

Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής, "Ευθανασία. Αφιέρωμα στον πρώτο Πρόεδρο της Επιτροπής Γεώργιο Κουμάντο", Δρακοπούλου, Μ.(επιμ), Εκδόσεις Θέμις, Ν.Α.Σάκκουλας & Σία ΟΕ", Αθήνα, 2012, σελ. (σ.153-194)

7. Ελένη Ρεθυμιωτάκη, Ευθανασία και διαθήκες ζωής, Εισήγηση στην Ημερίδα που οργανώθηκε από την Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής για τα 10 χρόνια Λειτουργίας της (1999-2009) με θέμα: *Ευθανασία*, στις 2/12/09.

(Δημοσιεύτηκε και σε: Μ. Δρακοπούλου (επιμ.), *Ευθανασία, Αφιέρωμα στον πρώτο πρόεδρο της Επιτροπής Γεώργιο Κουμάντο*, Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής 10 Χρόνια Λειτουργίας 1999-2009, Αθήνα, Εκδόσεις Θέμις, Νικ. Σάκκουλας Ο.Ε., 2012, σελ. 153-194)

Όσο περισσότερο η ιατρική επιστήμη εξελίσσει την γνώση και την τεχνολογία της για να αντιμετωπίσει τις μεγάλες ασθένειες της εποχής μας τόσο εντονότερα συζητείται η ευθανασία. Το ζήτημα είναι πολύ ευρύ και τοποθετείται στα πεδία του δικαίου και της βιοηθικής. Το παρόν άρθρο το προσεγγίζει υπό το πρίσμα του δικαιώματος του ασθενή να θέτει ο ίδιος τα όρια της θεραπευτικής του μεταχείρισης. Ειδικότερα διερευνάται: 1) Η νομική φύση των λεγόμενων «διαθηκών ζωής» ή ορθότερα «προγενέστερων οδηγιών για το τέλος της ζωής» του ασθενή. Οι οδηγίες αποτελούν έκφραση της συναίνεσης ή άρνησης του σε ιατρικές πράξεις, 2) Το κοινωνικό πλαίσιο όπου ανέκυψαν, δηλαδή η κοινωνική κρίση της αυθεντίας του γιατρού σε συνδυασμό με την νομική ενίσχυση του δικαιώματος αυτοδιάθεσης του ασθενή καθώς και οι διάφορες νομοθετικές επιλογές, 3) Οι προϋποθέσεις εγκυρότητας, των προγενέστερων οδηγιών ως μορφή έκφρασης συναίνεσης ή άρνησης ασθενή, 5) Η δεσμευτικότητα των οδηγιών και η ευθύνη του γιατρού εάν δεν τις ακολουθεί και τέλος, 6) Το όριο της αυτονομίας του ασθενή, δεν υπάρχει δικαίωμα στο θάνατο και δεν υπερισχύει σε κάθε περίπτωση η βούλησή του.

1.Οι «προγενέστερες οδηγίες για το τέλος της ζωής» του ασθενή ως έκφραση συναίνεσης ή άρνησης σε θεραπευτικές ιατρικές πράξεις

Ο όρος «διαθήκη ζωής» (living will) περιγράφει μια δήλωση βούλησης με την οποία ένα πρόσωπο εκφράζει την συναίνεση ή την άρνηση του να

υποβληθεί σε ορισμένες θεραπείες για την περίπτωση που σε μεταγενέστερο χρόνο καταστεί φυσικά ανίκανο να αντιληφτεί ή να εκτιμήσει την κατάσταση της υγείας του και να εκφράσει τη βούληση του. Ορισμένες ευρωπαϊκές χώρες όπως η Αυστρία, η Ολλανδία και το Βέλγιο έχουν ήδη ρυθμίσει το θεσμό ειδικότερα τις προϋποθέσεις, τον τύπο, την δεσμευτικότητα και τα δύο βασικά είδη τους¹. Είτε πρόκειται για οδηγίες με τις οποίες ο ίδιος ασθενής αρνείται ή αποδέχεται εκ των προτέρων να υποβληθεί σε κάποιες συγκεκριμένες θεραπείες που θα του προταθούν στο μέλλον από τον θεράποντα γιατρό με βάση την αναμενόμενη πορεία της ασθένειας του. Είτε πρόκειται για την ορισμό ενός συγκεκριμένου προσώπου, υποδεικνύει ως αντιπρόσωπο του σε θέματα υγείας, δηλαδή εξουσιοδοτεί να λάβει στο μέλλον ιατρικές αποφάσεις στο όνομα και για λογαριασμό του π.χ. προτού να υποβληθεί σε μια επικίνδυνη εγχείρηση. Με βάση τον παραπάνω ορισμό αποτελούν ένα μέσο ώστε να διατηρήσει ο ασθενής την δυνατότητα να ασκεί το δικαίωμα του αυτοπροσδιορισμού του, να συναινεί ή να αρνείται να υποβληθεί σε μια θεραπεία, σε καταστάσεις που πλέον δεν θα μπορεί πρακτικά να το κάνει (ανεξάρτητα εάν παραμένει δικαιοπρακτικά ικανό με την νομική έννοια του όρου).

Ο όρος «διαθήκη» χρησιμοποιείται μάλλον αδόκιμα, από την άποψη του αστικού δικαίου. Η διαθήκη προβλέπεται από το κληρονομικό δίκαιο. Ορίζεται ως μονομερής δήλωση βουλήσεως με την οποία κάποιος ορίζει την τύχη των περιουσιακών αγαθών του μετά το θάνατο του. Είναι μια δικαιοπραξία, μη απευθυντέα δηλαδή επιφέρει τα έννομα αποτελέσματα χωρίς να χρειάζεται να περιέλθει σε κάποιον άλλον. Για αυτό το λόγο και ανακαλείται ελεύθερα μέχρι το χρόνο θανάτου του κληρονομούμενου. Η επέλευση του θανάτου του δικαιούχου διαθέτη αποτελεί προϋπόθεση να

¹ Institute of Biomedical Ethics, University of Zurich, with the support of European Science Foundation (ESF), *Exploratory Workshop Advance Directives : Towards a Coordinated European Perspective?* Switzerland, 18-22 June 2008, www.esf.org/activities/exploratory-workshops and Andorno R., Report to the Council of Europe, *The previously expressed wishes relating to health care. Common Principles and differing rules in national legal systems*, 35th meeting 2-5 December, Strasbourg, 2008, Introduction σ. 3.

ενεργοποιηθεί η διαθήκη. Αλλά εν προκειμένω πρώτον όταν ο ασθενής πεθάνει η «διαθήκη ζωής» δεν έχει πλέον νόημα. Αντίθετα αυτή ενεργοποιείται πριν τον θάνατο του ασθενούς, στο μεταίχμιο μεταξύ ζωής και βέβαια επερχόμενου θανάτου, σύμφωνα με τα πορίσματα της ιατρικής επιστήμης. Δεύτερον η διαθήκη είναι τυπική δικαιοπραξία. Το δε περιεχόμενο της είναι περιορισμένο από το νόμο, οι διατάξεις αιτία θανάτου υπόκεινται στην αρχή του κλειστού αριθμού². Κατά κύριο λόγο η διαθήκη μπορεί να περιέχει παροχικές διατάξεις με τις οποίες ο κληρονομούμενος διαθέτει, καταλείπει τα περιουσιακά στοιχεία σε ορισμένα πρόσωπα. Επίσης δύναται να ρυθμίζονται ορισμένα ρητά προβλεπόμενα ζητήματα προσωπικής φύσης π.χ. εκούσια αναγνώριση τέκνου εκτός γάμου. Κάθε είδους δηλώσεις που περιλαμβάνονται, πέραν των αυστηρά προβλεπομένων δεν ανήκουν στις διατάξεις αιτία θανάτου και απλώς καταλαμβάνονται από την οικεία ρύθμιση³. Επομένως σύμφωνα με τα παραπάνω οτιδήποτε άλλη δήλωση βούλησης που θα επιφέρει έννομα αποτελέσματα αιτία θανάτου του διαθέτη δεν αποτελεί διαθήκη.

Τρίτον ο όρος «διαθήκη ζωής» είναι παραπλανητικός με την έννοια ότι προκαλεί έναν νομικό συνειρμό που εύκολα την καθιστά μια απαγορευμένη δικαιοπραξία. Εάν με την διαθήκη κάποιος διαθέτει τα περιουσιακά αγαθά του τότε τι ακριβώς διαθέτει εν προκειμένω; Την ζωή του; Μα έχει εξουσία διαθέσεως της ζωής του; Κάτι τέτοιο δεν απαγορεύεται από το ποινικό δίκαιο, σύμφωνα με την κρατούσα άποψη που αποδίδει στη ζωή απόλυτη αξία, οπότε η δικαιοπραξία είναι άκυρη; Όλο το δίκαιο προστατεύει την ανθρώπινη ζωή και ιδιαίτερα το ποινικό τιμωρεί αυστηρότατα την προσβολή της. Αλλά ακόμα και εάν δεχτούμε ότι ο ίδιος ο φορέας της ζωής έχει de facto την δυνατότητα να την διαθέσει (αυτο-προσβολή) το βέβαιο είναι ότι είναι άκυρη η συναίνεση της προσβολή της από τρίτον (ετερο-

² Φίλιος, Π., *Κληρονομικό δίκαιο, Ειδικό Μέρος*, Αντ.Ν.Σάκκουλας, Αθήνα-Θεσσαλονίκη, 2009^{7η}, σ.166 επ.

³ *ibid* και ΑΠ 808/1975 ΝοΒ ΚΔ' σ. 163.

προσβολή). Μήπως η αποχή από την θεραπεία θεωρείται βλάβη που προκαλεί ο γιατρός στο σώμα του ασθενή που αντιτίθεται στην δημόσια τάξη, έστω και εάν συναινεί ο φορέας της⁴; Η μήπως ο ασθενής διαθέτει με τη διαθήκη το σώμα του; Θεωρείται κύριος του σώματος του, ότι το εξουσιάζει απόλυτα με τον ίδιο τρόπο που εξουσιάζει τα πράγματα⁵; Ή το σώμα του είναι το φυσικό υπόβαθρο της προσωπικότητας του, του ανθρώπινου εαυτού του που έχει δικαίωμα αυτοδιάθεσης; Το ζήτημα ανάγεται εντέλει σε ένα από τα πιο προκλητικά θέματα για το ιδιωτικό δίκαιο του 21^{ου} αιώνα.

Αντίθετα οι όροι «προγενέστερες δηλώσεις του ασθενή» (advance directives) ή «οδηγίες του ασθενή για το τέλος της ζωής του» θέτουν εξαρχής το πρόβλημα στη σωστή βάση. Αναδεικνύουν το ουσιαστικό ζήτημα που τίθεται, δηλαδή το ποιος αποφασίζει για τον ασθενή στο τέλος της ζωής του ή σε άλλες καταστάσεις που αυτός δεν μπορεί να το πράξει; Τρεις είναι οι πιθανοί πόλοι της λήψης αυτών των αποφάσεων συν το συνδυασμό τους:

α) Ο γιατρός ή ορθότερα η ιατρική ομάδα. Αυτή είναι σε θέση να αποφασίσει με αναφορά στην επιστημονική γνώση, την κλινική εμπειρία και την πρακτική εμπειρία στην επίλυση των ηθικών διλημμάτων που γεννά η καθημερινή νοσοκομειακή πρακτική.

⁴ Κατσαβριάς, Γ., *Το άδικο της συμμετοχής σε αυτοκτονία (301 ΠΚ). Η ερμηνεία μιας διάταξης υπό το πρίσμα της αναζήτησης ενός δικαιώματος αυτοδιάθεσης της ζωής*, Διπλωματική εργασία, Ψηφιοθήκη Αριστοτέλειου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, invenio.lib.auth.gr/record/107338/usage

⁵ Arnaux, I., *Les droits de l'être humain sur son corps*, Presses Universitaires de Bordeaux, Bordeaux, 2003, Παπαχρίστου, Θ.Κ., «Πρόσωπα» και «πράγματα» στο μοντέρνο δίκαιο (με αφορμή τη φύση του γεννητικού υλικού), Τιμητικός τόμος Ι. Μανωλεδάκη ΙΙΙ, σ. 915-926, Αθήνα, 2007, Κουνουγέρη-Μανωλεδάκη Ε., Σπέρμα, ωάριο και γονιμοποιημένο ωάριο που βρίσκονται έξω από το ανθρώπινο σώμα – Η νομική τους φύση και μεταχείριση κατά το Αστικό Δίκαιο, Αρμ. 1999, σ. 468 επ., Βιδάλης Τ., Ζωή χωρίς πρόσωπο. Το Σύνταγμα και η χρήση του ανθρώπινου γενετικού υλικού, Αντ. Ν. Σάκκουλας, Αθήνα, 1999 και Κούρτης, Μ., *Αστικό δίκαιο μεταμοσχεύσεων*, Αθήνα, Δίκαιο & Οικονομία. Π.Ν. Σάκκουλας Α.Ε., 2002, σ. 88 επ.

β) Ο ίδιος ο ασθενής με προγενέστερες οδηγίες. Ο μόνος αρμόδιος να συνυπολογίσει όλες τις παραμέτρους και ο κατεξοχήν θιγόμενος από αποφάσεις που αφορούν την ζωή και την προσωπικότητά του. Με ποιο τρόπο όμως θα διασφαλιστεί η αυθεντικότητα της βούλησης; Πόσο πρόσφατα πρέπει να έχουν διατυπωθεί; Τι γίνεται εάν υπάρχουν ασαφείς ή αντιφατικές οδηγίες;

γ) Οι συγγενείς. Αυτούς εξουσιοδοτεί ο νομοθέτης να υποκατασταθούν στην εξουσία του ασθενή να εκφράσει την συναίνεση του. Αυτοί ενημερώνονται εμπεριστατωμένα και άμεσα, χωρίς χρονική απόσταση για την ακριβή κατάσταση της υγείας του ασθενή. Και εάν διαφωνούν μεταξύ τους, ποιανού γνώμη υπερισχύει και με ποια κριτήρια;

δ) Ο συνδυασμός τους. Μήπως πρέπει να συνδυάζονται τα τρία παραπάνω και να λαμβάνονται αποφάσεις σχετικά με το τέλος της ζωής ad hoc, ενόψει κάθε ειδικότερου συνδυασμού με την διαμεσολάβηση νοσοκομειακών επιτροπών δεοντολογίας, όπου μετέχουν άλλοι γιατροί (πλην της θεραπευτικής ομάδας), νομικοί, θεολόγοι, φιλόσοφοι και ψυχολόγοι;

Οι προγενέστερες οδηγίες του ασθενή αποτελούν ένα νομικό μέσο που ενισχύει την δυνατότητα ενός αρρώστου να ασκεί το δικαίωμα του αυτοπροσδιορισμού του σε καταστάσεις που πλέον δεν μπορεί να το κάνει (ανεξάρτητα εάν παραμένει δικαιοπρακτικά ικανός με την νομική έννοια του όρου). Έτσι ολόκληρες κατηγορίες ασθενών αποκτούν ένα νομικό μέσο να εκφράσουν την βούληση τους σχετικά με την θεραπευτική μεταχείριση τους στο τέλος της ζωής τους, όταν πλέον θα στερούνται την ικανότητα αντίληψης ή έκφρασης βούλησης εξαιτίας της ασθένειας τους. Είτε επειδή είναι υπερήλικες και φοβούνται την κατάχρηση της ιατρικής υποστήριξης (over treatment) και την απάνθρωπη παράταση της ζωής τους π.χ. σε περίπτωση που επιβιώνουν μετά από εγκεφαλικό επεισόδιο. Είτε επειδή είναι ασθενείς που πάσχουν από θανατηφόρες αρρώστιες π.χ. καρκίνο ή AIDS και ανησυχούν για την μεταχείριση τους σε προχωρημένο

και ιδιαίτερα επώδυνο στάδιό τους. Αντίθετα δεν υπάγονται άλλου είδους επιθυμίες, όπως αυτές υγιών ανθρώπων που λόγω θρησκείας αρνούνται συγκεκριμένες επεμβάσεις π.χ. την μετάγγιση αίματος. Επίσης ορισμένες είναι και οι ιατρικές πράξεις που θέτουν τέτοιου είδους ζήτημα παράτασης ζωής χωρίς δυνατότητα λήψης της συναίνεσης του ασθενή, όπως π.χ. για πράξεις που υποστηρίζουν ζωτικές λειτουργίες του ασθενούς χωρίς τις οποίες αποκλείεται η επιβίωση του όταν ο ασθενής βρίσκεται σε καταστολή ή σε κώμα και μπορεί να παρατείνουν την ζωή του⁶. Ωστόσο οι προγενέστερες οδηγίες δεν μπορούν να λειτουργήσουν ούτε σε όλες τις μεγάλες ασθένειες της εποχής μας ούτε σε όλες τις ιατρικές πράξεις. Είναι εξαιρετικά δύσκολο π.χ. να διατυπώσει προγενέστερες οδηγίες για την θεραπευτική μεταχείριση του κάποιος που πάσχει από άνοια, με την προϋπόθεση ότι θα ενεργοποιηθούν όταν η ασθένεια προχωρήσει και χάσει τις διανοητικές ικανότητες του⁷.

