

# ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ: ΜΙΑ ΝΕΑ ΕΚΦΑΝΣΗ ΤΟΥ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΟΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός της παρούσης εισηγήσεως είναι να αναλύσει το δικαίωμα στην ανακουφιστική φροντίδα ως μια νέα έκφανση του δικαιώματος στην υγεία. Μετά από την απόπειρα ορολογικής διασάφησης και παρουσίασης του όρου, αναλύεται κριτικά το κείμενο νομοθετικό και συνταγματικό πλαίσιο και σκιαγραφούνται οι προοπτικές της ανακουφιστικής φροντίδας στην Ελλάδα. Στο τέλος διατυπώνονται τα τελικά συμπεράσματα της μελέτης. Η μελέτη καταλήγει ότι οφείλουμε να εντάξουμε στη βιοηθική συζήτηση τη σπουδαιότητα της ανακουφιστικής φροντίδας και την ανάγκη σύστασης νέων δομών στην Ελλάδα. Προς τούτο, απαιτείται ευρεία ενημέρωση και ευαισθητοποίηση του πληθυσμού, εκπαίδευση του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, κινητροδότηση για τη δημιουργία νέων μονάδων και προπάντων αλλαγή της νοοτροπίας της κοινωνίας ότι αν εξαντληθεί η θεραπεία υπάρχει ο δρόμος της ανακουφιστικής φροντίδας, χωρίς αυτό βεβαίως να συνεπάγεται ότι η ανακουφιστική φροντίδα αποκλείει την παράλληλη θεραπεία, εκεί που υπάρχει.

## Φερενίκη Παναγοπούλου

Αναπληρώτρια Καθηγήτρια  
Παντείου Πανεπιστημίου  
Δ.Ν. (Humboldt), M.P.H.  
(Harvard), M.Δ.Ε., Ph.D.  
(ΕΚΠΑ)

## ABSTRACT

The aim of this paper is to analyze the right to palliative care as a new dimension of the right to health. After attempting a terminological description and a presentation of the term, the paper critically analyses the legislative and

---

Η μελέτη αυτή αποτελεί προδημοσίευση της συμβολής μου στο Liber Amicorum της Ομότιμης Καθηγήτριας Ισμήνης Κριάρη

constitutional framework and outlines the prospects of palliative care in Greece. The study concludes that we should include in the bioethical debate the importance of palliative care and the need to establish new structures in Greece. To this end, it is necessary to inform and raise awareness among the population, train medical and nursing staff, encourage the creation of new units and, above all, change society's attitude that if treatment is exhausted, there is a path to palliative care, without this of course implying that palliative care excludes parallel treatment, where it exists.

## I. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η βιοηθική συζήτηση στην Ελλάδα περιορίζεται μέχρι τώρα κυρίως σε ζητήματα ευθανασίας, αμβλώσεων, μεταμοσχεύσεων, υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, τεκνοποιήσεων των ομοφύλων ζευγαριών, αλλαγής ταυτότητας φύλου, γενετικών παρεμβάσεων και εξετάσεων. Αντιθέτως έχει συζητηθεί ελάχιστα<sup>1</sup> το ζήτημα της ανακουφιστικής φροντίδας. Σκοπός της παρούσης εισήγησης είναι να αναλύσει το δικαίωμα στην ανακουφιστική φροντίδα ως μια νέα έκφανση του δικαιώματος στην υγεία. Μετά από την απόπειρα ορολογικής διασάφησης και παρουσίασης του θεσμού, αναλύεται κριτικά το κείμενο νομοθετικό και συνταγματικό πλαίσιο και σκιαγραφούνται οι προοπτικές της ανακουφιστικής φροντίδας στην Ελλάδα. Στο τέλος διατυπώνονται τα τελικά συμπεράσματα της μελέτης.

## II. Ο ΘΕΣΜΟΣ ΤΗΣ ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

### 1. ΟΡΙΣΜΟΣ

Σύμφωνα με το άρθρο 3 του ν. 5007/2022 «1. Ως «ανακουφιστική φροντίδα» ορίζεται η ολοκληρωμένη προσέγγιση και παροχή υπηρεσιών για την κάλυψη των αναγκών των ασθενών, που αντιμετωπίζουν προβλήματα, τα οποία σχετίζονται με απειλητικές για τη ζωή τους ασθένειες ή με χρόνια εξελικτικές ασθένειες. Η ανακουφιστική φροντίδα παρέχεται σε πρωτοβάθμιο, δευτεροβάθμιο και τριτοβάθμιο επίπεδο φροντίδας υγείας, ανάλογα με τις ανάγκες των ασθενών, στους οποίους απευθύνεται, και διακρίνεται σε γενική και σε εξειδικευμένη ανακουφιστική φροντίδα. 2. Ως “γενική ανακουφιστική φροντίδα” ορίζεται η ανακουφιστική φροντίδα που παρέχεται από επιστήμονες υγείας που αναλαμβάνουν τη θεραπεία και φροντίδα ασθενών με απειλητικά για τη ζωή νοσήματα. Η γενική ανακουφιστική φροντίδα περιλαμβάνει την αξιολόγηση και διαχείριση των συμπτωμάτων, την επικοινωνία με τον ασθενή και την οικογένειά του σχετικά με τη διάγνωση και την πρόγνωση, καθώς και τη συνεργασία ή παραπομπή του σε υπηρεσίες εξειδικευμένης ανακουφιστικής φροντίδας. 3. Ως “εξειδικευμένη ανακουφιστική φροντίδα” ορίζεται η ανακουφιστική φροντίδα που παρέχεται από διεπιστημονική ομάδα, η οποία αποτελείται από γιατρό, νοσηλεύτη/τρια, κοινωνικό/ή λειτουργό, ψυχο-

<sup>1</sup> Βλ. Μια πρώτη συζήτηση επί του θέματος διοργανώθηκε από το Ευρωπαϊκό Εργαστήριο Βιοηθικής, Τεχνοηθικής και Δικαίου του Παντείου Πανεπιστημίου, webinar ανακουφιστικής φροντίδας, 26.04.2023, διαθέσιμο στο [link](#).

λόγο, εργοθεραπευτή/τρια, φυσιοθεραπευτή/τρια, διαιτολόγο, λογοθεραπευτή/τρια, φαρμακοποιό και άλλους θεραπευτές που διαθέτουν πιστοποιημένες γνώσεις στην ανακουφιστική φροντίδα. Η ελάχιστη σύνθεση της διεπιστημονικής ομάδας είναι γιατρός, νοσηλεύτης/τρια, κοινωνικός/ή λειτουργός, ψυχολόγος, φυσιοθεραπευτής/τρια. Το έργο της διεπιστημονικής ομάδας μπορεί να υποστηρίζεται από ειδικά εκπαιδευμένους εθελοντές. 4. Ως “παιδιατρική ανακουφιστική φροντίδα” ορίζεται η συνολική παροχή υπηρεσιών φροντίδας υγείας για τη θεραπεία και τη φροντίδα των νεογνών, βρεφών, παιδιών και εφήβων που αντιμετωπίζουν προβλήματα που σχετίζονται με απειλητικές για τη ζωή τους ή χρόνια εξελικτικές ασθένειες».

