Σχέση Ιατρού – Ασθενούς

Φίλιππος Γουρζής
Καθηγητής Ψυχιατρικής

"Η κεντρική ηθική θεώρηση της ιατρικής – ορισμένη από τους ιατρούς και τους υπεύθυνους υγείας από τα χρόνια του Ιπποκράτη ακόμα – είναι να παρέχει καθαρό ιατρικό όφελος στον ασθενή με όσο το δυνατόν λιγότερες επιβλαβείς συνέπειες. Σήμερα μπορούμε να προσθέσουμε στη θεώρηση του Ιπποκράτη, τις ηθικές υποχρεώσεις, που θα πρέπει να ορίσουμε με τέτοιο τρόπο ώστε να σεβόμαστε τις επιλογές όλων για τον ίδιο τους τον εαυτό, καθώς και οι επιλογές αυτές να είναι ισάξιες και δίκαιες για τους συνανθρώπους μας (σεβασμός στα ανθρώπινα δικαιώματα και στους κοινωνικά αποδεκτούς νόμους όσο αφορά την ηθική)."

Οι ιατροί καθώς και οι φοιτητές της ιατρικής πολλές φορές έρχονται αντιμέτωποι με την ηθική σκοπιά της ιατρικής πρακτικής. Μεγάλο μέρος των περιστατικών που μπορούν να προκαλέσουν ηθικά διλλήματα, έχουν ανακύψει εδώ και χρόνια και οι ιατροί τα αντιμετώπιζαν μέχρι σήμερα βασιζόμενοι στη διαίσθησή τους και στους κώδικες καλής ιατρικής πρακτικής. Οι αλλαγές όμως στη σχέση ασθενούς – ιατρού με την πάροδο των ετών, δημιούργησαν την αναγκαιότητα προσδιορισμού της σχέσης αυτής πιο επίσημα και πιο λεπτομερώς σε επίπεδο ιατρικής ηθικής. Οιιατροί σταδιακά καλούνται να δικαιολογήσουν τις αποφάσεις τους στους ίδιους τους ασθενείς, σε άλλους εργαζόμενους στον τομέα της υγείας, στα μέσα μαζικής ενημέρωσης και σε συμβουλευτικές επιτροπές που απαρτίζονται από άλλους ιατρούς. Προκειμένου να ανταπεξέλθουν στις υποχρεώσεις αυτές απαιτείται να αποκτήσουν δεξιοτεχνία στην ηθική θεώρηση της ιατρικής συνδυασμένη με τους νόμους που εφαρμόζονται σε κάθε χώρα.

Το κεφάλαιο αυτό επιχειρεί να βοηθήσει τους ιατρούς στη θεώρηση των προβλημάτων που ανακύπτουν στην καθημερική άσκηση της ιατρικής, από την ηθική σκοπιά. Στο τέλος του κεφαλαίου παρατίθενται χρήσιμες

βιβλιογραφικές αναφορές στις οποίες μπορεί να ανατρέξει ο φοιτητής προκειμένου να λάβει περισσότερες πληροφορίες.

Προκειμένου να καλυφθεί το αντικείμενο όσο το δυνατόν πιο σφαιρικά, στο κεφάλαιο αυτό η σχέση ιατρού – ασθενούς εστιάζεται σε επτά ευρύτερα κεντρικά πεδία :

i. Γενικές αρχές σχέσης ιατρού – ασθενούς
ii. Ιστορική αναδρομή και προσδοκίες αλλαγών
iii. Αναζήτηση ισορροπίας στη σχέση ιατρού – ασθενούς
iv. Σπουδαιότητα επικοινωνίας ιατρού – ασθενούς
v. Εμπιστοσύνη και προσέγγιση, συμπεριλαμβανομένου και του τι συμβαίνει όταν διαταράσσεται η σχέση ιατρού – ασθενούς
vi. Αναγνώριση ευθυνών και ορίων
vii. Μελλοντική θεώρηση της σχέσης ιατρού – ασθενούς

Γενικές αρχές σχέσης ιατρού – ασθενούς

Οι γενικές αρχές που πρέπει να διέπουν τη σχέση ιατρού – ασθενούς έχουν οριστεί αναλυτικά από το General Medical Council (GMC)[1]. Το παρόν κεφάλαιο εστιάζεται στην αμοιβαία φύση των αρχών αυτών και σε μερικές από τις πρακτικές θεωρήσεις του GMC, όπως είναι «η ειλικρείνεια και η αξιοπιστία που διέπει τον ιατρό», «ο σεβασμός στην αξιοπρέπεια του ασθενούς» και «η αντιμετώπιση του ασθενούς με ευγένεια». Οι αρχές που ακολουθούν βρίσκουν ουσιαστικά εφαρμογή στη σχέση ιατρού – ασθενούς :

a) Ο ιατρός οφείλει να παρέχει ιδιαίτερη προσοχή και περιποίηση στον ασθενή, άλλα όλες οι μεταξύ τους επαφές θα πρέπει να διέπονται από ειλικρίνεια, ευγένεια και σεβασμό και από τις δύο πλευρές.
b) Είναι υποχρέωση του ιατρού να καταστήσει τη σχέση λειτουργική άλλα φέρει ευθύνη και ο ασθενής.
c) Θεωρείται απαραίτητη η οριοθέτηση της σχέσης.