Οι προγενέστερες οδηγίες του ασθενή αποτελούν λοιπόν μια ειδική περίπτωση έκφρασης της συναίνεσης ή της άρνησης του να υποβληθεί σε κάποια θεραπεία. Το ιδιαίτερο χαρακτηριστικό τους συνίσταται στο ότι αφορούν ιατρικές πράξεις σε ασθενή που δεν μπορεί πλέον να συναινέσει. Ανάλογα με το είδος τους έχουν σκοπό είτε την έκφραση της αυθεντικής βούλησής του είτε την υποκατάσταση της βούλησής του από αυτήν ενός αντιπροσώπου. Στην πρώτη περίπτωση ο ασθενής εκφράζει την αυθεντική βούληση του που όμως έχει παγώσει στο χρόνο αφού πλέον δεν μπορεί ούτε να ενημερωθεί για τυχόν νέα δεδομένα ούτε να την αλλάξει. Στην

⁶ Βιδάλης, Τ., (α) *Βιοδίκαιο, Πρώτος τόμος: Το πρόσωπο*, Δημοσιεύματα Ιατρικού δικαίου και Βιοηθικής, 6, Εκδ. Σάκκουλα, Αθήνα-Θεσσαλονίκη, σ. 2007, 95 επ.

⁷ Η ελευθερία αυτοδιάθεσης του ασθενή περιορίζεται από τον φόβο ότι θα γίνει βάρος στο περιβάλλον του ή το συγγενικό περιβάλλον πιέζει επειδή φοβάται να επωμιστεί το βάρος της φροντίδας. Επιπλέον κάποια στιγμή είναι βέβαιο ότι ο πάσχων δεν θα είναι σε θέση να ανακαλέσει τις οδηγίες του. Τέλος, είναι εξαιρετικά δύσκολο να προσδιορίσει ο ασθενής το χρονικό σημείο που θα ενεργοποιηθεί το αίτημα του για αποχή από θεραπεία ώστε να επιβεβαιώσει ο γιατρός ότι επήλθε. Επειδή χάνονται διαδοχικά οι ικανότητες αντίληψης και επικοινωνίας, με ποιο κριτήριο θα επιλεγεί η στιγμή του θανάτου και από ποιόν, το γιατρό ή το συγγενή; Roth, M., *Euthanasia and related ethical issues in dementias of later life with special reference to Alzheimer's disease*, *British Medical Bulletin* 1996, 52/2, σ. 263-279

δεύτερη περίπτωση αποφασίζει κάποιος άλλος για τον ασθενή, ο οποίος μπορεί να έχει λάβει οδηγίες και επιπλέον να ενημερωθεί και να αποφασίσει με βάση τυχόν νέα δεδομένα. Από τυπική άποψη τίθεται λοιπόν το ερώτημα εάν και με ποιες προϋποθέσεις ένας τέτοιος τρόπος έκφρασης συναίνεσης ή άρνησης προσώπου να υποβληθεί σε θεραπεία είναι σύννομος με τις βασικές αρχές που προβλέπουν οι νομικοί και δεοντολογικοί κανόνες, κυρίως η Ευρωπαϊκή Σύμβαση για τα ανθρώπινα δικαιώματα και την Βιοϊατρική και ο Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας.

Γενικότερα η νομική φύση της συναίνεσης έχει προβληματίσει έντονα και όχι τυχαία την νομική θεωρία. Από την σκοπιά του γιατρού η λήψη της συναίνεσης αποτελεί δεοντολογικό καθήκον και πλέον μετά την Ευρωπαϊκή Σύμβαση, νομική υποχρέωση του. Ουσιαστική προϋπόθεση της αποτελεί η ειδική και εμπεριστατωμένη ενημέρωση του ασθενή που τον καθιστά ικανό να μετέχει σε οποιαδήποτε απόφαση που αφορά την θεραπεία του. Από την πλευρά όμως του ασθενή υπάρχει διαφωνία για τη νομική φύση της συναίνεσης⁸. Επικρατεί μεν η άποψη ότι η συναίνεση δεν είναι δικαιοπραξία, έκφραση ελεύθερης βούλησης που κατευθύνεται σε έννομο αποτέλεσμα. Οι διατάξεις για τις δικαιοπραξίες εφαρμόζονται αναλογικά. Επίσης ότι η συναίνεση δεν εμπίπτει στην έννοια της συγκατάθεσης κατά τα άρθρα 236-238 ΑΚ⁹. Ωστόσο δεν υπάρχει συμφωνία για το τι είναι η συναίνεση. Θεωρείται είτε οιονεί δικαιοπραξία (ανακοίνωση βούλησης)¹⁰ είτε μια απλή νομιμοποιητική πράξη, ένα πραγματικό γεγονός που αίρει (ή αποκλείει) τον παράνομο χαρακτήρα της

⁸ Καράκωστας, Ι., *Ιατρική Ευθύνη. Χαρακτηριστικά γνωρίσματα & νομική διάσταση κανόνων ιατρικής δεοντολογίας*, Νομική Βιβλιοθήκη, Αθήνα, 2008. σ. 19 και Φουντεδάκη, Κ., *Ο νέος κώδικας ιατρικής δεοντολογίας (ν.3418/2005): Βασικές ρυθμίσεις νομική, ιατρική και κοινωνιολογική προσέγγιση*, Δημοσιεύματα ιατρικού δικαίου και βιοηθικής, εκδ. Σάκκουλα, Αθήνα-Θεσσαλονίκη, 2007.

⁹ Δεν πρόκειται για συναίνεση τρίτου προς μια δικαιοπραξία μεταξύ άλλων την οποία απλώς ενεργοποιεί όταν, Δωρής, σε: ΑΚ Γεωργιάδη/Σταθόπουλο, άρθρ. 236 αρ.4.

¹⁰ Πρόκειται για μια εξωτερίκευση, ανακοίνωση βούλησης με αποτέλεσμα την επέλευση εννόμων συνεπειών που προβλέπονται νομοθετικά ανεξάρτητα εάν ο δηλών τις είχε θελήσει, και Παπαντωνίου, Ν., *Γενικές Αρχές*, Αφ. Σάκκουλα, Αθήνα, 1983, σ. 248. Σύμφωνα με άλλη άποψη ομοιάζει αλλά και διαφέρει από την οιονεί δικαιοπραξία Παπαχρίστου, Θ.Κ., *Η οιονεί δικαιοπραξία*, Αντ. Ν. Σάκκουλας, Αθήνα-Θεσσαλονίκη, 1989, σ. 36, 39 επ. και 44 επ.

ιατρικής πράξης, της υλικής επέμβασης του γιατρού¹¹ (σύμφωνα με την κρατούσα άποψη) στα αγαθά της προσωπικότητας, στην σωματική ακεραιότητα και την υγεία του ασθενή. Επειδή βέβαια πρόκειται για προσωπικό αγαθό η συναίνεση δεν αίρει απεριορίστα το παράνομο της προσβολής της ζωής, της βαριάς σωματικής βλάβης (ΠΚ 308) ή της υπέρμετρης δέσμευσης της ελευθερίας (ΑΚ 179). Συνέπεια αυτής της άποψης είναι ότι όταν δεν έχει αρθεί ο καταρχήν παράνομος χαρακτήρας της πράξης από την συναίνεση, αλλά παρόλα αυτά η αυτόβουλη πράξη του γιατρού εξυπηρετεί το συμφέρον του ασθενούς εφαρμόζονται οι διατάξεις για την διοίκηση αλλοτρίων (ΑΚ 730επ.)¹². Στην ίδια κατεύθυνση τα ελληνικά δικαστήρια κυρίως σε υποθέσεις που αφορούν ποινική ευθύνη ιατρού από ανθρωποκτονία ή σωματική βλάβη λόγω αμέλειας (και στις λιγότερες που αφορούν αστική ευθύνη) δεν τιμωρούν την αυθαίρετη ιατρική πράξη ως τέτοια, χωρίς την ύπαρξη ιατρικού σφάλματος. Δεν έχουν αναγνωρίσει ως έννομο αγαθό τις προσβολές της προσωπικότητας σε ιατρικό περιβάλλον, αλλά έχουν προσκολληθεί στον έλεγχο του ιατρικής πράξης, εάν δηλαδή αυτή προξένησε σωματική βλάβη από αμέλεια και άρα αποτελεί ιατρικό σφάλμα.¹³

Υποστηρίζεται όμως και η άποψη ότι η ιατρική πράξη δεν έχει καταρχήν παράνομο χαρακτήρα, διότι έχει θεραπευτικό σκοπό. Σύμφωνα με αυτήν την άποψη η θεραπευτική ιατρική πράξη είναι μια νόμιμη πράξη η οποία καθίσταται παράνομη όταν διενεργείται χωρίς τη συναίνεση του ασθενή επειδή προσβάλλει την προσωπικότητά του. Οι διατάξεις που επιβάλλουν την συναίνεση και την ενημέρωση αποσκοπούν στο να προστατεύσουν τον

¹¹ Σταθόπουλος, Μ., *Γενικό Ενοχικό Δίκαιο*, Αντ.Ν.Σάκκουλας, Αθήνα, 2004⁴ σ. 819 επ., Ανδρουλιδάκη, Ε., *Η υποχρέωση ενημέρωσης του ασθενούς*, Αντ. Ν.Σάκκουλας, Αθήνα-Θεσσαλονίκη, 1993, σ. 203 και Αγαλλοπούλου, Π., Η σημασία της συναίνεσης του τραυματισμένου σε χειρουργική επέμβαση κατά το αστικό δίκαιο, σε: *Αφιέρωμα σε Α. Λιτζερόπουλο*, τ. Α', Ε.Κ.Π.Α., 1985, σ. 27επ.

¹² Σταθόπουλος όπ. π.

¹³ Κανελλοπούλου-Μπότη, Μ., *Ιατρική ευθύνη για μη ενημέρωση ή πλημμελή ενημέρωση του ασθενούς κατά το ελληνικό και το αγγλοσαξωνικό δίκαιο*, Αντ.Ν.Σάκκουλας, Αθήνα-Θεσσαλονίκη, 1999, σ. 41.

ασθενή όχι μόνον από την προσβολή της προσωπικότητας (στην ειδικότερη έκφραση να αποφασίζει σχετικά με το σώμα και την υγεία του) αλλά και από τους ίδιους τους κινδύνους για την υγεία του όταν αυτοί ενεργοποιούνται κατά παράβαση ή παράκαμψη της βούλησης του¹⁴.

Ανεξάρτητα πάντως η **συναίνεση** μπορεί να θεωρηθεί διαπλαστικό δικαίωμα, το οποίο δίνει ο νόμος για να προστατεύσει την προσωπικότητα του ασθενή, εν προκειμένω τρεις διακριτές εκφάνσεις της: πρώτον, την σωματική ακεραιότητα που χρειάζεται προστασία από αμελείς σωματικές πράξεις, δεύτερον την σωματική ασφάλεια που χρειάζεται προστασία από αυθαίρετες ιατρικές πράξεις και τρίτον την ελευθερία αυτοδιάθεσης που προστατεύεται από την αποσιώπηση / δημοσιοποίηση ιατρικών δεδομένων¹⁵. Επομένως η συναίνεση θεωρείται μια δήλωση βούληση, μη αυτοτελής (διότι αφορά έννομη σχέση που ήδη υπάρχει την σύμβαση ιατρικής αρωγής ή την παροχή υπηρεσιών υγείας από δημόσιο φορέα), απευθυντέα που περιέχει διαπλαστικό δικαίωμα διότι οι συνέπειες από την ύπαρξη και το κύρος της προέρχονται από το νόμο. Εάν μεν πρόκειται για σύμβαση ιατρικής αρωγής προβλέπονται από τα άρθρα 5-9 και 16-18 του ν.2619/1998 και εάν πρόκειται για σχέση δημοσίου δικαίου από το άρθρο 42 του ν. 2071/1992 για τον εκσυγχρονισμό του ΕΣΥ.

Με βάση τα παραπάνω οι προγενέστερες δηλώσεις του ασθενή αποτελούν μια ακόμα μορφή δήλωσης της συναίνεσης ή της άρνησής του να υποβληθεί σε συγκεκριμένες ιατρικές θεραπευτικές πράξεις. Από νομική σκοπιά τίθενται τα εξής ζητήματα: Πρώτον, οι προϋποθέσεις εγκυρότητας, ο τύπος και η δημοσιότητα των οδηγιών ώστε να κατοχυρώνεται η αυθεντικότητα της έκφρασης της βούλησης του ασθενή. Δεύτερον, η

¹⁴ Φουντεδάκη (2007) όπ.π. σ. 16 και Φουντεδάκη, Κ., *Αστική ιατρική ευθύνη. Γενική εισαγωγή – Δογματική και δικαιοπολιτική θεώρηση – Θεμελιώδεις έννοιες*, εκδ. Σάκκουλα, Αθήνα-Θεσσαλονίκη, 2003, σ. 187 επ., σ. 200 και σ. 238 επ. Ωστόσο ο ασθενής φέρει το βάρος να αποδείξει την έλλειψη έγκυρης συναίνεσης ή επαρκούς ενημέρωσης (όπως και τον ισχυρισμό ότι εάν είχε ενημερωθεί επαρκώς δε θα είχε υποβληθεί στην ιατρική πράξη που επέφερε τη ζημία) άλλως θα ήταν υπερβολική ανακατανομή του κινδύνου στην σχέση ιατρού-ασθενή.

¹⁵ Κανελλοπούλου-Μπότη, (1999) όπ. π. σ. 13-14 και Παπαζήση, Θ., Η συναίνεση ως προϋπόθεση σύννομης παροχής υπηρεσιών υγείας, *Digesta*, 2004, σ. 445-470.

δεσμευτικότητα τους και η ευθύνη του γιατρού εάν δεν τις ακολουθήσει. Τρίτον τα όρια του δικαιώματος αυτοδιάθεσης του ασθενή, που προσδιορίζονται νομοθετικά, ανάλογα με το εάν επιτρέπεται υπό προϋποθέσεις η ευθανασία. Πριν τα αναλύσουμε προκειμένου να αντιληφτούμε το εύρος των ζητημάτων, πρέπει να αναφερθούμε συνοπτικά στην εξέλιξη των κοινωνικών αντιλήψεων για τη σχέση ιατρού-ασθενή, όπως αυτή διαμορφώθηκε ιστορικά μέσα από τη διαμεσολάβηση του δικαστή.

2. Η κρίση της αυθεντίας του γιατρού, η διεκδίκηση του δικαιώματος αυτοδιάθεσης του ασθενή και οι νομοθετικές επιλογές

Το ενδιαφέρον που παρουσιάζει η συζήτηση για το δικαίωμα του ασθενή να ενημερώνεται και να συναινεί στις ιατρικές πράξεις που τον αφορούν δεν είναι μόνο θεωρητικό. Η εξέλιξη της σχετικής επιχειρηματολογίας των νομικών αντανakλά και επηρεάζει την βραδύτατη εξέλιξη της μετατροπής του δικαιώματος της σιωπής των γιατρών στην υποχρέωσή τους να ενημερώνουν τους ασθενείς και στο δικαίωμα των ασθενών να συναινούν, μετά από αυτήν την ενημέρωση. Αντανakλά την ένταση ανάμεσα στο θεραπευτικό προνόμιο των γιατρών, δηλαδή το δεοντολογικά καθιερωμένο δικαίωμα των γιατρών στη σιωπή και την αυτονομία του ασθενή¹⁶. Μια ένταση που οδήγησε πρόσφατα τους δικαστές να νομολογήσουν ότι δεν είναι μόνο το ιατρικό σφάλμα αλλά και η ιατρική αυθαιρεσία που θίγουν τα δικαιώματα της προσωπικότητας του ασθενή. Από την στιγμή που ο ιατρός αποφασίζει για λογαριασμό του ασθενή, βάσει ιατρικών δεδομένων που τον αφορούν, αλλά ο ίδιος αγνοεί, ο γιατρός υπεισέρχεται στη θέση του και τον μεταβάλλει σε αντικείμενο. Έτσι προσβάλλει το δικαίωμα του ασθενή να κάνει κρίσιμες επιλογές για την ζωή και το θάνατο του βασισμένες σε παράγοντες που μόνο ο ίδιος ο ασθενής μπορεί να

¹⁶ Κανελλοπούλου-Μπότη (1999) όπ. π. σ. 159

υπολογίσει. Εντέλει δηλαδή προσβάλλει και το δικαίωμα της ιδιωτικής του ζωής¹⁷.

