

Κατευθυντήριες Οδηγίες του Ευρωπαϊκού Συμβουλίου Αναζωογόνησης για την Αναζωογόνηση 2005

Κεφάλαιο 8. Η Ηθική της Αναζωογόνησης και οι Αποφάσεις Σχετικά με το Τέλος της Ζωής

PETER J.F. BASKETT, PETER A. STEEN, LEO BOSSAERT

Εισαγωγή

Οι επιτυχημένες προσπάθειες αναζωογόνησης αποφέρουν παράταση της ωφέλιμης και πολύτιμης ζωής σε αρκετούς, καθώς και ευτυχία και ανακούφιση στους οικείους και στα αγαπημένα τους πρόσωπα. Παραταύτα, υπάρχουν περιπτώσεις όπου οι προσπάθειες αναζωογόνησης απλά παρατείνουν τα δεινά και τη διαδικασία του θανάτου. Σε μερικές περιπτώσεις η αναζωογόνηση καταλήγει στην απόλυτη τραγωδία, ο ασθενής σε εμμένουσα φυτική κατάσταση. Οι προσπάθειες για αναζωογόνηση είναι ανεπιτυχείς στο 70-95% των περιπτώσεων και ο θάνατος είναι τελικά αναπόφευκτος. Εκείνο που θα εύχονταν όλοι είναι να πεθάνουν με αξιοπρέπεια.

Αρκετές αποφάσεις σύμφωνα με τις αρχές της ηθικής απαιτούνται για να διασφαλιστεί ότι η απόφαση για έναρξη ή μη εφαρμογή της καρδιοπνευμονικής αναζωογόνησης (Cardiac Pulmonary Resuscitation - CPR) είναι η πρόπουσα, και πως οι ασθενείς και τα αγαπημένα τους πρόσωπα αντιμετωπίζονται με αξιοπρέπεια. Οι αποφάσεις αυτές επηρεάζονται από ατομικούς, διεθνείς και τοπικούς πολιτιστικούς, νομικούς, παραδοσιακούς, θρησκευτικούς, κοινωνικούς και οικονομικούς παράγοντες¹⁻¹⁰. Μερικές φορές οι αποφάσεις έχουν ληφθεί εκ των προτέρων, όμως συχνά επιβάλλεται να ληφθούν σε δευτερόλεπτα κατά την ώρα του επειγόντος. Για αυτό, είναι σημαντικό το προσωπικό

παροχής φροντίδας υγείας να κατανοήσει τις αρχές που εμπλέκονται προτού να βρεθεί στη κατάσταση να πρέπει να αποφασίσει σχετικά με την αναζωογόνηση.

Το κεφάλαιο των κατευθυντήριων οδηγιών πραγματεύεται απόψεις περί της ηθικής και των αποφάσεων, συμπεριλαμβανομένων

- των εκ των προτέρων οδηγιών, γνωστών και ως διαθήκη ζωής
- του πότε να μην ξεκινάτε την προσπάθεια αναζωογόνησης
- του πότε να διακόπτετε την προσπάθεια αναζωογόνησης
- της λήψης αποφάσεων από μη ιατρικό προσωπικό
- του πότε να αποκλιμακωθεί η θεραπεία από ασθενείς που βρίσκονται σε εμμένουσα φυτική κατάσταση μετά από αναζωογόνηση
- της λήψης αποφάσεων σχετικά με τα μέλη της οικογένειας ή τα αγαπημένα πρόσωπα που επιθυμούν να παρίστανται κατά την αναζωογόνηση
- της λήψης αποφάσεων σχετικά με την επιστημονική έρευνα και την εκπαίδευση επί του προσφάτως θανόντα
- της ανακοίνωσης των δυσάρεστων νέων στους συγγενείς και τα αγαπημένα πρόσωπα
- της ψυχολογικής υποστήριξης του ηθικού του προσωπικού

Απόδοση στα Ελληνικά: **Αντώνης Παπαδόπουλος**

Βασικές αρχές

Οι τέσσερις θεμελιώδεις αρχές είναι της ωφέλειας, της μη βλάβης, του δικαίου και της αυτονομίας¹¹.

Η αρχή της ωφέλειας σημαίνει πως το προσωπικό παροχής φροντίδας υγείας θα πρέπει να βοηθά τον ασθενή λαμβάνοντας υπόψη τους ενδεχομένους κινδύνους από την ως άνω παρέμβαση. Συνήθως αυτό συνεπάγεται προσπάθεια για αναζωογόνηση, όμως κατά περίπτωση σημαίνει μη έναρξη της καρδιοπνευμονικής αναζωογόνησης (CPR). Η ωφέλεια μπορεί να περιλαμβάνει επίσης και την ανταπόκριση στις συνολικές ανάγκες της κοινότητας, π.χ. θεσμοθετώντας ένα πρόγραμμα δημόσιας πρόσβασης στην απινίδωση.

Η αρχή το μη βλάπτει σημαίνει να μην προξενείτε κακό. Η αναζωογόνηση δεν θα πρέπει να επιχειρείται σε περιπτώσεις ματαιοπονίας, ούτε ενάντια στις επιθυμίες του ασθενούς (εκφρασμένες όταν το άτομο βρίσκεται σε καλή νοητική κατάσταση).

Η αρχή του δικαίου υπονοεί την ηθική υποχρέωση για κατανομή των προνομίων και των κινδύνων ισότιμα στην κοινωνία. Εφόσον παρέχεται η αναζωογόνηση, θα πρέπει να είναι διαθέσιμη σε όλους όσοι θα ωφελούνταν δυνητικά, δεδομένων των διαθέσιμων μέσων.

Η αρχή της αυτονομίας σημαίνει πως οι ασθενείς θα πρέπει να μπορούν να λαμβάνουν αποφάσεις για τον εαυτό τους μετά από ενημέρωση, παρά να υπόκεινται σε πατερναλιστικού τύπου αποφάσεις που λαμβάνονται για αυτούς από το ιατρικό ή το νοσηλευτικό προσωπικό. Αυτή η αρχή παρουσιάστηκε προς συζήτηση ιδιαίτερα τα προηγούμενα 30 χρόνια, απορρέοντας από τις νομοθετικές πράξεις όπως η Διακήρυξη των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου του Ελσίνκι και από τις μεταγενέστερες τροποποιήσεις και προσθήκες¹². Η αυτονομία απαιτεί ο ασθενής να έχει επαρκή πληροφόρηση, να βρίσκεται σε καλή νοητική κατάσταση, να μην του ασκείται ψυχολογική βία και να υπάρχει συνέπεια στις προτιμήσεις του.

Εκ των προτέρων οδηγίες

Εκ των προτέρων οδηγίες έχουν εισαχθεί σε αρκε-

τές χώρες, δίδοντας έμφαση στη σπουδαιότητα της αυτονομίας του ασθενούς. Οι εκ των προτέρων οδηγίες είναι ένας τρόπος έκφρασης των επιθυμιών του ασθενούς σχετικά με τη μελλοντική φροντίδα της υγείας του, και ειδικότερα ως προς το τέλος της ζωής του, και θα πρέπει να εκφράζονται όσο ο ασθενής είναι σε καλή νοητική κατάσταση και όχι υπό την απειλή ψυχολογικής βίας. Οι εκ των προτέρων οδηγίες είναι δυνατόν να καθορίζουν επακριβώς τα όρια που αφορούν στη φροντίδα κατά το τελικό στάδιο, συμπεριλαμβανομένης και της μη εφαρμογής της CPR.

Ο όρος εκ των προτέρων οδηγίες ισχύει για κάθε τρόπο έκφρασης των προτιμήσεων του ασθενούς, συμπεριλαμβανομένης της απλής συζήτησης μεταξύ ασθενούς και / ή των στενών συγγενικών και αγαπημένων προσώπων, και / ή του θεράποντος ιατρικού ή νοσηλευτικού προσωπικού. Αυτό βοηθάει τους θεράποντες ιατρούς στην αξιολόγηση των επιθυμιών του ασθενούς, εάν ο ασθενής μεταπέσει σε κατάσταση νοητικής ανεπάρκειας. Παραταύτα, μπορεί να προκύψουν προβλήματα. Ο συγγενής μπορεί να παρερμηνεύσει τις επιθυμίες του ασθενούς, ή να έχει έννομο συμφέρον στο θάνατο (ή στη συνεχιζόμενη διαβίωση) του ασθενούς. Το προσωπικό παροχής φροντίδας υγείας τείνει να υποεκτιμά την επιθυμία των ασθενών για ζωή.

Οι γραπτές οδηγίες του ασθενούς, κατόπιν νομικά κατοχυρωμένης διαθήκης ζωής ή εξουσιοδότησης για κηδεμόνες υγείας είναι δυνατόν να εξαλείψουν κάποια από τα προβλήματα, δεν είναι όμως χωρίς περιορισμούς. Ο ασθενής θα πρέπει να περιγράψει όσο το δυνατόν επακριβώς την προβλεπόμενη κατάσταση κατά την οποία η υποστήριξη της ζωής του θα πρέπει να μην παρασχεθεί ή να διακοπεί. Σε αυτήν την περιγραφή μπορεί να τον βοηθήσει κάποιος ιατρικός σύμβουλος. Για παράδειγμα, πολλοί θα προτιμούσαν να μην υποβληθούν στον εξευτελισμό της μάταιης CPR σε περίπτωση τελικού σταδίου ανεπάρκειας πολλών οργάνων μη αναστρέψιμης αιτιολογίας, ενώ θα ήταν θετικοί στην προσπάθεια αναζωογόνησης σε περίπτωση κοιλιακής μαρμαρυγής (Ventricular Fibrillation - VF) σχετιζόμενης με θεραπεύσιμη πρωτοπαθή καρδιολογική νόσο. Οι ασθενείς πολλές φορές αλλάζουν γνώμη καθώς αλλάζουν και οι περιστάσεις,

και γι' αυτό η εκ των προτέρων οδηγία θα πρέπει να είναι όσο το δυνατόν πιο πρόσφατη και να λαμβάνει υπ' όψιν της κάθε πιθανή αλλαγή των περιστάσεων.