d) Η αποτελεσματική επικοινωνία απαιτεί και από τις δύο πευρές να είναι καλοί συνομιλητές, να ομιλούν, να ακούν, αλλά και να διευκρινίζουν ότι είναι ασαφές

Οι βασικές αυτές αρχές και το πώς επιτυγχάνονται θα συζητηθούν αναλυτικότερα παρακάτω.

Ιστορική αναδρομή και προσδοκίες αλλαγών

Οι προσδοκίες που έχει ο ασθενής σήμερα από τον ιατρό του διαφέρουν σημαντικά από τις αντίστοιχες προσδοκίες που είχαν οι πρόγονοί μας. Μεγάλο μέρος αυτού οφείλεται στις κοινωνικές αλλαγές που έχουν λάβει χώρα κατά τη πάροδο των ετών, με αποτέλεσμα τη διαφορετική θεώρηση των πραγμάτων. Παλαιότερα οι αποφάσεις λαμβάνονταν αποκλειστικά και μόνο από τον ιατρό βασισμένες στην ιατρική θεώρηση του προβλήματος, ενώ σήμερα φαίνεται να έχει συχνά λόγο και ο ασθενής από μια διαφορετική σκοπιά, όπως είναι το όφελος που έχει και το πως μπορεί να προαχθεί σε όσο το δυνατόν καλύτερη επιλογή για τον ίδιο, αυτό που του προτείνει ο ιατρός του.

Η πρώτη προσπάθεια ορισμού της ηθικής στον τομέα της υγείας έγινε το 1803 από τον Thomas Percival, μια πρωτοποριακή θεώρηση για εκείνη την εποχή, ορίζοντας ότι ο ιατρός έχει την ίδια ηθική – ιατρική υποχρέωση προς όλους τους ανθρώπους ανεξάρτητα από την κοινωνική τάξη στην οποία ανήκουν. Όρισε επίσης ότι ο ιατρός θα πρέπει να μπορεί να συνδυάζει τη συμπόνοια με την ικανότητά του να λαμβάνει σωστές ιατρικές αποφάσεις προς όφελος του ασθενούς[(2)]. Σύμφωνα όμως με τον T. Percival ο ασθενής δεν έπρεπε να εμπλέκεται και να έχει λόγο στη θεραπεία που του προτείνονταν και ουσιαστικά να μην γνωρίζει την κρισιμότητα της κατάστασής του. Για το λόγο αυτό, για πολλές δεκαετίες οι ιατροί διδάσκονταν να διατηρούν τις ελπίδες των ασθενών και να μην τους ενημερώνουν για την πραγματική του κατάσταση, έτσι ώστε να μην τους φέρουν σε κατάσταση στρες και επιδεινωθεί η ασθένειά τους. Με βάση τη θεώρηση αυτή οι ιατροί καλούνταν να διαλέξουν τι θα πουν και τι όχι στον ασθενή και να πάρουν ουσιαστικά μόνοι τους αποφάσεις χωρίς

να συμπεριλαμβάνουν τον ασθενή στη διαδικασία αυτή. Η ηθική θεώρηση του T. Percival αποτέλεσε ουσιαστικά τη βάση του ορισμού της ηθικής στα θέματα υγείας από το American Medical Association το 1847, στο πρώτο κεφάλαο του οποίου ορίζονται σαν ισοδύναμα «οι αρμοδιότητες του ιατρού προς τον ασθενή» με τις «υποχρεώσεις του ασθενούς προς τον ιατρό» (3).

Η άποψη όμως ότι ο ασθενής δεν πρέπει να ενημερώνεται πλήρως για την κατάστασή του και να αποφασίζει μόνος του ο ιατρός για το καλύτερο του ασθενούς, άρχισε να καταρρίπτεται από το 1950 και μέχρι το 1980 αυτού του είδους ο πατερναλισμός, ήταν πλέον ξεπερασμένος και μη αποδεκτός από την ιατρική κοινότητα. Παρόλο που αυτού του είδους ο πατερναλισμός αποσκοπούσε στο καλό του ασθενούς, πολλές φορές δημιουργούσε περισσότερα προβλήματα, αφού αφαιρούσε από τον ασθενή το δικαίωμα να αποφασίσει για την ίδια του τη ζωή. Η αντιμετώπιση όμως του ασθενούς από τον ιατρό επι του θέματος αυτού πρέπει να εξαρτάται από τον εκάστοτε ασθενή. Υπάρχουν ασθενείς που χρειάζεται ο ιατρός να τους αντιμετωπίσει με κατανόηση και διάθεση να αναλύσει την κάθε πιθανή εκδοχή όποιας θεραπείας και να διαλέξει.

