



Θεραπευτήριο: "Ευαγγελισμός"

Ηθικά Διλήμματα

Dr. med. Καλλιόπη Αθανασιάδη, MD, PhD, FEBTS
Χειρουργός Θώρακος, Δ/ντρια ΕΣΥ

Κλινικό Φροντιστήριο
Hands-on Course
«Η Αναζωογόνηση σε μή τραυματία»
05-06.02.2022

ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ

- = «ευ» και «θανείν»
- καλός, αξιοπρεπής ή ανώδυνος θάνατος
- Σκοπός: να μειωθεί η ταλαιπωρία του ασθενούς με ανίατη πάθηση.

Ο όρος ευθανασία δημιουργήθηκε απ' τον Άγγλο φιλόσοφο Francis Bacon, ο οποίος έγραψε ότι *«το έργο της ιατρικής είναι η αποκατάσταση της υγείας και η καταπράυνση των πόνων, όχι μόνο όταν η καταπράυνση αυτή μπορεί να οδηγήσει στη θεραπεία, αλλά και όταν μπορεί να εξασφαλίσει έναν εύκολο και γαλήνιο θάνατο»*.



ΕΚΟΥΣΙΑ Η ΑΚΟΥΣΙΑ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ? ΕΝΕΡΓΗΤΙΚΗ ή ΠΑΘΗΤΙΚΗ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ?



- Η ευθανασία διακρίνεται σε εκούσια (τερματισμός της ζωής του ασθενούς από τρίτο άτομο, συνήθως ιατρό, κατόπιν απαίτησης από τον ίδιο τον ασθενή) και ακούσια (όταν είναι αδύνατο να εκφραστεί η συναίνεση ή η άρνηση από τον ίδιο τον ασθενή, διότι βρίσκεται σε κωματώδη κατάσταση ή αντιμετωπίζει ψυχολογικά προβλήματα, έτσι η λήψη απόφασης πραγματοποιείται από τρίτο πρόσωπο).
- Υπάρχει επίσης διάκριση ανάμεσα σε ενεργητική ευθανασία (ένας τρίτος, συνήθως ιατρός, προκαλεί το θάνατο του ασθενούς χορηγώντας την κατάλληλη ουσία) και παθητική ευθανασία (δεν λαμβάνονται πια μέτρα για την παράταση της ζωής του ασθενούς).

ΑΠΟΣΥΡΣΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

- Απόσυρση Θεραπείας στο τέλος της ζωής είναι η παύση θεραπειών που δεν ωφελούν ή δεν παρέχουν αξιοπρέπεια!
- Ενέργειες με *μόνο στόχο* να επιταχυνθεί ο θάνατος είναι ηθικά και νομικά προβληματικές/απαράδεκτες
- *Η άρνηση εφαρμογής μάταιων θεραπειών στο τέλος της ζωής είναι ηθικά και νομικά ισοδύναμη με την απόσυρση*
- Η απόσυρση θεραπείας στο τέλος της ζωής: *ιατρική διαδικασία.*
- Μια γενική συναίνεση υπάρχει στην ηθική και στις ιατρικές αρχές!

Ηθικοί προβληματισμοί

- ▶ της προσωπικής ηθικής
- ▶ της κοινωνικής στάσης
- ▶ της οικογένειας
- ▶ της θρησκείας
- ▶ της νομολογίας
- ▶ της δεοντολογίας
- ▶ των επιστημονικών παραμέτρων
- ▶ του κόστους
- ▶ του κινδύνου που προκαλεί
- ▶ της έννοιας της ζωής
- ▶ των δικαιωμάτων των ασθενών





