



ΔΙΑΤΜΗΜΑΤΙΚΟ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ
ΣΠΟΥΔΩΝ

ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
&
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ



Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία

**«Βιοηθικοί προβληματισμοί κατά την εισαγωγή ασθενών σε ΜΕΘ (πανδημία -ευάλωτοι
- γηραιοί ασθενείς)»**

Υπό

ΜΕΤΑΞΙΩΤΗ Κ. ΕΥΓΕΝΙΑ

Αναισθησιολόγου -Εντατικολόγου

Υπεβλήθη για την εκπλήρωση μέρους των
απαιτήσεων για την απόκτηση του
Διπλώματος Μεταπτυχιακών Σπουδών
«Δεοντολογία και Ηθική στις Βιοϊατρικές Επιστήμες»

Λάρισα, 2024

Επιβλέπουσα:

Άννα Μαυροφόρου, Καθηγήτρια Δεοντολογίας και Βιοηθικής, Τμήμα Νοσηλευτικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή:

- 1. Άννα Μαυροφόρου, Καθηγήτρια Δεοντολογίας και Βιοηθικής, Τμήμα Νοσηλευτικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας (επιβλέπουσα),*
- 2. Δημοσθένης Μακρής, Καθηγητής Εντατικής Θεραπείας, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας,*
- 3. Βασίλειος Κουλούρας, Αναπληρωτής Καθηγητής Εντατικής Θεραπείας, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων.*

Τίτλος εργασίας στα αγγλικά:

"Bioethical considerations during the admission of patients to the ICU (pandemic - vulnerable - elderly patients)"

ΘΕΜΑ: «Βιοηθικοί προβληματισμοί κατά την εισαγωγή ασθενών σε ΜΕΘ (πανδημία - ευάλωτοι - γηραιοί ασθενείς)»

Περιεχόμενα

Περιεχόμενα.....	1
Πρόλογος – Ευχαριστίες	2
Περίληψη	2
Abstract	3
Εισαγωγή.....	4
<u>Σκοπός</u>	5
<u>Μεθοδολογία</u>	5
<u>Αποτελέσματα</u>	6
<u>1. Βιοηθικοί προβληματισμοί στην εισαγωγή ασθενών στη ΜΕΘ</u>	7
<u>1.1 Ο όρος «Βιοηθική» & η ιστορική του εξέλιξη</u>	8
1.1.1 Το Δικαίωμα στον Θάνατο	10
<u>1.2 Προσεγγίσεις διαλογής ασθενών</u>	12
<u>2. Παραδείγματα ευρωπαϊκών νοσοκομείων</u>	20
<u>Συζήτηση</u>	25
<u>Βιβλιογραφία</u>	28
<u>Ελληνική</u>	28
<u>Ξενόγλωσση</u>	28
<u>Διαδίκτυο</u>	30

Πρόλογος – Ευχαριστίες

Θα ήθελα από το σημείο αυτό να ευχαριστήσω όλους τους διδάσκοντες του Προγράμματος, τη διδασκαλία των οποίων είχα την τύχη να παρακολουθήσω. Ιδιαίτερες ευχαριστίες οφείλω στην επιβλέπουσα καθηγήτρια κ. Μαυροφόρου Άννα. Η υποστήριξή της κατά τη διάρκεια της εκπόνησης της παρούσας εργασίας υπήρξε ιδιαίτερα σημαντική και καθοριστική. Τέλος ευχαριστώ ιδιαίτερα, το παιδί μου και τον σύζυγό μου για την κατανόηση, την αμέριστη συμπαράσταση και την στήριξη που έδειξαν κατά τη διάρκεια των μεταπτυχιακών σπουδών μου.

Περίληψη

Είναι φυσικό, στις μεγάλες υγειονομικές κρίσεις που βιώνει η ανθρωπότητα, με πιο πρόσφατη την πανδημία του κορωνοϊού COVID-19, να αναδύονται στην επιφάνεια ζητήματα βιοηθικής. Η ανάγκη άμεσης ιατρικής παρέμβασης, η πληθώρα έκτακτων περιστατικών, ο περιορισμένος υλικοτεχνικός εξοπλισμός, οι ανεπαρκείς υποδομές και το υποστελεχωμένο ανθρώπινο δυναμικό μιας μονάδας υγείας, αποτελούν παράγοντες που οδηγούν τους ιατρούς να λάβουν την δύσκολη απόφαση της διαλογής των ασθενών για εισαγωγή στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ). Η διαδικασία αυτή, που συχνά διαχωρίζει τους ασθενείς σε γηραιούς και μη ή σε ευάλωτους και μη, εγείρει ηθικά διλήμματα, σχετικά με το αν ο παράγοντας της ηλικίας ή των υποκείμενων νοσημάτων, είναι αιτία για να εισαχθεί ή να αποκλειστεί ένας ασθενής από την ΜΕΘ. Σε αυτούς τους βιοηθικούς προβληματισμούς, προστίθεται και η πολιτική που ακολουθεί το κάθε κράτος σχετικά με το θέμα, εντείνοντας την συζήτηση περί ηθικότητας στην διαλογή.

Λέξεις κλειδιά

υγειονομική κρίση, πανδημία, COVID-19, κορωνοϊός, βιοηθική, Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ), ασθενείς, διαλογή ασθενών, ευάλωτοι ασθενείς, ηλικιωμένοι.

Abstract

In the major health crises that humanity is experiencing, most recently the COVID-19 coronavirus pandemic, issues of bioethics come to the surface. The need for immediate medical intervention, the abundance of emergency cases, the limited logistical equipment, the insufficient infrastructure and the understaffed human resources of a health admission unit, are factors that lead doctors to make the difficult decision of triaging patients to the Intensive Care Unit (ICU). This procedure which often separates patients into elderly and non-elderly or frail and non-frail, raises ethical dilemmas as to whether the factor of age or underlying diseases is a reason to admit or exclude a patient from the ICU. In addition to these bioethical concerns, the policy followed by each state, regarding the issue, intensifying the debate on the ethics of screening.

Key words

health crisis, COVID-19, coronavirus, pandemic, bioethics, Intensive Care Unit (ICU), elderly, frail patients, patient triage.

Εισαγωγή

Στην παρούσα εργασία θα διερευνηθούν τα ζητήματα της βιοηθικής που εγείρονται κατά την εισαγωγή των ασθενών στη ΜΕΘ, με ειδική αναφορά στην περίοδο της πανδημίας του κορωνοϊού COVID-19. Πιο συγκεκριμένα, θα αναλυθούν τα κριτήρια διαλογής των ασθενών για εισαγωγή στη ΜΕΘ και θα συζητηθούν οι προβληματισμοί που υπάρχουν γύρω από αυτά, ως προς το κατά πόσο λαμβάνουν υπόψη τους τα βασικά ανθρώπινα δικαιώματα και αν σέβονται το ύψιστο αγαθό, που είναι η ζωή. Παράλληλα, θα συζητηθεί το δικαίωμα που έχει ο ασθενής στο να εκφράζει την επιθυμία του ως προς την θεραπεία που θα λάβει ή αν δικαιούται να την αρνηθεί. Ακόμη, θα εξεταστούν παραδείγματα ευρωπαϊκών χωρών ως προς τον τρόπο αντιμετώπισης της εισαγωγής των ασθενών στη ΜΕΘ, αναφορικά με τα κριτήρια που ακολούθησαν και τα διλήμματα με τα οποία ήρθαν αντιμέτωποι οι φορείς υγείας. Τέλος, θα επιχειρηθεί ανακεφαλαίωση των σημαντικότερων σημείων της εργασίας.

- **Δομή**

Περιεχόμενα, Πρόλογος – Ευχαριστίες, Περίληψη – Λέξεις Κλειδιά, Abstract – Key words, Εισαγωγή, Κυρίως θέμα, Συζήτηση, Βιβλιογραφία.

Στο κυρίως θέμα ειδικότερα:

1. Βιοηθικοί προβληματισμοί στην εισαγωγή ασθενών στη ΜΕΘ

Αναλύεται το βιοηθικό ζήτημα που αναδύεται, όταν οι ιατροί καλούνται να αποφασίσουν ποιοι ασθενείς θα εισαχθούν στη ΜΕΘ και ποιοι θα μείνουν εκτός.

1.1 Ο όρος «Βιοηθική» & η ιστορική του εξέλιξη

Διατυπώνεται ο ορισμός της βιοηθικής, οι επιστήμες και τα πεδία στα οποία συναντάται, το πως εξελίχθηκε ο όρος ιστορικά και ποιες είναι οι βασικές αρχές που διέπουν την βιοηθική.

1.1.1 Το δικαίωμα στον θάνατο

Εξετάζεται το ηθικό δίλημμα που ανακύπτει, όταν ο ίδιος ο ασθενής αρνείται να δεχτεί την προτεινόμενη θεραπεία, ενώ η κατάσταση της υγείας του μπορεί να βελτιωθεί μέσα από την κατάλληλη αγωγή. Παράλληλα, διατυπώνονται τα μοντέλα λήψης αποφάσεων που διέπουν όλες τις ιατρικές πράξεις.

1.2 Προσεγγίσεις διαλογής ασθενών

Περιγράφονται οι σύγχρονες προσεγγίσεις που υφίστανται κατά την διαλογή των ασθενών για εισαγωγή στη ΜΕΘ, τα κριτήρια που λαμβάνονται υπόψη, αλλά και οι παράγοντες που τα

επηρεάζουν. Στο πλαίσιο αυτό, διατυπώνονται οι ενστάσεις που έχουν επισημανθεί κατά τα παρελθόντα έτη, από τους μελετητές, σχετικά με την ηθικότητα της κάθε προσέγγισης.

2. Παραδείγματα ευρωπαϊκών νοσοκομείων

Πέραν των όσων παρουσιάζονται για την προσέγγιση του θέματος σε θεωρητικό επίπεδο, επιχειρείται και η ανάδειξη της διαχείρισης από διάφορα νοσοκομεία ευρωπαϊκών χωρών. Με τι κριτήρια επιχειρήθηκε η επιλογή των ασθενών για την εισαγωγή τους στη Μ.Ε.Θ; Υπήρξαν κοινά σημεία μεταξύ των χωρών ή μόνο διαφορές;

Σκοπός

Σκοπός της εργασίας είναι να αναδείξει τις προκλήσεις που ανακύπτουν κατά την εφαρμογή των ηθικών αξιών για εισαγωγή των ασθενών σε ΜΕΘ, μέσω της ανάλυσης των αρχών της βιοηθικής, οι οποίες αποκτούν επιχειρησιακή υπόσταση και αξιολογούνται κατά την εφαρμογή τους. Ταυτόχρονα, επιχειρείται η παρουσίαση μιας πτυχής της πανδημίας, πέρα από τις καθαρά ιατρικές και υγειονομικές της διαστάσεις με την προσέγγιση των ζητημάτων που άπτονται της ηθικής και έχουν αντίκτυπο όχι μόνο στο άτομο – ασθενή, αλλά γενικότερα στην κοινωνία.

Μεθοδολογία

Ως προς την ακολουθούμενη μεθοδολογία, αρχικά ερευνήθηκε η βιβλιογραφία που θα στήριζε την παρούσα μελέτη, μέσω της διαδικασίας της βιβλιογραφικής ανασκόπησης. Προς τούτο, αναζητήθηκαν, κατά κύριο λόγο, σχετικά σύγχρονες πηγές, καθώς πρόκειται για ένα ζήτημα που ανέκυψε έντονα κατά την πανδημία της COVID-19. Ωστόσο, καθώς τα βιοηθικά ζητήματα έχουν τις ρίζες τους βαθιά πίσω στον χρόνο, επιλέχθηκαν και πηγές που εξετάζουν το εν λόγω θέμα, τα οποία ανήκουν σε παλαιότερες δεκαετίες. Ακολούθως, αναζητήθηκε βιβλιογραφία σχετική με την εξέταση περιπτώσεων διαχείρισης της πανδημίας από τους ευρωπαϊκούς φορείς υγείας ή μέσα από την διερεύνηση της κοινής γνώμης υπό την μορφή ερωτηματολογίων, για θέματα σχετικά με την διαχείριση του κορωνοϊού. Οι βιβλιογραφικές πηγές είναι ως επί το πλείστον ξενόγλωσσες, αλλά εντοπίστηκαν και ελληνικές πηγές, οι οποίες αξιοποιήθηκαν ικανοποιητικά.

Η αναζήτηση των πηγών πραγματοποιήθηκε σε ηλεκτρονικές βιβλιοθήκες, καθώς και σε ηλεκτρονικά επιστημονικά περιοδικά. Αρχικά, αναζητήθηκαν γενικές πληροφορίες, σχετικά με τον τρόπο που προσεγγίζει το ιατρικό προσωπικό τις έκτακτες περιπτώσεις, τις γενικευμένες κρίσεις, αλλά και τα πρωτόκολλα για εισαγωγή των ασθενών στη ΜΕΘ. Ακολούθως, προσεγγίστηκε το κομμάτι της βιοηθικής, δηλαδή ποιες είναι οι βασικές αρχές της, αλλά και το ιστορικό της υπόβαθρο.

Αφού είχε δημιουργηθεί λοιπόν η βάση της εργασίας στο επίπεδο της συλλογής του υλικού,

αναζητήθηκαν τα πιο ειδικά σημεία της, όπως για παράδειγμα το τι συμβαίνει με την διαχείριση των ηλικιωμένων ή των ευάλωτων ασθενών. Ακόμα, στο βιοηθικό κομμάτι, ενδιαφέρον ήταν και το ζήτημα του δικαιώματος στον θάνατο, για αυτό και αναζητήθηκαν συγκεκριμένες πληροφορίες προς τούτο. Με την ολοκλήρωση της ειδικής αναζήτησης για την διαλογή των ασθενών και την διαχείρισή τους από τους ιατρούς θεωρήθηκε σκόπιμο να εξεταστεί και το θέμα της διαχείρισης σε επίπεδο πολιτείας, δηλαδή το πως κάθε κράτος έκρινε ότι πρέπει να εισαχθούν οι ασθενείς στη ΜΕΘ. Για αυτό το λόγο επιλέχθηκαν συγκεκριμένα ευρωπαϊκά κράτη, μεταξύ των οποίων και η χώρα μας, για την περιπτωσιολογική εξέταση του θέματος. Τα κράτη που εν τέλει ενσωματώθηκαν στην εργασία αποτελούν αντιπροσωπευτικά παραδείγματα των πολιτικών που ακολουθήθηκαν για την εισαγωγή των ασθενών στις ΜΕΘ, κατά την έξαρση της πανδημίας της COVID-19.

Έχοντας ολοκληρώσει όλες τις αναζητήσεις, τόσο για την βάση της εργασίας, όσο και για τα πιο ειδικά μέρη της, ξεκίνησε η συγγραφή, με τον ίδιο τρόπο όπως έγινε και η αναζήτηση. Δηλαδή εκπονήθηκαν πρώτα τα βασικά της σημεία, για να δημιουργηθεί ο κορμός και κατόπιν προστέθηκαν τα ειδικά και οι επιμέρους λεπτομέρειες. Για το τέλος αφέθηκε η ενότητα της εισαγωγής, των συμπερασμάτων, του σκοπού, της μεθοδολογίας και των αποτελεσμάτων, ώστε να υπάρχει η συνολική εποπτεία του υλικού. Στην ουσία, η εκπόνηση της εργασίας κινήθηκε από το γενικό στο ειδικό μέρος, τόσο για την αναζήτηση και συλλογή του υλικού, όσο και για την συγγραφή της.

