

Αλκυονίδες Ημέρες Νεφρολογίας

15<sup>ος</sup> κύκλος

Γήρας και Νεφρός

1-3 Μαρτίου 2019

**Ιατρονομικά Θέματα για την Εξωσωματική Κάθαρση Σε Ηλικιωμένους Νεφροπαθείας**

**Νομικές προεκτάσεις**

Ομιλητής:

**Λεωνίδας Μαραβέλης**

Νομικός ΠΜΣ ΑΣΤΙΚΟΥ ΔΙΚΑΙΟΥ ΕΚΠΑ, ΑΘΗΝΑ

Κύριε Πρόεδρε κύριοι Σύεδροι

Σας ευχαριστώ πάρα πολύ για την τιμητική αυτή πρόσκληση που μου κάνατε να παρουσιάσω ως νομικός στο συνέδριό σας τις νομικές προεκτάσεις στο δίλημμα της έναρξης ή διακοπής της εξωσωματικής κάθαρσης σε εύθραυστους ηλικιωμένους νεφροπαθείς.

Το ζήτημα άφορα ασφαλώς και συνειδησιακά διλήμματα τόσο του ίδιου του Ιατρού που καλείται να λάβει μία απόφαση και να την επικοινωνήσει στον ασθενή προκειμένου να λάβει τη σχετική απόφαση και, αν αυτός δεν είναι καν σε θέση να αντιληφθεί και να δώσει την οιαδήποτε συναίνεσή του, τότε να την επικοινωνήσει στους οικείους του και αυτή να λάβουν τη σχετική απόφαση.

Το ζήτημα λοιπόν έχει μία ξεκάθαρα συνειδησιακή φιλοσοφική διάσταση όμως έχει και την νομική του χροιά, την οποία ως νομικός θα επιχειρήσω να σας παρουσιάσω φωτίζοντάς το κυρίως από την πλευρά του ιατρού που καλείται να αντιμετωπίσει μία τέτοια σίγουρα δυσάρεστη κατάσταση.

Ξεκινώ ασφαλώς από το ό,τι το δικαίωμα στην ζωή είναι απόλυτο και προστατεύεται τόσο από διεθνές συμβάσεις όσο και από το Σύνταγμα μας στο άρθρο 2 του οποίου ρητά ορίζεται ότι ο σεβασμός και η προστασία της αξίας του ανθρώπου αποτελούν την πρωταρχική υποχρέωση της πολιτείας

Η αφαίρεση ζωής είναι ένα από τα βαρύτερα εγκλήματα του ποινικού κώδικα που όταν γίνεται με πρόθεση τιμωρείται με ισόβια κάθειρξη, ενώ όταν γίνεται από αμέλεια επισείει την ποινή της φυλάκισης. Σημαντικό είναι επίσης να τονιστεί ότι ο ποινικός

νομοθέτης έχοντας ως σκοπό να προστατεύσει το δικαίωμα στη ζωή στον ύψιστο δυνατό βαθμό τιμωρεί ακόμη και την ανθρωποκτονία με συναίνεση με το άρθρο 300 ή τη συμμετοχή σε αυτοκτονία με το άρθρο 301.

Αυτά τα δύο εγκλήματα είναι ενδιαφέροντα και στην δική μας περίπτωση αφού με το πρώτο τιμωρείται με φυλάκιση όποιος αποφάσισε και εκτέλεσε ανθρωποκτονία ύστερα από σπουδαία και επίμονη απαίτηση του θύματος και από οίκτο για αυτόν που έπασχε από ανίατη ασθένεια.

Ανακύπτει δηλαδή το ερώτημα μήπως ο «ιατρός που βγάζει τον ασθενή από την πρίζα», όταν ο ίδιος ο ασθενής του το ζητά, τελεί ανθρωποκτονία με συναίνεση

Στη δεύτερη περίπτωση του άρθρου 301 τιμωρείται με φυλάκιση ακόμη και αυτός που συνδράμει κάποιον να αυτοκτονήσει δίδοντας του κάποια βοήθεια στην πράξη αυτή χωρίς να υπάρχει περεταίρω εξειδίκευση στο τι συνίσταται αυτή η πράξη, άρα λ.χ. και ο ιατρός που δίδει τη θανατηφόρα ένεση συμπράττει στην αυτοκτονία.

Οι ανωτέρω διατάξεις είναι γενικές διατάξεις που εφαρμόζονται σε κάθε σχετική περίπτωση.