Κατά την αιφνίδια εκτός νοσοκομείου καρδιακή ανακοπή, το υγειονομικό προσωπικό συνήθως δεν γνωρίζει την προηγούμενη κατάσταση της υγείας και τις επιθυμίες του ασθενούς, και η εκ των προτέρων οδηγία συχνά δεν είναι διαθέσιμη άμεσα. Υπό αυτές τις συνθήκες, η αναζωογόνηση θα πρέπει να ξεκινάει αμέσως και στη συνέχεια να απευθύνονται οι ερωτήσεις. Δεν υπάρχει φιλοσοφική διαφορά στο να διακοπεί προσπάθεια αναζωογόνησης που έχει ξεκινήσει εφόσον στο προσωπικό παροχής φροντίδας υγείας παρουσιαστεί στη συνέχεια η εκ των προτέρων οδηγία που καθορίζει τα όρια της φροντίδας. Ο οικογενειακός ιατρός μπορεί να είναι ανεκτίμητος συνδετικός κρίκος σε αυτές τις καταστάσεις.

Υπάρχουν διεθνώς σημαντικές αποκλίσεις στη στάση των ιατρών απέναντι σε έγγραφα των εκ των προτέρων οδηγιών¹. Σε ορισμένες χώρες, οι γραπτές εκ των προτέρων οδηγίες είναι νομικά δεσμευτικές και η μη συμμόρφωση με αυτές συνιστά κακοποίηση, ενώ σε άλλες χώρες οι εκ των προτέρων οδηγίες αγνοούνται αποκάλυπτα εάν ο ιατρός δεν συμφωνεί με το περιεχόμενό τους. Παραταύτα, τα τελευταία χρόνια, σημειώνεται μια αυξανόμενη τάση προς συμμόρφωση με την αυτονομία του ασθενούς και μια μείωση της πατερναλιστικής αντιμετώπισης από το ιατρικό επάγγελμα¹.

Πότε να μην προχωρείτε σε προσπάθεια αναζωογόνησης

Ενώ οι ασθενείς έχουν το δικαίωμα να αρνηθούν θεραπεία, δεν έχουν αυτομάτως το δικαίωμα να απαιτήσουν θεραπεία. Δεν μπορούν να επιμένουν πως θα πρέπει να επιχειρηθεί αναζωογόνηση κάτω από οποιεσδήποτε συνθήκες. Ο ιατρός υποχρεούται να παρέχει θεραπεία μόνον εφόσον είναι πιθανόν να ωφελήσει τον ασθενή, και δεν υποχρεούται να παρέχει θεραπεία που είναι μάταιη. Παρόλα αυτά, είναι συνετό να ζητηθεί και μια δεύτερη γνώμη στη λήψη μιας βαρυσήμαντης απόφασης, από το φόβο μήπως οι προσωπικές αξίες του ιατρού,

ή το ζήτημα των διαθέσιμων μέσων, επηρεάσουν τη γνώμη του ή της¹³.

Στη λήψη της απόφασης να μην επιχειρηθεί αναζωογόνηση εγείρονται αρκετά ερωτήματα δεοντολογίας και ηθικής. Τι αποτελεί ματαιοπονία; Τι ακριβώς δεν πρέπει να επιχειρηθεί; Ποιος θα πρέπει να αποφασίσει; Ποιον θα πρέπει να συμβουλευτείτε; Ποιος θα πρέπει να ενημερωθεί; Απαιτείται συναίνεση μετά από ενημέρωση; Πότε θα πρέπει να αναθεωρηθεί η απόφαση; Ποιοι θρησκευτικοί και πολιτιστικοί παράγοντες πρέπει να ληφθούν υπόψη;

Τι αποτελεί ματαιοπονία;

Ματαιοπονία υπάρχει όταν η αναζωογόνηση αναμένεται να είναι χωρίς όφελος, από την άποψη του να παρατείνει τη ζωή χωρίς αυτή να έχει αποδεκτή ποιότητα. Είναι προβληματικό το γεγονός πως, παρόλο που έχουν δημοσιευτεί οι προγνωστικοί παράγοντες μη-επιβίωσης μετά από επιχειρούμενη αναζωογόνηση¹⁴⁻¹⁷, κανένας τους δεν έχει ελεγχθεί σε ικανής προγνωστικής αξίας δείγμα ασθενών, εκτός του τελικού σταδίου ανεπάρκειας πολλών οργάνων μη-αναστρέψιμης αιτιολογίας. Επιπλέον, οι μελέτες για την αναζωογόνηση είναι ιδιαίτερα εξαρτώμενες από παράγοντες του συστήματος όπως ο χρόνος έως την έναρξη της CPR, ο χρόνος έως την απινίδωση, κ.τ.λ. Αυτοί οι χρόνοι μπορεί να είναι παρατεταμένοι συνολικά σε κάθε μελέτη, όμως δεν είναι δεσμευτικοί για κάθε μεμονωμένη περίπτωση.

Αναπόφευκτα, θα πρέπει να ληφθεί μία απόφαση, και θα υπάρχουν αμφιλεγόμενες περιπτώσεις που απαιτούν την υποκειμενική κρίση για ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια και βαριά επιβάρυνση του αναπνευστικού, ασφυξία, μείζων τραύμα, κρανιοεγκεφαλική κάκωση και νευρολογική νόσο. Η ηλικία του ασθενούς μπορεί να παίξει σημαντικό ρόλο στην απόφαση, αλλά από μόνος του είναι σχετικά αδύναμος παράγοντας έκβασης^{18,19}. Παραταύτα, η ηλικία συχνά σχετίζεται με τη συχνότητα εμφάνισης συνοδών παθήσεων, η οποία έχει επίδραση στην πρόγνωση. Στην αντίπερα όχθη, οι περισσότεροι ιατροί σφάλλουν προς την πλευρά της παρέμβασης στα παιδιά για συναισθηματικούς λό-

γους, παρόλο που η συνολική πρόγνωση είναι συχνά χειρότερη στα παιδιά παρά στους ενήλικες. Γι' αυτό είναι σημαντικό οι κλινικοί ιατροί να κατανοούν τους παράγοντες που επηρεάζουν την επιτυχία της αναζωογόνησης.

Τι ακριβώς θα πρέπει να μην επιχειρηθεί;

Να μην επιχειρηθεί αναζωογόνηση (Do Not Attempt Resuscitation - DNAR) σημαίνει πως, σε περίπτωση καρδιακής ή αναπνευστικής ανακοπής, δεν θα πρέπει να εφαρμοστεί CPR. Το DNAR δεν σημαίνει τίποτε περισσότερο από αυτό. Η υπόλοιπη αγωγή θα πρέπει να συνεχίζεται τιτλοποιούμενη, ιδιαίτερα η αναλγησία και η καταστολή. Ο μηχανικός αερισμός και η οξυγονοθεραπεία, η διατροφή, η αντιβίωση, η χορήγηση υγρών και αγγειοδραστικών, κ.τ.λ., συνεχίζονται ανάλογα με τις ενδείξεις, εφόσον θεωρείται ότι συμβάλουν στην ποιότητα της ζωής. Εάν όχι, ειδικές οδηγίες να μη συνεχιστεί ή να μη ξεκινήσει καμιά τέτοιου είδους αγωγή θα πρέπει να οριστούν επακριβώς, ανεξάρτητα από τις οδηγίες DNAR.

Οι οδηγίες DNAR για πολλά χρόνια και σε πολλές χώρες ήταν μέλημα μόνο του θεράποντος ιατρού, χωρίς να συμβουλευτείται, κατά κανόνα, τον ασθενή, τους συγγενείς ή το λοιπό ιατρικό προσωπικό, όμως τώρα υπάρχουν σαφείς προϋποθέσεις ως προς την διαδικασία σε πολλές χώρες όπως οι Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής, το Ηνωμένο Βασίλειο και η Νορβηγία.

Ποιος θα πρέπει να αποφασίσει να μην επιχειρηθεί αναζωογόνηση;

Πρόκειται για μια σοβαρή απόφαση που συνήθως λαμβάνεται από τον πιο έμπειρο θεράποντα ιατρό του ασθενούς μετά από κατάλληλες διαβουλεύσεις. Η λήψη αποφάσεων από επιτροπή δεν είναι πρακτικά εφικτή και δεν έχει φανεί να είναι λειτουργική, ενώ το διοικητικό προσωπικό του νοσοκομείου υπολείπεται σε εκπαίδευση και σε εμπειρία για να μπορεί να μετέχει στην λήψη αποφάσεων. Οι αποφάσεις που λαμβάνονται από τις νομικές αρχές χαρακτηρίζονται από καθυστερήσεις και αβεβαιότητες, ιδιαίτερα εάν υπάρχει κάποιου είδους αντί-

παλο νομικό έρεισμα, και θα πρέπει να αναζητούνται μόνον εφόσον υπάρχουν ασυμβίβαστες διαφορές ανάμεσα στα εμπλεκόμενα μέρη. Σε ιδιαίτερα δύσκολες περιπτώσεις, ο πιο έμπειρος ιατρός μπορεί να συμβουλευτεί τον δικηγόρο της ιατρικής εταιρείας που ανήκει για μια νομική συμβουλή.

Οι Ομάδες Αντιμετώπισης Επειγόντων (Medical Emergency Team - METs), ενεργώντας μετά από κλήση του προσωπικού του θαλάμου νοσηλείας σχετικά με την κατάσταση του ασθενούς, μπορούν να βοηθήσουν, ενεργοποιώντας τη διαδικασία λήψης της απόφασης σχετικά με το ενδεχόμενο DNAR του ασθενούς (βλέπε Κεφάλαιο 4α)^{20,21}.

