

ΒΡΑΒΕΙΟ ΚΑΛΥΤΕΡΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗΣ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗΣ ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΥ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ ΕΝΕ 2013

Ηθικοί προβληματισμοί για τον περιορισμό της θεραπείας και αποφάσεις στο τέλος της ζωής

Γιαννούλα Νταβώνη¹, Μαρία Μπαγιάτη-Λεβάκου², Μαρία Δάντσιου³

1. Προϊσταμένη Χειρουργείου Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Γ. Γεννηματάς», yiannadavoni@gmail.com
2. Διευθύντρια Νοσηλευτικής Υπηρεσίας Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Γ. Γεννηματάς».
3. Νοσηλεύτρια, Msc, Γραφείου Ν.Υ. Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Γ. Γεννηματάς», mariadan1977@gmail.com

Υπεύθυνος αλληλογραφίας: Νταβώνη Γιαννούλα

Αγ. Σπυρίδωνος 10, 11146 Γαλάτσι Τηλ: 6977745797, 2102220573, E-mail: yannadavoni@gmail.com

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Οι επαγγελματίες υγείας σήμερα δίνουν μάχη για να κρατήσουν στη ζωή έναν ασθενή. Σε κάθε εποχή ο διάλογος για τις αποφάσεις στο τέλος της ζωής επικεντρώνεται στο αν το άτομο έχει δικαίωμα να αποφασίσει για το τέλος του.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας ανασκοπικής εργασίας είναι η παράθεση νομικών και ηθικών ζητημάτων που ανακύπτουν σχετικά με το θάνατο.

Ανασκόπηση βιβλιογραφίας: Διενεργήθηκε εκτενής και συστηματική ανασκόπηση σε διεθνείς βάσεις δεδομένων (MeSH, Pubmed), ανακτήθηκαν πληροφορίες από τις επιτροπές βιοηθικής διαφόρων χωρών (Ελλάδα, Κύπρου, Βρετανίας, Γαλλίας, Αυστρίας, Βελγίου) και τη Διευθύνουσα επιτροπή βιοηθικής του συμβουλίου της Ευρώπης και μελετήθηκε η σχετική βιβλιογραφία της τελευταίας δεκαετίας με λέξεις κλειδιά όπως: θεραπευτικό όφελος, ανακουφιστική φροντίδα υγείας, τελικό στάδιο, αυτονομία.

Η συστηματική ανασκόπηση κατέδειξε ότι ο θάνατος αποτελεί μείζον θέμα δημόσιας υγείας λόγω των πολλών παραμέτρων του που σχετίζονται με τις αρχές άσκησης του ιατρονοσηλευτικού λειτουργήματος, τις ανισότητες στο χώρο της υγείας καθώς και τις κοινωνικοηθικές και θρησκευτικές αντιλήψεις. Η τεχνητή υποστήριξη των βασικών λειτουργιών του ανθρώπου, οδήγησε στον εντοπισμό ιδιόμορφων συνδρόμων όπως του εγκεφαλικού θανάτου και της εξακολουθητικής φυτικής κατάστασης, με αποτέλεσμα τη δημιουργία ηθικών διλημμάτων περί εφαρμογής, συνέχιση ή απόσυρση της υποστήριξης της ζωής.

Συμπέρασμα: Γίνεται αντιληπτό ότι κάθε συζήτηση γύρω από το θέμα, δεν μπορεί να βρει απαντήσεις ή λύσεις που να είναι ομόφωνα αποδεκτές. Όσο περισσότερο και αν υποστηρίζεται ένα δικαίωμα στο θάνατο, στο όνομα της όποιας «αξιοπρεπούς λύτρωσης», ο ρόλος του ιατρού και των νοσηλευτών είναι να προσπαθούν να θεραπεύσουν και αν αυτό δεν σταθεί δυνατό, να απαλύνουν τον πόνο και να ανακουφίσουν μέχρι το τέλος.

Λέξεις Κλειδιά: Ανακουφιστική φροντίδα υγείας, αυτονομία, θεραπευτικό όφελος, περιορισμός θεραπείας, τελικό στάδιο

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Σήμερα γίνεται ολοένα και περισσότερο λόγος για την έννοια των αποφάσεων στο τέλος της ζωής και του περιορισμού της θεραπείας, ιδίως όταν αυτή θεωρείται μάταιη (futile). Ο προβληματισμός για το τέλος της ζωής υπάρχει από την αρχαιότητα, ωστόσο η ανάγκη επιλογής ανάμεσα στην υποστήριξη της ζωής με τη χρήση της τεχνολογίας ή την απρόσκοπτη κατάληξη του ασθενούς από τη νόσο και τις επιπλοκές της ανέκυψε για πρώτη φορά τη δεκαετία του '60 όταν η τεχνολογική εξέλιξη επέτρεψε στους θεράποντες τη δυνατότητα να διατηρήσουν στη ζωή ακόμη και ασθενείς που ήταν σε μη αναστρέψιμη κωματώδη κατάσταση. Το αποτέλεσμα ήταν ο καθημερινός προβληματισμός και η δημιουργία ηθικών διλημάτων περί εφαρμογής, συνέχισης ή απόσυρσης της υποστήριξης της ζωής.

Το 20% των θανάτων στις ΗΠΑ και την Ευρώπη συμβαίνουν στο χώρο της μονάδας εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ) ενώ για το 8-10% των ασθενών λαμβάνονται αποφάσεις τέλους ζωής. Στοιχεία πρόσφατης μελέτης έδειξαν ότι το 36% των θανάτων στις ΜΕΘ επέρχεται μετά από λήψη αποφάσεων τέλους ζωής, οι οποίες συνήθως αφορούν την απόσυρση ή τον περιορισμό της θεραπείας, που πιθανώς παρατείνει τη ζωή, καθώς και την εφαρμογή της ανακουφιστικής αγωγής (Randal, 2007). Για τη χώρα μας δεν υπάρχουν στατιστικά στοιχεία, ωστόσο φαίνεται ότι η πλειονότητα των ανθρώπων πεθαίνουν νοσηλεύόμενοι και ειδικότερα στις ΜΕΘ (Magina, 2009). Ο περιορισμός ή η απόσυρση της υποστήριξης των ασθενών της ΜΕΘ, προηγείται του θανάτου τους πάνω από τις μισές φορές τόσο στις ΗΠΑ όσο και στην Ευρώπη. Σε μελέτη που έγινε σε 17 χώρες της Ευρώπης για τις πρακτικές που αφορούν τις αποφάσεις των γιατρών στο τέλος της ζωής των ασθενών, βρέθηκε ότι είχε ληφθεί απόφαση περιορισμού της υποστήριξης ή απόσυρσης της στο 72,6% των ασθενών που απεβίωσαν. Στις ΗΠΑ η συχνότητα είναι μεγαλύτερη και φαίνεται πως συνεχώς αυξάνει. Άξιο λόγου είναι το γεγονός ότι οι αποφάσεις περιορισμού της θεραπείας, από 51% που ήταν το 1987 άγγιξαν το 90% το 1993. Ενδεικτικά αναφέρεται ότι επί 5910 θανάτων σε ΜΕΘ που μελετήθηκαν στις ΗΠΑ στο 14% είχε προηγηθεί περιορισμός της υποστήριξης, στο 36% είχε προηγηθεί απόσυρση θεραπείας, στο 24% είχε χορηγηθεί πλήρης υποστήριξη και είχε περιοριστεί μόνο η καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση και τέλος μόνο στο 26% είχε χορηγηθεί υποστήριξη μέχρι την έλευση του θανάτου (Grubb et al, 2012).

Αποτελέσματα ερευνών στην Ελλάδα δείχνουν ότι, ένα σημαντικό ποσοστό γιατρών έχει έμμεση αντίληψη συγκεκριμένων περιπτώσεων ενεργητικής και παθητικής ευθανασίας (18,5% και 32,1% αντίστοιχα). Επιπλέον, οι μισοί περίπου από τους ερωτηθέντες γιατρούς αναφέρουν ότι τους έχει ζητηθεί από συγγενείς ασθενούς να προβούν σε ενεργητική ή παθη-

τική ευθανασία, παρόλο που η πλειοψηφία δηλώνει πως ποτέ δεν ανταποκρίθηκε θετικά σε σχετικό αίτημα. Τα αποτελέσματα δείχνουν επίσης ότι οι αποφάσεις που αφορούν το τέλος της ζωής, είναι ιδιαίτερα δύσκολες και συχνές, γεγονός που αποδεικνύει πως το θέμα αυτό υπάρχει, προβληματίζει και κυρίως δικάζει, καθώς τα ποσοστά των απαντήσεων μοιράζονται.

