

ΣΥΣΤΑΣΗ

Η ΔΕΣΜΕΥΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΩΝ «ΟΔΗΓΙΩΝ ΜΗ ΑΝΑΝΗΨΗΣ»

Η Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής, στο πλαίσιο των αρμοδιοτήτων της, εξέτασε το ζήτημα των «οδηγιών μη ανάνηψης» (Do-Not-Resuscitate Orders / DNRs), ύστερα από σχετικό αίτημα της επιτροπής δεοντολογίας του νοσοκομείου «Υγεία». Πρόκειται για μια μορφή «άρνησης θεραπείας», άρνηση την οποία ενδέχεται να εκφράσει εκ των προτέρων ασθενής, για την περίπτωση που, κατά τη διάρκεια της αγωγής που ακολουθεί, υποστεί ανακοπή της καρδιοαναπνευστικής του λειτουργίας. Το ερώτημα που τίθεται, εν προκειμένω, είναι αν η άρνηση αυτή (εφ' όσον, βέβαια, είναι αυθεντική) μπορεί να θεωρηθεί δεσμευτική για τον θεράποντα ιατρό, αλλά και τους οικείους του ασθενούς.

Η Επιτροπή θεωρεί το ζήτημα ιδιαίτερα σημαντικό, κατά το ότι τούτο αφορά τα όρια της αυτονομίας του ασθενούς αφ' ενός, αλλά και την έκταση του ιατρικού καθήκοντος, αφ' ετέρου. Υπενθυμίζει δε, ότι την έχει απασχολήσει και σε παλαιότερη Γνώμη της, σχετικά με το ευρύτερο θέμα της «τεχνητής παράτασης της ζωής».

Υπό το πρίσμα αυτό, η Επιτροπή οργάνωσε ακροάσεις των κ.κ. Θ. Ξάνθου, Προέδρου της Ελληνικής Εταιρείας Καρδιοαναπνευστικής Αναζωογόνησης στις 20 Μαρτίου 2013, Γ. Ζαχαρόπουλου, Προέδρου του Επιστημονικού Συμβουλίου του «ΥΓΕΙΑ Α.Ε.» στις 8 Απριλίου 2013 και Α. Καραμπίνη, Διευθυντού της Μ.Ε.Θ. Ωνασείου στις 3 Ιουλίου 2013. Το θέμα συζητήθηκε και σε προγραμματισμένες συναντήσεις των επιστημονικών συνεργατών της Επιτροπής με ενώσεις ασθενών.

1. Τα δεδομένα

Οι «οδηγίες μη ανάνηψης» αποτελούν μια μορφή των λεγόμενων «προγενέστερων οδηγιών» (advance directives) και πιο ειδικά των λεγόμενων «διαθηκών ζωής» (living wills). Οι προγενέστερες οδηγίες μπορούν να ορισθούν ως επιθυμίες ενός προσώπου για την ενδεδειγμένη ιατρική μεταχείρισή του, σε περίπτωση που το ίδιο χάσει στο μέλλον την ικανότητα αυτόνομων σχετικών επιλογών. Κάτι τέτοιο μπορεί να συμβεί ως συνέπεια είτε ατυχήματος είτε σοβαρής ασθένειας, όταν έχουν υποστεί βλάβη βασικές νοητικές λειτουργίες (π.χ. απώλεια της συνείδησης, περιαγωγή σε κώμα κ.λπ.).

Οι οδηγίες αυτές είναι, συνήθως, δύο ειδών: α) είτε προσδιορίζουν έναν συγκεκριμένο αντιπρόσωπο του ενδιαφερομένου, ο οποίος εξουσιοδοτείται να λάβει αποφάσεις για την διενέργεια ή μη ιατρικών πράξεων στον κρίσιμο χρόνο, β) είτε προσδιορίζουν συγκεκριμένες ιατρικές πράξεις, που ο ίδιος ο ενδιαφερόμενος αρνείται ή επιθυμεί, οπότε γίνεται λόγος για «διαθήκες ζωής».

Στην πρώτη περίπτωση, η βούληση του αντιπροσώπου είναι αποκλειστική, επικρατεί δηλαδή –σύμφωνα με την επιθυμία του ενδιαφερομένου- απέναντι στη βούληση οποιουδήποτε άλλου, ο δε αντιπρόσωπος μπορεί να είναι ο σύζυγος ή ο σύντροφος ή ένας εκ των στενών συγγενών ή ακόμη και ένας στενός φίλος.