Αποτελέσματα

Τα αποτελέσματα της παρούσας βιβλιογραφικής ανασκόπησης, καταλήγουν στο γεγονός ότι η ευρωπαϊκή διαχείριση της πανδημίας και ειδικότερα στο κομμάτι της διαλογής των ασθενών για εισαγωγή στη ΜΕΘ, κρίθηκε απροετοίμαστη και ανεπαρκής. Αναδύθηκαν στην επιφάνεια βιοηθικά ζητήματα κυρίως για το ποιοι ασθενείς θα εισαχθούν στη ΜΕΘ, λαμβάνοντας ειδική φροντίδα και ποιοι θα μείνουν εκτός. Τέθηκε λοιπόν ο παράγοντας της ηλικίας ως καθοριστικός, αφού σε πολλά κράτη δόθηκε προτεραιότητα σε νεότερους ασθενείς. Επίσης, τέθηκε το ζήτημα της «ευαλωτότητας» ή της ύπαρξης υποκείμενων νοσημάτων, πέραν από την λοίμωξη με COVID-19, ως παράγοντα εισαγωγής στη ΜΕΘ. Αυτό που παρατηρήθηκε μέσα από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας είναι το γεγονός ότι οι προσεγγίσεις διαλογής των ασθενών ποικίλουν και εξαρτώνται σε μεγάλο βαθμό από την πολιτική υγείας του κάθε κράτους, ως προς τη διαχείριση ζητημάτων τέτοιου μεγέθους κρίσεων και φυσικά από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό της εκάστοτε μονάδας υγείας. Όμως, η προσέγγιση που θα ακολουθηθεί εξαρτάται και από τους διαθέσιμους πόρους που υπάρχουν, τόσο σε επίπεδο υλικοτεχνικό, όσο και σε επίπεδο ανθρώπινου δυναμικού. Από τις χώρες που παρουσιάστηκαν, η Σουηδία φάνηκε ότι είχε την πιο οργανωμένη και δίκαιη προσέγγιση διαλογής των ασθενών για εισαγωγή στη ΜΕΘ, αφού ναι μεν έδωσε προτεραιότητα στους νεότερους, δεν

απέκλεισε όμως τους γηραιότερους, αντιθέτως δημιούργησε προϋποθέσεις πρόληψης και προστασίας, ώστε να μη χρειαστεί να φθάσουν γηραίοι ασθενείς στη ΜΕΘ και να έρθουν αντιμέτωποι με ζητήματα βιοηθικής.

- **Προτάσεις για μελλοντική έρευνα**

Κατά την μελέτη των προαναφερόμενων θεμάτων, αναδείχθηκαν ορισμένα ζητήματα, τα οποία θα μπορούσαν να εξεταστούν μελλοντικά. Πρωτίστως, θα είχε ιδιαίτερο ενδιαφέρον να διερευνηθούν εναλλακτικές μέθοδοι προσέγγισης διαλογής ασθενών για την εισαγωγή στη ΜΕΘ, λαμβάνοντας υπόψη ένα σύνολο παραγόντων και όχι μόνο έναν με δύο παράγοντες, όπως η ηλικία ή η «ευαλωτότητα». Το παράδειγμα της Σουηδίας, που παρουσιάζεται στην παρούσα εργασία, θα μπορούσε να αποτελέσει αφορμή για μελλοντική έρευνα, για το πως θα μπορούσε ένα σύστημα υγείας να γίνει πιο «συμπεριληπτικό», μειώνοντας τα ηθικά διλήμματα που επιφέρει η διαλογή των ασθενών. Επίσης, θα ήταν χρήσιμη μια έρευνα σχετικά με τις μεθόδους που θα μπορούσαν να ακολουθηθούν, προκειμένου τα κράτη να λειτουργήσουν προληπτικά απέναντι στις μεγάλες υγειονομικές κρίσεις, που από ότι φαίνεται είναι και ηθικές κρίσεις, έτσι ώστε να περιοριστούν οι διαχωρισμοί των ασθενών και οι αποκλεισμοί τους από την ΜΕΘ. Σε κάθε περίπτωση, η πανδημία του κορωνοϊού, δύναται να αποτελέσει πεδίο διερεύνησης για τη βελτίωση των συστημάτων υγείας, προκειμένου να καταστούν αποτελεσματικότερα, περιορίζοντας τους ασθενείς που καταλήγουν τελικά, στις ΜΕΘ.

1. Βιοηθικοί προβληματισμοί στην εισαγωγή ασθενών στη ΜΕΘ

Στις μεγάλες υγειονομικές κρίσεις που βιώνει η ανθρωπότητα, οι ιατροί καλούνται να εκτιμήσουν την βαρύτητα των περιστατικών που εισάγονται στα νοσοκομεία και να αποφασίσουν ποιοι από αυτούς χρήζουν επείγουσα εισαγωγή στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ). Πολλές φορές, οι νοσοκομειακές εγκαταστάσεις, αλλά και το ανθρώπινο δυναμικό των νοσοκομειακών μονάδων δεν επαρκούν για να καλύψουν τις αυξημένες ανάγκες. Ως εκ τούτου, θα πρέπει να γίνει μία διαλογή ασθενών (triage), κατά την οποία ακολουθούνται ορισμένα κριτήρια, όπως είναι η αξιολόγηση της σοβαρότητας της κατάστασης του ασθενούς, το πόσο οξεία είναι η διαταραχή του, η πρόγνωση της κατάστασής του, τα ενδεχόμενα χρόνια νοσήματα που αντιμετωπίζει και η ηλικία του (Κρανιδιώτης, 2020: 399). Το ίδιο ισχύει κάθε φορά που μία κλίνη στη ΜΕΘ απελευθερώνεται και κάποιος άλλος ασθενής εξετάζεται για να εισαχθεί σε αυτή. Οι γιατροί θα πρέπει να επιτελέσουν το δύσκολο έργο επιλογής της προτεραιότητας για θεραπεία (Mounk, 2020). Επίκεντρο της παρούσας εργασίας θα είναι η πανδημία COVID-19, που έπληξε παγκοσμίως την ανθρωπότητα και με αφορμή αυτή την υγειονομική κρίση, θα διατυπωθούν ορισμένοι βιοηθικοί προβληματισμοί που προκύπτουν κατά την

διαλογή των ασθενών που θα εισαχθούν στη ΜΕΘ. Στο σημείο αυτό ωστόσο, κρίνεται σκόπιμο να διερευνηθεί ο όρος «βιοηθική», προκειμένου να καταστεί πιο κατανοητό το περιεχόμενο της εργασίας, που θα παρουσιαστεί στην συνέχεια και να δοθεί εν συντομία η ιστορική εξέλιξη του όρου αυτού.

1.1 Ο όρος «Βιοηθική» & η ιστορική του εξέλιξη

Η «Βιοηθική» ως όρος εμφανίστηκε από τον Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο και μετά, καθώς αναπτύχθηκε ραγδαία η επιστήμη της Βιολογίας και μαζί με αυτήν διαμορφώθηκε το γνωστικό αντικείμενο της βιοηθικής, το οποίο πραγματεύεται θέματα άμεσα συνυφασμένα με την ηθική, σε συνάρτηση με την επιστημονική πρόοδο. Πέραν όμως της βιολογίας, η γενετική μηχανική, η ιατρική και η τεχνολογία, βρίσκονται επίσης στο επίκεντρο του ενδιαφέροντος της βιοηθικής, καθώς αυτή αποτελεί κοινό σημείο όλων αυτών των επιστημών και τις συνδέει με εντελώς διαφορετικά πεδία, όπως είναι η νομική, η φιλοσοφία και η θεολογία (Μπεχίτ, 2021: 11).

Σχετικά με την ηθική στην ιατρική επιστήμη, που αποτελεί και το κεντρικό θέμα της μελέτης αυτής, αξίζει να αναφερθεί ότι η πρώτη αναφορά εντοπίζεται στον Ιπποκράτη και πιο συγκεκριμένα στις ηθικές αρχές του ιπποκρατικού όρκου, σύμφωνα με τις οποίες ο ιατρός δεσμεύεται απέναντι στον ασθενή, μέσα από ένα πλαίσιο υποχρεώσεων και ορίων στις παρεμβάσεις που μπορεί να κάνει. Στα έργα του Ιπποκράτη παρατηρείται το αδιάσπαστο μεταξύ ηθικής και επιστήμης, πεποίθηση η οποία θεωρητικά διατηρείται μέχρι και σήμερα (Κατσιμιγκάς & Βασιλοπούλου, 2010). Επειδή όμως η ιατρική εξελίχθηκε έκτοτε και συνεχίζει να εξελίσσεται, ταυτόχρονα με την τεχνολογία και την κοινωνία, προέκυψε η ανάγκη για την ρύθμιση ζητημάτων, που άπτονταν της ηθικής, έτσι ώστε να μπορέσει ο άνθρωπος να διασφαλίσει τα ζητήματα που αφορούν στην υγεία του, μέσα στο γενικότερο πλαίσιο της παγκοσμιοποίησης. Αρχικά, η βιοηθική αναπτύχθηκε ως κλάδος της ιατρικής επιστήμης, ενώ αργότερα πήρε την μορφή αυτόνομης και πολυσύνθετης έννοιας, που ρυθμίζει σε μεγάλο βαθμό την παγκόσμια επιστημονική δραστηριότητα (Αλαχιώτης, 2004).

Σήμερα, με τον όρο «βιοηθική», λογίζεται ο σεβασμός απέναντι στην ανθρώπινη ζωή και στην γνώση, καθώς και η άρνηση της κερδοσκοπίας εις βάρος της ζωής και της γνώσης. Επιπλέον, αντανακλά το συναίσθημα ευθύνης προς τις επόμενες ανθρώπινες γενιές, ειδομένο ως κοινωνική δικαιοσύνη και αλληλεγγύη. Ως εκ τούτου, η βιοηθική προσπαθεί να φέρει σε μία αρμονική συνύπαρξη την εξέλιξη στην επιστήμη της ιατρικής και της βιολογίας, με τον σύγχρονο άνθρωπο και την ζωή του. Σκοπός είναι η επιστήμη να αποτελεί αρωγό στην ανθρώπινη ζωή, δίχως να την δυσχεραίνει. Θα μπορούσαμε να πούμε, πως η βιοηθική θέτει «εμπόδια» στην επιστημονική ανάπτυξη, πάντα με γνώμονα όμως τον σκοπό ύπαρξης της επιστήμης. Δεν είναι άλλωστε τυχαίο ότι

σήμερα υπάρχουν επιτροπές βιοηθικής, που λειτουργούν με την στήριξη επίσημων φορέων, προκειμένου να στέκονται κριτικά απέναντι στην επιστημονική εξέλιξη (Αλαχιώτης, 2004). Για τα ελληνικά δεδομένα, η αντίστοιχη επιτροπή που υφίστανται και νομικά από το 1998, είναι η *Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής και Τεχνοηθικής*, η οποία λειτουργεί συμβουλευτικά προς τα όργανα ή τους φορείς της πολιτείας, που ρυθμίζουν ανάλογα ζητήματα και αν παραστεί άμεση ανάγκη, δρα και η ίδια αυτοβούλως. Σκοπός της είναι να γεφυρώσει μέσω διαλόγου, την επιστημονική εξέλιξη με την κοινωνία και τις ανάγκες της, φροντίζοντας πάντα να διατηρούνται βασικές ηθικές αρχές και κανόνες, που θα αναλυθούν σε λίγο. Το έργο της επιτροπής είναι δημόσιο και ανοικτό προς μελέτη από όλους μέσα από την ετήσια έκθεση που συνθέτει, η οποία περιλαμβάνει αναλυτικά τις εξελίξεις σχετικά με αυτά τα ζητήματα (Μπεχίτ, 2021: 12).

Οι βασικές αρχές, που διέπουν την βιοηθική και οι οποίες θα αναφερθούν και στη συνέχεια της εργασίας είναι οι παρακάτω:

1. Αρχή της αυτονομίας ή της αυτοδιάθεσης: Η ελεύθερη και ανεξάρτητη σκέψη, απόφαση και ενέργεια, που μπορεί να κάνει το κάθε άτομο, δίχως καμία μορφή εξαναγκασμού, η οποία συνεπάγεται τον σεβασμό των υπολοίπων προς αυτή. Ωστόσο, η αρχή της αυτονομίας ή της αυτοδιάθεσης, θα πρέπει να ακολουθεί ορισμένους κανόνες, οι οποίοι είναι: η διατύπωση της αλήθειας, ο σεβασμός της ατομικότητας και της ιδιαιτερότητας του κάθε ατόμου, η παροχή προστασίας σε εμπιστευτικές πληροφορίες, η απόκτηση της συγκατάθεσης για κάθε παρέμβαση στους ασθενείς, η παροχή βοήθειας για λήψη σημαντικών αποφάσεων, όταν αυτή ζητηθεί.
2. Αρχή της ωφέλειας ή της αγαθοεργίας: Εδώ εξασφαλίζεται η ταυτόχρονη ωφέλεια του ασθενούς, συνδυαστικά με την αποφυγή οποιαδήποτε βλάβης σε βάρος του.
3. Αρχή της δικαιοσύνης: Ο ιατρός οφείλει, βάσει του όρκου του Ιπποκράτη, να προσφέρει τις υπηρεσίες του χωρίς να λαμβάνει υπόψιν του την καταγωγή, το φύλο, την φυλή ή την οικονομική κατάσταση του ασθενούς.
4. Αρχή της μη πρόκλησης βλάβης και πόνου: Ο ιατρός οφείλει να μην προκαλεί βλάβη ή πόνο στον ασθενή.
5. Αρχή της ισοτιμίας: Όλοι οι άνθρωποι έχουν ίσα δικαιώματα στην ζωή και στην υγεία.
6. Αρχή της ειλικρίνειας: Ο ιατρός οφείλει να ενημερώνει τον ασθενή για την κατάσταση και έκβαση της υγείας του, καθώς και για τις διαθέσιμες επιλογές θεραπείας.
7. Αρχή της εμπιστοσύνης: Ο ασθενής θα πρέπει να εμπιστεύεται τον θεράποντα ιατρό, προκειμένου να ωφεληθεί η υγεία του όσο το δυνατόν περισσότερο, ακολουθώντας το θεραπευτικό σχήμα που του προτείνει. Ο ιατρός για να εξασφαλίσει την εμπιστοσύνη, θα πρέπει να είναι ειλικρινής, φερέγγυος και εχέμυθος (Μπεχίτ, 2021: 12-3).