Όλα αυτά τονίζουν την ανάγκη ενημέρωσης, εκπαίδευσης και αποσαφήνισης ορισμένων σκοτεινών σημείων, έτσι ώστε να γίνει κατανοητό ότι αυτό το στενά συνδεδεμένο με πολλές προκαταλήψεις θέμα δεν πρέπει να αποτελεί μια "λύση", αλλά θέμα διαλόγου και προβληματισμού, καθιστώντας αναγκαία την ύπαρξη κατευθυντηρίων γραμμών (Garani et al, 1996). Μία άλλη έρευνα δείχνει ότι η συντριπτική πλειονότητα των ασθενών των μονάδων εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ) δεν μπορούν να συμμετάσχουν στη λήψη της απόφασης μη κλιμάκωσης ή απόσυρσης της αγωγής. Οι προγενέστερες οδηγίες προβάλλουν ως πιθανός τρόπος διεύρυνσης της αυτονομίας του ασθενούς. Η ευθύνη της απόφασης μοιράζεται ανάμεσα στη θεραπευτική ομάδα και τους συγγενείς. Μέσω μιας διαδικασίας συζήτησης και ανταλλαγής πληροφοριών, καθορίζονται οι στόχοι της αγωγής. Όταν η αγωγή δεν μπορεί να εκπληρώσει τους στόχους που τέθηκαν, κρίνεται ανώφελη και δεν κλιμακώνεται ή αποσύρεται. Τυχόν συγκρούσεις αντιμετωπίζονται αρχικά μέσω της επανάληψης του διαλόγου και της εμπάθουσας της επικοινωνίας. Σε ανεπίλυτη διαφωνία, το θέμα παραπέμπεται στην επιτροπή δεοντολογίας του νοσοκομείου. Μελέτες παρατήρησης που έγιναν σε διάφορες χώρες και ηπείρους έδειξαν ότι, σε ένα μεγάλο ποσοστό ασθενών που πεθαίνουν στη ΜΕΘ, έχει προηγηθεί μη κλιμάκωση ή απόσυρση της αγωγής, και ότι η απόφαση σχετίζεται με ποικίλους κλινικούς παράγοντες. Η συχνότητα του περιορισμού της αγωγής καθώς και ο βαθμός συμμετοχής των συγγενών στη λήψη της απόφασης επηρεάζονται από το πολιτισμικό πλαίσιο (Margaritis, 2011).

Σκοπός

Σκοπός της παρούσας βιβλιογραφικής ανασκόπησης είναι η παράθεση νομικών και ηθικών ζητημάτων που ανακύπτουν σχετικά με το θάνατο, όπως και η διερεύνηση του τρόπου με τον οποίο αντιμετωπίζεται το θέμα του περιορισμού μιας μάταιης θεραπείας, ιδιαίτερα στις μονάδες εντατικής θεραπείας.

Προκειμένου λοιπόν να εξασφαλιστεί η καλύτερη δυνατή απάντηση στον προβληματισμό για το ποιός αποφασίζει το τέλος της ζωής ασθενούς τελικού σταδίου, διενεργήθηκε εκτενής και συστηματική ανασκόπηση σε διεθνείς βάσεις δεδομένων (MeSH, Pubmed), ανακτήθηκαν πληροφορίες από τις επιτροπές βιοηθικής διαφόρων χωρών (Ελλάδας, Κύπρου, Βρετανίας, Γαλλίας, Αυστρίας, Βελγίου) και τη Διευθύντρια επιτροπή βιοηθικής του συμβουλίου της Ευρώπης, έγινε

περίηψη σε ιστοσελίδες και μελετήθηκε η σχετική βιβλιογραφία της τελευταίας δεκαετίας με λέξεις κλειδιά όπως θεραπευτικό όφελος, ανακουφιστική φροντίδα υγείας, τελικό στάδιο, αυτονομία.

Αποφάσεις στο τέλος της ζωής

Σήμερα κερδίζει έδαφος η έννοια των αποφάσεων στο τέλος της ζωής (Medical Decisions at the End of Life). Ο όρος υποδηλώνει τις περιπτώσεις κατά τις οποίες γίνεται συζήτηση σχετικά με τις αποφάσεις που πρέπει να ληφθούν από τον ασθενή, τους συγγενείς και το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, όταν η κατάσταση του ασθενούς καθιστά οποιαδήποτε περαιτέρω περίεμβαση μάταιη. Οι περιπτώσεις αυτές αφορούν:

Την καρδιοαναπνευστική ανάνηψη: Με βάση τη συμφωνία του Appleton (1849), οι γιατροί έχουν την υποχρέωση να σέβονται την επιθυμία του ασθενούς για εφαρμογή καρδιοαναπνευστικής ανάνηψης και παράτασης της θεραπείας, όχι όμως όταν αυτά θεωρούνται μάταια. Μάταιη θεωρείται η θεραπεία όταν δεν μπορεί να ματαιώσει την επέλευση του θανάτου, να παρατείνει τη ζωή για μια συγκεκριμένη χρονική περίοδο και να διατηρήσει μια αποδεκτή ποιότητα ζωής.

Το δόγμα του διπλού αποτελέσματος: Θεωρείται αποδεκτή ιατρική πράξη, η οποία ορίζεται ως παροχή θεραπείας που μπορεί να οδηγήσει στη συντόμευση της ζωής, χωρίς όμως αυτή να είναι ο στόχος της.

Τις προγενέστερες επιθυμίες του ασθενούς: Οι οδηγίες αυτές αποτελούν έκφραση της συναίνεσης ή της άρνησης του ασθενούς στις ιατρονοσηλευτικές πράξεις, στην περίπτωση που σε μεταγενέστερο χρόνο καταστεί ανίκανος να αντιληφθεί την κατάσταση της υγείας του και να εκφράσει τη βούλησή του. Οι βασικές αρχές οι οποίες διέπουν αυτές τις επιθυμίες είναι ο σεβασμός της ελευθερίας του πολίτη και ο σεβασμός του δικαιώματος της αυτοδιάθεσης.

Στο ερώτημα αν έχει νόημα η διατήρηση του ασθενούς στη ζωή με «κάθε μέσο», θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη ότι: «Η σύγχρονη τεχνολογία υποστήριξης της ζωής στοχεύει στη διασφάλιση καθημερινής υποστήριξης σε ασθενείς με δυνητικά αναστρέψιμη ανεπάρκεια οργάνου και όχι στο αναμέτρηση με το θάνατο» (Garani, 2010; National Bioethics Committee, 2006). Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.) το 2000, στο πλαίσιο της αξιολόγησης των συστημάτων υγείας διεθνώς, χρησιμοποίησε σαν βασικό κριτήριο την «υπευθυνότητα» (World Health Organization, 2000). Το κριτήριο αυτό περιλαμβάνει το σεβασμό της αξιοπρέπειας των προσώπων και των οικογενειών τους, και την προστασία της αυτονομίας τους στη λήψη αποφάσεων για την υγεία τους. Με τον τρόπο αυτόν,

ο Π.Ο.Υ. θέτει την αυτονομία του ασθενούς και τον ιατρικό ανθρωπισμό στο επίκεντρο των συστημάτων υγείας (World Health Organization, 2000). Στην ιατρική πράξη, ο σεβασμός της αυτονομίας έχει ως στόχο την καλύτερη δυνατή εφαρμογή της σύγχρονης ιατρικής επιστήμης, με τρόπο όμως που γίνονται σεβαστές οι ανάγκες και επιθυμίες των ασθενών. Τα ηθικά διλήμματα του τέλους της ζωής πρέπει να εξετάζονται με βάση τα συγκεκριμένα κατά περίπτωση δεδομένα και να αποφεύγονται οι γενικές αφοριστικές παρατηρήσεις. Πρωταρχικός στόχος είναι η καλύτερη δυνατή αξιοποίηση του ανθρώπινου δυναμικού και υλικών μέσων ώστε να καλύπτονται οι ανάγκες των πολιτών. Η λειτουργία του συστήματος υγείας δεν είναι, εκ πρώτης όψεως, άμεσα συνδεδεμένη με τη συναίνεση στη σχέση ιατρού-ασθενούς.

