

«Ορισμός και ιστορική εξέλιξη» Αρχές ιατρικής ηθικής - Όρκος Ιπποκράτη

Εμμανουήλ Παναγόπουλου
Επικ. Καθηγ. Χειρουργικής

Η ευθανασία, σύνθετη Ελληνική λέξη από το Ευ και θάνατος, στην αρχική της σημασία όριζε το ένδοξο, ανώδυνο και ευτυχή θάνατο. Αλλοιώνοντας την αρχική της σημασία, η διεθνής κοινότητα υιοθέτησε τον όρο ευθανασία για να υποδηλώσει την θανάτωση ατόμων που εμφανίζουν κάποιο σοβαρό και ανίατο νόσημα ή κατάσταση εξαιτίας των οποίων η ζωή τους γίνεται ιδιαίτερα δυσάρεστη ή και αφόρητη.

Στην πρακτική της εφαρμογή η ευθανασία εμφανίζεται με διάφορες μορφές. Ενεργητική ή θετική ονομάζεται όταν υπάρχει απευθείας επέμβαση που οδηγεί στο θάνατο και παθητική ή αρνητική όταν δεν εφαρμόζεται ή αποσύρεται ή υποστηρικτική της ζωής τεχνολογία, οπότε η υποκείμενη κατάσταση οδηγεί στον θάνατο. Στην έννοια της ευθανασίας συγκαταλέγονται ακόμη η υποβοηθούμενη, ιατρικώς ή μη, αυτοκτονία δηλ. η παροχή ουσιών και μέσων με τα οποία το ίδιο το άτομο θέτει τέρμα στη ζωή του, καθώς και η με πρόθεση χορήγηση υπερβολικών δόσεων ναρκωτικών ουσιών που λόγω διπλού αποτελέσματος επισπεύδουν τον θάνατο. Σε όλες τις μορφές της, η ευθανασία χαρακτηρίζεται ως θεληματική όταν ζητείται από τον άρρωστο και Μη θεληματική όταν εφαρμόζεται χωρίς την συγκατάθεση του ή και ενάντια στη θέλησή του. Πρέπει πάντως να τονισθεί ότι τα όρια μεταξύ ενεργητικής και παθητικής ευθανασίας ούτε σαφή είναι ούτε ευδιάκριτα. Άλλωστε όλες οι μορφές ευθανασίας οδηγούν στο ίδιο αποτέλεσμα, που είναι η συντόμευση της ανθρώπινης ζωής.

Η ευθανασία ως έννοια και πρακτική εφαρμογή ασφαλώς δεν είναι σημερινό μόνο φαινόμενο. Ο πατέρας της Ιατρικής Ιπποκράτης όχι μόνο απαγόρευε την άσκησή της αλλά και την απλή υπόδειξή της σημειώνοντας στον πολύ γνωστό όρκο του: "Ου δώσω δε ουδέ φάρμακον ουδενί αιτηθείς θανάσιμο, ουδέ υφηγήσομαι ξυμβουλήν τοιήνδε." δηλαδή δεν θα χορηγήσω θανατηφόρο φάρμακο σε κανένα, έστω και αν παρακληθώ, ούτε θα υποδείξω τέτοια συμβουλή. Αντίθετα ο ρωμαίος στωικός φιλόσοφος Σενέκας την υποστηρίζει. Στο έργο του *Epistulae ad Lucilium* γράφει: "Ακριβώς όπως θα διαλέξω το πλοίο μου όταν πρόκειται να ταξιδεύσω ή το σπίτι μου όταν πρόκειται να κατοικήσω, έτσι θα επιλέξω και τον θάνατό μου για το πέρασμά μου από τη ζωή."

Ο Πλάτων στην "Πολιτεία" του διετύπωσε την άποψη ότι μόνο οι σωματικά και πνευματικά υγιείς πρέπει να τυγχάνουν μέριμνας, ενώ οι πάσχοντες πρέπει να εγκαταλείπονται στον θάνατο. Ανάλογες απόψεις εξέφρασε και ο Αριστοτέλης. Ο

Φράνσις Μπαίηκον υποστήριζε ότι οι ιατροί πρέπει να παρέχουν ήρεμο και εύκολο θάνατο στους ανίατους ενώ ο Τόμας Μουρ στην "Ουτοπία" του έκανε έκκληση σε ιατρούς και ιερείς να παρακινούν τους ανίατα ασθενείς να τερματίζουν μόνοι τους τη ζωή τους που έχει κατακτήσει άχρηστη και οδυνηρή για τους ίδιους και τους οικείους τους. Στην Παλαιά Διαθήκη αναφέρονται περιστατικά που μπορούν να χαρακτηρισθούν ως ευθανασία με την ευρεία έννοια του όρου (Περιοδ. ΘΕΟΛΟΓΙΑ, τόμος Ο', τεύχος β' - γ', σελ. 274 - 282).