Γίνεται επομένως αντιληπτό ότι, η βιοηθική συνδέεται με την έννοια της αξιοπρέπειας, η οποία αποτελεί οντολογικό χαρακτηριστικό του κάθε ατόμου. Πρόκειται δηλαδή για θεμελιώδη, αδιαμφισβήτητη και κοινώς αποδεκτή αξία σε παγκόσμιο επίπεδο, που φέρει εγγενώς ο άνθρωπος. Η αξιοπρέπεια βοηθά το άτομο να συνειδητοποιήσει τον εαυτό του και να ορίσει βάσει αυτής της συνειδητοποίησης τη θέση και τη δράση του στον κόσμο. Επομένως, οι πράξεις του αποτελούν ελεύθερη, ευφυή και ηθική βούληση. Η βούληση αυτή με την σειρά της επιτρέπει στο άτομο να ορίζει το τέλος της ζωής του και αυτή η απόφαση θα πρέπει να είναι σεβαστή και αποδεκτή από όλους. Το άτομο, όχι μόνο ορίζει το τέλος της ζωής του, αλλά και όλες εκείνες τις διαδικασίες που λαμβάνονται για την ζωή του. Έτσι, στα πλαίσια της βιοηθικής, το άτομο θα πρέπει να είναι ενήμερο για εκείνες τις ενέργειες που πρέπει να γίνουν ή για τις διαθέσιμες επιλογές, στις οποίες θα πρέπει να έχει λόγο (Wilson & Cleary, 1995: 59-65).

1.1.1 Το δικαίωμα στον θάνατο

Στο σημείο αυτό ανακύπτει και ο προβληματισμός σχετικά με το δικαίωμα στον θάνατο. Τι γίνεται δηλαδή αν ο ασθενής δεν επιθυμεί να δεχτεί την ιατροφαρμακευτική παρέμβαση (στην περίπτωση που εξετάζεται εδώ, την εισαγωγή στη ΜΕΘ) και πώς θα πρέπει να αντιμετωπιστεί από τα αρμόδια όργανα αυτή η επιθυμία. Πρωτίστως, θα πρέπει να διερευνηθεί εάν ο ασθενής με την εισαγωγή του στη ΜΕΘ θα ωφεληθεί πράγματι ή αν θα είναι μια διαδικασία που θα τον ταλαιπωρήσει σωματικά και ψυχολογικά. Αν ο ασθενής υποφέρει και οι παρεμβάσεις που λαμβάνουν χώρα στη ΜΕΘ παρατείνουν το αίσθημα του «υποφέρειν», το οποίο εν τέλει θα οδηγήσει στον θάνατο, τότε αυτό αντιβαίνει στην αξιοπρέπεια και ως εκ τούτου θα πρέπει να αποφεύγεται (Κωστούρου & Αδάμου, 2009: 306-8). Εφόσον όμως, ο ασθενής έχει ελπίδες για ζωή, αλλά αρνείται την εισαγωγή στη ΜΕΘ, τότε προκύπτει ένα τεράστιο ηθικό δίλημμα, που ήδη συζητιέται από την δεκαετία του '50, σχετικά με το εάν το άτομο δικαιούται να αποφασίσει τον τερματισμό της ζωής του, μη δεχόμενο τις παραινήσεις των ιατρών για την ανάλογη φροντίδα. Από την μία πλευρά, με βάση την αρχή της αυτονομίας, σύμφωνα με την οποία το άτομο ως έλλογο ον έχει το δικαίωμα να αυτοκαθορίζεται και να αποφασίζει για την πορεία του, τότε το δικαίωμα στον θάνατο υφίσταται. Από την άλλη πλευρά, ο όρος *δικαίωμα* έχει συνδεθεί με θετική χροιά, προβάλλοντας θετικές αξίες, με επίκεντρο την αξία της ζωής, η οποία στην περίπτωση που ο ασθενής δεν δεχτεί την θεραπεία που του προτείνεται, ακύρωνει αυτή την αξία, που αποτελεί ύψιστο αγαθό (Ποντικίδου, 2021: 34).

Καθόσον υφίσταται διχογνωμία στο εν λόγω ζήτημα, έχουν οριστεί μερικά μοντέλα λήψης αποφάσεων, τα οποία διέπουν γενικά όλες τις ιατρικές αποφάσεις, έτσι ώστε να προταθούν κάποιες επιλογές σε τέτοιες περιπτώσεις, διότι η παρούσα νομοθεσία δεν καλύπτει επαρκώς όλο το εύρος του ζητήματος. Υπάρχουν λοιπόν τρία βασικά μοντέλα ιατρικών πράξεων και αποφάσεων. Το πρώτο

μοντέλο, το *πατερναλιστικό*, ορίζει ότι ο ιατρός λόγω των ειδικών γνώσεών του, είναι σε θέση να διενεργήσει όλες τις διαγνωστικές εκείνες εξετάσεις, που θα του δώσουν την συνολική εικόνα του ασθενούς, έτσι ώστε να προβεί στην συνέχεια στις απαραίτητες πράξεις. Σύμφωνα με αυτό το μοντέλο, ο ασθενής και τα οικεία σε αυτόν πρόσωπα, δεν εμπλέκονται στο κομμάτι της απόφασης που θα παρθεί όσον αφορά την επιλογή της αγωγής. Όμως, η αρχή της αξιοπρέπειας εδώ καταπατάται, «θέτοντας ως βασική αρχή το ωφελείν και το μη βλάπτειν» (Komrad, 1983: 38-44) .

Το δεύτερο μοντέλο, που ως ένα βαθμό παρουσιάστηκε παραπάνω, είναι αυτό της *αυτονομίας*, σύμφωνα με το οποίο ο ιατρός εκθέτει την κατάσταση στον ασθενή, του αναφέρει όλες τις θεραπευτικές επιλογές, με τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα καθεμιάς και ύστερα ο ασθενής μπορεί να αποφασίσει ποια επιλογή είναι καλύτερη για αυτόν. Στο σημείο αυτό, μπορεί να συμβουλευτεί και το οικείο περιβάλλον, προκειμένου να λάβει την τελική απόφαση. Όμως, αυτό το μοντέλο καταργεί τον ρόλο του ιατρού ως *θεράποντα*, μετατρέποντάς τον σε απλό εκτελεστή της αγωγής που θα επιλέξει ο ασθενής. Το μοντέλο της αυτονομίας δεν είναι αποτελεσματικό σε περιπτώσεις που πρέπει να ληφθεί γρήγορα μια απόφαση, όπως είναι στις περιπτώσεις έκτακτης ιατρικής παρέμβασης, όπου η υγεία του ατόμου είναι σε κρίσιμη κατάσταση. Σε αυτές τις έκτακτες περιπτώσεις, συγκαταλέγεται φυσικά και η εισαγωγή στη ΜΕΘ, όπου είναι αποτελεσματικότερο το πατερναλιστικό μοντέλο (Davidson, et.al., 2007: 605-22).

Το τρίτο μοντέλο είναι αυτό της *συναπόφασης*, σύμφωνα με το οποίο υπάρχει μια αδιάκοπη επικοινωνία μεταξύ ασθενή και ιατρού, ανταλλάσσοντας πληροφορίες, που αφορούν την κατάσταση της υγείας του ατόμου, τις διαθέσιμες επιλογές, την θέση του ιατρού και του ασθενούς για την όλη κατάσταση και μέσα από αυτή την αλληλεπίδραση, αποφασίζεται τελικά η τακτική που θα ακολουθηθεί. Το μοντέλο αυτό, πέρα από τις θεραπευτικές επιλογές που είναι διαθέσιμες, λαμβάνει υπόψιν του το υπόβαθρο του ατόμου αναφορικά με την θρησκεία και την ευρύτερη πολιτισμική του κουλτούρα, καθώς αυτά τα στοιχεία έρχονται σε άμεση σχέση με την επιθυμία του ατόμου για το πως θα διαχειριστεί την ζωή του και αναμφίβολα επηρεάζουν την οποιαδήποτε απόφαση. Άρα, ο ιατρός καλείται να συζητήσει και συναποφασίσει με το άτομο, προκειμένου να ληφθεί η καλύτερη δυνατή απόφαση, που θα καλύπτει όσο το δυνατόν περισσότερο όλα αυτά τα σημεία. Εδώ, απαιτείται εμπιστοσύνη του ασθενή προς τον *θεράποντα* ιατρό, ο οποίος θα πρέπει να προσπαθήσει να δημιουργήσει ένα κλίμα ασφάλειας. Για την εφαρμογή των ιατρικών πράξεων, γίνεται αντιληπτό ότι απαιτείται η ρητή συγκατάθεση, τόσο του ασθενή, όσο και των οικείων προσώπων του (Curtis & White, 2008: 835-43).

Προκειμένου να συνδεθούν όλα όσα προαναφέρθηκαν για την βιοηθική, με το ζήτημα της πανδημίας του κορωνοϊού και την εισαγωγή ασθενών στη ΜΕΘ, θα πρέπει να αναφερθεί ότι κατά την διάρκεια

της πανδημίας, παρατηρήθηκε αύξηση της εισροής ασθενών στα νοσοκομεία με δυσκολίες στην αναπνοή, πολλοί από τους οποίους παρουσίασαν αναπνευστική ανεπάρκεια και χρειάστηκε να εισαχθούν στη ΜΕΘ, υπερκαλύπτοντας τις διαθέσιμες κλίνες. Γίνεται λοιπόν αντιληπτό ότι εδώ δημιουργείται ένας βιοηθικός προβληματισμός, κατά τον οποίο, το χρέος που έχει ο κάθε ιατρός να παρέχει την απαραίτητη φροντίδα στον ασθενή, συγκρούεται με την πολιτική της δημόσιας υγείας, που αποσκοπεί στο να καλύψει τις ανάγκες, όσο το δυνατόν περισσότερων ασθενών, δίχως να φροντίζει για τον καθένα ξεχωριστά (White & Lo, 2020: 1773-4). Η μοναδικότητα του ατόμου, ανεξάρτητα από την ηλικία ή την κατάσταση της υγείας του, είναι αδιαμφισβήτητη και η πρόσβαση στο αγαθό της υγείας, θα πρέπει να παρέχεται δίχως διακρίσεις σε όλους. Τι γίνεται όμως όταν οι πόροι δεν επαρκούν και η ζήτηση είναι μεγαλύτερη της προσφοράς; Σε αυτή την περίπτωση σημειώνεται μια σύγκρουση μεταξύ του τι πρέπει να συμβαίνει, δηλαδή τι είναι σωστό και του τι μπορεί να γίνει, δηλαδή ποιες είναι οι διαθέσιμες επιλογές (Smithard, Abdelhameed & Pieris, 2021: 6).

Σε αυτό το ηθικό δίλημμα προστίθεται και το κομμάτι της οικογένειας, των οικείων του ασθενούς, που φυσικά επιθυμούν το καλύτερο για τον άνθρωπό τους και πολλές φορές στην επιθυμία τους να του προσφέρουν την καλύτερη δυνατή φροντίδα, παρακαλούν το έργο των ιατρών, καθώς έχουν συχνά την απαίτηση για εντατική παροχή φροντίδας, δίχως αυτή να χρειάζεται ή δίχως αυτή να έχει νόημα να παρασχεθεί στον ασθενή που βρίσκεται σε τελικό στάδιο και δεν θα τον ωφελήσει, αλλά αντιθέτως, θα στερήσει από άλλον ασθενή την ευκαιρία για να σωθεί. Οι οικείοι λοιπόν πέρα από τον πόνο τους για τον άνθρωπό τους, καλούνται να διαχειριστούν και την ηθική «αδικία» που βιώνουν, καθώς πιστεύουν συχνά ότι η άρνηση εισαγωγής του ανθρώπου τους στη ΜΕΘ είναι αποτέλεσμα άδικης μεταχείρισης, αφού δε μπορούν να κατανοήσουν τον τρόπο διαλογής των ασθενών και να αντικρίσουν την συνολική εικόνα (Smithard, Abdelhameed & Pieris, 2021: 6, 7).

Επομένως, η διαλογή των ασθενών αφορά στη μεγιστοποίηση του οφέλους (maximization of benefit) (White & Lo, 2020: 1773-4). Ακολουθώντας, θα αναλυθεί η προσέγγιση αυτή, καθώς και άλλες προσεγγίσεις που καθορίζουν τα κριτήρια εισαγωγής των ασθενών στη ΜΕΘ, ενώ θα αναφερθούν παραδείγματα νοσοκομείων ευρωπαϊκών χωρών, σχετικά με τις διαδικασίες που ακολούθησαν κατά την διαλογή ασθενών για εισαγωγή στη ΜΕΘ, κατά την πανδημία του κορωνοϊού, προκειμένου να υπάρξει μία συγκριτική μελέτη μεταξύ των παραδειγμάτων αυτών.

1.2 Προσεγγίσεις διαλογής ασθενών

Στην ενότητα αυτή θα παρουσιαστούν οι προσεγγίσεις που επικρατούν κατά την διαλογή (triage) ασθενών που θα εισαχθούν στη ΜΕΘ. Θα αναλυθεί η κάθε προσέγγιση, τα κριτήρια που λαμβάνει

υπόψιν, καθώς και τα προβληματικά σημεία που έχει η καθεμία, εγείροντας βιοηθικούς προβληματισμούς. Οι προσεγγίσεις που θα αναλυθούν είναι οι εξής: Μεγιστοποίηση του οφέλους (maximization of benefit), Ισότητα (equity), Κλήρωση (lottery), Εργαλειακή αξία (instrumental value), Χειρότερη κατάσταση (worst off).

- **Μεγιστοποίηση του οφέλους (maximization of benefit)**

Σύμφωνα με αυτή την λογική, λαμβάνεται υπόψιν είτε ο παράγοντας σωτηρίας όσο το δυνατόν περισσότερων ζώων ατομικά, είτε της σωτηρίας όσο το δυνατόν περισσότερων ετών ζωής, δηλαδή γίνεται προσπάθεια για επέκταση του προσδόκιμου ζωής του ασθενούς, συνεκτιμώντας τόσο την ύπαρξη χρόνιων νοσημάτων, όσο και την ηλικία του ατόμου. Το κοινό και στις δύο περιπτώσεις είναι το γεγονός ότι εκτιμάται η οξεία διαταραχή ως προς το εάν και κατά πόσο ο ασθενής μπορεί να ζήσει έπειτα από την εισαγωγή του στη ΜΕΘ (Κρανιδιώτης, 2020: 400). Όλοι όσοι μελετούν ανάλογα ζητήματα διχογνωμούν σχετικά με το αν θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψιν η ηλικία του ατόμου, η ύπαρξη χρόνιων υποκείμενων νοσημάτων, καθώς και ο βαθμός της οξείας διαταραχής. Για να ληφθεί η σωστότερη επιλογή θα πρέπει να υπάρχει ως κοινό έδαφος η αρχή της διανεμητικής δικαιοσύνης (distributive justice), δηλαδή το γεγονός ότι ο ασθενής που θα εισαχθεί στη ΜΕΘ, θα πρέπει να έχει ελπίδες πως πράγματι θα καλυτερεύσει η υγεία του, παρατείνοντας σημαντικά το προσδόκιμο ζωής του, ανεξάρτητα από το αν πάσχει από κάποιο χρόνια νόσημα, πέραν της λοίμωξης από COVID-19 και πως η εισαγωγή του στη ΜΕΘ είναι πράγματι απαραίτητη για την ίασή του, η οποία πιστεύεται ότι θα επέλθει, καθώς η κατάσταση της υγείας θεωρείται δυνητικά αναστρέψιμη. Αυτό σημαίνει ότι η απόφαση θα πρέπει να πραγματοποιείται βάσει κλινικών δοκιμών και επιστημονικών δεδομένων (Smithard, Abdelhameed & Pieris, 2021: 7). Όμως, όσο και αντικειμενικά να εξεταστεί ο κάθε ασθενής και όσο πιο ακριβής και αν είναι η πρόγνωση για την εξέλιξη της οξείας διαταραχής, η κρίση του κάθε ιατρού, που καλείται να αποφασίσει αν ένας ασθενής θα εισαχθεί στη ΜΕΘ ή όχι, ενέχει τον υποκειμενισμό που φέρει η κρίση του, πράγμα που σημαίνει ότι υπάρχει πάντοτε το περιθώριο λάθους. Ως εκ τούτου, η διαλογή ασθενών με βάση την θετική ή αρνητική πρόγνωση της υγείας τους ενέχει στοιχεία αβεβαιότητας και δεν θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψιν ως το μόνο κριτήριο διαλογής (Solomon, Wynia & Gostin, 2020: 27). Πολλές φορές, η επιλογή που είναι σωστότερη για το κοινό καλό, ενδέχεται να έρχεται σε σύγκρουση με τον ηθικό κώδικα του εκάστοτε ιατρού, που ενδεχομένως θα επιθυμούσε να ενεργήσει διαφορετικά. Όμως, θα πρέπει να θέσει στην άκρη την προσωπική οπτική του και να λάβει την πιο συμφέρουσα για όλους (Smithard, Abdelhameed & Pieris, 2021: 7).

