

## ΗΘΙΚΑ ΔΙΛΗΜΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΕΝΤΑΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Μενέλαος Καρανικόλας, MD, MPH.

Επ. Καθηγητής, Κλινική Αναισθησιολογίας και Εντατικής Θεραπείας

### Βασικές αρχές

Οι κατωτέρω 4 γενικές αρχές είναι διεθνώς αποδεκτές ως θεμελιώδεις για τη λήψη αποφάσεων σύμφωνα με την «Ιατρική Βιοηθική»:

- Ωφέλεια (Beneficence = to do good)
- Μη βλάβειν (Non-maleficence = to do no harm)
- Δικαιοσύνη προς όλους (Justice = to be fair)
- Αυτονομία (Autonomy = respect for patient's wishes)

### Στόχοι Εντατικής Θεραπείας

Οι στόχοι αυτοί διακρίνονται σε βραχυπρόθεσμους και μακροπρόθεσμους. Αν και θεωρείται αυτονόητο, δεν είναι πάντοτε ξεκάθαρο ποιος είναι ο στόχος της εισαγωγής ενός ασθενούς στη ΜΕΘ, και κάποιες φορές είναι δυνατόν να υπάρξει διχογνωμία ως προς το ποιος ασθενής έχει και ποιος δεν έχει ένδειξη υποστήριξης σε ΜΕΘ. Γενικά αποδεκτοί στόχοι της Εντατικής Θεραπείας είναι οι εξής:

**Βραχυπρόθεσμα:** αποφυγή επικειμένου θανάτου, και

**Μακροπρόθεσμα:** επιβίωση με αποδεκτό επίπεδο λειτουργικότητας. Αξίζει να σημειωθεί ότι ορισμένες φορές δεν υπάρχει ομοφωνία ως προς το τι σημαίνει ο όρος «αποδεκτό», και είναι δυνατόν η άποψη του ιατρού και η άποψη του ασθενούς ή της οικογενείας του να δίστανται. Ως γενική αρχή πάντως, είναι διεθνώς αποδεκτό ότι ο στόχος της Εντατικής Θεραπείας είναι: *To prolong life, not to prolong death*

### ΠΡΟΣΟΧΗ!!

Το περιεχόμενο των σημειώσεων αυτών στηρίζεται σε αρχές και πρακτικές αποδεκτές στο εξωτερικό (Βόρειο Αμερική, Δυτική Ευρώπη, Αυστραλία). Ας μην ξεχνάμε όμως ότι «Εδώ είναι Βαλκάνια». Αυτό δεν σημαίνει ότι είμαστε κατώτεροι από τους Αγγλο-σάξωνες ή τους Βορειο-Ευρωπαίους, όμως το πολιτικό, νομικό, πολιτισμικό, κοινωνικό και θρησκευτικό περιβάλλον είναι πολύ διαφορετικά στην Ελλάδα σε σύγκριση με άλλες χώρες. Επί πλέον, για πολλά δύσκολα, «οριακά» ζητήματα που άπτονται των προβλημάτων της βιοηθικής το νομικό πλαίσιο στην Ελλάδα δεν είναι ξεκάθαρο, και η λήψη ιατρικών αποφάσεων σε τέτοια θέματα δε μπορεί να αγνοεί αυτή την πραγματικότητα.

