια στα επίπεδα προστασίας των δικαιωμάτων των ασθενών (Αρσενοπούλου, 2006).

2.2. Νομοθεσία στην Ελλάδα

Στην Ελλάδα η έλλειψη θέσπισης των δικαιωμάτων των ασθενών προκαλούσε στις Υπηρεσίες υγείας σοβαρά προβλήματα δυσλειτουργίας, διότι οι πολίτες μη γνωρίζοντας τα δικαιώματά τους επί των ζητημάτων υγείας και προβάλλοντας πολλές φορές παράλογες απαιτήσεις έρχονταν σε σύγκρουση με τους φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας (Κρομμύδα, 2009).

2.2.1. Συνταγματική κατοχύρωση

Ο Συνταγματικός Νομοθέτης ήλθε να καλύψει κατά ένα μέρος το νομοθετικό κενό στο χώρο της Υγείας με την αναγνώριση του κοινωνικού δικαιώματος στην Υγεία (Σύνταγμα, άρθρο 5 §5): εισάγεται η αρχή της καθολικότητας και υποχρεώνεται το κράτος για παρεμβάσεις στην παροχή αγαθών και υπηρεσιών (Λαμπροπούλου, 1999). Το ελληνικό Σύνταγμα του 1975 στο άρθρο 21 §3 αναφέρει ότι το κράτος είναι εκείνο που «μεριμνά για την υγεία των πολιτών και λαμβάνει ειδικά μέτρα για την προστασία της νεότητας, του γήρατος, της αναπηρίας και της περίθαλψης των απόρων» (Κηπουρού & Μπούτας, 2005).

2.2.2. Νομοθετική κατοχύρωση

Με τον Ν.1397/1983 του Εθνικού Συστήματος Υγείας ορίζεται ότι: «το κράτος έχει την ευθύνη για την παροχή υπηρεσιών υγείας στο σύνολο των πολιτών». Όμως, θα χρειαστεί να περάσουν 9 χρόνια μέχρι ο Έλληνας νομοθέτης να κατοχυρώσει ουσιαστικά κάποια δικαιώματα του νοσοκομειακού ασθενούς με το άρθρο 47 του Ν.2071/92. Σύμφωνα με το άρθρο αυτό ορίζεται ότι κάθε ασθενής φέρει το δικαίωμα προσέγγισης και εξασφάλισης των υπηρεσιών υγείας που αρμόζουν στην πάθησή του. Κατόπιν επαρκούς πληροφόρησης, ελεύθερης κρίσης και συγκατάθεσης του ίδιου (ή νομίμου εκπροσώπου σε περίπτωση αδυναμίας) δύναται να τις απολάβει υπό συνθήκες εχεμύθειας και με σεβασμό προς τις προσωπικές πεποιθήσεις και την ανθρώπινη του οντότητα. Ο ασθενής επίσης διατηρεί το δικαίωμα ενστάσεων και καταφυγής σε αρμόδια ειδικά συστημένα όργανα σε περίπτωση καταπάτησης των δικαιωμάτων του» (Ν.2071/1992). Δύο χρόνια μετά, στο Ν.2194/1994 αναφέρεται ότι «ο πολίτης δύναται με πλήρη ισονομία να απολαμβάνει του δικαιώματος στην υγεία» (Ν.2194/1994), ενώ το ίδιο έτος ο Π.Ο.Υ. με τη διακήρυξη του Amsterdam (1994) καθόρισε τα δικαιώματα του ασθενούς για όλη την Ευρώπη (Πίνακας Π.2., Παράρτημα Α).

Στην πράξη, στην Ελλάδα, οι διατάξεις του άρθρου 47 του Ν.2071/1992 δεν λειτούργησαν ουσιαστικά πριν το 1997, όταν ο Ν.2519/1997 ήλθε να βελτιώσει την υπάρχουσα κατάσταση όσον αφορά στην προστασία των δικαιωμάτων του ασθενούς καθιερώνοντας όργανα προστασίας των δικαιωμάτων των ασθενών σε δύο επίπεδα (Αλεξιάδης, 2000):

- Σε επίπεδο Γ.Γ. του Υ.Υ.Κ.Α.:
 - την Αυτοτελή Υπηρεσία Προστασίας Δικαιωμάτων των Ασθενών,
 - την Επιτροπή Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ασθενών.
- Ενώ σε επίπεδο Νοσοκομείου συστήνεται:
 - Γραφείο Επικοινωνίας με τον Πολίτη, και συγκροτεί
 - Τριμελή Επιτροπή Προάσπισης των Δικαιωμάτων του Πολίτη.

Στον παραπάνω νόμο (Ν.2519/1997) –όπως και στον προγενέστερο Ν.2071/1992– προσδιορίζονται τα δικαιώματα των νοσοκομειακών ασθενών, με βάση τα οποία (και σε συνδυασμό με τον κανονισμό λειτουργίας των Νοσοκομείων) προκύπτουν και οι υποχρεώσεις αυτών (Κρομμύδα, 2009).

Το 1998 κυρώνεται από τη Βουλή των Ελλήνων (με το Ν.2619) η «Ευρωπαϊκή Συνθήκη για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα και τη Βιοϊατρική» (European Convention on Human Rights and

Biomedicine), που υπεγράφη το προηγούμενο έτος από τα κράτη-μέλη του Συμβουλίου της Ευρώπης και αναφέρεται στην προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και της αξιοπρέπειας του ανθρώπου από εφαρμογές της Βιολογίας και Ιατρικής (Κηπουρού & Μπούτας, 2005). Το επόμενο έτος, με το Ν.2716/1999 ρυθμίζονται τα δικαιώματα των ατόμων με ψυχικές διαταραχές, με διαταραχές αυτιστικού τύπου και με μαθησιακά προβλήματα και συνιστάται στο Υπουργείο Υγείας «Γραφείο Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές» καθώς και «Ειδική Επιτροπή Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των ατόμων με ψυχικές διαταραχές» με κύριο έργο τους την υποδοχή, καθοδήγηση και πληροφόρηση των ατόμων με ψυχικές διαταραχές και των συγγενών τους για τους κανόνες λειτουργίας του Νοσοκομείου (Πολίτης, 1999).

Στις 28/11/2005, και σε αντικατάσταση του Β.Δ. 25 Μαΐου/6 Ιουλίου 1955 (ΦΕΚ Α/171) "Περί κανονισμού ιατρικής Δεοντολογίας", εκδίδεται ο Ν.3418/2005 που αφορά τον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας, το ιατρικό απόρρητο, την ενημέρωση του ασθενή, τη συναίνεση στην ιατρική πράξη, κ.ά. Ο νόμος αυτός λειτουργεί ως έμμεση προστασία των δικαιωμάτων των ασθενών, καθώς στις διατάξεις του αναφέρεται η υποχρέωση των ιατρών και των λοιπών επαγγελματιών υγείας, κατά την άσκηση του επαγγέλματός τους, να αποφεύγουν κάθε διάκριση και να σέβονται τις θρησκευτικές, φιλοσοφικές, ηθικές ή πολιτικές απόψεις και αντιλήψεις, την ιδιωτικότητα και την αξιοπρέπεια των ασθενών και να μην παραβιάζουν την αυτονομία τους. Τέλος, την πιο πρόσφατη νομοθετική παρέμβαση αποτελεί ο Ν. 3868/2010 που εισάγει σε κάθε νοσοκομείο το «Γραφείο Υποστήριξης του Πολίτη» καθορίζοντας και το ρόλο του, όπως θα δούμε αναλυτικότερα στη συνέχεια.

2.3. Ανεπάρκειες του θεσμικού πλαισίου.

Τα βασικά πεδία όπου συνήθως διαπιστώνονται προβλήματα στο θεσμικό πλαίσιο κατοχύρωσης των δικαιωμάτων του ασθενούς είναι:

1. Η παροχή περίθαλψης στο εξωτερικό: τα προβλήματα που σχετίζονται με την αναζήτηση θεραπείας στο εξωτερικό και τη μετέπειτα αποζημίωση από το εθνικό ασφαλιστικό σύστημα της χώρας αποτελούν παραβίαση των δικαιωμάτων των ασθενών, και έχουν αναγνωριστεί ως τέτοια μέσα από αποφάσεις του δικαστηρίου των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων (PE 284.411 ν03-00, 2007). Θετική εξέλιξη αποτελεί η έγκριση από το

Συμβούλιο της Ε.Ε. στις 28/02/2011 των τροπολογιών του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου στην αρχική οδηγία που αποσκοπούσε σε ασφαλή και υψηλής ποιότητας διασυνοριακή περίθαλψη μεταξύ των κρατών μελών της Ε.Ε. (6/11+6590/11 ADD 1 REV)². Σύμφωνα με το άρθρο 294 της Συνθήκης της Λισαβόνας η οδηγία για τη διασυνοριακή υγειονομική περίθαλψη έχει εγκριθεί και θα πρέπει μέσα σε 30 μήνες τα κράτη μέλη να την μεταφέρουν στην Εθνική τους νομοθεσία. Περιλαμβάνει σημαντικές διατάξεις την δυνατότητα υγειονομικής περίθαλψης σε άλλο κράτος και την επιστροφή χρημάτων μέχρι το ύψος των εξόδων που θα είχαν καλυφθεί από το κράτος μέλος ασφάλισης εάν αυτή η περίθαλψη είχε παρασχεθεί στο έδαφός του, την δυνατότητα άμεσης αποζημίωσης του παρόχου υγειονομικής περίθαλψης αντί για τον ασθενή, την δυνατότητα αναγνώρισης συνταγών που εκδίδονται από άλλο κράτος μέλος, την δυνατότητα πωλήσεως φαρμακευτικών προϊόντων μέσω διαδικτύου κ.ά. (Παράρτημα Δ, «Υιοθετήθηκε η οδηγία για τη διασυνοριακή περίθαλψη»).

2. Οι εργαστηριακές εξετάσεις: οι εργαστηριακές εξετάσεις περιγράφονται ως ένας άλλος τομέας παραβίασης δικαιωμάτων του ασθενούς από αναφορές με αντικείμενο την αδικαιολόγητη, και βλαπτική για την υγεία, καθυστέρηση στην έκδοση και κοινοποίηση τους (Pollard, 2005). Στην Αγγλία όπως και σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες η αρχειοθέτηση του ιατρικού φακέλου του ασθενούς διαρκεί 8 με 12 εβδομάδες πριν ο γενικός ιατρός να ενημερωθεί για το τι έγινε κατά την παραμονή του ασθενούς στο νοσοκομείο (Thomson, 1993).

3. Το δικαίωμα της ισονομίας στη φροντίδα υγείας: όταν οι χώροι ιατρικής περίθαλψης είναι περιορισμένοι και ο φόρτος εργασίας του προσωπικού αυξημένος είναι δυνατόν να περιοριστεί και ο συνταγματικά κατοχυρωμένος σεβασμός της ισοτιμίας στην άσκηση της κλινικής πράξης. Συνολικά, προκύπτουν ανισότητες στη μεταχείριση τόσο ως προς το χώρο νοσηλείας (π.χ. νοσηλεία εκτός θαλάμου, όπου και αφήνεται κοινωνικά εκτεθειμένος) όσο και ως προς τον τρόπο (π.χ. επαναλαμβανόμενη υποβολή των ασθενών σε διαφόρου είδους κλινικές εξετάσεις, ενδεχομένως και «εξευτελιστικών» κατά την άποψη του ίδιου του ασθενούς). Στο σημείο αυτό υπεισέρχεται ως παράγοντας και το κατά πόσο το ιατρικό και παραϊατρικό προσωπικό έχει την απαραίτητη ευαισθησία αλλά και την εκπαίδευση σε θέματα Βιοϊατρικής Ηθικής –πέρα από τη σωματική αντοχή– για να προσαρμόσει κατά το δυνατόν τη συμπεριφορά του (Ακινόσογλου και συν., 2007).

4. Ο σεβασμός στην ανθρώπινη αξιοπρέπεια του ασθενούς: ο Ν.2071 του 1992 αναφέρει: «Ο ασθενής έχει το δικαίωμα της παροχής φροντίδας σε αυτόν με τον οφειλόμενο σεβασμό στην ανθρώπινη αξιοπρέπεια του» (Ν.2071/92 αρ. 47 §2) η αναφερόμενη φροντίδα περιλαμβάνει όχι μόνο την εν γένει άσκηση της ιατρικής και νοσηλευτικής, αλλά και τις παραϊατρικές υπηρεσίες, την κατάλληλη διαμονή, μεταχείριση και την αποτελεσματική διοικητική και τεχνική εξυπηρέτηση.

Η τήρηση όμως των δικαιωμάτων των ασθενών προϋποθέτει, μεταξύ άλλων, και την ύπαρξη καταλλήλων συνθηκών νοσηλείας. Στην πράξη ο σεβασμός στο πρόσωπο του ασθενούς είναι πολύ δύσκολο (έως αδύνατο) να τηρηθεί μέσα στο συνωστισμό και το φόρτο της γενικής εφημερίας, ακόμη και αν το προσωπικό έχει την πλήρη διάθεση γι' αυτό. Πολύ συχνά οι ασθενείς περιθάλπονται κάτω από συνθήκες σημαντικής πίεσης, που σημαίνει ότι οι επαγγελματίες της υγείας είναι υποχρεωμένοι να λαμβάνουν βιαστικές αποφάσεις, οι οποίες μπορεί να προσβάλλουν τα δικαιώματα του ασθενή (Βάρκα-Αδάμη & Αδάμης, 2008).

Είναι εξαιρετικά δύσκολο να διατηρηθεί η ιδιωτικότητα σε θαλάμους όπου νοσηλεύεται μεγάλος αριθμός ασθενών, να γίνει κατ' ιδίαν ενημέρωση από ιατρό που δεν έχει γραφείο ή να αφιερώσει χρόνο στον ασθενή μια νοσηλεύτρια όταν στη βάρδιά της φροντίζει 40 ασθενείς ταυτόχρονα. Σε έρευνα στην Κρήτη οι ασθενείς αξιολόγησαν την προστασία της ιδιωτικότητάς τους (λήψη μέτρων να μην εκτίθεται το σώμα τους όταν γδύνονται, να μην βλέπουν οι άλλοι τους υποκλυσμούς, να μην αποκαλύπτονται πληροφορίες για την θεραπεία τους, να γίνεται η τουαλέτα ιδιαιτέρως) με 2,05 έως 3,94 με άριστα το 5 (Κοντέλη, 2005). Σύμφωνα με άλλη έρευνα του 2005 σε 27 νοσοκομεία στην Ελλάδα βρέθηκε ότι δεν προστατεύεται επαρκώς η ιδιωτικότητα των ασθενών από το νοσηλευτικό προσωπικό που δεν συνειδητοποιεί τη σπουδαιότητα της ιδιωτικότητας και την αναγκαιότητα να διασφαλίζεται αυτή σε κάθε νοσηλευτική πράξη (Pollard, 2005).

5. Το ιατρικό απόρρητο: στην Ελλάδα, οι ασθενείς πολλές φορές εξοστρακίζονται κοινωνικά ή ντρέπονται μετά την αποκάλυψη ευαίσθητων πληροφοριών που αφορούν την υγεία τους όπως: ψυχικά νοσήματα, σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, εθισμό σε ουσίες κ.ά. (Pangalos, 1998). Παράλληλα, πλήθος αναφορών που έχουν σχέση με θέματα απορρήτου έχουν εξεταστεί από τον Συνήγορο του Πολίτη (ΣτΠ): συχνά ασθενείς ή νομίμως εξουσιοδοτημένα τρίτα άτομα ζητούν τη χορήγηση στοιχείων του ιατρικού φακέλου τους

προσκρούοντας στις απορριπτικές απαντήσεις των νοσηλευτικών ιδρυμάτων, τα οποία εσφαλμένως επικαλούνται λόγους ιατρικού απορρήτου (Μερκούρης, 2003).

6. Η επαρκής και ολοκληρωμένη πληροφόρηση του ασθενούς: πολλές φορές οι ασθενείς παραπονούνται ότι δεν τυγχάνουν ικανοποιητικής πληροφόρησης από τους γιατρούς τους. Συγκεκριμένα, σε μεγάλο αριθμό περιπτώσεων θεωρούν ότι ο τρόπος με τον οποίο τους δίνεται η πληροφόρηση είναι ακατάλληλος. Τα επικοινωνιακά προβλήματα γιατρού και ασθενών παρατηρούνται σε όλους τους τομείς ή ειδικότητες της ιατρικής. Σε ορισμένες ειδικότητες όμως το πρόβλημα είναι ιδιαίτερα δύσκολο διότι πρέπει να δοθούν προς τους πάσχοντες πολύ δύσκολες ή πολύπλοκες πληροφορίες και ακόμα η πληροφόρηση είναι τέτοια που προκαλεί μεγάλο ψυχικό πόνο.

Οι ασθενείς στο εξωτερικό ενημερώνονται αναλυτικά για την κατάσταση τους και συμμετέχουν στη λήψη των αποφάσεων για τη θεραπεία τους πράγμα που δεν συμβαίνει στην Ελλάδα. Από τη σύγκριση των βαθμολογιών που έδωσαν οι Έλληνες, οι Φινλανδοί, οι Ισπανοί, οι Γερμανοί και οι Βρετανοί ασθενείς που συμμετείχαν σε ευρωπαϊκό ερευνητικό πρόγραμμα με την ονομασία Biomed (αναφορικά με απόψεις τους για την τήρηση ή μη των βασικών δικαιωμάτων τους την περίοδο της νοσηλείας τους) προκύπτει ότι η βαθμολογία που έδωσαν οι Έλληνες ασθενείς είναι η χειρότερη μεταξύ των πέντε. Πιο συγκεκριμένα, διαπιστώθηκε ότι η μόνη αληθινή ευκαιρία που έχουν οι Έλληνες ασθενείς για να αποφασίσουν είναι ουσιαστικά στο αν θα προσλάβουν αποκλειστική νοσηλεύτρια ή όχι. Αντίθετα, από τους ξένους ασθενείς ζητείται άδεια ακόμη και για απλές πράξεις όπως οι ακτινογραφίες ή λήψη αίματος. Σε έρευνα που έγινε στην Ελλάδα το 2001 βρέθηκε ότι οι ασθενείς αγνοούσαν την ύπαρξη νόμων που προστατεύουν το αναφαίρετο δικαίωμα για πληροφόρηση (Μεράκου, 1999). Σε αναφορές στον ημερήσιο τύπο προβλήθηκε η ύπαρξη χιλιάδων παραπόνων για ελλιπή ενημέρωση. Η ελλιπής ενημέρωση, κατά κύριο λόγο από τους ιατρούς, αποτελεί ένα από τα πιο συχνά παράπονα των ασθενών στην Ελλάδα (ΤΑ ΝΕΑ, 2004).

7. Η συναίνεση του ασθενούς κατόπιν ενημέρωσης: σε έρευνα του 2005, σε 678 ασθενείς στην Ελλάδα, η εκτίμηση τόσο των ασθενών όσο και του νοσηλευτικού προσωπικού για τη συχνότητα απαίτησης της πληροφορημένης συναίνεσης ήταν σχετικά χαμηλή. Μάλιστα, το νοσηλευτικό προσωπικό πιστεύει περισσότερο από τους ασθενείς ότι το δικαίωμα αυτό προστατεύεται (Pollard, 2005). Σε άλλη έρευνα στην Ελλάδα, προφορική συναίνεση προ

κάποιας θεραπείας ή εξέτασης ζητήθηκε από το 24,6% των περίπου 700 νοσηλευομένων ασθενών που συμμετείχαν, ενώ γραπτή συγκατάθεση έδωσε μόνο το 8,7%. Από τους χειρουργημένους ασθενείς μόλις το 7% είχαν υπογράψει ότι συμφωνούν με την επέμβαση. Και όλα αυτά τη στιγμή που η ισχύουσα νομοθεσία (Ν.2071, αρ. 47 §3) ορίζει ρητώς πως ο ασθενής έχει το δικαίωμα να συγκατατεθεί ή να αρνηθεί κάθε διαγνωστική ή θεραπευτική πράξη που πρόκειται να διενεργηθεί σε αυτόν. Επιπρόσθετα, οι 6 στους 10 ασθενείς είπαν πως δεν καταλαβαίνουν καν τι σημαίνει «συναίνεση κατόπιν πληροφόρησης». Μάλιστα, στο ερώτημα: «σας ζητήθηκε συναίνεση πριν από την εφαρμογή απλών πράξεων;» (π.χ. λήψη αίματος, ακτινογραφίες, αλλαγή διατροφής, τροποποίηση φαρμακευτικής αγωγής) η απάντηση κυμάνθηκε από 1,43 έως 1,87 με άριστα το 5 (Κοντέλη, 2005). Εδώ παρατηρείται μια εικόνα παραβίασης των δικαιωμάτων των ασθενών αφού ο νόμος προβλέπει ότι: «οι ασθενείς δικαιούνται να ζητήσουν να πληροφορηθούν ότι αφορά την κατάστασή τους καθώς και ότι η πληροφόρηση που θα τους δοθεί πρέπει να επιτρέπει να αποκτήσουν πλήρη εικόνα για την ασθένειά τους, ώστε να μπορούν να λαμβάνουν σωστές αποφάσεις» (Ν.2071, αρ. 47 §4).

Περιπτώσεις «λευκής συναίνεσης» (δηλαδή εκ των προτέρων έγγραφη συναίνεση για οποιοδήποτε ιατρικές πράξεις θα ακολουθήσουν), αποτελεί «καρικατούρα» της πραγματικής, αφού ο ασθενής εξαναγκάζεται να δεχτεί από πριν ακαθόριστες ιατρικές πράξεις αφήνοντας την τύχη του αποκλειστικά στην κρίση των γιατρών, ενώ η νοσηλεία του τελικά εξαρτάται από το αν θα υπογράψει ή όχι την εν λόγω υπεύθυνη δήλωση. Είναι προφανές ότι η λευκή συναίνεση παραποιεί το δικαίωμα του ασθενούς να κάνει την επιλογή του δίνοντας τη σύμφωνη γνώμη του για κάθε ιατρική πράξη που τον αφορά, ενώ παράλληλα αποτελεί και ενέργεια αντίθετη στους κανόνες της ιατρικής δεοντολογίας. Σε κάθε τέτοια περίπτωση προκύπτει εκβιαστικά το δίλλημα στον ασθενή: «ή υπογράφεις και νοσηλεύεσαι ή φεύγεις» το οποίο συνιστά αθέμιτη και αντιδεοντολογική πίεση σ' αυτόν, ενώ ο συνδυασμός άρνησης συνέχισης της θεραπείας με τη χορήγηση του «πειθαρχικού εξιτηρίου», δημιουργεί και ζήτημα άρνησης παροχής ιατρικής βοήθειας (Αλμαλιώτου-Καλαμπαλίκη, 2004).

8. Ο σεβασμός στις πεποιθήσεις του ασθενούς: Στο Ν.2071/92 (άρθρο 47 §3) αναφέρεται πως «ο ασθενής έχει το δικαίωμα του σεβασμού και της αναγνώρισης σε αυτόν των θρησκευτικών και των ιδεολογικών του πεποιθήσεων». Επομένως, σύμφωνα με το νόμο αλλά και το σύνταγμα (άρθρο 5 §1), η βούληση, η προσωπικότητα αλλά και οι πεποιθήσεις του ασθενούς οφείλουν να γίνουν σεβαστές. Όμως, στην πράξη αυτές εύκολα

καταστρατηγούνται, όχι πάντα συνειδητά αλλά συχνά ως αποτέλεσμα σύγκρουσης καθηκόντων. Σε έρευνα που έγινε μεταξύ 53 Ελλήνων και 60 Βρετανών νοσηλευτών βρέθηκε ότι το 85% των Βρετανών νοσηλευτών πίστευαν ότι οι νοσηλευτές θα πρέπει να επιλέγουν τις εναλλακτικές θεραπείες όταν ο ασθενής δεν αποδέχεται την προτεινόμενη θεραπεία λόγω θρησκευτικών πεποιθήσεων, αντίθετα οι Έλληνες νοσηλευτές πίστευαν ότι έπρεπε να αλλάξουν τις απόψεις των ασθενών (Kairouzi, 2005).

Από την άλλη πλευρά, υπάρχουν περιπτώσεις όπου ο σεβασμός στη βούληση και τις πεποιθήσεις αφορά στην ουσία σεβασμό της φυλετικής ιδιαιτερότητας και της ιδεολογίας του ασθενούς. Στην Αγγλία έχει αναφερθεί περίπτωση ασθενούς, ασιατικής καταγωγής, που ενώ νοσηλευόταν σε κάποιο νοσοκομειακό τμήμα μεταφέρθηκε σε ένα απομονωμένο δωμάτιο με τη δικαιολογία ότι είχε πολλούς επισκέπτες και έτρωγε πικάντικα φαγητά.

Συμπεριφορές όπως οι παραπάνω αποτελούν χαρακτηριστικά παραδείγματα καταπάτησης του δικαιώματος του ασθενούς για ίση μεταχείριση. Σαν βασικό αίτιο τους θεωρήθηκε η ελλιπής εκπαίδευση του ιατρικού προσωπικού γύρω από τα δικαιώματα υγείας και γενικότερα για τα ανθρώπινα δικαιώματα (Woogara, 2006). Στην Ελλάδα, μόλις το 2005 θίγεται το παραπάνω θέμα με σχετικό εδάφιο στη συμπλήρωση του Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας (Ν.3418/2005, ΦΕΚ τ. Α 287/28.11.2005).

9. Η νομική κατοχύρωση και οι ασάφειες στο νομοθετικό πλαίσιο: αφηρημένες διακηρύξεις σε κώδικες δεοντολογίας ή (δημοσιουπαλληλικής έμπνευσης) απαριθμήσεις ιατρικών καθηκόντων και πειθαρχικών παραπτωμάτων, αποδεικνύονται ανεπαρκείς να προστατεύσουν αποτελεσματικά τα δικαιώματα των ασθενών. Χαρακτηριστικό το παράδειγμα του Ν.2071/92 και των διατάξεών του, που αν και περιγράφουν το βασικό πλαίσιο κατοχύρωσης των δικαιωμάτων του ασθενούς, στην πράξη δεν δύνανται να αποτρέψουν παραβίαση των δικαιωμάτων, καθώς περιέχουν αρκετές ασάφειες, ελλείψεις και παραλείψεις, πράγμα που γίνεται εύκολα αντιληπτό με μια απλή ανάγνωσή τους. Έτσι σύμφωνα με το νόμο: «Ο ασθενής έχει το δικαίωμα προσέγγισης στις υπηρεσίες του νοσοκομείου, οι οποίες είναι οι πλέον κατάλληλες για τη φύση της ασθένειάς του» (Ν.2071/92 αρ. 47 §1). Στην πράξη όμως η προσπέλαση στις «απόλυτα ενδεδειγμένες» υπηρεσίες υγείας είναι πολύ συχνά εξαιρετικά δύσκολη ή και αδύνατη: οι μακριές λίστες αναμονής στα εξειδικευμένα εξωτερικά ιατρεία, καθώς και η ελλιπής οργάνωση της

πρωτοβάθμιας υγείας, υποβάλλουν τον ασθενή σε ταλαιπωρία ή και, τελικά, σε αδυναμία προσέγγισης.

Σε άλλο άρθρο ο ίδιος νόμος αναφέρει: «Ο ασθενής δικαιούται να ζητήσει να πληροφορηθεί ότι αφορά στην κατάστασή του. 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 κατάστασής του και να λαμβάνει αποφάσεις ο ίδιος ή να μετέχει στη λήψη αποφάσεων που είναι δυνατόν να προδικάσουν τη μετέπειτα ζωή του» (Ν.2071/92 αρ. 47 §4). Εδώ δίνεται έμφαση από το νομοθέτη στην πλήρη και ακριβή ενημέρωση του ασθενούς. Ταυτόχρονα όμως αναφέρει ότι «ο ασθενής δικαιούται να πληροφορηθεί...», δεν προβλέπει δηλαδή την υποχρεωτική ενημέρωση. Ο νομοθέτης δεν προβλέπει το υποχρεωτικό της πληροφόρησης και βέβαια σε πάρα πολλά νοσηλευτήρια δεν καθορίζεται σαφής χώρος και χρόνος για τη σχετική ενημέρωση. Επομένως η ουσιαστική ενημέρωση του ασθενούς εναπόκειται στη βούληση και στη νόηση του κάθε ασθενούς ή στην ευαισθησία των ιατρών της κλινικής. Επιπρόσθετα, με το νόμο δεν οριοθετείται το «βάθος» της ενημέρωσης αυτής ανά περίπτωση, αλλά και ούτε εξασφαλίζεται η αντικειμενικότητα της πληροφορίας, η οποία μπορεί σκόπιμα να παραποιηθεί, είτε λόγω ιδιοτελών συμφερόντων, είτε λόγω εγκληματικής επιστημονικής αμέλειας. Τελικά, ακόμα και αν η ενημέρωση εξασφαλιστεί, σπάνια αυτή γίνεται εγγράφως, πράγμα που όχι μόνο δυσχεραίνει τον ασθενή (ο οποίος έτσι και αλλιώς διαθέτει περιορισμένη ικανότητα κατανόησης του ειδικού αντικειμένου), αλλά ταυτόχρονα δεν κατοχυρώνει και το ιατρό που ενημέρωσε. Όλα τα παραπάνω αντικατοπτρίζονται στα παράπονα ή τις καταγγελίες των ασθενών και των συγγενών τους: η πλημμελής ενημέρωση αποτελεί μια από τις συχνότερες αιτίες παραπόνων των ασθενών καθώς προηγείται σε συχνότητα και αυτής της ελλιπούς εξυπηρέτησης στο νοσοκομείο. Καταλαμβάνει τη δεύτερη θέση στη λίστα των βασικών λόγων καταγγελιών/παραπόνων των ασθενών σε ελληνικά Νοσοκομεία του κέντρου και της περιφέρειας για το διάστημα 1998 έως και 2007 (Ακινόσογλου και συν., 2007).

Σε άλλο εδάφιο του νόμου 2071/92 αναφέρεται: «Ο ασθενής έχει το δικαίωμα ή να συγκατατεθεί ή να αρνηθεί κάθε διαγνωστική ή θεραπευτική πράξη που πρόκειται να διενεργηθεί σ' 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» (Ν.2071/92, αρ. 47 §3). Εδώ, γίνεται εμφανής η ασάφεια στον καθορισμό

της έκτασης της «αδυναμίας» του ασθενούς: ποιός θα το καθορίσει και πως αυτό θα τεκμηριωθεί. Εκτός όμως από την πιθανή αντικειμενική αδυναμία του ασθενούς να αντιληφθεί τη βαρύτητα και τη σοβαρότητα της κατάστασής του (π.χ. νοητική καθυστέρηση), έτσι ώστε να μπορέσει να πάρει τις σωστές αποφάσεις, εδώ υπεισέρχεται και η πιθανότητα της σκόπιμης πλημμελούς ενημέρωσης από μέρος του γιατρού. Εξίσου όμως επιλήψιμη είναι, για τον ιατρό, η πιθανότητα πλημμελούς ενημέρωσης (και συνεπακόλουθα υποβάθμισης του κινδύνου ή και των πιθανών επιπλοκών) άρα και η «παραπλάνηση» του ασθενούς από άγνοια.

Παρότι η εχεμύθεια θεωρείται αναπόσπαστο στοιχείο της άσκησης της Ιατρικής, την οποία ο ασθενής δικαιούται «απόλυτα» και ο ιατρός υποχρεώνεται να παρέχει ο Ν.2071/92 αδυνατεί, να ορίσει τις συνθήκες τήρησης και διατήρησης του ιατρικού απορρήτου, καθώς συχνά εγκυμονεί κινδύνους και προς τρίτα πρόσωπα, ιατρικούς ή παραϊατρικούς λειτουργούς. Έτσι ενώ ο νόμος ορίζει ότι: «Ο ασθενής έχει το δικαίωμα 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» (Ν.2071/92, αρ. 47 §6) δεν διευκρινίζεται για παράδειγμα αν στην περίπτωση ασθενούς που έχει διαγνωστεί ότι πάσχει από AIDS, θα πρέπει να ενημερώνεται, εκτός από το «εμπλεκόμενο» προσωπικό του νοσοκομείου, και η οικογένειά του. Επίσης, στην εξέλιξη της πορείας του θα εμπλακούν πολύ περισσότερα άτομα και η γνώση του δυνητικού κινδύνου θα μπορούσε να τους προφυλάξει. Έχουμε λοιπόν δικαίωμα να αποκρύψουμε, σεβόμενοι το δικαίωμα του ασθενούς, αλλά «εκ προθέσεως» να υποβάλλουμε σε κίνδυνο κάποιους άλλους; Παρότι στο σημείο αυτό δρα συμπληρωματικά το άρθρο 371 του Ποινικού Κώδικα, θέτοντας ορισμένα κριτήρια τήρησης και άρσης του ιατρικού απορρήτου (εξασφαλίζοντας το δικαίωμα του ασθενούς στην ιδιωτική του ζωή και αποτρέποντας την αυθαίρετη, κατά βούληση, αποκάλυψη των προσωπικών του δεδομένων), εντούτοις η ασάφεια συνεχίζει να υπάρχει.

Οι παραπάνω διαπιστώσεις αποδεικνύουν με σαφήνεια ότι το νομοθετικό πλαίσιο καθορίζει αδρά μόνο τους κανόνες εφαρμογής της ιατρικής πράξης και των αρχών της Βιοηθικής. Επομένως, η προστασία των δικαιωμάτων του ασθενούς εναπόκειται στη διεκδίκησή τους από τον ίδιο, στην ευαισθησία του ιατρού σε θέματα Βιοηθικής και στην εδραίωση μιας ουσιαστικής επικοινωνίας μεταξύ τους. Μακροπρόθεσμα, για τη θεμελίωση μιας υγιούς σχέσεως ασθενούς-ιατρού, απαιτείται (Ακινόσογλου και συν., 2007):

- η νομοθετική κατοχύρωση των δικαιωμάτων των ασθενών, με διασαφήνιση των όποιων «γκρίζων ζωνών»,

- η εκπαίδευση αλλά και η ευαισθητοποίηση όλων των λειτουργών υγείας στην εφαρμογή της Βιοϊατρικής Ηθικής,
- η αναλυτική αποσαφήνιση του νόμου σε θέματα σύγκρουσης καθηκόντων του ιατρού στην καθημερινή κλινική πράξη, και
- η προσαρμογή των υπάρχουσών νομικών ρυθμίσεων στο παρόν σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας,
- η γενικότερη άνοδος του επιπέδου της κοινωνίας μας.

Υπάρχουν έξι κύριοι παράγοντες (Ακινόσογλου, 2007) που καθιστούν προσφορότερη την καταπάτηση των δικαιωμάτων του ασθενούς στα πεδία που προαναφέρθηκαν:

- Το είδος της εκπαίδευσης του Ιατρού, που κατά κανόνα τον κάνει τελικά, να εμφορείται από ιδεολογία «πατερναλιστικής» άσκησης της Ιατρικής,
- η απουσία ή η πλημμελής εκπαίδευση-ευαισθητοποίηση του ιατρού στις στοιχειώδεις αρχές της Βιοηθικής,
- η μερική, ή και πλήρης, άγνοια του ασθενούς για την ύπαρξη – άρα και διεκδίκηση – των νομοθετικά κατοχυρωμένων δικαιωμάτων του,
- η «αγκιστρωτική» τάση του ασθενούς προς το θεράποντα,
- το δύσκαμπτο σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας, που προκαλεί συμπεριφορές και διαμορφώνει καταστάσεις,
- οι ασάφειες του νομοθετικού πλαισίου κατοχύρωσης των δικαιωμάτων του ασθενούς.

Παρακάτω θα διερευνηθούν οι υπάρχοντες μηχανισμοί προσφυγής σε Ευρωπαϊκή Ένωση και Ελλάδα καθώς και τα προβλήματα στη λειτουργία τους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ:

ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ ΠΡΟΣΦΥΓΗΣ ΚΑΙ ΑΝΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΟΥΣ.

3.1. Μηχανισμοί στην Ευρωπαϊκή Ένωση.

Ο αριθμός των χωρών που λαμβάνουν μέτρα προς τη διασφάλιση των δικαιωμάτων των χρηστών των υπηρεσιών υγείας, αρχικά με την εσωτερική τους νομοθεσία και κατά δεύτερο λόγο εισάγοντας μηχανισμούς διασφάλισης και ελέγχου της εφαρμογής της, διαρκώς αυξάνεται. Εθνικές Επιτροπές Βιοηθικής που ελέγχουν κυρίως τις κλινικές και εργαστηριακές έρευνες λειτουργούν ήδη στις περισσότερες Ευρωπαϊκές χώρες. Οι Επιτροπές αυτές έχουν γενικές και ευρείες αρμοδιότητες, μεταξύ των οποίων είναι (Αρσενοπούλου, 2006):

- η ενημέρωση των πολιτών με κάθε πρόσφορο μέσο για θέματα που αφορούν την εξέλιξη των βιολογικών επιστημών και τις συνέπειες των εφαρμογών τους.
- η διατύπωση προτάσεων συνολικής πολιτικής προς τα αρμόδια Υπουργεία, αφού εξετάσουν τα ζητήματα που ανακύπτουν κάθε φορά σχετικά με τις εξελίξεις στη Βιολογία, τη Βιοτεχνολογία, την Ιατρική και τη Γενετική.

Παράλληλα, πέρα από τις οργανώσεις πολιτών και τις μη κυβερνητικές οργανώσεις, λειτουργούν, κυρίως μέσα στα ίδια τα συστήματα υγείας, διάφοροι μηχανισμοί πληροφόρησης και ενημέρωσης των πολιτών για τα δικαιώματά τους ως ασθενείς. Αυτοί τους παρέχουν και πληροφορίες για την άσκηση των δικαιωμάτων τους και ιδίως για τη δυνατότητά τους να αναφέρονται με καταγγελίες όταν παραβιάζονται τα δικαιώματά τους (Κρομμύδα, 2009):

- είτε στο ίδιο το νοσηλευτικό σύστημα ενεργοποιώντας τις εσωτερικές διαδικασίες διερεύνησης αναφορών και αξιολόγησης ποιότητας,
- είτε σε εξωτερικές ανεξάρτητες αρχές σημαντικότερες των οποίων είναι οι Συνήγοροι (Ombudsmen) των ασθενών.

