



Ηθική και δεοντολογία στην κλινική πράξη: το ιατρικό απόρρητο και η προστασία των προσωπικών δεδομένων στη σύγχρονη πραγματικότητα

Τσουνής Α.¹, Σαράφης Π.²

¹Ψυχολόγος, MSc «Κοινωνική-Κλινική Ψυχολογία των Εξαρτήσεων και των Ψυχοκοινωνικών Προβλημάτων», Κέντρο Πρόληψης των Εξαρτήσεων και Προαγωγής της Ψυχοκοινωνικής Υγείας Δήμου Θεσ/νίκης-ΟΚΑΝΑ.

²Καθηγητής Εφαρμογών τμήματος Νοσηλευτικής ΤΕΙ Λαμίας, MSc, MPH, PhD.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η ηθική διάσταση της ιατρικής είναι α ξεχωριστή απ' την κλινική πράξη απ' τα πρώτα κιόλας βήματα της ιστορικής της συγκρότησης ως ξεχωριστού επιστημονικού κλάδου. **Σκοπός** της παρούσας εργασίας είναι η διαπραγμάτευση ζητημάτων ηθικής και δεοντολογίας στα πλαίσια της καθημερινής κλινικής πρακτικής. Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στο ζήτημα του ιατρικού απόρρητου και της διασφάλισης των προσωπικών δεδομένων υγείας. **Μέθοδος:** Η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε περιελάμβανε ανασκόπηση της ελληνικής και διεθνούς βιβλιογραφίας με τη βοήθεια λέξεων-κλειδιών. **Συμπεράσματα:** Σε μια εποχή σαν τη σημερινή που ο κοινωνικός σχηματισμός χαρακτηρίζεται από υψηλό καταμερισμό γνώσεων και που οι επαναστατικές μεταβολές της βιοτεχνολογίας φέρνουν τους επαγγελματίες υγείας αντιμέτωπους με νέα ηθικά διλήματα, η περίοδος της αυτορρύθμισης του ιατρικού σώματος μέσω εύκαμπτων ιδεολογικών κανόνων φαίνεται να έχει επέλθει οριστικά. Η συζήτηση γύρω από ζητήματα της ιατρικής ηθικής έχει επανέλθει δυναμικά στο προσκήνιο σε μια προσπάθεια αναζήτησης απαντήσεων και καθορισμού ενός σταθερού πλαισίου αναφοράς, που θα διασφαλίζει την ομαλή ενσωμάτωση των υψηλών επιτευγμάτων στην καθημερινή πρακτική, χωρίς να θίγονται θεμελιώδη ανθρώπινα δικαιώματα.

Λέξεις-Κλειδιά: Ιατρική δεοντολογία, βιοηθική, ιατρικό απόρρητο, ηλεκτρονικός φάκελος υγείας, προστασία δεδομένων υγείας.

INTERSCIENTIFIC HEALTH CARE



Moral and medical ethics in clinical practice act: the medical confidentiality and the protection of personal data in modern reality.

Tsounis A.¹ Sarafis P.²

¹Psychologist, MSc "Social-Clinical Psychology of Addictions and Psychosocial Problems", Center for Prevention of Addictions and Promoting Psychosocial Health of Municipality of Thessaloniki-OKANA.

²Lecturer, Nursing Faculty, TEI Lamia, MSc, MPH, PhD.

ABSTRACT

Introduction: the moral dimension of medicine bounds together with the clinical practice from the early steps of its formation as a separate scientific field. **Aim:** The aim of this task is to negotiate issues of morality and ethics in everyday clinical practice. Special emphasis is given to the issue of medical confidentiality and the safeguarding of personal health data. **Method:** the methodology which was used included a review of Greek and international bibliography with the help of keywords. **Conclusions:** in an era like today that social formation is characterized by a high share of knowledge and the revolutionary changes of biotechnology bring health professionals confronted with new ethical dilemmas, the period of self-regulation of physicians through flexible ideological rules appear to have been ensued definitively. The debate around issues of medical ethics has come back strongly to the fore in an attempt of searching answers and establishing a stable frame of reference, which will ensure the smooth integration of high achievements in daily practice, without offending fundamental human rights.

Keywords: Medical Ethics, bioethics, medical confidentiality, electronic health record, health data protection.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η άσκηση της Ιατρικής αποτελεί λειτουργήμα που αποσκοπεί στη βελτίωση και αποκατάσταση της σωματικής, πνευματικής και ψυχικής υγείας του ατόμου. Η ιατρική πράξη απ' τα πρώτα κιόλας βήματα της ιστορικής της θεμελίωσης συνδεόταν με τεράστιο βάρος ηθικής ευθύνης.

Η αλματώδης εξέλιξη της ιατρικής τεχνολογίας ανέδειξε τη σημασία προσαρμογής της θεραπευτικής πράξης στα νέα δεδομένα. Έτσι απ' τη μια κατέστη χρέος του ιατρικού σώματος η παρακολούθηση των εξελίξεων, ώστε να αντιμετωπίζονται επιτυχώς οι θεραπευτικές προκλήσεις σύμφωνα με τις νέες επιστημονικές μεθόδους και απ' την άλλη διαμορφώθηκε η έντονη πια ανάγκη εκσυγχρονισμού

του νομικού πλαισίου της ιατρικής άσκησης (Mason & Laurie, 2009)

Την ίδια στιγμή αναζωπυρώθηκε η συζήτηση γύρω απ' την ιατρική ηθική. Ως τέτοια ορίζεται η εφαρμογή της ηθικής διαλεκτικής στη διαδικασία λήψης αποφάσεων. Η ιατρική ηθική στα πλαίσια ενός κριτικού προβληματισμού γύρω απ' τις αρχές και αξίες, ασχολείται με τα καθημερινά προβλήματα πρακτικής, αναζητώντας ηθικά αποδεκτές απαντήσεις στην κλινική πράξη, υπό το βάρος διαφορετικών αντιλήψεων και προτεραιοτήτων (Haldane, 1986).

Η λήψη ηθικών αποφάσεων δεν προϋποθέτει απλά την καλή γνώση και προσαρμογή στις αρχές του κώδικα δεοντολογίας. Αντίθετα απαιτεί την καλλιέργεια

μιας διευρυμένης πλέον συλλογιστικής πάνω στις ηθικές όψεις του κάθε ζητήματος που θα οδηγήσει σε απαντήσεις και σφαιρικές λύσεις στα ηθικά διλλήματα (Τριανταφυλλίδου & Παπαγεωργίου, 2011).