### ΚΑΡΠΑ: “Possible vs. Reasonable”

Ο όρος «ΚΑΡΠΑ» αποτελεί συντόμηση για «Καρδιο-πνευμονική αναζωογόνηση». Ο ιατρός ο οποίος γνωρίζει να εφαρμόζει ΚΑΡΠΑ πρέπει επίσης να γνωρίζει ότι η ΚΑΡΠΑ είναι ανεπιτυχής στο 70-95% των περιπτώσεων, και επομένως υπάρχουν περιπτώσεις όπου η ΚΑΡΠΑ δεν πρέπει να εφαρμόζεται. Επομένως ο ιατρός πρέπει να μπορεί να διακρίνει μεταξύ «εφικτού» (technically possible) και «λογικού» (medically reasonable). «Εφικτό» (Technically possible) είναι κάτι για το οποίο υπάρχει η αντικειμενική δυνατότης (προσωπικό, φάρμακα εξοπλισμός) ώστε να μπορεί να γίνει, ενώ «Λογικό» (Medically reasonable) είναι αυτό το οποίο αναμένεται να έχει «αποδεκτό αποτέλεσμα». Για παράδειγμα, η εφαρμογή «ΚΑΡΠΑ» σε ένα ασθενή 82 ετών με καρκίνο του πνεύμονος, μεταστάσεις στα οστά, το ήπαρ και τον εγκέφαλο, ο οποίος υποφέρει από επίμονο πόνο, είναι κατακεκλιμένος και δεν μπορεί να σιτισθεί, και όλοι οι θεράποντες ιατροί συμφωνούν ότι είναι “terminal”, δηλαδή τελικού σταδίου, είναι «εφικτή» (υπάρχει η δυνατότητα να γίνει), αλλά δεν είναι «λογική», διότι δεν αναμένεται να προσφέρει «αποδεκτό αποτέλεσμα» (θα «παρατείνει το θάνατο», δεν μπορεί όμως να «παρατείνει τη ζωή»). Η εφαρμογή ΚΑΡΠΑ σε ένα τέτοιο ασθενή θα εθεωρείτο «μάταιη» (futile) σύμφωνα με αυτό τον τρόπο σκέψης.



Αντίθετα, η εφαρμογή υποστήριξης της ζωής σε ένα υγιή νεαρό ο οποίος «πνίγεται» ενώ καταπίνει ένα κομμάτι τροφής και ασφυκτιά, είναι «εφικτή» και «λογική», διότι αναμένεται ότι θα έχει «αποδεκτό αποτέλεσμα», αφού ο νεαρός αυτός είναι πιθανόν να σωθεί και να γίνει καλά.

#### **Τι θεωρείται «Αποδεκτό αποτέλεσμα»?**

Όσο η τεχνική δυνατότητα «υποστήριξης της ζωής» προοδεύει, το ερώτημα: «τι θεωρείται αποδεκτό αποτέλεσμα» παραμένει επιτακτικό.

Είναι η Αποφυγή του επικειμένου θανάτου?

Ή η Βελτίωση φυσιολογικών λειτουργιών?

Ή η Διατήρηση λειτουργικής ικανότητας?

Ή η αποφυγή “unnecessary pain, distress, and suffering”, που μπορεί να σχετίζονται με τη νόσο ή να είναι ιατρογενή?

Στο δύσκολο αυτό ερώτημα, είναι αποδεκτό ότι η αποτίμηση της «ποιότητας ζωής» και η λήψη αποφάσεων δεν πρέπει να γίνεται από τον γιατρό, αλλά οφείλει να στηρίζεται στο σύστημα αξιών του ασθενούς και της οικογένειάς του.

#### **DNR = Do Not Resuscitate**

Είναι η εκ των προτέρων («εν ψυχρώ») απόφαση ότι δεν θα γίνει ανάνηψη – ΚΑΡΠΑ Νομικό Πλαίσιο, εάν κάποιος συγκεκριμένος ασθενής υποστεί καρδιακή ή αναπνευστική ανακοπή. Η πρακτική των DNR εντολών είναι ευρέως αποδεκτή, γίνεται επίσημα, και είναι νομικά κατοχυρωμένη σε πολλές χώρες. Όμως, πρέπει να σημειωθεί ότι στην Ελλάδα δεν υπάρχει για μια τέτοια πρακτική. Έτσι, στην Ελλάδα επί του παρόντος δεν μπορεί να δοθεί επίσημη, έγγραφη εντολή DNR, αν και ενδέχεται τέτοιες εντολές να εφαρμόζονται στην πράξη σιωπηρά.

#### **Κριτήρια για μη έναρξη ΚΑΡΠΑ**

Γενικά αποδεκτά κριτήρια για μη έναρξη ΚΑΡΠΑ (withholding therapy) είναι η ύπαρξη εντολής DNR, συνήθως σε ασθενείς με σημεία μη αναστρέψιμης εγκεφαλικής βλάβης, ή πτωχή πρόγνωση λόγω επιδείνωσης ζωτικών λειτουργιών παρά την μέγιστη θεραπεία σε ασθενείς με τελικού σταδίου νόσημα.