Στην δεκαετία του '30 η ευθανασία περνά σε φάση εξάρσεως. Το 1935 ο γνωστός μας νομπελίστας φυσιολόγος Alexis Carrel έγραφε: " Θα έπρεπε να ξεφορτωνόμαστε τους εγκληματίες και τους φρενοβλαβείς, ανθρώπινα και οικονομικά, σε μικρά ιδρύματα ευθανασίας που θα ήταν εφοδιασμένα με τα κατάλληλα αέρια". Το ίδιο έτος (1935) στη Νυρεμβέργη λαμβάνεται μυστική απόφαση για δύο προγράμματα ευθανασίας, που αποσκοπούσαν στην απαλλαγή της Γερμανικής κοινωνίας από ελαττωματικά παιδιά και ψυχιατρικούς αρρώστους. Τα προγράμματα άρχισαν το καλοκαίρι του 1939, το παιδικό σε 28 παιδιατρικά νοσοκομεία με 4000 θύματα, και το πρόγραμμα ενηλίκων σε έξι ψυχιατρεία με θύματα 70.273 ψυχιατρικούς αρρώστους. Αξίζει ιδιαίτερας σημειώσεως ότι η ευθανασία εφαρμόσθηκε μέσα σε νοσοκομεία από ιατρούς χωρίς εξαναγκασμό. Ο Proctor το 1988 στην εργασία του Racial Hygiene που δημοσιεύθηκε από τις εκδόσεις του Harvard γράφει: "Ποτέ δεν διατάχθηκαν οι γιατροί να δολοφονήσουν ψυχιατρικούς αρρώστους και ελαττωματικά παιδιά. Τους παραχωρήθηκε η δυνατότητα να το κάνουν και εξεπλήρωσαν την αποστολή τους χωρίς διαμαρτυρία, πολλές φορές με δική τους πρωτοβουλία."

Μετά τον Β' Παγκόσμιο Πόλεμο οι τόνοι των υπερασπιστών της ευθανασίας έπεσαν εξαιτίας της ναζιστικής θηριωδίας που ξεκίνησε ως ευθανασία με την ευρεία έννοια του όρου και κατάληξε σε γενοκτονία. Την τελευταία όμως 25εταία η ευθανασία επανεμφανίσθηκε με τρόπο δυναμικό. Σ' αυτό συνετέλεσαν πρώτον η αποδοχή και νομιμοποίηση των αμβλώσεων στις περισσότερες χώρες του δυτικού κόσμου και δεύτερον η τεράστια πρόοδος της Ιατρικής και της Τεχνολογίας που έδωσαν τη δυνατότητα υποστηρίξεως της ζωής και παρατάσεως της διαδικασίας του θανάτου.

Με σύνθημα και σημαία το "Δικαίωμα στο θάνατο με αξιοπρέπεια" δημιουργήθηκαν σύλλογοι ευθανασίας στις περισσότερες χώρες με χιλιάδες μέλη. Hemlock Society στις Η.Π.Α. Right to Die Society στον Καναδά, Voluntary Euthanasia Society στην Αγγλία, New South Wales Humanists Society στην Αυστραλία, Japanese Society for Dying with Dignity στην Ιαπωνία, German Society for Human Dying στην Γερμανία, The Netherlands Association for Voluntary Euthanasia στην Ολλανδία.

Παράλληλα τα τελευταία χρόνια πληθαίνουν οι ατομικές και ομαδικές διακηρύξεις υπέρ της ευθανασίας, όπως αυτή του Γάλλου καρκιολόγου, τέως Ευρωβουλευτή και πρώην Υπουργού Υγείας της Γαλλίας Leon Schwartzberg ο οποίος σε γραπτή

δήλωσή του προς το Ευρωκοινοβούλιο υποστήριξε: "Όταν ένας ιατρός αποφασίζει με πλήρη συνείδηση να απαντήσει στην επίμονη απαίτηση ενός αρρώστου για βοήθεια προς τερματισμό της υπάρξεώς του, που στα μάτια του έχει χάσει την αξιοπρέπειά της, τότε ο ιατρός ενεργεί με σεβασμό στην ανθρώπινη ζωή."

Ιδιαίτερη αίσθηση προκάλεσε το ανώνυμο άρθρο "It's Over Debbie's" που δημοσιεύθηκε στο τεύχος της 8ης Ιανουαρίου 1988 του περιοδικού JAMA της Αμερικανικής Ιατρικής Ενώσεως. Στο άρθρο αυτό σε πρώτο πρόσωπο εξιστορείτο η περίπτωση εφαρμογής από ιατρό ενεργητικής ευθανασίας. Το άρθρο, πραγματικό ή φανταστικό, προκάλεσε πολλές συζητήσεις και από πολλούς θεωρήθηκε άρθρο - πρόκληση για την καταγραφή των αντιδράσεων των Αμερικανών ιατρικών στην ευθανασία.

Από το 1990 οι δραστηριότητες του συνταξιούχου Αμερικανού Ιατρού Jack Keovorkian από το Michigan απασχόλησαν την διεθνή επικαιρότητα.

Με μια απλή, δικής του επινοήσεως συσκευή έχει βοηθήσει αρκετά άτομα να τερματίσουν τη ζωή τους, κερδίζοντας τον τίτλο Dr Death, Δρ. Θάνατος.

Τον Ιούλιο του 1991 βλέπει το φως της δημοσιότητας το βιβλίο του ιδρυτού της Hemlock Society, Devek Humphry με τίτλο Final Exit - τελική έξοδος. Τα 41000 αντίτυπα της πρώτης εκδόσεως εξαντλήθηκαν αμέσως και το βιβλίο χαρακτηρίστηκε από τους New York Times ως Best - Seller στην κατηγορία των βιβλίων Do it - Yourself. Το βιβλίο είναι ένα άριστο και πολύ κατατοπιστικό εγχειρίδιο ευθανασίας.

Η ευθανασία αποτελεί συχνό θέμα συζητήσεως σε ιατρικά συνέδρια και σεμινάρια. Έτσι π.χ. μόνο στην Ελλάδα μέσα σε ένα χρόνο, Μάιος 94 - Μάιος 95, έγιναν δύο στρογγυλά τραπέζια και ένα σεμινάριο με θέμα την ευθανασία, ενώ πρόσφατα (2000) ο Ιατρικός Σύλλογος Αθηνών σε ξενοδοχείο της Αθήνας διοργάνωσε ανοικτή δημόσια συζήτηση για την ευθανασία.