Τα συστήματα Ombudsmen των διαφόρων χωρών διαφέρουν στην αποτελεσματικότητα υπεράσπισης των δικαιωμάτων των ασθενών. Σε ευρωπαϊκό επίπεδο δεν υπάρχει ομοιογένεια ως προς τον ρόλο τους, ο οποίος κυμαίνεται από απόλυτα ανεξάρτητος και ουδέτερος, μέχρι καθαρά «συνηγορικός» του ασθενούς, όταν υπερασπίζει τα συμφέροντά του χωρίς ουδετερότητα. Φαίνεται όμως ανεξάρτητα με το είδος τους οι Ombudsmen έχουν βοηθήσει στο να ικανοποιούνται και να διαδίδονται περισσότερο τα δικαιώματα των ασθενών απέναντι στα συστήματα υγείας, στις χώρες στις οποίες λειτουργούν (Αρσενοπούλου, 2006). Στη συνέχεια παρουσιάζονται έξι αντιπροσωπευτικά παραδείγματα ευρωπαϊκών χωρών με

διαφορετικό κοινωνικό και πολιτισμικό περιβάλλον και με διαφορετικό ρυθμό ανάπτυξης, ώστε να γίνει περισσότερο κατανοητή η λειτουργία προστασίας των δικαιωμάτων των ασθενών και τα προβλήματα που αντιμετωπίζονται κατά τη σχετική διαδικασία:

Αυστρία

Τα δικαιώματα των ασθενών αποκτούν μεγαλύτερη σημασία, ύστερα από τομές στο νομικό πλαίσιο της Αυστρίας τις τελευταίες δύο δεκαετίες: Μετά το 1991 αρχίζουν να αναπτύσσονται κρατικές δομές, με περιφερειακή οργάνωση μέσα στο σύστημα υγείας της χώρας, οι οποίες υποστηρίζουν τα δικαιώματα των ασθενών και ονομάζονται «εκπρόσωποι των ασθενών» (Patientenvertretungen – PAs). Το 1993 με νομοθετική ρύθμιση καθίσταται υποχρεωτική η λειτουργία των PAs σε όλες τις περιφέρειες της Αυστρίας. Έτσι οι δομές αυτές αποκτούν κεντρική οργάνωση που αφορά το σύνολο της περιφέρειας στις εννιά περιφέρειες της χώρας και μόνο σε μία (Τιρόλο) είναι οργανωμένοι ανά νοσηλευτικό ίδρυμα ή ανά ομάδα νοσηλευτικών ιδρυμάτων (Bachinger, 2004. Αρσενοπούλου, 2006).

Οι αρμοδιότητες τους είναι (Bachinger, 2004):

- Η διαφύλαξη των δικαιωμάτων των ασθενών και η λήψη μέτρων που να εξυπηρετούν τα συμφέροντά τους καθώς και η παροχή ενημέρωσης και συμβουλών προς τους ασθενείς για τη βέλτιστη χρήση των δικαιωμάτων τους.
- Η αναζήτηση εξωδικαστικών λύσεων και συμβιβασμών μεταξύ δομών υγείας και ασθενών των οποίων τα δικαιώματα καταπατήθηκαν, ιδιαίτερα στις περιπτώσεις ιατρικού σφάλματος.
- Να ηγούνται επιτροπής υπεύθυνης για τις αποζημιώσεις πολιτών σε περιπτώσεις όπου δεν αποδεικνύεται ξεκάθαρα η ενοχή του νοσοκομείου, ή όπου δεν υπάρχουν επαρκή στοιχεία. Τα όρια της αποζημίωσης αυτής, που προέρχεται από κρατικά κονδύλια, μπορεί να φτάνουν μέχρι τις 22000€.

Οι PAs στελεχώνονται κυρίως με νομικούς αλλά και ιατρούς και ψυχολόγους ενώ η χρηματοδότησή τους, όταν η δομή είναι κρατική, προέρχεται από τον κρατικό προϋπολογισμό. Η απουσία ιδιωτικής χρηματοδότησης εξασφαλίζει την ανεξαρτησία τους. Στο δεκαετές χρονικό διάστημα της λειτουργίας τους, η χρησιμότητά τους έχει αναγνωριστεί καθώς (Αρσενοπούλου, 2006):

- Η χρήση τους και η εμπιστοσύνη των ενδιαφερομένων χρηστών υπηρεσιών υγείας αυξάνει διαρκώς.

- Οι PAs έχουν καταφέρει μέχρι σήμερα να διατηρήσουν την ανεξαρτησία τους, αλλά και την αξιοπιστία τους απέναντι στους πολίτες.
- Η τεχνογνωσία και η εμπειρία τους αξιοποιείται από την πολιτεία η οποία τους συμβουλευεται στη διαδικασία λήψης πολιτικών αποφάσεων στην υγεία, και
- επιδιώκουν την ανατροφοδότηση των συμπερασμάτων σε νοσοκομεία όπου αναφέρονται προβλήματα. Αυτό επιτυγχάνεται με διαλέξεις, φυλλάδια, ή με άρθρα και πληροφορίες μέσω του διαδικτύου.

Στα μειονεκτήματα του συστήματος των PAs θα μπορούσαμε να καταλογίσουμε την (Bachinger, 2004):

- έλλειψη ενιαίας καταγραφής στοιχείων, ώστε να εξάγονται συγκρίσιμα συμπεράσματα για όλη τη χώρα, και την
- έλλειψη μόνιμης σύμβασης με τις μονάδες υγείας, μέσα στις οποίες ενεργοποιούνται (συμβάλλονται μόνο για μία πενταετία). Έτσι ελλοχεύει ο κίνδυνος, σε περίπτωση που η δράση τους γίνει «δυσάρεστη», να μην ανανεώνεται η σύμβασή τους από τις πολιτικές αρχές του τόπου, αν και κάτι τέτοιο δεν έχει παρατηρηθεί μέχρι σήμερα.

Φινλανδία

Στη Φινλανδία όλα τα συστήματα που παρέχουν υπηρεσίες υγείας οφείλουν να είναι ασφαλισμένα (νόμος 585/86) ώστε σε περίπτωση βλάβης του ασθενούς, υπεύθυνες για την αποζημίωση του να είναι οι ασφαλιστικές εταιρίες και όχι ο ιατρός ή το νοσηλευτικό ίδρυμα. Σε περίπτωση μη ικανοποίησης του, ο ασθενής μπορεί να προσφύγει σε ειδική εθνική επιτροπή για τις βλάβες ασθενών, η οποία έχει γνωμοδοτικό χαρακτήρα προς τους ασφαλιστικούς φορείς και οι απόψεις της γίνονται συνήθως σεβαστές (Fallberg & Kattelus, 2000). Στη χώρα λειτουργεί ο θεσμός του Ombudsman ο οποίος ρυθμίζεται από το νόμο 785/92. Σύμφωνα με αυτόν οι Ombudsmen έχουν αρμοδιότητες να ενημερώνουν τους ασθενείς για νομικά θέματα που αφορούν τα δικαιώματά τους, καθώς και για τις διαδικασίες αναφοράς- καταγγελίας. Τα κύρια μειονεκτήματα του Φινλανδικού συστήματος Ombudsman είναι (Kokonnen, 1994):

- Ο μεγάλος τους αριθμός, μια και ο νόμος καθορίζει ότι κάθε μονάδα υγείας πρέπει να έχει και έναν Ombudsman. Έτσι αυτή τη στιγμή στη Φινλανδία υπάρχουν πάνω από 2000 Ombudsmen, οι περισσότεροι εκ των οποίων σε ιδιωτικές μονάδες υγείας, καθώς ο ιδιωτικός τομέας κυριαρχεί στο συνολικό σύστημα υγείας της χώρας.

- Η έλλειψη της εκπαίδευσης. Οι περισσότεροι είναι κοινωνικές λειτουργοί ή νοσηλεύτριες, που δεν απαιτείται να έχουν ιδιαίτερα τυπικά προσόντα. Επίσης δεν λαμβάνουν καμία ιδιαίτερη εκπαίδευση για να ασκήσουν τα καθήκοντά τους.
- Η ουσιαστική έλλειψη ανεξαρτησίας στη λειτουργία τους: επειδή είναι υπάλληλοι του νοσοκομείου, δεν είναι σε θέση να θεωρούνται εκπρόσωποι του ασθενούς λόγω σύγκρουσης συμφερόντων, όταν πραγματικά χρειαστεί να «πολεμήσουν» για να υπερασπιστούν τα συμφέροντά του.
- Η έλλειψη ουσιαστικών αρμοδιοτήτων και ισχύος: δεν έχουν τη δυνατότητα ή την ισχύ να αποφασίζουν ή έστω να κάνουν επίσημες συστάσεις στα νοσηλευτικά ιδρύματα, ούτε έχουν δικαίωμα, σε περίπτωση δίκης, να βοηθήσουν τους εμπλεκόμενους ασθενείς.

Παρά το γεγονός ότι ο θεσμός δημιούργησε μεγάλες προσδοκίες στη γέννησή του και αποτέλεσε πρότυπο και για άλλες ευρωπαϊκές χώρες, τελικά έγινε εμφανές ότι (Fallberg, 2000):

- Απουσιάζει το απαραίτητο νομικό υπόβαθρο για την προστασία των δικαιωμάτων των ασθενών, αφού μάλιστα η απόλαυση των δικαιωμάτων αυτών συνδέεται νομοθετικά με τις υπάρχουσες οικονομικές δυνατότητες του κάθε ιδρύματος, και
- Υπάρχει ανάγκη για έναν πραγματικό «συνήγορο του ασθενούς», αντί της ύπαρξης μιας ψευδούς αίσθησης προστασίας και ασφάλειας.

Ουγγαρία

Στην Ουγγαρία υπάρχουν αρκετοί οργανισμοί προστασίας των δικαιωμάτων των ασθενών. Μεταξύ αυτών πέντε είναι οι πιο σημαντικοί (Sandor, 2004):

- Ο συνταγματικά κατοχυρωμένος «Κοινοβουλευτικός Επίτροπος» (Ombudsman) για τα δικαιώματα των πολιτών, με αρμοδιότητα τα θέματα κακής διαχείρισης και οργάνωσης ή ελλιπούς χρηματοδότησης μέσα σε νοσοκομεία. Παράλληλα τον απασχολούν θέματα που έρχονται στο φως της δημοσιότητας και αφορούν την κατάφωρη παραβίαση ανθρωπίνων δικαιωμάτων ομάδων ασθενών μέσα σε νοσηλευτικά ιδρύματα. Αντιθέτως, ο Κοινοβουλευτικός Επίτροπος δεν ασχολείται με την παραβίαση δικαιωμάτων μεμονωμένων ασθενών στα νοσηλευτικά ιδρύματα.
- Το Ίδρυμα «Εκπρόσωπος» (Szoszolo) για τα δικαιώματα των ασθενών: ξεκίνησε σαν ένα κίνημα πολιτών, το οποίο άρχισε να μελετά την εκπροσώπηση των ασθενών μέσα στο σύστημα υγείας και να εκπαιδεύει εθελοντές για τη διάδοση των δικαιωμάτων των ασθενών,

συναντώντας βεβαίως τη σθεναρή αντίδραση του ιατρικού συλλόγου. Το 1997 μετά από την εφαρμογή σχετικής νομοθεσίας, ξεκίνησε η λειτουργία των συνηγόρων των ασθενών (ως υπαλλήλων του ιδρύματος Szoszolo) μέσα στα Νοσοκομεία με αρμοδιότητα την επιτόπια επίλυση προβλημάτων μεταξύ νοσηλευτικών ιδρυμάτων και ασθενών. Οι συνήγοροι εξετάζουν μεγάλο όγκο αναφορών, εστιάζοντας στη βελτίωση των σχέσεων των δύο πλευρών και τελικά στην ουσιαστική επίλυση των προβλημάτων μέσα στο ίδρυμα.

- Ο θεσμός του επίσημου «εκπροσώπου των δικαιωμάτων των ασθενών» που εφαρμόστηκε μετά το 2000 και ασχολήθηκε κυρίως με τη διασφάλιση των δικαιωμάτων των ασθενών μέσα στα νοσοκομεία, δηλαδή:
 - την ενημέρωση των πολιτών για τα δικαιώματά τους,
 - τη διευκόλυνση της πρόσβασης τους στα ιατρικά τους αρχεία και την παροχή συμβουλών για τη σύνταξη και υποβολή αναφορών, όταν θίγονται τα δικαιώματά τους,
 - τη διερεύνηση μεμονωμένων αναφορών και την εκπροσώπηση των ασθενών στη διαδικασία των διοικητικών ερευνών, και τέλος
 - τον εκπαιδευτικό ρόλο που αφορά το προσωπικό των νοσηλευτικών ιδρυμάτων, ενημερώνοντάς το για το πώς μπορεί να διασφαλίσει καλύτερα τα δικαιώματα των ασθενών καθώς και για τις νεώτερες εξελίξεις στη σχετική νομοθεσία.
- Οι 52 για όλη τη χώρα «Εκπρόσωποι των ασθενών» μέσα στο σύστημα υγείας. Αυτοί συντονίζονται από το Ουγγρικό Συμβούλιο για τα δικαιώματα των ασθενών. Οι συγκρούσεις συμφερόντων επιβάλλουν κάποιους περιορισμούς, οι οποίοι τελικά οδηγούν το θεσμό των «Εκπροσώπων των ασθενών» περισσότερο να συμβάλλει στην εσωτερική διαδικασία αξιολόγησης της προσφερόμενης ποιότητας υπηρεσιών υγείας.
- Η νομοθετημένη από το 1997, διαδικασία διαμεσολάβησης και εξωδικαστικής επίλυσης διαφορών σε περίπτωση ιατρικού σφάλματος, εφαρμόζεται από το 2000 συμβάλλοντας σε ταχύτερες και πιο αποτελεσματικές διαδικασίες.

Νορβηγία

Τις δύο τελευταίες δεκαετίες η έννοια των δικαιωμάτων των ασθενών άρχισε να έχει κεντρικό ρόλο και στη νομοθεσία της Νορβηγίας. Για την προαγωγή και διασφάλιση των παραπάνω δικαιωμάτων άρχισαν να λειτουργούν θεσμικές διαδικασίες προστασίας τους, με σημαντικότερο τον «Ombudsman του ασθενούς»: Υπάρχουν 19 τέτοιοι Ombudsmen –ένας για κάθε περιφέρεια της χώρας– που αφορούν τη δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας, οι οποίοι δέχονται χιλιάδες αναφορές ασθενών κάθε χρόνο (Molven, 2004). Τα μοντέλα δράσης που

αναπτύσσουν οι Ombudsmen είναι πολύ διαφορετικά, ανάλογα με την Περιφέρεια που λειτουργούν, και κυμαίνονται από αυτό του δικηγόρου, του εκπροσώπου, του διαμεσολαβητή ή του καθοδηγητή-συμβούλου. Οι Ombudsmen, μετά το 2001, μετατράπηκαν σε κρατικούς φορείς σε κάθε περιφέρεια και έδρασαν με μεγαλύτερη ομοιογένεια, συμβουλευόντας και ενημερώνοντας τους ασθενείς για τα δικαιώματά τους και τον κατάλληλο τρόπο διασφάλισης τους. Επίσης, λειτούργησαν διαμεσολαβητικά μεταξύ ασθενών και Νοσοκομείων, έτσι ώστε να διασφαλίζεται η καλύτερη δυνατή επικοινωνία.

Στη Νορβηγία λειτουργούν παράλληλα και δύο άλλοι μηχανισμοί προστασίας των δικαιωμάτων των ασθενών (Αρσενοπούλου, 2006):

- Ο «Ιατρικός Επίτροπος» ο οποίος σε κάθε διαφωνία μεταξύ νοσηλευτικού Ιδρύματος και ασθενούς οφείλει να εξετάζει κάθε παράμετρο και ιδιαίτερα τις απόψεις του ασθενούς. Ανήκει στο Υπουργείο Υγείας και είναι ένας για κάθε Περιφέρεια της χώρας.
- Η Επιτροπή για την αποζημίωση των ασθενών οι οποίοι έχουν υποστεί βλάβη είτε στο δημόσιο είτε στον ιδιωτικό τομέα υγείας. Η επιτροπή είναι ένα ανεξάρτητο σώμα που αποτελείται από 40 άτομα και 10 ιατρούς-συμβούλους. Η νομοθεσία αναφορικά με τις αποζημιώσεις των ασθενών είναι ιδιαίτερα ευνοϊκή ως προς τον ασθενή, ακόμα και αν ο τελευταίος δεν μπορεί να αποδείξει, πέρα από κάθε αμφιβολία, την αιτιολογική σχέση μεταξύ της βλάβης και της ενέργειας ή της παράλειψης εκ μέρους του ιατρικού προσωπικού.

Αποτελέσματα ερευνών από ανεξάρτητες επιτροπές αξιολόγησης καταδεικνύουν ότι ο Ombudsman έχει διαδραματίσει ένα σημαντικό ρόλο καθώς οι ασθενείς φαίνεται να πέτυχαν περισσότερες εξετάσεις, περισσότερη θεραπεία, περισσότερες πληροφορίες και αντίγραφα των ιατρικών τους φακέλων, αλλά και αποζημιώσεις τις οποίες χωρίς την παρέμβαση του δεν θα είχαν πετύχει. Παράλληλα, ερωτηματολόγια που συμπληρώθηκαν από εργαζόμενους του συστήματος υγείας, δείχνουν ότι και οι εργαζόμενοι θεώρησαν ότι η παρουσία του Ombudsman αποτελεί μέτρο απαραίτητο για τη διαφύλαξη των δικαιωμάτων των ασθενών και τη διαφύλαξη του νόμου. Βεβαία, η άποψη της πλειοψηφίας είναι ότι ακόμα πιο σημαντικό ρόλο παίζει η εσωτερική αξιολόγηση της ποιότητας και ο εσωτερικός έλεγχος που γίνεται από τα ίδια τα νοσοκομεία (Molven, 2004).

Ηνωμένο Βασίλειο

Στο Ηνωμένο Βασίλειο τα δικαιώματα των ασθενών διασφαλίζονται με τη «Χάρτα των

δικαιωμάτων των ασθενών στο Εθνικό Σύστημα Υγείας». Ένα ισχυρό και αξιόπιστο σύστημα Ombudsman των Ασθενών (Health Service Commissioner-HSC) ιδρύθηκε το 1972 για τη Σκωτία (με το νόμο για το Εθνικό Σύστημα Υγείας της Σκωτίας), και το 1973 για την Αγγλία και την Ουαλία (με το νόμο για την Αναδιοργάνωση του Συστήματος Υγείας για την Αγγλία και την Ουαλία), με στόχο να αντιμετωπίσει τα διαπιστωμένα προβλήματα στις διαδικασίες υποβολής παραπόνων και αναφορών μέσα στο σύστημα υγείας. Ο νόμος για τους HSCs, που ψηφίστηκε το 1993 και τροποποιήθηκε το 1996, συνόψισε την προϋπάρχουσα νομοθεσία.

Σήμερα υπάρχει ένας HSC με έδρα το Λονδίνο και δύο περιφερειακά γραφεία, ένα στο Εδιμβούργο για τη Σκωτία και ένα στο Κάρντιφ για την Ουαλία. Ο HSC είναι ανεξάρτητος, αμερόληπτος, και ουδέτερος στην εξέταση των αναφορών: δεν αναλαμβάνει καμία εκ των προτέρων δέσμευση για την υποστήριξη των συμφερόντων των ασθενών ως συνήγορός τους, κάτι που συμβαίνει μόνο όταν, μετά την εξέταση της αναφοράς, αποδεικνύεται ότι υπήρξε παραβίαση δικαιωμάτων. Η κρίση για θέματα ιατρικής ευθύνης εξαιρούνταν της αρμοδιότητάς του έως το 1998. Μετά το 1998 υπήρξε διεύρυνση των αρμοδιοτήτων του οι οποίες περιέλαβαν και την ιατρική ευθύνη και ζητήματα που αφορούσαν την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, η οποία ασκείται από τους γενικούς ιατρούς της χώρας. Ο HSC στελεχώνεται από ιατρούς διαφόρων ειδικοτήτων και άλλους επαγγελματίες της υγείας ο αριθμός των οποίων προσεγγίζει τα 90 περίπου άτομα. Στις υποχρεώσεις του συμπεριλαμβάνονται (Annual Report HSC 1997-8. Annual Report HSC 2000-1):

- η υποχρεωτική κατάθεση ετήσιας έκθεσης στη Βουλή,
- η κατάθεση στη Βουλή και γνωστοποίηση στο Εθνικό Σύστημα Υγείας (NHS) έκτακτων ειδικών εκθέσεων για σοβαρά θέματα που τυχόν προκύπτουν.

Η σημαντική συμβολή του στην προστασία των δικαιωμάτων των ασθενών και στην αναβάθμιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών πηγάζει από την (Giddings, 2004):

- ικανότητα του να αναδεικνύει συστηματικά λάθη και προβλήματα,
- δυνατότητά του να προτείνει λύσεις για τα παραπάνω προβλήματα, και
- στην τροφοδότηση του συστήματος διαχείρισης ποιότητας του Εθνικού Συστήματος Υγείας με τις χρήσιμες απόψεις του και τα αποτελέσματα των ερευνών που διεξάγει.

Τα μειονεκτήματά του HSC ως θεσμού προστασίας των δικαιωμάτων των ασθενών εστιάζονται (Giddings, 2004):

- στο μικρό αριθμό των υποθέσεων που μελετά, σε σχέση με τα δεδομένα και τις πληροφορίες που έχει το ίδιο το σύστημα υγείας εσωτερικά, και
- στο σχετικά μεγάλο χρόνο περαίωσης της διαδικασίας έρευνας της κάθε αναφοράς.

Εκτός του HSC, πολύ σημαντικό ρόλο στην προώθηση των δικαιωμάτων των ασθενών στην Αγγλία και στην ενημέρωση του κοινού για τα δικαιώματά τους παίζουν τα γραφεία πληροφόρησης των πολιτών (Citizens Advice Bureaux) και τα τοπικά συμβούλια υγείας (Community Health Councils).

3.2. Μηχανισμοί στην Ελλάδα.

Οι υπάρχοντες μηχανισμοί για την προστασία των δικαιωμάτων των ασθενών στην Ελλάδα μπορούν να διακριθούν σε δύο κατηγορίες:

1. σε μηχανισμούς εντός του συστήματος υγείας, και
2. σε μηχανισμούς εκτός συστήματος υγείας. Αναλυτικότερα:

3.2.1. Μηχανισμοί εντός του συστήματος υγείας.

Για την προστασία των δικαιωμάτων των νοσοκομειακών ασθενών που προβλέπεται στο άρθρο 47 του Ν.2071/1992 αλλά και των βασικών δικαιωμάτων των πολιτών που απορρέουν από τις διατάξεις του άρθρου 1 του Ν.1397/1983 συνιστώνται, με το Ν.2519/1997, στο τότε Υπουργείο Υγείας & Πρόνοιας δύο όργανα προστασίας των δικαιωμάτων των ασθενών τα οποία εντάσσονται στο σύστημα υγείας:

1. Η Αυτοτελής Υπηρεσία Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ασθενών: στις αρμοδιότητες της υπηρεσίας αυτής συμπεριλαμβάνονται (Κρεμαλής, 2003. Φόνσος, 2005):
 - Ο καθορισμός των όρων οργάνωσης και λειτουργίας Υπηρεσίας Προστασίας Δικαιωμάτων Ασθενών στα νοσοκομεία.
 - Η παρακολούθηση και ο έλεγχος προστασίας δικαιωμάτων ασθενών.
 - Η εξέταση παραπόνων και καταγγελιών που αφορούν την παροχή υπηρεσιών προς ασθενείς και η διερεύνηση και συγκέντρωση σχετικών στοιχείων.
 - Η υποβολή εισηγήσεων προς το Γενικό Γραμματέα του Υπουργείου για την εξέταση των ως άνω καταγγελιών.
 - Οι προπαρασκευαστικές ενέργειες, για την παραπομπή καταγγελιών για εξέταση στην

Επιτροπή ελέγχου προστασίας των δικαιωμάτων ασθενών.

- Η προώθηση των αποφάσεων της Επιτροπής ελέγχου προστασίας των δικαιωμάτων ασθενών όπου κρίνεται σκόπιμο.
- Ο συντονισμός για το χειρισμό από τις αρμόδιες κατά περίπτωση υπηρεσίες κάθε θέματος, που αφορά στην προστασία των δικαιωμάτων ασθενών.
- ο συντονισμός των ενεργειών, η διαρκής επικοινωνία και η παροχή οδηγιών στα γραφεία επικοινωνίας με τον πολίτη και τις επιτροπές προάσπισης δικαιωμάτων του πολίτη των νοσοκομείων.
- Η οργάνωση και η τήρηση του πρωτοκόλλου εισερχομένων και εξερχομένων εγγράφων σχετικών με την αρμοδιότητα του τμήματος και διεκπεραίωση της αλληλογραφίας.
- Η συγκέντρωση, ταξινόμηση και αξιολόγηση των στοιχείων, που αφορούν δραστηριότητες της Υπηρεσίας και των αρμοδίων υπηρεσιών των Νοσοκομείων.
- Η συνεργασία με διεθνείς οργανισμούς, η επικοινωνία και η ανταλλαγή πληροφοριών μαζί τους καθώς και η συμμετοχή σε προγράμματα και δραστηριότητες για θέματα δικαιωμάτων ασθενών.
- Η συνεργασία με άλλους φορείς του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα για θέματα προάσπισης και προαγωγής των δικαιωμάτων ασθενών.
- Η προώθηση εισηγήσεων για τον εκσυγχρονισμό της σχετικής νομοθεσίας.
- Η ενημέρωση και ευαισθητοποίηση για θέματα προστασίας των ασθενών των εργαζομένων σε μονάδες παροχής φροντίδας υγείας αλλά και των πολιτών γενικά με τη συνεργασία συναρμοδίων υπηρεσιών και φορέων ή και αυτοτελώς.
- Η καταγραφή αναγκών και η επεξεργασία προτάσεων και αιτημάτων για χρηματοδότηση από την Ε.Ε. ή άλλους οργανισμούς.

2. Η Επιτροπή Ελέγχου Προστασίας Δικαιωμάτων των Ασθενών: η παραπάνω Επιτροπή έχει την κεντρική ευθύνη παρακολούθησης και ανάπτυξης της προστασίας των δικαιωμάτων των ασθενών. Η επιτροπή (ή εξουσιοδοτημένα μέλη της) δύναται να επισκέπτεται νοσοκομεία για την εξακρίβωση συγκεκριμένης καταγγελίας ή και αυτοβούλως για την παρακολούθηση της τήρησης των κανόνων για την προστασία των δικαιωμάτων των ασθενών. Εφόσον η επιτροπή αποφανθεί για τη μερική ή ολική βασιμότητα καταγγελιών ή παραπόνων υποβάλλει το πόρισμά της στο Γ.Γ. του Υ.Υ.Κ.Α. ο οποίος αποφασίζει για τις κατά νόμο περαιτέρω ενέργειες και σε περίπτωση που υπάρχουν ενδείξεις ποινικού αδικήματος διαβιβάζει το πόρισμα στην αρμόδια εισαγγελική αρχή (Ν.2519/1997).

Ακολούθησε με το Ν.2920/2001:

3. Το Σώμα Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας & Πρόνοιας: με το οποίο ολοκληρώνεται το σύστημα εσωτερικού ελέγχου των υπηρεσιών Υγείας & Πρόνοιας. Αυτή η ειδική υπηρεσία, που υπάγεται στον Υπουργό Υγείας, έχει σαν στόχο το συστηματικό έλεγχο των υπηρεσιών υγείας. Ο κύριος σκοπός του «Σώματος Επιθεωρητών Υγείας & Πρόνοιας» είναι η αύξηση της ποιότητας και η εξάλειψη της κακοδιοίκησης στις υπηρεσίες υγείας (Fitrakis & Arsenopoulou, 2004).

Σε επίπεδο νοσοκομείου με τον Ν.2519/1997 θεσπίζεται η λειτουργία:

- Γραφείου Επικοινωνίας με τον Πολίτη: Δημιουργείται και λειτουργεί γραφείο επικοινωνίας με τον πολίτη σε κάθε Νοσοκομείο. Εκεί μπορούν να απευθύνονται οι νοσηλευόμενοι ασθενείς, οι εξωτερικοί ασθενείς, οι συγγενείς ασθενών και όλοι οι ενδιαφερόμενοι πολίτες για να πάρουν πληροφορίες ή να καταθέσουν ενυπόγραφα κάποια προβλήματα τους.
- Τριμελούς Επιτροπής Προάσπισης των Δικαιωμάτων του Πολίτη: Η παραπάνω Επιτροπή λειτουργεί στο Γραφείο Επικοινωνίας κάθε Νοσοκομείου και έχει την ευθύνη να παρακολουθεί αλλά και να ελέγχει την τήρηση και το σεβασμό των δικαιωμάτων του πολίτη που προσφεύγει στο συγκεκριμένο Νοσοκομείο για περίθαλψη και ιατρική φροντίδα.

Το 1999 με το Ν.2716/1999 συστήνονται Γραφείο και Ειδική Επιτροπή Ελέγχου για την προστασία των Δικαιωμάτων των Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές, ενώ το 2001 με το Ν.2889 (άρθρο 6 §4) συστήνεται υποχρεωτικά σε κάθε Νοσοκομείο Γραφείο Υποδοχής των Ασθενών με κύριο έργο του την υποδοχή, καθοδήγηση και πληροφόρησή τους για τους κανόνες λειτουργίας του Νοσοκομείου.

Τέλος, το 2010 με το άρθρο 9 του Ν.3868 το «Γραφείο Υποδοχής των Ασθενών» που προέβλεπε ο Ν.2889/2001 μετεξελίσσεται σε «Γραφείο Υποστήριξης του Πολίτη» (Γ.Υ.Π.), το οποίο είναι αρμόδιο για την υποδοχή, ενημέρωση, παρακολούθηση, διακίνηση, διοικητική υποστήριξη, συλλογή και διεκπεραίωση καταγγελιών και παραπόνων και την εν γένει προάσπιση των δικαιωμάτων των χρηστών των υπηρεσιών υγείας. Το παραπάνω γραφείο συντάσσει κάθε έτος έκθεση πεπραγμένων η οποία περιέχει στατιστικά στοιχεία για την καταγραφή των θεμάτων που προέκυψαν και αντιμετωπίστηκαν, προτάσεις και κάθε άλλο στοιχείο που είναι αναγκαίο για την προστασία των δικαιωμάτων και τη βελτίωση της

εξυπηρέτησης των χρηστών υπηρεσιών υγείας. Σε Νοσοκομεία με περισσότερες από 400 οργανικές κλίνες το Γ.Υ.Π. υπάγεται άμεσα στον Αναπληρωτή Διοικητή, ενώ σε μικρότερα Νοσοκομεία υπάγεται στον Αντιπρόεδρο. Πέραν των εργασίμων ημερών και ωρών καθώς και των ωρών επισκεπτηρίου το Γ.Υ.Π. εξυπηρετεί το κοινό και πέραν του τακτικού ωραρίου. Συνδέεται με τα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών για την καλύτερη εξυπηρέτηση του κοινού τις ημέρες εφημερίας (Ν.3868/2010).

3.2.2. Μηχανισμοί εκτός του συστήματος υγείας.

Πέρα από τα παραπάνω όργανα που λειτουργούν ως μηχανισμοί εσωτερικού ελέγχου της προστασίας των δικαιωμάτων του ασθενούς, θεσπίζονται και εξωτερικοί μηχανισμοί που είναι διαθέσιμοι στον ασθενή/πολίτη όπως:

1. Ο Συνήγορος της Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (ΣτΥ&ΚΑ): ο Συνήγορος της Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης θεσπίστηκε με τον Ν.3293/2004 και ενσωματώθηκε στην ανεξάρτητη Αρχή του Συνηγόρου του Πολίτη που ήδη παρείχε δωρεάν τις υπηρεσίες του σε όλους τους πολίτες-χρήστες των δημόσιων υπηρεσιών υγείας. Τα καθήκοντα του ΣτΥ&ΚΑ είναι τα εξής (Σγαρδέλη, 2007):

- εισηγείται προς το αρμόδιο Υπουργείο μέτρα για την αποκατάσταση και προστασία των δικαιωμάτων του πολίτη,
- εξετάζει τη νομιμότητα ατομικών διοικητικών πράξεων ή παραλείψεων φορέων του συστήματος Υγείας, κατόπιν υποβολής αναφοράς από τους θιγόμενους πολίτες, Έλληνες ή αλλοδαπούς,
- παρεμβαίνει, εφόσον προηγουμένως οι ενδιαφερόμενοι έχουν ήδη απευθυνθεί στην εμπλεκόμενη υπηρεσία υγείας,
- διαμεσολαβεί σε υποθέσεις που αφορούν το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, την Τοπική και Νομαρχιακή Αυτοδιοίκηση, τους Ασφαλιστικούς Οργανισμούς και τα Ταμεία, τα Νοσοκομεία, τα Ψυχιατρεία, τα Κέντρα Υγείας, τα Περιφερειακά και Αγροτικά Ιατρεία, το Ε.Κ.Α.Β. κλπ.

Μέσα στις αρμοδιότητες του ΣτΥ&ΚΑ βρίσκεται ένα ευρύ φάσμα προβλημάτων που αντιμετωπίζει ο χρήστης υπηρεσιών υγείας, όπως (Πανάγου, 2006):

- Παροχή ακατάλληλης περίθαλψης, δηλαδή περίθαλψης που δεν συνάδει με τους κανόνες της επιστήμης, τους Κώδικες Δεοντολογίας των Επαγγελματιών Υγείας και θίγει την αξιοπρέπεια του ασθενή.

- Άνιση μεταχείριση και διακρίσεις σε βάρος του ασθενούς, λόγω εθνικότητας, φυλής, οικονομικής κατάστασης ή είδους ασθένειας.
- Εμπόδια στην πρόσβαση του ασθενή σε κατάλληλες υπηρεσίες υγείας. Ο ΣτΥ&ΚΑ εξετάζει αναφορές που σχετίζονται με την οργάνωση μονάδων υγείας, την ασφαλή και έγκαιρη μεταφορά των ασθενών σε αυτές και την επάρκειά τους σε κτιριακή υποδομή, υλικούς πόρους και ανθρώπινο δυναμικό.
- Παράλειψη ενημέρωσης για την κατάσταση της υγείας, τη θεραπεία και το κόστος αυτής. Ο Συνήγορος της Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης δέχεται αναφορές πολιτών που δεν ενημερώθηκαν κατάλληλα για τη διάγνωση της ασθένειάς τους, τα στάδια θεραπείας και το κόστος αυτής ή υποβλήθηκαν εν αγνοία τους σε ιατρικές πράξεις με υψηλό κίνδυνο επιπλοκών για την υγεία τους.
- Διενέργεια ιατρικών πράξεων χωρίς την προηγούμενη συγκατάθεση. Ο πολίτης μπορεί να προσφύγει στο Συνήγορο της Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης όταν δεν γίνεται σεβαστό το δικαίωμα του να δεχθεί ή να αρνηθεί την προτεινόμενη θεραπεία.
- Μη τήρηση του ιατρικού απορρήτου που αφορά τις εμπιστευτικές πληροφορίες που ο ίδιος ο ασθενής παρέχει ή εκείνες που αποκαλύπτονται κατά τη διάρκεια της περίθαλψης και κατά την άσκηση των ιατρικών πράξεων.
- Άρνηση της πρόσβασης σε έγγραφα του ιατρικού φακέλου. Στην αρμοδιότητα του ΣτΥ&ΚΑ εμπίπτει ο έλεγχος της τήρησης ιατρικού φακέλου από τα νοσηλευτικά ιδρύματα, της πληρότητας αυτού, της εξασφάλισης του απορρήτου των πληροφοριών έναντι τρίτων καθώς και της πρόσβασης του ασθενούς (ή των εξουσιοδοτημένων από αυτόν προσώπων) στον φάκελο.
- Εσφαλμένη εφαρμογή του νόμου σε περιπτώσεις νοσοκομειακής ή εξωνοσοκομειακής περίθαλψης στην αλλοδαπή και μη νόμιμη άρνηση των ασφαλιστικών οργανισμών να αποδώσουν τη σχετική δαπάνη.
- Μη νόμιμη χρέωση ασθενών σε περιπτώσεις έκτακτης εισαγωγής σε ιδιωτικά θεραπευτήρια.
- Προβλήματα στη χορήγηση παροχών ασθένειας από τους ασφαλιστικούς οργανισμούς, όπως απόδοση δαπανών, ενημέρωση ασφαλισμένων για τις προβλεπόμενες διαδικασίες, προθεσμίες, δικαιολογητικά κλπ.
- Προβλήματα των επαγγελματιών υγείας τόσο του Ε.Σ.Υ. όσο και των ασφαλιστικών οργανισμών, στην πρόσβαση και άσκηση του επαγγέλματός τους.
- Θέματα δημόσιας υγείας, δηλαδή οργάνωσης των ιατρικών και νοσηλευτικών υπηρεσιών

και ανάπτυξης κοινωνικών μηχανισμών που διασφαλίζουν την πρόληψη νοσημάτων, την προστασία, την αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής. Ο Συνήγορος της Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης εξετάζει π.χ. θέματα διαχείρισης των νοσοκομειακών αποβλήτων.

Όμως, ο Συνήγορος της Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης δεν είναι αρμόδιος (Πανάγου, 2006):

- Εάν έχουν περάσει περισσότεροι από 6 μήνες από τότε που ο πολίτης πληροφορήθηκε την επίμαχη παράνομη πράξη ή παράλειψη.
- Για πράξεις των δικαστικών αρχών, του Νομικού Συμβουλίου του Κράτους, των ανεξάρτητων αρχών, των θρησκευτικών νομικών προσώπων δημοσίου δικαίου.
- Για πράξεις Υπουργών και Υφυπουργών, ως προς τη διαχείριση της πολιτικής λειτουργίας.
- Για υποθέσεις που εκκρεμούν ενώπιον δικαστηρίων.
- Για υποθέσεις που αναφέρονται στην υπηρεσιακή κατάσταση του προσωπικού των υπηρεσιών υγείας, εκτός εάν πρόκειται για προσλήψεις ή κρίσεις ιατρών κλάδου του Ε.Σ.Υ., καθώς και για προσλήψεις ιατρών σε ασφαλιστικούς οργανισμούς και ταμεία.
- Επίσης, ο Συνήγορος της Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης δεν παρέχει νομική ή συμβουλευτική εκπροσώπηση, ούτε χορηγεί αποζημιώσεις σε περιπτώσεις ιατρικών λαθών.

Για να γίνει εξέταση αναφοράς προς το Συνήγορο της Υγείας ακολουθείται μια συγκεκριμένη διαδικασία. Βασική προϋπόθεση είναι να έχει προηγηθεί η έκφραση παραπόνων στο νοσοκομείο ή τον φορέα όπου παρουσιάστηκε το πρόβλημα. Τα στοιχεία, που παραθέτει στον ΣτΥ&ΚΑ θα εξεταστούν και διευκρινιστικά θα κληθεί να απαντήσει η Διοίκηση του Νοσοκομείου ή του φορέα που εμπλέκεται. Αν μάλιστα κριθεί απαραίτητο μπορεί να μεταβεί κλιμάκιο του συνηγόρου στο χώρο του Νοσοκομείου για να συζητήσει με το ιατρικό προσωπικό και τη διοίκηση. Αφού συγκεντρωθούν τα στοιχεία ο ΣτΥ&ΚΑ καταλήγει σε συγκεκριμένα συμπεράσματα. Σε κάποιες των περιπτώσεων η γνωμοδότηση λαμβάνεται σοβαρά υπόψη και υιοθετούνται μέτρα. Εάν το ζήτημα αφορά ένα μεγαλύτερο αριθμό ασθενών ο συνήγορος απευθύνεται στο Υπουργείο Υγείας ή τη Δ.Υ.ΠΕ και ζητάει να ληφθούν μέτρα (Σγαρδέλη, 2007).

