

# ΕΘΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΒΙΟΗΘΙΚΗΣ

## ΕΙΣΗΓΗΣΗ

### ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΤΕΧΝΗΤΗ ΠΑΡΑΤΑΣΗ ΤΗΣ ΖΩΗΣ

Η Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής, ύστερα από πρόσκληση του Προέδρου της, συνεδρίασε στις 1 Απριλίου, 22 Απριλίου, 10 Ιουνίου, 23 Σεπτεμβρίου, 14 Οκτωβρίου, 25 Νοεμβρίου, 16 Δεκεμβρίου 2005 και 27 Ιανουαρίου 2006 προκειμένου να εξετάσει τα ηθικά και κοινωνικά ζητήματα αρμοδιότητάς της, που αφορούν τις σχετικές με την τεχνητή παράταση της ζωής αποφάσεις.

Το θέμα αυτό βρίσκεται στην επικαιρότητα, τόσο λόγω των προβληματισμών που προκάλεσαν διεθνώς πρόσφατες δικαστικές αποφάσεις (D. Pretty, T. Schiavo), όσο και εν όψει του άρθρου 29 του νέου Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας περί «ιατρικών αποφάσεων στο τέλος της ζωής».

Εισαγωγικά, πρέπει να καθορισθεί το συγκεκριμένο πλαίσιο στο οποίο η παρούσα Εισήγηση μπορεί να βρει εφαρμογή.

#### *A. Το πλαίσιο*

Χάρης στη διαρκή πρόοδο της σύγχρονης ιατρικής τεχνολογίας, οι δυνατότητες παρεμβάσεων μας έχουν προχωρήσει, σε βαθμό που δεν μπορούσε κανείς να διανοηθεί έως πριν από λίγα χρόνια. Ακραία περίπτωση αποτελεί εδώ η διατήρηση βασικών βιολογικών λειτουργιών - μεταξύ των οποίων και η λειτουργία της καρδιάς - σε πρόσωπα των οποίων έχει διαπιστωθεί ο εγκεφαλικός θάνατος.

Οι παρεμβάσεις αυτές σημαίνουν ότι οι στοιχειώδεις βιολογικές λειτουργίες του ανθρώπινου οργανισμού μπορούν να παρατείνονται τεχνητά, ακόμη και για σημαντικό διάστημα, χωρίς να αναμένεται οποιοδήποτε θεραπευτικό αποτέλεσμα.

Μεταξύ συμβατικών αγωγών από τις οποίες προσδοκείται θεραπευτικό όφελος για τον ασθενή και παρεμβάσεων όπως οι παραπάνω, οι οποίες επί πλέον δεν συνεπάγονται αποδεκτή ποιότητα της ζωής (ιδίως σε καταστάσεις που συνοδεύονται από μη ανακουφιζόμενο αφόρητο πόνο, με προθανάτια αγωνία του προσώπου ή όταν δεν υπάρχουν ανώτερες εγκεφαλικές λειτουργίες), διακρίνουμε μια «γκρίζα» περιοχή

που δεν καλύπτεται από τις παραδοσιακές επιταγές της ιατρικής δεοντολογίας. Η εξακολούθηση των ιατρικών παρεμβάσεων σε περιστατικά αυτής της «γκρίζας» περιοχής είναι αμφιλεγόμενη. Έτσι, οι τελικές αποφάσεις καταλήγουν να είναι αποτέλεσμα υποκειμενικών αξιολογήσεων.

Ωστόσο, στις περιπτώσεις αυτές, η εξακολούθηση ή μη της παρέμβασης δεν μπορεί να επαφίεται μόνον στην κρίση του ιατρού.

### ***B. Η λήψη των αποφάσεων***

Η Επιτροπή αναγνωρίζει ότι η απόφαση για την ιατρική περίθαλψη ασθενών που βρίσκονται σε μη αναστρέψιμο στάδιο είναι εξαιρετικά κρίσιμη, αφού επηρεάζει τόσο την διάρκεια όσο και την ποιότητα της ζωής που τους απομένει.

