

Bioethica

Vol 4, No 2 (2018)

Bioethica



**Focusing on the communication with the patient:
An introductory course at the Medical School of the
University of Crete**

Χρήστος Λιονής (Christos Lionis)

doi: [10.12681/bioeth.19692](https://doi.org/10.12681/bioeth.19692)

To cite this article:

Λιονής (Christos Lionis) X. (2018). Focusing on the communication with the patient: An introductory course at the Medical School of the University of Crete. *Bioethica*, 4(2), 71–77. <https://doi.org/10.12681/bioeth.19692>

Εστιάζοντας στην επικοινωνία με τον ασθενή: το εισαγωγικό μάθημα “Σχέση Ιατρού-Ασθενούς” στην Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Κρήτης

Χρήστος Λιονής

Καθηγητής Γενικής Ιατρικής και Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Κρήτη, Ηράκλειο



lionis@uoc.gr

Περίληψη

Η σύντομη αυτή η αναφορά μου εστιάζεται στην επικοινωνία (ή σχέση) μεταξύ ιατρού- ασθενούς και στη σύντομη περιγραφή των ικανοτήτων που θα πρέπει να συνοδεύουν τον ιατρό στη συνάντηση του με τον ασθενή. Στο άρθρο γίνεται επίσης αναφορά στις εμπειρίες που έχουν κτηθεί στην Ιατρική Σχολή της Κρήτης από την διδασκαλία του μαθήματος «Σχέση ιατρού-ασθενούς», στο περιεχόμενο και στα εκπαιδευτικά της εργαλεία. Το άρθρο κλείνει με την αναγκαιότητα, σημασία και απήχηση του μαθήματος αυτού.

Λέξεις-κλειδιά: σχέση ιατρού- ασθενούς, αυτό-φροντίδα, *φροντίδα εστιασμένη στο πρόσωπο*, υπόδειγμα χρόνιας φροντίδας, πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, τεκμηριωμένη φροντίδα, ολοκληρωμένη φροντίδα, κινητοποιός συνέντευξη, αφηγηματική επιδεξιότητα, πνευματική φροντίδα, συμπονετική φροντίδα, κοινή λήψη της απόφασης.

Focusing on the communication with the patient: An introductory course at the Medical School of the University of Crete

Christos Lionis

Professor, Medical School, University of Crete, Heraklion

Abstract

This brief report focuses on the communication between doctor-patient and provides the brief description of the skills that should accompany the doctor in his / her meeting with the patient. This review article refers also to the experience gained at the Medical School of Crete where a course on the "doctor-patient relationship" and on "compassionate health care" have been included in its medical curriculum.

Keywords: doctor-patient relationship, self-care, patient centered care, chronic care model, primary health care, evidence-based care, integrated care, motivational interviewing, narrative competence, spiritual care, compassionate care, shared decision making.

1. Εισαγωγή

Η σχέση ιατρού- ασθενούς απασχολεί την βιβλιογραφία από πολλά χρόνια. Τις τελευταίες λίγες δεκαετίες η συζήτηση έχει αλλάξει¹ έχοντας μετατοπίσει το ενδιαφέρον στα δικαιώματα του ασθενούς ή καλύτερα προσώπου αλλά και στη λήψη της απόφασης, μεταβάλλοντας έτσι ριζικά και την διδασκαλία της σχέσης του ασθενούς με τον ιατρό, καθώς και των δεξιοτήτων επικοινωνίας που ο τελευταίος θα πρέπει να αποκτήσει στη διάρκεια της προπτυχιακής του εκπαίδευσης. Στην κατεύθυνση αυτή, βαθμιαία, οι ιατρικές σχολές διεθνώς και στη χώρα μας προσαρμόζουν το πρόγραμμα σπουδών τους, ενσωματώνοντας την διδασκαλία της σχέσης ιατρού-ασθενούς και των δεξιοτήτων επικοινωνίας στο περιεχόμενο του.