#### **Επιλογή ασθενών για εισαγωγή στη ΜΕΘ - Rationing of ICU resources**

Η αρχή της «Δικαιοσύνης» απαιτεί οι δημόσιοι πόροι να μοιράζονται με τρόπο δίκαιο ώστε να ικανοποιούνται οι ανάγκες των πολιτών. Στη σύγχρονη κοινωνική / οικονομική πραγματικότητα, καμμία χώρα δεν έχει επαρκείς πόρους ώστε να μπορεί να προσφέρει «τα πάντα σε όλους». Στην περίπτωση των κλινών ΜΕΘ, των οποίων ο αριθμός είναι, με βάση διεθνείς προδιαγραφές, εξαιρετικά ανεπαρκής στην Ελλάδα, είναι σημαντικό να γίνεται επιλογή. Η απόφαση ποιος ασθενής θα εισαχθεί, και ποιος ΔΕΝ θα εισαχθεί σε ΜΕΘ πρέπει να βασίζεται σε κοινώς αποδεκτά *Κριτήρια Εισαγωγής στη ΜΕΘ*.

Σήμερα είναι αποδεκτό διεθνώς ότι στη ΜΕΘ εισάγονται ασθενείς οι οποίοι μάλλον θα ωφεληθούν από τη ΜΕΘ. Ασθενείς οι οποίοι είναι σε τόσο κρίσιμη κατάσταση ώστε έχουν κακή πρόγνωση είτε νοσηλευθούν σε ΜΕΘ είτε όχι (“Too sick to benefit”) δεν πρέπει να εισάγονται σε ΜΕΘ, διότι θα στερήσουν την πολύτιμη κλίνη ΜΕΘ από κάποιον άλλο ασθενή ο οποίος θα μπορεί να ωφεληθεί. Κατά ανάλογο τρόπο, δεν πρέπει να εισάγονται στη ΜΕΘ ασθενείς οι οποίοι αναμένεται να έχουν καλή έκβαση είτε εισαχθούν στη ΜΕΘ είτε όχι (“Too well to benefit”).

#### **Withholding vs. Withdrawing Therapy (Μη έναρξη θεραπείας vs. Απόσυρση θεραπείας)**

Ένα άλλο ηθικό ζήτημα που παρουσιάζεται σε βαρέως πάσχοντες ασθενείς είναι το θέμα της απόσυρσης ή μη έναρξης θεραπείας. Υπάρχει ηθική διαφορά?? Μάλλον όχι, αλλά αυτό δεν είναι εντελώς ξεκαθαρισμένο.

Πρέπει όμως να τονίζεται, ιδιαίτερα προς την οικογένεια του βαρέως πάσχοντος, ότι η Απόσυρση Θεραπείας: ΔΕΝ ΣΗΜΑΙΝΕΙ ΕΓΚΑΤΑΛΕΙΨΗ του ασθενούς, αλλά απλώς υποδηλώνει ΑΛΛΑΓΗ ΣΤΟΧΩΝ.



### Εγκεφαλικός Θάνατος

Η συζήτηση περί εγκεφαλικού θανάτου είναι κάτι σχετικά νέο, αφού μέχρι πριν μερικές δεκαετίες δεν υπήρχε η δυνατότητα βαρέως πάσχοντες ασθενείς με ανεπάνορθωτη, πλήρη καταστροφή του εγκεφάλου να «διατηρούνται στη ζωή» με «τεχνικά μέσα». Υπάρχουν διάφορες ομάδες κριτηρίων για τη διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου, με περισσότερο αποδεκτά διεθνώς τα κριτήρια της ιατρικής σχολής του Πανεπιστημίου Harvard και τα κριτήρια της Minnesota.