Όπως ισχύει για κάθε ιατρική πράξη, αλλά πολύ περισσότερο στη συγκεκριμένη περίπτωση, η απόφαση πρέπει να λαμβάνεται από τον ίδιο τον ασθενή, εφόσον αυτός είναι σε θέση να εκφράσει την γνώμη του, ή από τους οικείους του, που αναλαμβάνουν τη νομική και ηθική ευθύνη των αποφάσεων αυτών.

Η ευθύνη του γιατρού επικεντρώνεται αποκλειστικά στην ενημέρωση και τη στήριξη του ασθενούς (ή των οικείων του), ούτως ώστε να λάβουν αποφάσεις σύμφωνες προς το συμφέρον του πάσχοντος με τον καλύτερο δυνατό τρόπο.

### ***Γ. Η υποχρέωση ενημέρωσης του ασθενούς***

Σύμφωνα με την αρχή της «συναίνεσης ύστερα από ενημέρωση», η απόφαση του ασθενούς ή των οικείων του προϋποθέτει την προηγούμενη κατάλληλη ενημέρωση από τον θεράποντα ιατρό. Ο τελευταίος έχει τη νομική και ηθική ευθύνη αυτής της ενημέρωσης. Το ίδιο ισχύει και στις εξεταζόμενες δύο περιπτώσεις, όταν δηλαδή η κατάσταση του ασθενούς είναι με βεβαιότητα μη αναστρέψιμη και είτε α) ο ασθενής βρίσκεται στο τελικό στάδιο της ασθένειας είτε β) δεν μπορεί να προσδιορισθεί εάν βρίσκεται στο τελικό στάδιο της ασθένειας.

#### ***A. Ασθενής σε τελικό στάδιο***

Στις περιπτώσεις αυτές, η ενημέρωση περιλαμβάνει οπωσδήποτε τα αντικειμενικά δεδομένα περί του μη αναστρέψιμου της κατάστασης του ασθενούς και της διαπίστωσης ότι αυτός βρίσκεται σε τελικό στάδιο.

Η Επιτροπή κρίνει ότι, όταν υπάρχουν αυτά τα αντικειμενικά δεδομένα, έχει πλέον εκλείψει ο θεραπευτικός σκοπός της ιατρικής παρέμβασης και, υπό την έννοια αυτή, κάθε περαιτέρω αγωγή εμπίπτει στην κατηγορία του «ιατρικώς μάταιου» (medical futility). Θεωρεί, συνεπώς, ότι στο περιεχόμενο της ενημέρωσης αυτό το συμπέρασμα πρέπει να διατυπώνεται με σαφήνεια από τον θεράποντα, στο μέτρο της ψυχολογικής αντοχής του ασθενούς και, πάντως, στους οικείους του.

Η Επιτροπή τονίζει ότι, ακόμη και όταν κάθε θεραπευτικό όφελος έχει με βεβαιότητα αποκλεισθεί, η σχέση ασθενούς - ιατρού εξακολουθεί να διατηρείται. Η διαπίστωση του «ιατρικώς μάταιου» δεν συνεπάγεται την εγκατάλειψη του ασθενούς από τον θεράποντα. Αυτό, επίσης πρέπει να καθίσταται σαφές στο πλαίσιο της ενημέρωσης.

Η Επιτροπή κρίνει περαιτέρω ότι, ακόμη και όταν δεν υπάρχει θεραπευτικό όφελος, ο στόχος της ιατρικής παρέμβασης εξακολουθεί να διέπεται από τη θεμελιώδη αρχή του «ωφελείν, μη βλάπτειν». Τότε, όμως, ως αναμφισβήτητο όφελος του ασθενούς παραμένει μόνον η ανακούφιση από τους πόνους και την ταλαιπωρία. Αντίθετα, η τεχνητή παράταση των βιολογικών λειτουργιών, χωρίς ελπίδα θεραπείας, μπορεί να θεωρηθεί «βλάβη» και μάλιστα να βιώνεται από τον ίδιο τον ασθενή ως τέτοια.