Όμως η μακρόχρονη κουλτούρα του ιατρικού πατερναλισμού έχει νομιμοποιήσει την ευχέρεια των γιατρών να αποσιωπούν αρνητικές προβλέψεις για την υγεία ασθενών και συνακόλουθα την «παράκαμψη» της βούλησης του σοβαρά άρρωστου ασθενούς. Αυτή η τάση εκδηλώνεται και για τις προγενέστερες οδηγίες. Οι συνηθέστερες αντιρρήσεις για τις προγενέστερες οδηγίες του ασθενή συνίστανται στο ότι¹⁸: α) όταν διατυπώνονται άμεσα μετά από τη διάγνωση της ασθένειας ο ασθενής πιθανόν να βρίσκεται σε κατάσταση πανικού ή κατάθλιψης, β) μπορεί να συγκρούονται με την κλινική εκτίμηση και τις ηθικές αξίες του ιατρού, γ) ίσως παραγνωρίζεται η προσωπικότητα των συγγενών και δ) στις χώρες όπου επιτρέπεται η ευθανασία, οι γιατροί θα στιγματιστούν ως εκτελεστές.

Ωστόσο σήμερα η αυθεντία των γιατρών έχει αμφισβητηθεί έντονα. Στις Η.Π.Α. αναπτύχθηκε το κίνημα για τα δικαιώματα των ασθενών και ενεργοποιήθηκε ο δικαστής για να ισορροπήσει εκ νέου τη σχέση εμπιστοσύνης μεταξύ ιατρού και ασθενή. Επίσης στην Ευρώπη, τη δεκαετία του 80' αμφισβητήθηκε έντονα το μεταπολεμικό σύστημα κοινωνικού ελέγχου της ιατρικής πρακτικής που βασίστηκε στην κατανομή μεταξύ αφενός μεν, της Πολιτείας και του δικαίου και αφετέρου του ιατρικού επαγγέλματος και της ιατρικής δεοντολογίας. Αφορμή υπήρξε η ρύθμιση των λεγόμενων βιοϊατρικών πρακτικών π.χ. της Ι.Υ.Α, των μεταμοσχεύσεων και της γενετικής τεχνολογίας. Οι ίδιοι οι γιατροί ζητούσαν την παρέμβαση του νομοθέτη διότι καλούνταν να διαχειριστούν τεχνολογίες και να κάνουν κοινωνικές επιλογές που υπερβαίνουν τον ρόλο τους. Η κοινωνική εικόνα του γιατρού έχει άρδην αλλάξει καθώς σταδιακά

¹⁷ Κανελλοπούλου (1999) όπ. π. σ. 161 και της ίδιας : Το πρόβλημα της θεμελίωσης των δικαιωμάτων ενημέρωσης ασθενούς και άμβλωσης στο δικαίωμα της ιδιωτικής ζωής, παρατηρήσεις σχετικά με τον ν. 2619/1988, *ΚριτΕ*, 2000/1, σ. 179-180.

¹⁸ Brock, D.W., *Surrogate Decision Making for Incompetent Adults: An Ethical Framework*, σε : Th. A Mappes, D. Degrazia, *Biomedical Ethics*, McGraw-Hill, N.York, 2001^{5th}, σ. 353-354, ιδίως 274-275.

η εικόνα του γιατρού-σοφού επικαλύπτεται από αυτή του γιατρού-τεχνικού. Στο απόγειό της η ιατρική ενώ προσφέρει περισσότερα από ποτέ το κύρος των λειτουργιών της έχει εξασθενήσει. Αφενός η οιονεί δημόσια διάσταση του επαγγέλματος, άλλοτε εγγύηση ποιότητας, τώρα γεννά υποψίες ότι θα προσβάλλει ατομικές ελευθερίες. Αφετέρου δημοσιοποιούνται οι πιέσεις από τις δυνάμεις της αγοράς είτε άμεσες διότι οι γιατροί είναι ο απαραίτητος κρίκος για την απορρόφηση της βιοϊατρικής τεχνολογίας είτε έμμεσες διότι το κόστος της επένδυσης στην υγεία πρέπει να αποδίδει ώστε η πολιτική υγείας να θεωρείται αποτελεσματική. Σήμερα, στο τέλος της πρώτης δεκαετίας του 21^{ου} αιώνα, η επιστημονική έρευνα χρηματοδοτείται σε μεγάλο βαθμό από την αγορά με «αντάλλαγμα» την επικέντρωσή της στην παραγωγή καινοτόμας και κερδοφόρας γνώσης, δηλαδή γνώσης που μπορεί να αξιοποιείται συνεχώς στην παραγωγή νέων προϊόντων. Όμως οι ανεξέλεγκτες καταστάσεις π.χ. τα διατροφικά σκάνδαλα, τα κλωνοποιημένα ζώα και τα γενετικά τροποποιημένα φυτά, εξοικειώνουν την κοινή γνώμη με την διακινδύνευση και την αβεβαιότητα. Κανείς δεν φαίνεται ότι μπορεί να την άρει ούτε οι επιστήμονες ούτε η πολιτική ούτε η οικονομία.

Σε αυτές τις συνθήκες η ιατρική τεχνογνωσία δύσκολα μπορεί να γίνει αντιληπτή αποκλειστικά ως ευγενής γνώση που προσφέρεται ανιδιοτελώς στην ανθρωπότητα. Η παραγωγή αλλά και η εφαρμογή της ιατρικής δεοντολογίας μοιάζει σαν μια ιστορικά ξεπερασμένη διαδικασία, μια ανεπαρκής και ακατάλληλη μορφή αυτοελέγχου για την βιοϊατρική. Από την στιγμή που έγινε φανερό ότι οι γιατροί αντιμετώπιζαν τέτοιου εύρους συγκρουόμενα συμφέροντα έπρεπε να νομιμοποιηθεί εκ νέου ο ρόλος τους και να επαναπροσδιοριστεί η συμμετοχή τους στη ρύθμιση των πρακτικών τους. Σήμερα πλέον ο όρος «βιοηθική» περιγράφει τρία διαφορετικά αλλά και συμπληρωματικά αντικείμενα δηλαδή έναν θεωρητικό στοχασμό, μια δημόσια αντιπαράθεση και ένα μοντέλο κοινωνικού ελέγχου που αφορούν

την βιοϊατρική¹⁹. Το τελευταίο σημαίνει ότι η βιοηθική λειτουργεί και ως ρυθμιστικό σύστημα, που διαθέτει δικά της όργανα, διαδικασίες και κανόνες, που ανταγωνίζεται ή / και συμπληρώνει το δίκαιο. Οι επιτροπές βιοηθικής πλαισιώνουν το γιατρό που οφείλει να παίρνει καθημερινά αποφάσεις, αξιολογώντας κινδύνους και σταθμίζοντας πιθανότητες παρά την εγγενή αδυναμία της άρσης της αβεβαιότητας.

Σε κανονιστικό επίπεδο η κοινωνική αμφισβήτηση της αυθεντίας του γιατρού εκφράστηκε μεταξύ άλλων και ως διεκδίκηση ενός δικαιώματος σε ένα αξιοπρεπή θάνατο. Όσο και εάν από νομική άποψη είναι δύσκολη η στοιχειοθέτηση ενός τέτοιου δικαιώματος ως έκφανση του δικαιώματος αυτοδιάθεσης είναι γεγονός ότι ο θάνατος έχει χάσει προ πολλού την φυσικότητα που είχε ως αναπόδραστο συμβάν. Η ασθένεια έγινε αντικείμενο διαχείρισης από την ιατρική και φαρμακευτική επιστήμη καθώς και από νοσοκομειακό θεσμό και το δημόσιο σύστημα υγείας. Από τη σκοπιά του ο γιατρός είτε δυνάμει της σύμβασης ιατρικής αγωγής είτε ως δημόσιος λειτουργός του κρατικού νοσοκομείου έχει ιδιαίτερη νομική υποχρέωση να σώζει και να διατηρεί τη ζωή. Αλλά αυτό δεν σημαίνει ότι πρέπει να την παρατείνει με κάθε μέσο. Όταν πλέον διαπιστώσει ότι τίποτε δεν μπορεί να ωφελήσει τον ασθενή πρέπει να αποδεχτεί τον θάνατο (χωρίς να τον επιδιώκει) και να συγκεντρωθεί στο να ανακουφίσει τους πόνους ώστε να συμπαρασταθεί στον ετοιμοθάνατο. Από τη σκοπιά του ασθενή, αυτό δεν σημαίνει ότι έχει δικαίωμα στο θάνατο. Το Ευρωπαϊκό δικαστήριο δεν δέχτηκε ότι το δικαίωμα στη ζωή ισχύει και αρνητικά διατυπωμένο ως δικαίωμα στο θάνατο. Στην Υπόθεση της Pretty κατά Ηνωμένου

¹⁹ Ρεθυμιωτάκη, Ε., *Ρύθμιση ή αυτορρύθμιση; Το παράδειγμα της ιατρικά υποβοηθούμενης αναπαραγωγής*, Αθήνα-Κομοτηνή, Αντ. Ν. Σάκουλας, 2003 και Τσινόρεμα, Στ., *Η βιοηθική και η σύγχρονη κριτική της πράξης. Η ηθική στην εποχή της βιοτεχνολογίας*, *Δευκαλίων*, 2006, 24/2, σ. 213-250.

Βασιλείου²⁰ αποφάσισε ότι το κράτος δεν υποχρεούται να λάβει μέτρα για να προστατεύσει τους πολίτες του από έναν απάνθρωπο και αναξιοπρεπή θάνατο. Ο θάνατος αναιρεί κάθε αξία, κάθε δικαίωμα και το Κράτος οφείλει πάνω από όλα να προστατεύσει τη ζωή.

Εντός αυτού του ορίου μερικές ευρωπαϊκές νομοθεσίες ήδη έχουν ρυθμίσει τις προγενέστερες οδηγίες ως ένα (ακόμα) μέσο αυτοπροσδιορισμού που έχει στη διάθεσή του ένας ασθενής. Το εύρος της αυτοδιάθεσης του ασθενή εξαρτάται από το εάν οι νομοθεσίες έχουν ήδη νομιμοποιήσει ή όχι την ευθανασία, πάντοτε με αυστηρά οριζόμενες προϋποθέσεις. Μια μετριοπαθής ρύθμιση π.χ. είναι αυτή της Αυστρίας²¹. Σύμφωνα με τον αυστριακό νομοθέτη, η διαθήκη ζωής αποτελεί μια δήλωση βούλησης με την οποία ένα ασθενής αρνείται μια δεδομένη ιατρική θεραπεία για την μελλοντική περίπτωση που πλέον δεν θα είναι πια ικανός να αντιληφτεί την κατάσταση του, να την εκτιμήσει ή να εκφράσει τον εαυτό του. Όταν η διαθήκη πληροί ορισμένες προϋποθέσεις είναι απόλυτα δεσμευτική για τον γιατρό²². Δηλαδή ο γιατρός υποχρεούται σε κάθε περίπτωση να την σεβαστεί και δεν έχει περιθώριο να πράξει αλλιώς. Όποιες διαθήκες δεν τηρούν τις προϋποθέσεις δεν δεσμεύουν τον γιατρό. Μπορεί να τις αξιολογήσει μαζί άλλα στοιχεία. Η ρύθμιση προβλέπει και διορισμό πληρεξούσιου σε θέματα υγείας. Επίσης προβλέπει ρητά ότι σε περίπτωση που ο ασθενής βρίσκεται σε φυσική αδυναμία να συναινέσει, ελλείψει οδηγίων ή πληρεξουσίου ο γιατρός ζητά την συναίνεση του συζύγου ή στενού συγγενούς, με την εξής σειρά: σύζυγος (ή συγκάτοικος για τουλάχιστον 3 έτη), τα τέκνα, οι ανιόντες, τα αδέρφια. Ο ασθενής δεν

²⁰ *Pretty v. the United Kingdom* 235, 29/4/2002, www.echr.coe.int

²¹ Patientenverfugungs-Gesetz 1/6/2006, English text www.patientenanwalt.com/pdf/FEDERAL_LAW_GAZETTE.pdf

²² Οι προϋποθέσεις αυτές είναι : α) να έχει συνταχτεί από τον ασθενή (όταν είχε την ικανότητα αντίληψης και κρίσης) ενώπιον δικηγόρου ή συμβολαιογράφου, β) να έχει προηγηθεί ιατρική ενημέρωση, γ) να αποτελεί άρνηση κάποιας θεραπείας και δ) να είναι πρόσφατη, η διαθήκη έχει ανώτατη ισχύ 5 έτη. Παραμένει το ζήτημα της γνωστοποίησης της ύπαρξης διαθήκης στο γιατρό. Ένας τρόπος επίλυσης είναι η δημιουργία ενός εθνικού αρχείου, που θα εξασφαλίζει την δημοσιότητα των διαθηκών ζωής.

μπορεί να ζητήσει την πρόκληση του θανάτου του. Αυτό παραμένει ως αιώτατο όριο στην αυτονομία του ασθενή παραμένει και εξακολουθεί να διώκεται ποινικά όποιος τον βοηθήσει σε αυτοκτονία.

Μια πιο ριζοσπαστική ρύθμιση είναι αυτή του Βελγίου²³ όπου επιτρέπεται η παθητική ευθανασία. Σύμφωνα με αυτήν η διαθήκη ζωής, που πρέπει να έχει συνταχτεί ενώπιον δύο μαρτύρων, μπορεί να περιλαμβάνει τα εξής δύο πράγματα:

α) άρνηση σε μια θεραπεία (ή ανάκληση συναίνεσης που παρασχέθηκε). Δεσμεύει τον γιατρό εκτός από επείγουσες περιπτώσεις όπου κινδυνεύει η ζωή του ασθενή. Τότε επειδή ο γιατρός δεν έχει αρκετό χρόνο να διαπιστώσει την ύπαρξη διαθήκης ή όχι υπερτερεί το καθήκον του να σώσει τη ζωή του ασθενούς. Η διαθήκη ισχύει μόνο για 5 έτη πριν την απώλεια της συνείδησης. Για αυτό τον λόγο είναι απαραίτητη η θέση ημερομηνίας από τον ασθενή.

β) αίτημα ευθανασίας προς τον θεράποντα γιατρό. Ο γιατρός πρέπει να βεβαιώσει τρεις συντρέχουσες προϋποθέσεις: i) ότι ο ασθενής υποφέρει από σοβαρή και ανίατη διαταραχή λόγω ασθένειας ή ατυχήματος, ii) ότι ασθενής δεν έχει πλέον συνείδηση, και iii) ότι η κατάσταση της υγείας του ασθενή είναι μη ανατρέψιμη με βάση τα πορίσματα της ιατρικής επιστήμης. Επομένως, η διαθήκη αυτή πρακτικά περιορίζεται στη λεγόμενη φυτική κατάσταση, το παρατεταμένο κώμα.

Επίσης επιτρέπεται και ο διορισμός αντιπροσώπου για την περίπτωση που ο ασθενής καταστεί ανίκανος νόμιμα ή πραγματικά. Αυτή η διαθήκη πρέπει να έχει υπογραφεί από τον ασθενή και από τον διορισμένο ως πληρεξούσιο. Η άποψη του πληρεξούσιου που έχει διορίσει ειδικά για αυτό το σκοπό ο ασθενής δεσμεύει περισσότερο τον γιατρό από τον συγγενή-εκπρόσωπό του. Ενώ ο γιατρός μπορεί να απέχει από κάποιες ενέργειες εάν κρίνει ότι απειλείται η ζωή του ασθενή παρά την αντίθετη άποψη του

²³The Belgian Euthanasia Act, *Belgian Law Gazette* of June 22, 2002 The Belgian Patients' Rights Act, *Belgian Law Gazette* of September 26, 2002.

συγγενούς, παρακάμπτει τον πληρεξούσιο μόνον όταν αυτός δεν μπορεί να επικαλεστεί την εκφρασμένη σε αυτόν θέληση του ασθενή.

