



Γιατί ένα τέτοιο Συμπόσιο WHY SUCH A SYMPOSIUM olympias.uoi.gr/32635 & [doi:heal.uoi.12442](https://doi.org/10.12442/heal.uoi.12442)
Ο δρόμος ως το Συμπόσιο TOWARDS THE SYMPOSIUM olympias.uoi.gr/32632 & [doi:heal.uoi.12439](https://doi.org/10.12439/heal.uoi.12439)
Πρόγραμμα PROGAM olympias.uoi.gr/32633 & [doi:heal.uoi.12440](https://doi.org/10.12440/heal.uoi.12440)
Ομιλίες ORAL PRESENTATIONS (121 βίντεο / videos) <https://www.youtube.com/@1-706/videos>
ΠΡΑΚΤΙΚΑ PROCEEDINGS olympias.uoi.gr/32634 & [doi:heal.uoi.12441](https://doi.org/10.12441/heal.uoi.12441)
Απολογισμός: Ήμουν κι εγώ εκεί! REPORT: I WAS THERE! olympias.uoi.gr/33342 & [doi:heal.uoi.13058](https://doi.org/10.13058/heal.uoi.13058)
Παρόν άρθρο THIS PAPER olympias.uoi.gr/33159 & [doi:heal.uoi.12915](https://doi.org/10.12915/heal.uoi.12915). EN Summary follows

Κρίσιμα βιοηθικά ζητήματα στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας¹

Ιωάννης Πνευματικός²

Περίληψη

Στις σύγχρονες ΜΕΘ προκύπτουν, συχνά, κρίσιμα βιοηθικά διλήμματα λόγω αύξησης των ασθενών με πολλές συνοσηρότητες αλλά και της δυνατότητας υποστήριξης και παράτασης της ζωής με σύγχρονα τεχνολογικά μέσα. Τα κρίσιμα βιοηθικά ζητήματα που ανακύπτουν στη διάρκεια νοσηλείας ασθενών στις ΜΕΘ περιλαμβάνουν: α. την εισαγωγή ενός ασθενή στη ΜΕΘ, που καθορίζεται από την ωφελιμότητα που αναμένεται, από τη συναίνεση του ασθενή ή των συγγενών του, αλλά και από τις εκάστοτε διαθέσιμες κλίνες νοσηλείας στη ΜΕΘ. β. τη μη κλιμάκωση (withholding) ή και την απόσυρση (withdrawing) της θεραπευτικής αγωγής, όταν αυτή δεν επιτυγχάνει τους στόχους που έχουν τεθεί εκ των προτέρων. γ. την επίκληση, εκ μέρους του ιατρού, της ιατρικής ματαιότητας (medical futility), δηλαδή, του άνωφελου μιας θεραπευτικής παρέμβασης. δ. την εφαρμογή μιας ιατρικής παρέμβασης που μπορεί να έχει, ταυτόχρονα, δυο αποτελέσματα σημαντικά, αλλά, εντελώς αντίθετα: ένα ωφέλιμο και ένα καταστροφικό. Πρόκειται για την αρχή του διπλού αποτελέσματος (principle of double effect).

Στην εποχή μας ολοένα και περισσότερο τα παραπάνω ζητήματα τείνουν να επιλύονται μέσω της συν-απόφασης (shared decision making) μεταξύ του προσωπικού της ΜΕΘ και των ασθενών ή των συγγενών τους.

Λέξεις κλειδιά: μονάδα εντατικής θεραπείας, μη κλιμάκωση θεραπευτικής αγωγής, απόσυρση θεραπευτικής αγωγής, αρχή του διπλού αποτελέσματος, ιατρική ματαιότητα, συν-απόφαση, προγενέστερες οδηγίες, ΜΕΘ, θάνατος πριν την ώρα του, θάνατος στην ώρα του, θάνατος μετά την ώρα του, ευθανασία, δυσθανασία, προθανασία, μεταθανασία, πότε πρέπει να πεθαίνουμε, ΠΠΠ, πού πρέπει να πεθαίνουμε, ΠύΠΠ, πώς πρέπει να πεθαίνουμε, ΠώΠΠ, με ποιον δίπλα μας πρέπει να πεθαίνουμε, ΠνΠΠ, από ποια αιτία πρέπει να πεθαίνουμε, ΠΑΠΠ, γιατί πρέπει να πεθαίνουμε, ΓΠΠ.

¹ 28-4-2017 19:45-21:50 Συνεδρία: Π8 Εύ ζην & Εύ θνήσκειν. Ομιλία 4η: [YouTube=td30-TY82n0](https://www.youtube.com/watch?v=td30-TY82n0) 18:12.

Άρθρο: υποβολή 4-1-2018· αποδοχή 20-5-2022· κρίση από ομότεχνους (peer review) όχι.

Αν οι **σύνδεσμοι** στην κορυφή αυτής της σελίδας δεν λειτουργούν: > ΠΡΑΚΤΙΚΑ: σελίδα 21: υποσημείωση 6.

Πώς να **αναφέρετε** αυτό το άρθρο: Πνευματικός Ι. «Κρίσιμα βιοηθικά ζητήματα στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας».

Στο: «Πότε Πρέπει να Πεθαίνουμε; (ΠΠΠ). Πρακτικά 1ου Διεπιστημονικού Συμποσίου, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, 28-30 Απριλίου 2017. ISBN 978-960-233-288-7». Εκδόσεις Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, αποθετήριο Ολυμπιάς, 7 Απριλίου 2024. Άρθρο Π84: σς 9. <https://olympias.lib.uoi.gr/jspui/handle/123456789/33159> & <http://dx.doi.org/10.26268/heal.uoi.12915>.

² **Καθηγητής Εντατικής Θεραπείας** στο Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης (ΔΠΘ), Διευθυντής Μονάδας Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης από το 2003. Έχει δημοσιεύσει σε διεθνή ιατρικά περιοδικά πάνω από 100 μελέτες συναφείς με το γνωστικό αντικείμενο της Εντατικής Θεραπείας και έχει δώσει πάνω 200 διαλέξεις σε Ελληνικά και Διεθνή συνέδρια. Είναι μέλος πολλών διεθνών Επιστημονικών Εταιρειών και έχει διοργανώσει συνέδρια και ημερίδες σχετικές με θέματα της Εντατικής Θεραπείας. Έχει τιμηθεί με 8 βραβεία καλύτερης επιστημονικής εργασίας σε Ελληνικά και Διεθνή συνέδρια. Διδάσκει το μάθημα της Εντατικής Θεραπείας στους 5ετείς φοιτητές της Ιατρικής Σχολής του ΔΠΘ. Βιογραφικό: https://med.duth.gr/wp-content/uploads/2019/11/cv_Pnevmatikos-en.pdf. ipnevmat@gmail.com.