Συνοψίζοντας, μπορούμε να πούμε ότι με την πάροδο των ετών έχουν γίνει πολλές και σημαντικές αλλαγές στη σχέση ιατρού – ασθενους. Αν θέλουμε να θέσουμε το πλαίσιο που ισχύει σήμερα, θα μπορούσαμε να το ορίσουμε ως ακολούθως :

- Ο ιατρός θα πρέπει να λαμβάνει υπ'όψιν του και τον ασθενή σε όποια απόφαση πάρει για τη θεραπεία του ασθενούς
- Το παραπάνω πρέπει να γίνεται στα πλαίσια μιας υποστηρικτικής διαδικασίας και όχι δίνοντας ένα καταλογο επιλογών στον ασθενή
- Θα πρέπει να καταβάλονται προσπάθειες να γίνεται δεκτή η επιθυμία του ασθενούς αλλά ο ιατρός οφείλει να είναι σαφής στην επεξήγηση των πρακτικών προβλημάτων που μπορούν να ανακύψουν από την επιλογή

Αναζήτηση ισορροπίας στη σχέση ιατρού – ασθενούς

Ο ασθενής συμβουλεύεται τον ιατρό για διάφορους λόγους υγείας αλλά και κοινωνικούς. Αυτή η σχέση που αναπτύσσεται θεωρείται σημαντική και ιδιότυπη. Δίνει το δικαίωμα στον ιατρό να έχει πρόσβαση όχι μόνο στον ίδιο τον ασθενή αλλά και στην οικογένειά του καθώς και στην προσωπική του ζωή. Για τον λόγο αυτό απαιτούνται πολύ γερά ηθικά θεμέλια. Επίσης, «ιατρική σημαίνει ζωή και θάνατος, λύτρωση και απόγνωση, ελπίδα και φόβο, μυστήριο και λογική. Είναι ένα μικροσκόπιο που εστιάζει στα θεμελιώδη στοιχεία της ζωής»(4). Για τους λόγους αυτούς, η σχέση ιατρού – ασθενούς καθίσταται ιδιαίτερα σημαντική και ο ιατρός καλείται να είναι συνεχώς σε εγρήγορση και να βελτιώνει συνεχώς την κατανόηση της οπτικής γωνίας του ασθενούς.

Ο ιατρός έχει περισσότερες πληροφορίες και επιρροή στην ιατρική θεώρηση της κατάστασης σε σύγκριση με τον ασθενή. Εξαιτίας όμως αυτής της θέσης ισχύος που έχει, έχει και το μεγαλύτερο μερίδιο ευθύνης για την καθιέρωση της σχέσης με τον ασθενή. Όπως όμως έχει σαφώς οριστεί από το GMC, ο ιατρός πρέπει να σέβεται την οπτική γωνία του ασθενούς, την ιδιωτική του ζωή, την αξιοπρέπειά του και να τον ενημερώνουν πλήρως για την όποια απόφαση πάρει για τη θεραπεία του(5).

Στην πράξη, η συνεργασία ιατρού – ασθενούς είναι λειτουργική και αποτελεσματική όταν οι ικανότητες του ιατρού εκπληρώνουν απόλυτα τις ανάγκες του ασθενούς αλλά και όταν οι απαιτήσεις του ασθενούς δεν υπερβαίνουν αυτά που μπορεί να προσφέρει ο ιατρός από νομική, ηθική και πρακτική πλευρά. Ο ιατρός έχει κάποιες υποχρεώσεις στην κοινωνία πέρα από το χρέος του έναντι του ασθενούς, αν και ο εκάστοτε ασθενής πρέπει να είναι η άμεση προτεραιότητα του κάθε ιατρού. Ο ιατρός επίσης έχει την υποχρέωση να μην αποφασίζει μόνος του τη θεραπεία αλλά να παρέχει στον ασθενή τις εναλλακτικές προτάσεις που έχει και με αποτελεσματικό και επιστημονικό υπόβαθρο να διαλέξουν μαζί τον ασθενή την κατάλληλη για αυτόν θεραπεία.