Ποιον θα πρέπει να συμβουλευτείτε;

Παρόλο που η τελική απόφαση για DNAR θα πρέπει να ληφθεί από τον πιο έμπειρο θεράποντα ιατρό του ασθενούς, είναι φρόνιμο να ζητήσει τη συμβουλή συναδέλφων πριν να λάβει την απόφαση. Ακολουθώντας την αρχή της αυτονομίας του ασθενούς είναι συνετό, εφόσον είναι δυνατόν, να διακριβώσει τις επιθυμίες του ασθενούς σχετικά με την προσπάθεια αναζωογόνησης. Αυτό θα πρέπει να γίνεται εκ των προτέρων, όταν ο ασθενής είναι ικανός να λάβει μια απόφαση κατόπιν ενημέρωσης. Οι απόψεις ποικίλουν ως προς το κατά πόσο τέτοιου είδους συζητήσεις θα πρέπει να γίνονται σε τακτική βάση για κάθε εισαγωγή στο νοσοκομείο (το οποίο μπορεί να προκαλεί αδικαιολόγητη ανησυχία στην πλειονότητα των περιπτώσεων) ή μόνον μετά από τη διάγνωση κατάστασης δυνητικά απειλητικής για τη ζωή του ασθενούς (το οποίο ενέχει τον κίνδυνο ο ασθενής να είναι σε τόσο βαριά κατάσταση που δεν του επιτρέπει να έχει ισορροπημένη κρίση). Παρουσιάζοντας τα δεδομένα στον ασθενή, ο ιατρός θα πρέπει να το δυνατόν σίγουρος για τη διάγνωση και για την πρόγνωση και θα πρέπει να αναζητά και δεύτερη ή τρίτη ιατρική γνώμη πάνω στο θέμα. Είναι καίριας σημασίας ο ιατρός να μην επιτρέψει προσωπικές αξίες ζωής να διαστρεβλώσουν τη συζήτηση - σε ζητήματα αποδοχής συγκεκριμένης ποιότητας ζωής, θα πρέπει να υπερισχύσει η γνώμη του ασθενούς.

Θεωρείται απαραίτητο για τον ιατρό να έχει συνομιλίες με τους στενούς συγγενείς και τα αγαπη-

μένα πρόσωπα, στο σύνολό τους εάν είναι δυνατόν. Παρόλο ότι μπορούν να επηρεάσουν την απόφαση του ιατρού, θα πρέπει να τους γίνει σαφές πως η τελική απόφαση θα είναι αυτή του ιατρού. Είναι άδικο και παράλογο να επωμιστεί την ευθύνη της απόφασης κάποιος συγγενής.

Ο ιατρός θα πρέπει να είναι συνετός και να συζητήσει το θέμα με το νοσηλευτικό και με το νεότερο ιατρικό προσωπικό, το οποίο είναι συχνά πιο κοντά στον ασθενή και είναι αποδέκτης προσωπικών του πληροφοριών. Ο οικογενειακός ιατρός του ασθενούς μπορεί να έχει μια πολύ άμεση και μακροχρόνια αντίληψη σχετικά με τις επιθυμίες του ασθενούς και τις οικογενειακές σχέσεις, βασισμένη στη μακροχρόνια επίγνωση της συγκεκριμένης κατάστασης.

Ποιος θα πρέπει να ενημερωθεί;

Μόλις ληφθεί η απόφαση θα πρέπει να κοινοποιηθεί με σαφήνεια σε όλους τους εμπλεκόμενους, συμπεριλαμβανομένων του ασθενούς και των συγγενών. Η απόφαση και οι λόγοι που οδήγησαν σε αυτή, καθώς και ένα αρχείο με όσους έλαβαν μέρος στις συζητήσεις θα πρέπει να καταγραφούν, κατά προτίμηση σε ένα ειδικό έντυπο DNAR, το οποίο θα πρέπει να τοποθετηθεί σε ευδιάκριτο σημείο στις παρατηρήσεις σχετικά με τον ασθενή, και θα πρέπει να καταγραφεί και στο αρχείο του νοσηλευτικού προσωπικού. Δυστυχώς, υπάρχουν ενδείξεις απροθυμίας των ιατρών να διατυπώσουν εγγράφως τέτοιου είδους αποφάσεις σε ορισμένα κέντρα σε κάποιες χώρες²².

Πότε θα πρέπει να εγκαταλείπετε την προσπάθεια αναζωογόνησης;

Στην μεγάλη πλειοψηφία τους οι προσπάθειες αναζωογόνησης δεν έχουν επιτυχία και θα πρέπει να εγκαταλείπονται. Αρκετοί παράγοντες θα επηρεάσουν στη λήψη της απόφασης για διακοπή της προσπάθειας αναζωογόνησης. Σε αυτούς περιλαμβάνονται το ιατρικό ιστορικό και η αναμενόμενη πρόγνωση, η χρονική περίοδος μεταξύ καρδιακής ανακοπής και έναρξης CPR, το διάστημα που μεσολάβησε έως την απινίδωση και η χρονική περίοδος

που εφαρμόζεται η Εξειδικευμένη Υποστήριξη της Ζωής (ALS) ενώ ο ασθενής παραμένει σε εμμένουσα ασυστολία χωρίς αναστρέψιμη αιτία.

Σε πολλές περιπτώσεις, και ιδιαίτερα σε εκτός νοσοκομείου καρδιακή ανακοπή, η υποκείμενη αιτία της ανακοπής μπορεί να είναι άγνωστη ή απλή εικασία, και η απόφαση για έναρξη της αναζωογόνησης λαμβάνεται ενόσω συλλέγονται περαιτέρω πληροφορίες. Εάν γίνει σαφές πως η υποκείμενη αιτία καθιστά την κατάσταση ματαιοπονία, τότε η αναζωογόνηση θα πρέπει να εγκαταλείπεται εφόσον ο ασθενής παραμένει σε ασυστολία παρά την πλήρη εφαρμογή των μέτρων του ALS. Επιπλέον πληροφορίες όπως μία εκ των προτέρων οδηγία μπορεί να προκύψουν και να καταστήσουν τη διακοπή της προσπάθειας αναζωογόνησης ηθικά σωστή.

Γενικά, η αναζωογόνηση θα πρέπει να συνεχίζεται όσο η VF επιμένει. Είναι γενικώς αποδεκτό πως εμμένουσα ασυστολία για περισσότερο από 20 λεπτά απουσία αναστρέψιμης αιτίας, και με πλήρη εφαρμογή των μέτρων του ALS συνιστά έρεισμα για εγκατάλειψη των προσπαθειών αναζωογόνησης²³. Υπάρχουν, ασφαλώς, αναφορές εξαιρετικών περιπτώσεων που επαληθεύουν το γενικό κανόνα, και κάθε περιστατικό θα πρέπει να εκτιμάται ξεχωριστά.

Σε εκτός νοσοκομείου καρδιολογικής αιτιολογίας καρδιακή ανακοπή, εάν πρόκειται να υπάρξει ανάνηψη, η αποκατάσταση της αυτόματης κυκλοφορίας συνήθως λαμβάνει χώρα επιτόπου. Ασθενείς με πρωτοπαθή καρδιολογικής αιτιολογίας ανακοπή, που χρήζουν κατά τη μεταφορά στο νοσοκομείο συνεχιζόμενης CPR χωρίς καθόλου εμφάνιση σφυγμού, σπάνια επιβιώνουν νευρολογικά άθικτοι²⁴.

Αρκετοί επιμένουν στην προσπάθεια αναζωογόνησης για περισσότερο χρόνο εάν ο ασθενής είναι παιδί. Αυτή η απόφαση δεν είναι γενικότερα αιτιολογημένη επιστημονικά, καθώς η πρόγνωση μετά από καρδιακή ανακοπή στα παιδιά είναι σίγουρα όχι καλύτερη, και πιθανόν είναι χειρότερη, από ό,τι στους ενήλικες. Παρ' όλα αυτά, η απόφαση να επιμένουν στην προσπάθεια υπό το βάρος των οδυνηρών συνθηκών του θανάτου ενός παιδιού είναι απολύτως κατανοητή, και η δυνητικά αυξημένη ι-

κανότητα αναγέννησης των νευρικών κυττάρων στα παιδιά μετά από μία ισχαιμική βλάβη είναι ακόμα και τώρα ένας άγνωστος παράγοντας που θα πρέπει να λαμβάνεται υπ' όψιν.

Η απόφαση για εγκατάλειψη της προσπάθειας αναζωογόνησης λαμβάνεται από τον επικεφαλής της ομάδας, μετά από διαβουλεύσεις με τα υπόλοιπα μέλη της ομάδας, που πιθανόν να έχουν σημαντικά σημεία διαφωνίας ή συμφωνίας. Τελικά, η απόφαση βασίζεται στην κλινική εκτίμηση πως η ανακοπή του ασθενούς δεν ανταποκρίνεται στην ALS. Ο επικεφαλής της ομάδας καταλήγει στο τελικό συμπέρασμα εξετάζοντας όλα τα γεγονότα και όλες τις απόψεις και αντιμετωπίζει καλοπροαίρετα, αλλά και με σθεναρότητα, κάθε διαφωνία.

Εν όψει της απόφασης εγκατάλειψης της προσπάθειας αναζωογόνησης, μία παράμετρος που ίσως θα πρέπει να ληφθεί υπ' όψιν είναι το ενδεχόμενο της παράτασης της CPR και των υπόλοιπων μέτρων αναζωογόνησης ώστε να δοθεί η δυνατότητα της δωρεάς οργάνων σώματος. Οι μηχανικές συμπίεσεις του θώρακα μπορεί να αποδειχτούν πολύτιμες σε αυτές τις περιπτώσεις²⁵, όμως κάτι τέτοιο δεν έχει μελετηθεί. Το ζήτημα της παράτασης της ζωής με θεραπευτικά μέτρα με αποκλειστικό σκοπό τη "άγρα" οργάνων είναι υπό συζήτηση από τους επιστήμονες περί την ηθική, και υπάρχουν αποκλίσεις στα διάφορα Ευρωπαϊκά κράτη ως προς τη δεοντολογία της εν λόγω διαδικασίας. Προς το παρόν δεν υπάρχει γενική συναίνεση σε αυτό το ζήτημα.