2. Άλλοι φορείς με έργο σχετικό με την προστασία των δικαιωμάτων των ασθενών όπως:

- ο *η Ανεξάρτητη Διοικητική Αρχή για την Προστασία των Ατομικών Δεδομένων*,

- ένα πλήθος μη κυβερνητικών οργανώσεων, συλλόγων χρηστών υπηρεσιών υγείας, συλλόγων και ομοσπονδιών εργοδοτών (όπως ΣΕΒ, Σύλλογος Ελλήνων φαρμακοβιομηχάνων κλπ.),
- επιστημονικές εταιρίες (Φόνσος, 2005),
- φορείς που δρουν με τη μορφή ΝΠΔΔ (Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός, Αντικαρκινικό Ινστιτούτο κ.ά.),
- φορείς που δρουν με τη μορφή ΝΠΙΔ (ΠΟΕΔΗΝ, ΕΙΝΑΠ, ΟΚΑΝΑ, ΠΙΚΠΑ, Εκκλησία της Ελλάδος κ.ά.),
- ασφαλιστικοί οργανισμοί (π.χ. ΙΚΑ, ΟΠΑΔ, ΟΓΑ, ΟΑΕΕ κ.ά.),
- οργανισμοί τοπικής αυτοδιοίκησης, οι οποίοι είτε μεμονωμένα είτε σε συνεργασία διαδραματίζουν άμεσα ή έμμεσα σημαντικό ρόλο στην προστασία των δικαιωμάτων των χρηστών υπηρεσιών υγείας.

Κάποιες από τις υπηρεσίες που υπάρχουν στην Ελλάδα και προστατεύουν τα δικαιώματα ασθενών, καθώς και οι ηλεκτρονικές διευθύνσεις τους, παρατίθενται παρακάτω (Κρομμύδα, 2009):

- Διεθνής Αμνηστία, Ελληνική Επιτροπή: <http://www.amnesty.gr/>
- Δίκτυο για τα πολιτικά και κοινωνικά Δικαιώματα: <http://www.diktio.org/>
- Εθνική Επιτροπή για τα Δικαιώματα του Ανθρώπου (ΕΕΔΑ): <http://www.nchr.gr/>
- Ελληνική Ένωση για τα Δικαιώματα του Ανθρώπου: <http://www.hlhr.gr/index-el.htm>
- Ελληνικό Παρατηρητήριο Συμφωνιών του Ελσίνκι (ΕΠΣΕ): <http://www.greekhelsinki.gr/>
- Ίδρυμα Μαραγκοπούλου για τα Δικαιώματα του Ανθρώπου. (ΙΜΔΑ): <http://www.mfhr.gr/>
- Σωματείο Προάσπισης των Δικαιωμάτων των ατόμων με Ψυχική νόσο & Προαγωγής της ψυχικής υγείας «Αλκυονίδες»: <http://www.psyhat.gr/pages.asp?pageid=155&langid=1>

3.3. Προβλήματα στη λειτουργία των μηχανισμών προσφυγής.

Παρότι η θεσμοθέτηση των μηχανισμών προσφυγής ήταν ένα σημαντικό βήμα για την κατοχύρωση των δικαιωμάτων των ασθενών, στην πράξη η λειτουργία τους συνοδεύεται από διάφορα προβλήματα που είτε έχουν να κάνουν με την πρόσβαση του καταγγέλλοντος σε αυτούς, είτε με το χρόνο διεκπεραίωσης της καταγγελίας, είτε τέλος με την αξιόπιστη και ειλικρινή απόδοση ευθυνών όταν αυτές εντοπίζονται (Fitrakis & Arsenopoulou, 2004). Ο ετήσιος όγκος αναφορών στον ΣτΠ για τις υπηρεσίες του ΕΣΥ αποτελούν ένα πολύ μικρό μέρος (κάτω από 10%) του όγκου αναφορών του αρμοδίου κύκλου κοινωνικής προστασίας (Ετήσιες εκθέσεις του ΣτΠ, 1999, 2000, 2001, 2002 και 2003). Οι αναφορές αυτές επίσης,

αφορούν περισσότερο διοικητικά θέματα των υπηρεσιών υγείας και όχι θέματα παροχής υπηρεσιών υγείας (Fitrakis & Arsenopoulou, 2004).

Παρά τη μεγάλη παραγωγή μηχανισμών αυτοελέγχου εντός του συστήματος υγείας, το αποτέλεσμα στην προστασία των δικαιωμάτων των ασθενών είναι αμφίβολο, κυρίως εξαιτίας της έλλειψης της πραγματικής ανεξαρτησίας τους (Αρσενοπούλου, 2006). Χαρακτηριστικές είναι οι παρακάτω εμπειρίες από αναφορές του ΣτΠ όπου παρατηρήθηκε (Παπαρρηγοπούλου & Φυτράκης, 2004):

- Παράλειψη διερεύνησης καταγγελίας ασθενούς για κακή αντιμετώπιση από το ιατρικό προσωπικό επί δύο και πλέον έτη. Μόνο μετά από επίμονη προσπάθεια της ασθενούς και την εμπλοκή του ΣτΠ κατέστη δυνατόν να διενεργηθεί Ε.Δ.Ε. για το θέμα.
- Παράλειψη ενημέρωσης πολίτη για την τύχη της καταγγελίας του και κοινοποίηση της σχετικής απόφασης επ' αυτής.
- Παράλειψη διερεύνησης των συνθηκών θανάτου αλλά και ενημέρωσης για την τυχόν ευθύνη του εμπλεκόμενου ιατρού. Τελικά, ύστερα από παρέμβαση του ΣτΠ και πρόταση των Επιθεωρητών του Υ.Υ.Κ.Α., η υπόθεση παραπέμφθηκε στο Κεντρικό Πειθαρχικό Συμβούλιο (Κ.Π.Σ.) όπου όμως ο εμπλεκόμενος ιατρός απαλλάχθηκε από κάθε κατηγορία.
- Αδικαιολόγητη καθυστέρηση στην κίνηση της πειθαρχικής διαδικασίας από τον Ιατρικό Σύλλογο Αθηνών (Ι.Σ.Α.) για πολύ σοβαρό αδίκημα, με αποτέλεσμα να επέλθει παραγραφή. Η έλλειψη επαγρύπνησης για την αποτροπή της επέλευσης παραγραφής πλήττει την αξιοπιστία του Ι.Σ.Α. και επιτρέπει το συνειρμό περί συντεχνιακής λογικής.
- Ανακολουθία μεταξύ πειθαρχικών αποφάσεων και δικαστικών αποφάσεων: εμφανίζεται το φαινόμενο για τις ίδιες ιατρικές πράξεις να κηρύσσονται ένοχοι οι ιατροί για ανθρωποκτονία από αμέλεια, αλλά να αθωώνονται πειθαρχικά. Σημειώνεται μάλιστα ότι οι σχετικές (κατά) δικαστικές αποφάσεις δε λαμβάνονται καν υπόψη από τα πειθαρχικά όργανα, παρότι αυτές είναι δεσμευτικές ακόμα και για τα διοικητικά δικαστήρια (άρθρ. 5 §2, Κ.Δ.Δ.).
- Αδυναμία ουσιαστικής αναζήτησης των προβλημάτων λειτουργίας της εφημερίας και συνεννόησης του ιατρικού προσωπικού του νοσοκομείου. Η εξαιρετικά ατυχής εξέλιξη της υγείας ενός παιδιού και η άστοχη αντιμετώπισή του από το νοσοκομείο δεν μπορούν να καλυφθούν από την (ελάχιστη πειστική) παραδοχή της έλλειψης πειθαρχικής ευθύνης και τη μη λήψη ειδικών, εν προκειμένω μέτρων.
- Υπερβολική δυσαναλογία μεταξύ πειθαρχικού παραπτώματος και επιβληθείσας ποινής: η αδικαιολόγητη απουσία ιατρού από το νοσοκομείο και η άρνησή προσέλευσής του (παρά τις

εκκλήσεις) για συνδρομή σε οξύ περιστατικό, αντιμετωπίστηκε με την ελαφρότερη πειθαρχική ποινή της «έγγραφης επίπληξης».

Παρότι όμως η οργάνωση και η λειτουργία του συγκεκριμένου τομέα δεν καταλήγει πάντα σε σαφή και αποτελεσματική διερεύνηση όλων των αναφορών, θα μπορούσαμε να ισχυριστούμε ότι έχει ήδη δημιουργηθεί ένα κατάλληλο υπόβαθρο, ώστε στο μέλλον η παρέμβαση των Αρχών να είναι όλο και πιο εμφανής και αποτελεσματική (Fittrakis & Arsenopoulou, 2004).

Καταλήγοντας, και με βάση όσα αναφέρθηκαν παραπάνω για τους μηχανισμούς προστασίας των δικαιωμάτων των ασθενών σε Ευρώπη και Ελλάδα, γίνεται εμφανές ότι παρόλο που υπάρχουν διαφορές ως προς τους μηχανισμούς που η κάθε Ευρωπαϊκή χώρα έχει υιοθετήσει, αλλά και στις αρμοδιότητες που έχει αναθέσει στον καθένα από αυτούς, σε πολλές περιπτώσεις τα προβλήματα στη λειτουργία τους είναι κοινά και παρουσιάζονται τα ίδια από χώρα σε χώρα, σε διαφορετικό βέβαια βαθμό. Παρακάτω παρουσιάζεται μια σύνοψη των προβλημάτων στην λειτουργία τους. Τα σημαντικότερα από αυτά είναι:

- Η ανομοιογένεια στη μορφή, στις αρμοδιότητες, στους ρόλους, και στην υπόσταση που οδηγεί σε αδυναμία συνεργασίας για ανταλλαγή εμπειριών, συλλογή δεδομένων και διενέργεια συγκρίσεων τόσο Πανευρωπαϊκά όσο και εντός των συνόρων πολλών Ευρωπαϊκών χωρών (Αρσενοπούλου, 2006. Bachinger, 2004. Kokkonen, 1994).
- Η ελλιπής εκπαίδευση των λειτουργών που τις στελεχώνουν (Kokkonen, 1994),
- Η ουσιαστική έλλειψη ανεξαρτησίας τη λειτουργία τους (Αρσενοπούλου, 2006. Bachinger, 2004. Kokkonen, 1994),
- Η απουσία ουσιαστικών αρμοδιοτήτων και το έλλειμμα ισχύος (Kokkonen, 1994),
- Το μη επαρκές νομοθετικό υπόβαθρο που θα στηρίξει την λειτουργία τους και θα θωρακίσει αποτελεσματικά τα δικαιώματα των ασθενών,
- Οι περιορισμοί που επιβάλλονται μέσα από συγκρούσεις συμφερόντων (Bachinger, 2004, Sandor, 2004),
- Οι μεγάλοι χρόνοι στην περαίωση των διαδικασιών (Fittrakis & Arsenopoulou, 2004. Giddings, 2004),
- Ο μικρός αριθμός των καταγγελλμένων υποθέσεων σε σχέση με την πραγματικότητα που αποτυπώνεται από τα εσωτερικά δεδομένα και τις πληροφορίες του συστήματος υγείας (Fittrakis & Arsenopoulou, 2004. Giddings, 2004).

Ειδικό μέρος

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.

Ως «ανθρώπινα δικαιώματα» θα μπορούσαν να ορισθούν εκείνα τα δικαιώματα που ενυπάρχουν στη φύση του ανθρώπου και χωρίς αυτά δεν μπορεί να ζήσει ως ανθρώπινο όν. Τα ανθρώπινα δικαιώματα και οι θεμελιώδεις ελευθερίες του επιτρέπουν να αναπτύξει πλήρως και να χρησιμοποιήσει τις ανθρώπινες αρετές, τη νοημοσύνη, τα ταλέντα και τη συνείδησή και να ικανοποιήσει τις πνευματικές και άλλες ανάγκες του. Βασίζονται πάνω στις αυξανόμενες απαιτήσεις της ανθρωπότητας για μια ζωή μέσα στην οποία η έμφυτη αξιοπρέπεια και η αξία κάθε ανθρώπου θα τυγχάνει σεβασμού και προστασίας. Όπως δηλώνει η πρόταση της Οικουμενικής Διακήρυξης για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα, ο σεβασμός στα ανθρώπινα δικαιώματα και την ανθρώπινη αξιοπρέπεια "αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο της ελευθερίας, της δικαιοσύνης και της ειρήνης στον κόσμο". Τα τελευταία απασχολούν σοβαρά τα θεσμικά όργανα και τους φορείς της Ε.Ε αλλά και τις σύγχρονες κοινωνίες ειδικότερα τις τελευταίες δεκαετίες. Όλα ανεξαιρέτως τα διεθνή σώματα, ο Ο.Η.Ε, ο Π.Ο.Υ, το Συμβούλιο της Ευρώπης και η Ε.Ε, τα συνέδρια της Γενεύης, του Ελσίνκι, της Βενετίας και του Τόκιο, ακόμα και ο όρκος του Ιπποκράτη αναφέρουν και διασφαλίζουν το αναφαίρετο δικαίωμα όλων των ανθρώπων –όπου και να βρίσκονται και ασχέτως της προέλευσης, της θρησκείας, του χρώματος και της καταγωγής τους– το δικαίωμα Υγείας για πάντα και ελεύθερα και σε όλα τα επίπεδα ιατρικής γνώσης και εξέλιξης (Κρομμύδα, 2009).

Πέραν, όμως της θεωρίας παραμένει το ερώτημα για το κατά πόσο τα θεσπισμένα δικαιώματα εφαρμόζονται στην πράξη. Μια ανασκόπηση της Διεθνούς αλλά και Ελληνικής βιβλιογραφίας καταδεικνύει ότι το ερώτημα αυτό δεν έχει διερευνηθεί εκτενώς, ιδίως με μελέτες που δεν καταγράφουν απλώς την επικρατούσα κατάσταση αλλά προχωρούν σε συγκρίσεις μεταξύ καταστάσεων. Αυτό ήταν το έναυσμα που οδήγησε τους ερευνητές στο να προχωρήσουν σε μια έρευνα που ως σκοπό είχε να διερευνήσει την επικρατούσα πραγματικότητα –έτσι όπως την αποτυπώνουν οι απόψεις των ιδίων των ασθενών – σε Ελληνικό Δημόσιο Νοσοκομείο τόσο του κέντρου όσο και της περιφέρειας. Η σημασία της έρευνας έγκειται στο γεγονός ότι επιδιώκει την εμπειρική διερεύνηση του κατά πόσο θεσμικά κατοχυρωμένα νομικά δικαιώματα τηρούνται στην πράξη και συνεπώς εξετάζει την απόσταση μεταξύ διακηρυγμένων και πραγματικών στόχων της πολιτικής υγείας.

4.1. Γενικός σκοπός της μελέτης.

Η μελέτη είχε ως αντικείμενο την διερεύνηση της έκτασης στην οποία οι πολίτες που χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες των Δημοσίων Νοσοκομείων της Χώρας έχουν γνώση για τα θεσμικά κατοχυρωμένα δικαιώματά τους και τον βαθμό στον οποίο τα δικαιώματα αυτά πραγματικά ισχύουν. Τα δυο αυτά ζητούμενα εξετάστηκαν σε αναφορά με τη χρησιμοποίηση υπηρεσιών ενός Δημοσίου Νοσοκομείου της Αττικής και ενός Δημοσίου Νοσοκομείου της Περιφέρειας. Τα προσδοκώμενα αποτελέσματα της διατριβής εντοπίζονται στην ανάδειξη του εύρους στο οποίο η πολιτική υγείας που εφαρμόζεται στη χώρα θέτει στο επίκεντρό της τον πολίτη παρέχοντάς του την αναγκαία πληροφόρηση και προάγοντας την πρόσβαση σε ποιοτικές υπηρεσίες σε κατοχυρωμένο κοινωνικό δικαίωμα.

4.2. Ερευνητικά ερωτήματα.

Τα βασικά ερευνητικά ερωτήματα της παρούσας εργασίας ήταν τα παρακάτω:

- Η εμπειρία των ασθενών από την παροχή Νοσοκομειακών υπηρεσιών και την σχετική πληροφόρηση που λαμβάνουν εντός του Νοσοκομείου, επιβεβαιώνει στην πράξη την προστασία των δικαιωμάτων τους;
- Οι Έλληνες πολίτες γνωρίζουν τα δικαιώματα που έχουν ως ασθενείς;
- Υπάρχουν τρόποι διεκδίκησης των δικαιωμάτων των ασθενών (μέσω θεσπισμένων και μη μηχανισμών προσφυγής) στην περίπτωση που τα δικαιώματά τους καταπατώνται, και σε ποιο βαθμό αυτοί χρησιμοποιούνται από τους ασθενείς;
- Σε ποιο βαθμό οι ασθενείς των Ελληνικών Δημόσιων Νοσοκομείων πιστεύουν ότι τα δικαιώματά τους ως ασθενείς γίνονται σεβαστά στην πράξη;

4.3. Πεδίο διεξαγωγής της μελέτης.

Όπως προαναφέρθηκε η παρούσα μελέτη διερευνά την έκταση στην οποία οι πολίτες που χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες των Δημοσίων Νοσοκομείων της Χώρας έχουν γνώση για τα θεσμικά κατοχυρωμένα δικαιώματά τους και του βαθμού στον οποίο τα δικαιώματα αυτά πραγματικά ισχύουν. Τα δύο παραπάνω ζητήματα εξετάστηκαν σε αναφορά με την χρησιμοποίηση υπηρεσιών ενός Δημοσίου Νοσοκομείου της Αττικής και ενός Δημοσίου Νοσοκομείου της Περιφέρειας. Για την επίτευξη του σκοπού της έρευνας χρησιμοποιήθηκε ειδικά διαμορφωμένο ερωτηματολόγιο, το οποίο συμπληρώθηκε από νοσηλευθέντες ασθενείς δύο Ελληνικών Δημόσιων Νοσοκομείων. Το πρώτο ήταν το Π.Γ.Ν. Ελευσίνας «Θριάσιο» της 2ης Υγειονομικής Περιφέρειας Αττικής & Αιγαίου που αντιπροσώπευσε το κέντρο. Το

δεύτερο Νοσοκομείο ήταν το Γ.Ν. Πύργου Ηλείας «Ανδρέας Παπανδρέου» της 6ης Υγειονομικής Περιφέρειας Πελοποννήσου-Ιονίων Νήσων Ηπείρου & Δυτικής Ελλάδος που αντιπροσώπευσε την περιφέρεια.

4.4. Πληθυσμός της μελέτης.

Τον πληθυσμό της μελέτης αποτέλεσαν οι πληθυσμοί αναφοράς των δύο παραπάνω νοσοκομείων. Το Π.Γ.Ν. Ελευσίνας «Θριάσιο» με 425 κλίνες καλύπτει πληθυσμό 151.038 κατοίκων (απογραφή 2001). Το παραπάνω Νοσοκομείο είναι ενταγμένο στο σύστημα εφημεριών ανά τέσσερες ημέρες καλύπτοντας πληθυσμό αναφοράς πάνω από 1.000.000 κατοίκους. Αντίστοιχα, το Γ.Ν. Πύργου Ηλείας «Ανδρέας Παπανδρέου», με 162 ανεπτυγμένες κλίνες (σε σύνολο 280) καλύπτει πληθυσμό 193.258 κατοίκων του νομού (απογραφή 2001).

Οι ερωτηθέντες ήταν νοσηλευόμενοι διαφόρων κλινικών των νοσοκομείων όπως Χειρουργική, Παθολογική, Ορθοπεδική, Καρδιολογική, Ουρολογική, Μαιευτική, ΩΡΛ και ασθενείς στα εξωτερικά ιατρεία που προσήλθαν για επανεξέταση. Η συμμετοχή ήταν εθελοντική ενώ δόθηκαν διαβεβαιώσεις για την εμπιστευτικότητα των απαντήσεων. Βασικές προϋποθέσεις για τη συμμετοχή των ασθενών στο δείγμα ήταν να έχουν ηλικία ίση ή μεγαλύτερη των 16 ετών και να έχουν νοσηλευτεί για μία ή περισσότερες ημέρες στο Νοσοκομείο. Η κατανομή των ασθενών που συμμετείχαν στην έρευνα ανά νοσοκομείο και κλινική νοσηλείας παρουσιάζεται στον Πίνακα 4.1.

Πίνακας: 4.1, Παρουσίαση συμμετεχόντων στην μελέτη ανά νοσοκομείο και κλινική νοσηλείας.

ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ	ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ	ΓΕΝΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ	ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΗ	ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΗ	ΆΛΛΗ	* Δ.Α.	ΣΥΝΟΛΟ
ΚΕΝΤΡΟΥ	67	49	39	34	11	49	5	254
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ	65	55	23	56	2	50	0	251

* Δ.Α.: δεν απάντησαν

Η συλλογή των ερωτηματολογίων έγινε το χρονικό διάστημα από 01/07/2010 έως και 30/09/2010. Υπήρξε ποσοστό ασθενών που δεν δέχτηκε να συμπληρώσει ερωτηματολόγιο ή που τα επέστρεψε χωρίς να έχει συμπληρώσει συγκεκριμένες ερωτήσεις. Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν τα συγκεντρωθέντα 254 ερωτηματολόγια από το Π.Γ.Ν. Ελευσίνας

«Θριάσιο», καθώς και τα 251 συγκεντρωθέντα ερωτηματολόγια από το Γ.Ν. Πύργου Ηλείας «Α. Παπανδρέου».

4.5. Περιγραφή του ερευνητικού εργαλείου.

Για την επίτευξη του σκοπού της έρευνας χρησιμοποιήθηκε ειδικά διαμορφωμένο ερωτηματολόγιο, το οποίο περιελάμβανε 5 ενότητες ερωτήσεων κλειστού τύπου (βλέπε Παράρτημα Β: Ερωτηματολόγιο). Για την κατάρτιση του ερωτηματολογίου ελήφθη υπόψη ερωτηματολόγιο έρευνας των Tengilimoglu et al (2000) το οποίο διαμορφώθηκε με τέτοιο τρόπο ώστε να εξυπηρετεί τις ανάγκες της Ελληνικής πραγματικότητας και της συγκεκριμένης έρευνας. Το ερωτηματολόγιο εστίασε σε μια σειρά παραμέτρων που οδήγησαν στη διαμόρφωση πέντε επιμέρους ενοτήτων:

Η πρώτη ενότητα αφορούσε τα δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά των ασθενών. Συγκεκριμένα, αφού αρχικά ρωτήθηκε ο ασθενής εάν η νοσηλεία του έγινε σε νοσοκομείο του κέντρου ή της περιφέρειας, η ενότητα περιέλαβε ερωτήσεις σχετικές με το φύλο, την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση, το επίπεδο εκπαίδευσης, το εάν υπάρχει ασφάλιση υγείας (και στην περίπτωση που υπάρχει κρατικός φορέας ασφάλισης ποιός είναι αυτός), την κλινική όπου έγινε η νοσηλεία και την διάρκεια της σε ημέρες.

Η δεύτερη ενότητα αναφερόταν στις ανησυχίες των ασθενών για τις προσφερόμενες υπηρεσίες όπως: Ποιον πρωτοσυνάντησαν κατά την εισαγωγή τους στην κλινική, εάν τους εδόθη η δυνατότητα επιλογής ιατρού και νοσηλεύτριας, εάν επιθύμησαν να αλλάξουν ιατρό ή νοσηλεύτρια και –εφόσον το επιθύμησαν– εάν τους δόθηκε η δυνατότητα να το κάνουν, εάν απέρριψαν κάποια θεραπεία ή διαδικασία σχετική με την ασθένειά τους και –εάν το έκαναν– τι επακολούθησε, εάν ρώτησαν για το κόστος της θεραπείας τους και εάν κατά τη νοσηλεία τους ζητήθηκε να συμμετάσχουν σε κάποια πειραματική θεραπεία που διεξαγόταν από το Νοσοκομείο.

Η τρίτη ενότητα αφορούσε τον τύπο πληροφόρησης που τα Νοσοκομεία παρείχαν στους ασθενείς και περιλάμβανε ερωτήσεις σχετικά με το: αν –και με ποιον τρόπο– πληροφορήθηκαν για τον κανονισμό του νοσοκομείου, εάν τους εδόθησαν πληροφορίες σχετικές με την ασθένειά τους, τη θεραπεία τους και τις σχετικές θεραπευτικές διαδικασίες, εφόσον έλαβαν την παραπάνω πληροφόρηση από ποιον την έλαβαν, εάν τους κάλυψε, εάν

ζήτησαν παραπάνω πληροφορίες και εάν τις έλαβαν, εάν κατά την παραμονή τους στο Νοσοκομείο τηρήθηκε η εμπιστευτικότητα (απόρρητο), εάν τους εδόθη ενημερωτικό σημείωμα σχετικά με την αγωγή που θα έπρεπε να ακολουθήσουν στο σπίτι και αν αυτό ήταν – κατά τη γνώμη τους – αρκετό καθώς και κάποιος τρόπος επικοινωνίας για τυχόν επείγουσα ανάγκη.

Η τέταρτη ενότητα αποτελείται από 4 υποενότητες, και συγκεκριμένα:

Στην πρώτη υποενότητα οι ασθενείς κλήθηκαν να απαντήσουν μονολεκτικά στο εάν γνώριζαν τα δικαιώματά τους ως ασθενείς όταν προσήλθαν στο Νοσοκομείο.

Στην δεύτερη υποενότητα τους παρουσιάστηκαν 17 θεσπισμένα δικαιώματα του ασθενούς και κλήθηκαν να απαντήσουν ποια από αυτά γνώριζαν.

Στην τρίτη υποενότητα, κατά παρόμοιο τρόπο, τους παρουσιάστηκαν 7 υποχρεώσεις του ασθενούς και κλήθηκαν να απαντήσουν εάν τις γνώριζαν.

Και στην τέταρτη υποενότητα οι ασθενείς κλήθηκαν να απαντήσουν από ποιες πηγές έχουν πληροφορηθεί για τα δικαιώματα των ασθενών στο Νοσοκομείο.

Η πέμπτη και τελευταία ενότητα αναφερόταν στους τρόπους διεκδίκησης των δικαιωμάτων τους είτε μέσα από θεσπισμένα όργανα της πολιτείας είτε εκτός αυτών. Τέλος, με μια γενική ερώτηση ζητήθηκε να αποτυπωθεί η γενικότερη εντύπωση των ασθενών για το εάν παραβιάστηκαν ή όχι τα δικαιώματά τους.

Στα πλαίσια της προέρευνας συμπληρώθηκαν ερωτηματολόγια με προσωπική συνέντευξη και ελέγχθηκε η πληρότητα και η λειτουργικότητα των ερωτήσεων του ερωτηματολογίου πριν τη διαμόρφωση του τελικού σχεδίου. Επίσης έγιναν αναδιατυπώσεις ορισμένων ερωτημάτων προκειμένου να μην υπάρχουν διαφοροποιήσεις στην ερμηνεία τους και να εξασφαλιστεί η δυνατότητα αποτελεσματικών συγκρίσεων και δεδομένων.

4.6. Ηθικές προεκτάσεις.

Για την διεξαγωγή της έρευνας ζητήθηκαν και χορηγήθηκαν άδειες τόσο από το Π.Γ.Ν Ελευσίνας «Θριάσιο» (χορηγήθηκε στις 22/06/10 με την υπ' αριθμ. 22^η/22-06-10 απόφαση του Δ.Σ. του Νοσοκομείου) όσο και από το Γ.Ν. Πύργου «Α. Παπανδρέου» (χορηγήθηκε στις 01/06/10 με την υπ' αριθμ. 8^η/01-06-2010 απόφαση του Δ.Σ. του Νοσοκομείου). Με την έναρξη της έρευνας ενημερώθηκαν οι προϊστάμενοι των κλινικών και ζητήθηκε η συνδρομή

τους. Τα έξοδα εκτύπωσης των χορηγηθέντων ερωτηματολογίων επιβάρυναν εξολοκλήρου τους ερευνητές.

4.7. Συλλογή δεδομένων.

Τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν από τους ασθενείς στον ελεύθερο χρόνο τους αφού είχε προηγηθεί επεξήγηση των ερωτημάτων από τους ερευνητές. Ένας αριθμός ερωτηματολογίων παραλήφθηκε στα εξωτερικά ιατρεία όπου οι ασθενείς προσήλθαν για επανεξέταση.

4.8. Ανάλυση αποτελεσμάτων.

Οι πληροφορίες που συλλέχθηκαν κωδικοποιήθηκαν και ταξινομήθηκαν με τη βοήθεια ηλεκτρονικού υπολογιστή και μετά από στατιστική επεξεργασία όλων των μεταβλητών προσδιορίστηκαν, για κάθε μεταβλητή-ερώτηση προς τους ασθενείς το ποσοστό ανά κλίμακα απαντήσεων. Έγινε προσπάθεια σύγκρισης της άποψης για παραβίαση ή όχι των δικαιωμάτων των ασθενών με το σύνολο των δημογραφικών, κοινωνικών, ασφαλιστικών, κλινικών χαρακτηριστικών καθώς επίσης με παραμέτρους που συνθέτουν τις ανησυχίες των ασθενών και παραμέτρους που συνθέτουν το είδος της πληροφόρησης που παρέχεται στους ασθενείς. Για την ανίχνευση πιθανής σχέσης της άποψης για την παραβίαση ή όχι των δικαιωμάτων των ασθενών με την παράμετρο που αφορά στην ηλικία χρησιμοποιήθηκε η τεχνική t-test, για όλες τις υπόλοιπες παραμέτρους χρησιμοποιήθηκε η τεχνική chi-square (χ^2).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ:
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.

Τα αποτελέσματα αναφέρονται στην ανάλυση των δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών, στην ανάλυση των ανησυχιών των ασθενών για τις προσφερόμενες υπηρεσίες, στην ανάλυση του τύπου της πληροφόρησης που παρέχουν τα νοσοκομεία στους ασθενείς, στην ανάλυση της γνώσης των θεσπισμένων δικαιωμάτων και υποχρεώσεων των νοσηλευομένων καθώς και στην ανάλυση του τρόπου διεκδίκησης των δικαιωμάτων.

5.1. Δημογραφικά και Κοινωνικά Χαρακτηριστικά.

Πίνακας: 5.1, Δημογραφικά & Κοινωνικά χαρακτηριστικά.					
ΗΛΙΚΙΑ	ΜΕΣΗ	ΤΑ	ΜΕΓ	ΕΛΑΧ	N
	50,27	16,88	18	90	496
ΦΥΛΟ	N		%		
Άνδρες	216		43		
Γυναίκες	286		57		
Σύνολο	502		100,0		
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	N		%		
Άγαμος/η	111		22,1		
Έγγαμος/η	307		61		
Χήρος/α	61		12,1		
Διαζευγμένος/η	24		4,8		
Άλλο	0		0		
Σύνολο	503		100,0		
ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ	N		%		
Μη γνώση γραφής & ανάγνωσης	19		3,8		
Υποχρεωτική εκπαίδευση	172		34,2		
Απόφοιτος Λυκείου	194		38,5		
Απόφοιτος ΑΕΙ-ΤΕΙ	108		21,5		
Μεταπτυχιακός ή Διδακτορικός τίτλος	10		2		
Σύνολο	503		100,0		

Όσον αφορά στα δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά του δείγματος που περιγράφονται στον πίνακα 5.1, παρατηρείται ότι η μέση ηλικία του δείγματος είναι 50,27 (ΤΑ=16,88), έτη με μικρότερη παρατηρούμενη τιμή τα 18 έτη και μεγαλύτερη τα 90 έτη. Το 57% των ασθενών του δείγματος ήταν γυναίκες και το 43% άνδρες. Σχετικά με την οικογενειακή κατάσταση των ερωτηθέντων παρατηρείται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό (61%) ήταν έγγαμοι, το 22% αφορούσε άγαμους ασθενείς και το υπόλοιπο 16% αντιστοιχούσε σε χήρους και διαζευγμένους.

Αναφορικά με το μορφωτικό επίπεδο των ασθενών παρατηρείται ότι το 76,5% αφορούσε σε ασθενείς που δεν γνώριζαν γραφή και ανάγνωση μέχρι και αποφοίτους λυκείου. Οι πτυχιούχοι αντιστοιχούσαν στο 23,5% των ασθενών του δείγματος που μελετήθηκε.

Πίνακας: 5.2, Ασφαλιστικά χαρακτηριστικά.		
ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΥΓΕΙΑΣ	N	%
Χωρίς ασφάλιση	37	7,4
Κάτοχος βιβλιαρίου απορίας	27	5,4
Κρατικός φορέας ασφάλισης	388	77,1
Ιδιωτική ασφάλιση	18	3,6
Κάτοχος κρατικής & ιδιωτικής ασφάλισης	28	5,6
Άλλο	2	0,4
Σύνολο	500	100,0
ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΣΕ ΚΡΑΤΙΚΟ ΦΟΡΕΑ	N	%
ΙΚΑ	108	27,8
ΟΑΕΕ	71	18,3
Δημόσιο (ΟΠΑΔ)	107	27,6
ΟΓΑ	85	21,9
NAT	9	2,3
Άλλος κρατικός φορέας	5	1,3
Σύνολο	385	100,0

Για τα ασφαλιστικά χαρακτηριστικά του δείγματος που περιγράφονται στον πίνακα 5.2, παρατηρείται ότι το 77,1 %, δηλαδή οι οκτώ στους δέκα, καλύπτονται από κρατικό φορέα ασφάλισης. Το 3,6% είχαν ιδιωτική ασφάλιση, το 7,4% ήταν ανασφάλιστοι και ένα 5,4%

είχαν βιβλιάριο απορίας. Σε σχέση με την κρατική ασφάλιση, το 27,8% καλύπτονται από το ΙΚΑ και το 27,6% από το Δημόσιο (ΟΠΑΔ). Το ΟΓΑ κάλυπτε το 21,9% των ασφαλισμένων –δύο στους δέκα – ενώ ο ΟΑΕΕ το 18,3% του δείγματος. Το υπόλοιπο ποσοστό (3,6%) καλύπτεται από άλλους φορείς. Επομένως το δείγμα μας καλύπτεται ασφαλιστικά κατά 77,1% από κρατικούς φορείς ενώ το 55,4% δηλαδή οι τρεις στους δέκα ασφαλισμένους είχαν ΙΚΑ και Δημόσιο.

Πίνακας: 5.3, Κλινικά χαρακτηριστικά.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	N	%
Παθολογική	132	26,4
Γενική Χειρουργική	104	20,8
Μαιευτική	62	12,4
Ορθοπεδική	90	18
Οφθαλμολογική	13	2,6
Άλλη	99	19,8
Σύνολο	500	100,0
ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	N	%
Έως 4 ημέρες	269	53,7
5-9 ημέρες	152	30,3
10-14 ημέρες	54	10,8
> 15 ημέρες	26	5,2
Σύνολο	501	100,0

Σύμφωνα με τα στοιχεία του δείγματος (πίνακας 5.3), το 26,4% των ασθενών νοσηλεύτηκαν στη Παθολογική κλινική, το 20,8% νοσηλεύτηκε στη Χειρουργική κλινική, ενώ ένα 18% του δείγματος στην Ορθοπεδική. Όσον αφορά τη διάρκεια νοσηλείας των ασθενών, το 53,7% (δηλαδή περίπου ένας στους δύο ασθενείς) νοσηλεύτηκε έως 4 μέρες. Το 30,3%, περίπου τρεις στους δέκα ασθενείς, παρέμεινε στο νοσοκομείο από 5-9 μέρες, το 10,8% από 10-14 μέρες ενώ πάνω από 15 μέρες νοσηλεύτηκε το 5,2% των ερωτηθέντων ασθενών. Συνεπώς το δείγμα προέρχεται από νοσηλεία κυρίως σε Παθολογική, Χειρουργική και Ορθοπεδική κλινική, με διάρκεια νοσηλείας για το μεγαλύτερο ποσοστό έως 4 ημέρες.

5.2. Ανησυχίες ασθενών για τις προσφερόμενες υπηρεσίες.

Από την ανάλυση των δεδομένων που αφορούν στις ανησυχίες των ασθενών για τις προσφερόμενες υπηρεσίες (πίνακας 5.4), οι ασθενείς του δείγματος αναφέρουν πως κατά την εισαγωγή τους στην κλινική το 43,6%, δηλαδή περισσότεροι από

Πίνακας: 5.4, Ανησυχίες ασθενών για τις προσφερόμενες υπηρεσίες.

ΠΡΩΤΗ ΣΥΝΑΝΤΗΣΗ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ		
	N	%
Νοσηλεύτρια	259	31,8
Ιατρός υπηρεσίας	218	43,6
Άλλος	0	0
Κανένας	23	4,6
Σύνολο	500	100,0

ΕΠΙΛΟΓΗ ΓΙΑΤΡΟΥ Η΄ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΙΣΑΓΩΓΗ		
	N	%
Ναι	146	29,5
Όχι	346	70,5
Σύνολο	495	100,0

ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΑ ΑΛΛΑΓΗΣ ΙΑΤΡΟΥ Ή ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ		
	N	%
Δεν θέλησα να αλλάξω	359	72,7
Η επιθυμία μου έγινε αποδεκτή	37	7,5
Με άκουσαν αλλά δεν ικανοποίησαν την επιθυμία μου	12	2,4
Δεν μπόρεσα να βρώ αρμόδιο	15	3
Δεν εξέφρασα την επιθυμία μου	71	14,4
Σύνολο	494	100,0

ΑΠΟΡΡΙΨΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΣΧΕΤΙΚΗΣ ΜΕ ΤΗΝ ΑΣΘΕΝΕΙΑ		
	N	%
Ναι	72	14,8
Όχι	415	85,2
Σύνολο	487	100,0

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ ΑΠΟΡΡΙΨΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ		
	N	%
Μου εξήγησαν την σημασία της θεραπείας και της διαδικασίας και μου πρότειναν να το ξανασκεφτώ	52	75,5
Συνέχισαν τη θεραπεία χωρίς τη συγκατάθεσή μου	10	14,7
Μου είπαν ότι αν απορρίψω την θεραπεία θα έπαιρνα αυτόματα εξιτήριο από το Νοσοκομείο	5	7,3
Μου έδωσαν εξιτήριο χωρίς καμιά εξήγηση	1	1,5
Σύνολο	68	100,0

Πίνακας: 5.4, ... συνέχεια.

ΠΑΡΟΧΗ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΩΝ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟ ΚΟΣΤΟΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ		
	N	%
Ναι	180	36,9
Όχι	308	63,1
Σύνολο	488	100,0
ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΕ ΠΕΙΡΑΜΑΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ		
	N	%
Ναι, και μου έδωσαν πληροφορίες σχετικές με την έρευνα	32	6,5
Ναι, αλλά δεν μου έδωσαν περαιτέρω πληροφόρηση	29	5,8
Όχι	436	87,7
Σύνολο	495	100,0

τέσσερις στους δέκα ασθενείς, συνάντησαν πρώτα τον ιατρό υπηρεσίας ενώ το 31,8% συνάντησε τη νοσηλεύτρια.