<u>Σπουδαιότητα επικοινωνίας ιατρού – ασθενούς</u>

Υπάρχουν πολλές αναφορές που αφορουν το πλαίσιο στο οποίο θα πρέπει να κινείται η επικοινωνία μεταξύ του ιατρού και του ασθενούς. Με απλούς όμως όρους, η αποτελεσματική επικοινωνία δεν περιλαμβάνει μόνο την επιστημονική πληροφόρηση του ασθενούς από τον ιατρό του, αλλά εγκαθιδρύει διαπροσωπική σχέση μεταξύ τους. Ο ιατρός θα πρέπει να αφιερώνει χρόνο για συνομιλία με τον ασθενή του, να φαίνεται και να έχει διάθεση να ακούσει τον ασθενή και να δίνει την ιδέα της συνέχισης της επικοινωνίας αυτής(5). Σημαντική προτεραιότητα του ιατρού θα πρέπει επίσης να είναι και η αναγνώριση της προσωπικότητας του κάθε ασθενούς και να έχει την ικανότητα να αναγνωρίζει επιμέρους παραμέτρους, όπως είναι η κουλτούρα, οι απόψεις για τον τρόπο ζωής και η απασχόληση του κάθε ασθενούς, σημεία τα οποία μπορεί να είναι κομβικά στην απόφαση του ασθενους για το είδος της θεραπείας που θα διαλέξει(6).

Σε γενικές γραμμές ο ασθενής θέλει να ακούγεται και να γίνεται σεβαστή η άποψή του από τον ιατρό καθώς και να συμμετέχει ενεργά στις διάφορες φάσεις της θεραπείας. Αν όμως επιλέξει να γνωρίζει ελάχιστα δεν πρέπει να πιεσθεί από τον θεράποντα ιατρό για το αντίθετο, αλλά θα πρέπει να γνωρίζει τα ουσιώδη γεγονότα για την κατάστασή του. Πολλές φορές όμως όταν προτείνεται στον ασθενή κάποια θεραπευτική αγωγή, ακόμα κι αν ο ασθενής έχει τη διάθεση να συμμετέχει ενεργά στη διαδικασία κατανόησης και λήψης αποφάσεων για την υγεία του, δεν μπορεί να κατανοήσει τους κινδύνους, τις πιθανότητες αλλά και τη σπουδαιότητα της προτεινόμενης θεραπευτικής αγωγής, με αποτέλεσμα να μην εγκαθιδρύεται ουσιαστική και αποτελεσματική επικοινωνία(7).

Από την άλλη πλευρά, ο ρόλος του ιατρού, είναι να διασφαλίζει ότι οι αποφάσεις που λαμβάνει ο ασθενής του, είναι αναστρέψιμες και εφικτές ακομα κι αν ο ασθενής έχει αποκρύψει από αυτόν σημαντικές πληροφορίες. Επίσης, ο ιατρός πρέπει να είναι υποστηρικτικός, αφού πολλές φορές οι επιπλέον πληροφορίες που δίνονται στον ασθενή του προκαλούν επιπλέον άγχος και ανησυχία(8). Σημαντικό σημείο, το οποίο πρέπει να συζητείται μεταξύ του

ιατρού και του ασθενούς είναι τα όρια της προτεινόμενης θεραπείας. Ο ιατρός πρέπει να είναι ενήμερος για όλους τους πιθανούς κινδύνους αλλά και για τους πιθανούς παράγοντες που μπορούν να επιδράσουν στις θεραπευτικές αποφάσεις. Οι δυσάρεστες όμως πληροφορίες δεν σημαίνει ότι πρέπει να αποκρύβονται από τον ασθενή αλλά αντίθετα να δίδονται από τον ίδιο τον ιατρό με εξαιρετική ευαισθησία.

Η εκάστοτε θεραπευτική αγωγή που προτείνεται στον ασθενή από το ιατρό του, πολλές φορές κρύβει και αβέβαια σημεία. Ο ιατρός θα πρέπει να είναι ειλικρινής με τον ασθενή για τα αβέβαια σημεία καθώς και να αναγνωρίζει αναδρομικά τυχόν λανθασμένη διάγνωση. Τα ιατρικά λάθη είναι δύσκολο να γίνουν αποδεκτά από τον ασθενή και τους συγγενείς του και δυνητικά είναι τραυματικά για τον ίδιο τον ασθενή. Η τήρηση όμως μυστικότητας είναι κάτι το οποίο δεν είναι αποδεκτό και είναι απαράδεκτο όχι μόνο για την ιατρική κοινότητα αλλά και για το κοινωνικό σύνολο. Όσο κι αν κοστίζει σε ανθρώπινο πόνο και χρήματα, δεν υπάρχει απολύτως κανένας λόγος για αποσιώπηση του λάθους. Σημαντικό σημείο είναι η ανακοίνωση του λάθους στον ασθενή ή και στους συγγενείς του αν το λάθος αυτό είχε ως μοιραίο αποτέλεσμα την κατάληξη του ασθενούς. Πρέπει η ανακοινωση να προετοιμάζεται με ευαισθησία και στη συνέχεια να γίνονται όλες οι τυπικά νόμιμες διαδικασίες για την απόδοση των ευθυνών.