Λήψη αποφάσεων από μη ιατρικό προσωπικό

Πολλές περιπτώσεις εκτός νοσοκομείου καρδιακής ανακοπής αντιμετωπίζονται από παραϊατρικό προσωπικό άμεσης επέμβασης, που έρχεται παρομοίως αντιμέτωπο με το δίλημμα να αποφασίσει ποτέ η αναζωογόνηση είναι μάταιη και πότε θα πρέπει να εγκαταλείπεται. Γενικά, η αναζωογόνηση σε εκτός νοσοκομείου καρδιακή ανακοπή θα πρέπει να ξεκινάει εκτός εάν υπάρχει νόμιμη εκ των προτέρων οδηγία για το αντίθετο ή είναι πρόδηλο πως η αναζωογόνηση θα είναι μάταιη σε περιπτώσεις θανατηφόρας κάκωσης, όπως αποκεφαλισμού, ημισωματεκτομής, επιβεβαιωμένης παρατεταμένης εμβύθισης, αποτέφρωσης, πτωματικής ακαμψίας,

πτωματικών υποστάσεων και εμβρυϊκής εμβροχής. Σε αυτές τις περιπτώσεις, ο μη-ιατρός θέτει τη διάγνωση του θανάτου αλλά δεν πιστοποιεί το θάνατο (το οποίο μπορεί να γίνει μόνον από ιατρό στις περισσότερες χώρες).

Όμως τι γίνεται σχετικά με την απόφαση για εγκατάλειψη της αναζωογόνησης; Θα πρέπει παραϊατρικό προσωπικό εκπαιδευμένο στην ALS να είναι σε θέση να κηρύσσει το θάνατο μετά από 20 λεπτά ασυστολίας απουσία αναστρέψιμης αιτίας, λαμβάνοντας υπ' όψιν τα πολύ αρνητικά αποτελέσματα της CPR που συνεχίζεται κατά τη μεταφορά. Οι γνώμες διαφέρουν από χώρα σε χώρα²⁶. Σε ορισμένες χώρες είναι η συνήθης τακτική, και είναι ασφαλώς παράλογο να περιμένει κανείς από το παραϊατρικό προσωπικό να συνεχίζει την αναζωογόνηση στις σαφείς περιπτώσεις που θα εγκαταλείπονταν από έναν ιατρό. Αν κάποιος κάνει αυτήν την σύσταση προς το παραϊατρικό προσωπικό, θα είναι απαραίτητο να καταγράφονται οι χρόνοι με μεγάλη ακρίβεια και να τηρούνται οι κατευθυντήριες οδηγίες²⁷. Η απάντηση φαίνεται να βρίσκεται στη ποιοτική εκπαίδευση και στη συνέχεια στην αυτοπεποίθηση όσων έχουν εκπαιδευτεί να λαμβάνουν τη σχετική απόφαση.

Παρόμοιες αποφάσεις και διάγνωση του θανάτου είναι ενδεχόμενο να πρέπει να ληφθούν από νοσηλευτικό προσωπικό σε θεραπευτήρια για ηλικιωμένους και για τελικού σταδίου ασθενείς, χωρίς την παρουσία εσωτερικού ιατρού. Ευελπιστεί κανείς πως η απόφαση σχετικά με το όφελος της αναζωογόνησης θα έχει ληφθεί εκ των προτέρων, και πως το ζήτημα του DNAR θα τίθεται για όλους τους ασθενείς αυτών των ιδρυμάτων.

Αμφισβητούμενες καταστάσεις

Ορισμένες καταστάσεις, για παράδειγμα η παρουσία υποθερμίας κατά την ώρα τις καρδιακής ανακοπής, μπορούν να αυξήσουν την πιθανότητα ανάνηψης χωρίς νευρολογική βλάβη, και τα συνηθισμένα προγνωστικά κριτήρια (όπως εμμένουσα ασυστολία για περισσότερο από 20 λεπτά) δεν εφαρμόζονται. Επίσης, καταστασιακά και αναλγητικά φάρμακα μπορούν να συγκαλύψουν την εκτίμηση του επιπέδου συνείδησης σε ασθενή που έχει απο-

καταστήσει την αυτόματη κυκλοφορία.

Απόσυρση της θεραπείας μετά από επιτυχημένη προσπάθεια αναζωογόνησης

Η πρόβλεψη της τελικής νευρολογικής έκβασης σε ασθενείς που παραμένουν σε κώμα μετά την αποκατάσταση της αυτόματης κυκλοφορίας, είναι δύσκολη κατά τις πρώτες 3 ημέρες (βλέπε Κεφάλαιο 4η). Δεν υπάρχουν ειδικά κλινικά σημεία που να μπορούν να προβλέπουν την έκβαση τις πρώτες ώρες μετά από την αποκατάσταση της αυτόματης κυκλοφορίας. Η χρήση της θεραπευτικής υποθερμίας μετά από καρδιακή ανακοπή κάνει τις προσπάθειες πρόβλεψης της νευρολογικής έκβασης ακόμα πιο δύσκολες.

Σε ένα μικρό αριθμό θλιβερών περιπτώσεων, οι ασθενείς αποκαθιστούν την αυτόματη κυκλοφορία όμως παραμένουν σε εμμένουσα φυτική κατάσταση (Persistent Vegetative State - PVS). Η συνεχιζόμενη παραμονή σε αυτή την κατάσταση μπορεί να μην είναι προς όφελος του ασθενούς σε σύγκριση με την εναλλακτική περίπτωση του θανάτου. Εάν η παραμονή στη ζωή σε συνθήκες PVS θεωρείται πως δεν είναι προς όφελος του ασθενούς, θα πρέπει να εξετάζεται η πιθανότητα διακοπής της διατροφής και των υγρών ώστε να έρθει το τέλος. Αυτές είναι βαθύτατα δύσκολες αποφάσεις, όμως γενικά υπάρχει ομοφωνία μεταξύ των συγγενών και των ιατρών και του νοσηλευτικού προσωπικού ως προς την ορθότητα των ενεργειών. Σε αυτές τις περιπτώσεις, οι αποφάσεις συχνά μπορούν να ληφθούν χωρίς την ανάγκη νομικής παρέμβασης. Δυσκολίες προκύπτουν όταν υπάρχει διαφωνία μεταξύ των ιατρών και του νοσηλευτικού προσωπικού και των συγγενών, ή μεταξύ των συγγενών. Στην Ευρώπη, παρόλο που υπάρχουν και ακραίες απόψεις, φαίνεται πως η πλειοψηφία αρκείται στο να αφήσει την απόφαση κατ' ιδίαν στην οικογένεια και στους ιατρούς.

Η παρουσία της οικογένειας κατά την αναζωογόνηση

Η ιδέα της παρουσίας μέλους της οικογένειας κατά την αναζωογόνηση τέθηκε προς συζήτηση τη δε-

καετία του 1980²⁸ και έχει γίνει αποδεκτή πρακτική σε πολλές Ευρωπαϊκές χώρες²⁹⁻³⁸. Πολλοί συγγενείς θα ήθελαν να παρευρίσκονται κατά την προσπάθεια αναζωογόνησης και, από αυτούς που είχαν παρόμοια εμπειρία, πάνω από το 90% θα επιθυμούσε να το επαναλάβει³³. Οι περισσότεροι γονείς θα επιθυμούσαν να βρίσκονται με το παιδί τους εκείνη την ώρα³⁹.

Οι συγγενείς θεωρούν ότι αποκομίζουν πολλά οφέλη όταν τους επιτρέπεται να είναι παρόντες κατά την προσπάθεια αναζωογόνησης, συμπεριλαμβανομένων

- της βοήθειας να συμβιβαστούν με την πραγματικότητα του θανάτου και να απαλύνουν τη διαδικασία του πένθους
- της δυνατότητας να επικοινωνήσουν και να αγγίξουν το αγαπημένο τους πρόσωπο στις τελευταίες στιγμές της ζωής του ή ενόσω ακόμα είναι ζεστός. Πολλοί αισθάνονται πως το αγαπημένο τους πρόσωπο εκτιμά την παρουσία τους εκείνη τη στιγμή, το οποίο μπορεί να ισχύει εάν ανακτήσει συνείδηση κατά τη διάρκεια αποτελεσματικής CPR (όπως έχει καταγραφεί περιστασιακά, ιδιαίτερα σε περιστατικά με μηχανικά υποστηριζόμενη CPR)
- της αίσθησης ότι ήταν παρόντες στις τελευταίες στιγμές του και πως στήριξαν το αγαπημένο τους πρόσωπο όταν το χρειάστηκε
- της αίσθησης ότι ήταν εκεί ώστε να διασφαλίσουν πως οτιδήποτε μπορούσε να γίνει, έγινε.

Αρκετά μέτρα πρέπει να ληφθούν για να διασφαλιστεί πως η εμπειρία του συγγενούς θα είναι το δυνατόν η καλύτερη υπό τις υπάρχουσες συνθήκες.

- Θα πρέπει να μεριμνήσετε η αναζωογόνηση να διενεργείται με επαγγελματισμό, υπό την καλή ηγεσία του αρχηγού της ομάδας, με ανοικτή και ευπρόσδεκτη συμπεριφορά προς τους συγγενείς.
- Ενημερώστε σχετικά τους συγγενείς, χρησιμοποιώντας ορολογία που μπορούν να κατανοήσουν, πριν να εισέλθουν στο χώρο. Εξασφαλίστε πως θα τους παρέχεται συνεχής συμπαράσταση από ένα μέλος της ομάδας (συνήθως μία νοσηλεύτρια) εκπαιδευμένο σε αυτό το αντικείμενο.

Σιγουρευτείτε ότι οι συγγενείς κατανοούν πως η επιλογή να παρίστανται είναι απολύτως δικιά τους, και μην τους προκαλέσετε αισθήματα ενοχής, οποιαδήποτε και αν είναι η απόφασή τους.