Άρθρα με θέμα την ευθανασία υπάρχουν πολλά αποδεικνύοντας την μεγάλη επικαιρότητα του θέματος και τον έντονο προβληματισμό τόσο της ιατρικής όσο και της μη ιατρικής διεθνούς κοινότητας. Σε πρόσφατη αναζήτηση στο Internet (Pub Med Search) βρέθηκαν 10.305 άρθρα. Μέσα από τον τεράστιο όγκο της σχετικής ιατρικής και βιοηθικής βιβλιογραφίας διαφαίνεται μια σαφής τάση αυτό που σήμερα για πολλούς θεωρείται έγκλημα, άυριο να μετατραπεί σε παραδεδεγμένη ιατρική αγωγή. Προκαλεί πάντως περιέργεια το γεγονός ότι ενώ τόσος πολύς λόγος γίνεται για την ευθανασία, οι δημοσιεύσεις για τη βελτίωση της παρηγορητικής αγωγής, ακόμη και στις υψηλού βιοτικού επιπέδου χώρες, είναι περιορισμένες. Ίσως γιατί η ευθανασία αποτελεί την εύκολη και ανέξοδη λύση.

Το ραδιόφωνο και η τηλεόραση έχουν επανειλημμένα ασχοληθεί με την ευθανασία παρουσιάζοντας σχετικά ρεπορτάζ και συζητήσεις. Μάλιστα σε ορισμένες χώρες φαίνεται ότι χειραγώγησαν την κοινή γνώμη προς την κατεύθυνση της αποδοχής της ευθανασίας, επιτυγχάνοντας κοινωνική συναίνεση. "Θάνατος κατά

παρακλήση" είναι ο τίτλος μιας ταινίας της θρησκευτικής τηλεοπτικής εταιρείας IKON που προβλήθηκε στην Ολλανδία στα τέλη του 1994. Η ταινία είναι ένα ντοκιμαντέρ που παρουσιάζει την εφαρμογή ενεργητικής θεληματικής ευθανασίας από ένα γενικό ιατρό σε ασθενή τελικού σταδίου. Η ταινία τελειώνει δείχνοντας τον ιατρό να κάνει πρώτα την υπνωτική και έπειτα την θανατηφόρο ένεση, ενώ παρηγορεί την σύζυγο του αρρώστου. Σύμφωνα με την εταιρεία IKON, τηλεοπτικές εταιρείες από πέντε τουλάχιστον χώρες εξεδήλωσαν ενδιαφέρον να αγοράσουν την ταινία. Στις 15 Μαΐου η ταινία προβλήθηκε από την τηλεόραση του BBC και όπως ήταν φυσικό προκάλεσε έντονες συζητήσεις και επανέθεσε το θέμα της ευθανασίας στη Μ. Βρετανία.

Ο θάνατος με θεληματική ενεργητική ευθανασία της δημοφιλούς Γερμανίδος συγγραφέως Σάντρα Παρέτι στη Ζυρίχη το 1994 προβλήθηκε αρκετά από τα ΜΜΕ και έφερε στο φως την ύπαρξη της Ελβετικής Εταιρείας "Εξοδος" - (Exit) - με παρακλάδια σε πολλές χώρες που σκοπό έχει έναντι χρηματικής αμοιβής να "βοηθά" αρρώστους να τερματίσουν τη ζωή τους. Δύο "βοηθοί θανάτου" όπως ονομάζονται οι ιατροί της εταιρείας άσκησαν την ευθανασία στην Παρέτι, στο σπίτι της παρουσία πολλών φίλων της μετά από αποχαιρετιστήριο γεύμα.

Δημοσκοπήσεις με θέμα την ευθανασία υπάρχουν πολλές. Σε όλες σημειώνονται υψηλά ποσοστά αποδοχής. Ενδεικτικά αναφέρονται μερικές. Σε δημοσκόπηση των TIME/CNN το 1980 το 81% των ερωτηθέντων υιοθετούσαν την παθητική ευθανασία και το 57% την ενεργητική.

Σε δημοσκόπηση στον Καναδά το 1992 το 75% απεδέχτο την θεληματική ενεργητική ευθανασία. Στην έρευνα που δημοσιεύθηκε στο περιοδικό YOURS τον Δεκέμβριο του 1994 οι εννέα στους 10 συμμερίζονται την ενεργητική ευθανασία σε αρρώστους τελικού σταδίου. Τον Μάιο του 1995 η εφημερίδα TA NEA δημοσίευσε δημοσκόπηση σύμφωνα με την οποία το 36,6% των ερωτηθέντων ήταν υπέρ της νομιμοποίησης της ευθανασίας. Μάλιστα η ανάλυση του δείγματος κατά επίπεδο μορφώσεως έδειξε ότι όσο πιο ανώτερη μόρφωση είχαν οι ερωτηθέντες τόσο υψηλότερο ήταν και το ποσοστό υπέρ της νομιμοποίησης, που έφθασε στο 71,3% στους έχοντας μεταπτυχιακές σπουδές. Η εφημερίδα METRORAMA (22-5-02) δημοσίευσε μια δημοσκόπηση από τη Δανία σύμφωνα με την οποία το 68% των Δανών τάσσεται υπέρ της ευθανασίας ως μεθόδου συντόμευσης της οδύνης των μελλοθανάτων, των ανιάτως πασχόντων, των ηλικιωμένων, των αναπήρων και των πασχόντων από βαριές ψυχικές ασθένειες.

Δημοσκοπήσεις όμως υπάρχουν και μεταξύ ιατρών, με υψηλά ποσοστά υπέρ της ευθανασίας.