Ένα άλλο θέμα που αποτελεί σημαντικό σημείο στη σχέση μεταξύ του ιατρού και του ασθενούς είναι το κατά πόσο ο ιατρός έχει το δικαίωμα να προτείνει στον ασθενή μη τεκμηριωμένες θεραπείες, θεραπείες που βρίσκονται σε ερευνητικό ακόμα επίπεδο. Στις περιπτώσεις αυτές οι μη ρεαλιστικές προσδοκίες μπορεί να αποδεχθούν καταστροφικές για τη σχέση ιατρού – ασθενούς. Μάλιστα, το θέμα γίνεται ακόμα πιο περίπλοκο από το γεγονός ότι δεν υπάρχει κλινική ομοφωνία για την αποτελεσματικότητα τέτοιων θεραπειών παρά το υψηλό κόστος που έχουν συνηθως. Η γνωστοποίηση τέτοιων θεραπειών μπορεί να οδηγήσει τους ασθενείς και τις οικογένειές τους σε οικονομική καταστροφή και χωρίς να είναι διασφαλισμένο ότι η προτεινόμη θεραπεία έχει

όλες τις προδιαγραφές να λειτουργήσει σωστά. Πολλές φορές, οι ασθενείς επειδή βρίσκονται σε ευάλωτη θέση επιθυμούν να έχουν την ευκαιρία επιλογής ακόμα και τέτοιων μη τεκμηριωμένων θεραπειών, προκειμένου να διατηρήσουν την ελπίδα να θεραπευτούν και να συνεχίσουν τη ζωή τους, αλλά είναι δύσκολες οι αποφάσεις αυτού του είδους και σίγουρα ο ασθενής θα επηρρεαστεί σε μεγαλύτερο βαθμό από την προσωπική άποψη του ιατρού του, συγκριτικά με το αν του προτείνονταν κάποια άλλη τεκμηριωμένη θεραπεία.

Η σχέση ιατρού – ασθενούς εξαρτάται από την αμοιβαία εντιμότητα των δύο πλευρών. Ο ασθενής φέρει την υποχρέωση να παρέχει αληθείς πληροφορίες στον ιατρό, έτσι ώστε ο τελευταίος να μπορεί να πάρει ασφαλέστερες αποφάσεις για την υγεία του ασθενούς. Η υποχρέωση όμως αυτή είναι λιγότερο αναγνωρισμένη ακόμα και στις μέρες μας. Πρέπει όμως να δίδεται έμφαση στο γεγονός ότι η απόκρυψη πληροφοριών εκ μέρους του ασθενούς μπορεί να οδηγήσει σε ανεπιθύμητες φαρμακευτικές παρενέργειες και το γεγονός αυτό να επιβραδύνει την ίαση του ασθενούς αλλά και να του προκαλέσει πιθανόν πρόσθετα προβλήματα. Πολλές φορές αποκρύπτονται πληροφορίες και από τις δύο πλευρές που αφορούν ευαίσθητα προσωπικά δεδομένα για ασφαλιστικούς ή κοινωνικούς λόγους, χωρίς όμως αυτό να αποβαίνει μοιραίο για την υγεία του ασθενούς.

Συνοψίζοντας το κομμάτι της οπουδαιότητας στην επικοινωνία μεταξύ ιατρού – ασθενούς μπορούμε να επισημάνουμε και να τονίσουμε τα ακόλουθα σημεία :

- Ο ασθενής πρέπει να πληροφορείται αλλά δεν είναι υποχρεωμένος να γνωρίζει όλες τις λεπτομέρειες αν δεν το επιθυμεί
- Θα πρέπει να γίνονται προσπάθειες ώστε οι πληροφορίες να δίδονται με τέτοιο τρόπο ώστε να γίνονται κατανοητες στον ασθενή, ακόμα κι αν απαιτείται μετάφραση στη μητρική ή σε άλλη γλώσσα που να καταλαβαίνει ο ασθενής
- Οι ερωτήσεις, οι απορίες και οι ανησυχίες του ασθενούς θα πρέπει να απαντώνται με ευθύτητα

- Η ευθύτητα στην επικοινωνία μεταξύ ιατρού – ασθενούς, πρέπει να εκτείνεται όχι μόνο στη θεραπεία αλλά και στη λήψη δύσκολων αποφάσεων κάθε στιγμή

Εμπιστοσύνη και αμοιβαιότητα

Το είδος της αμοιβαιότητας που πρέπει να διέπει τη σχέση ιατρού – ασθενούς μπορεί να περιγραφεί ως σχέση στην οποία και οι δύο πλευρές πρέπει να επινδύουν ισάξια έτσι ώστε να είναι λειτουργική και αποτελεσματική και με άμεσο στόχο τη βελτίωση της υγείας του ασθενούς.

