

**ΠΡΩΤΟΤΥΠΗ ΕΡΓΑΣΙΑ****Ηθικό και δεοντολογικό δίλημμα οι χειρουργικές επεμβάσεις σε υπερήλικες αρρώστους;**

«Μηδένα προ του τέλους μακάριζε»

Πλούταρχος, Βίοι Παράλληλοι, Σόλων, 27-281

«...τα τέλη της ζωής ημών, ανώδυνα, ανεπαίσχυντα και ειρηνικά...»

Χριστιανική Ευχή<sup>2</sup>

**Δ.Σ. Γεωργόπουλος**

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ****ΙΑΤΡΟΣ ΑΤΕΧΝΟΣ:**

Ιατρός ην άτεχνος. Ούτος αρρώστω παρακολουθών, πάντων ιατρών λεγόντων αυτόν μη κινδυνεύειν, αλλά χρονίσειν εν τη νόσω, ούτος μόνος έφη αυτώ πάντα τα αυτού ετοιμάσαι «την αύριον γαρ ουκ υπερβήση». Ταύτα ειπών υπεχώρησε. Μετά χρόνον δε τινά αναστάς ο νοσών προήλθεν ωχρός και μόλις βαίνων. Ο δε ιατρός συναντήσας αυτώ «Χαίρε, έφη, πως έχουσιν οι κάτω;» Κακείνος είπεν «Ηρεμούσι πίνοντες το της Λήθης ύδωρ. Προ ολίγου δε ο Θάνατος και ο Άδης δεινώς ηπειλούν τους ιατρούς πάντας ότι τους νοσούντας ουκ εύσιν αποθνήσκειν, και κατεγράφοντο πάντας. Έμελλον δε και σε γράψαι, αλλ' εγώ προσπεσών αυτοίς και δυσωπίσας εξωμοσάμην αυτοίς μη αληθή ιατρόν είναι σε, αλλά μάτην διεβλήθης»<sup>3</sup>.

Όλες οι μορφές εξουσίας, του πολιτικού, του δασκάλου, του αστυνομικού, του δικηγόρου, του δικαστή, του δημοσιογράφου, των πολιτών έχουν περιορισμούς. Κανένος η εξουσία δεν είναι απεριόριστη. Για όλους ισχύουν όρια. Εξαιρούνται οι γιατροί. Με την εξουσία αυτή στα χέρια, ο γιατρός προσπαθεί, με κάθε μέσο, να παρατείνει τη ζωή του αρρώστου, πέρα από το όριό της. Έχει αυτό το δικαίωμα; Ποιος όμως πρέπει να αποφασίσει για το ρηγμένο ανεύρυσμα; Για το ρηγμένο ανεύρυσμα σε έναν υπερήλικα άρρωστο; Ο γιατρός ή ο άρρωστος; Η απάντηση έρχεται αυτόματα. Αποφασίζει αυτός που έχει τις γνώσεις, ενώ αυτός που δεν γνωρίζει, ακολουθεί. Ο γιατρός όμως δεν μπορεί μόνος του να αποφασίζει για τη τύχη του αρρώστου και θα πρέπει να περιοριστεί στα καθήκοντα του «τεχνικού» συμβούλου, και μόνο σε αυτά. Προέχει η βούληση του αρρώστου.

**ΚΑΝΟΝΙΣΜΟΙ ΥΠΑΡΧΟΥΝ. ΤΗΡΟΥΝΤΑΙ;**

Ο Ιπποκράτης (460-370 π.Χ.) προπαγάνδιζε το «ωφελείν» και το «μη βλάπτειν». Στον Όρκο του αναφέρεται, μετά άλλων, αυτολεξεί: « ου δώσω δε ουδέ φάρμακον

Δρ Παν/μίων Βόννης & Αθηνών, πρώην αγγειοχειρουργός - Διευθυντής Αγγειοχειρουργικών Τμημάτων Εθνικού Συστήματος Υγείας 1985-2006 (Ελπίς & Κωνσταντοπούλειο-Αγία Όλγα).

ουδενί αιτηθείς θανάσιμον, ουδέ υφηνήσομαι ξυμβουλήν τοιήνδε...», και στα νεοελληνικά «... να μην χορηγήσω δηλητήριο θανατηφόρον όταν τούτο μου ζητηθεί, ουδέ να συστήσω υπόδειξιν τοιαύτης φύσεως...»<sup>4</sup>.

Πουθενά δεν αναφέρεται ότι ο γιατρός πρέπει να προσπαθεί, με κάθε μέσο και με το όποιο κόστος, να παρατείνει τη ζωή. Αναφορικά με την ευθύνη του γιατρού, ο Πλάτωνας θεωρούσε ότι δεν υφίσταται ευθύνη για το γιατρό όταν αυτός πράττει καλόπιστα, ενώ ο Ιπποκράτης είχε εκφράσει τη λύπη του για τη μη θέσπιση ευθύνης για τον γιατρό<sup>5</sup>.