Ειδικώς όμως στην παροχή ιατρικών υπηρεσιών εφαρμοστέες είναι οι διατάξεις του κώδικα ιατρικής δεοντολογίας (ΚΙΔ). Εκεί στο άρθρο 29 προβλέπεται ότι:

*Ο Ιατρός, σε περίπτωση ανίατης ασθένειας που βρίσκεται στο τελικό της στάδιο, ακόμη και αν εξαντληθούν όλα τα ιατρικά θεραπευτικά περιθώρια, οφείλει να φροντίζει για την ανακούφιση των ψυχοσωματικών πόνων του ασθενή. Του προσφέρει παρηγορητική αγωγή και συνεργάζεται με τους οικείους του ασθενή προς αυτήν την κατεύθυνση. Σε κάθε περίπτωση, συμπαρίσταται στον ασθενή μέχρι το τέλος της ζωής του φροντίζει ώστε να διατηρεί την αξιοπρέπειά του μέχρι το σημείο αυτό.*

Το ίδιο άρθρο προβλέπει ότι ο ιατρός λαμβάνει υπόψη τις επιθυμίες που είχε εκφράσει ο ασθενής, ακόμη και αν κατά το χρόνο της επέμβασης αυτός δεν είναι πια σε θέση να τις επαναλάβει, πλην όμως αμέσως πιο κάτω ο ΚΙΔ ξεκαθαρίζει ότι η επιθυμία ενός ασθενή να πεθάνει, όταν αυτός βρίσκεται στο τελευταίο στάδιο, δεν συνιστά νομική δικαιολόγηση για τη διενέργεια πράξεων οι οποίες στοχεύουν στην επίσπευση του θανάτου.

Ο ΚΙΔ περιέχει λοιπόν διατάξεις που κατά τη γνώμη μου ρυθμίζουν το πώς ο ιατρός πρέπει να χειριστεί το ύψιστο αγαθό της ανθρώπινης ζωής στο τελευταίο αυτής στάδιο, λίγο πριν επέλθει ο θάνατος.

Στην καθημερινότητα όμως το θέμα αυτό είναι γνωστό ως ευθανασία ή καλύτερα επιθανάτιος αρωγή.

Κάτω από τον όρο αυτό όμως μπορεί να αντιληφθεί κάποιος περισσότερες περιπτώσεις στις οποίες όμως πάντα πρέπει να συντρέχουν τα ίδια αντικειμενικά στοιχεία

- α)** να πρόκειται για συμπεριφορά θανάτωσης ζωντανού ανθρώπου,
- β)** να υπάρχει σοβαρότατο και μη αναστρέψιμο πρόβλημα υγείας που οδηγεί σύντομα και αναπόδραστα στο θάνατο του ασθενούς,
- γ)** να αναμένεται μια επώδυνη και αναξιοπρεπής πορεία του ασθενούς προς την τελική κατάληξη,
- δ)** να υπάρχει σοβαρή και έγκυρη απαίτηση του θνήσκοντος για επίσπευση ή μη παράταση του τέλους ή σε περίπτωση που η πνευματική κατάσταση του ασθενούς δεν του επιτρέπει την εκδήλωση μίας τέτοιας απαίτησης να μην συνάγεται από προηγούμενη συμπεριφορά του η αντίθεσή του στην επίσπευση του τέλους και
- ε)** η συμπεριφορά θανάτωσης να είναι πρόσφορη να ανακουφίσει τον πάσχοντα παρέχοντας του ένα πιο ανώδυνο και αξιοπρεπή θάνατο.

Εφόσον λοιπόν συντρέχουν όλα τα ανωτέρω μπορούμε να μιλήσουμε για περιπτώσεις ευθανασίας.

Η αντιμετώπιση τέτοιων περιπτώσεων από τον ιατρό μπορεί να γίνει με διάφορους τρόπους που θα προσπαθήσω πιο κάτω να τις ομαδοποιήσω προκειμένου να αναδειχθεί και η νομική θεώρηση κάθε μίας από αυτές.