Στο σημείο αυτό εγείρεται τελικά το ερώτημα σχετικά με το ποιος είναι ο αρμόδιος που θα αποφασίσει αν θα εισαχθεί ο ασθενής στη ΜΕΘ ή όχι. Υπάρχει λοιπόν η πεποίθηση ότι την απόφαση

αυτή ενδεχομένως να πρέπει να την λάβει ο ίδιος ο ασθενής, δίνοντάς του την ευκαιρία, αν φυσικά η κατάσταση της υγείας του το επιτρέπει, να επιβεβαιώσει ή να απορρίψει την πρόταση των ιατρών για εισαγωγή στη ΜΕΘ. Αυτό το κριτήριο θα απέτρεπε το υποκειμενικό στοιχείο από πλευράς των ιατρών, οι οποίοι πιθανόν, έστω και ακούσια, να μεροληπτούν, μεταφέροντας στην εργασία τους, τις δικές τους πεποιθήσεις ή και στερεότυπα (Mello, Persad & White, 2020: 26). Μία μέση λύση θα ήταν να υπάρχει μία συνεκτίμηση της πιθανής ίασης από την οξεία διαταραχή, συνδυαστικά με την πρόγνωση του προσδόκιμου ζωής σε μεσοπρόθεσμο επίπεδο, σε περιπτώσεις ασθενών με κάποιο χρόνιο νόσημα. Υπό αυτή την λογική θα εξεταζόταν το εάν και κατά πόσο, ο ασθενής που θα νοσηλευόταν στη ΜΕΘ, θα έβγαине ζωντανός από αυτή και θα ζούσε για τουλάχιστον έναν χρόνο μετά την έξοδό του από το νοσοκομείο (Solomon, Wynia & Gostin, 2020: 27).

- **Ισότητα (equity)**

Μία διαφορετική προσέγγιση στην εισαγωγή ασθενών στη ΜΕΘ, είναι η λογική της ισότητας (equity), σύμφωνα με την οποία εισάγεται στη ΜΕΘ, ο ασθενής που έχει προσέλθει πρώτος στο νοσοκομείο, δηλαδή τηρείται η χρονική προτεραιότητα (Ezekiel, et al. 2020). Αυτή όμως η προσέγγιση είναι άδικη για όσους ασθενείς μένουν μακριά ή ακόμη και σε δυσπρόσιτες περιοχές, ενώ η καθυστέρηση άφιξης στο νοσοκομείο ενδέχεται να προκύπτει εξαιτίας δύσκολης οικονομικής κατάστασης, άλλη αιτία κοινωνικοοικονομικής φύσης ή κάποιας αναπηρίας ή ασθένειας. Άλλη μία αρνητική πτυχή της προσέγγισης αυτής είναι το γεγονός ότι θεωρείται αρκετά πιθανό να πυροδοτούσε βίαιες εκρήξεις μεταξύ των ασθενών για το ποιος θα προλάβει την θέση στη ΜΕΘ, θα επίτεινε το άγχος σε μία ήδη πιεσμένη συνθήκη, ενώ θα ευνοούσε τον συνωστισμό, που κατά την διάρκεια της πανδημίας έπρεπε να αποφεύγεται. Στην περίπτωση μάλιστα του κορωνοϊού, υπήρχαν άνθρωποι που άργησαν να αρρωστήσουν από τον ιό, καθότι τηρούσαν προσεκτικά τα μέτρα προστασίας. Αυτοί οι άνθρωποι λοιπόν θα ήταν άδικο να μην εξυπηρετηθούν επειδή καθυστέρησαν να νοσήσουν (Solomon, Wynia & Gostin, 2020: 27).

Σε γενικές γραμμές, θα πρέπει να αποφεύγεται ο αποκλεισμός ολόκληρων ομάδων ασθενών, ανεξάρτητα από το χρόνιο νόσημα που ενδέχεται να πάσχουν, την ηλικία, την κοινωνικοοικονομική τους κατάσταση, την εθνικότητα, το φύλο, τα θρησκευτικά και πολιτικά τους πιστεύω ή οποιαδήποτε άλλη αιτία τους αποκλείει από την πρόσβαση στα θεραπευτικά συστήματα (categorical exclusion). Οι διαχωρισμοί αυτού του είδους, κάνουν τους ανθρώπους να αισθάνονται ότι η ζωή τους δεν έχει κανένα νόημα και οδηγούνται σε συναισθήματα ματαιώσης (Mello, Persad & White, 2020: 26). Παράλληλα, μέσω του διαχωρισμού, καταπατάται το κοινά αποδεκτό αξίωμα ότι η ζωή αποτελεί ύψιστο αγαθό και ότι ο ιατρός βρίσκεται στο πλάι του ασθενούς για να μεριμνά για την φροντίδα του. Η ανθρώπινη ηθική είναι βασισμένη στο αξίωμα της σπουδαιότητας της ζωής και είναι εκεί για

να καθορίζει την δράση κάθε ατόμου εντός του κοινωνικού πλαισίου, με γνώμονα όχι μόνο να είναι η ζωή του βιώσιμη, αλλά και να βελτιώνεται διαρκώς (Κανελλοπούλου – Μπότη & Παναγοπούλου – Κουτνατζή, 2016). Οποιαδήποτε λοιπόν πράξη αντιβαίνει την ανθρώπινη ηθική, εγείρει τον προβληματισμό, καθώς τα εμπόδια που τίθενται για την διατήρηση της ζωής, ακυρώνουν και οτιδήποτε άλλο την συνοδεύει, αφού η ζωή είναι η προϋπόθεση για την ύπαρξη όλων των άλλων στοιχείων. Φυσικά, πέραν της ηθικής διάστασης, υπάρχει και η νομική, σύμφωνα με την οποία η παρεμπόδιση της ζωής αποτελεί ποινικό αδίκημα (Βάντσος, 2016).

Σύμφωνα με τους Smithard, Abdelhameed & Pieris (2021: 3), θα πρέπει κατά την διαλογή των ασθενών, να λαμβάνονται υπόψιν τρεις παράγοντες, που είναι η διανεμητική δικαιοσύνη, δηλαδή η δίκαιη διανομή των διαθέσιμων πόρων, η οποία θα πρέπει να είναι ισότιμη για όλους τους ασθενείς, η καθολική μεταχείριση των ασθενών, δηλαδή η αντιμετώπισή τους θα πρέπει να μην χαρακτηρίζεται από διακρίσεις εις βάρος τους και ο ωφελιμισμός, σύμφωνα με τον οποίο οι ασθενείς θα λαμβάνουν το μέγιστο του οφέλους από την παροχή της φροντίδας. Στα πλαίσια αυτά, θα πρέπει να μεριμνάται η φροντίδα όλων, δίχως το καλό του ενός να επιβαρύνει το καλό των υπολοίπων. Οι μελετητές σημειώνουν ότι ακόμα μεγαλύτερη μέριμνα για την ισότιμη μεταχείριση θα πρέπει να δοθεί μεταξύ των ασθενών που έχουν την ίδια πάθηση. Σε περιπτώσεις κρίσεων και περιορισμένων πόρων, θα πρέπει να διερευνηθεί αν η οποιαδήποτε παρέμβαση βοηθά πράγματι τον ασθενή, εξασφαλίζοντας ότι η υγεία του δεν κινδυνεύει, λαμβάνοντας υπόψιν ακόμα και τη μικρότερη πιθανότητα ρίσκου. Όταν τα οφέλη της ιατρικής παρέμβασης δεν είναι ξεκάθαρα, τότε οι κινήσεις που θα πραγματοποιηθούν, θα πρέπει να επιδεικνύουν καταλληλότητα, αναλογικότητα και δικαιοσύνη, έτσι ώστε να μην επιβαρυνθεί κάποιος ασθενής, όταν του στερείται η πρόσβαση στην εντατική φροντίδα.

- **Κλήρωση (lottery)**

Άλλη μία προσέγγιση σε περιπτώσεις γενικευμένης έκτακτης ανάγκης, θα μπορούσε να είναι η επιλογή βάσει τύχης, δηλαδή με κλήρωση (lottery). Η κλήρωση, συγκριτικά με την ισότητα, έχει λιγότερα μειονεκτήματα, αλλά θα μπορούσε να εφαρμοστεί μόνο σε ασθενείς που αντιμετωπίζουν κοινές παθήσεις (Ezekiel, et al. 2020). Εξαιτίας όμως του γεγονότος ότι, το προσωπικό των νοσοκομείων δεν είναι εξοικειωμένο με αυτή την προσέγγιση, θα χανόταν πολύτιμος χρόνος, που φυσικά σε αυτές τις κρίσεις δεν υπάρχουν περιθώρια καθυστέρησης (Sprung, et.al., 2020).

- **Εργαλειακή αξία (instrumental value)**

Ειδική μεταχείριση βάσει της εργαλειακής τους αξίας (instrumental value), θα μπορούσαν να έχουν οι εργαζόμενοι στις μονάδες υγείας, οι ιατροί και το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, αλλά και όλοι όσοι υφίστανται κλινικές δοκιμές (Ezekiel, et al. 2020). Παρά το γεγονός ότι ακούγεται λογικό να

προκρίνονται οι ειδικοί σε θεραπεία στην μονάδα ΜΕΘ, καθώς αν δεν είναι αυτοί καλά στην υγεία τους, τότε δεν θα είναι σε θέση να φροντίσουν τους συνανθρώπους τους, σε μία περίοδο που το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό είναι απαραίτητο, ιδιαίτερα στα νοσοκομεία εκείνα που έχουν ελλείψεις στο ανθρώπινο δυναμικό, εντούτοις, θα κλονιζόταν η εμπιστοσύνη της κοινωνίας απέναντι στο σύστημα υγείας, αλλά και στους θεσμούς εν γένει, αναφορικά με τις αξιοκρατικές μεθόδους που χρησιμοποιεί, εγείροντας αντιδράσεις. Παράλληλα, εάν κάποιο άτομο από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό αρρωστήσει τόσο πολύ που χρειαστεί νοσηλεία στη ΜΕΘ, τότε είναι απίθανο να μπορεί ούτως ή άλλως να επανέλθει σύντομα στα επαγγελματικά του καθήκοντα, οπότε και η προσέγγιση αυτή δεν έχει κάποια αξία (Sprung, et.al., 2020).

- **Χειρότερη κατάσταση (worst off)**

Υπάρχει και η επιλογή βάσει της χειρότερης κατάστασης (worst off), σύμφωνα με την οποία εισάγεται στη ΜΕΘ, όποιος ασθενής αντιμετωπίζει την εντονότερη διαταραχή. Ωστόσο, αυτό το κριτήριο παραβλέπει την ηλικία των ασθενών και ενδέχεται να κινδυνεύει ένα άτομο νέο σε ηλικία, το οποίο έχει ζήσει λιγότερα χρόνια, συγκριτικά με κάποιον γηραιότερο ασθενή, που μπορεί να έχει λάβει προτεραιότητα, εξαιτίας της χειρότερης κατάστασης στην οποία βρίσκεται η υγεία του, με αποτέλεσμα το νεότερο άτομο να χάσει την ζωή του, δίχως να του έχει προσφερθεί βοήθεια (Ezekiel, et al. 2020). Για αυτό το λόγο η προσέγγιση της χειρότερης κατάστασης θα πρέπει να λαμβάνεται μεταξύ ασθενών ίδιας ηλικίας, καθώς υπάρχει ως κοινή αποδεκτή αρχή ότι οι νέοι σε ηλικία θα πρέπει να έχουν προτεραιότητα, όχι γιατί είναι «ανώτεροι» ή «χρησιμότεροι» των μεγαλύτερων, αλλά επειδή οι μεγαλύτεροι είχαν την ευκαιρία με κάποιον τρόπο να ζήσουν έναν όσο το δυνατόν πιο πλήρη των ημερών βίο, συγκριτικά με τους νεότερους, που δεν έχουν διανύσει όλα τα στάδια της ζωής και όλα τα ηλικιακά φάσματα (equal opportunity to pass through the stages of life). Εάν λοιπόν ένας νέος ασθενής πεθάνει, θεωρητικά θα έχει υποστεί την μεγαλύτερη βλάβη, καθώς δεν θα έχει προλάβει να ζήσει όσο θα έπρεπε. Υπάρχει επίσης το ζήτημα της ηθικής ενόρασης (moral intuition), σύμφωνα με το οποίο, ένας γηραιός ασθενής, ακόμη και αν λάβει την περίθαλψη που του χρειάζεται, θα φύγει από την ζωή σχετικά σύντομα, εξαιτίας του γήρατος, ενώ αν ένας νέος ασθενής σωθεί, υπάρχει μεγάλη πιθανότητα να ζήσει για πολλές ακόμη δεκαετίες (White & Lo, 2020: 1773-4). Όμως, το American College of Physicians (2020) διαφωνεί με το ζήτημα της ηθικής ενόρασης, αφού υποστηρίζει ότι σκοπός σε περιπτώσεις έκτακτης υγειονομικής ανάγκης, δεν είναι να σωθούν όσο το δυνατόν περισσότερα έτη ζωής, αλλά όσο το δυνατόν περισσότερες ζωές, γιατί διαφορετικά υπάρχει μεροληψία και διαιώνιση στερεοτύπων γύρω από την ηλικία. Πρόκειται δηλαδή, για μία ωφελμιστική λογική, που επικρατεί της δεοντολογικής και θέτει στο επίκεντρο την αδιαμφισβήτητη αξία κάθε ανθρώπου ξεχωριστά, η οποία θα πρέπει να διατηρείται ακόμη και σε περιπτώσεις έλλειψης

πόρων, όπου οι γηραιοί ασθενείς, αλλά και οι πάσχοντες από κάποια χρόνια νόσο ή αναπηρία, θα πρέπει να αντιμετωπίζονται δίκαια με τους υπόλοιπους (Mandal, Ponnambath & Parija, 2016).