Σε έρευνα της Ιαπωνικής Ιατρικής Ενώσεως το 1990 το 75% των ιατρών απήντησε ότι θα εσέβετο τα living wills των αρρώστων τελικού σταδίου. Έρευνα του Van der Wall στην Ολλανδία το 1993 μεταξύ οικογενειακών ιατρών που δημοσιεύθηκε στην Ιατρική Εφημερίδα Doctor τον Φεβρουάριο του 1994 το ποσοστό υπέρ της

νομιμοποίησής της ευθανασίας ήταν 44%. Το 1994 το British Medical Journal (BMJ) δημοσίευσε έρευνα από το Cambridge σύμφωνα με την οποία το 91% των ερωτηθέντων ήταν πρόθυμοι να εφαρμόσουν παθητική ευθανασία και το 12% είχε εφαρμόσει ενεργητική ευθανασία. Επίσης το 46% απήντησε ότι θα ήταν πρόθυμο να εφαρμόσει ενεργητική ευθανασία αν ήταν νόμιμη. Τον Οκτώβριο του 1994 η εφημερίδα TA NEA δημοσίευσε έρευνα της Υγειονομικής Σχολής Αθηνών σε μονάδες εντατικής θεραπείας. Το 53,1% των ερωτηθέντων ιατρών ήταν κατά της διατηρήσεως της ζωής με κάθε μέσον, το 23,6% είχε αντιληφθεί περιπτώσεις ενεργητικής και το 27,7% περιπτώσεις παθητικής ευθανασίας. Σε έρευνα που δημοσιεύθηκε στο New England Journal of Medicine τον Ιούνιο του 1994 το 54% των ιατρών διαφόρων ειδικοτήτων πιστεύει ότι η ευθανασία πρέπει να νομιμοποιηθεί. Πολύ πρόσφατα (2001) στο περιοδικό Medical Journal of Australia δημοσιεύθηκε έρευνα σύμφωνα με την οποία πάνω από το 30% των ερωτηθέντων ιατρών είχαν χορηγήσει υπερβολικές δόσεις ναρκωτικών με σκοπό την επιτάχυνση του θανάτου και το 5,3% έκαναν ενεργητική ευθανασία.

Οι Advanced Directives, που περιλαμβάνουν τα Living Wills και την Durable Power of Attorney, είναι έγγραφα προδιατυπωμένης εκφράσεως θελήσεως που έχουν νομική μορφή και ισχύ και με τα οποία ένα υγιές άτομο εκφράζει εκ των προτέρων την θέλησή του για την αποδεκτή σε αυτό αντιμετώπιση σε περίπτωση κώματος ή ανίατης αρρώστιας που συνοδεύεται από απώλεια της ικανότητας για λήψη αποφάσεως. Τα έγγραφα αυτά είναι αποδεκτά και ισχυρά σε πολλές χώρες του κόσμου. Η αρχική ιδέα των εγγράφων αυτών ήταν η προφύλαξη του ατόμου από την "αγριότητα" της σύγχρονης τεχνολογίας και από τις ενέργειες "ζηλωτών" ιατρών για άκριτη και χωρίς ουσιαστικό λόγο εφαρμογή κάθε νέας τεχνολογίας. Δυστυχώς όμως για πολλούς ιατρούς η ύπαρξη των advanced directives μεταφράζεται σε ένδειξη μειωμένης φροντίδος για τον άρρωστο.

Οι Do Not Resuscitate ή DNR εντολές, αφορούν αρρώστους τελικού σταδίου και ασθενείς στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας για τους οποίους η DNR εντολή σημαίνει αποφυγή κάθε προσπάθειας καρδιοαναπνευστικής ανάνηψης. Σε έρευνα που έγινε σε Ολλανδικά Νοσοκομεία διαπιστώθηκε ότι στο 61% των ενδονοσοκομειακών θανάτων είχε προηγηθεί μία DNR εντολή και η οποία μόνο στο 14% αυτών των περιπτώσεων είχε συζητηθεί με τον άρρωστο. Στην συντριπτική πλειοψηφία η εντολή ήταν μονομερή απόφαση του ιατρού (J Med Ethics 1995).

Προσπάθειες νομιμοποίησής της ευθανασίας έχουν γίνει αρκετές. Το 1903 απερρίφθη πρόταση νομιμοποίησής στο Σαξονικό Κοινοβούλιο. Ανάλογη, χωρίς επιτυχία, απόπειρα έγινε και από τις αμερικανικές πολιτείες Ohio, Aιwa και Washington μεταξύ των ετών 1906 και 1912. Το 1936 η Βρετανική Βουλή των Λόρδων απέρριψε πρόταση νομιμοποίησης της ευθανασίας. Το 1987 ομάδα αμερικανών στην California συνέταξε σχέδιο νόμου για την ευθανασία αλλά η προσπάθεια απέτυχε γιατί δεν συγκεντρώθηκαν οι απαιτούμενες υπογραφές. Η προσπάθεια επαναληφθεί

το 1992 ως ιατρική βοήθεια στο θάνατο και απερρίφθη με 54% έναντι 46%. Το 1994 η πολιτεία Oregon των ΗΠΑ νομιμοποίησε υπό προϋποθέσεις την υποβοηθούμενη αυτοκτονία. Το 1998 η πολιτεία της Αυστραλίας Northern Territory νομιμοποίησε την ιατρικώς υποβοηθούμενη αυτοκτονία. Στο Βέλγιο η νομιμοποίηση της ευθανασίας έγινε πρόσφατα, ενώ στη Νορβηγία και στον Καναδά το θέμα της νομιμοποίησης συζητείται.