Εν όψει αυτών, η Επιτροπή εκτιμά ότι ο θεράπων έχει τόσο νομική όσο και ηθική υποχρέωση να προτείνει τη συγκέντρωση των προσπαθειών στην ανακούφιση του ασθενούς με κατάλληλη (φαρμακευτική ή άλλη) αγωγή (palliative care), αποδεχόμενος τον επικείμενο θάνατο, στοχεύοντας όμως στην κατά το δυνατόν ήρεμη επέλευσή του.

### *B. Ασθενής σε μη τελικό στάδιο*

Εφ' όσον δεν υπάρχει ελπίδα ίασης του ασθενούς, αλλά η επιδείνωση της κατάστασής του είναι αργή και ενδέχεται η τεχνητή διατήρηση στη ζωή να μπορεί να παραταθεί για μεγάλο χρονικό διάστημα, η ενημέρωση από τον θεράποντα οφείλει να καθιστά σαφές τόσο το μη αναστρέψιμο της κατάστασης του ασθενούς, όσο και την αβεβαιότητα ως προς τον χρόνο επέλευσης του θανάτου, λαμβάνοντας πάντα υπόψη τις ψυχολογικές αντοχές του ασθενούς. Αν ο θεράπων κρίνει ότι ο ασθενής δεν είναι σε θέση να δεχθεί αυτή την ενημέρωση, τότε οφείλει να ενημερώσει τους οικείους του.

Η Επιτροπή επισημαίνει, πάντως, ότι και σε αυτή την περίπτωση η τεχνητή παράταση των βιολογικών λειτουργιών του ασθενούς ενδέχεται να συνιστά «βλάβη», όταν παρατείνει τον πόνο και την προθανάτια αγωνία ή δεν σέβεται την αυτονομία του.

Η Επιτροπή θεωρεί ότι ο θεράπων ιατρός έχει και πάλι τόσο νομική όσο και ηθική υποχρέωση να προτείνει την εναλλακτική επιλογή ανακουφιστικής αγωγής, με δεδομένο το μη αναστρέψιμο της κατάστασης και το γεγονός ότι η τεχνητή παράταση της ζωής μπορεί να συνιστά «βλάβη».

#### ***Α. Συντονισμός για τη λήψη απόφασης***

Οι αποφάσεις για την τεχνητή παράταση της ζωής από τη φύση τους ενέχουν έντονη συναισθηματική φόρτιση. Κατά το στάδιο που προηγείται της λήψης τους, είναι ενδεχόμενο να ανακύψουν συγκρούσεις γνώμων, που μπορεί να βασίζονται σε διαφορετικές πεποιθήσεις και αξίες ή σε διαφορές στην ψυχολογική αντιμετώπιση της κατάστασης, μεταξύ των προσώπων που εμπλέκονται (θεράπωντος, ασθενούς ή των οικείων του).

Για τον λόγο αυτόν, η Επιτροπή θεωρεί ότι ενδείκνυται η υιοθέτηση συγκεκριμένων διαδικασιών, με σκοπό την πρόληψη ή και την επίλυση τέτοιων συγκρούσεων, χωρίς πάντως το ενδεχόμενο των ανεπίλυτων συγκρούσεων να μπορεί να αποκλεισθεί.

#### ***Α. Η αντίθεση ιατρού/ασθενούς***

##### ***α. Λόγω διαφορετικών αξιών***

Στην περίπτωση αυτή, υπάρχει αποδοχή της ιατρικής γνώματευσης και η αντίθεση οφείλεται στη διαφορά των αξιολογικών συστημάτων που υιοθετούν τα δύο μέρη. Η Επιτροπή θεωρεί ότι η γνώμη επιτροπής δεοντολογίας της μονάδας ή/και η ενεργοποίηση των κοινωνικών λειτουργών της μπορούν να βοηθήσουν στην προσέγγιση των μερών. Εάν αυτό όμως δεν καταστεί δυνατό, τότε τον τελικό λόγο έχει ο ασθενής και ο γιατρός έχει δικαίωμα να παραιτηθεί.