Η **πρώτη ομάδα** περιπτώσεων είναι αυτή της **γνήσιας ευθανασίας**. Όταν δηλαδή ο ιατρός δεν κάνει τίποτε άλλο παρά προσφέρει αναλγητικά στον ασθενή ή άλλα φάρμακα που απλώς τον ανακουφίζουν μέχρι να επέλθει ο θάνατος. Νομίζω ότι είναι και η μόνη ξεκάθαρη περίπτωση όπου μιλάμε για τη φροντίδα του ιατρού να έχει ο ασθενής ένα καλό θάνατο χωρίς να προκύπτει και σύντμηση της ζωής και η οποία δεν αποκτά κάποιο ενδιαφέρον από το ποινικό δίκαιο.

Η **δεύτερη ομάδα** είναι αυτή της ενεργητικής ευθανασίας, όπου ο ιατρός με θετική πράξη του επισπεύσει το θάνατο. Εδώ θα μπορούσαμε να έχουμε περιπτώσεις **άμεσης ενεργητικής ευθανασίας** όπου ο ιατρός λ.χ. με μία ένεση ή κάποια άλλη πράξη (όχι παράλειψη πράξης) θανατώνει τον ασθενή. Τέτοιες περιπτώσεις που σε άλλες χώρες (όπως λ.χ. στην Ελβετία) επιτρέπονται και έχουν θεσμοθετηθεί, στην Ελλάδα απαγορεύονται και τυχόν διάπραξή τους θα μπορούσε να κριθεί ως ανθρωποκτονία ή στην καλύτερη περίπτωση ανθρωποκτονία με συναίνεση.

Άλλες περιπτώσεις στην ίδια ομάδα της ενεργητικής ευθανασίας είναι αυτές που θα μπορούσαν να χαρακτηρισθούν ως περιπτώσεις **έμμεσης ενεργητικής ευθανασίας**, λ.χ. ο ιατρός για να ανακουφίσει τον ασθενή από αφόρητους πόνους δίδει μία πολύ μεγάλη δόση ενός φαρμάκου, αποδεχόμενος όμως τον κίνδυνο της επιταχύνσεως θανάτου δηλαδή ο ιατρός γνωρίζει τον πιθανό κίνδυνο της επέλευσης του θανάτου και τον αποδέχεται δρα δηλαδή με ενδεχόμενο δόλο. Η πράξη αυτή είναι ποινικώς ερευνητέα και μάλιστα επικίνδυνη για τον ιατρό αφού μόνο η κατάσταση ανάγκης θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί ως λόγος άρσης του αδικού.

Η **τρίτη ομάδα** που νομίζω αφορά πιο πολύ την σημερινή συζήτηση είναι αυτή της **παθητικής ευθανασίας** εκεί δηλαδή που ο ιατρός απλώς παραλείπει να προβεί στην συνέχιση της προσπάθειας διατηρήσεως του ασθενούς στη ζωή δηλαδή στη δική μας περίπτωση είτε δεν αρχίζει η διακόπτει η εξωσωματική κάθαρση. Στην περίπτωση αυτή δεν έχουμε επίσπευση του θανάτου αλλά δεν αποτρέπουμε και το αποτέλεσμα αυτού κατά τη φυσική πορεία των πραγμάτων.

Η παθητική ευθανασία δεν είναι άδικη πράξη, αρκεί να υπάρχει επαρκής ενημέρωση του ασθενή. Σε αυτήν λοιπόν την περίπτωση τον πρώτο λόγο τον έχει ο ίδιος ο ασθενής ο οποίος θα πρέπει να ενημερωθεί από τον ιατρό και να συναινέσει εγγράφως για το αν θα αρχίσει ή αν θα διακόψει την συγκεκριμένη θεραπεία και η όποια απόφασή του θα γίνει σεβαστή από τον ιατρό. Εδώ μιλάμε για ρητώς εκδηλωθείσα βούληση του ασθενούς, ο οποίος στο πλαίσιο μιας συγκεκριμένης θεραπευτικής αγωγής που λαμβάνει ή πρόκειται να λάβει, και αφού έχει ενημερωθεί προσηκόντως για την ασθένεια, τη διάγνωση και τις θεραπευτικές ενέργειες αποφασίζει τελικά ο ίδιος αν θα προχωρήσει ή όχι στη συγκεκριμένη θεραπευτική ενέργεια

Τι γίνεται όμως αν αυτός δεν είναι καν σε θέση να ενημερωθεί και να συναινέσει αν θα αρχίσει ή αν θα διακόψει τη θεραπεία; Ο κλήρος τότε πέφτει στους οικείους του που

αποφασίζουν για αυτό και δίδουν εγγράφως την συναίνεσή τους. Το νομικό έρεισμα για αυτό είναι οι διατάξεις για τη διοίκηση αλλοτρίων. Αν υπάρχει διαφωνία μεταξύ ιατρού και συγγενών τότε οδηγούμαστε σε ανυπέρβλητες καταστάσεις που στο εξωτερικό έχουν λυθεί με δικαστικές αποφάσεις ιδίως για ασθενείς που νοσηλεύονται στη ΜΕΘ.