- Πληροφορήστε καλά τους συγγενείς σχετικά με τις παρεμβάσεις που πιθανόν να δούνε (π.χ. διασωλήνωση της τραχείας, τοποθέτηση κεντρικού φλεβικού καθετήρα) και τις αντιδράσεις του ασθενούς (π.χ. συσπάσεις μετά από απινίδωση). Δώστε έμφαση στη σημασία του να μην αναμειχθούν σε καμία από τις παρεμβάσεις και εξηγήστε καθαρά τους κινδύνους εάν το κάνουν.
- Στη πλειοψηφία των περιπτώσεων, θα χρειαστεί να εξηγήσετε πως ο ασθενής δεν ανταποκρίθηκε στη προσπάθεια αναζωογόνησης και πως η προσπάθεια πρέπει να εγκαταλειφθεί. Αυτή η απόφαση θα πρέπει να ληφθεί από τον αρχηγό της ομάδας, με τη συνεισφορά των μελών της ομάδας. Εξηγήστε στους συγγενείς πως θα μεσολαβήσει ένα μικρό χρονικό διάστημα μέχρι να απομακρυνθεί ο εξοπλισμός, και κατόπιν θα είναι σε θέση να επιστρέψουν στο αγαπημένο τους πρόσωπο με την άνεσή τους, μόνοι τους ή με συμπαράσταση, όπως το επιθυμούν. Ορισμένοι σωλήνες και καθετήρες μπορεί να πρέπει να παραμείνουν στη θέση τους για ιατροδικαστικούς λόγους.
- Τέλος, θα πρέπει να δοθεί η ευκαιρία στο συγγενή να συλλογιστεί, να κάνει ερωτήσεις σχετικά με τα αίτια και τη διαδικασία που ακολουθήθηκε, και να του δοθούν συμβουλές σχετικά με τη διαδικασία καταχώρησης του θανάτου στο ληξιαρχείο και σχετικά με τις διαθέσιμες υπηρεσίες ψυχολογικής υποστήριξης.

Στη περίπτωση εκτός νοσοκομείου καρδιακής ανακοπής, οι συγγενείς μπορεί να είναι ήδη παρόντες, και πιθανόν να εφαρμόζουν Βασική Υποστήριξη της Ζωής (Basic Life Support -BLS). Δώστε τους τη δυνατότητα να παραμείνουν. Ενδεχομένως θα εκτιμήσουν την ευκαιρία που τους δίνεται να βοηθήσουν και να βρίσκονται στο ασθενοφόρο κατά τη μεταφορά στο νοσοκομείο. Εάν ο ασθενής κηρυχθεί νεκρός επιτόπου, προτείνετε στους συγγενείς τη βοήθεια και τη συμπαράσταση του οικογενειακού τους ιατρού ή της νοσηλευτικής υπηρεσίας της κοινότητας και του σύμβουλου πένθους.

Για το προσωπικό της ομάδας αναζωογόνησης, τόσο εντός όσο και εκτός νοσοκομείου, αξίζει τον κόπο να εκπαιδευτεί σχετικά με την παρουσία των συγγενών⁴⁰.

Καθώς αυξάνεται η εμπειρία της παρουσίας των συγγενών κατά την προσπάθεια αναζωογόνησης, είναι φανερό πως σπάνια, μα όχι ποτέ, προκύπτουν προβλήματα. Στη πλειονότητα των περιπτώσεων, οι συγγενείς προσέρχονται, παραμένουν για λίγα λεπτά και στη συνέχεια αποχωρούν, ικανοποιημένοι που είχαν την ευκαιρία να παρευρεθούν και να στηρίξουν το αγαπημένο τους πρόσωπο και να το αποχαιρετήσουν όπως θα το επιθυμούσαν. Πριν δέκα χρόνια, η πλειοψηφία των μελών των ομάδων αναζωογόνησης δεν θα επέτρεπε την παρουσία των συγγενών κατά την αναζωογόνηση, όμως μια πρόσφατη έρευνα έδειξε μια ολοένα αυξανόμενη ανοικτή συμπεριφορά και αναγνώριση της αυτονομίας τόσο του ασθενούς όσο και των συγγενών¹. Πιθανόν αυτό να σχετίζεται με μια γενικότερα πιο ανεκτική και λιγότερο αυταρχική συμπεριφορά. Διεθνείς πολιτιστικές και κοινωνικές παραλλαγές υπάρχουν ακόμα, και αυτό θα πρέπει να γίνεται αντιληπτό και να αντιμετωπίζεται με ευαισθησία.

Εκπαίδευση και επιστημονική έρευνα επί του προσφάτως θανόντα

Ένα άλλο θέμα που έχει προκαλέσει σημαντική αντιπαράθεση είναι η ηθική, και σε ορισμένες περιπτώσεις η νομιμότητα, της εκπαίδευσης και/ή της επιστημονικής έρευνας επί του προσφάτως θανόντα.

Εκπαίδευση

Ο τρόπος με τον οποίο διενεργείται η αναζωογόνηση μπορεί να διδαχθεί με τη χρήση σεναρίων σε ανατομικά ανδρείκελα και σε σύγχρονους προσομοιωτές, όμως η εκπαίδευση σε ορισμένες δεξιότητες που απαιτούνται κατά την αναζωογόνηση είναι εμφανώς δύσκολη. Οι εξωτερικές θωρακικές συμπιέσεις και, σε κάποιο βαθμό, ο αερισμός με εμφυσήσεις και η εισαγωγή στοματοφαρυγγικού και ρινοφαρυγγικού αεραγωγού μπορούν να διδαχθούν με τη χρήση ανατομικών ανδρείκελων. Όμως, παρόλη τη τεχνολογική πρόοδο στα ανατομι-

κά ανδρείκελα και στους προσομοιωτές, πολλές άλλες δεξιότητες που απαιτούνται σε τακτική βάση κατά την αναζωογόνηση μπορούν να αποκτηθούν κατά τρόπο ικανοποιητικό μόνον μέσα από την πρακτική άσκηση σε ανθρώπους, νεκρούς ή ζωντανούς. Σε αυτές τις δεξιότητες συμπεριλαμβάνονται, για παράδειγμα, η πρόσβαση σε κεντρική και περιφερική φλέβα, η παρακέντηση αρτηρίας και η τοποθέτηση αρτηριακής γραμμής, η αποκάλυψη φλέβας, ο αερισμός με ασκό και προσωπίδα, η διασωλήνωση της τραχείας, η κρικοθυροειδοτομή, η παρακέντηση θώρακα με βελόνη, η θωρακική παροχέτευση και οι μαλάξεις μετά θωρακοτομή. Σε κάποιες από αυτές τις δεξιότητες ασκείται κανείς κατά τη συνήθη κλινική πράξη, σχετιζόμενες κυρίως με την αναισθησιολογία, και σε μικρότερο βαθμό με τη χειρουργική, ενώ σε άλλες όπως η κρικοθυροειδοτομή, η παρακέντηση θώρακα με βελόνη, και οι μαλάξεις μετά θωρακοτομή δεν είναι δυνατόν, καθώς απαιτούνται μόνον σε επείγουσες και απειλητικές για τη ζωή καταστάσεις, όταν δύσκολα δικαιολογείται να γίνεται εκπαιδευτική άσκηση. Στη σύγχρονη καθημερινή άσκηση της ιατρικής, όπου οι ιατροί καλούνται όλο και συχνότερα να λογοδοτήσουν και η αυτονομία των ασθενών υπερισχύει, γίνεται όλο και πιο δύσκολο να ληφθεί άδεια για άσκηση των φοιτητών ιατρικής σε δεξιότητες σε ζωντανούς ασθενείς. Έχουν παρέλθει οι ημέρες που η εισαγωγή σε "Πανεπιστημιακό νοσοκομείο" σήμαινε αυτομάτως συναίνεση προς τους φοιτητές να εφαρμόζουν στους ασθενείς ιατρικές πράξεις κατά το δοκούν, υπό επίβλεψη. Και όμως, η κοινωνία προσδοκά, και το δικαιούται, ικανούς ιατρούς από γενιά σε γενιά.

Συνεπώς το ερώτημα που εγείρεται είναι κατά πόσο είναι δεοντολογικά και ηθικά πρέπων να διενεργείται εκπαίδευση και πρακτική άσκηση σε ζωντανούς ή σε νεκρούς ασθενείς. Υπάρχει μεγάλη διαφορά απόψεων σε αυτό το θέμα⁴¹. Πολλοί, και ιδιαίτερα των Ισλαμικών κρατών, θεωρούν την ιδέα της εκπαίδευσης σε δεξιότητες και της πρακτικής άσκησης στον πρόσφατα θανόντα εντελώς αποτροπιαστική λόγω του εγγενούς σεβασμού προς το νεκρό σώμα. Άλλοι, θα αποδέχονταν την εφαρμογή μη-επεμβατικών μεθόδων που δεν αφήνουν σημάδι, όπως της διασωλήνωσης της τραχείας. Μερικοί

είναι ανοικτοί και αρκετά ειλικρινείς να αποδεχθούν πως οποιαδήποτε πρακτική μέθοδος μπορεί να διδαχθεί στο νεκρό σώμα με τη δικαιολογία πως η εκμάθηση των δεξιοτήτων είναι ύψιστης σημασίας για τους μελλοντικούς ασθενείς.