##### ***β. Λόγω ψυχολογικής άρνησης της κατάστασης από τον ασθενή***

Εν προκειμένω, ο ασθενής συνήθως επιθυμεί να δοκιμάσει και κάποια άλλη θεραπευτική αγωγή, η οποία όμως κρίνεται ιατρικώς μάταια από τον θεράποντα. Η Επιτροπή θεωρεί ότι συγκρούσεις τέτοιου είδους θέτουν σε κίνδυνο τη σχέση εμπιστοσύνης μεταξύ ιατρού και ασθενούς. Ως εκ τούτου, η γνώμη δεύτερου ιατρού ή/και η παροχή συμβουλευτικής υποστήριξης στον ασθενή μπορεί να βοηθήσει στην επίλυση της σύγκρουσης. Εάν, ωστόσο, η αντίθεση μεταξύ του θεράποντος και του ασθενούς είναι τόσο έντονη, ώστε να καταλύεται τελικά η σχέση εμπιστοσύνης, τότε

ο θεράπων οφείλει να αποχωρήσει, αφού εξασφαλίσει την παρακολούθηση του ασθενούς από άλλον ιατρό της επιλογής του τελευταίου.

### *B. Η αντίθεση ιατρού / οικείων του ασθενούς*

#### *α. Λόγω διαφορετικών αξιών*

Στην εν λόγω περίπτωση, όπως και παραπάνω, οι οικείοι αποδέχονται την ιατρική γνωμάτευση και η αντίθεση οφείλεται στη διαφορά των αξιολογικών συστημάτων που υιοθετούν τα δύο μέρη. Η Επιτροπή θεωρεί ότι η γνώμη επιτροπής δεοντολογίας της μονάδας ή/και η παρέμβαση των κοινωνικών λειτουργών της μπορούν να βοηθήσουν στην προσέγγιση των μερών.

#### *β. Λόγω ψυχολογικής άρνησης της κατάστασης από τους οικείους του ασθενούς*

Στο ενδεχόμενο αυτό, οι οικείοι του ασθενούς δεν αποδέχονται τη γνωμάτευση του θεράποντα ή την αποδέχονται, αλλά δεν βρίσκονται σε ψυχολογική κατάσταση για να αποφασίσουν. Εδώ, η γνώμη δεύτερου ιατρού και η παροχή συμβουλευτικής υποστήριξης κρίνονται ως καταλληλότερες λύσεις.

Σε οποιαδήποτε από τις παραπάνω περιπτώσεις, εάν η αντίθεση μεταξύ του θεράποντος και των οικείων του είναι έντονη, τότε ο θεράπων οφείλει, και πάλι, να αποχωρήσει, αφού εξασφαλίσει την παρακολούθηση του ασθενούς από άλλο ιατρό της επιλογής των οικείων του.

### *Γ. Αντίθεση μεταξύ των οικείων*

Εφόσον οι οικείοι του ανίκανου να εκφρασθεί ασθενούς διαφωνούν μεταξύ τους, είτε λόγω διαφορετικών αξιών είτε λόγω διαφοράς στην ψυχολογική στάση τους, ο θεράπων ιατρός καλείται να προσδιορίσει από πού πηγάζουν οι αντιθέσεις και, κατά περίπτωση, να ζητήσει τη μεσολάβηση ειδικών (π.χ. κοινωνικών λειτουργών της μονάδας ή ψυχολόγου).

Η Επιτροπή κρίνει ότι ο καλύτερος τρόπος για την αποφυγή τέτοιου είδους αντιθέσεων είναι ο ορισμός, εκ μέρους του ασθενούς, σε κατάλληλο χρόνο, ειδικού αντιπροσώπου του στα συγκεκριμένα θέματα. Προτείνει, για τον λόγο αυτόν, να θεσπισθεί νομοθετικά η εγκυρότητα αυτής της εξουσιοδότησης.

Εάν δεν έχει οριστεί από τον ίδιο τον ασθενή αντιπρόσωπος, όπως προτείνεται παραπάνω, η Επιτροπή κρίνει ότι σε περίπτωση ανεπίλυτης διαφωνίας μεταξύ των οικείων του, η απόφαση πρέπει να είναι υπέρ της τεχνητής παράτασης της ζωής, σύμφωνα με το συμφέρον του ασθενούς.