Εκτός από την εξατομικευση της ιατρικής φροντίδας με βάση τις ανάγκες και προτιμήσεις του ατόμου μια άλλη διεθνής τάση στην άσκηση της ιατρικής, άμεσα συνδεδεμένη με τις επιδιώξεις των συστημάτων υγείας, είναι η «τεκμηριωμένη ιατρική» (Timmermans et al, 2005). Η τεκμηριωμένη ιατρική είναι η «ευσυνείδητη, σαφής και συνετή χρήση των καλύτερων και πιο πρόσφατων (επιστημονικών) στοιχείων στη λήψη αποφάσεων για τη φροντίδα συγκεκριμένων ασθενών» (Sackett et al, 1996). Για την εφαρμογή αυτού του είδους της ιατρικής πρακτικής απαραίτητη είναι η κατάρτιση συγκεκριμένων κατευθυντήριων οδηγιών. Η τεκμηριωμένη ιατρική δεν φαίνεται, σε πρώτη ανάγνωση, να έρχεται σε σύγκρουση με την εξατομικευμένη ιατρική που έχει ως κέντρο της το πρόσωπο, εφόσον οι οδηγίες υπάρχουν για την καθοδήγηση στη λήψη αποφάσεων ως προς την επιστημονικά καλύτερη θεραπεία σε ένα συγκεκριμένο ασθενή και μια συγκεκριμένη πάθηση και όχι για την επιβολή συγκεκριμένων θεραπειών ή ορίων. Όμως σε κάποιες από τις χώρες όπου η τεκμηριωμένη ιατρική ήδη εφαρμόζεται, συμβαίνει να λειτουργεί περιοριστικά στην άσκηση της ιατρικής, καθώς οι οδηγίες επιβάλλονται και σε κάποιες περιπτώσεις οι γιατροί δεν μπορούν να τις παραβούν ακόμα και εάν πιστεύουν ότι κάτι τέτοιο θα ωφελούσε τον ασθενή τους (Timmermans et al, 2005; Sackett et al, 1996).

Αντίθετα, στη χώρα μας, δεν έχουν καθιερωθεί τέτοιου είδους κατευθυντήριες οδηγίες ή και περιορισμοί. Η συγκεκριμένη έλλειψη μπορεί να οδηγήσει τόσο σε θεραπείες που δεν είναι οι ενδεδειγμένες, σύμφωνα με τις πιο πρόσφατες επιστημονικές ανακαλύψεις, αλλά και ενδεχομένως σε κατασπατάληση πόρων. Η δίκαιη και αποτελεσματική αξιοποίηση των συγκεκριμένων και περιορισμένων πόρων που διαθέτει το σύστημα υγείας είναι ένα βασικό ζητούμενο, εξαιρετικά επίκαιρο για τη χώρα μας. Η αξιοποίηση των διεθνών εμπειριών και η ανάλυση των πλεονεκτημάτων και προβλημάτων που έχουν παρατηρηθεί σε συστήματα υγείας



ας άλλων χωρών, μπορούν να αποτελέσουν τη βάση για την καλύτερη δυνατή εφαρμογή της τεκμηριωμένης ιατρικής, παράλληλα με το σεβασμό της αυτονομίας του ατόμου (Garani et al, 1996; Margaritis, 2011).

Νομοθετική Προσέγγιση του ζητήματος στο Διεθνές Δίκαιο

Κατά το Αγγλικό δίκαιο η αφαίρεση ζωής είναι έγκλημα, ανεξάρτητα από τα κίνητρα του δράστη (Grubb, 2006). Στην περίπτωση, όμως, που ο γιατρός χορηγεί φαρμακευτική αγωγή που ενδέχεται να έχει ως αποτέλεσμα το θάνατο του ασθενούς, αν αποδειχθεί ότι ο κύριος στόχος ήταν να ανακουφίσει τους πόνους του ασθενούς, τότε ο γιατρός δεν διώκεται (Androulidaki, 1993). Η αγγλική νομοθεσία όσον αφορά την προστασία της ζωής θεωρείται πολύ αυστηρή, καθώς έχει υποστεί μεγάλη επίδραση από τη θρησκεία και για το λόγο αυτό η ζωή θεωρείται ιερή και η προστασία της εκτείνεται μέχρι και στο θάνατο. Ωστόσο, προβλήματα προκύπτουν όταν υπάρχει σύγκρουση του δικαιώματος στη ζωή και εκείνου που δίνει σε όλους τους ασθενείς που έχουν πλήρη συνείδηση, το δικαίωμα να αποφασίζουν οι ίδιοι για τη θεραπεία τους, ως ειδικότερη εκδήλωση του δικαιώματος έκφρασης της αυτονομίας του ασθενούς (Liatsa, 2009; Panagou, 2010; Garani, 2010).

Η βρετανική νομολογία ήδη από το 1965 αναγνώρισε το δικαίωμα του ασθενή να αρνηθεί κάθε θεραπεία, έστω και αν η άρνηση αυτή ενδέχεται να επιφέρει το θάνατο. Τα δικαστήρια αναγνωρίζουν επίσης τις λεγόμενες «προγενέστερες οδηγίες» των ασθενών, δηλαδή οι γιατροί είναι υποχρεωμένοι να σεβαστούν την τελευταία βούληση του ασθενούς, έστω και αν αυτός δεν είναι πλέον σε θέση να την επαναβεβαιώσει. Στην περίπτωση αυτή, γίνεται σεβαστή η απόφασή του, ακόμη και αν είναι προφανές σε όλους, συμπεριλαμβανομένου του ασθενούς, ότι είναι δυνατόν να προκληθούν αρνητικές συνέπειες ή ακόμη και ο θάνατός του (Liatsa, 2009; Panagou, 2010; Garani, 2010).

Η Γαλλική νομοθεσία όμως, από το 2005 εμφανίζεται πιο ελαστική καθώς επιτρέπει στις οικογένειες των ασθενών σε τελικό στάδιο να ζητήσουν το κλείσιμο των μηχανημάτων που υποστηρίζουν τεχνητά τη ζωή. Ο Γάλλος πρωθυπουργός Laurent Fabius πρότεινε νομοσχέδιο που επιτρέπει σε ασθενείς σε πολύ ειδικές περιπτώσεις να λάβουν βοήθεια για να πεθάνουν. Η πρόταση αναγνωρίζει το δικαίωμα των προσώπων που πάσχουν από ανίατη ασθένεια και βιώνουν ως ανυπόφορη την κατάστασή τους, σωματικά ή ψυχικά, να ζητούν από τον θεράποντα ιατρό τους την ενεργητική του συμμετοχή στον τερματισμό της ζωής τους. Ο ασθενής πρέπει να εκφράζει γραπτώς την επιθυμία του, η οποία θα συνοπογράφεται από δύο μάρτυρες παρουσία εκπροσώπου της δικαστικής εξου-

σίας, ενώ παράλληλα διατυπώνεται ξεκάθαρα ότι η πράξη του δεν επισύρει ποινικές ή επαγγελματικές κυρώσεις (Liatsa, 2009; Panagou, 2010).

Στη Γερμανία, παλιότεροι ποινικολόγοι υποστήριξαν ότι η πρακτική της ευθανασίας δεν αποτελεί άδικη πράξη. Επίσης η πλειονότητα των νεότερων και σύγχρονων ποινικολόγων της Γερμανίας τάσσεται εναντίον της απαλλαγής από κάθε ποινή του δράστη της ανθρωποκτονίας που γίνεται με συναίνεση. Από το 1971, δεν υπάρχουν κυρώσεις για την αυτοκτονία ή την υποβοηθούμενη αυτοκτονία ενώ από το 2005 υπάρχει παράρτημα της Ελβετικής κλινικής Dignitas με σκοπό αποκλειστικά την ενημέρωση των ασθενών για την διαδικασία υποβοηθούμενης αυτοκτονίας (Liatsa, 2009; Panagou, 2010).

Στην Ιταλία το 1984, πρόταση νόμου που κατατέθηκε προέβλεπε το ατιμώρητο του γιατρού όταν παλείπει να πάρει μέτρα διατήρησης της ζωής ενός ασθενούς τελικού σταδίου. Η δεύτερη πρόταση, το 1985, επεκτάθηκε πέρα από την παθητική και στην ενεργητική ευθανασία και προέβλεπε ότι όταν αυτή εφαρμόζεται σε ασθενείς που πάσχουν από ανίατη ασθένεια ή έχουν σοβαρές σωματικές ή πνευματικές επιβαρύνσεις, τότε ο δράστης τιμωρείται πάντοτε, όμως, με την μειωμένη ποινή που προβλέπει ο ιταλικός ΠΚ για την ανθρωποκτονία κατ' απαίτηση.