2. Το εισαγωγικό μάθημα «Σχέση Ιατρού-Ασθενούς» στην Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Κρήτης

Σκοπός αυτού του σύντομου άρθρου ανασκόπησης είναι να παρουσιάσει τις εμπειρίες που έχουν αποκτηθεί στην Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Κρήτης, σε σχέση με την διδασκαλία του μαθήματος «Σχέση Ιατρού-Ασθενούς».

Οι μαθησιακοί στόχοι για τον φοιτητή, που τέθηκαν στο μάθημα αυτό, είναι ως παρακάτω:

1. Να αναγνωρίζει τις συναφείς έννοιες, την σημασία και την αναγκαιότητα της εκπαίδευσης στην σχέση και επικοινωνία ιατρού-ασθενούς.
2. Να εξοικειωθεί με υποδείγματα σχέσης γιατρού ασθενούς και ιδιαίτερα με αυτό του Calgary-Cambridge.
3. Να αναγνωρίζει και να εντοπίζει τους παράγοντες που επηρεάζουν την εξέλιξη της σχέσης ιατρού- ασθενούς.
4. Να αναγνωρίζει τη σημασία και αναγκαιότητα της εκπαίδευσης σε μεθόδους αλλαγής συμπεριφοράς.
5. Να αναγνωρίζει το ρόλο της διεπιστημονικής συνεργασίας και της ομάδας υγείας.

Στην αρχή του μαθήματος αυτού γίνεται ιδιαίτερη αναφορά στον κώδικα ιατρικής δεοντολογίας² και πιο συγκεκριμένα στο άρθρο 2 για την άσκηση της ιατρικής ως

λειτουργήματος, στο άρθρο 3 για την ηθική και επιστημονική ανεξαρτησία του ιατρού, στο άρθρο 4 για την εξασφάλιση της ποιότητας, της ασφάλειας και της αποτελεσματικότητας, στο άρθρο 8 για την ιατρική σχέση εμπιστοσύνης και σεβασμού, στο άρθρο 11 για την υποχρέωση ενημέρωσης, στο άρθρο 14 για την τήρηση του ιατρικού αρχείου και στο άρθρο 21 για τις σχέσεις με συναδέλφους και λοιπό προσωπικό.

Αναφορικά με την σχέση ιατρού-ασθενούς, στη βιβλιογραφία παρατίθενται πολλοί όροι και ανάμεσα σε αυτούς: η «σχέση», η «αλληλεπίδραση», η «διάδραση», η «επικοινωνία», η «συμβουλευτική», και η «διαβούλευση». Όλοι οι όροι αυτοί εμπερικλείονται στον όρο 'ομπρέλα' «σχέση ιατρού-ασθενούς».

Το μάθημα, επίσης, εστιάζει την προσοχή του και στις καινούργιες εννοιολογικές προσεγγίσεις που έχουν διατυπωθεί και δημοσιευτεί και ιδιαίτερα ασχολείται με το νέο ορισμό της υγείας. Όλοι είμαστε εξοικειωμένοι με τον παλιό ορισμό που έχει διατυπώσει ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, που συγκεκριμένα αναφέρει ότι «*υγεία είναι η κατάσταση πλήρους φυσικής διανοητικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μόνο η απουσία αρρώστιας ή αναπηρίας*».³ Σε ανακοίνωση που έγινε στο Άμστερνταμ πριν από κάποια χρόνια και που δημοσιεύτηκε στο Βρετανικό Περιοδικό BMJ,⁴ σημαντική έμφαση δίνεται στην ικανότητα προσαρμογής και αυτοδιαχείρισης στο πλαίσιο της αντιμετώπισης των κοινωνικών, σωματικών και συναισθηματικών προκλήσεων όταν προσεγγίζεται ο ορισμός της υγείας. Η έννοια της απόλυτης ευεξίας δίνει στον ορισμό της υγείας κατά ΠΟΥ μια τοπική και μη ρεαλιστική διάσταση, μειώνοντας τις πιθανότητες για κάποιον να είναι υγιής. Σύμφωνα με αυτή τη νέα προσέγγιση, ο ασθενής με σακχαρώδη διαβήτη δεν είναι ασθενής παρά μόνο όταν απολέσει τις ικανότητές του για να αυτό-διαχειρίζεται το πρόβλημα υγείας του αλλά και να φροντίζει τον εαυτό του.