Μία εναλλακτική δυνατότητα είναι να ζητείται η συγκατάθεση μετά από ενημέρωση σχετικά με τη διαδικασία από τον συγγενή του θανόντος. Εντούτοις, μόνον λίγοι θα λάβουν την άδεια^{1,40}, και πολλοί το θεωρούν πολύ δύσκολο να τη ζητήσουν υπό τις οδυνηρές συνθήκες της ανακοίνωσης ταυτόχρονα των δυσάρεστων νέων στους συγγενείς που πενθούν. Ως αποτέλεσμα, συχνά μόνον μη-επεμβατικές μέθοδοι εφαρμόζονται, στη βάση πως ό,τι δεν φαίνεται δεν προκαλεί και αναστάτωση. Οι ημέρες που εφαρμόζονταν οποιαδήποτε ιατρική πράξη χωρίς συγκατάθεση φτάνουν γρήγορα στο τέλος, και ίσως πλέον γίνεται όλο και πιο αναγκαίο να διοργανωθεί μια διαφημιστική εκστρατεία που να παρακινεί τους ανθρώπους να εκχωρούν εν ζωή την άδεια για εκπαίδευση στο νεκρό τους σώμα διαμέσου μιας εκ των προτέρων οδηγίας, όπως παρόμοια μπορούν να εκχωρούν την άδεια για λήψη οργάνων σώματος για μεταμόσχευση. Μπορεί να έχει τη μορφή της "εξαίρεσης από την" παρά της "συγκατάθεσης προς την" εν λόγω ρύθμιση, όμως κάτι τέτοιο θα απαιτούσε αλλαγές στο νομικό καθεστώς των περισσότερων χωρών. Συστήνεται όπως οι επαγγελματίες υγείας να γνωρίζουν την τακτική της περιοχής αλλά και του νοσοκομείου όσον αφορά σε αυτό το θέμα και να ακολουθούν την καθιερωμένη τακτική.

Επιστημονική έρευνα

Υπάρχουν σημαντικά θέματα δεοντολογίας και ηθικής που σχετίζονται με τη διεξαγωγή τυχαιοποιημένων κλινικών μελετών σε ασθενείς σε καρδιακή ανακοπή οι οποίοι δεν είναι σε θέση να δώσουν συγκατάθεση μετά από ενημέρωση για να συμμετέχουν σε ερευνητικές μελέτες. Η πρόοδος ως προς τη βελτίωση των πενιχρών ποσοστών επιτυχημένης αναζωογόνησης θα προέλθει μόνον από την προαγωγή της επιστήμης μέσα από κλινικές μελέτες. Η ωφελιμιστική άποψη της ηθικής και δεοντολογίας προσβλέπει στο μεγαλύτερο κέρδος για τους περισ-

σότερους ανθρώπους. Αυτό θα πρέπει να ισορροπεί σε σχέση με την αυτονομία του ασθενούς, σύμφωνα με την οποία ασθενείς δεν θα πρέπει να συμπεριλαμβάνονται σε ερευνητικές μελέτες χωρίς να λαμβάνεται η συγκατάθεσή τους μετά από ενημέρωση. Στη διάρκεια της τελευταίας δεκαετίας, νομικές οδηγίες έχουν ενσωματωθεί στις ΗΠΑ και στην Ευρωπαϊκή Κοινότητα^{42,43} οι οποίες θέτουν σημαντικούς περιορισμούς στην έρευνα σε ασθενείς κατά την αναζωογόνηση, χωρίς συναίνεση μετά από ενημέρωση από τον ασθενή ή από στενό του συγγενή⁴⁴. Υπάρχουν δεδομένα που δείχνουν πως τέτοιου είδους κανόνες εμποδίζουν την πρόοδο στην αναζωογόνηση μέσα από την έρευνα⁴⁵. Είναι μάλιστα πιθανό πως αυτές οι οδηγίες έρχονται σε αντίθεση με το θεμελιώδες ανθρώπινο δικαίωμα στην καλή ιατρική περίθαλψη όπως αυτή ορίστηκε στη Συμφωνία του Ελσίνκι¹². Η έρευνα στην αναζωογόνηση που προέρχεται από τις ΗΠΑ έχει μειωθεί δραματικά την τελευταία δεκαετία⁴⁶, και είναι πολύ πιθανό πως η Ευρωπαϊκή Ένωση θα ακολουθήσει, καθώς οι κανόνες εκεί είναι αυστηροί⁴⁷. Οι αρχές των ΗΠΑ, σε πολύ περιορισμένο βαθμό, αναζητούν τρόπους να ενσωματώσουν διαδικασίες εξαιρέσεως⁴², όμως ακόμα υπάρχουν προβλήματα και σχεδόν ανυπέρβλητες δυσκολίες⁴⁵.

Η επιστημονική έρευνα γύρω από τον προσφάτως θανόντα πολύ πιθανόν να αντιμετωπίσει παρόμοιους περιορισμούς εκτός εάν προηγουμένως έχει εκχωρηθεί άδεια ως μέρος εκ των προτέρων οδηγίας από τον ασθενή, ή εκτός εάν παραχωρηθεί άμεσα η άδεια από τον πλησιέστερο συγγενή. Η νομική ιδιοκτησία του προσφάτως θανόντα έχει καθιερωθεί μόνον σε λίγες χώρες, όμως σε πολλά κράτη έχει σιωπηρά τουλάχιστον συμφωνηθεί πως η σωρός "ανήκει" στους συγγενείς (εκτός εάν υπάρχουν ύποπτες συνθήκες θανάτου ή εάν η αιτία θανάτου είναι άγνωστη), και άδεια για κάθε είδους επιστημονική έρευνα θα πρέπει να παραχωρείται από τον πλησιέστερο συγγενή εκτός εάν υπάρχουν εκ των προτέρων οδηγίες που να δίνουν τη συγκατάθεση. Η λήψη της συγκατάθεσης από τους συγγενείς υπό τις συνθήκες της έντασης της πρόσφατης απώλειας είναι δυσάρεστη και μπορεί δυνητικά να τραυματίσει τη σχέση ιατρού με συγγενή.

Επιστημονική έρευνα μπορεί να διενεργηθεί κατά τη νεκροτομή, για παράδειγμα για τη μελέτη της

τραυματικής κάκωσης που οφείλεται σε συγκεκριμένες μεθόδους θωρακικών συμπίεσεων, όμως όλα τα όργανα του σώματος θα πρέπει να επιστραφούν στο θανόντα εκτός εάν ληφθεί ειδική άδεια από τους συγγενείς για κάτι διαφορετικό.

Η ανακοίνωση των δυσάρεστων νέων και η παροχή παρηγόριας

Η ανακοίνωση του θανάτου του ασθενούς στο συγγενή είναι μια δυσάρεστη αποστολή. Είναι μια στιγμή που ο συγγενής θα θυμάται για πάντα, γι' αυτό θα πρέπει να γίνεται με το σωστότερο δυνατό τρόπο και με ευαισθησία. Επιφορτίζει με σημαντικό άγχος τον ιατρό, ο οποίος έχει να επιτελέσει ένα δύσκολο καθήκον. Και οι δύο πιθανόν να χρειαστούν ψυχολογική υποστήριξη τις ώρες και ημέρες που ακολουθούν. Θα ήταν ωφέλιμο εάν η ανακοίνωση των δυσάρεστων νέων διδασκόταν στοιχειωδώς στην ιατρική σχολή ή σε μεταπτυχιακό επίπεδο¹.

Η συνάντηση με την οικογένεια στην περίπτωση του θανάτου χωρίς την παρουσία των συγγενών

Εάν οι συγγενείς δεν είναι παρόντες όταν ο ασθενής αποβιώσει, θα πρέπει να επικοινωνήσετε μαζί τους το συντομότερο δυνατό. Αυτός που θα αναλάβει να τηλεφωνήσει ίσως να μην είναι γνωστός στους συγγενείς και θα πρέπει να φροντίσει να γνωστοποιήσει με σαφήνεια τα στοιχεία του ή της και, ακολούθως, θα πρέπει να βεβαιωθεί για το βαθμό συγγένειας του καλούμενου με τον θανόντα. Σε πολλές περιπτώσεις δεν ανακοινώνεται πως ο ασθενής έχει αποβιώσει, εκτός εάν η απόσταση και ο χρόνος που απαιτείται για την προσέλευση είναι μεγάλοι (π.χ. ο συγγενής βρίσκεται σε άλλη χώρα). Αρκετοί θεωρούν πως είναι προτιμότερο να πούνε πως ο ασθενής είναι σε σοβαρή και κρίσιμη κατάσταση και ότι οι συγγενείς θα πρέπει να προσέλθουν άμεσα στο νοσοκομείο, ώστε οι πλήρεις εξηγήσεις να τους δοθούν πρόσωπο με πρόσωπο. Είναι θεμιτό να υπάρξει παράκληση προς τους συγγενείς να ζητήσουν από κάποιο φίλο να τους συνοδεύσει στο νοσοκομείο, και διαβεβαίωση πως δεν θα ωφελησει σε τίποτα εάν οδηγήσουν γρήγορα. Όταν φτάσουν οι συγγενείς θα πρέπει να τους υ-

ποδεχτεί ένα μέλος της ομάδας αξιόλογο και με βαθιά γνώση του θέματος, και θα πρέπει να τους εξηγηθεί άμεσα η κατάσταση. Οι καθυστερήσεις για την λεπτομερή αφήγηση των γεγονότων είναι βασιανιστικές.

Ποιος θα πρέπει να ανακοινώσει τα δυσάρεστα νέα στους συγγενείς;

Έχουν περάσει οι ημέρες που ήταν αποδεκτό ο πατερναλιστικός αρχαιότερος ιατρός να αναθέτει την ανακοίνωση των δυσάρεστων νέων σε νεότερο βοηθό. Στις μέρες μας, συμφωνείται γενικώς πως είναι καθήκον του αρχαιότερου ιατρού ή του επικεφαλής της ομάδας αναζωογόνησης να μιλήσει με τους συγγενείς. Εν τούτοις, είναι φρόνιμο να συνοδεύεται από μία έμπειρη νοσηλεύτρια που μπορεί να συμπαρασταθεί στον συγγενή (αλλά και στον ιατρό).