APXEΣ

ΑΡΧΕΣ

- **Αυτονομία:** σεβασμός του δικαιώματος της αυτοδιάθεσης.
- **Ειλικρίνεια:** ακριβής και διαφανής επικοινωνία με τον ασθενή/οικογένεια
- **Ευεργεσία:** επιλογή επωφελών παρεμβάσεων για τον ασθενή μετά την αξιολόγηση του κινδύνου/ωφέλειας
- **«Οχι κακοποίηση»:** αποφυγή βλάβης ή πρόκληση βλάβης ή ελάχιστη δυνατή βλάβη κατά την επίτευξη ευεργετικού αποτελέσματος.
- **Αξιοπρέπεια:** η εγγενής αξία ενός ατόμου, προσωπικές ιδιότητες, όπως ευγένεια, σεβασμός, τιμιότητα, εμπιστοσύνη, τήρηση υποσχέσεων, ενσυναίσθηση.
- **Δικαιοσύνη:** σημαίνει δίκαιη και ίση κατανομή των παροχών, κινδύνων και του κόστους· αφορά την ισότητα των δικαιωμάτων σε υγειονομική περίθαλψη και τη νομική υποχρέωση των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης να τηρούν την κατάλληλη φροντίδα.

Η πραγματικότητα

- 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 διλημμάτων 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).

Η πραγματικότητα



- 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 ιατρών στο τέλος της ζωής των ασθενών, βρέθηκε, ότι είχε ληφθεί απόφαση περιορισμού της υποστήριξης ή απόσυρσής 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).

Η ελληνική πραγματικότητα

- Για τη χώρα μας δεν υπάρχουν στατιστικά στοιχεία, ωστόσο φαίνεται ότι η πλειονότητα των ανθρώπων πεθαίνουν νοσηλευόμενοι και ειδικότερα στις ΜΕΘ (Magina, 2009).
- Ερευνες 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 παθητική 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 διχάζει, 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.



Η ελληνική πραγματικότητα

- 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 πιθανό τρόπο τη διεύρυνση 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 εμβάθυνσης 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.

ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ

➤ Κατά τη διάρκεια καρδιακής ανακοπής

- Πρέπει ο ασθενής να λάβει ΚΑΡΠΑ?
- Πότε πρέπει να σταματήσω την ΚΑΡΠΑ?
- Υπάρχει νομική υποστήριξη για το AD/ACP?

➤ Μετά το ROSCH

- Η κλινική κατάσταση/συννοσηρότητες του ασθενούς δικαιολογούν το LST?
- Πώς πρέπει να ενημερώσω την οικογένεια και να τη εμπλέξω στη λήψη αποφάσεων?
- Υπάρχει νομική ή/και συστημική υποστήριξη υγειονομικής περίθαλψης για την AD/ACP?

➤ Φροντίδα ΜΕΘ

- Πότε πρέπει να αποσύρω ή να παρακρατήσω το LST;
- Πώς πρέπει να εμπλέξω την οικογένεια και/ή τον ασθενή στη λήψη αποφάσεων;
- Υπάρχει νομική ή/και συστημική υποστήριξη υγειονομικής περίθαλψης για την AD/ACP;

➤ Σύστημα υγείας

- Έχουν οι ασθενείς ίση πρόσβαση στην καλύτερη ποιότητα φροντίδας;
- Γίνεται σεβαστή η αυτονομία των συμμετεχόντων στην έρευνα;
- Ελαχιστοποιείται η έκθεση των συμμετεχόντων στον κίνδυνο;
- Υπάρχει προοπτική ατομικού οφέλους για κάθε συμμετέχοντα;
- Το βάρος του κινδύνου κατανέμεται εξίσου μεταξύ των κοινωνικών ομάδων;
- Αντιμετωπίζονται τα ερευνητικά θέματα με τον κατάλληλο σεβασμό;
- Διεξάγεται η έρευνα με διαφανή τρόπο;



Τεκμηριωμένη Ιατρική

- Εκτός από την εξατομίκευση 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».
- 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».
- Για την εφαρμογή αυτού του είδους της ιατρικής πρακτικής απαραίτητη είναι η κατάρτιση συγκεκριμένων κατευθυντήριων οδηγιών.
- Η τεκμηριωμένη ιατρική δεν φαίνεται 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 ιατροί δεν μπορούν να τις παραβούν ακόμα και εάν πιστεύουν ότι κάτι τέτοιο θα ωφελούσε τον ασθενή τους.