Επίσης αναφέρουν ότι κατά την εισαγωγή τους, τους δόθηκε η δυνατότητα να επιλέξουν το γιατρό και τη νοσηλεύτρια τους σε ποσοστό 29,5% ενώ επτά στους δέκα ασθενείς, δεν είχαν αυτή τη δυνατότητα. Κατά τη νοσηλεία τους, το 72,7%, οι επτά στους δέκα ερωτηθέντες, δεν θέλησαν να αλλάξουν ιατρό ή νοσηλεύτρια αν και τους δόθηκε η ευκαιρία να αλλάξουν. Στο 7,5% των ερωτηθέντων η επιθυμία αλλαγής έγινε αποδεκτή ενώ το 14,4% δεν εξέφρασε επιθυμία. Μόλις το 3% αναφέρει ότι δεν μπόρεσε να βρει τον αρμόδιο ενώ στο 2,4% ενώ άκουσαν την επιθυμία τους, δεν την ικανοποίησαν.

Στο ερώτημα εάν απέρριψαν την προτεινόμενη θεραπεία, το 85,8% απάντησε αρνητικά, ενώ το 14,8% απάντησε θετικά ότι δηλαδή δεν δέχθηκε τη θεραπεία που του πρότειναν. Από όσους ασθενείς απέρριψαν τη θεραπεία, το 76,5% αναφέρουν ότι τους εξήγησαν τη σημασία της θεραπείας και της διαδικασίας και τους πρότειναν να το ξανασκεφτούν ενώ στο 14,7% συνέχισαν τη θεραπεία χωρίς τη συγκατάθεση τους. Στο 7,3% τους είπαν ότι αν απέρριπταν τη θεραπεία θα έπαιρναν αυτόματα εξιτήριο από το Νοσοκομείο και στο 1,5% έδωσαν εξιτήριο χωρίς καμία εξήγηση.

Σε σχέση με την πληροφόρηση που είχαν όσο αφορά το κόστος της θεραπείας τους, το 63,1% απάντησε αρνητικά και μόνο το 3,9% έλαβε πληροφορίες. Στην ερώτηση: «Όταν νοσηλεύσασταν σας ζητήθηκε να συμμετάσχετε σε κάποια πειραματική θεραπεία που διεξαγόταν από το Νοσοκομείο» το 87,7%, δηλαδή οι εννιά στους δέκα απάντησαν αρνητικά, το 6,5% απάντησε θετικά και πήρε πληροφορίες σχετικά με την έρευνα και το 5,8% απάντησε θετικά αλλά δεν πήρε καμία περαιτέρω πληροφορία.

Άρα, οι ασθενείς κατά την εισαγωγή τους στο Νοσοκομείο, συναντούν κυρίως τον ιατρό υπηρεσίας ενώ επτά περίπου στους δέκα δεν αλλάζουν ιατρό ή νοσηλεύτρια. Στο θέμα δε της θεραπείας τους, το 85,8% δεν απορρίπτουν την προτεινόμενη θεραπεία και από αυτούς που δεν τη δέχθηκαν στους τρεις στους τέσσερις ζητήθηκε να το ξανασκεφτούν αφού τους εξήγησαν τη σημασία της θεραπείας και της διαδικασίας. Παράλληλα έξι στους δέκα δεν γνωρίζουν το κόστος της θεραπείας τους κατά την εισαγωγή τους στο νοσοκομείο, ενώ μόνο το 6,5% είχε πληροφορίες σχετικά με πειραματική θεραπεία που τους προτάθηκε και σε εννέα στους δέκα δεν προτάθηκε η συμμετοχή τους σε κάποια τέτοια θεραπεία.

5.3. Τύπος πληροφόρησης που παρέχεται στους ασθενείς.

Οι αναλύσεις των στοιχείων που αφορούν στον τύπο πληροφόρησης που παρέχεται στους ασθενείς αποτυπώνονται αναλυτικά στον πίνακα 5.5. Συγκεκριμένα, για το αν ενημερώθηκαν κατά την εισαγωγή τους στην κλινική, σχετικά με τον κανονισμό του Νοσοκομείου (π.χ. ωράριο επισκέψεων, ώρες σίτισης κ.ά.), το 62,9%, οι έξι στους δέκα, απάντησαν θετικά, ενώ το 37,1% αρνητικά. Μάλιστα το 51,3%, δηλαδή περισσότεροι από ένας στους δύο, όσων πληροφορήθηκαν, ενημερώθηκαν από τη νοσηλεύτρια υπηρεσίας. Το 33,8% διάβασε τον κανονισμό, ο οποίος ήταν αναρτημένος σε κάποιο χώρο, το 10,5% ενημερώθηκε από τον ιατρό υπηρεσίας ενώ το 4,6% ενημερώθηκε με κάποιον άλλο τρόπο. Οι ασθενείς του δείγματος μας σε ερώτηση σχετικά με το αν τους δόθηκαν, μετά την εισαγωγή τους, πληροφορίες όσον αφορά την ασθένεια τους, τη θεραπεία της και τις σχετικές θεραπευτικές διαδικασίες, απάντησαν θετικά –ότι τους δόθηκε πλήρης ενημέρωση– κατά 53% (δηλαδή περισσότεροι από ένας στους δύο). Το 23,8% απάντησε θετικά, αλλά η ενημέρωση περιορίστηκε αποκλειστικά στη θεραπεία. Το 16,7% των ερωτηθέντων απάντησε ότι ενημερώθηκε αλλά δεν κατάλαβε και το 6,5% δεν έλαβε καμία ενημέρωση.

Πίνακας: 5.5, Πληροφόρηση που παρέχεται στους ασθενείς.

ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΑΝΟΝΙΣΜΟ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΙΣΑΓΩΓΗ		
	N	%
Ναι	309	62,9
Όχι	182	37,1
Σύνολο	491	100,0
ΤΡΟΠΟΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗΣ		
	N	%
Νοσηλεύτρια υπηρεσίας	155	51,3
Ιατρός Υπηρεσίας	32	10,5
Ανάγνωση αναρτημένου κανονισμού λειτουργίας	102	33,8
Άλλο τρόπο	14	4,4
Σύνολο	302	100,0
ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΑΣΘΕΝΕΙΑ, ΤΗΝ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΙ ΤΙΣ ΣΧΕΤΙΚΕΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ		
	N	%
Ναι, μου εδόθη πλήρης ενημέρωση	261	53
Ναι, αλλά η ενημέρωση περιορίστηκε αποκλειστικά στη θεραπεία	117	23,8
Ενημερώθηκα για όλες τις διαδικασίες αλλά δεν κατάλαβα	82	16,7
Δεν έλαβα καμμία ενημέρωση	32	6,5
Σύνολο	492	100,0
ΠΗΓΗ ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗΣ		
	N	%
Νοσηλεύτρια	79	17
Ιατρός υπηρεσίας	145	31,2
Ο ιατρός μου	236	50,9
Άλλος	4	0,9
Σύνολο	464	100,0
ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΗ ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΙΣ ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ		
	N	%
Ναι	297	61,4
Όχι	187	38,6
Σύνολο	484	100,0

Πίνακας: 5.5, ... συνέχεια.

ΑΝ ΝΑΙ, ΠΑΡΑΣΧΕΘΗΚΑΝ ΟΙ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΠΟΥ ΖΗΤΗΘΗΚΑΝ;		
	N	%
Ναι	244	84,1
Όχι	46	15,9
Σύνολο	290	100,0

ΤΗΡΗΘΗΚΕ Η ΕΜΠΙΣΤΕΥΤΙΚΟΤΗΤΑ (ΤΟ ΑΠΟΡΡΗΤΟ) ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΔΙΑΜΟΝΗ ΣΑΣ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ;		
	N	%
Ναι, πάντα	356	73,9
Ναι, μερικές φορές	103	21,4
Όχι	23	4,8
Σύνολο	482	100,0

ΣΑΣ ΕΔΟΘΗ ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΑΓΩΓΗ ΠΟΥ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΑΚΟΛΟΥΘΗΣΕΤΕ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ, ΠΡΟ ΤΗΣ ΕΞΟΔΟΥ ΑΠΟ ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ;		
	N	%
Μου εδόθησαν όλες οι πληροφορίες που χρειάζομαι	369	75,3
Πληροφορήθηκα μόνο την ημερομηνία επανεξέτασης	98	20
Δεν έλαβα καμία πληροφόρηση	23	4,7
Σύνολο	482	100,0

ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΠΩΣ ΘΑ ΕΠΡΕΠΕ ΝΑ ΕΙΧΑΤΕ ΛΑΒΕΙ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΗ ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗ;		
	N	%
Ναι	194	39,9
Όχι	292	61,1
Σύνολο	486	100,0

ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΕΞΟΔΟ, ΣΑΣ ΕΔΟΘΗΣΑΝ ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΜΕ ΤΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΕΠΕΙΓΟΥΣΑΣ ΑΝΑΓΚΗΣ;		
	N	%
Μου εδόθησαν όλες οι πληροφορίες που χρειάζομαι	282	58,6
Έλαβα πληροφόρηση που περιοριζόταν στην χρήση των φαρμάκων	121	25,2
Πληροφορήθηκα μόνο την ημερομηνία επανεξέτασης	49	10,2
Δεν έλαβα καμία πληροφόρηση	29	6
Σύνολο	481	100,0

Στο δείγμα, και σε ερώτηση από πού έλαβαν την παραπάνω ενημέρωση, περίπου ένας στους δύο απάντησαν ότι την έλαβαν από τον ιατρό τους, το 31,2% από τον ιατρό υπηρεσίας, το 17% από τη νοσηλεύτρια ενώ το 0,9% από κάποιον άλλο.

Το 61,4% των ασθενών, δηλαδή οι έξι στους δέκα, είπαν ότι, κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους, ζήτησαν περισσότερη πληροφόρηση σχετικά με τις ιατρικές διαδικασίες ενώ το 38,6% δεν ζήτησε περισσότερη πληροφόρηση σχετικά με αυτές. Από αυτούς που ζήτησαν περισσότερη πληροφόρηση σχετικά με τις ιατρικές διαδικασίες, το 84,1% απάντησε ότι τους δόθηκαν οι πληροφορίες που ζήτησαν ενώ το 15,9% δεν έλαβαν τη ζητούμενη πληροφόρηση. Οι ασθενείς ερωτήθηκαν εάν κατά τη διαμονή τους στο νοσοκομείο τηρήθηκε το απόρρητο. Το 73,9% απάντησε θετικά, το 21,4%, δηλαδή οι δύο στους δέκα, απάντησαν θετικά αλλά όχι όλες τις φορές ενώ το 4,8%, περίπου ένας στους ενενήντα, απάντησαν αρνητικά.

Σχετικά με το αν έλαβαν ενημερωτικό σημείωμα προ της εξόδου από το νοσοκομείο που να αφορά την αγωγή που πρέπει να ακολουθήσουν στο σπίτι, το 75,3% των ασθενών, δηλαδή οι 3 στους 4 απάντησαν θετικά, το 20% απάντησε ότι πληροφορήθηκε μόνο για την ημερομηνία επανεξέτασης ενώ το 4,7% απάντησε ότι δεν έλαβε καμία πληροφορία. Σε ερώτηση εάν θα έπρεπε να είχαν περισσότερη πληροφόρηση, το 39,9% απάντησε θετικά ενώ το 61,1% απάντησε αρνητικά. Οι ασθενείς του δείγματος μας ερωτήθηκαν για το αν προ της εξόδου τους από το Νοσοκομείο τους δόθηκαν οδηγίες σχετικά με το πώς μπορούν να επικοινωνήσουν με το προσωπικό του Νοσοκομείου σε περίπτωση που παρουσιαστεί κάποια επείγουσα ανάγκη για ιατρική φροντίδα. Το 58,6% απάντησε ότι του δόθηκαν όλες οι πληροφορίες που χρειαζόταν, το 25,2% απάντησε ότι έλαβε πληροφόρηση που περιοριζόταν στη χρήση των φαρμάκων, το 10,2% απάντησε ότι πληροφορήθηκε μόνο για την ημερομηνία επανεξέτασης ενώ το 6% δεν έλαβε καμία πληροφόρηση.

5.4. Θεσπισμένα Δικαιώματα και Υποχρεώσεις Νοσηλευομένων.

Η ανάλυση των δεδομένων που αφορούν στα θεσπισμένα δικαιώματα και στις υποχρεώσεις των νοσηλευομένων αφορά στην ανάλυση της γνώσης των θεσπισμένων δικαιωμάτων, στην ανάλυση της γνώσης των υποχρεώσεων των ασθενών καθώς και στην ανάλυση των πηγών πληροφόρησης για τα δικαιώματα των ασθενών στο Νοσοκομείο. Όσον αφορά τη γνώση των δικαιωμάτων κατά την εισαγωγή τους στο Νοσοκομείο που περιγράφονται στον πίνακα 5.6. παρατηρείται ότι το 66,3% των ασθενών είχαν γνώση των δικαιωμάτων τους, δηλαδή οι δύο

στους τρεις, ενώ το 33,7% δηλαδή ο ένας στους τέσσερις δεν τα γνώριζε. Άρα το μεγαλύτερο μέρος των ερωτηθέντων ασθενών και συγκεκριμένα οι δύο στους τρεις γνωρίζουν κατά την εισαγωγή τους στο Νοσοκομείο τα δικαιώματά τους.

Πίνακας 5.6, Γνώση δικαιωμάτων κατά την εισαγωγή στο Νοσοκομείο.

ΓΝΩΣΗ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΩΝ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΙΣΑΓΩΓΗ		
	N	%
Ναι	317	66,3
Όχι	161	33,7
Σύνολο	478	100,0

Οι ασθενείς του δείγματος απαντούν για τη γνώση των θεσπισμένων δικαιωμάτων που είχαν κατά την εισαγωγή τους στο νοσοκομείο (πίνακας 5.7). Εδώ, το 83,3% των ερωτηθέντων απάντησαν ότι γνώριζαν ότι *«όλοι οι ασθενείς έχουν δικαίωμα να απολαμβάνουν την ίδια ιατρική, νοσηλευτική και άλλη φροντίδα στο Νοσοκομείο»* ενώ το 79,1% των ερωτηθέντων του δείγματος μας γνώριζε ότι *«ο ασθενής έχει το δικαίωμα του σεβασμού του προσώπου και της ανθρώπινης αξιοπρέπειάς του»*. Σε ένα μεγάλο ποσοστό, 78,5%, οι ερωτηθέντες ήξεραν ότι *«Ο ασθενής έχει το δικαίωμα να ζητήσει ενημέρωση σε ότι αφορά την κατάσταση της υγείας του»* και κατά 77,5% γνώριζαν πως *«Ο ασθενής έχει το δικαίωμα επισκεπτηρίου, στις προκαθορισμένες από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης ώρες, συγγενών ή φίλων του»*.

Οι ερωτηθέντες κατά 73,4% γνώριζαν πως *«Ο ασθενής έχει δικαίωμα να δωρίσει όργανο του σώματός του για θεραπευτικούς σκοπούς σύμφωνα με τις ισχύουσες διατάξεις, υπογράφοντας σχετική δήλωση συγκατάθεσης»* ενώ το 71% από αυτούς ήξερε ότι *«Ο ασθενής έχει δικαίωμα προστασίας της ιδιωτικής του ζωής. Γι' αυτό, κάθε στοιχείο ή έγγραφο του φακέλου του θα πρέπει να είναι απόλυτα εγγυημένο ως προς τη φύλαξή του, καθώς ισχύει για αυτά το ιατρικό απόρρητο προς κάθε τρίτο»*. Ένα ποσοστό της τάξεως του 70,6% του δείγματος γνώριζε ότι *«Ο ασθενής έχει το δικαίωμα να συγκατατεθεί ή να αρνηθεί κάθε διαγνωστική ή θεραπευτική πράξη που πρόκειται να διενεργηθεί σ' αυτόν»* και το 70,4% είχε υπόψη του ότι *«Ο ασθενής έχει δικαίωμα για οποιοδήποτε λόγο, ο οποίος ανάγεται στον ίδιο, να ζητήσει από τον*

Πίνακας 5.7, Γνώση θεσπισμένων δικαιωμάτων.

ΘΕΣΠΙΣΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ		
	N	%
Όλοι οι ασθενείς έχουν δικαίωμα να απολαμβάνουν την ίδια ιατρική, νοσηλευτική και άλλη φροντίδα στο Νοσοκομείο.	419	83,3
Ο ασθενής έχει δικαίωμα πρόσβασης στις Υπηρεσίες του Νοσοκομείου, οι οποίες είναι απόλυτα ενδεδειγμένες για τη φύση της ασθένειάς του.	317	63
Ο ασθενής έχει το δικαίωμα του σεβασμού του προσώπου και της ανθρώπινης αξιοπρέπειάς του.	398	79,1
Ο ασθενής, ανάλογα με τις προϋποθέσεις που θέτει ο ασφαλιστικός του οργανισμός, δικαιούται και την αντίστοιχη κατηγορία κλίνης στο Νοσοκομείο, με την κατάλληλη διαμονή, την κατάλληλη μεταχείριση και την αποτελεσματική διοικητική και τεχνική εξυπηρέτηση.	323	64,2
Ο ασθενής έχει το δικαίωμα να συγκατατεθεί ή να αρνηθεί κάθε διαγνωστική ή θεραπευτική πράξη που πρόκειται να διενεργηθεί σ' αυτόν.	355	70,6
Ο ασθενής έχει το δικαίωμα να ζητήσει ενημέρωση σε ότι αφορά την κατάσταση της υγείας του.	395	78,5
Ο ασθενής έχει το δικαίωμα να ζητήσει τη σύγκλιση ιατρικού συμβουλίου, προκειμένου να εξεταστεί η περαιτέρω κατάσταση της υγείας του και κυρίως επί σοβαρών περιπτώσεων ασθενειών.	317	63
Ο ασθενής έχει δικαίωμα σεβασμού και αναγνώρισης σ' αυτόν των θρησκευτικών και ιδεολογικών πεποιθήσεών του.	303	60,2
Ο ασθενής έχει δικαίωμα να ζητήσει την προσέλευση συμβολαιογράφου ή άλλου δημόσιου λειτουργού προς τακτοποίηση οποιασδήποτε υπόθεσής του.	241	47,9
Ο ασθενής έχει το δικαίωμα επισκεπτηρίου, στις προκαθορισμένες από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης ώρες, συγγενών ή φίλων του.	390	77,5

Πίνακας 5.7, ... συνέχεια.

ΘΕΣΠΙΣΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ		
	N	%
Ο ασθενής ή ο εκπρόσωπος του σε περίπτωση ανικανότητάς του, έχει το δικαίωμα να ενημερωθεί πλήρως και εκ των προτέρων για τους κινδύνους που ενδέχεται να παρουσιαστούν ή να προκύψουν από την εφαρμογή σε αυτόν μη συνηθισμένων ή πειραματικών διαγνωστικών και θεραπευτικών πράξεων. Η εκτέλεση των πράξεων αυτών γίνεται στον ασθενή μετά από συγκατάθεσή του, η οποία μπορεί να ανακληθεί από τον ίδιο ανά πάσα στιγμή.	320	63,6
Ο ασθενής πρέπει να αισθάνεται πλήρως ελεύθερος στην απόφασή του να δεχθεί ή να απορρίψει κάθε συνεργασία του, που αποβλέπει σε ερευνητικούς ή εκπαιδευτικούς σκοπούς. Η συναίνεσή του αυτή για τη συνεργασία του μπορεί να ανακληθεί ανά πάσα στιγμή.	337	67
Ο ασθενής έχει δικαίωμα προστασίας της ιδιωτικής του ζωής. Γ' αυτό, κάθε στοιχείο ή έγγραφο του φακέλου του θα πρέπει να είναι απόλυτα εγγυημένο ως προς τη φύλαξή του, καθώς ισχύει για αυτά το ιατρικό απόρρητο προς κάθε τρίτο.	357	71
Ο ασθενής έχει δικαίωμα εγγράφως ή προφορικώς να διαμαρτυρηθεί ή να καταθέσει ενστάσεις και ακολούθως να λάβει γνώση των επ' αυτών ενεργειών και αποτελεσμάτων.	328	65,2
Ο ασθενής έχει δικαίωμα για οποιοδήποτε λόγο, ο οποίος ανάγεται στον ίδιο, να ζητήσει από τον θεράποντα ιατρό του να εξέλθει του Νοσοκομείου, διακόπτοντας τη θεραπεία της νόσου για την οποία εισήχθη αφού υπογράψει στο βιβλίο νοσηλείας ότι εξέρχεται οικειοθελώς και με δική του αποκλειστικά ευθύνη.	354	70,4
Ο ασθενής έχει δικαίωμα να δωρίσει όργανο του σώματός του για θεραπευτικούς σκοπούς σύμφωνα με τις ισχύουσες διατάξεις, υπογράφοντας σχετική δήλωση συγκατάθεσης.	369	73,4
Ο ασθενής έχει δικαίωμα να δώσει τη σορό του μετά θάνατο για εκπαιδευτικούς ή ερευνητικούς σκοπούς, υπογράφοντας σχετική προς τούτο δήλωση.	304	60,4

θεράποντα ιατρό του να εξέλθει του Νοσοκομείου, διακόπτοντας τη θεραπεία της νόσου για την οποία εισήχθη αφού υπογράψει στο βιβλίο νοσηλείας ότι εξέρχεται οικειοθελώς και με δική του αποκλειστικά ευθύνη». Ένα μικρότερο ποσοστό, 67% των ερωτηθέντων, απάντησε καταφατικά ότι γνώριζε πως «Ο ασθενής πρέπει να αισθάνεται πλήρως ελεύθερος στην απόφασή του να δεχθεί ή να απορρίψει κάθε συνεργασία του, που αποβλέπει σε ερευνητικούς ή εκπαιδευτικούς σκοπούς. Η συναίνεσή του αυτή για τη συνεργασία του μπορεί να ανακληθεί ανά πάσα στιγμή» ενώ ακόμα λιγότεροι, το 65,2% των ερωτηθέντων, ήξεραν ότι «Ο ασθενής έχει δικαίωμα εγγράφως ή προφορικώς να διαμαρτυρηθεί ή να καταθέσει ενστάσεις και ακολούθως να λάβει γνώση των επ' αυτών ενεργειών και αποτελεσμάτων».

Οι ασθενείς του δείγματος ήταν κατά 64,2% ενήμεροι ότι «Ο ασθενής, ανάλογα με τις προϋποθέσεις που θέτει ο ασφαλιστικός του οργανισμός, δικαιούται και την αντίστοιχη κατηγορία κλίνης στο Νοσοκομείο, με την κατάλληλη διαμονή, την κατάλληλη μεταχείριση και την αποτελεσματική διοικητική και τεχνική εξυπηρέτηση» και κατά 63,6% ενήμεροι ότι «Ο ασθενής ή ο εκπρόσωπος του σε περίπτωση ανικανότητάς του, έχει το δικαίωμα να ενημερωθεί πλήρως και εκ των προτέρων για τους κινδύνους που ενδέχεται να παρουσιαστούν ή να προκύψουν από την εφαρμογή σε αυτόν μη συνηθισμένων ή πειραματικών διαγνωστικών και θεραπευτικών πράξεων. Η εκτέλεση των πράξεων αυτών γίνεται στον ασθενή μετά από συγκατάθεσή του, η οποία μπορεί να ανακληθεί από τον ίδιο ανά πάσα στιγμή».

Φαίνεται από τα αποτελέσματα πως οι ερωτηθέντες κατά 63% γνώριζαν τόσο ότι «ο ασθενής έχει δικαίωμα πρόσβασης στις Υπηρεσίες του Νοσοκομείου, οι οποίες είναι απόλυτα ενδεδειγμένες για τη φύση της ασθένειάς του» όσο και πως «Ο ασθενής έχει το δικαίωμα να ζητήσει τη σύγκλιση ιατρικού συμβουλίου, προκειμένου να εξεταστεί η περαιτέρω κατάσταση της υγείας του και κυρίως επί σοβαρών περιπτώσεων ασθενειών» ενώ το 60,4% απάντησε θετικά ότι ήξερε πως «Ο ασθενής έχει δικαίωμα να δώσει τη σορό του μετά θάνατο για εκπαιδευτικούς ή ερευνητικούς σκοπούς, υπογράφοντας σχετική προς τούτο δήλωση».

Το 60,2% των ασθενών του δείγματός μας γνώριζε ότι «Ο ασθενής έχει δικαίωμα σεβασμού και αναγνώρισης σ' αυτόν των θρησκευτικών και ιδεολογικών πεποιθήσεών του». Τέλος, στην ερώτηση εάν γνωρίζουν ότι «Ο ασθενής έχει δικαίωμα να ζητήσει την προσέλευση συμβολαιογράφου ή άλλου δημόσιου λειτουργού προς τακτοποίηση οποιασδήποτε υπόθεσής του» μόνο ένα ποσοστό 47,9% απάντησε καταφατικά.

Προκύπτει επομένως από τους ασθενείς του δείγματος μας και αναφορικά με τη γνώση τους στα θεσπισμένα δικαιώματά τους ότι το 83,3% απάντησε θετικά στο ότι «όλοι οι ασθενείς έχουν δικαίωμα να απολαμβάνουν την ίδια ιατρική, νοσηλευτική και άλλη φροντίδα στο Νοσοκομείο» και το 79,1% των ερωτηθέντων ότι «ο ασθενής έχει το δικαίωμα του σεβασμού του προσώπου και της ανθρώπινης αξιοπρέπειάς του». Ενώ μόλις το 47,9% ήξερε ότι «ο ασθενής έχει δικαίωμα να ζητήσει την προσέλευση συμβολαιογράφου ή άλλου δημόσιου λειτουργού προς τακτοποίηση οποιασδήποτε υπόθεσής του» και το 60,2% των ερωτηθέντων ότι «ο ασθενής έχει δικαίωμα σεβασμού και αναγνώρισης σ' αυτόν των θρησκευτικών και ιδεολογικών πεποιθήσεών του».

Πίνακας 5.8, Γνώση υποχρεώσεων ασθενούς.

ΓΝΩΣΗ ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΩΝ ΑΣΘΕΝΟΥΣ		
	N	%
Συμμόρφωση με τον κανονισμό του νοσοκομείου, αναλυτική παρουσίαση βασικών υποχρεώσεων	452	89,9
Υποχρέωση παραμονής εντός Νοσοκομείου	423	84,1
Υποχρέωση δήλωσης ασφαλιστικού φορέα ή κατοβολής νοσηλείων	383	76,1
Υποχρέωση συμμόρφωσης με ιατρικές οδηγίες, φαρμακευτική αγωγή	423	84,1
Υποχρέωση διατροφής αποκλειστικά από την παρεχόμενη από το Νοσοκομείο τροφή	391	77,7
Υποχρέωση για παράδοση στον ιατρό της αρμόδιας κλινικής πλήρους ιατρικού ιστορικού	381	75,7
Υποχρέωση υπογραφής δήλωσης συγκατάθεσης προ γενικής ή ολικής ναρκώσεως	316	63,2

Στον πίνακα 5.8 αποτυπώνονται αναλυτικά οι απαντήσεις για το αν γνώριζαν τις υποχρεώσεις που είχαν κατά την εισαγωγή τους στο νοσοκομείο. Αρχικά στην ερώτηση εάν γνώριζαν ότι «ο ασθενής υποχρεούται να πειθαρχεί και να εφαρμόζει τον Κανονισμό του Νοσοκομείου, όπου νοσηλεύεται», η οποία περιελάμβανε αναλυτικότερα 6 βασικές υποχρεώσεις που περιλαμβάνονται στον κανονισμό, το 89,9% του δείγματος απάντησε θετικά. Επιπλέον το 84,1% γνώριζε ότι «ο ασθενής υποχρεούται να παραμείνει εντός του Νοσοκομείου καθόλη τη διάρκεια της Νοσηλείας του και μόνον όταν ειδικοί λόγοι επιβάλλουν την προσωρινή έξοδο του από αυτό και εφόσον το επιτρέπει η κατάσταση της υγείας του, μπορεί να ζητήσει άδεια από τον

Διευθυντή Ιατρό της Κλινικής όπου νοσηλεύεται, ή από το νόμιμο αναπληρωτή του», στο ίδιο ποσοστό γνώριζαν επίσης ότι «ο ασθενής υποχρεούται να εφαρμόζει τις εντολές των ιατρών του και να εκτελεί πιστά τη φαρμακευτική αγωγή».

Το 77,7% των ερωτηθέντων γνώριζε ότι «ο ασθενής υποχρεούται να λαμβάνει την παρεχόμενη από το Νοσοκομείο τροφή, απαγορευόμενης της λήψης από αυτόν κάθε άλλης τροφής που προσφέρεται σε αυτόν από τους οικείους του, προς αποφυγή αλλοίωσης του διαιτολογίου του, το οποίο καθορίζεται από τον θεράποντα ιατρό». Στο ερώτημα εάν ήξεραν ότι «ο ασθενής υποχρεούται ευθύς μετά την είσοδο του στο Νοσοκομείο, να δηλώσει στο Τμήμα Κίνησης Ασθενών, διαμέσου της Προϊσταμένης της Κλινικής όπου νοσηλεύεται, τον ασφαλιστικό του φορέα (εφόσον είναι ασφαλισμένος) ή ότι θα καταβάλλει ο ίδιος όλες τις δαπάνες νοσηλείας του» απάντησε καταφατικά το 76,1% των ερωτηθέντων.

Το 75,7% του δείγματός μας απάντησε πως γνώριζαν ότι «ο ασθενής οφείλει, ευθύς μετά την εισαγωγή του στο Νοσοκομείο, να δώσει στον αρμόδιο Ιατρό της Κλινικής όπου θα νοσηλευτεί πλήρες ιστορικό της ασθένειάς του» ενώ το 63,2% γνώριζε ότι «ο ασθενής έχει υποχρέωση, σε περίπτωση που του χορηγηθεί γενική ή ολική νάρκωση για την πραγματοποίηση χειρουργικής επέμβασης, να υπογράψει γραπτή δήλωση συγκατάθεσης προς τούτο».

Από τις απαντήσεις των ασθενών του δείγματος σε ερώτηση για τις γνώσεις τους αναφορικά με τις υποχρεώσεις τους στο νοσοκομείο προκύπτει ότι σε ποσοστό 89,9% γνώριζαν πως «ο ασθενής υποχρεούται να πειθαρχεί και να εφαρμόζει τον Κανονισμό του Νοσοκομείου, όπου νοσηλεύεται. Αναλυτικά: απαγορεύεται να καπνίζει εντός του Νοσοκομείου, να παίζει τυχερά παιχνίδια, να θορυβεί ή να κάνει χρήση μουσικών οργάνων, να κάνει χρήση οινοπνευματωδών ποτών, να εισέρχεται στα γραφεία των ιατρών ή άλλων Υπηρεσιών του Νοσοκομείου, στους βοηθητικούς χώρους όπου δεν έχει εντολή να μεταβεί ή σε άλλους θαλάμους νοσηλείας, απαγορεύεται να συμπεριφέρεται απρεπώς στο ιατρικό, νοσηλευτικό και λοιπό προσωπικό του Νοσοκομείου» ενώ το 63,2% του δείγματος γνώριζε ότι «ο ασθενής έχει υποχρέωση, σε περίπτωση που του χορηγηθεί γενική ή ολική νάρκωση για την πραγματοποίηση χειρουργικής επέμβασης, να υπογράψει γραπτή δήλωση συγκατάθεσης προς τούτο».

Σύμφωνα με τις αναλύσεις των δεδομένων, κυριότερη πηγή πληροφόρησης για τα δικαιώματα των ασθενών στο Νοσοκομείο, αποτελεί το προσωπικό του Νοσοκομείου από το οποίο ενημερώνονται οι νοσηλευόμενοι ασθενείς σε ποσοστό 38,1%, δηλαδή οι τέσσερις

στους δέκα. Σπουδαίες πηγές πληροφόρησης, σύμφωνα με τις απαντήσεις των ερωτηθέντων, αποτελούν τα ΜΜΕ κατά 22,5%, και προηγούμενοι ασθενείς κατά 23,2%. Τα ενημερωτικά φυλλάδια του Νοσοκομείου αποτέλεσαν πηγή πληροφόρησης για το 13,2% των ερωτηθέντων ενώ το 2% ενημερώθηκαν από άλλη πηγή και μόλις το 1% από το σχολείο (πίνακας 5.9).

ΠΗΓΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗΣ	N	%
ΜΜΕ	110	22,5
Ενημερωτικό φυλλάδιο Νοσοκομείου	65	13,2
Προσωπικό Νοσοκομείου	137	38,1
Προηγούμενοι ασθενείς	114	23,2
Σχολείο	5	1
Άλλη πηγή	10	2
Σύνολο	491	100,0

Είναι έκδηλο ότι οι βασικές πηγές πληροφόρησης των δικαιωμάτων των ασθενών στο Νοσοκομείο ήταν κατά 38,1% το προσωπικό του νοσοκομείου, κατά 23,2% προηγούμενοι ασθενείς, κατά 22,5% τα ΜΜΕ και μόλις 1% το σχολείο.

5.5. Τρόποι Διεκδίκησης Δικαιωμάτων.

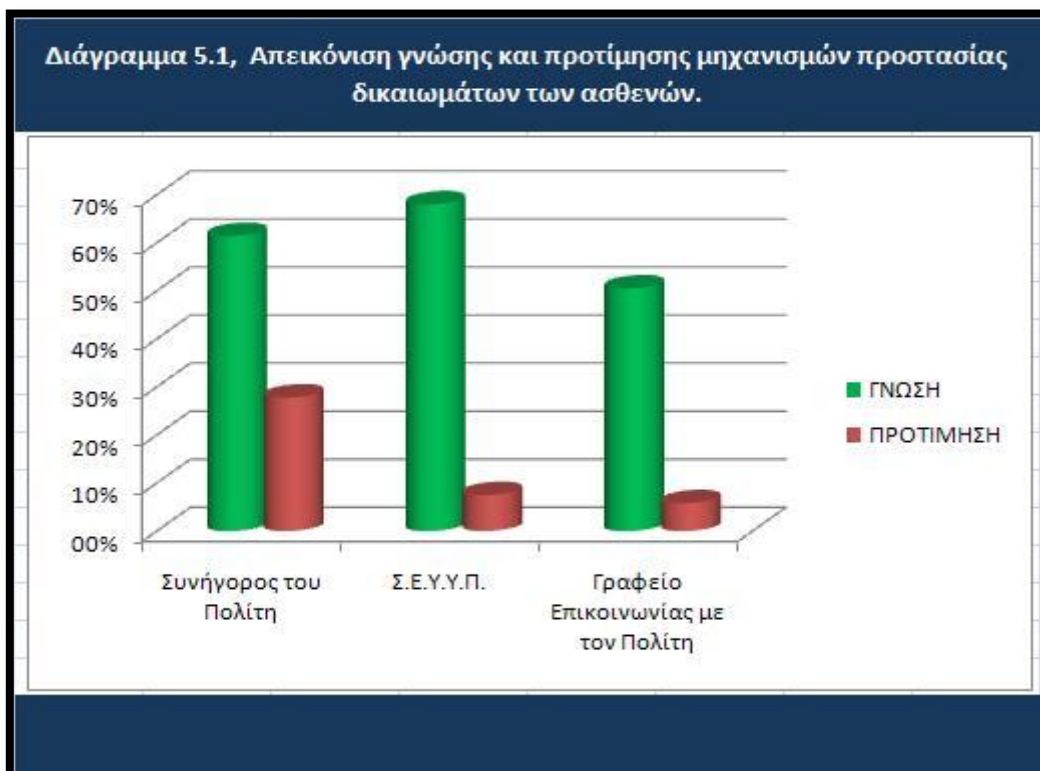
Όσον αφορά στους τρόπους διεκδίκησης των δικαιωμάτων των ασθενών, οι ερωτηθέντες του δείγματος μας απάντησαν ότι γνώριζαν ως μηχανισμούς διεκδίκησης των δικαιωμάτων τους (πίνακας 5.10): την «Υπηρεσία Προστασίας Δικαιωμάτων Ασθενών» το 75%, το «Σώμα Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας & Πρόνοιας (ΣΕΥΥΠ)» το 68%, τον «Συνήγορο του Πολίτη για την Υγεία» το 61,4%, και τέλος, το «Γραφείο Επικοινωνίας με τον Πολίτη» το 50,5% των ερωτηθέντων. Στο ερώτημα για το που θα απευθύνονταν εντός του Νοσοκομείου σε περίπτωση που παραβιάζονταν τα δικαιώματά τους, οι ερωτηθέντες του δείγματος μας απάντησαν:

Πίνακας: 5.10, Τρόποι διεκδίκησης δικαιωμάτων.

ΓΝΩΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ		
	N	%
Συνήγορος του Πολίτη για την Υγεία	309	61,4
Σώμα Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας & Πρόνοιας (ΣΕΥΥΠ)	342	68
Υπηρεσία Προστασίας Δικαιωμάτων Ασθενών	379	75
Γραφείο Επικοινωνίας με τον Πολίτη	254	50,5
ΠΟΥ ΘΑ ΑΠΕΥΘΥΝΘΕΙΤΕ ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΠΑΡΑΒΙΑΣΗΣ ΤΩΝ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΩΝ (ΕΝΤΟΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ)		
	N	%
Στον Ιατρό μου	175	35,3
Στο προσωπικό της κλινικής	149	29,9
Στον Διευθυντή της κλινικής	130	26,1
Στο Γραφείο Επικοινωνίας με τον Πολίτη	29	5,8
Αλλού	14	2,8
Σύνολο	498	100,0
ΠΟΥ ΘΑ ΑΠΕΥΘΥΝΘΕΙΤΕ ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΠΑΡΑΒΙΑΣΗΣ ΤΩΝ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΩΝ (ΕΚΤΟΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ)		
	N	%
Στο Υπουργείο Υγείας & Κοιν. Αλληλεγγύης	119	24,8
Στον Συνήγορο για την Υγεία	133	27,8
Στο Σώμα Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας & Πρόνοιας (ΣΕΥΥΠ)	36	7,5
Σε Δικηγόρο	65	13,6
Στα ΜΜΕ	101	21,1
Αλλού	25	5,2
Σύνολο	479	100,0

«στον Ιατρό μου» το 35,3%, «στο προσωπικό της κλινικής (Ιατροί, Νοσηλευτές, Προϊσταμένη)» το 29,9%, «στον Διευθυντή της κλινικής» 26,1%, «στο Γραφείο Επικοινωνίας με τον Πολίτη» το 5,8% και «Αλλού» το 2,8%. Στην ερώτηση για το που θα απευθύνονταν εκτός Νοσοκομείου εάν αισθάνονταν ότι παραβιάζονται τα δικαιώματά τους, οι ασθενείς του δείγματος μας απάντησαν: «στον Συνήγορο για την Υγεία» το 27,8%, στο «Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης» το 24,8%, στα «ΜΜΕ» το 21,1%, σε «Δικηγόρο» το 13,6%, στο «Σώμα Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας & Πρόνοιας (ΣΕΥΥΠ)» 7,5%, και «Αλλού» το 5,2%.