Πρώτοι οι Βαβυλώνιοι (2000 π.Χ.) προχώρησαν στον καθορισμό της ευθύνης του γιατρού, με διάφορα άρθρα στον «Κώδικα Hammurabi». Το άρθρο 218 αναφέρει ότι «αν ένας χειρουργός χειρουργήσει έναν ευπατρίδη με χάλκινο νυστέρι, για μια βαριά βλάβη και προκαλέσει το θάνατό του, ή αφαιρέσει ένα καταρράκτη ενός ευπατρίδη με χάλκινο νυστέρι και χάσει το μάτι του, το χέρι του θα του κοπεί»<sup>6</sup>.

Ο Emmanuel Kant το 1785 μ.Χ. διατύπωσε τη φιλοσοφική βάση της ύψιστης ηθικής, τον Απόλυτο Κανόνα: «πράξε μόνο με βάση τον κανόνα που επιθυμείς να γίνει παγκόσμιος κανόνας». Ο ύψιστος ηθικός νόμος είναι ότι κανένα άτομο δεν θα αντιμετωπιστεί ως μέσον αλλά ως τελικός σκοπός<sup>7</sup>. Ο Beauchamp & Childress<sup>8</sup> καθόρισαν τέσσερις αρχές της ιατρικής ηθικής: το σεβασμό στην ατομική βούληση, την ενεργό καλοσύνη, τη μη βλάβη και τη δικαιοσύνη. Ο Illich<sup>9</sup> πρόσθεσε τρία ακόμη: το συμπάσχειν, την καταδεκτικότητα και το σεβασμό. Ο Gillon γράφει ότι: «ο γιατρός συμβουλεύει αλλά δίνει στον άρρωστο την ευκαιρία να αποφασίσει εάν θα ακολουθήσει ή όχι τη συμβουλή... Οι γιατροί είναι υποχρεωμένοι... να εξασφαλίσουν ότι ασκούν την ιατρική με τέτοιο τρόπο που πραγματικά ωφελεί τον άρρωστο με τη μικρότερη βλάβη»<sup>10</sup>. Το 1983, η Διακήρυξη της Παγκόσμιας Ιατρικής Ένωσης στη Βενετία αποδέχτηκε τη δήλωση του Πάπα Πίου XII (1958) ότι: «το αγαθό της σωτηρίας της ζωής είναι ηθικά υποχρεωτικό μόνο όταν η επίτευξή του δεν είναι υπέρρογκα δυσβάσταχτη ή ανάρμοστη σε σχέση με την αναμενόμενη ωφέλεια»<sup>6</sup>. Η Ελληνική Πολιτεία με το Νόμο 2071/1992 (ΦΕΚ 123), και το άρθρο 4711 αναφέρεται στα δικαιώματα του αρρώστου. Η παράγραφος 3 αναφέρει αυτολεξί: «ο ασθενής έχει το δικαίωμα να συγκατατεθεί ή να αρνηθεί κάθε διαγνωστική ή θεραπευτική πράξη που πρόκειται να διενεργηθεί σε αυτόν» και η 4: «ο ασθενής δικαιούται να ζητήσει να πληροφορηθεί ό,τι αφορά την κατάστασή του. Το συμφέρον του ασθενούς είναι καθοριστικό και εξαρτάται από την πληρότητα και την ακρίβεια των πληροφοριών που του δίνονται. Η πληροφόρηση του ασθενούς πρέπει να του επιτρέπει να

σχηματίσει πλήρη εικόνα των ιατρικών, των κοινωνικών και των οικονομικών παραμέτρων της καταστάσεώς του και να λαμβάνει αποφάσεις ο ίδιος ή να μετέχει στη λήψη αποφάσεων, που είναι δυνατόν να προδικάσουν τη μετέπειτα ζωή του».

## ΤΙ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΑ ΣΥΜΒΑΙΝΕΙ;

Οι άνθρωποι της μεγάλης ηλικίας είναι στόχος μιας δέσμης επιθετικών ή ολιγότερο επιθετικών θεραπειών. Σήμερα, ο ασθενής των 80 ή 90 ετών, αν και δίνεται η εντύπωση ότι το τέλος του πλησιάζει, υφίσταται πολλές θεραπείες. Γιατί οι γιατροί δεν μπορούν να δεχθούν ότι η ζωή έχει περιορισμένη διάρκεια και ότι οι άρρωστοι αυτοί έχουν ανάγκη φροντίδας αντί «θεραπείας»; Πού οφείλεται η συμπεριφορά μας αυτή; Μήπως η ανθρωπινή φύση μας δεν μπορεί να αποδεχθεί την αρρώστια ως μια ένδειξη του επερχόμενου θανάτου; Μήπως μια εσωτερική δύναμη μας ωθεί να προσπαθούμε πάντοτε να παρατείνουμε τη ζωή; Να ξεπεράσουμε τα ανθρώπινα όρια ενώ γνωρίζουμε ότι αυτά δεν ξεπερνιούνται;