Άξιο λόγου είναι ότι Ανωτάτου Δικαστηρίου (τον Νοέμβριο του 2008), για πρώτη φορά στην Ιταλία αναγνώρισε το «δικαίωμα στο θάνατο» και επέτρεψε την αποσύνδεση. Πρόκειται για την υπόθεση της Ελουάνα Ενγκλάρο, η οποία βρισκόταν σε κωματώδη κατάσταση από το 1991, όταν υπέστη σοβαρό τροχαίο ατύχημα. Η άτυχη γυναίκα διατηρούνταν στη ζωή με ιατρικά μηχανήματα για 17 χρόνια, χωρίς να υπάρχει αποδεδωγμένα καμία πιθανότητα ανάκαμψης (Liatsa, 2009; Panagou, 2010).

Στην Ολλανδία, η ευθανασία νομιμοποιήθηκε σχετικά πρόσφατα, μετά από σχετική πρόταση το Νοέμβριο του 2000, η οποία υπερψηφίστηκε τον Απρίλιο του 2001 (Henk, 2003). Πρόκειται για την πρώτη ευρωπαϊκή χώρα που προέβη στη νομιμοποίηση. Προ της νομιμοποίησης της ευθανασίας είχε προηγηθεί μεγάλη εκστρατεία ενημέρωσης, αλλά και έλεγχος της γνώμης της ολλανδικής κοινωνίας και εμπλοκή πολλών παραγόντων (εκκλησίας και ιατρικού συλλόγου). Σύμφωνα, λοιπόν, με τον ολλανδικό νόμο δεν αποτελεί έγκλημα η πράξη του ιατρού, η οποία μπορεί να γίνεται με παροχή των καταλλήλων φαρμάκων ή με κάποια άλλη μέθοδο, εάν συντρέχουν σωρευτικά ορισμένες προϋποθέσεις που απαριθμεί ο νόμος. Συγκεκριμένα, ο ασθενής πρέπει να υποβάλει με τη δική του βούληση το σχετικό αίτημα κατόπιν σοβαρής σκέψης, να βιώνει αφόρητους πόνους και η κατάσταση του να μην επιδέχεται βελτίωση, να έχει πλήρη γνώση της κατάστασής του και της επιθυμίας του να πεθάνει (Liatsa, 2009; Panagou, 2010).

Το Βέλγιο ακολούθησε λίγο αργότερα το παράδειγμα της Ολλανδίας, η οποία έγινε η δεύτερη χώρα που νομιμοποίησε την ευθανασία, στα τέλη Σεπτεμβρίου του 2002. Με το νόμο αυτό δίνεται το δικαίωμα στους ανθρώπους, άνω των 18 χρονών, που πάσχουν από ανίατη ασθένεια να πεθάνουν. Και στη βελγική νομοθεσία αναφέρονται ρητά οι προϋποθέσεις σύμφωνα με τις οποίες η διαδικασία της ευθανασίας είναι νόμιμη. Απαραίτητη είναι η γραπτή δήλωση του ασθενή που εκφράζει, ένα μήνα τουλάχιστον πριν τη διαδικασία, την επιθυμία του να τερματίσει τη ζωή του, να πάσχει τούτος από ανίατη ασθένεια και να υποφέρει από αβάσταχτους πόνους, η κατάστασή του να είναι μη αναστρέψιμη, να γίνει εγωμάρτευση της κατάστασής του και από δεύτερο γιατρό και τέλος πρέπει ο γιατρός να δώσει μια γραπτή λεπτομερειακή αναφορά για την διαδικασία της ευθανασίας για να την εξετάσει μια Επιτροπή. Πολύ πρόσφατα μάλιστα, θεσμοθετήθηκε η δυνατότητα να γίνεται ευθανασία και σε ασθενείς μικρότερους από 18 χρόνων. Η διαδικασία αυτή προβλέπεται μόνο για τους Βέλγους και δεν καλύπτει πολίτες άλλων χωρών (Liatsa, 2009; Panagou, 2010).

Στο Λουξεμβούργο, σύμφωνα με την πρόσφατη αλλαγή της νομοθεσίας, οι ασθενείς τελικού σταδίου μπορούν να δώσουν τέλος στη ζωή τους με τη σύμφωνη γνώμη δυο γιατρών και επιτροπής ειδικών (National Bioethics Committee, 2006). Μετά την ισχύ νόμου, "η πράξη ενός γιατρού να ανταποκριθεί σε ένα αίτημα για ευθανασία ή υποβοηθούμενη αυτοκτονία δεν τιμωρείται ποινικά και δεν μπορεί να αποτελέσει αντικείμενο αγωγής για αποζημίωση ή ηθική βλάβη" (Liatsa, 2009; Panagou, 2010).

Η νομοθεσία της Ελβετίας προβλέπει ότι σε περίπτωση που μπορεί να αποδειχθεί πως κάποιος βοήθησε ασθενή με ανίατη ασθένεια να τερματίσει τη ζωή του, και δεν το έκανε βάσει εγωιστικών κινήτρων, τότε αυτός δεν έχει να αντιμετωπίσει ποινικές κυρώσεις (Paracharalambous, 1997). Στη χώρα μάλιστα υπάρχει μια ιδιόζουσα κλινική, η §Dignitas§ (από τη λέξη dignity = αξιοπρέπεια), η οποία είναι παγκοσμίως γνωστή και καταφεύγουν εκεί ασθενείς βαρύτατων και ανίατων ασθενειών από όλο τον κόσμο (καθώς δεν υπάρχει στην ελβετική νομοθεσία κώλυμα σχετικά με την ιδιότητα του μόνιμου κατοίκου) που επιθυμούν να τερματίσουν τη ζωή τους (Liatsa, 2009; Panagou, 2010).

Στην Πολιτεία Όρεγκον των ΗΠΑ, επιτρέπεται η ιατρικά υποβοηθούμενη αυτοκτονία, αρκεί η πράξη να αφορά τους πολίτες της συγκεκριμένης πολιτείας εφόσον είναι ενήλικες και διανοητικά υγιείς (Niemeyer, 2006). Πρόσφατα (2008) και οι πολιτείες της Ουάσινγκτον και της Μοντάνα προστέθηκαν στις χώρες που επιτρέπεται υπό προϋποθέσεις η διενέργεια της ευθανασίας. Με αφορμή την υπόθεση Terri Schiavo, εμπλέκεται και ο Νόμος που ψηφίστηκε στην Πολιτεία του Texas το 1999, όταν ακόμη ο πρώην Πρόεδρος Bush ήταν Γερουσιαστής της Πολιτείας. Ο νόμος αυτός, γνωστός

ως «Texas Futile Care Law» (Νόμος της μάταιης ιατρικής φροντίδας) απαριθμεί μία σειρά διατάξεων, οι οποίες σήμερα περιγράφουν το άρθρο 166 του Κώδικα Υγείας και Ασφάλειας του Τέξας. Ο Νόμος αυτός επιτρέπει σε ένα κέντρο υγείας να αποσυνδέσει τα μηχανήματα που διατηρούν στη ζωή ακόμη και ενάντια στις επιθυμίες του ασθενούς ή των συγγενών, παρέχοντας πλήρη ποινική απαλλαγή των ιατρών που προβαίνουν σε αυτή την πράξη (Liatsa, 2009; Panagou, 2010).

Νομοθετική Προσέγγιση του ζητήματος στην Ελλάδα

Η ελληνική νομοθεσία σχετικά με τις ιατρικές αποφάσεις για το τέλος της ζωής, μπορεί να υπαχθεί σε διατάξεις του Ποινικού Κώδικα (ΠΚ), (όπως αναφέρονται στο κεφ. Α' παρ. 2.3.2, 2.3.3., 2.3.4., 2.4.1 και 2.4.3.)175, χωρίς ωστόσο καμία από αυτές να μπορεί να θεωρηθεί ότι ρυθμίζει εξ ολοκλήρου τις μορφές της. Έτσι, η ανθρωποκτονία με συναίνεση (άρθρο 300 του ΠΚ) είναι συναφής διάταξη, όχι όμως και ταυτόσημη με την ευθανασία, επίσης και η διάταξη του άρθρου 301 του ΠΚ που ορίζει τα σχετικά με τη συμμετοχή σε αυτοκτονία, θα αξιώσει εφαρμογή π.χ. σε μία ιατρικά υποβοηθούμενη αυτοκτονία. Και βέβαια εφαρμογή διεκδικούν ανάλογα με την κάθε συγκεκριμένη περίπτωση, οι διατάξεις για την ανθρωποκτονία με πρόθεση (άρθρο 299 του ΠΚ) ή από αμέλεια (άρθρο 302 του ΠΚ).