Στα πλαίσια της εμπιστοσύνης εντάσσεται και η φαρμακευτική αγωγή που προτείνεται από τον ιατρό στον ασθενή. Η χορήγηση των φαρμάκων αλλά και γενικότερα της θεραπείας, πρέπει να εξηγείται στον ασθενή λεπτομερώς, μέχρι βέβαια του σημείου που δέχεται κι ο ίδιος ο ασθενής, και οι απορίες του ασθενούς να απαντώνται με ειλικρίνεια. Εάν υπάρχει πρόβλημα επικοινωνίας, όπως για παράδειγμα διαφορετική μητρική γλώσσα μεταξύ των δύο πλευρών, είναι υποχρέωση του γιατρού να καταστήσει σαφή όλα τα σημεία στα οποία έχει απορίες ο ασθενής.

Στις περιπτώσεις που ο ασθενής θέτει σε κίνδυνο τον εαυτό του ή το οικογενειακό ή κοινωνικό περίγυρο, είναι υποχρέωση του ιατρού να αναγκάσει τον ασθενή να λάβει την προτεινόμενη θεραπευτική αγωγή. Στις περιπτώσεις αυτές υπάρχουν ειδικές νομοθετικές ρυθμίσεις που προστατεύουν τον ιατρό και σύνήθως τέτοιες περιπτώσεις συναντώνται σε θέματα ψυχικής υγείας. Στις ακραίες αυτές περιπτώσεις επιβάλλεται η χορήγηση θεραπείας με αναγκαστικό τρόπο. Η διαδικασία αυτή δεν είναι ευρύτερα αποδεκτή και πράξη καλής ιατρικής παρά μόνο όταν εφαρμόζεται σε ακραίες περιπτώσεις, στις οποίες ο ασθενής είναι εκτός ελέγχου.

Σε καμία περίπτωση δεν πρέπει να εμπλέκεται οικονομικό συμφέρον στην προτεινόμενη θεραπευτική αγωγή, όπως έχει αναφερθεί και παραπάνω και αποτελεί σημαντικό παράγοντα ώστε να προκληθεί ρήξη μεταξύ των δύο πλευρών. Φαρμακευτικές εταιρείες και ιδρύματα δεν έχουν δικαίωμα να

παρεμβαίνουν και να επηρρεάζουν την κρίση του ιατρού όσο αφορά τη φαρμακευτική / θεραπευτική αγωγή που προτείνει στον ασθενή, με βάση τυχόν οικονομικά ωφέλη του ιδίου.

Σε όποια περίπτωση υπάρχει οικονομικό συμφέρον, πρέπει να υπάρχει ειλικρίνεια με τον ασθενή. Δεν είναι δεοντολογικά σωστό και ο ασθενής έχει δικαίωμα να παραπέμψει το γιατρό του στα ειδικά ελεγκτικά όργανα. Το προτιμότερο είναι η αποφυγή τέτοιων συναλλαγών αφού δεν υπάρχει και απολύτως κανένας λόγος να τίθεται σε κίνδυνο η σχέση αλλά και η υγεία του ασθενούς.

Πολλές φορές ο ασθενής επιθυμεί την παρουσία και άλλου προσώπου κατά τη διάρκεια της εξέτασης, χωρίς όμως αυτό να σημαίνει ότι δεν εμπιστεύεται τον γιατρό[(9)]. Η ανάγκη αυτή πηγάζει συνήθως από το γεγονός ότι ο ασθενής πιθανόν να νιώσει λιγότερο άγχος και στρες κατά την εξέταση παρουσία ενός οικείου σε αυτόν προσώπου. Είναι πιθανό να συμβεί, τόσο σε άνδρες όσο και σε γυναίκες ασθενείς. Συχνότερα, οι έφηβοι συνοδεύονται από κάποιο οικογενειακό πρόσωπο και πολλές φορές επιθυμούν την παρουσία αυτού κατά τη διάρκεια της εξέτασης για συναισθηματικούς περισσότερο λόγους. Στις περιπτώσεις των ψυχιατρικά ασθενών που υπάρχει κίνδυνος για βίαιη συμπεριφορά του ασθενούς, επιβάλλεται η παρουσία τρίτου κατά τη διάρκεια της εξέτασης, είτε αυτός είναι συγγενής είτε είναι κάποιος άλλος ιατρός ή νοσηλευτικό προσωπικό[(10)]. Το ίδιο ισχύει και σε περιπτώσεις που ο ασθενής εξετάζεται σε επίπεδο ιατροδικαστικών θεμάτων. Σε όλες τις περιπτώσεις όμως που υπάρχουν τρίτοι κατά τη διάρκεια της εξέτασης είναι απαραίτητη η εξασφάλιση της εχεμύθειας από όλους τους παρόντες στο χώρο της εξέτασης, κυρίως στις περιπτώσεις των παιδιών και ευάλωτων εφήβων[(11)].