Ερωτάται πραγματικά ο άρρωστος με το ρηγμένο ανεύρυσμα της κοιλιακής αορτής αν θέλει να χειρουργηθεί όταν μεταφέρεται στο χειρουργείο; Λαμβάνονται υπόψη οι συνθήκες της ψυχικής του, της σωματικής του και της οικονομικής του ρώμης; Γιατί ο γιατρός καθορίζει και επιβάλλει τι πρέπει να γίνει; Μήπως φταίει η εκπαίδευσή μας και η μέχρι τούδε εφαρμοζόμενη τακτική; Μήπως ο μειωμένος αριθμός περιπτώσεων ασθενών; Μήπως το προσδοκώμενο εισόδημα; Μήπως η πολιτική των εταιρειών παρασκευής και εμπορίας των συνθετικών υποκατάστατων και των υλικών ενδοπροθέσεων;

Είναι γνωστό, από τους οικονομολόγους της υγείας, ότι σε όλα τα πολιτικά συστήματα μόνο ο γιατρός έχει τη δυνατότητα και τη δύναμη να υποχρεώνει τον πολίτη τι θα αγοράσει και έτσι να καθορίζει το κόστος της υγείας<sup>12</sup>. Μπορεί ο μανάβης, ο μπακάλης, ο ταξιτζής, ο οποιοσδήποτε που πουλά κάτι ή παρέχει υπηρεσίες, να μας υποχρεώσει να τις αγοράσουμε, και μάλιστα σε συγκεκριμένη ποσότητα; Όχι. Μόνο ο γιατρός μπορεί κάτι τέτοιο. Μόνο ο γιατρός έχει αυτή τη δύναμη. Έχει αυτή την ισχύ, και παραγγέλλει: «και ακτινογραφία και αγγειογραφία και υπερηχογράφημα και αξονική και μαγνητική και οστική μάζα, και ηλεκτροκαρδιογράφημα πρέπει να κάνετε». Η δύναμη όμως αυτή οδηγεί στην κατάχρηση της εξουσίας, στην «κακή» άσκηση της ιατρικής, για να επιβεβαιωθεί μια ρήση από το χώρο των πολιτικών επιστημών, που λέει ότι «ισχύς χωρίς ρύθμιση επιφέρει κατάχρηση»<sup>13</sup>. Είναι δυνατόν να έχουμε στον τόπο μας τόσοι ανάπηρους, τόσοι τυφλοί, τόσοι κωφούς,

τόσους ασθματικούς, τόσους με κινητικά προβλήματα, τόσα παιδιά με δυσλεξία; Τα πιστοποιητικά αυτά γιατροί τα υπογράφουν και επιτροπές γιατρών τα εγκρίνουν και με το «αζημίωτον».

Οι διαπιστώσεις αυτές, είναι μέρος της ανεξέλεγκτης συμπεριφορά των γιατρών. Η «κακή» ιατρική, το να είναι δηλαδή κανείς «ιατρός άτεχνος», η ανάρμοστη συμπεριφορά, η διενέργεια ανώφελων εξετάσεων, εγχειρήσεων και η πολυφαρμακία, δεν αρμόζει στον πραγματικό γιατρό.

Μου έρχεται στο νου ο μύθος του Αισώπου, γραυς και ιατρός: «Γυνή πρεσβύτις τους οφθαλμούς νοσούσα ιατρόν επί μισθώ παρεκάλεσεν. Ο δε εισίων, όποτε αυτήν έχριεν, διετέλει εκείνης συμμουούσης, καθ' έκαστον των σκευών υφαιρούμενος. Επειδή δε πάντα εκφορήσας κακείνην εθεράπευσε, απήτει τον ωμολογημένον μισθόν, και μη βουλόμενης αυτής αποδούναι, ήγαγεν αυτήν επί τους άρχοντας. Η δε έλεγεν τον μεν μισθόν υπεσχήσθαι, εάν θεραπεύση αυτής της οράσεως, νυν δε χείρον διατεθήναι εκ της οράσεως αυτού η πρότερον, "τότε μεν έβλεπα πάντα" έφη "τα επί της οικίας σκεύη, νυν δ' ουδέν ιδείν δύναμαι"»<sup>14</sup>.

Σήμερα, οι αγγειοχειρουργοί αναλαμβάνουν επικίνδυνες εγχειρήσεις για να επιδιορθώσουν την αορτή και τα διάφορα αγγεία, ώστε να προλάβουν την απώλεια των ιστών, την απώλεια της λειτουργίας των οργάνων και την απώλεια της ζωής, αν και σύμφωνα με τη μέση αναμενόμενη διάρκεια της ζωής, ο άρρωστος έχει φθάσει ή ακόμη έχει ξεπεράσει το μέσο όρο επιβίωσης κατά ένα, πέντε, ή δέκα χρόνια. Τις περισσότερες φορές η χειρουργική επέμβαση είναι επιτυχής και ο ασθενής έχει κερδίσει μερικές εβδομάδες ή μερικά χρόνια ζωής, πιθανόν χωρίς επιπλοκές μέχρις ότου έρθει ο θάνατος. Αν η εγχείρηση αποτύχει, ο χειρουργός έχει τύψεις, αφού αντί να επιμηκύνει τη ζωή του αρρώστου, ο άρρωστος πεθαίνει γρηγορότερα από ότι αναμενόταν, από τις επιπλοκές της εγχείρησης. Ο θάνατος όμως δεν είναι ήττα για το χειρουργό.