Με τη θέση τους αυτή, οι συγγραφείς προσφέρουν ένα πιο ορατό σήμα στους επαγγελματίες υγείας και ένα διαφορετικό προσανατολισμό στις υπηρεσίες υγείας, που κάνει τη φροντίδα περισσότερο εστιασμένη στο πρόσωπο και στον ασθενή. Ο ολόενα

αυξανόμενος αριθμός ατόμων με χρόνια νοσήματα, πολλαπλή νοσηρότητα και ευαλωτότητα (frailty) απαιτεί σήμερα οι υπηρεσίες υγείας να επανασχεδιαστούν στην κατεύθυνση της προαγωγής της αυτό-φροντίδας και όχι της εξάρτησης.⁵ επιπρόσθετος λόγος που υπογραμμίζει την αναγκαιότητα παροχής της εστιασμένης στον ασθενή φροντίδας.⁶

Στο πλαίσιο αυτό, περιλαμβάνεται και η αναφορά στον όρο «φροντίδα εστιασμένη στο πρόσωπο» (patient centered care) που φαίνεται να επικρατεί στην σύγχρονη βιβλιογραφία. Σύμφωνα με το Ινστιτούτο της Ιατρικής (National Institute of Medicine) στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής, εστιασμένη στον ασθενή φροντίδα είναι «η παροχή φροντίδας που σέβεται και ανταποκρίνεται στις προσωπικές προτιμήσεις και αξίες του ασθενούς διασφαλίζοντας την καθοδήγηση και λήψη της κλινικής απόφασης με βάση αυτές».⁷ Έτσι η εστιασμένη στον ασθενή φροντίδα θεωρείται αλλά και συγκαταλέγεται ανάμεσα στα κύρια χαρακτηριστικά της υψηλής ποιότητας φροντίδας υγείας, δηλαδή την ασφάλεια, την αποδοτικότητα, την αποτελεσματικότητα, την ισότητα και την εγκυρότητα.

Στην έρευνα αλλά και στην οργάνωση των υπηρεσιών υγείας, ένα ακόμη θεωρητικό υπόδειγμα αξίζει να συζητηθεί, αυτό της χρόνιας φροντίδας (Chronic Care Model). Το υπόδειγμα αυτό προσφέρει ουσιαστικές κατευθύνσεις και πλαίσια πάνω στα οποία μπορεί να αποτυπωθεί αλλά και να αναπτυχθεί η σχέση του γιατρού με ένα ενημερωμένο και ενεργοποιημένο ασθενή και μια καλά προετοιμασμένη ομάδα υγείας.

Όμως, πώς μας επισκέπτεται ο ασθενής μας στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (ΠΦΥ); Αξίζει κανένας να εξετάσει τα αιτήματα με τα οποία συχνά προέρχεται στις υπηρεσίες υγείας αλλά κυρίως να συζητήσει τα συμπτώματα τα οποία αναγνώρισε το πρόσωπο (ή ο ασθενής) ως μέρος της αρρώστιας, αλλά και τις προσδοκίες, τις επιθυμίες, ανάγκες και αξίες που το συνοδεύουν πριν την επίσκεψη του στις υπηρεσίες υγείας. Η μελέτη QUALICOPC και η προσφάτως δημοσιευθείσα ελληνική της έκδοση⁸ μας προσφέρει αρκετή πληροφορία για το τι αναζητά ο Έλληνας ασθενής που επισκέπτεται υπηρεσίες της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Συγκεκριμένα, οι ασθενείς

μας επιθυμούν οι γιατροί να τους αφιερώσουν αρκετό χρόνο, για να τους κάνουν να αισθάνονται ότι δεν βρίσκονται υπό την πίεση του χρόνου, να είναι ευγενικοί προς αυτούς, να τους σέβονται και να τους ακούνε, να τους παρέχουν σαφείς οδηγίες, να τους συμπεριφερθούν ως πρόσωπα και όχι ως «προβλήματα» υγείας.