Που και πως θα πρέπει να ανακοινώσετε τα δυσάρεστα νέα;

Το περιβάλλον όπου ανακοινώνονται τα δυσάρεστα νέα είναι κεφαλαιώδους σημασίας. Θα πρέπει να υπάρχει ένα δωμάτιο παραπλεύρως για τους συγγενείς των βαρέως πασχόντων ασθενών, το οποίο θα πρέπει να είναι καλαίσθητα και άνετα επιπλωμένο, με ελεύθερη πρόσβαση σε τηλέφωνο, τηλεόραση και με φρέσκα λουλούδια καθημερινά (τα οποία μπορεί να προμηθεύει ο ανθοπώλης του ανθοπωλείου που διαθέτουν τα περισσότερα νοσοκομεία της Ευρώπης).

Υπάρχουν μερικές βασικές αρχές που θα πρέπει να ακολουθείτε όταν ανακοινώνετε τα δυσάρεστα νέα, και θα πρέπει να τηρείτε κατά γράμμα εάν πρόκειται να αποφύγετε σοβαρά λάθη και να μην ταλαιπωρείται ο συγγενής. Είναι απαραίτητο να γνωρίζετε τα γεγονότα του περιστατικού και να βεβαιωθείτε σε ποιόν απευθύνεστε. Η γλώσσα του σώματος είναι ζωτικής σημασίας. Πάντα να κάθεστε στο ίδιο επίπεδο με τον συγγενή και μην είστε όρθιοι όταν είναι καθισμένοι οι συγγενείς. Βεβαιωθείτε πως φοράτε καθαρά ρούχα καθώς δεν είναι καλό να είναι λεκιασμένα με αίμα. Μην δώσετε την εντύπωση πως είστε απασχολημένος και βιαστικός.

Ανακοινώστε τα νέα που περιμένουν να ακούσουν με αγωνία, χρησιμοποιώντας τις λέξεις "νεκρός" ή "πέθανε", "λυπάμαι πάρα πολύ που πρέπει να σας ανακοινώσω πως ο πατέρας / σύζυγος / γιος σας, πέθανε". Μην αφήσετε καθόλου περιθώρια για αμφιβολίες χρησιμοποιώντας φράσεις όπως "αποδημήσε", ή "μας άφησε", ή "πήγε εκεί ψηλά".

Η κατά αναλυτικό τρόπο αναφορά σε επιμέρους ιατρικές λεπτομέρειες σε αυτό το στάδιο δεν βοηθάει, γιατί περιμένετε έως ότου να ερωτηθείτε σχετικά. Η απτική επαφή επιτρέπεται, όπως να κρατήσετε το χέρι ή να βάλετε το χέρι σας στον ώμο, όμως οι άνθρωποι και τα έθιμα διαφέρουν και ο ιατρός θα πρέπει να το γνωρίζει αυτό. Μην νιώσετε ντροπή εάν ένα δάκρυ κυλήσει και από εσάς. Αφήστε χρόνο στο συγγενή να απομειώσει τα δυσάρεστα νέα. Οι αντιδράσεις μπορεί να διαφέρουν, συμπεριλαμβανομένων

- της ανακούφισης ("Είμαι τόσο ευτυχής που τα βιάσανά του τελείωσαν", ή "Εφυγε ξαφνικά, αυτό θα ευχόταν και ο ίδιος")
- του θυμού για τον ασθενή ("Του είχα πει να σταματήσει το κάπνισμα", ή "Ήταν πολύ χοντρός για να παίζει ποδόσφαιρο", ή "Δες μέσα σε τι χάλια με άφησε")
- της αυτό-ενοχής ("Μόνον να μη είχα μαλώσει μαζί του σήμερα το πρωί πριν φύγει για τη δουλειά", ή "Γιατί δεν είπα στον γιατρό ότι είχε πόνο στο στήθος;")
- του θυμού για το σύστημα υγείας ("Γιατί το ασθενοφόρο άργησε τόσο πολύ;", ή "Ο γιατρός ήταν πολύ άπειρος και δεν ήξερε τι έκανε")
- των ανεξέλεγκτων κραυγών πόνου και κλάματος και οδύνης
- της πλήρους ανέκφραστης κατατονίας

Είναι χρήσιμο να καθησυχάσετε την οικογένεια πως έκαναν τα πάντα σωστά, όπως να καλέσουν για βοήθεια και να έρθουν στο νοσοκομείο όμως, στη μεγάλη πλειοψηφία των περιπτώσεων, οι ιατροί δεν μπορούν να κάνουν την καρδιά να λειτουργήσει και πάλι.

Μπορεί να παρέλθει κάποιος χρόνος μέχρι να μπορεί να ξαναρχίσει η συζήτηση και, σε αυτό το στάδιο, ρωτήστε τους συγγενείς εάν έχουν απορι-

ες σχετικά με την κατάσταση της υγείας και την ιατρική αντιμετώπιση. Είναι συνετό να είστε τελείως ευθύς και ειλικρινής περί τούτων, όμως πάντα να επισημαίνετε πως "Δεν υπέφερε".

Στην πλειονότητα των περιπτώσεων ο συγγενής θα εκφράσει την επιθυμία να δει τη σωρό. Είναι σημαντικό, τόσο το σώμα, όσο και τα κλινοσκεπάσματα να είναι καθαρά και όλοι οι σωλήνες και οι καθετήρες να έχουν αφαιρεθεί, εκτός εάν είναι απαραίτητοι για διενέργεια νεκροτομής. Η εικόνα της σωρού θα αφήσει μια αίσθηση στο συγγενή που θα κρατήσει για πάντα. Η διενέργεια νεκροτομής μπορεί να είναι απαραίτητη, και θα πρέπει να ζητείται η άδεια με λεπτότητα και ευαισθησία, εξηγώντας πως η διαδικασία θα διενεργηθεί από ειδικευμένο ιατροδικαστή και πως θα βοηθήσει στον καθορισμό της ακριβούς αιτίας θανάτου.

Παιδιά

Η ανακοίνωση των δυσάρεστων νέων σε παιδιά μπορεί να αντιληφθεί κανείς πως παρουσιάζει ένα ειδικό πρόβλημα, όμως η εμπειρία δείχνει πως είναι προτιμότερο να είστε αρκετά ευθύς και ειλικρινής μαζί τους, ώστε να βοηθήσετε να διαλυθούν οι νοσηρές φαντασιώσεις που μπορούν να επινοήσουν τα παιδιά γύρω από τον θάνατο. Διευκολύνετε πολύ εφόσον επικοινωνήσετε με το σχολείο, ώστε οι δάσκαλοι και οι συμμαθητές να προετοιμαστούν να υποδεχθούν το παιδί πίσω στο σχολικό περιβάλλον με συμπαραστάση και ευαισθησία.

Επίλογος

Σε πολλές περιπτώσεις πρόκειται για την πρώτη βιωματική εμπειρία θανάτου από τον συγγενή, και θα πρέπει να τον συνδράμετε στη σύγχυση που προκαλεί η διαδικασία χορήγησης του επίσημου πιστοποιητικού θανάτου, στις διευθετήσεις σχετικά με την κηδεία και με την κοινωνικοοικονομική υποστήριξη από το νοσοκομείο ή την τοπική κοινωνική λειτουργό. Ανάλογα με τις θρησκευτικές πεποιθήσεις, ο πάτερ ή ο ιερέας του νοσοκομείου μπορεί να παίξει σημαντικό ρόλο. Οσάκις καταστεί εφικτό, θα πρέπει ο οικογενειακός ιατρός να ενημερωθεί άμεσα δια τηλεφώνου ή ηλεκτρονικού ταχυ-

δρομείου με τις απαραίτητες λεπτομέρειες σχετικά με το περιστατικό, ώστε να παρέχει πλήρη συμπαράσταση στους συγγενείς. Πάντα εκτιμάται ένα τηλεφώνημα που επακολουθεί μία ή δύο μέρες μετά από μέλος του προσωπικού του νοσοκομείου που είχε ασχοληθεί με το περιστατικό, προσφερόμενο να βοηθήσει και να απαντήσει σε κάθε ερώτηση που μπορεί ο συγγενής είχε ξεχάσει να θέσει όταν συνέβαιναν τα γεγονότα.

Η ενημέρωση του προσωπικού

Παρόλο που πολλά μέλη του προσωπικού φαίνεται, και συχνά έτσι είναι, να συγκινούνται ελάχιστα από τον θάνατο κατά τη διάρκεια της εργασίας τους, αυτό δεν θα πρέπει να θεωρείται δεδομένο εκ προοιμίου. Η αίσθηση της ολοκλήρωσης και της ικανοποίησης της εργασίας μπορεί να επηρεαστεί δυσμενώς, και μπορεί να υπάρχουν συναισθήματα ενοχής, ανεπάρκειας και αποτυχίας. Αυτό μπορεί να είναι ιδιαίτερα εμφανές, χωρίς να περιορίζεται όμως, στα πολύ νεαρά μέλη του προσωπικού. Η ενημέρωση της ομάδας σχετικά με τα γεγονότα θα πρέπει να διενεργείται με θετικές και εποικοδομητικές τεχνικές κριτικής και συμβουλές σχετικά με τη διαχείριση του πένθους θα πρέπει να παρέχονται εξατομικευμένα σε όσους τις έχουν ιδιαίτερη ανάγκη. Το πώς θα γίνει αυτό ποικίλει ανάλογα με το άτομο και μπορεί να περιλαμβάνει από μια άτυπη συνομιλία σε μπαρ ή καφέ (που φαίνεται να είναι αποτελεσματική σε πολλές περιπτώσεις) έως την παροχή συμβουλών από επαγγελματία του είδους. Θα πρέπει να γίνει κατανοητό πως η θλίψη μετά από ένα θάνατο στη διάρκεια της εργασίας μπορεί να είναι μια φυσιολογική αντίδραση σε μια ασυνήθιστη κατάσταση.