Αυτό έχει τη σημασία ότι ο νομοθέτης παραδέχεται ότι όταν μία ασθένεια αποδεικνύεται ιατρικά σοβαρή και μη αναστρέψιμη, καθώς καμία ιατρική θεραπεία δεν μπορεί να ωφελήσει τον ασθενή (ανώφελη θεραπεία), τότε ο γιατρός οφείλει να φροντίζει για την ανακούφιση των ψυχοσωματικών πόνων του ασθενή, να του προσφέρει δηλαδή μία παρηγορητική αγωγή και να συνεργαστεί με τους οικείους του ασθενή προς αυτήν την κατεύθυνση, εγκαταλείποντας ουσιαστικά την προσπάθεια μίας ανώφελης προσπάθειας να τον σώσει. Η επικέντρωση του ενδιαφέροντός του στρέφεται λοιπόν σε έναν άλλο στόχο. Σε κάθε περίπτωση, στη συμπαράσταση στον ασθενή μέχρι το τέλος της ζωής του και στην φροντίδα ώστε να διατηρεί την αξιοπρέπεια του μέχρι το σημείο αυτό. Με αυτόν τον τρόπο ο έλληνας νομοθέτης φαίνεται να νομιμοποιεί την παθητική ευθανασία καθώς επιτρέπει στο γιατρό να εγκαταλείψει την ανώφελη θεραπεία και να προβεί στην παρηγορητική αγωγή, αποδεχόμενος έτσι την έλευση του επικείμενου θανάτου, χωρίς πάντως να την επιδιώκει.

Πιο συγκεκριμένα, σύμφωνα με το Ν. 3418/2005, στο άρθρο 29 του Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας (ΚΙΔ), ο γιατρός σε περιπτώσεις ανίατης ασθένειας τελικού σταδίου οφείλει να φροντίζει για την ανακούφιση των ψυχοσωματικών πόνων ακόμη και όταν έχουν εξαντληθεί όλα τα θεραπευτικά περιθώρια, να του προσφέρει παρηγορητική αγωγή.

Επιπλέον, ο γιατρός οφείλει να γνωρίζει ότι η επι-

θυμία ενός ασθενή να πεθάνει, όταν αυτός βρίσκεται σε τελικό στάδιο, δεν συνιστά νομική δικαιολόγηση πράξεων, οι οποίες στοχεύουν στην επίσπευση του θανάτου (Garani, 2010; National Bioethics Committee, 2006).

Με την κύρωση της Σύμβασης του Οβιέδο για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα και τη Βιοϊατρική, το ελληνικό δίκαιο με το Ν. 2619/1998, κατοχυρώνει την προστασία των δικαιωμάτων και της αξιοπρέπειας του ατόμου σε σχέση με τις εφαρμογές της βιολογίας και της ιατρικής. Το κύριο χαρακτηριστικό της είναι ότι προβλέπει έμμεσα τη διακοπή της θεραπείας που κρατά στη ζωή έναν ασθενή ευρισκόμενο σε κωματώδη κατάσταση, με την προϋπόθεση της προηγούμενης συγκατάθεσής του (Varka et al, 2008).

Οι κυριότερες διατάξεις της Σύμβασης του Οβιέδο σε σχέση με το δικαίωμα του ασθενούς στο θάνατο αφορούν την υποχρεωτική συναίνεση του ασθενούς σε κάθε ιατρική ενέργεια που τον αφορά (άρθρο 5) και το σεβασμό στην προγενέστερα εκπεφρασμένη βούλησή του όταν ο ίδιος δε θα είναι σε θέση να την εκφράσει πια (Garani, 2010).

Ο νέος Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας (ΚΙΔ) λοιπόν, εισήγαγε μια σοβαρή καινοτομία στα δύσκολα ζητήματα που αφορούν ιατρικές αποφάσεις κοντά στο «τέλος της ζωής». Υιοθετώντας σύγχρονους προβληματισμούς καθιέρωσε στην παρ. 1 του άρθρου 29 τον κανόνα που δεσμεύει τον γιατρό να ακολουθεί «παρηγορητική» αγωγή, όταν «εξαντληθούν όλα τα ιατρικά θεραπευτικά περιθώρια», αναφέροντας: «Ο ιατρός, σε περίπτωση ανίατης ασθένειας που βρίσκεται στο τελικό στάδιο, ακόμη και αν εξαντληθούν όλα τα ιατρικά θεραπευτικά περιθώρια, οφείλει να φροντίζει για την ανακούφιση των ψυχοσωματικών πόνων του ασθενή. Του προσφέρει παρηγορητική αγωγή και συνεργάζεται με τους οικείους του ασθενή προς αυτή την κατεύθυνση. Σε κάθε περίπτωση, συμπαρίσταται στον ασθενή μέχρι το τέλος της ζωής του και φροντίζει ώστε να διατηρεί την αξιοπρέπειά του μέχρι το σημείο αυτό». Αυτό σημαίνει δύο παραδοχές του νομοθέτη: α) μια ασθένεια μπορεί να είναι τόσο σοβαρή και μοιραία, ώστε αντικειμενικά καμία ιατρική αγωγή – συμβατική ή πειραματική – να μην είναι ικανή να ωφελήσει τον ασθενή (ανώφελη θεραπεία) και β) αφού ισχύει η παραδοχή αυτή, ο γιατρός δεν έχει δικαίωμα να περιμένει ίσως ένα «θαύμα» για να τον σώσει: έχει υποχρέωση να εγκαταλείψει την ανώφελη αγωγή και να στραφεί προς την ανακούφιση του πόνου και των ταλαιπωριών του ασθενούς του, αποδεχόμενος έτσι την έλευση του θανάτου, χωρίς πάντως και να την επιδιώκει. Με τη διάταξη αυτή, το κοινό μας δίκαιο φαίνεται ότι αποδέχθηκε τη λεγόμενη «παθητική» ευθανασία, το να αφήνεις δηλ. κάποιον να πεθάνει, όταν ό,τι και να κάνεις είναι μάταιο (Garani, 2010).

Όστόσο, αυτό που δημιουργεί προβληματισμούς σχε-

τικά με την «νομιμοποίηση» αυτής της μορφής ευθανασίας είναι η υπενθύμιση που υπάρχει στην παρ. 3 του άρθρου 29 του ΚΙΔ, ότι δηλαδή ο γιατρός οφείλει να γνωρίζει ότι η επιθυμία ενός ασθενή να πεθάνει, όταν αυτός βρίσκεται στο τελευταίο στάδιο, δεν συνιστά νομική δικαιολόγηση για τη διενέργεια πράξεων οι οποίες στοχεύουν στην επίσπευση του θανάτου. Αυτό σημαίνει ότι ο γιατρός δεν πρέπει να διενεργήσει «πράξη» και ότι δεν πρέπει να επιδιώκει την επίσπευση του θανάτου. Στην έννοια όμως της πράξης κατά το δίκαιο μας εμπεριέχεται και η παράλειψη με τις προϋποθέσεις του άρθρου 15 του ΠΚ (δηλαδή ιδιαίτερη νομική υποχρέωση). Επίσης, και η έννοια της επίσπευσης του θανάτου δημιουργεί πρόβλημα καθώς, όταν δεν λαμβάνονται ιατρικά μέτρα, ανώφελα έστω, για την τελική βελτίωση της κατάστασης του ασθενούς, τότε δεν επιβραδύνεται η διαδικασία προς το θάνατο, πράγμα που θα μπορούσε να γίνει.

Σημαντικότερες κρίνονται και οι διατάξεις του άρθρου 11 όπου αναβαθμίζεται ρητά ο ρόλος της ενημέρωσης και της συναίνεσης (παρ. 12) του ασθενούς (Voultsos et al, 2008).

Αναφορά θα πρέπει να γίνει στο άρθρο 300 του ΠΚ - ανθρωποκτονία με συναίνεση: «Όποιος αποφάσισε και εκτέλεσε ανθρωποκτονία ύστερα από σπουδαία και επίμονη απαίτηση του θύματος και από οίκτο, γι' αυτόν που έπασχε από ανίατη ασθένεια, τιμωρείται με φυλάκιση». Ο έλληνας νομοθέτης, λοιπόν, δεν θέλησε να αφήσει εντελώς ατιμώρητη τη θανάτωση ενός ασθενή που ζητά (εκούσια) τη θανάτωση του από τρίτον και παρά το γεγονός ότι ο δράστης κινείται από οίκτο. Πολύ περισσότερο, δεν θέλησε, η παραπάνω ηπιότερη ποινή, να ισχύει για εκείνον που θανατώνει από οίκτο κάποιον που πάσχει από ανίατη ασθένεια, ακόμη και αν είναι βέβαιος ο θάνατός του λόγω της ασθένειας, αν δεν υπάρχει η επίμονη και σπουδαία απαίτηση του ασθενή.