Συχνά, η συζήτηση στις υπηρεσίες υγείας και στη βιβλιογραφία γίνεται κάτω από τις υποδείξεις της τεκμηριωμένης φροντίδας (evidence-based care) και η εστίαση στον ασθενή και στην επικοινωνία συχνά λαμβάνει μικρότερη προσοχή. Σε ένα άρθρο σύνταξης που δημοσιεύτηκε πρόσφατα στο Βρετανικό περιοδικό BMJ⁹ συνοψίζεται ότι «η υγεία αναζητά μια νέα προσέγγιση, για τους κλινικούς να γεφυρώσουν το χάσμα μεταξύ τεκμηρίωσης και ανθρωπισμού». Στο άρθρο αυτό γίνεται αναφορά για την ανάγκη μιας ολοκληρωμένης/ενταγμένης (integrated) φροντίδας που θα πρέπει να βασίζεται στην ανάπτυξη δικτύων και τη διεπιστημονική συνεργασία. Δυστυχώς, τόσο η ολοκληρωμένη/ενταγμένη πρωτοβάθμια φροντίδα όσο και η διεπιστημονική συνεργασία σε όλα τα επίπεδα του ελληνικού συστήματος υγείας φαίνεται να απουσιάζουν, και μαζί τους και οι ολοκληρωμένες και οι τεκμηριωμένες προσεγγίσεις που θα αποτελούσαν και μια σημαντική διέξοδο από τη σημερινή πολύπλευρη κρίση στη χώρα μας.^{10,11}

Στο σημείο αυτό αξίζει μια ιδιαίτερη αναφορά στη γλώσσα και συγκεκριμένα στο στόχο του διαλόγου μεταξύ ιατρού-ασθενούς που αποτελεί το πιο σημαντικό μέσο για την αλλαγή της συμπεριφοράς σε θέματα υγείας. Η κινητοποιός προς αλλαγή, προτρεπτική και ενθαρρυντική αυτή προσέγγιση που θεμελιώθηκε από τους Williams Miller και Stephan Rollnick, είναι γνωστή στην βιβλιογραφία ως «κινητοποιός συνέντευξη» (motivational interviewing - MI).¹² Σύμφωνα με τους ερευνητές και συγγραφείς αυτούς η κινητοποιός συνέντευξη δεν είναι τίποτα άλλο παρά ένα στυλ συνομιλίας για την ενίσχυση της κινητοποίησης του ασθενούς και την δέσμευση του για αλλαγή της συμπεριφοράς.

Είναι σημαντικό να εξετάσουμε την προσαρμογή της προσέγγισης αυτής σε

ελληνικούς διαλόγους. Ίσως το έργο να είναι επίπονο, αφού πίσω από τις λέξεις υπάρχουν τα νοήματα που ασκούν καθοριστικό λόγο στη συμπεριφορά. Σύμφωνα με τους θεμελιωτές της κινητοποιού συνέντευξης, η συνάντηση του γιατρού με τον ασθενή μπορεί να ακολουθήσει τέσσερα στάδια, αυτό της εξοικείωσης ή δέσμευσης (engagement), της εστίασης στα θέματα που ενδιαφέρουν ασθενή και γιατρό (focusing), την ανάδειξη της αλλαγής (επίκληση, evoking) και το τελευταίο του που περιλαμβάνει τη συζήτηση του σχεδίου αλλαγής και τη λήψη της απόφασης.¹² Η περιγραφή των βημάτων ή σταδίων αυτών του ΜΙ ξεφεύγει του σκοπού της σύντομης αυτής αναφοράς, αλλά θα μπορούσαμε να συμπυκνώσουμε, με βάση τις δηλώσεις των Williams Miller και Stephan Rollnick, ότι η εξοικείωση αντιστοιχεί στην ερώτηση «θα ταξιδέψουμε μαζί;», η εστίαση ρωτά «προς τα πού;», η επίκληση είναι «περίπου/εάν και γιατί;» και ο σχεδιασμός «πώς;» και «πότε;».¹²