Η εμπειρία της Ολλανδίας είναι μοναδική γι' αυτό χρειάζεται λεπτομερέστερη ανάλυση. Το 1991 δημοσιεύονται στην Ολλανδία και στο περιοδικό The Lancet (38:669-74, Sept 14,) τα αποτελέσματα μιας Πανολλανδικής έρευνας για "την ευθανασία και τις άλλες ιατρικές αποφάσεις τις σχετικές με το τέλος της ζωής" που φέρονται ως Rummelink Commission Report, από τον πρόεδρό της, Γενικό Εισαγγελέα του Ανωτάτου Δικαστηρίου, καθηγητή John Rummelink. Στα κείμενά τους οι Ολλανδοί παρεδέχθησαν ότι μεταξύ των 129.000 θανάτων του έτους 1990 υπήρχαν 2300 περιπτώσεις ενεργητικής θεληματικής ευθανασίας, 400 υποβοηθούμενης αυτοκτονίας και 1000 περιπτώσεις ενεργητικής Μη θεληματικής ευθανασίας. Η προσεκτικότερη όμως μελέτη των Ολλανδικών κειμένων από διάφορους ερευνητές απεκάλυψε την ύπαρξη και άλλων θανάτων σχετικών με την ευθανασία. Πιο συγκεκριμένα υπήρχαν 5800 περιπτώσεις μη θεραπείας ή διακοπής της θεραπείας, μετά από απαίτηση των αρρώστων και με σκοπό την επιτάχυνση του θανάτου, 7875 περιπτώσεις αποσύρσεως της υποστηρικτικής τεχνολογίας που δεν ζητήθηκε από τον άρρωστο και με στόχο την συντόμευση της ζωής και τέλος 8100 περιπτώσεις θανάτων από υπερδοσολογία μορφίνης και που στο 61% αυτών των περιπτώσεων το ενδεχόμενο του θανάτου δεν είχε συζητηθεί με τον άρρωστο. Ακόμη υπήρχε ένας απροσδιόριστος αριθμός νεογέννητων με αναπηρίες, αρρώστων παιδιών, ψυχιατρικών αρρώστων και ασθενών με AIDS των οποίων η ζωή τερματίστηκε από τους ιατρούς. Το 1993 η Ολλανδία προχώρησε στην ανοχή της ευθανασίας με τον καθορισμό των προϋποθέσεων και των διαδικασιών ασκήσεως της που θα απαλλάσσουν τον ιατρό από τον κίνδυνο ποινικής δίωξης. Όμως από επιτόπια έρευνα του Άγγλου Καθηγητού της Νομικής John Keown διαπιστώθηκε ότι σε υψηλό ποσοστό οι ασκούντες ευθανασία ιατροί ψευδώς και παρανόμως βεβαίωναν θάνατο από φυσικά αίτια για να αποφύγουν της επιτήρηση των Δικαστικών Αρχών, που όπως στη συνέχεια αποδείχθηκε δεν ήταν σε θέση να ελέγχουν αποτελεσματικά την άσκηση της ευθανασίας.

Τον Ιούνιο του 1994 η Ολλανδία έκανε ένα ακόμη βήμα, όταν το ανώτατο δικαστήριο θεώρησε ένοχο αλλά δεν επέβαλε ποινή στον ιατρό Chabot που τον Σεπτέμβριο του 1991 βοήθησε την Hilly Bosscher που έπασχε από βαριά κατάθλιψη αλλά ήταν σωματικά υγιής να αυτοκτονήσει. Σε Ολλανδική έρευνα που δημοσιεύθηκε στο British Medical Journal το Νοέμβριο του 1994 απεκαλύφθη ότι οι γενικοί ιατροί στο 50% των ασθενών τελικού σταδίου παίρνουν αποφάσεις που έχουν ως πιθανό αποτέλεσμα την συντόμευση της ζωής των αρρώστων και που μόνο στο

50% το ενδεχόμενο αυτό συζητείται με τον άρρωστο. Το 1995 η Βασιλική Ολλανδική Ιατρική Εταιρεία αναθεώρησε τις οδηγίες της σχετικά με την ευθανασία. Μεταξύ άλλων εκφράζει την προτίμησή της στην υποβοηθούμενη αυτοκτονία και θεωρεί τον ψυχικό πόνο αποδεκτό λόγο ευθανασίας. Ακόμη υποστηρίζει ότι ο ιατρός πρέπει να είναι έτοιμος να συζητήσει με τον άρρωστο το θέμα της ευθανασίας ή και να το θέσει αν αντιληφθεί ότι ο άρρωστος του δυσκολεύεται. Εάν ο ιατρός για συνειδησιακούς λόγους δεν ασκεί ευθανασία θα πρέπει να το δηλώσει στον άρρωστο του έγκαιρα και να τον αφήσει να ζητήσει βοήθεια από άλλη πηγή (The Lancet Sept. 23, 1995).

Το καλοκαίρι του 1999 αντιπροσωπεία της Βρετανικής Ιατρικής Ενώσεως επισκέφθηκε την Ολλανδία και συζήτησε με αξιωματούχους που καθορίζουν την ευθανασιακή πολιτική της Ολλανδίας. Στην αναφορά τους στην Βουλή των Λόρδων μεταξύ άλλων αναφέρουν: "Όλοι συμφωνούν ότι οι λεγόμενοι κανόνες προσεκτικής διεξαγωγής - οι επίσημες οδηγίες για την ευθανασία - περιφρονούνται σε μερικές περιπτώσεις. Οι παραβιάσεις των κανόνων εκτείνονται από την πρακτική της μη θεληματικής ευθανασίας, μέχρι την αποφυγή συμβουλής άλλου ιατρού πριν από την εκτέλεση της ευθανασίας, μέχρι την βεβαίωση της αιτίας θανάτου ως φυσικής" (Med Law 20: 613 -25, 2001).