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διαπραγμάτευση ζητημάτων ηθικής και δεοντολογίας στα πλαίσια της καθημερινής κλινικής πρακτικής. Αρχικά επιχειρείται ο εννοιολογικός προσδιορισμός των όρων «ηθική» και «δεοντολογία». Κατόπιν εξετάζονται οι αρχές του σεβασμού της ανθρωπίνης ύπαρξης και της αυτονομίας του προσώπου, ως θεμελιώδες υπόβαθρο των παραπάνω διαστάσεων και αναζητούνται οι θεωρητικές καταβολές της ηθικής των δικαιωμάτων και της αντίληψης περί αυτονομίας. Ακολουθεί διεξοδική αναφορά στο ιατρικό απόρρητο, ως κομβικό στοιχείο έκφρασης των παραπάνω. Ξεκινώντας απ' τον ορισμό του παρουσιάζεται συνοπτικά ο τρόπος με τον οποίο ρυθμίζεται στα πλαίσια της ελληνικής πραγματικότητας, αναλύονται οι σκοποί που εξυπηρετεί και αναφέρονται οι προβλεπόμενοι λόγοι άρσης του. Τέλος στη βάση όλων των προηγούμενων συζητείται το θέμα της ασφάλειας των προσωπικών δεδομένων υγείας. Αφού πρώτα παρουσιαστούν ορισμένοι κίνδυνοι, παρατίθενται πληροφορίες για το νομικό πλαίσιο προστασίας τόσο σε διεθνές, όσο και σε εθνικό επίπεδο και προτείνονται τρόποι αντιμετώπισης επιμέρους προβλημάτων.

ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΙ

Οι έννοιες της «ηθικής» και της «δεοντολογίας» δεν χαρακτηρίζουν πλέον κάποιο μεμονωμένο κλάδο της φιλοσοφίας. Αντιθέτως τέμνοντας μια σειρά γνωστικών πεδίων συσχετίζονται με ποικίλες δραστηριότητες της ανθρωπίνης πράξης. Έτσι παρά την όποια αρχική τους προέλευση αποτελούν διεπιστημονικές απόπειρες στην προσπάθεια κανονιστικής προσέγγισης μιας σειράς εφαρμογών, ανάμεσα στις οποίες και όσες αφορούν στην υγεία (Θεοδώρου & Μητροσύλη, 1999).

Η πατρότητα του όρου «ηθική» οφείλεται στον Αριστοτέλη. Ως γενική έννοια χρησιμοποιείται για να καταδείξει την ενάρετη, δίκαιη και σύμφωνη με τους κανόνες πράξη, καθώς και το σύστημα αρχών που ρυθμίζει την κοινωνική συμπεριφορά (Βασιλείου & Σταματάκης, 1992).

Υπ' αυτή την έννοια αποτελεί μια απ' τις μορφές κοινωνικής συνείδησης. Λειτουργεί ως θεσμός που καθορίζει τις ανθρώπινες στάσεις και συχνά τα αιτήματά της παίρνουν τη μορφή απρόσωπου χρέους (Κασιούρας, 1995).

Ο προσδιορισμός του κριτηρίου της ηθικής συμπεριφοράς, διαφέρει στις διάφορες σχολές σκέψης. Στη θεωρία του ηδονισμού ηθική είναι η πράξη που συνεισφέρει στην ευδαιμονία του πράξιαντος προσώπου, ενώ για τους εισηγητές της θεωρίας του ενστίκτου της αυτοσυντήρησης, αγαθό θεωρείται οτιδήποτε ικανοποιεί το συγκεκριμένο ένστικτο, ενώ κακό ότι απάδει προς αυτό (Πελεγρίνης, 2004).

Οι υποστηρικτές του ωφελιμισμού απ' την άλλη υποστηρίζουν ότι κανείς πρέπει να κάνει οτιδήποτε συμβάλλει στην ευδαιμονία του συνόλου ενώ στα πλαίσια της δεοντολογικής ηθικής του Καντ η ηθική υπαγορεύεται απ' την έννοια του καθήκοντος. Ύψιστο

ηθικό κίνητρο αποτελεί ο σεβασμός στον ηθικό νόμο (Πελεγρίνης, 2004).

Το γεγονός βέβαια ότι στη γλώσσα μας χρησιμοποιούμε τη λέξη «ηθική» εννοώντας αδιάκριτα αυτό που στις νεότερες γλώσσες αποδίδεται με δυο όχι πάντα μονοσήμαντους όρους ως "morals" και "ethics", καθιστά εμφανέστερη την αοριστία του όρου σε μια σειρά περιπτώσεων. Για το λόγο αυτό είναι χρήσιμη η διάκριση της ηθικής (morals) ως κανονιστικός λόγος ή σύνολο κανόνων, απ' την ηθική φιλοσοφία (ethics) ως επιστήμη της ηθικότητας (Δραγώνα-Μονάχου, 2002).

Η «δεοντολογία» απ' την άλλη αποτελεί μέρος της ηθικής θεωρίας που εξετάζει τα ζητήματα των ηθικών επιταγών και κανόνων. Ο όρος που προτάθηκε απ' τον φιλόσοφο Bentham, αναφέρεται στην ηθική με τη στενή έννοια, ορίζοντας την ως σύνολο καθηκόντων. Αποτελεί ειδική μορφή εκδήλωσης αυτού που πρέπει να πραγματοποιηθεί (του καθήκοντος) (Κασιούρας, 1995).

Οι ηθικές και δεοντολογικές διαστάσεις της υγείας εκφράζονται μέσα απ' τους κώδικες δεοντολογίας, που συνήθως αποτυπώνονται ως νόμοι του κράτους. Πέραν όμως των εθνικών κωδικοποιήσεων, αποτυπώνονται και σε διεθνείς διακηρύξεις, που καθορίζουν κριτήρια επιλογής ανάμεσα σε ηθικά διλλήματα στην καθημερινή πρακτική, συμβάλλοντας στην διαμόρφωση ενός σύγχρονου ηθικού δικαίου (Θεοδώρου & Μητροσύλη, 1999).

Τα εντυπωσιακά αποτελέσματα της βιοτεχνολογίας έχουν φέρει την ανθρωπότητα αντιμέτωπη με σειρά πολύπλοκων διλημάτων, οδηγώντας στη διαμόρφωση νέων κοινωνικών θεσμών, ως απότοκο της μεταβολής των αναπαραστάσεων και της κοινωνικής σημασίας των εννοιών της αρρώστιας, της θεραπείας, της συγγένειας, της ζωής και του θανάτου (Μητροσύλη, 2008).