Στο πανεπιστημιακό αυτό μάθημα, επίσης, παρουσιάζεται και ένα άλλο θεωρητικό (συμπεριφορικό) πλαίσιο με στόχο την κατανόηση από τον φοιτητή των προσδιοριστών της συμπεριφοράς και της πρόθεσης για συμπεριφορά (Theory of planned Behavior, Ajzen 2006). Το υπόδειγμα αυτό έχει χρησιμοποιηθεί για ερευνητικούς σκοπούς σε διάφορα ερευνητικά προγράμματα της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Κρήτης.

Στο μάθημα, ακόμη, γίνεται εισαγωγή στον ορισμό της «συμπόνιας» (compassion) αν και με το θέμα αυτό απασχολείται ιδιαίτερα το κατ'επιλογήν μάθημα στο 2^ο εξάμηνο με τίτλο «Συμπονετική φροντίδα».

Στο πλαίσιο του μαθήματος οι φοιτητές εκτίθενται στις αρχές της κινητοποιού συνέντευξης (motivational interviewing, «ένα στυλ συνεργατικής συνομιλίας για την ενίσχυση της εσωτερικής κινητοποίησης του προσώπου και της δέσμευσης για αλλαγή»¹²), της αφηγηματικής επιδεξιότητας (narrative competence, «μια ικανότητα να υπογραμμίζει, απορροφά, ερμηνεύει και να δρα πάνω στις ιστορίες και τις καταστάσεις των άλλων»¹³), της πνευματικής φροντίδας (spiritual care) που βασίζεται στην κατανόηση της πνευματικότητας του προσώπου («μια διαδικασία της ανθρώπινης εξωτερίκευσης και μια ισχυρή δύναμη που αναζητά το νόημα και τον

σκοπό της ζωής»¹⁴) και της συμπονετικής φροντίδας (compassionate care, «η συμπόνια αντανακλά μια βαθιά συνειδητοποίηση του τι υποφέρει ο άλλος συνοδευόμενη από την επιθυμία να την ανακουφίσει»¹⁵).

Από τους φοιτητές ζητείται η άσκηση σε 4 συνηθισμένα σενάρια, όπως αυτά καταγράφονται στις υπηρεσίες ΠΦΥ στη χώρα μας, και πάνω σε αυτά γίνεται η παρουσίαση του Calgary-Cambridge υποδείγματος για τη σχέση ιατρού-ασθενούς.

3. Η σημασία, απήχηση και η αναγκαιότητα του μαθήματος

Τα θέματα της σχέσης ιατρού αλλά και επαγγελματιών υγείας και ασθενών, απασχολούν συχνά τα συστήματα υγείας, έχουν δε περάσει μόλις λίγα χρόνια από τη δημοσίευση του Sir Robert Francis (The Mid Staffordshire NHS Foundation Trust Public Inquiry, February 2013)¹⁶ που ανακοίνωνε σημαντικά θέματα παραμέλησης ασθενών σε μια υγειονομική περιοχή του Ηνωμένου Βασιλείου. Στο κεντρικό του μήνυμα ο Robert Francis ανάμεσα σε άλλα συνοψίζει ως κύριες αιτίες των προβλημάτων που κατεγράφησαν:

- «Την κουλτούρα που εστιάζοταν στη διαχείριση του συστήματος και όχι στους ασθενείς
- Τη θεσμική κουλτούρα που έδινε περισσότερο βάρος στη θετική πληροφορία παρά σε αυτή που προκαλούσε ανησυχία
- Την αποτυχία της επικοινωνίας των πολλών και διαφορετικών γραφείων για ανταλλαγή των ανησυχιών που έφθαναν σε γνώση τους
- Την υπόθεση ότι η παρακολούθηση, η διαχείριση της απόδοσης ή η παρέμβαση ήταν ευθύνη κάποιου άλλου
- Την αποτυχία στην αντιμετώπιση των προκλήσεων για την ανάπτυξη μιας θετικής κουλτούρας, ιδιαίτερα στη νοσηλευτική αλλά και στο ιατρικό επάγγελμα».