Σημειώνεται ότι ο όρος ανακουφιστική φροντίδα προκρίνεται του όρου παρηγορητική αγωγή, καθώς στόχος δεν είναι να παρηγορήσουμε τον ασθενή και την οικογένειά του, αλλά να φροντίσουμε αυτόν και την οικογένειά του μέχρι το τελικό στάδιο. Υπ’ αυτή την έννοια, δεν αντιμετωπίζουμε τον ασθενή με λύπη, αλλά με αξιοπρέπεια, σεβασμό και πρόθεση ανακούφισης. Είναι φανερό ότι η επιλογή της συγκεκριμένης ορολογίας προοιωνίζεται εμμέσως την επιλογή του νομοθέτη για αυτού του είδους την αξιοπρεπή αντιμετώπιση<sup>2</sup>.

## 2. Η ΠΡΟΕΛΕΥΣΗ ΤΟΥ ΘΕΣΜΟΥ

Η ανακούφιση του πόνου δεν ήταν κάτι άγνωστο στην αρχαιότητα. Στον αρχαιοελληνικό κόσμο, η ανακούφιση επιτυχανόταν μέσω της μαγείας, της θρησκείας και στη συνέχεια της ιατρικής<sup>3</sup>. Τα πρώτα χριστιανικά χρόνια, ο ασθενής έπρεπε να επιλέξει ανάμεσα στο Ασκληπιείο ιερό στην Επίδαυρο, σε κάποιο μάγο ή σε μια προσωπικότητα της νέας θρησκείας του Χριστού<sup>4</sup>. Η ίαση μαζί με τις θεραπευτικές γραμμές και τα σχήματα που ακολουθούσε διαμορφώθηκε από τον Ιπποκράτη και την ιπποκρατική παράδοση<sup>5</sup>. Χώροι φροντίδας και ανακούφισης ήταν τα ιερά του θεού Απόλλωνα, ο οποίος θεωρείτο θεός θεραπευτής και θεός της μαντικής. Η σύνδεσή του με το φυτό της δάφνης, το οποίο έχει αρκετές θεραπευτικές, φαρμακευτικές και καθαρικές ιδιότητες, συσχέτισε τον Απόλλωνα με τη θεραπεία διάφορων ασθενειών και την προστασία της ανθρώπινης υγείας από τον κίνδυνο μόλυνσης<sup>6</sup>. Η αντιμετώπιση του πόνου γινόταν και στα ιερά του Ασκληπιού, όπου συνδυαζόταν η ψυχική αρμονία με τη σωματική αποκατάσταση, λειτουργώντας έτσι ευεργετικά και συμβάλλοντας στην τόνωση του πάσχοντα<sup>7</sup>. Τα Ασκληπιεία συνδύαζαν την ιατρική θεραπεία με τη σωματική άσκηση και την αποφυγή άγχους, πίεσης και θλίψης, παράλληλα με ευχαριστιακές τελετές προς το θείο στοιχείο<sup>8</sup>. Στον χριστιανισμό ο άνθρωπος εμπιστεύεται στις κρίσιμες στιγμές

<sup>2</sup> Βλ. Φ. Παναγοπούλου-Κουτνατζή, *Ακούσια πατρότητα*, ΕφημΔΔ 2015, σελ. 107 επ. (118, υποσ. 50).

<sup>3</sup> Βλ. Π. Κιζιρίδου, *Το αίτημα της ίασης στη λαϊκή θρησκευτικότητα*, 2017, σελ. 19.

<sup>4</sup> Βλ. Α. Ι. Ιωαννίδου, *Η ιατρική στην Κ. Διαθήκη και στους Πατέρες της Εκκλησίας*, 1992, σελ. 32.

<sup>5</sup> Βλ. Κλ. Νιζαμή, *Ανακουφιστική Φροντίδα στην παιδική θεολογική ηλικία, Θεολογική προσέγγιση και εμπειρική έρευνα*, 2022, διδ. διατρ., διαθέσιμη στο [link](#), σελ. 181.

<sup>6</sup> Βλ. Π. Κιζιρίδου, *Το αίτημα της ίασης στη λαϊκή θρησκευτικότητα*, ό.π., σελ. 35.

<sup>7</sup> Βλ. Κλ. Νιζαμή, *Ανακουφιστική Φροντίδα στην παιδική θεολογική ηλικία*, ό.π., σελ. 182.

<sup>8</sup> Βλ. Α. Ι. Ιωαννίδου, *Η ιατρική στην Κ. Διαθήκη και στους Πατέρες της Εκκλησίας*, ό.π., σελ. 57-58.

μεταξύ ζωής και θανάτου την πίστη και τη θρησκεία όπου ανήκει, επαναφέροντας έτσι στο προσκήνιο μια προνεωτερική κατανόηση του κόσμου<sup>9</sup>.

Θεμελιώτρια της ανακουφιστικής φροντίδας στη σύγχρονη εποχή θεωρείται η Cicely Mary Strode Saunders, διευθύντρια του St Christopher's Hospice από το 1967 έως το 1985, η οποία ίδρυσε τον πρώτο σύγχρονο ξενώνα και, περισσότερο από οποιονδήποτε άλλον, ήταν υπεύθυνη για την καθιέρωση του κλάδου και της κουλτούρας της ανακουφιστικής φροντίδας. Εισήγαγε την αποτελεσματική διαχείριση του πόνου και επέμεινε ότι οι ετοιμοθάνατοι χρειάζονται αξιοπρέπεια, συμπόνια και σεβασμό, καθώς και αυστηρή επιστημονική μεθοδολογία στη δοκιμή των θεραπειών<sup>10</sup>. Κατέρριψε την επικρατούσα ηθική ότι οι ασθενείς έπρεπε να θεραπεύονται, ότι όσοι δεν μπορούσαν να θεραπευτούν ήταν σημάδι αποτυχίας και ότι ήταν αποδεκτό, ακόμη και επιθυμητό, να τους λέμε ψέματα για την πρόγνυσή τους<sup>11</sup>. Απέρριψε τη θεώρηση ότι οι ετοιμοθάνατοι θα έπρεπε να περιμένουν μέχρι να εξασθενήσουν τα παυσίπανά τους προτού λάβουν άλλη δόση και αντιτάχθηκε στην αντίληψη ότι ο κίνδυνος εθισμού στα οπιούχα αποτελούσε ζήτημα στη διαχείριση του πόνου τους. Το 1967 ίδρυσε το St Christopher's Hospice στο νοτιοδυτικό Λονδίνο. Σήμερα είναι ένα από τα πολλά, αλλά εξακολουθεί να είναι ο ηγέτης στον τομέα της ανακουφιστικής φροντίδας. Ήταν το προσωπικό της επίτευγμα και αποτέλεσε το πρότυπο για όλους τους ξενώνες σε όλο τον κόσμο. Το St Christopher's ήταν ο πρώτος σύγχρονος ξενώνας, αν και υπήρχαν ήδη αρκετά σπίτια για τους ετοιμοθάνατους, τα περισσότερα από τα οποία διοικούσαν από θρησκευτικά τάγματα. Συγκέντρωσε τα κεφάλαια για τον ξενώνα και συνεισέφερε και με την προσωπική της περιουσία<sup>12</sup>.