Ασθενείς με κάθε είδους προβλήματα υγείας συχνά έχουν μια ομαλή εγχειρητική και μετεγχειρητική πορεία, ενώ ανέλπιστες επιπλοκές μπορεί να εμφανιστούν σε εκείνους που οι προεγχειρητικές εξετάσεις δεν αναδείκνυαν τον παραμικρό κίνδυνο. Άρα, η δυνατότητα της εφαρμογής μιας τεχνικά επιτυχημένης εγχείρησης δεν σημαίνει οπωσδήποτε και μια επιτυχημένη θεραπεία.

Συνειδητοποιούμε έτσι τις αρχές της οικολογίας της πράξης, ότι δηλαδή: α) κάθε πράξη ξεφεύγει από τις προθέσεις του πράττοντος και εισέρχεται στο παιχνίδι των αλληλοεπιδράσεων και αντιδράσεων του περιβάλλοντος και μπορεί να προκαλέσει το αντίθετο από το επιδιωκόμενο αποτέλεσμα, και ότι β).τα μακροχρόνια αποτελέσματα μιας πράξης και οι τελικές συνέπειες είναι απρόβλεπτες<sup>15</sup>.

## ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΟΙ ΤΡΟΠΟΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΑΡΡΩΣΤΩΝ

1. Πριν από χρόνια στην Πανεπιστημιακή Κλινική του Πανεπιστήμιου Heinrich-Heine, στο Ντίσελντορφ, διακομίστηκε ένας γιατρός, μεγάλης ηλικίας, που είχε αυτοπυροβοληθεί στην προσπάθειά του να αυτοκτονήσει. Το βλήμα του πυροβόλου όπλου είχε τρώσει την κορυφή της καρδιάς του. Ο επιμελητής που τον υποδέχθηκε, έγινε δέκτης της παράκλησης του συναδέλφου αυτόχειρα: «συνάδελφε, αφήστε με να πεθάνω». Ο επιμελητής τηλεφώνησε στον Καθηγητή του, τον διάσημο Dr Karl Kremmer, εξιστόρησε τα συμβαίνοντα και ζήτησε τη συμβουλή του. Ο Καθηγητής ζήτησε μικρή χρονική προθεσμία για να απαντήσει. Όταν επικοινωνήσε πάλι με τον επιμελητή του του πρότεινε να αναζητηθεί ο Ιερέας του Πανεπιστήμιου, που είχε διδακτορικό δίπλωμα στις αυτοκτονίες, και να μιλήσει αυτός με τον άρρωστο, που ήταν εβραϊκού θρησκευματος. Έτσι και έγινε, και ο συνάδελφος αυτόχειρας δέχθηκε τελικά να χειρουργηθεί. Κατά την εγχείρηση συρράφτηκε η κορυφή της καρδιάς και ο συνάδελφος επέζησε προσωρινά. Πέθανε όμως από περιτονίτιδα, επειδή το βλήμα είχε προξενήσει διαμπερές τραύμα στο θόλο του στομάχου, που διαπιστώθηκε αργά, σε μια δεύτερη επέμβαση<sup>16</sup>.

2. Ο διάσημος Καρδιοχειρουργός De Bakey, 97 χρόνων τότε, διέγινωε ο ίδιος τη ρήξη του ανευρύσματος της θωρακικής μοίρας της αορτής του και παρέμενε στο σπίτι θεωρώντας ότι είχε επιπωματιστεί. Μετά από δύο ημέρες και ενώ η κατάστασή του χειροτέρευε, μεταφέρθηκε στο Νοσοκομείο όπου έγινε φανερό ότι έπρεπε να χειρουργηθεί. Ο διευθυντής της Αναισθησιολογίας αρνήθηκε να δώσει νάρκωση υποστηρίζοντας ότι κάτι τέτοιο είναι πολύ επικίνδυνο. Η γυναίκα του αρρώστου όμως επέμενε για το χειρουργείο και «επηρέασε» τρόπον τινά την Επιτροπή Δεοντολογίας του Νοσοκομείου για τη χειρουργική παρέμβαση. Η εγχείρηση ήταν επιτυχής. Ο Καθηγητής De Bakey παρέμεινε στο Νοσοκομείο για έξι μήνες και το κόστος της νοσηλείας του ανήλθε στο 1.500.000 δολάρια. Στη συνέχεια νοσηλεύτηκε στο σπίτι του και μάλιστα σε ηλικία 99 ετών έδωσε και μια διάλεξη. Διατηρήθηκε στη ζωή 16 μήνες μετά την εγχείρηση<sup>17</sup>.

3. Διάσημος αγγειοχειρουργός στην Αμερική φιλοξενούσε στο σπίτι του τη μεγάλης ηλικίας μητέρα της γυναίκας του. Είχε φτάσει τα 92 της χρόνια. Ένα πρωινό διαγνώστηκε συγκεκριμένη ρήξη του ανευρύσματος της κοιλιακής της αορτής. Η άρρωστη εξέφρασε την επιθυμία να μη χειρουργηθεί. Συμφώνησε και η κόρη της και ο διάσημος αγγειοχειρουργός και αποφασίστηκε να φροντίσουν τη

γηραιά μπτέρα στο σπίτι και να μην την υποβάλλουν στη βάσανο της εγχείρησης. Η γηραιά κυρία, όταν στη συνέχεια η ρήξη έγινε πλήρης, περιτριγυρισμένη από τα παιδιά της και από τα εγγόνια της, παρέδωσε το πνεύμα.

