

## Μονάδες Εντατικής Θεραπείας: ασθενείς και συγγενείς γίνονται γιατροί... (Άγγελος Αλεκόπουλος)

/ [Πεμπτούσια](#)



**Δυο μοντέλα λήψης της απόφασης είχαν υπάρξει στο παρελθόν στις μονάδες εντατικής θεραπείας: το πατερναλιστικό και το μοντέλο της αυτονομίας. Το 2003 όμως έκανε την εμφάνισή του ένα ενδιάμεσο μοντέλο το οποίο ονομάστηκε «Μοντέλο της Συν-απόφασης».**

Στο πατερναλιστικό μοντέλο, ο ιατρός είναι ο κηδεμόνας του ασθενούς, ο κάτοχος της εξειδικευμένης γνώσης, ο αποκλειστικά υπεύθυνος για τη λήψη των αποφάσεων. Πληροφορεί τον ασθενή και τους οικείους του για τη διάγνωση και την πρόγνωση, τους εξηγεί τη θεραπεία που θα ακολουθηθεί, αλλά δεν τους εμπλέκει στη διαδικασία σχεδιασμού της φροντίδας. Η παραδοσιακή δικαίωση του πατερναλιστικού μοντέλου εδραζόταν στις αρχές του ωφελείν και του μη βλάπτειν. Η κατοχύρωση της αρχής του σεβασμού της αυτονομίας επέφερε την

ηθική του απαξίωση.

Στο μοντέλο της αυτονομίας, ο ιατρός περιορίζεται στην έκθεση των διαθέσιμων θεραπευτικών επιλογών, της πιθανότητας επιτυχίας, των πλεονεκτημάτων και των μειονεκτημάτων τους. Φείδεται συστάσεων και συμβουλών για να μην προκαταλάβει τον ασθενή (ή τον αντιπρόσωπό του). Ο τελευταίος αφήνεται να αποφασίσει μόνος και ανεπηρέαστος, αξιολογώντας τα δεδομένα που του παρουσιάζονται. Σοβαρή ατέλεια του μοντέλου της αυτονομίας συνιστά το γεγονός ότι σε στιγμές κρίσης, όπως όταν ανακύπτουν προτελευταία διλήμματα στη Μ.Ε.Θ., επιφορτίζει τα μέλη της οικογένειας με δυσβάστακτο βάρος. Κατά τη στιγμή που αυτά βιώνουν πρωτόγνωρη συναισθηματική ένταση, τους ζητείται να κατανοήσουν σύνθετα ιατρικά θέματα και να αναλάβουν την πλήρη ευθύνη μιας απόφασης με αμετάκλητες συνέπειες, που μπορεί να γεννήσει μελλοντικά αισθήματα ενοχής. Για να αντεπεξέλθουν στον κρίσιμο ρόλο τους, οι συγγενείς έχουν ανάγκη πολύ περισσότερης βοήθειας από τον ιατρό έναντι εκείνης που επιτρέπει το μοντέλο της αυτονομίας.[\[1\]](#)

Το 2003 πέντε Ευρωπαϊκές και βόρειο Αμερικάνικες εταιρείες εντατικής θεραπείας κατέληξαν σε μια κοινή συναινετική δήλωση υπέρ ενός ενδιάμεσου μοντέλου το οποίο ονομάστηκε «Μοντέλο της Συν-απόφασης». Στο μοντέλο αυτό, η θεραπευτική ομάδα και η οικογένεια μοιράζονται την ευθύνη για τη λήψη της απόφασης. Βασικά χαρακτηριστικά του είναι η επικοινωνία, η αλληλεπίδραση, η αμφίδρομη ανταλλαγή πληροφοριών, η τοποθέτηση αμφοτέρων των πλευρών επί των τιθεμένων διλημμάτων και η συνεργασία με σκοπό την επίτευξη συμφωνίας για την ακολουθητέα τακτική.[\[2\]](#)

Μέσα σε αυτό το πλαίσιο της λήψης αποφάσεων στις αρχές της δεκαετίας του '80 διατυπώθηκε από κάποια μέλη της ιατρικής κοινότητας η άποψη, ότι ο γιατρός οφείλει να παρέχει μόνο αυτές τις αγωγές οι οποίες έχουν πιθανότητα ωφελήσουν τους ασθενείς. Έτσι, αν για μια ιατρική πράξη υπάρχουν σοβαρές ενδείξεις ότι είναι άκαρπη υπό τις δεδομένες περιστάσεις, τότε αυτή μπορεί να θεωρηθεί και ανώφελη.

Το κριτήριο του ιατρικώς ανώφελου αποσκοπούσε στη δεοντολογική κυρίως κάλυψη των γιατρών να αρνηθούν την παροχή ιατρικών αγωγών, εφόσον κρίνονταν ιατρικώς ανώφελες, στις περιπτώσεις που οι οικείοι του ασθενούς επιθυμούσαν την παράταση της ζωής του «με κάθε τρόπο».