Ο ιατρός συνεπικουρεί τους οικείους αφού είναι υποχρεωμένος να τους ενημερώσει όπως θα ενημέρωνε και τον ίδιο τον ασθενή. Είναι όμως πιθανό να χρειαστεί και ο ίδιος ο ιατρός να αποφασίσει αν λ.χ. δεν υπάρχουν συγγενείς. Τότε ο ιατρός θα το κάνει σταθμίζοντας δύο συγκεκριμένους παράγοντες.

Α) την τυχόν προηγουμένως εκφρασθείσα βούληση του ασθενούς. Και πάλι όμως ο ιατρός πρέπει να λάβει υπόψη του ότι αυτή η προηγουμένως εκφρασθείσα γενική βούληση δεν είναι δεσμευτική. Ακόμη και ένας ασθενής πολύ πριν την κρίσιμη κατάσταση είχε εκφράσει κατηγορηματικά την πρόθεσή του να μην υποβληθεί σε εξωσωματική κάθαρση, αυτό δεν σημαίνει ότι λίγο πριν το τέλος της ζωής του θα είχε την ίδια γνώμη. Άρα μία τέτοια εκφρασθείσα βούληση θα ληφθεί σοβαρά υπόψη χωρίς όμως να είναι δεσμευτική. Βεβαίως ως δικηγόρος επιθυμώ να αναφέρω ότι γενικώς τέτοιες εκφρασθείσες βουλήσεις καλό είναι να είναι έγγραφες

Αντίθετα προγενέστερη συγκεκριμένη οδηγία του ασθενή στο πλαίσιο της συγκεκριμένης θεραπείας με αίτημα τη διακοπή της θεραπείας του συνιστά παθητική μορφή ευθανασίας που δεν είναι καν άδικη πράξη.

Β) επιπλέον ο ιατρός θα πρέπει να σταθμίσει το γεγονός ότι η απλή τεχνική παράταση της ζωής δηλαδή τεχνική παράταση των βιολογικών λειτουργιών χωρίς καμία ελπίδα θεραπείας μπορεί να θεωρηθεί βλάβη. Η Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής το 2006 στην εισήγησή της με θέμα «Τεχνική παράταση της ζωής» υιοθετεί τις θεμελιώδεις αρχές του ωφελείν και του μη βλάπτειν και υποστηρίζει ότι στον ασθενή τελικού σταδίου «ως αναμφισβήτητο όφελος παραμένει μόνον η ανακούφιση από τους πόνους και την ταλαιπωρία. Αντίθετα η τεχνική παράταση των βιολογικών λειτουργιών, χωρίς ελπίδα θεραπείας, μπορεί να θεωρηθεί βλάβη»

Στο εξωτερικό έχουν εμφανισθεί και θεσμοθετηθεί οι λεγόμενες διαθήκες ζωής (living will) δηλαδή οι προγενέστερες οδηγίες του ασθενούς τί θεραπεία αυτός επιθυμεί όταν ο ίδιος δεν θα μπορεί να δώσει τη συναίνεσή του και ο λεγόμενος διορισμός πληρεξουσίου υγείας (durable power of attorney) με το οποίο ο ασθενής εξουσιοδοτεί έναν αντιπρόσωπό του να λαμβάνει αποφάσεις για λογαριασμό του.

Στην Ελλάδα δεν έχουμε διαθήκες ζωής όμως οι τυχόν προηγούμενες επιθυμίες του ασθενούς πρέπει να γίνονται σεβαστές εφόσον μπορεί να αποδειχθεί ότι αυτός είχε επαρκή προηγούμενη ενημέρωση και οι επιθυμίες αυτές έχουν εκδηλωθεί επ' ευκαιρία της συγκεκριμένης θεραπείας., άλλως λαμβάνονται σχετικώς υπόψη από τον ιατρό χωρίς να είναι δεσμευτικές

Ο διορισμός πληρεξουσίου για την ελληνική έννομη τάξη με το σημερινό νομοθετικό καθεστώς δεν θα ήταν νόμιμος αφού ακόμη και αν ο ασθενής είχε πράγματι διορίσει έναν πληρεξούσιο υγείας με ένα συμβολαιογραφικό έγγραφο, αυτός ο διορισμός θα έχανε κάθε αξία με τη θέση του ασθενή σε κατάσταση δικαιοπρακτικής ανικανότητας όπως όταν αυτός βρίσκεται σε κώμα, και σε κάθε περίπτωση θα θεωρείτο άκυρη κάθε εντολή του πληρεξουσίου για διάθεση της ζωής ενός τρίτου προσώπου.