Αποτέλεσμα όλων αυτών ήταν και η εμφάνιση της «βιοηθικής» ως διεπιστημονικού κλάδου της εφαρμοσμένης ηθικής. Ως πεδίο ερευνά τα ηθικά ζητήματα που προκύπτουν στη βάση της ιλιγγιώδους ανάπτυξης των βιοεπιστημών. Έρχεται να λειτουργήσει ως ασφαλιστική δικλείδα, συμφιλιώνοντας την επιστημονική πρόοδο με τον σεβασμό των ανθρωπίνων δικαιωμάτων (Δραγώνα-Μονάχου, 2002).

Η ΑΡΧΗ ΤΟΥ ΣΕΒΑΣΜΟΥ ΤΗΣ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ ΥΠΑΡΞΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΑΥΤΟΝΟΜΙΑΣ ΤΟΥ ΠΡΟΣΩΠΟΥ

Οι αρχές του σεβασμού της ύπαρξης και της αυτονομίας του ανθρώπου αποτελούν τον ακρογωνιαίο λίθο πάνω στον οποίο στηρίζονται συνταγματικά και νομικά κείμενα, που στόχο έχουν τη διασφάλιση των δικαιωμάτων των ασθενών και τη θεμελίωση της σύγχρονης ιατρικής δεοντολογίας.

Σ' ότι αφορά στην πρώτη, η θεμελίωσή της συγκροτείται στη βάση της «ηθικής των δικαιωμάτων», ενώ η δεύτερη πηγάζει κυρίως απ' την Καντιανή άποψη στο επίκεντρο της οποίας βρίσκεται η «αυτονομία του προσώπου» (Θεοδώρου & Μητροσύλη, 1999).

Η «ηθική των δικαιωμάτων» ακολουθώντας την εποχή του Διαφωτισμού έχει ως εφευρέτη τη Διακήρυξη των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου και του Πολίτη στη Γαλλία το 1789, που αποτελεί τη βάση

πλήθους κατοπινών συνταγματικών κειμένων και διεθνών διακηρύξεων, σφραγίζοντας τη νεωτερική εποχή. Στο πρώτο κιάλας άρθρο της, καθορίζεται το δικαίωμα διατήρησης ύπαρξης και ελευθερίας του ατόμου ενώ στη συνέχεια περιγράφονται οι όροι που εγγυούνται και διασφαλίζουν τα θεμελιώδη αυτά δικαιώματα φτάνοντας ακόμη και στη νομιμοποίηση της λαϊκής ανυπακοής απέναντι σε νόμους που θα έρθουν να τα θίξουν (Ροβεσπιέρος, 2008).

Τα θεμελιώδη δικαιώματα διακρίνονται σε αρνητικά (ελευθερίας, ζωής, ιδιοκτησίας, ασφάλειας και ισότητας) καθώς απαιτούν απ' το κράτος ή απ' τα άλλα πρόσωπα να απέχουν από κάποιες δραστηριότητες επί του ατόμου και θετικά ή αλλιώς δικαιώματα επέμβασης. Στη δεύτερη περίπτωση επιβάλλεται η παρέμβαση της κοινωνίας προκειμένου να παράσχει προστασία στα πιο αδύναμα μέλη της (Θεοδώρου & Μητροσύλη, 1999).

Σ' ότι αφορά στο χώρο της υγείας τόσο η Σύμβαση του Συμβουλίου της Ευρώπης για την Προστασία των Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων και την Βιοϊατρική του Ονιέδο (1997) όσο και η Οικουμενική Διακήρυξη για την Βιοηθική και τα Ανθρώπινα Δικαιώματα της UNESCO (2005), αναγνωρίζουν το «προβάδισμα του ανθρώπινου όντος» έναντι τόσο του κοινωνικού συμφέροντος, όσο και της επιστήμης. Η θεμελιώδης αυτή αρχή αποτυπώνεται στο άρθρο 2 της σύμβασης του Ονιέδο και στο άρθρο 3 της διακήρυξης της UNESCO.

Απ' την άλλη πλευρά αυτό που διασφαλίζει τον ουσιαστικό σεβασμό στην ανθρώπινη ύπαρξη είναι ο σεβασμός της «αυτονομίας του προσώπου», που προϋποθέτει τη συναίνεση του ατόμου. Συνεπώς η δεοντολογική και ηθική λειτουργία της ιατρικής πράξης διασφαλίζεται με την ενσυνείδητη συναίνεση του ασθενή.

Σύμφωνα με τη Καντιανή θεωρία, στην οποία εδράζεται ο παραπάνω συλλογισμός, ο ηθικός τρόπος δράσης συνδέεται με την «καθαρή βούληση» που αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση διασφάλισης της ελευθερίας. Όταν π.χ. κάποιος αποκαλύπτει κάτι υπό το βάρος μιας απειλής μπορεί κάλλιστα να υποστηρίξει ότι δεν φέρει ηθική ευθύνη, μη όντας ελεύθερος να πράξει διαφορετικά (Πελεγρίνης, 2009).

Σε μια εποχή ωστόσο με ραγδαίες μεταβολές στο πεδίο της τεχνολογίας, που φέρνουν τον ιατρικό κόσμο μπροστά σε μια αδυναμία ευρείας συναίνεσης για σειρά από ηθικά ερωτήματα που σχετίζονται με την κλινική πράξη (ευθανασία, τεχνητή γονιμοποίηση κλπ.) και που επικρατεί έντονος σχετικισμός των αξιών, αρκετοί οδηγούνται στην υποστήριξη των αρχών μιας «ελάχιστης ηθικής». Σύμφωνα με τον πυρήνα της, ο ασθενής πρέπει να μπορεί να επιλέγει ελεύθερα, αρκεί να του εξασφαλίζεται πλήρης αυτονομία στη λήψη της απόφασης, δηλαδή αυτή να συντελείται απαλλαγμένη από κάθε μορφή εσωτερικού ή εξωτερικού εξαναγκασμού (Θεοδώρου & Μητροσύλη, 1999).

Οι απόψεις αυτές που φιλοσοφικά εδράζονται στη «δεοντολογική ηθική» του Καντ, χωρίς ωστόσο να περιορίζονται στην αρχική της θεώρηση, αποκρυσταλλώνονται σε πλήθος συμβάσεων.

Στη Σύμβαση του Ονιέδο (1997) και στη Διακήρυξη της UNESCO (2005) υπάρχει πλήθος άρθρων που σχετίζονται με το δικαίωμα στην πλήρη ενημέρωση του ασθενούς, την προστασία των προσώπων που

βρίσκονται σε αδυναμία να συναινέσουν, την προστασία όσων πάσχουν από διανοητικές διαταραχές, τη διασφάλιση της ατομικής ευθύνης και συναίνεσης του ατόμου στη θεραπεία.