Στη δεύτερη περίπτωση, των «διαθηκών ζωής», η επιθυμία του ενδιαφερομένου συνήθως αποκλείει συγκεκριμένες επώδυνες ιατρικές ή υποστηρικτικές πράξεις, (όπως η τεχνητή σίτιση ή η ενυδάτωση του οργανισμού), κάτι που, κατά κανόνα, ισοδυναμεί με άρνηση (περαιτέρω) θεραπείας και διακοπή της παράτασης της ζωής.

Περίπτωση, ακριβώς, αποκλεισμού ιατρικής πράξης είναι και οι «οδηγίες μη ανάνηψης», με τις οποίες εκείνος που τυχόν θα υποστεί ανακοπή της καρδιακής λειτουργίας, ανεξαρτήτως αιτιολογίας, αρνείται την καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση. Η τελευταία προϋποθέτει άμεση επέμβαση στην περιοχή του θώρακα (με συμπίεσεις ή μηχανικά μέσα) και το ενδεχόμενό της προκαλεί φόβο σε έναν μέσο ασθενή.

Στην Ευρώπη, η συχνότητα εμφάνισης καρδιακής ανακοπής υπολογίζεται σε ποσοστό 0.4-1% ανά έτος, που αφορά 350.000 έως 700.000 ασθενείς¹. Αξίζει να σημειωθεί, ότι ο κρίσιμος χρόνος για την ανάνηψη είναι ελάχιστος (4 λεπτά), ώστε να μην προκληθεί νευρολογική βλάβη στον ασθενή, από την έλλειψη αιμάτωσης του εγκεφάλου. Σε περίπτωση δε που παρέλθει χωρίς ενέργεια ανάνηψης διάστημα πέραν των 10-12 λεπτών από την καρδιακή ανακοπή, ο θάνατος είναι βέβαιος. Εκ των πραγμάτων, επομένως, η καρδιακή ανακοπή δημιουργεί κατάσταση επείγοντος. Οι προσπάθειες καρδιοαναπνευστικής ανάνηψης είναι ανεπιτυχείς στις περισσότερες περιπτώσεις (70-98%), ενώ δεν υπάρχουν επαρκή δεδομένα και καθιερωμένα κριτήρια ώστε να γίνει ασφαλής πρόγνωση του αποτελέσματος².

Από ηθική άποψη, οι προγενέστερες οδηγίες (και ειδικότερα οι «οδηγίες μη ανάνηψης») αποσκοπούν στο να διευρύνουν την αυτονομία του προσώπου σε θέματα υγείας. Κατά την έννοιά τους, καθένας μπορεί να αποφασίζει έγκυρα για την ιατρική του μεταχείριση, ακόμη και αν δεν βιώνει μια συγκεκριμένη ασθένεια ή ακόμη και αν οι αποφάσεις του αφορούν απλώς ενδεχόμενες ιατρικές πράξεις. Οι αποφάσεις αυτές, που λαμβάνονται σε «ανύποπτο» χρόνο (αν εξαιρέσει κανείς τις νευροεκφυλιστικές ασθένειες, στις οποίες μπορεί να προβλεφθεί με σχετική βεβαιότητα η οριστική απώλεια της συνείδησης του προσώπου), θεωρούνται ισχυρές, έστω και αν ο μη ικανός να εκφράσει βούληση ασθενής μπορεί, εν τω μεταξύ, να έχει αλλάξει γνώμη. Εν προκειμένω, δηλαδή, η αυτοπρόσωπη ρητή έκφραση της βούλησης του ενδιαφερομένου σταθμίζεται, από τους υποστηρικτές των οδηγιών, ως σημαντικότερη από το «έγκαιρο» αυτής της βούλησης, ακόμη και με τον παραπάνω κίνδυνο.

¹ Sans S, Kesteloot H, Kromhout D (1997). The burden of cardiovascular diseases mortality in Europe. Task Force of the European Society of Cardiology on Cardiovascular Mortality and Morbidity Statistics in Europe. Eur Heart J; 18(12):1231-48.

² Lippert FK, Raffay V, Georgiou M, Steen PA, Bossaert L (2010). European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010 Section 10. The ethics of resuscitation and end-of-life decisions. Resuscitation; 81(10):1445-51.