Ο ρόλος της προπτυχιακής εκπαίδευσης και η εστίαση της στην επικοινωνία και στη βελτίωση της σχέσης επαγγελματία υγείας και ασθενή γίνεται ολοένα και πιο φανερός στη βιβλιογραφία και στις διεθνείς συναντήσεις, με πολλά ευρωπαϊκά και μη Πανεπιστήμια να καινοτομούν σε προσεγγίσεις και εκπαιδευτικές μεθοδολογίες. Δυστυχώς, στη χώρα μας, οι

δεξιότητες επικοινωνίας δε διδάσκονται σε όλες τις ιατρικές σχολές ούτε και αξιολογούνται στις τελικές εξετάσεις για την απόκτηση ιατρικής ειδικότητας. Ακόμα απουσιάζει η εστίαση στο πρόσωπο και στον ασθενή τόσο ως βασική αρχή στα προγράμματα σπουδών των Ιατρικών Σχολών, όσο και στις δεξιότητες (είτε κλινικές ή επικοινωνίας) που τη συνοδεύουν και θα πρέπει να αποτελούν τον πυρήνα της προπτυχιακής εκπαίδευσης. Όλα αυτά σε μια περίοδο που πληθαίνουν οι επιστημονικές ανακοινώσεις για την αποτελεσματικότητα προσεγγίσεων όπως της κινητοποιού συνέντευξης, της αφηγηματικής ιατρικής, της πνευματικής και συμπονετικής φροντίδας.

4. Επίλογος

Αυτές οι δεξιότητες και προσεγγίσεις στοχεύουν να καταστήσουν τον ασθενή ή τον επισκέπτη των υπηρεσιών υγείας ουσιαστικό συμμετοχο στη διαβούλευση με το γιατρό αλλά και στη λήψη της απόφασης της σχετικής με την υγεία του. Όλη αυτή η διαδικασία που θα καταλήξει στη βέλτιστη απόφαση για τον ασθενή είναι γνωστή στη βιβλιογραφία ως από κοινού λήψη της απόφασης (shared decision making).¹⁷ Δυστυχώς και το πεδίο αυτό απουσιάζει από την προπτυχιακή εκπαίδευση στη χώρα μας, με ελάχιστες εξαιρέσεις, έστω και αν οι αναφορές για τη συμβολή της από κοινού απόφασης στην κατανόηση της σπουδαιότητας των αξιών και των προτιμήσεων των ασθενών στη λήψη της βέλτιστης απόφασης για την υγεία και φροντίδα τους¹⁷ μοιάζει καθοριστική. Ο ρόλος της διακυβέρνησης υγείας και των υπηρεσιών υγείας είναι επίσης σημαντικός και οι Rosenthal και Verghese σε ένα πρόσφατο άρθρο τους στο New England Journal of Medicine (2016)¹⁸, αναφέρθηκαν στο περιεχόμενο και στην ουσία της εργασίας των ιατρών, καθώς και στην οργανωσιακή κουλτούρα που επικρατεί στις υπηρεσίες υγείας. Στο άρθρο τους αυτό ανάμεσα σε άλλα υπογράμμισαν:

- «Το περισσότερο από αυτό που ονομάζουμε «εργασία» λαμβάνει χώρα μακριά από τον ασθενή, σε δωμάτια εργασίας και σε υπολογιστές».

- «Παρά τη ρητορική για εστιασμένη στον ασθενή φροντίδα, ο ασθενής δεν είναι στο κέντρο των πραγμάτων».
- «Η ιατρική κοινότητα θα πρέπει να ξανασκεφθεί τη διεπαφή άνθρωπος-υπολογιστής και να συνενώσει τον πραγματικό ασθενή με τον ασθενή του πληροφοριακού συστήματος».