Σε αυτό το σημείο αξίζει να αναφερθεί η μελέτη των Sprung, et.al., (2012), σύμφωνα με την οποία οι ασθενείς ηλικίας άνω των 65 ετών φαίνεται να επωφελούνται περισσότερο στη βελτίωση της υγείας τους κατόπιν της εισαγωγής τους στη ΜΕΘ, συγκριτικά με τους ασθενείς κάτω των 65. Από τη μελέτη προέκυψε πως μειώθηκαν τα ποσοστά θνησιμότητας, ενώ κατά την διαλογή των ασθενών, πέρα από την χρονολογική τους ηλικία, προτείνεται να εξετάζεται και η βιολογική, δηλαδή η φυσική κατάσταση στην οποία βρίσκεται το άτομο, καθώς οι ασθενείς μεγαλύτερης ηλικίας, μεταξύ τους παρουσιάζουν ανομοιογένειες στην φυσική κατάσταση, ενώ οι νεότεροι ασθενείς ποσοστιαία βρίσκονται σε ένα πιο κοινό επίπεδο (Sprung, et.al., 2013).

Ένα ακόμα χρήσιμο εργαλείο για την εκτίμηση της υγείας του ασθενούς, προκειμένου να ληφθεί συγκεκριμένη απόφαση σχετικά με τον τρόπο διαλογής που θα εφαρμοστεί, αναφορικά με την εκτίμηση της πορείας της νόσου και κατ' επέκταση της υγείας του, είναι η κλίμακα του Rockwood (2005), σύμφωνα με την οποία, η υγεία του ατόμου κατηγοριοποιείται σε 9 στάδια:












1. Το πρώτο στάδιο (very fit) συμπεριλαμβάνει τα άτομα που είναι σωματικά ενεργά και έχουν κίνητρο για άθληση, η οποία είναι τακτική. Τα άτομα αυτού του σταδίου, συνήθως βρίσκονται σε καλύτερη σωματική κατάσταση από τους συνομηλίκους τους.
2. Το δεύτερο στάδιο (well) αφορά τα άτομα που ναι μεν είναι ενεργά και αθλούνται, αλλά όχι τόσο όσο τα άτομα της προηγούμενης κατηγορίας. Εδώ, η άθληση υπάρχει, αλλά είναι λιγότερη ή ανά περιόδους, ενώ από πλευράς νοσημάτων δεν ενυπάρχει κάτι.
3. Το τρίτο στάδιο (managing well) αφορά τα άτομα που η υγεία τους βρίσκεται σε καλή κατάσταση, δεν αντιμετωπίζουν κάποιο νόσημα, αλλά η άσκηση δεν είναι μέρος της καθημερινότητάς τους, με εξαίρεση το περπάτημα.
4. Στο τέταρτο στάδιο (vulnerable) ανήκουν τα άτομα που δεν βασίζονται σε άλλα άτομα για την εξυπηρέτηση των καθημερινών τους αναγκών, δηλαδή είναι λειτουργικά, αλλά η άσκηση είναι ανύπαρκτη και συχνά παραπονιούνται για μειωμένη ενέργεια μέσα στην ημέρα.
5. Στο πέμπτο στάδιο (midly frail) ανήκουν τα άτομα που χρειάζονται βοήθεια για ορισμένες καθημερινές εργασίες, όπως είναι οι κουραστικές δουλειές για την φροντίδα του σπιτιού, η διαχείριση των οικονομικών, η μετακίνηση μέσα στην πόλη και η ιατροφαρμακευτική τους περίθαλψη. Συνήθως, τα άτομα αυτού του σταδίου σταδιακά χειροτερεύουν, εμφανίζοντας δυσκολίες σε δραστηριότητες που παλιά δεν είχαν, όπως είναι η προετοιμασία των γευμάτων, το περπάτημα εκτός σπιτιού και τα ψώνια δίχως βοήθεια, καθώς και οι δουλειές του σπιτιού.

6. Το έκτο στάδιο (moderately frail) αφορά τα άτομα που αντιμετωπίζουν κινητικές δυσκολίες εκτός σπιτιού, όντας σχεδόν αδύνατον να βγουν έξω. Μέσα στο σπίτι δυσκολεύονται να ανέβουν σκάλες, να σταθούν όρθια, προκειμένου να ντυθούν ή να κάνουν μπάνιο, για αυτό και χρειάζονται μερική βοήθεια για τις δραστηριότητες αυτές.

7. Στο έβδομο στάδιο (severely frail) ανήκουν τα άτομα που χρειάζονται πλήρη βοήθεια για να κινηθούν και η προσωπική τους φροντίδα είναι εξαρτώμενη από άλλους. Η προσωπική φροντίδα, πέρα από το σωματικό κομμάτι, μπορεί να αφορά και το γνωστικό. Η υγεία τους ωστόσο παραμένει σχετικά σταθερή, αποκλείοντας το ενδεχόμενο θανάτου εντός των επόμενων έξι μηνών.

8. Το προ τελευταίο στάδιο (very severely frail) αφορά τα άτομα πλήρους εξάρτησης στην φροντίδα τους, τα οποία πλησιάζουν στο τέλος της ζωής. Η κατάσταση της υγείας τους είναι μη αναστρέψιμη, ενώ ενδέχεται να φύγουν από την ζωή, ακόμη και από μια αμελητέας βαρύτητας ασθένεια.

9. Το τελευταίο στάδιο (terminally ill) συμπεριλαμβάνει τα άτομα με προσδόκιμο ζωής μικρότερο των έξι μηνών, τα οποία βρίσκονται κοντά στον θάνατο, ακόμη και εκείνα που εξωτερικά δεν δείχνουν ότι βρίσκονται σε τερματική φάση.

	1. Σε πολύ καλή φυσική κατάσταση- Άνθρωποι που είναι εύρωστοι, δραστήριοι, ενεργητικοί, δυναμικοί, με κίνητρα. Τείνουν να ασκούνται τακτικά. Βρίσκονται μεταξύ των πιο φορμαρισμένων για την ηλικία τους.		7. Ζώντας με σοβαρή ευθραυστότητα- Πλήρως εξαρτώμενοι για την προσωπική τους φροντίδα από οποιαδήποτε αιτία (σωματική ή γνωστική). Ακόμα και έτσι, δείχνουν σταθεροί και όχι σε υψηλό κίνδυνο να πεθάνουν (εντός περίπου 6 μηνών).
	2. Σε καλή φυσική κατάσταση- Άνθρωποι που δεν έχουν συμπτώματα ενεργού νόσου αλλά είναι σε λιγότερο καλή φυσική κατάσταση από την κατηγορία 1. Συχνά ασκούνται ή είναι πολύ δραστήριοι περιστασιακά, π.χ. εποχικά.		8. Ζώντας με πολύ σοβαρή ευθραυστότητα - Πλήρως εξαρτώμενοι για την προσωπική τους φροντίδα και πλησιάζοντας το τέλος της ζωής. Τυπικά δεν μπορούν να αναρρώσουν ακόμα και από ασήμαντη ασθένεια.
	3. Τα καταφέρνει καλά- Άνθρωποι των οποίων τα ιατρικά προβλήματα είναι καλά ελεγχόμενα, ακόμα και αν περιστασιακά είναι συμπτωματικοί, αλλά συχνά δεν είναι δραστήριοι συστηματικά πέρα από το περπάτημα ρουτίνας.		9. Τελικό στάδιο ασθενείας- Πλησιάζοντας το τέλος της ζωής. Αυτή η κατηγορία ισχύει για ανθρώπους με προσδόκιμο ζωής <6 μήνες, οι οποίοι σε διαφορετική περίπτωση δεν ζουν με σοβαρή ευθραυστότητα (πολλοί τελικού σταδίου άνθρωποι μπορούν να ασκούνται ακόμα και πολύ κοντά στον θάνατο).
	4. Ζώντας με πολύ ήπια ευθραυστότητα- Προηγούμενης «ευάλωτοι», αυτή η κατηγορία σηματοδοτεί την αρχική μετάβαση από την πλήρη ανεξαρτησία. Ενώ δεν εξαρτώνται από άλλους για καθημερινή βοήθεια, συχνά τα συμπτώματά τους περιορίζουν τις δραστηριότητές τους. Ένα σύνθετο παράπονό τους είναι ότι γίνονται πιο αργοί και/ή ότι είναι κουρασμένοι κατά τη διάρκεια της ημέρας.	Βαθμολογώντας την ευθραυστότητα σε ανθρώπους με άνοια Ο βαθμός της ευθραυστότητας σε γενικές γραμμές αντιστοιχεί στον βαθμό της άνοιας. Τα συνήθη συμπτώματα στην ήπια άνοια περιλαμβάνουν το να ξεχνούν τις λεπτομέρειες ενός πρόσφατου γεγονότος, παρότι θυμούνται το ίδιο το γεγονός, το να επαναλαμβάνουν την ίδια ερώτηση/ιστορία και η κοινωνική απόσυρση.	
	5. Ζώντας με ήπια ευθραυστότητα- Άνθρωποι που συχνά έχουν γίνει εμφανώς πιο αργοί και χρειάζονται βοήθεια με τις υψηλών απαιτήσεων λειτουργικές δραστηριότητες της καθημερινής ζωής (οικονομικά, μετακίνηση, δύσκολη οικιακή εργασία). Τυπικά η ήπια ευθραυστότητα σταδιακά δυσχεραίνει τα φωνία, το περπάτημα έξω μόνος, την ετοιμασία του γεύματος, την διαχείριση της φαρμακευτικής αγωγής και αρχίζει να περιορίζει τις ελαφρές οικιακές εργασίες.	Στην μέτρια άνοια η πρόσφατη μνήμη είναι πολύ εξασθενημένη, ακόμα και αν μπορούν να θυμηθούν καλά τα περασμένα γεγονότα της ζωής τους. Μπορούν να πραγματοποιήσουν την προσωπική τους φροντίδα με παρακίνηση.	
	6. Ζώντας με μέτρια ευθραυστότητα - Άνθρωποι που χρειάζονται βοήθεια σε όλες τις εξωτερικές δραστηριότητες και στο νοικοκυριό. Εντός, συχνά έχουν προβλήματα με τα σκαλιά και χρειάζονται βοήθεια με το πλύσιμο και μπορεί να χρειάζονται ελάχιστη βοήθεια (καθοδήγηση, το να είναι κάποιος δίπλα) με το ντύσιμο.	Στην σοβαρή άνοια δεν μπορούν να πραγματοποιήσουν την προσωπική τους φροντίδα χωρίς βοήθεια. Στην πολύ σοβαρή άνοια συχνά είναι κατάκοιτοι. Πολλοί ουσιαστικά δεν μιλούν.	
		Clinical Frailty Scale © 2005-2020 Rockwood, Version 2.0 (EN). All rights reserved. For permission: www.geriatricmedicineresearch.ca Rockwood K et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. CMAJ 2005;173:489-495.	

Εικόνα 1: Κλινική Κλίμακα Ευπάθειας (Clinical Frailty Scale)

Όπου υπάρχει υψηλή ζήτηση και περιορισμένοι πόροι κρίνεται επιβεβλημένο να υφίστανται διαφανή και σταθερά κριτήρια επιλογής, προκειμένου να εργαλειοποιούν τα ιατρικά δεδομένα με τρόπο ευρέως αποδεκτό. Προγνωστικοί αλγόριθμοι που χρησιμοποιούν ιατρικά δεδομένα του ιστορικού, αλλά και της κλινικής κατάστασης του ασθενούς, χρησιμοποιούνται για τη διαλογή σε ΜΕΘ. Οι εν λόγω αλγόριθμοι δεν σχεδιάστηκαν για μεμονωμένες κρίσεις, αλλά για να παρέχουν αδρές κατευθύνσεις και να κατηγοριοποιούν την παρεχόμενη φροντίδα στη ΜΕΘ. Κάποιοι από αυτούς

αξιολογούν τη βαρύτητα της νόσου και άλλοι την πρόγνωση της θεραπείας. Ευρέως χρησιμοποιούνται συνδυασμοί αυτών, που σχεδόν πάντα, περιλαμβάνουν την αξιολόγηση σύμφωνα με την Κλινική Κλίμακα Ευπάθειας “Clinical Frailty Score” (βλέπε εικόνα 1). Στα πλεονεκτήματα της συγκεκριμένης μεθόδου, συγκαταλέγεται και το γεγονός ότι, δύναται να παρέχει απλή και κατανοητή ενημέρωση των συνοδών, για την πρόοδο της θεραπείας και την επιστροφή του ασθενούς στην πρότερη ζωή του. Επιπρόσθετα, ουσιαστικά εκλογικεύοντας τις πιθανότητες επιβίωσης, συμβάλει στην αναγνώριση ορίων θεραπείας, πέρα από τα οποία, η κλιμάκωση της φροντίδας θα ήταν μάταιη. (Wilkinson D.J.C 2020:4). Όταν οι πόροι είναι περιορισμένοι, όπως συνέβη κατά την έξαρση της πανδημίας, τότε κρίνεται ηθικό, αυτοί να κατευθύνονται σε ασθενείς με μεγαλύτερες πιθανότητες επιβίωσης. Με τον τρόπο αυτό, αναγνωρίζεται τόσο η ζωή ως αγαθό, όσο και τα οφέλη που αυτή επιφέρει, όταν εξασφαλίζονται ποιοτικά χρόνια ζωής, τα λεγόμενα QALYs (qualitative adjusted life years) (Vergallo M, Varone M.C.2021:4). Προτεραιοποιώντας τους ασθενείς που εκτιμάται ότι θα έχουν ικανοποιητική ποιότητα ζωής μετά τη θεραπεία, διασώζονται QALYs, περισσότερα από ότι θα εξασφαλιζόνταν από μια προσέγγιση που εστιάζει στη διάσωση της ζωής, ανεξάρτητα από την μελλοντική ποιότητά της. Ωστόσο, η εν λόγω κλίμακα έχει ευρεία εφαρμογή μόνο σε ηλικιωμένους ασθενείς, καθόσον, κατά κοινή συναίνεση και ομολογία, θεωρείται άδικο να καταλήξουν άνθρωποι πριν ολοκληρώσουν τον προσδοκώμενο κύκλο της ζωής (Wilkinson D.J.C 2020:9). Τέλος, αξιοσημείωτο είναι ότι, η ευθραυστότητα συνδέεται στενά με τη διάρκεια παραμονής στη ΜΕΘ. Ασθενείς με συνοδά νοσήματα, ενδέχεται να μείνουν στη ΜΕΘ παραπάνω, λόγω επιπλοκών των νοσημάτων αυτών, στερώντας πολύτιμους πόρους και αναπνευστήρα από κάποιους άλλους, που αποτελούν παράγοντες ζωτικής σημασίας, σε περιόδους περιορισμένων πόρων (Vergallo M, Varone M.C 2021).

Κλείνοντας το συγκεκριμένο κεφάλαιο θα πρέπει να αναφερθεί πως στη χώρα μας, σύμφωνα με την Εγκύκλιο του Υπουργείου Υγείας (2023), περί «Λειτουργίας Τμημάτων Εντατικής Θεραπείας Ενηλίκων-Παιδών», οι ιατροί της ΜΕΘ «Έχουν την ιατρική και διοικητική ευθύνη του ασθενούς που διακομίζεται στη ΜΕΘ, συνεργαζόμενοι με τον θεράποντα και τους συνεργάτες του. Καθορίζουν τα κριτήρια εισαγωγής και εξόδου και έχουν την ευθύνη της εκπόνησης διαγνωστικών και θεραπευτικών πρωτοκόλλων ώστε να υπάρχει ομοιόμορφη αντιμετώπιση των ασθενών.» (Υπουργείο Υγείας, 2023).