### 3. ΣΤΟΧΟΣ

Στόχος της ανακουφιστικής φροντίδας είναι να προλαμβάνει και να ανακουφίζει τα συμπτώματα –ψυχικά και σωματικά– που προκαλεί μία νόσος απειλητική για τη ζωή, όπως είναι ο καρκίνος, οι νευρολογικές παθήσεις, η χρόνια καρδιακή-αναπνευστική ανεπάρκεια, οι νεφροπάθειες, η HIV λοίμωξη κ.λπ., καθώς και να παρέχει ολοκληρωμένη φροντίδα στους ασθενείς, αντιμετωπίζοντας όλες τις παραμέτρους που τους δημιουργούν δυσκολίες<sup>13</sup>. Δεν αποτελεί υποκατάστατο της θεραπείας που ακολουθεί ο ασθενής, αλλά παρέχεται συμπληρωματικά με αυτή<sup>14</sup>. Για τον λόγο αυτό, η ανακουφιστική φροντίδα εφαρμόζεται από την αρχή της νόσου –και όχι στο τέλος μόνο– συνδυαστικά με θεραπείες, όπως η χημειοθεραπεία και η ακτινοθεραπεία, και συμπεριλαμβάνει τη διερεύνηση και διαχείριση δύσκολων συμπτωμάτων και επιπλοκών<sup>15</sup>. Βασικός στόχος της είναι η ολιστική προσέγγιση στη βελτίωση της ποιότητας της ζωής σε όλη τη χρονική περίοδο της νόσου.

<sup>9</sup> Βλ. Κ. Κορναράκη, «Μοντέλα παροχής ανακουφιστικής φροντίδας στον βίο του Οσίου Λουκά του Στυλίου (10ος αι.) και οι μετα-αφηγηματικές βιοηθικές προοπτικές τους», σε: *Κοινωνική Θεολογία, Από την Μεταθρησκευτική Ανθρωπολογία στην Ηθική των Θρησκειών, Αφιερωματικός Τόμος στον Καθηγητή και Κοσμήτορα της Θεολογικής Σχολής του Ε.Κ.Π.Α. Απόστολο Β. Νικολαΐδη*, 2020, σελ. 414.

<sup>10</sup> [Link](#).

<sup>11</sup> [Link](#).

<sup>12</sup> [Link](#).

<sup>13</sup> [Link](#).

<sup>14</sup> [Link](#).

<sup>15</sup> [Link](#).

#### 4. ΟΦΕΛΗ ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Η Ανακουφιστική Φροντίδα έχει πολλά να προσφέρει τόσο στον ασθενή που πάσχει από σοβαρή νόσο όσο και στους ανθρώπους που τον φροντίζουν αλλά και στην κοινότητα και το Σύστημα Υγείας.

Συγκεκριμένα<sup>16</sup>:

α) Βελτιώνει το ευ ζην του ασθενούς ολιστικά, σε όλα τα επίπεδα της ζωής του: σωματικά, ψυχολογικά, κοινωνικά, πνευματικά.

β) Παρέχει ανακούφιση από δύσκολα συμπτώματα, όπως πόνος, δύσπνοια, διαταραχές ως προς τη λήψη τροφής και τον ύπνο κ.ά. Έτσι ενισχύει τον οργανισμό και τον κάνει πιο δυνατό να αντιμετωπίσει την ασθένεια. Έρευνες έχουν δείξει ότι ασθενείς που λαμβάνουν από νωρίς στην πορεία της ασθένειάς τους Ανακουφιστική Φροντίδα ενδεχομένως αντιμετωπίζουν καλύτερα τη νόσο.

γ) Δημιουργεί αίσθημα ασφάλειας στον ασθενή, καθώς γνωρίζει και νιώθει ότι έχει συνοδοιπόρους στη νόσο ανθρώπους με πολλή αγάπη και εξειδικευμένη γνώση, που ανά πάσα στιγμή θα τον στηρίξουν και θα τον βοηθήσουν να αντιμετωπίσει τις δυσκολίες, τις ανησυχίες και τους φόβους του.

Ο ασθενής βρίσκει στήριξη στα συναισθηματικά, ψυχολογικά, κοινωνικά και πρακτικά του προβλήματα του και τις πνευματικές του ανησυχίες.

δ) Ενισχύει τον ασθενή, ώστε να γίνει συμμετοχος στις αποφάσεις που αφορούν την υγεία του. Συντρέχει τον ασθενή να διατηρήσει στο μέτρο του δυνατού τους ρόλους του και την αυτονομία του.

ε) Στηρίζει ψυχολογικά και συναισθηματικά την οικογένεια, τους αγαπημένους και τους οικείους του ασθενούς και τους εκπαιδεύει σε πρακτικά ζητήματα, ώστε να μπορούν να τον φροντίσουν και να σταθούν πλάι του.

Βοηθάει την οικογένεια να διεξάγει δύσκολες συζητήσεις και να μοιραστεί ουσιαστικά συναισθήματα, ώστε να μεταμορφώσουν τη δυσκολία της νόσου σε ευκαιρία για βελτίωση των σχέσεών τους.

στ) Μπορεί να εφαρμοστεί από πολύ νωρίς, ήδη από τη διάγνωση, και συνδυάζεται με θεραπείες που έχουν στόχο την ίαση ή τη παράταση της επιβίωσης.

Ο ασθενής φροντίζεται στον χώρο που εκείνος επιθυμεί, συνήθως στο σπίτι.

Υποστηρίζει τη ζωή μέχρι το ενδεχόμενο τέλος, χωρίς να επιταχύνει ούτε να επιβραδύνει τη διαδικασία του θανάτου.

ζ) Όταν το τέλος είναι πλέον ορατό, βοηθάει τον ασθενή να κλείσει τον κύκλο της ζωής του, τις εκκρεμότητές του, πρακτικά ζητήματα και δύσκολες σχέσεις.

η) Προσφέρει υποστήριξη στην οικογένεια στο πένθος.

θ) Απευθύνεται σε όλους όσους πάσχουν από μια σοβαρή ασθένεια, ανεξαρτήτως κοινωνικής, θρησκευτικής ή οικονομικής κατάστασης.

ι) Εκπαιδεύει την κοινότητα και της δίνει την ευκαιρία να σταθεί με αλληλεγγύη και φιλανθρωπία στο πλευρό μελών της που αντιμετωπίζουν δυσκολίες.

<sup>16</sup> [Link](#).

ια) Μειώνει τις εισαγωγές στο νοσοκομείο με οφέλη, εκτός από τον ασθενή και τους φροντιστές του, και για το Σύστημα Υγείας.