4. Τον Οκτώβριο του 1973 στην 53η Ετήσια Συνεδρίαση του Αμερικανικού Κολλεγίου των Χειρουργών στο Σικάγο, διάσημος καρδιοχειρουργός Καθηγητής μας εξιστόρησε τη διαδικασία «επιλογής» των ασθενών που νοσηλεύονταν ήδη στην Μονάδα Εντατικής Θεραπείας του Νοσοκομείου του προκειμένου να υποστούν μεταμόσχευση της καρδιάς. Παρακολουθούσαν όχι μόνο τον άρρωστο και τη γενική του κατάσταση, αλλά και την ψυχική του ρώμη. Εκτιμούσαν όμως και τη συμπεριφορά των οικείων του και την προσωπικότητά τους. Μεταξύ δύο υποψήφιων, απέκλειαν εκείνον που δεν υπήρχε αρμονία στο σπίτι του, ή είχε ανυπέρβλητα οικονομικά προβλήματα, ή βρίσκονταν σε διάσταση ή σε διαδικασία διαζυγίου με τη γυναίκα του. Το σκεπτικό ήταν ότι κατά την μετεγχειρητική πορεία του δεν θα είχε την κατάλληλη ψυχολογική υποστήριξη.

## ΣΗΜΑΝΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ

Τρία είναι τα καίρια ερωτήματα<sup>18</sup>.

1. Οι ιατρικές μας πράξεις, οι χειρουργικές επεμβάσεις, έχουν όλες στόχο τον άρρωστο ή υπηρετούν τις ανάγκες μας, τους φόβους μας, το οικονομικό μας όφελος;

Είναι αλήθεια ότι η εξειδίκευση έχει προσφέρει μεγάλες υπηρεσίες στον άνθρωπο αλλά επίσης έχει «κατακερματίσει» τον άνθρωπο. Ένα είδος επανένωσης είναι απαραίτητη ώστε να αντιμετωπιστεί ο άνθρωπος ως σύνολο και να επιστρέψουμε στην αντίληψη του Ιπποκράτη της ολιστικής προσέγγισης του αρρώστου και το ιατροκεντρικό μας σύστημα να γίνει πάλι ανθρωποκεντρικό.

Σήμερα η υγεία και η ζωή, ως γνωστόν, είναι κάτω από τη μεγάλη πίεση των δαπανών. Η φροντίδα της υγείας έχει γίνει περισσότερο θέμα της οικονομίας παρά της ιατρικής. Ιδιαίτερα κατά την παρούσα οικονομική κρίση επιβάλλεται να επανεισάγουμε την παλαιά αλλά ξεχασμένη ιδέα ότι ο άνθρωπος είναι το κέντρο της οικονομίας και των πολιτικών της. Τα δικαιώματα του ανθρώπου, η κοινωνική συνοχή και η κοινωνική δικαιοσύνη δεν θα πρέπει να θυσιάζονται στο βωμό της ανταγωνιστικότητας και του κέρδους του κεφαλαίου.

2. Η τεχνολογία υπηρετεί τον άνθρωπο ή τον υποδουλώνει;

Με τη βοήθεια της τεχνολογίας η ιατρική κατάφερε να περιορίσει τη θνησιμότητα και να αυξήσει το μέσο όρο της ζωής. Ελλοχεύει όμως ο κίνδυνος αντί να υπηρετεί τον άνθρωπο να λειτουργεί κυριαρχικά επάνω του. Ο γιατρός

με τη βοήθεια της τεχνολογίας αισθάνεται μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση και ο άρρωστος μεγαλύτερη ασφάλεια. Το παράπονο όμως των αρρώστων είναι ότι αισθάνονται περισσότερο ως μηχανές και ως αντικείμενο παρά ως προσωπικότητες. Η τεχνολογία δημιουργεί εξωπραγματικές ελπίδες στον άρρωστο και ενισχύει υπέρμετρα την εξουσία του γιατρού. Η κυριαρχία της τεχνολογίας επέβαλε ένα μοντέλο ανθρώπου που απλά επιβιώνει αλλά δεν ζει. Ο άνθρωπος όμως πρέπει να νιώθει και να αντιμετωπίζεται ως άνθρωπος αναφορικά με τις ελπίδες του, τους πόθους του και τους στόχους του.

3. Η έρευνα είναι προσανατολισμένη στον άρρωστο ή στο γιατρό;

Ο κόσμος γενικά πιστεύει ότι οι γιατροί ενδιαφέρονται περισσότερο για την ασθένεια ως αντικείμενο έρευνας, παρά για τους ασθενείς ως πάσχοντα άτομα. Αυτοί όμως που χρηματοδοτούν την έρευνα έχουν διαρκώς αυξανόμενη δύναμη επιρροής και ελέγχου επάνω στην ιατρική. Η ανθρώπινη επικοινωνία τείνει να αντικατασταθεί από τη μηχανική εξάρτηση. Στην ιατρική, όπως και στην καθημερινή ζωή, είμαστε υποχρεωμένοι να σεβόμαστε τα όρια της ζωής. Ο άνθρωπος θα πρέπει να έχει το δικαίωμα να πεθάνει και το δικαίωμά του αυτό πρέπει να είναι σεβαστό.