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 παρέμβαση μάταιη.
- Οι περιπτώσεις αυτές αφορούν:
 - Την καρδιοαναπνευστική ανάνηψη: Με βάση τη συμφωνία του Appleton (1849), οι ιατροί 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.

Δόγμα και επιθυμίες

- 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.
- Βασικές αρχές οι οποίες διέπουν αυτές τις επιθυμίες είναι ο σεβασμός της ελευθερίας του πολίτη και ο σεβασμός του δικαιώματος της αυτοδιάθεσης.

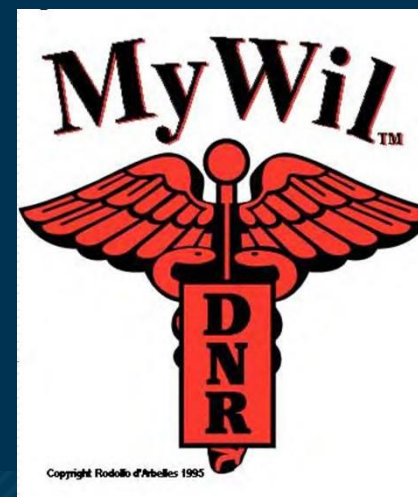
Τί λέει ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας?

- 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 αφοριστικού χαρακτήρα θεωρήσεις.
- Πρωταρχικός στόχος είναι η καλύτερη δυνατή αξιοποίηση του ανθρώπινου δυναμικού και υλικών μέσων ώστε να καλύπτονται οι ανάγκες των πολιτών.



Επιλογές για τον ασθενή

- Χωρίς προηγούμενη νόσο
- Σοβαρή υποκείμενη νοσος
- Αποτίμηση της φυσικής κατάστασης του
- Εν ζωή διαθήκη ασθενούς
- Ηλικία?
- «Υπερηφάνεια ιατρού?»
- Τελικό στάδιο, *το καταλαβαίνουν οι ιατροί?*



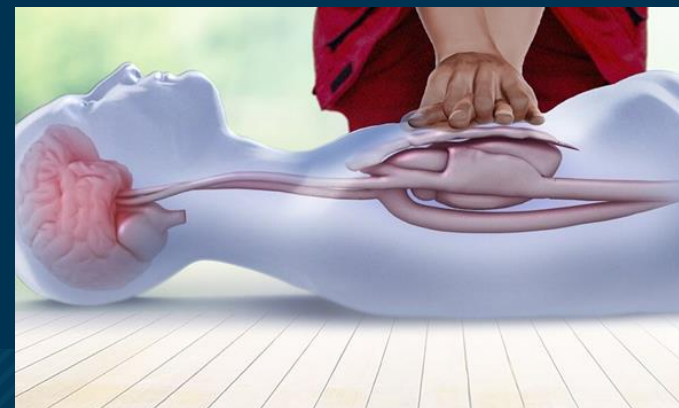
Από την πλευρά του Ιατρού

- Η έναρξη και συνέχιση ΚΑΡΠΑ....
 - Οχι πολλές οι επιλογές....
 - Η ματαιότητα δεν αναιρεί την επιχείρηση....
 - Υπάρχει απόδοση ευθυνών?
 - Η εκπαίδευση?
 - Προχωρημένες κατευθυντήριες οδηγίες....
- ΚΑΡΠΑ: έχει αλλάξει η δεοντολογία
- Η απόφαση για ΚΑΡΠΑ είναι ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΡΑΞΗ



ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΩΝ

- Ο ανίκανος πάσχων έχει ίδια δικαιώματα με τον ικανό
- Κλινικά νεκρός = λυμένο ζήτημα
 - δικαίωμα στο θάνατο
 - διακοπή τεχνητής υποστήριξης
- Ο ιατρός μπορεί να σταματήσει CPR!