## 5. ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΕΧΟΥΝ ΑΝΑΓΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ<sup>17</sup>

Υπολογίζεται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας ότι διεθνώς 40.000.000 ασθενείς ετησίως έχουν ανάγκες Ανακουφιστικής Φροντίδας και μόνο το 14% είναι αποδέκτες της φροντίδας αυτής σήμερα. Οι ασθενείς αυτοί πάσχουν από: καρκίνο, καρδιο-αναπνευστική ανεπάρκεια, νεφρική ανεπάρκεια, νευρο-εκφυλιστικά νοσήματα, σύνδρομο επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας (HIV/AIDS), σακχαρώδη διαβήτη κ.λπ.

### III. ΤΟ ΚΕΙΜΕΝΟ ΝΟΜΟΘΕΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

#### 1. Ο Ν. 5007/2022

Η ανακουφιστική φροντίδα ρυθμίζεται στην ελληνική έννομη τάξη από τον ν. 5007/2022. Ο νόμος οργανώνει το διοικητικό πλάνο σε αδρές γραμμές και προβλέπει την ύπαρξη υπουργικών αποφάσεων και προεδρικών διαταγμάτων για τα ειδικότερα ζητήματα. Αυτή η πρόβλεψη ευελπιστείται να μην αποτελέσει τροχοπέδη για τη δημιουργία των μονάδων.

Σύμφωνα με το άρθρο 4 του εν λόγω νόμου, οι βασικές αρχές της ανακουφιστικής φροντίδας είναι:

α) Η διαμόρφωση μίας ολοκληρωμένης και επιστημονικά τεκμηριωμένης μεθοδολογίας, μεταξύ άλλων και μέσω της εκπόνησης ενός Εθνικού Σχεδίου Δράσης για την Ανάπτυξη της Ανακουφιστικής Φροντίδας, για την πρόληψη, αξιολόγηση και ανακούφιση των σωματικών, ψυχοκοινωνικών και πνευματικών αναγκών και προβλημάτων των ασθενών που πάσχουν από απειλητική για τη ζωή τους ή χρόνια εξελικτική ασθένεια, με απώτερο στόχο τη διασφάλιση της ποιότητας της ζωής τους και τον σεβασμό της αξιοπρέπειάς τους,

β) η υιοθέτηση μίας ασθενοκεντρικής προσέγγισης κατά την παροχή υπηρεσιών ανακουφιστικής φροντίδας, από διεπιστημονική ομάδα επαγγελματιών υγείας, με έμφαση στον προσδιορισμό των αναγκών των ασθενών και στη διεύρυνση των θεραπευτικών επιλογών τους, ως προς τον τρόπο και τον τόπο υπαγωγής τους στην αναγκαία θεραπεία, και

γ) η βελτίωση των όρων πρόσβασης στη θεραπεία και τη νοσηλεία των ασθενών που χρήζουν ανακουφιστικής φροντίδας, ώστε να διασφαλίζεται η δυνατότητα παροχής φροντίδας υγείας στην κατοικία τους ή σε κατάλληλες για αυτούς δομές.

Η νομοθεσία αποσκοπεί:

α) Στην ανάπτυξη ειδικών δομών θεραπείας και νοσηλείας των ασθενών που ενδυναμώνουν τη δυνατότητα συμμετοχής του οικογενειακού και οικείου τους περιβάλλοντος κατά τα στάδια θεραπείας και νοσηλείας τους,

β) στη βελτίωση του ανθρώπινου δυναμικού με κατάλληλη εκπαίδευση και επιμόρφωση στις ανάγκες της ανακουφιστικής φροντίδας,

<sup>17</sup> [Link](#).

γ) στην παροχή ολοκληρωμένης υποστήριξης των ασθενών που χρήζουν ανακουφιστικής φροντίδας, καθώς και των οικογενειών και των οικείων τους,

δ) στην αξιοποίηση της χρήσης σύγχρονων ηλεκτρονικών μεθόδων τηλεϊατρικής, για τη συμβουλευτική υποστήριξη των ασθενών και των οικογενειών του.

Οι ανωτέρω στόχοι επιτυγχάνονται μέσω της εκπόνησης Εθνικού Σχεδίου Δράσης για την ανάπτυξη της Ανακουφιστικής Φροντίδας (ΕΣΔΑΑΦ), κατά τα οριζόμενα στο άρθρο 5 του ν. 5007/2022. Το εν λόγω σχέδιο εντάσσεται στο Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία του άρθρου 3 του ν. 4675/2020 (Α' 54), εκπονείται από το Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας (ΚΕΣΥ), μετά από πρόταση της Εθνικής Επιτροπής για την Ανάπτυξη της Ανακουφιστικής Φροντίδας, και εγκρίνεται από τον Υπουργό Υγείας. Το ΕΣΔΑΑΦ αποτελεί τον οδικό χάρτη για την εφαρμογή μιας συνεκτικής πολιτικής παροχής ολιστικών υπηρεσιών ανακουφιστικής φροντίδας με ορίζοντα πενταετίας.

Για την επίτευξη της ανακουφιστικής φροντίδας, βασικό ρόλο διαδραματίζει η δημιουργία δομών ανακουφιστικής φροντίδας ασθενών (ΔΑΦΑ), κατά το άρθρο 6 του ν. 5007/2022. Οι ΔΑΦΑ είναι δημόσιες ή ιδιωτικές μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας που δραστηριοποιούνται στον τομέα της παροχής υπηρεσιών ανακουφιστικής φροντίδας για την ολιστική και διεπιστημονική κάλυψη των αναγκών των ασθενών, που αντιμετωπίζουν προβλήματα, τα οποία σχετίζονται με απειλητικές για τη ζωή τους ασθένειες ή με χρόνια εξελικτικές ασθένειες, καθώς και για τη στήριξη των οικογενειών τους. Οι ΔΑΦΑ δύνανται να οργανώνονται και να λειτουργούν σε όλα τα επίπεδα του συστήματος υγείας, αναλόγως των αναγκών του πληθυσμού στον οποίον απευθύνονται, και διακρίνονται στις εξής κατηγορίες: α) μονάδες παροχής υπηρεσιών κατ' οίκον ανακουφιστικής φροντίδας σε εξωτερικούς ασθενείς, οι οποίες λειτουργούν σε επίπεδο πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, β) ειδικά εξωτερικά ιατρεία ή Κέντρα Ημερήσιας Ανακουφιστικής Φροντίδας Ασθενών (ΚΗΑΦΑ), τα οποία λειτουργούν σε επίπεδο πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, γ) Ξενώνες Ανακουφιστικής Φροντίδας Ασθενών (ΞΑΦΑ) που νοούνται ως φορείς δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας και δ) Μονάδες Ανακουφιστικής Φροντίδας Ασθενών (ΜΑΦΑ), στο πλαίσιο λειτουργίας νοσοκομείων ή ιδιωτικών κλινικών που νοούνται ως φορείς δευτεροβάθμιας ή τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Οι ΔΑΦΑ των περ. α) και β) δύνανται να διασυνδέονται επιστημονικά και οργανωτικά με τις ΔΑΦΑ των περ. γ) και δ), σύμφωνα με τους όρους και τις προϋποθέσεις της υπουργικής απόφασης της περ. β) της παρ. 1 του άρθρου 13. Οι διοικήσεις των νοσοκομείων ή των ιδιωτικών κλινικών εντός των οποίων λειτουργούν οι ΔΑΦΑ της περ. δ' δύνανται να συνάπτουν συνεργασίες με πανεπιστημιακά κέντρα αριστείας, υπό τη μορφή προγραμματικών συμβάσεων με σκοπό τη δι-αμόρφωση καινοτόμων ιατρικών πρωτοκόλλων παροχής ανακουφιστικής φροντίδας και λοιπών ερευνητικών δράσεων.