Είναι αξιοπρόσεκτο το γεγονός ότι παρότι οι ερωτηθέντες ασθενείς γνωρίζουν κατά 68% το ΣΕΥΥΠ, κατά 61,4% τον Συνήγορο του Πολίτη για την Υγεία και κατά 50,5% το «Γραφείο Επικοινωνίας με τον Πολίτη», όπως προαναφέρθηκε, θα τους χρησιμοποιούσαν για να καταγγείλουν τυχόν παραβίαση των δικαιωμάτων τους σε πολύ μικρότερα ποσοστά: 7,5%, 27,8% και 5,8% αντίστοιχα (διάγραμμα 5.1). Τα χαμηλά ποσοστά προτίμησης πιθανόν να οφείλονται σε χαμηλή εξοικείωση, αδυναμία πρόσβασης ή και έλλειψη εμπιστοσύνης προς την αποτελεσματικότητα των μηχανισμών.



Συμπερασματικά, οι ερωτηθέντες του δείγματος μας παρουσίασαν υψηλά ποσοστά στη γνώση των υπηρεσιών που θα μπορούσαν να λειτουργήσουν ως μηχανισμοί προστασίας των

δικαιωμάτων τους σαν ασθενείς. Συγκεκριμένα, εντός του νοσοκομείου οι ασθενείς θα απευθύνονταν κατά 75% στην «Υπηρεσία Προστασίας Δικαιωμάτων Ασθενών» και κατά 50,5% «στο Γραφείο Επικοινωνίας με τον Πολίτη», ενώ εκτός νοσοκομείου το 27,8%, «στον Συνήγορο για την Υγεία», το 24,8% στο ΥΥΚΑ και 21,1% στα ΜΜΕ, ενώ μόλις το 13,6% θα απευθύνονταν «σε Δικηγόρο».

5.6. Άποψη ασθενών για την Παραβίαση των Δικαιωμάτων τους.

Από την αποτύπωση της γενικής εντύπωσης των ασθενών για το αν έχουν παραβιαστεί τα δικαιώματά τους ως ασθενείς, προκύπτει ότι το 15,6% των ερωτηθέντων απάντησαν θετικά ενώ το 84,4% αρνητικά (πίνακας 5.11), δηλαδή τρεις περίπου στους είκοσι αισθάνθηκαν ότι παραβιάστηκαν τα δικαιώματά τους.

ΑΠΟΨΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΑΡΑΒΙΑΣΗ ΤΩΝ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΩΝ ΤΟΥΣ	N	%
Ναι	77	15,6
Όχι	416	84,4
Σύνολο	493	100,0

Η προσπάθεια για την ανίχνευση πιθανής συσχέτισης της άποψης των ασθενών για την «παραβίαση ή όχι των δικαιωμάτων τους» με μια σειρά χαρακτηριστικών όπως: δημογραφικά, κοινωνικά, ασφαλιστικά, κλινικά καθώς επίσης και σε σχέση με τις ανησυχίες των ασθενών για τις προσφερόμενες υπηρεσίες αλλά και το είδος της πληροφόρησης που παρέχεται στους ασθενείς έγινε με τη χρήση της τεχνικής chi-square (χ^2) εκτός από την περίπτωση του χαρακτηριστικού που αφορά την ηλικία όπου η τεχνική που χρησιμοποιήθηκε είναι η τεχνική t-test.

Μετά την εφαρμογή των παραπάνω τεχνικών παρατηρείται ότι το 72,7% του δείγματος που θεωρούν ότι «παραβιάζονται τα δικαιώματά τους ως ασθενείς» προέρχονται από την περιφέρεια ($p=0,000$) (πίνακας 5.12).

Πίνακας 5.12, Συγκριτική παρουσίαση άποψης ασθενών για την παραβίαση των δικαιωμάτων τους σε σχέση με τον τόπο νοσηλείας τους.

ΠΑΡΑΒΙΑΣΗ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΩΝ	ΤΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ		ΣΥΝΟΛΟ
	ΚΕΝΤΡΟ	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ	
ΝΑΙ	21	56	77
	27,30%	72,70%	100,00%
ΟΧΙ	221	195	416
	53,10%	46,90%	100,00%
ΣΥΝΟΛΟ	242	251	

Pearson chi-square=17,376, p=0,000

Δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά όπως το φύλο, η ηλικία, η κοινωνική κατάσταση δεν επηρεάζουν την άποψη αν παραβιάστηκαν ή όχι τα δικαιώματά τους. Το μόνο χαρακτηριστικό που δείχνει να επηρεάζει την παραπάνω άποψη είναι το μορφωτικό επίπεδο των ασθενών (p=0,004) (πίνακας 5.13, διάγραμμα 5.2). Συγκεκριμένα, το 46,8% αυτών που δηλώνουν ότι έχουν παραβιαστεί τα δικαιώματά τους είναι άτομα υποχρεωτικής εκπαίδευσης. Αν στο παραπάνω ποσοστό προστεθεί και το 9% που δεν γνωρίζει γραφή και ανάγνωση τότε η πλειοψηφία των ασθενών που πιστεύουν ότι «παραβιάστηκαν τα δικαιώματά τους» είναι χαμηλού μορφωτικού επιπέδου.

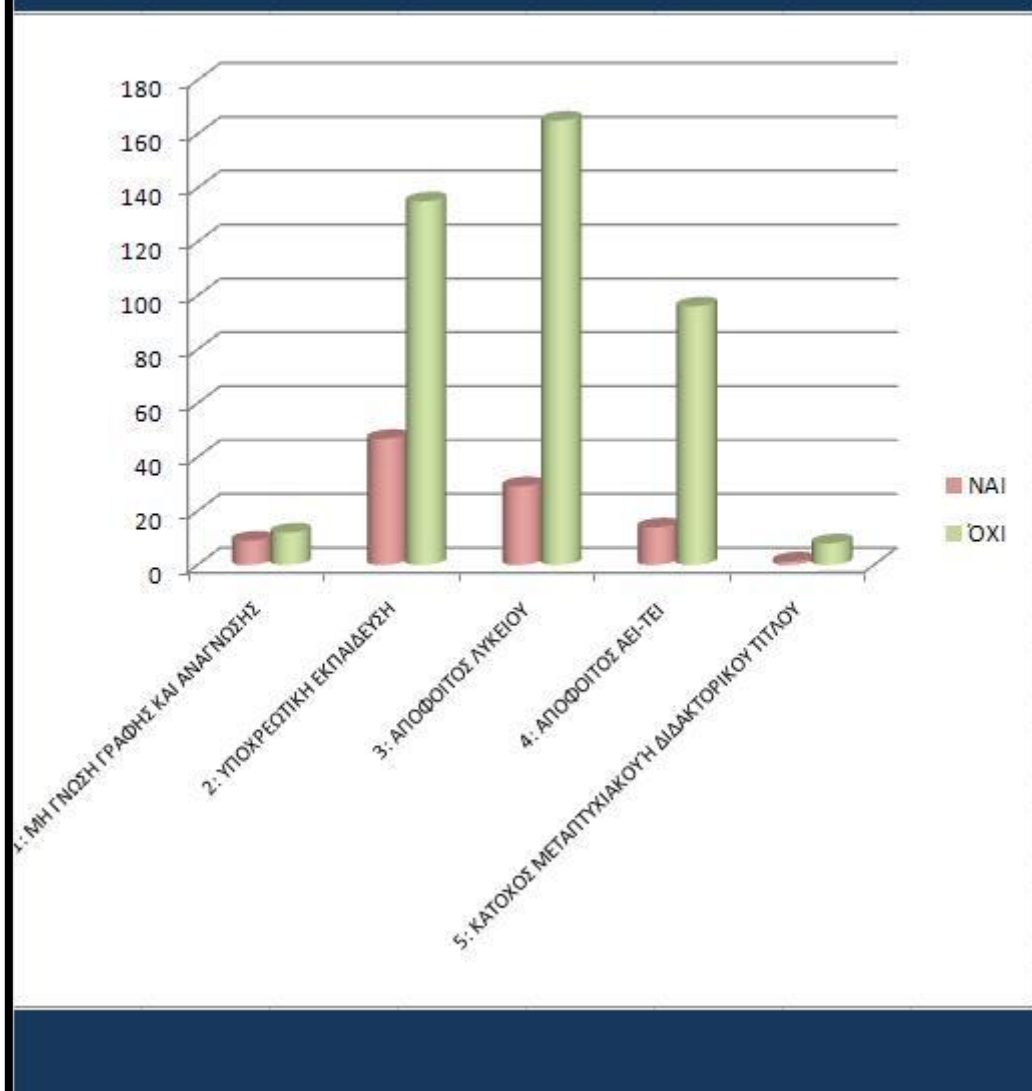
Πίνακας 5.13, Συγκριτική παρουσίαση άποψης ασθενών για την παραβίαση των δικαιωμάτων τους σε σχέση με το επίπεδο εκπαίδευσής τους.

ΠΑΡΑΒΙΑΣΗ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΩΝ	ΕΠΙΠΕΔΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ					ΣΥΝΟΛΟ
	1	2	3	4	5	
ΝΑΙ	7	36	23	10	1	77
	9%	46,8%	29,2%	13,9%	1,3%	100%
ΟΧΙ	12	135	165	96	8	416
	2,9%	32,5%	39,2%	23,1%	1,9%	100%
ΣΥΝΟΛΟ	19	171	188	106	9	493

ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ	1	ΜΗ ΓΝΩΣΗ ΓΡΑΦΗΣ ΚΑΙ ΑΝΑΓΝΩΣΗΣ
	2	ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ
	3	ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΛΥΚΕΙΟΥ
	4	ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΑΕΙ-ΤΕΙ
	5	ΚΑΤΟΧΟΣ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟΥ Ή ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΟΥ ΤΙΤΛΟΥ

Pearson chi-square=15,174, p=0,004

Διάγραμμα 5.2: Απεικόνιση άποψης ασθενών για την παραβίαση των δικαιωμάτων τους σε σχέση με το επίπεδο εκπαίδευσής τους.



Τα ασφαλιστικά χαρακτηριστικά, και ο φορέας ασφάλισης των ασθενών του δείγματος δεν παρουσιάζουν στατιστική σημαντικότητα σε σχέση με την άποψη τους για την παραβίαση ή όχι των δικαιωμάτων τους ως ασθενείς. Εξετάζοντας επίσης, τη σχέση της άποψης «αν παραβιάστηκαν ή όχι τα δικαιώματα των ασθενών» με την κλινική νοσηλείας φαίνεται ότι η κλινική νοσηλείας δεν επηρεάζει τη συγκεκριμένη άποψη.

Αναφορικά με το χαρακτηριστικό που αφορά τη διάρκεια νοσηλείας υπάρχουν ενδείξεις ότι επηρεάζει την άποψη για την παραβίαση ή όχι των δικαιωμάτων των ασθενών. Συγκεκριμένα, και σύμφωνα με τον πίνακα 5.14, το 62,3% που δήλωσαν ότι «παραβιάστηκαν τα δικαιώματά τους» νοσηλεύτηκαν μέχρι 4 ημέρες ($p=0,04$). Αν εξετάσουμε, την άποψη «αν

παραβιάστηκαν ή όχι τα δικαιώματα των ασθενών» σε σχέση με το ποιον συνάντησαν οι ασθενείς πρώτα στο νοσοκομείο φαίνεται ότι η σχέση μεταξύ αυτών των δύο παραγόντων δεν είναι στατιστικά σημαντική.

Πίνακας 5.14, Συγκριτική παρουσίαση άποψης ασθενών για την παραβίαση των δικαιωμάτων τους σε σχέση με τη διάρκεια νοσηλείας τους.

ΠΑΡΑΒΙΑΣΗ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΩΝ	ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ				ΣΥΝΟΛΟ
	1	2	3	4	
ΝΑΙ	48	18	11	0	77
	62,3%	23,4%	14,3%	0,0%	100%
ΟΧΙ	216	132	42	24	414
	52,1%	31,9%	10,1%	5,8%	100%
ΣΥΝΟΛΟ	262	150	53	24	
ΔΙΑΝΤΗΣΕΙΣ	1	ΕΩΣ 4 ΗΜΕΡΕΣ			
	2	5-9 ΗΜΕΡΕΣ			
	3	10-14 ΗΜΕΡΕΣ			
	4	ΠΑΝΩ ΑΠΟ 15 ΗΜΕΡΕΣ			

Pearson chi-square=8,281, p=0,04

Όπως παρουσιάζεται στον πίνακα 5.15 το 88,3% αυτών που δήλωσαν ότι «παραβιάστηκαν τα δικαιώματά τους» δήλωσαν παράλληλα ότι δεν είχαν τη δυνατότητα επιλογής ιατρού ή νοσηλεύτριας (p=0,000).

Πίνακας 5.15, Συγκριτική παρουσίαση άποψης ασθενών για την παραβίαση των δικαιωμάτων τους σε σχέση με τη δυνατότητα επιλογής ιατρού ή νοσηλεύτριας.

ΠΑΡΑΒΙΑΣΗ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΩΝ	ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΑ ΕΠΙΛΟΓΗΣ ΙΑΤΡΟΥ Ή ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ		ΣΥΝΟΛΟ
	ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΝΑΙ	9	68	77
	11,7%	88,3%	100%
ΟΧΙ	133	275	408
	32,6%	67,4%	100%
ΣΥΝΟΛΟ	142	343	485

Pearson chi-square=13,768, p=0,000

Επίσης, το 64,5% αυτών που δήλωσαν ότι «παραβιάστηκαν τα δικαιώματά τους ως ασθενείς» δήλωσαν παράλληλα ότι δεν θέλησαν να αλλάξουν ιατρό ή νοσηλεύτρια ($p=0,000$) (πίνακας 5.16).

Πίνακας 5.16, Συγκριτική παρουσίαση άποψης ασθενών για την παραβίαση των δικαιωμάτων τους σε σχέση με την ικανοποίηση εκφρασθέντος αιτήματος αλλαγής ιατρού ή νοσηλεύτριας.						
ΠΑΡΑΒΙΑΣΗ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΩΝ	ΔΙΑΒΑΘΜΙΣΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΕΚΦΡΑΣΘΕΝΤΟΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ					ΣΥΝΟΛΟ
	1	2	3	4	5	
ΝΑΙ	49	2	6	8	11	76
	64,5%	2,6%	7,9%	10,5%	14,5%	100%
ΟΧΙ	303	33	6	7	59	408
	74,3%	8,1%	1,5%	1,7%	14,5%	100%
ΣΥΝΟΛΟ	352	35	12	15	70	484
ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ	1	ΔΕΝ ΘΕΛΗΣΑ ΝΑ ΑΛΛΑΞΩ				
	2	Η ΕΠΙΘΥΜΙΑ ΜΟΥ ΕΠΙΝΕ ΑΠΟΔΕΚΤΗ				
	3	ΜΕ ΑΚΟΥΣΑΝ ΑΛΛΑ ΔΕΝ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΑΝ ΤΟ ΑΙΤΗΜΑ ΜΟΥ				
	4	ΔΕΝ ΜΠΟΡΕΣΑ ΝΑ ΒΡΩ ΤΟΝ ΑΡΜΟΔΙΟ				
	5	ΔΕΝ ΕΞΕΦΡΑΣΑ ΤΗΝ ΕΠΙΘΥΜΙΑ ΜΟΥ				
Pearson chi-square=30,194, $p=0,000$						

Η σχέση μεταξύ της άποψης των ερωτηθέντων ασθενών «αν παραβιάστηκαν ή όχι τα δικαιώματά τους» αναφορικά με το «αν απέρριψαν κάποια θεραπεία ή διαδικασία σχετική με την ασθένειά τους» αλλά και με το «τι επακολούθησε εάν την απέρριψαν» βρέθηκε ότι δεν είναι στατιστικά σημαντική. Στατιστικής σημασίας στερείται επίσης και η σχέση μεταξύ της άποψης «αν παραβιάστηκαν ή όχι τα δικαιώματά των ασθενών» και τόσο της παροχής πληροφοριών για το κόστος της θεραπείας όσο και της συμμετοχής σε κάποια πειραματική θεραπεία. Επίσης, η πληροφόρηση του κανονισμού του Νοσοκομείου καθώς και ο τρόπος πληροφόρησης δεν επηρεάζουν την άποψη των ασθενών σχετικά με το «αν παραβιάστηκαν ή όχι τα δικαιώματά τους».

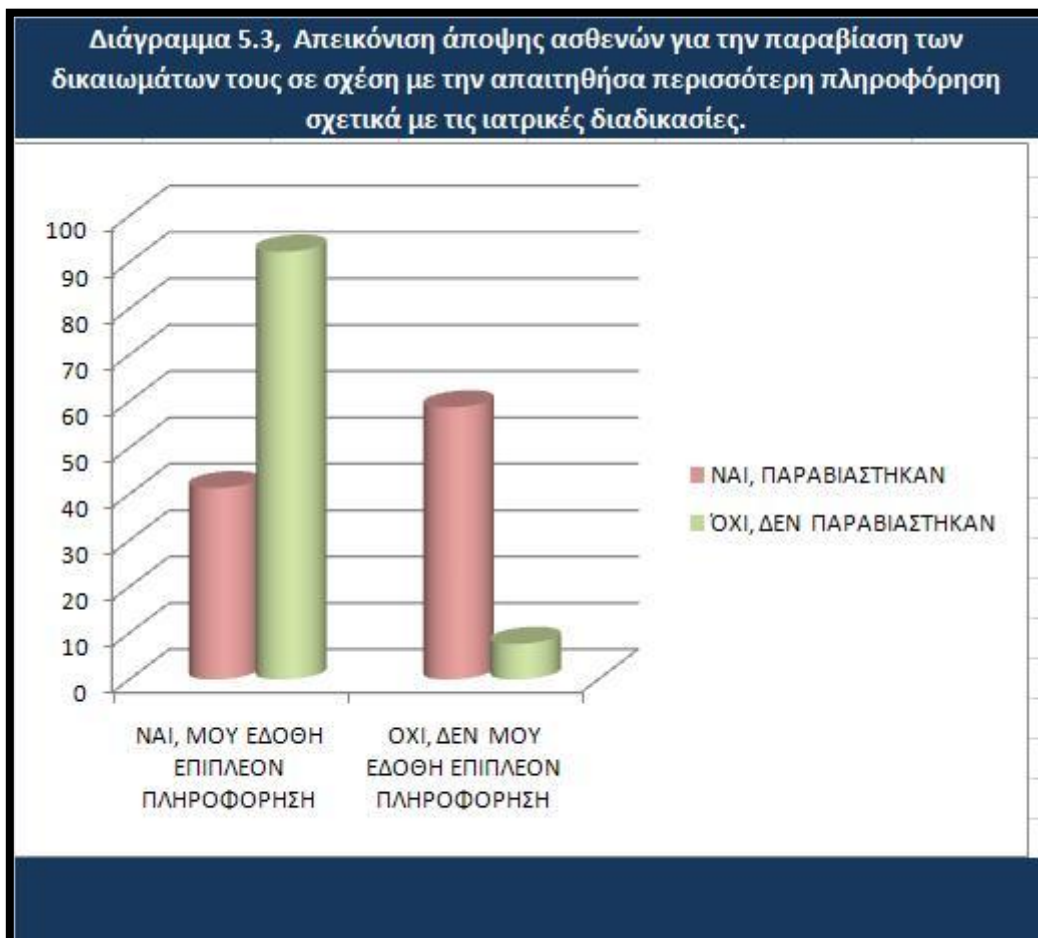
Αντίθετα, το 58,7% που δήλωσαν ότι «παραβιάστηκαν τα δικαιώματά τους ως ασθενείς» δεν έλαβαν περισσότερη πληροφόρηση σχετικά με τις ιατρικές διαδικασίες όταν τη ζήτησαν ($p=0,000$) (πίνακας 5.17). Η παραπάνω εικόνα απεικονίζεται στο διάγραμμα 5.3. Επίσης, η παράμετρος που αναφέρεται στο ποιος παρείχε την πληροφόρηση (π.χ. νοσηλεύτρια

υπηρεσίας, ιατρός υπηρεσίας κ.ά.) δεν φαίνεται να επηρεάζει την άποψη του δείγματος για την «παραβίαση των δικαιωμάτων τους ως ασθενείς».

Πίνακας 5.17, Συγκριτική παρουσίαση άποψης ασθενών για την παραβίαση των δικαιωμάτων τους σε σχέση με την παροχή επιπλέον πληροφόρησης αναφορικά με τις ιατρικές διαδικασίες.

ΠΑΡΑΒΙΑΣΗ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΩΝ	ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΙΤΗΣΗΣ ΓΙΑ ΕΠΙΠΛΕΟΝ ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗ		ΣΥΝΟΛΟ
	ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΝΑΙ	19 41,3%	27 58,7%	46 100%
ΟΧΙ	227 92,3%	19 7,7%	246 100%
ΣΥΝΟΛΟ	246	46	

Pearson chi-square=78,226, p=0,000



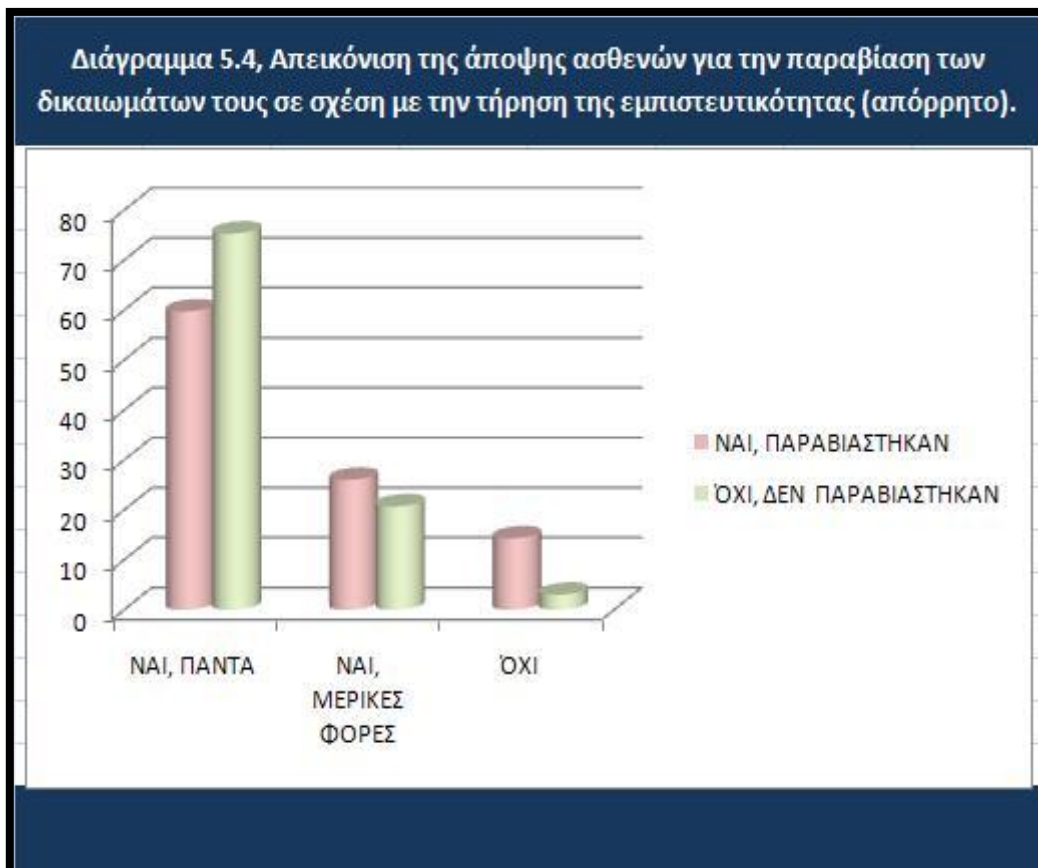
Παράλληλα, το 59,7% αυτών που δήλωσαν ότι «παραβιάστηκαν τα δικαιώματά τους» δηλώνουν ότι πάντα τηρήθηκε η εμπιστευτικότητα ($p=0,000$) (πίνακας 5.18, διάγραμμα 5.4).

Πίνακας 5.18, Συγκριτική παρουσίαση άποψης ασθενών για την παραβίαση των δικαιωμάτων τους σε σχέση με την τήρηση της εμπιστευτικότητας (απόρρητο).

ΠΑΡΑΒΙΑΣΗ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΩΝ	ΤΗΡΗΣΗ ΕΜΠΙΣΤΕΥΤΙΚΟΤΗΤΑΣ (ΑΠΟΡΡΗΤΟΥ)			ΣΥΝΟΛΟ
	1	2	3	
ΝΑΙ	46	20	11	77
	59,7%	26,0%	14,3%	100%
ΟΧΙ	302	82	12	396
	75,3%	20,7%	3,0%	100%
ΣΥΝΟΛΟ	348	102	23	473

ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ	1	ΝΑΙ, ΠΑΝΤΑ
	2	ΝΑΙ, ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ
	3	ΟΧΙ

Pearson chi-square=2,016, $p=0,000$



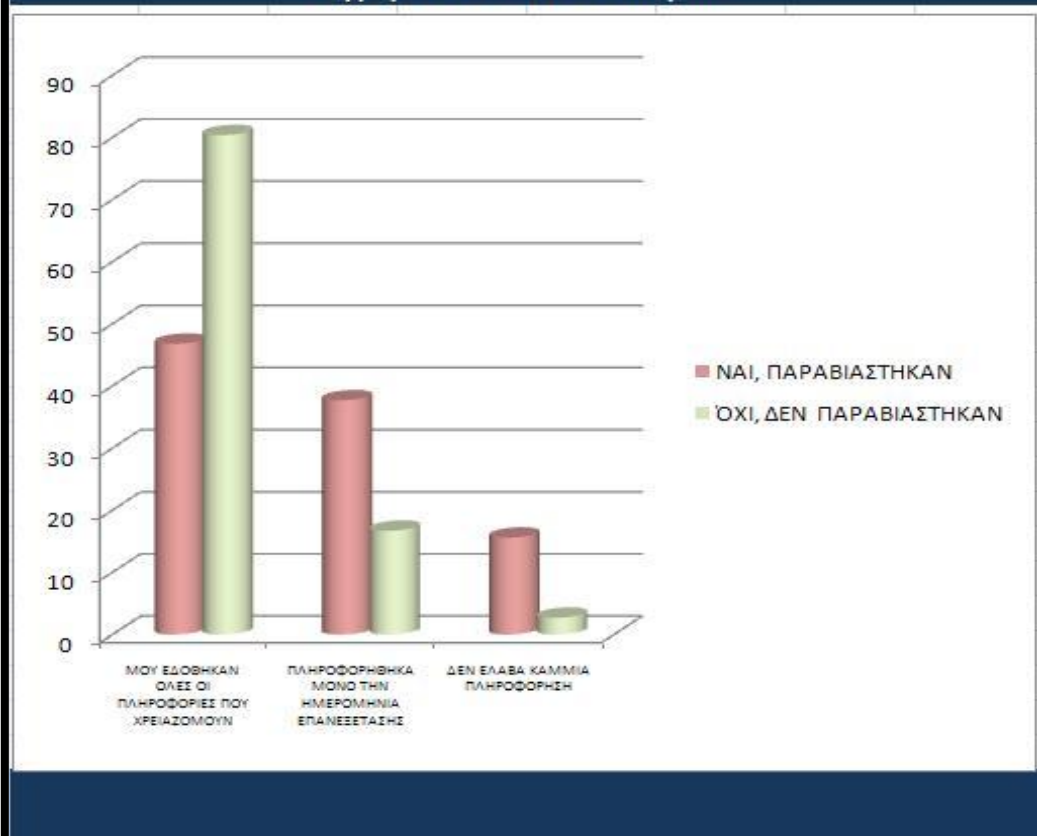
Πίνακας 5.19, Συγκριτική παρουσίαση άποψης ασθενών για την παραβίαση των δικαιωμάτων τους σε σχέση με την χορήγηση ενημερωτικού σημειώματος προ της εξόδου από το νοσοκομείο.

ΠΑΡΑΒΙΑΣΗ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΩΝ	ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΕΝΗΜΕΡΩΤ. ΣΗΜΕΙΩΜΑΤΟΣ (ΕΞΟΔΟΣ)			ΣΥΝΟΛΟ
	1	2	3	
ΝΑΙ	36	29	12	77
	46,8%	37,7%	15,6%	100%
ΟΧΙ	326	68	11	405
	80,4%	16,7%	2,7%	100%
ΣΥΝΟΛΟ	302	97	23	

ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ	1	ΜΟΥ ΕΔΟΘΗΚΑΝ ΟΛΕΣ ΟΙ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΠΟΥ ΧΡΕΙΑΖΟΜΟΥΝ
	2	ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΘΗΚΑ ΜΟΝΟ ΤΗΝ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΠΑΝΕΞΕΤΑΣΗΣ
	3	ΔΕΝ ΕΛΑΒΑ ΚΑΜΜΙΑ ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗ

Pearson chi-square=46,266, p=0,000

Διάγραμμα 5.5, Απεικόνιση της άποψης ασθενών για την παραβίαση των δικαιωμάτων τους σε σχέση με την χορήγηση ενημερωτικού σημειώματος προ της εξόδου από τον νοσοκομείο.

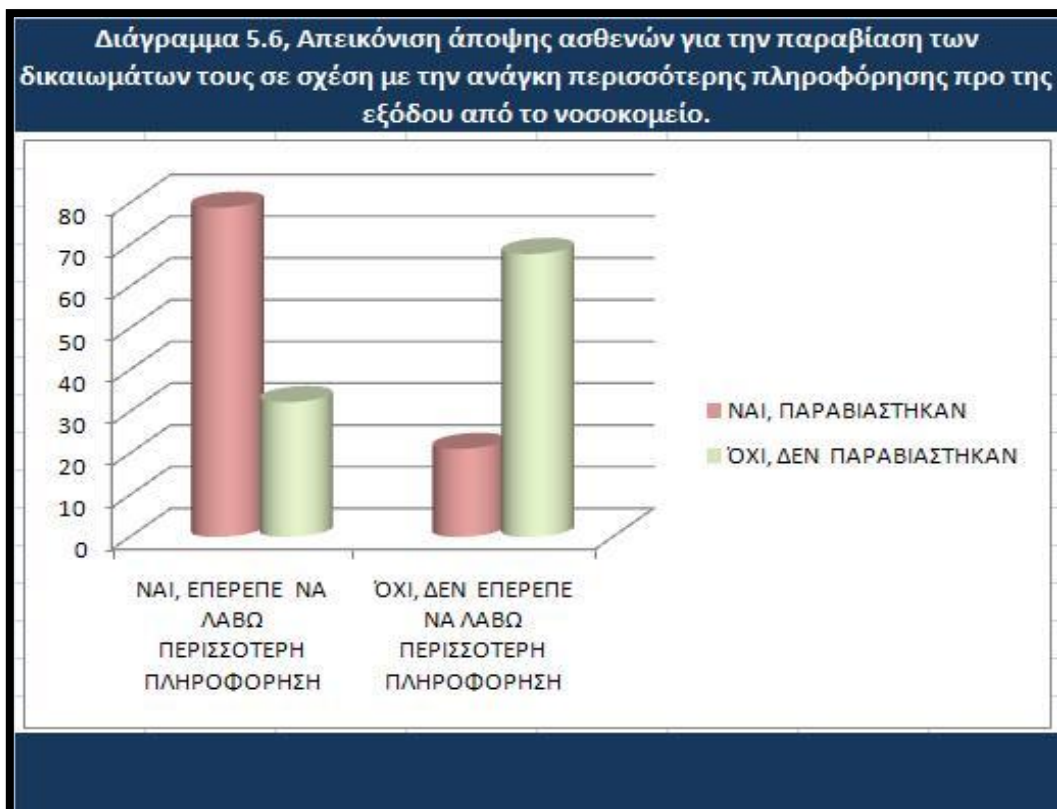


Από την μελέτη του πίνακα 5.19 παρατηρείται ότι το 46,8% αυτών που δήλωσαν ότι «παραβιάστηκαν τα δικαιώματά τους» δήλωσαν επίσης ότι προ της εξόδου τους από το Νοσοκομείο δεν τους δόθηκε ενημερωτικό σημείωμα σχετικά με την αγωγή που θα πρέπει να ακολουθήσουν στο σπίτι ($p=0,000$). Στο διάγραμμα 5.5, δίνεται η γραφική αποτύπωση της παραπάνω παρατήρησης.

Πίνακας 5.20, Συγκριτική παρουσίαση άποψης ασθενών για την παραβίαση των δικαιωμάτων τους σε σχέση με την ανάγκη για περισσότερη πληροφόρηση προ της εξόδου από το νοσοκομείο.

ΠΑΡΑΒΙΑΣΗ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΩΝ	ΑΝΑΓΚΗ ΓΙΑ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΗ ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗ		ΣΥΝΟΛΟ
	ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΝΑΙ	50	16	76
	78,9%	21,1%	100%
ΟΧΙ	129	271	400
	32,3%	67,8%	100%
ΣΥΝΟΛΟ	189	287	476

Pearson chi-square=64,842, $p=0,000$



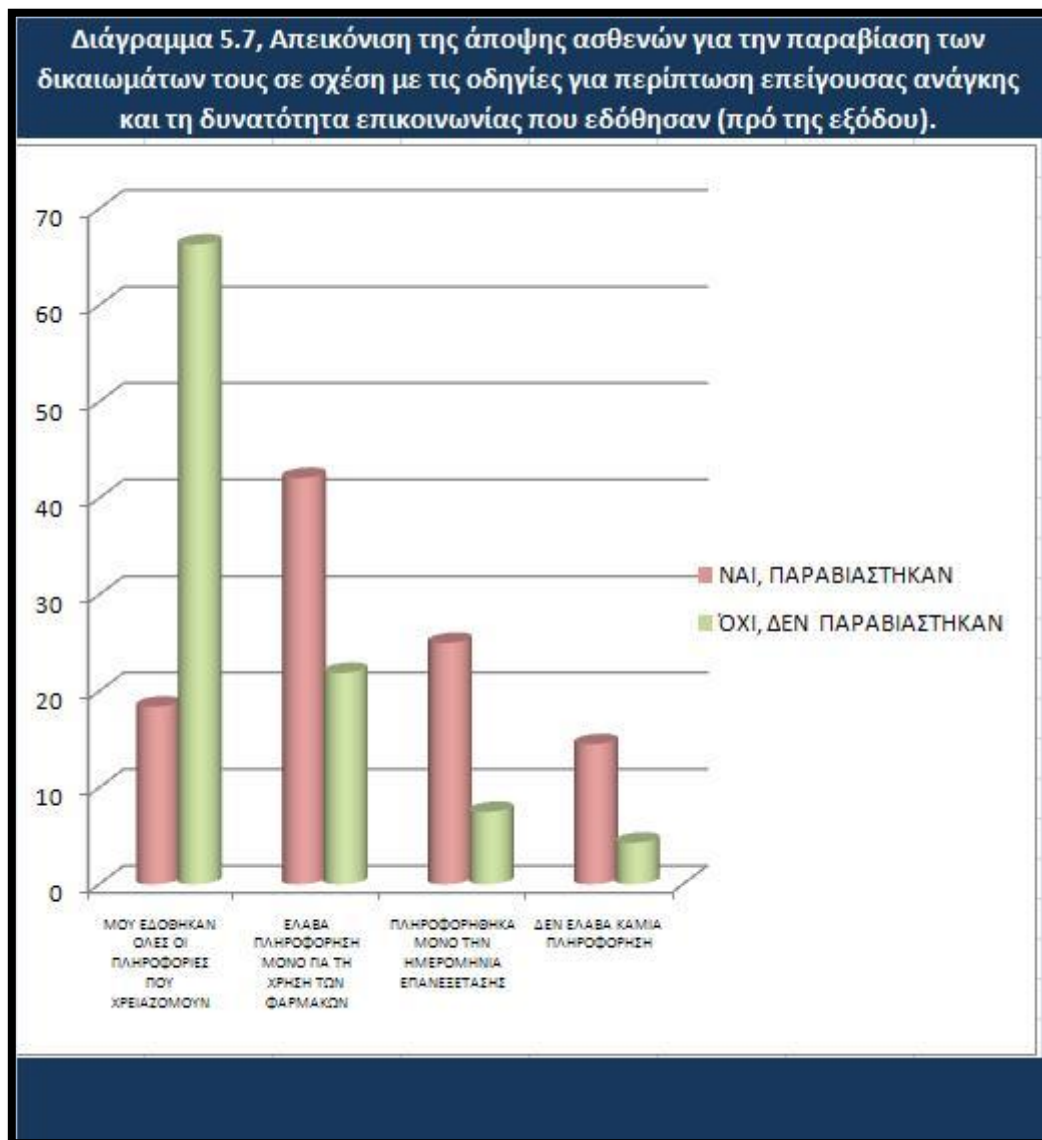
Όσον αφορά την άποψη των ασθενών για την παραβίαση των δικαιωμάτων τους σε σχέση με την ανάγκη για περισσότερη πληροφόρηση προ της εξόδου τους από το νοσοκομείο φαίνεται ότι το 78,9% αυτών που δήλωσαν ότι «παραβιάστηκαν τα δικαιώματά τους» δήλωσαν ότι θα ήθελαν να είχαν λάβει περισσότερη πληροφόρηση ($p=0,000$) (πίνακας 5.20, διάγραμμα 5.6).

Επίσης, η άποψη των ασθενών για την παραβίαση των δικαιωμάτων τους σε σχέση με τις οδηγίες για περίπτωση επείγουσας ανάγκης και τη δυνατότητα επικοινωνίας που εδόθησαν (προ της εξόδου) αποδεικνύεται στατιστικά σημαντική ($p=0,000$). Συγκεκριμένα, το 42,1% αυτών που δήλωσαν ότι «παραβιάστηκαν τα δικαιώματά τους» είναι αυτοί που δήλωσαν ότι οι οδηγίες που τους εδόθησαν κατά την έξοδό τους περιορίστηκαν στη χρήση των φαρμάκων (πίνακας 5.21). Η παραπάνω παρατήρηση αποτυπώνεται γραφικά στο διάγραμμα 5.7.

Πίνακας 5.21, Συγκριτική παρουσίαση άποψης ασθενών για την παραβίαση των δικαιωμάτων τους σε σχέση με τις οδηγίες για περίπτωση επείγουσας ανάγκης και τη δυνατότητα επικοινωνίας που εδόθησαν (πρό της εξόδου).					
ΠΑΡΑΒΙΑΣΗ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΩΝ	ΠΑΡΟΧΗ ΟΔΗΓΙΩΝ ΚΑΙ ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΑΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ (ΠΡΟ ΕΞΟΔΟΥ)				ΣΥΝΟΛΟ
	1	2	3	4	
ΝΑΙ	14	32	19	11	76
	18,4%	42,1%	25,0%	14,5%	100%
ΟΧΙ	264	87	30	17	398
	66,3%	21,9%	7,5%	4,3%	100%
ΣΥΝΟΛΟ	278	119	49	28	474
ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ	1	ΜΟΥ ΕΔΟΘΗΚΑΝ ΟΛΕΣ ΟΙ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΠΟΥ ΧΡΕΙΑΖΟΜΟΥΝ			
	2	ΕΛΑΒΑ ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗ ΜΟΝΟ ΓΙΑ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΤΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ			
	3	ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΘΗΚΑ ΜΟΝΟ ΤΗΝ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΠΑΝΕΞΕΤΑΣΗΣ			
	4	ΔΕΝ ΕΛΑΒΑ ΚΑΜΙΑ ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗ			
Pearson chi-square=65,463, p=0,000					

Σκιαγραφώντας το προφίλ των ασθενών που δήλωσαν ότι «παραβιάστηκαν τα δικαιώματά τους ως ασθενείς» μπορούμε να παρατηρήσουμε ότι το μορφωτικό τους επίπεδο είναι χαμηλότερο, δεν τους δόθηκε δυνατότητα επιλογής ιατρού ή νοσηλεύτριας, δεν θέλησαν να αλλάξουν ιατρό ή νοσηλεύτρια. Παράλληλα, ζήτησαν περισσότερη πληροφόρηση σχετικά με

τις ιατρικές διαδικασίες αλλά δεν τους δόθηκε. Τους δόθηκε ενημερωτικό σημείωμα κατά την έξοδό τους από το νοσοκομείο αλλά πιστεύουν ότι θα ήθελαν περισσότερη ενημέρωση ενώ οι



οδηγίες που έλαβαν πριν την έξοδο από το νοσοκομείο περιορίστηκαν στην χρήση των φαρμάκων. Τέλος, πιστεύουν ότι τηρήθηκε η εμπιστευτικότητα (απόρρητο). Σαν γενικότερη παρατήρηση μπορούμε, σύμφωνα με τα αποτελέσματα, να ισχυριστούμε ότι η επαρχία φαίνεται να δυσανασχετεί περισσότερο από το κέντρο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ:

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΙΚΕΣ ΔΙΑΠΙΣΤΩΣΕΙΣ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.