Κλείνοντας δεν είμαι ιατρός όμως νομίζω κοινός τόπος πρέπει να είναι ότι η όποια τεχνολογική πρόοδος δεν πρέπει να μετατρέπεται σε εργαλείο παράτασης της διαδικασίας θανάτου χωρίς την εξασφάλιση μίας αξιοπρεπούς ζωής. Η θεραπεία δεν μπορεί να προκαλεί στον ασθενή μεγαλύτερα προβλήματα από την ίδια ασθένεια. Η τυχόν απόσυρση ή μη παροχή νέας ανούσιας υποστηρικτικής της ζωής αγωγής, σε ασθενείς που δεν ανταποκρίθηκαν στην θεραπεία που ήδη εφαρμόστηκε και των οποίων η πορεία προς το θάνατο είναι μη αναστρέψιμη συνιστούν ιατρικά δόκιμες και ηθικά αποδεκτές πρακτικές, που απορρέουν από το καθήκον του ιατρού να ανακουφίζει την προθανάτια ταλαιπωρία και να διασώζει την αξιοπρέπεια του θνήσκοντος ασθενούς.

Βεβαίως η απόφαση αυτή ανήκει αποκλειστικά στον ίδιο τον ασθενή. Στην περίπτωση όμως που ελλείπει η ικανότητα συναίνεσης του ασθενούς, αναγκαστικά θα αποφασίσουν τρίτα πρόσωπα. Αν υπάρχουν προγενέστερες οδηγίες διατηρείται το περιθώριο αυτονομίας του ασθενούς να αποφασίζει σχετικά εφόσον όμως οι οδηγίες αυτές είναι συγκεκριμένες αφορούν τη συγκεκριμένη θεραπευτική διαδικασία και έχει προηγηθεί πλήρης και εμπειστατωμένη ενημέρωση του ασθενούς.

Αν δεν υπάρχουν ούτε αυτά θα πρέπει την απόφαση να την λαμβάνουν οι οικείοι του ασθενούς με την προηγούμενη πλήρη και εμπειστατωμένη ενημέρωση από τον ιατρό ο οποίος οφείλει να τους επισημάνει ότι η παράταση του απευκταίου δεν μπορεί να είναι αυτοσκοπός.

Τελειώνοντας επιθυμώ να θυμίσω ότι κατά τον Francis Bacon «*Σκοπός της ιατρικής είναι η αποκατάσταση της υγείας και η καταπράυνση του πόνου. Η καταπράυνση αυτή*

*μπορεί να οδηγήσει στην ίαση, αλλά και να χρησιμεύσει στην εξασφάλιση ενός γαλήνιου και ανώδυνου θανάτου». Δυστυχώς μερικές φορές μπορεί και να είναι αυτό το μόνο ζητούμενο...*

Βιβλιογραφία που χρησιμοποιήθηκε:

**Αθηνά Σαχουλίδου:** Η εξωτερίκευση της βούλησης του Ασθενή σε ζητήματα που αφορούν το τέλος της ζωής. Μεταξύ Ρύθμισης και Απορρύθμισης. Η αρχή και το τέλος της ζωής Νομική Βιβλιοθήκη σελ. 141

**Λίνα Παπαδοπούλου:** Υπάρχει Δικαίωμα στο θάνατο; Μια συζήτηση με τον καθηγητή Ιωάννη Μανωλεδάκη Δικαιώματα του Ανθρώπου 59/2014 σελ. 43-77

**Αριστοτέλης Χαραλαμπίκης:** Ιατρική Ευθύνη Νομικές και δεοντολογικές παράμετροι σελ. 161 επόμενα

**Ευπραξία Αυλογιάρη:** Τεχνητή Παράταση της Ζωής στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, Θεσσαλονίκη Φεβρουάριος 2013 ( <http://www.avlogiari.gr/files4users/files/> )