2. Η νομοθεσία

Η θεσμική αναγνώριση των προγενέστερων οδηγιών αποτελεί αντικείμενο προβληματισμού διεθνώς. Σε ορισμένα κράτη της Ευρωπαϊκής Ένωσης υπάρχει ήδη σχετική νομοθεσία (Γερμανία, Ισπανία, Ολλανδία κ.λπ.), όπως και σε κάποιες Πολιτείες των ΗΠΑ, όπου ειδικά οι «οδηγίες μη ανάνηψης» εφαρμόζονται από τα νοσοκομεία. Τα θέματα που αντιμετωπίζονται, σχετικά, είναι αφ' ενός η χρονική έκταση της ισχύος της βούλησης (όπως περιγράφηκε στα προηγούμενα) και, αφ' ετέρου, η πιστοποίηση της αυθεντικότητάς της, που προϋποθέτει την υιοθέτηση κάποιας τυπικής διαδικασίας (π.χ. συμβολαιογραφικό έγγραφο, την παρουσία μαρτύρων, τη δημιουργία ειδικού αρχείου, στο οποίο πρέπει να εξασφαλίζεται άμεση πρόσβαση του θεράποντα ιατρού κ.λπ.).

Στο ελληνικό δίκαιο, οι προγενέστερες οδηγίες μνημονεύονται μόνον στο άρθρο 9 της Σύμβασης του Οβιέδο (ν. 2619/1998), κατά το οποίο «πρέπει να λαμβάνονται υπ' όψη». Η διατύπωση αυτή δημιουργεί ασάφεια ως προς τη δεσμευτικότητά τους, για τον ιατρό και για τους συγγενείς, επομένως καθιερώνει μια ατελή αναγνώριση των οδηγιών.

Σύμφωνα με τον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας (άρθρο 12 του ν. 3418/2005), σε περίπτωση ανικανότητας του ίδιου του ασθενούς να συναινέσει σε ιατρική πράξη, τη σχετική απόφαση λαμβάνουν οι οικείοι του. Κατά δε το ίδιο άρθρο, ο ιατρός μπορεί να ενεργήσει χωρίς συναίνεση μόνον σε περιπτώσεις επείγοντος. Εξ άλλου, κατά το άρθρο 29 του Κώδικα, ο ιατρός δικαιολογείται να στρέψει την προσοχή του σε παρηγορητική αγωγή (αποδεχόμενος ουσιαστικά το ενδεχόμενο του θανάτου, όποτε επέλθει), μόνον όταν η εξακολούθηση της παρεχόμενης θεραπείας είναι «ανώφελη».

Κατά τα παραπάνω, όταν αντιμετωπίζεται περιστατικό καρδιοαναπνευστικής ανακοπής, για το οποίο ενδείκνυται η καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση, κατ' αρχήν ο ιατρός δεν χρειάζεται τη συναίνεση των οικείων, λόγω του ότι συντρέχει η προϋπόθεση του επείγοντος.

Επί πλέον, δεν μπορεί να «λάβει υπ' όψη» τυχόν υπάρχουσα «οδηγία μη ανάνηψης» του ασθενούς, παρά μόνον στην περίπτωση που κρίνει ότι η ανάνηψη ισοδυναμεί με «ανώφελη θεραπεία». Αν, αντίθετα, η ανάνηψη έχει μόνιμο θεραπευτικό όφελος για τον ασθενή, η συμμόρφωση του γιατρού με την προγενέστερη επιθυμία του πρώτου, θα παραβίαζε το θεμελιώδες καθήκον προστασίας της ζωής του ασθενούς, σύμφωνα πάντοτε με το ισχύον δίκαιο.

Επομένως, το ερώτημα που τίθεται, περαιτέρω, είναι αν αυτή η περιορισμένη σημασία των οδηγιών συμβιβάζεται από ηθικοκοινωνική πλέον άποψη με την αυτονομία του προσώπου σε θέματα υγείας. Εφ' όσον η απάντηση είναι αρνητική, τότε θα χρειασθεί η αναγνώριση των οδηγιών να προβλεφθεί ειδικά από τον νομοθέτη.

3. Προτάσεις

Η Επιτροπή θεωρεί ότι οι προγενέστερες οδηγίες, εν γένει, πράγματι σχετίζονται με την αυτονομία του προσώπου σε θέματα υγείας, επομένως δεν πρέπει να παραβλέπονται στις σχετικές ιατρικές αποφάσεις, όταν ο ίδιος ο ασθενής βρίσκεται σε αδυναμία να εκφράσει βούληση κατά τον κρίσιμο χρόνο.

Δεν πρέπει ιδίως να παραβλέπεται ότι η διατύπωση τέτοιων οδηγιών, κατά κανόνα, διαθέτει εχέγγυα σοβαρότητας, ειδικά όταν ακολουθεί μια συγκεκριμένη θεσμοθετημένη διαδικασία και δεν είναι άτυπη.