Η πρόσβαση σε ποιοτική, αποτελεσματική και ισότιμη υγειονομική περίθαλψη αποτελεί θεμελιώδες ανθρώπινο δικαίωμα. Με βάση τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας τα Ελληνικά Δημόσια Νοσοκομεία φαίνεται να υιοθετούν αυτή την προσέγγιση υποστηρίζοντας και αναγνωρίζοντας την αναγκαιότητα εξασφάλισης της προστασίας της υγείας και της αξιοπρέπειας των ασθενών που εξυπηρετούν. Η παραπάνω παρατήρηση φαίνεται να αποτυπώνεται και στα ευρήματα της μελέτης μας καθώς το 84,4%, των ασθενών που ερωτήθηκαν δήλωσαν ότι κατά τη νοσηλεία τους δεν παραβιάστηκαν τα δικαιώματά τους. Φαίνεται όμως ότι χρειάζεται εντατικοποίηση της προσπάθειας προς την κατεύθυνση της ικανοποίησης του υπολοίπου 15,6% το οποίο θεωρεί ότι τα δικαιώματά του παραβιάστηκαν, καθώς η εξασφάλιση των δικαιωμάτων του ασθενούς αποτελεί προϋπόθεση για την βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας πρέπει να είναι διαθέσιμες σε κάθε χρήστη.

Με βάση τα αποτελέσματα της μελέτης, βρέθηκε πως δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά όπως το φύλο, η ηλικία, η κοινωνική κατάσταση δεν φαίνεται να επηρεάζουν την άποψη των ασθενών εάν παραβιάστηκαν ή όχι τα δικαιώματά τους. Από τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, τα μόνα που φαίνεται να επηρεάζουν την άποψη αυτή είναι:

- *το μορφωτικό επίπεδο των ασθενών:* το 46,8% που δηλώνουν ότι έχουν παραβιαστεί τα δικαιώματά τους είναι άτομα υποχρεωτικής εκπαίδευσης. Αν στο παραπάνω ποσοστό προστεθεί και το 9% που δεν γνωρίζει γραφή και ανάγνωση τότε η πλειοψηφία των ασθενών που πιστεύουν ότι «παραβιάστηκαν τα δικαιώματά τους» είναι χαμηλού μορφωτικού επιπέδου.
- *ο τόπος νοσηλείας:* το 72,70% του δείγματος που θεωρούν ότι «παραβιάζονται τα δικαιώματά τους ως ασθενείς» προέρχονται από την περιφέρεια.

Παράλληλα, υπάρχουν ενδείξεις ότι το χαρακτηριστικό που αφορά τη διάρκεια νοσηλείας επηρεάζει την άποψη για την παραβίαση ή όχι των δικαιωμάτων των ασθενών. Συγκεκριμένα, πάνω από έξι στους δέκα (62,3%) όσων δήλωσαν ότι «παραβιάστηκαν τα δικαιώματά τους» νοσηλεύτηκαν για μικρό χρονικό διάστημα: μέχρι 4 ημέρες. Πιθανώς το χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης σε συνδυασμό με τη βραχεία διάρκεια νοσηλείας να μην αφήνει πολλά περιθώρια στους ασθενείς για να εξοικειωθούν με τις διαδικασίες του Νοσοκομείου και να

κατανοήσουν τους τρόπους λειτουργίας και τους μηχανισμούς παροχής των απαιτούμενων υπηρεσιών για την κάλυψη των αναγκών τους. Σε κάθε περίπτωση το σύστημα οφείλει να γίνει περισσότερο φιλικό και προσβάσιμο και να απευθυνθεί στον χρήστη σε γλώσσα απλή και κατανοητή.

Όσον αφορά την δυνατότητα επιλογής του ιατρού ή της νοσηλεύτριας παρατηρείται ότι το 88,3% αυτών που δήλωσαν ότι «τα δικαιώματά τους παραβιάστηκαν» δεν είχαν δυνατότητα επιλογής του ιατρού ή της νοσηλεύτριας.

Τα δεδομένα της έρευνας δείχνουν ότι το 92,3% αυτών που πιστεύουν ότι δεν παραβιάστηκαν τα δικαιώματά τους ως ασθενείς είναι αυτοί που ζήτησαν και έλαβαν περισσότερη πληροφόρηση σχετικά με τις ιατρικές διαδικασίες. Αντίθετα το 58,7% αυτών που πιστεύουν ότι τα δικαιώματά τους παραβιάστηκαν δεν έλαβαν την επιπλέον πληροφόρηση που ζήτησαν. Έρευνα του 2005 σε Νοσοκομεία της Αθήνας καταγράφει την ξεκάθαρη επιθυμία της πλειοψηφίας των ασθενών (69%) για περισσότερη ενημέρωση (Brokalaki et al, 2005), ενώ άλλη έρευνα που έγινε σε Νοσοκομείο της Πάτρας έδειξε υψηλά ποσοστά άγνοιας των ασθενών (59%) και επιθυμίας για περισσότερη πληροφόρηση (Ikonomou et al, 2002). Έρευνες στο εξωτερικό επιβεβαιώνουν ότι οι ασθενείς έχουν ανάγκη από περισσότερη πληροφόρηση καθώς πολλοί θέλουν να συμμετάσχουν ενεργά στην φροντίδα τους (Coulter, 2001). Ευρωπαϊκό ερευνητικό πρόγραμμα, με την ονομασία Biomed, μεταξύ Ελλήνων, Φινλανδών, Ισπανών, Γερμανών και Βρετανών ασθενών υποστήριξε ότι οι Έλληνες ενημερώνονται λιγότερο για την κατάστασή τους και συμμετέχουν λιγότερο στην λήψη αποφάσεων για τη θεραπεία τους από ότι οι υπόλοιποι ασθενείς (Σγαρδέλη, 2007). Το έλλειμμα αποτελεσματικής και επαρκούς επικοινωνίας, ανάμεσα στον ασθενή και τον ιατρό, αποτελεί έναν από τους κυριότερους παράγοντες που οδηγούν σε παράπονα εναντίον των ιατρών, καθώς και σε δικαστικές διαμάχες μεταξύ ιατρών και ασθενών (Danbury & Newdick, 2006).

Αναφορικά με την παροχή ενημερωτικού σημειώματος στους ασθενείς προ της εξόδου από το νοσοκομείο (σχετικά με την αγωγή που θα πρέπει να ακολουθήσουν στο σπίτι), παρατηρείται ότι αυτοί στους οποίους εδόθησαν όλες οι απαιτούμενες πληροφορίες δήλωσαν κατά 80,4% πως πιστεύουν ότι τα δικαιώματά τους δεν παραβιάστηκαν. Αντίθετα σε κάθε άλλη περίπτωση (παροχή μόνο της ημερομηνίας επανεξέτασης ή μη παροχή πληροφόρησης) το ποσοστό αυτών που πιστεύουν ότι τα δικαιώματά τους παραβιάστηκαν υπερισχύει.

Μια διάσταση της έρευνας που παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον είναι ότι το 78,9% αυτών που πιστεύουν ότι δεν παραβιάστηκαν τα δικαιώματά τους ως ασθενείς είναι αυτοί που ζήτησαν και έλαβαν περισσότερη πληροφόρηση (πλέον του ενημερωτικού σημειώματος) προ της εξόδου από το νοσοκομείο. Από την άλλη πλευρά το 67,8% αυτών που ζήτησε αλλά δεν έλαβε επιπλέον πληροφόρηση προ της εξόδου πιστεύει ότι τα δικαιώματά το παραβιάστηκαν. Μια άλλη διάσταση της έρευνας που παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον είναι η διαφαινόμενη συσχέτιση μεταξύ της άποψης των ερωτηθέντων για την «παραβίαση των δικαιωμάτων τους ως ασθενείς» και των οδηγιών για επικοινωνία με το προσωπικό (σε περίπτωση επείγουσας ανάγκης) που τους παρασχέθηκαν κατά την έξοδο από το Νοσοκομείο. Το 66,3% αυτών που πιστεύουν ότι «τα δικαιώματά τους δεν παραβιάστηκαν» είναι αυτοί που έλαβαν όλες τις απαιτούμενες πληροφορίες. Αντίθετα, σε κάθε περίπτωση παροχής μη επαρκών οδηγιών η άποψη ότι «τα δικαιώματά των ασθενών παραβιάστηκαν» υπερισχύει. Χαρακτηριστικό είναι ότι το 42,1% που δήλωσαν ότι «παραβιάστηκαν τα δικαιώματά τους» είναι αυτοί που έλαβαν πληροφορίες που περιορίζονταν στη χρήση των φαρμάκων. Η παραπάνω διάσταση επιβεβαιώνεται και από τα αποτελέσματα έρευνας που έγινε στο Ηνωμένο Βασίλειο όπου το 54,5% των ασθενών δήλωσε ότι δεν ικανοποιήθηκε από τις οδηγίες που έλαβε για μετά την έξοδο από το νοσοκομείο (Coulter, 2001).

Παράλληλα, η μεγάλη πλειοψηφία των ασθενών της έρευνας, πάνω από επτά στους δέκα νοσηλευθέντες ασθενείς (73,9%), δήλωσε πως πιστεύει ότι στο νοσοκομείο τηρήθηκε το απόρρητο. Σε προηγούμενη έρευνα του 2005, στην Ελλάδα οι ασθενείς δήλωσαν σε ποσοστά που κυμάνθηκαν από 41% έως 78%, ότι το προσωπικό έλαβε μέτρα προστασίας της ιδιωτικότητάς τους (Κοντέλη, 2005). Αντίθετα, σε άλλη έρευνα στην Ελλάδα, την ίδια χρονιά, υποστηρίχθηκε ότι δεν προστατεύονταν επαρκώς η ιδιωτικότητα των ασθενών από το προσωπικό (Pollard, 2005). Αποτελέσματα έρευνας στην Τουρκία έδειξαν ότι η εντύπωση των ασθενών ότι το προσωπικό του Νοσοκομείου σεβάστηκε το απόρρητο και την εμπιστευτικότητα σε ποσοστό 76% (Tengilimoglou et al, 2000). Ένα εύρημα της μελέτης που αξίζει να τονιστεί είναι πως, περίπου έξι στους δέκα αυτών που δήλωσαν ότι «παραβιάστηκαν τα δικαιώματά τους» δήλωσαν επίσης ότι πάντα τηρούνταν η εμπιστευτικότητα.

Ο μικρός χρόνος νοσηλείας, η αδυναμία επιλογής ιατρού ή νοσηλεύτριας, το χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης σε συνδυασμό με το κυρίαρχο παράπονό τους για μη ολοκληρωμένη ενημέρωση που χαρακτηρίζουν την πλειοψηφία των ασθενών που πιστεύουν ότι «τα δικαιώματά τους παραβιάστηκαν» μπορεί να οφείλεται στο ότι μέσα στο μικρό χρονικό διάστημα της

νοσηλείας τους το σύστημα δεν κατόρθωσε να τους προσεγγίσει και να ικανοποιήσει τις ανάγκες τους με απλότητα και αποτελεσματικότητα.

Εκτός των παραπάνω βασικών συμπερασμάτων υπάρχουν και ορισμένα άλλα ευρήματα που χρήζουν προσοχής: Για παράδειγμα οι ασθενείς της μελέτης καλύπτονταν ασφαλιστικά κατά 77,1% από κρατικούς φορείς, μάλιστα το 55,4%, δηλαδή οι τρεις στους δέκα ασφαλισμένους είχαν ΙΚΑ και Δημόσιο. Πιθανώς αυτό να εξηγεί το ότι οι ασθενείς κατά 63,1% δεν ενδιαφέρθηκαν οι ίδιοι να ενημερωθούν ή δεν τους παρασχέθηκαν πληροφορίες για το κόστος της θεραπείας τους. Παράλληλα, δεδομένα της έρευνάς μας έδειξαν ότι το ποσοστό των ασθενών που αρνήθηκαν κάποιου είδους θεραπεία ή θεραπευτική παρέμβαση είναι μικρό (14,8%) και μάλιστα σημαντικά μικρότερο από αυτό έρευνας στην Τουρκία όπου το αντίστοιχο ποσοστό ήταν 37% (Tenglimoglou et al, 2000). Στην πλειοψηφία των παραπάνω ασθενών (76,7%) ζητήθηκε να το ξανασκεφτούν αφού τους εξήγησαν τη σημασία της θεραπείας και της διαδικασίας. Θεωρείται όμως, σημαντικό το 23,5% των ασθενών –που προκύπτει εάν προστεθούν τα ποσοστά όσων δήλωσαν ότι η θεραπεία συνεχίστηκε χωρίς τη συγκατάθεσή τους (14,7%), όσων δήλωσαν ότι απειλήθηκαν ότι θα έπαιρναν εξιτήριο (7,3%) αλλά και όσων πήραν εξιτήριο χωρίς καμιά εξήγηση (1,5%) – οι οποίοι θα μπορούσαν να ισχυριστούν ότι τους ασκήθηκε αθέμιτη και αντιδεοντολογική πίεση. Ο συνδυασμός «άρνησης συνέχισης της θεραπείας» με τη χορήγηση του «πειθαρχικού εξιτηρίου» στοιχειοθετεί άρνηση παροχής ιατρικής βοήθειας.

Επιπρόσθετα, ένα σημαντικό ποσοστό των ασθενών των Ελληνικών Δημόσιων Νοσοκομείων αναγνωρίζουν ότι κατά την προσέλευσή τους στην κλινική δεν ενημερώθηκαν για τον κανονισμό του Νοσοκομείου (37,1%) καθώς και ότι δεν γνώριζαν τα δικαιώματά τους ως ασθενείς (33,7%) κατά την εισαγωγή τους. Επίσης, το 53% των ερωτηθέντων ασθενών δήλωσε ότι, όταν προσήλθαν στην κλινική (έναρξη νοσηλείας), τους εδόθη πλήρης ενημέρωση σχετικά με την ασθένεια, τη θεραπεία και τις σχετικές θεραπευτικές διαδικασίες. Το παραπάνω ποσοστό είναι ανάλογο του ποσοστού (54%) παρόμοιας έρευνας στην Τουρκία (Tenglimoglou et al, 2000) και σχεδόν διπλάσιο ποσοστού αντίστοιχης έρευνας στο Ηνωμένο Βασίλειο όπου οι ασθενείς δήλωσαν ότι λαμβάνουν πλήρη πληροφόρηση για τη θεραπεία τους σε ποσοστό 27% (Patients Association, 2006).

Τέλος, από τα δεδομένα της μελέτης προκύπτει πως το προσωπικό του δημόσιου Νοσοκομείου, πέραν του κύριου έργου του που αφορά την περίθαλψη του ασθενούς, καλείται

εκ των πραγμάτων να προσφέρει ένα ακόμη έργο, πολύ σημαντικό για την «έξωθεν καλή μαρτυρία» του Νοσοκομείου και του συστήματος υγείας: την ενημέρωση των ασθενών για τα δικαιώματά τους (σε ποσοστό 38,1%) αλλά και τη αποδοχή καταγγελιών και παραπόνων («στον ιατρό μου» 35,3%, στο προσωπικό της κλινικής» 29,9% και «στον Διευθυντή της κλινικής» 26,1%).

Με βάση λοιπόν τα παραπάνω δεδομένα διατυπώνονται μια σειρά προτάσεων με στόχο την βελτίωση του επιπέδου προστασίας των δικαιωμάτων των ασθενών και κατ' επέκταση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας:

Καθώς το επιστημονικό προσωπικό των Ελληνικών Δημόσιων Νοσοκομείων, αποτελεί τη βασική πηγή πληροφόρησης για των ασθενών για τα δικαιώματά τους όσο και τον κύριο αποδέκτη των καταγγελιών τους, θεωρούμε πως είναι απαραίτητη η εισαγωγή ειδικών μαθημάτων στις παραγωγικές σχολές των διαφόρων επαγγελματιών υγείας με στόχο όχι μόνο την εκπαίδευση τους σε θέματα δικαιωμάτων των ασθενών αλλά και τη διδασκαλία στοιχείων Ψυχολογίας ώστε να έχουν τη δυνατότητα «δουικής προσέγγισης» των ασθενών: τόσο τεχνοκρατικά-μηχανιστικά όσο και ανθρωπιστικά (Ακινόσογλου και συν., 2007). Οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να μπορούν να επικοινωνήσουν με τους ασθενείς τους απλά, κατανοητά και αποτελεσματικά. Η εκπαίδευση τους σε θέματα δικαιωμάτων των ασθενών δεν πρέπει να περιορίζεται απλά στη γνώση των δικαιωμάτων αλλά κυρίως στο να τους πείθει ότι η επίτευξη και η διατήρησή τους πρέπει να αποτελεί ύψιστη προτεραιότητα.

Από την άλλη πλευρά, θα πρέπει να γίνει κοινή συνείδηση ότι τα δικαιώματα των ασθενών δεν αναπτύσσονται σε βάρος των επαγγελματιών υγείας αλλά αποτελούν το θεμέλιο λίθο της σχέσης τους με τον ασθενή (Diamandouros, 2005). Οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να αισθάνονται άνετα με τις πολιτικές και τις διαδικασίες που αφορούν τα δικαιώματα των ασθενών και να ενθαρρύνουν τους πολίτες να διεκδικήσουν τα δικαιώματά τους όταν υπάρχει υπόνοια ότι μπορεί αυτά να έχουν παραβιαστεί. Ο κάθε ασθενής έχει δικαίωμα να αναμένει την υψηλότερου δυνατού επιπέδου ποιότητας φροντίδα υγείας, με δεδομένους τους εκάστοτε υπάρχοντες τεχνικούς, τεχνολογικούς και φυσικούς περιορισμούς. Βήματα προς την εξασφάλιση της δυνατότητας επιλογής ιατρού και νοσηλεύτριας θα αποτελούσαν θετική εξέλιξη προς την κατεύθυνση της εξασφάλισης των δικαιωμάτων των ασθενών.

Εκπαιδευτικά προγράμματα απαιτούνται και προς την κατεύθυνση των χρηστών των υπηρεσιών υγείας έτσι ώστε οι τελευταίοι να έχουν τη δυνατότητα να εξοικειωθούν με βασικούς παράγοντες της υγείας τους και να επιτύχουν την καλύτερη εκμετάλλευση των δυνατοτήτων που τους παρέχει το σύστημα. Από τα αποτελέσματα της έρευνας προκύπτει ότι ο ρόλος του ασθενή αναφορικά με την πληροφόρηση για τα δικαιώματά του μέσα στο Νοσοκομείο έχει δυο διαστάσεις: ο ασθενής αναζητεί πληροφόρηση για τα δικαιώματά του αλλά αποτελεί και σημαντική πηγή πληροφόρησης για τους άλλους ασθενείς. Η αποτελεσματικότερη εκπαίδευση του χρήστη-καταναλωτή υπηρεσιών υγείας, δεν μπορεί να περιορίζεται σε φυλλάδια που δίνονται κατά την εισαγωγή και τοιχοκολλημένους κανονισμούς –παρότι η έρευνα έδειξε ότι τέτοιες προσπάθειες τυγχάνουν ενός ικανοποιητικού ποσοστού αποδοχής– αλλά επεκτείνεται και στα ΜΜΕ, στο διαδίκτυο, σε οργανισμούς παροχής υπηρεσιών, αθλητικούς συλλόγους, στις εκκλησίες και κυρίως στην εκπαίδευση.

Ειδικότερα τα ΜΜΕ, που φαίνεται να χαίρουν ικανοποιητικής αποδοχής από τους ασθενείς της έρευνας, οφείλουν να είναι ευαισθητοποιημένα και να επαγρυπνούν για την πληροφόρηση του κοινού αναφορικά με τα δικαιώματα των ασθενών. Παράλληλα, πρέπει να φροντίζουν ώστε να δημοσιοποιείται και να προβάλλεται επαρκώς κάθε σχετική πρωτοβουλία και δράσης. Το σχολείο ως χώρος διαμόρφωσης των αυριανών πολιτών πρέπει να αναλάβει ένα πολύ πιο σημαντικό ρόλο στην εκπαίδευση των μελλοντικών χρηστών των υπηρεσιών υγείας από αυτόν που του αναλογεί σήμερα, με βάση το 1% των ασθενών του δείγματός μας που δήλωσαν ότι ενημερώθηκαν από αυτό για τα δικαιώματά τους ως ασθενείς.

Ο νοσηλευόμενος και οι συνοδοί του έχουν υποχρέωση να σέβονται το Νοσοκομείο και το προσωπικό του τόσο ως ανταπόδοση των υπηρεσιών που του προσφέρονται όσο και επειδή αυτός είναι ο μόνος τρόπος που μπορεί να εξασφαλίσει το βέλτιστο υγειονομικό αποτέλεσμα. Παράλληλα όμως, κάθε μηχανισμός και διαδικασία του Νοσοκομείου θα πρέπει να έχει ασθενοκεντρικό χαρακτήρα καθώς αυτό μπορεί να λειτουργήσει ως κύριος μοχλός για την αύξηση του επιπέδου ποιότητας της παρεχόμενης περίθαλψης. Στο πλαίσιο αυτό οι θεσπισμένοι μηχανισμοί προστασίας των δικαιωμάτων των ασθενών θα πρέπει να αναζητήσουν τρόπους να πλησιάσουν πρώτοι τον ασθενή από την στιγμή της εισαγωγής του στο νοσοκομείο. Συγκεκριμένα, μηχανισμοί όπως το Γ.Ε.Π. θα πρέπει να προσεγγίζουν τον ασθενή αμέσως μετά την εισαγωγή του ή την επίσκεψή του στα Τ.Ε.Ι. ή Τ.Ε.Π.

ενημερώνοντας τον για τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις του με έντυπο υλικό, λύνοντάς του κάθε απορία και εξασφαλίζοντας διαύλους επικοινωνίας μαζί του σε περίπτωση ανάγκης. Κατά την έξοδό του ασθενούς από το Νοσοκομείο θα πρέπει να του δίνεται η δυνατότητα να συμπληρώσει το υπάρχον ερωτηματολόγιο «ικανοποίησης ασθενών» (Παράρτημα Ε, «Ερωτηματολόγιο ικανοποίησης ασθενών»).

Ο ασθενής δεν αρκεί να γνωρίζει τους υπάρχοντες μηχανισμούς προστασίας των δικαιωμάτων του αλλά θα πρέπει να έχει εύκολη και άμεση πρόσβαση σε αυτούς ώστε να τους προτιμά, να τους εμπιστεύεται και να απευθύνεται σε αυτούς κάθε φορά που πιστεύει ότι τα δικαιώματά του παραβιάζονται. Η στελέχωση των μηχανισμών θα πρέπει να είναι τέτοια που να εξασφαλίζει την πολυφωνία, την εκπροσώπηση τόσο των εργαζομένων (οι οποίοι μπορούν να υποδείξουν τυχόν προβλήματα και υπάρχοντες περιορισμούς) όσο και των χρηστών (π.χ. εκλεγμένους αντιπροσώπους συλλόγων χρηστών, αντιπροσώπους ΜΚΟ, κ.ά.). Παράλληλα όμως, θα πρέπει να εκμηδενίζει κάθε περιθώριο παράβλεψης παραπόνου ή γενικότερης απαξίωσης του συστήματος ελέγχου από κακώς εννοούμενη «επαγγελματική αλληλεγγύη». Μέσα από τη συνεργασία, η σχέση επαγγελματιών και χρηστών υπηρεσιών υγείας θα πρέπει να γίνει «λειτουργική» με στόχο τη βελτίωση του συστήματος σε όφελος και των δύο (καλύτερες συνθήκες εργασίας για τους μεν-καλύτερες συνθήκες περίθαλψης για τους δε).

Αναφορικά με τη νομοθεσία στον τομέα των δικαιωμάτων των ασθενών προτείνεται η άμεση εναρμόνιση τουλάχιστον σε επίπεδο Ε.Ε. Προς το παρόν οι μηχανισμοί από κράτος σε κράτος διαφέρουν στην πράξη και κινούνται μέσα σε ένα ευρύ πλαίσιο: από αυστηρά κωδικοποιημένη νομοθεσία έως μη δεσμευτικούς χάρτες δικαιωμάτων, και από νομικά κατοχυρωμένες υποχρεώσεις μέχρι απλές ηθικές παροτρύνσεις προς το υγειονομικό προσωπικό (Bowis, 2004). Οι νομοθετικές ρυθμίσεις καθώς και η κωδικοποίηση της δεοντολογίας των επαγγελματιών υγείας με απαλοιφή των ασαφειών και των «γκρίζων ζωνών» αποτελούν μεν σημαντικά μέτρα που όμως δεν επαρκούν για να εξασφαλίσουν από μόνα τους, την προστασία των δικαιωμάτων των ασθενών.

Είναι περισσότερο από προφανές ότι το κίνημα για την υπεράσπιση των δικαιωμάτων του ασθενούς πρέπει να προχωρήσει τόσο στην Ελλάδα όσο και στο εξωτερικό. Νέες προκλήσεις όπως η ελεύθερη διακίνηση των ασθενών, η διεύρυνση της Ε.Ε., οι νέες εξελίξεις στα φάρμακα και στην ιατρική τεχνολογία, οι νέες τάσεις στον τομέα της υγείας απαιτούν μια νέα

προσέγγιση στη σχέση μεταξύ επαγγελματία υγείας και χρήστη υπηρεσιών υγείας που να βασίζεται στον αμοιβαίο σεβασμό και την συνεργασία.

Θα ήταν ενδιαφέρουσα η περαιτέρω διερεύνηση της άποψης των ασθενών για την «παραβίαση των δικαιωμάτων τους ως ασθενείς» σε σχέση και με τα εισοδήματά τους και την εθνοτική τους προέλευση. Επίσης η διερεύνηση της άποψης για την καταπάτηση των δικαιωμάτων «ειδικών» ομάδων ασθενών όπως οι χρόνια πάσχοντες, οι καρκινοπαθείς ή τα ΑΜΕΑ. Ακόμη η χρήση του διαδικτύου ως πηγή πληροφόρησης για τα δικαιώματα των ασθενών. Κάθε μία από τις παραπάνω παραμέτρους, ή συνδυασμοί αυτών θα μπορούσαν να αποτελέσουν αντικείμενο μιας μελλοντικής μελέτης.

Βιβλιογραφία

Ξενογλώσση

- Bachinger G. (2004), The patient Ombudsman System in Austria, in McKenney S. & Fallberg L. (eds), *Protecting patient's rights*, Radcliffe Medical Press, pp.13-23.
- Balint M., Hunt J., Joyce D., Marinker M., et al. (1970), *Treatment or Diagnosis: a Study of Repeat Prescriptions in General Practice*. Philadelphia: JB Lippincott.
- Battersby M.W. (2005), "Health reform through co-ordinated care: SA HealthPlus". *BMJ*, vol. 330, pp. 662–5.
- Bauman A., Fardy H.J., Harris P.G. (2003), "Getting it right: why bother with patient-centred care?" *Med J Aust*, vol. 179, pp. 253–256.
- Blackhall L.J., Murphy S.T., Frank G., Michel V., et al. (1995), Ethnicity and attitudes toward patient autonomy. *JAMA*. 274(10), pp.820-825.
- Brahams D., (2007). "Clinical trials-some medical, ethical, legal and practical problems", *Journal of Management in Medicine*, vol. 1, Iss: 4, pp.347-356.
- British Paediatric Surveillance Unit of the Royal College of Paediatrics and Child Health, "Ethics Consent & Confidentiality", 9th Version, London, 10/2005.
- Boon H., Westlake K., Deber R., Moineddin R. (2005), Problem-solving and decision-making preferences: no difference between complementary and alternative medicine users and non-users. *Complement Ther Med*. 13(3), pp.213-216.
- Bowis J., "Patient mobility and Healthcare in the European Union", INI/2004/2118.
- Brokalaki E., Sotiropoulos G.C., Tsaras K., et al, (2005). "Awareness of diagnosis, and information-seeking behavior of hospitalized cancer patients in Greece". *Supportive Care in Cancer*, vol. 13, pp. 938-942.
- Crawford C. (2000), "Patient's rights and the Law of Contract in Eighteenth-Century", *Social History of Medicine*, 13(3), pp.381-410.
- Cooper-Patrick L., Gallo J.J., Gonzales J.J. (1999), et al. Race, gender, and partnership in the patient-physician relationship. *JAMA*, 282(6), pp. 583-589.
- Cotturi G., Inglese S. A. et al, "Rome, European Charter of Patient's Rights", Cittadinanzattiva-Active Citizenship network group, Rome, 11/2002.
- Coulter A., Ellins J. (2006), *Patient-Focused Interventions: A Review of the Evidence*. London, England: The Health Foundation and Picker Institute Europe, pp. 7-20.
- Coulter A., «Which patients get the worst deal? » OECD observer, December 2001.
- Danbury C. M., Newdick C. (2006), "The effect on patients' rights of private commissioning of NHS services", *BMJ*, 332, p. 126.
- Diamandouros, "Patient rights in Europe today". Speech by the European Ombudsman, Professor P. Nikiforos Diamandouros, to the Second Hygeia-Harvard Medical International Conference. Athens, 2005, <http://ombudsman.europa.eu/speeches/en/2005-06-03.html>.

- Eisenberg J. M. (1985), Physician utilization: the state of research about physicians' practice patterns. *Med Care*. 23, pp.461-83.
- Ellen M., Makela C. J. (2002), «Comparative Analysis of patients' rights: The United States and the EU», *Consumer Interests Annual*, vol.48, pp.234-249.
- Emanuel E.J., & Emanuel L.L. (1992), "Four models of the physician-patient relationship". *JAMA*. 267(16): pp. 2221-2226.
- Epstein H. (2005), "Claiming the right to Health", *The Lancet*, vol. 366, pp. 1155-1156.
- Fallberg L. (2000), "Patients' rights in the Nordic countries", *Eur Health Law*. vol.6, pp. 123-143.
- Fallberg L., Kattelus K. (2000), "Patients' rights in Europe: where do we stand and where do we go? ". *Eur Health Law*. 7, pp.1-3.
- Fitrakis E., Arsenopoulou I. (2004), "The Greek Ombudsman and the protection of patients' rights", in McKenney S. & Fallberg L. (eds), *Protecting patient's rights*, Radcliffe Medical Press, pp. 33-49.
- Gaston C.M., Mitchell G. (2005), Information giving and decision-making in patients with advanced cancer: a systematic review. *Soc Sci Med*, vol.61(10), pp. 2252-2264.
- Giddings P. (2004), "Patient rights in Great Britain" in *Protecting patients' rights*, Radcliffe Medical Press.
- Gillon R. (1994), Medical ethics: four principles plus attention to scope. *BMJ*, 309(6948), pp. 184-188.
- Guadagnoli E. (1998), Ward P., Patient participation in decision-making. *Soc Sci Med*. vol. 47(3), pp.329-339.
- Health Service Commissioner (HSC), Annual Reports 1997-1998. <http://www.hse.gov.uk/aboutus/reports/hscar978.pdf>. viewed 28/10/2010.
- Health Service Commissioner (HSC), Annual Reports 2000-2001. <http://www.hse.gov.uk/aboutus/reports/hscar2000.pdf>. viewed 28/10/2010.
- Henderson S. (2003), "Power imbalance between nurses and patients: a potential inhibitor of partnership in care". *J Clin Nurs*. vol. 12(4), pp. 501-508.
- Hibbard J.H., Peters E., Slovic P., Tusler M. (2005), Can patients be part of the solution? Views on their role in preventing medical errors. *Med Care Res Rev*. 62(5), pp. 601-616.
- Horton R. (2000), 'Health and Human Rights: Health and the UK Rights Act 1998', *The Lancet*, vol.356, pp. 1186-1188.
- Hurren E.T. (2002), "*Patient's rights: from Alder Hey to the Nuremberg Code*", University College Northampton, London, May 2002.
- Iconomou C., Viha A., Koutras A., et al. (2002). "Information needs and awareness of diagnosis in patients with cancer receiving chemotherapy: a report from Greece. *Palliative medicine*, vol.16, pp. 315-321.
- Institute of Medicine (I.O.M.). (2001), *Crossing the Quality Chasm: a New Health System for the 21st Century*. Washington, D.C.: National Academies Press.

- Karpouzi K., Danos H., Elliot L. (2005), “Informed consent: A comparative survey of Greek and British nurse perceptrs beliefs to informed consent”. *ICUS Nurs Web J*, p.24.
- Katz M.G., Jacobson T.A., Veledar E., Kripalani S. (2007), “Patient literacy and question-asking behavior during the medical encounter: a mixed-methods analysis”. *J Gen Intern Med.* 2007 Jun; 22(6), pp.782-786.
- Kennedy J.F. (1962), Special message to the Congress on protecting the consumer interest. In: Public papers of the Presidents of the United States, March 15, 1962. Washington, DC: US Government Printing Office; 1962:93:236. http://www.jfklink.com/speeches/jfk/publicpapers/1962/jfk93_62.html. Accessed July 1, 2009.
- Kokkonen P. (1994), “The new Finish law on the status and rights of the patient, *Eur J Health Law.* 1, pp.127-136.
- Kraetschmer N., Sharpe N., Urowitz S., Deber R.B. (2004), “How does trust affect patient preferences for participation in decision-making?” *Health Expect.* vol.7(4), pp.317-326.
- Kravitz R.L., Cope D.W., Bhrany V., Leake B. (1994), “Internal Medicine Patients’ Expectations for Care during Office Visits”. *Journal of General Internal Medicine.* vol. 9, pp. 45-67.
- Mansell D., Poses R.M., Kazis L., Duefield C.A. (2000), “Clinical factors that influence patients' desire for participation in decisions about illness”. *Arch Intern Med.* vol.160 (19), pp.2991-2996.
- McGregor E. et al. (2001), “The Human Rights Act may change the management of psychiatric patients in England”, *BMJ*, 322(7290), pp. 234-244.
- McGuckin M., Waterman R., Porten L., et al. (1999), “Patient education model for increasing handwashing compliance”. *Am J Infect Control.* vol. 27(4), pp.309-314.
- McGuckin M., Taylor A., Martin V., Porten L., Salcido R. (2004), “Evaluation of a patient education model for increasing hand hygiene compliance in an inpatient rehabilitation unit”. *Am J Infect Control.* vol.32(4), pp.235-238.
- McKinstry B. (2000), “Do patients wish to be involved in decision making in the consultation? a cross sectional survey with video vignettes”. *BMJ.* vol. 321(7265) pp.867-871.
- Medical Ethics Today. The BMA’s handbook of ethics and law. 2nd ed. British Association Ethics Department, 2004.
- Merchant J. (2006), “From Legislation to Debate: The regulation of assisted reproduction, human cloning, and embryonic stem cell”, UK ed..
- Molven O. (2004), “The Norwegian Patient Ombudsman scheme” in McKenney S. & Fallberg L. (eds), *Protecting patient’s rights*, Radcliffe Medical Press.
- Murray E., Davis H., Tai S.S., Coulter A., Gray A., et al. (2001), “Randomised controlled trial of an interactive multimedia decision aid on hormone replacement therapy in primary care”. *BMJ.*vol. 323(7311),pp.490-493.

- Murray E., Lo B., Pollack L., Donelan K., et al. (2003), “The impact of health information on the Internet on the Physician-patient relationship: Patient Perceptions “, *Archives of Internal Medicine* 163, pp.1727-1734.
- Murray E., Lo B., Pollack L., Donelan K., et al. (2003), “The Impact of Health Information on the Internet on Health Care and the Physician-Patient relationship: National U.S. survey among 1050 U.S. physicians”, *Journal of Medical Internet Research*, vol. 5, p.17.
- Lee K.H., Seow A., Luo N., Koh D. (2008), “Attitudes towards the doctor-patient relationship: a prospective study in an Asian medical school”. *Medical Education*, vol.42, pp.1092-1099.
- Levenstein J.H., Brown J.B., Weston W.W., Stewart M., McCracken M.C., McWhinney I. (1989), *Patient-centred Clinical Interviewing. Communication with Medical Patients*. Newbury, CA: Sage Publications, vol. 1, pp.107–20.
- Levinson W., Kao A., Kuby A., Thisted R.A. (2005), “Not all patients want to participate in decision making: a national study of public preferences”. *J Gen Intern Med*. vol. 20(6),pp.531-535.
- Lo B. & Parham L. (2010), “The impact of Web 2.0 on the Doctor-Patient relationship”. *Journal of law Medicine and Ethics*, pp. 17-26.
- Longtin Y., Sax U., Leape L.L., Sheridan SE., Donaldson L., Pittet D. (2010), “Patient Participation: Current Knowledge and Applicability to Patient Safety”. *Mayo Clinic Proc.*, vol. 85(1), pp.53-62.
- Pangalos G. (1998), “Confidentiality in healthcare in Greece”, *EHTO Enterprise*.
- Parker M. & Dickenson D. (2001), *The Cambridge medical Ethics workbook. Case studies commentaries and activities*. Cambridge University Press, p.323.
- Pollard J. (2005), “Patients think they have rights. They don't.”, *Patients Association Health Journalist of 2006*, UK.
- Richmond C. (2001), “Patient’s bills of rights regarded with skepticism in UK”, *CMAJ*, 165(6), pp.23-33.
- Rosén P., Anel A., Hjortsberg C. (2001), “Patient views on choice and participation in primary health care”. *Health Policy*, vol. 55, Issue 2, pp. 121-128.
- Rothenbacher D., Lutz M.P., Porzolt F. (1997), “Treatment decisions in palliative cancer care: patients' preferences for involvement and doctors' knowledge about it”. *Eur J Cancer*. vol.33(8), pp.1184-1189.
- Sandor J. (2004), “Ombudpersons and patients’ rights representatives in Hungary”, in McKenney S. & Fallberg L. (eds), *Protecting patient’s rights*, Radcliffe Medical Press.
- Sen, A. (1988), “On Ethics and Economics”, Oxford, Basil Blackwell.
- Stewart M., Brown J.B., Weston W.W., McWhinney I.R., et al., (2003), *Patient-centred Medicine: Transforming the Clinical Method*”, 2nd edn. Oxford: Radcliffe Medical Press.
- Stiggelbout A.M., Kiebert G.M. (1997), “A role for the sick role: patient preferences regarding information and participation in clinical decision-making”. *CMAJ*. vol. 157(4), pp.383-389.