Στην Ελλάδα υπάρχει αρκετά σύγχρονο νομικό πλαίσιο (Ν. 2737, 1999, Μεταμοσχεύσεις ανθρωπίνων ιστών και οργάνων και άλλες διατάξεις), το οποίο καλύπτει τη διάγνωση, υπό αυστηρές προϋποθέσεις, του εγκεφαλικού θανάτου, θεσπίζει τη διακοπή περαιτέρω υποστήριξης της ζωής σε «εγκεφαλικά νεκρούς» ασθενείς, και τις διαδικασίες για τη Δωρεά οργάνων προς μεταμόσχευση.

### Κριτήρια Harvard

- (a) Κώμα με απουσία απαντήσεως σε έντονα ενοχλητικά ερεθίσματα
- (b) πλήρης απουσία αυτόματης αναπνοής
- (c) απουσία νωτιαίων αντανακλαστικών και αντανακλαστικών στελέχους
- (d) απουσία παθολογικών στάσεων όπως η στάση απεγκεφαλισμού
- (e) ισοηλεκτρική γραμμή στο Ηλεκτροεγκεφαλογράφημα (ΗΕΓ)

Τα κριτήρια αυτά επιτρέπεται να εφαρμοσθούν μόνο αν πληρούνται και άλλες προϋποθέσεις: Πρέπει να αποκλεισθεί το ενδεχόμενο υποθερμίας, και παρουσίας φαρμάκων που καταστέλλουν το κεντρικό νευρικό σύστημα (πχ τα βαρβιτουρικά).

### Κριτήρια Minnesota

Τα κριτήρια αυτά είναι κλινικά, χωρίς εφαρμογή παρακλινικών εξετάσεων, όπως το ΗΕΓ. Συγκεκριμένα απαιτείται:

Απουσία αυτόματων κινήσεων, απουσία αυτόματης αναπνοής μετά από δοκιμασία άπνοιας τεσσάρων λεπτών, απουσία εγκεφαλικών αντανακλαστικών, κόρες σε μυδρίαση χωρίς φωτοκινητικό αντανακλαστικό, και απουσία αντανακλαστικών καταπόσεως και κερατοειδούς, απουσία οφθαλμικών κινήσεων «δίκηνη κούκλας» και απουσία απάντησης στο θερμικό ερεθισμό του τυμπάνου.

Η εφαρμογή των κριτηρίων αυτών προϋποθέτει ότι η κατάσταση του ασθενούς παραμένει αμετάβλητη για τουλάχιστον 12 ώρες, και ότι υπάρχει μία μη αναστρέψιμη παθολογικής διαδικασίας η οποία ευθύνεται για τα ευρήματα αυτά.

### Κριτήρια Harvard vs. Minnesota

Τα κριτήρια Minnesota δεν απαιτούν την απουσία νωτιαίων αντανακλαστικών, ούτε την απουσία ΗΕΓ δραστηριότητας (ΤΟ ΗΕΓ θεωρείται προαιρετική δοκιμασία που επιβεβαιώνει τα κλινικά κριτήρια, ενώ απαιτείται σύμφωνα με τα κριτήρια Harvard).

### **Μόνιμη φυτική κατάσταση (Permanent Vegetative State)**

Είναι η κατάσταση απωλείας συνειδήσεως κατά την οποία το άτομο έχει κινητικά αντανακλαστικά, αλλά δεν έχει σημαντική νοητική λειτουργία. Η διάγνωση της καταστάσεως αυτής εγείρει διάφορα ηθικά / νομικά ζητήματα, σε ό,τι αφορά τη συνέχιση ή όχι διαφόρων «θεραπευτικών» ή «υποστηρικτικών» παρεμβάσεων, αλλά επίσης σχετικά με το ποιος αποφασίζει για τους ασθενείς αυτούς. Αρκετά τέτοια περιστατικά έχουν απασχολήσει τα δικαστήρια, κυρίως στις ΗΠΑ, αλλά πήραν πολύ μεγάλη δημοσιότητα, και συνεπώς απασχόλησαν και τη διεθνή κοινή γνώμη. Περιστατικά που έγιναν αντικείμενο πολυετούς νομικής διαμάχης και παγκόσμιας δημοσιότητας ήταν και τα εξής:

- The Karen Quinlan case
- The Nancy Cruzan case
- The Terri Schiavo case

### **Ποιός αποφασίζει?**

Το ερώτημα, «ποιος αποφασίζει» ήταν συχνά στο επίκεντρο της νομικής διαμάχης στα περιστατικά αυτά. Αποφασίζει ο ασθενής? ή ο ιατρός? ή η οικογένεια? Αν ναι, ποιο μέλος της οικογένειας? (υπόθεση Schiavo), ή η δικαστική εξουσία?