Σε κάθε περίπτωση, σύμφωνα με τον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας (ΚΙΔ), (ΚΙΔ 2005). ο θεράπων ιατρός πρέπει να σέβεται το δικαίωμα αυτοδιάθεσης του ασθενούς και οι ιατρικές πράξεις να στηρίζονται στην έγκυρη συναίνεσή του, κατόπιν προηγούμενης ενημέρωσής του (άρθρο 11 παρ. 1 και άρθρο 12 παρ. 1 του ΚΙΔ). Φυσικά υπάρχουν και εξαιρέσεις στον εν λόγω κανόνα, όπου ο

θεράπων ιατρός δύναται να ενεργεί χωρίς τη συναίνεση του ασθενούς, όπως καθορίζεται στο άρθρο 12 παρ. 3 του ΚΙΔ και αυτές είναι:

- α. Η αδυναμία έκφρασης του ασθενούς σε κατεπείγουσες περιπτώσεις (πχ. κωματώδης κατάσταση συνεπεία σοβαρού τραυματισμού ή ανακοπή, εγκεφαλικό, κ.λπ.).
- β. Η απόπειρα αυτοκτονίας.
- γ. Η καταχρηστική άρνηση τρίτου προσώπου (γονείς ανήλικου ή συγγενείς ασθενή), σε περίπτωση ανικανότητας του ασθενούς για αυτοπρόσωπη συναίνεση.

Για την εξασφάλιση κάθε πλευράς σε περίπτωση δίκης περί ιατρικής ευθύνης, είναι συνετό να καταγράφονται στον φάκελο του ασθενούς (Μαυροφόρου-Γιαννούκα Α. 2008, σελ. 216), τυχόν λόγοι περιορισμού της υποχρέωσης ενημέρωσης, καθώς και η απάντηση (εφόσον πραγματοποιήθηκε ενημέρωση) του ασθενούς ή του τρίτου προσώπου (σε περίπτωση αδυναμίας του ασθενούς) εάν είναι δυνατόν εγγράφως. (Δούγαλης Ζ. 2016).

2. Παραδείγματα ευρωπαϊκών νοσοκομείων

Είναι κοινά αποδεκτό το γεγονός ότι οι κυβερνήσεις των χωρών, που είναι υπεύθυνες για την έκδοση των οδηγιών που καλούνται να τηρήσουν τα νοσοκομεία, θα πρέπει να λαμβάνουν σοβαρά υπόψιν τους ορισμένα κριτήρια σε περιπτώσεις γενικευμένης ανάγκης, με πιο βασικό, το πως θα μπορέσει η διαθεσιμότητα των ΜΕΘ να αξιοποιηθεί με τέτοιο τρόπο που να μην παραβιάζονται θεμελιώδεις αρχές των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, όπως είναι η αρχή της δικαιοσύνης και της ισότητας, της μη πρόκλησης βλάβης και πόνου, του σεβασμού της αυτονομίας και της αξιοπρέπειας των ασθενών, ανεξάρτητα από το βαθμό ευπάθειας τους, αλλά και η προστασία των ευαίσθητων προσωπικών δεδομένων (Beauchamp & Childress, 1994). Παράλληλα, θα πρέπει να ληφθεί υπόψιν η διαθεσιμότητα των υπόλοιπων απαραίτητων ιατροφαρμακευτικών πόρων, η επάρκεια ιατρονοσηλευτικού προσωπικού και η δυνατότητα διανοσοκομειακής μεταφοράς, ενώ θα πρέπει να τονιστεί ότι όλοι αυτοί οι παράγοντες είναι ουσιαστικής σημασίας, καθώς ακόμη και στην περίπτωση αύξησης του αριθμού των κλινών στη ΜΕΘ, αυτό δεν συνεπάγεται την ποιοτική αντιμετώπιση των ασθενών, καθώς το ανθρώπινο δυναμικό των νοσοκομείων εξαντλείται, ενώ αυξάνονται τα ποσοστά πιθανότητας μόλυνσης από τον ιο, εξαιτίας της υπερσυγκέντρωσης ανθρώπων σε έναν χώρο (Σαλαμούρα, 2020: 69). Κατά την διάρκεια της πανδημίας COVID-19, οι περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες συνάντησαν κωλύματα στην νοσηλεία των ασθενών στη ΜΕΘ, εξαιτίας της υψηλής ζήτησης, σε συνδυασμό με την περιορισμένη διαθεσιμότητα κλινών. Ως εκ τούτου, οι χώρες εξήγαγαν οδηγίες, σχετικά με τα κριτήρια διαλογής των ασθενών (Joebges & Biller-Andorno, 2020).

Ξεκινώντας από την Ιταλία, εφαρμόστηκε ως κριτήριο διαλογής πρώτον η ηλικία, με συνεκτίμηση

άλλων πιθανών υπαρχόντων νοσημάτων, καθώς και η αξιολόγηση της λειτουργικότητας του ατόμου, πριν προσβληθεί από κορωναϊό. Τέθηκε λοιπόν σε εφαρμογή η προσέγγιση της μεγιστοποίησης οφέλους για την σωτηρία του μεγαλύτερου αριθμού ανθρώπων (Rosenbaum, 2020). Ειδικότερα, στην Ιταλία, εφαρμόστηκε ως παράγοντας αποκλεισμού από την ΜΕΘ το όριο ηλικίας άνω των 65 ετών με συνοδά νοσήματα (Lintern, 2020). Το κριτήριο της ηλικίας, λήφθηκε υπόψιν και μεταξύ των ασθενών που πάσχουν από κάποια κοινή τερματική ασθένεια, η οποία συνεπάγεται το χαμηλό προσδόκιμο ζωής. Και σε αυτές τις περιπτώσεις η Ιταλία έδωσε προτεραιότητα στους νεότερους ασθενείς, όχι απαραίτητα για να εισαχθούν στη ΜΕΘ, αλλά γενικότερα στην άμεση παροχή ιατροφαρμακευτικής φροντίδας (Vinay, Baumann & Biller-Andorno, 2021: 8).

Η Ισπανία έλαβε ακολούθησε διαφορετική προσέγγιση και έλαβε υπόψη την κοινωνική αξία του ατόμου, κάτι δηλαδή παρεμφερές σαν λογική με την προσέγγιση της εργαλειακής αξίας, καθορίζοντας το εάν ο ασθενής θα πρέπει να εισαχθεί στη ΜΕΘ, με βάση τη λογική της προσφοράς του στο κοινωνικό σύνολο, γεγονός που ηθικά είναι σοβαρά επιλήψιμο (Κρανιδιώτης, 2020: 404).

Στον αντίποδα της Ισπανίας, η Ελβετία έλαβε υπόψη της αποκλειστικά σχεδόν την πρόγνωση του ασθενούς, δίνοντας μικρότερη βαρύτητα στην ηλικία του ατόμου, η οποία λήφθηκε υπόψιν έμμεσα, μονάχα ως παράγοντας που επηρεάζει την βραχυπρόθεσμη πρόγνωση (Swiss Academy of Medical Sciences, 2020), οδηγία που βρήκε σύμφωνο και το Βέλγιο (Meyfroidt, et.al., 2020).

Η Σουηδία ακολούθησε ένα μοντέλο σύμφωνα με το οποίο, η μεσοπρόθεσμη πρόγνωση των ασθενών με προσδόκιμο ζωής οριζόμενο του ενός έτους, είχαν ίση αντιμετώπιση μεταξύ τους. Ως παράγοντας προτεραιότητας για ασθενείς με εκτιμώμενο προσδόκιμο ζωής άνω του ενός έτους, ορίστηκε η βιολογική και όχι η χρονολογική ηλικία (Κρανιδιώτης, 2020: 404). Όμως, παρά το γεγονός ότι η Σουηδία δεν όρισε συγκεκριμένη ηλικία για την εισαγωγή στη ΜΕΘ, όπως έκανε η Ιταλία για παράδειγμα, φαίνεται ότι η μεγαλύτερη ηλικία των ασθενών, λήφθηκε υπόψιν ως ένα βαθμό, καθώς σύμφωνα με την Σουηδική Ακαδημία Ιατρικών Ερευνών, η πιθανότητα θανάτου από κορωναϊό, αυξάνεται, όσο μεγαλύτερη είναι η ηλικία του ατόμου. Έτσι, η Σουηδία όρισε ότι για την εισαγωγή στη ΜΕΘ θα πρέπει ο ασθενής να προσδοκείται ότι θα έχει καλή ανταπόκριση με την παροχή εντατικής φροντίδας, αλλά κακή πρόγνωση δίχως αυτή την παροχή, ορισμός που φαίνεται ότι ευνοεί του νεότερους ασθενείς, αλλά δεν αποκλείει και τους γηραιότερους (Hussien, Nastasa, Apetrii, Nistor, Petrovic, Covic, 2021: 5). Ενδιαφέρουσα ήταν η πρόταση του Διοικητικού Συμβουλίου της Ένωσης Γηριατρικής Ανακουφιστικής Ιατρικής, προκειμένου να σχεδιαστεί ένα ειδικό πλάνο αποκλειστικά για την μερίδα εκείνη του γηραιότερου πληθυσμού, που είναι ευάλωτη και που αισθάνεται απροστάτευτη απέναντι στην πιθανή μόλυνση με COVID-19. Πρότείνει λοιπόν ότι οι άνθρωποι αυτοί, θα μπορούσαν να ζητήσουν νοσοκομειακή φροντίδα, προτού προσβληθούν από τον

ιο, δηλαδή να λειτουργήσει η περίθαλψη προληπτικά ή αμέσως μετά την διάγνωση, πριν δηλαδή ενταθούν τα συμπτώματα της λοίμωξης, έτσι ώστε να μειωθούν οι πιθανότητες θνησιμότητας και να αποφευχθεί το ηθικό δίλημμα που προαναφέρθηκε, σχετικά με το ηλικιακό κριτήριο για την εισαγωγή στη ΜΕΘ (Kunz & Minder: 2020).

Η Βρετανία υποστήριξε ότι η ηλικία δεν αποτελεί το μοναδικό κριτήριο εισαγωγής στη ΜΕΘ, σύμφωνα με το οποίο θα προτιμώνται οι νεαρότεροι ασθενείς, έναντι των γηραιότερων, καθώς αυτό θα αποτελούσε τόσο παρανομία, όσο και ξεκάθαρη διάκριση. Αντιθέτως, υποστήριξε την εξατομικευμένη εκτίμηση του κάθε ασθενή, βάση της οποίας θα κρινόταν αν η εισαγωγή στη ΜΕΘ θα βοηθούσε ουσιαστικά την καλύτερευση της υγείας του ατόμου ή όχι (British Medical Association, 2020). Ακόμη, έλαβε υπόψιν την κλίμακα του Rockwood, που αναλύθηκε σε προηγούμενη ενότητα, ορίζοντας ως σημείο έναρξης των διαπραγματεύσεων σχετικά με την εισαγωγή του ασθενούς στην ΜΕΘ το στάδιο πέντε. Οι διαπραγματεύσεις για αυτούς τους ασθενείς, σχετιζόνταν με τις πιθανότητες ουσιαστικού οφέλους από την εισαγωγή στην ΜΕΘ και όχι περιστασιακής βοήθειας, που ενδεχομένως θα στερούσε από άλλους ασθενείς την πιθανότητα ανάκαμψης. Η Βρετανία ωστόσο, δεν έλαβε υπόψιν την κλίμακα του Rockwood ως αποκλειστική μέθοδο αξιολόγησης των ασθενών, αλλά ως επικουρική (Smithard, Abdelhameed & Pieris, 2021: 3). Έθεσε ως κριτήριο την ευαλωτότητα των ασθενών, αλλά τα κριτήρια επιλογής εν τέλει παραμένουν κάπως θολά, αφού ασθενείς στην Βρετανία, στους οποίους αρνήθηκε η εισαγωγή στη ΜΕΘ, τελικά κατέληξαν στον θάνατο. Το κριτήριο της ευαλωτότητας για την προτεραιότητα εισαγωγής στη ΜΕΘ έλαβε υπόψιν της και η Γαλλία. Η Βρετανία επιχειρήσε να διαμορφώσει μια κλίμακα αποτελούμενη από διάφορους παράγοντες που θα επέτρεπαν την εισαγωγή στη ΜΕΘ ή όχι. Ανάλογα το σκορ που θα συγκέντρωνε ο ασθενής, σύμφωνα με τον οποίο ο κάθε παράγοντας βαθμολογείτο αλλιώς, θα κρινόταν αν θα εισαγόταν στη ΜΕΘ. Οι παράγοντες ήταν η ηλικία, η ευαλωτότητα και η συνοσηρότητες. Με σκορ άνω των 8 βαθμών η εισαγωγή στη ΜΕΘ ήταν απαγορευτική. Αυτό αυτόματα σήμαινε ότι οι ασθενείς άνω των 70-75 ετών αποκλείονταν από την εντατική υποστήριξη, καθώς ο παράγοντας της ηλικίας ήταν ο σημαντικότερος για τον υπολογισμό του σκορ. Παρά το γεγονός ότι αυτή η μέθοδος αποκλείστηκε, γιατί θεωρήθηκε ηθικά μεμπτή, δημιουργήθηκαν παρόμοιοι τρόποι αξιολόγησης, που έμμεσα η ηλικία του ασθενούς ήταν καθοριστική.

Κλείνοντας αυτή την ενότητα, αυτό το οποίο παρατηρήθηκε γενικά από τις προσεγγίσεις των ευρωπαϊκών κρατών, είναι ότι υπήρξε ασάφεια σχετικά με τις προσεγγίσεις διαλογής. Πιο συγκεκριμένα, ενώ κάποια κράτη σημείωναν ότι η ηλικία δεν είναι παράγοντας για να μην εισαχθεί το άτομο στη ΜΕΘ, στην ουσία ήταν, καθώς υπολογίζοντας την πιθανότητα να ωφεληθεί ο ασθενής από την φροντίδα στη ΜΕΘ, οι γηραιότεροι ασθενείς είχαν λιγότερες πιθανότητες από τους

νεότερους, άρα αυτόματα αποκλείονταν. Κάτι παρόμοιο ισχύει και με τους ασθενείς με συνοσηρότητες, όπου συγκριτικά με τους ασθενείς που δεν είχαν άλλο νόσημα πέραν του COVID-19 οι πιθανότητες ανάκαμψης ήταν περισσότερες, άρα το κριτήριο του προσδόκιμου ζωής, λειτουργεί υπέρ αυτών που δεν έχουν υποκείμενο νόσημα. Ακόμα και οι ασθενείς με αναπηρία για παράδειγμα, που ανήκουν στην ευάλωτη ομάδα του πληθυσμού, είναι γεγονός ότι μεγαλώνοντας η υγεία τους, συγκριτικά με ένα μη ανάπηρο άτομο είναι πιο ευαίσθητη, άρα αυτόματα το προσδόκιμο ζωής στην περίπτωση λοίμωξης από COVID-19 μειώνεται, το ίδιο και οι πιθανότητες ανάκαμψης, οπότε και πάλι το κριτήριο αυτό λειτουργεί διαχωριστικά, εγείροντας ζητήματα διακρίσεων (Wilkinson, 2020: 1, 6,11). Στην Ελλάδα, η συγκράτηση της διασποράς στη διάρκεια του πρώτου κύματος, έδειχνε να προστατεύει το σύστημα υγείας ,αποφεύγοντας την υπερφόρτωση των νοσοκομείων και την εξάντληση μέσων και υπηρεσιών. Ωστόσο, αυτό δεν συνέβη στις επόμενες εξάρσεις μετάδοσης, με αποτέλεσμα να είναι υπαρκτός ο προβληματισμός για την κάλυψη περισσότερων ασθενών, από ότι το δύναται να εξυπηρετήσει.