The image features a medical syringe with an orange plunger and needle, positioned diagonally as it draws liquid from a clear glass vial. The vial is tilted and contains a light blue liquid. The background is a light-colored grid. A red ECG (heart rate) line is visible, with one peak passing through the needle's tip and another peak further to the left. A horizontal red line extends from the right edge of the image towards the center, passing behind the text circle. On the right side, a large dark blue circle contains the text "Is mercy killing right" in a white, elegant script font. In the bottom right corner, there is a small, circular logo with a red and white design.

*Is mercy
killing right*

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ

- Η ζωή είναι έννομο αγαθό, άξιο προστασίας υπό οιαδήποτε μορφή, ακόμα και αν ο άμεσα ενδιαφερόμενος δεν τη θέλει.
- Οποιος θανατώσει άλλον υφίσταται ποινή ισόβιας κάθειρξης.
- Μορφές ευθανασίας είναι απόλυτα απαγορευμένες!
- Προοδευτική νομοθεσία εγκεφαλικού θανάτου – Μεταμοσχεύσεων!
- Η πιθανή επιείκεια του ιατρού στο δικαστήριο, είναι στη χορήγηση αναλγησίας και καταστολής.
- Η απόσυρση της θεραπευτικής υποστήριξης στο τέλος της ζωής: Δύσκολη απόφαση στη ΜΕΘ-δυσκολότερη στην ελληνική πραγματικότητα!

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 ιατρός 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 στον ιατρό να εγκαταλείψει την ανώφελη θεραπεία και να προβεί στην παρηγορητική αγωγή, αποδεχόμενος έτσι την έλευση του επικείμενου θανάτου, χωρίς πάντως να την επιδιώκει.

Νομοθετική Προσέγγιση του ζητήματος στην Ελλάδα

- Πιο συγκεκριμένα, σύμφωνα με το Ν. 3418/2005, στο άρθρο 29 του Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας (ΚΙΔ), ο ιατρός 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 ιατρός οφείλει να γνωρίζει, ότι η επιθυμία 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 δεν θα είναι σε θέση να την εκφράσει πια (Garani, 2010).

ΗΘΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ

- ✓ **Αυτονομία** (το δικαίωμα του ασθενούς)
- ✓ Αγαθοεργία
- ✓ Όχι κακοποίηση
- ✓ Δικαιοσύνη
- ✓ **Αρνηση ασθενούς**
- ✓ Απίθανη η ωφέλεια
- ✓ Κακή πρόγνωση

ΔΙΑΒΟΥΛΕΥΣΗ-ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ

- Μείωση νοσηλείας και θεραπείας για διατήρηση της ζωής σε ασθενείς, που τελικά δεν θα επιβιώσουν.
- Δεοντολογία περιορισμού νοσοκομειακών δαπανών χωρίς πρόκληση μείωσης ποιότητας φροντίδας.
- Παράταση μη αγαθοεργίας ή ανεπιθύμητες θεραπείες στο τέλος της ζωής
- Περιγραφή οφέλους που επιτυγχάνεται με υψηλή ειδίκευση και έμπειρους συμβούλους
- Η απόσυρση υποστήριξης ζωής πρέπει να συνοδευθεί από ενημερωμένη συγκατάθεση και τεκμηρίωση

Υπάρχουν όρια????

- Η επιμονή εντατικής θεραπείας σε μη πιθανή επιβίωση αναβάλλει το θάνατο και τον πόνο των οικογενειών.
- Η οικονομική επιβάρυνση.
- Η προσοχή, να επικεντρωθεί στην άνεση παρά την τεχνητή υποστήριξη και παράταση της ζωής ή της αναβολής θανάτου.
- Το νομικό καθεστώς της απόσυρσης της θεραπείας δεν έχει δηλωθεί στο Σύνταγμα ή δοκιμαστεί σε δικαστήρια.
- Σημαντικές διαφορές στο περιορισμό θεραπείας, υπάρχουν μεταξύ δημόσιων και ιδιωτικών νοσοκομείων.
- Η έλλειψη πρόσβασης σε περιορισμένο αριθμό κλινών ανά ΜΕΘ, μπορεί να συνιστά έμμεση παραγραφή φροντίδας.