## ΠΟΙΟΣ ΕΙΝΑΙ Ο ΠΙΟ ΚΑΤΑΛΛΗΛΟΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΠΟΦΑΣΗ;

Για τη λήψη της απόφασης για την εγχείρηση ο πιο κατάλληλος πιστεύω ότι είναι ο άρρωστος και όχι ο γιατρός. Για δύο βασικούς λόγους: πρώτον διότι ο γιατρός από την εκπαίδευσή του έχει μάθει να «σώζει ζωές» και δεύτερον διότι, στη σχέση του με τον άρρωστο, υπάρχει σύγκρουση συμφερόντων. Με την πρότασή για εγχείρηση, με την όποιαν πρόταση για θεραπεία, ο γιατρός, φροντίζει δύο αντικρουόμενα συμφέροντα. Το συμφέρον του άρρωστου και το συμφέρον το δικό του. Το εισόδημά του, την πελατεία του και τη φήμη του. Άρα έχει ένα εμφανές κόλλημα. Για τους λόγους αυτούς θα πρέπει να περιοριστεί στη θέση του τεχνικού συμβούλου του αρρώστου και μόνο. Αυτός προτείνει, ο άρρωστος αποφασίζει, τι επιθυμεί να γίνει. Οι επιθυμίες όμως και η βούληση του αρρώστου μπορεί να διατυπωθούν εκ των προτέρων γραπτά. Τι θα γίνει με το σώμα του, αν πεθάνει, τι θα γίνουν τα όργανά του, και για ποιο χρονικό διάστημα θα ήθελε να εφαρμοσθούν «ηρωικά μέτρα» στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, ώστε να διατηρηθεί στη ζωή.

Σήμερα ο άρρωστος μας συγκατατίθεται για μια εγχείρηση με την υπογραφή της Δήλωση Συγκατάθεσης. Αυτό

όμως είναι μόνο το κομμάτι της νομικής ευθύνης, καλύπτει το γιατρό. Για την ηθική ευθύνη τι γίνεται; Καθιερώσαμε μια πραγματική επικοινωνία με τον άρρωστο και με τους συγγενείς του; Ή ο άρρωστος τρόπον τινά πειθαναγκάζεται από τον γιατρό και τους συγγενείς του να δεχθεί μια εγχείρηση που προπαγανδίζεται ως «ζωή-σωτήριος»;

Γνωρίζουμε ότι τα ποσοστά επιβίωσης των ασθενών με ρηγμένα ανευρύσματα της κοιλιακής αορτής, ιδιαίτερα των υπερηλικών, είναι πολύ χαμηλά. Τα γνωστοποιήσαμε στον άρρωστο; Κατατόπισαν τον άρρωστο και τους συγγενείς του οι αναισθησιολόγοι; Γιατί δεν έγινε μια ειλικρινής επικοινωνία; Είναι κάτι τέτοιο δεοντολογικά σωστό;

Κατά τις κρίσιμες αυτές στιγμές για τη ζωή του άλλου, αναλογιστήκαμε την πρόσθετη ταλαιπωρία του ασθενή με ρήξη του ανευρύσματός του, ενώ αναμένει να χειρουργηθεί. Υπάρχει διαθέσιμη αίθουσα χειρουργείου; Ποιος άρρωστος θα προηγηθεί; Υπάρχει το απαιτούμενο αίμα; Είναι διαθέσιμο; Διαθέτει το Νοσοκομείο το συνθετικό υποκατάστατο ή την ενδοπρόθεση; Πόσος χρόνος απαιτείται για όλη αυτή την κινητοποίηση του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού; Είναι δυνατόν να περιφέρεται ο άρρωστος με το 166 από Νοσοκομείο σε Νοσοκομείο ώστε να βρεθεί κενή αίθουσα χειρουργείου για την επέμβαση ή κρεβάτι σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας; Ποιο είναι το ψυχικό κόστος του αρρώστου, των συγγενών, των γιατρών, του προσωπικού του Νοσοκομείου; Ποιο είναι το οικονομικό κόστος για το Σύστημα Υγείας; Και πέρα από αυτά, αναλογιστήκαμε τα συναισθήματα αυτού του αρρώστου, την κατάσταση της ψυχής του; Όταν η συμπεριφορά όλων των γύρω του, συγγενών, γιατρών, νοσηλευτών αλλά και η δική του διαίσθηση, τον προϊδεάζει για το τέλος της ζωής του; Αναλογιστήκαμε τη μοναξιά αυτού του ανθρώπου που πεθαίνει;<sup>19</sup>

Ο άρρωστος προσέρχεται στον γιατρό χωρίς άμυνες, αδύναμος. Υποχρέωσή μας είναι πρώτα να τον ενδυναμώσουμε ώστε να αντιμετωπίσει την πάθησή του και στη συνέχεια να τον βοηθήσουμε να θεραπευθεί. Καθήκον όμως του γιατρού είναι και να συμπαρασταθεί στον άρρωστο που πεθαίνει.