Το ενδεχόμενο μεταβολής της στάσης του ενδιαφερομένου κατά τον κρίσιμο χρόνο είναι μεν υπαρκτό, ωστόσο δεν αρκεί για να αναιρέσει κάποιο βαθμό δεσμευτικότητας των οδηγιών. Το ίδιο ενδεχόμενο –ίσως μάλιστα πιο έντονα- συντρέχει, άλλωστε, και στην περίπτωση της νόμιμης αντιπροσώπευσης του ασθενούς από τους οικείους του: και εκεί, ο ασθενής μπορεί να έχει άλλη γνώμη, χωρίς τη δυνατότητα να την εκφράσει, οι δε συγγενείς ενδέχεται να αποφασίζουν με κριτήρια διαφορετικά από όσα ο ασθενής υιοθετεί ή ακόμη και το αντικειμενικό συμφέρον του επιβάλλει.

Η Επιτροπή επαναλαμβάνει, έτσι, την παλαιότερη θέση της περί της αναγνώρισης των προγενέστερων οδηγιών από τον νομοθέτη, ιδίως υπό τη μορφή της επιλογής από τον ενδιαφερόμενο συγκεκριμένου προσώπου εμπιστοσύνης, που θα τον αντιπροσωπεύει σε θέματα ιατρικών αποφάσεων.

Ειδικά η περίπτωση των «οδηγιών μη ανάνηψης» έχει πάντως δύο ιδιαιτερότητες: ότι αφορά κατάσταση επείγουσας ιατρικής επέμβασης (κατά την οποία η αυτονομία του ασθενούς είναι, εκ των πραγμάτων, περιορισμένη) και ότι αποτελεί ακραία μορφή άρνησης θεραπείας, κατά το ότι οδηγεί με βεβαιότητα στον θάνατο.

Η Επιτροπή κρίνει, εν προκειμένω, ότι η θεσμική τους αναγνώριση ενέχει ορισμένους σοβαρούς κινδύνους. Πέρα από τις προφανείς τεχνικές δυσκολίες εντοπισμού των εν λόγω οδηγιών στον ελάχιστο χρόνο του συγκεκριμένου επείγοντος (όπου ο ιατρός ή, πιθανόν, ένας απλός φροντιστής του ασθενούς πρέπει να δράσουν σε λίγα λεπτά της ώρας, συχνά χωρίς δυνατότητα άμεσης επικοινωνίας), το ενδεχόμενο μεταβολής της στάσης του ίδιου του ανίκανου να εκφρασθεί ασθενούς είναι εδώ πολύ εντονότερο, εν όψει της βέβαιης επέλευσης του θανάτου.

Δεν πρέπει να παραγνωρίζεται ότι η καρδιακή ανακοπή δεν έχει αναλογίες με μονιμότερες καταστάσεις ταλαιπωρίας και πόνου που προκαλούν ανίατες ασθένειες, ιδίως στο τελικό τους στάδιο, όταν για τον ασθενή ο θάνατος μπορεί να καθίσταται εύλογη επιθυμία. Εδώ, η επαναφορά της καρδιακής λειτουργίας, όσο και αν είναι επώδυνη, πάντως έχει θεραπευτικό σκοπό: δεν πρόκειται ασφαλώς για τον πόνο και την ταλαιπωρία που προκαλεί σε άλλες περιπτώσεις η ίδια η ασθένεια στο τελικό της στάδιο, έως ότου καταλήξει ο ασθενής.

Συμπερασματικά, η Επιτροπή κρίνει ότι η σημασία των «οδηγιών μη ανάνηψης» έχει νόημα μόνον όταν ο θεράπων κρίνει ότι η αναζωογόνηση δεν θα έχει μονιμότερο αποτέλεσμα, θα είναι δηλαδή «ανώφελη» θεραπεία. Μόνον στην τελευταία αυτή περίπτωση, ο ιατρός –ενεργώντας, ούτως ή άλλως, χωρίς την ανάγκη συναίνεσης τρίτων, σε συνθήκες επείγοντος- εάν είναι σε θέση να γνωρίζει

με βεβαιότητα την ύπαρξη τέτοιας οδηγίας του ασθενούς, πρέπει να θεωρήσει ότι δεσμεύεται και να μην προχωρήσει στην επαναφορά της καρδιακής λειτουργίας.

Σε κάθε άλλη περίπτωση, η Επιτροπή κρίνει ότι οι οδηγίες «μη ανάνηψης» δεν πρέπει να επηρεάζουν την απόφαση του ιατρού. Το ίδιο ισχύει, πολύ περισσότερο, για οποιονδήποτε μη ιατρό φροντιστή (νοσηλεύτη ή άλλον), δεδομένου ότι οι γνώσεις του εν λόγω δεν επιτρέπουν καν αξιολόγηση του ανώφελου ή μη χαρακτήρα της συγκεκριμένης επέμβασης.

Αθήνα, 9 Δεκεμβρίου 2013