Στην Ελλάδα η αυτονομία του ασθενούς δεν έχει γίνει αντικείμενο κοινωνικής διεκδίκησης. Πολλώ δε μάλλον δεν έχει εγερθεί ένα δικαίωμα στο θάνατο. Ευρύτερα δεν υπάρχει μια νομική κουλτούρα ευαισθησίας στα ατομικά δικαιώματα. Και αυτό δεν είναι τυχαίο. Τα ανθρώπινα δικαιώματα αντανακλούν μια ατομιστική αντίληψη που δεν αποδίδει σημαντικό ρόλο στις κοινωνικές ομάδες. Εισήχθησαν σε μια παλαιότερη πολιτική συγκυρία και μόλις πρόσφατα άρχισαν να γίνονται αντικείμενα κοινωνικής διεκδίκησης. Ωστόσο για να μπορέσουν να λειτουργήσουν, να φτάσουν οι δικαστές να καταδικάζουν την παραβίασή τους πρέπει μια συγκεκριμένη ιδεολογία να κινητοποιεί τους ανθρώπους για να τα διεκδικούν. Ανθρωπολογικές και κοινωνικές έρευνες που μελετούν τις πολιτισμικές αντιλήψεις και τις κοινωνικές πρακτικές για το θάνατο καταδεικνύουν μια ένταση μεταξύ μιας ατομοκεντρικής αντίληψης (ο θάνατος αφορά ένα άτομο, φορέα δικαιωμάτων και υποχρεώσεων) και μιας παραδοσιακής (ο θάνατος αφορά μια οικογενειακή ή τοπική κοινότητα). Παραδείγματος χάριν, οι κοινωνικές έρευνες με αντικείμενο τα μοιρολόγια ως διαβατήριες τελετές και τις θρησκευτικές τελετές της μνήμης των νεκρών²⁴ δείχνουν ότι οι μαυροφορεμένες θρηνούσες και πενθούσες «αρμόδιες μανάδες» δρουν επ' ονόματι της κοινότητας. Λειτουργούν συλλογικά σε συγκεκριμένο οικογενειακό και δημόσιο τελετουργικό πλαίσιο ως δραματική αναπαράσταση της Μαυρηγής, της αρχετυπικής μητέρας και του χθόνιου κύκλου του θανάτου και της αναγέννησης. Επίσης η ανάλυση της συμβολικής των ταφικών μνημείων δείχνει την έμφαση στην οικογένεια που αποτυπώνεται στη δομή στην μορφή αλλά και στο συμβολισμό των ναόμορφων κατασκευών των οικογενειακών τάφων μέχρι το 1980 οπότε

²⁴ Ψυχογιού, Ε., «Μαυρηγή» και Ελένη: Τελετουργίες θανάτου και αναγέννησης. Χθόνια μυθολογικά, νεκρικά δράματα και μοιρολόγια στη σύγχρονη Ελλάδα, Αθήνα, Ακαδημία Αθηνών, 2008.

και δίδεται έμφαση στον ίδιο τον εκλιπόντα και τα ατομικά χαρακτηριστικά του²⁵. Η ίδια ένταση αντανakλάται στις απόψεις υποψήφιων δωρητών οργάνων, οι οποίοι θέλουν μεν να διαχωρίσουν εαυτούς από την κυρίαρχη αντίληψη για την διαχείριση του νεκρού σώματος, αλλά εξακολουθούν να την ενστερνίζονται για το σώμα των οικείων τους²⁶.

Εύλογα θα μπορούσε κανείς να ισχυριστεί ότι η διαθήκη ζωής αποτελεί μια εξεζητημένη δυνατότητα έκφρασης για την πλειοψηφία τουλάχιστον των ελλήνων πολιτών. Ότι η τυχόν νομοθετική ρύθμισή τους θα ήταν μια πρόωρη επέμβαση τη στιγμή που οι έλληνες ασθενείς, εκπλήσσονται όταν απαιτείται η έγγραφη συναίνεση τους για έναν εμβολιασμό! Ωστόσο ο ισχυρισμός δεν ευσταθεί τόσο σε κανονιστικό επίπεδο όσο και σε επίπεδο βιοτικών σχέσεων. Αφενός η Ελλάδα ως χώρα που μετέχει στους ευρωπαϊκούς θεσμούς καλείται να αποσαφηνίσει τη θέση της στο πλαίσιο της συμμετοχής αυτής. Αφετέρου η διαθήκη ζωής στοχεύει να δώσει διέξοδο σε μια καθημερινή κατάσταση στο χώρο του νοσοκομείου, όπου συνήθως βρίσκονται οι τόσο βαριά ασθενείς σε τόσο προχωρημένο στάδιο. Ποιος αποφασίζει για την διάρκεια της παράτασης της ζωής των ανίατων ασθενών στο μεταίχμιο μεταξύ ζωής και θανάτου; Και στην Ελλάδα τίθεται το ερώτημα ότι από την στιγμή που ο ασθενής δεν είναι σε αντικειμενική θέση να αποφασίσει για την τύχη του ποιος θα το πράξει; Όσο δεν υπάρχει ειδικότερη ρύθμιση η ευθύνη του γιατρού είναι επισφαλής. Η ρύθμιση θα ανοίξει πρώτον ένα ευρύτερο διάλογο για τα ζητήματα που τίθενται στο τέλος της ζωής των ασθενών. Δεύτερον θα επιφέρει ασφάλεια δικαίου και τρίτον θα κάνει διαφανείς τις ιατρικές αποφάσεις για το τέλος της ζωής, ενώ παράλληλα θα θέσει διαδικαστικές εγγυήσεις για να αποφευχθούν τυχόν καταχρήσεις.

²⁵ Κουμαριανού, Μ., *Μνημεία και νεκροί. Το φαντασιακό του θανάτου στη σύγχρονη Ελλάδα: Μια ανθρωπολογική και σημειολογική προσέγγιση των αστικών νεκροταφείων*, Αθήνα, Δωδώνη, 2008.

²⁶ Παπαγαρουφάλη, Ε., *Δώρα ζωής μετά θάνατον. Πολιτισμικές εμπειρίες*, Αθήνα, Ελληνικά, Γράμματα, 2002.

Παρόλα αυτά το γεγονός ότι δεν έχουν ρυθμιστεί συνολικά ως θεσμός οι προγενέστερες οδηγίες δεν σημαίνει ότι υπάρχει απόλυτο κενό ως προς τις προϋποθέσεις εγκυρότητάς τους, ως προς το εάν δεσμεύεται ο θεράπων ιατρός και ως προς το όριο της αυτονομίας του ασθενή. Αντίστοιχα ενεργοποιούνται οι γενικές διατάξεις που αναλύονται στη συνέχεια.

3. Οι προϋποθέσεις εγκυρότητας γενικά της συναίνεσης και ειδικά των οδηγιών ως μορφή συναίνεσης

Καταρχάς οι προϋποθέσεις έγκυρης συναίνεσης γενικά ρυθμίζονται ειδικά από το άρθρο 12 του ΚΙΔ (ν. 3418/2005) για την συναίνεση του ενημερωμένου ασθενή, σε συνδυασμό με τα άρθρα 5-9 της Σύμβασης του Οβιέδο (ν. 2618/1998) ενώ πριν εφαρμόζονταν αναλογικά οι διατάξεις για δικαιοπραξία. Το άρθρο 12 §2 του ΚΙΔ προβλέπει τέσσερις προϋποθέσεις για την εγκυρότητα της συναίνεσης, ειδικότερα : α) να έχει προηγηθεί ενημέρωση β) να υπάρχει ικανότητα, γ) να μην είναι αποτέλεσμα πλάνης, απάτης και απειλής και δ) να καλύπτει πλήρως την ιατρική πράξη και κατά το συγκεκριμένο περιεχόμενο και κατά το χρόνο εκτέλεσης της. Επισημαίνουμε επίσης ότι η συναίνεση που ήδη έχει δοθεί με αυτές τις προϋποθέσεις παραμένει έγκυρη εφόσον δεν έχει ανακληθεί. Η παράκαμψη της βούλησης του ασθενή ή των νομίμων δικαιούχων της συναίνεσης που αναπληρώνουν ή υποκαθιστούν την βούλησή του επιτρέπεται αποκλειστικά και μόνον εάν συντρέχουν οι παρακάτω προϋποθέσεις (12 §3): α) εάν ταυτόχρονα υπάρχει άμεση, απόλυτη και κατεπείγουσα ανάγκη παροχής ιατρικής φροντίδας στον ασθενή επειδή κινδυνεύουν η ζωή ή η υγεία του και δεν υπάρχει χρόνος να λάβει ο γιατρός την συναίνεση του ασθενή, β) εάν υπάρχει απόπειρα αυτοκτονίας και γ) εάν ταυτόχρονα αρνούνται να συναινέσουν οι γονείς ή οι συγγενείς, που έχουν εξουσία συναίνεσης και

συντρέχει ανάγκη άμεσης παρέμβασης για να αποτραπεί ο κίνδυνος για τη ζωή και την υγεία του ασθενή²⁷.

Ειδικότερα πρέπει να επιμείνουμε στην προηγούμενη ενημέρωση και στην ικανότητα, για να κατανοήσουμε τον τρόπο με τον οποίο επηρεάζει ιδιαίτερα το κύρος των οδηγιών. Όσον αφορά πρώτον την ενημέρωση, ο γιατρός έχει την υποχρέωση να ενημερώσει τον ασθενή για την ασθένειά του γενικά και ειδικά για κάθε πράξη²⁸. Στην ενημέρωση περιλαμβάνεται ο σκοπός και η φύση της επέμβασης, τα επακόλουθα και οι κίνδυνοι ανάλογα με το πνευματικό και νοητικό επίπεδο του ασθενή. Η ενημέρωση πρέπει να είναι τέτοια ώστε η πληρότητα και η ακρίβεια των πληροφοριών που δίνονται στο πρόσωπο να επιτρέπει στο πρόσωπο να σχηματίσει «πλήρη εικόνα των ιατρικών, κοινωνικών και οικονομικών παραμέτρων της κατάστασής του» (αρ. 47 § 4 ν. 2071/1992). Ο σκοπός της συνίσταται στο να αποφευχθεί τόσο η άγνοια όσο και η πλάνη του ασθενή στη διαμόρφωση της δήλωσης βούλησης του προσώπου²⁹. Το γεγονός ότι η υποχρέωση της λήψης ενημερωμένης συναίνεσης που ξεκίνησε ως κανόνας δεοντολογίας έχει πλέον νομοθετικό έρεισμα επηρεάζει και το ζήτημα της ιατρικής ευθύνης³⁰. Ενώ μέχρι τώρα ο γιατρός τιμωρούνταν μόνο λόγω

²⁷ Εφεξής δεν τίθεται ζήτημα ενεργοποίησης των διατάξεων για την διοίκηση αλλοτρίων και δεν εφαρμόζεται η ΑΚ 1534 που προέβλεπε εισαγγελική παρέμβαση σε περίπτωση άρνησης των γονέων ανηλίκου, Φουντεδάκη (2007) όπ. π.

²⁸ Η υποχρέωση ενημέρωσης εξειδικεύεται σε δύο ειδικότερες. Πρώτον την γενική, που αφορά την διάγνωση, την πρόγνωση της και την ακολουθητέα θεραπευτική αγωγή όσο και τους κινδύνους (παρενέργειες) και τις τυχόν εναλλακτικές λύσεις που προσιδιάζουν στη εξατομικευμένη περίπτωση του ασθενούς. Δεύτερον την υποχρέωση ειδικής ενημέρωσης, σχετικά με συγκεκριμένη ιατρική πράξη, Καράκωστας (2008) όπ. π. 22επ και Πόρισμα Συνηγόρου του Πολίτη, *ΠοινΔικ* 2004, σ. 175.

²⁹ Παπαζήση όπ.π.

³⁰ Οι αξιώσεις του ασθενή για αποζημίωση από ελαττωματική ή ανύπαρκτη ενημέρωση απορρέουν από περισσότερες νομικές βάσεις που έχουν διαφορετικά πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα. Η μεν συμβατική και μεν έχει το πλεονέκτημα του αντεστραμμένου βάρους απόδειξης αλλά τίθεται ζήτημα για το εάν καλύπτει την ηθική βλάβη (βλ. Σταθόπουλος (2004) όπ. π. σ. 167 και Παπαχρίστου, Θ., Η προστασία της προσωπικότητας και το άρθρο 299 ΑΚ, *Το Σ* 1981/ 42, σ. 51 επ.). Η δε αδικοπρακτική ευθύνη στηρίζεται βέβαια και στην παράβαση των ν. 2619/1998 και 2071/1992, οι οποίοι επειδή δεν προβλέπουν κάτι ιδιαίτερο για τις αποζημιώσεις εφαρμόζονται σε συνδυασμό με τις γενικές διατάξεις. Και η διάταξη το συνδέει ρητά με το δικαίωμα του ασθενή στην προσωπική ζωή. Στηρίζεται όμως και στην 57 ΑΚ οπότε και μεν ο ασθενής πρέπει να αποδείξει την υπαιτιότητα αλλά μπορεί να αποζημιωθεί για ηθική βλάβη, Κανελλοπούλου-Μπότη (1999) όπ.π. 39επ.

ιατρικού σφάλματος, δηλαδή υπαίτια πράξη ή παράλειψη που προξένησε βλάβη στον ασθενή, τώρα μπορεί να στοιχειοθετηθεί ξεκάθαρα η τιμωρία της αυθαίρετης πράξης του, δηλαδή κάθε πράξης χωρίς την συναίνεση και την ενημέρωση του ασθενή. Τα άρθρα 11 και 12 του ν. 3418/2005 επιλύουν την όποια διάσταση στη θεωρία ως προς την εκτίμηση των ιατρικών επεμβάσεων ως σωματικών βλαβών ή μη και επιβάλλουν στον δικαστή να θεωρήσει παράνομη την ιατρική πράξη χωρίς συναίνεση έστω και εάν δεν υπάρχει σωματική βλάβη. Επομένως όσον αφορά την αδιοπρακτική ευθύνη η παρανομία έγκειται στην έλλειψη συναίνεσης και όχι στην ύπαρξη σφάλματος ήτοι βλαπτικό για τη υγεία αποτέλεσμα. Η διενέργεια ιατρικής πράξης χωρίς συναίνεση είναι παράνομη πράξη και δημιουργεί αξίωση αποζημίωσης από την προσβολή του έννομου αγαθού της προσωπικότητας. Όσον δε αφορά την συμβατική ευθύνη, η συμπεριφορά του γιατρού διαχωρίζεται από το αποτέλεσμα της πράξης του και προκειμένου να εμπίπτει μια ιατρική πράξη στην έννοια της *de lege artis* πράξης πρέπει προηγουμένως ο γιατρός να έχει τηρήσει όλες τις υποχρεώσεις, δηλαδή την κατάλληλη ενημέρωση και τη λήψη της συναίνεσης του ασθενή³¹. Ο γιατρός ως παρέχων υπηρεσίες έχει υποχρέωση ενημέρωσης, που παρουσιάζει αυτονομία έναντι της κύριας υποχρέωσης παροχής φροντίδας. Η αυθαίρετη ιατρική πράξη συνιστά και αντισυμβατική συμπεριφορά, κακή εκτέλεση της σύμβασης³².

Όσον δε αφορά την ικανότητα σε γενικές γραμμές ο κανόνας είναι ότι η συναίνεση δίνεται από τον ενήλικο ασθενή που έχει ικανότητα για συναίνεση³³ (άρ. 12 §2 εδ. β). Ο κανόνας δεν κάμπτεται ακόμα και όταν ο

³¹ *ibid*

³² Καράκωστας, Ι., Η αστική ευθύνη του ιατρού στο κοινοτικό δίκαιο, *Αρμενόπουλος*, 1994/48, σ.15επ. Φουντεδάκη (2003) όπ.π. σ. 240 και γενικά Σταθόπουλος Μ./ Χιωτέλλης Α./Αυγουστιανάκης Μ., *Κοινοτικό Αστικό Δίκαιο Ι*, Αντ.Ν.Σάκκουλας, Αθήνα-Κομοτηνή 1995, σ. 166επ. Η έλλειψη της συναίνεσης δεν πλήττει το κύρος της σύμβασης ιατρικής αγωγής διότι η συναίνεση δεν αποτελεί προϋπόθεση για την έγκυρη κατάρτιση της, Παπαζήση όπ. π.

³³ Η ικανότητα συναίνεσης σε διενέργεια ιατρικής πράξης δεν πρέπει να ταυτίζεται απόλυτα με την δικαιοπρακτική ικανότητα. Τα περιορισμένα ικανά πρόσωπα επιβάλλεται να μετέχουν στη

ασθενής αρνείται να συναινέσει έστω και εάν η παράλειψη συνεπάγεται σοβαρό κίνδυνο της ζωής ή της υγείας του. Παρά την αντίθετη άποψη στο ποινικό δίκαιο ο ασθενής δεν μπορεί να υποχρεωθεί αντίθετα με τη βούλησή του. Τότε όμως ο γιατρός έχει αυξημένες υποχρεώσεις ενημέρωσης³⁴. Εάν ο ασθενής είναι ανήλικος *αναπληρώνεται* από τους έχοντες την γονική του μέριμνα. Εάν είναι ενήλικος χωρίς ικανότητα είτε *αναπληρώνεται* από τον συμπαραστάτη του (εάν είναι υπό δικαστική συμπαράσταση και επιπλέον έχει στερηθεί την επιμέλεια του προσώπου του)³⁵ είτε *υποκαθίσταται* από τους οικείους του³⁶. Όταν *αναπληρώνεται* ο γιατρός, οφείλει να εξασφαλίσει την εκούσια συμμετοχή, σύμπραξη και συνεργασία του ασθενούς ανάλογα με το βαθμό ικανότητας να κατανοήσει το περιεχόμενο της ιατρικής πράξης, τους κινδύνους, τις συνέπειες και τα αποτελέσματά της, κατά την κρίση του γιατρού. Επισημαίνουμε ότι δεν προβλέπεται στο νόμο η περίπτωση του ικανού ενήλικου που είναι *de facto* ανίκανος να συναινέσει λόγω της κατάστασης της υγείας του, επειδή είναι αναισθητός, βρίσκεται σε καταστολή ή σε κώμα λόγω ατυχήματος ή ασθένειας σε προχωρημένο στάδιο. Πριν την νομοθετική ρύθμιση η κρατούσα άποψη ήταν ότι ενεργοποιούνται οι διατάξεις για την διοίκηση αλλοτρίων αλλά μετά την ρύθμιση μπορούν να εφαρμοστούν αναλογικά οι διατάξεις για την ανικανότητα για συναίνεση, ειδικότερα η νομοθετική

λήψη των ιατρικών αποφάσεων που τους αφορούν, στο μέτρο που η ηλικία ή διαταραχή τους το επιτρέπει, προκειμένου να διασφαλιστεί η προστασία της προσωπικότητάς τους.