Επίσης όμοια αναφορά στο άρθρο 301 του ΠΚ - συμμετοχή σε αυτοκτονία: «όποιος με πρόθεση κατέπεισε άλλον να αυτοκτονήσει, αν τελέσθηκε αυτοκτονία ή έγινε απόπειρά της, καθώς και όποιος έδωσε βοήθεια κατ' αυτήν, τιμωρείται με φυλάκιση». Στην προαναφερόμενη διάταξη τυποποιούνται ως αυτοτελή εγκλήματα ορισμένες συμπεριφορές που συνιστούν συμμετοχικές πράξεις στην αυτοκτονία άλλου, είτε επειδή τον πείθουν να αυτοκτονήσει, είτε επειδή του παρέχουν βοήθεια κατά την τέλεση της αυτοκτονίας. Και στις δυο περιπτώσεις ο συνεργός τιμωρείται με φυλάκιση (Αναρλιότου, 2003). Η διαφορά της παρούσας διάταξης από εκείνη του άρθρου 300 του ΠΚ είναι ότι στην ανθρωποκτονία με συναίνεση η πράξη της θανάτωσης γίνεται από πρόσωπο διαφορετικό του θανατωθέντος, ενώ στη συμμετοχή στην αυτοκτονία η κύρια υλική πράξη είναι έργο του ίδιου του θύματος, ο δράστης παρέχει μόνο τη συνδρομή του.

Συζήτηση

Η συζήτηση περί θανάτου είναι πάντα παρούσα κι αν πλέον μετατρέπεται σε συζήτηση περί ευθανασίας είναι γιατί η έπαρση του μοντέρνου ανθρώπου επιβάλλει πλέον αυτός να έχει λόγο και δικαίωμα σε έναν περήφανο, ελεύθερα και συνειδητά επιλεγμένο θάνατο.

Ο τεχνολογικός εξοπλισμός σήμερα δεν πρέπει να μετατρέπεται σε εργαλείο παράτασης της διαδικασίας του θανάτου. Η θεραπεία δεν πρέπει να καθίσταται χειρότερη από την ασθένεια. Η μη κλιμάκωση και η απόσυρση της υποστηρικτικής της ζωής αγωγής, σε ασθενείς που δεν ανταποκρίθηκαν στη θεραπεία που ήδη εφαρμόστηκε και των οποίων η πορεία προς το θάνατο είναι μη αναστρέψιμη, συνιστούν ιατρικά δόκιμες, ηθικά αποδεκτές και παγκόσμια διαδεδομένες πρακτικές, ενώ δεν πρέπει να συγχέονται με την ευθανασία.

Το θεραπευτικό αποτέλεσμα της τεχνητής παράτασης άλλοτε δεν αναμένεται και άλλοτε πιθανολογείται ελάχιστα. Επιπλέον συνεπάγονται πολύ χαμηλή ποιότητα ζωής για τον ασθενή ενώ τίθενται και ευρύτερα ζητήματα κατανομής σπανίων πόρων υγείας, όπως οι μονάδες εντατικής θεραπείας. Τίθεται το ερώτημα εάν είναι δεσμευτικές οι οδηγίες του ασθενή για τη διακοπή αυτής της μορφής θεραπείας και εύλογα υποστηρίζονται διάφορες απόψεις.

Σε μια μελέτη ασθενών που επέζησαν μετά από παρατεταμένο μηχανικό αερισμό, τα 2/3 αυτών θυμόταν τη νοσηλεία τους στη ΜΕΘ και την παρουσία του τραχειοσωλήνα και είχαν την ανάμνηση μιας ποικιλίας ψυχικών και σωματικών ενοχλημάτων: πόνο, φόβο, αγωνία, διαταραχές του ύπνου, αδυναμία ομιλίας/επικοινωνίας, δίψα, δυσκολία κατάποσης, εφιάλτες, μοναξιά (Rotondi et al, 2002). Σε άλλη μελέτη, καταγράφονταν σε πραγματικό χρόνο τα βιώματα καρκινοπαθών νοσηλευομένων στη ΜΕΘ που είχαν τη δυνατότητα να επικοινωνούν. Οι ασθενείς αυτοί παραπονούνταν, επιπλέον όσων αναφέρθηκαν προηγουμένως, και για τα εξής: πείνα, κατάθλιψη, δύσπνοια, περιορισμοί στο επισκεπτήριο, δυσφορία προκαλούμενη από το ρινογαστρικό σωλήνα, τις ενδοτραχειακές αναρροφήσεις και τις αρτηριοκεντήσεις. Κοινές τεχνικές, όπως η τοποθέτηση καθετήρα σε κεντρική φλέβα και η αφαίρεση παροχέτευσης τραύματος ή ηθκαρίου μηριαίας αρτηρίας, έχει αποδειχθεί ότι είναι αρκετά επώδυνες για τους ασθενείς (Puntillo et al, 2004).

Με αφορμή λοιπόν τα παραπάνω, ιδιαίτερο ενδιαφέρον έχουν οι συζητήσεις γύρω από συγκεκριμένες περιπτώσεις λήψης αποφάσεων, όπως του ασθενούς σε τελικό στάδιο, σε μη τελικό στάδιο και με αβάστακτο πόνο.

Αναμφισβήτητο όφελος του ασθενούς τελικού σταδίου παραμένει η ανακούφισή του από τους πόνους και την ταλαιπωρία. Σύμφωνα με την σχετική εισήγηση της Εθνικής Επιτροπής Βιοηθικής εάν δεν υπάρχει ελπίδα ίασης του ασθενή αλλά η επιδείνωση της κατάστασής του είναι αργή και είναι αβέβαιος ο χρόνος επέλευσης του θανάτου, ο γιατρός αφού ενημερώσει τον ασθενή και

τους οικείους του μπορεί να διακόψει την παράταση και να περιοριστεί στην ανακουφιστική αγωγή του ασθενή. Ο γιατρός οφείλει να λάβει υπόψη την ήδη εκφρασθείσα συναίνεση του ασθενή του. Εάν υπάρξουν διαφωνίες μεταξύ του ιατρού και των οικείων του ασθενή ή μεταξύ συγγενών του ασθενή πρέπει να προβλεφθούν διαδικασίες επίλυσης τους, όπως η διαμεσολάβηση της Επιτροπής δεοντολογίας και η παρέμβαση των κοινωνικών λειτουργών της μονάδας. Σε περίπτωση αδυναμίας επίλυσης της σύγκρουσης προτείνεται η παραίτηση του γιατρού ή η παράταση της ζωής του ασθενή (National Bioethics Committee, 2006).

Η τεχνητή παράταση των βιολογικών του λειτουργιών, χωρίς ελπίδα θεραπείας, θεωρείται βλάβη που βιώνεται από τους ίδιους τους ασθενείς. Άρα ο θεράπων έχει την υποχρέωση να προτείνει τη συγκέντρωση των προσπαθειών στην ανακούφιση του ασθενούς με κατάλληλη αγωγή, αποδεχόμενος τον επικείμενο θάνατο, στοχεύοντας όμως στην κατά το δυνατόν ήρεμη επέλευσή του.

Υπάρχουν, όμως, φορές που η βούληση του ασθενή και η συναίνεση του σε πράξη που συνιστά το τερματισμό της ζωής του δεν είναι δυνατόν να δοθεί, διότι εκλείπει πλέον η ικανότητα αυτή (όπως π.χ. επειδή βρίσκεται σε κώμα, ή σε κατάσταση σοβαρής άνοιας, ή σε φυτική κατάσταση). Εφόσον δεν υπάρχει ελπίδα ίασης του ασθενούς, η τεχνητή παράταση των βιολογικών του λειτουργιών συνιστά «βλάβη», αφού παρατείνει τον πόνο και την προθανάτια αγωνία και δεν σέβεται την αυτονομία του ασθενούς. Όταν ο ασθενής έχει χάσει κάθε δυνατότητα επικοινωνίας και ο γιατρός δεν είναι πια υποχρεωμένος να διατηρήσει απλά μία βιολογική λειτουργία του σώματος, κάτι που το χαρακτηρίζει ο H. Otto ως «απάνθρωπη διατήρηση» ενός «αντικειμένου» εξαιτίας της οποίας στερείται από τον άνθρωπο η δυνατότητα αξιοπρεπούς θανάτου. Επομένως ο θεράπων γιατρός έχει και πάλι νομική και ηθική υποχρέωση να προτείνει την επιλογή της ανακουφιστικής αγωγής (Garani, 2010).