## Living Wills - Advance Directives

Η απάντηση στο ερώτημα «Ποιος αποφασίζει?» είναι πολύ απλούστερη, εάν ο ασθενής είχε συντάξει “living will” πριν ασθενήσει.

Κατά τη διαδικασία συντάξεως μίας “Living Will”, ο ασθενής επιλέγει τι θέλει και τι δεν θέλει να του προσφερθεί σε περίπτωση απειλητικής για τη ζωή ασθένειας. Η επιλογή αυτή τεκμηριώνεται εγγράφως με συγκεκριμένη διαδικασία (διαφορετική ανά πολιτεία και χώρα), και ο ιατρός κατά κανόνα ακολουθεί τη θέληση του ασθενούς, έστω και αν η επιστημονική του άποψη είναι αντίθετη.

### Διαβαθμίσεις οδηγιών σε Living Will:

DNR = Do Not Resuscitate: αν επέλθει ο θάνατος, δεν γίνεται καθόλου προσπάθεια ανανήψεως

No Defibrillation = Όχι απινίδωση. Γίνεται ανάνηψη (ΚΑΡΡΙΑ), όχι όμως απινίδωση, ακόμα και αν η απινίδωση έχει ιατρική ένδειξη.

No Ventilation = Όχι μηχανικός αερισμός

No Artificial Feeding = Όχι τεχνητή διατροφή

No CPR = Όχι ΚΑΡΡΙΑ

Durable Power of Attorney = Πληρεξούσιο για θέματα Υγείας

Μία άλλη συχνά εφαρμοζόμενη διαδικασία η οποία απλοποιεί τη λήψη αποφάσεων σε δύσκολες περιπτώσεις, είναι ο ορισμός ατόμου πληρεξουσίου για τη λήψη αποφάσεων σε θέματα υγείας. Κατά τη διαδικασία αυτή, κάποιο άτομο (συνήθως στενός συγγενής) εξουσιοδοτείται ώστε να λαμβάνει αποφάσεις αντί του ασθενούς, εάν ο ασθενής δεν είναι σε θέση να αποφασίζει ο ίδιος για θέματα υγείας και ζωής.

### “Substituted Judgement Standard”

Σύμφωνα με αυτό το Νομικό όρο, το Δικαστήριο για τη λήψη αποφάσεων ενδιαφέρεται για το *τι θα ήθελε ο ασθενής, όχι για το ποια απόφαση είναι επιστημονικά σωστή*. Έτσι, η ξεκάθαρα εκπεφρασμένη θέληση του ασθενούς επικρατεί.

### Υπόθεση Terri Schiavo: Τι θα ήθελε η Terri?

Η Terri έπαθε καρδιακή ανακοπή το 1991 (28 ετών), υπέστη σοβαρή εγκεφαλική βλάβη, και κατέληξε σε «μόνιμη φυτική κατάσταση».

Ο σύζυγος της Terri ζήτησε να διακοπεί η «τεχνητή υποστήριξη» και η διατροφή, διότι έλεγε ότι η Terri, όταν ήταν καλά, είχε ξεκάθαρα διατυπώσει τη θέλησή της να μην της χορηγηθεί «τεχνητή υποστήριξη της ζωής».