³⁴ Φουντεδάκη (2007) όπ. π. και καταδικαστικό πόρισμα του Συνηγόρου του Πολίτη (132118/26.11.2001) σχετικά με την πρακτική των νοσοκομείων να ζητούν από τον ασθενή «λευκή» εξουσιοδότηση για όλες τις ενδεχόμενες ιατρικές πράξεις, σε συνδυασμό με την παροχή «πειθαρχικού» εξιτηρίου, www.synigoros.gr και Πόρισμα, *Ποινική Δικαιοσύνη*, 2002, σ. 153.

³⁵ Δελιγιάννης, Ι., *Η δικαστική συμπαράσταση*, Εκδ. Σάκκουλα, Αθήνα-Θεσσαλονίκη, 1997.

³⁶ Η διατύπωση είναι αρκετά ευρεία ώστε να μπορεί να συμπεριλάβει αφενός αυτούς που πάσχουν από ψυχική ή διανοητική διαταραχή ή σωματική αναπηρία σε τέτοιο βαθμό ώστε έχουν τεθεί σε δικαστική συμπαράσταση (1679 και 1680 ΑΚ) και τους έχει αφαιρεθεί ρητά με τη δικαστική απόφαση η ικανότητα συναίνεσης σε ιατρικές πράξεις. Αφετέρου όσους πάσχουν από διαταραχή ή δεν έχουν συνείδηση των πραττομένων με την έννοια της 131 ΑΚ κατά την στιγμή που πρέπει να συναινέσουν. Παρά το γεγονός ότι ο ορισμός των οικείων παρουσιάζει προβλήματα ωστόσο δίνει νομοθετικό έρεισμα στην μέχρι τώρα δεοντολογική πρακτική των γιατρών, Φουντεδάκη (2007) όπ. π. σ. 21

απονομή εξουσίας προς τους οικείους³⁷. Εφόσον ο νομοθέτης ήδη ανέθεσε στους οικείους την εξουσία να αποφασίζουν στο όνομα και για λογαριασμό του, να υποκαθιστούν την βούληση του εφόσον αυτός βρίσκεται πλέον σε αδυναμία να εκφράσει την συναίνεση ή την άρνηση του. Η βούληση των τρίτων δικαιούχων δεν πρέπει να παρακάμπτεται παρά μόνο στις εξαιρετικές περιπτώσεις που προβλέπει ο νόμος.

Με βάση τα παραπάνω, οι προϋποθέσεις εγκυρότητας των προγενέστερων οδηγιών, ως δηλώσεων συναίνεσης ή άρνησης υποβολής σε θεραπεία είναι οι εξής:

α) *Επαρκής, ακριβής, σαφής και εξατομικευμένη ενημέρωση (12 §2 εδ. α)*. Μπορεί όμως τέτοια ενημέρωση να λάβει χώρα πριν καν από την εκδήλωση μιας ασθένειας για την εντελώς υποθετική περίπτωση που ένας καθόλα υγιής άνθρωπος θα νοσήσει από αυτήν; Πως μπορεί να προβλεφθεί η ενδεδειγμένη θεραπεία και οι εναλλακτικές δυνατότητες για τον συγκεκριμένο ανθρώπινο οργανισμό κατά την συγκεκριμένη στιγμή που εκδηλώθηκε η ασθένεια;

β) *Ικανότητα συναίνεσης (12 §2 εδ. β)*. Εξ αντικειμένου δεν θέτει πρόβλημα η ανηλικότητα ή η συμπαράσταση διότι ο νόμος προβλέπει αυστηρά την αναπλήρωση ή την υποκατάσταση του δικαιώματος για συναίνεση. Σε κάθε περίπτωση για να είναι έγκυρη η οδηγία πρέπει ο ασθενής όταν την διατύπωσε να είναι πλήρως ικανός.

γ) *Να μην είναι αποτέλεσμα πλάνης, απάτης και απειλής (12 §2 εδ. γ)*. Πλάνη μπορεί να έχει δημιουργήσει η λανθασμένη ή ελλιπής ενημέρωση. Επίσης οι θεράποντες γιατροί μπορούν να αγνοήσουν τις οδηγίες που διατύπωσε ο ασθενής πριν πολύ χρόνο χωρίς να γνωρίζει ενδιάμεσα τις θεραπευτικές εξελίξεις με τις οποίες θα μπορούσε να υπάρξει σημαντική βελτίωση της υγείας του³⁸.

³⁷ Φουντεδάκη (2007) όπ. π. σ. 22 επ.

³⁸ Παπαζήση όπ. π.

δ) Η συναίνεση να καλύπτει πλήρως την ιατρική πράξη και κατά το συγκεκριμένο περιεχόμενο και κατά το χρόνο εκτέλεσής της (12 §2 εδ. γ). Αυτό εν προκειμένω σημαίνει ότι οι οδηγίες πρέπει να είναι πολύ αναλυτικά διατυπωμένες ώστε να μην αφήνουν καμία αμφιβολία για το ποια ιατρική πράξη αφορούν ακριβώς και σε ποια έκταση. Επίσης πρέπει να μην απέχουν πολύ χρονικά από την εκτέλεση της πράξης. Όχι μόνον να μην έχουν ανακληθεί αλλά να είναι σχετικά πρόσφατες. Μήπως αυτό σημαίνει ότι δεν θα πρέπει να ανατρέχουν σε χρονικό διάστημα πριν από την εκδήλωση της ασθένειας για να είναι έγκυρες;

Επιπλέον για να είναι έγκυρες οι προγενέστερες οδηγίες θα πρέπει να μην εμπíπτουν στις προβλεπόμενες εξαιρέσεις που ο νόμος επιτρέπει την παράκαμψη της βούλησης του ασθενή ή των νόμιμων δικαιούχων της, δηλαδή:

α) να μην αφορούν την θεραπευτική αντιμετώπιση του ασθενή λόγω απόπειρας αυτοκτονίας του. Η διάταξη έρχεται σε αντίθεση με την Σύμβαση του Οβιέδο, που οι διατάξεις της είναι αυξημένης τυπικής ισχύος³⁹. Εάν δε ο ασθενής νοσηλεύεται μετά από μια τέτοια απόπειρα θα είναι ήδη σε κατάσταση αδυναμίας ή ανικανότητας για συναίνεση. Οπότε θα τίθεται ζήτημα εάν ενεργοποιούνται οι διατάξεις της υποκατάστασης από τους οικείους του. Πάντως σε ορισμένες χώρες π.χ. στην Αγγλία υπάρχει μια νομολογιακή τάση απαλλαγής ιατρών που παρέλειψαν να βοηθήσουν άτομα, πάσχοντα από ψυχικές ασθένειες μετά από απόπειρα αυτοκτονίας τα οποία είχαν καταστήσει προηγουμένως σαφές ότι δεν επιθυμούν την παροχή βοήθειας⁴⁰.

β) να μην υπάρχει επείγουσα ανάγκη θεραπευτικής παρέμβασης για την προστασία της ζωής ή της υγείας και ο γιατρός δεν προλαβαίνει να

³⁹ Φουντεδάκη (2007) όπ. π. σ. 28.

⁴⁰ Βιδάλης, Τ., (β) Ευθανασία και Σύνταγμα, σε: *Ευθανασία, Δημοσιεύματα Ιατρικού δικαίου και βιοηθικής* 3, Εκδόσεις Σάκκουλα, Αθήνα-Θεσσαλονίκη, 2007, σ. 137-162.

ενημερωθεί εάν υπάρχουν προγενέστερες οδηγίες και τι αυτές προβλέπουν.⁴¹

Εφόσον συντρέχουν οι προϋποθέσεις και δεν ενεργοποιούνται οι εξαιρέσεις ανακύπτει το ζήτημα της δεσμευτικότητας των προγενέστερων οδηγιών του ασθενή.

Β. Η δεσμευτικότητα των προγενέστερων οδηγιών του ασθενή και η ευθύνη του γιατρού σε περίπτωση μη συμμόρφωσης

Καταρχάς χωρίς ειδικότερη νομοθετική ρύθμιση, η δεσμευτικότητα των οδηγιών διαφέρει ανάλογα με το χρόνο που διατυπώθηκαν, επομένως και τον βαθμό της ενημέρωσης που προηγήθηκε. Εάν μεν είναι μια δήλωση ενός υγιούς ανθρώπου, κατόπιν γενικής και μη εξατομικευμένης ενημέρωσης, λαμβάνονται μεν υπόψη από το γιατρό αλλά δεν τον δεσμεύουν. Επίσης δεν μπορούν να παραγκωνίσουν συγγενείς του ασθενή τους οποίους έχει εξουσιοδοτήσει ο νομοθέτης και οι οποίοι είναι σε θέση να αποφασίσουν συγκεκριμένα και κατόπιν ενημέρωσης. Εάν όμως πρόκειται για έκφραση βούλησης ενός ασθενούς που στο πλαίσιο μιας παρεχόμενης θεραπευτικής αγωγής (βάσει σύμβασης ιατρικής αγωγής ή μιας καταστατικής σχέσης με το νοσοκομείο) είχε ενημερωθεί για την ασθένεια, την διάγνωση και τις θεραπευτικές ενέργειες τότε πρόκειται για μια μορφή έκφρασης συναίνεσης ή άρνησης σε θεραπεία, μια εκδήλωση του δικαιώματος αυτονομίας του.

Τα τελευταία χρόνια η ελληνική έννομη τάξη έχει ενισχύσει την προστασία αυτού του δικαιώματος των ασθενών. Αυτό έγινε αφενός μέσω της ένταξης της Ευρωπαϊκής Σύμβασης για την Βιοϊατρική και αφετέρου του εκσυγχρονισμού του ελληνικού Κ.Ι.Δ.⁴² Η έκφραση της βούλησης του ασθενή με όποιο τρόπο και εάν εκφράζεται, εν προκειμένω δε με την μορφή των προγενέστερων οδηγιών πρέπει να γίνεται σεβαστή, με βάση το

⁴¹ Φουντεδάκη (2007) όπ. π. σ. 28.

⁴² Καράκωστας (2008) όπ. π. σ. 28-29 και σ. 34.

ευρύτερο νομικό πλέγμα αλλά και κάποιες ειδικότερες διατάξεις. Με βάση τις γενικές διατάξεις λοιπόν το δικαίωμα του ασθενή να αποφασίζει αυτός για το εάν και μέχρι σε ποιο σημείο θα δεχτεί θεραπευτική αγωγή θεμελιώνεται:

α) Στο Σύνταγμα, το οποίο προστατεύει το δικαίωμα της υγείας (άρθ. 5 § 5 Σ) σε συνδυασμό με το δικαίωμα της αξίας του ανθρώπου και της προσωπικότητας (άρθ. 2 § 1 και άρθ. 5 § 1 Σ). Προστατεύεται το δικαίωμα του ανθρώπου επί του σώματός του ως εκδήλωση του δικαιώματος αυτοδιάθεσης ή προσωπικής ελευθερίας.

β) Στη Σύμβαση του Οβιέδο για τα ανθρώπινα δικαιώματα και τη Βιοιατρική, που κυρώθηκε με τον ν. 2619/1998. Το άρθ. 5 θεσπίζει τον γενικό κανόνα της ελεύθερης συναίνεσης του ασθενή, κατόπιν ενημέρωσης για κάθε θεραπευτική επέμβαση στο σώμα του. Επίσης του αναγνωρίζει ρητά την ελευθερία να την ανακαλέσει. Η άρνηση θεραπείας τις περισσότερες φορές είναι ανάκληση της προηγούμενης συναίνεσης. Οι προγενέστερες οδηγίες θέτουν ένα μελλοντικό όριο στη παροχή της συναίνεσης.

γ) Στο άρθ. 12 του ν. 3418/2005 που αφορά τη συναίνεση του ενημερωμένου ασθενή.

δ) Στο άρθ. 47 του ν. 2071/1992 για τον εκσυγχρονισμό του Ε.Σ.Υ. κατοχυρώνεται το δικαίωμα του νοσοκομειακού ασθενή να συναινεί πριν από κάθε ιατρική πράξη που τον αφορά, αφού προηγουμένως έχει λάβει ιατρική ενημέρωση.

Επιπλέον ο νόμος αναφέρεται ειδικότερα στις προγενέστερες οδηγίες στις παρακάτω δύο περιπτώσεις:

α) Το άρθ. 9 του ν. 2619/1998 προβλέπει ότι οι επιθυμίες που εξέφρασε ο ασθενής εκ των προτέρων, σχετικά με ιατρική επέμβαση θα λαμβάνονται υπόψη, προκειμένου για ασθενή ο οποίος κατά το χρόνο της επέμβασης δεν είναι σε θέση να τις εκφράσει.

β) Το αρ. 29 § 3 του ν. 3418/2005 για τις ιατρικές αποφάσεις στο τέλος της ζωής ορίζει ότι ο γιατρός λαμβάνει υπόψη τις επιθυμίες που είχε εκφράσει ο ασθενής ακόμα και εάν κατά το χρόνο της επέμβασης δεν είναι σε θέση να τις επαναλάβει.

Αντίθετα ο διορισμός πληρεξούσιου από τον ίδιο τον ασθενή δεν μπορεί να υπαχθεί σε κάποια διάταξη μια και πληρεξουσιότητα προβλέπεται μόνο για κατάρτιση σύμβασης, στο όνομα και για λογαριασμό του παρέχοντος την πληρεξουσιότητα (άρθ. 216 ΑΚ). Επιπλέον όταν ο ασθενής χάνει την συνείδηση, ενώ παραμένει νομικά αυτεξούσιος δυνάμει του άρθ. 6 της Σύμβασης του Οβιέδο και του άρθ. 12 § 2 του Κ.Ι.Δ. (αναλογικά εφαρμοζόμενου) προβλέπουν την υποκατάσταση της βούλησης του με κάποιον εκπρόσωπό του. Επομένως μόνο εάν προβλεφθεί νομοθετικά ο διορισμός αντιπροσώπου για θέματα υγείας σε περίπτωση που ο δικαιοπρακτικά ικανός ασθενής βρίσκεται *de facto* σε αδυναμία να εκφραστεί, θα υπερισχύει η δική του εξουσία σε σχέση με αυτήν των οικείων του⁴³.

Με βάση τα παραπάνω οι άτυπες προγενέστερες οδηγίες μπορούμε να πούμε καταρχήν ότι δεσμεύουν τον γιατρό. Αυτό σημαίνει ότι τον υποχρεώνουν να τις ακολουθήσει και αν δεν τις ακολουθήσει να αιτιολογήσει την απόφασή του να τις αγνοήσει⁴⁴. Σε κάθε περίπτωση μπορεί να λειτουργήσουν ως τεκμήρια εικαζόμενης βούλησης του ασθενή. Βέβαια το μεγαλύτερο πρόβλημα θα είναι το πώς αποδεικνύεται η ύπαρξη και το περιεχόμενό τους. Σε συνθήκες έντονης πίεσης όταν ασθενής είναι στην μονάδα εντατικής θεραπείας, ποιος γιατρός θα έχει το σθένος να

⁴³ Εκ πρώτης όψεως φαίνεται ότι υπάρχει σύγκρουση μεταξύ των άρθ. 6 και 9 της Σύμβασης του Οβιέδο. Βάσει του άρθ. 6, ο αντιπρόσωπος μπορεί να οριστεί από τον ασθενή για να εκφράζει την δική του βούληση όταν αυτός δεν είναι πια σε θέση να το κάνει, αλλά βάσει του άρθ. 9 όταν βρίσκεται σε τέτοια κατάσταση οι οικείοι είναι κατά νόμο αρμόδιοι να το πράξουν. Ανάλογα με τις πολιτιστικές αντιλήψεις κάθε χώρας διαμορφώνεται μέσα από την πράξη ποια από τις δύο εξίσου νομοθετικά κατοχυρωμένες πρακτικές, θα επικρατήσει, Pascalev, A./ Vidalis, T., “Vague Oviedo”: Autonomy, Culture and the Case of Previously Competent Patients, σε: *Exploratory Workshop Advance Directives : Towards a Coordinated European Perspective?* όπ. π.

⁴⁴ Βιδάλης (2007) (α) όπ.π. σ. 115.