Συμπεράσματα

Η αναζωογόνηση έχει προσφέρει σε πολλούς παρόμοια της ζωής, προς μεγάλη ευχαρίστηση των ιδίων και των συγγενών τους, όμως δυνητικά μπορεί να φέρει τη δυστυχία σε μερικούς. Το κεφάλαιο επιλαμβάνεται του πώς αυτή η δυστυχία μπορεί να περιοριστεί με το να μην επιχειρείται αναζωογόνηση σε ακατάλληλες περιπτώσεις ή σε περιπτώσεις

έγκυρης εκ των προτέρων οδηγίας, και πότε να διακόπτεται η προσπάθεια αναζωογόνησης σε περιπτώσεις ματαιοπονίας ή PVS.

Ηθικά ζητήματα όπως η εκπαίδευση και η επισημονική έρευνα επί του προσφάτως θανόντα, και η παρουσία των μελών της οικογενείας κατά την προσπάθεια της αναζωογόνησης, επιβαρύνουν περαιτέρω το ιατρικό επάγγελμα όμως θα πρέπει να

εξετάζονται με κατανόηση, και με εκτίμηση προς την αυξανόμενη αυτονομία των ασθενών και προς τα δικαιώματα του ανθρώπου σε όλο τον κόσμο.

Τέλος, η ανακοίνωση των δυσάρεστων νέων είναι ένα από τα πιο δύσκολα καθήκοντα που αντιμετωπίζει το ιατρικό και νοσηλευτικό επάγγελμα. Απαιτεί χρόνο, εκπαίδευση, συμπόνια και κατανόηση.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Baskett PJ, Lim A. The varying ethical attitudes towards resuscitation in Europe. *Resuscitation* 2004;62:267-73.
- Sprung CL, Cohen SL, Sjokvist P, et al. End-of-life practices in European intensive care units: the Ethicus Study. *JAMA* 2003;290:790-7.
- Richter J, Eisemann MR, Bauer B, Kreibeck H, Astrom S. Decision-making in the treatment of elderly people: a cross-cultural comparison between Swedish and German physicians and nurses. *Scand J Caring Sci* 2002;16:149-56.
- da Costa DE, Ghazal H, Al Khusaiby S. Do not resuscitate orders and ethical decisions in a neonatal intensive care unit in a Muslim community. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2002;86:F115-9.
- Ho NK. Decision-making: initiation and withdrawing life support in the asphyxiated infants in developing countries. *Singapore Med J* 2001;42:402-5.
- Richter J, Eisemann M, Zgonnikova E. Doctors' authoritarianism in end-of-life treatment decisions. A comparison between Russia, Sweden and Germany. *J Med Ethics* 2001;27:186-91.
- Cuttini M, Nadai M, Kaminski M, et al. End-of-life decisions in neonatal intensive care: physicians' self-reported practices in seven European countries. EURONIC Study Group. *Lancet* 2000;355:2112-8.
- Konishi E. Nurses' attitudes towards developing a do not resuscitate policy in Japan. *Nurs Ethics* 1998;5:218-27.
- Muller JH, Desmond B. Ethical dilemmas in a cross-cultural context. A Chinese example. *West J Med* 1992;157:323-7.
- Edgren E. The ethics of resuscitation; differences between Europe and the USA-Europe should not adopt American guidelines without debate. *Resuscitation* 1992;23:85-9.
- Beauchamp TL, Childress J, editors. *Principles of biomedical ethics*. 3rd ed. Oxford: Oxford University Press; 1994.
- Declaration of Helsinki. Ethical principles for medical research involving human subjects adopted by the 18th WMA General Assembly, Helsinki, Finland, June 1964 and amended at the 29th, 35th, 41st, 48th, and 52nd WMA Assemblies. Geneva, 1964.
- Aasland OG, Forde R, Steen PA. Medical end-of-life decisions in Norway. *Resuscitation* 2003;57:312-3.
- Danciu SC, Klein L, Hosseini MM, Ibrahim L, Coyle BW, Kehoe RF. A predictive model for survival after in-hospital cardiopulmonary arrest. *Resuscitation* 2004;62:35-42.
- Dautzenberg PL, Broekman TC, Hooyer C, Schonwetter RS, Duursma SA. Review: patient-related predictors of cardiopulmonary resuscitation of hospitalized patients. *Age Ageing* 1993;22:464-75.
- Haukoos JS, Lewis RJ, Niemann JT. Prediction rules for estimating neurologic outcome following out-of-hospital cardiac arrest. *Resuscitation* 2004;63:145-55.
- Herlitz J, Engdahl J, Svensson L, Young M, Angquist KA, Holmberg S. Can we define patients with no chance of survival after out-of-hospital cardiac arrest? *Heart* 2004;90:1114-8.
- Herlitz J, Engdahl J, Svensson L, Angquist KA, Young M, Holmberg S. Factors associated with an increased chance of survival among patients suffering from an out-of-hospital cardiac arrest in a national perspective in Sweden. *Am Heart J* 2005;149:61-6.
- Ebell MH. Prearrest predictors of survival following in-hospital cardiopulmonary resuscitation: a meta-analysis. *J Fam Pract* 1992;34:551-8.
- Hillman K, Parr M, Flabouris A, Bishop G, Stewart A. Redefining in-hospital resuscitation: the concept of the medical emergency team. *Resuscitation*

- 2001;48:105-10.
21. The MERIT study investigators. Introduction of the medical emergency team (MET) system: a cluster-randomised controlled trial. *Lancet* 2005;365:2091-7.
 22. Sovik O, Naess AC. Incidence and content of written guidelines for "do not resuscitate" orders. Survey at six different somatic hospitals in Oslo. *Tidsskr Nor Laegeforen* 1997;117:4206-9.
 23. Bonnin MJ, Pepe PE, Kimball KT, Clark Jr PS. Distinct criteria for termination of resuscitation in the out-of-hospital setting. *JAMA* 1993;270:1457-62.
 24. Kellermann AL, Hackman BB, Somes G. Predicting the outcome of unsuccessful prehospital advanced cardiac life support. *JAMA* 1993;270:1433-6.
 25. Steen S, Liao Q, Pierre L, Paskevicius A, Sjoberg T. Evaluation of LUCAS, a new device for automatic mechanical compression and active decompression resuscitation. *Resuscitation* 2002;55:285-99.
 26. Naess A, Steen E, Steen P. Ethics in treatment decisions during out-of-hospital resuscitation. *Resuscitation* 1997;35:245-56.
 27. Joint Royal Colleges Ambulance Liaison Committee. Newsletter 1996 and 2001. Royal College of Physicians: London.
 28. Doyle CJ, Post H, Burney RE, Maino J, Keefe M, Rhee KJ. Family participation during resuscitation: an option. *Ann Emerg Med* 1987;16:673-5.
 29. Adams S, Whitlock M, Higgs R, Bloom P, Baskett PJ. Should relatives be allowed to watch resuscitation? *BMJ* 1994;308:1687-92.
 30. Hanson C, Strawser D. Family presence during cardiopulmonary resuscitation: Foote Hospital emergency department's nine-year perspective. *J Emerg Nurs* 1992;18:104-6.
 31. Cooke MW. I desperately needed to see my son. *BMJ* 1991;302:1023.
 32. Gregory CM. I should have been with Lisa as she died. *Accid Emerg Nurs* 1995;3:136-8.
 33. Boie ET, Moore GP, Brummett C, Nelson DR. Do parents want to be present during invasive procedures performed on their children in the emergency department? A survey of 400 parents. *Ann Emerg Med* 1999;34:70-4.
 34. Boudreaux ED, Francis JL, Loyacano T. Family presence during invasive procedures and resuscitations in the emergency department: a critical review and suggestions for future research. *Ann Emerg Med* 2002;40:193-205.
 35. Martin J. Rethinking traditional thoughts. *J Emerg Nurs* 1991;17:67-8.
 36. Robinson SM, Mackenzie-Ross S, Campbell Hewson GL, Egleston CV, Prevost AT. Psychological effect of witnessed resuscitation on bereaved relatives. *Lancet* 1998;352:614-7 [comment].
 37. Baskett PJF. The ethics of resuscitation. In: Colquhoun MC, Handley AJ, Evans TR, editors. *The ABC of resuscitation*. 5th ed. London: BMJ Publishing Group; 2004.
 38. Azoulay E, Sprung CL. Family-physician interactions in the intensive care unit. *Crit Care Med* 2004;32:2323-8.
 39. Bouchner H, Vinci R, Waring C. Pediatric procedures: do parents want to watch? *Pediatrics* 1989;84:907-9.
 40. Resuscitation Council (UK) Project Team. *Should relatives witness resuscitation?* London, UK: Resuscitation Council; 1996.
 41. Morag RM, DeSouza S, Steen PA, et al. Performing procedures on the newly deceased for teaching purposes: what if we were to ask? *Arch Intern Med* 2005;165:92-6.
 42. US Department of Health and Human Services. Protection of human subjects: informed consent and waiver of informed consent requirements in certain emergency circumstances. In: 61 Federal Register 51528 (1996) codified at CFR #50.24 and #46.408; 1996.
 43. Fontaine N, Rosengren B. Directive/20/EC of the European Parliament and Council of 4th April 2001 on the approximation of the laws, regulations and administrative provisions of the Member States relating to the implementation of good clinical practice in the conduct of trials on medical products for human use. *Off J Eur Commun* 2001;121:34-44.
 44. Lemaire F, Bion J, Blanco J, et al. The European Union Directive on Clinical Research: present status of implementation in EU member states' legislations with regard to the incompetent patient. *Intensive Care Med* 2005;31:476-9.
 45. Nichol G, Huszti E, Rokosh J, Dumbrell A, McGowan J, Becker L. Impact of informed consent requirements on cardiac arrest research in the United States: exception from consent or from research? *Resuscitation* 2004;62:3-23.
 46. Mosesso Jr VN, Brown LH, Greene HL, et al. Conducting research using the emergency exception from informed consent: the public access defibrillation (PAD) trial experience. *Resuscitation* 2004;61:29-36.
 47. Sterz F, Singer EA, Bottiger B, et al. A serious threat to evidence based resuscitation within the European Union. *Resuscitation* 2002;53:237-8.