Critical bioethical issues in the Intensive Care Unit³

Ioannis Pnevmatikos⁴

Summary

In modern ICUs, critical bioethical dilemmas often arise due to the increase of patients with many comorbidities but also the possibility of support and extension of life with modern technological means. Critical bioethical issues that arise during the hospitalization of patients in ICUs include: a. the admission of a patient to the ICU, which is determined by the expected benefit, by the consent of the patient or his relatives, but also by the available beds in the ICU. b. the non-escalation (withholding) or even the withdrawal (withdrawal) of the treatment, when it does not achieve the goals that have been set in advance. c. the invocation, on the part of the doctor, of medical futility, that is, of the uselessness of a therapeutic intervention. d. the implementation of a medical intervention that can have, at the same time, two important results, but, quite opposite: one beneficial and one destructive. This is the principle of double effect. Nowadays, the above issues tend to be resolved through co-decision (shared decision making) between ICU staff and patients or their relatives.

Keywords: *intensive care unit, non-escalation of treatment, withdrawal of treatment, medical futility, principle of dual effect, shared decisions making, advance directives, ICU, death before its time, death in its time, death after its time, eŧhanassía, euthanasia, dysthanassía, prothanassía, metathanassía, when should we die, WnSWD, where should we die, WrSWD, how should we die, HSWD, whom should we die with, WmSWDW, what cause should we die from, WCSWDF, why should we die, WySWD.*

Εισαγωγή

Η Εντατική Θεραπεία είναι μια σχετικά νέα ειδικότητα της Ιατρικής που η αρχή της τοποθετείται από τους περισσότερους στη διάρκεια της επιδημίας της πολιομυελίτιδας στην Κοπεγχάγη της Δανίας, το 1952, όταν για πρώτη φορά εφαρμόστηκε μηχανικός αερισμός με θετική πίεση μειώνοντας τη θνητότητα από αναπνευστική παράλυση κατά 60%! (1). Έκτοτε, η Εντατική Θεραπεία έχει διαγράψει μια συναρπαστική πορεία από την ηρωική εποχή της άμεσης αναζωογόνησης των επειγόντων και απειλητικών για τη ζωή καταστάσεων μέχρι την πολύπλοκη και πολυδύναμη αντιμετώπιση των βαρέως πασχόντων ασθενών μέσα στις τεχνολογικά υπερανπτυγμένες Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) της εποχής μας (2). Παρόλη, όμως, την εντυπωσιακή πρόοδο που έχει συντελεστεί στην παροχή υπηρεσιών στις ΜΕΘ, η φιλοσοφία τους παραμένει η ίδια: Υποστήριξη (Support) και συνεχής παρακολούθηση (Monitoring) των ζωτικών λειτουργιών των ασθενών, ώστε να εξασφαλισθεί ο απαιτούμενος χρόνος για τις θεραπευτικές παρεμβάσεις (φαρμακευτικές, χειρουργικές κ.λπ.). Όταν, όμως, οι τελευταίες αποτυγχάνουν οριστικά, μπορεί, αρκετά συχνά, πέραν της τεράστιας οικονομικής και

³ 28 Apr 2017 19:45-21:50 Session: *P8 To live well & To die well*. **Speech 4:** [YouTube=td30-TY82n0](#) 18:12.
Paper: submitted 4 Jan 2018; accepted 20 May 2022; no peer reviewed.

If the **links** at the top of the first page do not work: > Top of the 1st page: PROCEEDINGS: page 22: footnote 10.

Cite this article: Pnevmatikos I. «Critical bioethical issues in the Intensive Care Unit». In: «*When Should We Die?* (WnSWD). *Proceedings of the 1st Interdisciplinary Symposium. University of Ioannina, Greece, April 28-30, 2017. ISBN 978-960-233-288-7*». University of Ioannina Publications, Olympias repository. April 7, 2024. Paper P84: ps 9. <https://olympias.lib.uoi.gr/jspui/handle/123456789/33159> & <http://dx.doi.org/10.26268/heal.uoi.12915>.

⁴ Professor of Intensive Care, DUTH, Director of the Intensive Care Unit, University Hospital of Alexandroupolis, Alexandroupolis, Greece. Curriculum Vit https://med.duth.gr/wp-content/uploads/2019/11/cv_Pnevmatikos-en.pdf. ipneumat@med.duth.gr.

κοινωνικής επιβάρυνσης να προκύπτουν και έντονα ηθικά διλήμματα που σχετίζονται με τη λήψη κρίσιμων αποφάσεων που αφορούν το τέλος της ζωής (End of Life Decisions).

Γενικά, και όπως ισχύει παντού στην Ιατρική, για την αποτελεσματικότερη διαχείριση των πάρα πάνω διλημάτων ο ιατρός της ΜΕΘ θα πρέπει απαραίτητα να στηρίζεται στις τέσσερις θεμελιώδεις αρχές της Βιοηθικής: (3)

1. Σεβασμός της αυτονομίας (respect for autonomy),
2. «Ωφελείν» (beneficence),
3. «Μη βλάπτειν» (nonmaleficence)
4. Δικαιοσύνη (justice).