αντιτάξει τις επιθυμίες του ασθενή του στους συγγενείς του όταν αυτοί εκφράζουν μια διαφορετική άποψη; Πέραν αυτού τίθενται δύο ερωτήματα τι είδους ευθύνη έχει ο γιατρός εάν τις παραβιάσει και μέχρι ποιο σημείο τον δεσμεύουν. Μπορεί οι προγενέστερες οδηγίες να περιλαμβάνουν αίτημα για διακοπή θεραπείας χάρις στην οποία διατηρείται στη ζωή π.χ. αποσύνδεση από την μηχανική υποστήριξη της ζωής ή για τη χορήγηση κατάλληλων μέσων για ένα ανώδυνο θάνατο, την λεγόμενη ανακουφιστική αγωγή;

Όσον αφορά την ευθύνη του γιατρού πρέπει να παρατηρήσουμε ότι βρίσκεται μεταξύ δύο πυρών. Από την μια μεριά εάν δεν ακολουθήσει κάποιες οδηγίες του ασθενή ενδέχεται να έχει αστική ευθύνη ενώ από την άλλη μεριά εάν ακολουθήσει κάποιες άλλες θα έχει ποινική ευθύνη. Σπάνια βέβαια τίθεται ζήτημα αστικής ευθύνης όταν θίγεται το θέμα της ευθανασίας, επειδή ο φόβος μπροστά στην αφαίρεση ζωής αμέσως παραπέμπει στην ποινική ευθύνη⁴⁵. Ωστόσο εν προκειμένω εάν π.χ. ο γιατρός δεν διακόψει την θεραπεία του ασθενή ενάντια στις προγενέστερες οδηγίες, σίγουρα δεν θα έχει ποινική ευθύνη αλλά κατά την κρατούσα τουλάχιστον άποψη θα έχει αστική ευθύνη για την μη διακοπή θεραπείας του ασθενή⁴⁶. Η αστική ευθύνη θα στηρίζεται σε δύο βάσεις, όπως προαναφέρθηκε. Θα συρρέει από τη μια η αδικοπραξία της προσβολής του δικαιώματος προσωπικότητας του ασθενή, η οποία καλύπτει την ηθική βλάβη της. Ενδεχόμενα όμως εάν ο γιατρός δεν ακολουθήσει τις προγενέστερες οδηγίες του ασθενή ίσως του προκάλεσε και χρηματική ζημία λόγω της παράτασης της θεραπείας του. Από την άλλη συρρέει και η ενδοσυμβατική ευθύνη του ιατρού που παρέχει υπηρεσίες βάσει του άρθ. 8 ν. 2251/1997 όταν αδιαφορεί για την συναίνεση ή την άρνηση που εξέφρασε ο ασθενής με την μορφή των προγενέστερων οδηγιών. Πρόκειται

⁴⁵ Παντελίδου, Κ., Ευθανασία και ζητήματα ιατρικής ευθύνης, σε: *Το πρόβλημα της Ευθανασίας (πρακτικά συμποσίου)*, Αθήνα, εκδ. Αποστολικής διακονίας, 2002.

⁴⁶ Ανδρουλιδάκη-Δημητριάδη όπ. π. σ. 138-139 και σ. 167.

για μια αυθαίρετη ιατρική πράξη που δεν εμπίπτει στην έννοια της *de lege artis* πράξης και επομένως συνιστά κακή εκτέλεση της σύμβασης ιατρικής αγωγής.

Όσον αφορά το όριο της δεσμευτικότητας των οδηγιών πρέπει εκτός από τις γενικές εξαιρετικές περιστάσεις, να διακρίνουμε ανάλογα με το είδος των οδηγιών και ανάλογα με το περιεχόμενό τους, διότι εάν προσκρούουν σε απαγορευτικές διατάξεις του νόμου είναι άκυρες και μη δεσμευτικές. Πρώτον, οι εξαιρετικές περιστάσεις που εύλογα απαλλάσσουν τον γιατρό είναι οι εξής: α) Η επείγουσα αντιμετώπιση του κινδύνου της ζωής και της υγείας του ασθενή που δεν αφήνουν κανένα περιθώριο χρόνου στο γιατρό για να αναζητήσει τυχόν οδηγίες του ασθενή. Τυχόν καθυστέρηση ενδέχεται να ενεργοποιεί την ποινική διάταξη του άρθρου 307 ΠΚ, να αποτελεί παράλειψη λύτρωσης από κίνδυνο ζωής, β) Η προσβολή των θεμελιωδών δικαιωμάτων του γιατρού π.χ. από μια εντολή του ασθενή να κακομεταχειριστεί το σώμα του για πειραματισμό ή να αγνοήσει εντελώς τους συγγενείς του και να παραβιάσει την ιατρική δεοντολογία. Τότε ο γιατρός έχει την αίσθηση συνείδησης και δικαιούται να παραιτηθεί αφού εξασφαλίσει την συνέχεια της θεραπείας του ασθενή⁴⁷. γ) Η επέλευση αδιαμφισβήτητης μεταβολής των συνθηκών π.χ. η ανακάλυψη μιας βέβαιης (όχι απλώς πειραματικής θεραπείας) με το σκεπτικό ότι θα ήταν πάρα πολύ πιθανόν να είχε μεταβάλλει άποψη και ο ίδιος ο ασθενής εάν τις γνώριζε⁴⁸.

Δεύτερον σαφώς στενότερο όριο δεσμευτικότητας έχουν οι απόψεις που εκφράζει ο τρίτος, διορισμένος ως αντιπρόσωπος υγείας από τον ασθενή. Έτσι δεν δεσμεύουν το γιατρό οι οδηγίες του εν λευκώ εξουσιοδοτημένου αντιπροσώπου ή η απόφαση του για διακοπή της θεραπείας του αντιπροσωπευόμενου ασθενή, διότι πρόκειται για διάθεση ζωής τρίτου⁴⁹.

⁴⁷ Ibid σ. 118. Για τους ίδιους λόγους δικαιούται να μην αποδεχτεί το διορισμό του και ο αντιπρόσωπος που διορίζει ο ασθενής.

⁴⁸ Η εξαίρεση θα πρέπει να προβλεφτεί ειδικά μαζί με τον τρόπο διαπίστωσης της π.χ. από ένα ιατρικό συμβούλιο, *ibid*

⁴⁹ *Ibid*

Το τρίτο ιδιαίτερα προβληματικό ερώτημα, εμπίπτει στο ζήτημα των ορίων της αυτονομίας του ασθενή και την ανοιχτή συζήτηση της διεύρυνσης τους.

5. Η ευθανασία και τα όρια της αυτονομίας του ανίατου ασθενή: το ισχύον δίκαιο και οι θεωρητικοί προβληματισμοί

Τα διάφορα ζητήματα που έχουν προκύψει από την ιατροτεχνολογική πρόοδο και την διεκδίκηση των δικαιωμάτων του ασθενή, οι συνεχείς επικλήσεις των δικαστών σε πράγματι δύσκολες περιπτώσεις, σε συνδυασμό με την προβολή τους από τα Μ.Μ.Ε. έχουν καταστήσει δυσδιάκριτα τα όρια μεταξύ του τι επιτρέπεται και τι απαγορεύεται. Η νομική θεωρία επανατοποθετεί το ζήτημα, διακρίνει διάφορες μορφές ευθανασίας και ενώ μερικές διατηρούν έντονη ποινική απαξία κάποιες άλλες απολαμβάνουν όλο και ευρύτερης αποδοχής⁵⁰. Η μορφή που μας ενδιαφέρει εν προκειμένω είναι η θεραπευτική μεταχείριση (δηλαδή μια ιατρική ενέργεια ή παράλειψη) του θνήσκοντος ασθενούς, προκειμένου να περάσει στον αναπόφευκτο για αυτόν θάνατο με τον πιο ανώδυνο τρόπο, όταν αυτός έχει ήδη εκφράσει τη συναίνεση του μέσω προγενέστερων οδηγιών.

Στο πεδίο του ποινικού δικαίου εξακολουθεί να υποστηρίζεται η άποψη ότι η ζωή και η υγεία είναι τα βιοτικά αγαθά που προστατεύονται με απόλυτο τρόπο ακόμα και έναντι της προσβολής από τον ίδιο το φορέα τους⁵¹. Σύμφωνα με αυτή την άποψη, αν και η τιμωρία της αυτοκτονίας στερείται νοήματος, μάλλον έχουμε νομική υποχρέωση να ζούμε! Το

⁵⁰Βούλτσος, Π./ Τσούγκας Μ., Ευθανασία: ένα νομοθετικά ακάλυπτο, πολύπτυχο και οριακό ζήτημα, *Ιατρικό Βήμα*, Οκτ.-Νοεμ., 2008, σ. 76-78, Μαργαρίτης, Μ., Η ευθανασία, *Ελληνική Δικαιοσύνη*, 2000, σ. 1228επ., Μπέκας, Γ., *Η προστασία της ζωής και της υγείας στο ποινικό κώδικα*, 2004, σ. 25-28, και Κουτσομπίνας, Νομικά ζητήματα από την ευθανασία, σε Εθνικό ίδρυμα Ερευνών, *Ευθανασία: Η σημαντική του καλού θανάτου*, ΕΙΕ, Αθήνα, 2000, σ. 80επ. και Φραντζεσκάκης, Ι., Ευθανασία και το Δικαίωμα στη Ζωή και το θάνατο, *Αρχείο Νομολογίας*, 1998, σ. 678-680.

⁵¹Ενδεικτικά Ανδρουλάκης, Ν., Ποινικό δίκαιο – Ειδικό μέρος, Αθήνα, 1974 και Μανωλεδάκης, Ι., Υπάρχει δικαίωμα στο θάνατο; *Ποινική δικαιοσύνη*, 2004, σ.581.

απόλυτο της προστασίας της ζωής καλύπτει και το φορέα του έννομου αγαθού, το δημόσιο συμφέρον επιβάλλει την διατήρηση ακόμα και ενάντια στη βούληση του φορέα. Έτσι το κράτος μπορεί να απαγορεύει την αυτοκαταστροφή μας όχι μόνο όταν αυτή προσβάλλει και το δημόσιο συμφέρον (π.χ. με το να καπνίζουμε) αλλά και όταν προσβάλλουμε το αγαθό της ζωής ή της αξιοπρέπειας μας (π.χ. με το να χρησιμοποιούμε εξαρτησιογόνες ουσίες)⁵². Σύμφωνα με μια άλλη ορθότερη άποψη, ξεκινάμε με την παραδοχή ότι δεν υπάρχει νομική υποχρέωση αλλά ευχέρεια να ζούμε, οπότε ο άδικος χαρακτήρας και κυρίως ο αξιόποινος χαρακτήρας της ευθανασίας ποικίλει ανάλογα με την μορφή της ευθανασίας⁵³. Έτσι πρέπει να διακρίνουμε μεταξύ ενεργητικής (άμεσα και έμμεσα) και παθητικής ευθανασίας αλλά και συναινετικής και μη συναινετικής διότι η βούληση του ασθενή έχει σημασία για το χαρακτηρισμό της πράξης του γιατρού⁵⁴. Έτσι πρόκειται για ενεργητική, άμεση ευθανασία, όταν η επίσπευση του θανάτου είναι αποτέλεσμα ενέργειας που κατευθύνεται σε αυτό το αποτέλεσμα, ενώ πρόκειται για έμμεση ενεργητική ευθανασία όταν η επίσπευση του θανάτου επέρχεται ως παρενέργεια π.χ. της ανακουφιστικής αγωγής. Στην περίπτωση της παθητικής ευθανασίας ο ασθενής απλώς αφήνεται να πεθάνει είτε με την συναίνεσή του (συναινετική ευθανασία) είτε επειδή ο ίδιος ο γιατρός κρίνει ότι η προσπάθεια είναι μάταιη (μη συναινετική) βάσει των πορισμάτων της ιατρικής επιστήμης, γεγονός το οποίο σταθμίζεται με το έννομο συμφέρον της ανακούφισης του ασθενή⁵⁵.

⁵² Παρασκευόπουλος, Ν., Ποινική ευθύνη από αυτοκαταστροφικές πράξεις, *Ελληνική Επιθεώρηση Εγκληματολογίας*, 1989, σ. 61.

⁵³ Θετικοί υπό προϋποθέσεις είναι οι Χωραφάς, Ν., Γενικά Αρχαί Ποινικού δικαίου, Αθήνα, 1962, σ. 539-542, Πανούσης, Γ., Ευθανασία: αυτοκτονία μέσω τρίτου;, *Ποινική Δικαιοσύνη*, 1999, σ.733, Κατρούγκαλος, Γ., Το δικαίωμα στη ζωή και το θάνατο, 1993 και Κιούπης, Δ., Συμμετοχή σε αυτοκτονία, *Μνήμη II*, τ. Α', 1996, σ. 148.

⁵⁴ Συμεωνίδου-Καστανίδου, Ε., Η ευθανασία στο ποινικό δίκαιο, *Ευθανασία, Δημοσιεύματα Ιατρικού δικαίου και βιοηθικής 3*, Εκδόσεις Σάκκουλα, Αθήνα-Θεσσαλονίκη, 2007, σ. 137-162.

⁵⁵ Ibid

Με βάση τα παραπάνω διαβαθμίζεται και η δεσμευτικότητα των προγενέστερων οδηγιών του ασθενή ανάλογα με το περιεχόμενό τους. Ειδικότερα:

α) Η προγενέστερη οδηγία του ασθενή με **αίτημα τη διακοπή της θεραπείας** του θεωρείται παθητική και συναινετική μορφή ευθανασίας. Αυτή η μορφή δεν είναι καν άδικη πράξη και δεν τιμωρείται. Εάν ο ασθενής θέλει να πεθάνει, έγκυρα αρνείται να συνεχίσει την θεραπεία οπότε και παύει η ιδιαίτερη νομική υποχρέωση του γιατρού⁵⁶. Αυτό προβλέπει η διάταξη του άρθρου 29 § 2 του ΚΙΔ, της οποίας το γράμμα δεν αποκλείει και την ειδικότερη ρύθμιση των προγενέστερων οδηγιών. Πρόκειται για μια ρύθμιση που επιλύει την μέχρι πρότινος σχετική θεωρητική διαφωνία, ειδικότερη έκφραση της διαφωνίας για τον απόλυτο χαρακτήρα του δικαιώματος της ζωής. Υποστηρίζονταν δηλαδή και εδώ η άποψη ότι ο γιατρός υποχρεούται να διατηρήσει τη ζωή με κάθε μέσο ακόμα και εάν δεν έχει την συναίνεση του ασθενή του. Το επιχείρημα ήταν ότι όταν ο ασθενής ζητά να παύσει η θεραπεία του ο γιατρός παρεμβαίνει στο δικαίωμα της αυτοδιάθεσής του ως τρίτος. Επειδή όμως η αυτοδιάθεση αποτελεί ένα αυστηρά προσωπικό αγαθό όταν επεμβαίνει τρίτος δεν ισχύει πλέον. Επομένως ο γιατρός που διακόπτει (και με παράλειψη) την θεραπεία θα έχει ποινική ευθύνη⁵⁷. Μετά την ενίσχυση του δικαιώματος της αυτοδιάθεσης του ασθενή στην ελληνική έννομη τάξη μέσω της Σύμβασης του Οβιέδο και τον εκσυγχρονισμό του ΚΙΔ είναι δύσκολο να υποστηριχτεί αυτή η άποψη. Το δικαίωμα να ζητήσει την αποχή από την θεραπεία αποτελεί το ελάχιστο περιεχόμενο του δικαιώματος του ασθενή και δεν μπορεί να επισύρει την ποινική ευθύνη του γιατρού.

⁵⁶ Συμεωνίδου (2007) όπ. π., της ίδιας *Εγκλήματα κατά της ζωής*, εκδ. Σάκκουλα, Αθήνα-Θεσσαλονίκη, 2001², κεφ 1.6.3.1. και Πανούσης όπ. π. ο οποίος υποστηρίζει ότι το δικαίωμα στη ζωή περιλαμβάνει και το δικαίωμα της αυτοδιάθεσης της.

⁵⁷ Κανελλοπούλου- Μπότη όπ. π. Πάντως η βούληση του ασθενή έχει κάποια σημασία όσον αφορά την αστική ευθύνη του γιατρού. Ο γιατρός που φέρει το βάρος να αποδείξει την έλλειψη υπαιτιότητας του για το θάνατο του ασθενή, μπορεί να επικαλεστεί ως συντρέχον πταίσμα την επιθυμία διακοπής θεραπείας του ασθενή του.