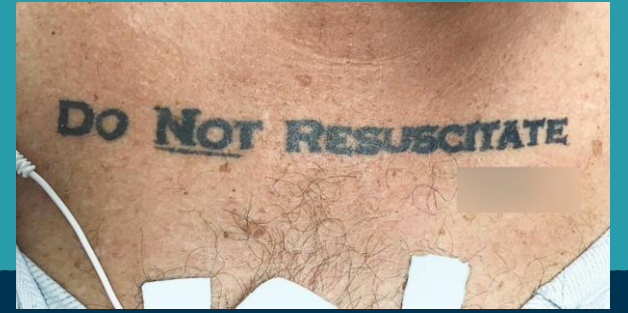
Crit Care Med 2005; 33:1272–1275

- «Οποιος αποφάσισε και εκτέλεσε ανθρωποκτονία μετά απο επίμονη απαίτηση του θύματος και από οίκτο γι' αυτόν που έπασχε τιμωρείται με φυλάκιση»
- Η εκκλησία υποστηρίζει οτι η απόφαση για την ώρα θανάτου ανήκει στον θεό. Οπότε μια ανθρώπινη παρέμβαση θα ήταν «παράνομη». Το κράτος συμφωνεί με την μη νομιμοποίηση της ευθανασίας.
- *Βασικά επιχειρήματα κατά της ευθανασίας στις άλλες χώρες της Ευρώπης, είναι οτι η ύπαρξη κέντρων φροντίδας για ασθενείς με ανίατες ασθένειες μπορεί να κάνει την ζωή τους τουλάχιστον ανεκτή, στην Ελλάδα κάτι τέτοιο δεν υφίσταται.*
- *Στο νομο του 2005 οι ιατροί είναι νομικά υποχρεωμένοι να καταπραΰνουν τον πόνο ασθενών που πάσχουν από ανίατες ασθένειας προσφέροντας «παρηγορητική φροντίδα».*





- Το Συμβούλιο της Ευρώπης είναι κατά της «ευθανασίας» ή της «υποβοηθούμενης αυτοκτονίας».
- Η στάση του είναι αντιθετη με οσους υποστηρίζουν το «δικαίωμα στον αξιοπρεπή θάνατο» και «το δικαίωμα της επιλογής».
- Υπαρχει μεγάλη διαφορά στους νόμους κάθε κράτους-μέλους της Ένωσης, σε σχέση με το θέμα της ευθανασίας και της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας.
- Το Βέλγιο και η Ολλανδία έχουν ήδη νομιμοποιήσει το δικαίωμα του ασθενή που «υποφέρει αβάσταχτα» να ζητήσει βοήθεια για να τερματιστεί η ζωή του.
- Σε χώρες της Ευρώπης, όπως Ισπανία, Ιρλανδία και Ελλάδα, η ευθανασία είναι παράνομη.
- Σε χώρες της Ένωσης, όπως η Δανία, η Φινλανδία, η Γαλλία, η Γερμανία και η Σουηδία, οι νόμοι είναι ασαφείς.



Πότε δεν «πρέπει» να γίνεται ΚΑΡΠΑ???

- Νοσοκομεία διεθνώς έχουν πολιτικές, που περιγράφουν τις συνθήκες, υπό τις οποίες μπορεί να μη παρασχεθεί CPR.

Δικαιολογείται η μη παροχή CPR:

- Όταν η CPR κρίνεται ότι δεν παρέχει ιατρικό όφελος (γνωστή ως "ιατρική ματαιότητα").
- Όταν ο ασθενής με ικανότητα λήψης αποφάσεων (ή όταν υπάρχει έλλειψη αυτής της ικανότητας, από κάποιον που ορίζεται γι αυτό), δείχνει σαφώς, ότι δεν θέλει CPR, εάν παραστεί ανάγκη.

