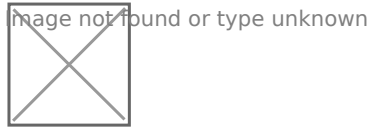


Βιοηθικά διλήμματα στη ΜΕΘ: Δεν είναι η θεραπεία χειρότερη από την ασθένεια! (Άγγελος Αλεκόπουλος)

/ [Πεμπτουσία· Ορθοδοξία-Πολιτισμός-Επιστήμες](#)



Τα διλήμματα που προκύπτουν στη Μ.Ε.Θ. σε σχέση με τη μη κλιμάκωση ή τη διακοπή θεραπείας σε βαριά πάσχοντες είναι ιδιαιτέρως πειστικά. Η ύπαρξη του τεχνολογικά εξελιγμένου εξοπλισμού δεν μπορεί να αποτελεί εργαλείο για την παράταση της διαδικασίας θανάτου. Δεν μπορεί η θεραπεία να είναι χειρότερη από την ασθένεια. Οι πρακτικές που ακολουθούν οι θεράποντες οφείλουν να βασίζονται στο ανθρωπιστικό τους καθήκον, στην υποχρέωση για ανακούφιση των ασθενών, για τη διάσωση της αξιοπρέπειας τους και όχι να υπαγορεύονται από τα κοστολόγια των κλινών της Μ.Ε.Θ. ή από τις ελλείψεις κλινών.

Το Συμβούλιο της Ευρώπης σε ειδική συνέλευση με θέμα την προστασία των δικαιωμάτων των ασθενών με ανίατα νοσήματα και περί «αξιοπρεπούς τέλους της

ζωή τους», κατέληξε στην εξής σύσταση: «όταν η τεχνητή παράταση της ζωής ασθενών με ανίατα νοσήματα που βρίσκονται σε προθανάτια κατάσταση επιτυγχάνεται με ιατρικά μέσα ή τεχνικές που δεν ανταποκρίνονται στις ανάγκες τους ,αποτελεί ουσιαστική παρέμβαση στο βασικό τους δικαίωμα να κρατήσουν μέχρι το τέλος της ζωής τους την ανθρώπινη αξιοπρέπειά τους». (Σύσταση 1418-21/06/1999)

Το 2004 στη Γαλλική Βουλή ψηφίστηκε ο νόμος Leonetti, με 98% πλειοψηφία. Ο νόμος αυτός θεσπίζει και θέτει όρια στις θεραπευτικές εκείνες πρακτικές οι οποίες σχετίζονται με τη διακοπή της υποστήριξης της ζωής, στους βαριά πάσχοντες ασθενείς, οι οποίοι δεν έχουν προσδόκιμο ζωής. Ο Νόμος Leonetti, ορίζει και νομιμοποιεί :

1. Ορίζει το δικαίωμα των ασθενών να γνωρίζουν τις διαδικασίες περιορισμού και διακοπής των επιθετικών παρεμβάσεων
2. Νομιμοποιεί την χορήγηση παρηγορητικών θεραπειών στους ασθενείς σε τελικό στάδιο ανίατης ασθένειας
3. Τίθεται ενάντια κάθε μορφής ευθανασίας και λέει όχι στις θεραπευτικές εξαντλητικές παρεμβάσεις σε ασθενείς χωρίς προσδόκιμο επιβίωσης. [\[1\]](#)

Το μήνυμα το οποίο προκύπτει από αυτόν τη νομοθεσία λέει ξεκάθαρα ότι ο θάνατος δεν προκαλείται εκούσια αναστέλλοντας την υποστήριξη, αλλά και δεν παρεμποδίζεται, στην περίπτωση όπου είναι η αναπόφευκτη φυσική εξέλιξη και ότι δεν υπάρχει μεν λόγος για άσκοπες θεραπείες, όπως και δεν υπάρχει λόγος για διακοπή της βασικής νοσηλείας.

Στην Ελλάδα ο νόμος 3481/2005[\[2\]](#), αντιμετωπίζει τα θέματα της διαδικασίας του θανάτου, ικανοποιητικά, λαμβάνοντας σοβαρά υπόψη τον σεβασμό στην ανθρώπινη υπόσταση και αξιοπρέπεια. Ο νόμος επίσης έρχεται προστατευτικός και για τους ιατρούς, όπως για παράδειγμα όταν η ανακουφιστική ένεση μορφίνης έχει θανατηφόρες παρενέργειες για τον ασθενή.