Οι γονείς της Terri διαφώνησαν, και η διαφωνία αυτή οδήγησε σε παρατεταμένη νομική διαμάχη συζύγου – γονέων που πήρε τεράστια (και διεθνή) δημοσιότητα. Υπήρξαν πολλές δικαστικές αποφάσεις, αλλά και Παρεμβάσεις νομοθετικής ΚΑΙ εκτελεστικής εξουσίας, αλλά τελικά το Ανώτατο Δικαστήριο (Supreme Court) συντάχθηκε με την άποψη του συζύγου, και έγινε διακοπή κάθε είδους Life support στις 18 Μαρτίου 2005. Η Terri πέθανε στις 31 Μαρτίου 2005, με το σύζυγο κοντά της, ενώ δεν επετράπη η παρουσία των γονέων κοντά της κατά τις τελευταίες ώρες.

### Διαφωνία οικογένειας με θεράποντες ιατρούς

Η διαφωνία αυτή μπορεί να παρουσιασθεί με δύο κυρίως τρόπους:

1. Η οικογένεια επιμένει στην έναρξη/συνέχιση θεραπευτικών παρεμβάσεων την οποία οι θεράποντες ιατροί κρίνουν ως μάταιη
2. Η οικογένεια διαφωνεί με την έναρξη/συνέχιση παρεμβάσεων που συνιστούν οι ιατροί, και ζητά διακοπή της θεραπείας

Διαφωνία οικογένειας με θεράποντες ιατρούς - Η οικογένεια ζητά έναρξη /συνέχιση παρεμβάσεων τις οποίες οι θεράποντες ιατροί θεωρούν μάταιες (futile)

### Charlotte Wyatt case - Μεγάλη Βρετανία

Οι γονείς της Charlotte ζήτησαν, ενάντια στην κρίση των θεράποντων ιατρών ότι ο θάνατός ήταν αναπόφευκτος, να μη διακοπεί η «θεραπεία».

Το δικαστήριο συντάχθηκε με τη γνώμη των ιατρών, οι οποίοι δεν ήθελαν να κάνουν περαιτέρω «διάσωση».



### Northridge vs. Central Sydney Area Health Service, Αυστραλία

Ανδρας 37 ετών υπέστη καρδιακή ανακοπή λόγω υπερδοσολογίας φαρμάκων, με συνέπεια υποξική εγκεφαλική βλάβη. Όταν οι θεράποντες ιατροί τον έβγαλαν από τη ΜΕΘ διότι έκριναν ότι περαιτέρω θεραπεία ήταν μάταιη (futile), η αδελφή του ασθενούς προσέφυγε στο Ανώτατο Δικαστήριο της New South Wales ενάντια στην απόφαση των ιατρών. Στην περίπτωση αυτή, το δικαστήριο υποστηριξε τη θέση της αδελφής, και ο δικαστής δεν επέτρεψε να δοθεί εντολή DNR χωρίς δικαστική άδεια.

Διαφωνία οικογένειας με θεράποντες ιατρούς - Άρνηση θεραπείας

Η οικογένεια διαφωνεί με την έναρξη / συνέχιση παρεμβάσεων που συνιστούν οι ιατροί, και ζητά διακοπή της θεραπείας. Σε τουλάχιστον δύο περιπτώσεις, οι οποίες πήραν τεράστια δημοσιότητα παγκοσμίως, η δικαστική αρχή τελεσίδικα συντάχθηκε με τη θέση της οικογένειας, ενάντια στις αποφάσεις των ιατρών ή του Νοσοκομείου.

### The Karen Quinlan Case – New Jersey, “The Right to Die” – New Jersey, ΗΠΑ

Η νεαρή (21 ετών) Karen Quinlan έπαθε σοβαρή υποξική εγκεφαλική βλάβη (υπερδοσολογία αλκοόλ και κατασταλτικών φαρμάκων), και κατέληξε σε μόνιμη φυτική κατάσταση (persistent vegetative state) το 1975. Ένα χρόνο αργότερα, (το 1976), ο πατέρας της Karen ζήτησε από το δικαστήριο να επιτρέψει την αποσύνδεση της κόρης του από τον αναπνευστήρα, πράξη που μάλλον θα οδηγούσε σύντομα στο «θάνατο» της Karen.