Στις περιπτώσεις αυτές, οι γιατροί βρίσκονταν ενώπιων τραγικών διλημάτων. Στην ελληνική έννομη τάξη δεν υπάρχει ειδικό νομοθετικό πλαίσιο για τη διαλογή των ασθενών. Η πολιτεία δεν θεωρεί πως μπορεί να σταθμίζει την αξία της ανθρώπινης ζωής ή να συμβάλλει νομοθετικά με οιοδήποτε τρόπο στην απαξίωση της. Ως αντίλογος αναφέρεται το κενό νόμου και η έλλειψη ασφάλειας δικαίου, τόσο για τους γιατρούς, όσο και για τους νοσηλευόμενους. (Μπίσιας Η. 2020)

Οι επιτακτικοί νομικοί κανόνες για τις υποχρεώσεις των ιατρών καθορίζονται στον Αναγκαστικό Νόμο Α.Ν. 1565/1939 «Περί κωδικός ασκήσεως του ιατρικού επαγγέλματος» και στον ΚΙΔ. Οι δε ποινικές ευθύνες των ιατρών περιγράφονται στον Ποινικό Κώδικα (ΠΚ). Ειδικά για την στοιχειοθέτηση του εγκλήματος της ανθρωποκτονίας από αμέλεια εφαρμόζονται τα καθοριζόμενα στο άρθρο 302 παρ. 1 του ΠΚ, όπου αναφέρεται πως: «όποιος επιφέρει από αμέλεια το θάνατο άλλου τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών», σε συνδυασμό με τη διάταξη του άρθρου 28 του ΠΚ, κατά την οποία: «από αμέλεια πράττει όποιος από έλλειψη της προσοχής, την οποία όφειλε κατά τις περιστάσεις και μπορούσε να καταβάλει, είτε δεν προέβλεψε το αξιόποιο αποτέλεσμα που προκάλεσε η πράξη του, είτε το προέβλεψε ως δυνατό, πίστεψε όμως ότι δεν θα επερχόταν» (Άρειος Πάγος, 2018).

Ζήτημα ποινικής ευθύνης του ιατρού, τίθεται και στην περίπτωση που καλείται να περιθάλψει (επομένως να διασώσει) περισσότερους ασθενείς, που αντιμετωπίζουν όλοι ισοδύναμο κίνδυνο ζωής, όμως αντικειμενικά, δύναται να διασώσει μόνο ορισμένους ή έναν εξ αυτών. Σε μια τέτοια κατάσταση συγκρούονται δύο ισοδύναμα καθήκοντα, αυτά της προστασίας της ανθρώπινης ζωής, και ορθά αντίστοιχες περιπτώσεις έχουν χαρακτηριστεί από την ποινική θεωρία ως περιπτώσεις

«τραγικού ηθικού διλήμματος». (Λιούρδη Α. 2020)

Στον ΚΙΔ, προβλέπεται ειδική διάταξη σύμφωνα με την οποία, όταν ο θεράπων ιατρός κληθεί να αντιμετωπίσει σύγκρουση ισάξιων έννομων αγαθών που βρίσκονται σε κίνδυνο, αποφασίζει με βάση την επιστημοσύνη και τη συνείδησή του (ΚΙΔ 2005, άρθρο 15).¹

Επισημαίνεται ότι, σύγκρουση καθηκόντων ανακύπτει μόνον, όταν τα περισσότερα καθήκοντα συμπίπτουν χρονικά και συνεπώς πρέπει να εκπληρωθούν ταυτοχρόνως, ενώ δεν τίθεται θέμα σύγκρουσης όταν τα καθήκοντα μπορούν να εκπληρωθούν διαδοχικά. Κατά τον Στόικο, η σύγκρουση καθηκόντων «αποτελεί μια ιδιάζουσα μορφή κατάστασης ανάγκης υπό ευρεία έννοια, η οποία «ομοιάζει» με την κατάσταση ανάγκης του άρθρου 25 του ΠΚ, η οποία αίρει τον άδικο χαρακτήρα της πράξης, αλλά και με την κατάσταση ανάγκης του άρθρου 32 του ΠΚ που αποκλείει τον καταλογισμό της άδικης πράξης σε ενοχή του δράστη. (Στόικος Χ. 2020).

Στην ελληνική δικαιοσύνη, η ποινική αξιολόγηση μιας ιατρικής επιλογής, όταν τίθεται θέμα διλήμματος μεταξύ δύο ζών, θεσμοθετήθηκε με το άρθρο 33² του Ποινικού Κώδικα (Νόμος 4619/2019), σύμφωνα με το οποίο αίρεται το άδικο της πράξης του ιατρού, επειδή αυτός δεν μπορούσε να ενεργήσει διαφορετικά, λόγω σύγκρουσης καθηκόντων. Αυτό, συνάδει με το κοινό περί δικαίου αίσθημα, εφόσον θα ήταν παράλογο να απαιτηθεί κάτι αδύνατο, μη εφικτό από τον θεράποντα ιατρό που έχει εξαντλήσει όλα τα ανθρωπίνως δυνατά μέσα (Μπίσιας Η. 2020).

Με τη διάταξη του άρθρου 33 του νέου ΠΚ επιλύεται, με ξεκάθαρο τρόπο, το ζήτημα των «τραγικών ηθικών διλημμάτων», καθώς καλύπτει το σύνολο των περιπτώσεων σύγκρουσης ισοδύναμων/ανάλογων νομικών καθηκόντων. Δηλαδή, δύναται να εφαρμοστεί τόσο στις υποθέσεις σύγκρουσης καθηκόντων ενέργειας, όσο και σε αυτές της σύγκρουσης καθηκόντων ενέργειας με καθήκοντα παραλείψεως. Σύμφωνα με την εν λόγω διάταξη αποκλείεται ο καταλογισμός της άδικης πράξης σε ενοχή του δράστη, ένεκα αποκλεισμού του «άλλως δύνασθαι πράττειν». Ο αποκλεισμός του καταλογισμού βασίζεται στην έντονη ψυχική πίεση, η οποία ασκείται πάνω στον δράστη και τον εμποδίζει να διαμορφώσει βούληση/άποψη, σύμφωνη με τις επιταγές και τις απαγορεύσεις του δικαίου, αλλά και στο γεγονός ότι η ανθρώπινη σκέψη αδυνατεί να δώσει λύση στη σύγκρουση στο

¹ Σύμφωνα με αυτό: «Ο ιατρός που βρίσκεται μπροστά σε σύγκρουση καθηκόντων αντιμετωπίζει τη σύγκρουση αυτή με βάση την επιστημονική του γνώση, τη σύγκριση των έννομων αγαθών που διακυβεύονται, τον απόλυτο σεβασμό της ανθρώπινης ζωής και αξιοπρέπειας και τη συνείδησή του στο πλαίσιο των αρχών του άρθρου 2.»

² Σύμφωνα με αυτό: «Η πράξη δεν καταλογίζεται σε εκείνον που την τέλεσε, αν κατά την τέλεσή της αδυνατούσε να συμμορφωθεί προς το δίκαιο λόγω ανυπέρβλητου για τον ίδιο διλήμματος εξαιτίας σύγκρουσης καθηκόντων και η προσβολή που προκλήθηκε από την πράξη είναι κατά το είδος και τη σπουδαιότητα ανάλογη με την προσβολή που απειλήθηκε.»

πλαίσιο της φιλοσοφικής ηθικής. Συνεπώς, ο ιατρός τελεί σε κάθε περίπτωση (εφόσον επήλθε ο θάνατος του ασθενούς) ανθρωποκτονία με πρόθεση (με ή χωρίς ενδεχόμενο δόλο) είτε δι' ενεργείας, είτε δια παραλείψεως, πλην όμως αποκλείεται ο καταλογισμός αυτής της άδικης πράξης σε ενοχή του και έτσι μένει ατιμώρητος, διότι δεν τέλεσε έγκλημα κατά την έννοια του άρθρου 14 ΠΚ. (Στόικος Χ. 2020).

Συζήτηση

Κατόπιν των θεμάτων που αναλύθηκαν στην παρούσα εργασία, γίνεται αντιληπτό ότι το βασικό πρόβλημα που κλήθηκε να αντιμετωπίσει η Ευρώπη, αναφορικά με την πανδημία COVID-19, ήταν η έλλειψη κλινών ΜΕΘ, αλλά και η υποστελέχωση των νοσοκομείων, σε συνδυασμό με την κόπωση του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού, η οποία επιβάρυνε το σύστημα υγείας, εγείροντας σοβαρά βιοηθικά ζητήματα, σχετικά με τις μεθόδους διαλογής των ασθενών για την εισαγωγή τους στη ΜΕΘ. Όπως φάνηκε από τις προσεγγίσεις διαλογής που παρουσιάστηκαν, το πιο βασικό ζήτημα που ανέκυψε είναι το εάν και κατά πόσο η ηλικία θα πρέπει να διαδραματίζει σημαντικό ρόλο κατά την διαδικασία της διαλογής των ασθενών, με τους γηραιότερους ή τους πιο ευάλωτους ασθενείς, να μειονεκτούν έναντι των νεότερων ή όσων δεν έχουν κάποιο υποκείμενο νόσημα. Από τα παραδείγματα των ευρωπαϊκών συστημάτων υγείας που παρουσιάστηκαν, ως προς τον τρόπο διαλογής των ασθενών για την εισαγωγή στη ΜΕΘ, προκύπτει ότι η Σουηδία έθεσε την πιο δίκαιη προσέγγιση, καθώς δεν απέκλεισε τους ηλικιωμένους από την ιατρονοσηλευτική περίθαλψη, αλλά πρότεινε ένα σχέδιο προληπτικής δράσης, για να προληφθεί η υπερφόρτωση των ΜΕΘ και να αποφευχθούν τα διλήμματα βιοηθικού τύπου, όπως συνέβη σε χώρες όπως η Ιταλία ή η Ισπανία.

Λαμβάνοντας υπόψη όλους τους παράγοντες που θα πρέπει να εξετάζονται κατά την διαλογή των ασθενών, κρίνεται ότι δεν θα πρέπει τα έτη ζωής να είναι ο κύριος παράγοντας διαλογής, αλλά θα πρέπει να υπάρχει μία συνεκτίμηση και της φυσικής κατάστασης του ατόμου, της βιολογικής του δηλαδή ηλικίας, των πιθανοτήτων για μακροπρόθεσμο προσδόκιμο ζωής, ύστερα από την εξαγωγή του από το νοσοκομείο και φυσικά τις πιθανότητες ανταπόκρισης του ατόμου στην θεραπεία της ΜΕΘ. Φυσικά, σε καμία περίπτωση δεν θα πρέπει να αποκλείονται από την υγειονομική φροντίδα ασθενείς λόγω της κοινωνικής και οικονομικής τους κατάστασης, της εθνικότητας, της φυλής, των θρησκευτικών και πολιτικών τους πιστεύω, του φύλου ή οποιουδήποτε άλλου στοιχείου της ατομικής τους ταυτότητας. Ομοίως, ο βαθμός προσφοράς των ατόμων στην κοινωνία, η εργαλειακή τους δηλαδή αξία, δεν θα πρέπει να αποτελεί κριτήριο διαλογής, καθώς κάτι τέτοιο αποτελεί μεροληπτική συμπεριφορά, πυροδοτεί κοινωνικές αντιδράσεις και διαχωρίζει τους ανθρώπους σε χρήσιμους και μη, αντιβαίνοντας έτσι στους δεοντολογικούς κανόνες της ιατρικής επιστήμης. Φυσικά, για τους

ίδιους λόγους δεν πρέπει να υφίσταται μεροληπτική αντιμετώπιση των επιφανών ή ευκατάστατων ατόμων.

Για τον περιορισμό των βιοηθικών ζητημάτων που ανακύπτουν σε τέτοιες δύσκολες για όλη την ανθρωπότητα καταστάσεις, θα πρέπει εξαρχής να υπάρχει ένας σωστός σχεδιασμός στα νοσοκομεία, που θα ρυθμίζει τα θέματα επάρκειας των υλικοτεχνικών πόρων, αλλά και του ανθρώπινου δυναμικού που στελεχώνει τη νοσοκομειακή μονάδα, προκειμένου να συναντώνται όσο το δυνατόν λιγότερες οριακές καταστάσεις, ακολουθώντας πάντα τα επιστημονικά ευρήματα και τα δεδομένα των κλινικών δοκιμών. Η πολιτεία είναι αρμόδια στο να προλαμβάνει φαινόμενα διαχωρισμού των ασθενών και να παρέχει ίση πρόσβαση στις δομές υγείας. Η ενίσχυση αυτών των δομών είναι ζωτικής σημασίας, καθόσον αυτές φροντίζουν το ύψιστο αγαθό, που είναι η ανθρώπινη ζωή. Σε αυτό το σημείο πρέπει να αναφερθεί ότι, ακατάλληλες και μη ενδεδειγμένες θεραπείες δεν μπορούν να έχουν θέση στα συστήματα υγείας, ενώ απαραίτητη κρίνεται η παροχή παρηγορητικής θεραπείας και πνευματικής καταφυγής στο πλαίσιο της διαχείρισης του ανθρώπινου πόνου και της απώλειας αγαπημένων προσώπων (Tambone V. Boudreau D. 2020 :2).

Επειδή ακριβώς το ύψιστο αγαθό είναι η ζωή, ο σεβασμός της ζωής και της αξιοπρέπειας του κάθε ατόμου, εξασφαλίζει σε όλους ανεξαιρέτως το δικαίωμα στη ζωή, χωρίς διακρίσεις και κατ' επέκταση στην ισότιμη πρόσβαση στην υγεία και την ιατροφαρμακευτική περίθαλψη. Ωστόσο, σε οριακές καταστάσεις και συνθήκες, όπως αυτή της πανδημίας COVID-19, απαιτείται συχνά η λήψη «σκληρών» αποφάσεων, που ενδεχομένως δεν ευνοούν το κάθε άτομο ξεχωριστά, αλλά το σύνολο των ασθενών. Η πανδημία έφερε στην επιφάνεια ηθικά διλήμματα, τα οποία δεν υπήρχαν έως τώρα, στην ιστορία της σύγχρονης ιατρικής επιστήμης. Τέτοια ηθικά διλήμματα είναι για παράδειγμα το κατά πόσον θα πρέπει οι ηλικιωμένοι ασθενείς να παραμελούνται, δίνοντας προτεραιότητα στην φροντίδα των νεότερων ασθενών ή εάν τα άτομα με υποκείμενα νοσήματα, που ούτως ή άλλως κινδυνεύουν από αυτά, θα πρέπει να εισάγονται στις ΜΕΘ ή εάν θα πρέπει να δίνεται προτεραιότητα στα πλήρως υγιή άτομα καθόσον, έχουν περισσότερες πιθανότητες επιβίωσης ή στα επιφανή πρόσωπα ή τυχόν δωρητές. Σίγουρα στην λήψη τέτοιας βαρύτητας αποφάσεων, δεν δύναται να επωφεληθούν ή να μείνουν ικανοποιημένοι οι πάντες. Είναι σημαντικό, για την εύρυθμη λειτουργία του συστήματος υγείας, το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό να διατηρεί την ψυχική του υγεία σε όσο το δυνατόν καλύτερα επίπεδα. Η εξασφάλιση της διαφάνειας στη διαδικασία, σύμφωνα με την οποία λαμβάνονται οι αποφάσεις, θα πρέπει να παρέχεται από την πολιτεία, σε ένα σαφώς καθορισμένο πλαίσιο, προκειμένου η κοινή γνώμη να μη νιώθει ότι εξαπατάται. Η συνέπεια των αποφάσεων που λήφθηκαν και η ικανότητα ενσυναίσθησης, είναι σημαντικά εφόδια των υπεύθυνων, που θα οδηγήσουν την κοινωνία εκτός της κρίσης.