Do not resuscitate (DNR) order

- Ο ασθενής είναι ενήμερος, ότι σε περίπτωση που σταματήσει η καρδιά του ή η αναπνοή του δεν θα γίνει προσπάθεια καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης (ΚΑΡΠΑ)
- Σκοπός είναι η διατήρηση της αυτονομίας του ασθενούς σε νοσήματα, όπως ο καρκίνος και η δυνατότητα του να αποφασίσει εναντίον τεχνικών, οι οποίες μπορεί επιμηκύνουν τον πόνο και τον θάνατο.
- Αυτή η αυτονομία διασφαλίζεται μέσω της έγγραφης συγκατάθεσής του.
- Επίσης κάνει πιο εύκολο το έργο των συγγενών να εκπληρώσουν τις επιθυμίες του.
- Η εντολή (DNR) δεν σημαίνει, ότι δεν αντιμετωπίζονται κανονικά όλα τα συμπτώματα του ασθενούς, αλλά ότι σε περίπτωση καρδιοαναπνευστικής παύσης δεν θα γίνει προσπάθεια ανάταξης.



ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ (I)

- 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.
- 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.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ (II)

- 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.
- 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.

Τι γίνεται στα ελληνικά νοσοκομεία σήμερα?

- ✓ Η απόφαση για το αν θα γίνει ΚΑΡΠΑ εξαρτάται από:
 - τον ειδικευόμενο ή ειδικευμένο και την ανάγκη πολλές φορές να δείξει ότι ..κάνει τα πάντα.
 - το περιβάλλον του ασθενούς, το οποίο μπορεί να μην έχει αποδεχτεί το τελικό στάδιο, στο οποίο βρίσκεται ο ασθενής και πιέζει είτε για λόγους συνείδησης είτε γιατί ο θεράπων ιατρός δεν έχει ενημερώσει πλήρως το συγγενικό περιβάλλον για τη βαρύτητα της κατάστασης του ασθενούς.
 - τον αναισθησιολόγο .. που πρέπει υπό την πίεση των παραπάνω παραγόντων να αναλάβει να... κάνει κάτι ..
- Αποτέλεσμα όλων αυτών σε διαφορετικές εφημερίες... διαφορετική αντιμετώπιση. Εντάσεις και άγχος σε κάτι το οποίο σε ορισμένες οικογένειες μπορεί να οδηγήσει σε προστριβές ή και σε ενοχές, ότι δεν πίεσαν αρκετά και τελικά ίσως έχουν το δικό τους μερίδιο ευθύνης.

Προτάσεις

- ✓ Με την εισαγωγή του ασθενούς να υπάρχει σχετικό έγγραφο για την DNR οδηγία.
- ✓ Ο θεράπων Ιατρός του ασθενή σε τελικό στάδιο οφείλει να ενημερώσει τον ίδιο όπως και τους συνοδούς, ότι σε περίπτωση εισαγωγής και καρδιοαναπνευστικής ανακοπής δεν θα γίνει προσπάθεια ανάταξης και αυτό με την παράθεση επιστημονικών δεδομένων.
- ✓ Η μη συμπλήρωση του στις ΗΠΑ είναι ένδειξη μη καλής επικοινωνίας μεταξύ ιατρών και ασθενών και τεκμηριώνει στοιχείο αμέλειας.
- ✓ Την δημιουργία σταθερών κριτηρίων όπως Performance status, προσδόκιμο επιβίωσης, εντόπιση κακοήθειας, συννοσηρότητες, ηλικία και κυρίως η επιθυμία του ασθενούς και κατά δεύτερο λόγο του περιβάλλοντός του.
- ✓ Έγκριση από τα επιστημονικά συμβούλια των κριτηρίων για να έχουν μεγαλύτερο κύρος και ισχύ.
- ✓ ΝΟΜΙΚΗ ΙΣΧΥ των παραπάνω



Ευχαριστώ!