Το Ανώτατο Δικαστήριο του New Jersey (ΗΠΑ) βασιζόμενο στο συνταγματικά κατοχυρωμένο “right of privacy” της Karen, και ενάντια στη θέληση των ιατρών και του Νοσοκομείου, επέτρεψε διακοπή της μηχανικής αναπνοής. Η Karen «έζησε» εκτός αναπνευστήρα σε κώμα άλλα 8 χρόνια, και απεβίωσε το 1985.

### Υπόθεση Nancy Cruzan – Missouri, ΗΠΑ

Η Nancy Cruzan τραυματίστηκε σοβαρά σε τροχαίο ατύχημα το 1983, σε ηλικία 25 ετών, και έμεινε σε κώμα. Υποστηρίχθηκε με «τεχνητή υποστήριξη της ζωής» και παρεντερική διατροφή, αλλά μετά από 3 εβδομάδες παρέμενε σε μία κατάσταση η οποία χαρακτηρίστηκε ως «μόνιμη φυτική κατάσταση» (“persistent vegetative state”), χωρίς καμμία πιθανότητα - σύμφωνα με τους θεράποντες ιατρούς - να επανακτήσει κάποια νοητική λειτουργία. Πέντε χρόνια αργότερα, όταν οι γονείς της Nancy ζήτησαν διακοπή της τεχνητής διατροφής, τοπικό υψηλόβαθμο δικαστήριο επέτρεψε να γίνει αυτό που ζήτησε η οικογένεια Cruzan.

Μετά όμως από έφεση του Υπουργείου Υγείας της Πολιτείας Missouri ενάντια σε αυτή τη δικαστική απόφαση, το Ανώτατο Δικαστήριο της Πολιτείας ανέτρεψε την πρώτη δικαστική απόφαση, και δεν επέτρεψε διακοπή της διατροφής. Τότε η οικογένεια Cruzan έκανε προσφυγή στο Ανώτατο Ομοσπονδιακό Δικαστήριο, το οποίο τελικά επέτρεψε την διακοπή της διατροφής, με συνέπεια η Nancy να «πεθάνει» αρκετές μέρες αργότερα.

<http://www.law.umkc.edu/faculty/projects/ftrials/conlaw/cruzan.html>

### **«Διπλό αποτέλεσμα» = “Double Effect”**

Αποτελεί σημαντικό θέμα στην κλινική πράξη, ιδίως σε ασθενείς οι οποίοι πλησιάζουν το τέλος της ζωής τους. Σύμφωνα με την αρχή αυτή, είναι επιτρεπτό να γίνεται μία κατά τα άλλα αποδεκτή παρέμβαση (όπως, πχ χορήγηση αναλγησίας σε τελικού σταδίου ασθενείς που πονούν), παρά το ότι η πράξη αυτή μπορεί να προκαλέσει και μη επιθυμητό αποτέλεσμα (το θάνατο του ασθενούς). Για να ισχύει όμως και να γίνεται αποδεκτή η αρχή του Double Effect, πρέπει να πληρούνται κάποια κριτήρια αποδοχής:

1. Η πράξη από τη φύση της να είναι «καλή» ή ηθικά ουδέτερη
2. Στόχος είναι η επίτευξη του καλού αποτελέσματος, και όχι του κακού
3. Το επιδιωκόμενο καλό αποτέλεσμα έχει μεγαλύτερη βαρύτητα από το κακό, και η παρέμβαση γίνεται με την απαραίτητη προσοχή ώστε να ελαχιστοποιήσει την πιθανότητα βλάβης στον ασθενή.

### **Άλλα θέματα**

Μία ολιγοσέλιδη περίληψη δεν μπορεί να καλύψει όλα τα βιοηθικά προβλήματα που παρουσιάζονται κατά την άσκηση της ιατρικής σε ασθενείς που πλησιάζουν προς το τέλος της ζωής, εντός ή εκτός ΜΕΘ. Ακολουθεί απλή αναφορά, χωρίς καμμία επεξήγηση, άλλων «καυτών» ή «επίκαιρων» θεμάτων



βιοηθικής που απασχολούν την ιατρική κοινότητα, αλλά και την κοινή γνώμη στην Ελλάδα αλλά και στο εξωτερικό. Τέτοια θέματα είναι:

- Το θέμα της συγκατάθεσης για την πραγματοποίηση παρεμβάσεων στη ΜΕΘ
- Ευθανασία (ενεργητική, παθητική)
- Υποβοηθούμενη αυτοκτονία ("Assisted Suicide")
- Άρνηση μεταγγίσεων αίματος από Μάρτυρες Ιεχωβά, η οποία μπορεί να αφορά τους ίδιους, ή τα ανήλικα παιδιά τους.
- Λήψη οργάνων από ασθενείς που δεν πληρούν όλα τα κριτήρια εγκεφαλικού θανάτου (Non-beating heart organ donation)
- Η έννοια της «Μάταιης Θεραπείας» (Futile Care)
- Η έννοια «συμφέρον του ασθενούς» (Patient's best interest)
- Η πραγματοποίηση επιστημονικής έρευνας σε ασθενείς οι οποίοι δεν μπορούν να δώσουν συγκατάθεση (όπως οι ασθενείς ΜΕΘ)

### Συμπεράσματα

Η θεαματική πρόοδος της Εντατικής Θεραπείας έχει δημιουργήσει νέα, δύσκολα ηθικά (και νομικά) ερωτήματα, διότι στην Εντατική Θεραπεία το τι είναι «δυνατόν να γίνει» και τι είναι σωστό δεν είναι πάντοτε ξεκαθαρισμένο. Η τεράστια έλλειψη κλινών ΜΕΘ στην Ελλάδα κάνει το πρόβλημα δυσκολότερο, καθώς οι ιατροί των ΜΕΘ αναγκάζονται κάποιες φορές να αποφασίζουν ποιος ασθενής «πρέπει» και ποιος «δεν πρέπει» να υποστηριχθεί σε ΜΕΘ, όταν ο αριθμός των υποψηφίων προς ΜΕΘ ασθενών υπερβαίνει τις δυνατότητες του συστήματος.

Είναι γενικά αποδεκτό ότι η ηθική υποχρέωση για παροχή τεχνητής υποστήριξης της ζωής αίρεται όταν δεν είναι εφικτή η επίτευξη των στόχων της εντατικής θεραπείας. Έτσι, σε ορισμένες περιπτώσεις, είναι ηθικά αποδεκτό να περιορίζεται η τεχνητή υποστήριξη της ζωής, και ο περιορισμός αυτός μπορεί να έχει τη μορφή α) Μη έναρξης θεραπείας (withholding therapy) ή β) Διακοπής θεραπείας η οποία έχει ξεκινήσει (withdrawing therapy). Πρέπει όμως να ξεκαθαρισθεί ότι η μη έναρξη ή διακοπή της τεχνητής υποστήριξης της ζωής δεν ισοδυναμεί με εγκατάλειψη του ασθενούς, απλώς αλλάζουν οι στόχοι της φροντίδας.

Αρκετά από τα θέματα αυτά στη Ελλάδα ΔΕΝ είναι νομικά ξεκαθαρισμένα, και είναι απαραίτητο ο ιατρός να ενεργεί με πολλή προσοχή, και να επιδιώκει βοήθεια από συναδέλφους με μεγαλύτερη εμπειρία η/και από τη δικαστική αρχή όταν αντιμετωπίζει δύσκολες καταστάσεις.

### Βιβλιογραφία

1. Danbury, Ethics and law in the intensive care unit, Best Practice & Res Clin Anesthes, 20(4), 589-603, 2006
2. Tillyard, Ethics review: 'Living wills' and intensive care--an overview of the American experience, Critical Care, 11(4), 219, 2007
3. Singer, Rationing intensive care – physician responses to a resource shortage, NEJM 1983; 309, 1155-1160
4. Smedira, Withholding and withdrawal of life support from the critically ill, NEJM 1990, 322, 309-315
5. Schneiderman, Medical futility: its meaning and ethical implications, Ann Int Med 1990; 112, 949-954
6. <http://www.law.umkc.edu/faculty/projects/ftrials/conlaw/cruzan.html>