Στην περίπτωση ανίατης και θανατηφόρας ασθένειας που συνοδεύεται από αφόρητους πόνους μετατίθεται ο σκοπός της ιατρικής πράξης, καθώς η αρχή ωφέλειας-βλάβης αφορά μόνο τα συμπτώματα και όχι την ασθένεια. Το πρόβλημα είναι ότι στην πραγματικότητα τα αναλγητικά φάρμακα επισπεύδουν τον θάνατο που όμως θα επέρχονταν ούτως ή άλλως. Δημιουργείται ένα τραγικό δίλημμα, πρέπει να γίνει επιλογή μεταξύ μακρότερης ζωής που όμως συνεπάγεται μεγάλη ταλαιπωρία και συντομότερης που εξασφαλίζει στοιχειώδη αξιοπρέπεια. Δυστυχώς ο ΚΙΔ δεν διευκολύνει την δύσκολη αυτή επιλογή. Ναι μεν νομιμοποιεί την ανακουφιστική αγωγή αλλά απαγορεύει την επίσπευση του θανάτου, με το ίδιο άρθρο. Αντιλαμβάνεται όμως κανείς ότι η νοσοκομειακή πρακτική αναγκάζει την ιατρική ομάδα να αποφασίζει στην πράξη πότε η οδύνη του ασθενή νομιμοποιεί την προσπάθεια ανακούφισης του χωρίς κανένα όριο.

Είναι οι περιπτώσεις που οι γιατροί έρχονται αντιμέτωποι με το επίμονο αίτημα των ασθενών να επισπεύσουν την επέλευση του θανάτου τους. Η αγωγή περιορίζεται στη χορήγηση ισχυρών αναλγητικών και ψυχοτρόπων ουσιών. Οι αποφάσεις για παράταση της ζωής ενέχουν έντονη συναισθηματική φόρτιση και ενίοτε οδηγούν στην διατύπωση εκ διαμέτρου αντίθετων επιθυμιών και αποφάσεων. Για την διακοπή της παράτασης της ζωής, θα πρέπει να υπάρχει ομοφωνία της απόφασης. Δέσμευση αποτελούν οι «προγενέστερες οδηγίες». Δηλαδή οδηγίες που διατυπώθηκαν από τον ασθενή εκ των προτέρων σε περίπτωση μελλοντικής αδυναμίας έκφρασης της βούλησής του. Εάν δεν έχει οριστεί αντιπρόσωπος, τότε σε περίπτωση ανεπίλυτης διαφωνίας μεταξύ των οικείων, η απόφαση πρέπει να είναι υπέρ της τεχνητής παράτασης της ζωής, σύμφωνα με το συμφέρον του ασθενούς (Garani, 2010; National Bioethics Committee, 2006).

Γενικά, η ιατρική παρέμβαση, ακόμα και όταν είναι ενδεδειγμένη και προσήκουσα, δεν είναι κατά κανόνα επιτρεπτή αν συμβαίνει χωρίς τη σύμφωνη βούληση του πάσχοντος, όταν αυτός είναι σε θέση να σχηματίζει έγκυρη βούληση.

Το θέμα της βούλησης του ασθενή να αρνηθεί μία θεραπεία ή να μην θέλει να παραταθεί η ζωή του με μηχανικά μέσα υποστήριξης, δεν αποτελεί μία ανορθολογική βούληση σε έναν αδιαφοροποίητο θάνατο, όπως ίσως συμβαίνει με την αυτοκτονία και ούτε πρόκειται για νομικό παράδοξο, αλλά για συνταγματικό δικαίωμα του ασθενή σε επιλογή μίας ιατρικής-φαρμακευτικής αγωγής, ασκώντας το δικαίωμά του στην αυτοδιάθεση (Androulidaki, 1993). Ο ασθενής μπορεί ο ίδιος να αποφασίσει για την διενέργεια των ιατρικών πράξεων που υποστηρίζουν ή συντηρούν τις λειτουργίες του οργανισμού του, αφού προηγουμένως έχει ενημερωθεί. Σε περίπτωση αντίθεσης ιατρού/ασθενούς, τον τελικό λόγο έχει ο ασθενής.

Ο γιατρός είναι υποχρεωμένος να προσφέρει τη βοήθειά του, αλλά, θα πρέπει και ο ασθενής να συμφωνεί σε αυτό, πράγμα που άλλωστε ορίζεται ρητά και στο αρ. 12 παρ. 1 του Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας. Αυτή τη θέση αποδέχτηκαν κατά πλειοψηφία και τα μέλη της Εθνικής Επιτροπής Βιοηθικής, σε πρόσφατη εισήγησή τους (2006) σχετικά με την τεχνητή παράταση της ζωής. Η ευθύνη του γιατρού επικεντρώνεται αποκλειστικά στην ενημέρωση και στήριξη του ασθενούς ή των οικείων του (National Bioethics Committee, 2006).

Όταν ο ασθενής διατυπώνει στην αρχή τη βούληση του να μην ληφθούν μέτρα παράτασης της ζωής του, στη συνέχεια πέφτει σε κώμα, ενώ ο γιατρός ή οι οικείοι του μπορούν ακόμη να επέμβουν, από τη στιγμή που έχει εκδηλώσει τη βούλησή του ο ασθενής, δεν υφίσταται πλέον υποχρέωση του γιατρού και υπό αυτό το πρίσμα ερμηνεύεται και το άρθρο. 29 παρ. 2 του Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας που υποχρεώνει το γιατρό στο τέλος

της ζωής να λαμβάνει υπόψη τις επιθυμίες που έχει εκφράσει ο ασθενής, ακόμη και αν κατά το χρόνο της επέμβασης, δεν μπορεί να τις επαναλάβει. Ο ασθενής μπορεί να μην βρίσκεται σε θέση να εκφράσει τις επιθυμίες του. Στην περίπτωση αυτή την απόφαση αναγκαστικά θα την πάρουν τρίτοι. Για τον ανήλικο αντιπρόσωποι είναι οι γονείς του, ενώ για τον ενήλικο ο σύζυγος, οι γονείς και τα παιδιά (Garani, 2010; National Bioethics Committee, 2006).

Συμπέρασμα

Η αντιμετώπιση του ζητήματος περιορισμού της θεραπείας συνδέεται βαθύτατα με τις κοινωνικοηθικές και θρησκευτικές αντιλήψεις ενός λαού σχετικά με το νόημα της ζωής και του θανάτου, αλλά και με την αντίληψή μας για τον ρόλο και τις αρχές άσκησης του λειτουργήματος των επαγγελματιών υγείας. Κάθε ένα από αυτά τα ζητήματα που οδηγεί σε ενδοιασμούς για την ορθότητα των ενεργειών ή δημιουργεί διλήμματα για διακυβευόμενα αγαθά παίρνει το χαρακτήρα του ηθικού προβληματισμού. Όσο και αν φαίνεται ότι οι δυτικές κοινωνίες βαίνουν ίσως προς τη νομιμοποίηση της ευθανασίας, τα ερωτήματα ως προς τη δυνατότητα, τις προϋποθέσεις και την ορθότητα μιας τέτοιας επιλογής παραμένουν. Στο επίπεδο των προσπαθειών ρύθμισης του προβλήματος της ευθανασίας από το δίκαιο οι δικαιοσυγκριτικές προσεγγίσεις μπορεί να είναι χρήσιμες, αλλά σίγουρα δεν μπορούν να αποτελέσουν αντικείμενο άκριτης υιοθέτησης ή να διεκδικούν έστω τον ρόλο των κατευθυντήριων οδηγιών. Το ερώτημα που τίθεται είναι εάν το θετικό δίκαιο καλείται να πράξει περισσότερα και να δώσει απαντήσεις σε θέματα που έως τώρα δεν μπορεί με την τυπικότητα και τη σχετικότητά του να αγγίξει. Η δυσκολία αυτή του θετικού δικαίου να αντιμετωπίσει τα διλήμματα του τέλους της ζωής αποδεικνύει εκ νέου ότι τα ζητήματα αυτά είναι πρωτίστως ηθικά, στα οποία όμως δεν μπορεί να απαντήσει, εφόσον οι κοινωνίες που παράγουν τις κοινωνικοηθικές αντιλήψεις δεν έχουν αποφασίσει για τον τρόπο επίλυσής τους. Είναι όμως γνωστό ότι και το ίδιο το δίκαιο στηρίζεται στις ηθικές αντιλήψεις και, εφόσον αυτές μεταβάλλονται, επόμενο είναι μέσα από την εφαρμογή τους να δημιουργούν προϋποθέσεις για νέες ρυθμίσεις μέσω του δικαίου. Κατά ορθότερη διατύπωση οι δύο σφαίρες, του δικαίου και της ηθικής τέμνονται, αλλά δεν συμπίπτουν. Μέχρι στιγμής πάντως πρέπει να δεχθούμε ότι η αφαίρεση της ζωής, με όλα τα κατά περίπτωση ελαφρυντικά, δεν μπορεί παρά να συνιστά έγκλημα, του οποίου οι συνέπειες είναι σοβαρές τόσο για τον συγγενή που το αποφασίζει όσο και για τον ιατρό και τον νοσηλευτή που υλοποιεί αυτή την απόφαση.