β) Αντίθετα ο γιατρός δεν δεσμεύεται από την προγενέστερη οδηγία του ασθενή που του ζητά να συντομεύσει τη ζωή του, *το αίτημα για άμεση ενεργητική ευθανασία ή ιατρικά υποβοηθούμενη αυτοκτονία*. Η ενεργητική ευθανασία, με πράξη ή παράλειψη είναι άδικη πράξη που τιμωρείται, εκτός εάν ο δικαστής αποφασίσει ότι σε μια συγκεκριμένη περίπτωση οι συνθήκες της πράξης επιβάλλουν κατ' εξαίρεση την δικαστική άφεση της ποινής. Επομένως, θα είναι απόλυτα άκυρη η σχετική προγενέστερη οδηγία του ασθενή γιατί ενδεχόμενα θα προσκρούει στα άρθρα 300 και 301 ΠΚ που απαγορεύουν αντίστοιχα την ανθρωποκτονία με συναίνεση ή την υποβοήθηση σε αυτοκτονία. Αντίστοιχα η διάταξη του άρθρου 29 § 3 του ΚΙΔ επισημαίνει ότι η επιθυμία του ασθενή σε τελευταίο στάδιο δεν δικαιολογεί νομικά τη διενέργεια πράξεων από το γιατρό, που στοχεύουν στην επίσπευση του θανάτου του. Ίσως όμως εάν πρόκειται για προγενέστερες οδηγίες που έχει διατυπώσει ο ασθενής ενόσω ήταν υγιής, πριν αρρωστήσει και ο γιατρός επισπεύσει το θάνατο ενδέχεται να τιμωρηθεί με βαρύτερη ποινή για ανθρωποκτονία και όχι επιεικέστερα, δυνάμει του άρθρου 300 ΠΚ που τιμωρεί την ανθρωποκτονία με συναίνεση. Η ανθρωποκτονία με συναίνεση είναι η μοναδική περίπτωση ρυθμισμένης ευθανασίας, η οποία ναι μεν θεωρείται έγκλημα, αλλά τιμωρείται επιεικέστερα λόγω του κινήτρου της. Όμως πρόκειται για επιθανάτια ευθανασία, με τρεις προϋποθέσεις, δηλαδή ανίατη ασθένεια, επίμονη απαίτηση θύματος και το κίνητρο του οίκτου⁵⁸. Η προγενέστερη οδηγία ίσως απέχει χρονικά από την επέλευση του επώδυνου σταδίου και η ευθανασία θα γίνει λόγω σεβασμού στη βούληση και την αξιοπρέπεια του ασθενή. Επομένως, για να είναι δεσμευτική μια προγενέστερη οδηγία με τέτοιου είδους περιεχόμενο απαιτείται ειδική νομοθετική πρόβλεψη⁵⁹. Επίσης, το άρθρο 301 ΠΚ τιμωρεί με φυλάκιση όποιον έδωσε βοήθεια σε κάποιον κατά την αυτοκτονία του. Εδώ υπάγεται αναντίρρητα η περίπτωση

⁵⁸ Καράμπελας, Λ., Η ευθανασία από νομική άποψη, *ΠοινΧρ* 1986, σ. 539-549.

⁵⁹ Βιδάλης (2007) (α) όπ. π. σ. 118 και Παπαζήση όπ. π. σ. 461.

της προγενέστερης οδηγίας του ασθενή που πλέον πάσχει από σοβαρό κινητικό πρόβλημα και δεν μπορεί να αυτοκτονήσει ο ίδιος αλλά χρειάζεται την διαμεσολάβηση κάποιου άλλου. Και για μια τέτοιου είδους οδηγία απαιτείται επομένως ειδική νομοθετική πρόβλεψη που θα την επιτρέψει⁶⁰.

γ) Ειδική αναφορά πρέπει να γίνει στις προγενέστερες οδηγίες με **αίτημα την αποσύνδεση από την μηχανική υποστήριξη της ζωής** διότι αφορούν την γκρίζα ζώνη μεταξύ ζωής και θανάτου αλλά και μεταξύ ιατρικής δεοντολογίας και πρακτικής. Η τεχνητή παράταση της ζωής σημαίνει την παράταση βασικών βιολογικών λειτουργιών είτε μετά την διαπίστωση του εγκεφαλικού θανάτου είτε μετά από την βύθιση σε παρατεταμένο κώμα. Το θεραπευτικό αποτέλεσμα της τεχνητής παράτασης άλλοτε δεν αναμένεται και άλλοτε πιθανολογείται ελάχιστα. Επιπλέον συνεπάγονται πολύ χαμηλή ποιότητα ζωής για τον ασθενή ενώ τίθενται και ευρύτερα ζητήματα κατανομής σπανίων πόρων υγείας, όπως οι μονάδες εντατικής θεραπείας. Τίθεται το ερώτημα εάν είναι δεσμευτικές οι οδηγίες του ασθενή για τη διακοπή αυτής της μορφής θεραπείας και εύλογα υποστηρίζονται διάφορες απόψεις.

Σύμφωνα με την σχετική εισήγηση της Εθνικής Επιτροπής Βιοηθικής⁶¹ εάν δεν υπάρχει ελπίδα ίασης του ασθενή αλλά η επιδείνωση της κατάστασης του είναι αργή και είναι αβέβαιος ο χρόνος επέλευσης του θανάτου, ο γιατρός αφού ενημερώσει τον ασθενή και τους οικείους του μπορεί να διακόψει την παράταση και να περιοριστεί στην ανακουφιστική αγωγή του ασθενή. Ο γιατρός οφείλει να λάβει υπόψη την ήδη εκφρασθείσα συναίνεση του ασθενή του. Εάν υπάρξουν διαφωνίες μεταξύ του ιατρού και των οικείων του ασθενή ή μεταξύ συγγενών του ασθενή πρέπει να προβλεφθούν διαδικασίες επίλυσής τους, όπως η διαμεσολάβηση της Επιτροπής δεοντολογίας και η παρέμβαση των κοινωνικών λειτουργών

⁶⁰ Κατρούγκαλος ό.π.

⁶¹ Εισήγηση της Εθνικής Επιτροπής Βιοηθικής, «Σχετικά με την τεχνητή παράταση της ζωής», 2006 και συνοδευτική έκθεση, (Κ.Μανωλάκου-Τ.Βιδάλης), www.bioethics.gr

της μονάδας. Σε περίπτωση αδυναμίας επίλυσης της σύγκρουσης προτείνεται η παραίτηση του γιατρού ή η παράταση της ζωής του ασθενή.

Στη νομική θεωρία μια άποψη⁶² υποστηρίζει ότι η αποσύνδεση από την μηχανική υποστήριξη της ζωής αποτελεί ενεργητική ευθανασία είτε με πράξη (π.χ. όταν ο γιατρός αποσυνδέει τον ασθενή από μηχανήμα) είτε με παράλειψη (π.χ. όταν παύει να ανανεώνει το οξυγόνο). Επομένως για να θεωρηθεί μη αξιόποινη η πράξη του γιατρού θα πρέπει να γίνει διάκριση των περιπτώσεων ανάλογα εάν ο ασθενής διατηρεί την στοιχειώδη βιολογική αυτονομία του ή όχι. Μόνον στην περίπτωση που είναι βέβαιο ότι ο ασθενής δεν θα είναι πλέον ποτέ σε θέση να αναπνεύσει μόνος του π.χ. στην περίπτωση του εγκεφαλικού θανάτου, τότε η αποσύνδεση από την μηχανική υποστήριξη της ζωής δεν είναι αξιόποινη πράξη. Μήπως όμως υποστηρίζει μια άλλη άποψη, όταν η θεραπευτική αγωγή είναι ανώφελη⁶³, δηλαδή όταν παρατείνει πρόσκαιρα βιολογικές λειτουργίες αλλά και την οδύνη του ασθενή χωρίς να αντιμετωπίζει αποτελεσματικά την ασθένεια, αίρεται και ο άδικος χαρακτήρας της διακοπής της⁶⁴; Πάντως με βάση τα παραπάνω δεν μπορούμε να καταλήξουμε ότι οι προγενέστερες οδηγίες με αίτημα την αποσύνδεση του ασθενή από την μηχανική υποστήριξη της ζωής του δεσμεύουν άνευ άλλου τον γιατρό. Μπορούν απλώς να συνεκτιμηθούν σε συνδυασμό με την εκτίμηση των γιατρών για την κατάσταση της υγείας του ασθενή.

δ) Το αίτημα ανακουφιστικής αγωγής έστω και εάν αυτή συνεπάγεται με απόλυτη ιατρική βεβαιότητα την επίσπευση του θανάτου. Όπως αναφέρθηκε η διάταξη 29 του ΚΙΔ επιβάλλει στο γιατρό εάν εξαντληθούν τα ιατρικά περιθώρια σε περιπτώσεις ανίατης ασθένειας να αφήσει τον ασθενή να καταλήξει παρέχοντας του ανακουφιστική αγωγή. Πρόκειται για

⁶² Συμεωνίδου -Καστανίδου (2007) όπ. π. σ. 157.

⁶³ Brock όπ. π. και Μπιτσιώρη, Μ., *Medical futility : η διαμόρφωση της έννοιας της ανώφελης θεραπείας και ο σύγχρονος προβληματισμός*, Διπλωματική εργασία, Πανεπιστήμιο Κρήτης, 2007, E-Iocus Ιδρυματικό Καταθετήριο, www.openarchives.gr

⁶⁴ Βιδάλης (2007) (α) όπ. π. σ. 119.

την μοναδική ρητά αναγνωρισμένη εκδοχή ευθανασίας στο θετικό μας δίκαιο⁶⁵. Στην περίπτωση ανίατης και θανατηφόρας ασθένειας που συνοδεύεται από αφόρητους πόνους μετατίθεται ο σκοπός της ιατρικής πράξης, καθώς η αρχή ωφέλειας-βλάβης αφορά μόνο τα συμπτώματα και όχι την ασθένεια. Το πρόβλημα είναι ότι στην πραγματικότητα τα αναλγητικά φάρμακα επισπεύδουν τον θάνατο που όμως θα επέρχονταν ούτως ή άλλως. Δημιουργείται ένα τραγικό δίλημμα, πρέπει να γίνει επιλογή μεταξύ μακρότερης ζωής που όμως συνεπάγεται μεγάλη ταλαιπωρία και συντομότερης που εξασφαλίζει στοιχειώδη αξιοπρέπεια. Δυστυχώς ο ΚΙΔ δεν διευκολύνει την δύσκολη αυτή επιλογή. Ναι μεν νομιμοποιεί την ανακουφιστική αγωγή, αλλά απαγορεύει την επίσπευση του θανάτου, με το ίδιο άρθρο. Αντιλαμβάνεται όμως κανείς ότι η νοσοκομειακή πρακτική αναγκάζει την ιατρική ομάδα να αποφασίζει στην πράξη πότε η οδύνη του ασθενή νομιμοποιεί την προσπάθεια ανακούφισης του χωρίς κανένα όριο. Από αυστηρά νομική σκοπιά, πρόκειται για μια άδικη πράξη αλλά με βάση το άρθρο 25 ΠΚ για την κατάσταση ανάγκης μπορεί να αρθεί ο άδικος χαρακτήρας με τις εξής δύο προϋποθέσεις: να πρόκειται για ανίατη ασθένεια και ο ασθενής να συναινεί στην ανακουφιστική αγωγή ακόμα και εάν επέλθει ως παρενέργεια ο θάνατος⁶⁶. Η βούληση του ασθενή έχει ιδιαίτερη σημασία εν προκειμένω επειδή αλλάζει ακόμα και το χαρακτηρισμό της πράξης του γιατρού. Στην ακραία εκδοχή εάν θεωρηθεί αυτοκτονία ο μεν ασθενής είναι αυτουργός ο δε γιατρός είναι συμμετοχος. Επομένως, ούτε οι προγενέστερες οδηγίες που περιέχουν αίτημα του ασθενή να περιοριστεί ο γιατρός σε ανακουφιστική αγωγή σε περίπτωση ανίατης ασθένειας θεωρούνται δεσμευτικές για τα γιατρό.

⁶⁵ Ibid σ. 121-122.

⁶⁶ Συμεωνίδου –Καστανίδου (2001) όπ. π. σ. 192 επ. και Γεωργιάδης, Α., Το δικαίωμα στο θάνατο, σε: *Το πρόβλημα της Ευθανασίας (πρακτικά συμποσίου)*, εκδ. Αποστολικής διακονίας, Αθήνα, 2002, σ. 119επ.

Χωρίς ιδιαίτερη νομοθετική πρόβλεψη δεν είναι λοιπόν δεσμευτικές οι προγενέστερες οδηγίες του ασθενή που αφορούν τα τόσο κρίσιμα ζητήματα αφενός της διακοπής ανώφελης θεραπείας, όπως η μηχανική υποστήριξη του ανθρώπινου οργανισμού σε περιπτώσεις ανεπανόρθωτης βλάβης και αφετέρου της χορήγησης ανακουφιστικής αγωγής έστω και εάν επισπεύδει το θάνατο σε ανίατη και εξαιρετικά επώδυνη νόσο δεν είναι δεσμευτικές. *De lege ferenda* διερωτάται κανείς εάν το σύνταγμα θα τις επέτρεπε. Καταρχάς τίθεται το ερώτημα εάν πρέπει να οριστεί η επιθυμία ενός ετοιμοθάνατου ασθενούς να πεθάνει ως αυτοκτονία ή ως άρνηση θεραπείας και αντίστοιχα ως ανθρωποκτονία η επίσπευση του θανάτου του από το γιατρό του ή ως παροχή ανακουφιστικής αγωγής⁶⁷. Περαιτέρω το Σύνταγμα προσδίδει στην βούληση των υποκειμένων δεσμευτικό χαρακτήρα όσο δεν καταλήγει στην αναίρεση της ανθρώπινης αξίας τους. Εάν λοιπόν η λεγόμενη παθητική ευθανασία έρθει ως απάντηση στο αίτημα του ασθενή είναι καθόλα συνταγματική διότι αφού επίκειται ο θάνατός του γιατί να μην λάβουμε υπόψη την άρνηση του ασθενή; Σε αντίθετη περίπτωση δεν τον εργαλειοποιούμε, στερώντας του την ανθρώπινη αξία; Το ίδιο ισχύει και εάν λόγω της άρνησης θεραπείας επισπεύδεται ο (αντικειμενικά βέβαιος) θάνατος, οπότε μιλάμε για ενεργητική ευθανασία⁶⁸. Η βασική συνταγματική προβληματική επομένως συνίσταται στο επιχείρημα ότι το Σύνταγμα αποδέχεται την ευθανασία ως επιλογή του ασθενή για να μην ταπεινωθεί ο ασθενής, δηλαδή να μην αποσυνδεθεί η ζωή που φεύγει από τη αυτονομία του με συνέπεια να καταστεί πλέον αντικείμενο⁶⁹. Με βάση αυτό το σκεπτικό η ανακουφιστική αγωγή έχει προβάδισμα έναντι της ζωής

⁶⁷ Βιδάλης (2007) (β) και (α) όπ. π. σ. 124-125.

⁶⁸ Ακόμα και η ενεργητική ευθανασία μπορεί υπό προϋποθέσεις να είναι συνταγματική δηλαδή: α) εάν το πρόσωπο βρίσκεται σε τελικό στάδιο ασθένειας για το οποίο υπάρχει επιστημονική βεβαιότητα ότι κάθε αγωγή είναι ανώφελη, β) εάν υποφέρει σωματικά και ψυχικά και γ) εάν επιθυμεί ενσυνείδητα το τέλος της ζωής του. Βέβαια δύσκολα μια τέτοια άποψη γίνεται δεκτή από τα δικαστήρια. Συνεπάγεται συστατική ερμηνεία του 300 ΠΚ και χωρίς ρύθμιση η ευθύνη του γιατρού είναι επισφαλής. Πάντως το πιο κρίσιμο στοιχείο είναι η επιθυμία διακοπής εκ μέρους του ασθενή. Και εδώ αναδεικνύεται η σημασία της διαθήκης ζωής, *ibid*.

⁶⁹ Τσαϊτουρίδης,Χ., Η ευθανασία ως συνταγματικό δικαίωμα του ασθενούς, *ΤοΣ*, 3/2002, σ. 625επ.