Παρά όμως τις προσπάθειες για συγκρότηση ενιαίων αρχών που θα διασφαλίζουν την ελευθερία επιλογής, η καθημερινή κλινική πρακτική είναι πιο πλούσια σε προκλήσεις, απ' όσα οι νομοθέτες, οι οργανισμοί και η επιστημονική κοινότητα μπορούν να προβλέψουν. Αν δεχτούμε πως ο σεβασμός απέναντι στο πρόσωπο περιλαμβάνει τόσο τη διάσταση της σωματικής υγείας και ευεξίας, όσο και τον σεβασμό ευρύτερων αναγκών (ψυχολογικών, κοινωνικών κ.α.) και επιθυμιών του ασθενούς, κατανοούμε πως στην περίπτωση που αυτές οι επιθυμίες έρχονται σε αντίθεση με όσα ο επαγγελματίας υγείας θεωρεί πως πρέπει να περιλαμβάνει η φροντίδα, δημιουργούνται συγκρούσεις που συχνά παίρνουν τη μορφή ηθικών διλημάτων (Poulis, 2012)

ΙΑΤΡΙΚΟ ΑΠΟΡΡΗΤΟ

Το ιατρικό απόρρητο συνίσταται στην αυστηρή τήρηση απόλυτης εχεμύθειας απ' την πλευρά του γιατρού κατά την άσκηση των καθηκόντων του, για οποιοδήποτε στοιχεία αφορούν τον ασθενή ή τους οικείους του. Η υποχρέωση υφίσταται ανεξαρτήτως του τρόπου γνώσης και δεν παύει να ισχύει με το θάνατο του ασθενή (Ν.3418/2005).

Το καθήκον εχεμύθειας συναντάται ήδη στους θεραπευτές της αρχαίας Βαβυλώνας, στην αρχαία Αίγυπτο, στις παραδόσεις των Σουμέριων και στη Βραχμανική περίοδο, ενώ αποτυπώνεται ως ηθικό αξίωμα στον όρκο του Ιπποκράτη και κατόπιν στο Ρωμαϊκό δίκαιο (Μεράκου και συν., 1999).

Στη χώρα μας η ρύθμιση του ιατρικού απορρήτου γίνεται από σειρά νομοθετημάτων (Ν.2472/1997 «περί προστασίας των ευαίσθητων προσωπικών δεδομένων», Ν.3418/2005 «Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας», τις διατάξεις του Ποινικού Δικαίου και της Ποινικής Δικονομίας). Η παραβίασή του επιφέρει πειθαρχική, αστική και ποινική ευθύνη.

Σύμφωνα με το άρθρο 13 του Ν.3418/2005 καθιερώνεται η υποχρέωση του γιατρού για άσκηση εποπτείας σε βοηθούς ή συνεργάτες του με σκοπό την προστασία πληροφοριών, καθώς και η λήψη κάθε μέτρου διαφύλαξης του απορρήτου.

Στην περίπτωση που η αποκάλυψη γίνεται στο πλαίσιο επιστημονικής ανακοίνωσης, παράβαση υπάρχει όταν με βάση την περιγραφή ενός περιστατικού, κάποιος μπορεί να καταλάβει το πρόσωπο για το οποίο γίνεται αναφορά (Κορσάνου και συν., 2010).

Η παράβαση του ιατρικού απορρήτου επιφέρει ποινική ευθύνη. Σύμφωνα με το άρθρο 371 του Ποινικού Κώδικα αντιμετωπίζεται ως πλημμέλημα με προβλεπόμενη χρηματική ποινή ή φυλάκιση έως ένα έτος. Η ποινική δίωξη γίνεται μετά από έγκληση του προσώπου που θίγεται (Κορσάνου και συν., 2010).

Η αστική ευθύνη του γιατρού επισύρεται στη βάση του άρθρου 57 του Αστικού Κώδικα. Η παράβαση του απορρήτου θεωρείται προσβολή της προσωπικότητας και δημιουργεί υποχρέωση αποζημίωσης του θιγόμενου (Γεωργίου, 2007).

Τέλος η παράβαση αποτελεί πειθαρχικό αδίκημα. Στις ανάλογες περιπτώσεις ακολουθείται η πειθαρχική

διαδικασία του οικείου ιατρικού συλλόγου (Κορσάνου και συν., 2010).

Η λογική στοιχειοθέτησης του ιατρικού απορρήτου βασίζεται αφενός στο συμφέρον του ασθενή και αφετέρου στην εκπλήρωση του ιατρικού έργου. Διακρίνεται συνεπώς από ένα βαθύτερο κοινωνικό κίνητρο, που ξεκινώντας απ' την προστασία του ατόμου που καταφεύγει στις ιατρικές υπηρεσίες, θωρακίζει την ιατρική αποτελεσματικότητα (Θεοδώρου & Μητροσύλη, 1999).

Θεμέλιο της σχέσης γιατρού-ασθενή αποτελεί η εμπιστοσύνη που συνιστά ουσιαστικό στοιχείο τόσο σε ηθικό, όσο και σε πρακτικό επίπεδο. Νιώθοντας απόλυτη εμπιστοσύνη, ο ασθενής δεν πρόκειται να αποκρύψει απαραίτητες πληροφορίες. Κάτι τέτοιο όμως εξυπηρετεί το συμφέρον όλης της κοινωνίας. Αντίθετα ο ασθενής που πάσχει από κάποιο μεταδοτικό νόσημα και αποφεύγει την ιατρική συμβουλή, φοβούμενος τη διαρροή μυστικών του, θέτει τελικά σε κίνδυνο τη συνολική δημόσια υγεία (Μεράκου και συν., 1999).

Η άρση του ωστόσο δικαιολογείται στις περιπτώσεις εκπλήρωσης νομικού καθήκοντος του γιατρού. Αυτό συντρέχει τόσο στην περίπτωση ειδικού νόμου (γέννηση, θάνατος, μολυσματικές νόσοι) όσο και στην περίπτωση γενικού νόμου (υποχρέωση καταγγελίας της τέλεσης ή απόπειρας τέλεσης εγκληματικής πράξης) (Ν.3418/2005).