Όλοι μας γνωρίζουμε τις βασικές αρχές της εξάσκησης της ιατρικής και δεν πρέπει να «τρομοκρατούμε» τον άρρωστο με τη συμπεριφορά μας και την επίδειξη των γνώσεών μας, ενώ από την άλλη μεριά πρέπει να είμαστε τίμιοι μαζί του<sup>20</sup>.

Ο άρρωστος πρέπει να θεωρείται ο εμπειρογνώμων των δικαιωμάτων του και ως τέτοιος έχει τη μοναδική ικανότητα πρόβλεψης αλλά και τη σημαντική ενόραση για τη φυσική του κατάσταση και την ποιότητα της ζωής του. Η προσωπική του αξιολόγηση είναι σημαντικός παράγοντας πρόβλεψης ακόμα και της θνητότητάς του<sup>11</sup>.

Ο σεβασμός της ανθρώπινης βούλησης και της αυτοδιάθεσης, η συγκατάθεση του αρρώστου και η συμμετοχή του στις αποφάσεις, η τοποθέτηση των συμφερόντων του αρρώστου πάνω από τα συμφέροντα του γιατρού, η μη βλάβη στον άρρωστο και η δίκαιη συμπεριφορά για το ποιος θα υποστεί την πρόπευσα θεραπεία και ποιος όχι είναι σημαντικά θέματα<sup>11</sup>.

## ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Πιστεύω ότι είμαστε υποχρεωμένοι να αυτοελεγχθούμε και να δημιουργήσουμε για τους εαυτούς μας πρόσθετους κανόνες προστασίας της φήμης του γιατρού, αλλά και της προσωπικότητας και της ελεύθερης βούλησης του αρρώστου.

Τα δικαιολογημένα παράπονα των πολιτών, οι διαμαρτυρίες τους και οι ταλαιπωρίες που υφίστανται στα Νοσοκομεία μας, δεν είναι παράπονα και διαμαρτυρίες για το νομικό πλαίσιο. Είναι παράπονα και διαμαρτυρίες για τη συμπεριφορά μας, για τη δεοντολογία μας, για το ήθος μας, για τη νοοτροπία μας, για το επίπεδο της παιδείας μας. Το πρόβλημα είμαστε εμείς οι ίδιοι: εσείς, εγώ και οι άλλοι<sup>21</sup>. Αν εμείς δεν εφαρμόσουμε τους κανόνες, που γνωρίζουμε τα προβλήματα, αν εμείς δεν προβούμε στην αξιολόγηση του έργου μας και στις προσήκουσες αλλαγές, κάποιος άλλος θα το κάνουν που δεν γνωρίζουν το έργο μας και τα προβλήματα του, και θα μας βάλουν οπωσδήποτε όρια<sup>22</sup>. Η ευθύνη όλων μας είναι μεγάλη. Ο Καστοριάδης λέει: «και η ευθύνη για την οποία μίλησα εκφράζεται με την ανευθυνότητα της παροιμιώδους φράσης “εγώ θα διορθώσω το ρωμέικο;”. Ναι κύριε εσύ θα διορθώσεις το ρωμέικο στο χώρο και στον τομέα όπου βρίσκεσαι»<sup>23</sup>.

Και πέρα από την ευθύνη όλων μας, είναι τα όρια, το μέτρο, «Μέτρον Άριστον». Τα όρια πρέπει να γίνουν σεβαστά, και να δοθεί το απόλυτο δικαίωμα στον ασθενή να αποφασίζει ο ίδιος για την τύχη του, όπως ο Νόμος ορίζει, και ο γιατρός να περιοριστεί στα όρια ενός πραγματικού τεχνικού συμβούλου. Αναφερόμενος στην επικαιρότητα, μπορώ να πω, ότι εμείς έχουμε ξεπεράσει πια τα όρια-το μέτρον- σε όλους τους τομείς της καθημερινότητας μας, βρισκόμαστε πέρα από την Ύβριν, και ως φυσικό επακόλουθο ήρθε η Νέμεσις.

Ας τηρήσουμε, λοιπόν, πιστά τις αρχές της ιατρικής, αναλογιζόμενοι πάντα τα όρια της «ελευθερίας» μας, χωρίς να ξεχνάμε αυτό που είπε ο Καστοριάδης, ότι: «η ελευθερία είναι δραστηριότητα. Μια δραστηριότητα, η οποία ξέρει τα όριά της, ξέρει να αυτοπεριορίζεται. Η ελευθερία γνωρίζει ότι “όλα μπορεί να τα κάνει” αλλά επίσης γνωρίζει ότι “δεν μπορεί να τα κάνει όλα”. Αυτό