Στις ΜΕΘ, όμως, υπάρχει μια σημαντική ιδιαιτερότητα: οι περισσότεροι ασθενείς, λόγω της βαριάς τους κατάστασης, δεν έχουν την ικανότητα να λάβουν οι ίδιοι αποφάσεις σχετικές με τους στόχους της περαιτέρω νοσηλείας τους. Για το λόγο αυτό, πολύ συχνά, η οικογένειά τους εμπλέκεται στις σχετικές συζητήσεις εκπροσωπώντας τον ασθενή και τις πιθανές προτιμήσεις και επιθυμίες του. Ο βαθμός εμπλοκής της οικογένειας σε τέτοιες αποφάσεις ποικίλει, εκάστοτε, ανάλογα μεταξύ των διαφόρων χωρών αλλά και των πολιτιστικών και θρησκευτικών ιδιαιτεροτήτων. Όμως, ανεξαρτήτως του τόπου και των ιδιαιτεροτήτων, η καλή επικοινωνία μεταξύ των ιατρών της ΜΕΘ και της οικογένειας του ασθενούς είναι απαραίτητη για την επίλυση των διλημάτων που προκύπτουν. Στην εποχή μας η από κοινού απόφαση (shared decision making) μεταξύ θεραπόντων ιατρών και μελών της οικογένειας τείνει να υποκαταστήσει σε μεγάλο βαθμό το πατερναλιστικό μοντέλο του παρελθόντος, όπου ο ιατρός αποφάσιζε για όλα (4).

A. Κριτήρια εισαγωγής στη ΜΕΘ: Για ποιους ασθενείς «δεν ενδείκνυται» η Εντατική Θεραπεία

Τα κριτήρια για εισαγωγή στη ΜΕΘ είναι μάλλον σαφή και αναφέρονται σε επείγουσες παθολογικές καταστάσεις άμεσα απειλητικές για τη ζωή που δεν ανταποκρίνονται στις συνήθεις θεραπευτικές παρεμβάσεις και απαιτούν την άμεση υποστήριξη και συνεχή παρακολούθηση των ζωτικών λειτουργιών. Αντίθετα, είναι πολύ δύσκολη η θέσπιση κοινά αποδεκτών κριτηρίων βάσει των οποίων η εισαγωγή στην ΜΕΘ να κρίνεται ως «μη ενδεικνυόμενη».

Σοβαρά λοιπόν βιοηθικά ζητήματα μπορεί να προκύψουν, ήδη, από τη πρώτη στιγμή, όταν τίθεται το δίλλημα της εισαγωγής ή μη ενός ασθενούς στη ΜΕΘ. Τα ζητήματα αυτά αφορούν κατά κανόνα ασθενείς σε πολύ βαριά κατάσταση για τους οποίους δεν αναμένεται ωφέλεια από τη νοσηλεία στη ΜΕΘ. Τέτοιοι ασθενείς είναι αυτοί που βρίσκονται στο τελικό στάδιο χρόνιας νόσου, αυτοί με κακοήθη νοσήματα που δεν ανταποκρίνονται στη θεραπεία καθώς και ασθενείς σε προχωρημένη ηλικία με πολλά και σοβαρά προϋπάρχοντα προβλήματα υγείας. Στις περιπτώσεις αυτές και παρά τη χρήση ειδικών κλιμάκων βαρύτητας και των αντίστοιχων προγνωστικών μοντέλων η πρόγνωση είναι δύσκολο να εκτιμηθεί με ασφάλεια (5). Για το λόγο αυτό, ακόμη και οι πιο πρόσφατες κατευθυντήριες γραμμές της Αμερικάνικης Εταιρείας Εντατικής Θεραπείας τονίζουν ότι, η σύνταξη τεκμηριωμένων κριτηρίων εισαγωγής στη ΜΕΘ περικλείει σύνθετα ηθικά και νομικά ζητήματα που καθιστούν πολύ δύσκολη την εφαρμογή τους στη καθημερινή κλινική πρακτική (6). Παρόλα αυτά, η οποιαδήποτε απόφαση θα πρέπει να είναι αποτέλεσμα τριών μεταβλητών:

1. της ωφελιμότητας που προσδοκείται από τη νοσηλεία στη ΜΕΘ (ιατρική εκτίμηση)
2. της εικαζόμενης προτίμησης ή της εκπεφρασμένης επιθυμίας (επιθυμία ασθενούς, οικογένειας)
3. της διαθεσιμότητας κλινών στη ΜΕΘ (κοινωνικοί πόροι)

Ένας σημαντικός λόγος που στην εποχή μας τα παραπάνω διλήμματα μπορεί να οξύνονται είναι και οι αυξημένες προσδοκίες για τις δυνατότητες των ΜΕΘ που έχουν όχι μόνον οι ασθενείς και οι οικογένειές τους αλλά και οι ιατροί άλλων ειδικοτήτων. Στις περιπτώσεις αυτές θα πρέπει να γίνεται από όλους τους εμπλεκόμενους κατανοητό, ότι η εισαγωγή στη ΜΕΘ αποτελεί μια *θεραπευτική δοκιμή*. Προσφέρει στον ασθενή μια ευκαιρία να ωφεληθεί, αλλά η επιτυχής της έκβαση δεν είναι εκ των προτέρων εξασφαλισμένη (7). Όταν αυτή καθίσταται τελικά αδύνατη προκύπτουν άλλα, εξίσου έντονα, ηθικά διλήμματα, η μη επίλυση των οποίων μπορεί να οδηγήσει σε μια συνεχή και επώδυνη για όλους αναβολή του θανάτου.

B. Μη κλιμάκωση (withholding) και απόσυρση (withdrawing) αγωγής στη ΜΕΘ

Όταν οι υποστηρικτικές και θεραπευτικές παρεμβάσεις στη ΜΕΘ εκτιμώνται όχι μόνον ως μη ικανές να εκπληρώσουν τους στόχους τους αλλά, αντιθέτως, ότι μάλλον προκαλούν άσκοπη ταλαιπωρία και οδύνη στους ασθενείς, τότε προκύπτουν ηθικά διλήμματα σχετικά με το νόημα της συνέχισής τους. Τα διλήμματα αυτά οδήγησαν στην καθιέρωση των πρακτικών της *μη κλιμάκωσης (withholding)* και της *απόσυρσης (withdrawing)* της υποστηρικτικής για τη ζωής αγωγής (life sustaining treatment). Ως μη κλιμάκωση ορίζεται η απόφαση της μη εφαρμογής επιπρόσθετων θεραπειών ή μη αύξησης της έντασης των ήδη παρεχόμενων. Ως απόσυρση ορίζεται η απόφαση διακοπής του συνόλου ή τμήματος της χορηγούμενης αγωγής, χωρίς υποκατάστασή της από ισοδύναμη εναλλακτική. Οι δυο παραπάνω πρακτικές είναι ευρέως διαδεδομένες σε παγκόσμια κλίμακα. Η εφαρμογή τους, βεβαίως, εξαρτάται, σε άλλοτε άλλο βαθμό, από θρησκευτικές και πολιτισμικές ιδιαιτερότητες αλλά μπορεί και να ποικίλουν μεταξύ των διαφόρων ΜΕΘ της ίδιας χώρας ή περιοχής, ή ακόμη και μεταξύ εντατικολόγων της ίδιας ΜΕΘ (8-17).