---

*Γνώμη μειοψηφούντος μέλους Γεωργίου Μ. Μανιάτη*

Η γνώμη μου είναι ότι η Εισήγηση αυτή δεν συμβάλλει ουσιαστικά στην αντιμετώπιση των προβλημάτων που προκύπτουν από την, κατά την Εισήγηση, «τεχνητή παράταση της ζωής». Η ρύθμιση των καταστάσεων τις οποίες πραγματεύεται η Εισήγηση, δεν μπορεί να αντιμετωπισθεί με ένα σύντομο και σχηματικό κείμενο, το οποίο, μάλιστα δεν περιορίζεται στη διατύπωση κάποιων γενικών κατευθυντήριων γραμμών, αλλά εμπλέκεται και σε περιπτωσιολογία, ακόμη και σε λεπτομέρειες διαιτησίας.

Η Εισήγηση στηρίζεται σε όρους που μπορεί να χρησιμοποιούνται μεν στην καθημερινή πρακτική, είναι, όμως, ασαφείς και επιτρέπουν ευρύ ερμηνευτικό πλαίσιο, ώστε να μη μπορούν να χρησιμεύσουν ως βάση ρυθμιστικού κειμένου. Έτσι είναι οι όροι:

- «Τεχνητή παράταση της ζωής» Ένας από τους κύριους στόχους της Ιατρικής είναι η «τεχνητή παράταση της ζωής». Δεν φαντάζομαι όμως να emπίπτουν στην Εισήγηση π.χ. η χορήγηση ινσουλίνης σε διαβητικούς, ή η αιμοκάθαρση και πολλές άλλες περιπτώσεις. Σε ποιες ακριβώς περιπτώσεις αναφέρεται η Εισήγηση;

- «Μη αναστρέψιμη κατάσταση» Πάρα πολλές καταστάσεις είναι «μη αναστρέψιμες» π.χ. ακρωτηριασμοί, νόσοι φθοράς και πολλές άλλες. Ποιες ακριβώς εννοεί η Εισήγηση;

- «Τελικό στάδιο» Και αυτός είναι όρος ευρέως χρησιμοποιούμενος, ως όρος όμως μόνον ενδεικτικός, αλλά όχι ως όρος στον οποίο μπορεί να στηριχθεί ένα καθοδηγητικό κείμενο. Ποιος είναι ο ορισμός του τελικού σταδίου; Πότε αυτό αρχίζει;

- Το κείμενο ακόμη αναφέρεται σε «αντικειμενικά στοιχεία» και ιατρική «βεβαιότητα». Στην ιατρική δεν υπάρχει «βεβαιότητα». Υπάρχουν μόνον

στατιστικά στοιχεία, που, όμως, δεν έχουν χρησιμότητα για τη λήψη αποφάσεων για συγκεκριμένο άτομο.

- Τέλος, το «συμφέρον του ασθενούς» δεν μπορεί να χρησιμεύσει ως βάση αποφάσεων, γιατί αποτελεί ακριβώς το ζητούμενο, ένα ζητούμενο που εξαρτάται από ένα πλήθος αντικειμενικών αλλά, κυρίως, υποκειμενικών παραγόντων και αξιών.

Το σημείο στο οποίο συμφωνώ, είναι η πρόταση για τη νομοθετική θέσπιση αντιπροσώπου του ασθενούς.

Τέλος, οι περιπτώσεις που προσπαθεί να αντιμετωπίσει η Εισήγηση εμπίπτουν στο γενικότερο πρόβλημα της ευθανασίας, για το οποίο, όμως, η Επιτροπή δεν έχει λάβει θέση.

Συμπερασματικά, αδυνατώ να αντιληφθώ την πρακτική χρησιμότητα της Εισήγησης, όταν, μάλιστα, ο πρόσφατος νόμος 3418 στο άρθρο 29 παρέχει ικανοποιητικό πλαίσιο αντιμετώπισης των θεμάτων του τέλους της ζωής.