Η υποχρέωση εχεμύθειας κάμπτεται και όταν ο γιατρός αποβλέπει στη διαφύλαξη έννομου ή άλλου ουσιώδους δημοσίου συμφέροντος, τόσο του ίδιου όσο και οποιουδήποτε άλλου και το οποίο διαφορετικά δεν θα μπορούσε να διαφυλαχτεί. Στην περίπτωση αυτή δεν υπάρχει κάποιος γενικός κανόνας που να καθορίζει το πότε συντρέχουν οι λόγοι για κάτι τέτοιο, οπότε ο γιατρός οφείλει να σταθμίσει το καθήκον εχεμύθειας με το καθήκον εξυπηρέτησης του δημοσίου συμφέροντος. Εδώ εντάσσονται συνθήκες που σχετίζονται με τη σωτηρία κάποιου που διώκεται άδικα, την πρόληψη δημοσίου κινδύνου (όταν π.χ. ένας οδηγός πάσχει από ασθένεια που μπορεί να τον καταστήσει υπαίτιο ατυχήματος) και την προφύλαξη ζωής και υγείας ορισμένων ατόμων, όπως στην περίπτωση ανηλίκων που πάσχουν από αφροδίσια νοσήματα (Κοτσιάνος, 1976).

Επίσης ο γιατρός μπορεί να αποκαλύψει το απόρρητο όταν συντρέχει κατάσταση ανάγκης ή άμυνας. Τέτοιες περιπτώσεις παρουσιάζονται όταν π.χ. κατηγορηθεί ότι εφάρμοσε λανθασμένη θεραπεία που προκάλεσε βλάβη, οπότε αποκτά το δικαίωμα αποκαλύψων προκειμένου να τεκμηριώσει αντίθετους ισχυρισμούς (Κουτσελίνη & Μιχαλοδημητράκη, 1984). Τέλος από την υποχρέωση τήρησης του απορρήτου απαλλάσσονται έναντι των εντολών τους και μόνο ως προς το αντικείμενο της εντολής, οι γιατροί που ασκούν δημόσιες υπηρεσίες ελέγχου, επιθεώρησης ή πραγματογνωμοσύνης (Ν.3418/2005).

Η εμπιστευτικότητα αν και αρχικά αποτελούσε μια ηθική αρχή, σήμερα προστατεύεται νομικά σε όλες τις δυτικές χώρες. Σε γενικές γραμμές το ιατρικό απόρρητο σπάει όταν υπερισχύουν τα συμφέροντα που προστατεύονται απ' την άρση του αντί της διαφύλαξής του και όταν η συγκεκριμένη κίνηση συμβάλει στην πρόληψη κινδύνων για το ίδιο το άτομο ή τους άλλους. Μάλιστα σε αρκετές χώρες ο γιατρός

είναι υποχρεωμένος να συμβουλευτεί τις αρμόδιες αρχές, παραβιάζοντας την εμπιστευτικότητα, όταν η υγεία των άλλων βρίσκεται σε σημαντικό κίνδυνο, πράξη που ονομάζεται καθήκον αποκάλυψης (revelation duty). Στην κλινική πρακτική ωστόσο τα πράγματα είναι πολύ πιο σύνθετα απ' ότι προβλέπει το κανονιστικό πλαίσιο (Gaertner et al, 2011).

ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΣΥΓΧΡΟΝΟΣ ΚΟΣΜΟΣ

Η επανάσταση των νέων τεχνολογιών και η εισαγωγή της πληροφορικής στο χώρο της υγείας διαμορφώνει νέα δεδομένα. Η ιατρική πληροφορία παλαιότερα αποθηκευόταν στο ιατρικό γραφείο στο οποίο ελάχιστοι είχαν πρόσβαση. Σήμερα λόγω των τεχνολογικών εξελίξεων αφενός ο όγκος των πληροφοριών έχει αυξηθεί και αφετέρου η πρόσβαση σε αυτές τις πληροφορίες γίνεται ευκολότερη σε περισσότερους, αλλάζοντας τα δεδομένα της διασφάλισης της εμπιστευτικότητας (Μαλλιαρού & Λιάσκος, 2008).

Μια απ' τις εφαρμογές στις οποίες ενυπάρχουν κίνδυνοι για τη διασφάλιση απόρρητων πληροφοριών, είναι ο ηλεκτρονικός φάκελος υγείας που στη διεθνή βιβλιογραφία συναντάται ως EPR (Electronic Patient Record) ή EHR (Electronic Health Record). Πρόκειται για τη συστηματική συλλογή σε ηλεκτρονική μορφή ιατρικών πληροφοριών για άτομα ή πληθυσμούς που περιλαμβάνει δημογραφικά στοιχεία, ιατρικό ιστορικό, φαρμακευτική αγωγή και πλήθος κλινικών δεδομένων (Gunter & Terry, 2005).

Ο ηλεκτρονικός φάκελος υγείας σίγουρα έχει πολλά πλεονεκτήματα όσον αφορά στην υποστήριξη της συνέχειας της φροντίδας υγείας, στην εκπαίδευση και την έρευνα. Αποτελώντας μια εφαρμογή που περιέχει πληροφορίες υποστήριξης και τεκμηρίωσης της διάγνωσης, πλήρες ιστορικό και δυνατότητα ταυτόχρονης πρόσβασης σε γιατρούς διαφορετικών ειδικοτήτων, μπορεί να συμβάλει στον περιορισμό του κόστους υπηρεσιών και την αύξηση της αποδοτικότητάς τους (Malliarou & Sarafis, 2009).

Ενέχει ωστόσο τον κίνδυνο ευκολότερης διαρροής. Στις ΗΠΑ όπου η χρησιμοποίηση του ηλεκτρονικού φακέλου έχει μεγαλύτερη ένταση, το 2011 υπήρξαν παραβιάσεις δεδομένων σε αρχεία που αφορούσαν σε πάνω από 500 ασθενείς (HHS, 2011).

Η πρόσληψη σε μια δουλειά, η παραμονή σ' αυτή, η ασφαλιστική κάλυψη και πλήθος άλλων καταστάσεων μπορεί να επηρεαστεί απ' τη διασπορά δεδομένων. Το γεγονός αυτό επιβάλλει τον αποκλεισμό της πρόσβασης σε μη εξουσιοδοτημένους χρήστες και την λήψη ουσιαστικών μέτρων προφύλαξης (Fernandez et al, 2004).

Πέραν όλων αυτών σε μια εποχή που μεγάλο μέρος της επικοινωνίας συντελείται μέσω του διαδικτύου, πλήθος δεδομένων εκτίθεται σ' αυτό. Αν και η δραστηριότητα αυτή συντελείται εκτός τυπικών δομών, όπως το σύστημα υγείας, εκθέτει πλήθος προσωπικών πληροφοριών που μπορούν να γίνουν αντικείμενο επεξεργασίας από φαρμακευτικές, ασφαλιστικές και άλλες εταιρίες.