Η μη κλιμάκωση έναντι της απόσυρσης της αγωγής

Πολλές μελέτες έχουν δείξει ότι οι γιατροί αισθάνονται πιο άνετα να μην αρχίζουν μια θεραπεία παρά να τη διακόπτουν (18-20). Η αιτία για αυτό δεν είναι απόλυτα ξεκάθαρες αλλά φαίνεται να σχετίζονται με το γεγονός ότι η μη έναρξη (ή μη κλιμάκωση) μιας θεραπείας θεωρείται ως παθητική πρακτική ενώ η διακοπή της (απόσυρση) ως ενεργητική και, ως εκ τούτου, συνεπάγεται μεγαλύτερη ηθική υπευθυνότητα (21). Όμως, παρά τη ψυχολογική προτίμηση των ιατρών για τη μη κλιμάκωση έναντι της απόσυρσης, η φιλοσοφική και νομική ανάλυση τις θεωρεί τις δυο πρακτικές ως ηθικά ισοδύναμες και, επομένως, οι γιατροί δεν θα πρέπει να κάνουν ηθική διάκριση μεταξύ των δυο. Η έναρξη και η συνέχιση ή μη μιας θεραπείας θα πρέπει να βασίζονται στις προτιμήσεις του ασθενή (ή των συγγενών) εφόσον έχει προηγηθεί η όσο το δυνατόν αντικειμενικότερη πληροφόρηση τους από τον υπεύθυνο ιατρό σχετικά με την προσδοκώμενη σχέση οφέλους (ωφέλειαν)/βλάβης (βλάβειν) (22). Όμως, η αποτελεσματικότητα ή όχι μιας θεραπευτικής παρέμβασης μπορεί να εκτιμηθεί μόνον μετά από την εφαρμογή της. Επίσης, η απροθυμία των ιατρών να διακόπτουν θεραπευτικές παρεμβάσεις μπορεί να τους οδηγήσει σε δισταγμό να τις εφαρμόσουν ακόμα και όταν υπάρχουν σαφείς ενδείξεις γι' αυτό ή ακόμη και ο ασθενής δυνητικά να τις θεωρούσε ωφέλιμες. Εν κατακλείδι, ο μόνος τρόπος να διαπιστωθεί η αποτελεσματικότητα μιας θεραπείας είναι η εφαρμογή της. Επομένως είναι σωστότερο μια θεραπεία να εφαρμόζεται και όταν φανεί ότι δεν αποδίδει να διακόπτεται (απόσυρση).

Γ. Ιατρική Μатаιότητα (Medical Futility) και Εντατική Θεραπεία

Η περιπέτεια ενός ατυχούς όρου

Οι αποφάσεις για μη κλιμάκωση και απόσυρση της αγωγής είναι ευρέως διαδεδομένες και, συχνά, προηγούνται, των θανάτων που λαμβάνουν χώρα όχι μόνον στις ΜΕΘ ενηλίκων ασθενών αλλά και σε εκείνες των νεογνών και των παιδιών (23-26). Οι αποφάσεις αυτές επιβάλλεται να λαμβάνονται κατόπιν κοινής συναίνεσης μεταξύ των θεραπόντων ιατρών και της οικογένειας και τείνουν να αντικατοπτρίζουν την εικαζόμενη επιθυμία του ασθενούς. Όταν, όμως, η οικογένεια διαφωνεί ή/και αντιτίθενται κατηγορηματικά προς τις συστάσεις των θεραπόντων ιατρών για μη κλιμάκωση ή/και απόσυρση της αγωγής τότε προκύπτουν δυσεπίλυτα προβλήματα διαχείρισης της κατάστασης των θνησκόντων ασθενών. Θα πρέπει, τότε, οι ιατροί να αποφασίσουν μονομερώς και να αναστείλουν τις θεραπευτικές παρεμβάσεις παραβλέποντας την επιθυμία της οικογένειας ή θα πρέπει να αποδεχθούν τη συνέχιση τους παρότι οι ίδιοι διαφωνούν;

Η έννοια της ματαιότητας ανευρίσκεται ήδη στα έργα του Ιπποκράτη, ως αποχή από τη θεραπεία ασθενών που είναι κατανηκνήμενοι από τη νόσο τους (27). Εισήχθη, όμως, τις τελευταίες δεκαετίες στην καθημερινή κλινική πρακτική ως μια απόπειρα περιορισμού της αυτονομίας των ασθενών και της οικογένειας αλλά και ως ένας τρόπος αντικειμενικής τεκμηρίωσης των αποφάσεων των ιατρών για μη κλιμάκωση και απόσυρση της αγωγής (28).

Η έννοια της ματαιότητας προτάθηκε για πρώτη φορά από τους L J Schneiderman και συν το 1990 (29). Έκτοτε, παρατηρήθηκε μια μεγάλη αύξηση της σχετικής βιβλιογραφίας καθώς και πολλές απόπειρες να δοθεί ένας κοινά αποδεκτός ορισμός της (30) (Πίνακας 1). Αυτό δεν έχει γίνει μέχρι σήμερα εφικτό γιατί παρά την προσπάθεια θέσπισης «αντικειμενικών» κριτηρίων προκειμένου μια θεραπεία να χαρακτηρίζεται ως «μάταιη», αυτά δεν παύουν κατά βάθος να αντανακλούν την υποκειμενική εκτίμηση και τις ηθικές πεποιθήσεις των ιατρών (31).