Ιδιαίτερης σημασίας είναι η πρόβλεψη της Σύστασης Εθνικού Μητρώου Ασθενών Ανακουφιστικής Φροντίδας, κατά το άρθρο 7 του ν. 5007/2022, για την παροχή ολοκληρωμένων υπηρεσιών ανακουφιστικής φροντίδας ασθενών. Στο εν λόγω μητρώο εγγράφονται οι ασθενείς που χρήζουν ανακουφιστικής φροντίδας, με ευθύνη του θεράποντος ιατρού τους ή με ευθύνη θεράποντος ιατρού δημόσιας δομής, με υποχρεωτική αναφορά στο είδος του νοσήματος, με βάση την κατηγο-

ριοποίηση των νοσημάτων στη Στατιστική Ταξινόμηση Νόσων και Σχετικών Προβλημάτων Υγείας (ICD-10) και το στάδιο της νόσου.

Καθοριστικής σημασίας είναι Σύσταση της Εθνικής Επιτροπής για την Ανάπτυξη της Ανακουφιστικής Φροντίδας, κατά το άρθρο 8 του ν. 5007/2022, ως διεπιστημονικού συμβουλευτικού οργάνου, η οποία εδρεύει στο Υπουργείο Υγείας και υπάγεται στον Υπουργό Υγείας. Οι αρμοδιότητες της Επιτροπής έγκεινται στις εξής: α) Προτείνει προς το Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας (ΚΕΣΥ) δράσεις για την οργάνωση της ανακουφιστικής φροντίδας στην Ελλάδα, σε επίπεδο πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας, με έμφαση στις οργανωτικές δομές ανά υγειονομική περιφέρεια με βάση τις καταγεγραμμένες ανάγκες, β) υποβάλλει προς το ΚΕΣΥ προτάσεις αναφορικά με το Εθνικό Σχέδιο Δράσης Ανακουφιστικής Φροντίδας του άρθρου 5 και την επιστημονική του επικαιροποίηση, γ) προτείνει προς το ΚΕΣΥ ενδεδειγμένα πρωτόκολλα ανακουφιστικής φροντίδας ανά οργανωτική δομή, με αναλυτική καταγραφή των παρεχόμενων υπηρεσιών στη βάση των διεθνών καλών πρακτικών και των επικαιροποιημένων κλινικών οδηγιών, δ) υποβάλλει προς το ΚΕΣΥ προτάσεις αναφορικά με οργανωτικά και επιστημονικά ζητήματα λειτουργίας των δομών ανακουφιστικής φροντίδας υγείας, καθώς και θέματα εξειδίκευσης και επιμόρφωσης του προσωπικού, και ε) γνωμοδοτεί προς την αρμόδια Υπηρεσία του Υπουργείου Υγείας για το περιεχόμενο και τη διάρθρωση του Εθνικού Μητρώου Ασθενών Ανακουφιστικής Φροντίδας.

Σύμφωνα με το άρθρο 10 του ν. 5007/2022, η Εθνική Επιτροπή για την Ανάπτυξη της Ανακουφιστικής Φροντίδας (Επιτροπή) συγκροτείται με απόφαση του Υπουργού Υγείας. Η Επιτροπή αποτελείται από έντεκα (11) τακτικά, και ισάριθμα αναπληρωματικά, μέλη, και απαρτίζεται από:

α) δύο (2) ιατρούς με διετή κλινική εμπειρία ή ειδικότητα ή εξειδίκευση ή μεταπτυχιακό τίτλο σπουδών της ημεδαπής ή αλλοδαπής, αναγνωρισμένο με πράξη αρμοδίου οργάνου ή με αναγνώριση επαγγελματικής ισοδυναμίας από το Συμβούλιο Αναγνώρισης Επαγγελματικών Προσόντων (ΣΑΕΠ) ή το Αυτοτελές Τμήμα Εφαρμογής της Ευρωπαϊκής Νομοθεσίας (ΑΤΕΕΝ) σύμφωνα με το π.δ. 38/2010 (Α' 78), στο γνωστικό αντικείμενο της Ανακουφιστικής Ιατρικής ή Ανακουφιστικής Φροντίδας ή μετεκπαίδευση ή πιστοποιημένη επιμόρφωση, σύμφωνα με το άρθρο 11, εκ των οποίων ένας (1) είναι μέλος Διδακτικού Ερευνητικού Προσωπικού Ιατρικής Σχολής ημεδαπού ή αλλοδαπού Ανώτατου Εκπαιδευτικού Ιδρύματος,

β) δύο (2) νοσηλευτές με διετή κλινική εμπειρία σε εξειδικευμένες υπηρεσίες Ανακουφιστικής Φροντίδας ή μεταπτυχιακό τίτλο σπουδών της ημεδαπής ή αλλοδαπής, αναγνωρισμένο με πράξη αρμοδίου οργάνου ή με αναγνώριση επαγγελματικής ισοδυναμίας από το Συμβούλιο Αναγνώρισης Επαγγελματικών Προσόντων ή το Αυτοτελές Τμήμα Εφαρμογής της Ευρωπαϊκής Νομοθεσίας (ΑΤΕΕΝ) σύμφωνα με το π.δ. 38/2010, στο γνωστικό αντικείμενο της Ανακουφιστικής Φροντίδας ή μετεκπαίδευση ή πιστοποιημένη επιμόρφωση από φορέα που παρέχει υπηρεσίες εξειδικευμένης Ανακουφιστικής Φροντίδας, σύμφωνα με το άρθρο 11, εκ των οποίων ένας (1) είναι μέλος Διδακτικού Ερευνητικού Προσωπικού Νοσηλευτικής Σχολής ημεδαπού ή αλλοδαπού Ανώτατου Εκπαιδευτικού Ιδρύματος,

γ) έναν (1) εκπρόσωπο του Υπουργείου Παιδείας που προτείνεται από τον Υπουργό Παιδείας και Θρησκευμάτων,

δ) έναν (1) εκπρόσωπο ασθενών που χρήζουν ανακουφιστικής φροντίδας υγείας,



- ε) έναν (1) εκπρόσωπο του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου που προτείνεται από τον ίδιο,
- στ) τρεις (3) επιστήμονες εγνωσμένου κύρους ως εκπροσώπους του Υπουργείου Υγείας, και
- ζ) έναν (1) υπάλληλο του Υπουργείου Υγείας.