Υπάρχουν όμως και περιπτώσεις στις οποίες η σχέση του ιατρού με τον ασθενή δεν είναι λειτουργική και υπάρχουν σταθερές ενδείξεις για ρήξη της σχέσης αυτής. Σε αυτές τις περιπτώσεις δεν υπάρχει νόημα να προσπαθήσει καμία από τις δύο πλευρές να γίνει λειτουργική. Είναι υποχρέωση του ιατρού να παραπέμψει τον ασθενή σε άλλο ιατρό. Ενδείξεις που μπορούν να

οδηγήσουν το ιατρό να καταλάβει ότι υπάρχουν προβλήματα στη σχέση του με τον ασθενή είναι η έκφραση παραπόνων, η δυσφορία και η μη τήρηση των συνεδριών από τον ασθενή.

Συνοψίζοντας το κομμάτι της εμπιστοσύνης και αμοιβαιότητας μεταξύ ιατρού – ασθενούς μπορούμε να επισημάνουμε και να τονίσουμε τα ακόλουθα σημεία :

- Μέθοδοι όπως η καταγραφή της συνεδρίας με οπτικοακουστικά μέσα και η συνταγογράφηση χωρίς τη συναινεση του ασθενούς είναι απαράδεκτες και μπορούν να γίνουν αποδεκτές μόνο σε ακραίες περιπτώσεις
- Ο ιατρός δεν πρέπει να επηρρεάζεται από οικονομικά συμφέροντα στις αποφάσεις του για την ακολουθούμενη θεραπεία
- Πρέπει να γίνεται σεβαστή η επιθυμία του ασθενούς για παρουσία τρίτου προσώπου κατά τη διάρκεια της εξέτασης
- Είναι υποχρέωση του ιατρού να εξασφαλίσει την αξιοπιστία και την εχεμύθεια όλου του εμπλεκόμενου ιατρικού προσωπικού
- Σε περίπτωση ρήξης της σχέσης του ιατρού με τον ασθενή είναι υποχρέωση του ιατρού να παραπέμψει τον ασθενή σε άλλο ιατρό

<u>Αναγνώριση ευθυνών και ορίων</u>

Παρ'όλη την έμφαση που έχει δοθεί μέχρι τώρα στη σχέση ιατρού – ασθενούς, θα πρέπει να τίθενται και κάποια όρια. Υπάρχουν διάφοροι τρόποι με τους οποίους μπορούν να υπερβούν τα όρια αυτά και οι δύο πλευρές. Η κύρια όμως ευθύνη για την τήρηση των ορίων έγκειται στον γιατρό.

Όλοι οι ιατροί αλλά και όλοι οι ασθενείς πρέπει να απευθύνονται στο εξειδικευμένο ιατρικό προσωπικό για την αντιμετώπιση του προβλήματός τους. Ο ιατρός που ασθενεί πρέπει να απευθύνεται σε άλλο ιατρό και όχι να θεραπεύει τον εαυτό του. Επίσης δεν επιτρέπεται η θεραπεία σε συγγενείς και φίλους διότι δεν υπάρχει ορθή συναισθηματική απόσταση και διαταράσσεται και η εχεμύθεια.

Ο ιατρός δεν έχει κανένα δικαίωμα να δίνει πιστοποιητικά με αναληθή στοιχεία, αφού με τον τρόπο αυτό εμπλέκεται σε κάτι παράνομο και χάνεται άμεσα η σχέση εμπιστοσύνης και αξιοπιστίας. Η υποστήριξη του ασθενούς και της οικογένειάς τους, πρέπει να γίνεται σε επαγγελματικά πλαίσια και όχι σε προσωπικό επίπεδο. Πρέπει να τηρούνται αποστάσεις και να μην εμπλέκεται ο ιατρός προσωπικά με κανένα μέλος της οικογένειας του ασθενούς ή τον ίδιο τον ασθενή, να γίνεται σεβαστή και από τις δύο πλευρές η επαγγελματική σχέση. Ο ιατρός πρέπει να έχει κατά νου ότι ο ασθενής είναι σε ευάλωτη θέση σε σχέση με τον ιατρό και όχι ισότιμη, οπότε πρέπει να συμπεριφέρεται και ανάλογα.