Πίνακας 1. Ορισμοί για τη Ματαιότητα (30)

1. Φυσιολογική ματαιότητα
 - Θεραπεία που δεν επιτυγχάνει το φυσιολογικό της στόχο
2. Ποσοτική ματαιότητα
 - Θεραπεία που έχει πιθανότητα επιτυχίας <1%
3. Ποιοτική ματαιότητα
 - Θεραπεία που δεν επιτυγχάνει μια αποδεκτή ποιότητα ζωής
 - Θεραπεία που απλώς συντηρεί μια κωματώδη κατάσταση
 - Θεραπεία που δεν επιτυγχάνει την πλήρη απεξάρτηση από τη ΜΕΘ
4. Ματαιότητα επικείμενου τέλους
 - Θεραπεία που δεν θα αποσοβήσει τον αναμενόμενο θάνατο του ασθενούς στο άμεσο μέλλον
5. Ματαιότητα θανατηφόρας (μοιραίας) κατάστασης
 - Ο ασθενής βρίσκεται σε κατάσταση που δεν θα επηρεαστεί από τη θεραπευτική παρέμβαση η οποία αναμένεται να τον οδηγήσει σε θάνατο εντός εβδομάδων ή μηνών.

Οι βαθμολογικές κλίμακες πρόγνωσης όπως το APACHE (Acute Physiologic and Chronic Health Evaluation), το SAPS (Simplified Acute Physiology Score) και το MPM (Mortality Prediction Model), που έχουν εισαχθεί για την εκτίμηση της πρόγνωσης της θνητότητας σε πληθυσμούς ασθενών στις ΜΕΘ στερούνται προγνωστικής αξίας σε ατομικό επίπεδο. Επομένως, δεν είναι χρήσιμες για την πρόβλεψη της ιατρικής ματαιότητας. Επίσης, κλινικές μελέτες που έχουν αποπειραθεί με συλλογή ποσοτικών δεδομένων να εκτιμήσουν συγκεκριμένους ασθενείς στους οποίους η περαιτέρω θεραπεία είναι μάταιη, έχουν δώσει απογοητευτικά αποτελέσματα (32, 33). Αντίθετα, καλύτερα αποτελέσματα έχει αποδώσει η υποκειμενική εκτίμηση εντατικολόγων για την πρόγνωση βαρέως πασχόντων ασθενών στη ΜΕΘ (μέτρια ή βαριά αναπηρία, ή θάνατος) (34). Ένα εγγενές πρόβλημα για την εδραίωση ενός ορισμού για την «ματαιότητα» προκύπτει από το πρόβλημα της «αυτο-εκπληρούμενης προφητείας» (35): Κάθε πρακτική περιορισμού μιας θεραπείας είτε μέσω της μη κλιμάκωσης είτε μέσω της απόσυρσής της, αυξάνει τεχνητά τη θνητότητα καθιστώντας έτσι μη έγκυρο τον προσδιορισμό του ανώφελου ή της ματαιότητάς της. Ακόμη, όμως, και μελέτες που έχουν εστιάσει σε ασθενείς που έλαβαν την μέγιστη διαθέσιμη υποστηρικτική θεραπεία χωρίς κανένα περιορισμό αδυνατούν να προσδιορίσουν με υψηλή προγνωστική βεβαιότητα για το αν η επιβίωση δεν είναι δυνατή (36).

Σε μια μελέτη όπου διερευνήθηκε η επιλογή μεταξύ διακοπής ή συνέχισης της θεραπείας σε βαρέως πάσχοντες ασθενείς της ΜΕΘ που η πρόγνωση τους για επιβίωση εκτιμήθηκε ως <1%, τα μέλη των οικογενειών επέλεξαν τη συνέχιση της θεραπείας σε ποσοστό 32% (37). Τα 2/3 μάλιστα εξ αυτών απάντησαν ότι δεν εμπιστεύονται έναν γιατρό που θα χαρακτηρίσει μια θεραπευτική αγωγή ως «μάταιη».

Εγκαταλείποντας τον όρο «ματαιότητα». Προς μια πολιτική αμοιβαίας προσέγγισης

Η αδυναμία διατύπωσης ενός αντικειμενικού και κοινά αποδεκτού ορισμού για τη «ματαιότητα» έχει οδηγήσει σε προτάσεις απόρριψης του όρου και αντικατάστασής του με άλλους που δεν δημιουργούν αρνητική προδιάθεση στους συγγενείς όταν αυτοί καλούνται να εκφέρουν την άποψή τους για τη συνέχιση ή τη διακοπή μιας θεραπείας στη ΜΕΘ. (Πίνακας 2).

Πίνακας 2. Εναλλακτικοί όροι για τη Ματαιότητα

- Ιατρική ματαιότητα (29)
- Κλινική ματαιότητα (38)
- Μη ωφέλιμη θεραπεία (39)
- Ιατρικά ακατάλληλη θεραπεία (40)
- Κλινικά ακατάλληλη θεραπεία (41)
- Μη συνιστώμενη, ιατρικώς, θεραπεία (40)
- Μη ενδεικνύομενη, ιατρικώς, θεραπεία (42)
- Δυνητικά ακατάλληλη θεραπεία (43)

Το 2015, η Αμερικανική Εταιρεία Θώρακος σε ομοφωνία με την Ευρωπαϊκή και Αμερικανική Εταιρεία Εντατικής Θεραπείας, Το Αμερικάνικο Κολλέγιο των Πνευμονολόγων και την Αμερικανική Νοσηλευτική Εταιρεία Εντατικής Θεραπείας πρότειναν τις επίσημες θέσεις τους σχετικά με τη διαχείριση των απαιτήσεων ασθενών ή συγγενών για θεραπείες για τις οποίες οι γιατροί διαφωνούν. Αντί του όρου ματαιότητα πρότειναν τον όρο «Potentially Inappropriate Therapy» δηλ «Δυνητικά ακατάλληλη θεραπεία» (43).

Η προσωπική μας εμπειρία από τις Ελληνικές ΜΕΘ μας οδηγεί στην επιλογή του όρου «ιατρικά ακατάλληλη θεραπεία». Τούτο για δυο λόγους: α. Η έκφραση «ιατρικά ακατάλληλη» υποδηλώνει μια εκτίμηση που έχει το κύρος της ιατρικής επιστήμης παρακάμπτοντας έτσι τον υποκειμενικό χαρακτήρα τού όρου «ματαιότητα» (44, 45). β. Η αναφορά στην «ακαταλληλότητα» μιας θεραπείας αναδεικνύει την ανάγκη αποσαφήνισης ενός στόχου για τον οποίον μια θεραπεία θα ήταν «κατάλληλη» (46). Όταν οι γιατροί και οι συγγενείς διαφωνούν για τους στόχους μιας θεραπείας είναι πολύ δύσκολο να επέλθει συμφωνία για την εφαρμογή η μη μιας θεραπείας.