Στην προσπάθεια συγκρότησης ενός επαρκούς καθεστώτος προστασίας των προσωπικών δεδομένων έχει δημιουργηθεί σειρά ευρωπαϊκών και διεθνών εργαλείων. Το Συμβούλιο της Ευρώπης μέσω της

σύστασης 108 δημιούργησε τις πρώτες διασφαλίσεις θεωρώντας πως τα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα δεν μπορούν να γίνουν αντικείμενο αυτόματης επεξεργασίας χωρίς εγγυήσεις, που ορίζονται με νόμο, ενώ με την πρόταση R(81)1 προχώρησε σε πιο ακριβείς οδηγίες για τη χρήση ιατρικών βάσεων δεδομένων. Σταθμό αποτέλεσε επίσης η οδηγία 95/46/EK όπου γίνεται προσπάθεια εναρμόνισης των εθνικών νομοθεσιών των κρατών-μελών (Malliarou & Sarafis, 2009).

Αντίστοιχες προσπάθειες έγιναν και στις ΗΠΑ. Το Αμερικανικό Κογκρέσο θέσπισε το 1996 την HIPAA (Health Insurance Portability and Accountability Act) σε μια προσπάθεια διασφάλισης της ιδιωτικότητας, οργανώνοντας πρότυπα ασφαλείας για τις προστατευμένες ιατρικές πληροφορίες (Malliarou & Sarafis, 2009).

Η τελική μορφή των κανόνων που οδήγησε στον καθορισμό αρχών προστασίας της ιδιωτικής πληροφορίας (Protected Health Information-PHI) μορφοποιήθηκε σε μια πιο οριστική μορφή τον Απρίλιο του 2003 (USDHS, 2003)

Στην Ελλάδα το Σύνταγμα του 2001 για πρώτη φορά κατοχυρώνει την προστασία δεδομένων απ' τη συλλογή, επεξεργασία και χρήση από ηλεκτρονικά μέσα, ενώ προχωρά στη σύσταση ανεξάρτητης αρχής με στόχο τη διασφάλιση του συγκεκριμένου δικαιώματος. Επίσης μέσω το Ν.2472/97 κατοχυρώνονται τα δικαιώματα του ασθενή, του οποίου τα δεδομένα υπόκεινται κάποιας μορφής επεξεργασία (Malliarou & Sarafis, 2009).

Οι κινήσεις που έχουν γίνει σε νομικό και θεσμικό επίπεδο είναι σίγουρα σε θετική κατεύθυνση. Ωστόσο υπάρχει ανάγκη περαιτέρω εξειδίκευσης στη λήψη μέτρων.

Μέσω της νομοθεσίας πρέπει να καθοριστούν επακριβώς οι κατηγορίες επαγγελματιών που θα έχουν πρόσβαση στα ιατρικά δεδομένα. Λόγου του πλήθους άλλωστε των διαφορετικών επαγγελματιών (γιατροί, νοσηλεύτες, φαρμακοποιοί) είναι σημαντικό να καθοριστούν ειδικές κατηγορίες δεδομένων που θα μπορούν να προσπελαστούν από ειδικότητες με αντίστοιχο δικαίωμα. Επίσης ο έλεγχος της πρόσβασης πρέπει να συνδέεται με τον αξιόπιστο προσδιορισμό και επαλήθευση της ταυτότητας των λειτουργών υγείας.

Κομβικό σημείο στη διατήρηση της εμπιστευτικότητας είναι η συγκατάθεση του ασθενή. Ο ασθενής εκτός απ' το δικαίωμα πρόσβασης στον ιατρικό του φάκελο, πρέπει εκ των προτέρων να γνωρίζει το ποιος άλλος έχει πρόσβαση και δυνατότητα επεξεργασίας. Η ενημερωμένη συγκατάθεση πρέπει να ισχύει και για τη χρήση των ιατρικών φακέλων για δευτερεύοντες σκοπούς, όπως η ιατρική έρευνα, ενώ σημαντικό είναι να γνωρίζει τα αποτελέσματα της πιθανής αξιοποίησης των στοιχείων του.

Την ίδια στιγμή η ανάπτυξη της γενομικής (genomes) και η δημιουργία βιοτραπεζών (biobanks) εγείρουν σειρά παρόμοιων ζητημάτων. Οι βιοτράπεζες είναι χώροι με κρυογονικές εγκαταστάσεις αποθήκευσης ανθρωπίνων ιστών και άλλων δειγμάτων, καθώς και ευρύτερων δεδομένων υγείας. Τα τελευταία χρόνια υπήρξε σημαντική αύξηση στο μέγεθος και την κλίμακα, συμπεριλαμβανόμενης τόσο

της δημιουργίας εθνικών φορέων σε χώρες όπως η Σουηδία, η Ιαπωνία, η Εσθονία, η Βρετανία κ.α. καθώς και ιδιωτικών, όπως στις Η.Π.Α., όπου εταιρίες βιοτεχνολογίας συγκεντρώνουν αριθμό δειγμάτων βιολογικών ιστών, λειτουργώντας ως ενδιάμεσοι διακινητές υλικών προς τους ερευνητές (Hawkins, 2010).

Η ύπαρξη και λειτουργία τους φέρνει στην επιφάνεια ηθικά ζητήματα που έχουν να κάνουν με την εμπιστευτικότητα, τη μυστικότητα, την ιδιοκτησία του δείγματος και των παραγόμενων δεδομένων και τον βαθμό που ο δότης είναι σε θέση να συναινέσει στην αξιοποίηση των ερευνητικών δεδομένων στο μέλλον (Hawkins & O'Doherty, 2011).

Και στην περίπτωση των βιοτραπεζών στο επίκεντρο των αντιπαραθέσεων βρίσκεται το ζήτημα της συγκατάθεσης. Η λήψη μέτρων προστασίας του απορρήτου, η αναγκαιότητα συναίνεσης του δότη στην αξιοποίηση των υλικών, η δυνατότητα να αποσύρει την συγκατάθεση και ο καθορισμός κριτηρίων που θα περιορίζουν την αοριστία των όρων ενημέρωσης και συναίνεσης, προτείνονται ως επιμέρους και αναγκαίες κινήσεις ρύθμισης του νομικού πλαισίου (Hawkins, 2010).