Παρόλα αυτά οι Ολλανδοί προχώρησαν στην ψήφιση νέου νόμου που τέθηκε σε ισχύ την 1η Απριλίου του 2002 και ο οποίος μετασημάτισε την παλαιά πολιτική της ανοχής σε ένα νομικό σύστημα αποδοχής ορισμένων μορφών θεληματικής ενεργητικής ευθανασίας και ιατρικής υποβοηθούμενης αυτοκτονίας. Δεν είναι λίγοι εκείνοι που δέχονται ότι στην Ολλανδία επικρατεί ένας "πολιτισμός θανάτου" (Issues Law Med 2001, Fall:17).

Τελευταία φαίνεται ότι η υποβοηθούμενη αυτοκτονία μεταφέρεται από ιατρικά σε μη ιατρικά χέρια. Τον Νοέμβριο του 1999 στο Seattle των ΗΠΑ έγινε η δεύτερη Συνδιάσκεψη Συστημάτων Νέας Τεχνολογίας που οδηγούν στον θάνατο. Ακτιβιστές της ευθανασίας από έξι χώρες παρουσίασαν έναν αριθμό συσκευών για μη ιατρικώς υποβοηθούμενη αυτοκτονία και συζήτησαν τα αποτελέσματα από τη χρήση τους. Τα συστήματα που επεδείχθησαν ήταν σχεδιασμένα ώστε να οδηγούν σε ταχύ και ανώδυνο θάνατο και επιπλέον άφηναν ελάχιστες ή και καθόλου μεταθανάτιες αποδείξεις από τη χρήση τους. Κατά τον Ogden που συμμετείχε στη Συνδιάσκεψη του Seattle η πίεση για την ανάπτυξη νέας ευθανασιακής τεχνολογίας είναι το αποτέλεσμα της υπάρχουσας υπόγειας φροντίδος των θνησκόντων ατόμων και αποτελεί σημαντική πρόκληση προς τους νομοθέτες και πολιτικούς διότι οδηγεί σε μια αυξανόμενη κίνηση μη ιατρικών υπηρεσιών θανάτου. (Death Stud. 25:387 - 401, Aug. 2001)

Όμως η προοπτική της ευθανασίας δεν σταματά στον εκούσιο ή ακούσιο τερματισμό της ζωής των αρρώστων τελικού σταδίου. Τα τελευταία χρόνια διαφαίνεται μια τάση κοινωνικής ευθανασίας δηλαδή χρησιμοποίησης της ευθανασίας από την κοινωνία για την απαλλαγή της από ορισμένες ομάδες ατόμων

που για την υλιστική κοινωνία μας θεωρούνται "βάρος". Ηλικιωμένα άτομα, ψυχιατρικοί άρρωστοι, παιδιά με γενετικά νοσήματα και αναπηρίες πιθανόν να γίνουν ο επόμενος στόχος της ευθανασίας. Προς την κατεύθυνση αυτή έχουν ακουσθεί πολλές φωνές. Κατ' αρχήν το πέρασμα από τη θεληματική στη μη θεληματική ευθανασία δεν είναι δύσκολο. Πρόσφατα Ολλανδοί θιασώτες της ευθανασίας τόνιζαν: "Εφόσον κάποιος αποδεχθεί την ευθανασία και την υποβοηθούμενη αυτοκτονία, τότε η αρχή της καθολικότητας τον αναγκάζει να αποδεχθεί τον τερματισμό της ζωής χωρίς να ζητηθεί από το άτομο, σε μερικές τουλάχιστον περιπτώσεις". Για τα ανάπηρα παιδιά ο Peter Singer και η Helga Kuhse γράφουν "Υπάρχει ένα όριο στο βάρος της εξαρτήσεως που μια κοινωνία μπορεί να αντέξει. Εάν επιχειρήσουμε να διατηρήσουμε στη ζωή όλα τα ανάπηρα παιδιά, ανεξάρτητα από τη μελλοντική τους προοπτική, τότε θα πρέπει να παραιτηθούμε από άλλα πράγματα εξίσου σημαντικά". Για τους ηλικιωμένους που αρνούνται την ευθανασία η Kuhse προτείνει μια στρατηγική που θα κάνει την επιλογή του θανάτου να φαίνεται ως η μόνη δυνατή επιλογή. Ο φόβος της ολισθηρής πλαγιάς που είναι γνωστή διεθνώς ως Slippery Slope, είναι πλέον ορατός.