Υπάρχουν δυο ηθικές αιτιολογήσεις εκ μέρους του ιατρού για την άρνησή του να χορηγήσει μια θεραπεία που κρίνεται ως ιατρικά ακατάλληλη. Η πρώτη, εδράζεται στην κρίση (πατερναλιστικού τύπου) ότι η συνέχιση της θεραπείας αντίκειται προς τα συμφέροντα του ασθενή και ότι τελικώς θα τα παραβιάσει. Τόσο η παράταση της ζωής (μικρή ή και καθόλου) όσο και η ποιότητά της (πόνος, δύσπνοια, αγωνία, αναξιοπρέπεια) υπερβαίνουν τα οφέλη της θεραπείας, αν αυτή συνεχιστεί. Η δεύτερη, που είναι εν προκειμένω και πιο αμφιλεγόμενη, αναφέρεται σε περιπτώσεις περιορισμένων διαθέσιμων πόρων (π.χ έλλειψη κρεβατιών ΜΕΘ) και εδράζεται στη βιοηθική αρχή της δικαιοσύνης δηλαδή της δίκαιης κατανομής πόρων ανεξαρτήτως φύλου, φυλής και ηλικίας. Δηλαδή, ότι με την εφαρμογή της εν λόγω θεραπείας αρνούμαστε την ευκαιρία σε άλλους ασθενείς, που έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να ωφεληθούν (47,48).

Σημαντικές προϋποθέσεις για την επιτυχή διεκπεραίωση τέτοιων δύσκολων καταστάσεων, όπως οι παραπάνω, είναι οι εξής:

1. Η έγκαιρη και εξ αρχής εδραίωση μιας αμοιβαίας και ειλικρινούς σχέσης μεταξύ του προσωπικού της ΜΕΘ και των συγγενών.
2. Οι διεπιστημονικές συναντήσεις της ομάδας που παρέχει τη θεραπεία και τη φροντίδα του ασθενή στη ΜΕΘ (ιατροί, νοσηλευτές, ψυχολόγοι)
3. Η διαθεσιμότητα παρηγορητικής φροντίδας στον ασθενή και συμβουλευτικής υποστήριξης των εμπλεκομένων ατόμων σε ηθικά ζητήματα
4. Η ανάπτυξη «υποστηρικτικής κουλτούρας» στη ΜΕΘ για πρακτικά ηθικά ζητήματα και επικοινωνία
5. Η εκπαίδευση για απόκτηση επικοινωνιακών δεξιοτήτων

Οι παραπάνω προϋποθέσεις αποτελούν τα τελευταία χρόνια αντικείμενο επίσημων θέσεων πολλών Επιστημονικών Εταιρειών της Ευρωπαϊκής και της Αμερικανική Εταιρεία Εντατικής Θεραπείας, καθώς και της Αμερικανικής Εταιρείας Θώρακος (49, 50)

Α. Η αρχή του διπλού αποτελέσματος (The principle of double effect)

Η αρχή του διπλού αποτελέσματος (the principle of double effect) αναφέρεται για πρώτη φορά από τον Θωμά Ακινάτη στο έργο του *Summa Theologica* (II-II, Qu. 64, Art.7) σε σχετική συζήτηση που αφορά τη

διάπραξη φόνου από κάποιον που βρίσκεται σε κατάσταση αυτοάμυνας, ενώ απειλείται άμεσα η ζωή του (51).

Σύμφωνα με την αρχή του διπλού αποτελέσματος, μερικές φορές, *μπορεί να είναι ηθικά δικαιολογημένη*, η πρόκληση μιας πολύ σοβαρής βλάβης (ακόμη και θάνατος) ως παρενέργεια (double effect) μιας πράξης που αποσκοπεί σε καλό αποτέλεσμα. Για παράδειγμα, ο βομβαρδισμός στρατιωτικών στόχων του εχθρού, *αποσκοπεί στο καλό* (ήττα του εχθρού) ενώ το κακό (απώλεια άμαχων), παρότι προβλέπεται, *παραβλέπεται ως παρενέργεια*. Αντίθετα, *δεν είναι ηθικά επιτρεπτή μια πράξη που σκοπεύει μέσω του κακού να επιτύχει ένα καλό αποτέλεσμα*. Για παράδειγμα, ο βομβαρδισμός άμαχου πληθυσμού με σκοπό την ψυχολογική αποδυνάμωση του εχθρού υποδηλώνει *σκοπιμότητα μέσω του κακού* (θάνατος αθώων) να επιτευχθεί το καλό (ήττα του εχθρού) (52).

Παρόλο που υπάρχουν αρκετές διαφωνίες μεταξύ φιλοσόφων και θεολόγων σχετικά με την ηθική τεκμηρίωση της αρχής του διπλού αποτελέσματος η κλασική μορφή της περιλαμβάνει ως διατύπωση τέσσερις προϋποθέσεις που πρέπει να εξασφαλίζονται ταυτόχρονα ώστε μια πράξη να θεωρείται ως ηθικά επιτρεπτή (53):

1. Η πράξη να μην είναι καθεαυτή ανήθικη
2. Η πράξη να σκοπεύει μόνο στο καλό αποτέλεσμα (το κακό προβλέπεται, αλλά δεν σκοπεύεται)
3. Η πράξη να μην σκοπεύει στο κακό, ως μέσον, για την επιτυχία του καλού
4. Η πράξη να επιβάλλεται από ένα λόγο τόσο σοβαρό και σπουδαίο που να δικαιολογεί τον κίνδυνο του κακού αποτελέσματος

Στην ιατρική πράξη κλασικό είναι το παράδειγμα χορήγησης οπιοειδών σε ασθενείς τελικού σταδίου με στόχο την ανακούφισή τους από τον πόνο και τη δύσπνοια. Στις περιπτώσεις αυτές υπάρχει ο κίνδυνος επίσπευσης του θανάτου λόγω καταστολής των αναπνευστικών κέντρων. Η συγκεκριμένη πράξη είναι ηθικά επιτρεπτή εφόσον δεν είναι καθεαυτή ανήθικη, σκοπεύει στην ανακούφιση και όχι στον θάνατο, και επιβάλλεται, χωρίς να υπάρχει εναλλακτική πρακτική, από ένα λόγο αρκούντως σοβαρό (αποφυγή οδυνηρού και βασανιστικού θανάτου). Από αναδρομικές μελέτες φαίνεται ότι η χρήση κατασταλτικών και αναλγητικών φαρμάκων για την ανακούφιση από την οδύνη σε ασθενείς τελικού σταδίου δεν επισπεύδει το θάνατο αρκεί η χορήγησή τους να τιτλοποιείται, κάθε φορά, με προσοχή (54, 55).