- Street R.L., Krupat E., Bell R.A., Kravitz R.L., Haidet P. (2003), “Beliefs about control in the doctor–patient relationship: effect on communication in medical encounters”. *J Gen Intern Med*, vol.18, pp.609–16.
- Strull W.M., Lo B., Charles G. (1984), “Do patients want to participate in medical decision making”?, *JAMA*. vol. 252(21), pp.990-2994.
- Tengilimoglou D., Kisa A., Dziegielewska S. F. (2000), “What patients know about their rights in Turkey”. *Journal of Health & Social Policy*, vol.12(1), pp. 23-35.
- The patient’s association, survey of the UK public patient’s rights – MAIN REPORT (2005), Merck Sharp & Dohme ltd, Harrow, UK.
- The patient’s association, survey of the UK public patient’s rights – MAIN REPORT (2006), Merck Sharp & Dohme ltd, Harrow, UK.
- Thompson S.C., Pitts J.S., Schwankovsky L. (1993), “Preferences for involvement in medical decision-making: situational and demographic influences”. *Patient Educ Couns*. vol. 22(3), pp.133-140.
- Vincent C. & Furnham A. (1999), “Complementary medicine: state of the evidence”. *J R Soc Med*. vol. 92(4), pp.170-177.
- Wald H.S., Dube C.E. & Anthony D.C. (2007), “Untangling the physician-patient relationship – The Impact of Internet Use on Health Care and the Physician-Patient Relationship”. *Patient Education and Counseling*. vol.68, pp.218-224.
- Weiss B.D. & Sent J.H. (1990), Patient satisfaction survey instrument for use in health maintenance organisations. *Med Care*. vol. 28: 434-45.
- Wesley S. (2005), “The English Patient Leslie Burke wants to live; the National Health Service has a second opinion”, *The weekly standard*, 010(35), 05/30/2005.
- Wetzels R., Harmsen M., Van Weel C., Grol R., Wensing M. (2007), Interventions for improving older patients' involvement in primary care episodes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007; (1):CD004273.
- World Health Organization (WHO) (1994), « Declaration of patient’s rights», Amsterdam.
- World Health Organization (WHO) (2007), «Patients Rights», Amsterdam.
- Willems S., De Maesschalck S., Deveugele M., Derese A., De Maeseneer J. (2005), “Socio-economic status of the patient and doctor-patient communication: does it make a difference”?, *Patient Educ Couns*, vol. 56(2), pp.39-146.
- Woogara J. (2001), «Human rights and patients' privacy in UK hospitals», *Nursing Ethics*, vol. 8(3), pp.234-46.
- Woolf S.H. & Kamerow D.B. (1990), “Testing for uncommon conditions: the heroic search for positive test results”. *Arch Intern Med*. vol. 150, pp.2451-8.

Ελληνική

- Ακινόσογλου Κ., Αποστολάκης Ε., Δουγένης Δ., (2007). «Τα δικαιώματα του ασθενούς και ποιος τα προστατεύει». *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 24(6), pp. 605-611.

- Αλεξιάδης Α.Δ. (2000), Δίκαιο της Υγείας-Δεοντολογία της Υγείας. Εκδόσεις Δημόπουλος Μ., Αθήνα.
- Αλμαλιώτου-Καλαμπαλίκη Γ. (2004), «Προστασία για τους ασθενείς», Έθνος.
- Αναπλιώτου-Βαζαίου Ε. (1988), «Καθημερινά Ιατρικά Προβλήματα», Εκδόσεις Ειρ. Ναυπλιώτου – Βαζαίου.
- Αναπλιώτου-Βαζαίου Ε. (1993), Γενικές αρχές ιατρικού δικαίου, Αθήνα, Εκδόσεις Σακούλα.
- Αναστόπουλος Β. (2002), «Δικαιώματα και Υποχρεώσεις ασθενών στο σύστημα υγείας», Γ.Ε.Ε. Λαυρίου.
- Ανδρουλιδάκη-Δημητριάδη Ι. (1993), «Η υποχρέωση ενημέρωσης του ασθενούς». Εκδόσεις Αντ. Ν. Σάκκουλα, Αθήνα.
- Αρσενοπούλου Ι. (2006), «Ηθικές και νομικές παράμετροι της Υγείας: η προστασία των δικαιωμάτων των ασθενών» in: Σουλιώτης Κ. ed. Πολιτική και Οικονομία της Υγείας. Αθήνα: εκδόσεις Παπαζήση, pp.97-118.
- Βάρκα-Αδάμη Α., Αδάμης Σ. (2008), «Ενημέρωση και συναίνεση του ασθενούς: η περίπτωση του υπονηφίου δότη και λήπτη ιστών ή οργάνων για μεταμόσχευση». Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 25 (5), pp.557-583.
- Βούλτσος Π., Χατζητόλιος Α. (2006), «Η συναίνεση του ασθενούς στα πλαίσια του νέου κώδικα ιατρικής δεοντολογίας», Ιατρικό Βήμα.
- Γούλα Α. Β. (2000), «Διοίκηση & Διαχείριση Νοσοκομείου», Αθήνα, εκδόσεις Παπαζήση.
- Γκαράνη-Παπαδάτου Τ. (2004), «Δίκαιο υγείας-Βιοηθική. Σημειώσεις στο μάθημα: Βασικές αρχές Δημόσιας Υγείας, ΕΣΔΥ.
- Ετήσια Έκθεση του Συνηγόρου του Πολίτη, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003.
- Ευρωπαϊκή Οικονομική και Κοινωνική Επιτροπή (Ε.Ο.Κ.Ε.) (2007), Γνωμοδότηση με θέμα: «Τα δικαιώματα του ασθενούς». SOC/221, CESE 1256/2007. Βρυξέλλες, 26 Σεπτεμβρίου 2007.
- Ιωαννίδου Ε. & Γαλανάκης Ε. (2008), «Ο πρόσφατος κώδικας ιατρικής δεοντολογίας, η ενημέρωση του ασθενούς με κακοήθεια και η εμπλοκή της ελληνικής οικογένειας». Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 25 (2), pp. 224-230.
- Κηπουρού Α., Μπούτας Α. (2005), «Ιατρικό δίκαιο και δικαιώματα ασθενούς», τεύχος 1, Ελληνική.
- Κρομμύδα Λ. (2009)., «Ο ρόλος των ασθενών στη διαδικασία περίθαλψης. Ευρωπαϊκή και Ελληνική πραγματικότητα». ΕΣΔΥ, Τομέας Αρχών Διοίκησης & Οργάνωσης Υπηρεσιών Υγείας.
- Κονταράτος Α. Ν. (2003), «Η τέχνη της διοίκησης των νοσοκομείων», Αθήνα, Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιάνος.
- Κοντέλη Ε. (2005), «Τα δικαιώματα του ασθενούς σε επιλεγμένα κέντρα υγείας αγροτικών περιοχών της Κρήτης. Σε ποιο βαθμό είναι γνωστά σε ασθενείς και σε γιατρούς», Μεταπτυχιακή εργασία, Ηράκλειο.
- Κρεμαλής Κ. (2003), Δίκαιο της Υγείας, τόμος 1ος & 2ος , Αθήνα, Νομική βιβλιοθήκη.

- Κυπριανού Μ., Bowis J., Ferreira A., Ματσάκης Μ. (2006), «Συζήτηση για τα δικαιώματα ασθενών στην Ε.Ε.», Βρυξέλλες, Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο.
- Λαμπροπούλου Α.Ι. (1999), «Προστασία των δικαιωμάτων των ασθενών», διπλωματική εργασία, Αθήνα.
- Μαλλιώρα Μ. (2005), «Ευρωπαϊκή Πολιτική στον τομέα της Δημόσιας και Ψυχικής Υγείας».
- Μανιτάκης Α. (1998), « Τα Δικαιώματα του Ψυχασθενούς: δικαιώματα ενός προσώπου στην ελευθερία ή δικαιώματα ενός ασθενούς στην υγεία ».
- Μεράκου Κ. & Γκαράνη-Παπαδάτου Τ. (1999), «Δικαιώματα ασθενών. Μια νέα παράμετρος στη φροντίδα υγείας», Ιατρική, 75(2), pp. 123-143.
- Μεράκου Κ., Δάλλα Α., Θεοδωρίδης Δ. (1999), «Ιατρικό απόρρητο. Οι «κατά συνθήκη» παραβιάσεις». Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 16(5), pp.234-255.
- Μερκούρης Α., Λεμονίδου Χ., Παναγιώτου Α., Leino-Kilpi Η. και συν., (2003), «Απόψεις του νοσηλευτικού προσωπικού και των ασθενών για την προστασία της ιδιωτικότητας στο νοσοκομείο: Συγκριτική μελέτη», Νοσηλευτική, 42(1), pp. 45-55.
- Μερκούρης Α., Λεμονίδου Χ., Παναγιώτου Α., Leino-Kilpi Η., και συν. (2003), «Διερεύνηση των απόψεων νοσηλευτικού προσωπικού και ασθενών για την πληροφορημένη συναίνεση στις νοσηλευτικές παρεμβάσεις», Νοσηλευτική, 42(3), pp. 34-46.
- Μπιλανάκης Ν. (2004), «Ψυχιατρική Περίθαλψη και Ανθρώπινα Δικαιώματα στην Ελλάδα», εκδόσεις Οδυσσέας, Αθήνα.
- Πανάγου Α. (2006), «Οι αρμοδιότητες του Συνηγόρου της Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης». Ιατρικό Βήμα, Νοέμβριος-Δεκέμβριος-Ιανουάριος.
- Παπαρηγοπούλου Π., Φυτράκης Ε. (2004), «Πόρισμα, Θέμα: Διερεύνηση καταγγελιών ασθενών-πειθαρχική ευθύνη ιατρών». Συνήγορος του Πολίτη. Νοέμβριος, 2004.
- Πολίτης Χ. (1999), Ιατρική Νομοθεσία, Ιατρικός σύλλογος, ιατρική Δεοντολογία. Πανελλήνιος ιατρικός Σύλλογος. Αθήνα 2002, Hartling, pp.8-28.
- Σγαρδέλη Α. (2007), «Δικαιώματα και υποχρεώσεις νοσοκομειακών ασθενών στην Ελλάδα και στην Αγγλία-Συγκριτική μελέτη», Διπλωματική εργασία, ΠΑ.ΠΕΙ, Πειραιάς.
- ΤΑ ΝΕΑ (2004), «Ασθενείς στο χειρουργείο χωρίς να ξέρουν από τι πάσχουν», 1/6/2004.
- Τσάτσος Θ. Δ. (1987), «Συνταγματικό Δίκαιο Γ', Θεμελιώδη Δικαιώματα», Εκδ. Αντ. Ν. Σάκκουλα, Αθήνα-Κομοτηνή.
- Φόνσος Γ. (2005), Συζήτηση-διαβούλευση «Δικαιώματα του ασθενούς».
- Χρυσοσπάθη Σ. (2006), «Ανθρώπινα δικαιώματα, υγεία και Νοσηλευτική», Νοσηλευτική.

ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ

1. Σύνταγμα της Ελλάδος, Ν.1975/1986.
5. Ν. 1397/1983
6. Ν. 2071/1992
7. Ν. 2194/1994
8. Ν. 2519/1997
9. Ν.2716/1999
10. Ν.3292/2004
11. Ν.3418/2005
12. Ν.3868/2010

ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΙ-ΨΗΦΙΣΜΑΤΑ

1. Συνήγορος της Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.
2. Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, «Ετήσια Έκθεση για Υγεία», Αθήνα, Ιούνιος 2005.
3. Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας, ΦΕΚ α/171 1955, Αθήνα.
4. Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας, 2005, Αθήνα (Ν.3418/2005).
5. World Health Organization, (WHO). Regional Office for Europe *Health Services Management*. Health Care Services Care 03 - 11/August 1997: Patients' Rights in Europe as at June 1997.
6. European Convention on Human Rights and Biomedicine, 1998.
7. PE 384.411 v.03-00, τροπολογίες 1-76, σχέδιο γνωμοδότησης: αντίκτυπος και συνέπειες του αποκλεισμού των υπηρεσιών υγείας από την οδηγία για τις υπηρεσίες στην εσωτερική αγορά, Ευρωπαϊκό κοινοβούλιο, 2007.
8. Ψήφισμα του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου σχετικά με την Κοινοτική Δράση για την παροχή διασυνοριακής υγειονομικής περίθαλψης, Ευρωπαϊκό κοινοβούλιο, 2006.
9. "Ljubljana charter on reforming health care in Europe" 1996.
10. Διακήρυξη (μανιφέστο) της 1ης Ευρωπαϊκής Συνάντησης των Συγγενών και των Ψυχικά Ασθενών, Βέλγιο, 1990.
11. Διακήρυξη της WHO, « Τα δικαιώματα των ασθενών», Amsterdam, 1994.
12. Ευρωπαϊκό κοινοβούλιο, «Ευρωπαϊκή Χάρτα για τα δικαιώματα των ασθενών», Βρυξέλλες, 11/2002.
13. "NHS Improvement Plan", United Kingdom 6/2004.

ΙΣΤΟΣΕΛΙΔΕΣ

1. http://europa.eu/legislation_summaries/human_rights/human_rights_in_third_countries/dh0002_en.htm, viewed 10/10/2010.
2. http://europa.eu/legislation_summaries/human_rights/index_el.htm, viewed 12/10/2010.

3. http://www.bioethics.gr/media/pdf/ethsies/ETHSIA_2009-10.pdf, viewed 25/10/2010.
4. <http://www.psyhat.gr/pages.asp?pageid=155&langid=>, viewed 23/10/2010.
5. <http://ec.europa.eu/health-eu/newsletter/48/newsletter-el.htm>, viewed 15/2/2011.
6. <http://noconcology.com/+www.noconcology.com&cd=1&hl=el&ct=clnk&gl=gr&source=www.google.gr>, viewed 28/10/2010.
7. <http://www.bestrong.org.gr/el/cancersupport/therightsofcancerpatients>, viewed 27/9/2010.
8. <http://www.amnesty.org.gr/wpcontent/uploads/2010/10/AmnestyProgram2010.pdf>, viewed 28/10/2010.
9. http://www.nchr.gr/media/gnwmateuseis_eeda/ygeia/mental_health_final2011.doc, viewed 28/10/2010.
10. <http://www.mfhr.gr/categories.asp?ln=0&id=4>, viewed 28/10/2010.
11. <http://www.activecitizenship.net/content/blogcategory/33/78/>, viewed 28/10/2010.
12. <http://www.eesc.europa.eu/?i=portal.el.home>, viewed 28/10/2010.
13. http://europa.eu/legislation_summaries, viewed 15/01/2011.
14. <http://www.bestrong.org.gr/el/cancersupport/therightsofcancerpatients/patientsrightseurope/>, viewed 15/01/2011.
15. <http://www.greekhelsinki.gr/>, viewed 15/01/2011.

Παράρτημα Α

ΠΙΝΑΚΕΣ.

Πίνακες: Π.1(I & II): Τα δικαιώματα και οι υποχρεώσεις του νοσοκομειακού ασθενούς.

Πίνακας Π.1.(I): Τα δικαιώματα του νοσοκομειακού ασθενούς:

ΤΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ:
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 αξιοπρέπειά 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 παρουσιασθούν 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 εκπαίδευση. 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 επ' αυτών ενεργειών και αποτελεσμάτων.

Πηγή: Ν.2071 ΦΕΚ 123/92 Τ.Α. - Άρθρο 47

Πίνακας Π.1.(II): Οι υποχρεώσεις του νοσοκομειακού ασθενούς:

ΟΙ ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ:
1. Ο ασθενής έχει υποχρέωση να ενημερώνει το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό για τα φάρμακα που τυχόν έπαιρνε πριν την εισαγωγή του στο Νοσοκομείο και να συνεργάζεται με ειλικρίνεια.
2. Για κάθε παράπονο ο ασθενής και οι συγγενείς να απευθύνονται στους ιεραρχικά υπεύθυνους καθώς και στο Γραφείο Επικοινωνίας με τον Πολίτη που λειτουργεί εντός του Νοσοκομείου.
3. Η παραμονή συγγενών και φιλικών προσώπων στους θαλάμους να είναι ολιγόωρη και όχι πολυπληθής, και να αποφεύγετε να έχετε μαζί σας παιδιά.
4. Οι συνοδοί που παραμένουν στους θαλάμους λόγω ειδικής άδειας, πρέπει να φροντίζουν στη διατήρηση της καθαριότητας. Να μην κάθονται στα κρεβάτια των ασθενών, να μην βάζουν λουλούδια στους θαλάμους και να μην κρατούν τρόφιμα, αναψυκτικά και καφέδες, γιατί μεταβάλλονται σε εστίες μικροβίων.
5. Οι συνοδοί και οι επισκέπτες να μην προκαλούν θόρυβο, γιατί οι ασθενείς έχουν ανάγκη ηρεμίας και ησυχίας.
6. Να μην φέρετε μαζί σας πολύτιμα αντικείμενα καθώς και μεγάλα χρηματικά ποσά.
7. Να είστε συνεπείς στα ραντεβού που έχετε κλείσει και να μην απομακρύνεστε από τους θαλάμους άνευ άδειας.
8. Να έχετε πάντα το βιβλιάριο υγείας, και ασφάλισης, τις εξετάσεις που τυχόν έχετε κάνει στο παρελθόν καθώς και κάθε σχετικό έγγραφο (πληροφοριακό δελτίο, οδηγίες κλπ.).
9. Αν είστε ασφαλισμένος ή έχετε βιβλιάριο απορίας, η νοσηλεία σας καλύπτεται από το ασφαλιστικό σας ταμείο ή το Δημόσιο.
10. Εάν είστε ανασφάλιστος πληρώνετε το αντίτιμο του νοσηλίου σας, απευθείας και μόνο στο Λογιστήριο Νοσηλευομένων, που σας παρέχει και την σχετική απόδειξη.
11. Απαγορεύεται οι επισκέπτες να εισέρχονται εντός του Νοσοκομείου με αυτοκίνητο ή άλλο μεταφορικό μέσο.
12. Αμοιβή σε οποιοδήποτε πρόσωπο και για οποιοδήποτε λόγο είναι παράνομη και προσβάλλει τους ίδιους τους εργαζόμενους.
13. Οι ασθενείς και οι συνοδοί αυτών, κατά την εισαγωγή τους, πρέπει να δίνουν απαραίτητα τα στοιχεία τους και τις πληροφορίες που τους ζητούνται από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό.
14. Απαγορεύεται αυστηρά το κάπνισμα σε όλους τους χώρους του Νοσοκομείου.

Πηγή: Ν.2071 ΦΕΚ 123/92 Τ.Α. - Άρθρο 47

Πίνακας Π.2.: Ευρωπαϊκή Χάρτα Δικαιωμάτων των Ασθενών.

ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΧΑΡΤΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΩΝ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΤΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ

Κάθε άνθρωπος έχει το δικαίωμα να απολαμβάνει την παροχή των κατάλληλων υπηρεσιών προκειμένου να εμποδίσει την εμφάνιση ασθενειών.

ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΤΗΣ ΠΡΟΣΒΑΣΗΣ

Κάθε άνθρωπος έχει το δικαίωμα της πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας που απαιτεί η κατάσταση της υγείας του. Οι υπηρεσίες υγείας πρέπει να εξασφαλίζουν ισότιμη πρόσβαση σε όλους χωρίς διακρίσεις ως προς την οικονομική κατάσταση, τον τόπο κατοικίας, το είδος της ασθένειας ή τον χρόνο πρόσβασης στις υπηρεσίες.

ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΤΗΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗΣ

Κάθε άνθρωπος έχει το δικαίωμα της πρόσβασης σε κάθε είδος πληροφόρησης σχετικά με την κατάσταση της υγείας του, τις υπηρεσίες υγείας και τον τρόπο να τις χρησιμοποιεί καθώς επίσης και σε κάθε διαθέσιμη επιστημονική έρευνα και τεχνολογική καινοτομία.

ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΤΗΣ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ

Κάθε άνθρωπος έχει το δικαίωμα της πρόσβασης σε κάθε είδος πληροφορίας που μπορεί να τον βοηθήσει να συμμετέχει ενεργά στην λήψη αποφάσεων που αφορούν την υγεία του. Η πληροφόρηση αυτή αποτελεί προϋπόθεση για κάθε θεραπευτική πράξη και διαδικασία, συμπεριλαμβανομένης της συμμετοχής σε κλινικές δοκιμές.

ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΤΗΣ ΕΛΕΥΘΕΡΗΣ ΕΠΙΛΟΓΗΣ

Κάθε άνθρωπος έχει το δικαίωμα της ελεύθερης επιλογής μεταξύ διαφόρων θεραπευτικών διαδικασιών και παροχών υπηρεσιών υγείας κατόπιν επαρκούς πληροφόρησης.

ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΤΗΣ ΕΧΕΜΥΘΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΕΜΠΙΣΤΕΥΤΙΚΟΤΗΤΑΣ

Κάθε άνθρωπος έχει το δικαίωμα να παραμένουν εμπιστευτικά τα προσωπικά του δεδομένα, συμπεριλαμβανομένων των δεδομένων που αφορούν την κατάσταση της υγείας του και δυναμικές διαγνωστικές ή θεραπευτικές διαδικασίες καθώς επίσης και να προστατεύεται η ιδιωτικότητα του κατά την εκτέλεση διαγνωστικών εξετάσεων, επισκέψεων σε γιατρούς ειδικότητας, και γενικά ιατρικών/χειρουργικών πράξεων.

ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΤΟΥ ΣΕΒΑΣΜΟΥ ΤΟΥ ΧΡΟΝΟΥ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ

Κάθε άνθρωπος έχει το δικαίωμα να λαμβάνει την απαιτούμενη θεραπευτική αγωγή σε σύντομο και προκαθορισμένο χρόνο. Το δικαίωμα αυτό ισχύει για κάθε φάση της θεραπείας.

ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΤΗΣ ΤΗΡΗΣΗΣ ΠΡΟΔΙΑΓΡΑΦΩΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ

Κάθε άνθρωπος έχει το δικαίωμα της πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας υψηλής ποιότητας βάσει προδιαγραφών και τήρησης συγκεκριμένων προτύπων.

ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΤΗΣ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ

Κάθε άνθρωπος έχει το δικαίωμα απαλλαγής από βλάβη που προκαλείται από την πλημμελή λειτουργία των υπηρεσιών υγείας, τα ιατρικά σφάλματα και λάθη, και το δικαίωμα πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας και θεραπείες που πληρούν αυστηρά πρότυπα ασφαλείας.

ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΤΗΣ ΚΑΙΝΟΤΟΜΙΑΣ

Κάθε άνθρωπος έχει το δικαίωμα πρόσβασης σε καινοτόμες διαδικασίες, συμπεριλαμβανομένων των διαγνωστικών διαδικασιών, σύμφωνα με τα διεθνή πρότυπα και ανεξάρτητα από οικονομικούς παράγοντες.

ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΤΗΣ ΑΠΟΦΥΓΗΣ ΠΕΡΙΤΤΗΣ ΤΑΛΑΙΠΩΡΙΑΣ ΚΑΙ ΠΟΝΟΥ

Κάθε άνθρωπος έχει το δικαίωμα να αποφύγει όσο μπορεί την ταλαιπωρία και τον πόνο σε κάθε φάση της ασθένειάς του.

ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΤΗΣ ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Κάθε άνθρωπος έχει το δικαίωμα σε διαγνωστικές ή θεραπευτικές μεθόδους σχεδιασμένες, κατά το δυνατόν, στις ατομικές του ανάγκες.

ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΕΚΦΡΑΣΗΣ ΠΑΡΑΠΟΝΩΝ

Κάθε άνθρωπος έχει το δικαίωμα να εκφράσει παράπονα, οποτεδήποτε έχει υποστεί ζημία και το δικαίωμα να λάβει απάντηση ή άλλη ενημέρωση.

ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΤΗΣ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗΣ

Κάθε άνθρωπος έχει το δικαίωμα να λάβει επαρκή αποζημίωση εντός λογικά σύντομου χρονικού διαστήματος, οποτεδήποτε έχει υποστεί φυσική ή ηθική και ψυχολογική ζημία από ιατρική πράξη που παρείχε μια υπηρεσία υγείας.

Πηγή: (WHO, 1994) Διακήρυξη του Amsterdam για τα δικαιώματα του ασθενούς.

Παράρτημα Β



Το παρόν ερωτηματολόγιο αποτελεί μέρος μιας έρευνας που γίνεται στο πλαίσιο εκπόνησης της μεταπτυχιακής διατριβής του Μιχαήλ Π. Κουλίζου και της Χριστοπούλου Α. Μαρίας στο Τμήμα Διοίκησης Μονάδων Υγείας του Ανοικτού Πανεπιστημίου Κύπρου, με επίτη τον Καθηγητή κ. Οικονόμου Χαράλαμπο. Η διατριβή έχει τίτλο: **«Απόψεις των ασθενών για τον βαθμό προστασίας των δικαιωμάτων τους στα Ελληνικά Δημόσια Νοσοκομεία: Η περίπτωση ενός Νοσοκομείου του Κέντρου και ενός της Περιφέρειας».**

Επειδή η συμμετοχή σας είναι σημαντική στην εκπόνηση της διπλωματικής διατριβής σας παρακαλούμε να συμπληρώσετε τις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου, αφιερώνοντας λίγα λεπτά από το χρόνο σας. Το ερωτηματολόγιο είναι ΑΝΩΝΥΜΟ, γι' αυτό δεν χρειάζεται να συμπληρώσετε πουθενά το όνομά σας. Μας ενδιαφέρει η δική σας προσωπική άποψη. Οι απαντήσεις είναι εμπιστευτικές και θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για τους σκοπούς της παρούσας έρευνας.

Σας ευχαριστούμε πολύ για τη συνεργασία και το χρόνο σας.

Με εκτίμηση,

Κουλίζος Π. Μιχαήλ & Χριστοπούλου Α. Μαρία

Μεταπτυχιακοί φοιτητές

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Συμπληρώστε το ερωτηματολόγιο σημειώνοντας με **X** το τετράγωνο της απάντησης που σας εκφράζει.

1. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ & ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

1.1. Νοσοκομείο:

- Κέντρου
- Περιφέρειας

1.2. Η ηλικία σας:

- <20
- 21-30
- 31-40
- 41-50
- 51-60
- 60>

1.3. Φύλο:

- Άνδρας
- Γυναίκα

1.4. Οικογενειακή κατάσταση:

- Άγαμος/η
- Έγγαμος/η
- Χήρος/α
- Διαζευγμένος/η
- Άλλο

1.5. Εκπαίδευση:

- Μη γνώση γραφής ή ανάγνωσης.
- Υποχρεωτική εκπαίδευση.
- Απόφοιτος Λυκείου.
- Απόφοιτος ΑΕΙ-ΤΕΙ.
- Κάτοχος Μεταπτυχιακού ή Διδακτορικού τίτλου.

1.6. Ασφάλιση Υγείας:

- Χωρίς ασφάλιση.
- Κάτοχος βιβλιαρίου απορίας.
- Κρατικός φορέας ασφάλισης.
- Ιδιωτική ασφάλιση.
- Κάτοχος Κοινωνικής & Ιδιωτικής ασφάλισης.
- Άλλος.

1.7. Στην περίπτωση που είστε ασφαλισμένος σε Κρατικό φορέα ασφάλισης, αυτός είναι:

- Το ΙΚΑ
- Ο ΟΑΕΕ (ΤΕΒΕ-ΤΑΕ-ΤΣΑ)
- Το Δημόσιο (ΟΠΑΔ)
- Ο ΟΓΑ
- Το ΝΑΤ
- Άλλος Κρατικός Φορέας. Ποιος; _____

1.8. Κλινική/ες που νοσηλευτήκατε:

- Παθολογική
- Γενική Χειρουργική
- Μαιευτική
- Ορθοπεδική
- Οφθαλμολογική
- Άλλη. Ποιά; _____

1.9. Διάρκεια νοσηλείας (ημέρες):

- < 4 ημέρες
- 5-9 ημέρες
- 10-14 ημέρες
- 15 ημέρες >

2. ΑΝΗΣΥΧΙΕΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΓΙΑ ΤΙΣ ΠΡΟΣΦΕΡΟΜΕΝΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ

2.1. Κατά την εισαγωγή σας στην Κλινική ποιόν συναντήσατε πρώτα;

- Νοσηλεύτρια υπηρεσίας.
- Ιατρό υπηρεσίας.
- Άλλον. Ποιόν; _____
- Κανένα.

2.2. Κατά την εισαγωγή σας στην Κλινική σας εδόθη η δυνατότητα να επιλέξετε τον ιατρό και την νοσηλεύτριά σας;

- Ναι.
- Όχι.

2.3. Αν επιθυμήσατε να αλλάξετε τον ιατρό ή την νοσηλεύτρια, σας δόθηκε η δυνατότητα να το πράξετε;

- Δεν θέλησα να αλλάξω.
- Η επιθυμία μου έγινε αποδεκτή.
- Με άκουσαν αλλά δεν ικανοποίησαν την επιθυμία μου.
- Δεν μπόρεσα να βρω τον αρμόδιο για το αίτημά μου.
- Δεν εξέφρασα την επιθυμία μου.

2.4. Απορρίψατε κάποια θεραπεία ή διαδικασία σχετική με την ασθένειά σας;

- Ναι.
- Όχι.

2.5. Αν απορρίψατε κάποια διαδικασία ή θεραπεία, τί επακολούθησε;

- Μου επεξήγησαν την σημασία της θεραπείας και της διαδικασίας και μου πρότειναν να το ξανασκεφτώ.
- Συνέχισαν τη θεραπεία χωρίς τη συγκατάθεσή μου.
- Μου είπαν ότι αν απορρίψω την θεραπεία θα έπαιρνα αυτόματα εξιτήριο από το Νοσοκομείο.
- Μου έδωσαν εξιτήριο χωρίς καμιά εξήγηση.

2.6. Ρωτήσατε ή σας παρείχαν πληροφορίες για το κόστος της θεραπείας σας;

- Ναι.
- Όχι.

2.7. Όταν νοσηλευόσασταν σας ζητήθηκε να συμμετάσχετε σε κάποια πειραματική θεραπεία που διεξαγόταν από το Νοσοκομείο;

- Ναι, και μου έδωσαν πληροφορίες σχετικές με την έρευνα.
- Ναι, αλλά δεν μου έδωσαν περαιτέρω πληροφόρηση.
- Όχι.

3. ΤΥΠΟΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗΣ ΠΟΥ ΠΑΡΕΧΕΤΑΙ ΣΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

3.1. Όταν προσήλθατε στην Κλινική πληροφορηθήκατε τον κανονισμό του Νοσοκομείου (π.χ. ωράριο επισκέψεων, ώρες σίτισης κ.ά.);

- Ναι.
- Όχι.

3.2. Αν ναι, με ποιόν τρόπο;

- Από τη Νοσηλεύτρια υπηρεσίας.
- Από τον ιατρό υπηρεσίας.
- Διάβασα τον Κανονισμό ο οποίος ήταν αναρτημένος σε κάποιο χώρο.
- Με άλλο τρόπο. Ποιος ήταν αυτός; _____

3.3. Σας εδόθησαν πληροφορίες σχετικές με την ασθένεια, την θεραπεία σας και τις σχετικές θεραπευτικές διαδικασίες ;

- Ναι, μου εδόθη πλήρης ενημέρωση.
- Ναι, αλλά η ενημέρωση περιορίστηκε αποκλειστικά στη θεραπεία.
- Ενημερώθηκα για όλες τις διαδικασίες αλλά δεν κατάλαβα.
- Δεν έλαβα καμία ενημέρωση.

3.4. Αν σας εδόθη η παραπάνω ενημέρωση, ποιός σας την παρείχε;

- Η Νοσηλεύτρια υπηρεσίας.
- Ο ιατρός υπηρεσίας.
- Ο ιατρός μου.
- Άλλος.

3.5. Ζητήσατε περισσότερη πληροφόρηση σχετικά με τις ιατρικές διαδικασίες;

- Ναι.
- Όχι.

3.6. Αν ναι, σας παρείχαν τις πληροφορίες που ζητήσατε;

- Ναι.
- Όχι.

3.7. Κατά την διαμονή σας στο Νοσοκομείο τηρήθηκε η εμπιστευτικότητα (απόρρητο);

- Ναι, πάντα.
- Ναι, μερικές φορές.
- Όχι.

3.8. Πριν την έξοδό σας από το Νοσοκομείο, σας εδόθη ενημερωτικό σημείωμα σχετικά με την αγωγή που πρέπει να ακολουθήσετε στο σπίτι;

- Μου εδόθησαν όλες οι πληροφορίες που χρειαζόμουν.
- Πληροφορήθηκα μόνο την ημερομηνία επανεξέτασης.

- Δεν έλαβα καμία πληροφόρηση.

3.9. Πιστεύετε ότι θα έπρεπε να είχατε λάβει περισσότερη πληροφόρηση;

- Ναι.
- Όχι.

3.10. Πριν την έξοδό σας από το Νοσοκομείο σας εδόθησαν οδηγίες σχετικά πώς να επικοινωνήσετε με το προσωπικό του Νοσοκομείου σε περίπτωση που παρουσιαστεί κάποια επείγουσα ανάγκη για ιατρική φροντίδα (π.χ. έπειτα από το εξιτήριο).

- Μου εδόθησαν όλες οι πληροφορίες που χρειαζόμουν.
- Έλαβα πληροφόρηση που περιοριζόταν στην χρήση των φαρμάκων.
- Πληροφορήθηκα μόνο την ημερομηνία επανεξέτασης.
- Δεν έλαβα καμία πληροφόρηση.

4. ΘΕΣΠΙΣΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΙΣ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΩΝ

4.1. Όταν προσήλθατε στο Νοσοκομείο, γνωρίζετε τα δικαιώματά σας ως ασθενείς;

- Ναι.
- Όχι.

4.2. Ποιά από τα παρακάτω θεσπισμένα δικαιώματά σας γνωρίζετε;

- Όλοι οι ασθενείς έχουν δικαίωμα να απολαμβάνουν την ίδια ιατρική, νοσηλευτική και άλλη φροντίδα στο Νοσοκομείο.
- Ο ασθενής έχει δικαίωμα πρόσβασης στις Υπηρεσίες του Νοσοκομείου, οι οποίες είναι απόλυτα ενδεδειγμένες για τη φύση της ασθένειάς του.
- Ο ασθενής έχει το δικαίωμα του σεβασμού του προσώπου και της ανθρώπινης αξιοπρέπειάς του.
- Ο ασθενής, ανάλογα με τις προϋποθέσεις που θέτει ο ασφαλιστικός του οργανισμός, δικαιούται και την αντίστοιχη κατηγορία κλίνης στο Νοσοκομείο, με την κατάλληλη διαμονή, την κατάλληλη μεταχείριση και την αποτελεσματική διοικητική και τεχνική εξυπηρέτηση.
- Ο ασθενής έχει το δικαίωμα να συγκατατεθεί ή να αρνηθεί κάθε διαγνωστική ή θεραπευτική πράξη που πρόκειται να διενεργηθεί σ' αυτόν.
- Ο ασθενής έχει το δικαίωμα να ζητήσει ενημέρωση σε ότι αφορά την κατάσταση της υγείας του.
- Ο ασθενής έχει το δικαίωμα να ζητήσει τη σύγκλιση ιατρικού συμβουλίου, προκειμένου να εξεταστεί η περαιτέρω κατάσταση της υγείας του και κυρίως επί σοβαρών περιπτώσεων ασθενειών.
- Ο ασθενής έχει δικαίωμα σεβασμού και αναγνώρισης σ' αυτόν των θρησκευτικών και ιδεολογικών πεποιθήσεών του.
- Ο ασθενής έχει δικαίωμα να ζητήσει την προσέλευση συμβολαιογράφου ή άλλου δημόσιου λειτουργού προς τακτοποίηση οποιασδήποτε υπόθεσής του.
- Ο ασθενής έχει το δικαίωμα επισκεπτηρίου, στις προκαθορισμένες από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης ώρες, συγγενών ή φίλων του.
- Ο ασθενής ή ο εκπρόσωπος του σε περίπτωση ανικανότητάς του, έχει το δικαίωμα να ενημερωθεί πλήρως και εκ των προτέρων για τους κινδύνους που ενδέχεται να παρουσιαστούν ή να προκύψουν από την εφαρμογή σε αυτόν μη συνηθισμένων ή πειραματικών διαγνωστικών και θεραπευτικών πράξεων. Η εκτέλεση των πράξεων αυτών γίνεται στον ασθενή μετά από συγκατάθεσή του, η οποία μπορεί να ανακληθεί από τον ίδιο ανά πάσα στιγμή.
- Ο ασθενής πρέπει να αισθάνεται πλήρως ελεύθερος στην απόφασή του να δεχθεί ή να απορρίψει κάθε συνεργασία του, που αποβλέπει σε

ερευνητικούς ή εκπαιδευτικούς σκοπούς. Η συναίνεσή του αυτή για τη συνεργασία του μπορεί να ανακληθεί ανά πάσα στιγμή.

- Ο ασθενής έχει δικαίωμα προστασίας της ιδιωτικής του ζωής. Γι' αυτό, κάθε στοιχείο ή έγγραφο του φακέλου του θα πρέπει να είναι απόλυτα εγγυημένο ως προς τη φύλαξή του, καθώς ισχύει για αυτά το ιατρικό απόρρητο προς κάθε τρίτο.
- Ο ασθενής έχει δικαίωμα εγγράφως ή προφορικώς να διαμαρτυρηθεί ή να καταθέσει ενστάσεις και ακολούθως να λάβει γνώση των επ' αυτών ενεργειών και αποτελεσμάτων.
- Ο ασθενής έχει δικαίωμα για οποιοδήποτε λόγο, ο οποίος ανάγεται στον ίδιο, να ζητήσει από τον θεράποντα ιατρό του να εξέλθει του Νοσοκομείου, διακόπτοντας τη θεραπεία της νόσου για την οποία εισήχθη αφού υπογράψει στο βιβλίο νοσηλείας ότι εξέρχεται οικειοθελώς και με δική του αποκλειστικά ευθύνη.
- Ο ασθενής έχει δικαίωμα να δωρίσει όργανο του σώματός του για θεραπευτικούς σκοπούς σύμφωνα με τις ισχύουσες διατάξεις, υπογράφοντας σχετική δήλωση συγκατάθεσης.
- Ο ασθενής έχει δικαίωμα να δώσει τη σορό του μετά θάνατο για εκπαιδευτικούς ή ερευνητικούς σκοπούς, υπογράφοντας σχετική προς τούτο δήλωση.