Απαραίτητη για την παροχή υπηρεσιών ανακουφιστικής φροντίδας είναι η παροχή επιμόρφωσης, κατά το άρθρο 11 του ν. 5007/2022, από επαγγελματίες υγείας και λοιπά μέλη της διεπιστημονικής ομάδας. Τα προγράμματα επιμόρφωσής τους είναι διάρκειας τετρακοσίων (400) τουλάχιστον ωρών, από φορέα που παρέχει υπηρεσίες εξειδικευμένης ανακουφιστικής φροντίδας, εκ των οποίων διακόσιες (200) ώρες θεωρητικής εκπαίδευσης και διακόσιες (200) ώρες πρακτικής (κλινικής) άσκησης στο ίδιο γνωστικό αντικείμενο. Για την πιστοποίηση της επιμόρφωσης των τετρακοσίων (400) ωρών στην ανακουφιστική φροντίδα, συστήνεται τριμελής Επιτροπή για την ανάπτυξη και λειτουργία του προγράμματος επιμόρφωσης της παρ. 1, η οποία συγκροτείται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και αποτελείται από μέλη Διδακτικού Ερευνητικού Προσωπικού των Ανώτατων Εκπαιδευτικών Ιδρυμάτων, με εξειδίκευση στο γνωστικό αντικείμενο της ανακουφιστικής φροντίδας των κλάδων της Ιατρικής ή της Νοσηλευτικής Επιστήμης ή των Ψυχοκοινωνικών Επιστημών.

## 2. ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ ΕΠΙ ΤΗΣ ΝΟΜΟΘΕΣΙΑΣ

Ο ν. 5007/2022 διευρύνει το περιεχόμενο του δικαιώματος στην υγεία. Ενώ μέχρι πρότινος το συνταγματικό δικαίωμα στην υγεία περιελάμβανε την πρόληψη, τη διάγνωση, τη θεραπεία και την αποκατάσταση τώρα περιλαμβάνει και την ανακουφιστική φροντίδα. Άξιο αναφοράς είναι ότι η νομοθεσία προβλέπει την εξατομικευμένη ιατρική φροντίδα για την παροχή ανακουφιστικής φροντίδας.

Περαιτέρω, η νομοθεσία στοχεύει να αλλάξει και τη νοοτροπία του ιατρού, του νοσηλευτή και της κοινωνίας. Ο λειτουργός της υγείας έχει εκπαιδευτεί για το πώς θα κάνει καλύτερα τον ασθενή. Τώρα οφείλει να αναγνωρίσει το πεπερασμένο των δυνατοτήτων του και να μεριμνήσει για την ποιότητα της ζωής του ασθενούς σε αυτό το τελευταίο στάδιο. Ο ιατρός δεν είναι πλέον «ο παντοδύναμος» που θα κάνει τον ασθενή καλά, αλλά αυτός που θα τον βοηθήσει να ζήσει ικανοποιητικά χωρίς να εξοντωθούν οι οικείοι του.

Σημαντικό επίσης είναι ότι η νομοθεσία διευρύνει και την έννοια της ανακουφιστικής φροντίδας όχι μόνο στους ογκολογικούς ασθενείς αλλά και στους ανιάτως πάσχοντες, τους νευρολογικούς ασθενείς, αυτούς που υπέστησαν κάποιο ατύχημα κ.ο.κ.

Μεγάλο επίτευγμα του νόμου είναι η πρόβλεψη σύστασης μπρώου ανακουφιστικής φροντίδας. Το εν λόγω μπρώο, που θα λειτουργεί υπό τις επιταγές που θέτει ο Γενικός Κανονισμός Προστασίας Δεδομένων θα αποτελέσει ένα σημαντικό εργαλείο για τους ιατρούς, τους ερευνητές και αυτούς που ασκούν την πολιτική υγείας. Το μπρώο αυτό θα αποτελέσει ένα είδος βιοτράπεζας<sup>18</sup>.

Στις παραλείψεις του νόμου θα μπορούσε να σημειωθεί η έλλειψη κάποιου βιοηθικού από τα μέλη της Εθνικής Επιτροπής Ανακουφιστικής Φροντίδας. Η έλλειψη αυτή θεραπεύεται, ωστόσο, από την πρόβλεψη ως μελών της Επιτροπής τριών επιστημόνων εγνωσμένου κύρους στην περι-

<sup>18</sup> Βλ. τη σχετική Γνώμη της Επιτροπής Βιοηθικής και Τεχνοηθικής, διαθέσιμη στο [link](#).

πτωση του άρθρου 9 παρ. 2 στ', αλλά θα δημιουργούσε μεγαλύτερη εξασφάλιση η ρητή πρόβλεψη συμμετοχής βιοηθικού. Μια άλλη παράλειψη του νόμου είναι η μη παραπομπή στα δικαιώματα των ασθενών, όπως αυτά προβλέπονται στη Σύμβαση του Οβιέδο.

#### IV. ΤΟ ΚΕΙΜΕΝΟ ΣΥΝΤΑΓΜΑΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

Το δικαίωμα στην υγεία κατοχυρώνεται στο ελληνικό Σύνταγμα ως διττό<sup>19</sup>. Από τη μία, επισημαίνεται ο ατομικός, αμυντικός του χαρακτήρας<sup>20</sup> (άρθρο 5 παρ. 5 εδ. α' Σ.) και από την άλλη, ο κοινωνικός (άρθρο 21 παρ. 3 Σ.). Ως αμυντικό το δικαίωμα στην υγεία γεννά την αξίωση για αποχή του κράτους. Επιπλέον, σύμφωνα με το συνταγματικά αναθεωρημένο άρθρο 5 παρ. 5 εδ. β' Σ. προβλέπεται η προστασία του ατόμου έναντι οποιασδήποτε βιοϊατρικής παρεμβάσεως. Έτσι, το Σύνταγμα προσφέρει στον κοινό νομοθέτη την εξουσιοδότηση να προβλέψει την προστασία. Σε αυτό το πλαίσιο, ο νόμος είναι σε θέση να επιβάλλει την απαιτούμενη προστασία υπό προϋποθέσεις και περιορισμούς. Οι τελευταίες ορίζονται με σαφήνεια στο άρθρο 25 παρ. 1 εδ. β' Σ.

Υπό το πρίσμα και των δύο περιστάσεων, η υγεία γίνεται κατανοητή αφενός ως η κατάσταση σωματικής και ψυχικής ευεξίας και αφετέρου ως δημόσιο αγαθό<sup>21</sup>. Βέβαια, πέραν της καταστάσεως σωματικής και ψυχικής ευεξίας, απαραίτητη θεωρείται και η αρνητική οριοθέτηση του δικαιώματος αυτού. Με διαφορετική διατύπωση, το δικαίωμα στην υγεία νοείται ως συνώνυμο της φυσικής καταστάσεως του ατόμου που προλαμβάνει κάθε μορφή ασθένειας ή αναπηρίας που μπορεί να περιορίσει τη φυσιολογική δραστηριότητά του<sup>22</sup>. Πριν από την αναθεώρηση του 2001 του άρθρου 5 παρ. 5 εδ. α' Σ. που συμπεριλαμβάνει και τη συγκεκριμένη πρόβλεψη, η αμυντική φύση του δικαιώματος στην υγεία περιοριζόταν στο άρθρο 7 παρ. 2 Σ., που, μεταξύ άλλων, περιλαμβάνει την απαγόρευση οποιασδήποτε σωματικής κακώσεως, βλάβης της υγείας ή ασκήσεως ψυχολογικής βίας<sup>23</sup>. Αντίθετα, σύμφωνα με το ισχύον αναθεωρημένο άρθρο, «Καθένας έχει δικαίωμα στην προστασία της υγείας και της γενετικής του ταυτότητας»<sup>24</sup>. Η προστασία της υγείας δεν έγκειται μόνο στην πρόληψη και τη θεραπεία, αλλά και στην ανακουφιστική φροντίδα. Υπό αυτή την άποψη, θα μπορούσε να υποστηριχθεί η διευρυμένη αυτή φύση του δικαιώματος στην ανακουφιστική φροντίδα.