Βιβλιογραφία

1. Lassen HC. A preliminary report on the 1952 epidemic of poliomyelitis in Copenhagen with special reference to the treatment of acute respiratory insufficiency. *Lancet* 1953; 1:37–41.
2. Pneumatikos I, Kouliatsis G. The exciting adventure of Intensive Care Medicine. Where did we begin, where are we now, where are we heading? *Pneumon* 2016; 29(3):211-215.
3. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of biomedical ethics*. 6th ed. Oxford university Press, New York, 2009.
4. Curtis JR, White DB. Practical guidance for evidence-based ICU family conferences. *Chest* 2008; **134**: 835–43
5. Hillman KM, Magnollia Cardona Morell. The ten barriers to appropriate management of patients at the end of their life. *Intensive Care Med* 2015; 41:1700–2.
6. [Nates JL](#)¹, [Nunnally M](#), [Kleinpell R](#), et al. ICU Admission, Discharge, and Triage Guidelines: A Framework to Enhance Clinical Operations, Development of Institutional Policies, and Further Research. [Crit Care Med](#). 2016 Aug; 44(8):1553-602.
7. Γ. Κρανιδιώτης, Β. Γεροβασίλης, Α. Τασούλης, Σ. Νανάς. Προτελεύτια διλήμματα στη μονάδα εντατικής θεραπείας Μη κλιμάκωση και απόσυρση της υποστηρικτικής της ζωής αγωγής. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 2010; 27(1):18-36
8. Sprung CL, Cohen SL, Sjokvist P et al . End-of-life practices in european intensive care units: The ETHICUS study. *JAMA* 2003, 290:790–797
9. Curtis JR, Vincent J-LEthics and end-of-life care for adults in the intensive care unit. *Lancet* 2010; 376:1347–1353. doi: 10.1016/S0140-6736(10)60143-2
10. Eidelman LA, Jakobson DJ, Pizov R et al Forgoing life-sustaining treatment in an Israeli ICU. *Intensive Care Med* 1998; 24:162–166

11. Aldawood AS, Alsultan M, Arabi Y et al End-of-life practices in tertiary intensive care unit in Saudi Arabia. *Anaesth Intensive Care* 2012; 40:137–141
12. Yazigi A, Riachi M, Dabbar G. Withholding and withdrawal of life sustaining treatment in a Lebanese intensive care unit: a prospective observational study. *Intensive Care Med* 2005; 31:562–567. doi: 10.1007/s00134-005-2578-4
13. Mani RK, Mandal AK, Bal S et al. End-of-life decisions in an Indian intensive care unit. *Intensive Care Med* 2009; 35:1713–1719. doi: 10.1007/s00134-009-1561-x
14. Esteban A, Gordo F, Solsona JF et al. Withdrawing and withholding life support in the intensive care unit: a Spanish prospective multi-centre observational study. *Intensive Care Med* 2001; 27:1744–1749. doi:10.1007/s00134-001-1111-7
15. Wunsch H, Harrison DA, Harvey S, Rowan K. End-of-life decisions: a cohort study of the withdrawal of all active treatment in intensive care units in the United Kingdom. *Intensive Care Med* 2005; 31:823–831. doi:10.1007/s00134-005-2644-y
16. Garland A, Connors AF. Physicians' influence over decisions to forego life support. *J Palliat Med* 2007; 10:1298–1305. doi: 10.1089/jpm.2007.0061
17. Mark NM1, Rayner SG, Lee NJ, Curtis JR. Global variability in withholding and withdrawal of life-sustaining treatment in the intensive care unit: a systematic review. *Intensive Care Med*. 2015 Sep;41(9):1572-85. doi: 10.1007/s00134-015-3810-5. Epub 2015 Apr 23.
18. Solomon MZ, Sellers DE, Heller KS, et al: New and lingering controversies in pediatric end-of-life care. *Pediatrics* 2005; 116: 872–883
19. Solomon MZ, O'Donnell L, Jennings B, et al: Decisions near the end of life: Professional views on life-sustaining treatments. *Am J Public Health* 1993; 83:14–23
20. Burns JP, Mitchell C, Griffith JL, et al: Endof-life care in the pediatric intensive care unit: Attitudes and practices of pediatric critical care physicians and nurses. *Crit Care Med* 2001; 29:658–664
21. Truog RD1, Campbell ML, Curtis JR, Haas CE, Luce JM, Rubenfeld GD, Rushton CH, Kaufman DC; American Academy of Critical Care Medicine Recommendations for end-of-life care in the intensive care unit: a consensus statement by the American College [corrected] of Critical Care Medicine. *Crit Care Med*. 2008 Mar;36(3):953-63. doi: 10.1097/CCM.0B013E3181659096.
22. Meisel A: Legal myths about terminating life support. *Arch Intern Med* 1991; 151: 1497–1502
23. Piva J, Lago P, Othero J, et al. Evaluating end of life practices in ten Brazilian paediatric and adultintensive care units. *J Med Ethics*. 2010; 36:344–348. [PubMed: 20439333]
24. Naghib S, van der Starre C, Gischler SJ, et al. Mortality in very long-stay pediatric intensive care unit patients and incidence of withdrawal of treatment. *Intensive Care Med*. 2010; 36:131–136.[PubMed: 19855954]
25. Sands R, Manning JC, Vyas H, et al. Characteristics of deaths in paediatric intensive care: a 10-year study. *Nursing in critical care*. 2009; 14:235–240. [PubMed: 19706074]
26. Verhagen A, Dorscheidt J, Engels B, et al. End-of-life decisions in Dutch neonatal intensive.
27. *Ιπποκράτης. Περί Τέχνης, III, 5*
28. Pope TM. Legal briefing: medical futility and assisted suicide. *J Clin Ethics*. 2009; 20:274–286.
29. Schneiderman LJ, Jecker NS, Jonsen AR. Medical futility: its meaning and ethical implications. *Ann Intern Med*. 1990; 112:949–954. [PubMed: 2187394]
30. Wilkinson DJ, Savulescu J. Knowing when to stop: futility in the ICU. *Curr Opin Anaesthesiol*. 2011 Apr;24(2):160-5. doi:10.1097/ACO.0b013e328343c5af.
31. Helft PR, Siegler M, Lantos J. The rise and fall of the futility movement. *N Engl J Med*. 2000;343:293–296. [PubMed: 10911014]
32. van Gestel JP, Robroch AH, Bollen CW, et al. Mechanical ventilation for respiratory failure in children with severe neurological impairment: is it futile medical treatment? *Dev Med Child Neurol*. 2010; 52:483–488. [PubMed: 20089050]
33. Pircher IR, Stadlbauer KH, Severing AC, et al. A prediction model for out-of-hospital cardiopulmonary resuscitation. *Anesthesia and analgesia*. 2009; 109:1196–1201. [PubMed: 19762749]