Επιπρόσθετα, αναδείχθηκαν και άλλα ηθικά διλήμματα, όπως είναι για παράδειγμα, το δικαίωμα του θανάτου, σύμφωνα με το οποίο ο ασθενής αρνείται να λάβει την θεραπευτική αγωγή που του προτείνει ο ιατρός ή την εισαγωγή στην ΜΕΘ. Αυτή η συνθήκη είναι μια πρόκληση για τον ιατρό, ο οποίος καλείται να λάβει μια απόφαση, ακολουθώντας ένα από τα τρία διαθέσιμα μοντέλα λήψης αποφάσεων, το πατερναλιστικό, της αξιοπρέπειας και της συναπόφασης. Οι χειρισμοί του ιατρού θα πρέπει να είναι προσεκτικοί, καθώς η ζωή του ασθενούς εξαρτάται από αυτή την απόφαση. Τον τελικό λόγο φυσικά έχει ο ασθενής (εφόσον η κατάστασή του το επιτρέπει), ο οποίος μπορεί να αρνηθεί για οποιοδήποτε λόγο θεωρεί εκείνος σημαντικό, την παροχή επιπλέον ιατρικής φροντίδας.

Παρά τα κωλύματα που αναδείχθηκαν στα συστήματα υγείας κατά την πανδημία του κορωνοϊού και παρά το θλιβερό γεγονός της απώλειας ανθρώπινων ζωών, αυτή η κρίση θα μπορούσε να αποτελέσει αφορμή για την παροχή διδαγμάτων αποτελεσματικής πιθανής μελλοντικής διαχείρισης ανάλογων καταστάσεων. Ένα σύνολο ειδικών επιστημόνων, από διαφορετικά πεδία, σε συνεργασία με τους αρμόδιους φορείς και την πολιτική ηγεσία κάθε κράτους, αλλά και των κρατών συνολικά - εφόσον αναφερόμαστε σε παγκόσμια κρίση - θα μπορούσε να δημιουργήσει ένα σχέδιο δράσης, ώστε να αποφευχθούν ανάλογες καταστάσεις μελλοντικά και να υπάρχει αποτελεσματικότερη διαχείριση, δίχως να γίνονται διαχωρισμοί κατά την διαλογή των ασθενών στη ΜΕΘ. Η πανδημία δεν ήταν μόνο υγειονομική κρίση, αλλά και ηθική, αφού έφερε στην επιφάνεια βιοηθικά διλήμματα, περισσότερο από κάθε άλλη φορά, δίνοντας υλικό για μελλοντική έρευνα.

Βιβλιογραφία

Ελληνική

Αλαχιώτης, Σ. (2004). *Βιοηθική. Αναφορά στους γενετικούς και τεχνολογικούς νεωτερισμούς*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Βάντσος, Μ. (2016). *Το επιστημονικά εφικτό και το ηθικά ορθό. Προσεγγίσεις Ορθόδοξης Βιοηθικής*. Θεσσαλονίκη: Ostracon Publishing.

Κανελλοπούλου - Μπότη Μ. & Παναγοπούλου - Κουτνατζή Φ. (2016). *Βιοηθικοί προβληματισμοί II, Το πρόσωπο*. Αθήνα: Παπαζήση.

Κατσιμιγκάς, Γ. & Βασιλοπούλου, Γ. (2010). «Βασικές αρχές Βιοηθικής και Ορθόδοξης ηθικής». Το Βήμα του Ασκληπιού, 9 (2): 13.

Κρανιδιώτης, Γ. (2020). «Βιοηθικά διλήμματα κατά την πανδημία της Covid-19: διαλογή (triage) ασθενών για νοσηλεία στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας». Επιστημονικά Χρονικά, 25 (3): 399-407.

Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας (Ν.3418/2005 - ΦΕΚ 287/Α/28-11-2005)

Κωστούρου, Σ. & Αδάμου, Ε. (2009). «Δικαιώματα ασθενών που πεθαίνουν». Nosokomiaka Chronika, 71, Supplement: 302-308.

Μαυροφόρου-Γιαννούκα Α. (2012). *Ιατρική ευθύνη και ηθική*, Βόλος: Πανεπιστημιακές Εκδόσεις Θεσσαλίας.

Μπεχίτ, Α. (2021). *Βιοηθικά Ζητήματα και Πανδημία*. (Μεταπτυχιακή εργασία). Αθήνα: Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής.

Ποντικίδου, Σ. (2021). *Οι στάσεις των επαγγελματιών υγείας στις ΜΕΘ Θεσσαλονίκης σε θέματα περιορισμού θεραπειών σε ασθενείς χωρίς προσδόκιμο*. Θεσσαλονίκη: Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο.

Σαλαμούρα, Μ. (2020). «Κριτήρια επιλογής των ασθενών στις ΜΕΘ εν μέσω SARS-CoV-2 (COVID-19)». Βιοηθικά, 6 (2): 65-73.

Υπουργείο Υγείας (2023), «Λειτουργία Τμημάτων Εντατικής Θεραπείας Ενηλίκων-Παιδών». Εγκύκλιος Αριθμ. πρωτ.: Γ2α/οικ.11525.

Ξενόγλωσση

Aquino Y.S.J., Rogers W.A. et al. "Ethical Guidance for Hard Decisions: A Critical Review of Early International COVID-19 ICU Triage Guidelines" *Health Care Analysis* (2022) 30:163–195

<https://doi.org/10.1007/s10728-021-00442-0>

Beauchamp, T.L. & Childress, J.F. (1994). *Principles of Biomedical Ethics*. New York: Oxford University Press.

British Medical Association (BMA), (2020). *COVID-19 ethical issues. A guidance note*. London: BMA.

Curtis, R.J. & White, D.B. (2008). “Practical Guidance for Evidence-Based ICU Family Conferences”, *Chest*, 134, (4): 835–843. doi: 10.1378/chest.08-0235

Davidson, J.E., et. al., (2007). “Clinical practice guidelines for support of the family in the patient-centered intensive care unit: American College of Critical Care Medicine Task Force 2004-2005”, *Crit Care Med.*, 35, (2): 605-22.

Ezekiel, J.E., Govind, P., Ross, U., Thome, B., Parker, M., Glickman, A., Zhang, C., Boyle, C., Smith, M. & Phillips, J.P. (2020). “Fair Allocation of Scarce Medical Resources in the Time of Covid-19”. *N Engl J Med*, 382: 2049-2055.

Hussien, H., Nastasa, A., Apetrii, M., Nistor, I., Petrovic, M. & Covic, A. (2021). “Different aspects of frailty and COVID-19: points to consider in the current pandemic and future ones”. *BMC Geriatrics*, 21: 389. doi: <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02316-5>

Joebges, S. & Biller-Andorno, N. (2020). “Ethics guidelines on COVID-19 triage-an emerging international consensus”. *Crit Care*, 24: 201.

Komrad, M.S. (1983) “A defence of medical paternalism: maximising patients' autonomy”. *J Med Ethics*, 9, (1): 38–44.

Mandal, J., Ponnambath, D.K. & Parija, S.C. (2016). “Utilitarian and deontological ethics in medicine”. *Trop Parasitol*, 6: 5–7.

Mello, M.M., Persad, G. & White, D.B. (2020). “Respecting Disability Rights - Toward Improved Crisis Standards of Care”. *N Engl J Med*, 383: 26.

Rosenbaum, L. (2020). “Facing Covid-19 in Italy - Ethics, Logistics, and Therapeutics on the Epidemic's Front Line”. *N Engl J Med*, 382: 1873-1875.

Smithard, D.G., Abdelhameed, N. & Pieris, A. (2021). “Age, Frailty, Resuscitation and Intensive Care: With Reference to COVID-19”. *Geriatrics*, 6, (36). DOI: <https://doi.org/10.3390/geriatrics6020036>.

Solomon, M.Z., Wynia, M.K. & Gostin, L.O. (2020). “Covid-19 Crisis Triage - Optimizing Health Outcomes and Disability Rights”. *N Engl J Med*, 383: 27.

Sprung, C.L., Joynt, G.M., Christian, M.D., Truog, R.D., Rello, J. & Nates, J.L. (2020). “Adult ICU Triage During the Coronavirus Disease 2019 Pandemic: Who Will Live and Who Will Die? Recommendations to Improve Survival”. *Crit Care Med*, 48: 1196-1202.

Sprung, C.L., Danis, M., Iapichino, G., Artigas, A., Kesecioglu, J., Moreno, R., Lippert, A., Curtis, J.R., Meale, P., Cohen, S.L., Levy, M.M. & Truog, R.D. (2013). “Triage of intensive care patients: Identifying agreement and controversy”. *Intensive Care Med*, 39: 1916–1924.

Sprung, C.L., Baras, M., Iapichino, G., Kesecioglu, J., Lippert, A., Hargreaves, C., Pezzi, A., Pirracchio, R., Edbrooke, D.L., Pesenti, A., Bakker, J., Gurman, G., Cohen, S.L., Wiis, J., Payen, D. & Artigas, A. (2012). “The Eldicus prospective, observational study of triage decision making in European intensive care units. Part II: intensive care benefit for the elderly”. *Crit Care Med*, 40 (1): 132-8.

Swiss Academy of Medical Sciences (2020). “COVID-19 pandemic: triage for intensive-care treatment under resource scarcity”. *Swiss Med Wkly*, 150: 20229.

Vinay, R., Baumann, H. & Biller-Andorno, N. (2021). “Ethics of ICU triage during COVID-19”. *British Medical Bulletin*, 138: 5–16, doi: 10.1093/bmb/ldab009.

White, D.B & Lo, B. (2020). “A Framework for Rationing Ventilators and Critical Care Beds During the COVID-19 Pandemic”. *JAMA*, 323: 1773-1774.

Wilson, B.D. & Cleary, P.D. (1995). “Linking Clinical Variables with Health Related Quality of Life: A conceptual Model of Patient Outcomes”. *JAMA*, 273, (1): 59-65.

Wilkinson D. J. C.”.Frailty Triage: Is Rationing Intensive Medical Treatment on the Grounds of Frailty Ethical” THE AMERICAN JOURNAL OF BIOETHICS 2020, VOL. 21, NO. 11, 48–63

| Published online: 08 Dec 2020 doi.org/10.1080/15265161.2020.1851809

Vittoradolfo T. Donald B. Massimo C. et al “Ethical Criteria for the Admission and Management of Patients in the ICU Under Conditions of Limited Medical Resources: A Shared International Proposal in View of the COVID-19 Pandemic” Front. Public Health, 16 June 2020 Volume 8 - 2020 | <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.00284>

Διαδίκτυο

Kunz, R. & Minder, M. (2020). “COVID-19 pandemic: palliative care for elderly and frail patients at home and in residential and nursing homes”. *Swiss Med Wkly*, 150, (13), w20235. Ανακτήθηκε από: <https://doi.org/10.4414/smww.2020.20235> στις: 01-12-2022.

Lintern, S. (2020). ‘We are making difficult choices’: Italian doctor tells of struggle against

coronavirus. Independent UK 13-03-20. Ανακτήθηκε από: [‘We are making difficult choices’: Italian doctor tells of struggle against coronavirus | The Independent | The Independent](#) στις: 01-12-2022.

Meyfroidt, G., Vlieghe, E., Biston, P., De Decker, K., Wittebole, X., Collin, V., Depuydt, P., Duc Nam, N., Hermans, G., Jorens, P., Ledoux, D., Taccone, F. & Devisch, I. (2020). “Ethical principles concerning proportionality of critical care during the 2020 COVID-19 pandemic in Belgium: advice by the Belgian Society of Intensive care medicine”. Ανακτήθηκε από: https://www.siz.be/wp-content/uploads/COVID_19_ethical_E_rev3.pdf στις: 01-11-2022.

Mounk, Y. (2020). “The Extraordinary Decisions Facing Italian Doctors”. The Atlantic, 11-03-20. Ανακτήθηκε από: [Coronavirus: Extraordinary Decisions For Italian Doctors - The Atlantic](#) στις: 01-11-2022.

Rockwood, K. (2005). Clinical frailty scale. Ανακτήθηκε από: https://www.england.nhs.uk/south/wp-content/uploads/sites/6/2022/02/rockwood-frailty-scale_.pdf στις: 29-11-2022.

Άρειος Πάγος: Απόφαση 114/2018 (Ζ, ΠΟΙΝΙΚΕΣ), Ανακτήθηκε από: [ΑΡΕΙΟΣ ΠΑΓΟΣ - ΑΠΟΦΑΣΗ 118/2018 \(ΠΟΙΝΙΚΕΣ - Ζ\) \(areiospagos.gr\)](#) στις: 01-12-2023.

Βιδάλης Τ. (22-03-2021). COVID 19: Η προτεραιότητα ασθενών στη νοσοκομειακή περίθαλψη (triage). Ανακτήθηκε από: https://www.constitutionalism.gr/2021-03-22_vidalis_covid-19-triage/ στις 25-08-23.

Δούγαλης Ζ. (26-06-2016). Ενημέρωση και συναίνεση του ασθενούς: Πότε δεν απαιτείται - Δικαίωμα μη γνώσης. Ανακτήθηκε από: [Ενημέρωση και συναίνεση του ασθενούς: Πότε δεν απαιτείται – Δικαίωμα μη γνώσης | Ιατρικό Δίκαιο \(iatrikodikaio.com\)](#) στις: 01-12-2023.

Λιούρδη, Α. (07-04-2020). Ποινική ευθύνη των ιατρών στην Ιατρική των Καταστροφών - Με αφορμή την πανδημία του κορωνοϊού. Ανακτήθηκε από: <https://www.lawspot.gr/nomika-nea/poiniki-eythyni-ton-iatron-stin-iatriki-ton-katastrofon-me-aformi-tin-pandimia-toy> στις: 24 Δεκ 2023.

Μπίσιας Η. (02-12-2020). Αποφάσεις διαλογής ασθενών (Triage) – Το τραγικό δίλημμα του εντατικολόγου. Ανακτήθηκε από: <https://www.dikastiko.gr/articles/ilias-mpisias-apofaseis-dialogis-asthenon-triage-to-tragiko-dilimma-toy-entatikologoy/> στις: 01-12-2023.

Στόικος Χ. (03-04-2020) Η ποινική μεταχείριση των ιατρών σε περιπτώσεις «τραγικών ηθικών διλημμάτων». Ανακτήθηκε από: http://www.legalnews24.gr/2020/04/blog-post_48.html στις: 24 Δεκ 2023.