Οι συγγραφείς καταλήγουν και προτείνουν τον επανασχεδιασμό των ηλεκτρονικών πληροφορικών συστημάτων. Στη χώρα μας παρόμοιες αναφορές από ασθενείς και ιατρούς πληθαίνουν και αρκετές συζητήσεις έχουν γίνει για το σχεδιασμό του πληροφοριακού συστήματος υγείας που σήμερα ουσιαστικά χρησιμοποιείται για τον έλεγχο του κόστους της φαρμακευτικής αγωγής.

Σίγουρα, χρειάζεται χρόνος και προσπάθεια για την αλλαγή στάσεων και πρακτικών που έχουν ενσωματωθεί από χρόνια στις υπηρεσίες υγείας. Ίσως η συζήτηση για τη σχέση ιατρού-ασθενούς και τις δεξιότητες επικοινωνίας που θα γίνει μέσα από τη διδασκαλία του μαθήματος να αποτελέσει την αφετηρία για την εστίαση στον ασθενή, στις αξίες και στα δικαιώματά του.

Βιβλιογραφία

1. Truog RD. Patients and Doctors- The Evolution of a Relationship. N Engl J Med 2012, 366: 581-585.
2. Κώδικας ιατρικής δεοντολογίας (N 3418/ 28 Νοεμβρίου 2005).
3. WHO. Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference. New York, 19-22 June 1946, and entered into force on 7 April 1948.
4. Huber M, Knottnerus JA, Green L, van der Horst H, Jadad AR, Kromhout D, Leonard B, Lorig K, Loureiro MI, van der Meer JW, Schnabel P, Smith R, van Weel C, Smid H. How should we define health? BMJ 2011, 343: d4163.
5. Eaton S, Roberts S, Turner B. Delivering person centred care in long term conditions. BMJ 2015, 350: h181.

6. Richards T, Coulter A, Wicks P. Time to deliver patient centred care. *BMJ* 2015, 350: h530.
7. Institute of Medicine (US). Committee on Quality of Health Care in America. *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*, Washington (DC): National Academies Press (US), 2001.
8. Lionis C, Papadakis S, Tatsi C, Bertsias A, Duijker G, Mekouris PB, Boerma W, Schäfer W, Greek QUALICOPC team. Informing primary care reform in Greece: patient expectations and experiences (the QUALICOPCstudy). *BMC Health Serv Res.* 2017, 17(1): 255.
9. Kickbusch I, Woods N, Piot P, Abbasi K. How to choose the world's top health diplomat. *BMJ* 2016, 355: i5746.
10. Lionis C, Symvoulakis E, Markaki A, Vardavas C, Papadakaki M, Daniilidou N, Souliotis K, Kyriopoylos I. Integrated primary health care in Greece, a missing issue in the current health policy agenda: a systematic review. *International Journal of Integrated Care* 2009, 9: e88.
11. Tsiachristas A, Lionis C, Yfantopoulos J. Bridging knowledge to develop an action plan for integrated care for chronic diseases in Greece. *International Journal of Integrated Care* 2015, 15.
12. Miller WR, Rollnick S. The effectiveness and ineffectiveness of complex behavioral interventions: impact of treatment fidelity. *Contemp Clin Trials* 2014, 37: 234-241.
13. Charon R. What narrative competence is for. *Am J Bioeth* 2001, 1: 62-63.
14. Williams DR, Sternthal MJ. Spirituality, religion and health: evidence and research directions. *Med J Aust* 2007, 186: S47-50.
15. Goetz JL, Keltner D, Simon-Thomas E. Compassion: an evolutionary analysis and empirical review. *Psychol Bull* 2010, 136: 351-374.
16. The Mid Staffordshire NHS Foundation trust inquiry. The Robert Francis Report. *Nurse Educ Today* 2013, 33: 181-182.
17. Barry MJ, Edgman-Levitan S. Shared decision making--pinnacle of patient-centered care. *N Engl J Med* 2012, 366: 780-781.
18. Rosenthal DI, Verghese A. Meaning and the Nature of Physicians' Work. *N Engl J Med* 2016, 375: 1813-1815.