<sup>19</sup> Βλ. διεξοδ. Φ. Παναγοπούλου-Κουτνατζή, *Περί της υποχρεωτικότητας του εμβολιασμού σε περίοδο πανδημίας: Μια ηθικο-συνταγματική θεώρηση*, e-book ελεύθερης πρόσβασης epoliteia.gr 2021, σελ. 41 επ.

<sup>20</sup> Την αμυντική φύση του δικαιώματος τονίζει ο Ευ. Βενιζέλος, *Το αναθεωρητικό κεκτημένο, Το συνταγματικό φαινόμενο στον 21ο αιώνα και η εισφορά της αναθεώρησης του 2001, 2002*, σελ. 143.

<sup>21</sup> Βλ. *Ibidem*, σελ. 143.

<sup>22</sup> Βλ. Κ. Χρυσόγονο/Σ. Βλαχόπουλο, *Ατομικά και Κοινωνικά Δικαιώματα*, 2023, σελ. 575.

<sup>23</sup> Βλ. Π. Δαγτόγλου, *Συνταγματικό Δίκαιο, Ατομικά Δικαιώματα*, 2012, σελ. 219, αρ. περιθ. 346· Ι. Κριάρη-Κατράνη, *Γενετική Τεχνολογία και θεμελιώδη δικαιώματα*, 1999, σελ. 47.

<sup>24</sup> Βλ. Ι. Κριάρη-Κατράνη, *Η συνταγματική προστασία της γενετικής ταυτότητας – Πρώτη προσέγγιση*, ΔτΑ 2001, σελ. 347-367. Η διάταξη αυτή αποπνέει τη βούληση του αναθεωρητικού νομοθέτη του 2001 να ανοίξει τις πύλες του Συντάγματος στον ευρύτερο προβληματισμό της Βιοηθικής, βλ. Τ. Βιδάλη/Λ. Μήτρου/Α. Τάκη, «Συνταγματική πρόσληψη των τεχνολογικών εξελίξεων και “νέα” δικαιώματα», σε: Ξ. Κοντιάδης (επιμ.), *Πέντε χρόνια μετά τη συνταγματική αναθεώρηση*, 2006 σελ. 273 επ. (277, κείμενο Τ. Βιδάλη). Αμφιβολίες για την αναγκαιότητα της θεσπίσεως της διατάξεως αυτής εκφράζει ο Σ. Βλαχόπουλος, *Βιοϊατρικές εξελίξεις και αναθεώρηση του Συντάγματος*, ΔτΑ 2001, σελ. 370 επ.

Η υγεία ως κοινωνικό δικαίωμα με την έννοια των θετικών ενεργειών του κράτους για την οργάνωση ενός συστήματος παροχής υγείας προβλέπεται στο άρθρο 21 παρ. 3 Σ., σύμφωνα με το οποίο το κράτος οφείλει να μεριμνά για την υγεία των πολιτών<sup>25</sup>. Σύμφωνα με τη νομολογία του ΣτΕ, από το άρθρο 21 παρ. 3 Σ. απορρέει η «υποχρέωση του κράτους για τη λήψη θετικών μέτρων προς προστασία της υγείας των πολιτών, στους οποίους (το άρθρο 21 παρ. 3 Σ.) δίνει δικαίωμα να απαιτήσουν από την Πολιτεία την πραγμάτωση της αντίστοιχης υποχρέωσής της»<sup>26</sup>. Ένα θετικό μέτρο είναι η σύσταση μονάδων ανακουφιστικής φροντίδας.

## V. ΤΟ ΗΠΙΟ ΔΙΚΑΙΟ

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας στον Παγκόσμιο Χάρτη Ανακουφιστικής Φροντίδας στο τέλος της ζωής (2014)<sup>27</sup> υποστηρίζει ότι:

1. Η Ανακουφιστική Φροντίδα είναι δικαίωμα κάθε ανθρώπου που πάσχει.
2. Η Ανακουφιστική Φροντίδα χρειάζεται σε όλες τις χρόνιες παθήσεις, όπως και σε ασθενείς με απειλητική για τη ζωή τους ασθένεια.
3. Η Ανακουφιστική Φροντίδα παρέχεται αναλόγως των αναγκών των ασθενών και δεν έχει χρονικό περιορισμό αναλόγως της διάγνωσης ή της πρόγνωσης.
4. Η Ανακουφιστική Φροντίδα παρέχεται σε όλα τα επίπεδα των Υπηρεσιών Υγείας, δηλαδή: στο σπίτι, στην κοινότητα, στο γενικό ή το εξειδικευμένο νοσοκομείο, σε ξενώνα Ανακουφιστικής Φροντίδας.
5. Η Ανακουφιστική Φροντίδα έχει διαφορετικά επίπεδα («ανακουφιστική προσέγγιση», «γενική» και «εξειδικευμένη») αναλόγως των αναγκών των ασθενών και της εξειδίκευσης του προσωπικού.

## VI. ΟΙ ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ ΤΗΣ ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Στην Ελλάδα λειτουργεί ένας μόνο ξενώνας ανακουφιστικής φροντίδας, η Γαλιλαία, ο οποίος εμπνεύστηκε και δημιουργήθηκε από τον Μητροπολίτη Μεσογαίας και Λαυρεωτικής κ.κ. Νικόλαο. Μέχρι πρόσφατα το εν λόγω κέντρο λειτουργούσε ως γηροκομείο ελλείψει της νομοθεσίας που προέβλεπε τη σύστασή του. Η πρόσφατη νομοθεσία κάλυψε ένα μεγάλο κενό, νομιμοποίησε τη δράση του κέντρου και ευελπιστείται ότι θα αποτελέσει εναρκτήριο κίνητρο για τη λειτουργία και άλλων μονάδων στην Ελλάδα. Παράλληλα, υπάρχει και η ΜΕΡΙΜΝΑ που προσφέρει ψυχολογική υποστήριξη σε παιδιά και υπηρεσίες κατ' οίκον φροντίδας. Επίσης, η ΝΟΣΗΛΕΙΑ παρέχει υπηρεσίες Ανακουφιστικής κατ' οίκον μόνο. Περαιτέρω, το κέντρο ΤΖΕΝΗ ΚΑΡΕΖΗ παρέχει υπηρεσίες σε εξωτερικά ιατρεία. Τέλος, η Ένωση Ασθενών υποστηρίζει την ανάγκη της Ανακουφιστικής Φροντίδας, χωρίς να παρέχει υπηρεσίες η ίδια.