Μέχρι πρόσφατα στο χώρο της ιατρικής επικρατούσε η αρχή ότι η ανθρώπινη ζωή πρέπει να παρατείνεται με κάθε τρόπο, όσο μικρές και αν είναι οι ελπίδες για θεραπεία ή αποφυγή του θανάτου. Η με βάση της Ιπποκράτειες αρχές διαμορφωθείσα δεοντολογία του ιατρικού λειτουργήματος και η σχεδόν καθολικά αποδεκτή θέση για την ιερότητα και μοναδικότητα της κάθε ανθρώπινης ζωής, δημιουργούσαν την υποχρέωση στον ιατρό να προστατεύει και να μη καταλύει τη ζωή, η οποία σε καμία απολύτως περίπτωση δεν μετατρέπεται σε απαξία. Το καθήκον του ιατρού, όπως διατυπώθηκε από έναν μεγάλο Άγγλο ιατρό στις αρχές του 20ου αιώνα είναι: "Να θεραπεύει κάπου - κάπου, να ανακουφίζει συχνά και να παρηγορεί πάντοτε". Ο ιατρός ήταν ο συνοδοιπόρος του αρρώστου, όχι μόνον στην ασθένειά του αλλά και στον θάνατό του. Ήταν αυτός που αντιμαχόταν τον θάνατο έστω και αν γνώριζε ότι τελικά το παιχνίδι θα ήταν χαμένο. Σήμερα καλείται από την κοινωνία και τα άτομα να γίνει σύμμαχος και συνεργάτης του θανάτου. Αυτό το παλαιό ήθος της Ιατρικής σήμερα κατακρίνεται. Η άσκηση της ιατρικής φαίνεται να μετατοπίζεται από την ηθική των αρχών και των αξιών στην ηθική της συναίνεσης. Η επίτευξη ιατρικής ή κοινωνικής συναίνεσης για αρκετούς κάνει την οποιαδήποτε ιατρική στάση, πράξη και ενέργεια αφ' εαυτής ηθική, αποδεκτή και επιτρεπτή. Σήμερα ακούγονται φωνές για εγκατάλειψη και αντικατάσταση του όρκου του Ιπποκράτη, τον οποίον θεωρούν, απαρχαιωμένο και έξω από τη λογική και τις απαιτήσεις της σύγχρονης κοινωνίας. Έτσι διαμορφώνεται ένα νέο ήθος ασκήσεως της ιατρικής όπου διάφοροι παράγοντες παρεμβαίνουν και επηρεάζουν την κρίση και τις αποφάσεις του ιατρού σχετικά με την αντιμετώπιση ασθενών σε κρίσιμες και οριακές καταστάσεις. Οι κυριότεροι από τους παράγοντες αυτούς είναι οι ακόλουθοι:

I. Η ΑΥΤΟΝΟΜΙΑ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ

Η αυτονομία του αρρώστου και η ελευθερία αυτοδιάθεσής του είναι αναφαίρετα και συνταγματικά κατοχυρωμένα δικαιώματά του. Η αξιοπρέπεια στον θάνατο φαίνεται να μετρά περισσότερο από τη διατήρηση της ζωής με κάθε τρόπο. Κατά τον Ολλανδό καρκιнологό και επισήμως ασκούντα ευθανασία καθηγητή Heintz, ο πιο σημαντικός λόγος ευθανασίας και μάλιστα σε ποσοστό άνω του 50% είναι το δικαίωμα του ασθενούς να πεθάνει με αξιοπρέπεια και η αντίληψη ότι δεν αξίζει κανείς να περιμένει ως το τέλος ένα θάνατο αναπόφευκτο (Συνέντευξη στην Εφημ. ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ της 12-10-95). Οπωσδήποτε το δικαίωμα αυτοδιάθεσης του αρρώστου κάνει σεβαστή την εκ μέρους του άρνηση θεραπείας, όχι όμως και την απαίτησή του προς τον ιατρό για τερματισμό της ζωής του από αυτόν.

II. ΤΟ ΜΑΤΑΙΟ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ (Medical Futility)

Το μάταιο της θεραπείας είναι μια κλινική εκτίμηση ότι μια ειδική παρέμβαση δεν θα οδηγήσει την επίτευξη ενός στόχου στον συγκεκριμένο ασθενή και συχνά συνδυάζεται με την υποκειμενική εκτίμηση για την ποιότητα ζωής του αρρώστου. Συχνά όμως οι εκτιμήσεις του ιατρού για την πιθανότητα επιτυχούς παρέμβασης είναι λανθασμένες. Ακόμη και η χρήση μαθηματικών μοντέλων εκτίμησης της πρόγνωσης δεν είναι ασφαλής. Εξ άλλου σύμφωνα με πρόσφατο άρθρο που δημοσιεύθηκε στο Bulletin of Medical Ethics (162: 19-22, Oct.2000) δεν είναι δυνατόν να μετρηθεί η ποιότητα ζωής ενός ατόμου επακριβώς και αξιόπιστα και επομένως δεν μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως κριτήριο στις υπηρεσίες ιατρικής φροντίδας.

III. Η ΔΙΑΝΕΜΗΤΙΚΗ ΔΙΚΑΙΟΣΥΝΗ (Distributive Justice) & Η ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΤΩΝ ΠΟΡΩΝ (Allocation of Resources)

Τα οικονομικά της υγείας πουθενά στον κόσμο δεν πηγαίνουν καλά. Οι δαπάνες για την υγεία όχι μόνον βρίσκονται σε επικίνδυνα υψηλό επίπεδο, αλλά εμφανίζουν και ανοδική πορεία. Έτσι σήμερα ασκούνται ισχυρές πιέσεις από τους προμηθευτές υγείας για τον περιορισμό τους. Η νοσηλεία σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας και η εφαρμογή σύγχρονης τεχνολογίας για τη διατήρηση της ζωής είναι ακριβή υπόθεση και καταναλώνει ένα σημαντικό ποσοστό των δαπανών για την υγεία. Η σκέψη και η τάση που τείνει να επικρατήσει σήμερα είναι ο περιορισμός της κατανάλωσης πόρων και ανθρωπίνου δυναμικού για αντιμετώπιση ασθενών με μικρή πιθανότητα καλού αποτελέσματος και η μεταφορά αυτών των πόρων για την αντιμετώπιση άλλων ασθενών με μεγαλύτερη πιθανότητα καλού θεραπευτικού αποτελέσματος. Πολλοί ισχυρίζονται ότι οι δαπάνες για το τέλος της ζωής είναι δυσανάλογα μεγάλες, απόρροια της διατήρησης της ζωής με την βοήθεια της υψηλής τεχνολογίας και ότι μπορεί να γίνει εξοικονόμηση δαπανών μέσω των advanced directives και των ξένων αρρώστων τελικού σταδίου. Όμως σε ειδικό άρθρο που δημοσιεύθηκε τον