Στο πλαίσιο του επιχειρήματος περί ιατρικώς ανώφελων πράξεων, ακριβώς επειδή το θεραπευτικό όφελος διακρίνεται από το θεραπευτικό αποτέλεσμα, η έννοια του οφέλους, για τον ασθενή, εξαρτάται από την προσωπικές του αξίες με αποτέλεσμα

το τι συνιστά επιθυμητό αποτέλεσμα να μην μπορεί να αποφασίζεται μονόπλευρα από τον γιατρό. Σε περίπτωση διάστασης απόψεων μεταξύ γιατρών και συγγενών, ακριβώς επειδή δεν είναι προφανής η κάλυψη του γιατρού ή του νοσοκομείου να προβεί μονόπλευρα στη λήψη απόφασης περί διακοπής των υποστηρικτικών αγωγών, συνήθως απαιτείται δικαστική απόφαση<sup>[3]</sup>. Ωστόσο, δεν είναι προφανής ούτε η νομική ευθύνη του γιατρού ή του νοσοκομείου, εφόσον αυτός προβεί σε διακοπή υποστηρικτικής θεραπείας<sup>[4]</sup>

<sup>[1]</sup> K. Davidson, K. Powers, M.Hedayat, Tieszen, AA. Kon, E.Shepard, *Clinical practice guideline for support of the family in the patient- centered intensive care unit: American College of Critical Care Medicine Task Force 2004-2005, CritCareMed 2007,35:605-622*, στο διαδικτυακό τόπο <http://www.learnicu.org/docs/guidelines/patient-centeredintensive.pdf>, ανακτήθηκε 02/12/2014

<sup>[2]</sup> 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

[3] Η υπόθεση *Helga Wanglie*: Η κυρία Wanglie το 1989, σε ηλικία 86 ετών, υπέστη κάταγμα και αφού νοσηλεύθηκε για κάποιο διάστημα στο νοσοκομείο μεταφέρθηκε σε μια μονάδα υπερηλίκων. Ένα μήνα μετά εμφάνισε αναπνευστικές επιπλοκές και εισήχθη εκ νέου στο νοσοκομείο, όπου και κρίθηκε αναγκαίο να υποστηριχθεί μηχανικά η αναπνοή της. Ενώ βρισκόταν στην εντατική, σταμάτησε ο καρδιακός της παλμός. Η καρδιοπνευμονική ανάνηψη, της επέτρεψε να επανέλθει στη ζωή, η έλλειψη οξυγόνωσης του εγκεφάλου όμως, της προκάλεσε σοβαρή και μη αντιστρεπτή βλάβη, με αποτέλεσμα να μεταπέσει σε κατάσταση φυτού. Παράλληλα η αναπνευστική της λειτουργία συνέχιζε να εξαρτάται από την μηχανική υποστήριξη. Το νοσοκομείο πρότεινε στους συγγενείς να εξετάσουν το ενδεχόμενο της διακοπής της αγωγής (μηχανική υποστήριξη) καθώς η κατάστασή της δεν επρόκειτο να βελτιωθεί. Η οικογένεια ωστόσο αποφάσισε να συνεχιστεί η αγωγή, καθώς φαίνεται ότι η κυρία Wanglie, σε ανύποπτο χρόνο είχε δηλώσει ότι «σε περίπτωση που κάτι μου συμβεί, θέλω να γίνουν τα πάντα». Η υπόθεση έφτασε στο δικαστήριο, κατόπιν αίτησης του νοσοκομείου να διακόψει την αγωγή. Το δικαστήριο απεφάνθη ότι το νοσοκομείο έπρεπε να συνεχίσει την μηχανική υποστήριξη και όρισε το σύζυγό της ως νόμιμο αντιπρόσωπό της. Τελικά η κυρία Wanglie απεβίωσε το 1991 από πολλαπλή ανεπάρκεια οργάνων.

[4] Η υπόθεση *Gilgunn*: Η κατάσταση της υγείας της κυρία Gilgunn ήταν επιβαρημένη -υπέφερε από την καρδιά της, είχε διαβήτη, χρόνιες ουρολογικές λοιμώξεις, την νόσο του Πάρκινσον, είχε υποστεί έμφραγμα στο παρελθόν και είχε υποβληθεί σε θεραπεία για καρκίνο του μαστού-όταν έσπασε για τρίτη φορά τον γοφό της. Μέχρι να ορισθεί η επέμβαση για το κάταγμά της, η κυρία Gilgunn υπέφερε από διάφορες αιφνιδιαστικές κρίσεις που της προκάλεσαν σοβαρές εγκεφαλικές βλάβες και την έριξαν σε κατάσταση κώματος. Η οικογένεια της επιθυμούσε να γίνει «ότι είναι δυνατόν» προκειμένου να παραταθεί η ζωή της (μηχανική υποστήριξη της αναπνοής) και αρνούνταν να υπογράψει το έντυπο περί μη ανάνηψης της ασθενούς σε περίπτωση καρδιοαναπνευστικής κρίσης. Οι γιατροί δεν έδιναν πάνω από μερικές εβδομάδες ζωής στην κυρία Gilgunn και μάλιστα θεωρούσαν βασανιστική την παράταση της ζωής της «με κάθε μέσο». Ενώ η οικογένεια βρισκόταν σε διακανονισμό προκειμένου η κυρία Gilgunn να μεταφερθεί σε μια μονάδα φροντίδας μακράς διάρκειας που θα την αναλάμβανε, ο θεράπων ιατρός άρχισε να μειώνει την μηχανική υποστήριξη της αναπνοής της κυρίας Gilgunn, η οποία και απεβίωσε τρεις μέρες μετά. Η υπόθεση έφτασε στα δικαστήρια (*Gilgunn v Massachusetts General Hospital*) και η απόφαση ήταν αθωωτική για τον γιατρό και το νοσοκομείο, με το σκεπτικό ότι η κατάσταση της ήταν μη αναστρέψιμη κι

*ως εκ τούτου το νοσοκομείο δεν ήταν υποχρεωμένο να παρέχει «άσκοπη» ιατρική αγωγή ακόμα κι αν αυτή ήταν η επιθυμία της οικογένειας της ασθενούς.*

---

**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.