είναι το μεγάλο πρόβλημα της δημοκρατίας και του ατομικισμού»<sup>23</sup>.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Γρυντάκης Ι, Δάλκος Γ, Χόρτης Α, Χόρτης Ε. Η Άλλη Όψη της Ιστορίας. Πλουτάρχου Βίοι Παράλληλοι, Σόλων, 27-28. Εκδόσεις Σαββάλας, Αθήνα 2001.
2. Κουντουρά ΑΘ (Επιμ.) Συνέκδημος Ορθοδόξου Χριστιανού. Ακολουθία της Λειτουργίας Ιωάννη Χρυσοστόμου. Οίκος Μ. Σαλιβέρου. Αθήνα, 1949.
3. Αγγελόπουλου Π. Αισώπου Μύθοι. Επιλογή, Έμμετρη απόδοση - Αρχαίο κείμενο. Σύλλογος προς Διάδοσιν Ωφελίμων Βιβλίων, Αθήνα, 1988.
4. Ιπποκράτους Όρκος. Μετάφραση εκ του αρχαίου κειμένου. Imperial Chemicals (Pharmaceuticals) LTD, ICI, Αθήνα, 1950.
5. Κότσιανος Σ. Η Ιατρική Ευθύνη. Εκδόσεις Τριανταφύλλου, Θεσσαλονίκη, 1977
6. [www.commonlaw.com/Hammurabi.html](http://www.commonlaw.com/Hammurabi.html)
7. Γεωργόπουλος Δ-ΣΓ. Συστηματική καταγραφή δεδομένων, επίσημος έλεγχος, εκτίμηση και αξιολόγηση της ποιότητας και του κόστους της χειρουργικής. Η έκτη χρονιά λειτουργίας του Αγγειοχειρουργικού Τμήματος. Έκδοση Αγγειοχειρουργικού Τμήματος, Κωνσταντοπούλειο - Αγία Όλγα. Αθήνα, 2003.
8. Beauchamp TL, Childress JF. Principles at Biomedical Ethics, 2nd ed, pp 148-158, Oxford Press, Oxford, 1983.
9. Illich I. Limits to medicine. Medical Nemesis: the Expropriation of Health, Marion Boyars, London, p.163, 1976.
10. Gillon R. Doctors and patients. British Medical Journal, 294, 466-469, 1985.
11. Γεωργόπουλος Δ-ΣΓ. Πώς να αντιμετωπίσετε τον γιατρό σας για να γίνετε καλά. Εκδόσεις Libro, Αθήνα, 2009.
12. Fuchs VR. Who Shall Live? Health Economics, and Social Choice. Basic Books, Inc, Publishers. New York, 1974.
13. Delors J. Αναζωπυρώνοντας το πνεύμα συνεργασίας, στο Anton Hemerijck, Ben Knapen, Ellen van Doorne (Επιμ.) Μετά το Σεσμό. Οικονομική Κρίση και Θεσμική Επιλογή. Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα, 2010.
14. <http://el.wicisource.org> ( Chambry E. Aesopi fabulae, vol.2, Les Belles Letters, Paris, 1925-1926).
15. Morin E. Nair S. Μία πολιτική πολιτισμού. Νέα Σύνορα, Αθήνα, 1998.
16. Sandmann W. Προσωπική Επικοινωνία, Dusseldorf, 1974.
17. Sandmann W. Προσωπική Επικοινωνία, Dusseldorf, 2010.
18. Γεωργόπουλος Δ-ΣΓ. Αγγειοχειρουργική και αντιγήρανση: Ατενίζουμε τον ήλιο ενώ γερνάμε. Ελληνική Αγγειοχειρουργική, τεύχος 18, 2009(213-218).
19. Norbert E. Uber die Einsamkeit der Sterbenden. Suhrkamp Verlag, Frankfurt am Main, 1982.
20. Γεωργόπουλος Δ-ΣΓ. Αποκαιριτισμός στην Αγγειοχειρουργική, στο Δ-Σ Γ Γεωργόπουλος & Δ-Ρ Ν Σταράμος, Εκπαίδευση στην Αγγειοχειρουργική. Απόψεις Εκπαιδευτών-Εκπαιδευομένων 1906-2006. Έκδοση Αγγειοχειρουργικού Τμήματος Κωνσταντοπούλειο - για Όλγα. Αθήνα, 2006.
21. Γεωργόπουλος Δ-ΣΓ. Ε.Σ.Υ. εγώ και οι άλλοι. Εκδόσεις Libro. Αθήνα, 2008.
22. Γεωργόπουλος Δ-ΣΓ. Συστηματική Καταγραφή Δεδομένων, Επίσημος Έλεγχος, Εκτίμηση και Αξιολόγηση της Ποιότητας και του Κόστους της Χειρουργικής. Έκδοση Αγγειοχειρουργικού Τμήματος, Κωνσταντοπούλειο - Αγία Όλγα, Γ.Ν. Νοσοκομείο, Ν. Ιωνίας, Αθήνα, 2003.
23. Παπαδοπούλου Τ. (Επιμ). Του Κορνήλιου Καστοριάδη. «Είμαστε υπεύθυνοι για την ιστορία μας». Εκδόσεις Πόλις. Αθήνα, 2000.

Παρουσιάστηκε στην ΑΓΓΕΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΗΜΕΡΙΔΑ: «Ραγέν Ανεύρυσμα Κοιλιακής Αορτής». Αμφιθέατρο, Κωνσταντοπούλειο - Αγία Όλγα Γ.Ν. Νέας Ιωνίας, Αθήνα, Σάββατο, 26 Νοεμβρίου 2011.