Παρόλα αυτά, φαίνεται ότι η μη κλιμάκωση της αγωγής είναι ψυχολογικά και συναισθηματικά ευκολότερη για τους ιατρούς από τη διακοπή της. Πρώτον, αισθάνονται ότι η απόφαση διακοπής της αγωγής συνδέεται αμεσότερα με την επέλευση του θανάτου, άρα είναι πιο βαρυσήμαντη και υπεύθυνη. Δεύτερον, αντιλαμβάνονται τη διακοπή της αγωγής ως κάτι ενεργητικό, ενώ τη μη κλιμάκωση ως κάτι παθητικό. Τρίτον, δεσμεύονται από τις ελπίδες και τις προσδοκίες που δημιουργεί στους συγγενείς του ασθενούς η έναρξη μιας θεραπείας και είναι απρόθυμοι να τη διακόψουν, ενώ αισθάνονται ανετότερα απλά να μην την κλιμακώσουν.

Στη Διεθνή μελέτη Ethicus, οι Έλληνες και οι Νοτιοευρωπαίοι εντατικολόγοι, εμφανίζονται πιο ένθερμοι υποστηρικτές και περισσότερο πατερναλιστές στην λήψη αποφάσεων απ' ότι οι θεράποντες της Κεντρικής και Βορείου Ευρώπης [3], ενώ το 33% των Ελλήνων ιατρών δηλώνουν ότι επιθυμούν τη συνέχιση της θεραπείας, ακόμη και στην περίπτωση όπου η οικογένεια επιμένει στην μη κλιμάκωση ή διακοπή της. [4]

Οι συνιστώσες της απροθυμίας των ιατρών είναι κατανοητές, αλλά η παγίωση της διάκρισης της μη κλιμάκωσης και της απόσυρσης, μπορεί να αποβούν επικίνδυνες. Οδηγεί στην υπερθεραπεία καταληκτικών ασθενών και στην υποθεραπεία ασθενών στους οποίους η αγωγή είναι δυνητικά ωφέλιμη.[5]

[1] Péoch N, Ceaux C., *The Leonetti law relative to the patients' rights and end of life. From educational measurement of knowledge to thinking about professional practices* Rech Soins Infirm, 2009, Sep(98), σελ.:69-79 και Borel M, Veber B, Villette-Baron K, Hariri S, Dureuil B, Hervé C. *Refusal of care in the intensive care: how makes decision?* Ann Fr Anesth Reanim. 2009 Nov;28(11), σελ. 954-961 και D. Maroudy, *Leonetti Law, questions and problems*. Soins. 2006 Sep;(708), σελ.52-53 και

1. Puybasset, *Three essential dispositions in the Leonetti Law applied to neuroanesthesia-resuscitation* Soins, 2006, Sep(708):41-43

[2] Φ.Ε.Κ. Α'287/28-11-2005. Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας. Άρθρα 12, 29

[3] Sprung CL, Cohen SL, Sjokvist P, Baras M, Bulow HH, Hovilehto S et al: *End-of-life practices in European intensive care units: the Ethicus Study*. JAMA 2003, 290:790-797

[4] Vincent JL: *Forgoing life support in western European intensive care units: the results of an ethical questionnaire. Crit Care Med* 1999, 27:1626-33

[5] Γ. Κρανιδιώτης, Β. Γεροβασίλης, κ.α, «Προτελευταία διλήμματα στη μονάδα εντατικής θεραπείας Μη κλιμάκωση και απόσυρση της υποστηρικτικής της ζωής αγωγής», *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 2010, 27(1), σελ.:18-36

Παρατήρηση: το παρόν κείμενο αποτελεί τμήμα της Διπλωματικής Εργασίας “Βιοηθικά προβλήματα στην Μονάδα Εντατικής Θεραπείας” που εκπόνησε ο κ. Άγγελος Αλεκόπουλος, στο πλαίσιο του προγράμματος “Σπουδές στην Ορθόδοξη Θεολογία” της Σχολής Ανθρωπιστικών Σπουδών του Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου (ΕΑΠ), με επιβλέποντα καθηγητή τον κ. Νικόλαο Κόιο και την οποία η Πεμπτουσία δημοσιεύει με τη μορφή σειράς άρθρων.