4.3. Ποιες από τις παρακάτω υποχρεώσεις του ασθενούς γνωρίζετε;

- Ο ασθενής υποχρεούται να πειθαρχεί και να εφαρμόζει τον Κανονισμό του Νοσοκομείου, όπου νοσηλεύεται. Αναλυτικά:
 - απαγορεύεται να καπνίζει εντός του Νοσοκομείου,
 - απαγορεύεται να παίζει τυχερά παιχνίδια,
 - απαγορεύεται να θορυβεί ή να κάνει χρήση μουσικών οργάνων,
 - απαγορεύεται να κάνει χρήση οινοπνευματωδών ποτών,
 - απαγορεύεται να εισέρχεται στα γραφεία των ιατρών ή άλλων Υπηρεσιών του Νοσοκομείου, στους βοηθητικούς χώρους όπου δεν έχει εντολή να μεταβεί ή σε άλλους θαλάμους νοσηλείας,
 - απαγορεύεται να συμπεριφέρεται απρεπώς στο ιατρικό, νοσηλευτικό και λοιπό προσωπικό του Νοσοκομείου
- Ο ασθενής υποχρεούται να παραμένει εντός του Νοσοκομείου καθόλη τη διάρκεια της Νοσηλείας του και μόνον όταν ειδικοί λόγοι επιβάλλουν την προσωρινή έξοδο του από αυτό και εφόσον το επιτρέπει η κατάσταση της υγείας του, μπορεί να ζητήσει άδεια από τον Διευθυντή Ιατρό της Κλινικής όπου νοσηλεύεται, ή από το νόμιμο αναπληρωτή του.
- Ο ασθενής υποχρεούται ευθύς μετά την είσοδο του στο Νοσοκομείο, να δηλώσει στο Τμήμα Κίνησης Ασθενών, διαμέσου της Προϊσταμένης της

Κλινικής όπου νοσηλεύεται, τον ασφαλιστικό του φορέα (εφόσον είναι ασφαλισμένος) ή ότι θα καταβάλλει ο ίδιος όλες τις δαπάνες νοσηλείας του.

- Ο ασθενής υποχρεούται να εφαρμόζει τις εντολές των ιατρών του και να εκτελεί πιστά τη φαρμακευτική αγωγή.
- Ο ασθενής υποχρεούται να λαμβάνει την παρεχόμενη από το Νοσοκομείο τροφή, απαγορευόμενης της λήψης από αυτόν κάθε άλλης τροφής που προσφέρεται σε αυτόν από τους οικείους του, προς αποφυγή αλλοίωσης του διαιτολογίου του, το οποίο καθορίζεται από τον θεράποντα ιατρό.
- Ο ασθενής οφείλει, ευθύς μετά την εισαγωγή του στο Νοσοκομείο, να δώσει στον αρμόδιο Ιατρό της Κλινικής όπου θα νοσηλευτεί πλήρες ιστορικό της ασθένειάς του.
- Ο ασθενής έχει υποχρέωση, σε περίπτωση που του χορηγηθεί γενική ή ολική νάρκωση για την πραγματοποίηση χειρουργικής επέμβασης, να υπογράψει γραπτή δήλωση συγκατάθεσης προς τούτο.

4.4. Από ποιες πηγές έχετε πληροφορηθεί για τα δικαιώματά των ασθενών στο Νοσοκομείο;

- Τα ΜΜΕ.
- Τα ενημερωτικά φυλλάδια του Νοσοκομείου.
- Το προσωπικό του Νοσοκομείου.
- Από προηγούμενους ασθενείς.
- Από το σχολείο
- Άλλη. Ποιά; _____

5. ΤΡΟΠΟΣ ΔΙΕΚΔΙΚΗΣΗΣ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΩΝ

5.1. Γνωρίζετε τις παρακάτω υπηρεσίες;

- Συνήγορος του Πολίτη για την Υγεία.
- Το Σώμα Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας & Πρόνοιας (ΣΕΥΥΠ).
- Την Υπηρεσία Προστασίας Δικαιωμάτων Ασθενών.
- Το Γραφείο Επικοινωνίας με τον Πολίτη.

5.2. Σε περίπτωση που αισθανθείτε ότι κάποιο/α από τα δικαιώματά σας παραβιάζεται θα απευθυνθείτε πρώτα (Εντός Νοσοκομείου):

- Στον Ιατρό σας.
- Στο προσωπικό της κλινικής (Ιατροί, Νοσηλευτές, Προϊσταμένη).
- Στον Διευθυντή της κλινικής.
- Στο Γραφείο Επικοινωνίας με τον Πολίτη.
- Αλλού.

5.3. Σε περίπτωση που αισθανθείτε ότι κάποιο/α από τα δικαιώματά σας παραβιάζεται θα απευθυνθείτε πρώτα (Εκτός Νοσοκομείου):

- Στο Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης.
- Στον Συνήγορο για την Υγεία.
- Στο Σώμα Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας & Πρόνοιας (ΣΕΥΥΠ).
- Σε Δικηγόρο.
- Στα ΜΜΕ.
- Αλλού.

6. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

6.1. Από την εμπειρία της νοσηλείας σας και ύστερα από όσα διαβάσατε στο παρόν ερωτηματολόγιο, αισθανθήκατε ότι κάποιο ή κάποια δικαιώματά σας παραβιάστηκαν;

- Ναι
- Όχι



Ευχαριστούμε θερμά για την συμμετοχή σας

Παράρτημα Γ



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
6^η ΥΠΕ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣ/ΜΕΙΟ ΠΥΡΓΟΥ
“ΑΝΔΡΕΑΣ ΠΑΠΑΝΔΡΕΟΥ”

ΠΥΡΓΟΣ : 18-06-2010

ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤ: 10463

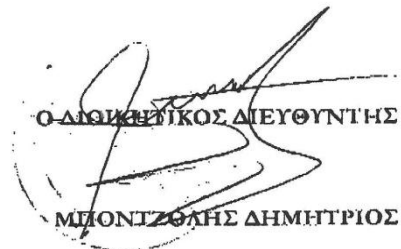
ΤΜΗΜΑ: ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ Σ.Δ.
Ταχ. Δ/ση: 27100 ΠΥΡΓΟΣ
Τηλέφωνο: 26210/82770
FAX: 26210/82395

ΠΡΟΣ: κ.Κουλίτσο Π.Μιχαήλ

6979-504768

ΘΕΜΑ : Γνωστοποίηση Απόφασης Δ.Σ.

Σας γνωρίζουμε ότι με την υπ'αριθμ. 8/01-06-2010 Απόφαση Διοικητικού Συμβουλίου, εγκρίθηκε το αίτημα σας για την διενέργεια έρευνας στο Νοσοκομείο μας στα πλαίσια εκπόνησης της Μεταπτυχιακής σας εργασίας στο τμήμα Διοίκηση Μονάδων Υγείας του Ανοικτού Πανεπιστημίου Κύπρου.
Επίσης σας επισημαίνουμε ότι θα πρέπει να υπάρχει απόλυτη εχεμύθεια, όσον αφορά στα στοιχεία των ερωτώμενων, αλλά και η δέσμευση σας ότι το νοσοκομείο θα ενημερωθεί επί των αποτελεσμάτων της έρευνας μετά την ολοκλήρωση της εκπόνησης της Μεταπτυχιακής σας εργασίας.


Ο ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΣ ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ
ΜΠΟΝΤΖΟΥΛΗΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ

**ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΕΛΕΥΣΙΝΑΣ «ΘΡΙΑΣΙΟ»**

**ΑΠΟΣΠΑΣΜΑ ΠΡΑΚΤΙΚΩΝ ΤΗΣ 22^{ης} Συνεδρίασης του 2010 του ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΥ
ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ ΤΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΕΛΕΥΣΙΝΑΣ «ΘΡΙΑΣΙΟ»**

Θέμα 2ο Δ/ΚΟ

**“Χορήγηση άδειας εκπόνησης εργασίας στην Τομέαρχη της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας
του Νοσοκομείου μας ΧΡΙΣΤΟΠΟΥΛΟΥ ΜΑΡΙΑΣ, κλάδου ΤΕ Νοσηλευτών”**

Το Δ.Σ του Νοσοκομείου σήμερα Τρίτη 22 Ιουνίου 2010, βρέθηκε σε νόμιμη απαρτία παρόντων του Προέδρου του Δ.Σ. κ. ΑΓΓΕΛΟΥ ΛΙΟΣΗ της αντιπροέδρου κας ΣΤΑΥΡΟΥΛΑΣ ΔΗΜΟΥ και των μελών του κ.κ. α) ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΥ ΚΟΡΟΠΟΥΛΗ, β) ΑΘΑΝΑΣΙΟΥ ΤΣΙΓΚΟΥ γ) ΦΙΛΙΠΠΟΥ ΦΙΛΙΠΠΗ δ) ΑΦΡΟΔΙΤΗΣ ΧΟΝΔΡΟΝΙΚΟΛΑ Αναπληρώτριας Διοικήτριας ε) ΜΑΡΙΑΣ ΧΡΙΣΤΟΠΟΥΛΟΥ και ζ) ΜΙΧΑΗΛ ΜΠΕΛΤΣΙΟΥ, απούσης της κ.ΕΛΕΝΗΣ ΡΟΚΑ, με κανονική άδεια.

Τίθεται υπόψη του Δ.Σ η με αρ. Πρωτ. 16237/Φ407/11-6-2010 εισήγηση της υπηρεσίας που αφορά το παραπάνω θέμα και έχει ως εξής:

Σχετικά: α) Οι διατάξεις του Ν.3527/2007 (ΦΕΚ 25/9-2-07 τ.Α΄)
β) Η υπ' αριθμ. 7/31-5-10 απόφαση του Επιστημονικού Συμβουλίου
γ) Η υπ' αριθμ. 11112/26-4-10 αίτηση της ΧΡΙΣΤΟΠΟΥΛΟΥ ΜΑΡΙΑΣ, Τομέαρχη της Ν.Υ. του Νοσοκομείου μας (ΤΕ Νοσηλευτών)

ΚΕΙΜΕΝΟ ΕΙΣΗΓΗΣΗΣ

Σύμφωνα με την υπ' αριθμ. 11112/26-4-10 αίτησή της (Γ' σχετικό) η ΧΡΙΣΤΟΠΟΥΛΟΥ ΜΑΡΙΑ, Τομέαρχης της Ν.Υ. και φοιτήτρια του μεταπτυχιακού προγράμματος σπουδών “Διοίκηση Μονάδων Υγείας” του Ανοικτού Πανεπιστημίου Κύπρου ζητά να της επιτραπεί διανομή ανώνυμων ερωτηματολογίων για την εκπόνηση διπλωματικής εργασίας με τίτλο: “Απόψεις των ασθενών για το βαθμό προστασίας των δικαιωμάτων τους στα Ελληνικά Δημόσια Νοσοκομεία: Η περίπτωση ενός Νοσοκομείου του κέντρου και ενός της περιφέρειας. Το Επιστημονικό Συμβούλιο στην υπ' αριθμ. 7/2-6-10 συνεδρίασή του ενέκρινε τη διεξαγωγή της ανωτέρω έρευνας, δεδομένης της συναίνεσης του Δ/ντή της Ιατρικής Υπηρεσίας και της Δ/ντριας της Νοσηλ.Υπηρεσίας, με την προϋπόθεση να διαφυλαχθούν τα προσωπικά δεδομένα, να τηρηθεί ο κώδικας επιστημονικής δεοντολογίας και να μην υπάρξει οικονομική επιβάρυνση για το Νοσοκομείο.

Λαμβανομένων υπόψη των ανωτέρω παρακαλούμε όπως αποφασίσετε σχετικά με την ικανοποίηση του αιτήματος.

Το Διοικητικό Συμβούλιο του Νοσοκομείου άκουσε την εισήγηση της Υπηρεσίας και αφού αποχώρησε ο εισηγητής ως επίσης και το μέλος ΧΡΙΣΤΟΠΟΥΛΟΥ ΜΑΡΙΑ, μετά από διαλογική συζήτηση μεταξύ των μελών του,

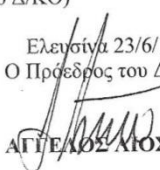
Α Π Ο Φ Α Σ Ι Ζ Ε Ι Ο Μ Ο Φ Ω Ν Α και

Α) ΕΓΚΡΙΝΕΙ το αίτημα της Τομεάρχου της Νοσηλ.Υπηρεσίας του Νοσοκομείου κ.ΧΡΙΣΤΟΠΟΥΛΟΥ ΜΑΡΙΑΣ κλάδου ΤΕ Νοσηλευτριών, φοιτήτριας του μεταπτυχιακού προγράμματος σπουδών "Διοίκηση Μονάδων Υγείας" του Ανοικτού Πανεπιστημίου Κύπρου να της επιτραπεί η διανομή ανώνυμων ερωτηματολογίων στα πλαίσια της εκπόνησης διπλωματικής εργασίας με τίτλο: "Απόψεις των ασθενών για το βαθμό προστασίας των δικαιωμάτων τους στα Ελληνικά Δημόσια Νοσοκομεία: Η περίπτωση ενός Νοσοκομείου του Κέντρου και ενός της περιφέρειας", κατόπιν και της συναίνεσης του Επιστ.Συμβουλίου καθώς και των Δ/τών Ιατρ.Υπηρεσίας και Νοσηλ.Υπηρεσίας, με την προϋπόθεση να διαφυλαχθούν τα προσωπικά δεδομένα, να τηρηθεί ο κώδικας επιστημονικής δεοντολογίας και να μην υπάρξει οικονομική ή άλλου είδους επιβάρυνση του Νοσοκομείου.

Β) Τα συμπεράσματα της εργασίας να παρουσιασθούν στο Δ/κό Συμβούλιο.

Η παρούσα απόφαση επικυρώνεται αυθημερόν για την άμεση εκτέλεσή της.
Η απόφαση αυτή πήρε αριθμό 22/ 22-06-10 (Θέμα 2ο Δ/ΚΟ)

Ελευσίνα 23/6/10
Ο Πρόεδρος του Δ.Σ.


ΑΓΓΕΛΙΟΣ ΚΙΟΣΣΗΣ



Παράρτημα Δ



COUNCIL OF
THE EUROPEAN UNION



Brussels, 28 February 2011
7056/11
PRESSE 40

Υιοθετήθηκε η Οδηγία για τη διασυνοριακή περίθαλψη

Το Συμβούλιο σήμερα 28/2/11 ενέκρινε ¹ τις τροπολογίες του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου στην αρχική οδηγία που αποσκοπούσε στη διευκόλυνση της πρόσβασης σε ασφαλή και υψηλής ποιότητας διασυνοριακή περίθαλψη και στην προώθηση της συνεργασίας για την υγειονομική περίθαλψη μεταξύ των Κρατών Μελών (6/11 + 6590/11 ADD 1 REV 2)². Οι τροπολογίες του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου αντανακλούν μια δεύτερη ανάγνωση συμβιβασμού που επετεύχθη μεταξύ της Βελγικής Προεδρίας και των εκπροσώπων του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου σε ένα άτυπο διάλογο στις 15 Δεκεμβρίου 2010. Σύμφωνα με το άρθρο 294 της Συνθήκης της Λισαβώνας η οδηγία για τη διασυνοριακή υγειονομική περίθαλψη έχει τώρα εγκριθεί. Τα Κράτη Μέλη θα πρέπει σε 30 μήνες να μεταφέρουν την διάταξη της οδηγίας στην εθνική τους Νομοθεσία.

¹ Η απόφαση ελήφθη, χωρίς διάλογο, σε σύνοδο του Συμβουλίου Μεταφορών, Τηλεπικοινωνιών και Ενέργειας στις Βρυξέλλες.

² Η Αυστριακή, Πολωνική, Πορτογαλική και Ρουμανική αντιπροσωπεία ψήφισαν κατά, και η Σλοβακική αντιπροσωπεία απείχε.

P R E S S

Rue de la Loi 175 B - 1048 BRUSSELS Tel.: +32 (0)2 281 6319 Fax: +32 (0)2 281 8026
press.office@consilium.europa.eu <http://www.consilium.europa.eu/Newsroom>

Πιο συγκεκριμένα, η νέα οδηγία περιλαμβάνει τις ακόλουθες διατάξεις :

- Κατά γενικό κανόνα, οι ασθενείς θα μπορούν να έχουν, υγειονομική περίθαλψη σε άλλο Κράτος Μέλος και να γίνεται **επιστροφή χρημάτων μέχρι το ύψος των εξόδων** που θα είχαν καλυφθεί από το κράτος μέλος ασφάλισης, εάν αυτή η υγειονομική περίθαλψη είχε παρασχεθεί στο έδαφός του.
- Αντί να αποζημιώσουν τον ασθενή, τα Κράτη Μέλη ασφάλισης μπορούν επίσης να αποφασίσουν να πληρώνουν άμεσα τον πάροχο της υγειονομικής περίθαλψης.
- Για επιτακτικούς λόγους γενικού ενδιαφέροντος (όπως απαιτήσεις σχεδιασμού για τη διασφάλιση μόνιμης πρόσβασης σε ισορροπημένο φάσμα υψηλής ποιότητας θεραπεία ή την επιθυμία για έλεγχο του κόστους και την αποφυγή οποιαδήποτε σπατάλης πόρων) το Κράτος Μέλος ασφάλισης μπορεί να περιορίσει την εφαρμογή των κανόνων σχετικά με την επιστροφή των χρημάτων για τη διασυνοριακή υγειονομική περίθαλψη.
- Τα Κράτη Μέλη μπορούν να καθιερώσουν ένα σύστημα προ έγκρισης για τη **διαχείριση πιθανής διαρροής ασθενών**. Αυτό, ωστόσο περιορίζεται στην υγειονομική περίθαλψη που υπόκειται σε προγραμματισμένες απαιτήσεις, όπως νοσοκομειακή περίθαλψη (που ορίζεται ως περίθαλψη που περιλαμβάνει διανυκτέρευση σε Νοσοκομείο) και υγειονομική περίθαλψη που περιλαμβάνει πολύ εξειδικευμένη και δαπανηρή ιατρική υποδομή ή εξοπλισμό, υγειονομική περίθαλψη που περιλαμβάνει θεραπείες που παρουσιάζουν ιδιαίτερο κίνδυνο για τον ασθενή ή τον πληθυσμό ή υγειονομική περίθαλψη η οποία θα μπορούσε να παραχθεί από έναν πάροχο υγειονομικής φροντίδας, η οποία θα μπορούσε να εγείρει σοβαρές ανησυχίες ως προς την ποιότητα ή την ασφάλεια φροντίδας³.

³ Ένα Κράτος μέλος ασφάλισης μπορεί να **αρνηθεί να χορηγήσει προ-έγκριση** εάν ο ασθενής που αναζητά διασυνοριακή περίθαλψη θα εκτεθεί σε απaráδεκτο κίνδυνο ασφάλειας, εάν το ευρύ κοινό θα εκτεθεί σε σημαντικό κίνδυνο ασφάλειας, εάν η υγειονομική περίθαλψη πρέπει να παραχθεί από πάροχο υγειονομικής περίθαλψης που δημιουργεί σοβαρές ανησυχίες σχετικά με τη συμμόρφωση με τα πρότυπα και τις κατευθυντήριες οδηγίες για ποιότητα και ασφάλεια, ή εάν η υγειονομική περίθαλψη μπορεί να παρασχεθεί στο έδαφος του εντός εύλογου ιατρικού χρονικού περιορισμού.

P R E S S

Rue de la Loi 175 B - 1048 BRUSSELS Tel.: +32 (0)2 281 6319 Fax: +32 (0)2 281 8026
press.office@consilium.europa.eu <http://www.consilium.europa.eu/Newsroom>

- Προκειμένου να γίνει **διαχείριση των εισερχόμενων διαρροών ασθενών** και για την διασφάλιση επαρκούς και διαρκούς πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη στο έδαφος του, το Κράτος Μέλος της θεραπείας μπορεί να θεσπίσει μέτρα σχετικά με τη πρόσβαση στη θεραπεία όταν αυτό δικαιολογείται από επιτακτικούς λόγους γενικού ενδιαφέροντος (όπως οι απαιτήσεις σχεδιασμού για διασφάλιση διαρκούς πρόσβασης σε ένα ισορροπημένο φάσμα υψηλής ποιότητας θεραπείας ή την επιθυμία για έλεγχο των δαπανών και αποφυγή κάθε σπατάλης πόρων).
- Τα Κράτη Μέλη θα πρέπει να ιδρύσουν **εθνικά κέντρα επαφής** τα οποία θα είναι υπεύθυνα για την ενημέρωση των ασθενών με πληροφορίες σχετικά με τα δικαιώματά τους στη λήψη διασυνοριακής υγειονομικής περίθαλψης π.χ. πληροφορίες για παρόχους υγειονομικής περίθαλψης, προσβασιμότητα σε νοσοκομεία για άτομα με αναπηρίες, να επιτρέψουν στους ασθενείς να έχουν πληροφορημένες επιλογές.
- Συνεργασία μεταξύ των Κρατών Μελών στον Τομέα Υγειονομικής περίθαλψης **έχει ενισχυθεί**, π.χ. στον τομέα ηλεκτρονικής υγείας (e-health) και μέσω ανάπτυξης ενός Ευρωπαϊκού δικτύου το οποίο θα συγκεντρώνει, σε εθελοντική βάση, τις εθνικές αρχές που είναι υπεύθυνες για την ηλεκτρονική υγεία. Άλλο παράδειγμα είναι οι σπάνιες ασθένειες, όπου η Επιτροπή θα πρέπει να υποστηρίζει τη συνεργασία των Κρατών Μελών στη διάγνωση και στη θεραπεία των ασθενειών αυτών.
- Η **αναγνώριση των συνταγών** που εκδίδονται από ένα άλλο Κράτος Μέλος έχει βελτιωθεί κατά γενικό κανόνα. Εάν ένα προϊόν επιτρέπεται να κυκλοφορεί στο έδαφος ενός Κράτους Μέλους τότε αυτό πρέπει να διασφαλίζει ότι οι συνταγογραφήσεις που χορηγούνται για το εν λόγω προϊόν σε άλλο Κράτος Μέλος, μπορούν να παρασχεθούν στην επικράτεια του σύμφωνα με την εθνική του νομοθεσία.
- Πωλήσεις φαρμακευτικών προϊόντων και ιατρικών συσκευών μέσω **διαδικτύου, υπηρεσίες μακροχρόνιας φροντίδας** που παρέχονται σε Γηροκομεία και η πρόσβαση και κατανομή των οργάνων για **μεταμοσχεύσεις** είναι εκτός πεδίου εφαρμογής της οδηγίας.

P R E S S

Rue de la Loi 175 B - 1048 BRUSSELS Tel.: +32 (0)2 281 6319 Fax: +32 (0)2 281 8026
press.office@consilium.europa.eu <http://www.consilium.europa.eu/Newsroom>

Παράρτημα Ε



Ημ/μία:

ΕΝΤΥΠΟ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΠΑΡΑΠΟΝΩΝ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΑΡΑΠΟΝΟΥΜΕΝΟΥ

Όνοματεπώνυμο παραπονούμενου:

Ιδιότητα παραπονούμενου: Ασθενής: Συγγενής ασθενούς: Άλλη:

Διεύθυνση: Τ.Κ.-Πόλη: Τηλ.:

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΑΡΑΠΟΝΟΥ

Ποιόν ή ποιους αφορά:

(Μπορείτε να συνεχίσετε στην πίσω σελίδα)

Τι ενδεχομένως προτείνεται για τη διευθέτηση του θέματος :

Σε ποιόν υποβλήθηκε:

υπογραφή

ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΠΑΡΑΠΟΝΟΥ (Συμπληρώνεται από την υπηρεσία)

Τμήμα Νοσηλείας/εξυπηρέτησης

Κατηγορία παραπόνου: Παροχή φροντίδας: Ενημέρωση: Εξυπηρέτηση: Άλλο:

Άποψη Προϊσταμένου Τμήματος:

Διευθέτηση ή διαχείριση παραπόνου:

Ενημερώθηκε ο παραπονούμενος; ΝΑΙ: ΟΧΙ: Με ποιο τρόπο:

Όνομ/μο υπευθύνου

υπογραφή



Ημ/νία:

ΑΝΑΦΟΡΑ ΣΥΜΒΑΝΤΟΣ Ή ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΣΥΜΒΑΝΤΟΣ

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Τραυματισμός από αντικείμενο | <input type="checkbox"/> Καταστροφή εγκατάστασης | <input type="checkbox"/> Πυρκαγιά |
| <input type="checkbox"/> Τραυματισμός από πτώση | <input type="checkbox"/> Καταστροφή εξοπλισμού | <input type="checkbox"/> Απώλεια ή κλοπή αντικειμένου |
| <input type="checkbox"/> Άλλο <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Διασπορά τοξικών ουσιών | <input type="checkbox"/> Επίθεση κατά ανθρώπου ή συμπλοκή |

Το συμβάν αφορά: πρόσωπο ή εγκατάσταση

Περιγραφή:

ΤΟΠΟΣ - ΧΡΟΝΟΣ - ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΜΑΡΤΥΡΩΝ & ΑΝΑΦΕΡΟΝΤΟΣ

Κτίριο: Όροφος: Τμήμα:

Θάλαμος/δωμάτιο: Ημ/νία: Ώρα:

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΜΑΡΤΥΡΩΝ:

1. Ονοματεπώνυμο: Ιδιότητα: Τηλ.:

2. Ονοματεπώνυμο: Ιδιότητα: Τηλ.:

3. Ονοματεπώνυμο: Ιδιότητα: Τηλ.:

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΝΑΦΕΡΟΝΤΟΣ:

Ονοματεπώνυμο: Ιδιότητα:

Ημ/νία: Ώρα: Υπογραφή:

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΣΥΜΒΑΝΤΟΣ ΚΑΙ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΤΩΝ ΥΠΕΥΘΥΝΩΝ

Αντιμετώπιση:

Υπογραφή συμπληρούντος

Ενημέρωση υπευθύνων:

Υπογραφή συμπληρούντος

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ (ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ - Τ.Κ. - ΠΟΛΗ - ΤΗΛ. - FAX)



Ημ/νία:

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ

Παρακαλούμε να μας εκφράσετε την άποψη σας για τις υπηρεσίες του Νοσοκομείου μας, σημειώνοντας με ✓ στο τετραγωνάκι του παρακάτω ερωτηματολογίου. Το ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο και οι πληροφορίες που περιλαμβάνει, θα μας βοηθήσουν να βελτιώσουμε τις υπηρεσίες του Νοσοκομείου μας.

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Φύλο ασθενούς: Άνδρας Γυναίκα Ηλικία ετών.
 Η εισαγωγή σας ήταν: Έκτακτη Προγραμματισμένη
 Νοσηλεύτηκατε στην Κλινική: Διάρκεια νοσηλείας: ημέρες.
 Ποιος συμπληρώνει το ερωτηματολόγιο: Ο ίδιος ο ασθενής Συγγενής ή συνοδός

ΠΑΡΑΚΑΛΟΥΜΕ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΤΕ ΤΙΣ ΕΝΤΥΠΩΣΕΙΣ ΣΑΣ ΓΙΑ:

	Κακές	Μάλλον κακές	Ούτε καλές ούτε κακές	Μάλλον καλές	Πολύ καλές
ΥΠΟΔΟΧΗ ΚΑΙ ΔΙΑΜΟΝΗ:					
Συμπεριφορά του προσωπικού που σας υποδέχτηκε στο Νοσοκομείο	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Άνετο και ευχάριστο περιβάλλον	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Επιμέλεια και καθαριότητα θαλάμων	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Λειτουργικότητα βοηθητικών συσκευών (κουδούνι, τηλέφωνο, φωτισμός κλπ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ποιότητα φαγητού	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Επιμέλεια σερβιρίσματος (εμφάνιση, θερμοκρασία κλπ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Συμπεριφορά προσωπικού τροφοδοσίας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ:					
Ενημέρωση για τη νόσο, τις εξετάσεις και πληροφόρηση σχετικά με τα ερωτήματά σας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Οδηγίες για τη θεραπεία από τους ιατρούς	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Φιλική και ευγενική συμπεριφορά ιατρών	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Χρόνος αναμονής για την πραγματοποίηση των εξετάσεων	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Συμπεριφορά του προσωπικού κατά τη διάρκεια των εξετάσεων	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ:					
Φιλική και ευγενική συμπεριφορά νοσηλευτών	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ενημέρωση σχετικά με τη νοσηλευτική φροντίδα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ποιότητα νοσηλευτικής φροντίδας, ικανότητες και εμπειρία νοσηλευτών	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ΓΕΝΙΚΗ ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗ:					
Τρόπος αντιμετώπισης των επισκεπτών ή συνοδών σας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ταχύτητα διεκπεραίωσης της διαδικασίας εισαγωγής	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ταχύτητα διεκπεραίωσης της διαδικασίας εξτηρίου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Οδηγίες που δόθηκαν για να ακολουθήσετε ηγαίνοντας στο σπίτι	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Βοήθεια για τη μετακίνηση σας (εφόσον χρειάστηκε) <input type="checkbox"/> Δεν χρειάστηκε: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Λειτουργικές διευκολύνσεις και πληροφόρηση από τις Γραμματείες του Νοσοκομείου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ΕΠΙΣΗΜΑΝΣΕΙΣ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Το Νοσοκομείο μας σας ευχαριστεί θερμά που διαθέσατε το χρόνο σας για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου. Σας βεβαιώνουμε ότι συμβάλατε στη προσπάθειά μας για βελτίωση.

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ (ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ - Τ.Κ. - ΠΟΛΗ - ΤΗΛ. - FAX)



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΥΗΣ
Δ.Υ.Π.Ε.
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ
ΚΛΙΝΙΚΗ/ΤΜΗΜΑ:

13
462

Αρ. Μητρ. Ασθ:
Θάλαμος: Κλίνη:

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Επώνυμο: Όνομα: Πατρώνυμο:
Ηλικία: Διεύθυνση: Τηλ.:

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΟΥ ΠΑΡΕΧΟΝΤΟΣ ΤΗΝ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ

Ο ίδιος ο ασθενής: Συγγενής: Βαθμός συγγένειας:
Επώνυμο: Όνομα: Τηλέφωνο:

Απία μη δήλωσης του ίδιου του ασθενούς:

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ

Ο υπογράφων, έχοντας πλήρη συνείδηση και κατανοώντας πλήρως το νόημα και το περιεχόμενο των εξηγήσεων που δόθηκαν σχετικά με την αναγκαιότητα, το σκοπό, τη φύση, τον τρόπο διενέργειας, τις πιθανές επιπλοκές ή ανεπιθύμητες ενέργειες της συνιστώμενης από τους θεράποντες ιατρούς διαγνωστικής ή θεραπευτικής πράξης:

ιατρική πράξη

Δηλώνω ότι δίνω ανεπιφύλακτα τη συγκατάθεση μου στους θεράποντες ιατρούς:

Όνοματεπώνυμο ιατρού:

Όνοματεπώνυμο ιατρού:

1. Να προχωρήσουν στη διενέργεια της παραπάνω διαγνωστικής ή θεραπευτικής πράξης καθώς και της κάθε παρέμβασης η οποία κριθεί αναγκαία κατά τη διάρκεια αυτής.
2. Να χορηγηθεί εφόσον απαιτείται, οποιοδήποτε είδους αναισθησία ή ήπια καταστολή.
3. Να μου χορηγηθεί αίμα ή προϊόντα του αίματος που μπορεί να απαιτηθούν κατά την κρίση των θεραπόντων ιατρών.
4. Να γίνουν οι εξετάσεις που απαιτούνται στους ιστούς που θα αφαιρεθούν.
5. Να γίνει φωτογράφιση ή βιντεοσκόπηση της επέμβασης για λόγους εκπαίδευσης ή έρευνας και συγκατατίθεμαι για την παρακολούθηση της επέμβασης από φοιτητές ή άλλους γιατρούς, για εκπαιδευτικούς λόγους.

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΡΑΞΗ

Είδος ιατρικής πράξης - αναγκαιότητα - σκοπός:

Τρόπος διενέργειας:

Πιθανές επιπλοκές:

Πιθανές επιπλοκές από την αναισθησία: (Παράρτημα ότι δεν ισχύει)

- (α) Επιπλοκές από το αναπνευστικό και το καρδιαγγειακό σύστημα, που μπορούν να φθάσουν μέχρι το ενδεχόμενο θανάτου.
- (β) Φαρμακευτικές αντιδράσεις ή αντιδράσεις από τη χορήγηση αίματος.
- (γ) Επιπλοκές από πιθανούς τραυματισμούς των νεύρων ή λοιμώξεις από την περιοχική αναισθησία.
- (δ) Το ενδεχόμενο τραυματισμού των δοντιών, των φωνητικών χορδών ή της τραχείας από την τοποθέτηση του ενδοτραχειακού σωλήνα.

Ημ/νία:

Υπογραφή ασθενή

Υπογραφή συζύγου
ή άλλου συγγενή

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ (ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ - Τ.Κ. - ΠΟΛΗ - ΤΗΛ. - FAX)

ΛΕΥΚΟ: ΚΛΙΝΙΚΗ ΡΟΖΕ: ΑΣΘΕΝΕΣ ΚΥΤΡΙΝΟ: ΘΑΛΕΙΟΣ ΑΣΘΕΝΗ



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΥΗΣ
Δ.Υ.Π.Ε.
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ
ΚΛΙΝΙΚΗ/ΤΜΗΜΑ:

13
463

Ημ/νία:

Αρ. Μητρ. Ασθ:

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΓΙΑ ΕΓΧΕΙΡΗΣΗ ΚΑΙ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑΣ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ			
Επώνυμο:	<input type="text"/>	Όνομα:	<input type="text"/>
Ηλικία:	<input type="text"/>	Πατρώνυμο:	<input type="text"/>
Διεύθυνση:	<input type="text"/>		Τηλ.: <input type="text"/>

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΟΥ ΠΑΡΕΧΟΝΤΟΣ ΤΗΝ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ			
Ο ίδιος ο ασθενής:	<input type="text"/>	Συγγενής:	<input type="text"/>
Επώνυμο:	<input type="text"/>	Βαθμός συγγένειας:	<input type="text"/>
Όνομα:	<input type="text"/>	Τηλέφωνο:	<input type="text"/>
Ατία μη δήλωσης του ίδιου του ασθενούς:			

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ

Ο υπογράφων, έχοντας πλήρη συνείδηση και κατανοώντας πλήρως το νόημα και το περιεχόμενο των εξηγήσεων που δόθηκαν σχετικά με την αναγκαιότητα, το σκοπό, τη φύση, τις πιθανές επιπλοκές ή ανεπιθύμητες ενέργειες της συνιστώμενης από τους θεράποντες ιατρούς χειρουργικής επέμβασης ή της αναισθησίας την οποία θα λάβω :

Είδος επέμβασης:

Δηλώνω ότι δίνω ανεπιφύλακτα τη συγκατάθεση μου στους θεράποντες ιατρούς:

Όνοματεπώνυμο ιατρού:

Όνοματεπώνυμο ιατρού:

1. Να προχωρήσουν στη διενέργεια της χειρουργικής επέμβασης και της κάθε παρέμβασης η οποία κριθεί αναγκαία κατά τη διάρκεια της επέμβασης.
2. Να μου χορηγηθεί γενική ή περιοχική αναισθησία ή ήπια καταστολή, ή αν απαιτηθεί μεταβολή της μεθόδου αναισθησίας κατά τη διάρκεια της εγχείρησης, από τους αναισθησιολόγους οι οποίοι μου εξήγησαν με απλά λόγια και με λεπτομέρεια τους κινδύνους, τις παρενέργειες και τις πιθανές επιπλοκές της αναισθησίας.
3. Να μου χορηγηθεί αίμα ή προϊόντα του αίματος ή/και άλλαμοσχεύματα που μπορεί να απαιτηθούν κατά την κρίση των θεραπόντων ιατρών.

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΠΕΜΒΑΣΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑ

Είδος επέμβασης - αναγκαιότητα - σκοπός:

Πιθανές επιπλοκές από την επέμβαση:

Πιθανές επιπλοκές από την αναισθησία:

(α) Επιπλοκές από το αναπνευστικό και το καρδιαγγειακό σύστημα, που μπορούν να φθάσουν μέχρι το ενδεχόμενο θανάτου.
(β) Φαρμακευτικές αντιδράσεις ή αντιδράσεις από τη χορήγηση αίματος.
(γ) Επιπλοκές από πιθανούς τραυματισμούς των νεύρων ή λοιμώξεις από την περιοχική αναισθησία.
(δ) Το ενδεχόμενο τραυματισμού των δοντιών, των φωνητικών χορδών ή της τραχείας από την τοποθέτηση του ενδοτραχειακού σωλήνα.

Υπογραφή ασθενή

Υπογραφή του συγγενή
που παρέχει τη συγκατάθεση

ΛΕΥΚΟ: ΚΛΙΝΙΚΗ ΡΟΖ: ΑΣΘΕΝΗΣ ΚΥΤΤΙΝΟ: ΦΑΚΕΛΟΣ ΑΣΘΕΝΗ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ (ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ - Τ.Κ. - ΠΟΛΗ - ΤΗΛ. - FAX)



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΥΗΣ
Δ.Υ.Π.Ε.
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ
ΚΛΙΝΙΚΗ/ΤΜΗΜΑ

13
461

Ημ/νία:

Αρ. Πρωτ:

ΔΗΛΩΣΗ ΑΡΝΗΣΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Επώνυμο:	<input type="text"/>	Όνομα:	<input type="text"/>	Πατρώνυμο:	<input type="text"/>	
Ηλικία:	<input type="text"/>	Διεύθυνση:	<input type="text"/>		Τηλ.:	<input type="text"/>

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΟΥ ΔΗΛΩΝΤΟΣ ΤΗΝ ΑΡΝΗΣΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Ο ίδιος ο ασθενής:	<input type="text"/>	Συγγενής:	<input type="text"/>	Βαθμός συγγένειας:	<input type="text"/>
Επώνυμο:	<input type="text"/>	Όνομα:	<input type="text"/>	Τηλ.:	<input type="text"/>
Απία μη δήλωσης του ίδιου του ασθενούς:					

ΔΗΛΩΝΩ ΟΤΙ:

αρνήθηκα να υποβληθώ στις διαγνωστικές εξετάσεις

ή τη θεραπευτική αγωγή

που μου συστήθηκε, παρά την αντίθετη σύσταση των θεραπόντων ιατρών και της Διοίκησης του Νοσοκομείου και παρόλο που μου εξηγήθηκαν οι κίνδυνοι από την παραπάνω άρνησή μου.

Για τον λόγο αυτόν εξέρχομαι με δική μου ευθύνη του Νοσοκομείου (υπογραφή)

ή επιθυμώ τη συνέχιση της θεραπείας μου σύμφωνα με τις περαιτέρω υποδείξεις των γιατρών (υπογραφή)

Ακόμα, απαλλάσσω κάθε ευθύνης τους θεράποντες ιατρούς μου και τους συνεργάτες τους για τις τυχόν συνέπειες της άρνησής μου να συμμορφωθώ στις συστάσεις τους, (υπογραφή)

ΑΕΥΚΟ ΚΛΙΝΙΚΗ ΡΟΖΕ ΑΣΘΕΝΗΣ ΚΑΤΡΙΝΟ: ΦΑΚΕΛΟΣ ΑΣΘΕΝΗ

Μάρτυρας/ες	Υπογραφή ασθενή, συζύγου ή άλλου συγγενή	Συγγένεια
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ (ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ - Τ.Χ. - ΠΟΛΗ - ΤΗΛ. - FAX)