Το σημαντικό όμως στην περίπτωση αυτή είναι να προσπαθεί ο καθένας να έρθει στη θέση αυτών που αντιμετωπίζουν συγκεκριμένα προβλήματα. Το να βλέπει κανείς το ζήτημα της ευθανασίας με τα μάτια αυτού



που υποφέρει είναι μια από τις βασικότερες αρχές που πρέπει να λειτουργεί ως κριτήριο για τη διατύπωση οποιωνδήποτε απόψεων. Ο πόνος του άλλου δεν είναι μέσο για να δικαιολογούν ορισμένοι έναν κοινωνικό ρόλο για τον εαυτό τους. Όπως έχει ήδη πολλές φορές αναφερθεί, με βάση την ορθή αντιμετώπιση της βιοηθικής, ο άνθρωπος ποτέ δεν μπορεί να είναι μέσο, αλλά σκοπός. Η ουσιαστική αυτή αρχή δεν πρέπει ποτέ να παραβλέπεται.

Συνοψίζοντας λοιπόν, όλες οι αγωγές θα πρέπει να έχουν ένα θεραπευτικό αποτέλεσμα, χωρίς παράλληλα να θέτουν σε κίνδυνο τον ασθενή. Όταν ο θεραπευτικός σκοπός εκλείπει, κάθε περαιτέρω αγωγή εμπίπτει στην κατηγορία του «ιατρικής ματαιίας» (medical futility). Αυτό δεν συνεπάγεται την εγκατάλειψη του ασθενούς. Ο ασθενής συνεχίζει να υποστηρίζεται ιατρικά με την εφαρμογή της «ανακουφιστικής ιατρικής». Σκοπός σε αυτή τη φάση είναι η βελτίωση της ποιότητας της ζωής του ασθενούς και η απόλειψη των πάσης φύσεως πόνων και βασάνων (Garani, 2010).

Σε κάθε λοιπόν περίπτωση τα ηθικά διλήμματα που σχετίζονται με το τέλος της ζωής πρέπει να αντιμετωπίζονται με γνώμονα το καλό του συγκεκριμένου ασθενή. Σε καμία περίπτωση, ο άνθρωπος δεν μπορεί να γίνει το μέσο για την ικανοποίηση κοινωνικών, οικονομικών και άλλων σκοπών. Αυτό ισχύει πολύ περισσότερο στην περίπτωση κάποιου ανθρώπου που υποφέρει. Ο άνθρωπος θα πρέπει να είναι αυτοσκοπός για την ιατρονοσηλευτική φροντίδα και ποτέ το «μέσο».

Όσο όμως και αν οι κοινωνίες εξελίσσονται, όσο περισσότερο και αν αναγνωρίζεται ένα δικαίωμα στο θάνατο, στο όνομα της όποιας «αξιοπρεπούς λύτρωσης», θα πρέπει να γίνει αποδεκτό ότι ο ανίατος πάσχων και ο ασθενής σε εμμένουσα φυτική κατάσταση παραμένουν μέλη της οικογένειας και της κοινωνίας μας, η δε λύση δεν είναι η εύκολη απαλλαγή από αυτούς, αλλά η ανθρωπινή σκέψη και πράξη.

Ο ρόλος του ιατρού και των νοσηλευτών είναι να προσπαθούν να θεραπεύσουν και αν αυτό δεν σταθεί δυνατό, να απαλύνουν τον πόνο και να ανακουφίσουν μέχρι το τέλος.

Συνεπώς η λήψη οποιασδήποτε απόφασης θα πρέπει να περιστρέφεται γύρω από την σκέψη ότι ανάλογα με τις εκάστοτε συνθήκες, όχι αποφασίζοντας αλλά επιτρέποντας το θάνατο, οι επαγγελματίες υγείας δεν είναι υπηρέτες του θανάτου αλλά της ζωής, την αξιοπρέπεια της οποίας υπερασπίζονται ως το τέλος.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Anapliotou, A. (2003) The right to euthanasia – immortality. Athens: Zymel.
2. Androulidaki-Demetriades, I. (1993) The obligation to inform the patient - to help to ascertain the civil medical liability. Athens: Sakoulas.
3. Magina, N. (2009) Ethical dilemmas and decisions concerning the end of life. Thessaloniki: Proceedings of the 6th Seminar of the Dept. Available from <http://www.kathimerini.gr> [Feb.2009]
4. Garani, T. Dalla-Borgia, P. Papadatos, I. and Kremastinou, T. (1996) Critical Care Ethical Considerations in the subject of euthanasia. Archives of Greek Medicine, 13(1), 38-44.
5. Garani-Papadatou, T. (2010) Law-Health Bioethics Lecture Notes. Athens: National School of Public Health.
6. Grubb, A. (2001) Euthanasia in England - A Law Lacking Compassion? European Journal of Health Law, 8(2), 89 - 93.
7. Grubb, BP. Karabin, B. (2012) Ethical Dilemmas and End-of-Life. Decisions Regarding Discontinuation of Therapy, 13(5), 385-92.
8. Henk, H. (2003) Why (not) legalize euthanasia and physician - assisted suicide? European Journal of Palliative care, 10(2), 21-28.
9. Kourti, M. Katostaras, T. Fildisis, G. Kallergis, G. Christofilou, E. and Floros, I. (2011) Conflicts in the intensive care unit. Hellenic Medicine, 28(4), 555-560. available from <http://www.mednet.gr/archives/2011-4/pdf/555.pdf>
10. Liatsa, K. (2009) Philosophical issues of euthanasia (dissertation). Athens: Panteio University.
11. Margaritis, K. (2011) Searching for the forest and losing the tree: debate about euthanasia in Greece. Amsterdam Law Forum, 3(1), 139-145. Available from <http://ojs.ubvu.vu.nl/alf/article/download/.../380>.
12. National Bioethics Committee. (2006) Report on the Artificial Prolongation of Life. France: available from http://bioethics.org/en/10_frame_10.html?
13. Niemeyer, N. (2006) Eighth Annual Report on Oregon's Death with Dignity Act. Portland, Oregon: Office of Disease Prevention and Epidemiology. Available from <http://www.oregon.gov/DHS/ph/pas/index.shtm>
14. Panagou, A. (2010) Euthanasia and Law (dissertation). Athens: Panteio University.
15. Papacharalambous, Ch. (1997) Involvement in suicide - one related to the life eteroprosvoli backup constituent elements. Publishing Law & Economics, 1. 1-2.
16. Puntillo, KA. Morris, AB. Thompson, CL. Stanik -Hutt, J. White, CA. and Wild, LR. (2004) Pain behaviors observed during six common procedures: Results from Thunder Project II. Crit Care Med, 32. 421-427.
17. Randal, J. (2007) Integrating Palliative and Critical Care. American Journal Of Respiratory And Critical Care Medicine, 178(3), 269-275.
18. Rotondi, AJ. Chelluri, L. Sirio, C. Mendelsohn, A. Schulz, R. and Belle, S. (2002) Patients' recollections of stressful experiences while receiving prolonged mechanical ventilation in an intensive care unit. Crit Care Med, 30. 746-752.
19. Sackett, D. Rosenberg, WM. Gray, JA. Haynes, RB. and Richardson, WS. (1996) Evidence based medicine: what it is and what it isn't. BMJ, 312. 71-72
20. Timmermans, S. and Mauck, A. (2005) The promises and pitfalls of evidence-based medicine. Health Affairs, 24. 18-28.
21. Varka-Adami, A. Adamis, S. (2008) Information and Consent of the patient. Archives of Hellenic Medicine, 25(5), 577-583.
22. Voultsos, P. Tsoungas, M. (2008) The issue of legal acceptance of euthanasia wills in Austria, Germany and Greece. Medical Step, 3. 83-85.
23. Wikipedia. (2005) Terri Schiavo Case. Available from http://en.wikipedia.org/wiki/Terri_Schiavo_case.
24. World Health Organization (2000). Hartzband and Groopman (2009). Report for autonomy and consent to medical. Available from http://176.32.230.19/bioethics.gr/images/.../informed_consent_report_gr.pdf?