Οι ανάγκες αυτές έχουν οδηγήσει σε σειρά νομοθετικών παρεμβάσεων σε εθνικά και διεθνή πλαίσια. Το 1998 στην Ισλανδία ψηφίστηκε νόμος που αφορούσε στο συγκεκριμένο πεδίο, ενώ ένα χρόνο μετά η Εθνική Συμβουλευτική Επιτροπή Βιοηθικής των Η.Π.Α. εξέδωσε έκθεση που περιείχε συστάσεις πολιτικής σχετικά με τον χειρισμό των βιολογικών δειγμάτων. Λίγα χρόνια αργότερα το 2006 με το θέμα ασχολήθηκε και το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο (Haga & Beskow, 2008).

Η διάχυση ωστόσο της ιατρικής πληροφορίας λόγω της τεχνολογικής ανάπτυξης δημιουργεί ζητήματα και σε πιο απλές εφαρμογές, όπως η χρήση φωτογραφιών και εικόνων στα πλαίσια της ιατρικής διδασκαλίας και των αντίστοιχων εκδόσεων. Στην σημερινή εποχή ο έλεγχος της διακίνησης των δημοσιευμένων φωτογραφιών είναι πρακτικά αδύνατος και αυτό είναι κάτι που οι ασθενείς πρέπει να γνωρίζουν. Το γεγονός αυτό επιβάλλει εκ νέου τη λήψη μέτρων προστασίας που θα εξασφαλίζει την ανωνυμοποίηση του συγκεκριμένου υλικού ώστε να αποφεύγεται η ακούσια παραβίαση της αρχής της προστασίας της ιδιωτικής ζωής (Maniφορου et al, 2010).

Επίσης στην εποχή της διαρκούς ζήτησης ενημέρωσης «με τις πιο πρόσφατες και αποκαλυπτικές ειδήσεις» απ' το κοινό, όπου η διάχυση της πληροφορίας από πλήθος ηλεκτρονικών μέσων, επισήμων και μη, διαμορφώνει ένα δυναμικό περιβάλλον, η ιδιωτικότητα φαντάζει σχεδόν αδύνατη. Σε αρκετές περιπτώσεις που η πληροφορία υγείας αφορά σε διάσημα πρόσωπα ή και ανώνυμους πρωταγωνιστές σε υποθέσεις που παρουσιάζουν έντονο δημόσιο ενδιαφέρον, το δικαίωμα της ενημέρωσης έρχεται σε σύγκρουση με την αρχή της προστασίας προσωπικών δεδομένων (Burcle & Cascino, 2011).

Τέλος σε σχέση με τη διακίνηση πληροφοριών, είναι σημαντικό να υπάρξει εκστρατεία ενημέρωσης για τους κινδύνους που εγκυμονεί το διαδίκτυο. Τα άτομα πρέπει να γνωρίζουν τις παγίδες και τους τρόπους

προφύλαξης των προσωπικών τους δεδομένων που εκθέτουν στις διαδικτυακές εφαρμογές.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η αλματώδης επιστημονική πρόοδος έχει οδηγήσει σε πρωτόγνωρα ηθικά προβλήματα για τα οποία οι παλαιότεροι κώδικες ηθικής και δεοντολογίας μοιάζει να μην επαρκούν. Η σχέση γιατρού-ασθενή διαμεσολαβείται από νέα ερωτήματα που επηρεάζονται απ' τις «γκρίζες ζώνες της ζωής», όπως έχουν χαρακτηριστεί προγεννητικά και επιθανάτια προβλήματα που δεσπόζουν στον κλάδο της βιοηθικής (Παπαγεωργίου, 2005).

Άλλωστε ζητήματα που σχετίζονται με την ηθική και δεοντολογία στην κλινική πράξη παίζουν καθοριστικό ρόλο στη βελτίωση της ποιότητας φροντίδας. Αρκετές έρευνες γύρω από ζητήματα επαγγελματικού άγχους των λειτουργών υγείας έχουν δείξει ότι η αντιμετώπιση καθημερινών ηθικών διλημάτων παίζει καθοριστικό ρόλο στην έκβαση του εργασιακού άγχους και την ποιότητα της επαγγελματικής ικανοποίησης. Συνεπώς αναδεικνύεται η ανάγκη ανάπτυξης του διαλόγου και της ειδικής εκπαίδευσης στην διαχείριση δεοντολογικών ζητημάτων (Ulrich et al, 2010).

Την ίδια στιγμή παραδοσιακές έννοιες όπως το ιατρικό απόρρητο αποκτούν νέα σημασία σε μια εποχή ραγδαίας ανάπτυξης της πληροφορικής. Ο όγκος των πληροφοριών που συσσωρεύεται στις νέες τράπεζες δεδομένων και η δυνατότητα προσβασιμότητας σ' αυτές, επιβάλλουν σειρά ρυθμίσεων σε μια προσπάθεια διαφύλαξης του στοιχείου της εμπιστευτικότητας στην ιατρική πράξη.

Η ανάγκη του εναρμονισμού των νομικών πλαισίων σε διεθνές επίπεδο, σε μια προσπάθεια αξιοποίησης των νέων τεχνολογιών απ' τη μια και προστασίας των θεμελιωδών ανθρωπίνων δικαιωμάτων απ' την άλλη, καθίσταται επιτακτική. Την ώρα που οι μεταβολές στις αντιλήψεις, ως απότοκο των ραγδαίων εξελίξεων και των διλημάτων που επιφέρουν, επιφέρουν μεταβολές στις κοινωνικές σχέσεις, η ανθρωπότητα καλείται να τις εμπεριέξει σε νέους κοινωνικούς θεσμούς (Μητροσύλη, 2008).

Θεσμούς που θα εξασφαλίζουν την αξιοποίηση των βιοϊατρικών εφαρμογών χωρίς να προσβάλλεται η ανθρωπινή αξιοπρέπεια. Θα πετυχαίνουν την ενσωμάτωση των εφαρμογών της πληροφορικής στα συστήματα υγείας, χωρίς να θέτουν σε κίνδυνο την ασφάλεια των προσωπικών δεδομένων. Θα εξασφαλίζουν τις αναγκαίες προσαρμογές που θα εγγυούνται ένα κοινά αποδεκτό πλαίσιο δεοντολογίας της υγείας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Βασιλείου Θ.Α., Σταματάκης Ν. (1992) *Λεξικό των Επιστημών του Ανθρώπου*, Εκδ. Gutenberg, Αθήνα.
2. Burkle C.M., Cascino G.M. (2011) "Medicine and the Media : Balancing the Public's Right to Know with the Privacy of the Patient", *Mayo Clinic Proceedings* 86(12) :1192-1196.
3. Gaertner J., Vent J., Greiwald R., Rothschild M.A., Ostgathe C., Kessel R., Voltz R. (2011) "Denying a Patient's Final Will: Public Safety vs. Medical