που τελειώνει έστω και εάν κάτι τέτοιο θα επισπεύσει το θάνατο και ο νομοθέτης έχει την επιλογή να προσδώσει δεσμευτική ισχύ σε μια τέτοιου είδους προγενέστερη οδηγία. Από τη στιγμή που ο νομοθέτης έχει επιτρέψει την μεταβολή του σκοπού της ιατρικής πράξης στις ανίατες ασθένειες ο γιατρός έχει νομική υποχρέωση να αφήσει τον ασθενή να καταλήξει (letting die) σε συνδυασμό με την παροχή ανακουφιστικής αγωγής. Η υποχρέωση του αυτή συσχετίζεται με την έσχατη ελεύθερη βούληση του ασθενή, εφόσον υπάρχει η αντικειμενική κατάσταση της διαρκούς φθοράς της υγείας του. Στην περίπτωση αυτή δεν τίθεται ζήτημα θανάτωσης ενός ανίατου ασθενή αλλά φυσική εξέλιξη της ασθένειας του⁷⁰.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Συμπερασματικά ο ασθενής δεν έχει μεν δικαίωμα στο θάνατο, δεν μπορεί να ζητήσει ιατρικά υποβοηθούμενη αυτοκτονία αλλά δικαιούται να ζητήσει την διακοπή της θεραπείας του, σε συνδυασμό με ανακουφιστική αγωγή σε περίπτωση που έχει νοσήσει από ανίατη ασθένεια ή βρίσκεται σε κατάσταση όπου πλέον είναι αδύνατον ή εξαιρετικά απίθανο να ανακτήσει την βιολογική αυτονομία του. Το κατεξοχήν νομικό μέσο για να το πράξει είναι οι προγενέστερες οδηγίες. Ο γιατρός υποχρεούται να λάβει υπόψη τις οδηγίες του ασθενή για το τέλος της ζωής του, που πλησιάζει αμετάκλητα. Το δικαίωμα αυτοδιάθεσης ισχύει όχι μόνο για υγιείς αλλά και για βαριά ασθενείς και ετοιμοθάνατους ανθρώπους. Ωστόσο στο ισχύον νομικό καθεστώς δύσκολα μπορεί να υποχρεωθεί ο γιατρός να το πράξει. Όχι μόνον γιατί το δικαίωμα της αυτοδιάθεσης είναι αμυντικό έναντι κάθε προσβολής εκ των έξω και δεν μπορεί να αναγκάσει κάποιον σε θετική ενέργεια, εν προκειμένω τον γιατρό να διακόψει τη τεχνητή παράταση ζωής ή να απέχει από μια πιο επιθετική χημειοθεραπεία. Πολλοί γιατροί

⁷⁰ Βιδάλης (2007) (β) όπ. π., Τσαϊτουρίδης όπ. π. και Κατρούγκαλος όπ.π.

δικαιολογημένα διστάζουν δεδομένης της ρητής πρόβλεψης στον ποινικό κώδικα ότι ο θάνατος μετά από αίτημα του ασθενή αποτελεί ποινικό αδίκημα. Ναι μεν η διάκριση μεταξύ παθητικής και ενεργητικής ευθανασίας είναι μερικές φορές θολή στην ιατρική πρακτική, αλλά είναι σαφές ότι η αποχή από τη θεραπεία οδηγεί στο θάνατο του ασθενή. Επομένως εναπόκειται στον γιατρό να αποδεχτεί το αναπότρεπτο όριο της ισχύος της επιστήμης του και της ηθικής προσπάθειάς του και να σεβαστεί την απόφαση του ασθενή να αφηθεί στο φυσικό γεγονός του θανάτου του, με συνείδηση και υπερηφάνεια⁷¹.

Υπάρχει θέμα ρύθμισης για τις αμφισβητούμενες και ειδικότερα προβλήματα που τίθενται: Πως θα επιλυθεί η πιθανή σύγκρουση μεταξύ μιας θέλησης που εξέφρασε ένας υγιής άνθρωπος και η νέα αντιμετώπιση του ζητήματος από την θέση του ασθενούς που πλέον δεν μπορεί να εκφραστεί σε επείγουσα κατάσταση. Ή με ποια μέθοδο θα επιβεβαιωθεί η αυθεντικότητα μιας άτυπης έκφρασης βούλησης; Ενδιαφέρει να διαπιστωθεί η αυθεντική έκφραση της βούλησης του ασθενή, ο κύριος παράγων για να καθορίσει τι πρέπει να κάνει ο γιατρός σε δύσκολες περιπτώσεις.

⁷¹ Τζαβάρας, Θ., Περί του ευ ζην και του ευ θνήσκειν, *Το Βήμα Ιδεών*, 1/6/07

Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής, "Ευθανασία. Αφιέρωμα στον πρώτο Πρόεδρο της Επιτροπής Γεώργιο Κουμάντο", Δρακοπούλου, Μ.(επιμ), Εκδόσεις Θέμις, Ν.Α.Σάκκουλας & Σία ΟΕ", Αθήνα, 2012, σελ. (σ.153-194)

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΛΛΗΝΟΓΛΩΣΣΗ

Αγαλλοπούλου, Π., Η σημασία της συναίνεσης του τραυματισμένου σε χειρουργική επέμβαση κατά το αστικό δίκαιο, σε: *Αφιέρωμα σε Α. Λιτζερόπουλο*, τ. Α΄, Ε.Κ.Π.Α., 1985, σ. 27επ.

Ανδρουλάκης, Ν., *Ποινικό δίκαιο – Ειδικό μέρος*, Αθήνα, 1974.

Ανδρουλιδάκη-Δημητριάδη Ι., *Η υποχρέωση ενημέρωσης του ασθενούς, Συμβολή στη διακρίβωση της αστικής ιατρικής ευθύνης*, Αντ. Ν. Σάκκουλας, Αθήνα-Κομοτηνή, 1993.

Βιδάλης Τ., *Ζωή χωρίς πρόσωπο. Το Σύνταγμα και η χρήση του ανθρώπινου γενετικού υλικού*, Αντ. Ν. Σάκκουλας, Αθήνα, 1999.

Βιδάλης, Τ., (α) *Βιοδίκαιο, Πρώτος τόμος: Το πρόσωπο*, Δημοσιεύματα Ιατρικού δικαίου και Βιοηθικής, 6, Εκδ. Σάκκουλα, Αθήνα-Θεσσαλονίκη, 2007.

Βιδάλης, Τ., (β) *Ευθανασία και Σύνταγμα*, σε: *Ευθανασία*, Δημοσιεύματα Ιατρικού δικαίου και βιοηθικής 3, Εκδόσεις Σάκκουλα, Αθήνα-Θεσσαλονίκη, 2007, σ. 137-162.

Βούλτσος, Π./ Τσούγκας Μ., *Ευθανασία: ένα νομοθετικά ακάλυπτο, πολύπτυχο και οριακό ζήτημα*, *Ιατρικό Βήμα*, Οκτ.-Νοεμ., 2008, σ. 76-78.

Γεωργιάδης, Α., *Το δικαίωμα στο θάνατο*, σε: *Το πρόβλημα της Ευθανασίας (πρακτικά συμποσίου)*, εκδ. Αποστολικής διακονίας, Αθήνα, 2002, σ. 119επ.

Δεληγιάννης, Ι., *Η δικαστική συμπαράσταση*, Εκδ. Σάκκουλα, Αθήνα-Θεσσαλονίκη, 1997.

Δωρής, Φ. σε: ΑΚ Γεωργιάδης, Α./Σταθόπουλος, Μ. άρθρ. 236 αρ.4.

Κανελλοπούλου-Μπότη, Μ., *Ιατρική ευθύνη για μη ενημέρωση ή πλημμελή ενημέρωση του ασθενούς κατά το ελληνικό και το αγγλοσαξωνικό δίκαιο*, Αντ.Ν.Σάκκουλας, Αθήνα-Θεσσαλονίκη, 1999.

Κανελλοπούλου-Μπότη, Μ., *Το πρόβλημα της θεμελίωσης των δικαιωμάτων ενημέρωσης ασθενούς και άμβλωσης στο δικαίωμα της ιδιωτικής ζωής, παρατηρήσεις σχετικά με τον ν. 2619/1988*, *ΚριτΕ*, 2000/1, σ. 179-180.

Καράκωστας, Ι., *Η αστική ευθύνη του ιατρού στο κοινοτικό δίκαιο*, *Αρμενόπουλος*, 1994/48, σ.15επ.

Καράκωστας, Ι., *Ιατρική Ευθύνη. Χαρακτηριστικά γνωρίσματα & νομική διάσταση κανόνων ιατρικής δεοντολογίας*, Νομική Βιβλιοθήκη, Αθήνα, 2008.

Καράμπελας, Λ., *Η ευθανασία από νομική άποψη*, *ΠοινΧρ* 1986, σ. 539-549.

- Κατρούγκαλος Γ., *Το δικαίωμα στη ζωή και στο θάνατο*, Αντ. Ν. Σάκκουλας, Αθήνα-Κομοτηνή, 1993.
- Κατσαβριάς, Γ., *Το άδικο της συμμετοχής σε αυτοκτονία (301 ΠΚ). Η ερμηνεία μιας διάταξης υπό το πρίσμα της αναζήτησης ενός δικαιώματος αυτοδιάθεσης της ζωής*, Διπλωματική εργασία, Ψηφιοθήκη Αριστοτέλειου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, invenio.lib.auth.gr/record/107338/usage GRI-2009-2025.
- Κιούπης, Δ., Συμμετοχή σε αυτοκτονία, *Μνήμη II*, τ. Α', 1996, σ. 148επ.
- Κουμαριανού, Μ., *Μνημεία και νεκροί. Το φαντασιακό του θανάτου στη σύγχρονη Ελλάδα: Μια ανθρωπολογική και σημειολογική προσέγγιση των αστικών νεκροταφείων*, Αθήνα, Δωδώνη, 2008.
- Κουνουγέρη-Μανωλεδάκη Ε., Σπέρμα, ωάριο και γονιμοποιημένο ωάριο που βρίσκονται έξω από το ανθρώπινο σώμα – Η νομική τους φύση και μεταχείριση κατά το Αστικό Δίκαιο, *Αρμ.* 1999, σ. 468 επ.
- Κούρτης, Μ., *Αστικό δίκαιο μεταμοσχεύσεων*, Αθήνα, Δίκαιο & Οικονομία. Π.Ν. Σάκκουλας Α.Ε., 2002.
- Κουτσομπίνας, Νομικά ζητήματα από την ευθανασία, σε: Εθνικό ίδρυμα Ερευνών, *Ευθανασία: Η σημαντική του καλού θανάτου*, ΕΙΕ, Αθήνα, 2000, σ.80επ.
- Μανωλεδάκης, Ι., Υπάρχει δικαίωμα στο θάνατο; *Ποινική Δικαιοσύνη*, 2004, σ.577επ.
- Μαργαρίτης, Μ., Η ευθανασία, *Ελληνική Δικαιοσύνη*, 2000, σ. 1228επ.
- Μπέκας, Γ., *Η προστασία της ζωής και της υγείας στο ποινικό κώδικα*, 2004, σ. 25-28
- Μπιτσιώρη, Μ., *Medical futility : η διαμόρφωση της έννοιας της ανώφελης θεραπείας και ο σύγχρονος προβληματισμός*, Διπλωματική εργασία, Πανεπιστήμιο Κρήτης, 2007, E-Iocus Ιδρυματικό Καταθετήριο, www.openarchives.gr
- Πανούσης, Γ., Ευθανασία: αυτοκτονία μέσω τρίτου;, *Ποινική Δικαιοσύνη*, 1999, σ.733επ.
- Παντελίδου, Κ., Ευθανασία και ζητήματα ιατρικής ευθύνης, σε: *Το πρόβλημα της Ευθανασίας (πρακτικά συμποσίου)*, εκδ. Αποστολικής διακονίας, Αθήνα, 2002.
- Παπαγαρουφάλη, Ε., *Δώρα ζωής μετά θάνατον. Πολιτισμικές εμπειρίες*, Αθήνα, Ελληνικά, Γράμματα, 2002.

- Παπαζήση, Θ., Συναίνεση ως προϋπόθεση σύννομης παροχής υπηρεσιών υγείας, *Digesta*, 2004, σ. 445-470.
- Παπαντωνίου, Ν., *Γενικές Αρχές του αστικού δικαίου*, Αφ.Π.Σάκκουλα, Αθήνα, 1983.
- Παπαχρίστου, Θ.Κ., Η προστασία της προσωπικότητας και το άρθρο 299 ΑΚ, *Το Σ* 1981, 42, σ. 51 επ.
- Παπαχρίστου, Θ.Κ., *Η οιονεί δικαιοπραξία*, Αντ.Ν.Σάκκουλας, Αθήνα-Θεσσαλονίκη, 1989.
- Παπαχρίστου, Θ.Κ., «Πρόσωπα» και «πράγματα» στο μοντέρνο δίκαιο (με αφορμή τη φύση του γεννητικού υλικού), *Τιμητικός τόμος Ι. Μανωλεδάκη ΙΙΙ*, Εκδόσεις Σάκκουλα, Αθήνα-Θεσσαλονίκη, 2007, σ. 925-926.
- Παρασκευόπουλος, Ν., Ποινική ευθύνη από αυτοκαταστροφικές πράξεις, *Ελληνική Επιθεώρηση Εγκληματολογίας*, 1989, σ. 61 επ.
- Ρεθυμιωτάκη, Ε., *Ρύθμιση ή αυτορρύθμιση; Το παράδειγμα της ιατρικά υποβοηθούμενης αναπαραγωγής*, Αθήνα-Κομοτηνή, Αντ. Ν. Σάκκουλας, 2003.
- Σταθόπουλος Μ./ Χιωτέλλης Α./Αυγουστιανάκης Μ., *Κοινοτικό Αστικό Δίκαιο Ι*, Αντ.Ν.Σάκκουλας, Αθήνα-Κομοτηνή, 1995.
- Σταθόπουλος, Μ., *Γενικό Ενοχικό Δίκαιο*, Αντ.Ν.Σάκκουλας, Αθήνα, 2004⁴.
- Συμεωνίδου-Καστανίδου, Ε., *Εγκλήματα κατά της ζωής*, εκδ. Σάκκουλα, Αθήνα-Θεσσαλονίκη, 2001².
- Συμεωνίδου-Καστανίδου, Ε., Η ευθανασία στο ποινικό δίκαιο, *Ευθανασία, Δημοσιεύματα Ιατρικού δικαίου και βιοηθικής 3*, Εκδόσεις Σάκκουλα, Αθήνα-Θεσσαλονίκη, 2007, σ. 137-162.
- Τζαβάρας, Θ., Περί του ευ ζην και του ευ θνήσκειν, *Το Βήμα Ιδεών*, 1/6/07
- Τσαϊτουρίδη, Χ., Η ευθανασία ως συνταγματικό δικαίωμα του ασθενούς, *Το Σ*, 3/2002, σ. 625επ
- Τσινόρεμα, Στ., Η βιοηθική και η σύγχρονη κριτική της πράξης. Η ηθική στην εποχή της βιοτεχνολογίας, *Δευκαλίων*, 2006, 24/2, σ. 213-250.
- Φίλιος, Π., *Κληρονομικό δίκαιο, Ειδικό Μέρος*, Αντ.Ν.Σάκκουλας, Αθήνα-Θεσσαλονίκη, 2009^{7η}.

Φουντεδάκη, Κ., Αστική ιατρική ευθύνη. Γενική εισαγωγή – Δογματική και δικαιοπολιτική θεώριση – Θεμελιώδεις έννοιες, εκδ. Σάκκουλα, Αθήνα-Θεσσαλονίκη, 2003.

Φουντεδάκη, Κ., *Ο νέος κώδικας ιατρικής δεοντολογίας (ν.3418/2005): Βασικές ρυθμίσεις νομική, ιατρική και κοινωνιολογική προσέγγιση*, Δημοσιεύματα ιατρικού δικαίου και βιοηθικής, εκδ. Σάκκουλα, Αθήνα-Θεσσαλονίκη, 2007.

Φραντζεσκάκης, Ι., Ευθανασία και το Δικαίωμα στη Ζωή και το θάνατο, *Αρχείο Νομολογίας* 1998, σ. 678-680.

Χωραφάς, Ν., *Γενικά Αρχαία Ποινικού δικαίου*, Αθήνα, 1962.

Ψυχογιού, Ε., «Μαυρηγή» και Ελένη: Τελετουργίες θανάτου και αναγέννησης. *Χθόνια μυθολογικά, νεκρικά δρώμενα και μοιρολόγια στη σύγχρονη Ελλάδα*, Αθήνα, Ακαδημία Αθηνών, 2008.

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ

Arnaux, I., *Les droits de l'être humain sur son corps*, Presses Universitaires de Bordeaux, Bordeaux, 2003.

Brock, D.W., Surrogate Decision Making for Incompetent Adults: An Ethical Framework, σε : Th. A Mappes, D. Degrazia, *Biomedical Ethics*, McGraw-Hill, N.York, 2001^{5th}.

Council of Europe, Steering Committee on Bioethics (CDBI), Report by R. Andorno, *The previously expressed wishes relating to health care. Common Principles and differing rules in national legal systems*, 35th meeting 2-5 December, Strasbourg, 2008.

Institute of Biomedical Ethics, University of Zurich, European Science Foundation (ESF), *Exploratory Workshop Advance Directives : Towards a Coordinated European Perspective?* Switzerland, 18-22 June 2008.

Pascalev, A./ Vidalis, T., “Vague Oviedo”: Autonomy, Culture and the Case of Previously Competent Patients, σε: Institute of Biomedical Ethics, University of Zurich, European Science Foundation (ESF), *Exploratory Workshop Advance Directives : Towards a Coordinated European Perspective?* Switzerland, 18-22 June 2008.

Roth, M., Euthanasia and related ethical issues in dementias of later life with special reference to Alzheimer's disease, *British Medical Bulletin* 1996, 52/2, σ. 263-279.