Όσο αφορά τις υποχρεώσεις του ασθενούς προς την ιατρική υπηρεσία, παρατίθενται ακολούθως όπως έχουν οριστεί από τις ιατρικές υπηρεσίες της Σκωτίας[11] :

- Να είναι στην ώρα του στις συνεδρίες
- Να είναι ευγενής
- Να ακολουθεί τις συμβουλές που του δίδονται
- Να δίνει σωστές και πλήρεις πληροφορίες
- Να ακολουθεί σωστά τη φαρμακευτική αγωγή
- Να φροντίζει την υγεία του
- Να συνεργάζεται με την ιατρική υπηρεσία
- Να διακρίνει την επείγουσα κατάσταση από τη μη επείγουσα

Πολλές φορές βέβαια υπάρχουν δυσκολίες στην αντιμετώπιση των ασθενών. Υπάρχουν ασθενείς που δεν επανέρχονται ενώ υπάρχουν ενδείξεις μη καλής πορείας. Καλό είναι να ειδοποιούν, ιδιαίτερα όταν υπάρχει κίνδυνος. Είναι ευθύνη του ασθενούς και απαιτεί συμμετοχή αυτού στη φροντίδα της δικής του υγείας καθώς και οι επιπτώσεις στα μέλη της οικογένειάς του.

Συνοψίζοντας το κομμάτι της αναγνώρισης ευθυνών και ορίων μεταξύ ιατρού – ασθενούς μπορούμε να επισημάνουμε και να τονίσουμε τα ακόλουθα σημεία :

- Τόσο ο ιατρός όσο και ο ασθενής πρέπει να εκπληρώνουν τις υποχρεώσεις τους αντίστοιχα
- Τόσο ο ιατρός όσο και ο ασθενής έχουν υποχρέωση να πράττουν με άμεσο στόχο την βελτίωση της υγείας του ασθενούς
- Πρέπει να αποφεύγονται οι προσωπικές σχέσεις μεταξύ του ιατρού και του ασθενούς καθώς και του ιατρού με μέλη της οικογένειας του ασθενούς
- Τόσο ο ιατρός όσο και ο ασθενής πρέπει να γνωρίζουν ότι δεν είναι αποδεκτές αγενείς ή επιθετικές συμπεριφορές

Μελλοντική θεώρηση της σχέσης ιατρού – ασθενούς

Η σχέση ιατρού – ασθενούς παραμένει σημαντική και ιδιαίτερη. Οι ευθύνες του ιατρού είναι εντελώς διαφορετικές από άλλα επαγγέλματα και δεν πρέπει να συγχέονται και να εμπλέκονται πολιτικά και θρησκευτικά συμφέροντα. Ο ασθενής βασίζεται στον ιατρό του για την ίδια του τη ζωή αλλά και για την ποιότητα αυτής. Φέρει ευθύνες και υποχρεώσεις και ο ίδιος ο ασθενής αλλά πολλά σημεία όπως αναφέρθηκε παραπάνω φαίνεται να έχει σημαντικότερη και πιο επιβλητική θέση ο ιατρός. Ο ασθενής πρέπει να καταλάβει ότι η πορεία της υγείας του δεν εξαρτάται μόνο από τον ιατρό του αλλά και από την πορεία που θα ακολουθήσει ο ίδιος.

Τι προβλέπεται για το μέλλον? Ο ιατρός **οφείλει** να μένει ανεπηρρέαστος από οικονομικά / κοινωνικά οφέλη και να εξασκεί την ιατρική με άμεσο στόχο τη **βελτίωση** της **υγείας** του ασθενούς στο μεγαλύτερο εφικτό βαθμό.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

1. General Medical Council. The duties of a doctor registered with the General Medical Council. In: General Medical Council. *Good medical practice*. London: GMC, 2001
2. Baker R, Emmanuel L. The efficacy of professional ethics. *Hastings Cent Rep* 2000, 30 (4suppl): S13 – S17: S14
3. *Ibid*: pp 219,221
4. Gordon R, ed. *The literary companion to medicine*. London: Sinclair Stevenson, 1993:2
5. *Ibid*: p 93
6. *Ibid*: para 6
7. The Bristol Royal Infirmary Inquiry. *Learning from Bristol: the report of the public inquiry into children's heart surgery at the Bristol Royal Infirmary 1984 – 1995*. London: The Stationery Office, 2001: recommendation 11
8. The Bristol Royal Infirmary Inquiry. *Learning from Bristol: the report of the public inquiry into children's heart surgery at the Bristol Royal Infirmary 1984 – 1995*. *Op cit:* recommendation 14
9. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. *Intimate examinations*. London: RCOG, 1997
10. British Medical Association. *Provision of care to violent and racially abusive patients*. London: BMA, 2000
11. Scottish Consumer Council. *Patient rights and responsibilities: a draft for consultation. Op cit*
12. Medical Ethics Today. *The doctor – patient relationshio in The BMA's handbook of ethics and law*. pp23-77