34. Finley Caulfield A, Gabler L, Lansberg MG, et al. Outcome prediction in mechanically ventilated neurologic patients by junior neurointensivists. *Neurology*. 2010; 74:1096–1101. [PubMed: 20368630]
35. Wilkinson D. The self-fulfilling prophecy in intensive care. *Theor Med Bioeth*. 2009; 30:401–410. [PubMed: 19943193]
36. Gabbay E, Calvo-Broce J, Meyer KB, et al. The empirical basis for determinations of medical futility. *J Gen Intern Med*. 2010; 25:1083–1089. [PubMed: 20645019]
37. Zier LS, Burack JH, Micco G, et al. Surrogate decision makers' responses to physicians predictions of medical futility. *Chest*. 2009; 136:110–117. [PubMed: 19318665]
38. Doukas DJ, McCullough LB. A preventive ethics approach to counseling patients about clinical futility in the primary care setting. *Archives of family medicine*. 1996; 5:589–592. [PubMed:8930232]
39. American College of Emergency Physicians. Non-beneficial ('Futile') Emergency Medical (2017) Διαθέσιμο: <https://www.acep.org/Content.aspx?id=29590>
40. Fine RL. Point: The Texas advance directives act effectively and ethically resolves disputes about medical futility. *Chest*. 2009; 136:963–967.
41. General Medical Council. Treatment and care towards the end of life: good practice in decision making. GMC; London: 2010. http://www.gmc-uk.org/End_of_life.pdf_32486688.pdf
42. McCabe MS, Storm C. When doctors and patients disagree about medical futility. *Journal of oncology practice / American Society of Clinical Oncology*. 2008; 4:207–209. [Bosslet GT](#) et al
43. An Official ATS/AACN/ACCP/ESICM/SCCM Policy Statement: Responding to Requests for Potentially Inappropriate Treatments in Intensive Care Units. [Am J Respir Crit Care Med](#). 2015 Jun 1;191(11):1318-30. doi: 10.1164/rccm.201505-0924ST.
44. Truog RD, Brett AS, Frader J. The problem with futility. *N Engl J Med*. 1992; 326:1560–1564. [PubMed: 1285741]
45. Chwang E. Futility clarified. *J Law Med Ethics*. 2009; 37:487–495. 396. [PubMed: 19723259]
46. Mohindra RK. Medical futility: a conceptual model. *J Med Ethics*. 2007; 33:71–75. [PubMed:17264191]
47. Niederman M, Berger J. The delivery of futile care is harmful to other patients. *Crit Care Med*. 2010; 38:S518–S522. [PubMed: 21164391]
48. McDermid RC, Bagshaw SM. Prolonging life and delaying death: the role of physicians in the context of limited intensive care resources. *Philos Ethics Humanit Med*. 2009; 4:3. [PubMed: 19216749]
49. [Truog RD](#)¹, [Campbell ML](#), [Curtis JR](#), [Haas CE](#), [Luce JM](#), [Rubenfeld GD](#), [Rushton CH](#), [Kaufman DC](#); [American Academy of Critical Care Medicine](#). Recommendations for end-of-life care in the intensive care unit: a consensus statement by the American College [corrected] of Critical Care Medicine. [Crit Care Med](#). 2008 Mar;36(3):953-63. doi: 10.1097/CCM.0B013E3181659096.
50. [Kon AA](#)¹, [Davidson JE](#), [Morrison W](#), [Danis M](#), [White DB](#); [American College of Critical Care Medicine](#); [American Thoracic Society](#) Shared Decision Making in ICUs: An American College of Critical Care Medicine and American Thoracic Society Policy Statement.. [Crit Care Med](#). 2016 Jan;44(1):188-201. doi: 10.1097/CCM.0000000000001396
51. Aquinas, Thomas (13th c). *Summa Theologica II-II*, Q. 64, art. 7, "Of Killing", in *On Law, Morality, and Politics*, William P. Baumgarth and Richard J. Regan, S.J. (eds.), Indianapolis/Cambridge: Hackett Publishing Co., 1988, pp. 226–7.
52. Doctrine of Double Effect (*First published Wed Jul 28, 2004; substantive revision Tue Sep 23, 2014*) In [Stanford Encyclopedia of Philosophy](#) <https://plato.stanford.edu/entries/double-effect/>
53. Engelhardt HT. *The foundations of bioethics*. 2nd ed. Oxford University Press, New York, 1996
54. Sykes N, Thorns A. Sedative use in the last week of life and the implications for end-of-life decision making. *Arch Intern Med* 2003, 163:341–344
55. [Chan JD](#)¹, [Treece PD](#), [Engelberg RA](#), [Crowley L](#), [Rubenfeld GD](#), [Steinberg KP](#), [Curtis JR](#). Narcotic and benzodiazepine use after withdrawal of life support: association with time to death? [Chest](#). 2004 Jul;126(1):286-93.