Η θέσπιση νομοθεσίας αποτελεί ένα ενθαρρυντικό βήμα για τη ρύθμιση ζητημάτων

<sup>25</sup> Βλ. ΣτΕ 400/1986, ΤοΣ 1986, σελ. 433-439. (436)· ΣτΕ 549/1987· Κ. Κρεμαλή, *Το δικαίωμα για προστασία της υγείας*, 1987, σελ. 175, υποσ. 215.

<sup>26</sup> ΣτΕ 400/1986, ΤοΣ, 1986, σελ. 433-439 (437).

<sup>27</sup> Βλ. World Health Organisation, *Global Atlas of Palliative Care at the End of Life*, 2014, διαθέσιμο στο [link](#).

ανακουφιστικής φροντίδας. Η ρύθμιση ενθαρρύνει τη σύσταση μονάδων ανακουφιστικής φροντίδας, οι οποίες θα ήταν αμήχανες εάν λειτουργούσαν υπό ένα καθεστώς έωλου νομικού πλαισίου. Η ρύθμιση είναι το πρώτο βήμα. Τα επόμενα αναγκαία βήματα είναι η προβολή της αναγκαιότητας της ανακουφιστικής φροντίδας, η κινητροδότηση για τη δημιουργία μονάδων, η εκπαίδευση του προσωπικού, η ένταξη του μαθήματος της ανακουφιστικής φροντίδας στις ιατρικές και νοσηλευτικές σχολές και προπάντων η καλλιέργεια της ιδέας ότι φροντίζουμε τις ψυχικές ανάγκες του ασθενούς ακόμα και όταν φθάσει στο σημείο που δεν μπορεί πλέον να θεραπευθεί.

Είναι δυστυχώς λυπηρό ότι παρά τη θέσπιση νομοθεσίας δεν υπάρχει άλλη μονάδα ανακουφιστικής φροντίδας στην Ελλάδα με τη μορφή ξενώνα και η μοναδική μονάδα φαίνεται να είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με τον νυν δημιουργό της, με αποτέλεσμα να καθίσταται δύσκολη η διάδοχη κατάσταση.

## VII. ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΚΕΣ ΠΡΟΚΛΗΣΕΙΣ

Οι επαγγελματίες ανακουφιστικής φροντίδας αντιμετωπίζουν ένα ευρύ φάσμα δεοντολογικών προκλήσεων, όπως η πλοήγηση στις θεσμικές πολιτικές, η κατανομή των πόρων και η διεπαγγελματική σύγκρουση<sup>28</sup>. Είναι γεγονός ότι το ελλιπές νομοθετικό πλαίσιο που υπήρχε στην Ελλάδα οδήγησε εκ των πραγμάτων πολλούς φροντιστές στο να παρανομούν. Ετέθη το ηθικό δίλημμα αν έπρεπε να παρανομήσουν για να προσφέρουν ανακουφιστική φροντίδα ή αν είχαν το καθήκον να συμμορφωθούν στον νόμο και να μην προσφέρουν κάτι που θα ωφελήσει τον ασθενή. Επίσης, γεννάται σύγκρουση ως προς το ποιος θεραπευτικός κλάδος πρέπει να προαχθεί από οικονομική άποψη. Έχει μεγαλύτερη σημασία η θεραπεία από τη δημιουργία ενός γαλήνιου περιβάλλοντος; Η διεπαγγελματική σύγκρουση δεν είναι ανάξια προσοχής. Για παράδειγμα, θα υπερισχύσει η γνώμη του ψυχολόγου, του θεολόγου ή του παθολόγου κατά την ανακούφιση του ασθενούς; Τέλος, δεν είναι άμοιρο προβληματισμού αν πρέπει να καλούνται προς έρευνα οι ασθενείς που βρίσκονται στο τελευταίο στάδιο της ζωής τους<sup>29</sup>. Από το θέμα αυτό εξαρτάται η ηθική δικαίωση της έρευνας στην ανακουφιστική φροντίδα<sup>30</sup>. Η ενήμερη συγκατάθεση αποτελεί πρόκληση στην έρευνα, δεδομένου του περιορισμένου χρόνου, της ψυχολογικής διακύμανσης των ασθενών και της μείωσης της σωματικής και διανοητικής ικανότητας<sup>31</sup>. Επιπλέον, οι ανησυχίες των μελών της οικογένειας πρέπει να ληφθούν υπ' όψιν, καθώς οι απόψεις τους είναι πιθανό να επηρεάσουν τη συμμετοχή των ασθενών<sup>32</sup>.

<sup>28</sup> Βλ. G. Schofield/M. Dittborn/R. Huxtable/E. Brangan/L. E. Selman, *Real-world ethics in palliative care: A systematic review of the ethical challenges reported by specialist palliative care practitioners in their clinical practice*, *Palliative Medicine* 2021, Vol. 35(2), σελ. 315-334.

<sup>29</sup> M. Gysels/C. Evans/I. Higginson, *Patient, caregiver, professional and researcher views and experiences of participating in research at the end of life: a critical interpretive synthesis of the literature*, *J Pain Symptom Manage* 2012; 12: 123.

<sup>30</sup> L. De Raeve, *Ethical issues in palliative care research*, *Palliat Med* 1994; 8: 298-305.

<sup>31</sup> E. Vig/D. Casarett, *Can my patient make that decision? Assessing capacity to make decisions about clinical care and research participation*, *J Pain Symptom Manage* 2010; 39(2): 413.

<sup>32</sup> J. H. Karlawish, *Conducting research that involves subjects at the end of life who are unable to give consent*, *J Pain Symptom Manage* 2003; 25(4): S14-S24.

Οι προκλήσεις αυτές συνιστάται να συζητούνται στην εκπαιδευτική διαδικασία, προκειμένου οι φροντιστές να είναι ενήμεροι για τις προκλήσεις που καλούνται να αντιμετωπίσουν.

### **VIII. ΑΝΤΙ ΕΠΙΛΟΓΟΥ**

Ήγγικεν η ώρα να εντάξουμε στη βιοηθική συζήτηση τη σπουδαιότητα της ανακουφιστικής φροντίδας και την ανάγκη σύστασης νέων δομών στην Ελλάδα. Προς τούτο, απαιτείται ευρεία ενημέρωση και ευαισθητοποίηση του πληθυσμού, εκπαίδευση του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, κινητροδότηση για τη δημιουργία νέων μονάδων και προπάντων αλλαγή της νοοτροπίας της κοινωνίας ότι αν εξαντληθεί η θεραπεία υπάρχει ο δρόμος της ανακουφιστικής φροντίδας, χωρίς αυτό βεβαίως να συνεπάγεται ότι η ανακουφιστική φροντίδα αποκλείει την παράλληλη θεραπεία, εκεί που υπάρχει. Είθε η μοναδική μονάδα ανακουφιστικής φροντίδας στην Ελλάδα να λειτουργήσει ως πολλαπλασιαστής και πρότυπο για τη δημιουργία και άλλων αντίστοιχων μονάδων. □