- Confidentiality and Patient Autonomy", *Journal of Pain and Symptom Management*, 42(6) :961-966.
4. Γεωργίου Π.(2007) *Το Ιατρικό Απόρρητο*, Εκδ. Σάκουλα, Αθήνα.
5. Council of Europe CETS No.:164 of 4 April 1997 Oviedo Convention for the Protection of Human Rights and Dignity of the Human Being with regard to the Application of Biology and Medicine: Convention on Human Rights and Biomedicine. Διαθέσιμο σε : <http://conventions.coe.int/Treaty/en/Treaties/Html/164.htm>
6. Δραγώνα-Μονάχου Μ.(2002) "Ηθική και Βιοηθική" *Επιστήμη και Κοινωνία*, τεύχ., 8-9:1-26.
7. Fernandez E. B., Larrondo M.M. Sorgente T. (2004) " Security Models for Medical and Genetic Information" *IADIS International Conference e-Society*:509-516. Διαθέσιμο σε: <http://www.iadisportal.org/digital-library/security-models-for-medical-and-genetic-information>
8. Θεοδώρου Μ., Μητροσύλη Μ. (1999) *Δομή και Λειτουργία του Ελληνικού Συστήματος Υγείας (Διοικητικές και Νομικές Διαστάσεις)*, Τόμος Γ', ΕΑΠ, Πάτρα.
9. Gunter T.D., Terry N.P. (2005) The Emergence of National Electronic Health Record Architectures in the United States and Australia: Models, Costs, and Questions, *Journal of Medical Internet Research*, 7(1):e3. Διαθέσιμο σε: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1550638/>
10. Haga S. Beskow L. (2008) "Ethical, Legal and Social Implications of Biobanks for Genetic Research", *Advances in Genetics* 60 : 505-544.
11. Haldane J.J. (1986) " Medical Ethics – an Alternative Approach" *Journal of Medical Ethics*, 12: 145-150.
12. Hawkins A.K. (2010) "Biobanks : Importance, Implications and Opportunities for Genetic Counselors", *Journal of Genetic Counseling* 19(5) : 423-429.
13. Hawkins, A. K., O'Doherty K.C. (2011). "Who owns your poop?": insights regarding the intersection of human microbiome research and the ELSI aspects of biobanking and related studies., *BMC Medical Genomics* 4: 72. Διαθέσιμο σε : <http://www.biomedcentral.com/1755-8794/4/72>
14. HHS - U.S. Department of Health & Human Services (2011) *Health Information Privacy*. Διαθέσιμο σε: <http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/administrative/breachnotificationrule/breachtool.html>
15. Κασσιούρας Δ.Γ. (1995) *Σύντομο Κοινωνικοπολιτικό Λεξικό*, Εκδ. Σύγχρονη Εποχή, Αθήνα
16. Κορσάνου Α., Δουζένης Α., Λύκουρας Λ. (2010) "Το ιατρικό απόρρητο στην άσκηση της Ιατρικής με έμφαση στην άσκηση της Ψυχιατρικής, Νομικό πλαίσιο" *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 27(4):686-690
17. Κοτσιάνος Σ. (1976) *Η Ιατρική Ευθύνη*, Εκδ. Σάκουλα, Θεσσαλονίκη
18. Κουτσελίνης Α., Μιχαλοδημητράκης Μ. (1984) *Ιατρική Ευθύνη*, Εκδ. Gutenberg, Αθήνα.
19. Μαλλιάρου Μ. Λιάσκος Ι. (2008) "Νομοθετική Προστασία των Ευαίσθητων Προσωπικών Δεδομένων στον Ηλεκτρονικό Φάκελο Υγείας", *Νοσηλευτική*, 47(2):202-208.
20. Malliarou M., Sarafis P. (2009) "Legislative Issues in the Processing of Sensitive Personal Data in the Electronic Patient Record" *Health Science Journal*, 3(13):139-148.
21. Mavroforou A., Antoniou G., Giannoukas A.D. (2010) "Ethical and Legal Aspects on the Use of Images and Photographs in Medical Teaching and Publication", *International Angiology* 29(4):376-379.
22. Mason K., Laurie G. (2009) *Law and Medical Ethics*, Oxford University Press, U.K.

23. Μεράκου Κ., Δάλλα Α., Θεοδωρίδης Δ. (1999) "Ιατρικό απόρρητο, οι «κατά συνθήκη» παραβιάσεις" *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 16(5):504-510
24. Μητροσύλη Μ. (2008) "Η Μετάβαση από τη Βιοηθική στο Βιοδίκαιο" *Επιστήμη και Κοινωνία*, τεύχ. 20:171-197
25. Ν.2472/1997 "Προστασία του Ατόμου από την Επεξεργασία Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα", ΦΕΚ50/10.04.1997 τεύχ. Α
26. Ν.3418/2005 "Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας", ΦΕΚ287/28.11.2005 τεύχ. Α
27. Παπαγεωργίου Ε. (2005). "Προβλήματα Βιοηθικής: Σχέσεις Ιατρικής και Φιλοσοφίας" *Ηθική Περιοδικό Φιλοσοφίας*, τεύχ. 1 Διαθέσιμο σε: <http://www.ethics.gr/content.php?id=24>
28. Πελεγρίνης Θ. (2004) *Λεξικό της Φιλοσοφίας*, Εκδ. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.
29. Roulis I. (2012) Approaches to Conflicts between Treatment Recommendations and Patients' decisions in Physiotherapy: A Case Study, *Physical Therapy Reviews*, In Press.
30. Ροβεσπιέρος Μ. (2008) *Αρετή και Τρομοκρατία, Λόγοι από την Γαλλική Επανάσταση*, Εκδόσεις του Εικοστού Πρώτου, Αθήνα.
31. Τριανταφυλλίδου Σ., Παπαγεωργίου Ε. (2011) "Δεοντολογία και Διαχείριση Ηθικών Διλημάτων στα Επαγγέλματα Υγείας " *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 10 (4): 465-479.
32. Ulrich C.M., Taylor C., Soeken K., O' Donnel P., Farrar A., Danis M., Grady C. (2010) "Everyday ethics : Ethical Issues and Stress in Nursing Practice", *Journal of Advanced Nursing* 66(11) :2510-2519.
33. UNESCO (2005) Universal Declaration on Bioethics and Human Rights Διαθέσιμο σε: <http://portal.unesco.org/en/ev.php> URL_ID=31058&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html
34. US Department of Health & Human Services (DHS) (2003), Summary of the HIPAA Privacy Rule. Διαθέσιμο σε: <http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/summary/privacysummary.pdf>