Φεβρουάριο του 1994 στη New England Journal of Medicine με τίτλο "Η οικονομία του θνήσκοντος. Η αυταπάτη εξοικονόμησης δαπανών στο τέλος της ζωής", οι συγγραφείς μελέτησαν το θέμα σε βάθος και κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η ελπίδα μείωσης των συνολικών δαπανών για την υγεία μέσω μείωσης των δαπανών από την μη εφαρμογή των υποστηρικτικών της ζωής παρεμβάσεων, είναι πιθανότητα μάταιη. Οι συγγραφείς τελειώνουν το άρθρο τους με τη γνώμη "οποιοδήποτε δρόμο μείωσης των δαπανών υγείας διαλέξουμε, πρέπει να σταματήσουμε να κοροϊδεύουμε τους εαυτούς μας, ότι οι advanced directives και η λιγότερο επιθετική φροντίδα στο τέλος της ζωής θα λύσουν τα οικονομικά προβλήματα του συστήματος μας υγείας".

Όμως κοινωνική δικαιοσύνη δεν είναι μόνο η λογική και δίκαιη κατανομή των πόρων, αλλά και η ίση δυνατότητα πρόσβασης στην υψηλή τεχνολογία. Ο αποκλεισμός από την υψηλή τεχνολογία κάποιων αρρώστων λόγω μικρών πιθανοτήτων καλού θεραπευτικού αποτελέσματος συνιστά αδικία.

IV. Η ΗΛΙΚΙΑ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ

Τα ηλικιωμένα άτομα βρίσκονται σήμερα στο στόχαστρο πολιτικών, φιλοσόφων και σχεδιαστών υγείας γιατί αποτελούν καταναλωτές υπερβολικών ιατρικών πόρων. Ανοικτά πλέον σήμερα συζητείται αν τα ηλικιωμένα άτομα πρέπει να έχουν πρόσβαση στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας και την σύγχρονη προηγμένη τεχνολογία, μάλιστα όταν οι διαθέσιμοι ιατρικοί πόροι είναι περιορισμένοι και ως εκ τούτου πρέπει να διοχετεύονται σε νεότερα άτομα με μεγαλύτερο προσδόκιμο επιβίωσης. Η συμπλήρωση των advanced directives από ηλικιωμένα άτομα, από πολλούς θεωρείται εργαλείο για μειωμένη φροντίδα και άρα μειωμένη κατανάλωση ιατρικών πόρων. Στην εξοικονόμηση πόρων στοχεύει και η νομιμοποίηση της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας, προς την οποίαν ωθούνται πολλές φορές τα ηλικιωμένα άτομα. Οι συζητήσεις για τη φροντίδα των ηλικιωμένων ατόμων δεν έχουν μόνο θεωρητικό χαρακτήρα αλλά αντανακλούν την σημερινή πρακτική και την τάση για το μέλλον. Έτσι π.χ. το 1994 δημοσιεύθηκε στις εφημερίδες η αποκάλυψη ότι τα Νοσοκομεία της Δανίας δεν έκαναν δεκτά στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας άτομα ηλικίας άνω των 70 ετών. Ακόμη σε έρευνα των Hill και συνεργατών που δημοσιεύθηκε το 1994 στο British Medical Journal, το 29% των ερωτηθέντων ιατρών απήντησε ότι δεν θα έκαναν ανάνηψη σε ασθενείς άνω των 70 ετών, με μόνο κριτήριο την ηλικία τους. Εξάλλου σε άρθρο στο Acta Anaesthesiologica Scandinavica, τον Σεπτέμβριο του 1996, διαπιστώθηκε ότι στη Σουηδία, αν και η επίσημη πολιτική είναι να μην υπάρχει διάκριση σχετικά με την ηλικία, οι ιατροί των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας, σε πολύ μεγάλο ποσοστό λαμβάνουν υπόψη τους την ηλικία των αρρώστων προκειμένου να τους νοσηλεύσουν στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας.

Η αντίληψη ότι υπάρχει ζωή που δεν αξίζει να βιωθεί αποτελεί τη βάση της ευθανασίας. Αυτή την αντίληψη ο Αμερικανός ψυχίατρος και σύμβουλος των

δικαστών στη δίκη της Νυρεμβέργης Leo Alexander θεωρεί ως το πρώτο θανάσιμο βήμα που οδήγησε στην ναζιστική θηριωδία της δεκαετίας του '30 (New England Journal of Medicine, July 14 1949). Η ίδια αντίληψη φαίνεται να έχει υιοθετηθεί και από την σύγχρονη κοινωνία, η οποία απαιτεί και ωθεί τον ιατρό και σε έναν άλλο ρόλο, αυτόν του εκτελεστού για "ανθρωπιστικούς", ωφελμιστικούς και οικονομικούς λόγους. Αυτή η απαίτηση της κοινωνίας για ευθανασία αποτελεί μια επικίνδυνη πρόκληση στις Ιπποκράτειες Αρχές ασκήσεως της ιατρικής και στην κοινωνική ακεραιότητα του ιατρικού λειτουργήματος. Θα την αποδεχθούμε; προσωπικά πιστεύω πως ΟΧΙ. Δεν μπορούμε να την αποδεχθούμε και δεν πρέπει να ενδώσουμε.